



**Perfil de riesgos
Escherichia coli productor
de Betalactamasas de
espectro extendido en la
cadena porcina.**

**La gestión responsable de
antimicrobianos en la producción
primaria es la clave para prevenir
la resistencia en la cadena
agroalimentaria.**

**Semana
epidemiológica**

9 al 15 de noviembre del 2025


46

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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



Tema central

Perfil de riesgos E. coli productor de Betalactamasas de espectro extendido en la cadena porcina.

Pág.

3



Situación nacional

6



Mortalidad

9



Eventos trazadores

16



Brotes y alertas

34



Tablas de mando por departamento

36

TEMA CENTRAL

Perfil de riesgos *E. coli* productor de Betalactamasas de espectro extendido en la cadena porcina.

Flor Rufina Rodríguez Villamarín, frdriguez@ins.gov.co
 Yuly Andrea Gamboa Villamarín, yagamboa@ins.gov.co
 Cristian Camilo Rodríguez Quinchía, crodriguez@ins.gov.co
 John Alexander Vásquez Casallas, jvasquez@ins.gov.co

Debido a la introducción de antimicrobianos como promotores del crecimiento o agentes terapéuticos que combaten infecciones bacterianas, las cepas patógenas de *E. coli* y sus contrapartes comensales (que habitan en el intestino) se ven igualmente expuestas al efecto de los compuestos antimicrobianos (1), como consecuencia, el microorganismo desarrolla diversos mecanismos que le permiten resistir al efecto de los antibióticos. Dentro de los principales mecanismos de defensa se encuentra la producción de enzimas Betalactamasas de Espectro Extendido (BLEE). Estas enzimas hidrolizan los antibióticos betalactámicos, como las cefalosporinas, volviéndolos ineficaces frente a microorganismos que en ausencia de BLEE producirían inhibición del crecimiento o muerte de la bacteria (2).

En Colombia, los antibióticos betalactámicos son utilizados tanto en humanos como en animales, para el tratamiento de enfermedades de origen bacteriano que afectan el sistema gastrointestinal, respiratorio o urinario. En porcinos, los antibióticos betalactámicos están autorizados por el Instituto Colombiano Agropecuario - ICA, que los incluye en el listado oficial de medicamentos y biológicos comerciales, para ser utilizados bajo supervisión veterinaria (3).

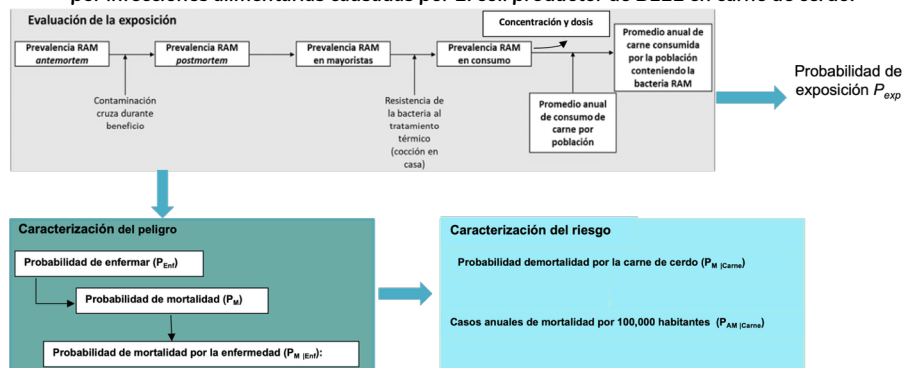
La presencia de *E. coli* BLEE en animales de granja y productos alimenticios suscita preocupación por su posible propagación a través de la cadena alimentaria (4–6), y su impacto en la salud pública, ya que este microorganismo puede transferir sus genes de resistencia a otras bacterias y en consecuencia, los posibles efectos en la salud de la población general incluyen el fracaso terapéutico en futuras infecciones, así mismo, se pueden presentar complicaciones de la enfermedad, incremento en la morbilidad y estancias hospitalarias prolongadas, principalmente para poblaciones vulnerables, además, los fracasos terapéuticos debidos a la resistencia a los antimicrobianos incrementan el costo de la atención y resultan en una morbilidad prolongada para los pacientes (2,7).

Dado el impacto en salud pública, se han implementado programas de seguimiento para la vigilancia de *E. coli* productora de BLEE en muestras clínicas humanas, animales y productos alimenticios (8,9). En Colombia, el ICA ha incluido en sus planes de monitoreo, la identificación de este microorganismo en porcinos. De acuerdo al informe preliminar publicado, en el año 2021, analizó un total de 998 muestras a través de materia fecal, de las muestras procesadas, se obtuvieron 202 aislamientos que correspondieron a *E. coli* productora de BLEE, lo cual representó una prevalencia del 20,2 %. Los porcentajes de resistencia

a antibióticos betalactámicos fueron: ampicilina, 95,8 %; cefotaxima, 94,4 %, ceftazidima 58,3 %; y meropenem, 9,7%. Para el 2022 se analizaron 875 muestras, de las cuales se obtuvieron 190 aislamientos que correspondieron a *E. coli* productora de BLEE, lo que representó una prevalencia del 21,7 % (10).

A partir de la información recopilada y teniendo en cuenta los enfoques abordados por varios estudios, para la evaluación cuantitativa de la exposición y caracterización del riesgo de RAM en la cadena porcina por *E. coli*, se plantea esta propuesta metodológica para evaluar el riesgo de mortalidad por infecciones alimentarias causadas por *E. coli* productor de BLEE en carne de cerdo consumida en Colombia, fundamentada en tres componentes principales (Figura 1) (11–13):

Figura 1. Representación esquemática del modelo conceptual para evaluar el riesgo de mortalidad por infecciones alimentarias causadas por *E. coli* productor de BLEE en carne de cerdo.



Fuente: elaboración propia

1. Aproximación para la evaluación de la exposición: busca estimar la probabilidad y magnitud de la exposición a *E. coli* productora de BLEE a través del consumo de carne de cerdo, considerando la prevalencia, concentración, reducción por coccción y patrones de consumo.
2. Aproximación para la caracterización del peligro: busca cuantificar la probabilidad de enfermedad y la mortalidad asociadas con la exposición a *E. coli* productora de BLEE, teniendo en cuenta su resistencia antimicrobiana y efectos en la salud.
3. Aproximación a la caracterización del riesgo: integra la exposición y el peligro para estimar la probabilidad de mortalidad por consumo de carne de cerdo y el número anual de casos por 100 000 habitantes.

Para las diferentes etapas del modelo conceptual, y su representación, se propusieron diferentes variables y parámetros (tabla 1):

Tabla 1. Descripción de variables, parámetros y ecuaciones del modelo conceptual propuesto.

Variable	Ecuación	Parámetros/Valores
Probabilidad de la exposición		
Prevalencia probabilística (P_{Prob})	$P_{Prob} = Beta(s + \alpha_{prior}, n - s + \beta_{prior})$	s : es el número de muestras positivas para <i>E. coli</i> productora de BLEE. n : es el número total de muestras analizadas. α_{prior} : es el número de muestras positivas en estudios previos. β_{prior} : es el número de muestras negativas en estudios previos ($n - s_{prior}$).
Reducción térmica (R_{Term})	$R_{Term} = \frac{t_{Cocción}}{D_{64}}$	$t_{Cocción}$: es el tiempo de coccción de la carne de cerdo (minutos). D_{64} : es el tiempo de reducción decimal a 64°C (minutos).
Concentración de <i>E. coli</i> BLEE ($C_{E.coliBlee}$)	$C_{E.coliBlee} = 10^{C_{log}} \times 10^{-R_{Term}}$	C_{log} : es el logaritmo de la concentración inicial (log UFC/g), modelado como Normal(μ, σ).
Consumo de carne de cerdo (C_{carne})	$C_{carne} = \text{Triangular}(\min, \text{moda}, \max)$	\min, moda, \max : es el consumo mínimo, más probable y máximo de carne de cerdo (g/persona/día).
Dosis ingerida de <i>E. coli</i> BLEE	$D = C_{E.coliBlee} \times C_{carne}$	Producto de la concentración de este microorganismo después de la coccción y el consumo de carne de cerdo por día
Probabilidad de exposición (P_{Exp})	$P_{Exp} = P_{Prob} \times 1 - e^{-D}$	Combina prevalencia y dosis
Caracterización del peligro		
Probabilidad de enfermedad (P_{Ent})	$P_{Ent} = 1 - (1 + D/\beta)^{-\alpha}$	β : es la dosis infecciosa media (N_{50}), que representa la dosis que causa enfermedad en el 50 % de la población expuesta. α : es el parámetro de forma que describe la variabilidad en la respuesta al patógeno.
Probabilidad de mortalidad (P_M)	N.A.	Adicional a la caracterización del peligro convencional de la evaluación del riesgo microbiano, se debe incluir los efectos adversos de la RAM, como una mayor tasa de mortalidad. Reportes internacionales sugieren tasas de mortalidad del 1–5 % para infecciones por <i>E. coli</i> STEC.
Probabilidad de mortalidad por la enfermedad ($P_{M Ent}$)	$P_{M Ent} = P_M \times P_{Ent}$	Mortalidad por enfermedad.
Caracterización del riesgo		
Probabilidad de mortalidad por la carne de cerdo ($P_{M Carne}$)	$P_{M Carne} = P_{M Ent} \times P_{Exp}$	Mortalidad por consumo de carne contaminada-
Casos anuales de mortalidad por 100,000 habitantes ($P_{AM Carne}$)	$M_{AM Carne} = (1 - P_{M Carne})^{365} \times 100\,000$	Número de casos.

Fuente: elaboración propia

A continuación se presentan las principales medidas de prevención y control para prevenir la ocurrencia de *E.coli* BLEE:

- **Ambiente:** Realizar evaluación microbiológica de aguas residuales urbanas, hospitalarias e industriales, así como, desarrollar investigaciones sobre *E. coli* BLEE en suelo y agua.
- **Cadena primaria:** Utilizar antimicrobianos solo bajo diagnóstico veterinario, mejorar la bioseguridad en granjas porcinas, realizar un tratamiento adecuado de excretas. Utilizar medidas de prevención como el uso de probióticos, prebióticos y vacunas.
- **Industria:** Mantener la higiene en el beneficio, evitar contaminación cruzada, conservar la cadena de frío, utilizar agua clorada para lavado, capacitar al personal y utilizar empaques herméticos.
- **Preparación y consumo:** Aplicar las 5 claves de inocuidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizando lavado de manos ≥ 20 segundos, cocción segura (63 °C y 71 °C), refrigeración oportuna y la separación de alimentos crudos y listos para consumo.

