

Hepatitis

*Comportamiento epidemiológico
en Colombia, a semana 28 de 2024*

La tasa de incidencia de hepatitis B anual de 4,9
por 100 000 está en el estándar internacional
esperado en los planes de eliminación.



Tema central: Hepatitis

Comportamiento epidemiológico
en Colombia, a semana 28 de 2024

Situación nacional

Mortalidad

Eventos trazadores

Desnutrición

Brotes

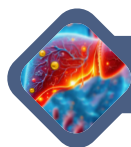
Tablas de mando por departamento

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

Comportamiento de la hepatitis, Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2024

Henry Sepúlveda Medina - hsepulveda@ins.gov.co

*La tasa de incidencia de hepatitis B anual de 4,9 por 100 000
está en el estándar internacional esperado en los planes de eliminación.*

Se estima que 1,3 millones de personas murieron a causa de hepatitis viral B y C crónica en 2022, es decir, 3 500 muertes por día; se calcula que 254 millones de personas viven con hepatitis B, 50 millones de personas viven con hepatitis C en todo el mundo y 6 000 personas se infectaron con hepatitis viral cada día. En numerosos países, muchas personas siguen sin ser diagnosticadas e incluso cuando se diagnostica la hepatitis, el número de personas que reciben tratamiento sigue siendo increíblemente bajo (1). A nivel mundial la incidencia del virus de la hepatitis B se calcula en 16 casos por 100 000 habitantes, de los cuales el 13,4 % viven con el virus de la hepatitis B crónico diagnosticado y el 2,6 % viven con el virus crónico tratado. La incidencia del virus de la hepatitis C se calcula en 13 casos por 100 000 habitantes, de los cuales el 36,4 % viven con el virus crónico diagnosticado y el 20 % viven con el virus crónico tratado (1, 2) En china se reportan diagnósticos y tratamiento del virus de la hepatitis B de 22 % y 15 %, respectivamente (3).

Se consideró que en 2022 cinco millones de personas viven con hepatitis B o C en la región de las Américas. De las que viven con hepatitis B, el 21 % ha sido diagnosticada y el 21 % de los diagnosticados ha recibido tratamiento; de las personas que viven con hepatitis C, el 44 % ha sido diagnosticada y el 26 % de los diagnosticados ha recibido tratamiento. Se estimó que la prevalencia de hepatitis B crónica entre niños menores de cinco años en las Américas es < 0,5 %, la más baja entre todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (2); la eliminación de la infección por el virus de la hepatitis B como amenaza de salud pública conlleva la necesidad de reducir

la prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) a menos de 0,1 % en los niños de 5 años (4).

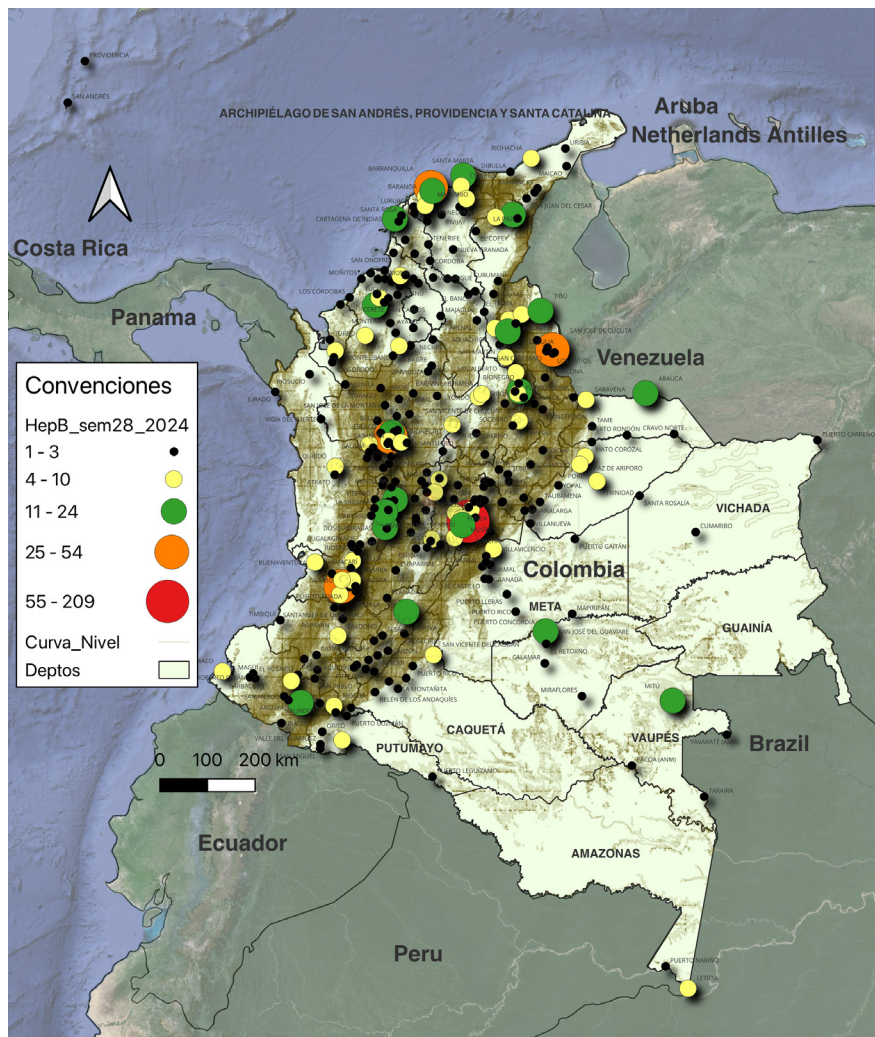
En 2016, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia Mundial del Sector de la Salud (GHSS) sobre las hepatitis virales. La estrategia pedía la eliminación de la infección viral por hepatitis B y C, como problema de salud pública, definida como una reducción del 90 % en la incidencia (95 % para el virus de la hepatitis B y 80 % para el virus de la hepatitis C) y una reducción del 65 % en la mortalidad para 2030, en comparación con el año base 2015. Los indicadores de impacto sugeridos para la verificación de la eliminación del virus de la hepatitis B y del virus de la hepatitis C son: i) prevalencia de $\leq 0,1$ % de HBsAg en personas de 5 años o menos, ii) incidencia absoluta anual de virus de la hepatitis C de ≤ 5 por 100 000 personas y de ≤ 2 por 100 000 personas que se inyectan drogas, iii) tasa de mortalidad anual relacionada con el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C de ≤ 4 y ≤ 2 por 100 000 personas, respectivamente (combinados virus de la hepatitis B/virus de la hepatitis C ≤ 6 por 100 000 personas) (5).

En Colombia, durante el 2023 se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 4 057 casos de hepatitis, de los cuales 2 541 casos corresponden a hepatitis B; de estos 1 611 con prueba positiva HBsAg (hepatitis B a clasificar), 424 hepatitis aguda y 506 hepatitis crónica. 1 512 casos correspondieron a hepatitis C y cuatro (4) casos a coinfección hepatitis B-hepatitis delta, las tasas de incidencia de hepatitis B y hepatitis C fueron 4,9 y 2,9 casos por cada 100 000 habitantes, respectivamente (6).

A semana epidemiológica 28 del 2024, en Colombia se reportaron 2 375 casos de hepatitis B, C y coinfección B-Delta (hepatitis B: 1 348, hepatitis C: 1025, Hepatitis delta: 2 y Transmisión Materno-infantil: 1). La tasa de incidencia de hepatitis B estimada fue 2,6 casos por 100 000 habitantes y la de hepatitis C de 1,0 casos por 100 000 habitantes, la tendencia del evento es al aumento.

En los mapas 1 y 2 se observa la localización de cabeceras municipales en donde se presentaron casos de hepatitis B, C y D, respectivamente. Las ciudades con mayor número de casos de hepatitis B fueron Bogotá D.C., Medellín, Cúcuta, Barranquilla y Cali; para hepatitis C fueron Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Armenia; y para casos de hepatitis D fueron Bogotá D.C. y Neiva.

Mapa 1. Georreferenciación de casos de hepatitis B en cabeceras municipales, a semana epidemiológica 28, Colombia 2024



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

Proyecciones de población, DANE, Colombia, 2024

Mapa 2. Georreferenciación de casos de hepatitis C en cabeceras municipales, a semana epidemiológica 28, Colombia, 2024



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

Proyecciones de población, DANE, Colombia, 2024

La hepatitis B se presenta más en hombres que en mujeres, llegando a tasas de incidencia de 3,1 casos por 100 000 en los primeros y de 1,1 casos por 100 000 en las mujeres. En hombres se encontró una disminución estadísticamente significativa comparada con el mismo periodo del año anterior, en edades de 15 a 19 años y un aumento en 65 a 69 años; se apreció también una disminución en mujeres entre 30 a 34 años y un aumento entre 60 a 64 años. De los casos de hepatitis B el 4,6 % correspondió a mujeres embarazadas, el cual comparado con año anterior tuvo una disminución estadísticamente significativa.

El principal mecanismo de transmisión de la enfermedad fue la transmisión sexual con el 72,6 % de los casos, personas con transmisión percutánea o parenteral el 7,1 %, poblaciones especiales indígenas el 3,8 % y negros mulatos o afrodescendientes el 3,6 %, estos últimos tuvieron una disminución estadísticamente significativa comparada con año anterior.

En hepatitis C de cada seis (6) personas que enferman, cinco (5) corresponden a hombres y una (1) a mujer, aproximadamente, con tasas de 3,3 por 100 000 y 0,6 por 100 000 habitantes, respectivamente; las gestantes que padecen la enfermedad son el 0,04 % de los casos (1) y su mecanismo de transmisión es la forma sexual con el 72,4 % (742), le siguen las personas con transmisión parenteral o percutánea con el 16,6 % (170) e igualmente la transmisión de madre a hijo con el 0,10 % (1).

En cuanto a la hepatitis B en poblaciones especiales, en gestantes el promedio de edad de las 110 gestantes fue de 26,6 años, estas se encuentran principalmente en Antioquia, Norte de Santander, Córdoba y Nariño. El 3,8 % (51) de los casos corresponden a indígenas, que se encontraron principalmente en Cesar en comunidad Arhuaco, en Guaviare en comunidad Nukak y Uitoto y Vaupés en comunidades de Barasano, Cubeo, Desano y Macuna. El 3,6 % se presentó en grupos afrodescendientes, principalmente en Payán, Policarpa y Tumaco. El grupo de personas privadas de la libertad representa el 0,9 % de personas diagnosticadas con hepatitis B, se encuentran en las cárceles de Cundinamarca (Guaduas: 4 y Girardot: 1), en Tolima (Honda: 4, Chaparral: 1), en Caldas (Riosucio: 1 y Dorada: 2).

Para hepatitis C, el 0,6 % de los casos se presentó en indígenas de Antioquia y Chocó, principalmente en comunidades Embera y en comunidades negras afrodescendientes en municipios de Cartagena de Indias y Bogotá D.C. Se registró un caso de gestantes.

Las poblaciones a riesgo más registradas en la presentación de la hepatitis B fueron: más de un compañero sexual en el 21,6 % de los casos, seguido de hombres que tienen sexo con hombres en el 5,0 %, contacto sexual con personas con hepatitis B o C el 3,4 %. En cuanto a la hepatitis C, la principal población a riesgo fue hombres que tienen sexo con hombres en el 24,3 % de los casos, seguido de más de un compañero sexual con 9,2 %, coinfección con VIH el 26,5 % y personas que se inyectan drogas con el 3,4 %.

Conclusiones

1. La vigilancia de las hepatitis en Colombia se ha fortalecido, así como el abordaje programático, lo que redundará en un mayor número de casos notificados en el país. La hepatitis B en el primer semestre del año 2024 no tuvo variaciones significativas, mientras que, la hepatitis C tuvo aumento estadísticamente significativo, comparado con el año anterior, se evidenció principalmente en las grandes ciudades como Bogotá D.C, Medellín, Armenia, Barranquilla, Itagüí y Manizales.
2. A semana epidemiológica 28 de 2024, las hepatitis B y C se presentaron con mayor frecuencia en hombres que en mujeres; hepatitis B en hombres 58,6 % (790) y hepatitis C en hombres 83,2 %. Las personas más afectadas por hepatitis B estuvieron en edades entre 25 y 44 años en hombres y de 25 a 39 años en mujeres. para hepatitis C estuvieron entre las edades de 25 a 39 años hombres, comparado con 2023 hubo aumento estadísticamente significativo en hombres en edades de 25 a 29 años y 80 a 89.
3. A semana epidemiológica 28 de 2024, el 30,3 % de los casos de hepatitis B se encuentran a clasificar, esto representa una disminución estadísticamente significativa de los casos a clasificar comparada con año anterior.
4. Se presentaron más casos de hepatitis B, con aumento estadísticamente significativo, en: Barranquilla, Soacha y San José del Guaviare, y una disminución de casos en Cali.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

- La mayor cantidad de gestantes infectadas con hepatitis B se encontraron en Antioquia y Norte de Santander, 11 casos en cada entidad territorial, seguidas de Córdoba (8 casos), y Cundinamarca y Nariño con 7 casos cada una. Los casos de hepatitis B presentaron disminución, estadísticamente significativa, en las cárceles de Colombia, se reportaron casos principalmente en las cárceles de Tolima, Cundinamarca, Caldas.
- Se notificaron casos de hepatitis B en afrodescendientes principalmente en Nariño (12 casos), en los municipios de Tumaco (8), Policarpa (3) y Magüí (1); seguido de Chocó con casos en los municipios de Quibdó (6) y Juradó (1). En cuanto a hepatitis C los casos se notificaron principalmente en comunidades afrodescendientes de Cartagena de Indias (5) y Bogotá D.C. (4).
- En población indígena se presentaron casos de hepatitis B principalmente en Cesar en comunidad Arhuaco (6), seguida de Están José de Guaviare en comunidades de Nukak (6) y Uitoto (1) y en Vaupés en comunidades Berasano (1), Cubeo (3), Desano (1) y Macuna (2).
- Los factores de riesgo más importantes en la transmisión de la hepatitis B fueron más de un compañero sexual con el 21,6 % (512), Hombres que tiene sexo con hombres 5,0 % (119), contacto sexual con personas confirmadas para hepatitis B el 3,6 % (85). Para hepatitis C fueron Hombres que tienen sexo con hombres 24,3 % (577), más de un compañero sexual 9,1 % (218) y personas que se inyectan drogas 3,41 % (81) principalmente.

