



imagen: <https://www.gettyimages.es/>



## Lesiones de causa externa ocasionadas por accidentes de consumo o por procedimientos estéticos

Los productos no seguros y los procedimientos estéticos son situaciones que pueden afectar la salud de las personas; por lo cual la vigilancia de lesiones de causa externa se posiciona como pilar fundamental para realizar seguimiento y generar evidencia epidemiológica para orientar las acciones de prevención y mitigación.

Semana epidemiológica

18

27 de abril al 03 de mayo 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.
 <b>Tema central</b> - Lesiones de causa externa - Comportamiento de las lesiones por artefactos explosivos	<b>3</b>
 <b>Situación nacional</b>	<b>11</b>
 <b>Mortalidad</b>	<b>13</b>
 <b>Eventos trazadores</b>	<b>20</b>
 <b>Brotes y alertas</b>	<b>39</b>
 <b>Tablas de mando por departamento</b>	<b>41</b>

## Comportamiento de la notificación de lesiones de causa externa ocasionadas por accidentes de consumo o por procedimientos estéticos, Colombia, 2018 a semana epidemiológica 16 de 2025

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las lesiones de causa externa como un problema de salud pública debido a la discapacidad que causan, la disminución en la calidad de vida y los años de vida potencialmente perdidos o con discapacidad y el impacto en la economía (1). El Instituto Nacional de Salud (INS) realiza la vigilancia en salud pública de casos sospechosos de lesiones ocasionadas por procedimientos estéticos y por accidentes de consumo, este último incluye de manera específica a los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina o sin Nicotina (SEAN/SSSN) como una alerta inmediata.

Las lesiones por accidentes de consumo son aquellas que afectan la salud ocasionadas por productos no seguros y existen organismos de seguimiento de protección de la salud y seguridad de los consumidores, a través de alertas, como es el RAPEX en la Comisión Europea (UE) y el SIAR en la Organización de Estados Americanos (OEA), creando la Red de Consumo Seguro y Salud (RCSS), donde se reportaron 4 137 y 870 alertas respectivamente en 2024 (2-5). Colombia hace parte de la RCSS y la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) es la fuente oficial de alertas y vigila los ejes de consumo: personal y en el hogar, vehículos, industria, gas natural vehicular y domiciliario.

Los procedimientos estéticos invasivos y no invasivos, han aumentado en la última década. La encuesta realizada por la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética, reporta a nivel global 34 995 494 procedimientos estéticos en 2023, agrupados entre procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Se realizaron con mayor proporción la liposucción como procedimiento quirúrgico y la aplicación de toxina botulínica como procedimiento no quirúrgico. Colombia reportó 447 268 procedimientos, ocupando el onceavo lugar a nivel mundial (6).

## TEMA CENTRAL

### Lesiones de causa externa, Colombia

Yenny Zulima Vásquez Alejo, [yvasquez@ins.gov.co](mailto:yvasquez@ins.gov.co)

### Comportamiento de las lesiones por artefactos explosivos: Pólvora pirotécnica, minas antipersonal y municiones sin explotar

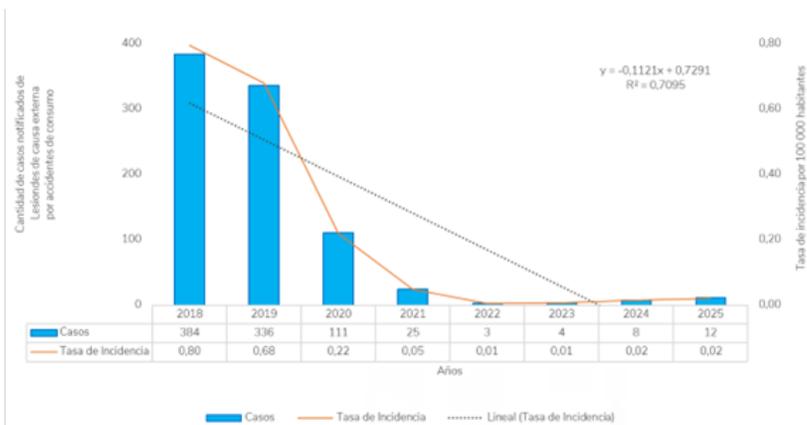
Ana María Uruña Serrano, [auruena@ins.gov.co](mailto:auruena@ins.gov.co)

## Resultados

### Accidentes de consumo

Con base en la información del Sivigila de los años 2018 a 2024, se observó una disminución nacional de la tasa de notificación de casos sospechosos, esto puede ser por la inclusión de una variable “nombre del elemento” que mejora la identificación de los casos sospechosos (figura 1). A semana epidemiológica 16 de 2025 se han notificado 12 casos sospechosos de lesiones ocasionadas por accidentes de consumo (productos no seguros)

Figura 1 Comportamiento de la notificación de casos de lesiones de causa externa ocasionados por accidentes de consumo, Colombia, a semana epidemiológica 16, años 2018 a 2025p.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, años 2018 a 2024 y 2025. P: preliminar

DANE, Proyecciones y retroproyecciones de población departamental para el periodo 2018-2050 con base en el CNPV 2018

Las entidades territoriales con mayor tasa de incidencia a semana epidemiológica 16 de 2025 fueron, por departamentos: Putumayo, Risaralda y el distrito de Bogotá, aquellos por municipios, con menos de 20 000 habitantes: Quetame (Cundinamarca) con 16,6 por 100 000 habitantes y Sibundoy (Putumayo con 6,0 por 100 000 habitantes; entre 20 000 y 100 000 habitantes en Valle del Guamuez (Putumayo) con 2,7 por 100 000 habitantes y más de 100 000 habitantes, en Dos Quebradas (Risaralda) con 0,42 por 100 000 habitantes, el distrito de Bogotá con 0,09 por 100 000 habitantes y Medellín D.E. (Antioquia) con 0,04 por 100 000 habitantes.

Al realizar el análisis de comportamientos inusuales para la semana epidemiológica 16 de 2025, comparado con el promedio histórico esperado de los años 2022 a 2024, utilizando el método de Poisson, se observaron diferencias significativas de aumento en el distrito de Bogotá.

Durante 2025, la mayor tasa de incidencia se presentó en: hombres (0,031 por 100 000 habitantes), en el grupo de 19 a 26 años (0,030 por 100 000 habitantes), en los procedentes del área urbana (0,025 por 100 000 habitantes), en el régimen especial con el 0,134 por 100 000 habitantes y todos los casos pertenecieron a otros grupos poblacionales (tabla 1).

Tabla 1. Comportamiento de la tasa de incidencia de lesiones por accidente de consumo, por sexo, grupos de edad y área de ocurrencia, Colombia, a semana epidemiológica, de 2021 a 2025p.

Variable	Categoría	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	Razon de tasas
Sexo	Femenino	0,046	0,008	0,015	0,015	0,015		1.0
	Masculino	0,052	0,004	0,000	0,016	0,031		2.0
<b>Grupo de edad</b>								
Primera Infancia	0 a 5 años	0,127	0,021	-	0,000	0,022		
Infancia	6 a 11 años	0,063	-	-	0,042	0,021		0.5
Adolescencia	12 a 18 años	0,018	0,000	0,036	0,018	0,018		1.0
Juventud	19 a 26 años	0,073	0,029	-	-	0,030		
Adultez	27 a 59 años	0,041	0,000	0,009	0,017	0,026		1.5
Vejez	60 y más años	0,014	-	-	0,013	0,012		1,0
<b>Área de Procedencia</b>								
Área de Procedencia	Urbano	0,054	0,005	0,008	0,010	0,025		2,5
	Rural	0,033	0,008	0,008	0,032	0,016		0,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, años 2021 a 2024 y 2025. P: preliminar

DANE, Proyecciones y retroproyecciones de población departamental para el periodo 2018-2050 con base en el CNPV 2018

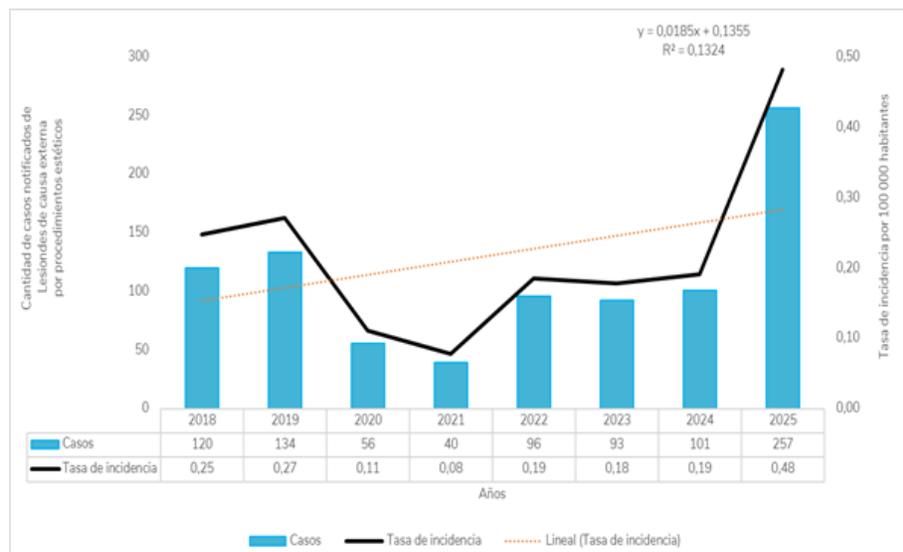
Durante 2025, los grupos de elementos más frecuentemente asociados con las lesiones fueron los productos químicos (58 %) y los SEAN (25 %). La lesión con mayor proporción fue las intoxicaciones (50 %) y los lugares anatómicos más afectados se ubicaron en la zona de la cabeza (63,6 %), torác y miembros superiores (18,2 %). A corte semana epidemiológica 16 de 2024, los grupos de elementos con mayor proporción fueron los SEAN (17 %) y la lesión más frecuente fue las quemaduras (75 %), afectado principalmente la zona de la cabeza y miembros superiores (90,9 %). Los casos notificados en 2025 de lesiones sospechosas ocasionadas por SEAN/SSSN, fueron dos en el distrito de

Bogotá y uno en Putumayo, y en 2024 hubo tres casos en el distrito de Bogotá, dos casos en Antioquia, Risaralda y Cesar con un caso respectivamente.

## Procedimientos estéticos

Se observó una disminución nacional de la tasa de notificación desde 2019 a 2021, posiblemente relacionado con la inclusión de una variable que mejora la identificación de los casos sospechosos, además de la poca realización de procedimientos estéticos debidos a las restricciones de la emergencia sanitaria mundial, posteriormente se presentó un aumento de la tasa de notificación entre 2022 a 2025, con valores superiores a 2019 (figura 2).

**Figura 2. Comportamiento de la tasa de notificación de casos de lesiones de causa externa ocasionados por procedimientos estéticos, Colombia, a semana epidemiológica 16, de 2018 a 2025p.**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, años 2018 a 2024 y 2025. P: preliminar

DANE, Proyecciones y retroproyecciones de población departamental para el periodo 2018-2050 con base en el CNPV 2018

Las entidades territoriales con mayor tasa de incidencia a semana epidemiológica 16 en 2025 fueron Santiago de Cali D.E., Bogotá D.C. y Antioquia; y en 2024 fue Antioquia, Santiago de Cali D.E. y Meta. Al realizar el análisis municipal en 2025, se observaron las tasas más altas en municipios con menos de 20 000

habitantes, destacándose La Victoria (Valle del Cauca) (8,2 por 100 000 Hab.), en los municipios entre 20 000 y 100 000 habitantes se encontró a Fredonia (Antioquia) (3,8 por 100 000 Hab.), Flandes (Tolima) (3,4 por 100 000 Hab.) y La Unión-Valle del Cauca (2,8 por 100 000 Hab.); y en los municipios de más de 100 000 habitantes, estuvieron en Medellín D.E. (Antioquia) (2,4 por 100 000 Hab.), Envigado (Antioquia) (1,91 por 100 000 Hab.) y Villavicencio (Meta) (1,94 por 100 000 Hab.)

En 2024, para la misma semana, los municipios entre 20 000 y 100 000 habitantes con las tasas más altas fueron La Unión (Nariño) (3,1 por 100 000 Hab.) y Granada (Meta) (2,7 por 100 000 Hab.). Mientras que en aquellos con más de 100 000 habitantes, las tasas más altas se encontraron en Envigado y Medellín en Antioquia con (1,94 por 100 000 Hab.) y 1,33 por 100 000 Hab., respectivamente, así como Manizales (Caldas) (1,08 por 100 000 Hab.). Al realizar el análisis de comportamientos inusuales de 2025, comparado con el promedio histórico esperado, hubo diferencias significativas de aumento en el municipio de Medellín D.E. en Antioquia, Villavicencio (Meta), Norte de Santander y el distrito de Bogotá, y de disminución en el municipio de Manizales (Caldas).

En 2025 la mayor tasa de incidencia se presentó en mujeres (0,89 por 100 000 hab.), por grupos de edad, en el de 35 a 50 años (0,91 por 100 000 hab.) y procedentes del área urbana (0,62 por 100 000 hab.), por afiliación a sistema de seguridad social, en los “no asegurados” (4,14 por 100 000 hab.); es de precisar que de los 41 casos no asegurados, 21 casos corresponden a personas con nacionalidad extranjera (51,2 %). La mayoría de los casos pertenecieron a otros grupos poblacionales (0,54 por 100 000 hab.), y se notificaron 8 casos en población afrodescendiente (0,16 por 100 000 hab.) (tabla 2).

De los casos 257 casos notificados en 2025 estuvieron hospitalizados un 62 %, de estos el 33 % estuvo en la unidad de cuidados intensivos (UCI), hubo un 3 % de personas fallecidas. Las lesiones más frecuentes fueron las infecciones y sepsis, con un 55 %; así mismo, por lugar anatómico, las zonas más afectadas fueron el tórax y abdomen con un 50,8 %; y por procedimiento la mayor tasa fue la liposucción con 127,6 por 10 000 procedimientos realizados.

Tabla 2 Comportamiento de la tasa de incidencia de lesiones por procedimientos estéticos, por sexo, grupos de edad y área de ocurrencia, Colombia, a semana epidemiológica 16, de 2021 a 2025p

Variable	Categoría	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	Razon de tasas
Sexo	Femenino	0,14	0,34	0,34	0,36	0,89		2,5
	Masculino	0,02	0,03	0,01	0,02	0,06		3,7
<b>Grupo de edad</b>								
Primera Infancia	0 a 5 años	-	-	-	-	-		
Infancia	6 a 11 años	0,02	-	-	-	-		
Adolescencia	12 a 18 años	-	-	0,02	-	0,04		
Juventud	19 a 26 años	0,09	0,22	0,24	0,25	0,40		1,6
Adultez	27 a 59 años	0,16	0,35	0,32	0,34	0,92		2,7
Vejez	60 y más años	-	0,04	0,04	0,08	0,16		2,1
<b>Área de Procedencia</b>								
	Urbano	0,10	0,24	0,23	0,24	0,62		2,6
	Rural	0,02	0,02	0,01	0,04	0,04		1,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, años 2021 a 2024 y 2025. P: preliminar  
DANE, Proyecciones y retroproyecciones de población departamental para el período 2018-2050 con base en el CNPV 2018

## Conclusiones

- Las lesiones por accidentes de consumo, se presentó mayor tasa de incidencia en hombres en el grupo de edad de 19 a 26 años, en los afiliados al régimen contributivo, lo cual puede afectar los años de vida saludable, la calidad de vida y limitarlos cuando tengan la edad productiva.
- Las entidades territoriales con mayor tasa incidencia de Lesiones de Causa Externa ocasionadas por accidentes de consumo fueron: Putumayo, Risaralda y Bogotá.
- El mayor número de lesiones por accidente de consumo están asociados con los productos químicos y los SEAN/SSSN, con lesiones de: intoxicaciones, quemaduras y dificultades respiratorias, afectando principalmente la parte superior del cuerpo.
- Las tres entidades con mayor tasa incidencia de Lesiones de Causa Externa ocasionadas por procedimientos estéticos fueron: Santiago de

Cali D.E., Bogota D.C. y Antioquia.

