



Fuente: repositorio fotográfico de la Clínica Medical - Bogotá Colombia.



Comportamiento de la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos (IAPMQ)

Fortalecer las medidas de prevención y el control de las infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos son clave para reducir la incidencia a nivel país

Semana epidemiológica
2 al 8 de noviembre del 2025

45

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

Pág.

3



Tema central

Comportamiento de la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos (IAPMQ)

7



Situación nacional

9



Mortalidad

16



Eventos trazadores

35



Brotes y alertas

37



Tablas de mando por departamento

45



TEMA CENTRAL

**Comportamiento de la vigilancia epidemiológica
de las infecciones asociadas a procedimientos
médico quirúrgicos (IAPMQ),
Colombia, enero-septiembre 2025**

Yenys Marcela Regino Ruenes, yregino@ins.gov.co

La infección de sitio quirúrgico (ISQ) representa el 20 % de todas las infecciones asociadas a la atención en salud y se asocia a un aumento de 2 a 11 veces en el riesgo de mortalidad, con un 75 % de las muertes asociadas directamente atribuible (1). Estas infecciones se pueden manifestar en cualquier etapa del proceso de cicatrización, están asociadas con complicaciones graves, incluidas la sepsis y la prolongación de la estancia hospitalaria. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en países de ingresos bajos y medianos, el 11 % de los pacientes sometidos a cirugía desarrollan una ISQ, mientras que en África esta cifra puede llegar al 20 % en mujeres que se someten a cesáreas (2). La incidencia varía significativamente según el tipo de procedimiento, la especialidad quirúrgica, el grado de contaminación de la técnica quirúrgica y las condiciones del paciente oscilando desde el 1 % en cirugía limpia, hasta el 20 % o más en ciertos tipos de cirugía sucia (3, 4).

Dado el impacto significativo de las infecciones de sitio quirúrgico en la mortalidad y morbilidad del paciente quirúrgico, así como en los costos asociados a la atención en salud atribuibles, la prevención mediante el diseño e implementación de estrategias orientadas a reducir el riesgo de presentar una infección de sitio quirúrgico y la vigilancia posoperatoria, son consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) como objetivos principales para las instituciones de atención médica (5, 6).

Para el 2025 con corte a septiembre se han notificado 3 091 casos de infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos de los cuales el 47,7 % (n=1477) son asociadas a cesárea, 22,8 % (n=707) asociadas a herniorrafía, 11,7 % (n=362) asociadas a colecistectomía, 9,1 % (n=279) asociadas a parto, el 7,4 % (n=237) asociadas a revascularización miocárdica (RVM); y un total de 560 504 procedimientos médico quirúrgicos, para un porcentaje de incidencia acumulada de 0,5 %. La mayor incidencia la aporta las infecciones asociadas a RVM (2,9 %), seguida de las infecciones asociadas a cesárea (0,8 %) (tabla 1).



Salud

Tabla 1. Porcentaje de incidencia acumulada de las infecciones asociadas a las infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos en Colombia, enero-septiembre del 2025p

Procedimiento	Enero (%)	Febrero (%)	Marzo (%)	Abril (%)	Mayo(%)	Junio(%)	Julio (%)	Agosto (%)	Septiembre	Tendencia
Cesárea	0,63	0,98	0,76	0,75	0,89	0,87	0,86	0,80	0,79	■■■■■
Parto Vaginal	0,16	0,19	0,15	0,18	0,21	0,19	0,20	0,17	0,17	■■■■■
Colecistectomía	0,30	0,43	0,32	0,18	0,32	0,26	0,28	0,32	0,29	■■■■■
Herniorrafía	0,40	0,48	0,44	0,36	0,43	0,38	0,41	0,49	0,40	■■■■■
Revacularización Miocárdica	3,31	3,75	2,62	2,39	3,77	2,22	3,64	1,95	2,89	■■■■■
Nacional	0,43	0,58	0,48	0,42	0,53	0,47	0,50	0,49	0,38	■■■■■

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

De los casos de IAPMQ reportados al sivigila el 79 % (n=2 426) fueron ingresados como confirmados por criterios clínicos y el 21 % (n=665) confirmados por laboratorio. Con corte a septiembre se han identificado un total de 762 microrganismos asociados a las IAPMQ, evidenciando que los agentes etiológicos que más se aislaron en las muestras microbiológicas tomadas en los diferentes procedimientos fueron *Staphylococcus aureus* 29,5 % (n=225), seguido de *Klebsiella pneumoniae* 12,9 % (n=98) y *Escherichia coli* 12,7 % (n=97), estos microrganismos según la literatura son más resistentes a los métodos de esterilización y desinfección y presentan mayor resistencia a los antibióticos y debido a estas características una mayor tasa de incidencia. De los agentes etiologicos reportados el mayor porcentaje fueron identificados en las infecciones asociadas a cesárea (36,1 %), seguido de las infecciones asociadas a herniorrafía (22,6 %) (tabla 2).

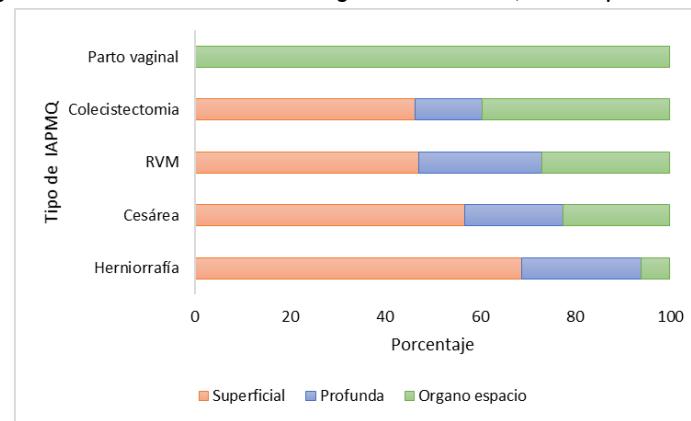
Tabla 2. Principales microorganismos aislados en las infecciones asociadas a las infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos en Colombia, enero-septiembre de 2025p

Nombre del microorganismo	Cesárea	Herniorrafía	Parto vaginal	RVM	Colecistectomía	Total
<i>Staphylococcus aureus</i>	49,5	27,9	0,3	21,3	3,3	29,5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4,4	7,6	0,0	18,8	28,7	12,9
<i>Escherichia coli</i>	6,9	14,5	0,9	7,5	26,0	12,7
<i>Proteus mirabilis</i>	6,9	7,6	0,0	8,1	0,7	6,0
<i>Enterococcus faecalis</i>	6,2	5,2	0,0	3,1	4,0	4,9
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0,7	9,3	0,0	6,9	4,7	4,7
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	5,8	1,7	0,0	6,3	1,3	4,1
<i>Morganella morganii</i>	3,6	2,9	0,1	3,8	1,3	3,1
<i>Serratia marcescens</i>	0,7	2,9	0,0	8,8	1,3	3,0
<i>Enterobacter cloacae</i>	2,2	1,2	0,0	3,1	5,3	2,8
<i>Streptococcus agalactiae</i>	2,5	3,5	0,0	0,6	0,0	1,8
<i>Candida albicans</i>	0,7	0,6	0,0	1,9	2,0	1,2
<i>Enterobacter cloacae complex</i>	0,7	0,6	0,0	0,6	2,0	0,9
<i>Aeromonas hydrophila</i>	0,4	1,2	0,0	0,6	0,7	0,7
<i>Enterococcus faecium</i>	0,4	0,0	0,0	0,0	2,7	0,7
Total	36,1	22,6	0,7	21,0	19,7	

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

Las IAPMQ se pueden clasificar dependiendo de la capa de tejido involucrada, en superficial, profunda u órgano espacio. Dentro de los casos reportados de enero a septiembre se evidenció que para los procedimientos objeto de la vigilancia (cesárea, herniorrafía, colecistectomía, parto vaginal y revascularización miocárdica) predominan las infecciones de tipo superficial 59,3 % (n=1 834), exceptuando parto vaginal que en su totalidad quedaron clasificadas como infecciones órgano espacio. Si bien la piel aloja bacterias residentes, las cuales son más abundantes en el estrato córneo, en los orificios de las glándulas sebáceas y de los folículos pilosos, la implementación de todas las medidas de control antes, durante y posterior a la intervención quirúrgica son pieza clave para su prevención de la apariciones de este tipo de infecciones (figura 1).

Figura 1. Clasificación de la infección según sitio anatómico, enero-septiembre 2025

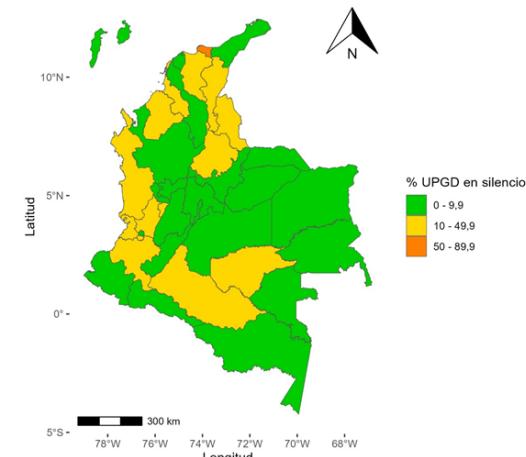


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025p

Para el evento se realiza seguimiento al indicador porcentaje de silencio epidemiológico, entendido como la ausencia del reporte de la ficha colectiva (código 362) por parte de cada institución, el cual se monitoriza mensualmente. El análisis de este indicador permite evaluar la gestión de los referentes de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y de las entidades territoriales. Para septiembre 2025 se identificó que el porcentaje de silencio epidemiológico a nivel nacional fue del 11 %, superando la meta establecida de menos del 10 %.

Al analizar el comportamiento de este indicador por entidad territorial, se observó que todas están aportando a la vigilancia a través de los reportes mensuales de las UPGD, el mayor porcentaje de silencio lo aporta: Santa Marta D. T. 53,2 % (n=12 UPGD), seguido de Caquetá con un 43,5 % (n=9 UPGD), por otra parte resaltar el compromiso de las entidades territoriales que no reportan silencio indicando un cumplimiento en la notificación del 100 %, dentro de ellos Boyacá, Caldas, Guainía, Putumayo, Vaupés y Vichada (figura 2).

Figura 2. Indicador de la vigilancia: porcentaje de silencio de la notificación colectiva, de las infecciones asociadas a las infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos en Colombia, septiembre 2025p



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

Conclusiones:

- De las IAPMQ notificadas con corte a septiembre la mayor incidencia corresponde a las infecciones asociadas a RVM (2,9 %) seguido de cesárea (0,8 %).
- El 21 % de las IAPMQ fueron confirmadas por laboratorio, los principales microorganismos aislados fueron: *Staphylococcus aureus* 29,5 %, seguido de *Klebsiella pneumoniae* 12,9 % y *Escherichia coli* 12,7 %.
- El porcentaje de silencio en septiembre fue del 11 %, el mayor porcentaje de silencio lo aporta el distrito de San Marta.

Recomendaciones

Ministerio de Salud y Protección Social

- Continuar con el fortalecimiento en la implementación de los programas de control de infecciones (PCI) a nivel de las UPGD del país



Salud



Entidades territoriales

- Fortalecer la notificación colectiva e individual en todas las UPGD que realizan procedimientos médico-quirúrgicos objeto de la vigilancia en Colombia a través de asistencias técnicas, con la finalidad de minimizar los silencios y riesgo de silencios.
- Se debe realizar vigilancia y seguimiento a los aumentos de las incidencias para identificar comportamientos inusuales

UPGD

- Se recomienda realizar entrenamiento, reentrenamiento, auditoría y retroalimentación en las medidas de: higiene de manos, asepsia de piel, proceso de limpieza y desinfección, uso de elementos de protección personal, control de temperatura y humedad.
- Se recomienda efectuar una vigilancia activa de las IAPMQ, para tener un diagnóstico temprano de estas infecciones y tratarlas eficazmente.
- Es prioritario fortalecer los procesos de confirmación de casos de IAPMQ a través del laboratorio, con el fin de garantizar la identificación oportuna de los agentes etiológicos, optimizar la respuesta terapéutica y contribuir a la vigilancia integral de las infecciones asociadas a la atención en salud.