Recomendaciones

- Aunque se ha demostrado que todas las intervenciones clave para una respuesta a las hepatitis virales son muy rentables, es necesario un marcado aumento de la inversión financiera para lograr los objetivos de eliminación de la enfermedad a 2030.
- Se requiere una expansión masiva en la disponibilidad de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento y acceso universal a la vacuna contra la hepatitis B en dosis al nacer, para acabar con las infecciones en los niños y poblaciones a riesgo.
- Promover una mayor conciencia pública y política sobre la importancia de la prevención, las pruebas y el tratamiento de las hepatitis virales B y C.

- Garantizar una inversión continua en la prevención primaria, incluida la mejora de la seguridad de las inyecciones y los procedimientos médicos, la prevención integral, incluida la reducción de daños y otras medidas basadas en la evidencia para las personas que se inyectan drogas.
- Aumentar sustancialmente el acceso al tratamiento aprovechando los servicios comunitarios y de centros de salud existentes.
- Promover modelos simplificados de prestación de servicios que incluyan la descentralización de las pruebas y el tratamiento de la hepatitis B y C a los establecimientos de salud de menor nivel de complejidad, incluida la atención primaria. Además, integrarse con otros servicios, como los servicios de reducción de daños y de VIH y tareas compartidas con la prestación de atención y tratamiento por parte de no especialistas y enfermeras.

Referencias

- World Health Organization.** Hepatitis. *The Global Health Observatory*. [En línea] 9 de abril de 2024. [Citado el: 17 de mayo de 2024.] <https://www.who.int/data/gho/data/themes/chronic-viral-hepatitis>.
- Global Hepatitis Report 2024: action for access in low - and middle-income countries. World Health Organization.** Geneve : s.n., 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Guidelines for the Prevention and Treatment of chronic Hepatitis B. (version 2022). You, H, y otros.** 2023, J Clin Transl Hepatol. doi: 10.14218/JCTH.2023.00320.
- Organización Panamericana de la Salud.** *Prevención de la transmisión materno-infantil del virus de la Hepatitis B, directrices sobre la profilaxis con antivirales en el embarazo.* Julio de 2020. págs. 1-64. ISBN: 978-92-4-000270-8 (electronic version).
- World Health Organization.** *Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination.* Geneva : s.n., 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Instituto Nacional de Salud.** INS. *Informe de evento Hepatitis B, C y B-Delta,* 2023. [En línea] 2023. [Citado el: 22 de julio de 2024.] www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20BCD%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf.

SITUACIÓN NACIONAL

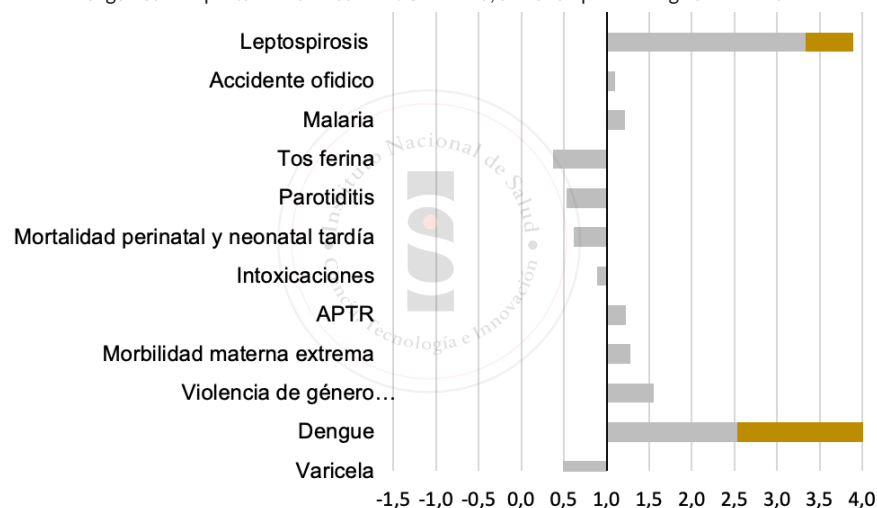
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 29 de 2024 se identificó que la notificación de los eventos dengue y leptospirosis se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 1).

Figura 1. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 29 de 2024



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

*APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para la semana epidemiológica 29 de 2024 el evento de mortalidad por dengue se encontró por encima de lo esperado, mientras que los eventos leishmaniasis cutánea 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 29 de 2024

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	15	5	0,00
Leishmaniasis cutánea	9	72	0,00
Lepra	7	7	0,15
Chikunguña	2	3	0,19
Zika	6	4	0,11
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,20
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0,32

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento de la semana anterior y de la semana 29 del año 2023. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

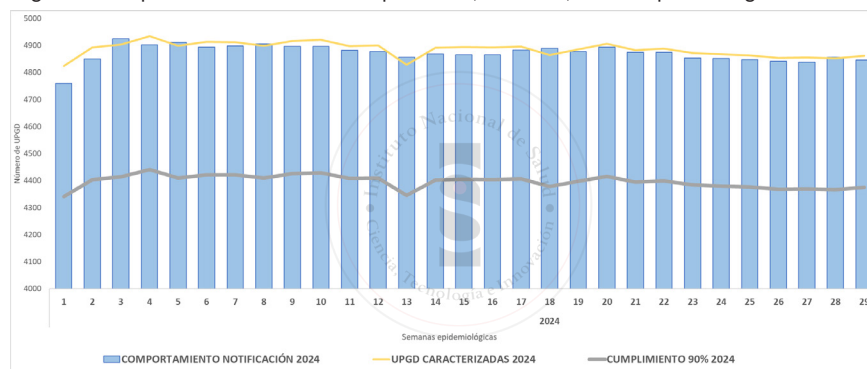
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122/1 122 UNM), observando el mismo comportamiento de la semana epidemiológica anterior y de la semana epidemiológica 29 de 2023.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 99,7 % (4 846/ 4 862); observando una disminución de 0,2 % respecto a la semana anterior y un aumento de 0,3 % comparado con la semana epidemiológica 29 del 2023. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

Respecto al incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública para la semana epidemiológica 29 de 2024, a nivel nacional se identificó que el 0,32 % de las UPGD caracterizadas presentaron silencio durante esta semana. Al hacer el análisis por nivel de complejidad sobre el total de UPGD silenciosas (16), se identifica que de estas el 87,5 % (14) están categorizadas en primer nivel de complejidad, el 6,2 % (1) en segundo nivel y el 6,2 % (1) en tercer nivel.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica 2024. Se muestran las UPGD caracterizadas, el comportamiento de la notificación y el cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %). En la semana de análisis se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar (figura 2).

Figura 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 29 de 2024



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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis¹.

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 29 de 2024, se han notificado 561 muertes probables en menores de cinco años: 287 por infección respiratoria aguda (IRA), 156 por desnutrición (DNT) aguda y 118 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 23 residen en el exterior y no se incluyeron en el análisis. En concordancia con lo anterior, se consideran 538 casos de población residente en Colombia (279 por IRA, 144 por DNT aguda y 115 por EDA); de los cuales, 239 han sido confirmados, 76 fueron descartados y 223 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 29, 2023-2024

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 29 2024			Casos en estudio a SE 29 2024			Tasa a SE 29 2023			Tasa a SE 29 2024		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Amazonas	0	2	0	0	1	1	10,49	52,45	20,98	0,00	21,10	0,00
Antioquia	12	9	4	4	4	1	2,78	3,01	0,23	2,83	2,12	0,94
Arauca	1	1	0	0	0	0	3,61	3,61	7,21	3,65	3,65	0,00
Atlántico	3	3	1	1	3	0	4,28	1,71	0,86	2,63	2,63	0,88
Barranquilla	0	1	1	2	0	1	1,12	1,12	0,00	0,00	1,14	1,14
Bogotá, D.C.	0	5	1	0	12	1	0,00	5,31	0,00	0,00	1,08	0,22
Bolívar	0	5	2	1	4	0	10,61	2,89	0,96	0,00	4,92	1,97
Boyacá	0	4	0	0	0	0	1,16	5,79	1,16	0,00	4,71	0,00
Buenaventura	0	0	3	1	1	1	11,27	11,27	0,00	0,00	0,00	8,66
Caldas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cali	0	3	0	0	1	1	0,69	0,69	0,69	0,00	2,12	0,00
Caquetá	0	1	0	1	7	0	5,28	2,64	0,00	0,00	2,70	0,00
Cartagena de Indias	1	2	1	0	4	0	1,26	10,12	0,00	1,29	2,59	1,29
Casanare	0	2	1	0	1	0	0,00	2,61	10,44	0,00	5,31	2,65
Cauca	0	3	0	1	4	2	0,00	6,15	2,63	0,00	2,67	0,00
Cesar	4	2	3	4	3	0	10,63	2,45	1,64	3,32	1,66	2,49
Chocó	17	13	27	6	14	4	58,89	46,76	24,25	29,61	22,64	47,03
Córdoba	3	1	0	6	6	1	2,61	5,87	0,65	2,00	0,67	0,00
Cundinamarca	0	6	0	0	4	0	0,00	1,28	0,00	0,00	2,54	0,00
Guainía	0	1	2	0	0	0	14,35	57,41	28,71	0,00	14,16	28,32
Guaviare	0	1	0	0	1	0	10,42	10,42	0,00	0,00	10,32	0,00
Huila	1	3	0	0	2	0	2,97	4,96	0,99	1,01	3,03	0,00
La Guajira	11	8	7	11	11	15	37,10	28,95	15,38	10,04	7,30	6,39
Magdalena	5	2	1	3	4	0	11,87	8,31	2,37	6,01	2,40	1,20
Meta	1	3	2	1	2	0	3,59	13,15	2,39	1,21	3,64	2,43
Nariño	1	3	0	1	0	0	2,48	6,61	1,65	0,84	2,53	0,00
Norte de Santander	4	0	0	0	2	0	0,00	2,29	0,76	3,12	0,00	0,00
Putumayo	1	1	0	1	2	0	0,00	0,00	0,00	3,18	3,18	0,00
Quindío	0	1	0	0	2	0	0,00	6,37	0,00	0,00	3,26	0,00
Risaralda	5	3	1	2	7	7	11,88	13,58	11,88	8,73	5,24	1,75
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	47,37	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	0	1	0	0	0,00	4,99	2,49	0,00	0,00	0,00
Santander	0	2	2	2	3	2	1,97	2,63	1,97	0,00	1,34	1,34
Sucre	4	2	0	2	5	0	1,29	1,29	2,59	5,24	2,62	0,00
Tolima	0	2	0	2	7	2	1,19	9,55	0,00	0,00	2,43	0,00
Valle del Cauca	1	3	1	3	0	0	3,62	6,52	0,72	0,74	2,23	0,74
Vaupés	0	0	1	0	3	2	0,00	15,57	15,57	0,00	0,00	15,11
Vichada	2	2	1	1	3	1	50,56	7,22	21,67	14,41	14,41	7,20
Nacional	77	100	62	57	124	42	4,78	6,16	2,11	2,12	2,75	1,70

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

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 29 de 2024 se han notificado 279 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 100 fueron confirmadas, 55 descartadas y 124 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,75 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 29 fueron 228, para una tasa de mortalidad de 6,16 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 29 de 2024 se notificaron nueve (9) muertes probables en menores de cinco años por IRA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 29 de 2017 a 2023, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables notificadas en las entidades territoriales de Chocó, Risaralda, Sucre, Vichada, Tolima, Bogotá D.C., Antioquia, Norte Santander y Valle del Cauca; a nivel municipal en Uribia, Cumaribo, Medellín, Magangué, María La Baja, Bajo Baudó, Riohacha, Ciénaga, Puerto Gaitán (Meta) y Barrancabermeja. 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 29 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	18	27
Risaralda	3	10
Sucre	3	7
Vichada	1	5
Tolima	5	9
Bogotá D.C.	37	17
Antioquia	33	13
Norte de Santander	6	0
Valle del Cauca	9	4
Uribia	5	10
Cumaribo	1	5
Medellín	13	2
Magangué	3	0
María La Baja	3	0
Bajo Baudó	5	1
Riohacha	5	1
Ciénaga	3	0
Puerto Gaitán	4	0
Barrancabermeja	3	0

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

Los principales agentes etiológicos identificados fueron Rhinovirus, enterovirus, Streptococcus pneumoniae, virus sincitial respiratorio, Staphylococcus aureus, adenovirus, Moraxella catarrhalis y SARS-CoV2.

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 29, 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
Rhinovirus	18	5	2	1	2	28	3	1	5	1	1	11
Enterovirus	16	6	2	0	1	25	2	1	3	1	1	8
Streptococcus pneumoniae	5	1	0	3	2	11	1	2	1	3	1	8
Virus Sincitial Respiratorio	25	3	1	0	1	30	6	0	1	1	0	8
Staphylococcus aureus	2	1	0	1	1	5	4	1	0	2	0	7
Adenovirus	14	7	2	3	1	27	5	1	0	0	0	6
Moraxella catarrhalis	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	6
SARS-CoV2	9	2	0	0	1	12	4	0	0	0	0	4
Metapneumovirus	6	1	1	1	0	9	2	0	1	0	0	3
Enterobacter cloacae	1	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2
Klebsiella pneumoniae	4	0	0	0	0	4	1	0	1	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Pseudomona aeruginosa	1	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	2
Haemophilus influenzae B	6	0	0	1	0	7	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	2	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Escherichia coli	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Influenza A	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza AH1N1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Influenza B	4	0	0	1	1	6	0	0	0	0	0	0
Total	122	28	8	14	10	182	35	9	15	11	4	74

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 29 se han notificado 144 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 77 casos fueron confirmados, diez (10) descartados y 57 se encuentran en estudio,

para una tasa de mortalidad de 2,12 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 29 fue 177, para una tasa de mortalidad de 4,78 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 29 de 2024 se notificaron tres (3) muertes probables en menor de cinco años por DNT aguda.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 29 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Antioquia, Córdoba, Chocó, Sucre, Risaralda, Cesar, Bolívar, La Guajira y Cundinamarca; a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Riohacha, Urrao, La Paz (Cesar), Bagadó, Lloró, Uribia, Aracataca y Ricaurte (Nariño). Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 5. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por DNT aguda, Colombia, a semana epidemiológica 29 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Antioquia	7	16
Córdoba	4	9
Chocó	11	23
Sucre	1	6
Risaralda	3	7
Cesar	13	8
Bolívar	7	1
La Guajira	32	22
Cundinamarca	3	0
Bojayá	1	4
Tadó	1	5
Riohacha	3	8
Urrao	3	0
La Paz	3	0
Bagadó	3	0
Lloró	3	0
Uribia	8	3
Aracataca	3	0
Ricaurte	3	0

