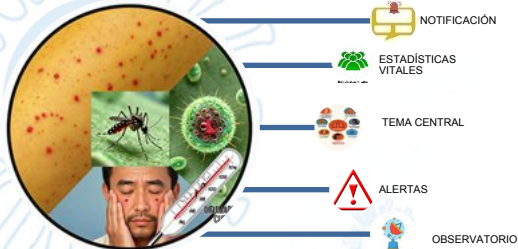




Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

### SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 17 (26 abril – 2 mayo 2026)



**INTRODUCCIÓN:** La malaria continúa siendo uno de los eventos de mayor relevancia epidemiológica en Colombia, especialmente en regiones como la Costa Pacífica y el Bajo Cauca, donde persisten condiciones de transmisión activa. Aunque en 2025 se notificaron 79.232 casos, lo que representa una disminución del 37,9 % frente al año anterior, el país mantiene un 66 % de municipios en riesgo de transmisión. En 2026, Colombia ha reportado más de 15.000 casos de malaria en el primer trimestre, con focos principales en Chocó, Antioquia, Córdoba, Guainía y Nariño. Aunque la tendencia general es de descenso en la última década, el país enfrenta nuevos desafíos como la resistencia a medicamentos y diagnósticos tardíos. La tendencia mundial de la Malaria para el periodo actual estima alrededor de 282 millones de casos por año, muertes anuales entre 610.000 y 619.000, donde el 95 % ocurre en África, principalmente en niños menores de cinco años. Los países de mayor impacto: Nigeria (25 % de casos globales) y República Democrática del Congo (13 %). En cuanto a innovación, el acceso a pruebas rápidas de diagnóstico y el uso de tecnologías moleculares han mejorado la precisión y oportunidad en la identificación de casos. Además, el desarrollo de la vacuna RTS,S/AS01 y

nuevas candidatas en evaluación representan un hito en la prevención, complementando las estrategias de control vectorial y tratamiento.

### NOTIFICACIÓN SIVIGILA

El grupo de 15-44 años concentra la mayor carga de morbilidad con 11 casos: 4 para el evento mordedura, 2 para cada uno de los eventos de sífilis gestacional y violencias y 1 para cada evento en dengue, intento suicida, malaria; seguido por el grupo de 5-14 años con 3 casos: dengue, parotiditis, violencia y el grupo de 45-59 años también con 3 casos de dengue, mordedura y sarampión; y por último con un solo caso cada grupo están: los menores de un año con 1 caso de infección respiratoria aguda grave inusitada, de 1-4 años con 1 caso de dengue y los mayores de 60 años con 1 caso de accidente ofídico.

Tabla 1. Frecuencia EISP semana 17

Evento	<1	1-4	5-14	15-44	45-59	>60	Total
100						1	1
210		1		1	1		3
300			1	4	1		6
348	1						1
356				1			1
465				1			1
620			1				1
730					1		1
750				2			2
875			1	2			3
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>20</b>

Fuente SIVIGILA web institucional

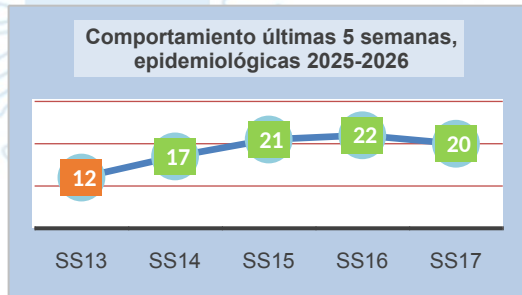
Se notificaron 20 casos en 10 eventos. Todos los grupos de edad presentaron casos, sigue expresándose la mayor morbilidad frente a eventos de salud pública en la población adulta joven con el 55% y las mordeduras por animales



Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

potencialmente transmisores de rabia como el evento de mayor notificación institucional con 30%.