- Las lesiones por procedimientos estéticos, presentó mayor tasa de incidencia fue en mujeres; en el grupo de edad de 35 a 50 años; no afiliadas al SGSSS, lo cual puede afectar los años de vida saludable y limitar su vida productiva.
- El mayor número de lesiones por presentaron infecciones, hemorragias y embolias afectado principalmente la zona del torax y abdomen.
- En 2025 se aumentó la notificación por parte de las UPGD, siendo la gran mayoría por parte de identificación del distrito de Bogotá y/o aumento en su uso.

## Recomendaciones

- Fortalecer las capacidades en las entidades territorial sobre seguridad de los productos con énfasis en los SEAN, con el propósito de mejorar la detección de los casos, la prevención y mitigación por parte de las autoridades competentes en la protección de los consumidores al adquirir un producto, la detección de productos no seguros, la generación de alertas, y a la concientización de la implementación de la comprensión de las instrucciones de uso.
- Realizar seguimiento a la información notificada por parte de las entidades departamentales y distritales para identificar posibles conglomerados de acuerdo con lo definido en el protocolo de vigilancia del evento.
- Liderar por parte del Ministerio de Salud y de Protección Social, mesas de trabajo con el INVIMA y las asociaciones de cirugía plástica y estética, de medicina estética, de cosmetología y cosmología, que permitan articular la vigilancia y el control sanitario, el ejercicio de las ocupaciones y profesiones, estandarizar el uso de equipos, la realización de procedimientos, con énfasis en las liposucciones, que contribuya en minimizar los riesgos en la salud y costos sobrevenientes al sistema de salud.
- Por último, se deben generar los espacios de comunicación, educación en información masiva a comunidad sobre los riesgos a la salud por parte de

los productos inseguros y el fortalecimiento de la percepción del riesgo de los procedimientos estéticos.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INCMMLC). Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia [Internet]. Bogotá D.C.; 2024 dic [citado 19 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1124000/Forensis\\_2024.pdf](https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1124000/Forensis_2024.pdf)
2. Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea. Diario oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 2001/95/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 3 de diciembre de 2001 relativa a la seguridad general de los productos. [Internet]. [Consultado 28 abr 2025]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32001L0095&from=DE>
3. European Commission. Safety Gate\_ the EU rapid alert system for dangerous non-food products [Internet]. 2024 [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/safety-gate/#/screen/pages/reports>
4. Organización de los Estados Americanos OEA. AG/RES. 2830 (XLIV-O/14). Washington DC, EE. UU. Red Consumo Seguro y Salud. [Internet]. 2024. [Consultado: 08 mar 2024]. Disponible en: [https://www.oas.org/ext/Portals/34/ES/RCSS\\_AG2014\\_ESP.pdf](https://www.oas.org/ext/Portals/34/ES/RCSS_AG2014_ESP.pdf)
5. OEA Red de Consumo Seguro y Salud (RCSS). OEA RCSS SIAR [Internet]. 2025 [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://siar.sic.gov.co/siar/#/reporteDinamico>
6. International Society on Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures performed in 2023 [Internet]. UNites States; 2025 feb [citado 16 de febrero de 2025]. Disponible en: [www.isaps.org](http://www.isaps.org)

## Comportamiento de las lesiones por artefactos explosivos: Pólvora pirotécnica, minas antipersonal y municiones sin explotar, Colombia, a periodo epidemiológico 03 de 2025

Este Boletín Epidemiológico Semanal tiene como objetivo caracterizar la vigilancia en salud pública de las lesiones causadas por artefactos explosivos en Colombia, con corte al Periodo Epidemiológico III del año 2025 con datos preliminares. El análisis se enfoca en tres categorías principales de eventos: lesiones por pólvora pirotécnica, por minas antipersonal (MAP) y por municiones sin explotar (MUSE), a partir de los datos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), evento codificado como 452. Esta información, reportada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), permite describir el comportamiento de estos eventos según variables de persona, lugar y tiempo, tipo de artefacto implicado, tipo de lesión y actividad relacionada al momento de la ocurrencia. La sistematización y análisis de estos datos constituye una herramienta clave para orientar la toma de decisiones, priorizar acciones preventivas y fortalecer la gestión del riesgo en contextos con exposición a estos artefactos explosivos y su impacto en la salud pública.

### Situación Epidemiológica de Lesiones por Artefactos Explosivos en Colombia:

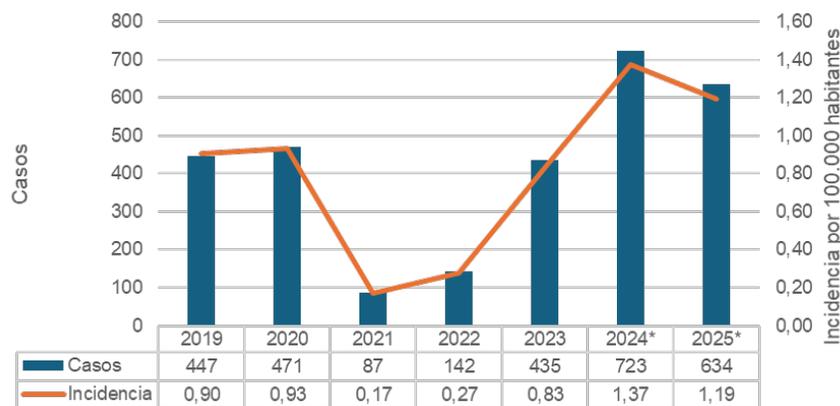
#### 1. Lesiones por pólvora Pirotécnica

Entre los años 2019 y 2025 a PE III, la tendencia de los casos notificados de lesiones por pólvora pirotécnica en Colombia ha sido oscilante. En los años 2019 (447 casos; incidencia de 0,90 por 100.000 habitantes) y 2020 (471 casos; incidencia de 0,93), se observó un comportamiento estable. Posteriormente, se registró un marcado descenso en 2021 (87 casos; incidencia de 0,17) y 2022 (142 casos; 0,27), alcanzando los valores más bajos del periodo analizado. A partir de 2023, los casos comenzaron a incrementarse nuevamente, con 435 casos (0,83) en ese año, alcanzando un pico en 2024 con 723 casos (1,37), y una leve reducción en 2025 con 634 casos y una incidencia de 1,19 por 100.000 habitantes.

Durante los primeros tres periodos epidemiológicos de 2025, Colombia ha registrado una disminución en los casos de lesiones por pólvora pirotécnica, marcando un descenso del 14 % respecto al mismo periodo del año anterior.

A pesar de estos avances, la carga sigue concentrándose en cabeceras municipales, que agrupan el 74 % de los eventos con una incidencia de 1,19 casos por cada 100.000 habitantes (figura 3)

Figura 3. Incidencia\* y casos notificados de lesiones por Pólvora Pirotécnica, Colombia, a periodo epidemiológico III de 2019-2025\*

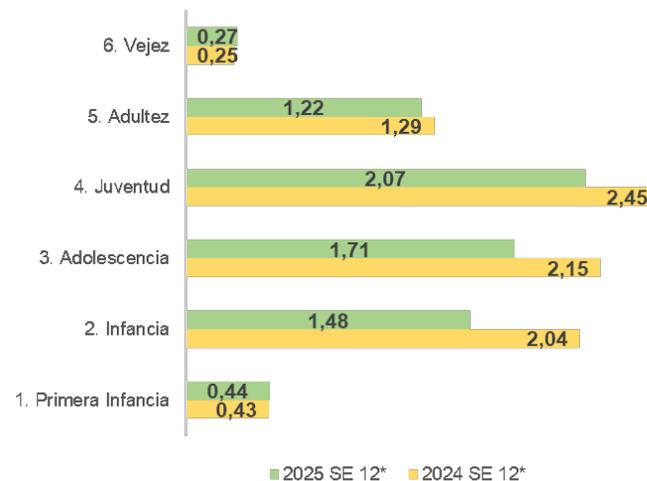


Fuente: Sivigila. Evento 452, 2019-2025, datos preliminares

A corte del PE III del 2025, el 83,8 % de los casos reportados de lesiones por pólvora pirotécnica corresponden a personas de sexo masculino, con una incidencia de 2,05 por cada 100.000 habitantes, frente a una incidencia de apenas 0,2 en mujeres. Este patrón es consistente con los años anteriores, lo que sugiere una persistente exposición diferencial por roles de género, conductas de riesgo y patrones culturales durante celebraciones.

En cuanto al ciclo vital, la mayor carga de morbilidad se concentra en la adolescencia (12 a 18 años), con una incidencia que supera los 2 casos por 100.000 habitantes, seguida por la infancia; mientras que las poblaciones adultas y de vejez presentan las incidencias más bajas. Este comportamiento refleja el vínculo de estas prácticas con actividades lúdicas no reguladas y baja supervisión en menores y jóvenes. (figura 4).

Figura 4. Incidencia de lesiones por Pólvora Pirotécnica por ciclo vital, Colombia, periodo epidemiológico III 2025\*

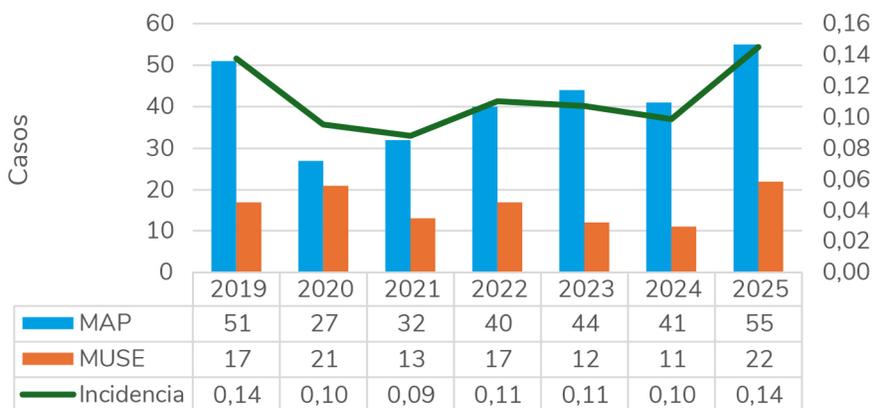


Fuente: Sivigila. Evento 452 a PE III 2025\*, datos preliminares.

## 2. Lesiones por Minas Antipersonal y Municiones Sin Explosionar (MAP/MUSE)

Durante el periodo comprendido entre 2019 y 2025\* a PE III, se identifica una tendencia oscilante en la ocurrencia de lesiones por artefactos explosivos tipo Minas Antipersonal (MAP) y Municiones sin Explosionar (MUSE) en Colombia. En 2019, se presentó un pico importante con 51 casos asociados a MAP y 17 a MUSE, con un descenso porcentual de 47% en los casos MAP en comparación con el año 2020. (figura 5).

Figura 5. Incidencia de lesiones por MAP/MUSE, Colombia, a periodo epidemiológico III 2019 a 2025\*



Fuente: Sivigila. Evento 452, 2019-2025, datos preliminares

A partir de 2021, para el mismo periodo epidemiológico se observó un aumento de MAP progresivo en el número de casos de lesiones por MAP, tendencia que se sostiene hasta el año 2025. En este último año, se han alcanzado las cifras más altas del periodo analizado: 55 casos de MAP y 22 de MUSE con (datos preliminares), lo que representó un aumento absoluto de 14 casos respecto a 2024 y un incremento del 103,7 % en los casos MAP en comparación con lo reportado en 2020. Este crecimiento sostenido a lo largo del quinquenio plantea un escenario de especial atención, por la severidad de las lesiones asociadas a este tipo de eventos.

En cuanto a los MUSE, se observa una dinámica más estable. Después de un leve repunte en 2022 (17 casos), los años 2023 y 2024 registran los valores más bajos del periodo (12 y 11 casos, respectivamente). Sin embargo, en 2025 se duplica el número de casos respecto al año inmediatamente anterior, alcanzando 22 notificaciones, lo que indica una reactivación o intensificación reciente del riesgo en ciertos territorios.

El comportamiento de las lesiones por MAP y MUSE entre 2019 y 2025 a periodo epidemiológico III evidencia que este evento continúa representando un riesgo persistente y relevante en el país. (figura 6).

Figura 6. Incidencia de lesiones por Minas Antipersonal y Municiones Sin Explosionar, según ciclo vital, periodo epidemiológico III 2025\*



Fuente: Vigilancia intensificada por artefactos explosivos MAP/MUSE evento 452 SIVIGILA Colombia 2019 – 2025\* (a PE III 2025) datos preliminares con datos preliminares. Proyecciones poblacionales DANE 2018 – 2050 (Hasta 2019) – proyecciones poblacionales post COVID 19 DANE 2020 – 2050.

\* Para el cálculo de incidencia, se excluyen 3 casos de ocurrencia en el exterior.

El análisis de la incidencia de lesiones por MAP y MUSE según ciclo vital, con corte a PE III del año 2025 con datos preliminares, evidencia un aumento de afectación por curso de vida respecto al mismo periodo del año anterior. En el grupo de vejez la incidencia fue de 0,94 por 100.000 habitantes en 2025, siendo la más alta entre las etapas del ciclo vital, seguido del grupo de juventud (0,65) y adolescencia (0,41), lo que refuerza la concentración del riesgo en grupos móviles, activos laboralmente o con menor percepción de peligro en territorios rurales.

El perfil sociodemográfico y clínico de los casos de lesiones por MAP/MUSE evidencia una distribución altamente diferenciada por sexo, área de ocurrencia y pertenencia étnica, con un alto nivel de severidad clínica asociado al evento.

En términos de sexo, la afectación es marcadamente desigual: el 94,8 % de los casos se presentó en hombres, con una incidencia de 0,29 por cada 100.000 habitantes, en contraste con solo el 5,2 % en mujeres, cuya incidencia es de apenas 0,01. Esta desproporción refleja un patrón constante del evento a lo largo del tiempo, que probablemente se relaciona con la mayor exposición de hombres a actividades de riesgo en áreas rurales.

Respecto a la pertenencia étnica, se reportaron tres casos en población afrocolombiana, con una incidencia de 0,08, mientras que no se notificaron casos en población indígena durante el mismo periodo.

En cuanto al área de ocurrencia, el 79,5 % de los casos tuvo lugar en área rural, donde la incidencia alcanza 1,30 por 100.000 habitantes, en comparación con el 20,5 % en área urbana, (1,16 por 100.000 habitantes). Esta distribución reafirma la naturaleza del evento como un problema eminentemente rural.

Desde el punto de vista de gravedad de las lesiones, el 51,9 % de los casos requirió hospitalización, lo que confirma el carácter severo de estas lesiones, con compromiso funcional en la mayoría de los afectados. Además, se reportan dos muertes asociadas al evento, lo que constituye un indicador crítico de su letalidad

## Conclusiones

- El análisis de los casos por lesiones asociadas al uso de pólvora evidenció una persistencia en su ocurrencia, afectando principalmente a hombres adolescentes en contextos urbanos. Esta situación refleja patrones culturales arraigados y una normalización del riesgo durante eventos festivos, especialmente en los meses de diciembre y enero.
- De acuerdo al análisis de MAP/MUSE se observó una reemergencia de lesiones causadas por estos artefactos, con una mayor proporción de víctimas adultas y en zonas rurales. Estas lesiones se caracterizan por su gravedad, ya que en más del 50 % de los casos requieren hospitalización. Este patrón sugiere una posible expansión geográfica de la exposición y una disminución en la percepción del riesgo, lo cual agrava las condiciones de vulnerabilidad de las comunidades.

