



Tos ferina

La tos ferina es una enfermedad altamente contagiosa que puede afectar a personas de todas las edades. La vigilancia epidemiológica continua y las campañas de vacunación permanentes son fundamentales para prevenir brotes y proteger a las poblaciones más vulnerables.



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
Tos ferina

Pág.

3



Situación nacional

6



Mortalidad

8



Eventos trazadores

13



Brotes

28



Tablas de mando por departamento

30

Análisis epidemiológico de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 52 de 2024

La tos ferina es una enfermedad altamente contagiosa causada por la bacteria *Bordetella pertussis*, que afecta principalmente al sistema respiratorio. Inicialmente, los síntomas se asemejan a los de un resfriado común, como secreción nasal, fiebre baja y estornudos. No obstante, tras una o dos semanas, suelen desarrollarse ataques intensos de tos que pueden causar vómitos, dificultad para respirar y agotamiento, siendo más severos en lactantes y niños menores de 5 años. Es importante destacar que los adolescentes y adultos también pueden contraer la enfermedad y actuar como transmisores, representando un riesgo para los más pequeños. La vacunación y la detección oportuna son fundamentales para prevenir y controlar la propagación (1).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que, a nivel global, entre 2010 y 2019, se registraron en promedio 170 000 casos de tos ferina cada año, con una disminución significativa observada durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, en la región de Europa se observó un aumento de casos durante la segunda mitad de 2023 y los primeros meses de 2024 (2).

En contraste, en la región de las Américas desde 2012 se alcanzaron 72 328 casos, con una disminución progresiva anual, llegando a 3 283 casos en 2022. No obstante, en 2024 se observó un aumento en varios países, incluyendo Brasil, México, Perú y Estados Unidos, lo que llevó a la OPS a la expedición de una alerta el 24 de julio para el fortalecimiento de la vigilancia del evento y las coberturas vacunales en niños en la región (2).

En 2024, Colombia reportó al Sistema de Salud Pública (Sivigila) 1 475 casos que cumplían los criterios para tos ferina. De estos, se confirmaron 64, uno procedente de Venezuela. La incidencia en Colombia fue de 0,12 casos por cada 100 000 habitantes (63 casos). Esta cifra representa un aumento respecto a 2023, en el que se confirmaron 54 casos con una incidencia de 0,10 casos por cada 100 000 habitantes.

El departamento con la incidencia más alta fue Caquetá, con cuatro (4) casos para una incidencia de 0,9 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Quindío con una incidencia de 0,4 casos por cada 100 000 habitantes (2 casos). El departamento con la mayor cantidad de casos confirmados, 15 casos, es Antioquia, para una incidencia de 0,2 casos por cada 100 000 habitantes y Cundinamarca con 11 casos y una incidencia de 0,3 casos por cada 100 000 habitantes (tabla 1).

TEMA CENTRAL

Tos ferina

Ximena Castro Martínez - xcastro@ins.gov.co

El grupo de edad más afectado fue el de menores de 1 año con una incidencia de 5,5 casos por cada 100 000 habitantes (39 casos), seguido de los menores de 1 a 5 años con una incidencia de 0,35 casos por cada 100 000 habitantes para este grupo etario (13 casos) y los mayores de 12 años con una incidencia de 0,03 casos por cada 100 000 habitantes (12 casos) en habitantes mayores de 12 años (tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de tos ferina por departamento de procedencia y grupos de edad, Colombia, 2024

Entidad territorial	Casos	Incidencia general	Incidencia menores de 1 año	Incidencia 1 a 5 años	Incidencia 6 a 12 años	Incidencia mayor a 12 años
Colombia	63	0,12	5,50	0,35	0,00	0,03
Caquetá	4	0,93	27,50	5,33	0,00	0,00
Quindío	2	0,35	17,10	0,00	0,00	0,21
Huila	4	0,34	10,40	0,99	0,00	0,11
Chocó	2	0,33	0,00	3,48	0,00	0,00
Cundinamarca	11	0,31	17,70	0,41	0,00	0,07
Barranquilla	4	0,30	6,00	0,00	0,00	0,28
Caldas	2	0,19	8,80	1,65	0,00	0,00
Antioquia	13	0,19	7,30	1,15	0,00	0,03
Tolima	2	0,14	12,40	0,00	0,00	0,00
Cali	3	0,13	7,40	0,69	0,00	0,00
Bogotá D.C.	10	0,13	10,10	0,00	0,00	0,01
Nariño	2	0,12	4,30	0,00	0,00	0,07
Risaralda	1	0,10	9,10	0,00	0,00	0,00
Cesar	1	0,07	4,30	0,00	0,00	0,00
Norte de Santander	1	0,06	4,10	0,00	0,00	0,00
Santander	1	0,04	0,00	0,00	0,00	0,05
Venezuela	1	-	-	-	-	-

Fuente: Sivigila 2024. Información preliminar a cierre de bases

En cuanto a los municipios, la incidencia más alta se reportó en Betulia (Antioquia), con 36,04 casos por cada 100 000 habitantes (6 casos), seguido de Bojayá (Chocó), con 15,85 casos por cada 100 000 habitantes (tabla 2).

El mayor número de casos confirmados se registró en Bogotá D.C, con diez

(10) casos y una incidencia de 0,13 casos por cada 100 000 habitantes, mientras que Madrid (Cundinamarca) reportó cuatro (4) casos, lo que equivale a una incidencia de 2,85 casos por cada 100 000 habitantes (tabla 2).

En Colombia, durante 2024, se reportaron cinco (5) fallecimientos relacionados con la tos ferina, lo que equivale a una tasa de mortalidad de 0,01 casos por cada 100 000 habitantes y una letalidad del 7,9 % (5/63 casos). Estas muertes ocurrieron en el departamento de Antioquia, donde la tasa de mortalidad fue de 0,07 casos por cada 100 000 habitantes, y la letalidad alcanzó el 33,3 % (5/15 casos) (tabla 2).

Durante el período analizado, los fallecimientos se distribuyeron así:

- Betulia (Antioquia): 3 fallecimientos, con una tasa de mortalidad de 18,02 casos por cada 100 000 habitantes.
- Urrao (Antioquia): 1 fallecimiento, con una tasa de mortalidad de 3,09 casos por cada 100 000 habitantes.
- Medellín (Antioquia): 1 fallecimiento, con una tasa de mortalidad de 0,04 casos por cada 100 000 habitantes.

Tabla 2. Comportamiento epidemiológico de la tos ferina por municipio de procedencia, Colombia, 2024

Departamento	Municipio	Población	Casos	Fallecidos	Incidencia	Tasa de mortalidad	Letalidad
Colombia	52 156 254	63	5	0,12	0,01	7,94	
Antioquia	Betulia	16 648	6	3	36,04	18,02	50
Chocó	Bojayá	12 619	2	0	15,85	-	-
Caquetá	Solita	6 551	1	0	15,26	-	-
Caquetá	Solano	11 877	1	0	8,42	-	-
Cundinamarca	Sasaima	12 707	1	0	7,87	-	-
Nariño	Samaniego	27 799	2	0	7,19	-	-
Antioquia	Urrao	32 336	2	1	6,19	3,09	50
Quindío	La Tebaida	36 192	2	0	5,53	-	-
Cundinamarca	La Vega	20 560	1	0	4,86	-	-
Huila	Acevedo	25 909	1	0	3,86	-	-
Tolima	Planadas	25 990	1	0	3,85	-	-
Risaralda	La Virginia	28 763	1	0	3,48	-	-

Cundinamarca	Madrid	140 249	4	0	2,85	-	-
Cundinamarca	Girardot	121 090	2	0	1,65	-	-
Huila	Garzón	75 926	1	0	1,32	-	-
Cundinamarca	Zipacquirá	161 445	2	0	1,24	-	-
Caquetá	Florencia	178 640	2	0	1,12	-	-
Norte de Santander	Ocaña	132 387	1	0	0,76	-	-
Antioquia	Apartadó	133 811	1	0	0,75	-	-
Cundinamarca	Facatativá	172 064	1	0	0,58	-	-
Huila	Neiva	373 129	2	0	0,54	-	-
Santander	Floridablanca	315 981	1	0	0,32	-	-
Atlántico	Barranquilla	1 327 209	4	0	0,3	-	-
Caldas	Manizales	458 442	1	0	0,22	-	-
Cesar	Valledupar	559 462	1	0	0,18	-	-
Valle del Cauca	Cali	2 297 230	3	0	0,13	-	-
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	7 968 095	10	0	0,13	-	-
Antioquia	Medellín	2 653 729	3	1	0,11	0,04	33,33

Fuente: Sivigila 2024. Información preliminar a cierre de bases

Brotes activos de tos ferina, Colombia, 2024

Brote de tos ferina en el municipio de Urrao y Betulia (Antioquia)

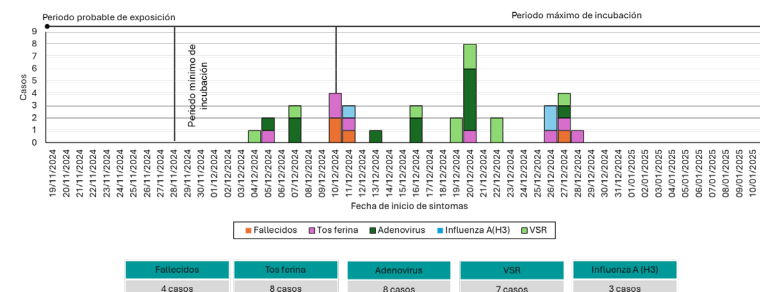
Se identificó un brote de tos ferina en dos comunidades indígenas del pueblo emberá en los municipios de Urrao y Betulia. El primer caso inició síntomas el 10 de diciembre de 2024 y último caso que se ha presentado a la fecha, inicio de síntomas el 28 de diciembre de 2024.

Hasta la semana epidemiológica 02 de 2025 se han confirmado ocho (8) casos y cuatro (4) fallecimientos relacionados con la enfermedad, así como coinfecciones con agentes respiratorios como el virus sincitial respiratorio (VSR), adenovirus y el virus de la influenza A(H3). El primer caso de tos ferina inicio síntomas el 10 de diciembre de 2024, lo que resulta en un periodo mínimo probable de incubación del 28 de noviembre de 2024 y un periodo probable de exposición del 19 de noviembre de 2024. Actualmente, el brote se encuentra activo y en seguimiento (figura 1).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Figura 1. Curva epidémica brote de tos ferina, etnia indígena Emberá en Betulia y Urrao, (Antioquia), Colombia, 2024



El 62,5% de los casos fueron identificados en la fase catarral (5 casos), y el 75,0 % eran hombres (6 casos). Los síntomas más frecuentes fueron cianosis, con un 62,5 % (5 casos), y tos paroxística, con un 50,0 % (4 casos). Desde el 27 de diciembre de 2024, el departamento ha desplegado equipos de respuesta inmediata para controlar la transmisión de la enfermedad y garantizar la atención de la población. De acuerdo con la intervención de la situación la hipótesis principal generada es que el brote se debe a la falta de inmunización, combinada con las condiciones de hacinamiento y la movilidad frecuente entre los municipios de Betulia y Urrao por la actividad de las cosechas de café. Esto facilitó la rápida transmisión de *B. pertussis* en un grupo poblacional vulnerable y en constante contacto con diversas comunidades.

