

Aedes Aedes aegypti (Fuente: Instituto Nacional de Salud, Laboratorio Nacional de Referencia, Grupo Entomología, 2024)



Dengue

Durante el último ciclo epidémico de dengue en Colombia (2013-2025p), se ha registrado el mayor número de casos en la historia del país, con 498 622 casos. No obstante, la letalidad ha sido la más baja (0,07 %), en comparación con epidemias anteriores.

Semana epidemiológica

13

23 al 29 de marzo de 2025



BES

Boletín Epidemiológico Semanal

El **Boletín Epidemiológico Semanal (BES)** es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos e interés en salud pública, que son vigilados por el Instituto Nacional de Salud (INS), mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud, entidades territoriales y distritos. Tiene en cuenta los acumulados semanales y los promedios históricos.

Las cifras que publica el BES de casos y de muertes están siempre sujetos a verificación o estudio.

El BES es un insumo útil para la comprensión de los eventos en salud pública, brotes, tablas de mando por departamento pero debe complementarse con otras fuentes. El INS dispone para consulta abierta del BES, los **informes de evento** y Portal **Sivigila**.

***Los datos de Sivigila tienen procesos de ajuste por rezagos en la notificación**



Tema central
Dengue

Pág.

3



Situación nacional

12



Mortalidad

15



Eventos trazadores

22



Brotes y alertas

38



Tablas de mando por departamento

40

Vigilancia en Salud Pública de dengue

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), realiza de forma rutinaria un monitoreo de los eventos por arbovirus como dengue, chikunguña, enfermedad por virus Zika, fiebre amarilla, entre otros. De este grupo, el evento con la mayor incidencia estimada en Colombia es dengue, condición dada por las características geográficas del país, la identificación de diferentes serotipos del virus y la presencia del vector en la mayoría de los municipios (1).

Desde el 2007 se observa un comportamiento fluctuante de dengue en Colombia con ciclos epidémicos aproximadamente cada tres años (2010, 2013, 2016, 2019 y 2023), siendo el ciclo epidémico 2023-2025 (datos preliminares) el que registra el mayor número de casos notificados a la fecha, pero la menor letalidad por dengue en comparación con las epidemias anteriores (tabla 1)(2).

Tabla 1. Ciclos epidémicos de dengue en Colombia, 2007-2025p

Epidemias	Años	Semanas de duración	Casos totales	Casos dengue grave	Muertes	Letalidad general (%)	Letalidad por dengue grave (%)	Serotipos circulantes
2010	2009-2010	79	191 208	14 988	295	0,15	2,0	DENV -1,-2,-3,-4
2013	2012-2014	69	155 086	3 853	232	0,15	6,0	DENV -1,-2,-3,-4
	2014-2015	18	38 531	917	65	0,17	7,1	DENV -1,-2,-3,-4
2016	2015-2016	34	88 878	1 078	132	0,15	12,2	DENV -1,-2,-3,-4
2019	2019-2020	56	150 563	1 589	127	0,08	7,9	DENV -1,-2,-3,-4
2023	2023-2025p	126	498 622	5 213	365	0,07	7,1	DENV -1,-2,-3,-4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2007-2025, p: datos preliminares para 2024-2025

En 2024p se registró la incidencia más alta de dengue a nivel nacional con un indicador de 969,3 casos por 100 000 habitantes, observándose que la clasificación de dengue sin signos de alarma aportó la mayor proporción de casos con el 62,1 % (201 188 casos). Asimismo, se observó que el 56,8 % (21) de las entidades territoriales presentaron un comportamiento similar al observado a nivel nacional, presentando en 2024 una incidencia de dengue superior con respecto a su histórico (2015-2023) entre las que se encuentran: Vichada, Putumayo, Cartagena de indias D.T., Cundinamarca, Caquetá, Huila, Tolima, Norte de Santander, Boyacá, Valle del Cauca, Santander, Bolívar, Quindío, Nariño, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santiago de Cali D.E., Cauca, Risaralda, Chocó, Caldas y Buenaventura D.E.



TEMA CENTRAL

Dengue

Andrea Jineth Rodríguez Reyes, arodriguezr@ins.gov.co
 Andres Felipe Martínez Vega, amartinezv@ins.gov.co
 Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez, ychaparro@ins.gov.co
 Ruth Mariela Castillo Morales, rcastillom@ins.gov.co

Durante el 2025 (corte a semana epidemiológica 12) la incidencia de dengue a nivel nacional es de 142,6 casos por 100 000 habitantes, con un porcentaje de dengue sin signos de alarma de 61,8 % (29 412 casos). Las entidades territoriales de Vichada, Putumayo, Cartagena de Indias D.T., Guaviare, Meta, Cundinamarca, Caquetá, Vaupés, Arauca, Amazonas y Huila presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 200 casos por 100 000 habitantes. En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 08 a 11, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 04 a 07, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Casanare, Guaviare, Putumayo, Guainía y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en el Atlántico, Barranquilla D.E., Cartagena de Indias D.T., Cesar, Córdoba y La Guajira; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

En 2025 (con corte a semana epidemiológica 12), el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al descenso con una variación de -12,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 08 a 11, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 04 a 07, 2025).

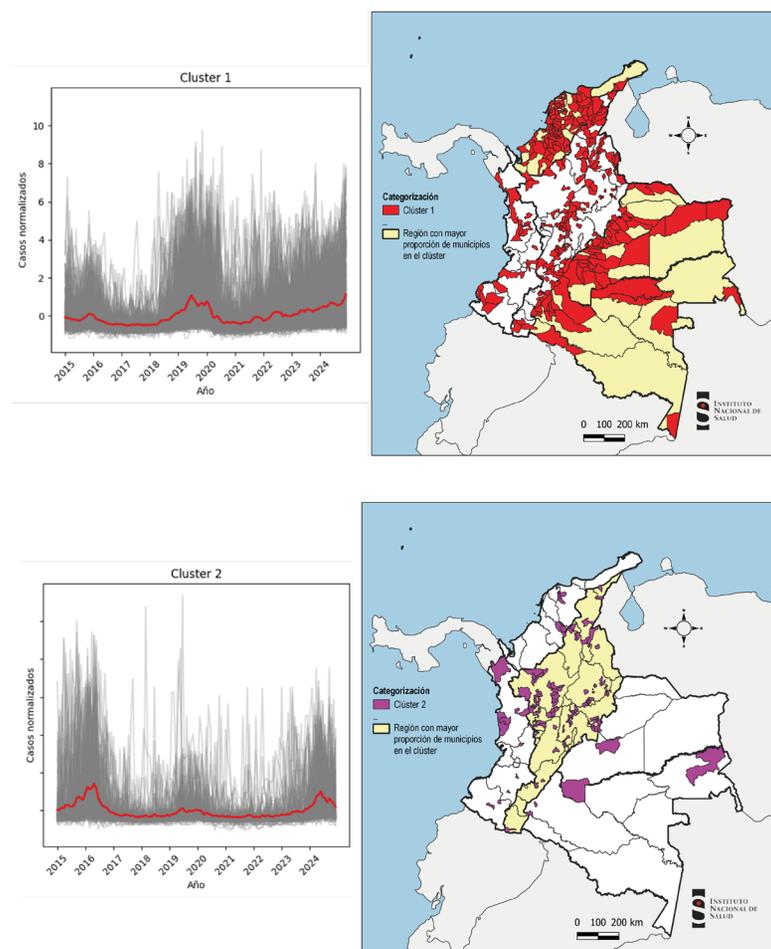
Se realizó un análisis de las series de tiempo de dengue por municipio entre 2015 a 2024 identificando 3 grupos de municipios diferenciados por el comportamiento de su tendencia temporal:

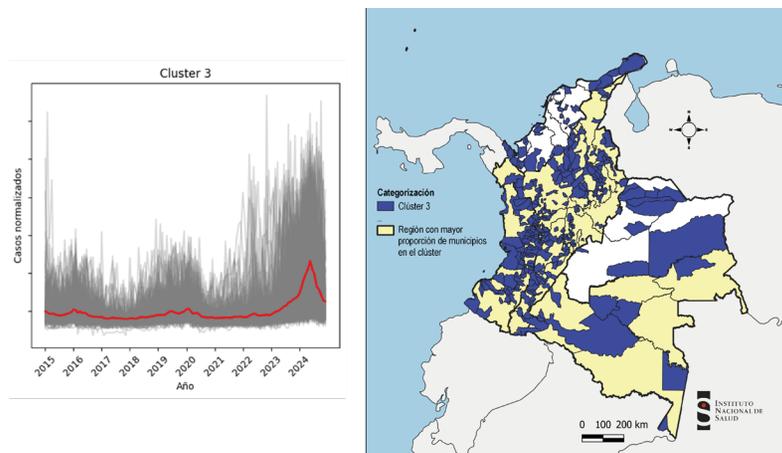
Clúster 1: estos municipios presentan una fase de baja incidencia hasta 2018, seguida de un brote epidémico en 2019-2020 y una posterior reducción con fluctuaciones. Desde 2022, se observa una tendencia creciente del comportamiento del evento. El 58,5 % (186/318) de los municipios de esta categoría se encuentran distribuidos en la región Amazonía, Caribe y Orinoquía (figura 1).

Clúster 2: estos municipios presentan un periodo de alta incidencia entre 2015 y 2016, seguido de una reducción sostenida hasta 2019, con niveles bajos y estabilidad relativa hasta 2022. En 2023 presenta una tendencia al aumento con un pico en 2024, seguido de una paulatina reducción. El 75,3 % (110/146) de los municipios de esta categoría se encuentran distribuidos en la región Andina (figura 1).

Clúster 3: estos municipios presentan una incidencia relativamente baja y estable entre 2015 y 2020, con ligeras fluctuaciones. A partir de 2023, se observa un aumento progresivo en los casos, que se intensifica en 2024 alcanzando su máximo pico en este año seguido por una reducción paulatina de casos. El 83,0 % (298/359) de los municipios de esta categoría se encuentran distribuidos en la región Andina (figura 1).

Figura 1. Agrupación de municipios en riesgo para dengue según tendencia del evento, Colombia, 2015-2024

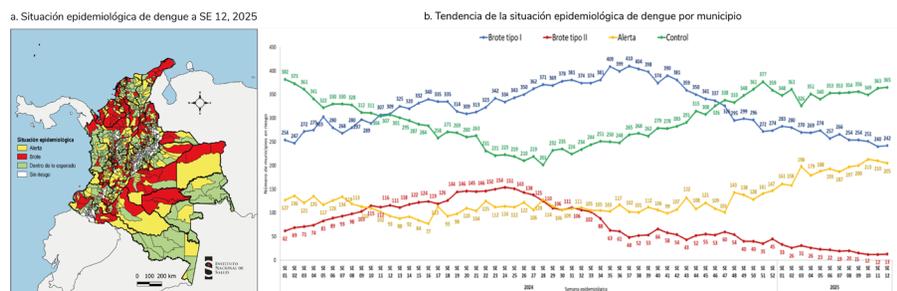




Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 20215-2024

Se observa una tendencia al descenso de los municipios en brote de dengue en el país, situación que se relaciona estrechamente con el comportamiento del evento a nivel nacional, a semana epidemiológica 12 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 30,9 % (255) se encuentran por encima de lo esperado, de los cuales 242 municipios se encuentran en situación de brote tipo I y 13 municipios en brote tipo II. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 70,2 % (40/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (figura 2).

Figura 2. Comportamiento epidemiológico de dengue por municipios, Colombia, 2024-2025p



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025. p: preliminar

En 2024p la letalidad por dengue es de 0,08 % con la confirmación de 270 muertes notificadas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila, indicador que es inferior a la meta establecida a nivel nacional en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031: <0,10 %; las entidades territoriales que registran las mayores letalidades (>1,0 %) son: Guainía, Risaralda, Arauca, Cartagena de Indias D.T., Sucre, Putumayo, Caldas y Quindío. En 2025 (corte a semana epidemiológica 12) se han confirmado 17 muertes por dengue para una letalidad de 0,04 %, inferior a la meta establecida en el Plan Decenal de Salud Pública y las entidades territoriales con letalidades > 0,10 % son Vichada, Risaralda, Arauca, Meta y Barranquilla D.E.

Con respecto a las variables sociales y demográficas, la mayor proporción de casos de dengue en 2024p se presentó en mujeres (50,5 %), en el grupo de edad menor a 17 años (47,8 %), en otros grupos poblacionales (96,1 %), régimen en salud contributivo (48,6 %) y estrato socioeconómico 1. Bajo-Bajo (38,4 %) y 2. bajo (37,3 %). En 2025 (corte a semana epidemiológica 12) la mayor proporción de casos se presentó en hombres (51,7 %), en el grupo de edad menor a 17 años (47,8 %), en otros grupos poblacionales (94,4 %), régimen en salud subsidiado (53,9 %) y estrato socioeconómico 1. Bajo-Bajo (51,5 %).

La mayor proporción de muertes confirmadas por dengue durante 2024p se presentó en hombres (50,9 %), grupo de edad 65 años y más (28,7 %), otros grupos poblacionales (92,5 %), régimen en salud subsidiado (58,1 %) y estrato socioeconómico 1. Bajo-bajo (38,5 %) y 2. Bajo (40,0 %). Por otro lado, la mayor letalidad por dengue por grupos de edad se observó en el grupo de edad de 65 años y más. Asimismo, con datos preliminares de 2024, se observó que los pacientes con dengue grave que tuvieron una mayor probabilidad de fallecer por el evento (Odds ratio > 1 (IC₉₅%) mostraron las siguientes características: edad entre 0 a 4 años, 20 a 64 años y más de 65 años, población indígena, procedencia región Amazonía, ocupación hogar (ama de casa) y signos y síntomas como: somnolencia o irritabilidad, hipotensión, hipotermia, hemorragia con compromiso hemodinámico, daño grave en órganos y choque.

A nivel nacional, en 2024p se confirmó el 83,6 % (99 613) de los casos de dengue con signos de alarma y 93,6 % (2 829) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 77,9 % (92 842) de los casos de dengue con signos de alarma y el 95,3 % (2 882) de los casos con dengue grave. En 2025 (corte a semana epidemiológica 12), se confirmó el 72,7 % (12 841) de los casos de

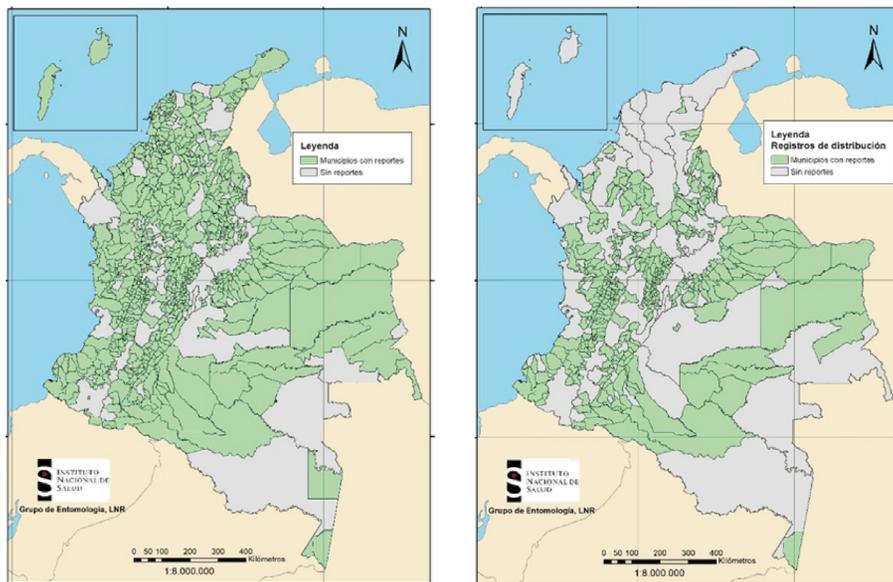
dengue con signos de alarma y 80,6 % (383) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 77,0 % (13 600) de los casos de dengue con signos de alarma y el 95,8 % (455) de los casos con dengue grave.