**Gráfica 1. Comportamiento notificación semanal:**

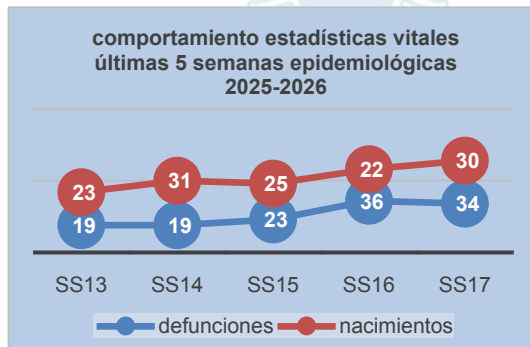


Fuente: SIVIGILA web

La gráfica muestra un comportamiento ascendente desde semana 13 y estable en últimas tres semanas epidemiológicas.

### ESTADÍSTICAS VITALES RUAF

**Gráfica 2. Hechos vitales semana 17:**



Fuente: RUAF ND

**Tabla 2. Hechos vitales, semana 17:**

E. V./GÉNERO	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES
HOMBRES	14	7*
MUJERES	16	10*
FETALES	NA	10*
LEGISTA	NA	2*
CASA/DOMICILIO	NA	5*
TOTAL	30	34

Fuente: RUAF ND

Frente a variables sociodemográficas: en nacimientos, con un porcentaje del 53% para el género femenino (n=16) y en defunciones: 47% (n=16) para el género femenino; se presentaron 10 muertes fatales (8 indeterminados, 1 femenino, 1 masculino), 2 muertes de causa externa (ambas del género femenino) y 5 muertes en domicilio (3 femeninas y 2 masculinos). El incremento en el número de certificaciones para las últimas 2 semanas obedece al cumplimiento de la normatividad colombiana: Ley 9 de 1979, Decreto 1260 de 1970 y 1171 de 1997, Res. 1346 de 1997.

### Análisis por determinantes:

**Tabla 3. Determinantes sociales para nacimientos semana 17**

Determinantes sociales estructurales e intermedios N=30			
Determinantes	> presentación	frecuencia	%
Etnia	mestizo	30	100
Edad	21-34	21	70
Vía del parto	vaginal	21	70
Multiplicidad	simple	30	100
Área residencia	cabecera	16	53
Escolaridad	media académica	10	33
E. civil	casada; ≥ 2 años	23	77
Reg. afiliación	subsidiado	24	80
Peso < 2500	ninguno	0	0
Peso > 4000			

Fuente: RUAF ND

**Nacimientos:** el 100% mestizas; el 70% por vía vaginal (n=21); el 53% del área urbana (n=16); el 33% (n=10) terminaron su bachillerato y un 30% eran especialistas y tecnólogas (n=9). El 77% se encontraban en uniones estables y casadas (n=23); el promedio de edad se encontró en el grupo de 21-34 años con 70% (n=21) y frente al peso menor a 2500 o mayor a 4000 gr, no se presentaron casos. Para esta semana el régimen subsidiado fue el predominante con 80% (n=24).



Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

### Factores de riesgo:

**Tabla 4. Factores de riesgo materno semana 17:**

Factores de riesgo materno N=30			
Factor	factor riesgo	frecuencia	%
Edad < 21 ≥35	16: 2 casos	9	30
	18-19-20: 3 casos		
	35: 2 casos		
	36: 1 caso		
Gravidez	G3: 4 casos	5	17
	G4: 1 caso		
Vía parto	cesárea	9	30
Edad < 37 ss	36 semanas	1	3
Area residenc.	rural	14	47
Etnia	ninguno	0	0
Multiplicidad	ninguna	0	0
Reg. afiliación	no asegurado	1	3
# controles	< 7	7	23
Migrante	Venezuela	1	3
E. Civil	soltera, <2 años	7	23
Escolaridad	1ria, 2ria incomp.	11	37
Municipio Procedencia	Bugalagrande 3	12	40
	Calí 1		
	Dagua 1		
	San Pedro 3		
	Trujillo 2		
	Versalles: 1		
Zarzal: 1			

