



Sífilis gestacional y sífilis congénita

#Prevenir
EsSalud

**La sífilis no
discrimina:**
puede afectar a
cualquier persona,
a cualquier edad.

La detección temprana de la sífilis gestacional ha contribuido a la reducción de los casos de sífilis congénita en el país. Estos avances se enmarcan en la meta de eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis para 2030 y evidencian el fortalecimiento continuo de la vigilancia epidemiológica en el territorio nacional.

**Semana
epidemiológica**

12 al 18 de octubre del 2025

42

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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



Tema central

Sífilis gestacional y sífilis congénita

Pág.

3



Situación nacional

8



Mortalidad

10



Eventos trazadores

17



Brotes y alertas

36



Tablas de mando por departamento

38

La sífilis es una infección bacteriana de transmisión sexual (ITS) causada por *Treponema pallidum*. Es una enfermedad prevenible y curable, cuya transmisión ocurre durante las relaciones sexuales orales, vaginales o anales, a través del contacto con lesiones infecciosas. También puede transmitirse de una mujer gestante al feto durante el embarazo, dando lugar a la sífilis congénita (1).

La transmisión maternoinfantil suele producirse en las primeras fases de la enfermedad y, en la mayoría de los casos, puede prevenirse mediante un diagnóstico y tratamiento oportunos. Sin embargo, si no se trata a tiempo, la infección puede causar graves consecuencias para la salud (2).

Cuando la sífilis se presenta en una mujer embarazada que no recibe tratamiento temprano y adecuado, la infección puede transmitirse al feto, generando efectos adversos graves. En un escenario ideal, la sífilis gestacional puede curarse completamente si la gestante recibe tratamiento con penicilina benzatínica durante las primeras etapas del embarazo, preferiblemente antes del segundo trimestre (2).

De acuerdo con lo anterior, las acciones desarrolladas en el país se articulan con la Estrategia Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (ETMI Plus 2021–2030), elaborada por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Colombia adaptó esta estrategia en el período 2021–2023, con el fin de fortalecer la respuesta nacional frente a la sífilis gestacional y congénita (3, 4).

Asimismo, estas acciones se enmarcan en la Iniciativa de Eliminación 30 de la OPS, que promueve un enfoque integrado para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a enfermedades transmisibles y avanzar hacia su eliminación como problema de salud pública en las Américas. En este contexto, el país ha fortalecido los procesos de vigilancia epidemiológica, la detección temprana de la sífilis gestacional y la articulación interprogramática, con el propósito de contribuir al cumplimiento de las metas establecidas para 2030 (5).

Colombia realiza la vigilancia epidemiológica de la sífilis a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), con enfoque en la sífilis gestacional (código 750) y la sífilis congénita (código 740) (6).

Al analizar la información recolectada entre las semanas epidemiológicas 01 y 40 del periodo 2020–2025, se observa un incremento del 20 % en el número

TEMA CENTRAL

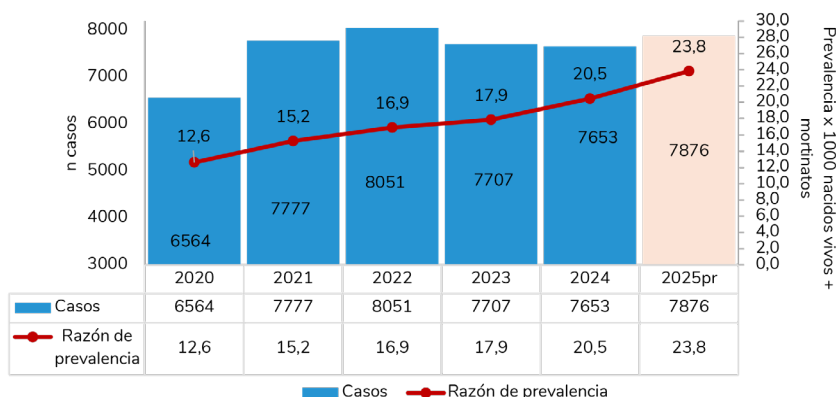
Comportamiento de la sífilis gestacional y la sífilis congénita en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 del 2020 al 2025

Claudia Pérez Clavijo, cperez@ins.gov.co

de casos notificados. Este comportamiento se presenta junto con un descenso en el número de nacidos vivos, incluyendo los mortinatos de madres residentes en el territorio nacional.

De acuerdo con las publicaciones del DANE, esta situación se refleja en un aumento de la razón de prevalencia, que pasó de 12,6 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos en el 2020 a 23,8 por 1 000 en el 2025, como se muestra en la figura 1.

Figura 1. Comportamiento de la notificación de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40, 2020-2025

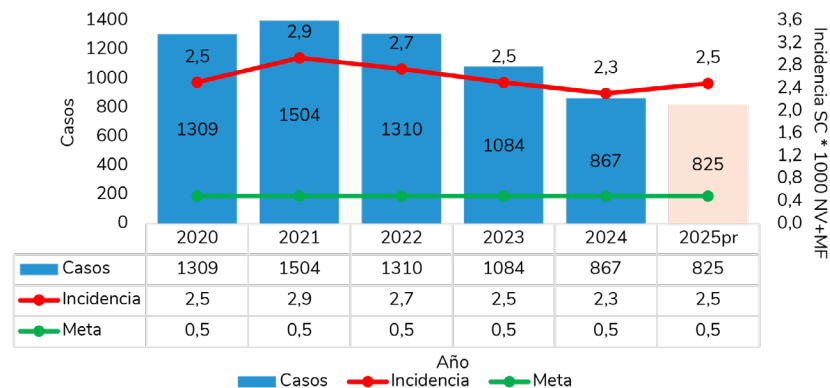


Fuente: DANE 2020-2024 nacidos vivos – mortinatos fetales población fija, 2025 datos convenio DANE-INS EEVV corte 6 de octubre 2025. Sivigila 750 2020- 2025 a periodo epidemiológico X (2025 datos preliminares)

No obstante, para el evento de sífilis congénita se evidencia un decremento en el número de casos que cumplen con la definición de caso, pasando de 1 309 casos a la semana epidemiológica 40 del 2020 a 825 casos en el 2025.

Este comportamiento podría estar relacionado con la captación oportuna de gestantes y el fortalecimiento de las acciones de detección y tratamiento temprano de la sífilis gestacional, lo que contribuye a reducir la presentación de casos congénitos. A pesar de ello, la incidencia continúa por encima de la meta de eliminación, alcanzando 2,5 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales a la semana epidemiológica 40 del 2025, como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Comportamiento de la notificación sífilis congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40, 2020- 2025

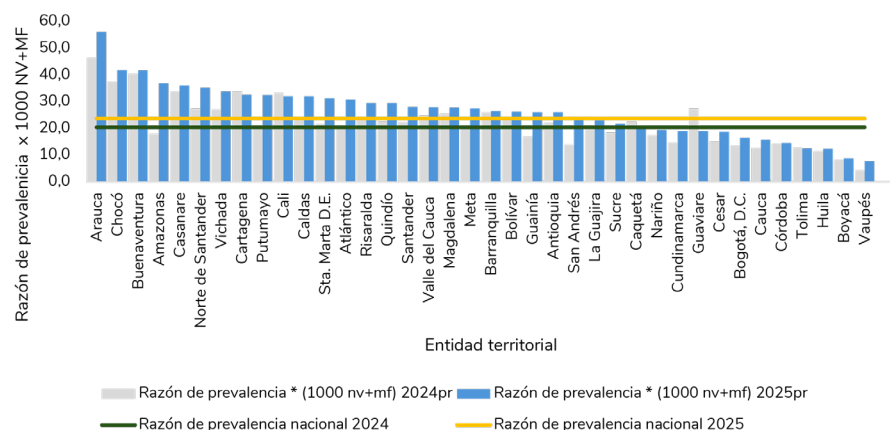


Fuente: DANE 2020-2024 nacidos vivos – mortinatos fetales población fija, 2024-2025 datos convenio DANE-INS EEVV corte 6 de octubre 2025 Sivigila, 2020- 2025 a PE X (2024 Y 2025 datos preliminares)

Al analizar la tendencia de la razón de prevalencia de sífilis gestacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2024 y 2025, según la entidad territorial de residencia de la gestante notificada, se observó que el 60,5 % de las entidades territoriales superaron la prevalencia nacional, que fue de 20,5 por 1.000 nacidos vivos más mortinatos en 2024 y de 23,8 por 1 000 en el 2025. Las entidades con las razones de prevalencia más altas fueron Arauca (56,2), Chocó, Buenaventura D. E (41,8) y Casanare (36,1).

En contraste, las más bajas se registraron en Vaupés (7,8), Boyacá (8,8) y Huila (12,4). En comparación con el 2024, se evidencia una tendencia general al aumento (figura 3).

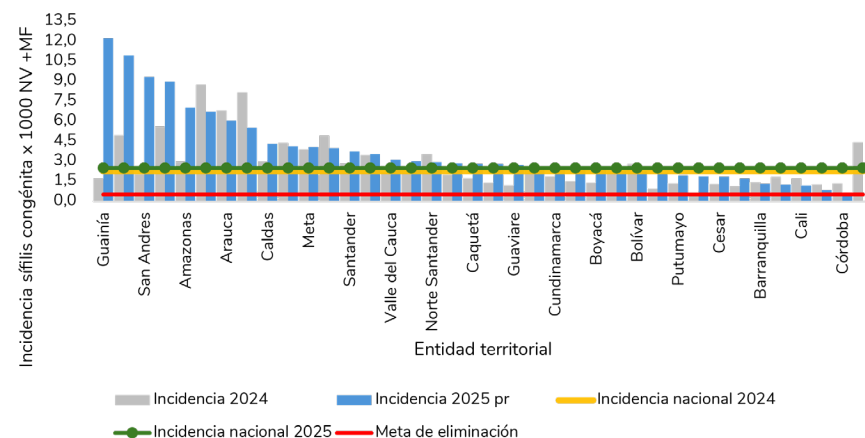
Figura 3. Razón de prevalencia de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40, 2024 – 2025



Fuente: DANE 2024 nacidos vivos – mortinatos fetales población fija, 2024-2025 datos convenio DANE-INS EEVV corte 6 de octubre 2025 Sivigila, 2024 - 2025 a periodo epidemiológico X (2024 Y 2025 datos preliminares)

Frente al cumplimiento de la meta nacional de reducir la sífilis congénita a 0,5 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos, durante las semanas epidemiológicas 01 a 40 del 2025 se observó que 37 entidades territoriales no alcanzan la meta y 15 presentan incidencias superiores a la nacional, la cual fue de 2,5 por 1 000 nacidos vivos más mortinatos. Las mayores incidencias se registraron en Guainía (12,2), Vichada (10,9), Archipiélago de San Andrés y Providencia (9,3) y Casanare (9,0). En contraste, las entidades con las incidencias más bajas fueron Santiago de Cali D. E. (1,2), Huila (0,8) y Córdoba (0,6) por 1 000 nacidos vivos más mortinatos. Con corte a la semana epidemiológica 40 del 2025, Vaupés no reporta casos, situación que le permite cumplir con la meta de eliminación (figura 4).

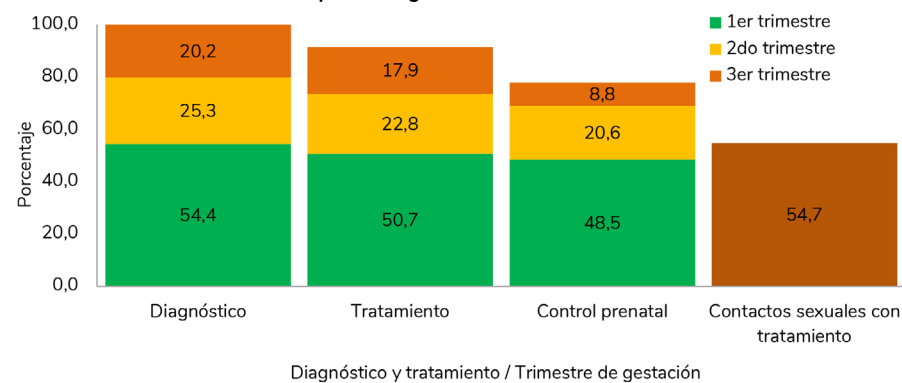
Figura 4. Incidencia de sífilis congénita por entidad territorial de residencia de la madre, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40, 2024- 2025.



Fuente: DANE 2020-2023 nacidos vivos – mortinatos fetales población fija, 2024-2025 datos se DANE, EEVV, preliminar con corte a 6 de octubre de 2025 Sivigila, 2020- 2025 a periodo epidemiológico X (2025 datos preliminares)

Al analizar las variables de interés y diagnóstico de las gestantes notificadas con sífilis gestacional, se observó, con corte a la semana epidemiológica 40 del 2025, un aumento en el acceso al diagnóstico oportuno durante el primer trimestre de gestación, pasando de 50,0 % en el 2024 a 54,4 % en el 2025 (4 286 casos). En contraste, la captación tardía en el tercer trimestre mostró una disminución, al pasar de 22,5 % en el 2024 a 20,2 % en el 2025 (1 593 casos). Respecto al acceso a control prenatal de las mujeres diagnosticadas y notificadas con sífilis gestacional, no se evidencian cambios significativos, alcanzando a la semana epidemiológica 40 una cobertura de 77,9 % en el 2024 y 2025 (6 134 casos). En relación con el acceso a al menos una dosis de tratamiento, se observó un ligero aumento, pasando de 90,5 % en el 2024 a 91,5 % en el 2025 (7 203 casos). Finalmente, en cuanto al tratamiento de los contactos sexuales, solo el 54,7 % (4 306 casos) evidenció acceso al tratamiento de sus parejas al momento de la notificación (figura 5).

