



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

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 18 (3 – 9 de mayo 2026)



INTRODUCCIÓN: Las hepatitis virales A, B, C, D y E continúan siendo un desafío global y nacional, responsables de más de un millón de muertes anuales en el mundo. En Colombia, aunque la vacunación contra hepatitis B alcanza coberturas superiores al 90 % en población infantil y existen políticas públicas alineadas con la meta de eliminación al 2030, aún se notifican miles de casos cada año, con brotes recurrentes de hepatitis A y E. La prevalencia estimada de hepatitis B es menor al 2 % y la de hepatitis C cercana al 0,7 %, cifras inferiores a las globales, pero con impacto clínico significativo por progresión hacia cirrosis y cáncer hepático. La mortalidad nacional ronda las 1.000 muertes anuales, reflejando la necesidad de fortalecer la detección temprana y el acceso a tratamiento. Las dificultades en diagnóstico oportuno, especialmente en zonas rurales, y el subregistro en vigilancia epidemiológica limitan la respuesta efectiva. La coinfección con VIH y hepatitis B o C añade complejidad clínica y demanda mayor integración de servicios. La prevención sigue siendo la herramienta más poderosa: vacunación, saneamiento básico, tamizaje en poblaciones de riesgo y educación comunitaria. Cada indicador nos recuerda que detrás de las cifras hay vidas que pueden salvarse si se optimizan los

procesos clínicos y se refuerza la vigilancia institucional.

Este boletín invita a reflexionar, profundizar y actuar para que Colombia avance hacia la eliminación de las hepatitis virales en el marco de sus compromisos internacionales.

NOTIFICACIÓN SIVIGILA

El grupo de 15-44 años concentra la mayor carga de morbilidad con 8 casos: 2 para el evento morbilidad materna extrema, 1 para cada uno de los eventos de: dengue, mordedura, hepatitis B, enfermedad huérfana, intoxicaciones, violencia; seguido por el grupo de 5-14 años con 3 casos: todos para dengue; el grupo de mayores de 60 años: 1 para cada uno de intoxicaciones, malaria; los grupos de 1-4 años con 1 caso de dengue y el grupo de 45-59 años con 1 caso de mordedura; el grupo de menores de 1 año sin casos.

Tabla 1. Frecuencia EISP semana 18

Evento	<1 4	1- 4	5- 14	15- 44	45- 59	> 60	Total
113							1
210		1		1			1
300			3	1	1		5
340				1			1
342				1			1
365				1		1	2
465						1	1
549				2			2
875				1			1
Total	0	1	3	8	1	2	15

Fuente SIVIGILA web institucional

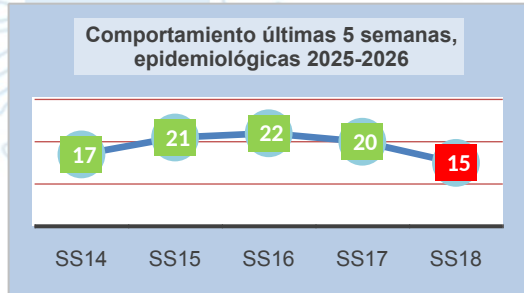
Se notificaron 15 casos en 9 eventos, sigue expresándose la mayor morbilidad frente a eventos de salud pública en la población adulta joven con el 53% y las mordeduras por animales potencialmente transmisores



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

de rabia como el evento de mayor notificación institucional también para esta semana con 33%.

Gráfica 1. Comportamiento notificación semanal:

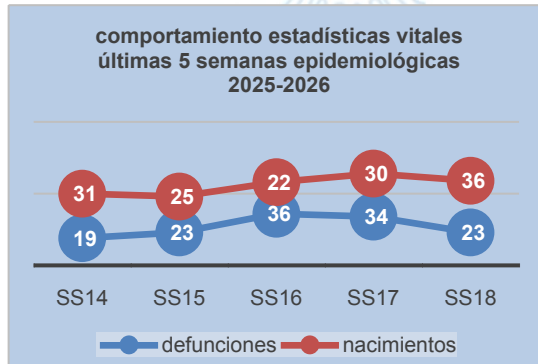


Fuente: SIVIGILA web

La gráfica muestra un comportamiento descendente para la semana 18 con una disminución del 25% con respecto a semana anterior.