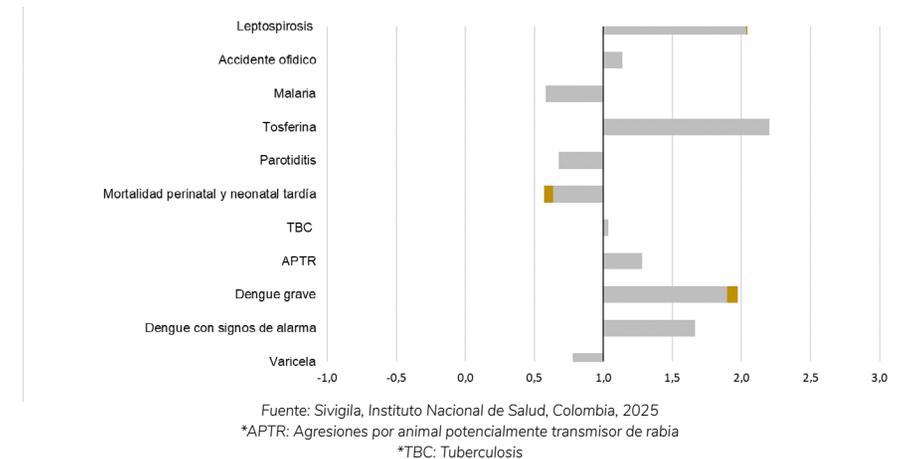
## Recomendaciones

- Fortalecer la vigilancia de las lesiones por artefactos explosivos, asegurando la calidad de los registros, especialmente en lo relacionado con las variables complementarias como con el tipo de artefacto, la ocupación de las víctimas, para facilitar una caracterización más precisa del evento.

- Realizar trabajo intersectorial a nivel territorial con el objetivo de diseñar intervenciones diferenciales para la población más afectada (hombres entre 18 y 59 años), de acuerdo con el contexto regional enfocado en prevención y respuesta.
- Fortalecer los sistemas de alerta temprana y mecanismos de priorización territorial para las lesiones por artefactos explosivos, sustentados en el análisis integrado de datos epidemiológicos, sociodemográficos y geoespaciales, con el fin de orientar intervenciones focalizadas y oportunas en las áreas de mayor riesgo por estos eventos.
- La respuesta institucional requiere fortalecerse desde una lógica territorializada, con énfasis en las áreas con mayor concentración de eventos y población en riesgo tanto para lesiones por MAP/MUSE como para lesiones por pólvora pirotécnica

Para la semana epidemiológica 18 de 2025, se identificó que el evento dengue grave se ubicó por encima de los esperado mientras que el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía se encontró por debajo de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

**Figura 7. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 18 de 2025.**



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

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

**Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 18 de 2025.**

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	63 755	54 263	0,98	0,33

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

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.

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

## 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 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.

En la semana epidemiológica 18 de 2025, el evento mortalidad por dengue se encuentra por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encuentra por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 4).

**Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025**

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	10	4	0,00
Leishmaniasis cutánea	17	98	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	3	1	0,06
Leishmaniasis mucosa	0	3	0,07
Zika	4	3	0,18
Lepra	3	3	0,22
Chikunguña	1	1	0,35

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

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

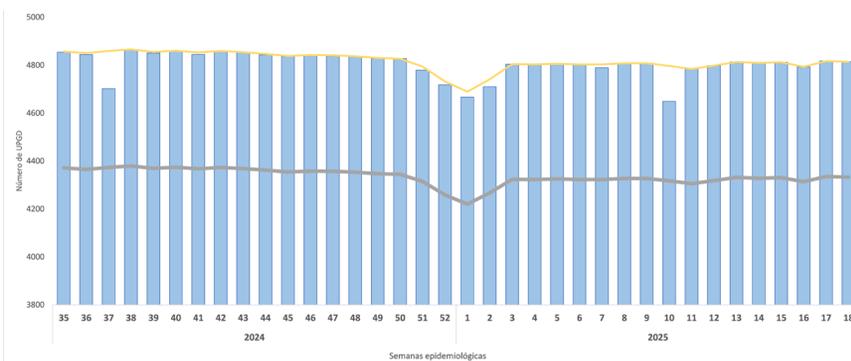
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y de la semana 18 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100% (4 814/ 4 814); presentando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior e identificando un aumento del 0,5 % comparado con la semana epidemiológica 18 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %), por lo cual no se registraron incumplimientos en

la notificación de eventos de interés en salud pública a nivel nacional durante esta semana.

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 8).

**Figura 8. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2025**



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



# MORTALIDAD

## Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

### Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos 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<sup>1</sup>.

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.

<sup>1</sup> 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: <https://sin.uns.gov.co/9A30q>

A semana epidemiológica (SE) 18 de 2025, se han notificado 247 muertes probables en menores de cinco años: 140 por infección respiratoria aguda (IRA), 67 por desnutrición (DNT) aguda y 40 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, tres casos de IRA, dos de DNT aguda y uno de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025 se han notificado 241 fallecimientos (137 por IRA, 65 por DNT aguda y 39 por EDA); de estos, 66 casos han sido confirmados, 20 han sido descartados y 155 casos se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 18 2025			Casos en estudio a SE 18 2025			Tasa a SE 18 2024			Tasa a SE 18 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	22	30	14	37	94	24	2,42	3,22	1,92	0,62	0,84	0,39
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	10,55	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	0	0	0	3	21	0	2,83	2,83	1,18	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	1	0	1	0	0	3,65	3,65	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	0	0	0	1	2	0	1,75	3,50	0,88	0,00	0,00	0,00
Barranquilla D.E.	0	1	1	0	2	0	0,00	1,14	1,14	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	0	0	1	9	2	0,00	1,08	0,22	0,00	0,00	0,00
Bolívar	1	0	0	1	1	0	0,00	5,91	0,98	1,01	0,00	0,00
Boyacá	0	2	1	0	0	0	0,00	2,36	0,00	0,00	2,40	1,20
Buenaventura D.E.	0	0	0	1	2	1	2,89	2,89	8,66	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	1	0	0	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	1,73
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	5	2	0,00	2,12	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	2,70	8,09	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D.T.	1	1	0	0	0	0	0,00	2,59	1,29	1,33	1,33	0,00
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	2,65	0,00	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	0	1	3	2	1	0,00	1,78	0,00	0,00	0,00	0,90
Cesar	2	0	2	2	3	0	1,66	2,49	2,49	1,69	0,00	1,69
Chocó	6	10	4	4	7	2	29,61	33,10	52,26	10,51	17,52	7,01
Córdoba	3	0	0	1	1	1	4,66	2,00	0,67	2,04	0,00	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	5	1	0,00	1,70	0,00	0,00	0,85	0,00
Guainía	0	1	0	0	0	0	0,00	14,16	28,32	0,00	14,02	0,00
Guaviare	0	0	0	0	0	2	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Huila	0	0	0	1	0	0	1,01	2,02	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	1	0	0	10	10	7	10,95	9,13	8,21	0,92	0,00	0,00
Magdalena	1	0	0	4	3	1	7,21	2,40	0,00	1,22	0,00	0,00
Meta	0	1	1	1	1	0	1,21	3,64	1,21	0,00	1,23	1,23
Nariño	0	4	0	0	2	0	0,84	1,69	0,00	0,00	3,45	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	1	0	3,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	0	0,00	3,18	0,00	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	0	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	3	3	1	2	1	12,22	6,98	1,75	1,80	5,39	5,39
Archipiélago de San Andrés y providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	1	2	0	0,67	2,01	3,35	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	1	0	0	1	0	6,56	2,62	0,00	0,00	1,33	0,00
Tolima	0	0	0	0	3	1	0,00	6,09	1,22	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	1	2	0	0	2	0	1,49	2,98	0,74	0,77	1,53	0,00
Vaupés	0	0	0	0	1	2	30,23	0,00	15,11	0,00	0,00	0,00
Vichada	3	0	0	1	2	0	21,61	7,20	7,20	21,62	0,00	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025 preliminares. SE: semana epidemiológica  
Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

## Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 137 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 22 confirmadas por clínica y ocho por laboratorio, 13 descartadas y 94 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 18 fueron 108, para una tasa de mortalidad de 2,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 18 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Bogotá D.C. y Chocó. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Enterovirus*, *Haemophilus influenzae B*, *Rhinovirus*, *Metapneumovirus*, *Moraxella catarrhalis*, *Parainfluenza tipo 3*, SARS-CoV2, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* (tabla 6).

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2024–2025

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Adenovirus</i>	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Enterobacter cloacae</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Enterovirus</i>	3	2	2	1	1	9	2	0	0	0	0	2
<i>Escherichia coli</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Haemophilus influenzae B</i>	3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
<i>Influenza A</i>	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza B</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Moraxella catarrhalis</i>	1	0	0	2	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Rhinovirus</i>	4	2	4	1	2	13	1	1	0	0	0	2
SARS-CoV2	4	2	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	0	0	1	0	4	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	2	0	2	1	6	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	7	0	0	1	0	8	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>72</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12</b>

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

## Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 18, se han notificado 65 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, 22 fueron confirmadas, seis descartadas y 37 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 18 fue de 87, para una tasa de mortalidad de 2,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 18 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Chocó, La Guajira, Norte de Santander y, a nivel municipal, en Riohacha. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se

encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 18 se han notificado 39 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, una fue confirmada por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli* y *Norovirus*), 13 confirmadas por clínica, una descartada y 24 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 18 fue de 68 para una tasa de mortalidad de 1,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 18 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial Antioquia y, a nivel municipal, en Manaure y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad materna

### Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones<sup>1</sup>:

**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 temprana<sup>2</sup>.

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.

<sup>1</sup> 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>

<sup>2</sup> Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Internet] 2024. <https://isg.org/10.33010/UP020719>

En la semana epidemiológica 18 de 2025 se notificaron al Sivigila 13 casos, ocho muertes maternas tempranas, cuatro muertes maternas tardías y una muerte coincidente; para un total acumulado de 60 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 56 residen en territorio colombiano y cuatro residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

**Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2022 a 2025**

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	98	52	27	177
2023	96	46	22	164
2024p	74	51	23	148
2025p	56	38	10	104

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

Se reportaron muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, Cesar, La Guajira, Bogotá, Chocó y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Bogotá D.C., Cartagena de Indias D.T., Magdalena y Santa Marta D.T.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Leticia (Amazonas), Sabanalarga (Atlántico), Chivor (Boyacá), Guasca (Cundinamarca), Coloso (Sucre), Melgar (Tolima) y Caicedonia (Valle del Cauca) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 18 de 2025, el 60,7 % corresponden a causas directas y el 28,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 19,6 % (tabla 10).

**Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2024 – 2025**

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 18	Acumulado de casos a SE 18	
		2024	2025
<b>Colombia</b>	<b>99</b>	<b>74</b>	<b>56</b>
Antioquia	8	6	6
Cesar	4	6	5
La Guajira	8	5	5
Bogotá D.C.	9	8	4
Chocó	5	5	3
Cundinamarca	4	4	3
Barranquilla D.E.	3	3	2
Santiago de Cali D.E.	2	2	2
Córdoba	4	4	2
Nariño	4	4	2
Risaralda	2	0	2
Santander	1	1	2
Tolima	3	0	2
Valle del Cauca	2	1	2
Amazonas	1	0	1
Atlántico	3	1	1
Bolívar	4	3	1
Boyacá	1	2	1
Caquetá	1	0	1
Casanare	1	1	1
Cauca	3	2	1
Guainía	0	0	1
Huila	3	5	1
Meta	3	2	1
Norte de Santander	4	4	1
Quindío	1	0	1
Sucre	2	2	1
Vichada	1	0	1
Arauca	1	0	0
Buenaventura D.E.	1	0	0
Caldas	1	1	0
Cartagena de Indias D.T.	3	0	0
Guaviare	0	0	0
Magdalena	4	0	0
Putumayo	1	1	0
Santa Marta D.T.	3	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0
Vaupés	0	0	0

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

**Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025**

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 - 2024 a SE 18	Valor observado SE 18
<b>Colombia</b>	<b>99</b>	<b>56</b>
Dibulla (La Guajira)	0	2
Segovia (Antioquia)	0	2
Leticia (Amazonas)	0	1
Sabanalarga (Atlántico)	0	1
Chivor (Boyacá)	0	1
Guasca (Cundinamarca)	0	1
Coloso (Sucre)	0	1
Melgar (Tolima)	0	1
Caicedonia (Valle del Cauca)	0	1

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

**Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025**

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 18	Número de casos y proporción a SE 18 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
<b>Colombia</b>	<b>85</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
<b>DIRECTA</b>	<b>56</b>	<b>63</b>	<b>65,6</b>	<b>48</b>	<b>64,9</b>	<b>34</b>	<b>60,7</b>
Hemorragia obstétrica	14	11	11,5	17	23,0	11	19,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	20	23	24,0	17	23,0	8	14,3
Sepsis obstétrica	8	10	10,4	5	6,8	6	10,7
Evento tromboembólico como causa básica	6	8	8,3	4	5,4	4	7,1
Embarazo ectópico	4	5	5,2	2	2,7	3	5,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	2	2,1	1	1,4	2	3,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0	0,0	1	1,4	0	0,0
Embolia de líquido amniótico	1	2	2,1	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,4	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	1,0	0	0,0	0	0,0
<b>INDIRECTA</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>32,3</b>	<b>25</b>	<b>33,8</b>	<b>16</b>	<b>28,6</b>
Otras causas indirectas	12	15	15,6	9	12,2	7	12,5
Otras causas indirectas: neumonía	5	5	5,2	4	5,4	3	5,4
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	3,6
Sepsis no obstétrica	5	6	6,3	4	5,4	1	1,8
Otras causas indirectas: cáncer	4	5	5,2	3	4,1	1	1,8
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	2,7	1	1,8
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0,0	3	4,1	1	1,8
Desconocida / indeterminada	1	1	1,0	0	0,0	0	0,0
En estudio	1	1	1,0	1	1,4	6	10,7

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

## Mortalidad perinatal y neonatal tardía

### Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a 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<sup>1</sup>. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

<sup>1</sup> 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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf)

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf\\_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.](https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.)

A semana epidemiológica 18 de 2025 se han notificado 1 821 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 802 corresponden a residentes en Colombia y diecinueve residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (229), Antioquia (212), Cundinamarca (130), Santiago de Cali D.E. (83) y La Guajira (79). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 a 2024,

con corte a semana epidemiológica 18 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Antioquia, Santiago de Cali D.E., Córdoba, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Norte de Santander, Valle del Cauca, Atlántico, Huila, Boyacá, Sucre, Chocó, Caldas, Risaralda, Buenaventura D.E., Casanare, Caquetá, Putumayo, Santa Marta D.T., Arauca y Quindío. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Bosconia (Cesar), Riosucio (Caldas), Aguazul (Casanare), Timbiquí (Cauca), Buriticá (Antioquia), Altos del Rosario (Bolívar), Pueblo nuevo (Córdoba), La Primavera (Vichada), Simijaca (Cundinamarca) y El Retorno (Guaviare) (tabla 12).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 51,5 %, seguido de las neonatales tempranas con 30,7 %, neonatales tardías con 20,3 % y fetales intraparto con 11,5 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 26,4 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 14,8 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,4 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 18 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.