Figura 5. Comportamiento de atención a casos de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 del 2025



Fuente: Sivigila, Cod. 750 Semanas epidemiológicas 01 a 40 del 2025

En el análisis de algunas variables sociodemográficas, se encontró que, del total de casos confirmados de sífilis gestacional entre las semanas epidemiológicas 01 y 40 del 2025, el 11,7 % (925 casos) reside en áreas rurales, con una tasa de 15,3 casos por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos. Esta situación puede representar barreras en el acceso oportuno a los servicios de salud, tanto para el ingreso temprano al control prenatal como para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la infección.

En cuanto a la ocupación, el 67,4 % (5 305 casos) de las gestantes notificadas reportó ser amas de casa. Respecto al tipo de aseguramiento, se observó un mayor número de casos en gestantes afiliadas al régimen subsidiado, que concentró el 65,9 % (5 185 casos) de las notificaciones. En el régimen contributivo se registró el 23,1 % (1 182 casos), mientras que entre las gestantes sin aseguramiento la proporción fue del 11,0 % (868 casos).

En las poblaciones especiales notificadas con sífilis gestacional, con corte a la semana epidemiológica 40 del 2025, se confirmó que el 9,15 % (721 casos) pertenece al grupo étnico negro, mulato o afrocolombiano, lo que representa un incremento del 4 % en comparación con el mismo período del 2024, con una prevalencia de 60,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos. En el evento de sífilis congénita, el 4,5 % (37 casos) corresponde a este mismo grupo étnico, lo que supone una disminución del 58 % respecto a 2024, con una incidencia de 3,1 por cada 1 000 nacidos vivos.

El 3,8 % (299 casos) de los reportes de sífilis gestacional corresponde a población indígena, lo que muestra un aumento del 15 % frente a 2024, con una prevalencia de 17,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos. La mayor proporción de estos casos se registró en el pueblo Wayúu (42,5 %), seguido por el pueblo Emberá (8,7 %) y el pueblo Sikuni (8,0 %). De igual manera, para la sífilis congénita en este grupo poblacional, se reportó el 5,5 % (45 casos) de los casos confirmados, lo que representa un aumento del 13 % respecto al 2024, con una incidencia de 2,6 por cada 1 000 nacidos vivos, aportada principalmente por los pueblos Wayúu (40 %), Sikuni (15,6 %), Amorúa (8,9 %) y Emberá (8,9 %). En cuanto a la nacionalidad de las gestantes, con corte a la semana epidemiológica 40 del 2025 se observó que el 84,0 % (6 615 casos) corresponde a gestantes colombianas y el 15,9 % (1 250 casos) a gestantes de nacionalidad venezolana, evidenciándose una disminución del 11,8 % en comparación con el 2024. Las gestantes de otras nacionalidades representaron el 0,1 % (11 casos).

Estos hallazgos reflejan la persistencia de brechas sociales y territoriales que afectan el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de la sífilis gestacional, especialmente en poblaciones rurales, indígenas, afrodescendientes y migrantes, lo que plantea la necesidad de fortalecer las estrategias diferenciales de búsqueda activa, tamización y atención integral orientadas al cumplimiento de las metas de eliminación de la transmisión materno-infantil en el país.

Recomendaciones

- Fortalecer la gestión de vigilancia integrada de la sífilis gestacional y congénita, con el fin de avanzar hacia la meta nacional de eliminación, priorizando el análisis de determinantes sociales como el área de residencia, la etnia y el régimen de aseguramiento.
- Consolidar la articulación entre los componentes de programa y vigilancia para garantizar el acceso oportuno a la ruta de atención integral, así como la adherencia al tratamiento tanto de las gestantes como de sus contactos sexuales.
- Establecer estrategias conjuntas con los programas de VIH y hepatitis B, orientadas a la identificación temprana de gestantes con factores de riesgo y la canalización inmediata hacia los servicios de diagnóstico y tratamiento oportuno.

- Garantizar el seguimiento continuo de las gestantes que conviven con VIH, asegurando su permanencia en la ruta de atención y la prevención de coinfecciones por otras ITS o embarazos con condiciones concomitantes.
- Reforzar la coordinación entre vigilancia, programa y organizaciones cooperantes, para garantizar la notificación del 100 % de los casos confirmados y la canalización efectiva hacia la atención integral. Se recomienda priorizar estrategias de captación temprana dirigidas a grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad, como mujeres afrocolombianas, indígenas y migrantes.
- Fortalecer la respuesta en las entidades territoriales con alta captación de población migrante, especialmente en las zonas fronterizas, mediante la conformación de mesas interinstitucionales de trabajo que faciliten la detección, notificación, atención y tratamiento oportuno de las gestantes migrantes y sus contactos.

Referencias

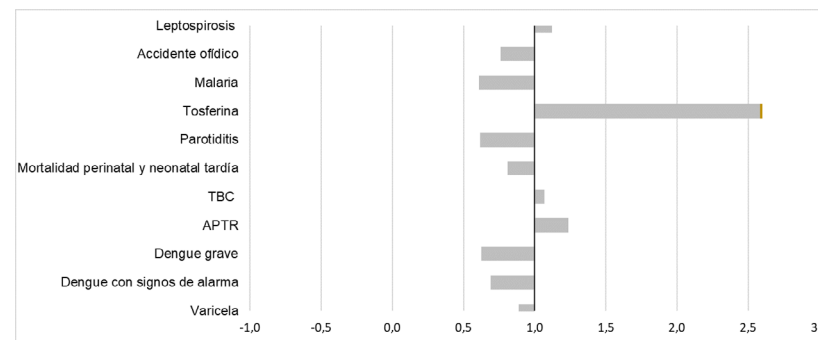
1. World Health Organization. Sífilis [Internet]. [citado 2025 Oct 17]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
2. World Health Organization. Global Sexually Transmitted Infections Programme. [citado 2025 Oct 17]. Mother-to-child transmission of syphilis. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/prevention/mother-to-child-transmission-of-syphilis>
3. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and Syphilis monitoring [Internet]. Vol. 143, International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2021. 155–156 p. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). ETMI-PLUS: marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas [Internet]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/etmi-plus-marco-para-la-eliminacion-de-transmisi->

n-maternoinfantil-del-vih-la-s-filis#:~:text=La iniciativa ETMI-plus tiene,peligro para la salud pública.

5. Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 2025 Oct 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/iniciativa-eliminacion>
6. Protocolo de vigilancia en salud pública. Sífilis gestacional y sífilis congénita [Internet]. 2024 Mar. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Sífilis_Gestacional_y_Congénita_2024.pdf

Para la semana epidemiológica 42 del 2025, se identifica que el evento de tos ferina se encontró por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025.



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

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 conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos, exceptuando dengue grave y dengue con signos de alarma que incluye este año para su análisis.

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

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

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

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	160 342	134 120	1,28	0,20

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

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros, en los cuales se asume ocurrencia 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 determinó si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

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

En la semana epidemiológica 42 del 2025, el evento Zika se encontró por encima de los esperado mientras los eventos leishmaniasis cutánea y Lepra se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	7	3,6	0,04
Leishmaniasis cutánea	19	97	0,00
Lepra	1	5	0,02
Chikunguña	2	3	0,19
Mortalidad por dengue	3	3	0,22
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	1	0,36
Leishmaniasis mucosa	0	0	0,67

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 Unidades Primarias Generadoras de Datos en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.

- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

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

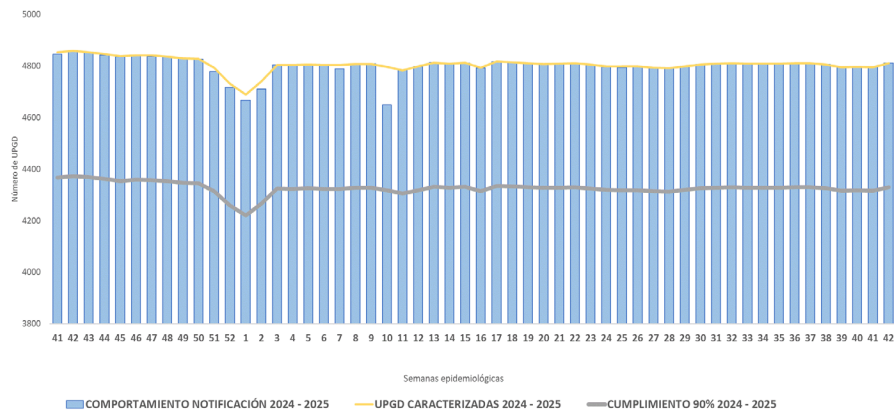
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 42 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana 42 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 811 / 4 811); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y con relación a la semana 42 del año anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025



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



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 y 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 de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE. Para el 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://lit.ins.gov.co/9130q>

A semana epidemiológica 42 del 2025, se han notificado 609 muertes probables en menores de cinco años: 355 por infección respiratoria aguda (IRA), 164 por desnutrición (DNT) aguda y 90 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, ocho casos de IRA, seis de DNT aguda y dos de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 42 del 2025 se han notificado 593 fallecimientos (347 por IRA, 158 por DNT aguda y 88 por EDA); de estos, 334 casos han sido confirmados, 112 han sido descartados y 147 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 42, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 42 2025			Casos en estudio a SE 42 2025			Tasa a SE 42 2024			Tasa a SE 42 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	109	176	49	28	91	28	4,72	7,50	3,22	2,96	4,77	1,33
Amazonas	0	2	0	0	0	0	10,28	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	3	20	2	6	17	1	3,72	3,48	1,63	0,71	4,71	0,47
Arauca	1	1	0	0	1	0	4,17	12,50	0,00	4,23	4,23	0,00
Atlántico	3	0	0	0	3	0	5,83	8,33	0,83	2,52	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	2	1	0	3	1	2,33	5,82	1,16	0,00	2,40	1,20
Bogotá D. C.	0	13	0	0	5	0	0,00	5,42	0,23	0,00	2,99	0,00
Bolívar	1	5	0	1	0	0	1,79	9,82	1,79	0,90	4,51	0,00
Boyacá	0	6	2	1	0	1	0,00	4,69	0,00	0,00	7,11	2,37
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	2	1	5,88	8,83	8,83	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	1	1	0	0	0	0,00	5,17	0,00	0,00	1,75	1,75
Santiago de Cali D. E.	0	6	1	0	3	0	0,85	5,93	0,00	0,00	5,22	0,87
Caquetá	1	1	0	0	4	0	4,98	17,44	2,49	2,51	2,51	0,00
Cartagena de Indias D. E.	1	5	1	0	2	0	1,26	10,10	1,26	1,30	6,49	1,30
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	5,10	2,55	2,57	0,00	0,00
Cauca	0	6	4	3	3	1	0,00	6,43	2,41	0,00	4,87	3,25
Cesar	9	5	3	1	0	0	7,40	5,92	3,70	6,68	3,71	2,23
Chocó	27	24	8	8	8	9	49,07	50,61	55,21	41,52	36,91	12,30
Córdoba	9	6	3	0	4	1	4,06	6,38	1,74	5,27	3,51	1,76
Cundinamarca	0	11	0	0	5	3	0,00	3,09	0,00	0,00	4,85	0,00
Guainía	1	2	0	1	0	1	0,00	54,25	27,13	13,36	26,72	0,00
Guaviare	0	0	1	0	1	0	11,76	11,76	0,00	0,00	0,00	11,91
Huila	1	1	0	0	2	0	0,93	3,71	0,00	0,94	0,94	0,00
La Guajira	26	9	10	1	13	2	31,97	23,09	20,42	23,17	8,02	8,91
Magdalena	6	9	1	0	1	0	13,10	9,82	1,09	6,61	9,91	1,10
Meta	2	5	1	0	0	0	6,89	5,74	3,45	2,32	5,80	1,16
Nariño	2	9	1	0	1	0	2,34	2,34	0,78	1,58	7,11	0,79
Norte de Santander	0	2	0	0	1	2	3,37	3,37	1,68	0,00	1,71	0,00
Putumayo	0	1	0	0	1	1	2,98	5,95	2,98	0,00	2,98	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0,00	6,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	5	7	5	2	1	13,17	13,17	11,52	1,67	8,35	11,69
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. E.	2	1	0	0	1	0	0,00	0,00	4,49	4,54	2,27	0,00
Santander	0	1	0	0	1	0	0,64	3,84	3,84	0,00	0,65	0,00
Sucre	1	5	0	0	1	0	9,04	6,78	0,00	1,14	5,69	0,00
Tolima	0	2	0	0	2	0	0,00	6,39	2,13	0,00	2,15	0,00
Valle del Cauca	1	5	0	0	2	1	2,25	6,74	1,50	0,76	3,80	0,00
Vaupés	1	0	2	1	1	1	36,48	36,48	18,24	18,21	0,00	36,42
Vichada	8	4	0	0	1	0	37,17	68,15	6,20	48,18	24,09	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025 preliminares. SE: semana epidemiológica
Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 347 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 123 confirmadas por clínica y 53 por laboratorio, 80 descartadas y 91 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 4,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 42 fueron 280, para una tasa de mortalidad de 7,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 42 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C., Bolívar, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Meta y Santander y, a nivel municipal, en Cáceres, Güicán de la Sierra, Florencia, Pueblo Bello, Soacha, Lloró, San Andrés de Tumaco D. E. y Mitú. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron Rhinovirus, Virus Sincitial Respiratorio, Enterovirus, Haemophilus influenzae B, Influenza A, Staphylococcus aureus, Adenovirus, Bordetella pertussis, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, SARS-CoV2, Influenza B, Klebsiella pneumoniae, Metapneumovirus, Parainfluenza tipo 3, Mycoplasma pneumoniae, Parainfluenza tipo 1, Parainfluenza tipo 4, Pseudomona aeruginosa, Streptococcus pyogenes (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 42, 2024–2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	14	6	5	2	2	29	10	2	5	0	0	17
Virus Sincitial Respiratorio	36	4	1	1	0	42	10	1	1	1	0	13
Enterovirus	8	4	3	2	1	18	8	1	3	0	0	12
Haemophilus influenzae B	5	2	2	0	0	9	6	3	0	0	0	9
Influenza A	7	3	0	0	1	11	6	0	2	1	0	9
Staphylococcus aureus	11	1	2	2	0	16	8	1	0	0	0	9
Adenovirus	8	6	2	0	0	16	5	0	2	1	0	8
Bordetella pertussis	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
Streptococcus pneumoniae	5	4	3	3	1	16	4	2	2	0	0	8
Moraxella catarrhalis	4	1	2	2	1	10	3	3	1	0	0	7
SARS-CoV2	10	2	0	0	0	12	4	1	0	1	0	6
Influenza B	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	3
Klebsiella pneumoniae	3	1	1	0	0	5	2	1	0	0	0	3
Metapneumovirus	4	1	1	1	0	7	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Pseudomona aeruginosa	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Enterobacter cloacae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	128	36	24	14	6	208	82	18	16	5	0	121