Referencias

1. Szmolka A, Nagy B. Multidrug resistant commensal *Escherichia coli* in animals and its impact for public health. Vol. 4, Frontiers in Microbiology. Frontiers Research Foundation; 2013.
2. Aljohani MS, Harun-Ur-Rashid M, Selim S. Emerging threats: Antimicrobial resistance in extended-spectrum beta-lactamase and carbapenem-resistant *Escherichia coli*. Vol. 200, Microbial Pathogenesis. Academic Press; 2025.
3. ICA. Base de datos medicamentos y biológicos. Consulta mayo 2025. Disponible en: <https://www.ica.gov.co/areas/pecuaria/servicios/regulacion-y-control-de-medicamentos-veterinarios.aspx>. 2025.
4. Damianos A, Tsitsos A, Economou V, Gioula G, Haidich A. Systematic review and meta-analysis of the occurrence of ESBL-producing *Escherichia coli* and *Salmonella* spp. in foods of animal origin in Europe. Food

Control [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 12]; Available from: <https://doi.org/10.3390/molecules27134151>

5. Liebana E, Carattoli A, Coque TM, Hasman H, Magiorakos AP, Mevius D, et al. Public Health Risks of Enterobacterial Isolates Producing Extended-Spectrum β -Lactamases or AmpC β -Lactamases in Food and Food-Producing Animals: An EU Perspective of Epidemiology, Analytical Methods, Risk Factors, and Control Options. Clinical Infectious Diseases [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2025 Apr 2];56(7):1030–7. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/cid/cis1043>
6. Rybak B, Potrykus M, Plenis A, Wolska L. Raw Meat Contaminated with Cephalosporin-Resistant Enterobacteriales as a Potential Source of Human Home Exposure to Multidrug-Resistant Bacteria. Molecules [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2025 Apr 8];27(13):4151. Available from: <https://www.mdpi.com/1420-3049/27/13/4151/html>
7. Mellata M. Human and Avian Extraintestinal Pathogenic *Escherichia coli*: Infections, Zoonotic Risks, and Antibiotic Resistance Trends. Foodborne Pathog Dis [Internet]. 2013 [cited 2025 May 4];10(11):916. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3865812/>
8. Food Safety Authority E, Centre for Disease Prevention E. The European Union summary report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2022–2023. EFSA Journal [Internet]. 2025 Mar 1 [cited 2025 Jun 12];23(3):e9237. Available from: doi/pdf/10.2903/j.efsa.2025.9237
9. Food Safety Authority E, Centre for Disease Prevention E. The European Union summary report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2021–2022. EFSA Journal [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2025 Apr 2];22(2):e8583. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.2903/j.efsa.2024.8583>
10. ICA. 2023ICINFORME PLAN MONITOREO RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN PORCINOS 2022. Bogotá; 2023.
11. Plaza Rodríguez C, Correia Carreira G, Käsbohrer A. A Probabilistic Transmission Model for the Spread of Extended-Spectrum- β -Lactamase and AmpC- β -Lactamase-Producing *Escherichia Coli* in the Broiler

Production Chain. Risk Analysis. 2018;38(12):2659–82.

12. Collineau L, Carmo LP, Endimiani A, Magouras I, Müntener C, Schüpbach-Regula G, et al. Risk Ranking of Antimicrobial-Resistant Hazards Found in Meat in Switzerland. Risk Analysis. 2018 May 1;38(5):1070–84.
13. Pulsrikarn C, Kedsin A, Boueroy P, Chopjitt P, Hatrongjit R, Chansiripornchai P, et al. Quantitative Risk Assessment of Susceptible and Ciprofloxacin-Resistant Salmonella from Retail Pork in Chiang Mai Province in Northern Thailand. Foods. 2022 Oct 1;11(19).



SITUACIÓN NACIONAL

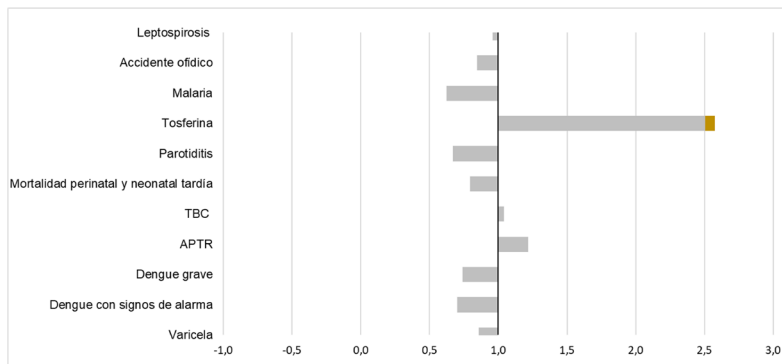
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

Figura 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025.



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

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

Para la semana epidemiológica 46, el evento de violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro del comportamiento esperado con respecto al histórico de la notificación.

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	178 003	149 168	1,31	0,19

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

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

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

En la semana epidemiológica 46 del 2025, el evento Mortalidad por dengue se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de los esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	8	3	0,01
Leishmaniasis cutánea	7	98	0,00
Zika	6	3,8	0,09
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,11
Lepra	4	5	0,18
Chikunguña	2	2	0,27
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,55

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.

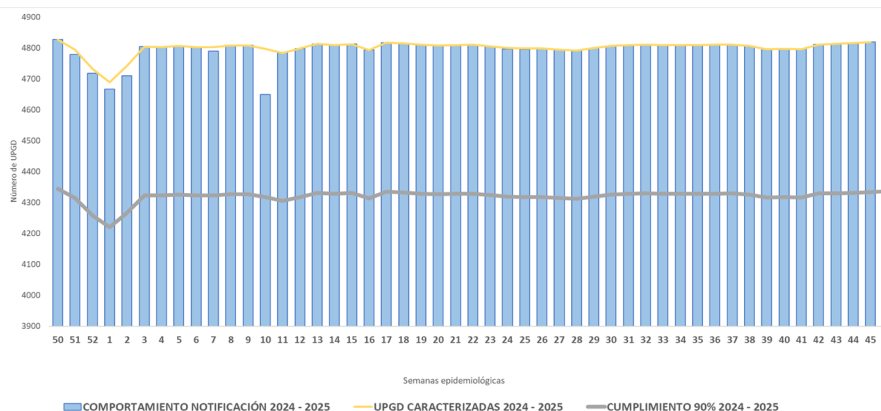
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 46 del año 2024. Para esta semana el país cumplió 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 46 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 % (4 815 / 4 815); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y con relación a la semana 46 del año anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por Semana Epidemiológica para el año 2025, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 3).

Figura 3. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos 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 46 del 2025, se han notificado 659 muertes probables en menores de cinco años: 384 por infección respiratoria aguda (IRA), 178 por desnutrición (DNT) aguda y 97 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, nueve casos de IRA, siete 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 46 del 2025 se han notificado 641 fallecimientos (375 por IRA, 171 por DNT aguda y 95 por EDA); de estos, 373 casos han sido confirmados, 125 han sido descartados y 143 casos se encuentran en estudio (tabla 4).



MORTALIDAD

Tabla 4. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 46, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 46 2025			Casos en estudio a SE 46 2025			Tasa a SE 46 2024			Tasa a SE 46 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	117	197	59	33	89	21	5,01	7,93	3,30	3,17	5,34	1,60
Amazonas	0	2	0	0	0	0	20,56	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	3	21	2	6	18	2	3,72	3,95	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	9,17	0,83	2,52	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	2	2	0	1	0	2,33	5,82	1,16	0,00	2,40	2,40
Bogotá D. C.	0	16	0	0	5	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	2	2	1	7,47	17,44	2,49	2,51	5,03	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	6	1	0	3	0	1,26	10,10	1,26	1,30	7,79	1,30
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	7,65	2,55	2,57	0,00	0,00
Cauca	0	6	4	2	3	1	0,80	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	31	26	13	15	7	3	53,67	50,61	55,21	47,68	39,99	19,99
Córdoba	9	9	3	0	3	1	4,06	6,38	1,74	5,27	5,27	1,76
Cundinamarca	0	12	0	0	6	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	14	11	1	9	2	35,52	29,30	20,42	24,06	12,47	9,80
Magdalena	7	9	1	0	1	0	14,19	9,82	1,09	7,71	9,91	1,10
Meta	2	5	1	0	1	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.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 375 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 136 confirmadas por clínica y 61 por laboratorio, 89 descartadas y 89 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 46 fueron 296, para una tasa de mortalidad de 7,9. casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 46 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 y La Guajira y, a nivel municipal, en Cáceres, Güicán de La Sierra, Pueblo Bello, 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 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 46, 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 171 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 117 fueron confirmadas, 21 descartadas y 33 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 46 fue de 187, 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 46 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, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Meta,

Norte de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Agustín Codazzi, Alto Baudó, Bojayá, Lloró, Riohacha, 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 95 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* y *Klebsiella pneumoniae*), 54 confirmadas por clínica, 15 descartadas y 21 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 46 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 46 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](#).

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/INSP028779>

En la semana epidemiológica 46 del año 2025 se notificaron al Sivigila diez casos: siete muertes maternas tempranas y tres muertes maternas tardías. El país acumula 171 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 164 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 46, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	229	133	53	415
2023	210	138	73	421
2024	179	115	38	332
2025p	164	118	37	319

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

A la semana epidemiológica 46 del 2025 se han reportado muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D. C., La Guajira, Antioquia, Cesar 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 7).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Maicao (La Guajira), Quibdó (Chocó) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 46 del año 2025, el 60,4 % corresponden a causas directas y el 32,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,5 % (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 46, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 46	Acumulado de casos a SE 46	
		2024	2025
Colombia	260	179	164
Bogotá D. C.	25	19	17
La Guajira	22	22	16
Antioquia	21	14	13
Cesar	12	11	13
Norte de Santander	7	5	10
Atlántico	8	4	8
Magdalena	10	5	8
Nariño	10	8	8
Cundinamarca	13	10	7
Chocó	13	15	6
Barranquilla D. E.	6	4	5
Bolívar	9	3	5
Santiago de Cali D. E.	7	5	5
Córdoba	13	7	5
Santander	8	4	5
Casanare	3	1	4
Boyacá	4	2	3
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 San Andrés y Providencia	0	0	0

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

Tabla 8. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021–2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 46	Valor observado SE 46
Colombia	260	164
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Belén (Boyacá)	0	1
Pital (Huila)	0	1
Pijao del Carmen (Magdalena)	0	1
San Pedro de Los Milagros (Antioquia)	0	1
Maicao (La Guajira)	6	1
Quibdó (Chocó)	3	0

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

Tabla 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 46	Número de casos y proporción a SE 46 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	195	210	100	179	100	164	100
DIRECTA	129	143	68,1	114	63,7	99	60,4
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	37	40	19,0	34	19,0	32	19,5
Hemorragia obstétrica	35	34	16,2	35	19,6	27	16,5
Sepsis obstétrica	15	19	9,0	10	5,6	12	7,3
Evento tromboembólico como causa básica	16	22	10,5	10	5,6	9	5,5
Embarazo ectópico	10	11	5,2	8	4,5	7	4,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	1,9	6	3,4	7	4,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,4	3	1,7	2	1,2
Embolia de líquido amniótico	4	4	1,9	4	2,2	2	1,2
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	63	64	30,5	61	34,1	53	32,3
Otras causas indirectas	26	25	11,9	26	14,5	21	12,8
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	5,7	6	3,4	18	11,0
Sepsis no obstétrica	11	11	5,2	10	5,6	5	3,0
Otras causas indirectas: cáncer	10	10	4,8	9	5,0	4	2,4
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,5	0	0,0	3	1,8
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,4	4	2,2	2	1,2
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,5	4	2,2	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	11	6,7

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 46 del 2025 se han notificado 5 025 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 975 corresponden a residentes en Colombia y 50 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (596), Antioquia (580), Cundinamarca (322), Santiago de Cali D. E. (237) y La Guajira (231). y Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 46 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decremento en Chocó, Putumayo, Sucre y Vaupés. El nivel nacional, al igual que las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 10).

