



Comportamiento de las Infecciones Asociadas a Dispositivos Invasivos en Unidades de Cuidado Intensivo en Colombia

El comportamiento de las Infecciones Asociadas a Dispositivos en las Unidades de Cuidado Intensivo refleja un aumento progresivo, con brechas territoriales y una fuerte relación con el uso de dispositivos, lo que exige fortalecer la vigilancia, la oportunidad y calidad de la notificación para focalizar intervenciones de prevención y control efectivas.

Semana epidemiológica

25

15 al 21 de junio de 2025

BES

Boletín Epidemiológico Semanal



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

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

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

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

Pág.

3

8

10

17

36

39

Comportamiento de las Infecciones asociadas a dispositivos invasivos en unidades de cuidado intensivo en Colombia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado la importancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y la resistencia a los antimicrobianos, no solo como indicadores de la calidad en la prestación de servicios sanitarios, sino también como determinantes clave en el ámbito de la salud pública (1). Estas problemáticas representan un componente crítico en la mitigación de amenazas infecciosas emergentes y reemergentes, y constituyen uno de los pilares fundamentales para la preparación y respuesta ante eventos de emergencia sanitaria (2).

A nivel nacional y local, la vigilancia de las IAAS es esencial para la implementación y evaluación de programas de prevención y control. La recopilación y el análisis sistemático de datos permiten identificar brotes, evaluar intervenciones y tomar decisiones informadas. La OMS resalta que una vigilancia efectiva contribuye a reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a estas infecciones, así como a disminuir los costos del cuidado en salud (2).

Desde 2012 el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en Colombia, ha permitido caracterizar el comportamiento de las IAAS (3), especialmente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), proporcionando datos clave para evaluar la dinámica de estos eventos de interés en salud pública y orientar el desarrollo de estrategias de prevención y control. Este evento ha sido designado como trazador debido a la significativa carga de enfermedad que representa, dado que entre el 10 % y el 30 % de los pacientes en UCI están en riesgo de contraer IAAS (2).

Las Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) se definen como aquellas que no están presentes, ni en incubación al momento del ingreso a la UCI, y que ocurren cuando el dispositivo ha estado insertado por más de dos días calendario (4). Entre ellas se incluyen la Neumonía Asociada a Ventilación mecánica (NAV), la Infección del Torrente Sanguíneo asociada a catéter central (ITS-AC) y la Infección Sintomática del Tracto Urinario asociada a catéter urinario (ISTU-AC).

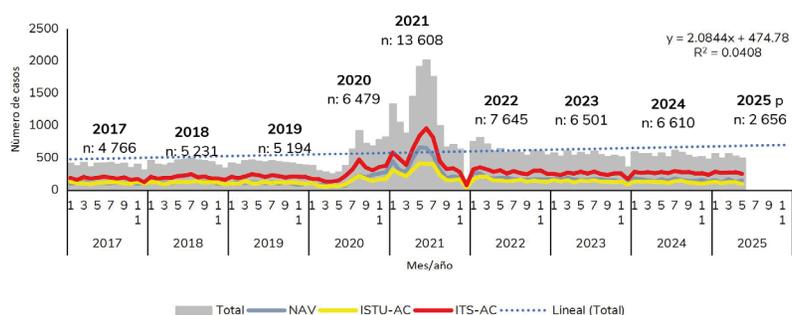
TEMA CENTRAL

Comportamiento de las Infecciones asociadas a dispositivos invasivos en unidades de cuidado intensivo en Colombia

Sandra Milena Rivera Vargas, srivera@ins.gov.co

El análisis epidemiológico de IAD en Colombia entre 2017 y mayo de 2025 revela un acumulado de 58 690 casos notificados. Al analizar la tendencia de la notificación de casos se observó un leve aumento no significativo por mes ($y = 2,0844x + 474,78$). Se observó un pico incidente notable entre 2020 y 2021 con 6.479 y 13.608 casos respectivamente, coincidiendo con la emergencia sanitaria por COVID-19. Específicamente, los casos de NAV (Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica) y del torrente sanguíneo asociada a catéter, representaron una proporción significativa en unidades de cuidado intensivo. Para mayo de 2025, se observa una reducción del 6,3 % en los casos reportados en comparación con el mismo periodo del 2024 (figura 1).

Figura 1. Comportamiento de los casos de infección asociada a dispositivo y distribución por tipo de infección, 2017 a mayo 2025 preliminar.

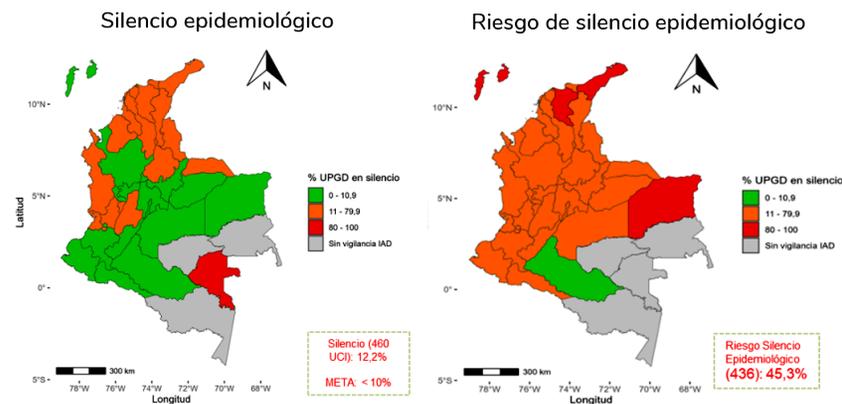


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Para el evento se han definido dos indicadores de proceso: el silencio epidemiológico, entendido como la ausencia del reporte de la ficha colectiva (código 359), el cual se monitoriza mensualmente; y el riesgo de silencio epidemiológico, con medición trimestral, que corresponde a la ausencia del reporte de casos de infección en las unidades de cuidado intensivo mediante la ficha individual (código 357). Al analizar estos indicadores, que permiten evaluar la gestión de los referentes de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y de las entidades territoriales, se identificó que, para el mes de mayo de 2025, el porcentaje de silencio epidemiológico a nivel nacional fue del 12,2 %, superando la meta establecida de menos del 10 %. En cuanto al riesgo de silencio epidemiológico, se evidenció que el 45,3 % de las UCI no reportaron casos de IAD durante el primer trimestre del año (figura 2).

Al analizar el comportamiento de estos dos indicadores por entidad territorial se observó que el mayor porcentaje de silencio y riesgo de silencio epidemiológico están concentrados en la región caribe, con valores que oscilaron entre el 11,4 % y el 68,0 % para el silencio epidemiológico, y entre el 52,4 % y el 100,0 % para el riesgo de silencio epidemiológico. Vaupés reportó error en el proceso de caracterización de las UCI (figura 2).

Figura 2. Silencio y riesgos de silencio epidemiológico por Entidad Territorial, Colombia, 2025



Fuente: base de datos brotes de IAAS, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2025

El análisis de tendencias de las tasas de incidencia se observó para UCI adultos una disminución en las tres IAD vigiladas en periodo post-pandemia con diferencias significativas para las ISTU-AC. En cambio, las tasas en UCI pediátrica y neonatal mostraron variaciones hacia el aumento sin cambios estadísticamente significativos.

Con relación al comportamiento del porcentaje de uso de dispositivos, se observaron disminuciones significativas en el uso de catéter venoso central, ventilación mecánica y catéter urinario en los tres servicios vigilados (UCI adulto, UCI pediátrica y UCI neonatal). Al analizar la correlación entre la tendencia de incidencia de las IAD y el porcentaje de uso de dispositivos, se identificaron correlaciones fuertes, especialmente en las UCI adultos, así como correlaciones negativas entre las ISTU-AC y el uso de dispositivos en UCI pediátrica, y entre las NAV y el uso de dispositivos en UCI neonatal (figura 3).

Tabla 1. Incidencia de las infecciones asociadas a dispositivo IAD, Colombia 2016 a mayo 2025 preliminar

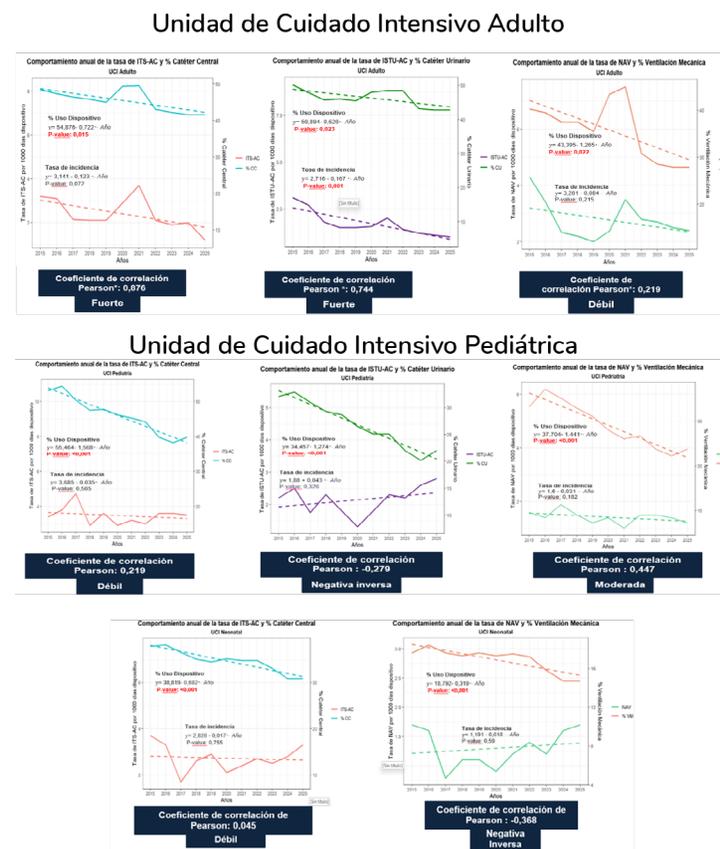
Tasa de incidencia *1000 días dispositivo														
Tipo de infección	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p	Razón 2023-2024	Razón 2024-2025	Valor p	Tendencia 2016-2024
Unidad de cuidado intensivo adulto														
ITS_AC	3,1	2,1	2,1	2,1	2,9	3,7	2,1	1,9	2,0	2,1	1,1	1,1	0,072	
ISTU_AC	2,7	1,8	1,5	1,5	1,6	2,0	1,4	1,2	1,1	1,0	0,9	0,9	0,001	
NAV	3,4	2,3	2,2	2,0	2,4	3,5	2,8	2,7	2,5	2,4	0,9	1,0	0,215	
Unidad de cuidado intensivo pediátrica														
ITS_AC	3,8	4,7	2,9	3,6	2,9	3,2	3,0	3,6	3,6	3,6	1,0	1,0	0,505	
ISTU_AC	2,5	1,7	2,3	1,8	1,3	1,8	2,3	2,2	2,6	2,7	1,2	1,0	0,326	
NAV	1,4	1,9	1,5	1,2	1,4	1,0	1,5	1,5	1,5	1,6	1,0	1,1	0,182	
Unidad de cuidado intensivo neonatal														
ITS_AC	3,3	1,7	2,6	2,9	2,1	2,4	2,7	2,5	2,8	2,4	1,1	0,9	0,775	
NAV	1,6	0,8	1,1	1,1	0,9	1,2	1,4	1,2	1,6	1,2	1,3	0,8	0,590	

ITS_AC: Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter.
 ISTU_AC: Infección sintomática del tracto urinario asociada a catéter.
 NAV: Neumonía asociada a ventilador mecánico.

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud. Colombia

Al profundizar en el análisis del comportamiento de las IAD en UCI pediátrica, se evidenció una tendencia fluctuante con un leve aumento en el número de casos mensuales, aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($\text{pendiente} = 0,1373x + 48,607$; $R^2 = 0,076$; $p = 0,143$). Las mayores proporciones de casos e incidencias se concentraron en las Infecciones del Torrente Sanguíneo asociadas a catéter (ITS-AC), que en 2024 registraron 532 casos y una incidencia de 3,6 casos por 1.000 días dispositivo, seguidas por las Infecciones del Tracto Urinario asociadas a catéter urinario (ISTU-AC), con 200 casos y una tasa de 2,6 casos por 1 000 días catéter urinario. Para mayo de 2025, se observó un mantenimiento en la tasa de ITS-AC y un incremento en la tasa de ISTU-AC a 2,7 casos por 1 000 días dispositivo. Al desagregar las incidencias por entidad territorial, se identificó que Casanare presentó las tasas más elevadas de ITS-AC, mientras que Cesar y Cartagena de Indias D.T. reportaron las tasas más altas históricamente tanto de ITS-AC como de ISTU-AC, con valores que oscilaron entre 11,0 y 153,8 casos por 1.000 días dispositivo.

Figura 3. Tendencia y correlación de la incidencia de infecciones asociadas a dispositivos y porcentajes de uso de dispositivo en UCI adulto, Colombia, 2015 a mayo 2025 preliminar



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud. Colombia

A nivel microbiológico en la UCI pediátrica, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* continúan como los principales agentes etiológicos. Se detectaron niveles preocupantes de resistencia, destacando *E. coli* (48% resistencia a ceftriaxona), *K. pneumoniae* (resistencia de hasta 50 % a betalactámicos y carbapenémicos) y *S. epidermidis* (95 % a oxacilina), lo que limita las opciones terapéuticas y refleja una elevada presión antimicrobiana en las UCI pediátricas.

