

**Semana
Epidemiológica**

18 al 24 de agosto de 2024

34

Varicela y parotiditis

*Comportamiento epidemiológico
en Colombia a semana
epidemiológica 33 de 2024*

Mantener un sistema de vigilancia robusto para la varicela permite detectar rápidamente nuevos casos y controlar su propagación en la comunidad.

En los últimos cinco años, los casos de parotiditis han disminuido; sin embargo, para alcanzar la erradicación del virus, es indispensable fortalecer la vigilancia epidemiológica y la articulación con el Programa Ampliado de Inmunizaciones.





Tema central: Varicela y parotiditis

Comportamiento epidemiológico en Colombia
a semana epidemiológica 33 de 2024

Situación nacional



Mortalidad



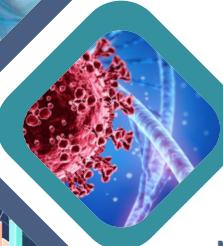
Eventos trazadores



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 varicela en Colombia a semana epidemiológica 33 de 2024

Adriana Marcela Monje Rodríguez, amonje@ins.gov.co

Mantener un sistema de vigilancia robusto para la varicela permite detectar rápidamente nuevos casos y controlar su propagación en la comunidad.

La varicela es una infección primaria provocada por el virus varicela zoster, que puede permanecer latente en las neuronas y reactivarse años o décadas después, dando lugar al herpes zóster. La infección se manifiesta como una erupción cutánea generalizada, pruriginosa, que presenta una evolución maculopapular y vesicular. Las lesiones aparecen en "erupciones en distintas fases (máculas, pápulas y vesículas) a lo largo de tres a siete días. A medida que las vesículas se secan, pueden presentar un aspecto umbilicado y finalmente, se convierten en costras que se desprenden con el tiempo. Además, los síntomas iniciales pueden incluir fiebre, malestar general, y, en algunos casos, dolor abdominal, cefalea y pérdida de apetito (1).

En América Latina y el Caribe la información epidemiológica de la varicela es escasa comparada con otros países templados de ingresos altos. Además, son pocos los países que en América Latina y el Caribe imponen la notificación obligatoria (2).

En Colombia a semana epidemiológica 33 de 2024, se han notificado 15 232 casos de varicela, para una incidencia en población general de 29 casos por cada 100 000 habitantes; se observa una disminución en la notificación del 21 % respecto a la misma semana de 2023, la cual presentó una notificación de 19 269 casos, correspondiente a una incidencia en población general de 37 casos por cada 100 000 habitantes. La entidad territorial con mayor incidencia para el periodo analizado es Córdoba; para el mismo periodo de 2023 fue Putumayo.

En la población de 15 a 49 años se observa una incidencia nacional de 29 casos por cada 100 000 habitantes, observándose un aumento de la incidencia frente al año anterior, durante el cual la incidencia fue de 28 casos por 100 000 habitantes. En este grupo de edad, la entidad territorial con mayor incidencia es Córdoba con 51 casos por cada 100 000 habitantes, en 2023 fue Amazonas con una incidencia de 73 casos por cada 100 000 habitantes (tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de varicela en población general y en población de 15 a 49 años a semana epidemiológica 33, Colombia, 2023-2024

Entidad territorial	Incidencia de varicela en población general				Entidad territorial	Incidencia de varicela población 15 a 49 años				
	Casos a SE 33		Tasa de incidencia por 100 000 habitantes a SE 33			Casos a SE 33		Tasa de incidencia por 100 000 habitantes a SE 33		
	2023	2024	2023	2024		2023	2024	2023	2024	
Colombia	19269	15232	36,90	28,91	Colombia	7721	8137	28,22	29,48	
Córdoba	849	856	44,71	44,70	Córdoba	327	484	34,15	50,55	
Vichada	76	54	61,64	43,04	Arauca	26	69	15,51	41,15	
Arauca	111	130	35,45	40,96	Meta	198	245	32,90	40,72	
Bogotá, D.C.	3314	2974	41,91	37,51	Barranquilla	257	259	37,25	37,26	
Guaviare	65	36	66,59	35,82	Atlántico	269	290	34,33	37,25	
Putumayo	313	139	81,71	35,76	Putumayo	48	78	22,92	37,24	
Boyacá	514	467	39,57	35,59	Guaviare	10	19	19,53	37,11	
Nariño	459	607	27,01	35,50	Bogotá, D.C.	1355	1584	30,78	35,99	
Amazonas	52	30	61,14	34,76	Valle del Cauca	277	342	27,72	34,30	
Cundinamarca	1430	1215	41,51	34,19	Norte de Santander	269	304	30,15	34,07	
Atlántico	662	496	44,73	33,23	Nariño	173	303	19,40	33,99	
Tolima	671	456	48,82	33,02	Boyacá	178	215	27,74	33,50	
Valle del Cauca	866	664	42,57	32,56	Vichada	19	21	29,47	32,57	
Risaralda	367	313	37,75	32,14	Casanare	93	83	36,25	32,35	
Norte de Santander	545	540	32,12	31,59	Cali	477	375	41,09	32,26	
Quindío	282	176	50,08	31,09	Cundinamarca	538	583	29,34	31,80	
Meta	534	351	47,25	30,63	Sucre	173	157	33,89	30,76	
Barranquilla	462	407	34,91	30,50	Quindío	127	85	45,46	30,43	
Sucre	405	292	40,74	29,02	Huila	170	181	28,44	30,28	
Casanare	294	134	62,85	28,20	Cartagena	203	169	36,09	29,81	
San Andrés	15	17	24,09	27,31	Tolima	239	196	35,14	28,82	
Cali	998	608	43,76	26,62	Risaralda	154	140	31,55	28,68	
Huila	518	304	43,96	25,50	Caldas	105	134	20,58	26,26	
Cartagena	566	254	53,80	23,97	Buenaventura	9	42	5,65	26,23	
Caldas	272	246	26,15	23,52	San Andrés	9	8	29,26	26,01	
Antioquia	1848	1589	26,98	23,02	Caquetá	60	58	26,87	25,98	
Buenaventura	21	69	6,49	21,29	Bolívar	173	141	28,85	23,69	
Caquetá	128	89	30,11	20,79	Antioquia	773	808	21,36	22,33	
Bolívar	423	239	35,39	19,84	Cesar	97	155	13,39	21,39	
Cesar	274	269	19,95	19,28	La Guajira	156	112	28,56	20,51	
Santander	679	457	28,81	19,23	Santander	361	227	29,54	18,58	
La Guajira	390	203	37,56	19,20	Cauca	180	142	21,73	17,14	
Cauca	365	271	23,43	17,21	Santa Marta	24	50	7,91	16,27	
Magdalena	330	141	35,06	14,80	Amazonas	32	5	73,16	11,43	
Santa Marta	54	83	9,73	14,79	Magdalena	102	50	21,55	10,66	
Vaupés	26	4	55,58	8,34	Chocó	42	21	13,60	6,80	
Chocó	77	50	12,94	8,26	Vaupés	8	1	35,97	4,50	
Guainía	14	2	24,76	3,45	Guainía	10	1	34,71	3,47	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila evento 831, a semana epidemiológica 33, 2023-2024

SE: semana epidemiológica

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

En cuanto al comportamiento del evento de acuerdo con las características sociodemográficas, el 51 % de la notificación (7 833 casos) correspondió a la población masculina con una incidencia de 30 casos por cada 100 000 hombres. Se observa un leve aumento en la proporción de casos notificados en población gestante, para 2024 es el 0,87 % y para 2023 el 0,70 % (tabla 2).

Tabla 2. Incidencia, características sociales y demográficas de la varicela a semana epidemiológica 33, Colombia, 2023-2024

Categoría	2023			2024			2024
	Casos	%	Inciden ^a	Casos	%	Inciden ^a	
semana epidemiológica 33	19 269	100	28,91	15 232	100		52 215 503
Sexo							
Masculino	10 150	52,68	39,83	7 833	51,42	30,46	25 718 840
Femenino	9 119	47,32	34,12	7 399	48,58	27,43	26 977 112
Pertenencia étnica							
Indígena	472	2,45	24,77	369	2,42	19,36	1 905 617
Negro mulato, raizal, palenquero	377	1,96	8,07	332	2,18	7,11	4 671 160
Área							
Cabecera municipal	16 080	83,45	40,45	12 706	83,42	31,67	40 123 631
Centro poblado y rural disperso	3 189	16,55	25,59	2 526	16,58	20,09	12 572 321
Régimen de afiliación							
Contributivo	9 904	51,40	42,20	8 062	52,93	34,68	23 249 061
Subsidiado	7 770	40,32	29,69	5 786	37,99	21,89	26 426 444
Excepción y Especial	1 125	5,84	50,68	1 109	7,28	50,01	2 217 348
No asegurado	293	1,52	*	182	1,19	*	*
Indeterminado	177	0,92	*	93	0,61	*	*
Otras condiciones							
Privados de la libertad	262	1,36	25,62	255	1,67	24,76	102994
Gestantes	134	0,70	*	133	0,87	*	*
hospitalizados	422	2,19	*	365	2,40	*	*
Letalidad	2	0,01	*	2	0,01	*	*

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila evento 831, a semana epidemiológica 33, 2023-2024

* Incidencia por 100 000 habitantes, excepto en indígenas cuyo cálculo se realizó por 10 000 indígenas.

En cuanto al comportamiento de los brotes en poblaciones especiales confinadas, el 22 % son aportados por Bogotá D.C., Antioquia y Cali. Estas tres entidades territoriales concentran el 50 % de los casos notificados por brote a nivel nacional (figura 1).

Figura 1. Comportamiento de los brotes por varicela en poblaciones especiales confinadas a semana epidemiológica 33, Colombia, 2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila evento 831, a semana epidemiológica 33, 2023-2024

Conclusiones

- La varicela presentó una disminución de la notificación general respecto a 2023 del 19 %, con 15 232 casos, que corresponden a una incidencia de 29 casos por cada 100 000 habitantes.
- Cali, Antioquia y Bogotá D.C. concentran el 22 % de los brotes en poblaciones especiales confinadas y el 50 % de la población afectada por brotes del evento a nivel nacional.
- A la semana epidemiológica 33 de 2024 se observó aumento de la incidencia en el grupo de edad de 10 a 14 años con 71,73 casos por cada 100 000 habitantes.

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Recomendaciones

- Realizar seguimiento a los comportamientos inusuales de la notificación por varicela en grupos de edad priorizados, por entidad territorial municipal.
- Continuar la vigilancia estricta de brotes de varicela y actuar de manera inmediata ante la detección de casos, especialmente en poblaciones especiales.
- Realizar investigación epidemiológica de campo a toda gestante notificada con varicela y remitir al INS.

Referencias

- Dooling K, Marin M, Gershon A. A. Clinical Manifestations of Varicella: Disease Is Largely Forgotten, but It's Not Gone. *The Journal of Infectious Diseases*. 2022;226(S4): S380–4. Available from: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiac390>
- Falleiros L, Pirez MC, Avila ML, Cashat M, Parellada CI, Lara W. Burden of varicella in Latin America and the Caribbean: findings from a systematic literature review. *BMC Public Health*. 2019; 19:1–18. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6795-0>

Comportamiento epidemiológico de la parotiditis en Colombia a semana epidemiológica 33 de 2024

Diana Lucero Rivera Gómez - drivera@ins.gov.co

En los últimos cinco años, los casos de parotiditis han disminuido; sin embargo, para alcanzar la erradicación del virus, es indispensable fortalecer la vigilancia epidemiológica y la articulación con el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

La parotiditis es una enfermedad inmunoprevenible que se presenta en todo el mundo, en cualquier época del año, cumple ciclos de siete a ocho años, la enfermedad se presenta principalmente en poblaciones localizadas confinadas como fuerzas militares, indígenas y población privada de la libertad (1).

El modo de transmisión es por vía respiratoria por contacto estrecho con una persona contaminada, el virus se puede contraer hasta seis días antes de las manifestaciones clínicas y hasta nueve días después. El virus es excretado en orina hasta 14 días después de la manifestación de los síntomas. El periodo de incubación es de 18 a 21 días y hay presentación de infecciones inaparentes (2).

Comportamiento de la parotiditis en la región de las Américas

En 2023, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la región de las Américas, los casos registrados indican que Colombia es el principal notificador, con un total de 5 467 casos. A continuación, se encuentran Brasil con 3 387 casos, Ecuador con 204 y Venezuela con 96 (3).

A partir de estos datos, se realizó una comparación de Colombia exclusivamente con el resto de la región de las Américas. Los resultados confirmaron que Colombia no solo reporta el mayor número de casos, sino que también, tiene la mayor incidencia en la región. Se destacan dos picos en la incidencia de Colombia que superan significativamente la incidencia promedio de los demás países en las Américas (4).

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

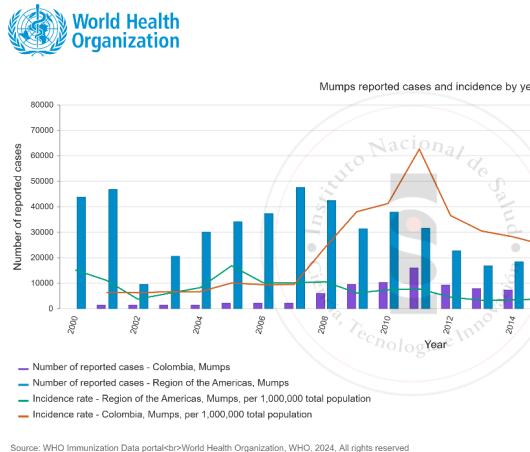
Desnutrición

Brotes

Tablas

Teniendo en cuenta estos datos se hizo una comparación de Colombia únicamente con la región de las Américas, se resaltan dos picos, en los cuales la incidencia de Colombia supera la de las Américas (5) (figura 2).

Figura 2. Casos e incidencias de parotiditis región de las Américas vs. Colombia, 2010-2023



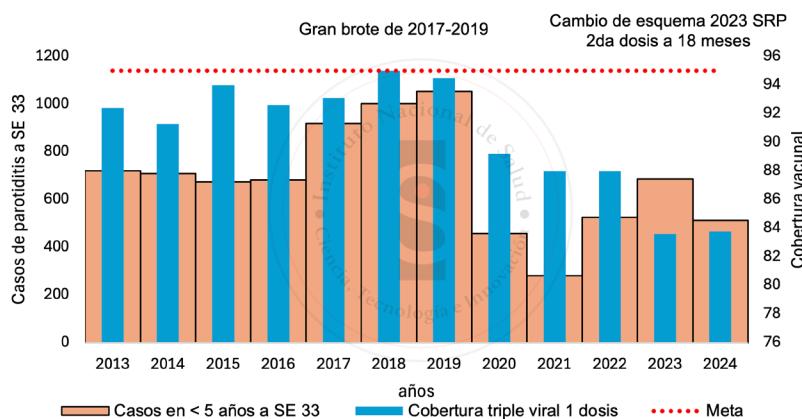
Source: WHO Immunization Data portal-WHO-World Health Organization, WHO, 2024. All rights reserved

Fuente: Portal WID. Global, Regional and Country Immunization data at your fingertips, Parotiditis,
WHO Immunization Data Portal. 2024 disponible:

<https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/mumps-reported-cases-and-incidence?CODE=AMR+COL&YEAR=>

Considerando el histórico de casos notificados en Colombia a lo largo de 11 años, con datos cotejados a semana epidemiológica 33 de 2024, se evidencia aumento en los casos reportados entre 2017 y 2019. En 2018 se alcanzó el mínimo del 95 % de cobertura con una dosis de la vacuna triple viral.