6

Referencias

1. Badia J, Casey A, Petrosillo N, Hudson P, Mitchell S, Crosby C. Impact of surgical site infection on healthcare costs and patient outcomes: a systematic review in six European countries. *J Hosp Infect*. 2017; 96:1-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2017.03.004>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategias para la prevención de infecciones quirúrgicas. 2021. Internet. fecha de consulta 10 de noviembre 2025. Disponible: <https://www.who.int/es/news/item/03-11-2016-who-recommends-29-ways-to-stop-surgical-infections-and-avoid-superbugs>.



3. CDC National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report, published November 2024, available from: <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/php/data/progress-report.html>.
4. Andoh, Aaron B. «Routine sterile glove and instrument change at the time of abdominal wound closure to prevent surgical site infection (ChEETAh): a pragmatic, cluster-randomised trial in seven low-income and middle-income countries.» *The Lancet* 400.10365 (2022): 1767-1776.
5. CDC National and State Healthcare-Associated Infections, Surgical Site Infection Event (SSI). published Enero 2025, available from: www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscssicurrent.pdf.
6. Organización Panamericana de la Salud. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016. Fecha de consulta 12 de mayo 2025 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255764>.



SITUACIÓN NACIONAL

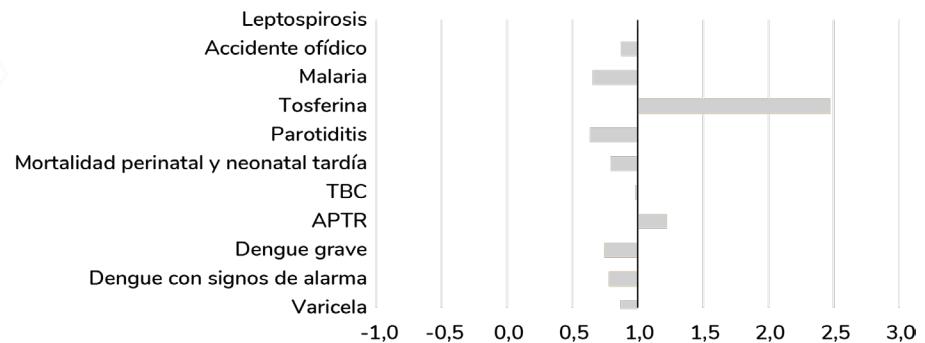
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 la semana epidemiológica 45 del 2025, se identifica que los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025.



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

*APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

*TBC: Tuberculosis

7

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

Para la semana epidemiología 45, el evento de violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro del comportamiento esperado con respecto al histórico de la notificación.

Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	173 730	144 003	1,37	0,17

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



Salud

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 45 del 2025, el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de los esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	8	74	0,00
Zika	6	4	0,11
Lepra	4	5	0,16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,14
Mortalidad por dengue	6	4	0,11
Chicungunya	2	2	0,27
Leishmaniasis mucosa	0	0	0,82

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 45 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 45 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

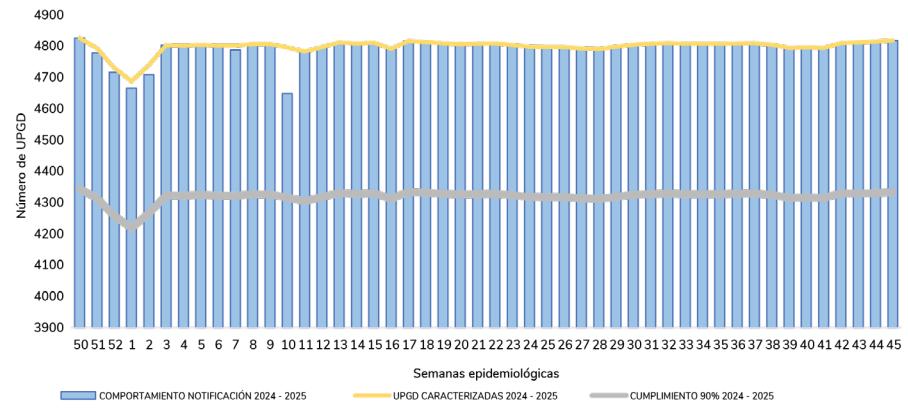
El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 819 / 4 819); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y con relación a la semana 45 del año anterior un aumento del 0,1%. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

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 4).



Salud

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025



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



MORTALIDAD



Salud

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 45 del 2025, se han notificado 649 muertes probables en menores de cinco años: 379 por infección respiratoria aguda (IRA), 174 por desnutrición (DNT) aguda y 96 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, nueve 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 45 del 2025 se han notificado 632 fallecimientos (370 por IRA, 168 por DNT aguda y 94 por EDA); de estos, 362 casos han sido confirmados, 123 han sido descartados y 147 casos se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. 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 45, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 45 2025			Casos en estudio a SE 45 2025			Tasa a SE 45 2024			Tasa a SE 45 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	114	194	54	33	88	26	4,96	7,80	3,30	3,09	5,26	1,46
Amazonas	0	2	0	0	0	0	20,56	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	3	21	2	6	16	2	3,72	3,72	1,63	0,71	4,94	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	1	1	2,33	5,82	1,16	0,00	2,40	1,20
Bogotá D. C.	0	16	0	0	4	0	0,00	5,65	0,23	0,00	3,69	0,00
Bolívar	1	5	0	1	1	0	1,79	9,82	1,79	0,90	4,51	0,00
Boyacá	0	6	3	1	0	0	0,00	4,69	0,00	0,00	7,11	3,56
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	1,72	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	2	0	1	3	1	7,47	17,44	2,49	2,51	5,03	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	6	1	0	4	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	0,80	6,43	2,41	0,00	4,87	3,25
Cesar	10	5	3	1	1	0	7,40	6,66	3,70	7,42	3,71	2,23
Chocó	28	24	9	15	9	7	53,67	50,61	55,21	43,06	36,91	13,84
Córdoba	9	9	3	0	3	1	4,06	6,38	1,74	5,27	5,27	1,76
Cundinamarca	0	12	0	0	4	2	0,00	3,54	0,00	0,00	5,29	0,00
Guainía	2	2	1	0	0	0	0,00	54,25	27,13	26,72	26,72	13,36
Guaviare	0	1	1	0	1	0	11,76	11,76	0,00	0,00	11,91	11,91
Huila	1	1	0	0	3	0	0,93	4,64	0,00	0,94	0,94	0,00
La Guajira	27	13	11	1	9	2	33,74	26,64	20,42	24,06	11,58	9,80
Magdalena	7	9	1	0	2	0	14,19	9,82	1,09	7,71	9,91	1,10
Meta	2	5	1	1	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	1	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	4	2	2	13,17	13,17	13,17	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	2	0	0	1	0	0,00	2,25	4,49	4,54	4,54	0,00
Santander	0	1	0	0	2	0	0,64	3,84	4,48	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	1	3	0	3	2	36,48	36,48	18,24	18,21	18,21	54,62
Vichada	8	4	0	0	0	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.



Salud

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 370 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 133 confirmadas por clínica y 61 por laboratorio, 88 descartadas y 88 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 5,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 45 fueron 291, para una tasa de mortalidad de 7,8. casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 45 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, Casanare, Chocó, Cundinamarca, La Guajira y Meta y, a nivel municipal, en Cáceres, Güicán de La Sierra, Pueblo Bello, Soacha, Lloró, Maicao y San Andrés de Tumaco D. E. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron Rhinovirus, Enterovirus, Virus Sincitial Respiratorio, Haemophilus influenzae B, Bordetella pertussis, Influenza A, Streptococcus pneumoniae, Adenovirus, Staphylococcus Aureus y Moraxella catarrhalis (tabla 6).

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 45, 2024-2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	14	7	5	2	2	30	12	2	6	0	0	20
Enterovirus	8	5	3	2	1	19	10	1	4	0	0	15
Virus Sincitial Respiratorio	37	5	1	1	0	44	11	1	2	1	0	15
Haemophilus influenzae B	5	2	2	0	0	9	8	3	0	0	0	11
Bordetella pertussis	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
Influenza A	7	3	0	0	2	12	7	0	2	1	0	10
Streptococcus pneumoniae	5	4	3	3	1	16	6	2	2	0	0	10
Adenovirus	8	6	2	0	0	16	6	0	2	1	0	9
Staphylococcus aureus	11	2	2	2	0	17	8	1	0	0	0	9
Moraxella catarrhalis	4	1	2	2	1	10	4	3	1	0	0	8
SARS-CoV2	10	2	0	0	0	12	5	1	0	1	0	7
Influenza B	1	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	3
Klebsiella pneumoniae	3	1	1	0	0	5	2	1	0	0	0	3
Metapneumovirus	4	1	1	1	0	7	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Pseudomonas aeruginosa	3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Enterobacter cloacae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	129	40	24	14	8	215	98	18	19	5	0	140

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 168 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 114 fueron confirmadas, 21 descartadas y 33 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 45 fue de 185, para una tasa de mortalidad de 5,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 45 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,



Salud



Magdalena, 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 se han notificado 94 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, cinco confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos E. Coli, Norovirus, Adenovirus, Klebsiella pneumoniae y Giardia Lamblia), 49 confirmadas por clínica, 14 descartadas y 26 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 45 fue de 123 para una tasa de mortalidad de 3,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 45 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, La Guajira, Vaupés 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](#).

12

Mortalidad materna

Metodología

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

- **Muerte materna:** es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Muerte materna tardía:** es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.
- **Muerte materna por causas coincidentes:** corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

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

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

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

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33610/UFO28779>

En la semana epidemiológica 45 del año 2025 se notificaron al Sivigila seis casos: tres muertes maternas tempranas y tres muertes maternas tardías. El país acumula 164 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 157 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 45, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	227	130	53	410
2023	206	134	70	410
2024	176	112	38	326
2025p	157	115	37	309

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

A la semana epidemiológica 45 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, Meta, Santa Marta D. T. y Sucre. Las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Maicao (La Guajira), Soledad (Atlántico), Quibdó (Chocó) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 45 del año 2025, el 60,5 % corresponden a causas directas y el 32,5 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,7 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 45, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021–2024 a SE 45	Acumulado de casos a SE 45	
		2024	2025
Colombia	256	176	157
Bogotá D. C.	25	19	16
La Guajira	22	22	16
Cesar	12	11	13
Antioquia	21	12	12
Nariño	10	7	8
Norte de Santander	7	5	8
Atlántico	8	4	7
Cundinamarca	13	10	7
Chocó	13	15	6
Magdalena	9	5	6
Barranquilla D. E.	6	4	5
Bolívar	9	3	5
Santiago de Cali D. E.	6	5	5
Córdoba	12	7	5
Boyacá	4	2	4
Casanare	3	1	4
Santander	8	4	4
Guainía	0	0	3
Huila	5	5	3
Meta	8	7	3
Tolima	6	4	3
Risaralda	4	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, 2020–2024, datos preliminares 2025.

SE: semana epidemiológica



Tabla 9. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 45	Valor observado SE 45
Colombia	256	157
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Belén (Boyacá)	0	1
Magüí (Nariño)	0	1
Pital (Huila)	0	1
Pijao del Carmen (Magdalena)	0	1
Maicao (La Guajira)	5	1
Soledad (Atlántico)	5	1
Quibdó (Chocó)	3	0

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

SE: semana epidemiológica.