Conclusiones

- Colombia en 2024 mostró un incremento de la incidencia de tos ferina respecto a 2023, afectando principalmente a menores de un año. Se observa un aumento de la incidencia en mayores de 12 años.
- El municipio con mayor incidencia de casos es Betulia, en Antioquia, actualmente afectado por un brote de tos ferina en población indígena, situación que comparte con el municipio de Urrao.

Recomendaciones para el fortalecimiento de la vigilancia de la tos ferina

- Incrementar la cobertura de vacunación: mediante campañas

focalizadas en áreas de baja cobertura y priorizando la vacunación en menores de un año y comunidades indígenas.

- Fortalecer la vigilancia basada en la comunidad: promover la participación de líderes locales y trabajadores de salud y aumentar la proporción de casos con investigación epidemiológica de campo de calidad.
- Monitoreo continuo: usar indicadores claros para medir el progreso de la vigilancia y vacunación desde el territorio y realizar revisiones periódicas para ajustar estrategias basadas en los datos actuales.

Referencias

1. Texas Department of State Health Services. Alerta de salud pública: aumento de casos de tosferina [Internet]. Austin, TX: Texas Department of State Health Services; [citado 2025 ene 10]. Disponible en: <https://www.dshs.texas.gov/es/news-alerts/alerta-de-salud-publica-aumento-de-casos-de-tosferina#:~:text=La%20tosferina%20es%20una%20enfermedad,pueden%20desarrollar%20ataques%20de%20tos>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Ante aumento global de casos de tos ferina, OPS insta a reforzar vigilancia y aumentar cobertura de vacunación [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2024 jul 24 [citado 2025 ene 10]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-7-2024-ante-aumento-global-casos-tosferina-ops-insta-reforzar-vigilancia-aumentar>



SITUACIÓN NACIONAL

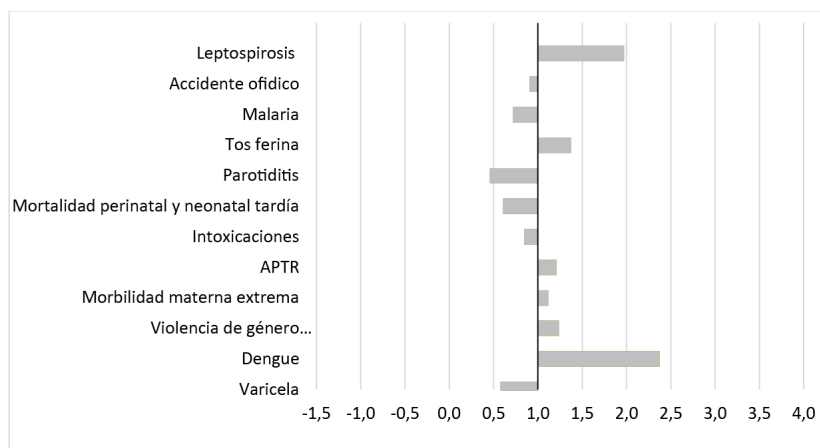
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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.

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

Para la semana epidemiológica 02 de 2025, se identificó que los eventos de mayor notificación se encontraron dentro del comportamiento histórico.

Figura 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 02 de 2025



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

*APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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.

En la semana epidemiológica 02 de 2025, en los eventos de baja frecuencia o raros, el evento mortalidad por dengue estuvo por encima de lo esperado, mientras que leishmaniasis cutánea y leishmaniasis mucosa se estuvieron 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 02 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	9	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	17	152	0,00
Leishmaniasis mucosa	0	3	0,05
Zika	0	3	0,06
Chikunguña	1	3	0,11
Lepre	2	3	0,19
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	3	0,19

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 epidemiológica 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 epidemiológica 02 de 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 con respecto a la semana anterior y con relación a la semana epidemiológica

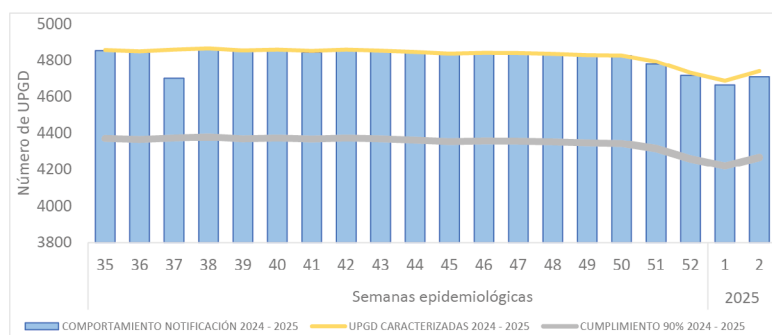
02 del año 2024. El país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 99,3 % (4 710/4 741); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y aumentando un 0,2 % comparado con la semana epidemiológica 2 de 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

En relación con el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 02 de 2025, a nivel nacional se detectó que el 0,20 % de las UPGD caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico. Al hacer el análisis por nivel de complejidad sobre el total de UPGD silenciosas (31), se identifica que de estas el 90,3 % (28) están categorizadas en el primer nivel de complejidad, mientras que el otro 9,1 % (3) esta categorizada como nivel dos.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica en 2024 y 2025, las UPGD caracterizadas y el cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %). En la semana de análisis se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar (figura 3).

Figura 3. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 02 de 2025



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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

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 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: [PRO_Mortalidad_menores 5años.pdf \(ins.gov.co\)](#).

A semana epidemiológica 02 de 2025, se han notificado 33 muertes probables en menores de cinco años: 22 por infección respiratoria aguda (IRA), cuatro (4) por desnutrición (DNT) aguda y siete (7) por enfermedad diarreica aguda (EDA).

De estos, un caso de IRA residía en el exterior, por lo cual no se incluyó en el análisis. La totalidad de los casos se encuentran en estudio.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana se han notificado 22 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, las cuales se encuentran en estudio.

Para el 2024 el número de casos confirmados a semana epidemiológica 02 fueron 23, para una tasa de mortalidad de 0,63 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 02 de 2025 no se observaron variaciones en la notificación de muertes probables por IRA en las entidades territoriales, en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 02 entre 2018 a 2024

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado cuatro (4) muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, las cuales se encuentran en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 02 fue de 10, para una tasa de mortalidad de 0,27 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 02 de 2025 no se observaron variaciones en la notificación de muertes probables por desnutrición aguda en las entidades territoriales en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 02 entre 2018 a 2024.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado siete muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; las cuales se encuentra en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 02 fue de siete para una tasa de mortalidad de 0,19 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 02 de 2025 no se observaron variaciones en la notificación de muertes probables por EDA en las entidades territoriales en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 02 entre 2018 a 2024

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la 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 Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. versión 1. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.45>

En la semana epidemiológica 02 de 2025 se notificaron al Sivigila cinco (5) casos, dos (2) muertes maternas tempranas, dos (2) muertes maternas coincidentes y una (1) muerte materna tardía; para un total acumulado de cinco (5) casos de muertes maternas tempranas residentes en territorio colombiano (tabla 4).

Tabla 4. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 02, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	12	7	5	24
2023	13	9	2	24
2024	12	7	3	22
2025	5	2	2	9

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en cinco entidades territoriales Antioquia, Bogotá D.C., Cesar, Cundinamarca y La Guajira. Al comparar con el promedio histórico 2021-2024 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 02 de 2024 – 2025

Entidad territorial de residencia	Histórico 2021 – 2024 a SE 02	Acumulado de casos a SE 02		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2023	2024	
Colombia	13	12	5	Disminución
Antioquia	1	1	1	Ninguno
Bogotá D.C.	2	3	1	Ninguno
Cesar	1	1	1	Ninguno
Cundinamarca	1	0	1	Ninguno
La Guajira	1	0	1	Ninguno
Barranquilla	1	1	0	Ninguno
Bolívar	1	1	0	Ninguno
Cali	1	1	0	Ninguno
Cartagena de Indias	1	0	0	Ninguno
Cauca	0	1	0	Ninguno
Córdoba	1	1	0	Ninguno
Huila	1	0	0	Ninguno
Magdalena	1	0	0	Ninguno
Meta	1	1	0	Ninguno
Santa Marta	0	1	0	Ninguno
Santander	1	0	0	Ninguno
Sucre	1	0	0	Ninguno
Tolima	1	0	0	Ninguno

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2023, datos preliminares 2024 - 2025

Al realizar el análisis desagregado por municipio, en Antioquia (Copacabana), Curumaní (Cesar) y Nilo (Cundinamarca), comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 6).

Tabla 6. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021–2024, Colombia, a semana epidemiológica 02 de 2025

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Antioquia	Copacabana	0	1	0,00
Cesar	Curumaní	0	1	0,00
Cundinamarca	Nilo	0	1	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020–2023, datos preliminares 2024–2025

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 02 de 2025, el 60 % corresponden a causas directas. Las causas de muerte materna notificadas a la fecha son trastorno hipertensivo asociado al embarazo, sepsis de origen obstétrico y evento tromboembólico como causa básica (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 02 de 2025

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 02 2023 - 2025						Comportamiento inusual
	2023	%	2024	%	2025	%	
DIRECTA	10	76,9	7	58,3	3	60,0	
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	4	30,8	4	33,3	1	20,0	Ninguno
Sepsis obstétrica	1	7,7	1	8,3	1	20,0	Ninguno
Evento tromboembólico como causa básica	3	23,1	1	8,3	1	20,0	Ninguno
Hemorragia obstétrica	1	7,7	1	8,3	0	0,0	Ninguno
Embarazo ectópico	1	7,7	0	0,0	0	0,0	Ninguno
INDIRECTA	3	23,1	5	41,7	1	20,0	
Otras causas indirectas: neumonía	1	7,7	0	0,0	1	20,0	Ninguno
Otras causas indirectas	1	7,7	1	8,3	0	0,0	Ninguno
Sepsis no obstétrica	1	7,7	3	25,0	0	0,0	Ninguno
Otras causas indirectas: dengue	0	0,0	1	8,3	0	0,0	Ninguno
En estudio	0	0,0	0	0,0	1	20,0	

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La 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 de comportamientos inusuales a nivel departamental y distrital se realizó con el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) de los Center for Disease Control and Prevention (CDC), dado que el evento tiene una alta frecuencia y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años. Para el análisis de comportamientos inusuales en el nivel municipal se utilizó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio, teniendo en cuenta que en los municipios se comportan como evento de baja frecuencia. El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al periodo entre el 2020 y 2024 con corte del periodo a analizar y se muestran resultados estadísticamente significativos. 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%20PM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20PM.

A semana epidemiológica 02 de 2025 se han notificado 164 casos de muerte perinatal y neonatal tardía residentes en territorio colombiano.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (26), Antioquia (15) y Cali (10). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 02 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Antioquia, Atlántico, Bogotá D.C., Bolívar, Boyacá, Cartagena de Indias, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Huila, Nariño, Santander y Sucre. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 8).

