

TEMAS CENTRALES

- **Vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición 2020 – S.E. 19 de 2025p.**
- **Dengue – S.E. 19 de 2025p**
- **Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas - 15 de mayo del 2025**

Introducción

El grupo de estimaciones de mortalidad infantil de Naciones Unidas calcula que la tasa de mortalidad en el mundo de menores de cinco años ha tenido un descenso sostenido de 93 muertes en 1990 a 38 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2021. A nivel mundial, las principales causas de defunción de niños menores de cinco años son las enfermedades infecciosas como la neumonía, la enfermedad diarreica aguda y la malaria, junto con el parto prematuro y las complicaciones relacionadas con el parto. Por otra parte, el estado nutricional influye en el 45% de las defunciones en menores de cinco años, por lo que un gran porcentaje de las muertes se pueden prevenir por medio de políticas de salud eficaces para las cuales se requiere de información adecuada. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desde el 2000 a 2019 se estima que las muertes por Infección Respiratoria Aguda (IRA) han disminuido en un 55% en el mundo, a pesar de esto, 700.000 menores de cinco años fallecen por esta causa cada año, y, las muertes por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) han descendido un 61%, sin embargo, se estima que 484.000 menores de cinco años fallecen al año por esta patología.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente una de cada tres personas en el mundo se encontraba en situación de inseguridad alimentaria en 2021 y aproximadamente 828 millones de personas sufrieron hambre para el mismo año, lo que implica un aumento de 46 millones de personas respecto al 2020. Además, producto de la pandemia por COVID-19, se sumarían 9,3 millones de niños desnutridos adicionales, entre 2020 y 2022, a los 47 millones registrados en 2019, lo que, conduciría a 168.000 muertes adicionales de niños y niñas menores de cinco años para el 2022.

La tasa de mortalidad en menor de cinco años en Colombia ha presentado una reducción del 75,5% entre 1979 y 2021, pasando de 8,4 muertes en 1979 a 2,0 por cada 1.000 menores de cinco años en el 2021. Para ese mismo año, las primeras tres causas de fallecimiento en menores de un año corresponden a afecciones perinatales, enfermedades transmisibles y otras causas no especificadas. La tasa de mortalidad nacional por desnutrición (DNT) en menor de cinco años aumentó de 6,7 defunciones en 2020 a 7,8 por cada 100.000 menores de cinco años en 2021; las tasas de mortalidad más altas fueron en Chocó, La Guajira y Vichada. La tasa de mortalidad en menores de cinco años por IRA aumentó en 2021 respecto al 2020, pasando de 6,8 muertes a 8,4 muertes por cada 100.000 menores de cinco años; Vaupés, Vichada, Chocó, Guainía, Amazonas y La Guajira tuvieron las tasas de mortalidad más altas. La tasa de mortalidad en menores de cinco años por EDA aumentó en 2021 respecto al 2020, pasando de 3,4 muertes a 4,4 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, siendo Amazonas, Chocó, La Guajira y Arauca las entidades territoriales que presentaron las tasas de mortalidad más altas para este año¹.

Metodología

El presente boletín es realizado con corte a semana epidemiológica 19, con fuente de información de los datos a partir del evento 591, de reportes a SIVIGILA de la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga. Según recomendaciones del Protocolo de Vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT, del INS “El análisis de la información se realiza a partir de la fecha de defunción y la residencia del caso”².

Análisis: Se presentan medidas de frecuencias para describir el comportamiento del evento y la tendencia, para el periodo acumulado 2020 – 2025, con corte a semana epidemiológica 19. La tasa de mortalidad en menor de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda (o desagregada por cada evento) se realiza con los casos confirmados por entidad territorial de residencia; como denominador se usa la proyección poblacional de los menores de cinco años de las bases de DANE CNPV 2018 con la actualización post COVID-19².

Tabla 1. Número de casos notificados por residencia Bucaramanga 2020 – 2025 S.E. 19p

Año	Total casos	N° casos IRA	N° casos EDA	N° casos DNT	Población DANE <5 años	Tasa de mortalidad x100.000
2020	1	0	1	0	36916	2,7
2021	9	8	1	0	36361	24,7
2022	2	2	0	0	35688	5,6
2023	0	0	0	0	34928	0
2024	1	0	1	0	34167	2,9
2025	0	0	0	0	33400	0

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Meta país: Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031:

- Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por IRA (por cada 100.000 menores de cinco años): 6,7
- Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por EDA (por cada 100.000 menores de cinco años): 3
- Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por DNT Aguda (por cada 100.000 menores de cinco años): 5

Tabla 2. Tasa de mortalidad por IRA/EDA/DNT, según residencia Bucaramanga 2020 – 2025 S.E. 19p

Año	Tasa mortalidad IRA*	Tasa mortalidad EDA*	Tasa mortalidad DNT*	Población DANE <5 años
2020	0	2,7	0	36916
2021	22,0	2,8	0	36361
2022	5,6	0	0	35688
2023	0	0	0	34928
2024	0	2,9	0	34167
2025	0	0	0	33400

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

*Tasa de mortalidad por 100.000 menores de 5 años

A partir de la tabla 2, se reportan las tasas de mortalidad por clasificación de casos, según año. En lo referente a las metas del país para cada tasa desagregada, se identifica que en el 2021 se estimó una tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años con un 228% superior a la meta esperada. Para las otras mortalidades desagregadas, los resultados se encontraron dentro de los rangos máximos esperados.

Comportamiento de la notificación de mortalidad en menor de 5 años por IRA/EDA/DNT, Colombia, a P.E. III 2025p. (S.E. 12)

En lo corrido del 2025, se reportan 180 casos notificados, con 174 residentes en el país, hasta la semana epidemiológica 12, corte al 22/03/2025. Respecto al mismo periodo del 2024, el presente año muestra un decremento del 33,8%. En la figura 1 se presenta el número de notificaciones y las tasas de mortalidad por año epidemiológico. El 2018 y 2022 presentan los mayores reportes³.

Figura 1. Tasas de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda, Colombia, PE III 2018 – 2025p.



*Datos preliminares de 2024 y 2025, notificación Sivigila.

