



Parálisis Flácida Aguda

El Día Mundial contra la Polio nos recuerda la importancia de sostener una vigilancia activa y coberturas de vacunación óptimas, garantizando que la poliomielitis permanezca como una enfermedad erradicada en Colombia y en la Región de las Américas.

Semana
epidemiológica

19 al 25 de octubre del 2025


43

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

Parálisis Flácida Aguda
Enfermedad manos pies y boca (EMPB)

Pág.

3-9



Situación nacional

15



Mortalidad

17



Eventos trazadores

24



Brotes y alertas

43



Tablas de mando por departamento

45

TEMA CENTRAL

Parálisis Flácida Aguda

Yenny Marcela Elizalde Rodríguez, yelizalde@ins.gov.co

La lucha por la erradicación de la polio se estableció en 1988 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzando la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis (IEMP), con el objetivo inicial de lograr la erradicación para el año 2000; logró disminuir los casos por poliovirus salvaje en el 99 %, gracias a las campañas de vacunación, vigilancia epidemiológica y respuesta rápida a brotes (1).

Los tipos 2 y 3 de poliovirus salvaje han sido erradicados a nivel mundial; sin embargo, la erradicación está en una fase crítica, el poliovirus salvaje tipo 1 sigue siendo endémico en Afganistán y Pakistán, simultáneamente en tres de las seis regiones de la OMS que han logrado eliminar el poliovirus salvaje, se han detectado casos de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) en poblaciones con vacunación ineficiente (1, 2).

Es importante destacar que la inmunidad frente a un serotipo no protege contra los otros dos. La transmisión de la poliomieltis ocurre por vía fecal-oral: el virus entra por la boca, se multiplica en el intestino y es excretado al ambiente durante varias semanas, facilitando su propagación en áreas con saneamiento deficiente (3).

A partir del retiro de la vacuna oral de polio tipo 2 (VOP2) del esquema regular en 2016, a nivel mundial se han incrementado los brotes por poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (VDPV2), identificados en poblaciones con deficiencia en coberturas de vacunación, lo que generan intranquilidad para el programa de erradicación de la poliomieltis. Adicionalmente, este aumento está relacionado con la caída de la inmunidad de la mucosa intestinal de la población a los PVS2 en los menores nacidos después de abril de 2016 (2, 4).

La IEMP cuenta con tres modelos de vigilancia para la detección de poliovirus, el primordial es la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda (PFA), que se complementa con la vigilancia ambiental y vigilancia de poliovirus derivados de la vacuna asociados a inmunodeficiencia primaria (iVDPV)(5).

Para alcanzar la meta de la erradicación de PVS y dar fin a la transmisión de cVDPV la IEMP implementó desde enero del 2022 la “Estrategia de erradicación de la poliomieltis 2022-2026: el cumplimiento de una promesa”, en noviembre del 2024 basándose en la situación epidemiológica actual, y tras un proceso de revisión crítica y consulta con expertos, el Comité de Estrategia y la Junta de Supervisión de la Poliomieltis de la IEMP decidieron extender el cronograma para la certificación de la erradicación del poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1)

hasta finales de 2027, así como la certificación de la eliminación del poliovirus variante circulante tipo 2 (cVDPV2), también denominado poliovirus derivado de la vacuna, hasta finales del 2029 (2, 6).

Asimismo, en el informe se realizó la evaluación del progreso mundial hacia la erradicación de la polio en el contexto de la crisis geopolítica actual y financiera; el documento resalta que el programa enfrenta su mayor desafío en cuatro décadas, principalmente por el retiro de Estados Unidos de la OMS, la disolución de USAID, y los recortes presupuestales del CDC, lo que pone en riesgo el soporte técnico y financiero histórico al IEMP (7).

La región de las Américas fue certificada libre de poliovirus salvaje (PVS) en 1994, tras el último caso en Perú en 1991. No obstante, entre 2000 y 2001 se registró un brote de poliomieltitis por poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 (VDPV1) en Haití y República Dominicana, con 21 casos confirmados. En 2022, se detectó un caso de poliomieltitis paralítica por VDPV2 en un adulto no vacunado en Nueva York, vinculado genéticamente a cepas encontradas en Reino Unido e Israel. Además, en marzo del 2023, Perú notificó un caso de VDPV1 en un niño indígena de Loreto sin antecedentes de vacunación ni viajes. Posteriormente, en agosto del 2024, se identificó poliovirus derivado de la vacuna tipo 3 (VDPV3) en aguas residuales en Cayena, Guyana Francesa, confirmando la presencia de cVDPV3, aunque sin casos humanos reportados hasta el momento (8).

Ante la confirmación de casos de poliomieltitis paralítica en la región de las Américas (Estados Unidos y Perú), la OPS emitió alertas epidemiológicas y generó recomendaciones para la intensificación de la vigilancia; con base en estas recomendaciones y con el fin de fortalecer e intensificar la vigilancia, Colombia actualmente cuenta con estas tres estrategias de vigilancia de la PFA:

1. Vigilancia rutinaria de PFA en menores de 15 años.
2. Ampliación de la vigilancia de las PFA en adolescentes y adultos hasta los 49 años en Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) centinelas (9).
3. Vigilancia de excreción de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencia primaria en UPGD centinelas (10).

A continuación, se describen los principales aspectos de estas estrategias.

Comportamiento epidemiológico de la vigilancia rutinaria en menores de 15 años

En 1994, Colombia fue certificada como país libre de poliovirus salvaje y desde entonces no ha confirmado casos, logrando mantener dicha certificación, conservando su estatus de país libre de poliomieltitis. Para ello, el país desarrolla la vigilancia de poliovirus a través de la detección y notificación de casos probables de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, mediante un enfoque de vigilancia sindrómica.

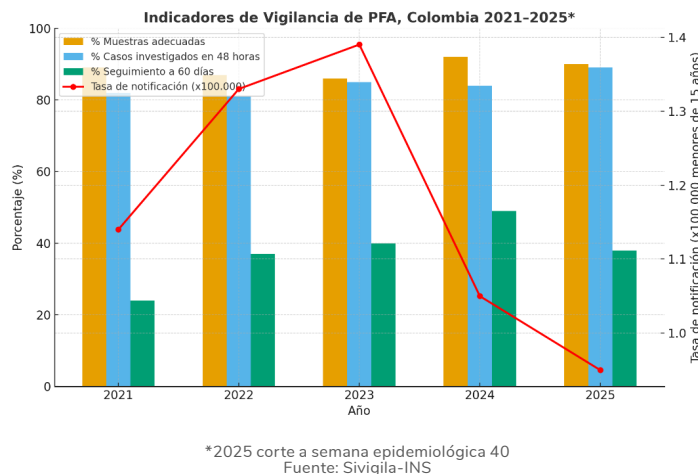
En cuanto a los indicadores, la tasa de notificación de parálisis flácida aguda tiene una meta anual establecida por Organización Panamericana de Salud (OPS) de un caso por cada 100 000 menores de 15 años, en el periodo 2021 al 2024 Colombia alcanzó dicha meta; a semana epidemiológica 40 del 2025 la tasa se ubica en 1,02 casos por 100 000 menores de 15 años, cumpliendo con el indicador de capacidad básica de la vigilancia de PFA (figura 1).

La investigación epidemiológica de campo (IEC) en las primeras 48 horas para el periodo 2021 a 2024 cumple la meta, presentando incremento respecto a los años previos a la pandemia de COVID-19, este comportamiento puede relacionarse con un aumento en el diligenciamiento de la variable de investigación de campo en el momento de ajuste del caso, las asistencias técnicas y las capacitaciones; con corte a semana epidemiológica 40 del 2025 el indicador alcanzó el 89 % (figura1).

El indicador de gestión crítico de la vigilancia es el porcentaje de valoración neurológica de 60 días, para el 2021 llegó a 21 % mientras que para el 2024 alcanzó el 49 %, evidenciando una leve mejora sin alcanzar la meta de 80 %, a semana epidemiológica 40 del 2025 está en 38 %; para garantizar las valoraciones neurológicas de 60 días se ha trabajado en la articulación con Supersalud con el fin de hacer un llamado al cumplimiento por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) quienes tienen la responsabilidad (figura 1).

Ahora bien, el indicador de laboratorio de recolección adecuada de muestras históricamente ha cumplido con la meta del 80 %, en el 2025 a semana epidemiológica 40 se reportó un cumplimiento del 90 %. Es importante reconocer que a pesar de que el país cumple con las metas establecida de los indicadores, este no es homogéneo a nivel subnacional.

Figura 1. Indicadores de vigilancia de parálisis flácida aguda, Colombia, 2021 al 2025*



Análisis de riesgo de importación de polio

Para el proceso de certificación de la eliminación de polio, la Comisión Regional de Certificación (RCC) realiza una evaluación del riesgo de circulación del poliovirus en los países de la región de las Américas en caso de una importación o aparición del poliovirus. En el 2022, la OPS actualizó el instrumento para el análisis de riesgo de polio con el objetivo de facilitar la recolección de datos de indicadores de vigilancia epidemiológica a nivel subnacional y la toma de decisiones enfocadas a la mitigación del riesgo en cada una de las entidades territoriales del país (11).

Para la evaluación del riesgo de poliomiелitis se consideran tres componentes fundamentales: inmunidad de la población, vigilancia epidemiológica y determinantes salud. Adicionalmente, se toma en cuenta la densidad poblacional de menores de 15 años, diferenciando si esta es superior o inferior a 100 000 menores de 15 años (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Criterios y valor de los componentes para entidades territoriales con población mayor a 100 000 menores de 15 años

Inmunidad	Cobertura administrativa de polio	54 puntos
	Cobertura de la segunda dosis de vacuna inactivada de polio VIP2	
	Campaña de vacunación	
Vigilancia	Porcentaje de unidades notificadoras	36 puntos
	Tasa parálisis flácida aguda (PFA)	
	Notificación oportuna	
	Investigación epidemiológica de campo en menos de 48 horas	
	Casos con muestra adecuada	
Determinantes	Casos con seguimiento a los 60 días	10 puntos
	Porcentaje de población con acceso a servicios básicos de agua	
	Porcentaje de población con acceso a servicios básicos de higiene	

Fuente: <https://www.paho.org/en/polio-surveillance-dashboard>

Tabla 2. Criterios y valor de los componentes para entidades territoriales con población menor a 100 000 menores de 15 años

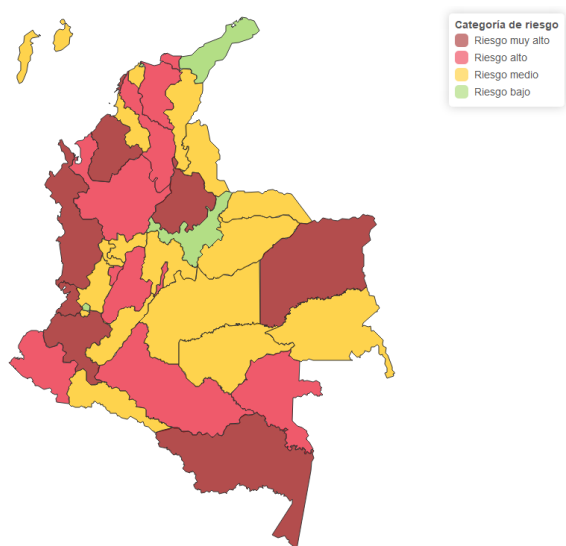
Inmunidad	Cobertura administrativa de polio	68 puntos
	Cobertura de la segunda dosis de vacuna inactivada de polio VIP2	
	Campaña de vacunación	
Vigilancia	Porcentaje de unidades notificadoras que enviaron información	20 puntos
	Búsquedas activas institucionales en al menos un establecimiento de salud del municipio	
Determinantes	Porcentaje de población con acceso a servicios básicos de agua	12 puntos
	Porcentaje de población con acceso a servicios básicos de higiene	

Fuente: <https://www.paho.org/en/polio-surveillance-dashboard>

Las categorías programáticas de riesgo bajo, medio, alto y muy alto con base en la puntuación final obtenida; el rango de puntajes posibles va de 0 a 100 puntos de riesgo y se categorizan así: menor de 34 se clasifica en bajo riesgo, 35 a 48 puntos riesgo medio, 49 a 60 puntos riesgo alto y mayor de 61 puntos riesgo muy alto.

De acuerdo con los datos recolectados se realizó el análisis de riesgo de importación de poliovirus para 2024. Para Colombia, el resultado de la valoración del riesgo fue bajo con 27 puntos; en cuanto a las 38 entidades territoriales se evidenció que el 21,1 % (8) está en riesgo muy alto, el 126,3 % (10) en riesgo alto, el 42,1 % (16) en riesgo medio y 10,5 % (4) en riesgo bajo (figura 2).

Figura 2. Resultados del análisis de riesgo por entidad territorial Colombia, 2024.



Fuente: Informe de evaluación de riesgo, Colombia 2024

Vigilancia ampliada de parálisis flácida aguda en personas de 15 a 49 años

El objetivo de esta estrategia es fortalecer la vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) en el grupo de edad de 15 a 49 años, mediante la implementación en unidades centinela seleccionadas a nivel nacional. Para ello, se cuenta con un anexo técnico que establece las directrices del proceso. La selección de las unidades centinela se basó en la evaluación del riesgo y se priorizaron aquellas UPGD ubicadas en ciudades fronterizas o puntos de entrada internacionales con alto flujo migratorio. Además, se consideró su experiencia en vigilancia centinela de otros eventos, así como su capacidad logística y tecnológica para realizar diagnósticos diferenciales de PFA.

De esta manera se seleccionaron 13 unidades centinela en todo el país y desde el inicio de la vigilancia en semana epidemiológica 18 del 2023 hasta semana

epidemiológica 40 del 2025 se han notificado e investigado 85 casos, 20 casos en el 2023, 32 casos en el 2024 y 33 casos a semana epidemiológica 40 del 2025, todos con resultado de laboratorio negativo para poliovirus (tabla 3).

Tabla 3. Casos probables de parálisis flácida aguda notificados en personas de 15 a 49 años por unidad centinela semana epidemiológica 18 del 2023 a semana epidemiológica 40 del 2025

UPGD	2023	2024	2025	Total
E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz	2	7	6	15
Hospital Universitario San Ignacio	5	3	5	13
Hospital Universitario De Santander	2	2	5	9
Organización Clínica General Del Norte	2	2	5	9
Fundación Hospitalaria San Vicente De Paul	0	4	4	8
Unidad De Servicios De Salud Simón Bolívar	2	2	4	8
Hospital Internacional De Colombia	2	3	1	6
Fundación Valle Del Lili	2	2	1	5
Hospital Universitario Mayor Mederi	0	3	2	5
E.S.E Hospital San Rafael Tunja	2	1	0	3
E.S.E Hospital Del Sarare	1	0	0	1
Fundación Hospital San Pedro	0	0	0	0
Clínica Madre Bernarda	0	0	0	0
Organización Humana Integra	0	1	0	1
Clínica El Prado	0	1	0	1
E.S.E Hospital Manuel Elkin Patarroyo	0	1	0	1
Total	20	32	33	85

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2023 – 2025

Vigilancia centinela de excreción de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencia primaria

Colombia adaptó las recomendaciones de vigilancia en pacientes con inmunodeficiencia primaria emitidas por la OPS en el documento técnico “Orientaciones para la implementación de la vigilancia de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencias primarias”. Para esto, se cuenta con un anexo técnico con las directrices nacionales, el objetivo de esta estrategia de vigilancia es identificar pacientes con inmunodeficiencia primaria excretores de poliovirus asintomáticos o con cuadros clínicos de parálisis flácida aguda.

