

Fuente: INS- Equipo Inmunoprevenibles Comité de vigilancia epidemiológica.



**20 años**  
**BES 2005-2025**

## Tétanos neonatal y accidental; saberes ancestrales y salud pública

Colombia mantiene la meta de eliminación del tétanos neonatal y una baja incidencia del tétanos accidental, consolidando así sus avances en salud pública.

# 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>	<b>3</b>
Tétanos neonatal y accidental; saberes ancestrales y salud pública	
 <b>Situación nacional</b>	<b>6</b>
 <b>Mortalidad</b>	<b>8</b>
 <b>Eventos trazadores</b>	<b>15</b>
 <b>Brotes y alertas</b>	<b>33</b>
 <b>Tablas de mando por departamento</b>	<b>37</b>

El tétanos es una enfermedad aguda, potencialmente mortal, caracterizada por rigidez generalizada y espasmos convulsivos de los músculos esqueléticos. Es causado por una bacteria anaerobia formadora de esporas *Clostridium tetani*. Sus esporas y la forma latente del organismo se encuentran en suelos contaminados con excrementos de animales y de humanos (1), y en la superficie de la piel y de herramientas oxidadas como clavos, agujas, alambre de púas, etc. Las esporas son muy resistentes al calor y a la mayoría de los antisépticos y pueden sobrevivir durante años (2).

El tétanos neonatal (TN) es una grave enfermedad neonatal que persiste en los países de renta media y baja debido a la falta de esterilización en los partos. A diferencia de la viruela y la poliomielitis, el tétanos no puede erradicarse porque las esporas de *Clostridium tetani* existen en el medio ambiente y en los reservorios animales (3).

Sin embargo, su eliminación como reto de salud pública es alcanzable mediante la vacunación generalizada contra el tétanos, partos limpios y un cuidado adecuado del cordón umbilical. El objetivo de eliminar el tétanos materno y neonatal (TNM) como problema de salud pública se considera cumplido cuando todas las regiones de un país tienen una tasa de incidencia anual de tétanos neonatal inferior a 1 caso por 1 000 nacidos vivos (3).

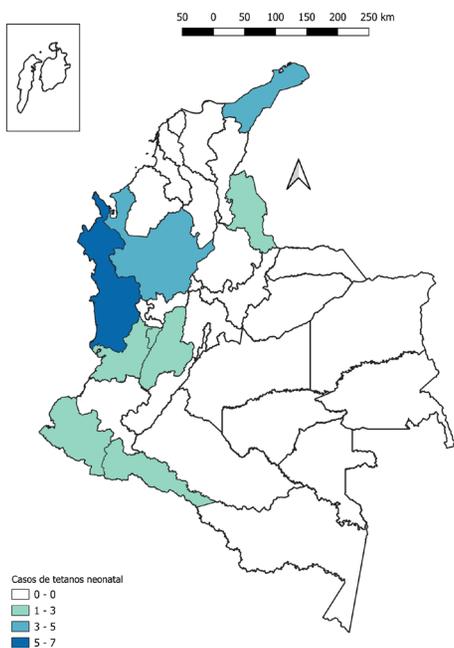
Entre 2014 y la semana epidemiológica 34 del 2025 se han confirmado 26 casos de tétanos neonatal en el país. De acuerdo con la distribución de casos de tétanos neonatal por entidad territorial, el mayor número se registró en Chocó con 7 casos, seguido por Antioquia y La Guajira con 5 casos cada uno. Nariño notificó 3 casos, Valle del Cauca 2 casos; y departamentos como Norte de Santander, Putumayo, Quindío y Tolima reportaron 1 caso cada uno. En conjunto; Chocó, Antioquia y La Guajira concentran más de la mitad de los casos reportados en el país (figura 1).

## TEMA CENTRAL

**Comportamiento epidemiológico del tétanos neonatal y accidental; saberes ancestrales y salud pública unidos contra el tétanos neonatal.**

Julián Andrés Delgadillo Páez, [inmunoprevenibles@ins.gov.co](mailto:inmunoprevenibles@ins.gov.co)

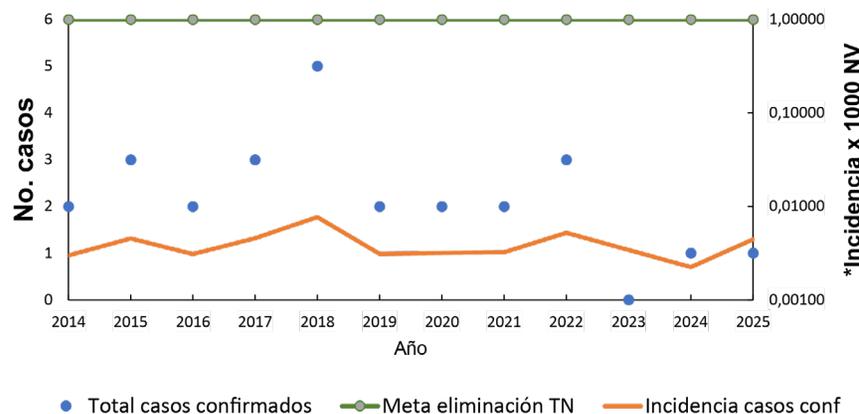
Figura 1. Casos confirmados de tétanos neonatal por entidad territorial serie 2014 - semana epidemiológica 34, 2025, Colombia.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2025.

El promedio anual de esta notificación oscila entre 0 y 5 casos anuales de tétanos neonatal con una incidencia inferior a 0,01 por 1 000 nacidos vivos (figura 2). En la serie de tiempo, a excepción del 2023, se han notificado casos de tétanos neonatal en todos los años y, en los últimos dos, los casos han sido reportados en Chocó en población indígena. Este comportamiento se mantiene consistentemente por debajo de la meta de eliminación establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (<1 caso por 1 000 NV en cada entidad territorial). El análisis confirma la sostenibilidad del país en fase de eliminación, con variaciones mínimas en el número de casos durante el periodo analizado. Estos resultados evidencian la efectividad de las estrategias de vacunación materna y la importancia de mantener coberturas óptimas y vigilancia epidemiológica activa.

Figura 2. Incidencia de tétanos neonatal casos por año, serie 2014 – semana epidemiológica 34, 2025, Colombia.

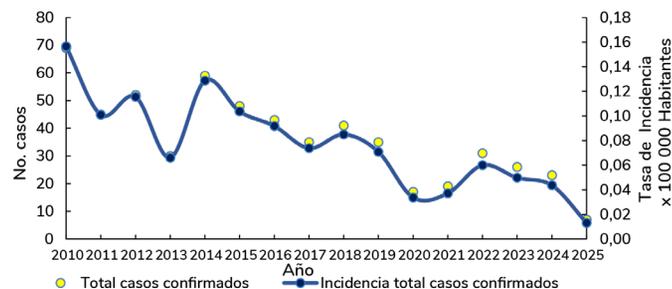


\* Eje de incidencia en escala logarítmica.  
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2025.

## Tétanos accidental

Entre 2010 y semana epidemiológica 34 del 2025 se observa una tendencia descendente de los casos de tétanos accidental en Colombia, pasando de cerca de 70 casos en 2010 a menos de 10 en el 2025, con una reducción progresiva de la incidencia de 0,16 a 0,02 por 100 000 habitantes; aunque con picos intermedios en 2014 y 2018, el comportamiento general confirma una disminución sostenida en el periodo analizado (figura 3).

Figura 3. Incidencia de tétanos accidental a 2010 – semana epidemiológica 34, 2025, Colombia.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2025.

## Saberes ancestrales y salud pública unidos en la eliminación de tétanos neonatal

Teniendo en cuenta el comportamiento del evento, fue invitada al COVE Aura Mariza Erika Cuastumal, partera tradicional del pueblo Pastos Nariño, por su conocimiento en medicina ancestral, partería y prácticas culturales relacionadas con la atención del parto y del recién nacido. Su experiencia permite identificar factores de riesgo asociados al manejo tradicional del cordón umbilical y a la higiene del parto, fundamentales en la prevención de la enfermedad. Asimismo aporta a la articulación entre el sistema de salud y los saberes propios, integrando la cosmovisión indígena en la promoción de medidas preventivas como el uso de prácticas seguras de partería, la transmisión intergeneracional de conocimientos higiénicos y el fortalecimiento de la confianza comunitaria en la vacunación materna. Su participación contribuye a intervenciones culturalmente pertinentes que refuerzan la vigilancia activa y las estrategias para la eliminación sostenida del tétanos neonatal en comunidades indígenas y rurales.

### Recomendaciones

- Es necesario que las entidades territoriales capaciten periódicamente a sus entidades locales y éstas a su vez a las UPGD's de su jurisdicción sobre el protocolo del evento, con énfasis en la definición operativa de caso; las entidades locales deben conocer claramente las acciones de vigilancia que deben realizar ante la notificación de un caso de tétanos neonatal.
- Teniendo en cuenta que la mayor proporción de casos de tétanos neonatal en la última década se presentó en población indígena, es necesario que las entidades departamentales y locales de salud fortalezcan las competencias enmarcadas en el cuidado cultural de la salud, con enfoque en el conocimiento de la cosmovisión de los grupos indígenas, en apoyo con la vigilancia basada en la comunidad.
- Continuar impulsando y fortaleciendo programas de capacitación a parteras tradicionales que son quienes atienden en zonas rurales y marginadas del país: partos limpios y cuidados adecuados del cordón umbilical.
- Desde todos los niveles se deben fortalecer las estrategias y las acciones

de vigilancia del evento; deben ejecutarse de tal manera que sea posible la adecuada caracterización de los casos, ejecutar tareas de inmunización en población de riesgo y plantear estrategias acordes a los hallazgos de las investigaciones epidemiológicas de campo. Estas actividades deben estar articuladas con el PAI.

- Desde todos los niveles se deben fortalecer las estrategias de vacunación con Tdap en mujeres gestantes, y con toxoide tetánico a mujeres en edad fértil que pertenezcan al régimen subsidiado y a poblaciones indígenas; estas últimas teniendo en cuenta estrategias con enfoque diferencial.

### Reto

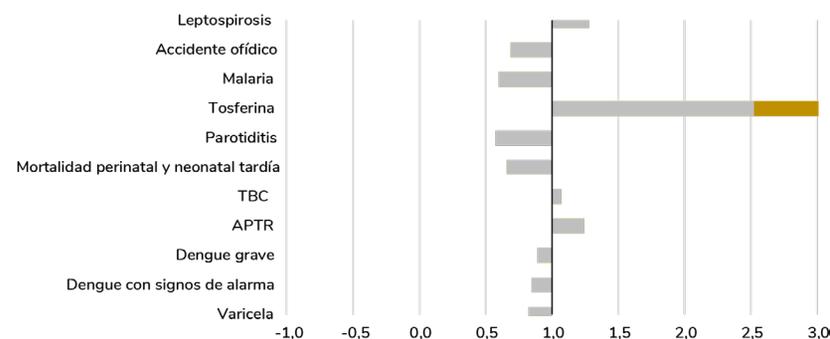
La participación activa de los miembros de la comunidad en la identificación, reporte y monitoreo de incidentes que puedan estar relacionados con el evento, con la implementación de la vigilancia basada en la comunidad y desarrollando estrategias efectivas con un enfoque integral que abarque la capacitación, sensibilización y movilización de los actores locales.

### Referencias

1. CDC. Chapter 16: Tetanus. 2020 [cited 2024 Apr 10]. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt16-tetanus.html>
2. WHO. Neonatal Tetanus [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 6]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/vpd\\_surveillance/vpd-surveillance-standards-publication/who-surveillancevaccinepreventable-14-neonataltetanus-r2.pdf?sfvrsn=a666e398\\_10&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/vpd_surveillance/vpd-surveillance-standards-publication/who-surveillancevaccinepreventable-14-neonataltetanus-r2.pdf?sfvrsn=a666e398_10&download=true)
3. WHO. Maternal and neonatal tetanus elimination in Latin America and the Caribbean [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 17]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59604>

Para la semana epidemiológica 35 del 2025 se identifica que el evento de tos ferina se encontró por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

**Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025.**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025  
 \*APTR: Agresiones por Animal Potencialmente Transmisor de Rabia  
 \*TBC: Tuberculosis



## SITUACIÓN NACIONAL

### Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la Semana Epidemiológica correspondiente con una línea de base de referencia conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos, exceptuando dengue grave y dengue con signos de alarma que incluye este año para su análisis.

Los datos son ajustados semanalmente por rezago en la notificación de los eventos de interés en salud pública.

Para 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 notificación.

**Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025**

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	131 853	109 745	1,29	0,20

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

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

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

En la semana epidemiológica 35 del 2025, el evento mortalidad por dengue se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

**Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025**

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	10	4	0,01
Leishmaniasis cutánea	12	80	0,00
Zika	6	3	0,07
Lepra	5	8	0,09
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,11
Chicungunya	1	3	0,15
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,25

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

## Cumplimiento en la notificación

Corresponde al porcentaje semanal de la entrega del reporte de notificación en los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información en el Sivigila, sin exceptuar los festivos. Los objetivos de este indicador son:

- Identificar departamentos, municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos (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.

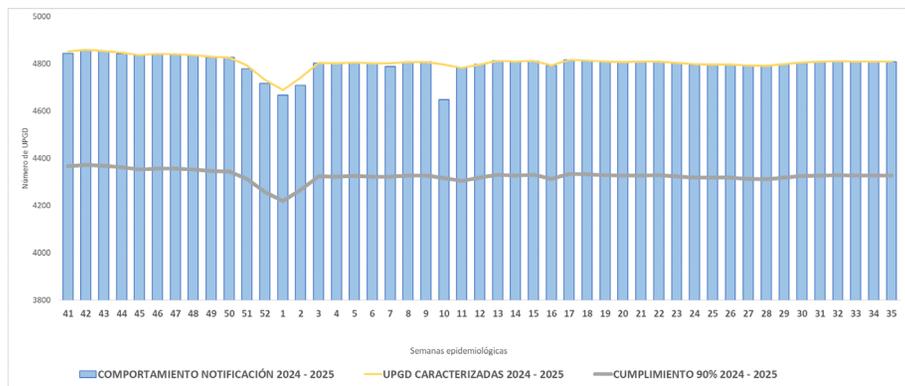
A partir de la semana 17 del 2023 la medición del cumplimiento en la notificación para las entidades territoriales se realiza con la verificación de la red de operadores que se encuentra en Sivigila 4.0.