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 45	Número de casos y proporción a SE 45 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	191	206	100	176	100	157	100
DIRECTA	127	140	68,0	113	64,2	95	60,5
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	36	38	18,4	33	18,8	31	19,7
Hemorragia obstétrica	35	34	16,5	35	19,9	26	16,6
Sepsis obstétrica	15	19	9,2	10	5,7	12	7,6
Evento tromboembólico como causa básica	16	21	10,2	10	5,7	8	5,1
Embarazo ectópico	10	11	5,3	8	4,5	7	4,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	1,9	6	3,4	6	3,8
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,5	3	1,7	2	1,3
Embolia de líquido amniótico	4	4	1,9	4	2,3	2	1,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	2	1	0,5	2	1,1	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	3	4	1,9	1	0,6	1	0,6
INDIRECTA	61	63	30,6	59	33,5	51	32,5
Otras causas indirectas	25	25	12,1	25	14,2	22	14,0
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	5,8	6	3,4	16	10,2
Sepsis no obstétrica	11	11	5,3	10	5,7	5	3,2
Otras causas indirectas: cáncer	9	9	4,4	8	4,5	3	1,9
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,5	0	0,0	3	1,9
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	0	0,0
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	0,6
En estudio	2	1	0,5	3	1,7	10	6,4

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

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 07. 25 de junio de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf_2#:~:text=ICD%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM

A semana epidemiológica 45 del 2025 se han notificado 4 917 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 867 corresponden a residentes en Colombia y 50 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (582), Antioquia (572), Cundinamarca (307), Santiago de Cali D. E. (228), La Guajira (224) y teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 45 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decrecimiento en Chocó, Putumayo y Sucre. El nivel nacional, al igual que las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).



Salud

Respecto al análisis desagregado a nivel municipal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aumento respecto al promedio histórico en: Agustín Codazzi (Cesar), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Altos del Rosario (Bolívar), Aguazul (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), Sibaté (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Ansermanuevo (Valle del Cauca), Abejorral (Antioquia), San Carlos (Antioquia) y Buriticá (Antioquia) (tabla 12).

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 17,9 % 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 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 45 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 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 45, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 45	Acumulado de casos a SE 45	
		2024	2025
Colombia	7 017	5 130	4 867
Bogotá D. C.	763	645	582
Antioquia	784	579	572
Cundinamarca	373	326	307
Santiago de Cali D. E.	270	231	228
La Guajira	373	264	224
Córdoba	368	235	218
Cesar	249	157	174
Nariño	186	161	154
Barranquilla D. E.	273	156	151
Bolívar	205	130	150
Cauca	232	157	148
Valle del Cauca	187	151	148
Cartagena de Indias D. T.	234	148	142
Meta	159	123	142
Santander	217	142	137
Norte de Santander	216	134	128
Atlántico	223	139	118
Huila	159	114	114
Magdalena	171	134	112
Boyacá	127	98	96
Chocó	175	144	95
Sucre	169	117	92
Tolima	151	105	90
Risaralda	101	80	68
Buenaventura D. E.	75	46	62
Caldas	84	69	62
Casanare	71	52	56
Santa Marta D. T.	91	40	49
Caquetá	58	38	46
Quindío	57	43	40
Putumayo	55	51	37
Arauca	56	34	32
Vichada	35	27	31
Amazonas	15	12	17
Guainía	16	10	14
Guaviare	12	10	12
Vaupés	14	14	10
Archipiélago de San Andrés y Providencia	12	14	9

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

SE: semana epidemiológica.



Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 45 2020 - 2024	Valor observado a SE 45 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	7 017	4 867	-
Agustín Codazzi (Cesar)	16	27	26
Tocancipá (Cundinamarca)	6	13	18
Timbiquí (Cauca)	5	11	19
Altos del Rosario (Bolívar)	2	8	5
Aguazul (Casanare)	4	8	41
Villapinzón (Cundinamarca)	2	7	9
Sibaté (Cundinamarca)	3	6	1
Tenjo (Cundinamarca)	2	6	13
Ansermanuevo (Valle del Cauca)	3	6	1
Abejorral (Antioquia)	2	5	7
San Carlos (Antioquia)	2	5	10
Buriticá (Antioquia)	1	5	7

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

Tabla 13. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 45, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 45, 2023 -2025					
	2023 a SE 45	(%)	2024 a SE 45	(%)	2025 a SE 45	(%)
Colombia	6 146	100,0	5 130	100,0	4 867	100,0
Affixia y causas relacionadas	1 534	25,0	1 340	26,1	1 264	26,0
Prematuridad-inmadurez	1 117	18,2	850	16,6	811	16,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	975	15,9	774	15,1	643	13,2
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	648	10,5	580	11,3	449	9,2
Infecciones	538	8,8	443	8,6	403	8,3
Malformación congénita	551	9,0	470	9,2	384	7,9
Sin información	38	0,6	0	0,0	277	5,7
Otras causas de muerte	370	6,0	338	6,6	275	5,7
Causas no específicas	140	2,3	132	2,6	174	3,6
Trastornos cardiovasculares	156	2,5	152	3,0	141	2,9
Lesión de causa externa	58	0,9	23	0,4	24	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	21	0,3	28	0,5	22	0,5

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

EVENTOS TRAZADORES



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 45 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 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 38 a 45 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 38 a SE 41 2025	SE 42 a SE 45 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	551 805	493 281	-10,61%	↓
Hospitalización en sala general	23 253	20 723	-10,88%	↓
Hospitalización en UCI/UCIM	2 972	2 687	-9,59%	↓

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 45 del 2025 se notificaron 131 555 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 Nariño. 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 (42 a 45 del 2025) en 17 municipios (tabla 15).



Salud

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 42 a 45 del 2025

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	52 723	64 718	2 160	8 802
Atlántico	Soledad	87 651	85 237	7 328	8 235
La Guajira	Uribia	48 872	44 971	2 598	5 588
Cundinamarca	Soacha	69 667	72 640	3 524	5 356
Antioquia	Itagüí	71 642	71 764	4 550	4 916
Antioquia	Bello	66 843	54 032	4 368	4 063
Cundinamarca	Chía	58 082	50 919	3 388	3 383
Antioquia	Rionegro	25 917	32 245	2 018	2 096
Cundinamarca	Girardot	18 387	18 752	1 097	2 020
Santander	Floridablanca	25 010	24 843	1 742	1 981
Risaralda	Dosquebradas	24 097	26 771	1 207	1 860
Valle del Cauca	Palmira	25 913	24 294	1 583	1 786
Cundinamarca	Zipaquirá	19 090	21 046	1 516	1 760
Córdoba	Sahagún	21 276	22 431	1 542	1 755
Antioquia	Envigado	21 414	22 740	1 704	1 723
Magdalena	Ciénaga	21 547	20 842	737	1 692
Santander	Barrancabermeja D. E.	17 634	25 996	843	1 688
Bolívar	Magangué	15 245	20 032	846	1 568
Córdoba	Cereté	16 003	17 032	656	1 471
Boyacá	Sogamoso	14 608	19 023	1 200	1 415
Boyacá	Duitama	23 779	19 651	1 655	1 388
Antioquia	Apartado	15 805	15 723	971	1 146
Córdoba	Lorica	13 913	14 142	965	1 114
Cundinamarca	Madrid	17 136	12 977	865	1 028
Cundinamarca	Facatativá	19 908	15 702	1 429	1 024
Norte de Santander	Ocaña	14 470	15 358	412	1 005
Antioquia	Turbo D. E.	13 056	13 401	842	984
Valle del Cauca	Cartago	14 698	15 008	630	961
Cundinamarca	Funza	13 066	14 529	1 027	914
Valle del Cauca	Yumbo	12 263	12 737	995	905
Casanare	Yopal	13 952	13 287	897	893
Valle del Cauca	Tuluá	15 330	11 391	554	873
Cesar	Aguachica	8 127	10 632	751	788
Huila	Pitalito	10 607	11 799	729	763
Atlántico	Malambo	8 510	6 959	457	761
Santander	Piedecuesta	5 943	9 274	227	640
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	7 869	6 458	660	621
Cauca	Santander De Quilichao	11 243	9 767	808	567
Santander	Girón	7 374	7 363	254	465
Cundinamarca	Mosquera	5 884	6 721	317	440
Cauca	Guapi	2 385	4 481	182	386
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 807	5 525	293	301
Nariño	La Florida	686	663	46	40

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

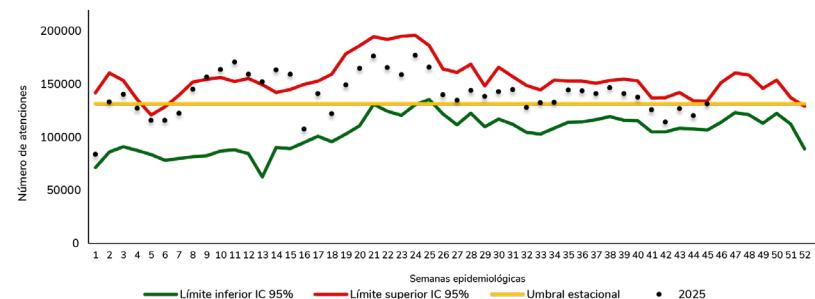
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* 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 (42 a 45 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 25,9 % (125 101) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 18,8 % (93 065). 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 10,9 % y los menores de dos a cuatro años con el 10,1 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; posteriormente de las semanas 16 a la 45 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los límites esperados, con tendencia al aumento (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 45 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 45 del 2025 se notificaron 4 743 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 Amazonas, Arauca, Barranquilla D. E., Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Meta, Nariño, Santa Marta D.T, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (42 a 45 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 080) representaron el 29,3 %, seguido de los

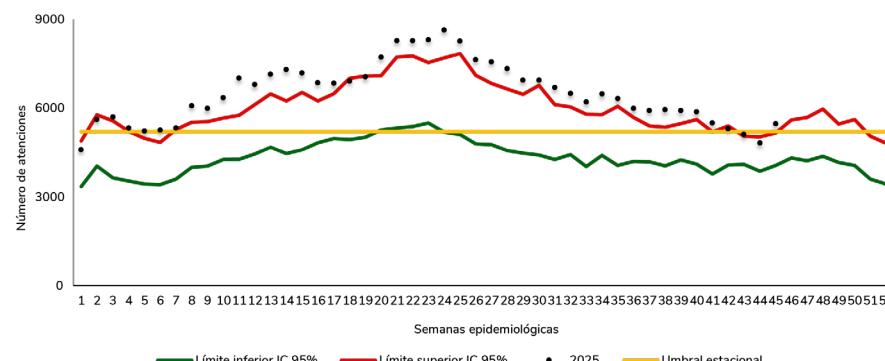


Salud

menores de un año con el 17,7 % (3 670). 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 25,0 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,2 %.

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 a 44 ubicándose por debajo del límite superior; sin embargo para semana 45 se observó una tendencia de aumento situándose por encima de límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 45 del 2025

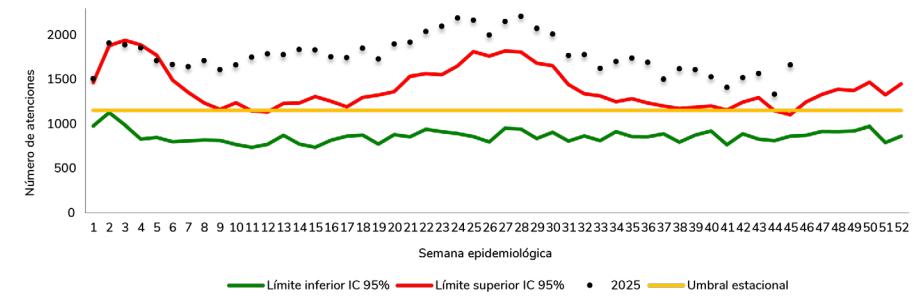


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 45 del 2025, se notificaron 1 612 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 45 se ubicó por encima del límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 45 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 45 del 2025 se notificaron 631 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E, Cartagena de Indias D. T, Casanare, Cauca, Chocó, Córdoba, Huila, Risaralda y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Caquetá, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena y Meta. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

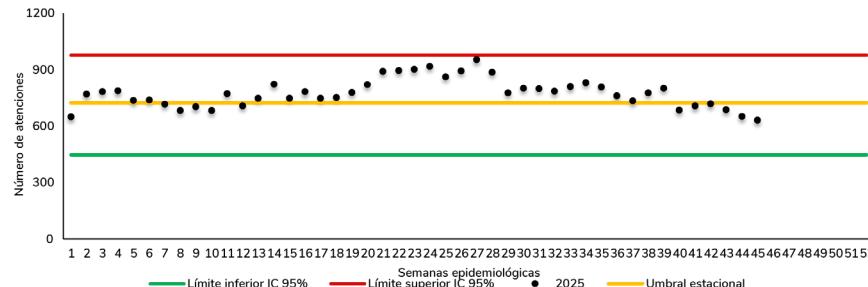
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (42 a 45 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,6 % (931), seguido de los menores de un año con el 24,7 % (665) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con el 21,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 20,0 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39 una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional, (alcanzando el límite superior en semana 21 a 28), seguido de una disminución en semana epidemiológica 40 y 45 ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 8).