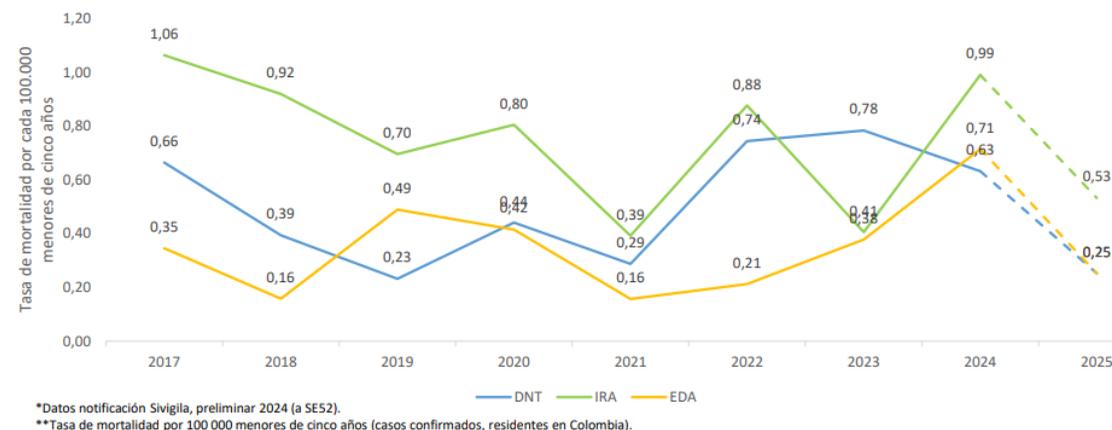
** Reporte oficial de DANE hasta 2023.

***Tasa de mortalidad por 100 000 menores de cinco años (casos confirmados).

Fuente: Infografía evento 591. INS

Las tasas de mortalidad desagregadas por cada clasificación de caso se presentan en la figura 2. La mayor de estas corresponde a mortalidad por IRA, con picos en los años 2017, 2020 y 2022; esta es seguida por mortalidad por DNT, con comportamiento de incrementos similar a lo expuesto para IRA. En último lugar se encuentra EDA, que para 2024 mostró un incremento sustancial, a partir del 2022.

Figura 2. Tasas de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda, Colombia, a PE III 2017 - 2025p.



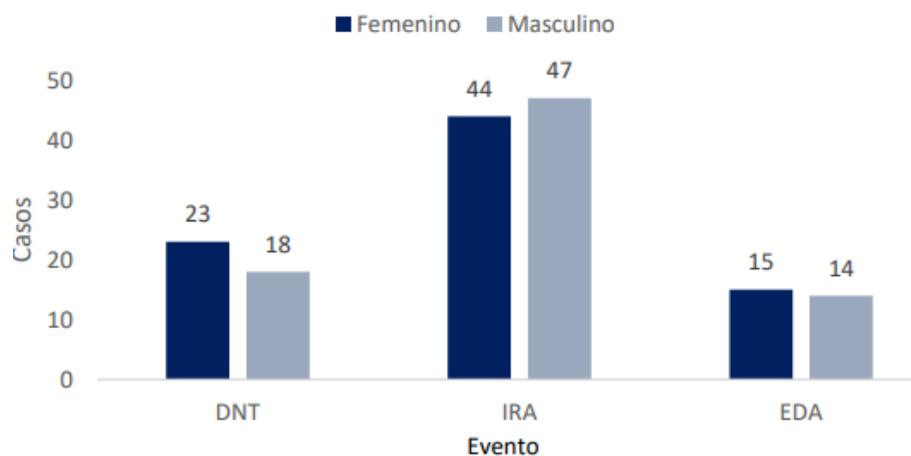
*Datos notificación Sivigila, preliminar 2024 (a SE52).

**Tasa de mortalidad por 100 000 menores de cinco años (casos confirmados, residentes en Colombia).

Fuente: Infografía evento 591. INS

Con referencia al sexo, para mortalidad por DNT los más afectados son las niñas, para aquellas por IRA son los niños, mientras que en EDA hay similitud en la frecuencia de casos para niñas y niños (Figura 3). El análisis por rangos de edad (Figura 4) deja entrever que este es un evento que se presenta, especialmente, en menores de 1 año, y mayoritariamente por IRA.

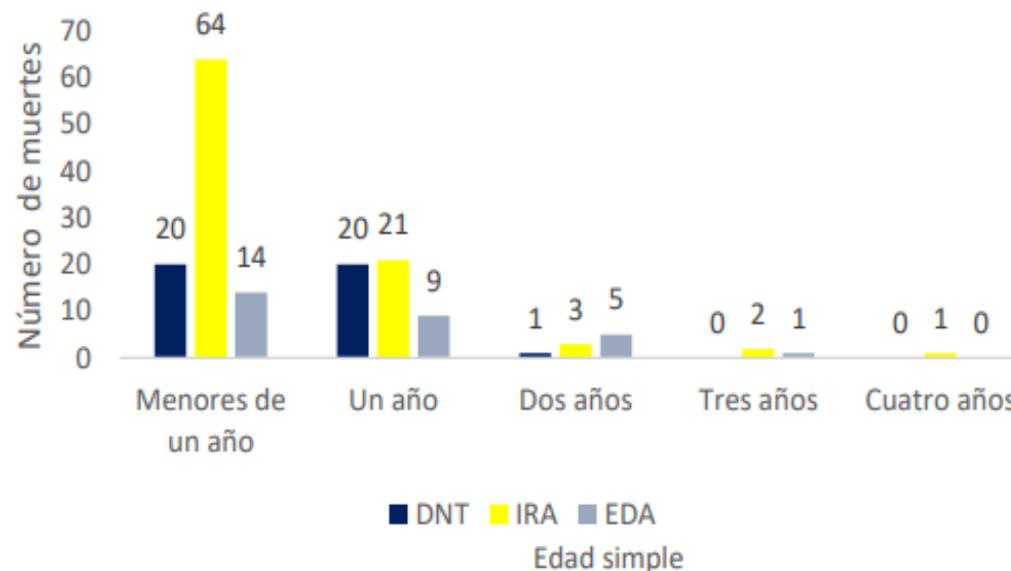
Figura 3. Muertes notificadas en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según sexo, Colombia, a PE III 2025pr



Fuente: Infografía evento 591. INS

Por otro lado, al analizar las variables sociodemográficas de interés, en la desagregación de los casos para Colombia, se observa una disminución en todas para el 2025, al compararse con el mismo periodo del 2024 (Figura 5). Dentro de estas se incluye disminución en los casos notificados en menores de un año, pertenecientes a población indígena, régimen subsidiado, residentes en centro poblado y rural disperso, y los ocurridos en menores de nacionalidad extranjera, este último con el mayor decremento (-58,3%).