ESTADÍSTICAS VITALES RUAF

Gráfica 2. Hechos vitales semana 18:



Fuente: RUAF ND

Tabla 2. Hechos vitales, semana 18:

E. V./GÉNERO	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES
HOMBRES	17	8*
MUJERES	19	5*
FETALES	NA	8*
LEGISTA	NA	1*
CASA/DOMICILIO	NA	1*
TOTAL	36	23

Fuente: RUAF ND

Frente a variables sociodemográficas: en nacimientos, con un porcentaje del 53% para el género femenino (n=19) y en defunciones: 43% (n=10) para el género masculino; se presentaron 8 muertes fetales (7 indeterminados, 1 masculino), 1 muerte de causa externa (del género femenino) y 1 muerte en domicilio (género masculino). 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, relacionado a muertes fetales.

Análisis por determinantes:

Tabla 3. Determinantes sociales para nacimientos semana 18

Determinantes	> presentación	frecuencia	%
Etnia	mestizo	34	94
Edad	21-34	27	75
Vía del parto	vaginal	27	75
Multiplicidad	simple	34	94
Área residencia	cabecera	25	69
Escolaridad	media académica	18	50
E. civil	casada; ≥ 2 años	25	69
Reg. afiliación	subsidiado	27	75
Peso < 2500			
Peso > 4000	2495	1	3

Fuente: RUAF ND

Nacimientos: el 94% mestizas (n=34); el 75% por vía vaginal (n=27); el 69% del área urbana (n=25); el 50% (n=18) terminaron su bachillerato y un 33% eran profesionales, tecnólogas, técnicas y tecnólogas (n=12). El 69% se encontraban en uniones estables y casadas (n=25); el promedio de edad se encontró en el grupo de 21-34 años con 75% (n=27) y frente al peso menor a 2500 o mayor a 4000 gr, se presentó, 1 caso con 2495 gr. Para esta



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

semana el régimen subsidiado fue el predominante con 75% (n=27).

Factores de riesgo:

Tabla 4. Factores de riesgo materno semana 18:

Factores de riesgo materno N=36			
Factor	factor riesgo	frecuencia	%
Edad < 21 ≥35	16-17-18: 3 casos 19: 3 casos 20: 2 caso 39: 1 caso	9	25
Gravidez	G3: 7 casos G4: 2 casos G5: 1 caso	10	28
Vía parto	cesárea	9	25
Edad < 37 ss	36 semanas	1	3
Area residenc.	rural	11	31
Etnia	afrodescendiente	2	6
Multiplidad	gemelar	2	6
Reg. afiliación	no asegurado	1	3
# controles	< 7	11	31
Migrante	Venezuela	3	8
E. Civil	soltera, <2 años	11	31
Escolaridad	1ria, 2ria incomp.	6	17
Municipio Procedencia	Andalucía 6 Bugalagrande 2 Bolívar 1 Florida 1 Ginebra 1 Miranda 1 Río Frio 1 Trujillo 4	17	47

Fuente: RUAF ND

Frente a factores de riesgo, en edades menores a 21 años y mayores de 34 años, se presentó el 25% (n=9): con 8 casos por debajo de 21 años y 1 caso por encima de los 34 años; para número de embarazos, se presentaron 10 casos: G3: 7 casos y G4 con 2 casos y G5 1 caso; el 25% por vía cesárea (n=9); del área rural el 31% (n=11); mujeres migrantes con 8% (n=3) procedentes de Venezuela y 1 de ellas sin afiliación; el 31% sin una adecuada red de apoyo (n=11); pobres controles prenatales con 31% (n=11) y con el 17% (n=6) gestantes con bajo nivel educativo, que

alcanzaron la secundaria incompleta. En cuanto a atenciones dentro y fuera de nuestra área de influencia, corresponde al 47% (n=17): Andalucía, Bugalagrande, Río Frio, Trujillo y fuera del área: Bolívar, Florida, Ginebra, Miranda.

Defunciones: Para los 12 fallecidos institucionales, no fetales: se tiene un promedio de edad de 72 años. El intervalo de edad estuvo entre 31-92 años. Dentro de las causas agrupadas tenemos: cardio-cerebro-vasculares (5) principalmente las de origen coronario con IAM, embolismo; infecciosas (3): principalmente de origen pulmonar con neumonía (1), urinarias (2); oncológicas (2): Adenocarcinoma de estómago y de colon; funcionales como EPOC (1) y metabólicas (1).

TEMA CENTRAL HEPATITIS VIRALES

Eventos de notificación rutinaria semanal; en caso de brotes, lugares confinados, poblaciones vulnerables: indígenas, PPL, guarderías, instituciones educativas, hogares geriátricos, se deberá informar de manera inmediata y en ficha colectiva para su correspondiente vigilancia epidemiológica.

