



Unos segundos de pólvora pueden dañar tu vida para siempre.

No arruines la celebración con las quemaduras, mutilaciones y el dolor que puede traer la pólvora.

La vida es primero # LaPólvoraNoEs UN JUEGO



Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica

Durante esta época de celebración, es fundamental fortalecer la vigilancia de las lesiones ocasionadas por el uso de pólvora y casos de intoxicación por licor adulterado con metanol. Informar a la comunidad sobre estos peligros resulta esencial para prevenir incidentes.

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

Pág.

40



TEMA CENTRAL

Vigilancia epidemiológica rutinaria e intensificada de las lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco e intoxicaciones por licor adulterado con metanol.

Alejandra del Pilar Díaz, adiaz@ins.gov.co
Nidza Fernanda Gonzalez, ngonzalezs@ins.gov.co
Helena Patricia Salas, hsalas@ins.gov.co

Las lesiones asociadas a la manipulación de pólvora pirotécnica pueden ocurrir en diferentes fases del ciclo de vida del producto, incluyendo fabricación, almacenamiento, transporte, comercialización y uso inadecuado de artefactos pirotécnicos. La incidencia de estos eventos se incrementa significativamente durante diciembre y enero en comparación con otros meses del año. De igual forma, las intoxicaciones por fósforo blanco, con mayor prevalencia en población pediátrica, se presentan con mayor frecuencia en esta temporada debido a la disponibilidad de dispositivos pirotécnicos que contienen dicho compuesto. Adicionalmente, el riesgo de intoxicación por metanol derivado del consumo de bebidas alcohólicas adulteradas también muestra un aumento en esta temporada.

En respuesta a estos riesgos, el Instituto Nacional de Salud (INS) lidera el proceso de vigilancia intensificada de estos eventos de interés en salud pública desde el 01 de diciembre de cada año hasta la segunda semana epidemiológica del siguiente. Esta estrategia contempla la investigación detallada de los casos notificados, evaluando su gravedad e impacto, con el propósito de monitorear en tiempo real el comportamiento de estos eventos, generar alertas oportunas, coordinar acciones de inspección, vigilancia y control, y activar la Sala de Análisis de Riesgo (SAR) ante la detección de comportamientos inusuales.

La vigilancia intensificada comprende la implementación de diversas estrategias, entre ellas la notificación inmediata mediante el registro en línea en Sivigila 4.0, la notificación negativa diaria en caso de ausencia de eventos y la articulación de información proveniente de fuentes de datos complementarias.

Las alertas que se consideran durante esta temporada corresponden a las siguientes:

- Lesiones por pólvora pirotécnica, incluyendo: muertes, explosiones en sitios de fabricación, venta o almacenamiento de pólvora pirotécnica y situaciones ocurridas en el marco de eventos de afluencia masiva.
- Intoxicaciones accidentales por fósforo blanco asociadas a artefactos pirotécnicos.
- Intoxicaciones por consumo de bebidas adulteradas con metanol (por ejemplo, licor).

Ante la ocurrencia de estas situaciones, se debe activar el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), ejecutar las acciones de investigación epidemiológica de campo (IEC) según corresponda, diligenciar el formato Sitrep (reporte de situación) para documentar el evento y, en caso necesario, activar la Sala de Análisis del Riesgo (SAR). Con estas medidas, el INS busca reducir los riesgos asociados a la temporada festiva, proteger la salud pública y garantizar una respuesta rápida y eficaz frente a estas emergencias.

El INS participa activamente en la mesa de articulación para la prevención de lesiones por pólvora pirotécnica, liderada por el Ministerio del Interior, en la cual se realizan actividades de rol articulador que consiste en liderar la identificación oportuna de casos mediante la estrategia intensificada de vigilancia, a través de la gestión inmediata del flujo oportuno de información a todos los actores involucrados de la red de inspección, vigilancia y control. Además, contribuimos en la consolidación de datos para análisis epidemiológico, la generación de alertas tempranas y la difusión de recomendaciones preventivas dirigidas a los tomadores de decisiones y la comunidad en general.

4 a. Comportamiento de las lesiones por pólvora pirotécnica en Colombia a semana epidemiológica 48 de 2025

A semana epidemiológica 48, en Colombia se han notificado 1 096 casos de lesiones por pólvora pirotécnica, lo que corresponde a incidencia de 2,1 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar con años anteriores, la incidencia actual se encuentra por encima de los valores históricos. No obstante, se evidencia una disminución en comparación con el año 2024, (figura 1).

Figura 1. Número de casos e incidencia de lesiones por pólvora pirotécnica, Colombia, a semana epidemiológica 48, 2020 a 2025



Fuente: Sivigila, datos reportados hasta la semana epidemiológica 48

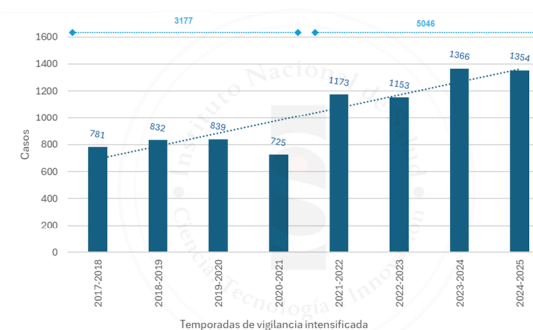
En el análisis sociodemográfico, el 81,3 % de los casos corresponde a personas de sexo masculino, lo que representa una incidencia de 3,5 casos por cada 100 000 hombres. Se notificaron 41 casos en población indígena, con una incidencia de 3,7 por cada 100 000 habitantes. La mayoría de los eventos ocurrieron en zonas urbanas (83,7 %). En cuanto a la gravedad, el 31 % de los casos requirió hospitalización y se registraron dos muertes. Los ciclos vitales de juventud y adolescencia presentaron las mayores incidencias, con 3,57 y 2,75 casos por cada 100 000 habitantes, respectivamente.

En cuanto a los artefactos involucrados en las lesiones por pólvora pirotécnica, los más frecuentes fueron los “totes” (22,1 %), seguidos por la categoría “otros” (20,0 %) y los “voladores” (15,8 %). El 67,3 % de los casos reportó que la actividad realizada en el momento de la lesión era la manipulación, mientras que el 20,7 % ocurrió durante la observación. La lesión más comúnmente notificada fueron las quemaduras (86,0 %), seguida de laceraciones (61,0 %) y contusiones (28,5 %).

b. Comportamiento de la vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica

El comportamiento de la vigilancia intensificada en las últimas temporadas muestra una tendencia al incremento de casos, especialmente en las cuatro temporadas posteriores a la pandemia de COVID-19, en las cuales se notificaron más de 1 000 eventos. Al comparar los periodos 2017–2020 con 2021–2025, se observa una variación del 59,0 %, (figura 2).

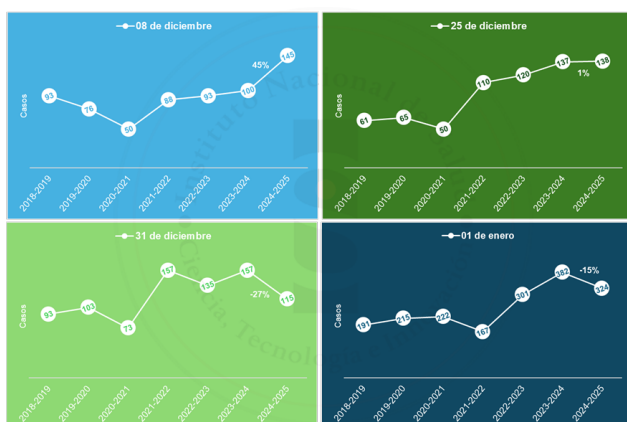
Figura 2. Comportamiento de la vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica, Colombia, temporadas 2017-2018 a 2024-2025



Fuente: Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica con corte al 11 de enero de 2025

Los días críticos históricamente identificados durante la temporada de vigilancia intensificada también han mostrado una tendencia al incremento en los últimos años. Por ejemplo, el 8 de diciembre, en la temporada 2024-2025, presentó una variación positiva del 45 % respecto a la temporada anterior, mientras que el 25 de diciembre registró un aumento del 1 % en comparación con el mismo periodo previo (figura 3).

Figura 3. Notificación de lesiones por pólvora pirotécnica durante días críticos, Colombia, 2018 -2025



Fuente: Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica con corte al 11 de enero de 2025

c. Resultados temporada de vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica e intoxicaciones por fósforo blanco asociado a artefactos pirotécnicos y licor adulterado con metanol, 2024–2025

Los datos correspondientes a la temporada 2024-2025 provienen del boletín final emitido el 11 de enero del 2025.

Durante la temporada de vigilancia intensificada 2024-2025 se notificaron 1 354 casos de lesiones por pólvora pirotécnica, lo que representa una variación negativa del 1 % frente a la temporada anterior. De estos, 405 casos correspondieron a menores de edad, con una disminución del 6,3 % respecto al periodo previo; entre ellos, 40 estaban acompañados por un adulto bajo efectos del alcohol. Asimismo, se registraron 949 casos en mayores de edad, de los cuales el 42,5 % se encontraba bajo efectos del alcohol. Finalmente, se notificó una muerte, lo que indica una reducción del 50 % en comparación con la temporada anterior.

Las entidades territoriales departamentales y distritales que tuvieron el mayor número de casos de lesionados por pólvora pirotécnica fueron: Antioquia, Bogotá D. C., Nariño y Norte de Santander. Bogotá D. C. presentó un incremento en el número de casos, lo que representa una variación positiva del 15,9 % respecto a la temporada anterior. En contraste, Nariño registró una disminución importante, equivalente a una reducción del 28,2 %. Norte de Santander también mostró una reducción, lo que indica una variación positiva del 50,8 %, (tabla 1).

Tabla 1. Número de casos de lesionados por pólvora pirotécnica y variación por entidad territorial, temporadas 2023-2024 y 2024-2025

Entidad territorial	Temporada anterior	Temporada actual	Variación %
⊕ Antioquia	152	150	↓ -1,3 %
⊕ Bogotá, D.C.	126	146	↑ 15,9 %
⊕ Nariño	149	107	↓ -28,2 %
⊕ Norte de Santander	63	95	↑ 50,8 %
⊕ Cundinamarca	83	74	↓ -10,8 %
⊕ Cauca	54	72	↑ 33,3 %
⊕ Tolima	74	56	↓ -24,3 %
⊕ Córdoba	50	55	↑ 10,0 %
⊕ Santander	55	54	↓ -1,8 %
⊕ Huila	28	52	↑ 85,7 %
⊕ Cali	32	42	↑ 31,3 %
⊕ Atlántico	24	38	↑ 58,3 %
⊕ Caldas	47	37	↓ -21,3 %
⊕ Valle del Cauca	61	36	↓ -41,0 %
⊕ Barranquilla	26	34	↑ 30,8 %
⊕ Cesar	31	34	↑ 9,7 %
⊕ Bolívar	40	32	↓ -20,0 %
⊕ Magdalena	26	32	↑ 23,1 %
⊕ Boyacá	47	30	↓ -36,2 %
⊕ Meta	20	25	↑ 25,0 %
⊕ Sucre	29	23	↓ -20,7 %
⊕ La Guajira	30	22	↓ -26,7 %
⊕ Quindío	12	21	↑ 75,0 %
⊕ Risaralda	23	19	↓ -17,4 %
⊕ Putumayo	27	18	↓ -33,3 %
⊕ Cartagena	8	11	↑ 37,5 %
⊕ Chocó	9	9	0,0 %
⊕ Santa Marta	10	9	↓ -10,0 %
⊕ Casanare	8	8	0,0 %
⊕ Buenaventura	7	5	↓ -28,6 %
⊕ San Andrés	0	3	↑ 300,0 %
⊕ Guaviare	0	2	↑ 200,0 %
⊕ Amazonas	1	1	0,0 %
⊕ Arauca	7	1	↓ -85,7 %
⊕ Caquetá	4	1	↓ -75,0 %
Total	1366	1.354	-0,9 %

Fuente: Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica con corte al 11 de enero del 2025

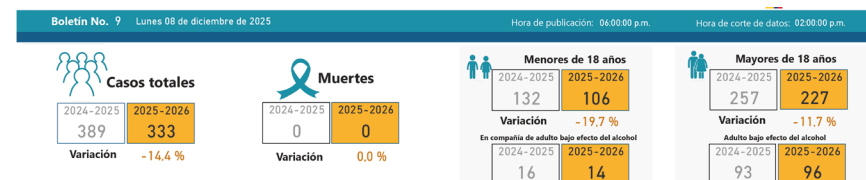
Durante la temporada 2024-2025 se notificaron ocho (8) casos de intoxicación por fósforo blanco, lo que representa una variación positiva frente a la temporada anterior. Del total, el 62 % correspondió a menores de edad y se registró una muerte asociada en el departamento de Santander. Por otra parte, durante esta temporada no se confirmaron casos de intoxicación por consumo de licor adulterado, manteniendo el mismo comportamiento observado en el periodo previo.

d. Resultados temporada de vigilancia intensificada lesiones por pólvora pirotécnica e intoxicaciones 2025-2026 e intoxicaciones por fósforo blanco asociado a artefactos pirotécnicos y licor adulterado con metanol, corte al 08 de diciembre de 2025, 6:00 p.m.

Los datos de la temporada 2025 - 2026 son preliminares, y pueden variar por ajustes en la notificación desde las unidades primarias generadoras de datos.