Salud

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 45 del 2025

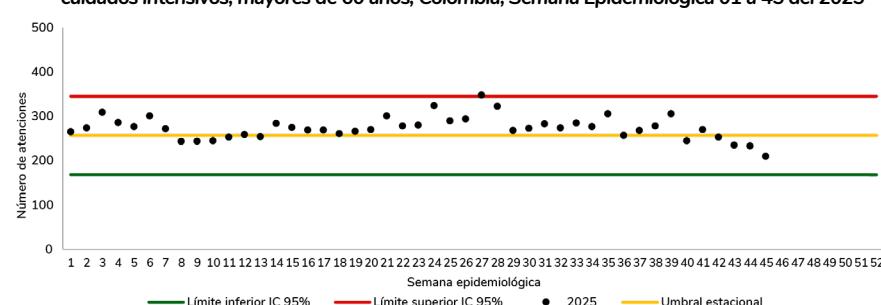


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 45 del 2025, se notificaron 210 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 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 45 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 42 a 45 del 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

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.

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 UCI/UCIM para semana 45 se encontraron dentro de los límites esperados, sin embargo para el servicio de hospitalización en sala general para esta semana se observó una tendencia al aumento ubicándose sobre el límite superior.

Teniendo en cuenta las condiciones climáticas actuales del territorio nacional caracterizadas por la presencia de precipitaciones, altos niveles de humedad, bajas temperaturas y considerando según la estacionalidad del evento, el inicio del segundo pico respiratorio se insta a las entidades territoriales a:

- 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).
- 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.
- 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.



Salud

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 45 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 decrecimiento para VSR. 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 16).

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 38 a 45 del 2025

Agente viral identificado	SE 38 a SE 41			SE 42 a SE 45			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	52,5	62,3	32,3	48,6	57,5	29,5	↓
Rinovirus	20,8	22,5	14,3	24,6	22,8	38,9	
VSR	25,4	32,4	9,5	17,6	22,0	5,6	↓
Enterovirus	10,6	8,2	4,8	10,7	9,8	-	
Adenovirus	8,3	9,8	-	11,2	13,0	5,6	
Influenza B	-	-	-	-	-	-	
Influenza A	8,0	3,3	28,5	6,4	1,6	16,6	
Parainfluenza	8,0	8,2	9,5	11,2	13,0	5,5	
Metapnemovirus	9,1	9,8	9,5	8,0	9,8	16,6	
A(H1N1)pdm09	7,5	3,2	23,8	4,3	1,6	11,1	
SARS-CoV2	0,8	0,5	-	2,6	2,4	-	
A(H3N2)	0,4	-	-	-	-	-	
Coronavirus	1,1	1,6	-	3,2	4,1	-	

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



Salud

COVID-19

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 45 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

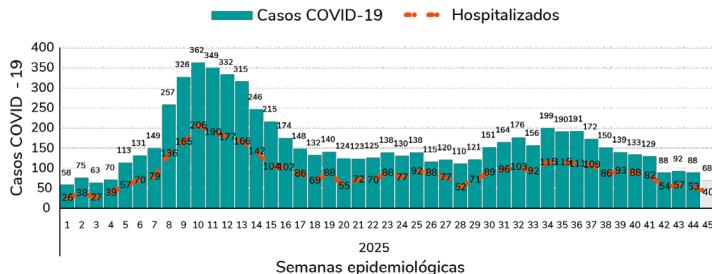
Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

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 ($p > 0,05$)).

22

En Colombia, con corte al 08 de noviembre de 2025 (semana epidemiológica 45) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al SIVIGILA un total de 7 185 casos de COVID-19 (7 163 de procedencia Colombia y 22 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (42 a 45 del 2025), se ha observado una disminución del 39,0 %, con 336 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 38 a 41 del 2025), en el cual se reportaron 551 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 41,5 %, pasando de 349 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 204 casos en el periodo analizado (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:1- 45 *SE: semana epidemiológica



Salud

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 45 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/busador-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 45 del 2025 se notificaron 2 521 casos de dengue: 1 654 casos de esta semana y 691 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 112 955 casos, 70 397 (62,3 %) sin signos de alarma, 41 463 (36,7 %) con signos de alarma y 1 095 (1,0 %) de dengue grave.

El 58,1 % (65 675) 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 17); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 41 a 44 del 2025) el 59,8 % (4 166) de los casos se concentran en Norte de Santander, Cartagena de Indias D. T., Santander, Antioquia, Meta, Cesar, Córdoba, Atlántico y Tolima.



Tabla 17. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025.

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 37-40 de 2025)	Observado (SE 41-44 de 2025)
Santander	10 202	32,6	0,6	679	582
Córdoba	9 948	37,0	0,3	483	374
Meta	9 562	33,6	1,2	512	438
Norte de Santander	8 216	40,3	1,2	657	648
Antioquia	7 973	34,5	0,8	538	453
Cartagena de Indias D. T.	5 841	23,4	1,1	311	585
Tolima	5 500	32,8	1,1	288	350
Valle del Cauca	4 323	25,9	0,5	215	304
Atlántico	4 110	44,4	1,5	249	355
Bolívar	3 939	38,4	0,7	251	320
Cundinamarca	3 659	39,7	0,6	94	135
Sucre	3 537	56,7	0,7	158	127
Cesar	3 304	56,1	1,6	339	381
Huila	3 151	35,5	3,0	65	106
Santiago de Cali D. E.	3 105	35,0	0,8	168	183
Barranquilla D. E.	2 998	36,1	1,1	141	272
Putumayo	2 936	28,2	0,7	81	61
La Guajira	2 775	58,1	1,5	83	164
Arauca	2 455	32,2	1,0	96	89
Caquetá	2 272	39,6	1,3	17	34
Magdalena	1 873	58,3	1,0	205	182
Casanare	1 524	32,2	0,4	42	62
Guaviare	1 166	20,1	0,4	35	163
Chocó	1 095	17,2	0,9	94	116
Nariño	1 088	33,5	1,3	62	60
Risaralda	1 086	35,3	1,2	37	40
Cauca	1 006	37,8	1,5	22	17
Quindío	871	27,1	0,3	44	42
Santa Marta D. T.	727	57,2	0,8	96	164
Vichada	722	30,9	0,6	33	21
Boyacá	672	45,5	0,3	21	26
Amazonas	360	29,2	0,0	30	37
Caldas	322	48,8	0,3	9	13
Exterior	281	48,8	5,0	21	24
Buenaventura D. E.	198	35,9	1,5	10	8
Vaupés	73	12,3	1,4	2	26
Archipiélago de San Andrés y Providencia	52	40,4	0,0	2	2
Guainía	33	33,3	0,0	1	3
Colombia	112 955	36,7	1,0	6 191	6 967

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

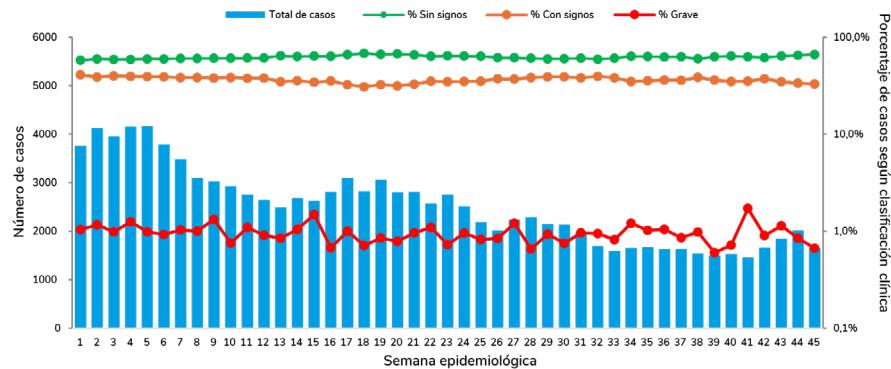
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 41 a 44 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 37 a 40 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Atlántico, Barranquilla D. E., Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Casanare, Cundinamarca, Guaviare, La Guajira, Huila, Santa Marta D. T., Valle del Cauca, Guainía 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 17).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38 % a nivel nacional (figura 11); 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 41 a 44 del 2025) fueron: Caldas, Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T., Guainía y La Guajira.

Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 45 del 2025.



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

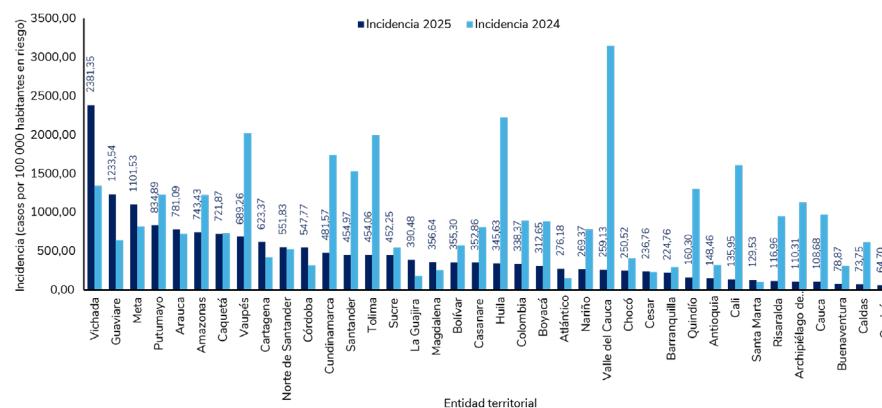
A la semana epidemiológica 45 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 338,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 891,8 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá 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 45 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos



Salud

por 100 000 habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 642,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 45, 2024-2025.



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

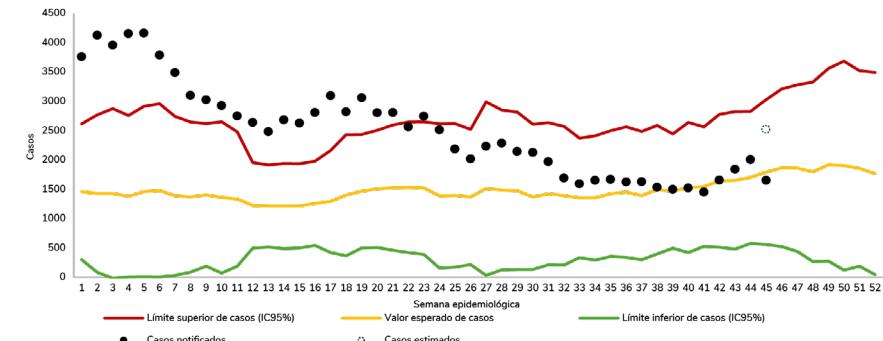
En la semana epidemiológica 45 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 12,5 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 41 a 44 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 37 a 40 del 2025) (figura 13).

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 37,8 % (14) se encuentra en situación de alerta y el 21,6 % (8) 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 18).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 45 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 8,5 % (70) 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 10,5 % (5/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 13. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 45 del 2025.