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 158 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 109 fueron confirmadas, 21 descartadas y 28 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 42 fue de 176, para una tasa de mortalidad de 4,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 42 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Bolívar, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena,

Meta, Norte de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Agustín Codazzi, Alto Baudó, Bojayá, Lloró y Maicao. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran y dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 42 se han notificado 88 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, cuatro confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli*, *Norovirus*, *Adenovirus* y *Klebsiella pneumoniae*), 45 confirmadas por clínica, 11 descartadas y 28 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Un caso descartado se excluye del conteo por tratarse de un duplicado. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 42 fue de 120 para una tasa de mortalidad de 3,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 42 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira y Vichada y, a nivel municipal, en Quibdó, Bajo Baudó, Lloró, Uribe y Mistrató. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, 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 <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33610/INSPC28779>

En la semana epidemiológica 42 del año 2025 se notificaron al Sivigila 13 casos: siete muertes maternas tempranas, cuatro muertes maternas tardías y dos muertes maternas coincidentes. El país acumula 156 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 149 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 42, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	215	125	51	391
2023	195	124	64	383
2024	164	106	37	307
2025p	149	106	37	292

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

A la semana epidemiológica 42 del 2025 se han reportado muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D. C, La Guajira, Antioquia, Cesar, Nariño y Norte de Santander. En comparación con el promedio histórico 2021–2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Antioquia, Bogotá D. C., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Magdalena, Meta, Santa Marta D. T. y Sucre. Las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Yopal (Casanare), Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Inírida (Guainía), Magüí (Nariño) presentaron un aumento en muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico 2021-2024 (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 42 del año 2025, el 57,0 % corresponden a causas directas y el 36,2 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 18,1 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 42, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 42	Acumulado de casos a SE 42	
		2024	2025
Colombia	243	164	149
Bogotá D. C.	23	17	16
La Guajira	19	18	15
Antioquia	20	12	12
Cesar	11	10	12
Nariño	10	7	8
Norte de Santander	6	5	8
Cundinamarca	12	10	7
Atlántico	8	4	6
Chocó	12	14	6
Barranquilla D. E.	6	4	5
Bolívar	8	3	5
Santiago de Cali D. E.	6	5	5
Córdoba	12	6	5
Casanare	2	1	4
Magdalena	9	4	4
Santander	8	4	4
Boyacá	4	2	3
Guainía	0	0	3
Tolima	6	4	3
Huila	5	5	2
Meta	7	6	2
Risaralda	3	2	2
Santa Marta D. T.	6	2	2
Valle del Cauca	5	2	2
Buenaventura D. E.	3	2	1
Caquetá	2	0	1
Cartagena de Indias D. T.	7	0	1
Cauca	7	7	1
Putumayo	2	2	1
Quindío	2	0	1
Sucre	5	2	1
Vichada	4	3	1
Arauca	2	0	0
Caldas	3	1	0
Guaviare	1	0	0
Vaupés	0	0	0
Amazonas	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0

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

Tabla 7. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021–2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 42	Valor observado SE 42
Colombia	243	149
Yopal (Casanare)	1	3
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Inirida (Guainía)	0	1
Magüi (Nariño)	0	1
Riohacha (La Guajira)	5	1
Maicao (La Guajira)	5	1
Soledad (Atlántico)	5	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2024, datos preliminares 2025.
SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a
Semana Epidemiológica 42 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 42	Número de casos y proporción a SE 42 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	180	195	100	164	100	149	100
DIRECTA	118	129	66,2	107	65,2	85	57,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	34	35	17,9	33	20,1	27	18,1
Hemorragia obstétrica	32	31	15,9	32	19,5	26	17,4
Sepsis obstétrica	13	17	8,7	8	4,9	9	6,0
Evento tromboembólico como causa básica	15	19	9,7	10	6,1	7	4,7
Embarazo ectópico	10	11	5,6	8	4,9	7	4,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	2,1	6	3,7	5	3,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,5	3	1,8	2	1,3
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,1	4	2,4	2	1,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	2	3	1,5	1	0,6	0	0,0
INDIRECTA	59	63	32,3	54	32,9	54	36,2
Otras causas indirectas	24	25	12,8	22	13,4	24	16,1
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	6,2	6	3,7	16	10,7
Sepsis no obstétrica	10	11	5,6	8	4,9	5	3,4
Otras causas indirectas: cáncer	9	9	4,6	8	4,9	3	2,0
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,5	0	0,0	3	2,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,5	4	2,4	2	1,3
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,5	4	2,4	1	0,7
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Desconocida / indeterminada	2	2	1,0	1	0,6	1	0,7
En estudio	2	1	0,5	2	1,2	9	6,0

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a la ocurrida 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 la ocurrida después de los siete días hasta el día 28 de vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 07. 25 de junio de 2024. 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=9470cccf_2#:~:text=ICD%20PM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20PM.

A semana epidemiológica 42 del 2025 se han notificado 4 554 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 508 corresponden a residentes en Colombia y 46 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (538), Antioquia (532), Cundinamarca (285), Santiago de Cali D. E. (212) y La Guajira (211). Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 42 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decremento en Atlántico, Chocó, Sucre, Putumayo y Arauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Agustín Codazzi (Cesar), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Aguazul (Casanare), La Calera (Cundinamarca), Altos del Rosario (Bolívar), Villapinzón (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Abejorral (Antioquia), San Carlos (Antioquia) y Buriticá (Antioquia) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,2 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,9 %, neonatales tardías con 17,9 % y fetales intraparto con 10,0 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 26,0 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,3 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 42 del 2025 (datos preliminares) frente al 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 42, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 42	Acumulado de casos a SE 42	
		2024	2025
Colombia	6 597	4 821	4 508
Bogotá D. C.	716	602	538
Antioquia	740	550	532
Cundinamarca	350	311	285
Santiago de Cali D. E.	254	218	212
La Guajira	346	245	211
Córdoba	347	220	201
Cesar	237	146	165
Nariño	176	153	150
Barranquilla D. E.	254	149	142
Cauca	217	148	141
Valle del Cauca	176	143	137
Meta	150	112	133
Cartagena de Indias D. E.	220	137	130
Santander	204	133	129
Bolívar	194	118	127
Norte de Santander	203	126	117
Atlántico	208	132	106
Huila	149	104	106
Magdalena	160	122	100
Boyacá	118	93	89
Chocó	165	135	86
Tolima	143	100	86
Sucre	161	110	84
Risaralda	94	75	63
Caldas	80	65	62
Buenaventura D. E.	70	44	57
Casanare	67	52	49
Santa Marta D. T.	86	39	45
Caquetá	55	35	40
Quindío	54	43	36
Putumayo	51	46	32
Arauca	53	32	29
Vichada	32	27	28
Amazonas	15	11	16
Guainía	15	9	14
Guaviare	11	9	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	12	14	9
Vaupés	12	13	9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 - 2024, datos preliminares 2025.
SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 42 2020 - 2024	Valor observado a SE 42 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	6 597	4 508	-
Agustín Codazzi (Cesar)	15	27	23
Tocancipá (Cundinamarca)	6	13	15
Timbiquí (Cauca)	5	11	16
Aguazul (Casanare)	4	8	38
La Calera (Cundinamarca)	3	7	8
Altos del Rosario (Bolívar)	2	6	2
Villapinzón (Cundinamarca)	2	6	6
Tenjo (Cundinamarca)	2	6	10
Abejorral (Antioquia)	1	5	4
San Carlos (Antioquia)	2	5	6
Buriticá (Antioquia)	1	5	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2024, datos preliminares 2025. SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 42, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 42, 2023 -2025					
	2023 a SE 42	(%)	2024 a SE 42	(%)	2025 a SE 42	(%)
Colombia	5 800	100,0	4 821	100,0	4 508	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 442	24,9	1 261	26,2	1 170	26,0
Prematuridad-inmadurez	1 064	18,3	796	16,5	750	16,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	928	16,0	721	15,0	600	13,3
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	597	10,3	544	11,3	417	9,3
Infecciones	506	8,7	424	8,8	370	8,2
Malformación congénita	526	9,1	444	9,2	357	7,9
Sin información	30	0,5	0	0,0	258	5,7
Otras causas de muerte	349	6,0	319	6,6	257	5,7
Causas no específicas	130	2,2	122	2,5	155	3,4
Trastornos cardiovasculares	151	2,6	142	2,9	131	2,9
Lesión de causa externa	56	1,0	23	0,5	22	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	21	0,4	25	0,5	21	0,5

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

EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 42 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

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

En el último periodo epidemiológico, a nivel nacional, se registró una variación porcentual negativa en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa y urgencias, hospitalizaciones de sala general y en las unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM) en comparación con el periodo anterior, la cual no es estadísticamente significativa (-30%) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 35 a 42 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 35 a SE 38 2025	SE 39 a SE 42 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	572 059	518 652	-9,34%	
Hospitalización en sala general	24 184	22 355	-7,56%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 083	2 873	-6,81%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 42 del 2025 se notificaron 111 845 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2021), se observó incremento en Atlántico, Chocó, La Guajira, Santa Marta D. T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D. E., Huila y el Archipiélago de San Andrés y Providencia. Las 28 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 (39 a 42 del 2025) en 22 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 39 a 42 del 2025

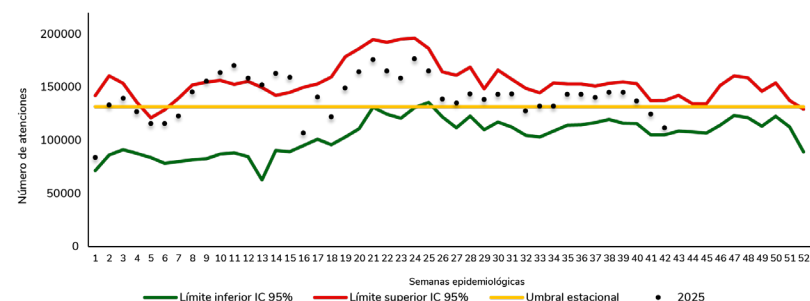
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	82 943	79 104	7 410	9 183
La Guajira	Maicao	49 146	57 310	2 243	7 466
Santander	Floridablanca	23 519	28 210	1 632	6 951
Cundinamarca	Soacha	65 593	68 351	3 656	5 443
La Guajira	Uribia	45 321	40 634	2 713	4 679
Antioquia	Itagüí	67 369	67 889	4 178	4 288
Cundinamarca	Chía	54 879	48 346	3 374	4 105
Antioquia	Bello	63 247	50 869	4 206	4 008
Antioquia	Rionegro	24 387	30 703	2 024	2 394
Risaralda	Dosquebradas	22 757	24 790	1 196	2 160
Boyacá	Sogamoso	13 654	18 014	1 207	2 024
Córdoba	Sahagún	19 696	21 085	1 709	1 985
Santander	Barrancabermeja D. E.	16 396	24 751	715	1 971
Valle del Cauca	Palмира	24 567	22 895	1 651	1 926
Bolívar	Magangué	14 363	18 884	790	1 802
Cundinamarca	Zipaquirá	17 938	19 630	1 540	1 734
Boyacá	Duitama	22 458	18 641	1 588	1 726
Magdalena	Ciénaga	20 276	19 520	822	1 690
Cundinamarca	Funza	12 224	13 724	875	1 600
Antioquia	Envigado	20 219	21 351	1 600	1 477
Córdoba	Cereté	14 888	15 945	600	1 445
Córdoba	Lorica	12 906	13 345	1 052	1 381
Huila	Pitalito	10 051	11 533	707	1 229
Antioquia	Apartadó	15 058	14 857	990	1 201
Valle del Cauca	Yumbo	11 626	12 298	964	1 189
Cundinamarca	Facatativá	18 820	14 891	1 412	1 170
Norte de Santander	Ocaña	13 720	14 607	427	1 122
Cundinamarca	Girardot	17 460	16 936	1 136	1 072
Antioquia	Turbo	12 253	12 675	805	1 070
Cundinamarca	Madrid	16 316	12 142	868	1 063
Valle del Cauca	Cartago	13 947	14 268	608	1 024
Casanare	Yopal	13 307	12 635	887	939
Cesar	Aguachica	7 666	10 094	735	845
Atlántico	Malambo	8 219	6 380	430	811
Valle del Cauca	Tuluá	14 637	10 678	449	778
Santander	Piedecuesta	5 702	8 787	263	679
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	7 305	6 106	674	656
Cundinamarca	Mosquera	5 663	6 388	314	615
Santander	Girón	6 979	6 994	239	521
Cauca	Santander De Quilichao	10 687	9 328	779	512
Cauca	Guapi	2 188	4 176	199	435
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 573	5 269	291	293
Nariño	La Florida	665	636	45	56