**Tabla 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2024 y 2025**

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 18	Acumulado de casos a SE 18	
		2024	2025
<b>Colombia</b>	<b>2 812</b>	<b>2 104</b>	<b>1 802</b>
Bogotá, D.C.	304	248	229
Antioquia	317	235	212
Cundinamarca	147	133	130
Santiago de Cali D.E.	105	89	83
La Guajira	144	101	79
Nariño	77	68	69
Córdoba	145	103	68
Cesar	98	61	67
Meta	62	47	55
Bolívar	81	44	54
Santander	88	54	54
Cartagena de Indias D.T.	93	64	53
Barranquilla D.E.	109	58	51
Cauca	98	67	50
Norte de Santander	83	64	46
Valle del Cauca	76	62	46
Atlántico	88	68	43
Huila	70	55	40
Magdalena	62	48	38
Tolima	55	40	35
Boyacá	53	47	34
Sucre	72	54	34
Chocó	71	65	33
Caldas	36	31	29
Risaralda	43	33	26
Buenaventura D.E.	31	19	24
Casanare	29	22	19
Caquetá	27	16	16
Putumayo	20	18	14
Santa Marta D.T.	34	19	12
Arauca	27	15	11
Quindío	24	18	11
Vichada	14	14	10
Amazonas	6	5	7
Guaviare	5	1	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	6	6
Guainía	7	3	5
Vaupés	6	9	3

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

**Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025**

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 18 2020 - 2024	Valor observado a SE 18 de 2025	Semanas continuas en incremento
<b>Colombia</b>	<b>2 812</b>	<b>1 802</b>	-
Bosconia (Cesar)	5	8	9
Riosucio (Caldas)	1	5	5
Aguazul (Casanare)	1	5	12
Timbiquí (Cauca)	2	5	7
Buriticá (Antioquia)	0	4	4
Altos del Rosario (Bolívar)	1	4	3
Pueblo nuevo (Córdoba)	1	4	0
La Primavera (Vichada)	0	3	1
Simijaca (Cundinamarca)	0	2	0
El Retorno (Guaviare)	0	2	1

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

**Tabla 13. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2023-2025**

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 18, 2023 -2025					
	2023 a SE 18	(%)	2024 a SE 18	(%)	2025 a SE 18	(%)
<b>Colombia</b>	<b>2 684</b>	<b>100,0</b>	<b>2 104</b>	<b>100,0</b>	<b>1 802</b>	<b>100,0</b>
Asfixia y causas relacionadas	678	25,3	539	25,6	476	26,4
Prematuridad-inmadurez	487	18,1	335	15,9	266	14,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	417	15,5	331	15,7	223	12,4
Sin información	4	0,1	0	0,0	162	9,0
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	314	11,7	250	11,9	153	8,5
Malformación congénita	246	9,2	197	9,4	145	8,0
Infecciones	214	8,0	175	8,3	140	7,8
Otras causas de muerte	170	6,3	137	6,5	102	5,7
Causas no específicas	54	2,0	57	2,7	83	4,6
Trastornos cardiovasculares	66	2,5	61	2,9	35	1,9
Lesión de causa externa	26	1,0	11	0,5	10	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	8	0,3	11	0,5	7	0,4

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



## EVENTOS TRAZADORES

## Infección respiratoria aguda

### Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 18 de 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todas las atenciones de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J22<sup>1</sup>.

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.

El análisis del comportamiento de la circulación viral se realizó por la metodología poisson comparando los datos del periodo anterior y actual para cada uno de los agentes virales y así mismo por grupo de edad más relevantes para el evento vigilancia centinela Código 345.

<sup>1</sup> 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](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 a la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general, hospitalización UCI en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 11 a SE 14 2025	SE 15 a SE 18 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	641 156	524 582	-18,17%	
Hospitalización en sala general	27 794	27 038	-2,72%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 027	2 973	-1,78%	

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

### Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 18 de 2025 se notificaron 120 003 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 Guainía, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D.E., Caquetá y Quindío. Las 30 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (15 a 18 de 2025) en 26 municipios (tabla 15).

**Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2025**

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Cundinamarca	Soacha	24 884	27 841	3 507	6 989
Antioquia	Itagüí	25 315	31 489	3 907	6 770
Atlántico	Soledad	29 237	28 767	5 995	5 633
Antioquia	Bello	24 563	22 085	2 733	4 368
Cundinamarca	Chía	20 510	20 206	3 569	4 338
Guajira	Maicao	19 018	21 344	2 252	3 711
Guajira	Uribia	18 545	16 495	1 523	3 093
Antioquia	Rionegro	10 393	13 416	1 536	2 806
Santander	Barrancabermeja D.E.	5 894	10 837	612	2 580
Risaralda	Dosquebradas	8 998	10 712	1 071	2 152
Santander	Floridablanca	7 819	8 877	1 135	2 095
Cundinamarca	Girardot	6 247	8 065	1 273	1 944
Cundinamarca	Zipaquirá	6 441	7 769	1 448	1 883
Valle	Palмира	9 129	10 688	1 416	1 875
Antioquia	Envigado	8 094	9 377	1 460	1 803
Magdalena	Ciénaga	7 569	8 034	971	1 709
Bolívar	Magangué	5 116	7 188	875	1 664
Córdoba	Sahagún	6 836	8 711	1 409	1 660
Boyacá	Duitama	8 420	7 538	1 850	1 468
Boyacá	Sogamoso	4 809	6 222	1 011	1 406
Antioquia	Apartadó	5 770	5 814	816	1 381
Córdoba	Cereté	4 996	6 178	441	1 379
Cundinamarca	Facatativá	7 150	6 702	1 624	1 372
Norte Santander	Ocaña	5 297	5 633	316	1 210
Cundinamarca	Funza	4 398	5 867	961	1 076
Cesar	Aguachica	2 898	4 243	829	1 057
Valle del Cauca	Cartago	6 080	5 936	347	1 051
Antioquia	Turbo	4 208	4 904	733	1 030
Córdoba	Lorica	4 377	5 220	841	1 029
Casanare	Yopal	5 058	4 234	840	1 023
Huila	Pitalito	3 519	4 906	406	1 009
Cauca	Santander de Quilichao	4 716	4 324	847	998
Valle del Cauca	Yumbo	4 179	5 409	815	966
Cundinamarca	Madrid	7 192	4 984	989	914
Valle del Cauca	Tuluá	5 189	4 987	502	897
Santander	Piedecuesta	1 751	3 011	231	751
Santander	Girón	2 121	2 756	165	707
Cundinamarca	Mosquera	2 685	2 118	511	656
Atlántico	Malambo	3 839	2 077	322	627
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	3 255	2 322	607	461
Cauca	Guapi	902	1 841	175	375
Norte Santander	Villa Del Rosario	2 150	2 572	530	367
Nariño	La Florida	220	272	66	47

\*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

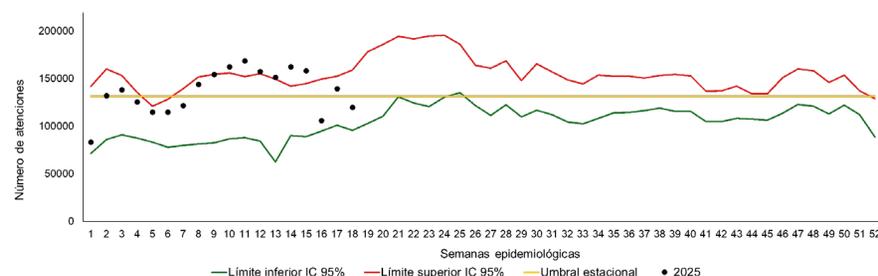
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (15 a 18 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 23,8 % (125 021) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,5 % (102 278). 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 dos a cuatro años con el 13,4 % seguido de los niños de un año con el 12,2 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 07, las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados. No obstante, a partir de la semana 08 se observó una tendencia al alza, superando el umbral estacional; en semana 10 a 15 continua la tendencia al alza, ubicándose por encima del límite superior, seguido de una leve disminución en semana 16 y 18 ubicándose dentro de los límites esperados (figura 9).

**Figura 9. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2025**



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

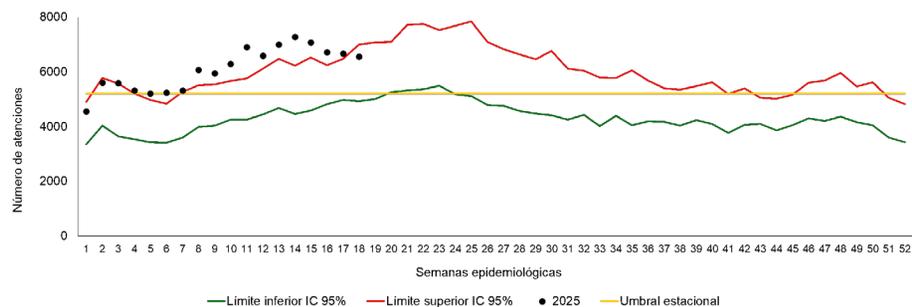
## Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 18 de 2025 se notificaron 6 572 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución Caquetá, Guaviare, La Guajira, Vaupés y Vichada e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla D.E., Boyacá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Chocó, Nariño, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander y Tolima. En las 19 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (15 a 18 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 091) representaron el 26,2 %, seguido del grupo de dos a cuatro años con el 17,5 % (4 740). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de los niños de un año con 32,5 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 26,6 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, desde semana 05 a 16 se han mantenido por encima del límite superior, seguido de una discreta disminución en semana epidemiológica 17 a 18 ubicándose dentro de los límites esperados. (figura 10).

**Figura 10. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2025**

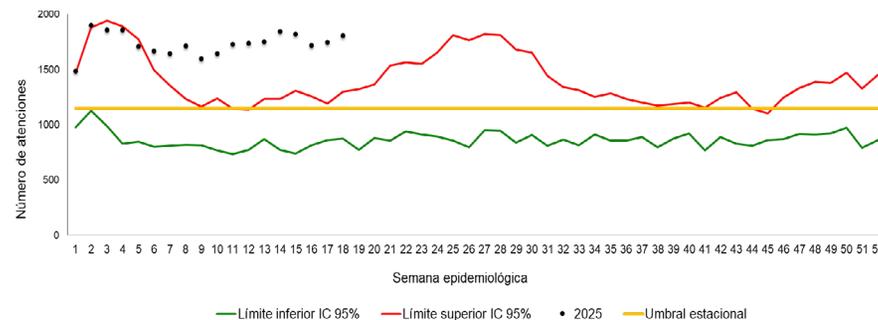


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 18 de 2025, se notificaron (1 806) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde semana epidemiológica 06 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 11).

**Figura 11. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 18 de 2025**



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

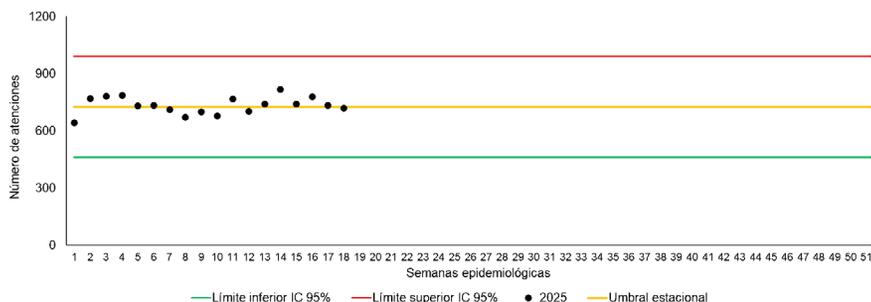
### Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 18 de 2025 se notificaron 719 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 11 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Chocó, Guaviare, La Guajira, Meta, Nariño y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Boyacá, Cartagena de Indias D.T., Casanare, Cesar, Cundinamarca, Guainía, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (15 a 18 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,6 % (1 058), seguido de los menores de un año con el 24,2 % (721) 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 los niños de un año con el 31,3 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 27,3 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 18 de 2025, se observa que se ubica dentro de los límites esperados (figura 12).

**Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2025**

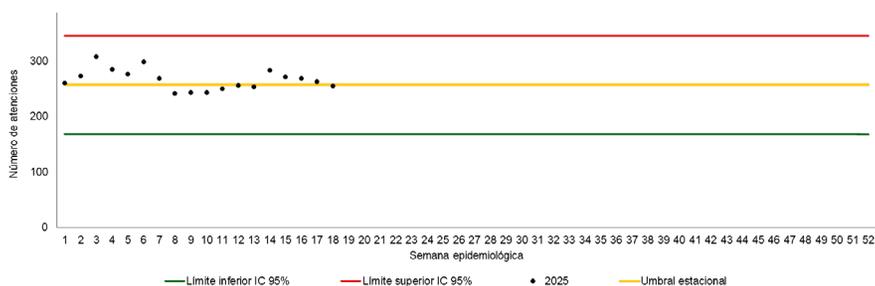


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 18 de 2025, se notificaron 255 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 para esta semana una tendencia a ubicarse por debajo del umbral estacional, dentro de lo esperado (figura 13).

**Figura 13. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 18 de 2025**



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

Durante las semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, hospitalizaciones en sala general, UCI y UCIM en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y UCI/UCIM esta semana se ubican dentro de los límites esperados con una tendencia hacia la disminución con respecto a la semana anterior.

En el contexto de desarrollo del primer pico respiratorio del año, se insta a las entidades territoriales a:

- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.
- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento)
- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permita la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes).
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional, como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas.

## 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 aumento en América del Norte y 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(H1N1)pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles altos de circulación en la región Andina y Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia una marcada disminución en todas las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 18 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 y parainfluenza. Al decremento influenza A y SARS-CoV2. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16)

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](#)).

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 11 a 18 de 2025

Agente viral identificado	SE 11 a SE 14			SE 15 a SE 18			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
<b>Positividad general</b>	<b>47,8</b>	<b>52,0</b>	<b>39,2</b>	<b>54,1</b>	<b>62,0</b>	<b>54,0</b>	
Rinovirus	9,9	9,5	9,7	10,2	7,8	3,7	
VSR	19,7	29,5	-	28,9	38,0	48,1	
Enterovirus	8,7	10,5	3,2	8,6	7,8	7,4	
Adenovirus	6,7	6,8	3,2	3,7	3,9	-	
Influenza B	5,2	2,3	-	5,3	3,9	-	
Influenza A	22,0	15,9	41,9	9,6	6,2	3,7	
Parainfluenza	4,1	4,1	3,2	9,1	10,9	3,7	
Metapneumovirus	9,3	10,9	-	11,2	10,9	29,6	
A(H1N1)pdm09	0,3	-	3,2	1,1	1,6	-	
SARS-CoV2	7,5	5,9	25,8	3,2	2,3	3,7	
A(H3N2)	5,2	3,2	6,5	8,5	6,2	-	
Coronavirus	1,4	1,4	3,2	0,5	0,8	-	

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

## COVID-19

### Metodología

Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 18 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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

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

Entre el 27 de abril y el 03 de mayo de 2025 se confirmaron 130 casos en el territorio nacional; de estos el 66,1 % (86 casos) corresponde a la semana epidemiológica 18. El 58,5 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Cundinamarca, Boyacá y Antioquia (tabla 17).

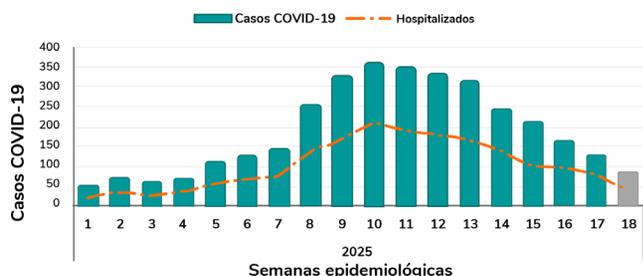
Tabla 17. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 18 de 2025

Entidad Territorial	Otros	SE 15	SE 16	SE 17	SE 18	Total
Colombia	12	2	7	23	86	130
Cundinamarca	0	0	0	3	8	11
Boyacá	0	0	0	2	7	9
Antioquia	1	0	0	3	3	7
Cauca	0	0	0	0	7	7
Sucre	4	0	0	0	1	5
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	4	4
Nariño	0	0	0	0	3	3
Arauca	0	0	0	1	2	3
Córdoba	0	0	0	0	3	3
Vaupés	0	0	0	1	2	3
Putumayo	0	0	0	0	3	3
Bolívar	0	0	0	1	2	3
Huila	0	0	0	1	2	3
Santander	1	0	1	0	1	3
Caldas	0	0	1	0	1	2
Cesar	2	0	0	0	0	2
Guajira	0	0	1	0	1	2
Tolima	0	0	0	0	2	2
Norte Santander	0	0	0	0	1	1
Meta	0	0	0	1	0	1
Magdalena	0	0	0	0	1	1
Buenaventura D.E.	0	0	0	1	0	1
Quindío	0	0	0	1	0	1
Atlántico	0	0	0	1	0	1

Fuente: Sivigila, evento 346, 2025. SE: semana epidemiológica

En Colombia, con corte al 03 de mayo de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 3 436 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE 15 a 18 de 2025), se ha observado una disminución significativa del 52,3 %, con 593 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2025), en el cual se reportaron 1 243 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado una disminución del 53,2 %, pasando de 679 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 318 casos en el periodo analizado (Figura 14).

