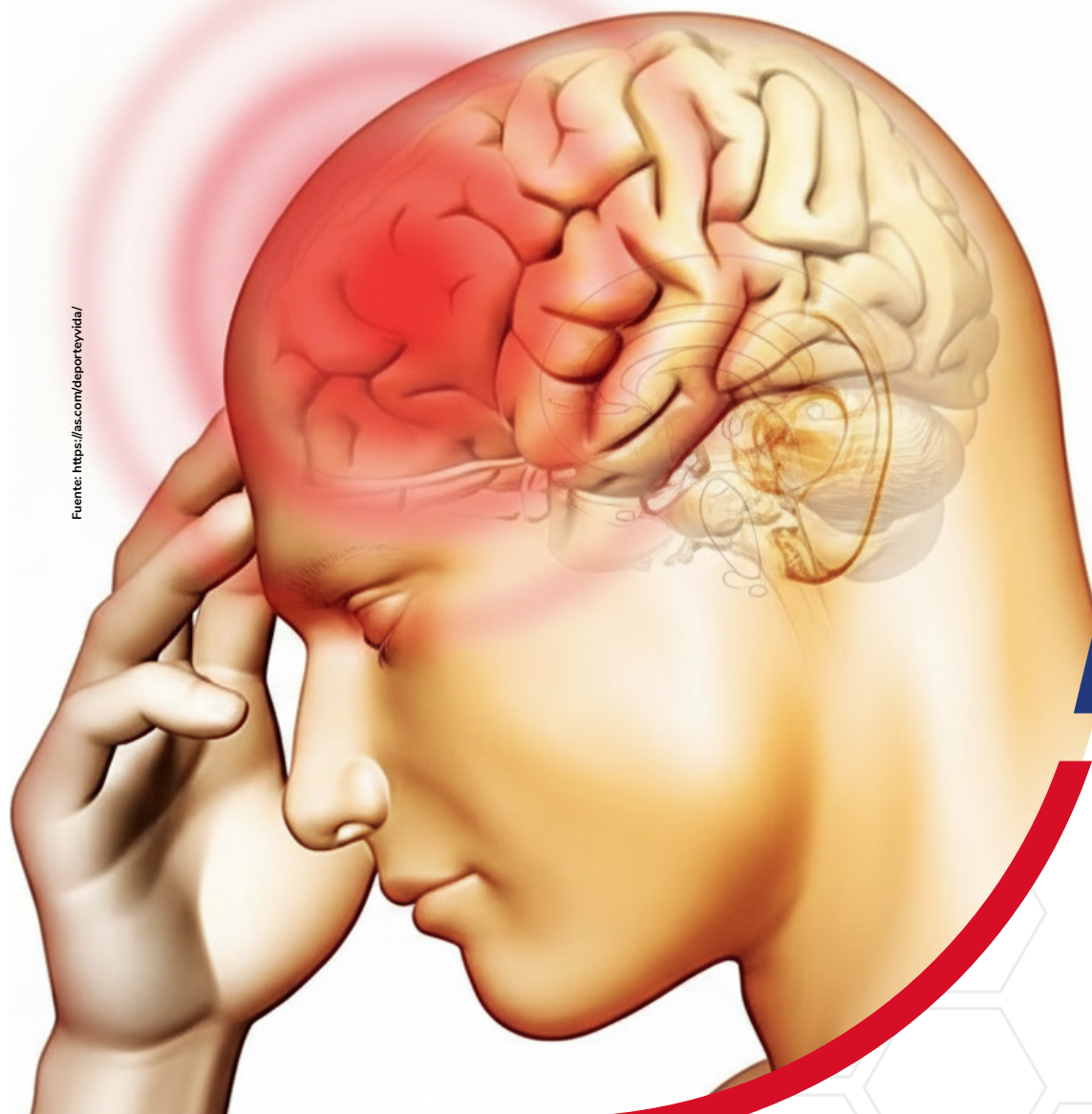


Fuente: <https://as.com/deporteyvida/>



Colombia frente a la meningitis bacteriana

Fortalecemos y avanzamos en
la vigilancia epidemiológica y
de laboratorio para vencer la
meningitis.

Semana
epidemiológica

38


14 al 20 de septiembre del 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**



Tema central

Colombia frente a la meningitis bacteriana: Lo que nos dicen los datos en 2025.

Pág.

3



Situación nacional

8



Mortalidad

10



Eventos trazadores

17



Brotes y alertas

36



Tablas de mando por departamento

39

TEMA CENTRAL

Colombia frente a la meningitis bacteriana: Lo que nos dicen los datos en 2025.