Ficha 340: para Hepatitis B, C, coinfección de hepatitis B + Delta.

Ficha 330: para Hepatitis A.

Todo caso de muerte por hepatitis A, debe ser analizado y enviado las respectivas muestras de suero o materia fecal a LSPD.

Tener en cuenta que, para Hepatitis B, la sola positividad del antígeno de superficie obliga a diligenciar ficha y se tendrán 4 semanas para hacer el ajuste respectivo al SIVIGILA con las pruebas confirmatorias.



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

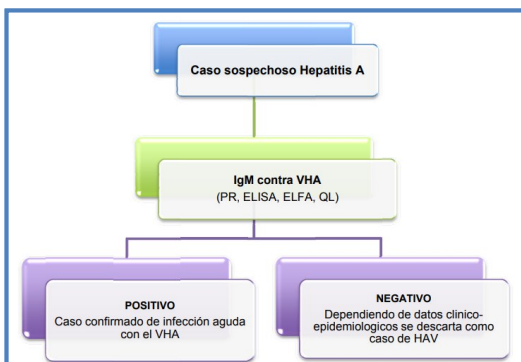
El hospital las realiza, a través del laboratorio tercerizado, por lo tanto, debe cargar de manera inmediata a HOSVITAL el código correspondiente: 906332 AG superficie para hepatitis B; 906220 Anticuerpos IGM para el AG core; 906221 anticuerpos totales contra Ag core; 906223 anticuerpos para antígeno de superficie para el caso de las vacunas (lo hace el hospital y es para casos de violencia sexual, y determinar vacunación o refuerzo). Para hepatitis C, debe solicitar carga viral. Para hepatitis A se realizan pruebas rápidas IGG e IGM (en el hospital).

Vías de transmisión de las hepatitis:

Tipo de Virus	Vía de Transmisión
VHA	Oro-fecal
VHB	<ul style="list-style-type: none"> Sexual Parenteral: transfusión de hemocomponentes, uso de drogas intravenosas, diálisis Vertical (madre a hijo) Horizontal (contacto familiar) Nosocomial en hospitales y centros sanitarios Trasplante de órganos
VHD	<ul style="list-style-type: none"> Sexual Parenteral: transfusión de hemocomponentes infectados, uso de drogas intravenosas, diálisis. Vertical (madre a hijo) Horizontal (contacto familiar) Nosocomial en hospitales y centros sanitarios Trasplante de órganos
VHC	<ul style="list-style-type: none"> Sexual Parenteral: transfusión de hemocomponentes infectados, uso de drogas intravenosas, diálisis. Percutánea por tatuajes o perforaciones Vertical (madre a hijo) Nosocomial en hospitales y centros sanitarios Trasplante de órganos
VHE	<ul style="list-style-type: none"> Oro-fecal Transmisión alimentaria por ingestión de productos derivados de animales infectados Transmisión de hemocomponentes infectados Transmisión vertical (madre-hijo)

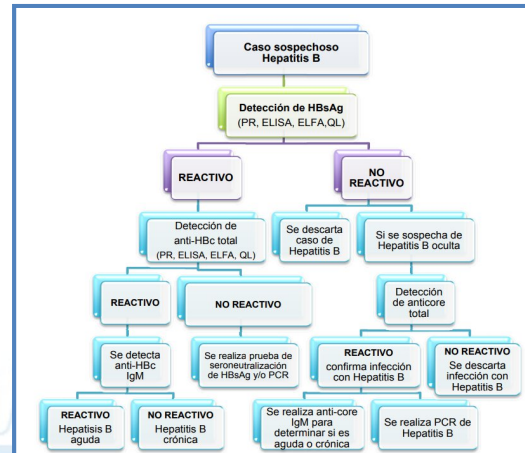
Fuente INS GPC vigilancia por laboratorio de hepatitis virales 2019

Algoritmo diagnóstico Hepatitis A:



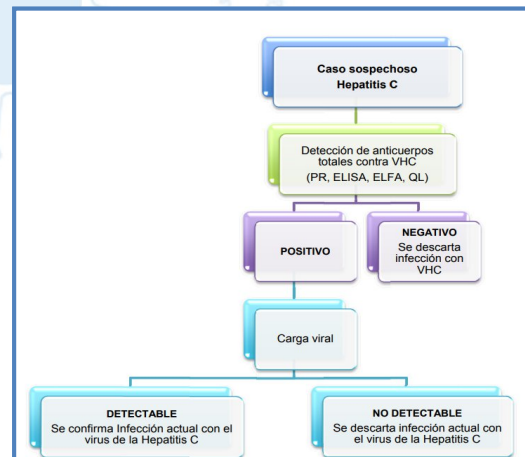
Fuente INS GPC vigilancia por laboratorio de hepatitis virales 2019