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (39 a 42 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 25,4 % (131 751) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 18,8 % (97 874). 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 11,9 % y los menores de dos a cuatro años con el 11,1 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; posteriormente de las semanas 16 a la 42 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los límites esperados (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 42 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

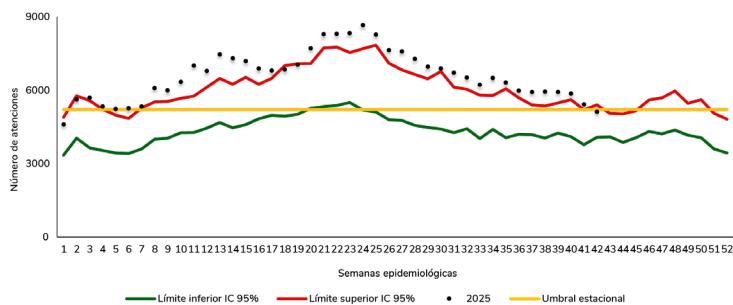
En la semana epidemiológica 42 del 2025 se notificaron 5 126 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Chocó, Guainía y La Guajira e incremento en Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Guaviare, Meta, Nariño, Santa Marta D. T., Sucre y Tolima. En las 22 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (39 a 42 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 058) representaron el 27,1 %, seguido de los menores de un año con el 17,3 % (3 877). La mayor proporción de

hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de los niños de un año con 25,4 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,7 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, a excepción de las semanas 18 y 19 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una disminución sostenida a partir de la semana 25, ubicándose en semana 42 por debajo del límite superior (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 42 del 2025

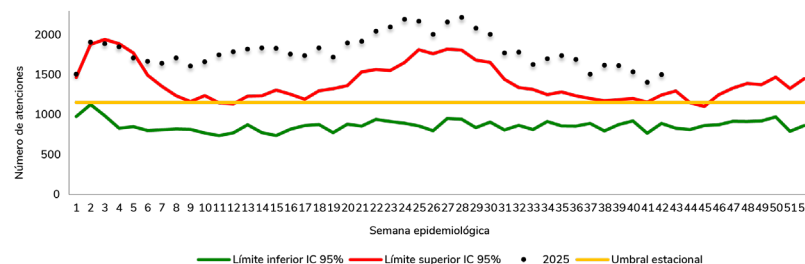


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 42 del 2025, se notificaron 1 503 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 06 hasta la 42 se ubicó por encima del límite superior (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 42 del 2025



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

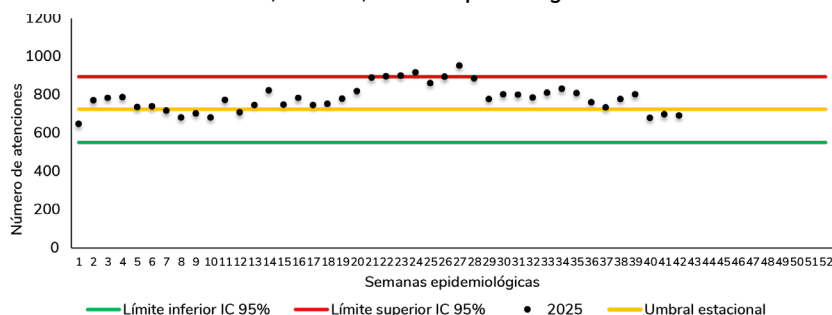
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 42 del 2025 se notificaron 693 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Boyacá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Huila, Risaralda y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Cesar, Guaviare, Magdalena, Meta y Putumayo. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (39 a 42 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 36,9 % (1 060), seguido de los menores de un año con el 25,4 % (731) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con el 24,6 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 19,0 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39 una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional, (alcanzando el límite superior en semana 21 a 28), seguido de una disminución en semana epidemiológica 40 y 42 ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 42 del 2025

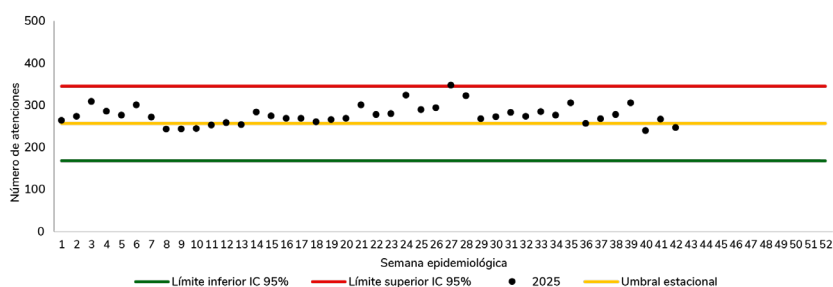


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 42 del 2025, se notificaron 247 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 evidenció para esta semana que se ubica por debajo del umbral estacional (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 42 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 39 a 42 de 2025 se observó una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa y urgencias, hospitalizaciones en sala general y en UCI/UCIM en comparación con el

periodo anterior cual alcanza no es estadísticamente significativa. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y UCI/UCIM para semana 42 se encontraron dentro de los límites esperados.

Según el boletín de predicción climática del IDEAM para los meses de octubre, noviembre y diciembre, las salidas de los modelos favorecen acumulados de lluvia con tendencia al exceso en amplias extensiones del territorio nacional¹. Esto indica que durante este trimestre se podrían registrar precipitaciones superiores a los promedios históricos, generando condiciones de mayor humedad en el ambiente y bajas temperaturas.

En este contexto y como parte de la preparación ante el inicio del segundo pico respiratorio, se insta a las entidades territoriales a:

- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.
- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento).
- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permita la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes).
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional, como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas.

¹ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de predicción climática para octubre-noviembre-diciembre [Internet]. Bogotá: IDEAM; [cited 2025 Oct 23]. Disponible en: <https://www.ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/Bolet%C3%ADn-de-predicci%C3%B3n-clim%C3%A1tica>

- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado incremento en Centroamérica, las demás regiones han permanecido con niveles sostenidos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H1N1) pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto Centroamérica. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un aumento en la subregión Norteamérica y Andina, disminución en el resto de las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 42 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 variación significativa al incremento para VSR y al decremento para adenovirus y parainfluenza. Los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 35 a 42 del 2025

Agente viral identificado	SE 35 a SE 38			SE 39 a SE 42			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	59,5	58,2	56,5	55,0	53,8	68,8	
Rinovirus	10,3	9,6	12,5	12,7	9,0	22,7	
VSR	34,8	35,9	37,5	42,3	38,5	40,9	
Enterovirus	7,9	6,4	10,4	6,3	6,4	9,1	
Adenovirus	12,1	10,9	8,3	5,6	5,1	9,1	
Influenza B	1,7	1,3	2,1	1,4	2,6	-	
Influenza A	13,4	14,7	16,7	15,5	20,5	4,5	
Parainfluenza	4,8	4,5	4,2	1,4	1,3	4,5	
Metapneumovirus	2,4	2,6	2,1	2,1	2,6	4,5	
A(H1N1)pdm09	3,8	3,2	4,2	2,1	2,6	4,5	
SARS-CoV2	2,4	3,2	-	4,2	6,4	-	
A(H3N2)	4,1	5,8	-	3,5	2,6	-	
Coronavirus	2,1	1,9	2,1	2,8	2,6	-	

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

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.
*Se muestra la variación con significancia estadística

COVID-19

Metodología

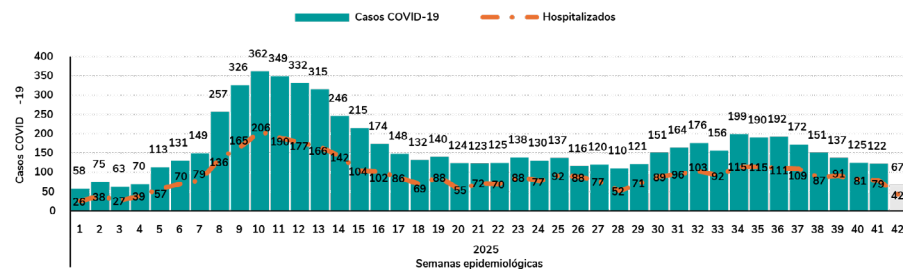
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 42 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

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

En Colombia, con corte al 18 de octubre de 2025 (semana epidemiológica 42) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 6 901 casos de COVID-19 (6 880 de procedencia Colombia y 21 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (39 a 42 del 2025), se ha observado una disminución del 36,0 %, con 451 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 35 a 38 del 2025), en el cual se reportaron 705 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 30,6 %, pasando de 422 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 293 casos en el periodo analizado (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:42 *SE: semana epidemiológica.

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 39 a 42), se registró una incidencia de 0,85 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 28 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 106 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 35 a 38), este indicador evidencia un aumento significativo a nivel departamental en Huila. A nivel municipal, el incremento se observa en Neiva (Huila), Pasto (Nariño) y Mocoa (Putumayo).

Durante 2025, en Colombia se han notificado 119 fallecimientos asociados a COVID-19 (116 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,2 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En el período analizado, se reportaron dos fallecimientos en Bogotá D. C. y un fallecimiento en Huila. El 69,7 % de los casos (85 fallecimientos) correspondió a personas de 60 años o más.

Tabla 15. Fallecimientos por COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025.

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
Colombia	116	8	3	0,02	0,01
Huila	2	0	1	0,00	0,08
Bogotá D. C.	35	5	2	0,06	0,03
Antioquia	7	1	0	0,01	0,00
Bolívar	1	0	0	0,00	0,00
Boyacá	3	0	0	0,00	0,00
Caldas	1	0	0	0,00	0,00
Cauca	5	0	0	0,00	0,00
Córdoba	5	0	0	0,00	0,00
Cundinamarca	8	0	0	0,00	0,00
Chocó	1	0	0	0,00	0,00
La Guajira	2	0	0	0,00	0,00
Magdalena	2	0	0	0,00	0,00
Meta	6	0	0	0,00	0,00
Nariño	3	0	0	0,00	0,00
Norte de Santander	1	0	0	0,00	0,00
Quindío	5	1	0	0,18	0,00
Santander	7	0	0	0,00	0,00
Sucre	3	0	0	0,00	0,00
Tolima	4	0	0	0,00	0,00
Valle del Cauca	4	0	0	0,00	0,00
Santiago de Cali D. E.	4	0	0	0,00	0,00
Arauca	5	1	0	0,36	0,00
Casanare	1	0	0	0,00	0,00
Guaviare	1	0	0	0,00	0,00
Exterior	3	-	-	-	-

Fuente: Sivigila, 2025. SE:42. *SE: semana epidemiológica
PE : periodo epidemiológico -PE anterior (SE 35-38) y PE actual (SE 39-42)

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu7la>, donde podrá ampliar detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2025.



Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 42 del 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.

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 %.

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 42 del 2025 se notificaron 1 867 casos de dengue: 1 362 casos de esta semana y 505 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 108 725 casos, 67 761 (62,3 %) sin signos de alarma, 39 913 (36,7 %) con signos de alarma y 1 051 (1,0 %) de dengue grave.

El 58,2 % (63 281) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Tolima, Valle del Cauca y Atlántico (tabla 16); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 38 a 41 del 2025) el 59,3 % (3 989) de los casos se concentran en Norte de Santander, Santander, Antioquia, Meta, Córdoba, Cartagena de Indias D. T., Cesar y Tolima.

Tabla 16. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025.

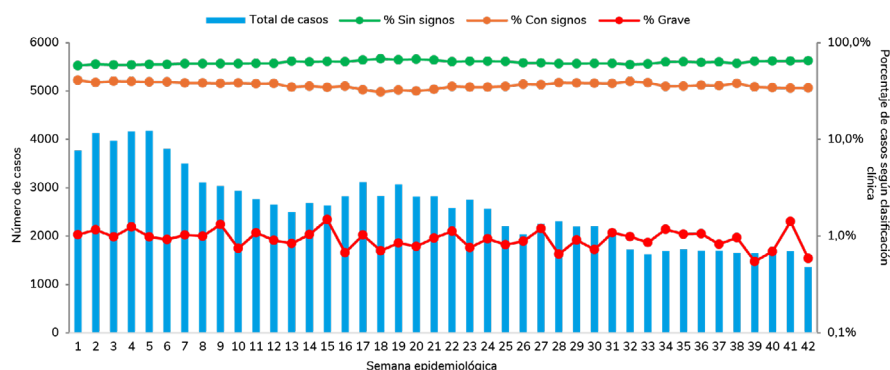
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 34-37 de 2025)	Observado (SE 38-41 de 2025)
Santander	9 817	32,5	0,6	705	677
Córdoba	9 673	36,7	0,3	637	466
Meta	9 336	33,9	1,2	553	498
Norte de Santander	7 848	40,3	1,2	696	708
Antioquia	7 731	34,5	0,8	581	559
Cartagena de Indias D. T.	5 527	23,6	1,1	360	412
Tolima	5 294	32,8	1,0	286	317
Valle del Cauca	4 202	26,4	0,5	225	260
Atlántico	3 853	44,2	1,4	264	264
Bolívar	3 686	39,0	0,7	277	249
Cundinamarca	3 603	39,8	0,6	102	126
Sucre	3 502	57,3	0,7	198	165
Huila	3 124	35,5	2,9	108	125
Santiago de Cali D. E.	3 020	35,1	0,8	178	192
Cesar	2 983	55,9	1,8	404	352
Putumayo	2 949	28,2	0,7	90	92
Barranquilla D. E.	2 771	36,4	1,1	106	182
La Guajira	2 636	58,5	1,4	132	90
Arauca	2 381	32,0	1,0	103	89
Caquetá	2 246	39,7	1,3	27	26
Magdalena	1 733	58,3	1,0	228	189
Casanare	1 511	32,3	0,4	47	59
Guaviare	1 053	20,4	0,5	28	84
Risaralda	1 046	35,1	1,2	35	39
Nariño	1 042	32,9	1,3	74	59
Cauca	1 020	37,6	1,6	46	35
Chocó	1 009	17,1	0,8	75	95
Quindío	867	26,8	0,2	44	52
Vichada	730	30,1	0,5	27	44
Boyacá	663	44,9	0,5	42	24
Santa Marta D. T.	551	59,9	0,7	62	86
Amazonas	340	29,7	0,0	34	26
Caldas	328	48,8	0,3	8	14
Exterior	265	50,2	5,3	23	23
Buenaventura D. E.	189	36,0	1,6	17	8
Vaupés	113	8,8	0,9	1	34
Archipiélago de San Andrés y Providencia.	51	41,2	0,0	2	1
Guainía	32	34,4	0,0	0	7
Colombia	108 725	36,7	1,0	6 825	6 728

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 SE: Semana Epidemiológica

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 38 a 41 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Barranquilla D. E., Caldas, Guaviare, Santa Marta D. T., Vichada, Guainía y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Boyacá, Buenaventura D. E. y La Guajira; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38 % a nivel nacional (figura 14); 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 38 a 41 del 2025) fueron: Boyacá, Caldas, Caquetá, Magdalena, Santa Marta D. T., y La Guajira.

Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 42 del 2025.

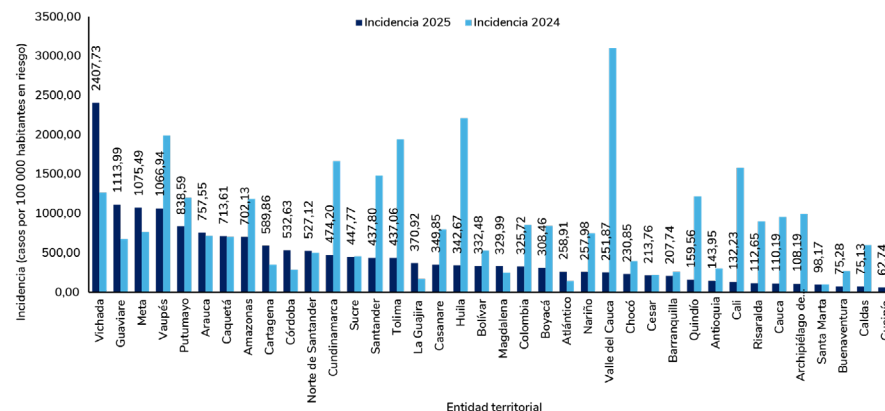


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 42 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 325,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 858,4 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, Meta y Vaupés presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 42 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor

incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 615,9 casos por 100 000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 42, 2024-2025.



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

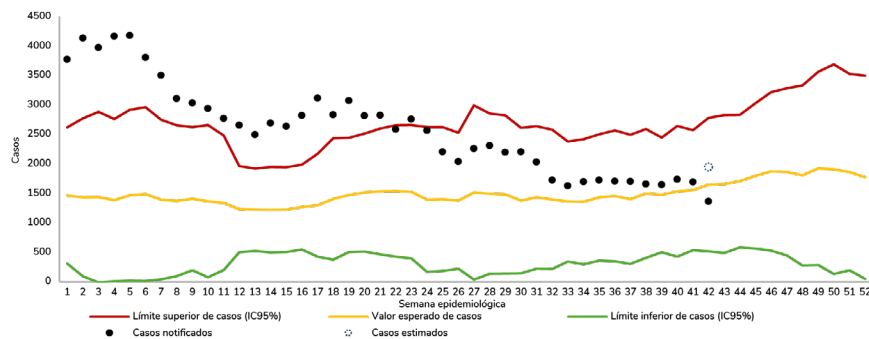
En la semana epidemiológica 42 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose un comportamiento estable en las últimas semanas con una variación de -1,4 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 38 a 41 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37 del 2025) (figura 16).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 35,1 % (13) se encuentra dentro de lo esperado, el 40,5 % (15) se encuentra en situación de alerta y el 24,3 % (9) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 42 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 12,2 % (101) se encuentra 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 21,0 % (12/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Figura 16. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 42 del 2025.



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

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 42, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de octubre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	-	Antioquia, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Vaupés	Arauca, Guaviare, Putumayo, Vichada
Alerta	Atlántico, Cartagena de Indias D. T., Cesar, Córdoba	Chocó, La Guajira, Magdalena, Nariño, Santa Marta D.T., Santander y Valle del Cauca	Amazonas, Boyacá, Guainía, Meta,
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Bolívar, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Tolima, Sucre	Caquetá, Casanare, Cauca, Huila, Santiago de Cali D. E.

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

Tabla 18. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habituales en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado (SE 34-37, 2025)	Observado (SE 38-41, 2025)
Antioquia	Bello	20,0	111	12	10
	Envigado	50,9	123	2	7
	Itagüí	19,3	53	3	6
	Turbo	293,4	394	35	35
Cauca	Popayán	37,6	102	7	5
Córdoba	Cereté	327,2	360	40	28
Cundinamarca	Fusagasugá	268,5	444	6	17
Meta	Villavicencio	916,2	4 672	341	348
Norte de Santander	Cúcuta	612,5	4 676	367	382
Risaralda	Pereira	109,2	530	13	18
Santander	Barrancabermeja D. E.	321,4	690	51	76
Arauca	Arauca	221,2	222	16	9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

A semana epidemiológica 42 del 2025, se han notificado 340 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 96 casos, se descartaron 207 casos y se encuentran en estudio 37 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela) y de las muertes en estudio, 1 caso procede del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,08 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo del 2024, se confirmaron 256 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %)(tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 42, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 42, 2025	Letalidad por dengue a SE 42, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,29	0,13
Vichada	2	1	0,27	0,00
La Guajira	7	3	0,27	0,00
Cauca	2	1	0,20	0,08
Santa Marta D. T.	1	0	0,18	0,18
Putumayo	5	0	0,17	0,24
Huila	5	1	0,16	0,02
Antioquia	9	2	0,12	0,12
Magdalena	2	2	0,12	0,00
Barranquilla D. E.	3	1	0,11	0,00
Meta	10	2	0,11	0,11
Chocó	1	0	0,10	0,12
Santander	9	3	0,09	0,09
Cartagena de Indias D. T.	5	1	0,09	0,18
Sucre	3	1	0,09	0,08
Arauca	2	0	0,08	0,18
Bolívar	3	1	0,08	0,15
Santiago de Cali D. E.	2	1	0,07	0,05
Norte de Santander	5	3	0,06	0,13
Córdoba	6	3	0,06	0,02
Cundinamarca	2	1	0,06	0,06
Atlántico	2	1	0,05	0,10
Tolima	2	6	0,04	0,09
Cesar	1	0	0,03	0,23
Caquetá	0	1	0,00	0,14
Quindío	0	1	0,00	0,11
Exterior	4	1	1,51	1,10
Colombia	92	36	0,08	0,09

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: semana epidemiológica.

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 42 del 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 desde 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 indica que 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. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

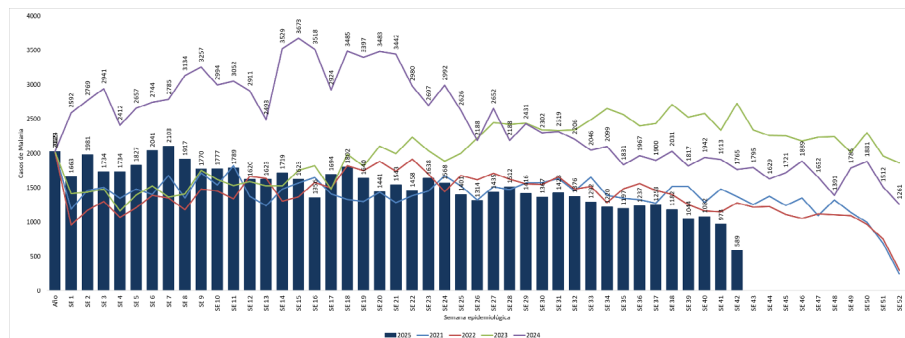
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 17).

Figura 17. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 42 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 42 del 2025 se notificaron 1 474 casos de malaria, para un acumulado de 63 374 casos, de los cuales 62 243 son de malaria no complicada y 1 131 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 68,0 % (43 076), seguido de *Plasmodium falciparum* con 30,9 % (19 553) e infección mixta con 1,2 % (745). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,7 %), Antioquia (15,4 %), Nariño (12,8 %), Córdoba (8,2 %), Vaupés (6,2 %), Risaralda (4,3 %), Amazonas (4,1 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,8 %), Vichada (2,5 %), Bolívar (2,3 %), Guainía (2,2 %) y Boyacá (1,5 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,8 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 35 a 38	Casos 2025 SE 39 a 42	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 316	201	98	136,49
Córdoba	Tierralta	3 063	253	177	30,69
Chocó	Quibdó	2 604	147	80	18,01
Risaralda	Pueblo Rico	2 467	266	215	146,94
Antioquia	El Bagre	1 929	139	131	34,26
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 728	184	97	5,33
Nariño	El Charco	1 613	91	81	69,38
Chocó	Lloró	1 611	156	113	151,82
Chocó	Bagadó	1 455	226	251	122,86
Chocó	Bajo Baudó	1 436	116	85	42,32
Nariño	Roberto Payán	1 429	60	43	107,22
Chocó	Tadó	1 302	110	93	64,60
Nariño	Olaya Herrera	1 300	76	48	49,11
Guainía	Inírida	1 297	89	84	34,21
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 272	137	74	290,74
Nariño	Magüí	1 205	32	26	4,51
Vichada	Cumaribo	1 169	38	60	13,43
Chocó	Istmina	1 147	113	56	33,92
Chocó	Alto Baudó	1 126	137	81	36,01
Córdoba	Puerto Libertador	1 067	54	31	23,49
Chocó	Medio San Juan	1 065	99	70	90,53
Cauca	Timbiquí	917	24	8	32,62
Boyacá	Cubará	906	27	19	106,35
Antioquia	Nechí	848	33	39	30,39
Nariño	Barbacoas	834	33	31	14,23
Bolívar	Montecristo	826	59	63	44,96
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	822	45	34	3,08
Chocó	El Cantón del San Pablo	793	40	34	114,83
Cauca	Guapi	783	72	45	26,51
Antioquia	Turbo	727	51	55	5,40
Antioquia	Chigorodó	714	40	31	11,47
Chocó	Carmen del Darién	655	40	17	29,57
Antioquia	Segovia	620	55	41	15,15
Antioquia	Cáceres	576	51	20	18,49
Antioquia	Mutató	558	45	37	37,11

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 72,6 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 47,2 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en el municipio de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, Tarapacá, Puerto Libertador, Alto Baudó y Bajo Baudó y en incremento los municipios de Bagadó, Lloró, Cumaribo y Montecristo (tabla 21). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,6 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E., Timbiquí, Roberto Payán, Magüi, Bajo Baudó, Guapí, Tadó, Olaya Herrera, Istmina y Tierralta y en incremento el municipio de Lloró y Barbacoas como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 35 a 38 de 2025	Casos SE 39 a 42 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	208	81	-61 %	7,6 %
Córdoba	Tierralta	220	146	-34 %	6,1 %
Risaralda	Pueblo Rico	239	156	-35 %	4,9 %
Antioquia	El Bagre	111	110	-1 %	3,6 %
Chocó	Quibdó	99	52	-47 %	3,4 %
Guainía	Inírida	78	79	1 %	3,0 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	113	66	-42 %	2,5 %
Córdoba	Puerto Libertador	47	32	-32 %	2,3 %
Chocó	Bagadó	118	125	6 %	2,2 %
Boyacá	Cubará	23	22	-4 %	2,2 %
Chocó	Lloró	75	77	3 %	2,1 %
Vichada	Cumaribo	27	30	11 %	2,1 %
Chocó	Alto Baudó	82	52	-37 %	1,8 %
Bolívar	Montecristo	48	65	35 %	1,8 %
Chocó	Bajo Baudó	57	43	-25 %	1,6 %

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 42 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 35 a 38 de 2025	Casos SE 39 a 42 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	85	73	-14 %	7,7 %
Chocó	Quibdó	55	30	-45 %	6,0 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	107	61	-43 %	5,5 %
Cauca	Timbiquí	24	8	-67 %	4,7 %
Nariño	Roberto Payán	20	15	-25 %	4,5 %
Nariño	Magüi	22	19	-14 %	4,5 %
Chocó	Bajo Baudó	67	32	-52 %	3,8 %
Cauca	Guapí	62	33	-47 %	3,7 %
Chocó	Tadó	54	48	-11 %	3,6 %
Nariño	Olaya Herrera	42	24	-43 %	3,6 %
Chocó	Lloró	47	56	19 %	3,2 %
Chocó	Istmina	55	30	-45 %	3,0 %
Nariño	Barbacoas	6	9	50 %	2,8 %
Chocó	Medio San Juan	39	36	-8 %	2,5 %
Córdoba	Tierralta	33	27	-18 %	2,5 %

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

Comportamientos inusuales en Entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 42 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran 4 departamentos en situación de incremento y 7 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 24 municipios en incremento y 72 municipios en decremento (tabla 23)

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 42 2024	SE 42 2024	Acumulado a SE 42 2025	SE 41 2025	Esperado	Observado
Nariño	El Charco	5	432	3	1 619	4	56	81
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	690	36	1 287	2	47	78
Bolívar	Montecristo	5	1 179	29	862	11	63	64
Antioquia	Nechí	5	575	15	854	2	24	39
Antioquia	Turbo	5	1 243	9	742	12	39	56
Arauca	Saravena	4	178	7	477	2	4	18
Antioquia	Tarazá	4	493	6	454	7	16	27
Vichada	Puerto Carreño	4	96	3	345	6	17	42
Meta	Puerto Gaitán	4	124	3	342	10	6	44
Guaviare	El Retorno	5	116	2	230	8	16	20
Chocó	Sipí	4	261	3	201	8	11	16
Vaupés	Taraira	5	103	7	197	3	25	31
Chocó	El Carmen de Atrato	4	327	6	193	3	9	16
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	1	168	4	6	21
Guaviare	Calamar	4	246	7	162	1	20	27
Risaralda	La Virginia	4	40	0	108	0	0	6
Antioquia	Anorí	5	70	2	100	4	8	20
Meta	Puerto Rico	4	4	0	73	0	1	4
Amazonas	El Encanto (CD)	4	1	0	43	0	0	23
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	5	0	42	2	3	11
Arauca	Arauquita	4	20	0	42	1	1	3
Chocó	San José del Palmar	4	47	2	30	0	7	12
Arauca	Tame	4	11	0	21	0	0	3
Córdoba	San Antero	4	3	0	6	0	0	2
Bolívar	Achí	4	39	0	47	0	0	2
Córdoba	San Antero	4	3	0	5	1	0	2

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2025. 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 período de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 30 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 30, se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

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

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

A semana epidemiológica 42 del 2025, se han notificado 17 395 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 17 266 corresponden a residentes en Colombia y 129 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (43 del 2024 a 42 del 2025) es de 0,58 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 174 municipios a nivel nacional (15,5 %) y de disminución en 27 municipios (2,4 %) (tabla 24).