Entre el 1 y el 8 de diciembre de 2025, con corte a las 6:00 p. m., se han notificado 333 casos de lesiones por pólvora pirotécnica en todo el territorio nacional, lo que representa una variación preliminar negativa del 14,4 % frente al mismo periodo de la temporada anterior. Del total de casos, 106 (31,8 %) corresponden a menores de 18 años; de estos, 14 (13,2 %) se encontraban acompañados por adultos bajo efectos del alcohol. A la fecha, no se han reportado muertes asociadas a lesiones por pólvora pirotécnica. Las entidades territoriales con incremento significativo en la notificación de casos (valor $p \leq 0,05$) respecto a la temporada anterior son: Antioquia, Cauca, Valle del Cauca, Boyacá, Caldas, Buenaventura D. E., Arauca, Caquetá y el Acherchipielago de San Andrés y Providencia. El tipo de lesión más frecuente es la quemadura (85,0 %), seguida por laceración (53,0 %). Los artefactos principalmente asociados a estas lesiones son "totes" (31,3 %), "voladores" (16,9 %) y "otros" (20,2 %). Se notificaron dos casos de intoxicación por fósforo blanco en menores de edad en el distrito de Barranquilla. A la fecha, no se han reportado casos de intoxicación por licor adulterado con metanol, (figura 4).

Figura 4. Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica, temporada 2025-2026, Colombia, corte 08 de diciembre de 2025, 6:00 p.m.



Fuente: Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica con corte al 08 de diciembre de 2025 a las 6:00 p.m.

Para más detalles y visualización de los datos actualizados, está disponible durante la temporada intensificada el tablero de control, que incluye el análisis de las principales variables del evento en portal Sivigila 4.0: <https://portalsivigila.ins.gov.co/>.

Conclusiones

A pesar de una ligera disminución del 1 % en la temporada 2024-2025 comparada con la anterior, la incidencia de lesiones se mantiene por encima de los valores históricos. Se observa una tendencia clara al incremento en las cuatro temporadas posteriores a la pandemia de COVID-19. Además, fechas críticas como el 8 de diciembre han mostrado un aumento, registrando una variación positiva del 45 % respecto a la temporada anterior.

En la temporada de vigilancia intensificada 2024-2025, la población más afectada sigue siendo mayoritariamente masculina (81,3 %) y joven, siendo los ciclos vitales de juventud y adolescencia los que presentan las mayores tasas de incidencia. El consumo de alcohol es un factor de riesgo determinante. Los artefactos que más lesiones causan son los "totes" (22,1 %), seguidos de los "voladores". En cuanto a la gravedad, aunque las muertes por pólvora se redujeron en un 50 %, las intoxicaciones por fósforo blanco aumentaron, afectando desproporcionadamente a los menores de edad (62 % de estos casos) con una muerte en Santander.

Para la temporada de vigilancia intensificada 2025-2026 se registra una disminución preliminar del 14,4 % en lesiones por pólvora frente a la temporada anterior. Sin embargo, persiste afectación en menores de edad

(31,8 %) y riesgos asociados como consumo de alcohol y manipulación de pólvora. El incremento en varias entidades y la predominancia de quemaduras por “totes” y “voladores” demandan fortalecer acciones de prevención y control. No se reportan muertes, aunque sí casos de intoxicación por fósforo blanco.

Recomendaciones

De acuerdo con las directrices de la Circular Conjunta N.º 035 del 2025 emitida por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, para la vigilancia intensificada, prevención y atención de las lesiones ocasionada por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco y por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol y su vigilancia y control sanitario en la temporada del mes de diciembre del 2025 hasta el 17 de enero del 2026, se recomienda a todas las entidades territoriales del orden subnacional, junto con su red de prestación de servicios de salud y las aseguradoras de planes de beneficios:

- Iniciar y mantener la vigilancia intensificada (temporada 2025-2026) de lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco y por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol durante el mes de diciembre del 2025 hasta el 17 de enero del 2026 en todos los niveles del sistema.
- Implementar las medidas necesarias para vigilar y controlar el uso, la fabricación, la manipulación, el transporte, el almacenamiento, la comercialización, la compra, la venta y el expendio de pólvora, productos pirotécnicos, fuegos artificiales o globos aerostáticos de pirotecnia.
- Garantizar la prohibición absoluta de la venta de artículos pirotécnicos a los menores de edad y a las personas en estado de embriaguez, así como de la prohibición de la producción o fabricación, la manipulación o uso y la comercialización de artículos pirotécnicos o fuegos artificiales que contengan fósforo blanco.
- Activar espacios de coordinación intersectorial, tales como los consejos departamentales, distritales y municipales para la Gestión del Riesgo, e implementar las acciones para prevención, control y manejo de las lesiones por pólvora pirotécnica e intoxicaciones por fósforo blanco.

- Incluir mecanismos para orientar la comunidad sobre los riesgos de lesiones que se pueden presentar por la manipulación de pólvora e intoxicaciones por fósforo blanco e intoxicaciones por consumo de bebidas alcohólicas adulteradas con metanol.
- Garantizar la atención integral en salud para las personas lesionadas por pólvora pirotécnica y ante sospecha de intoxicación por fósforo blanco o bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, incluyendo desde la atención inicial en urgencias hasta la fase de rehabilitación.
- Notificar de manera inmediata (Sivigila 4.0 captura en línea) todos los casos de lesionados por pólvora pirotécnica (código INS 452) e intoxicaciones por fosforo blanco o bebidas alcohólicas adulteradas con metanol (código INS 365).
- Activar los ERI según la valoración del riesgo local, manteniéndolos en alistamiento permanente para intervenir para desplegarse ante la ocurrencia de intoxicaciones por fósforo blanco y bebida alcohólica adulterada con metanol, situaciones de lesionados por pólvora pirotécnica cuando ocurren muertes, explosiones en sitios de fabricación o almacenamiento, situaciones ocurridas en el marco de un evento de afluencia masiva y las demás establecidas.

SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

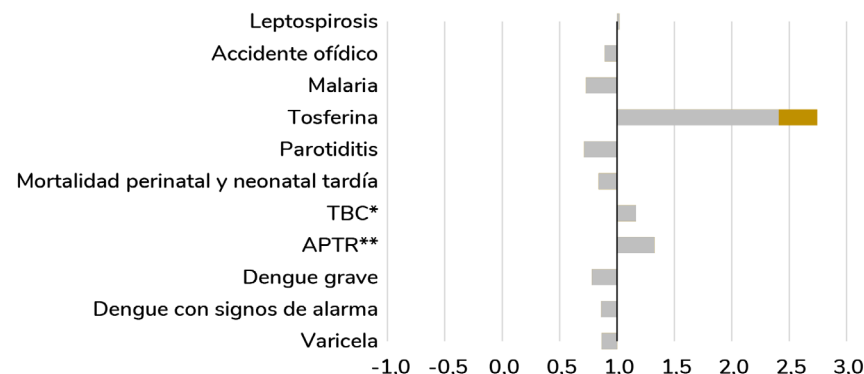
Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para 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 49 de 2025, 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 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 49 del 2025.



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

*TBC: Tuberculosis

**APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

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

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 49 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	186 446	156 368	1,30	0,20

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

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

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

En la semana epidemiológica 49 del 2025, el evento Leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo 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 49 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	16	79	0,00
Zika	5	6	0,17
Lepra	2	4	0,15
Leishmaniasis mucosa	0	0	0,67
Fiebre tifoidea y paratifoidea	4	2	0,11
Mortalidad por dengue	6	5	0,14
Chikunguña	1	4	0,09

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.

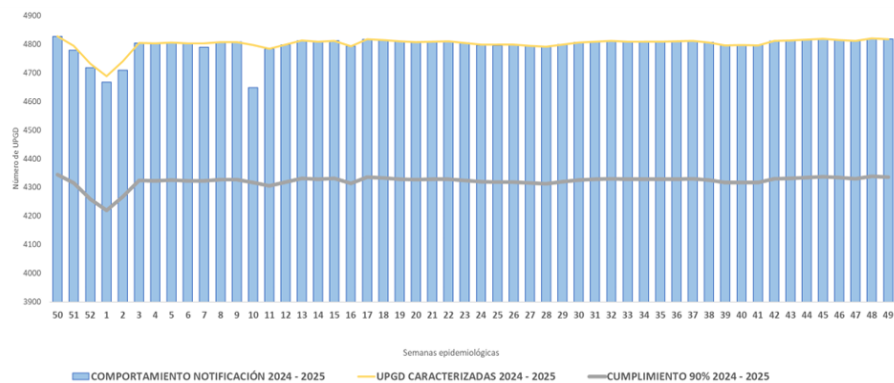
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 49 del año 2024. Para esta semana el país cumplió 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 49 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 % (4 818 / 4 818); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana 49 del año 2024. 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 6).

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 49 del 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 49 del 2025, se han notificado 684 muertes probables en menores de cinco años: 404 por infección respiratoria aguda (IRA), 178 por desnutrición (DNT) aguda y 102 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, diez 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 49 del 2025 se han notificado 665 fallecimientos (394 por IRA, 171 por DNT aguda y 100 por EDA); de estos, 393 casos han sido confirmados, 128 han sido descartados y 144 casos se encuentran en estudio (tabla 4).

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 49, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 49 2025			Casos en estudio a SE 49 2025			Tasa a SE 49 2024			Tasa a SE 49 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	123	209	61	27	94	23	5,30	8,20	3,32	3,33	5,67	1,65
Amazonas	0	2	0	0	0	0	20,56	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	4	27	2	4	14	2	3,72	4,64	1,63	0,94	6,36	0,47
Arauca	1	1	0	1	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	2	0	2,33	6,98	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	6	0	1	1	1	1,79	9,82	1,79	0,90	5,41	0,00
Boyacá	0	6	3	1	1	0	0,00	5,86	0,00	0,00	7,11	3,56
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	2	1	8,83	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	3	1	7,47	17,44	2,49	2,51	5,03	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	6	1	0	3	0	2,52	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	11	5	3	0	1	0	8,14	6,66	3,70	8,16	3,71	2,23
Chocó	34	26	14	11	12	4	55,21	50,61	56,74	52,29	39,99	21,53
Córdoba	9	9	3	0	2	1	4,06	6,38	1,74	5,27	5,27	1,76
Cundinamarca	0	12	0	0	5	2	0,00	3,54	0,00	0,00	5,29	0,00
Guainía	2	2	1	0	0	0	0,00	67,82	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	28	17	12	0	9	1	39,96	31,08	20,42	24,95	15,15	10,69
Magdalena	7	9	1	0	1	0	14,19	10,92	1,09	7,71	9,91	1,10
Meta	2	5	1	0	2	1	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	1	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	3	0	0	2	1	0,00	2,25	4,49	4,54	6,81	0,00
Santander	0	2	0	0	1	0	0,64	3,84	4,48	0,00	1,30	0,00
Sucre	1	5	0	0	2	0	10,17	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	7,48	1,50	0,76	3,80	0,00
Vaupés	1	1	3	1	4	2	36,48	36,48	18,24	18,21	18,21	54,62
Vichada	8	4	0	0	0	0	43,37	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 394 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 145 confirmadas por clínica y 64 por laboratorio, 91 descartadas y 94 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 5,67 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 49 fueron 306, para una tasa de mortalidad de 8,20 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 49 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, Cesar, Chocó, Cundinamarca y La Guajira y, a nivel municipal, en Cáceres, Soledad, Valledupar, Lloró, Maicao, Villavicencio, San Andrés de Tumaco D. E. y San José de Cúcuta. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Rhinovirus*, *Virus Sincitial Respiratorio*, *Enterovirus*, *Haemophilus influenzae B*, *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 49, 2024–2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Rhinovirus</i>	14	7	5	2	2	30	12	2	6	0	0	20
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	37	5	1	1	0	44	14	1	2	1	0	18
<i>Enterovirus</i>	8	5	3	2	1	19	10	1	4	0	0	15
<i>Haemophilus influenzae B</i>	5	2	2	0	0	9	8	3	0	0	0	11
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
<i>Influenza A</i>	7	3	0	0	3	13	7	0	2	1	0	10
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5	4	3	3	1	16	6	2	2	0	0	10
<i>Adenovirus</i>	8	6	2	0	0	16	6	0	2	1	0	9
<i>Staphylococcus aureus</i>	12	2	2	2	0	18	8	1	0	0	0	9
<i>Moraxella catarrhalis</i>	4	1	2	2	1	10	4	3	1	0	0	8
<i>SARS-CoV2</i>	10	2	0	0	0	12	6	1	0	1	0	8
<i>Influenza B</i>	1	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4	1	1	0	0	6	2	1	0	0	0	3
<i>Metapneumovirus</i>	5	1	1	1	0	8	2	0	0	0	0	2
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	132	40	24	14	9	219	102	18	19	5	0	144

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; 123 fueron confirmadas, 21 descartadas y 27 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,33 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 49 fue de 198, para una tasa de mortalidad de 5,30 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 49 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 D. E. y Maicao. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran y dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 100 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*), 56 confirmadas por clínica, 16 descartadas y 23 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,65 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 49 fue de 124 para una tasa de mortalidad de 3,32 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 49 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, Vichada y, a nivel municipal, en Quibdó, Bajo Baudó, Uribe, 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.binasssa.cr/guiaops.pdf>

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

En la semana epidemiológica 49 del año 2025 se notificaron al Sivi-gila dos muertes maternas tempranas. El país acumula 180 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 172 residen en territorio colombiano y ocho 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 49, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	245	140	55	440
2023	219	148	74	441
2024	187	118	40	345
2025p	172	125	39	336