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

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 29 se han notificado 115 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; 62 casos fueron confirmados, 11 descartados y 42 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,70 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 29 fue de 78, para una tasa de mortalidad de 2,11 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 29 de 2024 se notificaron tres (3) muertes probables en menores de cinco años por EDA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 29 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Chocó, Buenaventura, Santander, La Guajira y Risaralda; a nivel municipal en Bojayá, Uribia, Caldono, Tibú y Carmen del Darién. 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 29 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	14	31
Buenaventura	0	4
Santander	0	4
La Guajira	12	22
Risaralda	4	8
Bojayá	2	13
Uribia	3	16
Caldono	3	0
Tibú	3	0
Carmen del Darién	3	0

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

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 29 de 2024 se notificaron al Sivigila diez (10) casos, cinco (5) corresponden a muertes maternas tempranas, tres (3) muertes maternas coincidentes y dos (2) muertes maternas tardías; para un total acumulado de 118 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 116 residen en territorio colombiano y dos (2) residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 29, 2021-2024

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2021	290	90	23	403
2022	148	87	38	273
2023	147	86	43	276
2024	116	67	23	206

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

A semana 29 de 2024 se han reportado casos de muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Chocó, Antioquia, Bogotá D.C., Cesar y La Guajira. Al comparar con el promedio histórico 2020–2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Bogotá D.C., La Guajira, Córdoba, Atlántico, Meta, Magdalena, Buenaventura, Caquetá y Cartagena de Inidias; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en San Andrés de Cuerquía (Antioquia), Guapi (Cauca), San José del Palmar (Chocó) y Villahermosa (Tolima), comparado con el promedio histórico 2020–2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a las causas básicas de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 29 de 2024, el 58,6 % corresponden a causas directas y el 31,9 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 20,7 % (tabla 10).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 29 de 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Histórico 2020 - 2023 a SE 29	Acumulado de casos a SE 29		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2023	2024	
Colombia	198	147	116	Disminución
Chocó	8	5	11	Ninguno
Antioquia	16	11	10	Disminución
Bogotá D.C.	17	10	10	Disminución
La Guajira	15	10	9	Disminución
Cesar	7	4	9	Ninguno
Cundinamarca	10	6	7	Ninguno
Nariño	8	7	6	Ninguno
Córdoba	10	5	5	Disminución
Cauca	6	7	5	Ninguno
Huila	3	4	5	Ninguno
Norte de Santander	6	2	5	Ninguno
Barranquilla	6	3	4	Ninguno
Santander	7	4	4	Ninguno
Atlántico	8	9	3	Disminución
Bolívar	7	4	3	Ninguno
Magdalena	8	4	2	Disminución
Meta	6	5	2	Disminución
Boyacá	3	1	2	Ninguno
Cali	5	3	2	Ninguno
Risaralda	3	2	2	Ninguno
Santa Marta	5	3	2	Ninguno
Sucre	4	3	2	Ninguno
Caldas	2	0	1	Ninguno
Casanare	2	1	1	Ninguno
Putumayo	3	2	1	Ninguno
Tolima	4	6	1	Ninguno
Valle del Cauca	4	3	1	Ninguno
Vichada	2	2	1	Ninguno
Buenaventura	3	5	0	Disminución
Caquetá	3	4	0	Disminución
Cartagena de Indias	6	8	0	Disminución
Arauca	2	2	0	Ninguno
Guaviare	1	1	0	Ninguno
Quindío	1	1	0	Ninguno

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

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2020-2023, Colombia, a semana epidemiológica 29 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Antioquia	San Andrés de Cuerquía	0	1	0,00
Cauca	Guapi	0	1	0,00
Chocó	San José del Palmar	0	1	0,00
Tolima	Villahermosa	0	1	0,00

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

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 29 de 2024

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 29 2022 - 2024						Comportamiento inusual
	2022	%	2023	%	2024	%	
DIRECTA	92	62,2	96	65,3	68	58,6	
• Hemorragia obstétrica	22	14,9	20	13,6	24	20,7	Ninguno
• Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	37	25,0	29	19,7	21	18,1	Disminución
• Sepsis obstétrica	7	4,7	14	9,5	6	5,2	Disminución
• Evento tromboembólico como causa básica	8	5,4	13	8,8	6	5,2	Disminución
• Embarazo ectópico	6	4,1	10	6,8	5	4,3	Ninguno
• Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	2,0	4	2,7	4	3,4	Ninguno
• Otras causas directas	2	1,4	0	0,0	1	0,9	Ninguno
• Embolia de líquido amniótico	4	2,7	3	2,0	1	0,9	Ninguno
• Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0,0	1	0,7	0	0,0	Ninguno
• Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	2,0	1	0,7	0	0,0	Ninguno
• Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0,0	1	0,7	0	0,0	Ninguno
INDIRECTA	51	34,5	49	33,3	37	31,9	
• Otras causas indirectas	19	12,8	19	12,9	13	11,2	Ninguno
• Otras causas indirectas: neumonía	6	4,1	10	6,8	9	7,8	Ninguno
• Sepsis no obstétrica	9	6,1	10	6,8	6	5,2	Ninguno
• Otras causas indirectas: cáncer	8	5,4	8	5,4	5	4,3	Ninguno
• Otras causas indirectas: tuberculosis	2	1,4	1	0,7	2	1,7	Ninguno
• Otras causas indirectas: dengue	1	0,7	0	0,0	2	1,7	Ninguno
• Otras causas indirectas: neumonía por COVID19	6	4,1	1	0,7	0	0,0	Disminución
Desconocida / indeterminada	4	2,7	1	0,7	0	0,0	
EN ESTUDIO	1	0,7	1	0,7	11	9,5	

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

A semana epidemiológica 29 de 2024 se han notificado 3 365 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 318 corresponden a residentes en Colombia y 47 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (434), Antioquia (366), Cundinamarca (205), Córdoba (162) y La Guajira (161). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2019 y 2023, con corte a semana epidemiológica 29 de 2024, se presentó comportamiento inusual en Antioquia, La Guajira, Norte de Santander, Cesar, Atlántico, Barranquilla, Cartagena de Indias, Sucre, Huila, Tolima y Casanare. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

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 29 de 2023 y 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2019-2023	Valor observado 2024 (SE 26 a 29)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 29	
				2023	2024
Colombia	693	409	Decremento	4 165	3 318
Bogotá, D.C.	75	64	Ninguno	454	434
Antioquia	76	44	Decremento	489	366
Cundinamarca	35	29	Ninguno	225	205
Córdoba	38	22	Ninguno	220	162
La Guajira	36	14	Decremento	206	161
Cali	26	22	Ninguno	168	137
Nariño	17	12	Ninguno	93	106
Cauca	23	15	Ninguno	131	99
Norte de Santander	24	13	Decremento	116	99
Chocó	16	9	Ninguno	89	98
Cesar	26	11	Decremento	155	97
Atlántico	21	8	Decremento	131	96
Barranquilla	31	8	Decremento	149	95
Cartagena de Indias	23	6	Decremento	149	92
Santander	20	16	Ninguno	131	91
Valle del Cauca	17	9	Ninguno	125	90
Meta	16	16	Ninguno	99	83
Magdalena	18	13	Ninguno	82	82
Sucre	19	7	Decremento	103	79
Bolívar	20	12	Ninguno	119	78
Huila	16	1	Decremento	108	74
Boyacá	13	7	Ninguno	75	67
Tolima	15	5	Decremento	97	64
Risaralda	9	8	Ninguno	50	53
Caldas	9	5	Ninguno	46	41
Casanare	7	1	Decremento	40	34
Santa Marta	11	4	Ninguno	42	34
Buenaventura	8	5	Ninguno	50	32
Putumayo	6	3	Ninguno	33	31
Quindío	5	3	Ninguno	35	29
Caquetá	6	5	Ninguno	45	25
Vichada	3	5	Ninguno	23	25
Arauca	6	4	Ninguno	41	23
Vaupés	1	0	Ninguno	6	10
San Andrés y Providencia	1	2	Ninguno	4	9
Amazonas	2	0	Ninguno	9	6
Guaviare	1	1	Ninguno	11	6
Guainía	1	0	Ninguno	16	5

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

En el análisis desagregado por municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2019 a 2023 en Cumaribo (Vichada), El Banco (Magdalena), La Ceja (Antioquia), Totoró (Cauca), San Bernardo del Viento (Córdoba), Bojayá y Acandí (Chocó), Anorí ((Antioquia), Pueblo Nuevo (Córdoba) y Zarzal (Valle del Cauca) (tabla 12).

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 29 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 29 2019-2023	Valor observado a SE 29 de 2024	Semanas continuas en incremento
Vichada	Cumaribo	14	21	12
Magdalena	El Banco	6	14	3
Antioquia	La Ceja	4	8	4
Cauca	Totoró	6	8	13
Córdoba	San Bernardo del Viento	4	7	1
Chocó	Bojayá	4	6	19
Chocó	Acandí	2	6	15
Antioquia	Anorí	1	5	12
Córdoba	Pueblo Nuevo	2	5	20
Valle del Cauca	Zarzal	0	5	11

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 43,7 %, seguido de las neonatales tempranas con 29,0 %, neonatales tardías con 16,1 % y fetales intraparto con 10,7%.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfisia y causas relacionadas 23,7 %, seguido de prematuridad e inmaduridad con el 15,3 % y complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas ovulares con el 13,0 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 29 de 2024 frente a 2022 y 2023 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y en estudio, en consecuencia, se invita a la gestión de las entidades territoriales de notificación en la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 13. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 29, 2022-2024

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 29, 2022-2024					
	2022 a SE 29	(%)	2023 a SE 29	(%)	2024 a SE 29	(%)
Colombia	4 793	100,0	4 165	100,0	3 318	100,0
Asfisia y causas relacionadas	1 220	25,5	1 019	24,5	786	23,7
Prematuridad-inmaduridad	894	18,7	758	18,2	506	15,3
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	730	15,2	663	15,9	430	13,0
Complicaciones del embarazo y trabajo de parto	497	10,4	459	11,0	324	9,8
Malformación congénita	401	8,4	381	9,1	268	8,1
Infecciones	464	9,7	370	8,9	268	8,1
Sin información	0	0,0	9	0,2	259	7,8
Otras causas de muerte	293	6,1	266	6,4	206	6,2
Causas no específicas	118	2,5	84	2,0	154	4,6
Trastornos cardiovasculares	115	2,4	100	2,4	92	2,8
Lesiones de causa externa	43	0,9	40	1,0	13	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	18	0,4	16	0,4	12	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/buscadoreventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

A nivel nacional se identifica una variación porcentual hacia la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa urgencias y hospitalización en sala general; sin embargo, en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) se observa una variación porcentual hacia al aumento con respecto al mismo periodo del año anterior (tabla 14).

Tabla 14. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 29, 2023-2024

A semana epidemiológica 29 2023 - 2024				
Tipo de servicio	2023	2024	Variación	Análisis
Consulta externa y urgencias	4 405 423	40 94 671	↓ -0,07%	Disminución
Hospitalización en sala general	177 463	174 695	↓ -0,02%	Disminución
Hospitalización en UCI/UCIM	20 892	21 834	↑ 0,04%	Aumento

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 29 de 2024 se notificaron 156 473 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Atlántico, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Putumayo, Santa Marta, Santander, Vaupés y Vichada. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura. Las 25 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 (26 a 29 de 2024) en 20 municipios (tabla 15).

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (26 a 29 de 2024), por grupos de edad de 20 a 39 años representan el 28,6 % (183 359) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 18,6 % (119 293). 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 14,0 % seguido de los menores de un año 12,9 %.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA de semana epidemiológica 01 y 27 se ubica dentro de los límites esperados; exceptuando las semana epidemiológicas 21, 25, 26, 28 y 29, que se observa que se ubican por encima del límite superior histórico establecido; para la última semana se observa una disminución del 6,3 % comparado con la semana anterior (figura 3).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

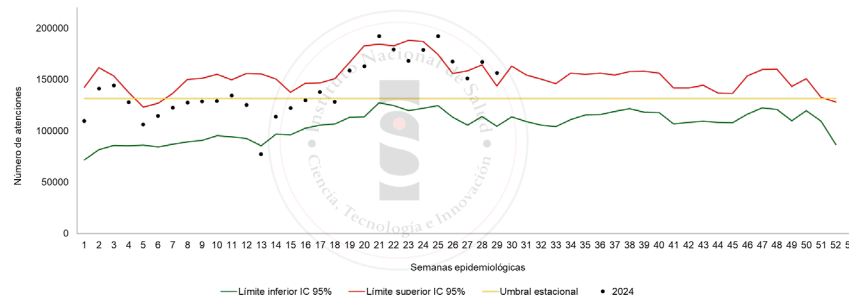
Tablas

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica (26 a 29 de 2024)

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado (últimas 4 semanas epidemiológicas 26 a 29)	Observado (últimas 4 semanas epidemiológicas 26 a 29)	Análisis
Antioquia	Apartado	10 864	973	1 670	Aumento
Antioquia	Turbo	8 513	820	1 433	Aumento
Antioquia	Envigado	14 469	1 821	2 568	Aumento
Antioquia	Itagüí	45 599	3 843	7 407	Aumento
Antioquia	Bello	44 698	3 568	7 161	Aumento
Atlántico	Malambo	6 648	473	716	Aumento
Bolívar	Magangué	9 377	874	1 544	Aumento
Casanare	Yopal	9 582	1 104	1 636	Aumento
Cundinamarca	Girardot	12 959	958	2 228	Aumento
Cundinamarca	Madrid	11 823	817	1 521	Aumento
Cundinamarca	Soacha	46 795	3 445	6 845	Aumento
La Guajira	Maicao	33 725	2 149	5 831	Aumento
La Guajira	Uribe	29 582	2 305	3 912	Aumento
Norte de Santander	Ocaña	10 032	880	1 558	Aumento
Santander	Girón	4 856	253	1 161	Aumento
Santander	Piedecuesta	3 831	293	816	Aumento
Santander	Floridablanca	16 931	1 747	3 537	Aumento
Valle del Cauca	Cartago	9 854	979	1 365	Aumento
Valle del Cauca	Tuluá	10 206	522	1 939	Aumento
Valle del Cauca	Palmira	17 434	1 746	2 776	Aumento
Atlántico	Soledad	56 422	6 977	8 813	Ninguno
Cundinamarca	Zipaquirá	11 960	1 469	1 821	Ninguno
Cundinamarca	Mosquera	4 545	403	444	Ninguno
Valle del Cauca	Yumbo	8 361	1 073	1 236	Ninguno
Boyacá	Sogamoso	9 240	1 653	1 513	Ninguno
Huila	Pitalito	6 999	1 146	1 244	Ninguno

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales

Figura 3. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 01 a 29 entre 2017 y 2024



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

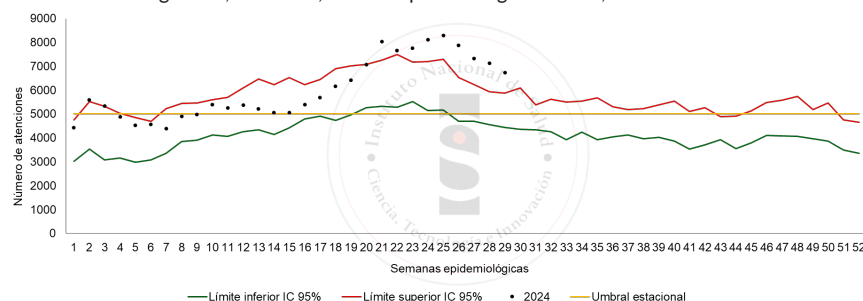
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 29 de 2024, se notificaron 6 730 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guaviare, San Andrés y Vichada e incremento en Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Cartagena, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Risaralda, Santa Marta, Santander, Tolima y Vaupés. En las 15 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (26 a 29 de 2024), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 927) representaron el 27,3 %, seguido de los menores de un año con el 20,2 % (5 862). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en los menores de un año con 23,0 % seguido de los niños de un año con el 22,8 %.

