

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 1 de 531

**INFORME DE COMPORTAMIENTO DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
NORTE DE SANTANDER, 2024**

WILLIAM VILLAMIZAR LAGUADO
Gobernador

FERNANDO AUGUSTO ALVAREZ GARCÍA
Director IDS

GLORIA INÉS MONTAÑO MONCADA
Coordinadora Grupo Salud Pública

SANDRA MILENA CORREDOR BLANCO
Responsable Vigilancia en Salud Pública

Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 2 de 531

Año 2024

Tercer lugar ranking indicadores INS 2023



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 3 de 531

Equipo Vigilancia en Salud Pública

RUTH MARLENE HERNANDEZ CABARICO
Profesional Universitario Sivigila

DARIO ALFONSO CASTRO
Técnico Sivigila

MANUEL NAVARRO HERRERA
Profesional Universitario Sivigila

JULIAN ANDRADE ARTEAGA
Profesional de Apoyo Eventos Vectores

YESENIA MAIRUTH QUINTERO CARRASCAL
Profesional de Apoyo VIM 5 años y UA

DANIELA TORRES BUITRAGO
Profesional de Apoyo Inmunoprevenibles

ELIDA VERA VILLAMIZAR
Profesional de Apoyo Eventos Maternidad Segura

PAOLA LEÓN FERREIRA
Profesional de Apoyo Vigilancia Basada en Comunidad

JENNY CAROLINA GALLEGO RODRÍGUEZ
Profesional de Apoyo SAT

VIANNIS GALVIS FLÓREZ
Profesional de Apoyo Eventos Micobacterias-IAAS

JUANA AMADO GODOY
Técnico de Apoyo Eventos Departamentales

XIMENA MURILLO
Técnico de Apoyo Unidades de Análisis

MILENA MORENO SILGADO
Profesional de Apoyo Eventos Salud Mental

KEILA MONTEJO VILLAMIZAR
Profesional de Apoyo Eventos ITS

IVÁN GERARDO FERNÁNDEZ CARVAJAL
Profesional de Apoyo eventos ambientales

FERNANDA CERQUERA SANCHEZ
Profesional de Apoyo eventos crónicas y DNT

DIANA ORTEGA
Profesional de Apoyo Chagas y comunidades especiales

LIDA MILENA RODRIGUEZ
Profesional de Apoyo Zoonosis

NATALIA CARRILLO
Profesional de Apoyo IRA y Fiebre Amarilla

ENFEMEROS REGIONALES

YENNY ALEXANDRA BAUTISTA GARNICA
Área Metropolitana y Vigilancia Comunitaria

GLENDA OMAIRA RODRÍGUEZ FLOREZ
Regional Ocaña

ANA MILENA QUINTERO QUINTERO
Regional Pamplona

VALENTINA ANTOLINEZ ARIAS
Regional Suroriental

PEDRO ANTONIO LÓPEZ URBINA
Regional Norte

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 4 de 531

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	6
OBJETIVOS	6
METODOLOGÍA	6
SUBSISTEMA DE INFORMACION, NORTE DE SANTANDER, 2024	7
COMPORTAMIENTO EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, NORTE DE SANTANDER, 2024	14
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	14
Dengue	14
Zika	29
Chikungunya	32
Leishmaniasis	36
Chagas	38
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR AGUA O ALIMENTOS	49
Enfermedades Transmitidas por Alimentos	49
Intoxicaciones por Sustancias Químicas	54
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	65
Hepatitis A	70
Enfermedad Diarreica Aguda EDA	76
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	83
Vigilancia Morbilidad por IRA	85
Vigilancia centinela de IRAG	85
IRAG inusitado	86
IRA por virus nuevo - COVID-19	87
Vigilancia centinela de IRAG	91
Indicador Vigilancia centinela de IRAG	95
IRAG inusitado	95
ZOONOSIS	107
Accidente Ofídico	107
Accidente ofídico	114
Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia	120
Leptospirosis	131
Rabia animal en perros y gatos	142
Rabia por Laboratorio	142
Rabia Humana	142
ENFERMEDADES CAUSADAS POR MICOBACTERIAS	144
Tuberculosis	144
Lepra	154
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	160
Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita	160
VHI/SIDA	177
Hepatitis B, C y coinfección / suprainfección hepatitis B / delta	190
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	202
Difteria	202
Eventos Adversos Graves Posterior a la Vacunación	210
Meningitis Bacteriana y Enfermedad Meningocócica	219
Parálisis Flácida Aguda	235
Parotiditis	249
Sarampión – Rubéola	259

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 5 de 531

Síndrome de Rubeola Congénita.....	273
Tétanos Accidental	284
Tétanos Neonatal.....	291
Tos Ferina.....	298
Varicela	309
MPOX	321
Fiebre Amarilla.....	331
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	337
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	356
Cáncer de mama y cuello uterino	356
Cáncer en menores de 18 años.....	363
Enfermedades Huérfanas	371
MATERNIDAD SEGURA	385
Morbilidad materna extrema	385
Mortalidad perinatal neonatal tardía	397
Mortalidad materna	410
Defectos Congénitos.....	418
LESIONES DE CAUSA EXTERNA Y SALUD MENTAL.....	427
Intento de suicidio	427
Violencia de género	436
VIGILANCIA NUTRICIONAL	443
Desnutrición en menores de 5 años	443
Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) y Desnutrición (DNT) Aguda	450
SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) EN SALUD PÚBLICA	463
UNIDADES DE ANÁLISIS	480
Tablero de problemas	482
VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD	486
EVENTOS DEPARTAMENTALES	493
Salud mental	493
Alcoholismo.....	494
Ansiedad	496
Depresión.....	499
Psicosis.....	502
Síndrome convulsivo / epilepsia	505
Transtorno Afectivo Bipolar.....	508
Transtorno Alimentario (bulimia-anorexia).....	510
Consumo de sustancias psicoactivas - SPA.....	512
Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Bazuco.....	515
Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Cocaína	517
Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Heroína.....	519
Consumo de Marihuana.....	520
Infecciones de transmisión sexual	522
Accidente de Trabajo	528

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 6 de 531

INTRODUCCION

El Grupo de Vigilancia en Salud Pública de Norte de Santander recopila, analiza e interpreta la información generada por el Sistema de información - SIVIGILA. Para la vigencia 2024, la vigilancia departamental se ha fortalecido en áreas funcionales mediante la activación de la Sala de Análisis de Riesgo SAR, la implementación de la vigilancia comunitaria y la continuidad con el acompañamiento permanente de profesionales para las seis regionales (6) del departamento, las cuales recopilan y retroalimentan de forma oportuna a los diferentes actores del sistema para emprender acciones de prevención, control oportuno y eficaz, sobre diferentes eventos de interés en salud pública.

Este documento contiene el análisis de los eventos de interés en salud pública reportados al sistema de información SIVIGILA durante la vigencia 2024 en el Departamento Norte de Santander, de acuerdo a la metodología brindada en a través de los lineamientos nacionales de Vigilancia en Salud Pública para el año 2024.

OBJETIVOS

- ✓ Apoyar el proceso de planificación, ejecución y evaluación de la política de salud pública emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social y los lineamientos dados por el Instituto Nacional de Salud con el propósito de mantener actualizada la situación de salud pública del Departamento Norte de Santander.
- ✓ Contribuir a determinar las necesidades de investigación en salud pública en el departamento y en los Municipios del Norte de Santander.
- ✓ Fortalecer las acciones de vigilancia en salud pública de los eventos prioritarios en salud y los de interés internacional.
- ✓ Dar cumplimiento a lo establecido en los lineamientos 2025 con referencia al envío del informe para el año 2024.

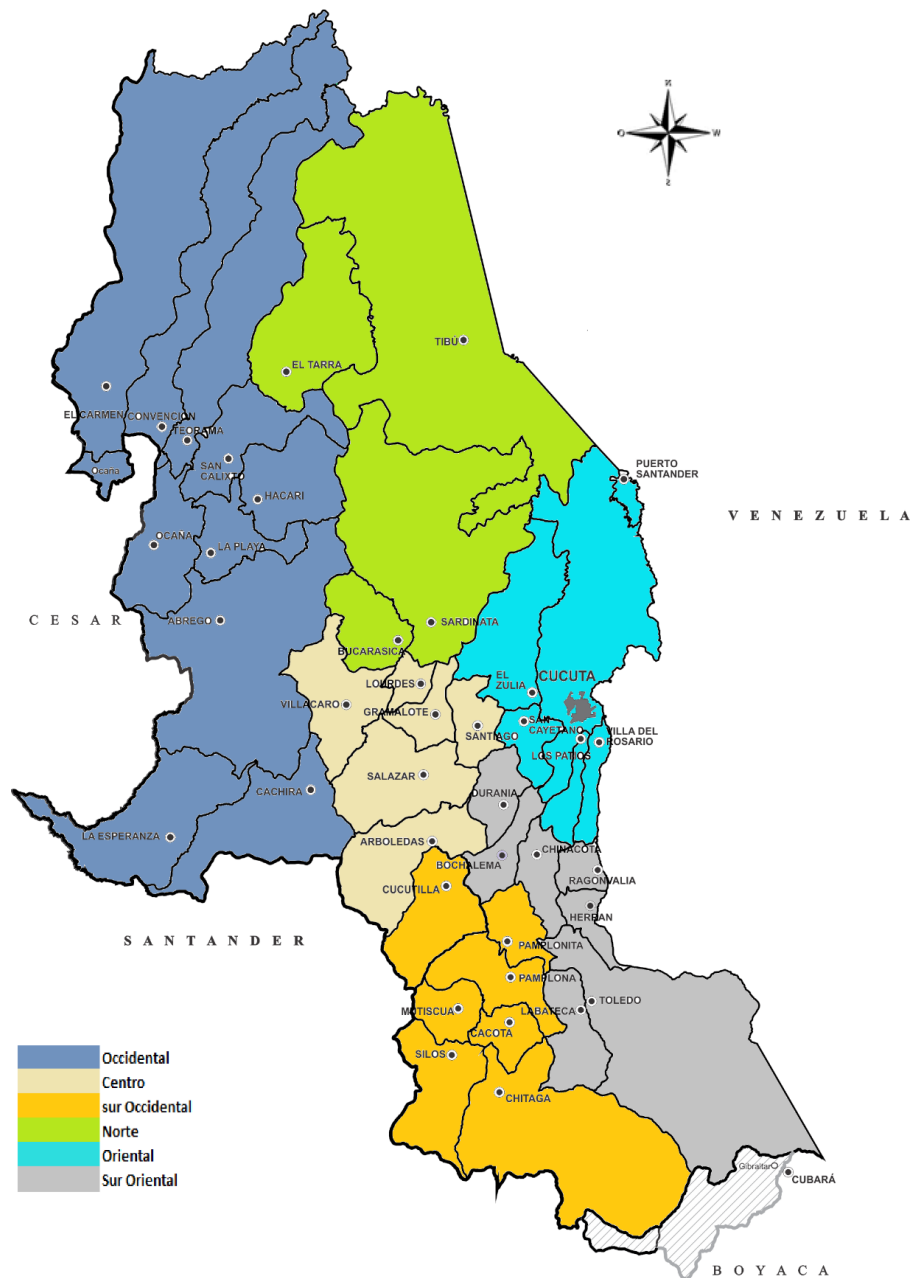
METODOLOGÍA

La recolección de los datos e información se llevó a cabo a través del software SIVIGILA web 4.0, la cual fue tabulada, consolidada y procesada estableciendo un análisis descriptivo de la información por los siguientes componentes: eventos transmisibles: inmunoprevenibles, mico-bacterias, factores de riesgo ambiental, eventos de salud sexual, maternidad segura, zoonosis, enfermedades transmitidas por vectores, eventos de enfermedades no transmisibles y eventos departamentales. La evaluación de los datos e información de las intervenciones planteadas se encuentra desarrollada de acuerdo a las variables sociodemográficos a través de un análisis descriptivo.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 7 de 531

SUBSISTEMA DE INFORMACION, NORTE DE SANTANDER, 2024

Figura 1. Regionales de la notificación a través del SIVIGILA Norte de Santander de 2024



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 8 de 531

La red de Vigilancia en Salud Pública del Departamento Norte de Santander correspondiente al año 2024 está conformada por 197 Unidades Primarias Generados de Datos (UPGD) y 605 Unidades Informadoras (UI), abarcando de esta manera los 40 municipios del Departamento que se encuentran divididos en seis Subregiones de la siguiente forma, la Subregión Norte, Centro, Occidental, Oriental, Sur Oriental y Sur Occidental relacionadas en la imagen 1.

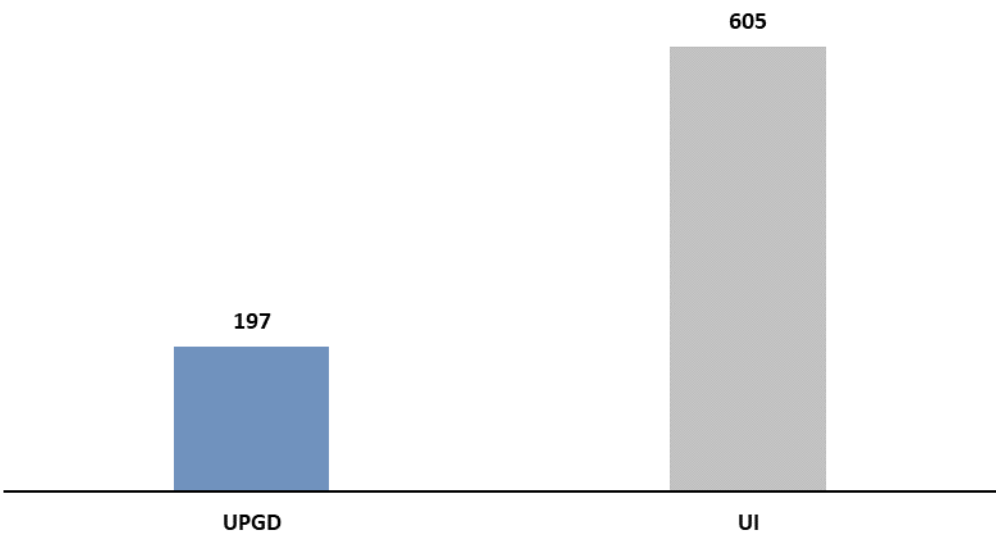
Tabla 1. Relación de UPGD y UI por Subregión, Norte de Santander 2024

Subregión	Municipio	UPGD	UI
Centro	Arboledas	1	4
	Cucutilla	1	1
	Gramalote	1	1
	Lourdes	1	1
	Salazar	2	5
	Santiago	1	1
	Villa Caro	1	1
Norte	Bucarasica	1	3
	El Tarra	1	4
	Sardinata	3	6
	Tibú	5	5
Occidental	Abrego	1	7
	Cáchira	2	1
	Convención	1	5
	El Carmen	2	1
	Hacarí	1	1
	La Esperanza	2	1
	La Playa	1	3
	Ocaña	19	73
	San Calixto	1	1
	Teorama	2	3
Oriental	Cúcuta	109	396
	El Zulia	1	5
	Los Patios	4	11
	Puerto Santander	1	4
	San Cayetano	2	1
	Villa Del Rosario	7	8
	Dpto		2
Sur Occidental	Cácota	1	1
	Chitagá	1	4
	Mutiscua	1	1
	Pamplona	8	26
	Pamplonita	1	1
	Silos	1	1
Sur Oriental	Bochalema	1	2
	Chinácota	1	5
	Durania	1	1
	Herrán	1	1
	Labateca	1	2
	Ragonvalia	1	1
	Toledo	4	4
Total		197	605

Fuente: Elaboración propia IDS

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 9 de 531

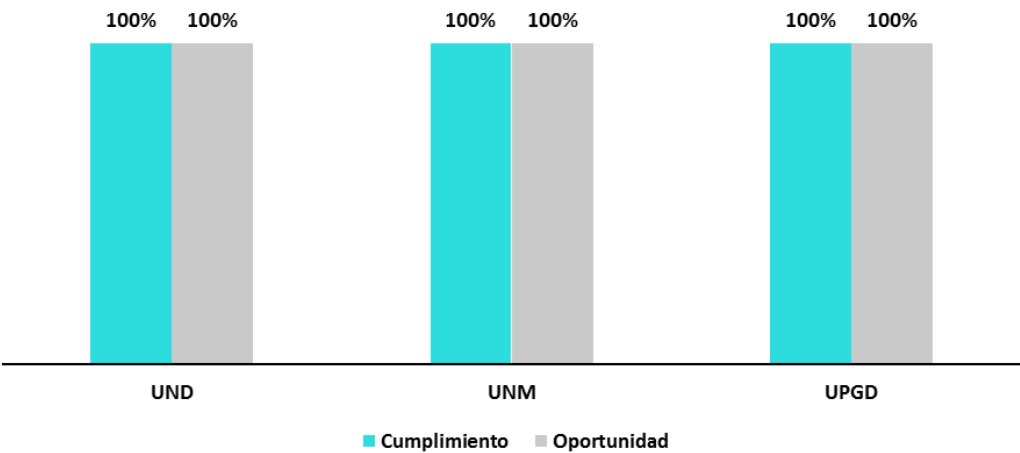
Gráfico 1. Red Sivigila, Norte de Santander de 2024



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

El Departamento de Norte de Santander cumplió oportunamente con el 100% en la entrega de la notificación semanal durante el año 2024 al Instituto Nacional de Salud de la unidad Notificadora departamental UND.

Gráfico 2. Cumplimiento y oportunidad en la entrega de la notificación, Norte de Santander 2024



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

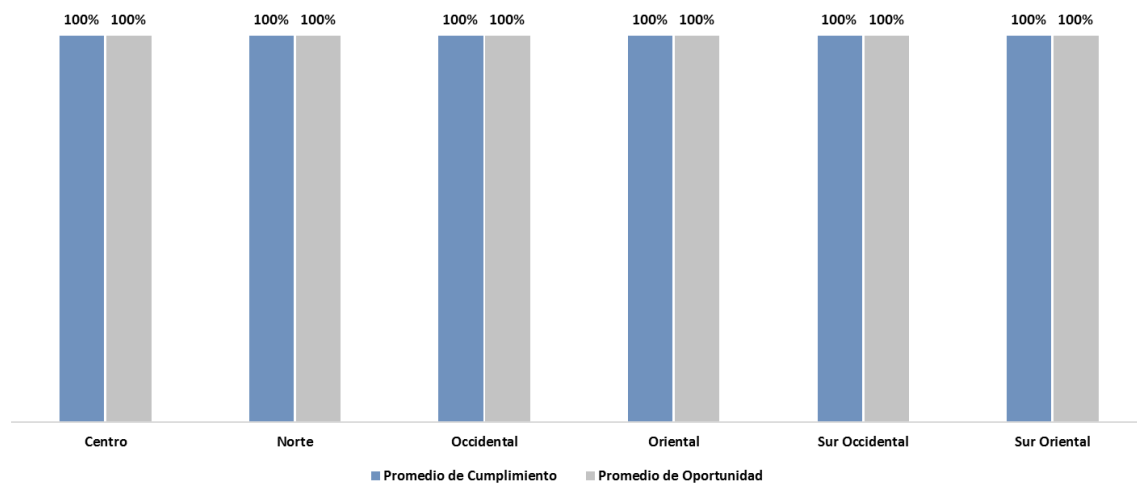
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 10 de 531

La entrega de los archivos planos durante las 52 semanas epidemiológicas del año 2024 al Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander por parte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel departamental fue de 100 % tanto en el cumplimiento como en la oportunidad.

El porcentaje acumulado de cumplimiento semanal en la entrega de la información por parte de las UPGD corresponde al 100 % y con una oportunidad del 100% durante las semanas epidemiológicas 1 a la 52 de 2024.

A continuación, se detalla el reporte de notificación semanal promedio de las UPGD, de cada una de las seis Subregiones en que se encuentra dividido el Departamento.

Gráfico 3. Cumplimiento y oportunidad en la entrega de la notificación por subregiones, Norte de Santander 2024
Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025



Fuente: Elaboración propia VSP-IDS

La Subregión Oriental conformada por los municipios de Cúcuta, El Zulia, Los Patios, Puerto Santander, San Cayetano y Villa del Rosario cuentan con 124 UPGD y 427 UI.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 11 de 531

Tabla 2. Cumplimiento y oportunidad en la entrega de la notificación por UPGD, Subregión Oriental, Norte de Santander 2024

ORIENTAL	Promedio de Cumplimiento	Promedio de Oportunidad
Cúcuta	100%	100%
El Zulia	100%	100%
Los Patios	100%	100%
Puerto Santander	100%	100%
San Cayetano	100%	100%
Villa Del Rosario	100%	100%

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

El Cumplimiento y la Oportunidad en la entrega de los archivos planos semanalmente por parte de los municipios es del 100%. El porcentaje de cumplimiento acumulado de las UPGD en la entrega del reporte semanal de los archivos planos correspondiente a las semanas epidemiológicas 1 a la 52 de la subregión Oriental es del 100% y la oportunidad acumulada del 100%.

La Subregión Occidental representada por 10 municipios, Ocaña, Abrego, Convención, Cáchira, Hacarí, El Carmen, La Esperanza, La Playa, San Calixto y Teorama. Los municipios de la Subregión Occidental están conformados por 32 UPGD y 96 UI.

Tabla 3. Cumplimiento y oportunidad en la entrega de la notificación por UPGD, Subregión Occidental, Norte de Santander 2024

OCCIDENTAL	Promedio de Cumplimiento	Promedio de Oportunidad
Abrego	100%	100%
Cáchira	100%	100%
Convención	100%	100%
El Carmen	100%	100%
Hacarí	100%	100%
La Esperanza	100%	100%
La Playa	100%	100%
Ocaña	100%	100%
San Calixto	100%	100%
Teorama	100%	100%

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

El Cumplimiento y la Oportunidad en la entrega de los archivos planos por parte de los municipios es del 100%. El cumplimiento semanal en la entrega de la notificación por parte de las UPGD de la subregión Occidental es del 100% y la oportunidad acumulada es del 100% durante el año 2024.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 12 de 531

La Subregión Centro conformada por los municipios de Arboledas, Cúcutilla, Gramalote, Lourdes, Salazar Santiago y Villacaro. La subregional está conformada por 8 UPGD y 14 UI.

Tabla 4. Cumplimiento y oportunidad en la entrega de la notificación por UPGD, Subregión Centro, Norte de Santander 2024

CENTRO	Promedio de Cumplimiento	Promedio de Oportunidad
Arboledas	100%	100%
Cucutilla	100%	100%
Gramalote	100%	100%
Lourdes	100%	100%
Salazar	100%	100%
Santiago	100%	100%
Villa Caro	100%	100%

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Semanalmente los municipios de la Subregión Centro cumplen con la entrega oportuna de los archivos planos presentando un cumplimiento y una oportunidad del 100% acumulado para ambos indicadores. El cumplimiento y la oportunidad de sus UPGD en la entrega del reporte de archivos planos correspondiente a las semanas epidemiológicas de la 1 a la 52 de 2024 es el 100% para ambos indicadores.

La Subregión Norte abarca un área de gran extensión y cubre los municipios de Tibú, El Tarra, Sardinata y Bucarasica, cuenta con 10 UPGD y 18 unidades informadoras.

Tabla 5. Cumplimiento y oportunidad en la entrega de la notificación por UPGD, Subregión Norte, Norte de Santander 2024

NORTE	Promedio de Cumplimiento	Promedio de Oportunidad
Bucarasica	100%	100%
El Tarra	100%	100%
Sardinata	100%	100%
Tibú	100%	100%

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

El Cumplimiento y la Oportunidad en la entrega de los archivos planos semanalmente por parte de los municipios es del 100%. La notificación de la subregión Norte está representado en el 100% para el cumplimiento y oportunidad acumulada en la entrega de la notificación para las semanas epidemiológicas 1 a la 52 de 2024 de las UPGD.

La Subregión Suroriental comprende los municipios de Bochalema, Chinácota, Durania, Herrán, Labateca, Ragonvalia y Toledo, cuentan con 10 UPGD y 16 unidades informadoras.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 13 de 531

Tabla 6. Cumplimiento y oportunidad en la entrega de la notificación por UPGD, Subregión Suroriental, Norte de Santander 2024

Sur Oriental	Promedio de Cumplimiento	Promedio de Oportunidad
Bochalema	100%	100%
Chinácota	100%	100%
Durania	100%	100%
Herrán	100%	100%
Labateca	100%	100%
Ragonvalia	100%	100%
Toledo	100%	100%

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

El Cumplimiento y oportunidad semanalmente en la entrega de la información es del 100% en cada uno de sus siete municipios. El porcentaje de cumplimiento acumulado y oportunidad acumulada de sus UPGD correspondientes a las semanas 1 a la 52 de 2024 es el 100% para los dos indicadores.

La Subregión Sur-Occidental, cubre los municipios de Pamplona, Cácuta, Chitagá, Mutiscua, Silos y Pamplonita. La regional tiene un total de 13 UPGD y 34 unidades informadoras activas a semana 52 de 2024.

Tabla 7. Cumplimiento y oportunidad en la entrega de la notificación por UPGD, Subregión Sur Occidental, Norte de Santander 2024

Sur Occidental	Promedio de Cumplimiento	Promedio de Oportunidad
Cácuta	100%	100%
Chitagá	100%	100%
Mutiscua	100%	100%
Pamplona	100%	100%
Pamplonita	100%	100%
Silos	100%	100%

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

El cumplimiento y oportuna entrega del reporte semanal de los planos por parte de cada uno de sus municipios es del 100%, el cumplimiento acumulado de sus UPGD en la entrega del reporte semanal es del 100% y una oportunidad del 100%.

El Departamento de Norte de Santander cumplió de manera satisfactoria con el indicador del cumplimiento semanal del 100%, a través de este indicador se evalúa la entrega de la notificación en cada una de las 36 Entidades Territoriales al Instituto Nacional de Salud (INS).

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 14 de 531

Al igual los 40 municipios que abarcan el territorio de Norte de Santander cumplieron con la meta del 100% en la entrega oportuna de los planos correspondientes al año 2024.

El cumplimiento acumulado para el Departamento Norte de Santander por parte de las 197 UPGD (Unidades Primarias Generadoras del Dato) activas a semana 52 de 2024 superó la meta del 90% requerida para este indicador con un total acumulado del 100% y oportunidad acumulada del 100%.

COMPORTAMIENTO EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, NORTE DE SANTANDER, 2024

ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTORES

Dengue

Introducción

La transmisión del virus Dengue (DENV) se ha convertido en un importante problema de salud pública en los últimos 40 años. Cerca de la mitad de la población mundial se encuentra en riesgo, con cerca de 390 millones de casos reportados cada año. Los brotes presentados en los últimos años se deben en parte a las limitadas opciones de tratamiento disponible, con manifestaciones clínicas que van desde muy leves hasta extremadamente graves y potencialmente mortales. Por lo tanto, el control de esta enfermedad depende de las intervenciones dirigidas a la disminución de las densidades poblacionales de los vectores involucrados (*Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*).

La presencia y distribución de las especies involucradas en la transmisión de esta enfermedad se relaciona con ciertos factores socioeconómicos, demográficos, medioambientales y de comportamiento humano. Las crecientes variaciones climáticas como aumento de las temperaturas, aumento de las precipitaciones en algunos lugares, así como la falta de suministro de agua corriente, permiten la presencia de criaderos en contenedores artificiales, incidiendo en la presencia de altas densidades de mosquitos y, por ende, en un aumento en la transmisión del Dengue.

El mayor número de casos de Dengue se registró en 2023, con la notificación de 6,5 millones de casos y más de 7.300 muertes relacionadas con la enfermedad, afectando a más de 80 países de todas las regiones de la OMS, observándose un número elevado de casos se notificaron en Asia: en Bangladesh (321.000), Malasia (111.400), Tailandia (150.000) y Vietnam (369.000). Según la OMS, el creciente riesgo de propagación de la epidemia de dengue guarda relación con varios factores: los cambios en la distribución de los vectores (principalmente los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*), especialmente en los países que no habían padecido dengue; las consecuencias del fenómeno de El Niño en 2023 y el cambio climático, que incrementa las temperaturas, las precipitaciones y la humedad; la fragilidad de los sistemas de salud durante la pandemia de COVID-19; y la inestabilidad política y financiera de los países que se enfrentan a crisis humanitarias complejas y a grandes movimientos de población.

El Dengue es una enfermedad grave de impacto epidemiológico, social y económico, que se ha constituido como un problema creciente para la salud pública mundial. La influencia de factores sociales, demográficos y medioambientales, tales como la urbanización no planificada, las migraciones de la población, la variabilidad en la distribución de los esfuerzos por el control de vectores, los aspectos culturales, las condiciones de las viviendas y la calidad de la prestación de servicios sanitarios, han contribuido a la propagación del vector (*Aedes Egipcio*).

El número de casos de dengue notificados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha multiplicado por 8 en

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 15 de 531

las dos últimas décadas, desde 505.430 casos en el año 2000 a más de 2,4 millones en 2010 y 5,2 millones en 2019.

Situación Epidemiológica

A nivel mundial, aproximadamente 3,900 millones de personas están en riesgo de infección en más de 128 países endémicos; y las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental son las más gravemente afectadas, concentrándose en Asia el 70% de la carga mundial de la enfermedad. En la Región de las Américas, el Dengue es la arbovirosis que causa el mayor número de casos, con epidemias que ocurren de manera cíclica cada 3 a 5 años. En 2019 y 2023 se registra el mayor número de casos de Dengue en la Región superando los 3 millones de casos notificados, así como un número elevado de fallecimientos en comparación con los demás años con 1.823 y 1.796 muertes, respectivamente.

Durante el 2023, la incidencia acumulada de Dengue fue de 452,35 casos por 100.000 habitantes y la letalidad por Dengue fue de 0,052%, observándose un aumento en la incidencia del 66,6% y de la letalidad del 13,0% con respecto al 2022. Las tasas de incidencia más altas se observaron en las subregiones del Cono Sur (1.129,32 casos por 100.000 habitantes), Andina (408,23 casos por 100.000 habitantes) y el Istmo Centroamericano y México (345,72 casos por 100.000 habitantes); mientras que la mayor letalidad se observó en la subregión Caribe no latino (0,212%), Andina (0,11%) y el Istmo Centroamericano y México (0,63%). Por subregión, los países con la mayor incidencia durante el 2023 fueron: en la subregión del Cono Sur, Brasil (1 427,7 casos por 100 000 habitantes); y en la subregión Andina, Bolivia (1.265,48 casos por 100.000 habitantes) y Perú (798,27 casos por 100.000 habitantes); y los países con la mayor letalidad por subregión fueron: en la subregión Andina, Perú (0,161%), Venezuela (0,166.%) y Ecuador (0,119%), en el Istmo Centroamericano y México, Guatemala (0,164%) y Honduras (0,144%), y en el Caribe no latino, Suriname (1,064%).

En Colombia, la tasa de incidencia de Dengue ha sido fluctuante desde 1978, con tendencia al incremento a través del tiempo, presentando las tasas de incidencia más altas en los ciclos epidémicos 2010, 2013, 2016, 2019 y 2023 (10,11). Por el contrario, la letalidad por dengue se ha comportado de manera fluctuante manteniéndose por debajo del 0,15% desde el 2016. A pesar de la coexistencia del virus de SARS-CoV-2 con el virus dengue en zonas endémicas, durante el 2021, la situación de Dengue en el país se mantuvo principalmente dentro de lo esperado con una tendencia al aumento en el cuarto trimestre del año, mientras que, para el 2022 el evento presentó un incremento después del primer trimestre del año ubicándose constantemente en situación de alerta desde la semana epidemiológica 16 hasta finalizar el año.

En 2023 inició una nueva fase epidémica de dengue similar a lo observado en algunos países de la región de las Américas. Durante este año la incidencia en el país fue de 387,2 casos por 100.000 habitantes superior a la registrada en 2009, 2011, 2012, 2017, 2018, 2021 y 2022; y la letalidad por Dengue fue de 0,09% inferior a la meta establecida por el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031 (<0,10 %). Por entidad territorial, las que registraron una letalidad por Dengue > 0,10% fueron: Amazonas, Antioquia, Bolívar, Chocó, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander y Sucre. Por otro lado, las entidades que registraron situación de brote en más del 90% de las semanas epidemiológicas del 2023 fueron: Amazonas, Arauca, Bolívar, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander y Sucre. Esta situación incentivó desde comienzos del 2023 a la emisión desde el nivel nacional de directrices para la intensificación y fortalecimiento de acciones de prevención, atención integral, vigilancia y control a través de las circulares conjuntas externas N° 002 y N° 013 con el objeto de controlar la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 16 de 531

El Dengue en Colombia y en la región representa una importante problemática de salud pública, por las condiciones geográficas y sociales que hay en el país, se presentan focos cíclicos de contagio. Esta enfermedad endemoepidémica tiene un alto impacto epidemiológico, social y económico, constituido como un problema creciente en la salud pública a nivel mundial. Debido a la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente de la enfermedad, los ciclos epidémicos cada tres años, el aumento en la frecuencia de brotes de Dengue grave, la circulación simultánea de los cuatro serotipos, la infestación por *Aedes aegypti* en más del 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm, la introducción del vector *Aedes albopictus*; y la urbanización de la población, entre otros macro y micro-determinantes, el dengue en Norte de Santander se constituye en un problema prioritario para la salud pública del país.

Objetivos

Describir el comportamiento de los casos notificados de Dengue por procedencia y realizar seguimiento para mantener la ejecución de intervenciones oportunas en el control de los casos.

Detectar oportunamente cambios en los patrones de ocurrencia de Dengue según la semana epidemiológica para la realización de control, promoción y prevención.

Llevar a cabo un análisis de tiempo, lugar y persona, así como las características sociodemográficas y de afiliación del evento de Dengue en el Departamento a semana 52 del año 2024.

Justificación

En Colombia, el Dengue es considerado un problema prioritario de salud pública debido a su potencial epidémico, distribución, endemidad, circulación de los cuatro serotipos y presencia del vector en el 73,3% del territorio nacional, entre otros factores. Desde su reemergencia en la década de los setenta, el dengue ha presentado una amplia expansión geográfica e intensificación en el territorio nacional.

Este fenómeno se pudo evidenciar mejor durante la última década, cuando se registró una tendencia creciente en el número de municipios que notificaron casos de Dengue en el año, pasando de 402 municipios con transmisión endémica en el año 1999, a más de 650 municipios en el 2014. En los últimos 15 años se han identificado cinco ciclos epidémicos: 2010, 2013, 2016, 2019 y 2023. Esta problemática impacta la salud de la población colombiana, principalmente en los municipios categorizados como hiperendémicos o de alta transmisión. En Norte de Santander se evidenciaron la notificación de casos de los 35 municipios durante todo el año.

Alcance

Esta información define el método para los procesos establecido para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientaran las medidas de prevención y control de los casos de Dengue a nivel Nacional, Departamental y Municipal.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 17 de 531

Metodología

El informe presentado es de tipo descriptivo, la fuente de información utilizada corresponde al Sistema de información de Vigilancia epidemiológica de Norte de Santander, Sivigila individual, de los casos notificados de Dengue, códigos 210 (Dengue), 220 (Dengue grave) y 580 (muerte por Dengue) a semana epidemiológica 52 del año 2024.

Se realizó la depuración de los datos con el objeto de revisar los registros en cuanto a calidad del dato y completitud; eliminar registros repetidos, casos descartados y errores de digitación, para generar un análisis de frecuencias de las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de notificación de datos básicos y complementarios, se realizó el análisis de los indicadores de vigilancia conforme a lo establecido en el protocolo, como se describe a continuación: El canal endémico se realizó por la metodología de medianas sacado el percentil 25 la zona de éxito; percentil 50 la zona de seguridad, el percentil 75 la zona de alerta, y la zona de epidemia, por encima de este percentil.

Por entidad territorial de procedencia u ocurrencia:

Incidencia: $(\text{total casos nuevos notificados confirmados más probables}) / \text{población a riesgo} \times 100.000$.

Letalidad: $(\text{número de muertes atribuibles al evento} / \text{total de casos notificados de Dengue grave}) \times 100$.

Letalidad: $(\text{número de muertes atribuibles al evento} < o / \text{total de casos notificados de Dengue}) \times 100$.

Por entidad territorial notificadora:

Porcentaje de confirmación: $(\text{número de casos confirmados} / \text{número total de casos notificados}) \times 100$.

Porcentaje de hospitalización: $(\text{número de casos de Dengue con signos de alarma registrados} / \text{total casos de Dengue con signos de alarma notificados}) \times 100$.

Porcentaje de hospitalización: $(\text{número de casos de Dengue grave registrados como hospitalizados} / \text{total casos de Dengue grave notificados}) \times 100$.

El análisis de la información se realizó mediante el cálculo de medidas de frecuencia (proporciones, incidencia y letalidad), se presentó en tablas y gráficas usando Microsoft Excel 2016® para su procesamiento y mapas geográficos.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 18 de 531

Notificación de casos al Sivigila

El 88,66% de los casos de Dengue procede de 12 entidades territoriales: Cúcuta con el 1.93%, Ocaña 0,27%, Villa del Rosario con el 0,22%, Los Patios 0.15%, Abrego 0.13%, Tibú 0,13%, Chinácota 0.10%, El Zulia 0.08%, Sardinata 0.07%, El Tarra 0.70%, El Carmen 0.05%, Bochalema 0.04%. El Municipio con la mayor tasa de incidencia fue Cúcuta con el 1.93 casos por 100.000 habitantes.

Tabla 8. Casos notificados de Dengue por procedencia Norte de Santander, año 2024

Municipio	Dengue Sin Signos de Alarma	Dengue Con Signos de Alarma	Dengue Grave	Mortalidad por Dengue	Total Casos	Poblacion Dane 2024	Incidencia Dengue (casos x 100000 hab)
Cucuta	2311	2165	126	5	4607	812.176	1,9367
Ocaña	489	137	32	1	659	135.344	0,2770
Villa del Rosario	353	191			544	116.221	0,2287
Los Patios	200	167		3	370	103.733	0,1555
Abrego	165	148			313	35.936	0,1316
Tibu	189	123			312	62.151	0,1312
Chinacota	127	121			248	19.845	0,1043
El Zulia	108	103			211	30.816	0,0887
Sardinata	72	97			169	28.989	0,0710
El Tarra	74	93		1	168	23.521	0,0706
El Carmen	71	67			138	15.080	0,0580
Bochalema	69	41			110	9.385	0,0462
La Esperanza	47	49			96	13.144	0,0404
Puerto Santander	35	52			87	9.913	0,0366
Durania	51	35			86	5.197	0,0362
Convencion	21	47			68	21.175	0,0286
Salazar	41	21			62	11.664	0,0261
Toledo	29	32			61	17.714	0,0256
San Cayetano	40	19			59	8.102	0,0248
Teorama	14	40			54	18.731	0,0227
Cachira	39	12			51	12.500	0,0214
Santiago	37	7			44	3.861	0,0185
Arboledas	30	12			42	11.028	0,0177
Villa Caro	25	14			39	5.727	0,0164
Labateca	31	7			38	7.189	0,0160
La Playa	25	11			36	8.741	0,0151
Ragonvalia	18	16			34	4.537	0,0143
Lourdes	21	6			27	14.496	0,0114
San Calixto	7	20			27	14.496	0,0114
Hacari	10	16			26	11.559	0,0109
Pamplonita	9	7			16	6.239	0,0067
Bucarasica	12	3			15	7.263	0,0063
Pamplona	1	9	1		11	56.894	0,0046
Gramalote	1	6			7	8.346	0,0029
Cucutilla	1	1			2	9.280	0,0008
Herran	1	1			2	7.841	0,0008
Cacota	1				1	3.181	0,0004
Silos	1				1	7.127	0,0004
Norte de Santander	4776	3896	159	9	8840	1.699.142	3,7166

Fuente: Sivigila IDS Norte de Santander, 2025

A nivel general se han confirmado 6.391 casos (72.56%) por Laboratorio Clínico, y 2.415 casos (27.42%) probables. En Dengue con signos de alarma se han confirmaron por laboratorio 2.962 casos (71.93%) y 156 casos (98.11%) de Dengue grave. Confirmados por nexa epidemiológico 2 casos (0.02%).

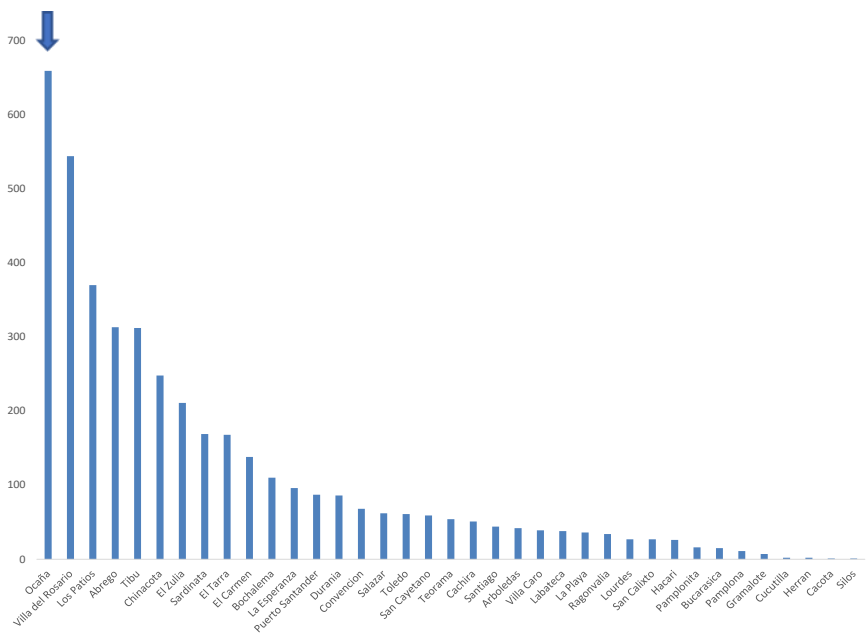
Tabla 9. Clasificación final de casos de Dengue, Norte de Santander, año 2024

Clasificacion de Caso	Dengue Sin Signos de Alarma	Dengue Con Signos de Alarma	Dengue Grave	Total Casos	%
Probable	1277	1135	3	2415	27,42
Confirmado por Laboratorio	3273	2962	156	6391	72,56
Confirmado por Nexa Epidemiologico		2		2	0,02
Total General	4550	4099	159	8808	100
% Confrimado por Laboratorio	71,93	72,26	98,11	72,56	100

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

Se reportaron casos procedentes a 35 municipios del Departamento Norte de Santander, los 23 municipios con la mayor tasa son los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Los Patios, Abrego, Tibú, Chinácota, El Zulia, Sardinata, El Tarra, El Carmen, Bochalema, La Esperanza, Puerto Santander, Durania, Convención, Salazar, Toledo, San Cayetano, Teorama, Cachira, Santiago, Arboledas, Villa Caro. El Departamento Norte de Santander tiene una tasa de 3,71 casos por cada 100.000 habitantes donde el mayor número de casos notificados pertenecen al municipio de Cúcuta.

Grafica 4. Tasa de incidencia de casos de Dengue, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 20 de 531

De acuerdo con las características demográficas y sociales, el 52,77% de los casos se presentaron en sexo masculino, 57,33% pertenecientes al régimen subsidiado, 33,44% pertenecientes al régimen contributivo, el 2,93% no afiliados al sistema general de seguridad en salud, se refiere como procedencia cabecera municipal 88,48% de los casos; los grupos de edad más afectado de Dengue grave es el de 6 a 10 años con (24.53%) y el grupo de 11 a 15 años con (19,02%) para Dengue.

Tabla 10. Características demográficas y sociales de los casos de Dengue, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue Grave	%	Total Casos	%
Sexo	Masculino	4526	51,39	122	76,73	4648	52,77
	Femenino	4123	47,28	37	23,27	4160	47,23
Tipo de Regimen	Subsidiado	4953	57,27	97	61,01	5050	57,33
	Contributivo	2906	33,60	39	24,53	2945	33,44
	Excepcion	509	5,89	9	5,66	518	5,88
	No asegurado	248	2,87	10	6,29	258	2,93
	Indeterminado	26	0,30	2	1,26	28	0,32
	Especial	7	0,08	2	1,26	9	0,10
Area	Cabecera Municipal	7719	89,25	74	46,54	7793	88,48
	Centro Poblado	517	5,98	35	22,01	552	6,27
	Rural Disperso	413	4,78	50	31,45	463	5,26
Pertenencia Etnica	Otro	8642	98,12	159	100	8801	99,92
	Indigena	7	0,08			7	0,08
Grupos de Edad	1-5 años	963	11,13	16	10,06	979	11,11
	6 a 10 años	1356	15,68	39	24,53	1395	15,84
	11 a 15 años	1645	19,02	31	19,50	1676	19,03
	16 a 20 años	1345	15,55	19	11,95	1364	15,49
	21 a 25 años	989	11,43	6	3,77	995	11,30
	26 a 30 años	765	8,84	7	4,40	772	8,76
	31 a 35 años	563	6,51	9	5,66	572	6,49
	36 a 40 años	347	4,01	7	4,40	354	4,02
	41 a 45 años	276	3,19	4	2,52	280	3,18
	46 a 50 años	146	1,69	4	2,52	150	1,70
	51 a 55 años	117	1,35	5	3,14	122	1,39
	56 a 60 años	56	0,65	3	1,89	59	0,67
	> 60 años	81	0,94	9	5,66	90	1,02

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 21 de 531

Por grupos poblacionales se observó la mayor proporción en población migrante con 129 casos, 29 casos de Dengue se han notificado casos de población gestante.

Tabla 11. Casos de Dengue por grupos poblacionales, Norte de Santander, año 2024

Grupo Poblacional	Sin Signos de Alarma	Con Signos de Alarma	Dengue Grave	Total Casos	%
Otros	4728	3737	150	8615	97,81
Migrantes	21	99	9	129	1,46
Gestantes	9	22		29	0,33
Discapacitados	8	6		14	0,16
Desplazados	1	2		3	0,03
Víctimas Violencia Armada	9	9		18	0,20
Total General	4776	3875	159	8808	100

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

El 68.04% de los casos de Dengue se concentró en personas en las cuales la ocupación es estudiante, en segundo lugar, con el 10,71% de los casos de dengue se presentó en no aplica.

Tabla 12. Casos de Dengue por ocupación, Norte de Santander, año 2024

Ocupacion	Dengue	&	Dengue Grave	&	Total Casos	%
Estudiante	5879	67,97	114	71,70	5993	68,04
No Aplica	943	10,90			943	10,71
Hogar (Ama de Casa)	753	8,71	20	12,58	773	8,78
Menores de edad	407	4,71	5	3,14	412	4,68
Trabajos Varios	236	2,73	1	0,63	237	2,69
Comerciantes Tiendas	192	2,22	4	2,52	196	2,23
Desempleado	157	1,82	10	6,29	167	1,90
Mineros	53	0,61			53	0,60
Docente	7	0,08	1	0,63	8	0,09
Fuerzas Militares	7	0,08			7	0,08
Conductores	7	0,08			7	0,08
Obreros	7	0,08			7	0,08
Agentes Serv Comerciales	1	0,01	1	0,63	2	0,02
Técnicos Redes			1	0,63	1	0,01
Auxiliar Contabilidad			1	0,63	1	0,01
Esp tratamiento Belleza			1	0,63	1	0,01
Total General	8649	100	159	93	8808	100

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 22 de 531

Los signos y síntomas presentados con mayor frecuencia para los casos de Dengue sin signos de alarma fueron: fiebre, mialgia, cefaleas, artralgias, dolor retro ocular y erupciones en más del 98% de los casos. Para los casos de Dengue con signos de alarma además de la fiebre, cefalea, mialgias y las artralgias, se presentó dolor retro ocular con un 10,63%, caída de plaquetas con un 10,27% respectivamente. Para Dengue grave se presentó con alta frecuencia de fiebre, mialgias, artralgias, caída de plaquetas y dolor abdominal.

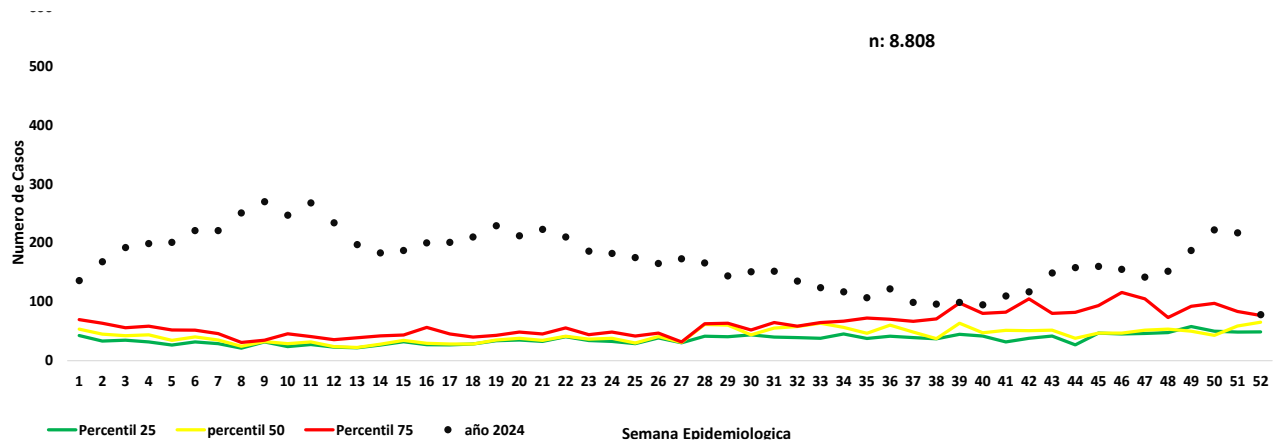
Tabla 13. Signos y síntomas de los casos de Dengue, Norte de Santander, año 2024

Signos y Síntomas	Dengue Sin Signos de Alarma		Dengue Con Signos de Alarma		Dengue Grave		Total Casos	
		%		%		%		%
Fiebre	1253	26,24	540	13,93	24	15,09	1817	20,63
Mialgias	869	18,20	412	10,63	16	10,06	1297	14,73
Cefalea	786	16,46	386	9,96	14	8,81	1186	13,47
Artralgias	756	15,83	346	8,93	16	10,06	1118	12,69
Dolor retro ocular	623	13,04	412	10,63	8	5,03	1043	11,84
Erupciones	489	10,24	289	7,46			778	8,83
Caída Plaquetas			398	10,27	14	8,81	412	4,68
Dolor abdominal			386	9,96	12	7,55	398	4,52
Vómito			212	5,47	9	5,66	221	2,51
Diarrea			217	5,60	7	4,40	224	2,54
Hepatomegalia			96	2,48	3	1,89	99	1,12
Aumento hematocrito			78	2,01	4	2,52	82	0,93
Hemorragia en mucosa			63	1,63	2	1,26	65	0,74
Somnolencia			23	0,59	3	1,89	26	0,30
Daño orgánico					9	5,66	9	0,10
Acumulo de líquidos			9	0,23	4	2,52	13	0,15
Hipotensión			4	0,10	2	1,26	6	0,07
Choque					6	3,77	6	0,07
Extravasación severa de plasma					3	1,89	3	0,03
Hipotermia			2	0,05			2	0,02
Hemorragia Compromiso Hemodinámico					3	1,89	3	0,03
Total General	4776	100	3873	100	159	100	8808	100

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

El canal endémico de Norte de Santander a la semana epidemiológica 52 en el año 2024, tiene un total de 8.808 casos notificados, se evidencia que el Departamento durante gran parte del año se ha encontrado por encima de la media histórica de casos reportados, conforme a su comportamiento histórico (2017- 2024), (Ingresan casos procedentes de Norte de Santander: Probables, Confirmados, Nexo Epidemiológico).

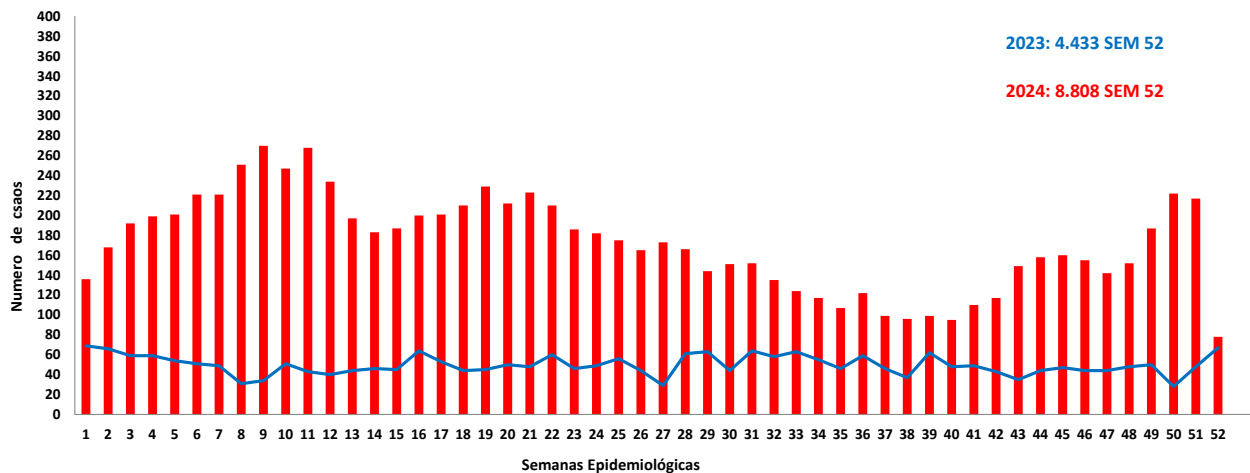
Gráfico 5. Canal endémico de Dengue, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

En la vigencia 2024 se notificaron 8.808 casos de Dengue a semana epidemiológica 52 comparado con el 2023 que se notificaron a esta misma semana 4.433 casos, lo cual se evidencia un aumento significativo en el corrido del año 2024.

Gráfico 6. Tendencia de casos de Dengue, Norte de Santander, año 2023, 2024

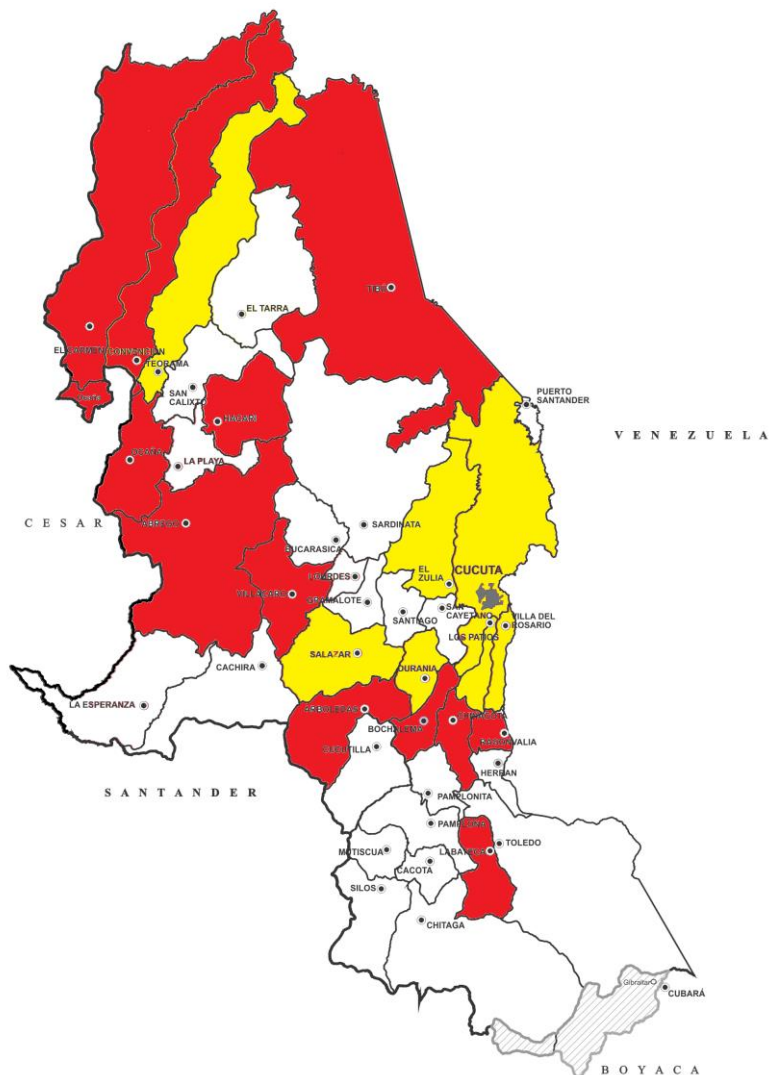


Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 202

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 24 de 531

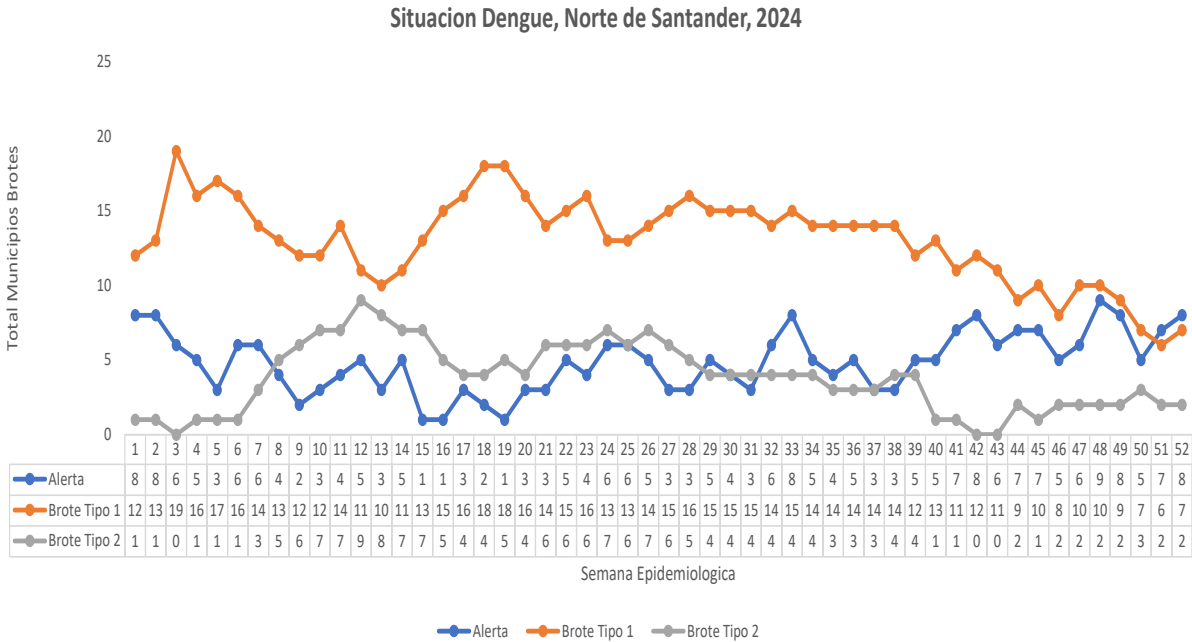
Se observó un incremento significativo en 7 municipios: Cúcuta, Villa del Rosario, Tibú, Chinácota, El Tarra, El Carmen y Convención, en 22 municipios se presentó un comportamiento estable y se presentó un incremento significativo de casos en 12 municipios, Arboledas, Bochalema, Durania, La Esperanza, La Playa, Labateca, Lourdes, Ragonvalia, Salazar, Tibú, Villa Caro, Ocaña tuvieron un comportamiento por debajo de los casos esperados. El Departamento presentó un comportamiento incremento significativo llegando a situación de brote durante el año 2024, es importante recordar que el Departamento tiene 35 municipios a riesgo de los 40 municipios que lo comprenden.

Mapa 2. Situación epidemiológica de Dengue, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

Gráfico 7. Comportamiento de los municipios en Alerta, Brote Tipo I y Brote tipo II, Dengue, Norte de Santander, año 2024



Mortalidad por Dengue

Se notificaron 21 casos de muertes para el evento de Dengue del Departamento Norte de Santander de procedencia de los municipios; casos confirmados para 5 casos para Cúcuta, 3 casos para los Patios, 1 caso para Ocaña y 1 caso para El Tarra, casos descartados 7 casos para Cúcuta, 2 casos para Abrego, 1 caso para Sardinata y 1 caso para Pamplona y 1 caso para Cucutilla, se hace mención que todos fueron confirmados y descartado por unidades de análisis con resultados de estudios Histopatológicos y pruebas RT- PCR emitidos por el Instituto Nacional de Salud.

Tabla 14. Casos notificados de Mortalidad por Dengue, Norte de Santander, año 2024

Municipio	Confirmado	Descartado	En Estudio	Total Casos	%
Cucuta	5	7		12	57,14
Los Patios	3			3	14,29
Abrego		2		2	9,52
Ocaña	1			1	4,76
El Tarra	1			1	4,76
Sardinata		1		1	4,76
Pamplona		1		1	4,76
Cucutilla		1		1	4,76
Norte de Santander	10	11	1	21	100

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 26 de 531

Indicadores de vigilancia de Dengue

Reportaron casos en 38 municipios de 35 con circulación vectorial, entre los municipios con mayor tasa de casos se encuentran en Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, Los Patios, Abrego, Tibú, Chinácota, el municipio con la tasa mayor es Cúcuta con 1.92 casos por 100.000 habitantes, y Villa del Rosario con 14,35 por 100.000 habitantes y el municipio con la menor tasa Arboledas con 0,017 por cada 100.000 habitantes.

Tabla 15. Indicadores de vigilancia de Dengue, Norte de Santander, año 2024

Municipio	Dengue Sin Signos de Alarma	Dengue Con Signos de Alarma	Dengue Grave	Mortalidad por Dengue	Total Casos	Poblacion Dane 2024	Incidencia Dengue (casos x 100000 hab)	Hospitalizados	%
Cucuta	2311	2143	126	5	4580	812.176	1,9253	5389	61,18
Ocaña	489	127	32	1	648	135.344	0,2724	1264	14,35
Villa del Rosario	353	191			544	116.221	0,2287	482	5,47
Los Patios	200	167		3	367	103.733	0,1543	285	3,24
Abrego	165	147			312	35.936	0,1312	157	1,78
Tibu	189	123			312	62.151	0,1312	356	4,04
Chinacota	127	121			248	19.845	0,1043	86	0,98
El Zulia	108	103			211	30.816	0,0887	64	0,73
Sardinata	72	97			169	28.989	0,0710	70	0,79
El Tarra	74	93		1	167	23.521	0,0702	64	0,73
El Carmen	71	67			138	15.080	0,0580	81	0,92
Bochalema	69	41			110	9.385	0,0462	28	0,32
La Esperanza	47	49			96	13.144	0,0404	24	0,27
Puerto Santander	35	52			87	9.913	0,0366	32	0,36
Durania	51	35			86	5.197	0,0362	35	0,40
Convencion	21	47			68	21.175	0,0286		0,00
Salazar	41	21			62	11.664	0,0261	37	0,42
Toledo	29	32			61	17.714	0,0256	14	0,16
San Cayetano	40	19			59	8.102	0,0248	14	0,16
Teorama	14	40			54	18.731	0,0227	2	0,02
Cachira	39	12			51	12.500	0,0214	42	0,48
Santiago	37	7			44	3.861	0,0185	19	0,22
Arboledas	30	12			42	11.028	0,0177	71	0,81
Villa Caro	25	14			39	5.727	0,0164	25	0,28
Labateca	31	7			38	7.189	0,0160	36	0,41
La Playa	25	11			36	8.741	0,0151	14	0,16
Ragonvalia	18	16			34	4.537	0,0143	24	0,27
Lourdes	21	6			27	14.496	0,0114		0,00
San Calixto	7	20			27	14.496	0,0114	3	0,03
Hacari	10	16			26	11.559	0,0109	12	0,14
Pamplonita	9	7			16	6.239	0,0067		0,00
Bucarasica	12	3			15	7.263	0,0063		0,00
Pamplona	1	9	1		11	56.894	0,0046	68	0,77
Gramalote	1	6			7	8.346	0,0029	5	0,06
Cucutilla	1	1			2	9.280	0,0008	5	0,06
Herran	1	1			2	7.841	0,0008		0,00
Cacota	1				1	3.181	0,0004		0,00
Silos	1				1	7.127	0,0004		0,00
Norte de Santar	4776	3863	159	10	8808	1.699.142	3,6985	8808	100

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

La incidencia Departamental se encuentra en 3,69 casos por 100.000 habitantes. La confirmación de casos de Dengue sin signos de alarma fue de 54,22% (4.776 casos), de Dengue con signos de alarma el 43,85% (3.863 casos) y en Dengue grave el 100% con 159 casos confirmados. Los casos de Hospitalizados de Dengue grave son el 100%.

La letalidad de Dengue en Norte de Santander se encuentra en 0,11% (número de casos muertes /número total de dengue grave) *100

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACION EXTERNA	Página 27 de 531

Se registró circulación del serotipo del virus Dengue, DENV1, DENV2 y DENV4, para primer trimestre del año 2024.

Tabla 16. Análisis de Indicadores

Indicadores	Dengue		
	Sin Signos de Alarma	Con Signos de Alarma	Dengue Grave
Casos Confirmados	4.776 casos	3.863 casos	159 casos
Incidencia		3.69 X 100.000 habitantes	
Hospitalización		100%	100%
Letalidad			0,11%

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

Resultados

Durante el año 2024 se observa que el número de casos del Departamento se ha encontrado por encima de la media histórica de casos reportados encontrándonos en situación de brote.

La mayor proporción de casos de Norte de Santander en el año 2024 se presentó en poblaciones de personas que no aplica una ocupación, estudiantes, menores de edad y en amas de casa, lo que deja ver como el comportamiento del evento está estrechamente relacionado con los sitios de mayor afluencia del vector incriminado en la transmisión en criaderos artificiales de zonas urbanas y algunas rurales del Departamento.

Discusión

No se cumple con la confirmación del 100 % de los casos de Dengue con signos de alarma lo que deja ver las dificultades en el cumplimiento del protocolo y guía de manejo la falta de adherencia del personal médico. Para esto es necesaria la articulación de todos los actores del sistema, donde la información para la vigilancia debe ser remitida a las áreas competentes para la toma de decisiones.

En cuanto a la hospitalización de casos de Dengue con signos de alarma y confirmación de los casos se nota una adherencia en el cumplimiento de los protocolos guías de manejo para el Dengue. Para esto es necesario el trabajo interdisciplinario de las áreas de vigilancia, programa, prestación de servicios y aseguramiento en cuanto a actividades de capacitaciones lineamientos técnicos (protocolos y guías de manejo), así como seguimiento desde cada área competente.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 28 de 531

Análisis de comportamientos inusuales

La información es notificada semanalmente por las UPGD al Instituto Departamental de Salud (IDS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos puede variar después de que se realicen ajustes en las UPGD. Incidencia de Dengue: Numerador: Número de casos de Dengue. Denominador: proyección de población DANE 2024. Coeficiente multiplicador: 100.000. La georreferenciación de los casos se realizó con la razón de la diferencia de incremento y decrementos de los casos 2017 al 2024 y el poisson que es la disminución significativa.

Conclusiones

Las semanas epidemiológicas más críticas con aumento de casos para el evento fue la semana 9, 11, 50 y 51 esto puede atribuirse en que en la variación de los serotipos hicieron impacto por el fenómeno del niño que atravesó el país en su momento y el Departamento sigue en brote.

Los grupos de edad más afectados de 6 a 10 años, menores de un año éste último grupo en menor proporción dado a la vulnerabilidad del tipo de población por el tipo de sistema inmunológico y condiciones sociodemográficas.

El 88,66% de los casos de Dengue procede de 12 entidades territoriales: Cúcuta con el 1.93%, Ocaña 0,27%, Villa del Rosario con el 0,22%, Los Patios 0.15%, Abrego 0.13%, Tibú 0,13%, Chinácota 0.10%, El Zulia 0.08%, Sardinata 0.07%, El Tarra 0.70%, El Carmen 0.05%, Bochalema 0.04%. %. Por consiguiente, el Departamento Norte de Santander tiene una tasa de 3,69 casos por cada 100.000 habitantes

Recomendaciones

Verificar el correcto y total diligenciamiento de variables en las fichas de notificación (datos básicos y complementarios) que permitan tener coherencia con los hallazgos de la historia clínica y su manejo, así como la calidad del dato y procesamiento de la información obtenida de las UPGD notificadoras en el Departamento.

Intensificar las investigaciones de campo en el tiempo establecido y realizar la respectiva notificación de estas, y dar cumplimiento a los indicadores de oportunidad. Fortalecer las acciones de BAI de enfermedades transmitidas por vectores haciendo énfasis en aquellos municipios que no reporten oportunamente.

Referencias Bibliográficas

Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Dengue [Internet] 2024. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

Sistema de vigilancia en salud publica <https://sivigilaweb.ins.gov.co/Sivigila/>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 29 de 531

Zika

Introducción

El virus del Zika (ZIKV) es un virus emergente de la familia flaviviridae, transmitido por la picadura de hembras de mosquitos del género *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus*. En la mayoría de los casos la enfermedad en humanos es asintomática, sin embargo, se pueden presentar cuadros leves caracterizados por exantema máculopapular pruriginoso, cefalea, conjuntivitis, fiebre menor a 38,5°C y en casos esporádicos compromiso articular. Los síntomas generalmente duran de 5 a 7 días y son auto limitantes.

En octubre de 2015 se confirmó la transmisión autóctona de enfermedad por virus Zika en Norte de Santander siendo del municipio del El Zulia donde se presentó el primer caso por vigilancia de laboratorio integrada de febriles ictericos.

Situación Epidemiológica

El Zika se aisló por primera vez en 1947 de un mono Rhesus en Uganda (bosques de Zika) y posteriormente en 1952 se detectó la infección en humanos en Uganda y la República Unida de Tanzania. La circulación del virus estuvo limitada al continente africano, presentándose algunos casos esporádicos. Entre los años 1968 a 1983 el virus se expandió a Asia ecuatorial a los países de India, Indonesia, Malasia y Pakistán, en donde al igual que en África, se reportaron algunos casos esporádicos en humanos. Antes de 2007 no se presentaron brotes de la enfermedad y tan solo se reportaron 14 casos en todo el mundo.

En el año 2007 fue notificado el primer brote de enfermedad por Zika en la Isla de Yap ubicada en el Pacífico Occidental en los Estados Federados de Micronesia, en la que se notificaron 49 casos confirmados. Posteriormente se presentó una epidemia en Polinesia Francesa en el Pacífico Sur en los años 2013 y 2014 donde se notificaron cerca de 30 000 casos sintomáticos, sin reporte de muertes y con la particularidad de un incremento inusual de casos de Síndrome de Guillain-Barré (73 casos).

En las Américas, el primer registro de transmisión autóctona de enfermedad de Zika ocurrió en la Isla de Pascua en Chile en el año 2014. Posteriormente, hacia el mes de mayo del 2015, en Brasil se empezaron a incrementar el número de casos de la enfermedad, con la particularidad de la presencia de un alto número de casos con malformaciones congénitas. Esto condujo a que la OMS declarara una emergencia de salud pública de importancia internacional el 1 de febrero de 2016, llegándose a registrar para finales del año cerca de 650.000 casos de fiebre del Zika en el continente.

Entre los años 2017 a 2022 se reportaron en las Américas cerca de 200.000 casos incluidas 13 muertes. Durante 2023 se notificaron un total de 55.813 casos de Zika en 15 de los países y territorios de la Región de las Américas, incluidas cuatro defunciones notificadas en Brasil. La proporción más alta de casos notificados se presentó en Brasil con el 97% (54.116) del total de la región y una incidencia de 25,29 casos por cada 100.000 habitantes, seguido de Bolivia con el 2% (881) y una incidencia de 7,45 casos por cada 100.000 habitantes y Belice con el 1% (281) y una incidencia de 63,72 casos por cada 100.000 habitantes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 30 de 531

En Colombia, el primer caso confirmado de infección por Zika fue notificado en octubre de 2015 en el municipio de Turbaco, departamento de Bolívar. A partir de la confirmación de la presencia del virus, se implementó la vigilancia de la enfermedad a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), realizando el seguimiento de la circulación del agente viral por medio la vigilancia rutinaria y de laboratorio, con especial interés en los grupos de mayor riesgo, debido a la presentación de síndromes congénitos y síndromes neurológicos por causa de la infección del Zika; y que continuó durante la fase epidémica que abarcó 2016. A partir de 2017 se ha presentado un descenso en la notificación de casos en el territorio nacional, pasando de 2 131 casos notificados en este año a 69 casos notificados en 2021.

Así mismo la confirmación de casos por laboratorio ha disminuido pasando del 2,7% (57 casos de 2.131 notificados) en 2017 al 1,3% (2 casos de 155 notificados) en 2020. En los años 2021 y 2022 no se presentaron casos confirmados por laboratorio, presentándose una notificación de 68 casos para 2022, con una disminución del 1,5% respecto a lo notificado en 2021 y una incidencia nacional de 0,19 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo de enfermar.

Objetivo

Describir el comportamiento epidemiológico de la enfermedad por virus Zika en Norte de Santander del año 2024 que permite orientar las estrategias de prevención, vigilancia y control.

Alcance

Esta información define el método para los procesos establecido para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientaran las medidas de prevención y control de los casos de Zika a nivel Nacional, Departamental y Municipal.

Metodología

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las definiciones operativas de caso del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública y se analizaron las variables sociales, demográficas y clínicas como sexo, edad, área de procedencia, pertenencia étnica, ocupación, tipo de seguridad en salud, grupo poblacional y hospitalización. Se realizó el análisis de los indicadores de vigilancia por entidad territorial conforme a lo establecido en el protocolo, como se describe a continuación:

- Proporción de Incidencia de Zika: (Total de casos nuevos notificados/población en riesgo DANE* 100.000)
- Proporción de letalidad por Zika: (Total de casos fatales confirmados para Zika/total de casos notificados de Zika) * 100
- Proporción de casos de gestantes con Zika que se encuentran en seguimiento clínico: (Total de casos notificados de gestantes que ya iniciaron su seguimiento por la EAPB / Total de casos notificados de gestantes con zika) * 100
- Proporción de gestantes con Zika que ya finalizaron su embarazo: (Total de casos notificados de gestantes que ya finalizaron su embarazo (vivos, muertes perinatales, nacidos vivos) / Total de casos notificados de gestantes con zika) * 100

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 31 de 531

- Proporción de casos de Síndrome de Guillain Barré notificados bajo la vigilancia especial: (Total de casos notificados de Síndrome de Guillain Barré notificados/Total de casos de complicaciones neurológicas notificados) * 100

En el año 2024, se notificaron al Sivigila 3 casos de enfermedad por virus Zika para el Departamento de Norte de Santander procedente de los Municipios del Carmen (2) y La Esperanza (1).

Tabla 17. Casos de Zika por Municipio de procedencia, Norte De Santander, 2024

Municipio	Total Casos	%	Poblacion Riesgo 2024	Incidencia (Casos x 100.000 hab.)
El Carmen	2	33,33	15080	13,26
La Esperanza	1	66,67	13144	7,61
Norte de Santander	3	100	1709570	20,87

Fuente: Sivigila, IDS Norte De Santander, 2025

Resultados

Durante el año 2024 se observa que el número de casos del Departamento se ha encontrado en lo esperado de la media histórica de casos reportados.

Discusión

Se cumple con la confirmación del 100% de los casos de Leishmania lo que deja ver una adherencia en el cumplimiento del protocolo y guía de manejo del personal médico. Por otra parte, esto es necesaria seguir en la articulación de todos los actores del sistema, donde la información para la vigilancia debe ser remitida a las áreas competentes para la toma de decisiones.

Análisis de Comportamientos Inusuales

La información es notificada semanalmente por las UPGD al Instituto Departamental de Salud (IDS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos puede variar después de que se realicen ajustes en las UPGD.

Conclusiones

El Municipio con la mayor tasa de incidencia fue El Carmen con 13,26% por 100.000 habitantes esto puede atribuirse en que en la búsqueda activa que hicieron impacto en los municipios que hace presencia el vector en el Departamento.

Recomendaciones

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 32 de 531

Verificar el correcto y total diligenciamiento de variables en las fichas de notificación (datos básicos y complementarios) que permitan tener coherencia con los hallazgos de la historia clínica y su manejo, así como la calidad del dato y procesamiento de la información obtenida de las UPDG notificadoras en el Departamento.

Intensificar las investigaciones de campo en el tiempo establecido y realizar la respectiva notificación de estas, y dar cumplimiento a los indicadores de oportunidad. Fortalecer las acciones de BAI de enfermedades transmitidas por vectores haciendo énfasis en aquellos municipios que no reporten oportunamente.

Referencias Bibliográficas

Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Zika [Internet] 2024. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Zika%202024.pdf

Sistema de vigilancia en salud publica <https://sivigilaweb.ins.gov.co/Sivigila/>

Chikungunya

La enfermedad viral de Chikungunya se transmite por la picadura de mosquitos infectados del género Aedes. Se caracteriza por causar dolor e inflamación en articulaciones, así como fiebre alta, dolor muscular y dolor de cabeza. Aunque la enfermedad por Chikungunya tiene una letalidad baja y la recuperación de la mayoría de los síntomas se presenta a la semana, el dolor en las articulaciones puede durar meses o años volviéndose crónico y llevando a restricción de los movimientos.

La enfermedad fue reportada por primera vez en el año de 1952 en la República Unida de Tanzania, en donde el 80% de la población de la meseta Makonde presentó síntomas similares al dengue, sumado al reporte por parte de los afectados, de un dolor intenso de inicio súbito y que no les permitía moverse. Posteriormente en 1963 se reportó una epidemia en la ciudad de Barsi en la India, en donde se afectó el 37% de la población de la ciudad, presentando síntomas similares a los reportados en Tanzania.

Situación Epidemiológica

La enfermedad ha sido detectada en cerca de 115 países alrededor del mundo, presentando algunos brotes esporádicos. Hasta el 2012, los casos individuales y los brotes de Chikungunya solo se habían identificado en algunos países de África, Asia, Europa y en los océanos Índico y Pacífico. Sin embargo, a finales de 2013, se registró la primera transmisión local del virus de Chikungunya en las Américas y en países del Caribe.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 33 de 531

Entre 2014 y 2017, se presentó un brote de gran magnitud en las Américas, en donde se notificaron cerca de 2,5 millones de casos sospechosos de la enfermedad y 600 muertes. Posteriormente entre 2019 y 2021, los brotes de mayor magnitud ocurrieron en Tailandia y Myanmar con cerca de 27 000 casos confirmados. Sin embargo, durante 2023 se presentó un aumento de la circulación del virus de Chikungunya (CHIKV) en cinco países de las Américas, superando ampliamente el número de casos notificados en el mismo periodo de años anteriores.

La enfermedad fue introducida en las Américas a finales del 2013 en la Isla de San Martín y su propagación por el continente se dio de forma rápida extendiéndose a casi todos los países de la región, llevando a que a finales de 2014 se notificaran cerca de 1,09 millones de casos.

Entre 2015 a 2017 las tasas de incidencia más altas se presentaron en República Dominicana, Colombia y Brasil; y a partir de 2018 inició un descenso en la presentación de casos en la región. Durante el 2022, en 13 de los países y territorios de la región de las Américas se notificaron 273.685 casos de Chikungunya (incluidas 87 defunciones, todas procedentes de Brasil), superando lo presentado en el año 2021, en donde se notificaron 137.025 casos, incluidas 12 muertes).

De estos casos notificados durante 2022, el 99,5% fueron reportados por tres países: Brasil (con una incidencia de 123,97 casos por cada 100 000 habitantes), Paraguay (con una incidencia de 32,8 casos por cada 100.000 habitantes) y Guatemala (con una incidencia de 11,43 casos por cada 100 000 habitantes), presentando las incidencias más altas de la región.

Durante la epidemia entre 2014 y la SE 17 de 2015 se notificaron 314 636 casos y el 24 de septiembre de 2015 se declaró el fin de la epidemia de Chikungunya por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. A partir de 2017 la notificación de casos empezó a disminuir, registrándose 974 casos notificados y presentando una disminución del 94,8% respecto los casos notificados en 2016.

Al igual que venía sucediendo en el continente hasta 2021, en el país el número de casos notificados y la incidencia de la enfermedad tienden a la disminución a partir de 2018, en donde se notificaron 627 casos y llegando a 47 casos notificados en 2021. Durante el 2022 se notificaron 77 casos, presentando un incremento porcentual del 63,8% comparado con lo notificado durante 2021 en el país, en donde se mantenían algunas medidas restrictivas de movilización que fueron adoptadas para control de la epidemia por COVID-19.

La totalidad de los casos fueron confirmados por clínica y el mayor número de casos se concentró en las regiones Andina y Amazónica, en las entidades territoriales de Guaviare (22 casos), Cali (14 casos), Antioquia y Valle (5 casos cada una). Las entidades departamentales con las incidencias más altas fueron Guaviare con 25,34 casos por cada 100.000 habitantes en riesgo, Cali con 0,61 casos por cada 100.000 habitantes en riesgo, Putumayo con 0,59 casos por cada 100.000 habitantes en riesgo, Caquetá con 0,48 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo y Boyacá con 0,46 casos por cada 100.000 habitantes en riesgo.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 34 de 531

En el año 2024, se notificaron al Sivigila 2 casos de enfermedad por para el Departamento de Norte de Santander procedente del Municipio de Cúcuta.

Objetivo

Describir el comportamiento epidemiológico de la enfermedad por Chikungunya en Norte de Santander del año 2024 que permite orientar las estrategias de prevención, vigilancia y control.

Alcance

Esta información define el método para los procesos establecido para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientaran las medidas de prevención y control de los casos de Chikungunya a nivel Nacional, Departamental y Municipal.

Metodología

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las definiciones operativas de caso del Protocolo de Vigilancia 0en Salud Pública y se analizaron las variables sociales, demográficas y clínicas como sexo, edad, área de procedencia, pertenencia étnica, ocupación, tipo de seguridad en salud, grupo poblacional y hospitalización. Se realizó el análisis de los indicadores de vigilancia por entidad territorial conforme a lo establecido en el protocolo, como se describe a continuación:

- Proporción de Incidencia de Chikungunya: (Total de casos nuevos notificados/población en riesgo DANE* 100.000)
- Proporción de letalidad por Chikungunya: (Total de casos fatales confirmados para Chikungunya/total de casos notificados de Chikungunya) * 100

Tabla 18. Casos de Chikungunya por Municipio de procedencia, Norte De Santander, 2024

Municipio	Total Casos	%	Poblacion Riesgo 2024	Incidencia (Casos x 100.000 hab.)
Cucuta	2	100	812176	0,25
Norte de Santander	2	100	1709570	0,25

Fuente: Sivigila, IDS Norte De Santander, 2025

Resultados

Durante el año 2024 se observa que el número de casos del Departamento se ha encontrado en lo esperado de la media histórica de casos reportados.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 35 de 531

Discusión

Se cumple con la confirmación del 100% de los casos de Chikungunya lo que deja ver una adherencia en el cumplimiento del protocolo y guía de manejo del personal médico. Por otra parte, esto es necesaria seguir en la articulación de todos los actores del sistema, donde la información para la vigilancia debe ser remitida a las áreas competentes para la toma de decisiones.

Análisis de Comportamientos Inusuales

La información es notificada semanalmente por las UPGD al Instituto Departamental de Salud (IDS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos puede variar después de que se realicen ajustes en las UPGD.

Conclusiones

El Municipio con la mayor tasa de incidencia fue Cúcuta con 0,25% por 100.000 habitantes esto puede atribuirse en que en la búsqueda activa que hicieron impacto en los municipios que hace presencia el vector en el Departamento.

Recomendaciones

Verificar el correcto y total diligenciamiento de variables en las fichas de notificación (datos básicos y complementarios) que permitan tener coherencia con los hallazgos de la historia clínica y su manejo, así como la calidad del dato y procesamiento de la información obtenida de las UPGD notificadoras en el Departamento.

Intensificar las investigaciones de campo en el tiempo establecido y realizar la respectiva notificación de estas, y dar cumplimiento a los indicadores de oportunidad. Fortalecer las acciones de BAI de enfermedades transmitidas por vectores haciendo énfasis en aquellos municipios que no reporten oportunamente.

Referencias Bibliográficas

Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Zika [Internet] 2024. chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Zika%202024.pdf

Sistema de vigilancia en salud publica <https://sivigilaweb.ins.gov.co/Sivigila/>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 36 de 531

Leishmaniasis

Las Leishmaniasis son zoonosis que afectan la piel, las mucosas y las vísceras, resultantes del parasitismo de los macrófagos por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, introducido al organismo por la picadura de un insecto flebotómico hembra, que pertenece al género *Lutzomyia*. Las presentaciones clínicas varían de acuerdo con la especie parasitaria, la respuesta inmune del hospedero y el estado evolutivo de la enfermedad. Las formas de presentación clínica de la enfermedad son: La Leishmaniasis cutánea, Leishmaniasis mucosa y Leishmaniasis visceral. La infección en el hombre se puede dar a partir de parásitos provenientes de un reservorio animal (ciclo zoonótico) o a partir de parásitos que el vector ha tomado de otro hospedero humano (ciclo antroponótico).

Los cuadros clínicos producidos son diversos y dependen de la especie infectante y la inmunidad del hospedero. La especie infectante está determinada por el vector que la transmite y, a su vez, la presencia del vector está determinada por las condiciones ecológicas de cada región del país.

Este es un estudio descriptivo retrospectivo, con la única fuente de información los casos individuales notificados al Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA) de las tres formas clínicas de la enfermedad (leishmaniasis cutánea código 420, mucosa código 430 y visceral código 440 al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

Se realizó depuración de la base del evento leishmaniasis 2024, se tomó la base de datos por el SIVIGILA y se llevó a cabo la depuración para eliminar: Los registros con ajuste por error de digitación (ajuste D) por no cumplir con definición de caso, los registros duplicados con base al número de documento de identificación y el nombre completo de los pacientes, así como los registros de casos descartados por laboratorio como criterios de exclusión.

Para la depuración de las bases de leishmaniasis cutánea, los criterios de discriminación fueron: semana epidemiológica (menor a 12 semanas se considera como caso repetido), fecha de inicio de síntomas (menor a 90 días se considera como caso repetido), fecha de consulta (menor a 90 días se considera como caso repetido). Para los casos identificados como repetidos al comparar el número de identificación, una vez seguido el algoritmo de depuración anterior, prima el caso con la fecha de notificación con la semana epidemiológica más antigua. De igual manera para los casos identificados como repetidos al comparar el nombre completo.

Para el análisis se tendrán en cuenta 218 casos notificados Procedentes de Norte de Santander, que corresponden a 215 casos leishmaniasis cutánea, 3 casos de leishmaniasis mucosa.

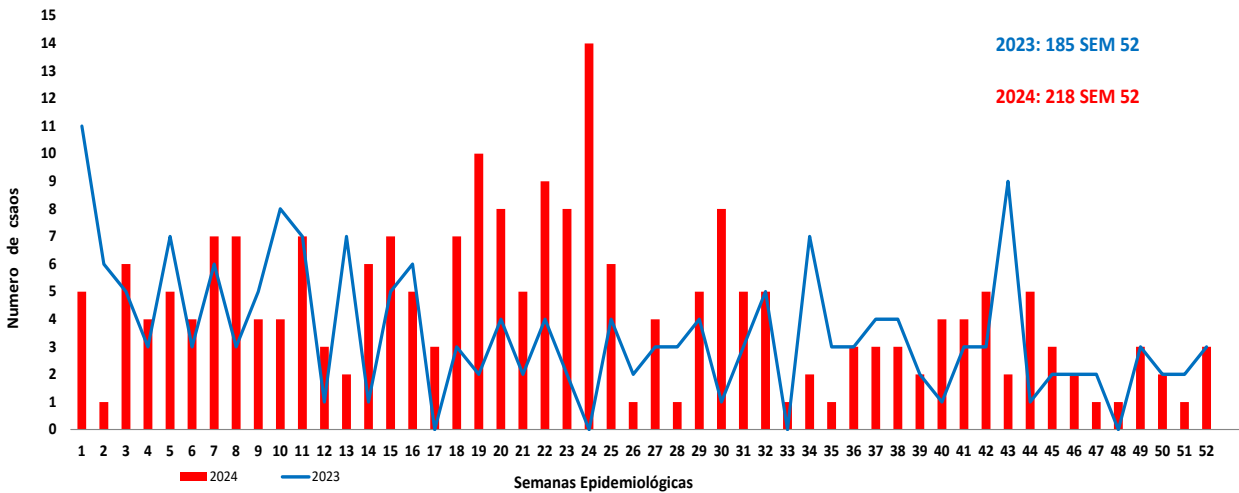
Tabla 19. Registro depurado de la base de datos Leishmaniasis, Norte de Santander, 2024

Variable	Casos Leishmania
Total registros Sivigila	302
Confirmados	44
Descartados	0
Casos con error de digitación	2
Duplicados	32
Casos de otro Departamento	43
Casos de Venezuela	7
Registros Utilizados	218
Porcentaje registros utilizados	72,18%

Fuente: Sivigila, IDS Norte De Santander, 2025

La tendencia de casos, en el último año para el evento Leishmaniasis, se observa un comportamiento estable comparado con el año 2023 donde se notificaron 185 casos respectivamente, donde se evidencia un incremento casos durante el año 2024. En donde se evidencia un incremento significativo en la semana epidemiológica 19 y 2024.

Grafico 8. Comportamiento de la notificación de casos de Leishmaniasis, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte De Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 38 de 531

Chagas

Introducción

La enfermedad de Chagas (ECh) o tripanosomiasis americana es el resultado de la infección por el parásito flagelado *Trypanosoma cruzi*, que afecta principalmente al corazón y al sistema digestivo. El curso natural de la enfermedad comprende dos fases caracterizadas por un comportamiento clínico diferente; inicialmente a los pocos días de la infección el paciente cursa una fase aguda que se caracteriza por tener síntomas poco específicos, se presenta fiebre de varios días, malestar generalizado, hepato y esplenomegalia, adenopatías, edema en miembros inferiores y rostro, en algunos casos. En la mayoría de los casos, esta fase pasa desapercibida y no genera atención clínica; sin embargo, en una pequeña proporción los síntomas se agravan, pacientes sin tratamiento pueden complicarse y fallecer por causa de la infección parasitaria.

Superada esta fase, los pacientes inician una fase crónica, que puede permanecer asintomática por muchos años, incluso durante toda la vida, a esta fase se le denomina fase indeterminada, debido a que no existe evidencia de un daño orgánico. Menos del 30% de pacientes en esta fase desarrollan una fase sintomática, llamada fase determinada donde el daño más frecuente en Colombia es el cardíaco. La infección puede ser tratada con medicamentos tripanocidas, generando mejor respuesta en pacientes que llevan menos tiempo con la infección, como menores de 15 años y adultos infectados recientemente.

Algunos años atrás se creía que la ECh estaba limitada únicamente a Latinoamérica, sin embargo, el proceso de globalización, la facilidad de viajes intercontinentales y sus múltiples mecanismos de transmisión, han permitido que se presenten casos en: Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Francia, Suiza, Inglaterra y España. La mayoría de los pacientes identificados fuera de Latinoamérica, corresponden a personas latinas que se infectaron en zonas endémicas, por otra parte, es importante aclarar que la identificación del vector está limitada al continente americano (3,4,5,7) protocolo E.Chagas INS.

Según la OMS, 5 742 167 personas están infectadas con el parásito en 21 países de América Latina y el 62,4% se encuentran en países del cono sur (Brasil, Argentina y Uruguay entre otros). En la región andina se encuentran cerca de 960 000 personas infectadas y el 45,7% se encuentran en Colombia. La transmisión vectorial suele ser más frecuente en Bolivia, México y Colombia. La mayoría de los casos agudos se presentan en Brasil, Venezuela y Colombia (5) protocolo E.Chagas INS.

La prevalencia de la ECh en Colombia se ha estimado entre 700 000 y 1 200 000 habitantes infectados y 8 000 000 en riesgo de adquirir la infección, de acuerdo con la distribución geográfica y las especies de vectores descritos en la fase exploratoria del “Programa nacional de prevención y control de la enfermedad de Chagas” (6). Colombia tiene las cifras más alarmantes en población general de la región Andina después de Bolivia. Según proyecciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Colombia tiene alrededor de 437 960 casos de Chagas, los nuevos casos por año por transmisión vectorial son aproximadamente 5 274 y 166 221 mujeres en edad fértil (15 a 44 años) estarían infectadas con el parásito, estimando así 1 046 casos nuevos anuales por transmisión congénita, para una tasa de 0,114 infectados por cada 100 nacidos vivos (5). De igual manera, 131 388 personas pueden padecer cardiopatía chagásica. Sin embargo, de acuerdo con la notificación en Colombia desde el año 2008 se notificaron en entre 680 a 1 000 casos de enfermedad de Chagas en fase crónica

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 39 de 531

y en promedio entre 15 a 18 casos en fase aguda (5). Entre 2019 y 2021 Colombia registró la ocurrencia de 11 brotes de transmisión oral, con un total de 85 casos y una letalidad promedio anual de 8,4 %, este periodo ha sido el más crítico en términos de brotes orales desde la notificación del evento al sistema de vigilancia en 2021. En 2021 se notificaron 27 casos agudos confirmados y una letalidad de 12,5 %.

Objetivos

El objetivo de este informe es describir el comportamiento de la Enfermedad de Chagas y el seguimiento a los indicadores de la vigilancia en Norte de Santander durante el año 2024.

Materiales y métodos

Se realizó un informe de análisis de transversal descriptivo de la situación actual de la notificación para caracterizar la situación epidemiológica del evento de Enfermedad de Chagas durante el año 2024 en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) web, posterior proceso depuración de la semana epidemiológica 1 a la 52 del año 2024. Los casos fueron analizados de manera integrada y desagregada para el evento y según municipio de procedencia (40 municipios). Se depuró la base de datos excluyendo los casos con ajuste D (error de digitación), casos repetidos y ajuste 6 (descartado), posteriormente, los casos notificados fueron clasificados por el referente como confirmados, probables o descartados según lo descrito en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, para ello se realizó el análisis de cada registro basado en datos básicos y complementarios, variable edad, pruebas parasitológicas para los casos de Chagas agudo y serológicas para los casos de Chagas crónico. Para el informe se incluyen únicamente los casos notificados y procedentes en Colombia, con base en esa depuración, se realizó la siguiente clasificación final de los registros.

Teniendo como definición operativa **Chagas agudo Caso probable**; Paciente con fiebre mayor a 38°C (continua o intermitente, prolongada por más de 7 días) acompañada o no de alguno de los siguientes síntomas, con o sin antecedentes de exposición en un área endémica de la enfermedad de Chagas: Síntomas y signos de falla cardíaca como: edema en cara o en miembros inferiores, disnea de esfuerzo o cardiopatía aguda. Síntomas y signos gastrointestinales como: dolor epigástrico, vómito, diarrea, hemorragia de vías digestivas, con o sin ictericia. (comunes en transmisión oral). Agrandamiento de los ganglios linfáticos. Hepatomegalia y/o esplenomegalia. Área inflamada y enrojecida en el lugar de una picadura por un insecto (Chagoma). inflamación bpalpebral unilateral indolora (signo de Romaña). Toda persona conviviente o que haya tenido contacto cercano en la misma área, sintomático o no, con un caso confirmado de Chagas agudo. También se considerarán casos probables de Chagas en fase aguda, los relacionados con la transmisión congénita de la enfermedad Todo recién nacido producto de madre con antecedente de diagnóstico probable (una sola prueba serológica positiva) o confirmado de infección por T. cruzi. Todo menor de 18 meses de edad producto de madre con antecedente de diagnóstico probable o confirmado de infección por T. cruzi. Todo recién nacido con hepatomegalia, esplenomegalia, ictericia, bajo peso al nacer, prematuridad, distrés respiratorio, anomalías neurológicas, cardiomegalia, hidrops fetal, muerte fetal y con antecedentes epidemiológicos asociados a la infección por T. cruzi. Persona asintomática (sin fiebre u otros síntomas) identificada en el contexto de un brote de Chagas agudo a quien se le puede documentar igual exposición relacionada a la de un caso agudo confirmado.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 40 de 531

Chagas agudo Caso confirmado Todo caso probable de Chagas agudo que cumpla con uno o más de los siguientes criterios de laboratorio: Hallazgo de tripomastigotes de *Trypanosoma cruzi* en alguno de los métodos parasitológicos directos de concentración: micrométodo, gota gruesa, microhematocrito, método de Strout o en examen directo en sangre fresca, frotis o extendido de sangre periférica. Para casos probables de Chagas congénito la confirmación se realizará con examen parasitológico directo o indirecto positivo para infección por *T. cruzi* en cualquier momento de su primer año de vida o a partir de serología positiva para anticuerpos IgG contra *T. cruzi* por dos pruebas de principio antigénico diferente a después de los 10 meses de edad. Lo anterior, sin antecedente de exposición al vector, transfusión sanguínea o trasplante de órgano. Para la confirmación de los casos probables agudos por reactivación, la detección parasitológica podrá realizarse a partir de sangre, secreciones biológicas (líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, pericárdico, entre otros) o examen histopatológico (paniculitis, miocarditis, entre otros) con evidencia de nidos del parásito (amastigotes) con infiltrado inflamatorio.

Chagas agudo Caso confirmado por nexo epidemiológico Caso probable de Chagas agudo que fallece sin confirmación por laboratorio, durante un brote en que otros casos ya han sido confirmados.

Chagas agudo Mortalidad Caso confirmado de Chagas agudo aislado o en el contexto de un brote que fallece.

Chagas crónico Caso probable Paciente con antecedente de exposición en un área endémica o no de la enfermedad, quien presente cualquiera de las siguientes situaciones clínicas: Con o sin disnea de esfuerzos o cualquier signo de falla cardíaca, palpitations o arritmias cardíacas, con antecedente de implantación de marcapasos. Con o sin enfermedad cerebrovascular en pacientes jóvenes, megavísceras, principalmente megaesófago y megacolon o persona con antecedentes de exposición en área endémica y con signos o síntomas de enfermedad cardíaca crónica. Paciente que presente una única prueba de inmunoensayo (Elisa/quimioluminiscencia -CLIA-) con resultado positivo o reactivo para anticuerpos IgG anti *Trypanosoma cruzi*.

Chagas crónico Caso confirmado Paciente con antecedente de exposición en un área endémica o no de la enfermedad, con o sin manifestaciones clínicas (disnea de esfuerzos o cualquier signo de falla cardíaca, palpitations o arritmias cardíacas, con antecedente de implantación de marcapasos, enfermedad cerebrovascular en pacientes jóvenes, mega vísceras, principalmente mega esófago y megacolon), que presente: dos pruebas serológicas para detección de anticuerpos IgG anti *T. cruzi*, de principio antigénico diferente, con resultado positivo o reactivo; una primera técnica de Elisa de antígenos de extractos totales con una sensibilidad mayor o igual a 98% y una segunda Elisa/CLIA de antígenos recombinantes o péptidos sintéticos con una especificidad mayor o igual a 98%. Si hay discordancia entre estas dos técnicas, se deberá realizar una tercera prueba, como inmunofluorescencia Indirecta (IFI) o InmunoBlot. El resultado de esta última definirá el estado de la infección.

El departamento de Norte de Santander se encuentra en certificado en la interrupción de la transmisión de Chagas vectorial en los municipios de El Zulia, San Cayetano y Santiago, en la actualidad se encuentra en proceso de certificación en los municipios de El Carmen, Hacarí, San Calixto, Teorama, Villa del Rosario y Los Patios.

Se utilizaron las variables de sexo, edad, régimen de afiliación, pertenencia étnica, área de residencia, municipio de procedencia, clasificación del caso, probable vía de transmisión, resultados de estudios parasitológicos y estudios serológicos. Los indicadores analizados fueron: Casos notificados de semana epidemiológica 1 a 52 del

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 41 de 531

año 2024 por municipio de procedencia, Proporción de casos notificados con pruebas diagnosticas para Chagas agudo, Letalidad de Chagas agudo y Porcentaje de estudios de foco realizados.

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación del evento de interés en salud pública vigilancia integrada de los casos de Enfermedad de Chagas código 205, los datos para el análisis corresponden a los diligenciados en el registro administrativo Sivigila y no se le realizó modificación alguna a las variables notificada.

Resultados

En el año 2024 en el departamento no se presentaron casos confirmados de Chagas agudo, ni probables brotes de Chagas agudo. Para el análisis se tendrán en cuenta 85 casos notificados Procedentes de Norte de Santander, que corresponden a 3 casos probables *Chagas agudo para estudio de transmisión congénita*, 82 casos de Chagas Crónico.

Tabla 20. Clasificación final de casos de Chagas notificados, Norte de Santander, 2024

Variables	Casos
Total registros Sivigila	100
Repetidos	1
Descartados Por Laboratorio	5
Casos con error de digitación	4
Casos de otro departamento	3
casos de Venezuela	2
Total de casos registros retirados	15
Porcentaje registros retirados	15%
Registros utilizados	85
Porcentaje registros utilizados	85%

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Con relación a la distribución por municipio de procedencia de los casos de Chagas, el 23,5% (20) de los casos crónico proceden del municipio de Tibú, de los 9 casos de Chagas crónico en gestantes el 33,3% de los casos son de procedencia del municipio Ocaña. Los tres casos de probable Chagas agudo para estudio de transmisión congénita se encuentran en los municipios de Cúcuta, Ocaña y San Calixto

Tabla 21. Distribución de casos de Chagas por municipio de procedencia según clasificación final del caso, Norte de Santander, 2024

Municipio Procedencia	Casos Chagas Agudo	Casos Chagas Cronico Gestantes	Probable (Estudio Chagas Congenito)	Casos Chagas Cronicos	Total De Casos Chagas
Tibu		2		18	20
El Zulia		2		11	13
Cucuta		1	1	11	13
Ocaña		3	1	7	11
Cachira				4	4
El Tarra				3	3
Sardinata				3	3
Chinacota				3	3
Hacari				2	2
Convencion				2	2
San Calixto		1	1	0	2
Villa Del Rosario				2	2
Teorama				1	1
Gramalote				1	1
Labateca				1	1
San Cayetano				1	1
Toledo				1	1
Puerto Santander				1	1
Salazar				1	1
Norte de Santander	0	9	3	73	85

Fuente Sívigila, IDS, Norte de Santander, 2025

De acuerdo con las características demográficas y sociales, el 60,00% de los casos se presentaron en sexo femenino, 68,24% de los casos pertenecientes al régimen subsidiado, 1,18% no afiliados al sistema general de seguridad en salud, se refiere como área residencia a cabecera municipal en el 51,76% de los casos, La pertenecía indígena corresponde a otras etnias el 100% de los casos. el grupo de edad más afectado de Chagas es el de 19 a 59 años con 68.24%

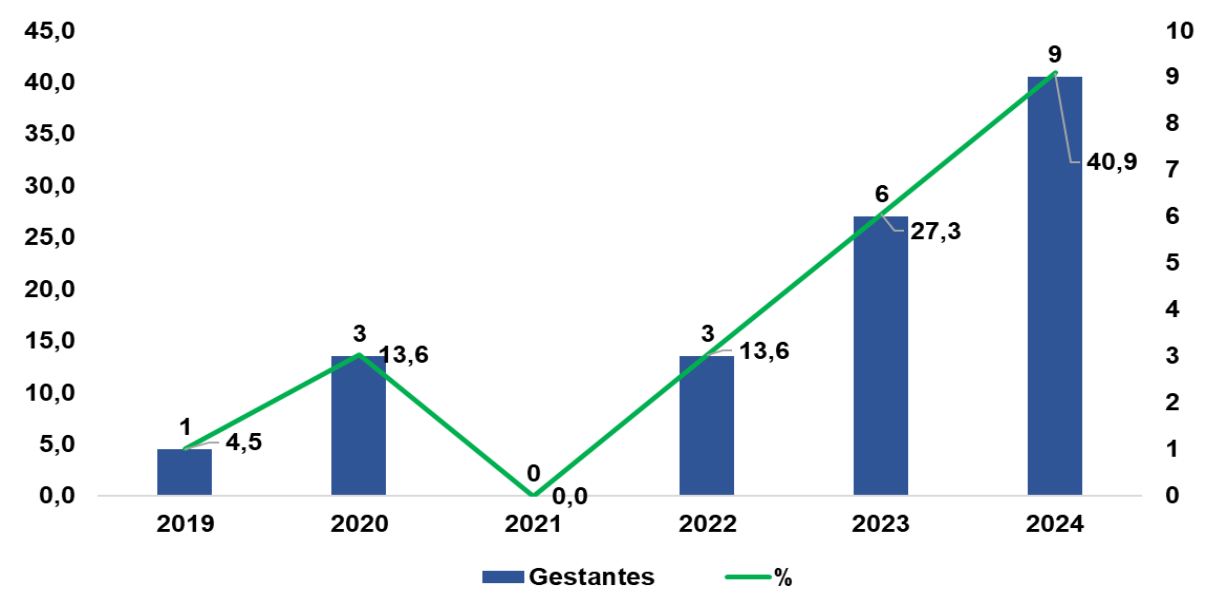
Tabla 22. Demográficos de casos de Chagas según clasificación final, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Probable (Estudio Chagas Congenito)	Chagas Cronico	Total	%
Sexo	Femenino	2	49	51	60,00
	Masculino	1	33	34	
Tipo de Regimen	Subsidiado	3	55	58	68,24
	Contributivo		25	25	29,41
	Especial		1	1	1,18
	No afiliado		1	1	1,18
	Indeterminado			0	
Area	Cabecera Municipal	2	42	44	51,76
	Rural disperso	1	30	31	36,47
	Centro Poblado		10	10	11,76
Pertenencia Etnica	Otros	3	82	85	100,00
	Indigena				0,00
	Negro mulato				0,00
	Raizal				0,00
	Palanquero				0,00
Grupos de Edad	Menor 5 años	3		3	3,53
	6 a 11 años			0	0,00
	12 a 17 años		1	1	1,18
	18 a 28 años		5	5	5,88
	29-59 años		58	58	68,24
	Mayor 60 años		18	18	21,18

Fuente Sívigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En cuanto a los casos de Enfermedad de Chagas crónico en gestantes en Norte de Santander en el histórico del año 2019 a año 2024 se evidencia un total de 22 casos, en el 2024 se notificaron 9 casos que representan un 40,9% del total de los casos notificados en esta población en el departamento.

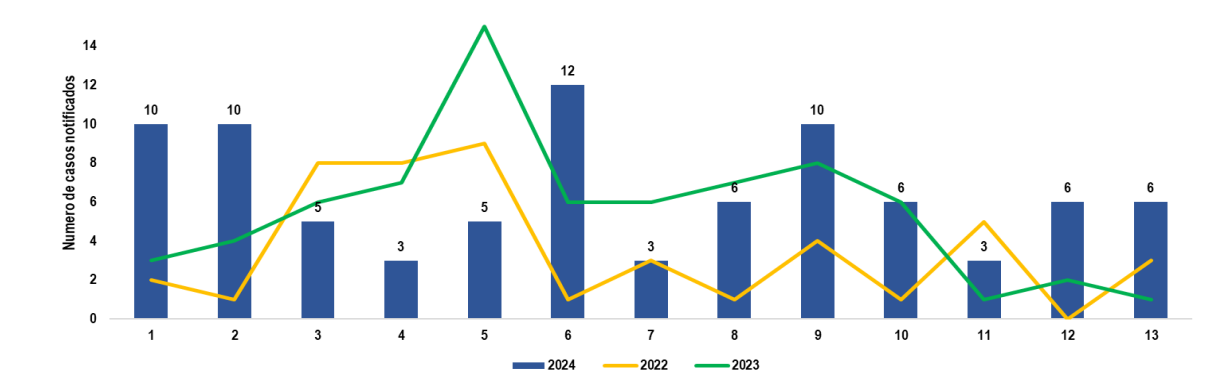
Grafico 9. Histórico de casos de enfermedad de Chagas crónico en población gestante, Norte de Santander, 2024



Fuente Sívigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Los 85 casos notificados del evento en el año 2024 corresponden a un aumento significativo en número de casos notificados, al compararlo con el año 2023 y 2024, se evidencia con una variación porcentual de 0,4%

Gráfico 10. Tendencia de casos de Chagas, por periodo epidemiológico, Norte de Santander, 2024



Fuente Sívigila, IDS, Norte de Santander 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 45 de 531

Indicadores de la vigilancia

Proporción de casos notificados con pruebas diagnósticas en el departamento en el año 2024 no se presentaron casos de Chagas agudo confirmado, tampoco se presentaron brotes probables de Chagas agudo

La proporción de conformación de casos de Chagas crónico en población gestante en el departamento es de 88,9% esto debido a que el municipio de Ocaña uno de los casos notificados se encuentra en discordancia, nos encontramos a la espera de los resultados de la tercera prueba para confirmar o descartar el caso.

Tabla 23. Proporción de casos de Enfermedad de Chagas crónico en población gestante, según municipio notificación, Norte de Santander, 2024

Municipio Procedencia	Casos confirmados de Chagas crónico en gestantes	Casos de Chagas crónico en gestantes (una sola prueba)	Total de casos casos de chagas crónico en gestantes	Proporción de confirmación casos de chagas crónico en gestantes
Tibu	2		2	100,0
El Zulia	2		2	100,0
Cucuta	1		1	100,0
Ocaña	2	1	3	66,7
San Calixto	1		1	100,0
Norte de Santander	8	1	9	88,9

Fuente Sívigila, IDS, Norte de Santander, 2025

La proporción de conformación de casos de Chagas crónico en la población no gestante en el departamento es de 97,3% esto debido a que los municipios de Cachira y Chinácota un caso para cada municipio con el cargue de una sola prueba serológica.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 46 de 531

Tabla 24. Proporción de casos de Enfermedad de Chagas crónico en población no gestante, según municipio notificación, Norte de Santander, 2024

Municipio Procedencia	Casos confirmados de Chagas crónicos	Casos de Chagas crónicos probables (1 sola prueba laboratorio)	Total Casos de Chagas crónicos exceptuando casos en gestantes	Proporción de casos confirmados de Chagas crónico
Tibu	18		18	100,0
El Zulia	11		11	100,0
Cucuta	11		11	100,0
Ocaña	7		7	100,0
Cachira	3	1	4	75,0
El Tarra	3		3	100,0
Sardinata	3		3	100,0
Chinacota	2	1	3	66,7
Hacari	2		2	100,0
Convencion	2		2	100,0
Villa Del Rosario	2		2	100,0
Teorama	1		1	100,0
Gramalote	1		1	100,0
Labateca	1		1	100,0
San Cayetano	1		1	100,0
Toledo	1		1	100,0
Puerto Santander	1		1	100,0
Salazar	1		1	100,0
Norte de Santander	71	2	73	97,3

Fuente Sívigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Proporción de casos notificados con pruebas diagnósticas parasitológicas en el departamento en el año 2024 no se presentaron casos de Chagas agudo confirmado, tampoco se presentaron brotes de Chagas agudo, en este mismo periodo no se notificaron casos de mortalidades de por Chagas agudo.

Discusión

En 2024 durante las semanas epidemiológicas 1 a 52 se ha presentado una incrementación de la notificación de casos de Chagas Crónico en comparación con el 2023 en el mismo periodo donde se notificaron 72 casos, durante todo el año esto debido a que el departamento se encuentra en proceso de recertificación y certificación de municipios priorizados por lo que el departamento realiza la notificación de todos los casos de Chagas crónica en todos los grupos poblacionales por tipo de fuente de investigación, además se observa un aumento de notificación de casos de Chagas crónico en población gestante ya que en el año 2024 se notificaron 9 casos comparado con en el año 2023 se notificaron 6 casos.

En el departamento en el periodo analizado no se confirmaron casos de Chagas agudo. En cuanto a los 3 casos notificados de Chagas agudo para estudio de probable estudio congénito de acuerdo a los seguimientos de pruebas parasitológicas a los menores ningún caso se ha confirmado estos continúan estudio debido a que aun falta realizar seguimiento a los menores en los cuales se debe aplicar los lineamientos del INS.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 47 de 531

Limitaciones

La única fuente de información para realizar el informe del evento Chagas es el sistema de información Sivigila.

Conclusiones

De los casos notificados de Chagas en el departamento el 23,5% (20) de los casos crónico proceden del municipio de Tibú, de los 9 casos de Chagas crónico en gestantes el 33,3% de los casos son de procedencia del municipio Ocaña. Los tres casos de probable Chagas agudo para estudio de transmisión congénita se encuentran en los municipios de Cúcuta, Ocaña y San Calixto.

Las características demográficas y sociales, el 60,00% de los casos se presentaron en sexo femenino, 68,24% de los casos pertenecientes al régimen subsidiado, 1,18% no afiliados al sistema general de seguridad en salud, se refiere como área residencia a cabecera municipal en el 51,76% de los casos, La pertenecía indígena corresponde a otras etnias el 100% de los casos. el grupo de edad más afectado de Chagas es el de 19 a 59 años con 68.24%

En el periodo analizado en el departamento de norte de Santander no se presentaron casos confirmado de Chagas agudo.

Se evidencia un aumento significativo en número de casos notificados de Chagas crónico, al compararlo con los años 2023 y 2024, se evidencia con una variación porcentual de 0,4%

Durante el año 2024 no se logró cumplir con la confirmación del 100 % de los casos de Chagas crónica con la adherencia al lineamiento del algoritmo de la proporción de casos confirmados con 2 pruebas serológicas lo que deja ver las dificultades en el cumplimiento del protocolo y la falta de adherencia del personal médico a la guía de manejo para el diagnóstico del evento. Por estos motivos se realizó una articulación de vigilancia epidemiológica, programa, prestación de servicios y aseguramiento para realizar seguimiento a las IPS y ESES donde se identificaron las mayores falencias para revisar y capacitar al personal médico en la aplicación del protocolo de Chagas y el adecuado manejo de los pacientes, este esfuerzo se continuara realizando desde el Instituto departamental de salud de norte de Santander para apoyar a todos los municipios donde se identifique estas falencias.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 48 de 531

Bibliografía

Protocolo de Vigilancia de Chagas Código 205 Versión: 04 Fecha: 22 de marzo de 2022 Grupo de Vigilancia y Control de enfermedades transmisibles endoepidémicas y relacionadas con salud sexual, Instituto Nacionl De Salud De Colombia.

https://dndi.org/wp-content/uploads/2019/08/2019InformativoChagas_SPA.pdf

<https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-chagas>

Pinto Dias JC. Evolution of Chagas Disease Screening Programsand Control Programs Historical Perspective. Glob Heart [Internet]. 2015;10(3):193–202. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gheart.2015.06.003>.

Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Chagas ISBN: 978-92-75-32043-3 © Organización Panamericana de la Salud 2018.

Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento de las Enfermedades Infecciosas. OPS: Washington DC, 2016; pp 317.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 49 de 531

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR AGUA O ALIMENTOS

Enfermedades Transmitidas por Alimentos

Introducción

Las enfermedades transmitidas por alimentos y agua es un evento de importación ya que es un evento de notificación colectiva y nos permite evaluar de manera recurrente las buenas prácticas de elaboración de alimentos y su calidad sanitaria.

Métodos

Se realiza un análisis descriptivo de las enfermedades vehiculizadas por agua y alimentos, tomando como fuente de información la notificación colectiva (ficha 349) del Sivigila semana epidemiológica 1-52 en el Departamento Norte de Santander 2024, se analizan variables sociales y demográficas (edad, sexo), clínicas (signos y síntomas), la información se definirá en tablas y gráficos, se analizaron medidas de frecuencia e incidencia.

Hallazgos

Comportamiento de la notificación – Sivigila

Registro de la base de datos original: 24 registros
 Registros ajuste D: 1 registros
 Registro de otra procedencia: 0
 Registros finales en base de datos depurada: 23 registros

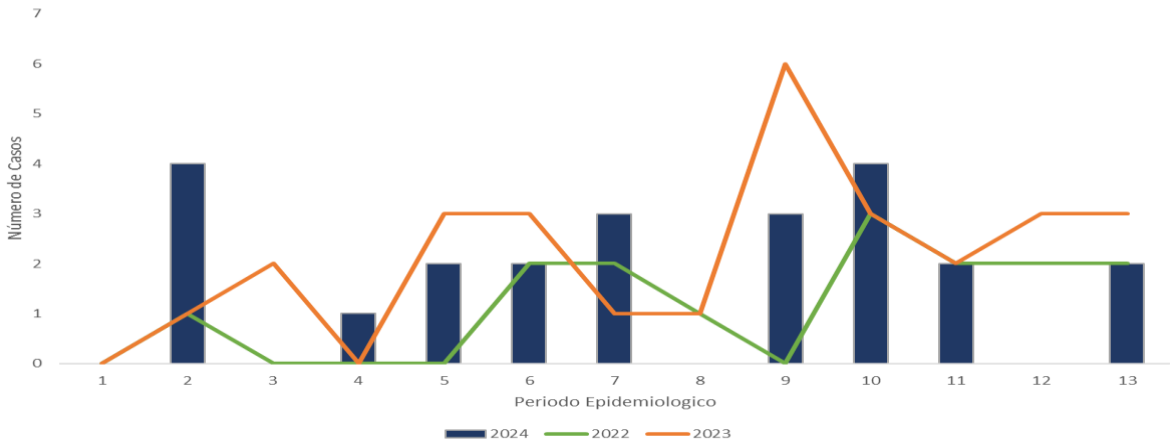
En el I año 2024 se notificaron de manera colectiva 23 brotes, en los cuales se vieron afectadas 116 personas.

La fuente de transmisión en el 100% (23) de los brotes notificados fueron alimentos y en el 100% (23) de los brotes el modo de transmisión es oral.

Tendencia del Evento

Durante el año 2025 el promedio de ETA por semana es de 0,44 brotes, con respecto al año anterior se observa un aumento del 20% en cuanto a la notificación de los brotes durante el mismo período mencionado.

Gráfico 11. Comportamiento de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, Norte de Santander, del año 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2025

De los 40 municipios del departamento, el 27,5% notificó brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, por procedencia el municipio de Cúcuta que representa el 26,1% de los casos.

Tabla 25. Casos notificados de Enfermedades Transmitidas por Alimentos por municipio de procedencia, Norte de Santander de primer semestre del año 2024

Municipio de procedencia	Número de brotes	Proporción	Personas afectadas
CUCUTA	6	26,1%	20
OCAÑA	4	17,4%	16
EL TARRA	3	13,0%	10
LOS PATIOS	2	8,7%	22
EL CARMEN	2	8,7%	14
CUCUTILLA	1	4,3%	3
TOLEDO	1	4,3%	6
TIBU	1	4,3%	9
CHITAGA	1	4,3%	7
BUCARASICA	1	4,3%	4
CHINACOTA	1	4,3%	5
Norte de Santander	23	100%	116

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2025

Magnitud en lugar y persona

En el año de 2024 se notificaron al Sivigila116 casos de ETA, involucrados en 23 brotes. El 57,75% (67 casos) se presentaron en el sexo femenino y el 42,24% (49 casos) en el sexo masculino.

Gráfica 12. Distribución porcentual de casos de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, según grupo de edad, Norte de Santander del año 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2025

Comportamiento de otras variables de interés

Con relación a los principales lugares de elaboración o manipulación de alimentos, el mayor número de brotes (52%) hogar y mayor número de casos (48) en el hogar.

Tabla 26. Porcentaje de brotes y casos de Enfermedades Transmitidas por Alimentos notificados en colectivo según lugar de ocurrencia, Norte de Santander del año 2024

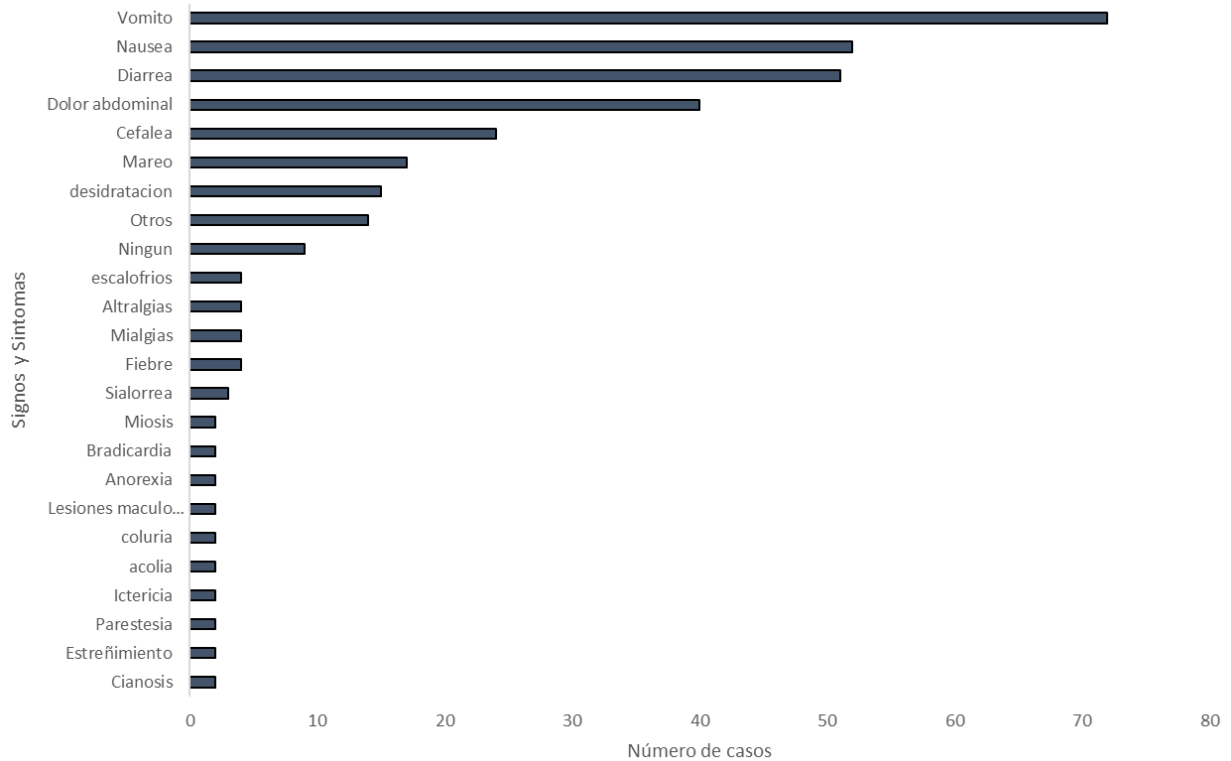
Lugar	Número de brotes	Proporción	Número de casos	Proporción
Hogar	12	52%	48	41,4%
Otros	7	30%	46	39,7%
Restaurantes	2	9%	10	8,6%
Panadería/Pastelería	1	4%	9	7,8%
Ventas ambulantes	1	4%	3	2,6%
Total	23	100%	116	100%

Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander 2025

El 26,0 % (6/23) brotes se han identificado agentes patógenos. El agente etiológico mayormente identificado es Echerichia coli con el 17,4 % (4) brotes, siendo este indicador de prácticas de higiene inadecuadas en las diferentes etapas de la manipulación de alimentos. En el 73,9% no fue detectado el agente etiológico.

Los signos y síntomas más comunes presentados en los casos notificados fueron vomito y nauseas respectivamente 62,07% (72/116), 44,83% (52/116).

Gráfica 13. Proporción de signos y síntomas presentados en brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos notificados, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 53 de 531

Discusión

El análisis de las enfermedades transmitidas por alimentos y agua (ETA) en Norte de Santander durante el año 2024 resalta la importancia de la vigilancia epidemiológica para identificar, caracterizar y responder de manera oportuna a los brotes que afectan la salud pública.

Se observó un aumento del 20% en los brotes notificados respecto al año anterior, lo que puede atribuirse tanto a una mejora en la capacidad de detección y notificación del evento como al persistente incumplimiento de las buenas prácticas de manipulación de alimentos, especialmente en el ámbito doméstico. El hecho de que el 52% de los brotes se hayan originado en hogares evidencia la necesidad urgente de fortalecer las estrategias educativas dirigidas a la población general, orientadas al manejo seguro de alimentos.

La identificación de *Escherichia coli* como el principal agente etiológico en los brotes en los que se logró caracterizar el agente, indica una deficiencia significativa en la higiene durante las etapas de preparación, almacenamiento o consumo de los alimentos. Además, la alta proporción de brotes en los que no se detectó el agente etiológico (73,9%) subraya la importancia de mejorar los procesos de toma de muestras y análisis microbiológico oportuno.

La distribución de los casos afectó principalmente al sexo femenino (57,75%) y a un amplio rango de grupos de edad, reflejando que este tipo de enfermedades no distingue edad ni género. Vómito y náuseas fueron los síntomas más comunes, reforzando el perfil clínico típico de las infecciones transmitidas por alimentos contaminados.

Municipios como Cúcuta, Ocaña y El Tarra concentraron la mayor proporción de casos, lo cual puede estar relacionado con factores como la densidad poblacional, los niveles de urbanización y la disponibilidad de servicios básicos de saneamiento y agua potable.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar intervenciones integrales de prevención en salud pública, que incluyan educación sanitaria, vigilancia alimentaria, fortalecimiento de la inspección a establecimientos, y el trabajo intersectorial para mejorar las condiciones de agua, saneamiento y producción de alimentos. A su vez, resalta la importancia de continuar fortaleciendo la capacidad de respuesta del sistema de vigilancia Sivigila para lograr una detección precoz de brotes, limitar su expansión y reducir su impacto sobre la salud de la población.

Recomendaciones

Analizar la notificación de casos individuales con periodicidad semanal permite identificar posibles brotes de ETA para su respectivo registro en la ficha colectiva.

Realizar la notificación inmediata de brote de ETA permite la toma de acciones de vigilancia contempladas en el protocolo del evento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 54 de 531

La atención oportuna de un brote de ETA requiere de acciones conjuntas, UPGD, municipio, LDSP, técnicos del área de la salud y demás actores de acuerdo con la situación presentada.

Se hace necesario intensificar acciones dirigidas a amas de casa y población general dado que el lugar de consumo de alimentos en el mayor número de los casos es el hogar.

Bibliografía

- Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. (2025). Informe anual de 2024 consolidado. San José de Cúcuta: IDS Norte de Santander. Recuperado de: www.ids.gov.co
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Guías de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles. OPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Protocolo de vigilancia en salud pública: Enfermedades transmitidas por alimentos y agua, intoxicaciones químicas, fiebre tifoidea, hepatitis A y enfermedad diarreica aguda. Bogotá: MinSalud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Directrices para la vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos y agua. OMS

Intoxicaciones por Sustancias Químicas

Introducción

El uso, comercio y la gran variedad de productos químicos disponibles en el mercado (plaguicidas, medicamentos, metales pesados, solventes, productos para el hogar, psicoactivos) destinados a aumentar la producción de alimentos, proteger la salud y facilitar la vida diaria, se constituyen en riesgo para la salud pública, incrementando la ocurrencia de intoxicaciones agudas y crónicas.

Los grupos de sustancias químicas notificados por el evento 365 son: medicamentos plaguicidas, metanol, metales, solventes, otras sustancias químicas, gases, sustancias psicoactivas.

Hallazgos

Comportamiento de la notificación – Sivigila

Se emplearon los datos correspondientes a los casos notificados al Sivigila que fueron ajustados. La base de datos final fue sometida a depuración, incluyendo el retiro de registros duplicados. Se realiza informe descriptivo retrospectivo de la vigilancia en salud pública realizada por los diferentes municipios.

En el año 2024 la base de datos notificados de intoxicaciones por sustancias químicas presentó las siguientes características:

- Registro de la base de datos original: 911

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 55 de 531

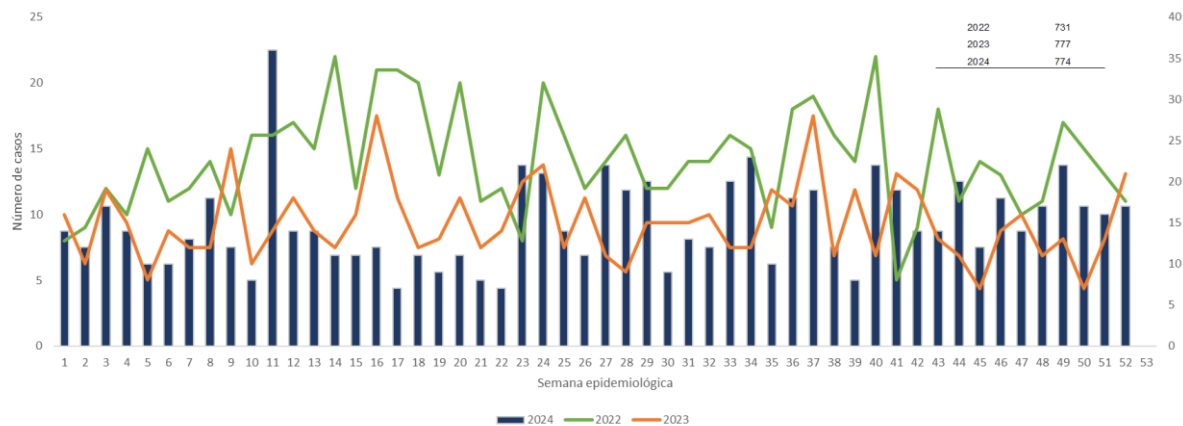
- b. Registros duplicados: 80
- c. Registros descartados por error de digitación: 22
- d. Registros con otras procedencias: 10
- e. Registros con procedencia venezolana: 25
- f. Registros finales en la base de datos depurada: 774

En el departamento Norte de Santander se han presentado 774 casos de intoxicaciones por sustancias químicas, los cuales de acuerdo con la definición de casos corresponden a casos confirmados por laboratorio, clínica y nexa epidemiológico

Comportamiento del evento

La notificación para las intoxicaciones por sustancias químicas muestra una disminución en los casos notificados en las vigencias anteriores lo que puede corresponder a que para la vigencia 2024 se notifican los casos de intoxicación por sustancias químicas de tipo intencional psicoactiva/ adicción con condición final vivo, mientras en las vigencias anteriores se ingresaban indistintamente de la condición final. Se realiza depuración de las bases de los años 2020, 2021, 2022 y 2023 de dicha exposición con el objeto de realizar comparación del comportamiento del evento. Para el año 2024 se observa una disminución 0,38% comparado con la vigencia anterior.

Gráfica 14. Comportamiento de las Intoxicaciones por Sustancias Químicas, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 56 de 531

Comportamiento de la notificación – Análisis

Según el grupo de sustancia notificado, las intoxicaciones por sustancias químicas, en el Departamento Norte de Santander en la vigencia 2024 presenta la siguiente distribución:

Los grupos de sustancias que aportan el mayor número de casos son los plaguicidas representa el 26,9% (206 casos) como desconocido y pilarmate, grupo de medicamentos con él 20,7% (160 casos) destacándose clonazepam, acetaminofén producto implicado es el otro y cloro, el grupo otras sustancias químicas 23% (178 casos), dentro de los más relevantes se encuentran clorox y limpido, Las sustancias psicoactivas aportan el 20,2% (156 casos), siendo la marihuana y desconocido son las sustancias con el mayor número de casos, grupo solventes representan el 5,3% (41 casos) Varsol y ACPM el grupo de los Gases 3,9% (30 casos) como monóxido de carbono y gases metano.

Tabla 27. Distribución de casos de Intoxicaciones por grupo de sustancias, Norte de Santander, 2024

Grupo de sustancias	Número de casos	Proporción
Medicamentos	160	20,7%
Plaguicidas	208	26,9%
Solventes	41	5,3%
Otras sustancias químicas	178	23,0%
Gases	30	3,9%
Sustancias psicoactivas	156	20,2%
Metanol	0	0,0%
Metales	1	0,1%
Total general	774	100%

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

De los 40 municipios del Departamento el 92,5% (37) han reportado casos de intoxicaciones por sustancias químicas. En cuanto al número de casos, los municipios de Cúcuta, Ocaña y Villa del rosario en su orden cuentan con la mayor notificación de casos al Sivigila. La incidencia departamental indica que se presentaron 45.3 casos de intoxicaciones por cada 100.000 habitantes durante en el año 2024. Los municipios con mayores proporciones de incidencia son Hacarí y La esperanza

Tabla 28. Número de casos por municipio de procedencia e incidencia de Intoxicaciones por Sustancias Químicas, Norte de Santander, 2024

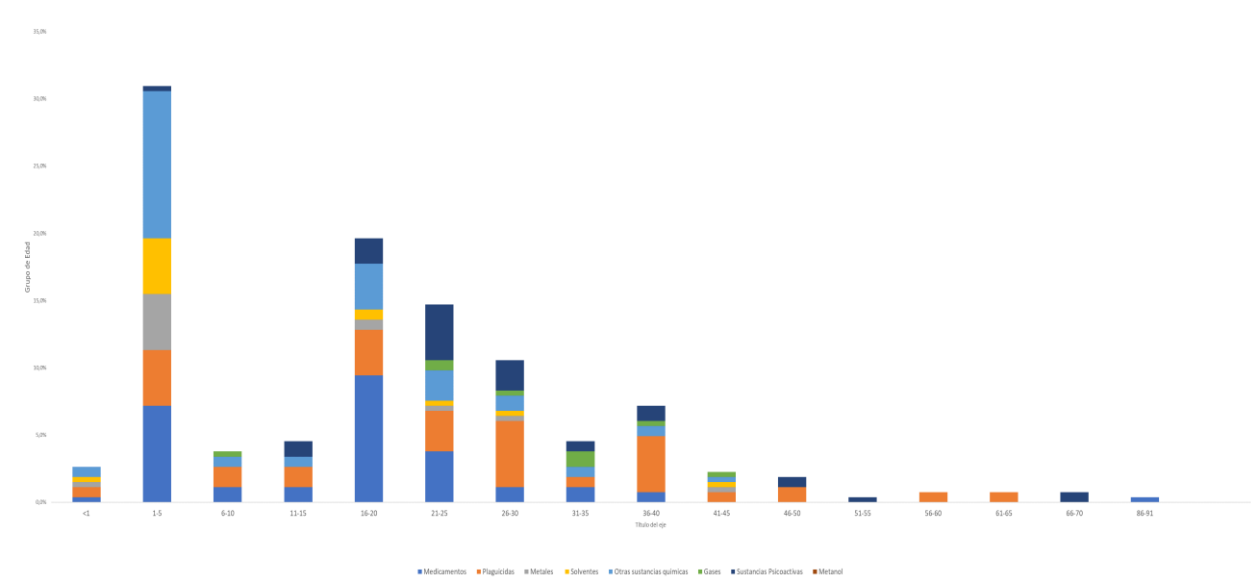
Municipio	Tasa de incidencia			Casos de metanol confirmados por laboratorio			
	Población DANE	Total casos	Proporción	Tasa de incidencia *100.000 habitantes	Casos notificados de intoxicación por metanol (bebida alcohólica adulterada)	Casos confirmados por laboratorio de intoxicación por metanol (bebida alcohólica adulterada)	% Casos de metanol confirmados por laboratorio
Abrego	35.936	8	1%	22,3	0	0	0
Arboledas	11.028	1	0%	9,1	0	0	0
Bochalema	9.385	4	1%	42,6	0	0	0
Bucarasica	7.263	3	0%	41,3	0	0	0
cachita	3.181	3	0%	94,3	0	0	0
Cácuta	12.500	0	0%	0,0	0	0	0
Chinácota	19.845	12	2%	60,5	0	0	0
Chitagá	13.330	7	1%	52,5	0	0	0
Convención	21.175	8	1%	37,8	0	0	0
Cúcuta	812.176	316	41%	38,9	0	0	0
Cucutilla	9.280	3	0%	32,3	0	0	0
Durania	5.197	2	0%	38,5	0	0	0
El Carmen	15.080	9	1%	59,7	0	0	0
El Tarra	23.521	21	3%	89,3	0	0	0
El Zulia	30.816	13	2%	42,2	0	0	0
Gramalote	8.346	1	0%	12,0	0	0	0
Hacarí	11.559	20	3%	173,0	0	0	0
herreran	7.841	0	0%	0,0	0	0	0
La Esperanza	7.189	10	1%	139,1	0	0	0
La Playa	13.144	7	1%	53,3	0	0	0
Labateca	8.741	1	0%	11,4	0	0	0
Los Patios	103.733	35	5%	33,7	0	0	0
Lourdes	4.537	1	0%	22,0	0	0	0
Mutiscua	4.843	1	0%	20,6	0	0	0
Ocaña	135.344	79	10%	58,4	0	0	0
Pamplona	56.894	45	6%	79,1	0	0	0
Pamplonita	6.239	8	1%	128,2	0	0	0
Puerto Santander	9.913	5	1%	50,4	0	0	0
Ragonvalia	6.751	3	0%	44,4	0	0	0
Salazar	11.664	3	0%	25,7	0	0	0
San Calixto	14.496	11	1%	75,9	0	0	0
San Cayetano	8.102	2	0%	24,7	0	0	0
Santiago	3.861	1	0%	25,9	0	0	0
Sardinata	28.989	12	2%	41,4	0	0	0
Silos	7.127	1	0%	14,0	0	0	0
Teorama	18.731	24	3%	128,1	0	0	0
Tibú	62.151	36	5%	57,9	0	0	0
Toledo	17.714	8	1%	45,2	0	0	0
Villa Caro	5727	0	0%	0,0	0	0	0
Villa del Rosario	116.221	50	6%	43,0	0	0	0

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2025

Magnitud en lugar y persona

Se observa que el 21,2% (164 casos) corresponden al grupo de edad de 1-5 años, el principal grupo de sustancias es otras sustancias químicas Para el grupo de edad de 16 a 20 años el porcentaje de casos fue del 13,97% (108 casos), y el grupo de sustancias más representativos son medicamentos mientras que para el grupo de edad de 21-25 años las sustancias psicoactivas. En los grupos de edad 26-30 los plaguicidas son los mayormente implicados.

Gráfica 15. Distribución porcentual de las Intoxicaciones por Sustancias Químicas por grupo de edad, Norte de Santander, 2024.



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

Teniendo en cuenta el régimen de salud de los casos de intoxicaciones presentados, la mayor cantidad de casos notificados pertenece al régimen subsidiado con él 70.4% (545 casos), el 19.4 % (150 casos) pertenece al régimen contributivo y el 5,2% (40 casos) es no asegurado sistema seguridad social en salud.

Tabla 29. Distribución de casos de Intoxicaciones por Sustancias Químicas por régimen de salud, Norte de Santander, en el año 2024

Grupo de sustancias	Regimen de aseguramiento											
	Contributivo		Especial		Indeterminado		No asegurado		Excepción		Subsidiado	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Medicamentos	42	5,4%	1	0,13%	5	0,6%	10	1,3%	3	0,4%	99	12,8%
Plaguicidas	28	3,6%	1	0,13%	1	0,1%	8	1,0%	1	0,1%	169	21,8%
Solventes		0,0%		0,00%		0,0%		0,0%		0,0%	1	0,1%
Otras sustancias químicas	7	0,9%	1	0,13%		0,0%	1	0,1%	3	0,4%	29	3,7%
Gases	34	4,4%	1	0,13%	1	0,1%	11	1,4%	7	0,9%	124	16,0%
Sustancias psicoactivas	9	1,2%		0,00%		0,0%	3	0,4%	1	0,1%	17	2,2%
Metanol	30	3,9%	2	0,26%	2	0,3%	7	0,9%	9	1,2%	106	13,7%
Metales	0	0,0%	0	0,00%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	150	19,4%	6	0,8%	9	1,2%	40	5,2%	24	3,1%	545	70,4%

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

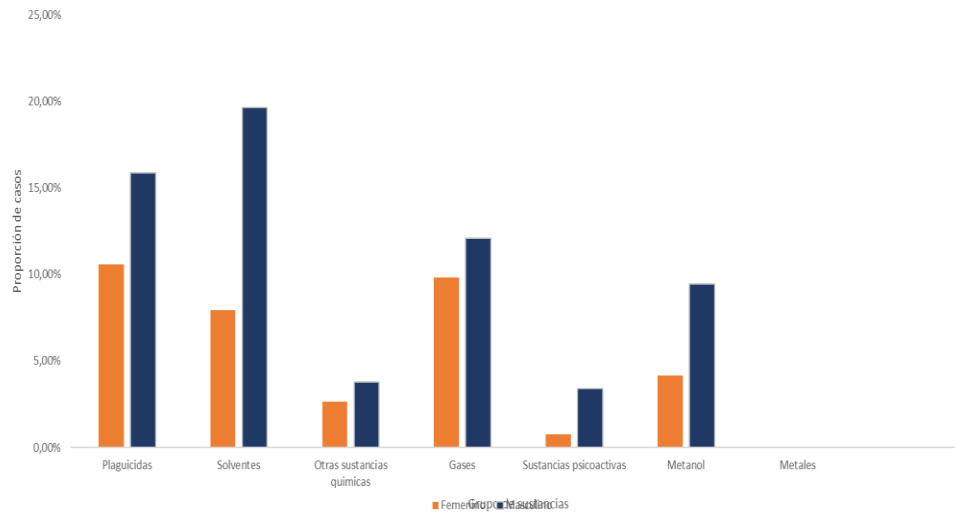
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 59 de 531

En relación con la variable pertenencia étnica, el 99,87% (773casos) son de otro grupo poblacional.

El 73,39% (568 casos) de las intoxicaciones por sustancias químicas se presentaron en cabeceras municipales. La ocurrencia de intoxicaciones por sustancias químicas en área urbana aporta el 73,39% (568 casos), principalmente ocasionados por medicamentos, los cuales son utilizados frecuentemente el acetaminofén debido al mal uso de los medicamentos, y el 16,02% (124 casos) de las intoxicaciones ocurrieron en centro poblado.

El mayor número de intoxicaciones por sustancias químicas se presentó en hombres con un 60,08% (465 casos), siendo mayor su distribución con respecto a mujeres en los grupos de, medicamentos, plaguicidas y otras sustancias químicas; en las mujeres se presentaron en el 39,92% (309 casos) siendo mayor la distribución en el grupo de medicamentos. Para medicamentos el comportamiento en mujeres fue mayor.

Gráfica 16. Distribución porcentual de las Intoxicaciones por Sustancias Químicas según sexo, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

El 76.9% (595 casos) de las intoxicaciones por sustancias químicas se notifican por confirmación clínica, en mayor proporción para el grupo de los plaguicidas y medicamentos, probables 20.4 % (158 casos) en mayor proporción para el grupo de los medicamentos y otras sustancias químicas para estos casos.

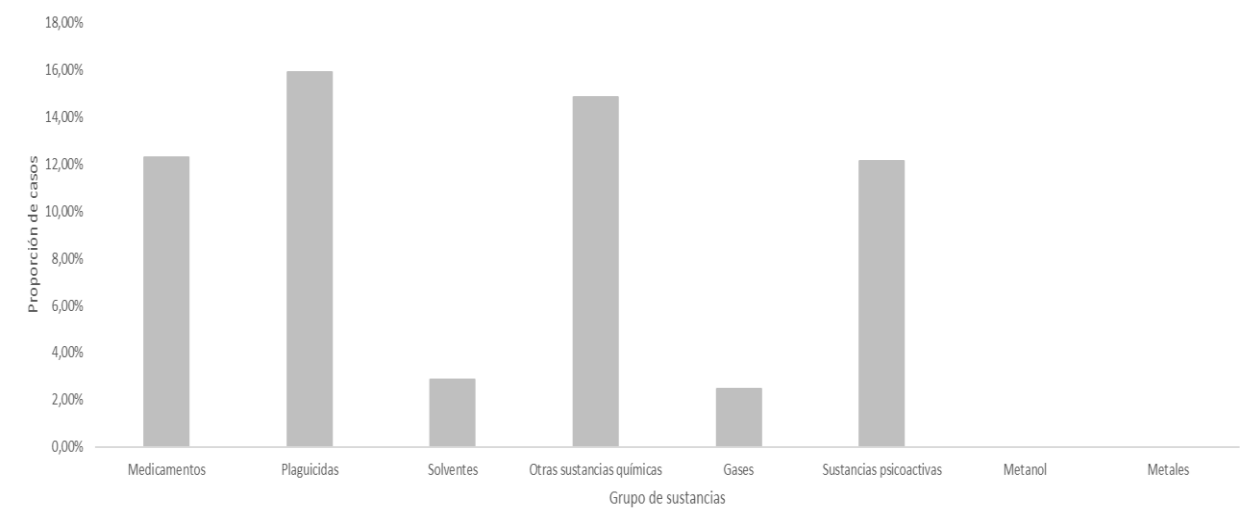
Tabla 30. Distribución de las Intoxicaciones por Sustancias Químicas por tipo de caso, Norte de Santander, 2024

Grupo de sustancia	Confirmado por laboratorio		Confirmado por clínica		Confirmado por nexo epidemiológico		Probable		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Medicamentos	2	0,3%	114	14,7%	0	0,0%	44	5,7%	160	20,7%
Plaguicidas		0,0%	158	20,4%	0	0,0%	50	6,5%	208	26,9%
Solventes		0,0%	34	4,4%	0	0,0%	7	0,9%	41	5,3%
Otras sustancias químicas	3	0,4%	133	17,2%	0	0,0%	42	5,4%	178	23,0%
Gases		0,0%	23	3,0%	0	0,0%	7	0,9%	30	3,9%
Sustancias psicoactivas	2	0,3%	132	17,1%	0	0,0%	22	2,8%	156	20,2%
Metanol	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Metales		0,0%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
Total general	7	0,9%	595	76,9%	0	0,0%	172	22,2%	774	100%

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

De los 408 casos presentados, el 60,47% (408 casos) requirió hospitalización, siendo las intoxicaciones por plaguicidas, 26,28% (123 casos) por medicamentos las del mayor aporte 24,57 (115 casos). intoxicaciones por otras sustancias químicas

Gráfica 17. Distribución porcentual de las Intoxicaciones por Sustancias Químicas por hospitalización, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

En el año 2024, se presentaron 15 mortalidades de intoxicaciones por sustancias químicas, siendo los plaguicidas el que aporta el 78,9 % de las muertes, el plaguicida paraguat para insectos está implicado en el 20% de los casos notificados.