Tabla 8. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 02 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024	Valor observado 2024-2025 (SE 51 de 2024 a 02 de 2025)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 02	
				2024	2025
Colombia	580	226	Decremento	241	164
Bogotá, D.C.	66	32	Decremento	32	26
Antioquia	64	24	Decremento	16	15
Cali	22	13	Ninguno	8	10
Cartagena de Indias	19	2	Decremento	6	7
Córdoba	28	10	Decremento	13	7
La Guajira	29	8	Decremento	12	7
Meta	15	10	Ninguno	9	7
Santander	18	5	Decremento	5	7
Caldas	9	9	Ninguno	3	6
Cundinamarca	31	18	Decremento	12	6
Nariño	17	9	Decremento	7	6
Tolima	12	8	Ninguno	7	6
Valle del Cauca	15	10	Ninguno	8	6
Atlántico	17	4	Decremento	11	5
Cauca	18	7	Ninguno	8	5
Magdalena	12	10	Ninguno	1	5
Barranquilla	22	7	Ninguno	8	4
Chocó	14	2	Decremento	10	4
Huila	14	3	Decremento	9	4
Bolívar	16	4	Decremento	5	3
Boyacá	11	3	Decremento	6	3
Buenaventura	6	2	Ninguno	1	3
Cesar	20	4	Decremento	6	3
Sucre	16	3	Decremento	3	2
Arauca	6	0	Ninguno	6	1
Caquetá	6	1	Ninguno	2	1
Norte de Santander	19	7	Ninguno	5	1
Putumayo	5	2	Ninguno	2	1
Quindío	5	1	Ninguno	3	1
Risaralda	9	2	Ninguno	6	1
San Andrés y Providencia	1	1	Ninguno	1	1
Amazonas	1	0	Ninguno	1	0
Casanare	6	1	Ninguno	4	0
Guainía	2	0	Ninguno	0	0
Guaviare	1	1	Ninguno	0	0
Santa Marta	6	1	Ninguno	4	0
Vaupés	1	0	Ninguno	0	0
Vichada	4	2	Ninguno	1	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 a 2025 preliminar
SE: semana epidemiológica

Respecto al análisis desagregado por municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2020 a 2024 en El Santuario (Antioquia), Timbiquí (Cauca) y Tuchín (Córdoba) (tabla 9).

Tabla 9. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 02 de 2025

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 02 2020 - 2024	Valor observado a SE 02 de 2025	Semanas continuas en incremento
Antioquia	El santuario	0	2	1
Cauca	Timbiquí	0	2	1
Córdoba	Tuchín	0	2	1

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 36,6 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,7 %, neonatales tardías con 20,7 % y fetales intraparto con 14,0 %.

Tabla 10. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 02, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 02, 2023 -2025					
	2023 a SE 01	(%)	2024 a SE 01	(%)	2025 a SE 01	(%)
Colombia	282	100,0	241	100,0	164	100,0
Asfixia y causas relacionadas	74	26,2	51	21,2	40	24,4
Prematuridad-inmadurez	47	16,7	32	13,3	33	20,1
Sin información	1	0,4	11	4,6	22	13,4
Causas no específicas	7	2,5	12	5,0	15	9,1
Complicaciones del embarazo	34	12,1	29	12,0	13	7,9
Malformación congénita	20	7,1	17	7,1	10	6,1
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	47	16,7	40	16,6	9	5,5
Infecciones	21	7,4	24	10,0	9	5,5
Otras causas de muerte	20	7,1	14	5,8	8	4,9
Trastornos cardiovasculares	7	2,5	9	3,7	4	2,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	1	0,4	0	0,0	1	0,6
Lesión de causa externa	3	1,1	2	0,8	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023 a 2025 (preliminar). SE: semana epidemiológica

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,4 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 20,1 % y causas no específicas con el 9,1 % (tabla 10).

Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 02 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.



EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda

Metodología

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 2016 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.

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 se identifica una variación porcentual con tendencia a la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y hospitalización en UCI/UCIM que no es menor del 30 % (tabla 11); por lo que no se consideran significativas.

Tabla 11. Notificación morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 02, 2024 y 2025

A semana epidemiológica 02 2024 - 2025					
Tipo de servicio	2024	2025	Variación porcentual >30% o < 30 %	Tendencia	Análisis
Consulta externa y urgencias	250854	212559	⇒ -0,15%	↘	Disminución
Hospitalización en sala general	10049	9684	⇒ -0,04%	↘	Disminución
Hospitalización en UCI/UCIM	1433	1340	⇒ -0,06%	↘	Disminución

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 02 de 2025 se notificaron 130 450 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 Chocó, Santa Marta y Santander. Se presentó disminución en Amazonas, Arauca, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Guaviare, Sucre y Vichada. Las 27 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 (51 a 52 de 2024 y 01 a 02 de 2025) en 11 municipios (tabla 12).

Tabla 12. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica (50 a 52 de 2024 y 01 a 02 de 2025)

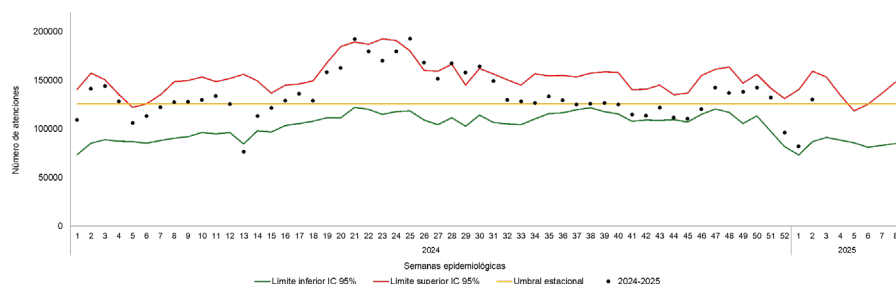
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Análisis
Bolívar	Magangué	362	917	893	Aumento
Cundinamarca	Girardot	704	942	1 405	Aumento
Cundinamarca	Madrid	530	679	1 141	Aumento
La Guajira	Maicao	1 091	2 217	3 470	Aumento
La Guajira	Uribia	917	1893	2 695	Aumento
Norte de Santander	Ocaña	515	588	1 011	Aumento
Santander	Girón	186	204	367	Aumento
Santander	Piedecuesta	248	212	442	Aumento
Santander	Floridablanca	872	1 161	1 702	Aumento
Valle del Cauca	Cartago	717	737	1 300	Aumento
Valle del Cauca	Tuluá	771	803	1 318	Aumento
Valle del Cauca	Palmira	1 079	1 584	2 097	Aumento
Antioquia	Apartado	429	786	875	Ninguno
Antioquia	Turbo	387	636	784	Ninguno
Antioquia	Envigado	926	1768	1 766	Ninguno
Antioquia	Itagüí	2 735	4 364	5 622	Ninguno
Antioquia	Bello	2 464	3 973	4 727	Ninguno
Atlántico	Malambo	147	351	335	Ninguno
Atlántico	Soledad	2 792	6 007	5 561	Ninguno
Casanare	Yopal	258	669	591	Ninguno
Cundinamarca	Zipaquirá	565	1 109	1 272	Ninguno
Cundinamarca	Mosquera	133	284	243	Ninguno
Cundinamarca	Soacha	1 598	3 051	3 942	Ninguno
Valle del Cauca	Yumbo	633	922	1 135	Ninguno
Boyacá	Sogamoso	430	911	776	Ninguno
Huila	Pitalito	273	611	554	Ninguno

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (51 a 52 de 2024 y 01 a 02 de 2025), por grupos de edad, el de 20 a 39 años representó el 33,5 % (138 887) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 20,9 % (86 551). 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 año con el 9,8 %; seguido de los menores de dos a cuatro años con el 9,0 %.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA a nivel nacional, a semana epidemiológica 02 de 2025, se mantiene dentro de los límites esperados, comparado con su comportamiento histórico. Así mismo, se observó una tendencia a ubicarse por encima del umbral estacional en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 02 de 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 02 de 2025 se notificaron 5 396 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cali, Guainía, La Guajira, San Andrés, Vaupés y Vichada e incremento en Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Cartagena de Indias, Cauca, Magdalena, Meta, Risaralda, Santa Marta y Tolima. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (51 de 2024 a 02 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 099) representaron el 31,3 %, seguido de los menores de un año con el 14,2 % (2 757). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 22,0 % seguido

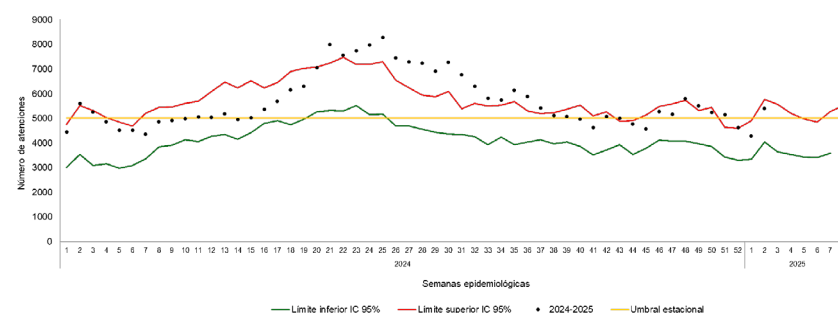
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

de los menores de dos a cuatro años con el 18,7 %.

En el canal endémico para el servicio de hospitalización por IRA en sala general a semana epidemiológica 02 de 2025, se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional. Así mismo, en tres de las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 50 de 2024 a 02 de 2025) el comportamiento estuvo por encima del límite superior o el umbral estacional establecidos (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2024 a 02 de 2025

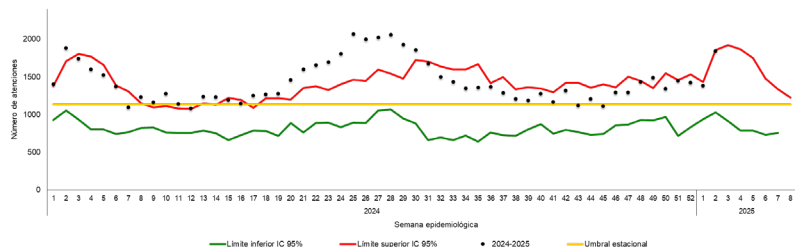


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025

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

En la semana epidemiológica 02 de 2025, se notificaron (1 840) 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 epidemiológica 02 de 2025 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico, ubicándose sobre límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2024 a 02 de 2025



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

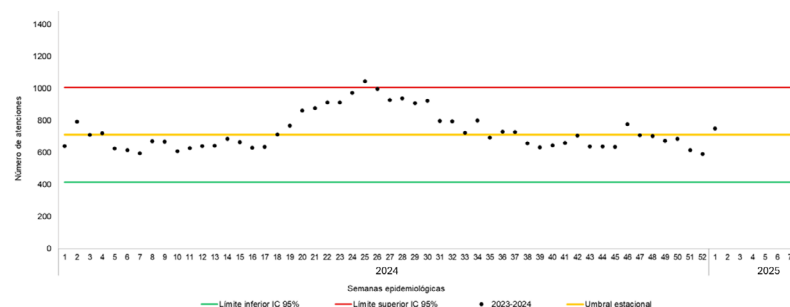
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 02 de 2025 se notificaron 750 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 13 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Chocó, Cundinamarca, Meta y Vichada. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Bogotá D.C, Boyacá, Cali, Cesar, Guainía, Guaviare, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander, Tolima y Vaupés.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 de 2024 a 02 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 38,3 % (987), seguido de los menores de un año con el 18,9 % (487) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI y UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de dos a cuatro años con el 22,8 % seguido de los niños de un año con el 21,3 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 02 de 2025, se observa que se ubica dentro de lo esperado siguiendo la misma tendencia de último periodo (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 7).

