Imagen: Administración de antibióticos. Jhylmar Martínez. IPS SerSalud. Quibdó (Chocó)

20 años BES 2005-2025

Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

El seguimiento continuo de la vigilancia del consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario ha permitido alcanzar la meta nacional del 95 % de cumplimiento en la notificación para 2024. Además, ha facilitado la identificación de alertas tempranas en el comportamiento de las dosis diarias definidas, lo que contribuye a establecer acciones efectivas frente a la resistencia antimicrobiana.

Salud

Instituto Nacional de Salud

Semana epidemiológica 06

02 al 08 de febrero de 2025

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.

Tema central 3
Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

Situación nacional 10

Mortalidad 12

Eventos trazadores 18

Brotes y alertas 33

Tablas de mando por departamento 36

TEMA CENTRAL

Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

Claudia Marcela Muñoz Lozada, cmunoz@ins.gov.co
Mónica Marcela Benavides Ruiz, mbenavides@ins.gov.co

Vigilancia de consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, Colombia 2019-2024

El aumento global de consumo de antibióticos ha permitido que las especies bacterianas generen resistencia a múltiples fármacos, incrementando así el riesgo de infecciones hospitalarias, mortalidad y altos costos hospitalarios(1). En los últimos años se ha identificado un incremento importante en el consumo de antibióticos debido a la pandemia por COVID-19, este incremento ha contribuido a una mayor resistencia antimicrobiana al presentarse en los pacientes hospitalizados, debido a la alteración del sistema inmunológico y un estado proinflamatorio secundario ocasionado por SARS-CoV-2 lo que favorece la presencia de super infecciones(2).

En 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la resistencia a los antimicrobianos (RAM) es una de las 10 principales amenazas de salud pública a nivel mundial; por esta causa se registran más de 700 000 muertes cada año(3). El ámbito hospitalario es uno de los escenarios donde se observa una tendencia creciente de la RAM(4) debido a la falta de medidas de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud, así como a las dificultades en el diagnóstico microbiológico oportuno, terapia antimicrobiana incompleta, calidad de la asistencia sanitaria y falta de nuevas opciones terapéuticas; estos factores complican los esfuerzos mundiales para la contención de la RAM(4).

A nivel mundial se han adelantado esfuerzos para fomentar la importancia de estrategias clave para abordar la RAM. Se ha trabajado en estrategias que permiten evitar la prescripción innecesaria de antibióticos, promover el uso de aquellos con un espectro reducido, optimizar la duración del tratamiento y considerar la prescripción diferida cuando sea pertinente(5). Estudios reportan que se requieren intervenciones específicas de prevención, vacunación, fortalecimiento de acciones para el uso adecuado de los antibióticos y fomentar la investigación de nuevos antibióticos para disminuir la mortalidad proyectada por RAM en 2050(6).

En esta línea, la OMS en 2016 estableció un Plan de Acción Mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, con el objetivo de fortalecer las capacidades para tratar y prevenir las enfermedades infecciosas que incluye aspectos clave como mejorar el conocimiento de la RAM, realizar vigilancia e investigación, fortalecer medidas de saneamiento, higiene y prevención, fortalecer el uso racional de los antimicrobianos en el marco de una salud y establecer inversiones

sostenibles de RAM(7).

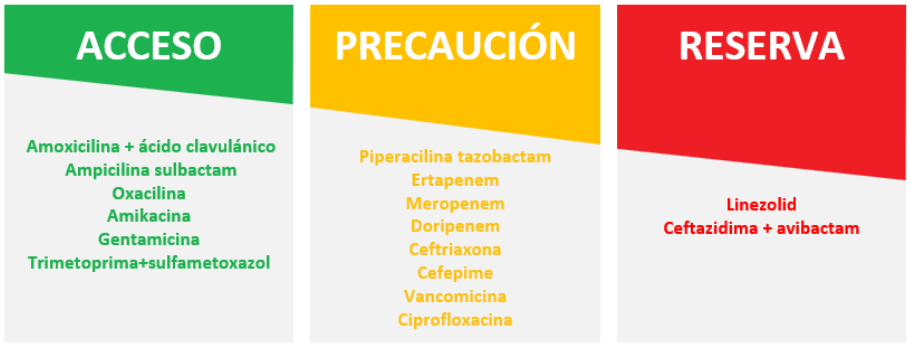
Por otro lado, la clasificación AWaRe (Access, Watch, Reserve) de antibióticos fue desarrollada en 2017 por el Comité de Expertos de la OMS, como una herramienta para la optimización del uso de antibióticos a nivel local, nacional y mundial. Esta clasificación tiene tres grupos: acceso, vigilancia y reserva, teniendo en cuenta el impacto en la RAM y para fomentar el uso apropiado de los antibióticos.

- Acceso: hace referencia a los antibióticos de primera línea para tratamiento de amplia gama de infecciones comunes.
- Vigilancia o precaución: clasifica los antibióticos con mayor espectro de primera o segunda línea para infecciones poco comunes o como alternativa, y que requieren ser vigilados.
- Reserva: son los antibióticos de uso restringido considerados de último recurso, utilizados para patologías graves producidas por microorganismos con susceptibilidad conocida, requieren de vigilancia específica y estrategias especiales para su prescripción(8,9).

La clasificación AWaRe es fundamental para fomentar la seguridad del paciente y la lucha contra el uso indebido de antibióticos en el marco de realizar acciones de vigilancia continua del consumo de antimicrobianos(10). En Colombia, actualmente se vigilan 16 antibióticos a través de Sivigila 4.0, mediante notificación colectiva mensual. Esta vigilancia se realiza en el ámbito hospitalario en todos los niveles de complejidad en los servicios de unidad de cuidados intensivos y hospitalización en población adulta, con el objetivo de brindar información estandarizada sobre el consumo de antibióticos vigilados en el país, para aportar al diseño e implementación de acciones y políticas públicas que mejore su utilización y contribuyan a la contención de la resistencia de los microrganismos(11).

La vigilancia se realiza mediante el indicador de Dosis Diaria Definida (DDD) por 100 camas día, siendo la DDD la dosis estandarizada de mantenimiento promedio por día prevista para la indicación principal de un medicamento en adultos, este método permite realizar comparaciones del consumo de antibióticos(11). Según la clasificación AWaRe se vigilan seis antibióticos clasificados en acceso, ocho clasificados como precaución y dos antibióticos clasificados en reserva (figura 1).

Figura 1. Vigilancia del consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario en Colombia según clasificación AWaRe



Fuente: Protocolo vigilancia de consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario-INS-2024 - https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Consumo%20de%20antibioticos.pdf

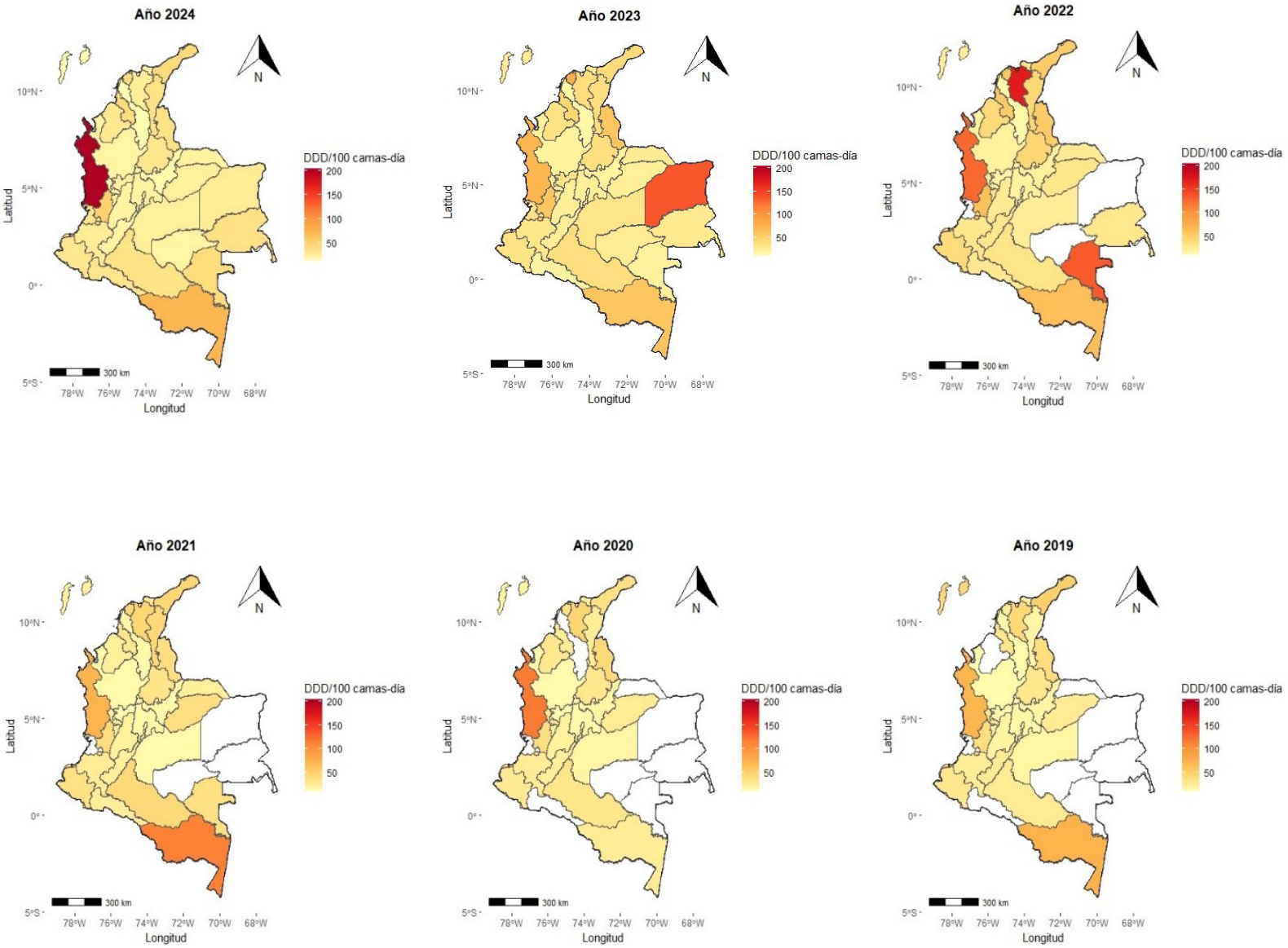
Durante 2023 y 2024 Colombia logró la notificación del 100 % de las entidades territoriales para el evento de la vigilancia del consumo de antibióticos. Para 2024, se cumplió con la meta establecida (95 %) en el indicador del cumplimiento de la notificación con el 95,1 % y una notificación de 874 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) con un incremento del 11,0 % frente al 2023. Frente al indicador de oportunidad de la notificación los porcentajes más bajos se identificaron en las UPGD de Santa Marta, Casanare y Magdalena.

Respecto a la vigilancia de los antibióticos de precaución vigilados en Colombia, se identificó un aumento de 18,4 %, pasando de 32,1 DDD/100 camas día en 2019 a 38,0 DDD/100 camas día en 2022, posteriormente se registró una disminución de las DDD para 2023 y 2024 con 32,9 DDD/100 camas día y 28,2 DDD/100 camas día respectivamente Las DDD/100 camas día más altas se presentan en Amazonas con 74,1 DDD/100 camas día para 2019, en Chocó 16,5 DDD/100 camas día en 2020, en Amazonas con 113,2 DDD/100 camas día en 2021, en Magdalena con 171,3 DDD/100 camas día en 2022, en Vichada con 136,5 DDD/100 camas día en 2023 y para 2024 las DDD más altas se presentaron en Chocó con 204,4 DDD/100 camas día (mapa 1).

Para 2024, se registró el consumo más bajo en el país con 28,2 DDD/100 camas día, posiblemente debido a los esfuerzos en la implementación de los Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) en las UPGD y al seguimiento de la vigilancia del consumo de antibióticos. Respecto a la

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Mapa 1. Consumo de antibióticos clasificados en precaución (AWaRe) en el servicio de hospitalización por entidad territorial, Colombia 2019-2024



Fuente: Sivigila, vigilancia de consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario 2019-2024 (datos preliminares)

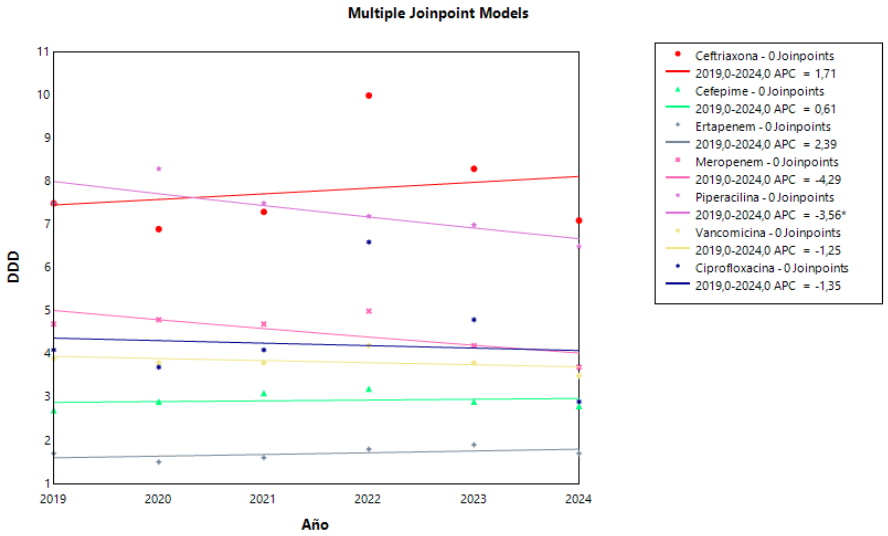
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

notificación de 2024 en el servicio de hospitalización se registraron incrementos significativos en DDD/100 camas día en Chocó, Amazonas, Vaupés, Guainía y Putumayo. Las entidades con las DDD/100 camas día más bajas se registraron en Boyacá, San Andrés y Bolívar (tabla 1).