Respecto al análisis desagregado a nivel municipal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aumento respecto al promedio histórico en: Agustín Codazzi (Cesar), Tocancipá (Cundinamarca), Villanueva (Casanare), Tuchín (Córdoba), Timbiquí (Cauca), Altos del Rosario (Bolívar), Aguazul (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), Sibaté (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca) y Ansermanuevo (Valle del Cauca) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,1 %, 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 25,9 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,8 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,3 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 46 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 10. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 46, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 46	Acumulado de casos a SE 46	
		2024	2025
Colombia	7 163	5 227	4 975
Bogotá D. C.	782	654	596
Antioquia	796	590	580
Cundinamarca	380	328	322
Santiago de Cali D. E.	277	238	237
La Guajira	381	267	231
Córdoba	376	240	222
Cesar	252	160	175
Nariño	191	165	156
Valle del Cauca	191	153	153
Barranquilla D. E.	278	159	151
Bolívar	209	133	151
Cauca	235	161	149
Cartagena de Indias D. T.	239	154	143
Meta	164	125	142
Santander	221	144	139
Norte de Santander	220	136	131
Atlántico	228	141	121
Huila	163	118	119
Magdalena	174	137	116
Boyacá	130	98	97
Chocó	179	145	96
Tolima	153	109	96
Sucre	174	120	92
Risaralda	104	84	70
Caldas	87	71	65
Buenaventura D. E.	76	48	63
Casanare	73	53	57
Santa Marta D. T.	92	41	49
Caquetá	59	38	46
Quindío	57	43	45
Putumayo	56	52	37
Arauca	58	34	34
Vichada	35	27	32
Amazonas	16	12	17
Guainía	17	11	14
Guaviare	12	10	12
Vaupés	15	14	10
Archipiélago de San Andrés y Providencia	13	14	9

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

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 46 2020 - 2024	Valor observado a SE 46 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	7 163	4 975	-
Agustín Codazzi (Cesar)	16	27	27
Tocancipá (Cundinamarca)	6	13	19
Villanueva (Casanare)	7	12	1
Tuchín (Córdoba)	8	12	1
Timbiquí (Cauca)	5	11	20
Altos del Rosario (Bolívar)	3	8	6
Aguazul (Casanare)	4	8	42
Villapinzón (Cundinamarca)	2	7	10
Sibaté (Cundinamarca)	3	6	2
Tenjo (Cundinamarca)	2	6	14
Ansermanuevo (Valle del Cauca)	3	6	2

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 46, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 46, 2023 -2025					
	2023 a SE 46	(%)	2024 a SE 46	(%)	2025 a SE 46	(%)
Colombia	6 253	100,0	5 227	100,0	4 975	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 559	24,9	1 365	26,1	1288	25,9
Prematuridad-inmadurez	1 130	18,1	863	16,5	836	16,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	990	15,8	787	15,1	662	13,3
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	662	10,6	590	11,3	463	9,3
Infecciones	548	8,8	455	8,7	413	8,3
Malformación congénita	561	9,0	484	9,3	391	7,9
Sin información	42	0,7	0	0,0	275	5,5
Otras causas de muerte	378	6,0	342	6,5	277	5,6
Causas no específicas	144	2,3	135	2,6	179	3,6
Trastornos cardiovasculares	159	2,5	155	3,0	144	2,9
Lesión de causa externa	59	0,9	23	0,4	25	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	21	0,3	28	0,5	22	0,4

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

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 46 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 13).



EVENTOS TRAZADORES

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 39 a 46 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 39 a SE 42 2025	SE 43 a SE 46 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	521 994	507 131	● -2,85%	↘
Hospitalización en sala general	22 614	20 709	● -8,42%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 917	2 930	● 0,45%	↗

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 46 del 2025 se notificaron 128 424 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, Magdalena, Santa Marta D.T. y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D. E. y Huila. 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 (43 a 46 del 2025) en 17 municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 43 a 46 del 2025

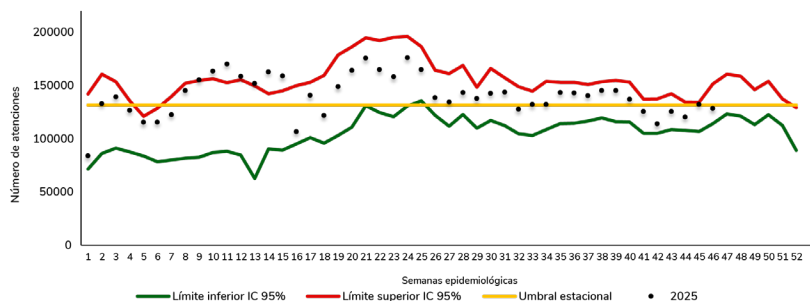
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	53 869	66 704	2 243	9 394
Atlántico	Soledad	89 454	87 196	6 448	8 071
Cundinamarca	Soacha	70 875	74 208	3 671	5 857
La Guajira	Uribia	49 759	46 496	2 713	5 842
Antioquia	Itagüí	73 440	72 699	4 507	4 810
Antioquia	Bello	68 214	55 009	4344	4 140
Cundinamarca	Chía	59 188	51 849	3 306	3 503
Cundinamarca	Girardot	18 703	19 092	1 136	2 156
Antioquia	Rionegro	26 617	32 805	2 079	2 102
Valle del Cauca	Palmira	26 470	24 884	1551	1 989
Santander	Floridablanca	25 551	30 145	1 829	1 935
Cundinamarca	Zipaquirá	19 528	21 526	1 540	1 896
Magdalena	Ciénaga	21 975	21 389	796	1 869
Antioquia	Envigado	21 877	23 135	1 724	1 784
Córdoba	Sahagún	21 783	22 853	1 773	1 768
Santander	Barrancabermeja	17 979	26 481	783	1 720
Risaralda	Dosquebradas	24 636	26 469	1 196	1 679
Bolívar	Magangué	15 533	20 539	790	1 655
Córdoba	Cerete	16 328	17 422	600	1 477
Cundinamarca	Funza	13 282	15 219	1 013	1 440
Boyacá	Duitama	24 238	19 989	1588	1 348
Boyacá	Sogamoso	14 936	19 317	1207	1 303
Córdoba	Lorica	14 178	14 623	1 041	1 278
Cundinamarca	Madrid	17 463	13 272	868	1 130
Antioquia	Apartado	16 079	15 976	955	1 119
Cundinamarca	Facatativá	20 288	15 984	1 412	1 093
Valle del Cauca	Yumbo	12 543	13 084	1 026	1 085
Norte de Santander	Ocaña	14 690	15 653	427	1 052
Valle del Cauca	Cartago	14962	15297	640	1 029
Valle del Cauca	Tuluá	15 587	11 694	515	1 016
Antioquia	Turbo	13 313	13 625	832	950
Casanare	Yopal	14 211	13 538	845	903
Huila	Pitalito	10 771	12 000	687	807
Cesar	AGUACHICA	8 212	10 825	735	731
Atlántico	Malambo	8 595	7 099	430	719
Santander	Piedecuesta	6 067	9 452	204	665
Cauca	Santander de Quilichao	11 444	9 930	875	602
Valle del Cauca	Buenaventura	8 051	6 656	695	550
Santander	Girón	7 531	7 460	255	466
Cundinamarca	Mosquera	5 954	6 842	314	454
Cauca	Guapi	2 476	4 584	186	408
Norte de Santander	Villa del Rosario	4 864	5 615	291	331
Nariño	La florida	689	676	44	40

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (43 a 46 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 25,8 % (131 060) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,4 % (98 646). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 11,1 % y los menores de dos a cuatro años con el 10,6 %.

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 46 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los límites esperados (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 46 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

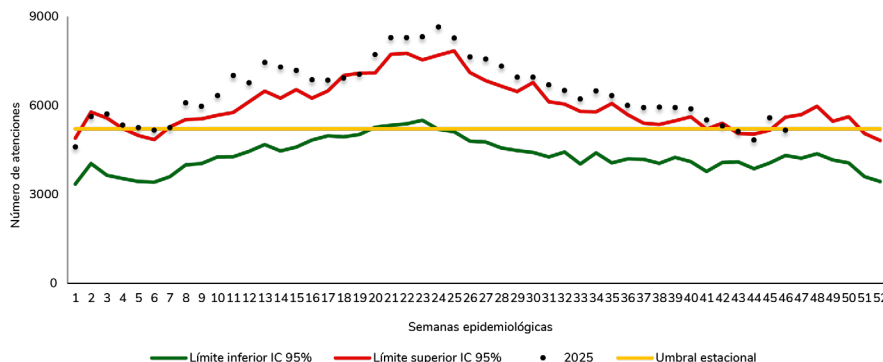
En la semana epidemiológica 46 del 2025 se notificaron 5 158 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cali, Cesar, Choco y Guainía e incremento en Amazonas, Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Meta, Santa Marta D.T, Tolima y Vaupés. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (43 a 46 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 041) representaron el 29,1 %, seguido de los menores de un año con el 16,9 % (3 506). 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 24,9 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,6 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, a excepción de las semanas 18 y 19 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una disminución sostenida a partir de la semana 25 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, seguido de un descenso en semana 46 (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 46 del 2025

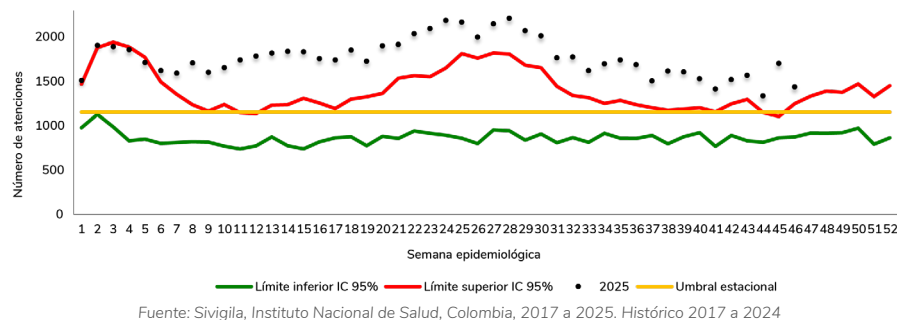


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 46 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 46 se ubicó por encima del límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 46 del 2025



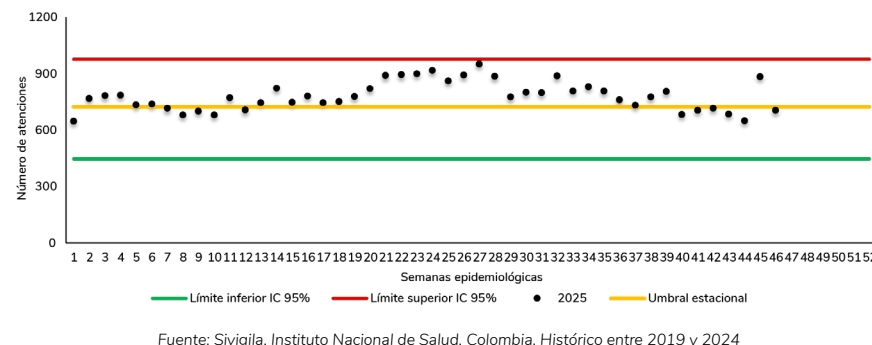
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 46 del 2025 se notificaron 706 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, Santa Marta D. T., Tolima y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Antioquia, Caquetá, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena, Meta y Nariño. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (43 a 46 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,3 % (1 037), seguido de los menores de un año con el 26,0 % (763) 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 21,4 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,8 %.