Tabla 31. Distribución de las Intoxicaciones por Sustancias Químicas por número de muertes, Norte de Santander, primer semestre del año 2024

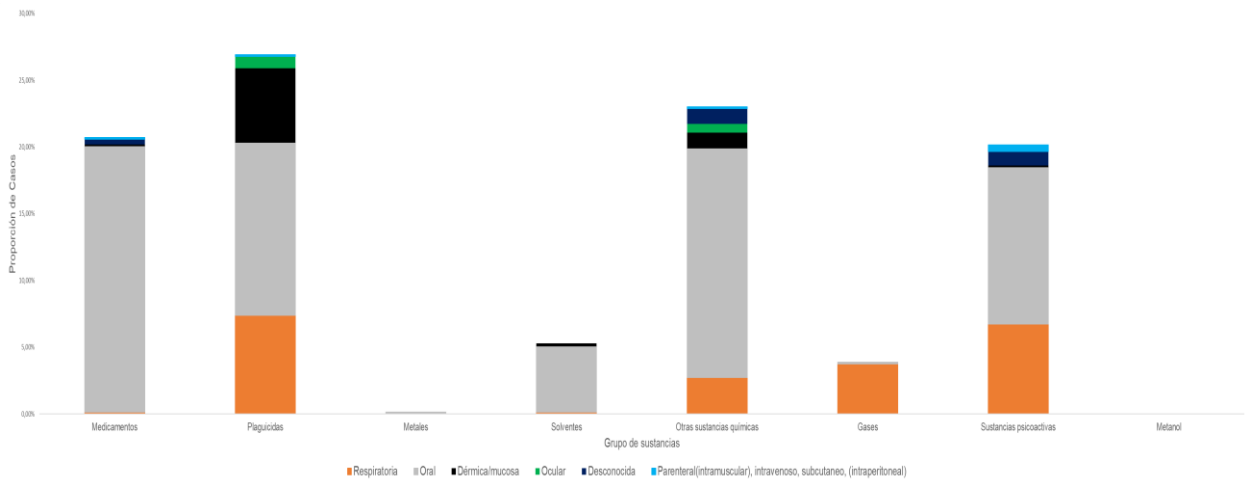
Grupo de Sustancia	Número de muertes	Proporción (%)
Medicamentos	3	15,8%
Plaguicidas	15	78,9%
Otras Sustancias Química	1	5,3%
Total	19	100%

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

Comportamiento de otras variables de interés

De acuerdo con el tipo de exposición, el 26,87% (208 casos) de las intoxicaciones por sustancias químicas son accidentales, siendo plaguicidas 15,5% (120 casos)

Gráfica 18. Distribución porcentual por tipo de exposición en Intoxicaciones por Sustancias Químicas, Norte de Santander, año 2024



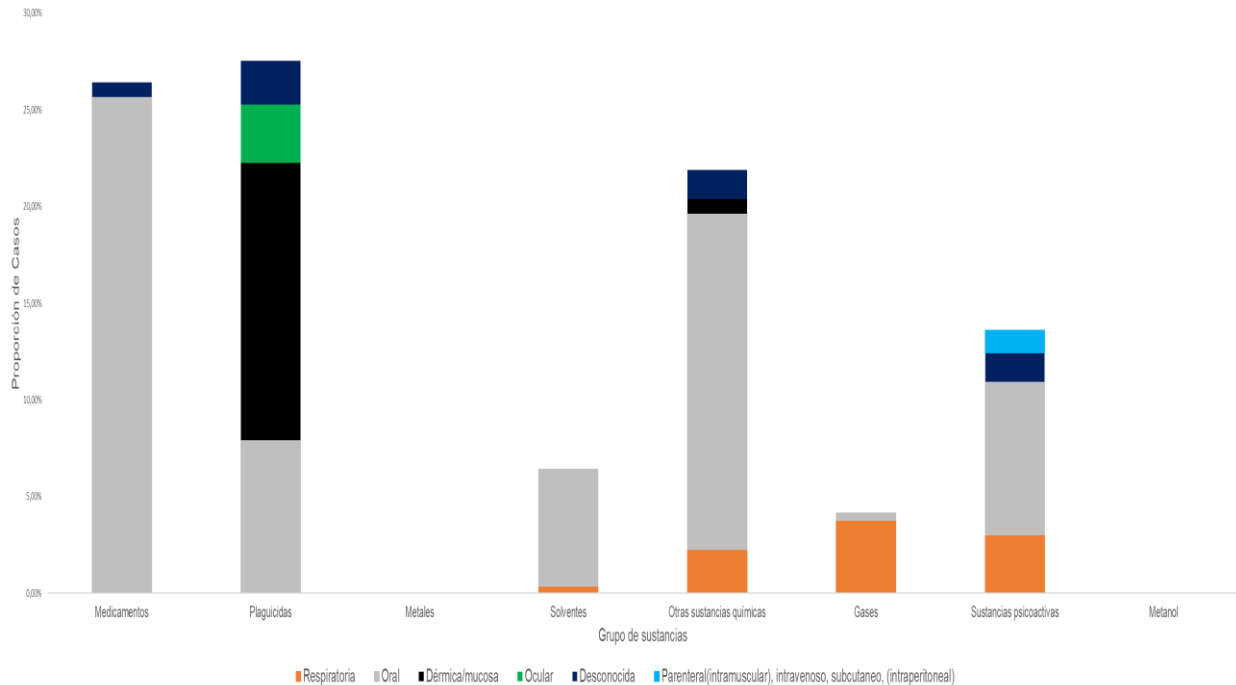
Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

La vía de exposición con mayor prevalencia es la vía oral, la cual representa el 66,93% (5180 casos), los grupos de sustancias con mayor número de casos son otras sustancias químicas, medicamentos y plaguicidas.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 62 de 531

La vía respiratoria representa el 20,8 % (161 casos) de las intoxicaciones por sustancias químicas notificadas los plaguicidas representan la mayor proporción.

Gráfica 19. Distribución porcentual por vía de exposición en Intoxicaciones por Sustancias Químicas, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

El 64,74% (501 casos) de las intoxicaciones por sustancias químicas se presentaron en el hogar, en todos los grupos de sustancias es el lugar de ocurrencia que caracteriza la mayor parte de los casos a excepción de los gases, cuya ocurrencia predominante es en el lugar de trabajo.

En relación con la escolaridad el 29,59% (229 casos) de las intoxicaciones por sustancias químicas se presentan en personas con escolaridad básica secundaria seguido de básica primaria 23,9% (185 casos) y es importante el 19,62.

De acuerdo con el estado civil de los casos notificados el 68,48% (530 casos) son solteros, seguido de unión libre con el 18,35 (142 casos), casado 11,37% (88 casos)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 63 de 531

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Los indicadores del evento de intoxicaciones por sustancias químicas son (ver tabla):

Tasa de incidencia intoxicaciones por sustancias químicas: Se define como el número de casos nuevos de intoxicaciones agudas por sustancias químicas que se presentaron en una población durante un periodo de tiempo determinado. Para el año 2024 la tasa de incidencia del departamento Norte de Santander fue de 45,3 casos por 100.000 habitantes.

Porcentaje de casos notificados con confirmación por laboratorio de Intoxicaciones por metanol (bebida alcohólica adulterada - metanol): Corresponde a la notificación de casos confirmados por laboratorio a intoxicación metanol (bebida alcohólica adulterada – metanol). En el año 2024 no se notificaron casos confirmación por laboratorio.

Porcentaje de brotes en población cerrada/confinada con investigación epidemiológica de campo: Refleja el cumplimiento con el lineamiento de investigación epidemiológica de campo para brotes ocurridos en población cerrada/confinada del evento intoxicación por sustancias químicas. No presentaron brotes en población confinada en el Departamento Norte de Santander para la vigencia 2024 Se presentaron 1 brotes de acuerdo con el protocolo del evento.

Discusión

El análisis del comportamiento de las intoxicaciones por sustancias químicas en Norte de Santander durante el año 2024 evidencia que, aunque se registró una disminución marginal del 0,38% en los casos notificados respecto al año anterior, este evento continúa representando un problema relevante de salud pública. La amplia disponibilidad de productos químicos de uso agrícola, doméstico y farmacológico, sumado a su manipulación inadecuada, sigue exponiendo a la población a riesgos considerables de intoxicación, tanto accidental como intencional.

Entre las sustancias implicadas, los plaguicidas se posicionaron como el grupo que aportó el mayor número de casos (26,9%), seguido por medicamentos (20,7%) y otras sustancias químicas (23%), indicando que tanto las actividades agrícolas como el acceso no regulado a medicamentos son factores críticos que deben ser abordados mediante intervenciones específicas de prevención y control. El uso indebido de medicamentos como acetaminofén y de sustancias de uso cotidiano como cloro y limpiadores resalta además la falta de educación en el manejo seguro de productos químicos.

En cuanto a la distribución por grupos de edad, se observa que las poblaciones más vulnerables son los niños de 1 a 5 años, principalmente afectados por la exposición a otras sustancias químicas, y los adolescentes y jóvenes adultos, donde predominan las intoxicaciones por medicamentos y sustancias psicoactivas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer las acciones de promoción del autocuidado en el hogar, regulación del expendio de sustancias peligrosas y programas de prevención de consumo de drogas.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 64 de 531

El perfil de los afectados muestra además que la mayoría pertenecen al régimen subsidiado (70,4%) y residen en cabeceras municipales (73,39%), lo cual refleja inequidades sociales que favorecen la exposición a factores de riesgo. El predominio de casos en hombres (60,08%) frente a mujeres, especialmente en intoxicaciones por plaguicidas y solventes, sugiere la influencia de factores ocupacionales y comportamentales que también deben ser considerados en las estrategias de intervención.

Cabe resaltar que más del 60% de los casos requirieron hospitalización y se presentaron 15 muertes, de las cuales el 78,9% estuvieron relacionadas con intoxicaciones por plaguicidas. Estos datos alertan sobre la gravedad de las exposiciones y la necesidad urgente de fortalecer las capacidades locales para la atención clínica oportuna de intoxicaciones, así como de mejorar el acceso a los antidotos y tratamientos específicos.

Finalmente, la vía de exposición predominante fue la oral (66,93%), y el hogar fue el lugar más frecuente de ocurrencia de los eventos (64,74%), lo que subraya la importancia de las acciones educativas dirigidas a la comunidad para prevenir la exposición en el entorno doméstico, además de impulsar campañas de sensibilización y regulación más estricta en la comercialización de productos peligrosos.

En conclusión, a pesar de la leve disminución en la notificación de casos, las intoxicaciones por sustancias químicas siguen siendo un evento de alta carga para el sistema de salud, demandando la implementación de estrategias intersectoriales que aborden tanto la prevención primaria como la respuesta oportuna a los casos de intoxicación en el Departamento Norte de Santander.

Recomendaciones

Fortalecer la vigilancia sanitaria en establecimientos comercializadores y ventas ambulantes de acuerdo con la competencia para cada caso, dado que hay casos de intoxicación asociados a plaguicidas no registrados o prohibidos como el campeón y fluoro acetato de sodio

La promoción y prevención se debe abordar a todos los grupos poblacionales, la sensibilización a comunidad, fabricantes, distribuidores y medios publicitarios para que se enfatice en el conocimiento del riesgo químico al estar en contacto con sustancias potencialmente peligrosas que son de libre venta, de bajo precio y pueden ser letales si no se les da el manejo adecuado.

En los espacios comunitarios se deben realizar acciones de prevención y control de intoxicaciones por sustancias químicas (intervenir propiciar cambios en los hábitos-conductas humanas, el autocuidado), evitar la contaminación ambiental de tal manera que se fortalezcan los ecosistemas estratégicos saludables y la producción limpia.

Es importante el fortalecimiento en el manejo del paciente intoxicado para mejorar la oportunidad de atención y así disminuir la incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 65 de 531

Bibliografía

- Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. (2025). Informe anual de 2024 consolidado. San José de Cúcuta: IDS Norte de Santander. Recuperado de: www.ids.gov.co
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Guías de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles. OPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Protocolo de vigilancia en salud pública: Enfermedades transmitidas por alimentos y agua, intoxicaciones químicas, fiebre tifoidea, hepatitis A y enfermedad diarreica aguda. Bogotá: MinSalud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Directrices para la vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos y agua. OMS.

Fiebre Tifoidea y Paratifoidea

Introducción

La fiebre tifoidea y paratifoidea es una enfermedad infecciosa producida por *Salmonella* entérica subgrupo enterica serotipo typhi (bacilo de Eberth) o *S. enterica* sub. enterica serotipos paratyphi A, B o C, bacterias del género *Salmonella*.

Su reservorio es el humano, y el mecanismo de contagio es fecal oral, a través de agua y de alimentos contaminados con deyecciones. No debe confundirse con el tifus, que se produce por varias especies del género *Rickettsia*, transmitidas por parásitos externos (piojos). La bacteria ingresa por vía digestiva y llega al intestino y pasa a la sangre, lo que causa una fase de bacteriemia hacia la primera semana de la enfermedad; posteriormente, se localiza en diversos órganos y produce fenómenos inflamatorios y necróticos, debidos a la liberación de endotoxinas. Finalmente, las salmonelas se eliminan al exterior por las heces.

Debido a lo incapacitante de la enfermedad es fundamental realizar su vigilancia rutinaria y se hace de manera inmediata su notificación y confirmación por laboratorio de su presencia.

Métodos

Se realiza un análisis descriptivo del comportamiento de la fiebre tifoidea en el Departamento Norte de Santander, tomando como fuente de información la notificación (ficha 320) del Sivigila para el año 2024 en el Departamento Norte de Santander, se analizan variables sociales y demográficas (edad, sexo), la información se definirá en tablas y gráficos, se analizaron medidas de frecuencia e incidencia.

Hallazgos

Comportamiento de la notificación – Sivigila

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 66 de 531

En el año 2024 se notificaron al Sivigila un total de 10 registros; después del proceso de depuración y revisión de calidad del dato se excluyeron el 0% de los registros distribuidos de la siguiente manera:

Registros ajuste D: 0 registros

Registros ajuste 6: 4 registros

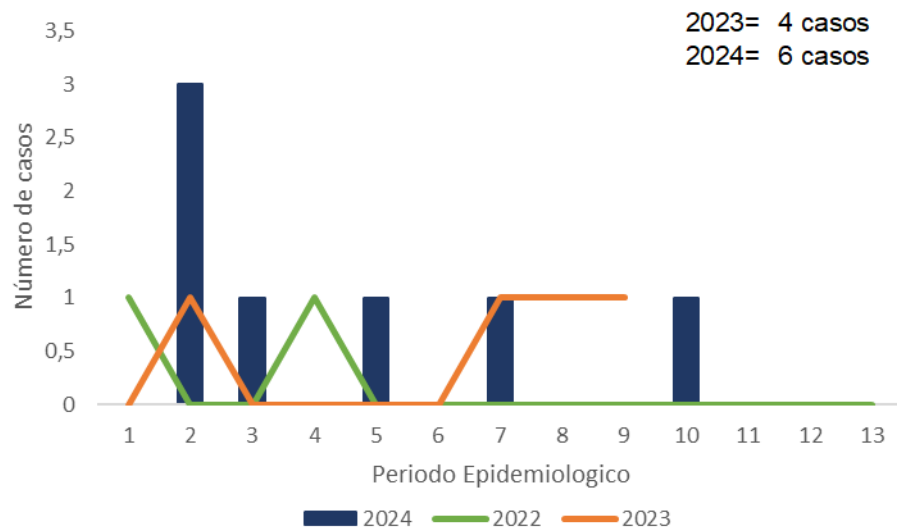
Otra procedencia: 0 casos

Registros finales en base de datos depurada: 6 registros

Quedando un total de 6 casos válidos para el Departamento de Norte de Santander. Al comparar el comportamiento del evento semana epidemiológica 1-52 del año 2024 respecto a los años 2023 se observa un aumento del 50 % en el número de casos notificado

Tendencia del Evento

Gráfica 20. Número de casos de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea por período epidemiológico, Norte de Santander 2022-2024



Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander -2025

De los 40 municipios del departamento, no se notificó brote transmitido por alimentos relacionados al evento.

Tabla 32. Casos de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea notificados por municipio de procedencia, Norte de Santander,2024

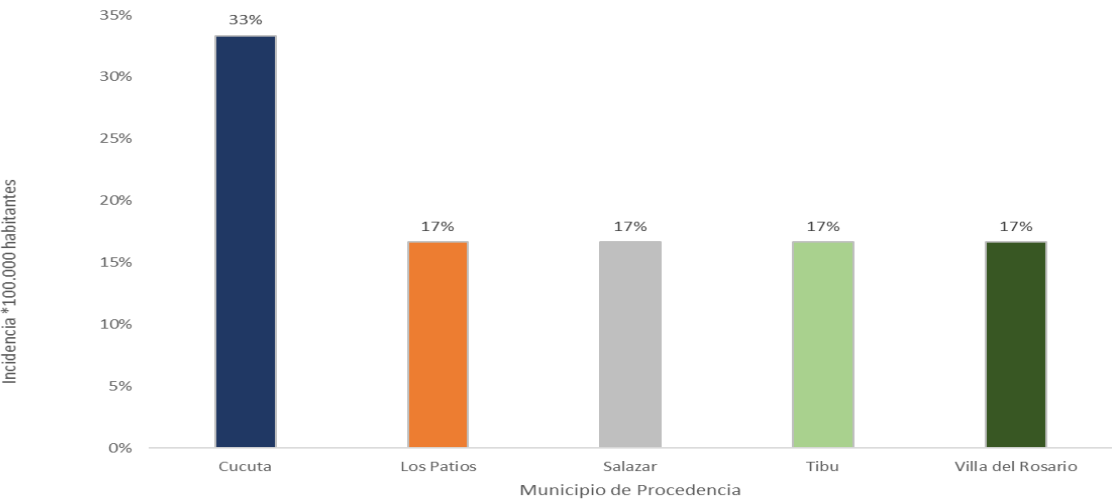
Municipio	Numero de Casos	Proporción
Cucuta	2	33%
Los Patios	1	17%
Salazar	1	17%
Tibu	1	17%
Villa del Rosario	1	17%
Total	6	100,0%

Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander 2025

El 100% de los casos notificados está confirmado por laboratorio.

La tasa de incidencia del evento en el Departamento es 8,57 casos por 100.000 habitantes; el municipio que tiene la mayor incidencia es Salazar 1,6 casos por 100.000 habitantes.

Gráfica 21. Incidencia de casos por 100.000 habitantes de Fiebre Tifoidea y paratifoidea de Norte de Santander 2024



Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander 2025

Comportamiento de variables sociodemográficas

En relación a casos de fiebre tifoidea presentados entre la semana epidemiológica 1- 52 el 60% se registró en el sexo femenino, en los grupos de edad con más casos es el grupo de edad 10-18 es el 33% de los casos ocurren en cabecera municipal es en 67% y por pertenencia étnica el 100% pertenece a otros grupos poblacionales.

Tabla 33. Comportamiento demográfico y social de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, Norte de Santander 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	4	60%
	Masculino	2	40%
Grupo de edad	10-18	2	33%
	19-27	1	17%
	28-36	2	33%
	37-45	1	17%
Tipo de régimen	Subsidiado	6	100%
Pertenencia étnica	Otros grupos poblacionales	6	100%
Área	Cabecera municipal	4	67%
	Centro poblado	2	33%

Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander 2025

Discusión

El comportamiento de la fiebre tifoidea y paratifoidea en el departamento de Norte de Santander durante el año 2024 muestra una situación epidemiológica que, aunque controlada en términos absolutos, requiere atención debido al aumento en el número de casos notificados en comparación con el año anterior.

El incremento del 50% en los casos reportados en comparación con 2023 sugiere una mayor sensibilización y fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, pero también podría indicar un aumento en los factores de riesgo asociados, como el acceso deficiente a agua potable, condiciones inadecuadas de saneamiento básico y prácticas inseguras de manipulación de alimentos. Esto resulta coherente con el mecanismo de transmisión de la enfermedad, que ocurre por vía fecal-oral a través de alimentos o agua contaminada.

La confirmación por laboratorio del 100% de los casos reportados representa un logro significativo en la vigilancia y control de esta enfermedad, ya que garantiza la validez de la información epidemiológica y permite la implementación oportuna de medidas de control.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 69 de 531

Desde el análisis sociodemográfico, se evidencia una mayor afectación en el sexo femenino (60%), así como en el grupo etario de 10 a 18 años (33%), un segmento poblacional en el que deben centrarse las estrategias de prevención. Además, el hecho de que el 67% de los casos se hayan presentado en áreas urbanas (cabeceras municipales) refuerza la necesidad de mejorar los sistemas de agua potable y saneamiento incluso en contextos urbanos, donde la percepción del riesgo suele ser menor.

La baja tasa de incidencia general (8,57 casos por 100.000 habitantes) indica que, a pesar del aumento de casos, la fiebre tifoidea no constituye actualmente un problema de gran magnitud en el departamento; sin embargo, su comportamiento epidemiológico debe ser monitoreado permanentemente debido al potencial de brotes epidémicos, especialmente en condiciones de vulnerabilidad como las que se viven en zonas fronterizas.

La ausencia de brotes alimentarios relacionados reportados sugiere que los casos se han presentado de manera esporádica y no en contextos de exposición masiva, lo que facilita las tareas de control. Sin embargo, también implica el reto de identificar y controlar fuentes de transmisión dispersas en la comunidad.

En resumen, aunque el número de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea en Norte de Santander se mantiene bajo, el aumento relativo en la notificación y los factores asociados a su transmisión justifican el fortalecimiento de las acciones de prevención y control, tales como campañas de educación en higiene personal, mejora en los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento básico, y fortalecimiento de la vigilancia activa para una rápida detección y respuesta ante nuevos casos.

Recomendaciones

La atención oportuna de un caso o brote de fiebre tifoidea requiere de acciones conjuntas, UPGD, municipio, LDSP, técnicos del área de la salud y demás actores de acuerdo con la situación presentada.

Realizar la notificación oportuna permite la toma de acciones de vigilancia contempladas en el protocolo del evento.

Bibliografía

- Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. (2025). Informe anual de 2024 consolidado. San José de Cúcuta: IDS Norte de Santander. Recuperado de: www.ids.gov.co
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Guías de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles. OPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Protocolo de vigilancia en salud pública: Enfermedades transmitidas por alimentos y agua, intoxicaciones químicas, fiebre tifoidea, hepatitis A y enfermedad diarreica aguda. Bogotá: MinSalud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Directrices para la vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos y agua. OMS.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 70 de 531

Hepatitis A

Introducción

La hepatitis A es la enfermedad infecciosa que más comúnmente produce hepatitis (literalmente: "inflamación del hígado") aguda en el mundo. Es causada por el virus de la hepatitis A (VHA), cuyo reservorio natural es solamente humano.

La hepatitis A no puede ser crónica y no causa daño permanente sobre el hígado. Seguida de una infección, el sistema inmunitario produce anticuerpos en contra del virus de la hepatitis A y le confiere inmunidad al sujeto contra futuras infecciones. La transmisión ocurre por agua o alimentos contaminados, y en algunos países puede ser importada cuando se viaja a zonas de alto riesgo. La vacuna contra la hepatitis A1 es, a la fecha, la mejor protección contra la enfermedad.

Por eso es importante realizar vigilancia rutinaria y su notificación es de manera inmediata se debe confirmar el caso mediante laboratorio.

Hallazgos

Comportamiento de la notificación – sivigila

En el año 2024 la base de datos notificados de hepatitis A; presentó las siguientes características:

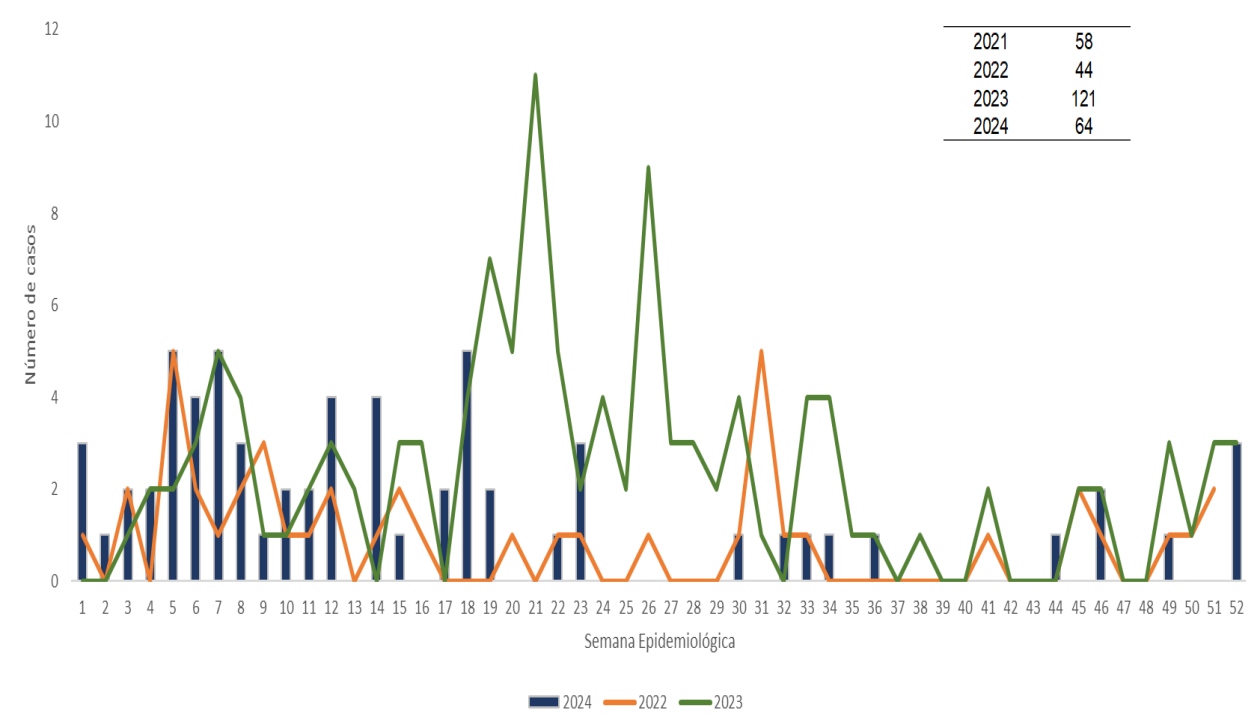
- a. Registro de la base de datos original: 70
- b. Registros duplicados y descartados: 1
- c. Registros descartados por error de digitación: 4
- d. Registros con otras procedencias: 1
- e. Registros finales en la base de datos depurada: 64

En el departamento Norte de Santander se presentaron 40 casos de hepatitis A, con un promedio de 1,23 casos por semana epidemiológica. El 27,5 % (11/40) de los municipios notificaron casos. El 100 % de los casos fueron confirmados por laboratorio.

Tendencia del evento

El comportamiento en el año de 2024 mostró disminución del 47,1% con respecto al año 2023. A partir de la semana epidemiológica 12 el comportamiento aumentó en el número de casos a los años inmediatamente anteriores (202-2023), mostrando picos epidemiológicos relevantes en las semanas 12 y 14.

Gráfica 22. Casos de Hepatitis A notificados, Norte de Santander, 2024



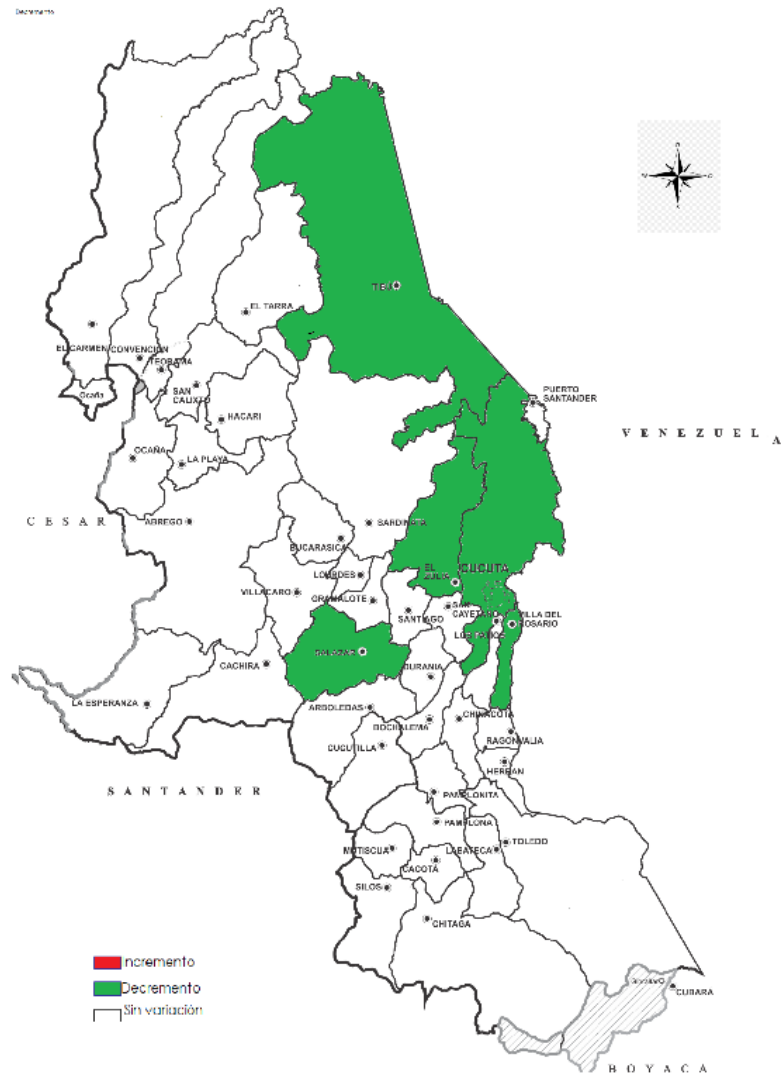
Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander 2025

Magnitud en lugar y persona

En el año 2024 la razón entre lo observado y lo esperado de casos de Hepatitis A, para los municipios de, Cúcuta, La zulia, Los patios, Salazar, Tibú, Villa del Rosario, decremento significativo comparado con el histórico notificado entre 2018 y 2023. Así mismo en los municipios Abrego, Arboledas, Bucarasica, Cachira, Chinácota, Chitaga, Cucutilla, Durania, El Carmen, El Tarra, Gramalote, Hacari, Herrán, La Playa, Labateca, Lourdes, Mutiscua, Pamplona, Pamplonita, Ragonvalia, San Calixto, San Cayetano, Santiago, Silos, Teorama, Toledo, Villa Caro , Bochalema, convención , Ocaña, Puerto Santander, Sardinata sin variación significativa.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 72 de 531

Mapa 3. Comportamientos inusuales evento Hepatitis A por municipio de procedencia, Norte de Santander, 2024



Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander 2025

Por municipio de procedencia la capital del departamento Cúcuta, aporta el 64,1% (41 casos) de la notificación total, seguido del municipio de villa del rosario 9,4% respectivamente. Resaltando que son municipios y corredores fronterizos lo cual está relacionado con el gran número de casos procedentes de Venezuela. La incidencia departamental es de 3,7 casos por 100.000 habitantes, el municipio con la tasa de incidencia más alta es Mutiscua con 20.6 casos por 100.000 habitantes.

Tabla 34. Casos e incidencia de Hepatitis A por municipio de procedencia, Norte de Santander,2024

Municipio	Incidencia en población general			Menor de 5 años			estimado población menor de 5 años
	Casos	Población DANE	Proporción (%)	Incidencia por 100.000 habitantes	Casos de Hepatitis A en menor de cinco años	Incidencia por 100.000 menores de 5 años	
Chinacota	2	19845	3,1%	10,1	0	0,0	56455
Chitaga	1	13330	1,6%	7,5	0	0,0	4.826
Cucuta	41	812176	64,1%	5,0	0	0,0	2.521
El Zulia	1	30816	1,6%	3,2	0	0,0	6.301
Los Patios	3	103733	4,7%	2,9	0	0,0	8501
Mutiscua	1	4843	1,6%	20,6	0	0,0	
Ocaña	4	62151	6,3%	6,4	0	0,0	
Pamplona	2	135344	3,1%	1,5	0	0,0	
Teorama	1	18731	1,6%		0	0,0	
Tibu	2	62151	3,1%	3,2	0	0,0	
Villa Del Rosario	6	116221	9,4%	5,2	0	0,0	138993
Norte de Santander	64	1709570	100%	3,7	0	0,0	1651278

Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander,2025

En relación con las características sociales y demográficas, el 68,75% de los casos de hepatitis A se registró en el sexo masculino y el 46,88% % pertenecen al régimen Contributivo. Por pertenencia étnica, el 100 % de los casos tienen como pertenencia étnica otros grupos poblacionales. Por grupo de edad, la mayor proporción de casos se observa en el grupo de 21-24 años con él 18,8%; seguido 25-28 con el 14,1 % y por área de residencia el 92 ,19% se presentó en cabecera municipal.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 74 de 531

Tabla 35. Comportamiento demográfico y social, casos de Hepatitis A, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	Porcentaje
Sexo	Masculino	44	68.75%
	Femenino	20	31.25%
Tipo de régimen	Contributivo	30	46.88%
	Subsidiado	29	45.31%
	No asegurado	4	7,7%
	Particulares	1	1.56%
	Especial	0	0,0%
	Indeterminado/pendiente	0	0,0%
Pertenencia Étnica	Otros grupos poblacionales	52	100,0%
Grupo de Edad	<1	0	0,0%
	13-16	8	12,5%
	17-20	9	14,1%
	21-24	12	18,8%
	25-28	9	14,1%
	29-32	9	14,1%
	33-36	4	6,3%
	37-40	5	7,8%
	41-44	2	3,1%
	45-48	2	3,1%
	53-56	2	3,1%
	57-60	1	1,6%
	61-65	1	1,6%
Área	Cabecera Municipal	59	92.19%
	Centro Poblado	3	4.69%
	Rural disperso	2	3.13%

Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

1. Proporción de Incidencia.

En El año 2024, la proporción de incidencia de hepatitis A departamental es de 3,7 casos por 100.000 habitantes.

2. Oportunidad en la notificación inmediata de brotes de Hepatitis A en población cerrada o cautiva.

100% brotes notificados.

3. Porcentaje de brotes de Hepatitis A en población cerrada o cautiva, con análisis virológico en muestras de agua.

Análisis de agua a 100% de brotes notificados

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 75 de 531

Discusión

El comportamiento de la hepatitis A en el Departamento de Norte de Santander durante 2024 muestra una tendencia positiva en la disminución de casos respecto a los años anteriores, reflejando el impacto de las acciones de vigilancia epidemiológica y de promoción de la vacunación y el autocuidado.

La disminución del 47,1% de casos en comparación con 2023 indica avances en el control de la transmisión, aunque los picos epidemiológicos observados en las semanas 12 y 14 revelan que la enfermedad mantiene su comportamiento estacional, probablemente asociado a factores como el suministro de agua, condiciones sanitarias y dinámicas migratorias, especialmente en zonas fronterizas como Cúcuta y Villa del Rosario. La concentración del 64,1% de los casos en Cúcuta refuerza la necesidad de fortalecer la vigilancia en los corredores fronterizos y de reforzar las medidas preventivas en contextos de alta movilidad poblacional.

A pesar de la disminución general, el municipio de Mutiscua presentó la mayor tasa de incidencia (20,6 casos por 100.000 habitantes), lo cual sugiere posibles debilidades locales en acceso a agua segura o condiciones de saneamiento, que deben ser abordadas de manera prioritaria.

Desde el punto de vista sociodemográfico, la mayor proporción de casos se presentó en hombres jóvenes entre 21 y 28 años, en su mayoría pertenecientes al régimen contributivo y residentes en áreas urbanas. Estos hallazgos son relevantes para enfocar las estrategias de comunicación del riesgo y de vacunación en este grupo poblacional, que podría estar más expuesto por dinámicas laborales, sociales o de viaje.

La confirmación del 100% de los casos por laboratorio y la notificación inmediata de los brotes evidencian el fortalecimiento del sistema de vigilancia Sivigila en cuanto a la detección oportuna y la respuesta epidemiológica, aspectos fundamentales para el control efectivo del evento.

En conclusión, aunque la hepatitis A presentó una disminución importante en su incidencia en 2024, el riesgo de transmisión sigue latente, sobre todo en zonas de alta movilidad poblacional y donde las condiciones de saneamiento básico son deficientes. Mantener la vigilancia activa, fortalecer la cobertura de vacunación en poblaciones de riesgo, mejorar el acceso al agua potable, y promover prácticas de higiene adecuadas siguen siendo pilares fundamentales para consolidar el control de esta enfermedad en el departamento.

Recomendaciones

Mantener actualizado el canal endémico del evento de manera que puedan identificar de forma inmediata cualquier situación irregular que se presente, de igual manera es importante realizar las investigaciones epidemiológicas de campo de los brotes de hepatitis A siguiendo los pasos definidos dentro del protocolo de vigilancia del evento.

Realizar unidades de análisis donde participen las áreas de salud ambiental, vigilancia en salud pública, empresas de acueducto municipal, que permitan realizar análisis del

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 76 de 531

Es importante fortalecer en las UPGD la necesidad de solicitar pruebas de laboratorio específicas para el VHA, (Ac IgM), principalmente en población mayor de 10 años, debido a que existen situaciones de riesgo que no me permiten diagnosticar por clínica una hepatitis viral sin diferenciar el tipo. Las pruebas deben realizarse de igual forma en pacientes hospitalizados para esclarecer el diagnóstico y en menores de un año, específicamente días, debido a que la ictericia podría estar asociada con otras alteraciones fisiológicas o patologías propias del período neonatal.

Bibliografía

- Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. (2025). Informe anual de 2024 consolidado. San José de Cúcuta: IDS Norte de Santander. Recuperado de: www.ids.gov.co
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Guías de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles. OPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Protocolo de vigilancia en salud pública: Enfermedades transmitidas por alimentos y agua, intoxicaciones químicas, fiebre tifoidea, hepatitis A y enfermedad diarreica aguda. Bogotá: MinSalud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Directrices para la vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos y agua. OMS.

Enfermedad Diarreica Aguda EDA

Introducción

A nivel nacional, la enfermedad diarreica aguda es un evento que presenta notificación me manera frecuente y por eso se hace necesario su constate análisis de su comportamiento y trabajar en su fortaleciendo para creación de estrategias efectivas.

Materiales y métodos

Se realiza depuración de base de datos de la notificación colectiva evento 998.

Se realizó un informe de tipo descriptivo, retrospectivo a partir de los datos registrados en el Sivigila, a semana epidemiológica 52 de 2024, analizando el comportamiento y tendencia de la notificación de la morbilidad por enfermedad diarreica aguda EDA por semana epidemiológica grupo de edad y municipio de procedencia.

Para el análisis de incrementos y decrementos se utilizó la metodología Poisson, la cual permite predecir el número de eventos en un determinado período de tiempo, teniendo en cuenta el número de casos observados y el número de casos esperados del evento para cada municipio.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 77 de 531

Morbilidad por Enfermedad Diarréica Aguda

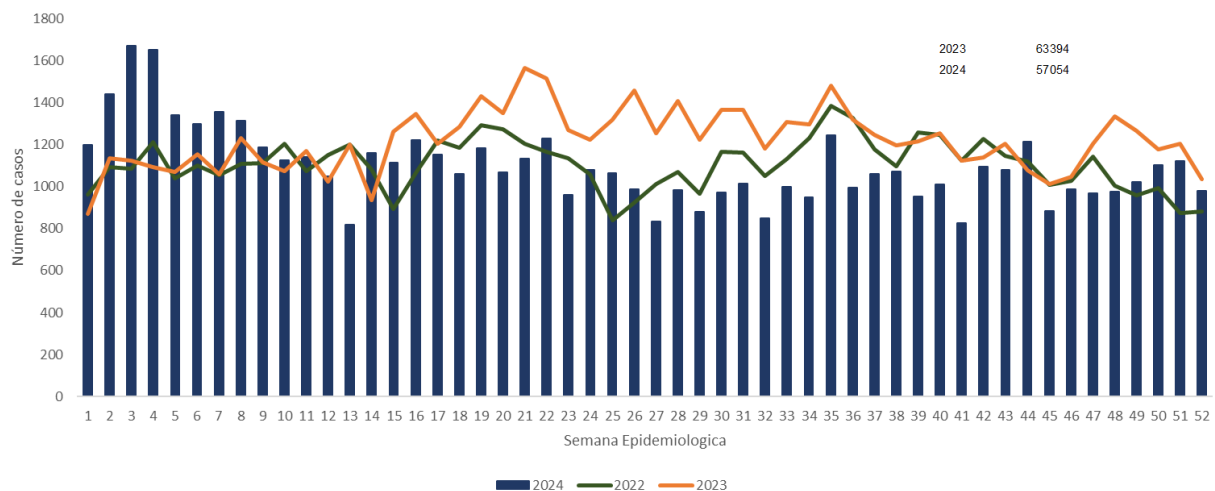
Hallazgos

Total, de casos notificados: 58.186
 Registros descartados: 1128
 Registros repetidos:0
 Otras procedencias:1
 Otra procedencia venezolanos:3
 Total, de casos Norte de Santander: 57.054

Comportamiento de la notificación

En el año 2024 para el Departamento Norte de Santander se notificaron 57.054 casos de morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda, en la semana epidemiológica 3 y 4 se presentó el mayor número de casos (1671 casos y 1650 casos) respectivamente. El promedio de casos por semana es de 1097 casos. Con respecto a la notificación del año 2024 se observa una disminución del 11,11% en relación con el año 2023.

Gráfica 23. Número de casos de Enfermedad Diarreica Aguda, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2025

El 51,62% (28454 casos) de los casos notificados corresponden al sexo femenino, en todos los grupos de edad se han presentado casos de enfermedad diarreica aguda, siendo los menores de 5 años los que registran la mayor proporción de casos representando el 18,6% del total de casos notificados.

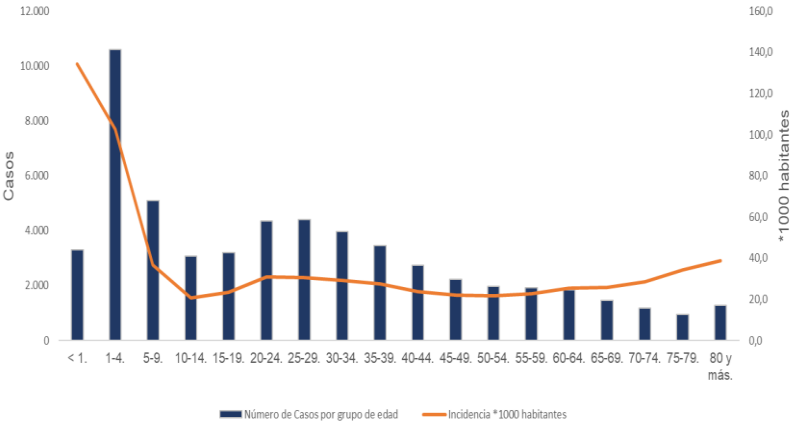
Tabla 36. Casos y proporción de incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda por sexo y grupos de edad, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Población estimada DANE	Número de casos	Proporción	Incidencia por 1.000 habitantes	
Sexo	Femenino	867.513	29.454	51,62%		34,0
	Masculino	854.259	27.600	48,38%		32,3
Grupo de edad	< 1.	24.657	3.312	5,8%		134,3
	1-4.	103.479	10.600	18,6%		102,4
	5-9.	138.404	5.097	8,9%		36,8
	10-14.	149.727	3.079	5,4%		20,6
	15-19.	135.913	3.195	5,6%		23,5
	20-24.	140.619	4.343	7,6%		30,9
	25-29.	144.005	4.404	7,7%		30,6
	30-34.	136.154	3.979	7,0%		29,2
	35-39.	124.954	3.455	6,1%		27,7
	40-44.	115.444	2.732	4,8%		23,7
	45-49.	100.873	2.231	3,9%		22,1
	50-54.	91.782	1.981	3,5%		21,6
	55-59.	84.136	1.918	3,4%		22,8
	60-64.	72.769	1.856	3,3%		25,5
	65-69.	56.955	1.468	2,6%		25,8
	70-74.	41.261	1.173	2,1%		28,4
	75-79.	27.469	941	1,6%		34,3
	80 y más.	33.171	1.290	2,3%		38,9

Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander 2025

La incidencia más alta se presenta en el grupo de grupo de edad menor de 1 año 134,3 casos por 1.000 habitantes seguido a los 1 a 4 año siendo de 102,4 casos por 1.000 habitantes, así mismo los 80 y más años muestran una incidencia de 33,1 casos por 1.000 habitantes.

Gráfica 24. Incidencia de Morbilidad Enfermedad Diarreica Aguda por 1.000 habitantes, según grupo de edad, Norte de Santander, 2024



Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander 2025

Durante el año de 2024, los 40 municipios del departamento notificaron casos de enfermedad diarreica aguda. La incidencia del departamento es de 33,4 casos por 1.000 habitantes. Los municipios con incidencia mayor a la departamental son: Cachira, Pamplona y Ocaña.

Tabla 37. Incidencia morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda por municipio de procedencia, Norte de Santander, 2024

Municipio	Población DANE 2024	Número de casos	Proporción	Incidencia *1000 hab
Cachira	3.181	190	0,4	59,7
El Zulia	30.816	1795	2,5	58,2
Pamplona	56.894	3029	5,3	53,2
Ocaña	135.344	6192	12,0	45,8
Chinácota	19.845	903	1,7	45,5
Santiago	3.861	167	0,3	43,3
Durania	5.197	219	0,3	42,1
Cúcuta	812.176	31904	55,9	39,3
Tibú	62.151	2130	4,8	34,3
San Cayetano	8.102	268	0,4	33,1
Sardinata	28.989	925	1,6	31,9
Toledo	17.714	508	0,9	28,7
Los Patios	103.733	2865	3,5	27,6
Villa Caro	5.727	152	0,3	26,5
Puerto Santander	9.913	257	0,6	25,9
La Esperanza	7.189	185	0,3	25,7
El Tarra	23.521	541	0,7	23,0
Mutiscua	4.843	108	0,3	22,3
Villa del Rosario	116.221	1885	3,3	16,2
Lourdes	4.537	73	0,1	16,1
Salazar	11.664	187	0,3	16,0
Pamplonita	6.239	100	0,2	16,0
Ragonvalia	6.751	101	0,2	15,0
Bochalema	9.385	140	0,2	14,9
Gramalote	8.346	124	0,2	14,9
Cucutilla	9.280	134	0,2	14,4
Convención	21.175	301	0,5	14,2
Abrego	35.936	478	1,0	13,3
Chitagá	13.330	156	0,3	11,7
Teorama	18.731	213	0,4	11,4
El Carmen	15.080	158	0,3	10,5
Arboledas	11.028	112	0,2	10,2
Herrán	7.841	63	0,1	8,0
San Calixto	14.496	114	0,3	7,9
Labateca	8.741	67	0,1	7,7
Hacarí	11.559	79	0,1	6,8
Cácuta	12.500	85	0,1	6,8
Silos	7.127	48	0,1	6,7
La Playa	13.144	86	0,2	6,5
Bucarasica	7.263	9	0,0	1,2
Norte de Santander	1.709.570	57051	100	33,4

Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 81 de 531

Discusión

La enfermedad diarreica aguda (EDA) continúa representando un problema importante de salud pública en el Departamento de Norte de Santander, a pesar de observarse una disminución del 11,11% en los casos notificados durante 2024 respecto al año anterior. Esta reducción puede atribuirse tanto a los esfuerzos en vigilancia epidemiológica y estrategias de prevención como a cambios en las condiciones ambientales y de acceso a servicios básicos.

Con 57.054 casos confirmados en el año, el evento mantiene un comportamiento de notificación constante a lo largo del tiempo, con un pico de casos en las semanas epidemiológicas 3 y 4, lo que podría asociarse a factores estacionales como el inicio de la temporada de lluvias o a deficiencias en el acceso a agua potable segura. El promedio de 1.097 casos por semana demuestra que la EDA sigue afectando de manera sostenida a la población.

El análisis por grupo de edad resalta que los menores de cinco años siguen siendo el grupo más vulnerable, representando el 18,6% del total de casos, con una incidencia particularmente alta en los menores de un año (134,3 casos por 1.000 habitantes). Esta situación refuerza la necesidad de continuar con programas específicos como la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) y acciones de promoción de la lactancia materna, higiene en la preparación de alimentos y uso de agua segura.

Aunque todos los municipios notificaron casos, la incidencia fue superior al promedio departamental en municipios como Cuchirá, Pamplona y Ocaña, lo que evidencia disparidades en el acceso a servicios de saneamiento, abastecimiento de agua potable y condiciones socioeconómicas. Es fundamental priorizar intervenciones en estos municipios para reducir la morbilidad.

El análisis temporal muestra que el 60% de los municipios presentó un incremento en la morbilidad por EDA, lo que sugiere que las condiciones locales continúan favoreciendo la transmisión de agentes etiológicos asociados a esta enfermedad. Factores como el deterioro en la calidad del agua, insuficiencia en el tratamiento de aguas residuales y malas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos siguen siendo determinantes críticos.

En conclusión, aunque se evidencian avances en el control de la EDA en Norte de Santander, su alta carga de enfermedad en población infantil y su persistencia en múltiples municipios requieren reforzar las acciones de prevención primaria, mejorar la infraestructura de agua y saneamiento básico, fortalecer la educación comunitaria y mantener una vigilancia epidemiológica activa para una detección y respuesta temprana.

Recomendaciones

- Las acciones de búsqueda activa de casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda a través de registros individuales de prestación del servicio y certificados de defunción son fundamentales para el seguimiento del evento.
- Intensificar las acciones basadas en la estrategia AIEPI de la OMS/OPS, en los planes de prevención y control de la enfermedad diarreica aguda, principalmente en su componente comunitario.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 82 de 531

- Evaluar los avances de la implementación de la estrategia de entornos saludables, estrategia AIEPI y acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (relacionadas con la promoción, prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda), en cada entidad territorial con el objeto de identificar los avances en la mejora de los hábitos, conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la afectación positiva de los factores de riesgo relacionados con la enfermedad diarreica aguda, la identificación de signos de alarma y peligro de muerte y la demanda oportuna de servicios de salud.

Bibliografía

- Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. (2025). Informe anual de 2024 consolidado. San José de Cúcuta: IDS Norte de Santander. Recuperado de: www.ids.gov.co
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Guías de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles. OPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Protocolo de vigilancia en salud pública: Enfermedades transmitidas por alimentos y agua, intoxicaciones químicas, fiebre tifoidea, hepatitis A y enfermedad diarreica aguda. Bogotá: MinSalud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Directrices para la vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos y agua. OMS.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 83 de 531

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial, debido a su alta morbilidad, mortalidad y capacidad de transmisión, especialmente en poblaciones vulnerables como niños, adultos mayores y personas con comorbilidades (1). Estas infecciones comprenden un amplio espectro de enfermedades que afectan desde las vías respiratorias superiores (como faringitis o rinitis) hasta las inferiores (como bronquitis y neumonía), y son causadas por una variedad de agentes virales y bacterianos (2).

La aparición del SARS-CoV-2 en diciembre de 2019, virus responsable de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), transformó el panorama de las IRA al convertirse en una pandemia que afectó los sistemas de salud de todo el mundo (3). Esta nueva infección respiratoria aguda, con una alta tasa de transmisibilidad y una amplia gama de manifestaciones clínicas, obligó a replantear estrategias de vigilancia epidemiológica, diagnóstico, tratamiento y prevención (4).

En el contexto postpandemia, es fundamental continuar con la vigilancia de las IRA, dado que los cambios en los patrones de circulación de virus respiratorios, como influenza y virus sincicial respiratorio (VSR), se han visto influenciados por las medidas de control implementadas durante la pandemia de COVID-19 (5). Además, la coinfección con SARS-CoV-2 y otros patógenos respiratorios representa un nuevo desafío clínico y epidemiológico (6).

Cada año, en todo el mundo se presentan brotes por Infección Respiratoria Aguda (IRA) de extensión e intensidad variables; ocasionan tasas importantes de morbilidad en la población general y mayores tasas de mortalidad principalmente en pacientes de alto riesgo (7). De acuerdo con los datos disponibles de vigilancia de virus respiratorios reportados por los países a la Organización Mundial de la Salud (OMS) al 11 de enero del 2025, se observa una positividad de influenza a nivel mundial de un 22,05% en la semana epidemiológica (SE) 1 del 2025, lo que representa un aumento de un 2,8% en la positividad en comparación con la SE 52 del 2024 (8).

Los casos de IRA están elevados en 14 países del hemisferio norte. El 36% de las muestras analizadas fueron positivas para influenza, con una mediana de positividad del 30%, ARS-CoV-2 se mantuvo en 2%, mientras que VRS se mantuvo en 8%, en 15 países del hemisferio norte. En cuanto a los casos IRAG, el 20% de las muestras resultaron positivas para influenza, mayor al 16% de la semana anterior, con una mediana del 23%, la mayoría de las detecciones fueron influenza tipo A (87%), predominando A(H1N1)pdm09 (85%). La positividad para SARS-CoV-2 disminuyó al 3%, y para VRS se mantuvo en 13% en 11 países del hemisferio norte (8).

La subregión de América del Norte y partes del Caribe mantienen un nivel alto, pero en descenso, para la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmd09 e influenza B, mientras que la actividad del virus sincicial respiratorio (VRS) mantiene su tendencia a la disminución. La actividad de SARS-CoV2 se mantiene baja en América del Norte, mientras que el Caribe ha mostrado aumentos en la circulación (9).

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 84 de 531

En Colombia para la vigilancia de morbilidad por IRA se notificaron 6 522 102 casos que consultaron a los servicios de consulta externa y urgencias durante el año 2024, lo que corresponde a una disminución de -5,29,4% en la notificación, al compararlo con el mismo período del año 2023 (6 886 161 casos), en cuanto a la hospitalización en sala general por IRA se evidencia notificación de 277.830 casos durante el año 2024 , lo que corresponde a una disminución de -4,17% en la notificación, al compararlo con el mismo período del año 2023 (289 912 casos) y en la notificación de hospitalizaciones por IRA en UCI e intermedio se evidencia un incremento en la notificación del 7,52% con 35 811 casos en 2024, al compararlo con el mismo período del año 2023 (33 307 casos) (10).

Para la vigilancia centinela en Colombia se notificaron 7 585 casos en el año 2024 de los cuales el 46%(3 489 casos) fueron confirmados en cuanto a la variación porcentual se evidencia una disminución del -5,3% al comparado con el mismo periodo del año 2023 (8 016 casos), de las muestras analizadas fueron positivas para Influenza (19,5%), Influenza A (7,2%), Influenza B (1,6%) , VRS (31,9%), Adenovirus (7,3%), virus respiratorios (46,6%), otros virus respiratorios (82,4%). El comportamiento de IRAG inusitado para el año 2024 se notificaron 1 152 casos de los cuales el 43,6% (496 casos) fueron confirmados, el grupo de edad con mayor afectación fue lo mayores de 60 año (10), es importante mencionar que se retomó la vigilancia integral de la infección respiratoria aguda para la detección de otros virus respiratorios a través de la vigilancia centinela de IRAG y vigilancia de IRAG inusitado, que pueden indicar situaciones inusuales e intervenciones oportunas frente a la aparición de brotes.

En cuanto a IRA por virus nuevo (COVID-19) en Colombia para el año 2024 se notificaron 26 180 casos con una variación porcentual de -23,2% lo que corresponde a una disminución comparado con el mismo periodo del año 2023 (33 771 casos) (11).

Objetivo

El objetivo del presente informe es describir el comportamiento epidemiológico de los eventos de la morbilidad por IRA, vigilancia centinela de IRAG, IRAG inusitado e IRA por virus nuevo (COVID-19) en Norte de Santander durante la vigencia 2024.

Materiales y métodos

Se realizó un informe de análisis de tipo transversal descriptivo para determinar las características epidemiológicas, clínicas y el comportamiento de los casos de IRA notificados en Norte de Santander durante 2024. Los datos fueron obtenidos de los registros de notificación individual del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) de los eventos 345, 346 y 348, notificación colectiva del evento 995.

Se utilizaron las variables de sexo, edad, régimen de afiliación, área de ocurrencia, pertenencia étnica, hospitalización y condición final; el denominador empleado en el cálculo de incidencias se utilizó la población total del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE 2024.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 85 de 531

A continuación, se describe la depuración de la base de datos teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Vigilancia Morbilidad por IRA

Para validar la información de la morbilidad por IRA se eliminaron los registros repetidos considerándose estos como el registro coincidente para una UPGD notificadora con los mismos valores en semana epidemiológica, código de prestador, código de subíndice y código de municipio. Así mismo, se excluyeron los registros con error de digitación.

Los canales endémicos para consultas externas y urgencia y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por IRA mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2017 a 2023 y el intervalo de confianza. Se excluyó el año 2020 por ser un año con comportamiento atípico.

Para las hospitalizaciones por IRA en UCI se construyó el gráfico de control mediante el cálculo del promedio y la desviación estándar de los años 2023 y 2024, estableciéndose los límites de control superior e inferior.

Para el cálculo de los indicadores se tiene en cuenta la proporción de consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y UCI por IRA por grupo de edad, se toma como numerador el número de atenciones por IRA para cada uno de los servicios y el denominador es el total de atenciones por todas las causas para cada servicio.

Vigilancia centinela de IRAG

Eliminar los casos descartados con ajuste D, los casos con ajuste 6 no se excluyeron del análisis de este evento puesto que para infección respiratoria un paciente puede tener toda la presentación clínica y un resultado negativo por laboratorio. Por lo tanto, el análisis incluye los casos con ajuste 3 y 6.

Incluir únicamente los casos notificados por la UPGD centinela establecida en la circular 031 de 2018 para Norte de Santander, la cual es la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Eliminar registros duplicados y repetidos, verificando nombre completo, número de documento y fecha de inicio de síntomas, hospitalización, condición final y tipo de ajuste. Los casos repetidos corresponden a casos que se encuentran más de una vez en la base de datos dentro de 30 días entre la fecha de inicio de síntomas de los casos, para ello, se tiene en cuenta el caso con fecha de inicio de síntomas más antigua y se escoge el caso de mayor gravedad.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 86 de 531

Para el análisis del comportamiento inusual se tiene en cuenta el canal endémico, se utilizó como dato de entrada el número de casos de IRAG notificados por semana epidemiológica. La elaboración se realizó por la técnica de Bortman; se calculó el umbral estacional teniendo en cuenta el promedio de notificación por semana epidemiológica de los años 2017 a 2023, y se definieron los límites de control que permitieran evidenciar el riesgo de epidemia. Se excluyó el año 2020.

Para realizar la identificación de agentes respiratorios y gráfica de circulación viral, se tienen en cuenta las muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral notificados al Sivigila, realizando la depuración con base en los siguientes criterios: eliminar casos notificados por otros departamentos, ajuste D, instituciones no centinelas, ajuste 6, duplicados y repetidos. Además de verificar la concordancia entre el tipo de ajuste, tipo de caso, agente respiratorio reportado, resultado y valor registrado en la base de datos.

Para el cálculo del indicador del porcentaje de cumplimiento en la notificación, se tienen en cuenta el número de casos notificados por período epidemiológico, con base en la notificación de mínimo 5 casos por semana, se considera como cumplimiento mínimo 20 casos por período epidemiológico para cada una de las estrategias de ESI-IRAG. Para este informe se evalúan 13 períodos epidemiológicos. Para un porcentaje de cumplimiento del 100% se deben tener 13 períodos epidemiológicos con cumplimiento.

IRAG inusitado

El análisis del comportamiento del evento se realiza por entidad territorial de procedencia, mientras que, el análisis del indicador relacionado con el porcentaje de casos de IRAG inusitado con muestra respiratoria se analizan por entidad territorial de notificación.

Identificar los registros que no cumplen con la definición de caso descartados por unidad de análisis.

Eliminar los casos descartados con ajuste D – error de digitación, los casos con ajuste 6 no se excluyeron del análisis de este evento puesto que para infección respiratoria un paciente puede tener toda la presentación clínica y un resultado negativo por laboratorio. Por lo tanto, el análisis incluye los casos con ajuste 3 y 6.

Eliminar registros con procedencia de otros departamentos o países, registros duplicados y repetidos, verificando nombre completo, número de documento, fecha de inicio de síntomas, hospitalización, condición final, tipo de ajuste y UPGD. Los casos repetidos corresponden a casos que se encuentran más de una vez en la base de datos dentro de 30 días entre las fechas de inicio de síntomas de los casos, para ello, se tiene en cuenta el caso con fecha de inicio de síntomas más antigua y se escoge el caso de mayor gravedad.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 87 de 531

Para calcular el indicador de gestión de IRAG inusitado, y verificar si los casos notificados tienen muestra respiratoria se tiene en cuenta la base de laboratorios de Sivigila y las bases de SISmuestras antígeno y RT-PCR de 2023 con resultado positivo y negativo para SARS-CoV-2.

IRA por virus nuevo - COVID-19

Eliminar los casos descartados con ajuste D– error de digitación y 6 con procedencia de otros departamentos o países, registros duplicados y repetidos, verificando nombre completo, número de documento, fecha de inicio de síntomas.

Registros repetidos, se tendrá en cuenta la fecha de inicio de síntomas y se realizará el cálculo en las dos fechas, los casos con una diferencia menor a 90 días entre estos se debe eliminar un registro priorizando, fallecidos y hospitalizados, y si los dos casos tienen esta misma información se dejará el que tenga la fecha de inicio de síntomas más antigua; los que tengan una diferencia mayor de 90 días permanecerán en la base, como un caso nuevo.

Se realiza análisis de tendencia, curva epidémica por fecha de inicio de síntomas, fecha consulta y fecha de muerte, distribución de casos por sexo y edad, incidencia y tasa de letalidad.

Se construyó el gráfico de control mediante el cálculo del promedio y la desviación estándar de los años 2023 y 2024, estableciéndose los límites de control superior e inferior.

Resultados

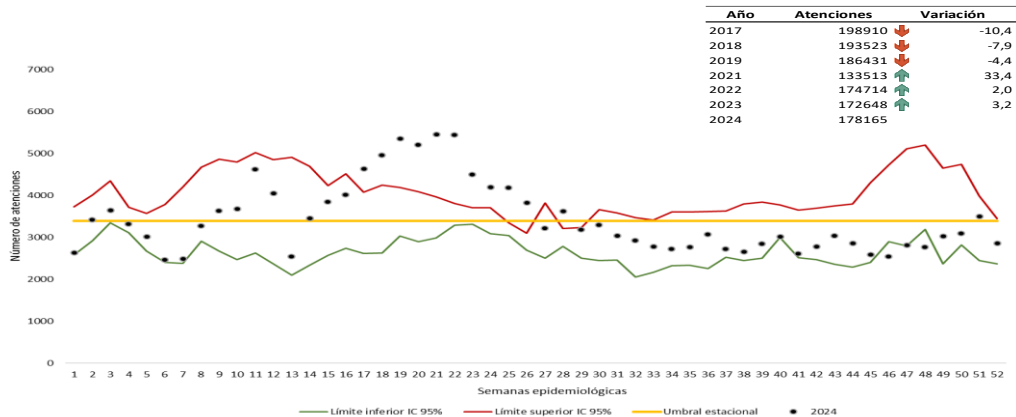
Vigilancia Morbilidad por IRA

Consulta externa y urgencias por IRA

En Norte de Santander durante 2024 se notificaron 178 165 consultas externas y urgencias por IRA, presentando una variación porcentual con tendencia al incremento frente a lo notificado en el 2023 con 3,2%, en 2022 con 2,0%, en 2021 con 33,4% y una tendencia hacia la disminución con el -4,4% frente a 2019, en 2018 con -7,9% y 2017 con -10,4%.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA se observa que desde la semana epidemiológica 16 se presentó una tendencia hacia el incremento, superando el límite durante las semanas 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 28. Mientras que, se observa que para el resto de las semanas epidemiológicas el comportamiento se mantuvo dentro de lo esperado.

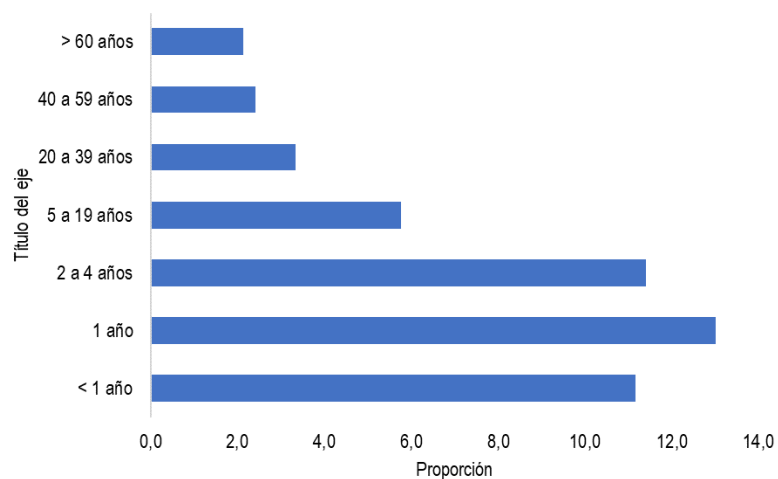
Gráfica 25. Canal endémico de consultas externas y urgencias por Infección Respiratoria Aguda, Norte de Santander, 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Del total de casos atendidos en consulta externa y urgencias por todas las causas, el 12,9% (13 019) de las atenciones en niños de un año son por IRA, seguido de los menores de 2 a 4 años con el 11,4% (24 890) y menores de un año con el 11,1% (13 178).

Gráfica 26. Proporción de consultas externas y urgencias por Infección Respiratoria Aguda, del total de consultas externas y urgencias por todas las causas por grupos de edad, Norte de Santander, 2024



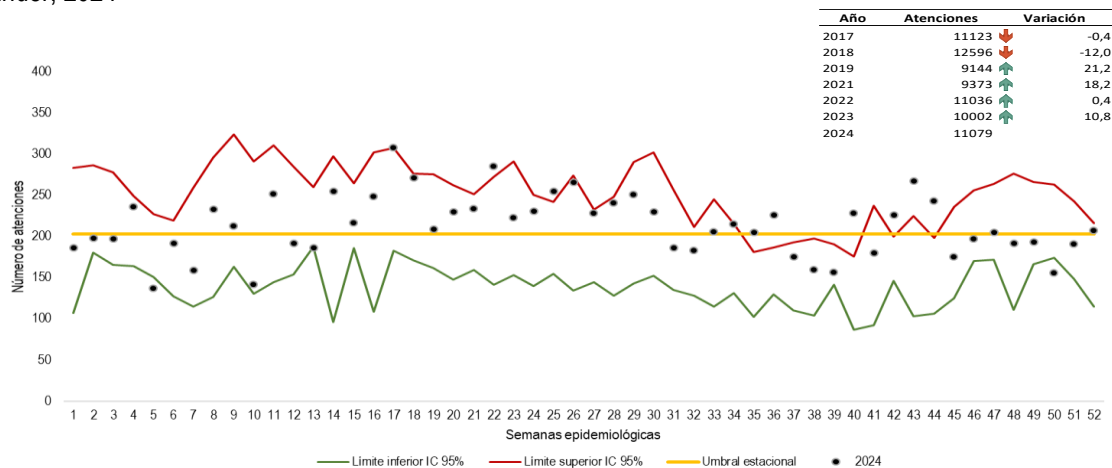
Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Hospitalizaciones en sala general por IRAG

En Norte de Santander durante 2024 se notificaron 11 079 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando una variación porcentual con tendencia a la disminución frente a lo notificado en el 2017 con el -0,4 %, en 2018 con -12,0 %. Se observa una tendencia hacia el incremento con el 21,2% frente a 20219, en 2021 18,2%, en 2022 con 0,4% y del 10,8 % frente a 2023.

En el canal endémico de hospitalizaciones en sala general por IRAG se observa que para las semanas epidemiológica 17, 22, 25, 35, 36, 40, 42, 43 y 44 se presenta un incremento en el número de atenciones ubicándose por encima del límite superior histórico. No obstante, se observa que para el resto de las semanas epidemiológicas se mantuvo dentro de los niveles esperados.

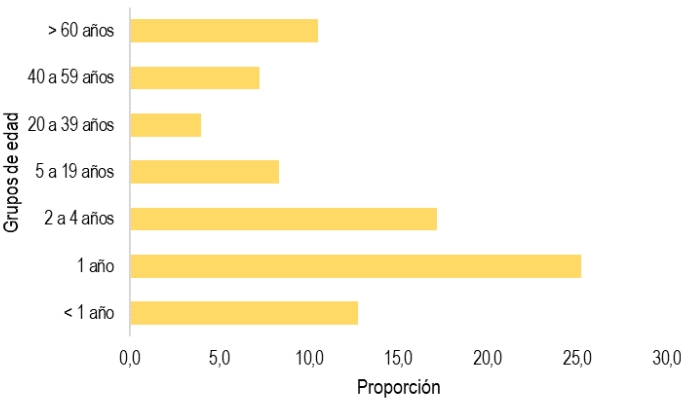
Gráfica 27. Canal endémico de hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave en sala general, Norte de Santander, 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Del total de hospitalizaciones por todas las causas, la proporción de IRAG en los niños menores de un año es del 25,3 % (1 200), seguido de los menores de 2 a 4 años con el 17,1 % (1 109) y menores de un año con el 12,7 % (1 235).

Gráfica 28. Proporción de hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave en sala general del total de hospitalizaciones por todas las causas por grupos de edad, Norte de Santander, 2024

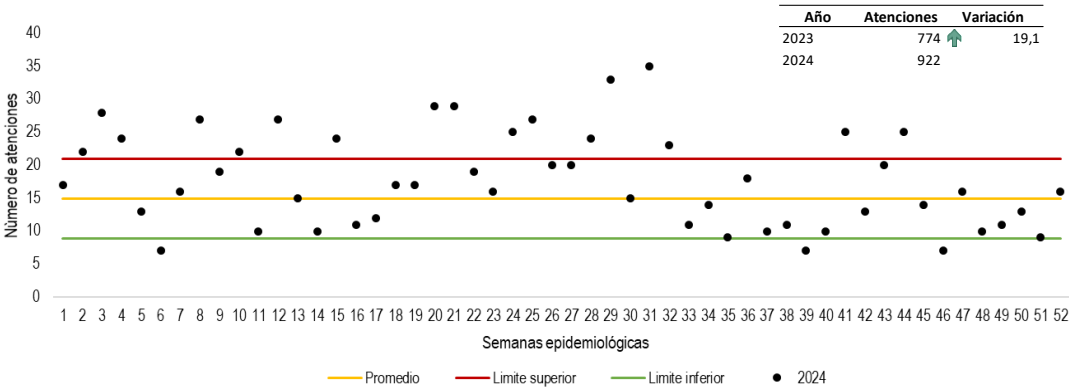


Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Hospitalizaciones en unidad de cuidado intensivos- UCI e intermedios

Se notificaron 922 hospitalizaciones por IRAG en unidad de cuidados intensivos - UCI e intermedios, con una variación porcentual con una tendencia hacia el incremento frente a lo notificado en el 2023 con 19,1%. En el gráfico de control de hospitalizaciones en UCI e intermedios se observa que durante la vigencia 2024 durante 17 semanas se presenta un incremento en el número de atenciones ubicándose por encima del límite superior histórico, las semanas epidemiológicas son 2, 3, 4, 8, 10, 12,15, 20, 21, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 41 y 44.

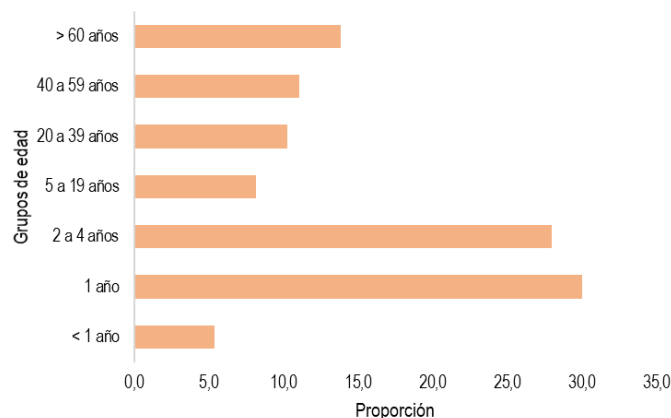
Gráfica 29. Gráfico de control de hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave en unidades de cuidados intensivos, Norte de Santander, 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Del total de hospitalizaciones por todas las causas en UCI, la proporción de IRAG en menores de un año con el 30,0 % (69), seguido de los menores de 2 a 4 años con el 28,0 % (21) y mayores de 60 años con el 13,8 % (504).

Gráfica 30. Proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI del total de hospitalizaciones por todas las causas por grupos de edad, Norte de Santander, 2024

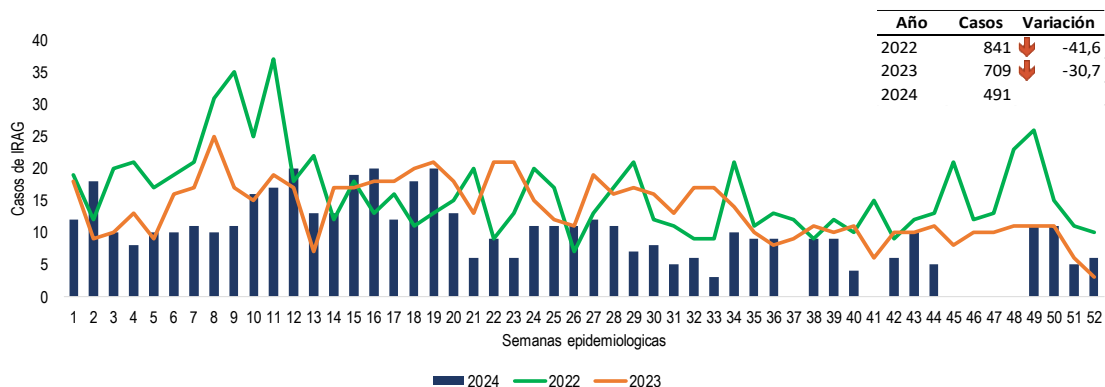


Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Vigilancia centinela de IRAG

Durante la vigencia 2023, la UPGD centinela del departamento, la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz notificó 491 casos de IRAG mediante la estrategia de la vigilancia centinela, con una variación porcentual con tendencia a la disminución frente a lo notificado en el 2023 con -30,7 %, y en el 2022 con -41,6 %.

Gráfica 31. Comportamiento de la notificación de la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave, Norte de Santander, 2022 - 2024

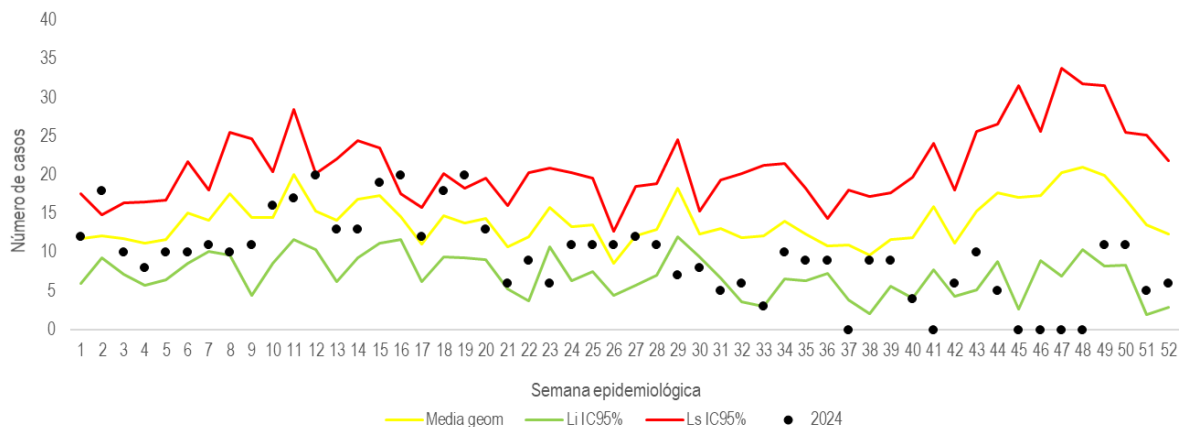


Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 92 de 531

En el canal endémico se observa que durante las semanas epidemiológicas 01, 07, 08, 16 a la 20, 22, 23, 27 y 30 se presentó un incremento ubicándose por encima del límite superior histórico establecido. Sin embargo, para el resto de las semanas epidemiológicas de la vigencia 2023, el comportamiento se mantuvo dentro de los niveles esperados.

Gráfica 32. Canal endémico de la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

De acuerdo con las características sociodemográficas de los casos notificados por la vigilancia centinela IRAG, se observa que la mayor proporción de los casos corresponden al sexo masculino, predominando la nacionalidad colombiana, con afiliación al régimen en salud subsidiado, seguido de los no asegurados. Así mismo, se observa que la mayor proporción de los casos notificados proceden de la cabecera municipal, con pertenencia étnica otros, hospitalizados con egreso final vivo. En cuanto a los casos de IRAG confirmados, se observa que los menores de 1 año son lo más afectados con el 32,3 %, seguido de los menores de 5 a 19 años con el 24,4%.

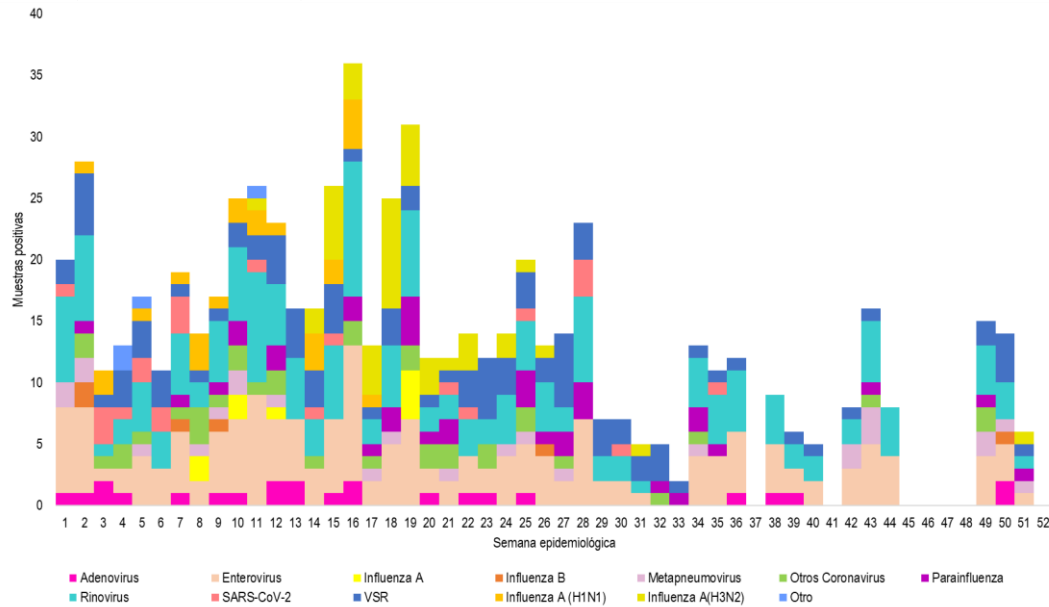
Tabla 38. Características sociodemográficas de los casos notificados por la vigilancia centinela Infección Respiratoria Aguda Grave, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Positivos		Negativos	
		(n=405)	(%)	(n=86)	(%)
Sexo	Femenino	169	41,7	43	50
	Masculino	236	58,3	43	50
Nacionalidad	Colombia	309	76,3	62	72,1
	Venezuela	90	22,2	24	27,9
	Ecuador	2	0,5	0	0,0
	España	2	0,5	0	0,0
	Perú	1	0,2	0	0,0
	Estados Unidos	1	0,2	0	0,0
Régimen de afiliación	Subsidiado	300	74,1	65	75,6
	No asegurado	74	18,3	18	20,9
	Contributivo	28	6,9	2	2,3
	Excepción	2	0,5	1	1,2
	Especial	1	0,2	0	0
Área de ocurrencia	Cabecera Municipal	326	80,5	72	83,7
	Centro Poblado	32	7,9	6	7,0
	Rural disperso	47	11,6	8	9,3
Pertenencia étnica	Otro	393	97,0	85	98,8
	Indígena	12	3,0	1	1,2
Grupo de edad	Menor de 1 año	131	32,3	17	19,8
	1 año	48	11,9	6	7,0
	2 - 4 años	80	19,8	8	9,3
	5 - 19 años	99	24,4	34	39,5
	20 - 39 años	19	4,7	8	9,3
	40 - 59 años	14	3,5	5	5,8
	Mayor 60 años	14	3,5	8	9,3
Hospitalizado	Si	401	99,0	85	98,8
	No	4	1,0	1	1,2
Condición final	Vivo	404	99,8	86	100,0
	Fallecido	1	0,2	0	0

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

En la gráfica de circulación viral, se observa que durante la semana epidemiológica 16 y 20 de 2024, el departamento registró una mayor proporción de virus respiratorios identificados comparado con el resto de las semanas epidemiológicas, y se resalta que, durante la vigencia 2023, los virus circulantes más comunes que han sido identificados a través de la vigilancia centinela de IRAG corresponden enterovirus, rinovirus, adenovirus, virus sincitial respiratorio (VSR) y Influenza A(H3N2).

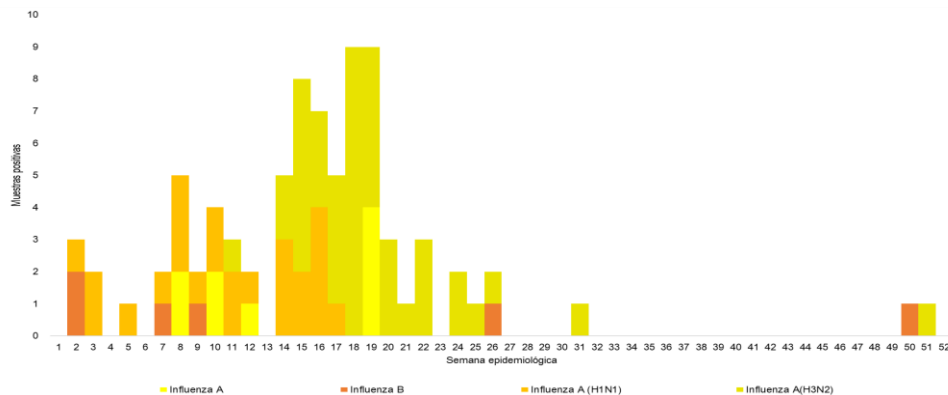
Gráfica 33. Circulación de virus respiratorios identificados en la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave, Norte de Santander, 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Así mismo, se observa la circulación de influenza A, influenza A (H1N1), influenza A (H3N2) e influenza B en el departamento, registrando para la semana epidemiológica 18 y 19 un incremento de la circulación de influenza A con predominio del subtipo A(H3N2), en comparación con el resto de las semanas epidemiológicas.

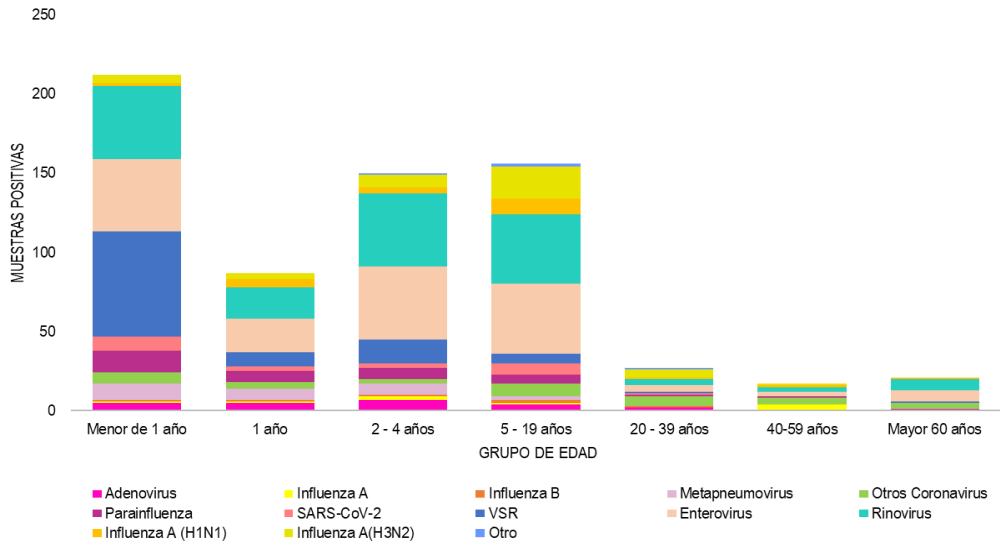
Gráfica 34. Circulación de influenza identificados en la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Por otra parte, se observa que, los grupos de edad menores de 1 año, 1 año, 2 a 4 años y 5 a 19 años presentan una afectación en gran medida por la presencia de adenovirus, enterovirus y rinovirus, sin embargo, los menores de 1 año tienen una mayor afectación por VSR comparado con el resto de grupo de edades analizadas.

Gráfica 35. Identificación de agente viral por grupo de edad en muestras de casos notificados por la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave, Norte de Santander, 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Indicador Vigilancia centinela de IRAG

Para el cálculo del indicador del porcentaje de cumplimiento en la notificación en la vigilancia centinela de ESI-IRAG según UPGD, se tienen en cuenta el número de casos notificados por período epidemiológico, con base en la notificación de mínimo 5 casos por semana, se considera como cumplimiento mínimo 20 casos por período epidemiológico para cada una de las estrategias de ESI IRAG.

La UPGD centinela del departamento notificó 491 casos de IRAG durante la vigencia 2024 cumpliendo con el 92,3% del indicador de gestión evaluado.

IRAG inusitado

En 2024 la notificación de IRAG inusitado disminuyó, debido a la definición operativa de caso y el análisis de casos notificados para dicha vigencia se notificaron 15 casos de los cuales, 8 casos (53,3%) se descartaron por tener resultado positivo para COVID-19, 3 casos (20%) se notificaron como fallecidos a los cuales se les realizó unidad de análisis y se descartaron para el evento por no cumplir con los criterios, 1 caso (6,6%) se descarta por no cumplir con la definición de caso operativa para el evento según lo estipulado en el protocolo para la vigilancia del evento y 3 casos (20%) son incluidos como IRAG inusitado para el departamento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 96 de 531

Tabla 39. Análisis de casos notificados por Infección Respiratoria Aguda Grave, inusitado, Norte de Santander, año 2024

Clasificación	No. Casos	%
Descartado por COVID-19	8	53,3
Descartado por UA	3	20
IRAG	3	20
Descartado por definicion de caso	1	6,6
Norte de Santander	15	100

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Indicador IRAG inusitado

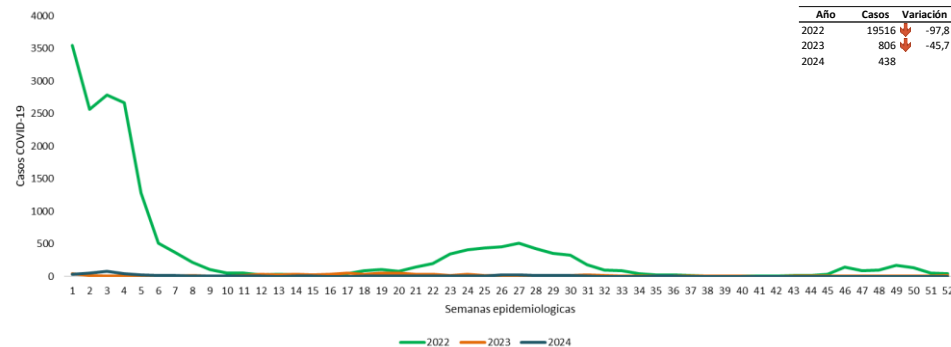
Para el cálculo del indicador de la proporción de casos de IRAG inusitado notificado por entidad territorial con muestra respiratoria, se tiene en cuenta para el numerador el número de casos de IRAG inusitado notificados con muestra respiratoria, y como denominador el número de casos de IRAG inusitado notificados por entidad territorial de notificación por el coeficiente de multiplicación (100).

En 2023, Norte de Santander notificó un total de 15 casos de IRAG inusitado, de los cuales 15 casos notificados contaron con muestra respiratoria. Por lo tanto, del total de casos de IRAG notificados por el departamento, el 100% tienen muestra respiratoria.

IRA por virus nuevo - COVID-19

En 2024, Norte de Santander reportó 438 casos COVID-19, con una variación porcentual con tendencia a la disminución frente a lo notificado en el 2022 con – 45,7 % (806 casos COVID-19) y en el 2022 con – 97,8% (19 516 casos COVID-19).

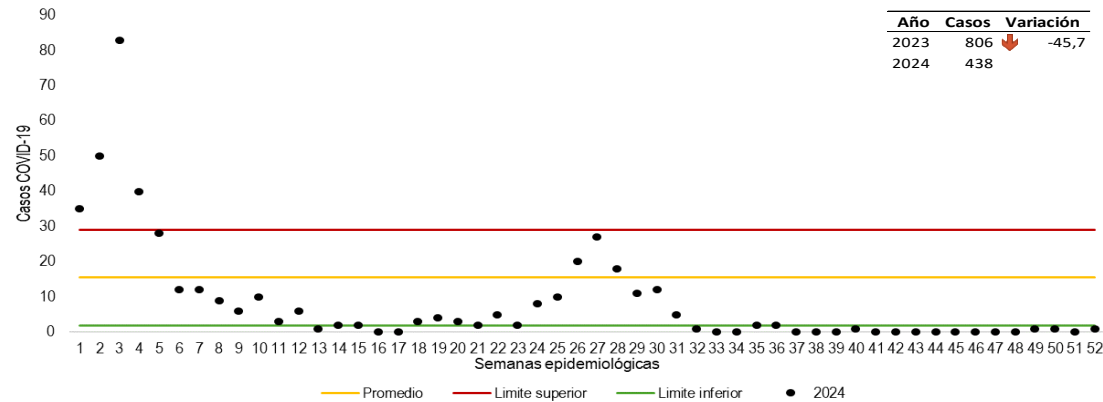
Gráfica 36. Tendencia del comportamiento de casos COVID-19, Norte de Santander, 2022- 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Se notificaron 438 casos COVID-19, con una variación porcentual con una tendencia a la disminución frente a lo notificado en el 2023 con -45,7%. En el gráfico de control se observa que durante la vigencia 2024 durante se presenta un incremento en el número de atenciones ubicándose por encima del límite superior histórico, las semanas epidemiológicas 1, 2, 3 y 4.

Gráfica 37. Gráfico de control de casos COVID-19, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

De acuerdo con las características sociodemográficas de los casos notificados COVID-19, se observa que la mayor proporción de los casos corresponden al sexo femenino, predominando la nacionalidad colombiana, con afiliación al régimen en salud contributivo, seguido de los subsidiados. Así mismo, se observa que la mayor proporción de los casos notificados proceden de la cabecera municipal, con pertenencia étnica otros, tratados en casa. Se observa que la población de 70 a 79 años son lo más afectados con el 16,2 %, seguido de los de 20 a 29 años con el 11,9%.

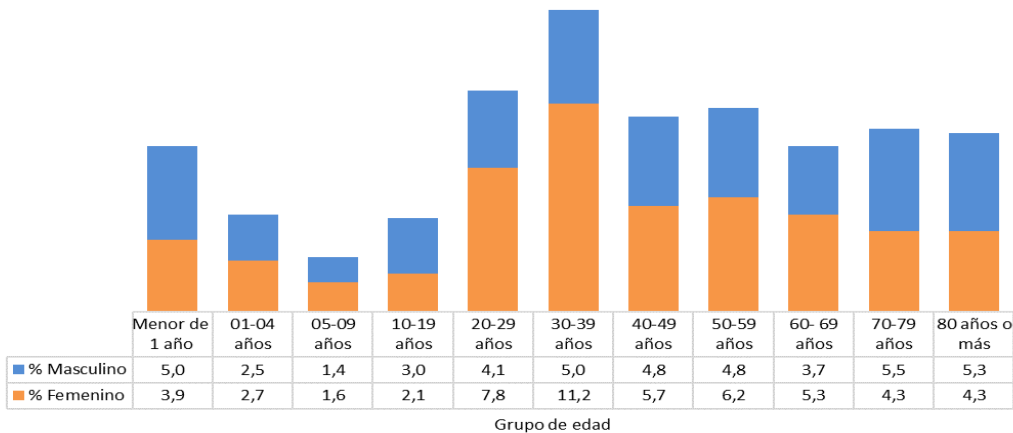
Tabla 40. Características sociodemográficas de los casos COVID-19, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	(%)
Sexo	Femenino	241	55,0
	Masculino	197	45,0
Nacionalidad	Colombia	412	94,1
	Venezuela	25	5,7
	Suiza	1	0,2
Régimen de afiliación	Contributivo	224	51,1
	Subsidiado	167	38,1
	No asegurado	23	5,3
	Excepción	18	4,1
	Indeterminado/pendiente	3	0,7
	Especial	3	0,7
Área de ocurrencia	Cabecera Municipal	377	86,1
	Centro Poblado	23	5,3
	Rural disperso	38	8,7
Pertenencia étnica	Otro	434	99,1
	Indígena	2	0,5
	Palenquero	1	0,2
	Negro, mulato afro colombiano	1	0,2
Grupo de edad	Menor de 1 año	39	8,9
	01-04 años	23	5,3
	05-09 años	13	3,0
	10-19 años	22	5,0
	20-29 años	52	11,9
	30-39 años	71	16,2
	40-49 años	46	10,5
	50-59 años	48	11,0
	60- 69 años	39	8,9
	70-79 años	43	9,8
Hospitalizado	No	268	61,2
	Si	170	38,8
Condición final	Vivo	435	99,3
	Fallecido	3	0,7

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

De acuerdo con la distribución de casos COVID-19 según sexo y edad, el sexo femenino representa el 55,0% de los casos COVID-19 en el departamento, siendo la población de 30 a 39 años la más afectada con el 16,2%, seguido de la población de 20 a 29 años con el 11,9%, y la población de 50 a 59 años con el 11,0%. Mientras que, el sexo masculino representa el 45,0% de los casos COVID-19, afectando en gran proporción a la población de 70 a 79 años 5,5%.

Gráfica 38. Distribución de casos COVID-19 según sexo y edad, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

El 84,5% de los casos de COVID-19 del departamento proceden de 6 municipios: Cúcuta (53,4%), Pamplona (12,8%), Ocaña (7,5%), Los Patios (4,8%), Tibú (3,4%), y Villa del Rosario (2,5%). La incidencia de COVID-19 en la población general del departamento durante 2024 fue de 25,6 casos por 100 000 habitantes, y el municipio que presentó la mayor incidencia de COVID-19 fue Pamplona con 98,4 casos por 100 000 habitantes, seguido del municipio de Gramalote con 71,9 casos por 100.000 habitantes.

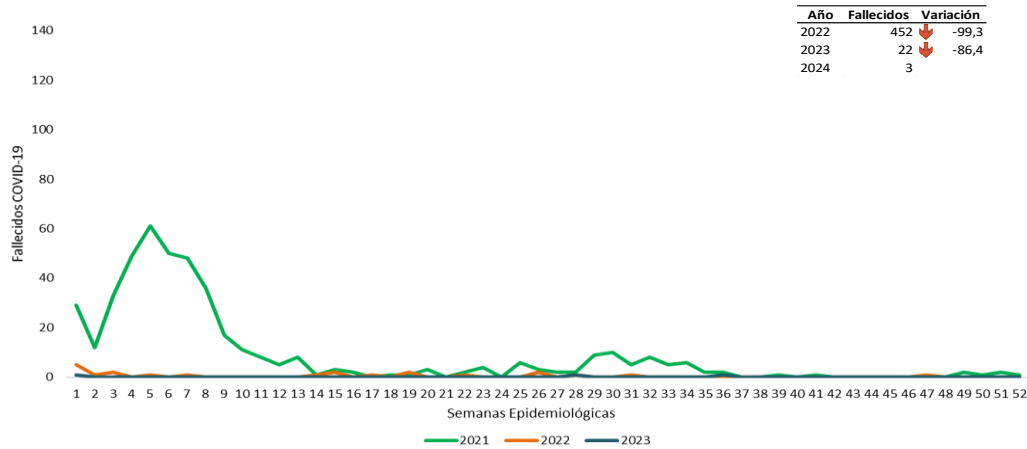
Tabla 41. Distribución de casos COVID-19 por municipio de procedencia, Norte de Santander, año 2024

Municipio	Población DANE 2024	Casos COVID-19	%	Incidencia x 100.000 hab
Cucuta	812176	234	53,4	28,8
Pamplona	56894	56	12,8	98,4
Ocaña	135344	33	7,5	24,4
Los Patios	103733	21	4,8	20,2
Tibu	62151	15	3,4	24,1
Villa Del Rosario	116221	11	2,5	9,5
Gramalote	8346	6	1,4	71,9
Abrego	35936	6	1,4	16,7
Chinacota	19845	5	1,1	25,2
Toledo	17714	5	1,1	28,2
Puerto Santander	9913	5	1,1	50,4
Bochalema	9385	5	1,1	53,3
Convencion	21175	5	1,1	23,6
El Tarra	23521	4	0,9	17,0
El Carmen	15080	3	0,7	19,9
Salazar	11664	3	0,7	25,7
Durania	5197	3	0,7	57,7
San Cayetano	8102	2	0,5	24,7
La Esperanza	13144	2	0,5	15,2
El Zulia	30816	2	0,5	6,5
Cachira	12500	2	0,5	16,0
Pamplonita	6239	2	0,5	32,1
Sardinata	28989	1	0,2	3,4
Mutiscua	4843	1	0,2	20,6
La Playa	8741	1	0,2	11,4
Ragonvalia	6751	1	0,2	14,8
Cucutilla	9280	1	0,2	10,8
Hacari	11559	1	0,2	8,7
Santiago	3861	1	0,2	25,9
San Calixto	14496	1	0,2	6,9
Norte de Santander	1709570	438	100	25,6

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

En 2024, Norte de Santander reportó 3 fallecidos COVID-19, con una variación porcentual con tendencia a la disminución frente a lo notificado en el 2023 con -86,4% (22 fallecidos COVID-19) y en el 2022 con - 99,3% (452 fallecidos COVID-19).

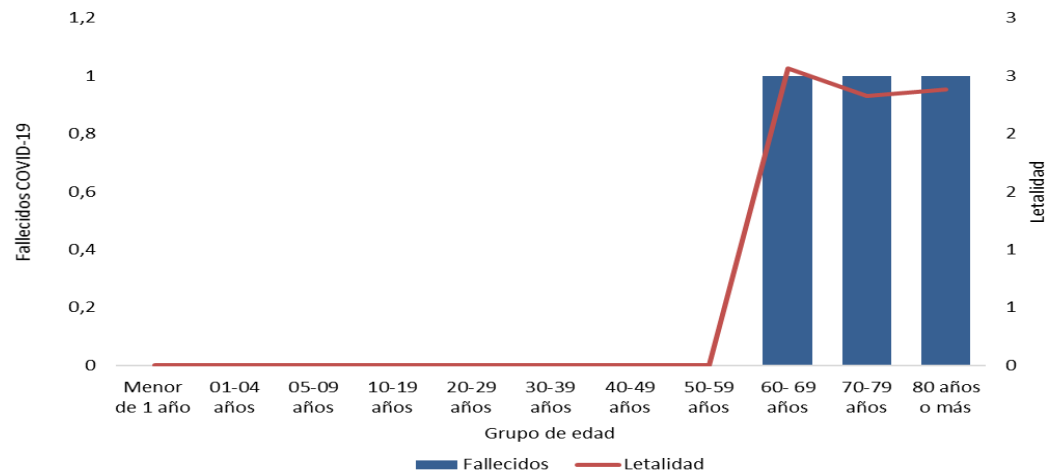
Gráfica 39. Tendencia del comportamiento de fallecidos COVID-19, Norte de Santander, 202 – 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

La letalidad de COVID-19 en Norte de Santander para la vigencia 2024 fue del 0,68%. La población de 60 a 69 años fue la más afectada, presentándose en este grupo de edad, 1 fallecidos por COVID-19 con una letalidad del 2,56%, seguido de la población de 80 años y más con un fallecido y una letalidad de 2,38% y la población de 70 a 79 años con 1 fallecido y una letalidad del 2,33%.

Gráfica 40. Distribución de fallecidos COVID-19 según edad y tasa de letalidad, Norte de Santander, 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Los fallecidos COVID-19 del departamento proceden del municipio de Ocaña (33,3%), Toledo (33,3%) y Ragonvalia (33,3%).

Tabla 42. Distribución de fallecidos COVID-19 por municipio de procedencia, Norte de Santander, 2024

Municipio	Fallecidos COVID-19	%
Ocaña	1	33,3
Toledo	1	33,3
Ragonvalia	1	33,3
Norte de Santander	3	100,0

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Discusión

El comportamiento de la infección respiratoria aguda (IRA) en Norte de Santander durante el año 2024 evidencia un aumento sostenido en la notificación de casos, tanto en consultas externas como en hospitalizaciones por IRA, particularmente en la población de 0 a 5 años. Este comportamiento refleja una tendencia preocupante, ya que los casos de IRA representan una proporción considerable del total de consultas externas (12,9% en niños de un año y 11,1% en menores de un año), además de mostrar picos en las semanas epidemiológicas específicas, superando el canal endémico esperado. Este fenómeno es consistente con lo observado en otros estudios donde se ha identificado que los menores de 5 años representan el grupo etario más vulnerable ante las infecciones respiratorias por su inmadurez inmunológica y exposición a virus respiratorios frecuentes (11,12).

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 103 de 531

Asimismo, se destaca el incremento en hospitalizaciones por IRA en sala general y unidades de cuidados intensivos, especialmente en menores de un año (25,3% en sala general y 30% en UCI), lo que reafirma la carga significativa que este grupo representa para los servicios de salud. Esta distribución es similar a la reportada en estudios realizados en Perú y Brasil, donde los menores de 1 año también concentran la mayor tasa de hospitalización por IRA (13,14).

El comportamiento observado en los canales endémicos, con múltiples semanas por encima del límite superior esperado, indica una mayor circulación de virus respiratorios en el año 2024, como lo confirma la vigilancia centinela. La detección de agentes como rinovirus, adenovirus, virus sincitial respiratorio (VSR) e influenza A(H3N2) se alinea con los patrones virales estacionales reportados en la literatura, especialmente durante los primeros y últimos trimestres del año, coincidiendo con temporadas lluviosas y mayor humedad ambiental, factores reconocidos que favorecen la transmisión viral (15,16).

El VSR, en particular, mostró una alta prevalencia en menores de un año, lo cual concuerda con reportes internacionales que identifican este virus como la principal causa de bronquiolitis y neumonía en lactantes, con un impacto significativo en hospitalizaciones pediátricas (17). Además, el incremento observado en la ocupación de UCI e intermedios durante 17 semanas epidemiológicas en el territorio resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, promoción y atención primaria, incluyendo campañas de vacunación y estrategias, de información, educación y comunicación en la población escolar, además del fortalecimiento de red de vigilancia comunitaria para la prevención y promoción de la enfermedad en toda la población.

Por otro lado, la disminución de casos notificados por COVID-19 en 2024 (438 casos, -45,7% respecto a 2023) refleja una tendencia descendente post pandemia, posiblemente asociada a la cobertura vacunal, inmunidad natural y menor circulación de variantes de alta transmisibilidad. Sin embargo, se identificaron aumentos durante las primeras semanas del año, lo que sugiere brotes esporádicos que requieren seguimiento continuo. Esta situación es comparable con otras regiones del país y del mundo, donde la incidencia de COVID-19 se ha estabilizado, pero no erradicado (18).

A pesar de la disminución general de COVID-19, el virus continúa afectando con mayor severidad a adultos mayores, con una letalidad del 2,56% en la población de 60 a 69 años, lo que coincide con los hallazgos de estudios de cohorte en Europa y América Latina donde se documenta una mayor mortalidad en este grupo etario (19,20).

La vigilancia centinela ha cumplido un papel esencial en la identificación temprana de brotes y circulación viral, alcanzando un cumplimiento del 92,3% en 2024, según los indicadores establecidos. Esta herramienta epidemiológica sigue siendo vital para orientar las decisiones de salud pública, priorizar recursos y diseñar intervenciones focalizadas.

Limitaciones

Subregistro de casos, especialmente en zonas rurales o en población no asegurada, donde el acceso a los servicios de salud es limitado.

Notificación tardía o incompleta en el sistema de información SIVIGILA que impide la toma de decisiones oportuna en el control de brotes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 104 de 531

Falta de representatividad de la vigilancia centinela, aunque es útil no siempre refleja la situación epidemiológica del total del territorio, ya que se basa en una sola institución esto limita la generalización de los hallazgos y puede no captar adecuadamente la distribución total del evento en el territorio.

Conclusiones

En 2024 se registraron 178.165 consultas externas y urgencias por IRA, lo que representa un incremento del 3,2% respecto a 2023. Este aumento se presentó principalmente entre las semanas 16 y 28, donde se superó el umbral del canal endémico, indicando una circulación intensa de virus respiratorios en ese periodo.

Los niños menores de 5 años continúan siendo el grupo más afectado, concentrando la mayor proporción de consultas por IRA y hospitalizaciones por IRA, especialmente en menores de 1 año, quienes representan, 25,3% de las hospitalizaciones generales por IRAG, 30% de las hospitalizaciones en UCI por IRA.

Durante el 2024 se notificaron 11.079 hospitalizaciones por IRA en sala general, lo que implica un aumento del 10,8% respecto a 2023. Asimismo, hubo 922 ingresos a UCI, con un incremento del 19,1%, indicando un posible aumento en la severidad clínica.

La vigilancia centinela identificó la circulación de adenovirus, rinovirus, enterovirus, VSR e influenza A(H3N2) como los más prevalentes. Se observa una alta carga viral entre las semanas 16 y 20, lo que coincide con el pico de morbilidad por IRA. La mayor afectación por VSR se reportó en menores de 1 año.

La UPGD centinela del Hospital Erasmo Meoz reportó 491 casos, cumpliendo el 92,3% del indicador de gestión. No obstante, la notificación de IRAG inusitado disminuyó, con solo 3 casos válidos, atribuible a limitaciones en la aplicación de la definición operativa del evento.

En 2024 se reportaron 438 casos de COVID-19, con una caída del 45,7% frente a 2023, y una letalidad del 0,68%, concentrada en adultos mayores (60-79 años). Esta tendencia confirma el paso del COVID-19 hacia una fase endémica y controlada.

El 84,5% de los casos COVID-19 proceden de solo 6 municipios, con Cúcuta y Pamplona encabezando la lista. Los 3 fallecimientos ocurrieron en Ocaña, Toledo y Ragonvalia, evidenciando una dispersión focalizada y un bajo impacto general.

Recomendaciones

Fortalecer el análisis de la infección respiratoria aguda mediante las estrategias de la vigilancia de la morbilidad por IRA, vigilancia centinela de IRAG, IRAG inusitado, IRA virus nuevo (COVID-19) con el fin de dar respuesta oportuna a posibles situaciones de emergencia o brotes.

Capacitar para mejorar la adherencia de protocolos de vigilancia para los eventos morbilidad por IRA, vigilancia centinela de IRAG, IRAG inusitado, IRA virus nuevo (COVID-19) para la clasificación, manejo y notificación

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 105 de 531

adecuada de los casos. Es clave que las instituciones y el personal de salud apliquen correctamente las definiciones operativas de caso actualizadas para cada evento esto mejora la calidad del dato.

Fortalecer las acciones de vigilancia en salud pública del evento de IRAG inusitado y garantizar oportunamente la investigación epidemiológica de campo (IEC) dentro de las 72 horas de notificación del caso con su respectiva toma de muestra respiratoria para el análisis de SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios.

Dar continuidad a las acciones de búsqueda activa en poblaciones especiales, con el fin de identificar oportunamente los casos y caracterizar los conglomerados que permitan cortar cadenas de transmisión y reducir los contagios institucionales, comunitarios e intrahospitalarios.

Fortalecer la notificación de los eventos que hacen parte integral de la vigilancia de IRA, y realizar Búsqueda activa institucional (BAI) frente a silencios epidemiológicos en la notificación de la IRA individual y colectiva.

Garantizar la recolección de muestras respiratorias y realización de pruebas diagnósticas para virus respiratorios a través de la red de prestadores según lo establecido en la circular externa conjunta 031 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social tanto para el diagnóstico clínico como para la vigilancia epidemiológica en los casos que así lo requieran.

Dar continuidad con las jornadas de vacunación contra COVID-19 en todos los grupos poblacionales del departamento, así como, promover la vacunación contra influenza estacional en las poblaciones susceptibles: gestantes, niños de 6 meses a 5 años, adultos mayores, pacientes con comorbilidades y trabajadores de la salud.

Aunque la fase pandémica ha terminado, se recomienda mantener la vigilancia epidemiológica de COVID-19 como parte del conjunto de virus respiratorios para la detección de nuevas variantes o cambios en el comportamiento clínico.

Fortalecer la red de vigilancia comunitaria para la promoción prevención de la enfermedad en la comunidad en general.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Infecciones respiratorias agudas [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 abr 18]. Disponible en: <https://www.who.int>
2. Ministerio de Salud de Colombia. Guía para la atención de infecciones respiratorias agudas [Internet]. Bogotá: MinSalud; 2021.
3. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727–33.
4. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Apr 18]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
5. Olsen SJ, Winn AK, Budd AP, Prill MM, Steel J, Midgley CM, et al. Changes in Influenza and Other Respiratory Virus Activity During the COVID-19 Pandemic — United States, 2020–2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(29):1013–9.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 106 de 531

6. Lansbury L, Lim B, Baskaran V, Lim WS. Co-infections in people with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *J Infect.* 2020;81(2):266–75.
7. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o Desnutrición Aguda (DNT). Versión 3, 2024 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
8. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Incremento de actividad virus influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio norte. [Internet]. 17 de enero del 2025, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-incremento-actividad-virus-influenza-estacional-otros-virus>
9. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur. [Internet]. 17 de abril del 2025, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-influenza-estacional-otros-virus-respiratorios-hemisferio-sur-17>
10. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento. Infección Respiratoria Aguda (IRA). A periodo epidemiológico XIII de 2024 [Internet]. 2024. Disponible en <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/IRA%20PE%20XII%202024.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de vigilancia de IRA e IRAG. Bogotá: INS; 2022.
12. Organización Panamericana de la Salud. IRA en menores de 5 años en América Latina: análisis de situación y recomendaciones. OPS; 2020.
13. Huaranga A, Ríos R. Hospitalizaciones por IRAG en menores de 5 años en hospitales públicos de Lima, Perú. *Rev Peru Pediatr.* 2020;73(2):84-90.
14. Barbosa N, Silva M, Oliveira T. Internações por infecções respiratórias agudas em menores de cinco anos no Brasil: tendências e desigualdades. *Rev Saúde Pública.* 2019;53:23.
15. Nair H, Simões EA, Rudan I, Gessner BD, Azziz-Baumgartner E, Zhang JS, et al. Global and regional burden of hospital admissions for severe acute lower respiratory infections in young children. *Lancet.* 2013;381(9875):1380–90.
16. Gold DR, Litonjua AA. Air pollution and susceptibility to infection in children. *Pediatr Ann.* 2012;41(5):211-7.
17. Shi T, McAllister DA, O'Brien KL, Simoes EA, Madhi SA, Gessner BD, et al. Global burden of RSV-associated acute lower respiratory infection in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2017;390(10098):946–58.
18. WHO. Weekly epidemiological update on COVID-19 - March 2024. Geneva: World Health Organization; 2024.
19. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA.* 2020;323(18):1775–6.
20. Gutiérrez JP, Bertozzi SM. COVID-19: el rol de las comorbilidades y la edad en la letalidad. *Salud Publica Mex.* 2020;62(4):389–96.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 107 de 531

ZOONOSIS

Accidente Ofídico

Introducción

El accidente ofídico es una urgencia médica provocada por la mordedura de serpientes, que puede implicar la inoculación de veneno en el caso de especies venenosas, produciendo un cuadro clínico conocido como ofidiotoxicosis. Esta condición representa un problema de salud pública en países tropicales como Colombia, debido a la amplia diversidad de serpientes venenosas y a las condiciones geográficas, climáticas y sociales que favorecen la exposición humana a estos animales (1).

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado el envenenamiento por mordedura de serpiente como una enfermedad desatendida. Se estima que cada año ocurren cientos de miles de casos, con consecuencias graves como discapacidad permanente y muerte, especialmente en regiones rurales de África, Asia y América Latina. Este contexto resalta la necesidad urgente de mejorar los sistemas de prevención, tratamiento y vigilancia (4).

En regiones como el departamento de Norte de Santander, la combinación de factores como el clima cálido, la vegetación densa, la ruralidad, las prácticas agrícolas y el limitado acceso a servicios de salud, incrementa la vulnerabilidad de la población frente a este tipo de accidentes. Estos eventos no solo generan morbilidad significativa, sino que también pueden producir complicaciones graves e incluso la muerte, tanto en humanos como en animales domésticos, si no se cuenta con una atención médica oportuna y adecuada (2,3).

Pese a los avances en el diagnóstico y tratamiento, los accidentes ofídicos siguen estando subregistrados y frecuentemente mal manejados en el primer contacto, especialmente en zonas rurales. Por ello, resulta fundamental conocer la epidemiología local de este evento para orientar acciones de prevención, educación comunitaria y fortalecimiento de la respuesta institucional en salud.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 108 de 531

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de la base de datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del departamento de Norte de Santander, correspondiente a las semanas epidemiológicas 1 a 52 del año 2024. El análisis incluyó los 376 casos notificados del evento 100: accidente ofídico, de los cuales se reportaron dos desenlaces fatales. Tras la revisión de los registros, se identificó que solo uno de estos fue atribuible directamente a la ofidiotoxicosis, mientras que el segundo fallecimiento fue clasificado con otra causa básica de muerte.

Para garantizar la calidad de la información, se efectuó un proceso de depuración de registros, identificando posibles duplicados mediante el cruce de las siguientes variables: primer nombre, segundo nombre, primer apellido y número de identificación. Se validaron además los campos relacionados con la semana epidemiológica, tipo de atención (hospitalización), ajuste final del caso, género de la serpiente agresora, administración de suero antiofídico, severidad clínica y estado de hospitalización del paciente.

La población base utilizada para el cálculo de tasas e indicadores fue tomada de las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año 2024. El análisis estadístico fue realizado en Microsoft Excel, donde se aplicaron medidas de frecuencia absoluta y relativa para describir el comportamiento del evento según variables sociodemográficas, clínicas y operativas de la ficha única de notificación, tanto en sus campos básicos como complementarios.

El estudio permitió caracterizar la magnitud del evento en términos de tiempo, lugar y persona, identificar las especies de serpientes agresoras notificadas, y valorar la coherencia en el manejo clínico de los casos frente a las recomendaciones vigentes en salud pública.

Consideraciones éticas

Para la elaboración del presente informe se usó la base de datos de los casos de accidente ofídico notificados a Sívigila, no se utilizó información sensible y se aseguró la confidencialidad de los datos, por lo tanto, se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (5). Los resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

Resultados

Durante el año 2024, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública un total de 587 casos de accidente ofídico. Sin embargo, tras el proceso de depuración de la base de datos, se identificaron 159 registros duplicados, 8 casos correspondientes a otros departamentos, 38 con procedencia venezolana, 1 caso con ajuste 6 y 5 con ajuste D. Por lo tanto, el presente informe se elabora con un total de 376 casos válidos, lo que representa una disminución de 23 casos en comparación con el año anterior, cuando se reportaron 399 casos.

Tabla 43 Análisis de casos de Accidente Ofídico notificados según departamento de procedencia, Norte de Santander 2024

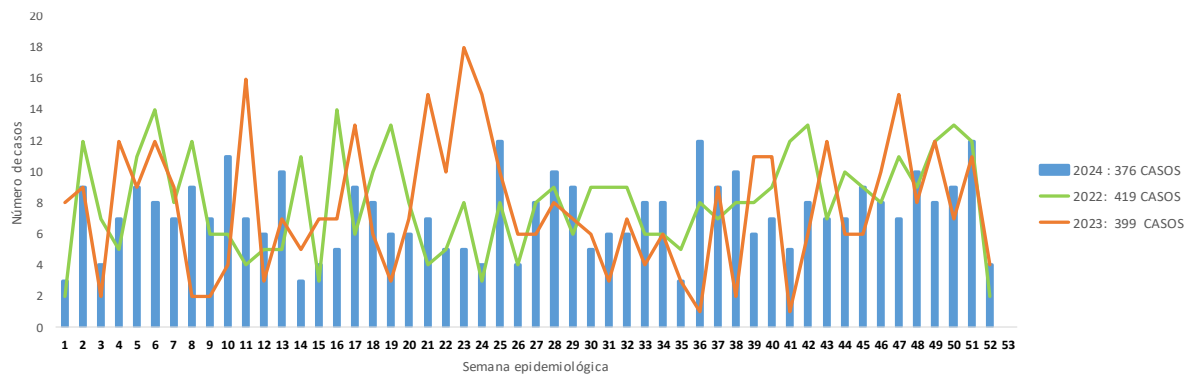
Variable	No. de casos
Procedencia Norte de Santander	376
Duplicados	159
Procedencia Venezuela	38
Procedencia otros departamentos	8
Ajuste 6	1
Ajuste D	5
Total Notificados	587

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Comportamiento de la notificación

En el año 2024 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública un total de 376 casos de accidente ofídico, lo que corresponde a un promedio de 7,23 casos por semana. Las semanas con mayor número de notificaciones fueron las semanas 25, 36 y 51 con 12 casos. Por otro lado, las semanas con menor número de notificaciones fueron la semana 1, 14 y 35, registrando 3 casos cada una.

Gráfica 41. Tendencia en la notificación del evento Accidente Ofídico, Norte de Santander, 2022-2024



Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 110 de 531

Distribución de casos por sexo

El 77,06% de los casos se registraron en personas de sexo masculino, mientras que el 22,75% correspondieron a personas de sexo femenino. Esto representa una razón de aproximadamente 3,53 casos en hombres por cada caso en mujeres.

Tabla 44. Proporción de casos de Accidente Ofídico notificados según sexo, Norte de Santander, 2024

Sexo	Número de casos	%
Masculino	293	77,06
Femenino	83	22,93
Total	376	100

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Los migrantes representan una proporción significativa de los afectados por accidentes ofídicos en la región. Este grupo se enfrenta a desafíos adicionales debido a su condición de desplazamiento y adaptación en un entorno que puede presentar mayores riesgos de contacto con serpientes.

En los Indígenas se notificaron 6 casos (1,60%) que, a pesar de su baja representatividad, este grupo es importante debido a su estrecha relación con territorios rurales y selváticos, donde los encuentros con serpientes son más frecuentes.

También se reportaron 6 casos (1,60%) entre las víctimas de violencia armada, un grupo que ha experimentado desplazamientos forzados y condiciones de vulnerabilidad que pueden contribuir a su mayor exposición a riesgos naturales, como los accidentes ofídicos.

Estos grupos, aunque representan un porcentaje menor dentro del total de casos, son clave para entender los factores de riesgo específicos a los que están expuestos ciertos sectores de la población.

Tabla 45. Proporción de casos de accidente ofídico notificados según grupo poblacional, Norte de Santander 2024

Grupo poblacional	Número de casos	%
Migrante	27	7,18
Indígena	6	1,60
Víctima de violencia armada	6	1,60
Gestantes	1	0,27
Discapacitados	1	0,27
Desplazados	1	0,27

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 111 de 531

Distribución de casos por régimen de afiliación

Del total de notificaciones registradas en el año 2024, el 78,99% de los casos correspondieron a personas afiliadas al régimen subsidiado, el 12,77 a personas no aseguradas y el 6,65% al régimen contributivo.

Tabla 46. Distribución según régimen de afiliación de los casos de Accidente ofídico, Norte de Santander 2024

Tipo de aseguramiento	Número de casos	%
Subsidiado	297	78,99
No asegurado	48	12,77
Contributivo	25	6,65
Pendiente	3	0,80
Excepción	3	0,80

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Al analizar el lugar de ocurrencia de los accidentes ofídicos en Norte de Santander durante 2024, se evidencia que la mayoría de los eventos (59,04%) ocurrieron en el área rural dispersa, lo cual es coherente con la naturaleza de este tipo de accidentes, ya que las zonas rurales suelen estar más expuestas a hábitats naturales de serpientes.

Por su parte, el 24,47% de los casos se presentaron en centros poblados, que aunque tienen mayor infraestructura y urbanización que el área rural dispersa, aún conservan características rurales y entornos naturales cercanos donde el contacto con serpientes puede ser frecuente.

Finalmente, el 16,49% de los casos se registraron en las cabeceras municipales, lo que puede indicar que, aunque en menor proporción, los accidentes también pueden ocurrir en áreas urbanas, posiblemente debido a la presencia ocasional de serpientes en espacios habitados.

Tabla 47. Distribución según régimen área de ocurrencia de los casos de Accidente ofídico, Norte de Santander, 2024

Área de ocurrencia	Número de casos	%
Rural disperso	222	59,04
Centro poblado	92	24,47
Cabecera municipal	62	16,49
Total	376	100

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 112 de 531

El rango de edad de los casos notificados oscila entre los 1 a 89 años, siendo las edades más frecuentes 42 y 25 años con 18 y 11 casos respectivamente.

Incidencia departamental y municipal de accidente ofídico

La incidencia total en el departamento para el año 2024 fue de 22 casos por cada 100.000 habitantes. A nivel municipal, El Carmen registró la mayor incidencia con 172,4 casos por cada 100.000 habitantes, seguido por Durania con 134,7 casos y Teorama con 133,5 casos por cada 100.000 habitantes.

La incidencia en El Carmen es más de 8 veces la incidencia promedio departamental. Eso indica que hay factores muy particulares en el municipio que están elevando los casos de accidentes con serpientes.

Tabla 48. Tasa de incidencia de Accidente ofídico por municipio de procedencia, Norte de Santander, 2024

Municipio	Dane 2024	Casos a SE 52	Incendencia por 100.000 Hab
El Carmen	15.080	26	172,4
Durania	5.197	7	134,7
Teorama	18.731	25	133,5
La Playa	8.741	11	125,8
Hacarí	11.559	13	112,5
Cáchira	12.500	13	104,0
San Calixto	14.496	15	103,5
Tibú	62.151	61	98,1
El Tarra	23.521	19	80,8
Ábrego	35.936	27	75,1
Toledo	17.714	11	62,1
Convención	21.175	13	61,4
El Zulia	30.816	15	48,7
Sardinata	28.989	13	44,8
Ragonvalia	6.751	3	44,4
Lourdes	4.537	2	44,1
Bucarasica	7.263	3	41,3
La Esperanza	13.144	5	38,0
Bochalema	9.385	3	32,0
Puerto Santander	9.913	3	30,3
Arboledas	11.028	3	27,2
Salazar	11.664	3	25,7
San Cayetano	8.102	2	24,7
Ocaña	135.344	29	21,4
Chinácota	19.845	3	15,1
Gramalote	8.346	1	12,0
Villa del Rosario	116.221	8	6,9
Los Patios	103.733	6	5,8
San José de Cúcuta	812.176	33	4,1
Cácota	3.181	0	0,0
Chitagá	13.330	0	0,0
Cucutilla	9.280	0	0,0
Herrán	7.841	0	0,0
Labateca	7.189	0	0,0
Mutiscua	4.843	0	0,0
Pamplona	56.894	0	0,0
Pamplonita	6.239	0	0,0
Santiago	3.861	0	0,0
Silos	7.127	0	0,0
Villa Caro	5.727	0	0,0
Total	1.709.570	376	22,0

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 114 de 531

Accidente ofídico

Durante el año 2024 se registraron un total de 376 casos de accidente ofídico en el departamento de Norte de Santander. A partir del análisis de variables clave relacionadas con estos eventos, se identificaron patrones relevantes en cuanto a la actividad realizada al momento del accidente, la atención inicial, la adopción de prácticas no médicas, la localización de la mordedura, y la interacción con la serpiente agresora.

La actividad agrícola fue la principal circunstancia en la que ocurrieron los accidentes, representando el 56,28% de los casos. Esto evidencia que el trabajo en el sector rural continúa siendo un factor de alto riesgo para mordeduras de serpiente, posiblemente por la alta exposición en áreas boscosas, cultivos y terrenos con vegetación densa. Le siguieron los oficios domésticos (15,71%) y el tránsito por senderos o trochas (11,78%), lo cual sugiere que el riesgo también se extiende a las actividades cotidianas de la población rural. Otras actividades como la recreación (8,64%) y la actividad acuática (1,05%) reflejan que los accidentes no se restringen al ámbito laboral.

Tabla 49. Distribución sociodemográficas de accidente ofídico, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	Proporción
Actividad realizada al momento del accidente	Actividad agrícola	212	56,38
	Oficios domésticos	58	15,43
	Caminar por senderos o trochas	44	11,70
	Recreación	33	8,78
	Otro	24	6,38
	Actividad acuática	4	1,06
	Recolección de desechos	1	0,27
Tipo de atención inicial	Otro	171	45,48
	Torniquete	102	27,13
	Inmovilización del miembro	48	12,77
	Inmovilización del enfermo	26	6,91
	Punción	13	3,46
	Incisión	11	2,93
	Succión mecánica	4	1,06
	Sangría	1	0,27
Prácticas no médicas	Ninguno	332	88,30
	Rezos	16	4,26
	Otro	13	3,46
	Pócimas	7	1,86
	Emplastos de hierbas	5	1,33
	Succión bucal	3	0,80
Localización de la mordedura	Miembros inferiores	170	45,21
	Dedos de mano	84	22,34
	Miembros superiores	75	19,95
	Dedos de pie y de mano	45	11,97

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 115 de 531

Variable	Categoría	Casos	Proporción
	Cabeza (cara)	1	0,27
	Tórax anterior	1	0,27
Huellas de colmillos	Si	313	83,24
	No	63	16,76
Captura de la serpiente	No	254	67,55
	Si	122	32,45
Total		376	100,00

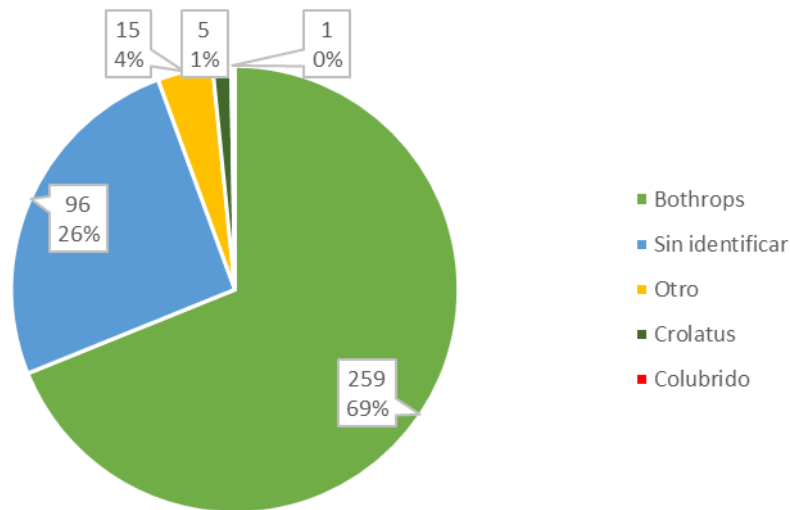
Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander., 2025

En el departamento de Norte de Santander, durante el año 2024, se registraron múltiples casos de accidente ofídico. La mayoría de los eventos fueron atribuidos al género Bothrops, reconocido por su amplia distribución y relevancia médica en la región.

En una proporción considerable de los casos, no fue posible identificar con certeza el agente agresor, situación que estuvo relacionada con la información referida por el paciente o su acompañante al momento de la atención, la cual resultó, en varios casos, imprecisa, incompleta o basada en una observación breve del animal. Adicionalmente, se reportaron eventos asociados a otros géneros de serpientes, aunque con menor frecuencia, así como algunos clasificados de manera inespecífica debido a la falta de elementos diagnósticos concluyentes. En estos casos, se contó con el acompañamiento del programa de zoonosis, que apoyó la relatoría y el análisis de los eventos para intentar establecer, con mayor precisión, la especie agresora involucrada.

Cabe anotar que durante el periodo analizado se notificaron tres muertes en el contexto de accidentes ofídicos; sin embargo, tras la unidad de análisis correspondiente, revisión clínica y epidemiológica de dichas defunciones una fue atribuible al accidente como causa directa.

Gráfica 42. Agente agresor, identificación según género, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Tratamiento específico según gravedad del accidente ofídico

De acuerdo con la severidad del accidente ofídico, se presentan a continuación los datos relevantes que reflejan las diferentes situaciones clínicas que pueden surgir tras una mordedura de serpiente. La gravedad de los envenenamientos puede variar desde reacciones leves, que no requieren intervención significativa, hasta casos graves que demandan atención urgente y tratamiento especializado. A continuación, se detalla la incidencia de accidentes ofídicos clasificados según su severidad en el contexto departamental, proporcionando información clave para la evaluación de la respuesta sanitaria y la identificación de patrones epidemiológicos.

Tabla 50. Clasificación según severidad del accidente y biológicos aplicados. Norte de Santander, 2024

Clasificación de la severidad	Casos	Empleo de sueros	
		Si	No
Leve	207	170	37
Moderado	122	116	6
Grave	14	14	0
No envenenamiento	33	1	32
Total	376	301	75

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 117 de 531

La no aplicación de suero en ciertos casos puede explicarse por criterios clínicos, evolución del cuadro, disponibilidad de recursos y decisiones médicas individualizadas.

Tablero de problemas

Persisten factores estructurales como la residencia en zonas suburbanas con alta vulnerabilidad geográfica y social, que limitan el acceso oportuno a los servicios de salud, favoreciendo complicaciones en los accidentes ofídicos.

Las prácticas individuales y comunitarias, incluyendo la baja percepción de riesgo y la tardanza en la decisión de búsqueda de atención médica, contribuyen significativamente a la morbilidad observada.

Fallos en la promoción y mantenimiento de la salud, como el incumplimiento de estrategias de educación, comunicación y demanda inducida, han afectado la prevención primaria y secundaria del accidente ofídico.

Deficiencias en la atención clínica, particularmente el diagnóstico tardío o inadecuado y la no adherencia a las guías de atención, impactaron negativamente en la evolución de los casos reportados.

Aunque se observó una disminución en el número de casos reportados respecto al año anterior, el accidente ofídico continúa representando un problema de salud pública prioritario en Norte de Santander.

Discusión

Durante el año 2024, el departamento de Norte de Santander reportó una incidencia significativa de accidentes ofídicos, manteniéndose dentro de los territorios con mayor carga del evento a nivel nacional. Esta situación responde a múltiples factores geográficos, sociales y económicos, en particular la amplia distribución rural del departamento, la presencia de ecosistemas tropicales húmedos favorables para serpientes de importancia médica, y la participación activa de la población en actividades agropecuarias, donde el riesgo de contacto con ofidios es elevado.

El análisis por municipio evidenció que Tibú, Cúcuta, Ocaña, EL Carmen, Abrego, Teorama y El Tarra concentraron una alta proporción de casos, lo que coincide con zonas de baja cobertura en atención en salud y dificultades de acceso geográfico. A pesar de los esfuerzos institucionales, como la capacitación del personal de salud y la distribución de antivenenos, se mantienen retos importantes en la oportunidad de atención y la vigilancia activa del evento.

En cuanto al perfil epidemiológico, la mayoría de los casos correspondió a población masculina en edad productiva, lo que refuerza la relación entre el accidente ofídico y labores agrícolas. Asimismo, la identificación de especies como *Bothrops* y *Micrurus* spp. en los reportes clínicos y de laboratorio, ratifica la necesidad de continuar priorizando el abastecimiento de antivenenos polivalentes y específicos en las áreas de mayor incidencia.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 118 de 531

Un aspecto crítico continúa siendo el subregistro y la consulta tardía, fenómenos asociados tanto a las barreras geográficas como a las creencias culturales sobre la atención de accidentes ofídicos, especialmente en comunidades rurales. Estas prácticas incluyen la automedicación, la aplicación de métodos tradicionales como torniquetes o emplastos de hierbas, y la consulta inicial a curanderos, factores que pueden retrasar el acceso al tratamiento médico adecuado y empeorar el pronóstico.

En este contexto, el uso de suero antiofídico se mantuvo como la principal medida terapéutica, observándose una alta tasa de administración en casos moderados y graves. Sin embargo, la proporción de accidentes leves que recibieron suero refleja la necesidad de fortalecer la capacitación clínica sobre criterios de aplicación, evitando su uso indiscriminado y optimizando el recurso disponible.

Por otro lado, la limitada identificación taxonómica de las serpientes agresoras sugiere oportunidades de mejora en la capacitación de personal sanitario y en la articulación con programas de fauna y zoonosis para mejorar la clasificación y diagnóstico de los accidentes.

Finalmente, aunque se logró una disminución de casos respecto al año anterior, la incidencia sigue siendo significativa, lo que indica que el accidente ofídico continúa representando un desafío de salud pública prioritario para Norte de Santander. El fortalecimiento de la educación comunitaria, la disponibilidad oportuna de antivenenos y la vigilancia activa, especialmente en municipios de alta incidencia, son estrategias clave para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

Limitaciones

Calidad de la información sobre la serpiente agresora: En muchos casos, no se pudo identificar con precisión la especie de la serpiente, lo que limita la capacidad para realizar análisis más específicos sobre los riesgos asociados a diferentes especies de ofidios.

Dependencia de datos secundarios: El estudio se basa en los datos proporcionados por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), lo cual puede implicar limitaciones relacionadas con la calidad y consistencia de los registros, así como posibles errores en la codificación o en la clasificación de los casos.

Posibles sesgos en la recolección de datos: La información obtenida de los registros de SIVIGILA puede estar sujeta a variabilidad dependiendo de la capacitación y la experiencia del personal de salud que realiza la notificación, lo que puede afectar la precisión de los datos.

Posible sesgo en la inclusión de casos: El análisis se limita a los casos notificados y registrados en el sistema de vigilancia, lo que podría excluir a aquellos pacientes que no buscaron atención médica o que fueron atendidos de manera informal.

Limitaciones en la generalización de los resultados: Aunque se presenta información detallada sobre Norte de Santander, los hallazgos pueden no ser completamente aplicables a otras regiones del país, dada la heterogeneidad geográfica y sociocultural de Colombia.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 119 de 531

Falta de datos sobre factores de riesgo específicos: El estudio no recoge información detallada sobre factores de riesgo adicionales como el uso de prácticas de prevención, las características del acceso a los servicios de salud en áreas rurales o las condiciones específicas de los hogares, que podrían influir en la ocurrencia y gravedad de los accidentes ofídicos.

Conclusiones

Durante el año 2024, Norte de Santander presentó una disminución en el número de accidentes ofídicos en comparación con el año anterior; sin embargo, la incidencia se mantiene significativa, evidenciando que este evento continúa siendo un problema relevante de salud pública para el departamento.

La distribución de los casos no fue homogénea, con mayor concentración en municipios de alta endemidad, lo cual sugiere la necesidad de enfoques diferenciados en las intervenciones.

La disponibilidad oportuna de antivenenos y la adecuada atención médica continúan siendo determinantes para disminuir la morbilidad y la mortalidad asociadas al accidente ofídico.

Recomendaciones

Fortalecer las acciones de educación comunitaria enfocadas en la prevención de accidentes ofídicos, especialmente en zonas rurales y de alta incidencia.

Garantizar la disponibilidad permanente y oportuna de antivenenos en las unidades de atención primaria y hospitales de los municipios prioritarios.

Implementar estrategias de vigilancia activa que permitan una rápida identificación y atención de casos, así como el monitoreo de la efectividad de las intervenciones.

Capacitar al personal de salud en la atención integral del paciente ofídico, promoviendo la adherencia a las guías clínicas.

Fomentar investigaciones locales que permitan comprender mejor los factores de riesgo y las dinámicas específicas de los accidentes ofídicos en el departamento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 120 de 531

Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia

Introducción

La rabia es una zoonosis viral de alta letalidad, prevenible mediante intervenciones oportunas en salud pública y veterinaria. En Colombia, su vigilancia constituye una prioridad nacional, especialmente en zonas donde coexisten ciclos urbanos y silvestres de transmisión. El evento “agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia” (APTR) representa una herramienta esencial para la detección temprana de riesgos y la activación de acciones de prevención y control.

En el departamento de Norte de Santander, la vigilancia intensificada de este evento cobra especial relevancia debido a la persistente circulación del virus rábico silvestre en zonas boscosas, como lo evidencian los dos casos confirmados de rabia en animales de producción en los municipios de Hacarí y Toledo durante el año 2024. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de sostener la articulación intersectorial entre salud humana, salud animal y medio ambiente.

Este informe presenta el comportamiento del evento APTR en el departamento durante el año 2024, con análisis por tipo de agresor, especie animal, condición clínica, oportunidad en la atención, distribución territorial y grupos de población afectados. Los resultados permiten orientar la toma de decisiones y fortalecer las acciones de vigilancia, educación comunitaria y prevención en los territorios priorizados.

Materiales y Método

Se elaboró a partir del análisis de los casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024. Se utilizó la información registrada en las fichas epidemiológicas de datos básicos y complementarios correspondientes al evento 300 – Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, notificadas semanalmente por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) del departamento.

En primera instancia, se realizó un proceso de depuración de la base de datos para eliminar registros duplicados. Para ello se emplearon como variables de control: primer nombre, segundo nombre, primer apellido, número de identificación del paciente, fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica de ocurrencia del caso, fecha de hospitalización, tipo de exposición y ajuste del caso.

Posteriormente, se seleccionaron las variables de interés para el análisis epidemiológico, incluyendo tipo de animal agresor, condición clínica del animal, clasificación de la exposición (leve o grave) o no exposición, oportunidad en la atención postexposición, esquema de profilaxis recibido, y características sociodemográficas de los pacientes (edad, sexo, zona de residencia). La población de referencia para los cálculos de tasas se basó en las proyecciones de población del DANE para el año 2024.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 121 de 531

Los datos fueron organizados y procesados en hojas de cálculo de Microsoft Excel, en las que se elaboraron tablas y gráficas para describir el comportamiento del evento. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de frecuencia de las variables seleccionadas. Además, se valoró la coherencia entre el tipo de exposición y el tratamiento postexposición ordenado, así como la clasificación de los contactos según los lineamientos del protocolo nacional. Se revisaron los reportes del laboratorio de diagnóstico de rabia del Instituto Nacional de Salud (INS) y del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) para confirmar casos en animales y evidenciar la circulación del virus rábico en animales de producción.

Para la elaboración del presente informe se usó la base de datos de los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia notificados a Sivigila, no se utilizó información sensible y se aseguró la confidencialidad de los datos, por lo tanto, se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (5). Los resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

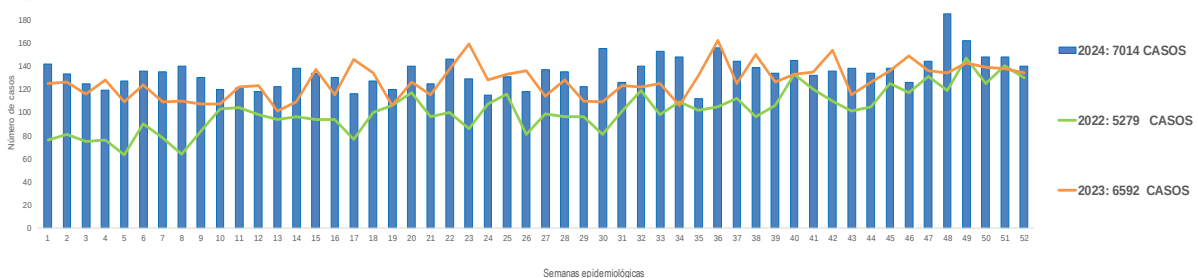
Resultados

Revisando las bases de datos básicos y complementarios del evento 300: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (APTR), se encontró que para el año 2024 se notificaron 7.371 casos, de los cuales se eliminaron 192 casos repetidos, 63 casos por error de digitación (ajuste D) y 102 casos correspondientes a otros departamentos o al exterior. Una vez depurada la base de datos, según los criterios preestablecidos por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Pública en Colombia (SIVIGILA), se procedió a realizar el análisis sobre un total de 7.014 casos.

El total acumulado fue de 7.014 casos, con un promedio semanal de 134,88 casos, lo cual evidencia un aumento significativo en comparación con el año 2023, cuando el promedio semanal era de 126,76 casos. Las semanas epidemiológicas con mayor número de notificaciones fueron la semana 48 con 185 casos, la semana 36 con 168 casos, la semana 49 con 162 casos y la semana 30 con 155 casos.

En términos generales, la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia durante el año 2024 presentó un incremento del 6,4 % en relación con el año 2023.

Gráfica 43. Tendencia de notificación de Agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia, Norte de Santander, 2022-2024



Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Incidencia

Tabla 51. Incidencia de Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia por municipio de procedencia, Norte de Santander, 2024

Municipio	Dane 2024	Casos a SE 52	Incidencia por 100.000 Hab
Cucutilla	9.280	2993	32.252,2
Lourdes	4.537	465	10.249,1
Pamplonita	6.239	484	7.757,7
Gramalote	8.346	250	2.995,4
Durania	5.197	51	981,3
Pamplona	56.894	538	945,6
Bochalema	9.385	83	884,4
Chinácota	19.845	152	765,9
Toledo	17.714	106	598,4
Villa del Rosario	116.221	602	518,0
Salazar	11.664	54	463,0
Hacarí	11.559	52	449,9
San Calixto	14.496	64	441,5
Puerto Santander	9.913	42	423,7
Santiago	3.861	16	414,4
San Cayetano	8.102	33	407,3
Labateca	7.189	28	389,5
Herrán	7.841	30	382,6
La Playa	8.741	33	377,5
Ábrego	35.936	132	367,3
Sardinata	28.989	105	362,2
El Carmen	15.080	50	331,6
Ragonvalia	6.751	22	325,9
Bucarasica	7.263	22	302,9
Arboledas	11.028	32	290,2
Mutiscua	4.843	14	289,1
Chilagá	13.330	38	285,1
Cácola	3.181	9	282,9
Teorama	18.731	50	266,9
Villa Caro	5.727	15	261,9
Convención	21.175	55	259,7
Tibu	62.151	145	233,3
Silos	7.127	15	210,5
Cáchira	12.500	26	208,0
El Zulia	30.816	59	191,5
La Esperanza	13.144	18	136,9
El Tarra	23.521	32	136,0
Los Patios	103.733	29	28,0
Ocaña	135.344	24	17,7
San Jose de Cúcuta	812.176	46	5,7
Total	1.709.570	7.014	410,3

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 123 de 531

La proporción de incidencia departamental de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue de 320,6 casos por 100 000 habitantes, siendo los municipios con mayor proporción de incidencia Durania con 1089,7casos, seguido de pamplona con 1066,4. Casos.

Tabla 52. Variables sociodemográficas del evento agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Número de casos	Porcentaje
Sexo	Masculino	3715	52,97
	Femenino	3299	47,03
Área de Ocurrencia	Cabecera	6048	86,23
	Rural disperso	665	9,48
	Centro poblado	301	4,29
Aseguramiento	Subsidiado	4455	63,52
	Contributivo	1912	27,26
	Excepción	330	4,70
	No asegurado	223	3,18
	Especial	61	0,87
	Pendiente	33	0,47
Pertenencia étnica	Otro	7004	99,86
	Negro, mulato	4	0,06
	Indígena	3	0,04
	Palenquero	2	0,03
	ROM	1	0,01
Grupo poblacional	Migrantes	321	4,58
	Víctimas de Violencia armada	23	0,33
	Gestantes	16	0,23
	Discapacidad	10	0,14
	Desplazados	3	0,04
	Desmovilizados	3	0,04
	Privados de libertad	2	0,03
	Madres comunitarias	2	0,03
	Infantil del ICBF	1	0,01
	Centros psiquiátricos	1	0,01

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 124 de 531

En el año 2024, se notificaron 7.014 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (APTR) en Norte de Santander, los cuales fueron analizados según variables sociodemográficas clave.

La distribución por sexo muestra un ligero predominio del sexo masculino con 3.715 casos (52,97 %) frente a 3.299 casos femeninos (47,03%). Este comportamiento es consistente con otros eventos donde el mayor riesgo de exposición suele estar asociado a actividades de mayor interacción con animales, como el trabajo rural o actividades al aire libre, que son más frecuentemente desempeñadas por hombres.

El 86,23% de los casos ocurrieron en áreas de cabecera municipal, seguido de un 9,48% en zonas rurales dispersas y 4,29% en centros poblados. Esta distribución refleja una mayor concentración de eventos en zonas urbanas, probablemente relacionada con la alta densidad de animales de compañía y animales callejeros en ciudades, además del mayor acceso y uso de los servicios de salud para la notificación en cabecera.

Respecto al régimen de aseguramiento, la mayoría de los casos corresponden a personas afiliadas al régimen subsidiado (63,52%), seguido por el régimen contributivo (27,26%). La alta proporción de casos en el régimen subsidiado podría estar indicando una mayor vulnerabilidad social y una exposición más frecuente a condiciones de riesgo relacionadas con factores ambientales y socioeconómicos.

La gran mayoría de los casos (99,86%) se registraron en personas que no se reconocieron dentro de un grupo étnico específico, mientras que la participación de comunidades negras, indígenas, palenqueras o ROM fue mínimo. Este comportamiento refleja la composición étnica general del departamento y la concentración urbana de la población expuesta.

En cuanto a grupos poblacionales especiales, el 4,58 % de los casos correspondió a migrantes, lo que destaca la vulnerabilidad de esta población ante eventos de exposición a animales transmisores de rabia. Otras poblaciones como víctimas de violencia armada, gestantes, personas con discapacidad y desplazados representan porcentajes muy bajos, aunque su seguimiento es relevante por su especial condición de vulnerabilidad.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 125 de 531

Tabla 53. Comportamiento de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia por variables sociodemográficas, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Número de casos	Porcentaje
Sexo	Masculino	3715	52,97
	Femenino	3299	47,03
Área de Ocurrencia	Cabecera	6048	86,23
	Rural disperso	665	9,48
	Centro poblado	301	4,29
Aseguramiento	Subsidiado	4455	63,52
	Contributivo	1912	27,26
	Excepción	330	4,70
	No asegurado	223	3,18
	Especial	61	0,87
	Pendiente	33	0,47
Pertenencia étnica	Otro	7004	99,86
	Negro, mulato	4	0,06
	Indígena	3	0,04
	Palenquero	2	0,03
	ROM	1	0,01
Grupo poblacional	Migrantes	321	4,58
	Víctimas de Violencia armada	23	0,33
	Gestantes	16	0,23
	Discapacidad	10	0,14
	Desplazados	3	0,04
	Desmovilizados	3	0,04
	Privados de libertad	2	0,03
	Madres comunitarias	2	0,03
	Infantil del ICBF	1	0,01
	Centros psiquiátricos	1	0,01
Total		7014	100,00

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Variables de interés para el evento

En cuanto a la especie agresora, se observó que el perro fue el principal agente involucrado en las agresiones, representando el 85,83 % de los casos notificados, seguido por el gato con el 13 %. De manera menos frecuente, también se registraron agresiones ocasionadas por otras especies como bovinos, micos, porcinos, équidos, grandes roedores, murciélagos y otros animales silvestres.

La alta proporción de agresiones por perros y gatos refleja su estrecha convivencia con los humanos, especialmente en zonas urbanas, mientras que la presencia de animales silvestres y de producción en los registros sugiere exposición en contextos rurales o periurbanos, donde persisten riesgos de contacto con fauna susceptible a la rabia..

Gráfica 44. Especie de Animal agresora, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

La clasificación de la exposición en los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia presenta un 58,80% (4.124 casos) catalogados como no exposición, un 21,66% (1.519 casos) como exposición leve y el 18,88 % (1.324 casos) como exposición grave. Un pequeño porcentaje (0,67 %, correspondiente a 47 casos) no contaba con información sobre la clasificación de la exposición.

El predominio de los casos clasificados como no exposición se encuentra asociado principalmente a agresiones provocadas por animales observables, como perros y gatos, a los cuales se les puede realizar seguimiento durante 10 días para verificar la presencia de signos de rabia. Esta categoría no implica ausencia de riesgo, sino que corresponde a situaciones en las que el seguimiento del animal permite tomar decisiones clínicas seguras sin necesidad de iniciar de inmediato la profilaxis postexposición.

No obstante, la proporción combinada de casos clasificados como exposición leve y grave (40,54 %) resalta la importancia de mantener estrategias de vigilancia activa, garantizar el acceso oportuno a la profilaxis postexposición y fortalecer la valoración clínica inicial basada en el tipo de exposición y la condición del animal agresor. Asimismo, la existencia de registros sin información evidencia la necesidad de mejorar la calidad en el diligenciamiento de los datos durante la atención de estos eventos.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 127 de 531

Tabla 54. Clasificación de los eventos de Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Norte de Santander, 2024

Clasificación	Número de casos	Porcentaje
No exposición	4124	58,80
Exposición leve	1519	21,66
Exposición grave	1324	18,88
Sin información	47	0,67
Total	7014	100,00

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Indicadores en la vigilancia integrada de la rabia

Durante la evaluación del desempeño de la vigilancia integrada de la rabia en Norte de Santander en el año 2024, se identificaron los siguientes hallazgos:

La incidencia de agresiones y contactos con animales potencialmente transmisores de rabia fue de 410,3 por 100.000 habitantes, evidenciando una carga considerable de exposición al riesgo. De estos eventos, el 40,53% correspondió a personas clasificadas como expuestas al virus rábico (exposición leve o grave). Esta proporción refleja que, aunque existe una vigilancia activa y oportuna de las agresiones, es necesario fortalecer las estrategias de control de los animales transmisores, especialmente en zonas de alta interacción humano-animal.

Respecto al cumplimiento de los algoritmos de clasificación, se observó un desempeño alto: La proporción de casos clasificados como "no exposición" que cumplen la definición fue de 99,95%, con solo dos casos identificados como no ubicables, lo que refleja una adecuada aplicación de la definición operativa, aunque sigue existiendo un pequeño margen de error atribuible a la calidad del dato.