Figura 14 Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2025



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

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 15-18), se registró una incidencia de 1,11 casos por cada 100 000 habitantes, con la afectación en 36 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 131 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Paipa (Boyacá), Honda (Tolima) y Orito (Putumayo).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 47 fallecimientos relacionados con COVID-19. En el periodo observado, las muertes se registraron en Cundinamarca (tres casos), Santander y Cali (un caso). El 83 % (39 casos) correspondió a personas mayores de 60 años.

Tabla 18. Fallecimientos por COVID-19 a semana epidemiológica 18 de 2025

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	46	18	5	Sin cambios
Antioquia	4	0	0	Sin cambios
Bogotá, D.C.	11	8	0	Sin cambios
Cauca	5	2	0	Sin cambios
Cundinamarca	4	0	3	Aumento
La Guajira	2	1	0	Sin cambios
Meta	2	1	0	Sin cambios
Nariño	1	0	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	1	0	Sin cambios
Santander	5	3	1	Sin cambios
Sucre	1	1	0	Sin cambios
Tolima	1	0	0	Sin cambios
Valle del Cauca	2	1	0	Sin cambios
Santiago de Cali D.E.	4	0	1	Aumento
Arauca	1	0	0	Sin cambios

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 PE; periodo epidemiológico

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu71a>, 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 18 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<sup>1</sup>:

**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.

<sup>1</sup> 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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf)

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 18 de 2025 se notificaron 3 605 casos de dengue: 2 640 casos de esta semana y 965 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 64 784 casos, 40 514 (62,5 %) sin signos de alarma, 23 635 (36,5 %) con signos de alarma y 635 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,1 % (36 983) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Santander, Córdoba, Cartagena de Indias D.T., Antioquia, Tolima, Norte de Santander, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 19); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 14 a 17, 2025) el 50,4 % (7 311) de los casos se concentran en Meta, Córdoba, Santander, Tolima, Antioquia y Norte de Santander.

Tabla 19. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025

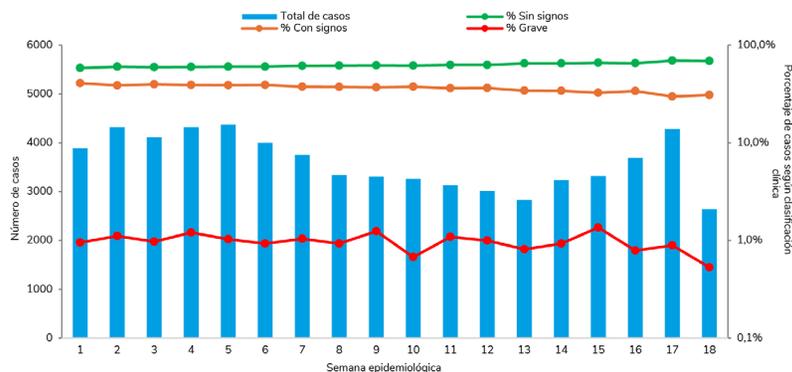
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 10-13 de 2025)	Observado (SE 14-17 de 2025)
Meta	4 901	39,7	1,1	1 094	1455
Santander	4 882	32,4	0,7	1 092	1240
Córdoba	4 695	34,8	0,3	700	1439
Cartagena	4 318	23,4	1,2	528	264
Antioquia	4 280	34,9	0,9	794	1099
Tolima	3 915	34,7	1,3	709	1117
Norte de Santander	3 795	40,9	1,4	906	961
Valle del Cauca	3 131	26,0	0,4	697	579
Cundinamarca	3 066	37,7	0,6	506	606
Putumayo	2 681	26,9	0,4	551	882
Huila	2 597	34,7	2,3	588	548
Cali	2 162	36,6	0,7	366	347
Barranquilla	2 094	37,2	1,1	165	128
Atlántico	2 062	49,1	1,4	254	139
Sucre	1 818	62,2	0,7	317	259
Caquetá	1 804	37,1	1,4	390	571
Bolívar	1 703	40,9	1,0	298	325
La Guajira	1 611	61,2	1,5	277	173
Arauca	1 202	35,1	1,3	315	264
Cesar	1 085	57,1	2,1	194	189
Cauca	833	36,0	1,1	175	122
Guaviare	797	17,1	0,4	142	442
Risaralda	775	37,7	0,9	142	128
Casanare	691	31,1	0,6	167	290
Quindío	624	27,9	0,3	107	99
Nariño	575	29,6	1,0	165	147
Boyacá	464	41,2	0,4	108	114
Magdalena	421	58,2	1,2	90	122
Chocó	379	18,7	1,1	81	83
Vichada	312	36,9	0,3	59	93
Caldas	290	45,9	0,3	57	71
Santa Marta	219	55,3	0,9	48	32
Amazonas	164	30,5	0,0	45	39
Vaupés	139	10,1	0,7	50	73
Exterior	124	44,4	4,0	27	33
Buenaventura	101	37,6	3,0	20	27
Archipiélago de San Andrés	50	50,0	0,0	6	9
Guainía	24	41,7	0,0	2	6
<b>Colombia</b>	<b>64 784</b>	<b>36,5</b>	<b>1,0</b>	<b>12 232</b>	<b>14 515</b>

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 14 a 17, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 10 a 13, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Caquetá, Casanare, Córdoba, Guaviare, Magdalena, Meta, Putumayo, Tolima, Vichada, Guainía, Vaupés y Buenaventura D.E. ; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Atlántico, Cartagena de Indias D.T., Cauca, La Guajira y Santa Marta D.T.; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 20).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % a nivel nacional (figura 15); 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 14 a 17, 2025) fueron: Caldas, Cesar, La Guajira, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T. y Sucre.

**Figura 15. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18, 2025**

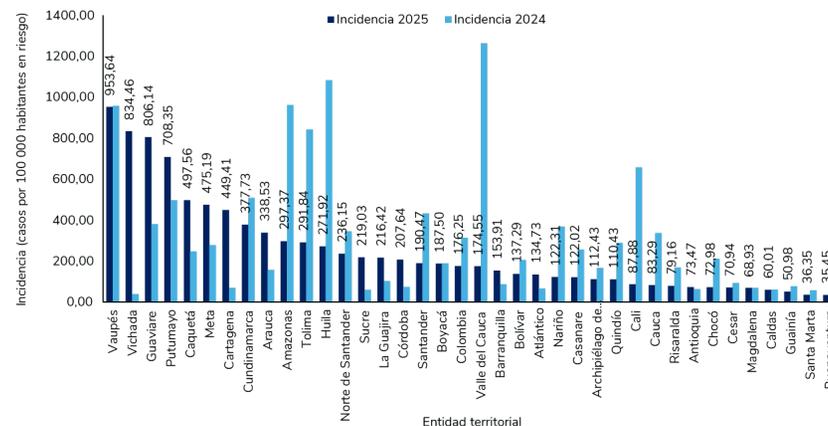


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 18 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 194,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 360,5 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 Vaupés, Vichada, Guaviare, Putumayo, Caquetá, Meta y Cartagena de Indias D.T. presentan

las mayores incidencias a semana epidemiológica 17 de 2025 registrando tasas superiores a 460 casos por 100 000 habitantes (figura 16). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 370,3 casos por 100 000 habitantes.

**Figura 16. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2024 y 2025**



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

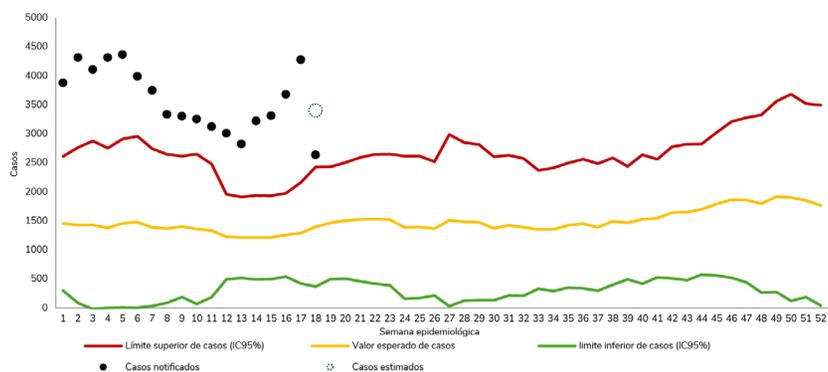
En la semana epidemiológica 18 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento con una variación de 18,7 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 14 a 17, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 10 a 13, 2025) (figura 17).

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 8,1 % (3) se encuentran dentro de lo esperado, el 16,2 % (6) se encuentran en situación de alerta y el 75,7 % (28) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Meta y Putumayo 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 abril (tabla 20). 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 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 18 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 29,1 % (240) 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 63,2 % (36/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 21).

Figura 17. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2025



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

Tabla 20. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2025

Situación epidemiológica a SE 18, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Meta, Putumayo	Boyacá, Caquetá, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Vaupés, Vichada	Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D.E., Bolívar, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, La Guajira, Magdalena, Santa Marta, D.T. Sucre, Tolima, Archipiélago de San Andrés y Providencia
Alerta	Caldas	Buenaventura D.E., Casanare, Huila, Valle del Cauca	Cesar
Dentro de lo esperado	-	Amazonas, Santiago de Cali D.E., Guainía	-

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

Tabla 21. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Observado (SE 10-13, 2025)	Esperado (SE 14-17, 2025)
Antioquia	Medellín D.E.	30,5	796	127	204
	Apartadó	186,0	245	49	65
	Bello	13,2	73	14	17
	Envigado	36,0	87	15	12
	Itagüí	12,7	35	6	13
Atlántico	Turbo D.E.	124,4	167	34	44
	Barranquilla D.E.	159,6	2 094	165	128
	Malambo	164,1	236	45	25
Bolívar	Soledad	185,6	1 270	142	67
	Cartagena de Indias D.T.	409,3	4 318	528	264
	Magangué	176,7	254	61	42
Caquetá	Turbaco	211,4	246	36	21
	Florencia	320,3	566	96	103
Cauca	Popayán	26,9	73	15	10
	Santander de Quilichao	128,9	148	34	17
Córdoba	Montería	508,8	2 610	331	1150
	Cereté	118,1	130	23	20
Cundinamarca	Sahagún	171,6	192	31	25
	Fusagasugá	279,4	462	86	77
Huila	Girardot	774,6	912	138	182
	Pitalito	436,7	571	164	100
La Guajira	Maicao	216,6	416	56	33
	Ciénaga	56,5	72	16	37
Magdalena	Villavicencio	394,8	2 013	432	597
	San Andres de Tumaco D.E.	103,8	267	49	77
Nariño	Cúcuta	299,2	2 284	552	610
	Villa del Rosario	468,6	516	131	104
Quindío	Armenia	100,5	314	64	41
	Pereira	81,4	395	76	66
Risaralda	Dosquebradas	97,0	211	38	32
	Bucaramanga	236,0	1 461	333	392
Santander	Barrancabermeja D.E.	142,1	305	68	61
	Floridablanca	265,5	833	185	210
	Girón	249,5	437	87	93
Tolima	Ibagué	233,8	1 272	199	439
Valle del Cauca	Jamundí	447,8	758	163	133

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

A semana epidemiológica 18 de 2025 se han notificado 162 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 37 casos, se descartaron 50 casos y se encuentran en estudio 75 casos; de las muertes confirmadas, dos casos proceden del Exterior (Venezuela) y de las muertes en estudio, un caso procede

del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,05 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 101 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 22).

**Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2024-2025**

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 18 2025	Letalidad por dengue a SE 18, 2024
	Confirmados	En estudio		
Vichada	1	0	0,32	0,00
Risaralda	2	2	0,26	0,09
Bolívar	2	1	0,12	0,24
Putumayo	3	1	0,11	0,27
Sucre	2	2	0,11	0,16
Atlántico	2	0	0,10	0,10
Barranquilla D.E.	2	0	0,10	0,00
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0,09	0,00
Santiago de Cali D.E.	2	0	0,09	0,03
Arauca	1	0	0,08	0,00
Huila	2	0	0,08	0,02
Córdoba	3	1	0,06	0,00
Meta	3	3	0,06	0,11
Antioquia	2	11	0,05	0,17
Santander	2	3	0,04	0,12
Norte de Santander	1	4	0,03	0,12
Tolima	1	13	0,03	0,08
La Guajira	0	9	0,00	0,00
Cauca	0	5	0,00	0,02
Valle del Cauca	0	4	0,00	0,05
Caquetá	0	3	0,00	0,00
Buenaventura D.E.	0	2	0,00	0,57
Cundinamarca	0	2	0,00	0,05
Guaviare	0	2	0,00	1,46
Amazonas	0	1	0,00	0,00
Boyacá	0	1	0,00	0,39
Caldas	0	1	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,29
Chocó	0	1	0,00	0,11
Quindío	0	1	0,00	0,09
Exterior	2	1	1,61	0,00
<b>Colombia</b>	<b>35</b>	<b>74</b>	<b>0,05</b>	<b>0,08</b>

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede 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 18 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)<sup>1</sup>.

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

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

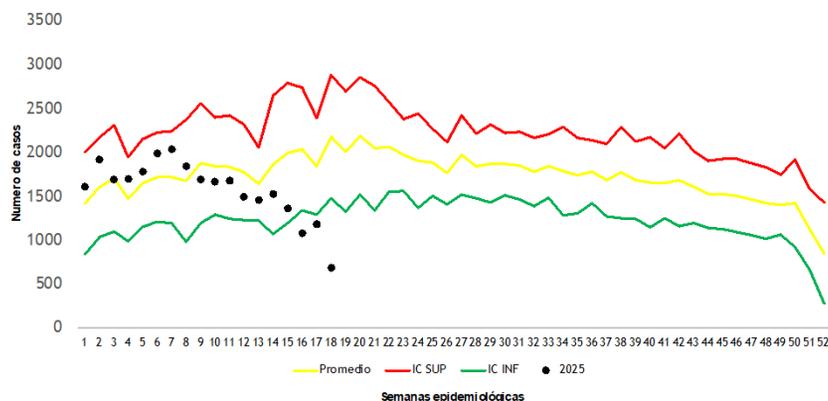
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

<sup>1</sup> 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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf)

## Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 18).

Figura 18. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

\*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 18, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 18 de 2025 se notificaron 1 495 casos de malaria, para un acumulado de 28 612 casos, de los cuales 28 131 son de malaria no complicada y 481 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,9 % (19 143), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,0 % (9 146) e infección mixta con 1,1 % (323). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

### Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 92,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,6 %), Antioquia (14,3 %), Nariño (13,7 %), Córdoba (8,8 %), Vaupés (6,9 %), Risaralda (3,9 %), Cauca (3,7 %), Guainía (2,6 %), Amazonas (2,6 %), Bolívar (2,4 %), Vichada (2,3 %), Buenaventura D.E. (2,2 %) y Boyacá (1,8 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 74,3 % de los casos son los que se muestran en la tabla 23.