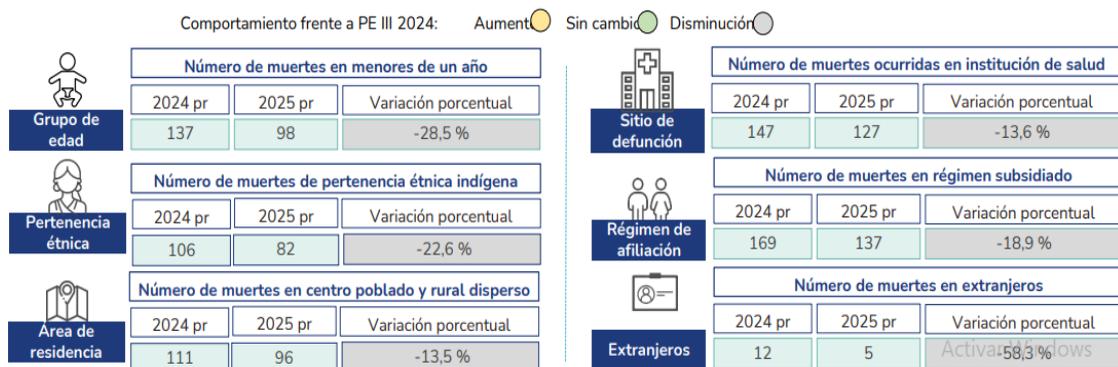
Figura 4. Muertes notificadas en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según edad simple, Colombia, a PE III 2025pr



Fuente: Infografía evento 591. INS

La estimación de indicadores desde el nivel nacional presenta una tasa general de mortalidad en menores de 5 años por IRA/EDA/DNT de 1,04 x 100.000 menores de cinco años, una toma de muestra para identificación de agente etiológico en muertes por IRA del 4,3%, y una oportunidad en la realización de las unidades de análisis del 54,4%.

Figura 5. Comportamiento de variables sociodemográficas de interés de casos confirmados y probables residentes en Colombia, a PE III 2024 –2025p



Fuente: Infografía evento 591. INS

Las entidades de residencia de los casos con mayores tasas para el evento se presentan en la Tabla 3. Para DNT, Chocó, Caquetá, Cesar y Cartagena mostraron las mayores tasas. Para IRA, Guainía, Chocó, Risaralda y Arauca, mientras que para EDA fueron Chocó, Risaralda, Barranquilla y Boyacá.

Un informe de mortalidad en menores de cinco años muestra el análisis para el país, con desagregación por entidad territorial de residencia (Tabla 4). Para el caso de Santander se presenta una variación, con decremento sustancial en 2020, relacionado con sub-registros por la situación de COVID-19, y una disminución nuevamente en 2022.

Tabla 3. Tasa de mortalidad en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a PE III 2025p

Entidad de residencia	DNT	IRA	EDA
Colombia	0,3	0,5	0,3
Arauca	0,0	3,7	0,0
Barranquilla	0,0	1,2	1,2
Bolívar	1,0	0,0	0,0
Boyacá	0,0	0,0	1,2
Caquetá	2,8	0,0	0,0
Cartagena	1,3	1,3	0,0
Cesar	1,7	0,0	0,0
Chocó	5,3	14,0	7,0
Cundinamarca	0,0	0,4	0,0
Guainía	0,0	14,0	0,0
Nariño	0,0	0,9	0,0
Putumayo	0,0	3,2	0,0
Risaralda	0,0	5,4	5,4
Valle del Cauca	0,0	0,8	0,0
Vichada	7,2	0,0	0,0

Fuente: Infografía evento 591. INS

Tabla 4. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT según entidad territorial de residencia, Colombia, 2018-2022

Entidad territorial de residencia	Tasa mortalidad menores cinco años por IRA, EDA y DNT, Colombia, 2018-2022				
	2018	2019	2020	2021	2022
Amazonas	71,8	62,2	52,3	94,3	135,9
Antioquia	19,3	20,5	7,8	9,3	10,7
Arauca	18,9	10,5	23,4	23,1	32,2
Atlántico	28,6	30,4	25,5	17,7	16,7
Barranquilla	12,9	20,8	13,3	12,2	10,9
Bogotá, D.C.	9,9	9,7	3,0	5,1	18,8
Bolívar	26,9	28,0	16,0	18,7	34,9
Boyacá	10,9	3,3	11,9	3,3	9,1
Buenaventura	21,6	16,2	35,2	5,4	11,0
Caldas	7,9	4,7	0,0	7,7	6,5
Cañ	10,1	12,0	4,4	3,8	6,7
Caquetá	19,5	34,4	7,4	15,0	20,7
Cartagena	43,3	22,2	12,7	9,2	17,3
Casanare	15,3	12,5	10,0	10,0	35,9
Cauca	24,4	12,6	6,7	8,5	8,6
Cesar	39,9	34,7	15,4	20,7	33,0
Chocó	127,3	129,4	89,4	149,0	128,5
Córdoba	19,6	15,2	7,3	3,7	8,9
Cundinamarca	9,7	6,9	3,7	1,6	6,0
Guainía	43,9	73,7	59,3	59,5	86,8
La Guajira	104,1	125,8	82,7	82,1	139,4
Guaviare	0,0	10,8	21,3	0,0	21,0
Hulla	17,3	7,7	12,5	6,8	14,6
Magdalena	29,9	40,6	22,4	32,4	37,5
Meta	33,0	26,1	9,1	16,1	23,5
Nariño	17,3	22,1	13,6	10,5	7,3
Norte de Santander	17,3	28,2	12,2	18,8	9,0
Putumayo	27,6	27,5	21,4	27,5	18,7
Quindío	18,9	18,3	6,0	3,0	6,2
Risaralda	27,4	35,1	25,5	22,4	38,0
Archipiélago de San Andrés	0,0	0,0	0,0	20,1	0,0
Santa Marta	21,5	20,8	18,1	20,4	24,5
Santander	7,6	7,4	3,6	7,3	3,2
Sucre	26,3	17,2	12,1	16,9	11,5
Tolima	25,9	16,3	7,7	8,8	21,0
Valle del Cauca	17,7	10,3	8,9	8,3	16,2
Vaupés	127,1	158,9	31,3	135,9	159,4
Vichada	121,4	171,6	93,0	93,2	101,3
Nacional	23,3	22,7	13,3	14,9	21,6