Mediante al modelo bayesiano de joinpoint se identificaron dos antibióticos en el servicio de hospitalización con incremento de 1,71 puntos por año para ceftriaxona y 0,61 puntos por año para cefepime. En decremento significativo se identificó la piperacilina tazobactam con -3,56 puntos por año (figura 2).

En el servicio de hospitalización durante 2024 para el antibiótico ceftriaxona se registraron las DDD más altas con 7,11 DDD/100 camas día, seguido por piperacilina tazobactam con 6,45 DDD/100 camas día y por meropenem con 3,74 DDD/100 camas día. En Colombia 20 entidades territoriales reportaron consumos superiores a la sumatoria nacional de consumo de antibióticos (tabla 2).

Figura 2. Análisis de regresión de joinpoint para dosis diarias definidas/100 camas día del consumo de antibióticos, servicio de hospitalización, Colombia 2019-2024



Fuente: Sivigila, vigilancia de consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario 2019-2024 (datos preliminares)
DDD: dosis diarias definidas

Tabla 1. Dosis diarias definidas/100 camas día del consumo de antibióticos clasificados en precaución (AWaRe), servicio de hospitalización por entidad territorial, Colombia 2019-2024

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	p	Tendencia
Colombia	**32,1**	**31,9**	**32,1**	**38,0**	**32,9**	**28,2**	**0,055**	
Chocó	71,6	116,5	72,2	127,4	72,1	204,4	< 0,001	
Amazonas	74,1	24,9	113,2	64,6	59,6	72,3	0,014	
Valle del Cauca	36,3	35,5	36,8	61,8	57,9	49,9	0,032	
La Guajira	47,8	33,1	41,9	52,4	39,6	42,2	0,056	
Vaupés			34,7	134,2	21,5	41,4	< 0,001	
Atlántico	24,8	33,4	41,3	55,6	76,8	40,9	< 0,001	
Sucre	28,8	24,1	28,6	52,8	43,1	40,5	0,056	
Guainía				28,9	28,3	37,3	0,021	
Norte Santander	37,7	39,9	35,7	53,8	58,6	36,6	< 0,001	
Caquetá	25,7	30,7	40,5	31,2	37,7	36,6	0,065	
Cesar	17,1	24,8	41,7	41,9	36,4	36,2	0,066	
Putumayo			23,2	28,5	19,3	33,8	0,002	
Santander	29,1	30,0	31,4	43,3	36,3	33,5	0,061	
Buenaventura					33,2	32,7	0,069	
Nariño	29,8	26,7	33,8	39,0	32,9	32,1	0,07	
Córdoba		27,7	22,5	39,7	34,2	31,8	0,064	
Cali				32,1	33,7	31,2	0,066	
Barranquilla	24,7	28,2	29,6	37,7	33,6	30,9	0,065	
Vichada					136,5	28,9	< 0,001	
Cauca	23,4	24,6	24,9	29,3	30,8	28,3	0,065	
Magdalena	40,8	44,7	42,8	171,3	37,2	27,4	0,017	
Caldas	12,6	11,8	10,9	16,8	33,5	26,5	0,028	
Meta	17,5	17,3	14,9	24,9	31,2	26,4	0,051	
Casanare	26,4	24,9	35,3	30,5	23,5	26,1	0,068	
Bogotá, D.C.	18,0	16,0	16,1	23,7	23,6	24,1	0,081	
Arauca			23,2	26,7	25,3	24,1	0,078	
Santa Marta	23,0	23,6	27,0	29,2	26,4	24,0	0,072	
Quindío	17,2	19,4	17,3	28,4	29,3	23,3	0,038	
Tolima	19,3	21,1	21,4	26,4	23,5	23,1	0,083	
Risaralda	27,5	28,8	21,3	23,3	22,8	23,0	0,083	
Antioquia	13,3	13,8	13,6	20,8	20,6	22,6	0,076	
Cartagena de Indias	19,3	19,6	19,1	30,3	29,1	22,6	0,032	
Guaviare					25,3	22,6	0,070	
Huila	25,7	22,1	22,5	29,3	24,7	22,5	0,077	
Cundinamarca	15,5	15,0	14,9	20,2	22,8	22,2	0,085	
Boyacá	16,9	16,8	14,9	21,4	19,6	17,7	0,087	
San Andrés	40,4	17,6	21,1	23,5	25,7	16,7	0,013	
Bolívar	13,3		14,4	14,7	15,7	14,1	0,100	

Fuente: Sivigila, vigilancia de consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario 2019-2024 (datos preliminares)

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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 2. Dosis diarias definidas/100 camas día del consumo de antibióticos en el servicio de hospitalización por entidad territorial, Colombia 2024

Entidad Territorial	Piperacilina tazobactam	Ertapenem	Meropenem	Ceftriaxona	Cefepime	Vancomicina	Ciprofloxacina	Total antibioticos: Precaución
Colombia	**6,45**	**1,74**	**3,74**	**7,11**	**2,76**	**3,49**	**2,91**	**28,20**
Chocó	5,47	**126,67**	**6,74**	**21,34**	**9,2**	1,6	**33,39**	**204,41**
Amazonas	**9,19**		**7,21**	**19,24**	**3,56**	**8,55**	**24,57**	**72,32**
Valle del Cauca	**7,25**	**2,94**	**5,7**	**23,23**	2,73	3,35	**4,67**	**49,87**
La Guajira	2,86	1,23	**4,27**	**19,78**	0,96	2,73	**10,32**	**42,15**
Vaupés	2,24	0,23	0,98	**34,55**	0,91	1,33	1,14	**41,38**
Atlántico	5,8	1,56	**4,83**	**13,85**	**3,72**	**6,54**	**4,55**	**40,85**
Sucre	**7,97**	0,11	**6,72**	**9,71**	**5,88**	**5,74**	**4,4**	**40,53**
Guainía	**9,14**	1,63	**3,75**	**13,19**	2,64	**5,01**	1,98	**37,34**
Norte de Santander	5,69	**1,94**	**5,41**	**12,77**	**4,94**	**3,68**	2,13	**36,56**
Caquetá	6,3	**1,78**	**4,35**	**9,61**	**3,94**	**5,83**	**4,74**	**36,55**
Cesar	**8,81**	1,06	**4,43**	**12**	2,66	**3,69**	**3,56**	**36,21**
Putumayo	2,43	0,81	1,72	**16,32**	1,98	1,59	**8,95**	**33,8**
Santander	**7,5**	**2,1**	**4,91**	**9,03**	2,28	**4,12**	**3,6**	**33,54**
Buenaventura	3,64	0,36	**6,12**	**9,16**	1,73	1,7	**10,01**	**32,72**
Nariño	**7,04**	**1,9**	**3,87**	**9,87**	2,1	**3,8**	**3,5**	**32,08**
Córdoba	4,74	0,92	**4,02**	**10,68**	2,74	3,36	**5,38**	**31,84**
Cali	**6,77**	**2,56**	**4,82**	6,97	**3,42**	**4,22**	2,46	**31,22**
Barranquilla	6,09	**1,9**	**3,84**	6,92	**3,21**	**5,74**	**3,19**	**30,89**
Vichada	1,65		0,36	6,25	0,07	0,75	**19,77**	**28,85**
Cauca	3,69	**2,34**	3,04	**10,17**	1,74	**5,16**	2,2	**28,34**
Magdalena	1,94	**4,49**	1,75	**13,93**	0,83	1,08	**3,33**	27,35
Caldas	5,5	1,24	1,87	**9,27**	1,7	1,87	**5,05**	26,5
Meta	**9,17**	1,43	**4,74**	1,47	**3,44**	**4,38**	1,81	26,44
Casanare	4,63	**2,01**	**3,9**	4,96	**4,59**	**3,79**	2,26	26,14
Bogotá, D.C.	**7,7**	**1,88**	3,7	2,58	**3,73**	3,41	1,12	24,12
Arauca	4,3		**3,83**	**9,34**	2,72	2,84	1,04	24,07
Santa Marta	3,14	1,24	2,35	**9**	2	2,07	**4,2**	24
Quindío	**7,62**	**1,84**	3,3	3,02	**2,79**	3,03	1,67	23,27
Tolima	6,33	1,38	**4,4**	3,45	2,67	3,31	1,56	23,1
Risaralda	6,11	**3,55**	2,24	4,31	**2,97**	2,53	1,27	22,98
Antioquia	**6,64**	0,78	3,18	4,6	1,63	2,58	**3,19**	22,6
Cartagena de Indias	**6,72**	**1,82**	2,79	2,66	2,53	**4,29**	1,76	22,57
Guaviare	4,83		**4,63**	3,02	0,22	1,73	**8,13**	22,56
Huila	5,86	**1,77**	2,52	4,44	1,67	**3,99**	2,25	22,5
Cundinamarca	**7,22**	1,6	2,98	2,98	**2,92**	2,86	1,62	22,18
Boyacá	4,64	1,65	1,61	3,82	2,29	1,8	1,87	17,68
San Andrés	2,64		2,9	6,79	1,14	1,36	1,86	16,69
Bolívar	3,43	1,42	1,27	2,69	1,97	1,42	1,93	14,13

Fuente: Sivigila, vigilancia de consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario 2019-2024 (datos preliminares)

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Conclusiones

1. Se evidencia un fortalecimiento de la vigilancia de consumo de antibióticos con un cumplimiento de la notificación del 95,1% para 2024, con un incremento del 11% frente al 2023.
2. En el indicador de oportunidad de la notificación los porcentajes más bajos se identificaron en las UPGD de Santa Marta, Casanare y Magdalena.
3. Las entidades territoriales con DDD/100 camas día más altas son Chocó, Amazonas y Valle del Cauca, con cifras superiores a 49 DDD/100 camas día, sin embargo, los incrementos estadísticamente significativos en DDD/100 se presentaron en Chocó, Amazonas, Vaupés, Guainía y Putumayo.
4. Los antibióticos vigilados en Colombia clasificados como precaución con mayor DDD a nivel nacional son ceftriaxona y piperacilina tazobactam.
5. Se identificó en la tendencia de seis años se identificó aumento en el consumo de los antibióticos de precaución en hospitalización con 1,71 puntos por año para ceftriaxona.

Recomendaciones

Dirigidas a las secretarías de salud

1. Continuar con el seguimiento de los 16 antibióticos bajo vigilancia en Sivigila 4.0, con especial atención a aquellos clasificados como "precaución" y "reserva".
2. Asegurar la implementación y el fortalecimiento del Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos en todas la UPGD para combatir la resistencia antimicrobiana.
3. Realizar acompañamiento a las UPGD que deben mejorar la oportunidad y la calidad del dato en el reporte mensual de consumo de antibióticos.
4. Las secretarias de salud municipal deben asegurar la actualización continua de la caracterización de los eventos de infecciones asociadas a la atención en salud en Sivigila 4.0
5. Implementar capacitaciones y talleres prácticos para el personal de epidemiología y de farmacia sobre el uso adecuado de antibióticos, el reporte de los gramos de antibióticos en Sivigila 4.0, la importancia de la clasificación AWaRe y las estrategias para la prevención de la resistencia antimicrobiana.

Dirigidas a las UPGD

1. Realizar acciones para asegurar la notificación oportuna mensual del consumo de antibióticos en Sivigila 4.0, verificando los gramos consumidos, las camas disponibles y ocupadas.
2. Fortalecer los Programas de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en salud y de Optimización del Uso de Antimicrobianos, conformar equipos interdisciplinarios para la revisión y actualización de las guías de antibióticos y el seguimiento mensual al DDD del consumo de antibióticos para identificar comportamientos inusuales.

Referencias

1. Resurrección C, Chiappe A, Bolarte J, Martínez L, Muñante R, Vicente Y, y col. Uso de antibióticos en pacientes internados en un hospital nacional de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020; 4;37(4):620–6. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.5073

2. Herrero A, López S, Román E. Resistencia antimicrobiana: una problemática agravada por la pandemia de COVID-19. Rev. Inf. Cient. 2024; 103e4522.

3. Organización Mundial de la Salud. Resistencia a los antimicrobianos. [Internet] 2021. Fecha de consulta: 7 de febrero de 2025. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance

4. Yu H, Han X, Quiñones Pérez D. La humanidad enfrenta un desastre: la resistencia antimicrobiana. Rev haban cienc méd. 2021; 20(3):e3850.

5. Nicieza ML, Pérez P, Gómez C, Suárez P, Rolle V, Suárez B. Antibiotic consumption in primary care in the adult population of Asturias during 2014–2020 period. Aten Primaria. 2022; 1;54(3):102261. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102261.