De los 1 123 municipios registrados a nivel nacional, 959 (85,4 %) presentan las condiciones para la transmisión del virus dengue (DENV), al ubicarse por debajo de los 2 300 m. s. n. m. y presentar características bioclimáticas para el establecimiento de las especies *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Con corte a 2024, se reporta la presencia de *Ae. aegypti* y *Ae. albopictus* en el 67,6 % y 37,0 % de los municipios, respectivamente. Entre los reportes realizados para *Ae. albopictus*, se tienen nuevos registros en algunos departamentos como Cesar, Córdoba, Sucre, Guaviare, Guainía, Tolima, Antioquia (mapa 1)

Mapa 1. Municipios con reportes de distribución de *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, Colombia, 2020-2024

a. Reportes de distribución de *Aedes aegypti*

b. Reportes de distribución de *Aedes albopictus*



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Laboratorio Nacional de Referencia. Grupo Entomología, 2020-2024

Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, desde 2023 se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas

por parte del Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia” las cuales se mantienen vigentes (3).

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultar el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace: <http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Tablero de problemas de las unidades de análisis de las muertes por dengue, Colombia, 2024p – SE 12 2025

En el 2024p se han confirmado 266 muertes por dengue y 17 a SE 12 2025, clasificadas mediante unidad de análisis. Las entidades territoriales que más características o situaciones problemas registraron en el 2024p fueron Santander, Antioquia, Huila y Valle del Cauca y a SE 12 2025 fueron Meta, Barranquilla D.E y Cartagena de Indias D.T.

Para el año 2024p se obtuvieron 1 795 problemas de los casos confirmados analizados, de los cuales el 63 % (1 128) están relacionados con los servicios de salud y el 37% (667) con características del individuo.

En la región Andina y Pacífica para el 2024p, las principales características identificadas relacionadas con los servicios de salud fueron el incumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica (144) e inadecuado diligenciamiento de la historia clínica (86). Las principales entidades territoriales que identificaron factores relacionados con la prestación de servicios de salud fueron Santander y Valle del Cauca. En cuanto a los factores del individuo fueron los conocimientos, actitudes y prácticas en salud con la baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud (81) y el desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador (78).

A SE 12, 2025 la principal característica del individuo identificada fue la baja percepción del riesgo para acudir a los servicios de salud (8) y el principal problema relacionado con los servicios de salud fue la prestación de servicios individuales con el no cumplimiento en las acciones establecidas en las guías de atención clínica (11).

Conclusiones

Durante el periodo epidémico 2023-2025p se observó un aumento significativo en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con los últimos diez años, sin embargo, se observa la menor letalidad por dengue en comparación con las epidemias anteriores.

En 2025p (con corte a semana epidemiológica 12), el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene en situación de brote, comparado con su comportamiento histórico (2019-2023), sin embargo, se observa una tendencia al descenso con una variación de -12,6 % en el último periodo analizado, a pesar de ello se identifica en el último periodo un aumento de casos en departamentos como Amazonas, Casanare, Guaviare, Putumayo, Guainía y Vaupés.

El 30,9 % (255) de los municipios en riesgo para dengue en el país se encuentran en situación de brote, sin embargo, se observa una tendencia al descenso de los municipios en brote de dengue en el país desde la semana epidemiológica 42 del 2024, relacionado estrechamente con la tendencia del comportamiento del evento a nivel nacional.

Las tasas de incidencia de dengue más altas se observaron en los menores de 17 años, mientras que las tasas de letalidad por dengue más altas se observaron en el grupo mayor de 65 años.

La confirmación y hospitalización por dengue con signos de alarma y por dengue grave se encuentra por debajo de la meta establecida (100 %), sin embargo, alcanza porcentajes entre el 80 % y 99 %.

Durante el 2024, se mantiene la identificación de *Ae. aegypti* y *Ae. albopictus*, observándose nuevos registros de este último en departamentos como Cesar, Córdoba, Sucre, Guaviare, Guainía, Tolima, Antioquia.

Recomendaciones

- Cumplir con lo dispuesto en la Circular Conjunta Externa N°013 de 2023 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia” en cada una de las líneas estratégicas: gestión integral de la

contingencia, intensificación de la vigilancia en salud pública, promoción de la salud y prevención primaria de la transmisión, manejo integral de los casos y comunicación del riesgo y comunicación para la salud (3).

- Mantener a nivel departamental y municipal el monitoreo de comportamientos inusuales y generación de alertas por dengue con signos de alarma, dengue grave, muertes probables por dengue, menores de 15 años y mayores de 65 años.
- Fortalecer la socialización de guías, lineamientos, protocolos y circulares emitidas relacionadas con las arbovirosis, con el fin de garantizar el manejo integral de los casos, el diagnóstico diferencial con otros síndromes febriles y el cumplimiento de los indicadores de vigilancia en salud pública.
- Fortalecer la recolección de muestras en los departamentos y su remisión al Laboratorio Nacional de Referencia del INS, con el fin de monitorear la circulación de dengue en el país y apoyar el análisis de los casos fatales notificados por arbovirus.
- Considerando la potencial distribución de *Ae. aegypti*, se requiere mantener actualizada la información entomológica (levantamiento de índices aélicos) y el reporte de la categorización de niveles de riesgo entomológico por localidad.
- Realizar análisis de efectividad de las acciones de control implementadas y actualizar los registros de estas acciones.
- Dar continuidad a las acciones de evaluación de intervenciones de control, las cuales permiten detectar oportunamente localidades con potenciales poblaciones resistentes a los productos empleados.

Situación epidemiológica de chikungunya y enfermedad por virus zika

Durante el año 2024, se notificaron 44 casos entre sospechosos y confirmados por clínica de enfermedad por virus zika, lo que representa una disminución del 6,4% comparado con los casos notificados en 2023 (47 casos), sin embargo, este número de casos puede disminuir debido a los ajustes que realicen en la

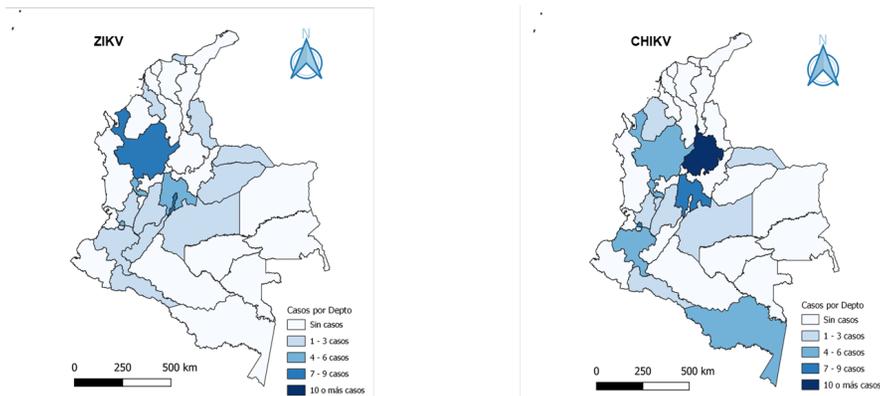
depuración de las bases cerradas de 2024.

De igual manera para chikungunya se notificaron 57 casos confirmados, presentando un incremento del 16,3% respecto al año 2023 (49 casos).

El comportamiento histórico de los eventos enfermedad por zika y chikungunya desde 2017 a 2025p es similar en ambos eventos, evidenciado un incremento de casos notificados para enfermedad por virus zika en las últimas semanas de 2024 y entre las semanas 5 a 12 de 2025.

El total de casos confirmados de enfermedad por virus zika fueron confirmados por laboratorio. Mientras que de los 57 casos confirmados de chikungunya, nueve (9) fueron confirmados por laboratorio mediante Elisa IgM en las entidades territoriales de Amazonas (4 casos), Cundinamarca (2 casos), Antioquia, Cauca y Santiago de Cali D.E. (1 caso cada una). Las entidades territoriales de Antioquia, Cundinamarca, Risaralda, Arauca, Meta, Tolima, Valle del Cauca, Cauca y Putumayo presentaron casos para ambos eventos (mapa 2).

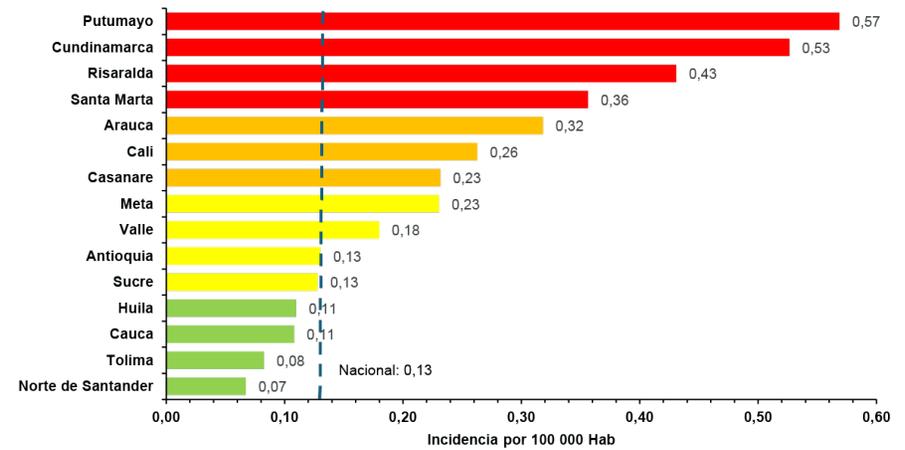
Mapa 2. Casos notificados de enfermedad por virus zika y chikungunya, por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2025

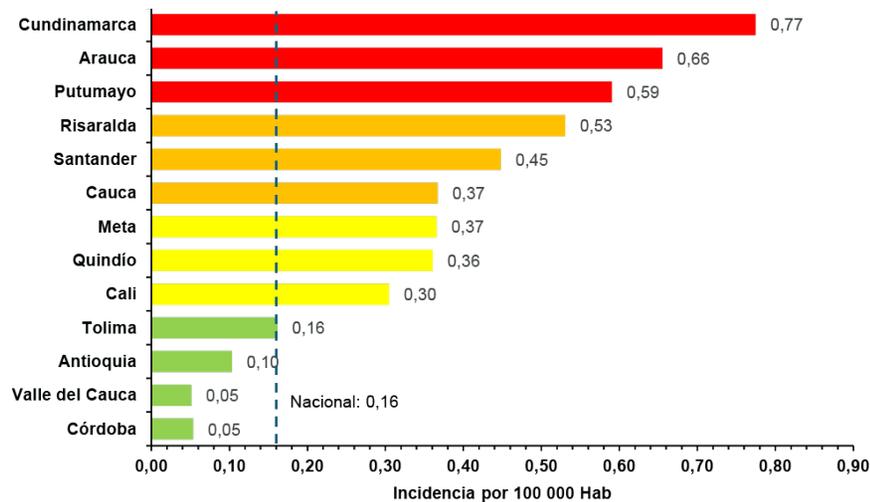
Comparando las entidades territoriales con mayores incidencias durante 2024, se observa que los departamentos de Putumayo, Cundinamarca, Risaralda y Arauca presentan las incidencias más altas para los dos eventos (por arriba del percentil 75). La incidencia nacional de enfermedad por virus zika fue de 0,13 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo (igual a la de 2023, 0,13 casos por 100 000 habitantes en riesgo) y para chikungunya fue de 0,16 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo (presentando un incremento del 16,52 % respecto a la incidencia de 2023, 0,14 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo) (figuras 2 y 3).

Figura 2. Incidencias de enfermedad por virus zika, por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2024



Fuente: bases de datos tuberculosis Sivigila, INS, 2021-2024 preliminar

Figura 3. Incidencia de chikungunya, por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2025

La mayor proporción de casos notificados para ZIKV y CHIKV correspondieron al sexo femenino con el 52,3 % y 59,7 % respectivamente.

Para la enfermedad por virus zika el grupo etario en donde mayor proporción de casos se notificó fue el de menores de 1 año con el 40,9 % (18 casos). En general de todos los casos notificados durante 2024 inicialmente como sospechosos, el 61,3 % (228/372 casos) correspondieron a menores de un año. De estos casos, 128 fueron notificados por sospecha de SZC y 118 fueron descartados por laboratorio. Según los grupos de riesgo para la enfermedad, en 2024 se notificaron un total de 31 casos sospechosos de la enfermedad en gestantes, de los cuales se descartaron posteriormente 30 y uno (1) se mantuvo como sospechoso. Mientras que durante lo corrido de 2025 se han notificado ocho (8) casos de los cuales cinco (5) fueron descartados por laboratorio.

Así mismo a semana epidemiológica 12 de 2025 se han notificado 42 casos para el evento de enfermedad por virus zika y 17 casos de chikungunya. Sigue la mayor proporción de casos del sexo femenino con 62 % y 53 % respectivamente. Aunque para la enfermedad por virus zika se viene presentando un incremento en la notificación de casos sospechosos, se ha

evidenciado que en las primeras semanas del año se están ajustando los casos descartados por laboratorio (figuras 4 y 5).

Figura 4. Casos notificados de enfermedad por virus zika, por semana epidemiológica, Colombia, 2023 a SE 12 de 2025p

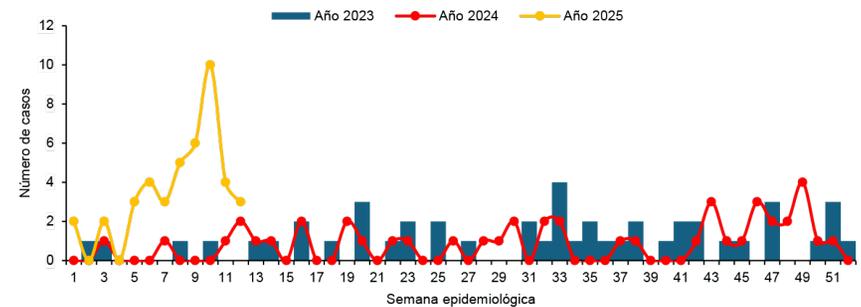
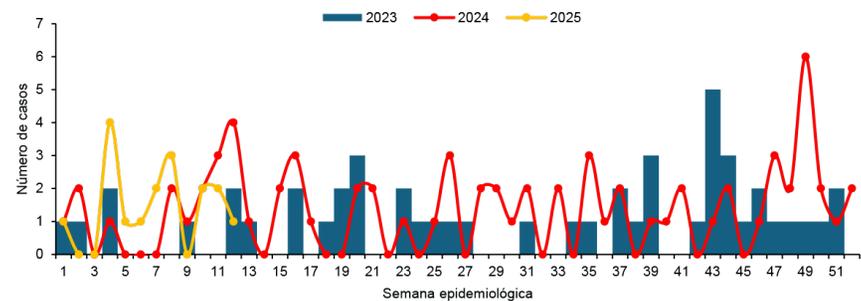


Figura 5. Casos notificados de chikungunya, por semana epidemiológica, Colombia, 2023 a SE 12 de 2025p

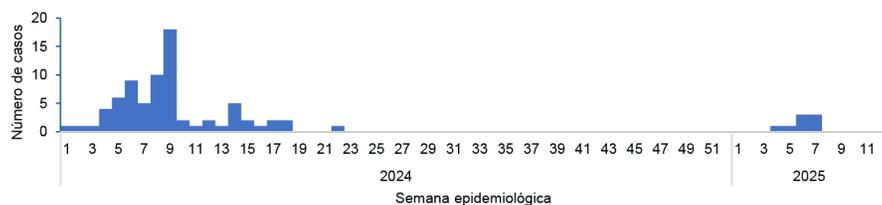


Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2025

Situación epidemiológica de oropouche

Durante el año 2024 se notificaron 74 casos de oropouche, de los cuales 38 fueron confirmados mediante la búsqueda activa por laboratorio del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) y otros 36 fueron identificados por investigación. A la SE 12 de 2025 se han confirmado ocho casos por parte del LNR mediante la vigilancia activa por laboratorio (figura 6).