Se seleccionaron dos unidades centinela del país por ser de referencia para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastornos de inmunodeficiencia, estas unidades son: Hospital Pediátrico la Misericordia (HOMI) y Fundación Hospital Infantil Universitario de San José, ambos ubicados en Bogotá, las cuales se encuentran actualmente en el proceso de identificación y captación de pacientes con inmunodeficiencia primaria.

Las unidades centinela a semana epidemiológica 40 de 2024 han identificado 22 casos, 14 casos de la Fundación Hospital Infantil Universitario de San José y 8 casos el HOMI; la mayor proporción de casos se presenta en el grupo de 10 a 14 años (7 casos) y en el sexo masculino con 14 casos, los resultados de laboratorio para poliovirus han sido negativos.

Retos de la vigilancia parálisis flácida

- Optimización de la notificación inmediata: Es necesario fortalecer los mecanismos de reporte oportuno de casos por parte de las entidades territoriales, con el fin de asegurar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia establecidos.
- Mejora en la oportunidad de valoraciones neurológicas: Es prioritario implementar estrategias interinstitucionales, como mesas de trabajo con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Supersalud, para garantizar la realización oportuna de valoraciones neurológicas a los 60 días.
- Sostenibilidad operativa de la vigilancia en inmunodeficiencias primarias: Es necesario implementar estrategias que garanticen la continuidad de la vigilancia de excreción de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencias primarias, asegurando la articulación permanente con las UPGD centinela previamente establecidas para este fin.
- Capacitación continua en vigilancia ampliada: es fundamental mantener procesos de formación y sensibilización dirigidos a todas las unidades centinela involucradas en la vigilancia ampliada de PFA en el grupo etario de 15 a 49 años, con el propósito de asegurar el cumplimiento técnico de los indicadores establecidos.

Conclusiones:

- A la fecha, no se ha evidenciado circulación de poliovirus salvaje ni de poliovirus derivado de la vacuna (cVDPV) en el país; sin embargo, persiste el riesgo de reintroducción y de ocurrencia de brotes asociados a estos agentes, especialmente en contextos de baja cobertura vacunal o alta movilidad poblacional.
- La vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) ha demostrado una adecuada sensibilidad para la detección de casos probables; no obstante, se requiere fortalecer la oportunidad y calidad de la respuesta operativa desde el momento del ingreso de los casos probables al sistema.
- El país cumple con los estándares establecidos para el periodo de post-erradicación en los componentes de vigilancia y laboratorio.

Recomendaciones:

- Implementar acciones sostenibles para mantener un sistema de vigilancia altamente sensible, que permita la detección oportuna de casos de parálisis flácida aguda (PFA), junto con el aseguramiento de coberturas de vacunación elevadas y homogéneas en todos los territorios.
- Fortalecer las capacidades técnicas y la sensibilización de todos los actores del sistema de vigilancia en salud pública promoviendo la ejecución de acciones individuales y colectivas oportunas ante la notificación de casos probables de PFA, con el fin de garantizar el cumplimiento de los indicadores establecidos en el Plan Nacional de Erradicación de la Poliomieltis.
- Actualizar y mantener operativo el plan nacional de respuesta a brotes, asegurando la disponibilidad de equipos de respuesta inmediata (ERI) entrenados y equipados para la atención oportuna y efectiva ante eventos o brotes de poliomieltis.
- En el contexto del periodo de post - erradicación, fortalecer los procesos de vigilancia del evento y las estrategias de vacunación de cohortes susceptibles, garantizando intervenciones eficaces, eficientes y sostenibles que prevengan la reintroducción o transmisión del poliovirus en el país.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Poliomyelitis. 2025 [citado el 14 de abril de 2025]; Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>
2. Polio Eradication Initiative. Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022-2026, El cumplimiento de una promesa [Internet]. 2021 [citado el 14 de abril de 2025]. Disponible en: <https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026/>
3. Organización Mundial de la Salud. Immunization, Vaccines and Biologicals. 2025 [citado el 14 de abril de 2025]; Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/data-statistics-and-graphics>
4. Organización Panamericana de la Salud. Polio Switch _ OPS_OMS _ Organización Panamericana de la Salud. 2016 [citado el 17 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/tag/polio-switch>
5. Polio Eradication Initiative. Global Polio Surveillance Action Plan 2025-2026 [Internet]. 2025 [citado el 14 de abril de 2025]. Disponible en: <https://polioeradication.org/global-polio-surveillance-action-plan-2025-2026-2/>
6. Global Eradication Initiative. Polio Eradication Strategy 2022-2026: delivering on a promise, extension to 2029. 2025 [citado el 24 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/49602e7f-8824-4450-bb10-a1636d14c800/content>
7. Global Polio Eradication Initiative, Alwan A, Frieden T, Goldstein S, Director M. The Glass Mountain [Internet]. 2025 sep [citado el 24 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2025/09/24th-IMB-Report-20250922.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica Poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 circulante en los Estados Unidos: consideraciones para la Región de las Américas 13 de septiembre 2022 [Internet]. 2022 sep. Disponible en: <https://on.ny.gov/3U1AaMu>
9. Instituto Nacional de Salud. Anexo 9. vigilancia centinela de parálisis flácida Aguda personas de 15 a 49 años en diez Unidades Primarias Generadoras de Datos, Colombia. 2023 [citado el 14 de abril de 2025]; Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Anexo_PFA_15-50_a%C3%B1os_2023.pdf
10. Instituto Nacional de Salud. Anexo 10. vigilancia de excreción de poliovirus en personas con inmunodeficiencia primaria en dos Unidades Primarias Generadoras de Datos centinela, Colombia. 2023 [citado el 14 de abril de 2025]; Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Anexo_PFA_15-50_a%C3%B1os_2023.pdf
11. Organización Panamericana de la Salud. Tablero de vigilancia de polio. 2020 [citado el 23 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/polio-surveillance-dashboard>

TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de la Enfermedad manos pies y boca (EMPB), Colombia, 2025

Erika Ximena Ospitia Báez, eospitia@ins.gov.co

Es una enfermedad viral aguda y se propaga fácilmente de persona a persona. Es más común en los bebés y los niños menores de 5 años, pero cualquier persona puede contraerla. Se puede propagar rápidamente en escuelas y guarderías infantiles, es causada por *Enterovirus*, un género de la familia *Picornaviridae* (1). Por lo general, la EMPB no es grave y las complicaciones son poco frecuentes. En climas templados, la incidencia alcanza su pico en verano e inicios de otoño; mientras que en las regiones tropicales puede presentarse durante todo el año (2).

El enterovirus A71 (EV71) y el virus Coxsackie A16 (CA16) se han identificado como los patógenos predominantes durante varias décadas. En los últimos años, los virus Coxsackie A6 (CA6) y A10 (CA10) han desempeñado un papel cada vez más importante en una serie de brotes de EPMB (3).

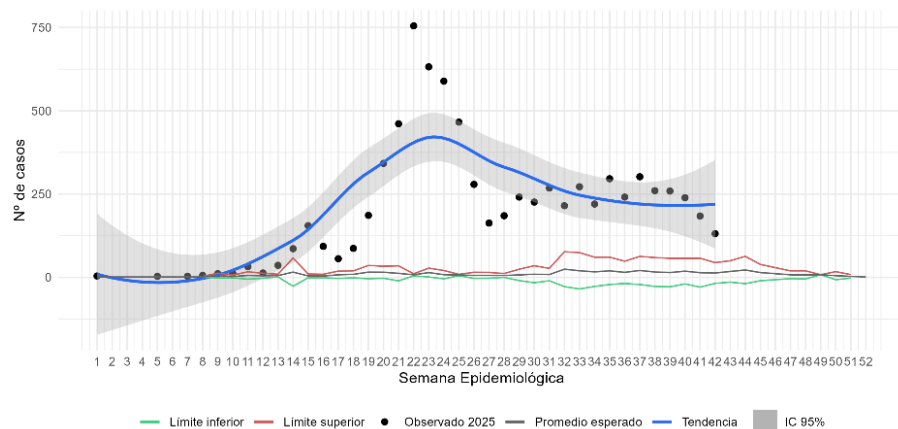
La Enfermedad de Manos, Pies y Boca (EMPB) se caracteriza por erupciones papulovesiculares en palmas y plantas, usualmente acompañadas de úlceras bucales dolorosas. En niños pequeños, puede extenderse a glúteos, rodillas o codos. Se transmite por contacto directo con secreciones, líquido vesicular, o heces y objetos contaminados, siendo más contagiosa durante la primera semana. La enfermedad suele ser leve, dura de 7 a 10 días y se resuelve espontáneamente, requiriendo únicamente manejo de soporte con analgésicos y antipiréticos (1,2).

La EMPB se notifica en Sivigila bajo el evento “Sin establecer” (sospecha 1), utilizando el código 900 para casos individuales y el código 901 para notificación colectiva. A continuación, se presenta el análisis descriptivo del comportamiento epidemiológico de la EPMB y sus características sociodemográficas de casos notificados en el 2025.

La notificación de la Enfermedad de Manos, Pies y Boca (EMPB) bajo el evento 900 se realiza mediante un sistema de vigilancia pasiva. Esto implica que solo algunas Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) en las entidades territoriales informan los casos. Es importante tener en cuenta que, debido a la naturaleza pasiva de la vigilancia, la consistencia y exhaustividad de la notificación puede variar a lo largo del tiempo. Por lo tanto, los resultados presentados a continuación se obtuvieron a partir de esta vigilancia pasiva y podrían tener variaciones con relación a otras fuentes de datos.

Hasta la semana epidemiológica (SE) 42 del 2025, en Colombia se han notificado, mediante el evento sin establecer individual (900), un total de 8 022 casos de EMPB. Representa un aumento de 37,3 veces más que en el mismo periodo de 2024 y 14,07 veces más que en 2023. El pico máximo de casos en la SE 22 (755 casos) (figura 3).

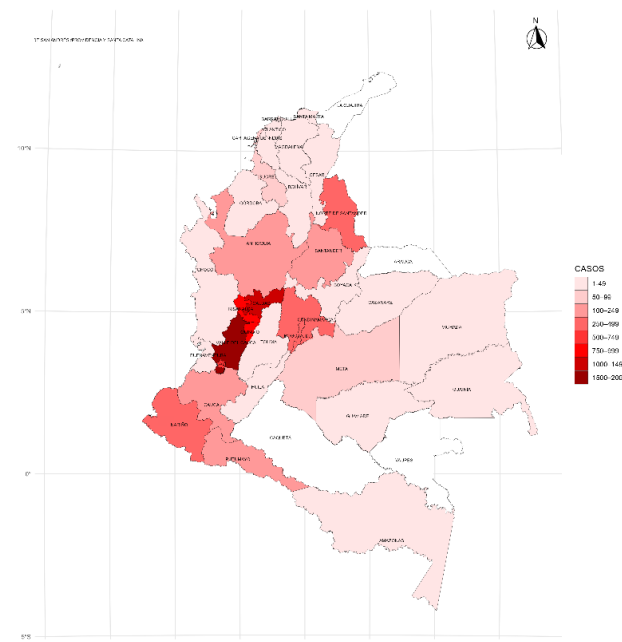
Figura 3. Gráfico de control, EMPB, evento sin establecer individual (Cod. 900), Colombia, semana epidemiológica 42 del 2025.



Fuente: Sivigila

Los departamentos con mayor notificación de la enfermedad fueron Valle del Cauca (1 937 casos), Caldas (1 272), Risaralda (862), Quindío (805) y Santiago de Cali D. E.(619), que, en conjunto, concentran el 70 % del total nacional (figura 4). El patrón geográfico evidencia una fuerte carga en el Eje Cafetero, el centro y el suroccidente del país, observando incrementos estadísticamente significativos ($p<0,05$) en entidades que pasaron de no notificar casos en 2024 a reportar un número elevado de casos en 2025.

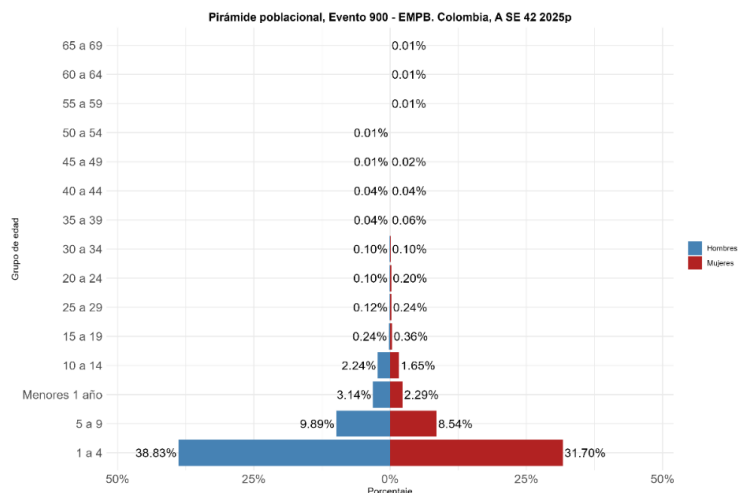
Figura 4. Ocurrencia de Enfermedad de Manos, Pies y Boca por entidad territorial, evento sin establecer individual (Cod. 900), Colombia, semana epidemiológica 42 del 2025.



Fuente: Sivigila

El análisis sociodemográfico muestra que el 81,6 % de los casos corresponde a niños menores de cinco años, seguido del grupo de 6 a 11 años con el 15,2 %, sin diferencias sustanciales por sexo (masculino: 54,8 %, femenino: 45,2 %) (figura 5), y con predominio en áreas urbanas (alrededor del 80,6 %). En cuanto al nivel socioeconómico, la mayor proporción se concentra en estratos 1 (34,6 %) y 2 (41,7 %). El 98,3 % de los casos han sido manejados de manera ambulatoria y todos los casos reportados se encuentran vivos.

Figura 5. Pirámide poblacional de los casos con Enfermedad de Manos, Pies y Boca, evento sin establecer individual (Cod. 900), Colombia, semana epidemiológica 42 del 2025.



Fuente: Sivigila

Hasta la semana epidemiológica 42 del 2025, las tasas ajustadas más altas de EMPB en primera infancia se concentran en Caldas y Santiago de Cali D. E., seguidas por Risaralda, Valle del Cauca y Quindío. Estas tasas elevadas no necesariamente coinciden con los mayores conteos absolutos; por ello, estos territorios deben reforzar y mantener las acciones de vigilancia y control de la enfermedad (tabla 4).