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 de 2024 a 02 de 2025

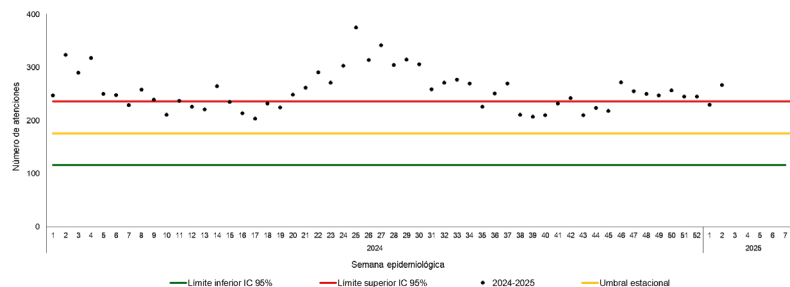


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024

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

En la semana epidemiología 02 de 2025, se notificaron 267 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 que en semana epidemiológica 02 de 2025 se sitúa por encima del límite superior, siguiendo la misma tendencia con respecto al mismo periodo de 2024 (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos e intermedios, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 de 2024 a 02 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

Durante la semana epidemiológica 01 de 2025 en la región de las Américas la actividad de influenza en las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado ascenso en la región Norte América, Caribe y ligero ascenso en Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidenció 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, excepto en la región Andina, Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en Norte América, Brasil y Cono Sur, las otras regiones mantienen niveles bajos de circulación (consulta [datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 02 de 2025, 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 influenza A(H1N1)pdm09 y en decremento adenovirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (tabla 13).

Tabla 13. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 47 de 2024 a 02 de 2025

Agente viral identificado	Semanas epidemiológicas 47 a 50 de 2024			Semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 02 de 2025			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	42.5	43.4	23.4	33.9	32.8	33.3	
Rinovirus	17.4	-	26.6	14.8	4.5	27.2	
Virus sincitial respiratorio	14.0	24.7	6.7	14.8	31.8	-	
Enterovirus	8.4	5.4	6.7	7.4	13.6	-	
Adenovirus	8.4	12.9	-	1.9	4.5	-	
Influenza B	19.1	7.5	13.3	18.5	4.5	18.1	
Influenza A	2.8	1.1	-	1.9	4.5	-	
Parainfluenza	9.0	11.8	-	12.9	13.6	9.1	
Metapneumovirus	14.6	17.2	26.6	11.1	18.2	-	
A(H1N1)pdm09	0.6	-	-	7.4	-	27.2	
SARS-CoV2	-	-	-	1.9	-	9.1	
A(H3N2)	3.4	1.1	20.0	5.6	-	9.1	
Bocavirus	-	-	-	-	-	-	
Coronavirus	2.2	2.2	-	1.9	4.5	-	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024
Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

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

COVID-19

Metodología

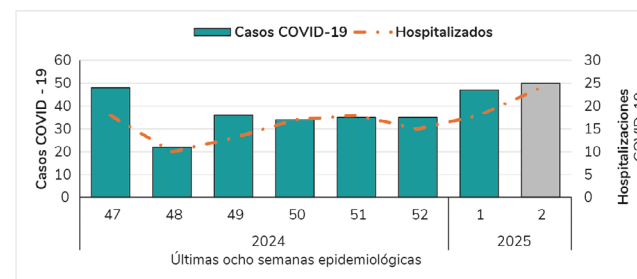
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 02 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

El análisis del comportamiento del evento en el tiempo se realiza comparando los casos confirmados del período del presente año con los del año anterior. Además, 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 estable (razón igual a 1 o inferior a 1 o superior a 1 sin significancia estadística ($p > 0,05$)).

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

En Colombia, para el año 2025, con corte al 11 de enero, según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila 97 casos de COVID-19. Durante las últimas cuatro semanas se observó un aumento no significativo del 16,1%, al comparar las semanas epidemiológicas 47 a 50 de 2024 (140 casos) versus las semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 02 de 2025 (167 casos). Las hospitalizaciones también han mostrado un incremento del 22,7 %, pasando de 58 casos reportados a 75 en los mismos periodos analizados (figura 9).

Figura 9. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, 2024-2025



Entre el 05 y el 11 de enero de 2025 (semana epidemiológica 02) se confirmaron 56 casos en el territorio nacional; de estos el 89,3 % (50 casos) corresponde a la semana epidemiológica 02. El 73,2 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Cali, Antioquia, Cauca y Barranquilla (tabla 14).

Tabla 14. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 02 de 2025

Entidad Territorial	1	2	Total
Bogotá D.C.	3	23	26
Cali	1	7	8
Antioquia	0	3	3
Cauca	1	1	2
Barranquilla	0	2	2
Valle del Cauca	1	1	2
Caldas	0	2	2
Cundinamarca	0	2	2
Quindío	0	1	1
Atlántico	0	1	1
Buenaventura	0	1	1
Risaralda	0	1	1
Amazonas	0	1	1
Santander	0	1	1
Boyacá	0	1	1
Tolima	0	1	1
Norte de Santander	0	1	1
Total general	6	50	56

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 02 de 2025), en Colombia se confirmaron por laboratorio 166 casos nuevos de COVID-19 en 23 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación en 49 municipios. Durante este periodo, se registró una incidencia de 0,32 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 47 a 50 de 2024), este indicador no presenta cambios a nivel departamental y distrital. Sin embargo, a nivel municipal se observó un incremento significativo en los municipios de Campamento y La Unión (Antioquia); Paz de Río, Sotaquirá y Tuta (Boyacá); Sucre (Cauca); Guasca, Puerto Salgar y Suesca (Cundinamarca); Honda y Saldaña (Tolima); Andalucía (Valle del Cauca); Monterrey (Casanare); y Puerto Nariño (Amazonas).

Para 2025 no se han reportado fallecimientos relacionados a COVID-19.

Para finalizar, los invitamos a consultar el portal Sivigila en el enlace <https://onx.la/5f2c3> en el que podrá ampliar la información de los casos de COVID-19 Colombia 2020-2025.

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 02 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

Los indicadores del evento se calcularon de acuerdo con lo dispuesto en el protocolo de vigilancia de salud pública, sin embargo, estos pueden ir cambiando de acuerdo con el ajuste de los casos. Los datos de Sivigila tienen procesos de ajuste por rezagos en la notificación.

Las categorías usadas para los indicadores de gestión son:

Porcentaje	< 25 %	25 % - 50 %	50 % - 75 %	75 % - 99 %	100%
Categoría indicador	No cumple con la meta				Cumple con la meta

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 (2015-2023 - 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 (2015-2023 (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 (2015-2023 (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 (2015-2023 (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 02 de 2025 se notificaron 5 610 casos de dengue: 3 711 casos de esta semana y 1 899 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 8 625 casos; 5 456 (63,3 %) sin signos de alarma, 3 091 (35,8 %) con signos de alarma y 78 (0,9 %) de dengue grave.

El 61,6 % (5 311) de los casos a nivel nacional proceden de Tolima, Cartagena de Indias, Antioquia, Barranquilla, Cundinamarca, Huila, Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander y Córdoba (tabla 15).

Tabla 15. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 02 de 2025

Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Tolima	689	62,1	36,7	1,2
Cartagena de Indias	659	72,2	26,4	1,4
Antioquia	609	64,4	34,6	1,0
Barranquilla	562	61,7	37,2	1,1
Cundinamarca	529	68,1	31,6	0,4
Huila	512	73,0	26,6	0,4
Valle del Cauca	478	76,8	23,0	0,2
Santander	471	71,1	28,5	0,4
Norte de Santander	401	60,1	38,4	1,5
Córdoba	401	52,1	47,4	0,5
Atlántico	381	52,5	45,9	1,6
Meta	371	62,3	36,9	0,8
Cali	343	63,0	36,4	0,6
Sucre	267	45,7	53,9	0,4
Putumayo	231	77,9	21,2	0,9
Bolívar	220	55,9	43,2	0,9
La Guajira	192	25,5	71,4	3,1
Quindío	175	78,3	21,7	0,0
Cesar	165	48,5	49,1	2,4
Caquetá	159	57,2	41,5	1,3
Risaralda	154	70,1	29,9	0,0
Arauca	94	46,8	50,0	3,2
Cauca	90	61,1	37,8	1,1
Guaviare	77	89,6	10,4	0,0
Boyacá	56	58,9	41,1	0,0
Caldas	49	51,0	49,0	0,0
Nariño	47	38,3	59,6	2,1
Magdalena	45	46,7	53,3	0,0
Casanare	44	68,2	31,8	0,0
Vichada	33	60,6	39,4	0,0
Chocó	33	75,8	24,2	0,0
Santa Marta	33	54,5	45,5	0,0
Amazonas	17	64,7	35,3	0,0
Archipiélago de San Andrés	14	57,1	42,9	0,0
Exterior	13	38,5	53,8	7,7
Guainía	7	85,7	14,3	0,0
Buenaventura	2	0,0	100,0	0,0
Vaupés	2	100,0	0,0	0,0
Colombia	8 625	63,3	35,8	0,9

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

En el último período analizado (semanas epidemiológicas 50 de 2024 a 01 de 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 46 a 49 de 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Atlántico, Barranquilla, Caquetá, La Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Norte de Santander, Putumayo, Santa Marta, Vichada y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Buenaventura; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 36,0 % a nivel nacional; 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 49 a 52 de 2024) fueron: Cesar, La Guajira, Santa Marta y Sucre.

En la semana epidemiológica 02 de 2025, a nivel nacional se confirmó el 49,6 % (1 534) de los casos de dengue con signos de alarma y 55,1 % (43) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 72,4 % (2 237) de los casos de dengue con signos de alarma y el 94,9 % (74) de los casos con dengue grave (tabla 16).