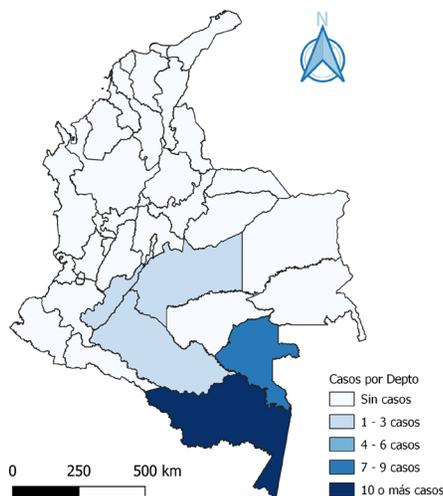
Figura 6. Casos notificados de oropouche, por semana epidemiológica, Colombia, 2024 a SE 12 de 2025p



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2025

Los 46 casos confirmados por el LNR por vigilancia retrospectiva de casos de dengue entre 2024 y 2025p proceden de las entidades territoriales de Amazonas (Leticia 33 y Puerto Nariño 2), Vaupés (Mitú 7), Caquetá (Florencia 1), Meta (Guamal 1), Huila (Neiva 1) y Exterior (Tabatinga, Brasil 1) (Mapa 4).

Mapa 4. Casos notificados de oropouche, por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2024 a SE 12 de 2025p



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Laboratorio de virología, Laboratorio Nacional de Referencia

La mayor proporción de casos confirmados se encuentran en el grupo de edad de 18 a 46 años con el 58,5 % (48 casos), seguido por el grupo de edad entre los 5 a 17 años con el 28,1 % (23 casos). Del total de casos notificados, 2

correspondieron a gestantes (2,4 %) a las cuales se les realizó seguimiento y no se evidenció complicación de los neonatos ni de las madres. Todos los casos fueron notificados inicialmente como casos de dengue sin signos de alarma, no se evidenciaron complicaciones durante el seguimiento y el estado final es vivos. De los 82 casos de OROV, siete (7) casos presentaron coinfección con dengue distribuidos así: Leticia 4 casos (2 DENV-1 y 2 DENV-2), Puerto Nariño 1 caso (DENV-3), Guamal 1 caso (DENV-4) y Neiva 1 caso (DENV-4).

Conclusiones

1. Los casos notificados para ZIKV y CHIKV se concentraron en departamentos de las regiones Andina, Caribe y Pacífica.
2. Las entidades territoriales de Putumayo, Cundinamarca, Risaralda y Arauca presentaron las incidencias más altas para ZIKV y CHIKV, ubicándose por encima del percentil 75.
3. La mayor proporción de casos de ZIKV y CHIKV se viene presentando en el sexo femenino con 62 % y 53 % respectivamente.
4. El grupo de edad en el que se notificaron el mayor porcentaje de casos de zika durante 2024 y 2025p corresponde a los menores de un año con el 41 % y 62 % respectivamente.
5. En 2024, el 56 % de los casos de menores de 1 año fueron notificados por sospecha de SZC y el 86 % fueron descartados por laboratorio.
6. Desde el año 2017 se viene presentado una tendencia al incremento en la proporción de casos notificados en menores de un año para ZIKV la cual es estadísticamente significativa y se asocia a la notificación de casos con sospecha de SZC.
7. Aunque la proporción de casos en gestantes notificadas para ZIKV presenta una tendencia hacia el descenso, esta no es estadísticamente significativa.
8. Los casos que se han confirmado entre 2024 y 2025p de OROV se concentran en la región de la Amazonía y la Orinoquía.

9. El 100 % de los casos de OROV confirmados por la vigilancia activa por laboratorio fueron notificados como dengue sin signos de alarma y en ninguno se identificó alguna complicación por la enfermedad.

Recomendaciones para las entidades territoriales

- A las Entidades Territoriales (ET) y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), continuar con el fortalecimiento para el seguimiento de las gestantes hasta la terminación del embarazo y realizar el respectivo ajuste según la condición del producto de la gestación.
- Se requiere que las EAPB en conjunto con las ET incentiven la toma de las muestras en los casos sospechosos tanto de ZIKV como de CHIKV para poder llegar a una clasificación final de descartado o confirmado.
- Recordar a las ET y EAPB que para los casos de recién nacidos con sospecha de SZC se debe tomar la muestra dentro de las 48 horas después del nacimiento para poder establecer asociación entre la enfermedad y el defecto congénito. Se deben tomar muestras de la madre y del recién nacido.
- Continuar y fortalecer las estrategias educativas a la comunidad sobre prevención y control de los vectores, así como sobre los síntomas más comunes para que las personas consulten oportunamente y se pueda llegar a un diagnóstico acertado.
- A las ET y EAPB recordarles que la vigilancia para OROV se realiza por laboratorio en el marco de la vigilancia por dengue, por lo tanto, no se tiene código para notificación de casos sospechosos de OROV. Los casos que se deben notificar al Sivigila bajo el evento 900 son los que se identifiquen en el marco de investigaciones.

Referencias

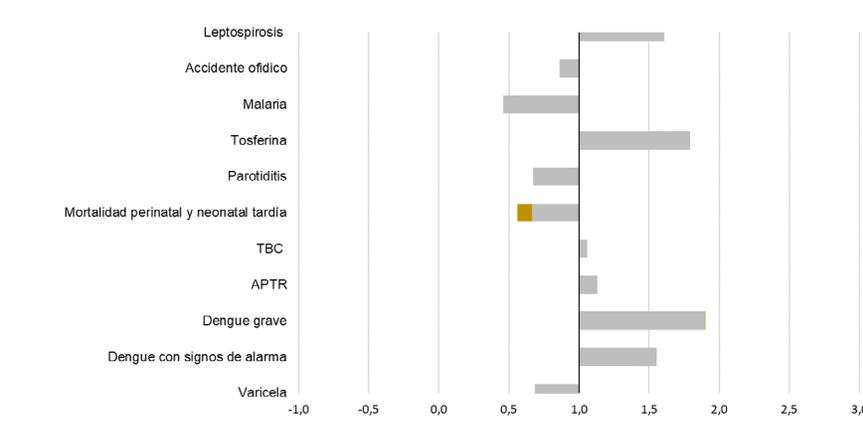
1. Instituto Nacional de Salud - INS. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Dengue [Internet]. Bogotá D.C; 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

2. Instituto Nacional de Salud. Publicaciones Informe de Evento [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
3. Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. Circular Conjunta Externa No.13 de 2023 [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular_Conjunta_Externa_No.13_de_2023.pdf



Para la semana epidemiológica 13 de 2025, se identificó que el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía se encontró por debajo de lo esperado mientras que el evento dengue grave se ubicó por encima de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 13 de 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025
 *APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia
 *TBC: Tuberculosis

Para el evento de violencia de género e intrafamiliar de mayor notificación, se realiza el análisis utilizando la metodología de la prueba Z, en la que se comparó el valor observado en la semana epidemiológica evaluada con una línea de base conformada por los datos de los tres años anteriores (2022 a 2024), lo cual permite identificar variaciones significativas en la notificación de eventos de interés en salud pública.

Para esta semana se encontró el evento violencia de género e intrafamiliar dentro de su comportamiento histórico de la notificación.

SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia, que está conformada de la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos, exceptuando los eventos dengue grave y dengue con signos de alarma que incluye este año para su análisis.

Los datos son ajustados semanalmente por rezago en la notificación de los eventos de interés en salud pública.

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 13 de 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	43 985	37 850	0,83	0,41

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros donde se asume que ocurren de manera aleatoria en el tiempo, se calculó la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2019 a 2024 (exceptuando 2020). Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determina si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

Los casos esperados se construyen con casos históricos que han sido confirmados, mientras que los casos observados corresponden a la notificación de la semana analizada exceptuando los casos descartados.

En la semana epidemiológica 13 de 2025, el evento de fiebre tifoidea y paratifoidea se encuentra por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encuentra por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Fiebre tifoidea y paratifoidea	6	1	0,00
Leishmaniasis cutánea	23	106	0,00
Mortalidad por dengue	5	2	0,06
Lepra	4	7	0,08
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,11
Chikunguña	2	4	0,12
Zika	4	3	0,16

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Cumplimiento en la notificación

Corresponde al porcentaje semanal de la entrega del reporte de notificación en los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información en el Sivigila, sin exceptuar los festivos. Los objetivos de este indicador son:

- Identificar departamentos, municipios y UPGD en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.
- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

A partir de la semana 17 de 2023 la medición del cumplimiento en la notificación para las entidades territoriales se realiza con la verificación de la red de operadores que se encuentra en Sivigila 4.0.

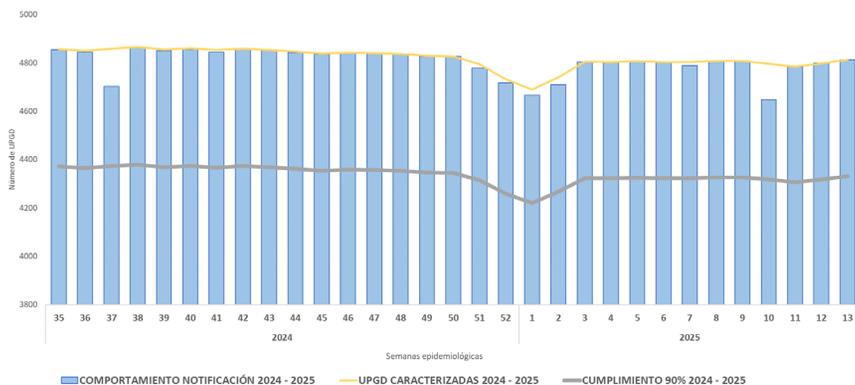
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 13 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y presentando un aumento del 0,09 % con relación a la semana 13 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 813/ 4 813); presentando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior e identificando un aumento del 0,5 % comparado con la semana epidemiológica 13 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %). Por lo anterior, el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública

durante la semana epidemiológica 13 de 2025 no se presentó a nivel nacional. A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 5).

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 13 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025



Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis¹.

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (infección respiratoria aguda, por desnutrición aguda y enfermedad diarreica aguda) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2018 y 2024; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba distribución de probabilidades de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de $p < 0,05$, que identifica las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección ajustada de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales–DANE posterior a pandemia COVID-19. Para el 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

El acumulado de muertes notificadas para los tres (3) eventos puede variar por la notificación tardía y la clasificación final del caso en la unidad de análisis

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://url.liss.gov.co/9135q>



MORTALIDAD

A semana epidemiológica (SE) 13 de 2025, se han notificado 186 muertes probables en menores de cinco años: 104 por infección respiratoria aguda (IRA), 49 por desnutrición (DNT) aguda y 33 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, dos casos de IRA, dos de DNT aguda y uno de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

En relación con las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a SE 13 de 2025 se han notificado 181 fallecimientos (102 por IRA, 47 por DNT y 32 por EDA); de estos, 31 casos han sido confirmados, 12 han sido descartados y 138 casos se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a SE 13 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 13 2025			Casos en estudio a SE 13 2025			Tasa a SE 13 2024			Tasa a SE 13 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	6	16	9	38	77	23	1,92	2,36	1,62	0,17	0,45	0,25
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	10,55	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	0	0	0	0	13	0	1,89	2,60	1,18	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	1	0	0	1	0	3,65	3,65	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	0	0	0	0	1	0	1,75	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00
Barranquilla D.E.	0	1	1	0	1	0	0,00	1,14	0,00	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	0	0	1	2	1	0,00	0,65	0,22	0,00	0,00	0,00
Bolívar	1	0	0	1	2	0	0,00	1,97	0,98	1,01	0,00	0,00
Boyacá	0	0	1	0	3	0	0,00	1,18	0,00	0,00	0,00	1,20
Buenaventura D.E.	0	0	0	1	2	0	2,89	0,00	8,66	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	1	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	4	2	0,00	0,71	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	0	0	0	1	1	0	2,70	2,70	0,00	0,00	0,00	0,00
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	1	1	0	0,00	1,29	1,29	0,00	0,00	0,00
Casanare	0	0	0	0	1	0	0,00	2,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Cauca	0	0	0	3	0	1	0,00	1,78	0,00	0,00	0,00	0,00
Cesar	2	0	0	1	2	2	0,83	1,66	1,66	1,69	0,00	0,00
Chocó	2	8	4	7	6	3	20,90	27,87	50,52	3,50	14,01	7,01
Córdoba	0	0	0	4	1	1	3,99	1,33	0,67	0,00	0,00	0,00
Cundinamarca	0	1	0	0	3	0	0,00	1,70	0,00	0,00	0,42	0,00
Guainía	0	1	0	0	0	0	0,00	14,16	28,32	0,00	14,02	0,00
Guaviare	0	0	0	0	0	1	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Huila	0	0	0	0	0	0	1,01	1,01	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	0	0	0	8	7	7	8,21	5,48	4,56	0,00	0,00	0,00
Magdalena	0	0	0	3	4	1	6,01	2,40	0,00	0,00	0,00	0,00
Meta	0	0	0	1	1	1	0,00	2,43	1,21	0,00	0,00	0,00
Nariño	0	1	0	0	7	0	0,84	1,69	0,00	0,00	0,86	0,00
Norte de Santander	0	0	0	1	0	0	3,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	0	0,00	3,18	0,00	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	0	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	1	3	0	3	0	10,47	5,24	1,75	0,00	1,80	5,39
San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	1	0	0	0,67	2,01	2,68	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	0	0	0	3	0	6,56	2,62	0,00	0,00	0,00	0,00
Tolima	0	0	0	0	2	1	0,00	2,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	1	4	0	0,74	2,98	0,74	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	0	0	0	2	30,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	1	0	0	3	1	0	21,61	7,20	7,20	7,21	0,00	0,00
Vichada	1	0	0	2	0	0	7,20	7,20	7,20	7,21	0,00	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025 preliminares. SE: semana epidemiológica

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana se han notificado 102 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 16 confirmadas, nueve descartadas y 77 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 13 fueron 86, para una tasa de mortalidad de 2,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la SE 13 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Bogotá D.C., Santiago de Cali, Chocó y Nariño y, a nivel municipal, en San Andrés de Tumaco D.E.. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Parainfluenza* tipo 3, *Rhinovirus* y *SARS-CoV2* (tabla 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 13, 2024–2025

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Adenovirus	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enterobacter cloacae	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus	3	2	1	1	0	7	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haemophilus influenzae B	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Klebsiella pneumoniae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Moraxella catarrhalis	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Mycoplasma pneumoniae	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Pseudomona aeruginosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhinovirus	4	2	3	1	0	10	0	1	0	0	0	1
SARS-CoV2	4	2	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1
Staphylococcus aureus	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pneumoniae	0	2	0	2	1	5	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pyogenes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Virus Sincitial Respiratorio	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Total	24	11	6	9	1	51	1	2	0	0	0	3

Fuente: Unidades de análisis, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 (Datos preliminares)

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 47 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, siete fueron confirmadas, dos descartadas y 38 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 13 fue de 70, para una tasa de mortalidad de 1,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 13 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Córdoba, La Guajira y Risaralda y, a nivel

municipal, en Pueblo Rico. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 32 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, una fue confirmada por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli* y *Norovirus*), siete confirmadas por clínica y 24 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 13 fue de 59 para una tasa de mortalidad de 1,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 13 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial Antioquia y a nivel municipal, en Manaure y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones¹:

Muerte materna: es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.