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 35 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana 35 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 % (4 809 / 4 809); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y aumentando en 0,1 % con relación a la semana 35 del año anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %). A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025 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 5).

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025



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



# MORTALIDAD

## Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

### Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de 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: <http://bit.ly/9130q>

A semana epidemiológica 35 del 2025, se han notificado 519 muertes probables en menores de cinco años: 295 por infección respiratoria aguda (IRA), 145 por desnutrición (DNT) aguda y 79 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, seis casos de IRA, tres de DNT aguda y cuatro 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 35 del 2025 se han notificado 506 fallecimientos (289 por IRA, 142 por DNT aguda y 75 por EDA); de estos, 259 casos han sido confirmados, 97 han sido descartados y 150 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. 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 35, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 35 2025			Casos en estudio a SE 35 2025			Tasa a SE 35 2024			Tasa a SE 35 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	85	134	40	40	86	24	4.37	6.57	3.02	2.38	3.75	1.12
Amazonas	0	1	0	0	1	0	0.00	31.65	10.55	0.00	10.65	0.00
Antioquia	3	16	2	4	16	1	3.78	3.30	1.42	0.72	3.85	0.48
Arauca	0	1	0	1	1	0	3.65	10.95	0.00	0.00	3.72	0.00
Atlántico	3	0	0	0	2	0	5.25	7.00	0.88	2.69	0.00	0.00
Barranquilla	0	2	1	0	2	0	2.28	5.71	1.14	0.00	2.35	1.17
Bogotá D. C.	0	10	0	0	6	0	0.00	4.32	0.22	0.00	2.21	0.00
Bolívar	1	4	0	1	1	0	1.97	8.86	1.97	1.01	4.03	0.00
Boyacá	0	6	2	1	0	0	0.00	4.71	0.00	0.00	7.20	2.40
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	1	2	2.89	5.77	8.66	2.96	2.96	0.00
Caldas	0	1	1	0	1	0	0.00	3.38	0.00	0.00	1.73	1.73
Santiago de Cali D. E.	0	4	1	0	4	0	0.00	4.24	0.00	0.00	2.91	0.73
Caquetá	1	1	0	0	2	0	5.39	18.87	0.00	2.75	2.75	0.00
Cartagena de Indias D. T.	1	4	1	0	0	0	1.29	9.05	1.29	1.33	5.31	1.33
Casanare	1	0	0	0	0	0	0.00	5.31	2.65	2.70	0.00	0.00
Cauca	0	5	1	3	3	3	0.00	6.23	2.67	0.00	4.52	0.90
Cesar	6	3	3	4	2	0	7.47	4.98	4.15	5.07	2.53	2.53
Chocó	17	21	7	8	9	0	54.00	52.26	59.23	29.78	36.79	12.26
Córdoba	8	3	3	1	1	1	4.66	5.32	1.33	5.44	2.04	2.04
Cundinamarca	0	8	0	0	7	2	0.00	2.97	0.00	0.00	3.38	0.00
Guainía	1	1	0	1	0	1	0.00	28.32	28.32	14.02	14.02	0.00
Guaviare	0	0	1	0	0	0	10.32	10.32	0.00	0.00	0.00	10.25
Huila	1	1	0	0	1	0	1.01	4.05	0.00	1.03	1.03	0.00
La Guajira	22	5	7	5	6	5	28.29	15.52	20.08	20.32	4.62	6.47
Magdalena	6	3	1	1	5	0	14.42	8.41	1.20	7.32	3.66	1.22
Meta	2	5	1	0	0	0	6.07	4.85	3.64	2.47	6.17	1.23
Nariño	2	8	0	0	1	1	1.69	2.53	0.00	1.73	6.91	0.00
Norte de Santander	0	1	0	0	1	1	3.12	2.34	0.00	0.00	0.80	0.00
Putumayo	0	1	0	0	0	1	3.18	6.36	3.18	0.00	3.21	0.00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0.00	6.52	0.00	0.00	0.00	0.00
Risaralda	1	5	6	4	2	2	12.22	13.97	12.22	1.80	8.98	10.78
Arcechiélago 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.	1	1	0	1	0	0	0.00	0.00	5.06	2.58	2.58	0.00
Santander	0	0	0	0	2	0	0.00	4.03	4.03	0.00	0.00	0.00
Sucre	0	3	0	0	3	1	9.18	7.87	0.00	0.00	3.99	0.00
Tolima	0	2	0	1	1	0	0.00	7.30	2.43	0.00	2.48	0.00
Valle del Cauca	1	5	0	0	3	1	2.23	5.21	0.74	0.77	3.83	0.00
Vaupés	1	0	2	1	0	1	30.23	30.23	15.11	14.72	0.00	29.44
Vichada	5	2	0	3	2	0	36.02	64.83	7.20	36.03	14.41	0.00

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

\*Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

## Mortalidad por infección respiratoria aguda

En esta semana epidemiológica se han notificado 289 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 96 confirmadas por clínica y 38 por laboratorio, 69 descartadas y 86 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 35 fueron 239, para una tasa de mortalidad de 6,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 35 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C., Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Santa Marta D. T, Santander, Vaupés y, a nivel municipal, en Soledad, Güicán de la Sierra, Pueblo Bello, Soacha, Lloró, San Andrés de Tumaco D. E. y Pueblo Rico. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Rhinovirus*, *Bordetella pertussis*, *Enterovirus*, *Haemophilus influenzae B*, *Virus Sincitial Respiratorio*, *Influenza A*, *SARS-CoV2*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Adenovirus*, *Influenza B*, *Klebsiella pneumoniae*, *Metapneumovirus*, *Parainfluenza tipo 3*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Parainfluenza tipo 1*, *Parainfluenza tipo 4*, *Streptococcus pyogenes* (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 35, 2024–2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Rhinovirus</i>	11	6	5	1	2	25	8	1	3	0	0	12
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
<i>Enterovirus</i>	6	4	3	1	1	15	7	0	1	0	0	8
<i>Haemophilus influenzae B</i>	4	2	2	0	0	8	6	2	0	0	0	8
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	33	3	1	1	0	38	5	0	1	1	0	7
<i>Influenza A</i>	5	3	0	0	1	9	3	0	2	1	0	6
<i>SARS-CoV2</i>	9	2	0	0	0	11	4	1	0	1	0	6
<i>Moraxella catarrhalis</i>	3	1	2	2	1	9	2	2	1	0	0	5
<i>Staphylococcus aureus</i>	11	1	2	2	0	16	5	0	0	0	0	5
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	4	4	3	3	1	15	3	1	1	0	0	5
<i>Adenovirus</i>	7	6	2	0	0	15	2	0	1	1	0	4
<i>Influenza B</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	1	1	0	0	5	1	1	0	0	0	2
<i>Metapneumovirus</i>	3	1	1	0	0	5	2	0	0	0	0	2
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>35</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>184</b>	<b>61</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>86</b>

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

## Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 142 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 85 fueron confirmadas, 17 descartadas y 40 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 35 fue de 159, para una tasa de mortalidad de 4,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 35 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Bolívar, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Norte

de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Alto Baudó, Quibdó, Maicao y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran y dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 35 se han notificado 75 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, dos confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli* y *Norovirus*), 38 confirmadas por clínica, 11 descartadas y 24 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 35 fue de 110 para una tasa de mortalidad de 3,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 35 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba y La Guajira y, a nivel municipal, en Riohacha D. E., 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, incluyendo la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna 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 <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; 2024. <https://doi.org/10.33810/IPC28779>

En la semana epidemiológica 35 del 2025 se notificaron al Sivigila ocho casos; dentro de los cuales cuatro son muertes maternas tempranas y cuatro muertes maternas tardías, para un total acumulado de 126 casos de muertes maternas tempranas; de las cuales 120 residen en territorio colombiano y seis residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

**Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 35, 2022 a 2025**

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	176	107	44	327
2023	176	101	53	330
2024	138	95	33	266
2025p	120	85	30	235

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 31 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, Bogotá D.C., Cesar, La Guajira y Norte de Santander. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Bogotá D. C., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira y Meta; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Málaga (Santander), Ariguaní (Magdalena), Gramalote (Norte de Santander), Pamplona (Norte de Santander), Sabanas de San Ángel (Magdalena), Maicao (La Guajira), Soledad (Atlántico) y Riohacha D. E. (La Guajira); comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 35 del 2025, el 56,7 % corresponden a causas directas y el 34,2 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 20,0 % (tabla 8).

**Tabla 6. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 35, 2024–2025**

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 35	Acumulado de casos a SE 35	
		2024	2025
Colombia	211	138	120
Antioquia	18	10	12
Bogotá D. C.	19	12	11
Cesar	10	9	10
La Guajira	15	13	10
Norte de Santander	6	5	7
Nariño	9	7	6
Bolívar	8	3	5
Chocó	10	12	5
Cundinamarca	11	8	5
Atlántico	7	4	4
Barranquilla D. E.	4	4	4
Santiago de Cali D. E.	5	4	4
Córdoba	10	6	4
Magdalena	8	3	4
Santander	8	4	4
Casanare	2	1	3
Boyacá	3	2	2
Guainía	0	0	2
Huila	5	5	2
Risaralda	3	2	2
Santa Marta D. T.	6	2	2
Tolima	5	2	2
Valle del Cauca	4	1	2
Buenaventura D. E.	3	1	1
Caquetá	2	0	1
Cartagena de Indias D. T.	6	0	1
Cauca	6	6	1
Meta	6	5	1
Quindío	2	0	1
Sucre	4	2	1
Vichada	2	2	1
Amazonas	1	0	0
Arauca	2	0	0
Caldas	2	1	0
Guaviare	1	0	0
Putumayo	2	2	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0
Vaupés	0	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2024, datos preliminares 2025. SE: Semana Epidemiológica.

**Tabla 7. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025**

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 35	Valor observado SE 35
<b>Colombia</b>	<b>211</b>	<b>120</b>
Dibulla (La Guajira)	0	2
Segovia (Antioquia)	0	2
Málaga (Santander)	0	2
Ariguani (Magdalena)	0	1
Gramalote (Norte de Santander)	0	1
Pamplona (Norte de Santander)	0	1
Sabanas de San Ángel (Magdalena)	0	1
Maicao (La Guajira)	5	0
Soledad (Atlántico)	4	0
Riohacha D. E. (La Guajira)	4	0

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

**Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025**

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 35	Número de casos y proporción a SE 35 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
<b>Colombia</b>	<b>157</b>	<b>176</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
<b>DIRECTA</b>	<b>102</b>	<b>115</b>	<b>65,3</b>	<b>89</b>	<b>64,5</b>	<b>68</b>	<b>56,7</b>
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	31	33	18,8	28	20,3	24	20,0
Hemorragia obstétrica	27	25	14,2	28	20,3	20	16,7
Sepsis obstétrica	12	16	9,1	7	5,1	8	6,7
Evento tromboembólico como causa básica	12	17	9,7	7	5,1	6	5,0
Embarazo ectópico	9	10	5,7	7	5,1	5	4,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	2,3	4	2,9	3	2,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1	0,6	3	2,2	2	1,7
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,3	4	2,9	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,6	1	0,7	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	2	3	1,7	0	0,0	0	0,0
<b>INDIRECTA</b>	<b>53</b>	<b>58</b>	<b>33,0</b>	<b>47</b>	<b>34,1</b>	<b>41</b>	<b>34,2</b>
Otras causas indirectas	21	23	13,1	18	13,0	20	16,7
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	6,8	5	3,6	9	7,5
Sepsis no obstétrica	9	10	5,7	7	5,1	5	4,2
Otras causas indirectas: cáncer	8	8	4,5	8	5,8	3	2,5
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,6	0	0,0	2	1,7
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	3	1,7	3	2,2	1	0,8
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0,0	4	2,9	1	0,8
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,7	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,6	1	0,7	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	2	1,1	0	0,0	1	0,8
En estudio	2	1	0,6	2	1,4	10	8,3

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

## Mortalidad perinatal y neonatal tardía

### Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a la ocurrida en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a la ocurrida después de los siete días hasta el día 28 de 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 perinatal<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 07. 25 de junio de 2024. 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 35 del 2025 se han notificado 3 717 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 684 corresponden a residentes en Colombia y 33 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia (439), Bogotá D. C. (439), Cundinamarca (235), La Guajira (178) y Santiago de Cali D. E (171). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024 con corte a semana epidemiológica 35 del 2025, se presentó comportamiento inusual en Cartagena de Indias D. T., Atlántico, Huila, Sucre, Tolima, Chocó, Caquetá, Putumayo y Arauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño), Agustín Codazzi (Cesar), Timbiquí (Cauca), Tocancipá (Cundinamarca), Riosucio (Caldas), Aguazul (Casanare), Urrao (Antioquia), La Calera (Cundinamarca), Gachancipá (Cundinamarca) y Tenjo (Cundinamarca) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 45,0 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,8 %, neonatales tardías con 17,4 % y fetales intraparto con 9,8 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,9 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,3 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,5 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 35 del 2025 (datos preliminares) frente al 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

**Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 35, 2024-2025**

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 35	Acumulado de casos a SE 35	
		2024	2025
<b>Colombia</b>	<b>5 537</b>	<b>4 082</b>	<b>3 684</b>
Antioquia	614	456	439
Bogotá, D.C.	601	500	439
Cundinamarca	294	267	235
La Guajira	286	212	178
Cali	211	174	171
Córdoba	291	188	155
Cesar	201	129	139
Nariño	146	130	137
Valle del Cauca	148	111	113
Meta	125	95	110
Barranquilla	214	124	107
Cauca	184	126	106
Santander	173	111	106
Bolívar	162	101	104
Norte de Santander	172	115	103
Cartagena	181	115	100
Magdalena	136	105	91
Atlántico	170	112	88
Huila	130	95	79
Boyacá	102	79	74
Sucre	137	95	70
Tolima	118	82	68
Chocó	136	115	64
Caldas	68	49	56
Risaralda	80	60	51
Buenaventura	60	41	44
Casanare	56	44	42
Santa Marta	70	38	38
Quindío	46	38	32
Caquetá	48	30	27
Putumayo	44	40	27
Vichada	27	24	24
Arauca	47	29	20
Amazonas	13	11	13
Guainía	13	7	9
Guaviare	10	9	9
San Andrés y Providencia	10	13	9
Vaupés	11	12	7

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

**Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025.**

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 35 2020 - 2024	Valor observado a SE 35 de 2025	Semanas continuas en incremento
<b>Colombia</b>	<b>5 537</b>	<b>3 684</b>	-
San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño)	38	44	2
Agustín Codazzi (Cesar)	13	23	16
Timbiquí (Cauca)	4	9	9
Tocancipá (Cundinamarca)	5	9	8
Riosucio (Caldas)	4	7	24
Aguazul (Casanare)	3	7	31
Urrao (Antioquia)	3	6	4
La Calera (Cundinamarca)	2	6	1
Gachancipá (Cundinamarca)	2	6	2
Tenjo (Cundinamarca)	1	6	3

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

**Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 35, 2023-2025.**

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 35, 2023 -2025					
	2023 a SE 35	(%)	2024 a SE 35	(%)	2025 a SE 35	(%)
<b>Colombia</b>	<b>4 947</b>	<b>100,0</b>	<b>4 082</b>	<b>100,0</b>	<b>3 684</b>	<b>100,0</b>
Asfixia y causas relacionadas	1 221	24,7	1 074	26,3	954	25,9
Prematuridad-inmaturidad	921	18,6	672	16,5	600	16,3
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	786	15,9	614	15,0	496	13,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	522	10,6	458	11,2	346	9,4
Infecciones	422	8,5	362	8,9	296	8,0
Malformación congénita	450	9,1	369	9,0	291	7,9
Sin información	11	0,2	0	0,0	235	6,4
Otras causas de muerte	319	6,4	272	6,7	211	5,7
Causas no específicas	103	2,1	103	2,5	130	3,5
Trastornos cardiovasculares	125	2,5	118	2,9	91	2,5
Lesión de causa externa	48	1,0	21	0,5	16	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	19	0,4	19	0,5	18	0,5

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



## EVENTOS TRAZADORES

## Infección Respiratoria Aguda

### Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 35 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

Los canales endémicos para consultas externas, urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron a través de la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica y umbral estacional (promedio histórico) de los años 2017 a 2024 y el intervalo de confianza.

El análisis para la identificación de comportamientos inusuales en las entidades territoriales se realizó mediante la metodología Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), que consiste en la comparación del valor observado (número de atenciones por infección respiratoria aguda en los servicios de consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidados intensivos) de la semana actual y las tres anteriores entre los años 2017 a 2024 (valor esperado). Adicionalmente, se calculó el valor de p para establecer si la variación entre lo observado y esperado es estadísticamente significativa.

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

<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)

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

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 28 a 35 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 28 a SE 31 2025	SE 32 a SE 35 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	567 262	531 233	-6,35%	
Hospitalización en sala general	28 003	25 481	-9,01%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 329	3 322	-0,21%	

\*SE: Semana Epidemiológica

### Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 35 del 2025 se notificaron 141 725 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 La Guajira, Magdalena, Santa Marta D. T. y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Archipiélago de San Andrés y Providencia. Las 32 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 (32 a 35 del 2025) en 23 municipios (tabla 13).

**Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, Semanas Epidemiológicas 32 a 35 del 2025**

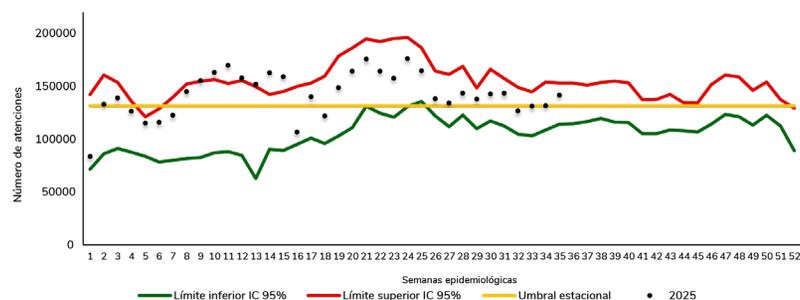
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	70 001	62 755	7 761	7 747
Guajira	Maicao	41 580	44 254	2 268	6 626
Cundinamarca	Soacha	55 930	57 985	3 567	5 896
Antioquia	Itagüí	55 874	59 447	3 954	5 132
Cundinamarca	Chía	47 430	40 837	3 551	4 510
Antioquia	Bello	53 576	43 427	3 872	4 350
La Guajira	Uribe	37 543	33 106	2 070	3 413
Santander	Barrancabermeja D. E.	13 687	21 260	564	2 716
Antioquia	Rionegro	20 845	26 373	1 751	2 537
Santander	Floridablanca	19 943	19 398	1 575	2 347
Bolívar	Magangué	11 613	15 443	891	2 321
Risaralda	Dosquebradas	18 853	20 782	1 216	2 125
Córdoba	Sahagún	15 884	17 531	1 742	2 112
Magdalena	Ciénaga	17 194	16 174	797	2 079
Cundinamarca	Zipaquirá	14 441	16 424	1 800	2 023
Antioquia	Envigado	17 363	18 782	1 644	1 836
Córdoba	Cereté	11 966	13 106	621	1 782
Boyacá	Sogamoso	11 477	14 266	1 300	1 752
Boyacá	Duitama	18 620	15 450	1 544	1 712
Valle	Palmira	21 145	19 321	1 683	1 662
Norte de Santander	Ocaña	11 839	12 501	406	1 564
Casanare	Yopal	11 707	10 884	1 115	1 452
Cundinamarca	Funza	10 576	11 081	742	1 392
Cundinamarca	Madrid	14 260	10 079	790	1 345
Córdoba	Lorica	10 569	11 015	1 059	1 342
Antioquia	Apartadó	13 090	12 592	1 118	1 333
Cundinamarca	Girardot	15 226	14 974	1 269	1 288
Valle del Cauca	Cartago	11 972	12 298	340	1 262
Antioquia	Turbo	10 447	10 721	826	1 212
Cundinamarca	Facatativá	16 197	12 696	1 592	1 165
Huila	Pitalito	8 553	9 575	976	1 049
Cesar	Aguachica	6 578	8 477	798	974
Santander	Piedecuesta	4 820	7 340	319	941
Valle del Cauca	Tuluá	12 671	9 253	388	875
Valle del Cauca	Yumbo	9 990	10 371	971	807
Atlántico	Malambo	7 381	4 857	439	803
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	6 260	4 867	700	716
Cundinamarca	Mosquera	5 195	5 302	361	703
Cauca	Santander de Quilichao	9 363	8 146	938	684
Santander	Girón	5 899	6 056	233	623
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 032	4 702	310	339
Cauca	Guapi	1 830	3 372	221	310
Nariño	La Florida	537	515	63	54

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (32 a 35 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 24,8 % (131 957) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,7 % (104 772). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 12,1 % y los menores de dos a cuatro años con el 11,7 % respectivamente.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; de la semana 16 a la 34 se observó un descenso por debajo del umbral estacional, pero en la semana 35 reaparece una tendencia al aumento ubicándose por encima de dicho umbral. (figura 6).

**Figura 6. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 35 del 2025**



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

## Hospitalizaciones por IRA en sala general

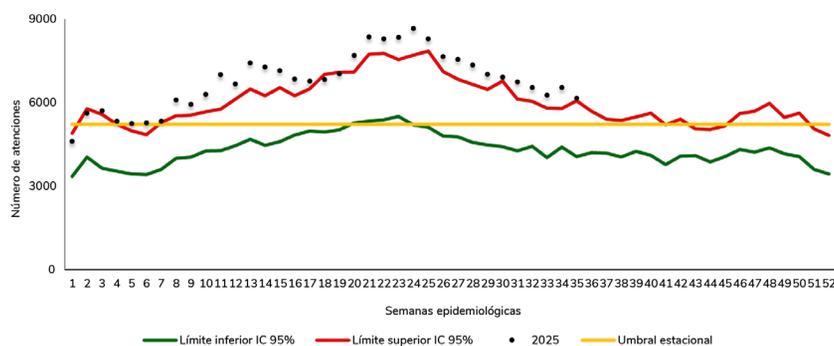
En la semana epidemiológica 35 del 2025 se notificaron 6 156 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Buenaventura D. E., Casanare, Guainía, La Guajira y Meta e incremento en Arauca, Barranquilla D. E., Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Guaviare, Nariño, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T y Sucre. En las 22 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (32 a 35 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 845) representaron el 26,8 %, seguido de los

menores de un año con el 17,8 % (4 553). 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 25,4 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 23,9 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17 y 20 a 34 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una leve disminución en semana epidemiológica 35 (figura 7).

**Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 35 del 2025**

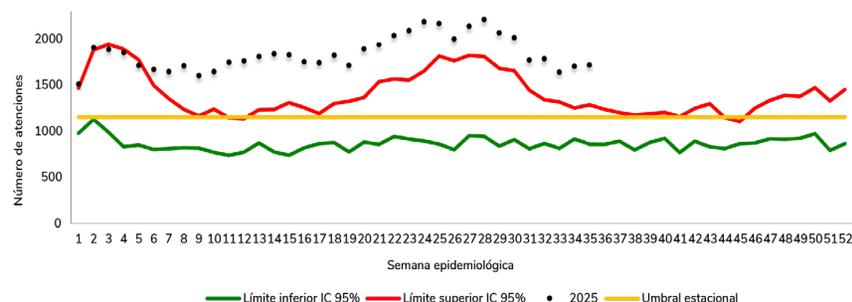


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 35 del 2025, se notificaron 1 716 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 06 hasta la 35 se observó una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico por encima del límite superior (figura 8).

**Figura 8. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 35 del 2025**



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

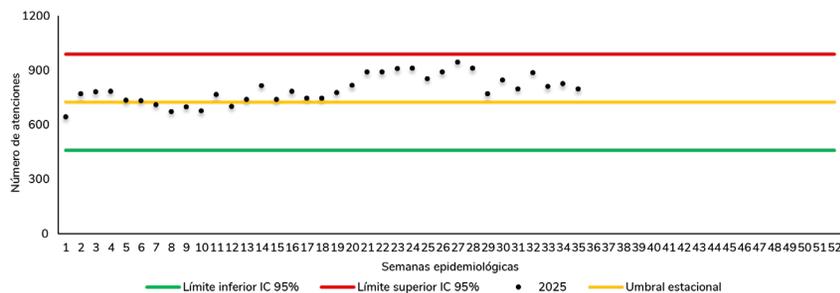
### Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 35 del 2025 se notificaron 797 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en ocho entidades territoriales. Se presentó disminución en Buenaventura D. E., Casanare, Chocó, Guaviare, La Guajira, Meta y Archipiélago de San Andrés y Providencia. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D. E., Bogotá D. C., Boyacá, Bolívar, Caldas, Santiago de Cali D. E, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (32 a 35 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,5 % (1 149), seguido de los menores de un año con el 24,5 % (814) 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 31,0 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 25,8 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde semana epidemiológica 13 a 35 una tendencia hacia el aumento ubicándose por encima del umbral estacional (figura 9).

**Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 35 del 2025**

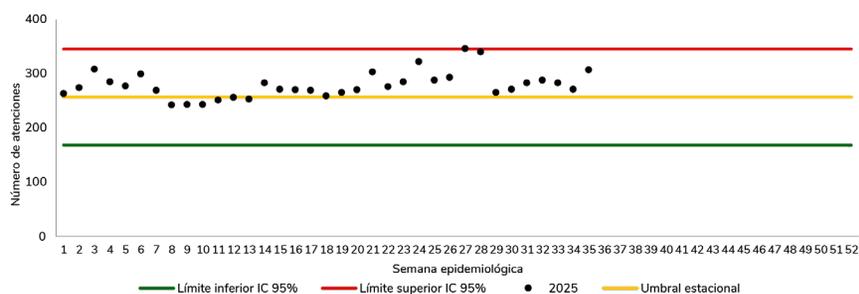


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 35 del 2025, se notificaron 307 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana una tendencia a la disminución ubicándose por encima del umbral estacional (figura 10).

**Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 35 del 2025**



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

Durante las semanas epidemiológicas 31 a 35 del 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, en las hospitalizaciones en

sala general y hospitalización en UCI/UCIM en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y UCI/UCIM para semana 35 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior pero con tendencia a la disminución.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional, los cuales influyen en la presentación de las infecciones respiratorias agudas, 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 decremento en América del Norte, Andina y Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles sostenidos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H1N1) pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un aumento en la subregión caribe y disminución en el resto de las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 35 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa variación significativa al incremento para rinovirus y al decremento para VSR e influenza A, los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

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 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 28 a 35 del 2025

Agente viral identificado	SE 28 a SE 31			SE 32 a SE 35			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
<b>Positividad general</b>	<b>51,6</b>	<b>61,0</b>	<b>35,5</b>	<b>53,3</b>	<b>60,4</b>	<b>39,3</b>	
Rinovirus	10,5	7,9	11,1	18,8	16,8	20,8	
VSR	40,7	50,3	29,6	36,5	51,1	8,3	
Enterovirus	7,7	6,3	-	9,1	3,8	12,5	
Adenovirus	8,1	11,0	-	6,3	6,9	-	
Influenza B	0,7	-	-	-	-	-	
Influenza A	13,3	7,9	25,9	9,1	6,1	25,0	
Parainfluenza	4,9	5,8	3,7	5,8	4,6	8,3	
Metapneumovirus	3,9	4,2	7,4	3,8	3,8	-	
A(H1N1)pdm09	4,2	2,1	18,5	3,8	1,5	12,5	
SARS-CoV2	2,1	1,6	3,7	3,8	3,8	8,3	
A(H3N2)	1,1	0,5	-	0,5	-	4,2	
Coronavirus	2,8	2,6	-	2,4	1,5	-	

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

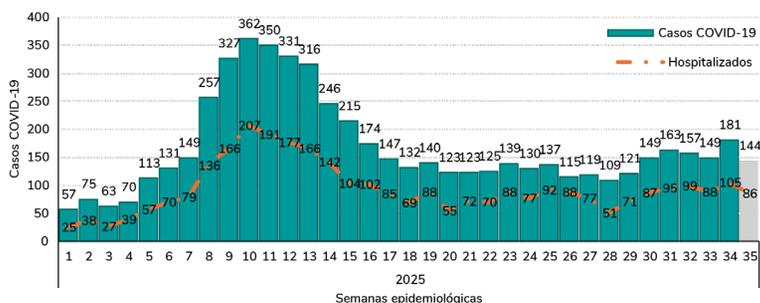
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 35 de 2025 considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 ( $p > 0,05$ )).

En Colombia, con corte al 30 de agosto del 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 5 839 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (32 a 35 del 2025), se ha observado un aumento del 16,4 %, con 631 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 28 a 31 del 2025), en el cual se reportaron 542 casos. En las hospitalizaciones se presentó un aumento del 24,3 %, pasando de 304 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 378 casos en el periodo analizado (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:35  
\*SE: semana epidemiológica.

Entre el 34 y el 30 de agosto se confirmaron 244 casos en el territorio nacional; de estos el 70,6 % (144 casos) corresponde a la semana epidemiológica 35. El 71,4 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D. C., Antioquia, Cundinamarca, Santiago de Cali D. E. y Barranquilla D. E (tabla 15).

Tabla 15. Casos nuevos de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025.

Entidad Territorial	Otros	SE 32	SE 33	SE 34	SE 35	Total
Colombia	6	3	6	45	144	204
Bogotá D. C.	1	1	1	16	74	93
Antioquia	0	2	2	3	18	25
Cundinamarca	0	0	1	4	7	12
Santiago de Cali D. E.	1	0	0	2	5	8
Barranquilla D. E.	0	0	0	1	7	8
Boyacá	0	0	0	2	5	7
Santander	0	0	0	2	4	6
Córdoba	0	0	0	2	3	5
Atlántico	1	0	0	3	1	5
Santa Marta D. T.	2	0	0	1	1	4
Meta	0	0	1	1	2	4
Sucre	0	0	0	0	3	3
Quindío	0	0	0	1	2	3
Caldas	0	0	1	2	0	3
Cauca	0	0	0	0	3	3
Valle del Cauca	0	0	0	1	2	3
Risaralda	0	0	0	0	2	2
Putumayo	0	0	0	1	1	2
Amazonas	0	0	0	1	0	1
Norte de Santander	0	0	0	0	1	1
Exterior	0	0	0	1	0	1
Arauca	1	0	0	0	0	1
Cartagena de Indias D. T.	0	0	0	1	0	1
Casanare	0	0	0	0	1	1
Bolívar	0	0	0	0	1	1
La Guajira	0	0	0	0	1	1

Fuente: Sivigila, 2025. SE:35.  
\*SE: semana epidemiológica.

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 32-35) se registró una incidencia de 1,18 casos por cada 100 000 habitantes con afectación en 33 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 129 municipios.

En comparación con el periodo anterior este indicador evidencia un aumento significativo a nivel departamental y distrital en Antioquia, Bogotá D. C., Cundinamarca, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca, Santiago de Cali D. E. y

Putumayo. A nivel municipal, el incremento se observa en Medellín D. E., Apartadó, Envigado y Rionegro (Antioquia); Soacha (Cundinamarca) y Orito (Putumayo) (tabla 16).

Durante el 2025 en Colombia se han reportado 107 fallecimientos relacionados con COVID-19 (procedencia de Colombia 104 y del exterior 3). En el período observado las muertes se registraron en Arauca, Tolima, Valle del Cauca y Bogotá D. C con un caso respectivamente. El 69,2 % (74 casos) correspondió a personas de 60 o más años (tabla 16).

Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025.

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
Colombia	104	10	4	0,01	0,007
Arauca	4	1	1	0,31	0,31
Tolima	4	0	1	0,00	0,07
Valle del Cauca	4	0	1	0,00	0,05
Bogotá, D. C.	30	2	1	0,03	0,01
Antioquia	5	0	0	0,00	0,00
Bolívar	1	1	0	0,08	0,00
Boyacá	3	1	0	0,08	0,00
Caldas	1	0	0	0,00	0,00
Cauca	5	0	0	0,00	0,00
Córdoba	4	1	0	0,05	0,00
Cundinamarca	7	0	0	0,00	0,00
Chocó	1	0	0	0,00	0,00
Huila	1	0	0	0,00	0,00
La Guajira	2	0	0	0,00	0,00
Magdalena	2	1	0	0,10	0,00
Meta	6	0	0	0,00	0,00
Nariño	3	0	0	0,00	0,00
Norte de Santander	1	0	0	0,00	0,00
Quindío	4	1	0	0,18	0,00
Santander	7	1	0	0,04	0,00
Sucre	3	0	0	0,00	0,00
Santiago de Cali D. E.	4	0	0	0,00	0,00
Casanare	1	1	0	0,21	0,00
Guaviare	1	0	0	0,00	0,00
Exterior	3	-	-	-	-

Fuente: Sivigila, 2025. SE:35  
 \*SE: Semana Epidemiológica  
 PE : Periodo Epidemiológico -PE anterior SE 28-31 y PE actual (SE 32-35)

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

## Dengue

### Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 35 del 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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 %.

<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)

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 *Líneamiento 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 35 del 2025 se notificaron 2 096 casos de dengue: 1 581 casos de esta semana y 515 casos de semanas anteriores. Según el acumulado se registran 100 035 casos; de los cuales 62 522 (62,5 %) sin signos de alarma, 36 552 (36,5 %) con signos de alarma y 961 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,9 % (57 905) de los casos a nivel nacional proceden de Córdoba, Santander, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Tolima, Cartagena de Indias D. T., Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 17); mientras que en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 31 a 34 del 2025) el 50,2 % (4 007) de los casos se concentran en Norte de Santander, Córdoba, Santander, Meta, Antioquia y Tolima.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025.

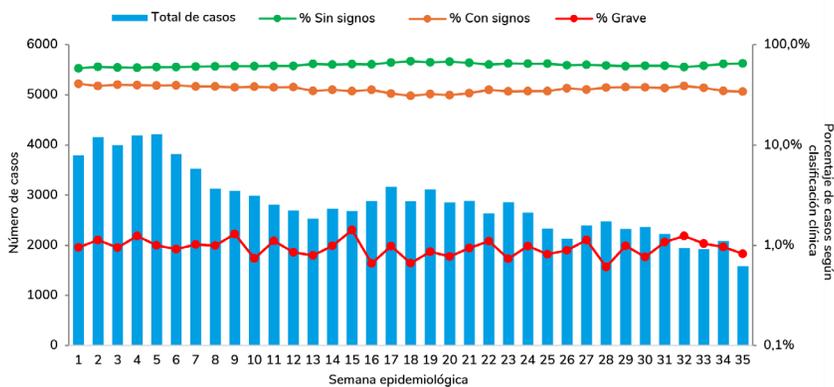
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 28-31 de 2025)	Observado (SE 32-35 de 2025)
Córdoba	8 855	35,7	0,3	898	782
Santander	8 731	32,7	0,6	879	694
Meta	8 666	34,3	1,2	724	636
Norte de Santander	7 205	39,7	1,2	1 034	887
Antioquia	6 854	35,5	0,8	725	583
Tolima	5 211	32,6	1,1	485	425
Cartagena de Indias D. T.	4 880	23,4	1,1	278	351
Valle del Cauca	4 053	26,0	0,6	291	276
Cundinamarca	3 450	39,6	0,6	170	136
Atlántico	3 443	43,7	1,5	372	335
Sucre	3 368	56,9	0,8	444	347
Bolívar	3 277	39,2	0,8	453	293
Huila	3 041	35,9	2,9	175	187
Putumayo	2 989	27,5	0,6	111	143
Santiago de Cali D. E.	2 713	35,4	0,7	203	157
Barranquilla D. E.	2 484	37,0	1,2	140	114
La Guajira	2 442	59,1	1,3	243	192
Cesar	2 352	57,3	2,0	391	344
Caquetá	2 273	38,8	1,2	52	69
Arauca	2 228	33,0	1,1	202	162
Casanare	1 477	32,1	0,3	140	95
Magdalena	1 402	58,1	0,9	299	276
Risaralda	1 007	35,7	1,1	59	62
Guaviare	988	20,7	0,5	70	74
Cauca	962	38,3	1,2	38	38
Nariño	937	32,0	1,4	104	80
Chocó	845	16,9	0,7	131	85
Quindío	837	26,3	0,1	68	51
Vichada	791	28,6	0,4	103	52
Boyacá	625	43,5	0,3	43	40
Santa Marta D. T.	438	57,8	0,7	87	66
Caldas	334	48,5	0,3	14	22
Amazonas	294	29,6	0,0	37	42
Exterior	238	50,4	5,5	36	25
Buenaventura D. E.	172	36,6	1,7	16	17
Vaupés	96	10,4	1,0	38	27
Archipiélago de San Andrés y Providencia	50	44,0	0,0	1	2
Guainía	27	33,3	0,0	0	3
<b>Colombia</b>	<b>100 035</b>	<b>36,5</b>	<b>1,0</b>	<b>9 554</b>	<b>8 170</b>

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 31 a 34 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 27 a 30 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 15,0 % en Caldas, Caquetá, Cartagena de Indias D. T. y Putumayo; una tendencia al descenso superior al 15,0 % en Antioquia, Arauca, Barranquilla D. E., Bolívar, Santiago de Cali D. E., Casanare, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Nariño, Quindío, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Vichada y Vaupés, mientras que las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37,0 % a nivel nacional (figura 12); 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 31 a 34 del 2025) fueron: Atlántico, Boyacá, Caquetá, Cauca, Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T., La Guajira y Exterior.

**Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 35 del 2025.**

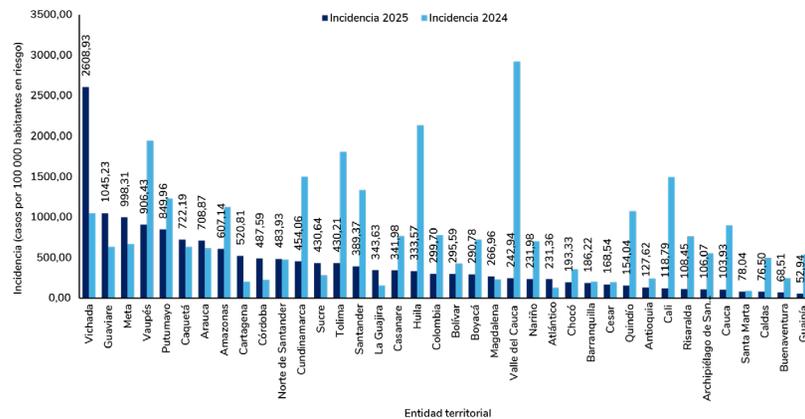


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 35 del 2025 la incidencia nacional de dengue es de 299,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. Para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 774,0 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población en riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Guaviare, Meta, Vaupés y Putumayo presentan las mayores incidencias a semana

epidemiológica 35 del 2025, registrando tasas superiores a 800 casos por 100 000 habitantes (figura 13). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 562,4 casos por 100 000 habitantes.

**Figura 13. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 35, 2024-2025.**



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

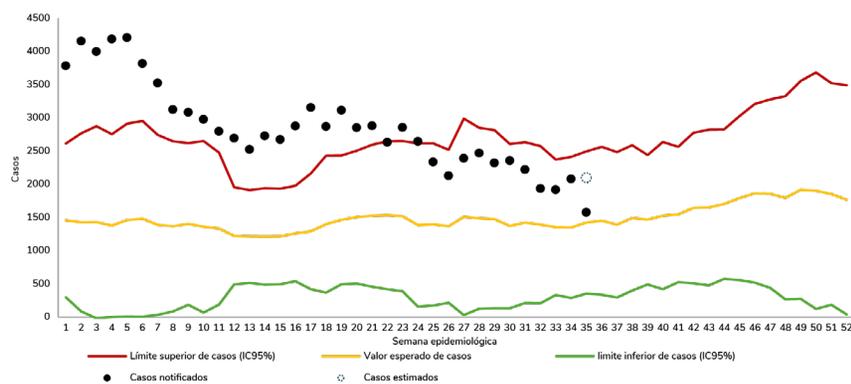
En la semana epidemiológica 35 del 2025 el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico; observándose una tendencia al descenso con una variación de - 14,5 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 31 a 34 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 27 a 30 del 2025) (figura 14).