Fuente: RUAF ND

Frente a factores de riesgo, en edades menores a 21 años y mayores de 34 años, se presentó el 30% (n=9): con 5 casos por debajo de 21 años y 4 caso por encima de los 34 años; para número de embarazos, se presentaron 5 casos: G3: 4 casos y G4 con 1 caso; el 30% por vía cesárea (n=9); del área rural el 47% (n=14); mujeres migrantes con 3% (n=1) procedente de Venezuela y además sin afiliación al sistema de salud; el 23% sin una adecuada red de apoyo (n=7); pobres controles prenatales con 23% (n=7) y con el 37% (n=11) gestantes con bajo nivel educativo, que alcanzaron la secundaria incompleta. En cuanto a atenciones dentro y fuera de nuestra área de influencia, corresponde al

40% (n=12): Bugalagrande, San Pedro, Trujillo y fuera del área: Cali, Dagua, Versalles, Zarzal.

**Defunciones:** Para los 17 fallecidos institucionales, no fetales: se tiene un promedio de edad de 74 años. El intervalo de edad estuvo entre 39-94 años. Dentro de las causas agrupadas tenemos: infecciosas (9): principalmente de origen pulmonar con neumonía (4), abdominal (4), urinarias (1); cardio-cerebro-vasculares (4) principalmente las de origen coronario, choque hipovolémico, embolismo; oncológicas (4): hueso, esófago, recto, testículo.

### TEMA CENTRAL MALARIA

**Agente etiológico:** Los agentes causantes de malaria en humanos son cinco especies de protozoarios del género: Plasmodium spp: Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, Plasmodium malariae, Plasmodium ovale y Plasmodium knowlesi. En Colombia, las especies más frecuentes en zonas endémicas son P. vivax y P. falciparum. no existe la transmisión de P. ovale ni de P. knowlesi. También ocurren casos de infecciones mixtas, definidas como infecciones simultáneas por dos especies, usualmente P. vivax y P. falciparum.

**Modo de transmisión:** a través de la picadura del mosquito hembra infectado del género Anopheles spp.

**Período de incubación:** es de 7 a 14 días para P. falciparum; de 8 a 14 días para P. vivax y P. ovale y de 7 a 30 días para P. malariae. En algunas cepas de P. vivax, puede haber un periodo de incubación más



Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

largo, de 8 a 10 meses.

Definiciones operativas del evento:

**Caso confirmado por laboratorio:**

Paciente con episodio febril ( $> 37,5^{\circ} \text{C}$ ) actual o reciente (hasta de 2 semanas o 15 días previos a la consulta), procedente de área o región endémica de malaria en los últimos 15 días, más la identificación de especies de *Plasmodium* spp, mediante examen parasitológico como gota gruesa, pruebas rápidas de detección de antígeno parasitario (PDR) o técnica molecular (PCR).

**Caso de malaria no complicada:** Caso de malaria confirmado por laboratorio, con alguno de los siguientes signos y síntomas: fiebre, malestar general, cefalea, escalofrío, sudoración, mialgias, artralgias y dolor abdominal.

**Caso de malaria complicada:** Caso de malaria con hallazgos clínicos o de laboratorio que indiquen compromiso grave de uno o varios órganos:

Complicaciones cerebrales: Alteración de la conciencia: una puntuación de la escala de Glasgow  $< 11$  en adultos o una Blantyre  $< 3$  en niños; Postración: debilidad generalizada que hace que la persona no pueda sentarse, pararse o caminar sin ayuda; Convulsiones múltiples: más de dos episodios en 24 horas.

Complicaciones Pulmonares: Acidosis: un déficit de bases  $> 8 \text{ mEq/L}$ ; si no está disponible, un nivel de bicarbonato plasmático  $< 15 \text{ mmol/L}$  o lactato en plasma venoso  $\geq 5 \text{ mmol/L}$ . Edema pulmonar: confirmado radiológicamente o saturación de oxígeno  $< 92\%$  en aire ambiente con una frecuencia respiratoria  $> 30/\text{min}$ , a menudo con tiraje torácico y crepitaciones en la auscultación.