Fuente: Informe vigilancia de muertes en menores cinco años por IRA/EDA/DNT. INS

Tabla 5. Muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT según variables sociales y demográficas, Colombia, 2022

Característica	Categorías	Número de muertes	%	Tasa de mortalidad
Causa de muerte	Desnutrición aguda moderada o severa	325	40,0	8,6
	Infección Respiratoria Aguda	404	49,7	10,7
	Enfermedad Diarreica Aguda	84	10,3	2,2
Edad	Menor de un año	501	61,6	70,3
	1 año	182	22,4	24,7
	2 años	74	9,1	9,7
	3 años	34	4,2	4,4
	4 años	22	2,7	2,8
Sexo	Masculino	454	55,8	23,6
	Femenino	359	44,2	19,5
Área de ocurrencia del caso	Centro poblado y rural disperso	408	50,2	36,6
	Cabecera municipal	405	49,8	15,3
Escolaridad de la madre	Ninguna	311	38,3	-
	Primaria	197	24,2	-
	Secundaria	305	37,5	-
Pertenencia étnica	Indígena	334	41,1	-
	Afrocolombiano	32	3,9	-
	Rom	1	0,1	-
	Otros	446	54,9	-
Régimen de aseguramiento	Subsidiado	616	75,8	-
	Contributivo	128	15,7	-
	No asegurado	58	7,1	-
	Indeterminado	5	0,6	-
	Excepción	6	0,7	-
Estrato socioeconómico	1	568	69,9	-
	2	156	19,2	-
	3	32	3,9	-
	4 o más	7	0,9	-
	Sin información	50	6,2	-

Fuente: Informe vigilancia de muertes en menores cinco años por IRA/EDA/DNT. INS

En la tabla 5 se presentan los números de casos y tasas según principales variables sociodemográficas para 2022. El 61,6% (501) de las muertes fue en menores de un año con una tasa de mortalidad de 70,3 muertes por cada 100.000 menores de un año, el 55,8% (454) fue en menores de sexo masculino con una tasa de mortalidad de 23,6 muertes por cada 100.000 menores de cinco años de sexo masculino. La pertenecía étnica “otro” fue la más frecuente con 54,9% (446), seguida de indígena con el 41,1% (334).

El 75,8% (616) tenía aseguramiento en salud en el régimen subsidiado y un 7,1% (58) no tenían aseguramiento, el 50,2% (408) fue en el centro poblado y zona rural dispersa con una tasa de mortalidad de 36,6 muertes por cada 100.000 menores de cinco años residentes en el centro poblado y la zona rural. En el 38,3% (311) de las muertes en los menores, la madre no tenía escolaridad y el 69,9% (568) vivía en zona de estrato socioeconómico uno. Al comparar entre los grupos de menor de un año y mayores de un año, más del 80% de los reportes se concentran entre estos rangos de edad.

Conclusiones

- En Colombia en 2022 hubo un aumento de 41,7% de casos notificados para el evento integrado de mortalidad en comparación con el 2021 ($p < 0,05$) lo que puede estar en relación con la presencia de inseguridad alimentaria, el descenso en la cobertura de vacunación y la disminución de la consulta a los servicios de salud de la población posiblemente por efecto de la pandemia en 2020 y 2021.
- La distribución de los casos con predominio de muerte por IRA, seguidos de muertes por DNT y en tercer lugar EDA, es similar a lo observado en los años anteriores.

Esto es concordante a lo encontrado a nivel mundial donde la neumonía y la enfermedad diarreica aguda son las principales causas de muerte en menores de cinco años, con hasta el 45% de muertes asociadas con DNT.

- El mayor porcentaje de las muertes en menores de cinco años se presentan en menores que residían en zonas de estrato socioeconómico uno, que puede ser explicado por el análisis de equidad del Plan Decenal en Salud Pública (PDSP) 2022 – 2031, que muestra que los quintiles más altos por años de educación y Producto Interno Bruto (PIB) per cápita tienen de manera consistente una menor mortalidad en menores de cinco años que los quintiles más bajos.
- Frecuencias tan altas como el 41,1% de los casos se presentan en pertenencias a comunidades indígenas, lo cual es compatible a lo presentado en algunos estudios, implicando la necesidad de un enfoque diferencial que tenga en cuenta su cosmovisión y al mismo tiempo permita una mayor participación de sus prácticas en salud. Para esto resulta necesario la formación de los profesionales de la salud desde un enfoque intercultural.
- Los municipios con las tasas más altas de mortalidad para los tres eventos se encuentran en departamentos con proporciones de necesidades básicas insatisfechas (NBI) por encima del 50%, lo que implica la existencia de desigualdades sociales en salud en los territorios. Estas desigualdades también se encuentran reflejadas en los índices de concentración para los tres eventos donde se presenta que existe desigualdad en la concentración de lo mortalidad, donde los departamentos con mayor proporción de NBI presentan tasas más altas de mortalidad.

- Para el caso de Bucaramanga, las mayores tasas del evento, de forma coherente con los hallazgos nacionales, se presentó en 2022, con las hipótesis que se plantearon al inicio de esta sección.