Tabla 16. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 02 de 2025

Entidad territorial	Casos (n)			Confirmación (%)			Hospitalización	
	Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave	Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave	Con signos de alarma	Dengue grave
Amazonas	11	3	0	0,0%	33,3%	N/A	100,0%	N/A
Antioquia	400	219	4	28,8%	29,7%	25,0%	36,1%	75,0%
Arauca	43	43	2	14,0%	51,2%	50,0%	58,1%	100,0%
Atlántico	143	117	1	39,2%	72,6%	100,0%	68,4%	100,0%
Barranquilla	404	268	12	72,0%	78,7%	50,0%	85,8%	100,0%
Bolívar	103	73	0	44,7%	49,3%	N/A	87,7%	N/A
Bogotá D.C.	269	110	0	54,3%	50,0%	N/A	58,2%	N/A
Boyacá	35	32	0	51,4%	50,0%	N/A	62,5%	N/A
Buenaventura	0	2	0	N/A	100,0%	N/A	0,0%	N/A
Caldas	21	22	0	9,5%	27,3%	N/A	86,4%	N/A
Cali	248	164	4	19,8%	40,2%	50,0%	73,8%	100,0%
Caquetá	90	64	2	42,2%	50,0%	50,0%	73,4%	100,0%
Cartagena de Indias	488	195	11	49,2%	57,9%	54,5%	86,7%	81,8%
Casanare	28	15	0	14,3%	40,0%	N/A	93,3%	N/A
Cauca	46	14	0	82,6%	92,9%	N/A	64,3%	N/A
Cesar	82	83	4	37,8%	66,3%	100,0%	83,1%	100,0%
Chocó	18	3	0	88,9%	66,7%	N/A	0,0%	N/A
Córdoba	203	187	3	59,1%	81,8%	33,3%	77,0%	100,0%
Cundinamarca	289	152	4	27,0%	48,7%	75,0%	78,3%	100,0%
Guainía	7	2	0	0,0%	0,0%	N/A	50,0%	N/A
La Guajira	47	124	6	83,0%	96,8%	66,7%	82,3%	100,0%
Guaviare	71	10	0	5,6%	10,0%	N/A	100,0%	N/A
Huila	359	136	3	15,3%	28,7%	66,7%	83,1%	100,0%
Magdalena	17	19	0	76,5%	52,6%	N/A	42,1%	N/A
Meta	206	127	3	3,4%	5,5%	0,0%	78,7%	100,0%
Nariño	21	26	1	90,5%	84,6%	100,0%	92,3%	100,0%
Norte de Santander	240	151	6	18,3%	46,4%	83,3%	81,5%	100,0%
Putumayo	178	48	2	25,3%	43,8%	50,0%	93,8%	100,0%
Quindío	130	40	0	11,5%	25,0%	N/A	52,5%	N/A
Risaralda	107	45	1	36,4%	35,6%	0,0%	53,3%	100,0%
Archipiélago de San Andrés	7	6	0	85,7%	66,7%	N/A	33,3%	N/A
Santander	317	126	3	23,0%	54,0%	66,7%	71,4%	66,7%
Santa Marta	9	20	0	66,7%	55,0%	N/A	70,0%	N/A
Sucre	120	142	1	40,8%	27,5%	0,0%	69,0%	100,0%
Tolima	340	197	5	10,3%	16,8%	40,0%	70,6%	100,0%
Valle del Cauca	336	95	0	19,9%	45,3%	N/A	46,3%	N/A
Vaupés	1	0	0	100,0%	N/A	N/A	N/A	N/A
Vichada	22	11	0	36,4%	63,6%	N/A	27,3%	N/A
Colombia	5 456	3 091	78	33,3 %	49,6 %	55,1 %	72,4 %	94,9 %

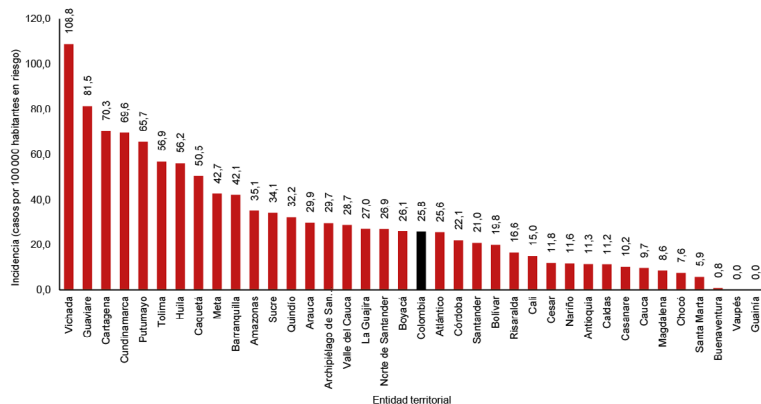
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

En la semana epidemiológica 02 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 25,8 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 27,4 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, Guaviare, Cartagena de Indias, Cundinamarca, Putumayo, Tolima, Huila y Caquetá presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 50 casos por 100 000 habitantes (figura 10). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 46,5 casos por 100 000 habitantes.

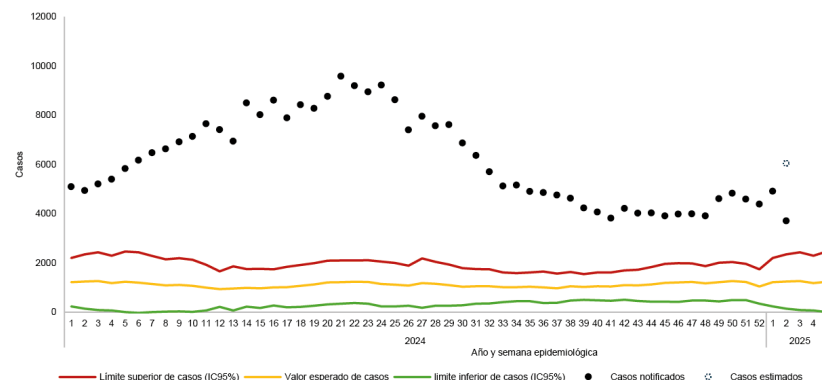
Figura 10. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 02 de 2025



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

A semana epidemiológica 02 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico. Sin embargo, se observó una tendencia al aumento del 13,5 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 50 de 2024 a 01 de 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 46 a 49 de 2024) (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 02 de 2025



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

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue, según canal endémico se observa que, el 2,7 % (1) se encuentra dentro de lo esperado, el 29,7 % (11) se encuentran en situación de alerta y el 67,6 % (25) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; de estas entidades territoriales Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena de Indias, La Guajira y Putumayo se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico (2015-2023), por lo que se espera un incremento de casos para el mes de enero (tabla 17). 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”.

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el período de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 02 de 2025

Situación epidemiológica a semana epidemiológica 02, 2025	Período de transmisión según comportamiento histórico para el mes de diciembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena de Indias, La Guajira, Putumayo	Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andres y Providencia, Santander y Sucre	Bolívar, Boyacá, Chocó, Guainía, Nariño, Vichada
Alerta	Tolima, Valle del Cauca	Amazonas, Buenaventura, Cali, Huila, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta	Casanare, Cesar
Dentro de lo esperado	-	Vaupés	-

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 02 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país, el 37,1 % (306) 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 78,9 % (45/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

A semana epidemiológica 02 de 2025 se han notificado 21 muertes probables por dengue, que a la fecha se encuentran en estudio, procedentes de las entidades territoriales de Bolívar, Cartagena de Indias, Córdoba, Huila, Exterior, Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Cali, Caquetá, Cauca, Cesar, La Guajira, Magdalena, Tolima y Valle del Cauca. Para el mismo periodo de 2023 se confirmaron 10 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,10 %) (tabla 19).

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>

Tabla 18. 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 02 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 habitantes	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	6,9	179	62	337
	Apartadó	15,9	21	21	54
	Bello	2,2	12	4	27
	Envigado	9,9	24	3	50
	Itagüí	2,9	8	4	16
	Turbo	8,9	12	12	39
Atlántico	Barranquilla	42,8	562	388	1168
	Malambo	16,0	23	24	67
	Soledad	39,3	269	131	521
Bolívar	Cartagena	62,5	659	420	2025
	Magangué	36,2	52	27	122
	Turbaco	24,1	28	23	114
Caquetá	Florencia	47,0	83	23	124
Cauca	Popayán	3,3	9	1	33
	Santander de Quilichao	12,2	14	5	32
César	Valledupar	16,5	91	70	189
	Montería	34,9	179	113	390
Córdoba	Cereté	10,0	11	5	19
	Lorica	2,6	3	4	32
	Sahagún	20,6	23	10	51
Cundinamarca	Fusagasugá	53,2	88	3	234
	Girardot	124,0	146	47	230
Chocó	Quibdó	4,5	6	3	13
Huila	Neiva	62,1	230	73	235
	Pitalito	40,5	53	11	84
La Guajira	Maicao	35,4	68	23	145
Meta	Villavicencio	32,4	165	106	325
Nariño	San Andres de Tumaco	10,5	27	17	70
Norte de Santander	Cúcuta	29,3	224	160	458
	Ocaña	45,5	54	15	92
	Villa del Rosario	34,5	38	41	133
Quindío	Armenia	28,5	89	15	193
	Pereira	14,6	71	11	177
Risaralda	Dosquebradas	24,8	54	4	108
	Bucaramanga	20,5	127	40	356
	Barrancabermeja	13,5	29	16	71
Santander	Floridablanca	28,4	89	22	202
	Girón	26,8	47	18	121
	Piedecuesta	17,7	33	19	74
Sucre	Sincedejo	31,9	96	73	251
	Cali	15,0	343	366	772
Valle del Cauca	Buenaventura	0,6	2	11	19
	Jamundí	47,3	80	10	177
	Tuluá	14,0	31	26	75
	Yumbo	32,3	36	19	89

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

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 02, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 01, 2025	Letalidad por dengue a SE 01, 2024
	Confirmados	En estudio		
Bolívar	0	2	0,000	0,278
Cartagena de Indias	0	2	0,000	0,000
Córdoba	0	2	0,000	0,000
Huila	0	2	0,000	0,261
Exterior	0	2	0,000	0,000
Antioquia	0	1	0,000	0,000
Atlántico	0	1	0,000	0,000
Barranquilla	0	1	0,000	0,000
Cali	0	1	0,000	0,072
Caquetá	0	1	0,000	0,000
Cauca	0	1	0,000	0,485
Cesar	0	1	0,000	0,000
La Guajira	0	1	0,000	0,000
Magdalena	0	1	0,000	0,000
Tolima	0	1	0,000	0,346
Valle del Cauca	0	1	0,000	0,000
Colombia	0	19	0,000	0,100

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 02 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 ($> 37,5^{\circ} \text{C}$) 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.
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(-) vector
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.

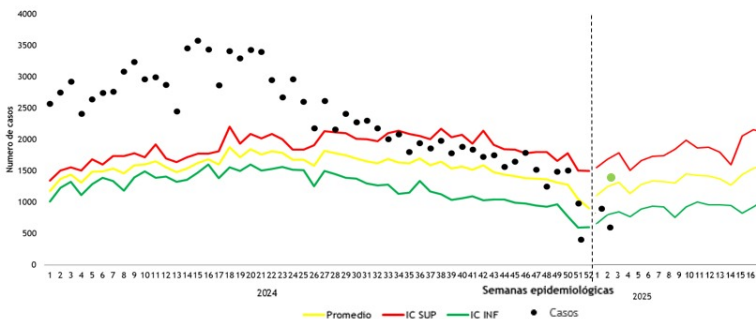
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último período epidemiológico, el país se encuentra en situación de alerta para malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 12).