6. Naghavi M, Vollset SE, Ikuta KS, Swetschinski LR, Gray AP, Wool EE, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. The Lancet. 2024;404(10459):1199–226. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01867-1AIs

7. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos. [Internet] 2016. Fecha de consulta: 7 de febrero de 2025. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241509763

8. Organización Mundial de la Salud. Guía AWaRe (Acceso, Precaución y Reserva) de la OMS para el uso de antibióticos [Internet]. 2022. Fecha de consulta: 7 de febrero de 2025. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2022.02

9. Aldunate MF, Lobos CG. Optimización de la terapia antiinfecciosa como estrategia para contener la resistencia a los antimicrobianos. Utilización de la clasificación AWaRe. [Internet]. 2024. Fecha de consulta: 7 de febrero de 2025. Disponible en: https://www.ispch.gob.cl/newsfarmacovigilancia/24/images/parte04.pdf

10. Zanichelli V, Sharland M, Cappello B, Moja L, Getahun H, Pessoa-Silva C, et al. The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book and prevention of antimicrobial resistance. Bull World Health Organ. 2023; 1;101(4):290–6. https://doi.org/10.2471/BLT.22.288614

11. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario [Internet]. 2024. Fecha de consulta: 8 de febrero de 2025. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Consumo%20de%20antibioticos.pdf

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

SITUACIÓN NACIONAL

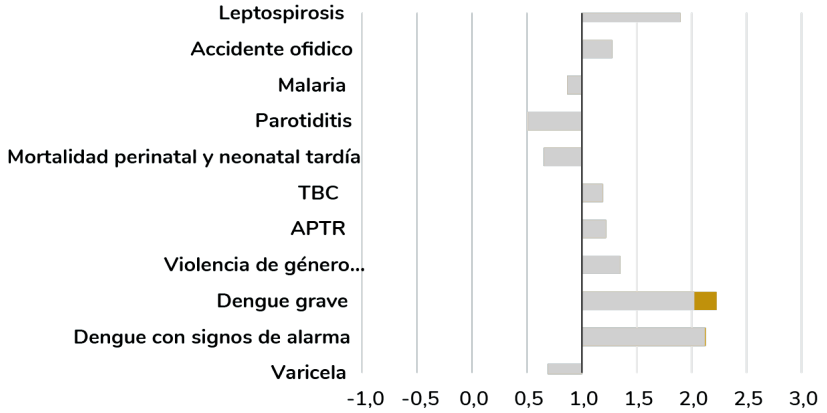
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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, que está conformada de 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 los eventos 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 06 de 2025, se identificó que los eventos dengue grave y dengue con signos de alarma se encontraron por encima de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 3).

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2025



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

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros donde se asume que ocurren de manera 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 determina si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

En la semana epidemiológica 06 de 2025, los eventos fiebre tifoidea y paratifoidea, mortalidad por dengue se encontraron por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea y tos ferina se encuentran por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Fiebre tifoidea y paratifoidea	20	1	0,00
Mortalidad por dengue	14	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	10	119	0,00
Tos ferina	11	19	0,02
Zika	3	3	0,22
Lepra	7	7	0,15
Chikunguña	0	3	0,06
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,17

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 UPGD 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 epidemiológica 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.

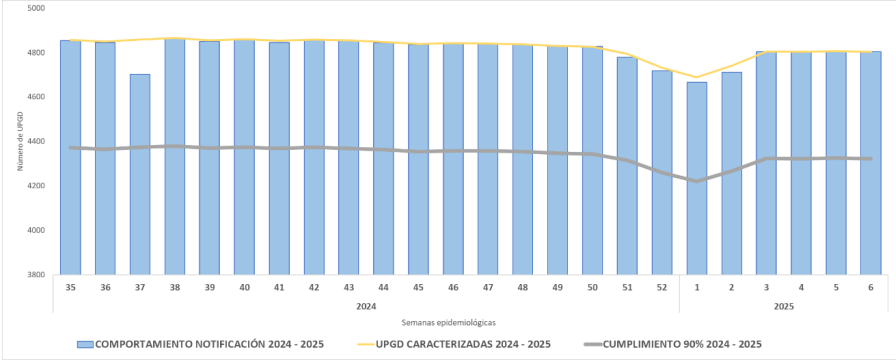
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana epidemiológica 06 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 con respecto a la semana anterior y con relación a la semana epidemiológica 06 del año 2024. 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 % (4 806/4 806); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y aumentando un 0,39 % comparado con la semana epidemiológica 06 de 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, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 4).

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2025



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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

MORTALIDAD

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 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 análisis[1].

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 ajustada de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE posterior a pandemia COVID/19. Para el 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

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

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

A semana epidemiológica 06 de 2025, se han notificado 82 muertes probables en menores de cinco años: 46 por infección respiratoria aguda (IRA), 22 por desnutrición (DNT) aguda y 14 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, un caso de IRA, uno de DNT y uno de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

En población residente en Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2024 se han notificado 79 casos (45 por IRA, 21 por DNT y 13 por EDA); de estos, dos casos han sido confirmados, tres descartados y 74 casos se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 06 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 06 2025			Casos en estudio a SE 06 2025			Tasa a SE 06 2024			Tasa a SE 06 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	1	1	0	20	41	13	0,71	1,15	0,85	0,03	0,03	0,00
Cesar	1	0	0	1	1	0	0,00	0,83	0,00	0,84	0,00	0,00
Cundinamarca	0	1	0	0	0	0	0,00	1,27	0,00	0,00	0,42	0,00

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

Nota 1: tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.
Nota 2: la tabla solo incluye las entidades territoriales con casos confirmados.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana se han notificado 45 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, una fue confirmada, tres descartados y 41 se encuentran en estudio.

Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 06 fueron 42, para una tasa de mortalidad de 1,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 06 de 2025, se observó variación al aumento en la notificación de muertes probables por IRA en Antioquia y Chocó, en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 06 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las tablas de mando del BES.

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 21 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, una fue confirmada y 20 se encuentran en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 06 fue de 26, para una tasa de mortalidad de 0,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 06 de 2025 se observó variación a la disminución en la notificación de muertes probables por DNT aguda en la entidad territorial de Chocó en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 06 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las tablas de mando del BES.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 13 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; las cuales se encuentra en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 06 fue de 31 para una tasa de mortalidad de 0,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 06 de 2025 se observó variación a la disminución en la notificación de muertes probables por EDA en el nivel nacional, en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 06 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las tablas de mando del BES.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la OMS, se acogen las siguientes definiciones[1]:

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, la 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 [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 02]. Available from: https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf

2. Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. versión 1. [Internet] 2022. https://doi.org/10.33610/infoeventos.45

En la semana epidemiológica 06 de 2025 se notificaron al Sivigila cuatro (4) casos, dos (2) muertes maternas tempranas, una muerte materna tardía y una muerte materna coincidente; para un total acumulado de 18 casos de muertes maternas tempranas residentes en territorio colombiano (tabla 5).

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 13 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D.C., Cesar, Cundinamarca, Risaralda y Santander. Al comparar con el promedio histórico 2021-2024 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas por entidad territorio de residencia (tabla 6).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 06, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	34	18	11	63
2023	27	22	6	55
2024	29	21	8	58
2025	18	6	4	28

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2023, datos preliminares 2024 - 2025

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 06	Acumulado de casos a SE 06	
		2024	2025
Colombia	**35**	**29**	**18**
Bogotá, D.C.	4	6	2
Cesar	1	2	2
Cundinamarca	1	2	2
Risaralda	1	0	2
Santander	1	0	2
Antioquia	2	1	1
Barranquilla	1	2	1
Cali	2	2	1
Chocó	1	0	1
La Guajira	3	3	1
Nariño	1	0	1
Tolima	2	0	1
Vichada	0	0	1
Bolívar	2	2	0
Cauca	1	1	0
Córdoba	2	2	0
Huila	1	1	0
Meta	2	1	0
Norte de Santander	2	3	0
Santa Marta	1	1	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2023, datos preliminares 2024 – 2025

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en El Litoral del San Juan (Chocó), Lenguazaque (Cundinamarca), Santa Bárbara (Nariño), Pereira y Santa Rosa (Risaralda), Floridablanca y Málaga (Santander) y Cumaribo (Vichada), comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 7).

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 06	Valor observado SE 06
Colombia	**30**	**16**
El Litoral del San Juan (Chocó)	0	1
Lenguazaque (Cundinamarca)	0	1
Santa Bárbara (Nariño)	0	1
Pereira (Risaralda)	0	1
Santa Rosa (Risaralda)	0	1
Floridablanca (Santander)	0	1
Málaga (Santander)	0	1
Cumaribo (Vichada)	0	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2023, datos preliminares 2024 – 2025.

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 06 de 2025, el 38,9 % corresponden a causas directas y el 33,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 16,7 % (tabla 8).

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023 – 2024 a SE 06	Número de casos y proporción a SE 06 2023 - 2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	**28**	**27**	**100**	**29**	**100**	**18**	**100**
DIRECTA	**18**	**18**	**66,7**	**18**	**62,1**	**7**	**38,9**
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	7	6	22,2	8	27,6	3	16,7
Sepsis obstétrica	3	4	14,8	1	3,4	1	5,6
Evento tromboembólico como causa básica	2	3	11,1	1	3,4	1	5,6
Hemorragia obstétrica	5	3	11,1	7	24,1	1	5,6
Embarazo ectópico	2	2	7,4	1	3,4	1	5,6
INDIRECTA	**10**	**9**	**33,3**	**11**	**37,9**	**6**	**33,3**
Otras causas indirectas: neumonía	4	3	11,1	4	13,8	2	11,1
Otras causas indirectas	2	2	7,4	1	3,4	1	5,6
Sepsis no obstétrica	3	3	11,1	3	10,3	1	5,6
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
Otras causas indirectas: cáncer	2	1	3,7	2	6,9	1	5,6
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Desconocida / indeterminada	0	0	0,0	0	0,0	5	27,8
En estudio	0	0	0,0	0	0,0	5	31,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023, datos preliminares 2024 – 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 vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La OMS clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a las ocurridas 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 las ocurridas después de los siete días hasta el día 28 de vida[1]. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías, para las entidades territoriales con baja frecuencia (n <=30 acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson y para los departamentos y distritos con alta frecuencia (n >30 acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos (p<0,05). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal[2].

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 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

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

A semana epidemiológica 06 de 2025 se han notificado 599 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 596 corresponden a residentes en Colombia y tres (3) a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (81), Antioquia (69), Cundinamarca (40), Cesar (25), Cali (24) y Córdoba (24). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 06 de 2025, se presentó comportamiento inusual en Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Cali, Caquetá, Cartagena de Indias, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, La Guajira, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Santa Marta, Sucre, Tolima y Valle del Cauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado por municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Bosconia (Cesar), El Santuario, San Pedro de Urabá y Segovia (Antioquia), Aguazul (Casanare), Guachené (Cauca), Gachancipá (Cundinamarca), Restrepo (Meta) y Melgar (Tolima) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,6 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,2 %, neonatales tardías con 17,4 % 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 25,7 %, seguido de prematuridad e inmaturidad con el 16,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 9,4 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 06 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024	Acumulado de casos a SE 06	
		2024	2025
Colombia	**968**	**734**	**596**
Bogotá, D.C.	100	74	81
Antioquia	104	70	69
Cundinamarca	46	41	40
Cesar	34	18	25
Cali	39	27	24
Córdoba	48	37	24
La Guajira	51	31	23
Meta	20	16	22
Nariño	28	25	22
Bolívar	27	20	21
Cartagena de Indias	32	21	21
Cauca	31	24	19
Valle del Cauca	25	19	18
Atlántico	30	28	16
Santander	31	19	14
Barranquilla	36	20	13
Norte de Santander	30	26	13
Caldas	14	7	12
Chocó	25	28	12
Magdalena	18	12	12
Tolima	21	15	12
Buenaventura	11	10	11
Sucre	28	19	11
Boyacá	19	17	10
Huila	25	20	9
Quindío	9	12	7
Risaralda	16	17	6
Caquetá	11	10	4
Casanare	12	9	4
Putumayo	8	11	4
Vichada	4	5	4
Amazonas	3	2	3
Arauca	12	10	3
San Andrés y Providencia	2	1	3
Santa Marta	11	8	3
Guaviare	2	0	1
Guainía	3	1	0
Vaupés	2	4	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 - 2023, 2024 - 2025 datos preliminares.
SE: semana epidemiológica

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 06 2020 - 2024	Valor observado a SE 06 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	**968**	**596**	-
Bosconia (Cesar)	2	5	01
El Santuario (Antioquia)	1	4	03
San Pedro de Urabá (Antioquia)	0	3	02
Segovia (Antioquia)	1	3	01
Aguazul (Casanare)	0	2	02
Guachené (Cauca)	0	2	01
Gachancipá (Cundinamarca)	0	2	01
Restrepo (Meta)	0	2	01
Melgar (Tolima)	0	2	01

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2023, 2024- 2025 (datos preliminares).
SE: semana epidemiológica

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 06, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 06, 2023 -2025					
	2023 a SE 06	(%)	2024 a SE 06	(%)	2025 a SE 06	(%)
Colombia	**945**	**100,0**	**734**	**100,0**	**596**	**100,0**
Asfixia y causas relacionadas	238	25,2	182	24,8	153	25,7
Prematuridad-inmaturidad	169	17,9	104	14,2	101	16,9
Sin información	2	0,2	33	4,5	73	12,2
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	155	16,4	103	14,0	56	9,4
Infecciones	77	8,1	63	8,6	49	8,2
Malformación congénita	79	8,4	61	8,3	41	6,9
Complicaciones del embarazo	123	13,0	94	12,8	39	6,5
Causas no específicas	19	2,0	26	3,5	37	6,2
Otras causas de muerte	56	5,9	42	5,7	30	5,0
Trastornos cardiovasculares	14	1,5	20	2,7	11	1,8
Lesión de causa externa	12	1,3	4	0,5	4	0,7
Convulsiones y trastornos neurológicos	1	0,1	2	0,3	2	0,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023, datos preliminares 2024 - 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 vigilacia 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

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 J22[1].

Los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica 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.

[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

A nivel nacional en el último periodo se observa una variación porcentual con tendencia al aumento en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general, hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 06 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 51 a SE 52 2024 - SE 01 a SE 02 2025	SE 03 a SE 06 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	445 002	496 091	⇨ 11,48%	
Hospitalización en sala general	19 812	21 031	⇨ 6,15%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 641	2 993	⇨ 13,33%	

SE: semana epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 06 de 2025 se notificaron 114 421 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Chocó, Córdoba, La Guajira, Santa Marta y Santander. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura, Caquetá, San Andrés y Vichada. Las 28 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 52 de 2024 y 01 a 05 de 2025) en 18 municipios (tabla 13).