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

A la semana epidemiológica 49 de 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., Bolívar, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Meta y Santa Marta. 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), Riohacha D. E. (La Guajira) 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 49 del año 2025, el 59,9 % corresponden a causas directas y el 33,7 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,8 % (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 49, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 49	Acumulado de casos a SE 49	
		2024	2025
Colombia	273	187	172
Bogotá D. C.	26	20	19
La Guajira	23	23	16
Antioquia	22	14	14
Cesar	13	11	13
Norte de Santander	7	5	10
Magdalena	10	5	9
Atlántico	9	5	8
Nariño	12	9	8
Chocó	13	15	7
Cundinamarca	14	12	7
Barranquilla D. E.	6	4	6
Santiago de Cali D. E.	7	5	5
Córdoba	13	7	5
Santander	8	5	5
Bolívar	10	3	4
Casanare	3	1	4
Huila	6	5	4
Boyacá	4	2	3
Guainía	0	0	3
Meta	8	7	3
Tolima	6	4	3
Cartagena de Indias D. T.	8	0	2
Risaralda	4	2	2
Santa Marta D. T.	6	2	2
Sucre	6	2	2
Valle del Cauca	6	3	2
Buenaventura D. E.	3	2	1
Caquetá	2	0	1
Cauca	7	7	1
Putumayo	3	3	1
Quindío	2	0	1
Vichada	4	3	1
Arauca	2	0	0
Caldas	3	1	0
Guaviare	1	0	0
Vaupés	0	0	0
Amazonas	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 PE XII (datos preliminares), RUAF - ND, nacimientos PE XII 2024 - 2025 datos preliminares. SE: semana epidemiológica

Tabla 8. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 49 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 49	Valor observado SE 49
Colombia	273	172
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
San Pedro de Los Milagros (Antioquia)	0	1*
San Rafael (Antioquia)	0	1*
Puerto Colombia (Guainía)	0	1*
Maicao (La Guajira)	6	1
Riohacha D. E. (La Guajira)	5	1

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

*Municipios que en el promedio histórico 2021 – 2024 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 9 Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 49 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 49	Número de casos y proporción a SE 49 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	203	219	100	187	100	172	100
DIRECTA	134	149	68,0	119	63,6	103	59,9
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	39	43	19,6	35	18,7	34	19,8
Hemorragia obstétrica	37	36	16,4	37	19,8	28	16,3
Evento tromboembólico como causa básica	17	23	10,5	11	5,9	11	6,4
Sepsis obstétrica	15	19	8,7	11	5,9	10	5,8
Embarazo ectópico	10	11	5,0	8	4,3	7	4,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	1,8	6	3,2	7	4,1
Embolia de líquido amniótico	4	4	1,8	4	2,1	4	2,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,4	3	1,6	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	0,5	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	3	4	1,8	1	0,5	0	0,0
INDIRECTA	65	66	30,1	63	33,7	58	33,7
Otras causas indirectas	27	25	11,4	28	15,0	22	12,8
Otras causas indirectas: neumonía	10	13	5,9	6	3,2	20	11,6
Sepsis no obstétrica	11	12	5,5	10	5,3	7	4,1
Otras causas indirectas: cáncer	10	10	4,6	9	4,8	5	2,9
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,5	0	0,0	3	1,7
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,4	4	2,1	1	0,6
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,5	4	2,1	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,5	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,5	1	0,5	0	0,0
Desconocida / indeterminada	2	2	0,9	1	0,5	1	0,6
En estudio	3	2	0,9	4	2,1	10	5,8

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 49 del 2025 se han notificado 5 380 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 5 324 corresponden a residentes en Colombia y 56 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (638), Antioquia (619), Cundinamarca (350), Santiago de Cali D. E. (250) y La Guajira (246). Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 49 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decremento en Chocó, Putumayo, Sucre y Atlántico. 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), Timbiquí (Cauca), Altos del Rosario (Bolívar), Aguazul (Casanare), San Pedro de Los Milagros (Antioquia), Villapinzón (Cundinamarca), Puerto Triunfo (Antioquia), Tenjo (Cundinamarca), Abejorral (Antioquia), San Carlos (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Restrepo (Meta), Guamal (Meta), Silos (Norte de Santander) y Filandia (Quindío) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 43,7 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,6 %, neonatales tardías con 18,0 % y fetales intraparto con 9,7 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,8 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,8 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,5 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 49 del 2025 (datos preliminares) frente al 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 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 49, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 49	Acumulado de casos a SE 49	
		2024	2025
Colombia	7 583	5 538	5 324
Bogotá D. C.	833	694	638
Antioquia	842	627	619
Cundinamarca	404	341	350
Santiago de Cali D. E.	292	250	250
La Guajira	403	278	246
Córdoba	393	250	239
Cesar	267	176	184
Nariño	203	176	163
Cartagena de Indias D. T.	254	165	162
Barranquilla D. E.	296	173	161
Cauca	247	170	161
Valle del Cauca	202	160	157
Bolívar	220	138	156
Meta	175	135	153
Santander	234	154	145
Norte de Santander	233	144	139
Magdalena	185	145	128
Huila	172	123	127
Atlántico	242	151	125
Tolima	161	114	108
Boyacá	137	105	106
Chocó	188	150	102
Sucre	185	128	101
Risaralda	110	88	74
Buenaventura D. E.	81	52	69
Caldas	94	76	68
Santa Marta D. T.	96	43	63
Casanare	77	54	56
Caquetá	62	42	50
Quindío	60	47	45
Arauca	62	37	39
Putumayo	59	54	38
Vichada	38	32	36
Amazonas	17	13	19
Guainía	17	13	14
Guaviare	13	10	12
Vaupés	16	15	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	13	15	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 49 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 49 2020 - 2024	Valor observado a SE 49 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	7 583	5 324	-
Agustín Codazzi (Cesar)	18	28	30
Tocancipá (Cundinamarca)	7	14	22
Timbiquí (Cauca)	6	12	23
Altos del Rosario (Bolívar)	3	8	9
Aguazul (Casanare)	4	8	45
San Pedro de Los Milagros (Antioquia)	3	7	
Villapinzón (Cundinamarca)	3	7	13
Puerto Triunfo (Antioquia)	2	6	3
Tenjo (Cundinamarca)	2	6	17
Abejorral (Antioquia)	2	5	11
San Carlos (Antioquia)	2	5	13
Buriticá (Antioquia)	1	5	11
Restrepo (Meta)	2	5	2
Guamal (Meta)	1	4	2
Silos (Norte de Santander)	1	4	2
Filandia (Quindío)	1	4	2

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 49, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 49, 2023 -2025					
	2023 a SE 49	(%)	2024 a SE 49	(%)	2025 a SE 49	(%)
Colombia	6 608	100,0	5 538	100,0	5 324	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 644	24,9	1 438	26,0	1 372	25,8
Prematuridad-inmadurez	1 192	18,0	914	16,5	896	16,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	1 033	15,6	827	14,9	718	13,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	700	10,6	631	11,4	494	9,3
Infecciones	586	8,9	479	8,6	450	8,5
Malformación congénita	591	8,9	508	9,2	425	8,0
Otras causas de muerte	401	6,1	364	6,6	300	5,6
Sin información	58	0,9	0	0,0	284	5,3
Causas no específicas	155	2,3	151	2,7	177	3,3
Trastornos cardiovasculares	165	2,5	169	3,1	157	2,9
Lesión de causa externa	60	0,9	25	0,5	29	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	23	0,3	32	0,6	22	0,4

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

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

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 49 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 positiva en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias; y una variación negativa en las hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior; la cual no es estadísticamente significativa (-30%) (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 41 a 49 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 42 a SE 45 2025	SE 46 a SE 49 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	494 996	515 298	● 4,10%	↗
Hospitalización en sala general	21 221	20 907	● -1,48%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 717	2 582	● -4,97%	↘

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 49 del 2025 se notificaron 122 564 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, Putumayo, Santa Marta D. T. y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D. E. y Huila. Las 29 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 (46 a 49 del 2025) en 22 municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 46 a 49 del 2025

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	57 225	74 225	2 160	9 048
Atlántico	Soledad	93 265	93 382	6 573	7 572
Cundinamarca	Soacha	75 262	78 256	3 666	5 685
Antioquia	Itagüí	78 077	77 352	4 800	5 321
Antioquia	Bello	72 100	58 924	4 705	4 892
La Guajira	Uribia	53 917	50 415	2 511	4 596
Cundinamarca	Chía	62 714	54 930	3 060	3 933
Antioquia	Rionegro	28 171	33 999	2 213	2 519
Valle del Cauca	Palmira	27 998	26 610	1 583	2 316
Antioquia	Envigado	23 088	24 827	1 796	1 997
Bolívar	Magangué	16 524	22 395	989	1 934
Santander	Floridablanca	27 035	31 745	1 742	1 929
Risaralda	Dosquebradas	26 618	28 018	1 323	1 821
Santander	Barrancabermeja D. E.	18 618	29 010	1 024	1 797
Cundinamarca	Zipaquirá	20 955	22 835	1 331	1 717
Cundinamarca	Funza	14 081	16 315	1 067	1 694
Córdoba	Sahagún	24 348	24 116	1 517	1 685
Córdoba	Lorica	15 347	15 803	887	1 661
Magdalena	Ciénaga	23 603	22 495	924	1 653
Córdoba	Cerete	17 319	18 625	611	1 593
Valle del Cauca	Yumbo	13 420	14 283	1 052	1 546
Boyacá	Duitama	25 743	21 066	1 491	1 424
Antioquia	Turbo	14 049	14 769	830	1 395
Boyacá	Sogamoso	16 290	20 313	1 060	1 255
Cundinamarca	Girardot	19 675	20 195	1 216	1 244
Norte de Santander	Ocaña	15 460	16 547	451	1 189
Antioquia	Apartado	16 740	16 942	901	1 182
Valle del Cauca	Cartago	15 945	16 109	786	1 104
Cundinamarca	Facatativá	21 490	16 799	1 339	1 096
Valle del Cauca	Tuluá	16 376	12 486	589	1 095
Cundinamarca	Madrid	18 452	14 060	865	1 061
Casanare	Yopal	14 925	14 175	788	869
Cesar	Aguachica	8 868	11 447	766	814
Huila	Pitalito	11 579	12 566	698	767
Cauca	Santander De Quilichao	12 123	10 512	808	739
Santander	Piedecuesta	6 391	9 982	252	625
Atlántico	Malambo	8 971	7 647	344	535
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	8 654	6 967	721	482
Cundinamarca	Mosquera	6 733	7 326	317	471
Santander	Girón	7 973	7 922	269	412
Norte de Santander	Villa Del Rosario	5 080	5 942	348	395
Cauca	Guapi	2 735	4 811	171	330
Nariño	La Florida	718	733	60	70

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

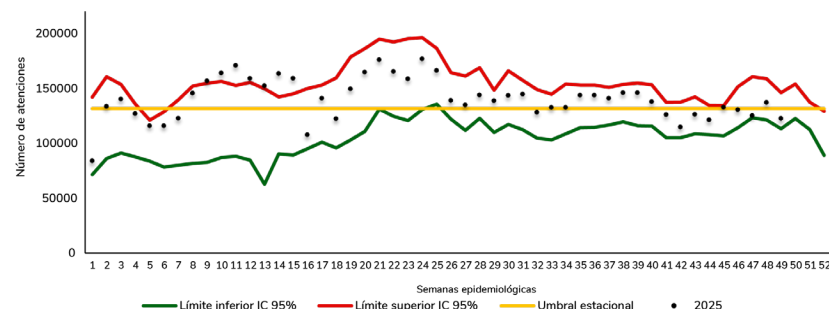
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (46 a 49 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 26,2 % (135 129) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 17,5 % (90 631). 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 11,3 % y los menores de dos a cuatro años con el 10,7 %.

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 49 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los límites esperados (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 49 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

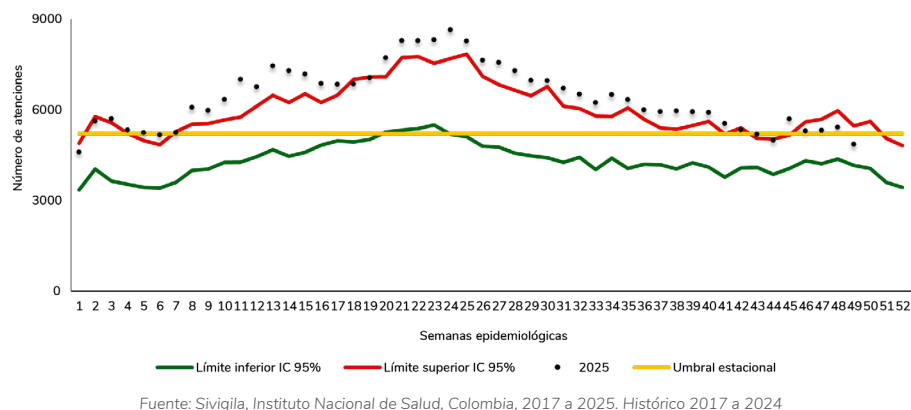
En la semana epidemiológica 49 del 2025 se notificaron 5 863 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cali, Cesar, Chocó y Guainía e incremento en Amazonas, Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Santa Marta D. T., Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (46 a 49 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 022) representaron el 28,8 %, seguido de los menores de un año con el 17,7 % (3 710). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se

presentó en el grupo de los niños de un año con 25,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,7 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, a excepción de las semanas 18 y 19 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una disminución sostenida a partir de la semana 25 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 a 49 (figura 8).

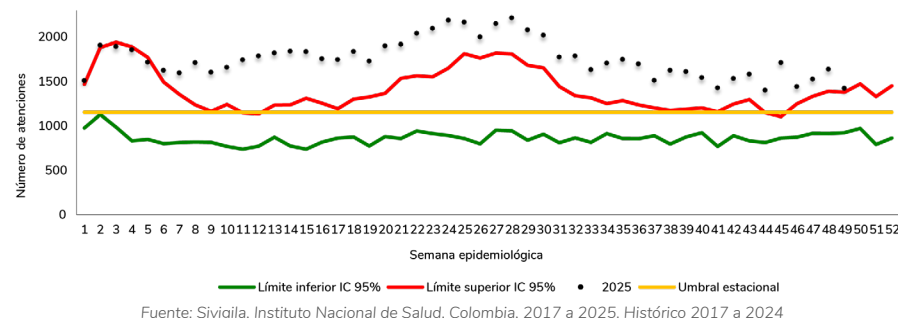
Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 49 del 2025



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

En la semana epidemiológica 49 del 2025, se notificaron 1 420 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 48 se ubicó por encima del límite superior, seguido de un descenso en semana 49. (figura 9).

Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológica 01 a 49 del 2025



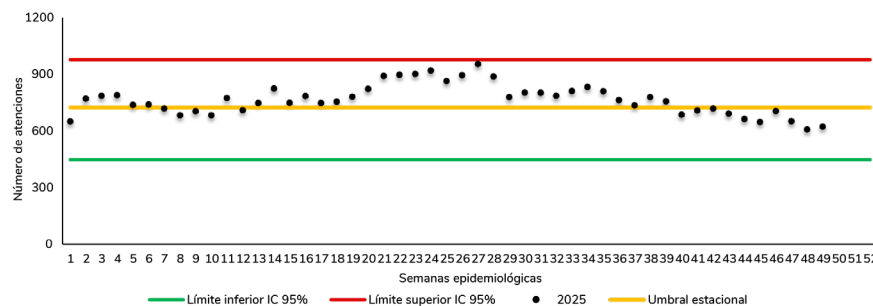
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 49 del 2025 se notificaron 621 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Caldas, Santiago de Cali D. E., Cauca, Chocó, Córdoba, Huila, Tolima y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Caquetá y Guaviare. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (46 a 49 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 36,6 % (945), seguido de los menores de un año con el 23,1 % (598) 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 22,8 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,2 %.

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 a 49 ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 49 del 2025

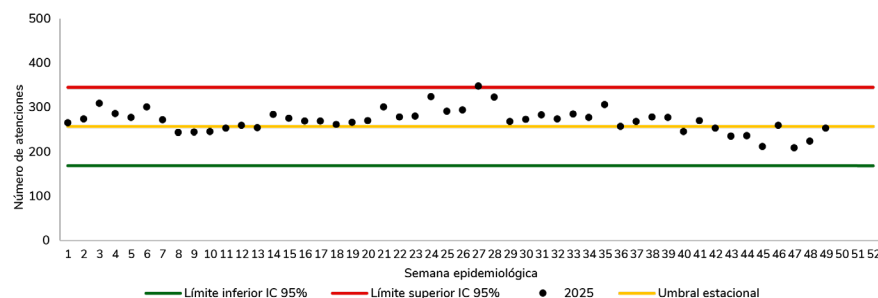


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 49 del 2025, se notificaron 253 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 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 49 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 46 a 49 de 2025 se observó una variación porcentual positiva en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias y una variación negativa en las hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con

las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y UCI/UCIM para semana 49 se encontraron dentro de los límites esperados.

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 o tendencia al alza en todas las subregiones excepto la Región Andina. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente de A(H1N1) pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Recientemente a nivel global, se evalúa el drift antigénico que se evidenció en la cepa A(H3N2) con la aparición temprana de la temporada de gripe en el hemisferio norte. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto Centroamérica y el Norte de América con tendencia al alza. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un descenso en todas las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, la positividad para virus influenza se ha mantenido en promedio cercano al 10,0 % durante el año, con fluctuaciones semanales y mayor intensidad durante las primeras seis semanas epidemiológicas. En cuanto a los subtipos, se observa circulación concurrente de A(H1N1) y A(H3N2), con predominio de A(H1N1) durante el segundo semestre de 2025. En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 49, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un incremento en la circulación de influenza A y una disminución en rinovirus y en el subtipo A(H1N1), mientras que los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 15).

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 42 a 49 del 2025

Agente viral identificado	SE 42 a SE 45			SE 46 a SE 49			*Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	51,5	62,3	31,4	51,0	56,9	40,6	
Rinovirus	24,2	25,3	22,2	15,4	13,4	7,7	
VSR	18,9	23,1	7,4	19,0	26,8	-	
Enterovirus	7,6	7,1	-	8,7	7,1	7,7	
Adenovirus	11,4	12,6	7,4	8,7	11,6	-	
Influenza B	-	-	-	0,5	-	-	
Influenza A	4,9	1,1	14,8	13,8	4,5	34,6	
Parainfluenza	10,2	11,5	7,4	12,8	17,0	11,5	
Metapneumovirus	8,0	8,8	14,8	6,2	6,3	7,7	
A(H1N1)pdm09	8,7	4,9	25,9	4,1	2,7	11,5	
SARS-CoV2	2,7	2,7	-	4,1	3,6	15,4	
A(H3N2)	0,8	-	-	2,1	0,9	3,8	
Coronavirus	2,7	2,7	-	4,6	6,3	-	

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

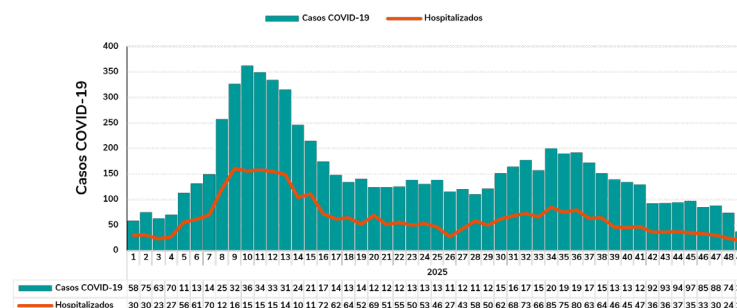
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 49 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 06 de diciembre de 2025 (semana epidemiológica 49) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al SIVIGILA un total de 7 520 casos de COVID-19 (7 497 de procedencia Colombia y 23 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (46 a 49 del 2025), se ha observado una disminución del 24,5 %, con 284 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 42 a 45 del 2025), en el cual se reportaron 376 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 25,7 %, pasando de 144 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 107 casos en el periodo analizado (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 49 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:1- 49 *SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 46-49), se registró una incidencia de 0,53 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 25 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 78 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 42-45), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel municipal en Florencia (Caquetá), Mosquera (Cundinamarca), Armenia (Quindío) y Roldanillo (Valle del Cauca).

Durante el 2025, en Colombia se han notificado 135 fallecimientos asociados a COVID-19 (132 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,25 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En el periodo observado (semanas epidemiológicas 46-49) se registraron dos fallecimientos, uno en Sahagún (Córdoba) y otro en Armenia (Quindío). El 70,4 % de los casos (95 fallecimientos) correspondió a personas de 60 años o más.

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 49 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 49 del 2025 se notificaron 2 070 casos de dengue: 1 555 casos de esta semana y 533 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 119 203 casos, 74 041 (62,1 %) sin signos de alarma, 44 000 (36,9 %) con signos de alarma y 1 162 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,8 % (68 849) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Tolima, Atlántico y Valle del Cauca (tabla 16); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 45 a 48 del 2025) el 66,6 % (5 508) de los casos se concentran en Cartagena de Indias D. T., Norte de Santander, Santander, Cesar, Barranquilla D. E., Meta, Atlántico, Santa Marta D. T., Antioquia, y Bolívar.

Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 49 del 2025.

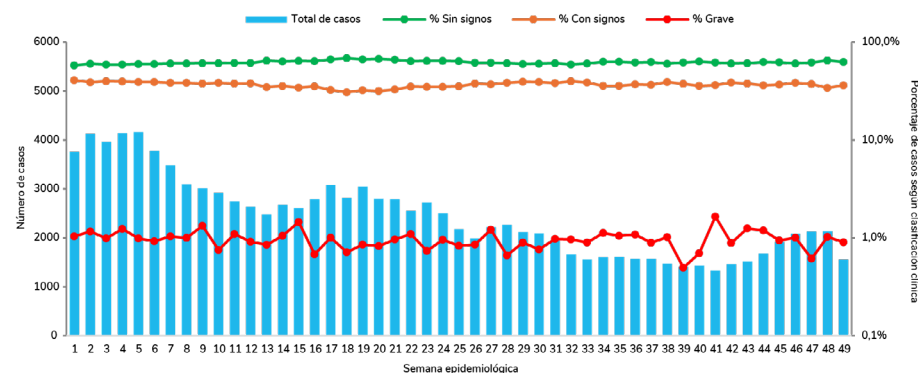
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 41-44 de 2025)	Observado (SE 45-48 de 2025)
Santander	10 701	32,9	0,6	578	608
Córdoba	10 207	37,1	0,3	387	319
Meta	9 992	33,3	1,1	410	470
Norte de Santander	8 451	40,8	1,3	501	650
Antioquia	8 273	34,6	0,8	455	466
Cartagena de Indias D. T.	6 562	23,5	1,1	437	839
Tolima	5 695	32,7	1,0	284	346
Atlántico	4 542	45,0	1,5	319	462
Valle del Cauca	4 426	25,7	0,5	243	289
Bolívar	4 276	38,6	0,8	282	425
Cesar	3 783	55,5	1,6	338	509
Cundinamarca	3 715	39,6	0,6	79	122
Sucre	3 635	57,0	0,8	108	138
Barranquilla D. E.	3 482	36,9	1,2	216	481
Santiago de Cali D. E.	3 242	34,9	0,7	156	181
Huila	3 221	35,4	3,1	56	117
La Guajira	3 074	58,5	1,5	142	269
Putumayo	2 976	27,9	0,7	32	96
Arauca	2 542	32,2	0,9	82	89
Caquetá	2 285	39,8	1,2	28	30
Magdalena	2 180	57,5	0,9	185	246
Casanare	1 511	31,4	0,5	51	43
Santa Marta D. T.	1 226	50,2	0,8	132	364
Chocó	1 176	17,6	1,0	114	99
Nariño	1 141	33,6	1,3	54	67
Risaralda	1 093	34,9	1,4	24	35
Guaviare	1 083	21,5	0,6	31	61
Cauca	1 005	37,6	1,5	14	21
Quindío	926	28,3	0,3	33	65
Vichada	738	31,2	0,5	27	19
Boyacá	678	45,6	0,1	17	20
Amazonas	393	28,0	0,3	40	38
Caldas	338	47,0	0,3	10	18
Exterior	285	49,1	4,9	19	16
Buenaventura D. E.	204	35,3	2,0	9	13
Vaupés	58	15,5	1,7	2	16
Archipiélago de San Andrés y Providencia	53	41,5	0,0	0	3
Guainía	35	31,4	0,0	1	15
Colombia	119 203	36,9	1,0	5 991	8 268

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 45 a 48 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 41 a 44 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Atlántico, Barranquilla D. E., Bolívar, Buenaventura D. E., Caldas, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Cesar, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Putumayo, Quindío, Santa Marta D. T., Valle del Cauca y Vaupés; 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 13); 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 44 a 47 del 2025) fueron: Boyacá, Magdalena, Sucre y La Guajira.

Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 49 del 2025.

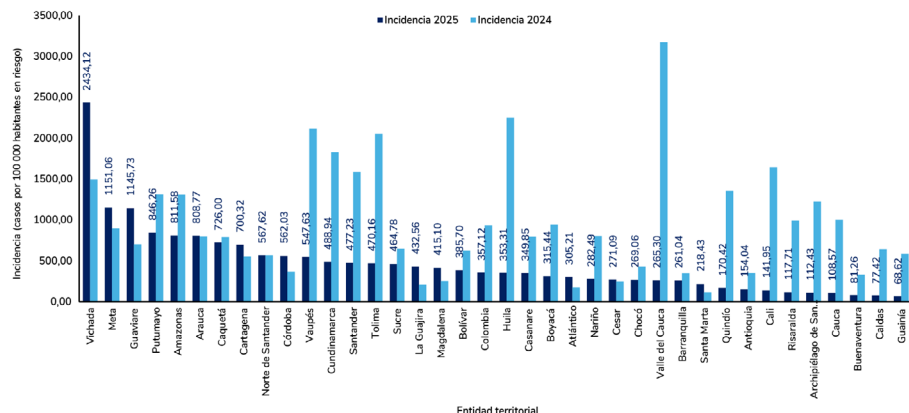


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 49 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 357,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 934,1 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 49 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos por 100 000 habitantes (figura 14). Por grupo de edad, la mayor

incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 680,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 14. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 49, 2024-2025.



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

En la semana epidemiológica 49 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 38,0 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 45 a 48 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 41 a 44 del 2025) (figura 15).

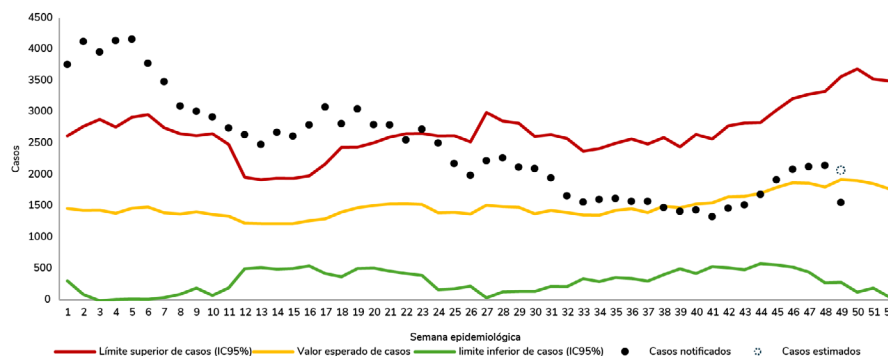
De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 37,8 % (14) se encuentra dentro de lo esperado, el 40,5 % (15) se encuentra en situación de alerta y el 21,6 % (8) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 49 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 9,7 % (80) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 15,7 % (9/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

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

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

Figura 15. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 49 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 49 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 49, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de noviembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cesar	Antioquia, Magdalena, Santa Marta D.T., Vaupés	Guainía, Guaviare, Vichada
Alerta	Atlántico, Bolívar, Cartagena de Indias D. T.	Chocó, Quindío, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Risaralda y Santander	Amazonas, Arauca, Meta, Putumayo
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Córdoba, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Tolima, Sucre y Valle del Cauca	Boyacá, Caquetá, Casanare, Cauca, Santiago de Cali D. E. y Huila.