Figura 12. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 02 de 2025



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

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 02, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 02 de 2025 se notificaron 1 405 casos de malaria, para un acumulado de 1 933 casos, de los cuales 1 887 son de malaria no complicada y 46 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 62,9 % (1 215), seguido de *Plasmodium falciparum* con 36,1 % (698) e infección mixta con 1,0 % (20). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,6 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (29,8 %), Nariño (17,3 %), Antioquia (13,1 %), Córdoba (10,0 %), Vaupés (7,7 %), Bolívar (3,3 %), Cauca (3,1 %), Amazonas (3,0 %), Buenaventura (1,9 %), Guainía (1,9 %), Guaviare (1,3 %), Risaralda (1,3 %) y Caquetá (1,1 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 76,5 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, semana epidemiológica 02 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Amazonas	Tarapacá (CD)	0	2	33	35	8,00
Antioquia	El Bagre	1	10	39	50	0,89
	Nechí	0	10	27	37	1,33
	Mutatá	0	1	26	27	1,80
	Tarazá	0	3	17	20	1,43
Bolívar	Montecristo	0	3	31	34	1,85
	Norosí	1	0	14	15	1,77
Buenaventura	Buenaventura	1	17	17	35	0,11
Caquetá	Florencia	0	0	18	18	0,87
Cauca	Guapi	0	22	4	26	0,88
	Timbiquí	0	18	2	20	0,71
Chocó	Quibdó	2	54	70	126	0,87
	Tadó	0	33	27	60	2,98
	Bagadó	0	19	31	50	4,22
	Bajo Baudó	2	33	14	49	1,44
	Istmina	1	24	11	36	1,06
	El Cantón del San Pablo	0	13	15	28	4,05
	Carmen del Darién	1	3	20	24	1,08
	Medio Atrato	0	14	9	23	1,78
	Río Quito	0	8	13	21	2,29
	Medio San Juan	0	10	10	20	1,70
	Lloró	0	13	6	19	1,79
	Alto Baudó	0	6	10	16	0,51
Córdoba	Tierralta	0	10	83	93	0,93
	Puerto Libertador	0	1	26	27	0,59
	Valencia	0	5	14	19	0,49
	Montelíbano	0	3	16	19	0,22
Guainía	Inírida	0	0	33	33	0,87
Nariño	Roberto Payán	1	97	17	115	8,63
	Magüí	0	68	11	79	0,30
	Tumaco	0	19	27	46	0,17
	Barbacoas	0	27	8	35	0,60
	El Charco	0	21	2	23	0,99
Vaupés	Pueblo Rico	0	4	18	22	1,31
Vichada	Mitú	1	8	135	144	5,93

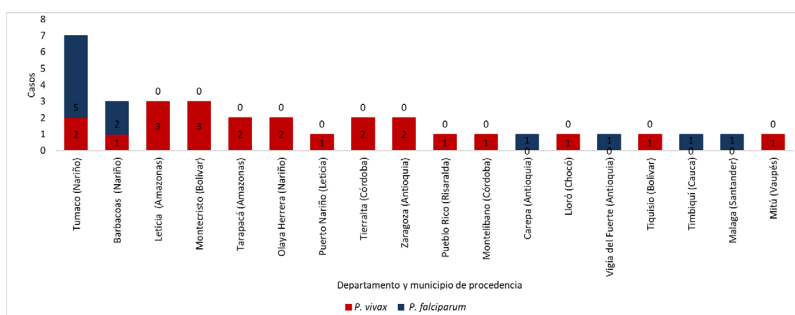
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 76,5 % de los casos.

Malaria complicada

A semana epidemiológica 02 de 2025 se han notificado 46 casos de malaria complicada, que proceden de nueve entidades territoriales y tres casos procedentes del exterior. Nariño, Amazonas, Antioquia, Bolívar, Cauca, Chocó, y Córdoba notificaron el 80,4 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 76,1 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 13).

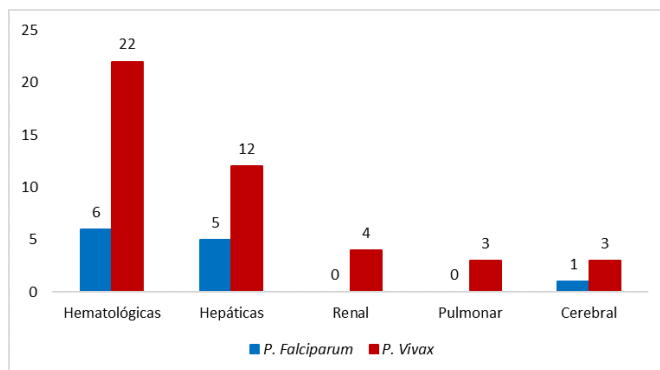
Figura 13. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria, Colombia, semana epidemiológica 02 de 2025



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 50,0 % (28) presentaron complicaciones hematológicas; 30,4 % (17) complicaciones hepáticas; 7,1 % (4) complicaciones renales y cerebral; 5,4 % (3) complicaciones pulmonares (figura 14).

Figura 14. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 02 de 2025



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

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

Comportamientos inusuales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 02 de 2025 el país se encuentra en situación de aumento; nueve departamentos y 13 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 21) y dos departamentos y nueve municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 22).

Tabla 21. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 02 de 2025, Colombia

Municipios en situación de brote SE 02 2025					
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Vaupés	Mitú	145	92	217	4
Nariño	Roberto Payán	115	64	116	5
Nariño	Magüí	80	22	23	5
Antioquia	Nechí	37	14	31	5
Chocó	Istmina	36	31	42	5
Antioquia	Mutatá	27	22	33	5
Antioquia	Tarazá	20	14	33	4
Caquetá	Florencia	18	1	4	4
Boyacá	Cubará	14	7	29	4
Amazonas	Puerto Nariño	14	4	11	5
Arauca	Saravena	13	1	2	4
Cauca	López Micay	11	7	10	4
Chocó	Sipí	6	7	15	4

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

Tabla 22. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 02 de 2025, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Chocó	Tadó	60	84	86	5
Chocó	Bagadó	50	99	166	5
Bolívar	Montecristo	37	35	48	5
Chocó	El Cantón del San Pablo	29	28	35	5
Antioquia	Caucasia	9	8	15	4
Córdoba	Tuchín	7	3	5	4
Chocó	Cértogui	7	10	12	4
Chocó	Condoto	6	9	12	4
Antioquia	Frontino	6	12	18	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2025 Colombia

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños 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 60 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 60, se utilizó la metodología de 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/buscar-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 02 de 2025, se han notificado 472 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 463 corresponden a residentes en Colombia y 9 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (03 de 2024 a 02 de 2025) es de 0,66 casos por 100 menores de 5 años (tabla 23).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 23. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 02, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 2 de 2024	Casos a SE 2 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
Total nacional	708	463	0,66
La Guajira	87	52	2,56
Vichada	17	4	2,19
Chocó	33	30	1,86
Arauca	12	6	1,29
Guaviare	4	0	1,00
Vaupés	0	1	0,91
Magdalena	11	11	0,86
Casanare	4	3	0,79
Risaralda	16	19	0,79
Amazonas	3	4	0,76
Nariño	19	12	0,76
Guainía	2	0	0,75
Cesar	33	16	0,74
Bogotá D.C.	97	64	0,66
Buenaventura	8	6	0,66
Bolívar	10	13	0,66
Antioquia	83	56	0,65
Meta	18	8	0,63
Tolima	14	4	0,63
Putumayo	3	6	0,61
Boyacá	17	10	0,60
Cundinamarca	43	41	0,60
Cartagena de Indias	7	12	0,59
Huila	17	6	0,57
Norte Santander	17	7	0,53
Caquetá	6	2	0,53
Caldas	9	2	0,44
Valle del Cauca	18	13	0,44
Santander	19	12	0,43
Córdoba	23	8	0,42
Cali	11	12	0,41
Sucre	9	9	0,41
Atlántico	13	1	0,41
Santa Marta	3	3	0,35
Barranquilla	7	2	0,29
Cauca	13	8	0,29
Quindío	2	0	0,29
San Andrés	0	0	0,25

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 03 de 2024 a SE 02 de 2025

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

DANE, proyecciones de población 2024

El 73,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 26,1 % como desnutrición aguda severa; el 9,8 % 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 menores de 1 año (34,8 %) y de menores de 1 año (30,3 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 60,0 %.

Para la semana epidemiológica 02 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Antioquia, La Guajira, Chocó, Risaralda, Cartagena de Indias, Boyacá, Sucre, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Huila, Tolima, Vichada, Casanare, Barranquilla, Atlántico y Guaviare. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas (tabla 24).

Tabla 24. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años respecto al promedio 2020-2024, Colombia, semana epidemiológica 02 de 2025

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	51	56
La Guajira	58	52
Chocó	19	30
Risaralda	9	19
Cartagena de Indias	6	12
Boyacá	15	10
Sucre	5	9
Córdoba	21	8
Meta	14	8
Norte de Santander	16	7
Huila	13	6
Tolima	10	4
Vichada	10	4
Casanare	8	3
Barranquilla	6	2
Atlántico	13	1
Guaviare	4	0

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

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes para la semana epidemiológica 02 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de tres municipios (tabla 25).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 25. 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 02 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cundinamarca	Facatativá	1	6
Sucre	Sincelejo	1	5
Valle del Cauca	Tuluá	0	1

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



ALERTAS NACIONALES

Actualización del brote de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda grave en el municipio de El Litoral de San Juan (Chocó), 14 de enero de 2025

El 05 de diciembre de 2024, fue notificado en el municipio de Litoral de San Juan en Chocó el aumento de casos de infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, desde octubre de 2024. El 19 de diciembre de 2024 se realizó búsqueda activa comunitaria que evidenció la presencia de casos con síntomas como tos, fiebre, diarrea y vómito; el 90 % (129/142) de las personas identificadas no consultaron a servicios de salud. Siendo los resguardos estrella Pangala y Unión Waimia los mayormente afectados. Se han recolectado 10 muestras biológicas en las que se identificaron dos (2) casos de influenza B y un caso positivo para *Bordetella parapertusis*. El 12 de enero de 2025, fueron trasladados en helicóptero dos niños de Santa María de Pángala hacia Buenaventura, con cuadro clínico de fiebre, diarrea, afección eritematosa, insuficiencia respiratoria aguda y deshidratación severa. En el resguardo fueron atendidos dos (2) menores más con sintomatología consistente en fiebre, deshidratación, diarrea, cianosis peribucal y distal, uno requirió traslado vía fluvial a Buenaventura. A la fecha no se han reportado fallecidos.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 02 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.



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS INTERNACIONALES

Brote de presunta enfermedad por el virus de Marburgo en la República Unida de Tanzania. Fecha de publicación: 14 de enero de 2025

El 10 de enero de 2025, se reportaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) seis (6) casos sospechosos de enfermedad por el virus de Marburg en la región de Kagera (Tanzania), de los cuales cinco (5) habían fallecido. Los casos presentaban síntomas como cefalea, fiebre, dolor de espalda, diarrea, hematemesis, malestar general y, en una fase posterior de la enfermedad, hemorragia externa.

Hasta el 11 de enero de 2025, se han notificado nueve (9) casos sospechosos, incluidos ocho (8) mortales, letalidad: 89 % en dos distritos: Biharamulo y Muleba. Se han colectado muestras de dos (2) casos y están pendientes los resultados oficiales. Se está realizando seguimiento de los contactos, incluidos los trabajadores de la salud, en ambos distritos.

Como antecedente, en el distrito de Bukoba, en la región de Kagera, se presentó brote de enfermedad por el virus de Marburg en marzo de 2023, con una duración aproximada de dos meses, con nueve (9) casos, de los cuales seis (6) fallecieron. Los reservorios zoonóticos, como los murciélagos frugívoros, siguen siendo endémicos en la zona.