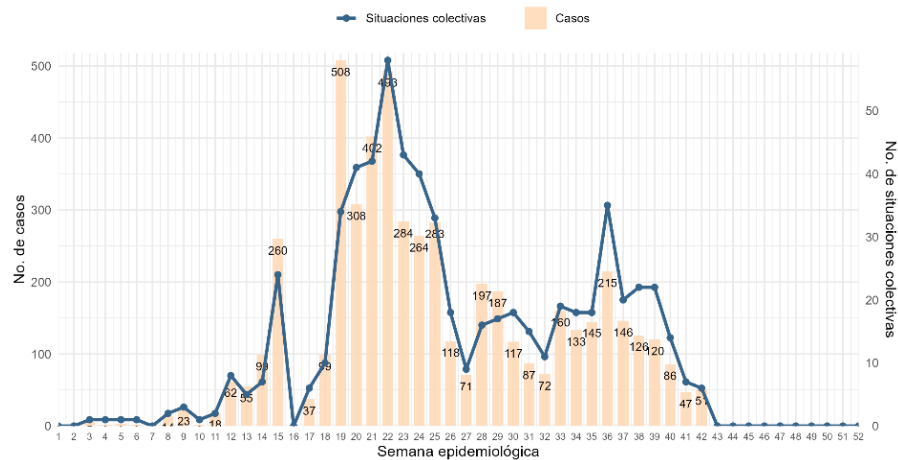
Tabla 4. Tasa ajustada de casos de Enfermedad de Manos, Pies y Boca por entidad territorial, evento sin establecer individual (Cod. 900), Colombia, semana epidemiológica 42 del 2025.

Procedencia	Número de casos en primera infancia	Proyección población DANE 2025 Primera infancia	TASA x 10,000 habitantes
Valle del Cauca	1 557	200.292	78
Caldas	1 051	69.384	151
Risaralda	702	72.402	97
Quindío	711	139.725	51
Santiago de Cali D. E.	494	36.879	134
Nariño	302	152.245	20
Bogotá D. C.	266	525.014	5
Cundinamarca	286	274.388	10
Norte de Santander	207	142.158	15
Cauca	187	148.602	13
Putumayo	176	40.289	44
Santander	159	186.576	9
Antioquia	104	513.938	2

Fuente: Sivigila y DANE

Hasta la semana epidemiológica 42 del 2025, en Colombia se han notificado mediante el evento sin establecer colectivo (901) un total de 648 situaciones con 5 301 casos de EMPB, 10,3 veces más situaciones colectivas que en el mismo periodo de 2024 y 7,6 veces más que en 2023, con un pico máximo en el semana epidemiológica 22 (58 situaciones colectivas), con un silencio epidemiológico durante la semana epidemiológica 16 que coincidió con la semana santa. Se observó un pequeño pico secundario desde las semanas epidemiológicas 33 a la 39, con una tendencia al descenso en las últimas semanas (figura 6).

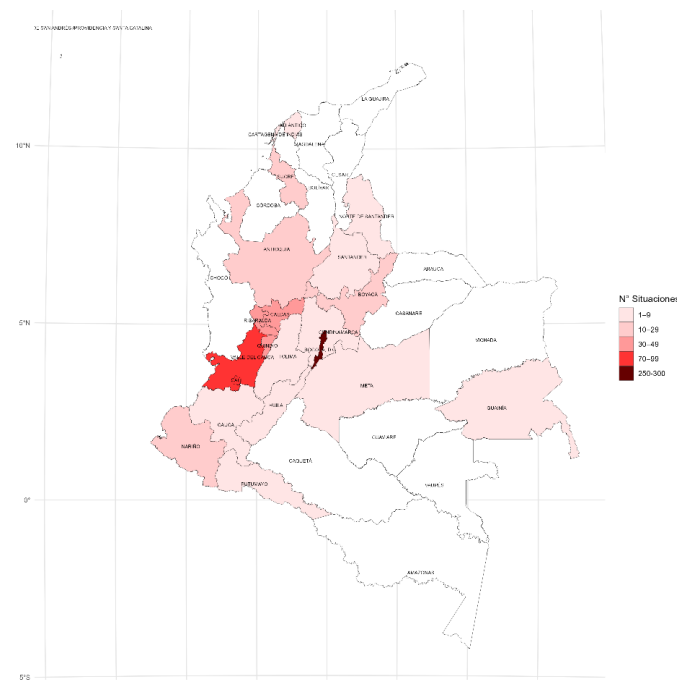
Figura 6. Situaciones colectivas y casos de Enfermedad de Manos, Pies y Boca, evento sin establecer colectivo (Cod. 901), Colombia, semana epidemiológica 42 del 2025.



Fuente: Sivigila

Los departamentos con mayor notificación de situaciones son: Bogotá D. C. 259 situaciones y 1 669 casos, Valle del cauca con 81 situaciones y 948 casos, Santiago de Cali D. E. con 73 situaciones con 490 casos, Risaralda con 47 situaciones y 461 casos, Caldas con 43 situaciones y 565 casos, Quindío con 38 situaciones con 273 casos, que en conjunto concentran el 83,6 % de situaciones del total nacional (figura 7).

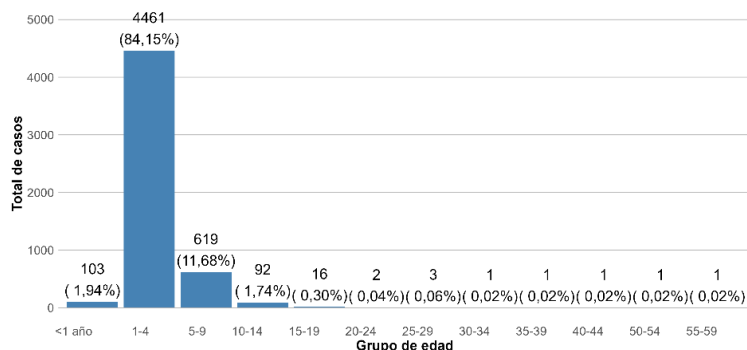
Figura 7. Ocurrencia de situaciones colectivas de Enfermedad de Manos, Pies y Boca por entidad territorial, Evento sin establecer colectivo (Cod. 901), Colombia, semana epidemiológica 42 del 2025



Fuente: Sivigila

El 84 % de los casos corresponde a niños menores de cinco años, seguido del grupo de 5 a 9 años con el 11,7 %, similar al comportamiento de lo notificado en el evento individual y sin diferencias sustanciales por sexo (masculino: 53,9 %, femenino: 46,1 %) (figura 8). El 99 % de los casos han sido manejados de manera ambulatoria y todos los casos reportados al evento colectivo se encuentran vivos.

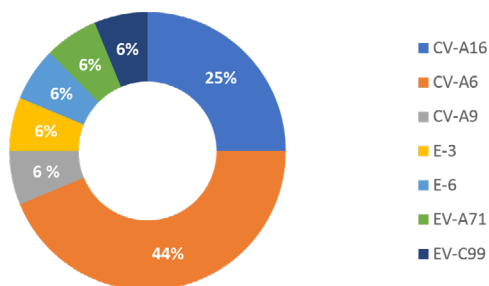
Figura 8. Distribución de casos de Enfermedad de Manos, Pies y Boca por grupo de edad, Evento sin establecer colectivo (Cod. 901), Colombia, semana epidemiológica 42 del 2025.



Fuente: Sivigila

Se realizó la caracterización viral por parte del Laboratorio Nacional de Referencia del INS en muestras de materia fecal solicitadas a entidades territoriales priorizadas que presentaron aumento de la notificación de casos de EMPB. Se aplicaron métodos de diagnóstico molecular y secuenciación genética para identificar los serotipos virales, se logró la caracterización viral en 16 muestras; se identificaron 7 serotipos distintos; los serotipos identificados con mayor frecuencia fueron Coxsackie A6 (CV-A6) con el 43,8 % seguido de Coxsackie A16 (CV-A16) con el 25 % y otros enterovirus (EV) (31,5 %). Este hallazgo evidencia una amplia diversidad de enterovirus en circulación asociados a la EMPB y podría estar relacionado con casos de reinfección (figura 9).

Figura 9. Identificación de Enterovirus causantes de Enfermedad de Manos, Pies y Boca, Colombia, 2025



Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia – Grupo de Virología

Conclusiones:

- Se observó un aumento drástico en la notificación de casos individuales de EMPB (código 900) lo representa 37,3 veces más casos que en el mismo periodo del 2024. La mayor carga de la enfermedad se concentra fuertemente en el Eje Cafetero y el suroccidente del país.
- Tanto en la vigilancia pasiva individual (código 900) como en la colectiva (código 901), la EMPB afecta predominantemente a la población infantil. El 81,6 % de los casos individuales notificados corresponde a niños menores de cinco años
- El comportamiento de los casos colectivos mostró un pico máximo en la semana epidemiológica 22 y un pequeño pico secundario entre la semana epidemiológica 33 y 39, lo que sugiere una transmisión persistente.
- A pesar del alto número de casos, la enfermedad mantiene un bajo nivel de gravedad, con el 98,3 % de los casos individuales y el 99 % de los casos colectivos manejados de manera ambulatoria.
- En los últimos años, la creciente incidencia de múltiples infecciones por EV y nuevos patrones de circulación resaltan la necesidad de una vigilancia más activa de los serotipos de EMPB.

Recomendaciones:

- Asegurar que se realicen campañas de comunicación orientada educar a los profesores, padres, tutores y cuidadores sobre la enfermedad y a vigilar signos de alarma de complicaciones.
- La detección temprana de los brotes mediante el reconocimiento de la enfermedad y la intervención rápida minimiza el impacto e interrumpe las cadenas de transmisión del virus.
- Limitar el contacto con personas enfermas mediante el aislamiento de los casos durante 10 días hasta la resolución de las lesiones.
- Realizar un seguimiento de los contactos para detectar signos clínicos de la EMPB.

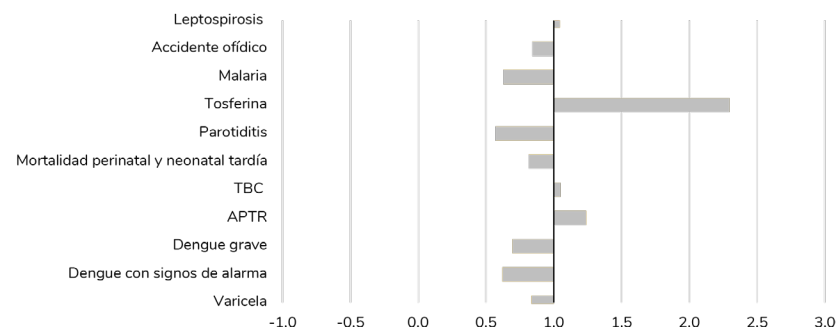
- Realizar la limpieza de las superficies contaminadas y de los artículos sucios con agua y jabón, y luego la desinfección con una solución de hipoclorito de sodio (3000 ppm) es una forma eficaz de inactivar el virus, especialmente en entornos institucionales.
- La clave para controlar la propagación de EMPB reside en la detección temprana y el aislamiento de los casos, así como en una buena higiene personal y ambiental.

Bibliografía

1. Acerca de la enfermedad de manos, pies y boca | Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD) | CDC. [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/es/about/acerca-de-la-enfermedad-de-manos-pies-y-boca.html> Accessed: 2025-10-28
2. Alerta epidemiológica - Enfermedad de manos, pies y boca - 26 de marzo del 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-enfermedad-manos-pies-boca-26-marzo-2025>
3. Fuente: Zhu, P., Ji, W., Li, D., Li, Z., Chen, Y., Dai, B., Han, S., Chen, S., Jin, Y., & Duan, G. (2023). Current status of hand-foot-and-mouth disease. Journal of biomedical science, 30(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12929-023-00908-4>

Para la semana epidemiológica 43 del 2025, se identifica que los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 10. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 43 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 al 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 5. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	164 356	137 651	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 43 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 6).

Tabla 6. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	11	4	0,00
Leishmaniasis cutánea	9	72	0,00
Lepra	2	8	0,01
Fiebre tifoidea y paratifoidea	3	2	0,16
Mortalidad por dengue	5	4	0,17
Chicungunya	3	3	0,22
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,37

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.

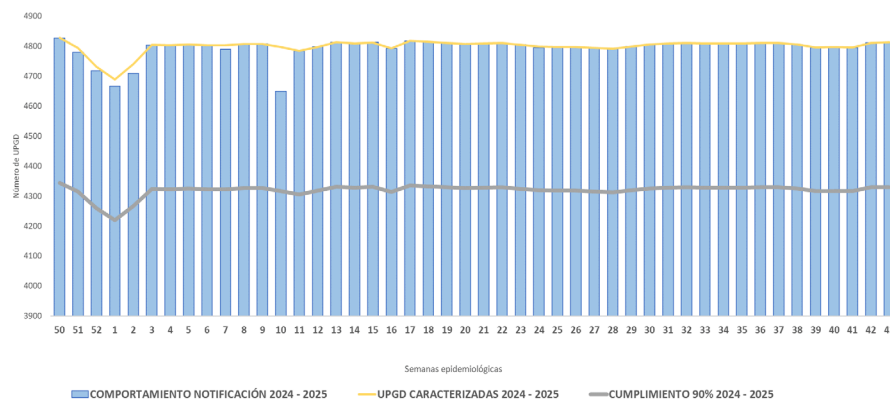
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 43 del año 2024. Para esta semana el país cumplió 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 43 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 813 / 4 813); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y con relación a la semana 43 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 11).

Figura 11. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025



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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos 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://url.ins.gov.co/9130q>

A semana epidemiológica 43 del 2025, se han notificado 626 muertes probables en menores de cinco años: 366 por infección respiratoria aguda (IRA), 168 por desnutrición (DNT) aguda y 92 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 43 del 2025 se han notificado 610 fallecimientos (358 por IRA, 162 por DNT aguda y 90 por EDA); de estos, 341 casos han sido confirmados, 115 han sido descartados y 154 casos se encuentran en estudio (tabla 7).