Tabla 2. Comportamiento de los fenotipos de resistencia bacteriana en UCI pediátrica, Colombia 2024 preliminar

Fenotipos		UCI pediátrica			
Microorganismo	Antibiótico	ITS-AC		ISTU-AC	
		n	% Resistencia	n	% Resistencia
<i>E. coli</i>	Ceftazidima	*	*	50	48
<i>E. coli</i>	Ceftriaxona	*	*	32	40,6
<i>E. coli</i>	imipenem	*	*	29	3,4
<i>E. coli</i>	meropenem	*	*	43	2,3
<i>E. coli</i>	ertapemen	*	*	49	4,1
<i>E. coli</i>	ciprofloxacina	*	*	50	36
<i>K. pneumoniae</i>	Ceftazidima	80	50	*	*
<i>K. pneumoniae</i>	Ceftriaxona	54	44,4	*	*
<i>K. pneumoniae</i>	imipenem	74	14,9	*	*
<i>K. pneumoniae</i>	meropenem	80	13,8	*	*
<i>K. pneumoniae</i>	ertapemen	78	14,1	*	*
<i>P. aeruginosa</i>	ciprofloxacina	35	14,3	*	*
<i>P. aeruginosa</i>	Ceftazidima	35	20	*	*
<i>P. aeruginosa</i>	imipenem	35	22,9	*	*
<i>P. aeruginosa</i>	meropenem	35	14,3	*	*
<i>P. aeruginosa</i>	Piperacilina/Tazobactam	35	17,1	*	*
<i>A. baumannii</i>	imipenem	*	*	NR	NR
<i>A. baumannii</i>	meropenem	*	*	NR	NR
<i>S. aureus</i>	Oxacilina	58	53,4	*	*
<i>S. epidermidis</i>	Oxacilina	41	95,1	NR	NR
<i>Enterococcus faecalis</i>	Vancomicina	*	*	*	*
<i>Enterococcus faecium</i>	Vancomicina	*	*	*	*

* aislamientos menores de 30

NR: No reporta este patógeno en la IAD

Fuente. Grupo de Microbiología. Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia

Conclusiones

- El análisis epidemiológico de las Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) en Colombia, abarcando el periodo de 2017 a mayo de 2025 (datos preliminares), revela una tendencia de incremento moderado en la incidencia, a pesar de las fluctuaciones anuales, lo cual sugiere una posible relación con la variabilidad de la capacidad instalada y avances en las acciones de vigilancia en los territorios.
- Se identificaron diferencias importantes en la incidencia y notificación de IAD entre regiones y UPGD, reflejando desigualdades en capacidad de vigilancia, infraestructura y adherencia a protocolos. El silencio epidemiológico aún está presente (12,2 %), y casi la mitad de las unidades (45,3 %) presentan

riesgo de silencio, lo que puede limitar la respuesta oportuna frente a brotes o incrementos inusuales, así como estar relacionadas con las diferencias entre regiones.

- Se identificó una disminución significativa en los porcentajes de uso de dispositivos en las tres UCI vigiladas, así como disminución significativa de la tendencia de las incidencias de la ISTU-AC en UCI adulto.
- Se evidenció una correlación fuerte positiva entre la tendencia de las tasas de incidencia y los porcentajes de uso de dispositivos en las ITS-AC y las ISTU-AC en UCI adulto, mientras que en ISTU-AC en UCI pediátrica y NAV en UCI neonatal fueron negativas.
- Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* continúan siendo los principales agentes etiológicos asociados a las IAD. En UCI pediátrica, se reportaron elevados porcentajes de resistencia antimicrobiana para estos agentes, lo cual representa un desafío importante para la selección de tratamientos efectivos y compromete la atención adecuada de los pacientes afectados.

Recomendaciones

Se recomienda a las entidades territoriales:

- Fortalecer el seguimiento a las UPGD, con énfasis en la oportunidad, el cumplimiento de la notificación individual (código 357) y colectiva (código 359), como componente esencial del sistema de vigilancia en salud pública.
- Fortalecer el seguimiento a los procesos de caracterización en el Sivigila de las UCI, para mejorar los indicadores de gestión del evento, así como promover la caracterización de estos servicios como UPGD.
- Supervisar y acompañar las acciones de búsqueda activa institucional en las UCI con riesgo de silencio epidemiológico, con el fin de garantizar que la ausencia de notificación no esté relacionada con debilidades en la implementación de las estrategias de vigilancia.

- Realizar análisis rutinarios desagregados por tipo de UCI (adulto, pediátrica y neonatal) y por tipo de IAD (ITS-AC, ISTU-AC, NAV), lo que permitirá identificar brechas en la gestión local, detectar comportamientos inusuales y orientar acciones de intervención focalizadas.
- Garantizar la calidad de la información registrada, asegurando la completitud, consistencia y veracidad de las variables críticas tanto en los registros individuales como colectivos, como base para una vigilancia efectiva y decisiones informadas en salud pública.
- Generar planes de intervención en conjunto con el Programa de IAAS, dirigidos a las UPGD que presenten incrementos en el número de casos e incidencias de IAD, con enfoque en la implementación efectiva de los bundles o paquetes de medidas para la prevención de infecciones asociadas a dispositivos.

Referencias

1. World Health Organization. Surveillance of health care-associated infections at national and facility levels. Geneva: WHO; 2024. [(accessed on 25 April 2025)]. Available online: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379248/9789240101456-eng.pdf?sequence=1>
2. WHO Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. 2019. [(accessed on 25 April 2025)]. Available online: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=86B33E75BBE594E6C2CBD998F1C88CA5?sequence=1
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 045. Implementación de las estrategias y vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Resistencia y Consumo de Antibióticos. [Internet] 2012. Fecha de consulta 6 de junio 2022. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/normatividad/Normatividad/Forms/Disp Form.aspx?ID=47>
4. Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a Dispositivos. Versión 7. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/IADI3573>





SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

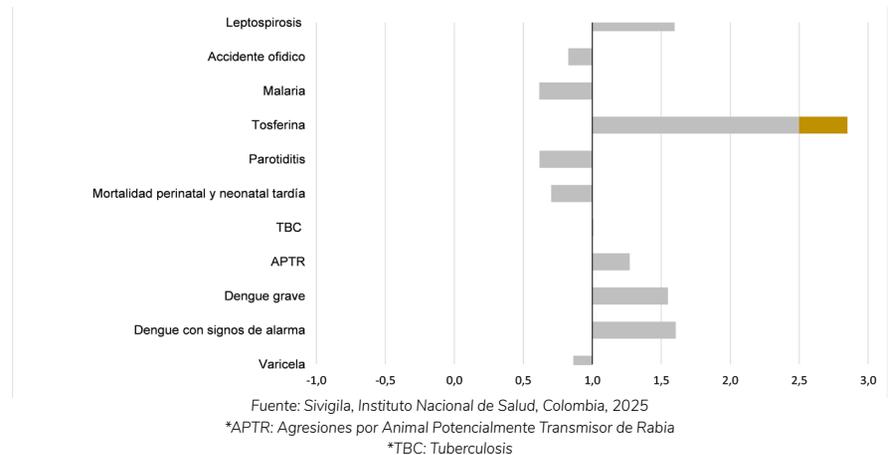
Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia, que está conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores.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

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



Para la semana epidemiológica 25 de 2025, se identificó que el evento de tosferina con un comportamiento 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, semana epidemiológica 25 de 2025.



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

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

Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 25 de 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	92 127	77 156	1,18	0,24

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

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

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

En la semana epidemiológica 25 de 2025 el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	14	77	0,00
Mortalidad por dengue	2	5	0,08
Zika	5	3	0,11
Chicungunya	0	2	0,09
Lepra	6	6	0,16
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,55
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0,22

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 25 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 99,8 % (1 120 / 1 122 UNM), observando una disminución del 0,2 % con relación a la semana epidemiológica anterior y la semana 25 del 2024; esto debido al silencio epidemiológico de las UNM Yavaraté y Papunaua (Morichal) ambos municipios del departamento de Vaupés; sin embargo, 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 99,9 % (4 795/ 4 798); permaneciendo igual con respecto a la semana anterior y presentando un incremento del 0,3 % comparado con

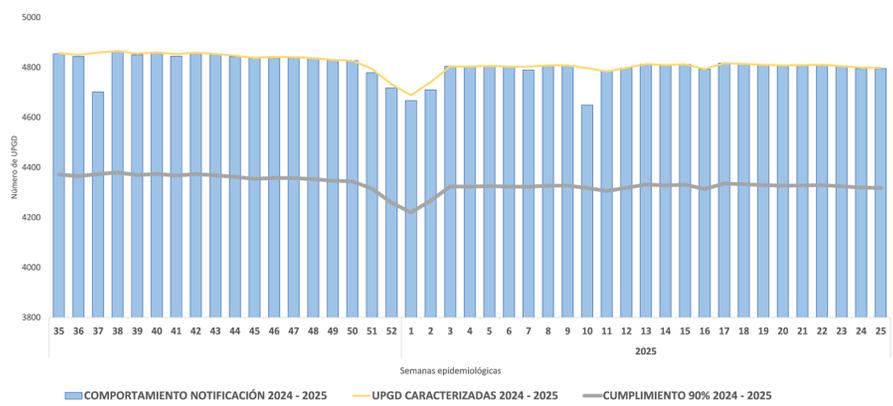
la semana epidemiológica 25 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

Es de mencionar que la entidad territorial de Vaupés presentó incumplimiento en la meta de UPGD con un 75 %, siendo un porcentaje inferior a la meta establecida del 90 %.

En relación con el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 25 de 2025, a nivel nacional se detectó que el 0,06 % de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico. Al analizar el nivel de complejidad de estas UPGD silenciosas (3), se observa que la totalidad pertenecen al primer nivel de complejidad correspondiendo a las entidades territoriales de Cesar (1) y Vaupés (2).

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, semana epidemiológica 24 de 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 que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis¹.

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

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección ajustada de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE posterior a pandemia COVID/19. Para el 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://bit.ly/3u130uq>

A semana epidemiológica (SE) 25 de 2025, se han notificado 343 muertes probables en menores de cinco años: 192 por infección respiratoria aguda (IRA), 96 por desnutrición (DNT) aguda y 55 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, cinco casos de IRA, dos de DNT aguda y uno de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025 se han notificado 335 fallecimientos (187 por IRA, 94 por DNT aguda y 54 por EDA); de estos, 144 casos han sido confirmados, 40 han sido descartados y 142 casos se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 25 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 25 2025			Casos en estudio a SE 25 2025			Tasa a SE 25 2024			Tasa a SE 25 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	52	65	27	31	89	22	3,38	4,62	2,42	1,46	1,82	0,76
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	21,10	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	2	7	1	3	19	0	3,30	3,07	1,18	0,48	1,68	0,24
Arauca	0	1	0	0	0	0	3,65	7,30	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	2	0	0	1	2	0	4,38	2,63	0,88	1,79	0,00	0,00
Barranquilla D.E.	0	1	1	0	1	0	1,14	2,28	1,14	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	1	0	1	9	2	0,00	2,81	0,22	0,00	0,22	0,00
Bolívar	1	1	0	1	3	0	0,98	6,89	1,97	1,01	1,01	0,00
Boyacá	0	2	2	1	1	0	0,00	4,71	0,00	0,00	2,40	2,40
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	2	2	2,89	5,77	8,66	2,96	0,00	0,00
Caldas	0	0	1	0	0	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	1,73
Santiago de Cali D.E.	0	2	0	0	3	2	0,00	3,53	0,00	0,00	1,46	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	5,39	13,48	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D.T.	1	1	0	0	1	1	1,29	5,17	1,29	1,33	1,33	0,00
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	5,31	2,65	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	2	1	1	3	1	0,00	4,45	0,89	0,00	1,81	0,90
Cesar	4	1	2	3	0	1	4,15	3,32	2,49	3,38	0,84	1,69
Chocó	10	17	4	2	1	0	38,32	38,32	52,26	17,52	29,78	7,01
Córdoba	4	2	1	1	2	2	4,66	2,66	0,67	2,72	1,36	0,68
Cundinamarca	0	2	0	1	7	2	0,00	2,54	0,00	0,00	0,85	0,00
Guainía	0	1	0	1	0	0	0,00	14,16	28,32	0,00	14,02	0,00
Guaviare	0	0	1	0	0	1	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	10,25
Huila	1	0	0	0	3	0	1,01	3,03	0,00	1,03	0,00	0,00
La Guajira	12	2	5	6	6	3	22,82	10,95	15,52	11,08	1,85	4,62
Magdalena	3	1	1	2	5	0	9,62	3,61	1,20	3,66	1,22	1,22
Meta	1	2	1	1	2	0	2,43	4,85	2,43	1,23	2,47	1,23
Nariño	0	7	0	2	3	1	0,84	2,53	0,00	0,00	6,04	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	0	1	3,12	0,78	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	0	3,18	3,18	0,00	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	0	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	4	4	2	1	1	12,22	12,22	6,98	1,80	7,18	7,18
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D.T.	2	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00	5,15	0,00	0,00
Santander	0	0	0	0	1	0	0,00	3,35	4,03	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	2	0	0	1	0	7,87	5,24	0,00	0,00	2,66	0,00
Tolima	0	2	0	0	1	0	0,00	7,30	2,43	0,00	2,48	0,00
Valle del Cauca	1	3	0	0	4	0	2,23	2,98	0,74	0,77	2,30	0,00
Vaupés	1	0	2	0	0	2	30,23	15,11	15,11	14,72	0,00	29,44
Vichada	3	0	0	2	3	0	21,61	28,81	7,20	21,62	0,00	0,00

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 187 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 51 confirmadas por clínica y 14 por laboratorio, 33 descartadas y 89 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 25 fueron 156, para una tasa de mortalidad de 4,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 25 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en el nivel nacional y en las entidades territoriales Antioquia, Bogotá D.C., La Guajira, Nariño y Santander, a nivel municipal, en Bello y San Andrés de Tumaco D.E., Nariño. 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*, *Haemophilus influenzae B*, *Enterovirus*, *Bordetella pertussis*, *Moraxella catarrhalis*, *SARS-CoV2*, *Adenovirus*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Influenza B*, *Klebsiella pneumoniae*, *Metapneumovirus*, *Parainfluenza tipo 3*, (tabla 6).