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (03 a 06 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 32,34 % (140 881) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 22,71 % (98 942). 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 9,92 % seguido de los menores de un año con 9,04 % respectivamente.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA a nivel nacional a semana epidemiológica 06 de 2025 se mantiene dentro de los limites esperados, comparado con su comportamiento histórico. Así mismo, se observó la misma tendencia en el último periodo de 2024 (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 5).

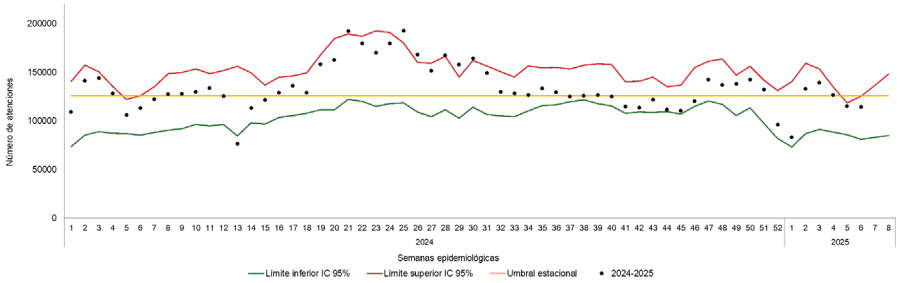
Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 51 a 52 de 2024 y 01 a 06 de 2025

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Comportamiento inusual
Antioquia	Itagüí	9 348	9 506	4 174	6 771	Aumento
Atlántico	Soledad	9 784	8 466	5 481	5 670	Ninguno
La Guajira	Maicao	5 302	5 987	2 217	4 896	Aumento
Antioquia	Bello	8 394	7 157	3 602	4 693	Aumento
Cundinamarca	Soacha	6 618	5 988	2 923	4 390	Aumento
Cundinamarca	Chía	6 008	5 598	2 535	3 930	Aumento
La Guajira	Uribia	5 218	4 799	1 743	3 884	Aumento
Antioquia	Rionegro	3 694	4 134	1 871	2 762	Aumento
Valle del Cauca	Palmira	3 456	3 696	1 584	2 604	Aumento
Risaralda	Dosquebradas	2 955	3 264	1 050	2 270	Aumento
Santander	Barrancabermeja	1 854	3 166	768	2 208	Aumento
Córdoba	Sahagún	1 022	2 617	1 079	2 150	Aumento
Antioquia	Envigado	3 195	2 811	1 703	1 843	Ninguno
Magdalena	Ciénaga	2 168	2 592	907	1 749	Aumento
Santander	Floridablanca	2 470	2 529	960	1 645	Aumento
Cundinamarca	Zipaquirá	1 050	2 089	1 109	1 524	Aumento
Valle del Cauca	Cartago	2 774	2 198	668	1 481	Aumento
Boyacá	Duitama	2 848	2 060	1 551	1 413	Ninguno
Córdoba	Cerete	1 184	1 934	481	1 350	Aumento
Norte de Santander	Ocaña	1 638	1 783	574	1 261	Aumento
Cundinamarca	Madrid	2 217	1 762	679	1 232	Aumento
Valle del Cauca	Yumbo	1 539	1 864	795	1 231	Aumento
Córdoba	Lorica	1 371	1 584	784	1 228	Aumento
Valle de Cauca	Tuluá	2 020	1 994	752	1 223	Aumento
Cundinamarca	Girardot	2 111	1 920	1068	1 216	Ninguno
Boyacá	Sogamoso	1 578	1 646	911	1 212	Aumento
Cundinamarca	Facatativá	2 341	1 641	1 270	1 209	Ninguno
Bolívar	Magangué	1 876	1 530	908	1 168	Aumento
Antioquia	Apartado	1 979	1 582	869	1 153	Aumento
Antioquia	Turbo	1 510	1 428	649	1 003	Aumento
Huila	Pitalito	1 259	1 212	442	939	Aumento
Cundinamarca	Funza	1 184	1 672	677	934	Aumento
Cauca	Santander de Quilichao	1 761	1 186	689	884	Ninguno
Casanare	Yopal	1 691	1 085	712	827	Ninguno
Cesar	Aguachica	736	1 020	851	778	Ninguno
Norte de Santander	Villa del Rosario	486	806	525	564	Ninguno
Santander	Piedecuesta	479	770	212	522	Aumento
Valle del Cauca	Buenaventura	1 264	724	535	517	Ninguno
Santander	Girón	598	593	188	407	Aumento
Atlántico	Malambo	584	499	281	349	Ninguno
Cauca	Guapi	211	571	125	335	Aumento
Cundinamarca	Mosquera	663	398	267	263	Ninguno
Nariño	La florida	117	103	53	75	Aumento

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 vigilacia 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 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 06 de 2025



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

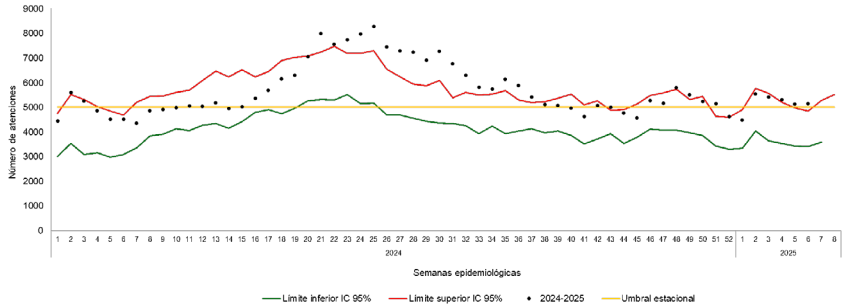
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 06 de 2025 se notificaron 5 039 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Amazonas, Cali, Guainía, La Guajira, Guaviare, Vaupés y Vichada e incremento en Antioquia, Arauca, Barranquilla, Boyacá, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta, Santander y Tolima. En las 16 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (03 a 06 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 905) representaron el 32,83 %, seguido del grupo de 5 a 19 años con el 12,75 % (2 681). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en niños de un año con 21,12 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 17,32 %.

En el canal endémico para el servicio de hospitalización por IRA en sala general a semana epidemiológica 06 de 2025, se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del límite superior. Asimismo, en el último periodo de 2024 se observó la misma tendencia (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 06 de 2025

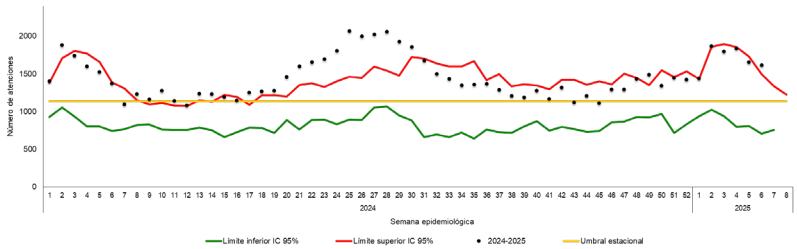


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 06 de 2025, se notificaron (1 614) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad en semana 06 de 2025 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 06 de 2025



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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

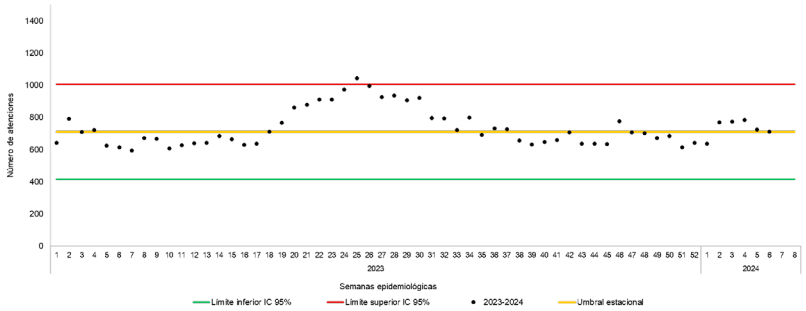
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 06 de 2025 se notificaron 711 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 10 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Buenaventura, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta y Vichada. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Bogotá D.C., Boyacá, Cali, Caquetá, Cauca, Córdoba, Guainía, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre y Tolima.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (03 a 06 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 38,42 % (1 150), seguido de los menores de un año con el 17,81 % (533) de las hospitalizaciones. 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 niños de un año con el 24,49 % seguido del grupo de dos a cuatro años con el 20,00 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 05 de 2025, se observa una tendencia al aumento ubicándose sobre encima del umbral estacional, con respecto al último periodo (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) donde se ubica por debajo del umbral estacional (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 06 de 2025

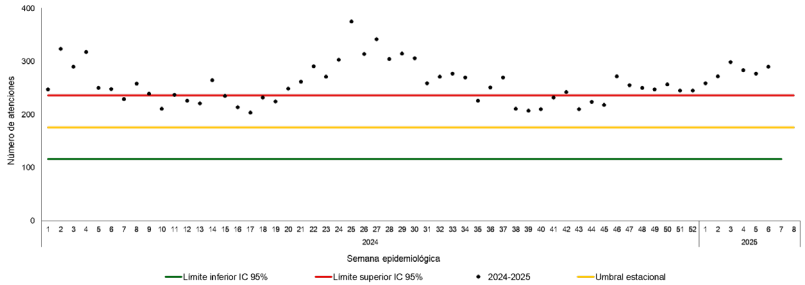


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiologia 06 de 2025, se notificaron 290 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 evidencia que a esta semana se sitúa por encima del límite superior, siguiendo la misma tendencia con respecto al último periodo de 2024 (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 52 2024 y 01 a 06 de 2025



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

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 ascenso en la región Norte América, Caribe y ligero ascenso en Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1) pdm09 y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región, excepto en la región América del Norte. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en Andina y Brasil y Cono Sur, las otras regiones mantienen niveles bajos de circulación. Para más información consulte Flunet Home Page (datos regionales).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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 Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 06 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para VSR, adenovirus y coronavirus. Al decremento influenza B e Influenza A(H1N1)pdm09 Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

Tabla 14.Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 06 de 2025

Agente viral identificado	SE 51 de 2024 a SE 02 de 2025			SE 03 a SE 06 de 2025			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	48,7	48,8	46,8	50,0	63,6	32,6	
Rinovirus	10,3	6,3	20,7	12,0	12,9	-	
Virus sincitial respiratorio	10,3	19,0	-	15,2	25,7	7,1	
Enterovirus	11,0	15,9	3,4	9,6	5,7	21,4	
Adenovirus	1,4	3,2	-	8,0	12,9	7,1	
Influenza B	16,2	6,3	13,8	11,2	2,9	-	
Influenza A	11,8	6,3	3,4	8,0	1,4	21,4	
Parainfluenza	10,3	9,5	20,7	10,4	14,3	14,3	
Metapneumovirus	6,6	11,1	-	4,8	5,7	-	
A(H1N1)pdm09	6,6	3,2	3,4	1,6	2,9	-	
SARS-CoV2	1,4	3,2	-	1,6	2,9	-	
A(H3N2)	11,0	11,1	17,2	9,6	8,6	7,1	
Bocavirus	-	-	-	-	-	-	
Coronavirus	2,9	4,8	3,4	7,2	2,9	21,4	

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*

Con relación a las neumonías y meningitis de origen bacteriano (distribución de serotipos y susceptibilidad a los antibióticos de *Streptococcus pneumoniae*) consulte el Sistema de Redes de Vigilancia de los Agentes Responsables de Neumonías y Meningitis Bacterianas (consulte SIREVA).

COVID-19

Metodología

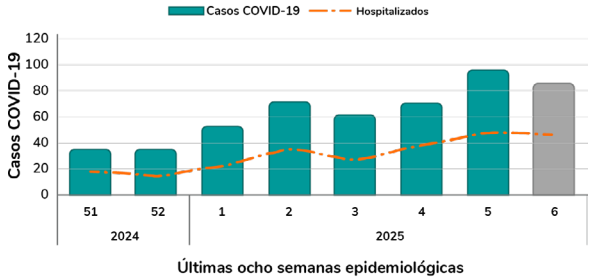
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 06 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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)).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2 independiente de los criterios clínicos o epidemiológicos, requiera o no hospitalización.

En Colombia, con corte al 08 de febrero de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 439 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas (SE 03 a 06 de 2025), se ha observado un aumento significativo del 61,54 %, con 315 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 02 de 2025), en el cual se reportaron 195 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado un incremento del 42,41 %, pasando de 91 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 158 casos en el periodo analizado (figura 10).

Figura 10. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 06 de 2025



Entre el 02 de febrero y el 08 de febrero de 2025 se confirmaron 113 casos en el territorio nacional; de estos el 76,11 % (86 casos) corresponde a la semana

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

epidemiológica 06. El 76,11 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Cali, Antioquía, Cauca y Barranquilla (tabla 15).

Tabla 15. Casos nuevos de COVID-19, semana epidemiológica 06 de 2025

Entidad Territorial	SE 04	SE 05	SE 06	Total
Bogotá, D.C.	0	7	29	36
Cali	1	3	16	20
Antioquia	0	2	15	17
Cauca	0	2	5	7
Barranquilla	0	2	4	6
Cundinamarca	0	1	4	5
Valle del Cauca	0	2	2	4
Boyacá	0	2	1	3
Santander	0	1	2	3
Nariño	0	3	0	3
Atlántico	0	0	2	2
Sucre	0	0	1	1
Guajira	1	0	0	1
Santa Marta	0	0	1	1
Magdalena	0	0	1	1
Caquetá	0	0	1	1
Cordoba	0	0	1	1
Meta	0	0	1	1
Total general	**2**	**25**	**86**	**113**

En el periodo epidemiológico actual, se registró una incidencia de 0,59 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 30 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 110 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá D.C., Boyacá, Cali, Cauca, Cundinamarca, Nariño, Sucre, Valle del Cauca, y a nivel municipal en Sotaquirá, Santacruz (Nariño), Valle de Guamuez (Putumayo) y Andalucía (Valle del Cauca).