En el canal endémico, las hospitalizaciones por IRA en sala general, para las primeras diez semanas epidemiológicas del año (exceptuando semana epidemiológica dos y tres) se ubican por debajo del umbral estacional, para semana 11 a 20 se ubica por encima del umbral estacional, y desde de semana 20 a 29 se presenta un incremento situándose por encima del límite superior. Para la última semana, se observa una disminución del 6,0 % comparado con la semana anterior (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 a 29, 2016-2024

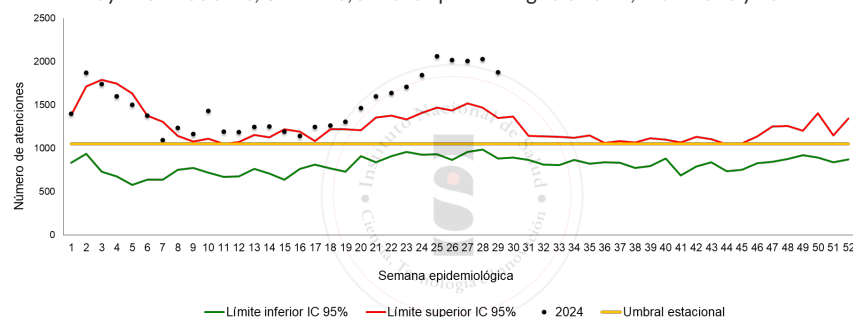


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 29 de 2024, se notificaron 1 875 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 72,4 % de las semanas epidemiológicas. (figura 5).

Figura 5. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 29, entre 2016 y 2024



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

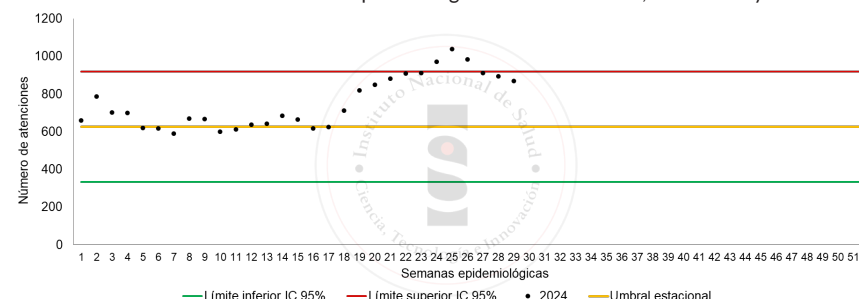
Hospitalizaciones por IRA en unidad de cuidado intensivo e intermedio (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 29 de 2024 se notificaron 869 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 12 entidades territoriales. Se presentó disminución en Arauca, Caquetá, Guainía, Nariño, Putumayo, San Andrés y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla, Bogotá, Bolívar; Boyacá, Cartagena, Casanare, Cesar, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Meta, Quindío, Norte de Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (26 a 29 de 2024), por grupos de edad los mayores de 60 años con el 33,9 % (1 238) seguido de los menores de un año con el 29,5 % (1 079). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI e intermedios sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en los niños de un año con el 29,4 % seguido del grupo de dos a cuatro años con el 26,5 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se evidencia de semana 1 a 23 se ubica dentro de los límites esperado; para semana 24 a 26 se observa un incremento ubicándose por encima del límite superior, sin embargo, para semana 27, 28 y 29 se evidencia observa disminución ubicándose por debajo del límite superior. Para la última semana se observa una disminución del 3,1 % comparada con la semana anterior (figura 6).

Figura 6. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 a 29 Colombia, entre 2018 y 2024



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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

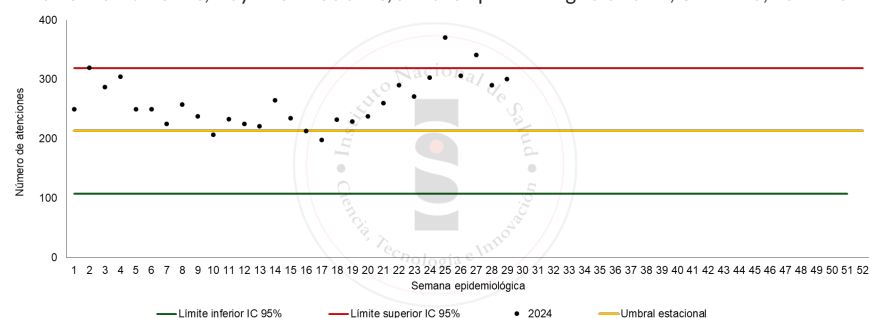
Brotos

Tablas

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

En la semana epidemiología 29 de 2024, se notificaron 301 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 29 (exceptuando semana 25 y 27) se han situado dentro los límites esperados, sin embargo, para semana 25 y 27 se ubica por encima del límite superior. (figura 7).

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 a 29, Colombia, 2019-2024



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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

Durante la semana epidemiológica 28 de 2024 en la región de las Américas la actividad de influenza en las últimas cuatro semanas epidemiológicas se ha mantenido en niveles epidémicos Brasil y Cono Sur y en niveles intermedios de circulación la región Caribe. Las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidenció 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 repor-

taron niveles bajos de circulación en toda la región; sin embargo, en región Andina y Brasil y Cono Sur reportan ascenso en las últimas semanas. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidenció un marcado incremento en la región Caribe con tendencia al descenso (consulta [datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 29 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 VSR. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema de Programa Ampliado de Inmunizaciones (tabla 16).

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 22 a 29 de 2024

Agente viral identificado	Semana epidemiológica 22 a 25			Semana epidemiológica 26 a 29			Variación
	Total	<5 años	>60 años	Total	<5 años	>60 años	
Positividad general	50,4	58,4	49,4	54,5	66,7	38,9	
Rinovirus	9,4	11,6	2,4	8,1	7,9	-	
Virus sincitial respiratorio	43,8	56,2	21,4	46,7	58,4	17,4	
Enterovirus	3,6	2,5	2,4	7,0	7,9	-	
Adenovirus	4,7	6,6	-	4,7	5,1	4,3	
Influenza B	0,6	-	-	1,2	0,6	-	
Influenza A	13,4	5,8	28,5	10,8	2,8	30,4	
Parainfluenza	6,9	6,2	9,5	4,7	5,6	-	
Metapneumovirus	3,3	2,9	4,8	4,7	5,1	8,7	
A(H1N1)pdm09	1,9	1,7	4,8	1,6	0,6	8,7	
SARS-CoV2	5,5	4,1	7,1	7,0	2,8	21,7	
A(H3N2)	6,9	2,5	19,0	5,4	3,4	8,7	

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

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

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

COVID-19

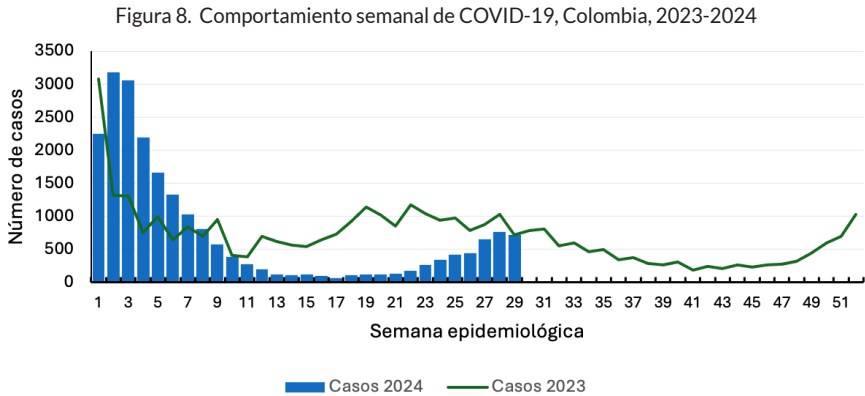
Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 29 de 2024, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

El análisis del comportamiento del evento en el tiempo se realiza comparando los casos confirmados del período del presente año con los del año anterior. Además, se evaluaron los comportamientos inusuales por departamentos y municipios mediante la comparación de cuatro semanas previas y actuales. Interpretación: incremento (razón superior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) decremento (razón inferior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) 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 20 de julio por fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila 21 614 casos de COVID-19. En las últimas ocho semanas se observa una disminución significativa del 50,1 % comparado con el mismo período del año 2023 (figura 8).



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

Entre 14 y el 20 de julio de 2024 (semana epidemiológica 29) se confirmaron 964 casos en el territorio nacional; de estos el 73,2 % (715 casos) corresponde a la semana 29. El 80,3 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Antioquia, Santander, Cundinamarca, Cali, Boyacá y Meta (tabla 17).

Tabla 17. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 29 de 2024

Entidad Territorial	Semanas anteriores	26	27	28	29	Total
Bogotá D.C.	17	4	7	61	325	414
Antioquia	2	0	10	28	82	122
Santander	1	0	0	15	64	80
Cundinamarca	0	0	5	16	30	51
Cali	1	0	0	10	31	42
Boyacá	0	0	1	4	34	39
Meta	0	0	1	9	16	26
Tolima	0	0	1	7	12	20
Casanare	0	0	1	2	17	20
Valle	0	0	0	5	8	13
Norte de Santander	0	0	0	4	9	13
Cauca	0	0	2	3	8	13
Cesar	1	0	1	2	8	12
Córdoba	4	0	1	1	5	11
Huila	0	1	0	0	10	11
Guaviare	0	0	0	1	10	11
Arauca	0	0	0	1	9	10
Barranquilla	1	0	2	2	5	10
Caldas	0	0	1	0	5	6
Risaralda	0	0	0	1	5	6
Putumayo	0	1	0	2	2	5
Nariño	0	0	1	1	2	4
Exterior	0	0	1	0	3	4
Magdalena	0	1	0	0	3	4
Quindío	0	0	0	0	3	3
Sucre	1	0	0	0	2	3
Atlántico	0	0	0	0	3	3
Cartagena	0	0	0	1	1	2
La Guajira	0	0	0	0	2	2
Amazonas	0	0	0	1	0	1
Caquetá	0	0	0	1	0	1
Santa Marta	0	0	0	0	1	1
Bolívar	1	0	0	0	0	1
Total General	29	7	35	178	715	964

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

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 26 a 29 de 2024), en Colombia se confirmaron por laboratorio 2 560 casos nuevos por COVID-19 en 35 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación de 286 municipios. Durante este periodo se ha registrado una incidencia de 4,85 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 22 a 25 de

2024) en este indicador se observó un incremento estadísticamente significativo a nivel nacional y a nivel departamental este mismo comportamiento se evidenció en Antioquia, Bogotá, D.C., Boyacá, Cundinamarca, Huila, Meta, Santander, Arauca, Casanare y Amazonas. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes se observó incremento significativo en Medellín, Envigado, Itagüí, Rionegro, Tunja, Duitama, Sogamoso, Valledupar, Cajicá, Chía, Fusagasugá, Mosquera, Zipaquirá, Neiva, Villavicencio, Dosquebradas, Bucaramanga, Barrancabermeja, Floridablanca, Girón, Ibagué, Yumbo, Arauca, Yopal, Leticia y San José del Guaviare.

Para 2024, en Colombia se han notificado 209 fallecidos con una mortalidad de 0,40 casos por 100 000 habitantes. En el período epidemiológico actual se reportaron 24 fallecidos (tabla 18). El grupo de edad más afectado es el de los adultos de 60 años y más con el 80,4 % del total de las muertes.

Tabla 18. Fallecidos COVID-19 semanas epidemiológicas 22 a 29 de 2024

Entidad territorial	Fallecidos		Mortalidad	
	P. Anterior	P. Actual	P. Anterior	P. Actual
Nacional	8	24	0,021	0,046
Antioquia	0	2	0,00	0,03
Atlántico	0	1	0,00	0,07
Bogotá, D.C.	4	7	0,05	0,09
Bolívar	1	1	0,08	0,08
Cesar	0	1	0,00	0,07
Córdoba	1	1	0,05	0,05
Cundinamarca	0	1	0,00	0,03
Huila	1	1	0,08	0,08
Magdalena	0	1	0,00	0,10
Meta	0	1	0,00	0,09
Santander	1	2	0,04	0,08
Tolima	0	3	0,00	0,22
Arauca	0	2	0,00	0,63
Quindío	1	0	0,18	0,00
Cali	1	0	0,04	0,00

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

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 29 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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

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

Las categorías usadas para los indicadores de gestión son:

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

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

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

En la semana epidemiológica 29 de 2024 se notificaron 8 176 casos probables de dengue: 5 527 casos de esta semana y 2 649 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 223 920 casos, 139 343 (62,2 %) sin signos de alarma, 82 515 (36,9 %) con signos de alarma y 2 062 (0,9 %) de dengue grave.