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 21,7 % (8) se encuentra dentro de lo esperado, el 37,8 % (14) se encuentra en situación de alerta y el 40,5 % (15) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo, la entidad territorial de Córdoba se encuentra en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada (tabla 18).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 35 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país, el 17,2 % (142) se encuentra por encima de lo esperado según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue,

el 28,1 % (16/57) se encuentran por encima de lo esperado comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 14. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 35 del 2025.



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 35, 2025	Período de transmisión según comportamiento histórico para el mes de agosto		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Córdoba	Antioquia, Atlántico, Magdalena, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santa Marta D.T., Vaupés	Amazonas, Cartagena de Indias D. T., Guaviare, La Guajira, Putumayo, Vichada
Alerta	Arauca, Santander, Sucre	Bolívar, Boyacá, Cesar, Chocó, Huila, Nariño	Caquetá, Cundinamarca, Meta, Tolima, Valle del Cauca, Barranquilla D. E., Cauca, Santiago de Cali D. E., Archipiélago de San Andrés y Providencia
Dentro de lo esperado	-	Buenaventura D. E., Caldas, Casanare, Guainía,	

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

Tabla 19. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Observado	Esperado
Antioquia	Apartadó	362,0	477	55	63
	Bello	19,1	106	9	10
Atlántico	Sabanalarga	238,7	246	60	70
Bolívar	Cartagena de Indias D. T.	462,5	4 880	278	351
Cauca	Popayán	33,9	92	4	3
Córdoba	Montería	868,6	4 456	309	226
	Cereté	285,4	314	42	39
Cundinamarca	Fusagasugá	265,5	439	15	20
Meta	Villavicencio	824,9	4 206	410	346
	San José de Cúcuta	561,5	4 287	639	473
Norte de Santander	Ocaña	282,4	335	47	62
	Villa del Rosario	611,2	673	65	58
Risaralda	Pereira	105,3	511	29	29
	Dosquebradas	125,0	272	18	14
Valle del Cauca	Jamundí	527,5	893	46	48
Arauca	Arauca	202,3	203	30	30

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

A semana epidemiológica 35 del 2025 se han notificado 302 muertes probables por dengue; de los que se han confirmado 84 casos, descartado 174 y en estudio 46. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,08 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 224 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 20).

**Tabla 20. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 35, 2024-2025.**

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 35, 2025	Letalidad por dengue a SE 35, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,30	0,10
Vichada	2	0	0,25	0,00
La Guajira	6	2	0,25	0,00
Santa Marta D. T.	1	0	0,23	0,20
Cauca	2	1	0,21	0,07
Putumayo	5	0	0,17	0,23
Huila	5	0	0,16	0,02
Barranquilla D. E.	3	1	0,12	0,00
Antioquia	8	4	0,12	0,12
Meta	10	1	0,12	0,10
Bolívar	3	0	0,09	0,17
Arauca	2	1	0,09	0,16
Cesar	2	0	0,09	0,26
Cartagena de Indias D. T.	4	1	0,08	0,26
Santander	7	4	0,08	0,09
Santiago de Cali D. E.	2	1	0,07	0,05
Magdalena	1	1	0,07	0,00
Córdoba	6	4	0,07	0,02
Sucre	2	0	0,06	0,09
Atlántico	2	3	0,06	0,11
Cundinamarca	1	2	0,03	0,05
Norte de Santander	2	5	0,03	0,14
Tolima	1	10	0,02	0,10
Chocó	0	1	0,00	0,13
Guaviare	0	1	0,00	3,01
Nariño	0	1	0,00	0,00
Exterior	4	0	1,68	0,73
<b>Colombia</b>	<b>80</b>	<b>44</b>	<b>0,08</b>	<b>0,09</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 consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:

<http://url.ins.gov.co/-2i6o>

## Malaria

### Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 35 del 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos. En el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril (> 37,5° 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

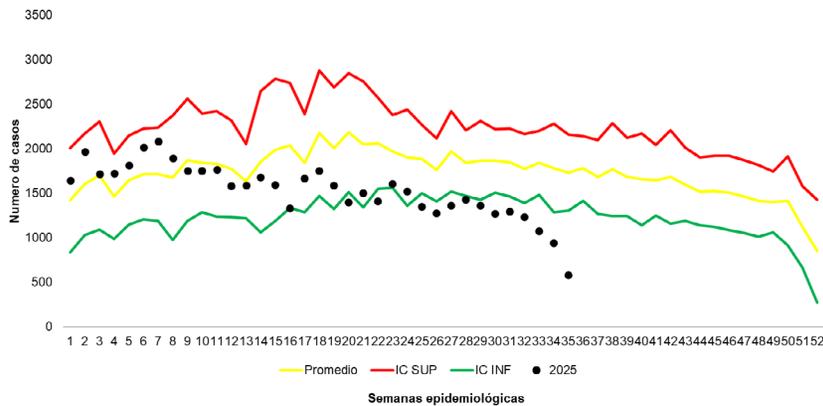
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuantiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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 15).

Figura 15. Canal endémico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 35 del 2025.



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

\*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 35, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 35 del 2025 se notificaron 1 434 casos de malaria, para un acumulado de 53 875 casos, de los cuales 52 885 son de malaria no complicada y 990 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,3 % (36 244), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,6 % (17 021) e infección mixta con 1,1 % (610). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

## Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,0 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,8 %), Antioquia (15,6 %), Nariño (13,5 %), Córdoba (8,3 %), Vaupés (6,4 %), Risaralda (3,9 %), Amazonas (3,8 %), Cauca (3,2 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,4 %), Bolívar (2,3 %), Guainía (2,2 %) y Boyacá (1,6 %); mientras que por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,0 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 28 a 31	Casos 2025 SE 32 a 35	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	2 975	225	172	12,45
Córdoba	Tierralta	2 583	226	182	25,88
Chocó	Quibdó	2 213	164	134	15,30
Risaralda	Pueblo Rico	1 896	197	149	112,93
Antioquia	El Bagre	1 648	171	115	29,27
Nariño	El Charco	1 458	256	137	62,71
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 419	156	153	4,38
Chocó	Lloró	1 332	117	120	125,53
Nariño	Roberto Payán	1 321	71	69	99,11
Chocó	Bajo Baudó	1 209	172	93	35,63
Nariño	Olaya Herrera	1 153	160	94	43,56
Nariño	Maguí	1 107	38	36	4,15
Guainía	Inírida	1 087	98	65	28,67
Chocó	Tadó	1 074	111	77	53,29
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 051	97	74	240,23
Vichada	Cumaribo	1 027	79	25	11,80
Chocó	Bagadó	1 020	119	173	86,13
Córdoba	Puerto Libertador	983	61	34	21,64
Chocó	Istmina	921	114	94	27,24
Chocó	Medio San Juan	907	118	101	77,10
Cauca	Timbiquí	877	42	18	31,20
Boyacá	Cubará	864	50	25	101,42
Chocó	Alto Baudó	800	87	71	25,59
Antioquia	Nechí	775	68	31	27,78
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	745	97	55	2,79
Chocó	El Cantón de San Pablo	728	51	44	105,42
Bolívar	Montecristo	712	82	55	38,76
Nariño	Barbacoas	706	53	25	12,05
Cauca	Guapi	650	47	37	22,00
Antioquia	Chigorodó	641	69	33	10,30
Antioquia	Turbo	611	65	39	4,54
Chocó	Carmen del Darién	586	37	16	26,45
Antioquia	Segovia	519	75	41	12,68
Antioquia	Cáceres	508	84	45	16,30
Chocó	Medio Baudó	480	66	70	28,41

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 73,0 % de los casos

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, se observa que 15 municipios aportan el 47,4 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia incremento en los municipios de Bagadó y Lloró; y en decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Inírida, Puerto Libertador, Tarapacá (CD), Cubará, Cumaribo, Montecristo, Chigorodó y Bajo Baudó (tabla 22); mientras que 15 municipios aportan el 62,2 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en incremento en los municipios de Magüi y Tierralta, y en decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E., Timbiquí, Roberto Payán, Bajo Baudó, Olaya Herrera, Guapi, Tadó, Lloró, Barbacoas, Istmina y Medio San Juan, como se muestra en la tabla 23.

**Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025.**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 28 a 31 de 2025	Casos SE 32 a 35 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	214	166	-22 %	8,0 %
Córdoba	Tierralta	200	154	-23 %	6,1 %
Risaralda	Pueblo Rico	167	132	-21 %	4,6 %
Antioquia	El Bagre	152	94	-38 %	3,7 %
Chocó	Quibdó	94	71	-24 %	3,3 %
Guainía	Inírida	95	62	-35 %	3,0 %
Córdoba	Puerto Libertador	54	34	-37 %	2,5 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	81	65	-20 %	2,5 %
Boyacá	Cubará	50	25	-50 %	2,4 %
Vichada	Cumaribo	62	20	-68 %	2,2 %
Chocó	Lloró	60	63	5 %	2,1 %
Chocó	Bagadó	84	108	29 %	2,0 %
Bolívar	Montecristo	74	49	-34 %	1,8 %
Antioquia	Chigorodó	60	33	-45 %	1,7 %
Chocó	Bajo Baudó	86	38	-56 %	1,6 %

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

**Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 28 a 31 de 2025	Casos SE 32 a 35 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	246	125	-49 %	8,0 %
Chocó	Quibdó	68	63	-7 %	5,9 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	108	102	-6 %	5,3 %
Cauca	Timbiquí	42	17	-60 %	5,2 %
Nariño	Roberto Payán	22	16	-27 %	4,9 %
Nariño	Magüi	24	28	17 %	4,8 %
Chocó	Bajo Baudó	85	54	-36 %	3,7 %
Nariño	Olaya Herrera	83	60	-28 %	3,7 %
Cauca	Guapi	43	35	-19 %	3,6 %
Chocó	Tadó	58	46	-21 %	3,5 %
Chocó	Lloró	47	46	-2 %	3,0 %
Nariño	Barbacoas	22	13	-41 %	2,9 %
Chocó	Istmina	53	44	-17 %	2,8 %
Chocó	Medio San Juan	53	52	-2 %	2,5 %
Córdoba	Tierralta	26	27	4 %	2,5 %

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

## Entidades territoriales en situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 35 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; doce departamentos y veintiséis municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24) y cuatro departamentos y once municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 25).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 35 del 2025.

Municipios en situación de brote SE 01 a 35 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 35 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 30 A 35	Observado SE 30 A 35 de 2025
Nariño	El Charco	5	1 463	66	139
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	1 061	50	74
Chocó	Istmina	5	932	78	94
Chocó	Medio San Juan	5	911	78	101
Boyacá	Cubará	4	869	32	25
Antioquia	Cáceres	4	509	30	45
Amazonas	Leticia	4	482	6	26
Arauca	Saravena	4	438	9	21
Antioquia	Vigía del Fuerte	5	414	39	51
Antioquia	Caucasia	4	304	9	22
Amazonas	Puerto Nariño	5	298	18	39
Meta	Puerto Gaitán	4	261	8	19
Caquetá	Florencia	4	253	3	7
Vichada	Puerto Carreño	4	224	9	26
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	188	0.5	4
Chocó	El Carmen de Atrato	4	154	5	12
Vaupés	Taraira	5	98	10	18
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	96	4	9
Risaralda	La Virginia	4	91	3	10
Antioquia	Anorí	5	69	10	22
Arauca	Fortul	4	48	0	5
Risaralda	Pereira	4	41	1.25	8
Putumayo	Puerto Leguízamo	4	38	1	4
Arauca	Arauquita	4	38	1	4
Nariño	Policarpa	4	23	4	5
Amazonas	El Encanto	4	6	0	6

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

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 35 del 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 35 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 35 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 30 A 35	Observado SE 30 A 35 de 2025
Chocó	El Cantón de San Pablo	5	732	42	44
Antioquia	Segovia	5	526	44	42
Bolívar	Norosí	5	173	16	16
Meta	Puerto Rico	4	65	2	3
Meta	Puerto Concordia	4	53	3	4
Valle del Cauca	Pradera	4	52	3	2
Bolívar	Achí	4	40	5	7
Sucre	San Onofre	4	24	0	3
Antioquia	Amalfi	4	14	0	2
Amazonas	Mirití - Paraná	4	14	5	7
Guainía	Puerto Colombia (CD)	4	9	0	3

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 como el kwashiorkor, marasmo y marasmo-kwashiorkor.

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

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

Los datos pueden variar semanalmente por 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/LineamientosPRO\\_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/LineamientosPRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf)

epidemiológicas (36 del 2024 a 35 del 2025) es de 0,60 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 173 municipios a nivel nacional (15,4 %) y de disminución en 23 municipios (2,0 %) (tabla 26).

El 80,7 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y el 19,3 % como desnutrición aguda severa. El 6,1 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,2 %) y de 1 año (27,8 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales el 67,0 % de los casos.

Para la semana epidemiológica 35 del 2025; comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T 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 17 municipios (tabla 27).