Durante el 2025 se reportaron cuatro (4) fallecimientos relacionados con la COVID-19: uno en Medellín (Antioquia), otro en Cúcuta (Norte de Santander) y los dos restantes en Bogotá y Riohacha (La Guajira). Todos los fallecimientos ocurrieron en personas mayores de 60 años

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace http://url.ins.gov.co/uu7la, donde podrá ampliar los 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 06 de 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 evento[1]:

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.

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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

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 %.

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 06 de 2025 se notificaron 4 948 casos de dengue: 3 422 casos de esta semana y 1 526 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 27 954 casos, 17 290 (61,9 %) sin signos de alarma, 10 394 (37,2 %) con signos de alarma y 270 (1,0 %) de dengue grave.

El 70,1 % (16 696) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de Indias, Antioquia, Tolima, Córdoba, Santander, Barranquilla, Valle del Cauca, Cundinamarca, Norte de Santander, Meta, Atlántico y Huila (tabla 16).

Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2025

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 50 de 2024 a 01 de 2025)	Observado (SE 02 a 05 de 2025)
Cartagena de Indias	2 824	24,0	1,1	2 059	2 043
Antioquia	1 948	37,9	0,9	1 342	1 441
Tolima	1 882	33,4	1,1	1 197	1 307
Córdoba	1 587	46,2	0,4	962	1 137
Santander	1 577	33,4	0,8	1 163	1 128
Barranquilla	1 576	38,8	1,3	1 153	1 127
Valle del Cauca	1 566	25,1	0,3	1 013	1 110
Cundinamarca	1 513	37,1	0,7	925	1 128
Norte de Santander	1 354	37,5	1,1	850	977
Meta	1 332	37,5	0,8	743	945
Atlántico	1 330	48,0	1,6	781	963
Huila	1 102	32,8	1,4	526	754
Cali	1 009	37,9	0,6	744	729
Putumayo	1 000	24,1	0,7	434	764
Sucre	899	57,1	1,0	717	639
La Guajira	809	66,1	1,9	472	591
Bolívar	787	41,2	1,1	519	571
Caquetá	541	41,6	1,3	251	381
Cesar	483	54,0	2,1	298	327
Risaralda	383	35,0	0,5	357	275
Quindío	371	25,3	0,0	384	249
Arauca	367	43,1	1,9	215	264
Cauca	328	31,1	1,2	209	228
Boyacá	169	40,2	0,0	120	114
Nariño	159	41,5	1,9	127	103
Guaviare	147	16,3	0,0	130	97
Magdalena	136	61,0	0,7	74	95
Chocó	135	23,7	0,0	66	104
Casanare	117	38,5	0,9	71	78
Caldas	114	44,7	0,0	89	79
Vichada	108	38,0	0,0	70	79
Santa Marta	104	56,7	1,0	78	71
Amazonas	52	30,8	0,0	39	34
Exterior	50	48,0	4,0	26	35
Archipiélago de San Andrés	39	33,3	0,0	49	29
Buenaventura	30	43,3	0,0	21	25
Guainía	19	31,6	5,3	11	12
Vaupés	7	57,1	14,3	4	5
Colombia	**27 954**	**37,2**	**1,0**	**18 289**	**20 038**

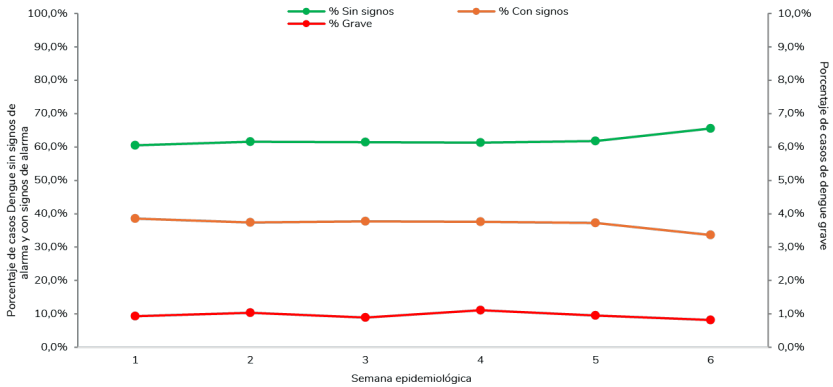
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 02 a 05 de 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 50 de 2024 a 01 de 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Caquetá, Chocó, Huila, Putumayo y exterior; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Quindío y Archipiélago de San Andrés y Providencia; 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 38,0 % a nivel nacional (figura 11); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 02 a 05 de 2025) fueron: Cesar, La Guajira, Magdalena, Santa Marta, Sucre y Vaupés.

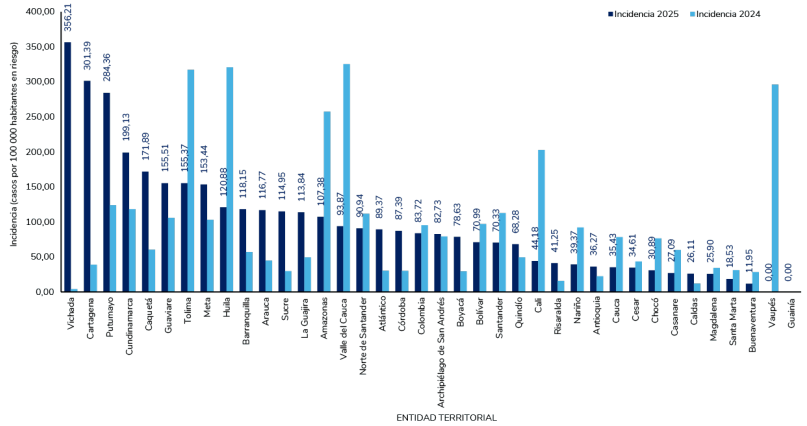
Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 06 de 2025



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

A semana epidemiológica 06 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 83,72 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 95,2 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, Cartagena de Indias, Putumayo, Cundinamarca, Caquetá, Guaviare, Tolima y Meta presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 06 de 2025, registrando tasas superiores a 150 casos por 100 000 habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 158,5 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2024 y 2025



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

En la semana epidemiológica 06 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento del 9,5 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 02 a 05 de 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 50 de 2024 a 01 de 2025) (figura 13).

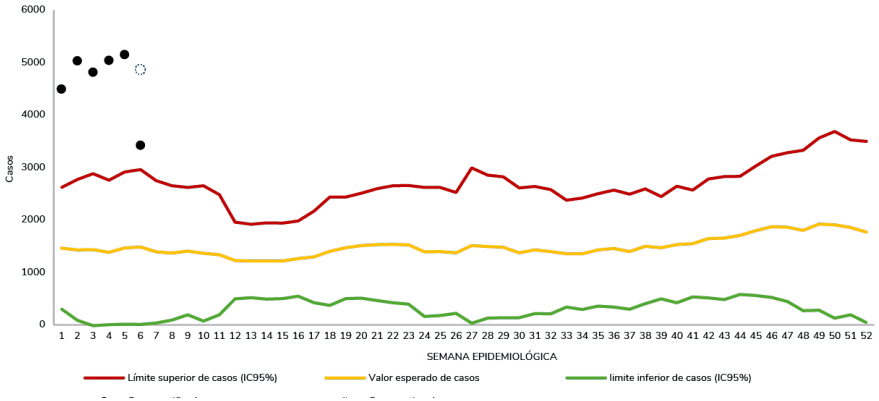
De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue, en general según canal endémico se observa que, el 2,7 % se encuentra dentro de lo esperado, el 24,3 % (9) se encuentran en situación de alerta y el 73,0 % (27) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena de Indias, La Guajira, Putumayo y Tolima se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de febrero (tabla 17). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas por parte

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.

del Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 *"Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia"*.

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 06 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 33,8 % (279) se encuentran 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 75,4 % (43/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Figura 13. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 06 de 2025



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

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 06 de 2025

Situación epidemiológica a SE 06, 2025	Período de transmisión según comportamiento histórico para el mes de febrero		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena de Indias, La Guajira, Putumayo, Tolima	Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santander y Sucre	Bolívar, Boyacá, Chocó, Guainía, Nariño, Vichada
Alerta	Valle del Cauca	Amazonas, Buenaventura, Cali, Huila, Magdalena, Santa Marta D.E., Vaupés	Cesar
Dentro de lo esperado	-	-	Casanare

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

Tabla 18. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 habitantes	Casos acumulados	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	15,7	410	54	304
	Apartadó	66,0	87	30,2	62
	Bello	7,2	40	4	27
	Envigado	24,8	60	3,6	35
	Itagüí	9,1	25	2,6	15
	Turbo	39,5	53	12,6	39
Atlántico	Barranquilla	120,1	1 576	385,4	1 127
	Malambo	79,3	114	20,8	84
	Soledad	129,6	887	152	645
Bolívar	Cartagena	267,7	2 824	246,6	2043
	Magangué	71,0	102	9	78
	Turbaco	96,3	112	28	76
Caldas	Manizales	2,2	10	0,8	6
Caquetá	Florencia	152,8	270	56,4	185
Cauca	Popayán	11,1	30	1,4	20
	Santander de Quilichao	50,5	58	9,8	43
Cesar	Aguachica	83,0	102	32	75
Córdoba	Montería	141,1	724	124,8	510
	Cereté	40,0	44	4,8	29
	Lorica	23,9	28	6,4	20
	Sahagún	78,7	88	13,4	64
Cundinamarca	Fusagasugá	166,9	276	6,4	212
	Girardot	356,7	420	51	312
Chocó	Quibdó	21,1	28	10,6	24
Huila	Neiva	122,6	454	126,6	280
	Pitalito	126,2	165	30,2	120
La Guajira	Maicao	134,8	259	29	183
Meta	Villavicencio	107,9	550	176,2	385
Nariño	San Andrés de Tumaco	37,3	96	22,6	60
Norte de Santander	Cúcuta	101,6	776	186,8	563
	Ocaña	93,6	111	9,2	78
	Villa del Rosario	160,8	177	33,2	117
Quindío	Armenia	51,5	161	8	109
Risaralda	Pereira	39,8	193	8,6	145
	Dosquebradas	52,8	115	2,4	85
Santander	Bucaramanga	73,7	456	55,4	335
	Barrancabermeja	52,6	113	28,6	73
	Floridablanca	90,2	283	27,8	197
	Girón	83,9	147	30,6	107
	Piedecuesta	49,9	93	23,8	69
Sucre	Sincelejo	93,3	281	104,8	200
Tolima	Ibagué	147,8	804	176,4	547
Valle del Cauca	Jamundí	205,6	348	12,6	268

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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

A semana epidemiológica 06 de 2025 se han notificado 68 muertes probables por dengue, de las que se han confirmado tres casos, se descartó un caso y se encuentran en estudio 64 casos; de las muertes en estudio un caso procede del exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,01 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 33 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,10 %) (tabla 19).

Tabla 19.Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 06, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 06, 2025	Letalidad por dengue a SE 06, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	1	2	0,26	0,00
Barranquilla	1	3	0,06	0,00
Antioquia	1	2	0,05	0,23
Cartagena de Indias	0	6	0,00	0,00
Bolívar	0	5	0,00	0,28
Córdoba	0	5	0,00	0,00
Santander	0	5	0,00	0,20
Tolima	0	5	0,00	0,13
Cauca	0	3	0,00	0,12
La Guajira	0	3	0,00	0,00
Huila	0	3	0,00	0,09
Valle del Cauca	0	3	0,00	0,03
Arauca	0	2	0,00	0,00
Atlántico	0	2	0,00	0,00
Cali	0	2	0,00	0,02
Cesar	0	2	0,00	0,17
Cundinamarca	0	2	0,00	0,00
Meta	0	2	0,00	0,12
Sucre	0	2	0,00	0,00
Exterior	0	2	0,00	0,00
Caquetá	0	1	0,00	0,00
Nariño	0	1	0,00	0,00
Norte de Santander	0	1	0,00	0,14
Colombia	**3**	**62**	**0,01**	**0,10**

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %.
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultar 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 06 de 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 con 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 no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril (> 37,5° 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 endemicidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

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

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

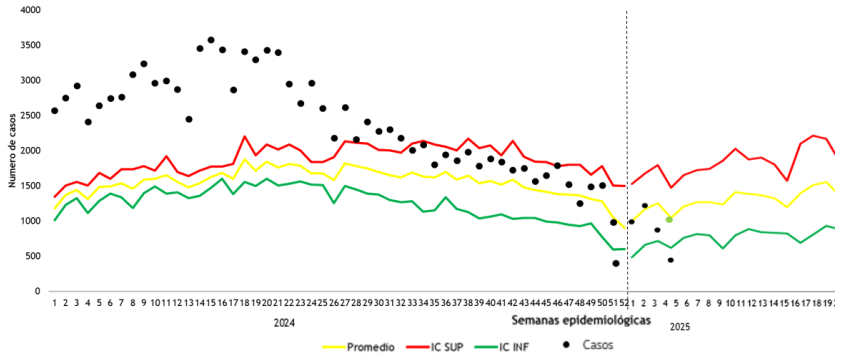
[1] Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 14. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 06 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