Algoritmo diagnóstico Hepatitis B:



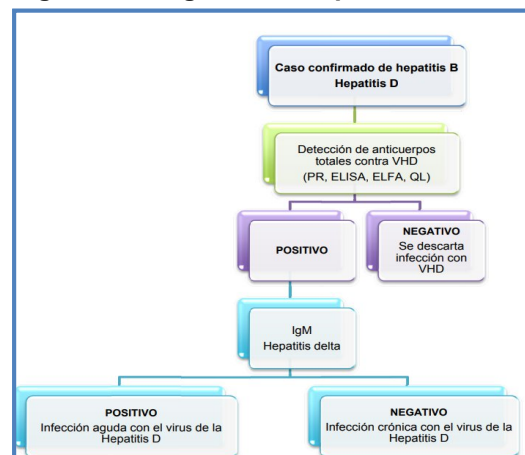
Fuente INS GPC vigilancia por laboratorio de hepatitis virales 2019

Algoritmo diagnóstico Hepatitis C:



Fuente INS GPC vigilancia por laboratorio de hepatitis virales 2019

Algoritmo diagnóstico Hepatitis D:



Fuente INS GPC vigilancia por laboratorio de hepatitis virales 2019



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

ALERTAS

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

Alertas institucionales: 12 eventos

Tabla 5. Comparativos eventos de alerta institucional semana 18 2025-2026:

Situaciones de alerta institucional 2025-2026				
evento	nombre	total 2026	S18 2025	S18 2026
560	mortalidad perinatal	4	1	0
549	morbilidad materna	15	0	2
813	tuberculosis	18	2	0
740	sífilis congénita	4	0	0
750	sífilis gestacional	13	1	0
755	sífilis población general	1	0	0
850	VIH/SIDA	5	2	0
356	intento suicida	28	3	0
365	intoxicaciones	15	2	2
875	violencias	93	2	1
113	Desnutrición	26	0	1
591	Mortalidad IRA-EDA-DNT	1	0	0

Fuente: SIVIGILA WEB 4.0 – tabla creación propia.

Se presentaron 6 casos en 4 de los 12 eventos que se vigilan de manera intensiva en la institución durante la semana 18, entre los que se encuentran: morbilidad materna extrema, intoxicaciones, violencias y desnutrición.

Alertas nacionales: corte al 6/05

FIEBRE AMARILLA: En el acumulado de 2024 a 2026 se confirmaron 190 casos; Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 se han confirmado 74 casos y 4 se encuentran en estudio (letalidad del 39%). Entre el 28 de abril al 06 de mayo de 2026, se confirmaron cuatro (4) casos de fiebre amarilla, de procedencia Tolima, en los

municipios de Icononzo (2), Ortega (1) y en Meta en el municipio de Villavicencio (1).

SARAMPIÓN: En 2026, el país confirmó seis (6) casos de sarampión: cinco importados (cuatro de México y uno de Estados Unidos) y uno con fuente de infección en estudio. Los casos se reportaron en Bogotá, D.C. (4), Bucaramanga (1) y Cartagena de Indias (1). Con corte al 05 de mayo de 2026, se han notificado 848 casos sospechosos de sarampión en el país. De estos, 677 han sido descartados. Actualmente, 165 casos permanecen en estudio

Caso confirmado de Mpox Clado Ib, Bogotá D. C., 05 de mayo de 2026: paciente masculino de 45 años, residente en Bogotá, correspondiente al segundo caso confirmado en el país. El paciente consultó los días 23 y 26 de abril de 2026, siendo notificado al sistema de vigilancia en salud pública el 26 de abril. Inició síntomas el 12 de abril consistentes en fiebre, cefalea y malestar general; posteriormente, el 14 de abril, presentó exantema caracterizado por lesiones papulares diseminadas en manos, pies, rodillas y dorso, acompañadas de linfadenopatía cervical. Actualmente, cursa con lesiones en fase de costra, sin evidencia de sobreinfección ni complicaciones, con evolución clínica estable.

Alertas internacionales:

Brote de hantavirus relacionado con el viaje en un crucero, multipaís. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 04/05/2026: El 02 de mayo de 2026, un grupo de pasajeros con enfermedades respiratorias graves a bordo de un crucero fue reportado a la OMS. Con corte a 04/05 se han identificado



BEST

Boletín Epidemiológico Semanal Tomás...