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 28), seguido de una disminución en semana epidemiológica 40 y 44 ubicándose por debajo de dicho umbral; sin embargo en semana 45 se ubica por encima del umbral estacional, seguido de un descenso en semana 46 (figura 7).

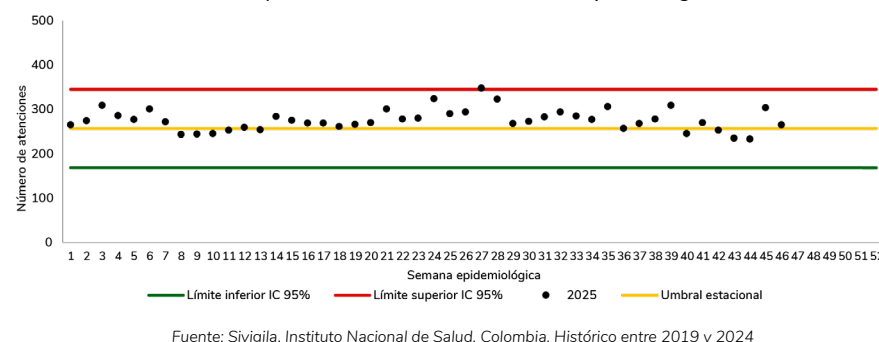
Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 46 del 2025



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

En la semana epidemiológica 46 del 2025, se notificaron 265 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 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 46 del 2025



Durante las semanas epidemiológicas 43 a 46 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, sin embargo en hospitalización en UCI/

UCIM se evidenció una tendencia de aumento en comparación con el periodo anterior, la cual 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 46 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.

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 46 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa variación significativa al incremento para rinovirus y SARS-Cov2. Al decremento para VSR y parainfluenza. Los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 15).

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 39 a 46 del 2025

Agente viral identificado	SE 39 a SE 42			SE 43 a SE 46			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	51,8	61,5	30,6	48,9	57,3	26,7	
Rinovirus	21,2	22,1	10,5	25,6	24,5	43,8	
VSR	22,7	27,4	15,8	18,6	22,7	6,3	
Enterovirus	9,5	7,4	5,3	12,2	11,8	-	
Adenovirus	10,3	11,1	5,3	11,6	15,5	-	
Influenza B	-	-	-	-	-	-	
Influenza A	7,0	3,2	21,1	5,2	-	25,0	
Parainfluenza	10,3	11,6	10,5	4,1	4,5	6,3	
Metapneumovirus	9,8	11,1	10,5	7,6	8,2	12,5	
A(H1N1)pdm09	6,2	3,2	21,1	7,0	4,5	6,3	
SARS-CoV2	0,7	0,5	-	4,7	5,5	-	
A(H3N2)	0,4	-	-	0,6	-	-	
Coronavirus	1,8	2,6	-	2,9	2,7	-	

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

COVID-19

Metodología

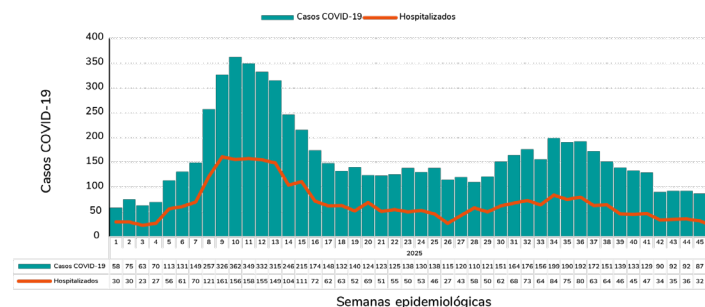
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 46 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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

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

En Colombia, con corte al 15 de noviembre de 2025 (semana epidemiológica 46) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al SIVIGILA un total de 7 271 casos de COVID-19 (7 249 de procedencia Colombia y 22 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (43 a 46 del 2025), se ha observado una disminución del 32,8 %, con 330 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 39 a 42 del 2025), en el cual se reportaron 491 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 27,3 %, pasando de 172 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 125 casos en el periodo analizado (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:1- 46 *SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 43 a 46 del 2025), se registró una incidencia de 0,62 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 28 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 84 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 39 a 42 del 2025), se evidencia aumento en la notificación de COVID-19 en Yopal (Casanare) y un descenso en Medellín (Antioquia), Pasto (Nariño), Bucaramanga (Santander), Santiago de Cali D. E., Barranquilla D.E. y Bogotá D. C.

Durante 2025, en Colombia se han notificado 126 fallecimientos asociados a COVID-19 (123 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,23 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. El 70,6 % de los casos (89 fallecimientos) correspondió a personas de 60 años o más. En el periodo analizado (semanas epidemiológicas 43-46) se reportaron dos fallecimientos, con un caso en Cundinamarca y el otro en Sucre para una tasa de mortalidad de 0,03 y 0,10 fallecimientos por cada 100 000 habitantes, respectivamente.

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 46 del 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 46 del 2025 se notificaron 2 145 casos de dengue: 1 582 casos de esta semana y 563 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 114 520 casos, 71 343 (62,3 %) sin signos de alarma, 42 055 (36,7 %) con signos de alarma y 1 122 (1,0 %) de dengue grave.

El 58,0 % (65 467) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Tolima, Valle del Cauca y Atlántico (tabla 16); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 42 a 45 del 2025) el 58,6 % (4 353) de los casos se concentran en Cartagena de Indias D. T., Norte de Santander, Santander, Cesar, Antioquia, Meta, Bolívar, Atlántico y Tolima.

Tabla 16. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025.

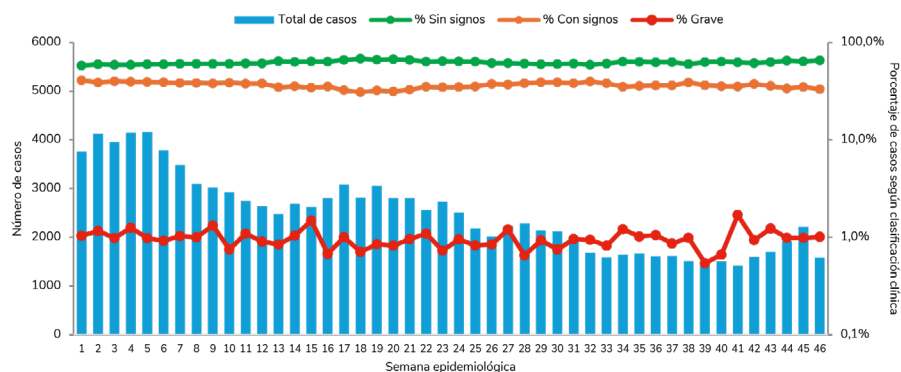
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 39-42 de 2025)	Observado (SE 43-46 de 2025)
Santander	10 332	32,6	0,6	638	627
Córdoba	10 000	37,1	0,3	467	338
Meta	9 638	33,5	1,2	472	419
Norte de Santander	8 348	40,2	1,3	613	641
Antioquia	8 048	34,6	0,8	524	423
Cartagena de Indias D. T.	5 976	23,3	1,1	343	645
Tolima	5 567	32,6	1,0	276	375
Valle del Cauca	4 358	25,9	0,5	212	321
Atlántico	4 200	44,5	1,5	252	386
Bolívar	4 052	38,3	0,7	239	392
Cundinamarca	3 648	39,9	0,7	80	125
Sucre	3 591	56,9	0,8	120	142
Cesar	3 451	55,6	1,7	334	445
Huila	3 195	35,3	3,0	57	140
Santiago de Cali D. E.	3 142	34,9	0,8	155	199
Barranquilla D. E.	3 125	36,1	1,2	147	366
Putumayo	2 949	28,1	0,7	61	70
La Guajira	2 828	58,2	1,5	75	193
Arauca	2 479	32,1	1,0	86	99
Caquetá	2 276	39,6	1,3	23	34
Magdalena	1 933	58,1	1,0	193	195
Casanare	1 516	32,1	0,4	43	54
Chocó	1 123	17,3	1,0	101	120
Nariño	1 101	33,7	1,3	55	67
Guaviare	1 095	19,7	0,5	29	105
Risaralda	1 086	35,2	1,4	35	44
Cauca	994	37,7	1,5	22	15
Quindío	889	27,2	0,3	36	41
Santa Marta D. T.	827	56,1	0,8	98	228
Vichada	728	31,0	0,5	32	18
Boyacá	679	45,7	0,3	18	24
Amazonas	368	28,8	0,0	28	42
Caldas	330	48,5	0,3	10	17
Exterior	282	49,3	5,0	19	23
Buenaventura D. E.	199	35,2	2,0	6	13
Vaupés	73	13,7	1,4	3	34
Archipiélago de San Andrés y Providencia	54	38,9	0,0	1	2
Guainía	40	30,0	0,0	1	12
Colombia	114 520	36,7	1,0	5 904	7 434

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 42 a 45 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 38 a 41 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Atlántico, Barranquilla D. E., Bolívar, Boyacá, Buenaventura D. E., Caldas, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cesar, Cundinamarca, Guaviare, La Guajira, Huila, Santa Marta D. T., Tolima, Valle del Cauca, Guainía, Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Cauca y Vichada; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38 % a nivel nacional (figura 10); 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 42 a 45 del 2025) fueron: Boyacá, Caquetá, Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T., Sucre y La Guajira.

Figura 10. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 46 del 2025.

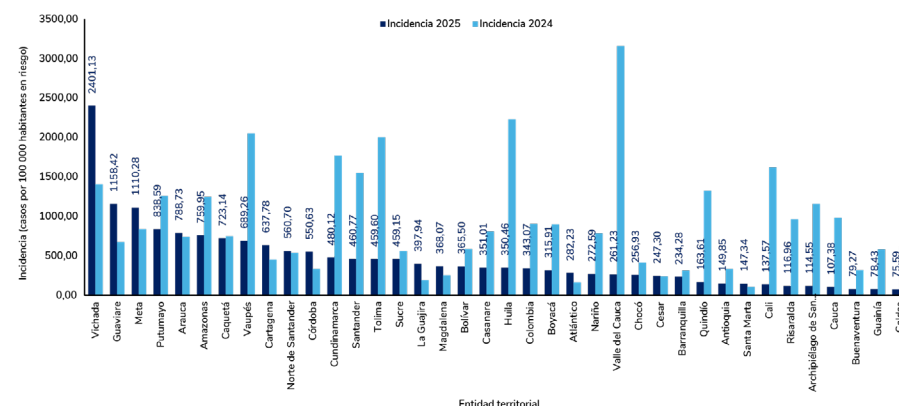


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 46 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 343,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 903,8 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

por 100 000 habitantes (figura 11). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 651,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 11. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 46, 2024-2025.



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

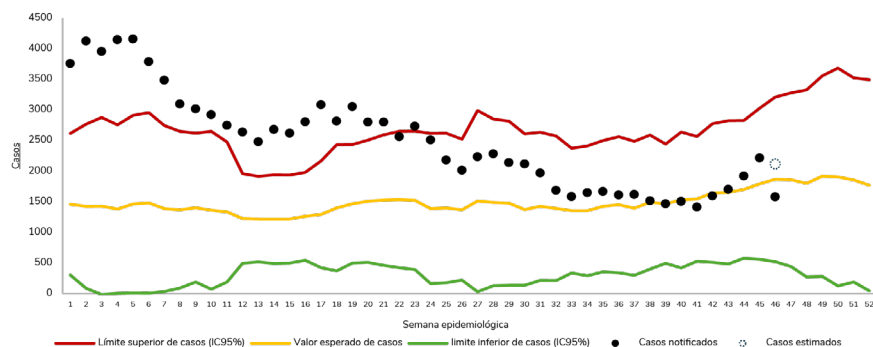
En la semana epidemiológica 46 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 25,9 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 42 a 45 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 38 a 41 del 2025) (figura 12).