Tabla 7. 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 43, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 43 2025			Casos en estudio a SE 43 2025			Tasa a SE 43 2024			Tasa a SE 43 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	109	181	51	32	94	28	4,77	7,64	3,22	2,96	4,91	1,38
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	2	1	2,33	5,82	1,16	0,00	2,40	1,20
Bogotá D. C.	0	13	0	0	7	0	0,00	5,65	0,23	0,00	2,99	0,00
Bolívar	1	5	0	1	1	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	7	1	0	2	0	0,85	5,93	0,00	0,00	6,08	0,87
Caquetá	1	1	0	1	4	0	7,47	17,44	2,49	2,51	2,51	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	6	1	0	3	0	1,26	10,10	1,26	1,30	7,79	1,30
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	7,65	2,55	2,57	0,00	0,00
Cauca	0	6	4	2	3	1	0,00	6,43	2,41	0,00	4,87	3,25
Cesar	9	5	3	2	0	0	7,40	5,92	3,70	6,68	3,71	2,23
Chocó	27	24	9	11	7	8	49,07	50,61	55,21	41,52	36,91	13,84
Córdoba	9	7	3	0	4	1	4,06	6,38	1,74	5,27	4,10	1,76
Cundinamarca	0	12	0	0	4	4	0,00	3,09	0,00	0,00	5,29	0,00
Guainía	1	2	0	1	0	1	0,00	54,25	27,13	13,36	26,72	0,00
Guaviare	0	1	1	0	0	0	11,76	11,76	0,00	0,00	11,91	11,91
Huila	1	1	0	0	2	0	0,93	4,64	0,00	0,94	0,94	0,00
La Guajira	26	9	10	2	15	2	32,86	24,86	20,42	23,17	8,02	8,91
Magdalena	6	9	1	0	2	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. T.	2	1	0	0	1	0	0,00	0,00	4,49	4,54	2,27	0,00
Santander	0	1	0	0	2	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	3	0	1	1	36,48	36,48	18,24	18,21	0,00	54,62
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 358 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 125 confirmadas por clínica y 56 por laboratorio, 83 descartadas y 94 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 4,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 43 fueron 285, para una tasa de mortalidad de 7,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 43 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 y Meta, a nivel municipal, en Cáceres, Güicán de la Sierra, Pueblo Bello, Soacha, Lloro, 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* (tabla 8).

Tabla 8. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 43, 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
<i>Rhinovirus</i>	14	6	5	2	2	29	11	2	6	0	0	19
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	37	4	1	1	0	43	11	1	2	1	0	15
<i>Enterovirus</i>	8	4	3	2	1	18	9	1	4	0	0	14
<i>Haemophilus influenzae B</i>	5	2	2	0	0	9	6	3	0	0	0	9
<i>Influenza A</i>	7	3	0	0	2	12	6	0	2	1	0	9
<i>Staphylococcus aureus</i>	11	1	2	2	0	16	8	1	0	0	0	9
<i>Adenovirus</i>	8	6	2	0	0	16	5	0	2	1	0	8
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5	4	3	3	1	16	4	2	2	0	0	8
<i>Moraxella catarrhalis</i>	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
<i>Influenza B</i>	1	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	1	1	0	0	5	2	1	0	0	0	3
<i>Metapneumovirus</i>	4	1	1	1	0	7	2	0	0	0	0	2
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	129	36	24	14	8	211	85	18	19	5	0	127

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 162 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 109 fueron confirmadas, 21 descartadas y 32 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 43 fue de 178, para una tasa de mortalidad de 4,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 43 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, Chocó, 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 43 se han notificado 90 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*), 47 confirmadas por clínica, 11 descartadas y 28 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 43 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 43 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, Uribia, Mistrató 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](#).

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/10.33810/UFO28779>

En la semana epidemiológica 43 del año 2025 se notificaron al Sivigila cinco casos: dos muertes maternas tempranas y tres muertes maternas tardías. El país acumula 158 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 151 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 9).

Tabla 9. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 43, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	217	125	51	393
2023	199	128	68	395
2024	171	108	38	317
2025p	151	103	37	297

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

A la semana epidemiológica 43 del 2025 se han reportado muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D. C., La Guajira, Cesar, Antioquia, Nariño y Norte de Santander. En comparación con el promedio histórico 2021–2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional y en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D. C., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Magdalena, Meta, Santa Marta D. T. y Sucre. Las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 10).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Yopal (Casanare), Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Riohacha D. E. (La Guajira), Maicao (La Guajira), Soledad (Atlántico) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 11).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 43 del año 2025, el 57,6 % corresponden a causas directas y el 35,8 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 18,5 % (tabla 12).

Tabla 10. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 43, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 43	Acumulado de casos a SE 43	
		2024	2025
Colombia	248	171	151
Bogotá D. C.	24	18	15
La Guajira	20	20	15
Cesar	11	11	13
Antioquia	20	12	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	9	3	5
Santiago de Cali D. E.	6	5	5
Córdoba	12	7	5
Casanare	2	1	4
Magdalena	9	4	4
Santander	8	4	4
Boyacá	4	2	3
Guainía	0	0	3
Huila	5	5	3
Meta	8	7	3
Tolima	6	4	3
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	3	3	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 11. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 43	Valor observado SE 43
Colombia	248	151
Yopal (Casanare)	1	3
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Magüí (Nariño)	0	1
Pital (Huila)	0	1
Riohacha D. E. (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 12. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 43	Número de casos y proporción a SE 43 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	185	199	100	171	100	151	100
DIRECTA	123	133	66,8	112	65,5	87	57,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	35	36	18,1	33	19,3	28	18,5
Hemorragia obstétrica	33	31	15,6	35	20,5	27	17,9
Sepsis obstétrica	14	18	9,0	9	5,3	9	6,0
Evento tromboembólico como causa básica	15	20	10,1	10	5,8	7	4,6
Embarazo ectópico	10	11	5,5	8	4,7	7	4,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	2,0	6	3,5	5	3,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,5	3	1,8	2	1,3
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,0	4	2,3	2	1,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	2	1	0,5	2	1,2	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	3	4	2,0	1	0,6	0	0,0
INDIRECTA	59	63	31,7	55	32,2	54	35,8
Otras causas indirectas	24	25	12,6	22	12,9	24	15,9
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	6,0	6	3,5	16	10,6
Sepsis no obstétrica	10	11	5,5	9	5,3	5	3,3
Otras causas indirectas: cáncer	9	9	4,5	8	4,7	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	2,3	2	1,3
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,5	4	2,3	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	3	1,8	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/buscar-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%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.

A semana epidemiológica 43 del 2025 se han notificado 4 688 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 640 corresponden a residentes en Colombia y 48 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (554), Antioquia (551), Cundinamarca (291), Santiago de Cali D. E. (216) y La Guajira (215). Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 43 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decremento en Atlántico, Chocó y Putumayo. El nivel nacional, al igual que las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 13).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Agustín Codazzi (Cesar), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Aguazul (Casanare), Urrao (Antioquia), Altos del Rosario (Bolívar), Villapinzón (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Abejorral (Antioquia), San Carlos (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Guamal (Meta) y Silos (Norte de Santander) (tabla 14).

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 28,0 %, neonatales tardías con 17,8 % y fetales intraparto con 9,9 %.

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 16,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,2 % (tabla 15). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 43 del 2025 (datos preliminares) frente a 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 13. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 43, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 43	Acumulado de casos a SE 43	
		2024	2025
Colombia	6 733	4 925	4 640
Bogotá D. C.	729	615	554
Antioquia	754	562	551
Cundinamarca	357	314	291
Santiago de Cali D. E.	257	220	216
La Guajira	356	251	215
Córdoba	355	227	206
Cesar	241	151	168
Nariño	179	157	152
Barranquilla D. E.	260	150	144
Cauca	220	149	142
Valle del Cauca	181	147	141
Bolívar	198	124	136
Meta	154	117	135
Cartagena de Indias D. T.	224	140	132
Santander	208	135	132
Norte de Santander	207	131	118
Atlántico	213	135	111
Magdalena	163	124	110
Huila	152	107	107
Boyacá	120	93	93
Sucre	164	113	91
Chocó	168	139	90
Tolima	146	102	89
Risaralda	96	76	63
Buenaventura D. E.	72	44	61
Caldas	82	68	61
Casanare	68	52	53
Santa Marta D. T.	88	39	44
Caquetá	56	36	42
Quindío	55	43	38
Putumayo	53	47	33
Arauca	55	33	31
Vichada	33	27	30
Amazonas	15	12	16
Guainía	16	9	14
Guaviare	11	9	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	12	14	9
Vaupés	13	13	9

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

Tabla 14. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 43 2020 - 2024	Valor observado a SE 43 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	6 733	4 640	-
Agustín Codazzi (Cesar)	15	27	24
Tocancipá (Cundinamarca)	6	13	16
Timbiquí (Cauca)	5	11	17
Aguazul (Casanare)	4	8	39
Urrao (Antioquia)	3	7	1
Altos del Rosario (Bolívar)	2	7	3
Villapinzón (Cundinamarca)	2	7	7
Tenjo (Cundinamarca)	2	6	11
Abejorral (Antioquia)	1	5	5
San Carlos (Antioquia)	2	5	8
Buriticá (Antioquia)	1	5	5
Guamal (Meta)	1	4	1
Silos (Norte de Santander)	1	4	1

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

Tabla 15. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 43, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 43, 2023 -2025					
	2023 a SE 43	(%)	2024 a SE 43	(%)	2025 a SE 43	(%)
Colombia	5 916	100,0	4 925	100,0	4 640	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 477	25,0	1 289	26,2	1 205	26,0
Prematuridad-inmadurez	1 085	18,3	814	16,5	774	16,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	946	16,0	738	15,0	613	13,2
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	611	10,3	553	11,2	434	9,4
Infecciones	511	8,6	432	8,8	383	8,3
Malformación congénita	534	9,0	449	9,1	367	7,9
Sin información	34	0,6	0	0,0	265	5,7
Otras causas de muerte	355	6,0	327	6,6	263	5,7
Causas no específicas	134	2,3	126	2,6	160	3,4
Trastornos cardiovasculares	151	2,6	147	3,0	133	2,9
Lesión de causa externa	57	1,0	23	0,5	22	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	21	0,4	27	0,5	21	0,5

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

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 43 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, 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 16).

Tabla 16. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 36 a 43 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 36 a SE 39 2025	SE 40 a SE 43 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	574 262	499 956	-12,94%	
Hospitalización en sala general	23 842	21 502	-9,81%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 076	2 748	-10,66%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 43 del 2025 se notificaron 124 866 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 Chocó, La Guajira, Santa Marta D. T. y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D. E., Huila y Archipiélago de San Andrés y Providencia. Las 30 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 (40 a 43 del 2025) en 20 municipios (tabla 17).

Tabla 17. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 40 a 43 del 2025

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	84 633	80 975	7 476	8 489
La Guajira	Maicao	50 589	59 729	2 438	7 793
Cundinamarca	Soacha	66 975	69 671	3 606	5 291
La Guajira	Uribia	46 535	42 330	2 669	5 261
Antioquia	Itagüí	69 020	69 169	4 297	4 478
Antioquia	Bello	64 613	52 021	4 507	4 152
Cundinamarca	Chía	55 923	49 226	3 252	3 882
Antioquia	Rionegro	24 894	31 241	2 019	2 301
Risaralda	Dosquebradas	23 249	25 301	1 216	2 067
Santander	Floridablanca	24 066	28 711	1 783	1 992
Córdoba	Sahagún	20 251	21 547	1 738	1 861
Santander	Barrancabermeja D. E.	16 715	25 175	731	1 833
Valle del Cauca	Palмира	25 034	23 297	1 579	1 832
Boyacá	Sogamoso	13 943	18 312	1 232	1 751
Cundinamarca	Zipaquirá	18 344	20 082	1 577	1 689
Magdalena	Ciénaga	20 723	19 988	787	1 687
Bolívar	Magangué	14 720	19 286	765	1 632
Córdoba	Cerete	15 290	16 391	604	1 614
Boyacá	Duitama	23 009	18 978	1 737	1 553
Antioquia	Envigado	20 625	21 745	1 732	1 524
Cundinamarca	Funza	12 433	13 971	925	1 520
Córdoba	Lorica	13 294	13 655	1 036	1 353
Antioquia	Apartado	15 323	15 138	999	1 188
Valle del Cauca	Yumbo	11 878	12 506	952	1 136
Cundinamarca	Facatativá	19 227	15 195	1 436	1 085
Antioquia	Turbo	12 526	12 943	826	1 075
Valle del Cauca	Cartago	14 229	14 552	592	1 052
Cundinamarca	Girardot	17 796	17 222	1 188	1 030
Norte de Santander	Ocaña	13 972	14 846	421	1 008
Cundinamarca	Madrid	16 600	12 412	820	992
Casanare	Yopal	13 508	12 852	889	897
Cesar	Aguachica	7 826	10 276	743	838
Atlántico	Malambo	8 332	6 659	407	838
Huila	Pitalito	10 226	11 397	694	815
Valle del Cauca	Tuluá	14 868	10 890	555	767
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	7 485	6 250	615	706
Santander	Piedecuesta	5 782	8 958	241	641
Santander	Girón	7 116	7 133	241	530
Cauca	Santander De Quilichao	10 881	9 476	778	523
Cundinamarca	Mosquera	5 731	6 487	339	512
Cauca	Guapi	2 276	4 261	195	416
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 656	5 358	301	299
Nariño	La Florida	672	646	46	51

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

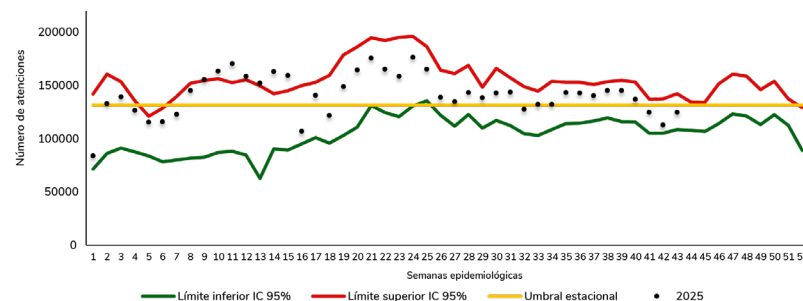
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (40 a 43 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 25,8 % (129 061) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 18,5 % (92 799). 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 11,4 % y los menores de dos a cuatro años con el 11,4 %.

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 43 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los límites esperados (figura 12).

Figura 12. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 43 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

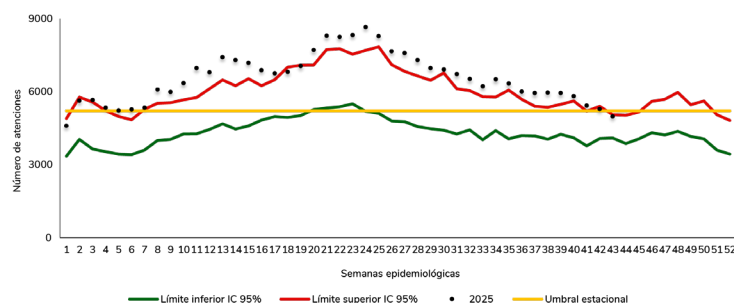
En la semana epidemiológica 43 del 2025 se notificaron 4 980 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali D. E., Chocó y Guainía e incremento en Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Guaviare, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T., Sucre, Tolima y Vaupés. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (40 a 43 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 972) representaron el 27,7 %, seguido de los menores de un año con el 17,6 %. La mayor proporción de hospitalización 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 26,6 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,6 %.

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 43 por debajo del límite superior (figura 13).