Recomendaciones

- Mantener los procesos de la vigilancia integrada de muerte en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT, así como el seguimiento de las notificaciones realizadas, para identificar posibles factores relacionados con la incidencia de los casos e intervenir, articulado con las aseguradoras.
- Capacitar o actualizar al personal de salud de las instituciones acerca del evento de vigilancia integrada de muerte del menor de cinco años, buscando mejorar la calidad del dato en la notificación.
- Fortalecer de las capacidades al momento del diligenciamiento del certificado de defunción, permitiendo así una adecuada identificación de los casos que cumplen con criterios para ser notificados, así mismo mejorando la calidad y la oportunidad de la información.
- Realizar la toma de muestra a todas las muertes probables en menores de cinco años por IRA y EDA, de acuerdo con lo establecido en el protocolo de vigilancia.
- Fortalecer las competencias interculturales y avanzar hacia un cambio positivo en los resultados en salud de los menores de cinco años de pueblos y comunidades indígenas.
- Identificar, además de la vigilancia rutinaria, otros posibles medios que alerten sobre la presencia o aumento inusual de casos.

- Reforzar la búsqueda activa institucional (BAI) nutricional para garantizar el seguimiento a las notificaciones de muertes en menores de cinco años por IRA/EDA/DNT, a partir de los diagnósticos de los RIPS.
- Garantizar la notificación inmediata de todos los casos del evento a la entidad territorial, mediante el cargue a Sivigila 4.0, así como el envío de historia clínica, certificado de defunción y demás, necesarios para los análisis.

Bibliografía

1. INS. Informe de evento Vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición. Citado: mayo 16 de 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20INFORME%202022.pdf>
2. INS. Protocolo Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición aguda. Citado: mayo 17 de 2025. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Mortalidad_menores%205%20a%C3%B1os%202024.pdf
3. INS. Infografía evento Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o Desnutrición (DNT) aguda. Citado: mayo 19 de 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20PE%20III%202025.pdf>

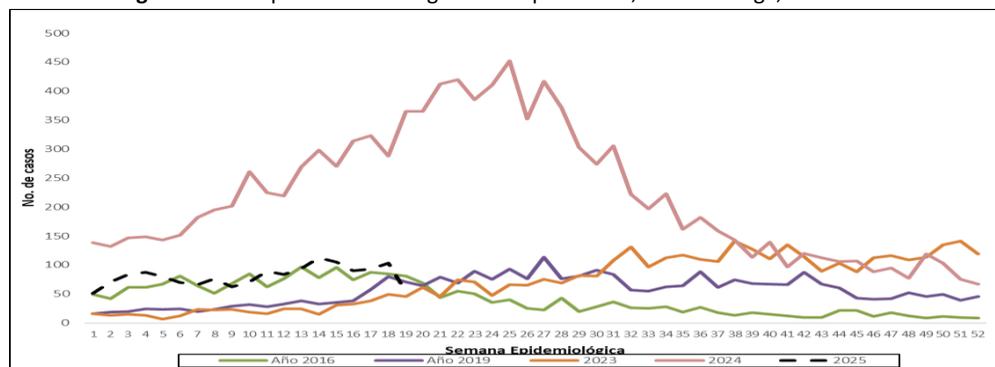
Dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave en el municipio de Bucaramanga a semana epidemiológica 19 de 2025

En el transcurso del año 2025 se ha notificado un total de 2.531 casos correspondientes a tres (3) eventos (Dengue, Dengue Grave y mortalidad por DG), de los cuales el 39 % (984) fueron descartados o ajustados por procedencia.

Dengue – DSSA/DCSA

Se tiene un acumulado de 1.542 casos a Semana Epidemiológica - SE 19 de 2025. Cabe mencionar que se han notificado 1.103 casos más que los reportados en el 2023 pero 2.729 casos menos que en el 2024 a esta misma SE (Figura 6). Actualmente el Municipio se encuentra en nivel de brote tipo I, con un promedio acumulado de 80 casos notificados por semana.

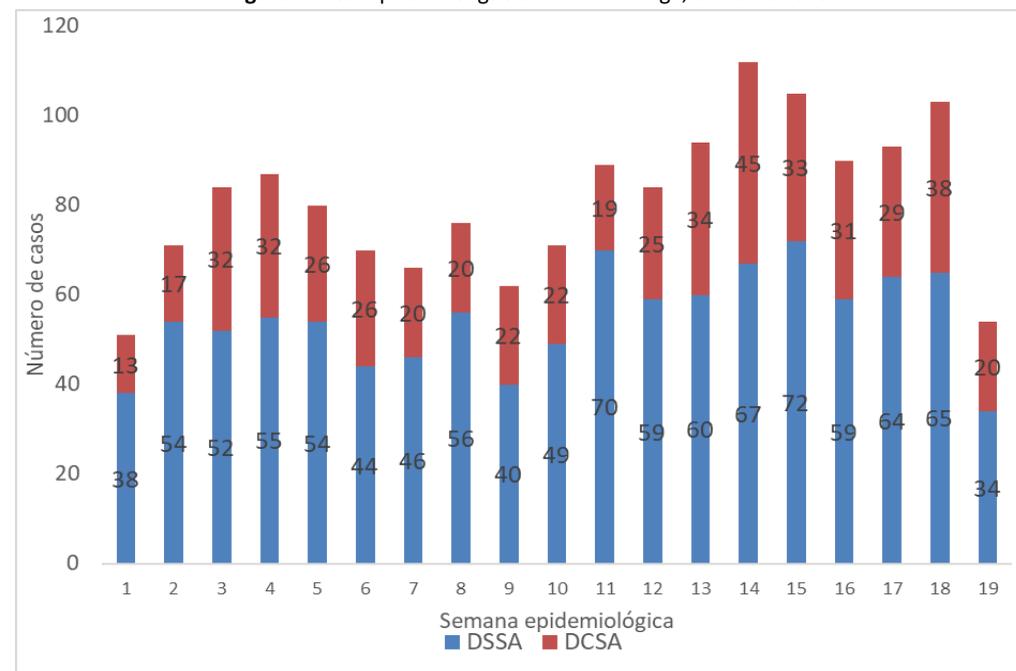
Figura 6. Descripción casos Dengue años epidémicos, Bucaramanga, SE 19 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Se tiene que el 67 % (1.038) corresponden a Dengue sin signos de alarma (DSSA) y el 33 % (504) a Dengue con signos de alarma (DCSA). Figura 7