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 32,4 % (12) se encuentra dentro de lo esperado, el 48,7 % (18) se encuentra en situación de alerta y el 18,9 % (7) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 46 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 9,0 % (74) 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 % (6/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Figura 12. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 46 del 2025.



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

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 46, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de noviembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cesar	Antioquia, Santa Marta D.T., Vaupés	Arauca, Guaviare, Guainía,
Alerta	Atlántico, Bolívar, Cartagena de Indias D. T.	Chocó, Quindío, Magdalena, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Santander y Valle del Cauca	Amazonas, Boyacá, Huila, Meta, Putumayo, Vichada
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Córdoba, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Tolima y Sucre	Caquetá, Casanare, Cauca, y Santiago de Cali D. E.

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

Tabla 18. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habituales en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado	Observado
Antioquia	Bello	21,8	121	10	9
	Envigado	52,1	126	7	5
Santa Marta D. T.	Santa Marta D. T.	149,7	827	98	228
Magdalena	Ciénaga	139,6	178	22	17
Meta	Villavicencio	961,5	4 903	333	257
Arauca	Arauca	245,1	246	9	23

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

A semana epidemiológica 46 del 2025, se han notificado 363 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 104 casos, se descartaron 221 casos y se encuentran en estudio 38 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 263 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 46, 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	0,28	0,00
Risaralda	3	1	0,28	0,13
Vichada	2	0	0,27	0,23
Putumayo	5	0	0,17	0,25
Huila	5	1	0,16	0,02
Magdalena	3	2	0,16	0,00
Barranquilla D. E.	4	0	0,13	0,02
Santa Marta D. T.	1	1	0,12	0,17
Antioquia	9	2	0,11	0,12
Meta	10	1	0,10	0,10
Cartagena de Indias D. T.	6	1	0,10	0,14
Bolívar	4	2	0,10	0,14
Chocó	1	0	0,09	0,11
Santander	9	4	0,09	0,09
Sucre	3	2	0,08	0,14
Arauca	2	0	0,08	0,22
Norte de Santander	6	2	0,07	0,12
Córdoba	7	1	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	0,08
Tolima	2	6	0,04	0,09
Cesar	1	3	0,03	0,21
Quindío	0	2	0,00	0,10
Guaviare	0	1	0,00	2,98
Nariño	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Exterior	4	0	1,42	1,07
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 46 del 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

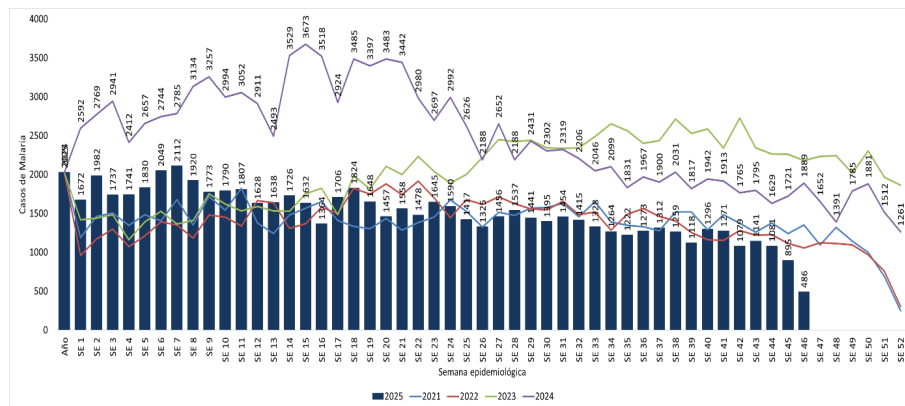
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n.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

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

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

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria, como lo muestra la grafica (figura 13).

Figura 13. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 46 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 46 del 2025 se notificaron 1 262 casos de malaria, para un acumulado de 68 772 casos, de los cuales 67 561 son de malaria no complicada y 1 211 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 68,5 % (47 081), seguido de *Plasmodium falciparum* con 30,4 % (20 879) e infección mixta con 1,2 % (812). 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 (15,1 %), Nariño (12,5 %), Córdoba (7,9 %), Vaupés (6,0 %), Amazonas (4,8 %), Risaralda (4,4 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,5 %), Guainía (2,4 %), Bolívar (2,2 %) y Guaviare (1,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,2 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 39 a 42	Casos 2025 SE 43 a 46	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 460	122	93	142,42
Córdoba	Tierralta	3 305	242	155	33,12
Chocó	Quibdó	2 811	141	105	19,44
Risaralda	Pueblo Rico	2 720	272	169	162,01
Antioquia	El Bagre	2 114	149	155	37,54
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 838	105	92	5,67
Chocó	Lloró	1 770	141	67	166,81
Nariño	El Charco	1 662	94	26	71,49
Chocó	Bagadó	1 656	275	166	139,83
Nariño	Roberto Payán	1 573	46	40	118,02
Guainía	Inírida	1 514	118	158	39,93
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 513	191	70	345,83
Chocó	Bajo Baudó	1 499	84	64	44,18
Chocó	Tadó	1 429	113	73	70,90
Nariño	Olaya Herrera	1 397	83	35	52,78
Vichada	Cumaribo	1 269	99	48	14,58
Chocó	Alto Baudó	1 258	122	77	40,23
Nariño	Magüí	1 236	30	26	4,63
Chocó	Istmina	1 227	70	64	36,29
Chocó	Medio San Juan	1 154	83	74	98,10
Córdoba	Puerto Libertador	1 110	34	22	24,44
Cauca	Timbiquí	995	33	47	35,40
Boyacá	Cubará	913	19	8	107,17
Cauca	Guapi	893	87	37	30,23
Bolívar	Montecristo	883	64	53	48,07
Nariño	Barbacoas	878	39	26	14,98
Antioquia	Nechí	876	41	23	31,40
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	849	38	24	3,18
Chocó	El Cantón del San Pablo	828	35	33	119,90
Antioquia	Turbo	773	59	42	5,75
Antioquia	Chigorodó	754	33	38	12,12
Chocó	Carmen del Darién	749	22	28	33,81
Antioquia	Segovia	666	54	29	16,27
Chocó	Medio Baudó	599	39	41	35,46
Antioquia	Cáceres	598	26	16	19,19

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 72,2 % 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, Montecristo y Bajo Baudó y en incremento los municipios de El Bagre y Inírida (tabla 21). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,6 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E., Roberto Payán, Magüi, Guapi, Bajo Baudó, Tadó, Olaya Herrera, Lloró, Istmina, Barbacoas, y Medio San Juan y en incremento el municipio de Timbiquí como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 39 a 41 de 2025	Casos SE 42 a 46 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	121	92	-24 %	7,2 %
Córdoba	Tierralta	199	138	-31 %	6,0 %
Risaralda	Pueblo Rico	239	130	-46 %	5,1 %
Antioquia	El Bagre	122	134	10 %	3,7 %
Chocó	Quibdó	74	54	-27 %	3,2 %
Guainía	Inírida	113	144	27 %	3,2 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	126	63	-50 %	2,6 %
Chocó	Bagadó	162	113	-30 %	2,4 %
Córdoba	Puerto Libertador	34	22	-35 %	2,2 %
Chocó	Lloró	72	34	-53 %	2,2 %
Vichada	Cumaribo	89	47	-47 %	2,2 %
Boyacá	Cubará	19	8	-58 %	2,0 %
Chocó	Alto Baudó	75	54	-28 %	1,8 %
Bolívar	Montecristo	61	52	-15 %	1,7 %
Chocó	Bajo Baudó	52	35	-33 %	1,6 %

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

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 46 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 39 a 41 de 2025	Casos SE 42 a 46 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	Magüi	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 46 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran 5 departamentos en situación de incremento y 10 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 24 municipios en incremento y 79 municipios en decremento (tabla 23)

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 46 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 46 2024	SE 46 2024	Acumulado a SE 46 2025	SE 46 2025	Esperado	Observado
Chocó	Medio San Juan	5	1 740	5	1 158	8	74	74
Bolívar	Montecristo	5	1 179	15	920	10	49	55
Chocó	Nóvita	5	595	11	334	13	19	31
Nariño	Santa Bárbara	1	499	7	284	4	16	22
Antioquia	Tarazá	4	493	5	476	4	12	20
Chocó	El Carmen de Atrato	4	327	6	229	0	15	25
Antioquia	Caucasia	4	244	6	343	0	12	16
Amazonas	La Pedrera (CD)	5	223	8	555	20	110	219
Arauca	Saravena	4	178	11	508	2	9	26
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	1	187	1	11	17
Meta	Puerto Gaitán	4	124	0	448	10	9	94
Vichada	Puerto Carreño	4	96	1	438	21	19	80
Vaupés	Pacoa (CD)	4	95	2	115	2	7	22
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	84	0	150	1	3	12
Risaralda	La Virginia	4	40	0	116	1	1	7
Amazonas	La Chorrera (CD)	4	25	0	27	0	1	7
Antioquia	Yondó	4	24	1	54	2	2	5
Amazonas	Miríti - Paraná (CD)	4	23	2	51	1	7	19
Arauca	Arauquita	4	20	1	45	0	0	4
Caquetá	Solano	4	16	0	61	2	11	19
Putumayo	Puerto Leguizamó	4	9	0	50	0	1	5
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	5	0	50	0	1	8
Antioquia	Jardín	1	4	0	6	1	0	2
Sucre	Guaranda	4	2	0	6	1	0	2

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2025. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

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

A semana epidemiológica 46 del 2025, se han notificado 18 642 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 18 503 corresponden a residentes en Colombia y 139 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (47 del 2024 a 46 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 137 municipios a nivel nacional (12,2 %) y de disminución en 30 municipios (2,7 %) (tabla 24).

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 (29,0 %) y de 1 año (27,4 %). Según el área de residencia, el 66,3 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 46 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas de aumento en la notificación de casos de Santa Marta D. T. y de disminución en Guaviare, Quindío y 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 a 2024, se observaron diferencias significativas en la notificación de 19 municipios (tabla 25).