**El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 06, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.*

En la semana epidemiológica 06 de 2025 se notificaron 2 053 casos de malaria, para un acumulado de 8 823 casos, de los cuales 8 651 son de malaria no complicada y 172 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,5 % (5 866), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,5 % (2 869) e infección mixta con 1,0 % (88). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,4 %), Antioquia (13,8 %), Nariño (13,0 %), Córdoba (10,3 %), Vaupés (8,2 %), Risaralda (4,1 %), Cauca (4,0 %), Bolívar (2,6 %), Guainía (2,5 %), Buenaventura (2,2 %), Amazonas (2,2 %), Vichada (1,8 %) y Arauca (1,3 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 76,0 % 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 06 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado 2025	Casos SE 51 de 2024 a 02 de 2025	Casos 2025 SE 03 A 06	Tasa por 1 000 habitantes
Vaupés	Mitú	645	492	392	26,55
Córdoba	Tierralta	523	384	292	5,24
Chocó	Quibdó	484	369	279	3,35
Risaralda	Pueblo Rico	329	216	202	19,60
Nariño	Roberto Payán	268	200	143	20,11
Antioquia	El Bagre	268	176	153	4,76
Chocó	Bajo Baudó	211	119	118	6,22
Guainía	Inírida	209	141	138	5,51
Nariño	Magüí	199	110	113	0,75
Nariño	Barbacoas	196	120	125	3,34
Nariño	Tumaco	194	138	110	3,31
Chocó	Tadó	192	116	118	9,53
Buenaventura	Buenaventura	190	108	119	0,59
Chocó	Lloró	182	113	106	17,15
Córdoba	Puerto Libertador	168	111	114	3,70
Chocó	Carmen del Darién	158	102	95	7,13
Cauca	Timbiquí	156	94	100	5,55
Chocó	Alto Baudó	154	92	94	4,93
Antioquia	Nechí	146	76	85	5,23
Bolívar	Montecristo	137	72	91	7,46
Chocó	Medio San Juan	134	84	60	11,39
Chocó	Bagadó	134	124	80	11,31
Vichada	Cumaribo	128	100	82	1,47
Cauca	Guapi	121	66	78	4,10
Amazonas	Tarapacá (CD)	111	69	74	25,37
Boyacá	Cubará	107	57	82	12,56
Antioquia	Mutatá	107	60	75	7,12
Arauca	Saravena	101	38	72	6,23
Nariño	El Charco	100	47	67	4,30
Chocó	El Cantón del San Pablo	98	65	56	14,19
Chocó	Río Quito	98	56	69	10,70
Chocó	Istmina	95	77	51	2,81
Antioquia	Vigía del Fuerte	90	33	66	9,23
Chocó	Medio Atrato	79	54	51	6,13
Nariño	Olaya Herrera	65	40	42	2,46

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 76,0 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 16 municipios aportan el 55,6 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Quibdó, El Bagre, Cumaribo, Cumaribo y Bagadó e incremento en los municipios de Cubará, Montecristo, Mutatá, Saravena, Tarapacá y Tadó (tabla 21). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,5 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Roberto Payán, Magüí, Tumaco y Lloró e incremento en los municipios de Barbacoas, Timbiquí, Guapi, Buenaventura, El Charco, Vigía del Fuerte, Medio Atrato y López Micay 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 06 de 2025

Entidad territorial	Municipio	SE 03 a 06 2025	Casos SE 51 de 2024 a 02 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	377	466	-19%	10,5%
Córdoba	Tierralta	262	342	-23%	7,3%
Risaralda	Pueblo Rico	179	187	-4%	5,0%
Chocó	Quibdó	162	191	-15%	4,5%
Guainía	Inírida	137	140	-2%	3,8%
Antioquia	El Bagre	124	140	-11%	3,5%
Córdoba	Puerto Libertador	106	103	3%	3,0%
Chocó	Carmen del Darién	86	90	-4%	2,4%
Boyacá	Cubará	82	57	44%	2,3%
Bolívar	Montecristo	76	64	19%	2,1%
Antioquia	Mutatá	75	57	32%	2,1%
Arauca	Saravena	72	38	89%	2,0%
Amazonas	Tarapacá (CD)	71	67	6%	2,0%
Vichada	Cumaribo	62	79	-22%	1,7%
Chocó	Bagadó	60	70	-14%	1,7%
Chocó	Tadó	59	56	5%	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 06 de 2025

Entidad territorial	Municipio	SE 03 a 06 2025	Casos 2024 SE 51 A 52 y SE 01 y 02 2025	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	112	174	-36%	6,6%
Nariño	Roberto Payán	110	165	-33%	6,4%
Nariño	Barbacoas	108	88	23%	6,3%
Cauca	Timbiquí	99	89	11%	5,8%
Nariño	Magüí	79	93	-15%	4,6%
Cauca	Guapi	76	58	31%	4,4%
Buenaventura	Buenaventura	70	59	19%	4,1%
Chocó	Bajo Baudó	63	62	2%	3,7%
Nariño	El Charco	59	37	59%	3,5%
Chocó	Tadó	58	60	-3%	3,4%
Nariño	Tumaco	56	74	-24%	3,3%
Antioquia	Vigía del Fuerte	41	16	156%	2,4%
Chocó	Medio Atrato	41	37	11%	2,4%
Chocó	Lloró	40	57	-30%	2,3%
Cauca	López Micay	39	29	34%	2,3%

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

Entidades territoriales Situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 06 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; diez departamentos y 27 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 23) y cuatro departamentos y quince municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 24).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 06 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 06 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 06 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 03 a 06	Observado SE 03 a 06 de 2025
Vaupés	Mitú	4	520	110	488
Nariño	Roberto Payán	5	241	112	194
Risaralda	Pueblo Rico	5	219	209	263
Nariño	Magüí	5	168	60	136
Buenaventura	Buenaventura	5	133	98	135
Cauca	Timbiquí	5	117	61	116
Bolívar	Montecristo	5	115	50	98
Antioquia	Nechí	5	114	26	110
Chocó	Carmen del Darién	5	113	64	107
Boyacá	Cubará	4	92	0	88
Antioquia	Mutatá	5	79	31	80
Arauca	Saravena	4	73	1	79
Antioquia	Chigorodó	5	57	44	55
Cauca	López Micay	4	42	8	54
Antioquia	San Pedro de Urabá	4	40	24	35
Caquetá	Florencia	4	40	1	29
Bolívar	Norosí	5	37	13	34
Antioquia	Tarazá	4	36	15	30
Córdoba	Montería	4	29	14	28
Amazonas	Puerto Nariño	5	28	6	21
Chocó	Unión Panamericana	5	25	17	23
Amazonas	Leticia	4	19	3	18
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	19	1	36
Valle del Cauca	Pradera	4	10	0	8
Chocó	Unguía	4	9	2	12
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	6	1	6
Putumayo	Mocoa	4	6	1	6

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

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las a semanas epidemiológicas 01 a 06 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 06 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 06 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 03 a 06	Observado SE 03 a 06 de 2025
Nariño	Barbacoas	5	148	99	117
Amazonas	Tarapacá	5	100	54	76
Chocó	Medio Atrato	5	67	42	66
Chocó	Nuquí	5	39	32	33
Antioquia	Segovia	5	38	38	39
Antioquia	Cáceres	4	33	31	32
Antioquia	Caucasia	4	25	12	18
Vichada	Puerto Carreño	4	25	12	24
Córdoba	Tuchín	4	20	4	17
Chocó	Belén de Bajirá	5	18	10	17
Antioquia	Remedios	4	11	5	8
Sucre	San Onofre	4	7	0	6
Valle del Cauca	Cali	4	5	2	7
Meta	Villavicencio	4	4	2	5
Guainía	San Felipe	4	2	2	2

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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

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 2024. 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 60 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 60, se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

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

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

A semana epidemiológica 06 de 2025, se han notificado 2 415 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 2 388 corresponden a residentes en Colombia y 27 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (07 de 2024 a 06 de 2025) es de 0,66 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 174 municipios a nivel nacional (15,5%) y de disminución en tres municipios (0,6%) (tabla 25).

El 78,8 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 21,2 % como desnutrición aguda severa; el 8,0 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (29,3 %) y de 1 año (29,7 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 63,6 %.

Para la semana epidemiológica 06 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Cali, Caquetá, Cartagena de Indias, Casanare, Córdoba, Guaviare, Huila, Magdalena, Putumayo, Quindío, Santa Marta, Sucre, Vaupés y Vichada. 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, se observaron diferencias significativas en la notificación de 8 municipios (tabla 26).

Para más información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de 5 años disponible en: **http://url.ins.gov.co/489r9**

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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. 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, a semana epidemiológica 06, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 6 de 2024	Casos a SE 6 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	2 714	2 388	0,66	15,5	0,6
La Guajira	296	232	2,53	26,7	0,0
Vichada	34	17	2,16	25,0	25,0
Chocó	143	133	1,84	32,3	0,0
Arauca	44	30	1,26	0,0	0,0
Guaviare	12	12	1,04	0,0	0,0
Magdalena	49	55	0,87	24,1	0,0
Vaupés	8	3	0,82	16,7	16,7
Risaralda	57	61	0,79	28,6	0,0
Casanare	24	18	0,78	5,3	0,0
Cesar	98	94	0,75	16,0	4,0
Nariño	96	73	0,75	12,5	1,6
Amazonas	8	6	0,73	9,1	0,0
Guainía	9	5	0,72	0,0	0,0
Antioquia	281	338	0,67	26,4	0,0
Bolívar	54	59	0,66	20,0	0,0
Buenaventura	24	18	0,65	100,0	0,0
Bogotá, D.C.	401	311	0,65	0,0	0,0
Putumayo	20	32	0,64	7,7	0,0
Cartagena de Indias	43	71	0,62	100,0	0,0
Meta	64	42	0,62	10,3	0,0
Cundinamarca	151	131	0,59	8,6	0,0
Boyacá	71	54	0,59	8,1	0,0
Tolima	81	42	0,59	17,0	0,0
Huila	69	58	0,57	13,5	0,0
Norte de Santander	71	77	0,54	17,5	0,0
Caquetá	30	10	0,48	12,5	6,3
Valle del Cauca	65	69	0,45	25,0	0,0
Santander	75	65	0,43	11,5	0,0
Sucre	26	40	0,43	19,2	0,0
Cali	54	74	0,43	100,0	0,0
Caldas	34	14	0,42	7,4	0,0
Córdoba	96	54	0,40	10,0	3,3
Atlántico	48	21	0,39	13,6	0,0
Santa Marta	13	13	0,35	100,0	0,0
Cauca	34	36	0,30	16,7	0,0
Barranquilla	17	14	0,29	0,0	100,0
Quindío	12	6	0,27	8,3	0,0
San Andrés	2	0	0,20	0,0	0,0

*SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 07 de 2024 a SE 06 de 2025*
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 y 2025 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2024.

Tabla 26. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	71	126
Chocó	Quibdó	7	24
Valle del Cauca	Palmira	8	15
Bolívar	Magangué	7	14
Antioquia	Turbo	5	12
Valle del Cauca	Jamundí	4	12
Antioquia	Rionegro	3	9
Caquetá	Florencia	10	3

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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del Tolima, febrero 12 de 2025

Situación con ocurrencia en el área rural de las veredas colindantes en la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, que abarca partes de los municipios de Cunday, Prado, Villarrica y Purificación, en el Tolima. Este brote comenzó en octubre de 2024 y se han confirmado 29 casos de fiebre amarilla (28 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico); el último caso reportado con inicio de síntomas del 6 de febrero de 2025. De los 29 casos, 24 son hombres, con edades entre 13 y 67 años, y cinco (5) son mujeres, con edades entre 11 y 89 años. Los casos se concentran en veredas de áreas rurales dispersas, por lo que se considera un foco de origen selvático, donde no se han confirmado casos procedentes de zona urbana. Se han registrado 12 fallecidos. A partir de una nueva valoración del riesgo, realizada el 07 de febrero DE 2025, se recomendó la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública, por lo que se estableció una Sala de Análisis del Riesgo permanente y se continúa desplegando equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS. Situación en seguimiento.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Tolima, Sistema de Alerta Temprana – INS

Actualización de focos confirmados de carbunco (Ántrax) en Caprinos, Manaure (La Guajira), febrero 12 de 2025

Al 12 febrero de 2025 el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) ha confirmado casos de carbunco en caprinos (chivos) en las localidades de Antación, Ipasharain y Kouselao del municipio de Manaure. Dos (2) a través de laboratorio y uno por nexo epidemiológico. Hasta la fecha, se han recibido 52 notificaciones de posibles casos en caprinos, de las cuales 29 han sido atendidas con toma de muestras, 23 han sido descartadas. El ICA realizó vacunación de aproximadamente 12 000 animales entre caprinos, ovinos, bovinos y porcinos; además, se realiza revacunación en zonas de primer foco, y control en la movilización de animales en el mercado de Manaure y zonas de comercio como Cuatro Vías, Mayapo y El Pájaro, Maicao y Uribia. La Secretaría de Salud ha realizado actividades de búsqueda activa comunitaria y búsqueda activa institucional y hasta el momento no se han identificado casos de esta enfermedad en humanos. Se prevé un seguimiento el 13 de febrero con la

participación de la Secretaría de Asuntos Indígenas y un Consejo Nacional de Zoonosis en la región. Situación en seguimiento por referente de evento.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de La Guajira, Sistema de Alerta Temprana – INS

Cierre de focos de influenza altamente patógena subtipo H5N1 en aves en Colombia, 12 de febrero de 2025

Entre el 01 de enero y el 12 de febrero de 2025 el ICA no ha reportado focos de influenza altamente patógena en animales, sin embargo, en 2024 se notificaron ocho (8) focos ubicados en Chocó (2) y Magdalena (6), con fecha de reporte del último foco el 30 de diciembre de 2024. El ICA emitió las resoluciones N° 518 del 20 de enero y N° 906 del 06 de febrero para el levantamiento de la cuarentena en los focos de Acandí (Chocó) y Remolino (Magdalena), respectivamente. Se culminó el seguimiento a las personas (35) en contacto con aves y al talento humano que atendió la situación sin presentarse nuevos casos ni complicaciones asociadas. No se han reportado casos de influenza A(H5N1) en humanos en Colombia. Las acciones coordinadas bajo el enfoque de "Una Sola Salud" entre salud humana, animal y ambiente continúan en marcha para mitigar los riesgos y proteger la salud humana.

Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario (ICA). Sistema de Alerta Temprana (SAT) INS

Actualización brote de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en población de interés especial en Urrao y Betulia (Antioquia), febrero 12 del 2025

El brote comenzó el 10 de diciembre de 2024 y afecta a dos comunidades indígenas emberá en los municipios involucrados. A la fecha, se han tomado 197 muestras para el diagnóstico de tos ferina, confirmando 13 casos. De estos, el 53,8 % (7) son menores de 1 a 5 años, el 38,5 % (5) son niños de 6 a 12 años, y el 7,7 % (1) corresponde a un menor de 1 año. El último caso registrado fue el 01 de enero de 2025. Se han reportado cuatro (4) fallecimientos, lo que representa una letalidad del 30,8 %. Además, se han procesado 56 muestras para identificar virus respiratorios, de las cuales 31 resultaron positivas para adenovirus, virus sincitial respiratorio (VSR) e influenza A(H3), lo que indica que estos virus están circulando simultáneamente en la región. La movilización de los habitantes durante la cosecha cafetera en el Suroeste de Antioquia podría haber facilitado la propagación del brote. Para abordar la situación, se ha establecido un trabajo coordinado entre los municipios y el departamento, con el apoyo de equipos de respuesta inmediata (ERI) en las comunidades afectadas. Se han llevado a cabo actividades como toma de muestras, profilaxis antibiótica y la intensificación de la vigilancia en las unidades primarias de salud y en las comunidades indígenas afectadas. La situación sigue siendo monitoreada por los responsables del evento y se mantiene un seguimiento continuo.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Antioquia, Sistema de Alerta Temprana – INS

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 06 de 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: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización epidemiológica Oropouche en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 11 de febrero de 2025

Durante el 2024, se notificaron 16 239 casos confirmados de Oropouche, incluidas cuatro defunciones en la región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en: Barbados (2 casos), Bolivia (356 casos), Brasil (13 785 casos, incluidas cuatro defunciones), Canadá (2 casos importados), Colombia (74 casos), Cuba (626 casos), Ecuador (3 casos), los Estados Unidos de América (108 casos importados), Guyana (3 casos), las Islas Caimán (1 caso importado), Panamá (16 casos) y Perú (1 263 casos).

En el 2025, entre la semana epidemiológica 01 y la 04 se notificaron 3 765 casos confirmados de Oropouche en la región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en: Brasil (3 678 casos), Canadá (1 caso importado), Cuba (4 casos), Guyana (1 caso), Panamá (79 casos) y Perú (2 casos).

La OPS reitera las recomendaciones sobre diagnóstico y manejo clínico, diagnóstico por laboratorio, prevención y control vectorial de la enfermedad por el virus de Oropouche. El brote actual resalta la necesidad de fortalecer las

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

medidas de vigilancia epidemiológica y entomológica, así como de reforzar las medidas preventivas dirigidas a la población.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 11 de febrero de 2025. Fecha de consulta: 12 de febrero de 2025. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2025-02/2025-feb-11-actualizacion-epi-oropouche-esfinal.pdf

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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 DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 06 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 entdades con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris y valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 06

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			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**	**Acumulado 2025**	**Esperado**	**Observado**
Amazonas	10	1	1	71	25	47	0	0	0	16	22	7	0	0	0	1	0	1	202	122	132
Antioquia	100	12	19	2.439	1.292	1.616	17	2	14	739	113	570	87	50	49	10	5	7	1.214	716	760
Arauca	11	2	1	91	52	62	7	0	5	158	13	117	0	1	0	7	3	3	113	3	80
Atlántico	11	2	2	482	251	316	21	7	16	639	148	465	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Barranquilla	3	0	0	516	234	353	21	8	18	611	204	416	2	1	1	1	2	1	0	0	0
Bogotá	1	0	0	2.919	1.679	1.971	0	0	0	0	0	0	16	15	13	2	1	1	0	0	0
Bolívar	32	4	6	383	195	255	9	4	5	324	94	226	0	1	0	1	0	1	234	89	141
Boyacá	11	1	1	852	435	541	0	0	0	68	13	47	1	1	0	0	0	0	108	0	82
Buenaventura	5	0	0	18	11	9	0	0	0	13	8	10	0	0	0	0	0	0	196	0	125
Caldas	5	1	1	465	275	303	0	0	0	51	10	39	1	1	1	9	3	4	2	5	1
Cali	0	0	0	580	412	383	6	8	5	382	303	277	14	16	6	15	7	6	9	0	6
Caquetá	31	5	3	122	86	76	7	2	5	225	79	162	0	0	0	0	0	0	75	6	51
Cartagena	4	0	1	242	124	163	30	6	20	677	132	480	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Casanare	17	2	1	203	105	131	1	2	0	45	57	28	0	1	0	0	0	0	2	5	1
Cauca	13	5	1	649	421	429	4	1	3	102	23	79	7	3	3	2	1	2	348	192	220
Cesar	30	3	6	373	177	247	10	5	7	261	190	183	2	1	2	2	1	1	2	4	0
Chocó	33	5	6	27	11	19	0	0	0	32	10	24	0	0	0	0	0	0	2.475	2.088	1.489
Córdoba	28	4	7	600	348	396	6	3	4	733	104	536	2	1	1	0	0	0	901	893	530
Cundinamarca	12	1	4	1.762	969	1.146	10	2	10	562	100	424	1	3	1	3	1	2	0	0	0
Guainía	3	0	0	18	10	9	1	0	0	6	2	5	0	0	0	0	0	0	215	256	142
Guaviare	18	2	4	51	26	35	0	0	0	24	9	19	0	0	0	1	0	1	111	122	79
Huila	22	2	3	811	411	527	15	12	12	362	186	265	1	3	1	1	0	0	3	0	3
La Guajira	15	2	0	246	143	168	15	5	12	535	160	393	0	1	0	0	1	0	11	3	8
Magdalena	14	3	3	331	180	220	1	1	1	83	70	62	0	0	0	1	1	1	1	2	0
Meta	32	3	5	587	270	390	10	3	4	500	182	363	16	2	5	1	1	0	38	40	31
Nariño	10	2	0	859	482	562	3	0	3	66	13	41	0	1	0	1	1	1	1.158	927	697
Norte de Santander	48	7	12	757	367	488	15	4	9	508	175	365	1	11	1	0	0	0	62	62	220
Putumayo	28	3	5	231	112	147	7	1	6	241	54	189	0	0	0	1	0	1	13	5	7
Quindío	4	0	1	404	207	260	0	0	0	94	10	65	4	1	3	2	0	0	0	2	0
Risaralda	8	1	1	513	286	360	2	0	2	134	14	99	0	3	0	0	0	0	357	207	219
San Andrés	0	0	0	59	23	35	0	0	0	13	7	8	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Santa Marta D.E.	3	0	0	241	115	176	1	2	1	59	55	40	0	0	0	2	1	2	0	0	0
Santander	24	3	6	979	478	642	13	2	9	527	136	393	6	3	6	1	1	0	2	1	2
Sucre	11	2	1	358	188	226	9	5	8	513	153	355	1	1	1	0	0	0	16	5	10
Tolima	20	2	6	860	452	534	21	5	15	629	256	427	0	1	0	3	4	1	0	0	0
Valle del Cauca	9	1	3	1.116	567	766	5	5	4	393	243	286	4	3	2	12	5	5	21	0	13
Vaupés	7	1	2	23	10	15	1	0	1	4	3	3	0	0	0	0	0	0	721	101	450
Vichada	5	0	0	29	17	25	0	0	0	41	1	27	0	0	0	0	0	0	167	147	113
Total nacional	**638**	**78**	**112**	**21.267**	**11.446**	**14.048**	**268**	**95**	**199**	**10.370**	**3.352**	**7.495**	**166**	**124**	**96**	**79**	**35**	**41**	**8.779**	**6.003**	**5.614**

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 06

Decremento
Incremento

	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			Parálisis flácida aguda		
Tipo de casos incluidos para el análisis	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 salsa general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables		
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	0	1	0	425	482	264	6	7	1	0	0	0	502	352	346	3	3	3	0	0	0
Antioquia	32	30	38	108.367	75.427	73.323	5.095	2.620	3.487	756	896	1.002	51.432	35.931	37.008	69	104	69	1	2	0
Arauca	1	2	1	2.262	1.951	1.725	288	90	177	7	5	10	1.037	726	701	3	12	3	0	0	0
Atlántico	4	3	4	15.043	9.478	10.480	289	157	174	245	161	303	9.055	4.018	6.795	16	30	16	0	0	0
Barranquilla	1	4	2	24.140	14.881	16.414	1.318	327	912	329	203	376	12.300	6.559	8.540	13	36	13	1	0	0
Bogotá	22	21	35	162.747	113.203	113.389	7.125	4.577	4.733	877	1.258	1.142	109.115	63.485	81.232	81	100	81	0	2	0
Bolívar	1	2	2	13.861	10.011	10.257	248	189	177	63	115	72	3.945	2.712	2.808	21	27	21	0	0	0
Boyacá	6	3	8	13.464	9.680	9.281	701	366	493	67	71	84	7.387	4.470	5.164	10	19	10	0	0	0
Buenaventura	1	1	1	724	1.003	517	6	0	6	1	4	2	362	427	263	11	11	11	0	0	0
Caldas	3	1	3	12.228	7.527	8.840	465	268	313	195	143	236	3.600	2.860	2.591	12	14	12	0	0	0
Cali	6	10	7	33.681	23.021	21.839	692	625	394	77	74	89	12.848	14.213	9.432	24	39	24	0	1	0
Caquetá	3	3	4	3.070	3.282	2.155	196	119	127	7	7	8	1.964	1.958	1.371	4	11	4	0	0	0
Cartagena	2	3	3	22.624	15.669	15.664	1.727	311	1.198	253	202	313	8.344	4.332	5.945	21	32	21	1	0	0
Casanare	3	1	3	2.218	1.920	1.734	40	36	24	1	11	2	1.427	1.081	1.087	4	12	4	0	0	0
Cauca	5	5	5	14.902	9.471	11.219	429	208	302	43	69	59	6.747	4.770	3.888	19	31	19	1	0	0
Cesar	1	3	2	12.049	9.003	9.022	669	510	451	67	62	86	4.133	3.745	3.072	25	34	25	1	0	1
Chocó	3	2	3	6.106	1.686	4.516	203	126	147	1	8	1	1.634	1.057	1.151	12	25	12	0	0	0
Córdoba	4	4	6	23.535	12.272	17.074	977	395	694	164	213	220	9.581	4.579	6.321	24	48	24	0	1	0
Cundinamarca	13	9	16	37.155	24.284	26.146	1.471	752	1.018	164	317	213	20.007	12.116	14.450	40	46	40	2	1	0
Guainía	0	1	0	212	160	153	8	21	5	0	0	0	117	126	92	0	3	0	0	0	0
Guaviare	0	1	0	574	535	415	30	31	13	15	9	17	362	293	278	1	2	1	0	0	0
Huila	3	4	3	11.945	9.711	8.232	564	403	404	71	68	78	7.137	5.541	5.121	9	25	9	1	0	0
La Guajira	1	1	1	22.693	11.153	17.747	273	417	185	34	29	45	4.716	4.173	3.350	23	51	23	0	0	0
Magdalena	1	2	2	12.127	7.419	8.493	533	193	361	17	21	21	4.207	3.297	2.998	12	18	12	0	0	0
Meta	2	3	2	7.730	5.654	5.552	375	125	246	29	85	36	6.322	4.505	4.459	22	20	22	2	0	0
Nariño	3	4	3	19.130	12.665	13.953	960	440	712	24	39	32	7.611	6.281	5.207	22	28	22	0	0	0
Norte de Santander	10	8	11	20.042	13.175	14.146	804	747	546	76	123	101	8.812	5.875	5.842	13	30	13	0	1	0
Putumayo	0	2	0	3.565	2.305	2.678	117	110	81	3	10	7	1.570	1.205	1.117	4	8	4	0	0	0
Quindío	0	1	1	8.420	5.821	5.521	409	262	268	54	71	73	3.920	3.417	2.723	7	9	7	0	0	0
Risaralda	1	1	1	15.781	9.003	10.376	625	301	417	41	48	54	4.906	4.394	3.328	6	16	6	2	0	1
San Andrés	0	1	1	682	684	464	41	36	30	0	0	0	467	392	272	3	2	3	0	0	0
Santa Marta D.E.	2	1	2	7.250	2.454	5.058	359	121	249	103	160	141	3.202	1.321	2.382	3	11	3	1	0	0
Santander	10	3	12	25.472	12.147	16.427	1.807	854	1.211	256	370	330	12.413	8.141	8.947	14	31	14	0	1	0
Sucre	1	4	1	9.089	6.829	6.653	701	405	486	194	200	259	3.171	2.897	2.139	11	28	11	0	0	0
Tolima	4	2	4	17.833	10.718	12.144	1.092	389	687	53	81	71	9.112	6.488	6.609	12	21	12	0	0	0
Valle del Cauca	9	5	9	20.931	11.753	13.907	416	237	300	112	96	150	9.362	7.020	6.650	18	25	18	0	1	0
Vaupés	0	1	0	184	130	134	4	7	2	0	1	1	175	63	146	0	2	0	0	0	0
Vichada	0	1	0	261	269	179	0	3	0	0	1	0	120	116	74	4	4	4	0	0	0
Total nacional	**158**	**182**	**196**	**712.522**	**466.836**	**496.091**	**31.063**	**16.785**	**21.031**	**4.399**	**5.219**	**5.634**	**353.122**	**234.672**	**238.625**	**596**	**968**	**596**	**13**	**13**	**2**