Complicaciones Hematológicas: Anemia malárica grave: concentración de hemoglobina  $\leq 5 \text{ g/dL}$  o hematocrito  $\leq 15\%$  en niños  $< 12$  años ( $< 7 \text{ g / dL}$  y  $< 20\%$ , respectivamente, en adultos) con un recuento parasitario  $> 10.000/\mu\text{l}$ ; sangrado significativo: incluye sangrado recurrente o prolongado de la nariz, las encías o los sitios de venopunción; hematemesis o melena.

Complicación Renal: Insuficiencia Renal: creatinina en plasma o suero  $> 265 \mu\text{mol/L}$  ( $3 \text{ mg/dL}$ ) o urea en sangre  $> 20 \text{ mmol/L}$ .

Complicación Hepática: Ictericia: bilirrubina en plasma o suero  $> 50 \mu\text{mol/L}$  ( $3 \text{ mg/dL}$ ) con un recuento de parásitos  $> 100.000/\mu\text{l}$

Otras complicaciones: Hipoglucemia: glucosa en sangre o plasma  $< 2.2 \text{ mmol/L}$  ( $< 40 \text{ mg/dL}$ ). Choque: compensado, es llenado capilar  $\geq 3 \text{ s}$  o gradiente de temperatura en la pierna (extremidad media a proximal), pero sin hipotensión, y el descompensado, es presión arterial sistólica  $< 70 \text{ mm Hg}$  en niños o  $< 80 \text{ mm Hg}$  en adultos, con evidencia de alteración de la perfusión (periferias frías o llenado capilar prolongado). Hiperparasitemia: parasitemia de *P. falciparum*  $> 10\%$ . Es un indicador importante de mal pronóstico en niños y adultos con malaria *P. falciparum* complicada; sin embargo, la relación entre parasitemia y pronóstico varía según el nivel de transmisión de la malaria.

**Caso de muerte por malaria:** Caso de malaria complicada cuya causa básica de muerte corresponde a una complicación de la malaria. Todos los casos se deben analizar y clasificar en unidad de análisis.

**Diagnóstico:** Los dos métodos que se utilizan habitualmente para el diagnóstico parasitológico de la malaria son la microscopía óptica y las PDR



Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

inmunocromatográficas. Estas últimas detectan antígenos o enzimas específicos del parásito que son propios del género o de la especie y solo se deben utilizar si no se dispone de una microscopía de calidad para detectar la enfermedad. Las PDR para la detección de PfHRP2 pueden ser útiles para los pacientes que han recibido un tratamiento antimalárico incompleto, en los que las placas de sangre pueden ser negativas. Esto es especialmente probable si el paciente ha recibido una dosis reciente de un derivado de la artemisinina. Si el examen inicial de la placa de sangre es negativo en pacientes con manifestaciones compatibles con malaria grave, **debe examinarse una serie de placas de sangre a intervalos de 6 a 12 horas**, o debe realizarse una PDR (preferiblemente una que detecte PfHRP2).

### Consideraciones para vigilancia:

Ficha 465, notificación rutinaria semanal, exceptuando muerte por malaria que debe ser súper inmediata.

En caso de muerte necropsia clínica completa, garantizar muestras de hígado, bazo, pulmón, cerebro, miocardio, médula ósea, riñón y placenta, las muestras deben ser remitidas al grupo de patología del INS con copia de ficha de notificación y de la historia clínica completa.

Laboratorio: debe conservar las láminas positivas, en excelentes condiciones y bajo custodia por un tiempo mínimo de 15 meses. Enviar 10 láminas mensuales entre positivas y negativas con copia de la ficha de notificación a los laboratorios departamentales de salud pública, priorizando el envío de láminas en situaciones especiales como: malaria complicada, muerte por malaria, malarías

mixtas y muestras positivas con recuentos mayores a 25.000 parásitos/uL de sangre.