Figura 13. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 43 del 2025

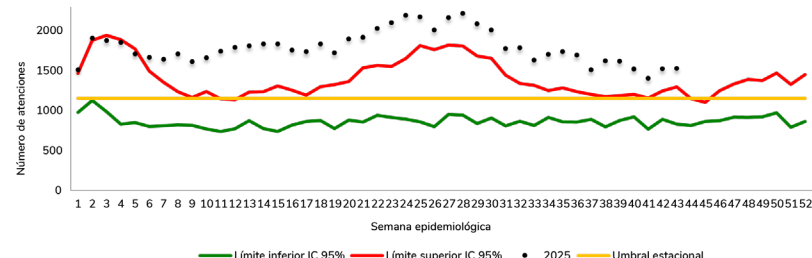


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 43 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 43 se ubicó por encima del límite superior (figura 14).

Figura 14. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológica 01 a 43 del 2025



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

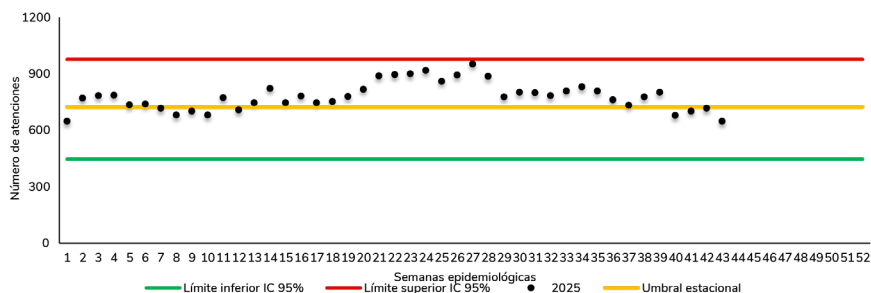
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 43 del 2025 se notificaron 648 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., 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 (40 a 43 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,7 % (981), seguido de los menores de un año con el 25,3 % (696) 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 23,2 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 19,1 %.

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 43 ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 15).

Figura 15. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 43 del 2025

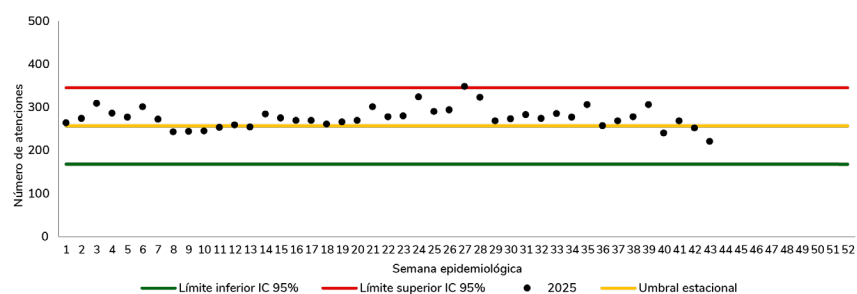


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 43 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 16).

Figura 16. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 43 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 40 a 43 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 43 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 nacional ¹. 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.
- 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.



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>

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 43 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 rinovirus. 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 18).

Tabla 18. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 36 a 43 del 2025

Agente viral identificado	SE 36 a SE 39			SE 40 a SE 43			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	58,5	56,7	50,6	63,5	65,0	58,8	
Rinovirus	10,0	7,7	20,5	14,2	7,7	10,0	
VSR	29,0	28,7	23,1	28,3	27,7	20,0	
Enterovirus	5,9	4,9	7,7	7,5	9,2	-	
Adenovirus	11,9	9,7	15,3	10,3	12,3	10,0	
Influenza B	3,7	5,6	-	4,7	3,1	-	
Influenza A	16,0	15,4	15,3	14,2	16,9	30,0	
Parainfluenza	4,5	6,3	7,7	5,7	4,6	10,0	
Metapneumovirus	4,8	5,6	2,5	5,7	6,2	10,0	
A(H1N1)pdm09	5,2	4,2	7,7	3,8	3,1	10,0	
SARS-CoV2	3,3	4,2	-	1,9	3,1	-	
A(H3N2)	3,3	3,5	-	2,8	4,6	-	
Coronavirus	2,2	4,2	-	0,9	1,5	-	

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) 43 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 el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 40-43), se registró una incidencia de 0,77 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 29 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 93 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 36-39), este indicador evidencia un aumento significativo a nivel departamental en Huila y Putumayo. A nivel municipal, el incremento se observa en La Ceja (Antioquia), Neiva (Huila), Pasto (Nariño), Pereira (Risaralda) y Mocoa (Putumayo).

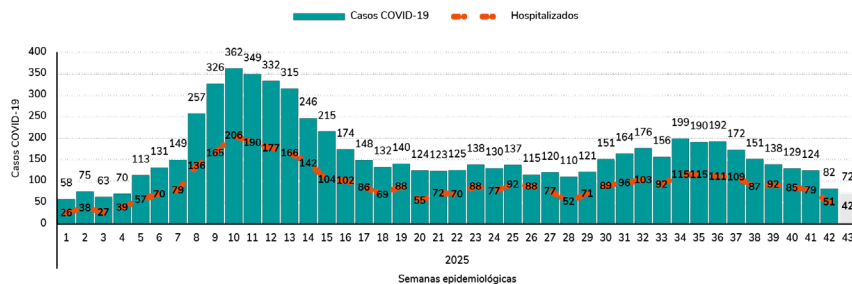
Durante 2025, en Colombia se han notificado 120 fallecimientos asociados a COVID-19 (117 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,2 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En el periodo analizado, se reportó un fallecimiento en Huila. El 69,2 % de los casos (83 fallecimientos) correspondió a personas de 60 años o más.

Tabla 19. Fallecimientos por COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025.

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
Colombia	117	9	1	0,02	0,002
Huila	2	0	1	0,00	0,08
Antioquia	7	1	0	0,01	0,00
Bogotá D. C.	35	5	0	0,06	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
Vaupés	1	1	0	2,27	0,00
Exterior	3	-	-	-	-

En Colombia, con corte al 25 de octubre del 2025 (semana epidemiológica 43) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 6 994 casos de COVID-19 (6 973 de procedencia Colombia y 21 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológica (40 a 43 del 2025), se ha observado una disminución del 37,7 %, con 407 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 36 a 39 del 2025), en el cual se reportaron 653 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 35,6 %, pasando de 399 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 257 casos en el periodo analizado (figura 17).

Figura 17. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:43 *SE: semana epidemiológica.

Fuente: Sivigila, 2025. SE:1-43. *SE: semana epidemiológica
PE : periodo epidemiológico -PE anterior (SE 37-39) y PE actual (SE 40-43)

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 43 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 43 del 2025 se notificaron 1 957 casos de dengue: 1 495 casos de esta semana y 462 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 109 912 casos, 68 496 (62,3 %) sin signos de alarma, 40 345 (36,7 %) con signos de alarma y 1 071 (1,0 %) de dengue grave.

El 58,2 % (63 973) 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 20); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 39 a 42 del 2025) el 57,5 % (3 783) de los casos se concentran en Norte de Santander, Santander, Antioquia, Meta, Córdoba, Cartagena de Indias D. T., Tolima y Cesar.

Tabla 20. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025.

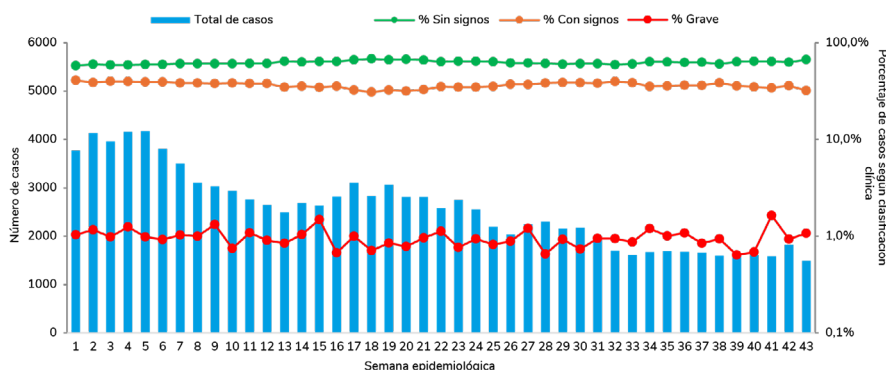
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 35-38 de 2025)	Observado (SE 39-42 de 2025)
Santander	9 975	32,6	0,6	722	636
Córdoba	9 764	36,8	0,3	593	421
Meta	9 362	33,8	1,2	530	475
Norte de Santander	7 956	40,2	1,2	692	648
Antioquia	7 820	34,4	0,8	575	527
Cartagena de Indias D. T.	5 564	23,5	1,1	332	420
Tolima	5 377	32,8	1,0	284	337
Valle del Cauca	4 226	26,4	0,5	204	273
Atlántico	3 929	44,3	1,5	249	294
Bolívar	3 763	38,6	0,7	253	285
Cundinamarca	3 637	39,6	0,7	115	134
Sucre	3 513	57,1	0,7	176	147
Huila	3 149	35,3	3,0	99	105
Cesar	3 062	56,5	1,8	393	319
Santiago de Cali D. E.	3 010	35,1	0,8	176	170
Putumayo	2 925	28,1	0,8	87	72
Barranquilla D. E.	2 851	36,3	1,1	106	216
La Guajira	2 679	58,6	1,5	115	111
Arauca	2 405	32,2	1,0	95	96
Caquetá	2 256	39,6	1,3	19	33
Magdalena	1 780	57,9	1,0	218	182
Casanare	1 508	32,0	0,4	45	53
Guaviare	1 087	20,3	0,5	30	94
Risaralda	1 057	35,2	1,2	38	33
Nariño	1 055	33,0	1,3	75	55
Chocó	1 036	17,0	0,9	82	98
Cauca	1 010	37,6	1,5	45	20
Quindío	879	26,8	0,3	53	46
Vichada	717	30,7	0,6	27	34
Boyacá	676	44,7	0,4	33	29
Santa Marta D. T.	600	59,0	0,8	77	102
Amazonas	338	29,3	0,0	31	31
Caldas	327	49,2	0,3	8	12
Exterior	272	49,6	5,1	22	24
Buenaventura D. E.	190	34,7	1,6	19	6
Vaupés	72	12,5	1,4	3	30
Archipiélago de San Andrés y Providencia.	52	40,4	0,0	1	3
Guainía	33	36,4	0,0	0	9
Colombia	109 912	36,7	1,0	6 622	6 580

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 39 a 42 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 35 a 38 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Barranquilla D. E., Caldas, Caquetá, Guaviare, Santa Marta D. T., Valle del Cauca y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Cauca y Buenaventura D. E.; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 20).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38 % a nivel nacional (figura 18); 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 39 a 42 del 2025) fueron: Boyacá, Caldas, Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T., Sucre y La Guajira.

Figura 18. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 43 del 2025.

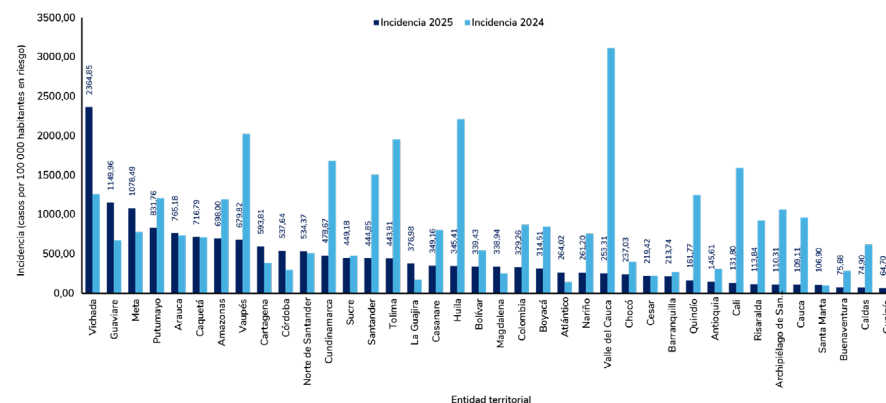


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 43 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 329,6 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 869,7 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 y Meta presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 43 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos por 100 000 habitantes (figura 19). Por grupo de edad, la mayor incidencia de

dengue se observó en los menores de 17 años con 623,1 casos por 100 000 habitantes.

Figura 19. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 43, 2024-2025.



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

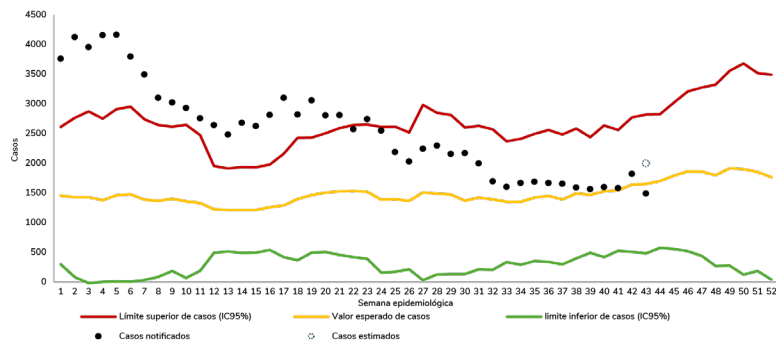
En la semana epidemiológica 43 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose un comportamiento estable en las últimas semanas con una variación de -0,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 39 a 42 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 35 a 38 del 2025) (figura 20).

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 40,5 % (15) se encuentra dentro de lo esperado, el 35,1 % (13) 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 21).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 43 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 10,6 % (88) 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 15,8 % (9/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 22).

Figura 20. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 43 del 2025.



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

Tabla 21. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 43, 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, Magdalena, Nariño, Santa Marta D.T., Santander	Amazonas, Boyacá, Guainía, Meta
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Bolívar, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, La Guajira, Tolima, Sucre y Valle del Cauca	Caquetá, Casanare, Cauca, Huila, Santiago de Cali D. E.

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

Tabla 22. 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 43 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado	Observado
Antioquia	Bello	20,9	116	4	9
	Envigado	50,9	123	1	8
	Turbo	298,6	401	17	33
Córdoba	Cereté	330,8	364	12	24
Cundinamarca	Fusagasugá	271,6	449	5	15
Meta	Villavicencio	926,8	4726	149	323
Norte de Santander	Cúcuta	618,5	4722	193	342
Santander	Barrancabermeja D. E.	325,6	699	36	67
Arauca	Arauca	229,2	230	2	13

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

A semana epidemiológica 43 del 2025, se han notificado 345 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 97 casos, se descartaron 211 casos y se encuentran en estudio 37 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden 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 de 2024, se confirmaron 254 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 23).