Con la información disponible, la OMS evalúa el riesgo nacional y regional alto y el riesgo global bajo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Outbreak of suspected Marburg Virus Disease - United Republic of Tanzania. Fecha de publicación: 14 de enero de 2025. Fecha de consulta: 14 de enero de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON552>

Casos humanos de influenza A(H5N1) en Estados Unidos, 2024. Fecha de publicación: 10 de enero de 2025

Desde el 01 de enero de 2024 hasta 06 de enero de 2025, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos confirmaron 66 casos humanos de influenza A(H5N1), incluida una muerte, en diez estados. De estos casos, 40 tenían antecedente de exposición a ganado lechero en los siguientes estados: California (36), Colorado (1), Michigan (2) y Texas (1); 23 casos con antecedente de exposición a aves de corral

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

en los siguientes estados: Colorado (9), Iowa (1), Oregón (1), Washington (11) y Wisconsin (1); y un caso, notificado en Luisiana, quien había estado expuesto a aves de corral de traspaso y otras aves silvestres. Este caso fue confirmado el 13 de diciembre, y fue el primer caso grave reportado en el país, fue hospitalizado y falleció. Se han identificado dos casos adicionales con exposición desconocida: uno en Misuri y otro en California.

El CDC secuenció el genoma viral del virus de la gripe aviar H5N1 que infectó al paciente en Luisiana. La secuenciación identificó que el virus es del genotipo D1.1, que está relacionado con otras cepas D1.1 detectadas recientemente en aves silvestres y aves de corral en todo Estados Unidos, así como en casos humanos recientes en Columbia Británica (Canadá) y el estado de Washington. Las mutaciones encontradas en las secuencias del virus no se encontraron en muestras de aves de corral recolectadas en la propiedad del paciente, lo que sugiere que los cambios surgieron en el paciente después de la infección. Esta cepa H5N1 difiere del genotipo B3.13, que se ha detectado en vacas lecheras, casos humanos aislados en varios estados de EE. UU. y algunos brotes en aves de corral. La evaluación actual del CDC sobre el riesgo para la salud humana del A(H5N1) para el público en general en Estados Unidos no ha cambiado y continúa considerándose bajo.

Fuente: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC). Communicable disease threats report, 4-10 January 2025, week 2. Fecha de publicación: 10 de enero de 2025. Fecha de consulta: 14 de enero de 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-2-2025.pdf>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación
por departamento a semana
epidemiológica 01 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 02

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, 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 probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
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
Amazonas	7	1	2	23	27	41	17	30	42	0	0	0	0	0	0	63	67	38
Antioquia	29	14	21	753	1.311	1.612	609	236	891	19	41	49	1	5	4	253	387	541
Arauca	4	1	2	29	56	69	94	34	121	0	1	0	3	3	4	14	3	4
Atlántico	2	2	1	147	247	338	381	314	460	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Barranquilla	1	0	1	140	223	320	562	421	896	1	1	0	0	4	2	0	0	0
Bogotá	0	0	0	907	1.726	1.891	0	0	0	0	14	6	1	0	2	0	0	0
Bolívar	6	4	4	113	190	234	220	168	911	0	1	0	0	1	0	66	71	82
Boyacá	5	2	1	292	447	573	56	23	68	0	1	0	0	0	0	14	6	29
Buenaventura	3	1	1	9	11	14	2	16	27	0	0	0	0	0	0	36	48	63
Caldas	2	1	1	160	275	300	49	24	68	0	1	1	3	2	5	1	4	10
Cali	0	0	0	177	417	397	343	503	2.029	3	13	11	8	4	13	4	2	0
Caquetá	11	4	5	40	88	83	159	44	150	0	0	0	0	0	0	20	4	7
Cartagena	0	0	0	53	121	141	659	372	659	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	4	2	3	71	108	139	44	99	104	0	1	0	0	0	0	1	1	1
Cauca	5	2	4	195	427	432	90	32	318	2	2	2	0	1	1	60	84	70
Cesar	8	4	3	120	174	236	165	256	463	0	1	1	0	1	0	0	2	4
Chocó	10	5	4	6	11	30	33	17	104	0	0	0	0	0	0	565	1.075	1.394
Córdoba	5	5	3	183	345	404	401	335	578	1	1	0	0	0	0	191	547	534
Cundinamarca	5	1	4	580	993	1.224	529	181	652	0	3	0	1	1	2	0	0	0
Guainía	1	0	1	9	10	14	7	4	7	0	0	0	0	0	0	35	128	107
Guaviare	4	3	2	15	25	31	77	17	94	0	0	0	0	0	0	24	48	41
Huila	8	3	5	268	416	549	512	293	1.148	0	3	0	0	0	0	0	0	0
La Guajira	2	3	0	64	140	169	192	166	291	0	0	0	1	1	1	2	2	3
Magdalena	0	3	0	97	177	209	45	72	292	0	0	0	0	1	1	1	0	0
Meta	9	5	6	187	275	382	371	213	542	3	2	4	1	1	1	6	24	13
Nariño	3	2	1	289	492	617	47	29	227	0	1	0	0	0	1	340	421	368
Norte de Santander	16	8	12	230	377	520	401	209	918	0	7	0	0	0	0	14	95	75
Putumayo	8	2	4	78	114	136	231	78	286	0	0	0	0	0	0	2	3	1
Quindío	2	0	1	139	212	267	175	31	223	0	2	1	2	0	2	0	1	2
Risaralda	1	1	0	137	292	319	154	28	146	0	3	1	1	0	1	25	114	213
San Andrés	0	0	0	24	26	44	14	12	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	1	0	0	57	107	131	33	93	130	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Santander	5	4	4	297	493	639	471	246	1.462	0	3	0	0	1	1	1	1	1
Sucre	6	2	2	127	185	251	267	260	325	0	1	0	0	0	0	8	4	8
Tolima	6	3	4	310	456	616	689	550	1.846	0	1	0	1	3	3	0	0	1
Valle del Cauca	2	1	0	320	585	673	478	344	2.767	1	2	2	5	5	7	6	4	8
Vaupés	1	2	0	7	10	13	2	7	5	0	0	0	0	0	0	147	84	227
Vichada	0	1	0	4	17	11	33	5	30	0	0	0	0	0	0	16	83	54
Total nacional	182	89	102	6.657	11.606	14.069	8.612	5.762	19.311	30	106	78	28	32	51	1.933	3.345	3.919

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 02

Decremento
Incremento

	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		
Tipo de casos incluidos para el análisis	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		
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
Amazonas	0	1	0	161	485	256	5	6	9	0	0	0	3.413	336	228	0	1	0
Antioquia	3	25	34	34.719	81.048	68.184	1.567	2.544	3.089	5.788	816	947	396.839	35.155	32.484	15	64	24
Arauca	0	1	0	533	1.899	1.273	111	82	209	42	2	8	8.469	695	656	1	6	0
Atlántico	1	3	3	4.530	9.410	9.686	115	144	226	1.547	138	299	59.520	3.662	4.142	5	17	4
Barranquilla	0	4	5	7.498	14.454	16.661	392	309	778	1.725	172	246	82.602	6.611	6.611	4	22	7
Bogotá	9	24	47	49.301	115.410	107.640	2.412	4.378	4.869	9.558	1.632	1.232	801.319	55.704	51.786	26	66	32
Bolívar	0	5	1	3.593	10.598	7.897	71	200	153	694	128	79	36.012	2.735	2.976	3	16	4
Boyacá	2	4	5	4.112	10.508	8.063	202	325	404	545	98	95	56.291	4.194	4.470	3	11	3
Buenaventura	0	1	2	193	1.003	399	0	0	1	10	1	1	2.927	422	221	3	6	2
Caldas	0	2	3	3.364	7.764	6.847	152	282	257	1.144	117	190	35.831	2.621	2.517	6	9	9
Cali	1	8	6	11.084	23.626	19.868	244	625	405	675	64	75	104.402	15.781	9.900	10	22	13
Caquetá	0	4	3	915	2.762	1.692	69	110	128	60	11	3	22.362	1.726	1.168	1	6	1
Cartagena	1	5	4	6.758	16.004	14.436	477	348	1.037	1.475	194	235	58.584	4.360	4.149	7	19	2
Casanare	0	1	1	483	1.920	1.195	16	39	27	113	9	12	13.626	1.039	932	0	6	1
Cauca	3	5	9	3.627	8.771	7.175	127	160	262	434	42	68	75.917	4.745	5.605	5	18	7
Cesar	1	3	7	2.919	9.003	7.136	213	499	486	460	89	66	31.777	3.429	2.256	3	20	4
Chocó	0	2	1	1.361	1.655	2.626	56	120	130	34	3	2	14.823	941	1.011	4	14	2
Córdoba	2	2	8	5.823	11.948	12.320	209	395	430	1.725	135	249	55.277	4.031	4.790	7	28	10
Cundinamarca	3	7	9	10.977	21.831	23.780	453	747	920	1.950	395	227	176.007	11.397	12.116	6	31	18
Guainía	0	1	0	59	155	125	3	21	6	0	0	0	1.663	120	141	0	2	0
Guaviare	0	1	0	159	561	332	17	34	36	56	7	8	3.175	270	393	0	1	1
Huila	1	3	2	3.717	9.916	7.612	160	383	346	573	65	39	48.514	5.154	4.336	4	14	3
La Guajira	1	1	2	4.779	12.499	13.871	82	417	182	340	59	73	53.398	4.882	3.196	7	29	8
Magdalena	0	4	1	3.629	7.227	8.047	172	207	305	157	11	21	37.840	3.201	3.005	5	12	10
Meta	0	3	0	2.125	5.399	4.493	129	119	255	536	81	43	55.724	3.961	4.057	7	15	10
Nariño	0	6	4	5.127	13.175	9.302	248	440	426	154	37	37	55.954	6.312	3.539	6	17	9
Norte de Santander	2	9	4	5.821	13.175	12.173	258	789	656	924	122	94	54.387	5.807	4.681	1	19	7
Putumayo	0	1	0	836	2.178	2.038	31	98	83	41	8	7	11.681	1.164	910	1	5	2
Quindío	0	1	2	2.899	5.559	5.139	141	234	262	416	62	70	34.153	2.926	4.254	1	5	1
Risaralda	0	2	1	5.341	8.663	10.263	203	301	459	428	55	52	40.579	3.915	2.795	1	9	2
San Andrés	0	1	1	218	609	448	11	36	18	1	0	0	3.392	372	180	1	1	1
Santa Marta D.E.	0	1	0	2.135	2.148	4.267	110	137	229	1.135	152	156	21.068	1.292	1.583	0	6	1
Santander	4	7	11	8.646	12.722	16.950	502	881	1.049	2.711	369	312	84.746	7.654	8.141	7	18	5
Sucre	1	3	1	2.334	7.288	4.987	204	454	382	1.516	207	266	26.344	2.897	1.985	2	16	3
Tolima	1	4	3	5.684	12.174	10.908	404	384	717	533	53	72	64.189	5.316	4.773	6	12	8
Valle del Cauca	2	7	7	6.967	12.061	12.730	116	237	228	651	57	126	74.037	6.223	6.223	6	15	10
Vaupés	0	1	0	50	144	153	2	8	5	12	1	3	1.150	58	32	0	1	0
Vichada	0	1	1	82	253	158	0	3	0	1	0	0	3.255	130	140	0	4	2
Total nacional	38	153	188	212.559	476.005	441.130	9.684	16.496	19.464	38.164	5.381	5.413	2.711.247	221.238	202.382	164	580	226