El 76,1 % (170 355) de los casos acumulados a nivel nacional proceden de Valle del Cauca, Cali, Santander, Tolima, Huila, Cundinamarca, Antioquia, Cauca y Norte de Santander (tabla 19); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 25 a 28, 2024) el 70,2 % (23 914) de los casos se concentran en Valle del Cauca, Santander, Cali, Antioquia, Tolima, Huila, Cundinamarca y Risaralda.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Barranquilla, Cartagena, Córdoba, Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta, Sucre y Vichada; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Cauca, Nariño y Vaupés mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

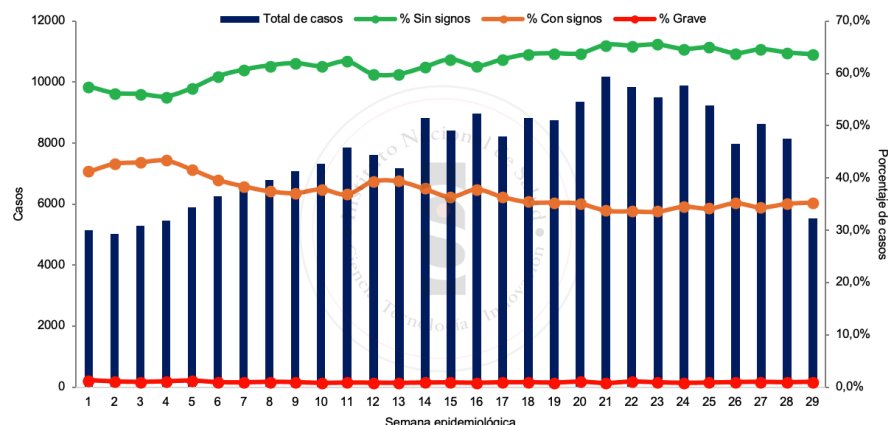
Tabla 19. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 29 de 2024

Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Valle del Cauca	43 643	68,8	30,7	0,5
Cali	30 300	63,3	35,7	1,0
Santander	25 187	62,9	36,4	0,7
Tolima	19 525	58,1	40,9	1,0
Huila	18 547	60,9	36,8	2,3
Cundinamarca	9 897	56,7	42,7	0,6
Antioquia	9 526	59,2	39,9	0,9
Cauca	7 381	62,5	36,6	0,9
Norte de Santander	6 349	56,8	41,6	1,5
Risaralda	5 727	60,1	39,4	0,5
Meta	4 994	66,9	32,2	0,9
Quindío	4 903	67,0	32,6	0,4
Putumayo	4 369	66,7	32,7	0,6
Bolívar	3 752	52,6	46,2	1,2
Casanare	3 071	68,1	31,2	0,7
Córdoba	3 049	45,9	53,8	0,3
Nariño	2 595	71,4	28,0	0,7
Cesar	2 213	38,5	60,1	1,5
Barranquilla	1 936	64,6	34,7	0,7
Caquetá	1 828	50,4	48,4	1,1
Caldas	1 614	62,8	36,9	0,2
Arauca	1 592	60,1	38,8	1,1
Atlántico	1 508	49,1	49,1	1,8
Chocó	1 433	76,1	23,4	0,5
Sucre	1 349	39,5	59,5	1,0
Boyacá	1 273	68,0	31,3	0,6
Cartagena de Indias	1 266	71,7	27,3	1,0
Magdalena	991	35,0	63,6	1,4
La Guajira	966	40,7	58,4	0,9
Guaviare	564	83,7	15,8	0,5
Amazonas	516	64,7	34,9	0,4
Buenaventura	505	59,6	38,4	2,0
Santa Marta	413	45,8	51,8	2,4
Exterior	374	41,4	53,7	4,8
Vichada	209	68,9	30,1	1,0
Guainía	197	67,0	31,5	1,5
Vaupés	194	86,6	11,9	1,5
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	164	64,0	35,4	0,6
Total	223 920	62,2	36,9	0,9

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

Durante el 2024, a nivel nacional el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % (figura 9); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2024) fueron: Caquetá, Cesar, Córdoba, Magdalena, Sucre y Guainía.

Figura 9. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 29 de 2024



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

En la semana epidemiológica 29 de 2024, a nivel nacional se confirmó el 77,9 % (64 315) de los casos de dengue con signos de alarma y 90,2 % (1 860) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 76,2 % (62 891) de los casos de dengue con signos de alarma y el 94,6 % (1 915) de los casos con dengue grave (tabla 20).

En la semana epidemiológica 29 de 2024, la incidencia nacional de dengue es de 671,3 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2023 la incidencia fue de 167,4 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Valle del Cauca, Huila, Vaupés, Tolima, Cali, Cundinamarca y Putumayo presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 1 200 casos por 100 000 habitantes (figura 10). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 1 163,6 casos por 100 000 habitantes.

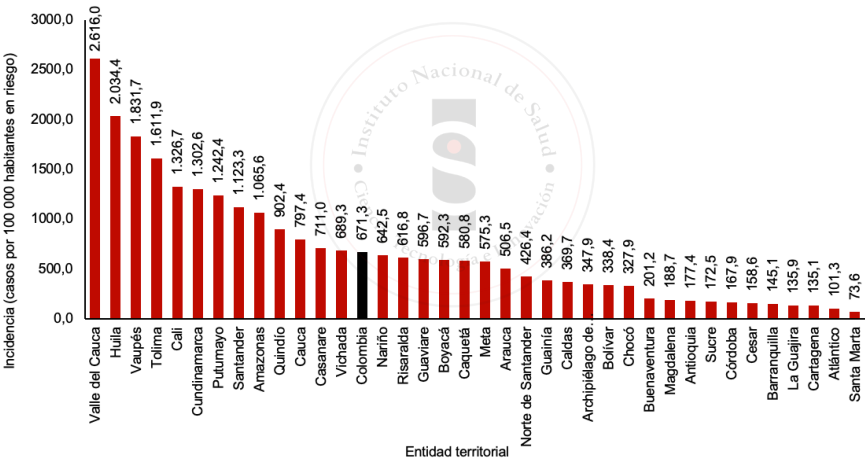
Tabla 20. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 29 de 2024

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	342	188	2	19,3%	24,5%	0,0%	94,7%	100,0%
Antioquia	5 924	3 672	84	61,1%	65,5%	84,5%	49,9%	77,4%
Arauca	952	584	9	37,3%	58,4%	66,7%	89,0%	100,0%
Atlántico	581	595	21	57,7%	75,5%	76,2%	80,3%	90,5%
Barranquilla	1 407	879	23	90,1%	97,4%	82,6%	94,3%	95,7%
Bolívar	1 779	1 330	8	79,8%	88,5%	75,0%	79,2%	75,0%
Bogotá	1 767	1 505	30	92,6%	95,5%	93,3%	73,5%	93,3%
Boyacá	952	498	5	73,5%	81,5%	80,0%	60,6%	100,0%
Buenaventura	272	140	4	97,4%	90,7%	100,0%	86,4%	75,0%
Caldas	1 008	623	2	72,2%	69,7%	50,0%	60,7%	0,0%
Cali	20 778	13 072	422	61,0%	77,7%	93,8%	74,1%	96,4%
Caquetá	906	865	13	76,3%	90,1%	100,0%	80,9%	100,0%
Cartagena de Indias	1 026	547	29	43,7%	66,2%	62,1%	87,0%	100,0%
Casanare	2 057	939	23	67,2%	79,7%	91,3%	87,1%	100,0%
Cauca	4 319	2 185	23	94,4%	95,9%	95,7%	68,7%	91,3%
Cesar	858	1 400	48	74,8%	91,6%	93,8%	96,2%	97,9%
Chocó	991	198	3	96,5%	97,0%	100,0%	54,0%	100,0%
Córdoba	1 385	1 827	12	76,2%	96,0%	100,0%	91,2%	100,0%
Cundinamarca	5 134	3 770	44	61,2%	71,5%	79,5%	77,3%	84,1%
Guainía	142	66	3	90,1%	92,4%	66,7%	92,4%	100,0%
La Guajira	374	530	7	98,7%	98,7%	100,0%	76,2%	100,0%
Guaviare	478	86	0	69,0%	90,7%	N/A	94,2%	N/A
Huila	11 151	6 775	466	78,8%	89,4%	97,9%	75,2%	94,8%
Magdalena	307	530	4	85,3%	87,9%	75,0%	75,8%	75,0%
Meta	3 270	1 581	53	17,4%	54,6%	66,0%	85,6%	94,3%
Nariño	1 947	771	17	98,8%	98,2%	100,0%	77,7%	88,2%
Norte de Santander	3 652	2 746	112	55,4%	82,4%	93,8%	91,7%	95,5%
Putumayo	2 902	1 408	25	51,4%	71,9%	92,0%	99,3%	100,0%
Quindío	3 280	1 629	18	43,7%	62,1%	83,3%	62,1%	88,9%
Risaralda	3 412	2 270	34	59,6%	73,0%	85,3%	64,8%	91,2%
Archipiélago de San Andrés, Providencia Y Santa Catalina	90	48	0	93,3%	85,4%	N/A	62,5%	N/A
Santander	15 717	9 124	176	55,9%	90,9%	94,9%	88,1%	98,3%
Santa Marta	155	241	16	70,3%	76,8%	81,3%	65,1%	93,8%
Sucre	563	925	23	52,9%	63,1%	91,3%	88,5%	100,0%
Tolima	10 763	7 361	177	41,3%	69,3%	82,5%	84,2%	96,0%
Valle del Cauca	28 402	11 528	123	52,2%	65,4%	79,7%	62,5%	95,1%
Vaupés	166	21	3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Vichada	134	58	0	66,4%	75,9%	N/A	31,0%	N/A
Colombia	139 343	82 515	2 062	60,0 %	77,9 %	90,2 %	76,2 %	94,6 %

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

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.

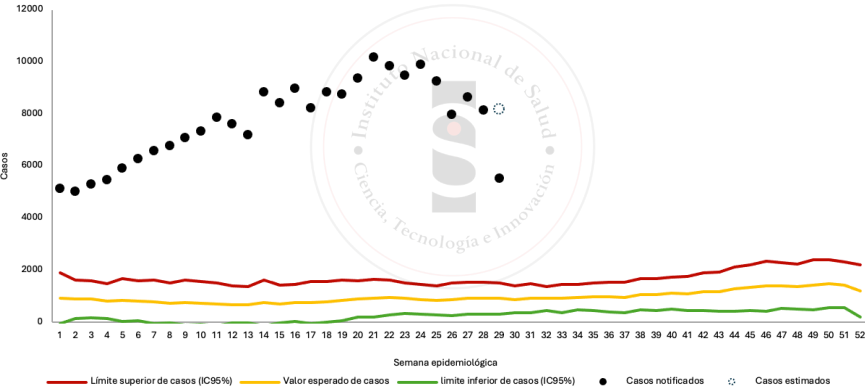
Figura 10. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 29 de 2024



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

A semana epidemiológica 29 de 2024, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico. Sin embargo, se observó una tendencia al descenso del 13,7 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2024) (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 29 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 10,8 % (4) se encuentran en situación de alerta y el 89,2 % (33) se encuentran por encima del límite superior lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de estas entidades territoriales Antioquia, Arauca, Bolívar, Caldas, Chocó, Córdoba, Meta y Santander 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 julio (tabla 21). 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 21. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 29 de 2024

Situación epidemiológica a semana epidemiológica 27, 2024	Periodo de transmisión para el mes de julio		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Arauca, Bolívar, Caldas, Chocó, Córdoba, Meta, Santander	Amazonas, Boyacá, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Quindío, Archipiélago de San Andrés, Santa Marta, Tolima, Vichada	Atlántico, Barranquilla, Cali, Cartagena, Cauca, Cundinamarca, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda, Valle del Cauca
Alerta	Cesar, Magdalena, Sucre		La Guajira, Vaupés
Dentro de lo esperado	-	-	-

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 29 de 2024 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 58,1 % (479) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 93,0 % (53/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 22).

A semana epidemiológica 29 de 2024 se han notificado 410 muertes probables por dengue, de las que se confirmaron 99 casos, se descartaron 133 casos y se encuentran en estudio 178 casos. La letalidad por dengue nacional es de 0,044 %, inferior a la meta establecida (0,10 %). Para el mismo periodo de 2023 se confirmaron 63 muertes por dengue (letalidad por dengue: 0,104 %) (tabla 23).

Tabla 22. 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 29 de 2024

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 hab.	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	86,6	2 262	74	638
	Apartadó	279,3	368	16	44
	Bello	20,2	112	8	36
	Envigado	146,4	354	3	108
	Itagüí	34,5	95	3	26
Atlántico	Turbo	254,7	342	12	51
	Barranquilla	147,6	1 936	60	325
	Malambo	212,8	306	12	51
	Soledad	88,0	602	16	81
Bolívar	Cartagena	120,0	1 266	74	312
	Magangué	362,5	521	12	141
	Turbaco	220,9	257	3	39
Caldas	Manizales	15,0	68	1	12
Caquetá	Florencia	352,6	623	14	89
Cauca	Popayán	1074,8	2 914	1	438
	Santander de Quilichao	1140,8	1310	3	104
Cesar	Valledupar	161,4	891	36	139
Córdoba	Montería	146,0	749	67	199
	Lorica	390,0	457	11	81
	Sahagún	135,0	151	9	20
Cundinamarca	Fusagasugá	1475,1	2 439	2	479
	Girardot	522,3	615	20	212
Chocó	Quibdó	317,5	422	2	30
Huila	Neiva	1520,3	5 630	31	632
	Pitalito	2413,9	3 156	34	422
La Guajira	Riohacha	246,3	516	11	41
Santa Marta	Santa Marta	74,8	413	20	44
Magdalena	Ciénaga	104,3	133	5	17
Meta	Villavicencio	435,6	2221	117	483
Nariño	San Andres de Tumaco	273,6	704	16	95
	Cúcuta	392,4	2 996	76	325
Norte de Santander	Ocaña	445,9	529	7	117
	Villa del Rosario	663,9	731	16	102
Quindío	Armenia	758,3	2 370	13	446
Risaralda	Pereira	631,7	3 066	6	665
	Dosquebradas	481,6	1 048	2	220
Santander	Bucaramanga	1309,6	8 106	32	1 556
	Barrancabermeja	200,8	431	9	80
	Floridablanca	1412,9	4 433	23	784
	Girón	1048,7	1 837	15	388
	Piedecuesta	1581,2	2 948	15	436
Sucre	Sincelejo	189,3	570	55	185
Tolima	Ibagué	1880,1	10 227	52	1 023
Valle del Cauca	Cali	1328,4	30 300	236	4 303
	Buenaventura	159,9	505	19	57
	Guadalajara de Buga	3465,0	4 524	8	529
	Cartago	2417,5	3 361	12	365
	Jamundí	2612,2	4 422	6	540
	Palmira	1472,9	5 285	16	297
Arauca	Tuluá	1578,9	3 499	11	380
	Yumbo	2989,9	3 333	13	419
	Arauca	298,9	300	7	74
Casanare	Yopal	540,7	976	46	157

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

Tabla 23. Letalidad por dengue por entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 29, 2023-2024