En los casos de exposición leve, el cumplimiento alcanzó el 93,15%. El análisis detallado mostró que la depuración de registros —eliminando aquellos con inconsistencia en la ubicación o con severidad mal clasificada— permitió precisar esta cifra. La proporción indica un desempeño aceptable, aunque se resalta la necesidad de reforzar la capacitación en la clasificación de severidad en el nivel local.

Para los casos de exposición grave, el cumplimiento alcanzó el 91,69%, tras realizar ajustes que incluyeron la exclusión de 73 registros con información incompleta (datos en blanco en la variable que establece si el agresor es ubicable o no) y la reclasificación de 24 casos, inicialmente reportados como graves, pero que correspondían a exposiciones leves. Aunque este indicador se aproxima al umbral esperado, evidencia la persistencia de errores en el diligenciamiento, particularmente en variables críticas como la severidad clínica del evento y la ubicación del agresor, aspectos fundamentales para la adecuada clasificación y respuesta en salud pública.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 128 de 531

En cuanto a los indicadores de impacto, durante 2024 no se registraron casos de rabia humana ni de rabia en perros o gatos en Norte de Santander, lo cual es consistente con los esfuerzos de vigilancia activa, vacunación antirrábica y control de focos. Además, el 100% de los focos de rabia en animales de producción primaria notificados fueron investigados, reflejando un adecuado desempeño del sistema en la respuesta a eventos zoonóticos.

Tabla 55. Indicadores para la Vigilancia integrada de rabia, Norte de Santander, 2024

Indicadores en la vigilancia integrada de la rabia			
Indicador	Nombre del indicador	Descripción	Resultado
Impacto	Proporción de incidencia agresiones y contactos con animales potencialmente transmisores de rabia	Numerador: número de casos nuevos de agresiones y contactos con animales potencialmente transmisores de rabia en Norte de Santander. Denominador: Total población según Censo DANE 2024	410,3
Proceso	Proporción de personas expuestas al virus rábico	Numerador: número de pacientes con agresión o contacto con animal potencialmente transmisor de la rabia, clasificados con exposición leve y grave. Denominador: número total de personas con agresión o contacto con un animal potencialmente transmisor de rabia	40,53
Proceso	Proporción de casos que cumplen la definición de caso de No exposición	Numerador: Número de casos notificados como no exposición que cumplen la clasificación de No exposición. Denominador: Número de casos notificados clasificados como No exposición	99,95
Proceso	Proporción de casos que cumplen la clasificación de exposición leve	Numerador: Número de casos notificados como exposición leve que cumplen la clasificación de Exposición Leve. Denominador: Número de casos notificados clasificados como Exposición Leve.	93,15
Proceso	Proporción de casos que cumplen la clasificación de exposición grave	Numerador: Número de casos notificados como exposición grave que cumplen la clasificación de Exposición Grave. Denominador: Número de casos notificados clasificados como Exposición Grave	91,69
Impacto	Proporción de incidencia de rabia humana	Numerador: número de casos nuevos confirmados por laboratorio de rabia humana. Denominador: Total población según Censo DANE (proyección al año correspondiente).	0
Impacto	Proporción de incidencia de rabia en perros	Numerador: número de casos nuevos confirmados por laboratorio de rabia en perros. Denominador: población de perros estimada por el MSPS por	0

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 129 de 531

Indicadores en la vigilancia integrada de la rabia			
Indicador	Nombre del indicador	Descripción	Resultado
		año.	
Impacto	Proporción de incidencia de rabia en gatos	Numerador: número de casos nuevos de rabia en gatos. Denominador: población de gatos estimada por el MSPS por año	0
Proceso	Proporción de casos de rabia en perros y gatos investigados	Numerador: casos probables y confirmados de rabia perros y gatos investigados Denominador: Número de casos probables y confirmados de rabia perros y gatos notificados al Sivigila	0
Proceso	Proporción de focos de rabia en animales de producción primaria investigados	Numerador: focos confirmados de rabia en animales de producción primaria investigados. Denominador: Número de focos confirmados de rabia en animales de producción primaria notificados por el ICA.	100

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander Año 2025

Discusión

Durante el año 2024, el departamento de Norte de Santander presentó un aumento del 6,4 % en los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en comparación con el año anterior. Este incremento podría estar asociado a múltiples factores, entre ellos: una mayor urbanización sin control adecuado de animales de compañía, la movilidad de población migrante, y el fortalecimiento de la notificación por parte de los servicios de salud.

La alta proporción de agresiones causadas por perros y gatos (85,83% y 13% respectivamente) es consistente con estudios nacionales e internacionales que identifican a estas especies como principales transmisores de rabia en ciclos urbanos (6,7). El predominio de casos en áreas urbanas (86,23 %) refuerza la importancia de mantener campañas de vacunación antirrábica masiva y estrategias de control de la fauna urbana.

Respecto a la severidad de las exposiciones, el 40,54 % de los casos fueron clasificados como exposición leve o grave, lo cual resalta la importancia de continuar fortaleciendo la capacitación del talento humano en salud en la adecuada clasificación y atención de las exposiciones. El cumplimiento de los algoritmos de clasificación alcanzó altos niveles (más del 90 % en todas las categorías), aunque persisten áreas de mejora en la calidad de los registros.

La no ocurrencia de casos de rabia humana ni de rabia en perros o gatos durante 2024, junto con la investigación del 100 % de focos en animales de producción, demuestra la efectividad del sistema de vigilancia integrada y del enfoque intersectorial adoptado en el departamento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 130 de 531

No obstante, la confirmación de circulación de virus rábico en animales de producción en Hacarí y Toledo (bovinos positivos a rabia silvestre) evidencia la persistencia de riesgos en zonas rurales, lo que obliga a mantener esfuerzos de vigilancia activa y vacunación en el contexto de salud pública veterinaria.

Este informe destaca la necesidad de continuar fortaleciendo estrategias de educación comunitaria, vacunación en animales domésticos y de producción, y respuesta rápida ante focos de rabia silvestre, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (8,9).

Limitaciones

Calidad de la información: Se identificaron inconsistencias en el diligenciamiento de variables críticas como severidad de la exposición, ubicación del animal agresor y esquema de profilaxis recibido. Estas inconsistencias pueden afectar la precisión de los indicadores analizados.

Subregistro de casos en áreas rurales: La baja proporción de notificaciones desde zonas rurales dispersas sugiere un posible subregistro en estas áreas, probablemente debido a barreras de acceso geográfico, desconocimiento del evento y dificultades en la búsqueda activa de casos.

Dependencia de la notificación espontánea: El sistema de vigilancia depende principalmente de la notificación pasiva en servicios de salud, lo que puede limitar la detección temprana de eventos en comunidades con menor acceso a servicios médicos o en poblaciones migrantes.

Limitación en la identificación de animales transmisores silvestres: Aunque se registraron casos asociados a especies silvestres, el seguimiento y confirmación de circulación viral en fauna no doméstica es limitado, lo que podría subestimar el riesgo real en zonas de interfase urbano-rural.

Conclusiones

La incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en Norte de Santander durante 2024 fue de 320,6 casos por 100.000 habitantes, con municipios como Durania y Pamplona presentando las tasas más altas.

La especie principal implicada fue el perro, seguido por el gato, reflejando la necesidad de control poblacional, vacunación y educación en tenencia responsable de animales de compañía.

El sistema de vigilancia logró una adecuada clasificación de la mayoría de los casos y la investigación del 100 % de focos en animales de producción, sin registrarse casos de rabia humana ni de rabia urbana.

Es prioritario reforzar la vigilancia y respuesta ante circulación de virus rábico silvestre en zonas rurales, mediante acciones coordinadas entre los sectores de salud humana, animal y ambiental.

En conclusión, Norte de Santander muestra un sistema de vigilancia de rabia robusto, con alta calidad en la clasificación de casos y en la investigación de focos en animales de producción, aunque persisten oportunidades

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 131 de 531

de mejora en el aseguramiento de la calidad de la información y en la sensibilización para la identificación e investigación oportuna de eventos en población canina y felina.

Recomendaciones

Fortalecer la calidad del dato: Implementar procesos de retroalimentación sistemática a las UPGD sobre el diligenciamiento correcto de las fichas de notificación, especialmente en las variables relacionadas con clasificación de exposición y seguimiento del animal agresor.

Incrementar la búsqueda activa en zonas rurales y periurbanas: Establecer estrategias específicas de búsqueda activa de casos en territorios rurales dispersos y poblaciones migrantes, con enfoque diferencial y de equidad.

Mejorar la articulación intersectorial: Reforzar la colaboración entre los sectores de salud humana, programa de zoonosis y medio ambiente para fortalecer la detección y control de focos de rabia, especialmente en animales silvestres y de producción.

Sensibilizar a la comunidad: Desarrollar campañas educativas continuas sobre la importancia de reportar agresiones de animales, especialmente en poblaciones rurales, escolares y migrantes, orientadas a fomentar la consulta oportuna.

Optimizar la capacitación del personal de salud: Realizar entrenamientos periódicos sobre el protocolo nacional de profilaxis postexposición, asegurando la correcta clasificación y manejo de los eventos según la condición clínica del animal y el tipo de exposición.

Leptospirosis

Introducción

La leptospirosis es una zoonosis bacteriana de distribución mundial, causada por espiroquetas del género *Leptospira*, que afecta tanto a animales como a humanos. Su transmisión ocurre principalmente por el contacto directo o indirecto con orina de animales infectados, a través de superficies húmedas, agua o alimentos contaminados. Esta característica la convierte en una enfermedad de interés en salud pública, especialmente en contextos con deficiencias en saneamiento básico, alta presencia de vectores y condiciones climáticas favorables para su persistencia en el ambiente.

El ser humano actúa como huésped terminal y puede adquirir la infección durante actividades ocupacionales o recreativas, siendo una enfermedad frecuentemente subdiagnosticada debido a su presentación clínica inespecífica. Los reservorios más comunes incluyen roedores —particularmente ratas—, caninos, animales silvestres, así como animales de producción como vacas y cerdos, que pueden portar la bacteria de forma asintomática y contribuir a su diseminación.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 132 de 531

En el contexto del departamento de Norte de Santander, las condiciones geográficas, climáticas y socioeconómicas favorecen la persistencia del ciclo de transmisión, particularmente en zonas rurales y periurbanas con presencia de cuerpos de agua estancada y elevada exposición ocupacional. Este informe presenta el análisis del comportamiento del evento durante el año 2024, con el fin de fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control de esta enfermedad en el territorio.

Materiales y Método

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de las variables contenidas en las fichas de notificación individual de datos básicos y complementarios del evento “Leptospirosis” (código 455), notificadas semanalmente al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) por parte de las entidades territoriales del departamento de Norte de Santander durante el año 2024.

Previo al análisis, las bases de datos fueron sometidas a un proceso de depuración y validación, con el objetivo de verificar la calidad del dato y la completitud de la información registrada. Se eliminaron los registros con ajuste por digitación y se aplicaron filtros para excluir casos duplicados, utilizando como criterios de comparación el número de identificación, nombres y apellidos del paciente. En los casos con registros repetidos, se analizó la fecha de inicio de síntomas y la fecha de finalización del tratamiento para descartar recaídas o recrudescencias.

Posteriormente, se seleccionaron los casos según la clasificación establecida en el protocolo nacional (sospechoso, confirmado, por nexa), considerando además la fecha de ajuste, la presencia de hospitalización o fallecimiento. Para el cálculo de los indicadores epidemiológicos —incidencia, mortalidad y letalidad— se incluyeron únicamente los casos confirmados. La población de referencia fue tomada de las proyecciones del DANE para el año 2024.

El análisis se llevó a cabo con base en el municipio de procedencia del caso, permitiendo una mejor comprensión territorial del comportamiento del evento en el departamento. Se aplicó estadística descriptiva, considerando las variables de tiempo (semana epidemiológica), persona (edad, sexo, ocupación) y lugar (municipio de procedencia). Además, se utilizaron variables consignadas en los datos complementarios para explorar posibles determinantes sociales y demográficos asociados a la ocurrencia de los casos.

El procesamiento y organización de la información se realizó mediante hojas de cálculo de Microsoft Excel, y los resultados se presentan en tablas y gráficos para facilitar su interpretación y análisis.

Consideraciones éticas

Para la elaboración del presente informe se usó la base de datos de los casos de leptospirosis notificados a Sivigila, no se utilizó información sensible y se aseguró la confidencialidad de los datos, por lo tanto, se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (5). Los resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

Resultados

Durante el año 2024, se notificaron un total de 128 casos de leptospirosis en el sistema de vigilancia en salud pública. Posteriormente, tras la depuración de la base de datos, se identificaron 2 casos con ajuste D, 22 con ajuste 6, 5 provenientes de otros departamentos y 2 casos duplicados. Tras el proceso de validación, se consolidaron 97 casos para el análisis final. Sin embargo, de estos, solo 7 fueron confirmados, siendo esta cifra la más relevante para este informe.

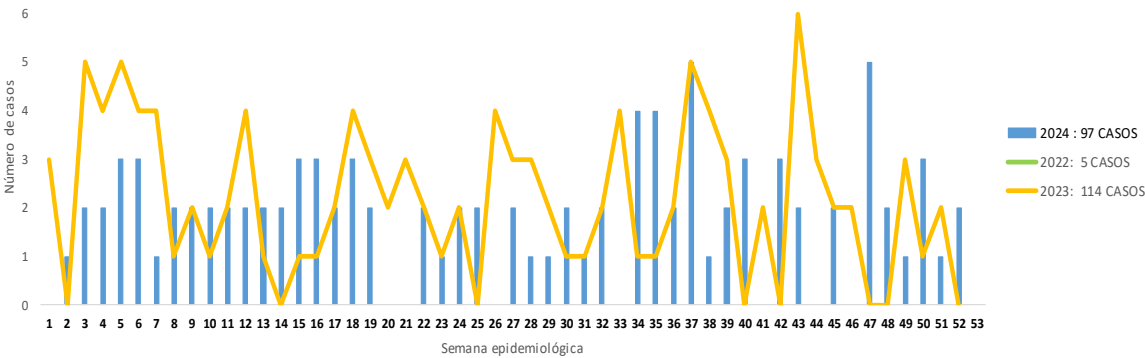
Tabla 56. Análisis de casos de Leptospirosis notificados según departamento de procedencia, Norte de Santander, 2024

Variable	No. de casos
Procedencia Norte de Santander	97
Duplicados	2
Procedencia otros departamentos	5
Ajuste 6	22
Ajuste D	2
Total Notificados	128

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander , 2025

De los 97 casos validados se observa que el 48,45% fueron clasificados inicialmente como casos sospechosos, el 44,32% como casos probables y únicamente el 7,21% fueron confirmados por laboratorio. Esta distribución puede estar asociada a diversas limitaciones operativas, tales como las dificultades para la recolección y envío oportuno de muestras biológicas, especialmente en zonas rurales con acceso restringido a los servicios de salud o con barreras logísticas. Adicionalmente, se ha identificado la falta de adherencia y cooperación por parte de algunos pacientes, quienes no completan el proceso diagnóstico ni siguen las indicaciones del personal médico. Estos factores dificultan la confirmación de los casos y subrayan la necesidad de fortalecer la vigilancia sobre las EAPB, mejorar los tiempos de respuesta diagnóstica y promover estrategias comunitarias de educación y seguimiento para garantizar una atención integral y oportuna del evento.

Gráfica 45.Tendencia de notificación de leptospirosis , Norte de Santander, 2022-2024



Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 134 de 531

Las semanas epidemiológicas con mayor número de notificaciones por leptospirosis en el año 2024 correspondieron a la semana 37 y la semana 47, con un total de 5 casos cada una. Estas concentraciones podrían estar asociadas a condiciones ambientales o estacionales propicias para la ocurrencia del evento, como el incremento de lluvias o exposición a fuentes hídricas contaminadas. Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia, control y educación comunitaria durante estos periodos críticos para reducir el riesgo de transmisión.

Tabla 57. Clasificación inicial de los casos de Leptospirosis, Norte de Santander, 2024

Variable	No. de casos
Sospechoso	47
Probable	43
Confirmado por laboratorio	7
Total Notificados	97

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Los casos confirmados por laboratorio se concentraron en cuatro municipios. Cúcuta registró el mayor número, con 4 casos confirmados. Le siguieron los municipios de Convención, Ocaña y Teorama, con 1 caso confirmado cada uno. El resto de los casos notificados no cuenta con confirmación diagnóstica por laboratorio, por lo que no es posible asegurar con certeza que correspondan a leptospirosis, debido a la ausencia de resultados que validen el diagnóstico. En este contexto, la tasa de incidencia hace referencia al número de casos nuevos confirmados de leptospirosis notificados en los municipios del departamento de Norte de Santander durante el año 2024, y permite dimensionar el comportamiento del evento en relación con la población posiblemente expuesta.

En cuanto a las manifestaciones clínicas y factores eco-epidemiológicos de los casos confirmados, leptospirosis, Norte de Santander 2024 se revela un patrón de transmisión asociado principalmente a la exposición a reservorios animales y fuentes de agua contaminada.

En Cúcuta, se identificó una mayor diversidad de factores de riesgo, incluyendo la presencia de perros (57% de los casos), roedores (28,5%) y el uso de fuentes hídricas no tratadas, como ríos y aguas estancadas (42,8%). Además, la disposición inadecuada de residuos sólidos estuvo presente en casi la mitad de los casos, lo que podría estar favoreciendo la proliferación de vectores como ratas. En contraste, el caso reportado en Ocaña no presentó factores de riesgo evidentes, lo que sugiere la necesidad de una investigación más profunda para identificar posibles fuentes de exposición no registradas.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de implementar estrategias diferenciadas, como el control de roedores en zonas urbanas, la promoción de agua segura en áreas rurales y campañas de tenencia responsable de mascotas, que integre acciones entre los sectores de salud humana, animal y ambiental. La priorización de Cúcuta es clave dada su alta carga de casos, pero no debe descuidarse la vigilancia en otros municipios con factores de riesgo emergentes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 135 de 531

Continuando con el análisis de los casos confirmados de leptospirosis se encontró que los animales como posibles reservorios como los perros aparecen en varios casos con leptospirosis (por ejemplo, Convención, Cúcuta), lo que sugiere su posible rol como reservorio importante. Las Ratas, otro reservorio clave de leptospira, también están presentes en múltiples registros donde hay leptospirosis, reforzando su importancia epidemiológica. Gatos, bovinos, equinos y porcinos tienen poca presencia general y escasa coincidencia con los casos positivos probablemente no son factores relevantes en este periodo de estudio.

Las fuentes de agua como ríos y pozos aparecen asociados en los registros positivos (Convención y Cúcuta), especialmente cuando también están presentes animales como perros o ratas. En cuanto al acueducto está presente en varios positivos, pero eso puede deberse a su alta frecuencia general, no necesariamente como riesgo directo. Los tanques y represas también se observan en algunos casos positivos.

Para el año 2023 se dimensionan 6 casos confirmados para leptospirosis uno para el municipio del Tarra, uno para Tibú, EL zuliam Villa del Rosario y dos para Cucuta y en la base de datos SiviGila para el año 2022 se encuentra una relación de 5 casos confirmados por laboratorio correspondientes a los municipios de Tibú con un caso y 4 para Cúcuta según procedencia.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 136 de 531

Tabla 58. Tasa de incidencia de leptospirosis por municipio de procedencia, Norte de Santander 2024.

Municipio	Dane 2024	Casos SE 52	Incidencia por 100.000 Hab
Puerto Santander	9.913	1	10,1
Ocaña	135.344	3	2,2
San Jose de Cúcuta	812.176	3	0,4
Ábrego	35.936	0	0,0
Arboledas	11.028	0	0,0
Bochalema	9.385	0	0,0
Bucarasica	7.263	0	0,0
Cáchira	12.500	0	0,0
Cácota	3.181	0	0,0
Chinácota	19.845	0	0,0
Chitagá	13.330	0	0,0
Convención	21.175	0	0,0
Cucutilla	9.280	0	0,0
Durania	5.197	0	0,0
El Carmen	15.080	0	0,0
El Tarra	23.521	0	0,0
El Zulia	30.816	0	0,0
Gramalote	8.346	0	0,0
Hacarí	11.559	0	0,0
Herrán	7.841	0	0,0
La Esperanza	13.144	0	0,0
La Playa	8.741	0	0,0
Labateca	7.189	0	0,0
Los Patios	103.733	0	0,0
Lourdes	4.537	0	0,0
Mutiscua	4.843	0	0,0
Pamplona	56.894	0	0,0
Pamplonita	6.239	0	0,0
Ragonvalia	6.751	0	0,0
Salazar	11.664	0	0,0
San Calixto	14.496	0	0,0
San Cayetano	8.102	0	0,0
Santiago	3.861	0	0,0
Sardinata	28.989	0	0,0
Silos	7.127	0	0,0
Teorama	18.731	0	0,0
Tibu	62.151	0	0,0
Toledo	17.714	0	0,0
Villa Caro	5.727	0	0,0
Villa del Rosario	116.221	0	0,0
Total	1.709.570	7	0,4

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Características sociodemográficas

En cuanto a los 7 casos confirmados por laboratorio, 5 correspondieron a personas de sexo masculino y 2 a sexo femenino. Según el tipo de aseguramiento, 5 casos pertenecían al régimen subsidiado, 1 al régimen contributivo y 1 no contaba con afiliación al sistema de salud. En relación con el área de ocurrencia, 4 casos se registraron en cabecera municipal, 2 en centro poblado y 1 en zona rural dispersa.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 137 de 531

Tabla 59. Características sociodemográficas de casos confirmados para el evento de Leptospirosis, Norte de Santander, 2024.

Sexo	Número de casos	%
Masculino	5	59,79
Femenino	2	40,21
Tipo de aseguramiento	Número de casos	%
Subsidiado	5	46,39
Contributivo	1	47,42
No asegurado	1	2,06
Área de ocurrencia	Número de casos	%
Cabecera municipal	4	70,10
Rural disperso	1	18,56
Centro poblado	2	11,34
Total de casos confirmados	7	100,00

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

El rango de edad de los casos de leptospirosis notificados durante el año 2024 se ubicó entre los 2 y 79 años, con una media de edad de 37 años. Del total de casos, el 59,79% correspondió a personas de sexo masculino y el 40,21% a femenino. En cuanto al área de ocurrencia, el 70,10% de los casos se presentó en cabeceras municipales, el 11,34% en centros poblados y el 18,56% en zonas rurales dispersas. Respecto al tipo de aseguramiento, el 47,42% de los casos pertenecía al régimen contributivo, el 46,39% al régimen subsidiado, el 3,09% al régimen de excepción y el 2,06% no contaba con afiliación al sistema de salud, esta distribución por régimen de aseguramiento refleja una afectación similar tanto en población contributiva como subsidiada, lo cual subraya la necesidad de intervenciones integrales de prevención y vigilancia sin distinción de afiliación al sistema de salud.

Tabla 60. Características sociodemográficas de casos totales notificados del evento de Leptospirosis, Norte de Santander 2024

Sexo	Número de casos	%
Masculino	58	59,79
Femenino	39	40,21
Tipo de aseguramiento	Número de casos	%
Contributivo	46	47,42
Subsidiado	45	46,39
Excepción	3	3,09
No asegurado	2	2,06

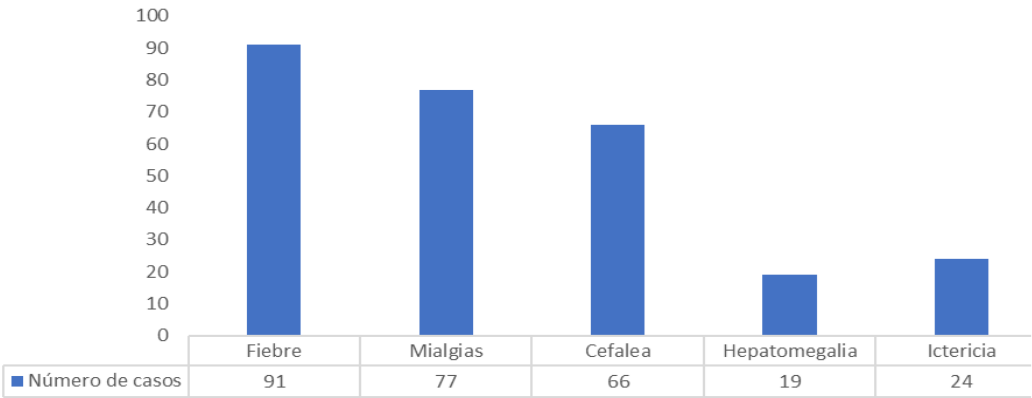
Sexo	Número de casos	%
Pendiente	1	1,03
Área de ocurrencia	Número de casos	%
Cabecera municipal	68	70,10
Rural disperso	18	18,56
Centro poblado	11	11,34
Total de notificaciones	97	100,00

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Variables de interes para el evento

Del total de casos notificados de leptospirosis durante el año 2024, el 93,8% presentó fiebre, el 79,38% mialgia, el 68,04% cefalea, el 24,74% ictericia y el 19,59% hepatomegalia. En cuanto a la severidad del evento, se identificó que 84 personas requirieron hospitalización, lo cual corresponde al 86,59% del total de casos validados.

Gráfica 46. Características de interes para el evento de Leptospirosis, Norte de Santander 2024



Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

Considerando la relación entre los animales reservorios y la transmisión de la enfermedad, se observó que en los reportes de vigilancia se identificaron animales cercanos al área de ocurrencia del evento en proporciones relevantes: perros en el 55,67% de los casos, gatos en el 38,14%, ratas en el 30,93%, bovinos en el 11,34%, porcinos en el 10,31% y equinos en el 4,12%. Estos hallazgos reafirman la importancia de la vigilancia integrada entre salud humana y salud animal, especialmente en contextos donde la convivencia con animales domésticos o de producción es frecuente.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 139 de 531

Tabla 61. Indicadores del evento de Leptospirosis , Norte de Santander, 2024

Indicadores de leptospirosis	Numerador	Denominador	Resultado
Proporción de casos de leptospirosis según clasificación	Total de casos notificados por tipo de caso (probables, confirmado por laboratorio o confirmado por nexo epidemiológico) 50	Total de casos notificados. 97	El 51 % de los casos notificados de leptospirosis fueron clasificados como probables. El 7,21% de los casos notificados de leptospirosis fueron clasificados como confirmados por laboratorio.
Proporción de incidencia de Leptospirosis	Total de casos nuevos notificados 97	Población proyectada DANE a mitad de periodo 1,709,570	Por cada 100.000 personas, se notificaron 5,7 casos de leptospirosis
Tasa de incidencia de leptospirosis	Numero de casos nuevos confirmados 7	Población proyectada DANE a mitad de periodo 1,709,570	La tasa de incidencia de leptospirosis es de 0,4 por cada 100.000 habitantes
Letalidad por Leptospirosis	Total de casos fatales confirmados por leptospirosis	Total, de casos nuevos confirmados por leptospirosis	Por cada 100 casos notificados de leptospirosis, se presentaron 0 casos fatales

Fuente: Sivigila. IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 140 de 531

Discusión

La leptospirosis es una enfermedad zoonótica que sigue representando un desafío significativo para la salud pública en regiones como Norte de Santander, donde las condiciones ambientales y sociales favorecen su transmisión. El análisis de los casos notificados en 2024 subraya la importancia de ejecución del protocolo estandarizado por el Instituto Nacional de Salud para su diagnóstico y notificación.

Es fundamental que todo caso de leptospirosis sea ingresado en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) como un caso probable en el momento de la notificación, incluso antes de obtener la confirmación diagnóstica. Esta medida es crucial porque permite monitorear la tendencia de la enfermedad y activar las alertas epidemiológicas de manera temprana, lo que facilita la implementación de medidas de control y prevención en tiempo real. Según las pautas nacionales, la confirmación debe realizarse mediante un examen PCR dentro de los primeros 7 días del inicio de los síntomas, dado que este es el período crítico para la detección de la bacteria *Leptospira*. Si no se puede realizar la PCR dentro de ese plazo, se deben tomar muestras pareadas (una durante la fase aguda y otra durante la fase de convalecencia). Estas muestras deben enviarse al laboratorio de salud pública del departamento, quien luego las reenvía al laboratorio del Instituto Nacional de Salud (INS) para su procesamiento. Este procedimiento garantiza que se puedan confirmar los casos y establecer con certeza la magnitud de la afectación, a pesar de las limitaciones operativas que puedan surgir, como la accesibilidad a servicios de salud en áreas rurales o la cooperación del paciente en completar el diagnóstico.

Además, la confirmación tardía de casos pone de manifiesto en este estudio la necesidad urgente de mejorar la recolección de muestras y la adherencia a los procedimientos establecidos en el protocolo diagnóstico. Un factor clave en este retraso es que tanto las empresas aseguradoras como las IPS no están cumpliendo con la toma de muestras según lo indicado por el algoritmo nacional. Además, en muchos casos, los pacientes no regresan para completar el diagnóstico una vez que los síntomas desaparecen, lo que complica la confirmación de los casos. También existen barreras por parte del sistema de salud para autorizar los exámenes necesarios, como las pruebas PCR dentro de los primeros 7 días de inicio de los síntomas. Esta situación ha llevado a que la mayoría de los casos se clasifiquen inicialmente como sospechosos o probables debido a la dificultad para obtener las pruebas confirmatorias oportunas, lo que refleja las brechas existentes en el proceso diagnóstico. Es crucial fortalecer los procedimientos médicos y garantizar la competencia de todos los actores del sistema de salud para asegurar la correcta toma de muestras y el diagnóstico temprano. La confirmación de los casos mediante PCR en los primeros días de la enfermedad podría ser una herramienta clave para reducir la subnotificación y mejorar la respuesta ante la leptospirosis a nivel local y departamental.

El análisis también muestra que las concentraciones más altas de casos ocurrieron en semanas específicas, lo que sugiere que factores ambientales como las lluvias pueden influir en la incidencia de la enfermedad, debido a la mayor exposición de las personas a ambientes húmedos o contaminados. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer la educación comunitaria y las intervenciones de control en las épocas de mayor riesgo.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 141 de 531

Limitaciones

Subregistro de casos: La notificación de leptospirosis depende de la correcta identificación de los casos y de la disponibilidad de recursos para confirmar el diagnóstico, lo cual es un desafío. Además, la enfermedad puede ser subdiagnosticada debido a su presentación clínica inespecífica.

Accesibilidad y calidad de las muestras: La recolección y el envío de muestras biológicas a los laboratorios presentan dificultades logísticas, lo que puede haber afectado la confirmación de los casos. De hecho, la base de datos del 2024 la mayoría de casos quedaron clasificados como sospechosos o probables debido a la falta de confirmación por laboratorio.

Falta de seguimiento completo: La ausencia de seguimiento completo de algunos pacientes impide un análisis más exhaustivo de la evolución de la enfermedad, especialmente en casos sospechosos que no fueron diagnosticados adecuadamente.

Conclusiones

A pesar de la alta notificación de casos de leptospirosis en Norte de Santander, la mayoría fueron clasificados como sospechosos o probables, lo que resalta las limitaciones en el diagnóstico oportuno y la confirmación de la enfermedad.

La tasa de incidencia de leptospirosis en el departamento durante 2024 fue de 0,4 casos por cada 100,000 personas, lo que sugiere una ocurrencia relativamente baja a nivel poblacional, aunque la distribución territorial y estacional sigue siendo un factor relevante.

Las concentraciones de casos en ciertas semanas epidemiológicas y la falta de confirmación diagnóstica en muchos de los casos notificados sugieren deficiencias en la capacidad de respuesta ante este evento de salud pública.

La mayoría de los casos confirmados afectaron a personas de sexo masculino y con aseguramiento subsidiado, lo que refleja una afectación significativa en sectores más vulnerables y menos favorecidos en términos de acceso a servicios de salud.

Recomendaciones

Fortalecer la confirmación diagnóstica: Se recomienda mejorar la recolección y el envío oportuno de muestras para confirmar los casos, especialmente en zonas rurales, mediante el apoyo logístico y la capacitación del personal de salud.

Implementar estrategias de educación comunitaria: Dado que la leptospirosis está estrechamente asociada con condiciones de higiene deficiente y contacto con animales infectados, es fundamental desarrollar programas educativos dirigidos a comunidades rurales y periurbanas sobre prácticas de prevención y control, así como sobre el manejo adecuado de animales domésticos y de producción.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 142 de 531

Mejorar la cooperación interinstitucional: Es crucial fortalecer la vigilancia integrada entre salud humana y salud animal, con especial énfasis en las zonas con alta densidad de reservorios animales como perros y roedores. Esto incluye la promoción de campañas de control de roedores y el fortalecimiento de la gestión del riesgo zoonótico.

Atención de grupos vulnerables: Dado el impacto de la enfermedad en sectores con menor acceso a servicios de salud, se debe priorizar la cobertura y el acceso a atención médica para estos grupos, garantizando que la población en situación de vulnerabilidad reciba una atención adecuada y oportuna.

Rabia animal en perros y gatos

Durante el año 2024, no se notificaron casos del evento rabia animal en perros y gatos en el departamento de Norte de Santander. Al tratarse de un evento de tipo colectivo, la ausencia de notificaciones representa un comportamiento estable; sin embargo, se resalta la necesidad de mantener las acciones de vigilancia activa, control de focos y campañas de vacunación antirrábica para prevenir la aparición de casos y garantizar la protección de la población humana y animal.

Rabia por Laboratorio

Durante el año 2024 se notificaron un total de 14 casos sospechosos de rabia para diagnóstico por laboratorio. De estos, 11 correspondieron al municipio de Cúcuta, 2 al municipio de Los Patios y 1 al municipio de Villa del Rosario. En todos los casos, se enviaron muestras al Instituto Nacional de Salud para su procesamiento, obteniéndose resultados negativos para virus rábico.

Rabia Humana

Durante el año 2024 no se presentaron casos de rabia humana en el departamento de Norte de Santander. Este comportamiento es consistente con los años anteriores y refleja el impacto positivo de las estrategias de vigilancia, la atención oportuna de personas expuestas y las acciones de prevención implementadas. No obstante, se reitera la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica activa y fortalecer la capacidad de respuesta ante exposiciones para evitar posibles casos futuros.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 143 de 531

Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por mordedura de serpiente. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54849>
2. Instituto Nacional de Salud. Accidente ofídico – Informe del evento 2023. Bogotá: INS; 2023. Disponible en: <https://www.ins.gov.co>
3. Gutiérrez JM, Calvete JJ, Habib AG, Harrison RA, Williams DJ, Warrell DA. Snakebite envenoming. Nat Rev Dis Primers. 2017;3(17063). doi: 10.1038/nrdp.2017.63
4. Organización Mundial de la Salud. Snakebite envenoming: a strategy for prevention and control. Geneva: WHO; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515641>
5. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. [Internet]. 1993. Fecha de consulta junio de 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430DE-1993.PDF>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54849>
7. Instituto Nacional de Salud. Rabia humana y animal – Informe del evento 2023. Bogotá: INS; 2023. Disponible en: <https://www.ins.gov.co>
8. Organización Mundial de la Salud. Rabia: hoja informativa. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies>
9. Organización Mundial de la Salud. Zero by 30: Estrategia global para acabar con las muertes humanas por rabia transmitida por perros para 2030. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513838>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 144 de 531

ENFERMEDADES CAUSADAS POR MICOBACTERIAS

Tuberculosis

Introducción

Es una enfermedad causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite de persona a persona a través del aire. Los síntomas de la tuberculosis activa incluyen tos, dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. En las personas sanas, la infección no suele causar síntomas. Si no se trata adecuadamente, la enfermedad de tuberculosis puede ser mortal, aún sigue siendo un problema de salud pública.

Se estima que en 2020 enfermaron de tuberculosis 9,9 millones de personas en todo el mundo: 5,5 millones de hombres, 3,3 millones de mujeres y 1,1 millones de niños. La tuberculosis está presente en todos los países y grupos de edad. Es curable y prevenible. Geográficamente, en 2020, la mayoría de los casos de TB se produjeron en las regiones de la OMS de Asia Sudoriental (43 %), África (25 %) y el Pacífico Occidental (18 %), con porcentajes menores en el Mediterráneo Oriental (8,3 %), en América (3,0%) y en Europa (2,3%). Los 30 países con alta carga de TB representaron el 86 % de todos los casos incidentes estimados en el mundo, y ocho de estos países representaron dos tercios del total mundial: India (26 %), China (8,5 %), Indonesia (8,4 %), Filipinas (6,0 %), Pakistán (5,8 %), Nigeria (4,6 %), Bangladesh (3,6 %) y Sudáfrica (3,3 %). A nivel mundi

En 2023, a nivel mundial, la brecha entre el número estimado de nuevos casos de TB y los notificados se redujo a unos 2,7 millones, bajando de los niveles de alrededor de 4 millones durante la pandemia de COVID-19 en 2020 y 2021. Esto es el resultado de importantes esfuerzos nacionales, regionales y mundiales para recuperarse de las interrupciones de los servicios de TB relacionadas con el COVID. La cobertura del tratamiento preventivo de la tuberculosis se ha mantenido para las personas que viven con el VIH y sigue mejorando para los contactos familiares de las personas diagnosticadas con TB.

Sin embargo, la tuberculosis multirresistente sigue siendo una crisis de salud pública. Las tasas de éxito del tratamiento de la tuberculosis multirresistente o resistente a la rifampicina (TB-MDR/RR) han alcanzado ya el 68%. Pero, de las 400.000 personas que se estima que desarrollaron TB-MDR/RR, solo el 44% fueron diagnosticadas y tratadas en 2023.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un nuevo informe sobre la tuberculosis (TB) que revela que, a nivel mundial, aproximadamente 8,2 millones de personas fueron diagnosticadas con TB en 2023, la cifra más alta registrada desde que la OMS comenzó a monitorear mundialmente la TB en 1995. Esto representa un aumento considerable en comparación con los 7,5 millones reportados en 2022, lo que sitúa nuevamente a la TB como la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en 2023, superando al COVID-19.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 145 de 531

El Informe mundial sobre la tuberculosis 2024 de la OMS pone de relieve los progresos desiguales en la lucha mundial contra la TB, incluyendo desafíos persistentes como la importante falta de financiamiento.

La tasa estimada de mortalidad por TB en la Región de las Américas ha disminuido de 2,20 defunciones por cada 100 000 habitantes en el 2010 a 1,70 en el 2019. La disminución de la tasa de mortalidad estimada en pacientes con coinfección TB/VIH ha sido menor, pasando de 0,68 a 0,58 por cada 100 000 habitantes en el mismo periodo. La letalidad estimada por TB es 7% en la Región de las Américas, frente a 14% a nivel mundial

En Colombia, diariamente se diagnostican 57 personas con esta patología y, de ellas, cuatro pierden la vida. Según datos oficiales (Con corte a 31 de diciembre de 2024), en Colombia se registraron 20.832 casos de tuberculosis, de los cuales el 68,26% se presentaron en hombres. Según el grupo de edad, el 46,29% de los casos se encuentran entre los 29 y 59 años.

Según los registros del ministerio, se notificaron casos en el 74% de los municipios del país, concentrándose principalmente en los distritos de Cali, Bogotá y Barranquilla, así como en ciudades como Medellín, San José de Cúcuta, Bucaramanga, Villavicencio, Ibagué, Pereira, Valledupar y los municipios de Bello (Antioquia) y Soledad (Atlántico).

En Norte de Santander se ha fortalecido la captación de sintomáticos respiratorios y la priorización de pruebas diagnósticas avanzadas, como las pruebas moleculares y cultivos en medio líquido de acuerdo a la resolución 227 del 2020. se han desarrollado estrategias de información, educación y comunicación sobre tuberculosis en todas las comunas donde se reportan casos. Adicionalmente intervenciones en espacios radiales y comunitarios, acompañamiento a jornadas móviles de salud articuladas con otros actores intersectoriales, por ende, en el año 2024 hubo un aumento de casos (855) comparados con el año 2023 (787)

Materiales y métodos

Para el análisis del evento de tuberculosis de todas las formas se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Los casos se pueden notificar con clasificación de caso como: confirmado por laboratorio, por nexo epidemiológico o por clínica, se presentaron los resultados en tablas y graficas utilizadas por Microsoft Excel para el procesamiento de los datos.

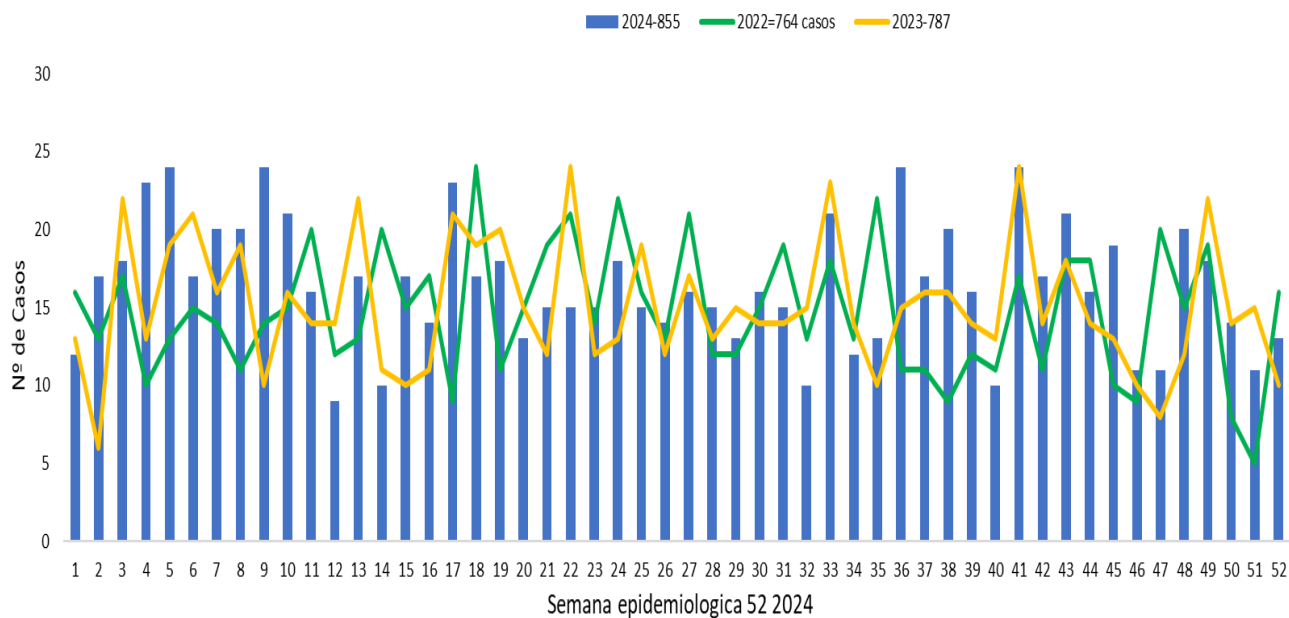
Hallazgos

En el año 2024 se notificó al Sivigila un total de 1206 casos; después del proceso de depuración y revisión de calidad del dato se excluyeron 233 duplicados, 36 casos de residencia venezolana, 9 casos con residencia otros departamentos y 25 casos por error de digitación y descarte, 24 casos farmacorresistentes (los cuales se incluyen más adelante) quedando para el análisis un total de 855 casos de tuberculosis de todas las formas, los cuales son los registros utilizados para el análisis de este informe de evento.

Comportamiento de la notificación

Se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 855 casos, de los cuales 782 (92,0%) son casos nuevos y 73 (8%) previamente tratados, se evidencia un aumento de casos de tuberculosis (68 casos) comparado con el año 2023 a semana epidemiológica 52 un promedio de (787 casos).

Gráfico 47. Casos notificados de Tuberculosis, Norte de Santander, 2022 -2024



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

La tasa de incidencia de tuberculosis en el departamento Norte de Santander (se incluyeron todas las formas); es de 50,06 casos por 100.000 habitantes, la tasa de tuberculosis pulmonar en el departamento fue de 45,5 casos por 100.000 habitantes y de tuberculosis extrapulmonar 4,56 casos por 100.000 habitantes.

El municipio que presenta la mayor tasa del departamento es Puerto Santander 70,6 casos por 100.000 habitantes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 147 de 531

Indicadores

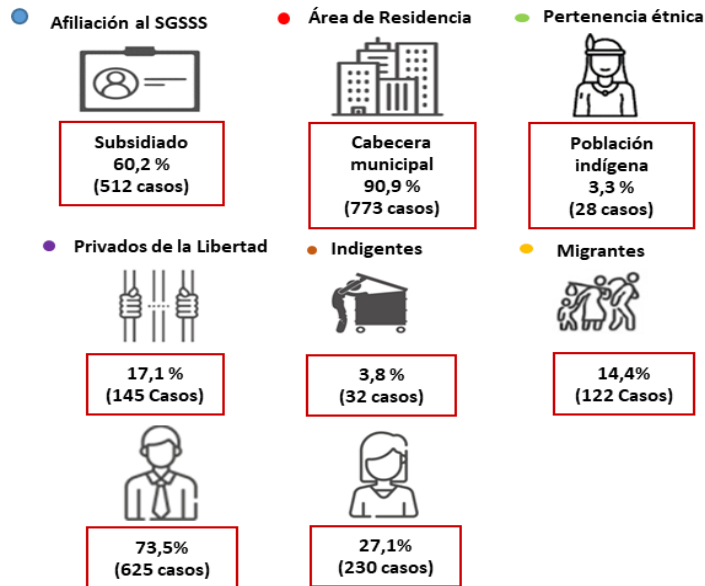
Tabla 62. Comportamiento de casos de Tuberculosis por tasa de incidencia según tipo por Municipio de residencia, Norte de Santander, 2024

Municipio De Residencia	Poblacion Dane	Casos Nuevos + recaídas Pulmonar		Casos Nuevos + recaídas Extrapulmonar			
		Norte de Santander	Incidencia por 100.000			Norte de Santander	Incidencia por 100.000
				Casos Col	Casos Ven		
Cucuta	812.176	547	67,3	48	3	51	6,3
Villa del Rosario	116.221	61	52,5	5	5	10	8,6
Tibu	62.151	33	53,1	1	1	2	3,2
Los Patios	103.733	28	27,0	7	2	9	8,7
Ocaña	135.344	25	18,5	1	0	1	0,7
Sardinata	27.437	4	14,6	0	0	0	0,0
Ragonbalia	6.751	3	44,4	0	0	0	0,0
Pamplona	56.894	11	19,3	2	0	2	3,5
Puerto Santander	9.913	7	70,6	0	0	0	0,0
El Zulia	30.816	7	22,7	0	0	0	0,0
Salazar	11.664	0	0,0	1	0	1	8,6
Cacota	3.181	2	62,9	0	0	0	0,0
Cucutilla	9.280	1	10,8	0	0	0	0,0
Teorama	18.731	2	10,7	0	0	0	0,0
Abrego	35.936	1	2,8	1	0	1	2,8
Chitaga	13.330	1	7,5	0	0	0	0,0
Silos	7.127	1	14,0	0	0	0	0,0
Toledo	17.714	8	45,2	0	0	0	0,0
La Esperanza	13.144	3	22,8	0	0	0	0,0
El Carmen	15080	4	26,5	0	0	0	0,0
Pamplonita	6239	2	32,1	0	0	0	0,0
El tarra	23521	3	12,8	0	1	1	4,3
Hacari	11559	1	8,7	0	0	0	0,0
Herran	7841	3	38,3	0	0	0	0,0
Arboleda	11028	2	18,1	0	0	0	0,0
San Cayetano	8.102	3	37,0	0	0	0	0,0
Convencion	21.175	7	33,1	0	0	0	0,0
Bochalema	9.385	4	42,6	0	0	0	0,0
Chinacota	19.845	3	15,1	0	0	0	0,0
NORTE DE SANTANDER	1.709.570	777	45,5	66	12	78	4,56

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Se observa que el de mayores casos son hombres 73,5% (625), el 60,2 % (512 casos) pertenecen al régimen subsidiado; por pertenencia étnica, la población indígena presenta el 3,3% (28 casos) las áreas de ocurrencia de mayor número de casos se presentaron en la cabecera municipal 90,9% (773) un 17,1% (145 casos) son privados de la libertad, un 14,4 % (122 casos) migrantes, 3,8% (32 casos) fueron habitantes de calle.

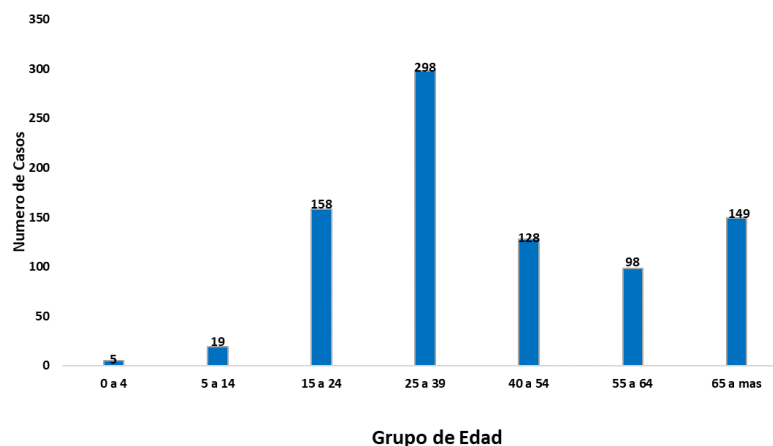
Figura 5. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de Tuberculosis, Norte de Santander, 2024



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Por grupo de edad el de mayor número de casos se presentó en el rango de edad 25 a 39 años con un 35,1% (298 casos).

Grafico 48. Distribución de casos de Tuberculosis por grupo de edad notificados, Norte de Santander, 2024



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 149 de 531

El 60,8% no presento comorbilidades, pero la comorbilidad que mayor tienen los pacientes es desnutrición 20,7 % (177 casos)

Tabla 63. Casos de Tuberculosis según la comorbilidad, Norte de Santander, 2024

Comorbilidades	Casos	%
Sin Comorbilidades	520	60,8
Desnutricion	177	20,7
Diabetes	47	5,5
TB-VIH	55	6,4
Epoc	24	2,8
Cancer	11	1,3
Enfermedad renal	12	1,4
Enfermedad hepatica	4	0,5
Artritis	4	0,5
Silicosis	1	0,1
Norte de Santander	855	100

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

De acuerdo a la distribución por tipo de caso, el 86,9% (743 casos) ingresaron como confirmados por laboratorio.

Basados en la historia de tratamiento la mayoría son casos nuevos con un 91,5% (782 casos), un 8,5 % (73 casos) han sido previamente tratados.

Tabla 64. Clasificación operativa de casos de Tuberculosis, Norte de Santander, 2024

Variable	Caracteristica de Diagnostico	Casos	%
Clasificacion del caso	Confirmado por laboratorio	743	86,9
	Confirmado por clinica	108	12,6
	Confirmado nexo epidemiologico	4	0,5
Clasificacion de caso basada en la historia de tratamiento	Nuevo	782	91,5
	Previamente tratado	73	8,5

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la variable de coinfeccion TB-VIH Norte de Santander tiene una tasa de incidencia de 3,22 por 100.000 habitantes y el 6,43% (55 casos) presenta coinfeccion. La tasa más alta por municipios de residencia de mayor caso de coinfeccion TB-VIH, fue el municipio de Ragonvalia con 14,8 casos por 100.000 habitantes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 150 de 531

Tabla 65. Tasa de incidencia de casos de Tuberculosis con Coinfección TB- VIH, Norte de Santander, Norte de Santander, 2024

Municipio de Residencia	Casos Coinfección	%	Tasa de coinfección x 100.000
Cucuta	41	4,80	5,0
Villa del rosario	8	0,94	6,9
Ocaña	3	0,35	2,2
Puerto Santander	1	0,12	10,1
Los patios	1	0,12	1,0
Ragonvalia	1	0,12	14,8
Norte de Santander	55	6,43	3,22

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de mortalidad

Para el análisis se calculó lo notificado en el año 2024 para el evento de tuberculosis por condición final fallecido, fue de 6,20% (53 casos). La tasa de mortalidad del departamento fue de 3,10 casos por 100.000 habitantes, el municipio que presentó la mayor tasa de mortalidad es el Pamplonita 16,0 por 100000 habitantes.

Tabla 66. Tasa de mortalidad de Tuberculosis por municipio de residencia, en Norte de Santander, 2024

Municipio de Residencia	Casos fallecidos con tuberculosis	%	Tasa de fallecidos x 100.000 habitantes
Cucuta	40	4,68	4,9
Villa del rosario	6	0,70	5,2
Los patios	2	0,23	1,9
Puerto Santander	1	0,12	10,1
Tibu	1	0,12	1,0
Pamplonita	1	0,12	16,0
Ocaña	1	0,12	0,7
Chinacota	1	0,12	5,0
Norte de Santander	53	6,20	3,10

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 151 de 531

Durante el año se notificaron un total de 879 casos, de los cuales 22 casos fueron farmacoresistentes, el 82 % son de sexo hombres, fueron confirmados por laboratorio por prueba molecular, el rango de edad más afectada de tuberculosis es de los 25 a 39 años 50% (7 casos) y el grupo de población más afectada son los privados de la libertad con 27,3% (6 casos)

Tabla 67. Comportamiento sociodemográfico de Tuberculosis por municipio de residencia, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	18	82
	Femenino	4	18,2
Clasificación operativa del caso	Confirmado Laboratorio	22	100
	Confirmado Clínica	0	0,0
	Confirmado por nexo	0	0,0
Pertencia étnica	Otros	22	100
Area	Cabecera	20	91
	Centro Poblado	0	0,0
	Rural Disperso	2	9,1
Edad	15 a 24	2	25,0
	25 a 39	7	87,5
	40 a 54	6	75,0
	55 a 64	3	37,5
	65 a mas	4	50,0
Grupo población	privado la libertad	6	27,3
	migrante	1	4,5
	Habitante de calle	0	0,0
	Otros	15	68,2

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para la incidencia de Farmacorresistentes presentados en el departamento de casos nuevos y previamente tratados es de 1,29 por 100.000 habitantes, el municipio de Cúcuta tiene la totalidad de casos y su tasa de 2,34 por 100.000 habitantes.

Tabla 68. Casos notificados por municipios de residencia nuevos y previamente tratados con tuberculosis farmacoresistentes, Norte de Santander, 2024

Municipio de Residencia	Casos nuevos y previamente tratados	Incidencia por 100.000 habitantes	Casos nuevos sin tratamiento previo	Casos previamente tratados
Cucuta	19	2,34	15	4
Villa del rosario	1	0,86	1	0
El carmen	1	6,63	0	1
El zulía	1	3,25	1	0
Norte de santander	22	1,29	17	5

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 152 de 531

El tipo de farmacoresistencia que más se presentó fue la resistencia de primera línea Monoresistencia con un 54,5% (12 casos) seguido la resistencia a la Rifampicina 27,3 % (6 casos)

Tabla 69. Clasificación de casos de Tuberculosis farmacoresistentes según tipo de resistencia notificada en Norte de Santander, 2024

Tipo de resistencia	Casos	%
Monoresistente	12	54,5
Resistencia de forma simultánea a H y R	4	18,2
Resistencia a rifampicina	6	27,3
Norte de Santander	22	100

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Tablero de problemas

Durante el año 2024 se analizaron 10 unidades de análisis, de las cuales 5 fueron de Coinfección TB-VIH el cual 3 casos fueron descartados no cumple para el evento de mortalidad Coinfección TB-VIH. E

En los casos analizados de Tuberculosis priorizado 5 casos, de los cuales 3 fueron confirmadas y 2 descartadas no cumplieron para el evento de mortalidad directa de tuberculosis

Discusión

En el año 2024 se presentó un aumento de casos comparado con el año 2023 con un 8% (68 casos de diferencia)

La tasa de incidencia de tuberculosis en el departamento Norte de Santander (se incluyeron todas las formas pulmonar y extra pulmonar); es de 50,06 casos por 100.000 habitantes este año aumento la tasa comparada con la de nivel nacional año 2023

La comorbilidad que mayor tienen los pacientes es desnutrición 20,7 % (177 casos), durante años siempre ha sido la comorbilidad que más afecta los casos de tuberculosis.

En la variable de coinfección TB-VIH Norte de Santander tiene una tasa de incidencia de 3,22 por 100.000 habitantes y el 6,43% (55 casos)

La tasa de mortalidad del departamento fue de 3,10 casos por 100.000 habitantes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 153 de 531

Limitaciones

La calidad del dato de las bases con reporte de cultivo en proceso ya que tarda en salir el reporte y las EPS no alimenta la información oportuna a las UPGD, en la variable resultado de cultivo quedo en la gran mayoría en proceso.

Conclusión

En Norte de Santander se ha fortalecido la captación de sintomáticos respiratorios y la priorización de pruebas diagnósticas avanzadas, como las pruebas moleculares por lo tanto este año hubo incremento más de casos comparados con los años anteriores de un 8%.

La tasa de mortalidad del departamento fue de 3,10 casos por 100.000 habitantes, el municipio que presento la mayor tasa de mortalidad es el Pamplonita 16,0 por 100000 habitantes.

Los casos de tuberculosis Farmacorresistentes presentados en el departamento hubo un aumento de casos (22) comparados con el año 2023 (15 casos), por el fortalecimiento de la implementación de pruebas moleculares

Recomendaciones

Departamento: fortalecer estrategia a la EPS para el reporte de cultivos a las UPGD en tiempo oportuno.

Departamento: Garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud publica en el departamento con el objetivo de dar cumplimiento a la realización de unidades de análisis y sus indicadores.

Nivel nacional: Realizar capacitaciones continuas a los referentes de cada departamento y así alimentar a los municipios para una mejor calidad de datos en las bases Sivigila.

Bibliografía

INS. Análisis del comportamiento del evento se tienen en cuenta los casos por departamento y municipio de residencia de Colombia 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/TUBERCULOSIS%20PE%20III%202024.pdf>

OPS.tuberculosis-resurge-como-principal-causa-muerte-por-enfermedad-infecciosa. Año 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-11-2024>.

Ministerio. comportamiento epidemiológico de la TB MDR/RR muestra una tendencia al incremento sobre las estimaciones nacionales año 2024. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202451%20de%202024.pdf

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 154 de 531

Lepra

Introducción

La lepra es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium leprae*, también conocida como **bacilo de Hansen**. El bacilo se reproduce muy despacio y el periodo promedio de incubación e inicio de los signos y síntomas de la enfermedad es de aproximadamente cinco años. Los síntomas iniciales son manchas claras u oscuras, o nódulos en la piel que resultan en lesiones en la piel y pérdida de sensibilidad en la zona afectada. Otros síntomas incluyen debilidad muscular y sensación de hormigueo en las manos y los pies. Cuando los casos no se tratan al inicio de los signos y síntomas, la enfermedad puede causar secuelas progresivas y permanentes, que incluyen deformidades y mutilaciones, reducción de la movilidad de las extremidades e incluso ceguera.

La enfermedad afecta principalmente a la piel, los nervios, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos. En algunos casos los síntomas pueden aparecer a los 9 meses después de haber adquirido la infección y en otros casos pueden tardar hasta 20 años. La lepra no es altamente infecciosa y se transmite a través del contacto cercano y frecuente con personas infectadas no tratadas. La lepra es curable y el tratamiento proporcionado, reduce considerablemente las posibilidades de discapacidad.

En 2023, de 49 países y territorios, 27 notificaron un total de 24 773 nuevos casos de lepra. De estos, el 92% (22 773 casos) se reportaron en Brasil. Otros países con un número significativo de casos nuevos ese año fueron Venezuela (338), Colombia (267), Paraguay (288), Argentina (134), Cuba (142), México (121) y República Dominicana (87).

Las personas afectadas por la lepra suelen ser objeto de discriminación y estigmatización. Esta situación tiene efectos negativos en el acceso al diagnóstico, el resultado del tratamiento y los resultados de la atención, además de violaciones de los derechos civiles, políticos y sociales. Poner fin a la discriminación, el estigma y los prejuicios es fundamental para acabar con la lepra.

en Colombia actualmente se implementa en todo el territorio nacional el Plan Estratégico de Prevención y Control de La enfermedad: Compromiso de todos hacia un país libre de Lepra o Enfermedad de Hansen 2016-2025, el cual tiene como objetivo disminuir la prevalencia de la enfermedad para mantener el cumplimiento de los criterios internacionales de eliminación de la enfermedad en Colombia, hasta alcanzar indicadores que den cuenta de ninguna o una mínima transmisión.

Dicho plan está alineado con la Estrategia mundial para la Lepra o Enfermedad de Hansen 2016–2020: de la OMS, con el fin de acelerar la acción hacia un mundo sin lepra.

Objetivos

Identificar el cumplimiento de la notificación, seguimiento y clasificación de los casos de Lepra.

Determinar las características socio demográficas de la población afectada con lepra en el Departamento.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La población en estudio fueron los casos de lepra notificados al sistema de información de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del año 2024 en el Departamento. La información fue analizada mediante distribución de frecuencias, se presentaron los resultados en tablas y graficas utilizadas por Microsoft Excel para el procesamiento de los datos.

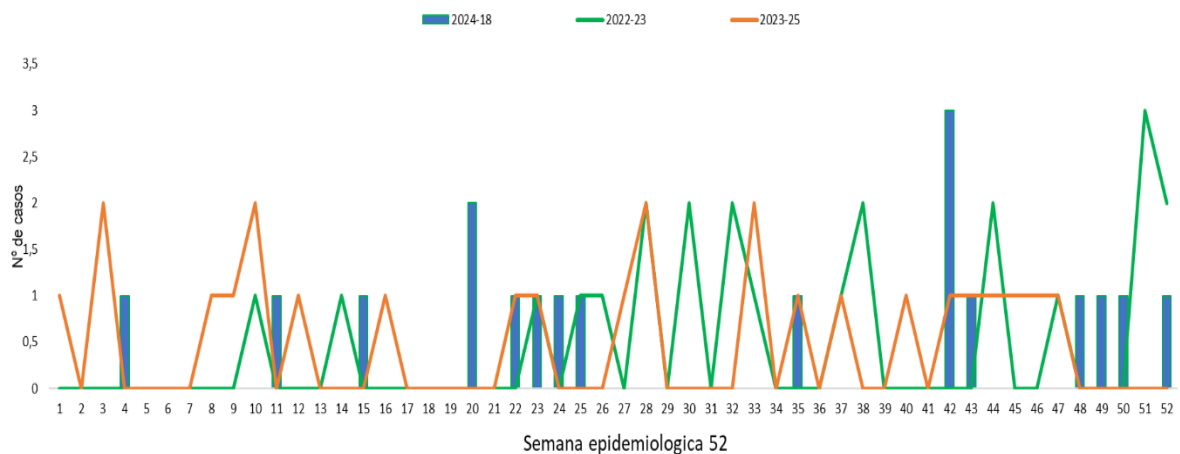
Hallazgos

En el año se han notificado al Sivigila un total de 23 casos notificados; después del proceso de depuración y revisión de calidad del dato se excluye 1 caso por residencia Venezuela, 2 casos con ajuste 6 de descarte, 2 duplicados quedando para el análisis 18 casos confirmados.

Comportamiento de la notificación

Se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 18 casos, comparados con los años anteriores se han disminuido los casos comparado con el año 2022 (23 casos), 2023 (25 casos)

Gráfico 49. Casos notificados de Lepra, 2022- 2024, Norte de Santander



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

De los 18 casos notificados, el 83,3% (15 casos) son casos nuevos, el municipio con mayor número de casos notificados de lepra en el Departamento de Norte de Santander es Cúcuta, pero por tasa de incidencia la más alta la tiene el municipio de Villa caro 17,5 por 100.000 habitantes. Del total de casos hay 3 casos de nacionalidad venezolana. La tasa de incidencia en el departamento es de 1,1 por 100.000 habitantes.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 156 de 531

Tabla 70. Distribución de casos nuevos más recaídas notificados de Lepra según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

Municipio De Residencia	Poblacion DANE	Casos Nuevos + recaídas			Incidencia por		
		Casos Col	Casos Ven	Norte de Santander	100.000	Paucibacilar	Multibacilar
Cucuta	812.176	8	1	9	1,1		9
Villa caro	5.727	1		1	17,5		1
Villa del Rosario	116.221	1	2	3	2,6	1	2
Teorama	18.731	1		1	5,3	1	
La esperanza	13.144	1		1	7,6		1
Los Patios	103.733	1		1	1,0		1
El Tarra	23.521	2		2	8,5		2
Norte de Santantader	1.709.570	15	3	18	1,1	2	16

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Del total de casos notificados de lepra la mayor prevalencia son los hombres el 66,7 % (12 casos), en su mayoría los casos pertenecen al régimen subsidiado 55,6% (10 casos), el total de la población pertenece a otros grupos con un 100% (18 casos) y el área de ocurrencia de casos se presentó en su totalidad en la cabecera municipal 72,2% (13 casos).

Tabla 71. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de Lepra, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos de Lepra	%
sexo	Masculino	12	66,7
	Femenino	6	33
Edad	0 a 4	0	0,0
	5 a 14	1	5,6
	15 a 24	1	5,6
	25 a 39	7	38,9
	40 a 54	4	22,2
	55 a 64	2	11,1
	65 a mas	3	16,7
Seguridad Social	Subsidiado	10	55,6
	Contributivo	7	38,9
	Indeterminado	1	5,6
	No asegurado	0	0,0
Etnia	Otros	18	100
Area	Cabecera municipal	13	72,2
	Rural disperso	4	22,2
	Centro poblado	1	5,6

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

De los 18 casos el 11,1% (2 casos) son recidiva, el 1,1% (1 caso) fue notificado por perdida de tratamiento, se notificaron 15 casos nuevos, se evidencia que el 86,7% (13 casos) presenta una lepra multibacilar, lo que indica que no se realizó un diagnóstico temprano de la enfermedad, y el 13,3% (2 casos) tiene una lepra paucibacilar.

Tabla 72. Casos nuevos de Lepra notificados por municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

Municipio de residencia	Nº de casos nuevos	Casos nuevos Paucibacilar	%	Casos nuevos multibacilar	%
Cucuta	7	0	0	7	46,7
Villa del Rosario	3	1	6,7	2	13,3
Los patios	1	0	0	1	6,7
Villa caro	1	0	0	1	6,7
El tarra	2	0	0	2	13,3
Teorama	1	1	6,7	0	0,0
Norte de Santander	15	2	13,3	13	86,7

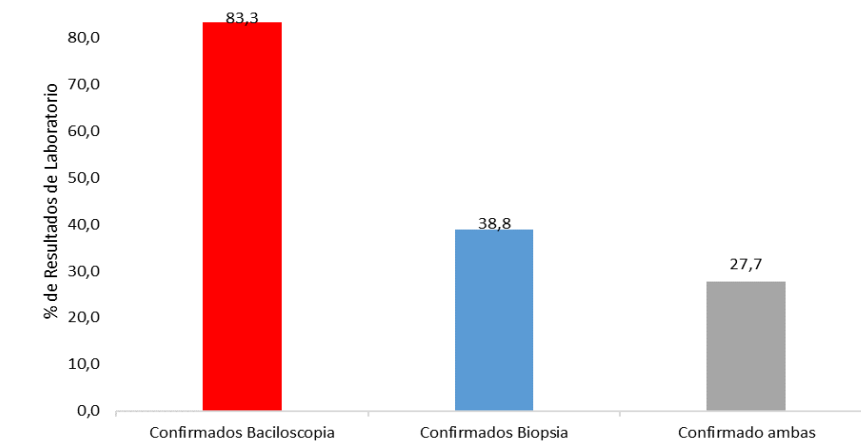
Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

El diagnóstico de lepra debe ser fundamentalmente por clínica, posteriormente se realiza por un examen dermatológico, para realizar la identificación de las lesiones (maculas, pápulas y manchas), y un examen por laboratorio baciloscopia y/o biopsia para su clasificación y su respectivo tratamiento.

Según la clasificación establecida por la Organización Mundial de la Salud la lepra puede ser paucibacilar (índice bacilar igual a cero, negativa) o multibacilar (índice mayor a cero positiva), esto depende del resultado de la baciloscopia inicial.

En su mayoría de casos fueron diagnosticados por baciloscopia el 83,3% (15 casos) y un 38,8% (7 casos) fueron diagnosticados por biopsia y un 27,7% (5 casos) fueron diagnosticados con los 2 exámenes.

Grafico 50. Casos bacteriológicamente confirmados de Lepra, Norte de Santander, 2024



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 158 de 531

Para el grado de discapacidad grado 0 de casos nuevos se presentó un total de 66,6 % (10 casos).

Para el análisis del grado de discapacidad I y II, se tomaron el total de casos nuevos en el cual se observa que hubo una discapacidad grado I de 33,3% (5 casos) y para el grado de discapacidad II el 20% (3 casos), los municipios que presentaron discapacidad grado II son: Cúcuta, Los patios y Villa caro. La tasa de discapacidad grado II es de 0,2 por 100.000 habitantes en el departamento. El municipio con mayor tasa de discapacidad fue Villa caro 17,5 por 100.0000 habitantes.

Tabla 73. Indicadores del comportamiento de la Lepra por municipio de residencia en Norte de Santander, 2024

Municipio De Residencia	Tasa de detección de casos en general de lepra	Tasa de detección de casos nuevos de lepra	Tasa de detección de casos nuevos de lepra multibacilar	% casos nuevos con discapacidad grado II	Tasa de discapacidad grado II
Cucuta	1,1	0,9	0,9	6,7	0,1
Villa caro	17,5	17,5	17,5	6,7	17,5
Villa del Rosario	2,6	2,6	1,7	0,0	0,0
Teorama	5,3	5,3	0,0	0,0	0,0
La esperanza	7,6	0	0,0	0,0	0,0
Los Patios	1,0	1,0	1,0	6,7	1,0
El Tarra	8,5	8,5	8,5	0,0	0,0
Norte de Santantader	1,1	0,9	0,8	20	0,2

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión

En el año 2024 hubo una disminución de casos comparado con el año 2023, 25 casos, el 28% disminuyo (7 casos)

La tasa de incidencia de lepra en el departamento Norte de Santander fue 1,1 por 100.000 habitantes y en el año 2023 fue de 1,5 por 100.000 habitantes, con una disminución de 0,5

La tasa de discapacidad grado II este año fue de 0,2 por 100.000 habitantes, mientras en el año 2023 fue de 0,1, este año aumento la tasa.

Limitaciones

Fortalecer la BAI para la búsqueda de casos en los municipios que se han presentado casos de lepra.

Conclusiones

En el departamento hubo una gran disminución de casos con un 28% (7 casos), comparados con el año 2023.

El sexo masculino fue el más afectado con un 66,7% (12 casos)

El municipio con la tasa de incidencia más afectada fue Villa caro con un 17, por 100.000 habitantes

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 159 de 531

Recomendaciones

Departamento: Garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud pública en el departamento con el objetivo de dar cumplimiento a la realización de unidades de análisis y sus indicadores.

Nivel nacional: Realizar capacitaciones continuas a los referentes de cada departamento y así alimentar a los municipios para una mejor calidad de datos en las bases Sivigila.

Bibliografía

Ministerio de salud. La lepra aún existe y tiene cura 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-lepra-aun-existe-y-tiene-cura-.aspx>.

OPS/OMS. Lepra (enfermedad de Hansen) 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lepra-enfermedad-hansen>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 160 de 531

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

introducción

La sífilis es una enfermedad bacteriana producida por la espiroqueta *Treponema Palladium*, de curso crónico y afectación sistémica, que atraviesa por diferentes etapas caracterizadas por manifestaciones específicas. Es una infección de transmisión sexual (ITS) y constituye un importante problema de salud pública en todo el mundo, que afecta la calidad de vida y se acompaña de importantes niveles de morbilidad y mortalidad; el *Treponema Palladium* puede pasar de la gestante al feto y causar sífilis congénita la cual puede producir aborto espontáneo, muerte perinatal, bajo peso al nacer, infección neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas. (1).

En septiembre del 2010 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron la Resolución CD50.R I 2. En dicha resolución, se exhortó a los Estados Miembros a dar prioridad a la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita y a que elaboraran y ejecutaran planes nacionales para alcanzar esta meta (2).

Estos compromisos se renovaron y se ampliaron en el 2016 mediante la aprobación del Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021, medida orientada a lograr que el Sida y las infecciones de transmisión sexual dejen de ser un problema de salud pública en la Región de la Américas. El plan de acción amplía la iniciativa de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ETMI) del VIH y la Sífilis Congénita a la ETMI-PLUS (2), siendo la meta para sífilis congénita: Reducir la incidencia de la sífilis congénita (incluyendo los mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.

Según los cálculos de la OMS, ocho millones de adultos de entre 15 y 49 años contrajeron sífilis en 2022. Algunos países que realizan seguimientos sistemáticos de la enfermedad están registrando un aumento importante en el número de casos de sífilis congénita. (3)

La OMS ha calculado que, en 2022, hubo 700 000 casos de sífilis congénita en el mundo. Estos casos de sífilis gestacional provocaron cerca de 150 000 muertes fetales tempranas y prenatales, 70 000 muertes neonatales, 55 000 partos prematuros o de neonatos con bajo peso al nacer y 115 000 casos con diagnóstico clínico de sífilis congénita del lactante. (3)

En Colombia, desde 2016, se ha observado un aumento en el número de casos notificados y en la prevalencia de sífilis gestacional. Para la semana epidemiológica 52 de 2023p (SE), se registraron 10.012 casos de sífilis gestacional, con una razón de prevalencia nacional de 16,3 casos por cada 1,000 nacidos vivos y mortinatos, lo que representa un incremento en comparación con los años 2019, 2020 y 2021. Sin embargo, frente al año 2022, se observó una variación hacia un decremento del -4.12%. (4)

En el caso de la sífilis congénita en Colombia, desde el año 2016 al 2021 presento incremento progresivo en el número de casos notificados y en la incidencia. Para 2022 se inicia una variación al decremento, alcanzando en

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 161 de 531

2023 una con una incidencia nacional de 2,3 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos, de acuerdo con la variación porcentual frente a 2023 se observa un comportamiento hacia el decremento de 14,8%.

En el Departamento Norte de Santander desde el año 2019 al año 2024 se ha evidenciado un incremento significativo en la notificación de los casos de sífilis gestacional, identificando una intensificación la notificación en el año 2021 con 678 casos, con una variación del 28.5 en aumento con respecto al año 2024; de igual manera se evidencia un decremento de manera progresiva en las semanas epidemiológicas de la 1-25 del año 2024 con 485 casos. Sin embargo, cabe resaltar que el departamento cuenta con una razón de prevalencia de 304.5 casos por cada 1,000 nacidos vivos y mortinatos. (5)

Sífilis congénita en el Departamento de Norte de Santander desde el año 2019 al año 2024 presento un incremento progresivo en la notificación, identificando un aumento significativo para el año 2021 con 132 casos, con una variación del 56.8 en aumento con respecto al año 2024 en donde se evidencia un decremento alcanzo una incidencia de 3.6 casos de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos. (5)

Muchas gestantes con sífilis no presentan síntomas o no son conscientes de ellos, por eso es importante el uso correcto y sistemático de preservativos durante las relaciones sexuales puede prevenir esta enfermedad y transmisión al recién nacido.

Hay pruebas rápidas que permiten diagnosticar la sífilis gestacional en pocos minutos y empezar el tratamiento en la misma visita al consultorio, por eso la importancia de iniciar controles prenatales de manera oportuna durante la gestación.

Objetivos específicos

Establecer la distribución demográfica y social de los casos reportados al Sivigila de Sífilis Congénita y Sífilis Gestacional en el año 2024.

Determinar los indicadores de oportunidad durante el año 2024.

Materiales y Métodos

Se realizó un informe de análisis de tipo descriptivo de la situación actual de la notificación de Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), posterior proceso depuración del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2024. Se empleó microsoft excel para el procesamiento de los datos.

La notificación del evento se realiza de forma semanal, ingresan como casos confirmados de Sífilis gestacional y Sífilis Congénita, con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA; La base de datos de la ficha de datos complementarios 740 (Sífilis Congénita) y 750 (Sífilis Gestacional) vigente este año, se depura cruzando los datos para su análisis. Para el caso de SIVIGILA se continúa la vigilancia por medio de la ficha de notificación

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 162 de 531

como un componente de búsqueda activa de casos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), con notificación desde probable y seguimiento hasta su confirmación o descarte.

Para el análisis se tuvo en cuenta la definición de caso del protocolo de vigilancia:

Sífilis Gestacional: Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada*

Reinfección: es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios: Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo con el estadio de la enfermedad, presenta durante el seguimiento clínico y serológico, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de 4 veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial, de acuerdo a lo establecido en GPC

Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y seis meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden cuatro veces o dos diluciones, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda cuatro veces o dos diluciones.

Sífilis Congénita: Es aquel caso de cumpla al menos uno de los siguientes Criterios:

- **Nexo epidemiológico:** todo fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de penicilina benzatínica de 2'400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.

- **Laboratorio:** Laboratorio: todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno. Igualmente, todo fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de necropsia

- **Clínica:** todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de sífilis congénita

Manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico o en exámenes paraclínicos:

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 163 de 531

- Clínica sugestiva: bajo peso, prematurez, pénfigo palmo-plantar, rash, hepatoesplenomegalia, rágades, rinorrea muco-sanguinolenta, hidrops fetalis.

- Cuadro hemático: presencia de anemia, reacción leucemoide (leucocitos > 35.000 x mm³), trombocitopenia (150 mg/dL en el recién nacido a término o > 170 mg/dL en el recién nacido pretérmino) o conteo de células > 25 x mm³ en LCR a expensas de linfocitos (meningitis aséptica) sin otra causa que lo explique.

- Aminotransferasas elevadas e hiperbilirrubinemia directa: Aspartato aminotransferasa - AST (valor de referencia 20,54 U/L ± 13,92 U/L), Alanina aminotransferasa - ALT (valor de referencia 7,95 U/L ± 4,4 U/L), bilirrubina directa o conjugada > 20 % del total de la bilirrubina total.

- Uroanálisis: con proteinuria, hematuria, cilindruria

Para este informe se toma en consideración el “**departamento de residencia**” en la mayoría de los análisis que involucran la variable lugar.

Indicadores de impacto

Razón de prevalencia de sífilis gestacional

Incidencia de sífilis congénita

Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso

Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional

Hallazgos para la Sífilis Gestacional

Sífilis Gestacional es un evento que inició su vigilancia bajo el código Sivigila 750. En el intervalo comprendido desde 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2024 (periodos epidemiológicos uno a trece), se notificaron al aplicativo del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 623 casos notificados en total durante el año 2024, de los cuales se retiraron 39 registros de residencia Venezuela, 4 registros notificados con residencia de otro departamento, 87 registros repetidos, 6 registro con error de digitación 2 casos descartados (ajuste6), con un resultado final de 485 casos confirmados para el análisis.

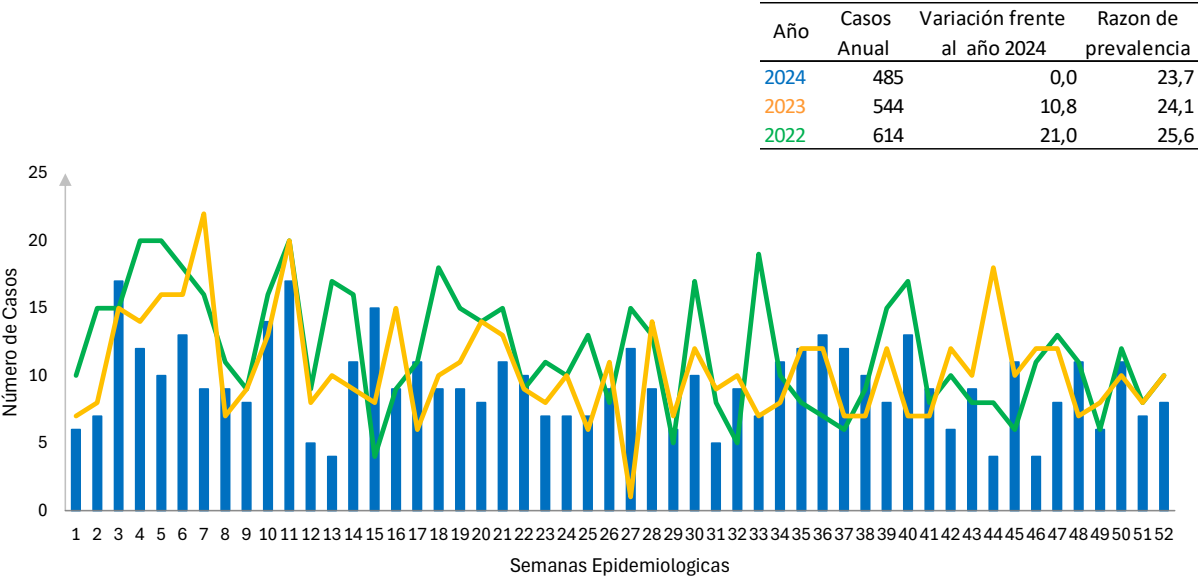
Comportamiento de la notificación

Sífilis Gestacional

En el evento de sífilis gestacional hasta la semana epidemiológica 52 del año 2024 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 485 casos confirmados, en el comportamiento de la notificación de sífilis

gestacional para el año 2023 fue de 544 casos, para el año 2022 fue de 614 casos notificados, evidenciando un descenso significativo de los casos del año 2024 en comparación al año inmediatamente anterior.

Gráfico 51. Comportamiento en la notificación de los casos para el evento de Sífilis Gestacional, Norte de Santander, años 2022-2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Magnitud en lugar y persona

A semana 52 del año 2024 los casos confirmados por laboratorio fueron 485, En el análisis realizado en la notificación individual, se encontró que el mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado con un 57.3 %, el grupo de edad con mayor aporte fue 20 a 24 años presenta un 39,0%, seguido del área de ocurrencia donde se presenta en cabecera municipal con un 80.6%. Por pertenencia étnica, el porcentaje de mayor notificación se encuentra en la variable “Otros” con el 99,8%, cabe resaltar 1 caso aportado por las poblaciones como indígena, rom, Afrocolombiano.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 165 de 531

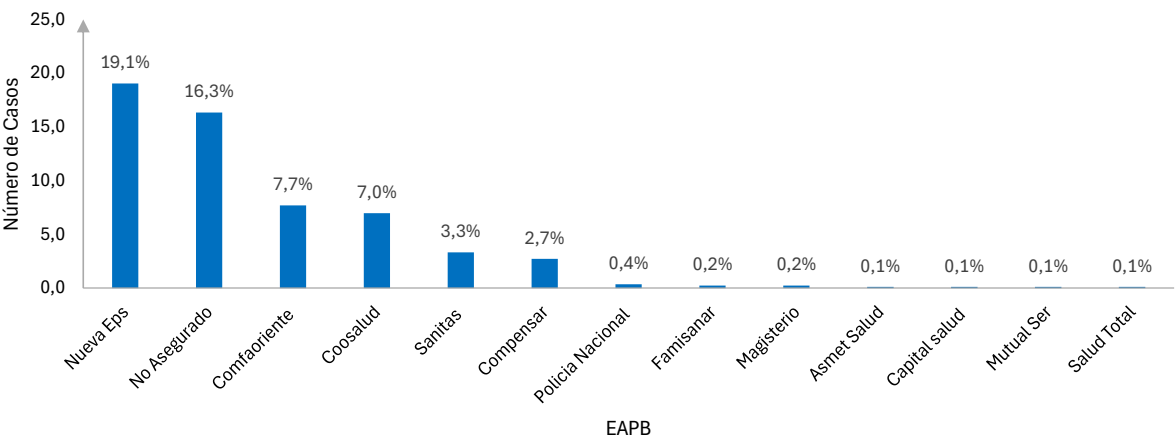
Tabla 74. Comportamiento demográfico y social de los casos de Sífilis Gestacional, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Nº Casos	Porcentaje
Area de Residencia	Cabecera Municipal	391	80,6
	Centro Poblado	47	9,7
	Rural disperso	47	9,7
Aseguramiento	Subsidiado	278	57,3
	No Asegurado	138	28,5
	Contributivo	64	13,2
	Excepción	5	1,0
Pertenencia Etnica	Otros	482	99,4
	Indígena	1	0,2
	Rom, Gitano	1	0,2
	Negro, Mulato	1	0,2
Grupo de Edad	< 14 Años	0	0,0
	14 a 19 Años	88	18,1
	20 a 24 Años	189	39,0
	25 a 29 Años	113	23,3
	30 a 34 Años	63	13,0
	35 a 39 Años	24	4,9
	40 a 44 Años	8	1,6
	45 y Mas Años	0	0,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Según el Decreto 3518 de 2006, las EAPB son las responsables, entre otras funciones, de garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, Las siguientes 12 aseguradoras reúnen el 71.4 % de los casos de sífilis gestacional, evidenciando mayor numero de casos notificados por Nueva Eps con 19.1% seguido de la población No Asegurados con el 28.6% (138 casos) que se encuentran pendientes para la afiliación de las EAPB presentes en la Región.

Gráfico 52. Distribución de casos de Sífilis Gestacional por entidades administradoras de planes de beneficios, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

De las gestantes que tuvieron control prenatal, se evidencia el 49.5 % (240) lo iniciaron en primer trimestre, al 49.5 % (240) se les realizó la prueba treponémica y al 49.5 % (240) la prueba no treponémica en este mismo trimestre.

Tabla 75. Edad gestacional al inicio del control prenatal, y cumplimiento del esquema de tratamiento en los casos de Sífilis Gestacional, Norte de Santander, año 2024

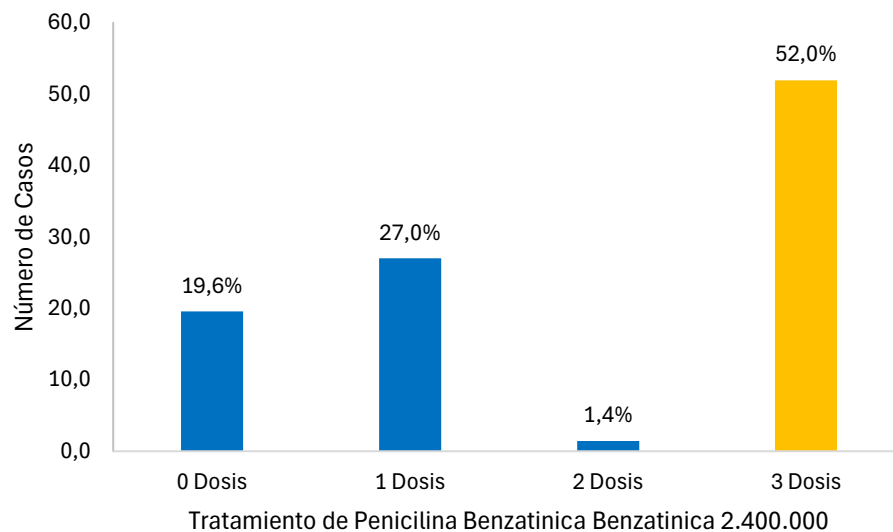
Edad gestacional	Inicio de control prenatal		Toma de prueba No treponemica		Toma de prueba treponemica	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	240	49,5	240	49,5	240	49,5
Segundo trimestre (Sem 14-27)	116	23,9	116	23,9	116	23,9
Tercer trimestre (Sem 28-40)	49	10,1	49	10,1	49	10,1
Sin información	80	16,5	80	16,5	80	16,5
Total General	485	100,0	485	100,0	485	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 167 de 531

De las gestantes que iniciaron control prenatal que fue el 83.5% (405), el 52% (252 casos) completaron el esquema de 3 dosis del medicamento Penicilina Benzatínica, el 19.6,7% (95 casos) no recibieron el esquema completo del tratamiento.

Gráfico 53. Número de dosis de penicilina benzatínica suministrada a los casos de Sífilis Gestacional, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Por cada 1.000 nacidos vivos en el año, se presentaron:

- 27.3 casos de sífilis en gestantes en el departamento.
- El municipio de residencia con mayor razón de prevalencia fue Durania con 46.5
- El municipio con menor razón de prevalencia de SG fue Chinácota con 6.4

Tabla 76. Distribución de casos notificados de Sífilis Gestacional según municipio de residencia y razón de prevalencia teniendo en cuenta su Nacionalidad, Norte de Santander del año 2024.

Municipio de Residencia	Casos COL.	Casos VEN	Norte de Santander SE. 1-52	Porcentaje	NV+ DF	Razón de prevalencia de SG *(1000 NV +
Cúcuta	172	102	274	56,5	9895	27,7
Tibú	27	38	65	13,4	1496	43,4
Villa Del Rosario	13	26	39	8,0	1228	31,8
El Zulia	6	9	15	3,1	457	32,8
Los Patios	11	3	14	2,9	946	14,8
Ocaña	11	3	14	2,9	1729	8,1
El Tarra	3	8	11	2,3	508	21,7
Puerto Santander	3	4	7	1,4	246	28,5
Convención	5	1	6	1,2	273	22,0
Pamplona	5	1	6	1,2	489	12,3
Teorama	4	2	6	1,2	251	23,9
Ábrego	4	1	5	1,0	377	13,3
El Carmen	4	1	5	1,0	170	29,4
San Calixto	4	0	4	0,8	126	31,7
Sardinata	1	2	3	0,6	383	7,8
Toledo	3	0	3	0,6	184	16,3
Durania	1	1	2	0,4	43	46,5
Arboledas	0	1	1	0,2	93	10,8
Chinácota	0	1	1	0,2	157	6,4
Gramalote	0	1	1	0,2	70	14,3
Hacarí	1	0	1	0,2	131	7,6
La Playa	1	0	1	0,2	93	10,8
San Cayetano	1	0	1	0,2	72	13,9
Norte de Santander	280	205	485	100,0	20449	23,7

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Tabla 77. Distribución de casos notificados al SIVIGILA con diagnóstico de Sífilis Gestacional con residencia de otro departamento, año 2024

Otro Dpto	Casos	Porcentaje
Cesar	2	50
Bogota	1	25
Magdalena	1	25
Colombia	4	100

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

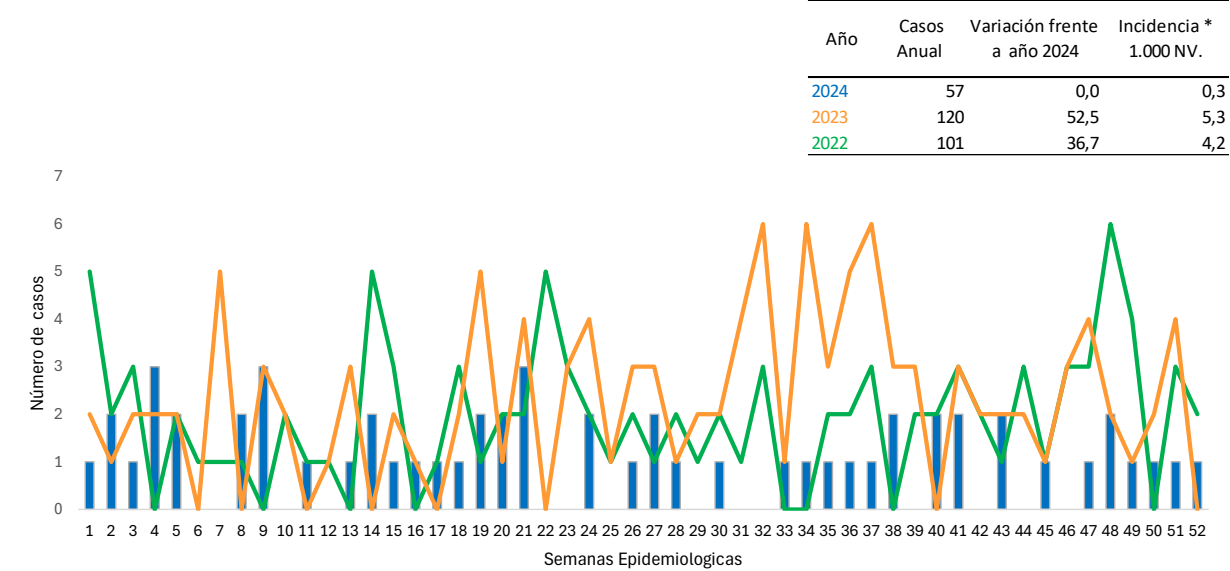
De los casos que ingresan con diagnóstico de sífilis gestacional al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) 7 casos ingresan con residencia de otros departamentos como lo es Cesar, Bogotá, y magdalena.

Hallazgos para la Sífilis Congénita

Sífilis Congénita es un evento que inició su vigilancia bajo el código Sivigila 740. En el intervalo comprendido desde 01 de enero al 31 de Diciembre del año 2024 (periodos epidemiológicos uno a trece), se notificaron al aplicativo del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 123 casos notificados, de los cuales se retiraron 27 registros de residencia Venezuela, 1 registro de otro departamento, 34 ajustes descartados (ajuste 6), 2 con ajuste D, 2 registros repetidos, 57 casos confirmados para el análisis.

En el siguiente grafico podemos observar el comportamiento de la notificación de sífilis Congénita durante los años 2022 al 2024, donde se evidencia que el año 2022 se notificó 101 casos, seguido del año 2023 con 120 casos notificados y para el año 2024 se presentaron 57 casos, donde se logra evidenciar que su variación va en descenso en comparación a los años anteriores, con una incidencia de 0.3 casos de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos, donde las semanas epidemiológicas con mayor número de casos notificados fueron 4,9 y 21 del año 2024

Gráfico 54. Comportamiento en la notificación de los casos para el evento de Sífilis Congénita, Norte de Santander, 2022-2024



Fuente, Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la siguiente tabla podemos observar la incidencia del departamento Norte de Santander se encuentra en un 0.3 por cada mil nacidos vivos más mortinatos, los municipios con mayor incidencia son: Toledo con un 1.1 casos por cada 1.000 NV/MF, seguido de Puerto Santander y Teorama con un 0.8 por cada mil nacidos más mortinatos, casos, El Municipio con menor incidencia fue: Ocaña 0.2 con casos por cada mil nacidos vivos más mortinatos

Tabla 78. Incidencia de Sífilis C por municipio de residencia teniendo en cuenta la nacionalidad de la madre, Norte de Santander, 2024.

Municipio de Residencia	Nacionalidad madre de la madre casos COL.	Nacionalidad madre de la madre casos VEN.	Total General SE.1-52	Porcentaje	NV+DF	Incidencia X 1000 NV.
Cúcuta	12	21	33	57,9	9895	0,3
Tibú	1	7	8	14,0	1496	0,5
Ocaña	3	1	4	7,0	1729	0,2
Convención	1	1	2	3,5	273	0,7
Puerto Santander	1	1	2	3,5	246	0,8
Teorama	2	0	2	3,5	251	0,8
Toledo	2	0	2	3,5	184	1,1
El Carmen	1	0	1	1,8	170	0,6
El Zulia	0	1	1	1,8	457	0,2
Los Patios	0	1	1	1,8	946	0,1
Sardinata	0	1	1	1,8	383	0,3
Norte de Santander	23	34	57	100,0	20449	0,3

Fuente, Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

A nivel departamental, la proporción de casos de sífilis congénita con madres notificadas como sífilis gestacional fue de un 100 % (57 casos).

Tabla 79. Porcentaje de casos de sífilis congénita con madres notificadas como Sífilis Congénita teniendo en cuenta municipio de residencia de caso, Norte de Santander, 2024

Municipio de Residencia	Casos SC con madres notificadas en SG	Total Noti. Casos SC	% Madres notificadas
Cúcuta	33	33	57,9
Tibú	8	8	14,0
Ocaña	4	4	7,0
Convención	2	2	3,5
Puerto Santander	2	2	3,5
Teorama	2	2	3,5
Toledo	2	2	3,5
El Carmen	1	1	1,8
El Zulia	1	1	1,8
Los Patios	1	1	1,8
Sardinata	1	1	1,8
Norte de Santander	57	57	100,0

Fuente, SiviGila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la siguiente tabla podemos determinar las variables de interés sociodemográficos, donde en el análisis realizado de la notificación Individual, se encontró que los 54.4 % (31) casos se presentaron en el género femenino, según el área de residencia el 70.2 % (40) de los casos notificados residen en la cabecera municipal, de igual manera en aseguramiento podemos observar que el régimen no asegurado tiene el mayor porcentaje de casos con el 49.1% (28), y la pertenencia étnica “Otros” notifica 100% (57), sin casos notificados en población indígena.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 172 de 531

Tabla 80. Comportamiento demográfico y social de los casos de Sífilis Congénita, Norte de Santander año 2024

Variable	Categoria	Casos	Porcentaje
Sexo	Femenino	31	54,4
	Masculino	26	45,6
Area de Residencia	Cabecera Municipal	40	70,2
	Centro Poblado	11	19,3
	Rural	6	10,5
Aseguramiento	No Asegurado	28	49,1
	Subsidiado	27	47,4
	Contributivo	6	10,5
	Indeterminado	2	3,5
Pertenencia Etnica	Otros	57	100,0

Fuente, Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la siguiente tabla podemos observar la distribución de los casos según el aseguramiento y la Nacionalidad de la madre, donde el 38.6 % (27) de los casos de sífilis congénita fueron notificados de las siguientes 5 aseguradoras, el 49.1% (28 casos) de los casos son No Asegurados y el 3.5% (2) indeterminados.

Tabla 81. Distribución de casos de Sífilis Congénita por Entidad administradora de planes de beneficios, teniendo en cuenta la nacionalidad de la madre, Norte de Santander, año 2024

Nombre Aseguradora	Nacionalidad de la madre Casos COL.	Nacionalidad de la madre Casos VEN.	Norte de Santander	Porcentaje
No Asegurada	4	24	28	49,1
Nueva Eps	10	7	17	29,8
Comfaorient	3	0	3	5,3
Compensar	2	1	3	5,3
Sanitas	3	0	3	5,3
Indeterminado	0	2	2	3,5
Salud Total	1	0	1	1,8
Total General	23	34	57	100,0

Fuente, Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la siguiente tabla podemos observar la distribución de los casos de Sífilis congénita teniendo en cuenta el trimestre la edad gestacional que iniciaron controles: en el primer trimestre un 45.6 % (26), en el Segundo trimestre el 8.8% (5) en el tercer trimestre del embarazo un 8.8 % (5), evidenciando un aumento de casos en la detección temprana al inicio de la gestación, sin información de inicio de controles prenatales 36.8%(21)

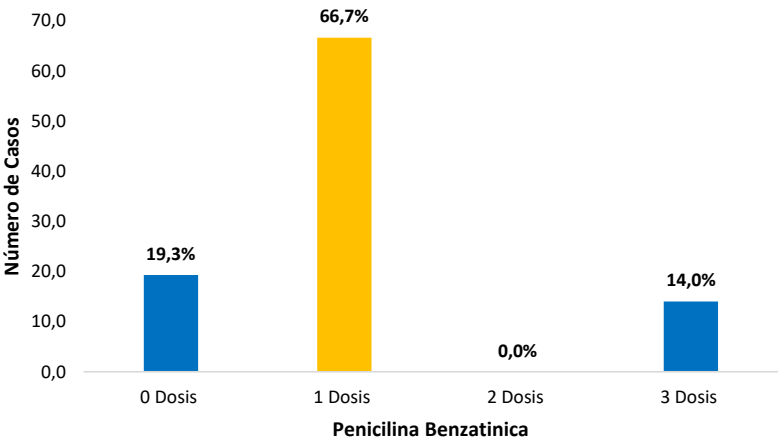
Tabla 82. Distribución de los casos de Sífilis Congénita según inicio de controles prenatales y el diagnóstico de las madres de los casos de sífilis congénita, Norte de Santander, año 2024

Edad gestacional	Inicio de control prenatal		Toma de prueba No treponemica		Toma de prueba treponemica	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	26	45,6	26	45,6	26	45,6
Segundo trimestre (Sem 14-27)	5	8,8	5	8,8	5	8,8
Tercer trimestre (Sem 28-40)	5	8,8	5	8,8	5	8,8
Sin información	21	36,8	21	36,8	21	36,8
Total General	57	100,0	57	100,0	57	100,0

Fuente, Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

De los 57 casos notificadas como sífilis congénita, las madres que recibieron tratamiento con penicilina benzatínica (control y sin control prenatal) el 80.7 % (46 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. El 66.7 % (38) de las madres de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 14.0% (8) tres dosis. El 19,3 % (11) de las madres no recibieron tratamiento.

Gráfica 56. Porcentaje de casos de Sífilis Congénita cuyas madres fueron tratadas con penicilina Benzatínica y número de dosis recibidas, Norte de Santander 2024



Fuente, Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 174 de 531

Teniendo en cuenta las UPGD presentes en el departamento que notificaron casos de sífilis congénita 96.5 fue clasificado de manera adecuada, siguiendo los criterios para la definición operativa de caso del evento de interés en salud pública.

Tabla 83. Distribución de los casos de Sífilis Congénita que cumplen definición de caso según UPGD notificadora, Norte de Santander, 2024

UPGD	Cumplen deficion de caso		No cumplen deficion de caso	
	casos	%	casos	%
Ese Hospital Universitario Erasmo Meoz	32	56,1	0	0,0
Ese Hospital Emiro Quintero Cañizarez	9	15,8	0	0,0
Clinica Medical Duarte	7	12,3	0	0,0
Empresa Social Del Estado Hospital Regional Norte	5	8,8	0	0,0
Hospital Occidente De Kennedy	1	1,8	0	0,0
Ucis De Colombia Sas	1	1,8	0	0,0
Clinica San Jose De Cucuta Sa	0	0,0	2	3,5
Norte de Santander	55	96,5	2	3,5

Fuente, Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

El caso que ingresa con diagnóstico de sífilis Congénita al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) con residencia otro departamento fue notificado por el departamento de magdalena (1 caso).

Tabla 84. Distribución de los casos de Sífilis Congénita notificados por otros Departamento de residencia, 2024

Departamento	Casos	Porcentaje
Magdalena	1	100
Colombia	1	100

Fuente, Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Tablero de problemas:

A corte de semana 52 del año 2024 se notificaron 7 casos de sífilis congénita con condición final muerto, 5 con nacionalidad venezolana y 2 con nacionalidad colombiana, de los cuales se les realiza unidad de análisis a los 5 casos; Cargados al departamento 3 de ellos.

Se realiza y se envía de manera oportuna las 5 unidades de análisis realizadas en el departamento, dando cumplimiento al indicador de oportunidad.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 175 de 531

Discusión

Sífilis Gestacional es un evento en el que se ha visto significativamente un aumento en la notificación, esto se debe a que Norte de Santander es un departamento que limita con la frontera Venezolana causando así un efecto migratorio hacia nuestro Departamento, las gestantes acuden a sus servicios de salud en las instituciones de nuestro país; De los 485 casos notificados a semana epidemiológica 52 del año 2024 el 42.3 % (205 Casos) son de Nacionalidad Venezolana, el 57.7% (280 casos) son de Nacionalidad Colombiana, de igual manera se debe intensificar en los programas de promoción y prevención de enfermedades de transmisión sexual con el fin de disminuir y evitar más contagios.

Se evidencia un comportamiento similar para los eventos de sífilis gestacional y sífilis congénita en el Departamento Norte de Santander en comparación a los datos arrojados por el nivel nacional, donde se evidencia un decremento progresivo desde al año 2022 al año 2024.

El Departamento Norte de Santander para el año 2024 cuenta con una razón de prevalencia de 27.3, esto quiere decir que; Por cada 1 000 nacidos vivos en el año, se presentaron 27.3 casos de sífilis en gestantes.

Norte de Santander para el año 20254 cuenta con una incidencia de 0.3 casos, esto quiere que; En el año se notificaron 0.3 casos de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos, siendo menor que la de nivel nacional.

Limitaciones

La única fuente de información para realizar el informe del evento de sífilis gestacional y sífilis congénita es el sistema de información Sivigila.

Los diferentes informes solicitados por entes de control hacen que el tiempo sea limitado para la realización del informe del evento.

Conclusiones

Por cada 1 000 nacidos vivos en el año 2024, se presentaron 27.3 casos de sífilis en gestantes.

La notificación muestra un descenso en comparación con el mismo período en los años 2023 y 2022

La incidencia de sífilis congénita en el Departamento fue de 0.3 por cada 1.000 nacidos vivos.

Según los datos expuestos se concluye que la población migrante esta muy presente en el departamento, aportando de manera significativa casos de sífilis gestacional y congénita.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 176 de 531

Recomendaciones

Departamento: Garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud pública en el departamento con el objetivo de dar cumplimiento a la realización de unidades de análisis y sus indicadores.

Departamento: Fortalecer desde el IDS en el área de vigilancia en salud pública al talento humano de las IPS en conocimientos del protocolo de vigilancia en salud pública del evento de sífilis gestacional y sífilis congénita para la adecuada identificación de los casos que cumplen con criterios para ser notificados para el evento y así mismo el diagnóstico oportuno y tratamiento ideal.

Departamento: Fortalecer desde el IDS en el área de vigilancia en salud pública al talento humano del municipio en conocimientos del protocolo de vigilancia en salud pública del evento de sífilis gestacional y sífilis congénita para la adecuada identificación de los casos que cumplen con criterios para ser notificados para el evento y así mismo la realizar de manera adecuada y oportuna la IEC.

IPS de los 40 municipios: Garantizar por parte de las IPS la toma de los laboratorios indicado en el protocolo de vigilancia en salud pública a las gestantes para el diagnóstico oportuno.

IPS de los 40 municipios: Garantizar por parte de las IPS la oferta y demanda inducida de los controles prenatales a sus gestantes con el fin de prevenir una reinfección o una sífilis congénita.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas [Internet]. Guía De La Oms. 2019. 20 p. Available from: http://www.fasgo.org.ar/images/SIFILIS_EN_LA_EMBARAZADA.pdf
2. MINSALUD. ETMI PLUS: Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la Sífilis Congénita, la Hepatitis B y la enfermedad de Chagas. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/medicion-tmi-del-vih-cohortes-2014-2015.pdf>
3. OMS sitio web – Sífilis gestacional y congénita. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
4. Instituto Nacional de Salud-protocolo de vigilancia en salud pública para los eventos de sífilis gestacional y sífilis congénita versión 07 con fecha 25 de marzo 2024. <file:///C:/Users/PC.SMART/Documents/VSP-IDS/KEYLA%20MONTEJO%202025/IDS/PROTOCOLOS%20Y%20FICHAS%202025/SIFILIS/PRO%20Sifilis%20Gestacional%20y%20Congenita2024.pdf>
5. Instituto departamental de salud- Boletines epidemiológicos PXIII de los eventos sífilis gestacional y sífilis congénita- link- <https://ids.gov.co/dimensiones-de-salud-publica/dimensiones-de-salud-publica-2/>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 177 de 531

VHI/SIDA

Introducción

El VIH infecta y destruye las células del sistema inmunitario, produciendo un deterioro progresivo de las defensas del organismo, Sin tratamiento la infección por VIH puede durar asintomática de 5 a 10 años; El Sida ocurre cuando el sistema inmunitario ya no puede combatir las infecciones y otras enfermedades ocasionando que se presentan las infecciones oportunistas y ciertos tipos de cáncer. (1)

Se transmite a través de los líquidos corporales de las personas infectadas, como sangre, leche materna, semen y secreciones vaginales. No se transmite por besos o abrazos ni por compartir alimentos. También puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo y el parto. (2)

En las primeras semanas posteriores al contagio, la persona no manifiesta ningún síntoma, mientras que en otras ocasiones presenta un cuadro pseudogripal con fiebre, cefalea, erupciones o dolor de garganta, a medida que la infección debilita el sistema inmunitario, la persona puede presentar otros signos y síntomas, como adenopatías, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. Si no se trata la infección, pueden aparecer enfermedades graves como la tuberculosis, la meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves o cánceres como los linfomas o el sarcoma de Kaposi. (3)

El VIH, sigue siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, su transmisión persiste en todos los países y en algunos de ellos las nuevas infecciones están aumentando. La enfermedad no tiene cura, pero gracias al acceso a la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención eficaces del VIH y de las infecciones oportunistas, se ha convertido en una enfermedad crónica, los pacientes pueden tener una vida larga y saludable. (3)

Se estima que el número de nuevas infecciones por VIH en América Latina ha aumentado un 4,7% de 2010 a 2021, con aproximadamente 110.000 nuevas infecciones, afectando los hombres gais y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las mujeres transgénero y las trabajadoras sexuales, representando más de la mitad de las nuevas infecciones. Hubo 2,5 millones de personas con VIH en las Américas en el 2021, de estas el 18% desconoce su infección, aproximadamente un tercio se diagnostica tarde, con inmunodeficiencia avanzada, la mortalidad de VIH ha disminuido en las Américas de 40 mil en 2010 a 29 mil casos en 2021. (3)

En Colombia De acuerdo con el informe de evento del INS para VIH/SIDA, período epidemiológico XII se ha evidenciado un incremento significativo de casos para el año 2024 se cuenta con 18481 casos confirmados por el evento, la tasa de incidencia fue de 35.07 casos por cada 100.000 habitantes, los departamentos con mayor incidencia fueron: Huila y Norte de Santander, La distribución porcentual por sexo entre hombres es de 80.56% y en mujeres del 19,44%, el mecanismo de transmisión en el 98.76% fue por transmisión sexual; la edad de los afectados fue entre los 25 y 29 años. (4)

En el Departamento Norte de Santander desde el año 2019 al año 2024 se ha evidenciado un incremento significativo en la notificación de los casos de VIH/SIDA, identificando una intensificación la notificación en el año 2024 con 818 casos, Teniendo en cuante el año 2023 se evidencia una variación del 23.9% en aumento para al año 2024; Los municipios con la incidencia mas alta fueron Durani y Villa del Rosario. (5)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 178 de 531

Objetivos específicos

Establecer la distribución demográfica y social de los casos reportados al Sivigila de VIH en el año 2024.

Determinar los indicadores de oportunidad durante el año 2024.

Materiales y métodos

Se realizó un informe de análisis de tipo descriptivo de la situación actual de la notificación de VIH en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), posterior proceso depuración del 1 de enero 31 Diciembre del año 2024 Se empleó microsoft excel para el procesamiento de los datos.

La notificación del evento se realiza de forma semanal de casos probables y confirmados de VIH, con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA y por otra parte, búsqueda activa institucional (BAI) en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) mediante el Sistema de Información de Apoyo a la Notificación e Investigación de Eventos en Salud Pública (SIANIESP) del mismo con el uso de los códigos C del CIE 10. La base de datos de la ficha de datos complementarios 850 vigente este año se depura cruzando los datos para su análisis. Para el caso de SIVIGILA se continúa la vigilancia por medio de la ficha de notificación como un componente de búsqueda activa de casos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), con notificación desde probable y seguimiento hasta su confirmación o descarte.

Los indicadores a tener en cuenta son:

- ✓ Razón de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres gestantes.
- ✓ Tasa de notificación de casos confirmados VIH/SIDA.
- ✓ Tasa de incidencia de VIH/SIDA.
- ✓ Porcentaje de casos notificados según algoritmo diagnóstico.

Es importante tener en cuenta que este evento se verifica por Municipio **de Procedencia** además tener claridad de las definiciones de caso:

Criterios de confirmación por laboratorio:

Caso confirmado: todo caso de VIH/sida y muerte debe ingresar como confirmado por laboratorio.

Criterios de confirmación por laboratorio:

• A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa).

• Caso confirmado en gestantes: se realiza a través de dos pruebas (rápidas de tercera o cuarta generación o inmunoensayo o prueba molecular rápida) reactivas o positivas, confirmadas con carga viral detectable o con Western Blot.

• Menores de 18 meses: se realiza mediante dos pruebas de carga viral ARN detectables, de conformidad con lo siguiente

El criterio que define la categoría Bajo riesgo para la transmisión materno infantil (TMI) de VIH es: madres que recibieron terapia antirretroviral (TAR) durante la gestación y cuya carga viral sea “no detectable” cerca al parto (2 – 4 semanas antes del parto). La presencia de una de las siguientes circunstancias define la categoría Alto riesgo

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 179 de 531

para la TMI de VIH: madres que no recibieron TAR durante la gestación; madres que solo recibieron TAR intraparto; madres que recibieron TAR anteparto e intraparto, pero con carga viral detectable cerca al parto (2 – 4 semanas antes del parto); madres con infección retroviral aguda durante la gestación; madres con estado serológico desconocido o con prueba positiva intraparto; recién nacido en situación de restablecimiento de derechos con pruebas presuntivas positivas para VIH.

- a) menor de 18 meses con alto riesgo para la transmisión materno infantil de VIH: carga viral ARN o ADN en las primeras 72 horas de vida; si es detectable o positiva, realizar inmediatamente segunda carga viral ARN. Si la segunda carga viral es detectable, se confirma el diagnóstico. Si la segunda carga viral es indetectable, se realiza la tercera prueba de carga viral dos semanas después de terminar la profilaxis; si la tercera carga viral es indetectable, se realiza carga viral a los 4 meses de edad. Si el resultado de la carga viral a los 4 meses de edad es indetectable, se descarta el diagnóstico. Si la primera carga viral es negativa o indetectable se realiza otra carga viral dos semanas después de terminar la profilaxis; si el resultado de esta segunda carga viral es indetectable, se toma carga viral a los 4 meses de edad; si el resultado es indetectable se descarta el diagnóstico; si el resultado es detectable se realiza inmediatamente carga viral.
- b) menor de 18 meses con bajo riesgo para la transmisión materno infantil de VIH: se realiza la primera carga viral ARN dos semanas después de terminar la profilaxis. Si es detectable, se realiza inmediatamente la segunda carga viral; si la segunda carga viral es indetectable, se realiza carga viral a las dos semanas; si la tercera carga viral es indetectable, se toma carga viral a los 4 meses de edad; si el resultado es indetectable se descarta el diagnóstico. Si la primera carga viral es indetectable, se realiza la segunda carga viral a los 4 meses de edad; si es indetectable se descarta el diagnóstico; si es detectable se realiza inmediatamente carga viral.

Hallazgos

VIH es un evento que inició su vigilancia bajo el código Sivigila 850. En el intervalo comprendido desde 01 de enero al 31 de Diciembre del año 2024 (periodos epidemiológicos de uno a trece), se notificaron al aplicativo del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) un total de 1199 casos notificados, de los cuales se retiraron 21 registros por ingresar como procedencia otra departamento, 273 registros otro país, 71 casos repetidos, 6 descartados con ajuste (6), 12 registros con ajuste (D), quedando un total de 818 casos para el análisis departamental

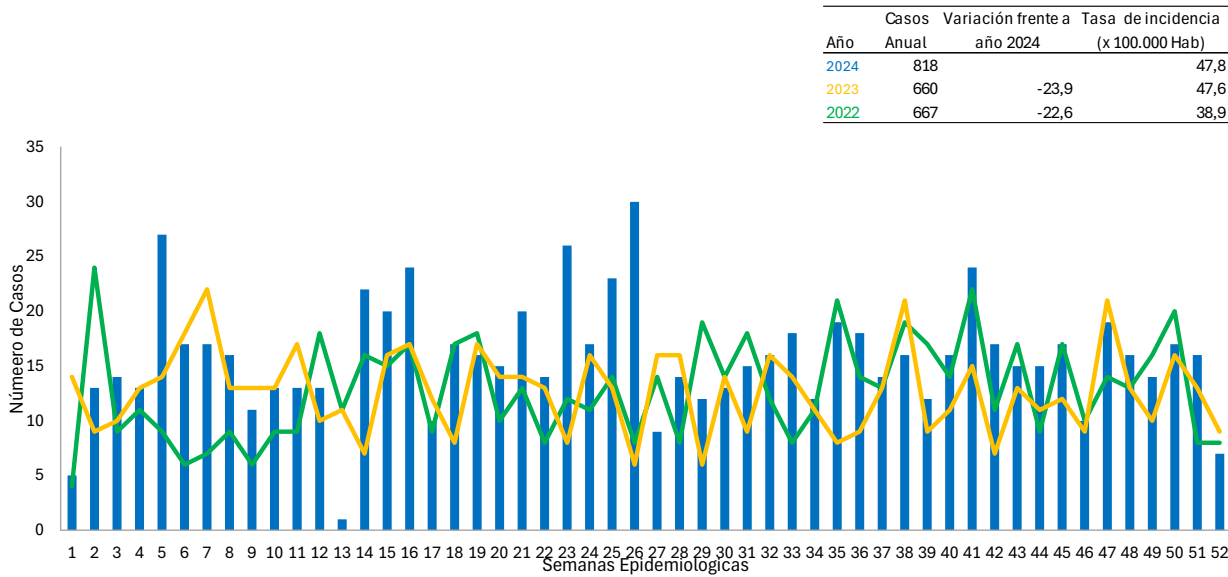
Comportamiento de la notificación

VIH/SIDA

Al realizar el análisis del comportamiento de la notificación de casos de VIH/sida, entre los años 2022 al 2024 a semana epidemiológica 1 a 52, con respecto al 2022 se puede establecer un aumento en la notificación de 22.6 % en el año 2024, para el año 2023 se presentó un aumento en la notificación del 23.9% para el año 2024, es decir que para el año 2023 al mismo período se habían notificado 158 casos menos; se puede observar en las

notificaciones del año 2024 se presenta un aumento significativo gracias al trabajo desempeñado por las instituciones prestadoras de salud que están implementando estrategias de toma de muestras, campañas de búsqueda activa de posibles nuevos casos y en la prevención de esta enfermedad.

Gráfico 57. Comportamiento en la notificación de los casos para el evento de VIH/SIDA, Norte de Santander, 2022-2024



Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En el año 2024, se reportaron 818 casos, confirmados por laboratorio, Se observa dentro de la distribución demográfica, de los 818 casos reportados al Sivigila, que el 77.0% de los casos de VIH/sida se registró en el sexo masculino; el 57.2% pertenece al régimen Subsidiado, el 33.6% fue registrado en el grupo de edad entre 25 y 34 años, teniendo en cuenta la pertenencia étnica el 99,1 % se notificó como “Otros”, el 0.5% en población indígena el 0.2 Rom, Gitano, afro colombiano y raizal el 0.1%, Según el área de ocurrencia de los casos el 93.4% se encuentra en la cabecera municipal.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 181 de 531

Tabla 85. Comportamiento demográfico y social de los casos de VIH/SIDA, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	Porcentaje
Sexo	Masculino	630	77,0
	Femenino	188	23,0
Area de Residencia	Cabecera Municipal	764	93,4
	Centro Poblado	29	3,5
	Rural	25	3,1
Aseguramiento	Subsidiado	468	57,2
	Contributivo	190	23,2
	No Asegurado	130	15,9
	Excepcional	24	2,9
	Indeterminado	6	0,7
Pertenencia Etnica	Otros	813	99,4
	Indigena	2	0,2
	Rom, Gitano	1	0,1
	Raizal	1	0,1
	Afrocolombiano	1	0,1
Grupo de Edad	< de 1 año	0	0,0
	1 a 14 años	4	0,5
	15 a 24 años	162	19,8
	25 a 34 años	275	33,6
	35 a 44 años	189	23,1
	45 a 54 años	112	13,7
	55 a 64 años	49	6,0
	65 y más años	27	3,3

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En los casos notificados por municipio de procedencia se logra evidenciar que la incidencia que los municipios presentaron la mayor incidencia son: Villa del Rosario con un 97.2 y el Municipio de Durania con 77.0 casos por cada 100.000 Habitantes.

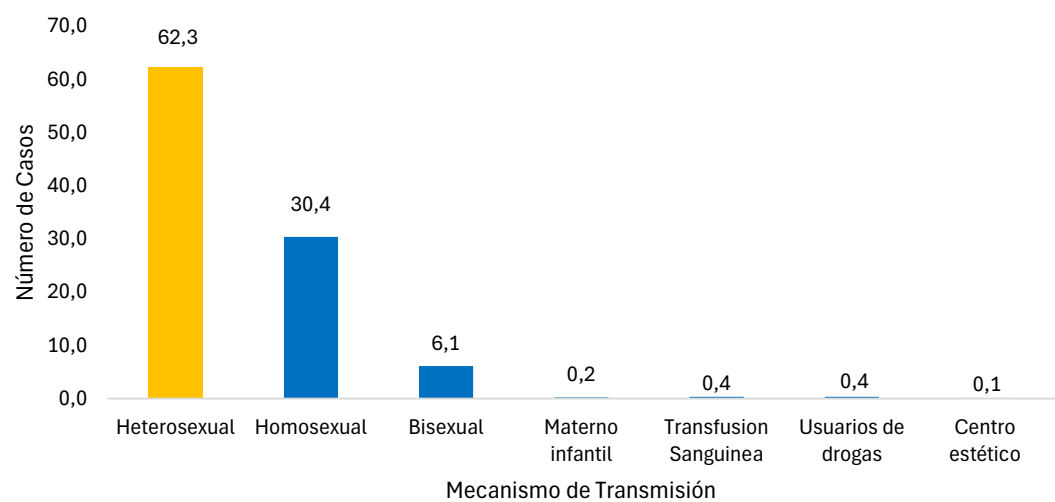
Tabla 86. Distribución de casos de VHI/SIDA según municipio de procedencia e incidencia, teniendo en cuenta su Nacionalidad, Norte de Santander del año 2024.

Municipio Procedencia	Casos COL.	Casos VEN.	Norte de Santander SE 1-52	Población DANE	Incidencia X 100.000 Hab.
Cúcuta	387	98	485	812176	59,7
Villa Del Rosario	76	37	113	116.221	97,2
Ocaña	58	7	65	135.344	48,0
Los Patios	38	2	40	103.733	38,6
Tibú	21	12	33	62.151	53,1
Pamplona	21	5	26	56.894	45,7
El Zulia	8	1	9	30.816	29,2
Sardinata	6	2	8	28.989	27,6
Hacarí	5	0	5	11.559	43,3
Puerto Santander	3	2	5	9.913	50,4
Durania	3	1	4	5.197	77,0
Ábrego	3	0	3	35.936	8,3
El Carmen	3	0	3	15.080	19,9
El Tarra	3	0	3	23.521	12,8
Ragonvalia	2	0	2	6.751	29,6
Bochalema	0	1	1	9.385	10,7
Bucarasica	1	0	1	7.263	13,8
Chitagá	1	0	1	13.330	7,5
Convención	1	0	1	21.175	4,7
Cucutilla	0	1	1	9.280	10,8
Gramalote	0	1	1	8.346	12,0
La Esperanza	1	0	1	13.144	7,6
Labateca	1	0	1	7.189	13,9
Lourdes	1	0	1	4.537	22,0
Salazar	1	0	1	11.664	8,6
San Cayetano	1	0	1	8.102	12,3
Teorama	1	0	1	18.731	5,3
Toledo	1	0	1	17.714	5,6
Villa Caro	1	0	1	5.727	17,5
Norte de Santander	648	170	818	1.709.570	47,8

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En los casos notificados como el probable mecanismo de transmisión se evidencia que la variable “heterosexual” fue la de mayor aporte con 62.3 %, siendo “ centro estético “ la de menor aporte con 0.1% cabe resaltar se para el año 2024 se presentaron casos de transmisión materno infantil con un aporte del 0.2%.

Gráfico 58. Casos notificados de VIH/Sida según mecanismo probable de transmisión, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Norte de Santander cuenta con una tasa de notificación de 47.8%, esto quiere decir que por cada 100.000 habitantes del territorio en el año 2024 se notificaron 47.8 casos de infección por VIH/sida; los municipios con mayor tasa de notificación fueron Villa del rosario y Durania.

Tabla 87. Tasa de notificación de los casos de VHI/SIDA según municipio de procedencia, Norte de Santander del año 2024.

Municipio Procedencia	Norte de Santander SE 1-52	Población DANE	Tasa de Notificación * 100,000 Hab.
Cúcuta	485	812176	59,7
Villa Del Rosario	113	116.221	97,2
Ocaña	65	135.344	48,0
Los Patios	40	103.733	38,6
Tibú	33	62.151	53,1
Pamplona	26	56.894	45,7
El Zulia	9	30.816	29,2
Sardinata	8	28.989	27,6
Hacarí	5	11.559	43,3
Puerto Santander	5	9.913	50,4
Durania	4	5.197	77,0
Ábrego	3	35.936	8,3
El Carmen	3	15.080	19,9
El Tarra	3	23.521	12,8
Ragonvalia	2	6.751	29,6
Bochalema	1	9.385	10,7
Bucarasica	1	7.263	13,8
Chitagá	1	13.330	7,5
Convención	1	21.175	4,7
Cucutilla	1	9.280	10,8
Gramalote	1	8.346	12,0
La Esperanza	1	13.144	7,6
Labateca	1	7.189	13,9
Lourdes	1	4.537	22,0
Salazar	1	11.664	8,6
San Cayetano	1	8.102	12,3
Teorama	1	18.731	5,3
Toledo	1	17.714	5,6
Villa Caro	1	5.727	17,5
Norte de Santander	818	1.709.570	47,8

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 185 de 531

Realizando un análisis cuantitativo de la base de datos del año 2024 en población gestante, se logra identificar que se notificaron 11 casos con VIH/sida, en esta población; El 18.2 % de ellas se encontraba en el primer trimestre de embarazo, el 63.6 % en el segundo trimestre de embarazo y 18.2% en el tercer trimestre de gestación al momento del diagnóstico; Es importante mencionar que el seguimiento a la gestante infectada antes y después del parto y el seguimiento al recién nacido es fundamental para conocer si se está manejando de forma óptima y oportuna los lineamientos de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH.

De los 11 casos de mujeres embarazadas se solicitaron los ajustes correspondientes y el ingreso correctamente de los laboratorios, ya que se encuentran mal notificados y el 81.9% cumplen con los criterios de notificación y diagnóstico según algoritmo.

Tabla 88. Distribución de casos de VIH/ SIDA en población gestante según inicio de controles prenatales y el diagnóstico, Norte de Santander, año 2024.

Edad Gestacional	Casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	2	18,2
Segundo trimestre (Sem 14-27)	7	63,6
Tercer trimestre (Sem 28-40)	2	18,2
Total General	11	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2024 se presentaron 0.6 casos de VIH/sida en gestantes en el Departamento Norte de Santander.

Tabla 89. Razón de prevalencia de casos de VIH/SIDA en población gestante según municipio de procedencia teniendo en cuenta su nacionalidad, Norte de Santander del año 2024.

Municipio Procedencia	Casos COL.	Casos VEN.	Norte de Santander SE 1-52	Nacidos Vivos	Razón de Prevalencia X .1000 NV
Cúcuta	1	5	6	9048	0,7
Tibú	1	2	3	1407	2,1
Hacarí	1	0	1	131	7,6
Los Patios	1	0	1	864	1,2
Norte De Santander	4	7	11	18974	0,6

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Norte de Santander cuenta con una razón de prevalencia de 43.1 casos, esto quiere decir que por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2024 se notificaron 43.1 casos de infección por VIH/sida; los municipios con mayor razón de prevalencia fueron Villa del rosario y Durania.

Tabla 90. Distribución de casos notificados de gestantes con VIH/Sida según municipio de Procedencia, Norte de Santander, vigencia 2024

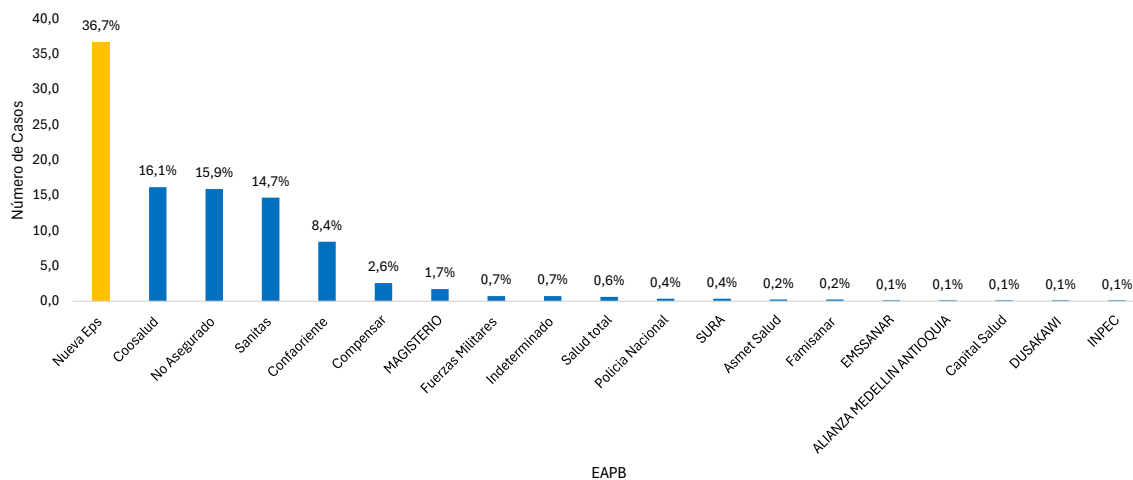
Municipio Procedencia	Norte de Santander SE 1-52	Nacidos Vivos	Razón de Prevalencia X .1000 NV
Cúcuta	485	9048	53,6
Villa Del Rosario	113	1116	101,3
Ocaña	65	1671	38,9
Los Patios	40	864	46,3
Tibú	33	1407	23,5
Pamplona	26	432	60,2
El Zulia	9	425	21,2
Sardinata	8	359	22,3
Hacarí	5	131	38,2
Puerto Santander	5	226	22,1
Durania	4	40	100,0
Ábrego	3	370	8,1
El Carmen	3	165	18,2
El Tarra	3	500	6,0
Ragonvalia	2	41	48,8
Bochalema	1	62	16,1
Bucarasica	1	41	24,4
Chitagá	1	85	11,8
Convención	1	266	3,8
Cucutilla	1	138	7,2
Gramalote	1	67	14,9
La Esperanza	1	108	9,3
Labateca	1	29	0,0
Lourdes	1	38	26,3
Salazar	1	82	12,2
San Cayetano	1	69	14,5
Teorama	1	250	4,0
Toledo	1	166	6,0
Villa Caro	1	55	18,2
Norte de Santander	818	18974	43,1

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 187 de 531

Según el Decreto 3518 de 2006, las EAPB son las responsables, entre otras funciones, de garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, Las siguientes 18 aseguradoras reúnen el 84.1 % de los casos de VIH/SIDA, evidenciando mayor número de casos notificados por Nueva Eps con 36.7 %, la población No Asegurados apor to el con el 15.9% (130 casos) que se encuentran pendientes para la afiliación de las EAPB presentes en la Región.

Gráfico 59. Distribución de casos de VIH/SIDA por Entidad administradora de planes de beneficios, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Según los casos notificados del evento de VIH/sida de otros Departamentos se encuentran de mayor porcentaje de notificación los Departamento de Bogotá con 38.1%, seguido de los Departamentos de Arauca y Valle con 14.3%

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 188 de 531

Tabla 91. Distribución de los casos de VIH/SIDA notificados por Otros Departamento de procedencia, 2024

Otro Dpto	Casos	Porcentaje
Bogota	8	38,1
Arauca	3	14,3
Valle	3	14,3
Cesar	2	9,5
Antioquia	1	4,8
Bolivar	1	4,8
Caldas	1	4,8
Casanare	1	4,8
Santander	1	4,8
Colombia	21	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión

El Vih/Sida es un evento en el que se ha visto significativamente un aumento en la notificación, esto se debe a que Norte de Santander es un departamento que limita con la frontera Venezolana causando así un efecto migratorio hacia nuestro Departamento, de igual manera cabe resaltar la intensificación y oferta de pruebas rápidas en las instituciones prestadoras de salud, en la respuesta positiva de los habitantes del departamento a las campañas diseñadas para la oferta, diagnostico y tratamiento de los casos de Vih/Sida ofertadas por ONG presentes, a las estrategias implementadas por las entidades territoriales y departamentales para el diagnostico oportuno de los mismos haciendo énfasis en población especiales o con mayor afectación.

La tasa de incidencia del departamento Norte de Santander fue de 47.8 casos por cada 100.000 habitantes, mas alta que la tasa de incidencia a nivel nacional que fue de 35.07 casos por cada 100.000 habitantes.

En comportamiento del mecanismo de transmisión a nivel departamental es muy similar a la de nivel nacional siendo el mecanismo de transmisión sexual el de mayor aporte en la notificación.

Limitación

La única fuente de información para realizar el informe del evento de VIH/SIDA es el sistema de información Sivigila.

Los diferentes informes solicitados por entes de control hacen que el tiempo sea limitado para la realización del informe del evento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 189 de 531

Conclusión

Según los datos expuestos se concluye que la población migrante se encuentra presente en el departamento, aportando de manera significativa casos de VIH/SIDA.

Por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2024 se presentaron 0.6 casos de VIH/sida en gestantes en el Departamento Norte de Santander.

Norte de Santander cuenta con una razón de prevalencia de 43.1 casos, indicándonos que por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2024 se notificaron 43.1 casos de infección por VIH/sida.

La tasa de notificación en el Departamento Norte de Santander fue de 47.8 casos por cada 100.000 habitantes en el año 2024.

Los municipios con mayor incidencia en el Departamento fueron Villa del Rosario con un 97.2 y el Municipio de Durania con 77.0 casos por cada 100.000 Habitantes.

Recomendaciones

Departamento: Garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud pública en el departamento con el objetivo de dar cumplimiento a la realización de unidades de análisis y sus indicadores.

Departamento: Fortalecer desde el IDS en el área de vigilancia en salud pública al talento humano de las IPS en conocimientos del protocolo de vigilancia en salud pública del evento de VIH/Sida para la adecuada identificación de los casos que cumplen con criterios para ser notificados para el evento y así mismo el diagnóstico oportuno y tratamiento ideal.

IPS de los 40 municipios: Garantizar por parte de las IPS la toma de los laboratorios indicados para el diagnóstico oportuno de los casos de VIH/Sida.

IPS de los 40 municipios: Garantizar por parte de las IPS la toma de carga viral o western blot a las gestantes identificadas con pruebas rápidas para VIH positivas.

Bibliografía

1. Ministerio de salud- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA)- <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-VIH-y-Sindrome-de-la-inmunodeficiencia-adquirida-SIDA.aspx>
2. Organización mundial de la salud- sitio web- VIH/SIDA - <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. Instituto Nacional de Salud-protocolo de vigilancia en salud pública para el evento de Vhi/sida versión 08 del 30 de junio año 2024- <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y->

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 190 de 531

[Protocolos.aspx#InplviewHash53b394d9-1b59-4486-827a-d52877de1891=Paged%3DTRUE-p_GroupCol1%3DTuberculosis%2520farmacorresistente%2520-FolderCTID%3D0x012001-PageFirstRow%3D61-WebPartID%3D%7B53B394D9--1B59--4486--827A--D52877DE1891%7D](#)

4. Instituto nacional de salud- informe de evento de vih/sida PEIII año 2024-
<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH%20PE%20XII%202024.pdf>
5. Instituto departamental de salud de Norte de Santander – boletín epidemiológico PEXIII-
<https://ids.gov.co/dimensiones-de-salud-publica/dimensiones-de-salud-publica-2/>

Hepatitis B, C y coinfección / suprainfección hepatitis B / delta

Introducción

La hepatitis es una inflamación del hígado que puede causar una serie de problemas de salud y puede ser mortal. Las cinco cepas principales del virus de la hepatitis son las de los tipos A, B, C, D, y E. Si bien todas ellas causan enfermedad hepática, se diferencian en aspectos importantes, sobre todo en los modos de transmisión, la gravedad de la enfermedad, la distribución geográfica y los métodos de prevención; En particular, los tipos B y C provocan enfermedad crónica en cientos de millones de personas y en conjunto, son la causa más común de defunciones relacionadas con cirrosis hepática, cáncer y hepatitis viral. (1) Las hepatitis virales representan una elevada carga de enfermedad y mortalidad a nivel mundial. Se estima que el 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% de los casos de cáncer primario de hígado son debidos a infecciones por los virus de la hepatitis **B** o **C**.(2)

Algunos tipos de hepatitis son prevenibles mediante vacunación, La dosis de vacunación al nacer durante las primeras 24 horas es clave para prevenir la transmisión del VHB de madre a hijo y la vacunación infantil de rutina es la mejor estrategia para lograr la inmunidad basada en la población al VHB para prevenir la transmisión entre todos los grupos de edad. (2)

Un estudio de la OMS determinó que de aquí a 2030 se podrían prevenir unos 4,5 millones de defunciones prematuras en países de ingresos bajos y medianos, mediante vacunación, pruebas de diagnóstico, medicamentos y campañas de educación; La estrategia mundial de la OMS contra las hepatitis, aprobada por todos los Estados Miembros de la OMS, tiene por objetivo reducir en un 90% las nuevas infecciones y en un 65% las defunciones por hepatitis entre 2016 y 2030. (1)

Reconociendo el importante problema de salud pública que representan las hepatitis, en 2010, la 63ª Asamblea Mundial de la Salud designó el 28 de julio como el Día Mundial contra la Hepatitis, y solicitó una respuesta integral en la lucha contra las hepatitis. Desde entonces, la OPS y la OMS se han movlizado para unir esfuerzos y establecer estrategias para combatir la hepatitis tanto a nivel global como regional. (2)

Teniendo en cuenta la situación epidemiología de las Américas se considera que la endemidad de la infección por el virus de la hepatitis B A es de media a baja, con una prevalencia de HBsAg inferior a 0,7 % . También se estima que en América hay cinco millones de personas afectadas por el virus de la hepatitis C.(3)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 191 de 531

La situación epidemiológica en Colombia se evidencio que en 2022 el número de casos notificados de hepatitis B y C aumentó en 31,1 % y 21,7 %, respectivamente, en comparación con la notificación de 2021 aparece notificado un registro de un caso de coinfección hepatitis BDelta. En informe preliminar del primer semestre del año 2023 se notificaron confirmados por laboratorio 1902 casos de hepatitis, de las cuales 1194 correspondieron a hepatitis B, 872 a hepatitis C y 2 a hepatitis D, observándose un aumento del 53,28% en hepatitis C y 0,92% en hepatitis B con respecto al año inmediatamente anterior, los casos se presentaron más en mujeres que en hombres en caso de hepatitis B, y más en hombres en caso de hepatitis C (3)

El Departamento Norte de Santander para el año 2024 se evidencia un aumento significativo en la notificación de los casos de B, C, coinfección/superinfeccion B/Delta con un total de 315 casos confirmados se evidencia que en el año 2024 cuenta con una variación en aumento del 96% con respecto al año 2023 y un aumento del 121.0% con respecto al año 2022. (4)

Objetivos específicos

Realizar el seguimiento de la notificación de casos de Hepatitis B, C, Coinfección / Suprainfeccion/ Hepatitis B, Delta de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación al SIVIGILA a fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control.

Establecer la distribución, frecuencia y características de los casos de hepatitis B, hepatitis C y coinfección/superinfección hepatitis B-Delta en el departamento Norte de Santander.

Identificar el cumplimiento de la notificación de los casos de Hepatitis de Hepatitis B, C, Coinfeccion / Suprainfeccion/ Hepatitis B, Delta en las semanas epidemiológicas 1- 52 de 2024.

Determinar los indicadores de seguimiento del evento durante el año 2024.

Materiales y métodos

La notificación del evento se realiza de forman semanal ingresan como casos confirmados por laboratorio como Hepatitis B, C y coinfeccion/suprainfección Hepatitis B / Delta, con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA; La base de datos de la ficha de datos complementarios 340 vigente este año se depura utilizando sus datos para su análisis. Para el caso de SIVIGILA se continúa la vigilancia por medio de la ficha de notificación como un componente de búsqueda activa de casos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), con notificación desde “ a clasificar “ y seguimiento hasta su confirmación o descarte.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 192 de 531

Con el fin de dar claridad a los datos mostrados a continuación se presentan las definiciones de caso:

- ✓ **Caso de Hepatitis B a clasificar.** Paciente con nueve meses o más de vida con una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno Core (AntiHBc IgM o AntiHBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad. Estos casos se deben notificar como “a clasificar” con la salvedad que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico (4 semanas subsiguientes) con los resultados de los anticuerpos contra el antígeno Core, definiendo si presenta una infección de tipo aguda o crónica.
- ✓ **Caso de Hepatitis B Aguda.** Paciente con nueve meses o más de vida con una prueba para detección de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva o histopatología compatible con infección por el VHB, asociada a una prueba de detección de anticuerpo tipo IgM contra el Ag Core del virus de la Hepatitis B (IgM Anti-HBc) positiva/reactiva.
- ✓ **Caso de Hepatitis B Crónica.** Paciente con 9 meses o más de vida con una prueba para detección de antígeno de superficie (HBsAg) Positiva/reactiva o histopatología compatible con infección por el VHB, y que cumpla por lo menos uno de los siguientes criterios:
 - Anticuerpo contra el antígeno Core total positivo (anti-HBc total) y anticuerpo IgM contra antígeno Core (anti-HBc IgM) negativo.
 - Antígeno de superficie (HBsAg) positivo en dos oportunidades separadas por un intervalo mínimo de 6 meses. Aquellos casos que no presenten ninguno de los criterios opcionales de caso agudo deberán incluirse como caso de hepatitis c.
- ✓ **Caso de coinfección / superinfección Hepatitis B-Delta.** Paciente que cumpla con alguna de las definiciones de caso para Hepatitis B ya descritas y que adicionalmente presente una prueba para detección de anticuerpos contra el antígeno Delta (Anti-VHD) positiva/reactiva en sangre o tejido.
- ✓ **Caso de hepatitis C:** Paciente que presente una prueba serológica para detección de anticuerpos totales contra el VHC (AntiVHC) positiva/reactiva o histopatología compatible con infección por el VHC y confirmada con una prueba cuantitativa de ARN-

Los datos se obtienen a través de fuente secundaria, por medio de la notificación Individual semanal de casos al SIVIGILA del Sistema de Vigilancia en Salud Pública del evento 340 Hepatitis B, C, Coinfeccion / Suprainfeccion/ Hepatitis B, Delta, realizada por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a nivel Departamental.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 193 de 531

Para este informe se toma en consideración el “**departamento de procedencia**”.

Los indicadores a tener en cuenta son:

- ✓ Proporción de incidencia de casos notificados de hepatitis B.
- ✓ Porcentaje de casos de hepatitis B que son clasificados
- ✓ Proporción de incidencia de casos notificados de hepatitis C.
- ✓ Porcentaje de casos de hepatitis C que son confirmados

Hallazgos para la Hepatitis B; C coinfección/superinfeccion B/Delta

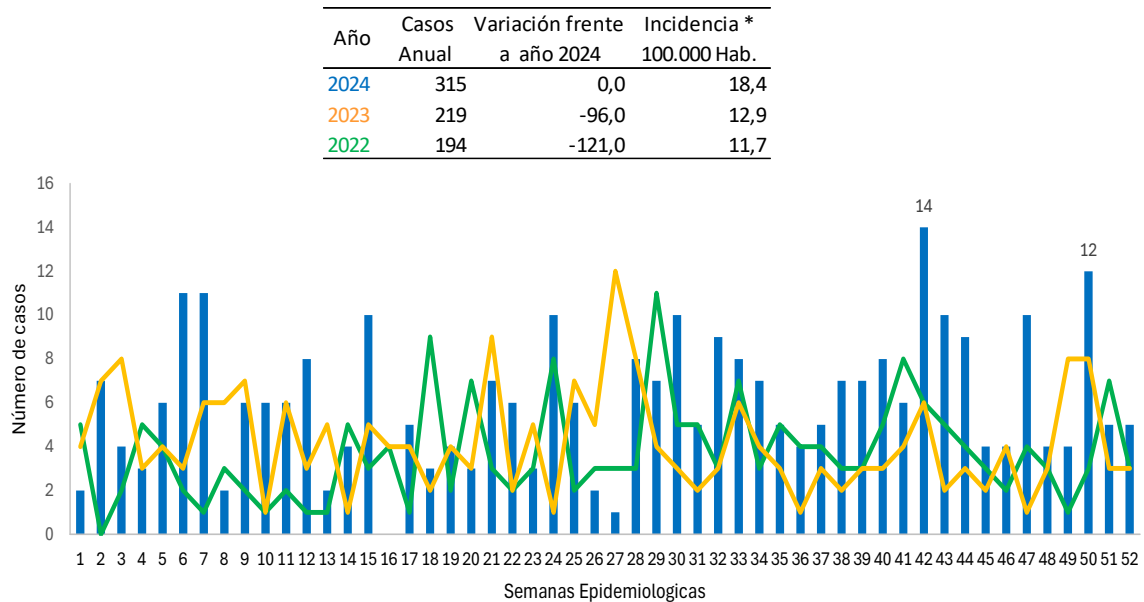
Para el análisis del evento de Hepatitis B, C coinfección/superinfeccion B/Delta en mención se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y se tomaron los datos del sistema de notificación vigentes hasta la semana epidemiológica 52 de 2024, con el fin de detallar, según las variables persona y lugar, los eventos bajo vigilancia.

Hepatitis B coinfección/superinfeccion B/Delta es un evento que inició su vigilancia bajo el código Sivigila 340, en el intervalo comprendido desde 01 de enero al 31 de Diciembre del año 2024 (periodos epidemiológicos de uno trece), se notificaron al aplicativo del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 363 casos notificados, de los cuales se retiraron 28 registros repetidos, 10 registros de procedencia Venezuela, 10 registros con ajuste 6, con un resultando de 315 casos confirmados para el análisis.

Comportamiento de la notificación

En el evento de Hepatitis B, C, coinfección/superinfeccion B/Delta hasta la semana epidemiológica 52 de 2024 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 315 casos confirmados, al realizar el análisis del comportamiento de la notificación de casos de se logra evidenciar un aumento significativo en la notificación para el año 2024 de un 96% con respecto al año 2023 y un aumento del 121.0% con respecto al año 2022, de igual manera el aumento en la incidencia para el año 2024 con 18.4 casos por cada 100.000 habitantes.