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 06

Decremento
Incremento

	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado 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**
Amazonas	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	4	2	2	3	1
Antioquia	63	58	36	3	1	2	129	29	49	194	178	133	57	19	46
Arauca	3	1	2	0	0	0	0	1	0	23	6	19	0	0	0
Atlántico	3	4	3	0	0	0	0	0	0	43	41	26	6	1	5
Barranquilla	21	9	13	0	0	0	3	1	1	63	32	42	12	4	9
Bogotá	119	94	79	70	1	12	20	40	17	427	309	286	140	71	96
Bolívar	6	5	3	1	0	0	1	2	1	39	22	26	0	1	0
Boyacá	13	13	11	2	0	1	3	1	3	55	35	41	19	6	14
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	4	1	1	0
Caldas	6	8	4	0	0	0	4	1	2	62	29	51	5	4	2
Cali	17	17	12	0	0	0	0	3	0	85	90	59	58	26	44
Caquetá	1	3	1	0	0	0	1	2	1	13	11	10	1	0	1
Cartagena	3	6	3	0	0	0	0	1	0	43	31	29	1	0	1
Casanare	4	3	3	1	0	0	0	0	0	8	17	6	0	1	0
Cauca	8	7	5	0	0	0	0	2	0	29	17	22	30	10	22
Cesar	7	4	4	0	0	0	0	1	0	16	20	12	1	0	1
Chocó	2	0	2	0	0	0	3	2	2	2	2	1	1	0	1
Córdoba	11	10	7	0	0	0	1	0	0	61	55	39	4	1	3
Cundinamarca	45	27	31	26	0	4	13	9	8	1	0	1	23	9	16
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	189	144	122	0	0	0
Guaviare	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	5	4	0	0	0
Huila	16	14	12	1	0	0	17	3	11	45	42	30	3	3	0
La Guajira	3	3	1	0	0	0	0	3	0	20	20	13	1	0	1
Magdalena	1	2	1	0	0	0	1	0	1	19	12	11	1	1	1
Meta	6	7	4	1	0	0	4	1	1	56	26	36	6	3	5
Nariño	8	13	5	0	0	0	7	6	1	63	47	45	13	1	12
Norte de Santander	18	16	13	0	0	0	0	4	0	65	70	38	4	4	1
Putumayo	4	4	3	0	0	0	1	1	1	15	11	7	3	0	3
Quindío	2	3	2	0	0	0	0	1	0	23	23	13	6	6	2
Risaralda	5	6	4	0	0	0	1	1	0	59	33	44	3	2	1
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	17	6	10	2	0	2
Santander	11	5	8	0	0	0	1	7	0	50	61	33	10	4	6
Sucre	8	4	8	0	0	0	7	4	4	44	32	34	5	1	4
Tolima	2	4	2	1	0	0	1	3	1	55	53	33	3	6	0
Valle del Cauca	9	10	8	0	0	0	0	1	0	68	77	47	18	6	15
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0
Total nacional	**426**	**360**	**291**	**107**	**7**	**19**	**219**	**137**	**104**	**1.968**	**1.570**	**1.331**	**439**	**194**	**315**

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 06

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunña		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 confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		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	6	6	0	0	0	0	6	8	2	2
Antioquia	0	0	0	2	181	338	0	0	0	3	542	533	165	44
Arauca	0	0	0	0	35	30	0	0	1	0	18	25	5	0
Atlántico	0	0	0	0	37	21	0	0	0	0	92	88	0	0
Barranquilla	0	0	0	0	21	14	0	0	0	2	88	100	0	0
Bogotá	0	0	0	0	373	311	0	0	0	4	480	525	0	0
Bolívar	0	0	0	0	43	59	0	0	0	0	59	50	60	24
Boyacá	0	0	0	0	58	54	0	0	0	0	100	111	16	17
Buenaventura	0	0	0	0	12	18	0	0	0	0	11	10	1	0
Caldas	0	0	0	3	17	14	0	0	0	3	130	106	29	11
Cali	0	0	3	0	49	74	0	0	4	1	182	197	0	0
Caquetá	0	0	0	1	23	10	0	0	0	1	25	25	38	8
Cartagena	0	0	1	1	22	71	0	0	0	1	64	52	1	0
Casanare	0	0	1	0	31	18	0	0	0	1	27	31	1	0
Cauca	0	0	1	0	34	36	0	0	0	1	95	75	8	6
Cesar	0	0	0	0	75	94	0	0	0	0	67	62	10	14
Chocó	0	0	0	0	71	133	0	0	0	0	15	15	44	5
Córdoba	0	0	0	0	75	54	0	0	0	0	102	109	26	3
Cundinamarca	0	0	3	1	136	131	0	0	1	5	198	231	24	4
Guainía	0	0	0	0	8	5	0	0	0	0	4	2	1	0
Guaviare	0	0	0	0	17	12	0	0	1	0	7	8	66	7
Huila	0	0	0	1	53	58	0	0	0	5	89	60	2	1
La Guajira	0	0	0	0	202	232	0	0	0	0	27	27	5	0
Magdalena	0	0	0	0	59	55	0	0	0	0	37	42	1	0
Meta	0	0	1	2	46	42	0	0	0	1	77	58	38	3
Nariño	0	0	0	0	74	73	0	0	0	0	146	146	39	6
Norte de Santander	0	0	0	0	74	77	0	0	0	0	98	123	32	5
Putumayo	0	0	1	1	26	32	0	0	2	0	36	36	40	16
Quindío	0	0	0	0	11	6	0	0	0	0	58	53	0	0
Risaralda	0	0	2	0	44	61	0	0	0	0	121	110	12	18
San Andrés	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	3	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	8	13	0	0	0	0	27	31	2	0
Santander	1	1	1	0	53	65	0	0	1	0	148	149	90	31
Sucre	0	0	0	1	23	40	0	0	0	0	48	48	19	5
Tolima	0	0	3	0	44	42	0	0	0	1	124	119	35	11
Valle del Cauca	0	0	1	0	45	69	0	0	2	1	134	134	2	0
Vaupés	0	0	0	0	11	3	0	0	0	0	6	8	7	0
Vichada	0	0	0	0	31	17	0	0	0	0	2	5	7	0
Total nacional	1	1	18	13	2.129	2.388	0	0	12	30	3.494	3.515	827	241

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 06

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/Rubeola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, 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	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Antioquia	71	95	2	1	2	0	3	7	1	0	16	6
Arauca	1	5	0	0	1	0	0	3	1	0	1	0
Atlántico	7	18	1	0	0	0	0	2	0	0	3	2
Barranquilla	13	70	1	1	0	0	1	0	0	0	3	0
Bogotá	13	25	4	2	0	1	4	2	0	1	18	29
Bolívar	16	33	2	0	0	0	1	1	1	1	3	0
Boyacá	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Buenaventura	7	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Caldas	9	13	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1
Cali	15	16	2	1	0	0	0	0	0	0	5	7
Caquetá	17	90	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0
Cartagena	33	70	1	0	0	0	1	0	0	0	3	1
Casanare	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cauca	5	10	1	0	1	1	0	0	0	1	4	0
Cesar	11	4	1	2	0	0	1	1	2	2	3	3
Chocó	8	16	1	1	3	2	4	9	5	1	1	1
Córdoba	8	31	2	0	0	1	2	1	1	2	5	0
Cundinamarca	12	23	1	2	0	0	1	1	0	0	8	2
Guainía	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Guaviare	2	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	14	34	1	0	0	0	1	0	1	0	3	2
La Guajira	1	4	3	1	4	4	3	3	7	4	2	0
Magdalena	2	6	1	0	0	1	1	2	3	2	2	0
Meta	1	10	2	0	0	0	1	0	0	0	3	0
Nariño	4	9	1	1	0	0	2	2	0	0	4	1
Norte de Santander	8	15	2	0	0	0	0	0	0	1	4	4
Putumayo	2	6	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Quindío	9	27	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Risaralda	18	29	1	2	1	3	2	1	1	1	2	0
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	5	16	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santander	12	22	1	2	0	0	0	0	0	0	6	2
Sucre	6	5	1	0	0	0	1	2	0	0	2	1
Tolima	46	100	2	1	0	0	2	0	0	0	3	0
Valle del Cauca	21	25	1	0	1	0	1	2	1	1	5	3
Vaupés	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Total nacional	409	856	35	18	21	13	42	42	26	21	120	68

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 06

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 confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado 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 confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado 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	1	1	2	1	0	0	6	7	0	0	48	60
Antioquia	20	11	133	149	0	0	402	503	13	19	2.084	1.470
Arauca	5	7	21	28	0	0	19	19	0	0	112	134
Atlántico	5	1	38	40	0	0	40	51	2	2	229	233
Barranquilla	10	3	52	29	0	0	83	92	2	2	217	256
Bogotá	17	8	106	108	0	0	159	154	4	2	2.527	2.553
Bolívar	3	3	31	34	1	0	17	22	0	0	238	231
Boyacá	3	1	9	7	0	0	15	24	1	0	378	416
Buenaventura	2	2	15	9	0	0	19	19	0	0	35	39
Caldas	2	4	16	24	0	0	37	30	1	0	287	289
Cali	4	1	48	67	0	1	158	143	7	8	722	660
Caquetá	1	1	9	15	0	0	24	28	1	0	106	83
Cartagena	9	4	30	40	0	0	39	52	1	1	131	151
Casanare	4	2	16	17	0	0	17	18	0	2	67	89
Cauca	2	2	24	18	0	0	23	31	1	0	303	308
Cesar	5	3	39	41	0	0	43	49	0	0	213	204
Chocó	7	6	27	19	1	0	21	23	0	1	39	47
Córdoba	5	3	34	23	0	0	24	33	1	3	359	325
Cundinamarca	7	10	39	65	0	0	57	75	1	0	1.126	1.257
Guainía	1	1	2	2	0	0	1	3	0	0	20	5
Guaviare	1	0	3	2	0	0	7	6	0	0	34	36
Huila	2	0	19	11	0	0	39	52	1	1	653	683
La Guajira	10	1	35	42	0	0	59	74	2	0	115	130
Magdalena	3	4	26	34	0	0	13	21	1	0	129	161
Meta	4	3	25	33	0	0	79	88	2	4	218	225
Nariño	2	2	27	30	0	0	23	17	0	0	377	469
Norte de Santander	11	4	58	50	0	0	84	99	2	2	367	389
Putumayo	1	1	11	11	0	0	10	18	0	0	118	141
Quindío	2	0	11	21	0	0	24	27	0	1	256	218
Risaralda	3	3	21	21	0	0	83	80	3	0	370	351
San Andrés	1	1	1	3	0	0	0	1	0	0	15	25
Santa Marta D.E.	2	1	12	20	0	0	26	38	1	0	67	63
Santander	9	7	44	53	0	0	105	152	3	3	616	659
Sucre	2	3	24	17	0	0	13	8	0	0	190	196
Tolima	6	4	18	10	0	0	56	90	2	3	265	297
Valle del Cauca	3	4	31	41	0	0	80	83	1	1	630	648
Vaupés	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	19	22
Vichada	1	1	5	3	0	0	4	0	0	0	19	21
Total nacional	168	113	1.111	1.139	2	1	1.910	2.232	52	55	13.698	13.544

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Salud

Instituto Nacional de Salud

Semana epidemiológica 06

02 al 08 de febrero de 2025

TEMA CENTRAL

Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

Claudia Marcela Muñoz Lozada, cmunoz@ins.gov.co
Mónica Marcela Benavides Ruiz, mbenavides@ins.gov.co

Directora General INS
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos
Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dr. Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Una publicación del:
Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
Publicación en línea: ISSN 2357-6189
2025

Citación:
Instituto Nacional de Salud (Colombia). Boletín Epidemiológico Semanal (BES), semana epidemiológica 06 de 2025 [Internet]. p. 1-43. Disponible en: https://doi.org/10.33610/23576189.2025.06

Consulte el historial de publicaciones del BES

Conozca más en www.ins.gov.co

20 años BES 2005-2025

Situación nacional
Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad
Héctor Eduardo Pachón Melo, hpachon@ins.gov.co
Gerhard Misael Acero de la Parra, gacero@ins.gov.co
Natalí Paola Cortés Molano, ncortes@ins.gov.co
Ana María García Bedoya, agarciab@ins.gov.co

Eventos trazadores
Diana Marcela Forero Ombita, dforeroo@ins.gov.co
Andrea Jineth Rodríguez Reyes, arodriguezr@ins.gov.co
Jessica María Pedraza Calderón, jpedraza@ins.gov.co
María Camila Giraldo Vargas, mgiraldo@ins.gov.co
Ximena Castro Martínez, xcastro@ins.gov.co
Angélica María Rico Turca, arico@ins.gov.co

Brotes y alertas
Gestor sistema de alerta temprana, eri@insgov.co
Javier Alberto Madero Reales, jmadero@ins.gov.co
Claudia Marcela Montaño Fuertes, cmontano@ins.gov.co

Tablas de mando
Claudia Marcella Huguett Aragón, chuguett@ins.gov.co

Editor
Hernán Quijada Bonilla, hquijada@ins.gov.co

Correctora de estilo
María Fernanda Campos Maya, editorial.vigilancia@ins.gov.co

Diseño y diagramación
Wilbert Saul Daza, editorial.vigilancia@ins.gov.co