Tabla 23. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 11 a 14	Casos 2025 SE 15 a 18	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	1 763	305	377	72,57
Córdoba	Tierralta	1 457	59	206	14,60
Chocó	Quibdó	1 365	113	204	9,44
Risaralda	Pueblo Rico	1 008	130	177	60,04
Antioquia	El Bagre	902	163	192	16,02
Nariño	Roberto Payán	887	185	222	66,55
Guainía	Inírida	693	115	154	18,28
Nariño	Magüí	691	74	158	2,59
Nariño	El Charco	648	163	194	27,87
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	623	97	152	1,92
Chocó	Lloró	606	77	165	10,34
Chocó	Bajo Baudó	590	29	146	17,39
Vichada	Cumaribo	578	85	143	6,64
Chocó	Tadó	564	69	125	27,98
Córdoba	Puerto Libertador	519	47	105	11,43
Chocó	El Cantón del San Pablo	516	67	200	74,72
Boyacá	Cubará	506	119	127	59,40
Cauca	Timbiquí	500	68	98	17,79
Antioquia	Nechí	485	121	124	17,38
Nariño	Barbacoas	480	39	88	8,19
Chocó	Medio San Juan	441	33	69	37,49
Nariño	San Andrés de Tumaco	436	60	76	1,63
Amazonas	Tarapacá (CD)	434	38	55	99,20
Chocó	Bagadó	410	71	116	34,62
Nariño	Olaya Herrera	400	100	123	15,11
Cauca	Guapi	396	44	60	13,41
Chocó	Alto Baudó	389	59	68	12,44
Chocó	Carmen del Darién	388	40	61	17,51
Bolívar	Montecristo	386	85	65	21,01
Chocó	Istmina	381	73	70	11,27
Antioquia	Chigorodó	341	57	85	5,48
Antioquia	Turbo D.E.	309	55	104	2,30
Antioquia	Mutatá	293	56	63	19,49
Chocó	Río Quito	283	29	62	30,90
Antioquia	Zaragoza	244	40	81	3,86

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 74,3 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 15 municipios aportan el 49,3 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, El Bagre, Inírida, Cubará, Puerto Libertador, Cumaribo, Tarapacá (CD), Carmen del Darien, Montecristo, Lloró, Chigorodó (tabla 24). Mientras que, 15 municipios aportan el 62,2 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Roberto Payán, Qubdó, El Charco, Timbiquí, Magüi, Barbacoas, Buenaventura, Guapi, Tadó, Bajo Baudó, Tierralta, Lloró, Medio San Juan, El Bagre y San Andrés de Tumaco D.E. como se muestra en la tabla 25.

**Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 11 a 14 de 2025	Casos SE 15 a 18 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	352	301	-14%	9,0%
Córdoba	Tierralta	167	52	-69%	6,4%
Risaralda	Pueblo Rico	154	115	-25%	4,6%
Chocó	Quibdó	111	59	-47%	3,8%
Antioquia	El Bagre	136	130	-4%	3,7%
Guainía	Inírida	149	113	-24%	3,6%
Boyacá	Cubará	127	119	-6%	2,7%
Córdoba	Puerto Libertador	93	45	-52%	2,6%
Vichada	Cumaribo	101	67	-34%	2,2%
Amazonas	Tarapacá (CD)	51	26	-49%	2,0%
Chocó	Carmen del Darién	57	40	-30%	1,9%
Bolívar	Montecristo	60	76	27%	1,8%
Chocó	Lloró	100	49	-51%	1,7%
Antioquia	Chigorodó	76	51	-33%	1,7%
Chocó	El Cantón del San Pablo	144	47	-67%	1,7%

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

**Tabla 25. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 11 a 14 de 2025	Casos SE 15 a 18 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	Roberto Payán	136	115	-15%	6,9%
Chocó	Quibdó	90	51	-43%	6,9%
Nariño	El Charco	181	140	-23%	6,5%
Cauca	Timbiquí	98	67	-32%	5,5%
Nariño	Magüi	121	58	-52%	5,5%
Nariño	Barbacoas	64	27	-58%	4,1%
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	88	66	-25%	4,1%
Cauca	Guapi	52	43	-17%	4,1%
Chocó	Tadó	77	33	-57%	3,4%
Chocó	Bajo Baudó	72	15	-79%	3,2%
Córdoba	Tierralta	39	7	-82%	2,7%
Chocó	Lloró	50	20	-60%	2,5%
Chocó	Medio San Juan	34	14	-59%	2,3%
Antioquia	El Bagre	56	33	-41%	2,3%
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	29	21	-28%	2,2%

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 18 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; nueve departamentos y veinte municipios se encuentran en situación de brote (tabla 26) y cinco departamentos y diez y siete municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 27).

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 18 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 18 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 15 A 18	Observado SE 15 A 18 de 2025
Vaupés	Mitú	4	1 799	301	308
Boyacá	Cubará	4	511	25	120
Antioquia	Nechí	5	485	30	121
Arauca	Saravena	4	237	0	46
Antioquia	Tarazá	4	213	19	66
Caquetá	Florencia	4	180	1	30
Amazonas	Leticia	4	160	43	71
Antioquia	Caucasia	4	153	17	41
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	113	0,8	9
Chocó	Unión Panamericana	5	96	22	27
Meta	Puerto Gaitán	4	92	14	35
Chocó	Condoto	4	91	21	22
Meta	Puerto López	4	65	3	8
Risaralda	La Virginia	4	42	1	8
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	29	1	4
Meta	Villavicencio	4	27	1	6
Antioquia	Yondó	4	20	1	4
Antioquia	Medellín D.E.	4	15	1	4
Arauca	Tame	4	10	1	4
Vaupés	Carurú	4	5	1	3

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

Tabla 27. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 18 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 18 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 15 A 18	Observado SE 15 A 18 de 2025
Nariño	Roberto Payán	5	889	141	186
Nariño	El Charco	5	650	99	163
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	518	51	67
Chocó	Istmina	5	384	73	74
Antioquia	Cáceres	4	192	51	60
Bolívar	Norosí	5	102	10	17
Chocó	Riosucio	4	93	14	19
Chocó	Juradó	4	78	35	33
Chocó	Sipí	4	74	9	16
Meta	Puerto Rico	4	39	3	5
Valle del Cauca	Pradera	4	36	0	4
Chocó	Unguía	4	29	2	7
Córdoba	San José de Uré	4	18	5	6
Caquetá	El Paujil	4	9	1	4
Bolívar	Morales	4	7	1	3
Sucre	Sincelejo	4	6	2	2
Cauca	Patía (El Bordo)	4	5	0	4

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

## Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

### Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 DE y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas<sup>1</sup>.

**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 30 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 30, se utilizó la metodología de Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC) 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.

<sup>1</sup>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/FRO\\_DNT%20Aguda%20de%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/lineamientos/FRO_DNT%20Aguda%20de%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf)

A semana epidemiológica 18 de 2025, se han notificado 8 004 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 7 919 corresponden a residentes en Colombia y 85 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (19 de 2024 a 18 de 2025) es de 0,64 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Guaviare. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 178 municipios a nivel nacional (15,9 %) y de disminución en 12 municipios (1,1 %) (tabla 28).

El 79,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 20,1 % como desnutrición aguda severa; el 6,5 % 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 (27,4 %) y de 1 año (29,1 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 67,0 %.

Para la semana epidemiológica 18 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Amazonas, Antioquia, Caquetá, Cesar, Magdalena, Quindío, Santa Marta D.T., Sucre y Vaupés. 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 11 municipios (tabla 29).

Tabla 28. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 18 de 2024	Casos a SE 18 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
<b>Colombia</b>	<b>9 071</b>	<b>7 919</b>	<b>0,64</b>	<b>15,9</b>	<b>1,1</b>
La Guajira	903	564	2,28	6,7	0,0
Vichada	134	63	1,77	0,0	25,0
Chocó	440	367	1,73	25,8	0,0
Guaviare	41	41	1,04	0,0	0,0
Arauca	157	77	1,02	0,0	28,6
Magdalena	237	277	0,91	31,0	0,0
Amazonas	21	29	0,83	9,1	0,0
Risaralda	161	183	0,82	21,4	0,0
Vaupés	20	13	0,79	33,3	16,7
Cesar	329	343	0,77	16,0	0,0
Guainía	22	21	0,76	11,1	11,1
Antioquia	956	1 189	0,72	33,6	0,8
Nariño	357	261	0,68	18,8	0,0
Casanare	137	88	0,67	5,3	10,5
Colombia	9 071	7 919	0,64	15,9	1,1
Putumayo	68	77	0,63	7,7	0,0
Bolívar	222	195	0,63	24,4	0,0
Bogotá D.C	1 311	1 084	0,62	0,0	0,0
Boyacá	190	196	0,62	13,0	0,0
Buenaventura D.E.	93	74	0,61	0,0	0,0
Cartagena de Indias D.T.	147	169	0,61	0,0	0,0
Meta	186	153	0,60	10,3	0,0
Tolima	197	128	0,55	6,4	0,0
Norte Santander	248	261	0,55	15,0	2,5
Cundinamarca	562	421	0,54	6,9	0,0
Huila	225	177	0,53	10,8	0,0
Sucre	91	139	0,47	30,8	0,0
Valle del Cuca	213	238	0,46	27,5	0,0
Caquetá	93	55	0,43	18,8	6,3
Santa Marta D.T.	38	66	0,42	100,0	0,0
Santiago de Cali D.E.	215	225	0,42	0,0	0,0
Santander	255	206	0,41	13,8	1,1
Córdoba	261	165	0,36	6,7	3,3
Caldas	117	60	0,36	11,1	0,0
Atlántico	169	91	0,35	0,0	0,0
Barranquilla D.E.	71	89	0,32	0,0	0,0
Cauca	136	104	0,27	4,8	0,0
Quindío	44	28	0,24	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, \*Casos acumulados de SE 19 de 2024 a SE 18 de 2025

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

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

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

Tabla 29. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín D.E.	248	475
Chocó	Quibdó	29	66
Antioquia	Turbo D.E.	16	57
Santander	Barrancabermeja D.E.	23	53
Sucre	Sincelejo	15	28
Antioquia	Itagüí	15	27
Valle del Cauca	Jamundí	14	27
Antioquia	Rionegro	12	22
Boyacá	Sogamoso	13	22
Cesar	Aguachica	11	22
Norte de Santander	Villa del Rosario	24	10

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

Para mayor información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de cinco años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r9>

## Tos ferina

### Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos confirmados de tos ferina hasta la semana epidemiológica 17 del año 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento Tos Ferina (Código INS 800).

Definición operativa del evento: Para el análisis se consideraron únicamente los casos confirmados de la enfermedad, clasificados de la siguiente manera:

Caso confirmado por laboratorio: Caso con resultado positivo para Bordetella pertussis por cultivo o PCR.

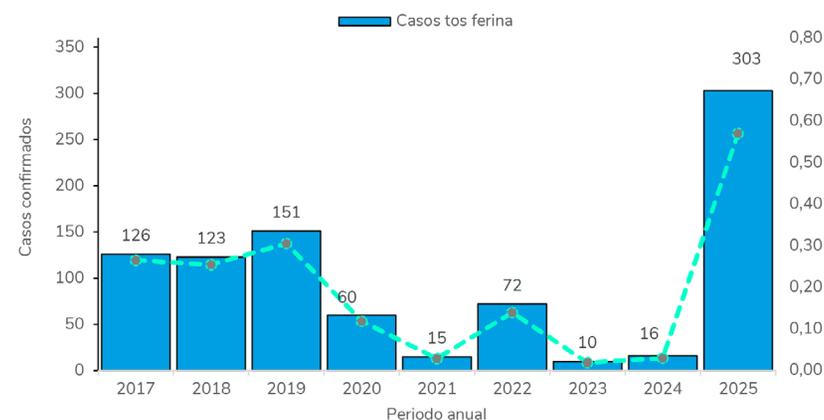
Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso con relación epidemiológica directa con un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado por clínica: Caso sin muestra o con muestra no válida por fallas en el proceso de recolección, conservación o procesamiento, y que no presenta asociación epidemiológica demostrable con un caso confirmado por laboratorio.

El análisis del comportamiento se realizó a partir de los casos confirmados de tos ferina, evaluando comportamientos inusuales por departamento mediante la comparación de las cuatro semanas previas y actuales. Asimismo, se analizaron las tendencias históricas correspondientes a la misma semana epidemiológica, desde 2017 hasta 2025 (datos preliminares).

Hasta el 02 de mayo de 2025 a nivel nacional, se han reportado en SIVIGILA un total de 1 661 casos, de los cuales el 18,2 % (303 casos) han sido confirmados para la enfermedad, el 51,7 % (858 casos) fueron descartados y el 30,10 % (500 casos) se encuentran en estudio. La incidencia es de 0,57 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar con los registros históricos para la misma semana, se observa un aumento frente a 2017 y 2024 donde la incidencia no superó el 0,31 casos por cada 100 000 habitantes (figura 19).

Figura 19. Incidencia de casos confirmados de tos ferina, SE 17, Colombia 2025



Fuente: sivigila 2017-2025p

### Comportamiento de tos ferina por departamento de procedencia, SE 17, Colombia 2025

La mayor incidencia se presenta en Vichada, con 0,57 casos por cada 100 000 habitantes (tres casos), seguido de Bogotá D.C., con 1,78 casos por cada 100 000 habitantes (141 casos), y Risaralda, con 1,33 casos por cada 100 000 habitantes (13 casos).

En la tabla 30 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia, junto con su respectiva incidencia, comparado con los datos históricos del período 2019–2024 para la misma semana epidemiológica.

La incidencia más alta en las últimas cuatro semanas se registró en Risaralda, con 0,41 casos por cada 100 000 habitantes (cuatro casos), seguido de Bolívar, con 0,33 casos por cada 100 000 habitantes (cuatro casos).

Se observa una tendencia creciente en la incidencia de casos en los departamentos de Cartagena de Indias D.T., Atlántico, Caldas, Meta, Norte de Santander, Córdoba y Valle del Cauca.