El 80,8 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,2 % como desnutrición aguda severa. El 6,1 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,7 %) y de 1 año (27,6 %). Según el área de residencia, el 66,5 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 42 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T, Sucre, Vaupés y Archipiélago de San Andrés y Providencia. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2020 a 2024, se observaron diferencias significativas en la notificación de 19 municipios (tabla 25).

Tabla 24. Casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, Semana Epidemiológica 42, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 42 de 2024	Casos a SE 42 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	20 489	17 266	0,58	15,5	2,4
La Guajira	2 358	1 426	1,77	13,3	0,0
Vichada	277	172	1,52	0,0	0,0
Chocó	929	690	1,44	22,6	9,7
Magdalena	601	681	0,96	51,7	0,0
Risaralda	369	389	0,83	21,4	0,0
Cesar	775	779	0,77	16,0	4,0
Arauca	301	145	0,74	0,0	28,6
Guaviare	84	57	0,71	0,0	0,0
Amazonas	62	57	0,70	9,1	0,0
Cartagena de Indias D.T	371	440	0,68	0,0	0,0
Casanare	256	210	0,67	10,5	5,3
Antioquia	2 394	2 238	0,63	31,2	0,8
Bolívar	562	517	0,61	22,2	4,4
Boyacá	426	420	0,61	8,9	0,0
Nariño	756	568	0,60	12,5	1,6
Putumayo	162	156	0,59	0,0	0,0
Bogotá D. C	2 638	2 137	0,57	0,0	0,0
Guainía	51	37	0,56	22,2	11,1
Norte Santander	557	592	0,55	12,5	2,5
Sucre	243	329	0,51	34,6	3,8
Vaupés	48	24	0,50	16,7	16,7
Buenaventura D. E.	205	140	0,50	0,0	0,0
Meta	448	315	0,49	6,9	0,0
Cundinamarca	1 205	959	0,49	6,0	0,9
Huila	461	384	0,48	13,5	0,0
Valle	519	523	0,46	32,5	0,0
Santa Marta D. T.	112	149	0,46	100,0	0,0
Tolima	388	279	0,45	6,4	2,1
Santiago de Cali D. E.	477	463	0,41	0,0	0,0
Caquetá	167	111	0,38	0,0	6,3
Barranquilla D. E.	229	277	0,36	0,0	0,0
Córdoba	513	422	0,35	10,0	0,0
Santander	551	408	0,34	14,9	2,3
Caldas	220	157	0,33	11,1	0,0
Atlántico	417	290	0,31	4,5	18,2
Cauca	278	255	0,28	7,1	7,1
Quindío	71	67	0,27	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	3	0,13	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 43 de 2024 a SE 42 de 2025.

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

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, Semana Epidemiológica 42 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cesar	Valledupar	148	267
Antioquia	Turbo	48	117
Sucre	Sincedejo	36	74
Boyacá	Sogamoso	30	58
Valle del Cauca	Jamundí	32	57
Antioquia	Rionegro	28	44
Huila	Pitalito	25	38
Valle del Cauca	Yumbo	32	38
Norte de Santander	Ocaña	33	35
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	16	35
Cesar	Aguachica	21	34
Cauca	Popayán	25	33
Cundinamarca	Chía	23	32
Santander	Piedecuesta	35	32
Norte de Santander	Villa del Rosario	46	28
Antioquia	Envigado	13	26
Atlántico	Sabanalarga	37	24
Bolívar	Turbaco	12	21
Cundinamarca	Girardot	42	21

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

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

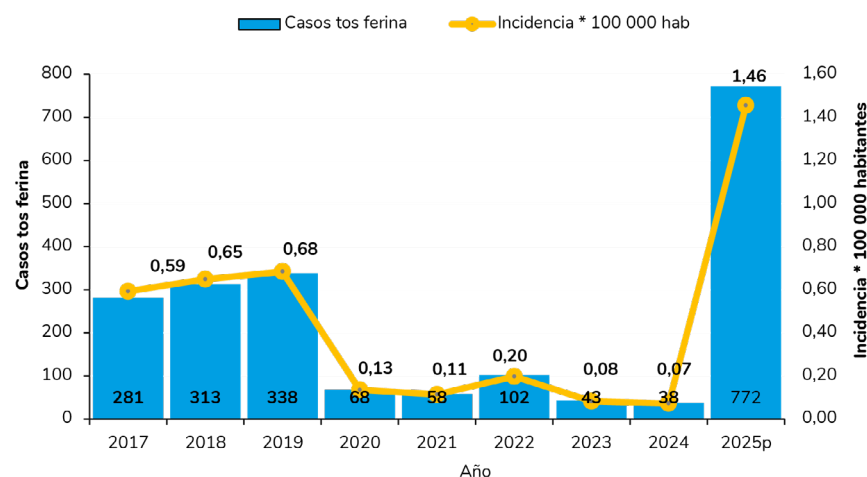
Tos ferina

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias se calcularon únicamente con base en los casos procedentes de Colombia.

Durante el 2025 (semanas epidemiológicas 1 a 41), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 5 929 casos de tos ferina. De estos, el 13,2 % (782 casos) fueron confirmados (772 con procedencia nacional y 10 importados), el 81,3 % (4 822 casos) fueron descartados y el 5,5 % (325 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,46 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un incremento respecto a los años 2017 a 2024, cuando la incidencia no superó los 0,68 casos por cada 100 000 habitantes (figura 18).

Figura 18. Incidencia de casos confirmados de tos ferina a Semana Epidemiológica 41, Colombia, 2017-2025.

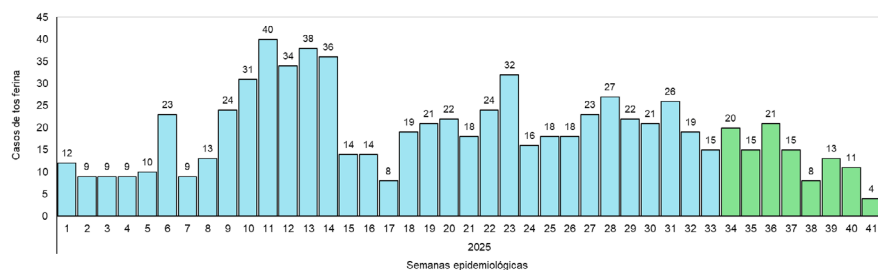


Fuente: Sivigila 2019 a 2025p

La figura 2 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 1 a 41). Se evidencia un

incremento progresivo a partir de la semana 6, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, los casos disminuyen, aunque se presentan repuntes en las semanas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (26 casos) y 36 (21 casos). En las últimas ocho semanas se observa una tendencia descendente, con una reducción del 49,3 %, al pasar de 71 casos (semanas epidemiológicas 34 a 37) a 36 casos (semanas epidemiológicas 38 a 41).

Figura 19. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 del 2025p



Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 41 del 2019 al 2025p

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 260 casos y una incidencia de 3,27 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 177 casos (2,55), Cundinamarca con 50 casos (1,41) y Caldas con 24 casos (2,28).

La tabla 6 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por departamento de procedencia, hasta la Semana Epidemiológica 41, (2019 al 2025p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p	Tendencia	2025p
Colombia	0,68	0,13	0,11	0,20	0,08	0,07	1,46		772
Bogotá D. C.	0,87	0,09	0,01	0,06	0,04	0,05	3,27		260
Antioquia	0,84	0,18	0,18	0,13	0,04	0,07	2,55		177
Cundinamarca	0,45	0,13	0,06	0,00	0,12	0,14	1,41		50
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	2,28		24
Huila	0,36	0,35	0,09	0,00	0,08	0,34	1,90		23
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,08		21
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,95		19
Santiago de Cali D. E.	0,27	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,83		19
Risaralda	0,84	0,10	0,00	0,62	0,00	0,00	1,79		18
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	2,70		16
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	1,14		14
Meta	0,29	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,12		13
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	1,03		11
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,52		11
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,77		10
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63		10
Cesar	0,48	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,61		9
Nariño	0,43	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,47		8
Santander	0,45	0,13	0,61	0,04	0,04	0,04	0,33		8
Cauca	0,54	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Quindío	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	1,08		6
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,62		6
Barranquilla D. E.	0,32	0,16	0,00	0,00	0,00	0,30	0,47		6
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,48		5
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69		4
Santa Marta D. E.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,69		4
Tolima	0,15	0,07	0,07	0,07	0,22	0,14	0,22		3
Norte de Santander	1,02	0,12	0,00	0,00	0,35	0,06	0,18		3
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,53		2
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72		2
Caquetá	1,72	0,73	0,00	0,00	0,24	0,93	0,47		2

Fuente: Sivigila 2019 a 2025p.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,07 casos por cada 100 000 habitantes (25 casos). La incidencia más alta en el periodo epidemiológico observado la tuvo Barranquilla D. E. con 0,16 casos por cada 100 000 habitantes (2 casos), seguido de Cartagena de Indias D. T. con 0,30 (3 casos) y Cesar con 0,07 (1 caso) (tabla 27).

Tabla 27. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (34 a 41) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 34-37)	Casos PE actual (SE 38-41)	Incidencia PE anterior (SE 34-37)	Incidencia PE actual (SE 38-41)	Tendencia de la incidencia
Colombia	60	25	0,13	0,07	
Barranquilla D. E.	1	2	0,08	0,16	
Cartagena de Indias D. T.	2	3	0,20	0,30	
Cesar	0	1	0,00	0,07	
La Guajira	0	1	0,00	0,09	
Magdalena	0	2	0,00	0,21	
Nariño	0	1	0,00	0,06	
Santander	0	2	0,00	0,08	
Sucre	0	1	0,00	0,10	
Antioquia	16	3	0,23	0,04	
Bogotá D. C.	14	7	0,18	0,09	
Boyacá	2	1	0,15	0,08	
Caldas	3	0	0,28	0,00	
Cundinamarca	7	0	0,20	0,00	
Santa Marta D. T.	2	0	0,34	0,00	
Meta	3	0	0,26	0,00	
Quindío	3	0	0,54	0,00	
Risaralda	1	0	0,10	0,00	
Tolima	1	0	0,07	0,00	
Santiago de Cali D. E.	5	1	0,22	0,04	

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 41 del 2025

Durante el 2025 se confirmaron 89 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 22 municipios de 12 entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 29, seguido de Bagadó (Chocó) con 13 y Bogotá D. C. con 6 casos.

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios de Bagadó (Chocó), Albania (La Guajira), Tierralta (Córdoba), Puerto Gaitán (Meta), y Yavaraté (Vaupés) (tabla 28).

En población indígena se han confirmado siete fallecimientos, todas ocurridas en menores de un año.

Tabla 28. Casos de tos ferina en población indígena en Colombia, por departamento de procedencia, hasta la semana epidemiológica 41 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado	FIS último caso
Colombia		89	7	Abierto	
Antioquia	Urrao	29	2	Cerrado	-
	Betulia	1	0	Cerrado	-
	San Rafael	2	0	Cerrado	-
Bogotá D.C.	Bogotá D. C.	6	0	Cerrado	-
Cauca	Caloto	1	0	Cerrado	-
Caldas	Belalcázar	3	0	Cerrado	-
	Manizales	5	0	Cerrado	-
	Anserma	1	0	Cerrado	-
Chocó	Bagadó	13	2	Abierto	16/09/2025
	Tadó	2	0	Cerrado	-
	El Carmen de Atrato	1	0	Cerrado	-
La Guajira	Albania	1	0	Abierto	6/10/2025
	Maicao	1	0	Cerrado	-
	Riohacha D. E.	2	0	Cerrado	-
	Uribia	4	0	Cerrado	-
Córdoba	Tierralta	5	2	Abierto	5/10/2025
Meta	Puerto Gaitán	6	1	Abierto	13/09/2025
Risaralda	Pueblo Rico	1	0	Cerrado	
	Mistrató	2	0	Cerrado	
Vichada	Cumaribo	1	0	Cerrado	-
Vaupés	Yavaraté (CD)	2	0	Abierto	14/09/2025
Magdalena	Ciénaga	1	0	Cerrado	-

Fuente: Sivigila 2025p

FIS: fecha de inicio de síntomas

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, octubre 21 del 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 136 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 y Estado Amazonas 1), con 54** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), con una letalidad acumulada preliminar del 39,7 % (54/136)*, un caso de mortalidad en estudio. Se han descartado 1 969 casos. Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. En lo corrido del 2025p, se han confirmado 113 casos de fiebre amarilla, de los cuales 41 son casos fallecidos confirmados. La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (116 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (20), Prado (17), Chaparral (8), Rioblanco (8), Purificación (7), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1)

Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (39)***, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1). La edad mediana de 46,1 años (edad mínima de 2 y máxima de 92 años), con predominio del sexo



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

masculino (109 hombres y 27 mujeres). Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (30 casos) y los de 60 a 64 años (15 casos).