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 45, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de noviembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cesar	Antioquia, Norte de Santander, Risaralda, Vaupés	Arauca, Guaviare, Vichada
Alerta	Atlántico, Cartagena de Indias D. T.	Chocó, Quindío, Magdalena, La Guajira, Nariño, Santa Marta D.T., Santander y Valle del Cauca	Amazonas, Boyacá, Meta, Putumayo
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Bolívar, Córdoba, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Tolima y Sucre	Caquetá, Casanare, Cauca, Guainía, Huila y Santiago de Cali D. E.

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



Tabla 19. 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 45 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Variación último periodo	
				Esperado	Observado
Antioquia	Envigado	52,1	126	5	6
	Turbo D. E.	308,3	414	27	34
Cundinamarca	Fusagasugá	266,7	441	5	15
Meta	Villavicencio	953,1	4 860	360	286
Arauca	Arauca	240,1	241	12	19

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

A semana epidemiológica 45 del 2025, se han notificado 355 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 104 casos, se descartaron 220 casos y se encuentran en estudio 31 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,09 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 260 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 45, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 45, 2025	Letalidad por dengue a SE 45, 2024
	Confirmados	En estudio		
Cauca	3	0	0,30	0,09
La Guajira	8	3	0,29	0,00
Vichada	2	0	0,28	0,00
Risaralda	3	0	0,28	0,12
Putumayo	5	0	0,17	0,25
Magdalena	3	2	0,16	0,00
Huila	5	0	0,16	0,02
Santa Marta D. T.	1	1	0,14	0,17
Barranquilla D. E.	4	0	0,13	0,03
Antioquia	9	2	0,11	0,12
Meta	10	1	0,10	0,10
Cartagena de Indias D. T.	6	1	0,10	0,15
Bolívar	4	1	0,10	0,14
Chocó	1	0	0,09	0,11
Santander	9	5	0,09	0,09
Sucre	3	2	0,08	0,14
Arauca	2	0	0,08	0,18
Norte de Santander	6	2	0,07	0,13
Córdoba	7	0	0,07	0,02
Santiago de Cali D. E.	2	0	0,06	0,05
Cundinamarca	2	1	0,05	0,05
Atlántico	2	0	0,05	0,09
Tolima	2	6	0,04	0,09
Cesar	1	1	0,03	0,22
Quindío	0	2	0,00	0,10
Guaviare	0	1	0,00	3,12
Exterior	4	0	1,44	1,08
Colombia	100	31	0,09	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 45 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).

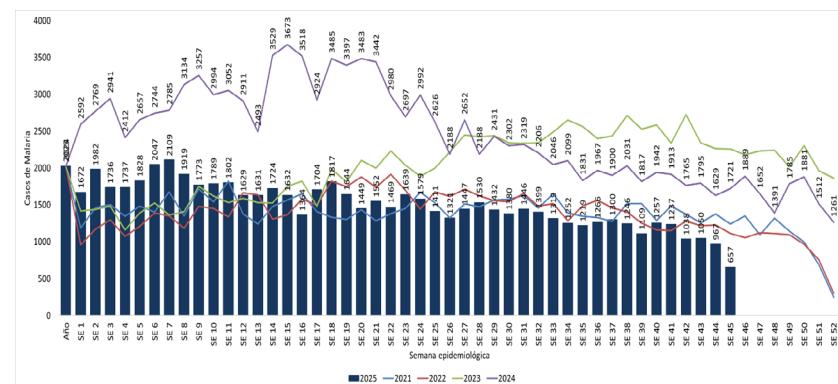
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 m.s.n.m. (-) 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/busquedor-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria, como lo muestra la grafica (figura 14).

Figura 14. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 45 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 45 del 2025 se notificaron 1 568 casos de malaria, para un acumulado de 67 510 casos, de los cuales 66 313 son de malaria no complicada y 1 197 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 68,3 % (46 120), seguido de *Plasmodium falciparum* con 30,5 % (20 591) e infección mixta con 1,2 % (799). 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 (28,8 %), Antioquia (15,2 %), Nariño (12,5 %), Córdoba (8,0 %), Vaupés (6,0 %), Amazonas (4,7 %), Risaralda (4,4 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,5 %), Guainía (2,4 %), Bolívar (2,2 %) y Guaviare (1,5 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,3 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.



Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 38 a 41	Casos 2025 SE 42 a 45	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 433	126	97	141,30
Córdoba	Tierralta	3 244	232	162	32,50
Chocó	Quibdó	2 788	131	122	19,28
Risaralda	Pueblo Rico	2 646	300	148	157,60
Antioquia	El Bagre	2 077	148	163	36,89
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 809	120	85	5,58
Chocó	Lloró	1 762	161	92	166,05
Nariño	El Charco	1 645	89	35	70,76
Chocó	Bagadó	1 577	290	128	133,16
Nariño	Roberto Payán	1 506	59	40	113,00
Chocó	Bajo Baudó	1 498	82	82	44,15
Guainía	Inírida	1 478	103	162	38,98
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 453	177	71	332,11
Chocó	Tadó	1 401	119	72	69,51
Nariño	Olaya Herrera	1 378	88	42	52,06
Nariño	Maguí	1 234	30	30	4,62
Vichada	Cumaribo	1 233	86	40	14,17
Chocó	Alto Baudó	1 214	123	78	38,83
Chocó	Istmina	1 206	81	56	35,67
Chocó	Medio San Juan	1 142	94	85	97,08
Córdoba	Puerto Libertador	1 108	37	29	24,40
Cauca	Timbiquí	988	27	48	35,15
Boyacá	Cubará	912	23	14	107,05
Nariño	Barbacoas	875	36	39	14,93
Cauca	Guapi	871	79	38	29,49
Bolívar	Montecristo	869	67	53	47,31
Antioquia	Nechí	867	45	17	31,07
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	842	38	28	3,15
Chocó	El Cantón del San Pablo	815	36	29	118,01
Antioquia	Turbo	764	61	49	5,68
Antioquia	Chigorodó	749	36	42	12,04
Chocó	Carmen del Darién	735	33	22	33,18
Antioquia	Segovia	651	47	33	15,91
Chocó	Medio Baudó	595	40	44	35,22
Antioquia	Cáceres	592	40	16	19,00

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 72,3 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 47,1 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en el municipio de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, Tarapacá (CD), Bagadó, Puerto Libertador, Lloró, Cumaribo, Cubará, Alto Baudó y Montecristo y en incremento los municipios de El Bagre, Inírida y Bajo Baudó (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,6 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decrecimiento en los municipios de El Charco, Buenaventura D. E., Roberto Payán, Guapi, Tadó, Olaya Herrera, Lloró, Istmina, Barbacoas, Bagadó, Medio San Juan y en incremento el municipio de Timbiquí como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 37 a 40 de 2025	Casos SE 41 a 44 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	125	97	-22 %	7,3 %
Córdoba	Tierralta	188	143	-24 %	6,0 %
Risaralda	Pueblo Rico	266	119	-55 %	5,1 %
Antioquia	El Bagre	127	137	8 %	3,7 %
Chocó	Quibdó	70	62	-11 %	3,3 %
Guainía	Inírida	98	148	51 %	3,2 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	123	62	-50 %	2,6 %
Chocó	Bagadó	172	83	-52 %	2,3 %
Córdoba	Puerto Libertador	37	29	-22 %	2,2 %
Chocó	Lloró	90	48	-47 %	2,2 %
Vichada	Cumaribo	74	39	-47 %	2,1 %
Boyacá	Cubará	23	14	-39 %	2,0 %
Chocó	Alto Baudó	79	49	-38 %	1,8 %
Bolívar	Montecristo	65	51	-22 %	1,7 %
Chocó	Bajo Baudó	45	47	4 %	1,6 %

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



Salud

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 45 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 37 a 40 de 2025	Casos SE 41 a 44 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	79	30	-62 %	7,5 %
Chocó	Quibdó	61	58	-5 %	6,2 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	69	44	-36 %	5,5 %
Cauca	Timbiquí	27	48	78 %	4,8 %
Nariño	Roberto Payán	22	5	-77 %	4,4 %
Nariño	Magüí	21	20	-5 %	4,4 %
Cauca	Guapi	67	38	-43 %	3,9 %
Chocó	Bajo Baudó	36	33	-8 %	3,7 %
Chocó	Tadó	58	44	-24 %	3,7 %
Nariño	Olaya Herrera	43	24	-44 %	3,6 %
Chocó	Lloró	68	39	-43 %	3,3 %
Chocó	Istmina	46	18	-61 %	2,9 %
Nariño	Barbacoas	11	9	-18 %	2,8 %
Chocó	Bagadó	114	43	-62 %	2,5 %
Chocó	Medio San Juan	44	32	-27 %	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 45 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran 4 departamentos en situación de incremento y 7 departamentos en situación de decrecimiento, a nivel municipal se encuentran 19 municipios en incremento y 77 municipios en decremento (tabla 24).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 45 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 45 2024	SE 45 2024	Acumulado a SE 45 2025	SE 45 2025	Esperado	Observado
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	84	5	148	0	3	19
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	5	0	50	0	1	10
Amazonas	La Pedrera (CD)	5	223	16	507	32	116	233
Amazonas	Miriti - Paraná (CD)	4	23	1	40	4	5	10
Antioquia	Puerto Berrio	4	20	0	15	0	0	2
Antioquia	Anorí	5	70	0	108	0	8	12
Antioquia	Tarazá	4	493	4	471	3	12	22
Arauca	Saravena	4	178	10	504	3	8	27
Arauca	Arauquita	4	20	0	45	2	0	5
Caquetá	Solano	4	16	0	54	1	8	25
Chocó	El Carmen de Atrato	4	327	20	225	2	15	30
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	3	185	3	12	21
Chocó	Sipí	4	261	3	211	3	11	18
Guainía	Pana Pana (CD)	4	1	0	10	1	0	2
Meta	Puerto Gaitán	4	124	3	426	10	9	96
Putumayo	Puerto Leguizamo	4	9	0	50	0	1	7
Risaralda	La Virginia	4	40	0	115	2	1	8
Vaupés	Pacoa (CD)	4	95	2	104	7	7	14
Vichada	Puerto Carreño	4	96	1	402	11	19	61

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/busquedas/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20%C3%B3%202024.pdf

A semana epidemiológica 45 del 2025, se han notificado 18 290 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 18 155 corresponden a residentes en Colombia y 135 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (46 del 2024 a 45 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 172 municipios a nivel nacional (15,3 %) y de disminución en 29 municipios (2,6 %) (tabla 25).

El 81,0 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,0 % 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 (28,9 %) y de 1 año (27,5 %). Según el área de residencia, el 66,4 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 45 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas de aumento en la notificación de casos de Santa Marta D. T y Sucre y de disminución en Vaupés y en el Archipiélago de San Andrés y Providencia, el nivel nacional se encuentra dentro del comportamiento esperado. 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 al 2024, se observaron diferencias significativas en la notificación de 17 municipios (tabla 26).



Salud

Tabla 25. 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 45, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 45 de 2024	Casos a SE 45 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	21 646	18 155	0,58	15,3	2,6
La Guajira	2 529	1 538	1,72	20,0	0,0
Vichada	291	180	1,48	0,0	25,0
Chocó	976	725	1,42	25,8	9,7
Magdalena	629	707	0,95	41,4	0,0
Risaralda	391	409	0,83	21,4	0,0
Cesar	820	808	0,76	16,0	4,0
Amazonas	67	63	0,71	18,2	0,0
Arauca	316	149	0,70	0,0	28,6
Guaviare	87	58	0,69	0,0	25,0
Cartagena de Indias D. T.	393	464	0,68	0,0	0,0
Casanare	269	221	0,66	5,3	5,3
Bolívar	584	545	0,62	24,4	4,4
Antioquia	2 535	2 309	0,62	29,6	1,6
Boyacá	457	444	0,60	8,1	0,8
Nariño	795	593	0,59	12,5	1,6
Guainía	52	40	0,59	22,2	11,1
Putumayo	170	160	0,58	0,0	0,0
Bogotá D. C.	2 769	2 230	0,56	0,0	0,0
Norte Santander	591	629	0,55	12,5	0,0
Vaupés	51	28	0,52	16,7	16,7
Sucre	267	357	0,51	34,6	3,8
Buenaventura D. E.	212	151	0,51	0,0	0,0
Cundinamarca	1 260	1 011	0,49	6,0	0,9
Meta	470	327	0,47	6,9	0,0
Huila	492	402	0,47	13,5	0,0
Valle	548	552	0,46	32,5	0,0
Santa Marta D. T.	123	157	0,45	100,0	0,0
Tolima	412	297	0,45	10,6	4,3
Santiago de Cali D. E.	510	492	0,41	0,0	0,0
Caquetá	175	120	0,38	0,0	6,3
Barranquilla D. E.	236	291	0,37	0,0	0,0
Córdoba	547	447	0,35	10,0	0,0
Caldas	229	171	0,34	11,1	0,0
Santander	580	425	0,33	12,6	1,1
Atlántico	436	303	0,30	4,5	13,6
Cauca	292	277	0,28	7,1	4,8
Quindío	75	72	0,28	8,3	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	3	0,08	50,0	50,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 46 de 2024 a SE 45 de 2025.