Figura 3. Cobertura de vacunación vs. casos de parotiditis a semana epidemiológica 33 Colombia 2013-2024



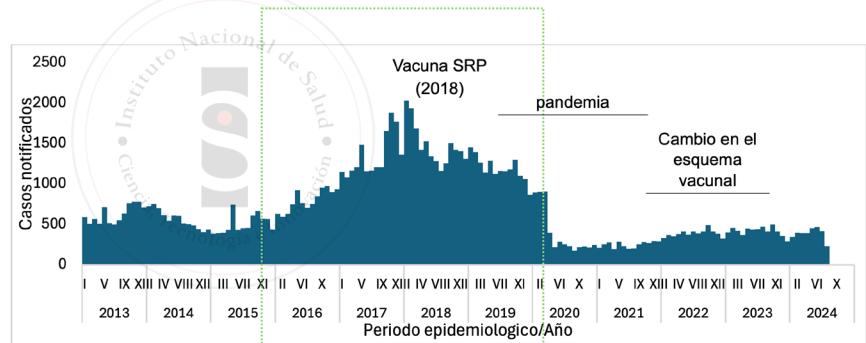
Fuente: Instituto Nacional de Salud de Colombia, Sivigila, casos notificados.

Coberturas vacunales Ministerio de Salud (abril 2024)

SE: semana epidemiológica

Al analizar los casos por período epidemiológico, del 2013 al 2024, se observó una clara estacionalidad en el evento analizado. El decremento en los casos se correlaciona con la intensificación de la vacunación y la disminución de la vigilancia del evento durante la pandemia. Además, se realizaron ajustes en el esquema de vacunación, adelantando el refuerzo de los cinco años a los 18 meses. En la figura 4 se muestra cómo estos cambios han influido en la dinámica de los casos a lo largo del tiempo.

Figura 4. Casos de parotiditis por período epidemiológico en Colombia 2013-2024

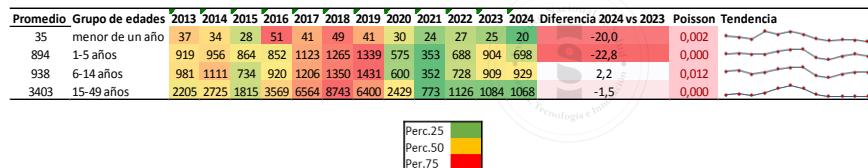


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2013 a 2014, datos preliminares para 2024

Se observó una tendencia general a la disminución en las poblaciones a lo largo del tiempo. Sin embargo, al analizar específicamente los grupos etarios de 1 a 5 años y menores de 1 año, se identificó una diferencia significativa en estos grupos comparado con el rango de 11 años.

Esta diferencia es destacada en la figura 5, en la cual se ilustra como las tendencias de los casos han variado en estos grupos etarios en comparación con la población general.

Figura 5. Casos de parotiditis por grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 33, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2013 a 2014, datos preliminares para 2024

Al comparar las incidencias por entidad territorial y grupo de edad (población general, de 1 a 5 años y menores de 1 año) entre el año 2024 y el 2023, se observó un decremento significativo en las entidades territoriales más grande. Los datos muestran que las entidades que históricamente habían sido grandes notificadores también presentan una tendencia a la disminución en sus reportes (tabla 3).

Tabla 3. Incidencia por entidad territorial y tipo de población 2023 vs. 2024 a semana epidemiológica 33, Colombia

Entidad territorial	Incidencias pob general 2023		Incidencias pob general 2024		Incidencias 1-5 años 2023		Incidencias 1-5 años 2024		Incidencias menores de un año 2023		Incidencias menores de un año 2024	
		Tendencia		Tendencia		Tendencia		Tendencia		Tendencia		Tendencia
Población 150 000-8 000 000 habitantes	Bogotá	11,4	5,7	↓	33,0	20,2	↓	↓	5,6	1,1	↓	↓
	Antioquia	6,9	3,9	↓	19,6	12,4	↓	↓	7,3	1,8	↓	↓
	Cundinamarca	7,3	3,7	↓	17,3	11,3	↓	↓	6,6	1,1	↓	↓
	Santander	2,9	1,6	↓	6,1	4,99	↓	↓	0,0	0,0	↓	↓
	Valle del Cauca	5,3	3,4	↓	16,6	12,2	↓	↓	3,9	2,5	↓	↓
	Córdoba	5,0	3,4	↓	18,2	8,9	↓	↓	3,4	1,7	↓	↓
Población 100 000-1 500 000 habitantes	Nariño	5,8	3,4	↓	18,08	9,62	↓	↓	6,24	3,11	↓	↓
	Norte de Santander	9,1	3,9	↓	14,7	11,3	↓	↓	8,0	0,0	↓	↓
	Cauca	3,4	2,5	↓	13,1	10,0	↓	↓	0,0	0,0	↓	↓
	Atlántico	4,1	1,8	↓	16,2	5,1	↓	↓	2,6	0,0	↓	↓
	Tolima	3,0	2,3	↓	13,6	11,1	↓	↓	0,0	0,0	↓	↓
	Cesar	2,1	1,5	↓	8,2	4,6	↓	↓	2,1	0,0	↓	↓
Población 100 000 habitantes	Boyacá	10,3	4,5	↓	23,4	15,0	↓	↓	0,0	0,0	↓	↓
	Bolívar	2,2	1,9	↓	9,8	6,1	↓	↓	1,4	0,0	↓	↓
	Huila	9,3	5,0	↓	15,1	12,9	↓	↓	5,1	0,0	↓	↓
	Meta	4,3	2,7	↓	18,1	9,6	↓	↓	6,2	3,1	↓	↓

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

Para alcanzar la inmunidad de rebaño, es necesario que las coberturas vacunales estén mínimo en el 95 %. En este contexto, se observó que únicamente tres entidades territoriales: Boyacá, Sucre y Caldas alcanzaron o se acercaron al límite de cobertura mínima de inmunización requerido (figura 6).

Figura 6. Casos de parotiditis a semana epidemiológica 33 de 2024 vs. coberturas vacunales por entidad territorial en Colombia



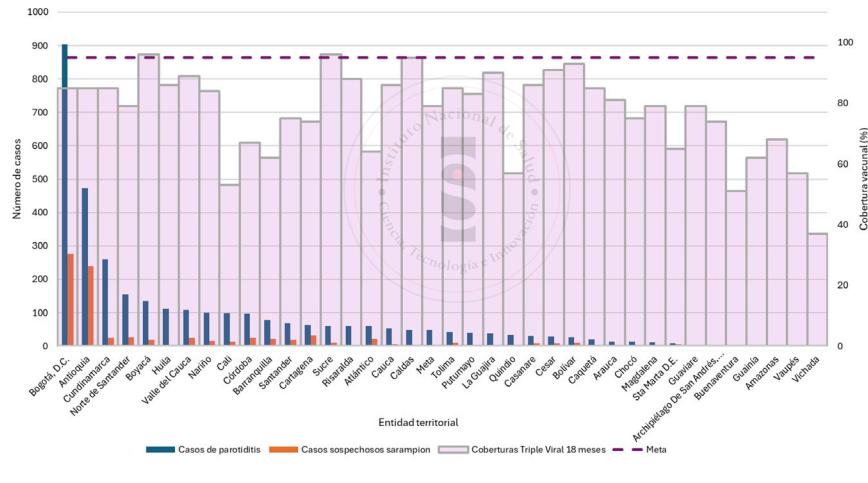
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2024, coberturas Ministerio de Salud, abril de 2024

El sarampión y la parotiditis comparten la misma vacuna, por lo que se podría esperar que en áreas donde se reportan casos de parotiditis también se presenten casos de sarampión. Para analizar esta relación, se elaboró una gráfica que muestra los casos confirmados de parotiditis en comparación con los casos sospechosos de sarampión.

La figura 7 permite observar la frecuencia de ambos tipos de casos, y los datos sugieren que la presencia de parotiditis puede servir como un buen indicador para detectar casos sospechosos de sarampión.

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

Figura 7. Casos de parotiditis vs. Casos sospechosos de sarampión a semana epidemiológica 33 2024 vs coberturas vacunales por entidad territorial en Colombia



Fuente: Sivigila- coberturas Ministerio de Salud (abril de 2024)

Al ordenar los municipios por el mayor número de casos notificados en 2024 y compararlos con los años anteriores, se observó que algunos municipios que solían ser grandes notificadores han dejado de reportar casos, mientras que otros municipios, que no eran tradicionales notificadores, han registrado un mayor número de casos este año.

Esta dinámica se detalla en la tabla 4, que presenta una comparación entre los municipios según la cantidad de casos notificados en 2024 y su historial de notificación en años anteriores.

Tabla 4. Incidencia de parotiditis por municipios con menos de 100 000 habitantes, semana epidemiológica 33, Colombia, 2024

Entidad territorial	Municipio	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia	Poisson
Chocó	El Carmen de Atrato	36,6	36,6	0,0	12,1	0,0	0,0	70,7	0,00	0,00
Boyacá	San Miguel de Sema	33,2	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	65,0	0,00	0,00
Cesar	González	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	61,9	0,00	0,00
Boyacá	Motavita	53,9	53,2	17,5	0,0	0,0	34,4	51,5	0,00	0,00
Cundinamarca	Gutiérrez	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,1	0,00	0,00
Norte de Santander	Ragonvalia	84,8	81,3	15,8	0,0	0,0	0,0	46,0	0,00	0,00
Boyacá	Monguí	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,8	45,5	0,00	0,00
Boyacá	Pachavita	0,0	0,0	0,0	0,0	40,4	40,2	40,1	0,00	0,00
Putumayo	Santiago	82,3	82,4	54,7	0,0	0,0	13,1	39,0	0,06	0,00
Cundinamarca	Nilo	73,9	69,9	58,2	0,0	124,0	0,0	37,0	0,00	0,00
Boyacá	La Uvita	0,0	0,0	36,6	0,0	36,1	0,0	35,7	0,00	0,00
Boyacá	Viracachá	35,2	35,5	0,0	0,0	0,0	0,0	34,8	0,00	0,00
Putumayo	Colón	18,5	18,3	18,1	0,0	0,0	17,6	34,7	0,00	0,00
Boyacá	Somondoco	0,0	0,0	69,4	0,0	0,0	34,0	34,0	0,00	0,00
Norte de Santander	Cágota	38,0	35,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,00	0,00
Boyacá	San Mateo	0,0	0,0	31,9	0,0	0,0	31,3	31,4	0,00	0,00
Boyacá	Combita	23,1	22,8	7,5	0,0	0,0	7,4	29,5	0,00	0,00
Huila	Colombia	13,7	14,0	0,0	0,0	0,0	0,0	27,4	0,00	0,00
Boyacá	Tópaga	0,0	0,0	0,0	0,0	53,4	26,5	26,5	0,00	0,00
Boyacá	Cerinza	0,0	0,0	54,0	0,0	0,0	53,2	0,0	0,02	0,00
Boyacá	Cucatá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	26,1	0,0	0,00	0,00
Caldas	Pácora	6,5	6,5	6,5	0,0	0,0	19,1	25,3	0,00	0,00
Valle del Cauca	La Cumbre	12,3	12,2	30,3	0,0	12,0	0,0	23,7	0,00	0,00
Cauca	Silvia	13,4	13,3	2,6	2,6	0,0	2,6	22,9	0,00	0,00
Cundinamarca	Granada	0,0	0,0	12,6	0,0	11,8	11,4	22,5	0,00	0,00
Boyacá	Buenavista	0,0	0,0	0,0	0,0	22,4	0,0	22,2	0,00	0,00
Boyacá	Toca	34,2	34,0	22,5	0,0	11,1	11,0	21,9	0,08	0,00
Boyacá	Tibasosa	0,0	0,0	0,0	7,4	7,4	0,0	21,9	0,00	0,00
Norte de Santander	Mutiscua	0,0	0,0	0,0	0,0	21,7	0,0	21,5	0,00	0,00
Caldas	Marmato	33,8	33,2	0,0	0,0	32,2	0,0	21,2	0,05	0,00
Nacional		26,7	26,1	20,9	3,9	6,3	6,7	5,9	0,00	0,00

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

En poblaciones especiales como fuerzas militares, población privada de la libertad e indígenas, con un corte a la semana epidemiológica 33 de 2024, se identificó que las entidades territoriales con el mayor número de casos en estas poblaciones especiales fueron La Guajira, Cauca, Risaralda y Bogotá D.C. (figura 8).

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

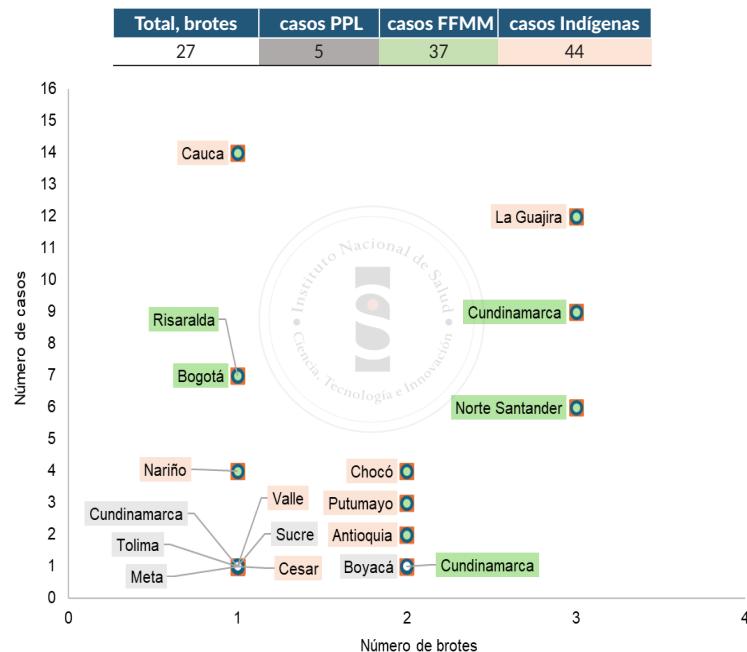
Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Figura 8. Brotes y número de casos de parotiditis por entidad territorial y población especial, Colombia a semana epidemiológica 33 de 2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2024

*Nota: Los casos que se encuentran en el grafico hace referencia a registros captados en base independientemente si son brotes o casos aislados.

Conclusiones

- A nivel nacional, se identificó una tendencia de disminución de parotiditis en todos los grupos poblacionales en un periodo de 11 años, de 2013 a 2024. No obstante, esta disminución no necesariamente indica una mejora general en la situación, por lo tanto, es indispensable fortalecer la vigilancia de este evento.
- Los años en los que presentó mayor número de casos fueron 2017 a 2019, con tendencia a la disminución en los últimos cinco años.
- La cobertura vacunal óptima para este evento es del 95%; sin embargo, únicamente tres entidades territoriales la alcanzan en segunda dosis de triple viral.

- Según la estimación realizada, los casos confirmados de parotiditis coinciden con la frecuencia en la notificación de casos sospechosos de sarampión, lo que confirma la teoría que parotiditis es un buen sensor de para detectar sarampión.
- Los grupos de edad más afectados son el de menores de 14 años y el de mayores de 60 años.
- Los municipios que usualmente notificaban casos en años anteriores bajaron la vigilancia del evento en lo que va del año con corte a semana epidemiológica 33.