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 25, 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>	9	2	4	1	2	18	5	1	0	0	0	6
<i>Haemophilus influenzae B</i>	4	1	1	0	0	6	4	1	0	0	0	5
<i>Enterovirus</i>	5	2	2	1	1	11	4	0	0	0	0	4
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	0	0	2	0	4	2	1	0	0	0	3
<i>SARS-CoV2</i>	4	2	0	0	0	6	2	0	0	1	0	3
<i>Adenovirus</i>	7	2	1	0	0	10	1	0	0	1	0	2
<i>Staphylococcus aureus</i>	6	0	1	1	0	8	2	0	0	0	0	2
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	2	1	3	1	10	1	1	0	0	0	2
<i>Influenza B</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	1	1	0	0	4	1	0	0	0	0	1
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	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</i>	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	23	0	1	1	0	25	0	0	0	0	0	0
Total	75	13	15	10	5	118	26	6	0	2	0	34

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 94 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, 52 fueron confirmadas, 11 descartadas y 31 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 25 fue de 122, para una tasa de mortalidad de 3,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 25 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en el nivel nacional y en las entidades territoriales Chocó, La Guajira y Norte de Santander.

A nivel municipal; Quibdó, Riohacha 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 por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 25 se han notificado 54 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*), 25 confirmadas por clínica, cinco descartadas y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 25 fue de 84 para una tasa de mortalidad de 2,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 25 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en el nivel nacional y en las entidades territoriales Antioquia, Chocó y La Guajira. A nivel municipal, en 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 definiciones¹:

Muerte materna: es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.

Muerte materna por causas coincidentes: corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, la muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana².

Para el análisis del comportamiento inusual, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2021 y 2024 con corte al periodo de tiempo por analizar.

La clasificación final de los casos puede variar de acuerdo con la dinámica propia de la vigilancia y la conclusión de las unidades de análisis.

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 02]. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Internet] 2024. <https://bi.oig/10.33610/UPJ328773>

En la semana epidemiológica 25 de 2025 se notificaron al Sivigila seis casos, cuatro muertes maternas tempranas, una muerte materna tardía y una muerte materna coincidente; para un total acumulado de 87 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 82 residen en territorio colombiano y cinco residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 25, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	127	73	35	235
2023	125	67	37	229
2024	95	67	27	189
2025p	82	54	15	151

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

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

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia) Astrea (Cesar) y Maicao (La Guajira) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 25 de 2025, el 61 % corresponden a causas directas y el 28 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 18,3 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2024 – 2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 25	Acumulado de casos a SE 25	
		2024	2025
Colombia	145	95	82
Antioquia	14	7	9
Bogotá D.C.	13	8	9
La Guajira	10	8	8
Cesar	6	8	7
Cundinamarca	7	5	5
Chocó	8	9	4
Córdoba	7	5	4
Nariño	7	5	4
Santiago de Cali D.E.	4	2	3
Casanare	2	1	3
Atlántico	4	2	2
Barranquilla D.E.	3	3	2
Huila	4	5	2
Norte de Santander	5	4	2
Risaralda	3	2	2
Santander	4	3	2
Tolima	3	0	2
Valle del Cauca	3	1	2
Bolívar	6	3	1
Boyacá	2	2	1
Caquetá	1	0	1
Cartagena de Indias D.T.	4	0	1
Cauca	5	4	1
Guainía	0	0	1
Meta	4	2	1
Quindío	1	0	1
Sucre	3	2	1
Vichada	1	0	1
Arauca	1	0	0
Buenaventura D.E.	2	0	0
Caldas	1	1	0
Guaviare	0	0	0
Magdalena	6	1	0
Putumayo	1	1	0
Santa Marta D.T.	4	1	0
Amazonas	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0
Vaupés	0	0	0

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

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 24	Valor observado SE 24
Colombia	145	82
Dibulla (La Guajira)	0	2
Segovia (Antioquia)	0	2
Astrea (Cesar)	0	1
Maicao (La Guajira)	3	0

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

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 25	Número de casos y proporción a SE 25 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	110	125	100	95	100	82	100
DIRECTA	71	81	64,8	60	63,2	50	61,0
Hemorragia obstétrica	18	16	12,8	19	20,0	15	18,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	24	27	21,6	20	21,1	12	14,6
Sepsis obstétrica	9	13	10,4	5	5,3	8	9,8
Evento tromboembólico como causa básica	8	10	8,0	6	6,3	6	7,3
Embarazo ectópico	5	6	4,8	3	3,2	5	6,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	3,2	3	3,2	3	3,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	0	0,0	3	3,2	1	1,2
Embolia de líquido amniótico	2	3	2,4	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	38	42	33,6	33	34,7	23	28,0
Otras causas indirectas	14	16	12,8	12	12,6	9	11,0
Otras causas indirectas: neumonía	7	9	7,2	5	5,3	6	7,3
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	2,4
Otras causas indirectas: cáncer	6	7	5,6	5	5,3	2	2,4
Sepsis no obstétrica	7	9	7,2	4	4,2	2	2,4
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	1	0,8	2	2,1	1	1,2
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0,0	4	4,2	1	1,2
Otras causas indirectas: VIH - SIDA	1	0	0,0	1	1,1		
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	1	0,8	0	0,0	1	1,2
En estudio	2	1	0,8	2	2,1	8	9,8

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

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

A semana epidemiológica 25 de 2025 se han notificado 2 614 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 587 corresponden a residentes en Colombia y 27 residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia (306), Bogotá D.C. (294), Cundinamarca (174), La Guajira (120) y Santiago de Cali D.E. (120). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 25 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Córdoba, Cauca, Cartagena de Indias D.T., Norte de Santander, Atlántico, Huila, Tolima, Sucre, Chocó, Santa Marta D.T., Caquetá, Putumayo, Quindío y Arauca.

Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Nariño (San Andrés de Tumaco D.E.), Cesar (Agustín Codazzi), Meta (Puerto Gaitán), Cundinamarca (Girardot), Casanare (Villanueva), Caldas (Riosucio), Casanare (Aguazul), Córdoba (Pueblo Nuevo), Magdalena (Sabanas de San Ángel) y Nariño (Túquerres) (tabla 12).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 45,1 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,4 %, neonatales tardías con 17,2 % y fetales intraparto con 10,3 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 26,1 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,3 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 25 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 25	Acumulado de casos a SE 25	
		2024	2025
Colombia	3 939	2 964	2 587
Antioquia	443	329	306
Bogotá, D.C.	435	371	294
Cundinamarca	211	192	174
La Guajira	204	153	120
Santiago de Cali D.E.	146	116	120
Córdoba	205	141	111
Nariño	108	95	104
Cesar	138	87	97
Meta	87	65	86
Valle del Cauca	108	86	81
Bolívar	112	66	76
Santander	122	76	73
Barranquilla D.E.	152	86	71
Cauca	131	84	71
Cartagena de Indias D.T.	128	87	69
Norte de Santander	121	86	64
Atlántico	120	88	59
Magdalena	96	74	58
Huila	94	74	56
Boyacá	73	61	56
Tolima	80	61	51
Sucre	98	75	50
Chocó	97	92	45
Caldas	50	37	44
Risaralda	59	44	39
Buenaventura D.E.	42	29	35
Casanare	40	34	32
Santa Marta D.T.	49	29	25
Caquetá	34	20	20
Putumayo	31	28	17
Quindío	33	25	17
Vichada	18	19	15
Arauca	35	18	15
Amazonas	8	6	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	6	7	8
Guainía	10	6	8
Guaviare	7	5	7
Vaupés	8	12	4

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

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 25 2020 - 2024	Valor observado a SE 25 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	3 939	2 587	-
Nariño (San Andrés de Tumaco D.E.)	28	34	1
Cesar (Agustín Codazzi)	9	16	6
Meta (Puerto Gaitán)	11	15	2
Cundinamarca (Girardot)	7	12	4
Casanare (Villanueva)	5	9	2
Caldas (Riosucio)	3	7	14
Casanare (Aguazul)	2	5	21
Córdoba (Pueblo Nuevo)	2	5	3
Magdalena (Sabanas de San Ángel)	2	5	2
Nariño (Túquerres)	2	5	1

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

Tabla 13. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 25, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 25, 2023 -2025					
	2023 a SE 25	(%)	2024 a SE 25	(%)	2025 a SE 25	(%)
Colombia	3 602	100,0	2 964	100,0	2 587	100,0
Asfixia y causas relacionadas	886	24,6	776	26,2	676	26,1
Prematuridad-inmaturidad	653	18,1	493	16,6	407	15,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	576	16,0	449	15,1	343	13,3
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	402	11,2	343	11,6	236	9,1
Infecciones	305	8,5	252	8,5	212	8,2
Malformación congénita	340	9,4	266	9,0	196	7,6
Sin información	7	0,2	0	0,0	184	7,1
Otras causas de muerte	227	6,3	193	6,5	141	5,5
Causas no específicas	70	1,9	74	2,5	106	4,1
Trastornos cardiovasculares	87	2,4	89	3,0	62	2,4
Lesión de causa externa	35	1,0	13	0,4	13	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	14	0,4	16	0,5	11	0,4

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 25 de 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todas las atenciones de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J22¹.

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 09. 18 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

A nivel nacional en el último periodo se observa una variación porcentual con tendencia al aumento en la notificación de la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 18 a SE 21 2025	SE 22 a SE 25 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	607 953	645 787	6,22%	
Hospitalización en sala general	29 544	33 129	12,13%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 218	3 520	9,38%	

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 25 de 2025 se notificaron 160 063 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 Atlántico, Barranquilla D.C., Chocó, Guainía, La Guajira, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D.E., Caquetá y Vichada. Las 26 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 (22 a 25 de 2025) en 24 municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2025.

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Antioquia	Apartadó	9 494	9 036	1 022	1 852
Atlántico	Soledad	49 028	44 071	7 843	9 092
Cundinamarca	Soacha	39 978	42 653	3 644	8 212
Antioquia	Itagüí	38 657	44 813	3 843	7 274
Cundinamarca	Chía	33 134	29 784	3 652	5 763
Guajira	Maicao	28 265	30 148	2 038	5 144
Antioquia	Bello	37 541	31 754	3 425	5 020
Guajira	Uribia	26 045	23 830	1 542	4 263
Antioquia	Rionegro	14 839	19 960	1 616	3 631
Santander	Floridablanca	13 394	13 567	1 952	2 865
Valle del Cauca	Palмира	15 052	14 806	1 746	2 359
Antioquia	Envigado	11 940	13 578	1 861	2 340
Risaralda	Dosquebradas	12 833	14 982	1 118	2 314
Cundinamarca	Zipaquirá	10 171	11 499	2 003	2 115
Córdoba	Sahagún	10 292	12 329	1 398	2 009
Boyacá	Duitama	12 860	10 993	1 922	2 009
Boyacá	Sogamoso	7 732	9 699	1 504	1 918
Casanare	Yopal	7 955	7 339	1 104	1 914
Santander	Barrancabermeja D.E.	9 737	14 563	718	1 909
Norte de Santander	Ocaña	8 502	8 410	414	1 744
Cundinamarca	Facatativá	11 324	9 621	1 839	1 691
Cundinamarca	Girardot	10 731	11 041	1 537	1 659
Magdalena	Ciénaga	11 782	10 733	960	1 610
Antioquia	Turbo D.E.	7 116	7 522	791	1 608
Valle del Cauca	Cartago	8 500	8 468	350	1 554
Bolívar	Magangué	7 833	9 969	992	1 520
Valle del Cauca	Yumbo	7 125	7 925	1 236	1 491
Córdoba	Cereté	8 002	8 849	530	1 477
Córdoba	Lorica	6 710	7 516	887	1 391
Cundinamarca	Funza	7 462	8 325	1 038	1 311
Cundinamarca	Madrid	10 412	6 946	1 027	1 270
Valle del Cauca	Tuluá	8 315	6 948	506	1 238
Huila	Pitalito	5 755	6 924	575	1 159
Santander	Piedecuesta	3 015	4 984	317	1 127
Cauca	Santander De Quilichao	6 519	6 322	1 049	1 024
Cesar	Aguachica	4 497	5 958	780	947
Cundinamarca	Mosquera	4 101	3 553	489	747
Santander	Girón	3 695	4 049	280	679
Atlántico	Malambo	5 938	3 232	423	622
Norte Santander	Villa Del Rosario	3 135	3 705	419	537
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	4 520	3 263	668	482
Cauca	Guapi	1 292	2 473	178	320
Nariño	La Florida	337	385	71	68

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

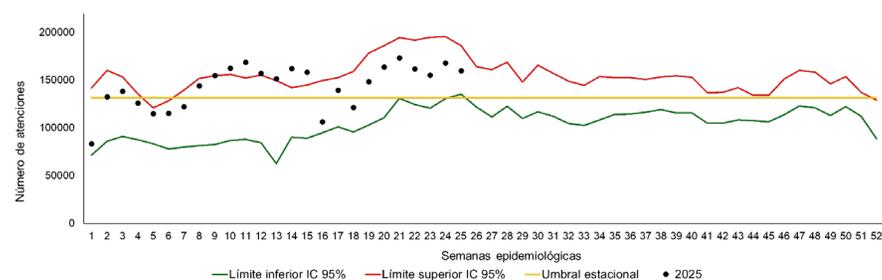
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (22 a 25 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 23,7 % (153 347) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,8 % (134 041). 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 14,7 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 14,2 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados; sin embargo, entre las semanas 09 a 15 se observó una tendencia al alza que superó el límite superior. A partir de la semana 16 y hasta la 25 presenta una leve disminución ubicándose por encima del umbral estacional (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2025