Grafica 60. Comportamiento de la notificación de Hepatitis B, C y coinfección/superinfección Hepatitis B- delta en Norte de Santander, año 2022-2024

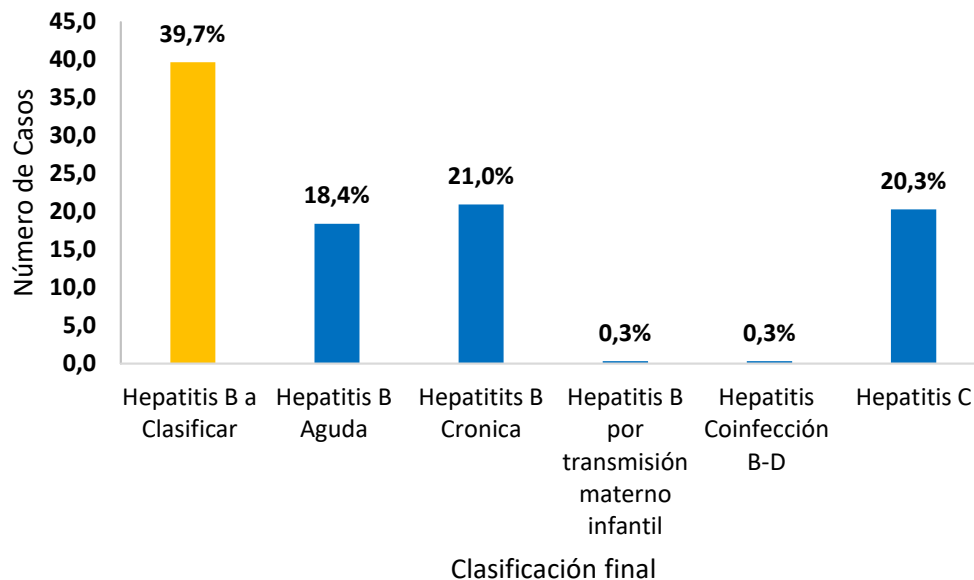


Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Con respecto a la clasificación de los 315 casos que ingresaron por el evento de Hepatitis B,C, coinfección/superinfección B/Delta en el departamento se logra observar que un 39.7% ingresa con la clasificación final hepatitis B “a clasificar” y permanece sin darle clasificación adecuada, con mayor porcentaje Hepatitis B crónica con el 21.0%, un 18.4% Hepatitis B, la clasificación final como hepatitis C aporta un 20.3%; es importante mencionar que ingresaron casos de transmisión materno infantil y hepatitis coinfección B- D con un 0.3%

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 195 de 531

Grafica 61. Distribución de casos de Hepatitis B, C y coinfección/superinfección Hepatitis B- delta teniendo en cuenta su clasificación final, Norte de Santander, año 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Se realiza un análisis de los casos notificados teniendo en cuenta para el análisis que hayan cumplido con el algoritmo diagnóstico y realiza su clasificación final; Se observa un predominio en la proporción del sexo masculino del 36.2 % ,por área en la cabecera municipal se concentró la mayor cantidad de casos con un 52.1 % casos , referente a la distribución de los casos según la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el régimen con mayor aporte fue el subsidiado 41.0% , seguido por el contributivo con un 17.1%, teniendo en cuenta la pertenencia étnica mostró en la categoría “otros grupos poblacionales” un porcentaje de 59.4%; Sin embargo, según la variable edad, la mayor proporción de casos se presentó en las edades comprendidas entre 35-44 años con un 14.6 %.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 196 de 531

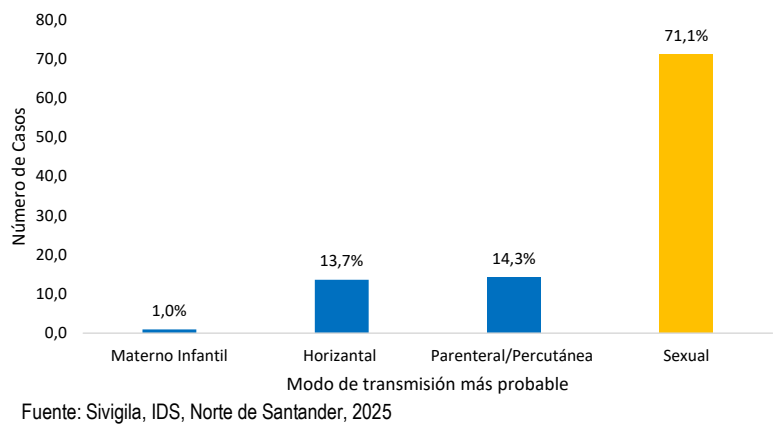
Tabla 92. Comportamiento demográfico y social de los casos de hepatitis B, Hepatitis C Coinfección/superinfección B/Delta, Norte de Santander del año 2024

Variable	Categoria	Hepatitis B		Hepatitis C		Hepatitis coinfeccion B-D		Norte de Santander	Porcentaje
		Casos	%	Casos	%	Casos	%		
Sexo	Masculino	59	18,7	54	17,1	1	0,3	114	36,2
	Femenino	65	20,6	10	3,2	0	0,0	75	23,8
Area de Residencia	Cabecera Municipal	102	32,4	61	19,4	1	0,3	164	52,1
	Rural disperso	13	4,1	0	0,0	0	0,0	13	4,1
	Centro Poblado	9	2,9	3	1,0	0	0,0	12	3,8
Aseguramiento	Subsidiado	82	26,0	46	14,6	1	0,3	129	41,0
	Contributivo	37	11,7	17	5,4	0	0,0	54	17,1
	No Asegurado	3	1,0	1	0,3	0	0,0	4	1,3
	Excepción	2	0,6	0	0,0	0	0,0	2	0,6
Pertenencia Etnica	Otros	122	38,7	64	20,3	1	0,3	187	59,4
	Indigena	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3
	Rom,Gitano	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Grupo de Edad	0 a 4 años	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3
	5 a 14 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	15 a 24 años	7	2,2	9	2,9	0	0,0	16	5,1
	25 a 34 años	13	4,1	28	8,9	0	0,0	41	13,0
	35 a 44 años	32	10,2	13	4,1	1	0,3	46	14,6
	45 a 54 años	33	10,5	5	1,6	0	0,0	38	12,1
	55 a 64 años	24	7,6	4	1,3	0	0,0	28	8,9
	65 y más años	15	4,8	4	1,3	0	0,0	19	6,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

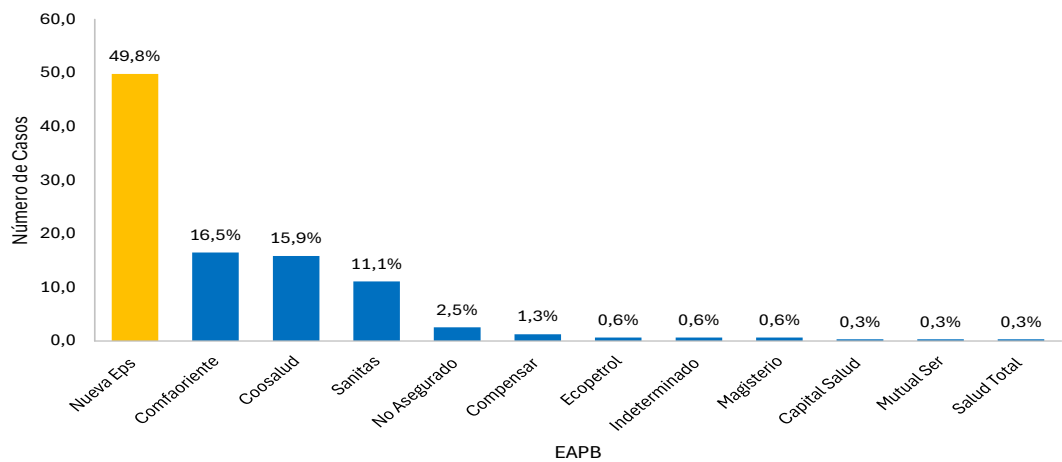
En el análisis del comportamiento del modo de transmisión del virus de la hepatitis B, C Coinfección/superinfección B/Delta, la transmisión sexual es el modo con mayor aumento en la notificación con un 71.1 % , seguido Parenteral/percutánea con el 14.3%, horizontal con un 17.3 % y el modo de transmisión materno infantil con 1.0%.

Grafica 62. Distribución de los casos notificados de hepatitis B, C coinfección/superinfección B/Delta teniendo en cuenta el modo de transmisión más probable, Norte de Santander de 2024



Según el Decreto 3518 de 2006, las EAPB son las responsables, entre otras funciones, de garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, Las siguientes 11 aseguradoras reúnen el 97.5 % de los casos de hepatitis B,C coinfección/superinfección B/Delta, evidenciando mayor número de casos notificados por Nueva Eps con 49.8 %, la población No Asegurados aporoto el con el 2.5% que se encuentran pendientes para la afiliación de las EAPB presentes en la Región.

Gráfica 63. Distribución de casos de hepatitis B,C coinfección/superinfección B/Delta por Entidades administradoras de planes de beneficios, Norte de Santander, año 2024



En Norte de Santander, la incidencia de Hepatitis B,C y coinfección/superinfección B/a semana epidemiológica 52 del año 2024 es 18.4 casos por cada 100000 habitantes, Donde nos refleja que el Municipio de Tibú tiene mayor incidencia con 86.5 casos por cada 100000 habitantes, El Municipio con menor incidencia es chinacota con 5.0 casos por cada 100000 habitantes.

Tabla 93. Incidencia de los casos de Hepatitis B,C y coinfección/superinfección B/Delta notificados por municipio de procedencia teniendo en cuenta su Nacionalidad, Norte de Santander del año 2024

Municipio Procedencia	Casos CHINA	Casos COL.	Casos VEN.	Total Norte de Santander	Porcentaje	Población DANE	Incidencia * 100,000 hab
Cúcuta	1	141	16	158	50,2	812176	19,5
Ocaña	0	37	0	37	11,7	135344	27,3
Tibú	0	28	8	36	11,4	62151	57,9
Hacarí	0	10	0	10	3,2	11559	86,5
Los Patios	0	9	0	9	2,9	103733	8,7
El Tarra	0	6	2	8	2,5	23521	34,0
Sardinata	0	7	0	7	2,2	28989	24,1
Villa Del Rosario	0	5	2	7	2,2	116221	6,0
Convención	0	5	1	6	1,9	21175	28,3
El Zulia	0	4	2	6	1,9	30816	19,5
Pamplona	0	4	0	4	1,3	56894	7,0
Toledo	0	4	0	4	1,3	17714	22,6
Ábrego	0	3	0	3	1,0	35936	8,3
El Carmen	0	3	0	3	1,0	15080	19,9
Puerto Santander	0	3	0	3	1,0	9913	30,3
Teorama	0	3	0	3	1,0	18731	16,0
San Calixto	0	2	0	2	0,6	14496	13,8
San Cayetano	0	2	0	2	0,6	8102	24,7
Bochalema	0	1	0	1	0,3	9385	10,7
Bucarasica	0	1	0	1	0,3	7263	13,8
Chinácota	0	1	0	1	0,3	19845	5,0
Durania	0	1	0	1	0,3	5197	19,2
Gramalote	0	1	0	1	0,3	8346	12,0
La Esperanza	0	1	0	1	0,3	13144	7,6
Ragonvalia	0	1	0	1	0,3	6751	14,8
Norte de Santander	1	283	31	315	100,0	1709570	18,4

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Se realiza un análisis de la Hepatitis teniendo en cuenta los casos clasificados como hepatitis B, se logra evidenciar que el Departamento norte de Santander cuenta con una incidencia de 7.3 casos por cada 100.000 habitantes presentes en la región; el municipio con la incidencia mas alta fue san cayetano con 24.7 casos por cada 100.000 habitantes presentes en el municipio; Para el porcentaje de casos clasificados como Hepatitis B a nivel Departamental fue de 39.4% y el municipio con mayor porcentaje en la notificación fue Cúcuta con 24.4%

Tabla 94. Distribución de casos notificados de Hepatitis B, según municipio de procedencia, Norte de Santander del año 2024

Municipio de Procedencia	Número de Casos	Población DANE	Incidencia Hepatitis B * 100,000 Hab	Porcentaje de casos de Hepatitis B clasificados
Cúcuta	77	812176	9,5	24,4
Ocaña	10	135344	7,4	3,2
Tibú	9	62151	14,5	2,9
El Tarra	4	23521	17,0	1,3
El Zulia	4	30816	13,0	1,3
Villa Del Rosario	4	116221	3,4	1,3
Los Patios	3	103733	2,9	1,0
Pamplona	2	56894	3,5	0,6
San Cayetano	2	8102	24,7	0,6
Sardinata	2	28989	6,9	0,6
Ábrego	1	35936	2,8	0,3
Convención	1	21175	4,7	0,3
El Carmen	1	15080	6,6	0,3
Hacarí	1	11559	8,7	0,3
La Esperanza	1	13144	7,6	0,3
Puerto Santander	1	9913	10,1	0,3
Toledo	1	17714	5,6	0,3
Norte de Santander	124	1709570	7,3	39,4

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Al realizar el análisis de la Hepatitis teniendo en cuenta los casos clasificados como hepatitis C, se logra evidenciar que el Departamento norte de Santander cuenta con una incidencia de 3.7 casos por cada 100.000 habitantes presentes en la región; Los municipios con la incidencia más alta fueron Bochalema y Puerto Santander con 10.7 casos por cada 100.000 habitantes presentes en el municipio; Para el porcentaje de casos clasificados como Hepatitis C a nivel Departamental fue de 20.3% y el municipio con mayor porcentaje en la notificación fue Cúcuta con 17.8%

Tabla 95. Distribución de casos notificados de Hepatitis C, según municipio de procedencia, Norte de Santander del año 2024

Municipio de Procedencia	Número de Casos	Población DANE	Incidencia Hepatitis C * 100,000 Hab B	Porcentaje de casos de Hepatitis C clasificados
Cúcuta	56	812176	6,9	17,8
Pamplona	2	56894	3,5	0,6
Villa Del Rosario	2	116221	1,7	0,6
Bochalema	1	9385	10,7	0,3
Los Patios	1	103733	1,0	0,3
Ocaña	1	135344	0,7	0,3
Puerto Santander	1	9913	10,1	0,3
Norte de Santander	64	1709570	3,7	20,3

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión.

En 2024 durante las semanas epidemiológicas 1 a 52 se ha presentado un aumento significativo en la notificación de los casos de Hepatitis B,C y coinfección/superinfección B/Delta con un total de 315 casos nuevos, en comparación con el 2023 en el mismo período epidemiológico se notificaron 219 casos con una variación del 96% en aumento para el año 2024, con el año 2022 un amento del 121% para el año 2024, esto como respuesta positiva a las campañas de promoción y diagnostico temprano que han venido realizando a nivel departamental donde se hace énfasis en la estrategia Etmi plus.

La tasa de incidencia de Hepatitis B en el Departamento Norte de Santander es de 7.3 casos por cada 100.000 habitantes, la incidencia en Colombia es de 4.5 por cada 100.000 habitantes evidenciando que el departamento cuenta con una incidencia más alta que la del nivel Nacional

La tasa de incidencia de Hepatitis C en el Departamento Norte de Santander es de 3.7 casos por cada 100.000 habitantes, la incidencia en Colombia es de 2.1 por cada 100.000 habitantes evidenciando que el departamento cuenta con una incidencia más alta que la del nivel Nacional

Limitaciones

La única fuente de información para realizar el informe del evento de sífilis gestacional y sífilis congénita es el sistema de información Sivigila.

Los diferentes informes solicitados por entes de control hacen que el tiempo sea limitado para la realización del informe del evento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 201 de 531

Falta de adherencia al protocolo de vigilancia en salud pública por partes de las UPDG al momento de continuar con el algoritmo diagnóstico y clasificar de manera adecuada

Conclusiones

Aumento progresivo de la notificación de los casos Hepatitis B,C y coinfección/superinfección B/delta con una variación significativa en el año 2024 en comparación a los años anteriores.

Evidencia un 39.7% de los casos notificados por el evento de Hepatitis B,C coinfección/superinfección B/delta no cuentan con la clasificación final.

La Incidencia de Hepatitis B y C en el departamento es mas alta que la incidencia a nivel Nacional.

Recomendaciones

Departamento: Garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud pública en el departamento con el objetivo de dar cumplimiento a la realización de unidades de análisis y sus indicadores.

Departamento: Fortalecer desde el IDS en el área de vigilancia en salud pública al talento humano de las IPS en conocimientos del protocolo de vigilancia en salud pública del evento de VIH/Sida para la adecuada identificación de los casos que cumplen con criterios para ser notificados para el evento y así mismo el diagnostico oportuno y tratamiento ideal.

IPS de los 40 municipios: Garantizar por parte de las IPS la toma de los laboratorios indicados para el diagnóstico oportuno de los casos de Hepatitis B y C nfección/superinfección B/delta.

IPS de los 40 municipios: dar clasificación final a los casos ingresados al sivilga con la variable “ a clasificar”

Bibliografía

1. Organización mundial de la salud- sitio web- Hepatitis- https://www.who.int/es/health-topics/hepatitis#tab=tab_1
2. OPS,-Organización mundial de la salud sito web – Hepatitis <https://www.paho.org/es/temas/hepatitis>
3. Instituto Nacional de salud- protocolo de vigilancia en salud publica versión 05 con fecha 15/05/2024 - <file:///C:/Users/PC.SMART/Documents/VSP-IDS/KEYLA%20MONTEJO%202025/IDS/PROTOCOLOS%20Y%20FICHAS%202025/HEPATITIS/Pro%20Hepatitis%20B%20y%20C.pdf>
4. Instituto departamental de salud de Norte de Santander – boletín epidemiológico PEXIII- <https://ids.gov.co/dimensiones-de-salud-publica/dimensiones-de-salud-publica-2/>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 202 de 531

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

Difteria

Introducción

La difteria es una enfermedad inmunoprevenible causada por la bacteria *Corynebacterium diphtheriae*, la cual afecta las vías respiratorias superiores y de manera menos frecuente la piel. Entre la sintomatología de esta enfermedad se evidencia inicio agudo de dolor de garganta, fiebre baja, e inflamación en el cuello, posterior a esto el agente etiológico principal *C. diphtheriae* posee la toxina diftérica y esta es responsable de generar una membrana de tejido muerto que se aloja en la garganta y amígdalas, lo cual dificulta en gran manera la respiración y deglución, y en casos graves puede causar miocarditis o neuropatía periférica. Esta enfermedad se transmite por vía aérea por medio de las secreciones respiratorias de una persona enferma o portador y respecto a la difteria cutánea la transmisión es por contacto con artículos contaminados de las secreciones de las personas infectadas, evidenciándose un periodo de incubación de 2 a 5 días con un intervalo de 1 a 10 días (2)

Realizando una revisión del comportamiento a nivel mundial del evento se evidencia que en enero del 2023, se registraron 216 casos y 40 muertes, lo que resultó en una tasa de letalidad del 18,5%. La mayoría de las personas afectadas fueron niños de 2 a 14 años (85,2%), y el estado más impactado fue Kano, con el 97,7% de los casos. Solo 27 de los casos confirmados (12,5%) tenían el esquema de vacunación completo para la DTP3 (1)

En el 2024 la difteria se consideró endémica en países como India, Indonesia, Madagascar, Pakistán, Nigeria, Haití y República dominicana, sin embargo, dado a que es un evento inmunoprevenible es posible que surja nuevamente en países donde se había erradicado, debido a la disminución o incumplimiento de las coberturas de vacunación. (1)

En la región de las Américas del 2020 al 2023, se observó disminución de la cobertura de tercera dosis de la vacuna DPT en menores de 1 año además en el 2023 la transmisión de esta enfermedad continua activa en Haití donde se considera endémica. (1)

Durante el periodo comprendido entre 2018 y 2022, en Colombia se notificaron 155 casos probables de la enfermedad, de los cuales 13 fueron confirmados mediante criterios de laboratorio y nexo epidemiológico. El grupo etario más afectado fue el de menores de 19 años (69 %), seguido por adultos jóvenes de entre 20 y 39 años (31 %). Del total de casos confirmados, el 76.9 % correspondía a personas de sexo masculino, el 61.5 % residía en áreas rurales y el 69.2 % no contaba con afiliación al sistema de aseguramiento en salud. Además, se identificaron tres casos en población indígena y cuatro con antecedente de procedencia del exterior. (1)

Durante el año 2023, se notificaron 15 casos de difteria en los departamentos de Antioquia (1), Bogotá (3), Bolívar (1), Cauca (1), Córdoba (1), Meta (1), Norte de Santander (1) y Valle del Cauca (6). Del total de casos reportados, el 66,6 % correspondió a personas de sexo femenino y el 80 % residía en zonas urbanas. En el 53,3 % de los casos no se disponía de información sobre el esquema de vacunación. Ninguno de los casos fue confirmado. (1)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 203 de 531

Con corte al período epidemiológico 12 del año 2024, se notificaron 8 casos sospechosos, de los cuales el 75 % requirió hospitalización. El 87,5 % de los casos correspondía a personas residentes en zona urbana y el 50 % contaba con esquema de vacunación registrado. Cabe destacar que ninguno de los casos fue confirmado. El presente informe tiene como objetivo analizar el comportamiento de los casos notificados de difteria en Norte de Santander, con el fin de describir su distribución geográfica, características demográficas y clínicas, con el fin de proporcionar una visión general del patrón epidemiológico observado durante el periodo.

Materiales y métodos

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo a partir de la información de los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en salud Pública (Sivigila) correspondientes al departamento de Norte de Santander.

Para el análisis de la información se utilizó Microsoft Excel. La información notificada se sometió a un proceso de depuración de los registros, se identificaron de aquellos que no cumplieran con la definición de caso del evento (ajuste D) y 6 para descartar el evento y se tomaron los ajustes 3, 4 y 5 los cuales, corresponden a la confirmación para el evento y se eliminaron los registros repetidos

Se tomaron los datos históricos notificados entre 2022 a 2024 tomando en cuenta los casos descartados dado a que no se han confirmado casos en este periodo de tiempo y se realizó grafico de tendencia

Para la descripción de variables sociales y demográficas: sexo, grupo etario, régimen de afiliación, pertenencia étnica de los casos y área de residencia se calculó la proporción para el año evaluado 2024 y además se analizaron las manifestaciones clínicas de cada caso para el evento

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

Indicadores de resultado:

Oportunidad en la notificación de casos de difteria: Mide el promedio de días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso de difteria al Sivigila.

Fecha de notificación- fecha de consulta Numerador: casos notificados oportunamente (inmediatamente consulta)

Denominador: total de casos notificados (Fecha de investigación epidemiológica - fecha de notificación)

Fuente de información Reporte por semana epidemiológica al Sivigila según entidad territorial. Las variables utilizadas son: fecha de consulta y fecha de notificación de datos básicos para difteria.

Indicadores de proceso

Oportunidad en la investigación de campo en menos de 48 horas: Refleja el tiempo transcurrido entre la notificación de un caso probable de difteria y la investigación de este por el personal operativo local.

Numerador: casos con investigación en las primeras 48 horas.

Denominador: casos probables y/o confirmados, notificados para difteria

Coefficiente de multiplicación 100

Fuente de información Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila. Informe de investigación de campo.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 204 de 531

Capacidad para la toma de muestras de laboratorio: Medición de la gestión del Sistema de Vigilancia para la confirmación o descarte de casos probables notificados.

Numerador: casos probables de difteria con muestra de hisopado Denominador: total de casos de difteria notificados por la entidad territorial

Coefficiente de multiplicación 100

Fuente de información Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila. Informe de investigación de campo

Indicadores de impacto

Intervención de contactos estudiados: Evaluación del estudio de contactos que requieren profilaxis con antibióticos

Numerador: número de contactos con administración de quimioprofilaxis Denominador: total de contactos estrechos identificados Coeficiente de multiplicación 100

Fuente de información Informe de investigación de campo y de intervenciones realizadas

Proporción de incidencia para difteria: Se define como el número de casos nuevos de difteria que se desarrollan en una población durante un periodo de tiempo determinado.

Denominador: población expuesta al riesgo de enfermar por difteria en el periodo (población general, población menor de cinco años, población menor de un año, nacidos vivos). Coeficiente de multiplicación 100 000

Fuente de información Bases de datos sivila evento 230 Población por grupos de edad, zona y sexo fuente Proyecciones DANE del periodo analizado

Proporción de muertes atribuidas a difteria: Determina la probabilidad de morir a causa de difteria, o la proporción de muertes a causa de la enfermedad de difteria.

Numerador: defunciones por difteria registradas en un lugar en periodo de tiempo dado Denominador: casos notificados en el sistema a causa de difteria en ese lugar en tiempo dado. Coeficiente de multiplicación De acuerdo con la interpretación: 1000 / 100

Fuente de información Archivos planos, total casos de difteria por entidad territorial.

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 205 de 531

Resultados

La base de datos cruda del evento de Difteria presento 5 registros para el año 2024. Tras un proceso de depuración y análisis se identificaron los siguientes detalles:

Registros repetidos: 1 (20%)

Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 0

Total de registros retirados: 1 (20 %)

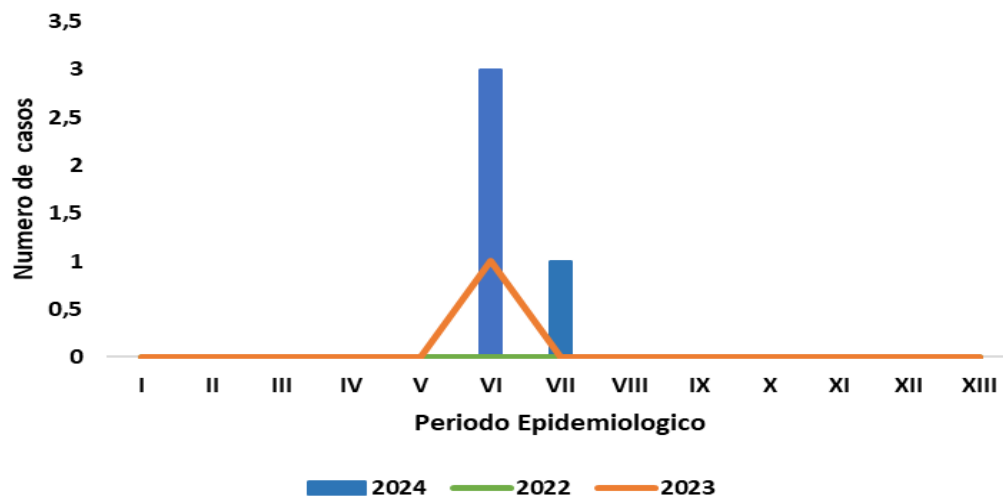
Total de registros utilizados: 4 (80%)

De estos 4 registros, se evidencian 2 con procedencia de Venezuela, y 2 procedencia y residencia Cucuta, los cuales presentaban ajuste 6 descartado.

Análisis de tendencia del evento 2022 – 2024

Según la gráfica de comportamiento de casos de difteria por período epidemiológico entre los años 2022 y 2024, se evidencia un aumento en el número de casos durante 2024, en el periodo VI. En 2023 se notificó un solo caso en el periodo VI, mientras que en 2022 no se reportaron casos. Este comportamiento resalta un incremento en la notificación de casos en 2024.

Gráfica 64. Tendencia de la notificación difteria año 2022 – 2024, Norte de Santander



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 206 de 531

Análisis de variables sociales y demográficas

Durante el periodo analizado se notificaron 4 casos de difteria, distribuidos equitativamente entre hombres y mujeres (50% cada uno). En cuanto al grupo de edad, todos los casos se concentraron en adultos jóvenes, específicamente en los rangos de 20-29 años con 2 casos y 10-19 años ,30-39 años, con 1 caso en cada grupo, lo que representa el 25% respectivamente.

El 100% de los casos se registraron en cabeceras municipales, sin notificación en centros poblados ni áreas rurales dispersas. En relación con el régimen de afiliación en salud, el 50% de los casos pertenecía al régimen subsidiado y el otro 50% correspondía a personas no aseguradas.

Finalmente, en lo referente a pertenencia étnica, el total de los casos (100%) se clasificó en la categoría "Otro", sin representación de grupos étnicos específicos.

Tabla 96. Casos probables de Difteria según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	Porcentaje
Sexo	Femenino	2	50,0
	Masculino	2	50,0
Grupo de edad	< de 1 año	0	0,0
	1 - 4 años	0	0,0
	5 - 9 años	0	0,0
	10 - 19 años	1	25,0
	20-29 años	2	50,0
	30-39 años	1	25,0
	40-49 años	0	0,0
	50-59 años	0	0,0
	60 años y más	0	0,0
Área	Cabecera municipal	4	100,0
	Centro poblado	0	0,0
	Rural disperso	0	0,0
Régimen en salud	Subsidiado	2	50,0
	No asegurado	2	50,0
	Contributivo	0	0,0
	Excepción	0	0,0
	Especial	0	0,0
	Indeterminado	0	0,0
Pertenencia étnica	Otro	4	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 207 de 531

Análisis según entidad territorial de procedencia

Verificando los casos notificados de Norte de Santander, se evidencia que 2 proceden y residen en el municipio de Cúcuta, y los otros 2 proceden y residen en Venezuela

Tabla 97. Casos probables de difteria según municipio de procedencia, Norte de Santander, 2024

Municipio de Procedencia	Casos	Porcentaje
Cúcuta	2	50%
Venezuela	2	50%

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis según manifestaciones clínicas

En todos los casos notificados (n=4) los síntomas más frecuentes fueron fiebre, amigdalitis y presencia de membrana presentes en el 100% de los pacientes, y faringitis se presentaron en el 75%. Estos signos son característicos de la presentación clásica de la difteria, lo que indica afectación variable del tracto respiratorio superior. Cabe destacar que no se reportaron complicaciones en ninguno de los casos, lo cual podría estar relacionado con una atención oportuna o con cuadros clínicos leves a moderados.

Tabla 98. Signos clínicos de casos probables de Difteria, Norte de Santander, 2024

Síntomas	Casos	Porcentaje
Fiebre	4	100%
Amigdalitis	4	100%
Presencia de membrana	4	100%
Faringitis	3	75%
Laringitis	0	0%
Complicaciones	0	0%

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Cumplimiento de indicadores

En el año 2024, la vigilancia de difteria mostró un desempeño destacado en los indicadores de notificación, investigación y diagnóstico, con el 100% de los casos fueron notificados de manera inmediata, realizando la verificación se evidencia un caso el cual consulto el 31/05/2024 y fue notificado el 01/06/2024, revisando la historia clínica se evidencia que la paciente ingreso a consulta el 31/05 a las 11:39 pm, y se consideró diagnostico por

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 208 de 531

difteria el 01/06/2024 a las 4:30 am, por lo tanto cumple con el tiempo estipulado para notificación inmediata la cual es 6 horas, el 75% fueron investigados oportunamente, se evidencio caso, el cual fue inoportuna la visita domiciliaria dado a que no era posible contactar el paciente, el 100% presenta toma de muestras para confirmación, lo cual refleja una respuesta eficiente del sistema de salud. La incidencia para la ciudad de Cucuta fue de 0,50 x 100.000 habitantes para población en general y no se registraron muertes atribuibles a la enfermedad, lo que evidencia un adecuado manejo clínico. Sin embargo, se identificó una debilidad importante en la intervención de contactos, ya que solo 61% recibió quimioprofilaxis, lo que representa un riesgo para la contención de la transmisión y debe ser abordado como una prioridad en las acciones de salud pública.

Tabla 99. Indicadores de la vigilancia integrada para difteria, Norte de Santander, 2024

Tipo de indicador	Indicador	2024	Resultado
Resultado	Oportunidad en la notificación de casos de difteria	$3 / 4 * 100 = 100$	Del total de casos notificados para difteria, el 100% fueron notificados inmediatamente
Proceso	Oportunidad en la investigación de campo en menos de 48 horas	$3 / 4 * 100 = 100$	Del total de casos notificados para difteria, el 75% fueron investigados oportunamente.
	Capacidad para la toma de muestras de laboratorio	$2 / 2 * 100 = 100$	Del total de casos notificados para difteria, el 100% tienen muestra de hisopado para confirmación
Impacto	Intervención de contactos estudiados	$14 / 23 * 100 = 61$	Del total de contactos estrechos identificados de un caso de difteria, el 61% recibió quimioprofilaxis
	Proporción de incidencia para difteria	Poblacion general $2 / 1709570 * 100000 = 0,12$	En el año 2024 se notificaron 0,2 casos nuevos de difteria por cada 100 000 habitantes o personas en riesgo.
	Proporción de muertes atribuidas a difteria	$0 / 2 * 100 = 0$	Por cada 100 casos de difteria, 0 mueren por esa causa.

Fuente: Siviqila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 209 de 531

Discusión

Al comparar la notificación de casos de difteria entre los años 2023 y 2024, se observa que en ambos periodos los casos reportados al SIVIGILA fueron finalmente descartados por laboratorio, lo que indica que no se confirmaron casos de la enfermedad durante este tiempo. En 2023 se notificó un único caso probable, correspondiente a una adolescente de zona rural del municipio de Tibú, mientras que en 2024 se notificaron cuatro casos probables en adultos jóvenes, todos registrados en cabeceras municipales y con características sociodemográficas distintas, como régimen de afiliación (subsidiado y no asegurado) y pertenencia étnica (categoría “Otro”). Aunque no se evidencian diferencias significativas en la confirmación del evento, sí se destaca un notable aumento en la notificación en 2024, lo cual puede estar relacionado con una mayor sensibilidad del sistema de vigilancia. Este comportamiento subraya la importancia de mantener activos los procesos de detección, notificación oportuna y confirmación diagnóstica para asegurar una respuesta efectiva ante posibles brotes.

Conclusión

En el año 2024 se notificaron cuatro casos probables de difteria al sistema SIVIGILA, los cuales fueron descartados por laboratorio, indicando que no se confirmaron casos de la enfermedad durante este periodo.

El 100% de los casos fueron notificados de manera oportuna, y el 75% fueron investigados dentro de las primeras 48 horas y contaron con toma de muestra para laboratorio, lo que refleja un adecuado funcionamiento del sistema de vigilancia en términos de oportunidad y respuesta.

Los casos se presentaron en adultos jóvenes, distribuidos equitativamente entre los grupos de edad de 10-19, 20-29 y 30-39 años, con igual proporción entre hombres y mujeres

Los casos se concentraron en cabeceras municipales, sin registros en zonas rurales o centros poblados, lo que sugiere que la vigilancia debe mantenerse activa también en áreas urbanas.

El 50% de los casos correspondió a personas afiliadas al régimen subsidiado y el otro 50% a personas no aseguradas, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer el acceso a servicios de salud y vacunación, especialmente en poblaciones con barreras de aseguramiento.

Aunque no se confirmaron casos ni hubo muertes por difteria, se identificó una cobertura insuficiente en la intervención de contactos (61%), lo que representa una oportunidad de mejora para evitar riesgos de transmisión en caso de confirmaciones futuras.

Recomendaciones

Reforzar las acciones de vacunación y diagnóstico temprano de difteria en la población migrante y población vulnerable.

Los actores en salud pública deben capacitar al personal de salud en la recolección, conservación y transporte de muestras

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 210 de 531

La captación temprana de casos probables en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deben fortalecer el diagnóstico clínico, realizando énfasis en los signos y síntomas característicos de la enfermedad y diagnósticos diferenciales.

Los laboratorios de salud pública deben garantizar toma de muestra a todos los casos probables de difteria antes de iniciar antibiótico.

Las EAPB deben garantizar la quimioprofilaxis a todos los contactos de casos notificados por difteria

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Difteria – Informe de Evento 2023 [Internet]. Bogotá: INS; 2023 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DIFTERIA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública – Difteria [Internet]. Bogotá: INS; 2022 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Difteria.pdf

Eventos Adversos Graves Posterior a la Vacunación

Introducción

Los eventos adversos posteriores a la vacunación (EAPV), también conocidos como AEFI por sus siglas en inglés (Adverse Events Following Immunization), son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como cualquier manifestación clínica no deseada que ocurre después de la administración de una vacuna, y que no necesariamente guarda una relación causal con la misma. Los EAPV pueden variar en severidad, desde reacciones leves y autolimitadas hasta eventos graves que ponen en riesgo la vida, provocan hospitalización, discapacidad o incluso la muerte. (1)

A nivel mundial, la vigilancia de los EAPV es un componente fundamental de los programas de inmunización, especialmente en el contexto del despliegue masivo de vacunas nuevas como las dirigidas contra la COVID-19. Según datos de la base de farmacovigilancia global VigiBase, hasta mediados de 2023 se reportaron 99.735 eventos adversos en adolescentes entre 12 y 17 años, de los cuales 80.018 estaban relacionados con vacunas contra la COVID-19, especialmente con las de tecnología de ARNm. América representó el 56,3% de los reportes y Europa el 24,4%, siendo las mujeres el grupo más afectado (52,9%). (2)

En cuanto a los eventos neurológicos, se registraron 19.529 casos relacionados con vacunas contra la COVID-19, predominando cefaleas, mareos y convulsiones, siendo la vacuna de Pfizer-BioNTech (BNT162b2) la más asociada. Por otro lado, se identificaron 31.676 casos de anafilaxia vinculados a diversas vacunas entre 1967 y 2023, destacando aquellas contra fiebre tifoidea, hepatitis B, y COVID-19, esta última con tasas de letalidad más elevadas en ciertas plataformas como la vectorizada con adenovirus tipo 5 (Ad5). (3)

La OMS establece como indicador mínimo de un sistema de vigilancia funcional el reporte de al menos 10 EAPV por cada 100.000 lactantes sobrevivientes y 1 evento grave por cada millón de habitantes por año. Sin embargo,

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 211 de 531

estas cifras son frecuentemente subestimadas, especialmente en contextos donde el subregistro, la baja notificación espontánea y la falta de capacitación afectan la sensibilidad del sistema.

Además, con el estancamiento de la cobertura vacunal infantil a nivel global —que dejó a más de 2,7 millones de niños sin esquema completo en 2023—, se ha observado un resurgimiento de enfermedades inmunoprevenibles como el sarampión en al menos 57 países, elevando la importancia del monitoreo activo de EAPV como herramienta para mantener la confianza de la población en las vacunas.

En 2024, la Región de las Américas mantuvo su compromiso con la vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI), fortaleciendo los sistemas de monitoreo y respuesta ante posibles reacciones adversas. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la responsabilidad de notificar los ESAVI recae en diferentes entidades según el país:

- En 17 países (48,6%), el Programa Nacional de Inmunización (PNI) es el principal responsable de la notificación.
- En 9 países (25,7%), la notificación es conjunta entre el PNI y la Autoridad Reguladora Nacional (ARN).
- En 3 países (8,6%), la ARN es la única responsable.
- En 6 países (17,1%), otra institución distinta al PNI o ARN se encarga de la notificación (4)

Este enfoque diversificado busca garantizar una respuesta oportuna y eficaz ante cualquier evento adverso relacionado con la vacunación.

Además, la OPS ha implementado un sistema regional para la vigilancia de ESAVI, permitiendo el monitoreo continuo de la seguridad de las vacunas en la región. Este sistema facilita la detección de señales y análisis de causalidad poblacional, contribuyendo a la toma de decisiones informadas y al fortalecimiento de la confianza pública en los programas de inmunización.

En el contexto de la Semana de Vacunación en las Américas 2024, celebrada del 20 al 27 de abril, se enfatizó la importancia de la equidad en el acceso a las vacunas y la necesidad de mantener sistemas de vigilancia robustos para garantizar la seguridad y eficacia de las inmunizaciones en todos los países de la región.

Dado este panorama, el presente informe tiene como propósito analizar, contextualizar y reportar los EAPV observados en el territorio correspondiente, identificando sus características clínicas, frecuencia, severidad y posibles factores asociados, con el fin de fortalecer las estrategias de vigilancia, respuesta oportuna y comunicación de riesgos en salud pública.

En Colombia, la vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) se ha fortalecido significativamente en los últimos años, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19. Entre el 17 de febrero de 2021 y el 30 de septiembre de 2023, se implementó un estudio descriptivo sobre el funcionamiento del sistema de vigilancia de ESAVI por vacunas contra la COVID-19, adaptando los indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a estructura, proceso y resultados. La información se obtuvo de documentos oficiales y consultas técnicas, mientras que los datos cuantitativos provinieron de VigiFlow® y del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) (5)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 212 de 531

Durante este período, se observó una mejora en la capacidad del sistema para detectar y responder a los ESAVI, gracias a la cooperación interinstitucional entre el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud (INS), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y la OPS. Esta colaboración permitió fortalecer los procesos de farmacovigilancia y garantizar una respuesta oportuna ante los eventos adversos relacionados con la vacunación. (5)

En cuanto a la vacunación contra la fiebre amarilla, entre septiembre de 2024 y abril de 2025, se confirmaron 75 casos y 34 defunciones en el país, lo que representa una letalidad acumulada del 45,3%. (6) El departamento del Tolima ha sido el más afectado, con el 74% de los casos registrados (7)

El presente informe tiene como objetivo analizar el comportamiento de los casos notificados de EAPV en Norte de Santander, con el fin de describir su distribución geográfica, características demográficas y clínicas, con el fin de proporcionar una visión general del patrón epidemiológico observado durante el periodo.

Materiales y métodos

Se realizó un análisis descriptivo de los eventos adversos graves posterior a la vacunación que fueron notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en el 2024, las fuentes de información fueron los casos notificados por EAGPV (código 298) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024

Para la depuración de la base de datos se eliminaron los casos que no cumplían con la definición operativa y eran informados por las entidades territoriales, casos con ajustes D, no cumplieron definición de caso. Se analizaron las variables grupo de edad, sexo, nacionalidad, aseguramiento, área de ocurrencia, pertenencia étnica, grupo de población especial, entidad territorial de procedencia, vacuna implicada, hallazgos clínicos y clasificación final medidas a nivel nominal, dosis administradas en la población.

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la procedencia del caso, se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial y grupo de edad. Se realizó comparación de proporciones por grupos de edad, estado vacunal y grupos poblacionales. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

Indicadores de impacto:

Proporción eventos adversos relacionados con el programa:

Numerador: # de casos con clasificación final de EAPV relacionados con el programa de inmunización

Denominador: total de casos EAPV notificados a Sivigila

Coficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila,

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 213 de 531

Proporción eventos adversos coincidentes:

Numerador: # de casos con clasificación final de EAPV coincidentes

Denominador: total de casos EAPV notificados a Sivigila

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila

Proporción eventos adversos atribuido a los componentes de la vacuna:

Numerador: # de casos con clasificación final de eapv atribuido a los componentes de la vacuna

Denominador: total de casos EAPV notificados a Sivigila

Indicadores de proceso:

Porcentaje de casos con investigación de campo oportuna (48 horas):

Numerador: # número de casos investigados en las primeras 48 horas posterior a la notificación

Denominador: total de los casos notificados a Sivigila

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Archivos planos, total casos notificados para el evento por entidad territorial

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

Resultados

La base de datos cruda del evento de Eventos Adversos Posterior a la Vacunación 9 registros para el año 2024. Tras un proceso de depuración y análisis se identificaron los siguientes detalles:

Registros repetidos: 0 (0%)

Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 6 (66,67%)

Total de registros retirados: 6 (66,67%)

Total de registros utilizados: 3 (33,33%)

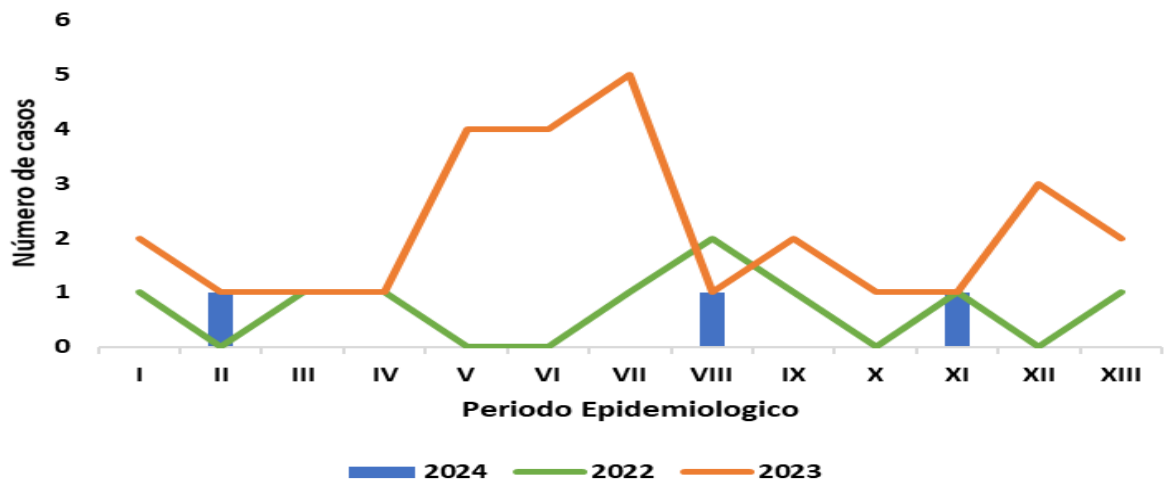
Para el análisis se consideraron 3 casos para la vigilancia integrada del evento presentando una disminución del 89,28%, de los cuales todos son descartados con ajuste 6

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 214 de 531

Análisis de tendencia del evento 2022 - 2024

El análisis del comportamiento de los eventos adversos posterior a la vacunación durante los años 2022, 2023 y 2024 muestra una variabilidad significativa entre los periodos epidemiológicos. En 2023 se evidenció el mayor número de notificaciones, con picos importantes entre los periodos V y VII, alcanzando hasta 5 casos, lo que podría reflejar una mayor cobertura vacunal, mejor capacidad de detección o un aumento real en la ocurrencia de eventos. Por su parte, en 2022 los casos se distribuyeron de manera más esporádica y sin picos significativos. En contraste, en 2024 se observó una baja frecuencia de eventos notificados (sólo en los periodos II, VIII y XI).

Grafica 65. Tendencia notificación por periodo epidemiológico, Eventos Adversos Graves Posterior a la Vacunación, año 2022 – 2024, Norte de Santander



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de variables sociales y demográficas

El análisis de los eventos adversos posteriores a la vacunación muestra que la mayoría de los casos ocurrieron en menores de un año (66,67%), del sexo masculino (66,67%), residentes en zonas rurales dispersas (66,67%) y afiliados al régimen subsidiado de salud (66,67%). Todos los casos reportados pertenecen a la categoría “Otro” en la variable de pertenencia étnica. Aunque el número total de casos es reducido (n=3), se evidencia un patrón que podría estar asociado a condiciones socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud, por lo que se recomienda fortalecer la vigilancia, ampliar el tamaño de muestra y mejorar la calidad del dato para análisis posteriores.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 215 de 531

Tabla 100. Casos probables de Eventos Adversos Graves Posterior a la Vacunación, según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	Porcentaje
Sexo	Masculino	2	66,67
	Femenino	1	33,33
Grupo de edad	< de 1 año	2	66,67
	1 - 4 años	1	33,33
	5 - 9 años	0	0
Área	Rural disperso	2	66,67
	Cabecera	1	33,33
	Centro poblado	0	0
Régimen en salud	Subsidiado	2	66,67
	Contributivo	1	33,33
	No asegurado	0	0
	Excepción	0	0
	Especial	0	0
	Indeterminado	0	0
Pertenencia étnica	Otro	3	100

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis según manifestaciones clínicas

Con relación a las características clínicas de los casos de EAPV se evidencia que el 66,67% de los casos presentó fiebre, el 37,3% de los casos presentó convulsión febril, y otros 33,33 %

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 216 de 531

Tabla 101. Criterios clínicos de casos probables de Eventos Adversos Graves Posterior a la Vacunación, Norte de Santander, 2024

Signos y síntomas	Casos	Porcentaje
Fiebre	2	66,67
Convulsion febril	1	33,33
Otro	1	33,33

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Cumplimiento de indicadores

De los casos notificados como sospechosos de EAPV el 100% de estos fueron ajustados y clasificados el 66,7 %, con clasificación coincidente, y el 100% de los casos tienen investigación epidemiológica de campo a las 48 horas posterior a la vacunación.

Tabla 102. Indicadores de la vigilancia integrada para Eventos Adversos Graves Posterior a la Vacunación, Norte de Santander, 2024

	Nombre del indicador	Descripción	Resultado
Impacto	Proporción eventos adversos relacionados con el programa	# de casos con clasificación final de EAPV relacionados con el programa de inmunización /total de casos EAPV notificados a Sivigila	$(0/3) \times 100 = 0$
	Proporción eventos adversos coincidentes	# de casos con clasificación final de EAPV coincidentes/total de casos EAPV notificados a Sivigila	$(2/3) \times 100 = 66,7$
	Proporción eventos adversos atribuido a los componentes de la vacuna	# de casos con clasificación final de EAPV atribuido a los componentes de la vacuna/total de casos EAPV notificados a Sivigila	$(0/0) \times 100 = 0\%$
Proceso	Oportunidad en la investigación de campo en menos de 48 horas	# número de casos investigados en las primeras 48 horas posteriores a la notificación/total de los casos notificados a Sivigila	$(3/3) \times 100 = 100\%$

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 217 de 531

Discusión

Al comparar el comportamiento de los eventos adversos posteriores a la vacunación (EAPV) entre 2023 y 2024, se evidencia una reducción significativa en el número de casos notificados, pasando de 28 en 2023 a sólo 3 en 2024. En 2023, los eventos se concentraron en niños de 1 a 4 años (46,4%), mientras que en 2024 afectaron principalmente a menores de un año (66,67%), lo que puede reflejar la carga del esquema vacunal en estos grupos etarios.

En ambos años predominó el sexo masculino, la afiliación al régimen subsidiado y la clasificación étnica en la categoría “Otro”, lo que sugiere patrones sociodemográficos similares. Sin embargo, en 2023 los casos se ubicaron exclusivamente en cabeceras municipales, mientras que en 2024 la mayoría se reportó en zonas rurales dispersas, lo que podría evidenciar una ampliación en la vigilancia geográfica o desigualdades en el acceso.

Clinicamente, la fiebre fue la manifestación más común en ambos años (60,7% en 2023 y 66,67% en 2024), seguida por la convulsión febril (35,7% y 37,3% respectivamente). En cuanto a los procesos de vigilancia, ambos años muestran un cumplimiento del 100% en la realización de investigaciones de campo en las primeras 48 horas, aunque en 2023 se observó un mayor nivel de clasificación de los casos (88,9%) frente al 66,7% en 2024. Estos hallazgos resaltan la necesidad de mantener esfuerzos sostenidos en la vigilancia epidemiológica, asegurar la calidad del registro y fortalecer las capacidades locales para la detección oportuna de eventos.

Conclusiones

Durante el año 2024 se reportaron únicamente 3 casos sospechosos de EAPV, lo que representa una disminución notable frente a años anteriores

La mayoría de los casos correspondieron a menores de un año (66,7%), del sexo masculino (66,7%), residentes en zonas rurales dispersas (66,7%) y afiliados al régimen subsidiado de salud (66,7%), lo que evidencia que los eventos adversos afectan principalmente a poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad social y geográfica.

Las principales manifestaciones clínicas observadas fueron fiebre (66,7%) y convulsión febril (37,3%), reacciones que están dentro de lo esperado según los perfiles de seguridad de varias vacunas del esquema nacional.

Todos los casos aparecen clasificados bajo la categoría “Otro” en la variable de pertenencia étnica, lo cual señala una deficiencia en el registro de información clave para el análisis diferencial, y evidencia oportunidades de mejora en la calidad y completitud del dato.

Se recomienda reforzar la vigilancia activa, garantizar el adecuado llenado de las fichas de notificación, y continuar capacitando al talento humano en el análisis, clasificación y seguimiento de los EAPV para lograr una respuesta más oportuna y efectiva.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 218 de 531

Recomendaciones

Para las entidades territoriales contar con el personal encargado, para capacitar en el Protocolo Nacional de Farmacovigilancia de vacunas a nivel municipal, para fortalecer la notificación.

Se recomienda a las diferentes UPGD estar articulados con el programa de farmacovigilancia de las entidades territoriales, para actualizaciones de lineamientos, en reporte del vigiflow, para el enfoque del reporte en línea.

Se recomienda a las entidades territoriales conformar y mantener activos los Comités de Expertos Territorial de acuerdo con lo establecido en el Protocolo Nacional de Farmacovigilancia de vacunas para garantizar la clasificación final de todos los casos de forma oportuna.

Se recomienda a las entidades territoriales asegurar que sus UPGD cuenten con usuario para VigiFlow con el fin de fortalecer la notificación de eventos no graves y graves; así mismo, estandarizar el proceso para que en 2023 cuando la vigilancia de los eventos graves se realice también en este sistema.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Evento Adverso Posterior a la Vacunación (EAPV): Informe de evento primer semestre 2023 [Internet]. Bogotá: INS; 2023 [citado 2025 abr 21]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/EAPV%20INFORME%20DE%20EVENTO%20PRIMER%20SEMESTRE%202023.pdf>
2. Fandiño-Del-Rio M, Díaz-Pinzón JE, Sierra-Torres CH. Adverse events following COVID-19 immunization in adolescents aged 12–17 years: analysis of reports from the VigiBase database. Hum Vaccin Immunother. 2023;19(2):2250284. doi:10.1080/21645515.2023.2250284
3. Fandiño-Del-Rio M, Díaz-Pinzón JE, Sierra-Torres CH. Adverse events following COVID-19 immunization in adolescents aged 12–17 years: analysis of reports from the VigiBase database. Hum Vaccin Immunother. 2023;19(2):2250284. doi:10.1080/21645515.2023.2250284
4. Organización Panamericana de la Salud. Seguridad de las vacunas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [cited 2025 Apr 19]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/seguridad-vacunas>
5. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del sistema de vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización en Colombia, 2021–2023. Rev Panam Salud Publica. 2025;49:e2. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2025.v49/e2/?utm_source
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Emergencia sanitaria en todo el territorio nacional por aumento en los casos de fiebre amarilla [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2025 [cited 2025 Apr 19]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/CC/Noticias/2025/Paginas/emergencia-sanitaria-en-todo-el-territorio-nacional-por-aumento-en-los-casos-de-fiebre-amarilla.aspx?utm_source
7. Organización Panamericana de la Salud. OPS y Colombia refuerzan respuesta de autoridades al brote de fiebre amarilla [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 Feb 27 [cited 2025 Apr 19]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/27-2-2025-ops-colombia-refuerza-respuesta-autoridades-al-brote-fiebre-amarilla?utm_source

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 219 de 531

Meningitis Bacteriana y Enfermedad Meningocócica

Introducción

La meningitis bacteriana aguda es una inflamación grave de las meninges —piamadre, aracnoides y el líquido cefalorraquídeo— que representa una emergencia médica por su rápida evolución y alto riesgo de mortalidad y secuelas neurológicas. Afecta a personas de todas las edades, pero es particularmente peligrosa en recién nacidos, lactantes, adultos mayores y personas con el sistema inmune comprometido. Clínicamente, se presenta con fiebre, cefalea intensa, rigidez de nuca, náuseas, vómito y, en algunos casos, convulsiones, letargia, erupciones cutáneas, coma y sepsis.

Los principales agentes etiológicos responsables de esta enfermedad son *Haemophilus influenzae* tipo b, *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*, cada uno con características particulares:

Haemophilus influenzae tipo b (Hib): Antes de la introducción de su vacuna, era la principal causa de meningitis bacteriana en menores de cinco años. Esta bacteria no está relacionada con el virus de la influenza, y generalmente se propaga desde las vías respiratorias hacia el sistema nervioso central por vía hematógena. Sus principales factores de riesgo incluyen infecciones respiratorias previas, hacinamiento, contacto con portadores y enfermedades autoinmunes.

Streptococcus pneumoniae (neumococo): Es una bacteria que coloniza de forma natural el tracto respiratorio superior, especialmente en temporadas frías. Su transmisión ocurre a través de gotas respiratorias, y aunque los brotes epidémicos son poco comunes, pueden presentarse en entornos con alta densidad poblacional como bases militares, refugios o centros penitenciarios. Afecta con mayor frecuencia a personas con enfermedades crónicas, inmunosupresión, cáncer, trasplantes o edad avanzada. La prevención incluye vacunación específica y uso de antibióticos profilácticos en ciertos casos.

Neisseria meningitidis (meningococo): Es el único agente bacteriano causante de meningitis que puede originar brotes y epidemias. Se transmite de persona a persona por secreciones respiratorias, y puede presentarse como meningitis o meningococcemia, esta última con alta letalidad. Tiene un comportamiento clínico fulminante que puede llevar al paciente a la muerte en pocas horas si no se trata de manera inmediata. Las secuelas graves incluyen daño neurológico, amputaciones y sordera. Su control es complicado debido al elevado número de portadores asintomáticos en la población general.

A pesar de la existencia de vacunas eficaces para los serotipos más frecuentes de estas bacterias, no existe una vacuna universal que cubra todos los serogrupos. Por ello, la vigilancia epidemiológica, la vacunación sistemática, el diagnóstico temprano y la respuesta oportuna son fundamentales para reducir la carga de enfermedad y evitar brotes de meningitis bacteriana. En Colombia, el sistema SIREVA II permite el monitoreo de los serotipos circulantes y su resistencia antimicrobiana, apoyando la toma de decisiones en salud pública para el control de estas infecciones invasivas.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 220 de 531

La meningitis sigue representando un grave desafío para la salud pública mundial. En respuesta a su carga significativa, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el apoyo de múltiples socios internacionales, lanzó en 2020 la hoja de ruta mundial "Acabar con la Meningitis para 2030", la cual fue respaldada de forma unánime por los Estados Miembros durante la Asamblea Mundial de la Salud. Esta iniciativa establece una visión integral: "Hacia un mundo sin meningitis", con tres objetivos principales:

1. Eliminar las epidemias de meningitis bacteriana.
2. Reducir en un 50% los casos prevenibles por vacunación y en un 70% las muertes por meningitis bacteriana.
3. Mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes y reducir las discapacidades asociadas.

Además, la OMS también lidera el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos, con el fin de abordar las brechas en la atención médica a personas afectadas por enfermedades neurológicas, incluyendo las secuelas de la meningitis (2)

En términos de avances, en julio de 2023 la OMS precalificó la vacuna Men5CV (MenFive), recomendada oficialmente a los países en octubre del mismo año. Esta vacuna innovadora ofrece protección contra cinco serogrupos del meningococo (A, C, W, Y y X), superando a las versiones anteriores que solo protegían contra el serogrupo A. Gavi, la Alianza para las Vacunas, asignó fondos para su implementación en diciembre de 2023, y actualmente está disponible para la respuesta a brotes a través de la reserva de emergencia administrada por el Grupo Internacional de Coordinación (ICG).

Uno de los primeros países en aplicar esta vacuna fue Nigeria, afectado por un brote de *Neisseria meningitidis* serogrupo C entre 2023 y 2024, con 1.742 casos sospechosos y 153 muertes. Como respuesta, en marzo de 2024 se realizó una campaña de vacunación dirigida a más de un millón de personas de entre 1 y 29 años. Esta acción es clave para frenar la propagación de la enfermedad en Nigeria y otros países del llamado "cinturón africano de la meningitis", una región históricamente afectada por epidemias recurrentes. (1)(2)

Asimismo, Níger enfrentó brotes significativos entre noviembre de 2022 y enero de 2023, en la región de Zinder, se reportaron 559 casos (111 confirmados por laboratorio) y 18 muertes, con el serogrupo C como principal causante. En 2024, durante la semana epidemiológica 16, se notificaron 2.012 casos de meningitis y 123 muertes, lo que representa una letalidad del 6,1%. Las regiones más afectadas son Niamey, Agadez, Zinder y Dosso, con tasas de ataque acumuladas preocupantes. Ante esta situación, la OMS y sus aliados han intensificado la respuesta mediante campañas de vacunación y fortalecimiento de la atención clínica. (1)

Cabe destacar que antes de la introducción de la vacuna conjugada contra el meningococo A en 2010, este serogrupo era responsable de entre el 80% y 85% de las epidemias de meningitis en el cinturón africano. Desde entonces, las campañas preventivas masivas y la inclusión de la vacuna en programas nacionales de inmunización (desde 2016) han tenido un impacto positivo en la reducción de estos brotes. (1)

Con el despliegue masivo de Men5CV programado para 2025, se espera avanzar significativamente hacia la eliminación de las epidemias de meningitis bacteriana, cumpliendo así los ambiciosos objetivos trazados para el año 2030.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 221 de 531

En América Latina, la verdadera carga de la enfermedad meningocócica se encuentra probablemente subestimada en la mayoría de los países. Una revisión bibliográfica que abarca el periodo 2008-2011 reveló tasas de incidencia variables, que oscilan entre menos de 0,1 y hasta 1,8 casos por cada 100.000 habitantes, dependiendo del país y del año. Estas cifras corresponden a una endemicidad baja (menos de 2 casos por 100.000 habitantes), lo cual, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra por debajo del umbral para recomendar la inclusión de la vacuna meningocócica en los programas nacionales de inmunización o para activar medidas de control de brotes.

Sin embargo, es importante interpretar estas cifras con cautela, ya que las limitaciones en los sistemas de vigilancia y notificación de la enfermedad en la región podrían explicar en parte la aparente baja incidencia registrada.

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) presenta mayor incidencia en niños menores de un año y se mantiene relativamente elevada hasta los cinco años. Aunque la tasa disminuye en los niños mayores, suele incrementarse nuevamente durante la adolescencia y en adultos jóvenes, particularmente en entornos donde hay convivencia estrecha, como residencias estudiantiles o cuarteles. Posteriormente, la incidencia tiende a disminuir progresivamente en la edad adulta.

La EMI representa una causa importante de morbilidad y mortalidad en la región. La tasa de letalidad se sitúa entre el 10% y el 15%, y puede alcanzar hasta el 40% en casos de meningococemia. En América Latina, se estima que uno de cada cinco pacientes con EMI fallece.

Además, hasta un 20% de los sobrevivientes pueden presentar secuelas permanentes. La hipoacusia neurosensorial es la más frecuente, aunque también se reportan trastornos del lenguaje, retraso mental, alteraciones motoras, convulsiones, déficits visuales e incluso amputaciones de extremidades en casos graves de meningococemia.

En Colombia, uno de los principales objetivos del sistema de salud ha sido reducir los casos y las muertes causadas por enfermedades invasivas como la meningitis y la neumonía bacteriana, especialmente en la población infantil. Para lograrlo, el país incluyó en su Programa Ampliado de Inmunización (PAI) vacunas dirigidas a dos de los principales agentes causantes: *Haemophilus influenzae* tipo b y *Streptococcus pneumoniae*.

La vigilancia en salud pública ha sido clave en este proceso, ya que permite hacer seguimiento a la incidencia y la letalidad asociadas a los distintos serotipos de estas bacterias. A través de esta vigilancia, es posible ajustar las estrategias de vacunación y responder de forma más efectiva ante posibles brotes.

Actualmente, la vacunación contra el meningococo no está incluida dentro del esquema regular del PAI para ningún grupo poblacional. Sin embargo, desde 2015, ante la aparición de brotes de enfermedad meningocócica en el país, se han adquirido vacunas específicas para atender estas situaciones, especialmente en menores de seis años. En estos casos, se ha recomendado el uso de vacunas que incluyan las cepas C, B y Y, que han sido las principales responsables de los brotes en Colombia.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 222 de 531

El PAI es considerado uno de los programas más importantes del Ministerio de Salud y Protección Social, y ha tenido múltiples actualizaciones a lo largo del tiempo. Por ejemplo, en 2002 comenzó la expansión del esquema de vacunación, y en 2006 se inició la inmunización contra el neumococo en niños menores de dos años con alto riesgo. Un año después, se amplió esta protección a bebés con bajo peso al nacer. En 2009, se extendió a todos los menores de tres años, y en 2011 se universalizó la vacuna. Más recientemente, en 2022, se actualizó el esquema pasando de la vacuna PCV10 a PCV13 para una protección más amplia.

En cuanto a datos epidemiológicos, entre 2016 y 2023 Colombia reportó una incidencia promedio de: 0,09 casos por cada 100.000 habitantes para *Haemophilus influenzae*, con tasas de letalidad entre el 4% y el 20,8%, 0,36 casos por cada 100.000 habitantes para *Streptococcus pneumoniae*, con letalidades entre el 16,1% y el 41,7%, 0,16 casos por cada 100.000 habitantes para *Neisseria meningitidis*, con letalidades entre el 5,6% y el 33,3%.

Estos datos reflejan la importancia de mantener una vigilancia activa y de fortalecer continuamente las estrategias de prevención, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

Los objetivos del presente informe son caracterizar el comportamiento de la meningitis aguda bacteriana y enfermedad meningocócica con respecto a las variables de tiempo, lugar y persona, determinar la tendencia de la meningitis aguda bacteriana por agente infeccioso y establecer la incidencia de la meningitis aguda bacteriana y enfermedad meningocócica, así como la distribución de los serotipos y serogrupos por agente causal en Norte de Santander.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivos de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en salud Pública (Sivigila) correspondientes al departamento de Norte de Santander, las fuentes de información fueron los casos notificados para meningitis y enfermedad meningocócica (código 535), y las bases de resultados de la Red de Laboratorios de Salud Pública para el diagnóstico de los eventos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024.

La información notificada se sometió a un proceso de depuración realizando la validación de los datos, se excluyeron los casos con ajuste D (error de digitación) y los casos repetidos inicialmente por número de documento y posteriormente por nombres y apellidos, respecto a las variables de laboratorio en los registros repetidos se dejaron los registros con muestra 6 y resultado positivo, y además en la variable tipo de caso, se dejaron los registros 3. Posteriormente se filtraron los registros tipo de caso 2 y se revisa con la variable ajuste, se debe dejar aquel registro que tenga 3 (confirmado) o 6 (descartado). garantizando datos únicos para el análisis de los eventos.

Para el análisis de la información se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial, así como criterios clínicos y grupo de edad. Se realizó comparación de proporciones por grupos de edad, estado vacunal y grupos poblacionales. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 223 de 531

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

Indicadores de proceso:

Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general: Se define como el número de casos nuevos de meningitis que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado.

Numerador: número de casos confirmados nuevos de meningitis por (Spn) en población general

Numerador: número de casos confirmados nuevos de meningitis por (Hi) en población general

Numerador: número de casos confirmados nuevos de enfermedad meningocócica en población general

Denominador: población general

Coeficiente de multiplicación: 100.000

Fuente de información: Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila, Censo y proyecciones de población DANE.

Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años: Se define como el número de casos nuevos de meningitis que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado.

Numerador: número de casos confirmados nuevos de meningitis por (Spn) en menores de cinco años

Numerador: número de casos confirmados nuevos de meningitis por (Hi) en menores de cinco años

Numerador: número de casos confirmados nuevos de enfermedad meningocócica en menores de cinco años

Denominador: población menor de cinco años

Coeficiente de multiplicación: 100000

Fuente de información: Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila, Censo y proyecciones de población DANE.

Porcentaje de casos ajustados: Se define como el número de casos notificados de meningitis ajustados como confirmados o descartados.

Numerador: casos confirmados + casos descartados

Denominador: casos notificados

Coeficiente de multiplicación: 100.000

Fuente de información: Sistema Nacional de Vigilancia

Indicadores de impacto:

Letalidad de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general: Determina la probabilidad de morir a causa de una enfermedad, o la proporción de muertes a causa de una enfermedad.

Numerador: defunciones por meningitis por Haemophilus influenzae (Hi, en población general

Numerador: defunciones por meningitis por Streptococcus pneumoniae (Spn) en población general

Numerador: defunciones por enfermedad meningocócica en población general

Denominador: Enfermos de esa causa en ese lugar en tiempo dado.

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente de información: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 224 de 531

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

Resultados

En la base de datos cruda del evento de meningitis se evidenciaron 85 registros para el año 2024. Tras un proceso de depuración y análisis se identificaron los siguientes detalles:

Registros repetidos: 6 (7,06%)
Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 3 (3,56%)
Total de registros retirados: 9 (10,59%)
Registros con procedencia del exterior: 9 (10,59%)
Total registros utilizados: 76 (89,61%)

De esta forma se tuvieron en cuenta para el análisis 76 casos probables de meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica de los cuales, al final del proceso de depuración quedan distribuidos de la siguiente manera:

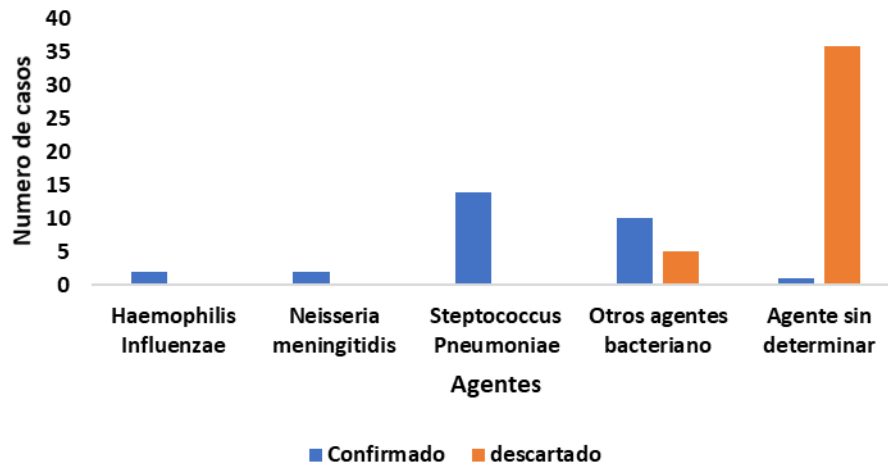
Registros de casos probables: 5 (6,58%).
Registros de casos confirmados por laboratorio: 24 (31,58%).
Registros de casos descartados (ajuste 6): 47 (61,84%).

De estos 76 casos notificados se evidencia que el 2,63% (2) fueron notificados por *Haemophilus influenzae*, el 2,63% (2) corresponde a *Neisseria meningitidis* y el 18,42% (14) por *Streptococcus pneumoniae*, el 21,05% (16) corresponde a casos por otros agentes bacterianos y el 55,26% (42) pertenecientes a casos de meningitis bacteriana que cumplen con definición de caso por clínica, sin embargo, no se puede determinar el agente bacteriano causal.

De acuerdo con el agente causal en los casos confirmados el 2,63% (2), corresponde a meningitis por *Haemophilus influenzae*, el 2,63% (2) a enfermedad meningocócica por *Neisseria meningitidis*, el 18,42% (14) a meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, el 13,15 % (10) a meningitis por otros agentes y el 1,31% (1), corresponde a meningitis al cual no se pudo determinar el agente causal.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 225 de 531

Grafico 66. Casos de Meningitis y Enfermedad Meningocócica notificados, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

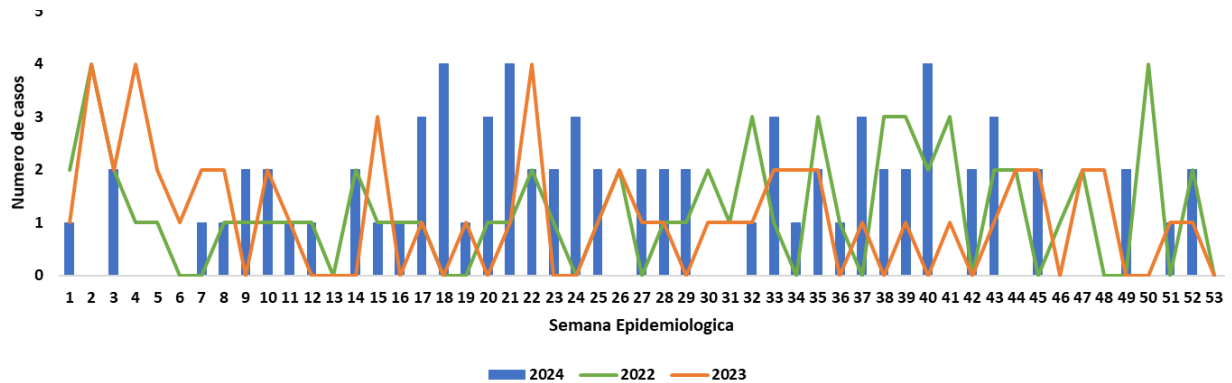
Análisis de tendencia del evento 2022 – 2024

En 2022 (línea verde), los casos se presentaron de forma intermitente durante todo el año, con picos notables en las semanas 2, 33, 38 y 50, alcanzando hasta 4 casos en algunas de ellas, especialmente en el segundo semestre.

En 2023 (línea naranja), se observa una mayor frecuencia de semanas con casos, principalmente entre las semanas 1 y 22, donde se registran varios picos, incluyendo uno significativo en la semana 22 con 4 casos. Posteriormente, aunque los casos disminuyen, continúan apareciendo de forma dispersa durante el resto del año. En cuanto a 2024 (barras azules), se nota una aparición más activa a partir de la semana 7 y un incremento progresivo hasta la semana 17, donde se alcanza también un pico de 4 casos, sugiriendo una posible tendencia creciente

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 226 de 531

Grafica 67. Tendencia notificación Meningitis año 2022 – 2024, Norte de Santander



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de casos notificados según la entidad territorial de procedencia

El análisis de los casos notificados de meningitis según entidad territorial de procedencia revela una alta concentración en el municipio de Cúcuta, que reporta 27 casos, representando el 35,53% del total departamental, lo que sugiere que esta ciudad es el principal foco de transmisión, probablemente debido a su alta densidad poblacional, movilidad urbana y capacidad diagnóstica. Le sigue Ocaña con 11 casos (14,47%), consolidándose también como una zona prioritaria para intervenciones de salud pública. Otros municipios con proporciones moderadas incluyen Villa del Rosario (5,26%), Ábrego (3,95 %) y Convención (3,95 %). El resto de los municipios, como El Carmen, Salazar, Sardinata, Teorama y Tibú, reportan entre 2 y 3 casos cada uno, lo cual, aunque en menor proporción, evidencia una distribución geográfica dispersa de la enfermedad. Finalmente, 9 municipios presentan un solo caso (1,32% cada uno), lo que puede indicar tanto un bajo nivel de transmisión como posibles subregistros. Este patrón subraya la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica activa en todo el departamento, con especial énfasis en los municipios más afectados, para detectar oportunamente casos, prevenir brotes y reducir la morbilidad asociada a esta enfermedad.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 227 de 531

Tabla 103. Casos notificados por Meningitis según entidad territorial de procedencia, Norte de Santander, 2024

Entidad Territorial de procedencia	Casos	Porcentaje
Cucuta	27	35,53
Ocaña	11	14,47
Villa del Rosario	4	5,26
Abrego	3	3,95
Convención	3	3,95
El Carmen	2	2,63
Salazar	2	2,63
Sardinata	2	2,63
Teorama	2	2,63
Tibú	2	2,63
El Tarra	1	1,32
El Zulia	1	1,32
Hacarí	1	1,32
Labateca	1	1,32
Los Patios	1	1,32
La Playa	1	1,32
Pamplonita	1	1,32
Puerto Santander	1	1,32
Toledo	1	1,32
Venezuela	9	11,84
Total de casos	76	100

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de variables sociales y demográficas

El análisis sociodemográfico de los casos notificados de meningitis muestra que la mayoría de los afectados fueron hombres (67,10%), lo cual podría reflejar diferencias en la exposición o en la atención en salud entre sexos. En cuanto al régimen de salud, el 71,05% de los casos estaban afiliados al régimen subsidiado, lo que indica una mayor vulnerabilidad en poblaciones con menor acceso a servicios de salud. Asimismo, el 18,42% no tenía aseguramiento, lo que puede representar una barrera adicional para la detección y tratamiento oportuno. Territorialmente, la mayor parte de los casos proviene de cabeceras municipales (72,36%), aunque un 19,73% corresponde a zonas rurales dispersas, lo que señala la importancia de fortalecer la vigilancia y el acceso en áreas de difícil cobertura. Por grupo etario, destaca que el 25,00% de los casos se presentó en menores de 1 año, seguidos por adultos mayores de 60 años (11,84%) y personas entre 25 y 29 años (10,52%), lo cual evidencia una mayor susceptibilidad en los extremos de la vida y en adultos jóvenes, lo que amerita estrategias diferenciadas de prevención y control por grupo de edad

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 228 de 531

Tabla 104. Casos notificados por Meningitis según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Categoría	Casos	Porcentaje
Masculino	46	60,53
Femenino	21	27,63
Subsidiado	51	67,11
No asegurado	8	10,53
Contributivo	7	9,21
Excepción	1	1,32
Indeterminado/Pendiente	0	0,00
Especial	0	0,00
Cabecera municipal	47	61,84
Rural disperso	15	19,74
Centro poblado	5	6,58
Otro	67	88,16
< de 1 año	17	22,37
1-4 años	3	3,95
5-9 años	4	5,26
10-14 años	3	3,95
15-19 años	3	3,95
20-24 años	1	1,32
25-29 años	8	10,53
30-34 años	4	5,26
35-39 años	3	3,95
40-44 años	5	6,58
45-49 años	3	3,95
50-54 años	3	3,95
55-59 años	1	1,32
60 años y más	9	11,84

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Antecedente vacunal en casos confirmados

Una proporción importante de los pacientes tenía estado vacunal desconocido, con 22 casos reportados así para cada una de las vacunas evaluadas (anti-Hib, antimeningococo y antineumococo), lo que representa un vacío en la información que puede limitar la interpretación y la planificación de intervenciones. Respecto al antecedente de vacunación confirmado, solo 1 personas contaban con la vacuna anti-Hib, y apenas 1 caso estaba vacunado contra el meningococo y otro contra el neumococo, mientras que 6 casos en cada una de estas categorías no estaban vacunados. Esta baja cobertura vacunal entre los casos confirmados sugiere una posible relación entre la falta de inmunización y la ocurrencia de la enfermedad, subrayando la necesidad de reforzar la cobertura y el registro efectivo de vacunación en la población susceptible.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 229 de 531

Tabla 105. Casos notificados por Meningitis según antecedente vacunal, Norte de Santander, 2024

Antecedente vacunal	Si	No	Desconocido
Vacuna anti Hib	4	6	19
Vacuna anti meningococo	1	6	19
Vacuna anti neumococo	1	6	19

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Cumplimiento de indicadores

Durante el periodo analizado en el departamento de Norte de Santander, se confirmaron 15 casos de meningitis bacteriana por laboratorio de HI, NM y SPN, con una incidencia total de 0,9 por cada 100.000 habitantes. Cúcuta concentró el mayor número de casos (8), aunque su incidencia fue de apenas 1,0 debido a su alta densidad poblacional. En contraste, municipios con menor población como Pamplonita (16,0 por 100.000), Labateca (13,9), y Salazar (8,6) presentaron las incidencias más altas a pesar de reportar un solo caso cada uno, lo que evidencia el impacto relativo en zonas pequeñas. En cuanto a los agentes etiológicos, *Streptococcus pneumoniae* fue el más frecuente, con una incidencia departamental de 0,6 por 100.000, seguido de *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*, ambos con 0,1. Estos hallazgos refuerzan la importancia de una vigilancia continua, especialmente en municipios pequeños donde un solo caso puede representar una incidencia significativa.

Tabla 106. Indicadores de la vigilancia integrada para Meningitis, incidencia de casos confirmados para HI, NM, SPN en población general, Norte de Santander, 2024

Entidades Territoriales	Poblacion	Confirmado	Incidencia Hi	Incidencia Nm	Incidencia Sp	Incidencia
	General	laboratorio	x 100000 hab población general	x 100000 hab población general	x 100000 hab población general	x 100000 hab población general
Abrego	35.936	1			2,8	2,8
Cúcuta	812.176	8		0,1	0,9	
El Zulia	30.816	1			3,2	3,2
Labateca	7.189	1	13,9			13,9
Los Patios	103.733	1			1,0	1,0
Pamplonita	6.239	1			16,0	16,0
Salazar	11.664	1	8,6			8,6
Sardinata	28.989	1		3,4		3,4
Norte de Santander	1.709.570	15	0,1	0,1	0,6	0,9

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 230 de 531

Durante el periodo evaluado, en el departamento de Norte de Santander se reportó una tasa de incidencia de meningitis bacteriana de 0,8 por cada 100.000 habitantes en la población menor de 5 años. Aunque la mayoría de los casos se concentraron en el municipio de Cúcuta, que cuenta con 56.007 niños en este grupo etario, no se notificaron casos en el resto de los municipios del departamento. En esta ciudad, se observó una incidencia de 1,8 por 100.000 tanto para *Haemophilus influenzae* (Hi) como para *Neisseria meningitidis* (Nm), lo cual indica la ocurrencia de casos aislados pero relevantes por su impacto en un grupo especialmente vulnerable.

Tabla 107. Indicadores de la vigilancia integrada para Meningitis, incidencia de casos confirmados para HI, NM, SPN en menores de cinco años, Norte de Santander, 2024

Entidad territorial	Población menor de 5 años	Casos confirmados		
		Hi	Nm	Sp
Cúcuta	56007	1,8	1,8	
Total Norte de Santander	128136	0,8	0,8	

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024, el departamento de Norte de Santander alcanzó un 100 % de ajuste en los casos sospechosos de meningitis, evidenciando una adecuada vigilancia epidemiológica. Se confirmaron 2 casos por *Haemophilus influenzae*, 2 por *Neisseria meningitidis*, 14 por *Streptococcus pneumoniae*, 10 por otros agentes bacterianos, y 1 sin agente identificado. En cuanto al impacto, la letalidad fue del 0 % para *Haemophilus influenzae*, del 100 % para *Neisseria meningitidis* —lo que refleja su alta agresividad— y del 18,19 % para *Streptococcus pneumoniae*. Estos datos resaltan la necesidad de reforzar tanto la detección oportuna como las medidas preventivas, especialmente frente a los agentes con mayor letalidad.

Tabla 108. Indicadores de la vigilancia integrada para Meningitis, Norte de Santander, 2024

Tipo de indicador	Indicador	2024	Resultado
Proceso	Porcentaje de casos ajustados	$76 / 76 * 100 = 100$	Haemophilus Influenzae: 2 casos confirmados Neisseria Meningitidis: 2 casos confirmados Streptococcus Pneumoniae: 14 casos confirmados Otros agentes bacterianos: 10 casos confirmados / 6 casos descartados Agente sin determinar: 1 caso confirmado / 41 casos descartados
Impacto	Letalidad de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general	Haemophilus Influenzae	La probabilidad de morir a causa de meningitis por HI en Norte de Santander es de 0%
		$0 / 2 * 100 = 0$	
		Neisseria Meningitidis	La probabilidad de morir a causa de meningitis por NM en Norte de Santander es de 100%
		$2 / 2 * 100 = 100$	
		Streptococcus Pneumoniae	La probabilidad de morir a causa de meningitis por SPN en Norte de Santander es de 18,19%
		$2 / 11 * 100 = 18,19$	

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión

El análisis de la notificación semanal de casos muestra diferencias marcadas entre ambos años. En 2023, los casos se presentaron de forma continua durante el primer semestre, con mayor concentración entre las semanas 1 y 22, alcanzando su punto máximo en la semana 22 con 4 casos. Posteriormente, la notificación disminuyó, pero se mantuvo con casos esporádicos en el resto del año. En 2024, en cambio, la aparición de casos comienza más tardíamente, a partir de la semana 7, con un incremento sostenido hasta la semana 17, donde también se registra un pico de 4 casos. Esta diferencia sugiere que en 2024 hubo una distribución más compacta y ascendente en el primer semestre, lo cual podría estar asociado a condiciones climáticas, brotes locales o eventos de exposición específicos.

En ambos años, Cúcuta se consolida como el principal foco de notificación, representando el 35,5% de los casos en 2024 (27 de 76), lo cual es consistente con años anteriores. Esto puede explicarse por su densidad poblacional, el mayor acceso a servicios de diagnóstico y su papel como centro urbano receptor de población flotante. En 2023, además de Cúcuta, se destacaron municipios como Ocaña, Ábrego y Tibú; mientras que en 2024, Ocaña repite como segundo municipio con mayor número de casos (14,47%), seguido por Villa del Rosario, Ábrego y Convención. La distribución muestra que, aunque hay una concentración urbana, la dispersión de casos en zonas rurales y municipios con baja población continúa, lo que exige estrategias diferenciadas de vigilancia, tamizaje y atención.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 232 de 531

Respecto a los agentes causales, en 2023, *Streptococcus pneumoniae* (Spn) y otros agentes bacterianos fueron los más comunes, mientras que en 2024, Spn se mantuvo como el agente predominante con 14 casos confirmados. En cuanto a *Haemophilus influenzae* (Hi) y *Neisseria meningitidis* (Nm), ambos tuvieron 2 casos confirmados en 2024, aunque lo más llamativo fue la letalidad del 100% en los casos por Nm, un dato clínicamente crítico que obliga a reforzar las acciones preventivas. En contraste, Hi no presentó mortalidad en 2024, a diferencia de 2023 donde se registró una letalidad del 16,67%.

La letalidad general en 2023 fue preocupante: del total de casos confirmados, se registraron 7 fallecimientos, con letalidades destacadas para Spn (50,0%) y Hi. En 2024, aunque hubo una menor letalidad total, los datos por agente muestran que Nm fue el más letal, con 2 muertes en 2 casos. Para Spn, la letalidad descendió a 18,19%, lo que podría estar relacionado con una mejor atención médica o una identificación más temprana. Este contraste resalta que, aunque la carga de enfermedad puede ser menor en número, los desenlaces siguen siendo severos si no se actúa de forma oportuna.

En ambos años se observó un predominio del sexo masculino (68,6% en 2023 y 67,1% en 2024), lo que podría estar relacionado con factores conductuales, biológicos o de acceso al sistema de salud. También se repite una alta proporción de casos en población afiliada al régimen subsidiado (65,7% en 2023 y 71,05% en 2024), lo que refleja una mayor vulnerabilidad estructural. Por área de residencia, la mayoría de los casos provinieron de cabeceras municipales, aunque se mantiene la presencia en zonas rurales dispersas (19,73% en 2024), donde el acceso a los servicios de salud es más limitado. En cuanto a grupos etarios, en ambos años destaca la mayor afectación en menores de 1 año (18,6% en 2023 y 25% en 2024), seguidos por adultos mayores, lo que reafirma que los extremos de la vida siguen siendo los más vulnerables.

Un aspecto crítico en la comparación entre ambos años es el antecedente vacunal. En 2024, predominó la ausencia de datos: 22 casos tenían estatus vacunal desconocido para cada una de las vacunas evaluadas (anti-Hib, antimeningococo y antineumococo). Solo un caso por cada vacuna tenía antecedente confirmado, mientras que 6 no estaban vacunados. Esto sugiere un problema no solo de baja cobertura de vacunación, sino también de registro deficiente, lo que limita la capacidad de análisis de riesgo y reduce la efectividad de la planificación preventiva.

En términos de vigilancia, 2024 muestra avances en calidad de los datos, con un 100% de casos ajustados correctamente, lo que refleja una mejora en los procesos del sistema de salud pública frente al 2023. Sin embargo, la letalidad específica por agente sigue siendo un reto mayor, especialmente para Nm, que tuvo desenlaces fatales en todos sus casos en 2024.

Conclusiones

Durante el año 2024 se notificaron 76 casos de meningitis bacteriana, evidenciando una tendencia ascendente con respecto a los años anteriores. El comportamiento semanal mostró un aumento progresivo desde la semana 7 hasta la 17, lo que sugiere una posible estacionalidad o brotes localizados.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 233 de 531

El 35,53 % de los casos se reportaron en Cúcuta, seguida de Ocaña (14,47 %), confirmando a estas ciudades como focos principales de transmisión, probablemente debido a factores como la densidad poblacional, mayor movilidad urbana y mejor capacidad diagnóstica.

Aunque en menor proporción, municipios de zonas rurales como Salazar, Sardinata, Teorama y Tibú también notificaron casos, lo que subraya la necesidad de mantener vigilancia activa en todo el territorio, especialmente en áreas con menor acceso a servicios de salud.

El mayor número de casos se registró en menores de 1 año (25 %) y adultos mayores de 60 años (11,84 %), lo cual reafirma la alta susceptibilidad en los extremos de la vida. Además, el 67,10 % de los casos correspondieron al sexo masculino.

El 71,05 % de los afectados pertenecía al régimen subsidiado y el 18,42 % no contaba con aseguramiento, lo que evidencia una alta carga de enfermedad en poblaciones vulnerables con barreras de acceso al sistema de salud.

En los tres esquemas vacunales revisados (anti-Hib, antimeningococo y antineumococo), 22 casos presentaban estado vacunal desconocido, solo 1 tenía antecedente confirmado y 6 no estaban vacunados, lo que apunta a una baja cobertura inmunológica y deficiencias en el registro.

Aunque la letalidad general fue moderada, destaca la gravedad de *Neisseria meningitidis*, con una letalidad del 100 % (2 fallecidos de 2 casos), y *Streptococcus pneumoniae* con una letalidad del 18,19 %. Esto refuerza la necesidad de fortalecer la respuesta clínica y la detección oportuna.

Se alcanzó un 100 % de ajuste en los casos notificados, lo que indica una mejora en la calidad del registro y en los procesos de vigilancia y análisis, clave para una respuesta eficaz frente a eventos de salud pública.

Recomendaciones

Es esencial fortalecer la articulación entre las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), las Unidades Informadoras (UI), las entidades territoriales, el laboratorio de salud pública y el Instituto Nacional de Salud. Esta coordinación debe enfocarse en alcanzar el envío del 100% de los aislamientos, con el objetivo de generar información clave que respalde la toma de decisiones en salud pública.

Se debe garantizar la notificación inmediata de todos los casos probables de meningitis bacteriana. Además, es fundamental asegurar que en el 100% de los casos se realice la toma y el cultivo del líquido cefalorraquídeo (LCR), lo cual es crucial para identificar el agente causal y mejorar la vigilancia epidemiológica.

En situaciones de brote, es necesario implementar medidas tanto individuales como colectivas, tales como la administración de quimioprofilaxis, vacunación de bloqueo, búsqueda activa de casos en la comunidad y el envío del informe de situación (Sitrep) dentro de las primeras 24 horas de detectado el evento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 234 de 531

Frente al aumento o recambio de serotipos que no están incluidos en los esquemas vacunales actuales, es indispensable mantener un sistema de vigilancia sólido. Esto permitirá monitorear las variaciones en el comportamiento de los agentes y tomar medidas oportunas de control

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud (Colombia). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Meningitis Bacteriana 2024* [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [citado 2025 abr 20]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Meningitis%202024.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. *Meningitis* [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 2025 abr 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/meningitis>
3. Instituto Nacional de Salud (Colombia). *Meningitis bacteriana: informe de evento 2023* [Internet]. Bogotá: INS; 2023 [citado 2025 abr 20]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MENINGITIS%20BACTERIANA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 235 de 531

Parálisis Flácida Aguda

Introducción

La parálisis flácida aguda (PFA) constituye un evento de interés en salud pública por su importancia clínica, epidemiológica y su asociación con enfermedades potencialmente prevenibles como la poliomielitis. La PFA se define como la pérdida súbita, parcial o total, de la capacidad para realizar movimientos voluntarios, afectando no solo las extremidades sino también funciones automáticas como la respiración y la deglución. Su detección oportuna permite la vigilancia activa de patologías neuromusculares, así como la identificación precoz de posibles brotes de poliovirus salvaje o derivado de la vacuna. (1)

En el ámbito pediátrico, las principales causas de PFA incluyen infecciones virales como la poliomielitis, neuropatías como el síndrome de Guillain-Barré, mielitis aguda, trastornos de la unión neuromuscular y miopatías inflamatorias. La poliomielitis, en particular, es una infección viral de presentación aguda que puede llevar a complicaciones graves como la parálisis permanente o la falla respiratoria, siendo una prioridad en los programas de erradicación y control. (1)

Debido a su modo de transmisión —principalmente fecal-oral en zonas con deficiencias sanitarias y por contacto faríngeo en contextos de brote—, el seguimiento de casos de PFA es fundamental para la implementación de medidas de prevención, control y respuesta rápida ante posibles reemergencias del poliovirus. Este informe presenta una revisión de la PFA desde el enfoque de salud pública, resaltando su importancia como evento de notificación obligatoria y su papel en la vigilancia epidemiológica activa (1)

En 2024, la Parálisis Flácida Aguda (PFA), una condición neurológica grave que puede ser un signo temprano de poliomielitis, continúa siendo vigilada estrechamente en regiones fuera de las Américas debido a su relevancia en la erradicación del poliovirus. En Asia, por ejemplo, India y Pakistán han reportado consistentemente altas tasas de notificación de PFA no relacionadas con poliovirus, con promedios de 13,03 y 11,96 casos por cada 100.000 niños menores de 15 años, respectivamente, durante el período 2009-2019. Estos datos reflejan una vigilancia robusta pero también un entorno donde otras causas neurológicas de parálisis siguen siendo prevalentes (2). En el continente africano, Nigeria destaca con una de las tasas más elevadas de PFA reportadas, con un promedio de 13,62 casos por 100.000 niños menores de 15 años, lo que subraya tanto los desafíos sanitarios como las limitaciones en infraestructura de salud pública (2). En el Medio Oriente, el caso del Líbano es representativo del impacto de factores sociopolíticos sobre la salud: entre 2009 y 2019, la tasa de PFA aumentó de 0,63 a 4,96 por 100.000, coincidiendo con la llegada masiva de refugiados sirios y el colapso económico nacional. Allí, el síndrome de Guillain-Barré fue identificado como la causa más común de PFA, representando alrededor del 30 % de los casos en niños menores de 10 años (3). Estos datos demuestran que, aunque la poliomielitis ha sido eliminada en gran parte del mundo, la vigilancia de PFA sigue siendo esencial para detectar otras patologías neurológicas graves y mantener a raya la posible reemergencia del poliovirus.

En la región de las Américas, la vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda (PFA) ha sido clave en los esfuerzos de detección temprana de poliovirus y otras enfermedades neurológicas. En México, se reportaron 617 casos de PFA durante el año 2023, una cifra ligeramente inferior a los 628 casos registrados en 2022, aunque superior a los reportados en 2020 y 2021 (3). En el estado de Tlaxcala, hasta marzo de 2024 se habían documentado 81 casos,

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 236 de 531

distribuidos en 30 municipios; de estos, 42 fueron positivos a *Campylobacter jejuni* y 34 fueron diagnosticados como síndrome de Guillain-Barré, con al menos cuatro defunciones asociadas al brote (4). En Hidalgo, durante 2023 se notificaron 34 casos, de los cuales 11 correspondieron a niños menores de 15 años, el grupo etario más vulnerable (5). Por su parte, Perú reforzó la vigilancia epidemiológica tras la confirmación de un caso de poliomielitis aguda por poliovirus derivado de vacuna tipo 1 en marzo de 2023. Como resultado, para octubre del mismo año, se alcanzó una tasa de notificación de 1,06 casos de PFA por cada 100.000 menores de 15 años, superando el estándar mínimo de 1,0 fijado por la Organización Mundial de la Salud. Además, el 89 % de los casos fueron investigados dentro de las primeras 48 horas y el 87,3 % contó con muestras adecuadas de heces, ambos indicadores por encima del estándar del 80 % (6). Estas cifras subrayan el compromiso regional con la vigilancia activa de enfermedades neurológicas y la prevención de reemergencia del poliovirus.

A nivel nacional según el boletín epidemiológico del Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente al periodo 12 de 2024, se notificaron 112 casos probables de Parálisis Flácida Aguda (PFA) hasta la fecha, lo que representa una tasa de notificación de 0,97 casos por cada 100.000 habitantes menores de 15 años. Esta cifra muestra una disminución del 31,7% en comparación con el mismo periodo de 2023. En cuanto a los indicadores de vigilancia, en 2024, el 87% de los casos fueron investigados dentro de las 48 horas posteriores a la notificación, alcanzando un 92% de muestras adecuadas y un 97% de procesamiento oportuno de muestras. Sin embargo, el porcentaje de envío oportuno de muestras fue del 73%. Respecto a las características clínicas, se observó que 44% de los casos presentaron fiebre antes del inicio de la parálisis, 38% tuvieron síntomas respiratorios, 28% reportaron síntomas digestivos, y 76% experimentaron dolor muscular. Además, 11% de los casos mostraron signos meníngeos, mientras que 27% de los pacientes presentaron fiebre en el momento del inicio de la parálisis.

En cuanto a las características sociales y demográficas, se evidenció un predominio del sexo masculino, con un 50,9% de los casos, y una afiliación al régimen subsidiado del 63,4%. Además, la mayoría de los casos residían en áreas de la cabecera municipal, representando el 76,8% de los afectados.

Los objetivos del informe son describir el comportamiento de los casos notificados al sistema de vigilancia en 2023 de la vigilancia rutinaria es decir menores de 15 años y la vigilancia centinela en personas de 15 a 49 años y la vigilancia de excreción de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencias primarias (PID), caracterizar los casos a partir de variables de tiempo, lugar y persona, establecer el nivel de cumplimiento de los indicadores estándar de monitoreo del plan de erradicación de la poliomielitis en Norte de Santander

Materiales y métodos

Se realizó análisis descriptivo retrospectivo a partir de la información de los casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), las fuentes de información fueron los casos probables notificados por Parálisis Flácida aguda (código 610) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024

La información notificada se sometió a un proceso de depuración de los registros se orientó a la identificación de aquellos que no cumplieran con la definición de caso del evento (ajuste D) y los registros repetidos

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la procedencia del caso, se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica,

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 237 de 531

tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial y grupo de edad. Se realizó comparación de proporciones por grupos de edad, estado vacunal y grupos poblacionales. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

Indicadores de proceso:

Tasa de notificación de casos de PFA en menores de 15 años: Número de casos notificados de PFA en menores de 15 años por cada 100 000 menores de 15 años por entidad territorial y período de análisis.

Numerador: casos notificados acumulados de PFA en menores de 15 años hasta la semana o período de análisis

Denominador: total de población menor de 15 años

Coeficiente de multiplicación: 100.000

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila, Laboratorio de virología, Censo y proyecciones de Población DANE.

Porcentaje de casos con muestra de heces oportunas: Recolectar muestra de heces en los primeros 14 días luego del inicio de la parálisis, para estudio virológico.

Numerador: casos notificados de PFA con muestra de heces oportuna recolectada en los primeros 14 días de iniciada la parálisis. Denominador: casos de PFA notificados en el sistema

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila, LDSP, laboratorio de virología del INS

Porcentaje de casos con investigación de campo oportuna (48 horas): Determina el total de casos notificados por el evento con investigación epidemiológica de campo (IEC), realizada oportunamente en las primeras 48 horas luego de la notificación.

Numerador: casos notificados de PFA investigados en las primeras 48 horas luego de notificados. Denominador: casos de PFA notificados

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Archivos planos, total casos notificados para el evento por entidad territorial

Porcentaje de muestras de heces con envío oportuno al laboratorio de virología del INS: Tiempo transcurrido entre la recolección de la muestra de heces y la recepción en el laboratorio nacional de referencia del INS. El periodo de envío oportuno no debe superar los seis días calendario.

Numerador: muestras de heces recibidas en el laboratorio nacional de referencia del INS en los primeros seis días después de su recolección.

Denominador: muestras de heces recibidas en el laboratorio de virología del INS.

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila, LDSP, laboratorio de virología del INS

Porcentaje de muestras de heces procesadas oportunamente en el LNR: Determinar la capacidad del LNR para el procesamiento y emisión del resultado en los 14 días posteriores a la recepción de la muestra.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 238 de 531

Numerador: número de muestras de heces procesadas en el laboratorio de virología del INS en los primeros 14 días luego de su recepción.

Denominador: número de muestras de heces recibidas en el laboratorio de virología del INS.

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila, LDSP, laboratorio de virología del INS

Indicadores de gestión:

Porcentaje de casos de PFA con valoración neurológica a los 60 días: Determinar la proporción de casos notificados de PFA que cuentan con valoración neurológica de 60 días.

Numerador: casos de PFA notificados con valoración neurológica de 60 días posterior al inicio de la parálisis.

Denominador: casos de PFA notificados.

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del SIVIGILA, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial

Resultados

La base de datos cruda del evento de Parálisis Flácida Aguda presento 20 registros para el año 2024. Tras un proceso de depuración y análisis se identificaron los siguientes detalles:

Registros repetidos: 2 (10%)

Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 1 (5%)

Total de registros retirados: 3 (15%)

Registros con procedencia del exterior: 3 (15%)

Total de registros utilizados: 17 (85%)

Para el análisis se consideraron 17 casos para la vigilancia integrada del evento presentando un aumento del 13%, de los cuales todos son descartados con ajuste 6 (pruebas de laboratorio negativa)

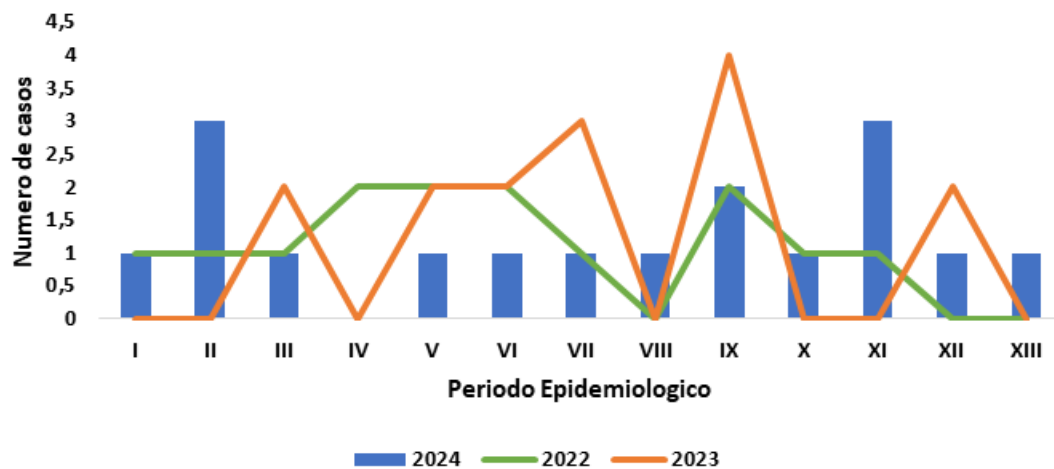
Análisis de tendencia del evento 2022 - 2024

El análisis comparativo de los casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) reportados entre los periodos epidemiológicos I al XIII para los años 2022, 2023 y 2024 muestra variaciones significativas en el comportamiento del evento. En 2022 se observa una tendencia relativamente estable, con valores entre 1 y 2 casos por periodo

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 239 de 531

hasta la mitad del año, seguida de una disminución progresiva hacia el final, con varios periodos en cero. Por el contrario, 2023 presentó una mayor fluctuación y concentración de casos, destacando los periodos VII y IX con picos de hasta 3 y 4 casos respectivamente, así como caídas abruptas a cero en múltiples intervalos, lo que sugiere una presentación más esporádica o asociada a brotes puntuales. En 2024, la notificación de casos ha mostrado una tendencia más sostenida, sin picos marcados, pero con presencia constante del evento, lo que podría reflejar una vigilancia más activa y regular. Estos datos resaltan la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica continua y de calidad para detectar oportunamente casos de PFA y prevenir la reemergencia del poliovirus.

Grafica 68. Tendencia notificación Parálisis Flácida Aguda año 2022 – 2024, Norte de Santander



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de variables sociales y demográficas

Durante el periodo analizado, la distribución de los casos de Parálisis Flácida Aguda muestra un ligero predominio del sexo masculino (52,9%) frente al femenino (47,1%). En cuanto al grupo de edad, los casos se concentran principalmente en niños y adolescentes, destacando los rangos de 1 a 4 años, 10 a 14 años y 15 a 19 años, cada uno con un 17,6% del total, también se reportaron casos en adultos jóvenes (5 a 9 años: 11,8%; 20 a 24 años: 11,8%). No se notificaron casos en menores de un año ni en adultos mayores de 29 años. En relación con el área de residencia, se observa un marcado predominio de los casos en la cabecera municipal (76,5%), seguido del área rural dispersa (23,5%), sin reportes en centros poblados. En cuanto al régimen de afiliación en salud, el 70,6% de los casos corresponde al régimen subsidiado, lo que podría asociarse a condiciones de mayor vulnerabilidad social. Además, todos los casos reportados pertenecen a la categoría "otro" en términos de pertenencia étnica, lo cual puede indicar una subclasificación o falta de desagregación específica en esta variable.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 240 de 531

Tabla 109. Casos probables de Parálisis Flácida Aguda según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	Porcentaje
Sexo	Masculino	9	52,9
	Femenino	8	47,1
Grupo de edad	Menor de un año	0	0,0
	1 a 4 años	3	17,6
	5 a 9 años	2	11,8
	10 a 14 años	3	17,6
	15 a 19 años	3	17,6
	20 a 24 años	2	11,8
	25 a 29 años	0	0,0
	30 a 34 años	0	0,0
	35 a 39 años	0	0,0
	40 a 44 años	4	23,5
	45 a 49 años	0	0,0
Area	Cabecera municipal	13	76,5
	Rural disperso	4	23,5
	Centro poblado	0	0,0
Regimen en salud	Subsidiado	12	70,6
	No asegurado	3	17,6
	Contributivo	1	5,9
	Excepcion	1	5,9
	Especial	0	0,0
	Indeterminado	0	0,0
Pertenencia étnica	Otro	17	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de notificación según entidad territorial de notificación

En Norte de Santander, la mayor notificación fue realizada por Cúcuta con el 82,4 % (14) de los casos, seguido de El Carmen 112,8% (2), y finalmente se evidencia un caso notificado por Santander cuya procedencia pertenece a Cucutilla

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 241 de 531

Tabla 110. Casos probables de Parálisis Flácida Aguda según entidad territorial de notificación, Norte de Santander, 2024

Municipio de notificación	Casos	Porcentaje
Cucuta	14	82,4
El Carmen	2	11,8
Santander	1	5,9

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de casos notificados según la entidad territorial de procedencia

Según municipio de procedencia, el 29,4 % (5) eran procedentes de Cúcuta, el 17,6 % (3) de Venezuela, el 11,8 % (2) de El Carmen, el 5,9% (1) de Cucutilla, El Zulia, Herrán, Los Patios, Ocaña, Salazar, y Tibú cada uno respectivamente

Tabla 111. Casos probables de Parálisis Flácida Aguda según entidad territorial de procedencia, Norte de Santander, 2024.

Municipio de procedencia	Casos	Porcentaje
Cucuta	5	29,4
El Carmen	2	11,8
Cucutilla	1	5,9
El Zulia	1	5,9
Herrán	1	5,9
Los Patios	1	5,9
Ocaña	1	5,9
Salazar	1	5,9
Tibú	1	5,9
Total Norte de Santander	14	100
Venezuela	3	

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis según manifestaciones clínicas

En cuanto a las características clínicas de los 17 casos probables de PFA, el 70,6 % (12) presento dolor muscular, el 35,3 % (6) fiebre, el 29,4 % (5) síntomas digestivos; el 23,5% (4) síntomas respiratorios y finalmente el 5,9% (1) signos meníngeos

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 242 de 531

Tabla 112. Signos y síntomas de casos probables de Parálisis Flácida Aguda, Norte de Santander, 2024

Signos y síntomas	Casos	Porcentaje
Dolor muscular	12	70,6
Fiebre	6	35,3
Síntomas digestivos	5	29,4
Síntomas respiratorios	4	23,5
Signos meníngeos	1	5,9

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Se observa que el miembro más afectado por paresia (debilidad muscular) fue el miembro inferior izquierdo (MII) con un 94%, seguido del miembro superior derecho (MSD) con un 71%. En contraste, la parálisis y la flacidez fueron más frecuentes en los miembros superiores, especialmente el MSD (41% y 29%, respectivamente). En términos de localización anatómica, la afectación distal fue predominante en todos los miembros, con un mayor compromiso en los miembros inferiores (71%) en comparación con los superiores (65% en MSD y 59% en MSI), lo cual es característico del cuadro clínico de la PFA.

En cuanto a la progresión de la parálisis, el patrón ascendente fue claramente dominante, reportado en el 82,4% de los casos, mientras que la progresión descendente solo se presentó en el 11,8% y el 5,9% fue clasificado como indeterminado. Este patrón ascendente es compatible con la evolución típica de la parálisis flácida asociada a poliovirus o a síndromes similares como el de Guillain-Barré, lo que refuerza la necesidad de realizar diagnósticos diferenciales adecuados y mantener una vigilancia estricta ante la posibilidad de casos probables de polio.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 243 de 531

Tabla 113. Datos clínicos iniciales de los casos probables de Parálisis Flácida Aguda, Norte de Santander, 2024

Signo	MSD	MSI	MID	MII
	Si %	Si %	Si %	Si %
Paresia	71%	29%	18%	94%
Parálisis	41%	29%	18%	18%
Flacidez	29%	29%	24%	24%
Localización				
Proximal	24%	24%	30%	30%
Distal	65%	59%	71%	71%
Parálisis	Ascendente	Descendente	Indeterminado	total
Progresión de la parálisis	82,4%	11,8%	5,9%	100%

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Cumplimiento de indicadores

Durante el año 2024, la tasa de notificación de casos probables de Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años fue de 1,26 por cada 100.000 habitantes, lo que refleja una actividad moderada de vigilancia en la entidad territorial. En cuanto a los indicadores de proceso, se destaca que el 82,4% de los casos notificaron muestras de heces de forma oportuna, y el 88,2% fueron investigados dentro de las primeras 48 horas posteriores a su notificación, lo cual es un reflejo de una respuesta relativamente rápida del sistema de vigilancia. El 93,8% de las muestras fueron enviadas oportunamente al laboratorio del INS, cumpliendo con los tiempos establecidos (menos de 6 días desde la toma), sin embargo, solo el 43,7% fueron procesadas oportunamente en el Laboratorio Nacional de Referencia (dentro de los primeros 14 días), lo que evidencia una posible limitación en la capacidad de procesamiento o demoras administrativas. Por otro lado, el indicador de gestión el 35,7% de los casos contaron con una valoración neurológica a los 60 días del inicio de la parálisis, se excluyó del denominador los casos con residencia en el exterior, y se observa en dicha variable registro de controles realizados a los 30, 90, 40 días entre otros, pero específicamente que se hayan realizado aproximadamente a los 60 días, los 5 que se evidencian el indicador

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 244 de 531

Tabla 114. Indicadores de la vigilancia integrada para Parálisis Flácida Aguda, Norte de Santander, 2024

Tipo de indicador	Indicador	2024	Resultado
Proceso	Tasa de notificación de casos de PFA en menores de 15 años	$8 / 635680 * 100000 = 1,26 \times 100000$ habitantes	En la entidad territorial se notificaron 1,26 casos probables de parálisis flácida aguda por cada 100 000 menores de 15 años.
	Porcentaje de casos con muestra de heces oportunas	$14 / 17 * 100 = 82,4$	Del total de casos notificados para el evento, el 82,4 % enviaron muestra de heces de forma oportuna.
	Porcentaje de casos con investigación de campo oportuna (48 horas)	$15 / 17 * 100 = 88,2$	Del total de casos notificados para el evento, el 88,2 % fueron investigados en las 48 horas siguientes a su notificación.
	Porcentaje de muestras de heces con envío oportuno al laboratorio de virología del INS	$15 / 16 * 100 = 93,8$	Del total de muestras de heces enviadas al laboratorio, el 93,8% fueron recibidas en los primeros 6 días después de la toma.
	Porcentaje de muestras de heces procesadas oportunamente en el LNR	$7 / 16 * 100 = 43,7$	Del total de muestras de heces enviadas al laboratorio, el 43,7% fueron procesadas en los primeros 14 días luego de su recepción.
Gestión	Porcentaje de casos de PFA con valoración neurológica a los 60 días	$5 / 17 * 100 = 29,4$	Del total de casos notificados para el evento, el 29,4% cuentan con valoración neurológica de 60 días posterior al inicio de la parálisis.

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión

Hasta la semana epidemiológica 52 del año 2023, se notificaron 22 casos probables de Parálisis Flácida Aguda (PFA), de los cuales, tras depuración por errores de digitación, duplicidad y casos notificados por otros departamentos, se mantuvieron 15 casos para análisis. Durante ese año no se confirmaron casos por poliovirus salvaje ni por virus derivados de la vacuna oral contra la polio, lo cual es un hallazgo positivo desde el punto de vista de la erradicación. El promedio de notificación semanal fue de 0,28 casos, y no se observaron variaciones significativas a lo largo de las semanas epidemiológicas. No obstante, al realizar un análisis comparativo entre los años 2022, 2023 y 2024 en periodos epidemiológicos agrupados (I al XIII), se evidencian diferencias en la dinámica del evento. En 2022, la notificación fue más estable y constante, mientras que 2023 mostró mayor

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 245 de 531

variabilidad, con picos pronunciados en los periodos VII y IX, alcanzando hasta 3 y 4 casos respectivamente, lo que sugiere eventos esporádicos posiblemente relacionados con brotes localizados o mayor sensibilidad del sistema de vigilancia. En contraste, el año 2024 refleja una notificación más sostenida y equilibrada, sin picos abruptos, pero con una presencia continua del evento, lo cual puede estar asociado a una vigilancia más activa y homogénea en el territorio. Esta comparación evidencia que, si bien el número total de casos puede parecer bajo, la forma en que estos se presentan y son detectados refleja el comportamiento dinámico del evento y la capacidad de respuesta del sistema de salud. Por tanto, mantener una vigilancia sensible, oportuna y de cobertura nacional resulta esencial para garantizar la detección precoz de posibles reintroducciones del poliovirus y cumplir los estándares de erradicación.

Al comparar las características generales de los casos probables de Parálisis Flácida Aguda entre los años 2023 y 2024, se evidencian tanto similitudes como contrastes relevantes. En 2023, se observó un predominio del sexo femenino (67,7%), mientras que en 2024 la distribución se invirtió ligeramente, mostrando mayor frecuencia en el sexo masculino (52,9%). Esta variación podría estar relacionada con factores socioculturales, patrones de exposición o acceso diferencial a los servicios de salud. En cuanto al grupo etario, en 2023 destacó la concentración de casos en el rango de 10 a 14 años (40%), lo cual coincidió parcialmente con el año 2024, donde también se reportaron casos en este grupo (17,6%), pero con una mayor dispersión hacia otros grupos, incluyendo 1 a 4 años, 5 a 9, 15 a 19 y 20 a 24 años, lo que sugiere una presentación más distribuida por edades en el año más reciente.

Respecto a la afiliación al sistema de salud, en 2023 una proporción significativa (46,7%) no estaba asegurada, lo que podría reflejar barreras en el acceso a los servicios o una alta proporción de población migrante, ya que más de la mitad (53,3%) de los casos correspondían a personas de nacionalidad venezolana. En contraste, en 2024 se reportó que el 70,6% de los casos se encontraban afiliados al régimen subsidiado, lo cual, aunque también refleja condiciones de vulnerabilidad, indica una mayor inclusión en el sistema de aseguramiento.

En relación con la distribución geográfica, ambos años coinciden en que la mayoría de los casos se localizaron en áreas de cabecera municipal (86,7% en 2023 y 76,5% en 2024), aunque en este último se evidenció también una presencia en el área rural dispersa (23,5%), lo que puede señalar mejoras en la cobertura del sistema de vigilancia en zonas más apartadas. Finalmente, en términos de pertenencia étnica, en ambos periodos todos los casos fueron reportados en la categoría “otros”, lo que sugiere una posible falta de especificidad o desagregación en el registro de esta variable, representando una oportunidad de mejora para fortalecer el análisis intercultural en salud pública.

Al comparar las características clínicas de los casos probables de Parálisis Flácida Aguda en los años 2023 y 2024, se observa una diferencia sustancial en la frecuencia y diversidad de los síntomas reportados. En 2023, la totalidad de los 15 casos analizados (100%) presentó de manera uniforme síntomas como dolor muscular, fiebre, síntomas digestivos, síntomas respiratorios, fiebre al inicio de la parálisis y signos meníngeos. Esta presentación clínica homogénea podría estar relacionada con una mayor severidad de los cuadros clínicos reportados o con un sesgo en la recolección de la información, donde se priorizaron casos con manifestaciones más completas.

Al analizar la distribución geográfica de los casos probables de Parálisis Flácida Aguda (PFA) según municipio de procedencia, se evidencian algunas similitudes y cambios importantes entre los años 2023 y 2024. En 2023, el

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 246 de 531

municipio con mayor concentración de casos fue Cúcuta, que aportó el 38,8% del total (7 casos), seguido por Venezuela con un 22,2% (4 casos), mientras que el resto de los casos estuvieron distribuidos equitativamente (5,5%) entre municipios como Ábrego, El Tarra, Los Patios, Ocaña, Santiago, Tibú y Villa del Rosario. Esta concentración refleja un patrón focalizado del evento, principalmente en zonas fronterizas y urbanas.

Para el año 2024, Cúcuta continuó siendo el principal municipio de notificación, aunque con una participación menor (29,4% equivalente a 5 casos), y Venezuela también se mantuvo con una representación significativa del 17,6% (3 casos). Sin embargo, se amplió la diversidad geográfica con el ingreso de nuevos municipios como El Carmen (11,8%) y otros como Cucutilla, El Zulia, Herrán, Salazar y Los Patios, cada uno con un caso (5,9%). En conjunto, los datos muestran una persistente concentración de casos en zonas de frontera y áreas urbanas como Cúcuta, pero también una expansión hacia municipios con menor densidad poblacional, lo cual plantea retos en términos de respuesta oportuna y acceso a servicios de salud para el diagnóstico y seguimiento de los casos.

En contraste, los 17 casos registrados en 2024 mostraron una expresión clínica más heterogénea. El síntoma más frecuente fue el dolor muscular, presente en el 70,6% de los casos, seguido de fiebre (35,3%), síntomas digestivos (29,4%) y síntomas respiratorios (23,5%). Solo un caso (5,9%) presentó signos meníngeos, lo que sugiere una menor frecuencia de manifestaciones neurológicas complejas en comparación con el año anterior. Esta variabilidad podría reflejar una mayor sensibilidad del sistema de vigilancia para captar casos con presentaciones clínicas menos típicas o menos graves, lo cual es positivo en términos de oportunidad diagnóstica y control epidemiológico.

La comparación entre los hallazgos clínicos y la progresión de la parálisis en los casos probables de PFA revela una coherencia significativa con los patrones clásicos de presentación de esta condición. Por un lado, se identifica un claro predominio de la paresia, parálisis y flacidez en los miembros inferiores, con promedios de 80%, 60% y 60% respectivamente, y una localización mayoritariamente distal (73,5%), lo que es característico de la afectación neuromuscular periférica observada en síndromes como el de Guillain-Barré o infecciones por poliovirus. Por otro lado, la progresión ascendente de la parálisis, presente en el 82,4% de los casos, refuerza esta observación, dado que dicho patrón es típicamente observado en patologías de origen neurológico periférico. La convergencia entre la topografía clínica de los signos motores y el tipo de progresión sugiere una presentación clínica compatible con entidades como la PFA post-infecciosa, destacando la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica activa y una evaluación clínica detallada que permita el diagnóstico diferencial oportuno y la detección precoz de posibles casos de poliomielitis.

En cuanto a la tasa de notificación, se observa una disminución notable: en 2023 fue de 3,7 por 100.000 menores de 15 años, mientras que en 2024 se redujo a 1,26. Si bien ambas tasas están por encima del umbral nacional mínimo recomendado ($\geq 1/100.000$), esta reducción puede reflejar una menor captación de casos o una disminución real en la incidencia, aunque también podría deberse a variaciones en la vigilancia activa o pasiva, lo que resalta la necesidad de fortalecer la búsqueda activa de casos.

Respecto a la recolección oportuna de muestras de heces, ambos años alcanzaron porcentajes aceptables: 93,0% en 2023 y 82,4% en 2024. Aunque ambos superan el estándar del 80%, el leve descenso en 2024 puede indicar debilidades logísticas o demoras en la respuesta inicial. No obstante, en cuanto al envío oportuno al INS, 2024

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 247 de 531

mostró una mejora (93,8% vs. 80,0% en 2023), lo cual evidencia una mejor articulación entre los equipos de vigilancia locales y el nivel nacional.

Un aspecto relevante es la investigación oportuna de los casos, en donde ambos años cumplieron con el estándar ($\geq 80\%$): 87,0% en 2023 y 88,2% en 2024, lo que refleja una capacidad sostenida del sistema para actuar con rapidez ante la notificación de casos.

En contraste, se evidencia un deterioro significativo en el procesamiento oportuno de las muestras en 2024: solo el 43,7% fueron procesadas dentro del tiempo establecido (≤ 14 días), frente al 100,0% en 2023. Esta caída puede obedecer a limitaciones operativas en el Laboratorio Nacional de Referencia o a un incremento en la carga de trabajo que exceda la capacidad instalada, y representa un riesgo para la confirmación oportuna de diagnósticos diferenciales, incluida la poliomielitis.

Finalmente, el seguimiento neurológico a los 60 días continúa siendo una debilidad persistente. En 2023, solo el 40,0% de los casos fueron valorados, y en 2024 esta cifra descendió al 35,7%. Esta deficiencia afecta directamente la evaluación de secuelas y la atención integral de los pacientes, además de limitar el cierre adecuado del caso en vigilancia.

Conclusiones

La tasa de notificación fue de 1,26 casos por 100.000 menores de 15 años, cumpliendo con el estándar mínimo nacional (≥ 1), lo que indica que el evento se mantiene en observación activa

El 88,2% de los casos fueron investigados dentro de las 48 horas posteriores a la notificación, superando el umbral de cumplimiento establecido ($\geq 80\%$). Esto refleja una respuesta oportuna y eficiente por parte del sistema de vigilancia.

El 82,4% de los casos presentaron muestras recolectadas oportunamente (en los primeros 14 días de inicio de parálisis), lo cual está dentro del valor esperado.

El 93,8% de las muestras fueron enviadas oportunamente al INS, reflejando una buena articulación logística y cumplimiento de los tiempos establecidos.

Solo el 43,7% de las muestras fueron procesadas oportunamente en el Laboratorio Nacional de Referencia (≤ 14 días), lo cual representa una baja importante frente al cumplimiento de este indicador. Esto constituye una debilidad crítica que puede afectar la confirmación oportuna de diagnósticos diferenciales y limitar la capacidad de respuesta ante una eventual reemergencia del poliovirus.

Únicamente el 35,7% de los casos contaron con valoración neurológica a los 60 días, lo que refleja una debilidad sostenida en el componente de gestión clínica del evento. Esta brecha compromete la evaluación de secuelas, el cierre adecuado de los casos y la calidad del seguimiento a los pacientes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 248 de 531

Recomendaciones

Es fundamental implementar medidas que aseguren la permanencia de un sistema de vigilancia sensible, junto con coberturas óptimas de vacunación para prevenir la reintroducción del poliovirus.

Es necesario capacitar y concienciar a todos los actores del sistema de salud pública sobre el abordaje integral ante cualquier caso probable de PFA, garantizando así el cumplimiento de los indicadores establecidos en el Plan de Erradicación.

Se sugiere llevar a cabo actividades de búsqueda activa institucional para mejorar la identificación y reporte oportuno de todos los posibles casos de PFA.

En situaciones en las que no se logre obtener una muestra adecuada del caso, se debe asegurar la toma de muestra en sus contactos cercanos.

Se recomienda disponer de planes de contingencia ante brotes, así como conformar equipos de respuesta inmediata que actúen con agilidad frente a eventos probables o confirmados de poliomiélitis.

A las Unidades Primarias Generadoras de Datos con mayor nivel de complejidad, se les sugiere sensibilizar al personal especializado para la notificación adecuada de casos con diagnósticos diferenciales compatibles con PFA.

Es clave fortalecer los mecanismos de notificación inmediata para reducir el tiempo entre la detección del caso y la implementación de las acciones de campo requeridas.

A los laboratorios de salud pública departamentales se les recomienda asegurar la disponibilidad de recursos necesarios para el envío oportuno de muestras al laboratorio nacional de referencia.

En el contexto actual de la fase de post-erradicación, se requiere mantener sistemas de vigilancia robustos y campañas de vacunación focalizadas en cohortes susceptibles, garantizando su eficacia y cobertura.

Finalmente, se sugiere continuar ampliando y mejorando las estrategias de vigilancia del evento de PFA en todos los niveles del sistema de salud.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos para la vigilancia en salud pública de la parálisis flácida aguda. 2024 [Internet]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Par%C3%A1lisis%20Fl%C3%A1cida%20Aguda%202024.pdf
2. Baig MA, Yasir A, Niaz A, Iqbal A, Ullah S, et al. The trend of acute flaccid paralysis surveillance indicators in Pakistan: progress and challenges from 2009 to 2019. *BMC Public Health*. 2022;22:2203. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9652653/>
3. Zgheib J, Ghanem S, Khneisser I, El-Hajj R, Rady A, Zaatari GE, et al. Acute flaccid paralysis in Lebanon: Epidemiological and clinical features between 2009 and 2019. *J Infect Public Health*. 2022;15(1):94–100. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36407402/>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 249 de 531

4. La Jornada. Reportan 81 casos de parálisis flácida en 30 municipios de Tlaxcala. *La Jornada* [Internet]. 2024 Mar 30 [citado 2025 Abr 17]. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2024/03/30/estados/023n1est>
5. El Tiempo. Detectan 7 casos de parálisis flácida aguda relacionados con síndrome de Guillain-Barré en Hidalgo. *El Tiempo* [Internet]. 2024 [citado 2025 Abr 17]. Disponible en: <https://eltiempomx.com/noticia/2024/detectan-7-casos-de-paralisis-flacida-aguda-relacionados-con-sindrome-de-guillain-barre-en-hidalgo.html>
6. Dirección General de Epidemiología – Perú. CDC Perú realizó la intensificación de la vigilancia de parálisis flácida aguda en el país. *dge.gob.pe* [Internet]. 2023 Oct [citado 2025 Abr 17]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-realizo-la-intensificacion-de-la-vigilancia-de-paralisis-flacida-aguda-en-el-pais/>
7. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: PFA PE XII 2024. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/PFA%20PE%20XII%202024.pdf>

Parotiditis

Introducción

La parotiditis, también conocida como paperas, es una inflamación recurrente de la glándula parótida, la mayor de las glándulas salivales, cuya etiología puede ser infecciosa, obstructiva o inflamatoria. Esta condición se asocia comúnmente a un desequilibrio en la innervación parasimpática de la glándula, lo que contribuye a una disfunción en la secreción salival y favorece la aparición de síntomas clínicos. A pesar de su relevancia clínica, la fisiopatología de la parotiditis no ha sido completamente esclarecida, lo que puede dificultar su diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, especialmente en casos con manifestaciones atípicas o subclínicas. (1)

Las causas de la parotiditis incluyen obstrucción de los conductos salivales (como en la sialolitiasis), infecciones por agentes virales o bacterianos, y enfermedades inflamatorias sistémicas autoinmunes, como el síndrome de Sjögren, la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la sarcoidosis. Clínicamente, se manifiesta con dolor localizado, agrandamiento e hinchazón de la glándula afectada, xerostomía (sequedad bucal), malestar general y, en algunos casos, fiebre.(1)

Diversos factores predisponentes pueden aumentar la susceptibilidad a desarrollar parotiditis. Entre ellos se encuentran la deshidratación, desnutrición, inmunosupresión, presencia de sialolitiasis, neoplasias orales y el uso de ciertos medicamentos que disminuyen la producción de saliva. En casos graves o mal tratados, pueden presentarse complicaciones inusuales pero severas, tales como osteomielitis, sepsis, síndrome de Lemierre, insuficiencia orgánica o incluso parálisis facial secundaria a la inflamación o daño del nervio facial. (1)

Desde el punto de vista epidemiológico, la parotiditis infecciosa de origen viral se transmite principalmente por vía aérea a través de gotas respiratorias y por contacto directo con secreciones orales, nasales o faríngeas de personas infectadas. La diseminación del virus requiere generalmente de contacto estrecho, siendo menos común en poblaciones con cobertura vacunal adecuada. El periodo de incubación del virus oscila entre los 12 y 25 días, con un promedio de 16 a 18 días. La máxima transmisibilidad ocurre desde 2 días antes hasta 4 días después del inicio del cuadro clínico, aunque el virus puede ser aislado en la saliva hasta 9 días posteriores al inicio de los

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 250 de 531

síntomas y en la orina hasta 15 días. Cabe destacar que las personas asintomáticas o con infecciones subclínicas también pueden actuar como portadoras y diseminadoras del virus, lo que representa un desafío adicional para el control epidemiológico de la enfermedad. (1)

En el año 2024, la parotiditis (paperas) continuó representando un desafío para la salud pública global, con más de 500,000 casos reportados anualmente a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aunque esta cifra podría estar subestimada debido a la falta de notificación obligatoria en muchos países. En Indonesia, se notificaron cerca de 30,000 casos entre enero y noviembre, reflejando deficiencias en la cobertura de vacunación y condiciones de alta densidad poblacional (2). En el Reino Unido, se confirmaron 43 casos entre abril y junio de 2024, lo que representó una disminución respecto al trimestre anterior (3). Aunque la vacunación ha reducido notablemente la incidencia, los brotes continúan presentándose incluso en poblaciones vacunadas, lo que ha impulsado investigaciones sobre la necesidad de dosis de refuerzo (4). Además, se ha identificado un patrón estacional en la aparición de casos, con picos en primavera y principios del verano en diversas regiones geográficas (5)

En 2024, la parotiditis (paperas) evidenció un incremento relevante en varios países de la Región de las Américas, reflejando una preocupante reemergencia de enfermedades prevenibles por vacunación. En México, se confirmaron 3.748 casos, lo que representó un aumento del 23,45 % con respecto a 2023; particularmente, el estado de Yucatán registró un récord histórico con 86 casos, el doble de los reportados el año anterior [6]

En El Salvador, hasta la semana 50 de 2023, se reportaron 171 casos, lo que representa un incremento del 41 % en comparación con el mismo periodo de 2022 [7]. En Panamá, durante el primer semestre de 2024, se confirmaron 29 casos en el área metropolitana, con especial énfasis en el distrito de San Miguelito [8]. Este repunte regional se atribuye principalmente a la disminución de las coberturas vacunales durante la pandemia de COVID-19, lo cual ha generado condiciones propicias para la aparición de brotes en comunidades susceptibles. Ante este escenario, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reiterado la necesidad urgente de reforzar la vigilancia epidemiológica y alcanzar coberturas de vacunación superiores al **95 %**, particularmente mediante la vacuna triple viral (SRP: sarampión, rubéola y parotiditis) en niños menores de cinco años, como medida esencial para evitar brotes y proteger a las poblaciones más vulnerables [9].

Según el Boletín Epidemiológico de Parotiditis del Periodo Epidemiológico XII de 2024, publicado por el Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia, se notificaron 4.807 casos de parotiditis a nivel nacional hasta la semana epidemiológica 48. Esto representa una disminución del 4,1% en comparación con los 5.013 casos reportados en el mismo periodo de 2023. La incidencia nacional fue de 9,12 casos por cada 100.000 habitantes.

Los departamentos con las tasas de incidencia más altas fueron Bogotá D.C. (16,84), Boyacá (15,09), Huila (13,67), Putumayo (13,38) y Norte de Santander (11,41). En cuanto a los menores de cinco años, se registraron 792 casos, con una incidencia de 27,01 por cada 100.000 habitantes en este grupo etario. Los municipios con mayores incidencias en esta población fueron Bogotá D.C. (53,34), Boyacá (39,46) y Cundinamarca (24,63).

El comportamiento de la enfermedad mostró una tendencia estacional, con picos en los primeros y últimos periodos epidemiológicos del año. A pesar de la disminución general de casos, se observó un aumento en la

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 251 de 531

incidencia en algunos municipios, como Busbanzá (83,33) y Viracachá (66,53) en Boyacá, y Sabaneta (26,77) en Antioquia. (10)

El objetivo del presente informe es describir los resultados de la vigilancia epidemiológica de la parotiditis en Colombia durante el 2024, con el objetivo de caracterizar los casos en el país que permitan orientar estrategias de prevención, vigilancia y control del evento.

Materiales y métodos

Se realizó análisis descriptivo retrospectivo a partir de la información de los casos de parotiditis notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila)., las fuentes de información fueron los casos notificados por parotiditis (código 620) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024

La información notificada se sometió a un proceso de depuración de los registros se orientó a la identificación de aquellos que no cumplieran con la definición de caso del evento (ajuste D), ajuste 7 y los registros repetidos

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la procedencia del caso, se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial y grupo de edad. Se realizó comparación de proporciones por grupos de edad, estado vacunal y grupos poblacionales. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

Indicadores de impacto:

Incidencia de parotiditis en población en general: Número de casos nuevos de la enfermedad que se desarrollan en una población durante un periodo de tiempo determinado

Numerador: casos notificados de parotiditis en población general durante un periodo de tiempo específico.

Denominador: población total expuesta a enfermar durante el mismo período de tiempo.

Coefficiente de multiplicación: 100.000

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia y proyecciones de Población DANE.

Incidencia de parotiditis en menores de cinco años: Número de casos nuevos de parotiditis en niños menores de cinco años

Numerador: número de casos notificados de parotiditis en menores de cinco años

Denominador: población de niños menores de cinco años

Coefficiente de multiplicación: 100.000

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia y proyecciones de Población DANE.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 252 de 531

Indicadores de proceso:

Brotes con investigación de campo en (Privada de la libertad, fuerzas militares, pertenencia étnica, instituciones educativas, conglomerados familiares: Refleja las acciones de vigilancia ante un brote de parotiditis y la IEC de este por el personal operativo local

Numerador: Brotes con IEC para parotiditis

Denominador: número de brotes notificados para parotiditis

Coefficiente de multiplicación: 100.

Fuente: Sivigila, registros de notificación inmediata (informes, registros de llamadas, notificación al ERI, entre otros)

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

Resultados

La base de datos cruda del evento de Parotiditis presento 222 registros para el año 2024. Tras un proceso de depuración y análisis se identificaron los siguientes detalles:

Registros repetidos: 3 (1,4%)

Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 1 (0,5%)

Registros descartados (ajuste 6): 2 (0,9%)

Registros con procedencia del exterior: 5 (2,3%)

Total de registros retirados: 11 (5%)

Total de registros utilizados: 211 (95%)

Se consideraron 211 casos para la vigilancia integrada del evento presentando un aumento del 5,5%, de los cuales el 100 ingreso confirmado por clínica.

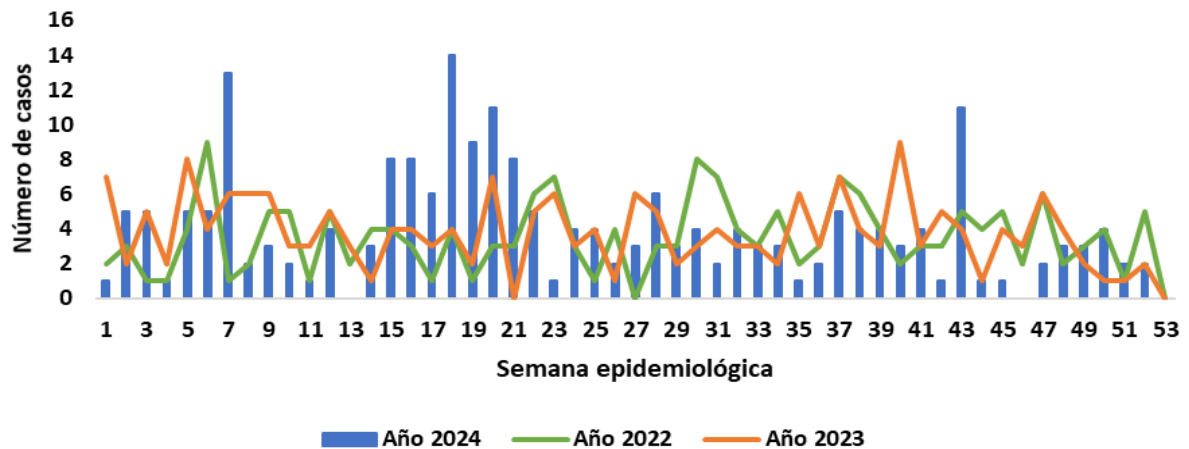
Análisis de tendencia del evento 2022 – 2024

En el año 2024 se presentó un aumento significativo en el número de casos de parotiditis en comparación con los años 2022 y 2023, evidenciado por picos más altos y mayor variabilidad a lo largo de las semanas epidemiológicas, especialmente entre las semanas 7-9, 17-19 y 43. Mientras que en los años anteriores los casos se mantuvieron relativamente estables con ligeras fluctuaciones, el comportamiento del 2024 sugiere una mayor transmisión del virus, posiblemente asociada a brotes localizados o una disminución en la cobertura vacunal.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 253 de 531

Estos datos destacan la necesidad de reforzar las estrategias de vigilancia epidemiológica y prevención, particularmente en los periodos de mayor notificación.

Gráfica 69. Tendencia notificación parotiditis año 2022 – 2024, Norte de Santander



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de casos notificados según la entidad territorial de procedencia

El análisis territorial de los 211 casos reportados muestra que Cúcuta concentra la mayoría de los casos de parotiditis, con 123 reportes que representan el 58,3% del total departamental, lo que evidencia una transmisión activa y sostenida en esta ciudad capital, posiblemente relacionada con su alta densidad poblacional, movilidad urbana y mayor capacidad diagnóstica. Ocaña, con 31 casos (14,7%), y Villa del Rosario, con 19 casos (9,0%), también presentan una carga significativa, lo que sugiere que estas tres ciudades agrupan más del 80% de los casos del departamento, siendo prioritarias para la intervención. En contraste, municipios como Pamplona (4,3%), Los Patios (2,8%) y Tibú (2,4%) muestran una incidencia menor pero no despreciable. El resto de los municipios, incluidos Abrego, El Zulia, Cacota, Chinácota, Chitagá, entre otros, reportan entre 1 y 4 casos, representando menos del 2% cada uno, lo que indica una dispersión baja, pero con potencial de brote si no se fortalece la vigilancia activa y la cobertura vacunal en estas zonas.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 254 de 531

Tabla 115. Casos confirmados de parotiditis según entidad territorial de procedencia, Norte de Santander, 2024

Entidad territorial de procedencia	Casos	Porcentaje
Cucuta	123	58,3
Ocaña	31	14,7
Villa del rosario	19	9,0
Pamplona	9	4,3
Los Patios	6	2,8
Tibú	5	2,4
Ragonvalia	4	1,9
Abrego	2	0,9
El Zulia	2	0,9
Cacota	1	0,5
Chinácota	1	0,5
Chitaga	1	0,5
Convención	1	0,5
Cucutilla	1	0,5
Hacarí	1	0,5
La Playa	1	0,5
Mutiscua	1	0,5
Puerto Santander	1	0,5
San Cayetano	1	0,5
Total Departamental	211	100

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de variables sociales y demográficas

El análisis sociodemográfico de los 211 casos reportados muestra que la mayoría correspondieron al sexo masculino (57,82%), mientras que el 42,18% fueron femeninos, indicando una ligera mayor afectación en hombres. En cuanto al régimen de aseguramiento, predomina la población con régimen subsidiado (53,55%), seguido del contributivo (39,34%), lo cual sugiere una mayor carga de enfermedad en personas con mayor vulnerabilidad socioeconómica. El 95,26% de los casos proceden de cabeceras municipales, lo que refleja una mayor transmisión en zonas urbanas, posiblemente por densidad poblacional y facilidad de acceso a servicios de salud. En relación con los grupos de edad, se destaca que los niños entre 5 y 9 años representan la mayor proporción de casos (30,81%), seguidos por los grupos de 10 a 14 años (12,32%) y 1 a 4 años (16,11%), lo cual coincide con las edades escolares y preescolares, donde existe mayor riesgo de transmisión. Aunque en menor proporción, también se reportan casos en adultos, siendo relevante el grupo de 60 años o más (6,16%), lo que podría asociarse a casos no inmunizados o con inmunidad disminuida.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 255 de 531

Tabla 116. Casos confirmados por Parotiditis según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Categoría	Casos	Porcentaje
Masculino	122	57,82
Femenino	89	42,18
Subsidiado	113	53,55
Contributivo	83	39,34
Excepción	12	5,69
Especial	2	0,95
No asegurado	1	0,47
Indeterminado/Pendiente	0	0,00
Cabecera municipal	201	95,26
Rural disperso	6	2,84
Centro poblado	4	1,90
Otro	211	100,00
< de 1 año	1	0,47
1-4 años	34	16,11
5-9 años	65	30,81
10-14 años	26	12,32
15-19 años	8	3,79
20-24 años	8	3,79
25-29 años	13	6,16
30-34 años	11	5,21
35-39 años	9	4,27
40-44 años	3	1,42
45-49 años	6	2,84
50-54 años	4	1,90
55-59 años	10	4,74
60 años y más	13	6,16

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Cumplimiento de indicadores

El análisis de los indicadores de impacto para la parotiditis en el año 2024 muestra una incidencia general de la enfermedad de 12,3 casos por cada 100.000 habitantes y una incidencia significativamente mayor en menores de uno a cinco años (27,3 casos por cada 100.000), lo que confirma la alta vulnerabilidad de este grupo etario. En cuanto a los indicadores de proceso, no se registraron brotes en el 2024

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 256 de 531

Tabla 117. Indicadores de la vigilancia integrada para Parotiditis, Norte de Santander, 2024

Tipo de indicador	Indicador	2024	Resultado
Impacto	Incidencia de parotiditis en población en general	Población general 211 / 1709570 * 100000 = 12,3	En la entidad territorial Norte de Santander se notificaron 12,3 casos de parotiditis por cada 100 000 habitantes
	Incidencia de parotiditis en menores de cinco años	Menor de cinco años 35 / 128136 * 100000 = 27,3	Por cada 1 00 000 menores de cinco años de la entidad territorial_ se presentaron 27,3 casos de parotiditis
Proceso	Brotos con investigación de campo en (Privada de la libertad, fuerzas militares, pertenencia étnica, instituciones educativas, conglomerados familiares		No se presentaron brotes en el 2024

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión

Al comparar los datos epidemiológicos de parotiditis correspondientes a los años 2023 y 2024 en el departamento de Norte de Santander, se evidencia un incremento tanto en el número de casos reportados como en la variabilidad del comportamiento semanal de la enfermedad. En 2023, se notificaron 200 casos tras depurar duplicados y errores, lo cual representó un aumento del 8,1% frente a 2022 y del 39,9% respecto al 2021. Sin embargo, el comportamiento fue relativamente estable, con un promedio de 3,8 casos semanales. En contraste, el 2024 mostró un aumento absoluto de casos, alcanzando los 211, pero además con una dinámica más fluctuante, marcada por picos específicos en las semanas 7 a 9, 17 a 19 y semana 43, lo que sugiere una transmisión más activa posiblemente relacionada con brotes focalizados o una reducción en la cobertura vacunal.

Territorialmente, ambos años coinciden en identificar a Cúcuta como el epicentro de la transmisión. En 2023, esta ciudad concentró el 54,7% de los casos, y en 2024 esa cifra aumentó ligeramente a 58,3%, lo cual confirma la persistencia de este territorio como zona prioritaria de intervención. Le siguen Villa del Rosario y Ocaña, con ligeras variaciones en sus proporciones, pero manteniéndose entre los principales municipios afectados. Este patrón geográfico revela que los focos de transmisión no solo persisten en el tiempo, sino que también se intensifican si no se implementan medidas sostenidas de control.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 257 de 531

En cuanto al perfil sociodemográfico, ambos años mostraron una mayor afectación en hombres (58,5% en 2023 y 57,8% en 2024), así como en personas afiliadas al régimen subsidiado (59,0% en 2023 y 53,5% en 2024), lo cual evidencia una carga de enfermedad asociada a condiciones de vulnerabilidad socioeconómica. La procedencia urbana de los casos también fue una constante, con más del 90% reportados desde cabeceras municipales, lo que se asocia a la densidad poblacional y a una mayor interacción social, especialmente en contextos escolares.

Respecto a los grupos etarios, el comportamiento fue similar en ambos periodos, con un predominio claro en niños de 5 a 9 años, quienes representaron el 28% de los casos en 2023 y el 30,8% en 2024. Le siguieron los grupos de 1 a 4 años y 10 a 14 años, reflejando una afectación centrada en la población escolar y preescolar. No obstante, en 2024 se observó además una participación no despreciable de adultos mayores de 60 años (6,16%), lo cual podría estar relacionado con fallas en esquemas de vacunación previos o con una pérdida progresiva de inmunidad.

Finalmente, la incidencia general del evento en el departamento también aumentó, pasando de 12,0 casos por cada 100.000 habitantes en 2023 a 12,3 en 2024, con una incidencia aún más alta en menores de cinco años, alcanzando los 27,3 por 100.000. Esta tendencia creciente tanto en número de casos como en impacto por grupo etario, sugiere la necesidad de reforzar las estrategias de inmunización, vigilancia activa y respuesta rápida ante brotes, especialmente en entornos escolares y zonas urbanas de alta circulación viral

Conclusiones

Durante el año 2024 se presentó un incremento en los casos de parotiditis en Norte de Santander, con un total de 211 reportes, lo que indica una tendencia creciente frente a años anteriores y evidencia una mayor circulación del virus en la región

El comportamiento semanal de la enfermedad mostró mayor variabilidad y picos claros de notificación entre las semanas epidemiológicas 7-9, 17-19 y la semana 43, lo que sugiere la ocurrencia de brotes localizados que deben ser investigados y controlados oportunamente.

Cúcuta sigue siendo el epicentro de la transmisión, con el 58,3% de los casos, seguida de Ocaña (14,7%) y Villa del Rosario (9,0%). Estos tres municipios concentran más del 80% del total de casos reportados, lo que destaca la necesidad de fortalecer las acciones de prevención y vigilancia en estas zonas urbanas densamente pobladas.

La parotiditis afectó principalmente a niños entre 5 y 9 años (30,8%), seguido por los grupos de 1 a 4 años (16,1%) y de 10 a 14 años (12,3%), confirmando que los ambientes escolares son altamente vulnerables a la transmisión del virus

El 53,6% de los casos se registraron en población con régimen subsidiado y el 95,3% en cabeceras municipales, lo que resalta una mayor exposición y riesgo en contextos urbanos y en poblaciones con barreras de acceso a servicios de salud.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 258 de 531

Aunque en menor proporción, se registraron casos en adultos de 60 años o más (6,2%), lo que podría reflejar pérdida de inmunidad o esquemas incompletos de vacunación en esta población.

La incidencia general fue de 12,3 casos por cada 100.000 habitantes, pero alcanzó 27,3 por 100.000 en niños menores de cinco años, grupo que representa la mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad.

Recomendaciones

Reforzar la detección temprana de la enfermedad por parte de las UPGDS y promover acciones preventivas en poblaciones confinadas bajo responsabilidad de las entidades territoriales, con especial atención a comunidades étnicas, para permitir una intervención y control oportuno

Mejorar la coordinación entre los equipos de vigilancia epidemiológica y los programas de vacunación en las entidades territoriales, con el objetivo de reducir los casos en la población infantil menor de cinco años, que es prioritaria dentro del esquema PAI.

Se sugiere a las entidades territoriales intensificar las estrategias de búsqueda activa institucional para facilitar la identificación de casos, fortalecer el sistema de vigilancia y actuar rápidamente ante la presencia de posibles brotes

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Lineamientos para la vigilancia en salud pública de parotiditis 2024 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Parotiditis%202024.pdf
2. Indonesia Research Partnership on Infectious Disease (INA-RESPOND). Beyond the mumps: Lessons from Indonesia's recent outbreak [Internet]. 2025 Feb 18 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: https://ina-respond.net/2025/02/18/beyond-the-mumpslessons-from-indonesias-recent-outbreak/?utm_source=c
3. UK Health Security Agency. Laboratory-confirmed cases of measles, mumps and rubella in England: April to June 2024 [Internet]. Londres: GOV.UK; 2024 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/publications/measles-mumps-and-rubella-lab-confirmed-cases-in-england-2024/laboratory-confirmed-cases-of-measles-mumps-and-rubella-in-england-april-to-june-2024?utm_source=
4. Statista. Number of new cases of mumps in the United States from 1970 to 2022 [Internet]. Hamburg: Statista; 2024 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: <https://www.statista.com/statistics/186673/new-cases-of-mumps-in-the-us-since-1970/>
5. Suryadinata R, Putra IW, Handayani N, et al. Genomic characterization and epidemiological analysis of mumps outbreaks in Southeast Asia. Zoonoses [Internet]. 2024 [citado 2025 Abr 19];4:1002. Disponible en: https://www.scienceopen.com/hosted-document?doi=10.15212%2FZOOZONES-2024-1002&utm_source=
6. Secretaría de Salud de México. Boletín Epidemiológico Semana 10, 2024 [Internet]. Dirección General de Epidemiología; 2024 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/829064/boletin-epidemiologico-semana-10-2024.pdf>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 259 de 531

7. Ministerio de Salud de El Salvador. Boletín Epidemiológico Nacional Semana 50, 2023 [Internet]. San Salvador: MINSAL; 2023 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2023/12/Boletin-50-2023.pdf>
8. Ministerio de Salud de Panamá. Informe Epidemiológico Nacional, Primer semestre 2024 [Internet]. Ciudad de Panamá: MINSA; 2024 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/boletin-epidemiologico-nacional-1sem-2024.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud. OPS insta a los países a mantener altas coberturas de vacunación para prevenir brotes de sarampión, rubéola y parotiditis [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2024 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/6-3-2024-ops-insta-paises-mantener-altas-coberturas-vacunacion-prevenir-brotes-sarampion>
10. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Parotiditis. Informe del evento. Semana epidemiológica 12 de 2024 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [citado 2025 Abr 19]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/PAROTIDITIS%20PE%20XII%202024.pdf>

Sarampión – Rubeola

Introducción

El sarampión es una enfermedad viral causada por un virus perteneciente al género Morbillivirus, de la familia Paramyxoviridae. Su transmisión ocurre principalmente a través de gotitas respiratorias expulsadas al toser, estornudar o hablar, así como por partículas suspendidas en el aire, que entran en contacto con las vías respiratorias superiores o la conjuntiva de personas susceptibles (1).

El periodo de incubación del virus varía entre 7 y 21 días, con un promedio de 14 días desde la exposición hasta la aparición del exantema. La fase de transmisibilidad comienza aproximadamente cuatro días antes de la erupción cutánea (exantema), coincidiendo con uno o dos días previos al inicio de la fiebre, y se extiende hasta cuatro días después de su aparición. La mayor capacidad de contagio se presenta alrededor de tres días antes de que inicie el exantema (1).