Tabla 24. Casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, Semana Epidemiológica 46, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 46 de 2024	Casos a SE 46 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	21 977	18 503	0,58	12,2	2,7
La Guajira	2 571	1 590	1,72	20,0	0,0
Vichada	293	182	1,48	0,0	25,0
Chocó	988	737	1,42	22,6	6,5
Magdalena	643	715	0,95	41,4	0,0
Risaralda	401	415	0,82	28,6	0,0
Cesar	829	821	0,76	16,0	4,0
Guaviare	87	61	0,72	0,0	0,0
Amazonas	69	63	0,69	9,1	0,0
Cartagena de Indias D. T.	399	470	0,68	0,0	0,0
Arauca	323	150	0,68	0,0	42,9
Casanare	273	223	0,66	0,0	10,5
Bolívar	594	556	0,62	26,7	2,2
Antioquia	2 570	2341	0,62	24,0	1,6
Boyacá	463	451	0,60	4,1	0,8
Nariño	807	604	0,59	10,9	1,6
Guainía	52	40	0,59	11,1	11,1
Putumayo	174	161	0,57	0,0	0,0
Norte Santander	601	639	0,55	10,0	2,5
Bogotá D. C.	2 819	2 269	0,55	0,0	0,0
Vaupés	52	31	0,54	16,7	16,7
Sucre	270	361	0,51	38,5	3,8
Buenaventura D. E.	216	154	0,51	0,0	0,0
Cundinamarca	1 274	1 034	0,49	4,3	0,9
Meta	478	337	0,48	10,3	0,0
Huila	498	412	0,47	8,1	0,0
Santa Marta D. T.	124	164	0,46	100,0	0,0
Valle del Cauca	553	564	0,46	30,0	0,0
Tolima	422	305	0,44	6,4	2,1
Santiago de Cali D. E.	517	498	0,41	0,0	0,0
Caquetá	175	121	0,38	0,0	6,3
Barranquilla D. E.	241	299	0,37	0,0	0,0
Córdoba	556	454	0,34	10,0	0,0
Caldas	234	174	0,34	3,7	0,0
Santander	590	430	0,33	2,3	2,3
Atlántico	439	311	0,30	0,0	18,2
Cauca	297	288	0,29	7,1	4,8
Quindío	75	75	0,29	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	3	0,08	0,0	50,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 47 de 2024 a SE 46 de 2025.

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

Tabla 25. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, Semana Epidemiológica 46 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cesar	Valledupar	158	294
Antioquia	Turbo	51	122
Sucre	Sincelejo	39	84
Boyacá	Sogamoso	33	60
Risaralda	Dosquebradas	33	58
Antioquia	Rionegro	31	47
Arauca	Arauca	78	46
Valle del Cauca	Yumbo	35	40
Huila	Pitalito	29	39
Cundinamarca	Chía	24	38
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	17	38
Cauca	Popayán	27	36
Norte de Santander	Ocaña	36	35
Cesar	Aguachica	23	34
Santander	Piedecuesta	38	33
Antioquia	Envigado	14	27
Atlántico	Sabanalarga	40	27
Cundinamarca	Girardot	46	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>

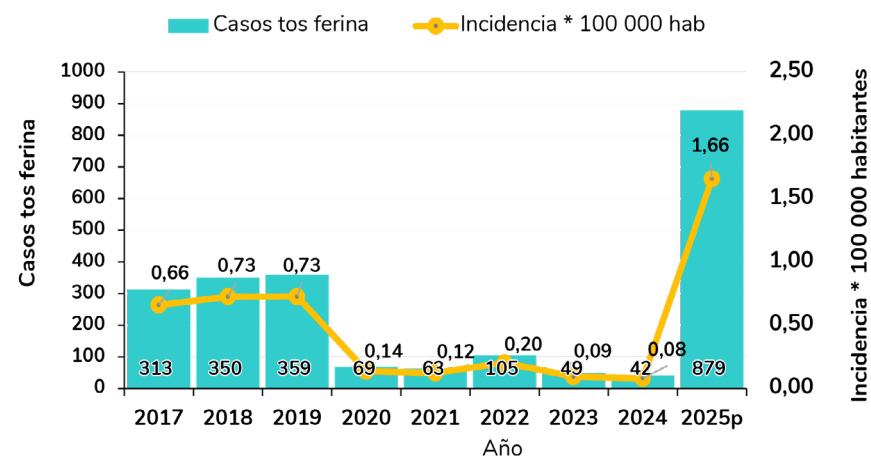
Tos ferina

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

Durante el 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 45), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 6 435 casos de tos ferina. De estos, el 13,8 % (891 casos) fueron confirmados (879 con procedencia nacional y 12 importados), el 81,7 % (5 258 casos) fueron descartados y el 4,4 % (286 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,65 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 0,73 casos por cada 100 000 habitantes (figura 14).

Figura 14. Incidencia de casos confirmados de tos ferina a Semana Epidemiológica 45, Colombia, 2017-2025p.

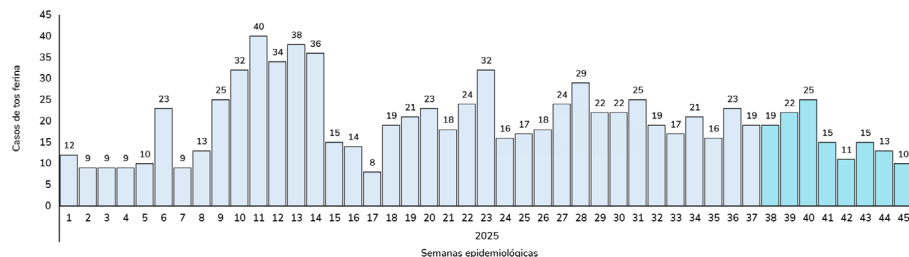


Fuente: Sivigila 2017–2025p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 15 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semas epidemiológicas 01 a 45). 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 (29 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos) y 40 (25 casos). En las últimas ocho semanas se observa una tendencia descendente, con una reducción del 39,5 %, al pasar de 81 casos (semas epidemiológicas 38 a 41) a 49 casos (semas epidemiológicas 42 a 45). Esta información está sujeta a cambios.

Figura 15. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 45 del 2025p



Fuente: Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 45, de 2019 a 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 285 casos y una incidencia de 3,59 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 220 casos (3,18), Cundinamarca con 59 casos (1,67) y Cartagena de Indias D. T. con 26 casos (2,57).

La tabla 26 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2024 para la misma semana epidemiológica.


























Tabla 26. Incidencia de tos ferina por departamento de procedencia, hasta la Semana Epidemiológica 45, (2019 al 2025p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	Casos
Colombia	0,67	0,13	0,12	0,20	0,09	0,08	1,66		879
Bogotá D. C.	0,92	0,09	0,01	0,06	0,04	0,06	3,59		285
Antioquia	0,87	0,20	0,21	0,15	0,09	0,09	3,18		220
Cundinamarca	0,49	0,13	0,06	0,00	0,12	0,17	1,67		59
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,57		26
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,10	2,37		25
Huila	0,81	0,35	0,09	0,00	0,08	0,34	1,90		23
Santiago de Cali D. E.	0,31	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,92		21
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	1,00		20
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	3,03		18
Risaralda	0,84	0,10	0,00	0,62	0,00	0,00	1,79		18
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	1,30		15
La Guajira	0,11	0,10	0,00	6,10	0,00	0,00	1,22		13
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,62		13
Boyacá	0,57	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,93		12
Cesar	0,64	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
Barranquilla D. E.	0,32	0,16	0,00	0,00	0,00	0,30	0,63		8
Nariño	0,43	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,47		8
Santander	0,45	0,13	0,74	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
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
Norte de Santander	1,09	0,12	0,00	0,00	0,35	0,06	0,23		4
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,80		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 0,07 casos por cada 100 000 habitantes (37 casos). Se observa un aumento en las últimas ocho epidemiológicas (38 - 45) en Antioquia, Barranquilla D. E., Cartagena de Indias D. T., Cundinamarca, Chocó, Meta, Norte de Santander, Valle del Cauca y Santiago de Cali D. E. (tabla 27).

Tabla 27. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (38 a 45) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 38-41)	Casos PE actual (SE 42-45)	Incidencia PE anterior (SE 38-41)	Incidencia PE actual (SE 42-45)	Tendencia
Colombia	72	37	0,14	0,07	
Antioquia	21	5	0,00	0,07	
Barranquilla D. E.	2	2	0,16	0,16	
Cartagena de Indias D. T.	2	5	0,20	0,49	
Cundinamarca	3	3	0,08	0,08	
Chocó	0	2	0,00	0,34	
Meta	0	1	0,00	0,09	
Norte de Santander	0	1	0,00	0,06	
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,10	
Santiago de Cali	2	2	0,09	0,09	
Atlántico	1	0	0,06	0,00	
Bogotá D. C.	16	12	0,20	0,15	
Bolívar	5	0	0,41	0,00	
Boyacá	2	1	0,15	0,05	
Caldas	1	0	0,09	0,00	
Cesar	3	0	0,20	0,00	
Córdoba	4	0	0,20	0,00	
La Guajira	2	1	0,19	0,09	
Magdalena	1	0	0,10	0,00	
Santa Marta D. T.	1	0	0,17	0,00	
Nariño	1	0	0,06	0,00	
Santander	2	0	0,08	0,00	
Sucre	1	0	0,10	0,00	
Tolima	1	0	0,07	0,00	
Guaviare	1	0	1,18	0,00	

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 45 del 2025

Durante 2025 se confirmaron 104 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 15 y Bogotá D. C. con 6 casos.

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios de Dabeiba (Antioquia), Anserma (Caldas), Bagadó (Chocó), Albania (La Guajira), Tierralta (Córdoba) y Pueblo Rico (Risaralda) (tabla 28).

En población indígena se han confirmado en 2025 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 45 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		104	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
Córdoba	Tierralta	5	2	5/10/2025	16/11/2025
La Guajira	Albania	3	0	9/10/2025	20/11/2025
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 18 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), con una letalidad acumulada preliminar del 40,4 % (55/136) *. Se han descartado 2 031 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 son 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. Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

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

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

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

Brote de parotiditis en población de interés especial en salud pública, Santiago de Cali D. E. Noviembre 15 del 2025.

Caso identificado en población privada de la libertad (PPL) el 29 de octubre del 2025. A la fecha se ha identificado un caso de 660 expuestos para una tasa de ataque de 0,15 %, no se reportan hospitalizaciones ni defunciones. Se implementaron medidas de control como aislamiento inmediato del caso, comunicación del riesgo, restricción de contacto con población gestante, personas inmunocomprometidas y con falla renal, se dieron recomendaciones como garantizar ventilación adecuada de celdas, uso de tapabocas, educación en higiene de manos, acciones de limpieza y desinfección diaria y continuar el seguimiento hasta el cierre. Situación sujeta a cambios y en seguimiento por el referente del evento.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Cali.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 46 del 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa

el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

ALERTAS INTERNACIONALES

Etiopía confirma el primer brote de la enfermedad del virus de Marburgo. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 14 de noviembre del 2025.

El Ministerio de Salud de Etiopía reportó el primer brote de enfermedad por el virus de Marburgo (MVD) en el país, tras la confirmación de casos sospechosos de fiebre hemorrágica viral mediante pruebas de laboratorio. El evento se localiza en la ciudad de Jinka, en la región sur de Etiopía, donde hasta la fecha se han notificado nueve casos. El análisis genético realizado por el Instituto de Salud Pública de Etiopía indica que el virus corresponde a una cepa previamente identificada en brotes de África Oriental, lo que sugiere posibles patrones de transmisión regionales ya documentados.

Las autoridades sanitarias etíopes han intensificado las intervenciones de respuesta, implementando detección comunitaria activa, aislamiento y manejo de casos, rastreo de contactos y campañas de comunicación de riesgo para limitar la propagación. La OMS y socios internacionales apoyan al país con el despliegue de equipos especializados en fiebres hemorrágicas virales y la provisión de suministros esenciales.

Históricamente, África ha registrado brotes y casos esporádicos en Angola, RDC, Ghana, Kenia, Guinea Ecuatorial, Ruanda, Sudáfrica, Tanzania y Uganda, lo que subraya la importancia de mantener capacidades de vigilancia y respuesta rápida en la región.