Muerte materna por causas coincidentes: corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, la muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana².

Para el análisis del comportamiento inusual, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2021 y 2024 con corte al periodo de tiempo por analizar.

La clasificación final de los casos puede variar de acuerdo con la dinámica propia de la vigilancia y la conclusión de las unidades de análisis.

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 02]. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.13610/INSPC28779>

En la semana epidemiológica 13 de 2025 se notificaron al Sivigila nueve casos, cuatro muertes maternas tempranas y cinco muertes maternas tardías; para un total acumulado de 45 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 44 residen en territorio colombiano y una reside en el exterior por lo que no se incluye en el análisis (tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 13, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	76	41	18	135
2023	62	35	16	113
2024p	57	39	19	115
2025p	44	24	6	74

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2023, datos preliminares 2024 - 2025

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 22 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Antioquia, Bogotá D.C., Cesar y Chocó. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Cauca; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 7).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Nechí (Antioquia), Maní (Casanare), Agustín Codazzi (Cesar), Belén de Bajirá (Chocó), Acevedo (Huila), El molino (La Guajira) y San Bernardo (Nariño) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 13 de 2025, el 56,8 % corresponden a causas directas y el 27,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 18,2 % (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 13	Acumulado de casos a SE 13	
		2024	2025
Colombia	70	57	44
La Guajira	5	4	5
Antioquia	5	3	4
Bogotá D.C.	7	7	4
Cesar	3	5	4
Chocó	4	4	3
Barranquilla D.E.	1	2	2
Córdoba	4	4	2
Cundinamarca	3	4	2
Nariño	3	1	2
Risaralda	2	0	2
Santander	1	1	2
Valle del Cauca	2	1	2
Bolívar	3	3	1
Santiago de Cali D.E.	2	2	1
Caquetá	1	0	1
Casanare	0	1	1
Guainía	0	0	1
Huila	2	4	1
Meta	3	2	1
Norte de Santander	3	3	1
Tolima	3	0	1
Vichada	1	0	1
Atlántico	2	1	0
Boyacá	1	2	0
Caldas	1	1	0
Cauca	3	1	0
Santa Marta D.T.	2	1	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2023, datos preliminares 2024 – 2025.
SE: semana epidemiológica

Tabla 8. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 - 2024 a SE 13	Valor observado SE 13
Colombia	70	44
Dibulla (La Guajira)	0	2
Nechi (Antioquia)	0	1
Maní (Casanare)	0	1
Agustín Codazzi (Cesar)	0	1
Belén de Bajirá (Chocó)	0	1
Acevedo (Huila)	0	1
El molino (La Guajira)	0	1
San Bernardo (Nariño)	0	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2023, datos preliminares 2024 – 2025.
SE: semana epidemiológica

Tabla 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 13	Número de casos y proporción a SE 13 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	60	62	100	57	100	44	100
DIRECTA	39	42	67,7	36	63,2	25	56,8
Hemorragia obstétrica	9	5	8,1	13	22,8	8	18,2
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	13	13	21,0	13	22,8	5	11,4
Sepsis obstétrica	6	9	14,5	3	5,3	5	11,4
Evento tromboembólico como causa básica	5	7	11,3	2	3,5	4	9,1
Embarazo ectópico	4	5	8,1	2	3,5	2	4,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	2	3,2	1	1,8	1	2,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0	0,0	1	1,8	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	1,6	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,8	0	0,0
INDIRECTA	20	20	32,3	20	35,1	12	27,3
Otras causas indirectas	10	12	19,4	8	14,0	4	9,1
Otras causas indirectas: neumonía	3	3	4,8	2	3,5	2	4,5
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	4,5
Sepsis no obstétrica	4	3	4,8	4	7,0	1	2,3
Otras causas indirectas: cáncer	3	2	3,2	3	5,3	1	2,3
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	3,5	1	2,3
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	1	1,8	1	2,3
En estudio	1	0	0,0	1	1,8	7	15,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023, datos preliminares 2024 – 2025.
SE: semana epidemiológica

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a las ocurridas en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a las ocurridas después de los siete días hasta el día 28 de vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías, para las entidades territoriales con baja frecuencia ($n \leq 30$ acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson y para los departamentos y distritos con alta frecuencia ($n > 30$ acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal².

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y ajuste de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccc_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.

Indias D.T., Cauca, Chocó, Córdoba, Huila, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Sucre y Valle del Cauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 10).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Bosconia (Cesar), Aguazul (Casanare), Timbiquí (Cauca), El Santuario (Antioquia), Riosucio (Caldas), La Primavera (Vichada), Buriticá (Antioquia), Villapinzón (Cundinamarca) y Vijes (Valle del Cauca) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 46,1 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,4 %, neonatales tardías con 17,0 % y fetales intraparto con 9,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 26,1 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 14,8 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,9 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 13 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

A semana epidemiológica 13 de 2025 se han notificado 1 320 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 308 corresponden a residentes en Colombia y 12 residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (172), Antioquia (156), Cundinamarca (90), Santiago de Cali D.E. (60) y Cesar (51). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 13 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Arauca, Atlántico, Boyacá, Santiago de Cali D.E., Cartagena de

Tabla 10. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 13	Acumulado de casos a SE 13	
		2024	2025
Colombia	2 023	1 503	1 308
Bogotá, D.C.	215	169	172
Antioquia	228	159	156
Cundinamarca	104	92	90
Santiago de Cali D.E.	75	64	60
Cesar	71	42	51
Nariño	56	47	51
La Guajira	105	70	47
Córdoba	103	73	46
Bolívar	55	29	43
Santander	60	37	42
Meta	43	35	41
Cauca	71	51	40
Barranquilla D.E.	79	39	39
Cartagena de Indias D.T.	68	49	36
Norte de Santander	62	53	36
Valle del Cauca	55	40	32
Atlántico	68	55	31
Huila	50	37	29
Magdalena	41	29	26
Caldas	28	21	25
Chocó	49	48	25
Tolima	40	29	25
Boyacá	40	39	23
Sucre	53	38	23
Risaralda	31	27	18
Buenaventura D.E.	22	15	17
Caquetá	21	14	12
Casanare	20	13	12
Santa Marta D.T.	24	15	12
Quindío	18	18	9
Putumayo	15	16	8
Vichada	10	9	8
Amazonas	5	3	6
Arauca	21	13	5
Guainía	6	2	4
Guaviare	3	1	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	5	4
Vaupés	4	7	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 - 2023, datos preliminares 2024 - 2025.
SE: semana epidemiológica

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 13 2020 - 2024	Valor observado a SE 13 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	2 023	1 308	-
Bosconia (Cesar)	3	7	8
Aguazul (Casanare)	1	5	9
Timbiquí (Cauca)	2	5	7
El Santuario (Antioquia)	1	4	11
Riosucio (Caldas)	1	4	2
La Primavera (Vichada)	0	3	6
Buriticá (Antioquia)	0	2	1
Villapinzón (Cundinamarca)	0	2	1
Vijes (Valle del Cauca)	0	2	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2023, datos preliminares 2024- 2025.
SE: semana epidemiológica

Tabla 12. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 13, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 13, 2023 -2025					
	2023 a SE 13	(%)	2024 a SE 13	(%)	2025 a SE 13	(%)
Colombia	1 988	100,0	1 503	100,0	1 308	100,0
Asfisia y causas relacionadas	505	25,4	353	23,5	341	26,1
Prematuridad-inmadurez	364	18,3	223	14,8	194	14,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	310	15,6	221	14,7	169	12,9
Sin información	4	0,2	74	4,9	128	9,8
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	231	11,6	180	12,0	104	8,0
Infecciones	164	8,2	124	8,3	101	7,7
Malformación congénita	180	9,1	126	8,4	99	7,6
Otras causas de muerte	124	6,2	101	6,7	73	5,6
Causas no específicas	37	1,9	46	3,1	65	5,0
Trastornos cardiovasculares	44	2,2	43	2,9	23	1,8
Lesión de causa externa	19	1,0	7	0,5	8	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	6	0,3	5	0,3	3	0,2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023, datos preliminares 2024 - 2025.
SE: semana epidemiológica

Infección respiratoria aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 13 de 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todas las atenciones de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J22¹.

Los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2017 a 2024 y el intervalo de confianza.

El análisis para la identificación de comportamientos inusuales en las entidades territoriales se realizó mediante la metodología Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), que consiste en la comparación del valor observado (número de atenciones por infección respiratoria aguda en los servicios de consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidados intensivos) de la semana actual y las tres anteriores entre los años 2017 a 2024 (valor esperado). Adicionalmente se calculó el valor de p para establecer si la variación entre lo observado y esperado es estadísticamente significativa.

El análisis del comportamiento de la circulación viral se realizó mediante la distribución de probabilidades de Poisson comparando los datos del periodo anterior y actual para cada uno de los agentes virales y así mismo por grupo de edad más relevantes para el evento vigilancia centinela Código 345.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 09. 18 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

A nivel nacional en el último periodo se observa una variación porcentual con tendencia al aumento en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias hospitalización en sala general, hospitalización UCI en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM); sin embargo no son estadísticamente significativas en comparación con el periodo anterior (tabla 13).



EVENTOS TRAZADORES

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a SE 12 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 06 a SE 09 2025	SE 10 a SE 13 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	538 993	641 432	19,01%	
Hospitalización en sala general	22 344	26 792	19,91%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 813	2 817	0,14%	

SE: semana epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 13 de 2025 se notificaron 151 031 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Atlántico, Bogotá D.C., Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura D.E. Las 25 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (10 a 13 de 2025) en 38 municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 10 a 13 de 2025.

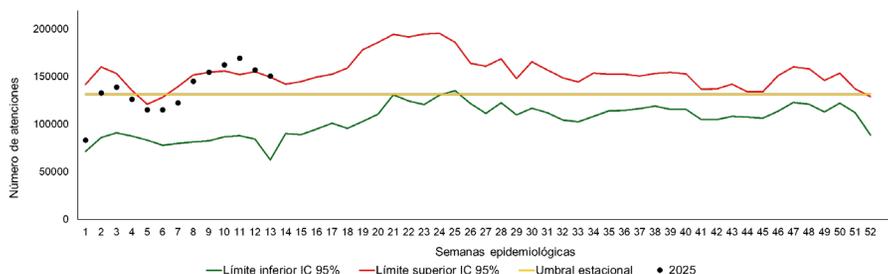
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Cundinamarca	Soacha	17 782	18 672	3 337	8 201
Antioquia	Itagüí	19 164	22 783	3 742	7 408
Atlántico	Soledad	21 180	21 084	5 745	6 904
Guajira	Maicao	13 726	16 739	2 554	6 266
Cundinamarca	Chía	13 990	14 401	2 772	5 448
Antioquia	Bello	17 628	16 323	3 138	5 046
Guajira	Uribia	14 297	12 243	1 804	4 374
Antioquia	Rionegro	7 290	9 678	1 522	3 298
Antioquia	Envigado	6 199	7 028	1 418	2 845
Valle	Palmira	6 528	8 243	1 482	2 684
Santander	Barrancabermeja D.E.	4 720	7 421	586	2 606
Risaralda	Dosquebradas	6 446	7 851	1 163	2 448
Cundinamarca	Girardot	4 334	5 528	1 155	2 367
Magdalena	Ciénaga	5 430	6 494	917	2 361
Santander	Floridablanca	5 631	6 147	927	2 221
Bolívar	Magangué	3 706	4 747	717	2 213
Córdoba	Sahagún	4 805	6 480	1 435	2 069
Boyacá	Duitama	6 129	5 610	1 347	2 027
Cundinamarca	Madrid	5 016	4 852	604	1 990
Cundinamarca	Zipaquirá	4 520	5 338	1 311	1 974
Cundinamarca	Funza	2 933	4 417	802	1 775
Cundinamarca	Facatativá	5 003	4 916	1 476	1 741
Huila	Pitalito	2 564	3 530	283	1 692
Boyacá	Sogamoso	3 408	4 404	923	1 675
Antioquia	Apartadó	4 070	4 053	788	1 575
Córdoba	Cereté	3 361	4 532	471	1 572
Valle del Cauca	Cartago	4 771	4 555	294	1 355
Antioquia	Turbo D.E.	3 123	3 566	654	1 297
Valle del Cauca	Yumbo	2 954	4 096	743	1 265
Córdoba	Lorica	3 208	3 774	781	1 229
Casanare	Yopal	3 497	2 871	808	1 176
Cesar	Aguachica	1 983	2 876	775	1 171
Valle	Tuluá	3 535	3 838	403	1 099
Cauca	Santander De Quilichao	3 628	2 951	781	1 065
Norte Santander	Ocaña	4 039	3 683	287	951
Santander	Girón	1 485	1 849	187	800
Santander	Piedecuesta	1 141	2 053	203	729
Cundinamarca	Mosquera	1 869	1 278	457	591
Norte Santander	Villa Del Rosario	1 393	1 795	502	537
Cauca	Guapi	568	1 361	172	528
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	2 361	1 739	593	519
Atlántico	Malambo	2 571	1 282	327	409
Nariño	La Florida	167	217	43	79

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (10 a 13 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 25,20 % (161 663) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,57 % (131 916). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un dos a cuatro años con el 14,18 % seguido de los niños de un año con el 13,96 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 07, las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados. No obstante, a partir de la semana 08 se observó una tendencia al aumento, superando el umbral estacional. Esta tendencia persistió entre las semanas 09 y 11, ubicándose por encima del límite superior. Sin embargo, en semana epidemiológica 12 y 13 se observa una disminución situándose sobre el límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico entre 2017 y 2024

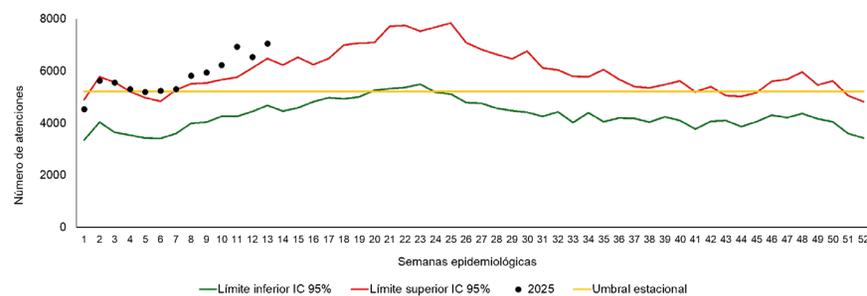
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 13 de 2025 se notificaron 7 071 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guainía, Guaviare, La Guajira y Vaupés e incremento en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D.E., Boyacá, Santiago de Cali D.E., Cartagena de Indias D.T., Cauca, Chocó, Córdoba, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre y Tolima. En las 14 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (10 a 13 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 863) representaron el 25,65 %, seguido del grupo de 5 a 19 años con el 17,49 % (4 687). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de dos a cuatro años con 26,55 % seguido de los niños de un año con el 24,55 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, desde semana 05 a 11 se han mantenido por encima del límite superior, alcanzando su pico máximo en la semana 13 (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2025

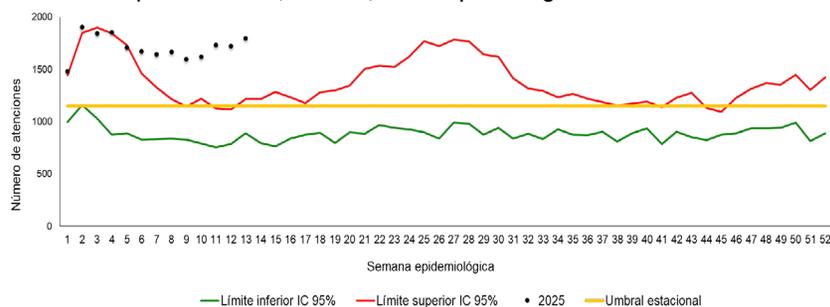


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 13 de 2025, se notificaron (1 797) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad en semana 13 de 2025 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 8).