Esta enfermedad se caracteriza por una fase prodrómica que dura entre dos y cuatro días, en la que se presentan síntomas como fiebre, malestar general, tos y coriza, los cuales pueden estar acompañados de conjuntivitis y bronquitis. A partir del segundo día del inicio de los síntomas, pueden observarse las manchas de Koplik en la mucosa bucal. Estas lesiones aparecen uno o dos días antes del exantema, persisten entre dos y tres días y desaparecen poco después (1).

De igual manera, se presenta un exantema maculopapular que progresa en sentido cefalocaudal (es decir, de la cabeza al tronco y luego a las extremidades), aproximadamente entre dos y cuatro días después del inicio de los síntomas prodrómicos. Esta erupción suele ir acompañada de fiebre alta, la cual puede durar entre tres y siete días y después desaparece (1).

La rubéola es una enfermedad causada por el virus de la rubéola, perteneciente al género Rubivirus de la familia Togaviridae. Su transmisión ocurre principalmente por contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 260 de 531

personas infectadas. También se ha documentado la propagación por aerosoles en ambientes cerrados y con alta concentración de personas, como instituciones educativas, jardines infantiles, clínicas y recintos militares. (1)

El periodo de incubación es de 14 días, con un rango que oscila entre 12 y 23 días. Las personas infectadas son más contagiosas durante la fase de erupción cutánea, aunque pueden transmitir el virus desde siete días antes y hasta siete días después de la aparición del exantema. Se estima que entre el 25 % y el 50 % de las infecciones pueden cursar de forma asintomática. (1)

En los casos sintomáticos, la infección puede manifestarse con febrícula o incluso sin fiebre, exantema maculopapular de distribución cefalocaudal, coriza, conjuntivitis, artralgia y linfadenopatía, especialmente en regiones cervicales y retroauriculares. (1)

Durante el año 2024, se ha observado un incremento global en los casos de sarampión, afectando principalmente a las regiones de África, el Mediterráneo Oriental, Europa, el Sudeste Asiático y el Pacífico Occidental. Se han reportado grandes brotes en un total de 57 países, siendo la región africana la más afectada, concentrando casi la mitad de los brotes de mayor magnitud. (1)

En el contexto europeo, Portugal registró 35 casos de sarampión, la mayoría de los cuales correspondían a personas sin antecedentes de vacunación. Por su parte, en España se notificaron 229 casos, manteniéndose la tendencia de afectación predominante en individuos no vacunados. (4)

En relación con el comportamiento de la notificación en la Región de las Américas durante el año 2024, se registró una tasa anual de casos sospechosos de sarampión y rubéola de 2,7 por cada 100.000 habitantes. En total, se confirmaron 464 casos de sarampión y 7 casos de rubéola. (6)

En cuanto al cumplimiento de los indicadores de vigilancia integrada para estas enfermedades, se observó que el 78 % de los casos sospechosos contaban con una investigación adecuada. Asimismo, el 93 % de los casos presentaron muestras de sangre adecuadas. El 79 % de las muestras de suero llegaron al laboratorio correspondiente en un plazo menor o igual a cinco días, y el 88 % de los resultados de laboratorio fueron reportados dentro de los cuatro días posteriores a la recepción de la muestra. (6)

El último caso notificado de rubéola en el país se registró en Cartagena en agosto de 2012. Corresponde a un hombre de 28 años con antecedente de viaje al exterior; el genotipo identificado fue 2B. En cuanto al evento de sarampión, el caso más reciente se presentó en el año 2020, en un hombre de 41 años procedente de Suiza, cuya fuente de infección fue clasificada como importada. (1)

Durante el año 2022 se notificaron 1.147 casos sospechosos de sarampión y rubéola, sin que se confirmara ninguno. Este valor representó un incremento del 10,7 % en comparación con el año 2021. Para el año 2023, a nivel nacional, se notificaron 1.737 casos sospechosos, lo que refleja un aumento del 21,4 % en la variación porcentual respecto al año anterior. (1)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 261 de 531

El presente informe tiene como objetivo analizar el comportamiento de los casos notificados de sarampión y rubeola en Norte de Santander, con el fin de describir su distribución geográfica, características demográficas y clínicas, con el fin de proporcionar una visión general del patrón epidemiológico observado durante el periodo.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio transversal de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en salud Pública (Sivigila) correspondientes al departamento de Norte de Santander.

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo, las fuentes de información fueron los casos sospechosos de sarampión (código 730) y rubeola (código 710), y las bases de resultados de la Red de Laboratorios de Salud Pública para el diagnóstico de los eventos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024.

La información notificada se sometió a un proceso de depuración realizando la validación de los datos, se excluyeron los casos con ajuste D (error de digitación) y los casos repetidos inicialmente por número de documento y posteriormente por nombres y apellidos, garantizando datos únicos para el análisis de los eventos.

Para el análisis de la información se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial, así como criterios clínicos y grupo de edad. Se realizó comparación de proporciones por grupos de edad, estado vacunal y grupos poblacionales. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

Para el cálculo del indicador de la vigilancia integrada de sarampión y rubéola se tomó la tasa de notificación cuya meta es 2 o más casos por 100 000 habitantes para el país, se consideró como numerador el número de casos sospechosos a nivel departamental y distrital de acuerdo con la notificación y procedencia de los casos, para el cálculo del denominador de la tasa de notificación se empleó la proyección de población total de habitantes para 2024 publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

Indicadores de proceso:

Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola: Casos sospechosos de sarampión y rubéola que se captan y se notifican al sistema.

Numerador: casos sospechosos de sarampión y rubéola notificados en el periodo

Denominador: total de población - Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

Coeficiente de multiplicación: 100.000

Fuente de información: Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila, Censo y proyecciones de población DANE.

Porcentaje de casos de SR con investigación de campo: Refleja el tiempo transcurrido entre la notificación de un caso sospechoso de SR y la investigación del mismo por el personal operativo local.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 262 de 531

Indicador 1: proporción de casos con ficha de investigación completa para SR
 Numerador: casos sospechosos con ficha de investigación de campo completa.
 Denominador: Casos sospechosos notificados en el sistema para SR
 Coeficiente de multiplicación: 100

Indicador 2: oportunidad en la investigación de campo SR
 Numerador: (Fecha de investigación- fecha de notificación) para SR
 Denominador: Casos sospechosos notificados para SR
 Coeficiente de multiplicación: 100
 Fuente de información: Sivigila

Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada: Refleja el tiempo transcurrido entre el inicio de la erupción y la recolección de una muestra de suero
 Numerador: casos sospechosos con muestra de suero recolectada en los primeros 30 días luego de iniciada la erupción (fecha de recolección de la muestra - Fecha de erupción)
 Denominador: total de casos sospechosos notificados
 Coeficiente de multiplicación: 100
 Fuente de información: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila, LDSP, Laboratorio de Virología del INS

Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días luego de su recolección: Refleja el tiempo transcurrido entre la obtención de la muestra de suero y la recepción en el laboratorio que procesa.
 Numerador: muestras de suero de casos sospechosos recibidas en el laboratorio que procesa en los primeros cinco días luego de su recolección
 Denominador: total de muestras de suero recolectadas y recibidas en el laboratorio que procesa
 Coeficiente de multiplicación: 100
 Fuente de información: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila, LDSP, Laboratorio de Virología del INS

Porcentaje de muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción: Refleja el tiempo transcurrido entre la recepción de la muestra de suero y el procesamiento de la misma
 Numerador: muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción.
 Denominador: total de muestras de suero procesadas por el laboratorio
 Coeficiente de multiplicación: 100
 Fuente de información: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila, LDSP, Laboratorio de Virología del INS

Indicadores de impacto:

Incidencia de sarampión o rubéola en población general, menores de cinco años y un año: Es el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un periodo de tiempo determinado
 Numerador: casos nuevos de sarampión o rubéola notificados en un periodo en población general, población menor de cinco años y población menor de un año. Denominador: población expuesta al riesgo de enfermar de

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 263 de 531

esa causa en el periodo (población general, población menor de cinco años, población menor de un año, nacidos vivos).

Coefficiente de multiplicación: 100.000

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila Población DANE por grupos de edad, zona y sexo

Letalidad de sarampión o rubéola en población general: Determina la probabilidad de morir a causa de la enfermedad, o la proporción de muertes a causa de la enfermedad.

Numerador: defunciones por sarampión o rubéola en población general

Denominador: enfermos de esa causa, en ese lugar, en un tiempo dado.

Coefficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Sivigila

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial

Resultados

La base cruda del evento presento 57 registros para la semana epidemiológica 1 – 52 del año 2024. Tras un proceso de depuración y análisis se identificaron los siguientes detalles:

Registros repetidos: 4 (7.02%)

Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 5 (8.77%)

Registros descartados (ajuste 6): 48 (84.21%)

Total de registros retirados: 9 (15.79%)

Total registros utilizados: 48 (84.21%)

Para el análisis se consideraron 48 casos sospechosos para la vigilancia integrada del evento, presentando un aumento del 45.45 % respecto al año anterior, con 48 casos para sarampión y rubéola, sin casos confirmados, estos se descartaron con ajuste 6 (pruebas de laboratorio negativas).

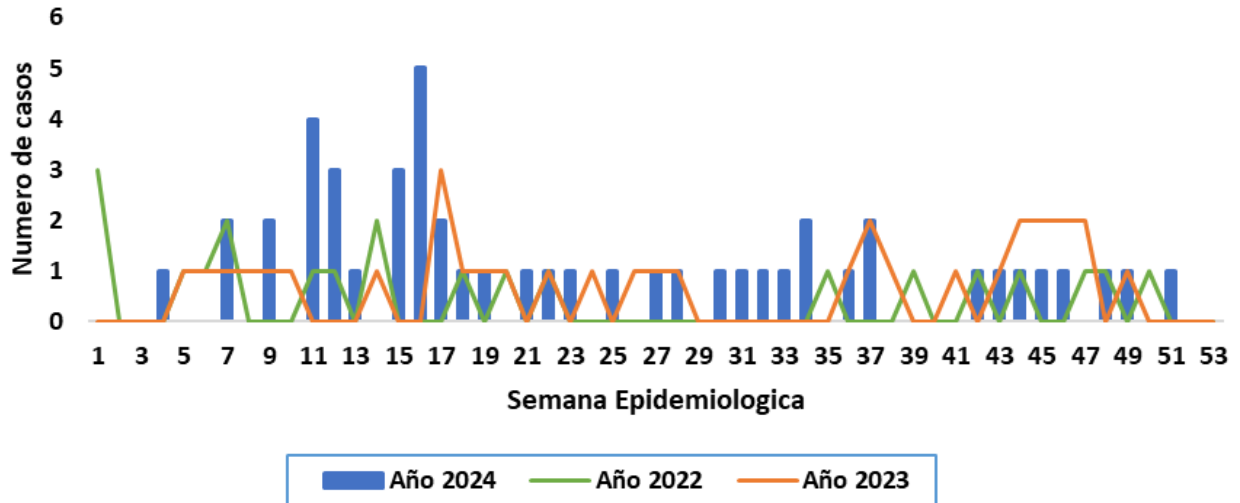
Análisis de tendencia del evento 2022 - 2024

En relación a la notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola entre los años 2022, 2023 y 2024 muestra variaciones significativas en la distribución semanal. En 2022 se observa una mayor dispersión de notificaciones a lo largo del año, aunque en su mayoría con baja frecuencia, destacándose algunos picos aislados. En 2023, la notificación fue más concentrada en semanas específicas, con un incremento notable entre las semanas 16 y 18, así como entre las semanas 44 y 47. Por otro lado, en 2024 se evidencia un aumento

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 264 de 531

considerable de casos durante el primer semestre, especialmente entre las semanas 11 y 17. En general, se observa una tendencia a mayor notificación en 2024 respecto a los años previos, lo que podría estar relacionado con factores epidemiológicos, operativos o de sensibilización del sistema de vigilancia.

Gráfica 70. Tendencia notificación Sarampión y Rubeola año 2022 – 2024, Norte de Santander



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de variables sociales y demográficas

Con relación a las variables demográficas de los casos notificados en el departamento de Norte de Santander durante el 2024, el 54,2 % (26) correspondía al sexo masculino, el 91,7 % (44) se registró con nacionalidad colombiana; el 37,5 % (18) corresponde al grupo de edad de 1 a 4. El 83,3% (40) de los casos se presentaron en la cabecera municipal, el 62,5% (30) se encontraba con aseguramiento en salud en el régimen subsidiado y el 100% (39) se autorreconoce como otro en relación a la pertenencia étnica.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 265 de 531

Tabla 118. Casos sospechosos de Sarampión y Rubéola según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Variables	Categorías	Rubeola	Sarampión	Total	Porcentaje
Sexo	Masculino	3	23	26	54,2
	Femenino	2	20	22	45,8
Nacionalidad	Colombia	5	39	44	91,7
	Venezuela	0	4	4	8,3
Grupo de edad	menor de 1 año	1	12	13	27,1
	1 a 4 años	2	16	18	37,5
	5 a 9 años	2	11	13	27,1
	10 a 14 años	0	1	1	2,1
	15 a 19 años	0	2	2	4,2
	20 a 24 años	0	0	0	0,0
	25 a 29 años	0	0	0	0,0
	30 a 34 años	0	0	0	0,0
	35 a 39 años	0	1	1	2,1
	40 a 44 años	0	0	0	0,0
	45 a 49 años	0	0	0	0,0
	50 a 54 años	0	0	0	0,0
	55 a 59 años	0	0	0	0,0
	60 a 64 años	0	0	0	0,0
	Mayor de 65 años	0	0	0	0,0
Área	Cabecera municipal	5	35	40	83,3
	Centro poblado	0	4	4	8,3
	Rural disperso	0	4	4	8,3
Aseguramiento	Subsidiado	1	29	30	62,5
	Contributivo	1	7	8	16,7
	Excepción	3	3	6	12,5
	No afiliado	0	4	4	8,3
	Indeterminado	0	0	0	0,0
Pertenencia étnica	Otro	5	43	48	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 266 de 531

Análisis de notificación según entidad territorial de notificación

En Norte de Santander, el 17,5 % (7/40) de los municipios notificaron casos sospechosos de sarampión y rubéola en el año 2024. La mayor notificación fue realizada por Cúcuta con el 77,08 % (37), seguido de Puerto Santander con 8,33 % (4), Villa del Rosario 4,17 % (2), El Zulia con 2,08 % (1), Gramalote con 2,08 % (1) Ocaña con 2,08 % (1) y Pamplona con 2,08 % (1) y Arauca, el cual se tiene en cuenta dado a que procede de Cucuta.

Tabla 119. Casos sospechosos de Sarampión y Rubéola según entidad territorial de notificación, Norte de Santander, 2024

Departamento de notificación	Entidad territorial de notificación	Nº de casos	Porcentaje
Norte de Santander	Cúcuta	37	77,08
	Puerto Santander	4	8,33
	Villa del Rosario	2	4,17
	El Zulia	1	2,08
	Gramalote	1	2,08
	Ocaña	1	2,08
	Pamplona	1	2,08
Arauca	Saravena	1	2,08
Total		48	100

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de casos notificados según la entidad territorial de procedencia

Según municipio de procedencia, el 52,08 % (25) eran procedentes de Cúcuta, el 12,50 % (6) de Villa del Rosario, el 4,17 % (4) de Los Patios, el 4,17 % (4) de Tibú, el 2,08% (1) de El Zulia, Gramalote, San Cayetano, Ocaña, Pamplonita, Puerto Santander y Toledo cada uno respectivamente, y finalmente el 12,50 % (6) de Venezuela.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 267 de 531

Tabla 120. Casos sospechosos de Sarampión y Rubéola según entidad territorial de procedencia, Norte de Santander, 2024

Entidad territorial de procedencia	N° de casos	Porcentaje
Cúcuta	25	59,52
Villa del Rosario	6	14,29
Los Patios	2	4,76
Tibu	2	4,76
El Zulia	1	2,38
Gramalote	1	2,38
San Cayetano	1	2,38
Ocaña	1	2,38
Pamplonita	1	2,38
Puerto Santander	1	2,38
Toledo	1	2,38
Total Departamental	42	100,00
Venezuela	6	

Fuente: Siviigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis según antecedente vacunal

Según los casos notificados, el 66,67 % de los casos sospechosos (32/48) indicaron haber recibido la vacuna contra sarampión y rubéola, de estos 32 el 43,75% (14) presentaban la primera dosis, el 37,5% (12) presentaba aplicación de la segunda dosis, el 12,50% (4) registraban la aplicación de la tercera dosis y 2 registros no presentaban dato.

Tabla 121. Casos sospechosos de Sarampión y Rubéola por estado de vacunación, Norte de Santander, 2024

Variable	Categorías	N° de casos	Porcentaje	Variable	Categorías	N° de casos	Porcentaje
Vacunado contra sarampión	Si	32	66,67	Vacunado contra rubeola	Si	32	66,67
	No	13	27,08		No	12	25,00
	Desconocido	3	6,25		Desconocido	4	8,33
Dosis de vacuna	Una dosis	14	43,75		Una dosis	14	43,75
	Dos dosis	12	37,5	Dosis de vacuna	Dos dosis	12	37,50
	Tres dosis	4	12,5		Tres dosis	4	12,50
	Sin dato	2	6,25		Sin dato	2	6,25

Fuente: Siviigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 268 de 531

Análisis según manifestaciones clínicas

En cuanto a las características clínicas de los 48 casos sospechosos de sarampión, el 89,58 % (43) presentó fiebre y exantema, el 62,50 % (30) tos y el 39,58% (19) coriza; en menor proporción se presentaron los demás signos o síntomas. Para los casos sospechosos de rubéola se observa que el 10,42% presentó fiebre y exantema, el 10,42 % (8) presentó adenopatía, seguido de tos 4,17 % (2).

Tabla 122. Criterios clínicos de casos sospechosos de Sarampión y Rubéola, Norte de Santander, 2024

Signo/ síntoma	Sarampión		Rubeola		Total general	
	Si	%	Si	%	Si	%
Fiebre	43	89,58	5	10,42	48	100,00
Exantema	43	89,58	5	10,42	48	100,00
Tos	30	62,50	2	4,17	32	66,67
Coriza	19	39,58	1	2,08	20	41,67
Conjuntivitis	6	12,50	1	2,08	7	14,58
Artralgia	7	14,58	1	2,08	8	16,67
Adenopatía	3	6,25	5	10,42	8	16,67

Fuente: Siviigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Cumplimiento de indicadores

Durante el año 2024 la tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubeola es de 2,8 casos por 100 000 habitantes, el 97,92 % de los casos fueron investigados de manera oportuna; el 97,92% de las muestras de suero fueron recolectadas en los primeros 30 días desde el inicio de exantema, el 76,60% de las muestras se recibieron de manera oportuna en el laboratorio que procesa (≤ 5 días a partir de su recolección) y el 46,81% de los resultados fueron reportados por el laboratorio en un tiempo menor o igual a cuatro días a partir de la recepción de la muestra y la letalidad es de 0,0 %. Respecto a la incidencia en población general es de 2,8 por cada 100 000 habitantes, 14,05 por cada 100 000 habitantes menores de 5 años y 52,72 por cada 100 000 habitantes menores de 1 año

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 269 de 531

Tabla 123. Indicadores de la vigilancia integrada para Sarampión y Rubéola, Norte de Santander, 2024

Tipo de indicador	Indicador	2024	Resultado
Proceso	Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola	48 / 1709570 * 100000 = 2,8 x100 000 habitantes	En la entidad territorial Norte de Santander, se notificaron 2,8 casos sospechosos de sarampión y rubéola por cada 100 000 habitantes
	Porcentaje de casos de SR con investigación de campo: ficha de investigación completa /oportuna (menos de 48 horas) / adecuada	48 / 48 * 100 = 100% 47 / 48 * 100 = 97,92%	Del total de casos notificados, el 97,92% realizaron la investigación epidemiológica de campo oportunamente.
	Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada	47 / 48 * 100 = 97,92%	Del total de casos notificados, el 97,92% recolectaron muestra de suero en los primeros 30 días luego de iniciada la erupción
	Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días luego de su recolección	36 / 47 * 100 = 76,60%	Del total de muestras recibidas en el laboratorio, el 76,60% fueron recibidas en los primeros 5 días luego de su recolección
	Porcentaje de muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción	22 / 47 * 100 = 46,81%	Del total de muestras procesadas en el laboratorio, el 46,81% fueron procesadas en los primeros 4 días luego de su recepción
Impacto	Incidencia de sarampión o rubéola en población general, menores de cinco años y un año	Población general 48 / 1709570 * 100000 = 2,8	En el periodo se notificaron 2,8 casos nuevos de sarampión o rubéola por cada 100 000 habitantes
		Menores de cinco años 18 / 128136 * 100000 = 14,05	En el periodo se notificaron 14,05 casos nuevos de sarampión o rubéola por cada 100 000 habitantes o personas en riesgo (población menor de 5 años)
		Menores de un año 13 / 24657 * 100000 = 52,72	En el periodo se notificaron 52,72 casos nuevos de sarampión o rubéola por cada 100 000 habitantes o personas en riesgo (población menor de un año)
	Letalidad de sarampión o rubéola en población general	0 / 48 * 100 = 0%	La probabilidad de morir a causa de Sarampión - Rubeola en Norte de Santander es de 0 %

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión

Durante el año 2023, se notificaron 33 casos sospechosos para sarampión/rubeola, mientras que en el año 2024 se notificaron 48 casos sospechosos, lo que nos indica una tendencia de aumento en la notificación de casos del 45.45% evidenciándose la necesidad de mantener y fortalecer las acciones de vigilancia y la respuesta ante posibles brotes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 270 de 531

En 2023, Colombia ajustó la definición de caso sospechoso de sarampión y rubéola adoptando una definición más sensible siguiendo la recomendación emitida por la Comisión Regional de reverificación durante su segunda reunión en 2022. Este cambio implicó una transición de una definición más específica a una más sensible, lo que facilitó la identificación temprana de casos sospechosos y permitió una respuesta rápida y efectiva para prevención y la propagación de estas enfermedades, las cuales son prevenibles mediante la vacunación. Esta adaptación se reflejó en el aumento de casos sospechosos notificados durante 2023, comparado con lo reportado en 2022.

En cuanto a las características sociales y demográficas, en 2023, el 96,97% de los casos se clasificaron como pertenecientes a la categoría "otro" en términos de etnicidad, y el 93,9% eran colombianos. Este perfil demográfico es consistente con la información de 2024, donde una parte significativa de los casos también corresponde a nacionalidad colombiana y residencia en áreas urbanas, especialmente en Cúcuta.

La vigilancia activa en 2023 cumplió con la meta de tasa de notificación, con 1,9 casos por 100,000 habitantes, mientras que en 2024 esta cifra aumentó a 2,8 casos por 100,000 habitantes, indicando un incremento en la detección de casos sospechosos que puede ser el resultado de un incremento de la vigilancia y un aumento en la conciencia sobre la enfermedad.

Respecto a los indicadores de vigilancia, en 2023, el porcentaje de casos con investigación de campo alcanzó el 97%, lo que muestra un compromiso sólido con la respuesta epidemiológica. En 2024, todos los casos reportados también fueron investigados a tiempo, cumpliendo con la meta la cual del 80%, lo que indica un sistema de respuesta fortalecido y comprometido con la oportunidad en la realización de las acciones de control. En relación a la recolección de muestras de suero adecuada en el año 2023 fue del 57,6%, lo que no cumplió con los estándares esperados este aspecto destaca la necesidad de mejorar la logística y la capacitación en la recolección de muestras para asegurar que se cumplan las metas establecidas, sin embargo en el 2024 se evidencia un porcentaje del 97,92%, cumpliendo con la meta establecida para el indicador, lo cual significa un progreso notable respecto a la toma de muestra de suero oportuna y cargue de los laboratorios en el SIVIGILA para realizar el análisis de las variables. Continuando con el análisis de los indicadores en el 2023 se evidencia un porcentaje del 65,00% en relación a las muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días evidenciándose incumplimiento del mismo, patrón que se repite en el año 2024, dado a que se observa un porcentaje del 76,60%, lo cual se destaca una mejora sin embargo no es suficiente para cumplir los estándares establecidos. Finalmente, la letalidad por sarampión y rubéola se mantuvo en 0,0% en ambos años.

A pesar de los esfuerzos realizados en la vigilancia y la investigación, es fundamental fortalecer las campañas de vacunación y mejorar la recolección y manejo de muestras para garantizar un control efectivo de estas enfermedades y prevenir brotes en la población.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 271 de 531

Conclusiones

En el análisis del año 2024, se notificaron 48 casos sospechosos de sarampión y rubéola, lo que representa un aumento del 45,45% en comparación con el año anterior. Este incremento destaca la necesidad de mantener y reforzar las medidas de vigilancia epidemiológica.

En el análisis de las variables sociodemográficas asociadas a la notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola durante el periodo evaluado, se identificó un mayor predominio en individuos de sexo masculino, nacionalidad colombiana, pertenecientes al grupo etario de 1 a 4 años, residentes en áreas urbanas (cabecera municipal), afiliados al régimen subsidiado de aseguramiento en salud y clasificados dentro de la categoría “otro” en cuanto a pertenencia étnica.

La tasa de notificación es de 2,8 casos por 100,000 habitantes cumpliendo con la meta establecida. Además, el 97,92% de los casos fueron investigados de manera oportuna, lo que refleja una respuesta efectiva por parte de los municipios de Norte de Santander ante la sospecha de casos.

Los datos revelan una incidencia 14,05 por 100.000 habitantes en menores de cinco años, y una incidencia de 52,72 por 100.000 habitantes en menores de un año

Se evidencia un total de 97,92% de los casos a los cuales se les garantizó la toma de muestra de suero de manera oportuna, siendo esta a los primeros 30 días luego de iniciada la erupción

Se observa incumplimiento correspondiente al indicador “porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio que procesa en los primeros cinco días posterior a su recolección” con una cifra de 76,60%

En Norte de Santander, el 17,5 % (7/40) de los municipios notificaron casos sospechosos de sarampión y rubéola en el año 2024. La mayor notificación fue realizada por Cúcuta, seguido por Puerto Santander y Villa del Rosario

La mayor procedencia de los casos es del municipio de Cucuta, seguido de Villa del Rosario

Respecto al antecedente vacunal se observa que de los 48 casos sospechosos notificados 32 (66,67%) registran vacunación contra el sarampión y la rubéola

Recomendaciones

El programa PAI departamental debe intensificar las campañas de vacunación, enfocándose en los grupos más vulnerables, especialmente los niños de 1 a 4 años. Promoviendo la importancia de la vacunación a través de campañas comunitarias y en centros de salud.

Desarrollar estrategias específicas para vacunar a adultos que puedan no haber recibido todas las dosis necesarias, especialmente en grupos de riesgo.

Desarrollar programas educativos dirigidos a la población sobre los síntomas del sarampión y la rubéola, así como la importancia de la vacunación, con énfasis en la detección temprana de casos.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 272 de 531

Los municipios deben fortalecer la búsqueda activa institucional, comunitaria y del laboratorio con el fin de aumentar la tasa de notificación de casos sospechosos en todos los municipios de Norte de Santander.

Los municipios deben realizar capacitación a las UPGD, con el fortalecimiento a todo el personal de salud acerca de la definición de caso sospechoso, recolección adecuada de muestras teniendo en cuenta los tiempos establecidos para cada una de ellas, cuadro clínico y la epidemiología del sarampión y la rubéola, para una rápida detección, investigación y aislamiento de casos.

Los municipios deben iniciar con una respuesta oportuna desde la sospecha del caso, activación de los equipos de respuesta rápida y la implementación de las acciones de control establecidas en el protocolo nacional.

El laboratorio de salud pública departamental debe optimizar la logística para la recolección y el envío de muestras al laboratorio, garantizando que se cumplan los plazos establecidos para la recolección y procesamiento de las mismas.

Continuar con el seguimiento continuo de los casos notificados, identificando patrones y tendencias en la aparición de síntomas para ajustar las estrategias de intervención.

La UPGD debe realizar los ajustes del módulo de laboratorio en el SIVIGILA, registrando cada una de las muestras tomadas a los casos notificados

Promover el diligenciamiento completo de los formularios de notificación (datos demográficos, clínicos, fecha de inicio, etc.) y evitar omisiones

Realizar seguimiento periódico a las unidades notificadoras y brindar retroalimentación sobre errores frecuentes o indicadores de calidad del dato.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos técnicos para la vigilancia epidemiológica del sarampión y rubéola. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Sarampi%C3%B3n_Rubeola.pdf
2. Instituto Nacional de Salud (INS). Información sobre eventos de salud. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
3. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: Sarampión y Rubéola - PE XII 2024. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/SARAMPION%20RUBEOLA%20PE%20XII%202024.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Casos de sarampión aumentan a nivel mundial mientras que las Américas recuperan su estatus como región libre de sarampión. [Internet]. 2024 nov. 14 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-11-2024-casos-sarampion-aumentan-nivel-mundial-mientras-americas-recuperan-estatus-como>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 273 de 531

5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica: Sarampión. [Internet]. 2025 feb. 28 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-feb-28-phe-alerta-epi-sarampion-es-final.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boletín bisemanal de sarampión y rubéola 51-52, 28 diciembre 2024. [Internet]. 2024 dic. 28 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-bisemanal-sarampion-rubeola-51-52-28-diciembre-2024>

Síndrome de Rubeola Congénita

Introducción

El síndrome de rubéola congénita (SRC) es una condición médica de alta relevancia epidemiológica, provocada por la transmisión del virus de la rubéola desde la madre al feto durante el embarazo. Esta transmisión ocurre cuando una mujer embarazada, susceptible a la infección —es decir, que no ha sido vacunada ni ha tenido la enfermedad previamente—, adquiere el virus, generalmente a través del contacto con secreciones respiratorias de personas infectadas. Aunque muchas de estas infecciones pueden cursar de forma asintomática, el virus tiene la capacidad de atravesar la placenta, alcanzar la circulación fetal e infectar directamente los órganos en desarrollo del embrión o feto.

La gravedad del SRC está estrechamente ligada al momento de la gestación en el que ocurre la infección. Se ha documentado que la afectación durante el primer trimestre conlleva los mayores riesgos, con probabilidades elevadas de aborto espontáneo, muerte fetal o aparición de múltiples malformaciones congénitas. Entre las alteraciones más frecuentes se encuentran las cardiopatías, cataratas, sordera neurosensorial, defectos del sistema nervioso central y alteraciones hematológicas. Se estima que hasta un 85 % de los fetos infectados en las primeras 12 semanas de gestación pueden presentar alguno de estos defectos. A medida que avanza el embarazo, el riesgo disminuye, aunque no desaparece por completo.

La rubéola, a pesar de su aparente levedad en la infancia, tiene un alto potencial teratogénico cuando afecta a mujeres embarazadas no inmunizadas. Esta característica convierte al virus en un importante problema de salud pública, sobre todo en contextos donde existen brechas en la cobertura vacunal. La gran epidemia global entre 1962 y 1965 dejó en evidencia la magnitud de las secuelas del SRC, lo que impulsó a muchos países a implementar estrategias de inmunización más robustas. Sin embargo, a nivel mundial, se estima que alrededor de 100.000 niños nacen cada año con esta condición, principalmente en países en desarrollo, donde aún persisten grupos vulnerables y dificultades en el acceso a la vacunación.

Otro aspecto crítico es que los recién nacidos con SRC pueden eliminar grandes cantidades del virus a través de sus secreciones faríngeas y orina, lo que los convierte en una fuente importante de contagio para personas susceptibles. Esto plantea la necesidad de un enfoque integral que no solo contemple la vacunación en edad infantil, sino también estrategias de control en mujeres en edad fértil y la vigilancia activa de casos sospechosos, especialmente en el contexto prenatal.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 274 de 531

Comprender la dinámica de transmisión, el periodo de incubación del virus (entre 14 y 23 días), y los factores que influyen en la susceptibilidad individual, resulta esencial para orientar las acciones preventivas. En regiones como América Latina, se estima que entre un 25 % y un 30 % de las mujeres en edad fértil podrían no estar inmunizadas, lo que representa un riesgo considerable para la ocurrencia de casos de SRC. La prevención eficaz del síndrome de rubéola congénita no solo implica mantener altas coberturas de vacunación infantil, sino también asegurar que las mujeres en edad reproductiva cuenten con protección adecuada contra el virus, evitando así sus graves consecuencias durante la gestación.

Hasta el año 2024, el síndrome de rubéola congénita (SRC) sigue siendo una de las principales causas prevenibles de malformaciones congénitas a nivel mundial. Se estima que aproximadamente 100.000 niños nacen cada año con esta condición, concentrándose la mayoría de los casos en países de África, el sur y el sudeste asiático, donde persisten importantes brechas en la cobertura vacunal y en el acceso a servicios de salud pública (1). Esta alta carga de enfermedad se asocia directamente con la exposición materna al virus durante el embarazo, especialmente en mujeres sin inmunidad previa.

La infección por rubéola durante el primer trimestre del embarazo representa el mayor riesgo para el desarrollo fetal. Las estimaciones indican que en estos casos el riesgo de que el recién nacido presente SRC alcanza hasta un 90 % (2). Las consecuencias pueden ser graves y múltiples, incluyendo cardiopatías congénitas, sordera neurosensorial, cataratas, microcefalia, alteraciones del sistema nervioso central y deficiencias del crecimiento intrauterino. Además, cerca de un tercio de los niños afectados fallecen antes del primer año de vida, lo que evidencia la severidad del síndrome (3).

En términos globales, se han logrado avances significativos en la reducción de la incidencia de rubéola gracias a los programas de inmunización. Entre 2012 y 2022, los casos notificados de rubéola en el mundo disminuyeron en un 81 %, al pasar de 93.816 a 17.407 casos anuales (4). Este progreso se ha visto acompañado por un aumento en el número de países que han incluido la vacuna contra la rubéola en sus programas nacionales de inmunización, pasando del 68 % al 90 %, así como un incremento en la cobertura global de vacunación en lactantes, del 40 % al 68 % en ese mismo periodo (4).

Hasta el año 2024, la Región de las Américas ha mantenido la eliminación de la transmisión endémica de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita (SRC), logro alcanzado en 2015 tras la verificación por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) . Este hito fue posible gracias a campañas masivas de vacunación que, entre 1998 y 2008, inmunizaron a aproximadamente 250 millones de adolescentes y adultos en 32 países, previniendo alrededor de 112.500 casos de SRC y generando ahorros estimados en salud de 3.000 millones de dólares.(5)

A pesar de la eliminación de la transmisión endémica, persiste el riesgo de reintroducción del virus debido a casos importados. En 2024, se registraron casos esporádicos de rubéola y SRC relacionados con importaciones, lo que subraya la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica activa y coberturas de vacunación elevadas para prevenir brotes.(5)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 275 de 531

La OPS continúa recomendando a los países de la región fortalecer sus programas de inmunización y vigilancia para sostener la eliminación de estas enfermedades prevenibles por vacunación

. A corte del periodo epidemiológico XII de 2024, Colombia reportó un total de 1.208 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita (SRC), lo que representa un incremento del 20,1 % respecto al mismo periodo del año anterior, cuando se registraron 1.006 casos. La tasa de notificación nacional fue de 21,1 casos por cada 10.000 nacidos vivos, calculada con base en una población de 573.625 nacidos vivos, según estimaciones preliminares del DANE. A pesar del número de casos sospechosos, no se confirmaron casos de SRC durante este periodo; el 98,3 % de los casos fueron descartados tras la evaluación clínica y de laboratorio, y el 1,7 % restante permanecía en análisis sin ajuste final al momento del corte. Las entidades con mayor número de notificaciones fueron Bogotá D.C., con 799 casos, seguida de Cundinamarca (205), Antioquia (69), Boyacá (33) y Meta (12), mientras que departamentos como Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Buenaventura, Quindío y San Andrés no reportaron casos. En cuanto a las características de los casos, el 51,3 % correspondió a recién nacidas de sexo femenino, y el 57,1 % estaban afiliados al régimen contributivo de salud. Además, el 93,5 % de las notificaciones provino de áreas urbanas y el 1,7 % se registró en población indígena. La mayoría de los casos se detectaron en los primeros días de vida, concentrándose especialmente entre el primero y el noveno día. Los signos clínicos más frecuentemente reportados incluyeron malformaciones oculares (como cataratas y retinopatía), cardiopatías congénitas (como persistencia del conducto arterioso) y afecciones neurossensoriales como la sordera, además de manifestaciones sistémicas como microcefalia, ictericia, hepatoesplenomegalia y púrpura. Estos hallazgos reflejan la importancia de mantener una vigilancia activa, una notificación oportuna y una cobertura de vacunación elevada, especialmente en mujeres en edad fértil, para prevenir casos de SRC y consolidar la eliminación sostenida de esta enfermedad prevenible por vacunación. (6)

El presente informe tiene como objetivo analizar el comportamiento de los casos sospechosos de SRC describiendo el comportamiento de las variables de interés para el 2024

Materiales y métodos

Se realizó análisis descriptivo retrospectivo a partir de la información de los casos de Síndrome de Rubeola Congénita (SRC) notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila)., las fuentes de información fueron los casos probables notificados por Síndrome de Rubeola Congénita (código 720) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024

La información notificada se sometió a un proceso de depuración de los registros se orientó a la identificación de aquellos que no cumplieran con la definición de caso del evento (ajuste D) y los registros repetidos

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la procedencia del caso, se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial y grupo de edad. Se realizó comparación de proporciones por grupos de edad, estado vacunal y grupos poblacionales. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 276 de 531

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

Indicadores de proceso:

Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome rubéola congénita: Es la capacidad del sistema de vigilancia de SRC, para identificar casos que podrían tener la enfermedad, pero aún no están confirmados..

Numerador: casos notificados como sospechosos de síndrome rubéola congénita.

Denominador: población (anual) reportada por el Departamento Administrativo Nacional de estadística (DANE), correspondiente a los nacimientos ocurridos y reportados (utilizar las poblaciones más actualizadas) Coeficiente de multiplicación: 10000

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila Nacidos vivos según DANE

Porcentaje de casos con muestra adecuada para detección serológica de rubéola: Es la proporción de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita a los cuales se les recolectó muestra de suero sanguíneo para la confirmación de la presencia de anticuerpos IgM contra la rubéola

Numerador: casos sospechosos de SRC con muestra de suero para la detección de anticuerpos IgM contra rubéola.

Denominador: número de casos sospechosos notificados a Sivigila

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila, (datos complementarios del laboratorio), red nacional de laboratorios.

Porcentaje de casos con muestra adecuada para detección molecular de rubéola: Es la proporción de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita a los cuales se les recolectó muestra respiratoria (hisopado nasal, faríngeo o nasofaríngeo) y orina para la confirmación de la presencia del virus de la rubéola.

Numerador: casos con muestra respiratoria adecuada (hisopado nasal, faríngeo o nasofaríngeo) y orina para la detección del virus de la rubéola.

Denominador: número de casos sospechosos notificados a través de Sivigila

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila, (datos complementarios del laboratorio), LDSP, red nacional de laboratorios.

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 277 de 531

Resultados

La base de datos cruda del evento de Síndrome de Rubéola Congénita presentó 4 registros para el año 2024. Tras un proceso de depuración y análisis se identificaron los siguientes detalles:

Registros repetidos: 0

Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 0

Total de registros retirados: 0 (0%)

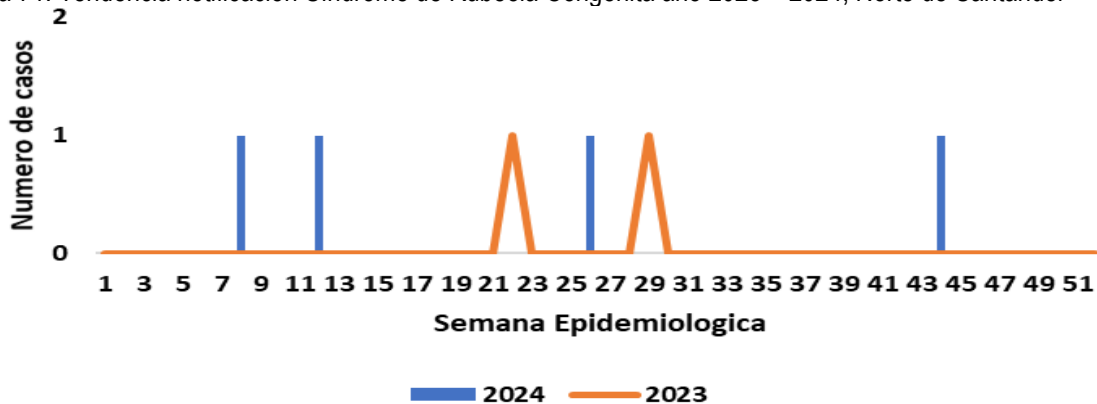
Total de registros utilizados: 4 (100%)

Para el análisis se consideraron 4 casos para la vigilancia integrada del evento presentando un aumento del 50%, de los cuales todos son descartados con ajuste 6 (pruebas de laboratorio negativa)

Análisis de tendencia del evento 2022 - 2024

En el año 2023 se notificaron dos casos sospechosos, que posteriormente fueron descartados, y se ubicaron en las semanas epidemiológicas 22 y 29. En el año 2024, hasta la semana 44, se registraron cuatro casos descartados, distribuidos en las semanas 8, 12, 27 y 44. Esta distribución esporádica y el número reducido de casos en ambos años indican que, si bien persisten las notificaciones de casos con signos compatibles con SRC, ninguno ha sido confirmado. Lo anterior evidencia un funcionamiento adecuado del sistema de vigilancia en salud pública, que continúa activo en la identificación, evaluación y descarte oportuno de casos sospechosos. Además, estos datos refuerzan la importancia de sostener una alta cobertura vacunal en la población susceptible, especialmente en mujeres en edad fértil, como estrategia clave para prevenir la reintroducción del virus de la rubéola y proteger a los recién nacidos frente a esta enfermedad prevenible.

Grafica 71. Tendencia notificación Síndrome de Rubéola Congénita año 2023 – 2024, Norte de Santander



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 278 de 531

Análisis de variables sociales y demográficas

Durante el periodo analizado, la distribución de los casos de Síndrome de Rubeola Congénita muestra un ligero predominio del sexo femenino (75%) frente al masculino (25%). El 100% de casos se presentan en menores de 1 año al ser un evento congénito. En relación con el área de residencia, se observa un predominio de los casos en la cabecera municipal (100%), sin reportes en área rural dispersa ni centros poblados. En cuanto al régimen de afiliación en salud, el 75% de los casos corresponde al régimen subsidiado, y el 25% a no asegurado lo que podría asociarse a condiciones de mayor vulnerabilidad social. Además, el 75% de los casos reportados pertenecen a la categoría "otro" en términos de pertenencia étnica, y el 25% pertenece a la etnia Muinane.

Tabla 124. Casos sospechosos de Síndrome de rubeola congénita según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	Porcentaje
Sexo	Femenino	3	75
	Masculino	1	25
Grupo de edad	Menor de un año	4	100
Área	Cabecera municipal	4	100
	Centro poblado	0	0
	Rural disperso	0	0
Régimen en salud	Subsidiado	3	75
	No asegurado	1	25
	Contributivo	0	0
	Excepción	0	0
	Especial	0	0
	Indeterminado	0	0
Pertenencia étnica	Otro	3	75
	Indígena-Muinane	1	25

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de notificación según entidad territorial de notificación

De los casos de Norte de Santander, la mayor notificación fue realizada por Bogotá con el 75 % (3) de los casos, seguido de Cucuta 25% (1)

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 279 de 531

Tabla 125. Casos sospechosos de Síndrome de Rubeola Congénita según entidad territorial de notificación, Norte de Santander, 2024

Departamento	Entidad Territorial de notificación	Casos	Porcentaje
Bogotá	Fundación Hospital de la misericordia	1	25%
	Hospital Universitario San Ignacio	1	25%
	Unidad de servicios de salud materno infantil	1	25%
Cucuta	Hospital Universitario Erasmo Meoz	1	25%

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de casos notificados según la entidad territorial de procedencia

Según municipio de procedencia, 50 % (2) eran procedentes de Cúcuta, el 25 % (1) de Chitaga y el 25 % (1) de Pamplona

Tabla 126. Casos sospechosos de Síndrome de Rubeola Congénita según entidad territorial de procedencia, Norte de Santander, 2024.

Entidad territorial de procedencia	Casos	Porcentaje
Cucuta	2	50%
Chitaga	1	25%
Pamplona	1	25%

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis según manifestaciones clínicas

En cuanto a las características clínicas de los 4 casos sospechosos de Síndrome de Rubeola Congénita, se evidencio bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, estenosis de la arteria pulmonar, otros síntomas relacionados al corazón, otros síntomas relacionados a otros órganos presentándose un caso en cada signo

Tabla 127. Criterios clínicos de casos probables de Síndrome de Rubeola Congénita, Norte de Santander, 2024

Datos clínicos	Casos	Porcentaje	Datos clinico	Casos	Porcentaje
Bajo peso al nacer	1	25	Oídos		
Pequeño para edad gestacional	1	25	Sordera	0	0
Ojos			Otros organos		
Cataratas	0	0	Otro	1	25
Glaucoma	0	0	Microcefalia	0	0
Retinopatía pigmentaria	0	0	Retraso en el desarrollo	0	0
Otra anomalía ocular	0	0	psicomotor	0	0
Corazón			Purpura	0	0
Estenosis de la arteria pulmonar	1	25	Hepatomegalia	0	0
Otra cardiopatía	1	25	Ictericia al nacer	0	0
Persistencia de conducto arterioso	0	0	Esplenomegalia	0	0
			Osteopatía Radiolúcida	0	0
			Meningoencefalitis	0	0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Cumplimiento de indicadores

Durante el periodo analizado en 2024, se notificaron cuatro casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita (SRC) en la entidad territorial Norte de Santander, lo que corresponde a una tasa de notificación de 2,45 casos por cada 10.000 nacidos vivos. Este indicador refleja una vigilancia activa, aunque con baja incidencia, lo que se alinea con el estatus de eliminación del virus en Colombia.

En cuanto a los indicadores de proceso, se observó un cumplimiento del 100 % en la recolección de muestras de suero para estudios serológicos en todos los casos notificados. Este resultado es positivo y demuestra un adecuado seguimiento de los lineamientos establecidos para el diagnóstico del SRC, permitiendo evaluar la presencia de anticuerpos IgM específicos contra el virus de la rubéola.

Sin embargo, el porcentaje de casos con muestra adecuada para detección molecular del virus fue del 25 %, lo que indica que solo uno de los cuatro casos sospechosos contó con una muestra apta para pruebas de biología molecular. Cabe recalcar que estos tres casos que no presentan muestras no fueron notificados por UPGD de Norte de Santander, estos tres casos fueron reportados por Bogotá, el único caso reportado por Norte de Santander si fueron cargadas al SIVIGILA.

En conjunto, estos indicadores permiten identificar tanto fortalezas como áreas críticas dentro del sistema de vigilancia, destacando la necesidad de seguir reforzando la toma oportuna y adecuada de muestras, particularmente para el análisis molecular, a fin de garantizar un diagnóstico integral y la sostenibilidad del estado de eliminación del SRC en el país.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 281 de 531

Tabla 128. Indicadores de la vigilancia integrada para Síndrome de Rubéola Congénita, Norte de Santander, 2024

Tipo de indicador	Indicador	2024	Resultado
	Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome rubéola congénita	$4 / 18974 * 10000 = 2,10 \times 10000$ habitantes	En la entidad territorial Norte de Santander se notificaron 2,10 casos sospechosos de rubéola congénita por cada 10 000 nacidos vivos
Proceso	Porcentaje de casos con muestra adecuada para detección serológica de rubéola	$4 / 4 * 100 = 100$	Del total de casos notificados, al 100% se le recolectó muestra de suero para SRC
	Porcentaje de casos con muestra adecuada para detección molecular de rubéola	$1 / 4 * 100 = 25$	Del total de casos notificados de SRC, el 25% tienen muestras adecuadas recolectadas para la detección molecular del virus de la rubéola

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión

Durante el 2023, se notificaron al Sivigila dos casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita en Norte de Santander, de los cuales, uno fue eliminado por duplicidad y el restante fue descartado por laboratorio. En contraste, en 2024 se evidenció un incremento del 50 % en los registros, con cuatro casos notificados, todos ellos igualmente descartados por pruebas de laboratorio. Este aumento en la cantidad de notificaciones podría atribuirse a un fortalecimiento de la vigilancia activa y a una mayor sensibilización en la detección de signos compatibles con el SRC

La distribución temporal de los casos en 2023 fue limitada a las semanas epidemiológicas 22 y 29, mientras que en 2024 los casos se presentaron de manera más dispersa a lo largo del año (semanas 8, 12, 27 y 44). Esta tendencia indica un comportamiento esporádico y de baja incidencia, consistente con el mantenimiento del estado de eliminación del virus de la rubéola en Colombia.

En ambos años (2023 y 2024) no se reportaron casos de mortalidad asociados al SRC, lo cual es un hallazgo positivo que refuerza la efectividad de las estrategias de vacunación y vigilancia.

La tasa de notificación para 2023 fue de 0,4 casos por 10.000 nacidos vivos, no alcanzando la meta nacional (>1). En contraste, en 2024, la tasa aumentó significativamente a 2,45 por 10.000 nacidos vivos, superando ampliamente la meta, lo que evidencia una mejora importante en la notificación del evento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 282 de 531

Además, en 2024 se logró el 100 % de recolección de muestras de suero para serología en los casos sospechosos, lo cual representa un avance en la calidad del proceso de vigilancia respecto al año anterior. Sin embargo, se observó una oportunidad de mejora en la toma de muestras para pruebas de biología molecular, con un cumplimiento del 25 %.

En 2023, el único caso reportado correspondió a un menor masculino de 2 meses, nacionalidad colombiana y perteneciente a la etnia "otro". En 2024, el análisis social y demográfico reflejó un predominio del sexo femenino (75 %), todos menores de 1 año, principalmente residentes de la cabecera municipal (100 %), y en su mayoría afiliados al régimen subsidiado (75 %), indicando condiciones de vulnerabilidad social.

Respecto a las manifestaciones clínicas, en 2024 los casos presentaron signos como bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, estenosis de la arteria pulmonar, y alteraciones cardíacas y de otros órganos, reafirmando la importancia del enfoque clínico integral en la identificación de sospechosos de SRC.

En 2024, la notificación territorial mostró que Bogotá reportó el 75 % de los casos de Norte de Santander, y Cúcuta el 25 %, reflejando el flujo y movilidad poblacional en la región. En términos de procedencia, los casos provenían principalmente de Cúcuta (50 %), Chitagá (25 %) y Pamplona (25 %).

Conclusiones

Durante el año 2024, hasta la semana epidemiológica 44, se notificaron cuatro casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita (SRC) en el departamento de Norte de Santander, los cuales fueron descartados por laboratorio. La ausencia de casos confirmados durante este periodo mantiene a Colombia dentro del estatus de eliminación del virus, y refleja un sistema de vigilancia en salud pública que permanece activo, sensible y eficaz en la detección oportuna de casos sospechosos.

La tasa de notificación departamental alcanzó un valor de 2,45 por cada 10.000 nacidos vivos, superando la meta nacional establecida de más de 1 por cada 10.000. Este resultado representa una mejora frente a la tasa registrada en 2023, la cual fue de 0,4 por 10.000 nacidos vivos. Esto sugiere un incremento en la capacidad de detección del sistema de vigilancia y una mayor cobertura en la identificación de posibles casos, especialmente en áreas con mayor concentración poblacional.

En relación con los indicadores de proceso, se observó un cumplimiento del 100 % en la recolección de muestras adecuadas para detección serológica, lo que demuestra un adecuado seguimiento de los protocolos establecidos para la confirmación del evento. No obstante, el porcentaje de muestras adecuadas para diagnóstico molecular fue del 25 %, evidenciando la necesidad de fortalecer la calidad de la toma de muestras para estudios moleculares, fundamentales para una confirmación diagnóstica más precisa en situaciones clínicas complejas.

Desde el punto de vista sociodemográfico, todos los casos correspondieron a menores de un año, como es de esperarse en una enfermedad congénita. Se registró un predominio del sexo femenino (75 %) y del área urbana (100 %). En cuanto al régimen de afiliación en salud, el 75 % de los casos se encontraban en el régimen subsidiado y el 25 % no estaban asegurados, lo que podría indicar una mayor vulnerabilidad social en las poblaciones afectadas. Además, el 25 % de los casos pertenecía a la etnia indígena Muinane.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 283 de 531

Respecto a la entidad territorial de notificación, tres de los cuatro casos (75 %) fueron notificados por instituciones ubicadas en Bogotá, y uno (25 %) desde Cúcuta. No obstante, en cuanto al lugar de procedencia, los casos se originaron en su totalidad en municipios del departamento de Norte de Santander: Cúcuta (50 %), Chitagá (25 %) y Pamplona (25 %), lo que refleja un adecuado flujo de referencia y notificación interinstitucional.

Recomendaciones

La ET deben mantener la notificación activa de casos sospechosos de SRC, en especial aquellas que no cumplieron con la tasa de notificación durante 2023.

Las ET deben proporcionar formación continua a los profesionales de salud sobre el reconocimiento clínico del SRC, las pautas de reporte y la importancia de la vacunación.

La ET deben generar estrategias de sensibilización dirigidas a la población general, especialmente a las mujeres en edad fértil, sobre los riesgos de la rubéola y la importancia de la vacunación.

Los profesionales de salud y vigilancia deben revisar el protocolo y lineamientos de SRC.

Es fundamental seguir monitoreando y apoyando a todas las ET para asegurar un cumplimiento homogéneo de la notificación de casos sospechosos de SRC.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Rubella – Key facts [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 abr 21]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rubella>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global Rubella Vaccination [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [citado 2025 abr 21]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/global-rubella-vaccination/why/index.html>
3. CDC. Rubella: Data & Statistics [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [citado 2025 abr 21]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/global-rubella-vaccination/data-research/facts-stats/index.html>
4. CDC. Progress Toward Rubella Elimination — Worldwide, 2012–2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023;73(8). Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7308a2.htm>
5. Organización Panamericana de la Salud. Rubéola - OPS/OMS [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 21]. Disponible en: [https://www.paho.org/es/temas/rubeola​;contentReference\[oaicite:11\]{index=11}](https://www.paho.org/es/temas/rubeola​;contentReference[oaicite:11]{index=11})
6. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Síndrome de rubéola congénita, periodo epidemiológico XII de 2024 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [citado 2025 abr 21]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/SINDROME%20DE%20RUB%C3%89OLA%20CONG%C3%89NITA%20PE%20XII%202024.pdf>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 284 de 531

Tétanos Accidental

Introducción

El tétanos es una enfermedad aguda y potencialmente mortal que aún representa un desafío para la salud pública, especialmente en comunidades con acceso limitado a servicios de vacunación y atención médica oportuna. Esta infección no se transmite de persona a persona, sino que se adquiere cuando las esporas de la bacteria *Clostridium tetani* —comúnmente presentes en el suelo, excrementos de animales y en objetos contaminados como clavos, alambres o herramientas oxidadas— ingresan al organismo a través de heridas, quemaduras, mordeduras, fracturas abiertas o procedimientos quirúrgicos realizados con retraso. Una vez dentro del cuerpo, la bacteria produce una toxina que afecta el sistema nervioso, generando rigidez muscular, espasmos intensos y, en casos graves, complicaciones respiratorias o incluso la muerte. (2)

Aunque es completamente prevenible mediante vacunación, el tétanos persiste en grupos poblacionales con esquemas de inmunización incompletos o inexistentes. En muchos países, especialmente en América Latina, la enfermedad ha disminuido gracias a programas de vacunación sistemática, pero sigue apareciendo de forma esporádica, sobre todo en adultos mayores y trabajadores rurales. Por esta razón, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia lanzó en mayo de 2024 el Plan Nacional de Eliminación y Erradicación de Enfermedades Transmisibles, una estrategia integral orientada a reforzar la prevención, vigilancia, vacunación y tratamiento oportuno de enfermedades como el tétanos, con el fin de proteger a toda la población, especialmente a los más vulnerables. (2)

A nivel global, en 2023 se reportaron 21,869 casos, un aumento notable frente a los 6,705 casos notificados en 2022. Aunque se ha logrado un avance significativo en la reducción del tétanos neonatal —con una disminución del 97% en las muertes desde 1988— aún se estiman alrededor de 25,000 fallecimientos anuales en recién nacidos. La cobertura mundial de vacunación con las tres dosis de la vacuna DTP (difteria, tétanos y tos ferina) alcanzó el 84% en 2023. (3)

En la Región de las Américas, el tétanos ha experimentado una disminución significativa en su incidencia gracias a los programas de vacunación, aunque persisten desafíos. En 2023, la cobertura de la tercera dosis de la vacuna DTP (difteria, tétanos y tos ferina) alcanzó el 86%, superando los niveles previos a la pandemia en 2019. Sin embargo, aún se estima que alrededor de 1,1 millones de niños menores de un año no recibieron ninguna dosis de esta vacuna, lo que los deja vulnerables a enfermedades prevenibles como el tétanos. En países como México, se notificaron 26 casos de tétanos en 2023, con una mayor incidencia en hombres. (1)

En Colombia, entre 2014 y 2022, se confirmaron 24 casos de tétanos neonatal, con un promedio anual de 3 casos por cada 1,000 nacidos vivos; en 2023, no se presentaron casos. Estos datos reflejan la importancia de mantener y fortalecer los programas de inmunización y vigilancia epidemiológica para prevenir el resurgimiento del tétanos en la región

Teniendo en cuenta el boletín epidemiológico para el evento publicado por el Instituto Nacional de Salud, en el año 2024 se notificaron 20 casos confirmados de tétanos accidental en Colombia, lo que representa una disminución del 20% en comparación con el año anterior. La incidencia registrada fue de 0,038 casos por cada 100.000

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 285 de 531

habitantes. Del total de casos, el 70,1% correspondió a personas de sexo masculino, el 50% se presentó en zonas urbanas (cabeceras municipales) y el 65% de los afectados estaban afiliados al régimen subsidiado de salud. Además, el 90% de los pacientes requirió hospitalización. En cuanto a los indicadores del evento, no se registraron casos en menores de cinco años ni en menores de un año, y se logró una investigación oportuna en el 90% de los casos. (5)

El objetivo de este informe es analizar y evaluar la situación epidemiológica del tétanos en el departamento Norte de Santander, proporcionando una visión detallada de la incidencia y distribución de los casos. Este informe pretende identificar las tendencias de la enfermedad, y ofrecer recomendaciones basadas en los datos recopilados para mejorar las estrategias de prevención y control del tétanos, con el fin de reducir la incidencia y el impacto de la enfermedad en la población.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en salud Pública (Sivigila) correspondientes al departamento de Norte de Santander, las fuentes de información fueron los notificados para tétanos accidental (código 760) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024. La información notificada se sometió a un proceso de depuración realizando la validación de los datos, se eliminaron registros repetidos o duplicados, se identificaron los casos con ajuste D (error de digitación) y ajuste 6 (descartado), se realizó validación de las variables tipo de caso y ajuste las cuales deben ser 2 probable o 4 confirmado por clínica en TA.

Para el análisis de la información se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial de procedencia. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

-Proporción de casos investigados oportunamente: Evalúa el tiempo transcurrido entre la notificación de un caso probable de TA y la oportunidad en la investigación epidemiológica de este por el personal operativo local. Numerador: casos con investigación epidemiológica de campo oportuna. (7 días desde la notificación).

Denominador: Casos notificados en Sivigila para el periodo evaluado.

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente de información: Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila – IEC

-Proporción de incidencia de tétanos accidental: Se define como los casos nuevos de una enfermedad que se desarrolla en una población durante un período de tiempo determinado

Numerador: casos nuevos de tétanos accidental notificados en el período.

Denominador: población expuesta al riesgo de enfermar por esa causa en el período (población general, población menor de cinco años, población menor de un año, nacidos vivos > 29 días).

Coeficiente de multiplicación: 100000

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 286 de 531

Fuente de información: Sistema Nacional de Vigilancia, Siviigila Población por grupos de edad, zona y sexo, censo y proyecciones de población DANE.

Consideraciones éticas

El presente informe presenta un análisis sin riesgo de acuerdo con la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Siviigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

Resultados

La base cruda del evento presento 4 registros para el año 2024. Tras un proceso de depuración se identificaron los siguientes detalles:

Registros repetidos: 1 (25%)

Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 0 (0%)

Registros descartados (ajuste 6): 0 (0%)

Total de registros retirados: 1 (25%)

Total registros utilizados: 3 (75%)

Quedando 3 registros para realizar el análisis del evento

Análisis de variables sociales y demográficas

Con relación a las variables demográficas de los casos notificados en el departamento de Norte de Santander durante el 2024, el 100 % (3) correspondía al sexo masculino, el 66,7 % (2) se registró con nacionalidad colombiana; el 66,7 % (2) residían en centros poblados. El 33,3% (1) se encontraba con aseguramiento en salud en el régimen subsidiado, de igual manera 1 (33,3) en régimen contributivo y 1 caso (33,3) no cuenta con afiliación y el 100% (3) se autorreconoce como otro en relación a la pertenencia étnica.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 287 de 531

Tabla 129. Casos notificados por Tétanos Accidental según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Variables	Categorías	Total	Porcentaje
Sexo	Masculino	3	100,0
	Femenino	0	0,0
Nacionalidad	Colombia	2	66,7
	Venezuela	1	33,3
Área	Centro poblado	2	66,7
	Cabecera municipal	1	33,3
	Rural disperso	0	0,0
Aseguramiento	Subsidiado	1	33,3
	Contributivo	1	33,3
	No afiliado	1	33,3
	Excepción	0	0,0
	Indeterminado	0	0,0
Pertenencia étnica	Otro	3	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Notificación según municipio de procedencia

Según municipio de procedencia La Esperanza, Pamplona y Puerto Santander presentaron 1 caso cada uno (33,3%).

Tabla 130. Casos notificados por Tétanos Accidental según entidad territorial de procedencia, Norte de Santander, 2024

Municipio de procedencia	Casos	Porcentaje
La Esperanza	1	33,3
Pamplona	1	33,3
Puerto Santander	1	33,3
Total	3	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 288 de 531

Análisis según manifestaciones clínicas

En cuanto a las características clínicas de los 3 casos de tétanos accidental, el 100 % (3) presentó contracciones musculares, el 66,7 % (2) imposibilidad para mover la boca/ hablar, rigidez en músculos abdominales, espasmos generalizados, rigidez de nuca y opistótonos y el 33,3% (1) presento dolor de cuello, afectación de nervios craneales y tismus, y finalmente ningún caso presento dolor de garganta, disfagia y convulsiones.

Tabla 131. Datos clínicos presentados en casos notificados para Tétanos Accidental, Norte de Santander, 2024

Datos Clínicos	Si	Porcentaje
Contracciones musculares	3	100,0
Imposibilidad para hablar la boca/ hablar	2	66,7
Rigidez en músculos abdominales	2	66,7
Espasmos generalizados	2	66,7
Rigidez de nuca	2	66,7
Opistótonos	2	66,7
Afectación nervios craneales	1	33,3
Tismus	1	33,3
Dolor de cuello	1	33,3
Dolor de garganta	0	0,0
Disfagia	0	0,0
Convulsiones	0	0,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Cumplimiento de indicadores

En relación al análisis del indicador “proporción de casos investigados oportunamente” se evidencia que, de los 3 casos notificados para tétanos accidental, 2 (66,6%) presentan Investigación Epidemiológica de Campo efectiva, sin embargo 1 caso (33,3%) presenta IEC no efectiva ya que no fue posible establecer comunicación con el usuario notificado.

La incidencia de tétanos accidental en Puerto Santander es de 10,1, en La Esperanza es de 7,6 y en Pamplona es de 1,8 por 100000 habitantes en población en general, para menores de 5 años y menores de 1 año es 0, ya que no se han presentado casos

Tabla 132. Proporción de incidencia en población general, menores de 5 años y menores de 1 años en casos notificados para Tétanos Accidental, Norte de Santander, 2024

Municipio de procedencia	Casos	Incidencia
Puerto Santander	1	10,1
La Esperanza	1	7,6
Pamplona	1	1,8

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 289 de 531

Discusión

Al analizar los casos de tétanos accidental notificados en el departamento de Norte de Santander durante los años 2023 y 2024, se pueden identificar tanto similitudes como diferencias relevantes en cuanto a las características demográficas y condiciones de los afectados. En 2023, se notificaron tres casos, de los cuales el 66,7 % correspondía al sexo masculino, mientras que en 2024 los tres casos reportados fueron exclusivamente hombres (100 %), lo que evidencia una posible tendencia hacia un mayor riesgo en la población masculina, posiblemente relacionado con exposiciones ocupacionales o actividades de mayor riesgo.

Respecto a la nacionalidad, todos los casos de 2023 eran colombianos, mientras que en 2024 solo el 66,7 % tenía esta nacionalidad. En cuanto a la pertenencia étnica, en ambos años el 100 % de los casos se autorreconoció como “otro”, lo cual puede indicar una baja representación o falta de registro de pertenencia a grupos étnicos específicos.

Una diferencia importante entre los dos años es la distribución geográfica de los casos: en 2024, el 66,7 % de los casos residía en centros poblados, dato no reportado en el año anterior, lo cual aporta información adicional sobre el contexto territorial de la enfermedad. También se observa una mayor diversidad en el aseguramiento en salud durante 2024, con un caso en régimen subsidiado, uno en contributivo y uno sin afiliación, reflejando distintos niveles de acceso al sistema de salud.

Finalmente, es relevante mencionar que en 2023 ninguno de los casos requirió hospitalización, mientras que en 2024 2 (66,6%) casos estuvieron hospitalizados y 1 caso presenta condición final “fallecido”.

Conclusiones

Todos los casos notificados en 2024 en Norte de Santander correspondieron a hombres, lo que podría estar relacionado con mayor exposición a factores de riesgo, especialmente ocupacionales.

Los casos se presentaron de forma dispersa en tres municipios distintos (La Esperanza, Pamplona y Puerto Santander), sin evidencia de un foco o conglomerado específico

Se identificaron casos en todos los regímenes (subsidiado, contributivo y no afiliado), lo que indica desigualdades en el acceso al sistema de salud y posibles brechas en prevención y atención.

El 100 % de los casos presentaron contracciones musculares, mientras que dos de ellos mostraron signos más graves como rigidez muscular, espasmos y opistótonos.

La incidencia de tétanos accidental en la población general fue extremadamente baja (0,0001 por 100.000 habitantes), y no se reportaron casos en menores de cinco ni de un año.

Aunque dos de los tres casos contaron con una investigación epidemiológica oportuna, uno no pudo ser completado por falta de contacto con el usuario, lo que resalta la necesidad de mejorar los mecanismos de seguimiento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 290 de 531

A pesar del bajo número de casos, la presencia de esta enfermedad prevenible refleja la importancia de mantener y fortalecer los programas de vacunación, educación en salud y vigilancia epidemiológica continua.

Recomendaciones

Promover el diligenciamiento completo de los formularios de notificación (datos demográficos, clínicos, fecha de inicio, etc.) y evitar omisiones

Realizar seguimiento periódico a las unidades notificadoras y brindar retroalimentación sobre errores frecuentes o indicadores de calidad del dato

El Programa Ampliado de inmunizaciones debe seguir fortaleciendo las coberturas de vacunación contra el tétanos, teniendo en cuenta la población objeto.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos técnicos para la vigilancia epidemiológica del tétanos accidental 2024. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_t%C3%A9tanos%20accidental%202024.pdf
2. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: Tétanos accidental 2023. [Internet]. 2023 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/TETANOS%20ACCIDENTAL%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Casos reportados de tétanos y su incidencia global. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/tetanus-reported-cases-and-incidence?CODE=Global&DISEASE=TTETANUS&YEAR=>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tétanos: Ficha informativa. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tetanus?utm_source=
5. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: Tétanos accidental PE XII 2024. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/TETANOS%20PE%20XII%202024.pdf>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 291 de 531

Tétanos Neonatal

Introducción

El tétanos neonatal (TN) es una enfermedad infecciosa aguda de alta letalidad que continúa siendo un importante problema de salud pública en contextos con limitada cobertura en salud materno-infantil. Esta infección se produce por la acción de la toxina tetánica (tetanospasmina), liberada por la bacteria *Clostridium tetani*, la cual invade el organismo del recién nacido principalmente a través del cordón umbilical cuando se utilizan prácticas inadecuadas durante o después del parto. A pesar de ser prevenible mediante intervenciones simples como la vacunación de la madre con toxoide tetánico y el cuidado higiénico del muñón umbilical, su impacto sigue siendo grave en regiones donde el acceso a servicios de salud es deficiente.

El TN se caracteriza clínicamente por rigidez muscular generalizada y espasmos intensos, especialmente en la región mandibular y cervical, apareciendo generalmente entre el segundo y el décimo cuarto día de vida. Sin tratamiento médico, la tasa de letalidad puede alcanzar el 100 %, lo que convierte a esta enfermedad en una de las causas evitables más trágicas de mortalidad neonatal. Su diagnóstico se basa en la evaluación clínica e historial de exposición a prácticas no seguras durante el parto o el manejo del cordón umbilical.

A nivel mundial, el tétanos neonatal (TN) ha registrado un importante descenso en las últimas décadas. En 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba 787,000 muertes por TN al año, principalmente en países con servicios de salud limitados y sin acceso a vacunas ni atención obstétrica adecuada. Gracias a campañas mundiales de inmunización con toxoide tetánico para mujeres en edad fértil y la promoción de prácticas limpias en el parto, esta cifra disminuyó en un 96%, registrando cerca de 34,000 muertes en 2015. Aunque este avance ha sido significativo, el TN aún representa una amenaza en zonas rurales de África subsahariana y el sudeste asiático, donde persisten condiciones sanitarias deficientes y bajas coberturas de vacunación. La OMS continúa priorizando la eliminación del TN como una meta de salud pública global a través de su Iniciativa de Eliminación del Tétanos Materno y Neonatal (ETMN) [2].

En la Región de las Américas, la eliminación del tétanos materno y neonatal (ETMN) fue oficialmente alcanzada en 2017 con la validación en Haití, último país pendiente. La eliminación se define como la reducción sostenida de casos a una tasa menor de un caso por cada 1,000 nacidos vivos en cada distrito. Este logro fue posible mediante intervenciones integradas como: la vacunación sistemática de mujeres en edad fértil (especialmente embarazadas), campañas de inmunización suplementaria en zonas de alto riesgo, vigilancia epidemiológica activa y la implementación de prácticas de parto limpio. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) resalta la necesidad de mantener coberturas de vacunación materna por encima del 95% y monitoreo continuo para evitar reemergencias, especialmente en contextos migratorios o de crisis humanitarias [3,4].

En Colombia, el tétanos neonatal ha sido eliminado como problema de salud pública, de acuerdo con los estándares regionales de la OPS. El país ha implementado estrategias efectivas, como la vacunación sistemática de mujeres embarazadas y en edad fértil, vigilancia epidemiológica bajo el sistema SIVIGILA, así como programas de educación sobre prácticas de parto higiénicas. Según informes del Instituto Nacional de Salud (INS), entre 2010 y 2023 se reportaron menos de cinco casos por año, y en algunos años se alcanzó una notificación cero,

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 292 de 531

manteniéndose por debajo del umbral de eliminación (<1 caso por cada 1,000 nacidos vivos en cada municipio). Aunque los boletines oficiales de 2024 aún están en consolidación, no se han registrado alertas ni brotes asociados a TN hasta la fecha [5].

El objetivo del presente informe es describir los resultados de la vigilancia epidemiológica del tétanos neonatal en Colombia durante el 2024, con el objetivo de caracterizar los casos en el país que permitan orientar estrategias de prevención, vigilancia y control del evento.

Materiales y métodos

Se realizó análisis descriptivo retrospectivo a partir de la información de los casos de tétanos neonatal notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila)., las fuentes de información fueron los casos notificados por tétanos neonatal (código 770) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024

La información notificada se sometió a un proceso de depuración de los registros se orientó a la identificación de aquellos que no cumplieran con la definición de caso del evento (ajuste D), ajuste 7 y los registros repetidos

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la procedencia del caso, se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial y grupo de edad. Se realizó comparación de proporciones por grupos de edad, estado vacunal y grupos poblacionales. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

Indicadores de proceso:

Oportunidad en la notificación de casos de TN: Mide el promedio de días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso a Sivigila.

Numerador: casos con notificación inmediata

Denominador: total de casos notificados

Fuente: Reporte por semana epidemiológica al Sivigila según entidad territorial. Las variables utilizadas son: fecha de consulta y fecha de notificación de datos básicos para TN.

Oportunidad en la investigación de campo en menos de 8 días: Evalúa el tiempo transcurrido entre la notificación de un caso probable de TN y la investigación de este por el personal operativo local.

Numerador: casos con investigación en los primeros siete días a partir de la fecha de notificación a Sivigila.

Denominador: casos probables notificados a Sivigila.

Coefficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia, Sivigila. Informe de investigación de campo.

Indicadores de impacto:

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 293 de 531

Proporción de incidencia para tétanos neonatal: Proporción de incidencia para tétanos neonatal

Numerador: casos nuevos de tétanos neonatal notificados en el periodo.

Denominador: población expuesta al riesgo de enfermar por tétanos neonatal en el periodo (nacidos vivos).

Coefficiente de multiplicación: 1000

Fuente: Archivos planos Población por grupos de edad, zona y sexo, censo Población DANE nacidos vivos (anual).

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

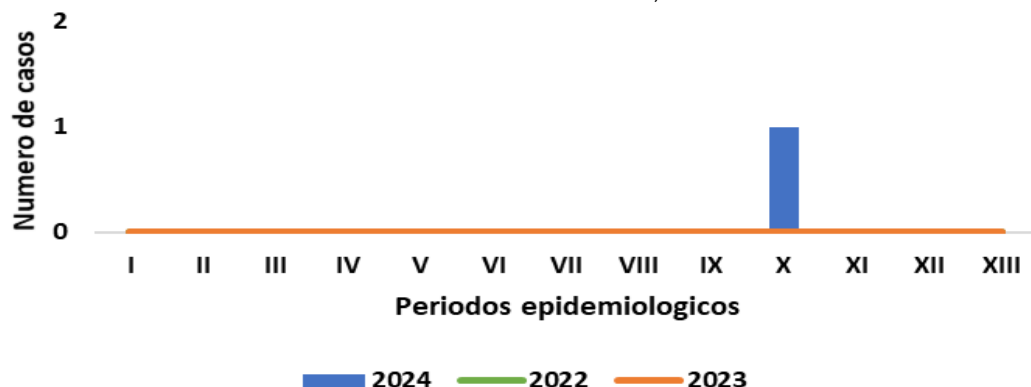
Resultados

La base de datos cruda del evento de Tetanos Neonatal presento 1 registros para el año 2024. El cual fue considerado para realizar revisión y análisis del mismo

Comportamiento de la notificación

En el año 2022 y 2023 no se notificaron casos de tétanos neonatal, en el departamento de Norte de Santander, sin embargo, en el año 2024 si se registró un caso el cual fue ingresado en el periodo epidemiológico 10

Grafica 72. Tendencia notificación Tétanos Neonatal año 2022 – 2024, Norte de Santander



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 294 de 531

Análisis de casos notificados según la entidad territorial de procedencia

El caso fue notificado por la Clínica Medical Duarte, perteneciente al municipio de Cucuta

Tabla 133. Casos notificados por Tétanos Neonatal según entidad territorial de procedencia, Norte de Santander, 2024

Entidad territorial de procedencia	Casos	Porcentaje
Cucuta	1	100%

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de variables sociales y demográficas

Respecto a las variables sociales y demográficas del caso se evidencia que pertenece al sexo femenino, de 4 días de nacida. con afiliación en salud al régimen subsidiado, residente en la cabecera municipal,

Análisis de manifestaciones clínicas

No se evidencia presencia de signos y síntomas referente a la manifestación del tétano neonatal en el caso notificado

Tabla 134. Manifestaciones clínicas del caso notificado por Tétanos Neonatal, Norte de Santander, 2024

Signos y Sintomas	Si/No
Fontanela abonbada	No
Rigidez en la nuca	No
Trismus	No
Convulsiones	No
Espasmos	No
Contracciones	No
Opistotonos	No
Llanto Excesvo	No
Sepsis umbilical	No

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 295 de 531

Cumplimiento de indicadores

El análisis de los indicadores de proceso, se evidencia que el caso no se notificó de manera oportuna, sin embargo, la IEC si fue realizada correctamente (100%), respecto a los indicadores de impacto para el tétanos neonatal en el año 2024 muestra una incidencia en recién nacidos vivos de 0,05

Tabla 135. Indicadores de la vigilancia integrada para Tétanos Neonatal, Norte de Santander, 2024

Tipo de indicador	Indicador	2024	Resultado
Proceso	Oportunidad en la notificación de casos de TN	$0 / 1 = 0$	Del total de casos notificados para TN 0% fueron notificados inmediatamente.
	Oportunidad en la investigación de campo en menos de 8 días	$1 / 1 * 100 = 100$	Del total de casos notificados para TN, el 100 % fue investigado oportunamente
Impacto	Proporción de incidencia para tétanos neonatal	$1 / 18974 * 1000 = 0,05$	En el año 2024 se notificaron 0,05 casos nuevos de TN por cada 1 000 nacidos vivos.

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión

Respecto a lo evidenciado en el 2023, no se presentaron casos, mientras que, en el 2024 si se notificó un caso para el departamento de Norte de Santander

En el análisis de los datos disponibles para 2023, se observa que no se presentaron casos de tétanos neonatal en Colombia, lo que refuerza la tendencia de eliminación continua del tétanos neonatal como problema de salud pública en el país. Este logro es un testimonio del éxito de las intervenciones sanitarias implementadas en los últimos años, como la vacunación materna con toxoide tetánico, la mejora de las prácticas de parto limpio y los esfuerzos sostenidos para garantizar la cobertura de los servicios de salud en áreas rurales y urbanas. La ausencia de casos en 2023 se alinea con los reportes previos de la región, donde se ha observado una tendencia de disminución constante de los casos en la última década.

Al comparar esta ausencia de casos con los informes de años anteriores, es evidente que las estrategias implementadas desde el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han sido efectivas en reducir la incidencia del tétanos neonatal. Por ejemplo, en años previos, a pesar de que los casos de tétanos neonatal fueron reportados a niveles bajos, se mantenía una vigilancia activa debido a la persistencia de factores de riesgo en ciertas zonas. La mejora de la infraestructura sanitaria, como la capacitación de profesionales de salud y el acceso a atención obstétrica adecuada, ha sido un factor clave en la eliminación del TN.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 296 de 531

Además, la infraestructura sanitaria en el país ha experimentado una notable mejora en términos de acceso a atención prenatal y el fortalecimiento de las redes de salud locales. A medida que las unidades de salud en áreas rurales han incrementado su capacidad de ofrecer servicios de parto asistido y atención neonatal de calidad, se ha reducido significativamente la exposición de las mujeres embarazadas y los recién nacidos a condiciones de riesgo para el tétanos neonatal. Las estrategias de vacunación han alcanzado una cobertura nacional superior al 95%, contribuyendo a la inmunización efectiva de las madres y reduciendo el riesgo de transmisión del tétanos durante el parto.

Comparando con situaciones de años anteriores, como 2020 y 2021, donde se reportaron algunos casos aislados en áreas específicas con baja cobertura de vacunación y condiciones sanitarias deficientes, la ausencia de casos en 2023 es un reflejo directo de los esfuerzos continuos por mejorar la cobertura de vacunación y la educación en salud comunitaria. En aquellos años, las condiciones de infraestructura deficiente, especialmente en zonas rurales de difícil acceso, seguían siendo un desafío. A pesar de ello, las políticas de intervención rápida y respuestas inmediatas ante cualquier brote fueron efectivas para contener el riesgo.

Es importante destacar que la continuidad de estas políticas de salud pública, especialmente en áreas más vulnerables, es fundamental para asegurar que la eliminación del tétanos neonatal no solo sea sostenida, sino también ampliada a nuevas regiones con factores de riesgo potenciales. Aunque no se presentaron casos en 2023, la vigilancia debe mantenerse activa para prevenir cualquier brote o reemergencia en zonas con menos cobertura de salud. La infraestructura sanitaria, como las unidades móviles de salud y los programas de educación comunitaria, deben seguir siendo parte integral de la estrategia para mantener este logro.

El tétanos neonatal ha sido eliminado como problema de salud pública en muchas regiones del mundo, incluido Colombia, gracias a las intervenciones efectivas, como la vacunación materna con toxoide tetánico y la mejora en las prácticas de parto limpio. En Colombia, este avance se ha reflejado en la ausencia de casos en 2023, lo cual confirma la efectividad de las estrategias de salud pública implementadas en los últimos años.

Conclusiones

El tétanos neonatal ha sido eliminado como problema de salud pública en muchas regiones del mundo, incluido Colombia, gracias a las intervenciones efectivas, como la vacunación materna con toxoide tetánico y la mejora en las prácticas de parto limpio. En Colombia, este avance se ha reflejado en la ausencia de casos en 2023, lo cual confirma la efectividad de las estrategias de salud pública implementadas en los últimos años.

A nivel mundial, las tasas de mortalidad por tétanos neonatal han disminuido dramáticamente, con una reducción de más del 96% desde 1988. Este descenso ha sido el resultado de un enfoque integral que incluye campañas de inmunización, educación en salud comunitaria y el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria en áreas rurales y marginadas, donde históricamente se concentraban los casos.

Aunque se ha logrado la eliminación en varias regiones, persisten algunos desafíos, especialmente en zonas rurales o en áreas con desigualdades en el acceso a servicios de salud. Las coberturas de vacunación deben mantenerse superiores al 95% para evitar cualquier reemergencia del tétanos neonatal. Además, la vigilancia epidemiológica continua es crucial para detectar posibles casos y evitar brotes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 297 de 531

La vigilancia epidemiológica debe mantenerse activa y ser fortalecida, especialmente en zonas de difícil acceso, para garantizar que el tétanos neonatal siga siendo eliminado. A pesar de la ausencia de casos en 2023, la vigilancia debe incluir el monitoreo de la calidad de los servicios de salud, la cobertura de vacunación y las condiciones de parto.

Recomendaciones

Es crucial mantener un sistema de vigilancia epidemiológica activa que permita la notificación inmediata de cualquier caso sospechoso o confirmado de tétanos neonatal

El monitoreo de la cobertura de vacunación materna es esencial para prevenir nuevos casos de tétanos neonatal

La educación comunitaria debe ser una parte fundamental de la estrategia de vigilancia. Asegurarse de que las comunidades estén informadas sobre las prácticas de parto limpio y la importancia de la vacunación contribuirá a la prevención del tétanos neonatal.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Lineamientos técnicos para la vigilancia en salud pública del tétanos neonatal 2024 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [cited 2025 Apr 20]. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_t%C3%A9tanos%20neonatal%202024.pdf
2. World Health Organization. Neonatal tetanus: Vaccine-preventable diseases surveillance standards [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/vaccine-preventable-diseases-surveillance-standards-neonatal-tetanus>
3. Pan American Health Organization. Region of the Americas eliminates maternal and neonatal tetanus [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2017 Sep 21 [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://www.paho.org/en/news/21-9-2017-region-americas-eliminates-maternal-and-neonatal-tetanus>
4. Pan American Health Organization. Maternal and neonatal tetanus elimination in Latin America and the Caribbean: Field guide [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2017 [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/maternal-and-neonatal-tetanus-elimination-latin-america-and-caribbean-field-guide>
5. Instituto Nacional de Salud. Boletines epidemiológicos semanales 2023-2024 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [cited 2024 Apr 20]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Boletines-Epidemiologicos.aspx>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 298 de 531

Tos Ferina

Introducción

La tos ferina es una enfermedad respiratoria aguda, altamente contagiosa, que continúa representando un problema relevante de salud pública, a pesar de ser inmunoprevenible. Afecta a personas de todas las edades, aunque los recién nacidos y lactantes son los más vulnerables, con una elevada morbilidad en este grupo.

El agente causal es *Bordetella pertussis*, un cocobacilo Gramnegativo exclusivo del ser humano como reservorio y huésped. Esta bacteria se aloja de forma transitoria en la nasofaringe y posee múltiples productos antigénicos biológicamente activos, como la toxina pertussis (PT), hemaglutinina filamentosa (FHA), adenilato ciclasa, pertactina, citotoxina traqueal y aglutinógenos. Estos elementos están directamente relacionados con las manifestaciones clínicas características de la enfermedad. (1)

La transmisión ocurre de persona a persona, por contacto directo con secreciones respiratorias, especialmente a través de gotas expulsadas al toser o estornudar. La fase catarral es la más contagiosa, y en ausencia de tratamiento, el periodo de transmisibilidad puede extenderse hasta tres semanas. Con antibióticos, este se reduce a aproximadamente cinco días. La tasa de ataque en contactos susceptibles se estima entre el 80 % y 100 %. (1)

El cuadro clínico varía según la edad y el estado inmunológico del paciente. En general, los síntomas más frecuentes incluyen tos paroxística (75 %) y tos emetizante (55 %). La enfermedad suele evolucionar en tres fases:

Fase catarral (1–2 semanas): síntomas inespecíficos similares a los de un resfriado común. Es el periodo de mayor contagiosidad.

Fase paroxística (1–6 semanas o más): se caracteriza por accesos intensos de tos seguidos de inspiración forzada (estridor), vómitos post-tos y marcada astenia.

Fase de convalecencia (2–3 semanas): disminución progresiva de los síntomas, con recuperación gradual.

En lactantes, pueden presentarse episodios de apnea y cianosis, incluso sin tos evidente. En adolescentes y adultos, la presentación puede ser más leve, predominando la tos persistente por varias semanas. (1)

El resurgimiento de la tos ferina se asocia a diversos factores, como los cambios antigénicos en la bacteria, el diagnóstico tardío, el uso limitado de profilaxis postexposición y la disminución de la inmunidad a lo largo del tiempo, tanto tras la infección natural como por vacunación. Además, las bajas tasas de cobertura vacunal en grupos clave como adolescentes, embarazadas y adultos contribuyen a su persistencia en la población. (1)

A nivel global, entre 2010 y 2019, se reportaron en promedio 170,000 casos anuales de tos ferina. Sin embargo, durante la pandemia de COVID-19, se observó una disminución significativa en los casos reportados. En 2024, se

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 299 de 531

registró un aumento notable en la incidencia de la enfermedad, especialmente en la región europea de la Organización Mundial de la Salud (3)

Este resurgimiento se atribuye, en parte, a la disminución en la cobertura de vacunación contra la difteria, tétanos y tos ferina (DTP) durante la pandemia. En 2021, la cobertura de la primera y tercera dosis de la vacuna DTP en la Región de las Américas alcanzó su punto más bajo en 20 años, con un 87% y 81% respectivamente. Aunque en 2023 se observó una recuperación en la cobertura, alcanzando el 90% y 88% respectivamente, persisten variaciones significativas entre y dentro de los países .(3)

Para abordar este aumento en los casos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha instado a los países a fortalecer la vigilancia epidemiológica y garantizar una cobertura de vacunación superior al 95% en niños menores de cinco años (4)

En 2024, la Región de las Américas experimentó un aumento significativo en los casos de tos ferina, reflejando una tendencia preocupante en la reemergencia de enfermedades prevenibles por vacunación.

En Estados Unidos según datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), hasta mediados de diciembre de 2024 se reportaron más de 32,000 casos de tos ferina, lo que representa un aumento de seis veces en comparación con el mismo período del año anterior. Este incremento marca el nivel más alto en una década, superando incluso las cifras previas a la pandemia de 2019. (5)

México registró un aumento del 242% en los casos de tos ferina en comparación con 2023, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este repunte se atribuye a la disminución en las tasas de vacunación durante la pandemia de COVID-19 y destaca la necesidad de fortalecer las estrategias de inmunización en el país (6)

En el estado de São Paulo, Brasil, se reportaron 139 casos de tos ferina entre el 1 de enero y el 8 de junio de 2024, en comparación con 16 casos en el mismo período de 2023, lo que representa un aumento del 768.7%. Este incremento ha llevado a las autoridades de salud a instar a la población a vacunar a sus hijos para prevenir la transmisión de la enfermedad.

Perú también ha experimentado un aumento significativo en los casos de tos ferina en 2024. Aunque no se proporcionan cifras exactas en el informe de la OPS, se destaca que el país enfrenta un resurgimiento de la enfermedad, lo que subraya la importancia de mantener altas coberturas de vacunación y fortalecer la vigilancia epidemiológica. (6)

Este panorama regional refleja la urgente necesidad de reforzar las estrategias de inmunización y vigilancia epidemiológica para controlar la propagación de la tos ferina en las Américas.

A nivel nacional, según el Boletín Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente al periodo 12 del año 2024, se notificaron 1.345 casos probables de tos ferina. Esta cifra representa una disminución del 32% en comparación con el mismo periodo del año 2023. Del total de casos notificados, el 90,6% fueron descartados, el 6,2% se encuentran en estudio y el 3,3% fueron confirmados. En cuanto a las características sociales y demográficas de los casos confirmados, se observó un predominio del sexo masculino (50%) y una afiliación al régimen subsidiado también del 50%. (7)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 300 de 531

En relación con la fase clínica de los casos confirmados, el 47,7% se encontraba en la etapa catarral, el 43,2% en la etapa paroxística y el 9,1% en la etapa convaleciente. Además, el 81,8% de estos casos requirieron hospitalización. (7) Respecto a la caracterización clínica, el 56,8% de los casos confirmados presentaron tos paroxística, el 31,8% cianosis, el 27,3% estridor, el 22,7% vómito y el 15,9% apnea. (7)

En cuanto a los indicadores de vigilancia en el año 2024, el 89,3% de los casos fueron investigados dentro de las 48 horas posteriores a su notificación. Asimismo, en el 93,8% de los casos se realizó el ajuste del Investigación Epidemiológica de Caso (IEC), el 91,7% correspondieron a casos con configuración adecuada, y al 96% de los casos se les garantizó la toma de muestra para análisis de laboratorio. (7)

El objetivo del informe fue analizar el comportamiento de la tos ferina, describiendo el comportamiento de las variables de interés y las medidas de frecuencia más significativas para el evento en el 2024. Los resultados obtenidos permiten orientar el fortalecimiento de las acciones preventivas y de control de la enfermedad con aras de mejorar la salud pública en el país.

Materiales y métodos

Se realizó análisis descriptivo retrospectivo a partir de la información de los casos de Tos ferina notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila)., las fuentes de información fueron los casos probables notificados por Tos Ferina (código 800) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024

La información notificada se sometió a un proceso de depuración de los registros se orientó a la identificación de aquellos que no cumplieran con la definición de caso del evento (ajuste D) y los registros repetidos

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la procedencia del caso, se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial y grupo de edad. Se realizó comparación de proporciones por grupos de edad, estado vacunal y grupos poblacionales. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

Indicadores de impacto:

Proporción de incidencia: Se define como el número de casos nuevos de la enfermedad que se desarrollan en una población durante un periodo de tiempo determinado

Numerador: casos confirmados de tos ferina durante un período de tiempo específico.

Denominador: la población total expuesta a enfermar durante el mismo período de tiempo.

Coefficiente de multiplicación: 100.000

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia y proyecciones de Población DANE.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 301 de 531

Incidencia de Tos ferina en menores de uno y cinco años: Es el número de casos nuevos de tos ferina que se desarrollan en la población menor de uno y cinco años durante un período de tiempo determinado.

Numerador: casos confirmados de tos ferina en menores de uno y cinco años en un periodo de tiempo específico.

Denominador: población menor de uno y cinco años expuesta a enfermarse durante el mismo periodo de tiempo.

Coeficiente de multiplicación: 100.000

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia y proyecciones de Población DANE.

Indicadores de proceso:

Proporción de casos de Tos Ferina con investigación epidemiológica de campo: Refleja las acciones de vigilancia realizadas ante un caso probable de tos ferina y la investigación de este por el personal operativo local

Numerador: casos con investigación de campo para tos ferina.

Denominador: número de casos notificados en el sistema para tos ferina.

Coeficiente de multiplicación: 100.

Proporción de configuración de casos: Es el estado final de un caso que inicialmente se consideró como probable para tos ferina. Esto representa la respuesta de la vigilancia de una entidad territorial para distinguir entre los casos que corresponden a la enfermedad y aquellos que no

Numerador: 1. casos confirmados de tos ferina 2. casos descartados de tos ferina

Denominador: El denominador es el número total de casos notificados para tos ferina.

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Siviigila

Proporción de mortalidades de tos ferina con unidad de análisis: Las muertes relacionadas con la tos ferina son aquellas en las que se ha identificado la Bordetella pertussis entre el inicio de los síntomas y el desenlace fatal.

Numerador: muertes por tos ferina con unidad de análisis.

Denominador: muertes notificadas al sistema de vigilancia.

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Siviigila, LDSP, laboratorio de virología del INS

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Siviigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 302 de 531

Resultados

La base de datos cruda del evento de Tos Ferina presento 15 registros para el año 2024. Tras un proceso de depuración y análisis se identificaron los siguientes detalles:

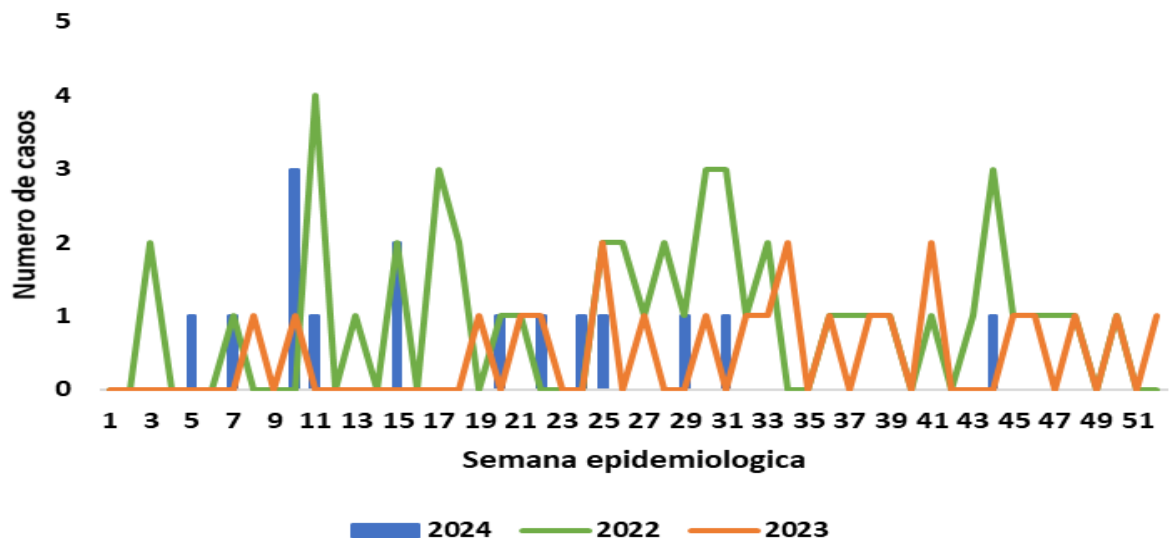
Registros repetidos: 0 (0%)
Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 0 (0%)
Total de registros retirados: 0 (0%)
Registros con procendencia del exterior: 3 (20%)
Total de registros utilizados: 15 (100%)

Para el análisis se consideraron 15 casos para la vigilancia integrada del evento presentando una disminución del 34,78%, de los cuales 13 (86,7%) presentan ajuste 6 descartado, 1 (6,7%) ajuste 4 confirmado por clínica y 1 (6,7%) ajuste 3 confirmado por laboratorio

Análisis de tendencia del evento 2022 – 2024

En 2022 se observa el mayor número de notificaciones, con múltiples picos distribuidos principalmente en el primer semestre del año, alcanzando hasta 4 casos en la semana 11. En contraste, durante 2023 se presenta una distribución más sostenida de casos a lo largo del año, aunque con menor intensidad, destacando un leve aumento entre las semanas 30 y 45. Para el año 2024, aunque el número de casos notificados es bajo, se mantiene una presencia continua entre las semanas 5 y 33, evidenciándose un pico en la semana

Gráfica 73. Tendencia notificación Tos Ferina año 2022 – 2024, Norte de Santander



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 303 de 531

Análisis de casos notificados según la entidad territorial de procedencia

El municipio de Ocaña concentra el mayor número de notificaciones, con 4 casos que representan el 33,3% del total. Le sigue Cúcuta con 3 casos (25%) y El Tarra con 2 casos (16,7%), mientras que Abrego, Cucutilla y Villa Caro registraron un caso cada uno (8,3%). Este patrón indica una concentración significativa de casos en zonas urbanas o intermedias como Ocaña y Cúcuta, lo cual puede estar relacionado con mayores densidades poblacionales, movilidad o mejor acceso al sistema de salud que facilita la notificación. Finalmente se evidencian 3 casos procedentes del exterior

Tabla 136. Casos probables de Tos Ferina según entidad territorial de procedencia, Norte de Santander, 2024

Entidad territorial de procedencia	Casos	Porcentaje
Ocaña	4	33,3
Cucuta	3	25,0
El Tarra	2	16,7
Abrego	1	8,3
Cucutilla	1	8,3
Villa Caro	1	8,3
Total Departamental	12	100,0
Venezuela	3	25,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de variables sociales y demográficas

La mayoría de los afectados son menores de un año (66,7%), lo que evidencia la alta vulnerabilidad de esta población por su sistema inmunológico aún inmaduro y esquemas de vacunación incompletos. Asimismo, se observa un mayor número de casos en varones (66,7%) y en zonas urbanas (100%), lo cual puede estar relacionado con la densidad poblacional y mejor capacidad diagnóstica en estas áreas. En cuanto al régimen de salud, la distribución es más común entre los afiliados al régimen subsidiado y contributivo, aunque preocupa la presencia de casos en personas no aseguradas (20%), ya que esto puede implicar dificultades en el acceso a servicios de salud. Todos los casos corresponden a personas sin pertenencia étnica identificada, sin que se evidencie un impacto diferenciado en grupos étnicos

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 304 de 531

Tabla 137. Casos probables de Tos Ferina según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	Porcentaje
Sexo	Masculino	10	66,7
	Femenino	5	33,3
Grupo de edad	Menor de un año	10	66,7
	1 a 4 años	4	26,7
	5 a 9 años	1	6,7
Área	Cabecera municipal	15	100,0
Régimen en salud	Subsidiado	7	46,7
	Contributivo	5	33,3
	No asegurado	3	20,0
Pertenencia étnica	Otro	15	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Antecedente vacunal

El análisis del antecedente vacunal contra la tos ferina (antipertussis) revela que la mayoría de los casos (53,3%) no contaban con ninguna dosis de la vacuna, lo que evidencia una fuerte relación entre la ausencia de vacunación y la aparición de la enfermedad. Solo un pequeño porcentaje había recibido una dosis (16,7%), y no se reportaron casos con dos dosis. Los casos con tres y cuatro dosis representan apenas el 8,3% cada uno, lo que sugiere que la vacunación completa ofrece una protección significativa contra la enfermedad

Tabla 138. Casos probables de Tos Ferina según antecedente vacunal, Norte de Santander, 2024

Antecedente vacunal	Dosis				
	0	1	2	3	4
Antipertusis	8	2	0	1	2
Porcentaje	53,3	13,3	0,0	6,7	6,7

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 305 de 531

Análisis según manifestaciones clínicas

En cuanto a las características clínicas de los 15 casos probables de tos ferina, el 100 % (15) presento tos, el 73,3 % (11) tos paroxística, el 46,7 % (7) vomito; el 40,0% (6) cianosis, el 20% (3) estridor y apnea y finalmente el 6,7% (1) presento complicaciones

Tabla 139. Criterios clínicos de casos probables de Tos Ferina, Norte de Santander, 2024

Signos y síntomas	Casos	Porcentaje
Tos	15	100,0
Tos Paroxística	11	73,3
Vomito	7	46,7
Cianosis	6	40,0
Estridor	3	20,0
Apnea	3	20,0
Complicaciones	1	6,7

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Cumplimiento de indicadores

En el año 2024, en Norte de Santander, la incidencia de tos ferina fue de 0,70 casos por 100.000 habitantes, con mayor afectación en menores de un año (36,5 por 100.000) y en menores de cinco años (3,10 por 100.000). Se logró una cobertura del 100 % en la investigación epidemiológica de campo y configuración de los casos notificados, aunque solo el 6,66 % de los casos fueron confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico. No se registraron defunciones asociadas al evento. Estos resultados reflejan un adecuado desempeño del sistema de vigilancia, aunque es necesario fortalecer la confirmación diagnóstica para mantener el control del evento, especialmente en poblaciones vulnerables.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 306 de 531

Tabla 140. Indicadores de la vigilancia integrada para Tos Ferina, Norte de Santander., 2024

Tipo de indicador	Indicador	2024	Resultado
Impacto	Proporción de incidencia	$12 / 1709570 * 100000 = 0,70$	En el año 2024 se notificaron 0,70 casos de tos ferina por cada 100.000 habitantes o personas en riesgo en Norte de Santander
		$9 / 24657 * 100000 = 36,5$	Incidencia menores de 1 año
	Incendencia de Tos ferina en menores de uno y cinco años	$12 / 387074 * 100000 = 3,10$	36,5 por 100.000 en Norte de Santander
			Incidencia menores de 5 años
			3,10 por 100.000 en Norte de Santander
Proceso	Proporción de casos de Tos ferina con investigación epidemiológica de campo	$15 / 15 * 100 = 100$	Del total de casos notificados, el 100% tuvieron investigación de campo.
			El 86,66% de los casos notificados del evento fueron descartados
	Proporción de configuración de casos	$15 / 15 * 100 = 100$	El 6,66% de los casos notificados del evento fueron confirmados por laboratorio
			El 6,66% del evento fueron confirmadas por nexo epidemiológico
	Proporción de mortalidades de tos ferina con unidad de análisis	$0 / 15 * 100 = 0$	No se presentaron defunciones a causa del evento

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión

Al comparar el comportamiento de la tos ferina en Norte de Santander entre 2023 y 2024, se observa una tendencia a la disminución en el número de casos notificados. Mientras que en 2023 se analizaron 21 casos probables (después de exclusiones), en 2024 la cifra bajó a 15 casos notificados. Esta reducción refleja un descenso sostenido en la carga del evento en la región, en línea con la tendencia ya evidenciada desde 2021. En cuanto a la distribución temporal, 2022 presentó múltiples picos, mientras que en 2023 los casos se distribuyeron de forma más homogénea con un leve aumento hacia el segundo semestre. Para 2024, aunque la intensidad fue baja, se mantuvo una notificación continua entre las semanas 5 y 33, destacando un pico en la semana 15, lo que sugiere persistencia del evento, pero en niveles controlados.

Desde el enfoque sociodemográfico, en ambos años se mantiene un patrón similar, con predominio de los casos en población masculina y en zonas urbanas, probablemente asociado a mayores densidades poblacionales y mejor acceso a los servicios de salud. Sin embargo, en 2024 se evidencia una mayor vulnerabilidad en menores

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 307 de 531

de un año (66,7% de los casos), comparado con el 2023, donde los afectados principales estaban entre los 3 meses y 12 años. Además, la presencia de casos en no asegurados en 2024 (20%) es un aspecto preocupante, ya que podría afectar el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento.

Respecto al antecedente vacunal, en 2024 la situación es más alarmante: el 53,3% de los casos no contaban con ninguna dosis de vacuna antipertussis, a diferencia de 2023 donde el 30,09% sí tenía antecedente vacunal (aunque de forma incompleta). Esto refuerza la necesidad de fortalecer las coberturas de vacunación, especialmente en menores de un año, quienes son los más susceptibles a la enfermedad y sus complicaciones.

En términos de manifestaciones clínicas, la tos fue el síntoma predominante en ambos años, aunque en 2024 se reportaron mayores tasas de tos paroxística, vómito y cianosis, indicadores de formas más severas de la enfermedad. A pesar de ello, no se presentaron defunciones en ninguno de los dos años analizados, lo cual resalta el éxito en la atención clínica oportuna.

Finalmente, en cuanto a los indicadores de vigilancia, en 2024 se logró el 100% de investigación de campo y configuración de casos, aunque la confirmación por laboratorio o nexo epidemiológico fue baja (6,66%). Comparado con 2023, donde se confirmaron 8 casos, persiste la necesidad de fortalecer las estrategias de diagnóstico confirmatorio para mejorar la calidad de la vigilancia.

En resumen, aunque en 2024 se mantuvo una tendencia decreciente en la incidencia de tos ferina, persisten desafíos relacionados con la vacunación, la confirmación diagnóstica y la atención de poblaciones vulnerables como los menores de un año y los no asegurados.

Conclusiones

Durante 2024 se notificaron 15 casos probables de tos ferina en Norte de Santander, con una incidencia general baja (3,10 por 100.000 habitantes), pero con una incidencia significativamente más alta en menores de cinco años (36,5 por 100.000), lo que confirma que este grupo etario sigue siendo el más vulnerable.

Los municipios de Ocaña (33,3 %), Cúcuta (25 %) y El Tarra (16,7 %) concentraron la mayoría de los casos, evidenciando que las zonas urbanas o intermedias con alta movilidad poblacional y mejor capacidad diagnóstica siguen siendo los principales focos de notificación.

Se mantuvo el predominio del sexo masculino (66,7 %) y de los casos en cabeceras municipales (100 %). El 66,7 % de los casos se presentó en menores de un año, lo que refuerza la necesidad de estrategias preventivas dirigidas específicamente a esta franja etaria.

Más de la mitad de los casos (53,3 %) no tenía ninguna dosis de vacuna antipertussis, y solo un pequeño porcentaje contaba con esquemas completos, lo que evidencia una clara relación entre la falta de inmunización y la ocurrencia de la enfermedad. Esto también refleja deficiencias en la cobertura o en el registro vacunal.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 308 de 531

El 100 % presentó tos, el 73,3 % tos paroxística, y casi la mitad vómito (46,7 %) y cianosis (40 %), lo que indica que los cuadros clínicos corresponden a formas típicas de la enfermedad, especialmente en lactantes. Solo un caso presentó complicaciones

El 100 % de los casos fue investigado mediante trabajo de campo y correctamente ajustado, lo que evidencia una adecuada capacidad del sistema de vigilancia en la detección, análisis y seguimiento del evento.

No se registraron muertes por tos ferina durante el año, lo cual sugiere un manejo clínico eficaz en los casos detectados, a pesar de la baja cobertura vacunal, aunque esto no elimina el riesgo de desenlaces graves si persiste la vulnerabilidad inmunológica.

Recomendaciones

Las entidades territoriales e UPGD deben identificar a las personas no vacunadas o con esquemas de vacunación incompletos y asegurar las dosis necesarias según edad.

El personal médico debe considerar la posibilidad de tos ferina como parte de los diagnósticos diferenciales en pacientes de todas las edades con síntomas respiratorios

Las UPGD deben asegurar la obtención muestras y el procesamiento de estas, considerando factores como el tiempo de inicio de los síntomas y el inicio de antibióticos, entre otros aspectos importantes.

Las entidades territoriales y municipales deben asegurar la realización de la investigación epidemiológica de campo en las primeras 48 horas después de la notificación, dada la alta transmisión de la enfermedad. De esta manera, se intervienen los casos sintomáticos que puedan llegar a ser tos ferina

Las UPGD deben asegurar la notificación super – inmediata de los casos probables de tos ferina y asegurar las acciones epidemiológicas desde antes de que salga el resultado.

Las EAPB debe garantizar la quimioprofilaxis a los contactos estrechos de los casos

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud (INS). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Tos ferina*. Bogotá D.C.: INS; 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Tos%20ferina%202024.pdf
2. Instituto Nacional de Salud (INS). *Informe del Evento Tos Ferina – Colombia 2023*. Bogotá D.C.: INS; 2023. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/TOS%20FERINA%20INFORME%20EVENTO%202023.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Global cases of whooping cough rise, PAHO calls on countries to strengthen surveillance and vaccination*. Washington D.C.: OPS; 2024 [citado 2025 abr 19]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/24-7-2024-global-cases-whooping-cough-rise-paho-calls-countries-strengthen-surveillance-and>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 309 de 531

4. St Vincent Times. *Global cases of whooping cough rise: PAHO urges countries to strengthen prevention*. St. Vincent: St Vincent Times; 2024 [citado 2025 abr 19]. Disponible en: <https://www.stvincenttimes.com/global-cases-of-whooping-cough-rise-paho/>
5. CNN Health. *Whooping cough cases surging in the United States*. Atlanta: CNN; 2024 dic 25 [citado 2025 abr 19]. Disponible en: <https://edition.cnn.com/2024/12/25/health/whooping-cough-cases-surging-united-states/index.html>
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Epidemiological Alert: Pertussis*. Washington D.C.: OPS; 2024 jul 22. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/2024-jul-22-phe-epialert-pertussis-eng-final2.pdf>
7. Instituto Nacional de Salud (INS). *Tos ferina – Periodo Epidemiológico XII del año 2024*. Bogotá D.C.: INS; 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/TOSFERINA%20PE%20XII%202024.pdf>

Varicela

Introducción

La varicela es una infección aguda, de alta transmisibilidad, causada por el virus varicela-zóster (VVZ), perteneciente al grupo de los herpesvirus humanos tipo 3. Tras la infección primaria, el virus permanece en estado de latencia en los ganglios nerviosos, con posibilidad de reactivarse en etapas posteriores de la vida, especialmente en personas inmunosuprimidas o de edad avanzada, dando origen al herpes zóster.

En su forma típica, la varicela se manifiesta mediante un exantema centrípeto pruriginoso, que inicia como lesiones maculopapulares y evoluciona a vesículas. Además, pueden presentarse síntomas inespecíficos uno o dos días antes del brote, como febrícula, malestar general, cefalea, disminución del apetito y, en algunos casos, dolor abdominal.

La transmisión ocurre principalmente por contacto directo con el contenido de las lesiones vesiculares. También puede producirse, en menor medida, a través de secreciones respiratorias o aerosoles generados en ambientes cerrados. La propagación mediante fómites es poco frecuente debido a la inestabilidad del virus fuera del huésped humano. La transmisión del virus varicela-zóster por vía transplacentaria durante el embarazo es posible y puede derivar en dos formas clínicas: varicela congénita, cuando la infección ocurre en el primer trimestre o al inicio del segundo trimestre de gestación; y varicela perinatal, cuando la infección se presenta en las semanas previas al parto o en los días inmediatamente posteriores.

El periodo de incubación del virus varía entre 10 a 21 días. La fase de transmisibilidad dura hasta cinco días, din embargo usualmente es de uno a dos días antes de la aparición del exantema y se extiende hasta que todas las lesiones estén en fase de costra, pero también puede durar hasta el quinto día después del inicio de las lesiones.

Cada año, a nivel mundial, se registran entre 2 y 16 casos por cada 1.000 habitantes. En contextos donde no se implementa la vacunación de forma sistemática, la incidencia anual de la enfermedad tiende a coincidir con el número de nacimientos anuales en la población infantil.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la varicela ha causado aproximadamente 4,2 millones de complicaciones que requirieron hospitalización y unas 4.200 muertes. Entre 2016 y 2022, se

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 310 de 531

contabilizaron cerca de 200.000 consultas médicas relacionadas con esta enfermedad. A nivel mundial, la tasa media semanal de casos disminuyó de 3,39 por cada 100.000 habitantes en 2017 a 0,23 por cada 100.000 entre 2020 y 2021.

En el caso de España, la implementación de programas de vacunación ha contribuido significativamente a reducir la mortalidad por varicela, alcanzando actualmente una tasa de 0,1 muertes por cada 100.000 casos. Esta cifra es considerablemente inferior a la observada en otras enfermedades inmunoprevenibles como el sarampión (1,7 por 100.000) o la tos ferina. Es importante señalar que, en países desarrollados, durante la etapa prevacunal, la tasa de mortalidad por varicela llegaba hasta 3 muertes por cada 100.000 casos. (2)

En Estados Unidos, hasta el 2 de noviembre de 2024, se notificaron un total de 5.157 casos de varicela, sin incluir los registrados en la ciudad de Nueva York. (4)

En cuanto a brotes específicos, entre septiembre de 2022 y marzo de 2024, se identificaron 873 casos asociados a un brote de varicela en la ciudad de Nueva York. La mayoría de los casos se presentó en personas migrantes provenientes de América Central y del Sur. Cabe destacar que el 91,9 % de los afectados no contaba con documentación que acreditara vacunación contra la varicela al momento de la aparición de los síntomas. (3)

En China, en mayo de 2024, se reportó un brote en la Escuela Primaria Xiasha, ubicada en el distrito de Nanshan, ciudad de Shenzhen, con un total de 12 casos confirmados. (5)

En América Latina, la implementación de la vacuna contra la varicela ha tenido un impacto significativo en la reducción de la incidencia de la enfermedad. Actualmente, 16 de los 35 países de América Latina y el Caribe han incorporado esta vacuna en sus esquemas nacionales de inmunización, y de ellos, el 63 % han adoptado el esquema de dos dosis. Un ejemplo destacado es Costa Rica, donde la tasa de incidencia, que anteriormente oscilaba entre 400 y 800 casos por cada 100.000 habitantes, se redujo de manera notable a 12,6 casos por cada 100.000 habitantes. En el caso de Chile, la vigilancia de varicela se realiza desde 2006 mediante una red de 21 centros centinela, y en los últimos años la incidencia se ha mantenido estable, con un promedio cercano a los 19 casos por cada 10.000 habitantes. (7)

En Brasil, se estima que anualmente se registran aproximadamente 3 millones de casos de varicela, aunque únicamente se notifican aquellos que requieren hospitalización o que resultan en fallecimientos. Cada año, entre 600 y 1.200 personas son hospitalizadas por complicaciones asociadas a la enfermedad, con un número de muertes que oscila entre tres y nueve casos. En el año 2021, la incidencia registrada fue de 0,5 casos por cada 10.000 habitantes, reflejando solo la carga más severa del evento. Por su parte, en Paraguay, hasta la semana epidemiológica 52 de 2023, se notificaron 1.143 casos de varicela, lo que representa un incremento del 19 % en comparación con el año anterior, en el que se reportaron 962 casos. (7)

En México, hasta la semana epidemiológica 24 del año 2024 se notificaron 28.946 casos de varicela, lo que representa un incremento del 31,4 % en comparación con el mismo periodo del año anterior, cuando se registraron 22.019 casos. Este aumento podría estar relacionado con diversos factores, entre ellos el comportamiento estacional del virus, brechas en la cobertura de vacunación y cambios en la vigilancia o el reporte de los casos. (6)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 311 de 531

En Colombia, durante el año 2024, se evidenció una disminución del 23,25 % en la notificación de casos de varicela en comparación con el año 2023. Al analizar el comportamiento de las principales variables de interés hasta el periodo epidemiológico 12, se observó un mayor predominio de casos en individuos de sexo masculino (51,57 %), con una residencia mayoritaria en zonas urbanas (cabeceras municipales), representando el 83,80 % del total de notificaciones, asimismo, la mayor proporción de casos corresponde a personas afiliadas al régimen contributivo, con un 52,75 %. Además de los 23.105 casos notificados para el Evento de Interés en Salud Pública, se registró que el 3,36 % correspondía a mujeres gestantes. Del total de casos, el 2,51 % requirió hospitalización en una institución de salud y se observó una letalidad del 0,008 %.

Del análisis de los indicadores relacionados con varicela se observa que la proporción de incidencia en la población general es del 43,85 %. En el grupo de menores de 1 a 4 años, la incidencia alcanza el 93,06 %, mientras que en menores de un año es del 119,23 %. En cuanto a los brotes, se registró que el 97,72 % contaron con investigación de campo. (8)

El presente informe tiene como objetivo analizar el comportamiento de los casos notificados de Varicela en Norte de Santander, describiendo su distribución geográfica, características demográficas y clínicas, con el fin de proporcionar una visión general del patrón epidemiológico observado durante el periodo y fortalecer las estrategias de prevención, vigilancia y control de la enfermedad.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en salud Pública (Sivigila) correspondientes al departamento de Norte de Santander, las fuentes de información fueron los casos notificados por varicela (código 831) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024. Para el análisis de datos se tuvieron en cuenta únicamente los casos que fueron ingresados como confirmados (clínica o nexo epidemiológico).

La información notificada se sometió a un proceso de depuración, se excluyeron los casos con ajuste D (error de digitación), ajuste 6 (descartado, no cumple definición operativa de varicela), procedentes del exterior y con fecha de inicio de síntomas de años anteriores al analizado, también se tuvo en cuenta la duplicidad del dato por nombre e identificación. Se eliminaron los registros repetidos, se priorizaron y dejaron en la base de datos del evento los casos fallecidos y hospitalizados, si contaban con las mismas características se dejaron los que correspondían a poblaciones especiales, gestantes, con ajuste 7 y si continuaban con la misma información, se dejaron los que tenían la fecha de inicio de síntomas más antigua.

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la procedencia del caso, se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial y grupo de edad. Se realizó comparación de proporciones por grupos de edad, estado vacunal y grupos poblacionales. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 312 de 531

Indicadores de resultado:

Proporción de incidencia de varicela: Casos de varicela que se presentan en una población durante el período de tiempo a evaluar.

Numerador: casos de varicela en población general, nacidos vivos, menores de un año, uno a cuatro años, cinco a 14 años y 15 a 49 años en el periodo de tiempo a evaluar.

Denominador: población general, nacidos vivos, menores de un año, uno a cuatro años, cinco a 14 años y 15 a 49 años expuesta a enfermar durante el periodo de tiempo a evaluar.

Coefficiente de multiplicación: 100.000

Fuente: Base Sivigila 4.0 depurada. Población por grupos de edad, área y sexo, fuente proyección DANE post COVID 19

Indicadores de proceso:

Brotos de varicela con investigación de campo realizada: Determina del total de brotes de varicela detectados, que proporción de ellos fueron investigados.

Numerador: brotes de varicela con investigación epidemiológica de campo en el periodo de tiempo a evaluar.

Denominador: brotes de varicela notificados al Sivigila en el periodo de tiempo a evaluar.

Coefficiente de multiplicación: 100

Fuente: Notificación Sivigila 4.0, informes de situación (SitRep), informes de alertas, matriz de brotes, seguimiento a medios de comunicación.

Indicadores de Impacto:

Letalidad por varicela: Proporción de personas que mueren a causa de la varicela entre todas las personas que contraen la enfermedad, en una población durante el período de tiempo a evaluar.

Numerador: muertes por varicela confirmadas con unidad de análisis en el periodo de tiempo a evaluar

Denominador: casos de varicela notificados al Sivigila en el periodo de tiempo a evaluar.

Coefficiente de multiplicación: 100

Fuente: Reporte Sivigila. Registros de defunción (RUAF) Unidades de análisis de varicela

Consideraciones éticas

Este informe es un análisis de la notificación del evento de interés en salud pública varicela, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel territorial y nacional.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 313 de 531

Resultados

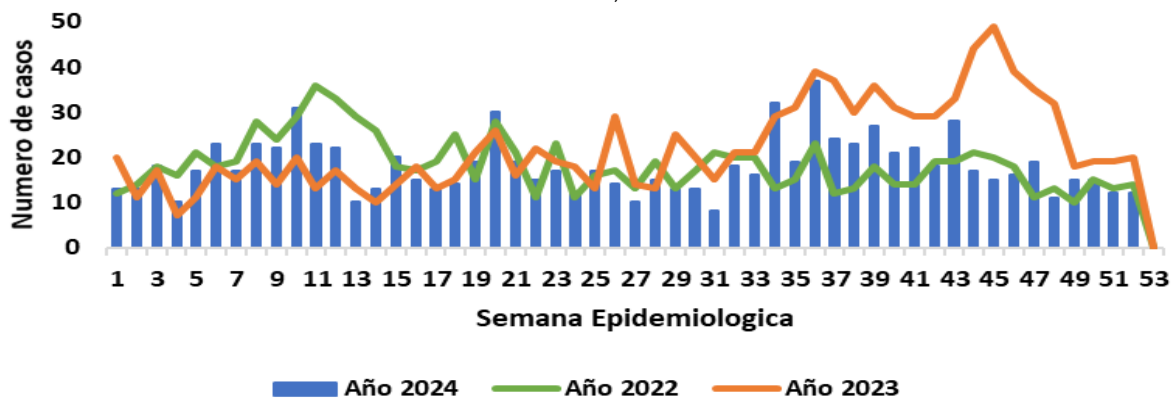
La base de datos cruda del evento de varicela presento 987 registros para el año 2024, se realizó depuración de la misma eliminando 6 casos con ajuste 6 (descartado), 11 casos con ajuste D (error de digitación), 19 casos repetidos, 2 casos con inicio de síntomas en fechas anteriores al año analizado, y 13 notificaciones de las cuales corresponden a casos procedentes del exterior para un total de 936 casos para el año 2024

Para el análisis se consideraron 936 casos para la vigilancia integrada del evento, presentando una disminución del 23.61 % respecto al año anterior, de los cuales 924 (98,72%) son confirmados por clínica y 12 (1,28) confirmados por nexo epidemiológico.

Tendencia del evento 831. Varicela, año 2022-2024

Respecto a la tendencia del evento, analizando el 2022, 2023 y 2024 se observa que en 2023 (línea naranja) hubo un aumento significativo de casos a partir de la semana 34, alcanzando el pico más alto alrededor de la semana 45, con cifras cercanas a los 50 casos por semana. En contraste, el año 2022 (línea verde) presentó un comportamiento más estable y con menor número de casos durante todo el año, sin picos marcados. El año 2024 (línea azul), hasta la semana 52, muestra una tendencia fluctuante, con varios incrementos y descensos abruptos, alcanzando un máximo hacia la semana 36, pero con un comportamiento general inferior al observado en 2023. Esta comparación evidencia una disminución de casos en 2024 en relación con el año anterior, aunque con mayor inestabilidad semanal que en 2022.

Gráfica 74. Tendencia notificación Varicela año 2022 – 2024, Norte de Santander



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Incidencia de casos notificados

Durante el año 2024, la entidad territorial Norte de Santander notificó una incidencia acumulada de 54,8 casos de varicela por cada 100.000 habitantes en la población general. Al desagregar por grupos etarios, se evidencia que

la mayor carga de enfermedad se concentró en los menores de un año, con una incidencia de 182,5 por 100.000, seguidos por los niños de 1 a 4 años (90,8) y el grupo de 5 a 14 años (81,5), lo que refleja un mayor riesgo en las edades tempranas, especialmente en aquellos que aún no completan el esquema de vacunación o no han sido inmunizados. Por su parte, la población de 15 a 49 años reportó una incidencia de 59,8, lo cual, aunque menor, sigue siendo significativa y podría estar asociada a adultos jóvenes susceptibles por no haber tenido contacto previo con el virus o no haber sido vacunados. Estos datos refuerzan la necesidad de fortalecer las estrategias de vacunación, particularmente en los menores de 5 años y en la vigilancia de casos en lactantes menores de un año, quienes no pueden recibir la vacuna y dependen de la inmunidad comunitaria para su protección.

Tabla 141. Incidencia casos notificados para Varicela según grupos etarios, Norte de Santander, 2024

Proporción de incidencia de varicela	Población en general: 936 / 1709570 * 100000 = 54,8	La entidad territorial Norte de Santander notificó 54,8 casos de varicela por 100 000 personas en población en general en el 2024
	Menores de un año: 45 / 24657 * 100000 = 182,5	La entidad territorial Norte de Santander notificó 182,5 casos de varicela por 100 000 personas en menores de un año en el 2024
	Uno a cuatro años 94 / 103479 * 100000 = 90,8	La entidad territorial Norte de Santander notificó 90,8 casos de varicela por 100 000 personas en población de 1 a 4 años en el 2024
	5 a 14 años 225 / 275929 * 100000 = 81,5	La entidad territorial Norte de Santander notificó 81,5 casos de varicela por 100 000 personas en población de 5 a 14 años en el 2024
	15 a 49 años 537 / 897962 * 100000= 59,8	La entidad territorial Norte de Santander notificó 59,8 casos de varicela por 100 000 personas en población de 15 a 49 años en el 2024

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de variables sociales y demográficas

Con relación a las variables demográficas de los casos notificados en el departamento de Norte de Santander durante el 2024, el 51,07% (478) correspondía al sexo femenino, el 51,71 % (484) se encontraba con aseguramiento en salud en el régimen subsidiado, el 87,82% (822) de los casos se presentaron en la cabecera municipal, el 100% (936) se autorreconoce como otro en relación a la pertenencia étnica, el 21,90% de los casos se presentaron en el grupo etario de 15-19 años siendo este el de mayor predominio, seguido de 10-14 años con el 17,74%, continuando el rango de 20 – 24 años con un 13,25%

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 315 de 531

Tabla 142. Casos notificados para varicela según Variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Categoría	Casos	Porcentaje
Femenino	478	51,07
Masculino	458	48,93
Subsidiado	484	51,71
Contributivo	351	37,50
Excepción	54	5,77
No asegurado	36	3,85
Indeterminado/Pendiente	7	0,75
Especial	4	0,43
Cabecera municipal	822	87,82
Rural disperso	80	8,55
Centro poblado	34	3,63
Otro	936	100,00
Indígena	0	0,00
ROM, Gitano	0	0,00
Palenquero	0	0,00
Negro, Mulato, Afro Colombiano	0	0,00
< de 1 año	45	4,81
1-4 años	94	10,04
5-9 años	59	6,30
10-14 años	166	17,74
15-19 años	205	21,90
20-24 años	124	13,25
25-29 años	77	8,23
30-34 años	57	6,09
35-39 años	32	3,42
40-44 años	26	2,78
45-49 años	16	1,71
50-54 años	10	1,07
55-59 años	6	0,64
60 años y más	19	2,03

Fuente: SiviGila, IDS, Norte de Santander, 2025

En relación a las variables de interés se observa que de los 936 casos 22 (2,35%) estuvieron hospitalizados, 21 (2,24%) correspondían a casos presentados en Población Privada de la Libertad, 7 (0,75%) de los casos eran gestantes, y 5 casos (0,53%) hacían parte de Fuerzas militares

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 316 de 531

Tabla 143. Casos de varicela según Variables, Norte de Santander, 2024

Variables	Hospitalizados	Gestantes	PPL	Fuerzas militares
Casos	22	7	21	5
Porcentaje	2,35	0,75	2,24	0,53

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de casos notificados, según su incidencia municipal

En total, se registraron 936 casos, con una incidencia departamental acumulada de 54,8 por cada 100.000 habitantes. El mayor número de casos se concentró en Cúcuta con 534 notificaciones (57,0% del total), seguido por Pamplona (63), Villa del Rosario (45), Ocaña (41) y El Zulia (30), lo cual indica una mayor transmisión en áreas urbanas densamente pobladas. En menores de 5 años se reportaron 94 casos, con una incidencia de 90,8, y en menores de 1 año se registraron 45 casos, con una elevada incidencia de 182,5 por cada 100.000 menores de un año, lo que evidencia una mayor susceptibilidad en esta población no completamente vacunada.

Si bien algunos municipios como Santiago, Durania, Pamplona, Labateca y San Cayetano reportan incidencias notablemente altas en menores de 1 año (superiores a 700 por cada 100.000 habitantes), es importante aclarar que estos valores corresponden a casos aislados en poblaciones de base pequeña, lo cual magnifica la tasa sin que implique la existencia de brotes. Esta situación resalta la importancia de interpretar la incidencia en contexto y de mantener una vigilancia activa, reforzar las coberturas de vacunación y priorizar intervenciones en los grupos etarios más vulnerables, incluso en municipios con baja densidad poblacional.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 317 de 531

Tabla 144. Casos notificados por Varicela, según municipio de procedencia y grupos etarios, Norte de Santander, 2024

Municipio de procedencia	Casos	Incidencia población general	Casos menores de 5 años	Incidencia menores de 5 años	Casos menores de 1 año	Incidencia menores de 1 año
Cúcuta	534	65,7	49	108,1	20	186,9
Pamplona	63	110,7	3	118,5	2	335,6
Los Patios	45	43,4	4	71,3	1	75,6
Villa Del Rosario	45	38,7	4	59,0	1	62,5
Ocaña	41	30,3	6	79,3	0	0,0
El Zulia	30	97,4	4	188,2	4	782,8
Tibú	29	558,0	8	142,2	7	510,9
Sardinata	28	96,6	0	0,0	0	0,0
Abrego	13	36,2	1	39,2	2	325,2
Chinácota	9	45,4	2	187,3	0	0,0
Puerto Santander	9	90,8	3	398,9	1	561,8
Villa Caro	9	157,2	0	0,0	1	943,4
Bochalema	7	74,6	0	0,0	0	0,0
Gramalote	7	83,9	0	0,0	0	0,0
Ragonvalia	7	103,7	0	0,0	0	0,0
Durania	6	115,5	1	361,0	1	1470,6
Santiago	6	155,4	2	921,7	1	1960,8
El Carmen	5	33,2	1	82,7	0	0,0
Salazar	5	42,9	0	0,0	0	0,0
Mutiscua	4	82,6	0	0,0	0	0,0
Pamplonita	4	64,1	0	0,0	1	1136,4
San Cayetano	4	49,4	1	179,9	1	746,3
Arboledas	3	27,2	1	153,8	0	0,0
Silos	3	42,1	0	0,0	0	0,0
Chitaga	2	15,0	1	117,2	0	0,0
Hacarí	2	17,3	1	91,7	0	0,0
La Playa	2	22,9	0	0,0	0	0,0
Lourdes	2	44,1	1	317,5	0	0,0
San Calixto	2	13,8	0	0,0	0	0,0
Teorama	2	10,7	0	0,0	1	237,0
Toledo	2	11,3	0	0,0	0	0,0
Bucarasica	1	13,8	0	0,0	0	0,0
Cachira	1	8,0	0	0,0	0	0,0
Cacota	1	31,4	0	0,0	0	0,0
Convención	1	4,7	0	0,0	0	0,0
Herrán	1	12,8	1	212,8	0	0,0
Labateca	1	13,9	0	0,0	1	1000,0
Norte de Santander	0	54,8	94	90,8	45	182,5

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En relación a la letalidad del evento en el departamento de norte de Santander, 1 caso presenta condición final “fallecido” con un porcentaje de 0,11%

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 318 de 531

Discusión

Durante el año 2023, se notificaron 1157 casos de varicela, mientras que en el año 2024 se notificaron 936 casos, lo que nos indica una tendencia de disminución en la notificación de casos del 19,1%

Al analizar las características sociales y demográficas de los casos notificados en 2023 y 2024, se evidencian variaciones relevantes entre ambos periodos. En 2023, la mayoría de los casos correspondieron a personas de sexo masculino (53,4 %), mientras que en 2024 se observó un leve predominio del sexo femenino (51,07 %), lo que indica un cambio en la tendencia de afectación por género.

En cuanto al tipo de afiliación en salud, el régimen subsidiado fue predominante en ambos años, con una ligera disminución en su proporción: del 59,5 % en 2023 al 51,71 % en 2024. Esto podría reflejar cambios en el acceso al sistema de salud o en la cobertura de aseguramiento en la población afectada.

Respecto al área de residencia, en ambos años se observó un predominio claro de los casos en zonas urbanas o cabeceras municipales, con un 86,4 % en 2023 y un 87,82 % en 2024, lo cual sugiere una mayor exposición o detección en contextos urbanos. En términos de pertenencia étnica, la gran mayoría de los casos fueron clasificados en la categoría “otro”, alcanzando el 99,5 % en 2023 y el 100 % en 2024, lo que podría evidenciar limitaciones en la caracterización étnica o una baja representación de grupos étnicos específicos en las notificaciones.

Al comparar la incidencia de varicela en Norte de Santander entre los años 2023 y 2024, se observa una disminución general en la carga de enfermedad. En 2023, la incidencia en la población general fue de 69,3 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que en 2024 se notificó una tasa acumulada de 54,8 por cada 100.000, lo que representa una reducción que podría estar relacionada con mejoras en las coberturas de vacunación o con una menor exposición al virus en algunos contextos.

Sin embargo, al analizar los datos por grupo etario, se evidencian diferencias importantes. En 2023, la incidencia fue particularmente elevada en menores de cinco años (1.775,1 por 100.000) y aún más en los menores de un año (2.317,9 por 100.000), lo que indica una altísima susceptibilidad en estas edades. En contraste, en 2024, aunque estos grupos siguen siendo los más afectados, las tasas fueron notablemente menores: 182,5 en menores de un año y 90,8 en el grupo de 1 a 4 años. Esta disminución sustancial podría sugerir una mayor efectividad de las intervenciones de control o una disminución en la circulación viral durante ese periodo.

Es importante destacar que, a pesar de esta reducción, los menores de un año siguen representando el grupo de mayor riesgo, debido a que aún no pueden recibir la vacuna y dependen de la inmunidad de grupo. Asimismo, la incidencia en adultos jóvenes (15 a 49 años) en 2024, con una tasa de 59,8 por 100.000, pone de manifiesto la posible existencia de brechas en la inmunización o falta de inmunidad natural en esta población.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de vacunación en la infancia temprana y de implementar acciones dirigidas a identificar y proteger a las poblaciones susceptibles,

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 319 de 531

especialmente en contextos de alta transmisión como el municipio de El Carmen, que en 2023 presentó la mayor incidencia con 236,5 casos por cada 100.000 habitantes.

Conclusiones

A lo largo del año se observó una tendencia variable en la notificación de casos, con picos definidos en las semanas 10, 20, 34, 36 y 43, siendo esta última la de mayor registro con aproximadamente 37 casos.

A partir de la semana 30 se identificó un incremento sostenido en las notificaciones, caracterizado por un patrón de subidas y bajadas, lo que sugiere una circulación activa del virus, principalmente en el segundo semestre del año.

La concentración de casos en los últimos meses del año indica una mayor carga de enfermedad en ese periodo, lo que resalta la necesidad de intensificar las estrategias de vigilancia, control y prevención durante esos meses críticos.

La incidencia acumulada de varicela en Norte de Santander durante 2024 fue de 54,8 casos por cada 100.000 habitantes, lo cual indica una circulación activa del virus en la región.

Los menores de un año presentaron la mayor carga de enfermedad, seguidos por los grupos de 1 a 4 años y de 5 a 14 años, evidenciando una alta vulnerabilidad en la población infantil, especialmente en aquellos que no han iniciado o completado el esquema de vacunación.

Aunque la incidencia en adultos jóvenes (15 a 49 años) fue menor, continúa siendo relevante, lo que sugiere la existencia de brechas en la inmunidad de esta población posiblemente relacionadas con falta de vacunación o ausencia de infección previa.

Recomendaciones

Las entidades territoriales (municipales, distritales y departamentales) deben reforzar la vigilancia para detectar comportamientos epidemiológicos atípicos y brotes potenciales

Priorizar la vigilancia en grupos con factores de riesgo, como instituciones cerradas (hogares geriátricos, cárceles, internados, etc.), debido a su vulnerabilidad ante brotes.

Involucrar activamente a líderes comunitarios, familias e instituciones locales para prevenir brotes y promover salud integral.

Verificar la presencia de casos dentro de instituciones como escuelas, jardines, hospitales, centros de detención, etc., para frenar la propagación.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 320 de 531

El programa PAI departamental debe intensificar las campañas de vacunación, enfocándose en los grupos más vulnerables, especialmente los niños de 1 a 4 años. Promoviendo la importancia de la vacunación a través de campañas comunitarias y en centros de salud.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos técnicos para la vigilancia epidemiológica de la varicela. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Varicela.pdf
2. Vacunas.org. Situación mundial de la varicela. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: https://vacunas.org/situacion-mundial-varicela/?utm_source=
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Weekly: Notes from the Field: Varicella Outbreaks — United States, 2022–2024. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7321a1.htm?utm_source=
4. Bonnie M. Varicella outbreaks 2022-2024. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: https://community.the-hospitalist.org/content/varicella-outbreaks-2022-2024?utm_source=
5. PubMed Central (PMC). Varicella-zoster virus: A global perspective. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11542425/?utm_source=
6. Enfarma. México registra incremento de casos de varicela en 2024. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: https://enfarma.lat/index.php/noticias/9535-mexico-registra-incremento-de-casos-de-varicela-en-2024?utm_source=
7. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: Varicela 2023. [Internet]. 2023 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VARICELA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>
8. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: Varicela PE XII 2024. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VARICELA%20PE%20XII%202024.pdf>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 321 de 531

MPOX

Introducción

La Mpx es una enfermedad viral de origen animal que ha cobrado relevancia en los últimos años. Es causada por el virus MPXV, un miembro del género *Orthopoxvirus*, el mismo grupo al que pertenecen los virus de la viruela humana y bovina. Aunque se identificó por primera vez en personas en 1970, en la República Democrática del Congo, sigue siendo endémica en algunas regiones de África central y occidental. El virus puede transmitirse desde animales como roedores y primates no humanos. Con el paso del tiempo, se han identificado diferentes variantes del virus, clasificadas en dos clados principales. Desde mayo de 2022, la Mpx ha empezado a aparecer en países donde no era común, lo que ha generado preocupación por su propagación fuera de las zonas endémicas. (1)

En cuanto a su modo de transmisión, esta enfermedad puede pasar de animales a humanos a través del contacto directo con sangre, fluidos corporales o lesiones en la piel o mucosas de animales infectados. También se puede contagiar entre personas, especialmente por contacto directo con el exudado de las lesiones, el material de las costras, saliva, secreciones respiratorias o incluso por objetos contaminados, como ropa de cama o utensilios. Durante el brote más reciente, el contacto físico cercano durante las relaciones sexuales se ha identificado como una de las principales vías de transmisión. (2)

El periodo de incubación de la Mpx varía entre 5 y 21 días, dependiendo de la forma en que ocurrió la exposición. En casos de contacto no invasivo, como el contacto con piel intacta o exposición a gotas respiratorias, suele ser de alrededor de 13 días. En cambio, cuando la exposición es más compleja e invasiva—como el contacto con piel lesionada o membranas mucosas, especialmente en zonas como el área anal o genital—el periodo de incubación puede acortarse a unos 9 días. (2)

En cuanto al periodo de transmisibilidad, se ha observado que las personas pueden comenzar a contagiar uno a cinco días antes de que aparezca el exantema (fase prodrómica) y continúan siendo contagiosas hasta que todas las costras hayan desaparecido por completo. (2)

Durante el año 2024, la infección por Mpx (virus MPXV) mantuvo su presencia como una amenaza relevante para la salud pública global, con un total de 13,000 casos confirmados y 43,568 casos sospechosos notificados en diversos países (3). Se registraron al menos 1,164 muertes confirmadas, la mayoría en países africanos donde persiste la circulación endémica del virus, especialmente del clado I, conocido por su mayor severidad clínica (4,5). África fue la región más afectada, con 15,992 casos confirmados distribuidos en 19 países. La República Democrática del Congo (RDC) reportó el mayor número de casos con 11,984, seguida por Burundi con 2,523 y Uganda con 925 (6). En la región de las Américas se contabilizaron 5,142 casos confirmados, mostrando una tendencia a la baja respecto a años anteriores (7). Europa y Asia presentaron casos esporádicos, en su mayoría relacionados con viajeros provenientes de zonas endémicas (3). El virus circuló principalmente en dos variantes: el clado I, predominante en África Central y Oriental, y el clado II, de menor gravedad, relacionado con el brote multinacional de 2022 (5). La Organización Mundial de la Salud y los sistemas de salud nacionales fortalecieron la

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 322 de 531

vigilancia epidemiológica, la capacidad diagnóstica y las medidas de respuesta, incluyendo la distribución de vacunas como la MVA-BN, aplicada principalmente en contextos de alto riesgo como la RDC (8). Asimismo, se impulsó la producción local de pruebas diagnósticas en países africanos como Marruecos, con el objetivo de mejorar la capacidad de detección temprana y control de brotes (4).

Durante el año 2024, la Región de las Américas notificó un total de 5,156 casos confirmados de Mpox y ocho defunciones en 15 países, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hasta diciembre de 2024. Los países con mayor número de casos fueron Brasil (1,740 casos), Estados Unidos (2,317 casos, incluyendo tres defunciones), Canadá (365), Colombia (133), México (99, con una defunción) y Perú (89, con dos defunciones). (9)

El perfil epidemiológico mostró que la mayoría de los casos correspondieron a hombres, con una alta proporción en el grupo de edad de 30 a 39 años. Por ejemplo, en Brasil, el 93.5% de los casos correspondió a hombres, y el 47.2% se encontraba en el grupo de edad de 30 a 39 años. En Colombia, el 99% de los casos correspondió a hombres, y el 44% se encontraba en el grupo de edad de 30 a 39 años. (10) En cuanto a la vigilancia genómica, hasta diciembre de 2024, todos los casos analizados en la región correspondieron al clado IIb del virus MPXV. Sin embargo, en noviembre de 2024, se detectó por primera vez un caso importado del clado I en Estados Unidos, lo que llevó a la OPS a emitir una alerta epidemiológica instando a los países a fortalecer la vigilancia y la secuenciación genómica para prevenir la propagación de esta variante más virulenta. (11)

La OPS continúa recomendando a los países de las Américas mantener y reforzar las medidas de vigilancia epidemiológica, diagnóstico oportuno y respuesta rápida ante la detección de nuevos casos, especialmente en poblaciones clave y grupos de alto riesgo (12)

Durante el año 2024, se notificaron en Colombia un total de 284 casos probables de mpox, lo que representa un incremento del 82,1 % en comparación con los casos reportados en 2023. El periodo con mayor incidencia fue el primer periodo epidemiológico, con una tasa de 0,06 casos por 100.000 habitantes, seguido del tercer periodo epidemiológico, con una incidencia de 0,04. A nivel territorial, los departamentos con mayor proporción de casos notificados fueron Risaralda y Valle del Cauca, con un 21,4 % cada uno, seguidos por Atlántico (18,2 %) y La Guajira (13,3 %). (13)

En relación con las variables sociodemográficas, se observó un claro predominio del sexo masculino (84,9 %) y una alta concentración de casos en el área urbana (cabecera municipal) con el 93,0 %. Del total de casos notificados, el 22,5 % requirió hospitalización. Entre los grupos poblacionales específicos, el 3,9 % correspondía a población afrocolombiana, el 10,2 % a personas privadas de la libertad, y el 0,35 % a mujeres gestantes. La letalidad del evento fue del 0 %. (13)

De los 133 casos confirmados, el 99,2 % correspondía a hombres, el 97,0 % se autorreconocía como perteneciente a la categoría étnica “otros”, y el 78,2 % estaba afiliado al régimen contributivo. El estrato socioeconómico 2 concentró el mayor número de casos, con un 36,1 %. El 26,3 % de los casos confirmados requirió hospitalización, y el 0,8 % presentó complicaciones clínicas asociadas. (13)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 323 de 531

En cuanto a las manifestaciones clínicas, la erupción cutánea estuvo presente en el 100 % de los casos confirmados, mientras que la úlcera genital y la fiebre se reportaron en el 73,7 % de los pacientes. (13)

El presente informe tiene como objetivo analizar el comportamiento de los casos notificados de Mpox en Norte de Santander en el año 2024, con el fin de describir su distribución geográfica, características demográficas y clínicas, con el fin de proporcionar una visión general del patrón epidemiológico observado durante el periodo.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en salud Pública (Sivigila) correspondientes al departamento de Norte de Santander, las fuentes de información fueron los casos probables de Virus MPX (código 880), y las bases de resultados de la Red de Laboratorios de Salud Pública para el diagnóstico de los eventos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en las semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024.

La información notificada se sometió a un proceso de depuración realizando la validación de los datos, se excluyeron los casos con ajuste D (error de digitación), y con fecha de inicio de síntomas de años anteriores al analizado, se dejaron los casos con ajuste 6 ya que el departamento de Norte de Santander no presentó casos confirmados.

Para el análisis de la información se utilizó Microsoft Excel. Se analizaron las variables cualitativas nominales como sexo, nacionalidad, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, casos por entidad territorial, así como criterios clínicos y grupo de edad. Se realizó comparación de proporciones por grupos de edad y grupos poblacionales. Los resultados se presentan en gráficos, tablas y mini gráficos.

El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, los cuales se calcularon de la siguiente manera:

Indicadores de impacto:

Incidencia de Mpox: Se define como el número de casos nuevos de la enfermedad que se desarrollan en una población.

Numerador: Total de casos confirmados de Mpox

Denominador Población Colombia año de acuerdo con la proyección DANE

Coficiente de multiplicación: 100.000

Fuente de información: Base de datos Sivigila 880

Indicadores de proceso:

Tasa de mortalidad por Mpox: Número de casos fatales con causa básica Mpox que se presentan en una población durante un periodo determinado.

Numerador: Número de casos con condición final fallecido y causa básica de la muerte Mpox

Denominador: Población Colombia año de acuerdo con la proyección DANE

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 324 de 531

Coeficiente de multiplicación: 100000

Fuente de información: Base de datos Sivigila 880 y proyección Dane del periodo analizado

Letalidad por Mpox: Proporción de casos fatales a causa de Mpox en relación con las personas afectadas

Numerador: : Número de casos con condición final fallecido y causa básica de la muerte Mpox

Denominador: Total de casos confirmados por Mpox

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente de información: Base de datos Sivigila 880

Proporción de casos con atención hospitalaria: Porcentaje de casos de Mpox hospitalizados

Numerador: Número de casos confirmados con Mpox que requirieron atención hospitalaria

Denominador: Total de casos confirmados por Mpox

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente de información: Base de datos Sivigila 880

Indicadores de resultado

Porcentaje de casos con según clasificación final: Porcentaje de casos según la clasificación final (Confirmado, probable)

Numerador: Número de casos notificados por tipo

Denominador: Total de casos notificados

Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente de información: Base de datos Sivigila 880

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

Resultados

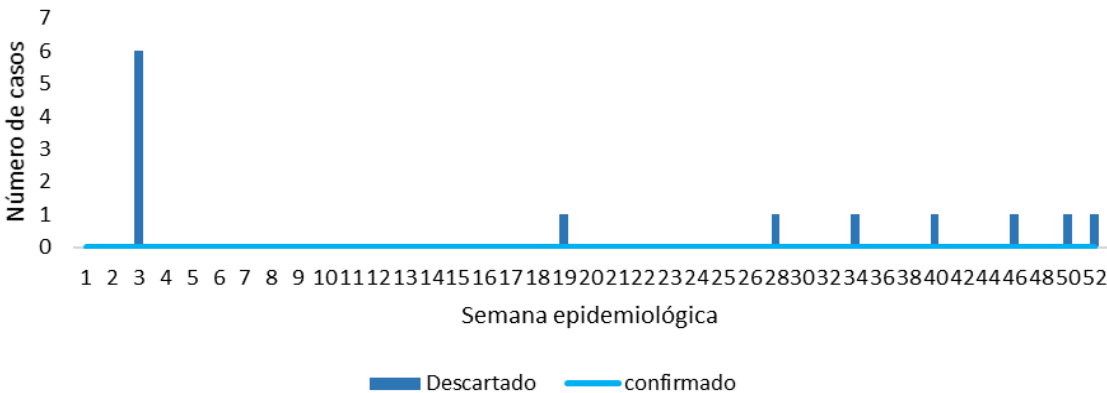
En las semanas 1-52 del año 2024, se notificaron 20 casos probables para la vigilancia integrada de virus Mpox. Tras un proceso de depuración y análisis no se identificaron casos con ajuste D, ni repetidos, todos los casos presentaban ajuste 6 “descartado”

Para el análisis se consideraron 20 casos sospechosos para la vigilancia integrada del evento, presentando un aumento del 50 % respecto al año anterior, sin casos confirmados, estos se descartaron con ajuste 6 (pruebas de laboratorio negativas y unidad de análisis).

Análisis del comportamiento de la notificación semanal

Durante el año 2024, la notificación de casos probables de mpox en Colombia mostró un comportamiento esporádico y de baja frecuencia, con un pico notable en la semana epidemiológica 3, en la que se reportaron 6 casos descartados, siendo este el mayor número de notificaciones del año. En el resto del periodo, las notificaciones fueron aisladas, registrándose un solo caso descartado en las semanas 19, 28, 36, 40, 44, 48, 50 y 52. No se notificaron casos confirmados a lo largo del año, lo cual sugiere una circulación limitada del virus y una efectividad en las medidas de vigilancia y control implementadas.