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

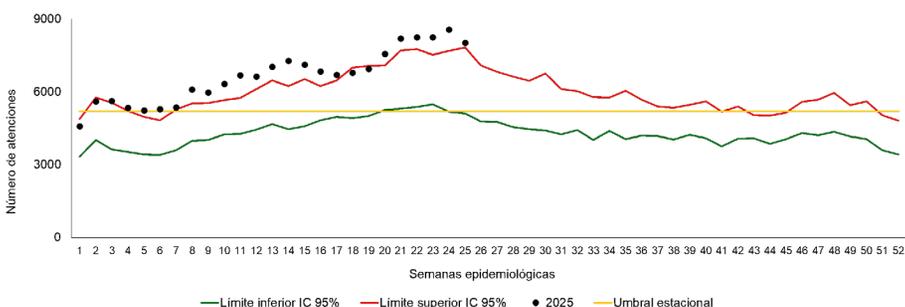
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 25 de 2025 se notificaron 8 024 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guainía, Guaviare, La Guajira y Vichada e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D.E., Boyacá, Santiago de Cali D.E., Cartagena de Indias D.T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D.T., Santander, Tolima y Valle del Cauca. En las 15 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (22 a 25 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (8 396) representaron el 25,3 %, seguido de los menores de un año con el 17,3 % (5 729). 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 35,7 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 27,4 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17, el número de hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, seguido de una disminución en las semanas epidemiológicas 18 a 19 ubicándose dentro de los límites esperados; sin embargo, en las semanas epidemiológicas 20 al 25 se observó una tendencia al aumento, superando el límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2025

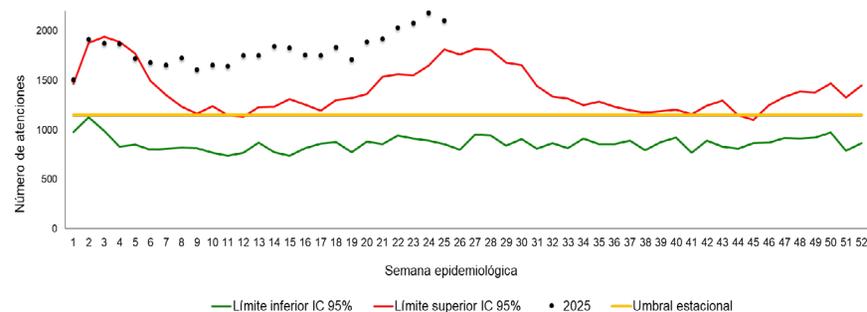


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 25 de 2025, se notificaron (2 104) 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 25 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 25 de 2025



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

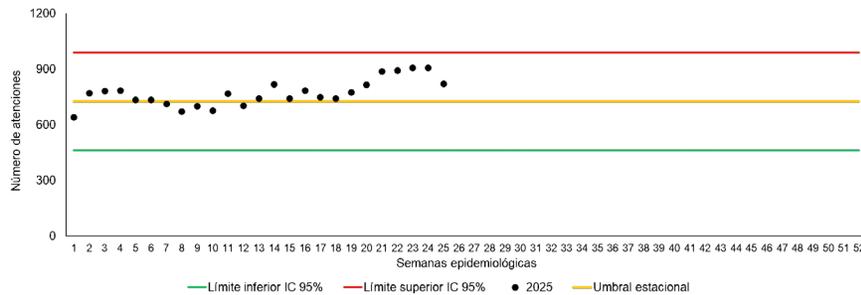
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 25 de 2025 se notificaron 819 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en seis entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Boyacá, Santiago de Cali D.E., Cartagena de Indias D.T., Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (22 a 25 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 32,9 % (1 160), seguido de los menores de un año con el 29,2 % (1 029) 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 31,8 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 27,1 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional que desde la semana epidemiológica 01 a 13 se ubica por debajo del umbral estacional; sin embargo, en las semanas epidemiológicas 14 a la 25 se observó una tendencia por encima del umbral estacional, pero sin superar el límite superior (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2025

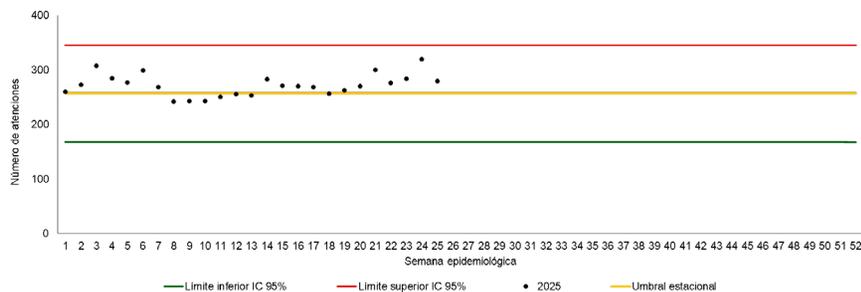


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 25 de 2025, se notificaron 280 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 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, semana epidemiológica 01 a 25 de 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2025 se observó un aumento en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, hospitalizaciones en sala general y 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 25 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general presentaron una tendencia hacia el aumento ubicándose por encima del límite superior.

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

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 25 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para VSR y al decremento para enterovirus y adenovirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16).

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

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 18 a 25 de 2025

Agente viral identificado	SE 18 a SE 21			SE 22 a SE 25			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	48,3	54,5	27,9	53,1	63,4	30,8	
Rinovirus	10,1	9,2	3,2	7,7	6,1	5,0	
VSR	38,2	50,4	12,9	41,5	53,9	5,0	
Enterovirus	9,1	8,1	6,5	5,2	5,0	-	
Adenovirus	7,5	8,8	6,5	3,6	3,9	-	
Influenza B	0,3	-	-	0,8	0,6	5,0	
Influenza A	13,0	8,8	22,6	16,1	9,4	35,0	
Parainfluenza	7,5	7,0	6,5	5,2	5,6	5,0	
Metapneumovirus	5,2	4,0	16,1	6,8	7,8	10,0	
A(H1N1)pdm09	1,6	0,7	6,5	3,6	0,6	5,0	
SARS-CoV2	1,6	1,5	6,5	2,0	1,7	10,0	
A(H3N2)	5,5	1,1	12,9	5,6	3,9	20,0	
Coronavirus	0,5	0,4	-	1,6	1,7	-	

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

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral. *Se muestra la variación con significancia estadística

COVID-19

Metodología

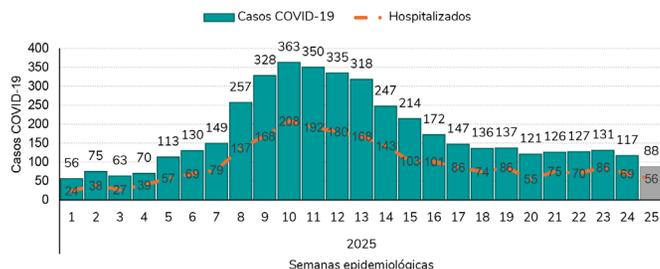
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 25 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 21 de junio de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 4 370 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (22 a 25 de 2025), se ha observado una disminución significativa del 11,0 %, con 463 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2025), en el cual se reportaron 520 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado una disminución del 3,10 %, pasando de 281 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 290 casos en el periodo analizado (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de COVID-19 a semana epidemiológica 25 de 2025, Colombia



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

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

Entre el 15 y el 21 de junio de 2025 se confirmaron 130 casos en el territorio nacional; de estos el 66,9 % (87 casos) corresponde a la semana epidemiológica 25. El 56,1 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Santander, Boyacá y Cauca (tabla 17).

Tabla 17. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 25 de 2025, Colombia

Entidad Territorial	Otros	SE 22	SE 23	SE 24	SE 25	Total
Colombia	4	7	11	21	87	130
Bogotá D.C.	0	2	2	7	26	37
Santander	0	1	2	3	11	17
Boyacá	0	0	1	0	12	13
Cauca	0	0	0	2	4	6
Huila	0	1	1	0	3	5
Cundinamarca	0	0	0	1	4	5
Putumayo	0	0	1	0	3	4
Norte Santander	0	0	1	0	3	4
Arauca	1	0	0	1	2	4
Sucre	0	1	0	1	1	3
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	3	3
Barranquilla D.T.	0	0	0	0	3	3
Córdoba	0	1	0	0	2	3
Antioquia	0	0	0	0	3	3
Nariño	1	0	0	0	2	3
Risaralda	1	0	0	2	0	3
Tolima	0	1	1	1	0	3
Meta	0	0	0	0	2	2
Atlántico	0	0	1	1	0	2
Valle del Cauca	0	0	0	0	2	2
Caldas	1	0	0	1	0	2
Casanare	0	0	0	1	0	1
Bolívar	0	0	1	0	0	1
Caquetá	0	0	0	0	1	1

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

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 22 a 25), se registró una incidencia de 0,86 casos por cada 100 000 habitantes, con la afectación en 31 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 143 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Cesar, Córdoba, Norte de Santander, Santander, Valle del Cauca, Santiago de Cali D.E. y Arauca y a nivel municipal en Moniquirá (Boyacá), Valledupar (Cesar), Montería (Córdoba), San José de Cúcuta (Norte de Santander), Dagua (Valle del Cauca), Arauquita y Puerto Rondón (Arauca).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 72 fallecimientos relacionados con COVID-19 (Procedencia Colombia 70 y exterior 2). En el periodo observado, las muertes se registraron en Bogotá D.C., Boyacá, Cundinamarca, Meta y Sucre con un caso respectivamente. El 76,8 % (51 casos) correspondió a personas mayores de 60 o más años.

Tabla 18. Fallecimientos por COVID-19 en Colombia a semana epidemiológica 25 de 2025

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	70	10	3	Sin cambios
Bogotá, D.C.	20	4	1	Aumento
Boyacá	2	0	1	Aumento
Cundinamarca	6	0	1	Aumento
Meta	5	2	1	Aumento
Sucre	2	0	1	Aumento
Antioquia	5	0	0	Sin cambios
Caldas	1	0	0	Sin cambios
Cauca	5	0	0	Sin cambios
Chocó	1	0	0	Sin cambios
La Guajira	2	0	0	Sin cambios
Magdalena	1	0	0	Sin cambios
Nariño	3	1	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	0	0	Sin cambios
Santander	6	2	0	Sin cambios
Tolima	1	0	0	Sin cambios
Valle del Cauca	2	0	0	Sin cambios
Santiago de Cali D.E.	4	1	0	Sin cambios
Arauca	1	0	0	Sin cambios

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

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 25 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 25 de 2025 se notificaron 2 993 casos de dengue: 2 049 casos de esta semana y 944 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 83 083 casos, 52 638 (63,4 %) sin signos de alarma, 29 641 (35,7 %) con signos de alarma y 804 (1,0 %) de dengue grave.

El 61,7 % (51 230) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Córdoba, Santander, Antioquia, Norte de Santander, Tolima, Cartagena de Indias D.T., Valle del Cauca, Cundinamarca y Putumayo (tabla 19); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 21 a 24, 2025) el 52,9 % (6 871) de los casos se concentran en Meta, Norte de Santander, Santander, Antioquia, Córdoba y Tolima.

Tabla 19. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025

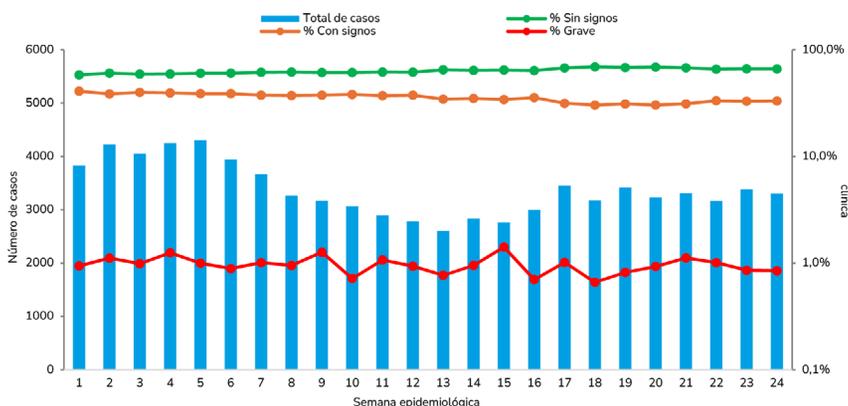
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 17-20 de 2025)	Observado (SE 21-24 de 2025)
Meta	7 110	35,4	1,2	1 507	1 499
Córdoba	6 929	31,6	0,3	1 898	1 008
Santander	6 821	32,0	0,6	1 281	1 211
Antioquia	5 962	34,3	0,9	1 141	1 089
Norte de Santander	5 400	40,2	1,3	841	1 307
Tolima	4 560	33,8	1,2	756	757
Cartagena de Indias D.T.	4 345	24,1	1,1	161	183
Valle del Cauca	3 768	26,6	0,6	486	496
Cundinamarca	3 289	39,0	0,6	432	347
Putumayo	3 046	27,1	0,5	535	382
Huila	2 896	33,6	2,7	360	368
Santiago de Cali D.E.	2 597	35,3	0,8	325	288
Sucre	2 564	59,8	0,8	306	518
Atlántico	2 467	45,2	1,3	112	194
Bolívar	2 440	39,2	1,0	293	551
Barranquilla D.E.	2 237	36,7	1,3	84	121
Caquetá	2 125	38,2	1,3	409	168
La Guajira	1 878	60,4	1,4	159	153
Arauca	1 793	35,1	1,3	293	379
Cesar	1 493	56,1	2,3	207	284
Casanare	1 235	31,7	0,4	359	354
Guaviare	990	17,4	0,4	222	265
Cauca	899	36,8	1,0	76	65
Risaralda	880	36,5	1,1	105	80
Quindío	744	26,6	0,1	89	112
Magdalena	737	52,9	1,1	125	209
Nariño	712	30,8	1,3	108	86
Vichada	660	29,5	0,2	160	214
Chocó	620	18,2	0,8	131	149
Boyacá	540	41,1	0,4	73	80
Caldas	336	49,1	0,0	40	44
Santa Marta D.T.	281	55,9	1,1	39	55
Amazonas	220	30,9	0,0	43	33
Exterior	169	45,0	3,6	27	25
Buenaventura D.E.	137	37,2	2,2	31	15
Vaupés	126	7,1	0,8	53	51
Archipiélago de San Andrés y providencia	50	40,0	0,0	1	8
Guainía	27	37,0	0,0	2	4
Colombia	83 083	35,7	1,0	13 270	13 152

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 21 a 24, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 17 a 20, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Norte de Santander, Sucre, Atlántico, Bolívar, Barranquilla D.E., Cesar, Magdalena, Vichada, Santa Marta D.T. y el Archipiélago de San Andrés y Providencia; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Córdoba, Caquetá, Buenaventura D.E.; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 19).