Entidad territorial	Casos fatales 2024		Letalidad por dengue a SE 29, 2024	Letalidad por dengue a SE 29, 2023
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	3	2	0,311	0,247
Cesar	4	4	0,181	0,077
Boyacá	2	1	0,157	0,000
Putumayo	6	3	0,137	0,000
Bolívar	5	5	0,133	0,123
Atlántico	2	1	0,133	0,000
Casanare	4	0	0,130	0,089
Norte de Santander	6	7	0,095	0,329
Meta	4	3	0,080	0,068
Sucre	1	1	0,074	0,169
Antioquia	6	10	0,063	0,124
Tolima	11	25	0,056	0,087
Risaralda	3	5	0,052	0,000
Santander	13	18	0,052	0,079
Huila	8	6	0,043	0,111
Quindío	2	5	0,041	0,000
Valle del Cauca	12	14	0,027	0,129
Cali	6	21	0,020	0,031
Cauca	1	6	0,014	0,000
Cundinamarca	0	12	0,000	0,159
Nariño	0	5	0,000	0,247
Arauca	0	4	0,000	0,124
Córdoba	0	3	0,000	0,103
Buenaventura	0	2	0,000	0,000
Caquetá	0	2	0,000	0,000
Cartagena	0	2	0,000	0,058
Magdalena	0	2	0,000	0,322
Vichada	0	2	0,000	0,000
Barranquilla	0	1	0,000	0,000
Bogotá D.C.	0	1	0,000	0,000
Guainía	0	1	0,000	0,000
Santa Marta	0	1	0,000	0,325
Amazonas	0	0	0,000	0,210
Caldas	0	0	0,000	0,000
Chocó	0	0	0,000	0,518
Guaviare	0	0	0,000	0,000
Archipiélago de San Andrés, Providencia Y Santa Catalina	0	0	0,000	0,000
Vaupés	0	0	0,000	0,000
Colombia	99	178	0,044	0,104

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

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

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

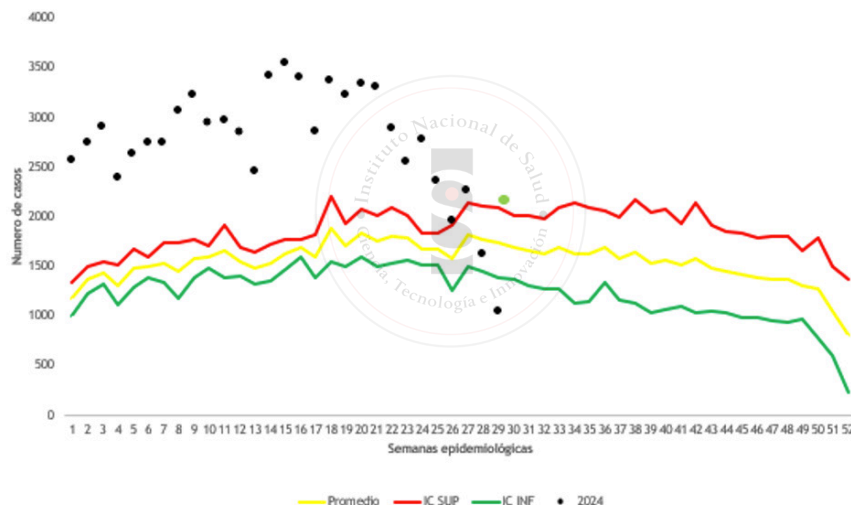
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n.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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de brote para malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 12).

Figura 12. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 29 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2024

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 29, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 29 de 2024 se notificaron 2 037 casos de malaria, para un acumulado de 80 352 casos, de los cuales 78 969 son de malaria no complicada y 1 383 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 59,2 % (47 582), seguido de *Plasmodium falciparum* con 38,9 % (31 284) e infección mixta con 1,8 % (1 486), no se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 96,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (38,3 %), Antioquia (13,7 %), Córdoba (10,9 %), Vaupés (7,2 %), Risaralda (7,0 %), Nariño (6,8 %), Buenaventura (3,2 %), Guainía (3,0 %), Cauca (2,8 %), Bolívar (1,7 %), Norte de Santander (1,1 %) y Boyacá (1,0 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 79,4 % de los casos son los que se muestran en la tabla 24.

Tabla 24. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, semana epidemiológica 29 de 2024

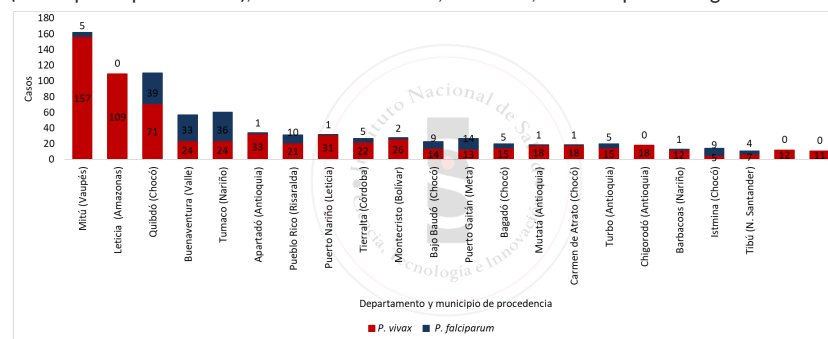
Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Antioquia	El Bagre	8	192	1873	2073	36,82
	Chigorodó	14	242	881	1137	18,27
	Turbo	1	38	755	794	5,90
	Mutató	2	31	640	673	44,76
	Vigía del Fuerte	24	356	325	705	72,29
	Murindó	8	116	684	808	152,45
Bolívar	Montecristo	10	139	626	775	42,19
Buenaventura	Buenaventura	18	1748	748	2514	7,76
Cauca	Guapi	2	1388	66	1456	49,29
Chocó	Quibdó	39	3243	1507	4789	33,12
	Bagadó	129	2493	1467	4089	345,27
	Lloró	337	1029	994	2360	222,41
	Alto Baudó	37	1275	1003	2315	74,04
	Tadó	34	1537	721	2292	113,72
	Bajo Baudó	39	556	1681	2276	67,08
	Río Quito	12	1029	406	1447	158,00
	Medio San Juan	42	754	557	1353	115,01
	Medio Baudó	17	894	272	1183	70,03
	Istmina	11	611	458	1080	31,94
	Medio Atrato	48	647	170	865	67,09
	Atrato	12	573	182	767	112,12
	El Cantón del San Pablo	8	470	259	737	106,72
	Nuquí	2	312	260	574	31,49
Córdoba	Tierralta	52	764	3974	4790	47,99
	Puerto Libertador	6	181	1858	2045	45,03
	Montelíbano	5	41	622	668	7,71
Guainía	Inírida	4	10	2331	2345	61,85
Nariño	Roberto Payán	1	855	305	1161	87,11
	Barbacoas	1	952	37	990	16,89
	Olaya Herrera	5	358	517	880	33,25
	Tumaco	12	473	249	734	2,75
	Magüí	1	466	84	551	21,08
Norte de Santander	Tibú	1	2	597	600	9,65
Risaralda	Pueblo Rico	177	2140	2861	5178	308,42
Vaupés	Mitú	160	798	4625	5583	229,80

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 29 de 2024 se han notificado 1 383 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 32 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Vaupés, Amazonas, Nariño Córdoba, Buenaventura, Risaralda, Bolívar, Meta y Norte de Santander notificaron el 88,1 % de los casos; en la figura 13 se muestran los municipios que aportan el 62,8 % de casos de malaria complicada a nivel nacional.

Figura 13. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial (municipio de procedencia), con número de casos, Colombia, semana epidemiológica 29 de 2024



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 61,2 % (898) presentaron complicaciones hematológicas; 24,6 % (361) complicaciones hepáticas; 6,5 % (96) complicaciones renales; 4,2 % (61) complicaciones pulmonares y 3,5 % (51) a nivel cerebral (figura 14).

A semana epidemiológica 29 de 2024 se han notificado 26 casos probables de muerte por malaria, de los cuales se encuentran confirmados siete (7); dos (2) casos procedentes de Chocó (El Carmen de Atrato y Cantón de San Pablo), un (1) caso de Risaralda (Pueblo Rico), dos (2) casos de Vaupés (Mitú), un (1) caso de Montecristo (Bolívar) y un (1) caso de Cauca (Guapi). Los 19 casos restantes se encuentran pendientes por unidad de análisis.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

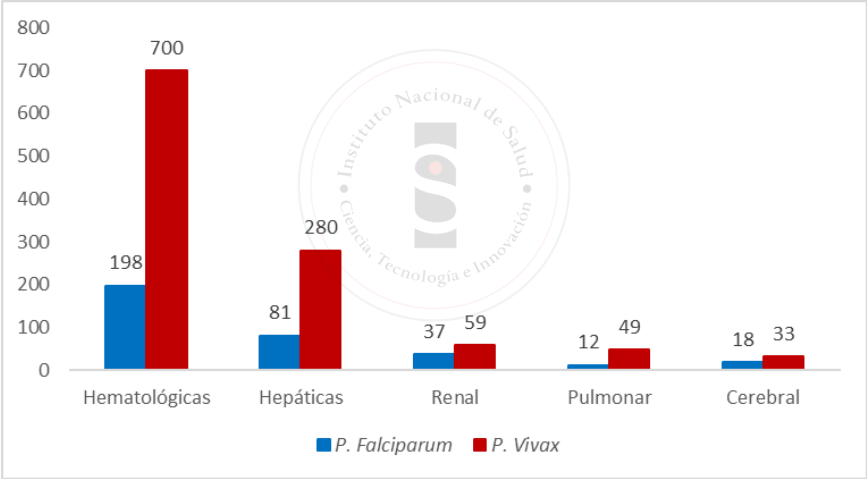
Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Figura 14. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 29 de 2024



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

Comportamientos inusuales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 29 de 2024 el país se encuentra en situación de aumento; diez (10) departamentos y 22 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 25) y cuatro (4) departamentos y 16 municipios se encuentran en situación de alerta para malaria (tabla 26).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 25 a 29 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Vaupés	Mitú	4 905	2	892	4
Risaralda	Pueblo Rico	4 843	164	517	5
Buenaventura	Buenaventura	2 192	123	305	5
Guainía	Inírida	2 000	215	323	5
Antioquia	Chigorodó	1 013	43	149	5
Chocó	Istmina	962	67	159	5
Nariño	Barbacoas	863	63	131	5
Chocó	Medio Atrato	744	91	141	5
Antioquia	Turbo	718	49	101	5
Chocó	El Cantón del San Pablo	693	36	71	5
Antioquia	Mutató	647	30	64	5
Boyacá	Cubará	642	0	267	4
Antioquia	Frontino	458	17	79	4
Amazonas	Leticia	384	7	18	4
Antioquia	Dabeiba	339	23	28	4
Chocó	Litoral del Bajo San Juan	289	25	81	5
Chocó	El Carmen de Atrato	167	1	12	4
Córdoba	Montería	82	9	24	4
Córdoba	San Andrés de Sotavento	40	2	13	4
Antioquia	Arboletes	26	5	11	4
Córdoba	Moñitos	23	1	8	4
Córdoba	La Apartada	21	1	3	4

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

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 25 a 29 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Chocó	Bagadó	3 844	120	261	5
Chocó	Lloró	2 224	67	116	5
Chocó	Río Quito	1 329	95	132	5
Antioquia	Murindó	752	30	76	5
Antioquia	Vigía del Fuerte	640	44	78	5
Chocó	Carmen del Darién	399	44	64	5
Chocó	Nóvita	378	19	43	5
Antioquia	Nechí	297	29	42	5
Antioquia	Tarazá	271	17	41	4
Chocó	Condoto	260	12	30	4
Risaralda	Mistrató	249	12	35	4
Chocó	Sipí	202	12	10	4
Córdoba	Planeta Rica	135	3	20	4
Córdoba	Tuchín	50	5	10	4
Caquetá	Florencia	31	1	5	4
Arauca	Saravena	21	1	11	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2024 Colombia

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 29 de 2024 se han notificado 15 319 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 15 211 corresponden a residentes en Colombia y 108 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (30 de 2023 a 29 de 2024) es de 0,67 casos por 100 menores de 5 años.

Tabla 27. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 29, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 29 de 2023	Casos a SE 29 de 2024	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
Total nacional	13 903	1 5211	0,67
La Guajira	1 344	1 583	2,34
Vichada	200	224	2,31
Chocó	582	701	1,74
Arauca	186	252	1,32
Guaviare	65	67	1,15
Casanare	253	219	1,02
Vaupés	33	38	0,91
Magdalena	386	443	0,81
Guainía	33	39	0,81
Risaralda	365	284	0,79
Bogotá D.C	2 058	2 045	0,77
Cesar	488	565	0,74
Amazonas	36	27	0,72
Nariño	480	613	0,72
Putumayo	141	119	0,70
Cundinamarca	845	947	0,67
Caquetá	105	132	0,63
Meta	309	341	0,62
Antioquia	1 399	1 606	0,61
Boyacá	327	312	0,61
Buenaventura	94	161	0,60
Norte de Santander	443	431	0,60
Bolívar	347	400	0,58
Huila	320	379	0,57
Tolima	257	308	0,57
Cartagena de Indias	265	256	0,48
Valle del Cauca	380	374	0,45
Caldas	155	184	0,45
San Andrés	8	8	0,44
Atlántico	300	321	0,44
Santander	291	405	0,42
Córdoba	379	389	0,41
Cali	305	364	0,40
Quindío	76	60	0,38
Barranquilla	143	160	0,34
Sucre	225	167	0,34
Cauca	209	208	0,34

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 30 de 2023 a SE 29 de 2024

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

El 74,7 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 25,3 % como desnutrición aguda severa; el 8,3 % 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 (30,3 %) y de 1 año (29,9 %). Según el área de residencia el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66,2 %.

Para la semana epidemiológica 29 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en La Guajira, Nariño, Santander, Bolívar, Tolima, Arauca, Vichada, Buenaventura, Santa Marta, Vaupés y San Andrés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas (tabla 28).