Grafica 75. Comportamiento de la notificación semanal virus Mpox Norte de Santander, 2024



Fuente: SiviGila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de variables sociales y demográficas para el evento Mpox

Con relación a las variables demográficas de los casos notificados en el departamento de Norte de Santander durante el 2024, el 90 % (18) correspondía al sexo masculino, el 85,0 % (17) se registró con nacionalidad colombiana; el 95,0 % (19) residían en centros poblados. El 50% (10) se encontraba con aseguramiento en salud en el régimen excepción, el 100% (39) se autorreconoce como otro en relación a la pertenencia étnica.

De los 20 casos notificados 6 de ellos (30%) estuvieron en hospitalización y 1 caso (5%) falleció, sin embargo, no fue por causas atribuidas al evento ya que la muestra de laboratorio resulto negativo.

Respecto a los grupos poblacionales se evidencia que el 60% (12) hace parte de la población privada de la libertad, el 15% (3) era migrante y 1 (5%) pertenecía a comunidad indígena

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 326 de 531

Tabla 145. Casos notificados para virus Mpox según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024.

Categorías	Total	Porcentaje
Masculino	18	90,0
Femenino	2	10,0
Colombia	17	85,0
Venezuela	3	15,0
Cabecera municipal	19	95,0
Rural disperso	1	5,0
Centro poblado	0	0,0
Excepción	10	50,0
Indeterminado	3	15,0
Subsidiado	3	15,0
Contributivo	2	10,0
No afiliado	2	10,0
Otro	20	100,0
Hospitalizado	6	30,0
Fallecido	1	5,0
PPL	12	60,0
Migrantes	3	15,0
Indígenas	1	5,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de notificación según las Unidades Primarias Generadoras de Datos

En Norte de Santander el municipio de Cucuta fue quien notifico casos para el evento de interés en salud pública Mpox, la UPGD que notifico la mayoría de los estos fue Cocuc aportando el 60% de los casos, seguido del Hospital Universitario Erasmo Meoz quien notifico el 20%, y finalmente el Batallón, Clínica San José, Clínica Santa Ana y Unidad Básica Puente Barco Leones notificaron 1 caso cada uno, finalizando de esta manera con un total de 20 casos notificados

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 327 de 531

Tabla 146. Casos probables de Mpox según entidad territorial de notificación y UPGD, Norte de Santander, 2024

Municipio de notificación	UPGD	N° de casos	Porcentaje
Cucuta	Cocuc - Cucuta	12	60,0
	Hospital Universitario Erasmo Meoz	4	20,0
	Batallón de caballería mecanizado N° 5 GR	1	5,0
	Hermoge		
	Clínica San José de Cucuta	1	5,0
	Clínica Santa Ana	1	5,0
	Unidad Básica Puente Barco Leones	1	5,0
	Total	20	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Análisis de casos notificados según la entidad territorial de procedencia

Según municipio de procedencia, el 90% (18) eran procedentes de Cúcuta, el 5 % (1) Chinácota y el último caso (5%) el cual fue notificado por el HUEM presentaba procedencia de Arauca

Tabla 147. Casos probables de Mpox según entidad territorial de procedencia, Norte de Santander, 2024.

Entidad Departamental	Entidad territorial de	N° de casos	Porcentaje
Norte de Santander	Cúcuta	18	90,00
	Chinacota	1	5,00
Arauca	Arauca	1	5,00
Total		20	100,00

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 328 de 531

Indicadores del evento

Respecto al análisis de los indicadores correspondientes, el protocolo del evento plantea 5, de los cuales teniendo en cuenta que en el año 2024 no se presentaron casos confirmados en Norte de Santander se evalúa únicamente 1, el cual corresponde a “porcentaje de casos con según clasificación final” de los cuales el 100% de los casos notificados de Mpox fueron clasificados como Descartados

Discusión

Al comparar el comportamiento del evento Monkeypox (mpox) entre los años 2023 y 2024, se evidencia una persistencia en la baja frecuencia de notificación, aunque con un aumento en el número de registros. En 2023 se notificaron 13 casos probables, mientras que en 2024 se reportaron 20 casos válidos. Este incremento sugiere una mayor sospecha clínica por parte del personal de salud y una mejora en la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica.

En ambos periodos se mantiene el predominio del sexo masculino como el grupo más afectado: 75,0 % en 2023 y 90,0 % en 2024. Asimismo, se observa consistencia en la autopercepción étnica, con el 100 % de los casos ubicados en la categoría “otro” durante ambos años. Sin embargo, se presentan diferencias en cuanto al régimen de afiliación en salud: en 2023 predominaba el régimen subsidiado (41,7 %), mientras que en 2024 destaca el régimen de excepción con un 50 %, reflejando posiblemente un cambio en el perfil de la población atendida o en los entornos donde se realiza la captación de los casos.

La residencia en zonas urbanas o cabeceras municipales se mantiene elevada, pasando de un 100 % en 2023 a un 95 % en 2024. Un aspecto relevante en 2024 es la caracterización de los grupos poblacionales: el 60 % de los casos pertenecen a la población privada de la libertad, el 15 % son migrantes y el 5 % indígenas. Esta información, ausente en el reporte de 2023, refleja un avance en la desagregación de datos y evidencia la vulnerabilidad de estos grupos frente al evento.

En cuanto a la severidad clínica, durante 2024 se reportaron seis hospitalizaciones (30 %) y una defunción (5 %), aunque esta última no se relacionó causalmente con el evento, lo que mantiene la letalidad en cero. En 2023 no se reportaron hospitalizaciones ni fallecimientos, lo que podría reflejar diferencias en el perfil clínico o en la oportunidad del diagnóstico.

Finalmente, al observar la distribución semanal de los casos probables en 2024, se identifican notificaciones esporádicas, con un pico aislado en la semana epidemiológica 3 (6 casos descartados), y casos únicos en semanas específicas del año, sin reportes de casos confirmados. En contraste, el promedio de notificación en 2023 fue estable (0,5 casos por semana), sin concentraciones marcadas. Esta diferencia sugiere una circulación viral limitada en ambos años, pero también una mejora en la vigilancia activa durante 2024.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 329 de 531

Conclusiones

En Colombia, durante 2024, se registró un aumento del 82,1 % en los casos probables de mpox comparado con 2023, lo que refleja una mayor sensibilización en la vigilancia o una posible reactivación del virus.

La mayoría de los casos confirmados en Colombia y América correspondieron a hombres, especialmente en el grupo etario de 30 a 39 años, lo que sugiere un patrón demográfico persistente desde el brote de 2022.

Los departamentos de Risaralda, Valle, Atlántico y La Guajira concentraron la mayor proporción de casos en Colombia, indicando territorios prioritarios para fortalecer la vigilancia y las acciones de prevención.

El 93 % de los casos notificados ocurrieron en cabeceras municipales, lo que puede estar relacionado con dinámicas urbanas, densidad poblacional y mayores interacciones sociales.

Aunque no se reportaron muertes directamente atribuibles al evento en Colombia, el 22,5 % de los casos requirió hospitalización, lo que muestra que el virus puede generar complicaciones clínicas relevantes.

En Norte de Santander no se confirmaron casos de mpox en 2024; todos los casos fueron descartados.

Recomendaciones

Realizar educación e información dirigidas a la comunidad, teniendo en cuenta los signos clínicos, formas de transmisión de la enfermedad con el fin de fomentar la consulta temprana en los centros médicos, esto con un enfoque especial en las poblaciones de riesgo.

Garantizar la notificación y la toma de muestras de manera oportuna teniendo en cuenta lo establecido en el protocolo

Asegurar el reporte oportuno y completo de los casos sospechosos al Sivigila, según lineamientos del INS.

Garantizar el aislamiento adecuado de los pacientes con síntomas compatibles, minimizando el riesgo de transmisión intrahospitalaria.

Analizar periódicamente los datos de notificación para detectar zonas o grupos de mayor riesgo.

Realizar búsqueda activa en poblaciones clave (LGTBIQ+, privados de la libertad, migrantes, personas con VIH) y en entornos cerrados.

Articular acciones con las IPS, laboratorios, redes de vigilancia y sectores sociales para una respuesta integral.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 330 de 531

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos técnicos para la vigilancia epidemiológica de la mpox 2024. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_MPOX%202024.pdf
2. Instituto Nacional de Salud (INS). Información sobre eventos de salud. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
3. Global.Health. Mpox 2024 – Global Cases Dashboard [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 16]. Disponible en: <https://reports.global.health/mpox-2024/2024-12-07.html>
4. AP News. WHO: Mpox still a global health emergency amid rising deaths in Africa [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 16]. Disponible en: <https://apnews.com/article/160a6ac88cf9f7f5cad729c4dea97cde>
5. Verywell Health. Mpox Clade I Case Confirmed in US: What You Should Know [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 16]. Disponible en: <https://www.verywellhealth.com/mpox-clade-1-us-case-8750301>
6. Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para África. Regional Mpox Bulletin – 8 December 2024 [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 16]. Disponible en: <https://www.afro.who.int/publications/regional-mpox-bulletin-08-december-2024>
7. Organización Panamericana de la Salud. Mpox Multi-country Outbreak – Situation Report 17 December 2024 [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/situation-report-mpox-multi-country-outbreak-region-americas-17-december-2024>
8. Organización Mundial de la Salud. Multi-country outbreak of Mpox: External Situation Report 39 – 6 October 2024 [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 16]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report--39---6-october-2024>
9. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: Mpox en la Región de las Américas – 20 de diciembre de 2024 [Internet]. OPS; 2024 [citado 2025 abr 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-12/2024-dic-20-dic-phe-actualizacion-epi-mpox-es.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: Mpox en la Región de las Américas – 29 de octubre de 2024 [Internet]. OPS; 2024 [citado 2025 abr 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-10/2024-29-oct-phe-actualizacion-epi-mpox-esp-final.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Detección del Clado I de Mpox en la Región de las Américas – 19 de noviembre de 2024 [Internet]. OPS; 2024 [citado 2025 abr 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-11/2024-19nov-phe-alerta-epi-mpox-espfinal.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. OPS hace llamado a países de las Américas a mantener la vigilancia de Mpox y la secuenciación genómica [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-11-2024-ops-hace-llamado-paises-americas-mantener-vigilancia-mpox-secuenciacion>
13. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: Mpox PE XII 2024. [Internet]. 2024 [citado 2025 abr. 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MONKEY%20POX%20PE%20XII%202024.pdf>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 331 de 531

Fiebre Amarilla

Introducción

La Fiebre Amarilla - FA, es una enfermedad viral, infecciosa, de inicio súbito y curso agudo, cuya gravedad puede variar entre una infección subclínica o de sintomatología leve hasta una enfermedad grave, icterico hemorrágica, que puede comprometer diferentes órganos y llevar al paciente a la muerte en periodos cortos de tiempo, observándose en el sistema de vigilancia epidemiológica su presencia ya en una vasta extensión del país, se evidencia su reemergencia como una situación de alerta de salud pública desde 2024(1).

El virus de la FA es un arbovirus del género Flavivirus transmitido por mosquitos de los géneros Haemagogus y Sabethes relacionado con transmisión selvática y Aedes relacionado con transmisión urbana, de alto poder epidémico, con una letalidad de hasta 75% en brotes, considerándose entre las más altas de las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. Dado su poder epidémico y su alta letalidad, con medida preventiva con vacuna, se considera como evento de Interés en Salud Pública Internacional en el marco del Reglamento Sanitario Internacional - RSI de 2005 (2).

Esta enfermedad genera anualmente numerosos brotes en África y algunos países de Sur América, como Brasil. En 2023, la OMS estimó que la incidencia anual en África es de 200 000 casos nuevos (90% de la carga mundial) y 30 000 muertes. En África, especialmente subsahariana, son frecuentes los brotes por transmisión urbana, 27 países están en alto riesgo y cerca de 450 millones de vacunas serían necesarias para disminuir el riesgo de infección a 2026. En Europa, Asia y Oceanía, a la fecha, no se han reportado casos autóctonos, sólo importados, relacionados con la migración a zonas de riesgo (3).

La Organización Mundial de la Salud - OMS y la Organización Panamericana de la Salud - OPS, mediante el reporte de «Actualización Epidemiológica FA en la Región de las Américas» del 21 de marzo del 2024, hace referencia a la activación de la circulación del virus en las Américas, valorando un alto riesgo de ocurrencia de brotes para la región (2). En 2024, se confirmaron 61 casos de fiebre amarilla en humanos en la Región de las Américas, de los cuales 30 resultaron fatales, distribuidos en cinco países: el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana, y Perú. Bolivia registró ocho casos, incluyendo cuatro casos fatales; Brasil, registró ocho casos, incluyendo cuatro casos fatales; Colombia reportó 23 casos, incluyendo 13 casos fatales; Guyana notificó tres casos; y Perú registró 19 casos, incluyendo nueve casos fatales (4).

Para Colombia a semana epidemiológica 52 de 2024 se notificaron 216 casos de los cuales 21 fueron confirmados por laboratorio y 195 descartados por resultado negativo, el 52,3% (11 casos) fallecieron, se evidencia que el 100% de los casos son de origen selvático y un antecedente vacunal del 9,5% (2 casos). Los departamentos que presentaron casos confirmados fueron Tolima (12 casos), Putumayo (4 casos), Caquetá (2 casos) Vaupes (1 caso), Nariño (1 caso) y Huila (1 caso) (5).

En el departamento Norte de Santander en el año 2003 se presentó un brote con 82 casos confirmados con una tasa de letalidad del 40% (33 casos), en el año 2004 2 casos con una tasa de letalidad del 50% (1 caso) y el último caso registrado fue en el 2006 con un caso confirmados que falleció con una letalidad del 100%.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 332 de 531

Objetivo

El objetivo del presente informe es describir el comportamiento de fiebre amarilla en Norte de Santander durante la vigencia 2024.

Materiales y métodos

Se realizó un informe de análisis de tipo transversal descriptivo para determinar el comportamiento de los casos probables de fiebre amarilla notificados en Norte de Santander durante 2024. Los datos fueron obtenidos de los registros de notificación individual del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) código 310.

A continuación, se describe la depuración de la base de datos teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Eliminar los casos descartados con ajuste D, los casos con ajuste 6 no se excluyeron del análisis de este evento puesto que se analizan todos los casos ingresados y acciones realizadas.

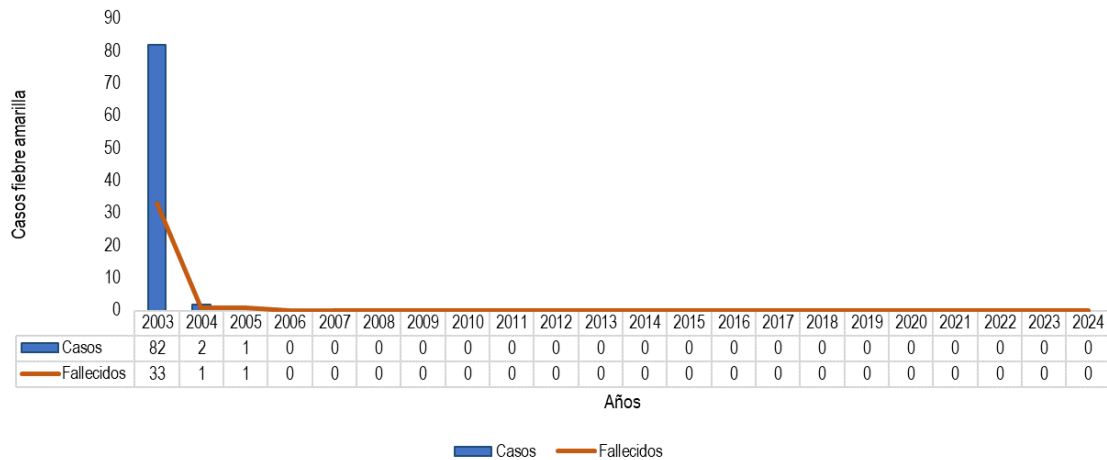
Eliminar registros duplicados y repetidos, con procedencia de otros departamentos o países, verificando nombre completo, número de documento y fecha de inicio de síntomas, hospitalización, condición final y tipo de ajuste.

Se construyó el gráfico de comportamiento con datos de brotes presentados en años anteriores en la entidad territorial.

Resultados

Para el departamento Norte de Santander se tiene histórico de casos confirmados de fiebre amarilla de los años, 2003 con la notificación de 82 casos distribuidos en Convención (31 casos), Tibú (30 casos), El Carmen (9 casos), Teorama (6 casos), Sardinata (2 casos), El Tarra (2 casos), Cucutilla (1 caso) y el Zulia (1 caso), la letalidad para este año fue de 40% (33 casos), posteriormente en el año 2004 se presentaron 2 casos en el municipio de Sardinata con una letalidad del 50% (1 caso) y para el 2006 que es el último año en el cual se han notificado casos positivos para la entidad territorial fue 1 caso en el municipio de Tibú el cual falleció para una letalidad del 100% durante este año.

Gráfica 76. Comportamiento de la notificación de Fiebre Amarilla, Norte de Santander, 2003 – 2024



Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-prevencion-control-fiebre-amarilla-colombia-2017-2022.pdf>

Para el año 2024 se notificaron 4 casos probables procedentes de Tibú (3 casos) y Ocaña (1 caso), los cuales tienen resultado de PCR negativo para fiebre amarilla y posteriormente fueron descartados con ajuste 6 en SIVIGILA, es importante mencionar que el caso procedente de Ocaña fue notificado por el Hospital Universitario de Colombia de la ciudad de Bogotá, al 100% de los casos se les realizó las acciones de respuesta inmediata estipuladas por el protocolo de vigilancia en salud pública para el evento.

De acuerdo con las características sociodemográficas de los casos probables de fiebre amarilla, se observa que la mayor proporción de los casos corresponden al sexo masculino, en cuanto a la nacionalidad se evidencia que el 50% (2 casos) son de nacionalidad venezolana, no asegurados, seguido de los subsidiados. Así mismo, se observa que la mayor proporción de los casos notificados proceden del área rural dispersa más específicamente del Catatumbo, con pertenencia étnica otros, tratados en el área intrahospitalaria, el 50% (2 casos) fallecieron, se aseguró la toma de muestras según protocolo al 100% de los casos y posteriormente se realizó el ajuste 6 en el SIVIGILA. Se observa que la población de 10 a 19 años son lo más afectados con el 50%.

Tabla 148. Características sociodemográficas de los casos probables de fiebre amarilla notificados, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	(%)
Sexo	Masculino	3	75,0
	Femenino	1	25,0
Nacionalidad	Colombia	2	50,0
	Venezuela	2	50,0
Régimen de afiliación	No asegurado	2	50,0
	Subsidiado	1	25,0
	Contributivo	1	25,0
Área de ocurrencia	Rural disperso	3	75,0
	Cabecera Municipal	1	25,0
Pertenencia étnica	Otro	3	75,0
	Motilon	1	25,0
Grupo de edad	10-19 años	2	50,0
	20-29 años	1	25,0
	30-39 años	1	25,0
	40-49 años	0	0,0
	50-59 años	0	0,0
	60- 69 años	0	0,0
	70-79 años	0	0,0
	80 años o más	0	0,0
Hospitalizado	Si	4	100,0
	No	0	0,0
Condición final	Vivo	2	50,0
	Fallecido	2	50,0
Muestra PCR	Si	4	100
	No	0	0
Descartado y ajustado	Si	4	100
	No	0	0

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Discusión

La fiebre amarilla ha representado una amenaza persistente en el departamento de Norte de Santander, especialmente en la subregión del Catatumbo. Los brotes de 2003, 2004 y 2006 evidencian una alta letalidad, con tasas del 40%, 50% y 100% respectivamente. Aunque no se han reportado casos confirmados desde 2006, la notificación de casos probables en 2024 subraya la necesidad de mantener una vigilancia activa.

Los casos probables de 2024 presentaron características sociodemográficas específicas: predominancia del sexo masculino, edad entre 10 y 19 años, nacionalidad venezolana y residencia en áreas rurales dispersas del Catatumbo. Estos hallazgos coinciden con estudios que identifican a las áreas rurales como zonas de alto riesgo para la transmisión de la fiebre amarilla debido a factores como la presencia de mosquitos vectores y la limitada cobertura de vacunación (4).

La respuesta ante los casos probables de 2024 fue inmediata, con la implementación de acciones estipuladas en el protocolo de vigilancia en salud pública. Sin embargo, la alta letalidad observada en años anteriores resalta la

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 335 de 531

importancia de mantener una cobertura de vacunación superior al 95% en zonas de riesgo, como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (4).

Limitaciones

Subregistro y diagnóstico en regiones rurales dispersas, los síntomas iniciales de la fiebre amarilla pueden confundirse con otras enfermedades febriles, como dengue o malaria, lo que retrasa la sospecha clínica y la notificación al sistema SIVIGILA. Esto contribuye al subregistro de casos y dificulta las acciones de cerco epidemiológico.

La movilidad constante entre Venezuela y Colombia incrementa el riesgo esta población migrante frecuentemente no accede a esquemas de vacunación completos ni a servicios de atención inmediata.

Conclusiones

La situación en Norte de Santander evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control de la fiebre amarilla, especialmente en áreas rurales y fronteras. Es esencial mantener una vigilancia epidemiológica activa, garantizar el acceso a la vacunación y promover medidas preventivas entre la población vulnerable, además de garantizar una red de vigilancia comunitaria fortalecida en la prevención y promoción de la enfermedad principalmente en las zonas rurales dispersas que tienen factores eco- epidemiológicos que aumentan el riesgo de posibles brotes como se evidencia en el histórico de casos para la entidad territorial.

Recomendaciones

Dar cumplimiento a las directrices emitidas desde nivel nacional para la detección, tratamiento y manejo de la enfermedad.

Fortalecer las coberturas de vacunación en la población susceptible, buscar estrategias que permita llegar casa a casa en áreas rurales dispersas y de difícil acceso; continuar con la inclusión de población migrante, especialmente venezolana, mediante esquemas flexibles y sin barreras administrativas.

Fortalecimiento al talento humano en salud sobre la adherencia al protocolo de vigilancia para el evento y a la guía de manejo clínico.

Fortalecer la REVCOM a través de gestores y vigías que sean sensores para la captación de casos probables y epizootias, además de realizar acciones de información, educación y comunicación de la enfermedad.

Fortalecer las acciones de vigilancia en salud pública del evento y garantizar oportunamente la investigación epidemiológica de campo (IEC) dentro de las 48 horas de notificación del caso asegurando la toma y envío de muestra.

Continuar con el SAT que permita la identificación a través de alertas de posibles casos probables y acciones inmediatas desde la notificación de probable.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 336 de 531

Dar continuidad a las acciones de búsqueda activa en poblaciones especiales, con el fin de identificar oportunamente los casos.

Realizar búsqueda activa institucional (BAI) para el evento.

Establecer alianzas con las fuerzas militares, organizaciones internacionales y líderes comunitarios para mejorar el acceso a zonas con problemas de orden público.

Reforzar la vigilancia entomológica, aplicar estrategias de control vectorial con participación comunitaria.

Reforzar estrategias de educación en salud sobre signos de alarma, medidas de prevención y beneficios de la vacunación, por medios de comunicación, emisoras, organizaciones, colegios entre otros.

Bibliografía

1. OPS, OMS. Manejo Clínico de la Fiebre Amarilla en la Región de las Américas, experiencias y recomendaciones para los servicios de salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2023. págs. 1-36.
2. Ministerio de Salud de Colombia. Circular 012 del 03 de abril del 2025. [Internet]. Bogotá: MinSalud; 2025.
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Fiebre amarilla. Versión 5, 2024 [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Fiebre%20amarilla%202024.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas. [Internet]. 03 de febrero del 2025,; Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2025-02/2025-feb-3-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final_3.pdf

Instituto Nacional de Salud. Informe de evento. Fiebre Amarilla. A periodo epidemiológico XII de 2024 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/FIEBRE%20AMARILLA%20PE%20XII%202024.pdf>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 337 de 531

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Objetivos

Realizar los indicadores de las IAAS

Realizar análisis del comportamiento de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud en del Departamento, comparando los resultados de la notificación realizada al sistema de información de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila)

Identificar el cumplimiento y comportamiento de las infecciones asociadas a dispositivos IAD en unidad de cuidados intensivos (UCI) adulto, pediátrica y neonatal notificados a través del sistema de vigilancia en el Departamento Norte de Santander año 2024.

Estimar las tendencias del uso de antibióticos vigilados en servicios de hospitalización y UCI adultos

Introducción

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) se encuentran entre los eventos adversos más frecuentes que ocurren en la prestación de servicios de salud: cada año se producen en todo el mundo 136 millones de casos de infecciones resistentes a los antibióticos asociadas a la atención sanitaria. La incidencia de estas infecciones representa un desafío significativo en la prestación de servicios médicos, afectando la calidad de vida de pacientes y generando costos adicionales para el sistema de salud. En este sentido, la implementación de la Estrategia Multimodal de la OMS para la higiene de manos emerge como una herramienta fundamental para mitigar este problema, promoviendo estándares de seguridad y excelencia en la atención sanitaria.

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son uno de los mayores problemas para la seguridad del paciente, afectando directamente la calidad en la prestación de servicios, igualmente generan una gran carga económica a las instituciones prestadoras de servicios de salud debido al aumento de la estancia hospitalaria, re-intervenciones, consumo de antimicrobianos y para los pacientes discapacidad a largo plazo.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) como la entidad responsable de dirigir el sistema de salud y de establecer las políticas que respondan a las necesidades y expectativas de la población en materia de salud y protección social, ha generado múltiples avances para afrontar esta problemática, como se evidencia en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (19), en el que se establece como uno de los objetivos del componente de Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, “reducir las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y contener la resistencia a los antimicrobianos” y como una de las estrategias para lograrlo se plantea “la construcción participativa del programa de prevención y control de las IAAS, la Resistencia Antimicrobiana y el

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 338 de 531

Uso prudente de antibióticos”, al igual que se estableció como una de la meta a 2021, el avance progresivo y sostenido de la implementación del programa de prevención y el control de las IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en el 90% de las instituciones de alta y media complejidad.

La resistencia antimicrobiana (RAM) se ha convertido en una amenaza global para la salud pública como causante de cinco millones de muertes anuales por infecciones multirresistentes, con una proyección de 10 millones de muertes anuales en 2050 y pérdidas económicas de 100 billones de dólares, según reportes de la Organización Mundial de la Salud.

Las infecciones asociadas a los procedimientos médico quirúrgicos (IAPMQ), son el segundo tipo de IAAS más frecuente notificado en el mundo. Las IAPMQ se definen como aquellas que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento por alguna condición clínica en el quirófano o atención de parto. En todo el mundo, las IAPMQ están relacionadas con una mayor morbilidad, mortalidad, prolongación de estancia hospitalaria. Las secuelas de este tipo de infecciones incluyen nuevas revisiones quirúrgicas (tiempos quirúrgicos adicionales), tratamiento.

En Colombia, las IAAS se constituyen como un problema de salud pública que genera la destinación de recursos económicos y humanos de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) frente a la problemática. A través de la circular 045 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social se inició la implementación de la vigilancia de las IAAS en el país y, se priorizó la monitorización de las infecciones asociadas a dispositivos (IAD) en las unidades de cuidados intensivos.

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son el evento adverso más frecuentemente reportado en todo el mundo, siendo la infección del sitio quirúrgico (IASQ) la IAAS con mayor incidencia en los países de ingresos bajos y medios, como Colombia, con consecuencias importantes para los pacientes, la sociedad y el sistema de salud, debido al incremento en morbilidad, mortalidad y costos que genera.

La vigilancia de consumo de antibióticos en Colombia, inició en el 2012, con la vigilancia en 6 entidades territoriales, de acuerdo a la circular 045 2012, para la implementación de la estrategia de vigilancia en salud pública de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, se realiza a UCI Adulto y Hospitalización adulto, en el año 2023 la DDD comparada con el año 2022 se observa un mejor uso de antibiótico reducido.

En Norte de Santander se ha venido fortaleciendo a las UPGD en la vigilancia de IAAS, como estrategia desde el año 2022 se hace un comité departamental con infectólogo contratado por el departamento mensualmente en el cual se dan capacitaciones de los temas que las profesionales necesitan fortalecer y también ellos participan mostrándonos la vigilancia de cada Institución, se hace acompañamiento de visitas de asistencia técnica a cada UPGD con el infectólogo.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 339 de 531

Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter central son las de mayores casos presentados y la Uci de mayor notificación es Uci adulto, el microorganismo más frecuente en la IAD es la Klebsiella pneumoniae

Las infecciones del sitio operatorio, en el departamento el procedimiento que más se ve afectado es el de cesárea.

Para el consumo de antibióticos en hospitalización adulto el más usado es Ampicilina y para uci adulto es Meropenem

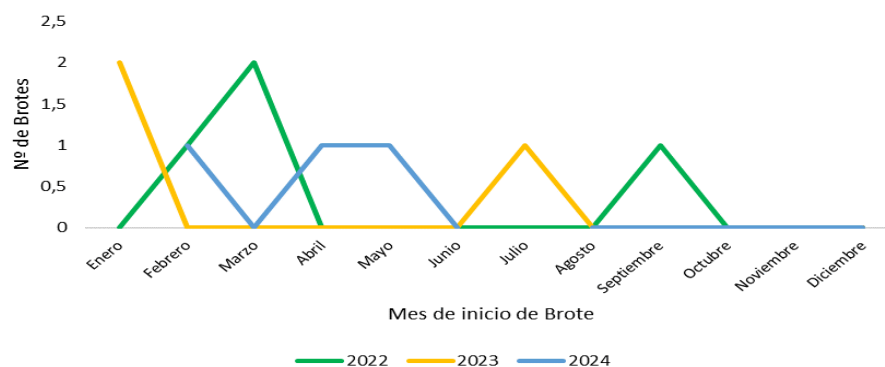
Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo basado en las notificaciones de las UPGD, para el evento de las IAD (9 ucis) se hace la vigilancia a las unidades de cuidados intensivos adultos, pediátrica y neonatal, a través del sistema de vigilancia SIVIGILA, realizando un seguimiento continuo tanto al paciente hospitalizado en estos servicios de alta complejidad como a los dispositivos que se empleen: (Ventilador mecánico, catéter central, catéter urinario), en el evento IAMPQ se vigilan los procedimientos Herniorrafia, partos vaginales, cesáreas, revascularización miocárdica y colecistectomía, en el evento de consumo de antibiótico se hace vigilancia a hospitalización adulto y uci adulto. La información fue analizada mediante distribución de frecuencias y se presentaron los resultados en tablas y graficas con el programa Excel, a través de las fichas epidemiológicas 357 (individual) y ficha 359 (colectivo), 352 (individual) 362 (colectivo) y 354 (colectivo)

Resultado brotes

Durante el año 2024 se notificaron 3 brotes en Norte de Santander, en el año 2023 se presentó 4 brotes, comparando el año anterior hubo una disminución de (1 caso).

Grafico 77. Brotes de infecciones asociadas a la Atención en Salud, Norte de Santander 2022- 2024



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 340 de 531

Las Instituciones que presentaron brotes fue tres IPS de la ciudad de Cúcuta

Para las variables sociodemográficos se presentaron 3 brotes por diferentes instituciones de salud, de las cuales se tomaron los datos del total de casos contagiados (24 casos), se observa que la mayor frecuencia de casos se presentó en el sexo femenino con un 95,8% (23 casos), el grupo poblacional más afectado por infecciones son los adultos 18-60 años 95,8% (23 casos), el servicio de urgencias fue el más afectado con 95,8% (23 casos), seguido uci adulta con el 14,2% (1 caso).

Tabla 149. Comportamiento social y demográfico de los casos de brote, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos involucrados	%
Sexo	Masculino	1	4,2
	Femenino	23	95,8
Grupo Poblacional	Adulto (18-60 años)	23	95,8
	Adulto mayor (mayor de 60 años)	1	4,2
	Neonatos	0	0,0
Servicio	Uci Adulto	1	4,2
	Urgencias	6	25,0
	Cirugia	17	70,8

Fuente Siviigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Microorganismos implicados en los brotes

Se presentaron Microorganismos diferentes en las 3 instituciones, el que más casos contagio en una institución fue Mycobacterium abscessus 70,8% seguido la varicela 25% (6 casos)

Del total de casos no se presentaron muerte asociadas a los brotes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 341 de 531

Tabla 150 Mortalidad por microorganismo implicados en brotes de infecciones asociadas a la atención en salud Norte de Santander, 2024

Microorganismo	Casos	Muerte	% Mortalidad
Mycobacterium abscessus	17	0	0
Varicela	6	0	0
Citrobacter freundii	1	0	0
Total	24	0	0

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 Las instituciones reportaron 3 brotes hospitalarios involucrados (24 casos), el 95,8% (23 casos) no tenía un dispositivo y era del servicio de urgencia

Tabla 151. Diagnósticos de IAAS relacionada a los brotes, Norte de Santander, 2024

IAAS	Casos	%
Mycobacterium abscessus	17	70,8
Varicela	6	25
Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica	1	4,16
Total	24	100

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Se realiza la tasa de ataque de cada Microorganismo que causó el brote, en el cual se observa el que mayor afectó paciente fue el microorganismo Citrobacter freundii 14;3% afectó 1 caso/ 7 total expuestos.

Tabla 152. Tasa de ataque, Norte de Santander, 2024

Servicio involucrado	Casos	Total expuestos	tasa de ataque %
Cirugía	17	395	4,3
Urgencias	6	80	7,5
Uci Adulto	1	7	14,3
Total	24	482	5,0

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Descripción de número de pacientes infectados y expuestos en cada brote al microorganismo relacionado y cálculo de tasa de ataque (TA), Norte de Santander, 2024

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 342 de 531

Microorganismo causante brote	Casos	Total expuestos	tasa de ataque %
Mycobacterium abscessus	17	395	4,3
Varicela	6	80	7,5
Citrobacter freundii	1	7	14,3
Total	24	482	5,0

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Hipótesis

Mycobacterium abscessus

Se consideró la transmisión a través de contacto indirecto y el origen del foco en la central de esterilización con debilidades en el proceso de lavado del material canalado.

Para el brote de Varicela

La falla de medidas de bioseguridad en el lavado e higienización de manos, uso adecuado de EPP, esquema de vacunación como factor preventivo, son las causas principales de los contagios generador en el personal de la institución y paciente atendido

Citrobacter freundii

El brote presentado con neumonía asociada a cuidados de la salud causada por Citrobacter freundii MDR se encuentra relacionada con la transmisión por medio de las manos del personal de salud o los familiares de la paciente.

La neumonía asociada a cuidados de la salud fue causada por broncoaspiración de la paciente durante los procedimientos de endoscopia en los cuales hubo presencia de abundante sangrado y de líquidos para el lavado gástrico.

Oportunidad en la notificación de brotes IAAS

Del total de los 3 brotes, se notificaron 3 brotes de forma oportuna con un 100%

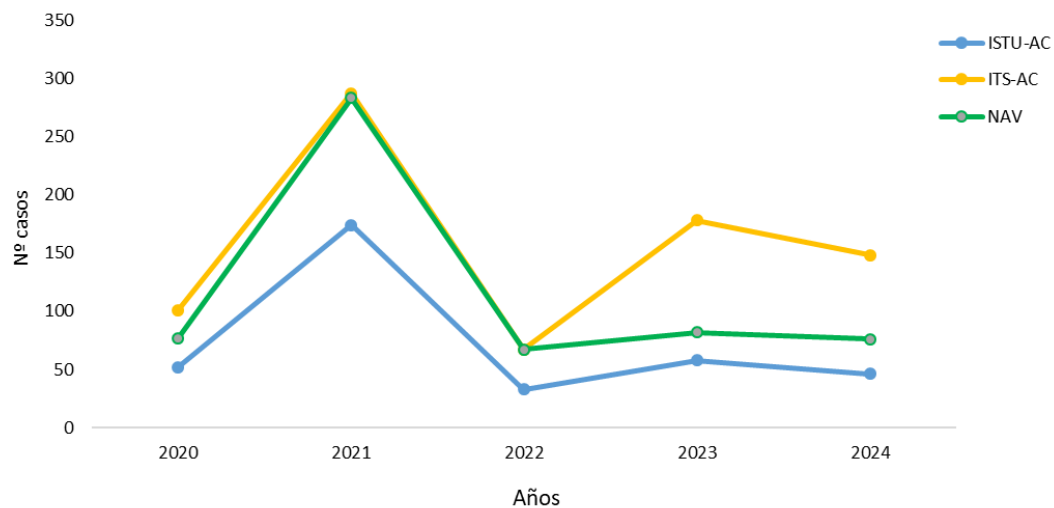
Resultados IAD

Se notificaron un total de 296 casos de IAD, de los cuáles 10 caso son remitidos a otros departamentos, el cual será incluido para el análisis, 11 se clasifico como infección extra hospitalaria, 3 casos con ajuste 6 de descarte, 12 casos duplicados la cual será excluida para este análisis, quedando un total 270 casos.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 343 de 531

Se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), 270 casos de infecciones asociadas a dispositivo, comparado con los tres últimos años anteriores, 2020 (230 casos), 2021 (744 casos), 2022 (167 casos), 2023 (318 casos), este año hubo disminución de casos comparado con el año 2023.

Grafico 78. Comportamiento de la notificación de casos de infecciones asociadas a dispositivos, Norte de Santander en los años 2020 - 2024



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

La Uci adulto es la de mayores casos de infecciones y el tipo de IAD con más notificaciones son las Infecciones de torrente sanguíneo asociada a catéter central con 42,2% (114 casos) seguido las neumonías asociadas a ventilador mecánico 21,9% (59 casos)

Tabla 153. Comportamiento de la notificación de casos de infecciones asociadas a dispositivos Norte de Santander, 2024

Tipo de IAD	Tipo de Uci	Casos notificados	%
Infeccion del torrente sanguineo asociada a cateter (IT S-AC)	Uci Adulto	114	42,2
	Uci pediatrico	22	8,1
	Uci Neonatal	12	4,4
Neumonia asociada a ventilacion mecanico (NAV)	Uci Adulto	59	21,9
	Uci pediatrico	8	3,0
	Uci Neonatal	9	3,3
Infeccion del tracto urinario asociada a cateter (ISTU-AC)	Uci Adulto	43	15,9
	Uci pediatrico	3	1,1
Total		270	100

Fuente Siviigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para las variables sociodemográficos notificados Se observa que la mayor frecuencia de casos de IAD se presentó en el sexo masculino con un 60,4% La gran mayoría son de régimen subsidiado 61,3% el rango de edad con más casos de IAD son los adultos mayores de 60 años 12,9 % la comorbilidad más afectada fue para los que tienen una infección previa 20,7% los casos que han fallecido y han tenido IAD 14,4%.

Figura 6. Comportamiento social y demográfico de los casos de IAD en UCI, Norte de Santander, 2024



Fuente Siviigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 345 de 531

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

De los Microorganismos a vigilar se notificaron un total de 269 casos, de los cuales según las unidades de cuidados intensivos de mayor caso fue UCI adultos 79,9% (215 casos), el microorganismo más frecuente es *Klebsiella pneumoniae* 19,7% (53 casos).

Para las unidades de cuidado intensivo pediátrica un 12,3% (33 casos) y neonatal se presentaron un 7,8% (21 casos), el microorganismo de mayores casos para ambas ucis es *Pseudomona aeruginosa*, y *Klebsiella pneumoniae*

Tabla 154. Proporción de agentes etiológicos asociados a IAD en los servicios de UCI Norte de Santander, 2024

Microorganismo	Uci Adulto	%	Uci Pediatrico	%	Uci Neonatal	%	Total general	%
<i>Acinetobacter baumannii</i>	11	4,1	2	0,7	3	1,1	16	5,9
<i>Burkholderia cepacia</i>	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,4
<i>Candida albicans</i>	10	3,7	2	0,7	1	0,4	13	4,8
<i>Candida auris</i>	1	0,4	1	0,4	0	0,0	2	0,7
<i>Candida glabrata</i>	8	3,0	0	0,0	0	0,0	8	3,0
<i>Candida parapsilosis</i>	3	1,1	0	0,0	2	0,7	5	1,9
<i>Candida paratropicalis</i>	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,4
<i>Candida tropicalis</i>	3	1,1	1	0,4	0	0,0	4	1,5
<i>Enterobacter cloacae</i>	8	3,0	1	0,4	1	0,4	10	3,7
<i>Enterococcus faecalis</i>	4	1,5	0	0,0	0	0,0	4	1,5
<i>Enterococcus faecium</i>	3	1,1	2	0,7	0	0,0	5	1,9
<i>Escherichia coli</i>	14	5,2	2	0,7	0	0,0	16	5,9
<i>Klebsiella oxytoca</i>	2	0,7	0	0,0	0	0,0	2	0,7
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	53	19,7	4	1,5	2	0,7	59	21,9
<i>Proteus mirabilis</i>	9	3,3	1	0,4	0	0,0	10	3,7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	50	18,6	5	1,9	4	1,5	59	21,9
<i>Serratia marcescens</i>	3	1,1	1	0,4	1	0,4	5	1,9
<i>Staphylococcus aureus</i>	10	3,7	2	0,7	2	0,7	14	5,2
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	4	1,5	2	0,7	0	0,0	6	2,2
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	3	1,1	1	0,4	2	0,7	6	2,2
<i>Staphylococcus hominis</i>	3	1,1	2	0,7	1	0,4	6	2,2
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	4	1,5	1	0,4	0	0,0	5	1,9
Otros	7	2,6	3	1,1	2	0,7	12	4,5
Total general	215	79,9	33	12,3	21	7,8	269	100

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 346 de 531

Unidad de Cuidado Intensivo Adulto

El comportamiento de las IAD en el servicio de UCIA, se observó que el dispositivo NAV tiene la tasa más alta, 2,6 1000 días dispositivo Ventilación mecánico, seguido ITS-AC una tasa de 2,5* 1000 días dispositivo catéter central, en ISTU-AC una tasa de 0,7 * 1000 días dispositivo catéter urinario.

Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica

Para sacar la tasa en servicio de UCI pediátrica se realizó verificación y cumplimiento de notificación del evento colectivo 359 de IAD, ITS-AC se observó una tasa de 5,4* 1000 días dispositivo catéter central, en ISTU-AC una tasa de 1,4 * 1000 días dispositivo catéter urinario y para las NAV una tasa de 2,7* 1000 días dispositivo Ventilación mecánico.

Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Para este servicio se observa una tasa de 1,1* 1000 días dispositivo catéter central, y para las NAV una tasa de 1,3* 1000 días dispositivo Ventilación mecánico.

Tabla 155. Tasa de Incidencia de IAD en UCI adulto, Norte de Santander, 2024

Institucion	# ITS-AC	Dias_CC	tasa de ITS-AC	# ISTU-AC	Dias_CU
Clinica Medical Duarte	36	13182	2,7	12	13923
Clinica Medico Quirurgica	0	1923	0,0	1	1939
Clinica Norte	1	606	1,7	0	606
Clinica San Jose	43	7277	5,9	8	7018
Clinica Santa Ana	4	2437	1,6	0	2570
Clinica Santa Ana sede Norte	0	186	0,0	0	184
Perfect clinic	0	433	0,0	0	491
Hospiclinic	0	794	0,0	2	1042
Vital medical care	1	829	1,2	0	1357
Ucis de colombia	2	6156	0,3	1	6192
Hospital emiro quintero	0	299	0,0	0	539
Norte de santander	87	34122	2,5	24	35861

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 347 de 531

Tabla 156. Tasa de Incidencia de IAD en UCI pediátrico, Norte de Santander, 2024

Institucion	# ITS-AC	Dias_CC	tasa de ITS-AC	# ISTU-AC	Dias_CU
Clinica Medical Duarte	9	1509	6,0	1	609
Clinica San Jose	2	422	4,7	0	170
Ucis Dumian Medical SAS	0	93	0,0	0	44
Vital medical care	0	55	0,0	0	24
Uci colombia	5	838	6,0	1	525
Hospital emiro quintero	0	25	0,0	0	35
Norte de santander	16	2942	5,4	2	1407

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Tabla 157. Tasa de Incidencia de IAD en UCI neonatal, Norte de Santander, 2024

Institucion	# ITS-AC	Dias_CC	tasa de ITS-AC	# NAV	Dias_VM
Clinica San Jose	1	3038	0,3	0	3038
Clinica Medical Duarte	1	2970	0,3	1	1024
Vital medical care	0	89	0,0	0	44
Uci colombia	7	2181	3,2	6	1254
Hospital emiro quintero	0	29	0,0	0	25
Total	9	8307	1,1	7	5385

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 en la vigilancia de las IAD estaban caracterizadas 11 Ucis, de las cuales 2 Ucis cerraron servicio e ingreso 2 Ucis en la vigilancia; Clínica Santa Ana sede Norte participo en la vigilancia hasta el mes de febrero y cerro servicio, Vital Medical Care participo hasta el mes de junio y cerro servicio, Perfec Clinic ingreso a la vigilancia en el mes de junio, Hospital Emiro Quintero Cañizares ingreso a la vigilancia en el mes de octubre, quedando un total de 9 Ucis para la vigilancia de Norte de Santander en IAD.

El cumplimiento de notificación de las Ucis, fue de 100% pero de notificación de casos algunas Instituciones no participaron activamente.

Tabla 158. Porcentaje de cumplimiento de notificación en el servicio de UCI, Norte de Santander, 2024

Nombre de UPGD	%Cumplimiento notificacion
Clinica Medical Duarte	100
Clinica Medico Quirurgica	100
Clinica Norte	100
Clinica San Jose	100
Perfec clinic	100
Clinica Santa Ana sede Norte	100
Clinica Santa Ana	100
Hospiclinic	100
Hospital Emiro Quintero	100
Ucis de colombia	100
Vital medical care	100
Norte de Santander	100

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

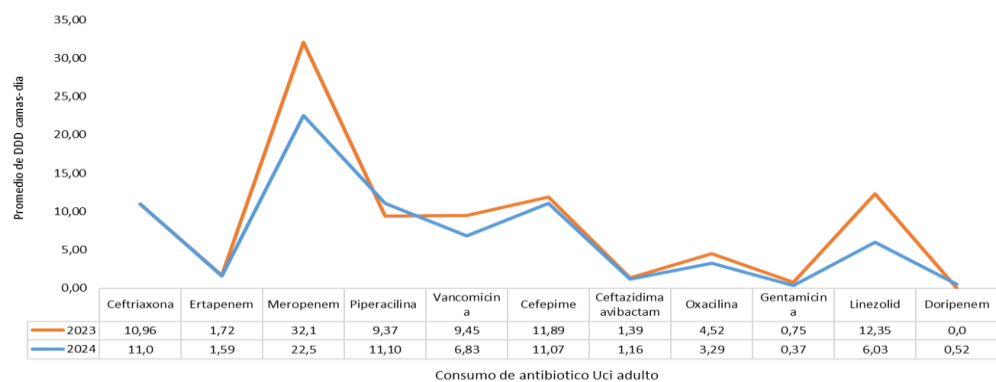
Resultados de CAB 2024

Indicadores

El consumo de antibióticos en UCI adulto comparado con el año 2023 se observa que disminuyo la dosis diaria definida durante el año 2024. El antibiótico de mayor consumo para el año 2024 fue Meropenem 22,5 DDD/100 * camas- día.

Promedio de dosis diaria definida/100 camas- día en servicio UCI Adulto

Grafico 79. Comportamiento de la notificación de Consumo de antibiótico en Uci adulto Norte de Santander, 2024

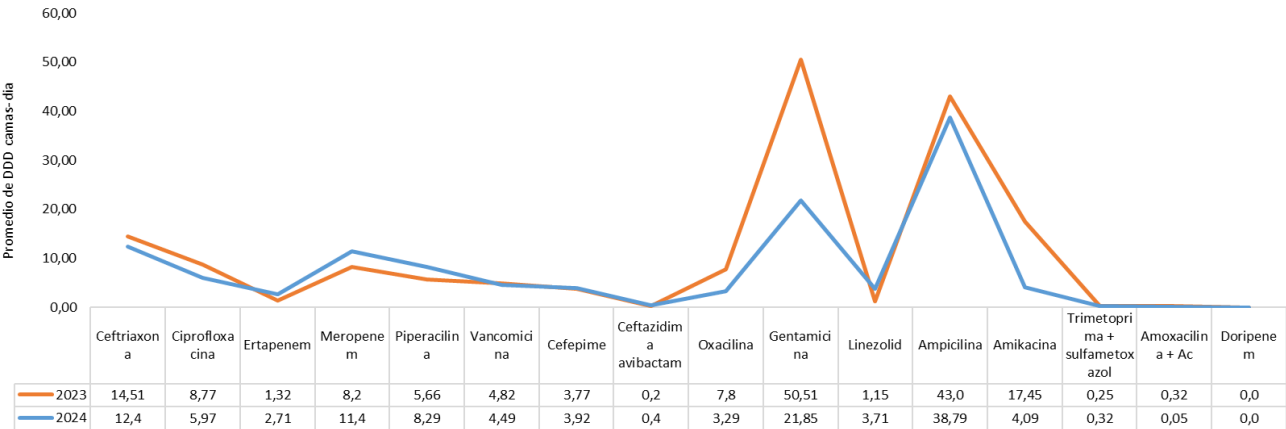


Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

El antibiótico de mayor consumo en Hospitalización Adulto en Norte de Santander fue Ampicilina 38,79 DDD/*100 camas- día.

Comportamiento del Consumo de antibiótico en Hospitalización Adultos (dosis diaria definida/100 camas-día)

Gráfico 80. Comportamiento de la notificación de Consumo de antibiótico en hospitalización adulto Norte de Santander, 2024



Consumo de antibiotico Hospitalizacion adulto

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para la vigilancia de hospitalización adulto participaron 12 UPGD, una UPGD no cumplió con la notificación de los 12 meses UPGD.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 350 de 531

Tabla 159. Porcentaje de cumplimiento de notificación de Consumo de antibiótico hospitalización adulto Norte de Santander, 2024

Nombre de UPGD	%Cumplimiento notificacion
Clinica Medical Duarte	100
Clinica Medico Quirurgica	83,3
Clinica Norte	100
Clinica San Jose	100
Clinica Santa Ana	100
Clinica Santa Ana sede Norte	100
Centro medico la Samaritana	100
Perfec clinic	100
Hospital Universitario Erasmo Meoz	100
Hospital Emiro Quintero	100
Hospital San Juan de Dios	100
Clinica y drogueria Torcoroma	100
Norte de Santander	98,6

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la vigilancia de Uci adulto participaron 11 UPGD, de las cuales una UPGD no cumplió con la notificación de los 12 meses

Tabla 160. Porcentaje de cumplimiento de notificación de Consumo de antibiótico Uci Adulto, Norte de Santander, 2024

Nombre de UPGD	%Cumplimiento notificacion
Clinica Medical Duarte	100
Clinica Medico Quirurgica	75
Clinica Norte	100
Clinica San Jose	100
Clinica Santa Ana	100
Clinica Santa Ana sede Norte	100
Perfec clinic	100
Hospiclinic	100
Hospital Emiro Quintero	100
Vital medical care	100
Ucis de Colombia	100
Norte de Santander	97,7

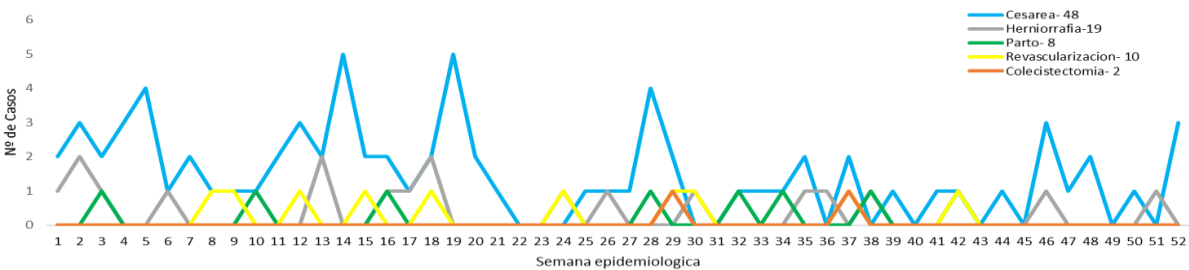
Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Resultados Infección asociada a procedimientos médico quirúrgicos

Indicadores

En el año 2024 los de mayores casos con infecciones por procedimientos son: las Cesáreas 65,8% (77 casos).

Grafico 81. Comportamiento de la notificación de casos de infecciones asociadas a procedimiento médico quirúrgico Norte de Santander, 2024



Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 352 de 531

Indicadores para la vigilancia de las Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos

Incidencia de la endometritis puerperal

En Norte de Santander de los 16.591 procedimientos realizados entre partos vaginales y cesárea se presentaron un total de (56 casos nuevos) 0,33 de endometritis puerperal por cada 100 partos realizados.

Incidencia de la Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos

De los 24575 procedimiento quirúrgico realizados, cesárea, partos vaginales, herniorrafia, revascularización miocárdica y colecistectomía en el Departamento, se presentaron (87 casos) 0,35 de IAPMQ por cada 100 procedimiento realizados.

Se realizó capacitaciones y asistencia a municipios de primer nivel, y se les indico que toda institución que atienda partos vaginales debe realizar la notificación del evento 352 si se presentan casos, del colectivo 362 la notificación negativa se debe realizar mensualmente, para que el municipio no quede en silencio epidemiológico. Los cumplimientos de la notificación han sido muy bajos porque los Profesionales rurales de cada municipio se van rotando cada año, eso dificulta la oportunidad y notificación de este evento. 59 Instituciones participaron en la notificación del evento de los cuales se obtuvo en el departamento 82,6 % de cumplimiento

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 353 de 531

Tabla 161. Porcentaje de cumplimiento de notificación de Infecciones asociadas a procedimientos medico quirúrgicos Norte de Santander, Norte de Santander, 2024

Instituciones	n° meses	% cumplimiento
Asociacion profamilia	12	100
Centro de salud bochalema	12	100
Centro de salud cacota	11	91,7
Centro de salud de chitaga	12	100
Centro de salud de lourdes	12	100
Centro de salud de san cayetano	10	83,3
Centro de salud de teorama	12	100
Centro de salud de villacaro	12	100
Centro de salud divino niño de cucutilla	12	100
Centro de salud el tarra	12	100
Centro de salud gibraltar	3	25
Centro de salud la vega	1	8,3
Centro de salud mutiscua	12	100
Centro de salud pamplonita	12	100
Centro de salud puerto santander	12	100
Centro de salud san calixto	2	16,7
Centro de salud santiago	12	100
Centro de salud silos	11	91,7
Centro medico la samaritana	12	100
Clinica los andes ltda	12	100
Clinica medical duarte	12	100
Clinica medico quirurgica sa	11	91,7
Clinica norte sa	12	100
Clinica san jose de cucuta sa	12	100
Clinica santa ana sa	12	100
Clinica santa ana sa sede norte	6	50
Clinica y droguería nra sra de torcoroma ltda	12	100
Empresa social del estado Hospital regional de occidente	12	100
Empresa social del estado Hospital regional noroccidente	12	100
Empresa social del estado Hospital regional norte	12	100
Ese Hospital emiro quintero cañizarez	12	100
Ese Hospital juan luis londoño	4	33,3
Ese Hospital local jorge cristo sahium villa del rosario	4	33,3
Ese Hospital local municipio los patios	12	100
Ese Hospital regional suroriental	12	100
Ese Hospital san juan de dios de pamplona	12	100
Ese Hospital universitario erasmo meoz	12	100
Ese joaquin emiro escobar	5	41,7
Gastroquirurgica sas	12	100
Hospital nuestra señora de belen	12	100
Hospital san juan de dios arboledas	12	100
Hospital san vicente de paul	8	66,7
IPS Centro de salud de la gabarra	12	100
IPS Centro de salud samore	7	58,3
IPS convencion	9	75
IPS el carmen	11	91,7
IPS Hospital san martin	1	8,3
IPS labateca	5	41,7
IPS pedro antonio villamizar	11	91,7
IPS san pablo	2	16,7
IPS ucis de colombia sede norte	8	66,7
Uba loma de bolivar	12	100
Perfect clinic sas	7	58,3
Uba policlinico atalaya	11	91,7
Uba agua clara	12	100
Uba hacari	5	41,7
Ucis de colombia sas	12	100
Unidad basica comuneros	12	100
Unidad materno infantil la libertad	12	100
Norte de Santander	585	82,6

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 354 de 531

Se notificaron 21 casos de IAPMQ causadas por Microorganismos, de los cuales el procedimiento de mayor notificación es la Cesárea con un 47,6 % (10 casos), seguido las Herniorrafia 14,3% (3 casos), Revascularización miocárdica 38,1% (8 casos).

Tabla 162. Proporción de agentes etiológicos asociados Infecciones asociadas a procedimientos medico quirúrgicos, Norte de Santander, 2024

Microorganismo	Cesarea	Herniorrafia	Partos	Revascularización miocárdica
Escherichia coli	4,8	4,8	0,0	0,0
Klebsiella pneumoniae	0,0	0,0	0,0	4,8
Proteus mirabilis	9,5	0,0	0,0	0,0
Pseudomonas aeruginosa	0,0	0,0	0,0	14,3
Staphylococcus aureus	19,0	4,8	0,0	9,5
Staphylococcus epidermidis	9,5	4,8	0,0	0,0
Enterobacter cloacae	4,8	0,0	0,0	9,5
Total general	47,6	14,3	0,0	38,1

Fuente Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Discusión

La IAD de mayor notificación son las infecciones del torrente sanguíneo asociada a catéter central en las 2 ucis (Uci adulto y uci pediátrica), se observa en el comportamiento de las tasas en los servicios Adulto, pediátrico.

Las IAAS son un problema de salud pública y de alto costo. Pero con el programa de resistencia bacteriana PROA en el consumo de antibióticos se han disminuido los costos.

En el servicio de uci neonatal las infecciones más frecuentes fueron las neumonías de ventilador mecánico, como se evidencia en su tasa de incidencia.

En Uci adulto el microorganismo más frecuente fue la Klebsiella pneumoniae y el año 2023 fue Pseudomona aeruginosa. Para Uci pediátrico y Neonatal sigue siendo la Pseudomona aeruginosa.

Para el Consumo de Antibiótico DDD en Uci Adulto es el Meropenem de mayor consumo y para Hospitalización Adulto es la Ampicilina

La Infecciones asociadas a procedimiento Médico Quirúrgico se realiza vigilancia a 5 procedimientos, el cual el de mayor casos de notificación son las Cesáreas y seguido las herniorrafias, comparadas con el año 2023 siguen siendo las de mayores casos.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 355 de 531

Limitaciones

La rotación de cambio de profesionales en los municipios afecta la vigilancia de las IAMPQ y en las Instituciones de Uci la vigilancia de IAD, CAB.

Conclusiones

Se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 270 casos de infecciones asociadas a dispositivo.

el microorganismo más frecuente en las IAD es *Klebsiella pneumoniae* y *Pseudomona aeruginosa*.

El antibiótico de mayor consumo en UCI Adulto fue Meropenem, comparado con el año 2023 disminuyó la dosis diaria, el Programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) es importante que se siga implementando en las instituciones porque minimiza los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos y la resistencia, garantizando la utilización de tratamientos costo-eficaces.

El antibiótico de mayor consumo en Hospitalización Adulto en Norte de Santander fue la Ampicilina

En el Departamento la de mayores casos por infecciones por procedimientos son: las Cesáreas. Las IAPMQ que se diagnosticaron y se notificaron confirmadas por laboratorio para las infecciones del procedimiento de Cesárea el microorganismo frecuente fue *Staphylococcus aureus* con un 19%, para los procedimientos de Revascularización miocárdica fue *Pseudomona aeruginosa*.

El brote de *Mycobacterium abscessus* fue el que más afectó pacientes en una Institución (17 pacientes)

Recomendaciones

Instituto nacional de salud seguir fortaleciendo con capacitaciones a los referentes de los departamentos IAD, CAB y IAPMQ.

Departamento: Garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud pública en el departamento con el objetivo de dar cumplimiento a sus indicadores.

Bibliografía

OPS. salva-vidas-limpia-tus-manos-ops-contribuye-esfuerzos-pais-para-detener.2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias>.

Ministerio de salud. Lineamientos optimización uso antimicrobiano. 2019 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-optimizacion-uso-antimicrobianos.pdf>

Botes de infecciones asociadas a la atención en salud. 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_IAAS%202024.pdf

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 356 de 531

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Cáncer de mama y cuello uterino

Introducción

El cáncer de mama es la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor dentro de la mama, el cual tiene la capacidad de invadir a otros órganos, es el tipo de cáncer más frecuente y la causa más común de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. Afecta a las mujeres de cualquier edad después de la pubertad, pero las tasas aumentan en la vida adulta.

El cáncer de cuello uterino se origina en las células del cuello del útero. Por su frecuencia, este ocupa el cuarto lugar entre los cánceres de la mujer. El 99% de los cánceres de cuello uterino están vinculados con la infección por papiloma virus humanos (VPH) de alto riesgo que son muy comunes y se transmiten por contacto sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que en 2022 se diagnosticaron 2,3 millones de casos de cáncer de mama en mujeres en todo el mundo y fallecieron 670 000 por esta enfermedad, con tasas mayores entre las mujeres adultas. En 2020 A fin del año, 7,8 millones de mujeres a quienes en los anteriores cinco años se les había diagnosticado cáncer de mama seguían con vida, lo que hace que este cáncer sea el de mayor prevalencia. La introducción de programas de detección temprana, diagnóstico precoz y acceso al tratamiento han mejorado el pronóstico del cáncer de mama en países de altos ingresos con una disminución del 40% en la mortalidad. Sin embargo, a pesar de los avances en la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento, los países con medianos y bajos ingresos enfrentan grandes retos para diseñar e implementar programas para mejorar la atención del cáncer. El cáncer de mama es más frecuente en las mujeres, aunque, aproximadamente, entre el 0,5% y el 1% de los casos de cáncer de mama afectan a los hombres. La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), reportó 33 307 nuevos casos en 2019, lo que representa más del 30% de todos los tumores de sexo femenino en ese país. El mayor número de diagnósticos se encuentra en las mujeres entre 45 y 65 años. Según datos reportados por el Observatorio Global del Cáncer (Globocan) en 2020, la incidencia (tasa cruda) mundial del cáncer de mama fue estimada en 86,6 por cada 100 000 habitantes, mientras que para cáncer de cuello uterino se estimó una incidencia de 23,3 por cada 100 000 habitantes. La (OMS) reporta que el cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer en las mujeres, con 604 127 nuevos casos y 341 823 muertes en 2020. El 90% de los nuevos casos y muertes ocurrió en países de ingresos bajos y medianos. Los programas de tamizaje que introdujeron la citología del cuello uterino en las actividades de prevención han demostrado su efectividad en los países desarrollados.

Entre las estrategias mundiales para la eliminación del cáncer de cuello uterino como un problema de salud pública, la Asamblea Mundial de la Salud, en agosto de 2020, definió la estrategia mundial para eliminación del cáncer de cuello uterino que establece tres pilares: prevención, detección efectiva y tratamiento de lesiones precancerosas. Con el fin de alcanzar una tasa de incidencia de menos de 4 casos por 100 000 mujeres se encuentran objetivos como: cobertura del 90% de la vacunación de VPH en niñas, 70% de cobertura de detección de alto rendimiento en mujeres de 35 a 45 años y 90% de tratamiento y manejo en lesiones precancerosas y de los casos de cáncer invasivo.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 357 de 531

De acuerdo con los datos preliminares reportados por la Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia, entre el 2 de enero de 2022 y el primero de enero de 2023, se presentaron 9 716 casos nuevos de cáncer de mama, de estos, el 91,67% correspondieron a casos invasivos, y la mayoría se diagnosticaron en estadio II (37,51%).

Objetivos específicos

Establecer la distribución demográfica y social de los casos reportados al Sivigila de cáncer de mama y cuello uterino en el año 2024.

Determinar los indicadores de oportunidad durante el año 2024.

Materiales y métodos

Se realizó un informe de análisis de tipo descriptivo de la situación actual de la notificación de cáncer de mama y cuello uterino en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), posterior proceso depuración del 1 de enero 31 de diciembre de 2024. Se empleó Microsoft Excel para el procesamiento de los datos.

La notificación del evento se realiza de forma semanal de casos confirmados de cáncer de mama y cuello uterino, con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA. La base de datos de la ficha de datos complementarios 115 vigente este año se depura cruzando los datos para su análisis. Para el caso de SIVIGILA se continúa la vigilancia por medio de la ficha de notificación como un componente de búsqueda activa de casos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), con notificación desde confirmado y seguimiento.

Hallazgos

Cáncer de mama y cáncer de cuello uterino son eventos que iniciaron su vigilancia bajo el código Sivigila 155. En el intervalo comprendido desde 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024 (periodos epidemiológicos uno a trece), se notificaron al aplicativo del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 1280 casos confirmados de los dos cánceres, de los cuales se retiraron 23 registros de residencia Venezuela y otro departamento, 284 registros repetidos, 25 casos descartados, 16 registros con error de digitación.

Comportamiento de la notificación

Cáncer de mama

Durante el año 2024 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 1280 casos confirmados de los dos tipos de cánceres. Del total de los casos para cáncer de mama a periodo epidemiológico 13 se reportaron 613 (48,0%) del total de casos confirmados con un promedio por semana de 23 casos, la tendencia en la notificación es mayor comparado con el año 2023. El promedio de la tasa en la notificación general fue de 38,6 por 10.000 mujeres mayores de 18 años.

Tabla 163. Tasa de incidencia de notificación de Cáncer de Mama, Norte de Santander, 2024

Municipio de Residencia	DANE	Casos Colombia	Incidencia x 100.000 CA de mama
Cucuta	812176	412	50,73
Villa Del Rosario	116221	67	57,65
Ocaña	135344	40	29,55
Los Patios	103733	19	18,32
Pamplona	56894	11	19,33
Tibu	62151	10	16,09
El Zulia	30816	9	29,21
Teorama	18731	6	32,03
Abrego	35936	5	13,91
Puerto Santande	9913	5	50,44
Bochalema	9385	4	42,62
Sardinata	28989	4	13,80
Chinacota	19845	3	15,12
Arboledas	11028	2	18,14
Convención	21175	2	9,45
Ragonvalia	6751	2	29,63
San calixto	14496	2	13,80
Bucarasica	7263	1	13,77
El Carmen	15080	1	6,63
La esperanza	13144	1	7,61
Labateca	7189	1	13,91
Mutiscua	4843	1	20,65
Pamplonita	6239	1	16,03
Salazar	11664	1	8,57
Santiago	3861	1	25,90
Silos	7127	1	14,03
Toledo	17714	1	5,65
Total	1587708	613	38,61

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 359 de 531

Para cáncer de mama los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Cúcuta, seguido de Villa del Rosario y Ocaña; sin embargo, la tasa más alta de incidencia por notificación de casos al Sivigila 2024, la tiene Cúcuta con 50.73% casos por 100.000 mujeres mayores de 18 años y villa del rosario con 57.65% casos por 100.000 mujeres mayores de 18 años.

Cáncer de Cuello Uterino

Del total de los casos notificados para el evento (1280 casos confirmados), a periodo epidemiológico trece se reportaron 360 casos (28,1%) del total casos confirmados con un promedio por semana de 15 casos, la tendencia en la notificación aumenta en comparación con el año 2023. El promedio de la tasa en la notificación general fue de 38.1 por 10.000 mujeres en edad fértil.

Tabla 164. Tasa de incidencia de notificación de Cáncer de Cuello Uterino, Norte de Santander, 2024

Municipio de Residencia	DANE	Total Casos Colombia	Incidencia x 100.000 M.E.F
Cucuta	491769	237	48,19
Villa Del Rosario	72699	30	41,27
Ocaña	82548	19	23,02
Los Patios	64795	14	21,61
Tibu	36108	10	27,69
Ábrego	20710	6	28,97
El Zulia	18352	6	32,69
Convención	11722	4	34,12
El Tarra	13503	4	29,62
Pamplona	34676	4	11,54
Chinacota	11103	3	27,02
Sardinata	15959	3	18,80
Teorama	10765	3	27,87
Cáchira	6149	2	32,53
Mutiscua	2739	2	73,02
Puerto Santander	6031	2	33,16
San calixto	7758	2	25,78
Silos	3787	2	52,81
Arboledas	5504	1	18,17
Bochalema	4961	1	20,16
Chitagá	7260	1	13,77
Cucutilla	4739	1	21,10
Durania	2739	1	36,51
Ragonvalia	3441	1	29,06
San Cayetano	4738	1	21,11
Total	944555	360	38,11

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 360 de 531

Para cáncer de cuello uterino los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Cúcuta, seguido de Villa del Rosario y Ocaña; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Mutiscua con 73.02 casos por 100.000 mujeres en edad fértil seguido de Silos con 52,81 casos por 100.000 mujeres en edad fértil.

Características sociodemográficas

Cáncer de mama

El 60,03% de los casos de cáncer de mama se registraron en el régimen subsidiado; el 93,15% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica el 99.51 % de la población pertenece a otros grupos. La media de la edad fue 50 años; concentrando la mayor cantidad de casos en los grupos de edad de 50 a 54 años con el 14,68%.

Tabla 165. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de cáncer de mama, Norte de Santander, 2024

Variables	Clasificacion	Casos	Porcentaje
Area de Residencia	Cabecera Municipal	571	93,15
	Centro Poblado	17	2,77
	Rural Disperso	25	4,08
Regimen de Afiliacion	Subsidiado	368	60,03
	Contributivo	209	34,09
	No Asegurado	8	1,31
	Indeterminado	7	1,14
	Excepcion	21	3,43
Pertenencia Étnica	Indigena	1	0,16
	Raizal	2	0,33
	Otros	610	99,51
Grupo de Edad	15-19 años	1	0,16
	20-24 años	0	0,00
	25-29 años	13	2,12
	30-34 años	19	3,10
	35-39 años	38	6,20
	40-44 años	67	10,93
	45-49 años	66	10,77
	50-54 años	90	14,68
	55-59 años	80	13,05
	60-64 años	78	12,72
	65-69 años	67	10,93
	70-74 años	44	7,18
	75-79 años	26	4,24
	80 años y mas	24	3,92

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander 2025

Cáncer de cuello uterino

El 73,06 % de los casos de cáncer de cuello uterino se registraron en el régimen subsidiado; el 92,78% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica el 99.72 % pertenece a otros grupos. La media de la edad fue 45 años; concentrando la mayor cantidad de casos en los grupos de edad de 40 a 44 años con el 10,28%.

Tabla 166. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de cáncer de cuello uterino, Norte de Santander, año 2024

Variables	Clasificacion	Casos	Porcentaje
Area de Residencia	Cabecera Municipal	334	92,78
	Centro Poblado	6	1,67
	Rural Disperso	20	5,56
Regimen de Afiliacion	Subsidiado	263	73,06
	Contributivo	77	21,39
	No Asegurado	12	3,33
	Indeterminado	2	0,56
	Excepcion	6	1,67
Pertenencia Etnica	Rom. Gitano	1	0,28
	Otros	359	99,72
Grupo de Edad	15-19 años	2	0,33
	20-24 años	1	0,16
	25-29 años	22	3,59
	30-34 años	45	7,34
	35-39 años	54	8,81
	40-44 años	63	10,28
	45-49 años	56	9,14
	50-54 años	21	3,43
	55-59 años	25	4,08
	60-64 años	25	4,08
	65-69 años	25	4,08
	70-74 años	11	1,79
	75-79 años	6	0,98
	80 años y mas	4	0,65

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander 2025

Indicadores Comportamiento de oportunidad de notificación de casos

En cuánto a la notificación y oportunidad de casos de cáncer de mama y cuello uterino tenemos que la mayor proporción de los mismos tienen un alto porcentaje como notificación inoportuna teniendo en cuenta que después de 7 días de realizado el diagnóstico se considera como inoportuna.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 362 de 531

Tabla 167. Oportunidad en la notificación de casos de Cáncer de Mama y Cuello Uterino, Norte de Santander, 2024

Tipo de cancer	N. Casos	Notificacion inoportuna (Mayor 7 dias)
Ca mama	630	613 casos (97,03 %)
Ca cuello uterino	360	314 casos (87,02 %)
total	990	

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander 2025

Discusión

En el año 2024 se presentó un aumento de casos comparados con el año 2023 con un 47% (464 casos de diferencia).

La tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino 38.1 casos y cáncer de mama 38.6 en el departamento Norte de Santander por 100.000 habitantes este año aumento la tasa comparada con la de nivel nacional año 2023

De esta forma, la vigilancia en salud pública del cáncer de mama y cuello uterino a partir de la notificación individual de casos confirmados al Sivigila, se reestructura para ser una de las fuentes de información del Sistema Nacional de Cáncer, liderado por el INC, así como ser parte de las fuentes de información de los programas de atención integral del cáncer en el nivel nacional y subnacional, en articulación con los demás actores del sistema.

Conclusión

La tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino 38.1 casos y cáncer de mama 38.6 en el departamento Norte de Santander por 100.000 habitantes este año aumento la tasa comparada con la de nivel nacional año 2023.

En el año 2024 se presentó un aumento de casos comparados con el año 2023 con un 47% (464 casos de diferencia).

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud designó el cáncer de cuello uterino como una intervención prioritaria en su Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013–2020; para apoyar la ejecución y vigilancia del plan, los Estados Miembros adoptaron el Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las Enfermedades no Transmisibles (ENT), el cual pone de relieve la importancia de la prevención y el control del cáncer de cuello uterino mediante la inclusión de un indicador para seguir de cerca el tamizaje a nivel mundial.

La Ley 1384 del 2010 “Ley Sandra Ceballos” prioriza la atención de cáncer en Colombia y establece la creación del Sistema de Información, a través de los Registros Nacionales de cáncer en adultos, basado en registros poblacionales y registros institucionales; establece el Observatorio de Cáncer como parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La Resolución 0247 del 2014, establece la obligación del reporte de pacientes con cáncer en la Cuenta de Alto Costo por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), el

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 363 de 531

régimen de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas, privadas y mixtas y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Recomendaciones

Departamento: Garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud pública en el departamento con el objetivo de dar cumplimiento a la realización de unidades de análisis y sus indicadores.

Nivel nacional: Realizar capacitaciones continuas a los referentes de cada departamento y así alimentar a los municipios para una mejor calidad de datos en las bases Sivigila.

Bibliografía

INS. Análisis del *comportamiento* del evento se tienen en cuenta los casos por departamento y municipio de residencia de Colombia 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_C%C3%A1ncer%20de%20mama%20y%20cuello%20uterino%202024.pdf

Cáncer en menores de 18 años

Introducción

El cáncer infantil puede manifestarse en cualquier etapa de la infancia y la adolescencia. Su principal característica es el crecimiento incontrolado de células anormales, que se multiplican y se extienden hacia áreas del cuerpo. La detección temprana de la enfermedad incrementa las posibilidades de éxito en el tratamiento, lo que conlleva a una mayor tasa de supervivencia. Por ello, es esencial realizar un diagnóstico certero, ya que cada tipo de cáncer requiere un enfoque terapéutico específico. A su vez un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno aumentan considerablemente las probabilidades de supervivencia. Aunque el cáncer en la infancia y adolescencia es relativamente raro, constituye un problema relevante de salud pública. Es una de las principales causas de muerte en menores de 18 años y genera un impacto significativo no solo en la salud física, sino también en su bienestar psicológico, social y económico, afectando igualmente a sus familias y cuidadores

Objetivos específicos

Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación de los casos de cáncer en menores de 18 años, semanas epidemiológicas 1-52 del año 2024.

Establecer la tasa de notificación por cáncer en menores de 18 años en el departamento semanas epidemiológicas 1-52 de 2024.

Determinar los indicadores de seguimiento del evento durante el año 2024.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 364 de 531

Materiales y métodos

Se realizó un informe de análisis de tipo descriptivo de la situación actual de la notificación de cáncer en menores de 18 años en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), hasta la semana epidemiológica 52 de 2024.

La información notificada se sometió a un proceso de depuración, verificando completitud y consistencia. Se eliminaron los casos con ajustes 6 (casos descartados por no cumplir la definición de caso) y casos con ajuste D (casos descartados por error de digitación), se realizaron ajustes en los casos repetidos o duplicados durante el primer semestre 2024, dejando por último los casos que contenga la información más completa de las variables para el análisis.

La notificación del evento se realiza de forma semanal de casos probables y confirmados de cáncer en menores de 18 años de edad, con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA. La base de datos de la ficha de datos complementarios 115 vigente este año se depura cruzando los datos para su análisis.

Se notificaron en total 75 casos, durante la depuración de la base de datos se excluyeron 14 casos con ajustes 6 y 0 caso con ajuste D y 6 casos repetidos, quedando para el análisis un total de 54 casos confirmados de cáncer en menor de 18 años.

Para el procesamiento de los datos y el análisis de la información se usó el programa Microsoft Excel®, los resultados se presentan en tablas y figuras de frecuencias absolutas y relativas. Se consideró para el análisis, las características demográficas, grupo de edad, sexo, área de residencia (urbano, rural), pertenencia étnica, y afiliación al sistema general de seguridad social en salud por tipo de cáncer. Con relación al análisis de la población con nacionalidad extranjera, se consideraron los casos notificados en el departamento y se excluyeron los casos del exterior, para estimar las tasas de notificación por residencia y demás indicadores a calcular.

Hallazgos

Se notificaron en total 75 casos, durante la depuración de la base de datos se excluyeron 14 casos con ajustes 6 y 0 caso con ajuste D y 6 casos repetidos, quedando para el análisis un total de 54 casos confirmados de cáncer en menor de 18 años.

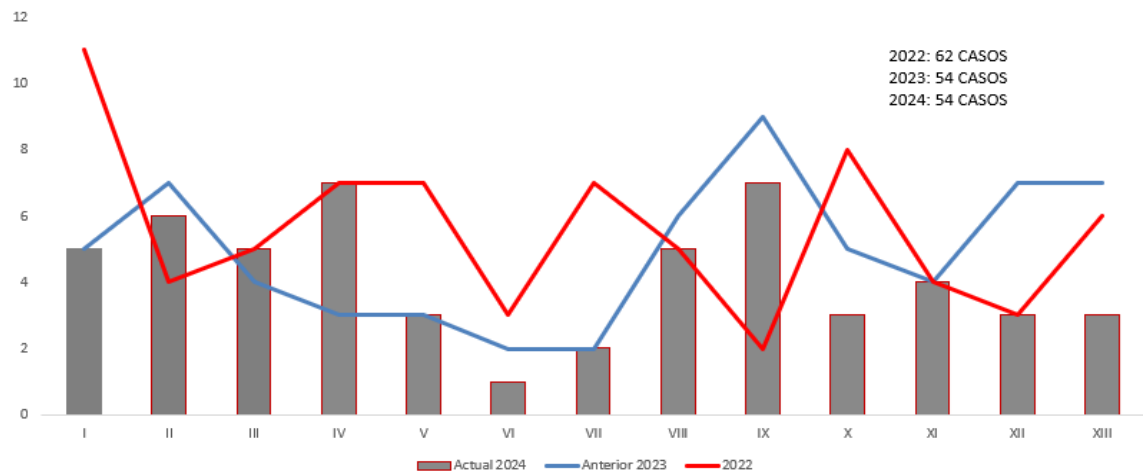
Resultados

La información recibida por el programa SIVIGILA hasta el periodo epidemiológico No. 13 (semana epidemiológica 52) de 2024, pertenece a los 40 municipios “UNM” del departamento, notificados a través de las UPGD activas.

Se notificaron un total de 75 casos, se eliminaron 14 casos descartados y 0 caso con error de digitación, 1 registro del exterior y/u otro departamento y 6 casos repetidos; quedando para análisis un total de 54 casos.

En el análisis se puede observar tendencia estable de la notificación del evento con respecto al 2023, sin embargo, se observa que las leucemias presentan una tendencia estable al descenso del 50% (27 casos) en el mismo periodo comparado del 2023 (26 casos). Para el año 2024 se presentaron 54 casos totales de cáncer confirmados y para el 2023 se presentaron 54 casos con corte al mismo período.

Gráfico 82. Tendencia del evento de Cáncer en Menores de 18 años, Norte de Santander, 2024

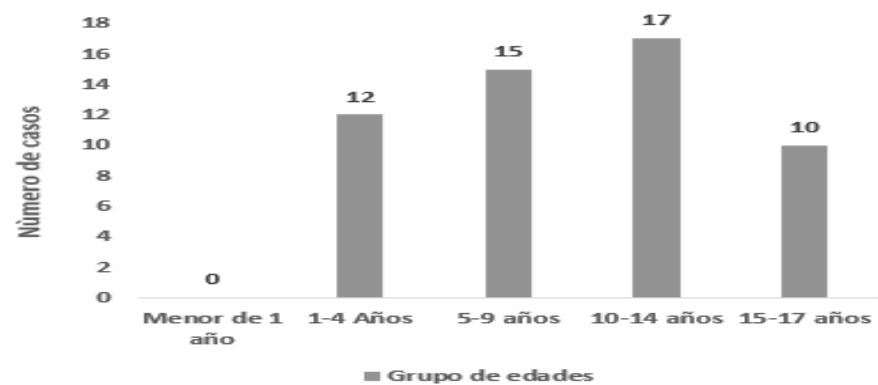


Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

Magnitud en lugar y persona (Datos básicos)

Según edad de los menores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer notificados al Sivigila; el 31,5% (17) de los casos corresponden al grupo de edad de 10 a 14 años, seguido del grupo de 5 a 9 años con 27,7% (15 casos).

Gráfico 83. Distribución de casos en menores de 18 años según grupo de edad, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

Los tipos de tumor que se notificaron con mayor frecuencia son: Leucemia linfoide aguda con 18 casos (33.3%), seguido de la leucemia mieloide aguda con 7 casos con 13.0% de los casos y linfomas y neoplasias reticuloendoteliales con 6 casos (11.1%).

La mayor incidencia para leucemias la presenta el grupo de 10 a 14 años con 5,15 por cada 100.000 niños menores de 18 años, al igual que para todos los tipos de cáncer con 16,38 casos por cien mil menores de 18 años.

La tasa de incidencia para leucemias en Norte de Santander es de 8,18 casos por cada 100.000 niños y para todos los tipos de cáncer una incidencia de 16,38 por cada cien mil menores de 18 años.

Tabla 168. Distribución de tipos de Cáncer en Menores de 18 años, Norte de Santander, 2024

TIPO DE CANCER	Grupo de Edad				Total	Porcentaje
	1-4 Años	5-9 Años	10-14 Años	15-17 Años		
Leucemia linfoide aguda	3	9	4	2	18	33,3
Leucemia mieloide aguda	2	1	4		7	13,0
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales			3	3	6	11,1
Tumores del sistema nervioso central	1	1	2	1	5	9,3
Otras neoplasias malignas no es	2		1	2	5	9,3
Sarcomas de tejidos blandos y extra óseos		2	1		3	5,6
Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	2	1			3	5,6
Tumores germinales trofoblásticos y otros gonadales	1	1			2	3,7
Otras Leucemias				2	2	3,7
Tumores renales	1				1	1,9
Tumores epiteliales malignos y melanoma			1		1	1,9
Tumores óseos malignos			1		1	1,9
Total	12	15	17	10	54	100
INCIDENCIA X 100,000 MENORES DE 18 AÑOS	3,63	4,54	5,15	3,03	16,38	

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander, 2025

En los dos tipos de tumor notificados con mayor frecuencia se observa el siguiente comportamiento; los casos confirmados de leucemia linfocítica aguda fueron notificados con mayor frecuencia en los grupos de 5 a 9 años y 10 a 14 años y los linfomas y neoplasias reticuloendoteliales en el grupo de 15 a 17 años.

Características sociodemográficas

El 55.5% (30) de los casos notificados pertenecen al sexo masculino y el 44.5% (24) casos al sexo femenino; según tipo de afiliación al régimen de salud el 77,8% (42 casos) se encuentran afiliados al régimen subsidiado, el 16.7% (9) afiliados al régimen contributivo, la proporción restante 3,7% pertenece a no afiliado y Excepción.

Tabla 169. Características sociodemográficas de los casos de Cáncer en Menores de 18 años, Norte de Santander, 2024

Variables	Clasificación	Casos	Porcentaje
Area de Residencia	Cabecera Municipal	44	81,5
	Centro Poblado	4	7,4
	Rural Disperso	6	11,1
Regimen de Afiliacion	Subsidiado	42	77,8
	Contributivo	9	16,7
	No Asegurado	2	3,7
	Excepcion	1	1,9
Pertenencia Étnica	Indígena	1	1,9
	Otros	53	98,1
Grupo de Edad	1-4 Años	12	22,2
	5-9 Años	15	27,8
	10-14 Años	17	31,5
	15-17 Años	10	18,5

Fuente: SiviGila, IDS Norte de Santander, 2025

Tendencia del evento

Dentro de los municipios de residencia para el 2024 se notificaron como confirmados 54 casos de los cuales los mayores municipios con notificación de casos Cúcuta con 28 casos, seguido del municipio de Ocaña 7 casos y Villa del Rosario con 6 casos. Sin embargo, la tasa de incidencia más alta la representa los municipios de Durania con 110,25 y Cucutilla con 55,87 por cada 100.000 menores de 18 años.

Tabla 170. Tasa de notificación de casos confirmados de Cáncer en Menores de 18 años según municipio de residencia, Norte de Santander, 2024

Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total	INCIDENCIA POR 100.000 Menores de 18 años	
San José de Cúcuta	186021	28		15,05
Ocaña	31697	7		22,08
Villa del Rosario	27439	6		21,87
Los Patios	23499	2		8,51
Tibú	20448	2		9,78
Chitagá	3474	1		28,79
Cucutilla	2148	1		46,55
Durania	1139	1		87,80
El Tarra	8367	1		11,95
Herrán	1722	1		58,07
Pamplona	11568	1		8,64
Puerto Santander	2930	1		34,13
San Calixto	4821	1		20,74
Toledo	4444	1		22,50
Total	329717	54		16,38

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

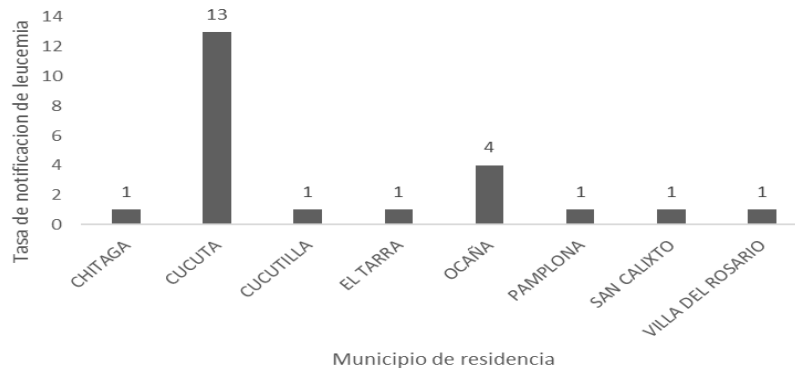
Comportamiento de otras variables de interés

Leucemia linfoide y mieloide aguda en menores de 15 años

Con respecto a las leucemias en menores de 15 años, patología que se venía vigilando desde 2008; se notificaron un total de 27 casos para el departamento de Norte de Santander a semana epidemiológica 52 de 2024, en menores de 15 años, lo que corresponde a una incidencia de 8.18 casos por 100.000 menores de 15 años en el departamento. El mayor número de casos notificados residen en la ciudad de Cúcuta (28 casos); sin embargo, las mayores tasas de incidencia la representan los municipios de Durania y Ragonvalia con 1 caso cada uno para una incidencia de 87,80 y 58,07 por 100.000 menores de 15 años.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 369 de 531

Gráfico 84. Incidencia de leucemia linfoide y mieloide aguda en menores de 15 años, según municipio de residencia, Norte de Santander, 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Se analizaron los indicadores de oportunidad en la presunción de la enfermedad y oportunidad en la confirmación del diagnóstico. Para el análisis se excluyeron los valores no coincidentes por calidad en las fechas registradas, a partir de los casos confirmados.

Se analizaron los indicadores de oportunidad: oportunidad en la presunción del diagnóstico y oportunidad en la confirmación del diagnóstico. Se presenta la medición de los dos indicadores para leucemias. **Oportunidad en la presunción del diagnóstico:** Mide el tiempo transcurrido entre la fecha de la consulta inicial y la fecha de resultado de pruebas diagnósticas que sugieran al médico tratante la probabilidad de cáncer. La oportunidad alta fue de 74,0%, oportunidad media del 7,4% y la oportunidad baja 5.5%.

Oportunidad en la confirmación del diagnóstico: Mide el tiempo transcurrido entre la fecha de resultado de la prueba diagnóstica que sugiere al médico tratante la probabilidad de cáncer y la fecha de resultado de la prueba diagnóstica con la que se confirma el diagnóstico. La oportunidad alta fue de 18.3% y oportunidad media del 14,8. El cálculo de este indicador se realizó para 45 casos confirmados de leucemias, debido a que los otros casos confirmados notificados, no contaban con las variables necesarias para la medición del indicador o presentaban error en la calidad del dato.

Oportunidad estimada en el inicio de tratamiento de Leucemias: Mide Diferencia en días entre la fecha de inicio de tratamiento y el resultado de pruebas confirmatorias o la fecha de diagnóstico clínico dado por el grupo médico de hematología/oncología pediátrica o como última opción, en caso de no existir información suficiente, se utilizará la fecha consignada en el certificado de defunción. La oportunidad alta fue de 70.4% y oportunidad baja del 29,6. El porcentaje de casos sin ajustar al terminar la semana epidemiológica 52 es de 16.6% que corresponden a 9 casos.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 370 de 531

Discusión

Se analizaron los indicadores de oportunidad en la presunción de la enfermedad y oportunidad en la confirmación del diagnóstico. Para el análisis se excluyeron los valores no coincidentes por calidad en las fechas registradas, a partir de los casos confirmados.

En el análisis se puede observar tendencia estable de la notificación del evento con respecto al 2023, sin embargo, se observa que las leucemias presentan una tendencia estable al descenso del 50% (27 casos) en el mismo periodo comparado del 2023 (26 casos). Para el año 2024 se presentaron 54 casos totales de cáncer confirmados y para el 2023 se presentaron 54 casos con corte al mismo período.

Conclusión

Los tipos de tumor que se notificaron con mayor frecuencia son: Leucemia linfocítica aguda con 18 casos (33.3%), seguido de la leucemia mielocítica aguda con 7 casos con 13.0% de los casos y linfomas y neoplasias reticuloendoteliales con 6 casos (11.1%).

La mayor incidencia para leucemias la presenta el grupo de 10 a 14 años con 5,15 por cada 100.000 niños menores de 18 años, al igual que para todos los tipos de cáncer con 16,38 casos por cien mil menores de 18 años.

La tasa de incidencia para leucemias en Norte de Santander es de 8,18 casos por cada 100.000 niños y para todos los tipos de cáncer una incidencia de 16,38 por cada cien mil menores de 18 años.

Datos preliminares reportados por la Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia, durante el período comprendido entre el 2 de enero de 2021 y el 1 de enero de 2022, se reportaron 921 nuevos casos de cáncer pediátrico invasivo. De estos, el 60,5% correspondían a cánceres de origen hematológico, y el 55,6% afectaban a la población masculina. Entre los tipos más comunes, el 38,6% de los diagnósticos fueron de leucemia linfocítica aguda (LLA), seguidos por tumores del ojo, encéfalo y sistema nervioso con un 16,4%, y linfomas no Hodgkin, que representaron el 7,9%. Las regiones Caribe y Central concentraron la mayor proporción de casos, con 23,7% y 22,8% respectivamente.

Recomendaciones

Departamento: Garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud pública en el departamento con el objetivo de dar cumplimiento a la realización de unidades de análisis y sus indicadores.

Nivel nacional: Realizar capacitaciones continuas a los referentes de cada departamento y así alimentar a los municipios para una mejor calidad de datos en las bases Sivigila.

Bibliografía

INS. Análisis del *comportamiento* del evento se tienen en cuenta los casos por departamento y municipio de residencia de Colombia 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_C%C3%A1ncer%20en%20menores%20de%2018%20a%C3%B1os%202025.pdf

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 371 de 531

Enfermedades Huérfanas

Introducción

Se consideran enfermedades huérfanas aquellas que presentan una baja prevalencia en la población. En su mayoría, son de origen genético, aunque también se incluyen patologías raras de origen infeccioso, autoinmune, oncológico, metabólico, entre otros. En algunos casos, la etiología sigue siendo desconocida, lo que dificulta su diagnóstico y manejo oportuno.

A nivel departamental, en Norte de Santander, la notificación de enfermedades huérfanas se ha mantenido constante a lo largo de los años, reflejando la necesidad de continuar fortaleciendo la vigilancia, el diagnóstico temprano y el acceso a tratamientos especializados para esta población.

Objetivos Específicos

Establecer la distribución demográfica y social de los casos reportados de enfermedades huérfanas, al Sivigila del año 2024.

Determinar los indicadores de oportunidad durante el año 2024.

Materiales y Método

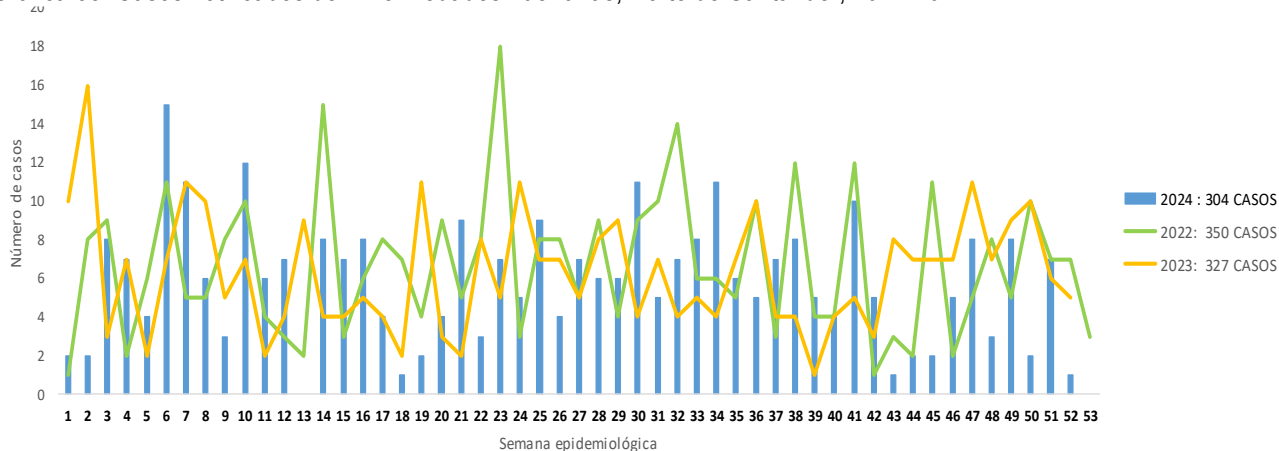
Se realizó un informe de análisis descriptivo de la situación actual de la notificación con el objetivo de caracterizar el comportamiento epidemiológico de las enfermedades huérfanas en el departamento de Norte de Santander del año 2024. La fuente de información utilizada fue el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), posterior al proceso de depuración de la base de datos.

Para el procesamiento de la información se empleó Microsoft Excel. Las variables analizadas incluyeron: edad, sexo, pertenencia étnica, entidad territorial de residencia, área de residencia, tipo de aseguramiento y nombre de la enfermedad. El análisis se realizó teniendo en cuenta el municipio de residencia de los casos. Los datos poblacionales utilizados para el cálculo del indicador de incidencia corresponden a las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año 2024.

En base de datos se reportan 358 casos con algún diagnóstico de enfermedad huérfana, tras la depuración de la base de datos, se identificaron y excluyeron 18 registros con lugar de residencia en otro departamento, 14 registros que no cumplían criterios por ajuste y 22 registros repetidos. Como resultado, se obtuvo un total depurado de 304 casos válidos para el análisis correspondiente al año 2024.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 372 de 531

Grafica 85. Casos notificados de Enfermedades huérfanas, Norte de Santander, 2022-2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Consideraciones éticas

Para la elaboración del presente informe se usó la base de datos de los casos de enfermedades huérfanas notificados a Sivigila, no se utilizó información sensible y se aseguró la confidencialidad de los datos, por lo tanto, se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (5). Los resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

Resultados

En relación con los datos sociodemográficos de los casos notificados de enfermedades huérfanas en Norte de Santander durante el año 2024, se observó que el 54,61% de los casos correspondieron al sexo femenino y el 45,39% al sexo masculino. La mayoría de los casos (86,51%) residía en cabecera municipal, seguido por un 9,54% en área rural dispersa y un 3,95% en centro poblado.

En cuanto a la pertenencia étnica, el 99,01% de los casos se clasificaron como "otro", mientras que un 0,66% se identificaron como pertenecientes al grupo étnico negro y un 0,33% al grupo ROM.

Respecto al régimen de afiliación en salud, el mayor porcentaje correspondió al régimen subsidiado con un 55,26%, seguido por el régimen contributivo con un 32,89%. Los regímenes de excepción, especial y no asegurados representaron el 7,57%, 2,30% y 1,97%, respectivamente.

Finalmente, se identificó que el 23,36% de los pacientes requirió hospitalización, mientras que el 76,64% no fue hospitalizado. En total, se analizaron 304 casos.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 373 de 531

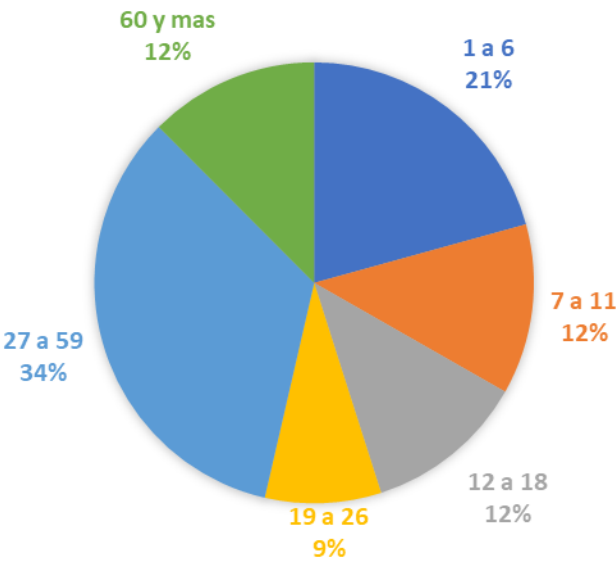
Tabla 171. Características sociodemográficas casos de Enfermedades huérfanas, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	Proporción
Sexo	Femenino	166	54,61
	Masculino	138	45,39
Área de residencia	Cabecera municipal	263	86,51
	Rural disperso	29	9,54
	Centro poblado	12	3,95
	Otro	301	99,01
Pertenencia étnica	Negro	2	0,66
	ROM	1	0,33
Régimen de afiliación	Subsidiado	168	55,26
	Contributivo	100	32,89
	Excepción	23	7,57
	Especial	7	2,30
	No asegurado	6	1,97
Paciente hospitalizado	No	233	76,64
	SI	71	23,36
Norte de Santander		304	100%

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

La distribución por grupo etario de los casos notificados de enfermedades huérfanas en el departamento de Norte de Santander durante el año 2024 muestra una mayor proporción de casos en el grupo de edad de 27 a 59 años, con un 34% del total. Le sigue el grupo de 1 a 6 años con un 21%, mientras que los grupos de 7 a 11 años, 12 a 18 años y mayores de 60 años presentan cada uno un 12% de los casos. El grupo de 19 a 26 años representó el menor porcentaje, con un 9%. Esta distribución evidencia que las enfermedades huérfanas afectan a una amplia variedad de grupos etarios, con predominio en la población adulta en edad productiva.

Grafica 86. Distribución según grupo etario de las Enfermedades Huerfanas, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Durante el año 2024, la enfermedad de Von Willebrand adquirida representó el mayor porcentaje de los casos notificados (9,2 %), seguida por la enfermedad de Von Willebrand con una proporción de 3,95 %. La distrofia muscular congénita registró 9 casos, correspondientes al 2,96 % del total.

Tabla 172. Proporción de Enfermedades Huérfanas - Raras, Norte de Santander, 2024

Patología	Número de casos	Proporción
Enfermedad de Von Willebrand adquirida	13	4,28
Enfermedad de Von Willebrand	12	3,95
Distrofia muscular congénita	9	2,96
Purpura Trombocitopénica Trombótica (PTT)	8	2,63
Síndrome de Guillain-Barre	8	2,63
Angioedema adquirido	6	1,97
Estenosis pulmonar valvular	6	1,97
Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica	6	1,97
Atrofia óptica	5	1,64
Déficit congénito del factor VIII	5	1,64

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 375 de 531

Patología	Número de casos	Proporción
Síndrome de Vater-like con hipertensión pulmonar anomalías de las orejas y retraso del crecimiento	5	1,64
Acromegalia	4	1,32
Angioedema hereditario	4	1,32
Esclerosis lateral amiotrófica	4	1,32
Esclerosis Múltiple	4	1,32
Esclerosis sistémica cutánea difusa	4	1,32
Esclerosis sistémica cutánea limitada	4	1,32
Gastrosquisis	4	1,32
Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda	4	1,32
Síndrome de Acalasia microcefalia	4	1,32
Síndrome de Noonan	4	1,32
Artritis juvenil idiopática de inicio sistémico	3	0,99
Atrofia muscular espinal proximal de tipo 3	3	0,99
Craneosinostosis - hidrocefalia - malformación de Chiari I - sinostosis radioulnar	3	0,99
Déficit congénito del factor VII	3	0,99
Distrofia muscular no especificada	3	0,99
Enfermedad de Gaucher tipo 1	3	0,99
Enfermedad de Huntington	3	0,99
Mano hendida urinarias anomalías espina bífida anomalía de diafragma	3	0,99
Paraplejía espástica familiar	3	0,99
Síndrome de Tourette	3	0,99
Síndrome hemolítico urémico atípico	3	0,99
Vasculitis	3	0,99
Acromatopsia	2	0,66
Déficit congénito del factor IX	2	0,66
Displasia broncopulmonar	2	0,66
Displasia epifisaria múltiple	2	0,66
Distrofia muscular tipo Duchenne	2	0,66
Drepanocitosis	2	0,66
Encefalopatía epiléptica infantil temprana	2	0,66
Enfermedad de Kawasaki.	2	0,66
Enfermedad de las neuronas motoras patrón Madras	2	0,66
Esferocitosis hereditaria	2	0,66
Hepatitis crónica autoinmune	2	0,66

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 376 de 531

Patología	Número de casos	Proporción
Inmunodeficiencia primaria no especificada	2	0,66
Mastocitosis	2	0,66
Miastenia grave	2	0,66
Neurofibromatosis	2	0,66
Obstrucción de Arterias Pulmonares por Estenosis Congénita de Arterias Pulmonares	2	0,66
Otras Acromegalias No especificadas	2	0,66
Purpura de Henoch-Schoenlein	2	0,66
Retinosis Pigmentaria	2	0,66
Síndrome de Chediak-Higashi	2	0,66
Síndrome de intestino corto	2	0,66
Síndrome de Lennox-Gastaut	2	0,66
Síndrome de Marfan	2	0,66
Síndrome de Rett	2	0,66
Síndrome de Turner	2	0,66
Acidemia isovalerica	1	0,33
Acondroplasia	1	0,33
Albinismo oculo-cutaneo	1	0,33
Anemia de cuerpos de Heinz	1	0,33
Anemia microcitica con sobrecarga hepática de hierro	1	0,33
Aniridia agenesis renal retraso psicomotor	1	0,33
Aniridia ataxia cerebelosa y retraso mental	1	0,33
Anomalia de Duane - miopatía - escoliosis	1	0,33
Anomalías del arco aórtico- dismorfismo - déficit intelectual	1	0,33
Aplasia medular idiopática	1	0,33
Artritis relacionada con entesitis	1	0,33
Artrogriposis múltiple congénita - cara de silbido	1	0,33
Ataxia de Friedreich	1	0,33
Ataxia telangiectasia	1	0,33
Atresia de coanas	1	0,33
Atresia tricúspide	1	0,33
Atrofia muscular espinal proximal	1	0,33
Atrofia muscular espinal proximal de tipo 1	1	0,33
Cistinosis	1	0,33
Coartación atípica de aorta	1	0,33
Déficit combinado de los factores V y VIII	1	0,33

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 377 de 531

Patología	Número de casos	Proporción
Déficit congénito del factor V	1	0,33
Déficit de biotinidasa	1	0,33
Distonía de torsión de aparición temprana	1	0,33
Distrofia de conos con respuesta escotopica supranormal	1	0,33
Distrofia muscular de Duchenne y Becker	1	0,33
Encefalomiелitis Aguda Diseminada	1	0,33
Encondromatosis	1	0,33
Enfermedad de Buerger	1	0,33
Enfermedad de Crouzon	1	0,33
Enfermedad de Fabry	1	0,33
Enfermedad de Gaucher	1	0,33
Enfermedad de Pompe	1	0,33
Enfermedad de Stargardt	1	0,33
Enfermedad de Still del adulto	1	0,33
Enfermedad de Takayasu	1	0,33
Enfermedad de von Hippel-Lindau	1	0,33
Enfermedad de Wegener	1	0,33
Enfermedad por deposito de lípidos neutros	1	0,33
Enfermedades hematológicas no especificadas	1	0,33
Enfermedad tubular renal - cardiomiopatía	1	0,33
Esclerosis tuberosa	1	0,33
Hemoglobinuria paroxística nocturna	1	0,33
Hipertensión arterial pulmonar idiopática	1	0,33
Hipertensión Pulmonar Persistente del Recién Nacido / Distrés respiratorio agudo neonatal por deficiencia de SP B	1	0,33
Histiocitosis de células de Langerhans	1	0,33
Homocistinuria clásica por déficit de cistationina betasintasa	1	0,33
Ictiosis ligada al cromosoma X	1	0,33
Inmunodeficiencia común variable	1	0,33
Inmunodeficiencia por déficit selectivo de anticuerpos anti-polisacáridos	1	0,33
Leucoencefalopatía - distonía - neuropatía motora	1	0,33
Macroglobulinemia de Waldenström	1	0,33
Malformación de Ebstein	1	0,33
Micosis Fungoide	1	0,33
Microcefalia epilepsia retraso mental cardiopatía	1	0,33

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 378 de 531

Patología	Número de casos	Proporción
Microtia	1	0,33
Mielitis Transversa Aguda (ATM)	1	0,33
Monosomia 22q11	1	0,33
Mucopolisacaridosis tipo 4	1	0,33
Osteogénesis imperfecta	1	0,33
Otras alteraciones cromosómicas no especificadas	1	0,33
Paraplejia espástica no especificada	1	0,33
Pénfigo vulgar	1	0,33
Poliposis adenomatosa familiar	1	0,33
Poliquistosis renal autosómica y recesiva	1	0,33
Pterygium colli - retraso mental - anomalías digitales	1	0,33
Raquitismo Hipofosfatemico Familiar Ligado al Cromosoma X	1	0,33
Retino hepato endocrinológico Síndrome	1	0,33
Retinopatía hereditaria vascular	1	0,33
Síndrome acrorenal recesivo	1	0,33
Síndrome Blau (NOD2 or CARD15)	1	0,33
Síndrome blefaro facio esqueletico	1	0,33
Síndrome CDG tipo Ic	1	0,33
Síndrome de Alport	1	0,33
Síndrome de CDG	1	0,33
Síndrome de cefalopolisindactilia de Greig	1	0,33
Síndrome de Ehlers-Danlos tipo clasico – TIPO I Y II	1	0,33
Síndrome de Ehlers-Danlos tipo hiperlaxitud – TIPO III	1	0,33
Síndrome de Evans	1	0,33
Síndrome de Frank-Ter Haar	1	0,33
Síndrome de Kabuki make up	1	0,33
Síndrome de Kleefstra	1	0,33
Síndrome de Li-Fraumeni	1	0,33
Síndrome de tortuosidad arterial	1	0,33
Síndrome de Wiedemann-Steiner	1	0,33
Síndrome IRIDA	1	0,33
Síndrome oculo osteo cutaneo	1	0,33
Síndromes miastenicos congenitos	1	0,33
Siringomielia	1	0,33
Sordera con aplasia del laberinto microtia y microdoncia	1	0,33

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 379 de 531

Patología	Número de casos	Proporción
Trisomía 13	1	0,33
Trisomía 8q	1	0,33
Trombocitopenia - Síndrome de Pierre Robin	1	0,33
Tumor maligno neuroendocrino metastásico de origen desconocido	1	0,33
(en blanco)	1	0,33
Total	304	100

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Durante el año 2024 se notificaron un total de 304 casos, clasificados según los capítulos de la CIE-10. El Capítulo XVII, correspondiente a malformaciones congénitas, deformidades y anormalidades cromosómicas (Q00-Q99), concentró el mayor número de casos, con 75 reportes (24,67 %). Le siguió el Capítulo III, que agrupa las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (D50-D89), con 70 casos (23,03 %), y el Capítulo VI, relacionado con las enfermedades del sistema nervioso (G00-G99), con 68 casos (22,37 %).

Estos tres capítulos representaron en conjunto el 70,07 % del total de casos notificados, evidenciando una alta carga de enfermedades congénitas, hematológicas y neurológicas en la población evaluada.

En un segundo grupo, con frecuencias menores, pero aún relevantes, se encuentra el Capítulo IV (enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas), con 25 casos (8,22 %), seguido del Capítulo XIII (enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo), con 16 casos (5,26 %), y el Capítulo VII (enfermedades del ojo y sus anexos), con 13 casos (4,28 %).

Los capítulos con menor frecuencia fueron: Capítulo XVIII (enfermedades del sistema inmunológico), con 10 casos (3,29 %), Capítulo II (neoplasias) y Capítulo XII (enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo), ambos con 9 casos (2,96 %), Capítulo V (trastornos mentales y del comportamiento), con 6 casos (1,97 %), y finalmente el Capítulo IX (enfermedades del sistema circulatorio), con 3 casos (0,99 %).

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 380 de 531

Tabla 173. Distribución de las Enfermedades huérfanas según clasificación CIE 10, Norte de Santander, 2024

Capítulos	Casos	%
Capítulo XVII: Malformaciones congénitas, deformidades y anormalidades cromosómicas (Q00-Q99)	75	24,67
Capítulo III: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (D50-D89)	70	23,03
Capítulo VI: Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	68	22,37
Capítulo IV: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89)	25	8,22
Capítulo XIII: Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)	16	5,26
Capítulo VII: Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	13	4,28
Capítulo XVIII: Enfermedades del sistema inmunológico (D80-D89)	10	3,29
Capítulo II: Neoplasias (C00-D48)	9	2,96
Capítulo XII: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	9	2,96
Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	6	1,97
Capítulo IX: Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	3	0,99
Total	304	100

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024, los tres EAPB con mayor número de casos notificados fueron Nueva EPS S.A. en su régimen subsidiado, con 56 casos (18,42 %); Sanitas EPS en su plan complementario, con 44 casos (14,47 %); y Nueva EPS S.A. en el régimen contributivo, con 38 casos (12,50 %). Estas tres entidades concentraron el 45,4 % del total de notificaciones, lo que evidencia su alto nivel de participación en la atención de los eventos reportados, posiblemente asociado a su amplia cobertura poblacional y capacidad instalada para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades de interés en salud pública.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 381 de 531

Tabla 174. Distribución según EAPB del evento Enfermedades huérfanas, Norte de Santander, 2024

EABP	Número de casos	Proporción
Nueva EPS S.A Subsidiado	56	18,42
Sanitas EPS Plan Complementario	44	14,47
Nueva EPS S.A Contributivo	38	12,50
Caja De Compensación Familiar Del Oriente Colombiano		
"Comfaorient" Subsidiado	34	11,18
Entidad Promotora De Salud Sanitas S.A.S. -Cm Subsidiado	29	9,54
Coosalud EPS S.A Subsidiado	25	8,22
Fondo De Prestaciones Del Magisterio	15	4,93
Nueva EPS S.A. -Cm Subsidiado	11	3,62
Policía Nacional	10	3,29
Nueva EPS S.A. -Cm Contributivo	8	2,63
Caja De Compensación Familiar Compensar -Cm Subsidiado	8	2,63
Compensar EPS	6	1,97
Sin información	6	1,97
Fondo pasivo de los ferrocarriles	3	0,99
Caja De Compensación Familiar Del Oriente Colombiano		
"Comfaorient" -Cm Contributivo	2	0,66
Salud Total	2	0,66
Fuerzas Militares	2	0,66
Caja De Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	1	0,33
EPS Suramericana	1	0,33
Asmetsalud	1	0,33
Emssanar	1	0,33
Ecopetrol	1	0,33
Total	304	100%

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Indicadores del evento enfermedades huérfanas

Oportunidad en la notificación de enfermedades huérfanas. En Norte de Santander, la oportunidad en la notificación de casos nuevos de enfermedades huérfanas alcanza un cumplimiento del 52,44 %, frente a la meta establecida del 100 %, la cual exige que todos los casos sean notificados dentro de las 24 horas posteriores a la confirmación del diagnóstico. En promedio, el tiempo de notificación en el departamento es de 28,36 días, lo que evidencia retrasos significativos y la necesidad urgente de fortalecer los procesos de vigilancia y reporte oportuno.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 382 de 531

Incidencia de enfermedades huérfanas. La tasa de incidencia de enfermedades huérfanas es de 17,8 casos confirmados por 100.000 habitantes en el departamento de Norte de Santander.

Tabla 175. Tasa de incidencia de enfermedades huérfanas Norte de Santander, 2024

Municipio	Dane 2024	Casos a SE 52	Incidencia por 100.000 Hab
Salazar	11.664	4	34,3
Ocaña	135.344	39	28,8
Teorama	18.731	5	26,7
Santiago	3.861	1	25,9
Gramalote	8.346	2	24,0
San Jose de Cúcuta	812.176	186	22,9
Durania	5.197	1	19,2
Villa Caro	5.727	1	17,5
Pamplonita	6.239	1	16,0
Cáchira	12.500	2	16,0
Pamplona	56.894	9	15,8
Chinácota	19.845	3	15,1
Convención	21.175	3	14,2
Ábrego	35.936	5	13,9
Labateca	7.189	1	13,9
Los Patios	103.733	13	12,5
San Cayetano	8.102	1	12,3
La Playa	8.741	1	11,4
Cucutilla	9.280	1	10,8
Bochalema	9.385	1	10,7
Villa del Rosario	116.221	12	10,3
Puerto Santander	9.913	1	10,1
Tibu	62.151	6	9,7
Arboledas	11.028	1	9,1
San Calixto	14.496	1	6,9
El Zulia	30.816	2	6,5
Sardinata	28.989	1	3,4
Bucarasica	7.263	0	0,0
Cácuta	3.181	0	0,0
Chitagá	13.330	0	0,0
El Carmen	15.080	0	0,0
El Tarra	23.521	0	0,0
Hacarí	11.559	0	0,0
Herrán	7.841	0	0,0
La Esperanza	13.144	0	0,0
Lourdes	4.537	0	0,0
Mutiscua	4.843	0	0,0
Ragonvalia	6.751	0	0,0
Silos	7.127	0	0,0
Toledo	17.714	0	0,0
Total	1.709.570	304	17,8

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 383 de 531

Discusión

El año 2024 ha sido testigo de avances clave en la lucha contra las enfermedades huérfanas, con un aumento en la investigación, la disponibilidad de nuevos tratamientos y una creciente concientización. Sin embargo, siguen existiendo grandes retos relacionados con el diagnóstico temprano, el acceso a tratamientos y el apoyo psicosocial necesario para los pacientes y sus familias. Este evento ha permitido resaltar la importancia de un enfoque integral, que involucre tanto la innovación científica como el fortalecimiento de los sistemas de salud pública y la promoción de la equidad en el acceso a la atención. Es crucial seguir avanzando en la colaboración internacional, la inclusión de la salud mental y el acceso universal a tratamientos para garantizar que las personas con enfermedades huérfanas puedan tener una mejor calidad de vida y una mayor esperanza para el futuro.

Limitaciones

Dependencia de la calidad de los datos de SIVIGILA: El análisis se basó en los datos proporcionados por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), lo que puede estar sujeto a errores de reporte, incompletitud o retrasos en la notificación de casos.

Sesgo en la clasificación de enfermedades: La clasificación de enfermedades huérfanas se basa en categorías generales que podrían no reflejar la diversidad de subtipos dentro de cada grupo diagnóstico, lo que podría influir en los resultados.

Cobertura de la población: Si bien los datos utilizados provienen del departamento de Norte de Santander, las personas sin acceso al sistema de salud formal o aquellas que no han sido diagnosticadas pueden no estar representadas en los resultados.

Conclusiones

Se documentaron 304 casos notificados de enfermedades huérfanas en Norte de Santander durante 2024, con un predominio de patologías de origen congénito, hematológico y neurológico, principalmente malformaciones congénitas, enfermedades hematológicas y trastornos del sistema nervioso.

La constante notificación de casos refleja el esfuerzo del sistema de salud por mejorar la vigilancia y diagnóstico de enfermedades raras en la región, aunque persisten desafíos relacionados con la cobertura y precisión de los registros.

El grupo de edad más afectado por enfermedades huérfanas fue el de 27 a 59 años, lo que sugiere que las patologías raras afectan principalmente a la población adulta en edad productiva.

La mayor parte de los casos reportados correspondieron al régimen subsidiado, lo que subraya la importancia de la inclusión de poblaciones vulnerables en el sistema de salud para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 384 de 531

Recomendaciones

Es fundamental garantizar que todos los casos sean notificados de manera precisa y a tiempo, fortaleciendo los procesos de formación y sensibilización para los profesionales de la salud en la identificación de enfermedades huérfanas.

Es necesario capacitar a los profesionales de salud para un diagnóstico temprano y adecuado de enfermedades huérfanas, y así mejorar la respuesta en el tratamiento y manejo de estos pacientes.

Se debe mejorar el acceso a servicios médicos en áreas rurales y dispersas, donde la notificación de casos es significativamente menor, a fin de garantizar que todas las personas tengan acceso a diagnóstico y tratamiento especializado.

Se recomienda apoyar estudios e investigaciones que puedan contribuir a mejorar la comprensión de las enfermedades huérfanas, sus tratamientos y su prevalencia en la región.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 385 de 531

MATERNIDAD SEGURA

Morbilidad materna extrema

Introducción

La morbilidad materna extrema (MME) se define como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo, definida por Organización Mundial de la Salud (OMS).

A diario, muchas mujeres en el mundo enfrentan complicaciones en cualquier etapa del embarazo, así como durante el parto, puerperio y posparto. Estas situaciones a menudo requieren atención inmediata para evitar la mortalidad.

La morbilidad materna extrema, definida como una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio y que pone en riesgo la vida de la mujer, ha sido analizada de diversas maneras. Se identifica cuando se cumplen al menos uno de los siguientes tres criterios: 1) criterios clínicos relacionados con enfermedades específicas potencialmente mortales, como hemorragia obstétrica severa, preeclampsia severa, eclampsia, sepsis y ruptura uterina; 2) disfunción orgánica; o 3) necesidad de intervenciones específicas adicionales para salvar la vida de la mujer. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema como "una mujer que estuvo a punto de morir, pero sobrevivió a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo"(2). En Colombia, el protocolo de vigilancia establece que la morbilidad materna extrema corresponde a una complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer, pero sobrevive y cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos (3).

En 2023, Colombia registró 33,233 casos de morbilidad materna extrema, lo que corresponde a una razón de 65.5 casos por cada 1,000 nacidos vivos. En Norte de Santander, la razón fue de 29.4 casos por cada 1,000 nacidos vivos, por debajo de la media nacional y en comparación con otras regiones como Barranquilla (112.4), Putumayo (106.5), Nariño (101.1), Caldas (88.4) y Cauca (84.8) (4). Además, la morbilidad materna extrema se concentró en edades de 20 a 24 años con el (26,9 %)e seguido de 25 a 29 años con el 20,3 %. Los trastornos hipertensivos presentaron las razones más altas de morbilidad materna extrema con (413 casos), seguidos de las complicaciones hemorrágicas (56 casos) respectivamente.

Las morbilidades maternas extremas y las muertes maternas, principalmente se concentran en mujeres de bajos recursos económicos y bajos niveles educativos, con pertenencia étnica indígena o afrodescendiente, con visibles inequidades sociales, económicas, culturales, tecnológicas y sanitarias. Lo anterior, se puede ver reflejado en sus comportamientos sexuales y reproductivos, en la toma de decisiones individuales y familiares, exposición diferencial a riesgos, estado de salud de la mujer, acceso y uso de los servicios de salud. Estos resultados en salud se ven influenciados también por la capacidad de respuesta del sistema de salud para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones obstétricas y no obstétricas

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 386 de 531

Por lo anterior la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema permite estimar la magnitud y tendencia del evento, la activación de mecanismos de respuesta inmediata y la orientación de acciones para mejorar la calidad de atención obstétrica en busca de la disminución de la morbilidad, las discapacidades evitables y la mortalidad materna y perinatal en nuestro Departamento.

Objetivos

Identificar el cumplimiento de la notificación, seguimiento y clasificación de los casos de morbilidad materna extrema, año 2024

Determinar las características socio demográficas de la población afectada por la morbilidad materna extrema.

Determinar los indicadores de seguimiento del evento año 2024

Alcance

Esta información define el método para los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientan las medidas de prevención y control de los casos de morbilidad materna extrema a nivel Nacional, Departamental y Municipal.

Materiales y métodos

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de morbilidad materna extrema notificados de forma inmediata y semanal en el SIVIGILA hasta semana 24 de 2024

Los datos se obtienen a través de fuente secundaria, por medio de la notificación Individual inmediata y semanal de casos al SIVIGILA del Sistema de Vigilancia en Salud Pública del evento 549 morbilidad materna extrema, realizada por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a nivel Departamental.

Los criterios de inclusión definidos para la vigilancia de morbilidad materna extrema en Colombia se agrupan en: enfermedad específica (Preeclampsia severa, eclampsia, sepsis, hemorragia obstétrica severa y ruptura uterina); falla de órgano (cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria, coagulación); y relacionado con el manejo (necesidad de transfusión, ingreso a UCI y procedimiento quirúrgico de emergencia)

La notificación del evento de morbilidad materna extrema se realiza de forma inmediata y mediante el portal SIVIGILA Web, SAT y de manera semanal casos confirmado con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA y por otra parte, búsqueda activa institucional (BAI) en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) mediante el Sistema de Información de Apoyo a la Notificación e Investigación de Eventos en Salud Pública (SIANIESP) del mismo con el uso de los códigos C del CIE 10, este año se depura cruzando los datos para su análisis. Para el caso de SIVIGILA se continúa la vigilancia por medio de la ficha de notificación como un componente de búsqueda activa de casos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), con notificación desde probable y seguimiento hasta su confirmación o descarte.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 387 de 531

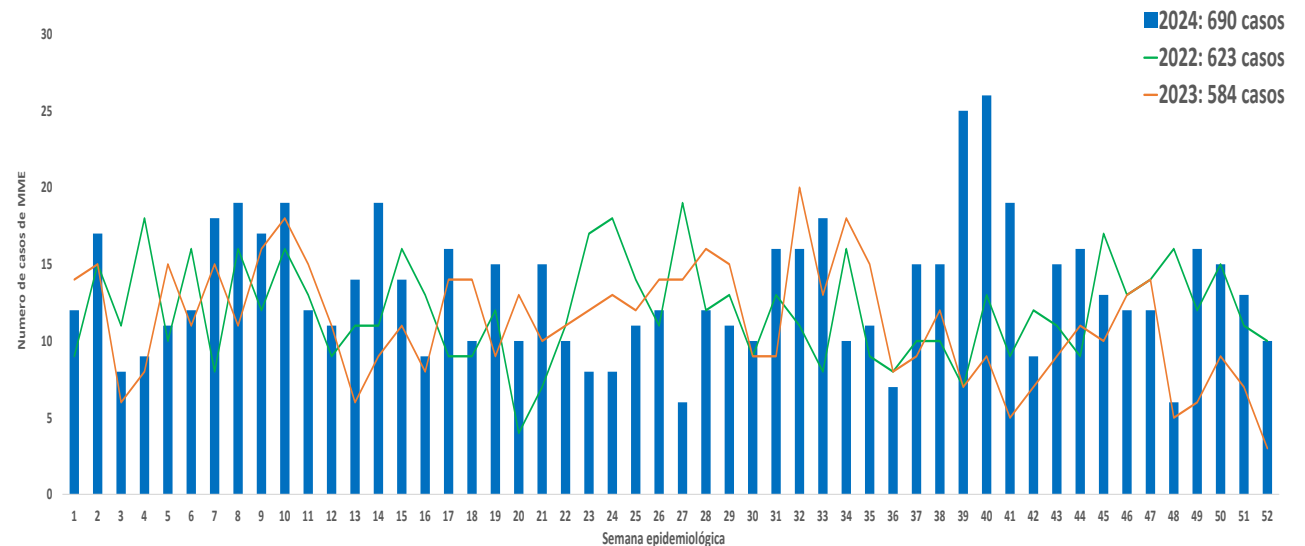
Hallazgos

Durante el año 2024 fueron notificadas al SIVIGILA de morbilidad materna extrema 690 casos de Norte de Santander, los cuales pertenece a los 31 municipios “UNM” del departamento, notificados a través de las UPGD activas. Quedando una base de los casos para su respectivo análisis y seguimiento de acuerdo con Lineamientos 2024. De otros Departamentos hay un total de 67 casos, Venezuela (63 casos), Cesar (2 casos), Putumayo (1 casos) y Arauca (1 caso), Posterior al proceso de depuración se identificó 21 caso descartado y 16 casos ajuste D. Casos duplicados (61 casos).

Según la línea de tendencia del comportamiento del evento de morbilidad materna extrema durante el año 2024 se presentaron picos en las semanas epidemiológicas 8,10,14 cada una con 19 casos, seguidos de la semana 39 con 25 casos y semana 40 con 26 casos las demás semanas con menor número de casos de MME.

Se observa que comparando vigencia 2022 al 2024 de acuerdo con la semana Epidemiológica, se observa que hay una variación del 10,8% de casos del 2024 comparado con el 2022.

Grafica 87. Casos de morbilidad materna extrema. Según semanas epidemiológicas, Norte de Santander año 2024

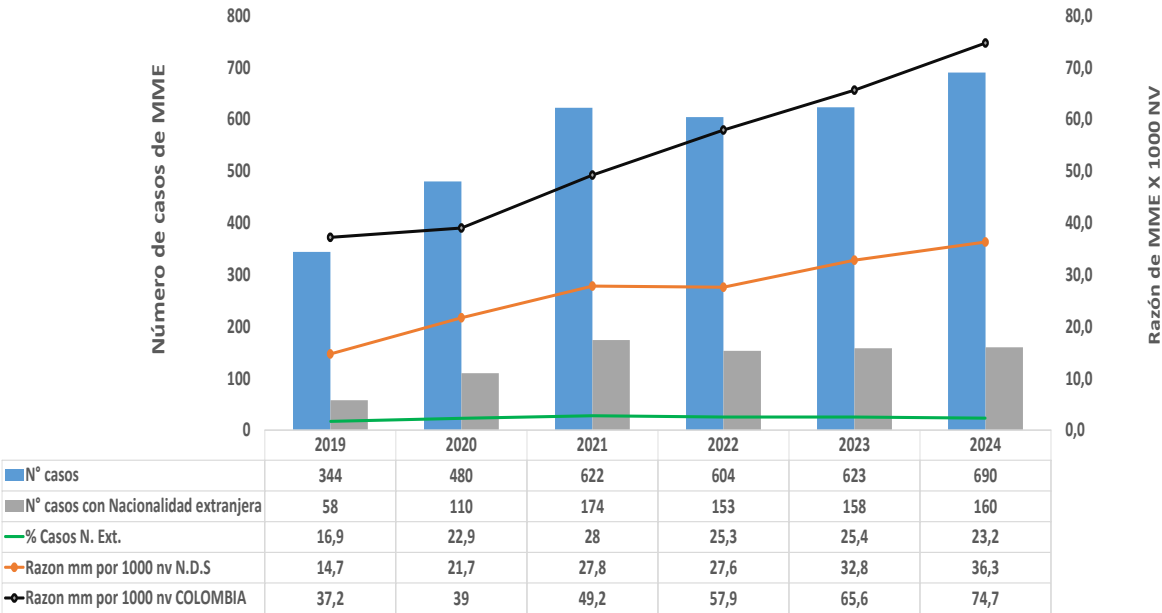


Fuente: SIVIGILA, IDS, Norte de Santander 2022- 2025

Magnitud en lugar y persona

La razón de morbilidad materna extrema es de 36,3 casos por 1.000 nacidos vivos para el departamento de Norte de Santander, lo que nos demuestra que estamos por debajo de razón Nacional que es de 74,7 casos por 1.000 nacidos vivos, observando que es significativo el incremento de Nacionalidad extranjera en el Departamento.

Grafica 88. Comportamiento notificación casos de Morbilidad Materna Extrema, Norte de Santander año 2019-2024



Fuente DANE 2019-2023: SIVIGILA, IDS, Norte de Santander 2019- 2025

Comportamiento de Indicadores de Morbilidad Materna extrema año 2024

En el Departamento Norte de Santander el Índice de letalidad es de 0,72 % caso, reflejado el número de muertes maternas por cada cien casos de morbilidades maternas extremas.

El índice de mortalidad perinatal y neonatal en morbilidad materna extrema es de 4,9 % casos, indicando el número de casos de muertes perinatales por cada cien casos de morbilidad materna extrema

El porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión es de 10 % casos, donde nos indica la severidad o grado de compromiso en la salud de las gestantes con morbilidad materna extrema.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 389 de 531

Razón de morbilidad materna extrema
por 1000 NV
36,3

Indice de letalidad
0,72 %

Indice de mortalidad perinatal
4,9 %

Porcentaje de casos con tres o más
criterios
10 %

Se evalúa la oportunidad de la notificación inmediata de los casos de morbilidad materna extrema año 2024 por cada UPGD teniendo en cuenta que; menor del 70% es Deficiente, Regular entre 70 – 90 % y Bueno mayor 90%. Lo que nos demuestre que hay 3 UPGD con 0% oportunidad en notificación, 5 UPGD con oportunidad Categorización regular y 24 UPGDs con notificación oportuna para un 90 % que corresponde a la categorización Bueno.

Tabla 176. Oportunidad en la notificación Morbilidad Materna Extrema, Norte de Santander año 2024

Oportunidad en la notificación Inmediata de casos de morbilidad materna extrema				
UPGD	Oportunos	casos notificados	% Oportunos	Categorización
Asociacion Profamilia	0	1	0	Deficiente
Clinica Norte SA	0	1	0	Deficiente
Ese Hospital Del Sarare	0	1	0	Deficiente
Clinica San Jose De Cúcuta SA	99	140	71	Regular
Fundación Cardiovascular De Colombia	3	4	75	Regular
Ese Hospital San Juan De Dios De Pamplona	4	5	80	Regular
Hospital Universitario De Santander	12	14	86	Regular
Centro De Salud El Tarra	8	9	89	Regular
Ese Hospital Emiro Quintero Cañizares	95	105	90	Bueno
Ese Hospital Juan Luis Londoño	10	11	91	Bueno
Clinica Santa Ana SA Sede Norte	51	55	93	Bueno
Ese Hospital Universitario Erasmo Meoz	232	235	99	Bueno
Centro De Salud Las Mercedes	1	1	100	Bueno
Centro De Salud Puerto Santander	1	1	100	Bueno
Clinica Chinacota SA	1	1	100	Bueno
Clinica Materno Infantil San Luis SA	3	3	100	Bueno
Clinica Medical Duarte	31	31	100	Bueno
Clinica Médicos Alta Complejidad Del Caribe	1	1	100	Bueno
Clinica Santa Ana Sa	1	1	100	Bueno
Empresa Social Del Estado Hospital Regional Norte	5	5	100	Bueno
Ese Hospital Especial De Cubara	1	1	100	Bueno
Ese Hospital Local Jorge Cristo Sahium Villa Del R	1	1	100	Bueno
Ese Hospital Manuel Uribe Ángel	1	1	100	Bueno
Ese Hospital Regional Suroriental	1	1	100	Bueno
Fundación Valle Del Lili	1	1	100	Bueno
Hospital Local Del Norte	1	1	100	Bueno
IPS Centro De Salud De La Gabarra	3	3	100	Bueno
IPS Hospital San Martin	1	1	100	Bueno
Loma De Bolivar	1	1	100	Bueno
Policlinico Atalaya	1	1	100	Bueno
Ucis De Colombia SAS	52	52	100	Bueno
Unidad Básica Puente Barco Leones	1	1	100	Bueno
Total Norte de Santander	623	690	90	Bueno

Fuente: SIVIGILA, IDS, Norte de Santander 2025

Razón de Morbilidad Materna Extrema

Los casos han sido notificados por las UPGD del departamento donde la razón de Morbilidad Materna Extrema Según Residencia del año 2024 es de 36,3 casos por 1000 Nacidos vivos, el Municipio con la razón más alta es Labateca con 103,4 casos por cada 1000 Nacidos Vivos, seguido del municipio de Herrán con 90,9 casos por cada 1000 Nacidos Vivos y San Cayetano con 87 casos por cada 1000 Nacidos Vivos, teniendo en cuenta que hay 160 casos de Nacionalidad Venezolana que corresponde al 23,2 %.

Tabla 177. Razón de Morbilidad Materna Extrema según entidad territorial de residencia, Norte de Santander año 2024

Casos de morbilidad materna extrema - 2024					
Municipio de Residencia	Casos COL.	Casos.Nac.VEN.	Total Casos Norte de Santander	Nacidos vivos - 2023	Razon de MME x 1000 NV
Cucuta	253	72	325	9.048	35,9
Tibu	33	31	64	1.407	45,5
Ocaña	49	2	51	1.671	30,5
Villa del rosario	29	14	43	1.116	38,5
Abrego	19	2	21	370	56,8
Sardinata	16	4	20	359	55,7
El tarra	10	8	18	500	36,0
El zulía	13	5	18	425	42,4
Los patios	13	1	14	864	16,2
Pamplona	8	3	11	432	25,5
Chinacota	8	2	10	142	70,4
El carmen	8		8	165	48,5
Hacarí	7	1	8	131	61,1
Teorama	5	3	8	250	32,0
Convención	7		7	266	26,3
San calixto	6	1	7	125	56,0
San Cayetano	5	1	6	69	87,0
Chitaga	5		5	85	58,8
Puerto santander	2	3	5	226	22,1
Cachira	4		4	72	55,6
La Esperanza	4		4	108	37,0
La Playa	4		4	93	43,0
Salazar	4		4	82	48,8
Toledo	2	2	4	166	24,1
Arboledas	3		3	87	34,5
Labateca	3		3	29	103,4
Bochalema		2	2	62	32,3
Cucutilla	2		2	132	15,2
Gramalote	2		2	67	29,9
Santiago	2		2	33	60,6
Bucarasica	1		1	41	24,4
Cacota	1		1	26	38,5
Durania	1		1	40	25,0
Herran	1		1	11	90,9
Lourdes		1	1	38	26,3
Pamplonita	1		1	57	17,5
Ragonvalia	1		1	41	24,4
Norte de Santander	530	160	690	18.974	36.3

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 391 de 531

De acuerdo con las características demográficas y sociales, de los casos de morbilidad materna extrema, año 2024, se evidencia que se notificaron en mujeres residentes en la cabecera municipal con una razón de 27,93 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Se ha notificado dentro del régimen subsidiado con la mayor razón de 20,29 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Por pertenencia étnica, es “otros” con 35,94 casos por 1 0000 nacidos vivos y casos población Indígena con 0,42 casos por 1000 nacidos vivos respectivamente.

Por grupos de edad, el 22,2% de los (153 casos), se notificó en las mujeres de 20 a 24 años, seguidos por los grupos 25 a 29 años con 21,4 % de (148 casos); la mayor razón de morbilidad materna extrema se registró en las mujeres mayores de 20 a 24 años con 8,06 casos por 1 0000 nacidos vivos.

Determinantes sociales estructurales

Tabla 178. Comportamiento demográfico y social de los casos de morbilidad materna, Norte de Santander año 2024

Variable	Casos	Porcentaje	Razón de MME por 1000 NV
Área de residencia			
cabecera municipal	530	76,8	27,93
Rural	103	14,9	5,43
Centro poblado	57	8,3	3,00
Pertenencia étnica			
Otros	682	98,8	35,94
Indígena	8	1,2	0,42
Regímen de afiliación			
Subsidiado	385	55,8	20,29
Contributivo	183	26,5	9,64
No afiliado	104	15,1	5,48
Excepción	11	1,6	0,58
Indeterminado	4	0,6	0,21
Especial	3	0,4	0,16

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Determinantes sociales proximales

Factores biológicos y comportamentales

Se observa que por grupos de edad las mujeres de 40 a 46 años se concentran la razón de morbilidad materna extrema más alta con 104,37 Casos por cada 1.000 nacidos vivos y el mayor porcentaje con tres o más criterios de inclusión con el 2,17% para el grupo de edades de 20 a 24 años respectivamente.

Tabla 179. Grupos de edad de los casos de morbilidad materna extrema según indicadores, Norte de Santander año 2024

Grupo de edad	casos	porcentaje	Razon MME	Nacidos vivos (2023)	Porcentaje casos con 3 o mas criterios de inclusión
menor de 15	4	0,6	28,99	138	0,14
15 a19 años	126	18,3	41,46	3.039	1,88
20 a 24 años	153	22,2	29,49	5.189	2,17
25 a 29 años	148	21,4	29,81	4.964	1,74
30 a 34 años	128	18,6	36,93	3.466	1,88
35 a 39 años	88	12,8	50,49	1.743	1,59
40 a 46 años	43	6,2	104,37	412	0,58

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Según características clínicas y los antecedentes de embarazos en las mujeres de casos de morbilidad materna extrema, el número de gestaciones reportó la MME más alta es para, las pacientes con antecedentes de dos a cuatro gestaciones previas con 48.4%, Seguido de primera gestación con el 43,3% y más de cinco gestaciones previas con alcanzan el 18,3%.

Tabla 180. Características clínicas de los casos de morbilidad materna extrema según indicadores, Norte de Santander año 2024

Número de casos	casos	porcentaje
Primera gestación	299	43,3
Dos a cuatro gestaciones previas	334	48,4
Mas de cinco gestaciones previas	57	8,3
Norte de Santander	690	100

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

La forma de terminación de la gestación reportó que la razón de MME más alta es en cesáreas con 20,923 casos por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

De acuerdo con los criterios de MME se observó que la razón más alta se concentró en preeclampsia con 25,509 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

De acuerdo con las causas agrupadas de morbilidad materna extrema a sem 24 de 2024, la mayor proporción corresponde a trastornos hipertensivos la cual centraron la razón de MME más alta con 25,456 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 393 de 531

Tabla 181. Características clínicas de los casos de morbilidad materna extrema según, indicadores, Norte de Santander año 2024

Forma de la terminación de la gestación	casos	%	razón MME
Cesárea	397	67,3	20,923
Continúa embarazada	152	25,8	8,011
Parto	110	18,6	5,797
Aborto	30	5,1	1,581
Parto instrumentado	1	0,2	0,053
Criterio para MME	casos	%	razón MME
Preeclampsia	484	70,1	25,509
Falla cardiaca	134	19,4	7,062
Falla hepatica	114	16,5	6,008
Hemorragia_obstetrica_severa	104	15,1	5,481
Falla coagulación	71	10,3	3,742
Choque_septi	42	6,1	2,214
Eclampsia	22	3,2	1,159
Falla renal	21	3,0	1,107
Falla respiratoria	11	1,6	0,580
Falla cerebral	10	1,4	0,527
Causas principal agrupada	casos	%	razón MME
Trastornos hipertensivos	483	70,0	25,456
Complicaciones hemorrágicas	93	13,5	4,901
Otras causas	37	5,4	1,950
Sepsis de origen obstetrico	31	4,5	1,634
eEnfer. Preexistente que se complica	20	2,9	1,054
Complicaciones de aborto	18	2,6	0,949
Sepsis de origen no obstetrico	6	0,9	0,316
Sepsis de origen pulmonar	2	0,3	0,105

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Discusión

Se evalúa la oportunidad de la notificación inmediata de los casos de morbilidad materna extrema del año 2024, cumpliendo con el 90 % de la notificación inmediata por parte de las UPGDs, lo que nos demuestra que hay que fortalecer a las diferentes Instituciones mediante capacitaciones de los Lineamientos Nacionales, Dicha retroalimentación es importante para la mejora en el comportamiento de los indicadores establecidos para la vigilancia de morbilidad materna extrema. En nuestro Departamento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 394 de 531

En el análisis de los casos de morbilidad materna extrema (MME) en nuestro departamento, durante el año 2024, se observó una razón de 36,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Este dato sitúa al departamento por debajo de la tasa nacional, que es de 74,7 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Sin embargo, la situación a nivel municipal presenta variaciones significativas, lo que requiere mayor atención de los municipios con mayores índices de MME, como Labateca con la tasa más alta alcanzando 103,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos, seguido del municipio de Herrán (90,9) y San Cayetano (87). Que podrían estar relacionados con varios factores, como la disponibilidad de servicios de salud, el acceso a atención prenatal adecuada, o las condiciones socioeconómicas que dificultan el acceso a cuidados de salud de calidad. Esta información es importante para diseñar estrategias de intervención específicas para cada municipio.

Es relevante notar que un 23,2% de los casos de MME corresponde a mujeres de nacionalidad venezolana, lo que refleja el fenómeno de migración en el Departamento. Las mujeres migrantes enfrentan dificultades o barreras como es el acceso a los servicios de salud debido a su estatus migratorio o a la falta de información. Además, muchas de ellas podrían vivir en condiciones de vulnerabilidad, lo que aumenta su riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. Esta situación refleja la necesidad de políticas públicas inclusivas que no solo brinden acceso a la salud, sino que también aborden la integración de los migrantes dentro de los sistemas de salud locales.

En cuanto el dato demográfico se identificó que la mayoría de los casos de MME se notificó en mujeres residentes en la cabecera municipal, con una razón de 27,93 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Este dato sugiere que las mujeres de áreas urbanas, aunque con un mayor acceso a servicios de salud, todavía enfrentan riesgos significativos de morbilidad materna extrema. De igual manera, el régimen subsidiado muestra una tasa elevada de MME con 20,29 casos por cada 1.000 nacidos vivos, lo que indica que las mujeres en situación de vulnerabilidad económica presentan un mayor riesgo de complicaciones en la gestación. Se debe analizar entre el régimen subsidiado y el contributivo para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, especialmente para los grupos más vulnerables.

Como causa principal de MME en el 2024 fue la preeclampsia, con 25,509 casos por cada 1.000 nacidos vivos, seguido por trastornos hipertensivos, que concentraron la mayor proporción de casos de MME, con 25,456 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Demostrando que son los I criterios con mayores desafíos en la salud materna en el Departamento. Es crucial que se fortalezcan los programas de monitoreo y prevención de hipertensión durante el embarazo, con el fin de reducir los riesgos asociados a estas condiciones.

Conclusiones

Los casos han sido notificados por las UPGD del departamento donde la razón de Morbilidad Materna Extrema Según Residencia del año 2024 es de 36,3 casos por 1000 Nacidos vivos, el Municipio con la razón más alta es Labateca con 103,4 casos por cada 1000 Nacidos Vivos, seguido del municipio de Herrán con 90,9 casos por cada 1000 Nacidos Vivos y San Cayetano con 87 casos por cada 1000 Nacidos Vivos, teniendo en cuenta que hay 160 casos de Nacionalidad Venezolana que corresponde al 23,2 %.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 395 de 531

a razón de morbilidad materna extrema es de 36,3 casos por 1.000 nacidos vivos para el departamento de Norte de Santander, lo que nos demuestra que estamos por debajo de razón Nacional que es de 74,7 casos por 1.000 nacidos vivos, observando que es significativo el incremento de Nacionalidad extranjera en el Departamento.

De acuerdo con las características demográficas y sociales, de los casos de morbilidad materna extrema, año 2024, se evidencia que se notificaron en mujeres residentes en la cabecera municipal con una razón de 27,93 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Se ha notificado dentro del régimen subsidiado con la mayor razón de 20,29 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Por pertenencia étnica, es "otros" con 35,94 casos por 1 0000 nacidos vivos y casos población Indígena con 0,42 casos por 1000 nacidos vivos respectivamente.

Por grupos de edad, el 22,2% de los (153 casos), se notificó en las mujeres de 20 a 24 años, seguidos por los grupos 25 a 29 años con 21,4 % de (148 casos); la mayor razón de morbilidad materna extrema se registró en las mujeres mayores de 20 a 24 años con 8,06 casos por 1 0000 nacidos vivos.

Se observa que por grupos de edad las mujeres de 40 a 46 años se concentran la razón de morbilidad materna extrema más alta con 104,37 Casos por cada 1.000 nacidos vivos y el mayor porcentaje con tres o más criterios de inclusión con el 2,17% para el grupo de edades de 20 a 24 años respectivamente.

La forma de terminación de la gestación reportó que la razón de MME más alta es en cesáreas con 20,923 casos por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

De acuerdo con los criterios de MME se observó que la razón más alta se concentró en preeclampsia con 25,509 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

De acuerdo con las causas agrupadas de morbilidad materna extrema de 2024, la mayor proporción corresponde a trastornos hipertensivos la cual centraron la razón de MME más alta con 25,456 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

Recomendaciones

A partir del análisis de los casos de Morbilidad Materna Extrema notificados durante el 2024. Se debe verificar el seguimiento inmediato de todas las morbilidades maternas extremas para de esta manera garantizar el manejo integral de las complicaciones obstétricas de la mujer para prevenir su progresión y evitar desenlaces fatales.

Según análisis de vigilancia de morbilidad materna extrema en el departamento durante el año 2024, se recomienda fortalecer la atención prenatal integral y oportuna, especialmente en las mujeres con factores de riesgo como la edad avanzada, difícil acceso a los servicios de salud, antecedentes de trastornos hipertensivos o condiciones sociales vulnerables. Es fundamental aumentar la cobertura de controles prenatales con enfoque diferencial en mujeres migrantes, en régimen subsidiado y residentes en zonas rurales o de difícil acceso. Asimismo, se sugiere priorizar intervenciones con los municipios con mayores razones de MME como Labateca, Herrán y San Cayetano, desarrollando estrategias que fortalezcan los servicios de salud, mejoren los sistemas de referencia y garanticen atención obstétrica segura.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 396 de 531

Se recomienda también mejorar el acceso de la población migrante venezolana a los servicios de salud materna, eliminando barreras administrativas y promoviendo la inclusión en programas de atención prenatal y emergencia obstétrica. Es necesario continuar capacitando al talento humano en salud en el manejo de emergencias obstétricas, con énfasis en la identificación temprana de preeclampsia y eclampsia, ya que presentan la razón más alta de MME por forma de terminación del embarazo. Igualmente, se recomienda diseñar campañas educativas dirigidas a mujeres en edad fértil, especialmente en los grupos de 20 a 29 años y mayores de 40 años, enfocadas en la promoción del autocuidado durante la gestación, la identificación de signos de alarma y la importancia del control prenatal desde etapas tempranas.

Finalmente, se resalta la importancia de fortalecer el uso de la información proveniente del sistema de vigilancia en salud pública para la toma de decisiones, asegurando la calidad y oportunidad en la notificación de casos por parte de las UPGD, y estableciendo mecanismos de análisis continuo que permitan adaptar las estrategias de intervención a las dinámicas y necesidades reales del Departamento.

Referencias

1. Say L, et al. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health. 2004; 1 (1): 3. doi:10.1186/1742-4755-1-3
2. De Mucio B, F. CGS, S. NM. Morbilidad Materna Extremadamente Grave: un paso clave para reducir la muerte materna. Revista Médica Clínica Las Condes. 2023; 34(1):26–32.
1. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications The WHO near-miss approach for maternal health. Ginebra, Suiza; 2011. 1–34 p.
4. Informe Evento 2023 Morbilidad Materna Extrema. Disponible <https://doi.org/10.33610/infoeventos.46.1>.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 397 de 531

Mortalidad perinatal neonatal tardía

Introducción

La mortalidad perinatal y neonatal representa un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial. La mortalidad perinatal se refiere a las muertes que ocurren desde la semana 22 de gestación hasta los primeros siete días de vida, mientras que la mortalidad neonatal abarca las muertes de recién nacidos durante los primeros 28 días de vida. Estas muertes son indicadores críticos de la calidad de la atención prenatal, del parto y del cuidado neonatal.