Recomendaciones

- Seguimiento intensificado:** realizar un seguimiento intensificado del evento de parotiditis, con especial atención a los municipios que han mostrado una disminución significativa en la notificación, principalmente aquellos que eran tradicionalmente grandes notificadores.
- Atención a poblaciones especiales:** brindar atención inmediata a los casos de parotiditis en poblaciones especiales (población privada de la libertad, indígenas, fuerzas militares).
- Estrategias de identificación de brotes:** implementar estrategias para la identificación de brotes mediante la notificación, incluyendo la búsqueda específica por población, direcciones y grupos etarios, esto permitirá una intervención oportuna.
- Diagnóstico y laboratorio:** aunque el diagnóstico de parotiditis es clínico, se recomienda complementar con pruebas de laboratorio en casos de brote. Se debe tomar una muestra del 10 % de los afectados, y el procesamiento de las muestras será gestionado por la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) correspondiente.
- Colaboración con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI):** fomentar la colaboración con el equipo del PAI. Se sugiere organizar mesas de trabajo con las entidades territoriales cuya incidencia habitual debería ser alta y cuyas coberturas vacunales son inferiores al 95 %.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Referencias

- Chin J. El control de las enfermedades transmisibles [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2001 [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/9275315817.pdf>
- FC de Robbins. Epidemiología e importancia clínica de la parotiditis infecciosa en el hombre [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2024 [citado el 16 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12644>
- Unicef OMS. Mumps reported cases and incidence [Internet]. <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/mumps-reported-cases-and-incidence>. 2024 [citado el 7 de junio de 2024]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/mumps-reported-cases-and-incidence>
- Portal WID. Global, Regional and Country Immunization data at your fingertips, Parotiditis, WHO Immunization Data Portal. 2024.
- OMS. Cobertura de la inmunización. OMS [Internet]. OMS. 2023 [citado el 8 de primavera de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

SITUACIÓN NACIONAL

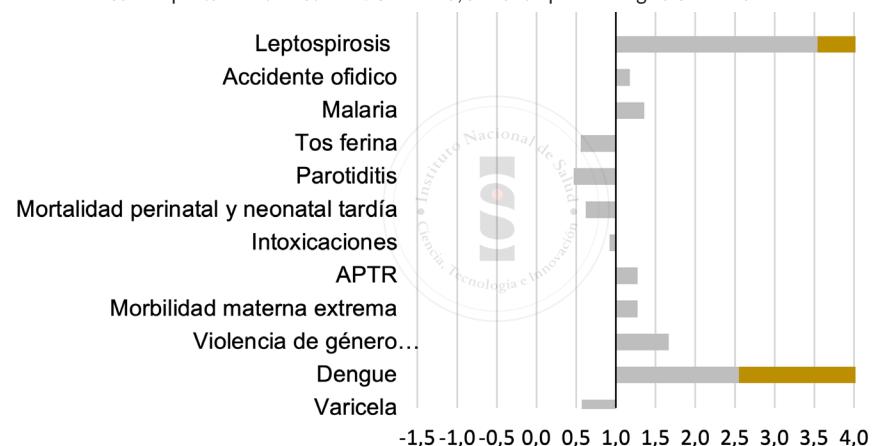
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 34 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 9).

Figura 9. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 34 de 2024



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

*APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

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 34 de 2024 el evento de zika se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea, lepra y chikunguña se ubicó por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 5).

Tabla 5. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2024

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	13	6,6	0,01
Leishmaniasis cutánea	11	70,6	0,00
Lepra	1	7	0,01
Chikunguña	0	4	0,02
Mortalidad por dengue	3	2,6	0,22
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2,4	0,22
Leishmaniasis mucosa	0	0,4	0,67

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 34 del año 2023. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

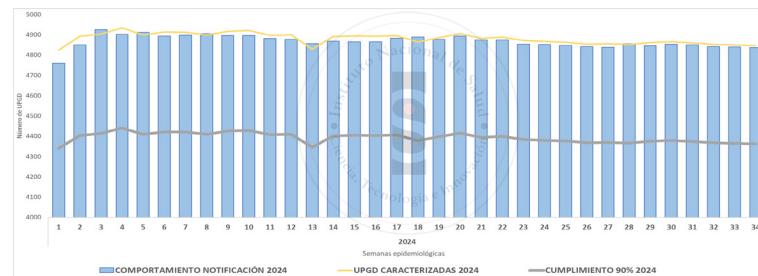
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122/1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 34 del año 2023.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 99,79 % (4 837/4 847); observando una disminución 0,01% respecto a la semana anterior e identificando un incremento del 0,16 % comparado con la semana epidemiológica 34 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 34 de 2024, a nivel nacional se identificó que el 0,20 % de las UPGD caracterizadas presentaron silencio durante esta semana. Al hacer el análisis por nivel de complejidad sobre el total de UPGD silenciosas (10), se identifica que de estas el 100 % (10) están categorizadas en el primer nivel de complejidad.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica 2024. Se muestran las UPGD caracterizadas, el comportamiento de la notificación y el cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %). En la semana de análisis se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar (figura 10).

Figura 10. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 34 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 34 de 2024 se han notificado 649 muertes probables en menores de cinco años: 342 por infección respiratoria aguda (IRA), 180 por desnutrición (DNT) aguda y 127 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 27 residen en el exterior y no se incluyeron en el análisis. En concordancia con esto, se consideran 622 casos de población residente en Colombia (331 por IRA, 168 por DNT aguda y 123 por EDA); de los cuales, 290 han sido confirmados, 90 fueron descartados y 242 se encuentran en estudio (tabla 6).

Tabla 6. 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 34, 2023-2024

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a semana epidemiológica 34 de 2024			Casos en estudio a semana epidemiológica 34 de 2024			Tasa a semana epidemiológica 34 de 2023			Tasa a semana epidemiológica 34 de 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	6	8	2	3,01	3,47	0,23	2,83	2,12	0,94
Arauca	1	1	0	0	2	0	7,21	7,21	7,21	3,65	3,65	0,00
Atlántico	4	3	1	1	5	1	6,85	3,42	0,86	3,50	2,63	0,88
Barranquilla	1	2	1	1	4	1	1,12	2,23	0,00	1,14	2,28	1,14
Bogotá, D.C.	0	5	1	0	17	1	0,00	5,94	0,00	0,00	1,08	0,22
Bolívar	0	5	2	2	4	0	11,57	5,79	0,96	0,00	4,92	1,97
Boyacá	0	4	0	0	0	0	1,16	6,94	1,16	0,00	4,71	0,00
Buenaventura	1	0	3	0	1	0	11,27	11,27	0,00	2,89	0,00	8,66
Caldas	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cali	0	4	0	0	2	0	0,69	0,69	0,69	0,00	2,83	0,00
Caquetá	0	1	0	1	7	0	7,93	2,64	0,00	0,00	2,70	0,00
Cartagena de Indias	1	5	1	0	2	0	1,26	11,38	0,00	1,29	6,47	1,29
Casanare	0	2	1	0	0	0	0,00	2,61	10,44	0,00	5,31	2,65
Cauca	0	4	0	1	3	2	0,00	7,02	3,51	0,00	3,56	0,00
Cesar	4	3	3	5	4	2	13,08	4,91	2,45	3,32	2,49	2,49
Chocó	21	18	28	6	13	6	69,28	55,42	29,44	36,58	31,35	48,77
Córdoba	4	5	0	5	1	2	4,56	7,82	0,65	2,66	3,33	0,00
Cundinamarca	0	6	0	0	6	0	0,00	1,28	0,00	0,00	2,54	0,00
Guainía	0	1	2	0	1	0	14,35	57,41	28,71	0,00	14,16	28,32
Guaviare	1	1	0	0	0	0	10,42	10,42	0,00	10,32	10,32	0,00
Huila	1	4	0	0	0	0	3,97	4,96	0,99	1,01	4,05	0,00
La Guajira	20	8	9	8	12	12	39,81	33,48	18,10	18,25	7,30	8,21
Magdalena	5	2	1	3	7	0	14,25	10,69	2,37	6,01	2,40	1,20
Meta	3	4	2	2	0	0	4,78	14,34	2,39	3,64	4,85	2,43
Nariño	2	3	0	0	0	0	2,48	8,27	1,65	1,69	2,53	0,00
Norte de Santander	4	0	0	1	2	0	0,00	2,29	0,76	3,12	0,00	0,00
Putumayo	1	1	0	1	1	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	6	3	3	1	9	5	11,88	15,27	11,88	10,47	5,24	5,24
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	0	0	1	0,00	9,98	2,49	0,00	0,00	0,00
Santander	0	3	2	3	2	2	1,97	3,28	2,63	0,00	2,01	1,34
Sucre	5	2	0	2	6	0	2,59	2,59	2,59	6,56	2,62	0,00
Tolima	0	3	0	2	7	2	2,39	9,55	0,00	0,00	3,65	0,00
Valle del Cauca	2	3	1	2	4	0	3,62	6,52	0,72	1,49	2,23	0,74
Vaupés	0	0	1	0	4	2	0,00	31,14	15,57	0,00	0,00	15,11
Vichada	2	4	1	3	4	1	72,23	14,45	21,67	14,41	28,81	7,20
Nacional	101	122	67	56	143	43	5,62	7,32	2,35	2,78	3,35	1,84

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

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

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 34 de 2024 se han notificado 331 muertes probables por IRA en menores de cinco años residentes de Colombia; 122 fueron confirmadas, 66 descartadas y 143 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,35 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 34 fueron 271, para una tasa de mortalidad de 7,32 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 34 de 2024 se notificaron seis (6) muertes probables en menores de cinco años por IRA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 34 de 2017 a 2023, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Chocó, Risaralda, Vichada, Bogotá D.C., Antioquia, Córdoba, La Guajira, Norte Santander y Santa Marta; a nivel municipal en Uribe, Cumaribo, Ibagué, Tadó, Medellín, Montería y Riohacha. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 7. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por IRA, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Atlántico	4	8
Chocó	21	31
Risaralda	4	12
Vichada	2	8
Bogotá D.C.	38	22
Antioquia	43	17
Córdoba	11	6
La Guajira	28	20
Norte Santander	7	2
Santa Marta	3	0
Uribe	5	11
Cumaribo	2	7
Ibagué	1	5
Tadó	1	4
Medellín	13	2
Montería	3	0
Riohacha	5	1

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

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

Tabla 8. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 34, 2023 – 2024

Agente etiológico	2023						2024					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Virus Sincitial Respiratorio	30	3	1	1	1	36	12	0	1	1	0	14
Rhinovirus	19	6	2	2	2	31	4	1	5	1	1	12
Streptococcus pneumoniae	6	1	0	4	2	13	2	3	1	3	1	10
Enterovirus	16	7	2	1	1	27	2	1	3	1	1	8
Moraxella catarrhalis	1	0	0	0	0	1	2	2	1	2	1	8
Staphylococcus aureus	3	1	0	1	1	6	5	1	0	2	0	8
Adenovirus	16	8	2	3	1	30	5	1	1	0	0	7
SARS-CoV2	10	2	0	0	1	13	5	1	0	0	0	6
Metapneumovirus	7	1	1	1	0	10	2	0	1	0	0	3
Mycoplasma pneumoniae	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
Enterobacter cloacae	1	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2
Haemophilus influenzae B	7	0	0	2	0	9	1	1	0	0	0	2
Klebsiella pneumoniae	4	0	0	0	0	4	1	0	1	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	5	1	0	0	0	6	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2
Pseudomonas aeruginosa	1	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 1	4	0	0	0	0	4	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	1	0	0	3	0	4	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	1	0	1	2	0	4	0	0	0	0	0	0
Influenza B	4	0	0	2	1	7	0	0	0	0	0	0
Total	140	31	9	23	10	213	49	13	16	11	4	93

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

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 34 se han notificado 168 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 101 casos fueron confirmados, 11 descartados y 56 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,78 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 34 fue 208, para una tasa de mortalidad de 5,62 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 34 de 2024 se notificaron dos (2) muertes probables en menor de cinco años por DNT aguda.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 34 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Antioquia, Córdoba, Chocó, Sucre, Bolívar, Cesar, La Guajira y Cundinamarca; a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Riohacha, Uribia y Maicao. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 9. 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 34 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Antioquia	8	18
Córdoba	4	9
Chocó	12	27
Sucre	1	7
Bolívar	7	2
Cesar	16	9
La Guajira	38	28
Cundinamarca	3	0
Bojayá	0	4
Tadó	1	5
Riohacha	5	9
Uribia	9	4
Maicao	9	4

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

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 34 se han notificado 123 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; 67 casos fueron confirmados, 13 descartados y 43 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,84 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 34 fue de 87, para una tasa de mortalidad de 2,35 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 34 de 2024 se notificaron tres (3) muertes probables en menor de cinco años por EDA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 34 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Chocó, Santander; La Guajira y Risaralda; a nivel municipal en Bojayá y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 10. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por EDA, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	17	34
Santander	0	4
La Guajira	12	21
Risaralda	4	8
Bojayá	2	13
Uribia	4	12

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

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

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.bmiasa.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 34 de 2024 se notificó al Sivigila un (1) caso de muerte materna temprana; para un total acumulado de 135 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 133 residen en territorio colombiano y dos (2) residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 11).

Tabla 11. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 34, 2021 a 2024

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2021	346	107	25	478
2022	168	105	44	317
2023	173	100	51	324
2024	133	80	27	240

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

A semana epidemiológica 34 de 2024 se han reportado casos de muertes maternas tempranas en 29 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Bogotá D.C., Chocó, Antioquia y Cesar. Al comparar con el promedio histórico 2020-2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Atlántico, Bogotá D.C., Bolívar, Caquetá, Cartagena, Córdoba, Magdalena, Santander, Santa Marta y Valle del Cauca; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 12).

Tabla 12. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Histórico 2020 - 2023 a semana epidemiológica 34	Acumulado de casos a semana epidemiológica 34		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2023	2024	
Colombia	239	173	133	Disminución
La Guajira	18	12	13	Ninguno
Bogotá D.C.	21	13	11	Disminución
Chocó	9	6	11	Ninguno
Antioquia	20	14	10	Disminución
Cesar	9	4	9	Ninguno
Cundinamarca	13	7	8	Ninguno
Nariño	9	7	7	Ninguno
Cauca	6	9	6	Ninguno
Córdoba	12	6	5	Disminución
Huila	4	4	5	Ninguno
Norte de Santander	8	2	5	Ninguno
Barranquilla	7	4	4	Ninguno
Cali	6	3	4	Ninguno
Meta	7	5	4	Ninguno
Santander	9	5	4	Disminución
Atlántico	10	11	3	Disminución
Bolívar	9	5	3	Disminución
Magdalena	10	6	3	Disminución
Boyacá	4	3	2	Ninguno
Putumayo	3	2	2	Ninguno
Risaralda	3	2	2	Ninguno
Santa Marta	6	3	2	Disminución
Sucre	5	5	2	Ninguno
Tolima	5	6	2	Ninguno
Vichada	2	2	2	Ninguno
Buenaventura	3	5	1	Ninguno
Caldas	3	0	1	Ninguno
Casanare	3	1	1	Ninguno
Valle del Cauca	5	3	1	Disminución
Arauca	2	2	0	Ninguno
Caquetá	3	5	0	Disminución
Cartagena	8	8	0	Disminución
Guaviare	1	1	0	Ninguno
Quindío	2	2	0	Ninguno

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

Al realizar el análisis desagregado por municipio en Puerto Tejada (Cauca), Valledupar y Tamalameque (Cesar), Montería (Córdoba), Santa Bárbara (Nariño) y Mocoa (Putumayo), comparado con el promedio histórico 2020–2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 13).

Tabla 13. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2020-2023, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Cauca	Puerto Tejada	0	1	0,00
	Valledupar	4	0	0,02
Cesar	Tamalameque	0	2	0,02
	Montería	4	0	0,03
Nariño	Santa Bárbara	0	1	0,00
Putumayo	Mocoa	0	1	0,00

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

En cuanto a las causas básicas de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 34 de 2024, el 62,4 % corresponden a causas directas y el 32,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 20,3 % (tabla 14).