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

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

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

Tabla 26. 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 45 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cesar	Valledupar	156	285
Antioquia	Turbo	50	120
Tolima	Ibagué	60	86
Sucre	Sincelejo	38	83
Boyacá	Sogamoso	32	58
Risaralda	Dosquebradas	33	57
Antioquia	Rionegro	30	47
Valle del Cauca	Yumbo	35	40
Huila	Pitalito	28	37
Cundinamarca	Chía	24	36
Norte de Santander	Ocaña	36	36
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	17	36
Cesar	Aguachica	23	34
Cauca	Popayán	27	33
Antioquia	Envigado	14	27
Cundinamarca	Girardot	45	23
Bolívar	Turbaco	12	22

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>



Salud

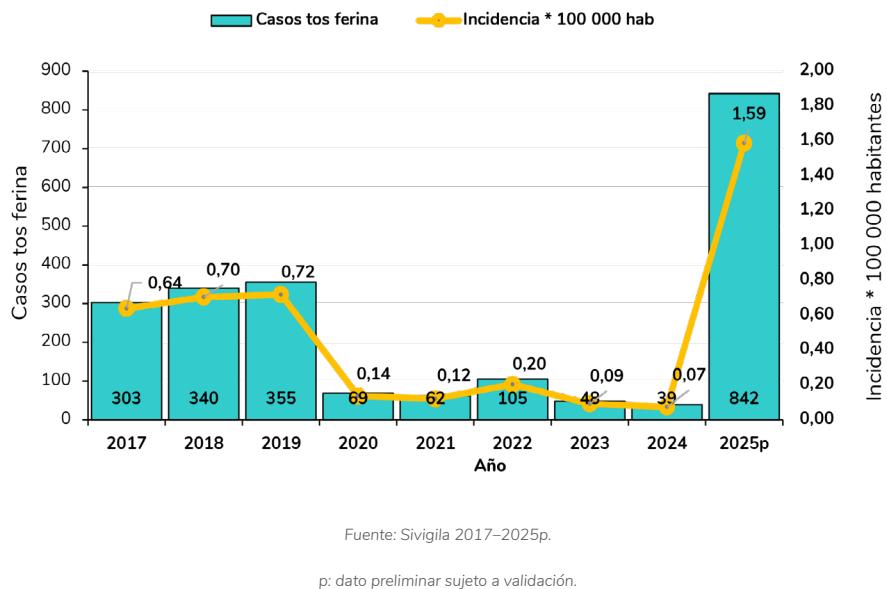
Tos ferina

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

Durante 2025 (semanas epidemiológicas 1 a 44), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 6 290 casos de tos ferina. De estos, el 13,6 % (853 casos) fueron confirmados (842 con procedencia nacional y 11 importados), el 79,0 % (4 967 casos) fueron descartados y el 7,5 % (470 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,59 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 0,72 casos por cada 100 000 habitantes (figura 15).

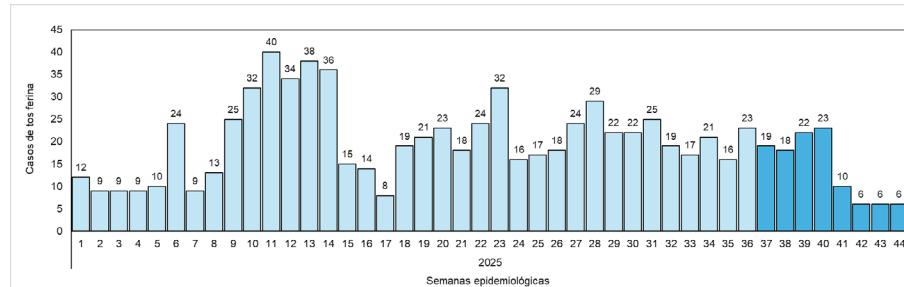
Figura 15. Incidencia de casos confirmados de tos ferina a Semana Epidemiológica 44, Colombia, 2017-2025p.



32

La figura 16 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 44). Se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana 06, 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 (25 casos) y 36 (22 casos). En las últimas ocho semanas se observa una tendencia descendente, con una reducción del 65,8 %, al pasar de 82 casos (semanas epidemiológicas 37 a 40) a 28 casos (semanas epidemiológicas 41 a 44). Esta información está sujeta a cambios.

Figura 16. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 44 del 2025p



Fuente: Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 44, de 2019 a 2025p

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 269 casos y una incidencia de 3,39 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 213 casos (3,07), Cundinamarca con 55 casos (1,56) y Caldas con 25 casos (2,37).

La tabla 27 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 27. Incidencia de tos ferina por departamento de procedencia, hasta la Semana Epidemiológica 44, (2019 al 2025p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	2025
Colombia	0,66	0,13	0,12	0,20	0,09	0,07	1,59	↓	842
Bogotá D. C.	0,90	0,09	0,01	0,06	0,04	0,05	3,39	↓	269
Antioquia	0,87	0,20	0,21	0,15	0,07	0,07	3,07	↓	213
Cundinamarca	0,49	0,13	0,06	0,00	0,12	0,14	1,56	↓	55
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,10	2,37	↓	25
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,47	↓	25
Huila	0,72	0,35	0,09	0,00	0,08	0,34	1,90	↓	23
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	1,00	↓	20
Risaralda	0,84	0,10	0,00	0,62	0,00	0,00	1,89	↓	19
Santiago de Cali D. E.	0,31	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,79	↓	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	1,30	↓	16
Meta	0,38	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,21	↓	14
La Guajira	0,11	0,10	0,00	6,10	0,00	0,00	1,22	↓	13
Boyacá	0,57	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,93	↓	12
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,57	↓	12
Cesar	0,56	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,75	↓	11
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	0,69	0,04	0,04	0,04	0,33	↓	8
Cauca	0,54	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	↓	7
Quindío	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	1,08	↓	6
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,62	↓	6
Barranquilla D. E.	0,32	0,16	0,00	0,00	0,00	0,30	0,47	↓	6
Santa Marta D. T.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,86	↓	5
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
Tolima	0,15	0,07	0,07	0,07	0,36	0,14	0,29	↓	4
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,80	↓	3
Norte de Santander	1,09	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	2,22	0,73	0,00	0,00	0,47	0,93	0,47	↓	2
Guaviare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18	↓	1
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, la incidencia nacional fue de 0,05 casos por cada 100 000 habitantes (28 casos). Se observa un aumento en las últimas ocho semanas (semanas epidemiológicas 37-44) en Cartagena de Indias D. T., La Guajira, Boyacá, Cesar, Risaralda, Caldas, Tolima y Valle del Cauca (tabla 28).

Tabla 28. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (37 a 44) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 37-40)	Casos PE actual (SE 41-44)	Incidencia PE anterior (SE 37-40)	Incidencia PE actual (SE 41-44)	Tendencia
Colombia	81	28	0,15	0,05	↓
Cartagena de Indias D. T.	3	4	0,30	0,40	↑
La Guajira	1	3	0,09	0,28	↑
Boyacá	1	2	0,08	0,15	↑
Cesar	1	2	0,07	0,14	↑
Risaralda	0	1	0,00	0,10	↑
Caldas	1	1	0,09	0,09	↓
Tolima	0	1	0,00	0,07	↑
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05	↑
Vaupés	1	0	2,27	0,00	↓
Guaviare	1	0	1,18	0,00	↓
Antioquia	28	6	0,40	0,09	↓
Santa Marta D. T.	2	0	0,34	0,00	↓
Bolívar	4	1	0,33	0,08	↓
Putumayo	1	0	0,26	0,00	↓
Magdalena	2	0	0,21	0,00	↓
Bogotá D. C.	16	4	0,20	0,05	↓
Quindío	1	0	0,18	0,00	↓
Barranquilla D. E.	2	0	0,16	0,00	↓
Córdoba	3	2	0,15	0,10	↓
Atlántico	2	0	0,13	0,00	↓
Sucre	1	0	0,10	0,00	↓
Meta	1	0	0,09	0,00	↓
Santander	2	0	0,08	0,00	↓
Nariño	1	0	0,06	0,00	↓
Santiago de Cali D. E.	1	0	0,04	0,00	↓

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 44 de 2025

Durante 2025 se confirmaron 103 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 25 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 Dabeiba, Ituango y Chigorodó (Antioquia), Albania (La Guajira) y Tierralta (Córdoba) y Pueblo Rico (Chocó) (tabla 29).

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

Tabla 28. Departamentos con brotes de tos ferina en población indígena en seguimiento, Colombia, hasta la semana epidemiológica 44 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		103	7		
Antioquia	Dabeiba	3	0	20/10/2025	1/12/2025
	Ituango	1	0	1/10/2025	12/11/2025
	Chigorodó	2	0	30/09/2025	11/11/2025
La Guajira	Albania	3	0	9/10/2025	20/11/2025
Córdoba	Tierralta	5	2	5/10/2025	16/11/2025
Risaralda	Pueblo Rico	2	0	29/10/2025	10/12/2025

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Sivigila 2025p



ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, noviembre 11 del 2025.

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, noviembre 11 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 40,4% (55/136)*. Se han descartado 2 017 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 42 casos fallecidos confirmados como causa de mortalidad. 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.



Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (40)**, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

La edad mediana de 46 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.

36

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación actual de sarampión y pérdida del estatus de eliminación en la Región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 10 de noviembre del 2025.

El sarampión es una infección viral de elevada transmisibilidad, con un número básico de reproducción (R_0) estimado de hasta 18, lo que implica que un solo caso puede originar múltiples cadenas de transmisión en poblaciones susceptibles. Esta enfermedad puede ocasionar complicaciones graves, entre ellas neumonía, encefalitis, pérdida visual permanente y muerte. Además, los brotes de sarampión generan disrupciones significativas en las actividades cotidianas y ejercen una carga adicional sobre los servicios y recursos del sistema de salud.

En 2025, con corte a 7 de noviembre, se han notificado 12 596 casos confirmados de sarampión en diez países de la Región de Las Américas (aproximadamente el 95 % de estos se concentran en Canadá, México y Estados Unidos), lo que representa un aumento de 30 veces en comparación

con 2024. En el mismo periodo se han registrado 28 defunciones: 23 en México, tres en Estados Unidos y dos en Canadá.

La transmisión ha afectado principalmente a comunidades con baja cobertura de vacunación; el 89 % de los casos corresponde a personas no vacunadas o con estado vacunal desconocido. Los niños menores de 1 año son el grupo más afectado, seguidos por los de 1 a 4 años.

El brote de sarampión en Canadá comenzó en octubre de 2024 en la provincia de New Brunswick y se ha extendido por todo el país, con más de 5 000 casos confirmados. Aunque están disminuyendo los casos, la transmisión continúa en Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Saskatchewan. A la fecha también se mantienen activos brotes de sarampión en México, Estados Unidos, Bolivia, Brasil, Paraguay y Belice.