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 21 a 24, 2025) fueron: Caldas, Cesar, Santa Marta D.T., Sucre y La Guajira.

Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25, 2025

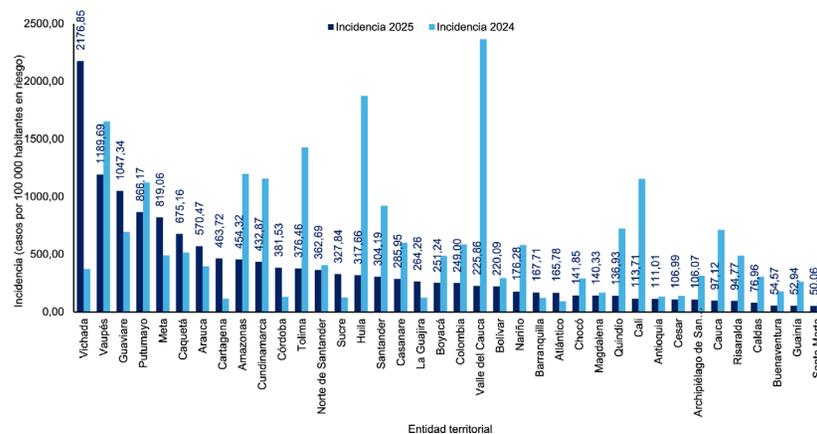


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 25 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 249,0 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 583,2 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Vaupés, Guaviare, Putumayo, Meta y Caquetá presentan las mayores incidencias a

semana epidemiológica 25 de 2025 registrando tasas superiores a 600 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 460,9 casos por 100 000 habitantes.

Figura 13. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2024 y 2025



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

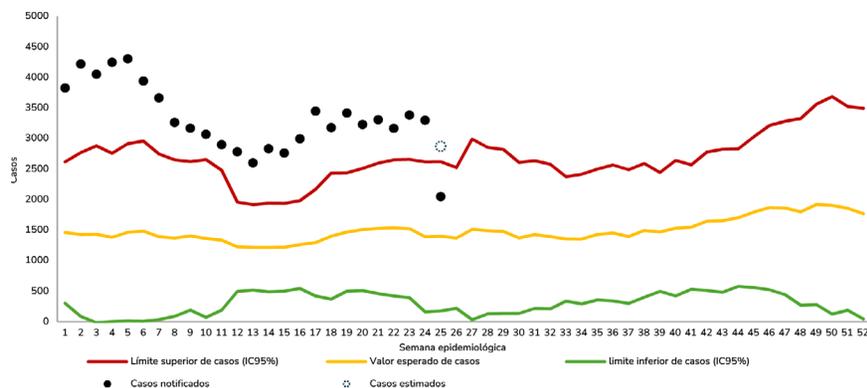
En la semana epidemiológica 25 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia estable con una variación de -0,83 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 21 a 24, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 17 a 20, 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 8,1 % (3) se encuentra dentro de lo esperado, el 37,8 % (14) se encuentran en situación de alerta y el 54,1 % (20) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Arauca, Guaviare y Vichada se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de junio (tabla 20). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se mantiene activo el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular

Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 25 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 25,6 % (211) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 50,9 % (29/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 21).

Figura 14. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2025



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

Tabla 20. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 25 de 2025

Situación epidemiológica a SE 25, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de junio		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Arauca, Guaviare, Vichada	Antioquia, Boyacá, Caquetá, Magdalena, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Vaupés	Atlántico, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander, Santa Marta D.T..
Alerta	Meta	Buenaventura D.E., Caldas, Chocó, Casanare, Cesar, Nariño, Tolima, Valle del Cauca	Amazonas, Barranquilla D.E., Bolívar, Guainía, Huila, Archipiélago de San Andrés y Providencia
Dentro de lo esperado	-	Santiago de Cali D.E., Cauca	-

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

Tabla 21. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 25 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Observado (SE 17-20, 2025)	Esperado (SE 21-24, 2025)
Antioquia	Medellín D.E.	36,2	946	149	135
	Apartadó	268,7	354	75	73
	Bello	16,2	90	16	13
	Envigado	45,1	109	12	15
	Turbo D.E.	188,4	253	53	56
Atlántico	Sabanalarga	79,6	82	22	24
	Soledad	219,1	1 499	39	74
Bolívar	Cartagena de Indias D.T.	411,8	4 345	161	183
	Magangué	264,4	380	53	87
Caldas	Manizales	2,2	10	1	5
Córdoba	Montería	778,8	3 995	1 509	510
	Cereté	184,5	203	24	46
	Sahagún	251,2	281	39	47
Cundinamarca	Fusagasugá	258,9	428	30	46
	Girardot	848,5	999	134	85
La Guajira	Riohacha D.E.	298,3	625	82	69
Santa Marta	Santa Marta D.T.	50,9	281	39	55
Meta	Villavicencio	642,9	3 278	706	781
	San José de Cúcuta	427,3	3 262	519	852
Norte de Santander	Villa del Rosario	591,2	651	91	131
	Armenia	109,7	343	36	38
Risaralda	Pereira	93,1	452	61	42
	Dosquebradas	109,8	239	27	20
Santander	Bucaramanga	316,0	1 956	355	340
	Barrancabermeja D.E.	196,1	421	72	75
	Floridablanca	365,3	1 146	195	176
Tolima	Girón	336,8	590	86	111
	Ibagué	235,9	1 283	185	293
Valle del Cauca	Jamundí	492,7	834	91	110

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

A semana epidemiológica 25 de 2025 se han notificado 226 muertes probables por dengue, de las cuales se han confirmado 55 casos, se descartó 105 casos y se encuentran en estudio 66 casos; de las muertes confirmadas, dos casos proceden del Exterior (Venezuela) y de las muertes en estudio, un caso procede del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,06 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 154 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 22).

Tabla 22. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 25, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 25 2025	Letalidad por dengue a SE 25, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,34	0,09
La Guajira	5	1	0,27	0,00
Cauca	2	1	0,22	0,06
Vichada	1	0	0,15	0,00
Huila	3	3	0,10	0,02
Putumayo	3	1	0,10	0,25
Meta	7	4	0,10	0,12
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0,09	0,00
Barranquilla D.E.	2	1	0,09	0,00
Antioquia	5	7	0,08	0,13
Bolívar	2	2	0,08	0,19
Atlántico	2	1	0,08	0,15
Sucre	2	3	0,08	0,10
Santiago de Cali D.E.	2	4	0,08	0,04
Arauca	1	4	0,06	0,08
Córdoba	3	2	0,04	0,04
Norte de Santander	2	2	0,04	0,15
Cundinamarca	1	1	0,03	0,03
Santander	2	4	0,03	0,08
Tolima	1	16	0,02	0,09
Guaviare	0	2	0,00	1,83
Buenaventura D.E.	0	1	0,00	0,89
Cesar	0	1	0,00	0,21
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Exterior	2	1	1,18	0,58
Colombia	53	65	0,06	0,08

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: semana epidemiológica

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultar el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 25 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

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

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

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

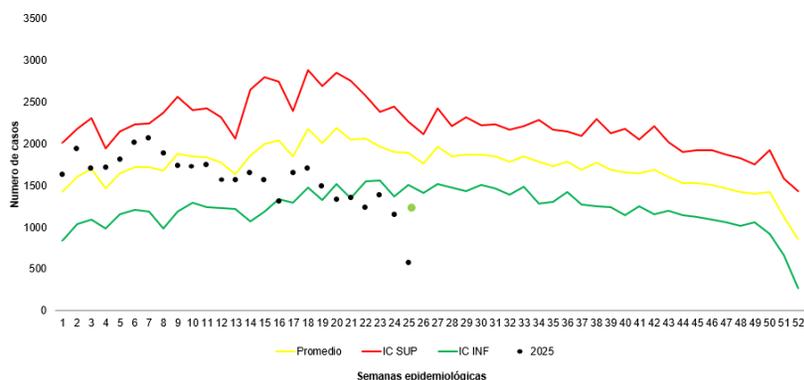
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscar-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 25 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 25, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 25 de 2025 se notificaron 1 563 casos de malaria, para un acumulado de 39 725 casos, de los cuales 39 086 son de malaria no complicada y 639 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,2 % (39 725), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,7 % (12 589) e infección mixta con 1,1 % (439). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,5 %), Antioquia (15,6 %), Nariño (13,5 %), Córdoba (8,8 %), Vaupés (6,6 %), Risaralda (3,9 %), Cauca (3,5 %), Amazonas (3,0 %), Vichada (2,5 %), Buenaventura D.E. (2,4 %), Guainía (2,4 %), Bolívar (2,3 %) y Boyacá (1,8 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,6 % de los casos son los que se muestran en la tabla 23.

Tabla 23. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 18 a 21	Casos 2025 SE 22 a 25	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	2 319	299	289	95.45
Córdoba	Tierralta	2 011	135	177	20.15
Chocó	Quibdó	1 749	130	212	12.09
Risaralda	Pueblo Rico	1 401	114	230	83.45
Antioquia	El Bagre	1 263	178	197	22.43
Nariño	Roberto Payán	1 100	93	153	82.53
Nariño	El Charco	946	161	168	40.69
Nariño	Magüí	944	57	104	3.54
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	935	127	156	2.88
Guainía	Inírida	874	70	108	23.05
Chocó	Bajo Baudó	881	159	106	15.03
Vichada	Cumaribo	839	53	58	9.64
Chocó	Lloró	868	108	130	81.80
Córdoba	Puerto Libertador	760	37	108	16.73
Chocó	Tadó	774	80	111	38.40
Boyacá	Cubará	713	54	168	83.70
Cauca	Timbiquí	683	35	133	24.30
Amazonas	Tarapacá (CD)	697	49	100	159.31
Antioquia	Nechí	652	47	128	23.37
Chocó	Bagadó	653	117	133	55.14
Nariño	Olaya Herrera	697	108	150	26.33
Chocó	El Cantón del San Pablo	603	47	50	87.32
Nariño	Barbacoas	586	20	61	10.00
Chocó	Medio San Juan	635	98	90	53.98
Chocó	Istmina	567	78	96	16.77
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	556	68	39	2.08
Chocó	Alto Baudó	561	82	90	17.94
Bolívar	Montecristo	532	82	85	28.96
Cauca	Guapi	500	42	52	16.93
Chocó	Carmen del Darién	487	40	51	21.98
Antioquia	Chigorodó	456	35	78	7.33
Antioquia	Turbo D.E.	441	59	72	3.28
Antioquia	Mutatá	377	45	49	25.07
Antioquia	Zaragoza	344	38	57	13.13
Chocó	Río Quito	350	41	21	5.54

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 73,6 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 15 municipios aportan el 48,7 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Inírida, Cubará, Puerto Libertador, Cumaribo, Tarapacá (CD), Bagadó, Lloró, Montecristo, Carmen del Darién y Chigorodó e incremento en Mitú (tabla 24). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,9 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Roberto Payán, Magüi, Timbiquí, Buenaventura D.E., Guapi, Bajo Baudó, Barbacoas, Tadó, Olaya Herrera, Tierralta e Istmina, y en incremento Lloró y Medio San Juan como se muestra en la tabla 25.

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 17 a 20 de 2025	Casos SE 21 a 24 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	280	283	1%	8.4%
Córdoba	Tierralta	149	111	-26%	6.3%
Risaralda	Pueblo Rico	205	103	-50%	4.6%
Antioquia	El Bagre	156	127	-19%	3.7%
Chocó	Quibdó	126	72	-43%	3.6%
Guainía	Inírida	107	68	-36%	3.3%
Boyacá	Cubará	168	54	-68%	2.7%
Córdoba	Puerto Libertador	100	37	-63%	2.7%
Vichada	Cumaribo	47	46	-2%	2.4%
Amazonas	Tarapacá (CD)	85	42	-51%	2.2%
Chocó	Bagadó	101	84	-17%	1.8%
Chocó	Lloró	73	57	-22%	1.8%
Bolívar	Montecristo	74	66	-11%	1.8%
Chocó	Carmen del Darién	50	37	-26%	1.7%
Antioquia	Chigorodó	74	32	-57%	1.6%

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

Tabla 25. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 17 a 20 de 2025	Casos SE 21 a 24 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	150	150	0%	6.9%
Chocó	Quibdó	83	57	-31%	6.3%
Nariño	Roberto Payán	88	59	-33%	6.0%
Nariño	Magüi	83	43	-48%	5.5%
Cauca	Timbiquí	133	35	-74%	5.4%
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	100	79	-21%	4.5%
Cauca	Guapi	45	38	-16%	3.7%
Chocó	Bajo Baudó	54	86	59%	3.6%
Nariño	Barbacoas	38	8	-79%	3.5%
Chocó	Tadó	65	43	-34%	3.4%
Nariño	Olaya Herrera	86	63	-27%	2.9%
Córdoba	Tierralta	27	24	-11%	2.7%
Chocó	Lloró	48	51	6%	2.6%
Chocó	Istmina	56	34	-39%	2.4%
Chocó	Medio San Juan	36	42	17%	2.3%

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 25 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; siete departamentos y 18 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 26) y tres departamentos y 14 municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 27).