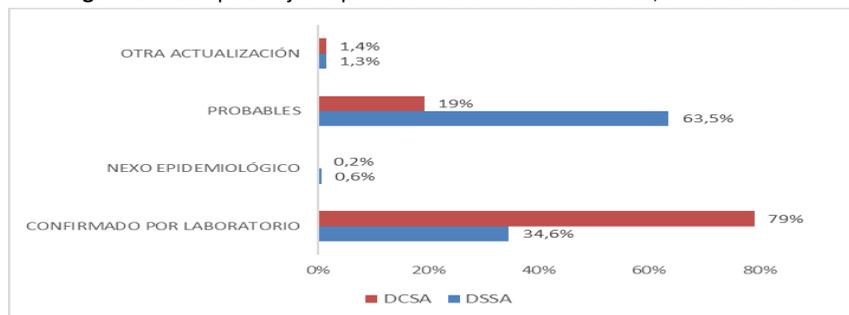
Figura 7. Descripción Dengue en Bucaramanga, SE 19 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

En cuanto al porcentaje de ajuste del evento dengue, se tiene que el 49 % (758) se encuentra confirmado. Mientras que por clasificación final (DSSA y DCSA) se describe en la Figura 8.

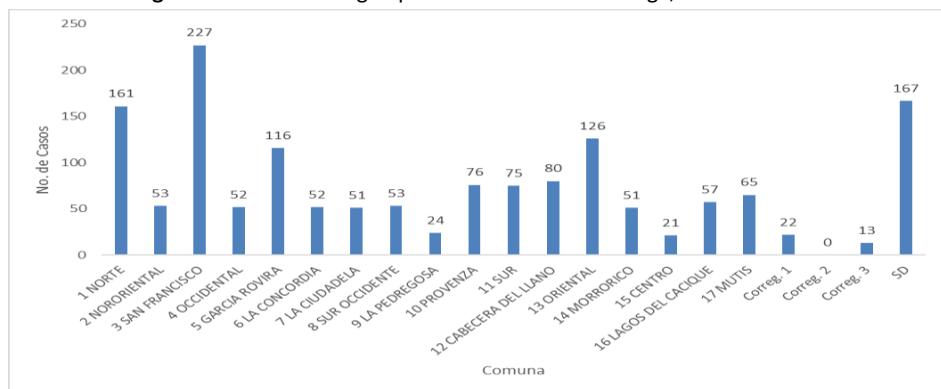
Figura 8. Descripción ajuste por clasificación final del evento, SE 19 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Respecto, al comportamiento del dengue por comunas, se encuentra que la Comuna 3 ha presentado el mayor número de casos con un 15 % (227), seguido de la Comuna 1 con un 10 % (161), las Comunas 5 y 13 con un 8 % (126) cada una. Figura 9

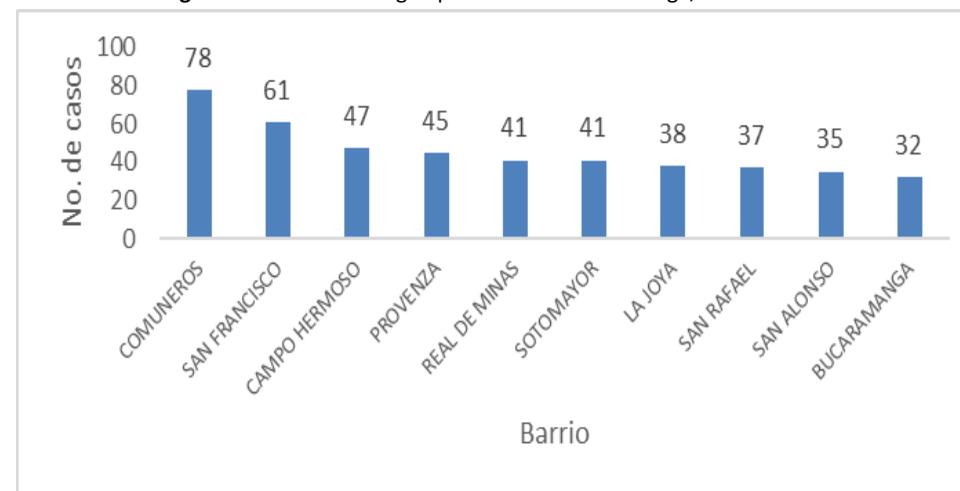
Figura 9. Casos de Dengue por comunas. Bucaramanga, SE 19 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Al analizar el comportamiento del dengue por barrios, Comuneros es el que más registra casos con un 5,1 % (78), seguido de San Francisco con un 4 % (61), Campo Hermoso con un 3 % (47), Provenza con un 2,9 % (45), Real de Minas y Sotomayor con un 2,7 % (41). Figura 10

Figura 10. Casos de Dengue por barrios. Bucaramanga, SE 19 de 2025

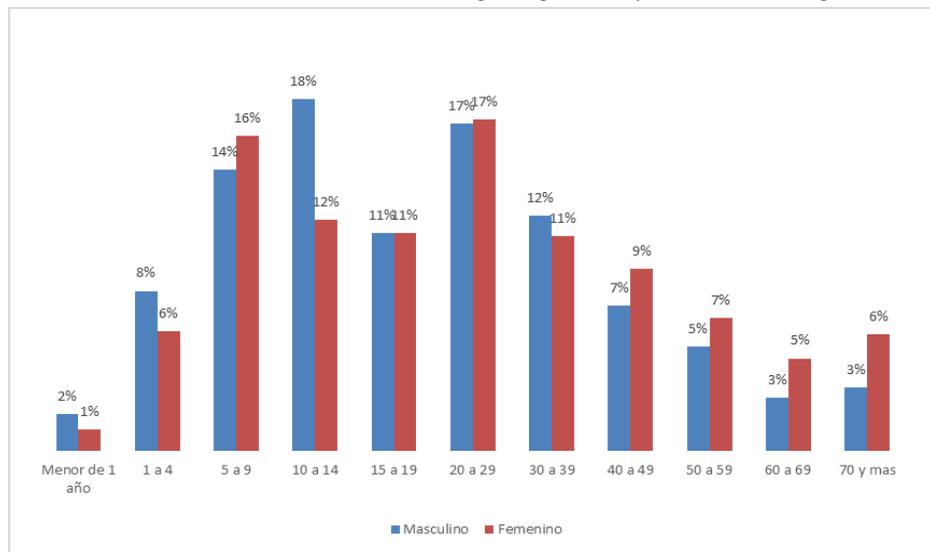


Fuente: SIVIGILA 2025

La distribución de los casos corresponde al 53 % (815) en masculino y 47 % (727) femenino. Por grupo de edad en hombres el mayor número de casos se presenta en los niños de 10 a 14 años con un 18 % (145), mientras que en las mujeres el mayor número de casos se presenta en los adultos jóvenes de 20 a 29 años con un 17 % (122). Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 39 % (595) de los casos notificados. Los Adultos > 60 años con un 8 % (125). Se han notificado 4 gestantes (2 DSSA y 2 DCSA). Figura 11

4 a 10 de mayo de 2025

Figura 11. Distribución de frecuencia de casos de Dengue según Edad y Sexo. Bucaramanga, SE 19 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

En la Tabla 6 se describe el evento Dengue y Dengue Grave según sexo, área y tipo de seguridad social.