Tabla 14. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2024

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 34 2022 - 2024						Comportamiento inusual
	2022	%	2023	%	2024	%	
DIRECTA	107	63,7	114	65,9	83	62,4	
Hemorragia obstétrica	27	16,1	25	14,5	27	20,3	Ninguno
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	43	25,6	33	19,1	26	19,5	Ninguno
Sepsis obstétrica	10	6,0	16	9,2	8	6,0	Disminución
Embarazo ectópico	6	3,6	10	5,8	8	6,0	Ninguno
Evento tromboembólico como causa básica	9	5,4	17	9,8	7	5,3	Disminución
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	1,8	4	2,3	4	3,0	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	1,8	1	0,6	2	1,5	Ninguno
Otras causas directas	2	1,2	1	0,6	1	0,8	Ninguno
Embolia de líquido amniótico	4	2,4	4	2,3	0	0,0	Ninguno
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0,0	2	1,2	0	0,0	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0,0	1	0,6	0	0,0	Ninguno
INDIRECTA	56	33,3	56	32,4	43	32,3	
Otras causas indirectas	21	12,5	24	13,9	19	14,3	Ninguno
Otras causas indirectas: Cáncer	10	6,0	8	4,6	8	6,0	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía	7	4,2	10	5,8	6	4,5	Ninguno
Sepsis no obstétrica	9	5,4	10	5,8	5	3,8	Disminución
Otras causas indirectas: Dengue	1	0,6	0	0,0	3	2,3	Ninguno
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	1,2	3	1,7	2	1,5	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía por COVID19	6	3,6	1	0,6	0	0,0	Disminución
Desconocida / indeterminada	4	2,4	2	1,2	0	0,0	
En estudio	1	0,6	1	0,6	7	5,3	

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

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

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/busador-eventos/Lineamientos/ProtocoloMortalidad%20perinatal.pdf>

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

A semana epidemiológica 34 de 2024 se han notificado 3 917 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 863 corresponden a residentes en Colombia y 54 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (487), Antioquia (424), Cundinamarca (241), La Guajira (194) y Córdoba (181). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2019 y 2023, con corte a semana epidemiológica 34 de 2024 se presentó comportamiento inusual en Bogotá, D.C., Antioquia, Córdoba, Norte de Santander, Atlántico, Chocó, Santander, Meta y Boyacá. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 15).

Tabla 15. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2023 y 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2019-2023	Valor observado 2024 (SE 31 a 34)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 34	
				2023	2024
Colombia	692	383	Decremento	4 797	3 863
Bogotá, D.C.	76	39	Decremento	515	487
Antioquia	75	40	Decremento	561	424
Cundinamarca	33	26	Ninguno	259	241
La Guajira	38	22	Ninguno	234	194
Córdoba	37	11	Decremento	251	181
Cali	27	16	Ninguno	187	160
Nariño	17	13	Ninguno	108	126
Cauca	23	18	Ninguno	155	120
Cesar	26	15	Ninguno	175	120
Barranquilla	30	15	Ninguno	178	116
Norte de Santander	24	10	Decremento	140	113
Cartagena de Indias	25	14	Ninguno	168	111
Valle del Cauca	17	11	Ninguno	143	107
Atlántico	25	6	Decremento	152	105
Chocó	16	4	Decremento	102	105
Santander	20	7	Decremento	149	102
Magdalena	17	12	Ninguno	91	99
Bolívar	19	10	Ninguno	138	95
Meta	15	10	Decremento	122	93
Huila	16	13	Ninguno	130	90
Sucre	18	8	Ninguno	124	90
Tolima	15	9	Ninguno	113	79
Boyacá	12	4	Decremento	87	76
Risaralda	9	4	Ninguno	58	57
Caldas	8	6	Ninguno	51	48
Casanare	6	6	Ninguno	45	42
Putumayo	5	8	Ninguno	39	41
Quindío	5	6	Ninguno	37	38
Santa Marta	11	3	Ninguno	48	37
Buenaventura	9	2	Ninguno	54	34
Arauca	5	5	Ninguno	44	29
Caquetá	5	1	Ninguno	56	29
Vichada	3	1	Ninguno	29	26
San Andrés y Providencia	1	2	Ninguno	7	13
Vaupés	1	1	Ninguno	6	11
Amazonas	2	2	Ninguno	12	10
Guaviare	1	2	Ninguno	11	8
Guainía	2	1	Ninguno	18	6

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

Respecto al análisis desagregado por municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2019 a 2023 en Cumaribo (Vichada), San Andrés (San Andrés y Providencia), Totoró (Cauca), San Bernardo del Viento (Córdoba), Montenegro (Quindío), La tebaida (Quindío), Bojayá (Chocó), Zarzal (Valle del cauca), Tello (Huila) y Cañasgordas (Antioquia) (tabla 16).

Tabla 16. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 34 2019-2023	Valor observado a SE 34 de 2024	Semanas continuas en incremento
Vichada	Cumaribo	15	22	17
Archipiélago de San Andrés	San Andrés	8	13	6
Cauca	Totoró	5	9	18
Córdoba	San Bernardo del Viento	5	9	6
Quindío	Montenegro	5	9	1
Quindío	La Tebaida	3	7	3
Chocó	Bojayá	3	6	24
Valle del Cauca	Zarzal	3	6	13
Huila	Tello	1	5	13
Antioquia	Cañasgordas	2	4	8

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 43,9 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,8 %, neonatales tardías con 16,7 % y fetales intraparto con 10,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas 24,4 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,4 % y complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas ovulares con el 13,3 % (tabla 17). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 34 de 2024 frente a 2022 y 2023 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información, en consecuencia, se invita a la gestión de las entidades territoriales de notificación a la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 17. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 34, 2022-2024

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 34, 2022 -2024					
	2022 a SE 34	(%)	2023 a SE 34	(%)	2024 a SE 34	(%)
Colombia	5 623	100,0	4 797	100,0	3 863	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 436	25,5	1 174	24,5	941	24,4
Prematuridad-inmadurez	1 037	18,4	890	18,6	594	15,4
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	856	15,2	757	15,8	507	13,1
Complicaciones del embarazo y trabajo de parto	563	10,0	515	10,7	379	9,8
Infecciones	561	10,0	415	8,7	333	8,6
Malformación congénita	473	8,4	437	9,1	318	8,2
Sin información	0	0,0	11	0,2	256	6,6
Otras causas de muerte	361	6,4	312	6,5	247	6,4
Causas no específicas	131	2,3	100	2,1	152	3,9
Trastornos cardiovasculares	131	2,3	122	2,5	104	2,7
Lesiones de causa externa	55	1,0	45	0,9	18	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	19	0,3	19	0,4	14	0,4

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

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

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/busquedas-eventos/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 18).

Tabla 18. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, a semana epidemiológica 34, 2023 y 2024

A semana epidemiologica 34 2023 - 2024				
Tipo de servicio	2023	2024	Variación	Analisis
Consulta externa y urgencias	5 085 528	4 779 791	⬇ -0,06%	Disminución
Hospitalización en sala general	205 324	204 871	⬇ -0,01%	Disminución
Hospitalización en UCI/UCIM	24 372	25 693	⬆ 0,05%	Aumento

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 34 de 2024 se notificaron 124 776 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, La Guajira, Santa Marta y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura, Caquetá, Guaviare y Huila. Las 27 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 (31 a 34 de 2024) en 14 municipios (tabla 19).

Tabla 19. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2024

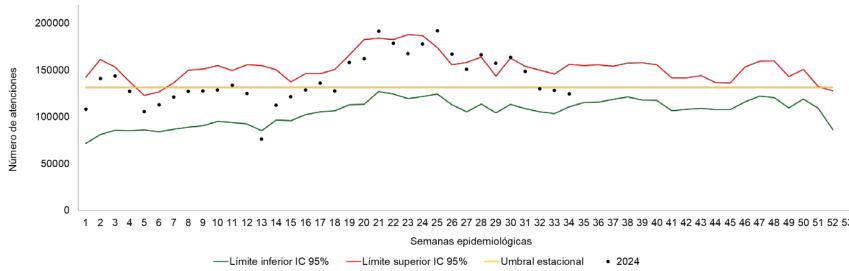
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado (últimas 4 semanas epidemiológicas 31 a 34)	Observado (últimas 4 semanas epidemiológicas 31 a 34)	Analisis
Antioquia	Turbo	10 019	837	1 199	Aumento
Antioquia	Itagüí	53 820	4 028	6 174	Aumento
Antioquia	Bello	52 153	3 917	5 363	Aumento
Bolívar	Magangué	11 180	885	1 513	Aumento
Cundinamarca	Girardot	14 858	836	1 391	Aumento
Cundinamarca	Madrid	13 962	754	1 622	Aumento
Cundinamarca	Zipaquirá	14 110	1 056	1 595	Aumento
Cundinamarca	Soacha	53 853	3 384	5 054	Aumento
La Guajira	Maicao	39 854	2 268	4 818	Aumento
La Guajira	Uribia	34 707	2 319	3 968	Aumento
Santander	Girón	5 751	244	677	Aumento
Santander	Piedecuesta	4 665	304	563	Aumento
Valle de Cauca	Cartago	11 619	997	1 326	Aumento
Valle de Cauca	Tuluá	12 258	469	1 587	Aumento
Antioquia	Apartado	12 399	1 025	1 227	Ninguno
Antioquia	Envigado	16 908	1 925	1 726	Ninguno
Atlántico	Malambo	7 257	440	480	Ninguno
Atlántico	Soledad	66 603	6 936	7 871	Ninguno
Casanare	Yopal	11 385	1 192	1 431	Ninguno
Cundinamarca	Mosquera	5 098	362	397	Ninguno
Norte de Santander	Ocaña	11 550	940	1 181	Ninguno
Santander	Floridablanca	19 346	1 699	1 688	Ninguno
Valle de Cauca	Yumbo	9 726	984	963	Ninguno
Valle de Cauca	Palmira	20 192	1 733	1 954	Ninguno
Boyacá	Sogamoso	11 193	1 637	1 433	Ninguno
Huila	Pitalito	8 330	1 154	1 018	Ninguno

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (31 a 34 de 2024), por grupos de edad de 20 a 39 años representan el 23,7 % (129 494) de las consultas, seguido por el grupo de 05 a 19 años con el 20,9 % (111 274). 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 14,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con 13,0 % respectivamente.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA de semana epidemiológica 01 y 34 se ubica dentro de los límites esperados exceptuando la semana 21, 25, 26, 28, 29 y 30 donde se ubica por encima del límite superior histórico establecido; para la última semana se observa una disminución de 3,12 % comparado con la semana anterior (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 01 a 34 entre 2017 y 2024



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

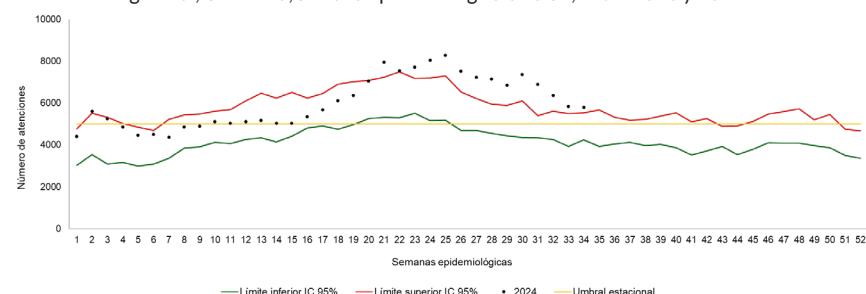
En la semana epidemiológica 34 de 2024, se notificaron 5 792 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guaviare, La Guajira, San Andrés y Vichada e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cartagena, Cauca, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Risaralda, Santa Marta, Santander, Tolima y Vaupés. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (31 a 34 de 2024), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 987) representaron el 24,0 %, seguido de los menores de un año con el 18,7 % (4 658). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó

en los niños de un año con 21,6 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 19,9 %.

En el canal endémico, las hospitalizaciones por IRA en sala general, para las primeras nueve semanas epidemiológicas del año (exceptuando semana epidemiológica dos y tres) se ubican por debajo del umbral estacional, para semana 10 a 20 se ubica por encima del umbral estacional, y desde de semana 21 a 34 se sitúa por encima del límite superior. Para la última semana se observa una disminución de 0,85 % comparado con la semana anterior (figura 12).

Figura 12. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 a 34, entre 2016 y 2024



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

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

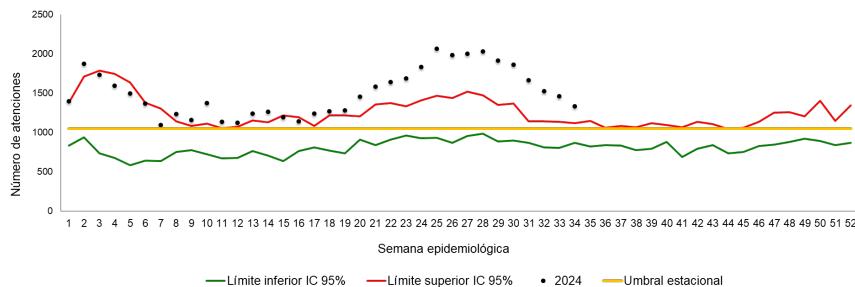
Brotes

Tablas

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

En la semana epidemiológica 34 de 2024, se notificaron 1 335 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 el encima del límite superior el 82,35 % de las semanas epidemiológicas. (figura 13).

Figura 13. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 34, entre 2016 y 2024



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

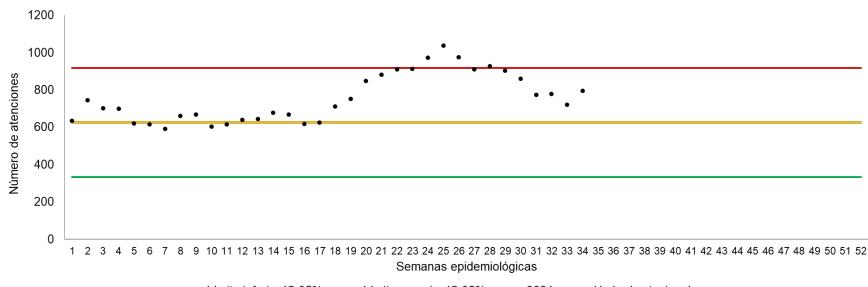
Hospitalizaciones por IRA en unidad de cuidado intensivo e intermedio (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 34 de 2024 se notificaron 795 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 11 entidades territoriales. Se presentó disminución en Caquetá, Guainía, Nariño, San Andrés y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Cartagena, Casanare, Cesar, Choco, Cundinamarca, Guaviare, La Guajira, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (31 a 34 de 2024), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,7 % (1 063) seguido de los menores de un año con el 29,7 % (912) de las hospitalizaciones. 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 24,8 % seguido del grupo de dos a cuatro años con el 19,2 %.

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 27 se observa un incremento ubicándose por encima del límite superior, sin embargo, para semana 28, 29, 30, 31, 32, 33 y 34 se evidencia observa disminución ubicándose por debajo del límite superior. Para la última semana se observa una disminución del 9,43 % comparada con la semana anterior (figura 14).

Figura 14. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 a 34 Colombia, entre 2018 y 2024

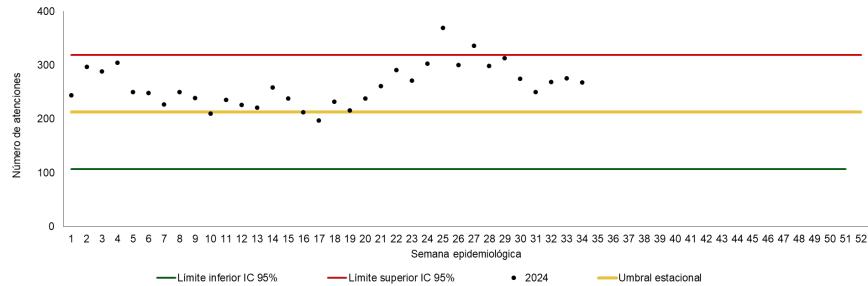


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

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

En la semana epidemiología 34 de 2024, se notificaron 268 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 34 (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 15).