Para Colombia, la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en 2023 fue de 13,7 muertes por cada 1 000 nacidos vivos (NV) , Norte de Santander la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía de 10,6 muertes por cada 1 000 nacidos vivos por debajo de la media nacional, en comparación de la razón por entidad territorial de residencia, las más altas se concentraron en Guainía (28,5 casos por 1 000 NV) Chocó (26,0 casos por 1 000 NV), Vichada (24,9 casos por 1 000 NV), Buenaventura (23,8 casos por 1 000 NV) Amazonas (20,9 casos por 1 000 NV).(1)

Este informe tiene como objetivo analizar la mortalidad perinatal y neonatal en Norte de Santander durante el año 2024. Se examinarán las estadísticas y tendencias de los casos, identificando las principales causas y factores de riesgo asociados. Además, se comparará la situación de Norte de Santander con otras regiones de Colombia para entender mejor las diferencias y similitudes en la mortalidad perinatal y neonatal.

La información recopilada en este informe servirá como base para el desarrollo de estrategias y políticas de salud que busquen reducir la mortalidad perinatal y neonatal, mejorando así la salud y el bienestar de los recién nacidos y sus madres. Es fundamental comprender los desafíos y las necesidades específicas de la población para implementar intervenciones efectivas que salven vidas y promuevan un inicio saludable para los recién nacidos.

Objetivos

Identificar el cumplimiento de la notificación, seguimiento y clasificación de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, año 2024

Describir el comportamiento de los casos notificados de mortalidad perinatal y neonatal tardía en términos de variables de persona, tiempo y lugar.

Determinar las características socio demográficas de la población afectada por la mortalidad perinatal y neonatal tardía

Determinar los indicadores de seguimiento del evento año 2024.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 398 de 531

Alcance

Esta información define el método para los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientan las medidas de prevención y control de los casos de mortalidad perinatal neonatal tardía a nivel Nacional, Departamental y Municipal.

El análisis identifica las características clínicas, sociodemográficas y de atención en salud de los casos notificados, con el propósito de identificar los factores de riesgo, causas probables y posibles fallas en la atención en los diferentes momentos del proceso gestacional, parto y cuidado del recién nacido. Y determinar, las barreras o factores de riesgo asociados la atención prenatal, Intraparto y neonatal inmediata, con el fin de generar recomendaciones que permitan reducir la ocurrencia de muertes evitables y mejorar la calidad de la atención materno-perinatal.

Materiales y métodos

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, notificados de forma semanal en el Sivigila del año 2024

Los datos se obtienen a través de fuente secundaria, por medio de la notificación Individual semanal de casos al SIVIGILA del Sistema de Vigilancia en Salud Pública del evento 560 mortalidad perinatal y neonatal tardía, realizada por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a nivel Departamental.

Se realiza la validación y depuración de los datos, casos notificados con ajustes 6 y D, Casos repetidos en donde se tuvo en cuenta el registro de la institución que registro la Muerte en RUAF

La notificación del evento de Mortalidad Perinatal Neonatal Tardía se realiza de forma semanal de casos confirmado con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA y por otra parte, búsqueda activa institucional (BAI) en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) mediante el Sistema de Información de Apoyo a la Notificación e Investigación de Eventos en Salud Pública (SIANIESP) del mismo con el uso de los códigos C del CIE 10, este año se depura cruzando los datos para su análisis. Para el caso de SIVIGILA se continúa la vigilancia por medio de la ficha de notificación como un componente de búsqueda activa de casos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), con notificación desde probable y seguimiento hasta su confirmación o descarte.

Para el análisis de la información se establecen frecuencias absolutas, relativas y un análisis bivariado que describe el comportamiento del evento junto con las características sociales, demográficas, clínicas y epidemiológicas. Se realizó un análisis agregado de la información a través de la Matriz BABIES, compuesta por unas celdas, las cuales permiten analizar la mortalidad perinatal clasificando el momento de la muerte de tal manera que se distinga entre mortinatos (antes o durante el parto), y muertos después del nacimiento con el análisis de dos variables fundamentales para la vigilancia perinatal y neonatal: peso al nacer y edad al morir.

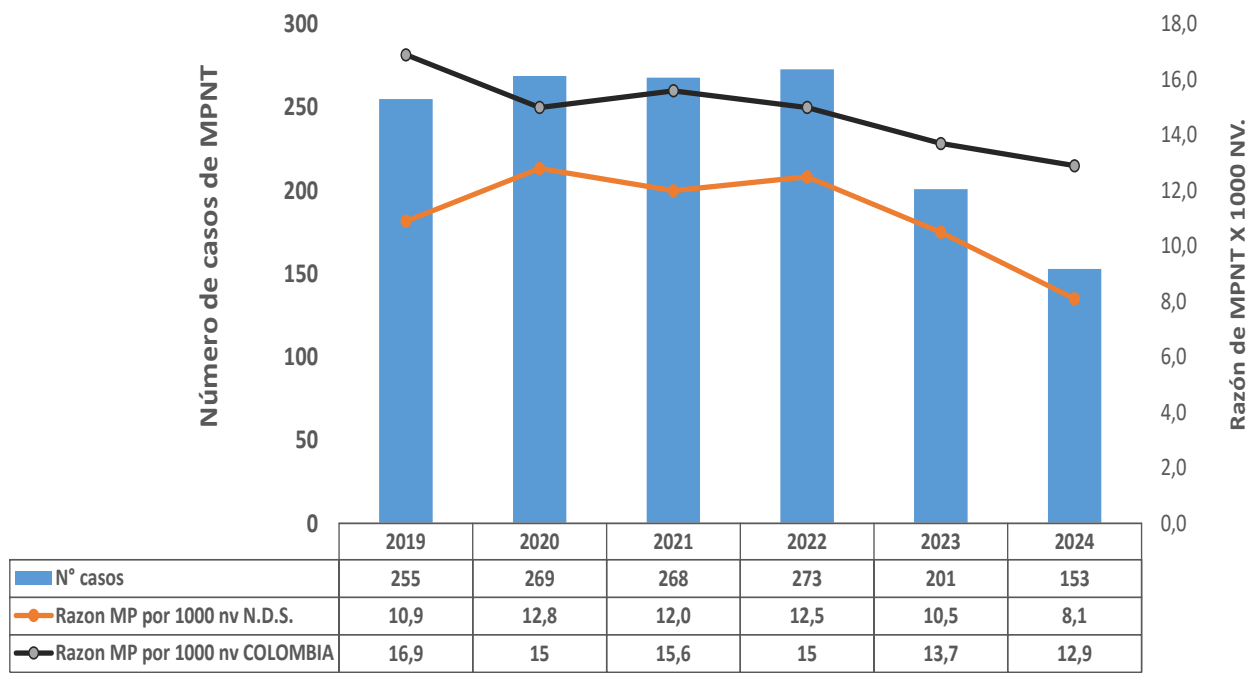
Hallazgos

Comportamiento de la notificación Mortalidad Perinatal.

Hasta periodo epidemiológico XII de 2024 fueron notificadas SIVIGILA de Mortalidad Perinatal 153 casos de Norte de Santander, los cuales pertenece a los 21 municipios “UNM” del departamento, notificados a través de las UPGD activas. Quedando una base de los casos para su respectivo análisis. 19 casos de otros Departamento, (Venezuela, Cesar y Magdalena). Casos con ajuste D (7casos) y un caso con ajuste 6 un caso,). De esta forma, el total de muertes notificadas al Sivigila año 2024 fueron 180 casos

La tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía para Norte de Santander, para el 2024 fue de 8,1 casos por cada mil nacidos vivos, lo que nos demuestra que estamos por debajo de razón Nacional que es de 12,9 casos por 1.000 nacidos vivos.

Grafica 89. Tendencia de la razón de mortalidad perinatal neonatal tardía, Norte de Santander año 2019 – 2024



Fuente: SIVIGILA, IDS, Norte de Santander 2019 - 2025

Respecto al comportamiento según residencia los municipios que notificaron la mayor razón de muertes perinatales son: Silos con 42,55 muertes por cada 1000 nacidos, seguido de Labateca con 34,48 muertes por cada 1000 nacidos y Bochalema con el 32,26 caso por cada 1000 nacidos. los demás con menor Razón.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 400 de 531

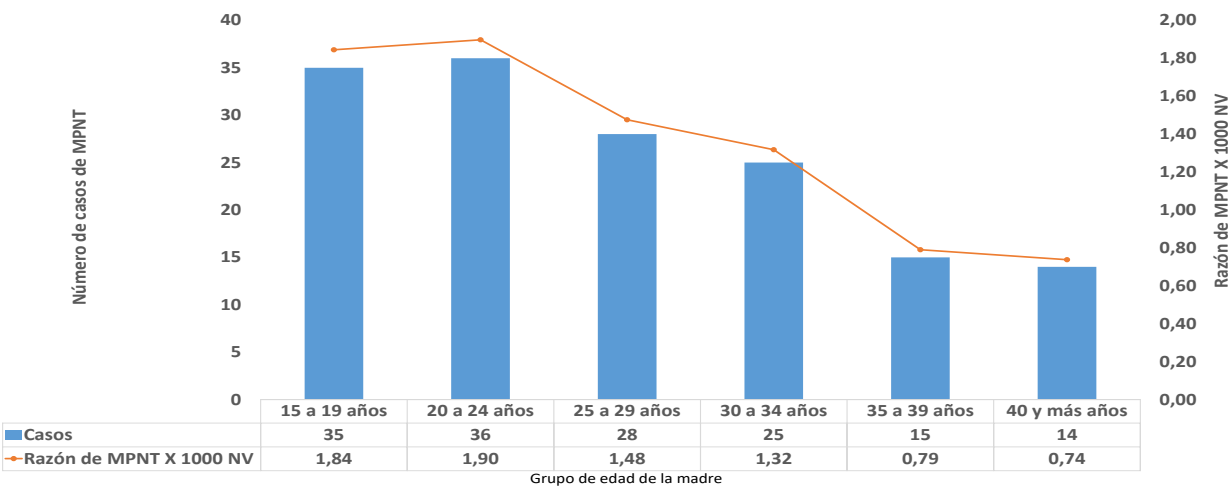
Tabla 182. Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según residencia, Norte de Santander año 2024

Casos de mortalidad perinatal neonatal tardía 2024					
Municipio de Residencia	Casos COLOMBIA.	Casos NAC. VENEZUELA.	Casos Norte de Santander	Nacidos vivos Año 2023	Razon de MPNT x 1000 NV
Cucuta	53	13	66	9.048	7,29
Tibu	9	10	19	1.407	13,50
Ocaña	12	4	16	1.671	9,58
Villa del rosario	9	1	10	1.116	8,96
Los Patios	4	2	6	864	6,94
Sardinata	3	1	4	359	11,14
Abrego	2		2	370	5,41
Bochalema	2		2	62	32,26
Convención	2		2	266	7,52
El Carmen	2		2	165	12,12
El Zulia	1	1	2	425	4,71
Hacarí	2		2	131	15,27
La Esperanza	2		2	108	18,52
Pamplona	2		2	432	4,63
Puerto santander	1	1	2	226	8,85
Silos	2		2	47	42,55
Teorama	2		2	250	8,00
Arboledas	1		1	87	11,49
Cachira	1		1	72	13,89
Chinacota	1		1	142	7,04
Chitaga	1		1	85	11,76
Cucutilla	1		1	138	7,25
Labateca	1		1	29	34,48
Pamplonita	1		1	57	17,54
Salazar	1		1	82	12,20
San calixto	1		1	125	8,00
Toledo	1		1	166	6,02
Norte de Santander	120	33	153	18.974	8.1

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Por grupos de edad de la madre se observa que el mayor número de casos se concentran entre las mujeres de 20 a 24 años con el 23,5 % sin embargo, las tasas de mortalidad más altas se ubican igualmente en las de 20 a 24 años con 1,90 muertes porcada 1 000 nacidos vivos, en las de 15 a 19 años con 1,84 muertes por cada 1 000 nacidos vivos y en edades de 25 a 29 años con 1,48 muertes por cada 1 000 nacidos vivos.

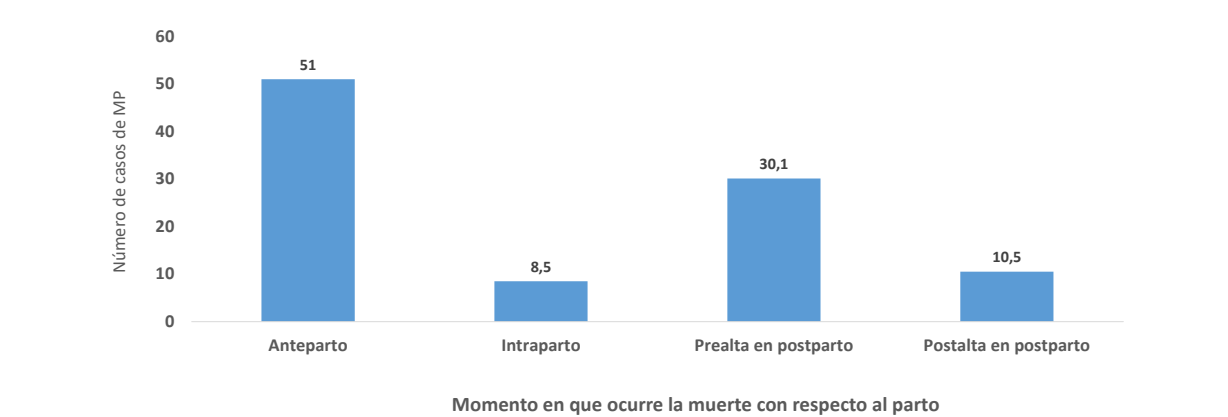
Grafica 90. Razón de Mortalidad Perinatal y neonatal tardía según grupo de edad de la madre, Norte de Santander 2024



Fuente: SIVIGILA, IDS, Norte de Santander 2025

Con respecto a la distribución total de las muertes de acuerdo con el momento de ocurrencia predomina las muertes perinatales anteparto con un 51 % (78 casos), seguido prealta en postparto con 30,1% (46 casos). Postalta en postparto con 10,5 % (16 casos) y Intraparto con el 8,5% (13 casos)

Gráfica 91. Distribución de las mortalidades perinatales y neonatales tardías por momento de ocurrencia, Norte de Santander año 2024



Fuente: SIVIGILA, IDS, Norte de Santander 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 402 de 531

Comportamiento de indicadores de gestión

Según la proporción de muertes perinatales y neonatales tardías con causa básica de muerte bien definida y teniendo en cuenta la Semaforización de este indicador, (verde (>81,0 – 100 %); amarillo (51,0 – 80,9 %) y rojo (< a 50,9 %) se concluye que el 87,5 % de las UPGDs tienen las causas de muertes bien definidas, y el 11,1 % corresponden a causas mal definidas.

Tabla 183. Proporción de causas de muerte bien definidas de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Norte de Santander 2024

UPGDs	Total de casos Notificados	casos con causas bien definidas	casos con causas mal definidas	% de caoso bien definidos 2024
Clinica San Jose	16	16		100
Ucis de Colombia	16	16		100
Clinica Santa Ana	7	7		100
Hospital Regional Norte	4	4		100
VIMEC-	4	4		100
Hopsital San Juan Dios	3	3		100
Fundacion Cardiovascular	2	2		100
Centro salu Teorama	1	1		100
Clinica Norte	1	1		100
IPS Labateca	1	1		100
Hospital Pedro A. Villamizar	1	1		100
Clin. Materno Infantil San Luis	1	1		100
Municipio de Ocaña	1	1		100
Clin. Sra. Torcoroma	1	1		100
Clinica medical Duarte	34	33	1	97,1
Hospital Universitario Erasmo Meoz	49	46	3	93,9
Hopsital Emiro Quintero Cañizares	9	7	2	77,8
ESE Imsalud	2	1	1	50
Norte de Santander	153	146	7	95,4

Fuente: SIVIGILA, IDS, Norte de Santander 2025

En el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica de muerte perinatal y neonatal tardía en lo relacionado con la correspondencia de información entre estadísticas vitales y Sivigila a periodo PE XII de 2024, se observa que el 31,3% (5 casos) fueron notificados al Sivigila, mientras el 12,5 % de (2 casos) quedaron sin notificación al Sivigila.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 403 de 531

Tabla 184. Correspondencia de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, RUAF/Sivigila, Norte de Santander 2024

UPGDs	Casos que estaban en RUAF no SIVIGILA PEXI 2024	Correspondencia Ruaf/Sivigila PE XII 2024	% de caoso en RUAF/Sivigila 2024
Hosp. Universitario Erasmo Meoz	9	9	100
clinica Medical Duarte	2	2	100
Clinica San Jose	1	1	100
Hops. Emiro Quintero Cañizares	1	1	100
Centro Salu Puerto Santander	1	1	100
VIMEC	1	0	0
Asoc. Dde Patologos"ASOPAT"	1	0	0

Fuente: SIVIGILA, IDS, Norte de Santander 2025

Magnitud en lugar y persona

Las tasas de mortalidad perinatal y neonatal tardía más altas según residencia, es para cabecera municipal con 6,22 muertes porcada 1 000 nacidos vivos, de los casos que tienen algún tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, tenemos el régimen subsidiado con 4,90 muertes porcada 1 000 nacidos vivos, se registró en la pertenencia étnica "otros con 8,01 muertes porcada 1 000 nacidos vivos.

Tabla 185. Condiciones sociales y demográficas de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Norte de Santander 2024

Variable	Categoría	Caso	%	Razon de MP x 1000 NV
Area de residencia	cabecera municipal	118	77,1	6,22
	rural	23	15,0	1,21
	centro poblado	12	7,8	0,63
Tipo de regimen	Subsidiado	93	60,8	4,90
	Contributivo	32	20,9	1,69
	No asegurado	24	15,7	1,26
	Excepción	3	2,0	0,16
Pertenencia étnica	Otros	152	99,3	8,01
	Indígena	1	0,7	0,05

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Comportamiento de otras variables de interés

De acuerdo con el análisis de las causas básica de muertes, durante el año 2024 se observa que el mayor porcentaje es para Hipoxia intrauterina, no especificada, con el 14,38 % de (22 casos), seguidos de Otros desprendimientos prematuros de la placenta con el 11,76 % de (18 casos), Hernia diafragmática congénita y Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación cada una con el 3,92 % de para un total de (12

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 404 de 531

casos), Evento no especificado, de intención no determinada, ocurrido en otro lugar especificado con el 3,27 % de (5 casos) las demás causas en menor proporción para mortalidad perinatal.

Tabla 186. Mortalidad perinatal y neonatal tardía según causas básica de muerte, Norte Santander año 2024

Causa basica de muerte	casos	Porcentaje
Hipoxia intrauterina, no especificada	22	14,38
Otros desprendimientos prematuros de la placenta	18	11,76
Hernia diafragmatica congenita	6	3,92
Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación	6	3,92
Evento no especificado, de intención no determinada, ocurrido en otro lugar especificado	5	3,27
feto y rec.nac.afect.por otras anomalías morfológ. y func.de placenta y las no especif.	5	3,27
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	5	3,27
Muerte fetal de causa no especificada	4	2,61
Otros trastornos placentarios	4	2,61
Inmadurez extrema	4	2,61
Asfixia del nacimiento, severa	4	2,61
Evento no especificado, de intención no determinada, ocurrido en otro lugar especificado	2	1,31
Otras septicemias especificadas	2	1,31
Trastornos mixtos del balance ácido- básico	2	1,31
Hipertensión pulmonar primaria	2	1,31
Atención materna por signos de hipoxia fetal	2	1,31
Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	2	1,31
Feto y recién nacido afectado por otras complicaciones maternas del embarazo	2	1,31
Feto y recién nacido afectado por otras compresión del cordón umbilical	2	1,31
Feto y recién nacido afectado por corioamnionitis	2	1,31
Otros recién nacidos pretermino	2	1,31
Síndrome de dificultad del recién nacido	2	1,31
Otras dificultades respiratorias del recién nacido	2	1,31
Hemorragia pulmonar masiva originada en el periodo perinatal	2	1,31
Hernia diafragmatica congenita	2	1,31
Evento no especificado, de intención no determinada, ocurrido en una institución residencial	1	0,65
Coagulación intravascular diseminada (síndrome de desfibrinación)	1	0,65
Acidosis	1	0,65
Sirngomielia y Sirngobulbia	1	0,65
Otros tipos de hipertension secundaria	1	0,65
Otras cardiomiopatías	1	0,65
Cardiomiopatía, no especificada	1	0,65
Otras enfermedades cardiacas mal definidas	1	0,65
Hemorragia gastrointestinal, no especificada	1	0,65
Trastorno de la placenta, no especificado	1	0,65
Placenta previa con hemorragia	1	0,65
Trabajo de parto y parto complicados por otras evidencias de suf-fetal	1	0,65
Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	1	0,65
Sufrimiento materno durante el trabajo del parto y el parto	1	0,65
Cardiomiopatía en el purperio	1	0,65
Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de las membranas	1	0,65
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	1	0,65
Hipoxia intrauterina antes del inicio del trabajo del parto	1	0,65
Asfixia del nacimiento, leve y moderada	1	0,65
Neumonía congénita debida agente viral	1	0,65
Neumonía congénita, organismo no especificado	1	0,65
Enfermedad respiratoria crónica no especificada originada en per- perinatal	1	0,65
Ataque cianótico del recién nacido	1	0,65
Insuficiencia respiratoria del recién nacido	1	0,65
Afección respiratoria no especificada del recién nacido	1	0,65
Hemorragia intraventricular (no traumática) del feto y recién nacido s/otra especificación.	1	0,65
Hemorragia intracerebral (no traumática) del feto y recién nacido	1	0,65
Hemorragia fetal y neonatal, no especificada	1	0,65
Enfermedad Hemolítica del feto y recién nacido no especificada	1	0,65
Síndrome del R.N. de madre con diabetes gestacional	1	0,65
Afección no especificada originada en periodo perinatal	1	0,65
Ausencia congénita, atresia o estrechez del conducto auditivo (Externo)	1	0,65
Síndrome de hipoplasia del corazón derecho	1	0,65
Malformaciones congénitas de la válvula tricúspide no especificada	1	0,65
Malformaciones congénitas del corazón, no especificada	1	0,65
Malformaciones congénitas de las grandes arterias, no especificadas	1	0,65
Hipoplasia y displasia pulmonar	1	0,65
Síndrome de malformaciones congénitas que afectan principalmente la apariencia facial	1	0,65
Otros síndromes de malformaciones congénitas, especificados, no clascificados en otra parte	1	0,65
Malformaciones congénitas múltiples	1	0,65
Otras trisomías y trisomías parciales de los autosomas, especificados	1	0,65
Evento no especificado, de intención no determinada, ocurrido en un lugar no especificado	1	0,65
Norte de Santander	153	100.

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Análisis por periodos perinatales de riesgo (Matriz BABIES)

El análisis por períodos perinatales de riesgo para Norte de Santander se realiza con la definición de cuatro momentos de la muerte:

- ✓ Ante-parto: Muertes ocurridas durante la gestación y antes del inicio del trabajo de parto.
- ✓ Intra-parto: Muertes ocurridas entre el inicio del trabajo de parto y la expulsión de la placenta.
- ✓ Muertes neonatales tempranas: muertes en el período neonatal temprano de (0 y antes de 7 días)
- ✓ Muertes neonatales tardías: muertes en el periodo neonatal tardío de (7 a 28 días)

Al realizar el análisis por grupo de peso y por períodos perinatales de riesgo, el mayor número de casos se encuentran concentradas en el grupo de menos de 1 000 gramos de peso, casos que se encuentran asociados a problemas con la salud materna tanto pre-concepcional como gestacional; seguido del grupo de 1500 a 2499 gramos, los cuales, a pesar de que corresponden a productos con mayores probabilidades de supervivencia, fallecen por problemas relacionados con acceso, oportunidad y calidad de la atención, desde el control prenatal, trabajo de parto y cuidados neonatales; sin embargo la tasa de incidencia más alta según peso fetal está en los menores de 1 000 gramos asociadas a salud.

Tabla 187. Períodos perinatales de riesgo - Matriz BABIES. Casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según, peso fetal y momento de la muerte, Norte de Santander año 2024

Periodos perinatales de riesgo- Matriz BABIES								
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL MUERTES	TOTAL NACIDOS VIVOS	TOTAL NACIDOS VIVOS +MUERTOS	TASA MPNT x 1000 NV
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL					
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS				
Menor de 1000	38	6	21	5	70	60	98	538,4
De 1000 a 1499	8	2	5	4	19	40	48	322,0
De 1500 a 2499	17	3	6	1	27	1.314	1.331	20,1
De 2500 a 3999	12	2	15	5	34	16.829	16.841	2,0
4000 y más	2	0	1	0	3	610	612	4,8
Total general	77	13	48	15	153	18.974	19.051	7,9

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Según la matriz BABIES la falta de atención a la salud materna es el principal contribuyente para el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, siendo las casillas azules de la matriz donde más se concentran los casos, muertes que, según los estudios y observaciones, se asocian a condiciones preexistentes en la salud de la mujer como la obesidad, enfermedades crónicas, y edad de la mujer gestante, debido a que generan un ambiente intrauterino sub-óptimo que limita el desarrollo fetal. Estas causas son potencializadas por condiciones socioculturales como la pobreza, el bajo nivel socioeconómico, y la desigualdad de género. Para Norte de Santander la incidencia para este grupo corresponde a las 4,7 muertes por cada 1 000 nacidos vivos.

En segundo lugar, se encuentran las muertes ocurridas antes del inicio de trabajo de parto relacionado con los cuidados prenatales, localizadas en las celdas de color naranja, las cuales están relacionadas con controles prenatales insuficientes, que no facilitan la identificación oportuna del estado nutricional, condiciones crónicas y/o

infecciosas, condiciones de crecimiento fetal y cambios placentarios, entre otras; eventos susceptibles de intervención a través de actividades de control prenatal y seguimiento. La tasa de incidencia para este grupo corresponde a 1,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

En tercer lugar, las muertes ocurridas en el periodo entre las primeras 24 horas de vida y siete días completos después del nacimiento localizadas en las celdas de color verde, se encuentran relacionadas con problemas derivados de cuidado neonatal. Para este grupo específico la tasa de mortalidad fue de 1,2 casos por 1 000 nacidos vivos

Tabla 188. Tasa de incidencia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía según periodos perinatales de riesgo - Matriz BABIES, Norte de Santander año 2024

periodos perinatales de riesgo				
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA			
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL	
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS
Menor de 1000	2,0	0,3	1,1	0,3
De 1000 a 1499	0,4	0,1	0,3	0,2
De 1500 a 2499	0,9	0,2	0,3	0,1
De 2500 a 3999	0,6	0,1	0,8	0,3
4000 y más	0,1	0,0	0,1	0,0
Total general	4,0	0,7	2,5	0,8

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

4,7	Salud materna
1,6	Cuidados prenatales
0,3	Atención del parto
1,2	Atención del recién nacido
0,3	Atención del neonato AIEPI

Discusión

Durante el año 2024, nuestro Departamento Norte de Santander presentó una tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía de 8,1 por cada 1.000 nacidos vivos, ubicándose por debajo del promedio nacional 12,9 por cada 1.000 nacidos vivos, observado que fueron tres Municipios con tasas elevadas como Silos (42,55), Labateca (34,48) y Bochalema (32,26), lo que evidencia la necesidad de intervenciones territoriales, particularmente en zonas rurales y de difícil acceso. En cuanto al perfil materno, si bien la mayor proporción de muertes se concentra entre mujeres de 20 a 24 años (23,5 %), también es este grupo el que registra las tasas más altas (1,90 por cada 1.000 nacidos vivos), seguido de adolescentes de 15 a 19 años, lo cual refuerza la necesidad de fortalecer la atención prenatal temprana y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en estas edades.

En cuanto a la matriz BABIES permite identificar que la mayoría de estas muertes ocurren por causas evitables, principalmente por el inadecuado control preconcepcional y prenatal (casillas azules), se asocian a condiciones preexistentes en la salud de la mujer como la obesidad, enfermedades crónicas, y edad de la mujer gestante,

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 407 de 531

debido a que generan un ambiente intrauterino sub-óptimo que limita el desarrollo fetal seguido de la (casilla naranja), están relacionadas con controles prenatales insuficientes, que no facilitan la identificación oportuna del estado nutricional, condiciones crónicas y/o infecciosas, condiciones de crecimiento fetal y cambios placentarios, entre otras, y como tercero las casilla de color verde, que son las muertes ocurridas en el periodo entre las primeras 24 horas de vida y siete días completos después del nacimiento.

Además, se evidencia que las tasas más elevadas de mortalidad perinatal y neonatal tardía se concentran en la cabecera municipal (6,22 por cada 1.000 nacidos vivos), en personas afiliadas al régimen subsidiado (4,90) y en la categoría étnica “otros” (8,01), lo que identifican factores a mejorar en el acceso, continuidad y calidad del servicio, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad social. Estos hallazgos exigen el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, el abordaje intersectorial de determinantes sociales, y la implementación de estrategias integrales de atención materno-neonatal con enfoque diferencial, comunitario y territorial.

Conclusiones

La tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía para Norte de Santander, a semana para el 2024 fue de 8,1 casos por cada mil nacidos vivos, lo que nos demuestra que estamos por debajo de razón Nacional que es de 12,9 casos por 1.000 nacidos vivos.

Respecto al comportamiento según residencia los municipios que notificaron la mayor razón de muertes perinatales son: Silos con 42,55 muertes por cada 1000 nacidos, seguido de Labateca con 34,48 muertes por cada 1000 nacidos y Bochalema con el 32,26 caso por cada 1000 nacidos. los demás con menor Razón

Por grupos de edad de la madre se observa que el mayor número de casos se concentran entre las mujeres de 20 a 24 años con el 23,5 % sin embargo, las tasas de mortalidad más altas se ubican igualmente en las de 20 a 24 años con 1,90 muertes porcada 1 000 nacidos vivos, en las de 15 a 19 años con 1,84 muertes por cada 1 000 nacidos vivos y en edades de 25 a 29 años con 1,48 muertes por cada 1 000 nacidos vivos.

Con respecto a la distribución total de las muertes de acuerdo con el momento de ocurrencia predomina las muertes perinatales anteparto con un 51 % (78 casos), seguido prealta en postparto con 30,1% (46 casos). Postalta en postparto con 10,5 % (16 casos) y Intraparto con el 8,5% (13 casos)

Según la proporción de muertes perinatales y neonatales tardías con causa básica de muerte bien definida y teniendo en cuenta la Semaforización de este indicador se concluye que el 87,5 % de las UPGDs tienen las causas de muertes bien definidas, y el 11,1 % corresponden a causas mal definidas

Las tasas de mortalidad perinatal y neonatal tardía más altas según residencia, es para cabecera municipal con 6,22 muertes porcada 1 000 nacidos vivos, de los casos que tienen algún tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, tenemos el régimen subsidiado con 4,90 muertes porcada 1 000 nacidos vivos, se registró en la pertenencia étnica “otros con 8,01 muertes porcada 1 000 nacidos vivos.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 408 de 531

De acuerdo con el análisis de las causas básicas de muertes, durante el año 2024 se observa que el mayor porcentaje es para Hipoxia intrauterina, no especificada, con el 14,38 % de (22 casos), seguidos de Otros desprendimientos prematuros de la placenta con el 11,76 % de (18 casos), Hernia diafragmática congénita y Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación cada una con el 3,92 % de para un total de (12 casos), Evento no especificado, de intención no determinada, ocurrido en otro lugar especificado con el 3,27 % de (5 casos) las demás causas en menor proporción para mortalidad perinatal.

Al realizar el análisis por grupo de peso y por períodos perinatales de riesgo, el mayor número de casos se encuentran concentradas en el grupo de menos de 1 000 gramos de peso, casos que se encuentran asociados a problemas con la salud materna tanto pre-concepcional como gestacional; seguido del grupo de 1500 a 2499 gramos, los cuales, a pesar de que corresponden a productos con mayores probabilidades de supervivencia, fallecen por problemas relacionados con acceso, oportunidad y calidad de la atención, desde el control prenatal, trabajo de parto y cuidados neonatales; sin embargo la tasa de incidencia más alta según peso fetal está en los menores de 1 000 gramos asociadas a salud.

Según la matriz BABIES la falta de atención a la salud materna es el principal contribuyente para el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, siendo las casillas azules de la matriz donde más se concentran los casos, muertes que, según los estudios y observaciones, se asocian a condiciones preexistentes en la salud de la mujer como la obesidad, enfermedades crónicas, y edad de la mujer gestante, debido a que generan un ambiente intrauterino sub-óptimo que limita el desarrollo fetal. Estas causas son potencializadas por condiciones socioculturales como la pobreza, el bajo nivel socioeconómico, y la desigualdad de género. Para Norte de Santander la incidencia para este grupo corresponde a las 4,7 muertes por cada 1 000 nacidos vivos.

En segundo lugar, se encuentran las muertes ocurridas antes del inicio de trabajo de parto relacionado con los cuidados prenatales, localizadas en las celdas de color naranja, las cuales están relacionadas con controles prenatales insuficientes, que no facilitan la identificación oportuna del estado nutricional, condiciones crónicas y/o infecciosas, condiciones de crecimiento fetal y cambios placentarios, entre otras; eventos susceptibles de intervención a través de actividades de control prenatal y seguimiento. La tasa de incidencia para este grupo corresponde a 1,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

En tercer lugar, las muertes ocurridas en el periodo entre las primeras 24 horas de vida y siete días completos después del nacimiento localizadas en las celdas de color verde, se encuentran relacionadas con problemas derivados de cuidado neonatal. Para este grupo específico la tasa de mortalidad fue de 1,2 casos por 1 000 nacidos vivos

Recomendaciones

A partir del análisis de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el departamento de Norte de Santander, se recomienda fortalecer las estrategias de atención integral a la salud materna y neonatal, especialmente con acciones específicas en los municipios con mayores tasas de mortalidad como Silos, Labateca y Bochalema. Por ende, es fundamental mejorar la cobertura, calidad y continuidad del control prenatal, con énfasis en la identificación temprana de factores de riesgo como hipertensión gestacional, infecciones, y patologías maternas preexistentes, especialmente en mujeres adolescentes y en edades entre 20 y 29 años, donde se concentra la mayor proporción de mortalidad. Asimismo, se debe garantizar el acceso oportuno a servicios especializados,

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 409 de 531

especialmente en áreas rurales y dispersas, mediante el fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud.

Igualmente, se sugiere implementar estrategias específicas para la atención de embarazos de alto riesgo y mejorar la capacidad resolutive de los servicios obstétricos y neonatales, en particular para el manejo de partos prematuros y neonatos con bajo peso al nacer. Es fundamental reforzar los programas de salud sexual y reproductiva con enfoque en prevención del embarazo adolescente, planificación familiar y educación en salud. Se recomienda también fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, garantizando la calidad en la notificación, clasificación adecuada de las causas de muerte y análisis permanente de la información, para la toma de decisiones basadas en evidencia.

Además, se hace necesario aplicar de manera sistemática herramientas como la matriz BABIES para identificar puntos críticos en la atención y direccionar intervenciones de mejora continua. igualmente, se sugiere promover acciones intersectoriales para abordar determinantes sociales como pobreza, bajo nivel educativo y dificultades en el acceso a servicios de salud, priorizando a poblaciones vulnerables afiliadas al régimen subsidiado o clasificadas en pertenencia étnica “otros”, quienes presentan las tasas más altas de mortalidad perinatal.

Referencia

1. Muñoz V. Informe de evento Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía 2023 [Internet]. Bogotá; 2023 [citado el 16 de abril de 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.33610/infoeventos.44.1>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2023). *Estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co>
2. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública 2024. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
3. Sistema de vigilancia en salud publica <https://sivigilaweb.ins.gov.co/Sivigila/>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 410 de 531

Mortalidad materna

Introducción

La mortalidad materna es un problema de salud pública que afecta a mujeres en todo el mundo. Se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo. A pesar de los avances en la atención médica, muchas mujeres siguen enfrentando riesgos significativos que pueden llevar a la muerte durante estas etapas críticas.

La muerte materna se clasifica como temprana cuando ocurre durante el embarazo, parto y hasta 42 días de terminada la gestación, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales; como muerte tardía cuando ocurre desde el día 43 y hasta antes de un año (364 días) de terminada la gestación y como muerte materna por causas coincidentes cuando incluye en su clasificación nosológica lesiones de causa externa (1).

Colombia para el año 2023 presentó una razón de muerte materna de 44,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. En Norte de Santander la razón de muerte materna fue de 10,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos con una disminución significativa con respecto al año 2022 (45,8 por cada 100.00 NV), situándose por debajo de la media Nacional en comparación con las entidades territoriales que presentaron una razón por encima del percentil 75 (74,4 por cada 100 000 nacidos vivos) fueron Vichada, Chocó, Vaupés, Nariño, La Guajira, Amazonas, Guainía, Magdalena, Bolívar y Cesar. (2)

Objetivos

Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación de los casos de mortalidad materna, 2024

Describir el comportamiento de la mortalidad materna de 2024 frente a magnitud, tendencia y algunas variables sociales y demográficas de acuerdo al reporte de casos al SIVIGILA en cumplimiento de la vigilancia rutinaria establecida para este evento.

Identificar el cumplimiento de la notificación de los casos de mortalidad materna 2024.

Determinar los indicadores de seguimiento del evento 2024.

Alcance

El alcance de este informe analizar la mortalidad materna en Norte de Santander durante el año 2024. Se examinarán las estadísticas y tendencias de los casos de mortalidad materna, identificando los factores de riesgo y las causas principales. Además, se comparará la situación de Norte de Santander con otras regiones de Colombia para entender mejor las diferencias y similitudes en la mortalidad materna.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 411 de 531

La información recopilada en este informe servirá como base para el desarrollo de estrategias y políticas de salud que busquen reducir la mortalidad materna y mejorar la salud materno-infantil en el departamento. Es esencial identificar los factores y las necesidades específicas de la población para implementar intervenciones efectivas que salven vidas y promuevan el bienestar de las mujeres y sus familias.

Materiales y métodos

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de mortalidad materna notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA mediante el código 550, año 2024.

La notificación del evento de Mortalidad Materna se realiza de forma semanal de casos confirmado con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA y por otra parte, búsqueda activa institucional (BAI) en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) mediante el Sistema de Información de Apoyo a la Notificación e Investigación de Eventos en Salud Pública (SIANIESP) del mismo con el uso de los códigos C del CIE 10, este año se depura cruzando los datos para su análisis. Para el caso de SIVIGILA se continúa la vigilancia por medio de la ficha de notificación como un componente de búsqueda activa de casos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), con notificación desde probable y seguimiento hasta su confirmación o descarte.

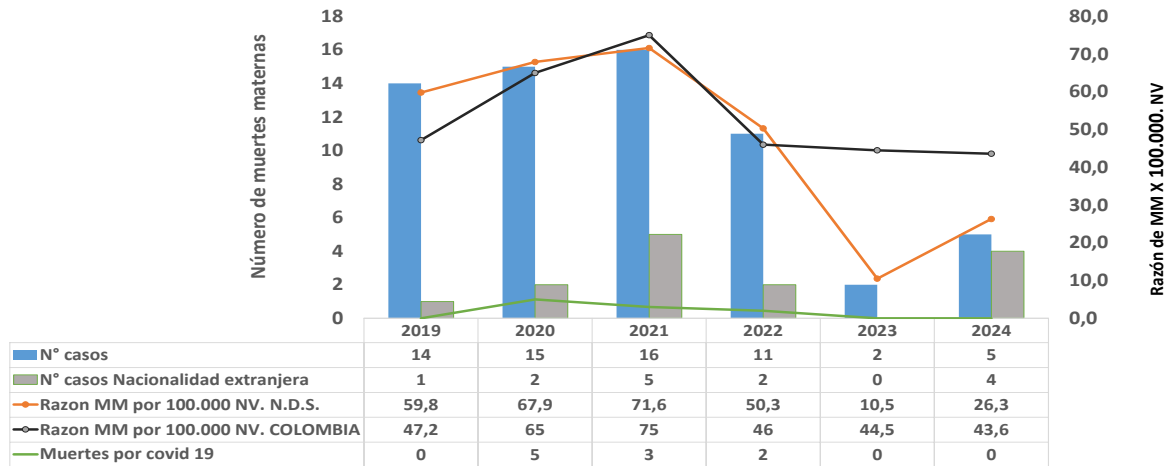
Hallazgos

Mortalidad materna

Durante el año 2024 fueron notificadas al SIVIGILA de Mortalidad Materna 5 casos en total, de los cuales son muertes maternas tempranas de Norte de Santander los cuales pertenece a los 3 municipios “UNM” del departamento, notificados a través de las UPGD activas. De otros departamentos 4 casos con residencia y Procedencia de Venezuela.

La razón de mortalidad materna temprana para Norte de Santander año 2024 fue de 26,3 casos por cada mil nacidos vivos, lo que nos demuestra que estamos por debajo de la razón Nacional que es de 43,6 casos por 1.00.000 nacidos vivos. Observando años anteriores fue significativo el incremento casos de muerte materna para el Departamento de Norte de Santander reflejando las razones de los años 2019 (59,8 casos por 100,000 NV) y 2020 (67,9 casos por 100.000 NV) con tendencias por encima de Nivel Nacional. De igual manera es significativo el incremento de casos de Nacionalidad extranjera en el departamento.

Gráfica 92. Tendencia de la Razón de mortalidad materna temprana, Norte de Santander de 2024



Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2019- 2025

Fuente: SIVIGILA, IDS, Norte de Santander *Año 2024 (Sivigila año 2024 datos preliminares. DANE, Estadísticas Vitales, nacimientos diciembre 2023 preliminares) ** Población extranjera (casos de muerte materna temprana notificados al Sivigila con nacionalidad extranjera residentes en Norte de Santander -datos preliminares). ***Datos oficiales, Sivigila 2019 a 2025

Del total de muertes maternas según residencia notificadas año 2024, las razones más altas se presentan en el municipio de Abrego con 270,3 casos por cada 100 000 nacidos vivos, seguido de Tíbu con una razón de 142,1 casos por cada 100 000 nacidos vivos, teniendo en cuenta el momento o tipo de muerte, se observa que el 100% (5 casos) presentaron muertes maternas tempranas.

Tabla 189. Razón de mortalidad materna según; municipio de residencia, Norte de Santander 2024

Municipio de Residencia	Casos Nacionalidad. Col.	Casos Nacionalidad. Venez.	Total casos	Nacidos vivos 2023	Razón de MM x 100.000nv
Cúcuta	1	1	2	9.048	22,1
Tíbu		2	2	1.407	142,1
Abrego	1		1	370	270,3
Norte de Santander	2	3	5	18.974	26,3

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Respecto a las principales variables sociales y demográficas de los casos de mortalidad materna temprana, se identifica que 15,81 casos por 100.000 nacidos vivos corresponden a cabecera municipal, 21,08 casos por 100 000 nacidos vivos corresponden régimen subsidiado, y como no afiliado el 5,27 caso por 100 000 nacidos vivos. En cuanto a pertenencia étnica “otros”, con el 26,35 caso por 100 000 nacidos vivos y el grupo de edad de mayores de 20 a 24 años con el 40 % seguido del grupo de 25,30,35, y mayores de 40 años cada grupo con el 20 % respectivamente.

Tabla 190. Comportamiento demográfico y social de los casos de mortalidad materna, Norte de Santander año 2024

Variable	Casos	Porcentaje	Razón de MM por 100.000 NV
Área de residencia			
cabecera municipal	3	40	15,81
Rural	2	25	9,16
Pertenecia étnica			
Otros	5	100	26,35
Regímen de afiliación			
Subsidiado	4	80	21,08
No afiliado	1	20	5,27

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Comportamiento de indicadores de gestión

La correspondencia entre la notificación Sivigila y estadísticas vitales de las muertes maternas del año 2024 nos muestra la concordancia de información con estadísticas vitales, cumpliendo cada UPGD con el 100%

Tabla 191. Correspondencia entre casos de muerte materna RUAF- Sivigila, Norte de Santander año 2024

UPGDs	Casos reportados en RUAF PE XII 2024	Casos que aparecen tanto en RUAF como en SIVIGILA PE XII de 2024	Porcentaje de correspondencia de casos entre las fuentes DANE y SIVIGILA
Hops. Universitario Erasmo Moez	3	3	100
UCIS de Colombia	2	2	100
Clinica Medical Duarte	1	1	100
Clinica San Jose	1	1	100
Clinica Nuestra Sra. Torcoroma	1	1	100
Hospital Regional Norte	1	1	100
Vital Medical Care	1	1	100
Norte de Santander	10	10	100

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Para el cálculo del indicador se tomaron todas las muertes (tempranas, tardías), notificadas al Sivigila. Se realizó el cálculo por UPGDs de notificación. Aclarando que son 5 las muertes maternas tempranas.

En cuanto a la causa de muerte bien definida, refleja la calidad del dato ingresado en Sivigila de la variable causa básica de muerte (temprana, tardía, coincidente), cumpliendo con el 100% cada una de las UPGD respectivamente.

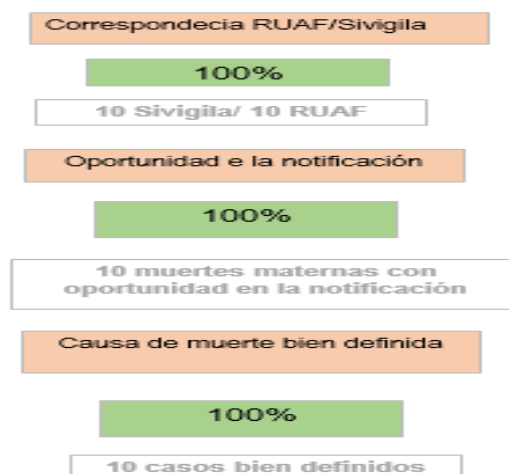
Tabla 192. Proporción de muerte maternas con causas de muerte bien definida en Sivigila, Norte de Santander año 2024

UPGDs	Casos notificados al SIVIGILA PE XII 2024	Casos con causas de muerte bien definidas PE XII 2024	Porcentaje de casos con causa de muerte bien definida
Hops. Universitario Erasmo Moez	3	3	100
UCIS de Colombia	2	2	100
Clinica Medical Duarte	1	1	100
Clinica San Jose	1	1	100
Clinica Nuestra Sra. Torcoroma	1	1	100
Hospital Regional Norte	1	1	100
Vital Medical Care	1	1	100
Norte de Santander	10	10	100

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Para el cálculo del indicador se tomaron todas las muertes (tempranas, tardías), notificadas al Sivigila. Se realizó el cálculo por UPGDs de notificación. Aclarando que son 5 las muertes maternas tempranas.

En cuanto a la oportunidad en la notificación de las muertes (temprana, tardía), que es el tiempo transcurrido entre la fecha de defunción y la notificación del caso al Sivigila, también se cumplió con el 100% de la oportunidad en la notificación.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 415 de 531

Mortalidad materna por tipo de muerte y causa principal agrupada

En relación con el tipo de muerte y las causas directas agrupada para muerte materna se encontró que tres casos notificados corresponden a Hemorragias obstétricas con una razón de 15,8 caso por 100 000 nacidos vivos. Seguido de Otra causa directa con 5,2 casos por 100.000 nacidos vivos. Y como causa Indirecta un caso con Otra causa indirecta con una razón de 5,2 casos por 100 000 nacidos vivos. Todos los casos analizados y en plataforma web, con su tablero de problemas enviado a programa de SASER para su seguimiento.

Tabla 193. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Norte de Santander año 2024

Razon/ causa agrupada	Casos	%	Razón de MM por 100.000 NV
DIRECTAS			
Hemorragia obstétrica	3	60	15,8
Otras causas directas	1	20	5,2
INDIRECTAS			
Otras causa indirectas	1	20	5,2

Fuente SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Discusión

La razón de mortalidad materna temprana en el departamento de Norte de Santander durante el año 2024 fue de 26,3 casos por cada 100.000 nacidos vivos, Razón que se ubica por debajo del promedio nacional, el cual fue de 43,6 casos por 100.000 nacidos vivos. Dato que es significativo para continuar con el plan de aceleración en la reducción de muertes maternas en articulación con todos los programas del Instituto Departamental de Salud, IPS, EAPBs y Municipios para de esta manera realizar el seguimiento a los factores determinantes y realizar seguimiento a los planes de mejora y evitar desenlaces como lo es una muerte materna.

En comparación con años anteriores en cuanto a la razón, como 2019 (59,8 casos por cada 100.000 nv), 2020 (67,9 casos por cada 100.000 nv) y 2021 (71,6 casos por cada 100.000 nv) se evidencia el incremento de la razón con respecto al Nivel Nacional identificando una disminución en la razón de mortalidad materna en años 2023 (10,5 casos por cada 100.000 nv) y 2024 (26,3 por cada 100.000 nv) lo cual puede atribuirse a una mejora en las políticas públicas, acceso a servicios de salud o intervenciones focalizadas. Lo que nos demuestra que hay que tener mayor atención en cuanto a los controles y seguimiento de todas las maternas durante y después del parto por parte de las entidades competentes, teniendo en cuenta que aún persisten zonas críticas dentro del mismo departamento.

Municipios como Ábrego y Tibú presentaron las razones más altas con 270,3 y 142,1 casos por cada 100.000 nacidos vivos, identificando factores como lo es el difícil acceso y calidad de los servicios de salud materna. La

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 416 de 531

concentración de casos en ciertas regiones apunta a la necesidad de estrategias que contemplen las condiciones geográficas, sociales y de seguridad que afectan a estos municipios.

Asimismo, es importante destacar el incremento de muertes maternas en mujeres de nacionalidad extranjera, lo cual refleja la compleja situación migratoria en la frontera con Venezuela y su impacto en los sistemas de salud locales. Este grupo poblacional puede estar enfrentando barreras de acceso al sistema de salud, falta de documentación, exclusión social y carencia de control prenatal, factores que inciden directamente en la morbilidad y mortalidad materna.

En cuanto a las variables sociales y demográficas, se identificó una mayor proporción de casos en mujeres pertenecientes al régimen subsidiado (21,08 casos por cada 100.000 nacidos vivos), seguidas por las no afiliadas (5,27 casos por cada 100.000 nacidos vivos). Esto resalta la vulnerabilidad de las mujeres con menor capacidad económica y su mayor exposición a complicaciones obstétricas no atendidas adecuadamente.

Desde la perspectiva de la edad, el grupo de 20 a 24 años representó el 40 % de las muertes maternas, esto puede estar relacionado a situaciones con embarazos no planificados, falta de acceso a anticoncepción, y debilidad en la educación sexual y reproductiva en esta población joven.

En términos clínicos, las causas directas de muerte fueron en su totalidad hemorragias obstétricas, lo que sugiere que la hemorragia obstétrica no fue detectada o manejada a tiempo, probablemente por fallas en el sistema de referencia, la calidad del personal asistencial o la demora en el traslado a instituciones de mayor complejidad. También se notificó una muerte por otra causa indirecta, lo cual refuerza la necesidad de atención médica integral y oportuna.

Conclusión

La razón de mortalidad materna temprana para Norte de Santander año 2024 fue de 26,3 casos por cada mil nacidos vivos, lo que nos demuestra que estamos por debajo de la razón Nacional que es de 43,6 casos por 1.00.000 nacidos vivos. Observando años anteriores fue significativo el incremento casos de muerte materna para el Departamento de Norte de Santander reflejando las razones de los años 2019 (59,8 casos por 100,000 NV) y 2020 (67,9 casos por 100.000 NV) con tendencias por encima de Nivel Nacional. De igual manera es significativo el incremento de casos de Nacionalidad extranjera en el departamento.

Del total de muertes maternas según residencia notificadas año 2024, las razones más altas se presentan en el municipio de Abrego con 270,3 casos por cada 100 000 nacidos vivos, seguido de Tibú con una razón de 142,1 casos por cada 100 000 nacidos vivos, teniendo en cuenta el momento o tipo de muerte, se observa que el 100% (5 casos) presentaron muertes maternas tempranas.

Respecto a las principales variables sociales y demográficas de los casos de mortalidad materna temprana, se identifica que 15,81 casos por 100.000 nacidos vivos corresponden a cabecera municipal, 21,08 casos por 100 000 nacidos vivos corresponden régimen subsidiado, y como no afiliado el 5,27 caso por 100 000 nacidos vivos. En cuanto a pertenencia étnica “otros”, con el 26,35 caso por 100 000 nacidos vivos y el grupo de edad de

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 417 de 531

mayores de 20 a 24 años con el 40 % seguido del grupo de 25,30,35, y mayores de 40 años cada grupo con el 20 % respectivamente.

En relación con el tipo de muerte y las causas directas agrupada para muerte materna se encontró que tres casos notificados corresponden a Hemorragias obstétricas con una razón de 15,8 caso por 100 000 nacidos vivos. Seguido de Otra causa directa con 5,2 casos por 100.000 nacidos vivos. Y como causa Indirecta un caso con Otra causa indirecta con una razón de 5,2 casos por 100 000 nacidos vivos.

Lo que nos demuestra que hay que tener mayor atención en cuanto a los controles y seguimiento de todas las maternas durante y después del parto por parte de las entidades competentes

Recomendaciones

Con base en los hallazgos obtenidos a través del análisis epidemiológico del evento de Mortalidad Materna Temprana en el departamento de Norte de Santander se proponen para reducir la mortalidad materna, se recomienda fortalecer el sistema de notificación y análisis de casos mediante la consolidación oportuna y de calidad en el SIVIGILA, evaluando cada caso con enfoque de vigilancia activa; realizar auditorías clínicas con las EAPB, IPS y diferentes programas del Instituto Departamental de Salud para identificar fallas en la atención y generar planes de mejora; intensificar la vigilancia en municipios con alta razón de mortalidad, como Ábrego y Tibú, priorizando a gestantes en riesgo; establecer mecanismos de seguimiento a la población migrante gestante, garantizando afiliación, control prenatal y continuidad en la atención; capacitar continuamente al talento humano en salud sobre el reporte inmediato y el manejo de situaciones críticas; promover espacios interinstitucionales como los COVE y Comités de Muerte Materna para el análisis y compromiso de mejora.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Materna [Internet]. Bogotá; [cited 2025 Ab. 8]. Available from: <https://doi.org/10.33610/infoeventos.45>
2. García A. Informe de evento Mortalidad materna 2023 [Internet]. Bogotá; 2023 [citado el 16 de abril de 2025]. Disponible <https://doi.org/10.33610/infoeventos.45.1>
- 3.Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública 2024. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
- 4.Sistema de vigilancia en salud publica <https://sivigilaweb.ins.gov.co/Sivigila/>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 418 de 531

Defectos Congénitos

Introducción

Los defectos congénitos constituyen un grupo heterogéneo de patologías caracterizadas por alteraciones estructurales o funcionales que se originan durante el desarrollo embrionario y fetal. Estas anomalías pueden manifestarse en la etapa prenatal, al momento del nacimiento o incluso en fases posteriores del desarrollo. Se clasifican, en términos generales, en tres grandes grupos: malformaciones congénitas, defectos metabólicos y trastornos sensoriales. Su impacto clínico y epidemiológico es significativo, pues representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil a nivel mundial, y exigen un abordaje integral que combine estrategias de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Objetivos Específicos

Establecer la distribución demográfica y social de los casos reportados de defectos congénitos, al Sivigila del año 2024.

Determinar los indicadores de oportunidad durante el año 2024.

Materiales y Método

Se llevó a cabo un análisis de tipo descriptivo con el objetivo de caracterizar la situación epidemiológica de los defectos congénitos en el departamento de Norte de Santander, con corte a la semana epidemiológica 52 del año 2024. El análisis se basó en los casos notificados a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), los cuales fueron sometidos a un proceso previo de depuración para garantizar la calidad y confiabilidad de los datos, eliminando registros duplicados, inconsistencias y casos que no cumplieran con los criterios de inclusión establecidos por el protocolo nacional de vigilancia.

Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el software Microsoft Excel, lo que permitió consolidar, organizar y analizar las variables seleccionadas de interés epidemiológico. Entre las variables consideradas se incluyeron: edad y sexo del recién nacido, pertenencia étnica, entidad territorial de residencia, área geográfica (urbana o rural), tipo de afiliación al sistema de salud (régimen subsidiado, contributivo, especial o no afiliado), así como edad exacta y grupo etario de la madre al momento del parto.

El análisis se realizó teniendo como unidad geográfica el municipio de residencia del caso, con el fin de identificar posibles patrones territoriales en la ocurrencia de defectos congénitos. Adicionalmente, para la estimación del indicador de incidencia se emplearon las proyecciones de población para el año 2024, desagregadas por municipio, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), permitiendo así calcular la tasa de incidencia por cada 10.000 nacidos vivos y facilitar comparaciones intermunicipales.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 419 de 531

Consideraciones éticas

Para la elaboración del presente informe se usó la base de datos de los casos de leptospirosis notificados a Sivigila, no se utilizó información sensible y se aseguró la confidencialidad de los datos, por lo tanto, se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Los resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

Resultados

El evento de defectos congénitos, vigilado bajo el código 215 del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), se encuentra dentro del grupo de eventos sujetos a notificación obligatoria en Colombia. Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024, es decir, desde la semana epidemiológica 1 hasta la semana 52, se registraron notificaciones provenientes de los diferentes municipios del departamento de Norte de Santander a través del aplicativo del SIVIGILA.

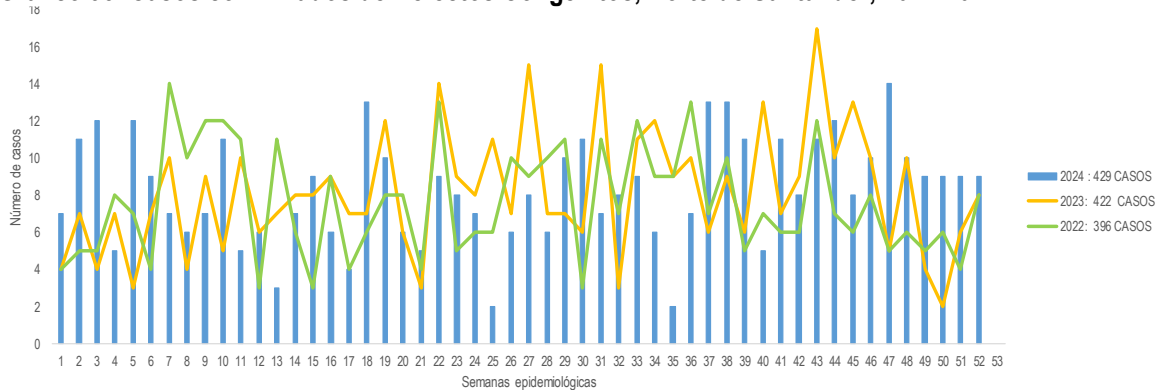
Inicialmente, la base de datos cruda contenía un total de 605 registros, los cuales fueron sometidos a un riguroso proceso de depuración con el fin de garantizar la consistencia, unicidad y validez de la información. Durante este proceso, se identificaron y excluyeron 52 casos cuyo lugar de residencia estaba registrado en otro departamento, dado que su inclusión podría afectar los análisis territoriales del departamento. Asimismo, se excluyeron los casos clasificados como probables, considerando como válidos únicamente aquellos confirmados por laboratorio o clínica, con el objetivo de minimizar posibles sesgos. Adicionalmente, se detectaron 10 registros duplicados con igual diagnóstico, los cuales también fueron depurados del conjunto final.

Posterior a este proceso de validación y depuración, se consolidó una base definitiva con 429 casos únicos de defectos congénitos notificados en Norte de Santander para el año 2024. Este dato constituye la cifra oficial utilizada para este análisis epidemiológico del comportamiento del evento en la región durante el año de referencia.

El comportamiento de la notificación a lo largo del año mostró variaciones semanales, con picos de mayor reporte durante determinados periodos, lo que podría corresponder a mayor capacidad diagnóstica o intensificación de la vigilancia en ciertas áreas.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 420 de 531

Grafico 93. Casos confirmados de Defectos Congénitos, Norte de Santander, 2022-2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la caracterización de los 429 casos de defectos congénitos registrados, se observó una mayor proporción de nacimientos de sexo masculino, representando el 55,24% del total, frente al 43,12% femenino. Un pequeño porcentaje (1,63%) correspondió a casos en los que el sexo fue reportado como indefinido.

Respecto al área de residencia, se evidenció que la mayoría de los casos (78,79%) procedían de cabeceras municipales, seguido de zonas rurales dispersas (14,69%) y centros poblados (6,53%), lo que indica una concentración de reportes en áreas urbanas. En cuanto a la pertenencia étnica, el 99,77% de los casos correspondió a población sin caracterización étnica, mientras que únicamente el 0,23% se presentó en población indígena.

En relación con el régimen de afiliación al sistema de salud, el 70,16% de los casos correspondió a población afiliada al régimen subsidiado, seguido del régimen contributivo con un 10,72%. Además, un 13,99% de los casos se encontraba no asegurado, un 3,73% estaba en el régimen de excepción, y un 1,40% permanecía con afiliación pendiente.

Al analizar la edad de las madres, se encontró que el grupo etario predominante fue el de 20 a 29 años, que concentró el 48,72% de los casos, seguido por el grupo de 30 a 39 años (25,64%). Las madres menores de 20 años representaron el 17,95% y aquellas mayores de 40 años, el 7,69%.

En cuanto a la edad gestacional al momento del nacimiento, el 72,03% de los nacimientos ocurrieron a término (≥ 37 semanas), mientras que el 25,17% fueron pretérmino (< 37 semanas). Finalmente, respecto al peso al nacer, el 71,79% de los neonatos tuvo un peso mayor a 2500 gramos, mientras que el 25,41% presentó bajo peso al nacer (< 2500 gramos).

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 421 de 531

Tabla 194. Características sociodemográficas casos del evento Defectos Congénitos, Norte de Santander 2024

Variable	Categoría	Casos	Proporción
Sexo	Masculino	237	55,24
	Femenino	185	43,12
	Indefinido	7	1,63
Área de residencia	Cabecera municipal	338	78,79
	Rural disperso	63	14,69
	Centro poblado	28	6,53
Pertenencia étnica	Otro	428	99,77
	Indígena	1	0,23
Régimen de afiliación	Subsidiado	301	70,16
	Contributivo	46	10,72
	No asegurado	60	13,99
	Excepción	16	3,73
	Pendiente	6	1,40
Grupo de edad de la madre	< 20 años	77	17,95
	20 a 29 años	209	48,72
	30 a 39 años	110	25,64
	> 40 años	33	7,69
Edad gestacional al momento del nacimiento	< 37 semanas	108	25,17
	>= 37 semanas	309	72,03
	Desconocido	12	2,80
Peso al nacer	< 2500 gramos	109	25,41
	> 2500 gramos	308	71,79
	Desconocido	12	2,80
Total de casos		429	100%

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Al revisar los defectos congénitos confirmados se encuentra que la hidronefrosis congénita (7,69%) se destaca como la malformación más común, lo que sugiere que el sistema renal es un foco relevante en esta población. A su vez, tanto el conducto arterioso permeable como el síndrome de Down no especificado comparten una prevalencia notable del 6,76%, lo que puede señalar factores de riesgo genéticos o ambientales que afectan a un porcentaje significativo de la población. Las malformaciones cardíacas, como el defecto del tabique ventricular (4,66%) y el defecto del tabique auricular (4,20%), junto con el talipes equinovarus (4,90%), muestran una tendencia importante hacia afecciones estructurales, tanto a nivel cardiovascular como musculo-esquelético.

Además, se observa una presencia moderada de deformidad congénita de la cadera y polidactilia (3,03% cada una), que si bien menos frecuentes, pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los individuos

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 422 de 531

afectados. Finalmente, la gastrosquisis (1,86%), a pesar de ser una malformación menos frecuente, es de gran interés desde el punto de vista clínico y de manejo quirúrgico, dada la complejidad de su tratamiento y las posibles complicaciones que conlleva.

La identificación de estas malformaciones prevalentes puede ser crucial para la asignación de recursos de salud adecuados, la planificación de programas de prevención y el establecimiento de registros más completos que permitan un análisis más profundo de las posibles causas, factores de riesgo y estrategias de intervención para reducir su incidencia.

Tabla 195. Principales Defectos Congénitos, Norte de Santander 2024

Malformaciones congénitas	Número de casos	Porcentaje
Hidronefrosis congénita	33	7,69
Conducto arterioso permeable	29	6,76
Síndrome de Down- No Especificado	29	6,76
Talipes Equinovarus	21	4,90
Defecto Del Tabique Ventricular	20	4,66
Defecto Del Tabique Auricular	18	4,20
Deformidad Congénita De La Cadera- No Especificada	13	3,03
Polidactilia- No Especificada	13	3,03
Malformación Congénitas De Las Cámaras Cardíacas Y Sus Conexiones- No Especificada	11	2,56
Gastrosquisis	8	1,86

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Indicadores

La prevalencia de defectos congénitos por cada 10.000 nacidos vivos es de 272,1% para el departamento de Norte de Santander en el 2024

Tabla 196. Comportamiento de Defectos Congénitos por cada 10.000 nacidos vivos en el departamento Norte de Santander. Año 2024

Municipio Residencia	Nacimientos 2024	Casos a SE 52	Prevalencia
Chitagá	65	9	1.384,6
Silos	63	8	1.269,8
Pamplonita	51	6	1.176,5
Pamplona	343	19	553,9
Salazar	80	4	500,0
Hacarí	101	5	495,0
Ocaña	1.507	67	444,6
El Carmen	144	6	416,7
La Playa	73	3	411,0
Teorama	206	8	388,3
Bucarasica	27	1	370,4
Ábrego	327	12	367,0
Mutiscua	28	1	357,1
Labateca	33	1	303,0
Sardinata	278	8	287,8
Puerto Santander	184	5	271,7
Convención	227	6	264,3
Chinácota	116	3	258,6
Bochalema	41	1	243,9
San José de Cúcuta	7.498	180	240,1
Tibú	1.097	26	237,0
Toledo	137	3	219,0
Los Patios	740	16	216,2
Villa del Rosario	957	18	188,1
Gramalote	61	1	163,9
San Cayetano	64	1	156,3
Arboledas	66	1	151,5
El Tarra	332	5	150,6
La Esperanza	85	1	117,6
San Calixto	95	1	105,3
El Zulia	348	3	86,2
Cáchira	56	0	0,0
Cácota	21	0	0,0
Cucutilla	118	0	0,0
Durania	38	0	0,0
Herrán	17	0	0,0
Lourdes	36	0	0,0
Ragonvalia	43	0	0,0
Santiago	24	0	0,0
Villa Caro	37	0	0,0
Total	15.764	429	272,1

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 424 de 531

Dentro del análisis se incorporaron los indicadores establecidos en el protocolo específico del Instituto Nacional de Salud de Colombia, evidenciándose que los defectos estructurales constituyeron la principal forma de defecto congénito en la población evaluada. De un total de 494 casos confirmados en Norte de Santander durante 2024, y considerando que una persona puede presentar más de un diagnóstico, el 96,96% correspondió a malformaciones congénitas, con una prevalencia de 304 casos por cada 10.000 nacidos vivos.

Por su parte, los defectos congénitos metabólicos representaron el 2,23% de los diagnósticos (11 casos), con una prevalencia de 7, mientras que los *defectos sensoriales* correspondieron al 0,81% (4 casos) y una prevalencia de 3.

Estos resultados destacan la necesidad de fortalecer las estrategias de vigilancia epidemiológica, así como las acciones de tamizaje neonatal, diagnóstico oportuno e intervención integral, enfocadas principalmente en las malformaciones congénitas.

Tabla 197 . Prevalencia del Defecto Congénito Metabólico por cada 10.000 nacidos vivos

Defecto congénito	Eventos	Porcentaje	Prevalencia
Malformaciones congénitas	479	96,96	304
Defecto congénito metabólico	11	2,23	7
Defecto sensorial	4	0,81	3
Total	494	100	313

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Tasa de letalidad por defectos congénitos. La letalidad de los defectos congénitos en Norte de Santander para el año 2024 fue de 11,42%, calculada con base en 49 fallecimientos reportados entre 429 casos confirmados de defectos congénitos. Es importante señalar que se identificaron 11 registros sin información sobre el desenlace, lo que podría subestimar o sobrestimar ligeramente la tasa de letalidad real. Esta situación resalta la necesidad de fortalecer los procesos de registro y seguimiento de los casos para mejorar la calidad de la información disponible.

Prevalencia de los defectos del tubo neural- La prevalencia de defectos del tubo neural es 29,18 casos por cada 10.000 nacidos vivos en el departamento de Norte de Santander

Prevalencia de déficit auditivo- La prevalencia de déficit auditivo corresponde a 1,90 casos por cada 10.000 nacidos vivos en el departamento de Norte de Santander

Prevalencia de defecto congénito visual. La prevalencia de defectos congénitos visuales es 0,63 casos por cada 10.000 nacidos vivos en el departamento de Norte de Santander

Prevalencia de la cardiopatía congénita. La prevalencia de cardiopatía congénita compleja corresponde a 29,18 casos por cada 10.000 nacidos vivos en el departamento de Norte de Santander

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 425 de 531

Prevalencia de los defectos congénitos menores de un año. La prevalencia de defectos congénitos es 1445 por cada 10 000 nacidos vivos en el departamento de Norte de Santander.

Discusión

El análisis de los defectos congénitos en Norte de Santander durante 2024 revela una prevalencia significativa de malformaciones estructurales, destacándose la hidronefrosis congénita, el conducto arterioso permeable y el síndrome de Down como los defectos más frecuentes. Estas alteraciones presentan un impacto directo en la calidad de vida de los afectados y en los recursos de salud requeridos para su manejo. Es relevante señalar que los defectos congénitos, en su mayoría, son malformaciones que requieren una atención médica especializada, por lo que la identificación temprana y la intervención precoz son fundamentales para reducir la morbilidad asociada a estos trastornos. La Organización Mundial de la Salud destaca que la prevención y el diagnóstico temprano de defectos congénitos son esenciales para mitigar sus efectos en la salud pública global (1). Además, estrategias de tamizaje neonatal como las promovidas en Italia han mostrado ser eficaces en la identificación de defectos estructurales, permitiendo una mejor intervención y pronóstico (2).

Además, el análisis muestra que la mayoría de los casos se concentran en áreas urbanas (cabeceras municipales), lo que podría estar relacionado con una mayor capacidad de diagnóstico y notificación en estas zonas. Por otro lado, el hecho de que un 13,99% de los casos corresponda a individuos no asegurados indica una posible brecha en el acceso a servicios de salud, lo que podría influir negativamente en la detección temprana y en la atención oportuna de los defectos congénitos. Esta situación pone de relieve la importancia de mejorar la cobertura del sistema de salud, especialmente en poblaciones vulnerables y rurales. (3) también subrayan que las políticas de salud pública deben considerar el acceso equitativo a la atención médica, ya que los defectos congénitos tienen una prevalencia más alta en poblaciones con menor acceso a servicios de salud.

El alto porcentaje de malformaciones estructurales observadas en el estudio (96,96%) la implementación de estrategias de tamizaje neonatal que permitan detectar estos trastornos de manera temprana, lo que facilitaría una mejor intervención y pronóstico para los niños afectados. La experiencia de Francia, que implementó un registro nacional para defectos congénitos, ha mostrado que un monitoreo eficiente permite identificar patrones epidemiológicos y tomar decisiones informadas sobre políticas de salud (4). El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica es esencial para reducir la tasa de letalidad y mejorar los resultados a largo plazo para los niños con malformaciones.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones del estudio es la calidad de la información disponible en los registros del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), ya que se identificaron algunos casos con datos incompletos, como el desenlace de los casos o la falta de información sobre el peso al nacer o la edad gestacional en un porcentaje significativo de los registros. Esto podría haber influido en la interpretación de los resultados, particularmente en la estimación precisa de la tasa de letalidad.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 426 de 531

Este aspecto también ha sido señalado en estudios previos, como el de Mastroiacovo et al. (2), quienes alertan sobre la importancia de contar con registros completos para la correcta estimación de las tasas de prevalencia y mortalidad por defectos congénitos.

Además, la variabilidad en los picos de notificación puede estar influenciada por factores externos, como cambios en la capacidad de atención en las unidades de salud, lo que podría haber sesgado los resultados.

Conclusión

Los defectos congénitos continúan siendo una causa relevante de morbilidad en Norte de Santander, con un impacto significativo en la salud pública y los servicios médicos. La prevalencia de malformaciones estructurales y la alta tasa de letalidad observadas indican la necesidad urgente de mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico y manejo temprano. El acceso a la atención médica, especialmente en las zonas rurales y para las poblaciones no aseguradas, son esenciales para mitigar los efectos de estos defectos en la población infantil.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Defectos congénitos: prevención y control. Estrategia global. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514156>
2. Mastroiacovo P, Neri M, Lapi F, Spagnolo A, Di Mascio D, Pippa L, et al. Epidemiología de los defectos congénitos en Italia: un estudio retrospectivo a nivel nacional. J Epidemiol. 2019;30(3):325-34. doi: 10.1016/j.je.2019.02.005.
3. Botto LD, Lisi A, Mastroiacovo P. Estrategias de prevención de defectos congénitos y su impacto en la salud pública. Am J Med Genet. 2020;182(8):1668-75. doi: 10.1002/ajmg.a.61965.

Jegu J, Mallet D, Coste J, et al. Prevalencia de defectos congénitos en Francia: análisis de un registro nacional. Arch Pediatr. 2018;25(9):532-8. doi: 10.1016/j.arcped.2018.04.010.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 427 de 531

LESIONES DE CAUSA EXTERNA Y SALUD MENTAL

Intento de suicidio

Introducción

El intento de suicidio es una conducta autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros, y sin resultado fatal. La existencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general, su importancia en la vigilancia juega un papel fundamental en el seguimiento del evento para realizar acciones oportunas de manera municipal- departamental, Norte de Santander atraviesa un momento crítico debido al aumento en la notificación de casos de intento de suicidio en menores de edad, y lo que es mas crítico en re-intentos que en la mayoría de las ocasiones no terminan de manera fatal. La vigilancia de este evento se desarrolla actualmente en el marco de la Política Nacional de Salud Mental que plantea como una de sus estrategias la gobernanza multinivel con responsabilidades que incluyen la gestión de conocimiento local y nacional sobre la conducta suicida.

Materiales y métodos

Se realizó un informe de análisis de tipo descriptivo de la situación actual de la notificación para caracterizar la situación epidemiológica del evento violencia de género a semana epidemiológica 52 de 2024 en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), posterior proceso depuración del 1 de enero de 2024 al 31 de Diciembre de 2024. Se empleó microsoft excel para el procesamiento de los datos. Fueron excluidos los casos con error D, y casos por duplicidad del dato.

Hallazgos

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2022 se analizó un total acumulado de 1123 casos que cumplían con definición de caso, para el año 2024 a semana epidemiológica 52 se notificaron 1260 casos, como podemos observar en la notificación del evento de intento de suicidio se encuentra en un aumento progresivo en comparación al año anterior (2023), donde se presentaron 1180 casos notificados, donde se puede evidenciar que en los últimos 3 años los casos de intento de suicidio empieza a liderar la notificación dentro de los eventos de interés en salud publica más alarmantes en la vigilancia en salud pública.

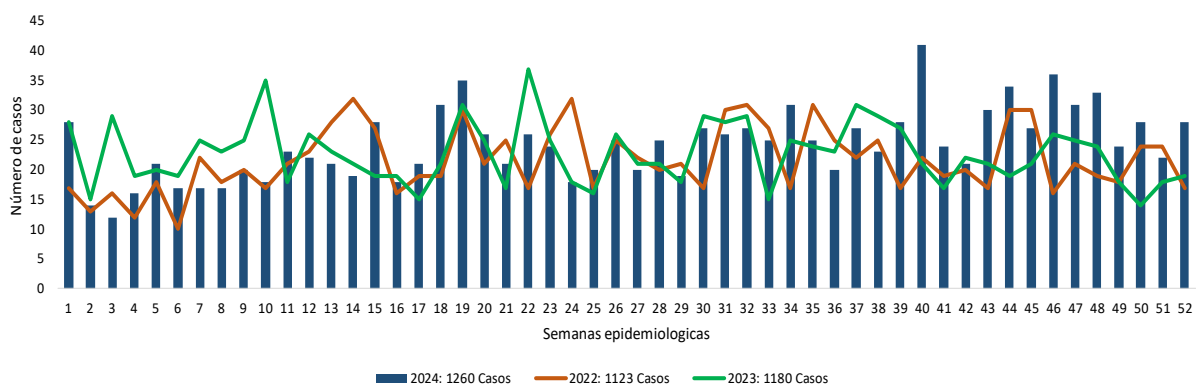
Durante el año 2024, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 1.569 casos de Intento de Suicidio, de los cuales se encontraron 271 registros repetidos, 15 casos de otros departamentos, 12 de procedencia venezolana, 161 con nacionalidad venezolana, y 12 con ajuste D, por lo que el presente informe se realiza con un total de 1.260 casos.

Tabla 198. Análisis de casos del evento de Intento de Suicidio, Norte de Santander, 2024

Variable	N° de casos
Norte de santander	1260
Repetidos	272
procedencia Venezuela	12
Otros Departamentos	13
Ajuste D	12
Total Notificados	1.569

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Gráfica 94. Comportamiento del evento de Intento de Suicidio, Norte de Santander, 2024



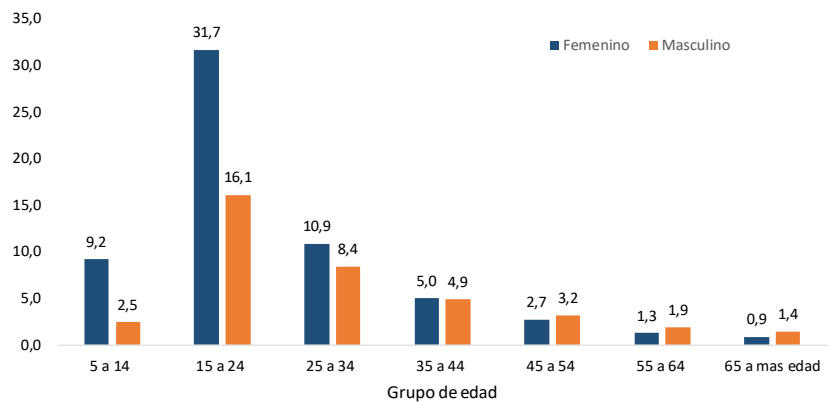
Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Comportamiento de la notificación

Análisis de Persona

De acuerdo con los resultados sociodemográficos, la mayor proporción de casos notificados corresponde a las edades de 15 a 24 años, mayor proporción en el sexo femenino (31.7%), seguido de las edades de 25 a 34 años con mayor proporción en el sexo femenino (10,9%), se puede observar la gran problemática que se presenta en edades de 5 a 14 años en mayor proporción en sexo femenino (9,2%) evidenciándose que se está presentando en menores de edad.

Gráfica 95. Comportamiento del evento de Intento de Suicidio, según sexo y edad, Norte de Santander, 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la siguiente tabla podemos observar la distribución de los casos según el sexo y el régimen de afiliación donde la mayor proporción de casos notificados de intento de suicidio es en el régimen Subsidiado con mayor número de casos en el sexo femenino 508 casos (40,3%), Masculino 309 casos (24,5%), seguido del régimen Contributivo con mayor número de casos en el sexo femenino con 173 casos (13,7%), masculino 96 casos (7,6), de igual manera es importante observar que los casos notificados como No asegurados en total 89 casos (7,1%) de los casos son de personas con nacionalidad de Venezuela.

Tabla 199. Notificación de los Casos del evento de Intento de Suicidio, según sexo y tipo de afiliación, Norte de Santander, 2024

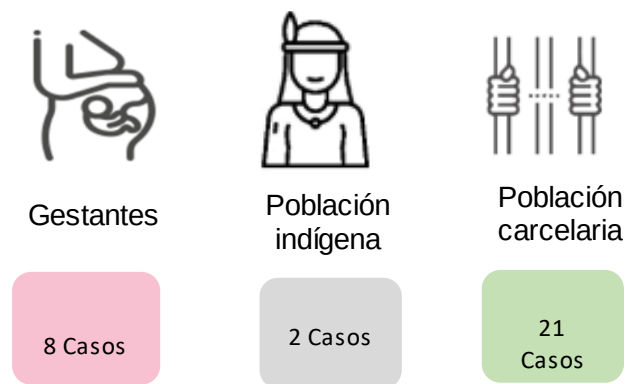
Sexo	Subsidiado	Contributivo	No asegurado	Excepcion	Indeterminado
Femenino	508	173	52	39	4
Masculino	309	96	37	40	2
Total	817	269	89	79	6

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 430 de 531

Poblaciones Especiales

Para intento de suicidio en las poblaciones especiales se evidencia que en población privada de la libertad se notificaron 21 casos (1,67%), seguido de la población gestante con 8 casos (0,63%), y en población indígena se presentaron 2 casos (0,16%).



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En relación a la tasa de incidencia x 100.000 Habitantes, en Norte de Santander a año 2024, se evidencia un valor de 73,7casos x 100.000 Hab, donde se presenta mayor tasa de incidencia para El municipio de Teorama con 154,8 x 100.000 Hab, seguido de en municipio del Tarra con 140,3 casos x 100.000 Hab, Pamplona 133,6 con 115,3 casos x 100.000 Hab, Ocaña 121,2 casos x 100.000 Habitantes. Donde se puede evidenciar cuales son los municipios más afectados por intento de suicidio para la vigencia 2024.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 431 de 531

Tabla 200. Tasa de incidencia de la notificación de Intento de Suicidio por Municipio de Procedencia, Norte de Santander, 2024

Municipio de Procedencia	DANE	Casos Colombia	Casos Venezuela	Casos Ecuador	Total general	Tasa de Incidencia x 100.000 Habitantes
Cúcuta	812.176	551	73		624	76,8
Ocaña	135.344	155	9		164	121,2
Pamplona	56.894	70	5	1	76	133,6
Los Patios	103.733	69	3		72	69,4
Villa del Rosario	116.221	60	12		72	62,0
El Tarra	23.521	31	2		33	140,3
Teorama	18.731	26	3		29	154,8
Tibú	62.151	14	12		26	41,8
Ábrego	35.936	20	1		21	58,4
Chinácota	19.845	14			14	70,5
Convención	21.175	13			13	61,4
El Zulia	30.816	10			10	32,5
Sardinata	28.989	8	2		10	34,5
Hacarí	11.559	9			9	77,9
El Carmen	15.080	6	1		7	46,4
La Playa	8.741	6	1		7	80,1
Puerto Santander	9.913	7			7	70,6
Chitagá	13.330	6			6	45,0
Salazar	11.664	6			6	51,4
Bochalema	9.385	5			5	53,3
San Calixto	14.496	5			5	34,5
Silos	7.127	4	1		5	70,2
Toledo	17.714	3	1		4	22,6
Villa Caro	5.727	4			4	69,8
Bucarasica	7.263	3			3	41,3
Durania	5.197	2	1		3	57,7
Labateca	7.189	3			3	41,7
Lourdes	4.537	3			3	66,1
San Cayetano	8.102	3			3	37,0
Arboledas	11.028	2			2	18,1
Cucutilla	9.280	2			2	21,6
Herrán	7.841	2			2	25,5
La Esperanza	13.144	2			2	15,2
Pamplonita	6.239	1	1		2	32,1
Cáchira	12.500	1			1	8,0
Cácota	3.181	1			1	31,4
Gramalote	8.346	1			1	12,0
Mutiscua	4.843		1		1	20,6
Ragonvalia	6.751	1			1	14,8
Santiago	3.861	1			1	25,9
Total general	1.709.570	1130	129		1260	73,7

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

El factor de riesgo presente en la mayoría de los casos de intento de suicidio es el método de intoxicación (62,70%), el principal factor desencadenante son los problemas familiares con (453) reportes, seguido del factor de riesgo siendo los antecedentes de trastorno (380) reportes.

Tabla 201. Factores de riesgo de Intento de Suicidio, Norte de Santander, 2024

Factores Desencadenates	Casos		Factores de Riesgos	Casos		Metodo	Casos	
Problemas familiares	453	35,95%	Antecedentes de Trastorno	380	30,16%	Intoxicación	790	62,70%
Problemas de pareja	392	31,11%	Ideacion suicida	232	18,41%	Elemento Cortopunzante	338	26,83%
Escolaridad/ educacion	70	5,56%	Consumo de SPA	131	10,40%	Ahorcamiento o Asfixia	83	6,59%
Muerte de un familiar	64	5,08%	Abuso de Alcohol	61	4,84%	Lanzamiento al vacio	48	3,81%
Problemas laborales	47	3,73%	Antecedente de violencia o abuso	59	4,68%	Lanzamiento de vehiculo	23	1,83%

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Dentro de la notificación de intento de suicidio se realiza la notificación de los casos de Nacionalidad Venezuela donde se puede observar que el método más utilizado es la intoxicación y el sexo más afectado es el femenino con 56 casos, seguido del rango de las edades más afectadas se encuentran las personas de 15 a 24 años con 46 casos notificados.

Tabla 202. Mecanismo utilizado para Intento de Suicidio en población con nacionalidad Venezuela, Norte de Santander, 2024

Metodo	Sexo		Rango de edad						Total
	F	M	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	
Intoxicacion	56	15	7	46	12	5	1		71
Problemas familiares	40	10	16	27	5	2			50
Arma cortopunzante	26	7	10	13	7	3			33
Ahorcamiento	4	10	4	3	4	1		2	14

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Dentro de los casos notificados para Intento de suicidio se puede evidenciar en la siguiente tabla la notificación de Otros Departamentos donde se evidencia que Cesar tiene 12 casos (92,3%), seguido de Santander con 1 caso (7,7%), respectivamente.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 433 de 531

Tabla 203. Notificación de casos Intento de Suicidio de otros Departamentos, Norte de Santander, 2024

Otros Departamentos	Casos	%
Cesar	12	92,3
Santander	1	7,7
Total	13	100

Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

Indicadores

Proporción de notificación de intento de suicidio

Del total de UPGD caracterizadas en Sivigila, el 49,7 % UPGD notificó por lo menos un caso del evento.

Tasa de incidencia de intento de suicidio

En el período se notificaron 73,7 casos nuevos del evento por cada 100.000 habitantes.

Tabla 204. Indicadores de los casos notificados, Norte de Santander, año 2024

Indicador	Nombre del indicador	Descripción	Resultado
Proceso	proporcion de notificacion intento de suicidio	Número de UPGD notificando en evento en el periodo, sobre el número de UPGD caracterizadas en sivigila	(98/197x100=49,7)
Impacto	Tasa de incidencia de intento de suicidio	Número de casos nuevos confirmados notificados en el período/Proyecciones de población DANE.	(1560/1709570x 100.000= 73,7)

Fuente: SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 434 de 531

Discusión

Al comparar la notificación de casos de intento de suicidio entre los años 2023 y 2024, se observa que en ambos periodos los casos reportados al SIVIGILA que finalmente cumplían con definición de caso la diferencia es de 80 casos, lo que indica un aumento progresivo en la notificación.

La mayor proporción de casos notificados para las características sociodemográficas con mayor reporte en edades de 15 a 24 años en el sexo femenino. Por régimen de afiliación la mayor proporción de casos notificados se registra en el régimen subsidiado y por sexo femenino, con un total de 508 casos.

Por poblaciones especiales se evidencia que la población privada de la libertad es quien lidera el mayor numero de reportes con 21 casos.

El factor de riesgo presente en la mayoría de los casos de intento de suicidio es el método de intoxicación (62,70%), el principal factor desencadenante son los problemas familiares, seguido del factor de riesgo siendo los antecedentes de trastorno.

En notificación de los casos de Nacionalidad Venezuela donde se puede observar que el método más utilizado es la intoxicación y el sexo más afectado es el femenino, seguido del rango de las edades más afectadas se encuentran las personas de 15 a 24 años con 46 casos notificados.

Conclusión

En relación a la tasa de incidencia x 100.000 Habitantes, en Norte de Santander a año 2024, se evidencia un valor de 73.7casos x 100.000 Habitantes, donde se presenta mayor tasa de incidencia para El municipio de Teorama con 154,8 x 100.000 Habitantes

En el año 2024 se notificaron cuatro casos probables de difteria al sistema SIVIGILA, los cuales fueron descartados por laboratorio, indicando que no se confirmaron casos de la enfermedad durante este periodo.

El 100% de los casos fueron notificados de manera oportuna, y el 75% fueron investigados dentro de las primeras 48 horas y contaron con toma de muestra para laboratorio, lo que refleja un adecuado funcionamiento del sistema de vigilancia en términos de oportunidad y respuesta.

Los casos se presentaron en adultos jóvenes, distribuidos equitativamente entre los grupos de edad de 10-19, 20-29 y 30-39 años, con igual proporción entre hombres y mujeres

Los casos se concentraron en cabeceras municipales, sin registros en zonas rurales o centros poblados, lo que sugiere que la vigilancia debe mantenerse activa también en áreas urbanas.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 435 de 531

El 50% de los casos correspondió a personas afiliadas al régimen subsidiado y el otro 50% a personas no aseguradas, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer el acceso a servicios de salud y vacunación, especialmente en poblaciones con barreras de aseguramiento.

Aunque no se confirmaron casos ni hubo muertes por difteria, se identificó una cobertura insuficiente en la intervención de contactos (61%), lo que representa una oportunidad de mejora para evitar riesgos de transmisión en caso de confirmaciones futuras.

Recomendaciones

El factor de riesgo presente en la mayoría de los casos de intento de suicidio es el método de intoxicación (62,70%), el principal factor desencadenante son los problemas familiares con (453) reportes, seguido del factor de riesgo siendo los antecedentes de trastorno (380) reportes.

Por parte de las EAPB, realizar seguimiento oportuno a las notificaciones de intento de suicidio.

Participación activa de talleres, encuentros, comités donde el tema central sea evidenciar los signos de alarma relevantes y poder trabajar de manera articulada junto con la prevención de esa conducta suicida.

Desde la OMS se realizan las siguientes recomendaciones para tener presentes:

Restricción del acceso a los medios más frecuentemente utilizados para el suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos).

Capacitación de personal de salud no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas

Seguimiento de la atención prestada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.

Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol.

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública de intento de suicidio tiene como propósito desarrollar la capacidad resolutive del equipo territorial, siendo un insumo fundamental que apoya la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento en el territorio. (33).

Referencias

- Instituto Nacional de Salud: [chrome-xtension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20suicidio.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20suicidio.pdf) en: <https://www.ins.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>
- <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/suicidio.aspx>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 436 de 531

Violencia de género

Introducción

La violencia de género y, entre ellas, las violencias sexuales son una violación sistemática y masiva de derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI), la importancia de la notificación y del seguimiento a los eventos de salud mental como por ejemplo a la violencia de género en Norte de Santander significaría la oportuna atención en salud de los casos evitando la fatalidad en la mayoría de los casos

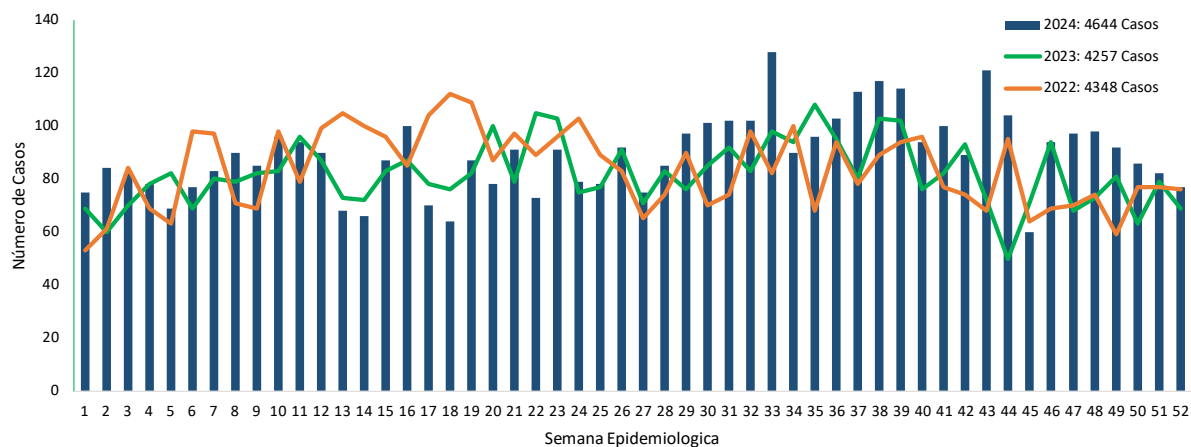
Materiales y métodos

Se realizó un informe de análisis de tipo descriptivo de la situación actual de la notificación para caracterizar la situación epidemiológica del evento violencia de género a semana epidemiológica 52 de 2024 en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), posterior proceso depuración del 1 de enero de 2024 al 31 de Diciembre de 2024. Se empleó microsoft excel para el procesamiento de los datos. Fueron excluidos los casos con error D, y casos por duplicidad del dato.

Hallazgos

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2024 se analizó un total de 4645 casos que cumplían con definición de caso, es de anotar que se encontraron 80 casos en los que se registró como departamento de procedencia desconocido o exterior (Venezuela).

Gráfica 96. Comportamiento del evento de Violencia de Género, intrafamiliar y ataques con agentes químicos por tipo de violencia, Norte de Santander, 2024



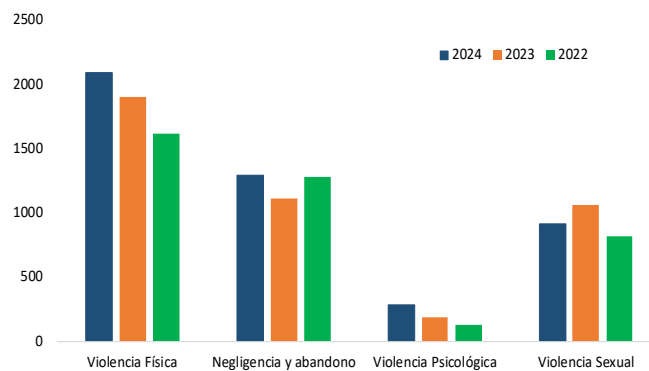
Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 437 de 531

Comportamiento de la notificación

El tipo de violencia que se reporta con mayor frecuencia es la violencia física (44,1 %) para los años 2022-2024, seguido de Negligencia y abandono (28,9 %), violencia sexual (22,4%), y en menor proporción la violencia psicológica (4,7 %), comportamiento que se mantiene en aumento entre 2023 y 2024.

Gráfica 97. Casos sospechosos de Violencia de Género, intrafamiliar y ataques con agentes químicos por tipo de violencia, Norte de Santander, 2022-2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

De acuerdo con los resultados sociodemográficos, la mayor proporción de casos notificados de violencia de género según la edad corresponde a las edades de 1 a 14 años (42,1%), presentando mayor porcentaje en el sexo femenino (70,6%), con pertenencia étnica de Otro con una cantidad de casos (98,9%).

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 438 de 531

Tabla 205. Número de casos de Violencia de Género por sexo, edad y pertenencia étnica, Norte de Santander, 2024

Variable Grupo de edad	Violencia Fisica	Negligencia y Abandono	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Total
Menor de un año	11	147		1	159
1 a 14	292	968	57	639	1956
15 a 24	487	35	57	212	791
25 a 34	627	8	50	70	755
35 a 44	391	10	50	25	476
45 a 54	163	2	32	16	213
55 a 64	81	12	21	6	120
65 a mas edad	43	111	16	4	174
Sexo	Violencia Fisica	Negligencia y Abandono	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Total
Femenino	1634	549	242	855	3280
Masculino	461	744	41	118	1364
Etnia	Violencia Fisica	Negligencia y Abandono	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Total
otro	2078	1264	282	969	4593
Indigena	6	24		1	31
Rom Gitano	7	3		2	12
Palenquero	3	1	1	1	6
Raizal	1	1			2
Total	2095	1293	283	973	4644

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la siguiente table Podemos observar notificación de los casos según el área de ubicación, donde el mayor número de casos notificados se encuentran en la Cabecera Municipal 3.789 (81,6%), seguido de Rural disperso 562 casos (12,1%), y la notificación del régimen de afiliación donde la mayoría de los casos pertenecen al régimen subsidiado (69,3), seguido del régimen Contributivo (19%) y el (7,2%) que corresponden a casos notificados de procedencia Venezuela son los no asegurados.

Tabla 206. Número de casos de Violencia de Género por área de ubicación, régimen de afiliación, Norte de Santander, 2024

Área	Violencia Fisica	Negligencia y Abandono	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Total
Cabecera Municipal	1851	874	252	812	3789
Rural Disperso	154	309	16	83	562
Centro Poblado	90	110	15	78	293
Regimen de Afiliación	Violencia Fisica	Negligencia y Abandono	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Total
subsidiado	1393	1050	109	666	3218
Contributivo	458	111	128	186	883
No asegurado	147	90	9	88	334
Excepción	87	38	36	30	191
Indeterminado	10	4	1	3	18
Total general	2095	1293	283	973	4644

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 439 de 531

En la siguiente tabla podemos observar los casos notificados del evento violencia de género, según el tipo de agresor; donde se puede observar que el tipo de Violencia Física para el sexo Femenino (45,1%) predomina en la notificación, seguido de la violencia Sexual (6,1) y en el sexo masculino el tipo de violencia con mayor número de casos es de tipo Negligencia y Abandono (27,8%), seguido de la violencia física (45,1%), y en cuanto la persona quien realiza la agresión predomina en tipo de agresor de Familiar (56,5%).

Tabla 207. Número de casos de Violencia de Género por sexo y tipo de agresor, Norte de Santander, 2024

Tipo de Violencia	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Agresor Familiar	Agresor No Familiar	Total
Física	1634	461	1101	994	2095
Negligencia y abandono	549	744	1134	159	1293
Sexual	855	118	234	739	973
Psicologica	242	41	155	128	283
Total	3280	1364	2624	2020	4644

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Según la notificación de casos del evento violencia de género la mayor tasa de incidencia la tiene el municipio de Durania con 654,2 x 100.000 habitantes; seguido del municipio de El Tarra con 556,9 x 100.000 habitantes, y Ocaña con 537,1 x 100.000 habitantes, de igual manera se socializa los casos por Nacionalidad.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 440 de 531

Tabla 208. Tasa de Incidencia de casos de Violencia de Género por Municipio de Procedencia y Nacionalidad, Norte de Santander, 2024

Municipio de Procedencia	DANE	Violencia Física	Negligencia y Abandono	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Total	Tasa de Incidencia x 100.000 Hab	Casos Colombia	Casos Venezuela
Cúcuta	812.176	949	161	186	530	1826	224,8	1583	243
Ocaña	135.344	187	451	13	76	727	537,1	676	51
Villa del Rosario	116.221	250	44	26	51	371	319,2	293	78
Los Patios	103.733	165	13	14	60	252	242,9	230	22
Pamplona	56.894	125	60	4	37	226	397,2	213	13
El Tarra	23.521	22	90		19	131	556,9	109	22
Tibú	62.151	48	20	2	60	130	209,2	89	41
El Zulia	30.816	71	14	3	15	103	334,2	73	30
Convención	21.175	11	60	3	8	82	387,2	76	6
Teorama	18.731	21	45	1	11	78	416,4	73	5
Ábrego	35.936	11	54		7	72	200,4	67	5
Toledo	17.714	20	33	3	4	60	338,7	54	6
La Esperanza	13.144	11	31	1	6	49	372,8	46	3
Hacarí	11.559	4	26	1	12	43	372,0	39	4
Cucutilla	9.280	5	28	3	6	42	452,6	38	4
Chitagá	13.330	21	11	1	7	40	300,1	35	5
El Carmen	15.080	6	21		8	35	232,1	35	
Pamplonita	6.239	8	24		3	35	561,0	32	3
Durania	5.197	21	6	1	6	34	654,2	34	
Sardinata	28.989	17	7	6	4	34	117,3	25	9
San Calixto	14.496	6	22	2	3	33	227,6	31	2
Ragonvalia	6.751	23	1	1	4	29	429,6	24	5
La Playa	8.741	8	11	1	7	27	308,9	26	1
Chinácota	19.845	10	10	1	5	26	131,0	20	6
Cáchira	12.500	8	11	1	3	23	184,0	23	
Puerto Santander	9.913	8	4	3	6	21	211,8	17	4
Mutiscua	4.843	11	4		2	17	351,0	15	2
Salazar	11.664	8	8		1	17	145,7	16	1
Labateca	7.189	3	10			13	180,8	13	
Bochalema	9.385	7		1	2	10	106,6	10	
San Cayetano	8.102	5	1	1	2	9	111,1	8	1
Arboledas	11.028	4	1	1	2	8	72,5	8	
Santiago	3.861	1	5	1	1	8	207,2	8	
Cácota	3.181	6			1	7	220,1	5	2
Silos	7.127	3	4			7	98,2	6	1
Villa Caro	5.727	4	1	1	1	7	122,2	6	1
Gramalote	8.346	3		1	1	5	59,9	5	
Bucarasica	7.263	2	1			3	41,3	3	
Lourdes	4.537	1			2	3	66,1	3	
Herrán	7.841	1				1	12,8		1
Total general	1.709.570	2095	1293	283	973	4644	271,6	4067	577

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la siguiente tabla podemos observar la notificación de casos de violencia de género procedentes de Venezuela según el tipo de violencia, sexo y edad, donde podemos observar que el tipo de violencia Sexual es la que notifica mayor número de casos específicamente en el sexo femenino (50%), con mayor afectación en las edades de 1 a

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 441 de 531

14 años (40,8%), seguido de Violencia Física (25%) con mayor número de casos notificados en el sexo femenino, con mayor afectación en edades de 1 a 14 años.

Tabla 209. Casos notificados del evento Violencia de Género según tipo de violencia, sexo y edad, Norte de Santander, 2024

Tipo de Violencia	Sexo		Edades						Total
	F	M	Menor de un año	1 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	
Física	14	5		6	4	3	2	4	19
Negligencia y abandono	11	7	8	9		1			18
Psicológica	2						1		1
Sexual	34	3		16	18	3	1		38
Total general	61	15	8	31	22	7	4	4	76

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En la siguiente tabla podemos observar los casos de mortalidad presentados en 2024, donde se presenta igual número de casos en el sexo masculino con 6 casos con mayor afectación en edades de 1 a 14 años con 3 casos y para el sexo femenino se presenta una afectación con 3 casos, los municipios donde se presentaron mortalidades son Cucuta, Durania, El Tarra, Hacari y Ocaña.

Tabla 210. Casos de mortalidad del evento Violencia de Género según municipio, sexo y edad, Norte de Santander, 2024

Mortalidad	Sexo		Edades				Total
	F	M	Menor de un año	1 a 14	15 a 24	55 a 64	
Cucuta	1			1			1
Durania		1				1	1
El Tarra		1		1			1
Hacari	1			1			1
Ocaña	1	1	1		1		2
Total	3	3	1	3	1	1	6

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Indicadores

Tasa de incidencia de notificación de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos notificados al Sivigila

En la entidad territorial de Norte de Santander, se notificaron 4.644 casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos por cada 100 000 habitantes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 442 de 531

Discusión

El tipo de violencia que se reporta con mayor frecuencia es la violencia física (44,1 %) para los años 2022-2024.

De acuerdo con los resultados sociodemográficos, la mayor proporción de casos notificados de violencia de género según la edad corresponde a las edades de 1 a 14 años, presentando mayor porcentaje en el sexo femenino (70,6%).

La notificación de los casos según el área de ubicación, donde el mayor número de casos notificados se encuentran en la Cabecera Municipal 3.789 (81,6%), seguido de Rural disperso 562 casos (12,1%), y la notificación del régimen de afiliación donde la mayoría de los casos pertenecen al régimen subsidiado (69,3).

Los casos notificados del evento violencia de género, según el tipo de agresor se observa que el tipo de Violencia que predomina es la Física desde el género Femenino (45,1%).

Los casos de mortalidad presentados en 2024, donde se presenta igual número de casos en el sexo masculino con 6 casos con mayor afectación en edades de 1 a 14 años con 3 casos y para el sexo femenino se presenta una afectación con 3 casos, los municipios donde se presentaron mortalidades son Cúcuta, Durania, El Tarra, Hacarí y Ocaña.

Conclusión

Se analizó un total de 4645 casos que cumplían con definición de caso, es de anotar que se encontraron 80 casos en los que se registró como departamento de procedencia desconocido o exterior (Venezuela).

Según la notificación de casos del evento violencia de género la mayor tasa de incidencia la tiene el municipio de Durania con 654,2 x 100.000 habitantes; seguido del municipio de El Tarra con 556,9 x 100.000 habitantes, y Ocaña con 537,1 x 100.000 habitantes, de igual manera se socializa los casos por Nacionalidad

Recomendaciones

Realizar continuamente fortalecimiento del talento humano de las IPS y las EAPB de la ruta integral y articulada con los municipios y así dar el mejor manejo a los casos y de esta forma evitar aumento de las notificaciones.

Sensibilizar al talento humano que atiente los casos en buenas prácticas de atención, en cuanto a las víctimas de violencia que tengan una buena orientación, esto teniendo como referencia el protocolo.

Referencias

<https://www.ins.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Violencia%20de%20g%C3%A9nero.pdf

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 443 de 531

VIGILANCIA NUTRICIONAL

Desnutrición en menores de 5 años

Introducción

El estado nutricional es un indicador que refleja la calidad de vida, el desarrollo físico, los factores alimentarios, ambientales, socioeconómicos, educativos y culturales, por lo tanto, la OMS reconoce a la desnutrición como un mecanismo de transmisión de pobreza y desigualdad. Es así, como a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, objetivo 2 “Hambre 0”, se espera que a 2025 menos del 5% de los niños menores de 5 años presenten desnutrición aguda. Sin embargo, lejos de acercarse al cumplimiento de la meta, existe la posibilidad que los grupos poblacionales más vulnerables deterioren aún más su estado nutricional a causa de las repercusiones económicas causadas por la pandemia por COVID 19.

La desnutrición infantil es un fenómeno con un alto poder destructivo que ocasiona en la población sobreviviente, una mayor susceptibilidad a enfermedades y problemas cognitivos, lo que pone en peligro la existencia misma en la sociedad.

Acorde a la OMS existen diferentes formas de desnutrición:

1. Desnutrición aguda: Cuando el puntaje Z del indicador peso/talla está por debajo de -2DE
2. Retraso en talla: Cuando el puntaje Z del indicador talla/edad está por debajo de -2DE
3. Deficiencia de micronutrientes: Se presenta cuando las personas no tienen acceso o hábito de consumo de alimentos fuente de micronutrientes

La desnutrición aguda es la forma de desnutrición más grave; altera todos los procesos vitales del niño y el riesgo de muertes es 9 veces superior comparado con un niño en condiciones normales. En Colombia, mediante la resolución 2465/2016 donde se establecen los patrones de crecimiento de la OMS para diagnóstico nutricional en los niños y niñas menores de 5 años y, por medio de la resolución 2350/2020 se reglamenta el Lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda en Colombia. Desde el 2016, mediante la circular 0014 de 2016 del Instituto Nacional de Salud, se establece la vigilancia de la desnutrición aguda en menores de 5 años como parte de los eventos de importancia para el país.

Objetivos específicos

Establecer la distribución demográfica y social de los casos reportados de Desnutrición Aguda en menores de 5 años, al SiviGila del año 2024.

Determinar los indicadores de oportunidad durante el año 2024.

Materiales y métodos

Se realizó un informe de análisis de tipo descriptivo de la situación actual de la notificación para caracterizar la situación epidemiológica de la Desnutrición aguda en menores de 5 años a semana epidemiológica 52 de 2024 en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), posterior proceso

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 444 de 531

depuración del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. Este análisis varía de acuerdo con ajustes de confirmación y descarte de casos. Se empleó Microsoft Excel para el procesamiento de los datos.

Las variables de análisis fueron edad, sexo, pertenencia étnica, entidad territorial de residencia, área de residencia, aseguramiento, estrato socioeconómico, peso y talla al nacer, puntuaciones Z del indicador antropométrico P/T y perímetro braquial. El análisis de la información se realizó de acuerdo con el municipio de residencia.

Hallazgos

Se realiza la depuración de los datos, de acuerdo con la definición de caso y se realiza correspondencia con estadísticas vitales.

La población utilizada para la construcción del indicador de prevalencia en desnutrición aguda en niños menores de 5 años; es tomada de las proyecciones Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE 2024-2027; se analiza este indicador por lugar de residencia del caso.

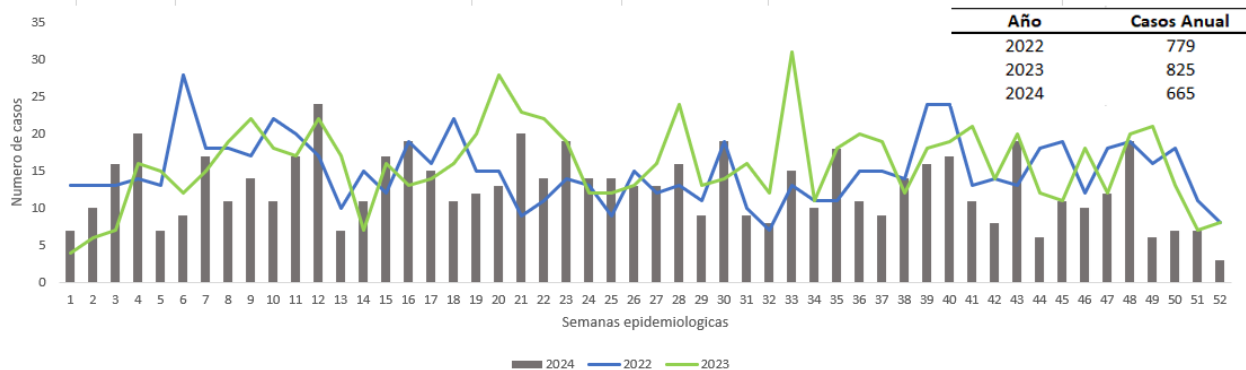
Desnutrición aguda en menores de 5 años es un evento que inicia su vigilancia bajo el código Sivigila 113. El análisis es en el intervalo comprendido desde 01 de enero al 31 de diciembre de 2024 (periodos epidemiológicos uno al doce), se notificaron al aplicativo del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

Resultados

Comportamiento de la notificación

Posterior al proceso de depuración de la información se obtuvo un total de 1098 casos de notificación a semana 52 donde se descartaron 121 casos que corresponden ajuste 6 y D, 66 casos a otros departamentos, 195 duplicados, reincidentes 51 para una base con un total de 665 casos.

Gráfico 98. Comportamiento de la notificación semanal casos de Desnutrición aguda en menores de cinco años, Norte de Santander 2022 -2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Características sociodemográficas

Se observa que en cuanto a los datos sociodemográficos los menores de 5 años con desnutrición aguda, moderada o severa, son en su mayora de sexo masculino 53,8%, con aumento de casos en la edad menor a 12 meses 35,9%, con una seguridad social de subsidiado 72,6%, con área de residencia de cabecera municipal 65,1% y una pertenencia étnica de otro 94,9%.

Tabla 211. Características sociodemográficas casos de Desnutrición aguda en menores de cinco años. Norte de Santander 2024.

Variables	Clasificacion	Casos	Porcentaje %
Area de Residencia	Cabecera Municipal	433	65,1
	Centro Poblado	92	13,8
	Rural Disperso	140	21,1
Regimen de Afiliacion	Subsidiado	483	72,6
	Contributivo	91	13,7
	No Asegurado	68	10,2
	Indeterminado	4	0,6
	Especial	1	0,2
	Excepcion	18	2,7
Pertenencia Étnica	Indigena	1	0,2
	Otros	631	94,9
Grupo de Edad	Menores de 1 año	239	35,9
	1 años	171	25,7
	2 años	96	14,4
	3 años	91	13,7
	4 años	68	10,2
Sexo	Femenino	307	46,2
	Masculino	358	53,8

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 446 de 531

Distribución de los casos Desnutrición Aguda en menores de 5 años, según los factores de riesgo

En cuanto a factores de riesgo, se observó que el 33,0% de los niños habían estado hospitalizados, cerca del 72% presentaron esquema de vacunación completo para la edad y el 75% asistió al control de crecimiento y desarrollo.

Con respecto a los antecedentes de nacimiento, la mediana de peso al nacer fue de 2824 gr, talla de 48 cm, y una edad gestacional de 38 semanas.

El 9,6% de los niños notificados presentaron un perímetro braquial inferior al punto de corte, lo que indica un latente riesgo de muerte por desnutrición aguda para estos casos notificados.

En cuanto al estado nutricional, el 10% de los niños notificados presentaron desnutrición aguda severa, el 82% desnutrición aguda moderada.

Tabla 212. Factores de riesgo de Desnutrición aguda en menores de 5 años, Norte de Santander, 2024

Factores de Riesgo	
Variables	Resultado
Mediana Peso al Nacer	2824 gr
Mediana Talla al Nacer	48 cm
Edad gestacional al nacimiento en (semanas)	38 semanas
Perímetro braquial < 11,5 cm (6 meses en adelante)	9,6%
Niños con Desnutrición Aguda Moderada	82%
Niños con Desnutrición Aguda Severa	10%
Niños Hospitalizados (%)	33%
Crecimiento y Desarrollo (%)	75%
Vacunación (%)	72%

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Entre los signos clínicos que se presentaron en la notificación, el signo clínico más observado fue la Emaciación o delgadez visible con un 68,6%, seguido de cambios en el cabello 25,9% y en menor proporción, edema con un 2,9%

Tabla 213. Signos Clínicos casos de Desnutrición aguda en menores de cinco años. Norte de Santander 2024.

Signos Clínicos	Nº de Casos	%
Emaciación o Delgadez	456	68,6
Palidez	143	21,5
Cambios en el cabello	172	25,9
Piel Reseca	105	15,8
Edema	19	2,9
Hiperpigmentación de la piel	28	4,2

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 447 de 531

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

En la siguiente tabla podemos observar la distribución de los casos por Municipio de Residencia y la tasa de prevalencia en desnutrición aguda en menores de 5 años, observándose Salazar de las palmas con el 0,13% menores de 5 años, seguido de Bucarasica 0,13 y Cachira con el 0,11% menores de 5 años.

Tabla 214. Comportamiento por municipios de residencia con la población DANE, casos de Desnutrición aguda en menores de cinco años, Norte de Santander 2024

Municipio de Residencia	Poblacion menor de 5 años	Total	Prevalencia Preliminar x 100
San José de Cúcuta	56007	265	0,47
Tibú	6994	84	1,20
Villa del Rosario	8379	42	0,50
Ocaña	9355	37	0,40
El Tarra	2877	32	1,11
Teorama	2137	20	0,94
Pamplona	3127	19	0,61
El Zulia	2636	17	0,64
Los Patios	6936	17	0,25
El Carmen	1503	15	1,00
Sardinata	2779	15	0,54
Ábrego	3163	14	0,44
Toledo	1302	11	0,84
Chinácota	1324	8	0,60
Hacarí	1357	8	0,59
San Calixto	1615	8	0,50
Ragonvalia	445	6	1,35
Chitagá	1059	5	0,47
Cucutilla	594	5	0,84
La Playa	765	4	0,52
Arboledas	807	3	0,37
Convención	2065	3	0,15
Durania	345	3	0,87
La Esperanza	1379	3	0,22
Puerto Santander	930	3	0,32
San Cayetano	690	3	0,43
Silos	625	3	0,48
Mutiscua	361	2	0,55
Bucarasica	763	1	0,13
Cáchira	930	1	0,11
Cácuta	254	1	0,39
Gramalote	449	1	0,22
Herrán	585	1	0,17
Lourdes	392	1	0,26
Pamplonita	454	1	0,22
Salazar	791	1	0,13
Santiago	268	1	0,37
Villa Caro	540	1	0,19
Bochalema	638	0	0,00
Labateca	516	0	0,00
Total Norte de Santander	126982	665	0,52

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 448 de 531

Indicadores

Norte de Santander cuenta con una prevalencia de desnutrición en menores de 5 años del 0,52%. El municipio con mayor prevalencia es Ragonvalia con una prevalencia de 1,35%, seguidamente de Tibú con una prevalencia de 1,20%.

Norte de Santander cuenta con una reincidencia de la desnutrición aguda en menores de 5 años de 7.7 %.

Discusión

Se analizaron los indicadores de oportunidad en la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años y la reincidencia de los casos. Para el análisis del evento se realiza de acuerdo con la variable departamento de residencia y país de residencia.

En el análisis se puede observar disminución de la notificación del evento con respecto al 2023. Norte de Santander cuenta con una prevalencia de desnutrición en menores de 5 años del 0,29%. El municipio con mayor prevalencia es Ragonvalia con una prevalencia de 1,35%, seguidamente de Tibú con una prevalencia de 1,20%.

Desde la gestión de la vigilancia, se cuenta con un evento que ha presentado avances importantes en el protocolo, con inclusión del concepto e indicador de reincidencia a partir de 2022, que ha permitido comenzar a medir la repetición de la desnutrición en diferentes momentos; así mismo, a partir de 2023 se pasó de una notificación semanal e inmediata a una inmediata y super inmediata para todos los casos , vinculado además al proceso de Sivigila Web donde se obtiene la información en todos los niveles de manera mucho más rápida e incluso en avance frente a captura de casos a través de la opción de captura offline; por otro lado, ampliación de la forma de realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI), generando así de manera mucho más robusta diferentes metodologías en simultáneo (RIPS, BAI nutricional, cruce con el evento de mortalidad integrada por IRA, EDA y DNT y otras fuentes de información como ICBF), lo cual permite captar mayor número de casos.

Conclusión

En cuanto a factores de riesgo, se observó que el 33,0% de los niños habían estado hospitalizados, cerca del 72% presentaron esquema de vacunación completo para la edad y el 75% asistió al control de crecimiento y desarrollo.

Con respecto a los antecedentes de nacimiento, la mediana de peso al nacer fue de 2824 gr, talla de 48 cm, y una edad gestacional de 38 semanas.

El 9,6% de los niños notificados presentaron un perímetro braquial inferior al punto de corte, lo que indica un latente riesgo de muerte por desnutrición aguda para estos casos notificados.

En cuanto al estado nutricional, el 10% de los niños notificados presentaron desnutrición aguda severa, el 82% desnutrición aguda moderada.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 449 de 531

En Colombia para 2023 (preliminar), se notificaron al sistema de vigilancia en salud pública 24 226 casos de desnutrición aguda, siendo la notificación más alta reportada hasta el momento en el evento con una prevalencia de 0,65 por cada 100 niños menores de cinco años. Las entidades territoriales que presentaron las prevalencias más altas de desnutrición fueron Vichada (2,94), La Guajira (2,60), Chocó (1,59), Arauca (1,20), Vaupés (1,04), Guainía (1,03), Guaviare (1,00), Casanare (0,97) y Risaralda (0,90)

Recomendaciones

Departamento: Garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud pública en el departamento con el objetivo de dar cumplimiento a la realización de unidades de análisis y sus indicadores.

Nivel nacional: Realizar capacitaciones continuas a los referentes de cada departamento y así alimentar a los municipios para una mejor calidad de datos en las bases Sivigila.

Las EAPB, UPGD y entidades de salud departamental, distrital y municipal, deben fortalecer el proceso de Búsqueda Activa Institucional de modo que se apliquen metodologías mixtas, como lo indica el protocolo del evento

Las secretarías de salud municipales y departamentales deben fortalecer las estrategias de vigilancia basada en comunidad para la generación de reportes ante posibles casos de desnutrición aguda.

Bibliografía

INS. Análisis del *comportamiento* del evento se tienen en cuenta los casos por departamento y municipio de residencia de Colombia 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DESNUTRICI%C3%93N%20AGUDA%20EN%20MENORES%20DE%20A%20C3%91OS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 450 de 531

Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) y Desnutrición (DNT) Aguda

Introducción

La Vigilancia integrada de muertes de menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) o Desnutrición (DNT) aguda se relaciona con el derecho a la existencia de los niños (1) y la mortalidad evitable en la niñez (2).

Muchas de estas muertes por IRA, EDA o DNT aguda se consideran evitables (3); por lo que uno de los fines de las políticas de salud debe ser reducir la mortalidad, mediante la intervención de aquellos factores que aumentan el riesgo de morir. Además, muchas de estas muertes se encuentran dentro del contexto de bajo nivel socioeconómico, falta de acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico (4). Recordándonos la importancia que tienen los determinantes sociales en salud en la incidencia de este tipo de muertes y la necesidad de identificarlos para la generación de políticas públicas en salud adecuadas. Lo anterior se encuentra acorde con los objetivos de desarrollo sostenible propuestos por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 2015 donde se propone disminuir las muertes en menores de cinco años a 25 por cada 1 000 nacidos vivos en todos los países.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han logrado progresos en la supervivencia y el bienestar de los niños menores de cinco años en el mundo. Entre 1990 y 2021 ha disminuido el número de muertes en menores de cinco años de 12,8 millones a 5,0 millones lo que corresponde a un descenso aproximado del 60% (5).

Las enfermedades infecciosas como la neumonía, la diarrea y el paludismo, junto con el parto prematuro y las complicaciones asociadas al parto continúan como las principales causas de defunción de niños menores de cinco años. hasta el 45 % de las muertes en menores de cinco años están influenciadas por las condiciones nutricionales de los niños y niñas (6).

El informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de 2020 de América Latina relata avances en la sobrevivencia de los niños menores de cinco años. Entre 1990 y 2018, las muertes de niños y niñas en este grupo de edad, en esta región, han disminuido en 73,1 % (7).

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se presenta un mayor riesgo de malnutrición por el aumento de la pobreza y pobreza extrema en la región desde el inicio de la pandemia por el COVID-19 (8).

Respecto a la mortalidad por IRA o EDA, en Latinoamérica y el Caribe, se reportaron 28 840 muertes por enfermedad diarreica en 2019, de estas el 32,7 % (9 450) fueron en menores de cinco años. Para el mismo año, se reportaron 20 140 muertes por neumonía en menores de cinco años, este dato corresponde al 3 % de las defunciones por neumonía en menores de cinco años a nivel mundial (9).

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 451 de 531

Según Naciones Unidas, la tasa de mortalidad de los menores de cinco años en Colombia ha tenido un descenso entre 1960 y 2021, de 135 muertes por cada 1 000 nacidos vivos a 13 por cada 1 000 nacidos vivos, para una reducción de 90,4 % (10).

La fuente oficial de la información de mortalidad en el país es el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la información derivada de la vigilancia epidemiológica es sólo una de las fuentes de información para conocer el comportamiento de la mortalidad, existen otras fuentes que son consolidadas por el DANE y no ingresan al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del país (Sivigila).

Según el DANE, se estima que la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años para el 2021 fue de 7,8 y en 2022 llegó a 9,1 por cada 100 000 menores de cinco años (datos preliminares), siendo valores superiores al 2019. Las tasas más altas para 2022 estuvieron en La Guajira, seguida por Chocó y Vichada. En cuanto a la mortalidad por IRA en niños y niñas menores de cinco años, el número de defunciones disminuyó 18 % para 2022 en relación con el promedio observado entre 2015 y 2019. No obstante, en 2022 se incrementó el número de casos en 47,6 % frente a 2021. En el caso de la EDA, la tasa de mortalidad por cada 100 000 niños menores de cinco años aumentó de 4,4 al 4,6 (173 a 181 casos) entre 2021 y 2022, con las tasas más altas en La Guajira, Choco y Vichada (11).

En el departamento de Norte de Santander se notificaron 22 casos durante el año 2024, lo que corresponde a una disminución de 24,13 % en la notificación, al compararlo con el mismo período del año 2023 (29 casos). Confirmándose 4 muertes por desnutrición de residencia Teorama, Tibú, Abrego y Cúcuta; con una tasa de mortalidad por desnutrición de 3,1 muertes por cada 100.000 menores de cinco años para el departamento, 4 casos de mortalidad por IRA de Teorama, Tibú; Toledo y Cúcuta para una tasa de mortalidad por IRA de 3,1 por cada 100.000 menores de cinco años y 2 casos de EDA de El Tarra y Sardinata para una tasa de mortalidad por EDA de 1,5. La tasa de mortalidad integral en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT en 2024 fue de 7,0 muertes por cada 100.000 menores de cinco años (12).

Los casos de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda se analizan por unidad de análisis según lineamientos nacionales del Instituto Nacional de Salud. Este proceso consiste en analizar los casos según su notificación y programación por parte del ente departamental generando en cada unidad de análisis de casos confirmados tablero de problemas lo que permite identificar determinantes sociales de la salud que pueden favorecer la ocurrencia del evento con el desenlace fatal del caso. A partir de la divulgación de este tablero de problemas generado se permite crear acciones de mejora en las instituciones involucradas en la atención del caso.

Objetivos

El objetivo de este informe es describir el comportamiento de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda y el seguimiento a los indicadores de la vigilancia en Norte de Santander durante las semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2024.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 452 de 531

Materiales y métodos

Se realizó un informe de análisis de transversal descriptivo de la situación actual de la notificación para caracterizar la situación epidemiológica del evento en menores de cinco años a semana epidemiológica 52 de 2024 en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) web, posterior proceso depuración del 1 de enero al 28 de diciembre de 2024. Los casos fueron analizados de manera integrada y desagregada por cada evento y según municipio de residencia (40 municipios).

Teniendo como definición operativa de caso como caso confirmado todos las **muertes confirmadas por clínica para Desnutrición (DNT) aguda moderada o severa** todo caso probable de muerte en menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) en el que mediante unidad de análisis se confirman los criterios clínicos para desnutrición aguda moderada o severa definidos según resolución 2350 de 2020 del MSPS y protocolo de Vigilancia de Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años (0 a 59 meses); **muertes confirmadas por clínica para Infección Respiratoria Aguda (IRA)** todo caso probable de muerte en menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) en el que mediante unidad de análisis se confirman criterios clínicos o radiológicos para infección respiratoria aguda que expliquen la cascada fisiopatológica de defunción y en el que no se identifique agente etiológico y **muertes confirmadas por clínica para Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)** todo caso probable de muerte en menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) en el que mediante unidad de análisis se confirman criterios clínicos para enfermedad diarreica aguda que expliquen la cascada fisiopatológica de defunción y que no cuenten con identificación de agente etiológico. (Ver Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.

Se utilizaron las variables de sexo, edad, régimen de afiliación, estrato socio económico, nivel educativo de la madre, pertenencia étnica, área de residencia, municipio de residencia, clasificación de la muerte. Los indicadores analizados fueron: Casos notificados por municipio de residencia (excluyendo los descartados por unidad de análisis y residencia extranjero), tasa de mortalidad en menores de 5 años por DNT, EDA e IRA, cumplimiento y oportunidad de las unidades de análisis correspondientes a los casos notificados (se cuenta con 5 semanas epidemiológicas a partir de la fecha de notificación del caso para realizar y enviar la unidad de análisis correspondiente, según lo establecido en los lineamientos nacionales para unidades de análisis del INS), proporción de muertes por IRA en menores de cinco años con muestra respiratoria, Correspondencia entre Sivigila y el módulo de defunciones del RUAF y Cumplimiento en la realización de investigación epidemiológica de campo de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda.

La fuente oficial de la información de la mortalidad en Norte de Santander es el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la información derivada de la vigilancia epidemiológica es sólo una de las fuentes de información para conocer el comportamiento de la mortalidad; existen otras fuentes que son consolidadas por el DANE y no ingresan al Sivigila. Teniendo eso en cuenta se analizó correspondencia Sivigila-RUAF usando como numerador el total de casos notificados a Sivigila y como denominador el total de

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 453 de 531

casos notificados a Sivigila más los casos identificados por cruce RUAF-Sivigila que cumplen con la definición operativa del evento y no fueron notificados.

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación del evento de interés en salud pública vigilancia integrada de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda código 591, los datos para el análisis corresponden a los diligenciados en el registro administrativo Sivigila y no se le realizó modificación alguna a las variables notificadas.

Por otro lado, el análisis de tablero de problemas cuando se presentan casos confirmados se realiza de manera descriptiva dentro del informe teniendo en cuenta las características de individuo y problemas asociados a los servicios de salud los cuales se pueden encontrar en el Manual para la realización de unidades de análisis de eventos de interés en salud pública.

Resultados

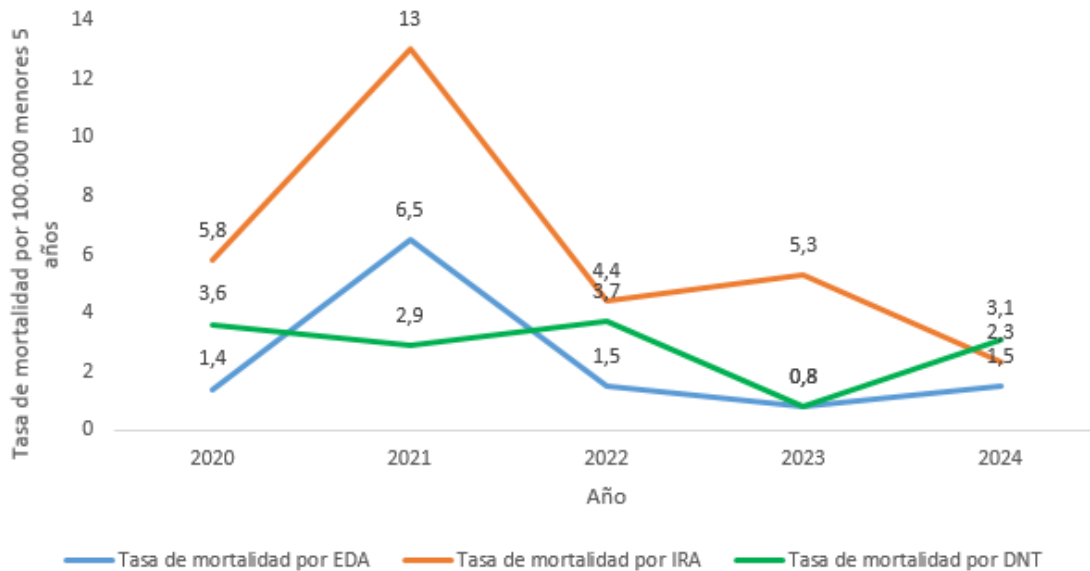
Durante el año 2024 se notificaron al Sivigila 22 muertes probables por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y desnutrición aguda, de los cuales 4 casos (22,2%) corresponden a menores con residencia en el exterior (Venezuela) los cuales se excluyen para el análisis. De los 14 casos de residencia en Norte de Santander, 9 (35,7%) casos fueron confirmados, y 9 (64,2%) fueron descartados por unidad de análisis. No se presentaron casos con errores de digitación. Este informe se realizó con 9 casos de los cuales 3 corresponden a IRA, 4 de DNT aguda y 2 de EDA que corresponden a los casos confirmado.

Fueron excluidos aquellos casos que mediante unidad de análisis no cumplían con la definición operativa de caso correspondiente o bien fueron descartados, así como los descartados por error de digitación (8 caso descartado por unidad de análisis). Para el informe se incluyen únicamente los casos confirmados y residentes en Norte de Santander. Teniendo en cuenta que a este corte hay un caso confirmado por unidad de análisis de DNT aguda para el vecino país de Venezuela.

Los 22 casos notificados al evento en lo recorrido de 2024 corresponden a una disminución en número de casos notificados, al compararlo con el mismo período del año 2023 donde se habían notificado 29 casos con una variación porcentual de 24,13%. Se confirmaron 4 muertes por desnutrición de residencia Norte de Santander; con una tasa de mortalidad por desnutrición aguda de 3,1 muertes por cada 100.000 menores de cinco años; cuatro (4) casos confirmados de mortalidad por IRA con una tasa de mortalidad de 3,1 muertes por cada 100.000 menores de cinco años y 2 casos de mortalidad por EDA con una tasa de mortalidad de 1,5 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. **La tasa preliminar de mortalidad integrada en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda es de 7,8 muertes por cada 100.000 menores de cinco años.**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 454 de 531

Gráfica 99. Tendencia de la tasa de mortalidad integrada en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda, semanas epidemiológicas, Norte de Santander, 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Análisis de variables sociales y demográficas de los casos confirmados de muertes por IRA, EDA y DNT Aguda

El 50% corresponden a menores de un año. El número de muertes en el sexo masculino es mayor con el 60% de los casos. La pertenencia indígena con el 30% (3) es la etnia reflejada. El 80% (8 casos) tenía aseguramiento en salud en el régimen subsidiado. El área de residencia muestra un porcentaje menor en la cabecera municipal que en el centro poblado y rural disperso con una tasa de mortalidad de 6,2 muertes por cada 100.000 menores de cinco años residentes en el centro poblado y la zona rural. En el 80% (8 casos) de las muertes en los menores la madre no tenía escolaridad y el 80% (3 casos) vivía en zona de estrato socioeconómico uno.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 455 de 531

Tabla 215. Muertes confirmadas en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según variables sociales y demográficas, Norte de Santander, 2024

Característica	Categoría	DNT	IRA	EDA	Total	Porcentaje	Tasa de mortalidad
Edad	Menores 1 año	2	1	2	5	50,0	3,9
	1 a 4 años	2	3	0	5	50,0	3,9
Sexo	Masculino	3	0	1	4	40,0	3,1
	Femenino	1	4	1	6	60,0	4,7
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	2	0	0	2	20,0	1,6
	Centro poblado y rural disperso	2	4	2	8	80,0	6,2
	Subsidiado	4	4	0	8	80,0	6,2
Régimen de aseguramiento	Contributivo	0	0	0	0	0,0	0,0
	No afiliado	0	0	2	2	20,0	1,6

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2025

Pertenencia étnica indígena

De las 10 muertes confirmadas residentes de Norte de Santander en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda, el 30% (3) se reconocieron como indígenas de la comunidad indígena motilón barí resguardo de Cata Laura y Aguablanca las cuales fueron por DNT aguda 2 de ellas y un caso de mortalidad por IRA. El 33,3% pertenecía al sexo masculino y el 66,6% al sexo femenino, el 33,3% (2) son menor de un año y el 66,6% de ellos pertenecía a centro poblado y rural disperso.

Menores de un año

De los casos confirmados y probables de residencia en Norte de Santander el 50% (5) de las muertes ocurrió en menores de un año con una tasa de mortalidad de 3,9 muertes por cada 100.000 menores de un año. A continuación, se describe el número de muertes confirmadas en el año 2024.

Tabla 216. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda IRA, enfermedad diarreica aguda EDA y desnutrición DNT aguda según municipio de residencia, Norte de Santander 2024

Municipio de residencia	Casos DNT	Tasa de mortalidad por DNT	Casos IRA	Tasa de mortalidad por IRA	Casos EDA	Tasa de mortalidad por EDA	Total casos	Tasa de mortalidad
Abrego	1	31,6	0	0,0	0	0,0	1	31,6
Teorama indígena	1	46,8	1	46,8	0	0,0	2	93,6
Tibú indígena	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	14,3
Cúcuta	1	1,8	1	1,8	0	0,0	2	3,6
El Tarra	0	0,0	0	0,0	1	34,8	1	34,8
Hacarí	0	0,0	1	73,7	0	0,0	1	73,7
Sardinata	0	0,0	0	0,0	1	36,0	1	36,0
Toledo	0	0,0	1	76,8	0	0,0	1	76,8
Norte de Santander	4	3,1	4	3,1	2	1,5	10	7,8

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2024

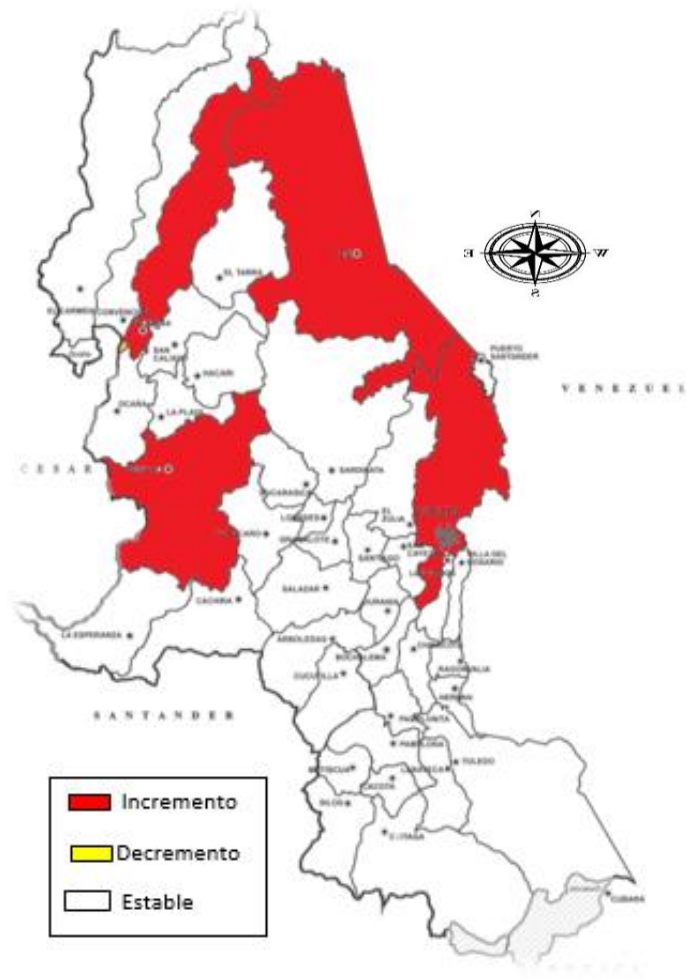
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 456 de 531

Los casos notificados y confirmados por unidad de análisis corresponden a muertes por DNT aguda en el 40% de los casos, de municipio de residencia Abrego (1 caso), Teorama (1 caso), Tibú (1 caso) y Cúcuta (1 caso) con tasa de mortalidad por DNT de 3,1 por cada 100.000 menores de 5 años, cuatro (4 casos) de mortalidad por IRA para una tasa de mortalidad de 3,1 por cada 100.000 menores de 5 años para el departamento de Norte de Santander y una tasa de mortalidad por EDA de 1,5 por cada 100.000 menores de 5 años.

Según comportamiento de inusuales, teniendo en cuenta la totalidad de casos notificados y confirmados de muerte por DNT aguda; se observó un incremento de casos para mortalidad por DNT para los municipios de Abrego, Teorama, Tibú y Cúcuta. Este comportamiento inusual se realizó con la prueba de Poisson comprobando la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado (2024) y lo esperado, correspondiente a la mediana del mismo periodo epidemiológico histórico de 2016-2019 y 2022-2023 (se omiten los años 2020 y 2021 por su comportamiento debido a la pandemia) con un valor de $p < 0,05$ que identifica a las entidades territoriales que presentaron comportamientos inusuales.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 457 de 531

Figura 7. Comportamiento inusual en el evento de VIM en menores de 5 años por infección respiratoria aguda IRA, enfermedad diarreica aguda EDA y desnutrición DNT aguda según municipio de residencia, Norte de Santander 2024



Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2024

El porcentaje de investigaciones epidemiológicas de campo de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda realizadas oportunamente para el departamento de Norte de Santander es del 100%.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 458 de 531

Correspondencia nacional Sivigila-DANE

La correspondencia entre las diversas fuentes de información se realiza a través del cruce de bases de datos, en este caso entre las bases RUAF y Sivigila, con el objetivo de encontrar registros de muertes que no estén notificados al Sivigila y que cumplan con definición operativa de caso, permitiendo dar una medida de la completitud de la información presente en las bases del sistema de vigilancia. Para el departamento de Norte de Santander para IRA es de 100%, DNT aguda es de 100% y para EDA de 100%.

Indicadores de unidades de análisis

Dentro de los indicadores más importantes de la vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años, se encuentran el cumplimiento y la oportunidad de la realización de las unidades de análisis de los casos que permiten realizar la clasificación final de los mismos. Teniendo en cuenta que las entidades territoriales tienen 5 semanas epidemiológicas a partir de la notificación del caso para hacer la correspondiente unidad de análisis para la mayoría de los eventos priorizados, el cumplimiento en el cargue de la información es del 100%, oportunidad de 68,3%, calidad de 89,1% y un 100% de correspondencia entre casos confirmados y tablero de problemas.

Tabla 217. Unidades de análisis de casos de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda IRA, enfermedad diarreica aguda EDA y desnutrición DNT aguda, semanas epidemiológicas 1-36, Norte de Santander 2024

Evento	Muertes probables	Clasificación unidad de análisis			
		Confirmado por Clínica	Confirmada por laboratorio	Descartada	No concluyente
DNT	7	5		2	
IRA	11	4		8	
EDA	4	2		2	

Fuente: Instituto Departamental de Salud, Sivigila 2024

Los agentes etiológicos más frecuentes identificados en las muertes confirmadas por IRA en menores de cinco años fueron Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y Rhinovirus con un porcentaje de 100% a los casos de muerte por IRA.

Tablero de problemas

En los casos confirmados de muertes por IRA, EDA o DNT aguda se identificaron 94 factores por medio del tablero de problemas. Los factores individuales más frecuentes fueron los **determinantes estructurales (19)** la **prestación de servicios individuales (17)** donde los mayores problemas encontrados fueron el adecuado

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 459 de 531

diligenciamiento de historia clínica y falla en los mecanismos de seguimiento seguido de **conocimientos actitudes y prácticas en salud (17)**, identificando la baja percepción del riesgo para acudir a los servicios de salud y desconocimiento en deberes y derechos los más relevantes, posteriormente las acciones de promoción y mantenimiento de la salud (9).

Tabla 218. Registros encontrados en Vigilancia integrada de muerte en menores de 5 años por DNT aguda, EDA e IRA, Norte de Santander, 2024

EISP VIM en menores de 5 años por IRA, EDA o DNT	Registros
Menor de edad	8
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	7
Residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social	7
Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	6
Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	6
Hogar con servicios públicos deficientes (acueducto, alcantarillado, luz, gas, telefonía, otros)	6
Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	5
Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador	4
Falla en los mecanismos de seguimiento	4
No disponibilidad o acceso a los alimentos	4
Desconocimiento de derechos y deberes en salud	3
Incumplimiento en la oferta de prestación de servicios	3
Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud	3
Residencia en área que retrasan el acceso al servicio de salud	3
No cuenta con la capacidad económica necesaria para el traslado desde la residencia hacia el centro de atención médica	2
No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	2
No se han desarrollado planes, programas o proyectos para el control y mitigación de los eventos de interés en salud pública	2
No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo a las rutas integrales de atención en salud (RIAS)	2
Pertenencia étnica: indígena, negro, mulato, afrocolombiano, raizal, rom	2
Prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud	2
Tratamiento inadecuado o inoportuno	2
Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales	1
Desconocimiento sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud	1
Incumplimiento en las acciones de detección temprana	1
Incumplimiento en las acciones de protección específica	1
Migrante	1
No disponibilidad de apoyo diagnóstico pertinente	1
No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional	1
No se realiza la atención integral de su población afiliada	1
No se realiza seguimiento a los procesos de afiliación de su población a cargo	1
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente	1
Sin afiliación al SGSSS	1
Total	94

Fuente: Aplicativo UACE, Norte de Santander 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 460 de 531

Discusión

En el 2024 se presentó un ascenso de los casos confirmados para el evento integrado de mortalidad específicamente por DNT aguda (4 casos) en comparación con el 2023 en el mismo período donde solo se confirmó un caso durante todo el año y una disminución de casos en muertes por IRA (13).

Al desagregar por evento, se identifica que la tasa de mortalidad por DNT aguda es la más elevada con 3,1 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, junto con la tasa de mortalidad por IRA con 3,1 casos por 100.000 menores de 5 años. Caso contrario ocurre a nivel país donde la primera causa dentro de la vigilancia integrada se encuentra en las muertes por IRA.

Los casos confirmados para el evento integrado se presentaron en igual distribución en mayores de un año, a diferencia del año anterior y del comportamiento que arroja el nivel nacional para este mismo período. El área de ocurrencia más frecuente fue el centro poblado y rural disperso de padres con condiciones socioeconómicas bajas.

Por otra parte, se logró un aumento en la identificación del agente etiológico de las muertes en menores de cinco años por IRA fallecidos a nivel institucional respecto al 2023. Los agentes etiológicos más frecuentes identificados fueron VSR y el Rhinovirus.

En cuanto a los indicadores de unidades de análisis se observa un descenso en la oportunidad de cargue al aplicativo debido a que los casos de mortalidad presentados a inicios de año en el departamento se realizaron de manera inoportuna por el ingreso de recurso humano para su análisis de manera inmediata. Sin embargo, es un comportamiento similar al registro a nivel país.

En lo que respecta al tablero de problemas de casos confirmados, para el evento integrado (IRA, EDA y DNT aguda), en la categoría Individuo, el factor principal fueron determinantes estructurales, lo que implica que es un determinante que influye directamente en el desenlace de la enfermedad y en cuánto a las situaciones problemas asociadas a los servicios de salud, se identificó que la “prestación de servicios individuales” fue uno de los más frecuentes. Por lo que se invita en cada divulgación de tablero de problemas actuar de manera inmediata en estos problemas encontrados a través de acciones de mejora que mitiguen las situaciones encontradas.

Limitaciones

La única fuente de información para realizar el informe del evento de vigilancia integrada de muerte en menores de 5 años por EDA, IRA y DNT aguda es el sistema de información Sivigila.

Los tiempos entre el resultado de la necropsia y la realización de la unidad de análisis son muy cortos.

Los diferentes informes solicitados por entes de control hacen que el tiempo sea limitado para la realización del informe del evento.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 461 de 531

Conclusiones

La notificación muestra un descenso en comparación con el mismo período en el año 2023.

Las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda se presentaron equitativamente en los menores y mayores de un año, sexo femenino, aseguramiento en salud en el régimen subsidiado, residentes de la zona rural y quienes vivían en zona de estrato socioeconómico uno.

El porcentaje de toma de muestras para diagnóstico de agente etiológico en menores de cinco años con IRA presentó un aumento respecto al año anterior.

El indicador de cumplimiento de unidades de análisis presentó un ascenso respecto al año anterior.

El indicador de oportunidad de unidades de análisis presentó un descenso respecto al año anterior.

La tasa de mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años es más alta que en el 2023.

La tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años es más baja que en el 2023.

Recomendaciones

Departamento: Garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud pública en el departamento con el objetivo de dar cumplimiento a la realización de unidades de análisis y sus indicadores.

IPS de los 40 municipios: Garantizar por parte de las IPS la toma de muestra a todas las muertes probables en menores de cinco años por IRA y EDA, por parte de las instituciones prestadoras de servicios en salud, de acuerdo con lo establecido en el protocolo de vigilancia.

Departamento: Continuar desde el IDS con el acompañamiento a los municipios del departamento en cuanto al proceso y metodología de unidades de análisis e inquietudes permanentes en su realización.

Departamento: Fortalecer desde el departamento en el talento humano de las IPS en conocimientos y habilidades para el adecuado diligenciamiento del certificado de defunción para la adecuada identificación de los casos que cumplen con criterios para ser notificados para el evento.