La OPS anunció que las Américas ha perdido su estatus como región libre de transmisión endémica del sarampión. La decisión se tomó tras la reunión de la Comisión Regional de Monitoreo y Reverificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (RVC) de la OPS, realizada en Ciudad de México del 4 al 7 de noviembre de 2025, con el fin de evaluar la situación epidemiológica en la región.

El reporte de la Comisión que indica que la transmisión endémica del sarampión se ha restablecido en Canadá, donde el virus ha circulado durante al menos 12 meses. Todos los demás países de la región siguen manteniendo su estatus.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS hace un llamado a la acción regional tras la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en las Américas. Fecha de publicación: 10 de noviembre de 2025. Fecha de consulta: 11 de noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-11-2025-ops-hace-llamado-accion-regional-tras-perdida-estatus-eliminacion-sarampion>

TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 45 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.



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 45

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	55	1	1	447	32	45	360	25	37	105	12	9	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	531	18	12	18678	1377	1553	7973	249	453	2752	114	146	66	4	9	557	44	6	76	5	1
Arauca	103	1	4	803	61	74	2455	57	89	791	12	33	25	0	0	3	0	0	66	6	6
Atlántico	107	5	5	3888	268	318	4110	360	355	1825	210	156	62	9	9	2	0	0	6	1	0
Barranquilla D.E.	20	0	1	4169	251	350	2998	554	272	1082	278	81	32	10	1	23	0	2	22	2	2
Bogotá D.C.	2	0	0	21837	1811	1851	0	0	0	0	0	0	0	0	0	121	20	6	10	2	0
Bolívar	268	6	4	2802	203	235	3939	367	320	1511	197	112	29	9	2	2	0	0	5	0	1
Boyacá	67	2	0	6601	490	544	672	20	26	306	7	16	2	0	0	8	1	2	7	1	0
Buenaventura D.E.	21	0	0	116	11	9	198	30	8	71	12	4	3	0	0	1	0	0	1	0	0
Caldas	66	1	3	3796	288	334	322	17	13	157	10	7	1	0	0	13	1	1	50	5	6
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	4866	417	429	3105	617	183	1088	257	57	24	8	0	62	18	2	48	2	6
Caquetá	186	3	11	1115	90	114	2272	60	34	900	35	17	30	1	1	2	0	0	9	2	0
Cartagena de Indias D.T.	21	0	0	1835	131	190	5841	461	585	1368	224	119	62	9	3	6	0	0	0	0	0
Casanare	160	3	4	1729	121	172	1524	119	62	490	46	15	6	2	0	47	0	1	8	1	3
Cauca	93	2	4	5358	446	474	1006	72	17	380	31	4	15	1	0	29	1	0	9	1	1
Cesar	290	6	3	2921	185	251	3304	264	381	1852	169	209	54	4	5	7	1	1	29	3	4
Chocó	191	4	2	289	15	27	1095	69	116	188	15	22	10	1	2	3	0	1	77	4	14
Córdoba	272	5	5	4833	359	390	9948	415	374	3680	199	177	31	4	0	4	0	0	13	2	0
Cundinamarca	81	3	5	14023	1065	1268	3659	202	135	1454	97	41	23	1	2	21	3	0	19	1	1
Guainía	20	0	0	196	12	23	33	3	3	11	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	94	0	1	365	29	33	1166	30	163	234	8	30	5	0	0	1	0	0	2	0	1
Huila	143	4	2	6282	471	580	3151	270	106	1120	112	29	95	7	3	10	1	0	8	2	0
La Guajira	135	3	4	2168	157	204	2775	183	164	1611	131	85	42	4	7	6	0	1	11	1	0
Magdalena	138	4	3	2350	187	173	1873	119	182	1092	78	99	19	2	2	1	1	0	12	2	1
Meta	242	4	0	4172	305	367	9562	323	438	3211	133	117	111	3	8	112	4	8	13	1	0
Nariño	105	2	3	7062	530	654	1088	81	60	365	26	30	14	1	0	5	1	0	15	2	1
Norte de Santander	302	9	7	6312	449	557	8216	432	648	3308	243	231	101	6	9	29	8	0	27	4	0
Putumayo	143	3	1	1713	129	146	2936	56	61	827	20	20	22	0	0	1	0	1	5	1	0
Quindío	18	0	1	2845	215	223	871	32	42	236	11	14	3	0	1	30	2	1	4	0	0
Risaralda	55	1	0	4136	305	396	1086	24	40	383	13	15	13	0	1	9	3	1	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	398	29	24	52	12	2	21	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	44	1	0	2147	116	179	727	78	164	416	48	86	6	1	1	6	0	0	34	4	7
Santander	212	5	3	7392	540	643	10202	505	582	3330	245	217	63	4	5	87	3	0	16	2	0
Sucre	92	1	2	2741	193	220	3537	337	127	2007	195	61	26	5	3	2	0	0	3	0	0
Tolima	141	3	2	6923	498	622	5500	683	350	1803	327	117	59	5	4	7	0	0	31	2	4
Valle del Cauca	70	1	1	8491	608	681	4323	534	304	1119	217	60	22	4	0	23	4	0	41	2	1
Vaupés	46	1	0	265	11	16	73	8	26	9	2	0	1	0	0	13	0	0	3	1	0
Vichada	52	0	1	252	21	18	722	11	21	223	3	7	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	4,592	102	90	166,316	12,426	14,377	112,674	7,679	6,943	41,326	3,744	2,447	1,081	105	78	1,253	116	34	683	65	60

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 45

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	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		
	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	3240	184	400	5	0	0	6141	597	613	197	12	27	0	0	0	4279	401	219	17	15	17
Antioquia	10236	719	545	220	30	23	847624	80532	63258	40616	2432	2328	4678	720	539	325257	32817	26828	572	784	572
Arauca	634	7	34	15	1	4	24627	2144	1649	3437	118	222	95	4	17	7146	662	486	32	56	32
Atlántico	0	0	0	17	5	4	155404	12051	14465	3353	256	258	2038	196	370	65630	4301	4551	118	223	118
Barranquilla D.E.	0	0	0	34	7	5	219010	17016	21296	13491	403	1437	1837	226	303	81229	6143	6623	151	273	151
Bogotá D.C.	0	0	0	260	38	37	1649450	129674	119973	76868	4683	5009	8797	1206	1429	662270	60678	54541	582	763	582
Bolívar	1536	85	86	17	3	2	130021	11195	11930	2674	249	271	465	111	106	28811	2759	2682	150	205	150
Boyacá	917	0	14	38	4	7	133769	11986	9752	7500	421	542	473	82	79	45575	4050	3973	96	127	96
Buenaventura D.E.	1857	128	86	5	2	1	6485	1129	621	108	10	7	11	2	1	2511	488	184	62	75	62
Caldas	21	2	1	18	1	1	83166	7834	6891	3264	239	207	1185	128	161	25357	2985	2077	62	84	62
Santiago de Cali D.E.	6	1	2	92	11	21	237462	21526	18611	8681	515	294	592	91	100	90449	13863	6346	228	270	228
Caquetá	400	15	35	12	2	3	31518	2884	2176	1996	124	184	33	5	3	12834	1582	1154	46	58	46
Cartagena de Indias D.T.	6	0	0	22	4	4	197781	17377	16192	11767	389	983	1625	203	313	46319	4164	3331	142	234	142
Casanare	5	3	2	5	0	0	26516	2367	1831	547	62	49	52	12	16	9630	994	686	56	71	56
Cauca	2106	234	94	36	3	7	105838	8877	7072	3588	104	266	599	45	100	38585	5550	3341	148	232	148
Cesar	17	2	2	31	2	4	131116	10458	11366	6691	571	439	491	96	85	26024	3246	1966	174	249	174
Chocó	19277	2144	1054	17	2	2	52239	2022	3620	1900	130	29	42	2	10	14899	905	1420	95	175	95
Córdoba	5322	763	233	32	2	1	200994	14664	14707	9023	483	817	1526	187	307	52300	4069	3834	218	368	218
Cundinamarca	0	0	0	78	8	13	375745	27020	27007	13703	735	996	1484	302	191	142725	12386	12331	307	373	307
Guainía	1606	321	180	0	0	0	2615	199	198	131	28	16	1	0	0	1499	110	106	14	16	14
Guaviare	981	97	51	0	0	0	6707	560	490	360	31	38	42	9	2	3148	259	271	12	12	12
Huila	1	0	1	27	6	7	100210	9421	5194	5258	276	304	799	71	137	39841	4704	3654	114	159	114
La Guajira	38	2	2	13	2	1	237478	16825	29620	3116	649	467	259	67	66	40537	5119	4893	224	373	224
Magdalena	4	1	1	10	2	4	119938	8504	10582	3519	238	209	79	15	1	32259	3144	2922	112	171	112
Meta	924	35	114	13	2	2	82720	6105	5183	3304	132	211	254	73	42	41907	4237	2855	142	159	142
Nariño	8471	834	260	72	6	14	13080	13308	9304	7638	372	506	173	29	21	44675	6597	3709	154	186	154
Norte de Santander	552	132	35	68	8	11	154688	13003	9814	9051	743	693	767	127	120	50667	5130	4141	128	216	128
Putumayo	79	5	7	0	0	0	32728	2147	2190	1292	98	70	33	5	5	11132	1204	1002	37	55	37
Quindío	3	1	0	12	2	1	54734	5240	5556	2720	203	187	399	55	66	24447	2623	1852	40	57	40
Risaralda	2918	239	174	35	4	11	110586	8986	7970	5206	274	326	475	46	108	31772	3880	2645	68	101	68
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	7031	645	492	897	75	58	1	0	0	2615	312	199	9	12	9
Santa Marta D.T.	0	0	0	13	2	1	75187	2707	8840	3451	181	423	794	135	122	19647	1223	1686	49	91	49
Santander	12	1	2	98	8	17	239611	15905	17044	16064	1126	1225	2122	354	385	82339	6704	8505	137	217	137
Sucre	96	5	2	16	2	7	88122	7899	7346	8644	654	871	1508	288	279	20276	2794	1735	92	169	92
Tolima	0	0	0	26	5	2	139396	10718	8813	9031	359	477	409	54	67	56688	5744	5444	90	151	90
Valle del Cauca	62	11	1	58	6	7	145702	12323	10468	3534	239	262	760	57	107	59834	6420	4847	148	187	148
Vaués	4055	225	139	15	3	3	7633	303	840	93	11	15	5	3	0	2406	88	253	10	14	10
Vichada	1671	171	101	6	0	3	3645	335	307	20	6	0	2	0	1	1584	162	103	31	35	31
Total nacional	67,056	6,407	3,658	1,443	183	230	6.356.717	516,485	493,281	292,733	17,631	20,723	34,905	5,006	5,659	2,249,103	222,497	187,395	4,867	7,017	4,867