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 49 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado (SE 40-44, 2025)	Observado (SE 45-48, 2025)
Antioquia	Bello	22,9	127	7	9
	Envigado	54,2	131	5	6
	Itagüí	20,7	57	3	8
Atlántico	Sabanalarga	392,0	404	50	54
Cesar	Valledupar	182,0	1005	93	183
Santa Marta D. T.	Santa Marta D. T.	221,9	1226	168	468
Magdalena	Ciénaga	173,3	221	16	46
Meta	Villavicencio	1015,1	5176	260	338
Arauca	Arauca	257,1	258	20	16

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

A semana epidemiológica 48 del 2025, se han notificado 374 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 107 casos, se descartaron 225 casos y se encuentran en estudio 42 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 266 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 21).

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 49, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 49, 2025	Letalidad por dengue a SE 49, 2024
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	10	2	0,33	0,07
Cauca	3	0	0,30	0,09
Risaralda	3	1	0,27	0,13
Vichada	2	0	0,27	0,22
Putumayo	5	0	0,17	0,26
Santa Marta D. T.	2	3	0,16	0,15
Huila	5	2	0,16	0,02
Magdalena	3	2	0,14	0,00
Barranquilla D. E.	4	2	0,11	0,02
Antioquia	9	4	0,11	0,12
Quindío	1	1	0,11	0,10
Cesar	4	1	0,11	0,23
Meta	10	0	0,10	0,09
Bolívar	4	2	0,09	0,13
Guaviare	1	0	0,09	2,85
Cartagena de Indias D. T.	6	0	0,09	0,14
Chocó	1	1	0,09	0,11
Santander	9	4	0,08	0,09
Sucre	3	2	0,08	0,12
Arauca	2	1	0,08	0,20
Norte de Santander	6	3	0,07	0,12
Córdoba	7	1	0,07	0,01
Santiago de Cali D. E.	2	0	0,06	0,05
Cundinamarca	2	1	0,05	0,06
Atlántico	2	0	0,04	0,08
Tolima	2	5	0,04	0,09
Nariño	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Exterior	4	0	1,40	1,05
Colombia	108	40	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 49 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).

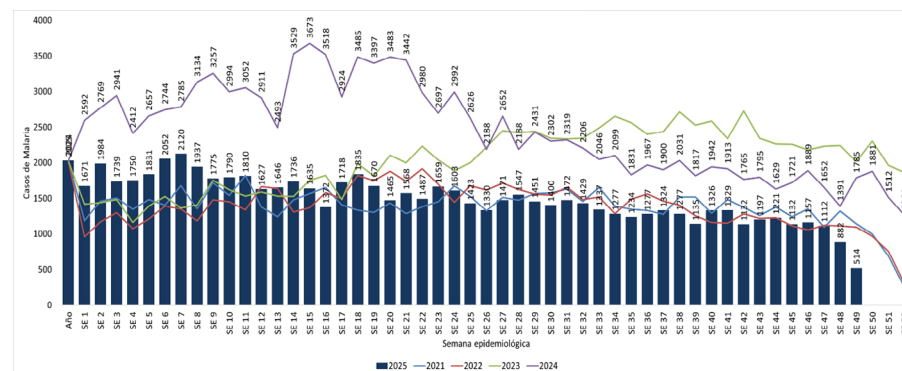
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n.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

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria, como lo muestra la grafica (figura 16).

Figura 16. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 49 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 49 del 2025 se notificaron 1 027 casos de malaria, para un acumulado de 72 866 casos, de los cuales 71 594 son de malaria no complicada y 1 272 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 68,9 % (50 210), seguido de *Plasmodium falciparum* con 29,9 % (21 787) e infección mixta con 1,2 % (869). 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 (28,6 %), Antioquia (15,1 %), Nariño (12,2 %), Córdoba (8,0 %), Vaupés (5,9 %), Amazonas (5,1 %), Risaralda (4,5 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,6 %), Guainía (2,5 %), Bolívar (2,2 %) y Meta (1,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,9 % 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 49 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 42 a 45	Casos 2025 SE 46 a 49	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 584	133	106	147,52
Córdoba	Tierralta	3 548	237	216	35,55
Risaralda	Pueblo Rico	2 969	306	162	176,84
Chocó	Quibdó	2 898	133	79	20,04
Antioquia	El Bagre	2 292	195	173	40,71
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 925	107	82	5,94
Chocó	Lloró	1 884	108	87	177,55
Chocó	Bagadó	1 780	155	174	150,30
Nariño	El Charco	1 701	37	45	73,16
Nariño	Roberto Payán	1 685	44	32	126,43
Guainía	Inírida	1 683	192	173	44,39
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 609	84	75	367,77
Chocó	Bajo Baudó	1 562	83	51	46,04
Chocó	Tadó	1 507	102	51	74,77
Nariño	Olaya Herrera	1 441	54	31	54,44
Chocó	Alto Baudó	1 331	96	76	42,57
Vichada	Cumaribo	1 300	71	23	14,94
Chocó	Istmina	1 287	67	70	38,06
Nariño	Magüí	1 245	30	11	4,66
Córdoba	Puerto Libertador	1 192	53	45	26,25
Chocó	Medio San Juan	1 181	85	36	100,39
Cauca	Timbiquí	1 047	62	44	37,25
Boyacá	Cubará	934	14	22	109,64
Bolívar	Montecristo	929	54	59	50,57
Cauca	Guapi	923	59	26	31,25
Nariño	Barbacoas	898	42	21	15,32
Antioquia	Nechí	896	18	29	32,11
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	862	32	15	3,23
Chocó	El Cantón del San Pablo	845	33	26	122,36
Amazonas	La Pedrera (CD)	810	293	222	190,41
Antioquia	Turbo	809	52	42	6,01
Chocó	Carmen del Darién	782	35	12	35,30
Antioquia	Chigorodó	778	45	26	12,50
Antioquia	Segovia	697	42	34	17,03
Chocó	Medio Baudó	622	44	27	36,82

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 71,9 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 46,9 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en el municipio de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Inírida, Quibdó, Tarapacá (CD), Puerto Libertador, Lloró, Cumaribo, Alto Baudó y La Pedrera (CD) y en incremento los municipios de Bagadó, Cubará y Montecristo (tabla 21). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,6 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Buenaventura, Timbiquí, Magüí, Guapi, Tadó, Bajo Baudó, Olaya Herrera, Lloró, Barbacoas y Tierralta y en incremento el municipio de El Charco y Istmina 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 49 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 42 a 45 de 2025	Casos SE 46 a 49 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	132	104	-21 %	7,0 %
Córdoba	Tierralta	202	182	-10 %	6,0 %
Risaralda	Pueblo Rico	258	140	-46 %	5,2 %
Antioquia	El Bagre	164	146	-11 %	3,7 %
Guainía	Inírida	175	157	-10 %	3,3 %
Chocó	Quibdó	66	42	-36 %	3,1 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	75	56	-25 %	2,6 %
Chocó	Bagadó	106	114	8 %	2,4 %
Córdoba	Puerto Libertador	49	44	-10 %	2,2 %
Chocó	Lloró	62	54	-13 %	2,2 %
Vichada	Cumaribo	70	21	-70 %	2,1 %
Boyacá	Cubará	14	22	57 %	1,9 %
Chocó	Alto Baudó	63	44	-30 %	1,8 %
Bolívar	Montecristo	51	58	14 %	1,7 %
Amazonas	La Pedrera (CD)	289	221	-24 %	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 49 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 42 a 45 de 2025	Casos SE 46 a 49 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	32	42	31 %	7,3 %
Chocó	Quibdó	65	36	-45 %	6,1 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	59	44	-25 %	5,5 %
Cauca	Timbiquí	61	44	-28 %	4,8 %
Nariño	Roberto Payán	6	14	133 %	4,6 %
Nariño	Magüi	19	7	-63 %	4,1 %
Cauca	Guapi	59	22	-63 %	3,9 %
Chocó	Tadó	58	28	-52 %	3,7 %
Chocó	Bajo Baudó	34	28	-18 %	3,7 %
Nariño	Olaya Herrera	29	11	-62 %	3,5 %
Chocó	Lloró	40	25	-38 %	3,2 %
Chocó	Istmina	21	34	62 %	2,9 %
Chocó	Bagadó	47	51	9 %	2,7 %
Nariño	Barbacoas	11	3	-73 %	2,6 %
Córdoba	Tierralta	35	33	-6 %	2,6 %

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 49 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran 5 departamentos en situación de incremento y 8 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 21 municipios en incremento y 74 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 49 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 49 2024	SE 49 2024	Acumulado a SE 49 2025	SE 49 2025	Esperado	Observado
Antioquia	El Bagre	5	3 214	49	2 310	26	163	173
Bolívar	Montecristo	5	1 179	13	967	9	47	60
Antioquia	Frontino	4	722	2	285	4	15	30
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	690	16	1 624	21	61	75
Chocó	El Carmen de Atrato	4	327	2	253	7	5	23
Antioquia	San Pedro de Urabá	4	309	0	272	5	15	37
Antioquia	Caucasia	4	244	6	365	1	15	22
Amazonas	La Pedrera (CD)	5	223	2	818	24	51	222
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	1	205	0	10	17
Meta	Puerto Gaitán	4	124	3	566	24	9	128
Caquetá	Florencia	4	122	2	287	0	5	17
Vaupés	Taraira	5	103	2	258	7	14	35
Vichada	Puerto Carreño	4	96	3	517	19	14	99
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	84	0	165	0	3	7
Guainía	Barrancominas	4	75	0	88	1	10	19
Meta	Puerto Concordia	4	41	0	80	1	2	5
Risaralda	La Virginia	4	40	1	126	2	2	10
Antioquia	Yondó	4	24	2	66	2	3	11
Córdoba	La Apartada	4	21	0	6	2	0	3
Putumayo	Puerto Leguizamó	4	9	0	57	1	1	6
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	5	2	64	0	4	14
Arauca	Arauquita	4	20	0	46	1	1	3
Arauca	Tame	4	11	0	23	1	0	2
Antioquia	Amalfi	4	10	0	16	1	0	2
Putumayo	Puerto Leguizamó	4	9	0	53	0	0	3
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	5	0	62	3	2	12

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-eventosLineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 49 del 2025, se han notificado 19 484 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 19 342 corresponden a residentes en Colombia y 142 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (50 de 2024 a 49 del 2025) es de 0,57 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 146 municipios a nivel nacional (13,0 %) y de disminución en 35 municipios (3,1 %) (tabla 24).

El 81,0 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,0 % como desnutrición aguda severa. El 6,1 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (29,2 %) y de 1 año (27,4 %). Según el área de residencia, el 66,0 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 49 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas de aumento en la notificación de casos en Santa Marta D. T y de disminución en Quindío, Guaviare y el Archipiélago de San Andrés y Providencia; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. 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 49, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 49 de 2024	Casos a SE 49 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	23 120	19 342	0,57	13,0	3,1
La Guajira	2 754	1 697	1,65	13,3	0,0
Vichada	307	196	1,48	0,0	25,0
Chocó	1015	777	1,44	22,6	6,5
Magdalena	682	732	0,92	41,4	0,0
Risaralda	423	432	0,81	28,6	7,1
Cesar	872	840	0,74	12,0	4,0
Amazonas	70	63	0,68	9,1	0,0
Cartagena de Indias D.T	420	490	0,68	0,0	0,0
Guaviare	92	62	0,68	0,0	0,0
Casanare	283	226	0,64	0,0	10,5
Arauca	344	157	0,62	0,0	28,6
Bolívar	631	585	0,61	22,2	2,2
Antioquia	2 691	2 441	0,61	27,2	1,6
Boyacá	493	473	0,59	5,7	0,0
Nariño	846	635	0,58	10,9	1,6
Guainía	53	40	0,57	11,1	11,1
Putumayo	180	163	0,55	0,0	0,0
Bogotá D.C	2 942	2 376	0,55	0,0	0,0
Norte Santander	637	656	0,54	0,0	0,0
Vaupés	56	34	0,53	16,7	16,7
Sucre	281	374	0,52	38,5	3,8
Buenaventura D.E.	227	164	0,51	0,0	0,0
Cundinamarca	1 338	1 089	0,49	5,2	1,7
Huila	517	439	0,48	10,8	0,0
Santa Marta D.T.	132	173	0,47	100,0	0,0
Meta	511	358	0,46	10,3	3,4
Valle	578	586	0,46	0,0	0,0
Tolima	448	321	0,43	8,5	4,3
Santiago de Cali D.E.	543	504	0,39	0,0	0,0
Barranquilla D.E.	251	315	0,38	0,0	0,0
Caquetá	188	129	0,37	0,0	6,3
Córdoba	593	484	0,34	13,3	3,3
Santander	615	445	0,32	6,9	3,4
Caldas	249	179	0,32	3,7	0,0
Atlántico	454	326	0,30	0,0	22,7
Cauca	311	301	0,29	7,1	7,1
Quindío	83	76	0,26	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	4	0,10	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 50 de 2024 a SE 49 de 2025.