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 25 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 25 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 20 A 25	Observado SE 20 A 25 de 2025
Vaupés	Mitú	4	2 360	247	306
Nariño	El Charco	5	947	87	161
Boyacá	Cubará	4	718	77	54
Arauca	Saravena	4	340	3	43
Antioquia	Cáceres	4	338	44	68
Antioquia	Tarazá	4	314	27	52
Amazonas	Leticia	4	302	17	61
Antioquia	Caucasia	4	227	17	31
Caquetá	Florencia	4	226	4	14
Meta	Puerto Gaitán	4	181	17	57
Vichada	Puerto Carreño	4	141	7	26
Meta	Puerto López	4	119	3	37
Meta	Puerto Rico	4	52	1	10
Vaupés	Taraira	5	37	2	14
Arauca	Fortul	4	31	0	5
Risaralda	Pereira	4	26	1	8
Amazonas	Puerto Santander	4	24	1	6
Antioquia	San Juan de Urabá	4	22	3	6

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

Tabla 27. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 25 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 25 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 20 A 25	Observado SE 20 A 25 de 2025
Chocó	Lloró	5	872	115	108
Antioquia	Nechí	5	654	38	47
Chocó	Istmina	5	574	89	82
Bolívar	Montecristo	5	553	81	89
Chocó	Carmen del Darien	5	490	49	40
Chocó	Nóvita	5	177	35	39
Chocó	Condoto	4	128	15	15
Chocó	El Carmen de Atrato	4	104	9	9
Guaviare	Calamar	4	103	13	12
Risaralda	La Virginia	4	62	1	5
Meta	Villavicencio	4	40	2	7
Meta	Puerto Concordia	4	39	2	7
Arauca	Arauquita	4	27	1	4
Chocó	Belén de Bajirá	5	0	6	0

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 infecciosas¹.

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

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

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2024. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

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

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 169 municipios a nivel nacional (15,0 %) y de disminución en 21 municipios (1,9 %) (tabla 28).

El 80,5 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 19,5 % como desnutrición aguda severa; el 6,2 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (27,4 %) y de 1 año (28,5 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 67,2 %.

Para la semana epidemiológica 25 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos de aumento en Amazonas, y de disminución en Guainía 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 19 municipios (tabla 29).

A semana epidemiológica 25 de 2025, se han notificado 11 154 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 11 058 corresponden a residentes en Colombia y 96 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (26 de 2024 a 25 de 2025) es de 0,61 casos por 100

Tabla 28. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 25, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 25 de 2024	Casos a SE 25 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	13 090	11 058	0,61	15,0	1,9
La Guajira	1 314	806	2,13	13,3	0,0
Vichada	207	114	1,61	0,0	0,0
Chocó	622	475	1,60	19,4	3,2
Magdalena	371	411	0,91	37,9	0,0
Guaviare	56	42	0,90	0,0	0,0
Arauca	221	99	0,87	0,0	28,6
Amazonas	32	41	0,84	18,2	0,0
Risaralda	234	252	0,81	21,4	7,1
Cesar	472	493	0,77	16,0	4,0
Antioquia	1 418	1 578	0,70	30,4	0,8
Vaupés	32	19	0,70	16,7	16,7
Guainía	31	25	0,69	11,1	11,1
Casanare	185	142	0,68	5,3	5,3
Cartagena de Indias D.T.	211	250	0,63	0,0	0,0
Putumayo	100	107	0,62	7,7	0,0
Nariño	543	374	0,62	18,8	1,6
Boyacá	262	267	0,62	7,3	0,0
Bolívar	333	294	0,61	20,0	2,2
Bogotá D.C	1 809	1 469	0,59	0,0	0,0
Meta	284	218	0,56	6,9	0,0
Norte de Santander	361	367	0,54	15,0	2,5
Buenaventura D.E.	146	98	0,53	0,0	0,0
Tolima	259	168	0,53	10,6	0,0
Huila	312	246	0,51	18,9	0,0
Cundinamarca	817	592	0,51	6,9	1,7
Sucre	147	199	0,48	30,8	0,0
Valle del Cauca	324	340	0,46	27,5	0,0
Caquetá	120	78	0,42	6,3	6,3
Santiago de Cali D.E.	307	313	0,42	0,0	0,0
Santa Marta D.T.	61	82	0,40	0,0	0,0
Santander	357	285	0,39	12,6	2,3
Córdoba	350	233	0,35	6,7	3,3
Caldas	157	95	0,35	18,5	0,0
Atlántico	259	156	0,33	4,5	13,6
Barranquilla D.E.	135	144	0,31	0,0	0,0
Cauca	180	146	0,27	2,4	0,0
Quindío	54	37	0,24	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	7	3	0,15	50,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 26 de 2024 a SE 25 de 2025

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

Tabla 29. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Chocó	Quibdó	39	85
Antioquia	Turbo	29	77
Sucre	Sincelejo	22	42
Tolima	Ibagué	27	42
Antioquia	Itagüí	20	41
Risaralda	Dosquebradas	19	38
Valle del Cauca	Jamundí	19	38
Boyacá	Sogamoso	18	34
Antioquia	Rionegro	16	31
Valle del Cauca	Yumbo	20	31
Cesar	Aguachica	14	25
Cundinamarca	Chía	14	23
Cundinamarca	Fusagasugá	35	21
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	10	21
Norte de Santander	Villa del Rosario	32	19
Bolívar	Turbaco	8	15
Cundinamarca	Girardot	28	15
Santander	Floridablanca	16	7
Córdoba	Lorica	15	6

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

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

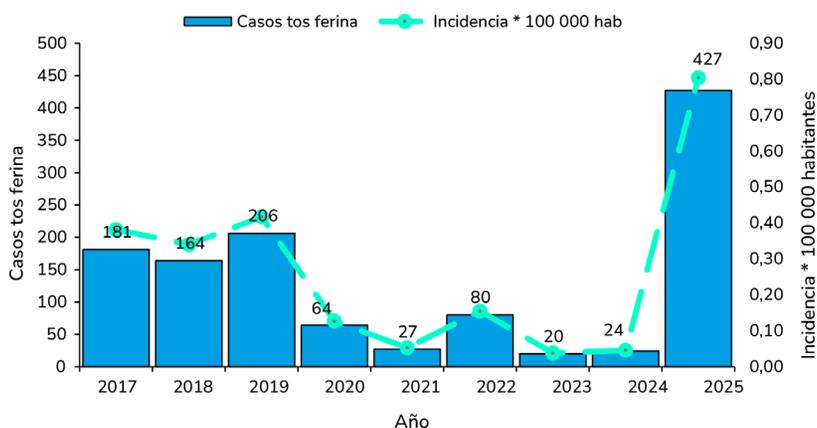
Tos ferina

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

Hasta el 20 de junio de 2025, a nivel nacional se han reportado en Sivigila un total de 3 111 casos de tos ferina. De estos, el 13,7 %, equivalente a 427 casos han sido confirmados; el 69,3 % (2 157 casos) fueron descartados, y el 16,9 % (527 casos) se encuentran en estudio.

La incidencia nacional es de 0,80 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 0,42 casos por cada 100 000 habitantes (figura 16).

Figura 16. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana epidemiológica 24, Colombia, 2017 - 2025



Fuente: Sivigila 2017 -2025p

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia. Semana epidemiológica 24, 2019 -2025, Colombia

El mayor número de casos se reporta en Bogotá D.C., con 166 casos y una incidencia de 2,08 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 1,42 (99 casos), Cundinamarca con 0,68 (25 casos) y Huila con 1,83 (22 casos).

En la tabla 30 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 30. Incidencia de tos ferina hasta la semana epidemiológica 24, por entidad territorial de procedencia, 2019-2025, Colombia

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrográfico	2025
Colombia	0,42	0,13	0,05	0,15	0,04	0,05	0,80		427
Bogotá D.C.	0,54	0,09	0,01	0,03	0,03	0,03	2,08		166
Antioquia	0,47	0,17	0,09	0,12	0,03	0,03	1,42		99
Cundinamarca	0,26	0,13	0,03	0,00	0,03	0,14	0,68		25
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,00	0,08	1,83		22
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,44		14
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,99		12
Chocó	0,00	0,18	1,57	0,00	0,00	0,33	1,79		11
Caldas	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,05		11
Valle del Cauca	0,15	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,54		11
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,74		8
Atlántico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47		7
Cauca	0,20	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,36		7
Meta	0,10	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,43		5
Santander	0,22	0,13	0,17	0,04	0,00	0,00	0,21		5
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,35		3
Nariño	0,25	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,17		3
Caquetá	0,74	0,48	0,00	0,00	0,00	0,70	0,46		2
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35		2
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,21		2
Sucre	0,22	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20		2
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,31		1
Boyacá	0,32	0,08	0,08	0,00	0,23	0,00	0,08		1
Cesar	0,16	0,31	0,00	0,00	0,07	0,07	0,07		1
Norte de Santander	0,77	0,12	0,00	0,00	0,06	0,06	0,06		1

Fuente: sivigila 2019-2025p

Seguimiento de brotes en población indígena semana epidemiológica 24 de 2025

Durante el periodo analizado se notificaron 59 casos de tos ferina en población indígena distribuidos en 15 municipios de nueve entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Betulia (Antioquia) con 28 casos, seguido de Bagadó (Chocó) con 8 casos y Bogotá D.C. con 6 casos.

A la fecha, continúan en seguimiento los brotes en población indígena en Bagadó y Tadó (Chocó) y Tierralta (Córdoba) y Ciénaga (Magdalena).

Tabla 31. Casos de tos ferina en etnia indígena, por departamento de procedencia, en semana epidemiológica 24 de 2025, Colombia

Entidad territorial	Municipio	Casos	Estado
Colombia		59	Abierto
Antioquia	Betulia	28	Cerrado
	Urrao	1	Cerrado
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	6	Cerrado
Cauca	Caloto	1	Cerrado
Caldas	Manizales	2	Cerrado
Chocó	Bagadó	8	Abierto
	Tadó	1	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	Cerrado
	Riohacha D.E.	2	Cerrado
	Uribe	4	Cerrado
Córdoba	Tierralta	1	Abierto
Meta	Puerto Gaitán	1	Cerrado
Risaralda	Mistrató	1	Cerrado
Magdalena	Ciénaga	1	Abierto

Fuente: Sivigila 2025p



ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, 24 de junio de 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 114 casos de fiebre con 49** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), lo que representa una letalidad acumulada preliminar del 43 % (49/114).

Durante el año 2024, se registraron 23 casos con 13 fallecimientos. Desde enero de 2025 hasta la fecha, se han confirmado 91 casos de fiebre amarilla, de los cuales 36 resultaron en defunción (cifra preliminar). La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (95 casos):** Ataco (21 casos), Villarrica (18), Prado (17), Cunday (16), Chaparral (7), Purificación (6), Dolores (4), Rioblanco (2), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Caldas:** Neira (1 caso).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1 caso) y El Doncello (1 caso).
- **Cauca:** Piamonte (1 caso).
- **Guaviare:** San José del Guaviare (1 caso).
- **Huila:** Campoalegre (1 caso).
- **Meta (2 casos):** Granada (1 caso) y La Macarena (1 caso).
- **Nariño:** Ipiales (2 casos).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4 casos), Villagarzón (2 casos), San Miguel (1 caso) y Valle del Guamuez (1 caso).
- **Vaupés:** Mitú (1 caso).

Las 49** defunciones acumuladas 2024-2025p, se han presentado en nueve (9) departamentos: Tolima (35), Putumayo (6), Meta (2), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

** Las procedencias de los casos pueden variar según 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, hallazgos de laboratorio (viroológico y patológico) y análisis epidemiológico.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Entre los 114 casos confirmados, la edad promedio es de 45,1 años (con una edad mínima de 2 años y máxima de 92 años), con una distribución por sexo de 23 mujeres y 91 hombres. Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 (25 casos) y las personas entre 60 y 64 años (12 casos).

Se ha confirmado la presencia del virus de la fiebre amarilla en 56 primates no humanos (PNH). De estos, 39 corresponden al departamento de Tolima, ocho (8) se registraron en el departamento del Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) Aipe (2); uno (1) procedente del departamento del Meta en el municipio de Villavicencio y ocho (8) de Putumayo del municipio de Mocoa (6) y Orito (2). Situación bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional y se continúan desplegando 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, 24 de junio de 2025

Situación con ocurrencia en los municipios de Ataco, Cunday, Chaparral, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Prado, Purificación, Villarrica, Valle de San Juan, Rioblanco y Espinal. Este brote inició en octubre de 2024, hasta la fecha se han confirmado 95 casos acumulados de fiebre amarilla (94 por laboratorio y uno por nexa epidemiológico). Último caso confirmado del 22 de junio de 2025 en un hombre de 33 años, agricultor, afiliado a la EPS Nueva EPS, procedente de la vereda El Bajo Roble del municipio de Villarrica, con fecha de inicio de síntomas 19 de junio de 2025, sin antecedente vacunal para fiebre amarilla. Resultados del 22 de junio de 2025, PCR fiebre amarilla positivo, PCR dengue negativo. Se han registrado 35** fallecidos para una letalidad acumulada 2024-2025 preliminar del 36,8 % (35/95).

Se ha identificado el virus de la fiebre amarilla en 39 primates no humanos (PNH) con la siguiente distribución por municipio: Purificación (1), Cunday (1), Ataco (10), Chaparral (17), Planadas (6), Rioblanco (3) y Villarrica (1).

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

** Las procedencias de los casos pueden variar según 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, hallazgos de laboratorio (viroológico y patológico) y 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.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 25 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpxo 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

Resumen y clasificación de los patrones de transmisión de la viruela símica (Mpxo) - Clado I y II (a mediados de junio de 2025)

Panorama del Clado I de Mpxo: Hasta principios de junio de 2025, la mayoría de los casos confirmados y sospechosos de Mpxo Clado I en África se reportaron en la República Democrática del Congo (RDC), Uganda y Burundi.