Este primer brote en Etiopía destaca la necesidad de fortalecer la vigilancia de fiebres hemorrágicas virales, garantizar el entrenamiento continuo del personal de salud en medidas de prevención y control de infecciones, y reforzar la comunicación de riesgo con las comunidades para mitigar la expansión del virus.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Etiopía confirma el primer brote de la enfermedad del virus de Marburgo. Fecha de publicación: 14 de noviembre de 2025. Fecha de consulta: 16 de noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.afro.who.int/countries/ethiopia/news/ethiopia-confirms-first-outbreak-marburg-virus-disease>

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.



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 46 de 2025

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 46

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	0	458	32	43	368	28	42	106	13	10	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	546	14	14	19111	1386	1573	8048	250	423	2786	115	148	64	4	5	558	42	5	76	5	1
Arauca	106	2	3	830	62	87	2479	54	99	796	12	38	25	0	0	3	0	0	69	7	8
Atlántico	110	4	3	3956	273	314	4200	384	386	1867	220	176	63	10	8	3	0	1	7	1	1
Barranquilla D.E.	20	0	0	4259	252	345	3125	611	366	1127	306	110	36	10	3	23	1	2	23	2	3
Bogotá D.C.	2	0	0	22315	1825	1848	0	0	0	0	0	0	0	0	0	123	20	7	10	0	0
Bolívar	272	7	3	2880	206	251	4052	378	392	1551	200	134	30	8	4	3	0	1	5	0	1
Boyacá	69	2	2	6733	492	522	679	21	24	310	7	15	2	0	0	9	1	1	7	1	0
Buenaventura D.E.	21	1	0	118	11	7	199	30	13	70	12	5	4	0	1	1	0	0	1	0	0
Caldas	68	1	2	3874	290	337	330	17	17	160	11	7	1	0	0	13	1	1	51	5	7
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	4979	419	436	3142	633	199	1097	262	63	24	8	0	62	18	0	50	1	8
Caquetá	191	2	3	1140	90	114	2276	64	34	902	38	18	29	1	0	2	0	0	9	2	0
Cartagena de Indias D.T.	20	0	0	1896	132	197	5976	478	645	1394	228	125	66	10	4	6	0	0	0	0	0
Casanare	165	6	5	1777	123	171	1516	118	54	487	46	13	6	2	0	47	0	0	8	1	1
Cauca	93	2	0	5487	448	473	994	76	15	375	34	5	15	1	0	29	1	0	9	1	1
Cesar	294	5	3	2998	188	257	3451	262	445	1918	168	231	57	5	2	7	1	1	29	3	2
Chocó	195	6	2	297	16	27	1123	66	120	194	15	25	11	1	3	3	0	0	78	6	9
Córdoba	275	10	3	4955	364	401	10000	422	338	3706	202	160	31	4	1	4	0	0	13	2	0
Cundinamarca	80	1	0	14362	1075	1295	3648	203	125	1454	99	41	24	1	0	21	3	0	19	1	1
Guainía	20	0	0	200	12	20	40	3	12	12	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	95	1	1	372	29	32	1095	32	105	216	8	16	6	0	0	1	0	0	2	0	1
Huila	146	2	2	6421	470	575	3195	285	140	1129	116	35	97	8	5	10	1	0	8	1	0
La Guajira	138	3	3	2210	158	193	2828	204	193	1645	147	104	42	4	4	6	0	1	11	1	0
Magdalena	143	5	4	2385	188	170	1933	122	195	1124	80	113	19	2	2	1	0	0	12	2	1
Meta	249	5	6	4261	302	362	9638	325	419	3233	134	118	113	3	7	114	2	4	13	1	0
Nariño	108	3	3	7245	533	665	1101	85	67	371	26	32	14	1	0	5	1	0	16	1	2
Norte de Santander	313	10	10	6459	450	567	8348	446	641	3358	253	221	105	6	7	29	7	0	27	6	0
Putumayo	144	2	1	1762	128	152	2949	60	70	829	22	20	22	0	0	1	0	0	5	1	0
Quindío	18	0	0	2914	216	237	889	33	41	242	11	14	3	0	1	30	2	1	4	0	0
Risaralda	56	1	1	4215	309	374	1086	25	44	382	13	15	15	0	2	8	2	1	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	399	29	19	54	12	2	21	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	44	1	0	2182	119	165	827	84	228	464	50	115	7	1	2	6	0	0	34	6	3
Santander	217	4	5	7580	545	669	10332	504	627	3369	243	232	64	4	6	87	2	0	16	2	0
Sucre	94	2	2	2796	196	210	3591	338	142	2044	194	71	28	5	3	2	0	0	3	0	0
Tolima	145	3	3	7066	497	617	5567	697	375	1814	334	112	58	6	6	7	0	0	34	3	5
Valle del Cauca	73	0	2	8666	613	687	4358	576	321	1127	231	72	22	4	1	25	4	1	43	1	3
Vaupés	49	0	1	273	11	20	73	6	34	10	2	1	1	0	0	13	0	0	3	1	0
Vichada	52	0	0	258	21	20	728	10	18	226	3	6	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	4.692	106	87	170.089	12.512	14.452	114.238	7.942	7.411	41.916	3.862	2.626	1.108	109	77	1.262	109	27	698	64	58

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 46

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	3399	176	389	5	0	0	6364	538	700	210	7	37	0	0	0	4343	391	232	17	16	17
Antioquia	10376	716	525	223	30	21	862603	82131	63872	41128	2507	2272	4733	766	509	331358	32675	26233	580	796	580
Arauca	639	7	33	16	1	5	25027	2089	1595	3491	111	217	97	4	18	7314	676	539	34	58	34
Atlántico	0	0	0	17	4	2	158205	11963	14314	3416	241	258	2080	202	350	66924	4291	4669	121	228	121
Barranquilla D.E.	0	0	0	34	6	4	223689	17311	21226	13810	394	1456	1884	218	315	82758	6205	6548	151	278	151
Bogotá D.C.	0	0	0	263	38	36	1682161	127901	126522	78298	4734	5182	8964	1252	1400	675703	59748	54379	596	782	596
Bolívar	1552	86	80	18	3	3	132987	11030	11961	2738	244	266	484	113	108	29426	2776	2632	151	209	151
Boyacá	918	0	8	40	4	8	136008	11347	9558	7651	424	567	481	86	73	46497	4006	3865	97	130	97
Buenaventura D.E.	1887	120	93	5	2	1	6683	1051	550	108	9	2	11	1	1	2549	486	185	63	76	63
Caldas	21	2	1	18	2	1	84697	8272	6997	3310	225	205	1215	138	172	25880	2918	2110	65	87	65
Santiago de Cali D.E.	5	1	1	96	11	22	242852	22424	20215	8754	494	291	602	90	102	92317	14045	6596	237	277	237
Cauca	408	15	26	13	2	4	31730	2880	2189	2039	126	184	33	5	2	13154	1558	1190	46	59	46
Cartagena de Indias D.T.	6	0	0	26	4	8	200650	17029	13915	11983	380	931	1696	191	339	47127	4186	3295	143	239	143
Casanare	5	3	1	6	2	1	26958	2345	1760	554	58	32	54	12	17	9858	997	746	57	73	57
Cesar	2135	227	92	38	5	8	107707	8953	7353	3650	106	253	610	51	100	39506	5523	3485	149	235	149
Chocó	19645	2131	1031	18	2	3	37568	1780	2689	1921	123	44	42	3	10	15235	923	1428	96	179	96
Córdoba	5395	756	216	33	2	2	204215	14359	15568	8987	498	828	1566	169	308	53208	4050	3589	222	376	222
Cundinamarca	0	0	0	80	9	14	382907	26281	28951	13953	755	1034	1515	311	194	145624	12125	12219	322	380	322
Guainía	1652	301	179	0	0	0	2657	194	193	131	26	12	1	0	0	1529	109	114	14	17	14
Guaviare	991	94	42	0	0	0	6819	561	472	370	32	39	42	10	1	3204	258	245	12	12	12
Huila	2	0	1	27	6	7	101559	9714	5301	5335	277	314	812	71	133	40728	4680	3667	119	163	119
La Guajira	38	2	1	13	0	0	240823	16881	31087	3281	634	484	278	67	82	42059	5167	5422	231	381	231
Magdalena	4	1	0	10	2	4	120678	8465	11429	3592	235	243	79	15	1	33143	3158	3076	116	174	116
Meta	951	35	111	13	2	2	84524	6200	5868	3336	132	191	256	75	32	42680	4168	2974	142	164	142
Nariño	8596	826	220	73	6	13	135616	13036	9569	7757	375	464	174	34	17	45528	6419	3471	156	191	156
Norte de Santander	564	129	34	69	8	12	157273	13473	9765	9297	772	707	782	125	118	51590	5144	4161	131	220	131
Putumayo	79	5	5	7	0	0	33302	2153	2254	1308	92	72	35	5	6	11361	1187	1014	37	56	37
Quindío	3	1	0	12	2	1	55809	5305	5758	2762	215	187	408	58	68	24895	2547	1861	45	57	45
Risaralda	2996	232	187	36	5	10	112037	9080	8093	5289	283	314	481	50	106	32513	3817	2659	70	104	70
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	7154	604	484	915	69	58	1	0	0	2666	314	207	9	13	9
Santa Marta D.T.	0	0	0	13	2	1	76846	2648	8263	3487	163	374	1066	122	381	19970	1227	1653	49	92	49
Santander	13	1	3	99	7	18	247981	15512	17331	16316	1137	1147	2158	361	373	82709	6760	7032	139	221	139
Sucre	99	5	4	16	2	5	90235	8260	7803	8877	663	857	1534	277	261	20686	2792	1724	92	174	92
Tolima	0	0	0	26	5	2	141822	11173	9211	9502	357	518	419	53	69	58114	5657	5551	96	153	96
Valle del Cauca	63	12	1	60	6	9	148926	12048	11193	3612	222	277	777	55	102	61068	6346	4830	153	191	153
Vaupés	4096	216	134	16	2	4	7952	247	776	98	9	18	5	3	0	2444	85	226	10	15	10
Vichada	1745	171	130	6	0	3	3725	326	317	20	6	0	2	0	1	1618	159	105	32	35	32
Total nacional	68.304	6.318	3.551	1.476	185	237	6.462.829	515.617	507.131	298.057	17.721	20.709	35.975	5.060	5.847	2.293.953	220.903	186.029	4.975	7.163	4.975