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

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

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

Tabla 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 49 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Rionegro	33,8	48
Antioquia	Envigado	14,4	28
Antioquia	Turbo	53,2	124
Atlántico	Sabanalarga	40,6	28
Atlántico	Malambo	36,6	24
Bolívar	Turbaco	13,4	22
Boyacá	Sogamoso	35,4	64
Cauca	Popayán	30,4	38
Cesar	Aguachica	24,6	35
Cundinamarca	Girardot	48,2	24
Cundinamarca	Chía	26	39
Huila	Pitalito	31,2	45
Norte de Santander	Ocaña	38,8	38
Santander	Piedecuesta	42	36
Santander	Floridablanca	30,6	18
Sucre	Sincelejo	40,2	88
Tolima	Ibagué	63,2	96
Valle del Cauca	Yumbo	38	40
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	18,2	40

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

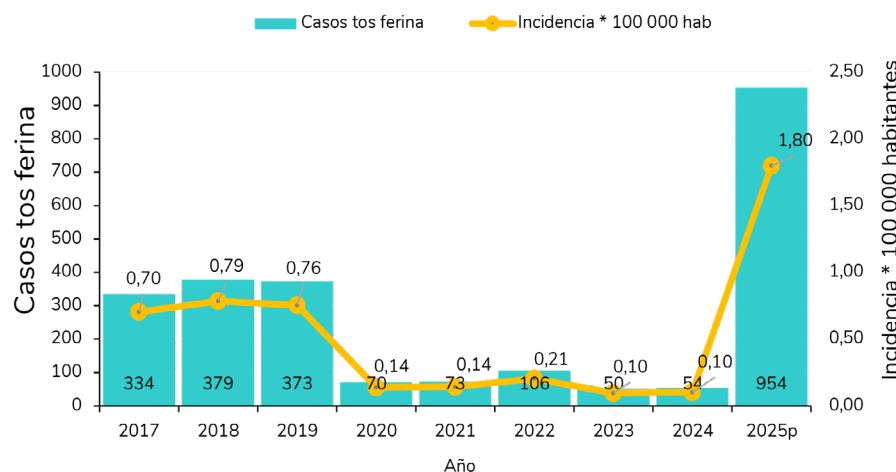
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a Semana Epidemiológica 48 del 2025

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

Durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 48), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 6 812 casos de tos ferina. De estos, el 14,2 % (966 casos) fueron confirmados (954 con procedencia nacional y 12 importados), el 80,3 % (5 473 casos) fueron descartados y el 5,5 % (373 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,80 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 0,76 casos por cada 100 000 habitantes (figura 17).

Figura 17. Incidencia de casos confirmados de tos ferina en Colombia, a SE 48, 2017 - 2025.

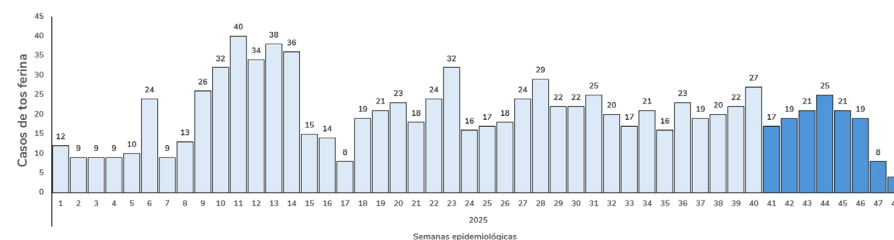


Fuente: Sivigila 2017 a 2025p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 18 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 48). Se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 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), 40 (27 casos) y 44 (25 casos). En las últimas ocho semanas epidemiológicas se observa una tendencia descendente, con una reducción del 36,6 %, al pasar de 82 casos (semanas epidemiológicas 41 a 44) a 52 casos (semanas epidemiológicas 45 a 48). Esta información está sujeta a cambios.

Figura 18. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 48 del 2025p



Fuente: Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 48, de 2019 a 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 295 casos y una incidencia de 3,71 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 235 casos (3,39), Cundinamarca con 68 casos (1,92) y Cartagena de Indias D. T. con 32 casos (3,16).

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 48, (2019 al 2025p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	2025
Colombia	0,69	0,13	0,14	0,20	0,10	0,10	1,80		954
Bogotá D. C.	0,94	0,09	0,01	0,06	0,04	0,11	3,71		295
Antioquia	0,92	0,20	0,28	0,16	0,09	0,12	3,39		235
Cundinamarca	0,52	0,13	0,06	0,00	0,12	0,28	1,92		68
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,16		32
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,10	2,66		28
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	1,35		27
Santiago de Cali D. E.	0,45	0,31	0,04	0,00	0,18	0,13	1,10		25
Huila	0,90	0,35	0,09	0,00	0,08	0,42	1,99		24
Risaralda	0,84	0,10	0,00	0,62	0,00	0,00	2,09		21
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	3,03		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
Cesar	0,64	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	1,02		15
Valle del Cauca	0,26	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,71		15
La Guajira	0,11	0,10	0,00	6,10	0,00	0,00	1,31		14
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82		13
Boyacá	0,57	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,93		12
Santander	0,45	0,13	0,87	0,04	0,04	0,04	0,46		11
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
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
Tolima	0,15	0,07	0,15	0,07	0,36	0,14	0,43		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
Norte de Santander	1,15	0,12	0,00	0,00	0,41	0,06	0,29		5
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69		4
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,80		3
Arauca	1,07	0,34	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72		2
Caquetá	2,95	0,73	0,00	0,00	0,47	0,93	0,47		2
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18		1
Gusaviere	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 epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,10 casos por cada 100 000 habitantes (51 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas epidemiológicas(45 a 48) en Atlántico, Cartagena de Indias D. T., Chocó, Huila, Santander, Tolima 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 (41 a 48) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 41-44)	Casos PE actual (SE 45-48)	Incidencia PE anterior (SE 41-44)	Incidencia PE actual (SE 45-48)	Tendencia
Colombia	82	51	0,15	0,10	
Atlántico	0	3	0,00	0,19	
Cartagena de Indias D. T.	4	6	0,40	0,59	
Huila	0	1	0,00	0,08	
Santander	1	2	0,04	0,08	
Tolima	1	2	0,07	0,14	
Santiago de Cali D. E.	3	4	0,13	0,18	
Antioquia	18	9	0,26	0,13	
Bogotá D. C.	21	7	0,26	0,09	
Bolívar	1	0	0,08	0,00	
Boyacá	2	0	0,15	0,00	
Córdoba	7	2	0,35	0,10	
La Guajira	3	1	0,28	0,09	
Meta	1	0	0,09	0,00	
Norte de Santander	2	0	0,12	0,00	
Risaralda	2	1	0,20	0,10	
Valle del Cauca	3	1	0,14	0,05	
Amazonas	1	0	1,18	0,00	

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 48 del 2025

Durante el 2025 se confirmaron 114 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 Bagadó (Chocó), Tierralta (Córdoba), Riohacha D. E. (La Guajira) y Chigorodó (Antioquia) (tabla 28).

En población indígena se han confirmado ocho fallecimientos en lo corrido del 2025, 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 48 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		114	8	abierto		
Córdoba	Tierralta	11	2	Abierto	20/11/2025	01/01/2026
La Guajira	Riohacha	3	0	Abierto	19/11/2025	31/12/2025
Antioquia	Chigorodó	4	0	Abierto	12/11/2025	24/12/2025
Chocó	Bagadó	15	3	Abierto	06/11/2025	18/12/2025

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Sivigila 2025p



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, diciembre 09 del 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 137 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 40,1 % (55/137) *. Se han descartado 964 casos.

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. En lo corrido del 2025p, se han confirmado 114 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 (117 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (21), Prado (17), Chaparral (8), Rioblanco (8), Purificación (7), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1)

Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (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 (110 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 73 casos de epizootias de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH) distribuidos así: 56 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (18), Ataco (10), Cunday (7), Planadas (6), San Antonio (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 respuesta municipio y departamento.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco y por licor adulterado con metanol, temporada 2025 – 2026. Corte: 09 de diciembre del 2025 – 2:00 pm

Durante la temporada 2025–2026, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública ha notificado 412 casos de personas lesionadas por pólvora pirotécnica en el territorio nacional. Esta cifra representa una variación positiva del 1,7 % frente al mismo corte de la temporada 2024–2025, lo cual indica una tendencia al incremento temprano en la ocurrencia de este evento.

Del total de casos, el 32,7 % (135 casos) corresponde a menores de 18 años. Entre ellos, 16 menores resultaron lesionados mientras se encontraban bajo el cuidado de un adulto en estado de embriaguez, lo que evidencia persistencia de factores de riesgo asociados al consumo perjudicial de alcohol en entornos familiares. A la fecha no se han registrado fallecimientos relacionados con lesiones por pólvora.

Las entidades territoriales con mayor número de casos notificados son: Antioquia (56), Bogotá D. C. (35), Cauca (29), Valle del Cauca (21), Norte de

*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.

*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.

Santander (20), Atlántico (19), Cundinamarca (18), Santiago de Cali D. E. y Córdoba (16 cada una), y con 15 casos los departamentos de Magdalena y Nariño y el Distrito de Barranquilla D. E.

El tipo de lesión más frecuente continúa siendo la quemadura (87 %), seguida de laceraciones (52 %) y contusiones (20 %). Los artefactos que más se asociaron con estos incidentes fueron los totes (30,7 %), seguidos de la categoría otros (20,2 %) y los voladores (17,8 %).

En el marco de la vigilancia de intoxicaciones por fósforo blanco, se notificaron tres casos en menores de 1, 8 y 10 años, todos ocurridos en el distrito de Barranquilla D. E.. Los tres niños permanecen hospitalizados bajo manejo médico. Respecto a intoxicaciones por licor adulterado con metanol, no se han reportado casos en el territorio nacional durante el periodo de vigilancia intensificada.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

Rabia animal: foco confirmado en canino en el municipio de Ariguaní, Magdalena. 03 de diciembre del 2025.

Se confirmó un foco de rabia animal en un perro en la vereda El Carmen, municipio de Ariguaní (Magdalena). El animal no contaba con antecedentes vacunales, no se encontraba confinado y no tenía propietario identificado.

Se presume que los síntomas iniciaron el 25 de noviembre del 2025, caracterizados por agresividad y salivación excesiva. El 26 de noviembre el animal fue sacrificado, y el 27 de noviembre se enviaron muestras al Laboratorio Nacional de Referencia del INS, las cuales confirmaron la infección.

Antes de su sacrificio, el perro ingresó a varias viviendas y atacó aves de corral y dos animales de compañía (un felino y un canino), los cuales fueron enterrados posteriormente por sus propietarios.

Tres animales que tuvieron contacto directo con el caso positivo se encuentran bajo seguimiento por 45 días y fueron revacunados según los lineamientos vigentes. No se registraron contactos directos con personas.

Acciones de respuesta

- 03 de diciembre del 2025: Comité de Zoonosis departamental.
- 03 de diciembre del 2025: Se realizó el SAR departamental, con valoración de riesgo II y respuesta articulada entre departamento y municipio.
- 05 de diciembre 2025: SAR nacional, con valoración de riesgo II.

- Desplazamiento del ERI departamental el 06 de diciembre de 2025 donde realizaron búsqueda activa comunitaria (BAC), actividades de información, educación y comunicación (IEC).

Pendiente: ampliación de la cobertura vacunal para caninos y felinos en zonas de foco y perifoco, verificación de estado de salud de contactos humanos y animales.

La situación permanece en seguimiento activo y está sujeta a cambios conforme avance la investigación de campo.

Fuente: Secretaría Seccional de Salud de Magdalena; Instituto Nacional de Salud.

Actualización alerta naranja Volcán Puracé, Cauca. 11 de diciembre de 2025

El 29/11/2025 el Servicio Geológico Colombiano declaró alerta naranja del volcán Puracé. Al 11/12/2025 el volcán Puracé mantiene actividad inestable con tremor continuo, señales sísmicas TR y LP y emisiones persistentes de gases y ceniza, con columnas de hasta 700 metros. Se registraron 10 emisiones de ceniza. Se reportó caída de ceniza y olor a azufre en Cristales, Pululó, Anabío, Coconuco y Base de Policía de Puracé. Los municipios se clasifican así: **Amenaza alta:** Sotará Paispamba, Rosas, Popayán, Puracé Y Timbío; **Medio:** Sucre, Bolívar, Totoró, El Tambo, Patía, Balboa, La Vega, La Sierra, La Argentina, Saladoblanco, Isnos, San Agustín; **Baja:** Páez, Suárez, López de Micay, Toribío, Morales, Caloto, Santander de Quilichao, Argelia, Buenos Aires, Santa Rosa, Nátaga, Gigante, Acevedo, Teruel, Tesalia, Garzón, Palestina, Guadalupe, Iquira, Suaza, Agrado y Paicol.

Para Cauca se ajustaron los EISP priorizados, se construyó la línea base y se activó el monitoreo de comportamientos inusuales. Actualmente no se tiene información de personas en ATE; Cauca se encuentra en adecuación de posibles ATE para las personas evacuadas. Se ha activado la vigilancia basada en comunidad en los municipios con riesgo frente a la posible erupción del volcán Puracé. Tanto a nivel comunitario como al interior de los ATE que se conformen. Las acciones corresponden a reporte de cambios ambientales importantes en factores ambientales como identificación de signos y síntomas asociados a cambios en el ambiente o en las condiciones de salud de las poblaciones cercanas al volcán.