- República Democrática del Congo: Los clados Ia y Ib están co-circulando. Se ha observado una tendencia decreciente en los casos confirmados, pero la cobertura de pruebas sigue siendo baja.
- Uganda: Este país reporta la mayor cantidad de casos del Clado Ib después de la RDC, con más de 6 800 casos y 44 muertes desde 2024. Los casos han disminuido desde mediados de abril, pero la transmisión continúa, principalmente en Kampala entre adultos jóvenes (25-29 años).
- Burundi: La tendencia decreciente en los casos ha continuado, con solo tres casos confirmados reportados desde el 6 de junio.
- Malawi: Ha reportado 35 casos confirmados desde abril de 2025, la mayoría en Lilongwe y entre hombres.
- Etiopía: Reportó sus primeros 22 casos del Clado Ib a finales de mayo de 2025, cerca de la frontera con Kenia.

Propagación internacional del clado I: Fuera de África, se han reportado casos asociados a viajes o esporádicos vinculados a viajes en la UE/EEE (Suecia, Alemania, Bélgica, Francia, Irlanda, Italia) desde 2024. Desde agosto de 2024, también se han reportado casos del Clado I en Tailandia, India, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Pakistán, Omán, China, EAU, Catar, Brasil, Suiza y

Australia. Algunos países no africanos han reportado casos con vínculos de viaje a los EAU. La transmisión secundaria del Clado Ib fuera de África se ha confirmado en Alemania, Bélgica, el Reino Unido y China, aunque el número de estos casos sigue siendo bajo. Todos los eventos de transmisión se debieron a contacto cercano, con síntomas leves y sin muertes reportadas.

Clasificación de los patrones de transmisión (a 18 de junio de 2025): El ECDC clasifica los países según los patrones de transmisión del Mpxv Clado I:

- Casos asociados a viajes o con un vínculo claro a casos asociados a viajes: Angola, Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, China, Alemania, Francia, India, Irlanda, Italia, Omán, Pakistán, Catar, Sudáfrica, Sudán del Sur, Suecia, Suiza, Tailandia, Reino Unido, Estados Unidos y Zimbabue.
- Agrupaciones de casos o transmisión limitada: Emiratos Árabes Unidos.
- Transmisión comunitaria: Burundi, República Centroafricana, Congo, RDC, Etiopía, Kenia, Malawi, Ruanda, Tanzania, Uganda y Zambia.

- Etiopía se clasifica con transmisión comunitaria por precaución debido a vínculos epidemiológicos poco claros.

- Tanzania, Sudán del Sur y Sudáfrica tienen casos limitados, sin indicios de una transmisión comunitaria más amplia.

- Los EAU se clasifican como "agrupaciones de casos o transmisión limitada" debido a casos con historial de viajes desde otros países, lo que sugiere una transmisión local no detectada.

Enfoque del mpxv clado II en África: Se han observado aumentos recientes de casos del Clado II en:

- Sierra Leona: Más de 3 500 casos confirmados del Clado II y 20 muertes reportadas desde principios de 2025, con un fuerte aumento en mayo seguido de una disminución reciente.
- Liberia: 175 casos confirmados del Clado IIa y IIb desde 2024, con un aumento reciente.
- Ghana: Un resurgimiento de casos del Clado IIb, con 98 casos confirmados desde el 15 de mayo de 2025.
- Togo: 15 casos confirmados del Clado II reportados desde mayo de 2025.

Declaraciones de emergencia de salud pública: El CDC de África declaró el Mpxv una Emergencia de Salud Pública de Seguridad Continental el 13 de agosto de 2024. La OMS declaró el brote del Clado I una Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional el 14 de agosto de 2024, y reafirmó este estado el 5 de junio de 2025, extendiendo las recomendaciones temporales hasta el 20 de agosto de 2025.

Evaluación del ECDC: El riesgo para los ciudadanos de la UE/EEE que viajan a áreas afectadas es moderado si tienen contacto cercano con individuos afectados y bajo si no lo tienen. El riesgo general para la población en la UE/EEE se evalúa actualmente como bajo, pero es probable que se reporten más casos importados del Clado I. Las medidas de salud pública incluyen la concienciación para viajeros y proveedores de atención médica, el rastreo de contactos, la notificación a parejas y la vacunación preventiva post-exposición de contactos elegibles.

Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control. Mpxv worldwide overview. Situation update, 19 June 2025. Fecha de publicación: 19 de junio del 2025. Fecha de consulta: 25 de junio del 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/mpox-worldwide-overview>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 25 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 25

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	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	32	1	0	256	29	33	0	0	0	68	14	10	0	0	0	2	0	0	1.229	92	132
Antioquia	309	13	11	10.239	1.275	1.552	51	4	9	2.045	133	364	438	32	28	49	7	11	6.190	1.092	790
Arauca	53	1	5	435	52	71	23	2	5	629	47	135	2	0	0	30	5	5	420	5	53
Atlántico	50	4	3	2.208	257	332	32	4	3	1.114	57	71	2	1	1	2	0	1	0	0	0
Barranquilla D.E.	9	0	0	2.343	228	310	28	2	4	821	36	31	10	1	1	14	2	6	0	0	0
Bogotá D.C.	2	0	0	12.097	1.657	1.884	0	0	0	0	0	0	63	12	3	5	1	0	0	0	0
Bolívar	153	7	6	1.600	197	208	24	5	6	957	130	190	1	0	0	3	1	1	932	118	130
Boyacá	34	1	0	3.575	449	544	2	0	0	222	16	33	4	1	1	1	0	0	718	0	54
Buenaventura D.E.	12	1	1	62	11	2	3	0	0	51	7	6	0	0	0	0	0	0	957	172	130
Caldas	40	2	1	2.055	268	326	0	0	0	165	20	28	7	1	1	27	4	5	16	2	4
Santiago de Cali D.E.	5	0	0	2.608	393	372	21	5	1	916	184	94	55	30	1	33	4	4	8	1	1
Caquetá	130	4	4	583	84	86	28	1	2	812	59	75	2	0	1	2	1	0	287	7	18
Cartagena de Indias D.T.	7	0	0	966	123	110	49	2	1	1.046	26	33	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	84	5	2	879	102	138	5	4	2	392	146	115	24	0	7	2	0	1	3	3	0
Cauca	61	4	0	2.812	416	429	9	1	0	331	31	20	16	1	1	5	1	0	1.363	364	85
Cesar	159	6	9	1.591	178	225	34	6	10	837	155	146	3	0	0	12	0	9	13	2	0
Chocó	116	4	3	152	14	28	5	1	0	113	18	33	2	0	0	1	0	0	10.848	2.602	1.273
Córdoba	142	7	6	2.649	354	405	18	4	3	2.191	112	362	3	1	0	5	1	2	3.449	927	231
Cundinamarca	46	2	1	7.583	956	1.194	21	1	2	1.284	96	121	9	2	0	15	1	0	0	0	0
Guainía	15	0	0	91	10	12	0	0	0	10	3	1	0	0	0	0	0	0	937	287	73
Guaviare	61	2	2	194	23	19	4	0	2	172	9	32	1	0	0	1	0	0	566	116	57
Huila	85	2	3	3.390	410	506	79	10	10	974	182	75	5	1	0	3	0	1	2	0	1
La Guajira	64	3	2	1.147	160	170	26	3	2	1.134	67	84	2	0	1	4	1	0	31	1	1
Magdalena	66	3	4	1.345	183	166	8	2	2	390	56	101	0	0	0	3	1	0	3	1	0
Meta	159	6	3	2.256	263	329	82	5	16	2.517	237	391	40	2	4	9	1	1	510	56	127
Nariño	63	1	3	3.846	493	650	9	1	2	219	21	36	2	1	0	12	3	1	5.357	1.031	597
Norte de Santander	176	10	9	3.354	397	509	69	4	12	2.170	130	460	20	10	0	0	0	0	285	222	28
Putumayo	98	2	2	933	112	139	15	0	3	825	37	93	0	0	0	1	0	0	50	5	7
Quindío	11	0	0	1.569	208	248	1	0	0	198	7	28	25	1	1	4	0	1	4	2	1
Risaralda	26	1	1	2.263	296	396	10	0	2	321	12	26	5	0	0	0	0	0	1.556	311	129
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	255	24	39	0	0	0	20	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	12	1	1	1.191	105	177	3	1	1	157	14	29	1	0	0	4	0	2	0	0	0
Santander	129	5	2	4.030	480	553	39	4	6	2.184	244	393	68	4	2	9	1	2	10	2	1
Sucre	50	2	2	1.551	189	242	20	5	3	1.533	131	281	2	0	0	3	1	1	48	6	2
Tolima	94	4	5	3.715	456	576	55	5	8	1.540	251	196	4	1	0	16	2	5	0	0	0
Valle del Cauca	44	1	0	4.598	566	722	23	2	9	1.003	157	130	15	4	0	33	3	8	48	5	5
Vaupés	23	1	1	108	11	19	1	0	0	9	3	1	10	0	0	1	0	0	2.625	208	329
Vichada	24	1	1	131	18	15	1	0	0	195	6	47	0	0	0	0	0	0	1.003	158	80
Total nacional	2.644	107	93	90.660	11.447	13.736	798	84	126	29.565	2.856	4.273	844	106	53	311	36	67	39.486	7.900	4.342

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 25

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			Parálisis flácida aguda		
	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	3	4	1	3.193	781	427	98	13	18	0	0	0	2.944	358	523	9	8	9	0	0	0
Antioquia	139	28	44	496.148	82.352	81.231	25.311	3.220	4.906	2.994	951	958	178.280	34.578	26.344	306	443	306	6	7	0
Arauca	7	2	2	13.450	2.342	2.528	1.850	136	469	46	2	25	4.234	810	745	15	35	15	1	0	0
Atlántico	8	6	2	79.655	12.242	16.528	1.643	262	375	980	185	300	36.576	5.125	7.540	59	120	59	3	2	1
Barranquilla D.E.	23	8	5	115.794	18.688	24.419	6.431	343	1.311	1.034	282	290	46.812	7.745	8.716	71	152	71	2	1	0
Bogotá D.C.	136	42	40	980.676	168.794	178.032	46.229	7.609	9.472	4.809	2.050	1.958	397.731	57.577	45.138	294	435	294	5	7	0
Bolívar	7	5	2	67.312	12.021	11.965	1.320	224	237	230	126	69	15.476	3.215	3.130	76	112	76	2	2	1
Boyacá	25	4	8	75.193	15.148	13.507	4.110	657	865	249	103	92	27.637	4.194	4.322	56	73	56	1	1	1
Buenaventura D.E.	3	3	1	3.270	1.017	489	74	0	22	8	1	3	1.439	434	215	35	42	35	0	1	0
Caldas	14	3	4	47.179	8.420	8.216	1.913	347	422	711	169	231	16.091	2.752	2.491	44	50	44	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	41	12	14	143.860	28.750	22.729	5.352	686	1.355	382	95	117	53.490	11.389	6.004	120	146	120	0	2	0
Caquetá	6	0	0	15.450	4.204	2.929	964	189	196	20	16	9	7.077	1.787	1.086	20	34	20	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	8	4	1	108.711	16.940	21.214	6.736	390	1.243	822	252	279	30.137	4.764	5.855	69	128	69	3	1	0
Casanare	4	1	1	14.304	3.134	3.742	225	93	58	16	18	10	5.828	1.203	1.046	32	40	32	0	1	0
Cauca	19	6	6	64.028	10.998	9.859	2.605	249	489	336	83	129	20.802	4.675	2.860	71	131	71	3	2	0
Cesar	10	4	3	69.973	11.672	12.922	3.422	593	560	246	75	87	15.036	4.701	2.570	97	138	97	2	2	0
Chocó	9	2	3	15.066	1.845	2.411	1.190	165	192	12	6	4	7.285	981	1.262	45	97	45	0	1	0
Córdoba	20	4	8	109.132	15.825	18.436	3.860	459	670	720	187	230	31.283	5.155	4.494	111	205	111	2	2	0
Cundinamarca	42	9	14	216.490	33.966	39.978	7.684	1.150	1.647	881	431	313	82.555	11.918	10.647	174	211	174	6	4	0
Guainía	0	0	0	1.324	164	269	63	23	15	1	0	1	918	150	273	8	10	8	0	0	0
Guaviare	0	0	0	3.666	733	751	144	55	31	30	7	9	1.738	306	312	7	7	7	0	0	0
Huila	11	3	2	60.289	13.106	11.980	3.127	484	566	351	123	146	23.328	3.912	2.860	56	94	56	3	2	0
La Guajira	6	2	5	113.818	12.051	19.789	1.299	528	247	142	70	33	18.808	4.494	3.250	120	204	120	1	2	0
Magdalena	4	4	3	57.176	8.059	9.928	2.032	195	389	64	14	9	17.398	3.998	2.996	58	96	58	0	1	0
Meta	11	3	2	45.865	9.066	10.782	1.938	241	428	114	109	43	25.237	4.221	4.036	86	87	86	5	1	0
Nariño	35	10	14	80.111	15.838	14.522	4.562	591	912	83	54	22	25.882	6.795	3.716	104	108	104	2	2	0
Norte de Santander	38	7	15	92.200	13.627	14.831	4.911	797	950	427	144	181	28.770	5.609	4.162	64	121	64	4	2	0
Putumayo	5	1	2	18.813	3.263	3.891	762	156	171	21	9	9	6.249	1.106	1.020	17	31	17	1	1	0
Quindío	5	1	3	30.910	6.537	4.984	1.610	348	297	230	72	77	13.291	2.521	1.919	17	33	17	0	1	0
Risaralda	17	3	7	64.250	9.565	9.968	2.999	330	479	241	57	93	18.073	3.443	2.282	39	59	39	6	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4.193	781	600	487	84	98	1	2	0	1.477	315	178	8	6	8	0	0	0
Santa Marta D.T.	4	2	1	38.400	3.090	7.657	1.614	199	279	460	127	152	10.365	1.657	1.704	25	49	25	2	1	0
Santander	51	6	17	127.968	16.790	24.664	8.765	1.072	1.536	1.159	426	379	45.622	7.627	6.454	73	122	73	0	2	0
Sucre	7	3	2	45.599	8.390	8.285	3.591	596	701	769	215	275	11.559	3.104	2.243	50	98	50	3	1	0
Tolima	16	5	5	82.583	15.197	15.458	5.512	542	1.023	222	90	81	32.840	4.992	3.947	51	80	51	3	1	0
Valle del Cauca	33	9	6	86.724	15.013	14.920	2.092	297	489	424	127	121	34.268	6.051	4.839	81	108	81	0	2	0
Vaupés	11	3	6	2.564	302	678	31	12	11	4	32	3	1.112	92	290	4	8	4	0	0	0
Vichada	3	2	2	1.816	444	268	9	4	0	1	0	0	889	174	201	15	18	15	1	0	0
Total nacional	781	211	251	3.597.153	601.155	645.787	166.565	23.339	33.129	19.240	6.699	6.738	1.298.537	231.782	181.770	2.587	3.939	2.587	68	55	3