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 45

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	41	5	3	27	4	2
Antioquia	9	12	0	597	58	30	26	6	0	1827	28	66	2331	193	166	696	48	15
Arauca	1	1	0	20	1	1	5	1	0	29	1	2	117	17	4	79	5	0
Atlántico	7	3	0	62	6	1	1	1	0	31	1	1	894	67	63	111	5	1
Barranquilla D.E.	2	3	0	158	7	11	0	2	0	54	3	7	970	67	112	217	12	2
Bogotá D.C.	14	12	0	1362	106	103	722	6	25	2513	52	99	4643	353	414	2720	257	158
Bolívar	3	3	0	38	2	2	1	1	0	33	3	0	542	41	45	46	4	0
Boyacá	4	2	0	167	17	9	28	1	0	55	3	4	848	45	96	331	19	14
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	25	2	1	7	0	0
Caldas	2	2	0	66	7	5	1	1	0	45	1	3	388	39	13	51	1	2
Santiago de Cali D.E.	2	4	0	142	24	11	0	2	0	40	3	4	956	92	49	468	29	28
Caquetá	0	1	0	35	3	1	1	1	0	4	2	0	230	14	12	20	2	0
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	61	5	4	2	1	0	47	2	5	530	46	52	17	0	0
Casanare	2	1	0	24	2	1	10	1	1	1	0	0	228	26	24	23	2	3
Cauca	4	3	0	73	8	5	2	1	0	27	1	5	436	25	9	270	17	20
Cesar	4	3	0	64	5	5	0	2	0	29	2	2	490	29	51	33	1	2
Chocó	0	2	0	10	0	0	4	1	0	152	3	5	54	5	4	16	0	0
Córdoba	4	4	0	150	13	7	2	2	0	54	0	7	1044	135	82	119	3	3
Cundinamarca	6	7	0	372	33	21	237	3	5	543	12	23	2259	158	130	468	40	22
Guainía	1	0	0	6	0	1	1	1	0	1	0	0	88	0	5	2	1	0
Guaviare	0	0	0	10	0	0	4	1	0	6	0	0	87	6	7	4	0	0
Huila	3	3	0	143	14	6	6	1	1	71	5	1	580	41	49	97	13	9
La Guajira	2	3	0	32	4	3	0	2	0	35	1	10	452	26	39	38	1	0
Magdalena	0	2	0	36	2	1	0	1	0	30	1	1	360	29	25	18	0	1
Meta	6	2	1	88	7	6	11	1	0	171	3	17	630	48	53	97	8	4
Nariño	7	3	0	153	12	11	4	1	0	86	5	3	647	61	46	85	6	8
Norte de Santander	7	4	0	187	14	17	4	2	0	62	7	8	1047	78	90	85	1	1
Putumayo	1	1	0	32	4	5	1	1	0	20	0	1	203	14	11	124	16	15
Quindío	2	1	0	35	3	0	2	1	0	22	1	1	276	28	24	88	11	1
Risaralda	7	2	0	52	5	4	0	1	0	71	2	1	611	40	49	39	3	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	28	8	2	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	1	1	13	1	0	0	1	0	8	0	0	202	13	12	38	0	1
Santander	3	4	0	96	10	3	0	2	0	84	7	5	734	75	65	286	22	10
Sucre	5	2	1	67	4	2	2	1	0	67	10	5	693	64	50	135	1	2
Tolima	7	2	0	76	5	9	7	1	0	42	3	6	840	79	47	80	6	1
Valle del Cauca	2	4	0	144	9	8	2	1	0	23	6	2	1127	79	56	207	9	6
Vaupés	0	0	0	2	0	1	3	1	0	60	0	19	10	1	0	12	2	1
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	1	0	23	2	4	9	1	0
Total nacional	124	99	3	4,591	377	294	1,091	56	32	6,364	163	314	25,664	1,942	1,964	7,163	550	335

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 45

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunya		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	52	63	0	0	0	0	67	84	13	12
Antioquia	0	0	0	0	1585	2309	1	1	0	2	4679	4868	931	1021
Arauca	2	0	0	0	258	149	0	0	0	0	157	197	14	17
Atlántico	0	1	0	0	350	303	0	0	0	0	782	862	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	192	291	0	0	0	0	789	880	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2665	2230	3	1	0	0	4416	5013	0	0
Bolívar	0	0	0	0	365	545	0	0	0	0	475	510	325	406
Boyacá	1	0	0	0	421	444	0	0	0	0	893	1022	111	219
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	109	151	0	0	0	0	81	79	14	17
Caldas	0	0	0	0	151	171	0	0	0	0	1045	935	250	173
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	396	492	1	0	0	0	1415	1820	1	1
Caquetá	0	0	0	0	165	120	0	0	0	0	218	198	176	218
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	232	464	0	0	0	0	470	528	1	1
Casanare	4	2	0	0	272	221	0	0	0	0	257	301	6	6
Cauca	0	0	0	0	269	277	0	0	0	0	742	769	47	54
Cesar	4	7	0	0	613	808	1	0	0	0	509	545	65	406
Chocó	0	0	0	0	632	725	0	1	0	0	91	145	208	176
Córdoba	1	0	0	1	489	447	0	0	0	0	886	961	172	165
Cundinamarca	0	0	0	0	1043	1011	0	0	0	0	1919	2373	186	141
Guainía	0	0	0	0	48	40	0	0	0	0	25	28	13	21
Guaviare	0	0	0	0	91	58	0	0	0	0	54	60	406	132
Huila	0	0	0	0	374	402	0	1	0	2	747	654	9	11
La Guajira	0	0	0	0	1746	1538	2	0	0	0	243	332	19	22
Magdalena	0	0	0	0	494	707	0	0	0	0	305	363	6	9
Meta	0	0	0	0	360	327	0	0	0	0	637	612	205	118
Nariño	0	1	0	0	570	593	0	0	0	0	1221	1442	227	163
Norte de Santander	2	0	0	0	599	629	3	0	0	0	930	1061	181	178
Putumayo	0	0	0	0	165	160	0	0	0	0	279	271	187	189
Quindío	0	0	0	0	81	72	0	0	0	0	464	439	0	0
Risaralda	0	0	0	0	309	409	0	0	0	0	1036	1204	125	90
Archipiélagos de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	9	3	0	0	0	0	20	28	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	90	157	0	0	0	0	245	326	9	13
Santander	2	1	0	0	392	425	1	0	0	0	1349	1558	468	706
Sucre	0	0	0	0	201	357	0	2	0	0	434	431	96	59
Tolima	0	0	0	0	318	297	0	0	0	0	1056	1038	280	187
Valle del Cauca	0	0	0	0	378	552	1	0	0	1	1158	1273	16	16
Vaupés	0	0	0	0	64	28	0	0	0	0	59	96	34	33
Vichada	0	0	0	0	257	180	0	0	0	0	23	25	38	16
Total nacional	16	12	1	1	16,804	18,155	11	6	2	5	30,178	33,331	4,84	4,999



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 45

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	0	2	0	3	2	2	0	1	0
Antioquia	14	5	21	12	7	4	28	37	11	9	119	254
Arauca	0	0	2	0	2	0	3	2	1	1	5	5
Atlántico	2	1	8	7	1	0	10	3	6	3	27	31
Barranquilla D.E.	5	0	6	5	1	2	5	3	2	0	22	31
Bogotá D.C.	1	3	25	16	1	0	43	20	0	0	137	644
Bolívar	6	2	9	5	2	0	11	6	8	2	21	2
Boyacá	1	1	4	4	1	3	4	6	0	1	22	34
Buenaventura D.E.	0	0	3	1	0	1	4	3	2	1	6	2
Caldas	1	0	3	0	0	1	3	1	0	0	18	2
Santiago de Cali D.E.	1	0	6	5	1	1	7	9	2	0	39	50
Caquetá	2	1	2	1	0	1	6	5	3	2	7	3
Cartagena de Indias D.T.	6	3	7	1	0	1	11	10	2	1	17	17
Casanare	0	0	3	4	1	0	3	0	3	1	8	10
Cauca	1	0	7	1	4	5	9	9	1	2	28	10
Cesar	1	0	12	13	6	3	9	6	20	11	25	21
Chocó	0	0	13	6	29	16	27	33	35	43	10	8
Córdoba	3	0	12	5	1	4	14	12	5	9	34	30
Cundinamarca	1	1	13	7	0	2	9	16	3	0	61	75
Guainía	0	0	0	3	1	1	3	2	1	2	2	0
Guaviare	1	1	1	0	0	1	1	2	0	0	2	1
Huila	2	0	5	3	0	0	5	4	3	1	21	15
La Guajira	0	0	22	16	23	13	40	22	47	28	18	0
Magdalena	0	0	9	6	2	1	11	11	13	7	17	3
Meta	0	0	8	3	1	1	10	5	6	3	20	10
Nariño	1	0	10	8	2	1	8	10	5	2	30	11
Norte de Santander	2	0	7	8	2	1	5	3	4	0	30	24
Putumayo	0	0	3	1	1	1	3	2	1	0	7	13
Quindío	1	1	2	1	0	1	2	0	0	0	10	5
Risaralda	3	3	4	2	8	9	8	7	7	5	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	1	6	2	2	0	4	3	1	2	10	10
Santander	3	1	8	4	1	0	6	3	1	0	42	28
Sucre	1	0	5	1	0	0	6	6	2	1	18	35
Tolima	6	10	6	3	2	0	8	4	2	0	24	8
Valle del Cauca	0	2	5	2	2	1	10	7	5	1	36	45
Vaupés	0	0	0	0	2	5	4	4	1	1	2	0
Vichada	0	0	4	1	3	0	4	4	9	8	3	0
Total nacional	352	334	256	157	116	80	356	282	194	147	918	1,439

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 45

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	54	65	2	0	526	651
Antioquia	152	108	1022	1171	0	0	3090	4199	96	125	19982	19354
Arauca	36	15	152	130	0	0	124	128	2	0	1017	1198
Atlántico	46	28	311	315	0	1	379	483	15	21	2116	2379
Barranquilla D.E.	66	16	371	302	0	0	693	839	18	35	2221	2586
Bogotá D.C.	152	61	828	803	0	0	1221	1273	34	25	26624	30428
Bolívar	41	22	268	253	1	3	154	196	4	1	2092	2288
Boyacá	19	19	88	76	0	0	135	191	2	3	3508	4047
Buenaventura D.E.	19	15	125	86	0	0	152	189	7	4	350	263
Caldas	17	21	121	148	0	0	285	274	5	2	2723	2906
Santiago de Cali D.E.	30	21	406	462	0	1	1278	1348	37	54	7026	6546
Caquetá	7	14	79	89	0	0	208	273	5	7	983	1031
Cartagena de Indias D.T.	68	40	292	329	0	2	348	428	4	6	1283	1475
Casanare	35	34	115	140	0	1	134	179	3	8	789	847
Cauca	20	17	175	169	0	2	244	265	3	3	3032	3071
Cesar	34	20	295	233	0	0	348	421	2	10	1838	1971
Chocó	43	26	200	210	0	0	182	245	2	3	376	439
Córdoba	30	10	284	212	1	1	231	272	4	9	3194	3017
Cundinamarca	62	54	330	439	0	0	472	556	14	13	11678	14105
Guainía	6	7	15	15	0	0	16	35	0	0	188	219
Guaviare	4	2	24	15	0	0	43	37	1	2	258	328
Huila	17	10	139	137	0	0	340	413	8	10	5569	5636
La Guajira	62	40	324	325	0	0	446	558	6	8	1178	1359
Magdalena	32	26	202	232	0	4	144	177	3	3	1259	1337
Meta	44	42	230	264	0	0	541	783	17	27	2216	2346
Nariño	14	17	207	211	0	1	157	193	5	7	3726	4898
Norte de Santander	79	40	438	429	0	1	592	775	12	9	3477	3826
Putumayo	7	6	80	92	0	1	97	120	3	5	1185	1451
Quindío	11	6	86	92	0	0	224	291	3	7	2325	2380
Risaralda	23	20	159	177	0	0	513	632	23	12	3266	3407
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	5	11	0	0	6	15	0	0	176	233
Santa Marta D.T.	17	18	101	157	0	0	208	292	2	3	573	717
Santander	62	55	374	445	0	0	810	1316	23	18	5626	6125
Sucre	18	18	178	172	1	2	93	86	1	0	1642	1756
Tolima	30	27	158	131	0	1	491	667	12	13	2744	3121
Valle del Cauca	30	35	280	327	0	0	628	768	15	25	6290	6746
Vaupés	1	0	3	3	0	0	12	23	0	0	190	426
Vichada	8	12	33	37	0	0	32	32	0	2	228	222
Total nacional	1,458	930	8,765	8,861	3	21	15,129	19,037	393	480	133,472	145,135



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 45 2 al 8 de noviembre del 2025

TEMA CENTRAL

Comportamiento de la vigilancia epidemiológica
de las infecciones asociadas a procedimientos
médico quirúrgicos (IAPMQ)

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: Yenys Marcela Regino Ruenes. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez 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 Montaño 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.

44# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.45>