Figura 8. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 13 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

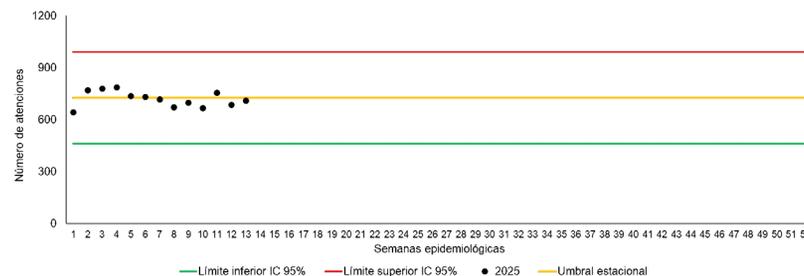
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 13 de 2025 se notificaron 709 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 10 entidades territoriales. Se presentó disminución en Caquetá, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta, Nariño y Norte de Santander. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Bolívar, Boyacá, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, Guainía, La Guajira, Putumayo, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima, Vichada y Vaupés.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (10 a 13 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,97 % (985), seguido de los menores de un año con el 22,08 % (622) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de dos a cuatro años con el 28,12 % seguido de niños de un año con el 27,67 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 13 de 2025, se observa que se ubica dentro de los límites esperados (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2025

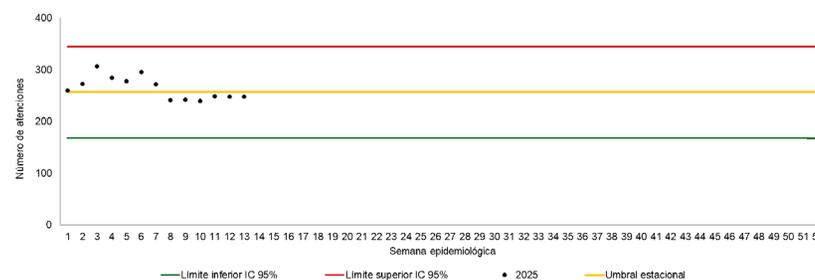


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 13 de 2025, se notificaron 248 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidencia para esta semana una tendencia a ubicarse por debajo del umbral estacional (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 13 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

Teniendo en cuenta el fenómeno climático caracterizado por un aumento de las precipitaciones, alta humedad, bajas temperaturas y el incremento de las infecciones respiratorias agudas que indica el inicio del primer pico

respiratorio del año, se insta a las entidades territoriales a:

- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria en sus estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.
- Propiciar una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación frente a las medidas de prevención (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento)
- Educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma, facilitando una atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes).
- Impulsar la vacunación de COVID-19 e influenza estacional.
- Evaluar la capacidad instalada de los servicios de salud ante un posible incremento en la ocupación debido al aumento de infecciones respiratorias agudas.

la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 15).

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 06 a 13 de 2025

Agente viral identificado	SE 06 a 09			SE 10 a 13			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	42,8	47,5	32,9	53,8	58,2	42,2	
Rinovirus	13,7	10,7	18,5	15,3	15,0	21,1	
VSR	15,3	22,8	7,4	14,8	23,8	-	
Enterovirus	6,3	6,7	-	13,6	17,0	5,3	
Adenovirus	10,1	13,4	3,7	2,9	4,8	-	
Influenza B	8,6	2,7	3,7	2,5	1,4	-	
Influenza A	15,3	16,1	11,1	16,9	6,1	42,1	
Parainfluenza	7,5	8,7	14,8	9,7	9,5	-	
Metapneumovirus	5,1	6,0	14,8	8,8	11,6	5,3	
A(H1N1)pdm09	2,7	1,3	3,7	0,8	-	5,3	
SARS-CoV2	5,9	5,4	7,4	4,7	3,4	10,5	
A(H3N2)	5,1	2,7	-	5,9	3,4	5,3	
Coronavirus	4,3	3,4	14,8	3,8	4,1	5,3	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica
Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.
*Se muestra la variación con significancia estadística

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado ascenso en la región América Central, Caribe y Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1)pdm09 y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles altos de circulación en la región América Central y Andina. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en Andina y Brasil y Caribe, las otras regiones mantienen niveles bajos de circulación. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 13 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para enterovirus y al decremento adenovirus e influenza B. Ante

COVID-19

Metodología

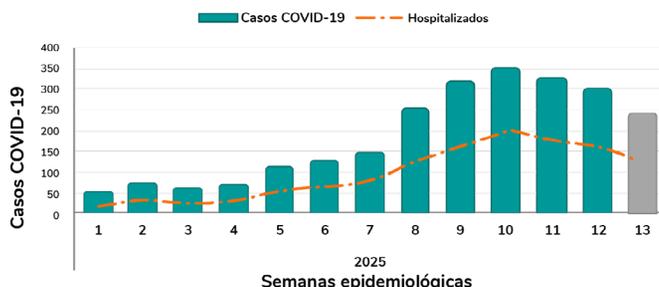
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 13 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2 independiente de los criterios clínicos o epidemiológicos, requiera o no hospitalización.

El análisis del comportamiento se realiza comparando los casos confirmados de COVID-19. Se evaluaron los comportamientos inusuales por departamentos y municipios mediante la comparación de cuatro semanas previas y actuales. Interpretación: incremento (razón superior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) decremento (razón inferior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) y sin cambio (razón igual a 1 o inferior a 1 o superior a 1 sin significancia estadística ($p > 0,05$)).

En Colombia, con corte al 29 de marzo de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 2 458 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas (SE 10 a 13 de 2025), se ha observado un aumento significativo del 43,44 %, con 1 225 casos registrados en comparación con el periodo esperado (SE 06 a SE 09 de 2025), en el cual se reportaron 854 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado un incremento del 50,34 %, pasando de 447 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 672 casos en el periodo analizado (figura 11).

Figura 11. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 13 de 2025



Entre el 23 y el 29 de marzo de 2025 se confirmaron 345 casos en el territorio nacional; de estos el 69,86 % (241 casos) corresponde a la semana epidemiológica 13. El 66,96 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Antioquia, Santiago de Cali D.E., Cundinamarca, Boyacá y Valle del Cauca (tabla 16).

Tabla 16. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 12 de 2025

Entidad Territorial	Otras	SE 10	SE 11	SE 12	SE 13	Total
Bogotá D.C.	0	2	3	22	107	134
Antioquia	1	2	1	7	18	29
Cundinamarca	1	0	0	2	24	27
Boyacá	3	0	0	7	13	23
Valle del Cauca	1	1	0	8	8	18
Santiago de Cali D.E.	1	1	1	6	7	16
Sucre	0	0	0	4	11	15
Santander	0	0	0	2	10	12
Cauca	0	0	1	1	10	12
Putumayo	0	0	0	2	6	8
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	8	8
Tolima	0	0	1	3	3	7
Chocó	0	0	0	6	0	6
Norte Santander	0	0	0	1	3	4
Córdoba	1	0	0	1	2	4
Quindío	0	0	1	1	2	4
Nariño	0	0	0	1	3	4
Huila	0	0	0	0	3	3
Caldas	0	0	0	2	0	2
Santa Marta D.T.	0	0	1	0	1	2
Cesar	0	0	1	1	0	2
Risaralda	1	0	0	0	1	2
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	1	1
Arauca	0	0	0	1	0	1
Magdalena	0	0	0	1	0	1
Total	0	6	10	79	241	345

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual, se registró una incidencia de 2,31 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 34 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 267 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Antioquia, Bogotá D.C., Cartagena de Indas D.T., Boyacá, Caldas, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, Nariño, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Putumayo y en municipios con más de 500 000 habitantes en Montería (Córdoba), Soacha (Cundinamarca), Ibagué (Tolima) y Bucaramanga (Santander).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 30 fallecimientos relacionados con COVID-19. En el período observado, las muertes ocurrieron en Bogotá (tres casos), Antioquia (dos casos), y en La Guajira, Meta, Quindío, Sucre, Valle del Cauca y Cali con un caso para un total de 11 casos. El 76,67 % (23 casos) corresponden a personas mayores de 60 años (tabla 17).

Tabla 17. Fallecimientos por COVID-19 a semana epidemiológica 13 de 2025

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	30	12	11	Disminución
Antioquia	4	1	2	Sin cambios
Bogotá, D.C.	6	2	3	Sin cambios
Cauca	3	2	0	Sin cambios
Cundinamarca	1	1	0	Sin cambios
La Guajira	2	0	1	Aumento
Meta	2	1	1	Sin cambios
Nariño	1	0	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	1	1	Sin cambios
Santander	1	1	0	Sin cambios
Sucre	1	0	1	Aumento
Tolima	1	1	0	Sin cambios
Valle del Cauca	1	0	1	Aumento
Santiago de Cali D.E.	3	1	1	Sin cambios
Arauca	1	1	0	Sin cambios

SE: semana epidemiológica

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu71a>, donde podrá ampliar los detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2025.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 13 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las siguientes definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento¹:

Caso probable de dengue: Paciente procedente de área endémica que cumple con la definición de dengue con o sin signos de alarma.

- **Dengue sin signos de alarma:** enfermedad febril aguda de 2 a 7 días de evolución en la que se observan dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-ocular, mialgias, artralgias, erupción cutánea, rash o leucopenia.
- **Dengue con signos de alarma:** paciente que cumple con la anterior definición y además presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma: dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación, vómitos persistentes, diarrea, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico), sangrado en mucosas, letargo o irritabilidad (principalmente en niños), hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa >2 cm, caída de la temperatura, caída abrupta de plaquetas (<100 000) asociada a hemoconcentración.
- **Dengue grave:** todo caso de dengue que cumple con cualquiera de las manifestaciones graves de dengue que se mencionan a continuación:
 - Extravasación severa de plasma: Que conduce a síndrome de choque por dengue o acúmulo de líquidos con dificultad respiratoria.
 - Hemorragias Severas: Paciente con enfermedad febril aguda, que presenta hemorragias severas con compromiso hemodinámico.
 - Daño grave de órganos: Paciente con enfermedad febril aguda y que presente signos clínicos o paraclínicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afección de otros órganos.
- **Muerte por dengue:** todo caso que fallece con diagnóstico de dengue grave.

Caso confirmado de dengue: caso probable de dengue, dengue grave, o mortalidad por dengue confirmado por alguno de los criterios de laboratorio para el diagnóstico de dengue: ELISA NS1, RT-PCR o aislamiento viral en pacientes con 5 días o menos de inicio de síntomas o prueba de IgM Dengue ELISA en pacientes con 6 o más días de inicio de síntomas.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de dengue. Versión 4, 20 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

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

Definición de periodo de transmisión: corresponde al comportamiento esperado mensualmente según el comportamiento histórico (2018-2023 sin 2021)

Alta transmisión	Moderada transmisión	Baja transmisión
Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en al menos 5 años de su histórico (2018-2023 sin 2021).	Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 3 o 4 años de su histórico (2018-2023 sin 2021).	Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 0 o 2 años de su histórico (2018-2023 sin 2021).

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

En la semana epidemiológica 13 de 2025 se notificaron 3 770 casos de dengue: 2 581 casos de esta semana y 1 189 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 50 277 casos, 31 181 (62,0 %) sin signos de alarma, 18 600 (37,0 %) con signos de alarma y 496 (1,0 %) de dengue grave.

El 55,9 % (28 118) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de Indias D.T., Santander, Antioquia, Meta, Tolima, Córdoba, Norte de Santander, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 18); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 09 a 12, 2025) el 52,7 % (7 663) de los casos se concentran en Meta, Norte de Santander, Santander, Tolima, Antioquia, Valle del Cauca, Huila y Putumayo.

Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2025

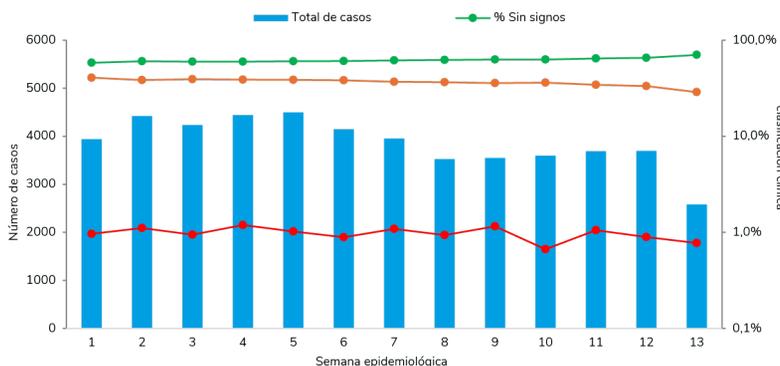
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 05-08 de 2025)	Observado (SE 09-12 de 2025)
Cartagena de Indias D.T.	4 094	23,9	1,2	1 589	704
Santander	3 431	31,7	0,8	1 119	1 090
Antioquia	3 329	35,0	0,8	1 096	917
Meta	3 180	40,0	0,9	1 012	1 163
Córdoba	2 999	43,1	0,3	1 057	704
Tolima	3 000	34,9	1,3	811	994
Norte de Santander	2 920	38,7	1,2	891	1 141
Valle del Cauca	2 614	25,1	0,5	782	858
Cundinamarca	2 551	37,8	0,6	779	645
Huila	2 205	34,1	2,2	723	755
Barranquilla D.E.	1 989	37,3	1,2	597	253
Atlántico	1 933	48,9	1,3	660	311
Putumayo	1 952	26,7	0,4	563	745
Santiago de Cali D.E.	1 830	34,2	0,7	623	527
Sucre	1 575	58,9	0,9	527	406
La Guajira	1 404	61,1	1,6	450	311
Bolívar	1 330	42,6	1,1	472	371
Caquetá	1 160	42,4	1,6	349	377
Cesar	880	57,3	2,4	294	228
Arauca	868	36,2	1,3	269	311
Cauca	714	36,6	1,0	256	204
Risaralda	636	37,1	0,8	169	159
Quindío	552	25,7	0,2	165	135
Nariño	405	31,4	1,2	108	157
Boyacá	351	40,2	0,6	113	114
Guaviare	407	18,2	0,0	30	256
Casanare	363	32,0	0,0	100	161
Magdalena	305	60,3	1,6	96	105
Chocó	276	17,8	1,1	102	72
Caldas	227	42,7	0,0	69	73
Vichada	192	39,1	0,0	56	70
Santa Marta D.T.	184	56,5	1,1	62	53
Amazonas	126	31,0	0,0	38	47
Exterior	91	47,3	3,3	41	25
Buenaventura D.E.	74	37,8	1,4	26	28
Archipiélago de San Andrés y Providencia	45	40,0	0,0	9	8
Guainía	36	41,7	0,0	10	19
Vaupés	49	12,2	2,0	10	35
Colombia	50 277	37,0	1,0	16 123	14 532

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 SE: semana epidemiológica

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 09 a 12, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 05 a 08, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Casanare, Guaviare, Nariño, Putumayo, Guainía y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en el Atlántico, Barranquilla D.E., Cartagena de Indias D.T., Córdoba y La Guajira; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % a nivel nacional (figura 12); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 09 a 12, 2025) fueron: Atlántico, Cesar, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D.T. y Sucre.

Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semana epidemiológica 01 a 13, 2025

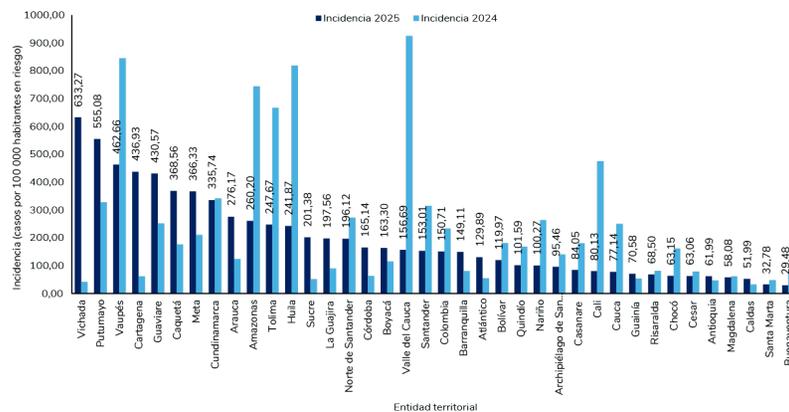


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

A semana epidemiológica 13 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 150,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 233,0 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Putumayo, Vaupés, Cartagena de Indias D.T., Guaviare, Caquetá, Meta, Cundinamarca, Arauca y Amazonas presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 13 de 2025 registrando tasas superiores

a 260 casos por 100 000 habitantes (figura 13). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 296,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 13. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2024 y 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

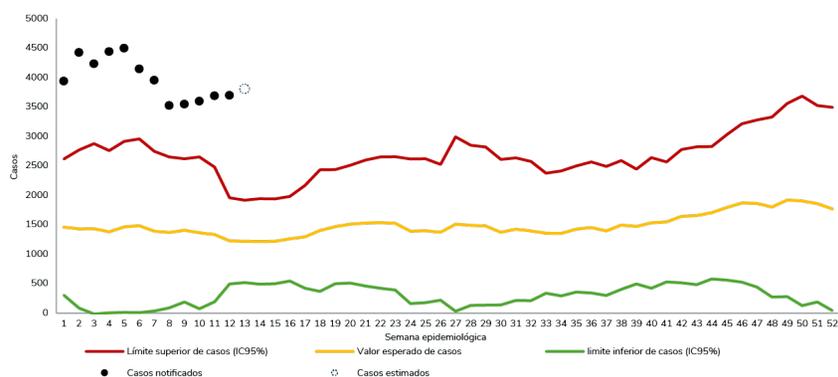
En la semana epidemiológica 13 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al descenso con una variación de -15,7 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 09 a 12, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 05 a 08, 2025) (figura 14).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico se observa que, el 2,7 % (1) se encuentra dentro de lo esperado, el 24,3 % (9) se encuentran en situación de alerta y el 73,0 % (27) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Boyacá, Caquetá y Putumayo se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de febrero (tabla 19). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas por parte del Ministerio

de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 13 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 30,0 % (247) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 70,2 % (40/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

Figura 14. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 13 de 2025

Situación epidemiológica a SE 13, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Boyacá, Caquetá, Putumayo	Caldas, Cauca, Chocó, Meta, Guaviare, Nariño, Quindío, Risaralda	Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D.E., Bolívar, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander, Santander, Sucre, Tolima, Santa Marta D.T., Vichada y Vaupés
Alerta	Santiago de Cali D.E., Guainía	Buenaventura D.E., Casanare, Huila y Valle del Cauca	Cesar, Magdalena, Archipiélago de San Andrés y Providencia
Dentro de lo esperado	Amazonas	-	-

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Tabla 20. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 13 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada Casos por 100 000 habitantes	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín D.E.	27,0	706	37	170
	Apartadó	127,5	168	23	55
	Bello	13,0	72	2	18
	Envigado	36,0	87	1	20
	Turbo D.E.	82,7	111	14	40
Atlántico	Barranquilla D.E.	151,6	1 989	115	253
	Malambo	141,2	203	21	48
	Soledad	180,6	1 236	43	175
Bolívar	Cartagena de Indias D.T.	388,0	4 094	104	704
	Magangué	134,3	193	7	70
	Turbaco	176,2	205	14	46
Caquetá	Florencia	260,9	461	71	128
Cauca	Popayán	21,4	58	1	17
	Santander de Quilichao	119,3	137	11	44
Cesar	Aguachica	202,6	249	43	72
Córdoba	Montería	262,8	1 348	63	315
	Cereté	90,9	100	3	23
	Lorica	48,6	57	5	13
	Sahagún	140,3	157	8	39
Cundinamarca	Fusagasugá	278,8	461	5	116
	Girardot	613,2	722	41	183
Huila	Pitalito	354,9	464	49	182
La Guajira	Riohacha D.E.	197,6	414	62	127
	Maicao	194,7	374	15	58
Magdalena	Ciénaga	40,0	51	12	27
Meta	Villavicencio	248,3	1 266	197	432
	Cúcuta	233,9	1 786	166	752
Norte de Santander	Ocaña	106,2	126	13	42
	Villa del Rosario	344,2	379	22	139
Quindío	Armenia	83,5	261	9	66
	Pereira	66,1	321	11	77
Risaralda	Dosquebradas	82,7	180	3	44
Santander	Bucaramanga	160,9	996	69	321
	Barrancabermeja	109,5	235	18	70
	Floridablanca	189,6	595	34	183
	Girón	189,0	331	24	103
	Piedecuesta	106,7	199	29	64
Sucre	Sincelejo	141,1	425	58	99
Tolima	Ibagué	201,5	1 096	132	416
Valle del Cauca	Jamundí	379,8	643	21	192

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 13 de 2025 se han notificado 120 muertes probables por dengue, de las que se han confirmado 21 casos, se descartó 26 casos y se encuentran en estudio 73 casos; de las muertes en estudio dos casos proceden

del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,04 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 63 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 21).

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 13, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 13 2025	Letalidad por dengue a SE 13, 2024
	Confirmados	En estudio		
Exterior	1	2	1,10	0,00
Vichada	1	0	0,52	0,00
Risaralda	2	2	0,31	0,13
Arauca	1	1	0,12	0,00
Santiago de Cali D.E	2	0	0,11	0,04
Barranquilla D.E.	2	0	0,10	0,00
Meta	3	1	0,09	0,06
Huila	2	1	0,09	0,02
Córdoba	2	2	0,07	0,00
Atlántico	1	2	0,05	0,12
Cartagena de Indias D.T.	2	3	0,05	0,00
Tolima	1	7	0,03	0,10
Antioquia	1	9	0,03	0,22
La Guajira	0	6	0,00	0,00
Santander	0	6	0,00	0,13
Sucre	0	6	0,00	0,00
Bolívar	0	5	0,00	0,15
Cauca	0	5	0,00	0,04
Cundinamarca	0	3	0,00	0,03
Norte de Santander	0	2	0,00	0,15
Putumayo	0	2	0,00	0,18
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,05
Buenaventura D.E	0	1	0,00	0,81
Caquetá	0	1	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,09
Chocó	0	1	0,00	0,00
Guaviare	0	1	0,00	1,38
Quindío	0	1	0,00	0,21
Colombia	20	71	0,04	0,08

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025. SE: semana epidemiológica

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultar el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:

<http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 13 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril (> 37,5° C) actual o reciente (hasta de dos semanas o 15 días previos a la consulta), procedente de área o región endémica de malaria en los últimos 15 días, cuya enfermedad se confirme por la identificación de especies de Plasmodium spp, mediante algún examen parasitológico como: (gota gruesa), pruebas rápidas de detección de antígeno parasitario (PDR), o en situaciones especiales, técnica molecular (PCR)¹.

Estratificación de riesgo: para Colombia han sido definidos cinco estratos de riesgo, determinados según los siguientes criterios: receptividad (posibilidad del ecosistema para permitir la transmisión de la malaria, es decir que el territorio tenga una altura por debajo de 1 600 msnm y que se encuentre el vector), la intensidad de la transmisión (nivel de endemidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales.
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales.

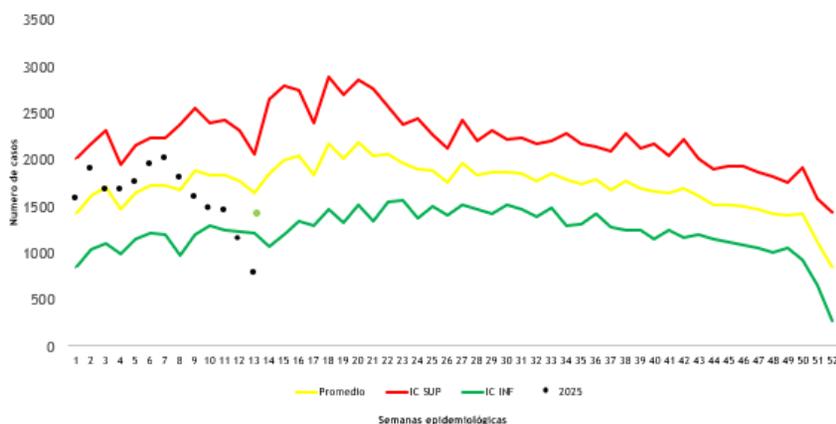
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros reflejan un menor riesgo.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de alerta por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 15).

Figura 15. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 13, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país

En la semana epidemiológica 13 de 2025 se notificaron 1 808 casos de malaria, para un acumulado de 20 968 casos, de los cuales 20 598 son de malaria no complicada y 370 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 65,9 % (13 823), seguido de *Plasmodium falciparum* con 33,0 % (6 913) e infección mixta con 1,1 % (232). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,0 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (29,3 %), Antioquia (14,0 %), Nariño (13,1 %), Córdoba (9,7 %), Vaupés (7,1 %), Risaralda (3,8 %), Cauca (3,7 %), Guainía (2,5 %), Amazonas (2,4 %), Bolívar (2,3 %), Vichada (2,2 %), Buenaventura D.E. (2,1 %) y Boyacá (1,7 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 75,3 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 06 a 09	Casos 2025 SE 10 a 13	Tasa por 1 000 habitantes
Vaupés	Mitú	1 309	403	339	53,88
Córdoba	Tierralta	1 190	477	150	11,92
Chocó	Quibdó	1 176	400	244	8,13
Risaralda	Pueblo Rico	719	256	114	42,83
Antioquia	El Bagre	656	260	147	11,65
Nariño	Roberto Payán	559	153	139	41,94
Nariño	Magüí	513	201	118	1,92
Chocó	Bajo Baudó	484	184	96	14,26
Guainía	Inírida	481	160	124	12,69
Chocó	Tadó	458	154	129	7,81
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	442	159	113	1,36
Chocó	Lloró	435	146	105	41,00
Nariño	Barbacoas	407	139	65	6,94
Nariño	El Charco	403	172	143	17,33
Vichada	Cumaribo	400	147	85	4,60
Córdoba	Puerto Libertador	390	125	76	8,59
Chocó	Medio San Juan	387	170	75	32,90
Cauca	Timbiquí	385	152	90	13,70
Chocó	El Cantón del San Pablo	363	132	141	52,56
Boyacá	Cubará	346	130	124	40,62
Nariño	San Andrés de Tumaco	345	100	58	1,29
Amazonas	Tarapacá (CD)	329	124	24	75,20
Antioquia	Nechí	317	84	96	11,36
Chocó	Alto Baudó	306	112	53	9,79
Chocó	Carmen del Darién	300	110	44	13,54
Cauca	Guapi	285	114	21	9,65
Chocó	Bagadó	285	80	89	24,06
Bolívar	Montecristo	275	109	50	14,97
Chocó	Istmina	269	111	64	7,96
Chocó	Río Quito	235	92	63	25,66
Antioquia	Turbo	227	57	108	1,69
Antioquia	Chigorodó	217	83	60	3,49
Nariño	Olaya Herrera	215	90	60	8,12
Antioquia	Mutatá	204	66	42	13,57
Chocó	Medio Atrato	188	83	29	14,58

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 75,3 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 15 municipios aportan el 47,9 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Quibdó, Pueblo Rico, El Bagre, Inírida, Puerto Libertador y Cumaribo e incremento en Cubará, Lloró, Bagadó, El Cantón del San Pablo, Turbo D.E., Chigorodó y San José del Guaviare (tabla 23). Mientras que, 15 municipios aportan el 57,0 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Magüi, Timbiquí, Buenaventura D.E., Barbacoas, Bajo Baudó, Río Quito, El Cantón del San Pablo, Istmina y en incremento El Bagre, Nechí y La Tola como se muestra en la tabla 24.

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 06 a 09 de 2025	Casos SE 10 a 13 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	393	342	-13%	9,0%
Córdoba	Tierralta	398	172	-57%	7,1%
Chocó	Quibdó	237	170	-28%	4,5%
Risaralda	Pueblo Rico	245	130	-47%	4,5%
Antioquia	El Bagre	199	125	-37%	3,6%
Guainía	Inírida	156	140	-10%	3,4%
Córdoba	Puerto Libertador	132	92	-30%	2,7%
Boyacá	Cubará	106	144	36%	2,5%
Vichada	Cumaribo	100	91	-9%	2,1%
Chocó	Lloró	62	88	42%	1,6%
Chocó	Bagadó	50	59	18%	1,5%
Chocó	El Cantón del San Pablo	44	101	130%	1,4%
Antioquia	Turbo D.E.	51	96	88%	1,4%
Antioquia	Chigorodó	70	71	1%	1,5%
Guaviare	San José del Guaviare	55	62	13%	1,1%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 06 a 09 de 2025	Casos SE 10 a 13 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	154	139	-10%	7,7%
Nariño	Roberto Payán	109	110	1%	6,1%
Cauca	Timbiquí	135	123	-9%	5,5%
Nariño	El Charco	163	129	-21%	5,3%
Nariño	Magüi	119	117	-2%	5,3%
Nariño	Barbacoas	143	61	-57%	4,6%
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	96	84	-13%	3,7%
Chocó	Tadó	78	78	0%	3,6%
Chocó	Bajo Baudó	91	60	-34%	3,5%
Chocó	El Cantón del San Pablo	56	62	11%	2,3%
Chocó	Istmina	53	38	-28%	2,3%
Antioquia	El Bagre	48	62	29%	2,3%
Chocó	Río Quito	49	42	-14%	1,8%
Antioquia	Nechí	36	41	14%	1,6%
Nariño	La Tola	15	44	193%	1,3%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Entidades territoriales Situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 13 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; cinco departamentos y 19 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 25) y cuatro departamentos y 16 municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 26).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 13 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 13 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 10 A 13	Observado SE 10 A 13 de 2025
Vaupés	Mitú	4	1 235	179	347
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	318	73	141
Boyacá	Cubará	4	315	2	126
Antioquia	Nechí	5	292	24	96
Chocó	Río Quito	5	220	88	63
Antioquia	Chigorodó	5	211	50	61
Antioquia	Turbo D.E.	5	203	54	110
Arauca	Saravena	4	162	1	26
Caquetá	Florencia	4	127	1	50
Antioquia	Tarazá	4	113	12	56
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	94	1	23
Antioquia	Caucasia	4	87	15	39
Amazonas	Leticia	4	74	13	18
Chocó	Condoto	4	61	15	34
Chocó	El Carmen de Atrato	4	49	8	22
Meta	Puerto López	4	47	0	19
Bolívar	Tiquisio	4	36	7	13
Meta	Puerto Rico	4	31	3	11
Meta	Puerto Concordia	4	15	2	13

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 13 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 13 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 10 A 13	Observado SE 10 A 13 de 2025
Antioquia	El Bagre	5	624	164	149
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	5	422	138	117
Chocó	Lloró	5	393	155	106
Nariño	El Charco	5	361	92	143
Cauca	Timbiquí	5	338	44	90
Chocó	Acandí	4	49	12	18
Vichada	Puerto Carreño	4	44	7	6
Córdoba	Montería	4	41	11	6
Chocó	Río Iró	4	38	16	8
Chocó	Juradó	4	30	22	20
Chocó	Sipí	4	26	9	18
Bolívar	Arenal	4	25	8	12
Meta	Mapiripán	5	9	23	15
Bolívar	San Pablo	4	8	2	4
Risaralda	Pereira	4	8	1	4
Chocó	San José del Palmar	4	6	1	3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 DE y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas¹.

Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, dado que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.

Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3 DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca. La desnutrición aguda severa puede presentar fenotipos clínicos que son el kwashiorkor, marasmo y marasmo-kwashiorkor.

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2024. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 30 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 30, se utilizó la metodología de Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y ajuste de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

¹ Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Versión 8. 24 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-ventanas/lineamientos/PRO_DINT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 13 de 2025, se han notificado 5 863 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 5 813 corresponden a residentes en Colombia y 50 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (14 de 2024 a 13 de 2025) es de 0,66 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas

corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 186 municipios a nivel nacional (16,6 %) y de disminución en 11 municipios (1,0 %) (tabla 27).

El 79,3 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 20,7 % como desnutrición aguda severa; el 6,6 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de un año (27,2 %) y de un año (29,5 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66,9 %.

Para la semana epidemiológica 13 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Antioquia, Santiago de Cali D.E., Cesar, Quindío, Santa Marta D.T., Sucre, y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 11 municipios (tabla 28).

Para más información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de 5 años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r9>

Tabla 27. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 13, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 13 de 2024	Casos a SE 13 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	6 287	5 813	0,66	16,6	1,0
La Guajira	670	451	2,39	13,3	0,0
Vichada	78	44	2,04	0,0	25,0
Chocó	331	275	1,76	25,8	3,2
Arauca	100	63	1,18	0,0	14,3
Guaviare	31	30	1,03	0,0	0,0
Magdalena	145	172	0,89	24,1	0,0
Risaralda	109	125	0,81	21,4	0,0
Vaupés	15	9	0,80	16,7	16,7
Cesar	206	249	0,79	24,0	0,0
Guainía	13	12	0,76	0,0	11,1
Amazonas	14	14	0,75	18,2	0,0
Nariño	236	186	0,72	17,2	1,6
Casanare	88	59	0,72	0,0	0,0
Antioquia	671	912	0,72	28,8	0,0
Buenaventura D.E.	59	60	0,67	100,0	0,0
Bolívar	138	140	0,65	24,4	2,2
Bogotá D.C.	944	806	0,64	0,0	0,0
Putumayo	48	58	0,63	7,7	0,0
Meta	131	108	0,62	17,2	0,0
Boyacá	137	141	0,62	14,6	0,0
Cartagena de Indias D.T.	107	125	0,61	0,0	0,0
Tolima	144	95	0,58	10,6	0,0
Cundinamarca	386	302	0,57	6,9	0,0
Huila	154	135	0,56	10,8	0,0
Norte Santander	174	201	0,56	15,0	0,0
Caquetá	62	43	0,49	18,8	0,0
Sucre	62	111	0,47	38,5	0,0
Valle del Cauca	140	158	0,46	25,0	0,0
Santander	170	158	0,43	17,2	0,0
Santiago de Cali D.E.	153	175	0,43	100,0	0,0
Santa Marta D.E.	25	45	0,40	100,0	0,0
Caldas	81	40	0,38	11,1	0,0
Córdoba	194	122	0,38	3,3	6,7
Atlántico	108	54	0,37	4,5	0,0
Barranquilla D.E.	42	44	0,30	0,0	100,0
Cauca	90	78	0,28	14,3	0,0
Quindío	27	12	0,24	0,0	8,3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	1	0,17	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 14 de 2024 a SE 13 de 2025

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 y 2025 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2024.

Tabla 28. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín D.E.	187	383
Cesar	Valledupar	37	58
Chocó	Quibdó	23	55
Antioquia	Turbo	11	42
Santander	Barrancabermeja D.E.	16	38
Valle del Cauca	Palmira	19	32
Bolívar	Magangué	17	29
Sucre	Sincelejo	11	21
Antioquia	Rionegro	9	18
Cesar	Aguachica	9	17
Valle del Cauca	Jamundí	9	17

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 a 2025 (Información preliminar)

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima. 2 de abril de 2025.

Situación con ocurrencia en el área rural de las veredas colindantes en la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, que abarca partes de los municipios de Cunday, Prado, Villarrica y Purificación, en el Tolima. Este brote inició en octubre de 2024, hasta la fecha se han confirmado 47 casos de fiebre amarilla (46 por laboratorio y uno por nexa epidemiológico); último caso confirmado el 1 de abril de 2025, masculino de 64 años, fallecido, procedente de Ataco. De los 47 casos, 38 son hombres. Se han registrado 21 casos fallecidos (acumulados 2024-2025p), 6 corresponden a 2024 y 15 corresponden al 2025, para una letalidad de: 44,7 %. Los casos se concentran en veredas de áreas rurales dispersas, por lo que se considera un foco de origen selvático, donde no se han confirmado casos procedentes de zona urbana. Además, se han confirmado dos casos en primates no humanos el 14 y 28 de febrero de 2025. Situación bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional y se continúan desplegando equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud del Tolima y Sala de Análisis del Riesgo Nacional.

Actualización caso confirmado de rabia humana, comunidad general, zona rural de Jericó, Antioquia, 02 de abril de 2025

El 15 de marzo se confirma un caso de rabia humana procedente de zona rural de Jericó, Antioquia, positivo por inmunofluorescencia directa en muestra de tejido encefálico. El caso es una mujer de 24 años que inició síntomas neurológicos el 1 de marzo, consultó en IPS de Medellín el 3 de marzo y falleció el 13 de marzo posterior a deterioro progresivo con cuadro de encefalopatía grave y síndrome convulsivo. El 1 de abril se obtuvo resultado de genotipificación, siendo positivo para linaje genético de murciélago hematófago. Desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en cabeza del equipo de respuesta inmediata, se realizó investigación epidemiológica de campo identificando 22 contactos familiares, sociales y asistenciales en Jericó, de los cuales: 13 iniciaron esquema postexposición, 6 pendientes de inicio de esquema y 3 reuertes. 19 contactos asistenciales en IPS de Medellín con manejo instaurado. En búsqueda activa comunitaria se realizó visita a 264 viviendas, para 794 personas encuestadas, se identificaron 27 personas con antecedente de agresiones por



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

animales potencialmente transmisores de rabia en el último año. Se censaron 851 animales de compañía logrando cobertura vacunal del 96 %. Pendiente continuar acciones implementadas y seguimiento de personal expuesto. Esta es información preliminar sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia-Sistema de Alerta Temprana INS

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 13 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Sarampión en Estados Unidos. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 27 de marzo de 2025.

Desde el 1 de enero hasta el 20 de marzo de 2025, se han reportado 378 casos de sarampión en 17 estados de EE. UU., incluyendo Alaska, California, Florida, Georgia, Texas y otros. Estos casos han estado asociados principalmente con tres brotes distintos, que han contribuido al 90 % de los casos reportados (341 casos). Además, se han registrado dos muertes: una confirmada en Texas y otra bajo investigación en Nuevo México. La tasa de hospitalización general es del 17 %. En Texas, 259 casos fueron reportados entre enero y marzo, con 34 pacientes hospitalizados, y un 99 % de los afectados no estaba vacunado o tenía un estado de vacunación desconocido. En Nuevo México se notificaron 35 casos, con un 80 % de los afectados sin vacunar.

En cuanto a la genética del virus, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) han identificado 128 secuencias de ADN del sarampión, con un predominio del genotipo D8, especialmente en Texas, donde se encontraron 92 secuencias idénticas. Además, se informaron cinco secuencias de genotipo B3 en varios estados. Aunque el sarampión fue declarado erradicado en 2000 en EE. UU., persisten casos importados debido a la

circulación endémica de la enfermedad en otras partes del mundo. No se ha observado disminución en la efectividad de la vacuna ni cambios que aumenten la gravedad del sarampión.

El riesgo para la salud pública del sarampión en la Región de las Américas se considera alto debido a la persistencia de la circulación del virus a partir de casos importados, lo que ha dado lugar a un número limitado de brotes, con varias generaciones de casos y la aparición de casos asociados a brotes preexistentes en nuevas zonas geográficas.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Sarampión en Estados Unidos. Fecha de publicación: 27 de marzo de 2025. Fecha de consulta: 27 de marzo de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencias/disease-outbreak-news/item/2025-DON561>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 13 de 2025

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las entidades territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas, el primero corresponde a las entidades con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris y valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 13

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	18	0	1	135	25	34	0	0	0	39	26	11	0	0	0	1	0	0	530	94	65
Antioquia	176	11	9	5.308	1.288	1.506	28	3	6	1.164	91	317	260	20	58	19	6	2	2.941	892	802
Arauca	21	1	4	215	54	64	11	0	4	314	15	101	1	0	1	11	3	3	204	2	38
Atlántico	18	2	0	1.115	269	328	25	3	3	945	63	165	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	3	0	0	1.191	236	379	23	3	1	742	66	90	5	0	1	3	1	1	0	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	6.368	1.663	1.980	0	0	0	0	0	0	32	6	10	5	1	1	0	0	0
Bolívar	69	2	1	855	209	244	14	3	3	566	63	148	1	0	0	1	0	0	495	90	109
Boyacá	18	1	1	1.855	453	539	2	0	0	141	17	50	1	0	0	0	0	0	350	0	126
Buenaventura D.E.	6	0	0	43	11	15	1	0	0	28	9	13	0	0	0	0	0	0	455	138	117
Caldas	18	2	2	1.059	271	319	0	0	0	97	10	28	2	0	0	14	3	3	6	2	2
Cali	1	0	0	1.377	400	396	12	6	3	626	310	162	38	5	6	21	7	4	4	1	0
Caquetá	68	7	4	283	86	79	19	3	5	492	84	151	1	0	0	1	0	0	171	7	54
Cartagena de Indias D.T.	5	0	1	528	129	156	48	2	7	980	44	179	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	40	3	6	462	111	143	0	2	0	116	94	52	2	0	0	0	0	0	4	2	0
Cauca	36	3	1	1.400	424	408	7	1	3	261	30	82	13	0	1	4	1	1	779	279	127
Cesar	59	3	2	815	182	257	21	4	7	504	134	116	3	0	0	3	1	1	5	2	2
Chocó	62	5	1	72	11	19	3	1	1	49	10	13	0	0	0	2	0	0	6.085	2.506	1.497
Córdoba	61	4	0	1.321	362	398	10	2	2	1.294	73	277	2	0	0	1	0	0	2.019	852	305
Cundinamarca	23	2	2	3.839	958	1.153	15	2	6	965	107	221	4	2	0	3	1	0	0	0	0
Guainía	7	0	0	49	10	19	0	0	0	15	4	8	0	0	0	0	0	0	515	291	128
Guaviare	33	2	1	110	25	38	0	0	0	74	8	47	0	0	0	1	0	0	307	125	88
Huila	47	4	4	1.739	407	513	48	12	20	752	196	238	3	0	1	2	1	0	0	0	0
La Guajira	29	1	1	563	153	182	23	3	8	858	88	167	1	0	1	4	1	3	19	4	3
Magdalena	34	1	3	726	192	194	5	1	1	184	44	63	0	0	0	3	2	0	2	1	0
Meta	68	7	1	1.213	269	315	29	3	15	1.271	217	466	21	0	1	1	0	0	200	45	96
Nariño	26	4	1	1.946	493	581	5	1	0	127	16	40	2	0	0	7	1	3	2.751	1.126	666
Norte de Santander	78	7	3	1.714	377	538	34	2	14	1.131	144	439	11	6	2	0	0	0	164	183	36
Putumayo	56	2	1	503	111	132	8	1	2	522	64	198	0	0	0	1	1	0	20	4	4
Quindío	6	0	0	820	203	222	1	0	1	142	9	23	11	0	2	2	1	0	0	2	0
Risaralda	10	0	0	1.139	289	331	5	0	1	236	12	62	3	0	0	0	0	0	802	274	127
San Andrés	0	0	0	135	24	48	0	0	0	18	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	5	0	0	612	120	207	2	1	0	104	21	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santander	68	2	5	2.156	482	664	27	2	6	1.086	144	330	46	2	8	3	1	1	5	1	1
Sucre	23	2	0	798	196	258	14	3	3	928	104	235	2	0	1	1	0	1	32	4	10
Tolima	51	1	5	1.825	447	520	40	4	12	1.048	244	307	1	0	1	7	3	2	0	0	0
Valle del Cauca	25	0	3	2.367	568	685	12	5	3	657	294	206	12	1	3	19	7	1	44	3	6
Vaupés	15	1	0	49	10	13	1	0	0	6	2	1	3	0	2	0	0	0	1.488	173	377
Vichada	10	1	1	64	19	18	0	0	0	75	3	30	0	0	0	0	0	0	463	145	94
Total nacional	1.294	81	64	46.769	11.537	13.895	493	73	137	18.557	2.863	5.066	482	42	99	141	37	27	20.862	7.285	4.880