Tabla 28. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años respecto al promedio 2019-2023, Colombia, semana epidemiológica 29 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	881	1 583
Nariño	345	613
Santander	214	405
Bolívar	199	400
Tolima	169	308
Arauca	156	252
Vichada	149	224
Buenaventura	49	161
Santa Marta	48	79
Vaupés	51	38
San Andrés	4	8

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 29 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 27 municipios (tabla 29).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 29. 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 29 de 2024

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Chocó	Quibdó	30	107
Antioquia	Bello	55	105
Bolívar	Magangué	26	99
Santander	Barrancabermeja	24	94
Antioquia	Turbo	18	85
Caldas	Manizales	24	63
Tolima	Ibagué	29	59
Cundinamarca	Facatativá	35	57
Cundinamarca	Mosquera	25	55
Cundinamarca	Zipaquirá	23	53
Antioquia	Apartadó	35	52
Cundinamarca	Fusagasugá	35	52
Cundinamarca	Girardot	27	49
Atlántico	Malambo	20	45
Santander	Girón	21	43
Risaralda	Dosquebradas	16	39
Valle del Cauca	Jamundí	19	39
Santander	Piedecuesta	23	35
Atlántico	Sabanalarga	21	34
Boyacá	Duitama	16	34
Córdoba	Sahagún	13	34
Antioquia	Rionegro	19	30
Cundinamarca	Chía	12	28
Valle del Cauca	Tuluá	14	28
Córdoba	Lorica	14	25
Nariño	Ipiales	16	25
Valle del Cauca	Cartago	10	20

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

Brotes y situaciones de emergencia en salud pública

ALERTAS NACIONALES

Brote de intoxicación por sustancias químicas en población de interés especial de Cundinamarca, 19 de julio de 2024

El 18 de julio se presentó un brote en una institución educativa donde hasta el momento se han identificado 14 casos (menores de edad) de un total de 620 personas expuestas, para una tasa de ataque del 2,2 %. La medición de gases realizada por el cuerpo de bomberos determinó que el ácido sulfhídrico fue el agente causal. Todos los afectados recibieron atención médica, sin que se registraran hospitalizaciones ni fallecimientos. Como medidas de control, se llevaron a cabo la evacuación del lugar, las mediciones de gases y se convocó a una sala de análisis de riesgo departamental. En esta reunión, se definió la intervención de expertos en seguridad química y la valoración integral de los afectados por un médico toxicólogo.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca

Brote de varicela en población de interés especial de Santander, 18 de julio de 2024

Se presentó un brote en establecimiento de Fuerzas Militares, donde se han identificado 18 casos de 71 personas expuestos, para una tasa de ataque de 25,4 %. No se han reportado hospitalizaciones ni muertes. El último caso inició síntomas el 06 de julio y se encuentra en seguimiento por 42 días para su cierre. Se han llevado a cabo acciones de control como aislamiento de casos, seguimiento a contactos, búsqueda activa comunitaria, uso de elementos de protección personal, limpieza y desinfección de áreas, restricción de visitas, educación a la población expuesta al brote.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Actualización de casos de fiebre amarilla en Colombia, 2024

En Colombia, durante las primeras 29 semanas epidemiológicas del 2024 (hasta el 20 de julio), se han notificado ocho (8) casos de fiebre amarilla, de los cuales cinco (5) resultaron fatales. Dos (2) casos fueron reportados como probables de fiebre amarilla, mientras que los seis (6) restantes fueron identificados a través de la vigilancia de laboratorio de casos de dengue negativo o en la vigilancia centinela de las áreas afectadas.

Los casos se distribuyen en cinco departamentos: Caquetá (El Doncello, 1 caso vivo), Vaupés (Mitú, 1 caso vivo), Huila (Campoalegre, 1 caso fatal), Nariño (Ipiales, 1 caso vivo) y Putumayo (Orito, San Miguel, Valle del Guamuez y Villagarzón, con 1 caso fatal cada uno).

Los afectados son hombres con edades comprendidas entre 18 y 66 años (promedio=33 años), quienes iniciaron síntomas entre el 03 de enero y el 02 de julio de 2024. No se ha establecido relación epidemiológica entre estos individuos ni se han identificado casos secundarios. Todos los casos tienen antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, como áreas silvestres y boscosas, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura (7 casos) y extracción de piedra (1 caso). Siete (7) de los casos no contaban con antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla.

El último caso reportado (El Doncello), así como los casos de Nariño y Vaupés, fueron dados de alta hospitalaria con evolución satisfactoria en su estado de salud.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 29 de 2024 no se notificaron casos o alertas de enfermedad por el virus del Ébola, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza aviar altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Alerta epidemiológica sobre Tos ferina (coqueluche) en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 22 de julio de 2024

Durante el 2023, en la región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reportaron 32 037 casos, cifra por debajo del promedio de 2012 a 2019, sin embargo, en la segunda mitad de 2023 se registró un aumento importante. En 2024, con corte a 31 de marzo, el reporte de casos fue mayor que durante todo el 2023.

En la región de Las Américas, los países que reportaron un aumento un aumento de casos de tos ferina durante el 2024 (a semana epidemiológica 26) en comparación con 2023 fueron: Brasil 973 casos sospechosos y 240 confirmados; Estados Unidos 7251 casos, 300 % mayor a lo reportado durante el mismo periodo del año 2023; México 154 casos de tos ferina, 242 % superior a lo reportado durante todo el año 2023; Perú (a semana epidemiológica 22) 24 casos confirmados, superior a los cinco (5) casos reportados en el mismo periodo del 2023 (El departamento de Amazonas concentra la mayor cantidad de casos).

El 2021 fue el año de menor cobertura de vacunación en la región de las Américas al compararlo con los 20 años anteriores; los datos actualizados de las coberturas del 2023 reportan una recuperación del 90 % para DTP1 y 88 % para DTP3; se debe tener en cuenta que existe una variación de las coberturas entre los países de la Región de las Américas y a nivel subnacional en cada país.

Ante el descenso de las coberturas de vacunación registrados principalmente durante el periodo de la pandemia por COVID-19 y actual aumento de casos de tos ferina a nivel global y en algunos países de la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alienta a los Estados Miembros a fortalecer sus actividades de vigilancia y a mantener un monitoreo constante de las coberturas de vacunación en niños menores de 1 año y menores de 5 años, con especial énfasis en la identificación de grupos poblacionales con coberturas inadecuadas de vacunación.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica Tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 22 de julio de 2024. Fecha de consulta: 23 de julio de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-tos-ferina-coqueluche-region-americas-22-julio-2024>

Actualización de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) sobre la respuesta a la influenza A(H5N1), fecha de publicación: 19 de julio de 2024

Desde abril de 2024, se han identificado diez (10) casos de influenza A (H5) en humanos, cuatro (4) de los casos asociados con la exposición a ganado lechero infectado y seis (6) con exposición a aves de corral infectadas. Los casos presentaron síntomas leves a moderados, respiratorios y oculares; y están vivos. Únicamente, ha sido posible secuenciar el virus de un caso (Colorado), pertenece al caldo 2.3.4.4b; la secuencia mantiene características genéticas aviares y carece de cambios que la hagan más adaptable para infectar o propagarse entre seres humanos.

Con base en la información disponible en este momento, la actual evaluación de riesgo para la salud humana de la influenza A (H5N1) de los CDC para el público en general de los Estados Unidos sigue siendo baja.

En cuanto a la sanidad animal, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) informa que 157 rebaños de vacas lecheras en 13 estados de los Estados Unidos tienen casos confirmados de infecciones por el virus de la influenza A(H5N1) en vacas lecheras, y el número de rebaños infectados sigue creciendo. El USDA notifica que desde el 2024 de abril se detectaron casos de A(H5) en 34 grupos de aves comerciales y 16 grupos de aves domésticas, con un total de 18,32 millones de aves afectadas.

Fuente: Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Actualización de los CDC sobre la respuesta a la influenza A(H5N1). Fecha de publicación: 19 de julio de 2024. Fecha de consulta: 20 de julio de 2024. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/bird-flu/spotlights/h5n1-response-07192024.html>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 29

Decremento
Incremento

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

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

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	29	1	1	256	26	39	516	14	33	1	0	0	6	1	0	843	117	64
Antioquia	398	13	11	10.869	1.236	1.342	9.526	311	2.469	1.138	32	87	69	7	5	11.035	871	1.167
Arauca	74	2	2	452	48	47	1.592	90	410	1	1	0	41	5	5	49	3	12
Atlántico	83	3	4	2.358	234	304	1.508	92	240	1	2	0	27	1	6	3	0	0
Barranquilla	8	1	0	2.147	206	309	1.936	68	325	10	2	1	50	5	13	0	0	0
Bogotá	1	0	0	13.306	1.634	1.791	0	0	0	88	17	8	69	5	5	0	0	0
Bolívar	158	5	4	1.725	182	189	3.752	196	735	0	1	0	8	1	2	1.413	138	152
Boyacá	38	1	1	3.868	435	521	1.273	24	250	8	1	0	5	0	0	787	0	267
Buenaventura	15	0	0	89	12	4	505	24	57	0	0	0	0	0	0	2.572	128	305
Caldas	41	1	0	2.209	273	277	1.614	34	340	38	2	5	20	2	1	87	0	6
Cañ	5	0	0	2.766	416	334	30.300	493	4.303	392	27	108	61	6	5	39	2	5
Caquetá	112	3	0	707	77	108	1.828	79	206	2	0	0	5	0	0	86	6	7
Cartagena	17	0	1	1.314	107	174	1.266	75	312	0	0	0	9	1	3	0	0	0
Casanare	98	3	5	1.030	98	142	3.071	195	574	5	2	1	2	0	1	32	2	8
Cauca	78	2	4	3.203	423	406	7.381	53	816	356	1	15	10	1	2	2.258	268	189
Cesar	165	7	3	1.654	160	215	2.213	252	345	2	1	0	59	6	6	27	2	2
Chocó	114	3	4	120	12	25	1.433	56	152	1	0	0	93	11	0	30.553	2.379	2.542
Córdoba	279	6	10	3.004	327	360	3.049	264	692	10	1	1	3	0	1	8.723	872	833
Cundinamarca	66	2	2	7.946	926	1.038	9.897	189	1.594	25	4	3	25	2	1	0	0	0
Guainía	6	0	0	83	9	11	197	5	51	1	0	0	0	0	0	2.409	200	329
Guaviare	59	1	2	182	21	20	564	29	142	7	0	1	1	0	0	540	113	59
Huila	83	3	2	3.437	384	469	18.547	187	2.152	7	1	2	16	2	0	1	1	1
La Guajira	104	2	3	1.340	141	173	966	76	97	1	1	0	9	0	5	21	2	0
Magdalena	113	3	5	1.477	181	158	991	97	130	2	1	0	28	2	5	9	1	3
Meta	181	5	5	2.351	250	313	4.994	294	921	22	4	4	39	5	1	188	52	27
Nariño	82	2	3	4.175	464	580	2.595	47	246	10	1	1	20	3	1	5.472	1.064	597
Norte de Santander	192	6	6	3.680	355	494	6.349	189	825	51	29	0	5	1	0	928	282	78
Putumayo	90	2	2	1.040	102	129	4.369	69	726	0	0	0	1	0	0	35	5	4
Quindío	11	0	0	1.636	210	243	4.903	23	862	5	2	0	4	0	0	40	2	7
Risaralda	30	1	1	2.253	300	264	5.727	21	1.245	15	4	0	23	2	2	5.549	159	561
Risaralda	30	1	1	2.253	300	264	5.727	21	1.245	15	4	0	23	2	2	5.549	159	561
San Andrés	0	0	0	219	22	29	164	3	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	31	1	1	1.153	94	125	413	22	44	1	0	0	20	2	6	0	0	0
Santander	128	5	6	4.239	456	498	25.187	365	4.714	19	6	3	17	1	2	14	1	5
Sucre	75	3	1	1.577	175	195	1.349	212	408	0	1	0	27	3	3	61	6	13
Tolima	100	1	2	3.849	438	503	19.525	550	2.457	9	4	1	38	3	5	17	0	1
Valle del Cauca	35	0	1	4.566	571	610	43.643	334	4.980	47	3	11	18	1	1	41	4	3
Vaupés	35	1	1	84	12	13	194	8	14	0	0	0	0	0	0	5.844	9	900
Vichada	30	1	2	119	17	19	209	5	80	0	0	0	0	0	0	393	156	53
Total nacional	3.164	90	95	96.483	11.034	12.471	223.546	5.045	33.977	2.275	152	252	828	73	87	80.352	6.909	8.242

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 29

Decremento
Incremento

	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	0	1	0	3.805	826	374	445	10	39	0	0	0	1.889	407	175	6	2	0
Antioquia	122	23	37	556.697	77.294	90.094	26.535	2.665	4.145	3.415	880	1.052	239.494	37.023	31.101	366	76	44
Arauca	6	2	1	14.876	2.744	2.329	1.519	166	434	18	7	3	5.067	763	712	23	6	4
Atlántico	14	4	3	104.835	11.167	15.641	1.957	214	431	656	127	288	34.780	4.670	5.877	96	21	8
Barranquilla	30	11	11	142.150	18.223	22.466	5.264	339	931	862	274	316	47.508	6.308	8.320	95	31	8
Bogotá	153	37	40	1.099.694	135.616	168.545	46.713	5.921	7.508	5.917	2.116	2.172	472.325	56.415	46.470	434	75	64
Bolívar	9	6	1	78.812	11.607	12.236	2.019	224	293	433	122	114	23.212	2.986	3.106	78	20	12
Boyacá	8	4	2	84.797	13.669	12.669	4.477	538	843	305	122	118	35.976	4.081	3.347	67	13	7
Buenaventura	8	1	1	5.184	1.054	692	166	0	14	7	1	2	1.686	540	213	32	8	5
Caldas	11	2	1	47.880	8.601	8.012	1.987	328	385	612	168	228	20.649	2.865	2.107	41	9	5
Cali	44	14	15	180.585	23.407	26.853	3.938	638	650	379	80	173	65.502	12.401	7.897	137	26	22
Caquetá	15	3	4	19.424	4.191	3.486	1.333	147	197	46	20	11	14.360	1.546	2.439	25	6	5
Cartagena	24	3	9	127.087	16.865	19.275	3.073	390	578	781	256	277	32.846	4.283	5.254	92	23	6
Casanare	3	1	3	18.377	3.134	3.250	539	80	135	58	24	20	8.940	1.082	1.007	34	7	1
Cauca	26	6	7	74.966	10.346	10.400	2.966	163	443	240	39	78	46.040	4.509	5.821	99	23	15
Cesar	14	5	6	66.985	11.514	11.956	4.863	594	764	255	78	75	18.272	4.701	3.044	97	26	11
Chocó	7	1	1	21.986	1.775	2.785	1.019	174	168	20	6	4	8.622	881	938	98	16	9
Córdoba	18	4	2	115.972	13.941	18.289	3.622	403	561	836	188	283	33.379	5.155	5.012	162	38	22
Cundinamarca	38	7	13	247.716	28.914	37.686	9.530	935	1.654	1.230	493	360	110.935	11.405	11.732	205	35	29
Guainía	0	1	0	1.445	205	419	147	23	45	0	1	0	1.019	125	176	5	1	0
Guaviare	4	1	1	4.413	752	724	134	60	33	25	3	9	2.047	306	199	6	1	1
Huila	29	2	16	75.139	12.320	13.632	3.689	424	623	349	108	155	29.272	4.337	3.263	74	16	1
La Guajira	8	1	0	139.604	11.525	21.164	4.053	519	554	156	78	88	27.526	4.701	5.178	161	36	14
Magdalena	2	4	1	61.460	8.081	9.159	1.973	192	366	89	6	30	22.805	3.997	3.201	82	18	13
Meta	11	3	3	49.663	8.775	9.030	2.130	201	427	324	116	121	33.229	4.221	3.696	83	16	16
Nariño	25	7	3	86.966	15.722	12.506	4.196	457	540	82	72	20	29.478	7.253	3.710	106	17	12
Norte de Santander	42	5	15	109.878	11.879	13.749	6.414	747	986	570	153	182	32.884	6.069	3.591	99	24	13
Putumayo	7	1	1	20.482	2.721	3.559	846	136	156	23	13	8	6.708	1.106	751	31	6	3
Quindío	6	2	5	38.420	6.504	5.907	2.039	264	324	250	57	73	20.564	2.608	2.093	29	5	3
Risaralda	11	3	4	69.164	9.159	10.743	3.158	314	565	272	43	89	24.564	3.746	2.599	53	9	8
San Andrés	0	1	0	5.413	756	851	347	90	57	0	5	0	1.890	322	233	9	1	2
Santa Marta D.E.	4	1	1	40.195	2.326	6.004	1.509	160	311	536	106	157	12.240	1.416	2.027	34	11	4
Santander	32	8	9	150.942	16.499	28.856	11.395	1.001	1.955	1.662	376	497	53.215	7.072	6.957	91	20	16
Sucre	5	2	2	49.084	8.771	7.702	3.739	603	735	740	222	254	15.831	3.171	2.604	79	19	7
Tolima	19	2	3	80.226	12.792	14.560	5.030	400	885	335	96	117	36.557	4.992	3.952	64	15	5
Valle del Cauca	23	7	7	94.253	13.971	15.161	1.786	283	294	342	95	112	46.972	6.151	5.313	90	17	9
Vaupés	3	1	2	1.928	278	402	128	16	44	8	5	0	654	86	109	10	1	0
Vichada	3	1	1	4.168	407	846	17	5	1	1	0	0	2.579	167	446	25	3	5
Total nacional	791	197	232	4.094.671	538.331	642.012	174.695	19.824	29.074	21.834	6.556	7.486	1.621.516	235.494	194.670	3.318	693	409