### Tratamiento:

Tratamiento: malaria por Falciparum

Número de Comprimidos de arteméter+lumefantrina de 20/120 mg a administrar según peso corporal y edad.

Peso corporal en kg / Edad	Dia 1°		Dia 2°		Dia 3°	
	Hora inicio	A las 8 horas	A las 24 horas	A las 36 horas	A las 48 horas	A las 60 horas
5 < 15 kg (< 3 años)	1	1	1	1	1	1
15 < 25 kg (3 a 7 años)	2	2	2	2	2	2
25 < 35 kg (8 a 10 años)	3	3	3	3	3	3
35 kg o más (> 11 años)	4	4	4	4	4	4

Malaria por vivax no complicada:

Número de tabletas de cloroquina x 150 mg (base) a administrar según peso corporal y edad.

Peso corporal en kg / Edad	Número de tabletas o fracción de las mismas		
	Dia 1°	Dia 2°	Dia 3°
5 < 6 kg (< 4 meses)	¼ de Tableta	¼ de Tableta	¼ de Tableta
6 < 9 (4 a 8 meses)	½ Tableta	½ Tableta	½ de Tableta
9 < 12 (9 a 19 meses)	½ Tableta	½ Tableta	½ Tableta
12 < 19 (20 meses a 4 años)	1 Tableta	1 Tableta	½ Tableta
19 < 23 (5 a 6 años)	1 Tableta	1 Tableta	1 Tableta
23 < 39 (7 a 11 años)	2 Tabletas	2 Tabletas	1 Tableta
39 < 50 (12 a 13 años)	3 Tabletas	3 Tabletas	2 Tabletas
50 o más (14 años o más)	4 Tabletas	4 Tabletas	2 Tabletas

+ primaquina por 14 días:

Tabla de dosificación basada en la concentración de las tabletas disponibles en Colombia (5 y 15 mg base).

Peso corporal en kg / Edad	Dosis única	
	Tabletas de 5 mg	Tabletas de 15 mg
6 < 8 kg (< 8 meses)	1/4	
8 < 13 kg (8 a 29 meses)	1/2	
13 < 21 kg (30 meses a 5 años)	1	
21 < 36 kg (6 a 10 años)		1/2
36 kg o más (11 años o más)		1

### Tratamiento: malaria complicada:

Artesunato: 2,4 mg/Kg/dosis en mayores de 20 kg o, 3 mg/kg/dosis en pacientes menores de 20 kg. La presentación para Colombia son ampollas por 60 mg. Dosis: la dosis calculada por peso corporal del



Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

paciente, a las 0 horas, a las 12 horas después de primera dosis y a las 24 horas. Si hay mejoría iniciar arteméter + lumefantrina desde las 48 horas, si no hay mejoría: continuar con artesunato desde las 48 horas por 6 días más. Si se requieren más de 240 mg de artesunato por dosis, evaluar el cálculo de dosis considerando el peso ideal del paciente.

### Tratamiento en embarazadas:

Trate a mujeres embarazadas con malaria no complicada por P. falciparum durante el primer trimestre con 7 días de quinina + clindamicina. En malaria complicada inicie medicamentos antimaláricos parenterales en dosis completas sin demora. El artesunato parenteral es el tratamiento de elección en todos los trimestres. El tratamiento no debe retrasarse. Si no se dispone de artesunato, se debe administrar arteméter intramuscular, y si no se dispone de éste, se debe iniciar inmediatamente la quinina parenteral hasta que se obtenga el artesunato.

Seguimiento: trate al menos por 24 horas iv en malaria complicada, inicie rápidamente la vía oral cuando el paciente la tolere: arteméter + lumefantrina. Cuando no se dispone de TCA, se puede utilizar artesunato + clindamicina; artesunato + doxiciclina; quinina + clindamicina o quinina + doxiciclina como tratamiento de seguimiento por 1 semana más. Se prefiere la doxiciclina a otras tetraciclinas por su administración 1 vez al día, no debe administrarse a niños < 8 años ni a mujeres embarazadas, en ellos prefiera la clindamicina.