Tabla 6. Dengue y Dengue Grave según Sexo, Área y Tipo de SS. Bucaramanga, SE 19 de 2025

Variables		Dengue	Dengue Grave	Total	%
Sexo	Masculino	815	3	818	52,9%
	Femenino	727	1	728	47,1%
Área	Cabecera m/pal	1517	4	1521	98,4%
	Rural Disperso	16	0	16	1,0%
	Centro Poblado	9	0	9	0,6%

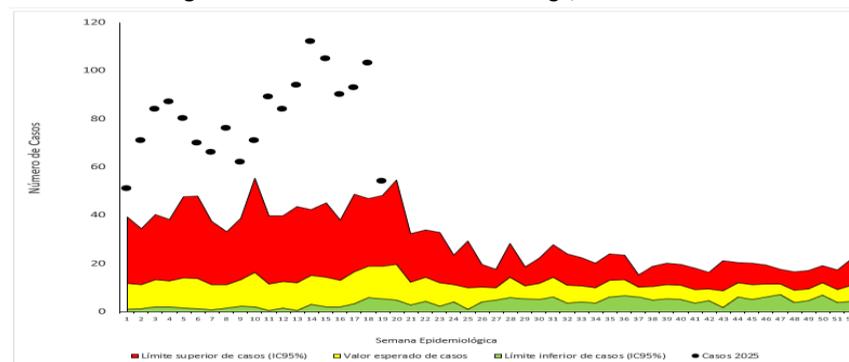
Variables	Dengue	Dengue Grave	Total	%	
Tipo SS	Contributivo	1082	1	1083	70,1%
	Subsidiado	346	3	349	22,6%
	Excepción	94	0	94	6,1%
	No asegurado	9	0	9	0,6%
	Indeterminado	11	0	11	0,7%
	Especial	0	0	0	0,0%
	Total	1542	4	1546	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2025

Canal endémico

De acuerdo con el canal endémico se puede evidenciar que el número de casos notificados oscila por encima de lo esperado. Nivel de BROTE TIPO I. Incidencia acumulada de 247,16 casos X 100.000 Hab riesgo. Tendencia al aumento del 3,2 %.

Figura 12. Canal endémico. Bucaramanga, SE 19 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Dengue Grave

Se han notificado 4 casos los cuales se describen a continuación:

La distribución de los casos corresponde al 75 % (3) en masculino y 25 % (1) femenino. El primero de ellos corresponde a un menor de 10 años del barrio Villa María (Comuna 2). El segundo caso a una menor de 7 años del barrio Nariño (Comuna 4). El tercer caso corresponde a masculino de 29 años del barrio Paseo la Feria (Comuna 4). El cuarto caso corresponde a masculino de 26 años del barrio Brisas del Paraíso (Comuna 11). Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 50 % (2) de los casos notificados. No se han notificado casos en gestantes y tampoco en adultos mayores. Incidencia acumulada de 0,64 casos X 100.000 Hab riesgo.

Mortalidad por Dengue Grave: A Semana Epidemiológica 19 se tiene notificado un (1) caso:

COMUNA / CORREGIMIENTO	BARRIO	SEXO	EDAD	TIPO SS	EAPB	IPS	CLASIFICACIÓN FINAL
11	BRISAS DEL PARAISO	M	26	S	SALUDTOTAL	CHICAMOCHA	Pendiente UA

Letalidad por Dengue: Por cada 100 casos notificados de dengue se presentaron 0 casos fatales.

Letalidad por dengue grave: Por cada 100 casos notificados de dengue grave se presentaron 0 casos fatales.

Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio)

Tabla 7. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Grave

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
CLINICA CHICAMOCHA SA	5	60%	100%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	1	0%	100%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	13	100%	100%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	1	100%	100%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	1	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	3	100%	100%
TOTAL	24	88%	100%

Fuente: SIVIGILA 2025

Tabla 8. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Con Signos De Alarma

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	62	2%	NA
BATALLÓN DE ASPC NOS HOSPITAL MILITAR BUCARAM	6	83%	50%
CENTRO DE SALUD ROSARIO	1	100%	NA
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	1	0%	NA
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA EPS SANITAS	3	33%	NA
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM	2	100%	NA
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	5	20%	NA
CENTRO MEDICO DR PEDRO CELIS IPS SAS	2	100%	NA
CLINICA CHICAMOCHA SA	180	92%	99%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	13	100%	100%
CLINICA ESPCO-DESAN	34	44%	91%
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	24	100%	96%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	118	81%	92%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	33	97%	91%
CONFIMED SAS SEDE BUCARAMANGA	1	100%	NA
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	3	33%	NA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA	1	0%	100%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	47	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	61	84%	95%

INVERSIONES SEQUOIA COLOMBIA SAS	2	50%	NA
IPS COOMULTRASAN CALLE 52	3	100%	NA
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	2	100%	NA
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	44	98%	100%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	1	100%	NA
SEDE BOLARQUI	3	67%	NA
SEDE GONZALEZ VALENCIA	139	91%	98%
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	2	0%	NA
SERVICLINICOS DROMEDICA SA	2	50%	100%
UAB CABECERA	1	0%	NA
UIMIST	22	100%	100%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	53	70%	NA
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER- UIS	1	0%	NA
VIRREY SOLIS IPS SA SOTOMAYOR	1	0%	NA
TOTAL	873	80%	81%