A semana epidemiológica 35 del 2025, se han notificado 14 878 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 14 763 corresponden a residentes en Colombia y 115 casos a residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas

**Tabla 26. 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 35, 2024-2025.**

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 35 de 2024	Casos a SE 35 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
<b>Colombia</b>	<b>17 503</b>	<b>14 763</b>	<b>0,60</b>	<b>15,4</b>	<b>2,0</b>
La Guajira	1 994	1 150	1,85	6,7	0,0
Vichada	250	154	1,59	0,0	0,0
Chocó	825	594	1,45	16,1	6,5
Magdalena	500	583	0,96	41,4	3,4
Amazonas	46	53	0,83	9,1	0,0
Arauca	268	130	0,81	0,0	28,6
Risaralda	322	327	0,81	21,4	0,0
Guaviare	70	50	0,78	0,0	0,0
Cesar	662	656	0,76	8,0	4,0
Casanare	227	186	0,68	10,5	5,3
Cartagena de Indias D. T.	303	365	0,67	0,0	0,0
Antioquia	2 001	1 987	0,67	33,6	1,6
Bolívar	469	430	0,62	22,2	4,4
Boyacá	360	362	0,62	8,9	0,0
Putumayo	135	137	0,61	0,0	0,0
Nariño	661	478	0,61	17,2	1,6
Vaupés	38	20	0,59	16,7	16,7
Bogotá D. C.	2 306	1 884	0,58	0,0	0,0
Guainía	45	32	0,57	11,1	11,1
Norte Santander	472	496	0,54	10,0	2,5
Meta	387	281	0,52	13,8	0,0
Buenaventura D. E.	189	127	0,51	0,0	0,0
Sucre	199	280	0,50	34,6	0,0
Tolima	309	234	0,49	10,6	2,1
Huila	390	325	0,49	13,5	0,0
Cundinamarca	1 037	799	0,49	6,0	0,9
Valle del Cauca	430	442	0,46	27,5	0,0
Santa Marta D. T.	92	127	0,45	100,0	0,0
Santiago de Cali D. E.	402	424	0,44	0,0	0,0
Caquetá	144	101	0,41	0,0	6,3
Santander	459	349	0,37	16,1	1,1
Córdoba	433	350	0,36	13,3	3,3
Caldas	194	133	0,34	11,1	0,0
Barranquilla D. E.	196	219	0,33	0,0	0,0
Atlántico	370	233	0,30	4,5	9,1
Quindío	66	58	0,26	0,0	0,0
Cauca	244	203	0,26	4,8	2,4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	4	0,15	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica.

\*Casos acumulados de SE 36 de 2024 a SE 35 de 2025.

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

**Tabla 27. 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 35 del 2025.**

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Turbo	40	102
Tolima	Ibagué	44	67
Sucre	Sincelejo	31	65
Antioquia	Itagüí	32	55
Valle del Cauca	Jamundí	26	52
Boyacá	Sogamoso	24	49
Risaralda	Dosquebradas	25	47
Antioquia	Rionegro	23	37
Valle del Cauca	Yumbo	26	35
Norte de Santander	Ocaña	27	32
Cauca	Popayán	21	31
Cundinamarca	Chía	19	31
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	13	30
Antioquia	Envigado	11	24
Norte de Santander	Villa del Rosario	40	21
Bolívar	Turbaco	11	20
Cundinamarca	Girardot	37	18

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

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

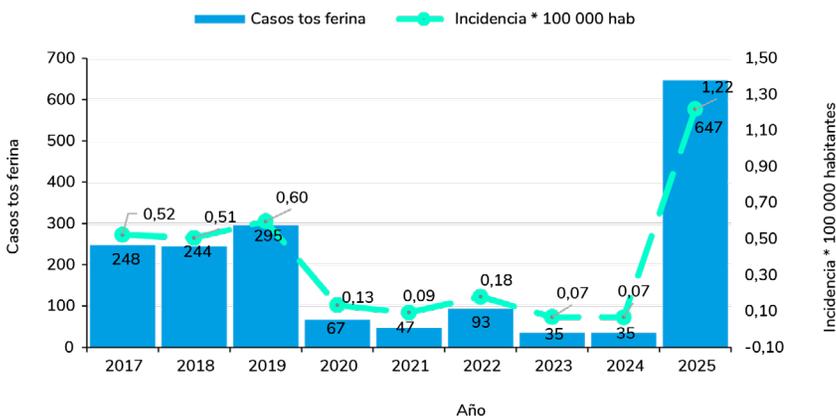
## Tos ferina

**Nota:** el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina ya sea por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las tasas de incidencia se calcularon únicamente con base en los casos cuya procedencia corresponde a Colombia.

Durante el periodo analizado (semana epidemiológica 34) a nivel nacional se han reportado en Sivigila un total de 5 036 casos de tos ferina. De estos, el 13,0 %, equivalente a 653 casos han sido confirmados (647 procedentes de Colombia y 6 del exterior); el 78,4 % (3 950 casos) fueron descartados y el 8,6 % (433 casos) se encuentran en estudio.

La incidencia nacional es de 1,22 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un aumento respecto a los años 2017 a 2024, cuando la incidencia no superó los 0,60 casos por cada 100 000 habitantes (figura 16).

**Figura 16. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana Epidemiológica 34, Colombia, 2017-2025.**



Fuente: Sivigila 2017 -2025p

## Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 34, del 2019 al 2025

El mayor número de casos se reporta en Bogotá D. C. con 230 casos y una incidencia de 2,90 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 2,24 (156 casos), Cundinamarca con 1,12 (41 casos) y Huila con 1,91 (23 casos).

En la tabla 28 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia junto con su respectiva incidencia, comparados con los datos históricos del período 2019–2024 para la misma semana epidemiológica.

**Tabla 28. Incidencia de tos ferina hasta la Semana Epidemiológica 34 por departamento de procedencia. 2019-2025, Colombia.**

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrografico	2025
Colombia	0,56	0,13	0,06	0,17	0,06	0,06	1,09		604
Bogotá D. C.	0,63	0,09	0,01	0,03	0,03	0,04	2,80		222
Antioquia	0,72	0,17	0,10	0,13	0,03	0,07	2,04		142
Cundinamarca	0,45	0,13	0,03	0,00	0,09	0,14	1,04		38
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,08	0,25	1,91		23
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	1,71		18
Risaralda	0,73	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,54		15
Cartagena	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,41		15
Chocó	0,19	0,18	2,61	0,17	0,00	0,33	2,28		14
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,54		11
Santiago de Cali D. E.	0,13	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,44		10
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,84		9
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,47		9
Meta	0,19	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,69		8
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,66		8
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,53		7
Cesar	0,32	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,49		7
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47		7
Cauca	0,27	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Nariño	0,37	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,35		6
Santander	0,31	0,13	0,39	0,04	0,00	0,04	0,25		6
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,14		4
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,59		4
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	0,33		3
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,62		2
Caquetá	0,74	0,73	0,00	0,00	0,00	0,93	0,46		2
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,11	0,11	0,00	0,21		2
Barranquilla D. E.	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,22	0,15		2
Norte de Santander	0,89	0,12	0,00	0,00	0,18	0,06	0,12		2
Tolima	0,15	0,00	0,07	0,07	0,15	0,14	0,07		1
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0
Guainía	2,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0
Guaviare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0
Buenaventura D. E.	0,00	0,00	0,00	0,62	0,62	0,00	0,00		0
Putumayo	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0
Casanare	1,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0
Santa Marta D. E.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,00		0
Exterior	-	-	-	-	-	-	-		6

Fuente: sivigila 2019-2025p

## Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 34 del 2025

Durante el periodo analizado se notificaron 70 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 17 municipios de once entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 29 casos, seguido de Bagadó (Chocó) con 11 casos y Bogotá D. C. con 6 casos (tabla 29).

A la fecha, continúan en seguimiento los brotes en población indígena en Bagadó (Chocó), Pueblo Rico (Risaralda) y Puerto Gaitán (Meta) (tabla 29).

Tabla 29. Casos de tos ferina en etnia indígena, por departamento de procedencia, Semana Epidemiológica 34 del 2025, Colombia.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Estado
<b>Colombia</b>		<b>70</b>	<b>Abierto</b>
Antioquia	Urrao	29	Cerrado
	Betulia	1	Cerrado
Bogotá D.C.	Bogotá D. C.	6	Cerrado
Cauca	Caloto	1	Cerrado
Caldas	Manizales	5	Cerrado
Chocó	Bagadó	11	Abierto
	Tadó	1	Cerrado
	El Carmen de Atrato	1	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	Cerrado
	Riohacha D. E.	2	Cerrado
	Uribe	4	Cerrado
Córdoba	Tierralta	1	Cerrado
Meta	Puerto Gaitán	3	Abierto
Risaralda	Pueblo Rico	1	Abierto
	Mistrató	1	Cerrado
Magdalena	Ciénaga	1	Cerrado
Vichada	Cumaribo	1	Cerrado

Fuente: Sivigila 2025p



# BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

## ALERTAS NACIONALES

### Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, septiembre 3 del 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 132 casos de fiebre amarilla con tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 y Estado Amazonas 1), y 51\*\* defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), y un (1) caso en estudio, para una letalidad acumulada preliminar del 38,6 % (51/132) \*\*.

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. En lo corrido del 2025p, se han confirmado 109 casos de fiebre amarilla, de los cuales 38 son casos fallecidos confirmados y un (1) caso en estudio (cifra preliminar\*\*). La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponde a diez (10) departamentos:

- **Tolima (112 casos):** Ataco (26), Villarrica (20), Prado (17), Cunday (19), Chaparral (8), Rioblanco (7), Purificación (7), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1)

\*\* Se excluyen del cálculo de letalidad cinco (5) casos en los que su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y un (1) caso en estudio.

\*\* Las procedencias de los casos pueden variar según los acuerdos a que se lleguen con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, de los hallazgos de laboratorio (virología y patología) y de análisis epidemiológico.

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.

Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (37) \*\*, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

La edad promedio de los casos es de 45,8 años (rango entre 2 y 92 años), con predominio del sexo masculino (105 hombres y 27 mujeres). Los grupos etarios más afectados son los mayores de 65 años (28 casos) y los de 60 a 64 años (14 casos).

Se han confirmado 67 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 50 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Cunday (4), Villarrica (3), Purificación (1); ocho casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6) y Orito (2); y un caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio.

La situación se encuentra bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional, con despliegue de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) del INS.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

### Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, septiembre 3 del 2025.

Situación con ocurrencia en los municipios de: Ataco, Villarrica, Prado, Cunday, Chaparral, Rioblanco, Purificación, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Valle de San Juan y Espinal en el departamento del Tolima. Este brote inició en septiembre del 2024, y hasta la fecha se han confirmado 112 casos de fiebre amarilla; 111 mediante PCR y 1 por nexo epidemiológico. El último caso confirmado de fiebre amarilla corresponde a un hombre de 38 años, agricultor, afiliado a Nueva EPS procedente de Cunday-Tolima (Vereda la Virginia). Inició síntomas el 17/08/2025 (fiebre, cefalea, vómito, ictericia, petequias, falla hepática y renal). Consultó el 22/08/2025 al Hospital Federico de Cunday y fue remitido el mismo día al Hospital Federico Lleras Acosta, donde falleció el 23/08/2025. Sin antecedente vacunal de fiebre amarilla en PAI web.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

\*\* Se excluyen del cálculo de letalidad cinco (5) casos en los que su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y cuatro (1) caso en estudio.

\*\* Las procedencias de los casos pueden variar según los acuerdos a que se lleguen con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, de los hallazgos de laboratorio (virología y patología) y de análisis epidemiológico.

## Brote de varicela en población de interés especial, Bogotá, 28 de agosto del 2025.

Se trata de brote identificado en FFMM, en Bogotá D.C., con fecha de detección del brote del 22 de agosto del 2025; se realizó investigación epidemiológica de campo (IEC) el 26 de agosto. Se identifica un caso de 83 expuestos, presentándose una tasa de ataque de 1,20 %, no se presentaron hospitalizados, ni defunciones. Se continuará el seguimiento por 42 días. Se desconoce la noxa de contagio. Se detectaron deficiencias en los procesos de desinfección, baja adherencia al protocolo de lavado de manos. Como medidas de control se verifica aislamiento adecuado del caso, y se indicó cuarentena a todos los expuestos al brote, restricción de visitas, uso de tapabocas, también se indicó Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) diaria, así como garantizar condiciones de saneamiento básico como suministro de agua y jabón para lavado de manos cada 3 horas, garantizar acciones de limpieza y desinfección, mantener en la medida de lo posible ventilación e iluminación adecuada y realizar campañas de información y educación a los expuestos. Se garantizó muestra para diagnóstico diferencial Mpox. Situación sujeta a cambios y en seguimiento por referente del evento.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – INS

## Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 35 del 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional– INS.

## ALERTAS INTERNACIONALES

### Situación de cólera a nivel mundial, Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 29 de agosto del 2025

Entre el 1 de enero y el 17 de agosto del 2025 se notificaron un total de 409 222 casos de cólera/ diarrea acuosa aguda (AWD por sus siglas en inglés) y 4 738 muertes en 31 países. Durante el mismo período en 2024 se

notificaron 510 638 casos y 3 248 muertes en 28 países, lo que representa una disminución del 20 % en los casos, pero un aumento del 46 % en las muertes.

Siete de los 31 países en 2025 informan letalidad superior al 1 %, lo que indica graves brechas en el manejo de casos y retraso en el acceso a la atención. Entre estos, cuatro países (Chad, República Democrática del Congo (RDC), Sudán del Sur y Sudán) están actualmente clasificados con un brote importante debido a la gravedad y escala de sus brotes.

En 2025 la Región del Mediterráneo Oriental registró el mayor número de casos de cólera/AWD (230 991 casos, seis países), seguida de la Región de África (172 750 casos, 23 países), la Región de Asia Sudoriental (2 985 casos de cólera/AWD, cinco países) y la Región de las Américas (2 496 casos, un país). Las muertes relacionadas con el cólera fueron más altas en la Región de África (3 763 muertes, tasa de letalidad del 2,2 %). Las regiones de Europa y el Pacífico occidental no han reportado ningún brote.

Dada la escala, la gravedad y la naturaleza interconectada de estos brotes, el riesgo de una mayor propagación dentro de los países y entre ellos se considera muy alto por la OMS.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Cólera – Multipaís con un enfoque en los países que experimentan aumentos repentinos actuales. Fecha de publicación: 29 de agosto de 2025. Fecha de consulta: 03 de septiembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON579>

### Alerta epidemiológica sobre Chikungunya en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 28 de agosto del 2025.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 33 del 2025 se notificaron un total de 212 029 casos sospechosos de chikungunya con 124 942 casos probables y confirmados, incluidas 110 defunciones en 14 de los países de la Región. En el 2024, se notificaron 431 417 casos sospechosos, incluyendo 245 defunciones por chikungunya, con el 98 % de los casos notificados en Brasil (425 773 casos).