Seguimiento de EISP priorizados SE 48: Sotará Paispamba, Rosas, Popayán, Puracé, Timbío, Sucre, Bolívar, Totoró, El Tambo, Patía, Balboa, La Vega, La Sierra, La Argentina, Saladoblanco, Isnos, San Agustín, Páez, Suárez, López de Micay, Toribío, Morales, Caloto, Santander de Quilichao, Argelia, Buenos Aires,

Santa Rosa, Nátaga, Gigante, Acevedo, Teruel, Tesalia, Garzón, Palestina, Guadalupe, Íquira, Suaza, Agrado y Paicol. Popayán: incremento de EDA y aumento de IRA en hospitalización. Santander de Quilichao: Aumento de IRA en hospitalización. Información preliminar, sujeta a cambios y en seguimiento por GFRA-INS.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 49 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

Actualización epidemiológica de tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. 08 de diciembre del 2025

Durante el 2024 se notificaron 977 000 casos de tosferina a nivel mundial, mostrando un incremento de 5,8 veces respecto al 2023. En la Región de las Américas, la incidencia presentó un aumento significativo tras mínimos históricos en 2021–2022. Los casos ascendieron a 11 202 en el 2023 y a 66 184 en el 2024, evidenciando reemergencia del evento y amplias brechas de susceptibilidad poblacional.

La disminución de las coberturas vacunales durante la pandemia afectó la protección infantil. En el 2021, la región registró 87 % de cobertura para DTP1 y 81 % para DTP3. En 2024 se observó recuperación parcial (DTP1: 89 %; DTP3: 87 %), pero persisten importantes desigualdades subnacionales. En DTP1, cuatro países permanecieron por debajo del 80 % y, en DTP3, siete países.

Diez países reportaron aumentos significativos en 2025.

- Argentina notificó 688 casos y 7 muertes hasta la semana epidemiológica 47; el 36,7 % correspondió a menores de un año.
- Brasil registró 2 485 casos y 11 muertes; los lactantes menores de 6 meses constituyeron el grupo más afectado.

- Chile confirmó 2 424 casos, con altas tasas en regiones del sur.
- Colombia notificó 919 casos y 16 muertes; la incidencia más alta se observó en Bogotá D. C. y Antioquia, con 106 casos en población indígena.
- Ecuador confirmó 2 751 casos y 48 muertes, con mayor afectación en Manabí, Pichincha y Guayas.
- Estados Unidos reportó 25 057 casos y 13 muertes, manteniendo alta actividad desde el 2024.
- México registró 1 561 casos y 71 muertes, con predominio en menores de un año.
- Panamá reportó 30 casos, con un brote relevante en Ngäbe Buglé.
- Paraguay confirmó 70 casos y 6 muertes; la letalidad fue del 9 %.
- Perú notificó 3 200 casos y 49 muertes, principalmente en Loreto.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica, priorizar el diagnóstico oportuno mediante cultivo y PCR, y garantizar coberturas vacunales ≥ 95 % para DTP. Se enfatiza la vacunación de embarazadas con Tdap y el refuerzo en personal de salud. En el manejo clínico, se debe asegurar aislamiento respiratorio y tratamiento con macrólidos en etapas tempranas. Se insta a reforzar la comunicación de riesgo para facilitar la identificación y atención oportuna de casos.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 08 de diciembre de 2025. Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-america-8-diciembre-2025>

Actualización situación global influenza estacional. 11 de diciembre del 2025

Desde octubre del 2025, se ha registrado un aumento en la actividad mundial de la influenza estacional, coincidiendo con el inicio del invierno en el hemisferio norte. Si bien la transmisión se mantiene generalmente dentro de los rangos esperados, se ha observado un inicio temprano de la temporada en varias regiones, con un predominio global de los virus de influenza A, específicamente del subtipo A(H3N2). Destaca la rápida expansión del subclado A(H3N2) J.2.4.1 (denominado "subclado K"), detectado inicialmente en agosto de 2025 y presente ya en más de 34 países. En el hemisferio norte, países como Estados Unidos y Canadá reportan una actividad creciente impulsada por este subtipo, mientras que en el hemisferio sur la actividad es baja o moderada tras temporadas inusualmente prolongadas en algunas zonas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que, hasta la fecha, los datos epidemiológicos no indican un aumento en la gravedad clínica asociado al subclado emergente K, aunque su evolución genética requiere vigilancia continua. Se reitera que la vacunación sigue siendo la medida de salud pública más efectiva para prevenir enfermedades graves y hospitalizaciones, protegiendo incluso contra cepas con deriva genética. La OMS insta a los Estados Miembros a mantener la vigilancia integrada de virus respiratorios a través del sistema GISRS, reforzar las medidas de prevención y control de infecciones en entornos sanitarios y priorizar el uso de antivirales en grupos de alto riesgo para mitigar el impacto en los sistemas de salud.

Fuente: Organización mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 10 de diciembre de 2025. Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
Semana Epidemiológica 49 de 2025

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las Entidades Territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas; el primero corresponde a las entidades con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, el segundo disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris, y el tercero valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 49

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	60	1	1	490	32	42	393	31	35	110	15	6	1	0	1	0	0	0	2	0	0
Antioquia	577	16	6	20367	1396	1572	8273	243	461	2863	112	168	65	3	1	568	36	8	76	5	0
Arauca	113	3	2	884	59	80	2542	49	86	819	13	30	24	0	0	4	0	1	71	7	5
Atlántico	119	4	1	4186	275	283	4542	446	478	2043	251	225	68	10	5	4	0	2	10	0	4
Barranquilla D.E.	23	0	2	4541	255	357	3482	759	520	1286	363	198	41	13	7	24	1	1	25	2	2
Bogotá D.C.	2	0	0	23765	1808	1890	0	0	0	0	0	0	0	0	0	131	20	8	12	1	2
Bolívar	283	7	2	3061	205	234	4276	384	437	1651	203	160	34	8	4	3	0	0	4	0	0
Boyacá	74	2	1	7149	489	529	678	21	20	309	7	12	1	0	0	11	1	2	8	1	1
Buenaventura D.E.	24	0	1	127	11	9	204	28	13	72	11	3	4	0	1	1	0	0	1	0	0
Caldas	75	1	2	4136	284	327	338	16	15	159	10	2	1	0	0	13	0	0	53	5	1
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	5313	419	409	3242	701	163	1133	283	52	24	8	0	64	12	1	57	2	9
Caquetá	203	3	5	1217	90	97	2285	77	34	909	46	14	28	1	0	2	0	0	9	1	0
Cartagena de Indias D.T.	21	0	0	2033	134	190	6562	503	848	1545	234	178	70	11	10	7	0	0	0	0	0
Casanare	183	4	5	1906	120	169	1511	117	39	475	47	5	7	2	1	47	0	0	9	1	0
Cauca	100	2	3	5851	443	456	1005	86	23	378	39	4	15	1	0	29	1	0	9	1	0
Cesar	318	5	6	3195	193	258	3783	254	544	2098	163	268	62	5	7	8	1	1	31	3	1
Chocó	205	3	2	311	15	20	1176	60	85	207	15	22	12	0	1	3	0	0	53	2	0
Córdoba	294	8	4	5318	369	426	10207	423	275	3791	198	128	31	3	1	5	1	0	14	1	1
Cundinamarca	89	2	2	15388	1074	1301	3715	214	132	1471	105	40	24	1	1	22	4	1	19	1	0
Gualinía	21	0	1	222	11	24	35	3	8	11	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	96	2	0	394	27	26	1083	31	100	233	7	22	6	0	0	1	0	0	2	0	0
Huila	154	5	0	6863	468	551	3221	339	120	1141	137	36	100	10	4	11	1	0	9	1	1
La Guajira	152	3	1	2324	158	144	3074	255	276	1799	184	175	47	5	2	6	0	0	11	0	0
Magdalena	155	6	8	2543	183	168	2180	119	279	1254	77	148	20	2	1	1	1	0	12	2	0
Meta	259	4	3	4556	305	368	9992	334	510	3326	139	151	113	3	5	116	2	1	13	0	1
Nariño	116	1	3	7768	537	695	1141	86	57	383	26	19	15	1	1	5	1	0	16	2	0
Norte de Santander	337	9	8	6919	449	545	8451	492	633	3445	272	241	108	6	7	31	9	1	27	3	0
Putumayo	148	2	2	1885	126	168	2976	75	103	830	28	23	22	1	0	0	0	0	5	1	0
Quindío	20	1	1	3087	219	229	926	36	67	262	13	25	3	0	0	30	2	0	5	0	1
Risaralda	62	0	1	4441	306	298	1093	27	26	382	15	8	15	0	0	10	2	2	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	421	29	23	53	14	2	22	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	45	2	0	2329	118	172	1226	101	468	615	60	189	10	2	5	6	0	0	38	6	4
Santander	232	4	2	8077	542	643	10701	496	609	3523	232	239	64	4	3	87	3	0	18	1	2
Sucre	98	3	1	2979	204	234	3635	339	128	2072	190	71	29	5	4	2	0	0	3	0	0
Tolima	157	2	5	7538	500	583	5695	732	344	1865	348	92	57	5	1	8	0	1	37	3	4
Valle del Cauca	77	1	2	9272	619	742	4426	691	282	1139	269	60	22	5	1	23	4	0	47	2	4
Vaupés	54	1	0	292	11	18	58	5	16	9	1	0	1	0	0	13	0	0	4	0	1
Vichada	57	1	2	273	19	21	738	9	18	230	2	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	5.009	108	85	181.421	12.503	14.301	118.918	8.596	8.254	43.860	4.124	3.025	1.148	115	74	1.278	107	30	711	54	44

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 49

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	3824	145	350	6	1	1	6917	531	737	235	9	38	0	0	0	4545	344	228	19	17	19
Antioquia	10953	628	602	236	36	27	918294	81907	70473	43214	2639	2390	4952	808	529	352599	29158	27089	619	842	619
Arauca	652	7	13	15	1	3	26169	1907	1542	3624	90	187	104	4	18	7678	627	532	39	62	39
Atlántico	1	0	0	20	2	5	168034	10605	13142	3603	227	250	2215	204	347	70032	3952	4402	125	242	125
Barranquilla D.E.	0	0	0	36	6	5	238347	15946	19142	14865	392	1346	1987	202	270	87418	5728	6237	161	296	161
Bogotá D.C.	0	0	0	274	36	32	1775597	122382	128089	82307	4763	5437	9483	1348	1358	714053	51977	51696	638	833	638
Bolívar	1630	80	87	21	4	6	142237	10227	12216	2955	223	281	510	113	94	31343	2513	2530	156	220	156
Boyacá	940	0	23	41	4	8	142485	10744	8869	8037	396	537	511	89	72	48811	3559	3238	106	137	106
Buenaventura D.E.	1977	92	86	6	1	2	6967	946	482	109	6	1	11	0	1	2720	426	209	69	81	69
Caldas	21	2	0	19	2	1	90688	7678	7521	3491	233	227	1273	129	174	27476	2522	2119	68	94	68
Santiago de Cali D.E.	5	2	0	106	11	22	261958	22973	22155	9279	517	311	629	65	99	97438	13584	6763	250	292	250
Cauca	441	13	34	13	3	4	33462	2733	2286	2153	117	157	33	8	0	14116	1362	1282	50	62	50
Cartagena de Indias D.T.	7	0	1	30	3	10	211419	16489	13633	12622	380	855	1743	210	270	49997	3865	3692	162	254	162
Casanare	5	2	1	7	2	2	28173	1948	1657	582	46	35	58	15	14	10348	885	715	56	77	56
Cesar	2226	196	77	39	5	6	115625	8643	9786	3881	108	279	651	61	107	41866	4933	3268	161	247	161
Chocó	18	2	2	33	4	5	142799	9525	11532	7066	529	329	511	56	63	28228	3046	2130	184	267	184
Chiriquí	20702	1862	921	19	2	3	52417	1648	3435	1965	124	65	46	2	12	16234	830	1339	102	188	102
Córdoba	5787	684	322	35	5	4	215957	12909	15599	9327	444	697	1656	168	280	55493	3611	3234	239	393	239
Cundinamarca	0	0	0	84	10	11	403921	25075	28693	14715	735	1012	1581	278	193	153913	10671	11189	350	404	350
Guainía	1844	222	195	0	0	0	2760	198	145	135	23	4	1	0	0	1633	99	134	14	17	14
Guaviare	1045	77	49	0	0	0	7136	448	429	398	36	38	42	8	0	3395	231	247	12	13	12
Huila	1	0	0	31	3	8	105853	9421	5263	5564	292	298	864	66	137	43810	4202	3848	127	172	127
La Guajira	38	2	0	15	2	2	263256	15474	28154	3626	565	484	311	75	96	45989	4740	5316	246	403	246
Magdalena	8	1	4	10	3	1	131441	7731	11773	3798	224	279	79	15	1	35186	2941	2840	128	185	128
Meta	1080	31	142	13	0	0	88861	5726	5614	3464	129	160	268	69	26	45320	3561	3411	153	175	153
Nariño	8886	716	215	75	7	11	142823	12824	9714	8117	372	479	189	35	24	47933	5679	3280	163	203	163
Norte de Santander	587	114	26	72	8	9	164918	13370	10036	9807	814	659	819	120	115	55696	4656	3937	139	233	139
Putumayo	88	5	8	8	1	1	35812	1994	3064	1365	94	74	38	5	7	12063	1045	933	38	59	38
Quindío	3	1	0	12	5	1	59473	5240	4739	2984	230	264	442	65	78	26275	2280	1856	45	60	45
Risaralda	3266	192	182	38	4	9	119642	8986	8239	5540	277	336	449	46	57	35904	3377	2781	74	110	74
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	0	1	7552	573	507	964	74	67	1	0	0	2807	278	183	9	13	9
Santa Marta D.T.	0	0	0	13	2	1	82005	2707	6818	3689	167	238	864	131	111	21086	1159	1436	63	96	63
Santander	10	1	0	105	5	16	261211	14358	17866	17291	969	1193	2272	373	353	87711	6108	6776	145	234	145
Sucre	106	4	7	19	4	6	96133	7265	7979	9573	522	921	1596	230	198	21993	2516	1710	101	185	101
Tolima	0	0	0	26	6	2	149581	12022	10049	9999	359	647	454	53	83	62575	5009	5613	108	161	108
Valle del Cauca	61	9	0	62	8	9	158765	12332	13048	3845	213	311	822	56	112	64955	5780	5111	157	202	157
Vaupés	4272	180	145	17	2	2	8387	237	578	114	9	21	5	3	0	2618	69	177	12	16	12
Vichada	1856	146	124	6	1	3	3939	311	294	20	5	0	2	0	0	1722	134	138	36	38	36
Total nacional	72.343	5.458	3.616	1.563	199	239	6.871.014	496.033	515.298	314.323	17.352	20.907	37.472	5.110	5.299	2.432.979	197.456	181.619	5.324	7.583	5.324