Fuente: SIVIGILA 2025

Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas - 15 de mayo del 2025

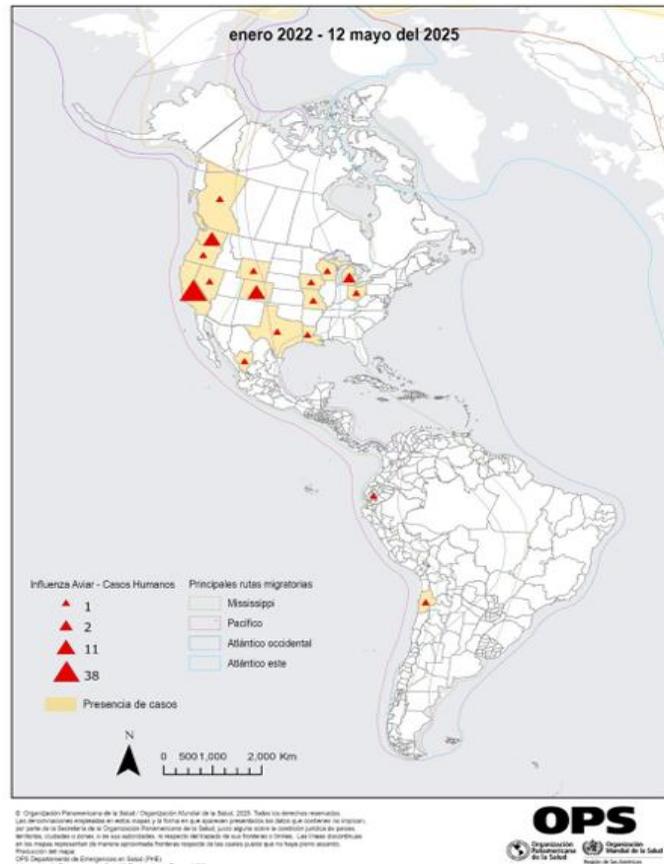
En 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) subtipo H5N1 del CLADO 2.3.4.4b ha ocasionado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. En 2021, este virus se extendió a través de principales las rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. Para el 2023, se registraron brotes en animales, los cuales fueron notificados por 14 países y territorios, principalmente en las Américas.

En los últimos años, se ha incrementado la detección de virus A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de producción). Desde 2022, 22 países de tres continentes, incluyendo las Américas, han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).

Históricamente, desde inicios de 2003 hasta el 22 de abril del 2025, se notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 973 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluido 470 defunciones (letalidad del 48%), en 25 países a nivel global.

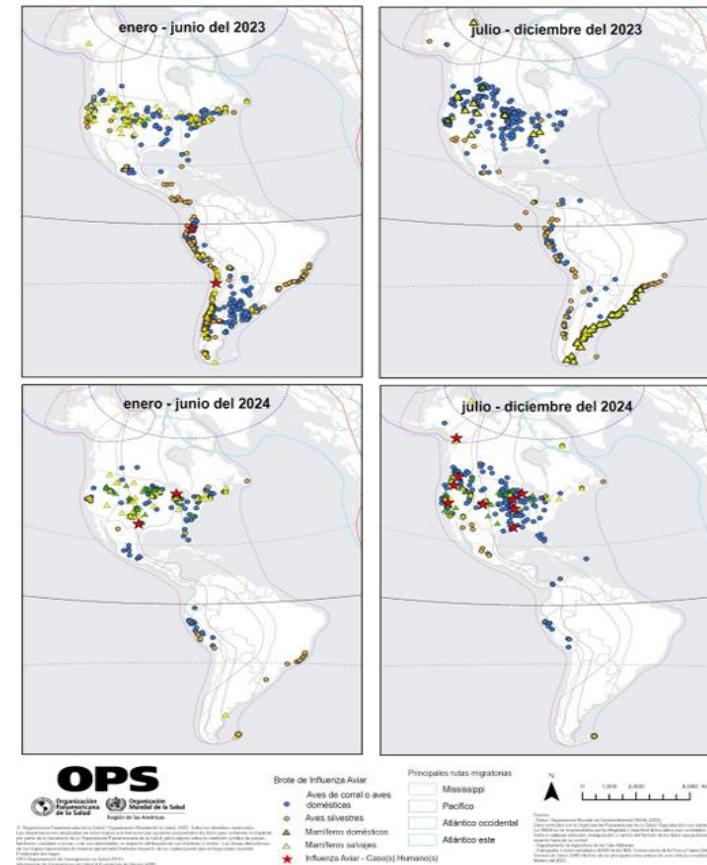
En Colombia no se han reportado casos del virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) subtipo H5N1 del CLADO 2.3.4.4b, sin embargo, se insta a continuar con la vigilancia epidemiológica activa tanto en aves como en humanos.

Figura 13. Casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas desde 2022 y hasta el 12 de mayo de 2025.



Fuente: OPS/OMS, Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas - 15 de mayo del 2025, página 02. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-15-phe-actualizacion-influenza-aviar-es.pdf](https://efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-15-phe-actualizacion-influenza-aviar-es.pdf)

Figura 14. Histórico de brotes de influenza aviar y principales rutas migratorias de aves silvestres por tipo de animal durante 2023 y 2024 en la Región de las Américas



Fuente: OPS/OMS, Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas - 15 de mayo del 2025, página 05. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-15-phe-actualizacion-influenza-aviar-es.pdf](https://efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-15-phe-actualizacion-influenza-aviar-es.pdf)

Semana epidemiológica **19**

TEMAS CENTRALES

**Vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por IRA, EDA y/o Desnutrición
Dengue**

Claudia Mercedes Amaya Ayala
Secretaria de Salud y Ambiente

Liliana Serrano Henao
Subsecretaria de Salud

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico y profesional Grupo SIVIGILA
Paola Alexandra Suárez Suárez
Duby Quiñonez Carreño
Yamileyny Gutiérrez Lozada

Carolina Becerra Arias

Autora tema Vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por IRA, EDA y/o
Desnutrición

Nadia Jimena Rojas Lozada
Autora Dengue

María Alejandra Beltrán López
Autora actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas

Una publicación de: Secretaria de Salud y de Ambiente de Bucaramanga.