**Tabla 30. Incidencia por tos ferina a semana epidemiológica 17, por departamento de procedencia, Colombia 2025**

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrografico	2025
<b>Colombia</b>	<b>0,28</b>	<b>0,11</b>	<b>0,03</b>	<b>0,14</b>	<b>0,02</b>	<b>0,03</b>	<b>0,57</b>		<b>303</b>
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,35		3
Bogotá D.C.	0,36	0,08	0,01	0,03	0,01	0,00	1,78		141
Risaralda	0,52	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,33		13
Huila	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	0,10	1,24		15
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,80	0,00	0,00	0,84		9
Chocó	0,00	0,18	0,17	0,00	0,00	0,33	0,81		5
Antioquia	0,31	0,17	0,04	0,09	0,03	0,01	0,79		55
Caldas	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57		6
Cartagena de Indias D.T.	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47		5
Cundinamarca	0,23	0,13	0,03	0,00	0,00	0,11	0,46		17
Cauca	0,14	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38		6
Meta	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,34		4
Caquetá	0,25	0,48	0,00	0,00	0,00	0,47	0,23		1
Atlántico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20		3
Valle del Cauca	0,10	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,20		4
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18		1
Santander	0,09	0,13	0,17	0,00	0,00	0,00	0,17		4
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,16		2
Santiago de Cali D.E.	0,04	0,31	0,00	0,00	0,00	0,04	0,13		3
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10		1
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10		2
Sucre	0,22	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10		1
Boyacá	0,24	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,08		1
Barranquilla D.E.	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,15	0,07		1
Norte de Santander	0,70	0,12	0,00	0,00	0,00	0,06	0,06		1

Fuente: sivigila 2017-2025p

**Tabla 31. Tendencia de casos de tos ferina por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (SE 10 a 17), Colombia, 2025**

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior	Casos PE actual	Incidencia PE anterior	Incidencia PE actual	Tendencia de la incidencia
Risaralda	13	1,33	6	4	0,62	0,41	
Bolívar	4	0,33	0	4	0,00	0,33	
Bogotá, D.C.	141	1,78	86	26	1,08	0,33	
Cartagena de Indias D.T.	3	0,28	1	2	0,09	0,19	
La Guajira	9	0,84	7	2	0,65	0,19	
Atlántico	3	0,20	0	2	0,00	0,13	
Caldas	6	0,57	1	1	0,10	0,10	
Colombia	303	0,57	135	48	0,25	0,09	
Meta	3	0,26	1	1	0,09	0,09	
Norte de Santander	1	0,06	0	1	0,00	0,06	
Córdoba	2	0,10	0	1	0,00	0,05	
Valle del Cauca	4	0,20	1	1	0,05	0,05	
Antioquia	55	0,79	10	2	0,14	0,03	
Cundinamarca	17	0,46	9	1	0,25	0,03	
Barranquilla D.E.	1	0,07	0	0	0,00	0,00	
Boyacá	1	0,08	1	0	0,08	0,00	
Caquetá	1	0,23	0	0	0,00	0,00	
Cauca	6	0,38	4	0	0,25	0,00	
Chocó	5	0,81	1	0	0,16	0,00	
Huila	15	1,24	1	0	0,08	0,00	
Magdalena	1	0,10	0	0	0,00	0,00	
Quindío	1	0,18	0	0	0,00	0,00	
Santander	4	0,17	2	0	0,08	0,00	
Sucre	1	0,10	0	0	0,00	0,00	
Santiago de Cali D.E.	3	0,13	1	0	0,04	0,00	
Vichada	3	2,35	3	0	2,35	0,00	

Fuente: sivigila 2017-2025p

## Seguimiento de brotes en población indígena semana epidemiológica 17

- **Urrao y Betulia, Antioquia:** 38 casos confirmados (12 de 2024 y 26 de 2025), cinco fallecimientos (cuatro de 2024 y uno de 2025), **estado: cerrado**
- **Bagadó y Carmen de Atrato, Chocó:** seis casos (un caso Carmen de Atrato y cincos de Bagadó), 0 fallecimientos, en seguimiento, **estado: abierto.**
- **Manizales, Caldas:** dos casos confirmados, 0 fallecimientos, en seguimiento, **estado:abierto.**
- **Caloto, Cauca:** un caso confirmado, 0 fallecimientos, **estado: cerrado**
- **La Rioja, Bogotá:** seis casos confirmado, 0 fallecimientos, en seguimiento, **estado:abierto.**
- **La Guajira :** nueve casos, Riohacha (3), Maicao (2), Uribia (4), 0 fallecimientos, **estado: abierto.**

## ALERTAS NACIONALES

### Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, 06 de mayo de 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, entre 2024 y la fecha actual de 2025 se han confirmado 85 casos y 38 defunciones, lo que representa una letalidad acumulada preliminar del 44,7 % (38/85). Durante el año 2024, se registraron 23 casos con 13 fallecimientos. Desde enero de 2025 hasta la fecha, se han confirmado 62 casos, de los cuales 25 resultaron en defunción (cifra preliminar). La distribución geográfica de los casos confirmados abarca diez (10) departamentos:

- Tolima (67 casos): Cunday (15 casos), Villarrica (15 casos), Prado (14 casos), Ataco (11 casos), Purificación (5 casos), Dolores (2 casos), Chaparral (1 caso), Ibagué (1 caso), Palocabildo (1 caso), Valle de San Juan (1 caso) y Espinal (1 caso).
- Putumayo (siete casos): Orito (3 casos), Villagarzón (2 casos), San Miguel (1 caso) y Valle del Guamuez (1 caso).
- Caquetá (2 casos): Cartagena del Chaira (1 caso) y El Doncello (1 caso).
- Nariño: Ipiales (2 casos).
- Meta (2 casos): Granada (1 caso) y La Macarena (1 caso).
- Vaupés: Mitú (1 caso).
- Caldas: Neira (1 caso).
- Cauca: Piamonte (1 caso).
- Huila: Campoalegre (1 caso).
- Guaviare: San José del Guaviare (1 caso).

Las 38 defunciones se han presentado en nueve (9) departamentos: Tolima (25), Putumayo (5), Meta (2), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

Entre los 85 casos confirmados, la edad promedio es de 43,9 años (con un rango entre 2 y 89 años), con una distribución por sexo de 17 mujeres y 68 hombres. Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (15 casos) y las personas entre 60 y 64 años (11 casos).

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



# BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

## Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, 06 de mayo de 2025

Situación con ocurrencia en los municipios de Ataco, Cunday, Chaparral, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Purificación, Villarrica, Valle de San Juan, Espinal, y Prado. Este brote inició en octubre de 2024, hasta la fecha se han confirmado (acumulado 2024-2025) 67 casos de fiebre amarilla (66 por laboratorio y uno por nexos epidemiológicos). El último caso confirmado fue el 04/05/2025 con procedencia del municipio de Prado-Tolima. Se han registrado 25 fallecidos para una letalidad acumulada 2024-2025p del 37,3 % (25/67). Se han confirmados 37 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 31 con procedencia de Tolima en los municipios de Purificación (1), Cunday (1), Ataco (9), Chaparral (14), Planadas (5) y Villarrica (1); y seis casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (2) y Aipe (1). Situación bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional y se continúan desplegando equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

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

## 40 Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en institución educativa de Neiva, Huila, 05 de mayo de 2025

Brote con fecha de inicio el 29 de abril de 2025 e identificación el 30 de abril. Se han identificado 21 casos de un total de 802 personas expuestas para una tasa de ataque del 2,6 %. No se han registrado hospitalizaciones, ni muertes y los casos recibieron atención con manejo ambulatorio. Acciones implementadas: activación de equipo de respuesta inmediata, investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria e institucional, recolección de muestras biológicas donde no se obtuvieron contramuestras de alimentos. Concepto favorable en visita de inspección, vigilancia y control. En espera de resultados de muestras biológicas. Situación en seguimiento por referente nacional del INS.

Fuente: Secretaría de Salud Huila

## Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 18 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 sobre sarampión en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 2 de mayo del 2025

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 16, se han confirmado 2 325 casos de sarampión en la Región de las Américas, incluyendo cuatro defunciones. Los casos se reportaron en Argentina (22), Belice (7) 2, Bolivia (1), Brasil (5), Canadá (1 069) 3, México (421 casos, incluyendo una defunción) y Estados Unidos (800 casos, incluyendo tres defunciones).

El total de casos representa un aumento de 11 veces en comparación con los 205 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024. La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por semana epidemiológica muestra un incremento de casos partir de la SE 3 del 2025, con el número máximo de casos registrado en la SE 14 relacionado a los brotes en comunidades renuentes a la vacunación asentadas en varios países de la región.

El grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (24 %), seguido por el grupo de 1-4 años (22 %) y el grupo de 20- 29 años (19 %). Con relación al antecedente de vacunación, el 30 % de los casos no estaban vacunados y en 65 % dicha información era desconocida o ausente.

En la alerta publicada la OPS ofrece recomendaciones relacionadas a vacunación, vigilancia y respuesta rápida.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización epidemiológica sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 2 de mayo del 2025. Fecha de consulta: 5 de mayo del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-may-2-phe-actualizacion-epi-sarampion-es-final.pdf>



# TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 18 de 2025

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las entidades territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas, el primero corresponde a las entidades con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, 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 18

Decremento  
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
	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	22	1	9	181	27	36	0	0	0	50	23	12	0	0	0	2	1	0	761	79	125
Antioquia	241	13	0	7.385	1.269	1.557	39	3	13	1.492	96	349	347	30	39	31	7	7	4.376	1.025	877
Arauca	31	2	2	302	56	72	16	1	4	422	23	87	1	0	0	37	4	22	289	3	59
Atlántico	27	2	2	1.585	263	334	28	2	3	1.013	38	63	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	5	0	1	1.730	229	405	24	1	0	780	31	42	6	1	1	6	1	3	0	0	0
Bogotá D.C.	2	0	0	8.801	1.650	1.914	0	0	0	0	0	0	44	10	7	5	2	0	0	0	0
Bolívar	97	3	5	1.198	210	247	17	4	1	697	74	129	1	0	0	2	0	1	685	110	137
Boyacá	25	2	1	2.583	456	569	2	0	1	191	16	45	2	0	0	0	0	0	511	0	120
Buenaventura D.E.	9	0	0	52	12	8	3	0	2	38	8	9	0	0	0	0	0	0	643	159	101
Caldas	23	1	0	1.478	268	326	1	0	1	133	12	41	4	1	0	16	4	1	10	1	6
Santiago de Cali D.E.	3	0	0	1.890	394	395	15	5	3	792	222	133	46	22	2	26	6	5	2	1	2
Caquetá	98	3	4	411	87	94	25	2	8	670	74	158	1	0	0	2	1	0	230	7	40
Cartagena de Indias D.T.	6	0	1	730	127	147	51	2	6	1.012	23	47	3	0	2	0	0	0	0	0	0
Casanare	59	3	3	640	109	150	4	3	2	215	125	83	6	0	4	0	0	0	5	2	2
Cauca	46	2	3	1.975	416	424	9	1	3	300	32	40	14	1	1	4	2	0	1.039	371	136
Cesar	84	4	4	1.168	182	264	23	4	1	620	113	102	3	0	0	3	1	0	8	2	2
Chocó	93	3	4	107	12	29	4	1	1	71	13	19	2	0	1	3	0	1	7.844	2.650	1.010
Córdoba	88	10	6	1.878	364	431	12	2	2	1.636	71	258	2	1	0	2	0	1	2.512	840	168
Cundinamarca	33	2	1	5.383	958	1.200	18	2	4	1.156	107	194	8	3	2	4	2	0	0	0	0
Guainía	11	0	1	70	9	16	0	0	0	10	5	1	0	0	0	0	0	0	746	303	125
Guaviare	47	4	2	156	23	38	3	0	2	136	8	71	1	0	1	1	0	0	424	130	55
Huila	60	1	2	2.458	404	535	59	10	12	901	180	165	5	1	1	2	1	0	0	0	0
La Guajira	44	1	1	816	155	178	24	2	2	986	62	107	1	1	0	4	1	0	26	2	6
Magdalena	49	3	2	991	195	193	5	1	0	245	38	59	0	0	0	1	1	0	3	1	0
Meta	115	5	7	1.666	265	356	52	4	21	1.947	243	555	24	2	1	3	0	2	312	55	72
Nariño	37	2	4	2.722	502	597	6	1	1	170	17	40	2	2	0	10	2	2	3.934	1.146	669
Norte de Santander	121	8	14	2.387	389	507	55	3	13	1.552	133	401	13	9	0	0	0	0	212	177	28
Putumayo	79	2	4	671	112	125	11	1	3	721	56	224	0	0	0	1	0	0	27	4	6
Quindío	8	0	2	1.124	199	244	2	0	1	174	6	27	22	1	8	3	1	0	1	2	1
Risaralda	16	1	0	1.569	294	342	7	0	2	292	11	48	4	1	0	0	0	0	1.127	305	150
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	192	25	45	0	0	0	25	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	9	1	2	866	113	191	2	1	0	121	12	17	1	0	1	2	0	0	0	0	0
Santander	93	4	1	2.941	488	605	34	3	9	1.581	183	437	61	3	4	6	1	3	8	1	2
Sucre	31	2	0	1.129	198	258	13	3	1	1.130	88	170	2	0	0	2	1	0	40	4	5
Tolima	64	3	1	2.620	448	616	50	5	15	1.359	244	344	2	1	1	8	3	1	0	0	0
Valle del Cauca	36	1	3	3.276	562	704	14	4	2	813	240	170	14	2	0	24	6	4	54	4	7
Vaupés	19	0	0	75	11	16	1	0	0	14	3	5	9	0	4	1	0	1	1.987	220	325
Vichada	17	0	2	97	19	24	1	0	1	115	4	29	0	0	0	0	0	0	651	156	91
<b>Total nacional</b>	<b>1.848</b>	<b>89</b>	<b>94</b>	<b>65.303</b>	<b>11.500</b>	<b>14.192</b>	<b>630</b>	<b>71</b>	<b>140</b>	<b>23.580</b>	<b>2.636</b>	<b>4.689</b>	<b>652</b>	<b>93</b>	<b>81</b>	<b>212</b>	<b>42</b>	<b>54</b>	<b>28.470</b>	<b>7.828</b>	<b>4.328</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 18

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	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		
	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			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
Amazonas	2	4	1	1.963	679	492	48	12	24	0	0	0	1.937	355	436	7	6	7	0	0	0
Antioquia	101	33	49	346.371	77.218	69.075	16.993	2.632	3.916	2.111	799	901	130.817	35.931	24.913	212	317	212	2	5	0
Arauca	5	2	1	8.960	2.212	1.870	1.231	112	254	23	2	14	2.944	687	645	11	27	11	0	0	0
Atlántico	7	2	1	52.045	10.499	10.801	1.050	214	235	708	129	305	24.381	4.179	4.428	43	88	43	2	1	0
Barranquilla D.E.	18	4	8	75.654	15.618	15.446	4.270	304	881	778	241	283	32.383	6.375	6.882	51	109	51	1	1	0
Bogotá D.C.	100	38	51	669.785	155.881	148.849	29.706	7.768	8.365	3.059	1.578	1.589	314.550	62.358	49.443	229	304	229	2	5	0
Bolívar	5	4	2	46.635	11.506	10.214	914	206	220	171	110	64	10.520	2.875	1.995	54	81	54	1	1	0
Boyacá	16	4	6	51.136	13.280	11.221	2.639	527	722	170	68	73	20.482	5.002	3.752	34	53	34	0	1	0
Buenaventura D.E.	2	2	1	2.322	1.190	461	36	0	10	6	2	3	1.055	466	192	24	31	24	0	0	0
Caldas	8	2	2	32.913	8.264	6.607	1.284	335	335	504	125	215	11.284	3.078	2.449	29	36	29	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	27	16	10	98.041	26.088	18.662	2.803	659	665	277	70	117	40.881	13.353	11.724	83	105	83	0	2	0
Caquetá	5	0	0	10.372	3.739	2.226	614	167	116	11	8	2	5.176	1.841	1.039	16	27	16	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	7	0	0	73.659	16.874	15.681	4.653	299	948	595	196	247	20.818	4.123	3.919	53	93	53	2	1	0
Casanare	3	0	0	8.387	2.441	1.970	136	60	31	8	8	6	4.092	1.248	761	19	29	19	0	0	0
Cauca	14	4	5	46.404	10.474	9.676	1.748	271	413	216	81	113	15.831	4.953	2.813	50	98	50	2	1	1
Cesar	7	5	2	46.942	10.065	10.444	2.340	540	548	167	60	63	10.100	4.678	2.121	67	98	67	2	1	0
Chocó	6	3	1	10.098	1.790	2.212	863	154	223	8	8	2	5.012	1.022	1.082	33	71	33	0	1	0
Córdoba	14	3	7	76.138	12.256	15.644	2.698	397	499	517	192	249	23.019	4.466	4.052	68	145	68	1	2	0
Cundinamarca	28	6	10	145.796	29.967	34.010	5.166	1.127	1.320	612	432	322	62.711	13.089	11.162	130	147	130	6	3	0
Guainía	0	0	0	955	183	349	36	18	14	0	0	0	513	180	150	5	7	5	0	0	0
Guaviare	0	0	0	2.203	640	555	99	40	25	21	6	2	1.147	325	274	6	5	6	0	0	0
Huila	9	4	5	39.657	12.636	9.011	2.107	420	482	212	72	107	18.236	4.057	3.088	40	70	40	2	1	0
La Guajira	1	0	0	79.407	13.419	15.026	859	583	214	110	51	35	12.666	4.296	2.228	79	144	79	0	1	0
Magdalena	1	0	0	40.277	7.721	9.507	1.449	193	229	55	8	19	12.342	3.645	2.681	38	62	38	0	1	0
Meta	10	3	3	28.146	7.463	6.588	1.197	217	244	75	73	32	18.060	4.524	3.706	55	62	55	3	1	1
Nariño	21	7	12	54.752	15.727	12.218	3.018	563	796	64	42	27	19.268	7.086	3.429	69	77	69	2	1	0
Norte de Santander	23	6	10	65.628	14.957	13.077	3.241	885	754	267	129	125	21.306	5.471	3.701	46	83	46	3	1	0
Putumayo	4	2	3	12.122	3.053	3.216	476	165	152	12	5	6	4.369	1.105	986	14	20	14	0	0	0
Quindío	2	0	0	22.506	6.342	3.997	1.203	292	276	154	57	71	9.854	2.880	1.827	11	24	11	0	0	0
Risaralda	9	4	5	46.857	8.856	8.549	2.083	281	470	154	54	72	13.817	4.396	2.433	26	43	26	6	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	3.134	792	592	331	62	95	1	0	1	1.147	313	250	6	4	6	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	0	0	25.783	2.833	5.193	1.138	169	254	317	138	119	7.453	1.222	1.372	12	34	12	2	0	0
Santander	31	6	13	84.864	13.687	20.092	6.144	974	1.647	830	394	387	34.072	7.779	6.777	54	88	54	0	2	0
Sucre	6	2	3	30.914	7.240	6.499	2.438	436	525	521	209	234	7.852	2.707	1.420	34	72	34	2	1	0
Tolima	11	2	6	55.399	14.142	12.167	3.640	489	794	148	65	62	25.680	5.495	5.110	35	55	35	1	1	1
Valle del Cauca	27	10	13	61.353	13.138	11.602	1.340	286	335	315	80	131	25.326	6.570	5.150	46	76	46	0	2	0
Vaupés	6	2	3	1.434	252	514	17	11	7	1	11	1	663	91	166	3	6	3	0	0	0
Vichada	1	1	1	1.370	356	327	8	4	0	1	0	1	526	134	158	10	14	10	1	0	0
<b>Total nacional</b>	<b>540</b>	<b>181</b>	<b>234</b>	<b>2.460.382</b>	<b>553.478</b>	<b>524.640</b>	<b>110.016</b>	<b>21.872</b>	<b>27.038</b>	<b>13.199</b>	<b>5.497</b>	<b>6.000</b>	<b>972.290</b>	<b>241.231</b>	<b>178.714</b>	<b>1.802</b>	<b>2.812</b>	<b>1.802</b>	<b>44</b>	<b>40</b>	<b>3</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 18