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 46

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	42	5	3	27	2	1
Antioquia	11	12	2	608	59	32	27	6	1	1874	27	85	2385	184	171	701	37	15
Arauca	1	1	0	20	1	0	5	1	0	29	1	1	117	13	4	79	4	0
Atlántico	7	3	0	63	6	1	1	1	0	32	0	2	916	60	67	111	3	1
Barranquilla D.E.	2	3	0	165	7	14	0	2	0	56	2	9	983	68	62	217	8	2
Bogotá D.C.	14	12	0	1399	104	115	741	6	21	2547	42	99	4741	328	391	2759	226	158
Bolívar	3	3	0	38	4	2	1	1	0	33	2	0	555	35	42	47	3	1
Boyacá	4	2	0	172	16	8	29	1	1	56	2	2	873	48	92	331	18	8
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	70	7	9	1	1	0	48	1	3	393	38	13	51	0	2
Santiago de Cali D.E.	2	4	0	145	23	12	0	2	0	41	3	4	971	84	48	473	33	23
Cauquetá	0	1	0	35	4	1	1	1	0	4	2	0	232	11	9	21	0	1
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	62	5	0	2	2	0	50	1	7	539	47	45	17	0	0
Casanare	2	1	0	25	3	2	10	1	0	1	1	0	232	25	17	24	2	4
Cauca	4	3	0	75	7	7	2	1	0	27	1	3	442	23	10	276	19	20
Cesar	4	3	0	64	4	2	0	2	0	30	2	1	502	27	50	33	1	2
Chocó	0	2	0	10	0	0	4	1	0	152	2	4	54	5	4	16	0	0
Córdoba	4	4	0	150	12	5	2	2	0	54	0	5	1071	123	90	120	4	3
Cundinamarca	6	7	0	385	33	22	240	3	2	552	10	26	2309	155	147	475	33	24
Guainía	1	0	0	6	0	0	1	1	0	2	0	1	91	0	6	2	1	0
Guaviare	0	0	0	10	0	0	4	1	0	6	0	0	89	5	4	4	0	0
Huila	5	3	2	144	13	6	8	1	1	74	4	4	589	44	41	97	15	6
La Guajira	2	3	0	32	4	3	0	2	0	35	1	5	479	23	50	38	1	0
Magdalena	0	2	0	36	2	1	0	1	0	30	0	1	365	24	25	18	0	1
Meta	6	2	0	88	7	5	11	1	0	172	2	13	643	47	52	98	7	2
Nariño	8	3	1	155	12	11	4	1	0	86	5	3	655	69	39	87	9	7
Norte de Santander	7	4	0	190	14	17	4	2	0	64	6	9	1077	76	98	86	1	1
Putumayo	1	1	0	32	5	4	1	1	0	21	0	2	208	13	11	130	16	18
Quindío	2	1	0	35	2	0	2	1	0	22	0	0	280	30	26	92	11	4
Risaralda	7	2	0	53	5	4	0	1	0	73	1	2	615	36	43	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	0	13	1	0	0	1	0	8	0	0	207	13	15	38	0	1
Santander	3	4	0	98	10	5	0	2	0	87	7	4	746	77	54	288	18	9
Sucre	5	2	0	67	5	1	2	1	0	70	7	8	701	62	43	135	1	2
Tolima	7	2	0	79	5	9	7	1	0	42	3	3	854	85	53	80	6	1
Valle del Cauca	2	4	0	146	8	6	2	2	0	24	6	2	1152	85	53	211	6	9
Vaupés	0	0	0	2	0	1	3	1	0	63	0	22	10	1	0	12	3	0
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	1	0	23	3	4	9	0	0
Total nacional	129	101	5	4.690	389	305	1.117	57	26	6.486	138	331	26.194	2.006	1.885	7.249	491	329

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 46

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	54	63	0	0	0	0	68	85	14	13
Antioquia	0	0	0	0	1613	2341	1	1	0	0	4780	4978	954	1040
Arauca	2	0	0	0	264	150	0	0	0	0	161	201	14	17
Atlántico	0	1	0	0	357	311	0	0	0	0	803	875	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	197	299	0	0	0	0	808	901	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2721	2269	3	1	1	2	4526	5135	0	0
Bolívar	0	0	0	0	372	556	0	0	0	0	484	523	329	415
Boyacá	1	0	0	0	429	451	0	0	0	0	913	1048	111	221
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	111	154	0	0	0	0	83	79	14	18
Caldas	0	0	0	0	156	174	0	0	0	1	1068	958	254	172
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	405	498	1	0	0	0	1446	1862	1	2
Caquetá	0	0	0	0	168	121	0	0	0	0	222	203	184	218
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	238	470	0	0	0	0	484	538	1	1
Casanare	4	2	0	0	276	223	0	0	0	0	264	310	6	6
Cauca	0	0	0	0	274	288	0	0	0	0	760	782	47	57
Cesar	4	7	0	0	626	821	1	0	0	0	521	564	66	413
Chocó	0	0	0	0	642	737	0	1	0	0	93	146	215	178
Córdoba	1	0	0	0	495	454	0	0	0	0	906	986	174	166
Cundinamarca	0	0	0	0	1069	1034	0	0	0	1	1966	2453	188	147
Guainía	0	0	0	0	50	40	0	0	0	0	25	28	13	21
Guaviare	0	0	0	0	93	61	0	0	0	0	56	60	411	141
Huila	0	0	0	0	381	412	0	1	0	0	762	669	9	12
La Guajira	0	0	0	0	1785	1590	2	0	0	0	251	348	19	22
Magdalena	0	0	0	0	504	715	0	0	0	0	311	369	6	9
Meta	0	0	0	0	367	337	0	0	0	0	652	625	213	120
Nariño	0	1	0	0	580	604	0	0	0	0	1252	1479	230	165
Norte de Santander	2	0	0	0	615	639	3	0	0	0	952	1071	183	181
Putumayo	0	0	0	0	169	161	0	0	0	0	286	274	189	191
Quindío	0	0	0	0	82	75	0	0	0	0	479	448	0	0
Risaralda	0	0	0	0	316	415	0	0	0	0	1062	1235	129	93
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	9	3	0	0	0	0	21	28	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	91	164	0	0	0	0	251	334	9	13
Santander	2	1	0	0	400	430	1	0	0	0	1381	1584	480	715
Sucre	0	0	0	0	204	361	0	2	0	0	443	438	99	59
Tolima	0	0	0	0	326	305	0	0	0	1	1080	1060	287	190
Valle del Cauca	0	0	0	0	387	564	1	0	0	0	1183	1306	16	16
Vaupés	0	0	0	0	65	31	0	0	0	0	61	101	35	34
Vichada	0	0	0	0	261	182	0	0	0	0	25	25	38	17
Total nacional	16	12	1	0	17.153	18.503	11	6	3	5	30.889	34.109	4.939	5.086

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 46

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	1	0	1	0	2	0	3	2	2	0	1	0
Antioquia	15	3	21	13	7	4	29	39	12	9	123	260
Arauca	0	0	2	0	2	0	3	2	1	1	5	5
Atlántico	3	0	8	8	1	0	11	3	6	3	28	31
Barranquilla D.E.	5	0	6	5	1	2	5	3	2	0	23	31
Bogotá D.C.	1	1	25	17	1	0	45	21	0	0	140	660
Bolívar	4	0	9	5	2	0	11	6	8	2	22	2
Boyacá	0	1	4	3	1	3	4	6	0	1	23	34
Buenaventura D.E.	0	1	3	1	0	1	4	3	2	1	6	2
Caldas	1	0	3	0	0	1	3	1	0	0	19	2
Santiago de Cali D.E.	3	1	7	5	1	1	7	9	2	0	40	52
Caquetá	4	2	2	1	0	1	6	4	3	3	8	4
Cartagena de Indias D.T.	15	4	7	1	0	1	11	9	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	7	3	9	6	21	11	26	21
Chocó	1	1	13	6	29	16	27	33	35	46	10	8
Córdoba	2	0	13	5	1	4	14	12	6	9	35	30
Cundinamarca	1	2	13	7	0	2	11	18	3	0	62	76
Guainía	0	0	0	3	1	1	3	2	1	2	2	0
Guaviare	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	2	1
Huila	2	1	5	3	0	0	5	4	3	1	21	16
La Guajira	1	0	22	16	23	13	40	23	51	28	19	0
Magdalena	1	1	10	8	2	1	11	10	13	7	17	3
Meta	0	0	8	3	1	1	10	6	6	2	20	10
Nariño	2	0	10	8	2	1	8	10	5	2	30	11
Norte de Santander	1	0	7	10	2	1	5	3	4	0	30	26
Putumayo	0	0	3	1	1	1	3	2	1	0	7	13
Quindío	1	0	2	1	0	1	2	0	0	0	10	5
Risaralda	3	2	4	2	8	9	8	7	7	5	18	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	2	0	8	5	1	0	6	3	1	0	42	28
Sucre	3	0	5	1	0	0	6	6	2	1	18	35
Tolima	6	8	6	3	2	0	8	4	2	0	25	9
Valle del Cauca	3	5	5	2	2	1	10	7	5	1	37	46
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	354	341	260	164	119	80	364	286	199	150	939	1.470

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 46

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	16	23	0	0	54	66	2	0	541	674
Antioquia	156	108	1041	1191	0	0	3171	4285	101	129	20433	19802
Arauca	36	15	157	131	0	0	129	128	2	0	1045	1230
Atlántico	48	27	318	323	0	1	389	498	16	22	2155	2412
Barranquilla D.E.	67	16	381	306	0	0	710	859	19	37	2273	2638
Bogotá D.C.	155	64	847	821	0	0	1244	1302	35	27	27204	31249
Bolívar	42	20	273	260	1	3	157	199	4	2	2151	2339
Boyacá	19	18	90	76	0	0	140	194	3	3	3582	4137
Buenaventura D.E.	21	15	129	87	0	0	154	196	8	4	357	267
Caldas	17	21	124	149	0	0	290	278	5	2	2785	2972
Santiago de Cali D.E.	30	22	411	472	0	1	1299	1367	38	54	7175	6681
Caquetá	7	12	81	92	0	0	212	280	5	7	1008	1060
Cartagena de Indias D.T.	68	39	299	335	0	2	353	439	4	6	1319	1513
Casanare	35	35	117	144	0	1	139	179	3	8	807	873
Cauca	20	17	179	175	0	2	248	273	3	3	3099	3135
Cesar	34	21	302	234	0	0	358	430	3	11	1878	2017
Chocó	45	27	202	215	0	0	185	246	2	3	384	447
Córdoba	30	11	289	218	1	1	239	283	4	9	3274	3090
Cundinamarca	65	56	339	446	0	0	480	567	15	13	11938	14411
Guainía	7	7	15	15	0	0	16	36	0	0	192	224
Guaviare	4	2	24	15	0	0	44	37	1	2	263	336
Huila	17	10	141	141	0	0	346	425	8	10	5702	5755
La Guajira	66	41	330	328	0	1	454	565	6	7	1204	1387
Magdalena	32	27	208	238	0	3	146	179	3	4	1286	1369
Meta	44	45	235	272	0	0	553	794	18	28	2264	2414
Nariño	15	17	211	214	0	1	160	195	5	7	3806	5021
Norte de Santander	80	42	448	437	0	1	605	788	13	9	3557	3904
Putumayo	7	6	81	93	0	1	100	123	4	5	1215	1485
Quindío	12	6	87	95	0	0	230	302	3	7	2380	2423
Risaralda	23	20	163	181	0	0	524	643	24	12	3341	3487
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	5	11	0	0	7	16	0	0	180	240
Santa Marta D.T.	18	18	104	164	0	1	212	298	2	3	582	727
Santander	66	56	384	463	0	0	826	1342	23	18	5755	6276
Sucre	18	19	182	174	1	3	96	89	1	0	1678	1791
Tolima	30	28	162	138	0	1	498	674	13	16	2811	3192
Valle del Cauca	32	36	287	335	0	0	639	779	16	25	6431	6880
Vaupés	1	0	3	3	0	0	12	24	0	0	198	435
Vichada	8	12	34	37	0	0	33	32	0	2	237	224
Total nacional	1.489	944	8.950	9.052	3	23	15.452	19.410	411	495	136.488	148.517



Semana epidemiológica 46

9 al 15 de noviembre del 2025

TEMA CENTRAL

Perfil de riesgos Escherichia coli productor de Betalactamasas de espectro extendido en la cadena porcina.

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

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

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

43# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.46>