OBSERVATORIO INSTITUCIONAL



Hospital Departamental Tomás Uribe de Tulúa - E.S.E.

POR LA EXCELENCIA EN SALUD... ¡Siempre a tu lado!

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

siete (7) casos (2 confirmados por laboratorio y 5 sospechosos), incluidas tres (3) muertes. Un (1) caso permanece en UCI y tres (3) en el buque aislados con síntomas leves. El 06 de mayo de 2026, el director de la OMS informa que, con corte a la fecha, se reportan ocho (8) casos, de los cuales tres (3) son confirmados por laboratorio. El último caso se confirmó el 06 de mayo en Suiza, en una persona con antecedente de viaje en el crucero. Tres (3) casos sospechosos fueron trasladados a Países Bajos para recibir atención médica, entre ellos se encuentra un médico de la tripulación (2). El virus fue confirmado como hantavirus de los Andes (ANDV) por los laboratorios de Suráfrica y Suiza, el cual tiene la capacidad de transmisión persona a persona.

OBSERVATORIO

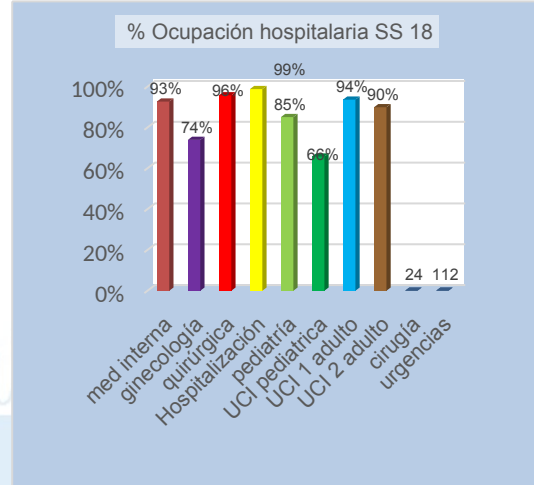
Tabla 6. Ocupación semana 18:

Pabellón	camas	bloqueo	% ocupación SS 18									
med interna	35	3-4-4-2-2-2-1	32	31	31	33	33	33	34	93%		
ginecología	29	0	25	13	18	25	20	25	24	74%		
quirúrgica	20	1-1-1-1-1-0-0	19	19	19	19	19	19	20	96%		
Hospitalización	35	0-0-0-1-0-2-0	35	35	35	34	35	33	35	99%		
pediatría	22	0	20	13	15	17	22	22	22	85%		
UCI pediátrica	10	1-1-1-1-1-1-1	7	7	5	9	8	5	5	66%		
UCI 1 adulto	29	0-0-0-0-1-0-0	29	28	28	29	27	28	21	94%		
UCI 2 adulto	24	1-0-0-0-0-0-0	21	23	24	23	23	17	20	90%		
cirugía	pendient.	na	16	33	22	26	27	25	22	24		
urgencias	pctes	na	120	128	123	116	109	94	93	112		

Fuente: hosvital report 2026-tabla creación propia

Ocupación hospitalaria SE 18: para las 10 unidades funcionales institucionales, en semana 18 se tuvo un comportamiento con tendencia hacia el aumento, muy significativo para área como ginecología, pediatría; los aislamientos marcaron lo observado en ocupación y bloqueo de camas; sigue existiendo el bloqueo por ausencia de colchon y cama inhabilitada.

Gráfica 3. Porcentaje de ocupación hospitalaria SE 18:



Fuente: hosvital report 2026-gráfica creación propia

La gráfica representa la ocupación hospitalaria de la semana epidemiológica 18 de la vigencia 2026, mostrando que los servicios de mayor ocupación son: Hospitalización con 99%, seguido por quirúrgica con 96%; UCI1 con 94%; medicina interna con 93%; UCI2 con 90%; sigue aumentando porcentajes el servicio de pediatría con 85%; sube ginecología su porcentaje de estancia hospitalaria, con 74%, y sube considerablemente con respecto a semana anterior UCIP con 66%.

BIBLIOGRAFÍA: SIVIGILA.2026. Institucional. [Consultado 10/5/2026]. RUA FND2 [Consultado 10/5/2026]. www.ins.gov.co. [consultado 3/10/5/2026] el BES SS 17 INS [consultado 10/5/2026].

FECHA DE EMISIÓN: 11/5/2026, para circulación institucional. Otros medios: página institucional, transparencia, boletines epidemiológicos. Archivo digital oficina epidemiología institucional.