Figura 15. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 a 34, Colombia, entre 2019 y 2024



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

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

Durante la semana epidemiológica 33 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 evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1)pdm09 y en menor medida influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en toda la región; sin embargo, en región América Central, Andina y Brasil y Cono Sur reportan ascenso en las últimas semanas. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en toda la región (consulta [datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 34 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para rinovirus y parainfluenza; en decremento VSR, influenza A y SARS-CoV2. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema de Programa Ampliado de Inmunizaciones (tabla 20).

Tabla 20. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 27 a 34 de 2024

Agente viral identificado	SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 27 a 30			SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 31 a 34			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	52,6	65,5	27,4	34,5	47,8	11,6	↓↓
Rinovirus	11,3	11,2	-	17,8	14,9	20,0	↑↑
VSR	45,1	56,1	11,8	34,1	44,8	-	↑↑
Enterovirus	8,2	8,8	5,9	9,6	8,0	-	-
Adenovirus	4,1	2,9	5,9	5,2	4,6	-	-
Influenza B	1,7	0,5	11,7	3,7	2,3	20,0	↑↑
Influenza A	6,8	2,0	17,6	3,7	2,3	20,0	↑↑
Parainfluenza	4,8	5,4	5,8	8,1	5,7	-	↑↑
Metapnemovirus	5,4	5,4	11,7	8,9	10,3	20,0	-
A(H1N1)pdm09	1,0	-	5,9	1,5	1,1	-	-
SARS-CoV2	7,8	4,9	17,6	3,7	3,4	20,0	↑↑
A(H3N2)	3,8	2,9	5,9	3,7	2,3	-	↑↑

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

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

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

COVID-19

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 34 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, en 2024 con corte al 24 de agosto, por fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila 25 058 casos de COVID-19. En las últimas ocho semanas se observa una disminución significativa del 6,4 % comparado con el mismo período del año 2023 (figura 16).

Figura 16. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, 2023-2024



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

Entre el 18 y el 24 de agosto de 2024 (semana epidemiológica 34) se confirmaron 362 casos en el territorio nacional; de estos el 60,2 % (218 casos) corresponde a la semana epidemiológica 34. El 87,0 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C, Antioquia, Cundinamarca, Cali, Cundinamarca, Boyacá, Cauca, Valle del Cauca, Santander y Sucre (tabla 21).

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Tabla 21. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 34 de 2024

Entidad Territorial	Semanas anteriores	31	32	33	34	Total
Bogotá D.C.	25	5	5	23	81	139
Antioquia	2	0	2	4	30	38
Cali	0	0	5	9	15	29
Cundinamarca	2	3	4	3	16	28
Boyacá	0	0	1	6	20	27
Cauca	0	2	2	2	16	22
Valle del Cauca	2	0	2	4	7	15
Santander	1	1	0	4	4	10
Sucre	6	0	0	0	1	7
Nariño	0	0	0	0	6	6
Huila	0	0	0	1	4	5
Caldas	1	0	0	1	2	4
Quindío	1	1	0	0	2	4
Arauca	0	0	0	1	2	3
Tolima	0	1	0	0	2	3
Casanare	1	0	1	0	1	3
Risaralda	0	0	0	2	1	3
Cesar	0	0	0	1	2	3
Chocó	0	0	0	1	1	2
Bolívar	1	0	0	1	0	2
Putumayo	0	0	0	0	2	2
La Guajira	0	1	1	0	0	2
Barranquilla	0	0	0	0	1	1
Córdoba	0	0	0	1	0	1
Atlántico	0	0	0	0	1	1
Buenaventura	0	0	0	0	1	1
Amazonas	1	0	0	0	0	1
Total General	43	14	23	64	218	362

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

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2024), en Colombia se confirmaron por laboratorio 1 887 casos nuevos por COVID-19 en 34 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación de 226 municipios. Durante este periodo se ha registrado una incidencia de 3,6 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 27 a 30

de 2024) en este indicador no se observaron incrementos estadísticamente significativos en las entidades territoriales. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes se observó incremento significativo en Popayán.

Para 2024, en Colombia se han notificado 263 fallecidos con una mortalidad de 0,50 casos por 100 000 habitantes. En el período epidemiológico actual se reportaron 19 fallecidos (tabla 22). El grupo de edad más afectado es el de los adultos de 60 años y más con el 79,4 % del total de las muertes.

Tabla 22. Fallecidos COVID-19 semanas epidemiológicas 27 a 34 de 2024

Entidad territorial	Fallecidos		Mortalidad	
	Periodo Anterior	Periodo Actual	Periodo Anterior	Periodo Actual
Nacional	23	19	0,090	0,036
Arauca	2	1	0,63	0,32
Putumayo	1	1	0,26	0,26
Bogotá D.C.	11	10	0,14	0,13
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,10
Santander	2	2	0,08	0,08
Boyacá	0	1	0,00	0,08
Tolima	6	1	0,43	0,07
Cesar	1	1	0,07	0,07
Antioquia	7	0	0,10	0,00
Atlántico	1	0	0,07	0,00
Bolívar	1	0	0,08	0,00
Caldas	2	0	0,19	0,00
Cauca	2	0	0,13	0,00
Cundinamarca	2	0	0,06	0,00
Huila	1	0	0,08	0,00
Magdalena	1	0	0,10	0,00
Meta	2	0	0,17	0,00
Nariño	1	0	0,06	0,00
Norte de Santander	1	0	0,06	0,00
Sucre	1	0	0,10	0,00
Guaviare	1	0	1,00	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.

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 34 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/busador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

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

Las categorías usadas para los indicadores de gestión son:

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 34 de 2024 se notificaron 6 148 casos probables de dengue: 4 072 casos de esta semana y 2 068 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 253 200 casos, 157 412 (62,2 %) sin signos de alarma, 93 419 (36,9 %) con signos de alarma y 2 369 (0,9 %) de dengue grave.

El 78,1 % (197 700) de los casos acumulados a nivel nacional proceden de Valle del Cauca, Cali, Santander, Tolima, Huila, Antioquia, Cundinamarca, Cauca, Norte de Santander y Risaralda (tabla 23); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 30 a 33 de 2024) el 67,1 % (19 908) de los casos se concentran en Valle del Cauca, Santander, Cali, Antioquia, Tolima, Cundinamarca, Huila y Risaralda.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 30 a 33 de 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 26 a 29, 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Barranquilla,

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta y Sucre; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Cali, Caquetá, Casanare, Chocó, Huila, Nariño, Putumayo, Santander, Guainía y Vaupés mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

Tabla 23. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2024

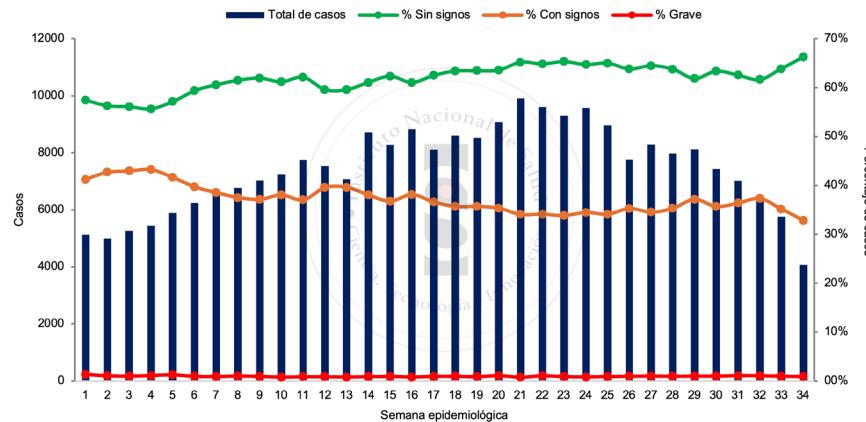
Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Valle del Cauca	48 267	69,3	30,2	0,5
Cali	33 805	62,9	36,1	0,9
Santander	29 302	63,2	36,1	0,7
Tolima	21 511	58,3	40,6	1,2
Huila	19 263	60,3	37,3	2,4
Antioquia	12 366	59,8	39,3	0,8
Cundinamarca	11 195	56,7	42,7	0,6
Cauca	8 123	62,4	36,7	0,9
Norte de Santander	6 988	56,5	42,0	1,6
Risaralda	6 880	61,0	38,5	0,5
Quindío	5 687	66,9	32,8	0,4
Meta	5 606	66,0	33,1	0,8
Bolívar	4 532	52,9	45,9	1,2
Putumayo	4 214	67,6	31,7	0,7
Córdoba	3 899	46,8	53,0	0,2
Casanare	3 279	68,2	31,2	0,6
Nariño	2 797	70,1	29,3	0,6
Cesar	2 609	39,7	58,8	1,5
Barranquilla	2 569	63,5	35,7	0,7
Caldas	2 039	63,4	36,3	0,2
Sucre	2 038	39,2	59,6	1,2
Caquetá	1 993	49,9	48,9	1,3
Arauca	1 864	61,9	36,9	1,2
Atlántico	1 762	47,8	50,3	1,8
Cartagena de Indias	1 699	69,5	28,8	1,8
Chocó	1 534	76,4	23,1	0,5
Boyacá	1 515	68,7	30,7	0,6
Magdalena	1 165	36,0	62,7	1,3
La Guajira	1 090	41,6	57,3	1,1
Guaviare	596	81,4	18,1	0,5
Buenaventura	584	62,0	36,3	1,7
Amazonas	540	65,7	34,1	0,2
Santa Marta	476	44,1	53,8	2,1
Exterior	402	40,3	55,2	4,5
Vichada	295	70,5	29,2	0,3
Guainía	272	66,2	32,7	1,1
Archipiélago de San Andrés	239	59,8	39,7	0,4
Vaupés	205	85,9	12,7	1,5
Total	253 200	62,2	36,9	0,9

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.

Durante el 2024, a nivel nacional el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % (figura 17); 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 30 a 33, 2024) fueron: Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Santa Marta y Sucre.

Figura 17. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 34 de 2024



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

En la semana epidemiológica 34 de 2024, a nivel nacional se confirmó el 80,6 % (75 328) de los casos de dengue con signos de alarma y 91,1 % (2 159) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 77,4 % (72 319) de los casos de dengue con signos de alarma y el 95,3 % (2 257) de los casos con dengue grave (tabla 24).

En la semana epidemiológica 34 de 2024, la incidencia nacional de dengue es de 759,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2023 la incidencia fue de 219,7 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 Santander presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 1 300 casos por 100 000 habitantes (figura 18). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 1 317,7 casos por 100 000 habitantes.

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

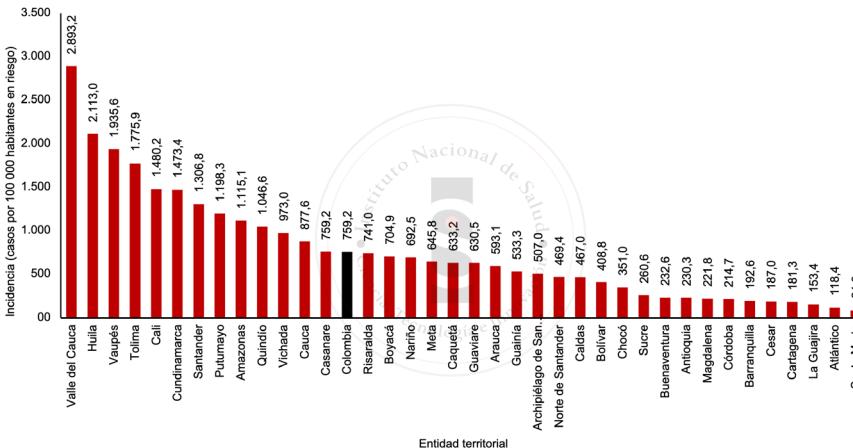
Tablas

Tabla 24. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 34 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	365	197	1	20,0%	23,4%	0,0%	95,4%	100,0%
Antioquia	7 713	4 700	100	64,9%	66,9%	87,0%	50,1%	80,0%
Arauca	1 147	654	10	39,0%	65,0%	90,0%	88,2%	100,0%
Atlántico	645	701	23	70,5%	84,7%	87,0%	80,9%	91,3%
Barranquilla	1 827	1 184	34	92,7%	96,6%	91,2%	94,2%	100,0%
Bolívar	2 090	1 518	9	85,7%	91,4%	77,8%	79,0%	100,0%
Bogotá D.C.	1 920	1 656	33	96,7%	97,8%	100,0%	73,7%	93,9%
Boyacá	1 114	581	5	77,2%	84,2%	100,0%	62,1%	100,0%
Buenaventura	317	153	4	97,5%	91,5%	100,0%	86,9%	75,0%
Caldas	1 282	762	3	71,4%	73,9%	66,7%	60,6%	33,3%
Cali	23 062	14 737	470	62,2%	79,5%	93,8%	74,6%	96,8%
Caquetá	978	956	15	78,3%	92,1%	93,3%	83,4%	100,0%
Cartagena de Indias	1 391	814	55	47,8%	75,1%	78,2%	88,5%	100,0%
Cañon	2 200	1 005	22	72,3%	81,8%	90,9%	88,1%	100,0%
Cauca	4 744	2 419	29	95,5%	97,5%	96,6%	69,6%	86,2%
Cesar	1 044	1 604	57	75,3%	92,5%	94,7%	95,5%	98,2%
Chocó	1 060	212	3	96,7%	97,2%	100,0%	56,6%	100,0%
Córdoba	1 821	2 303	11	77,3%	96,4%	100,0%	92,3%	100,0%
Cundinamarca	5 805	4 263	57	66,8%	78,9%	82,5%	79,9%	87,7%
Guainía	191	93	3	79,6%	82,8%	100,0%	92,5%	100,0%
La Guajira	430	585	9	97,9%	99,0%	100,0%	75,6%	100,0%
Guaviare	493	108	0	74,0%	84,3%	N/A	93,5%	N/A
Huila	11 469	7 142	506	85,4%	91,5%	98,6%	75,4%	95,1%
Magdalena	374	609	4	82,1%	86,7%	100,0%	76,4%	75,0%
Meta	3 628	1 817	56	21,0%	56,2%	69,6%	85,7%	94,6%
Nariño	2 066	872	17	98,8%	98,3%	100,0%	76,5%	88,2%
Norte de Santander	3 987	3 046	123	57,6%	84,9%	94,3%	91,6%	95,9%
Putumayo	2 834	1 308	27	62,2%	84,4%	100,0%	98,9%	100,0%
Quindío	3 790	1 895	20	46,0%	66,3%	85,0%	59,7%	90,0%
Risaralda	4 171	2 663	42	61,0%	76,0%	81,0%	66,6%	90,5%
Archipiélago de San Andrés	120	82	0	90,0%	79,3%	N/A	54,9%	N/A
Santander	18 368	10 529	209	56,4%	92,2%	95,7%	88,5%	98,6%
Santa Marta	179	278	16	70,4%	78,4%	81,3%	65,5%	93,8%
Sucre	835	1 368	37	62,5%	69,8%	73,0%	88,2%	100,0%
Tolima	11 924	8 050	224	42,3%	73,0%	80,8%	85,0%	97,3%
Valle del Cauca	31 661	12 455	132	52,0%	68,6%	84,1%	68,6%	95,5%
Vaupés	172	24	3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Vichada	195	76	0	78,5%	86,8%	N/A	36,8%	N/A
Colombia	157 412	93 419	2 369	62,0%	80,6%	91,1%	77,4%	95,3%

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

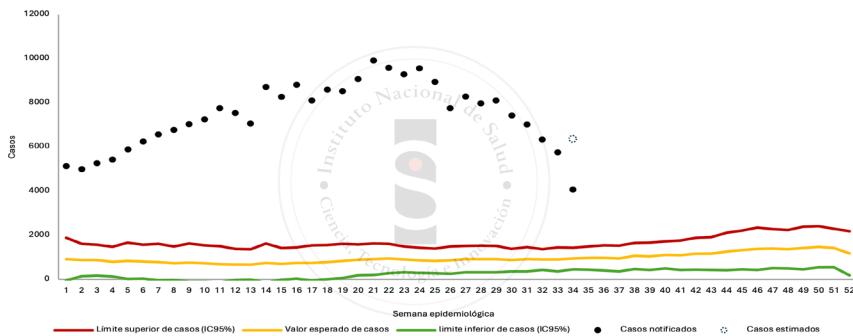
Figura 18. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 34 de 2024



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

A semana epidemiológica 34 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 17,4 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 30 a 33, 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 26 a 29, 2024) (figura 19).