**Nota:** consultar para mayor facilidad al momento de prescribir tratamientos en enfermedades zoonóticas:

OKDOSE.CO <https://www.okdose.co/>

Vigilancia de eventos de interés en salud pública priorizados en la institución:

### Alertas institucionales: 12 eventos

**Tabla 5. Comparativos eventos de alerta institucional semana 17 2025-2026:**

Situaciones de alerta institucional 2025-2026				
evento	nombre	total 2026	S17 2025	S17 2026
560	mortalidad perinatal	4	0	0
549	morbilidad materna	13	0	0
813	tuberculosis	18	0	0
740	sífilis congénita	4	0	0
750	sífilis gestacional	13	1	2
755	sífilis población general	1	0	0
850	VH/SIDA	5	2	0
356	intento suicida	28	3	1
365	intoxicaciones	13	1	0
875	violencias	92	3	3
113	Desnutrición	25	1	0
591	Mortalidad IRA-EDA-DNT	1	0	0

Fuente: RUAF ND

Se presentaron 6 casos en 3 de los 12 eventos que se vigilan de manera intensiva en la institución durante la semana 17, entre los que se encuentran: intento de suicidio, violencias y sífilis gestacional.

### Alertas nacionales: corte al 28/04

**FIEBRE AMARILLA:** En el acumulado de 2024 a 2026 se confirmaron 186 casos; Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 se han confirmado 74 casos y 2 se encuentran en estudio (letalidad del 39,7 %). Entre el 08 al 14 de abril de 2026 se confirmó un (1) caso de fiebre amarilla, de procedencia Tolima en el municipio de Chaparral. Entre el 12 al 27 de abril de 2026 se confirmaron dos (2) casos de fiebre amarilla, de procedencia



Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

Tolima en el municipio de Ortega y Purificación.

**SARAMPIÓN:** En 2026, se han confirmado en el país cinco (5) casos importados de sarampión, con antecedente de viaje a México (4) y Estados Unidos (1), los cuales fueron notificados por las entidades territoriales de Bogotá, D.C. (4 casos) y Bucaramanga, Santander (1 caso). Con corte al 28 de abril de 2026, se han notificado 777 casos sospechosos de sarampión en el país. De estos, 597 han sido descartados.

**CHAGAS:** Se identificó paciente masculino de 33 años, residente en el municipio de Planeta Rica (Córdoba), con desplazamientos a Montelíbano, quien ingresa a entidad de salud de Montería el 22 de abril de 2026, por presencia de picos febriles no cuantificados por más de 15 días asociados a cefalea, náuseas, mialgias, artralgias y diarrea, con fecha de inicio el 05 de abril de 2026. El 23 de abril se reportó IgM positivo para dengue, extendido de sangre periférica con estructuras compatibles con *Tripanosoma Cruzi*, gota gruesa con *Tripomastigotes* compatible con *T. Cruzi*. El 24 de abril inició tratamiento Benznidazol. Indico presencia de zarigüeyas en los alrededores de la vivienda y consumo de carne de "caco" (*Hydrochoerus hydrochaeris*) aproximadamente el 15 de marzo, con la familia.

**Alertas internacionales:**

**INFLUENZA:** En el hemisferio sur, al inicio de la temporada 2026, la actividad de influenza se mantiene baja con señales iniciales de incremento en algunos países, predominando el virus A(H3N2). Este comportamiento es consistente con el inicio

progresivo de la temporada invernal. En este contexto, la circulación del VSR muestra un aumento gradual en varios países, anticipando su patrón estacional típico, con potencial impacto en la carga de enfermedad en niños pequeños y otros grupos de riesgo en las próximas semanas. En las zonas tropicales de la región, la actividad de influenza ha mostrado una circulación más heterogénea y sostenida, con predominio variable entre influenza A(H3N2) e influenza B según el país.