Departamento: Continuar por parte del ente departamental con la divulgación de tablero de problemas de los casos confirmados en las unidades de análisis de análisis con la participación activa de los programas de salud pública, EAPB, Municipios, IPS, Gobernación y demás sectores que puedan aportar en los problemas encontrados.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 462 de 531

Bibliografía

1. UNICEF. Análisis de situación de la niñez en Colombia (2014) – Actualización con base en ENDS (2015). 2017 [citado el 22 de noviembre de 2023];1–22. Disponible en: https://unicef.org.co/sitan/assets/pdf/sitan_2017.pdf
2. Rojas-Botero ML, Ramírez YEB, de María Cáceres-Manrique F. Avoidable childhood deaths: An analysis by department and municipality in Colombia (2000-2018). Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. 2021;46.
3. Rutstein DD BWCTCC 3rd, FAPE. Mesasuring the quality of medical care. A clinical method. N Engl J Med. marzo de 1976;294(11):582–8.
4. Alfonso Chang Y, Gómez García N, Quintana Gómez F, Pimienta Pérez N, Gaudencia González Díaz J, Suárez Morales O, et al. Determinantes sociales que inciden en la mortalidad de los menores de cinco años [Internet]. Vol. 14, Acta Médica del Centro. 2020 [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1362/1402>.
5. Madewell ZJ, Whitney CG, Velaphi S, Mutevedzi P, Mahtab S, Madhi SA, et al. Prioritizing Health Care Strategies to Reduce Childhood Mortality. JAMA Netw Open. el 21 de octubre de 2022;5(10):E2237689.
6. UNICEF. Under-five mortality [Internet]. 2024 [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/childsurvival/under-fivemortality/#:~:text=The%20global%20under%2Dfive%20mortality,a%20matter%20of%20urgent%20concern>.
7. UNICEF. Niños y niñas en América Latina y el Caribe. Panorama 2020. [Internet]. 2020 oct [citado el 23 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/ninos-y-ninas-en-america-latina-y-elcaribe-2020>.
8. Castillo C, Marinho ML. Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe La urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez [Internet]. 2022. Disponible en: www.cepal.org/apps.
9. Max Roser, Hannah Ritchie, Bernadeta Dadonaite. Child and Infant Mortality. 2013 [citado el 16 de marzo de 2023]; Disponible.
10. Banco Mundial. Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000) [Internet]. 2023 [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT>.
11. DANE. Principales resultados de Estadísticas Vitales nacimientos y defunciones para el cuarto trimestre de 2022pr, acumulado del año 2022pr y el año corrido de 2023.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 463 de 531

12. Instituto Departamental de Salud. Informe de evento. Vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o Desnutrición Aguda (DNT). A periodo epidemiológico XIII de 2023 [Internet]. 2023. Disponible en https://ids.gov.co/2023/DIMENSIONES/INF_EISP_NSDER_A%C3%91O_2023.pdf.
13. Instituto Departamental de Salud. Informe de evento. Vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o Desnutrición Aguda (DNT). A periodo epidemiológico XIII de 2023 [Internet]. 2023. Disponible en https://ids.gov.co/2023/DIMENSIONES/INF_EISP_NSDER_A%C3%91O_2023.pdf

SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) EN SALUD PÚBLICA

Introducción

El Sistema de Alerta Temprana (SAT) es el componente de la gestión del riesgo que busca detectar oportunamente cualquier situación anormal, emergente o reemergente, incluyendo la alteración de la frecuencia en un evento de interés en salud pública, para generar su análisis inmediato. El SAT puede tener la capacidad para identificar indicios o señales de alarma previos al riesgo o tener la sensibilidad de identificar con rapidez un primer caso o conglomerado de casos; en dichas situaciones se hace referencia a la anticipación del riesgo o control y mitigación(1).

El SAT toma información de diferentes fuentes, tales como la vigilancia basada en indicadores y la vigilancia basada en otras fuentes. La vigilancia basada en indicadores es la recopilación, el seguimiento, el análisis y la interpretación sistemática de datos estructurados (indicadores). La principal fuente, es el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), también están los sistemas de estadísticas vitales, los registros administrativos de prestación de servicios (RIPS) y el PAIWEB en Colombia(1).

Por otra parte, la vigilancia basada en otras fuentes de información o vigilancia basada en eventos es el proceso que permite la recopilación, el seguimiento, el análisis y la interpretación de información de fuentes no estructuradas sobre eventos o riesgos relacionados con la salud. Esta fuente incluye medios de comunicación, rumores, redes sociales, tendencias en motores de búsqueda, vigilancia basada en comunidad (VBC), situaciones ambientales, eventos de afluencia masiva de personas, eventos de desplazamiento poblacional, Centro Nacional de Enlace (CNE), reportes de la vigilancia sanitaria animal, entre otros(1). Cabe destacar que la Vigilancia Basada en la Comunidad (VBC) consiste en la detección sistemática y el reporte de eventos o situaciones de interés en salud pública por parte de miembros o actores comunitarios. Entre las principales situaciones a reportar se incluyen factores potencialmente relacionados con riesgos en salud, eventos en animales, síndromes, casos específicos, muertes en la comunidad y la identificación de conglomerados (2).

Por lo tanto, la información que se obtiene permite identificar, de manera oportuna, aumentos inusitados de la morbilidad de cualquier evento de interés en salud pública (EISP), principalmente los eventos agudos que pueden

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 464 de 531

desencadenar brotes y que son reportado al Sivigila por notificación superinmediata e inmediata. No obstante, se realiza seguimiento a los eventos de interés en salud pública no transmisibles priorizados como la morbilidad materna extrema, intento de suicidio, desnutrición aguda en menores de cinco años, violencia de género en intrafamiliar, entre otros, los cuales implican un riesgo individual de muerte o discapacidad, y que requieren la intervención, gestión y atención por parte de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS).

El Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata del INS a través de su Centro de Operaciones de Emergencia quien gestiona el Sistema de Alerta Temprana Nacional , ha registrado más de 457.000 señales captadas a través de las diferentes actividades de inteligencia epidemiológica en el periodo de 2019 a 2022, con un promedio anual de 114.446, de estas, se clasificaron como alertas, brotes o situaciones de emergencias 5.267, con un promedio anual de 1.316 y se generó el despliegue de 160 equipos de respuesta inmediata en apoyo a los niveles subnacionales. El COE-ESP ha llegado a su nivel máximo de activación en siete situaciones desde 2007 a 2022(3).

Norte de Santander en los últimos años ha realizado acciones de promoción, prevención, intervención y control en situaciones de brote y emergencias en salud pública ocurridos en el departamento, y en ese sentido, de acuerdo con el evento presentado, la magnitud de la situación, los perfiles, las necesidades identificadas y experiencia del talento humano, los grupos y áreas de trabajo se encuentran en alistamiento para dar respuesta en la atención de alertas, brotes y emergencias en salud pública que eviten la propagación de un evento, independientemente de su etiología, y con ello no solo reducir el riesgo de morbimortalidad, sino también reducir el riesgo de presentar secuelas, lo cual tiene un impacto no solo en el mejoramiento de la calidad y condiciones de vida, sino también en la reducción de costos sociales y económicos.

El informe tiene como objetivo describir la información captada por el Sistema de Alerta Temprana en Salud Pública del departamento de Norte de Santander durante la vigencia 2024, y proponer acciones de mejora orientadas a la búsqueda activa y detección temprana de casos, con el fin de fortalecer la respuesta del sistema de vigilancia en salud pública.

Materiales y métodos

Análisis descriptivo de la información obtenida del SAT en el período comprendido desde el 01 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

La información se obtuvo de las siguientes matrices:

- ✓ Matriz SAT: Matriz que consolida los eventos de interés en salud pública priorizados de notificación inmediata y superinmediata.
- ✓ Matriz de brotes: Matriz que consolida las señales que se clasifican como alertas o brotes. En el caso de los brotes, se incluye seguimiento del Sitrep, informes de brote de ETA o Sala de Análisis de Riesgo (SAR) para definir el nivel de riesgo y capacidad de respuesta.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 465 de 531

- ✓ Matriz de monitoreo de medios: Matriz que consolida las noticias a las cuales se les realiza un seguimiento y requieren verificación por parte del referente de evento, enfermeros regionales, programa y municipio.
- ✓ Matriz de rumores VBC: Matriz que consolida los rumores reportados por vigías y gestores comunitarios del departamento.

El monitoreo de medios se realiza por medio de la plataforma EIOS (Epidemic Intelligence from Open Sources), y se complementa la búsqueda de noticias mediante el acceso a las páginas web de los medios de comunicación del nivel departamental, nacional e internacional. Así mismo, se realiza, la búsqueda de tendencias en motores de búsqueda como google trends.

Las variables incluidas para el análisis son: fecha de notificación al SAT, fecha de ocurrencia, fecha de realización Sala de Análisis de Riesgo (SAR), mes, año, población afectada, fuente de noticia, grupo funcional, evento de interés en salud pública (EISP). Los resultados se presentaron en figuras y tablas con frecuencias absolutas y relativas. Para la tabulación de la información de los registros del SAT se usó Excel Microsoft™ 365.

El monitoreo de los eventos de interés en salud pública transmisibles y no transmisibles se realiza diario, identificando los casos que cumplen con los criterios de la notificación superinmediata e inmediata para cada evento acorde al protocolo de vigilancia en salud pública. Para el análisis diario, se tiene en cuenta los casos de procedencia Norte de Santander. No obstante, para los eventos transmisibles se tiene en cuenta los casos notificados por Norte de Santander con procedencia extranjera u otro departamento.

La información captada por el SAT se envía por correo electrónico con periodicidad diaria al referente de evento, enfermeros regionales y programas del Instituto Departamental de Salud, los cuales recibirá un archivo de extensión xls con el consolidado de casos por cada evento priorizado con el fin verificar los casos y realizar seguimiento. Así mismo, se envía la tabla resumen de los eventos priorizados con periodicidad diaria al grupo de WhatsApp Institucional SAT.

Consideración éticas

El presente informe se clasificó como una investigación sin riesgo con base en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, porque se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, y no se realizó ninguna intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de la población de estudio. La información se obtuvo de las matrices utilizadas en el Sistema de Alerta Temprana en Salud Pública del departamento Norte de Santander.

Resultados

En Norte de Santander, durante 2024, se ingresaron 2.602 señales al Sistema de Alerta Temprana, lo que representa un incremento del 51,6 % en comparación con 2023. Del total de señales registradas, 2.094

correspondieron a notificaciones superinmediatas e inmediatas de eventos de interés en salud pública priorizados; 51 brotes caracterizados; 30 noticias verificadas y 427 rumores procedentes de la comunidad.

Tabla 219. Señales ingresadas al Sistema de Alerta Temprana en Salud Pública, Norte de Santander, 2023 - 2024

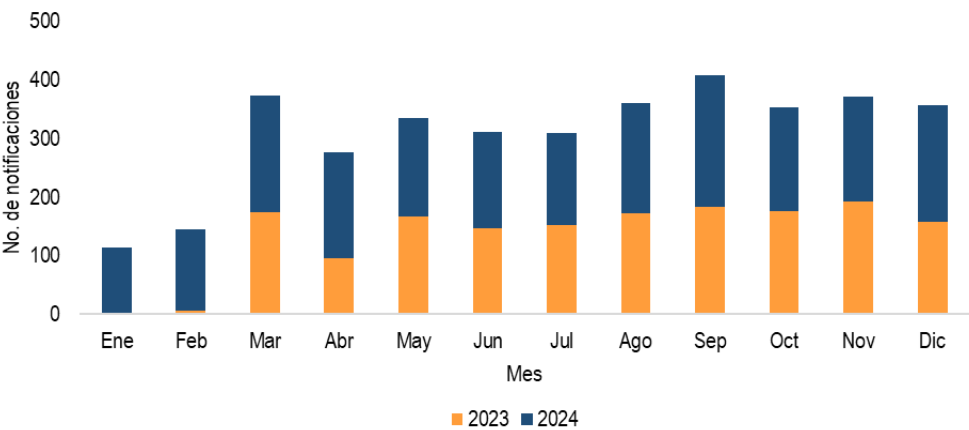
Señales	2023	2024	Variación porcentual	
Sivigila	1625	2094	↑	28,9
Brotes	52	51	↓	-1,9
Noticias de verificación	19	30	↑	57,9
Rumores VBC	20	427	↑	2035,0
Norte de Santander	1716	2602	↑	51,6

Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

Vigilancia basada en indicadores

Durante 2024, se ingresaron 2094 señales de notificación superinmediata y notificación inmediata de los eventos priorizados en el SAT, presentando una variación porcentual con tendencia hacia el incremento del 28,9% frente a 2023. En 2024, el mayor registro se evidenció en el mes de septiembre y diciembre, con 225 y 200 notificaciones respectivamente. Mientras que, en la vigencia 2023, se ingresaron 1625 señales de notificación superinmediata y notificación inmediata, registrando para el mes de noviembre el mayor número registros con 193 notificaciones.

Gráfica 100. Comportamiento mensual de la notificación inmediata y superinmediata – Sivigila, Norte de Santander, 2023 -2024



Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 467 de 531

Se observa para la vigencia 2024, que la mayor proporción de eventos de interés en salud pública priorizados ingresadas al SAT corresponde al evento de morbilidad materna extrema con el 23,9%, seguido de intento de suicidio con el 21,6%, evento individual sin establecer con el 12,4%, desnutrición aguda en menores de cinco años con el 11,4%, dengue grave con el 8,5 % y enfermedades transmitidas por alimentos o agua (ETA) con el 4,7%. De igual manera, se observa el mismo comportamiento durante la vigencia 2023.

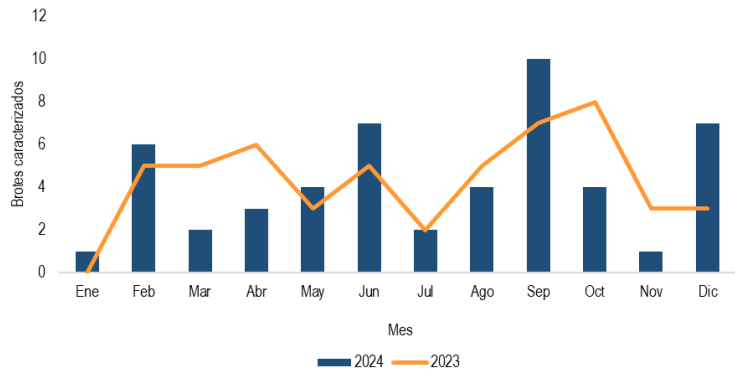
Tabla 220. Comportamiento de la notificación de los eventos de interés en salud pública ingresadas al Sistema de Alerta Temprana, Norte de Santander, 2023-2024

Evento de Interés en Salud Pública	2023		2024	
	n	%	n	%
Morbilidad Materna Extrema	415	25,5	500	23,9
Intento de Suicidio	353	21,7	452	21,6
Evento Individual Sin Establecer	141	8,7	259	12,4
Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años	138	8,5	239	11,4
Dengue Grave	112	6,9	179	8,5
Enfermedad Transmitida Por Alimentos o Agua (ETA)	201	12,4	98	4,7
Lesiones por Artefactos Explosivos (Polvora)	28	1,7	70	3,3
Intoxicaciones	42	2,6	47	2,2
Meningitis Bacteriana y Enfermedad Meningocócica	36	2,2	46	2,2
Sarampión	31	1,9	43	2,1
Mortalidad por Dengue	15	0,9	28	1,3
Enfermedades Huerfanas - Raras	22	1,4	24	1,1
Parálisis Flácida Aguda (Menores De 15 Años)	19	1,2	16	0,8
Tos Ferina	23	1,4	14	0,7
Chagas	16	1,0	12	0,6
Vigilancia Integrada de Muertes en Menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y/o Desnutrición	0	0,0	11	0,5
Viruela Símica (Monkeypox)	12	0,7	10	0,5
Virus Mpox	0	0,0	7	0,3
Mortalidad Materna	0	0,0	7	0,3
Rubeola	2	0,1	7	0,3
Violencia de Género e Intrafamiliar	5	0,3	6	0,3
Fiebre Amarilla	1	0,1	5	0,2
Difteria	1	0,1	4	0,2
Síndrome De Rubeola Congenita	1	0,1	3	0,1
Colera	0	0,0	1	0,0
Carbunco	0	0,0	1	0,0
Accidente Ofídico	3	0,2	1	0,0
Rabia Humana	2	0,1	1	0,0
Evento Adverso Grave Posterior a la Vacunación	0	0,0	1	0,0
Síndrome Inflamatorio Multisistémico en Niños Asociado a Sars-Cov2	3	0,2	1	0,0
Tetanos Neonatal	1	0,1	1	0,0
Norte de Santander	1625	100,0	2094	100,0

Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

Durante 2024 se caracterizaron 51 brotes en el departamento, registrándose el mayor número en el mes de septiembre con 10 brotes, seguido de junio y diciembre, con 7 brotes cada uno. En contraste, durante la vigencia 2023, se configuraron 52 brotes, siendo octubre el mes donde se caracterizó el mayor número de brotes (8), seguido de septiembre con 7 brotes configurados.

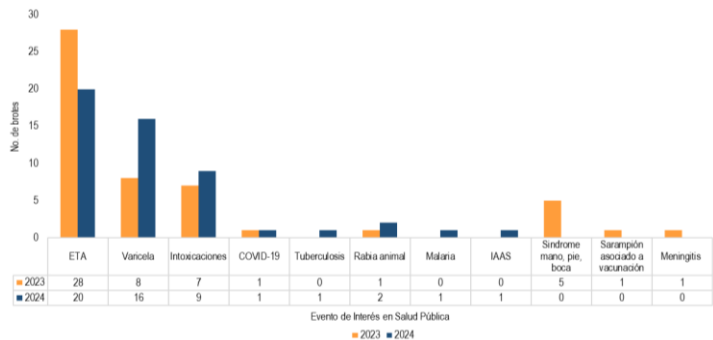
Gráfica 101. Comportamiento de brotes caracterizados en el Sistema de Alerta Temprana, Norte de Santander, 2023 - 2024



Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

En 2024, las enfermedades transmitidas por alimentos o agua (ETA), varicela e intoxicaciones representaron el 90,0% del total de brotes caracterizados. Al comparar con 2023, se evidenció una disminución en la presentación de las ETAs, mientras que los eventos de varicela e intoxicaciones mostraron un incremento. El brote de Infección Asociada a la Atención en Salud (IAAS) corresponde a un brote de varicela presentado en trabajadores del área de la salud.

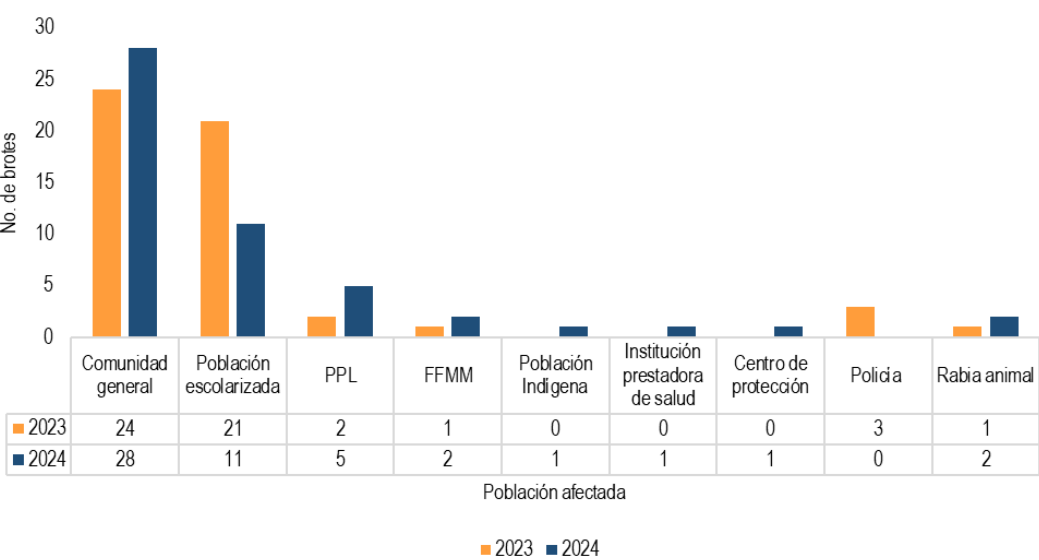
Gráfica 102. Brotes caracterizados en el Sistema de Alerta Temprana, Norte de Santander, 2023 -2024



Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

Con respecto a la población afectada, durante la vigencia 2024 se evidenció que el 54,9 % (28) correspondió a la comunidad general, seguida por la población escolarizada con el 21,6 % (11) y la población privada de la libertad (PPL) con el 9,8 % (5). Al comparar con 2023, se observa una mayor afectación en la comunidad general , mientras que la población escolarizada presentó una disminución.

Gráfica 103. Poblaciones afectadas en los brotes caracterizados en Sistema de Alerta Temprana, Norte de Santander, 2023 - 2024

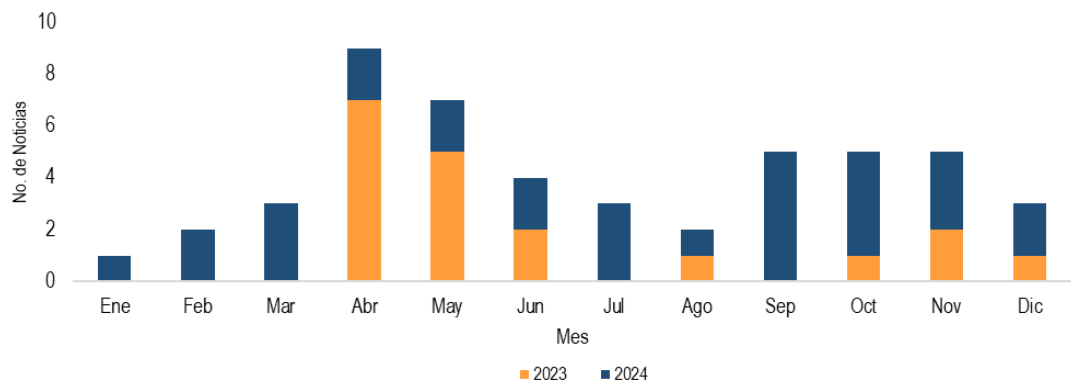


Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

Vigilancia basada en otras fuentes

Durante 2024, se incluyeron en la matriz de medios de comunicación un total de 30 señales que cumplieron con los criterios de inclusión para realizar la verificación, lo que representa un incremento del 57,9 % en comparación con 2023, año en el que se verificaron 19 noticias. En cuanto a la distribución mensual, se observó que el mayor número de registros se presentó en septiembre con 5 noticias, seguido por el mes de octubre con 4 noticias.

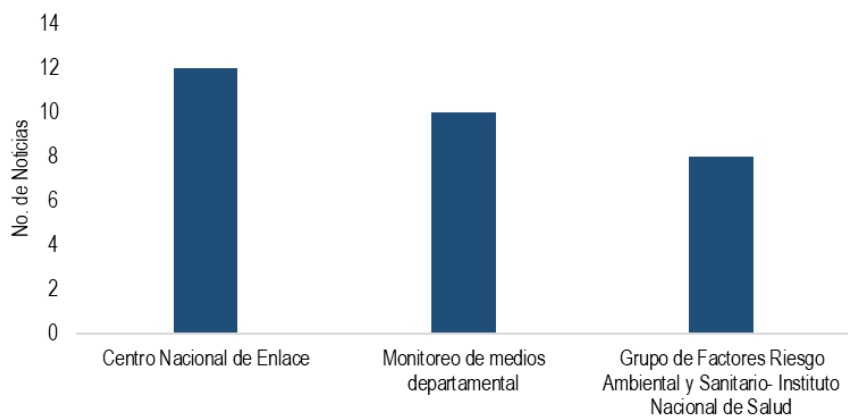
Gráfica 104. Comportamiento mensual de las noticias de verificación ingresadas al Sistema de Alerta Temprana, Norte de Santander, 2023 -2024



Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

Del total de las 30 señales que cumplieron con los criterios de verificación, la mayor cantidad fue solicitada por el Centro Nacional de Enlace (CNE), Ministerio de Salud y Protección Social, con 12 noticias identificadas a través del monitoreo de medios. Le sigue el monitoreo de medios realizado por el departamento, con 10 noticias, y, finalmente, el Grupo de Factores de Riesgo Ambiental y Sanitario del Instituto Nacional de Salud, que solicitó la verificación de 8 noticias.

Gráfica 105. Fuente de noticias de verificación ingresadas al Sistema de Alerta Temprana, Norte de Santander, 2024

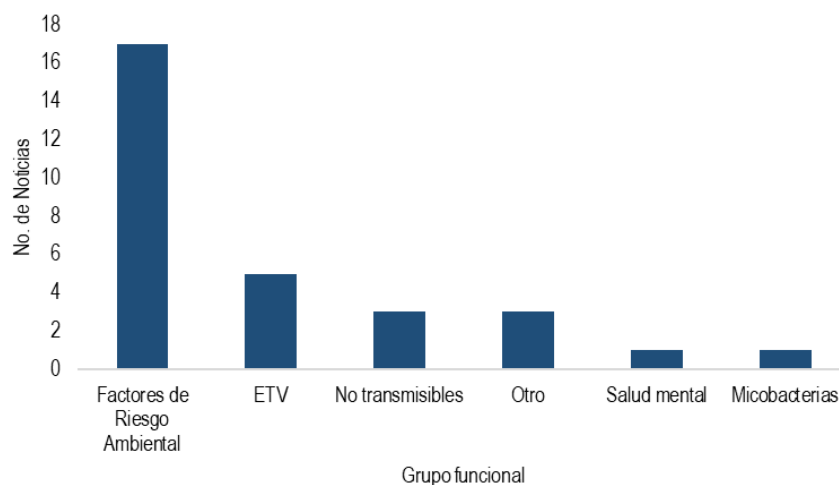


Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 471 de 531

Durante el 2024, se evidenció que el grupo funcional con mayor cantidad de noticias que impactaron al departamento fue el de Factores de Riesgo Ambiental, con un total de 17 noticias. Le siguió el grupo de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), con 5 noticias. Por su parte, el grupo de Enfermedades No Transmisibles registró 3 noticias, al igual que el grupo clasificado como "Otro". Este último incluye noticias relacionadas con el desabastecimiento de medicamentos, medicamentos abandonados en la vía pública y ocupación hospitalaria. Finalmente, los grupos de Salud Mental y Micobacterias registraron una noticia cada uno.

Gráfica 106. Grupo funcional de las noticias ingresadas al Sistema de Alerta Temprana, Norte de Santander, 2024

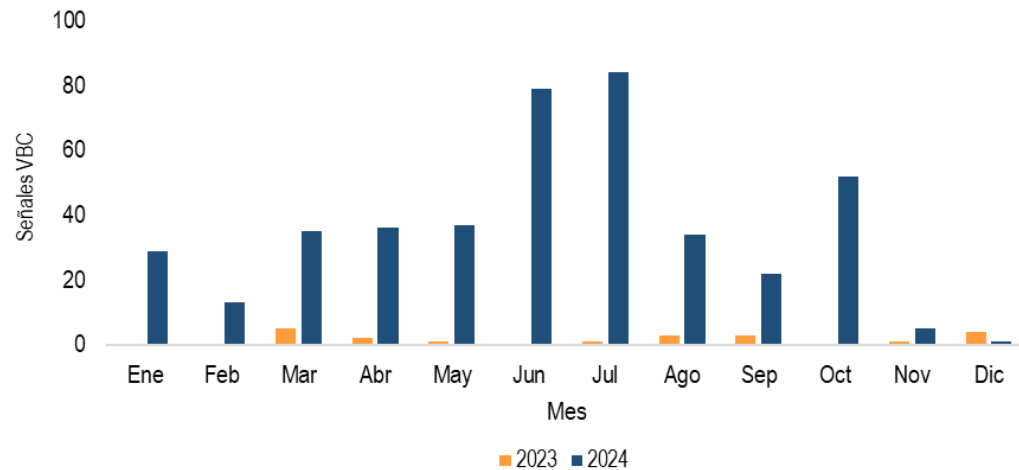


Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

En Norte de Santander, durante 2024, se captaron un total de 427 rumores procedentes de la comunidad, lo que representa un incremento del 2035,0 % en comparación con 2023, año en el que se registraron 20 rumores. En 2024, los mayores registros se evidenciaron en los meses de julio y junio, con 84 y 79 rumores, respectivamente.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 472 de 531

Gráfica 107. Rumores identificados a través de la estrategia de la vigilancia Basada en Comunidad, Norte de Santander, 2023-2024



Fuente: SAT-VBC, IDS, Norte de Santander, 2025

Del total de rumores captados a través de la estrategia de Vigilancia Basada en Comunidad en Norte de Santander, el 78,7 % corresponden al municipio de Cúcuta, con un total de 336 reportes. En contraste, los 17 municipios restantes del departamento concentran únicamente el 21,3 % de los rumores, lo que refleja una notable concentración de reportes en el municipio de Cúcuta.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 473 de 531

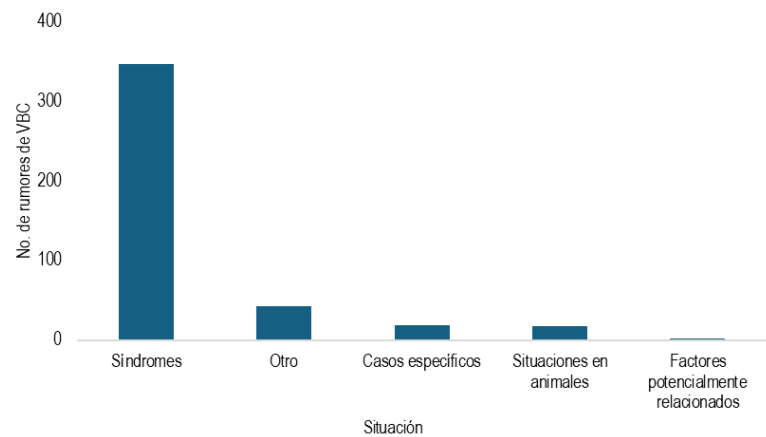
Tabla 221. Rumores identificados a través de la estrategia de la vigilancia Basada en Comunidad por municipios de notificación, Norte de Santander, 2023-2024

Municipio	No. de Rumores VBC	%
Cúcuta	336	78,7
Arboledas	17	4,0
Abrego	14	3,3
Teorama	8	1,9
Mutiscua	7	1,6
Ragonvalia	6	1,4
Pamplona	6	1,4
Hacari	6	1,4
Labateca	5	1,2
Los Patios	5	1,2
Toledo	4	0,9
San Calixto	3	0,7
Pamplonita	3	0,7
El Zulia	2	0,5
Chinácota	2	0,5
Chitagá	1	0,2
Durania	1	0,2
Convención	1	0,2
Norte de Santander	427	100,0

Fuente: SAT-VBC, IDS, Norte de Santander, 2025

De los rumores captados a través de la estrategia de Vigilancia Basada en Comunidad, 346 rumores correspondieron a síndromes identificados, 43 rumores fueron clasificados como “otros”, 19 rumores se relacionaron con casos específicos, 17 rumores con situaciones en animales y 2 rumores con factores potencialmente relacionados.

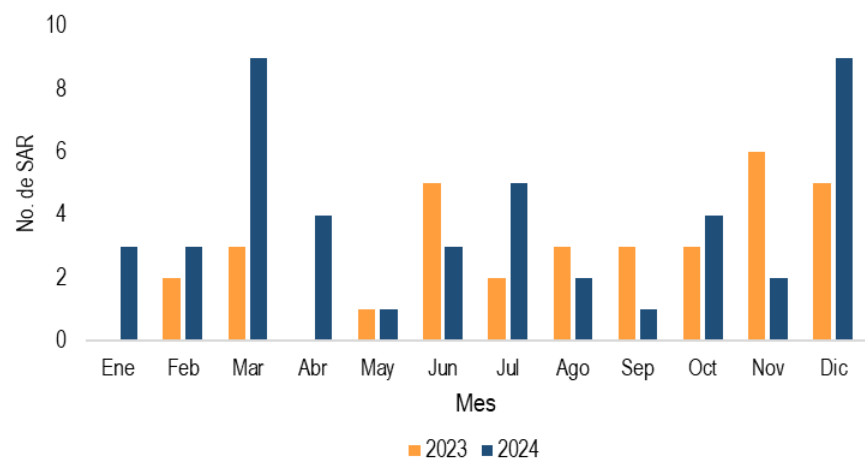
Grafica 108. Distribución de rumores según la situación reportada por vigías y gestores comunitarios, Norte de Santander, 2024



Fuente: SAT-VBC, IDS, Norte de Santander, 2025

Durante 2024, se realizaron en el departamento un total de 46 Salas de Análisis del Riesgo (SAR), lo que representa un incremento del 39,4 % en comparación con 2023, donde se realizaron 33 SAR. Los meses con mayor número de sesiones fueron marzo y diciembre de 2024, con 9 SAR realizados en cada mes.

Gráfica 109. Distribución mensual de la realización de Salas de Análisis del Riesgo, Norte de Santander, 2023-2024



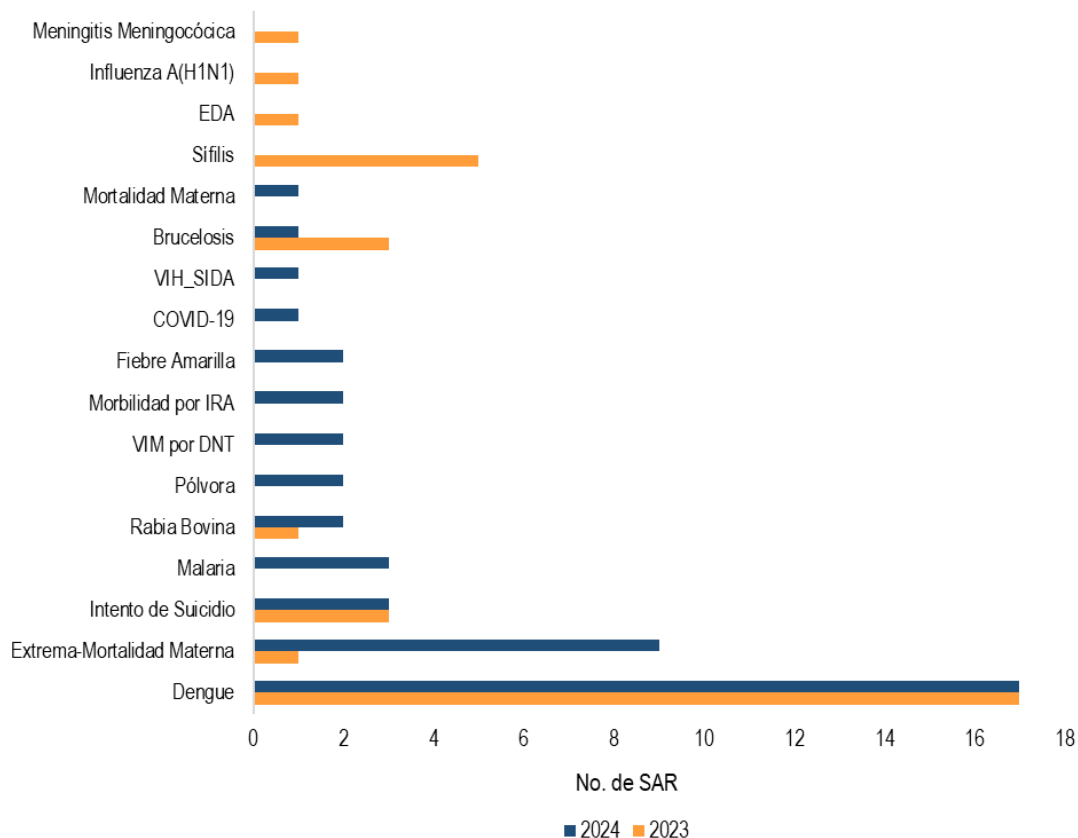
Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 475 de 531

Del total de Salas de Análisis del Riesgo (SAR) realizadas durante 2024 en el departamento, el 37,0 % (17) correspondió al evento de dengue, seguido por morbilidad materna extrema y mortalidad materna, con un 19,6 % (9). El 6,5 % (3) se asignó a los eventos de intento de suicidio y malaria, con tres SAR realizadas para cada uno. Por otra parte, el 4,3 % (2) correspondió a eventos como rabia bovina, lesiones por pólvora, vigilancia integrada en menores de cinco años por desnutrición, morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) y fiebre amarilla. Finalmente, el 2,2 % (1) se relacionó con los eventos de COVID-19, VIH/SIDA, brucelosis y mortalidad materna.

Para el año 2023, los eventos abordados en las Salas de Análisis del Riesgo (SAR) correspondieron principalmente al dengue, con un 51,5 % (17), seguido de sífilis, con un 15,2 % (5). El 9,1 % (3) correspondió a los eventos de intento de suicidio y brucelosis. Finalmente, el 3,0 % (1) se relacionó con casos de rabia bovina, enfermedad diarreica aguda (EDA), influenza A(H1N1) y meningitis meningocócica.

Gráfica 110. Distribución de Salas de Análisis del Riesgo por evento de interés en salud pública, Norte de Santander, 2023-2024



Fuente: SAT, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 476 de 531

Del 01 de enero a 31 de diciembre de 2024, se desplegaron 2 equipos de respuesta inmediata (ERI), los cuales el 100% contaron con el plan de acción. Los ERI que desplegaron a terreno, atendieron el brote de malaria en población indígena y el foco de rabia silvestre que se presentó en el municipio de Hacarí, Norte de Santander.

Discusión

En 2022, se implementó el Sistema de Alerta Temprana (SAT) en el departamento de Norte de Santander, lo cual ha permitido la articulación intersectorial e intrasectorial con el fin de responder oportunamente frente a cualquier alerta, brote o situación de emergencia en salud pública a nivel departamental.

El departamento realiza monitoreo de eventos de interés en salud pública transmisibles y no transmisibles de acuerdo con lo establecido en los lineamientos nacionales. En cuanto a los eventos no transmisibles, la morbilidad materna extrema representa el 23,9% del total de señales ingresadas al SAT, cumpliendo con algún o algunos de los criterios priorizados: hemorragia obstétrica severa, preeclampsia severa o eclampsia. Por tanto, las intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad materna deben focalizarse en las mujeres en la categoría de riesgo de morbilidad materna extrema. En algunos países, los sistemas de información de morbilidad materna operan de forma automática y simultánea con la atención recibida, generando un mecanismo de alerta y dando lugar a intervenciones terapéuticas o preventivas para detener la progresión de la complicación de la mujer y prevenir la muerte materna al identificar el deterioro de la salud de las mujeres antes de que ocurra una condición potencialmente mortal (4).

Por otra parte, otro de los eventos no transmisibles reportados con mayor frecuencia en el SAT es el intento de suicidio, el cual, en su mayoría, corresponde a casos de cualquier edad con intentos previos. La pandemia por COVID-19 y las medidas para su prevención y control, modificaron el estilo de vida de la población a nivel mundial, y proyectaron afectaciones a la salud mental de la población(5). El sentimiento de soledad, la falta de contacto físico, el temor al contagio, la pérdida de seres queridos, del empleo y la disminución de ingresos generarían aumento de los trastornos de ansiedad y depresión en la población general y exacerbación de síntomas en quienes ya tenían un trastorno mental y con esto aumento de los casos de suicidio y autolesiones. De hecho, en el período pospandémico se observan incrementos especialmente en mujeres jóvenes(5).

Por ello, una vez el referente de evento departamental recibe la señal de notificación superinmediata por parte del gestor del SAT, deberá remitirla a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y programa del Instituto Departamental de Salud con el fin de garantizar la implementación de acciones individuales e integrales en los casos de morbilidad materna extrema e intento de suicidio.

Por otra parte, las enfermedades transmitidas por alimentos o agua (ETA), la varicela y las intoxicaciones fueron los eventos con mayor ocurrencia en la presentación de brotes en el departamento, y las poblaciones más afectadas fueron la comunidad en general, la población escolarizada y la población privada de la libertad. A nivel nacional, entre 2020 y 2024, los eventos con mayor consistencia en la ocurrencia de brotes fueron las ETA, las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y la varicela, registrando entre 90 y 120 brotes por año. Las principales poblaciones afectadas a nivel país fueron la comunidad en general, la población privada de la libertad, las instituciones de salud y la población escolar(6).

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 477 de 531

Se resalta, que el departamento realiza monitoreo de medios a nivel local, nacional e internacional con el fin de identificar situaciones que puedan representar un riesgo para la salud pública, a través de la herramienta de inteligencia epidemiológica de fuentes abiertas (EIOS por sus siglas en inglés), potenciando así la búsqueda de señales. Así mismo, se reciben noticias de verificación por fuentes externas como el Centro Nacional de Enlace y el Grupo de Vigilancia y Control de Factores de Riesgo Ambiental del Instituto Nacional de Salud. En su gran mayoría, las noticias identificadas que requirieron verificación durante la vigencia 2024, estuvieron relacionadas con factores de riesgo ambiental.

Entre 2018 y 2023, el Grupo de Vigilancia y Control de Factores de Riesgo Ambiental del Instituto Nacional de Salud (INS) ha identificado un aumento significativo de aproximadamente el 50%, en las situaciones ambientales con posible afectación en salud pública, pasando de 208 a 343(7). En Colombia, aproximadamente el 35% de estas situaciones están relacionadas con fenómenos climáticos, el 28% con problemáticas ambientales, el 19% con el componente suelo y el 18% con el componente aire. Además, la ocurrencia de eventos puntuales como erupciones volcánicas, huracanes o fenómenos como El Niño y La Niña, subrayan la necesidad de contar con un sistema de alerta temprana robusto y eficaz, capaz de proporcionar información oportuna y mejorar la capacidad de respuesta ante emergencias ambientales(7).

Finalmente, la puesta en marcha de la estrategia de Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) en el departamento, ha permitido que los vigías y gestores comunitarios, puedan identificar y reportar comportamientos inusuales o situaciones de interés en salud pública en la comunidad, evidenciándose un incremento en el número de reportes para la vigencia 2024, comparado con el año anterior.

Limitaciones

La plataforma Sivigila SAT 4.0, no integra de manera automática las señales identificadas a través de notificación inmediata y superinmediata, lo que implica que el gestor del SAT realice el ingreso manual de cada una de las señales priorizadas, aumentando el riesgo de errores y retrasos en el proceso. Adicionalmente, se han reportado algunos problemas técnicos en la plataforma que han resultado en la pérdida de registros. Por lo tanto, ha sido necesario implementar el manejo de una base de datos alterna para registrar todas las señales ingresadas al sistema, asociándolas a su respectivo ID, con el fin de garantizar la trazabilidad y disponibilidad de la información.

Conclusiones

La vigilancia basada en indicadores ha sido la principal fuente de datos del Sistema de Alerta Temprana, aportando el 80,3% del total de señales de notificación superinmediata e inmediata.

Los eventos no transmisibles, como la morbilidad materna extrema, intento de suicidio y desnutrición aguda en menores de cinco años, representan el 56,9% del total de señales procedentes del Sivigila que cumplen con los criterios para ser incluidas en el SAT.

Los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos o agua (ETA), varicela e intoxicaciones representaron el 90,0% del total de brotes caracterizados en el departamento. Las poblaciones más afectadas fueron la comunidad en general, la población escolarizada y la población privada de la libertad.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 478 de 531

La vigilancia basada en otras fuentes representó el 17,6% de las señales ingresadas al SAT. Entre estas fuentes, se destacan las noticias identificadas mediante el monitoreo de medios, las cuales estuvieron relacionadas en su mayoría con factores de riesgo ambiental. Asimismo, se resalta un incremento en los rumores procedentes de la comunidad en comparación con el año 2023.

El departamento llevó a cabo un mayor número de Salas de Análisis de Riesgo (SAR) en comparación con el año 2023. La mayoría de las SAR estuvieron enfocadas en el evento de dengue, seguido por morbilidad materna extrema - mortalidad materna, intento de suicidio y malaria.

Recomendaciones

Departamento

Fortalecer el monitoreo y seguimiento de eventos de interés en salud pública en poblaciones especiales (personas privadas de la libertad, comunidades indígenas, migrantes, gestantes y Fuerzas Militares), con el objetivo de identificar alertas tempranas, activar rutas de atención y promover intervenciones oportunas que contribuyan a la contención de brotes.

Integrar los rumores detectados a través de la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) en el aplicativo Sivigila SAT 4.0 del departamento, con el fin de fortalecer la detección temprana y la respuesta oportuna ante eventos de interés en salud pública.

Identificar brotes a través de la búsqueda de casos notificados de eventos de interés en salud pública, asociados a la misma dirección y fecha de inicio de síntomas, para facilitar la detección temprana y la implementación de medidas de control.

Implementar tableros de control para orientar la toma de decisiones en salud pública y métricas que permitan cuantificar y evaluar la operación y gestión de la respuesta ante un brote.

Diseñar planes de preparación y respuesta intersectorial integrando distintos escenarios de amenaza para el departamento, entre los cuales se menciona eventos de interés en salud pública como sarampión, fiebre amarilla, desplazamientos masivos por conflicto armado, desastres naturales e IAAA (Influenza Aviar Altamente Patógena).

Continuar con el fortalecimiento de las capacidades locales para detectar y responder oportunamente ante amenazas para la salud pública con énfasis en la detección, reporte, atención y seguimiento de brotes, alertas o situaciones de emergencia.

Monitorear de forma periódica las condiciones y situaciones ambientales que puedan tener repercusiones en la salud pública a través del Tablero de control del Sistema de Vigilancia de Eventos de Interés por Factores de Riesgo Ambiental (VIGIFRA), dispuesto en la página web institucional del Instituto Nacional de Salud.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 479 de 531

Municipios

Intensificar las acciones de vigilancia en salud pública frente a la identificación de brotes y garantizar oportunamente las acciones individuales, colectivas y de laboratorio dentro del tiempo establecido, inmediatamente se realiza la notificación del caso.

Fomentar la participación comunitaria y empoderamiento de los vigías y gestores de la Red de Vigilancia Epidemiológica basada en Comunidad (RevCom) para realizar reportes oportunos de situaciones en salud pública que puedan afectar la comunidad.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB

Garantizar la atención oportuna, el seguimiento y la canalización de los casos identificados a través del SAT, conforme a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) establecidas en la Resolución 3206 de 2016, especialmente aquellos casos que puedan representar un riesgo para la salud pública individual o colectiva.

Referencias bibliográficas

1. Prieto Franklyn AADJ. Etapa 1. Sistema de Alerta Temprana: Identificación del riesgo en Salud Pública Instituto Nacional de Salud. In Bogotá, D. C., Colombia: Instituto Nacional de Salud: Editorial Scripto SAS; 2022. p. 1–64. Available from: www.ins.gov.co
2. Prieto Alvarado FE, González Duarte MA, Quijada Bonilla H, López Ávila DF, Ferro Mancera LM, Rivera González LJ, et al. Lineamientos para la Vigilancia Basada en Comunidad 2025. Bogotá, D.C., Colombia; 2025.
3. Angela C, Alarcón P, Subdirector C, Cruz AA, De Gestión Del Riesgo G, Luz RI, et al. Informe de la operación del sistema de gestión del riesgo para eventos de interés de salud pública, brotes y epidemias. 2024.
4. Narvaez Diaz NS, Caro Caro JE. Protocolo de vigilancia en salud pública. Morbilidad materna extrema. 2024 Sep.
5. Mosquera Bahamon Y, Ávila Mellizo GA. Protocolo de vigilancia en salud pública Intento de suicidio. 2024 Dec.
6. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Fases de la gestión del riesgo en vigilancia en salud pública y sistema de alerta temprana. 2024.
7. Rojas Hernández JC, Montenegro Torres JF, Chaves Guerrero JF, Borbón Ramos ME. Diseño de un sistema de vigilancia para los eventos de interés en salud pública por factores de riesgo ambiental en Colombia. Reporte Epidemiológico Nacional. 2024;6(1):1–12.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 480 de 531

UNIDADES DE ANÁLISIS

Introducción

La unidad de análisis es un proceso metodológico que permite caracterizar los casos priorizados de eventos objeto de vigilancia en salud pública por medio del estudio de sus fuentes de información para clasificarlos e identificar los factores asociados o causas relacionadas con su aparición. Constituye un insumo fundamental en cada uno de los niveles de competencia de la Vigilancia en Salud Pública, para cumplir con la función de realizar el análisis de la situación de salud descrita en el Decreto 0780 de 2016, para definir áreas prioritarias de intervención en salud y orientar las acciones de promoción, prevención y control.(1)

Metodología

Para su realización y cargue el departamento tomó como lineamiento desde el grupo de Unidad de Análisis de Casos Especiales (UACE) del INS el aplicativo en línea que incluyen los tableros de problemas en los eventos que lo requieren que permite mejorar los tiempos de realización y cargue de las mismas, asegurar el repositorio de la información y facilitar el acceso a los tomadores de decisiones. A partir del 2024, este aplicativo es el único medio para realizar todo el proceso de unidad de análisis. Los indicadores de cumplimiento en el cargue de unidades de análisis y oportunidad en el cargue de unidades de análisis se construyen desde el INS a partir de la información cargada en el aplicativo WEB del grupo revisada y aprobada por los referentes nacionales para cada evento teniendo en cuenta la condición final, condiciones especiales y tiempo para la realización de la unidad de análisis establecidas en los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública.

Resultados

Para el departamento de Norte de Santander durante el año 2024 se realizaron 116 unidades de análisis para los casos de mortalidad por eventos de interés en salud pública EISP priorizados por el nivel nacional; del total de los casos analizados y dando cumplimiento al manual de unidades de análisis del INS se confirmaron 79 casos de mortalidad principalmente para los eventos de mortalidad perinatal y neonatal tardía con un 31,9%, muerte por dengue con 24,1%, Tuberculosis priorizada con 6,9%, Vigilancia integrada de muerte en menores de 5 años por IRA con 6% y 37 de los casos quedaron descartados para los eventos analizados, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 222. Clasificación final de los casos por unidad de análisis, Norte de Santander, 2024

EISP NOTIFICADOS	CONFIRMADO	DESCARTADO	NO CONCLUYENTE	Total	Porcentaje
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	37			37	31,9
Muerte por dengue	13	15		28	24,1
Tuberculosis priorizado	4	4		8	6,9
VIM menores de 5 años por IRA	2	5		7	6,0
VIM menores de 5 años por DNT	5	2		7	6,0
Mortalidad materna	5			5	4,3
Tuberculosis coinfección TB/VIH	3	2		5	4,3
VIM menores de 5 años por EDA	2	2		4	3,4
Meningitis bacteriana aguda y enf meningocócica	2	2		4	3,4
Sífilis congénita	4			4	3,4
Accidente ofídico	1	1		2	1,7
Tosferina		2		2	1,7
Leptospirosis		1		1	0,9
Tétanos neonatal		1		1	0,9
Varicela	1			1	0,9
Total	79	37		116	100,0

Fuente: Aplicativo web UACE, Web materna

Como lineamiento departamental se realizan unidades de análisis a los casos de sífilis congénita vivo para lo cual se analizaron 116 casos de enero a diciembre de 2024.

Dentro de los indicadores de cumplimiento y oportunidad de unidades de análisis y teniendo en cuenta los indicadores del ranking de desempeño de nivel nacional se tiene un 97,7% de cumplimiento y un 62,80% de oportunidad a III trimestre de 2024.

Discusión

Bajo el cumplimiento en los indicadores de cargue de unidades de análisis, oportunidad y proporción de unidad de análisis que cumplen con calidad en la metodología de realización estén relacionados con la rotación de personal y la demora en la contratación. Al igual en la demora en la entrega de resultados de necropsias, de pruebas confirmatorias y de historias clínicas también generan retrasos en los tiempos y esto se puede ver reflejado en el indicador de oportunidad de cargue de unidades de análisis que muchas veces terminan siendo casos de difícil clasificación.

Referencias Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública [Internet]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-unidad-de-analisis-2024.pdf>

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 482 de 531

Tablero de problemas

Introducción

Los tableros de problemas generan un insumo para la identificación de características y situaciones problemas que llevaron a la aparición o desenlace de los Evento de Interés en Salud Pública (EISP) priorizados y confirmados; esto se realiza mediante el abordaje integral de las acciones empleadas desde el momento del diagnóstico hasta su desenlace, permitiendo reconocer oportunidades de mejora y establecer estrategias del fortalecimiento de las políticas públicas en salud (1). La elaboración del tablero de problemas resume la información para la acción; su realización y divulgación ofrece a los diferentes actores sectoriales e intersectoriales del orden municipal, distrital, departamental y nacional, estrategias para la implementación de programas y proyectos, orientados a las acciones de vigilancia y el control de EISP (2). Este instrumento está bajo un enfoque multidimensional que agrupa las características del individuo y situaciones problemas en 10 factores, que se interrelacionan con condiciones que afectan tanto al individuo como al colectivo. A partir del 2017, el Instituto Nacional de Salud (INS), a través de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, desarrolló y socializó la metodología para la realización de los tableros de problemas partiendo de los hallazgos identificados durante las unidades de análisis de los EISP priorizados.

Metodología

Los eventos priorizados que requieren unidad de análisis y tablero de problemas se agrupan en seis grupos: enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis, respiratoria, maternidad segura, micobacterias, infecciones de transmisión sexual y vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) o desnutrición (DNT) aguda moderada y severa. Los casos positivos COVID-19 en gestantes y menores de cinco años que fallecen, se analizan como muerte materna y muerte en menor de cinco años por IRA, respectivamente (para este último, solo cuando cumpla la definición del evento).

Su objetivo es identificar los factores y determinantes relacionados con la presencia de casos de los eventos en salud pública priorizados. **La identificación correcta de los actores responsables que intervienen en la ocurrencia de los EISP priorizados** es uno de los fundamentos del tablero de problemas.

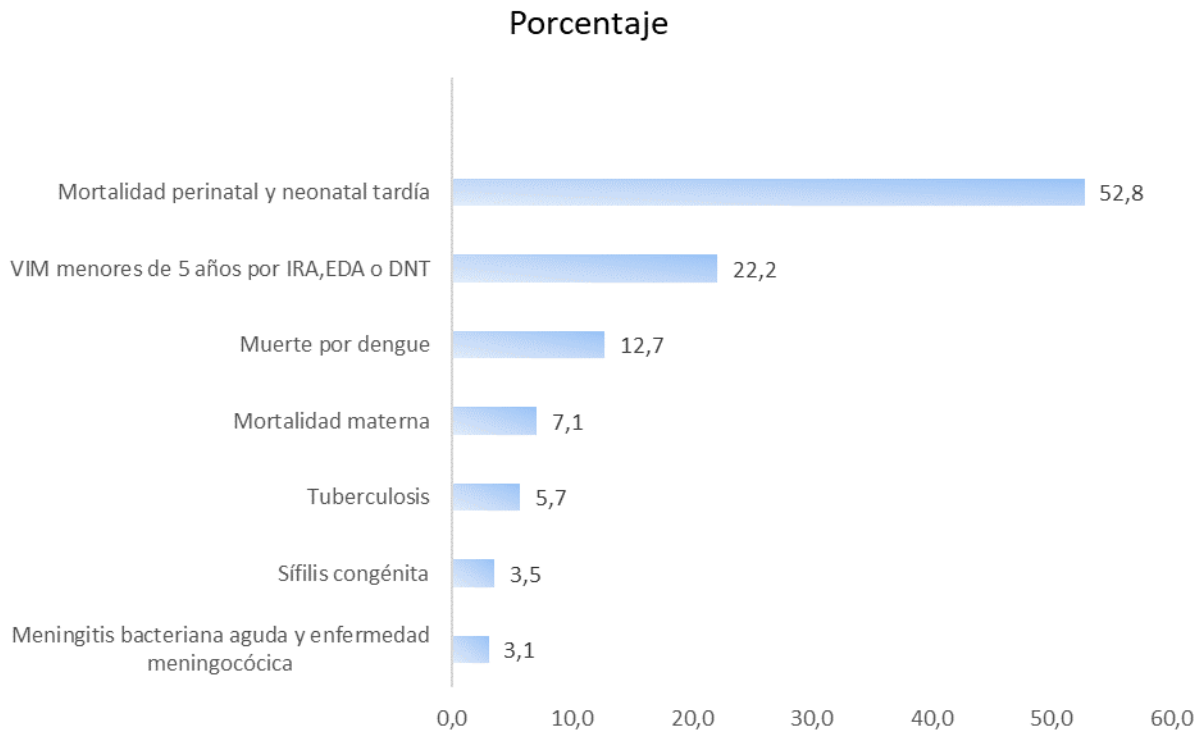
Su construcción debe realizarse durante la unidad de análisis con la participación de todos los actores involucrados. Para el análisis de tablero de problemas se manejan dos categorías (individuo y servicios de salud) y a su vez 10 factores de los cuales 4 corresponden al individuo y 6 a los servicios de salud.

Resultados

Durante la vigencia 2024, se confirmaron 79 eventos de interés en salud pública priorizados, a los cuales se les realizó tablero de problemas con un total de 454 registros.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 483 de 531

Gráfico 111. Tablero de problemas de EISP confirmados, Norte de Santander, 2024.

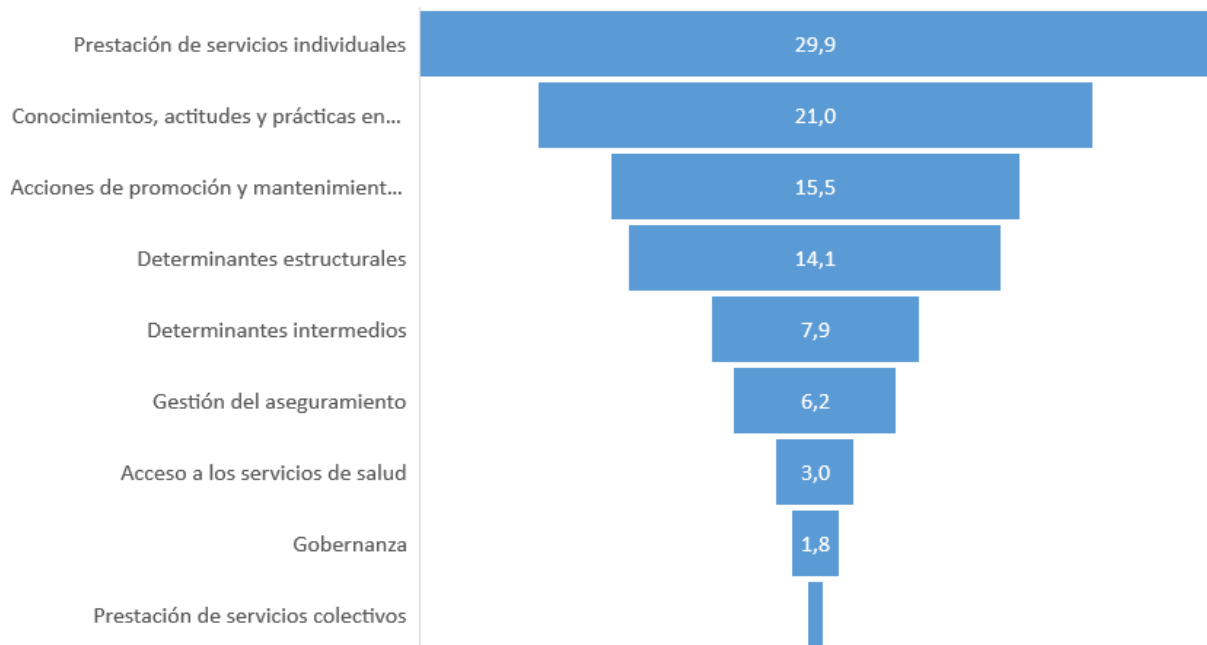


Fuente: Aplicativo web UACE - Tablero de problemas

Los factores identificados desde el individuo corresponden a un 45,8% y desde los servicios de salud en un 54,2%; teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de registros lo presenta la prestación de servicios individuales con un 29,9%, seguido de conocimientos, actitudes y prácticas en salud con 21,0%, acciones de promoción y mantenimiento de la salud con 15,5% y los determinantes estructurales con 14,1%

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 484 de 531

Gráfico 112. Porcentaje de registros encontrados según factor individuo y servicios de salud



Según los factores encontrados dentro de las categorías del individuo y servicios de salud se observa que prestación de servicios individuales es uno de los mayores registros encontrados con un porcentaje de 26,0%, seguido de los conocimientos actitudes y prácticas en salud con 20,9% y acciones de promoción y mantenimiento de la salud con 13,9. Los demás registros presentan un porcentaje menor que reflejan las situaciones presentadas en cada caso que influyeron en el desenlace final de los casos confirmados.

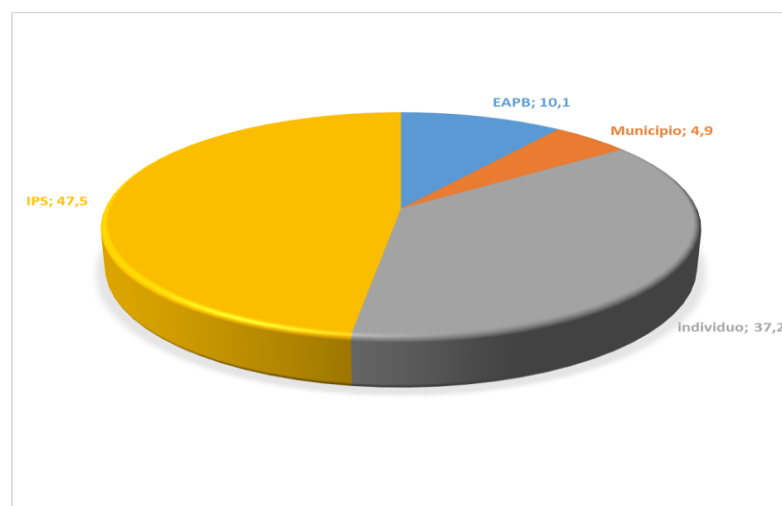
Tabla 223. Factores identificados en casos de EISP confirmados, Norte de Santander, 2024

Factores identificados	Registros	Porcentaje
Prestación de servicios individuales	118	26,0
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud	95	20,9
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud	63	13,9
Determinantes estructurales	59	13,0
Determinantes intermedios	38	8,4
Gestión del aseguramiento	29	6,4
Atención de la mujer con hemorragia obstétrica	22	4,8
Acceso a los servicios de salud	14	3,1
Gobernanza	7	1,5
Autonomía de la mujer para la toma de decisiones	3	0,7
Mujer en condición vulnerable o riesgo social	3	0,7
Búsqueda de atención de servicios de promoción o prevención	1	0,2
Información y educación sobre los riesgos en salud	1	0,2
Prestación de servicios colectivos	1	0,2
Total	454	100,0

Fuente: Elaboración propia tablero de problemas

Dentro del análisis por tipo de actor responsable el mayor porcentaje se refleja en las IPS con un 47,5% que corresponden a la categoría de los servicios de salud, seguido de los factores del individuo; con un menor porcentaje en las EAPB de un 10,1%.

Gráfico 113. Registros por tipo de actor responsable



Fuente: Elaboración propia tablero de problemas

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 486 de 531

Conclusiones

Los eventos con mayor número de características individuales y problemas de los servicios de salud identificados fueron mortalidad perinatal y neonatal tardía, la vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por DNT aguda e IRA y mortalidad por dengue.

Las características del individuo con mayor identificación corresponden a los conocimientos, actitudes y prácticas en salud relacionados con la baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud y el desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador.

Las situaciones problema de los servicios de salud con mayor identificación corresponden a la prestación de servicios individuales relacionados con la falla en los mecanismos de seguimiento y el no cumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y el individuo son los actores donde se identificaron el mayor número de situaciones problemas relacionados con los servicios de salud.

Recomendaciones

Se recomienda a las IPS y EABP mantener y fortalecer las intervenciones educativas hacia los usuarios, con el fin de mejorar la identificación del riesgo y el reconocimiento de signos y síntomas de alerta para consultar oportunamente a los servicios de salud, de la misma manera, que esto influya sobre los determinantes sociales en la salud.

Realizar un seguimiento continuo a los problemas identificados con las EAPB a fin de fortalecer las acciones.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis y tablero de problemas de eventos de interés en salud pública priorizados. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-unidad-de-analisisy-tablero-de-problemas-2024.pdf>

VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD

Introducción

El sistema de vigilancia en salud pública se fundamenta en dos estrategias para la detección, identificación y recolección de información de eventos de interés en salud pública. La primera estrategia, la vigilancia basada en indicadores, en la cual los eventos son identificados en las instituciones de salud. La segunda, es la vigilancia

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 487 de 531

basada en eventos, donde se detectan las señales de posibles eventos a partir del monitoreo de noticias, redes sociales y la participación de la comunidad, siendo esta última conocida como la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC). El Instituto Nacional de Salud (INS), a partir de julio de 2023, es el encargado de coordinar la VBC para su despliegue, operación, adaptación, ampliación y mejora en municipios, distritos y departamentos. Las acciones descritas en este documento constituyen los lineamientos operativos para el 2024 y deben ser comprendidas y cumplidas en todas las jurisdicciones. Estas directrices apuntan a fortalecer y estructurar eficazmente la VBC en todo el territorio, garantizando así una vigilancia integral y participativa en salud pública.

Objetivo

El objetivo principal de los resultados obtenidos en la implementación de la Vigilancia Basada en la Comunidad (VBC) en el departamento de Norte de Santander durante el año 2024 fue fortalecer la seguridad ciudadana mediante la participación activa de la comunidad en la identificación, prevención y respuesta frente a factores de riesgo que afectan la convivencia y el orden público, promoviendo entornos más seguros y resilientes en los municipios priorizados.

Alcance

La implementación de la estrategia VBC alcanzó a múltiples municipios del departamento, incluyendo áreas urbanas y rurales afectadas por violencia, presencia de actores armados ilegales, y problemas de seguridad ciudadana. Se lograron conformar y consolidar Frentes de Seguridad Ciudadana, se realizaron jornadas de capacitación comunitaria, se fortalecieron canales de denuncia ciudadana, y se promovió la articulación entre la comunidad, autoridades locales y la fuerza pública. Estas acciones permitieron mejorar la percepción de seguridad, reducir incidentes delictivos en algunas zonas, y empoderar a las comunidades como agentes activos en la prevención de la violencia y el delito.

Metodología

Metodología descriptiva retrospectiva en donde se desarrollaban las cinco fases de vigilancia basada en comunidad que son: la preparación, planeación, implementación operación y seguimiento y evaluación.

La información se obtuvo

- Fase 1 preparación: se obtuvo de anexo 1 inventario, anexo 2 lista de chequeo, anexo 3 plan de trabajo
- Fase 2 Planeación: se obtuvo del anexo 4 mapa de actores, anexo 6 priorización de situaciones.
- Fase 3 implementación: conformación de la REDCOM, flujo de información, anexo 7 gestión de señales
- Fase 4 operación: anexo 7 fulo del reporte de señales, estrategias de divulgación, realización del COVECOM.
- Fase 5 evaluación: evaluación de indicadores, evaluación comunitaria, asistencias técnicas

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 488 de 531

Resultados

Fase 1 Preparación:

La fase de preparación fue fundamental para establecer las condiciones necesarias para la implementación efectiva de la estrategia de vigilancia basada en la comunidad en los 40 municipios del departamento de Norte de Santander. Esta etapa se desarrolló entre los meses de enero y diciembre del año 2024, y comprendió la planificación técnica, el reconocimiento territorial y la articulación interinstitucional, lo que permitió avanzar de manera coordinada y con activa participación ciudadana. Como parte inicial del proceso, se realizó una jornada de capacitación dirigida a los responsables territoriales, en la cual se socializaron los lineamientos generales de la estrategia, así como las etapas 1 y 2 del modelo de vigilancia comunitaria. Adicionalmente, se brindó orientación sobre el diligenciamiento de los anexos correspondientes a esta primera fase: el Anexo 1 (Inventario), destinado a verificar los recursos y condiciones disponibles en cada territorio; el Anexo 2 (Lista de Chequeo), que permitió validar el cumplimiento de los requisitos básicos para la implementación; y, finalmente, el Plan de Trabajo Anual, elaborado por cada equipo territorial para organizar las acciones a desarrollar a lo largo del año.

Tabla 224. Inventario de vigilancia basada en comunidad, Año 2024

 Inventario Vigilancia Basada en Comunidad 					
1. Nombre de la entidad:	Instituto Departamental de Salud			2. Nombre persona responsable:	Yenny Alexandra Bautista Garnica
3. Fecha de diligenciamiento:	Día	Mes	Año	4. Cargo persona responsable:	P.U VSP Área Metropolitana - Responsable de Sanidad Portuaria - Responsable de VBC
	26	4	2024		
5. Recursos	6. Cantidad		7. Fecha de inicio	8. Fecha de finalización	9. Observaciones
Talento humano	1		Indefinido	Indefinido	P.U VSP Área Metropolitana - Responsable de Sanidad Portuaria - Responsable de VBC
Talento humano	1		Febrero	Diciembre	P.E Referente evento IRA- SAT - Apoyo VBC
Talento humano	1		Febrero	Diciembre	Ingeniero de Sistemas Sivigila - SAT- Apoyo VBC
Talento humano	1		Febrero	Diciembre	Trabajadora Social Profesional apoyo VBC
Talento humano	1		Febrero	Diciembre	Profesional apoyo VSP - VBC
Recursos tecnológicos	3		Febrero	Diciembre	Computador (1), video beam (1), plataforma virtual OPS (1)
Recursos administrativos	3		Febrero	Diciembre	Salon SAR IDS (1), Salón OIM IDS (1), Rotafolio Por Mi comunidad Yo Reporto

Fuente: anexos enviados por el INS, Año 2024

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 489 de 531

Tabla 225. Plan de acción del Departamento Norte de Santander, Año 2024

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	Plan de acción de la Vigilancia basada en comunidad (VBC)													 Red de Vigilancia Epidemiológica basada en Comunidad
	1. Nombre de la entidad	Instituto Departamental de Salud					2. Nombre de la persona encargada	YENNY ALEXANDRA BAUTISTA GARNICA						
	3. Fecha de inicio	14/02/24					4. Fecha de finalización	31/12/24						
	5. Durante el período del presente plan de acción la entidad realizará las actividades correspondientes a la fase de:										Implementación			
6. Fase	7. Actividad	8. Mes												9. Producto
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Implementación	Mapa de actores													Mapa de actores y relaciones
	Priorización de situaciones de salud pública													Documento con las situaciones en salud pública priorizadas, acordadas con la comunidad.
Operación y seguimiento	Establecimiento de canales y dispositivos de comunicación													Documento con los canales de comunicación establecidos para recibir información.
	Conformación de las REVCom													REVCom conformada
	Gestión de señales recibidas por la comunidad													Herramienta de gestión de señales
	Análisis de la información proveniente de la VBC													Boletines, informes
Evaluación	Análisis de indicadores													Boletines, informes
	Acciones de mejoramiento del proceso													Planes de mejora

Fuente: anexos enviados por el INS, Año 2024

Tabla 226. Lista de chequeo del Departamento Norte de Santander, Año 2024

	Lista de chequeo preparación para la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC)					
1. Nombre de la entidad:	Instituto Departamental de Salud			2. Nombre de la persona que diligencia	Yenny Alexandra Bautista Garnica	
3. Fecha de diligenciamiento:	Día	Mes	Año	4. Cargo de la persona que diligencia	P.U VSP Área Metropolitana - Responsable de Sanidad Portuaria - Responsable de VBC	
	26	4	2024			
Por favor marcar con una X según corresponda						
5. Identificación de recursos disponibles					SI	NO
5.1 ¿Los recursos con los que cuenta la entidad son suficientes para iniciar las actividades de VBC?						X
6. Comprensión del proceso					SI	NO
6.1 ¿El talento humano ha sido formado en VBC?					X	
7. Articulación sectorial					SI	NO
7.1. ¿Se cuentan con rutas de atención integral para los eventos de interés en salud pública en el territorio?					X	
7.2 ¿La VBC hace parte de los procesos definidos de la Vigilancia en Salud Pública?					X	
7.3 ¿Se cuenta con mecanismos para activar otros sectores, según corresponda?					X	

Fuente: anexos enviados por el INS, Año 2024

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 490 de 531

Fase 2 planeación:

La fase de planeación permitió establecer la ruta metodológica y operativa para el desarrollo de la estrategia de vigilancia basada en la comunidad en los 40 municipios del departamento de Norte de Santander durante el año 2024. Esta etapa fue clave para definir los vigías y gestores comunitarios responsables en cada uno de los municipios. Para ello, se utilizó el Anexo 4 (Mapa de Actores), herramienta mediante la cual se identificaron los líderes, instituciones y actores clave presentes en el territorio. Asimismo, se brindó orientación a los responsables municipales sobre la importancia del Anexo 6, documento destinado a registrar la priorización de barrios, veredas y corregimientos donde se presentan situaciones que afectan la seguridad, la convivencia o el bienestar de la comunidad. Esta información fue fundamental para enfocar las acciones de vigilancia en los sectores con mayores niveles de riesgo o vulnerabilidad.

Al cierre de la fase de planeación, el departamento de Norte de Santander contó con un total de 204 vigías comunitarios y 223 gestores territoriales

Tabla 227. Actores comunitarios de vigías y gestores del Departamento norte de Santander, Año 2024

Actores Comunitarios		N°
Gestores		223
Vigías		204
Total		427

Fuente: Base de datos enviada por el INS año 2024

Fase 3 implementación:

La fase de implementación de la estrategia de Vigilancia Basada en la Comunidad (VBC) en el departamento de Norte de Santander se desarrolló entre los meses de marzo a diciembre del año 2024. Durante este periodo, se ejecutaron las actividades contenidas en los planes de trabajo de cada uno de los 40 municipios, activando los procesos comunitarios y fortaleciendo los canales de comunicación entre la ciudadanía y las instituciones locales. Esta etapa fue liderada por los responsables de vigilancia basada en comunidad en compañía de sus vigías y gestores territoriales, quienes facilitaron la ejecución de acciones en zonas previamente priorizadas.

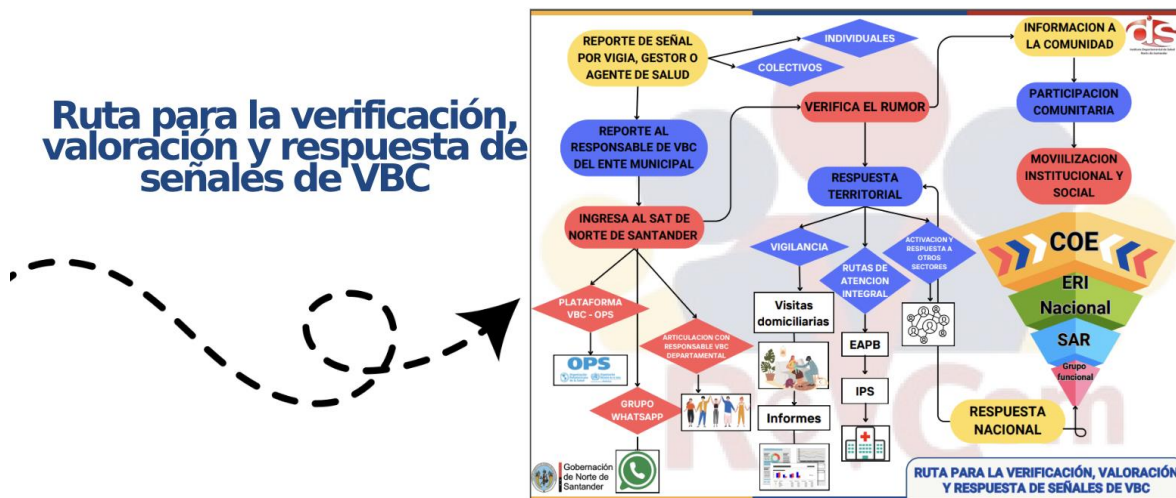
Una de las principales herramientas utilizadas durante esta fase fue el sistema de reporte de señales, el cual permitió identificar, registrar y canalizar de manera oportuna las situaciones que representaban riesgos o afectaciones a la seguridad y convivencia comunitaria de los 40 municipios del departamento. Esta información fue recopilada y documentada a través del Anexo 7 (Reporte de Señales), que sirvió como instrumento oficial para consolidar los datos en cada uno de los municipios. Gracias a este mecanismo, los vigías y gestores territoriales pudieron notificar hechos relevantes a las autoridades competentes, y así facilitando la respuesta institucional y la toma de decisiones en el territorio de manera inmediata.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 491 de 531

En el consolidado departamental del año 2024, se evidenció un total de 427 señales reportadas en los 40 municipios del departamento de Norte de Santander. En donde cada responsable dio una respuesta más ágil y un fortaleciendo los canales de comunicación entre la comunidad y las entidades responsables de la seguridad y la convivencia.

Durante la fase de implementación, se estableció un flujo de información claro y funcional para los responsables de vigilancia basada en comunidad con el fin de tener claro la ruta del reporte emitido por vigías, gestores y comunidad.

Tabla 228. Ruta para la verificación, valoración y respuesta de señales del Departamento Norte de Santander, Año 2024



Fuente: flujograma realizado por el en territorial, Año 2024

Fase 4 operación:

La fase de operación representó la etapa activa y sostenida de ejecución de la estrategia de Vigilancia Basada en la Comunidad (VBC) en los 40 municipios del departamento de Norte de Santander.

consistió en mantener, reforzar y monitorear las acciones previamente implementadas, asegurando su continuidad y articulación con las autoridades locales, Durante esta etapa, se consolidaron los equipos comunitarios y se dio seguimiento a los planes de trabajo establecidos, garantizando que las actividades respondieran a las necesidades reales del territorio. Los vigías y gestores territoriales jugaron un papel clave en la recolección de

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 492 de 531

información, reporte de señales, activación de redes de apoyo y acompañamiento a las comunidades en procesos de prevención, vigilancia.

Acciones que se desarrollaron en la implementación:

- Mantenimiento activo de canales comunitarios de comunicación (grupos de WhatsApp, encuentros barriales, redes de apoyo).

Se creó un grupo de WhatsApp que integra a los responsables de vigilancia basada en comunidad y a representantes de la comunidad de los 40 municipios del departamento, con el fin de facilitar la comunicación, resolver inquietudes en tiempo real y atender de manera oportuna las situaciones que se presentan en cada territorio.

- Acompañamiento continuo a los frentes de seguridad comunitaria y comités de vigilancia.

En la fase de operación se fortaleció el trabajo de los Comités de Vigilancia Comunitaria (COVECOM) como instancia clave de articulación entre la comunidad y las instituciones en los 40 municipios del departamento de Norte de Santander, permitió que se realizaran, durante el año 2024, seis reuniones del Comité de Vigilancia Comunitaria (COVECOM) a nivel departamental, lideradas por el Instituto Departamental de Salud. Paralelamente, cada responsable de la Vigilancia Basada en la Comunidad (VBC) llevó a cabo los respectivos COVECOM en sus municipios, como parte del compromiso local con la estrategia. El propósito de estas reuniones fue socializar con la comunidad las actividades ejecutadas, los eventos o situaciones reportadas y las acciones implementadas para dar solución a dichas problemáticas, promoviendo la participación ciudadana y la transparencia en la gestión de la salud pública.

- Reporte y canalización constante de señales a través del Anexo 7.

Durante el año 2024, los municipios del departamento de Norte de Santander realizaron el reporte de situaciones mediante el Anexo 7, Este instrumento permitió identificar, registrar y comunicar de forma oportuna los eventos que afectaron la salud pública y el bienestar de la población, fortaleciendo la capacidad de respuesta del sistema de salud y promoviendo una articulación efectiva entre las comunidades y las autoridades competentes.

- Fortalecimiento del talento humano

Durante el año 2024 se realizó un taller de formación de formadores en Vigilancia Basada en la Comunidad (VBC), con la participación de los 40 municipios del departamento de Norte de Santander. En este espacio también estuvieron presentes profesionales de apoyo del área de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Departamental de Salud, referentes de distintas áreas de la Gobernación y representantes de organizaciones de cooperación internacional con presencia en el departamento. El objetivo del taller fue fortalecer las capacidades locales para la implementación efectiva de la VBC, promoviendo la articulación interinstitucional y la participación

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 493 de 531

comunitaria en la identificación y respuesta oportuna frente a situaciones que afectan la salud y el bienestar de la población.

La fase de operación permitió sostener la estrategia de manera continua en el tiempo, pasando de una intervención puntual a una presencia comunitaria activa y organizada, generando mayor capacidad local para anticiparse a riesgos y responder a problemáticas de convivencia y seguridad.

Fase 5 Evaluación:

La Fase 5 de Evaluación permitió analizar de manera sistemática los avances, logros y desafíos de la implementación de la estrategia de Vigilancia Basada en la Comunidad (VBC) durante el año 2024 en los 40 municipios del departamento de Norte de Santander. Esta etapa incluyó la revisión de los planes de trabajo, la consolidación de los reportes de señales (Anexo 7), el análisis de la participación comunitaria y la verificación del cumplimiento de los compromisos interinstitucionales. Se aplicaron instrumentos de evaluación, lo que permitió identificar buenas prácticas, barreras operativas y oportunidades de mejora. Como resultado, se evidenció un aumento en la participación comunitaria, mayor capacidad de respuesta local y un fortalecimiento del vínculo entre la ciudadanía y las autoridades. Esta evaluación final constituye la base para la formulación de acciones correctivas y la planificación de futuras fases de sostenibilidad de la estrategia.

EVENTOS DEPARTAMENTALES

Salud mental

Introducción

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Las personas que las padecen son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, aunque no siempre es necesariamente así.

Los trastornos mentales y los trastornos relacionados con sustancias psicoactivas tienen una gran prevalencia en todo el mundo y son causas importantes de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. Sin embargo, los

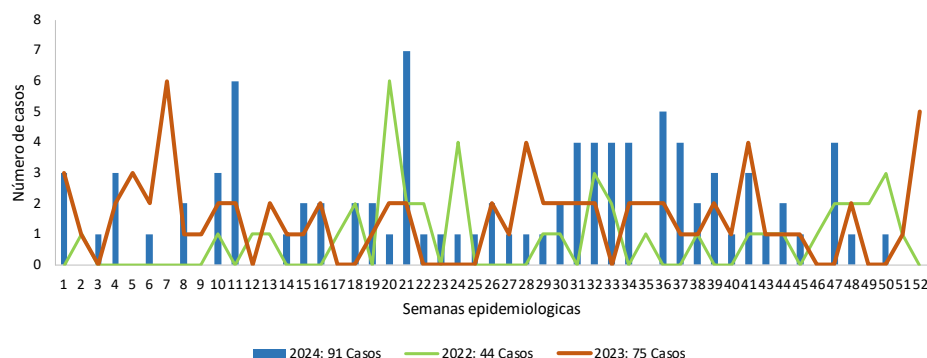
 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 494 de 531

recursos asignados por los países para abordar esta carga son insuficientes, se distribuyen de manera desigual y, a veces, se utilizan de manera ineficiente. En conjunto, esto ha provocado una brecha de tratamiento que, en muchos países, supera el 70%. El estigma, la exclusión social y la discriminación que rodean a las personas con trastornos mentales agravan la situación. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Alcoholismo

Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 91 casos de Alcoholismo notificados al Sivigila, posterior a depuración de base de datos, desestimando duplicados, y repetido. En comparación con el año 2023 se evidencia un incremento en el número de casos notificados de 16 casos que equivalen al 17,6%.

Gráfica 114. Comportamiento notificación de casos consumo de sustancias psicoactivas, Norte de Santander 2022- 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 se notificaron 91 casos de Alcoholismo al Sivigila, de los cuales el 84,6% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 82,4% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la población pertenece a otros grupos. El grupo de edad 45 a 54 años fue el de mayor notificación.

Tabla 228. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de Alcoholismo, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad Social	Subsidiado	77	84,6
	Contributivo	8	8,8
	No asegurado	2	2,2
	Excepción	2	2,2
	Indeterminado	2	2,2
Étnia	Otro	91	100,0
Grupo de edades	13 a 14	1	1,1
	15 a 24	8	8,8
	25 a 34	12	13,2
	35 a 44	18	19,8
	45 a 54	19	20,9
	55 a 64	15	16,5
	65 y mas	18	19,8
Área de residencia	Cabecera municipal	75	82,4
	Centro poblado	8	8,8
	Rural disperso	8	8,8

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Alcoholismo los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Ocaña, seguido del municipio de cúcuta, la tasa más alta de incidencia la tiene Ocaña con 39,2 por 100.000 habitantes.

Tabla 229. Distribución de casos notificados del evento Alcoholismo según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

Municipio de	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia *
Ocaña	135.344	53	39,2
Cucuta	812.176	12	1,5
Chitaga	13.330	3	22,5
El Carmen	15.080	3	19,9
Los Patios	103.733	3	2,9
Abrego	35.936	2	5,6
Chinacota	19.845	2	10,1
Convencion	21.175	2	9,4
El Tarra	23.521	2	8,5
Cucutilla	9.280	1	10,8
Durania	5.197	1	19,2
Hacari	11.559	1	8,7
La Playa	8.741	1	11,4
Pamplona	56.894	1	1,8
Ragonvalia	6.751	1	14,8
Teorama	18.731	1	5,3
Tibu	62.151	1	1,6
Villa Del Rosario	116.221	1	0,9
Norte de Santander	1.709.570	91	5,3

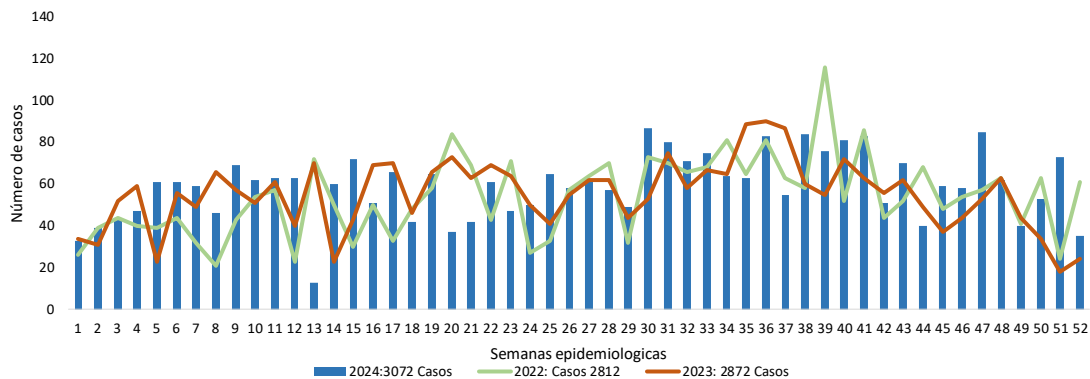
Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 496 de 531

Ansiedad

Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 3072 casos de ansiedad notificados al Sivigila. En comparación con el año 2023 se evidencia un incremento en el número de casos notificados de 260 casos que equivalen al 11.7%.

Gráfica 115. Comportamiento notificación de casos ansiedad, Norte de Santander 2022-2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 de la semana 1 a la 52 se notificaron 3072 casos de Ansiedad al Sivigila, de los cuales el 66,2% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 91.6% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la mayor parte de la población pertenece a otros grupos. Por grupo de edad el mayor reporte se presenta en las edades de 15 a 14 años con un 21,5%.

Tabla 230. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de Ansiedad, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad Social	Subsidiado	2034	66,2
	Contributivo	643	20,9
	No asegurado	161	5,2
	Excepción	174	5,7
	Indeterminado	60	2,0
Étnia	Otro	3059	99,6
	Rom Gitano	6	0,2
	Negro mulato afro coloml	4	0,1
	Indígena	2	0,1
	Raizal	1	0,0
Grupo de edades	15 a 24	659	21,5
	25 a 34	541	17,6
	35 a 44	483	15,7
	45 a 54	413	13,4
	5 a 14	212	6,9
	55 a 64	391	12,7
	65 y mas	373	12,1
Área de residencia	Cabecera municipal	2814	91,6
	Rural disperso	183	6,0
	Centro poblado	75	2,4

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Ansiedad los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Cúcuta, seguido del municipio de Ocaña; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Ocaña con 428,5 por 100.000 habitantes, seguido de municipio de Chinacota con 332,6 casos por 100.000mil habitantes.

Tabla 231. Distribución de casos notificados de Ansiedad según municipio de residencia, Norte de Santander, 2024

Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Cucuta	812.176	1617	199,1
Ocaña	135.344	580	428,5
Los Patios	103.733	161	155,2
Villa del Rosario	116.221	153	131,6
Pamplona	56.894	152	267,2
Chinácota	19.845	66	332,6
Tibú	62.151	58	93,3
El Zulia	30.816	33	107,1
Ábrego	35.936	25	69,6
Bochalema	9.385	21	223,8
Chitagá	13.330	20	150,0
Convención	21.175	16	75,6
Pamplonita	6.239	15	240,4
Puerto Santander	9.913	14	141,2
Sardinata	28.989	13	44,8
Teorama	18.731	13	69,4
Ragonvalia	6.751	12	177,8
El Tarra	23.521	9	38,3
Cácota	3.181	8	251,5
Toledo	17.714	8	45,2
Cucutilla	9.280	7	75,4
San Calixto	14.496	7	48,3
Durania	5.197	6	115,5
Hacarí	11.559	6	51,9
Salazar	11.664	6	51,4
San Cayetano	8.102	6	74,1
Villa Caro	5.727	6	104,8
Arboledas	11.028	5	45,3
El Carmen	15.080	5	33,2
Gramalote	8.346	5	59,9
La Playa	8.741	4	45,8
Labateca	7.189	4	55,6
Lourdes	4.537	3	66,1
Silos	7.127	3	42,1
Santiago	3.861	2	51,8
Bucarasica	7.263	1	13,8
Herrán	7.841	1	12,8
Mutiscua	4.843	1	20,6
Norte de Santander	1.709.570	3072	179,7

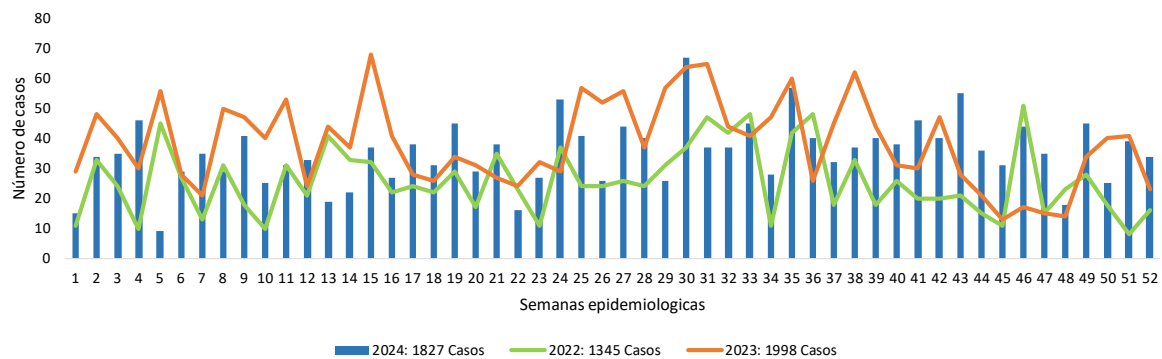
Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 499 de 531

Depresión

Al realizar un análisis del evento Depresión notificado en el SIVIGILA se evidencia que para el año 2024 se registraron 1827 En comparación con el año 2023 se evidencia un decremento en el número de casos notificados de 171 casos que equivalen al 9.36%.

Gráfica 116. Comportamiento notificación de casos Depresión, Norte de Santander 2022 -2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

De los 1827 casos de Depresión depurados en la base de datos del Sivigila, el 61,2% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 93,4% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la mayor parte de la población pertenece a otros grupos. El grupo de edad más significativo en la notificación fue el de 15 a 24 años.

Tabla 232. Distribución de casos notificados de Ansiedad características sociodemográficas, Norte de Santander, 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad social	Subsidiado	1119	61,2
	Contributivo	454	24,8
	No asegurado	78	4,3
	Excepción	128	7,0
	Indeterminado	48	2,6
Étnia	Otro	1817	99,5
	Rom Gitano	7	0,4
	Indígena	1	0,1
	Palenquero	1	0,1
	Negro mulato afro colombiano	1	0,1
Grupo de edades	15 a 24	483	26,4
	25 a 34	273	14,9
	35 a 44	213	11,7
	4 a 14	151	8,3
	45 a 54	232	12,7
	55 a 64	229	12,5
	65 y mas	246	13,5
Área de residencia	Cabecera municipal	1707	93,4
	Centro poblado	46	2,5
	Rural disperso	74	4,1

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Depresión los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Cúcuta, seguido del municipio de Ocaña; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Chinacota con 211,6 por 100.000 habitantes, seguido del municipio de Bochalema con 159,8 por cien mil habitantes.

Tabla 233. Distribución de casos notificados de Depresión según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Cucuta	812.176	1181	145,4
Ocaña	135.344	149	110,1
Villa Del Rosario	116.221	109	93,8
Los Patios	103.733	87	83,9
Pamplona	56.894	76	133,6
Chinacota	19.845	42	211,6
Tibu	62.151	37	59,5
El Zulia	30.816	18	58,4
Bochalema	9.385	15	159,8
Chitaga	13.330	10	75,0
Abrego	35.936	9	25,0
Puerto Santander	9.913	9	90,8
Sardinata	28.989	9	31,0
Villa Caro	5.727	6	104,8
Cacota	3.181	5	157,2
Cucutilla	9.280	5	53,9
El Tarra	23.521	5	21,3
Toledo	17.714	5	28,2
Convencion	21.175	4	18,9
San Calixto	14.496	4	27,6
San Cayetano	8.102	4	49,4
Teorama	18.731	4	21,4
El Carmen	15.080	3	19,9
Gramalote	8.346	3	35,9
Labateca	7.189	3	41,7
Lourdes	4.537	3	66,1
Pamplonita	6.239	3	48,1
Salazar	11.664	3	25,7
Arboledas	11.028	2	18,1
Bucarasica	7.263	2	27,5
Durania	5.197	2	38,5
Hacari	11.559	2	17,3
Ragonvalia	6.751	2	29,6
Silos	7.127	2	28,1
Cachira	12.500	1	8,0
La Playa	8.741	1	11,4
Mutiscua	4.843	1	20,6
Santiago	3.861	1	25,9
Total General	1.709.570	1827	106,9

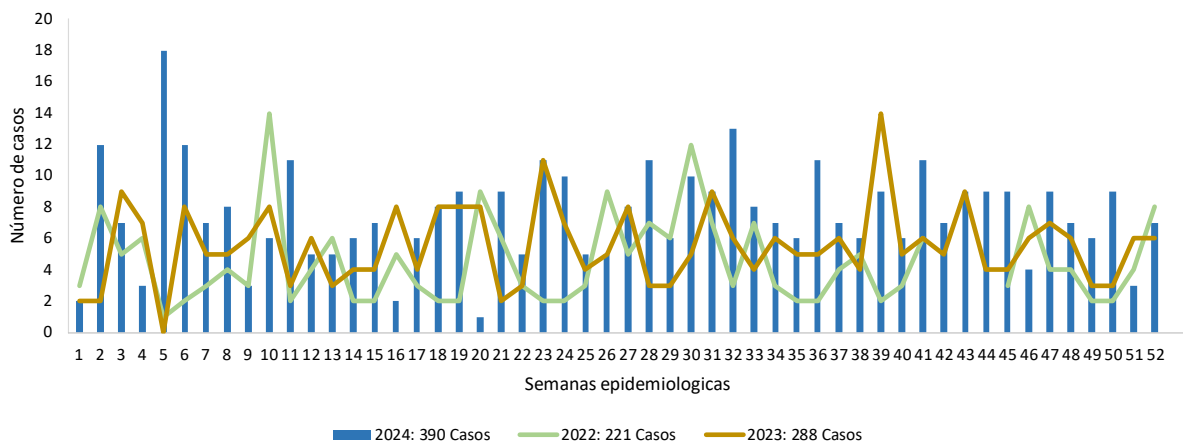
Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 502 de 531

Psicosis

Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 390 casos de consumo de sustancias psicoactivas notificados al Sivigila. En comparación con el año 2023 se evidencia un incremento en el número de casos notificados de 169 casos que equivalen al 23,5%.

Gráfica 117. Comportamiento notificación de Psicosis, Norte de Santander 2022- 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 se notificaron 390 casos de Psicosis al Sivigila, de los cuales el 74,1% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 20,2% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la población pertenece a otros grupos. El grupo de edad 15 a 24 años fue el de mayor notificación.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 503 de 531

Tabla 234. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de Sicosis, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad social	Subsidiado	289	74,1
	Contributivo	48	3,0
	No asegurado	35	2,2
	Excepción	12	0,7
	Indeterminado	6	0,4
Étnia	Otro	390	24,0
Grupo de edades	10 a 14	34	2,1
	15 a 24	115	7,1
	25 a 34	78	4,8
	35 a 44	53	3,3
	45 a 54	39	2,4
	55 a 64	32	2,0
	65 Años y mas	39	2,4
Área de residencia	Cabecera municipal	328	20,2
	Rural disperso	45	2,8
	Centro poblado	17	1,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Psicosis los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Cúcuta, seguido del municipio de Ocaña; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Ocaña con 59,1 por 100.000 habitantes, seguido del municipio de Puerto Santander con 40,4 por cien mil habitantes.

Tabla 235. Distribución de casos notificados del evento consumo de sustancias psicoactivas según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Cúcuta	812.176	187	23,0
Ocaña	135.344	80	59,1
Los Patios	103.733	17	16,4
Villa del Rosario	116.221	14	12,0
Pamplona	56.894	10	17,6
Tibú	62.151	9	14,5
Ábrego	35.936	7	19,5
El Zulia	30.816	6	19,5
Chinácota	19.845	5	25,2
Convención	21.175	5	23,6
San Calixto	14.496	5	34,5
Teorama	18.731	5	26,7
El Tarra	23.521	4	17,0
Hacarí	11.559	4	34,6
Puerto Santander	9.913	4	40,4
Salazar	11.664	4	34,3
La Playa	8.741	3	34,3
Arboledas	11.028	2	18,1
Cucutilla	9.280	2	21,6
El Carmen	15.080	2	13,3
Pamplonita	6.239	2	32,1
Ragonvalia	6.751	2	29,6
Sardinata	28.989	2	6,9
Toledo	17.714	2	11,3
Bochalema	9.385	1	10,7
Cáchira	12.500	1	8,0
Cácota	3.181	1	31,4
Durania	5.197	1	19,2
Gramalote	8.346	1	12,0
Labateca	7.189	1	13,9
Villa Caro	5.727	1	17,5
Total general	1.709.570	390	22,8

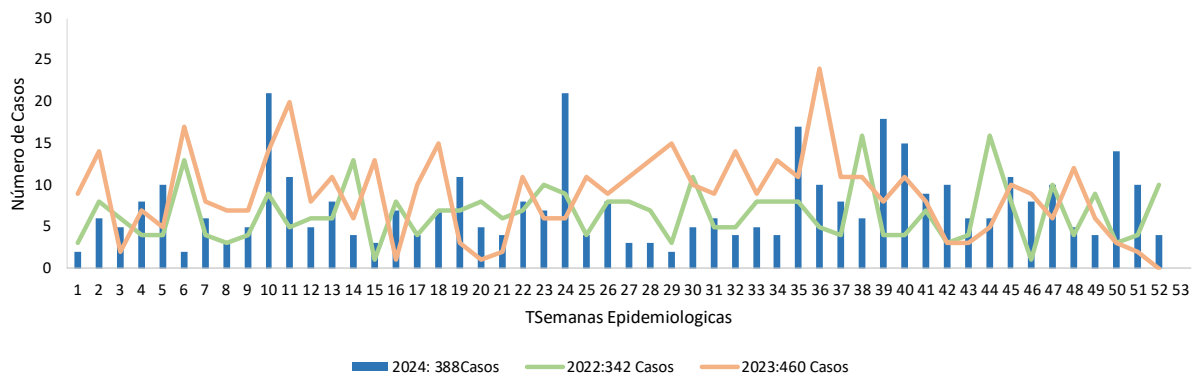
Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 505 de 531

Síndrome convulsivo / epilepsia

Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 388 casos de Síndrome convulsivo / epilepsia notificados al Sivigila. En comparación con el año 2023 se evidencia un decremento en el número de casos notificados de 72 casos que equivalen al 18,5%.

Gráfica 118. Comportamiento notificación de casos Síndrome convulsivo / epilepsia, Norte de Santander 2022-2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 se notificaron 388 casos de Síndrome convulsivo / epilepsia al Sivigila, de los cuales el 3,1% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 81,7% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la población otro grupos con 99%. El grupo de edad 15 a 24 años fue el de mayor notificación.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 506 de 531

Tabla 236. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de Síndrome convulsivo / epilepsia, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad social	Subsidiado	12	3,1
	Indígena	2	0,5
	Negro mulato afro colombiano	2	0,5
	Contributivo	1	0,3
Étnia	Otro	384	99,0
	Indígena	2	0,5
	Negro mulato afro colombiano	2	0,5
Grupo de edades	1 a 14	105	27,1
	15 a 24	58	14,9
	25 a 34	46	11,9
	35 a 44	56	14,4
	45 a 54	55	14,2
	55 a 64	25	6,4
	65 y mas	43	11,1
Área de residencia	Cabecera municipal	317	81,7
	Rural disperso	48	12,4
	Centro poblado	23	5,9

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Síndrome convulsivo / epilepsia los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Ocaña, seguido del municipio de Cúcuta; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Ragonvalia con 192,6 por 100.000 habitantes, seguido del municipio de Chinacota con 100,8 por 100.000 habitantes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 507 de 531

Tabla 237. Distribución de casos notificados del evento Síndrome convulsivo / epilepsia según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Ocaña	135.344	99	73,1
Cucuta	812.176	83	10,2
Villa Del Rosario	116.221	78	67,1
Pamplona	56.894	21	36,9
Chinacota	19.845	20	100,8
Ragonvalia	6.751	13	192,6
Tibu	62.151	11	17,7
Chitaga	13.330	9	67,5
Convencion	21.175	8	37,8
Los Patios	103.733	6	5,8
Abrego	35.936	4	11,1
Durania	5.197	4	77,0
El Carmen	15.080	4	26,5
El Tarra	23.521	4	17,0
Teorama	18.731	4	21,4
Cucutilla	9.280	3	32,3
Hacari	11.559	3	26,0
Cacota	3.181	2	62,9
San Calixto	14.496	2	13,8
Arboledas	11.028	1	9,1
Bochalema	9.385	1	10,7
El Zulia	30.816	1	3,2
Herran	7.841	1	12,8
La Playa	8.741	1	11,4
Mutiscua	4.843	1	20,6
Salazar	11.664	1	8,6
San Cayetano	8.102	1	12,3
Sardinata	28.989	1	3,4
Silos	7.127	1	14,0
Total general	1.709.570	388	22,7

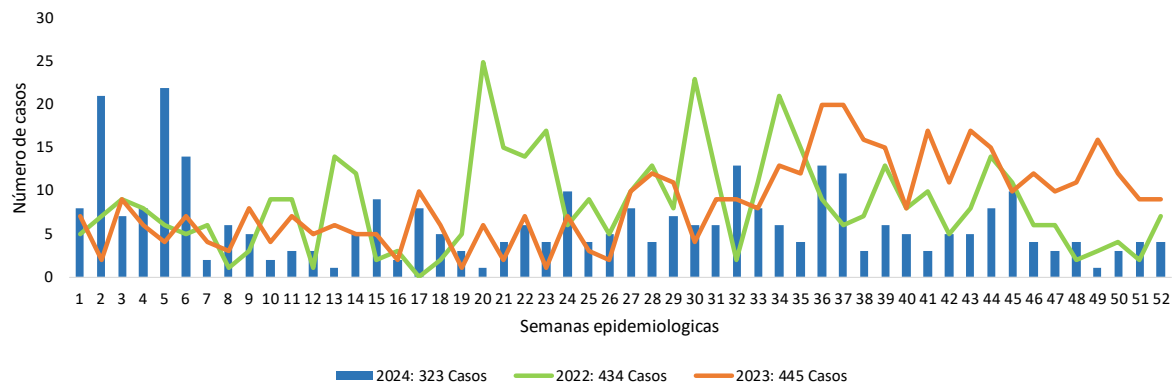
Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 508 de 531

Transtorno Afectivo Bipolar

Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 323 casos Transtorno Afectivo Bipolar notificados al Sivigila. En comparación con el año 2023 se evidencia un decremento en el número de casos notificados de 122 casos que equivalen al 37,7%.

Gráfica 119. Comportamiento notificación de casos Transtorno Afectivo Bipolar, Norte de Santander 2022- 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 se notificaron 323 casos de Transtorno Afectivo Bipolar al Sivigila, de los cuales el 77,1% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 89,5% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la población pertenece a otros grupos. El grupo de edad 35 a 44 años fue el de mayor notificación.

Tabla 238. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de Transtorno Afectivo Bipolar, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad social	Subsidiado	249	77,1
	Contributivo	37	11,5
	No asegurado	22	6,8
	Indeterminado	13	4,0
	Excepción	2	0,6
Étnia	Otro	323	100,0
Grupo de edades	10 a 14 Años	5	1,5
	15 a 24	38	11,8
	25 a 34	57	17,6
	35 a 44	70	21,7
	45 a 54	53	16,4
	55 a 64	54	16,7
	65 Años y mas	46	14,2
Área de residencia	Cabecera municipal	289	89,5
	Rural disperso	30	9,3
	Centro poblado	4	1,2

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Transtorno Afectivo Bipolar los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Cúcuta, seguido del municipio de Ocaña; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Pamplonita con 64,1 por 100.000 habitantes, seguido del municipio de Sardinata con 49,4 por 100.000 habitantes.

Tabla 239. Distribución de casos notificados del evento Transtorno Afectivo Bipolar según municipio de residencia, Norte de Santander, 2024

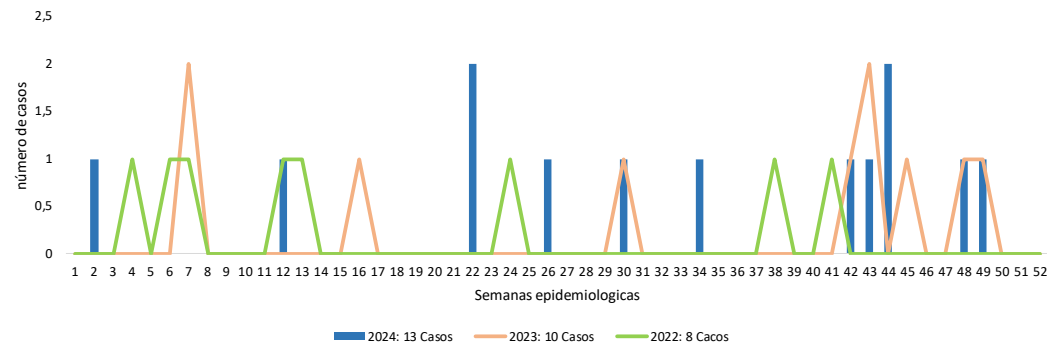
Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Cucuta	812.176	196	24,1
Ocaña	135.344	31	22,9
Villa Del Rosario	62.151	21	33,8
Pamplona	56.894	11	19,3
Chinacota	19.845	8	40,3
Los Patios	103.733	8	7,7
Chitaga	13.330	6	45,0
El Zulia	30.816	5	16,2
Pamplonita	6.239	4	64,1
Sardinata	8.102	4	49,4
Tibu	62.151	4	6,4
Abrego	35.936	3	8,3
Arboledas	11.028	3	27,2
Ragonvalia	6.751	3	44,4
Salazar	11.664	3	25,7
Bochalema	9.385	2	21,3
Cucutilla	9.280	2	21,6
Durania	5.197	2	38,5
El Tarra	23.521	2	8,5
Lourdes	4.537	1	22,0
Mutiscua	4.843	1	20,6
San Calixto	14.496	1	6,9
Silos	7.127	1	14,0
Toledo	17.714	1	5,6
Total general	1.709.570	323	18,9

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Transtorno Alimentario (bulimia-anorexia)

Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 1533 casos Transtorno Alimentario (bulimia-anorexia) notificados al Sivigila. En comparación con el año 2023 se evidencia un incremento en el número de casos notificados de 3 casos que equivalen al 30%.

Gráfica 120. Comportamiento notificación de casos Transtorno Alimentario (bulimia-anorexia), Norte de Santander 2022- 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 se notificaron 13 casos de Transtorno Alimentario (bulimia-anorexia) al Sivigila, de los cuales el 3,7% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 3,7% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la población pertenece a otros grupos. El grupo de edad 15 a 24 años fue el de mayor notificación.

Tabla 240. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de Transtorno Alimentario (bulimia-anorexia), Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad social	Subsidiado	12	3,7
	Contributivo	1	0,3
Étnia	Otro	13	4,0
Grupo de edades	15 a 24	6	1,9
	25 a 34	1	0,3
	45 a 54	1	0,3
	7 a 14 Años	5	1,5
Área de residencia	Cabecera municipal	12	3,7
	Centro poblado	1	0,3

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Transtorno Alimentario (bulimia-anorexia) el municipio con mayor número de casos por municipio de residencia fue Cúcuta; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Teorama con 5,3 por 100.000 habitantes.

Tabla 241. Distribución de casos notificados del evento consumo de sustancias psicoactivas según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

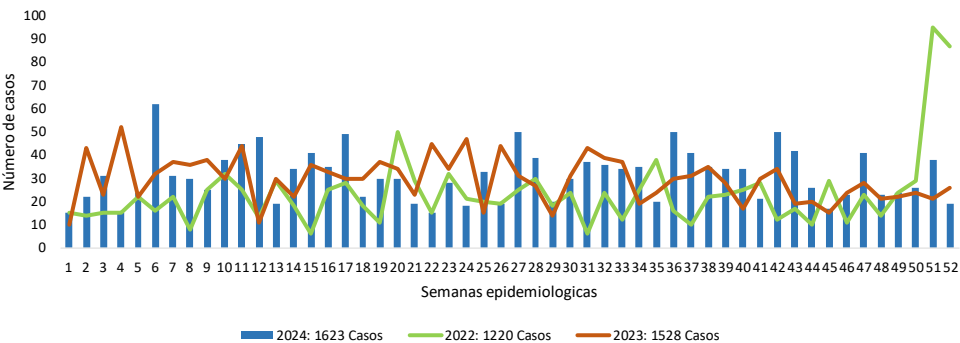
Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Cúcuta	812.176	10	1,2
Ocaña	135.344	1	0,7
Teorama	18.731	1	5,3
Villa del Rosario	62.151	1	1,6
Total general	17.714	13	73,4

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Consumo de sustancias psicoactivas - SPA

Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 1623 casos de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) notificados al Sivigila. En comparación con el año 2023 se evidencia un incremento en el número de casos notificados de casos que equivalen al 5,85%.

Gráfica 121. Comportamiento notificación de casos consumo de sustancias psicoactivas SPA, Norte de Santander 2022- 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 se notificaron 1623 casos de Consumo de sustancias Psicoactivas PSA al Sivigila, de los cuales el 76,6% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 96,2% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la población pertenece a otros grupos. El grupo de edad 15 a 24 años fue el de mayor notificación.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 513 de 531

Tabla 242. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de SPA, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad social	Subsidiado	1243	76,6
	Contributivo	162	10,0
	No asegurado	173	10,7
	Excepción	37	2,3
	Indeterminado	8	0,5
Étnia	Otro	1623	100,0
Grupo de edades	12 a 14	78	4,8
	15 a 24	689	42,5
	25 a 34	500	30,8
	35 a 44	219	13,5
	45 a 54	77	4,7
	55 a 64	44	2,7
	65 y mas	16	1,0
Área de residencia	Cabecera municipal	1562	96,2
	Centro poblado	34	2,1
	Rural disperso	27	1,7

Fuente: SiviGila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Consumo de sustancias Psicoactivas PSA los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Cúcuta, seguido del municipio de Ocaña; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Ocaña con 163,3 por 100.000 habitantes, seguido del municipio de Cúcuta con 138,8 por cien mil habitantes.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 514 de 531

Tabla 243. Distribución de casos notificados del evento consumo de sustancias psicoactivas según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Cúcuta	812.176	1127	138,8
Ocaña	135.344	221	163,3
Los Patios	103.733	98	94,5
Villa Del Rosario	116.221	78	67,1
Pamplona	56.894	23	40,4
El Zulia	30.816	20	64,9
Chinacota	19.845	13	65,5
Tibu	62.151	7	11,3
Sardinata	28.989	4	13,8
Arboledas	11.028	3	27,2
El Carmen	15.080	3	19,9
El Tarra	23.521	3	12,8
Toledo	17.714	3	16,9
Villa Caro	5.727	3	52,4
Abrego	35.936	2	5,6
Durania	5.197	2	38,5
Pamplonita	6.239	2	32,1
Puerto Santander	9.913	2	20,2
Ragonvalia	6.751	2	29,6
San Cayetano	8.102	2	24,7
Bochalema	9.385	1	10,7
Gramalote	8.346	1	12,0
Lourdes	4.537	1	22,0
Mutiscua	4.843	1	20,6
Teorama	18.731	1	5,3
Total General	1.709.570	1623	94,9

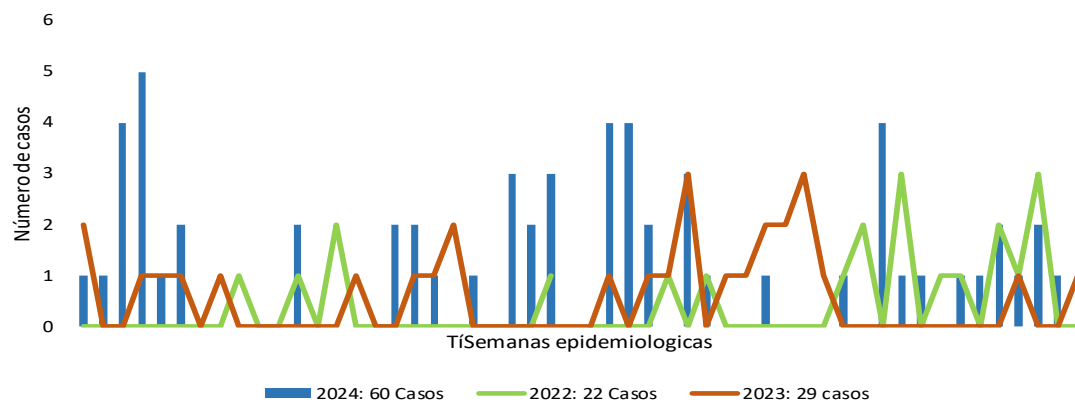
Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 515 de 531

Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Bazuco

Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 60 casos de consumo de sustancias psicoactivas- Bazuco notificados al Sivigila. En comparación con el año 2023 se evidencia un incremento en el número de casos notificados de 31 casos que equivalen al 51,6%.

Gráfica 122. Comportamiento notificación de casos consumo de sustancias psicoactivas - Bazuco, Norte de Santander 2022- 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 se notificaron 60 casos de Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Bazuco al Sivigila, de los cuales el 78,3% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 95% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la población pertenece a otros grupos. El grupo de edad 25 a 34 años fue el de mayor notificación.

Tabla 244. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de SPA - Bazuco, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad Social	Subsidiado	47	78,3
	No asegurado	6	10,0
	Contributivo	4	6,7
	Excepción	3	5,0
Étnia	Otro	60	100,0
Grupo de edades	12 a 14	5	8,3
	15 a 24	15	25,0
	25 a 34	26	43,3
	35 a 44	7	11,7
	45 a 54	6	10,0
	55 a 64	1	1,7
Área de residencia	Cabecera municipal	57	95,0
	Rural disperso	2	3,3
	Centro poblado	1	1,7

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Bazuco los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Cúcuta, seguido del municipio de Ocaña; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Pamplona con 10,5 por 100.000 habitantes, seguido del municipio de Ocaña con 9,6 por cien mil habitantes.

Tabla 245. Distribución de casos notificados del evento Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Bazuco según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Cucuta	812.176	35	4,3
Ocaña	135.344	13	9,6
Pamplona	56.894	6	10,5
Villa del Rosario	116.221	2	1,7
Chinacota	19.845	1	5,0
El Tarra	23.521	1	4,3
El Zulia	30.816	1	3,2
Los Patios	103.733	1	1,0
Norte de Santander	1.709.570	60	3,5

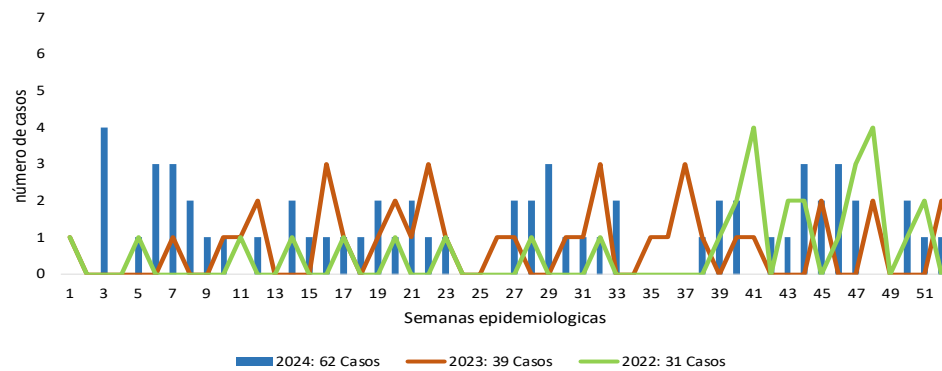
Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 517 de 531

Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Cocaína

Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 62 casos de Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Cocaína notificados al Sivigila,. En comparación con el año 2023 se evidencia un incremento en el número de casos notificados de 31 casos que equivalen al 50%.

Gráfica 123. Comportamiento notificación de casos Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Cocaína, Norte de Santander 2022- 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 se notificaron 62 casos de Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Cocaína al Sivigila, de los cuales el 75,8% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 93,5% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica el 98.4 pertenecen a la población otros grupos. El grupo de edad 15 a 24 años fue el de mayor notificación.

Tabla 246. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Cocaína, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad Social	Subsidiado	47	75,8
	Contributivo	11	17,7
	No asegurado	3	4,8
	Excepción	1	1,6
Étnia	Otro	61	98,4
	Rom Gitano	1	1,6
Grupo de edades	12 a 14 años	3	4,8
	15 a 24	27	43,5
	25 a 34	15	24,2
	35 a 44	14	22,6
	45 a 54	3	4,8
Área de residencia	Cabecera municipal	58	93,5
	Centro poblado	3	4,8
	Rural disperso	1	1,6

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Cocaína los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Cúcuta, seguido del municipio de Ocaña; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Mutiscua con 20,6 por 100.000 habitantes, seguido del municipio de Durania con 19,2 por cien mil habitantes.

Tabla 247. Distribución de casos notificados del evento consumo de sustancias psicoactivas SPA- Cocaína según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

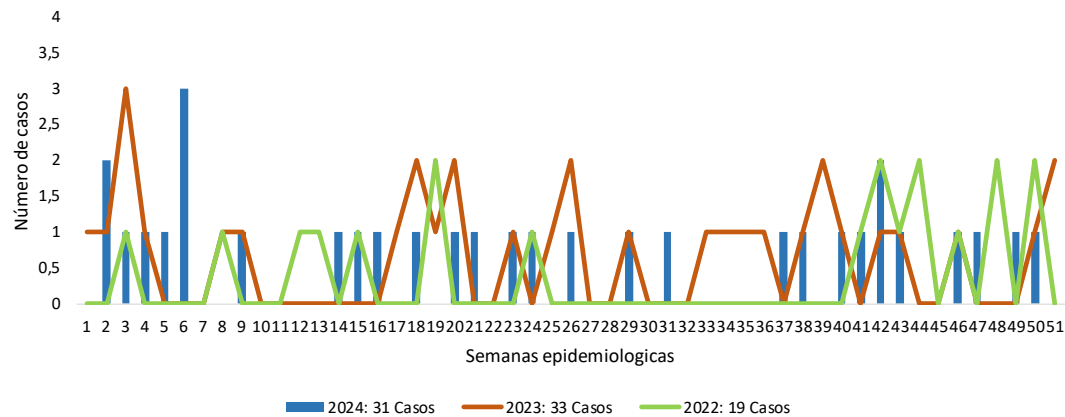
Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Cúcuta	812.176	42	5,2
Ocaña	135.344	6	4,4
Los Patios	103.733	5	4,8
Pamplona	56.894	2	3,5
Tibú	62.151	2	3,2
Chinácota	19.845	1	5,0
Chitagá	13.330	1	7,5
Durania	5.197	1	19,2
Mutiscua	4.843	1	20,6
Villa del Rosario	116.221	1	0,9
Norte de Santander	1.709.570	62	3,6

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Heroína

Durante el año 2023 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 1533 casos de consumo de sustancias psicoactivas notificados al Sivigila.. En comparación con el año 2023 se evidencia un decremento en el número de casos notificados de 2 casos que equivalen al 6,4%.

Gráfica 124. Comportamiento notificación de casos consumo de sustancias psicoactivas, Norte de Santander 2022- 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 se notificaron 31 casos de Consumo de sustancias Psicoactivas SPA - Heroína al Sivigila, de los cuales el 87,1% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 100% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la población pertenece a otros grupos. El grupo de edad 15 a 24 años fue el de mayor notificación.

Tabla 248. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de SPA, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad social	Subsidiado	27	87,1
	Contributivo	4	12,9
Étnia	Otro	31	100,0
Grupo de edades	12 a 14	3	9,7
	15 a 24	13	41,9
	25 a 34	11	35,5
	35 a 44	4	12,9
Área de residencia	Cabecera municipal	31	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Heroína el municipio con mayor número de casos por municipio de residencia fue Cúcuta; con una tasa de incidencia 3,6 por 100.000 habitantes.

Tabla 249. Distribución de casos notificados del evento consumo de sustancias psicoactivas según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

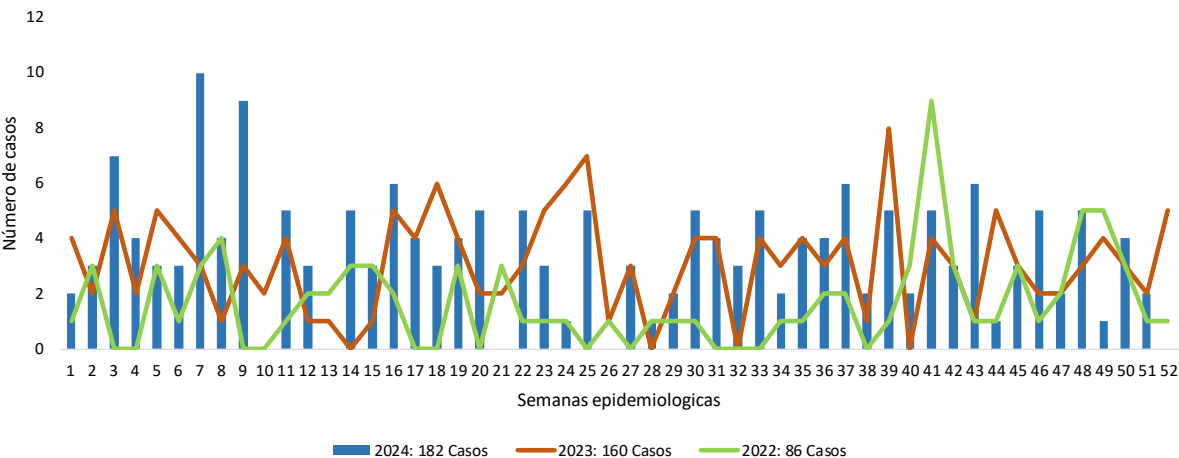
Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Cúcuta	812.176	29	3,6
Ocaña	135.344	1	0,7
Villa del Rosario	116.221	1	0,9
Norte de Santander	1.709.570	31	1,8

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Consumo de Marihuana

Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 182 casos de consumo de sustancias psicoactivas SPA – Marihuana notificados al Sivigila. En comparación con el año 2023 se evidencia un incremento en el número de casos notificados de 22 casos que equivalen al 12%.

Gráfica 125. Comportamiento notificación de casos consumo de sustancias psicoactivas, Norte de Santander 2022- 2024



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

En el año 2024 se notificaron 182 casos de Consumo de sustancias Psicoactivas SPA - Marihuana al Sivigila, de los cuales el 85,7% de los casos se presentaron en el régimen subsidiado; el 97,2% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica la población pertenece a otros grupos. El grupo de edad 15 a 24 años fue el de mayor notificación.

Tabla 250. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de SPA, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoría	Casos	%
Seguridad social	Subsidiado	156	85,7
	Contributivo	15	8,2
	Excepción	7	2,2
	No asegurado	4	3,8
Étnia	Otro	182	100,0
Grupo de edades	12 a 14 años	24	13,2
	15 a 24	100	54,9
	25 a 34	40	22,0
	35 a 44	13	7,1
	45 a 54	3	1,6
	55 a 64	2	1,1
Área de residencia	Cabecera municipal	177	97,3
	Rural disperso	4	2,2
	Centro poblado	1	0,5

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Para el evento de Consumo de sustancias psicoactivas SPA - Marihuana los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Cúcuta, seguido del municipio de Pamplona; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene Pamplona con 43,9 por 100.000 habitantes, seguido del municipio de Cúcuta con 13,9 por cien mil habitantes.

Tabla 251. Distribución de casos notificados del evento consumo de sustancias psicoactivas SPA- Marihuana según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

Municipio de Residencia	Poblacion DANE	Total Casos	Tasa de incidencia * 100,000 hab
Cucuta	812.176	113	13,9
Pamplona	56.894	25	43,9
Ocaña	135.344	16	11,8
Los Patios	103.733	12	11,6
Villa del Rosario	116.221	7	6,0
El Zulia	30.816	3	9,7
Chitaga	13.330	1	7,5
El Carmen	15.080	1	6,6
Pamplonita	6.239	1	16,0
Ragonvalia	6.751	1	14,8
Silos	7.127	1	14,0
Tibu	62.151	1	1,6
Total general	1.709.570	182	10,6

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Infecciones de transmisión sexual

introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), también conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS), son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. Pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos o parásitos. Algunas ITS comunes incluyen la clamidia, la gonorrea, la sífilis, el herpes genital, el Virus del Papiloma Humano (VPH), la tricomoniasis y el VIH. (1)

Las ITS afectan enormemente a la salud sexual y reproductiva en todo el mundo; Cada día, más de un millón de personas contraen una ITS que se puede curar. (1); La OMS calcula que, en 2020, hubo 374 millones de nuevas infecciones de alguna de estas cuatro ITS: clamidiasis (129 millones), gonorrea (82 millones), sífilis (7,1 millones) y tricomoniasis (156 millones). Más de 490 millones de personas tenían herpes genital en 2016, y unos 300 millones de mujeres tienen infección por el virus del papiloma humano, que es la principal causa de cáncer de cuello uterino y de cáncer anal entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Además, las [nuevas estimaciones de la OMS](#) indican que 254 millones de personas tenían hepatitis B en 2022. (1)

A menudo, las ITS no causan síntomas y, cuando aparecen, pueden no ser específicos de un tipo de infección.

En los países de ingresos altos se utilizan de forma generalizada pruebas moleculares precisas para diagnosticar las ITS que permiten detectar las infecciones asintomáticas. Sin embargo, los países de ingresos bajos y medianos no suelen disponer de estas pruebas para diagnosticar la clamidiosis y la gonorrea. Por otro lado, se trata de pruebas caras a las que no toda la población tiene acceso, incluso en los países que disponen de ellas. Además, a menudo se tarda en obtener los resultados y, por ello, el seguimiento, la atención y el tratamiento de los pacientes pueden interrumpirse. (2)

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 523 de 531

Materiales y Métodos

Se realizó un informe de análisis de tipo descriptivo de la situación actual de la notificación de los eventos Departamentales de transmisión sexual en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila Escritorio), posterior proceso depuración del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2024. Se empleó microsoft excel para el procesamiento de los datos; La notificación del evento se realiza de forma semanal, ingresan como casos confirmados.

Hallazgos para las Infecciones de transmisión sexual.

Las infecciones de transmisión sexual son eventos departamentales que inicia su vigilancia bajo los códigos Papiloma Virus 011, Herpes genital 012, Sífilis Adquirida 013, Infección Gonococcica 014, Infección por Clamidia 016. En el intervalo comprendido desde 01 de enero al 31 de diciembre del 2024 (periodos epidemiológicos uno a trece), se notificaron al aplicativo del Sistema Vigilancia en Salud Pública (Sivigila Escritorio) un total de 1732 casos en total.

Comportamiento de la notificación

En los casos notificados por infecciones de transmisión sexual teniendo en cuenta el municipio de residencia ingresan al sivigila escritorio un total de 1732 casos en el año 2024, teniendo un mayor aporte en la notificación con 1404 casos Sífilis adquirida, Papiloma 180 casos, infección Gonocócica 97 casos, Herpes genital 47 casos e infección por clamidia 4, el municipio con mayor número de casos fue Cúcuta con un 57.9% seguido de Villa del Rosario con un 11.1%.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 524 de 531

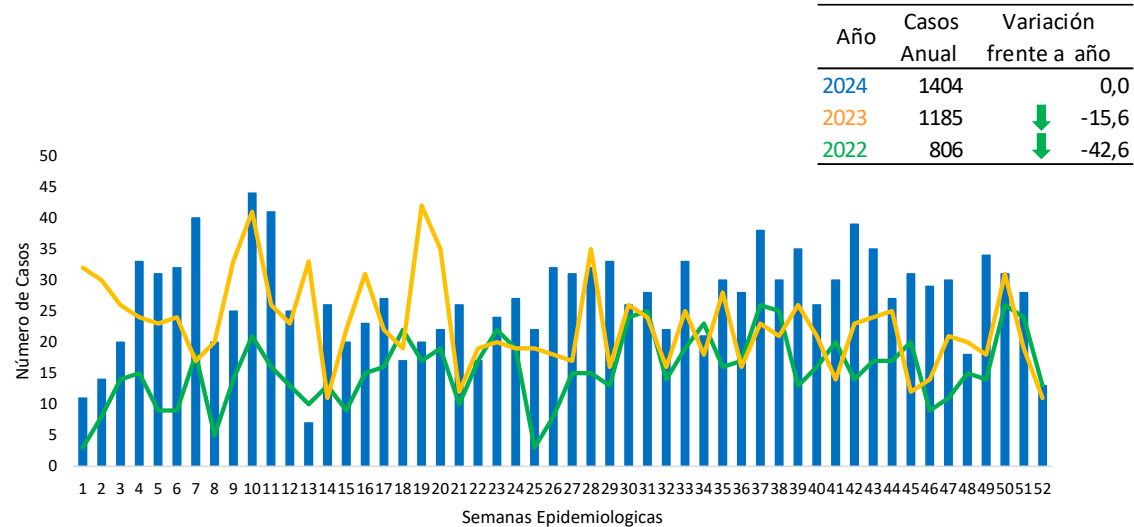
Tabla 252. Distribución de casos de las infecciones de transmisión sexual según municipio de residencia, Norte de Santander del año 2024.

Municipio de Residencia	Herpes Genital	Infeccion Gonococcica	Infección Por Clamidia	Papiloma Virus	Sífilis Adquirida	Norte de Santander 1-52	Porcentaje
Cúcuta	20	61	1	66	854	1002	57,9
Villa Del Rosario	2	4	0	3	184	193	11,1
Ocaña	16	3	0	8	117	144	8,3
Pamplona	1	7	1	40	27	76	4,4
Los Patios	0	2	0	10	61	73	4,2
El Carmen	0	0	0	28	25	53	3,1
El Zulia	0	1	0	1	42	44	2,5
Tibú	2	1	1	7	16	27	1,6
Puerto Santander	0	5	0	4	14	23	1,3
Durania	0	1	0	3	10	14	0,8
Sardinata	0	2	0	0	7	9	0,5
Toledo	0	2	0	1	6	9	0,5
Chinácota	0	1	0	4	3	8	0,5
Bochalema	0	0	0	0	7	7	0,4
La Playa	3	0	0	1	2	6	0,3
Chitaga	0	1	0	3	1	5	0,3
Labateca	0	0	0	0	5	5	0,3
Santiago	0	0	0	0	4	4	0,2
Ábrego	1	0	0	0	2	3	0,2
Convención	0	0	0	0	3	3	0,2
El Tarra	0	2	0	0	1	3	0,2
Pamplonita	1	0	0	0	2	3	0,2
Teorama	0	2	0	0	1	3	0,2
Cachira	0	1	0	0	1	2	0,1
Cucutilla	1	0	0	0	1	2	0,1
Mutiscua	0	1	1	0	0	2	0,1
Ragonvalia	0	0	0	0	2	2	0,1
San Cayetano	0	0	0	1	1	2	0,1
Cacota	0	0	0	0	1	1	0,1
Gramalote	0	0	0	0	1	1	0,1
Herran	0	0	0	0	1	1	0,1
Salazar	0	0	0	0	1	1	0,1
San Calixto	0	0	0	0	1	1	0,1
Norte de Santander	47	97	4	180	1404	1732	100,0

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Al realizar el análisis del comportamiento de la notificación de casos de Sífilis Adquirida, entre los años 2022 al 2024 a semana epidemiológica 1 a 52, con respecto al 2022 se puede establecer un aumento en la notificación de 42.6 % en el año 2024, para el año 2023 se presentó un aumento en la notificación del 15.6% para el año 2024.

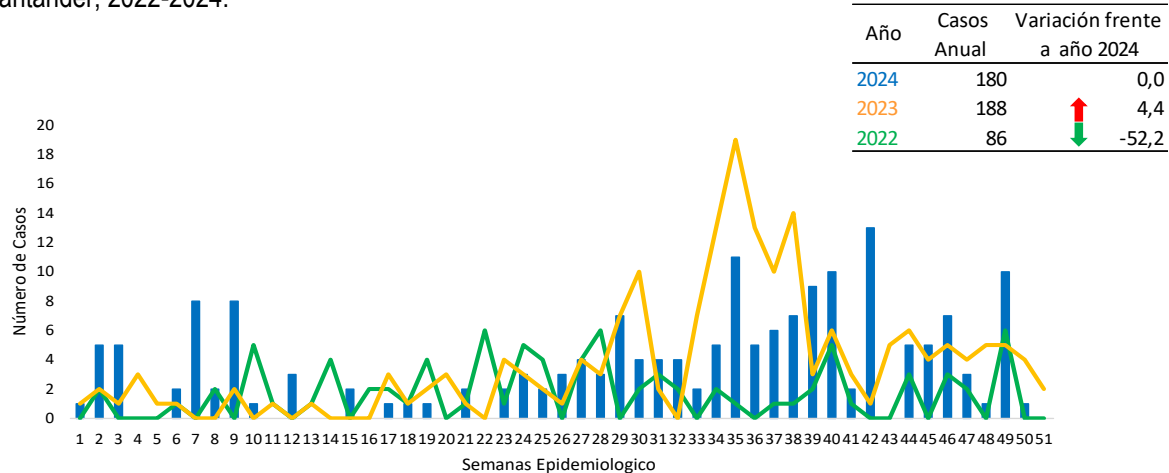
Gráfico 126. Comportamiento en la notificación de los casos para el evento de Sífilis Adquirida, Norte de Santander, 2022-2024.



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

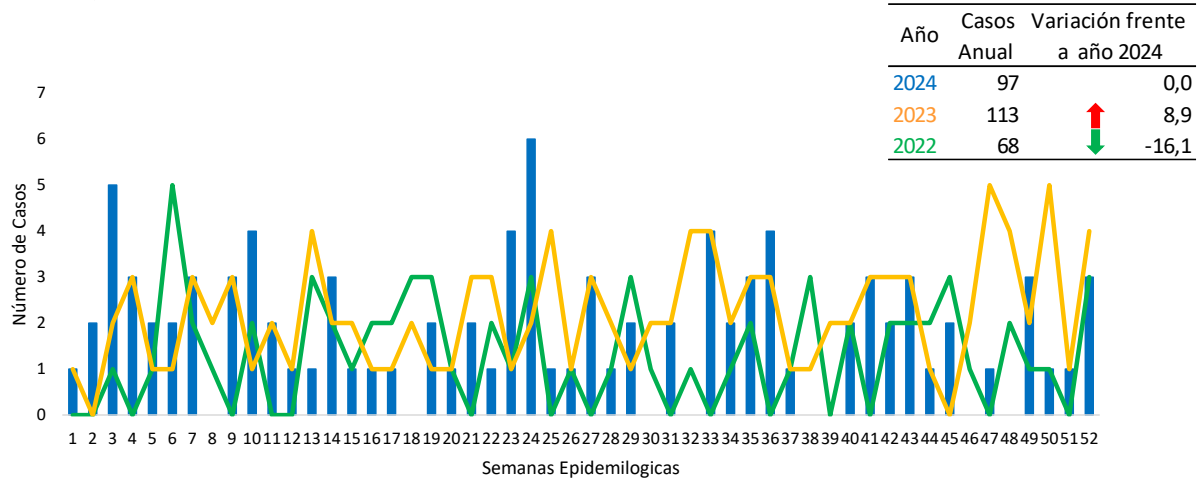
Al realizar el análisis del comportamiento de la notificación de casos de Virus del Papiloma, entre los años 2022 al 2024 a semana epidemiológica 1 a 52, con respecto al 2022 se puede establecer una disminución en la notificación de 52.2 % en el año 2024, para el año 2023 se presentó un aumento en la notificación del 4.4% para el año 2024.

Gráfico 127. Comportamiento en la notificación de los casos para el evento de Virus del Papiloma, Norte de Santander, 2022-2024.



Al realizar el análisis del comportamiento de la notificación de casos de Infección Gonocócica, entre los años 2022 al 2024 a semana epidemiológica 1 a 52, con respecto al 2022 se puede establecer un aumento en la notificación de 16.1 % en el año 2024, para el año 2023 se presentó un aumento en la notificación del 8.9% para el año 2024.

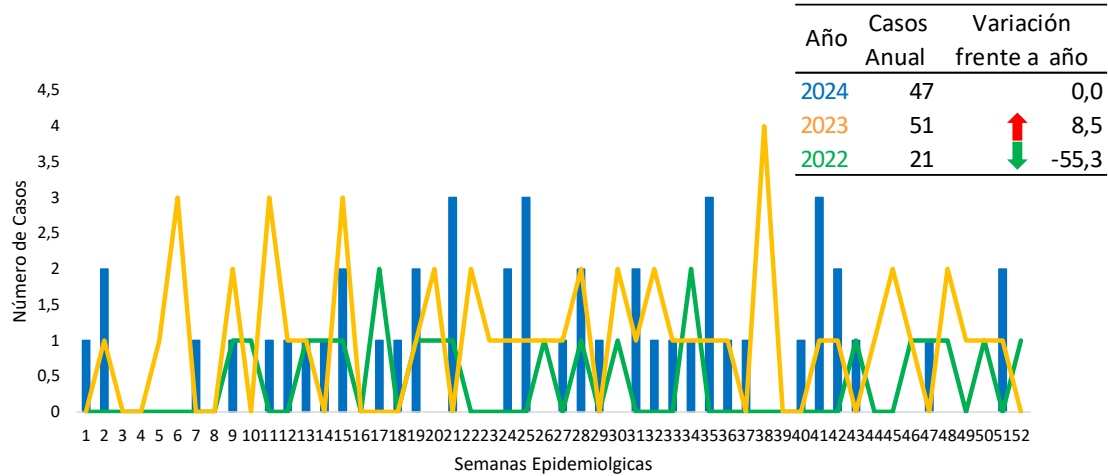
Gráfico 128. Comportamiento en la notificación de los casos para el evento de Infección Gonocócica, Norte de Santander, 2022-2024.



Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

Al realizar el análisis del comportamiento de la notificación de casos de Herpes Genital, entre los años 2022 al 2024 a semana epidemiológica 1 a 52, con respecto al 2022 se puede establecer un aumento en la notificación de 55.3 % en el año 2024, para el año 2023 se presentó un aumento en la notificación del 8.5% para el año 2024.

Gráfico 129. Comportamiento en la notificación de los casos para el evento de Herpes Genital, Norte de Santander, 2022-2024.



Al realizar el análisis del comportamiento de la notificación de casos de Infección Por Clamidia, entre los años 2022 al 2024 a semana epidemiológica 1 a 52, con respecto al 2022 se puede establecer un aumento en la notificación de 75 % en el año 2024, para el año 2023 se presentó un aumento en la notificación del 50% para el año 2024.

Tabla 253. Comportamiento en la notificación de los casos para el evento de Infección Por Clamidia, Norte de Santander, 2022-2024.

Semanas Epidemiologicas	2022	2023	2024	Norte de Santander 1-52
24	0	0	1	1
26	0	1	0	1
39	0	0	1	1
41	0	0	1	1
44	1	0	0	1
48	0	1	0	1
51	0	0	1	1
Norte de Santander	1	2	4	7

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 528 de 531

Accidente de Trabajo

Introducción:

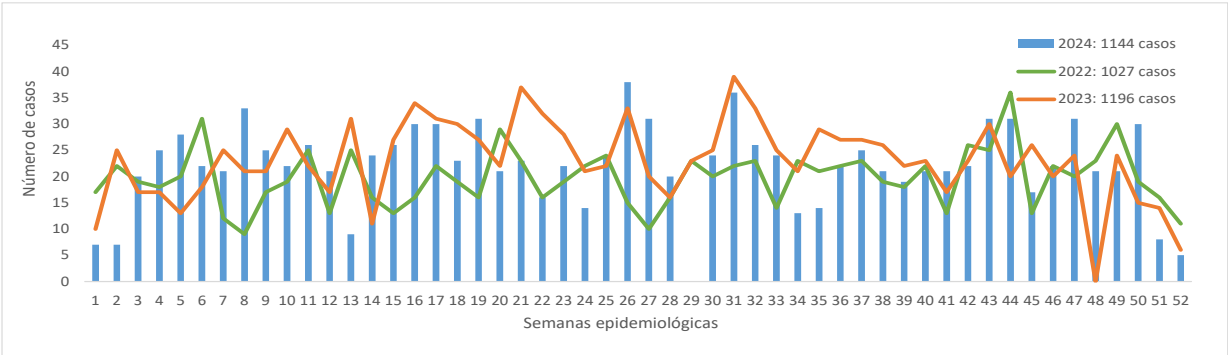
A nivel mundial, los accidentes de trabajo representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre la población trabajadora. Según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), cada año ocurren aproximadamente 374 millones de accidentes laborales no mortales, que resultan en más de 2.78 millones de muertes relacionadas con el trabajo, incluyendo enfermedades profesionales (1). Esto equivale a una muerte cada 15 segundos por causas laborales.

Para américa latina la región reporta una alta tasa de accidentes laborales, especialmente en sectores como la construcción, minería, agricultura y manufactura (2). Se estima que anualmente ocurren millones de accidentes laborales, con una proporción importante de ellos con consecuencias graves o fatales. Factores como la informalidad laboral —que en algunos países de la región supera el 50%—, la falta de inversión en prevención, y la débil fiscalización de las normativas de seguridad y salud en el trabajo agravan la situación (3). Además, muchos países carecen de sistemas integrados de registro y notificación, lo que dificulta contar con datos precisos y comparables.

En Colombia, los accidentes de trabajo representan un problema constante en el sistema de riesgos laborales. Según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Administradora de los Riesgos Laborales (ARL), durante los últimos años se han registrado en promedio más de 500,000 accidentes de trabajo anuales. Aunque se ha observado una leve disminución en la tasa de accidentalidad, la sub notificación y la informalidad siguen siendo factores críticos que distorsionan los datos reales (4). Sectores como la construcción, la industria manufacturera y el transporte son los que reportan mayores tasas de accidentes laborales, y persiste una brecha entre el número de trabajadores afiliados y aquellos realmente cubiertos, especialmente en zonas rurales y en empleos informales. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe del Sistema General de Riesgos Laborales 2022 [Internet]. Bogotá: Min Salud; 2023 [citado 2025 Abr 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>

Para el Departamento Norte de Santander, Durante el año 2024 se registraron en el sistema de vigilancia en salud pública 1144 casos de accidente de trabajo notificados al Sivigila, en comparación con el año 2023 se evidencia un decremento en el número de casos notificados de 51 casos que equivalen a **4.4.%** con el 2024.

Gráfica 130. Comportamiento notificación de casos accidente de trabajo, Norte de Santander 2022- 2024



Hasta la semana epidemiológica 52 de 2024 se analizó un total de 1144 casos, de los cuales El 64,2 pertenecen al régimen contributivo; el 65.2% en la cabecera municipal. El grupo de la edad más relevante fue 25 a 34 años; seguido de 35 A 44 años con el 20.2%. El sexo masculino fue quien más se notificó para este evento.

Tabla 254. Comportamiento sociodemográfico de los casos notificados de accidente de trabajo, Norte de Santander, año 2024

Variable	Categoria	Casos Accidente de trabajo	%
Seguridad social	Contributivo	735	64,2
	Subsidiado	232	20,3
	Indeterminado	119	10,4
	Particular	36	3,1
	No asegurado	22	1,9
Grupo de edad más frecuente	15 a 24	212	18,5
	25 a 34	415	36,3
	35 a 44	231	20,2
	45 a 54	170	14,9
	55 a 64	99	8,7
	65 y +	17	1,5
Área de residencia	Cabecera municipal	746	65,2
	Rural disperso	313	27,4
	Centro poblado	85	7,4
Sexo	Masculino	875	76,5
	Femenino	269	23,5

Fuente: Sivigila,IDS,Norte de Santander,2025

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 530 de 531

Para el evento de accidente de trabajo, los municipios con mayor número de casos por municipio de residencia fueron Ocaña, seguido del municipio de Pamplona; sin embargo, la tasa más alta de incidencia la tiene el municipio de Pamplonita con 764,1 por 100.000 habitantes, seguido de Pamplona con 509,0 casos por cien mil habitantes.

Tabla 255. Distribución de casos notificados de accidente de trabajo según municipio de residencia, Norte de Santander, año 2024

ACCIDENTE DE TRABAJO				
Municipio de Residencia	Población DANE	Total casos	Tasa de incidencia *100.000 hab.	
Ocaña	135990	303		222,8
Pamplona	57176	291		509,0
Cucuta	815891	149		18,3
Tibu	62474	77		123,3
El Zulia	30948	71		229,4
Pamplonita	6282	48		764,1
Cucutilla	9336	37		396,3
Toledo	17811	27		151,6
Chitaga	13374	26		194,4
Chinacota	19976	16		80,1
Labateca	7226	14		193,7
Cacota	3206	11		343,1
Herran	7905	11		139,2
San Cayetano	8128	11		135,3
Abrego	36177	9		24,9
Sardinata	29146	7		24,0
Los Patios	104287	6		5,8
Villa Del Rosario	116757	6		5,1
Bochalema	9436	4		42,4
Convencion	21297	4		18,8
Hacari	11624	4		34,4
Teorama	18839	4		21,2
Durania	5220	2		38,3
La Playa	8786	2		22,8
Mutiscua	4876	1		20,5
Puerto Santander	9935	1		10,1
San Calixto	14618	1		6,8
Santiago	3901	1		25,6
Norte de Santander	1.717.992	1144		

Fuente: Sivigila, IDS, Norte de Santander, 2025

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05	COMUNICACION EXTERNA	Página 531 de 531

Para el evento de accidente de trabajo, las ocupaciones con mayor número de casos por nacionalidad fueron operadores de instalaciones mineras, pesca y agricultura.

Tabla 256. Distribución de casos notificados de accidente de trabajo según ocupación y nacionalidad, Norte de Santander, año 2024

Ocupación	Número casos Colombianos	Número casos Venezolanos	Total
(en blanco)	253	7	260
Operadores de instalaciones mineras	123	8	131
Peones de pesca y acuicultura	94	6	100
Personas que realizan trabajos varios	72	6	78
Vendedores, demostradores de tiendas	57		57
Mineros y canteros	29	4	33
Vendedores a domicilio y por telefono	29		29
Estudiante en práctica de ciencias de la	28	3	31
Agricultores de cultivos transitorios	24	2	26
Marineros de cubierta y afines	22		22
Funcionario de permisos de construcción	21	1	22
Trabajadores forestales	21	1	22
Vendedor de tienda	19		19
Medicos	18		18
Recolectores de basura y material reciclable	18		18
Pegadores cargas explosivas	17	2	19
Personal de enfermería y partería de nivel	17		17
Impresores de serigrafía y estampado	16	1	17
Maestros e instructores de nivel superior	14		14
Ensambladores no clasificados bajo otra	10		10
Operarios en cemento armado, en forma	10	1	11
Biólogos, botánicos, zoólogos y afines	9		9
Fabricantes y afinadores de instrumentos	9		9
Secretarios	9		9
Auxiliares de enfermería y odontología	8		8
Curanderos	8		8
Peones de la industria manufacturera no	8	1	9
Tronzadores, labrantes y grabadores de	7	1	8
Vendedor de quiosco	7	2	9
Carpinteros de armazón y de blanco	6		6
Teólogo	5		5
Trabajadores de huertas, invernaderos, y	5	1	6
Ayudantes de cocina	4	1	5
Capitanes, oficiales de cubierta y prácticos	4		4

Fuente: SiviGila, IDS, Norte de Santander, 2025