Figura 19. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 34 de 2024



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.

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue según canal endémico se observa que, el 2,7 % (1) se encuentra dentro de lo esperado, el 8,1 % (3) se encuentran en situación de alerta y el 89,2 % (32) se encuentran por encima del límite superior lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de estas entidades territoriales Antioquia, Arauca, Bolívar, Córdoba, Santander y Sucre se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico (2015-2023), por lo que se espera un incremento de casos para el mes de agosto (tabla 25). 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 25. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 34 de 2024

Situación epidemiológica a semana epidemiológica 34, 2024	Periodo de transmisión para el mes de agosto		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Arauca, Bolívar, Córdoba, Santander, Sucre	Atlántico, Boyacá, Buenaventura, Caldas, Casanare, Chocó, Guainía, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santa Marta	Amazonas, Barranquilla, Cali, Cartagena, Caquetá, Cartagena, Cauca, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Putumayo, Archipiélago San Andrés y Providencia, Tolima, Valle del Cauca, Vichada
Alerta	Magdalena	Cesar	La Guajira
Dentro de lo esperado		Vaupés	

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 34 de 2024 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 56,8 % (469) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 87,7 % (50/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 26).

A semana epidemiológica 34 de 2024 se han notificado 476 muertes probables por dengue, de las que se confirmaron 115 casos, se descartaron 155 casos y se encuentran en estudio 206 casos. La letalidad por dengue nacional es de 0,045 %, inferior a la meta establecida (0,10 %). Para el mismo periodo de 2023 se confirmaron 76 muertes por dengue (letalidad por dengue: 0,105 %) (tabla 27).

Tabla 26. 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 34 de 2024

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 hab.	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	113,4	2 962	54	688
	Bello	29,2	162	6	46
	Envigado	205,5	497	2	128
	Itagüí	38,2	105	2	17
	Turbo	291,2	391	16	42
Atlántico	Barranquilla	195,8	2 569	75	543
	Soledad	101,4	694	28	113
Bolívar	Cartagena	161,0	1 699	167	385
	Magangué	386,9	556	23	87
	Turbaco	303,4	353	3	79
Caldas	Manizales	18,3	83	1	15
Caquetá	Florencia	417,1	737	11	61
	Popayán	1227,5	3 328	0	309
Cauca	Santander de Quilichao	1213,1	1 393	1	68
Cesar	Valledupar	196,7	1 086	43	154
Córdoba	Montería	196,9	1 010	84	211
	Lorica	448,9	526	13	51
	Sahagún	169,8	190	18	31
Cundinamarca	Fusagasugá	1718,3	2 841	2	358
	Girardot	797,5	939	21	286
Chocó	Quibdó	333,3	443	4	19
Huila	Neiva	1661,0	6 151	39	478
	Pitalito	2613,5	3 417	22	230
La Guajira	Riohacha	265,9	557	13	31
Santa Marta	Santa Marta	86,2	476	33	60
Meta	Villavicencio	497,7	2 538	103	332
	San Andres de Tumaco	310,1	798	7	70
Norte de Santander	Cúcuta	422,8	3 228	92	256
	Ocaña	500,7	594	13	93
	Villa del Rosario	709,3	781	23	95
Quindío	Armenia	901,3	2 817	15	398
Risaralda	Pereira	739,0	3 587	6	505
	Dosquebradas	608,8	1 325	2	243
Santander	Bucaramanga	1522,5	9 424	37	1015
	Barrancabermeja	216,1	464	11	43
	Floridablanca	1661,9	5214	22	555
	Girón	1275,3	2234	17	297
	Piedecuesta	1755,6	3273	13	206
Sucre	Sincelejo	289,2	871	60	280
Tolima	Ibagué	2071,9	11 270	42	859
	Cali	1482,1	33 805	239	2841
Valle del Cauca	Buenaventura	185,0	584	17	55
	Guadalajara de Buga	3738,4	4881	11	305
	Cartago	2610,3	3 629	11	194
	Jamundí	2912,9	4 931	5	378
	Palmira	1526,7	5 478	17	177
	Tuluá	1727,9	3 829	12	223
	Yumbo	3368,5	3 755	9	304
Arauca	Arauca	329,8	331	9	37
Casanare	Yopal	581,1	1 049	32	61

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

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Tabla 27. Letalidad por dengue por entidad territorial, Colombia,
a semana epidemiológica 34, 2023-2024

Entidad territorial	Casos fatales 2024		Letalidad por dengue a SE 34, 2024	Letalidad por dengue a SE 34, 2023
	Confirmados	En estudio		
Exterior	3	1	0,746	0,621
La Guajira	3	3	0,275	0,268
Putumayo	9	0	0,214	0,000
Cesar	4	6	0,153	0,061
Boyacá	2	0	0,132	0,000
Norte de Santander	9	4	0,129	0,295
Atlántico	2	0	0,114	0,000
Bolívar	5	3	0,110	0,125
Casanare	3	1	0,091	0,077
Meta	5	2	0,089	0,073
Huila	10	10	0,052	0,088
Tolima	11	32	0,051	0,074
Sucre	1	2	0,049	0,179
Antioquia	6	11	0,049	0,092
Santander	14	26	0,048	0,094
Risaralda	3	7	0,044	0,000
Quindío	2	6	0,035	0,000
Valle del Cauca	15	19	0,031	0,181
Cauca	2	7	0,025	0,000
Cali	6	20	0,018	0,020
Cundinamarca	0	14	0,000	0,150
Cartagena	0	7	0,000	0,054
Arauca	0	4	0,000	0,109
Vichada	0	4	0,000	0,000
Buenaventura	0	3	0,000	0,000
Barranquilla	0	2	0,000	0,000
Caldas	0	2	0,000	0,000
Caquetá	0	2	0,000	0,000
Magdalena	0	2	0,000	0,394
Nariño	0	2	0,000	0,201
Bogotá	0	1	0,000	0,000
Córdoba	0	1	0,000	0,080
Guainía	0	1	0,000	0,000
Santa Marta	0	1	0,000	0,222
Amazonas	0	0	0,000	0,209
Chocó	0	0	0,000	0,615
Guaviare	0	0	0,000	0,000
Archipiélago San Andrés	0	0	0,000	0,000
Vaupés	0	0	0,000	0,000
Colombia	115	206	0,045	0,105

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 34 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 endemicidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
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/busador-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 20).

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

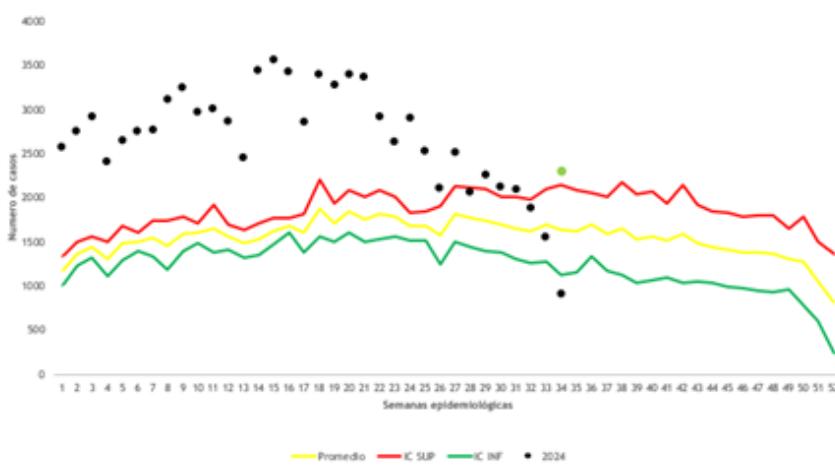
Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Figura 20. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 34 de 2024



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

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana 34, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 34 se notificaron 2 508 casos de malaria, para un acumulado de 91 897 casos, de los cuales 90 297 son de malaria no complicada y 1 600 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 60,5 % (55 557), seguido de *Plasmodium falciparum* con 37,7 % (34 635) e infección mixta con 1,9 % (1 705), no se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,1 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (36,5 %), Antioquia (13,3 %), Córdoba (10,7 %), Vaupés (7,2 %), Risaralda (6,9 %), Nariño (6,7 %), Guainía (3,2 %), Buenaventura (3,1 %), Cauca (2,7 %), Bolívar (1,7 %), Norte de Santander (1,2 %) y Boyacá (0,9 %); mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 79,0 % de los casos son los que se muestran en la tabla 28.

Tabla 28. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, semana epidemiológica 34 de 2024

Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria P. falciparum	Malaria P. vivax	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Antioquia	El Bagre	9	227	2 098	2 334	41,45
	Chigorodó	17	262	1 003	1 282	20,60
	Turbo	1	42	928	971	7,22
	Mutatá	2	34	701	737	49,02
	Vigía del Fuerte	24	371	358	753	77,21
	Murindó	12	145	756	913	172,26
Bolívar	Montecristo	10	141	723	874	47,58
Buenaventura	Buenaventura	20	1 968	855	2 843	8,77
Cauca	Guapi	2	1 535	66	1 603	54,27
	Quibdó	47	3 436	1 721	5 204	35,99
	Bagadó	154	2 668	1 636	4 458	376,42
	Lloró	359	1 082	1 146	2 587	243,80
	Alto Baudó	45	1 456	1 203	2 704	86,48
	Tadó	35	1 675	780	2 490	123,55
	Bajo Baudó	52	726	1 858	2 636	77,69
	Río Quíto	13	1 111	470	1 594	174,06
	Medio San Juan	43	834	617	1 494	127,00
	Medio Baudó	18	928	308	1 254	74,23
Chocó	Istmína	15	679	560	1 254	37,09
	Medio Atrato	55	750	218	1 023	79,34
	Atrato	12	598	191	801	117,09
	El Cantón del San Pablo	9	496	297	802	116,13
	Nuquí	4	333	278	615	33,74
	Tierralta	80	904	4 543	5 527	55,38
	Puerto Libertador	9	207	2 071	2 287	50,36
	Montelíbano	6	45	707	758	8,75
	Inírida	6	15	3 022	3 043	80,25
Guainía	Roberto Payán	4	951	374	1 329	99,71
	Barbacoas	1	1 143	46	1 190	20,30
	Olaya Herrera	5	411	566	982	37,10
	Tumaco	14	514	281	809	3,03
	Magüí	1	533	98	632	24,17
Nariño	Tibú	1	2	732	735	11,83
Risaralda	Pueblo Rico	198	2 361	3 418	5 977	356,01
Vaupés	Mitú	183	867	5 765	6 815	280,51

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

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

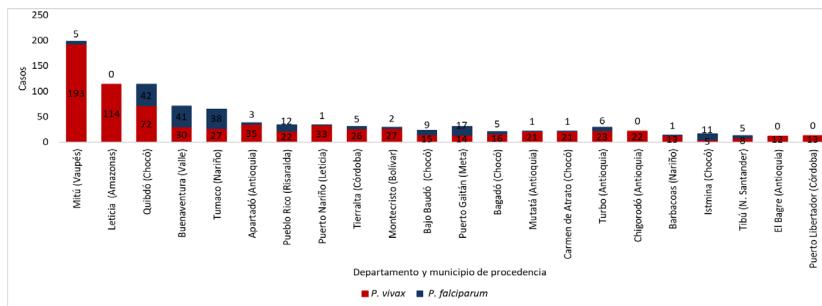
Brotes

Tablas

Malaria complicada

A semana epidemiológica 34 se han notificado 1 600 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 40 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Vaupés, Amazonas, Nariño Córdoba, Buenaventura, Risaralda, Bolívar, Meta y Norte de Santander notificaron el 85,3 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 61,4 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 21).

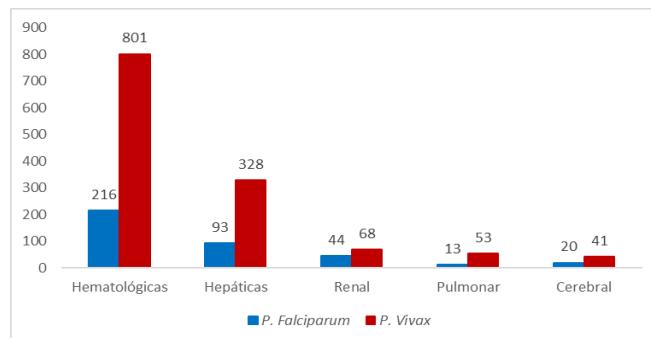
Figura 21. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 34 de 2024



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 60,6 % (1 017) presentaron complicaciones hematológicas; 25,1 % (421) complicaciones hepáticas; 6,7 % (112) complicaciones renales; 3,9 % (66) complicaciones pulmonares y 3,6 % (61) a nivel cerebral (figura 22).

Figura 22. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 34 de 2024



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

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

A semana epidemiológica 34 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), uno (1) caso de Montecristo (Bolívar) y uno (1) caso de Cauca (Guapi). Los 19 casos restantes se encuentran pendientes por unidad de análisis.

Comportamientos inusuales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 34 el país se encuentra en situación de aumento; siete (7) departamentos y 21 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 29) y cinco (5) departamentos y 20 municipios se encuentran en situación de alerta para malaria (tabla 30).