Se han confirmados 70 casos de epizootias de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH) distribuidos así: 53 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), San Antonio (5), Cunday (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (2), Purificación (1); ocho (8) casos procedentes de Huila en los municipios de: Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho (8) casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un (1) caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio.

La situación se encuentra bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional, con despliegue de equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

Brote de varicela en población de interés especial, Ciudad Bolívar, Antioquia. Octubre 19 del 2025

Se capta noticia por monitoreo de medios, con posterior verificación, identificándose el 29 de septiembre un brote de varicela en población privada de la libertad en estación de policía. Se realiza Investigación epidemiológica de campo el 30 de octubre identificándose, 8 casos de 33 expuestos, con una tasa de ataque de 24,24 %, no se reportan hospitalizaciones, defunciones o población con alto riesgo de complicaciones. Se identifican dificultades en el aislamiento. Se establece como hipótesis fuente de contagio comunitaria, posiblemente relacionada con visitas familiares. Se realizan las acciones de seguimiento a casos, contactos, recomendaciones de zonas de aislamiento transitoria, acciones individuales de control. Pendiente la muestra para diagnóstico diferencial de Mpox y seguimiento hasta el cierre. Continúa en seguimiento por referente, información sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud del Antioquia

ALERTAS INTERNACIONALES

Influenza A(H5N1) multipaís. Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Fecha de publicación: 17 de octubre del 2025

El 16 de octubre del 2025, Camboya notificó un nuevo caso humano de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en una niña de tres años de la provincia de Kampong Speu. La infección fue confirmada el 15 de octubre del 2025. La niña presentó fiebre, diarrea, tos y dolor abdominal, y está recibiendo tratamiento intensivo. En la casa del caso y vecinas, se reportaron desde una semana atrás, pollos y patos enfermos y muertos. Como parte las medidas, los contactos cercanos del caso han recibido tratamiento profiláctico con antivirales (Tamiflú); además, se están llevando a cabo campañas educativas en las aldeas afectadas. En el 2025 Camboya notificó 17 casos humanos de infección por el virus de la influenza A(H5N1), incluidas 14 muertes.

Desde el 2003, hasta el 17 de octubre del 2025, en el mundo se han registrado 992 casos humanos de infección por el virus de la influenza A(H5N1), incluidas 475 muertes (letalidad: 48 %). Estos casos se han notificado en 25 países (Australia (exposición ocurrida en India), Azerbaiyán, Bangladesh, Camboya, Canadá, Chile, China, Yibuti, Ecuador, Egipto, India, Indonesia, Irak, Laos, México, Myanmar, Nepal, Nigeria, Pakistán, España, Tailandia, Turquía, Vietnam, Reino Unido y Estados Unidos). Hasta la fecha, no se ha detectado transmisión sostenida de persona a persona.

El contacto directo con aves y otros animales infectados, sus secreciones o un entorno contaminado es la fuente más probable de infección, y el uso de medidas de protección individual para las personas expuestas a animales muertos o sus secreciones minimizará el riesgo asociado. Los recientes casos graves en Asia y América en niños y personas expuestas a aves de corral infectadas, enfermas o muertas subrayan el riesgo de contacto sin protección con aves infectadas en granjas de traspatio. Esto refuerza la importancia de utilizar equipos de protección individual adecuados.

En general, el riesgo relacionado con la influenza zoonótica para la población general de la Unión Europea se considera bajo.

Fuente: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Communicable disease threats report, 11 -17 October 2025, week 42. Fecha de publicación: 17 de octubre de 2025. Fecha de consulta: 22 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-42-2025.pdf>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 42 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, el segundo disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris, y el tercero valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 42

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	52	1	1	412	33	40	340	21	26	101	10	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	497	14	11	17462	1361	1666	7731	257	559	2670	121	185	59	4	3	553	44	9	75	6	5
Arauca	93	2	2	743	58	69	2381	65	89	761	14	16	24	0	0	3	0	0	60	6	8
Atlántico	102	3	1	3626	263	290	3853	301	264	1702	178	127	54	8	3	2	0	0	6	1	0
Barranquilla D.E.	16	0	2	3905	254	360	2771	400	182	1008	205	61	31	8	1	20	0	0	19	2	1
Bogotá D.C.	2	0	0	20423	1800	1976	0	0	0	0	0	0	0	0	0	115	20	8	10	1	0
Bolívar	248	8	5	2599	198	240	3686	338	249	1439	178	98	28	8	1	2	0	0	4	1	0
Boyacá	62	1	2	6165	489	549	663	23	24	298	9	16	3	0	0	7	1	1	7	1	1
Buenaventura D.E.	20	1	0	106	11	10	189	31	8	68	13	3	3	0	0	1	0	0	1	0	0
Caldas	58	2	2	3530	286	313	328	17	14	160	11	10	1	0	0	11	1	1	44	6	1
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	4529	417	443	3020	601	192	1061	252	63	25	8	3	62	18	3	42	2	1
Caquetá	166	2	2	1024	88	96	2246	55	26	891	32	13	29	0	1	2	0	0	8	2	0
Cartagena de Indias D.T.	15	0	2	1687	129	189	5527	378	412	1303	196	93	60	9	5	6	0	0	0	0	0
Casanare	146	4	4	1597	118	165	1511	121	59	488	48	16	6	2	1	47	0	1	5	1	2
Cauca	86	2	3	4901	443	401	1020	62	35	384	26	14	16	1	1	30	1	2	8	1	0
Cesar	268	4	7	2733	179	256	2983	274	352	1668	176	175	51	5	3	5	1	0	26	5	2
Chocó	179	4	2	268	17	36	1009	72	95	173	16	17	8	1	0	3	0	1	1	0	0
Córdoba	252	7	9	4518	350	398	9673	414	466	3551	200	231	31	4	2	4	1	0	13	3	0
Cundinamarca	69	2	1	13008	1063	1217	3603	189	126	1435	92	46	21	1	1	21	3	1	18	1	1
Guainía	18	0	0	180	12	22	32	5	7	11	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	89	3	0	340	29	29	1053	26	84	215	7	9	5	0	0	1	0	0	1	0	0
Huila	134	1	1	5829	456	590	3124	265	125	1110	111	38	92	7	1	10	1	0	8	2	0
La Guajira	122	4	3	1999	158	181	2636	145	90	1543	103	45	37	3	3	5	0	1	11	1	1
Magdalena	125	4	6	2189	186	172	1733	113	189	1010	75	104	17	1	2	1	0	0	11	2	0
Meta	232	4	8	3876	308	371	9336	326	498	3168	132	137	110	3	7	106	3	14	13	0	1
Nariño	101	4	1	6559	526	625	1042	73	59	343	23	28	14	1	1	5	1	0	14	2	1
Norte de Santander	280	7	7	5850	441	532	7848	388	708	3161	222	231	97	5	5	29	7	1	4	1	0
Putumayo	138	2	4	1593	130	160	2949	46	92	832	16	35	22	0	1	0	0	0	5	1	1
Quindío	15	0	0	2668	209	228	867	28	52	232	10	11	2	0	1	29	2	0	4	0	0
Risaralda	53	0	1	3839	301	364	1046	23	39	367	12	9	13	0	2	7	2	0	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	379	26	22	51	10	1	21	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	42	1	2	2012	114	171	550	62	86	330	37	55	4	1	0	6	0	3	29	3	11
Santander	200	6	6	6881	531	642	9817	509	677	3192	252	220	58	4	4	85	3	3	16	2	2
Sucre	89	2	2	2579	188	236	3502	330	165	2008	199	92	25	5	1	2	0	0	3	0	0
Tolima	133	3	2	6429	498	620	5294	642	317	1738	310	82	52	5	1	7	0	0	27	3	2
Valle del Cauca	68	2	0	7959	601	750	4202	435	260	1108	183	66	23	4	1	22	4	2	41	2	2
Vaupés	44	1	1	251	13	7	113	9	34	10	3	0	2	0	1	13	0	0	3	0	1
Vichada	51	1	2	236	22	16	730	12	44	220	3	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	4271	102	102	154884	12,308	14452	108,459	7,066	6,705	39,780	3,481	2,366	1,027	98	56	1,222	113	51	540	52	44

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 42

Decremento
Incremento

	Malaria			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 confirmados por laboratorio			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	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	2700	207	239	5	2	1	5624	538	510	165	15	16	0	0	0	4092	402	228	16	15	16
Antioquia	9749	735	575	208	24	22	798476	77624	60340	38823	2431	2478	4489	754	632	307213	33659	27154	532	740	532
Arauca	602	6	24	12	1	2	23432	2327	2197	3274	118	232	88	3	15	6724	645	437	29	53	29
Atlántico	0	0	0	15	6	3	143873	12084	16027	3158	286	323	1905	219	425	62227	4200	5570	106	208	106
Barranquilla D.E.	0	0	0	31	6	5	208833	18018	22992	12352	416	1551	1748	250	332	76210	5839	6152	142	254	142
Bogotá D.C.	0	0	0	242	42	42	1555550	127901	125272	73099	4583	5134	8300	1206	1541	621118	62641	57517	538	716	538
Bolívar	1462	83	92	16	5	3	121026	11624	12655	2472	268	309	433	120	115	26794	2687	2685	127	194	127
Boyacá	911	0	19	34	5	4	126457	11683	11765	7084	429	588	449	70	97	42584	4146	4127	89	118	89
Buenaventura D.E.	1776	153	101	4	0	0	6133	1100	656	106	8	9	11	2	2	2364	511	176	57	70	57
Caldas	20	2	0	18	3	1	77541	7673	6551	3101	248	200	1113	123	147	23770	3154	2051	62	80	62
Santiago de Cali D.E.	4	1	0	84	12	19	222114	21363	17931	8444	499	395	568	82	106	85628	13737	7731	212	254	212
Cauca	359	13	14	10	4	1	29541	2955	2705	1855	136	192	33	5	4	11964	1610	1185	40	55	40
Cartagena de Indias D.T.	6	0	1	19	4	7	186593	17565	18923	10992	388	990	1517	190	324	46869	4063	6190	130	220	130
Casanare	5	4	1	5	2	1	25181	2603	2051	522	63	63	46	15	13	9108	1005	703	49	67	49
Cesar	1929	250	58	33	3	7	100308	9112	7778	3397	112	288	555	64	92	36016	5635	3396	141	217	141
Chocó	15	2	1	28	3	5	121373	10337	11413	6275	631	536	449	155	70	24525	3068	2131	165	237	165
Chiriquí	18023	2155	1144	16	2	2	34399	2034	3046	1762	150	51	37	2	7	13852	902	1574	86	165	86
Córdoba	5111	790	262	31	4	1	188872	14917	16259	8655	519	1036	1402	253	285	49603	4137	4022	201	347	201
Cundinamarca	0	0	0	74	12	14	353888	26281	29424	12919	792	1012	1411	282	217	133403	12755	13126	285	350	285
Guainía	1409	374	98	0	0	0	2464	194	222	119	27	11	1	0	0	1415	115	145	14	15	14
Guaviare	933	99	71	0	0	0	6347	565	559	331	34	55	42	11	6	2953	264	258	12	11	12
Huila	1	0	1	23	6	6	96150	9714	6229	5013	277	332	749	69	133	36996	4726	3252	106	149	106
La Guajira	36	2	3	13	3	2	208750	15466	25216	2770	620	426	234	66	49	36483	4756	3698	211	346	211
Magdalena	4	1	1	9	2	3	109289	8739	11224	3348	249	223	78	11	1	29946	3148	2620	100	160	100
Meta	824	34	65	13	3	2	78647	6290	6180	3145	167	223	244	90	52	39706	4334	2973	133	150	133
Nariño	8158	863	328	66	7	12	125808	13036	10299	7292	375	649	166	24	23	41969	6997	4195	150	176	150
Norte de Santander	527	141	53	63	10	12	147409	12486	10896	8580	736	830	721	103	123	47522	5234	4163	117	203	117
Putumayo	73	4	3	7	0	0	30934	2291	2617	1234	113	104	31	6	4	10290	1237	935	32	51	32
Quindío	5	2	1	11	2	1	50051	5525	4096	2575	207	199	369	55	58	23034	2831	2052	36	54	36
Risaralda	2721	272	234	29	6	5	103266	9239	8489	4898	272	309	448	44	112	29569	4041	2683	63	94	63
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	6605	680	451	857	69	68	1	0	0	2401	315	213	9	12	9
Santa Marta D.T.	0	0	0	12	1	4	68322	2694	9058	3073	199	339	757	178	134	17065	1202	1498	45	86	45
Santander	11	1	2	89	8	14	230435	15990	23815	15160	1138	1396	1962	373	358	75647	6614	6987	129	204	129
Sucre	93	5	4	12	2	3	82418	8548	8549	8020	698	999	1434	279	318	18962	2808	1600	84	161	84
Tolima	0	0	0	24	4	2	132599	10877	9613	8984	365	511	378	62	49	52560	5704	4808	86	143	86
Valle del Cauca	62	10	1	54	6	6	137964	12027	11423	3335	234	259	717	74	111	56205	6572	4982	137	176	137
Vaupés	3893	235	138	15	1	3	6920	368	856	80	13	16	5	3	0	2184	95	244	9	12	9
Vichada	1550	173	104	3	0	0	3408	390	365	20	5	3	2	0	1	1513	164	176	28	32	28
Total nacional	62,975	6,657	3,638	1,328	201	215	5,957,000	512,858	518,652	277,289	17,89	22,355	32,893	5,243	5,956	2,110,484	225,954	193,637	4,508	6,597	4,508