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 29

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	29	5	6	75	4	8
Antioquia	4	8	0	421	82	53	45	4	1	140	50	15	1.426	246	139	2.446	106	312
Arauca	0	0	0	13	3	1	2	1	0	4	2	2	121	17	12	184	25	60
Atlántico	0	2	0	53	9	3	0	1	0	5	1	2	439	100	54	264	27	26
Barranquilla	0	2	0	67	9	3	0	1	0	27	3	4	354	68	43	840	92	51
Bogotá	8	8	0	786	224	117	502	4	10	345	95	44	2.531	444	334	7.661	297	969
Bolívar	2	2	0	24	5	2	2	1	0	2	3	0	198	71	18	94	21	11
Boyacá	2	2	0	120	19	15	22	1	1	21	6	3	405	82	42	707	21	103
Buenaventura	0	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	69	3	1	15	0	1
Caldas	0	1	0	45	8	7	1	0	0	5	3	2	210	38	36	246	9	19
Cali	5	3	1	90	33	9	1	1	0	7	5	1	555	135	44	1.336	50	96
Caquetá	0	1	0	19	4	3	0	0	0	6	4	0	80	15	9	53	3	4
Cartagena	0	1	0	59	5	7	2	1	0	2	3	0	206	107	31	197	23	7
Casanare	2	1	0	25	2	5	5	0	0	4	2	1	119	37	8	184	10	53
Cauca	3	2	0	53	9	4	1	1	0	4	3	0	234	47	33	416	6	23
Cesar	2	2	0	26	6	0	3	1	0	2	7	1	242	45	12	319	14	26
Chocó	0	1	0	12	0	0	1	0	0	39	4	0	46	8	8	34	0	2
Córdoba	1	3	0	70	28	5	2	1	0	1	2	0	694	115	75	592	151	38
Cundinamarca	3	4	0	234	50	35	108	2	2	86	22	12	1	3	1	1.175	27	119
Guainía	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1.067	211	135	8	0	0
Guaviare	0	0	0	4	0	1	2	1	0	1	0	0	32	4	0	25	0	18
Huila	3	2	1	93	24	5	3	1	0	51	9	14	264	58	31	309	9	37
La Guajira	3	2	0	32	4	4	1	1	0	0	1	0	185	49	27	178	11	10
Magdalena	0	1	0	10	5	1	1	1	0	2	2	0	126	45	11	61	6	9
Meta	7	1	0	42	9	8	7	1	0	34	6	8	315	81	38	312	31	85
Nariño	5	2	0	86	13	11	5	1	0	51	10	6	560	67	67	308	13	12
Norte de Santander	5	2	0	134	21	12	2	1	0	9	11	0	485	77	45	403	25	68
Putumayo	0	1	0	36	6	3	1	1	0	9	1	0	106	18	16	245	11	13
Quindío	0	1	0	28	5	6	0	1	0	5	1	1	157	38	14	248	6	8
Risaralda	3	1	0	56	6	5	2	1	0	1	1	0	275	50	30	169	6	16
San Andrés	0	0	0	2	1	0	0	1	0	3	0	0	15	3	1	21	4	5
Santa Marta D.E.	1	1	0	8	1	2	1	0	0	9	2	0	73	8	9	135	4	0
Santander	2	3	0	63	8	9	1	1	0	45	14	1	417	90	43	1.010	50	206
Sucre	3	1	0	47	8	7	1	1	0	23	15	2	261	49	23	359	73	57
Tolima	4	2	0	35	10	2	3	1	0	20	5	0	389	81	39	308	15	53
Valle del Cauca	2	2	0	92	14	7	1	1	0	1	2	0	567	143	62	622	13	28
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	4	3	0	11	5	1
Vichada	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	2	52	4	6	11	3	0
Total nacional	70	64	2	2.888	631	352	1	0	0	970	301	121	13.309	2.665	1.503	21.581	1.171	2.554

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 29

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024
Amazonas	0	0	1	0	29	27	0	0	3	0	32	55	7	8	8	61	1	0
Antioquia	1	0	4	9	826	1.606	1	0	3	9	2.848	3.288	682	458	244	781	16	10
Arauca	1	0	0	0	156	252	0	0	3	0	103	88	12	10	3	6	2	0
Atlántico	1	0	1	1	202	321	0	0	2	1	459	581	1	0	20	76	8	3
Barranquilla	0	0	2	0	110	160	0	0	1	1	471	540	0	0	33	179	6	4
Bogotá	0	0	0	0	1.698	2.045	3	0	3	9	2.259	3.140	0	0	41	75	17	10
Bolívar	0	0	1	1	199	400	0	0	2	2	277	345	222	227	37	119	7	3
Boyacá	1	3	1	0	267	312	0	0	1	0	508	606	56	143	8	23	3	2
Buenaventura	0	0	0	0	49	161	0	0	0	0	42	66	11	7	27	60	3	0
Caldas	0	0	1	0	79	184	0	0	36	4	645	691	92	108	20	120	2	1
Cali	0	0	9	3	262	364	0	0	9	8	864	937	1	2	64	133	5	2
Caquetá	0	0	1	0	111	132	0	0	1	0	141	122	142	110	49	360	3	0
Cartagena	0	0	2	0	102	256	0	1	3	1	294	321	1	1	74	136	6	0
Casanare	8	3	3	3	202	219	0	0	2	1	161	145	4	1	7	16	2	1
Cauca	0	0	1	1	190	208	0	0	1	3	458	537	42	17	25	67	6	5
Cesar	5	0	1	0	372	565	1	0	0	0	323	383	35	137	34	63	7	9
Chocó	0	0	1	1	351	701	0	0	1	0	54	94	144	126	24	64	8	11
Córdoba	0	2	1	0	299	389	0	0	5	0	535	600	88	101	21	70	10	5
Cundinamarca	0	0	13	6	626	947	0	0	5	4	1.117	1.393	97	106	39	106	10	7
Guainía	0	0	0	0	36	39	0	0	1	0	15	12	12	5	3	2	0	0
Guaviare	0	1	1	0	68	67	0	0	3	0	30	34	216	83	13	29	1	0
Huila	0	0	1	1	239	379	0	0	2	9	491	433	8	3	40	154	3	5
La Guajira	0	0	0	0	881	1.583	0	0	0	0	145	174	14	6	5	15	15	9
Magdalena	0	0	0	0	301	443	0	0	3	1	192	226	3	7	8	26	8	2
Meta	0	0	4	1	214	341	0	0	3	2	394	404	120	90	11	12	6	2
Nariño	0	0	0	0	345	613	0	0	20	1	755	815	212	50	18	50	8	6
Norte de Santander	2	0	3	0	365	431	2	5	18	2	549	598	142	92	22	60	6	5
Putumayo	0	0	13	2	115	119	0	0	12	2	189	143	149	111	7	15	3	1
Quindío	0	0	2	4	64	60	0	0	2	2	312	259	1	2	36	154	1	0
Risaralda	0	0	4	4	183	284	0	0	0	4	650	679	78	118	82	182	3	2
San Andrés	0	0	0	1	4	8	0	0	0	1	12	18	0	0	0	2	0	0
Santa Marta D.E.	0	1	1	0	48	79	0	0	9	2	139	209	6	7	19	70	5	2
Santander	1	1	9	9	214	405	0	0	4	2	776	1.010	360	239	32	145	7	4
Sucre	0	0	1	0	129	167	0	1	6	0	243	362	59	39	21	31	4	2
Tolima	0	0	13	2	169	308	0	0	8	4	688	641	186	120	154	348	4	1
Valle del Cauca	0	0	4	9	204	374	0	0	7	1	735	654	10	12	96	260	4	1
Vaupés	0	0	0	0	51	38	0	0	1	0	30	45	36	25	12	20	0	0
Vichada	0	0	0	0	149	224	0	0	0	0	13	18	29	4	1	4	2	1
Total nacional	20	11	99	58	9.909	15.211	7	7	180	76	17.952	20.666	3.227	2.601	1.359	4.094	198	116

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 29

Decremento
Incremento

	Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024
Amazonas	2	1	3	3	1	0	2	2	2	1	9	7	0	0	31	39	1	1	225	346
Antioquia	7	5	35	13	7	16	77	241	96	76	661	745	3	2	1.695	2.437	55	69	11.486	9.780
Arauca	1	0	1	1	1	1	4	3	26	11	97	88	0	0	74	84	1	0	467	787
Atlántico	1	1	3	6	4	4	17	17	29	13	196	181	3	2	235	283	9	7	1.135	1.498
Barranquilla	1	2	3	1	1	2	15	22	44	30	240	238	1	0	399	549	8	15	1.046	1.499
Bogotá	0	2	38	17	0	0	88	287	98	78	530	541	0	0	680	819	18	24	10.058	18.793
Bolívar	1	2	6	9	7	1	13	11	26	26	169	201	3	3	94	139	3	2	1.183	1.376
Boyacá	1	0	3	4	1	0	15	20	11	9	59	61	1	1	85	111	1	5	1.731	2.662
Buenaventura	0	4	2	1	2	1	4	0	11	15	79	61	0	0	95	87	7	3	150	208
Caldas	0	0	2	1	0	0	12	3	10	7	70	73	0	0	179	228	2	3	1.415	1.750
Cali	1	1	8	4	2	0	25	12	15	17	255	354	0	0	777	847	23	36	3.800	4.085
Caquetá	0	0	5	8	2	1	5	1	3	5	48	67	0	0	126	183	3	7	509	636
Cartagena	0	1	5	6	2	1	12	33	40	45	177	269	1	0	219	281	2	4	574	875
Casanare	1	1	1	3	1	0	5	9	23	13	71	102	0	0	92	84	2	0	446	611
Cauca	3	2	7	7	1	1	18	5	14	11	111	95	0	0	160	196	1	2	1.619	1.971
Cesar	4	3	6	5	13	8	16	10	25	14	192	143	2	0	221	296	1	3	1.226	1.253
Chocó	14	31	18	27	11	23	7	3	21	32	132	145	1	2	110	163	1	4	171	210
Córdoba	1	1	7	7	4	9	21	20	17	11	182	167	5	1	151	171	1	6	1.772	2.023
Cundinamarca	0	0	10	10	3	0	39	28	38	39	210	263	1	1	274	339	7	10	5.489	7.874
Guainía	1	2	2	1	1	0	1	0	3	0	9	7	0	0	10	20	0	0	64	113
Guaviare	0	0	0	2	0	0	1	3	3	1	15	18	0	0	21	22	1	0	140	173
Huila	0	0	5	5	2	1	13	5	9	9	89	91	1	0	221	342	4	5	3.152	3.442
La Guajira	12	22	22	19	32	22	12	2	40	19	204	209	1	0	255	373	2	9	681	856
Magdalena	2	1	9	6	9	8	11	2	19	16	129	157	2	0	89	123	1	2	789	836
Meta	1	2	5	5	4	2	13	2	28	31	141	157	0	0	311	404	11	10	1.021	1.582
Nariño	2	0	7	3	4	2	19	14	12	9	137	137	1	0	99	120	4	1	1.954	2.398
Norte de Santander	2	0	7	2	2	4	19	27	55	49	285	286	0	1	352	484	7	11	1.832	2.146
Putumayo	1	0	3	3	2	2	4	2	4	3	54	45	1	0	56	71	1	4	584	719
Quindío	0	0	3	3	0	0	6	4	7	2	54	48	0	0	139	174	2	1	1.187	1.478
Risaralda	4	8	3	10	3	7	11	6	14	22	98	112	0	0	332	335	14	17	1.802	2.003
San Andrés	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	6	0	0	6	8	0	0	65	163
Santa Marta D.E.	1	0	2	0	0	1	6	5	10	11	64	90	1	0	122	181	2	3	329	429
Santander	0	4	4	5	1	2	26	22	39	29	234	249	2	0	464	699	13	20	2.957	3.477
Sucre	0	0	3	7	1	6	11	10	17	8	119	107	3	0	56	64	0	2	940	1.188
Tolima	1	2	5	9	1	2	15	11	17	14	99	86	2	1	276	382	6	12	1.360	1.902
Valle del Cauca	1	1	9	3	5	4	23	21	16	11	170	212	1	0	380	426	10	13	3.401	3.809
Vaupés	2	3	2	3	0	0	1	1	1	1	2	2	0	0	9	13	0	0	106	122
Vichada	3	2	1	5	7	3	1	1	2	5	22	26	0	0	18	19	0	1	84	163
Total nacional	76	104	277	224	124	134	588	865	846	693	5.420	5.846	34	14	8.912	11.596	225	312	66.954	85.236

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Semana Epidemiológica

14 al 20 de julio de 2024

29

Situación nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

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

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

Natalí Paola Cortés Molano, ncortes@ins.gov.co

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

Viviana Ines Pantoja Muñoz, vpantoja@ins.gov.co

Temas centrales

Comportamiento de la hepatitis,
Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2024

Henry Sepúlveda Medina - hsepulveda@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/10.33610/23576189.2024.29>

2024

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

Brotes

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

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

Diseño y diagramación

Alexander Casas, acasasc@ins.gov.co



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co