Tabla 23. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 43, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 43, 2025	Letalidad por dengue a SE 43, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,28	0,13
Vichada	2	1	0,28	0,00
La Guajira	7	3	0,26	0,00
Cauca	2	1	0,20	0,08
Putumayo	5	0	0,17	0,24
Santa Marta D. T.	1	0	0,17	0,18
Huila	5	1	0,16	0,02
Barranquilla D. E.	4	0	0,14	0,00
Magdalena	2	3	0,11	0,00
Meta	10	2	0,11	0,10
Antioquia	8	3	0,10	0,12
Chocó	1	0	0,10	0,11
Santander	9	2	0,09	0,09
Cartagena de Indias D. T.	5	2	0,09	0,17
Sucre	3	1	0,09	0,11
Arauca	2	0	0,08	0,17
Bolívar	3	1	0,08	0,15
Córdoba	7	1	0,07	0,02
Santiago de Cali D. E.	2	1	0,07	0,05
Norte de Santander	5	3	0,06	0,13
Cundinamarca	2	1	0,05	0,05
Atlántico	2	0	0,05	0,10
Tolima	2	7	0,04	0,09
Cesar	1	0	0,03	0,23
Quindío	0	2	0,00	0,10
Caquetá	0	1	0,00	0,13
Guaviare	0	1	0,00	2,99
Exterior	4	1	1,51	1,10
Colombia	93	37	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 43 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.

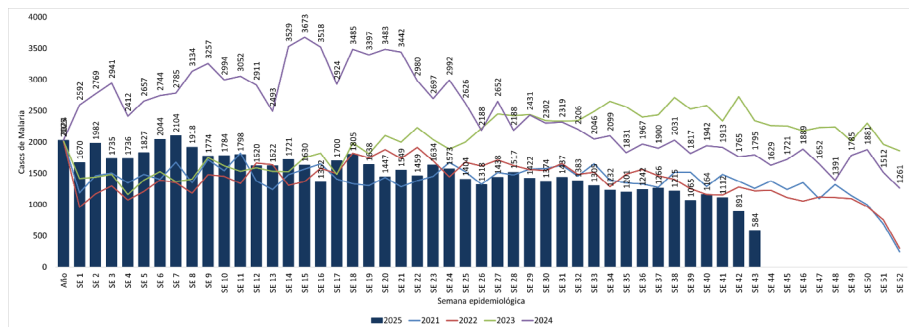
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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 21).

Figura 21. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 43 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 43 del 2025 se notificaron 1 328 casos de malaria, para un acumulado de 64 702 casos, de los cuales 63 536 son de malaria no complicada y 1 166 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 68,2 % (44 111), seguido de *Plasmodium falciparum* con 30,6 % (19 822) e infección mixta con 1,2 % (769). 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 (8,1 %), Vaupés (6,1 %), Risaralda (4,4 %), Amazonas (4,2 %), Cauca (3,0 %), Buenaventura D. E. (2,8 %), Vichada (2,5 %), Bolívar (2,3 %), Guainía (2,2 %) y Guaviare (1,5 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,5 % de los casos son los que se muestran en la tabla 24.

Tabla 24. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 36 a 39	Casos 2025 SE 40 a 43	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 363	168	98	138,42
Córdoba	Tierralta	3 123	237	179	31,29
Chocó	Quibdó	2 649	131	97	18,32
Risaralda	Pueblo Rico	2 559	276	214	152,42
Antioquia	El Bagre	1 992	150	152	35,38
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 751	170	97	5,40
Chocó	Lloró	1 691	181	102	159,36
Nariño	El Charco	1 623	91	62	69,81
Nariño	Roberto Payán	1 482	58	48	111,19
Chocó	Bagadó	1 477	218	227	124,72
Chocó	Bajo Baudó	1 448	108	72	42,68
Chocó	Tadó	1 346	103	107	66,79
Nariño	Olaya Herrera	1 329	74	49	50,21
Guainía	Inírida	1 328	102	78	35,02
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 321	121	80	301,94
Nariño	Magüí	1 213	34	23	4,54
Vichada	Cumaribo	1 205	37	83	13,85
Chocó	Istmina	1 161	119	43	34,33
Chocó	Alto Baudó	1 127	126	54	36,04
Chocó	Medio San Juan	1 085	97	73	92,23
Córdoba	Puerto Libertador	1 075	52	25	23,67
Cauca	Timbiquí	923	20	11	32,83
Boyacá	Cubará	908	28	16	106,59
Antioquia	Nechí	854	43	29	30,61
Nariño	Barbacoas	848	32	31	14,47
Bolívar	Montecristo	838	67	55	45,62
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	833	41	37	3,12
Chocó	El Cantón del San Pablo	797	38	29	115,41
Cauca	Guapi	791	61	47	26,78
Antioquia	Turbo	740	46	60	5,50
Antioquia	Chigorodó	726	35	39	11,67
Chocó	Carmen del Darién	666	44	17	30,06
Antioquia	Segovia	628	53	36	15,35
Antioquia	Cáceres	582	46	22	18,68
Antioquia	Mutatá	565	43	38	37,58

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 72,5 % 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, Inírida, Tarapacá (CD), Puerto Libertador, Lloró, Cubará, Alto Baudó y Montecristo y en incremento los municipios de Bagadó, El Bagre y Cumaribo (tabla 25). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,5 % 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, Guapi, Olaya Herrera, Lloró, Istmina, Barbacoas, Medio San Juan y Tierralta y en incremento el municipio de Tadó como se muestra en la tabla 26.

Tabla 25. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 36 a 39 de 2025	Casos SE 40 a 43 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	168	98	-42 %	7,5 %
Córdoba	Tierralta	202	151	-25 %	6,1 %
Risaralda	Pueblo Rico	254	177	-30 %	5,1 %
Antioquia	El Bagre	123	130	6 %	3,7 %
Chocó	Quibdó	89	60	-33 %	3,3 %
Guainía	Inírida	96	75	-22 %	3,0 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	94	66	-30 %	2,5 %
Córdoba	Puerto Libertador	46	25	-46 %	2,3 %
Chocó	Bagadó	128	130	2 %	2,3 %
Chocó	Lloró	111	56	-50 %	2,2 %
Vichada	Cumaribo	30	74	147 %	2,2 %
Boyacá	Cubará	28	16	-43 %	2,1 %
Chocó	Alto Baudó	75	30	-60 %	1,7 %
Bolívar	Montecristo	65	52	-20 %	1,7 %
Chocó	Bajo Baudó	55	43	-22 %	1,6 %

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

Tabla 26. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 43 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 36 a 39 de 2025	Casos SE 40 a 43 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	83	59	-29 %	7,7 %
Chocó	Quibdó	41	35	-15 %	6,0 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	92	60	-35 %	5,5 %
Cauca	Timbiquí	20	11	-45 %	4,7 %
Nariño	Roberto Payán	21	13	-38 %	4,5 %
Nariño	Magüi	24	13	-46 %	4,4 %
Chocó	Bajo Baudó	53	28	-47 %	3,7 %
Cauca	Guapi	57	37	-35 %	3,6 %
Chocó	Tadó	46	52	13 %	3,6 %
Nariño	Olaya Herrera	39	25	-36 %	3,6 %
Chocó	Lloró	65	41	-37 %	3,2 %
Chocó	Istmina	66	15	-77 %	3,0 %
Nariño	Barbacoas	10	9	-10 %	2,8 %
Chocó	Medio San Juan	39	35	-10 %	2,5 %
Córdoba	Tierralta	35	28	-20 %	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 43 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran 3 departamentos en situación de incremento y 9 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 30 municipios en incremento y 77 municipios en decremento (tabla 26)

Tabla 27. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 43 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 43 2024	SE 43 2024	Acumulado a SE 43 2025	SE 43 2025	Esperado	Observado
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	84	1	125	0	4	12
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	690	46	1 336	0	58	83
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	5	0	46	4	2	14
Amazonas	El Encanto (CD)	4	1	0	55	0	0	33
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	223	8	343	40	117	140
Antioquia	Anorí	5	70	1	101	0	8	16
Antioquia	Medellín	4	36	0	25	1	1	4
Antioquia	Nechí	5	575	4	860	3	21	29
Antioquia	Tarazá	4	493	4	463	7	15	27
Antioquia	Turbo	5	1 243	20	755	10	40	61
Arauca	Saravena	4	178	2	484	5	4	16
Bolívar	San Jacinto del Cauca	4	7	0	18	1	0	2
Bolívar	Achí	4	39	0	51	1	1	4
Caquetá	Solano	4	16	0	47	9	8	23
Caquetá	Cartagena del Chairá	4	23	1	17	1	4	11
Caquetá	Florencia	4	122	3	270	3	4	9
Chocó	El Carmen de Atrato	4	327	5	201	2	8	23
Chocó	Condoto	4	356	0	181	2	10	15
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	2	174	4	10	21
Chocó	Juradó	4	141	3	224	4	18	29
La Guajira	Maicao	4	9	1	13	0	0	2
Meta	Puerto Rico	4	4	0	75	0	1	5
Meta	Puerto Gaitán	4	124	2	368	16	8	65
Nariño	El Charco	5	432	4	1 629	4	51	62
Putumayo	Puerto Leguizamó	4	9	0	46	1	1	3
Risaralda	Pereira	4	27	1	47	0	2	6
Risaralda	La Virginia	4	40	0	109	1	1	4
Sucre	Guaranda	4	2	0	5	1	0	2
Vaupés	Taraira	5	103	6	208	5	25	30
Vichada	Puerto Carreño	4	96	5	356	5	18	41

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 periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 30 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 30, se utilizó la metodología de 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-eventos/Lineamientos/FNO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 43 del 2025, se han notificado 17 695 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 17 563 corresponden a residentes en Colombia y 132 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (44 del 2024 a 43 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 140 municipios a nivel nacional (12,5 %) y de disminución en 32 municipios (2,8 %) (tabla 28).

El 80,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,1 % como desnutrición aguda severa. El 6,0 % 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 43 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T, 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 29).

Tabla 28. 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 43, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 43 de 2024	Casos a SE 43 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	20 894	17 563	0,58	12,5	2,8
La Guajira	2 413	1 472	1,76	20,0	0,0
Vichada	284	177	1,51	0,0	25,0
Chocó	949	702	1,42	22,6	9,7
Magdalena	610	691	0,96	44,8	0,0
Risaralda	382	398	0,83	21,4	0,0
Cesar	792	788	0,76	16,0	4,0
Arauca	306	146	0,73	0,0	28,6
Guaviare	85	57	0,70	0,0	25,0
Amazonas	64	58	0,69	18,2	0,0
Cartagena de Indias D.T.	379	447	0,68	0,0	0,0
Casanare	261	216	0,67	0,0	5,3
Antioquia	2 433	2 267	0,63	23,2	1,6
Bolívar	566	523	0,61	22,2	4,4
Boyacá	439	429	0,60	4,9	0,8
Nariño	771	575	0,60	9,4	1,6
Putumayo	166	158	0,58	0,0	0,0
Bogotá D.C.	2 677	2 165	0,56	0,0	0,0
Guainía	52	38	0,56	22,2	11,1
Norte Santander	574	600	0,55	15,0	2,5
Buena Ventura D.E.	205	145	0,51	0,0	0,0
Sucre	253	334	0,50	34,6	3,8
Vaupés	49	24	0,49	16,7	16,7
Cundinamarca	1 227	978	0,49	4,3	0,9
Meta	456	317	0,48	6,9	3,4
Huila	472	386	0,47	8,1	0,0
Valle	528	538	0,46	32,5	0,0
Santa Marta D.T.	115	150	0,45	100,0	0,0
Tolima	400	285	0,45	4,3	2,1
Santiago de Cali D.E.	486	475	0,41	0,0	0,0
Caquetá	171	114	0,37	0,0	6,3
Barranquilla D.E.	231	284	0,36	0,0	0,0
Córdoba	522	426	0,35	6,7	0,0
Santander	564	415	0,34	6,9	2,3
Caldas	223	161	0,34	7,4	0,0
Atlántico	423	293	0,30	0,0	18,2
Quindío	74	70	0,27	0,0	0,0
Cauca	284	258	0,27	7,1	7,1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	3	0,13	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 44 del 2024 a SE 43 del 2025.

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

Tabla 29. 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 43 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cesar	Valledupar	151	272
Antioquia	Turbo	49	119
Sucre	Sincedejo	37	77
Valle del Cauca	Jamundí	33	60
Boyacá	Sogamoso	30	58
Antioquia	Rionegro	29	46
Valle del Cauca	Yumbo	33	39
Huila	Pitalito	26	37
Norte de Santander	Ocaña	34	36
Cesar	Aguachica	22	35
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	16	35
Cauca	Popayán	26	34
Cundinamarca	Chía	23	34
Santander	Piedecuesta	36	32
Norte de Santander	Villa del Rosario	48	28
Antioquia	Envigado	13	25
Atlántico	Sabanalarga	37	25
Bolívar	Turbaco	12	22
Cundinamarca	Girardot	43	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>

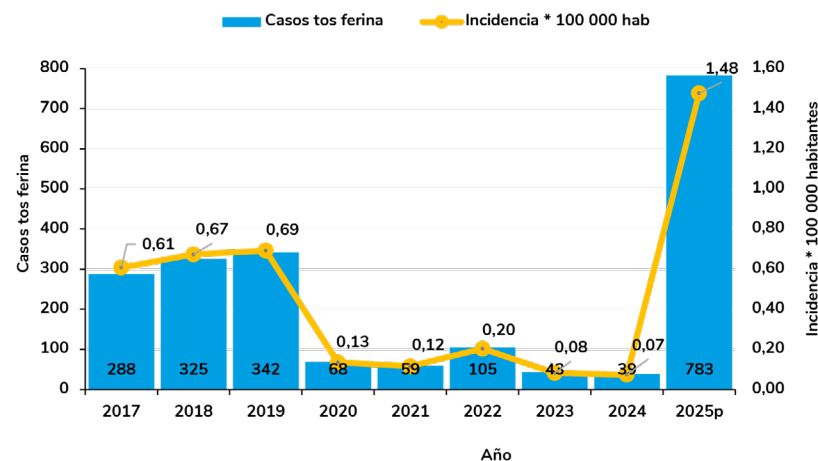
Tos ferina

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

Durante el 2025 (semanas epidemiológicas 1 a 42), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 6 016 casos de tos ferina. De estos, el 13,2 % (794 casos) fueron confirmados (784 con procedencia nacional y 10 importados), el 81,5 % (4 905 casos) fueron descartados y el 5,3 % (317 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,48 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 0,69 casos por cada 100 000 habitantes (figura 22).

Figura 22. Incidencia de casos confirmados de tos ferina a Semana Epidemiológica 42, Colombia, 2017-2025.

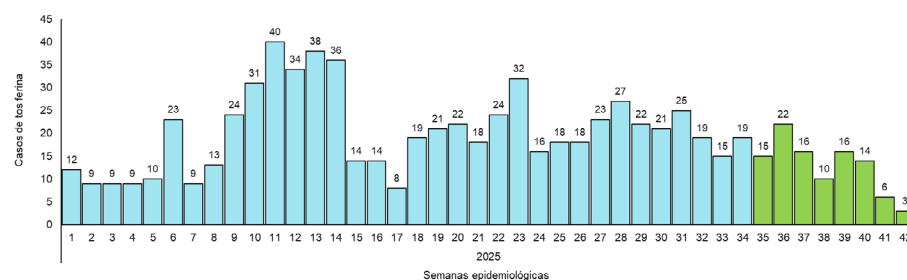


Sivigila 2017 a 2025p.