Tabla 29. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 30 a 34 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Vaupés	Mitú	6 572	3	1 025	4
Risaralda	Pueblo Rico	5 863	240	354	5
Antioquia	El Bagre	2 300	147	189	5
Chocó	Río Quito	1 573	62	105	5
Antioquia	Chigorodó	1 271	42	98	5
Chocó	Istmina	1 243	46	121	5
Antioquia	Turbo	972	42	108	5
Antioquia	Murindó	903	27	65	5
Boyacá	Cubará	894	0	117	4
Chocó	Río Iro	510	8	26	4
Chocó	Nóvita	461	23	44	5
Antioquia	Dabeiba	428	18	52	4
Antioquia	Nechí	389	38	54	5
Antioquia	Tarazá	341	13	42	4
Chocó	El Carmen de Atrato	192	2	15	4
Antioquia	Carepa	150	11	23	4
Córdoba	Tuchín	75	4	15	4
Arauca	Saravena	70	2	32	4
Córdoba	San Andrés	61	2	11	4
Córdoba	Sotavento	33	3	4	4
Córdoba	Moñitos	26	0	4	4
Córdoba	Buenavista	0	0	4	4

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

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Tabla 30. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 30 a 34 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Córdoba	Tierralta	5 415	469	508	5
Chocó	Bagadó	4 403	248	294	5
Buenaventura	Buenaventura	2 859	146	252	5
Guainía	Inírida	2 832	353	500	5
Chocó	Lloró	2 544	96	146	5
Chocó	Medio Atrato	1 009	78	112	5
Antioquia	Vigía del Fuerte	749	42	34	5
Antioquia	Mutatá	748	35	51	5
Antioquia	Apartadó	590	71	64	5
Antioquia	Cáceres	356	25	31	4
Norte de Santander	Sardinata	172	7	17	4
Córdoba	Planeta Rica	159	2	11	4
Antioquia	Necoclí	139	10	16	4
Bolívar	Santa Rosa del Sur	137	5	9	4
Chocó	Juradó	114	25	6	4
Chocó	Belén de Bajirá	90	9	9	5
Caquetá	Florencia	44	0	9	4
Cali	Cali	26	0	5	4
Córdoba	San Carlos	18	1	7	4
Antioquia	Puerto Berrio	10	1	3	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/busquedas/Lineamientos/Pro_Desnutricion%20aguda%20en%20menores%20de%205%20años.pdf

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Tabla 31. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 34, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 34 de 2023	Casos a SE 34 de 2024	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
Total nacional	16 319	17 464	0,67
La Guajira	1 696	1 931	2,51
Vichada	248	249	2,33
Chocó	650	784	1,67
Arauca	218	272	1,33
Guaviare	76	80	1,08
Casanare	275	236	0,98
Vaupés	39	41	0,86
Magdalena	456	513	0,83
Risaralda	411	327	0,79
Amazonas	38	40	0,77
Guainía	40	41	0,76
Cesar	589	658	0,76
Bogotá D.C.	2 379	2 303	0,76
Nariño	548	684	0,74
Putumayo	159	138	0,69
Cundinamarca	969	1 064	0,66
Buenaventura	114	183	0,63
Meta	353	380	0,62
Bolívar	406	479	0,61
Boyacá	371	348	0,60
Caquetá	118	144	0,60
Antioquia	1 609	1 852	0,59
Norte Santander	524	486	0,59
Tolima	310	353	0,59
Huila	371	433	0,58
Cartagena de Indias	319	309	0,51
Caldas	182	208	0,46
Valle del Cauca	432	421	0,45
Atlántico	361	368	0,44
Santander	376	459	0,43
San Andrés	11	8	0,42
Córdoba	440	450	0,41
Cali	358	403	0,40
Sucre	268	207	0,36
Barranquilla	184	192	0,35
Quindío	86	70	0,35
Cauca	251	251	0,35

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 35 de 2023 a SE 34 de 2024

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

El 74,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 25,1 % como desnutrición aguda severa; el 8,2 % de los casos en mayores de seis meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (30,6 %) y de 1 año (29,6 %). Según el área de residencia el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 65,7 %.

Para la semana epidemiológica 34 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en La Guajira, Bolívar, Tolima, Arauca, Buenaventura, Santa Marta, Amazonas y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas (tabla 32).

Tabla 32. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años respecto al promedio 2019-2023, Colombia, semana epidemiológica 34 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	1 064	1 931
Bolívar	237	479
Tolima	199	353
Arauca	183	272
Buenaventura	58	183
Santa Marta	59	99
Vaupés	61	41
Amazonas	35	40

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes para la semana epidemiológica 34 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 24 municipios (tabla 33).

Tabla 33. 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 34 de 2024

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Bello	66	120
Chocó	Quibdó	38	119
Bolívar	Magangué	31	117
Santander	Barrancabermeja	35	109
Antioquia	Turbo	21	98
Caldas	Manizales	28	72
Antioquia	Apartadó	41	55
Cundinamarca	Fusagasugá	41	54
Santander	Girón	24	52
Atlántico	Malambo	24	51
Cundinamarca	Girardot	31	51
Risaralda	Dosquebradas	18	43
Santander	Piedecuesta	27	43
Atlántico	Sabanalarga	25	42
Valle del Cauca	Jamundí	22	42
Antioquia	Rionegro	21	35
Boyacá	Duitama	19	35
Córdoba	Sahagún	15	34
Valle del Cauca	Tuluá	18	32
Cundinamarca	Chía	14	31
Cauca	Santander de Quilichao	15	25
Cundinamarca	Funza	15	24
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	10	18

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

Brotes y situaciones de emergencia en salud pública

ALERTAS NACIONALES

Comportamiento de mpox en Colombia, 27 de agosto de 2024

En Colombia no se han reportado casos del clado Ib, por el que fue declarada por la OMS la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 14 de agosto de 2024. Con relación al clado II, entre 2022 y 2023 se notificaron 8 924 casos probables, se confirmaron 4 148 y se descartaron 4 165. En 2024, con corte a la semana epidemiológica 33, se han notificado 451 casos probables y se han confirmado 113, de estos, el 98,2 % son hombres. Se han descartado 232 casos y actualmente solo hay un (1) caso activo en Bogotá D.C. Desde el nivel nacional, tras la valoración de riesgo del país para este evento, se define la activación de la Sección de Planificación y la Sala de Análisis del Riesgo Permanente del Centro de Operaciones de Emergencia en Salud Pública (COE-SP). Los potenciales integrantes de los equipos de respuesta rápida se encuentran en alistamiento y capacitación permanente, garantizando la capacidad de respuesta ante el posible ingreso de casos al país tras la nueva alerta internacional.

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

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en población de interés especial de Antioquia, 28 de agosto de 2024

El 17 de agosto se presentó un brote de ETA en población privada de libertad. Se identificaron tres (3) casos de 16 expuestos, para una tasa de ataque del 18,8 %. No se reportaron hospitalizaciones ni muertes. Todos los casos recibieron atención médica con manejo ambulatorio. Se llevaron a cabo medidas de control como investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria, seguimiento a casos y visita de inspección, vigilancia y control. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 34 de 2024 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunclo; 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

Mpox-región de África. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 22 de agosto de 2024

El 14 de agosto de 2024, el director general de la OMS determinó que el aumento de mpox en la República Democrática del Congo y en un número cada vez mayor de países de África constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005), el nivel más alto de alarma según el RSI. El brote por el virus de la mpox (MPXV) del clado Ib, que comenzó en septiembre de 2023 en la República Democrática del Congo, está teniendo un número cada vez mayor de casos en el país y también se está expandiendo a los países vecinos. Burundi, Kenia, Ruanda y Uganda han notificado sus primeros casos de mpox.

Varios de estos casos tienen antecedente de viaje a partes orientales de la República Democrática del Congo y cada uno de estos países ha identificado el virus del clado Ib. Según los datos epidemiológicos disponibles, este clado se ha extendido rápidamente entre los adultos a través del contacto físico cercano, incluido el contacto sexual identificado dentro de las redes de trabajadores sexuales y sus clientes. A medida que el virus se propaga más, los grupos afectados están cambiando y el virus también se está propagando en los hogares y otros entornos. Además, Costa de Marfil está notificando casos de mpox de clado II por primera vez desde el inicio del brote multinacional en 2022.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Mpox – Región Africana. Fecha de publicación: 22 de agosto de 2024. Fecha de consulta: 25 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON528>

Síndrome de encefalitis aguda por virus Chandipura-India. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 23 de agosto de 2024

Entre principios de junio y el 15 de agosto de 2024, el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar del Gobierno de la India informó 245 casos de síndrome de encefalitis aguda (SEA), incluidas 82 muertes (letalidad 33 %). De estos, 64 son casos confirmados de infección por el virus Chandipura (CHPV) (61 en el estado de Gujarat y tres en el estado de Rajasthan). El virus Chandipura es endémico en la India y los brotes anteriores se produjeron con regularidad. Sin embargo, el brote actual es el mayor de los últimos 20 años.

El virus Chandipura es un miembro de la familia Rhabdoviridae y se sabe que causa casos esporádicos y brotes de síndrome de encefalitis aguda en el oeste, centro y sur de la India, especialmente durante la temporada de los monzones. Se transmite por vectores como flebótomos, mosquitos y garrapatas. La tasa de letalidad por infección por el virus Chandipura es alta (56-75 %) y no existe ningún tratamiento o vacuna específica disponible.

La supervivencia se puede aumentar con el acceso temprano a la atención y cuidados intensivos de apoyo de los pacientes. Aunque las autoridades están trabajando para controlar la transmisión del virus. Es posible que se produzca una mayor transmisión del virus en las próximas semanas, ya que la temporada de monzones está creando condiciones favorables para las poblaciones de vectores en las zonas afectadas. La OMS recomienda el control de vectores y la protección contra las picaduras de flebótomos, mosquitos y garrapatas para evitar una mayor propagación del virus Chandipura. A la fecha, no se ha informado de transmisión persona a persona. La OMS evaluó el riesgo como moderado a nivel nacional.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Síndrome de encefalitis aguda por virus Chandipura – India. Fecha de publicación: 23 de agosto de 2024. Fecha de consulta: 23 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON529>

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Enfermedad por virus de Oropouche-región de las Américas.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 23 de agosto de 2024

La enfermedad por el virus Oropouche es una enfermedad febril causada por el virus Oropouche (OROV), que se transmite principalmente a través de la picadura del mosquito *Culicoides paraensis*. En 2024, el número de casos de enfermedad por el virus de Oropouche notificados aumentó en la región de las Américas de la OMS, incluso en áreas sin antecedentes previamente reconocidos de enfermedad por el virus de Oropouche. Además, algunos países han identificado infecciones mortales y una posible transmisión vertical. Al 20 de julio de 2024, se habían notificado un total de 8 078 casos confirmados de Oropouche, incluidas dos (2) muertes, en la región de las Américas, en cinco (5) países: Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba y Perú. Brasil también ha notificado una (1) muerte fetal y un (1) aborto espontáneo en el estado de Pernambuco, así como cuatro (4) casos de recién nacidos con microcefalia posiblemente relacionados con la infección por OROV.

Dado que la enfermedad por virus Oropouche es una arbovirosis emergente y poco identificada en las Américas, la detección de una muestra positiva y la confirmación de un caso requiere el uso del anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y su consecuente notificación a través de los canales establecidos por el RSI. OROV se ha transmitido históricamente en la región amazónica. Sin embargo, las posibles razones para la propagación más allá de su rango histórico incluyen el cambio climático, la deforestación y la urbanización no planificada que han facilitado su propagación a estados no amazónicos en Brasil y a países donde, hasta ahora, no se habían reportado casos, incluidos Bolivia y Cuba. Sobre la base de la información disponible, la OMS evalúa que el riesgo general para la salud pública que plantea este virus es alto a nivel regional y bajo a nivel mundial.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad por virus de Oropouche - Región de las Américas. Fecha de publicación: 23 de agosto de 2024. Fecha de consulta: 25 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2024-DON530>

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 34

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-

Decremento
Incremento

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.

Tipo de casos incluidos para el análisis	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
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	33	1	0	302	30	32	540	12	25	1	0	0	6	1	0	980	155	81
Antioquia	457	13	8	12.747	1.240	1.436	12.366	308	2.488	1.446	37	160	87	7	5	12.611	753	1.087
Arauca	84	2	2	523	47	51	1.864	86	260	4	2	0	48	6	3	96	4	39
Atlántico	101	3	2	2.787	236	319	1.762	138	294	2	2	0	22	3	2	3	1	0
Barranquilla	10	0	0	2.545	214	292	2.569	95	543	14	2	3	57	9	6	0	0	0
Bogotá	1	0	0	15.898	1.684	1.943	0	0	0	106	18	13	103	5	0	0	0	0
Bolívar	193	6	7	1.971	188	184	4.532	200	710	0	1	0	12	1	1	1.599	114	126
Boyacá	48	1	0	4.566	449	547	1.515	21	219	11	1	1	5	0	0	946	0	107
Buenaventura	21	0	2	105	11	14	584	28	55	0	0	0	0	0	0	2.915	142	298
Caldas	48	1	1	2.590	277	293	2.039	30	379	39	2	1	23	3	1	96	0	4
Cali	5	0	0	3.257	416	363	33.805	570	2.841	758	28	193	73	5	3	29	0	4
Caquetá	130	4	4	828	83	98	1.993	65	128	2	0	0	9	1	0	103	3	12
Cartagena	19	0	0	1.534	110	165	1.699	100	385	0	1	0	9	2	0	0	0	0
Casanare	120	4	6	1.220	105	161	3.279	135	227	8	2	1	4	1	1	35	5	4
Cauca	87	2	4	3.777	422	414	8.123	34	605	417	1	13	14	1	2	2.522	257	189
Cesar	204	6	9	1.959	159	231	2.609	276	360	2	2	0	64	5	2	31	2	2
Chocó	139	4	4	175	12	48	1.534	47	92	1	0	0	112	12	1	33.874	2.160	2.345
Córdoba	322	7	11	3.507	322	358	3.899	314	630	13	1	2	4	1	0	9.996	855	953
Cundinamarca	71	2	1	9.384	963	1.089	11.195	176	1.349	32	6	3	32	2	1	0	0	0
Guainía	8	0	1	103	9	15	272	5	42	1	0	0	0	0	0	3.126	312	526
Guaviare	68	1	0	221	23	26	596	24	126	7	0	0	2	0	0	609	97	61
Huila	101	3	3	4.054	396	482	19.263	162	1.310	13	1	5	16	1	1	2	0	1
La Guajira	127	3	4	1.593	144	186	1.090	77	107	1	1	0	12	1	1	24	1	1
Magdalena	136	3	2	1.718	185	182	1.165	117	149	2	3	0	29	3	2	12	2	1
Meta	205	6	4	2.767	273	324	5.606	237	680	38	4	9	59	4	1	215	43	19
Nariño	94	1	1	4.859	470	516	2.797	37	148	12	1	1	29	2	2	6.322	1.172	695
Norte de Santander	226	5	7	4.414	369	535	6.988	239	695	56	30	2	3	0	0	1.103	247	92
Putumayo	99	3	2	1.204	110	129	4.214	48	307	0	0	0	2	0	0	38	4	2
Quindío	13	0	0	1.959	203	233	5.687	26	706	5	1	0	11	0	0	43	2	3
Risaralda	41	1	2	2.682	293	287	6.880	21	1.069	18	4	0	25	3	0	6.420	209	501
San Andrés	0	0	0	268	24	42	239	5	72	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	37	1	2	1.336	96	140	476	33	60	2	0	1	23	4	0	0	0	0
Santander	149	4	4	4.999	460	572	29.302	319	3.164	21	7	2	20	2	3	18	1	3
Sucre	88	2	3	1.834	171	199	2.038	205	621	0	1	0	29	3	0	72	4	11
Tolima	104	2	0	4.598	449	560	21.511	579	1.826	10	3	0	45	4	2	19	0	1
Valle del Cauca	44	1	0	5.377	571	601	48.267	313	3.761	83	6	15	24	3	3	55	4	15
Vaupés	38	1	1	98	13	9	205	11	2	0	0	0	0	0	0	7.128	10	1.103
Vichada	40	1	2	158	18	33	295	5	83	0	0	0	0	0	0	532	146	60
Total nacional	3.711	94	99	113.917	11.245	13.109	252.798	5.098	26.518	3.125	169	425	1.014	87	43	91.897	6.771	8.365