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexa			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexa 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
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	26	3	6	11	2	3
Antioquia	256	62	44	11	2	0	591	42	94	758	229	146	339	103	36
Arauca	14	2	1	2	0	0	4	0	1	69	8	14	12	4	6
Atlántico	21	6	4	0	1	0	8	0	3	227	69	63	53	10	7
Barranquilla D.E.	54	7	13	0	1	0	12	3	3	237	45	47	94	28	4
Bogotá D.C.	521	101	113	258	2	15	671	101	248	1.622	401	366	1.234	474	233
Bolívar	22	3	2	1	1	0	9	2	6	184	31	26	22	9	9
Boyacá	76	13	21	9	0	2	11	5	2	258	68	65	160	50	50
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	0	5	1	1
Caldas	29	6	5	0	0	0	18	2	0	179	34	29	26	11	7
Santiago de Cali D.E.	56	21	6	0	1	0	3	4	0	375	114	84	310	84	17
Caquetá	15	3	4	0	0	0	2	3	0	91	16	21	11	7	1
Cartagena de Indias D.T.	24	7	2	1	1	1	10	1	5	170	32	30	12	9	0
Casanare	8	3	1	4	0	0	0	1	0	57	26	18	1	0	1
Cauca	24	8	4	0	1	0	15	3	2	226	34	57	157	57	30
Cesar	21	5	5	0	1	0	1	2	0	106	29	20	11	7	1
Chocó	6	1	2	3	0	0	71	7	2	18	3	1	13	8	0
Córdoba	59	14	10	1	1	0	4	1	1	339	75	68	55	20	20
Cundinamarca	162	26	26	83	1	3	145	23	47	777	173	184	225	81	47
Guainía	2	0	2	0	0	0	0	0	0	33	0	22	0	0	0
Guaviare	5	0	1	2	0	0	0	0	0	38	3	8	1	0	0
Huila	62	14	12	1	1	0	42	8	9	259	43	75	43	11	11
La Guajira	10	3	2	0	1	0	9	4	0	112	39	38	16	7	3
Magdalena	13	2	1	0	1	0	1	1	0	124	15	35	10	2	3
Meta	26	6	3	4	1	1	21	3	5	169	47	40	20	5	4
Nariño	59	10	11	1	1	0	26	15	8	222	69	39	42	11	9
Norte de Santander	77	12	15	1	1	0	9	5	4	294	75	62	28	11	3
Putumayo	13	5	1	1	0	0	9	1	4	61	13	22	53	21	14
Quindío	12	4	4	0	0	0	3	1	2	113	35	25	47	19	8
Risaralda	19	7	4	0	0	0	24	1	5	280	54	86	19	8	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	1	0	0	0	0	1	1	0	49	7	9	15	4	1
Santander	37	8	3	0	1	0	19	10	5	200	69	47	83	40	20
Sucre	31	7	6	1	1	0	19	7	2	169	44	39	92	49	13
Tolima	16	5	1	5	1	1	6	6	1	368	72	83	45	18	12
Valle del Cauca	50	9	8	0	1	0	7	2	2	393	90	114	159	71	10
Vaupés	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	1	0	5	0	5
Vichada	1	0	0	0	0	0	3	0	0	5	6	0	1	1	0
<b>Total nacional</b>	<b>1.808</b>	<b>393</b>	<b>337</b>	<b>391</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>1.774</b>	<b>269</b>	<b>461</b>	<b>8.625</b>	<b>2.174</b>	<b>1.989</b>	<b>3.430</b>	<b>1.243</b>	<b>590</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 18

Decremento  
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
	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	20	29	0	0	0	0	20	29	4	4
Antioquia	0	0	0	1	613	1.189	0	0	0	0	1.850	1.768	476	390
Arauca	1	0	0	0	106	77	0	0	0	0	61	72	8	8
Atlántico	0	0	0	0	116	91	0	0	0	0	295	321	0	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	62	89	0	0	0	0	304	321	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.200	1.084	1	1	0	0	1.652	1.768	0	0
Bolívar	0	0	0	0	141	195	0	0	0	0	194	173	158	161
Boyacá	1	0	0	0	173	196	0	0	0	0	343	359	51	93
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	46	74	0	0	0	0	34	25	5	4
Caldas	0	0	0	0	62	60	0	0	0	0	423	335	75	78
Santiago de Cali D.E.	0	0	1	0	167	225	0	0	1	2	579	638	0	0
Caquetá	0	0	0	0	80	55	0	0	0	0	89	78	99	72
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	78	169	0	0	0	0	196	196	1	0
Casanare	5	1	0	0	127	88	0	0	0	0	99	116	3	0
Cauca	0	0	0	0	103	104	0	0	0	0	299	252	21	30
Cesar	3	0	0	0	235	343	0	0	0	0	216	207	37	121
Chocó	0	0	0	0	258	367	0	0	0	0	40	54	99	83
Córdoba	0	0	0	0	217	165	0	0	0	0	346	360	65	55
Cundinamarca	0	0	0	0	452	421	0	0	0	1	723	838	69	54
Guainía	0	0	0	0	23	21	0	0	0	0	10	9	4	6
Guaviare	0	0	0	0	47	41	0	0	0	0	21	25	137	42
Huila	0	0	0	0	162	177	0	1	0	0	290	237	3	1
La Guajira	0	0	0	0	571	564	0	0	0	0	88	121	11	11
Magdalena	0	0	0	0	188	277	0	0	0	0	119	132	3	2
Meta	0	0	0	0	150	153	0	0	1	0	244	231	81	33
Nariño	0	0	0	0	248	261	0	0	0	0	477	547	100	75
Norte de Santander	0	0	0	0	241	261	1	0	0	0	345	417	91	55
Putumayo	0	0	0	0	73	77	0	0	0	0	112	105	94	81
Quindío	0	0	0	0	38	28	0	0	0	0	186	165	0	0
Risaralda	0	0	0	0	138	183	0	0	0	0	409	425	41	55
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	7	7	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	29	66	0	0	0	0	100	107	4	3
Santander	1	1	0	0	161	206	0	0	0	0	525	552	261	257
Sucre	0	0	0	0	78	139	0	2	0	0	168	176	43	27
Tolima	0	0	0	0	129	128	0	0	1	1	419	357	119	64
Valle del Cauca	0	0	0	0	141	238	0	0	0	0	455	453	6	2
Vaupés	0	0	0	0	30	13	0	0	0	0	20	28	19	2
Vichada	0	0	0	0	95	63	0	0	0	0	8	6	15	6
<b>Total nacional</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6.806</b>	<b>7.919</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>			<b>2.207</b>	<b>1.877</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 18

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	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	
	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa 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	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
Antioquia	11	3	8	6	3	0	12	21	5	3	48	75
Arauca	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	2	5
Atlántico	1	0	3	1	1	0	2	2	2	1	10	6
Barranquilla D.E.	1	4	3	2	0	1	1	3	1	0	9	14
Bogotá D.C.	1	3	9	4	0	2	14	9	0	1	55	175
Bolívar	1	3	4	1	1	0	4	1	3	2	8	1
Boyacá	1	0	1	1	0	1	2	2	0	0	9	3
Buenaventura D.E.	1	2	1	0	0	1	1	2	1	1	2	2
Caldas	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	7	1
Santiago de Cali D.E.	3	0	2	2	0	2	3	5	0	0	16	26
Caquetá	3	12	1	1	0	0	3	2	1	1	3	0
Cartagena de Indias D.T.	2	0	3	0	0	0	4	1	1	1	7	8
Casanare	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	3	6
Cauca	2	0	3	1	1	2	3	2	1	3	11	8
Cesar	1	1	4	5	3	2	3	3	5	4	10	7
Chocó	1	0	5	3	10	6	10	17	17	10	4	4
Córdoba	0	3	4	2	1	1	4	1	2	4	13	11
Cundinamarca	2	4	4	3	0	1	4	7	1	0	25	22
Guainía	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0
Guaviare	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0
Huila	2	3	3	1	0	0	2	0	2	1	8	6
La Guajira	0	2	8	5	9	7	12	10	23	11	7	0
Magdalena	0	0	4	0	0	1	4	3	6	5	7	0
Meta	0	0	3	1	1	1	3	2	3	1	8	4
Nariño	1	0	4	2	0	0	5	6	1	0	12	3
Norte de Santander	1	0	4	1	0	0	2	1	3	0	12	11
Putumayo	0	2	1	0	0	0	1	1	1	0	3	2
Quindío	4	1	1	1	0	0	2	0	0	0	4	4
Risaralda	4	4	2	2	3	4	3	5	4	2	7	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta D.T.	1	1	3	0	0	0	1	0	0	0	4	4
Santander	1	0	1	2	1	0	3	2	0	1	17	6
Sucre	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0	7	16
Tolima	6	14	3	2	1	1	5	3	0	0	10	5
Valle del Cauca	4	2	2	2	1	0	5	4	2	1	14	23
Vaupés	1	0	0	0	2	2	1	1	0	0	1	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	1	2	2	4	1	0
<b>Total nacional</b>	<b>52</b>	<b>66</b>	<b>99</b>	<b>56</b>	<b>47</b>	<b>38</b>	<b>118</b>	<b>122</b>	<b>91</b>	<b>59</b>	<b>367</b>	<b>460</b>

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

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 18

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexos 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 nexos epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexos 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	2	6	9	0	0	24	26	1	0	175	236
Antioquia	56	43	407	455	0	0	1.230	1.666	38	54	7.438	5.716
Arauca	17	11	62	75	0	0	51	51	1	0	388	439
Atlántico	16	7	119	133	0	0	142	204	5	7	826	925
Barranquilla D.E.	31	6	148	129	0	0	262	308	6	10	828	894
Bogotá D.C.	50	24	321	316	0	0	548	531	15	8	9.428	10.650
Bolívar	14	11	94	117	0	0	56	84	1	0	783	819
Boyacá	8	8	35	30	0	0	54	73	1	0	1.313	1.548
Buenaventura D.E.	8	8	48	37	0	0	59	76	2	2	135	110
Caldas	6	9	45	69	0	0	113	94	2	0	973	1.010
Santiago de Cali D.E.	13	4	163	193	0	1	525	537	19	15	2.697	2.321
Caquetá	3	6	30	42	0	0	75	106	2	0	373	332
Cartagena de Indias D.T.	30	20	98	162	0	1	133	170	1	4	457	508
Casanare	14	16	45	56	0	1	55	70	0	3	281	318
Cauca	8	7	69	55	0	1	92	100	1	0	1.091	1.090
Cesar	14	6	127	104	0	0	119	161	1	2	713	733
Chocó	22	14	86	93	0	0	63	96	1	1	138	159
Córdoba	12	6	111	86	1	0	83	108	2	4	1.245	1.049
Cundinamarca	26	18	126	172	0	0	183	213	6	2	4.209	5.001
Guainía	3	4	5	6	0	0	7	5	0	0	61	50
Guaviare	2	0	9	6	0	0	17	16	0	0	108	108
Huila	4	4	55	47	0	0	121	170	3	4	2.130	2.107
La Guajira	25	11	128	129	0	0	158	126	3	1	441	489
Magdalena	12	9	82	86	0	0	50	69	1	1	483	533
Meta	21	15	87	118	0	0	222	297	6	8	785	809
Nariño	5	3	85	79	0	0	69	66	1	2	1.360	1.720
Norte de Santander	31	21	169	201	0	0	226	279	5	4	1.286	1.340
Putumayo	3	2	33	43	0	1	33	52	1	1	437	531
Quindío	4	1	34	42	0	0	96	106	1	0	891	800
Risaralda	10	12	58	79	0	0	214	269	9	3	1.259	1.277
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	2	5	0	0	1	7	0	0	62	98
Santa Marta D.T.	7	3	40	48	0	0	75	118	2	3	234	260
Santander	23	23	148	174	0	0	294	497	10	6	2.116	2.229
Sucre	9	7	76	71	1	0	34	37	0	0	664	633
Tolima	13	11	59	50	0	1	180	279	5	5	975	1.085
Valle del Cauca	10	17	101	132	0	0	242	308	7	9	2.275	2.418
Vaupés	1	0	1	2	0	0	5	8	0	0	65	126
Vichada	1	4	13	16	0	0	12	7	0	0	76	79
<b>Total nacional</b>	<b>520</b>	<b>374</b>	<b>3.535</b>	<b>3.667</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>5.925</b>	<b>7.490</b>	<b>159</b>	<b>159</b>	<b>49.201</b>	<b>50.550</b>



Salud



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Semana epidemiológica **18**  
27 de abril a 03 de mayo de 2025

**TEMA CENTRAL**  
**Lesiones de causa externa**

**Directora General INS**

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

**Expertos temáticos**

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director (E) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

**Una publicación del:**

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte  
el historial de  
publicaciones  
del BES



Conozca más en  
[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



**Boletín epidemiológico semanal**

**Autores:** Tema central: Yenny Zulima Vásquez Alejo, Ana María Urueña Serrano. **Situación nacional:** Grupo Sivigila. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Corrector de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

48# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.18>