La figura 23 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 1 a 42). 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 (22 casos). En las últimas ocho semanas se observa una tendencia descendente, con una reducción del 38,1 %, al pasar de 63 casos (semanas epidemiológicas 35 a 38) a 39 casos (semanas epidemiológicas 39 a 42).

Figura 23. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 del 2025p



Fuente: Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 42, del 2019 al 2025p

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 261 casos y una incidencia de 3,29 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 180 casos (2,60), Cundinamarca con 52 casos (1,47) y Caldas con 25 casos (2,37).

La tabla 30 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 30. Incidencia de tos ferina por departamento de procedencia, hasta la Semana Epidemiológica 42, (2019 al 2025p)


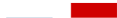


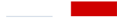
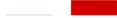
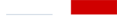

















Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	2025p
Colombia	0,63	0,12	0,12	0,20	0,08	0,07	1,48		783
Bogotá D. C.	0,88	0,09	0,01	0,06	0,04	0,05	3,29		261
Antioquia	0,84	0,18	0,19	0,15	0,04	0,07	2,60		180
Cundinamarca	0,45	0,13	0,06	0,00	0,12	0,14	1,47		52
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,10	2,37		25
Huila	0,45	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	1,22		15
Meta	0,29	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,12		13
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,85		11
Cesar	0,56	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,75		11
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,52		11
La Guajira	0,11	0,10	0,00	6,10	0,00	0,00	0,94		10
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63		10
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. T.	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. T.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,69		4
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,80		3
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
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
Putumayo	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2025p.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,07 casos por cada 100 000 habitantes (63 casos). Se observa un aumento en las últimas ocho semanas epidemiológicas (35 a 38) en Bolívar, Magdalena, Cesar, Cartagena de Indias D. T. y Barranquilla D. E., mientras que se evidencia una disminución en Caldas, Bogotá D. C. y Antioquia (tabla 31).

En la tabla 31 se muestran los departamentos con comportamientos inusuales en las últimas ocho semanas epidemiológicas (35 a 42).

Tabla 31. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (35 a 42) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 35-38)	Casos PE actual (SE 39-42)	Incidencia PE anterior (SE 35-38)	Incidencia PE actual (SE 39-42)	Tendencia de la incidencia
Colombia	63	38	0,12	0,07	
Bolívar	2	4	0,16	0,33	
Magdalena	0	2	0,00	0,21	
Cesar	0	3	0,00	0,20	
Cartagena de Indias D. T.	1	2	0,10	0,20	
Barranquilla D. E.	1	2	0,08	0,16	
Córdoba	2	3	0,10	0,15	
Sucre	0	1	0,00	0,10	
La Guajira	0	1	0,00	0,09	
Santander	0	2	0,00	0,08	
Nariño	0	1	0,00	0,06	
Caldas	2	1	0,19	0,09	
Bogotá D. C.	15	6	0,19	0,08	
Antioquia	15	5	0,22	0,07	
Santiago de Cali D. E.	3	1	0,13	0,04	
Cundinamarca	7	1	0,20	0,03	
Chocó	2	0	0,34	0,00	
Santa Marta D. T.	1	0	0,17	0,00	
Meta	2	0	0,17	0,00	
Quindío	1	0	0,18	0,00	
Risaralda	1	0	0,10	0,00	
Tolima	1	0	0,07	0,00	
Putumayo	1	0	0,26	0,00	
Vaupés	3	0	6,80	0,00	

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2025

Durante el 2025 se confirmaron 93 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 23 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 Frontino (Antioquia), Anserma (Caldas), Bagadó (Chocó), Albania (La Guajira) y Tierralta (Córdoba) (tabla 32).

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

Tabla 32. Departamentos con brotes de tos ferina en población indígena en seguimiento, Colombia, hasta la semana epidemiológica 42 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado	FIS último caso	Fecha de cierre
Antioquia	Frontino	1	0	Abierto	6/10/2025	17/11/2025
Caldas	Anserma	2	0	Abierto	9/10/2025	20/11/2025
Chocó	Bagadó	13	2	Abierto	16/09/2025	28/10/2025
La Guajira	Albania	1	0	Abierto	6/10/2025	17/11/2025
Córdoba	Tierralta	5	2	Abierto	5/10/2025	16/11/2025

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Sivigila 2025p

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, octubre 28 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 casos y Estado Amazonas 1 caso), con 55** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar) de las cuales un (1) caso en estudio, con una letalidad acumulada preliminar del 39,7 % (54/136)*. Se han descartado 1 990 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 y un (1) caso en estudio. 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)

*Se excluyen 5 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un caso en estudio (1).

** El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales, Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

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 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.

44 Brote de varicela en población de interés especial en salud pública, Calamar, Guaviare. Octubre 26 del 2025

Brote identificado en personal de Fuerzas Militares FFMM el 21 de octubre del 2025. A la fecha se han identificado cinco casos de 24 expuestos para una tasa de ataque de 17,2 %. No se reportan hospitalizaciones ni muertes. Se implementaron medidas de control como investigación epidemiológica de campo, aislamiento y seguimiento diario de los casos detectados, búsqueda activa comunitaria, seguimiento a expuestos, comunicación del riesgo y educación, restricción de traslados de personal hasta el cierre del brote. Situación sujeta a cambios y en seguimiento hasta el cierre por referente del evento.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud de Guaviare

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 43 del 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado lb, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional– INS.

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación de Mpox clado lb en Europa y evaluación de riesgo. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Europa (ECDC). Fecha de publicación: 24 de octubre del 2025

El 10 de octubre del 2025, España notificó su primer caso de viruela símica del clado lb adquirido localmente. El 17 de octubre de 2025, Italia (2), Portugal (1) y los Países Bajos (1) notificaron cuatro casos adicionales entre hombres sin antecedentes de viaje. Los cinco casos tenían síntomas leves. Algunos de los casos informaron haber tenido contacto sexual con otro hombre. Del total, uno tenía antecedente de vacunación y todos tuvieron sintomatología moderada sin requerir hospitalización.

Lo anterior representa un patrón diferente de transmisión e indica que la transmisión puede estar ocurriendo en redes sexuales entre hombres en varios países de la Unión Europea. Previamente se habían reportado 30 casos de viruela símica del clado I, todos importados o relacionados con casos importados.

Con base en la evidencia actual, el riesgo general de infección por el virus de Mpox clado lb se evalúa como moderado para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y bajo para la población general.

Fuente: Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Europa (ECDC). Detection of autochthonous transmission of monkeypox virus clade lb in the EU/EEA. Fecha de publicación: 24 de octubre de 2025. Fecha de consulta: 28 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/mpox-TAB-October-2025.pdf>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 43 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 43

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	53	1	1	423	33	41	338	22	31	99	10	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	506	13	9	17879	1366	1602	7820	256	527	2687	119	173	64	4	5	559	41	9	75	8	0
Arauca	94	3	1	754	60	64	2405	63	96	775	13	23	25	0	0	3	0	0	61	6	7
Atlántico	106	2	4	3714	262	293	3929	320	294	1741	190	140	59	8	5	2	0	0	6	1	0
Barranquilla D.E.	16	1	0	3988	252	355	2851	454	216	1034	231	68	32	9	0	20	1	0	20	2	2
Bogotá D.C.	2	0	0	20895	1800	1936	0	0	0	0	0	0	0	0	0	116	21	6	10	2	0
Bolívar	254	8	6	2666	200	214	3763	350	285	1453	186	116	27	9	1	2	0	0	4	0	0
Boyacá	65	2	3	6327	490	560	676	20	29	302	8	16	3	0	0	8	0	2	7	1	1
Buenaventura D.E.	21	1	1	110	10	11	190	30	6	66	13	1	3	0	0	1	0	0	1	0	0
Caldas	62	1	3	3623	286	328	327	17	12	161	11	9	1	0	0	12	1	2	45	5	2
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	4627	415	437	3010	609	170	1056	256	56	24	7	2	62	16	3	43	1	2
Caquetá	171	2	2	1057	89	105	2256	55	33	893	32	14	30	0	2	2	0	0	8	2	0
Cartagena de Indias D.T.	19	0	4	1740	131	198	5564	413	420	1308	209	90	62	9	6	6	0	0	1	0	1
Casanare	151	3	4	1640	119	170	1508	122	53	482	48	11	6	2	0	47	0	1	6	1	2
Cauca	88	3	2	5027	442	419	1010	64	20	380	28	8	15	1	0	30	1	1	9	1	1
Cesar	278	8	10	2786	181	254	3062	270	319	1730	173	170	54	5	5	6	1	1	28	3	4
Chocó	183	4	4	279	16	35	1036	72	98	176	16	16	9	1	1	3	0	1	75	9	26
Córdoba	264	7	11	4609	349	378	9764	414	421	3594	199	197	30	4	1	4	1	0	13	2	0
Cundinamarca	75	1	6	13343	1067	1235	3637	193	134	1442	94	43	24	1	4	21	3	0	18	1	1
Guainía	20	1	0	183	12	23	33	4	9	12	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	91	2	2	351	29	30	1087	26	94	221	7	21	5	0	0	1	0	0	1	0	0
Huila	139	1	5	5973	458	586	3149	263	105	1113	109	29	95	7	1	10	1	0	8	2	0
La Guajira	127	3	5	2069	159	210	2679	156	111	1569	111	63	39	4	5	5	0	1	11	2	0
Magdalena	131	3	6	2249	187	180	1780	116	182	1031	77	102	17	1	2	1	0	0	11	2	0
Meta	234	3	2	3957	308	367	9362	325	475	3167	133	133	109	3	8	110	4	16	13	1	0
Nariño	102	1	1	6727	529	663	1055	75	55	348	24	24	14	1	0	5	1	0	14	1	1
Norte de Santander	288	7	8	6025	445	545	7956	403	648	3201	230	215	99	5	7	29	6	1	27	1	0
Putumayo	140	2	2	1641	129	165	2925	48	72	823	16	21	22	0	0	0	0	0	5	1	1
Quindío	16	0	1	2721	212	217	879	29	46	236	10	11	3	0	1	29	2	0	4	0	0
Risaralda	53	1	0	3935	302	375	1057	23	33	372	12	7	13	0	2	8	2	1	1	0	0
Archiipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	387	27	23	52	10	3	21	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	43	1	1	2050	113	163	600	65	102	354	39	60	5	1	0	6	0	3	32	3	13
Santander	205	5	5	7060	534	654	9975	508	636	3247	251	214	61	4	2	86	3	2	16	2	0
Sucre	90	2	1	2640	189	238	3513	334	147	2007	199	77	26	6	1	2	0	0	3	0	0
Tolima	137	2	4	6607	499	617	5377	659	337	1766	318	95	55	5	3	7	0	0	27	3	2
Valle del Cauca	68	1	0	8157	601	743	4226	467	273	1114	193	66	21	3	0	22	4	2	40	2	0
Vaupés	46	1	2	256	12	11	72	9	30	9	3	0	1	0	0	13	0	0	3	1	0
Vichada	51	1	0	245	21	21	717	12	34	220	3	11	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	4395	97	116	158,720	12,334	14466	109,640	7,276	6,556	40,210	3,577	2,311	1,057	100	64	1,238	109	52	648	60	66

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 43

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	2843	204	301	5	2	1	5824	534	546	179	16	18	0	0	0	4155	400	231	16	15	16
Antioquia	9937	723	608	213	35	36	814934	78793	61324	39459	2370	2368	4560	747	582	314329	33476	27406	551	754	551
Arauca	610	7	20	12	2	3	23843	2213	2000	3316	119	235	90	3	16	6861	652	449	31	55	31
Atlántico	0	0	0	15	7	5	147354	12084	14923	3213	282	269	1948	201	411	63310	4285	5118	111	213	111
Barranquilla D.E.	0	0	0	31	9	5	214598	17910	22399	12777	405	1528	1782	252	329	77977	5976	6476	144	260	144
Bogotá D.C.	0	0	0	250	62	65	1585442	124513	120923	74265	4627	4984	8459	1171	1486	635554	62300	56559	554	729	554
Bolívar	1485	85	84	16	6	5	123987	11430	12197	2542	279	305	447	113	119	27476	2710	2685	136	198	136
Boyacá	913	0	16	36	8	8	128929	11726	10810	7221	428	566	459	79	97	43628	4142	4016	93	120	93
Buenaventura D.E.	1799	147	100	4	0	0	6277	1021	706	107	8	8	11	1	2	2417	509	176	61	72	61
Caldas	20	2	0	18	3	1	79181	7711	6291	3158	253	208	1130	130	141	24293	3113	2056	61	82	61
Santiago de Cali D.E.	5	1	1	85	15	28	227903	21635	18081	8497	487	319	574	84	96	87223	13706	6361	216	257	216
Caquetá	390	14	43	10	4	1	30060	2999	2409	1890	129	177	33	5	4	12269	1614	1171	42	56	42
Cartagena de Indias D.T.	6	0	1	23	6	11	190468	18193	18211	11199	397	966	1544	195	322	47587	4096	6084	132	224	132
Casanare	4	4	1	5	2	1	25625	2563	1911	532	59	63	48	13	15	9282	1005	701	53	68	53
Cauca	1955	246	66	34	5	10	102173	9148	7464	3464	113	268	570	51	95	37042	5689	3472	142	220	142
Cesar	15	2	1	28	4	10	124713	10698	11428	6490	640	527	469	137	78	25068	3122	2042	168	241	168
Chocó	18393	2148	1102	17	3	4	35442	1892	3109	1821	141	40	41	2	11	14229	907	1537	90	168	90
Córdoba	5158	777	249	31	5	3	192847	14773	15819	8454	523	814	1438	233	283	50531	4116	4002	206	355	206
Cundinamarca	0	0	0	76	14	21	360578	27025	27414	13180	796	997	1444	289	217	136501	12716	12841	291	357	291
Gualinía	1444	351	94	0	0	0	2510	200	216	123	26	13	1	0	0	1443	114	138	14	16	14
Guaviare	952	98	67	0	0	0	6500	535	546	343	35	48	42	10	5	3023	265	259	12	11	12
Huila	1	0	1	24	9	7	97597	9612	5842	5088	283	310	767	72	131	38004	4722	3440	107	152	107
La Guajira	37	2	3	13	3	3	216325	15758	26444	2847	618	460	241	72	55	37685	4850	4016	215	356	215
Magdalena	4	1	1	10	2	5	111975	8659	10999	3418	245	257	78	13	1	30747	3153	2740	110	163	110
Meta	855	34	86	13	2	2	79982	6284	5789	3192	162	212	250	87	48	40388	4308	2837	135	154	135
Nariño	8290	856	289	67	10	18	128161	13276	9757	7432	378	653	170	24	26	42903	6885	4092	152	179	152
Norte de Santander	532	140	49	64	12	16	149988	13106	10326	8786	737	843	730	118	113	48648	5195	4068	118	207	118
Putumayo	75	4	4	7	2	1	31581	2204	2468	1249	107	100	31	6	3	10636	1233	984	33	53	33
Quindío	6	1	3	11	4	2	51094	5482	4081	2618	201	200	381	57	61	23457	2762	1883	38	55	38
Risaralda	2826	262	243	32	8	11	106035	9354	8563	5032	246	330	458	39	110	30309	4003	2583	63	96	63
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	6722	691	452	871	73	66	1	0	0	2468	305	217	9	12	9
Santa Marta D.T.	0	0	0	12	2	4	70436	2719	9059	3130	187	304	768	148	131	17394	1206	1413	44	88	44
Santander	10	1	1	94	9	22	234875	15870	17900	15432	1090	1274	2012	377	353	77493	6677	7055	132	208	132
Sucre	96	5	6	13	3	4	84273	8492	8041	8237	714	987	1466	295	309	19397	2796	1637	91	164	91
Tolima	0	0	0	25	5	3	134964	10768	9142	9119	369	497	388	58	54	53865	5758	4915	89	146	89
Valle del Cauca	62	10	1	55	12	10	140671	11876	11173	3396	236	264	732	71	119	57447	6524	4873	141	181	141
Vaupés	3962	236	140	15	1	3	7154	354	854	89	13	23	5	2	0	2261	93	230	9	13	9
Vichada	1597	174	126	4	0	1	3492	351	339	20	5	1	2	0	1	1529	162	139	30	33	30
Total nacional	64,285	6,576	3,707	1,368	276	330	6,084,513	512,452	499,956	282,186	17,797	21,502	33,570	5,155	5,824	2,158,829	225,546	190,902	4,640	6,733	4,640