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 34

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
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	4.479	776	495	301	13	20	0	0	0	2.216	406	227	10	2	2
Antioquia	143	23	38	646.396	77.624	66.705	30.296	2.557	3.630	3.908	751	888	280.784	39.771	32.021	424	75	40
Arauca	7	1	1	17.472	2.760	2.059	1.958	178	339	22	4	7	5.800	715	585	29	5	5
Atlántico	14	2	1	122.160	11.459	15.170	2.508	256	439	881	157	351	40.339	4.111	4.280	105	25	6
Barranquilla	35	5	9	169.128	18.018	21.661	6.659	343	1.092	1.090	224	319	55.129	5.846	5.815	116	30	15
Bogotá	179	27	39	1.276.496	132.965	134.528	54.507	4.971	5.911	6.869	1.436	1.690	537.023	61.087	51.520	487	76	39
Bolívar	13	4	5	92.828	11.967	11.179	2.398	242	309	461	109	102	26.559	2.599	2.325	95	19	10
Boyacá	14	5	6	100.858	13.032	12.200	5.215	429	556	359	113	89	40.217	4.058	3.361	76	12	4
Buenaventura	11	1	4	6.047	1.155	692	177	0	9	7	2	2	1.954	553	211	34	9	2
Caldas	12	2	2	56.424	8.691	6.851	2.345	281	261	734	151	201	23.788	3.014	2.573	48	8	6
Cali	48	10	10	205.903	22.383	18.257	4.935	542	701	475	61	149	74.276	12.783	6.794	160	27	16
Caquetá	17	3	4	23.099	4.170	2.839	1.580	147	192	53	18	8	17.378	1.658	2.434	29	5	1
Cartagena	26	5	6	147.126	17.217	16.923	4.094	377	806	944	237	263	38.214	4.167	4.122	111	25	14
Casanare	3	1	0	22.202	3.186	2.942	704	77	127	74	15	17	10.093	991	940	42	6	6
Cauca	26	3	1	88.636	9.766	10.552	3.325	112	301	285	33	68	54.146	5.354	6.436	120	23	18
Cesar	16	5	5	80.384	10.580	10.525	5.775	670	676	305	92	86	20.984	3.421	1.913	120	26	15
Chocó	12	3	5	25.737	1.561	3.125	1.202	170	143	30	8	6	10.057	831	1.160	105	16	4
Córdoba	23	3	6	142.851	14.996	21.441	4.094	519	644	1.029	200	315	38.583	4.609	3.978	181	37	11
Cundinamarca	44	8	10	290.007	26.867	32.314	11.137	753	1.238	1.429	457	326	121.870	12.194	10.926	241	33	26
Guainía	0	1	0	1.784	193	238	180	22	27	0	1	0	1.162	113	119	6	2	1
Guaviare	4	1	0	5.077	740	491	163	55	19	29	8	9	2.283	306	181	8	1	2
Huila	33	4	7	85.120	11.180	7.493	4.204	380	394	425	85	138	33.595	4.491	3.402	90	16	13
La Guajira	8	2	0	158.014	11.701	18.731	3.829	567	342	181	58	57	39.081	4.579	10.200	194	38	22
Magdalena	2	2	0	73.395	8.640	9.972	2.337	225	325	110	5	40	26.327	3.505	2.682	99	17	12
Meta	12	1	2	58.463	7.564	6.772	2.667	183	414	386	132	114	37.942	4.255	3.701	93	15	10
Nariño	30	7	6	100.666	14.481	10.792	4.842	390	497	92	78	15	34.344	7.319	3.850	126	17	13
Norte de Santander	44	5	8	124.089	12.142	11.410	7.444	670	800	669	197	176	37.597	6.323	3.748	113	24	10
Putumayo	7	1	0	24.571	2.647	3.108	984	123	111	27	8	7	7.825	1.188	890	41	5	8
Quindío	8	1	2	45.885	6.010	5.120	2.306	242	249	277	64	63	23.789	2.900	2.573	38	5	6
Risaralda	11	2	2	82.843	9.118	10.301	3.814	272	500	322	49	79	27.714	4.324	2.509	57	9	4
San Andrés	0	1	0	6.165	711	582	393	93	40	1	2	1	2.276	295	299	13	1	2
Santa Marta D.E.	4	2	0	46.234	2.578	5.067	1.932	195	316	634	112	188	14.194	1.296	1.350	37	11	3
Santander	39	9	13	176.323	16.287	19.146	13.465	1.049	1.572	1.934	386	476	59.911	6.768	5.046	102	20	7
Sucre	8	1	4	60.394	9.074	9.143	4.757	761	828	878	225	254	18.232	3.289	1.781	90	18	8
Tolima	25	2	9	94.664	11.411	10.359	5.933	369	688	364	86	77	41.896	5.528	4.275	79	15	9
Valle del Cauca	28	7	6	110.463	13.107	12.393	2.164	265	287	399	77	85	53.228	6.402	4.842	107	17	11
Vauqués	3	1	0	2.735	439	709	228	16	96	9	6	1	767	92	109	11	1	1
Vichada	3	1	0	4.673	420	422	19	5	1	1	0	0	2.780	147	152	26	3	1
Total nacional	912	163	211	4.779.791	527.616	532.707	204.871	18.519	24.900	25.693	5.638	6.667	1.864.353	240.446	193.330	3.863	692	383

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

37

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.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 34

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	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	1	0	0	30	12	1	80	8	2	2.813	429	211
Antioquia	5	9	0	461	78	38	48	4	1	160	45	9	1.630	301	124	207	51	16
Arauca	0	1	0	13	2	0	2	1	0	5	3	1	135	28	12	275	21	8
Atlántico	0	2	0	65	8	6	0	1	0	9	1	3	518	181	52	434	84	39
Barranquilla	0	2	0	79	9	4	0	1	0	36	3	7	434	84	46	864	39	14
Bogotá	8	9	0	934	239	98	556	4	12	387	72	31	3.081	505	403	9.141	1.440	836
Bolívar	2	2	0	27	7	0	2	1	0	5	4	2	252	109	37	103	16	3
Boyacá	2	2	0	140	23	12	25	1	0	23	6	1	484	92	58	890	145	125
Buenaventura	0	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	69	2	1	17	0	2
Caldas	0	1	0	50	10	2	1	1	0	6	2	0	251	43	20	279	29	14
Cali	5	3	0	87	29	11	1	1	0	5	4	0	628	136	49	1.536	166	115
Caquetá	0	1	0	20	5	0	0	0	0	6	3	0	93	21	13	60	10	1
Cartagena	0	2	0	66	5	2	3	1	0	2	3	0	271	111	48	203	7	4
Casanare	2	1	0	36	3	5	6	0	0	6	2	2	142	46	18	224	75	11
Cauca	3	2	0	55	11	0	1	1	0	4	3	0	275	51	25	528	44	89
Cesar	2	2	0	30	4	1	5	1	0	2	8	0	279	62	24	339	31	10
Chocó	0	1	0	13	0	1	2	0	1	45	3	2	52	8	6	39	4	3
Córdoba	1	3	0	100	21	13	3	2	0	1	2	0	891	178	108	617	25	2
Cundinamarca	5	5	0	271	47	29	137	2	3	102	17	9	2	2	1	1.431	215	132
Guainía	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1.261	232	140	8	0	0
Guaviare	0	0	0	6	1	0	3	1	1	1	0	0	37	11	4	36	24	3
Huila	4	2	0	117	21	7	4	1	0	53	6	2	319	53	35	342	45	18
La Guajira	3	2	0	40	3	3	1	1	0	0	1	0	209	57	16	192	12	5
Magdalena	0	2	0	12	4	2	1	1	0	2	2	0	149	45	19	66	7	4
Meta	7	2	0	51	10	3	9	1	0	39	5	4	368	84	38	350	95	13
Nariño	6	2	0	104	14	11	7	1	0	50	7	0	616	75	35	331	14	16
Norte de Santander	5	3	0	158	23	12	2	1	0	11	10	1	564	86	56	429	67	6
Putumayo	0	1	0	43	4	5	1	1	0	10	1	0	145	21	24	270	14	17
Quindío	0	1	0	33	6	2	0	1	0	5	1	0	181	55	11	268	18	10
Risaralda	3	1	0	65	7	4	2	1	0	1	1	0	321	54	30	194	25	15
San Andrés	0	0	0	2	1	0	0	1	0	3	0	0	18	6	2	23	2	0
Santa Marta D.E.	1	1	0	8	2	0	1	1	0	10	2	0	85	11	6	147	7	8
Santander	2	3	0	70	10	2	1	2	0	53	14	6	478	117	44	1.238	275	86
Sucre	4	2	0	53	11	10	3	1	1	32	20	7	302	111	27	374	37	5
Tolima	4	2	0	46	11	7	3	1	0	24	3	1	473	70	53	379	85	31
Valle del Cauca	2	3	0	98	13	5	2	1	0	1	1	0	689	139	75	703	58	52
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	1	4	1	0	12	1	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	1	0	55	1	1	11	0	0
Total nacional	76	75	0	3.356	642	295	836	44	18	1.106	264	89	15.791	3.201	1.662	25.019	3.541	1.887

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 34

Decreimento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunya		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 confirmados 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	35	40	0	0	3	0	41	60	8	10	10	67	1	0
Antioquia	1	0	4	7	994	1.852	1	1	3	10	3.332	3.892	768	551	292	907	20	10
Arauca	2	1	0	0	183	272	0	0	3	0	120	110	13	11	3	7	2	0
Atlántico	1	0	3	1	244	368	0	0	2	1	538	677	1	1	25	80	10	3
Barranquilla	0	0	2	1	134	192	0	0	2	4	561	641	0	0	40	201	7	4
Bogotá	0	0	0	0	1.948	2.303	4	0	3	13	2.670	3.761	0	0	46	69	21	11
Bolívar	0	0	1	1	237	479	0	0	2	1	322	408	247	272	47	140	9	3
Boyacá	0	3	1	0	310	348	0	0	1	0	601	730	68	164	10	27	4	2
Buenaventura	0	0	0	0	58	183	0	0	0	0	52	72	13	8	34	69	3	1
Caldas	0	0	2	0	94	208	0	0	39	2	758	806	114	140	23	136	3	1
Cali	0	0	9	3	309	403	0	0	10	9	1.011	1.091	1	2	75	193	6	4
Cauca	0	0	1	0	128	144	0	0	1	0	166	144	166	126	57	397	3	0
Caquetá	0	0	1	0	127	309	0	1	3	2	342	386	1	1	82	172	8	0
Cartagena	0	0	2	0	127	309	0	1	3	2	342	386	1	1	82	172	8	0
Cañar	8	4	4	3	225	236	0	0	2	1	189	173	5	1	10	18	3	1
Cauca	0	0	1	2	227	251	0	0	2	5	541	613	48	20	31	79	6	6
Cesar	5	0	1	0	441	658	1	0	0	0	375	437	39	198	37	63	9	9
Chocó	0	0	1	1	408	784	0	0	2	0	62	110	165	151	30	71	9	11
Córdoba	0	4	1	0	344	450	0	0	5	0	632	719	102	138	25	93	12	5
Cundinamarca	0	0	14	11	722	1.064	0	0	5	8	1.327	1.667	111	128	44	112	13	8
Guainía	0	0	0	0	39	41	0	0	1	0	18	17	14	8	3	3	0	0
Guaviare	0	1	1	0	79	80	0	0	3	0	35	45	261	99	15	32	1	0
Huila	0	0	1	0	272	433	0	0	2	7	577	509	9	7	48	170	4	5
La Guajira	0	0	0	0	1.064	1.931	0	0	0	0	171	219	15	11	6	21	18	13
Magdalena	0	0	0	0	361	513	0	0	3	1	225	257	4	7	10	26	10	3
Meta	0	0	5	1	254	380	0	0	4	1	463	485	140	97	14	17	7	4
Nariño	0	0	1	2	400	684	0	0	20	0	881	946	234	57	22	55	9	7
Norte de Santander	2	0	3	0	426	486	2	5	18	2	654	736	159	115	27	64	8	5
Putumayo	0	0	13	2	128	138	0	0	13	2	220	168	168	134	8	21	3	2
Quindío	0	0	3	3	74	70	0	0	2	1	365	302	1	0	42	187	2	0
Risaralda	0	0	4	3	209	327	0	0	0	6	759	823	90	147	98	210	3	2
San Andrés	0	0	0	0	5	8	0	0	0	1	14	23	0	0	0	5	0	0
Santa Marta D.E.	0	1	1	0	59	99	0	0	10	1	160	247	6	7	24	72	6	2
Santander	1	1	10	9	257	459	0	0	5	1	902	1.186	402	276	38	174	9	4
Sucre	1	0	2	0	149	207	0	1	7	2	282	423	67	42	26	32	5	2
Tolima	0	0	14	2	199	353	0	0	9	2	823	776	206	142	172	395	5	2
Valle del Cauca	0	0	5	9	238	421	1	0	8	3	865	806	12	15	110	284	5	1
Vaupés	0	0	0	0	61	41	0	0	1	0	36	57	39	26	13	21	0	0
Vichada	0	0	0	0	181	249	0	0	0	0	15	18	32	7	1	3	2	2
Total nacional	21	15	111	61	11.625	17.464	9	8	194	86	21.106	24.540	3.776	3.149	1.599	4.693	239	133

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 34

Decreimento
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
Amazonas	2	1	3	3	1	0	1	2	3	11
Antioquia	7	6	43	17	8	18	90	278	110	775
Arauca	1	0	2	3	2	1	4	4	29	13
Atlántico	1	2	4	8	4	5	20	23	35	19
Barranquilla	1	2	4	6	1	2	17	24	52	33
Bogotá	0	2	38	22	0	0	104	331	115	629
Bolívar	2	2	9	9	7	2	16	12	32	31
Boyacá	1	0	3	4	1	0	17	21	16	11
Buenaventura	0	3	2	1	2	1	4	0	11	21
Caldas	0	0	2	2	0	0	14	3	12	10
Cali	1	0	10	6	2	0	30	15	22	28
Caquetá	0	0	6	8	3	1	6	1	4	5
Cartagena	0	1	7	7	2	1	14	33	48	58
Casanare	1	1	1	2	1	0	6	9	29	16
Cauca	4	2	8	7	1	1	21	5	15	12
Cesar	4	5	7	7	16	9	18	10	28	15
Chocó	17	34	21	31	12	27	8	4	28	34
Córdoba	1	2	11	6	4	9	25	26	23	16
Cundinamarca	0	0	10	12	3	0	46	31	49	36
Guainía	1	2	2	2	1	0	1	0	5	0
Guaviare	0	0	1	1	0	1	3	3	1	18
Huila	0	0	6	4	3	1	16	5	11	11
La Guajira	12	21	28	20	38	28	14	2	48	25
Magdalena	2	1	10	9	9	8	12	2	23	19
Meta	1	2	8	4	5	5	15	2	34	32
Nariño	2	0	7	3	4	2	22	16	15	9
Norte de Santander	2	0	7	2	3	5	22	31	60	56
Putumayo	1	0	3	2	2	2	5	4	3	62
Quindío	0	0	3	3	0	0	7	4	10	3
Risaralda	4	8	4	12	4	7	13	6	19	28
San Andrés	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
Santa Marta D.E.	1	1	3	0	0	0	7	5	12	13
Santander	0	4	5	5	1	3	31	22	46	40
Sucre	1	0	5	8	1	7	13	11	17	10
Tolima	1	2	7	10	2	2	18	14	21	15
Valle del Cauca	2	1	9	7	5	4	27	27	24	13
Vaupés	2	3	3	4	0	0	1	1	1	3
Vichada	3	2	2	8	8	5	2	1	2	5
Total nacional	87	110	307	265	143	157	689	988	1.062	821

Tema central

Situación Nat.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas



Semana Epidemiológica

18 al 24 de agosto de 2024

34

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

Eventos trazadores

Diana Marcela Forero Ombita, dforero@ins.gov.co
Andrea Jinethe 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@insgov.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, hquiijada@ins.gov.co

Correctora de estilo

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

Diseño y diagramación

Alexander Casas, acasasc@ins.gov.co

Temas centrales
Comportamiento de la varicela en Colombia
a semana epidemiológica 33 de 2024
Adriana Marcela Monje Rodríguez, amonje@ins.gov.co

Comportamiento epidemiológico de la parotiditis
en Colombia a semana epidemiológica 33 de 2024
Diana Lucero Rivera Gómez - drivera@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/10.33610/23576189.2024.34>
2024



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co