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 42

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y descartados			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados 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	1	0	0	1	1	0	4	0	0	38	8	0	25	5	1
Antioquia	9	11	0	568	59	36	24	5	1	1711	25	74	2187	213	184	684	86	35
Arauca	1	1	0	19	1	1	5	1	0	27	2	3	113	18	4	79	3	4
Atlántico	7	3	0	61	6	2	0	1	0	30	0	2	841	76	96	110	4	3
Barranquilla D.E.	2	2	0	147	6	6	0	2	0	47	4	11	879	77	110	215	18	8
Bogotá D.C.	13	11	1	1272	119	105	637	5	9	2397	50	85	4322	380	385	2591	338	214
Bolívar	3	3	0	36	3	1	1	1	0	32	3	5	503	47	36	46	3	3
Boyacá	4	2	0	161	18	10	24	1	0	51	4	3	768	66	56	322	30	17
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	24	2	0	7	0	0
Caldas	2	2	0	60	9	3	1	1	0	42	1	1	375	33	24	49	1	0
Santiago de Cali D.E.	2	4	0	129	23	8	0	2	0	36	3	2	912	98	56	443	39	28
Caquetá	0	1	0	30	3	1	1	0	1	4	2	0	217	19	11	21	4	1
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	59	5	4	2	1	0	42	2	2	482	60	46	17	2	0
Casanare	2	1	0	23	2	1	9	0	0	1	1	0	213	25	41	20	2	2
Cauca	4	3	0	67	10	3	1	1	0	22	1	0	428	24	18	254	17	17
Cesar	4	3	0	59	4	6	0	2	0	29	3	9	431	30	97	31	2	1
Chocó	0	1	0	9	0	0	4	1	1	146	4	3	50	5	6	16	0	0
Córdoba	4	4	0	138	14	7	2	2	0	47	0	7	953	137	72	117	5	4
Cundinamarca	6	6	0	356	34	28	219	3	7	512	12	23	2147	174	166	447	43	29
Guainía	1	0	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	84	0	6	2	1	1
Guaviare	0	0	0	12	0	0	3	1	0	6	0	2	85	5	9	4	0	0
Huila	3	3	0	138	15	5	5	1	1	70	4	2	547	45	50	90	3	14
La Guajira	2	3	0	29	3	1	0	2	0	19	1	2	414	29	45	38	3	1
Magdalena	0	2	0	35	2	1	0	1	0	25	1	2	338	32	30	17	1	0
Meta	5	2	0	80	7	8	11	1	0	155	3	12	583	59	48	96	10	7
Nariño	7	3	1	144	13	17	4	1	0	83	6	3	610	70	78	79	6	8
Norte de Santander	7	3	0	172	16	13	3	2	0	54	5	2	972	86	130	84	6	0
Putumayo	1	1	0	26	4	1	1	1	0	19	0	0	193	19	11	109	10	13
Quindío	2	1	0	35	4	1	2	1	0	21	1	1	255	33	22	85	7	8
Risaralda	7	2	0	49	5	3	0	1	0	70	1	5	570	47	30	36	2	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	26	8	2	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	1	0	13	1	1	0	1	0	8	1	0	190	14	16	37	4	0
Santander	3	4	0	93	11	7	0	2	0	81	7	10	681	83	77	277	27	16
Sucre	4	2	0	66	5	4	2	1	0	62	11	5	651	64	87	133	5	1
Tolima	7	2	1	69	6	6	7	1	0	35	3	1	792	83	49	78	4	5
Valle del Cauca	2	4	0	136	10	12	2	1	0	21	6	0	1079	96	82	201	12	5
Vaupés	0	0	0	1	0	0	3	1	0	40	0	2	10	1	0	11	0	2
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	1	2	19	2	2	9	1	0
Total nacional	120	93	3	4,314	437	302	976	52	20	5,958	164	281	23,982	2,106	2,182	6,880	704	451

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 42

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		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
Amazonas	0	0	0	0	47	57	0	0	0	0	61	77	10	12
Antioquia	0	0	0	0	1486	2238	1	0	0	1	4365	4491	880	954
Arauca	2	0	0	0	239	145	0	0	0	0	144	176	14	16
Atlántico	0	0	0	0	328	290	0	0	0	0	727	809	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	179	277	0	0	0	0	730	817	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2499	2137	3	1	0	0	4073	4584	0	0
Bolívar	0	0	0	0	348	517	0	0	0	1	443	481	301	379
Boyacá	1	0	0	0	388	420	0	0	0	0	828	929	101	210
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	104	140	0	0	0	0	76	72	14	16
Caldas	0	0	0	0	140	157	0	0	0	0	975	864	243	163
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	371	463	1	0	2	0	1316	1661	1	3
Caquetá	0	0	0	0	155	111	0	0	0	1	203	181	173	208
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	220	440	0	0	0	0	441	497	3	1
Casanare	4	2	0	0	257	210	0	0	0	0	239	283	6	5
Cauca	0	0	0	0	254	255	0	0	0	0	693	707	45	50
Cesar	4	7	0	0	578	779	1	0	0	0	481	504	63	367
Chocó	0	0	0	0	604	690	0	1	0	1	85	132	186	166
Córdoba	1	0	0	0	457	422	0	0	0	0	827	891	167	152
Cundinamarca	0	0	0	0	979	959	0	0	0	0	1790	2180	177	135
Guainía	0	0	0	0	46	37	0	0	0	0	23	28	13	21
Guaviare	0	0	0	0	88	57	0	0	0	0	51	57	387	125
Huila	0	0	0	0	349	384	0	1	0	2	694	610	9	7
La Guajira	0	0	0	0	1617	1426	2	0	0	0	228	313	18	23
Magdalena	0	0	0	0	464	681	0	0	0	0	288	331	6	8
Meta	0	0	0	0	334	315	0	0	0	0	594	569	185	108
Nariño	0	1	0	0	541	568	0	0	0	0	1137	1325	207	150
Norte de Santander	2	0	0	0	556	592	3	0	0	0	866	980	170	164
Putumayo	0	0	0	0	156	156	0	0	0	0	257	248	176	184
Quindío	0	0	0	0	77	67	0	0	0	0	433	404	0	0
Risaralda	0	0	0	0	293	389	0	0	0	0	969	1110	106	84
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	3	0	0	0	0	19	27	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	83	149	0	0	0	0	227	297	9	13
Santander	2	1	0	1	368	408	1	0	0	0	1259	1453	438	667
Sucre	0	0	0	0	186	329	0	2	0	0	398	400	88	54
Tolima	0	0	0	0	297	279	0	0	0	0	986	957	269	173
Valle del Cauca	0	0	0	0	352	523	1	0	0	1	1071	1177	15	12
Vaupés	0	0	0	0	61	24	0	0	0	0	54	88	33	31
Vichada	0	0	0	1	238	172	0	0	0	0	22	23	37	16
Total nacional	16	11	0	2	15,746	17,266	11	5	4	7	28,074	30,733	4,551	4,680

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 42

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		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	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0
Antioquia	8	6	20	12	7	3	25	37	11	9	112	238
Arauca	0	0	2	0	2	0	3	2	1	1	5	5
Atlántico	2	0	8	6	1	0	9	3	6	3	26	30
Barranquilla D.E.	2	4	6	5	1	2	5	5	2	0	21	31
Bogotá D.C.	1	0	23	16	1	0	41	18	0	0	128	594
Bolívar	5	1	8	5	2	0	11	5	8	2	20	2
Boyacá	0	0	4	3	1	3	4	6	0	1	21	33
Buenaventura D.E.	2	0	3	1	0	1	4	3	2	1	5	2
Caldas	0	0	3	0	0	1	3	1	0	0	17	2
Santiago de Cali D.E.	2	0	6	5	1	1	7	9	2	0	37	47
Caquetá	1	0	2	1	0	0	6	5	2	1	7	2
Cartagena de Indias D.T.	7	4	7	1	0	1	8	7	2	1	16	17
Casanare	1	0	2	4	1	0	2	0	2	1	8	8
Cauca	0	0	7	1	4	5	9	9	1	3	26	9
Cesar	2	0	11	12	6	3	9	5	18	10	24	19
Chocó	0	1	12	6	28	17	27	32	32	35	10	8
Córdoba	1	0	12	5	1	4	14	10	5	9	32	29
Cundinamarca	2	2	12	7	0	3	9	16	3	0	57	67
Guainía	0	0	0	3	1	1	3	2	1	2	2	0
Guaviare	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2	1
Huila	1	1	5	2	0	0	5	3	3	1	20	15
La Guajira	0	0	19	15	21	12	34	22	42	27	17	0
Magdalena	1	0	9	4	2	1	10	10	12	6	16	3
Meta	0	0	7	2	1	1	10	5	6	2	19	10
Nariño	1	3	10	8	2	1	8	10	5	2	28	10
Norte de Santander	2	1	6	8	2	2	5	3	4	0	28	23
Putumayo	0	1	2	1	1	1	3	2	1	0	6	12
Quindío	1	1	2	1	0	1	2	0	0	0	9	5
Risaralda	4	2	3	2	7	8	7	7	7	6	16	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	1	0	6	2	2	0	4	2	0	2	9	10
Santander	2	1	8	4	1	0	6	2	1	0	39	28
Sucre	1	1	5	1	0	0	6	6	2	1	17	35
Tolima	3	6	6	3	2	0	8	4	1	0	22	8
Valle del Cauca	4	1	5	2	2	1	9	7	5	1	34	45
Vaupés	0	0	0	0	2	3	3	1	1	2	2	0
Vichada	0	2	4	1	3	0	4	5	9	8	2	0
Total nacional	335	367	243	149	112	77	324	267	182	137	863	1,350

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 42

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados 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 confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	4	15	22	0	0	49	60	2	0	483	579
Antioquia	143	102	955	1076	0	0	2842	3983	91	120	18624	17911
Arauca	35	14	144	125	0	0	114	121	2	0	936	1111
Atlántico	42	24	290	299	0	1	349	458	15	21	1984	2231
Barranquilla D.E.	63	15	347	278	0	0	636	787	17	30	2064	2390
Bogotá D.C.	142	56	776	754	0	0	1131	1202	32	22	24672	28121
Bolívar	41	20	245	239	1	3	136	178	4	1	1947	2119
Boyacá	18	17	82	69	0	0	121	181	2	3	3260	3760
Buenaventura D.E.	19	14	110	83	0	0	139	176	6	3	319	247
Caldas	16	19	111	138	0	0	257	255	4	0	2525	2690
Santiago de Cali D.E.	28	17	376	435	0	1	1164	1270	36	50	6533	6080
Caquetá	7	11	72	76	0	0	190	266	5	7	899	959
Cartagena de Indias D.T.	62	37	275	311	0	2	321	401	4	5	1199	1353
Casanare	32	32	106	133	0	1	120	170	3	8	733	800
Cauca	19	14	163	157	0	2	223	243	3	3	2818	2788
Cesar	33	20	276	218	0	0	317	402	2	9	1707	1837
Chocó	43	24	183	200	0	0	162	235	2	3	354	407
Córdoba	30	9	266	196	1	0	212	255	4	9	2981	2766
Cundinamarca	59	52	305	403	0	0	432	508	14	10	10847	13080
Guainía	6	7	15	15	0	0	14	21	0	0	171	196
Guaviare	4	2	23	14	0	0	39	33	1	2	240	308
Huila	15	9	131	127	0	0	305	383	7	9	5170	5233
La Guajira	55	37	306	310	0	0	408	528	6	8	1104	1284
Magdalena	30	22	190	212	0	2	129	160	3	3	1171	1254
Meta	41	39	213	246	0	0	499	740	16	26	2051	2161
Nariño	14	16	195	188	0	1	141	184	4	7	3452	4509
Norte de Santander	76	35	411	407	0	1	545	723	12	9	3251	3537
Putumayo	6	5	76	88	0	1	88	109	3	3	1092	1343
Quindío	9	6	80	90	0	0	208	272	3	6	2168	2231
Risaralda	23	19	148	166	0	0	467	594	22	11	3047	3172
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	5	10	0	0	6	16	0	0	162	221
Santa Marta D.T.	16	16	92	148	0	0	188	269	2	3	529	677
Santander	55	54	350	415	0	0	714	1247	22	17	5240	5706
Sucre	17	18	168	160	1	1	82	78	1	0	1516	1619
Tolima	27	24	148	113	0	1	441	629	12	12	2548	2893
Valle del Cauca	28	33	259	310	0	0	565	714	14	25	5853	6358
Vaupés	1	0	3	3	0	0	11	20	0	0	174	385
Vichada	6	10	31	32	0	0	29	31	0	2	205	200
Total nacional	1,376	857	8,201	8,266	3	17	13,793	17,902	374	447	124,029	134,516



Semana epidemiológica 42

12 al 18 de octubre del 2025

TEMA CENTRAL

Sífilis gestacional y sífilis congénita

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Claudia Pérez Clavijo. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctores de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

45# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.42>