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 25

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19			
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio			
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	29	5	1	14	2	1
Antioquia	346	63	24	17	3	1	932	42	165	1.184	231	186	396	35	19	
Arauca	15	2	1	3	1	0	8	0	4	83	13	4	37	9	17	
Atlántico	40	5	9	0	1	0	17	1	0	394	66	84	64	6	4	
Barranquilla D.E.	82	6	15	0	1	0	18	3	3	386	54	77	119	12	13	
Bogotá D.C.	759	118	117	366	3	22	1.389	94	328	2.516	379	459	1.540	182	150	
Bolívar	28	2	2	1	1	0	16	2	2	310	25	61	30	4	5	
Boyacá	105	16	18	11	1	1	18	5	5	419	67	72	223	32	36	
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	1	0	0	0	0	20	2	4	5	0	0	
Caldas	39	6	4	0	0	0	20	2	2	249	33	29	30	1	3	
Santiago de Cali D.E.	80	22	8	0	1	0	13	4	3	574	83	67	332	9	15	
Caquetá	21	3	0	0	0	0	5	4	1	139	13	21	13	0	2	
Cartagena de Indias D.T.	29	5	0	1	1	0	14	2	0	236	38	24	15	1	2	
Casanare	15	3	3	5	0	0	1	1	0	79	17	13	5	2	2	
Cauca	37	7	3	1	1	1	20	3	2	334	36	36	194	28	15	
Cesar	29	5	2	0	1	0	7	3	4	161	34	27	19	2	6	
Chocó	7	0	0	3	0	0	84	5	2	29	4	2	14	1	0	
Córdoba	81	14	7	1	1	0	25	1	1	546	99	84	72	7	13	
Cundinamarca	220	31	35	123	2	5	298	22	76	1.240	189	207	295	46	25	
Guainía	4	0	0	1	1	0	0	0	0	61	0	11	0	0	0	
Guaviare	8	0	0	2	1	0	0	0	0	45	1	3	3	0	2	
Huila	79	13	10	2	1	1	59	11	7	368	40	37	64	9	13	
La Guajira	15	3	3	0	1	0	10	1	1	254	31	28	30	7	6	
Magdalena	23	2	4	0	1	0	15	1	13	182	16	29	12	2	0	
Meta	43	6	5	6	1	1	45	5	9	291	47	44	48	17	10	
Nariño	84	13	10	1	1	0	52	14	11	317	66	43	58	14	5	
Norte de Santander	106	15	2	2	1	0	14	5	3	441	62	77	47	5	14	
Putumayo	14	6	0	1	1	0	13	1	2	128	18	24	74	14	10	
Quindío	19	3	2	1	1	0	10	1	0	163	28	26	54	7	0	
Risaralda	24	6	3	0	0	0	41	2	9	378	41	49	28	4	5	
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	0	3	0	1	0	0	0	0	13	2	2	0	0	0	
Santa Marta D.T.	4	2	0	0	0	0	3	2	2	76	8	15	18	1	2	
Santander	50	9	8	0	1	0	35	11	9	347	70	59	137	21	34	
Sucre	39	9	3	1	1	0	25	10	4	238	31	38	108	9	8	
Tolima	27	5	6	5	1	0	16	5	4	551	83	71	66	13	9	
Valle del Cauca	74	13	7	2	1	1	13	6	1	650	96	82	177	5	11	
Vaupés	1	0	1	3	1	1	0	2	0	7	2	0	9	6	0	
Vichada	1	0	0	0	1	0	3	0	0	6	4	1	8	4	2	
Total nacional	2.560	423	315	559	31	34	3.239	259	673	13.444	1.986	2.097	4.358	517	459	

42

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 25

Decremento
 Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	26	41	0	0	0	0	32	38	6	6
Antioquia	0	0	0	0	880	1.578	1	0	0	0	2.554	2.467	597	616
Arauca	1	0	0	0	148	99	0	0	0	0	81	99	10	9
Atlántico	0	0	0	0	177	156	0	0	0	0	429	461	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	96	144	0	0	0	0	421	466	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.614	1.469	1	1	0	1	2.313	2.610	0	0
Bolívar	0	0	0	0	205	294	0	0	0	0	268	263	205	243
Boyacá	1	0	0	0	236	267	0	0	0	0	477	496	67	148
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	68	98	0	0	0	0	44	40	7	6
Caldas	0	0	0	0	85	95	0	0	0	0	586	497	97	101
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	228	313	1	0	1	1	788	897	1	0
Caquetá	0	0	0	0	103	78	0	0	0	0	119	103	124	119
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	118	250	0	0	0	0	264	275	1	0
Casanare	5	1	0	0	172	142	0	0	0	0	137	160	3	0
Cauca	0	0	0	0	146	146	0	0	0	2	410	369	29	36
Cesar	3	0	0	0	344	493	0	0	0	0	289	309	57	247
Chocó	0	0	0	0	363	475	0	0	0	0	51	72	130	117
Córdoba	0	0	0	0	291	233	0	0	0	0	477	503	88	83
Cundinamarca	0	0	0	0	623	592	0	0	0	0	1.018	1.236	91	92
Guainía	0	0	0	0	32	25	0	0	0	0	12	16	7	11
Guaviare	0	0	0	0	58	42	0	0	0	0	28	31	176	63
Huila	0	0	0	0	219	246	0	1	0	0	400	334	5	5
La Guajira	0	0	0	0	840	806	1	0	0	0	131	191	14	11
Magdalena	0	0	0	0	272	411	0	0	0	0	169	181	3	4
Meta	0	0	0	0	204	218	0	0	0	0	343	316	104	52
Nariño	0	0	0	0	347	374	0	0	0	0	673	779	132	117
Norte de Santander	0	0	0	0	334	367	2	0	0	0	492	576	123	98
Putumayo	0	0	0	0	99	107	0	0	0	0	155	140	130	132
Quindío	0	0	0	0	51	37	0	0	0	0	261	220	0	0
Risaralda	0	0	0	0	190	252	0	0	0	0	561	609	61	73
Archipielago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	11	13	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	45	82	0	0	0	0	137	165	5	9
Santander	1	1	0	0	223	285	0	0	0	0	739	833	325	420
Sucre	0	0	0	0	113	199	0	2	0	1	231	244	54	42
Tolima	0	0	0	0	174	168	0	0	0	0	580	531	156	118
Valle del Cauca	0	0	0	0	206	340	0	0	0	0	628	657	8	6
Vaupés	0	0	0	0	40	19	0	0	0	0	29	44	27	5
Vichada	0	0	0	0	145	114	0	0	0	0	11	11	20	10
Total nacional	11	2	1	0	9.521	11.058	5	4	2	5	16.351	17.252	2.863	3.002

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 25

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	0
Antioquia	12	3	14	9	5	1	13	26	6	5	67	132
Arauca	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	3	5
Atlántico	1	1	4	2	1	0	3	2	4	3	14	15
Barranquilla D.E.	1	4	3	2	1	1	2	2	1	0	13	27
Bogotá D.C.	1	0	13	9	0	2	25	10	0	1	76	285
Bolívar	2	4	6	1	1	0	6	4	5	2	12	1
Boyacá	0	0	2	1	1	2	3	3	0	1	13	10
Buenaventura D.E.	2	1	2	0	0	2	2	2	2	1	3	2
Caldas	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	10	2
Santiago de Cali D.E.	5	0	4	3	0	2	5	5	1	0	22	35
Caquetá	2	4	1	1	0	0	5	2	1	1	4	0
Cartagena de Indias D.T.	3	6	4	1	0	1	4	2	2	1	10	10
Casanare	1	0	2	3	1	0	0	0	1	1	4	7
Cauca	0	0	5	1	2	2	5	5	1	1	15	9
Cesar	1	0	6	7	4	3	4	1	8	7	14	12
Chocó	1	0	8	4	15	4	18	18	22	12	6	4
Córdoba	0	0	7	4	1	3	7	4	3	5	19	18
Cundinamarca	1	1	7	5	0	2	8	9	2	1	35	35
Guainía	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0
Guaviare	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0
Huila	1	3	4	2	0	0	4	3	2	1	12	11
La Guajira	0	0	10	8	14	8	20	8	25	18	10	0
Magdalena	1	1	6	0	1	1	7	6	8	5	9	2
Meta	0	0	4	1	1	1	4	4	4	2	11	7
Nariño	1	1	7	4	1	1	6	10	3	2	17	6
Norte de Santander	0	1	5	2	1	1	2	0	4	0	17	14
Putumayo	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	4	3
Quindío	3	0	1	1	0	0	2	0	0	0	5	5
Risaralda	4	3	3	2	4	5	5	5	4	3	9	2
Archipielago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	0	0	4	0	1	0	1	0	0	0	5	9
Santander	2	1	4	2	1	0	5	1	1	0	22	9
Sucre	0	0	3	1	0	0	3	3	1	0	10	21
Tolima	5	7	3	2	2	0	6	3	1	0	13	8
Valle del Cauca	3	1	3	2	1	0	7	7	3	1	20	28
Vaupés	0	0	0	0	2	4	2	0	0	1	1	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	1	3	5	5	1	0
Total nacional	277	392	145	82	68	49	195	152	123	81	510	734

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 25

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos 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	1	2	8	12	0	0	31	34	1	0	262	339
Antioquia	85	64	570	644	0	0	1.668	2.270	52	78	10.732	9.135
Arauca	23	11	84	94	0	0	67	63	1	0	526	606
Atlántico	21	10	164	183	0	0	205	276	7	16	1.150	1.283
Barranquilla D.E.	38	9	213	179	0	0	386	445	9	13	1.179	1.304
Bogotá D.C.	83	32	443	458	0	0	749	725	18	10	13.739	15.927
Bolívar	21	17	141	161	1	0	76	114	2	1	1.115	1.209
Boyacá	9	15	50	46	0	0	74	104	1	3	1.881	2.237
Buenaventura D.E.	12	11	68	58	0	0	80	117	2	2	192	146
Caldas	8	16	61	95	0	0	155	132	2	0	1.418	1.473
Santiago de Cali D.E.	13	7	221	260	0	1	733	734	24	26	3.758	3.450
Caquetá	4	8	42	54	0	0	113	139	2	1	523	521
Cartagena de Indias D.T.	37	22	146	215	0	2	195	250	2	6	655	719
Casanare	17	18	62	77	0	1	72	108	1	5	403	444
Cauca	8	8	94	75	0	2	132	147	1	0	1.589	1.544
Cesar	22	11	170	134	0	0	175	229	1	3	1.012	1.032
Chocó	25	19	114	122	0	0	91	124	1	1	199	233
Córdoba	15	7	157	131	1	0	119	150	2	5	1.769	1.534
Cundinamarca	35	26	177	242	0	0	264	293	7	4	6.194	7.383
Guainía	3	4	7	7	0	0	1	8	0	0	95	86
Guaviare	2	2	13	10	0	0	22	20	1	0	140	172
Huila	6	7	78	71	0	0	183	231	5	6	3.003	3.031
La Guajira	33	19	177	207	0	0	230	323	4	4	639	677
Magdalena	17	16	112	119	0	2	72	98	1	1	689	764
Meta	25	22	119	163	0	0	293	409	9	12	1.135	1.197
Nariño	9	9	117	116	0	0	95	104	2	2	1.952	2.522
Norte de Santander	48	32	240	278	0	0	318	380	8	4	1.850	1.914
Putumayo	4	2	47	52	0	1	46	69	1	2	603	759
Quindío	5	1	48	59	0	0	131	159	1	1	1.249	1.209
Risaralda	14	13	85	99	0	0	289	383	12	8	1.798	1.803
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	3	7	0	0	3	11	0	0	93	129
Santa Marta D.T.	10	7	54	80	0	0	107	164	2	3	335	368
Santander	32	29	204	249	0	0	416	665	14	7	2.991	3.264
Sucre	13	12	104	100	1	0	47	56	0	0	915	922
Tolima	15	15	84	75	0	1	262	395	6	8	1.415	1.589
Valle del Cauca	13	20	143	182	0	0	339	427	9	13	3.304	3.542
Vaupés	1	0	2	2	0	0	6	12	0	0	97	199
Vichada	2	4	20	21	0	0	17	8	0	1	111	98
Total nacional	745	528	4.900	5.137	3	10	8.271	10.376	215	246	70.709	74.764



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica **25**
15 al 21 de junio de 2025

TEMA CENTRAL

Comportamiento de las Infecciones
Asociadas a Dispositivos Invasivos en
Unidades de Cuidado Intensivo en
Colombia

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

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

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

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.25>