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 13

 Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda		
	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	1	0	1	1.041	638	474	18	10	8	0	0	0	1.391	440	518	6	5	6	0	0	0
Antioquia	67	30	38	210.637	71.223	84.582	9.709	2.462	3.859	1.233	836	931	98.254	35.526	25.738	156	228	156	2	3	1
Arauca	5	1	4	5.405	2.330	2.565	725	98	350	7	6	5	2.139	653	648	5	21	5	0	0	0
Atlántico	6	4	2	31.095	9.384	12.499	601	197	274	425	128	313	18.931	4.145	5.428	31	68	31	1	1	0
Barranquilla D.E.	13	8	12	46.419	15.275	18.351	2.732	288	1.036	471	233	300	23.789	6.069	6.652	39	79	39	1	1	0
Bogotá D.C.	74	30	52	405.716	133.127	193.642	16.803	6.124	7.868	1.741	1.387	1.335	248.997	72.405	68.956	172	215	172	2	4	0
Bolívar	4	4	4	27.475	10.693	11.555	512	204	238	102	117	82	7.979	2.940	2.295	43	55	43	1	1	1
Boyacá	12	4	6	31.275	10.525	13.682	1.405	444	660	101	63	66	15.769	5.240	4.909	23	40	23	0	1	0
Buenaventura D.E.	1	0	0	1.448	1.138	518	18	0	9	4	2	3	808	499	256	17	22	17	0	0	0
Caldas	8	3	5	19.065	7.940	7.446	683	290	249	287	106	195	8.146	3.235	2.509	25	28	25	1	1	1
Cali	21	14	15	59.759	22.756	23.703	1.580	571	860	169	68	129	26.984	13.926	8.218	60	75	60	0	1	0
Caquetá	5	3	2	6.171	3.493	2.688	338	152	156	4	9	4	3.881	1.831	1.097	12	21	12	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	7	3	5	44.368	15.928	17.852	3.110	273	1.212	351	193	220	15.883	4.183	4.166	36	68	36	2	1	0
Casanare	3	1	2	4.700	2.323	2.170	71	50	37	1	9	1	3.095	1.221	891	12	20	12	0	0	0
Cauca	11	3	6	26.893	10.103	11.240	1.050	254	424	128	57	107	12.272	4.972	3.143	40	71	40	1	1	0
Cesar	5	2	4	28.187	10.196	12.945	1.394	561	617	92	49	70	7.441	4.157	1.976	51	71	51	2	1	0
Chocó	5	2	3	9.238	1.881	3.596	495	155	234	0	9	0	3.595	1.087	1.360	25	49	25	0	0	0
Córdoba	11	4	8	44.923	12.589	18.891	1.726	422	521	273	241	213	17.874	4.329	4.325	46	103	46	1	1	0
Cundinamarca	19	11	8	86.997	27.462	40.096	2.933	947	1.196	325	419	262	49.006	13.920	13.917	90	104	90	5	2	0
Guainía	0	0	0	414	153	182	14	19	6	0	0	0	309	166	113	4	6	4	0	0	0
Guaviare	0	0	0	1.300	619	555	52	42	19	15	6	8	799	297	218	4	3	4	0	0	0
Huila	6	4	3	22.779	11.187	10.861	1.218	416	547	115	64	84	14.128	4.350	3.715	29	50	29	2	1	1
La Guajira	1	0	0	48.754	12.555	19.989	470	609	159	83	54	61	9.773	4.238	2.655	47	105	47	0	1	0
Magdalena	1	0	0	25.159	7.817	10.410	907	160	217	40	12	32	9.760	3.541	2.581	26	41	26	0	1	0
Meta	7	4	4	16.388	6.216	7.627	675	174	278	46	73	30	14.028	4.447	4.648	41	43	41	2	1	0
Nariño	12	8	8	29.293	14.723	12.316	1.570	496	736	32	36	24	14.799	7.248	3.864	51	56	51	2	1	0
Norte de Santander	17	6	8	38.778	14.598	15.615	1.748	851	649	142	165	114	16.299	5.434	4.232	36	62	36	2	1	0
Putumayo	3	1	3	6.355	2.695	2.860	249	130	123	7	7	6	3.122	1.237	881	8	15	8	0	0	0
Quindío	2	1	2	13.612	6.324	5.152	675	289	280	91	61	67	7.576	3.253	1.864	9	18	9	0	0	0
Risaralda	8	5	7	28.960	8.422	10.787	1.273	277	491	88	50	61	10.542	4.818	3.239	18	31	18	2	1	0
San Andrés	0	0	0	2.219	788	1.173	194	48	103	0	0	0	856	294	180	4	3	4	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	2	1	15.646	2.858	7.224	664	154	274	192	123	147	5.734	1.285	1.345	12	24	12	1	0	0
Santander	20	7	11	47.305	13.731	21.031	3.372	948	1.324	460	399	353	24.822	7.754	7.139	42	60	42	0	1	0
Sucre	3	2	2	18.506	7.570	7.685	1.418	411	667	293	209	210	5.964	2.917	1.503	23	53	23	2	1	1
Tolima	7	3	3	30.785	12.525	13.077	1.826	437	675	80	47	60	19.277	5.634	5.505	25	40	25	0	1	0
Valle del Cauca	21	8	13	36.601	11.935	15.043	719	247	314	182	73	124	18.747	7.221	5.493	32	55	32	0	1	0
Vaupés	3	2	3	753	205	463	7	9	2	0	0	0	474	95	212	0	4	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	808	317	403	6	4	5	1	0	1	326	120	125	8	10	8	0	0	0
Total nacional	392	180	245	1.475.227	504.242	640.948	62.960	19.223	26.677	7.581	5.304	5.618	743.569	245.685	224.248	1.308	2.023	1.308	32	29	5

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 13

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexa			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	19	3	9	6	3	0
Antioquia	167	60	57	7	2	0	410	38	103	517	188	144	279	112	118
Arauca	11	2	5	1	0	1	2	1	1	53	7	15	4	2	2
Atlántico	16	6	8	0	0	0	3	1	0	140	42	54	38	24	10
Barranquilla D.E.	35	8	9	0	0	0	8	2	3	168	37	42	83	41	33
Bogotá D.C.	305	97	118	151	2	17	239	78	150	1.093	356	350	865	284	467
Bolívar	17	3	3	1	0	0	1	2	0	139	29	57	6	3	3
Boyacá	43	13	18	6	0	0	7	3	2	169	55	56	100	27	52
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	3	4	2	1
Caldas	19	6	6	0	0	0	7	2	1	133	34	31	16	1	9
Cali	41	21	10	0	1	0	3	4	1	235	104	84	274	120	108
Caquetá	7	3	3	0	0	0	1	2	0	56	13	16	7	3	4
Cartagena de Indias D.T.	11	7	4	0	0	0	1	1	1	113	35	37	8	2	5
Casanare	6	2	1	2	0	0	0	1	0	38	22	19	0	0	0
Cauca	17	8	1	0	0	0	10	3	7	118	31	60	110	33	50
Cesar	11	5	3	0	1	0	1	1	1	73	30	33	7	2	4
Chocó	3	0	0	1	0	0	69	5	37	15	3	6	13	3	9
Córdoba	33	11	7	1	1	0	2	1	0	226	68	82	30	9	18
Cundinamarca	101	29	27	56	1	6	54	18	29	502	152	150	144	49	74
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	0	0
Guaviare	4	0	1	1	0	0	0	0	0	22	6	8	1	1	0
Huila	37	15	11	1	0	0	26	4	9	140	52	72	30	15	12
La Guajira	6	3	1	0	1	0	4	6	4	58	36	24	7	3	3
Magdalena	7	1	4	0	0	0	1	1	0	76	20	30	6	4	1
Meta	18	6	6	3	0	0	14	2	9	108	43	26	11	3	3
Nariño	36	12	17	1	0	0	16	10	8	159	78	59	32	6	13
Norte de Santander	47	16	16	1	1	0	3	5	1	194	78	68	23	8	10
Putumayo	9	5	2	0	0	0	3	1	2	32	13	9	33	9	21
Quindío	4	3	2	0	0	0	1	1	0	79	33	20	26	7	12
Risaralda	11	5	2	0	0	0	4	1	2	148	44	57	14	3	7
San Andrés	3	0	2	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	0	0	0	0	0	1	2	0	38	7	9	10	5	4
Santander	23	7	5	0	1	0	12	7	4	125	71	29	45	11	26
Sucre	21	6	8	0	0	0	15	5	4	113	41	30	68	12	52
Tolima	11	6	6	3	0	0	1	4	0	251	55	121	28	7	19
Valle del Cauca	36	11	10	0	0	0	3	2	1	234	91	79	125	38	74
Vaupés	0	0	0	2	0	0	0	2	0	4	1	3	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	1	1	0	1
Total nacional	1.118	394	373	238	15	24	922	216	380	5.608	1.919	1.896	2.454	852	1.225

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 13

Decremento
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	13	14	0	0	0	0	13	20	3	3
Antioquia	0	0	0	0	451	912	0	0	0	0	1.339	1.283	355	220
Arauca	0	0	0	0	76	63	0	0	0	0	43	52	7	6
Atlántico	0	0	0	0	84	54	0	0	0	0	213	210	0	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	46	44	0	0	0	0	218	231	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	897	806	0	0	0	0	1.186	1.252	0	0
Bolívar	0	0	0	0	97	140	0	0	0	0	135	120	120	69
Boyacá	1	0	0	0	133	141	0	0	0	0	241	255	36	59
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	29	60	0	0	0	0	25	20	4	3
Caldas	0	0	0	0	43	40	0	0	0	0	303	239	57	45
Cali	0	0	0	0	122	175	0	0	0	0	427	447	0	1
Caquetá	0	0	0	0	58	43	0	0	0	0	63	54	77	46
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	52	125	0	0	0	0	145	113	1	0
Casanare	4	0	0	0	89	59	0	0	0	0	66	89	1	0
Cauca	0	0	0	0	74	78	0	0	0	0	219	185	15	19
Cesar	2	0	0	0	165	249	0	0	0	0	163	150	26	72
Chocó	0	0	0	0	193	275	0	0	0	0	31	36	77	47
Córdoba	0	0	0	0	164	122	0	0	0	0	247	285	49	30
Cundinamarca	0	0	0	1	324	302	0	0	0	0	521	597	51	25
Guainía	0	0	0	0	16	12	0	0	0	0	7	8	3	3
Guaviare	0	0	0	0	37	30	0	0	0	0	15	18	114	25
Huila	0	0	0	0	119	135	0	0	0	1	212	155	3	1
La Guajira	0	0	0	0	440	451	0	0	0	0	61	84	9	4
Magdalena	0	0	0	0	142	172	0	0	0	0	87	91	2	0
Meta	0	0	0	0	108	108	0	0	0	0	176	163	66	17
Nariño	0	0	0	0	177	186	0	0	0	0	343	372	76	41
Norte de Santander	0	0	0	0	180	201	0	0	0	0	244	302	68	29
Putumayo	0	0	1	0	54	58	0	0	0	0	82	77	70	43
Quindío	0	0	0	0	27	12	0	0	0	0	137	126	0	0
Risaralda	0	0	0	0	98	125	0	0	0	0	302	295	26	51
San Andrés	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	6	5	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	22	45	0	0	0	0	69	80	3	1
Santander	1	1	0	0	122	158	0	0	0	0	368	392	198	142
Sucre	1	0	0	0	56	111	0	0	0	0	122	125	33	16
Tolima	0	0	0	0	98	95	0	0	0	0	305	247	80	42
Valle del Cauca	0	0	0	0	103	158	0	0	0	0	333	325	5	1
Vaupés	0	0	0	0	23	9	0	0	0	0	15	20	15	2
Vichada	0	0	0	0	67	44	0	0	0	0	5	5	12	3
Total nacional	9	1	1	1	5.006	5.813	0	0	0	1	8.489	8.528	1.660	1.066

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 13

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Antioquia	8	7	5	4	3	0	8	13	4	0	34	49
Arauca	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	2	4
Atlántico	0	2	2	0	0	0	1	1	1	0	7	2
Barranquilla D.E.	3	5	1	2	0	1	1	2	0	0	7	8
Bogotá D.C.	2	0	7	4	0	1	8	2	0	1	40	110
Bolívar	1	1	3	1	1	0	2	2	1	2	6	1
Boyacá	0	1	1	0	0	1	1	3	0	0	7	2
Buenaventura D.E.	0	0	1	0	0	0	1	2	1	1	2	0
Caldas	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	5	1
Cali	3	0	2	1	0	2	1	4	0	0	11	17
Caquetá	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	2	0
Cartagena de Indias D.T.	1	2	2	0	0	0	2	1	0	1	5	7
Casanare	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	2
Cauca	1	0	3	0	1	1	2	0	0	3	8	5
Cesar	1	1	3	4	2	2	3	2	4	3	7	6
Chocó	1	0	4	3	7	7	9	14	12	9	3	3
Córdoba	0	1	4	2	1	1	3	1	1	4	10	5
Cundinamarca	3	3	3	2	0	0	2	4	0	0	18	8
Guainía	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
Guaviare	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Huila	1	1	2	1	0	0	1	0	1	0	6	3
La Guajira	0	0	5	5	7	7	7	7	16	8	5	0
Magdalena	0	1	2	0	0	1	3	4	5	3	5	0
Meta	0	0	3	1	1	1	2	1	0	1	6	1
Nariño	1	3	3	2	0	0	3	8	1	0	9	2
Norte de Santander	1	1	3	1	0	0	2	0	3	1	9	7
Putumayo	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	2
Quindío	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	1
Risaralda	4	2	2	2	3	3	2	4	3	0	5	1
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Santander	0	0	1	2	1	0	1	0	0	1	12	2
Sucre	1	0	1	0	0	0	1	3	0	0	5	11
Tolima	3	10	3	1	1	1	4	2	0	0	6	2
Valle del Cauca	2	1	2	2	1	0	3	5	2	1	10	16
Vaupés	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	1	1	2	4	0	0
Total nacional	51	47	70	44	36	32	90	93	71	44	262	278

Nota: para el evento de leptospirosis, en entidades territoriales con menos de 30 casos, se utiliza la distribución de Poisson (solo semana), mientras que en aquellas con 30 o más casos se aplica la metodología MMWR (con período móvil), comparando el comportamiento observado con el histórico de 2019 a 2024 para la semana analizada (excluyendo 2020)

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 13

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	1	1	3	6	0	0	17	17	1	0	126	165
Antioquia	41	30	301	338	0	0	894	1.251	28	37	5.178	4.071
Arauca	11	9	43	57	0	0	36	32	1	0	278	317
Atlántico	13	4	87	101	0	0	98	143	4	4	576	618
Barranquilla D.E.	23	6	111	77	0	0	185	216	4	8	537	617
Bogotá D.C.	37	16	237	223	0	0	378	391	11	5	6.447	7.359
Bolívar	10	9	68	85	0	0	38	59	1	0	551	554
Boyacá	7	7	23	22	0	0	36	52	1	0	937	1.096
Buenaventura D.E.	5	5	36	30	0	0	46	58	1	1	95	85
Caldas	4	6	34	51	0	0	79	72	1	0	699	727
Cali	10	3	118	138	0	1	386	374	14	13	1.888	1.662
Caquetá	3	5	22	36	0	0	56	80	1	0	263	225
Cartagena de Indias D.T.	22	10	70	116	0	1	95	122	1	3	310	350
Casanare	9	12	32	42	0	1	36	52	0	3	187	218
Cauca	8	5	53	39	0	0	61	80	1	0	748	758
Cesar	10	5	94	82	0	0	90	119	0	0	493	514
Chocó	16	8	62	69	0	0	47	73	1	1	94	133
Córdoba	11	5	81	63	1	0	58	77	1	4	871	748
Cundinamarca	17	14	90	126	0	0	132	157	3	2	2.892	3.487
Guainía	3	1	3	3	0	0	5	3	0	0	41	29
Guaviare	1	0	7	4	0	0	13	15	0	0	82	78
Huila	2	4	38	35	0	0	83	130	3	2	1.541	1.556
La Guajira	17	9	94	100	0	0	120	178	2	1	294	341
Magdalena	7	6	62	62	0	0	36	51	1	3	333	390
Meta	11	10	61	77	0	0	158	208	5	6	538	569
Nariño	3	4	61	65	0	0	49	41	1	2	930	1.192
Norte de Santander	21	16	123	140	0	0	170	224	4	4	899	953
Putumayo	1	1	23	28	0	1	23	35	1	1	307	364
Quindío	2	0	24	32	0	0	66	77	1	0	620	564
Risaralda	6	8	41	56	0	0	160	203	7	3	893	891
San Andrés	1	1	1	4	0	0	1	5	0	0	42	72
Santa Marta D.T.	6	3	28	36	0	0	55	91	1	0	157	176
Santander	17	15	104	127	0	0	212	386	7	4	1.502	1.559
Sucre	6	5	56	49	1	0	23	31	0	0	470	463
Tolima	12	9	42	39	0	0	126	215	3	4	665	745
Valle del Cauca	8	10	72	102	0	0	180	212	5	8	1.610	1.730
Vaupés	1	0	1	2	0	0	3	5	0	0	46	84
Vichada	1	2	10	13	0	0	10	5	0	0	54	57
Total nacional	364	264	2.549	2.675	2	4	4.264	5.540	115	119	34.195	35.517



Semana epidemiológica 13

23 al 29 de marzo de 2025

TEMA CENTRAL Dengue

Directora General INS
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos
Dr. Hernán Quijada Bonilla
Director (E) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Una publicación del:
Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Andrés Felipe Martínez Vega, Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez, Ruth Mariela Castillo Morales. **Situación nacional:** Grupo Sivigila. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctora de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

Bogotá, D. C., Colombia, Instituto Nacional de Salud-INS, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; publicación en línea/2025.

47# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.13>