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 02

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos probables			Casos probables; Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo 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	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	1	0	3
Antioquia	0	1	0	19	58	39	0	0	0	63	29	95	36	163	63	6	25	14
Arauca	0	0	0	1	1	4	0	0	0	0	0	0	4	7	5	0	0	0
Atlántico	0	0	0	0	4	6	0	0	0	0	0	0	10	42	22	1	12	1
Barranquilla	1	0	1	8	9	12	0	0	0	2	1	2	16	46	21	3	2	4
Bogotá	0	1	0	36	94	83	20	0	15	3	39	12	113	264	203	40	41	67
Bolívar	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	2	0	12	21	17	0	0	1
Boyacá	0	0	0	2	11	4	0	0	0	0	2	1	13	34	21	4	4	5
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1
Caldas	0	0	0	1	8	2	0	0	0	2	1	2	10	29	22	3	1	4
Cali	0	0	0	4	22	7	0	0	0	0	3	0	17	89	34	14	11	26
Caquetá	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	2	11	3	0	0	0
Cartagena	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0	8	31	13	0	0	0
Casanare	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	2	17	7	0	0	1
Cauca	0	0	0	1	7	3	0	0	0	0	2	0	6	22	17	6	3	8
Cesar	0	0	0	3	4	3	0	0	0	0	2	0	3	22	11	0	0	0
Chocó	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5	2	2	4	0	0	0
Córdoba	0	0	0	4	10	7	0	0	0	1	0	1	21	55	45	1	1	1
Cundinamarca	1	0	0	12	29	17	5	0	3	4	9	7	0	0	0	4	12	6
Guainía	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	52	119	77	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	0	0	0
Huila	0	0	0	2	13	6	0	0	0	1	3	1	12	38	21	1	1	1
La Guajira	0	0	0	1	3	3	0	0	0	0	1	0	4	21	8	0	2	0
Magdalena	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	7	14	12	0	1	1
Meta	2	0	2	2	9	3	0	0	0	1	1	1	19	27	25	1	2	3
Nariño	0	0	0	2	10	4	0	0	0	3	6	4	14	58	23	0	2	0
Norte de Santander	0	0	0	3	14	5	0	0	0	0	6	0	19	67	35	2	2	3
Putumayo	0	0	0	1	5	1	0	0	0	0	1	0	3	11	10	0	1	0
Quindío	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	1	0	9	24	14	1	3	3
Risaralda	1	0	1	1	7	2	0	0	0	1	1	1	10	31	21	1	0	1
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	0	0	0
Santander	0	0	0	2	5	4	0	0	0	2	7	2	10	50	25	2	5	2
Sucre	0	0	0	0	4	1	0	0	0	1	6	1	10	32	22	0	1	0
Tolima	0	0	0	0	5	2	1	0	0	0	3	0	18	56	27	2	3	5
Valle del Cauca	0	0	0	1	12	4	0	0	0	0	1	0	17	77	30	2	5	5
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0
Total nacional	5	4	4	107	351	229	26	2	18	85	136	135	482	1.556	866	96	140	166

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 02

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica	
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	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	3	1	1	1	1	0	0	0
Antioquia	0	0	0	1	51	56	0	0	0	1	168	173	62	12	22	19	1	1
Arauca	0	0	0	0	8	6	0	0	0	0	7	8	1	0	0	0	0	0
Atlántico	0	0	0	0	13	1	0	0	0	0	30	22	0	0	2	2	0	0
Barranquilla	0	0	0	0	6	2	0	0	0	1	24	32	0	0	4	18	1	0
Bogotá	0	0	0	0	101	64	0	0	0	2	128	67	0	0	3	10	2	1
Bolívar	0	0	0	0	10	13	0	0	0	0	19	11	24	5	5	4	1	0
Boyacá	0	0	0	0	15	10	0	0	0	0	34	37	7	3	0	0	0	0
Buenaventura	0	0	0	0	4	6	0	0	0	0	4	3	1	0	2	4	0	0
Caldas	0	0	0	1	3	2	0	0	0	0	51	32	13	1	3	5	0	0
Cali	0	0	1	0	12	12	0	0	2	0	52	49	0	0	5	4	1	0
Caquetá	0	0	0	0	5	2	0	0	0	0	8	9	17	1	6	8	0	0
Cartagena	0	0	1	1	6	12	0	0	0	1	18	18	0	0	14	7	1	0
Casanare	0	0	0	0	8	3	0	0	0	0	7	7	0	0	1	2	0	0
Cauca	0	0	0	0	11	8	0	0	0	0	35	19	3	0	3	3	0	0
Cesar	0	0	0	0	20	16	0	0	0	0	22	16	5	1	3	0	1	1
Chocó	0	0	0	0	19	30	0	0	0	0	4	7	19	1	2	9	0	0
Córdoba	0	0	0	0	21	8	0	0	0	0	36	34	11	0	1	11	1	0
Cundinamarca	0	0	1	1	38	41	0	0	0	0	63	69	10	2	3	4	1	1
Guainía	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	6	28	0	1	0	0	0
Huila	0	0	0	0	13	6	0	0	0	0	29	25	1	0	5	2	1	0
La Guajira	0	0	0	0	58	52	0	0	0	0	7	8	2	0	0	1	1	1
Magdalena	0	0	0	0	14	11	0	0	0	0	12	17	0	0	1	0	1	0
Meta	0	0	0	0	14	8	0	0	0	0	25	19	15	0	1	1	1	0
Nariño	0	0	0	0	14	12	0	0	0	0	46	49	15	0	0	3	0	0
Norte de Santander	0	0	0	0	16	7	0	0	0	0	32	39	13	0	2	2	0	0
Putumayo	0	0	0	0	6	6	0	0	1	0	14	20	19	0	1	2	0	0
Quindío	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	18	17	0	0	4	7	0	0
Risaralda	0	0	1	0	9	19	0	0	0	0	37	30	5	0	5	6	0	0
San Andrés	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	8	4	1	0	2	3	0	0
Santander	1	0	0	0	14	12	0	0	0	0	46	43	38	3	4	3	1	0
Sucre	0	0	0	0	5	9	0	0	0	0	15	15	8	0	3	1	1	0
Tolima	0	0	1	0	10	4	0	0	0	0	41	39	15	1	15	21	1	0
Valle del Cauca	0	0	0	0	13	13	0	0	0	0	47	31	1	0	6	7	0	0
Vaupés	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1	3	0	1	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	10	4	0	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0
Total nacional	1	0	5	4	561	463	0	0	3	5	1.100	981	347	32	135	169	13	5

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Semana Epidemiológica
05 al 11 de enero de 2025

02

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 02

Decremento
Incremento

	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		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		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	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	3	0	0	13	9
Antioquia	1	0	2	1	0	0	5	2	7	4	38	29	3	0	112	115	3	6	539	379
Arauca	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1	5	4	0	0	5	7	0	0	33	37
Atlántico	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	11	10	1	0	14	10	0	2	72	54
Barranquilla	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	15	5	0	0	26	20	1	0	66	85
Bogotá	0	0	2	0	0	1	7	8	5	3	28	27	0	0	46	44	1	1	614	288
Bolívar	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	8	5	2	0	4	3	0	0	78	60
Boyacá	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	3	1	0	5	6	0	0	103	131
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	0	0	6	3	0	0	12	16
Caldas	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	5	6	0	0	11	6	0	0	87	85
Cali	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	13	15	0	1	53	32	2	0	200	168
Caquetá	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	6	0	0	7	3	0	0	28	22
Cartagena	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	9	17	0	0	12	20	0	0	45	39
Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	6	0	0	5	9	0	1	23	21
Cauca	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	4	4	0	0	7	5	0	0	104	98
Cesar	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	8	7	1	0	12	16	0	0	74	55
Chocó	1	1	2	1	2	0	1	0	2	3	7	2	2	0	7	2	0	0	8	15
Córdoba	0	0	1	0	0	0	1	0	1	2	9	7	1	0	8	11	0	1	122	89
Cundinamarca	0	0	0	2	0	0	3	0	1	0	10	7	0	0	18	21	1	0	269	305
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	5	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	9	8
Huila	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4	5	0	0	13	12	1	0	204	173
La Guajira	0	1	1	1	3	1	1	0	2	0	8	10	0	0	15	22	0	0	37	22
Magdalena	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	6	2	1	0	4	5	0	0	39	55
Meta	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	7	8	0	0	29	28	0	1	63	57
Nariño	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	7	6	1	0	8	3	0	0	109	161
Norte de Santander	0	0	0	0	0	0	1	0	4	2	13	9	1	0	22	29	0	0	107	102
Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1	0	0	4	2	0	0	38	51
Quindío	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5	0	0	8	9	0	1	67	56
Risaralda	0	2	0	2	0	0	1	0	1	2	6	6	0	0	17	21	1	0	103	103
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	4
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	6	0	0	8	7	0	0	21	21
Santander	0	0	0	0	0	0	2	0	3	4	13	13	0	0	33	27	0	1	185	182
Sucre	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	6	3	0	0	3	1	0	0	60	53
Tolima	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	6	1	0	0	16	22	1	0	82	91
Valle del Cauca	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	11	11	0	0	27	17	0	1	178	200
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	8	3
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	4	5
Total nacional	5	6	13	14	9	3	40	14	49	35	292	249	14	1	571	543	14	15	3.813	3.303

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 02

05 al 11 de enero de 2025

Tema central
Tos ferina

Ximena Castro Martínez - xcastro@ins.gov.co

Director General INS

Dr. Tomas Gilberto Prasca Cepeda (E)

Expertos temáticos

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dr. Luis Carlos Gómez Ortega

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata (E)

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2024

Citación:

Instituto Nacional de Salud (Colombia). Boletín Epidemiológico Semanal (BES), semana epidemiológica 02 de 2025 [Internet]. p. 1-36.

Disponible en: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.02>



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Situación nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Héctor Eduardo Pachón Melo, hpachon@ins.gov.co

Gerhard Misael Acero Parra, gacero@ins.gov.co

Natalí Paola Cortés Molano, ncortes@ins.gov.co

Ana María García Bedoya, agarciab@ins.gov.co

Viviana Ines Pantoja Muñoz, vpantoja@ins.gov.co

Eventos trazadores

Diana Marcela Forero Ombita, dforero@ins.gov.co

Andrea Jineth Rodríguez Reyes, arodriguezr@ins.gov.co

Jessica María Pedraza Calderón, jpedraza@ins.gov.co

María Camila Giraldo Vargas, mgiraldo@ins.gov.co

Ximena Castro Martínez, xcastro@ins.gov.co

Brotes

Gestor sistema de alerta temprana, eri@ins.gov.co

Javier Alberto Madero Reales, jmadero@ins.gov.co

Tablas de mando

Claudia Marcella Huggett Aragón, chuggett@ins.gov.co

Editor

Luis Carlos Gómez Ortega, lcmgomez@ins.gov.co

Correctora de estilo

María Fernanda Campos Maya, editorial.vigilancia@ins.gov.co

Diseño y diagramación

Wilbert Saul Daza