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 43

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	5	0	1	38	7	0	26	5	2
Antioquia	9	11	0	578	55	30	26	6	2	1790	26	75	2240	208	183	690	72	26
Arauca	1	1	0	20	1	2	5	1	0	28	2	2	114	17	3	79	5	2
Atlántico	7	3	0	61	5	2	1	1	1	32	0	1	859	77	74	110	3	3
Barranquilla D.E.	2	2	0	151	7	7	0	2	0	48	3	9	915	75	117	216	14	6
Bogotá D.C.	13	12	0	1300	113	92	651	5	25	2473	50	88	4440	362	384	2631	308	189
Bolívar	3	3	0	36	3	1	1	1	0	33	3	2	519	52	41	46	4	1
Boyacá	4	2	0	161	17	9	25	1	1	52	3	3	797	57	70	325	30	15
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	62	7	3	1	1	0	43	1	1	380	35	24	50	1	1
Santiago de Cali D.E.	2	4	0	132	23	9	0	2	0	37	3	3	925	95	51	450	37	26
Caquetá	0	1	0	34	2	0	1	0	0	4	2	0	226	14	14	22	4	2
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	60	5	4	2	1	0	44	2	3	501	57	51	17	2	0
Casanare	2	1	0	23	2	0	9	0	0	1	1	0	220	30	31	20	3	0
Cauca	4	3	0	68	10	3	1	1	0	24	1	1	431	23	13	259	17	19
Cesar	4	3	0	60	5	4	0	2	0	29	3	7	452	30	68	31	3	0
Chocó	0	2	0	10	0	0	4	1	0	151	3	6	50	5	4	16	0	0
Córdoba	4	4	0	144	15	9	2	2	0	48	0	6	991	147	80	117	3	3
Cundinamarca	6	6	0	361	34	23	219	3	1	541	12	26	2170	169	127	454	42	27
Guainía	1	0	0	6	0	1	1	1	0	1	0	0	87	0	9	2	1	1
Guaviare	0	0	0	10	0	0	4	1	1	6	0	0	85	6	8	4	0	0
Huila	3	3	0	139	16	5	5	1	0	74	5	0	556	44	50	92	5	14
La Guajira	2	3	0	29	3	0	0	2	0	31	1	12	433	28	46	38	2	1
Magdalena	0	2	0	35	2	1	0	1	0	26	1	1	341	33	20	18	0	1
Meta	5	2	0	81	7	5	11	1	0	165	3	15	588	56	39	96	8	7
Nariño	7	3	0	149	13	16	4	1	0	83	5	1	626	63	66	81	6	9
Norte de Santander	7	3	0	174	16	13	3	2	0	55	6	1	994	88	105	84	4	0
Putumayo	1	1	0	28	4	2	1	1	0	19	1	0	197	17	15	116	11	18
Quindío	2	1	0	35	4	1	2	1	0	22	1	2	263	35	23	86	7	7
Risaralda	7	2	0	49	5	3	0	1	0	74	1	0	577	47	26	36	1	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	26	8	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	1	0	13	1	1	0	1	0	8	0	1	195	13	16	38	3	1
Santander	3	4	0	94	12	5	0	2	0	82	7	9	695	83	61	280	31	12
Sucre	4	2	0	67	5	4	1	1	0	62	11	4	668	67	68	134	2	1
Tolima	7	2	0	71	6	7	7	1	0	43	3	6	812	72	48	79	6	3
Valle del Cauca	2	4	0	142	12	14	2	1	0	24	6	0	1093	87	72	202	10	5
Vaupés	0	0	0	2	0	1	3	1	0	43	0	3	10	1	0	12	1	2
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	15	1	2	19	2	2	9	1	0
Total nacional	120	95	0	4,403	424	277	994	53	31	6,218	163	291	24,557	2,048	2,010	6,973	652	407

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 43

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 nexa 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	48	58	0	0	0	0	62	81	11	12
Antioquia	0	0	0	1	1520	2267	1	0	0	1	4467	4609	895	974
Arauca	2	0	0	0	244	146	0	0	0	0	148	184	14	16
Atlántico	0	1	0	0	336	293	0	0	0	0	749	822	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	183	284	0	0	0	0	750	829	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2556	2165	3	1	0	0	4190	4722	0	0
Bolívar	0	0	0	0	354	523	0	0	0	0	453	492	304	390
Boyacá	1	0	0	0	401	429	0	0	0	0	849	959	101	213
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	106	145	0	0	0	0	78	73	14	16
Caldas	0	0	0	1	144	161	0	0	0	2	998	882	245	165
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	380	475	1	0	0	2	1352	1711	1	2
Caquetá	0	0	0	0	159	114	0	0	0	0	207	185	174	210
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	225	447	0	0	0	0	452	507	1	1
Casanare	4	2	0	0	262	216	0	0	0	0	244	287	6	6
Cauca	0	0	0	0	260	258	0	0	0	0	708	727	45	51
Cesar	4	7	0	0	589	788	1	0	0	0	491	509	65	376
Chocó	0	0	0	0	613	702	0	1	0	0	87	138	201	171
Córdoba	1	0	0	0	469	426	0	0	0	0	850	914	169	156
Cundinamarca	0	0	0	0	1002	978	0	0	0	0	1831	2244	181	136
Guainía	0	0	0	0	47	38	0	0	0	1	24	28	13	21
Guaviare	0	0	0	0	89	57	0	0	0	0	52	57	389	129
Huila	0	0	0	0	360	386	0	1	0	0	710	623	9	8
La Guajira	0	0	0	0	1660	1472	2	0	0	0	234	322	19	22
Magdalena	0	0	0	0	474	691	0	0	0	0	294	337	6	8
Meta	0	0	0	0	344	317	0	0	0	2	608	581	190	109
Nariño	0	1	0	0	550	575	0	0	0	0	1166	1359	216	158
Norte de Santander	2	0	1	0	572	600	3	0	0	0	886	1007	174	164
Putumayo	0	0	0	0	160	158	0	0	0	2	263	257	182	186
Quindío	0	0	0	0	79	70	0	0	0	0	443	416	0	0
Risaralda	0	0	0	0	299	398	0	0	0	0	992	1141	113	86
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	3	0	0	0	0	19	28	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	85	150	0	0	0	0	232	304	9	13
Santander	2	1	0	0	375	415	1	0	0	0	1286	1494	444	685
Sucre	0	0	0	0	192	334	0	2	0	0	409	409	89	56
Tolima	0	0	0	0	307	285	0	0	1	0	1011	982	270	178
Valle del Cauca	0	0	0	0	361	538	1	0	0	0	1096	1217	15	12
Vaupés	0	0	0	0	62	24	0	0	0	0	55	93	33	31
Vichada	0	0	0	0	245	177	0	0	0	0	23	24	37	16
Total nacional	16	12	1	2	16,123	17,563	11	5	2	10	28,771	31,554	4,636	4,780

49

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 43

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	1	0	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0
Antioquia	14	7	20	12	7	3	26	37	11	9	115	244
Arauca	0	1	2	0	2	0	3	2	1	1	5	5
Atlántico	2	0	8	6	1	0	10	3	6	3	26	31
Barranquilla D.E.	1	2	6	5	1	2	5	4	2	0	21	31
Bogotá D.C.	1	1	24	15	1	0	42	20	0	0	131	611
Bolívar	5	2	9	5	2	0	11	6	8	2	20	2
Boyacá	0	1	4	3	1	3	4	6	0	1	21	33
Buenaventura D.E.	1	0	3	1	0	1	4	3	2	1	5	2
Caldas	1	0	3	0	0	1	3	1	0	0	17	2
Santiago de Cali D.E.	1	0	6	5	1	1	7	9	2	0	38	47
Caquetá	3	3	2	1	0	0	6	5	3	2	7	2
Cartagena de Indias D.T.	6	4	7	1	0	1	8	9	2	1	17	17
Casanare	0	1	2	4	1	0	2	0	2	1	8	8
Cauca	1	0	7	1	4	5	9	9	1	2	26	9
Cesar	1	0	11	13	6	3	9	5	19	11	24	19
Chocó	1	0	12	6	29	17	27	31	32	38	10	8
Córdoba	3	0	12	5	1	4	14	11	5	9	33	29
Cundinamarca	4	2	12	7	0	4	9	16	3	0	58	69
Guainía	0	0	0	3	1	1	3	2	1	2	2	0
Guaviare	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	1
Huila	2	2	5	3	0	0	5	3	3	1	20	15
La Guajira	0	0	20	15	21	12	35	24	43	28	18	0
Magdalena	1	0	9	4	2	1	11	11	12	6	16	3
Meta	0	0	8	3	1	1	10	5	6	2	19	10
Nariño	1	3	10	8	2	1	8	10	5	2	28	11
Norte de Santander	2	0	6	8	2	2	5	3	4	0	28	24
Putumayo	0	0	3	1	1	1	3	2	1	0	6	13
Quindío	1	0	2	1	0	1	2	0	0	0	9	5
Risaralda	2	7	3	2	7	8	7	7	7	6	17	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	2	0	6	2	2	0	4	2	0	2	10	10
Santander	2	0	8	4	1	0	6	3	1	0	40	28
Sucre	2	2	5	1	0	0	6	6	2	1	17	35
Tolima	3	4	6	3	2	0	8	4	1	0	23	9
Valle del Cauca	3	6	5	2	2	1	9	7	5	1	35	45
Vaupés	0	0	0	0	2	4	3	1	1	1	2	0
Vichada	0	1	4	1	3	0	4	5	9	8	2	0
Total nacional	343	392	248	151	114	79	336	275	185	141	879	1,380

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)

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

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

Semana epidemiológica
19 al 25 de octubre de 2025

43

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 43

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	51	63	2	0	501	603
Antioquia	144	102	979	1098	0	0	2962	4068	93	120	19078	18336
Arauca	35	15	148	126	0	0	119	125	2	0	965	1140
Atlántico	42	26	297	306	0	1	364	458	15	21	2032	2268
Barranquilla D.E.	63	15	356	288	0	0	665	815	18	30	2121	2445
Bogotá D.C.	147	56	794	775	0	0	1182	1228	33	23	25374	29003
Bolívar	41	20	255	239	1	3	146	184	4	1	1993	2179
Boyacá	18	17	83	71	0	0	129	186	2	3	3352	3851
Buenaventura D.E.	19	15	117	84	0	0	146	184	7	4	328	251
Caldas	16	18	115	140	0	0	273	255	5	1	2588	2766
Santiago de Cali D.E.	29	20	386	446	0	1	1219	1307	37	50	6695	6260
Caquetá	7	11	75	80	0	0	200	268	5	7	925	985
Cartagena de Indias D.T.	65	38	282	317	0	2	335	407	4	6	1225	1401
Casanare	33	34	109	138	0	1	129	170	3	8	753	819
Cauca	19	14	166	162	0	2	236	249	3	3	2887	2883
Cesar	33	20	281	225	0	0	330	408	2	9	1752	1879
Chocó	43	24	190	202	0	0	172	239	2	3	361	421
Córdoba	30	10	272	202	1	0	220	259	4	9	3059	2845
Cundinamarca	60	53	313	412	0	0	454	525	14	11	11155	13485
Guainía	6	7	15	15	0	0	15	22	0	0	176	207
Guaviare	4	2	23	14	0	0	40	33	1	2	247	318
Huila	15	10	134	131	0	0	324	393	7	9	5318	5377
La Guajira	58	39	314	318	0	0	430	535	6	8	1133	1315
Magdalena	31	22	196	222	0	2	136	164	3	3	1201	1284
Meta	42	40	220	253	0	0	519	757	16	27	2116	2216
Nariño	14	17	200	192	0	1	200	184	5	7	3547	4630
Norte de Santander	76	39	420	412	0	1	567	743	12	9	3336	3630
Putumayo	7	5	77	89	0	1	92	112	3	4	1127	1372
Quindío	9	6	82	90	0	0	217	278	3	6	2222	2275
Risaralda	23	20	151	172	0	0	490	609	22	12	3126	3250
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	5	10	0	0	6	16	0	0	167	227
Santa Marta D.T.	16	16	95	148	0	0	196	274	2	3	542	689
Santander	57	54	358	422	0	0	770	1269	23	17	5369	5846
Sucre	17	18	170	167	1	1	89	78	1	0	1556	1668
Tolima	27	24	151	118	0	1	469	649	12	13	2613	2957
Valle del Cauca	28	33	266	313	0	0	594	723	14	25	6005	6506
Vaupés	1	0	3	3	0	0	12	21	0	0	179	397
Vichada	7	10	32	33	0	0	30	31	0	2	215	208
Total nacional	1,408	878	8,401	8,455	3	17	14,474	18,289	383	456	127,336	138,192



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 43

19 al 25 de octubre del 2025

TEMA CENTRAL

Parálisis Flácida Aguda.

Enfermedad manos pies y boca (EMPB).

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: Yenny Marcela Elizalde Rodríguez, Erika Ximena Ospitia Báez. **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.

52# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.43>