**MPOX:** Desde la semana epidemiológica 47 del 2024 hasta la 14 del 2026, se han notificado 29 casos de mpox del clado Ib en seis países de la región, 15 de estos durante 2026 en los siguientes países: Argentina (2 casos), Brasil (4 casos), Canadá (4 casos), Ecuador (1 caso), los Estados Unidos (15 casos) y México (3 casos). Estos casos representan menos del 0,5 % del total regional, y la mayoría se han vinculado a antecedentes de viaje a zonas con transmisión activa del clado Ib (África y, más recientemente, Europa).

OBSERVATORIO

Tabla 6. Ocupación semana 17:

Pabellón	camas	bloqueo	% ocupación SS 17									
med interna	35	1-1-1-1-2-3-0	34	34	34	34	33	32	33	33	96%	
ginecología	29	na	27	16	16	19	11	23	27		68%	
quirúrgica	20	0-1-1-1-1-1-1	20	19	19	19	19	19	19	19	96%	
Hospitalización	35	1-1-0-0-0-0-0	34	34	34	35	35	35	35	35	99%	
pediatría	22	na	17	17	19	17	14	17	15		75%	
UCI pediátrica	10	1-1-1-1-1-1-1	4	6	6	7	5	6	6		57%	
UCI 1 adulto	29	1-1-1-0-0-0-0	25	23	22	21	23	27	26		82%	
UCI 2 adulto	24	0-1-1-0-0-0-0	20	21	18	16	17	15	18		74%	
cirugía	pendient.	na	27	27	23	24	28	23	19		24	
urgencias	pctes	na	134	131	118	123	124	130	118		125	

Fuente: RUAF ND

Ocupación hospitalaria SE 17: para las 10 unidades funcionales institucionales, en semana 17 se tuvo un comportamiento con

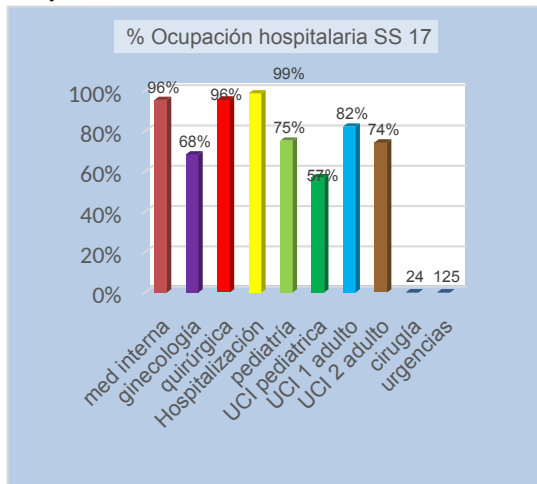


Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

tendencia hacia el aumento, mejoraron algunas áreas en ocupación hospitalaria, disminuyeron camas bloqueadas en algunos servicios, que para esta semana se debieron a pacientes en aislamiento en MI con 2 y 3 camas bloqueadas, 1 en quirúrgica toda la semana también por aislamiento y continúa el bloqueo por colchón en UCIP.

**FECHA DE EMISIÓN:** 4/5/2026, para circulación institucional. Otros medios: página institucional, transparencia, boletines epidemiológicos. Archivo digital oficina epidemiología institucional.

**Gráfica 3. Porcentaje de ocupación hospitalaria SE 17:**



Fuente hospital report 2026

La gráfica representa la ocupación hospitalaria de la semana epidemiológica 17 de la vigencia 2026, mostrando que los servicios de mayor ocupación son: Hospitalización con 99%, seguido por quirúrgica y medicina interna con 96%; UC1 82% y aumenta pediatría con 75% UC12 con 74%; baja ginecología su porcentaje de estancia hospitalaria, con 68%, y sube un poco con respecto a semana anterior UCIP con 57%.

**BIBLIOGRAFÍA:** SIVIGILA.2026. Institucional. [Consultado 3/5/2026]. RUA FND2 [Consultado 3/5/2026]. [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co). [consultado 3/5/2026] el BES SS 16 INS [consultado 3/5/2026].