En Argentina se notificaron 23 casos probables de los cuales se confirmaron 10 casos sin muertes relacionadas; seis casos del total de confirmados se clasificaron como autóctonos y cuatro como importados. En Barbados se notificaron 79 casos de los cuales se confirmaron seis sin muertes relacionadas; 100% de casos confirmados clasificados como autóctonos. En

Bolivia se notificaron 5 162 casos sospechosos, de los cuales se confirmaron 3 901 casos, incluyendo cuatro defunciones; además se reportaron dos complicaciones neurológicas (síndrome de Guillain-Barré) secundarios al virus de chikungunya y cinco casos de transmisión vertical. En Brasil se notificaron 119 386 casos probables, de los cuales 55 180 se confirmaron por laboratorio, incluyendo 106 defunciones. En Chile se confirmaron 3 casos importados, sin defunciones. En Colombia se notificaron 44 casos de chikungunya, de los cuales 35 fueron confirmados por clínica. No se registran casos confirmados por laboratorio ni tampoco defunciones. En Costa Rica se notificaron 9 casos probables sin muertes; no hubo casos confirmados por laboratorio. En Cuba se notificaron 8 casos confirmados por laboratorio, sin defunciones.

Se ha documentado la circulación del genotipo ECSA. En El Salvador se notificaron 13 casos sospechosos, sin defunciones, todos con PCR negativas. En Estados Unidos hasta el 19 de agosto de 2025 se notificaron 54 casos importados de chikungunya, sin defunciones ni transmisión local. En Guatemala se notificaron 21 casos sospechosos, sin confirmados. En Honduras se notificaron siete casos sospechosos, sin confirmados ni defunciones. En Paraguay se notificaron 49 casos de chikungunya, de los cuales 47 fueron confirmados por laboratorio, sin defunciones. En Perú se notificaron de 84 casos, de los cuales 16 fueron confirmados por laboratorio y 68 clasificados como probables, sin defunciones.

De acuerdo con los análisis genómicos, en los brotes del 2014 a 2020 en la Región el genotipo asiático fue predominante, sin embargo, en brotes recientes (2020, 2022, 2025), se ha identificado la circulación del genotipo ECSA. El genotipo asiático continúa circulando en niveles más bajos, y la co-circulación con ECSA en la Región genera preocupación por el aumento del potencial de adaptación viral y la posibilidad de recombinación o cambio de linaje en el futuro. En Brasil, Bolivia y Paraguay se ha documentado la circulación del genotipo ECSA sin presencia de la mutación E1-A226V.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 28 de agosto de 2025. Fecha de consulta: 03 de septiembre de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-08/2025-ago-28-phe-alerta-chkvorovesfinal.pdf>

## Situación de Oropouche en la Región de las Américas, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 28 de agosto del 2025.

Entre la semana epidemiológica 1 y 30 del 2025 se notificaron 12 786 casos confirmados de Oropouche en la Región. Los casos confirmados se reportaron en Brasil (11 888 casos incluyendo cinco defunciones), Canadá (1 caso importado), Chile (2 casos importados), Colombia (26 casos), Cuba (28 casos), los Estados Unidos de América (1 caso importado), Guyana (1 caso), Panamá (501 casos, incluyendo una defunción), Perú (330 casos), Uruguay (3 casos importados) y Venezuela (5 casos).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 28 de agosto de 2025. Fecha de consulta: 03 de septiembre de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-08/2025-ago-28-phe-alerta-chkvorovesfinal.pdf>



# TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la  
notificación por Entidad Territorial a  
Semana Epidemiológica 35 de 2025

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

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 35

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 confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			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	43	0	2	344	33	38	0	0	0	87	7	11	0	0	0	2	0	0	2128	174	197
Antioquia	420	10	14	14406	1311	1540	55	3	3	2432	133	172	527	46	19	62	9	5	8413	815	611
Arauca	75	2	1	605	51	59	25	1	1	735	26	31	3	0	1	45	5	7	550	7	31
Atlántico	81	5	1	3053	263	332	51	7	6	1505	139	169	2	1	0	6	4	5	0	0	0
Barranquilla D.E.	12	1	0	3262	248	367	29	5	0	920	119	46	20	2	6	17	0	0	0	0	0
Bogotá D.C.	2	0	0	16913	1767	1880	0	0	0	0	0	0	91	16	12	10	0	3	0	0	0
Bolívar	216	6	5	2167	200	206	26	8	4	1284	166	114	2	0	1	4	1	1	1274	83	100
Boyacá	47	2	2	5131	479	561	2	0	0	272	11	24	5	1	1	5	0	4	869	0	25
Buenaventura D.E.	17	0	1	90	12	7	3	0	0	63	12	5	1	0	1	0	0	0	1457	175	157
Caldas	45	1	1	2928	284	352	1	0	0	162	15	8	9	1	0	37	5	3	19	2	1
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	3746	407	454	19	6	2	960	243	47	60	22	0	40	5	1	4	1	0
Caquetá	148	1	3	849	87	101	28	0	0	882	34	38	2	0	0	5	0	2	334	7	8
Cartagena de Indias D.T.	12	1	0	1343	129	134	56	6	5	1143	106	73	5	0	0	0	0	0	6	0	1
Casanare	119	5	3	1282	115	147	5	2	0	474	77	33	44	1	6	3	1	0	3	6	0
Cauca	76	2	4	4093	437	442	12	1	1	368	20	19	24	1	3	7	1	1	1723	269	57
Cesar	227	7	5	2248	177	262	46	9	7	1347	194	197	5	1	0	23	4	2	13	2	0
Chocó	154	2	3	205	17	20	6	1	1	143	17	17	2	0	0	1	0	0	14941	2310	1269
Córdoba	209	7	6	3791	352	407	30	6	6	3160	198	370	3	1	0	12	2	3	4421	888	262
Cundinamarca	60	1	3	10807	1026	1194	19	1	1	1366	83	45	17	3	1	17	3	1	0	0	0
Guainía	18	0	0	144	11	17	0	0	0	9	1	1	0	0	0	0	0	0	1174	436	75
Guaviare	82	1	3	288	26	31	5	0	0	205	7	14	1	0	0	1	0	0	756	96	46
Huila	121	2	4	4768	437	549	88	10	4	1093	137	72	7	1	0	8	1	2	3	0	1
La Guajira	97	3	3	1663	156	211	32	2	1	1443	79	114	2	0	0	10	1	0	31	1	1
Magdalena	102	4	3	1843	182	179	13	2	1	815	82	196	1	0	0	9	2	1	3	1	1
Meta	196	3	2	3215	301	346	101	3	11	2972	153	184	73	3	18	12	3	0	703	33	30
Nariño	85	3	1	5426	502	596	13	1	1	300	19	34	5	1	0	15	2	1	7308	950	482
Norte de Santander	233	6	5	4855	423	547	87	5	6	2858	173	292	24	12	3	4	1	2	423	171	40
Putumayo	119	2	1	1316	124	137	17	0	1	823	15	32	0	0	0	3	1	0	62	4	6
Quindío	14	0	0	2256	218	274	1	0	0	220	9	9	28	1	0	4	0	0	3	2	0
Risaralda	42	2	1	3183	306	354	11	0	1	360	10	18	6	2	0	1	0	0	2107	307	175
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	338	26	31	0	0	0	22	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	31	0	0	1691	110	166	3	1	0	253	28	42	1	0	0	9	1	2	0	0	0
Santander	167	4	3	5718	494	624	51	5	5	2854	255	228	81	4	1	13	3	1	11	1	2
Sucre	77	3	4	2141	181	231	28	6	7	1915	191	155	2	0	0	3	0	0	73	6	9
Tolima	114	2	2	5300	481	629	56	5	7	1698	279	109	6	1	1	24	4	2	0	0	0
Valle del Cauca	56	1	0	6531	597	693	25	2	4	1053	137	70	18	4	0	41	4	3	62	7	3
Vaupés	39	1	0	182	13	27	1	0	0	10	4	0	13	0	0	2	1	0	3417	229	202
Vichada	37	0	1	200	21	27	3	0	1	226	5	7	0	0	0	0	0	0	1283	162	51
<b>Total nacional</b>	<b>3.599</b>	<b>90</b>	<b>87</b>	<b>128.321</b>	<b>12.003</b>	<b>14.172</b>	<b>948</b>	<b>98</b>	<b>87</b>	<b>36.432</b>	<b>3.187</b>	<b>2.997</b>	<b>1.090</b>	<b>125</b>	<b>74</b>	<b>455</b>	<b>57</b>	<b>52</b>	<b>53.577</b>	<b>7.192</b>	<b>3.843</b>

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 35

Decremento  
Incremento

Departamento	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		
	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	4	2	1	4550	612	465	136	44	31	0	0	0	3657	378	197	13	13	13
Antioquia	185	25	32	686512	78914	67203	34654	7028	7281	3976	724	748	257290	38161	28540	439	614	439
Arauca	11	1	2	19333	2535	2854	2744	473	752	74	7	24	5887	718	623	20	47	20
Atlántico	12	2	4	115146	11825	14088	2515	750	670	1537	218	459	51847	4071	5511	88	170	88
Barranquilla D.E.	27	6	4	167151	18387	20431	9623	1205	2544	1446	249	303	65095	6002	6646	107	214	107
Bogotá D.C.	206	41	50	1322969	134044	134188	63773	12513	13268	6967	1461	1631	519388	61427	49574	439	601	439
Bolívar	12	3	5	98365	12031	12630	1948	641	491	323	107	75	22215	2540	2538	104	162	104
Boyacá	29	7	3	104779	13069	11864	6024	1167	1471	362	94	89	35484	3912	3523	74	102	74
Buenaventura D.E.	4	2	1	4894	995	716	90	35	14	9	2	1	2035	372	221	44	60	44
Caldas	17	2	2	63963	8319	6282	2725	571	586	989	166	204	21251	2944	1899	56	68	56
Santiago de Cali D.E.	64	10	17	189668	21311	16405	7654	1227	1349	475	68	76	72470	11531	6852	171	211	171
Caquetá	10	4	1	24385	3887	3106	1519	365	476	29	9	9	9880	2010	1092	27	48	27
Cartagena de Indias D.T.	13	4	3	150757	18295	16538	9264	829	2014	1222	267	302	38118	4186	3094	100	181	100
Casanare	4	0	0	21291	3047	2761	405	248	148	21	17	5	7880	994	746	42	56	42
Cauca	25	3	5	85813	9946	8192	2919	679	544	475	60	112	29792	5182	3713	106	184	106
Cesar	26	4	11	99464	11024	12865	5197	1620	1348	495	89	229	20774	2520	1820	139	201	139
Chocó	14	3	4	21887	1852	1725	1424	299	234	16	6	1	10906	976	1366	64	136	64
Córdoba	29	3	7	155442	14993	18472	6107	1441	1559	1145	278	340	42039	4217	3820	155	291	155
Cundinamarca	61	7	12	300075	28728	32977	11086	2430	2462	1231	326	258	110284	12124	11821	235	294	235
Guainía	0	0	0	2082	207	243	97	47	27	1	0	0	1179	131	117	9	13	9
Guaviare	0	0	0	5238	651	554	249	50	83	37	10	5	2323	275	219	9	10	9
Huila	17	6	5	85100	11098	8393	4491	1120	1069	547	104	151	31244	4454	3262	79	130	79
La Guajira	11	2	5	165074	12331	19851	2070	1027	491	183	62	33	29696	4553	3379	178	286	178
Magdalena	6	2	1	86265	8927	12028	2878	672	607	77	7	9	25056	3251	3092	91	136	91
Meta	11	0	0	66954	7696	8150	2730	898	596	202	110	75	34304	3897	3251	110	125	110
Nariño	55	8	17	107412	13998	10071	6253	967	1334	144	61	50	34813	7161	3538	137	146	137
Norte de Santander	52	8	12	126920	12291	12243	7147	1727	1777	617	165	152	39999	6155	4447	103	172	103
Putumayo	7	2	2	26165	2781	3058	1052	260	226	28	7	5	8612	1107	898	27	44	27
Quindío	10	3	5	42595	6024	4344	2201	160	457	320	62	73	18614	2939	2264	32	46	32
Risaralda	24	2	5	86631	9795	8199	4543	744	1281	441	63	176	23941	4225	2328	51	80	51
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	5704	695	471	719	100	198	1	1	0	2027	299	191	9	10	9
Santa Marta D.T.	9	2	4	53806	3155	5885	2484	344	662	637	151	134	14464	1402	1466	38	70	38
Santander	74	9	17	189307	17997	22609	12633	2899	3009	1659	427	395	64253	6606	7186	106	173	106
Sucre	9	2	1	67166	9145	8758	6266	1537	2246	117	254	301	16164	3109	1631	70	137	70
Tolima	22	2	3	114008	11952	10131	7993	1274	1553	334	69	84	43885	4827	4476	68	118	68
Valle del Cauca	48	7	10	117210	12790	11181	2861	603	594	609	92	137	47002	6378	5280	113	148	113
Vaupés	12	2	1	5405	458	879	61	30	27	11	2	5	1753	103	206	7	11	7
Vichada	3	0	0	2780	424	423	15	7	5	1	0	0	1239	145	120	24	27	24
<b>Total nacional</b>	<b>1.123</b>	<b>186</b>	<b>252</b>	<b>4.992.266</b>	<b>536.229</b>	<b>531.233</b>	<b>236.550</b>	<b>48.031</b>	<b>53.484</b>	<b>27.798</b>	<b>5.795</b>	<b>6.651</b>	<b>1.766.860</b>	<b>92.634</b>	<b>180.947</b>	<b>3.684</b>	<b>5.537</b>	<b>3.684</b>