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 49

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	0	45	4	4	27	2	0
Antioquia	11	13	0	650	54	40	28	6	1	1988	29	93	2527	162	149	713	17	12
Arauca	1	1	0	22	1	2	5	1	0	30	1	0	121	8	4	81	0	2
Atlántico	7	3	0	65	6	1	1	2	0	35	0	3	951	50	49	112	1	1
Barranquilla D.E.	2	3	0	171	8	8	0	2	0	64	2	9	1038	61	56	219	3	1
Bogotá D.C.	15	13	0	1468	94	94	792	6	18	2662	45	100	4980	288	312	2847	176	104
Bolívar	3	3	0	40	4	1	1	2	0	35	2	2	586	24	25	47	0	1
Boyacá	4	3	0	183	11	13	32	1	1	57	3	2	925	44	64	341	15	9
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	25	3	0	8	0	1
Caldas	3	2	0	73	7	6	1	1	0	57	1	6	402	31	11	52	2	1
Santiago de Cali D.E.	2	4	0	149	20	3	0	2	0	52	3	9	1025	92	59	502	29	30
Caquetá	0	1	0	39	3	1	1	1	0	4	1	0	237	8	5	26	1	5
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	68	5	5	2	2	0	56	1	7	571	36	33	17	0	0
Casanare	2	1	0	26	2	2	12	1	2	1	0	0	239	20	10	25	3	2
Cauca	4	3	0	78	7	1	2	2	0	27	1	0	454	21	15	290	20	20
Cesar	4	4	0	72	2	3	1	2	1	42	2	12	542	24	36	34	2	1
Chocó	0	2	0	10	0	0	4	1	0	153	2	1	56	4	2	16	0	0
Córdoba	4	4	0	158	11	1	2	2	0	65	0	10	1131	104	52	121	4	1
Cundinamarca	6	7	0	413	30	28	256	3	6	576	10	25	2419	147	137	491	26	19
Guainía	1	0	0	6	0	0	1	1	0	3	0	2	94	0	4	2	0	0
Guaviare	0	0	0	11	0	1	3	1	0	7	0	1	91	4	3	4	0	0
Huila	5	3	0	152	11	9	11	2	1	79	3	6	629	39	41	103	10	5
La Guajira	2	3	0	33	3	1	0	2	0	40	1	4	509	22	35	40	0	2
Magdalena	0	3	0	38	2	2	0	1	0	33	1	3	378	23	15	18	1	0
Meta	6	3	0	90	7	3	11	1	0	177	2	6	677	39	36	100	6	1
Nariño	10	4	1	165	11	11	4	1	0	92	5	6	685	55	31	92	8	7
Norte de Santander	7	4	0	200	13	7	4	2	0	70	6	3	1157	69	88	86	2	0
Putumayo	2	1	1	34	3	2	1	1	0	21	0	1	217	12	11	140	16	15
Quindío	2	1	0	37	3	0	3	1	1	23	1	0	291	27	11	102	3	12
Risaralda	8	2	1	57	5	2	0	1	0	93	1	20	640	37	29	39	3	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	29	3	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	1	0	13	1	0	0	1	0	8	0	0	213	12	9	38	1	0
Santander	3	5	0	101	6	4	1	2	0	96	6	6	790	72	46	292	12	4
Sucre	5	2	0	69	4	2	2	1	0	72	7	4	737	44	40	135	2	0
Tolima	7	3	0	86	4	10	7	1	0	46	3	3	886	67	41	84	2	3
Valle del Cauca	2	4	0	153	8	5	2	2	0	25	6	0	1222	71	65	232	7	24
Vaupés	0	0	0	3	0	0	3	1	0	68	0	4	10	1	0	12	1	0
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	1	0	31	2	8	9	0	0
Total nacional	135	108	3	4.951	358	268	1.195	61	31	6.879	143	349	27.560	1.886	1.537	7.497	375	283

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 49

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	58	63	0	0	0	0	73	94	14	14
Antioquia	0	0	0	0	1697	2441	1	1	0	1	5063	5285	992	1082
Arauca	2	0	0	0	282	157	1	0	0	0	170	215	14	17
Atlántico	0	1	0	0	375	326	0	0	0	0	848	917	1	4
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	208	315	0	0	0	0	854	951	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2877	2376	3	1	1	1	4806	5457	0	0
Bolívar	0	0	0	0	394	585	0	0	0	0	510	551	348	451
Boyacá	1	0	0	0	454	473	0	0	0	0	972	1107	117	223
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	115	164	0	0	0	0	87	85	14	19
Caldas	0	0	0	0	165	179	0	0	0	0	1124	1026	263	174
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	427	504	1	0	1	0	1531	1977	1	2
Caquetá	0	0	0	0	178	129	0	0	0	0	235	218	197	221
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	248	490	0	0	0	0	509	572	1	2
Casanare	4	2	0	0	288	226	0	0	0	0	277	331	6	6
Cauca	0	0	0	0	291	301	0	0	0	0	810	828	50	62
Cesar	6	7	0	0	657	840	1	0	0	0	552	602	68	444
Chocó	0	0	0	0	667	777	0	1	0	0	101	150	242	201
Córdoba	1	0	0	0	519	484	0	0	0	0	961	1061	176	173
Cundinamarca	0	0	0	0	1127	1089	0	0	0	0	2082	2598	193	155
Guainía	0	0	0	0	52	40	0	0	0	0	26	28	13	21
Guaviare	0	0	0	0	97	62	0	0	0	0	58	64	426	147
Huila	0	0	0	0	399	439	0	1	0	2	804	725	9	13
La Guajira	0	0	0	0	1915	1697	2	0	0	0	265	369	20	22
Magdalena	0	0	0	0	529	732	0	0	0	0	332	390	7	12
Meta	0	0	0	0	386	358	0	0	0	0	690	673	235	131
Nariño	0	1	0	0	609	635	0	0	0	0	1326	1571	249	167
Norte de Santander	2	0	0	0	655	656	4	0	0	0	1015	1134	194	196
Putumayo	0	0	0	0	176	163	0	0	0	0	305	292	193	198
Quindío	0	0	0	1	87	76	0	0	0	0	507	467	1	0
Risaralda	0	0	0	0	332	432	0	0	0	0	1130	1305	134	99
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	9	4	0	0	0	0	23	31	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	97	173	0	0	0	0	265	347	9	15
Santander	2	1	0	0	426	445	1	0	0	0	1466	1672	525	751
Sucre	0	0	0	0	211	374	0	2	0	0	475	461	104	65
Tolima	0	0	0	0	335	321	0	0	0	0	1144	1110	304	209
Valle del Cauca	0	0	0	0	415	586	1	0	0	0	1254	1377	18	15
Vaupés	0	0	0	0	69	34	0	0	0	0	66	106	39	36
Vichada	0	0	0	0	275	196	0	0	0	0	26	28	39	17
Total nacional	18	12	2	1	18.101	19.342	13	6	4	4	32.738	36.175	5.216	5.364

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 49

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	0	2	0	3	2	2	0	2	0
Antioquia	18	2	22	14	7	4	29	41	12	8	131	267
Arauca	0	0	2	0	2	0	3	2	2	2	5	5
Atlántico	2	0	9	8	1	0	12	3	7	3	30	31
Barranquilla D.E.	3	2	6	6	1	2	6	4	2	0	24	31
Bogotá D.C.	2	3	26	19	1	0	45	21	0	0	150	697
Bolívar	8	1	10	4	2	1	12	7	8	2	23	2
Boyacá	1	1	4	3	1	3	5	7	0	1	24	37
Buenaventura D.E.	2	0	3	1	0	1	4	3	3	1	6	2
Caldas	0	1	3	0	0	1	3	1	0	0	20	2
Santiago de Cali D.E.	3	0	7	5	1	1	7	9	2	0	43	54
Caquetá	3	1	2	1	0	1	6	5	3	3	8	4
Cartagena de Indias D.T.	9	3	8	2	0	1	11	9	3	1	19	18
Casanare	0	0	3	4	1	0	3	0	3	1	9	10
Cauca	2	0	7	1	4	5	9	9	1	2	30	11
Cesar	1	0	13	13	7	3	11	6	22	11	28	24
Chocó	1	1	13	7	29	18	28	38	36	45	11	8
Córdoba	2	0	13	5	1	4	15	11	7	9	38	33
Cundinamarca	2	0	14	7	0	2	11	17	3	0	67	79
Guainía	0	0	0	3	1	1	3	2	1	2	2	0
Guaviare	1	0	1	0	0	1	1	2	0	0	2	1
Huila	3	2	6	4	0	0	6	4	3	1	23	22
La Guajira	0	0	23	16	23	13	43	26	56	28	20	0
Magdalena	0	0	10	9	2	1	12	10	13	7	18	3
Meta	0	0	8	3	2	2	11	7	6	2	22	13
Nariño	1	0	12	8	2	1	9	10	5	2	32	11
Norte de Santander	1	1	7	10	2	1	6	3	4	0	32	30
Putumayo	0	1	3	1	1	1	3	2	1	0	7	13
Quindío	1	0	2	1	0	1	2	0	0	0	11	6
Risaralda	4	2	4	2	8	8	8	7	7	5	19	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	1	0	6	2	2	1	4	5	2	2	11	11
Santander	2	1	8	5	1	0	6	3	1	0	45	29
Sucre	1	0	6	2	1	0	6	7	3	1	19	36
Tolima	7	10	6	3	2	0	8	4	2	0	26	10
Valle del Cauca	5	4	6	2	2	1	11	7	5	1	40	51
Vaupés	0	0	0	0	2	5	4	5	1	2	2	0
Vichada	0	0	4	1	3	0	4	4	9	8	3	0
Total nacional	346	311	273	172	124	84	388	303	210	150	1,004	1.553

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 49

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	17	25	0	0	61	76	1	0	579	735
Antioquia	164	119	1103	1260	0	0	3231	4498	108	137	21727	20823
Arauca	42	15	169	136	0	0	134	135	3	0	1114	1322
Atlántico	49	28	339	337	0	2	479	535	16	25	2302	2551
Barranquilla D.E.	70	16	403	321	0	0	737	929	16	41	2430	2798
Bogotá D.C.	170	68	900	865	0	0	1358	1389	33	28	29024	33249
Bolívar	43	19	293	286	1	3	168	216	3	2	2296	2490
Boyacá	20	18	96	79	0	0	177	210	1	3	3832	4431
Buenaventura D.E.	23	17	138	95	0	0	151	208	6	5	382	281
Caldas	18	23	137	160	0	0	303	297	6	5	2974	3199
Santiago de Cali D.E.	30	24	438	502	0	1	1451	1467	39	56	7600	7071
Caquetá	8	13	88	99	0	0	236	305	6	8	1082	1143
Cartagena de Indias D.T.	74	43	328	355	0	2	402	473	2	6	1397	1643
Casanare	37	36	127	153	0	1	146	191	4	9	861	951
Cauca	23	19	189	187	0	2	252	294	3	4	3294	3353
Cesar	36	22	326	247	0	0	396	447	2	12	1998	2137
Chocó	47	30	215	231	0	0	196	258	1	3	407	476
Córdoba	33	14	312	237	1	1	261	299	5	10	3474	3293
Cundinamarca	68	59	363	462	0	0	500	606	12	16	12712	15275
Guainía	7	7	16	15	0	0	17	39	0	0	202	243
Guaviare	4	2	26	16	0	0	37	40	0	2	286	362
Huila	21	10	150	148	0	1	396	449	8	12	6083	6106
La Guajira	69	42	349	341	0	0	525	623	3	9	1280	1467
Magdalena	33	29	222	249	0	3	167	188	3	4	1366	1467
Meta	46	48	248	290	0	0	598	823	20	30	2433	2586
Nariño	15	21	224	227	0	1	155	205	6	6	4062	5344
Norte de Santander	89	52	478	467	0	1	706	831	14	15	3777	4143
Putumayo	7	6	85	97	0	1	105	127	3	5	1291	1601
Quindío	13	9	93	101	0	0	262	329	1	7	2518	2574
Risaralda	24	20	174	189	0	0	607	685	26	12	3563	3689
Archipielago de San Andrés y Providencia	1	4	5	11	0	0	6	16	0	0	191	260
Santa Marta D.T.	20	21	111	175	0	1	204	316	3	3	628	765
Santander	70	57	409	481	0	1	910	1454	30	20	6137	6657
Sucre	20	19	191	186	1	3	103	94	1	0	1791	1902
Tolima	32	30	172	148	0	1	529	717	13	17	2997	3331
Valle del Cauca	34	38	306	349	0	0	716	829	16	26	6867	7306
Vaupés	1	0	4	3	0	0	14	26	0	0	221	456
Vichada	9	12	36	37	0	0	35	35	0	2	248	244
Total nacional	1.601	1.014	9.517	9.567	3	25	16.731	20.659	414	540	145.427	157.724



Semana epidemiológica 49
30 de noviembre al 6 de diciembre del 2025

TEMA CENTRAL

**Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora
pirotécnica**

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Directora (e) 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: Alejandra del Pilar Díaz, Nidza Fernanda González, Helena Patricia Salas. **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, Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez, 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:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **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.

47# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.49>