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 35

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos sospechosos, Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados 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	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	0	0	38	10	1	17	0	3
Antioquia	8	9	0	486	61	41	21	4	0	1508	31	87	1743	208	179	569	60	92
Arauca	1	1	0	18	2	1	4	1	0	20	2	3	106	18	6	72	17	9
Atlántico	6	3	0	51	5	6	0	1	0	24	1	2	633	103	81	104	15	11
Barranquilla D.E.	2	2	0	133	9	13	0	1	0	29	3	4	644	69	109	196	35	20
Bogotá D.C.	11	9	0	1056	118	107	527	4	22	2105	55	169	3582	438	378	2104	180	283
Bolívar	3	2	0	34	4	0	1	1	0	22	4	2	425	42	25	41	3	2
Boyacá	2	2	0	135	21	8	16	1	0	44	4	3	621	61	56	279	33	13
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	24	2	1	7	2	0
Caldas	2	1	0	52	8	3	1	1	0	31	1	0	326	33	24	36	2	3
Santiago de Cali D.E.	1	3	0	108	22	9	0	1	0	32	2	6	789	85	63	380	13	27
Caquetá	0	1	0	25	2	0	0	0	0	4	2	0	185	15	10	15	1	1
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	46	5	1	2	1	0	37	2	2	365	67	44	16	1	1
Casanare	1	1	0	21	3	2	6	0	0	1	1	0	136	17	33	16	7	4
Cauca	3	2	0	53	7	1	1	1	0	21	2	0	391	36	15	220	9	11
Cesar	3	3	0	42	3	2	0	1	0	19	5	0	231	31	23	27	6	1
Chocó	0	1	0	9	0	0	3	0	0	113	3	2	42	8	8	16	0	1
Córdoba	4	3	0	117	15	8	2	2	0	36	1	6	757	157	74	108	13	11
Cundinamarca	6	5	0	297	35	23	171	2	7	437	14	20	1800	167	168	378	19	37
Guainía	0	0	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	70	1	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	9	1	0	2	1	0	3	0	0	67	4	6	4	0	0
Hulla	3	2	0	108	14	8	3	1	0	67	6	1	451	42	39	75	5	3
La Guajira	1	2	0	21	2	1	0	1	0	17	1	3	323	26	25	35	2	3
Magdalena	0	2	0	31	3	3	0	1	0	21	1	2	261	28	27	16	1	2
Meta	5	2	0	59	7	2	11	1	1	111	4	29	465	56	57	81	14	10
Nariño	4	3	0	110	14	9	3	1	0	78	6	8	450	60	49	65	4	2
Norte de Santander	6	3	0	149	15	9	2	1	0	50	6	25	714	73	123	78	15	6
Putumayo	1	1	0	22	3	1	1	1	0	18	1	1	160	22	14	87	4	8
Quindío	2	1	0	25	5	1	2	1	1	18	1	3	217	34	20	70	6	7
Risaralda	7	1	0	38	5	6	0	1	0	51	1	8	503	47	48	33	1	5
Archipielago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	1	0	1	0	1	0	1	24	5	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	1	0	9	1	0	0	1	0	4	2	0	156	9	26	33	9	3
Santander	1	3	0	79	8	10	0	2	0	65	10	8	518	67	58	235	44	28
Sucre	4	2	1	56	7	3	2	1	0	50	15	15	432	55	111	130	10	6
Tolima	5	2	0	52	9	6	7	1	0	29	2	0	692	72	63	68	2	5
Valle del Cauca	2	3	0	104	13	5	2	1	0	20	6	1	852	86	58	191	4	9
Vaupés	0	0	0	1	0	0	3	1	0	10	1	6	8	0	1	9	0	0
Vichada	1	0	0	2	0	1	1	1	1	12	1	1	13	2	6	8	1	1
<b>Total nacional</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>1</b>	<b>3.578</b>	<b>424</b>	<b>291</b>	<b>796</b>	<b>43</b>	<b>32</b>	<b>5.113</b>	<b>196</b>	<b>418</b>	<b>19.214</b>	<b>2.039</b>	<b>2.030</b>	<b>5.819</b>	<b>538</b>	<b>628</b>

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 35

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	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 confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	0	0	0	0	35	52	0	0	0	0	48	57	9	10
Antioquia	0	0	0	0	1199	1950	1	0	0	0	3565	3609	749	808
Arauca	1	0	0	0	199	129	0	0	0	0	118	137	12	12
Atlántico	0	0	0	0	261	230	0	0	0	0	597	670	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	137	209	0	0	0	0	592	652	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2046	1841	2	1	0	3	3309	3642	0	0
Bolívar	0	0	0	0	280	415	0	0	0	0	366	391	262	323
Boyacá	1	0	0	0	308	355	0	0	0	0	676	732	81	183
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	87	120	0	0	0	0	62	59	11	9
Caldas	0	0	0	0	113	129	0	0	0	0	811	693	167	146
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	304	414	1	0	0	1	1066	1330	1	1
Caquetá	0	0	0	0	131	100	0	0	0	0	167	143	150	164
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	176	356	0	0	0	0	366	396	1	0
Casanare	4	2	0	0	214	183	0	0	0	0	195	226	5	4
Cauca	0	0	0	0	204	197	0	0	0	0	569	568	35	40
Cesar	4	0	0	0	472	638	1	0	0	0	394	425	50	317
Chocó	0	0	0	0	521	581	0	0	0	0	71	112	155	150
Córdoba	0	0	0	0	373	338	0	0	0	0	674	725	134	130
Cundinamarca	0	0	0	0	806	770	0	0	0	0	1454	1770	141	123
Guainía	0	0	0	0	39	30	0	0	0	0	20	22	12	18
Guaviare	0	0	0	0	75	50	0	0	0	0	39	40	291	104
Huila	0	0	0	0	288	316	0	1	0	2	573	479	6	7
La Guajira	0	0	0	0	1242	1111	1	0	0	0	188	269	17	19
Magdalena	0	0	0	0	370	568	0	0	0	0	239	270	5	8
Meta	0	0	0	0	274	267	0	0	0	0	486	439	140	81
Nariño	0	1	0	0	442	472	0	0	0	0	927	1084	163	140
Norte de Santander	0	0	0	0	440	476	2	0	0	0	714	809	138	142
Putumayo	0	0	0	0	125	135	0	0	0	0	214	201	160	162
Quindío	0	0	0	0	66	56	0	0	0	0	359	324	0	0
Risaralda	0	0	0	0	245	322	0	0	0	0	786	893	68	75
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	7	4	0	0	0	0	17	23	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	65	124	0	0	0	0	186	232	7	12
Santander	1	1	0	1	295	340	1	0	0	0	1026	1197	370	582
Sucre	0	0	0	0	152	274	0	2	0	0	322	320	70	52
Tolima	0	0	0	0	232	227	0	0	0	0	820	760	198	161
Valle del Cauca	0	0	0	0	273	426	1	951	0	0	877	951	12	10
Vaupés	0	0	0	0	52	20	0	0	0	0	44	70	29	19
Vichada	0	0	0	0	197	153	0	0	0	0	17	17	30	15
Total nacional	11	4	2	1	12.474	14.378	8	4	2	6	22.951	24.737	3.680	4.030

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 35

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 sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	1	0	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0
Antioquia	12	7	18	12	6	3	21	32	9	7	94	191
Arauca	0	0	2	0	2	0	2	2	1	1	4	5
Atlántico	1	1	7	4	1	0	8	2	6	3	20	26
Barranquilla D.E.	3	5	4	4	1	1	5	4	2	0	18	31
Bogotá D.C.	1	1	19	11	0	0	37	16	0	0	107	451
Bolívar	2	2	8	5	2	0	9	5	7	2	16	2
Boyacá	0	1	3	2	1	2	4	6	0	1	18	28
Buenaventura D.E.	2	1	3	1	0	2	2	2	2	1	4	2
Caldas	0	0	2	0	0	1	2	2	0	0	14	2
Santiago de Cali D.E.	1	0	5	4	0	1	6	8	1	0	31	43
Caquetá	4	2	2	1	0	0	6	3	2	1	6	1
Cartagena de Indias D.T.	1	2	6	1	0	1	7	4	2	1	14	14
Casanare	0	0	2	3	1	0	2	0	1	1	6	8
Cauca	1	0	6	1	4	4	8	8	1	3	21	9
Cesar	2	0	10	10	5	3	7	5	16	10	19	17
Chocó	1	2	10	5	23	7	24	30	30	25	8	6
Córdoba	1	0	10	4	1	4	12	4	4	9	26	23
Cundinamarca	1	1	11	5	0	2	8	15	3	0	49	50
Guainía	0	0	0	2	1	1	2	1	1	2	1	0
Guaviare	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
Huila	1	0	5	2	0	0	5	2	3	1	16	12
La Guajira	0	1	15	10	20	12	29	11	38	27	14	0
Magdalena	0	1	8	4	1	1	9	8	12	7	13	3
Meta	0	0	6	1	1	1	8	5	5	2	16	9
Nariño	0	1	9	6	1	1	7	9	3	2	23	10
Norte de Santander	0	0	6	7	1	1	4	2	4	0	23	17
Putumayo	0	0	2	0	1	1	3	1	1	0	5	4
Quindío	1	2	2	1	0	1	2	0	0	0	8	5
Risaralda	4	4	3	2	7	8	6	7	5	5	13	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	1	0	6	2	1	0	3	1	0	2	8	11
Santander	3	0	8	4	1	0	6	2	1	0	32	22
Sucre	2	1	4	1	0	1	5	6	2	0	14	33
Tolima	4	3	5	2	2	0	7	3	1	1	19	8
Valle del Cauca	3	0	4	2	2	1	9	8	5	1	27	39
Vaupés	0	0	0	0	2	3	3	0	1	2	1	0
Vichada	0	1	2	1	2	0	2	4	8	8	2	0
<b>Total nacional</b>	<b>293</b>	<b>349</b>	<b>211</b>	<b>120</b>	<b>92</b>	<b>64</b>	<b>279</b>	<b>220</b>	<b>159</b>	<b>125</b>	<b>713</b>	<b>1.084</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 Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 35

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	3	13	17	0	0	43	48	1	0	388	464
Antioquia	112	80	795	899	0	0	2391	3278	69	104	15176	14560
Arauca	29	12	118	109	0	0	95	90	1	0	757	869
Atlántico	37	17	236	249	0	0	293	388	12	21	1632	1830
Barranquilla D.E.	54	12	284	240	0	0	530	655	12	25	1666	1909
Bogotá D.C.	115	45	637	626	0	0	982	1022	24	17	19884	22849
Bolívar	32	19	203	223	1	0	115	156	3	1	1565	1750
Boyacá	16	18	68	58	0	0	102	152	2	3	2695	3124
Buenaventura D.E.	15	11	96	69	0	0	114	156	5	3	258	208
Caldas	13	17	89	123	0	0	216	204	3	0	2050	2189
Santiago de Cali D.E.	23	14	302	354	0	1	993	1041	30	36	5296	4985
Caquetá	6	9	57	63	0	0	163	207	4	5	721	766
Cartagena de Indias D.T.	49	30	215	264	0	2	269	349	2	5	962	1065
Casanare	29	27	90	112	0	1	103	140	2	8	578	643
Cauca	16	13	135	123	0	2	188	207	2	1	2269	2246
Cesar	28	15	232	181	0	0	263	329	2	7	1387	1464
Chocó	36	23	155	163	0	0	134	181	1	1	279	331
Córdoba	23	8	222	163	1	0	178	210	3	7	2456	2279
Cundinamarca	49	44	251	349	0	0	367	432	9	9	8811	10724
Guainía	5	7	12	13	0	0	13	16	0	0	132	149
Guaviare	4	2	18	14	0	0	33	31	1	2	193	244
Huila	12	8	107	105	0	0	260	320	5	9	4208	4308
La Guajira	50	29	251	270	0	0	339	442	4	4	913	1021
Magdalena	23	18	154	171	0	2	105	130	2	3	976	1047
Meta	35	28	171	215	0	0	419	613	13	21	1645	1720
Nariño	10	9	163	152	0	1	124	155	3	3	2786	3626
Norte de Santander	65	29	338	367	0	1	448	585	10	8	2645	2911
Putumayo	4	3	63	74	0	0	71	95	2	3	879	1084
Quindío	8	5	66	80	0	0	183	229	2	3	1756	1831
Risaralda	21	20	120	135	0	1	395	500	16	9	2504	2618
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	3	4	9	0	0	4	15	0	0	133	182
Santa Marta D.T.	13	15	77	121	0	0	155	222	2	3	440	559
Santander	48	47	283	356	0	0	596	1037	18	10	4232	4608
Sucre	17	16	142	139	1	1	68	70	0	0	1257	1332
Tolima	23	22	122	94	0	1	366	534	9	9	2062	2379
Valle del Cauca	25	28	211	246	0	0	478	591	12	21	4747	5209
Vaupés	1	0	2	2	0	0	10	17	0	0	136	303
Vichada	4	10	25	30	0	0	24	17	0	1	165	163
Total nacional	1.102	716	6.814	6.978	3	14	11.630	14.864	289	362	100.636	109.549



## Semana epidemiológica 35

24 al 30 de agosto de 2025

### TEMA CENTRAL

**Tétanos neonatal y accidental; saberes ancestrales y salud pública**

#### Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

#### Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

#### Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte el historial de publicaciones del BES



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



### Boletín epidemiológico semanal

**Autores: Tema central:** Julián Andrés Delgadillo Páez. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montañó Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctores de estilo:** Mónica Lucía Suárez, Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

44# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.35>