Sandra Milena Aparicio Fuentes, sapario@ins.gov.co

La meningitis es una inflamación de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal llamadas *meninges*. Puede ser causada por virus, bacterias, hongos o parásitos; aunque las formas bacterianas son las más graves, con alto riesgo de muerte o secuelas permanentes si no se tratan de forma rápida. Se transmite principalmente por gotas respiratorias o contacto cercano. Los síntomas más frecuentes incluyen: fiebre, dolor de cabeza intenso, rigidez de cuello, sensibilidad a la luz, vómito y alteración del estado de conciencia. Representa un problema de salud pública global, especialmente en niños pequeños, adolescentes y personas inmunocomprometidas (1).

En 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó la estrategia global “Derrotar la meningitis para 2030”, una iniciativa integral orientada a disminuir de manera significativa la carga de esta enfermedad. El plan se estructura en cinco ejes fundamentales: prevención y control a través de la vacunación, diagnóstico y tratamientos oportunos, fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, atención y apoyo a las personas afectadas; e impulso a la investigación e innovación para el desarrollo de nuevas herramientas diagnósticas, terapéuticas y vacunas.

Esta hoja de ruta plantea objetivos ambiciosos, entre ellos la eliminación de las epidemias de meningitis bacteriana, la reducción del 50 % de los casos prevenibles y del 70 % de las muertes asociadas para el 2030. Su implementación demanda el fortalecimiento de los sistemas de salud, el acceso equitativo a vacunas esenciales (como las conjugadas contra *Haemophilus influenzae* tipo b, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*), además de la articulación de esfuerzos multisectoriales y la cooperación entre países y organismos internacionales (2).

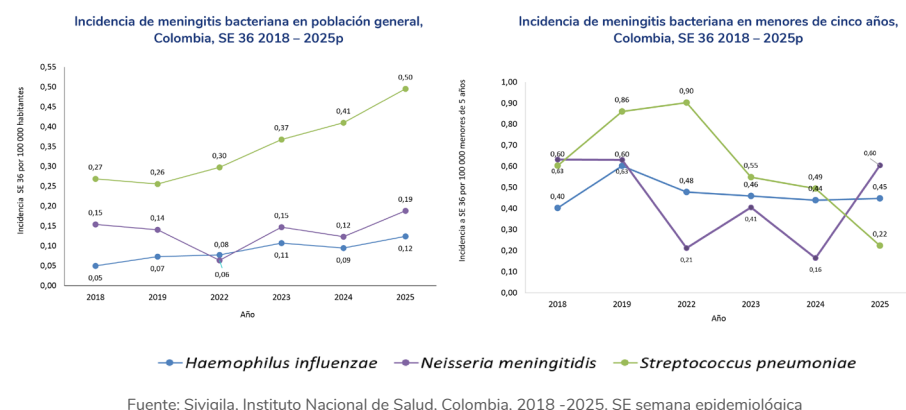
En Colombia la vigilancia de la meningitis bacteriana se centra en tres agentes: *Neisseria meningitidis*, causante de meningitis meningocócica, altamente contagiosa y con potencial epidémico, *Haemophilus influenzae* responsable de infecciones invasivas; incluyendo meningitis, especialmente en niños pequeños, y *Streptococcus pneumoniae*, principal causa de meningitis bacteriana en adultos y niños, también asociada con neumonía y otitis (3).

Estas bacterias se caracterizan por tener una cápsula que funciona como un "escudo protector" para evitar que el sistema inmune las destruya fácilmente (resistencia a fagocitosis) y permitir adherirse a tejidos. Adicionalmente, definen su clasificación (serogrupo o serotipo). Las vacunas están enfocadas en esos serogrupos.

El comportamiento en la serie de tiempo 2018 a 2025 (Semana Epidemiológica 36) indica que en población general *Streptococcus pneumoniae* muestra la mayor incidencia y una tendencia ascendente clara a lo largo del periodo, con un incremento más marcado a partir de 2021–2022. *Neisseria meningitidis* presenta fluctuaciones moderadas, pero con una ligera tendencia creciente hacia 2024–2025. *Haemophilus influenzae* mantiene niveles bajos y relativamente estables, con un ligero aumento en los últimos años (figura 1).

A partir del 2022 en menores de cinco años, *Streptococcus pneumoniae*, después de una incidencia con un pico muy alto en el 2022, comienza a descender progresivamente hasta el 2025. *Haemophilus influenzae* se mantiene estable en niveles bajos, sin incrementos relevantes en este periodo. *Neisseria meningitidis*, aunque venía en descenso, muestra un repunte en el 2025, lo que indica circulación persistente y potencial riesgo de brotes (figura 1).

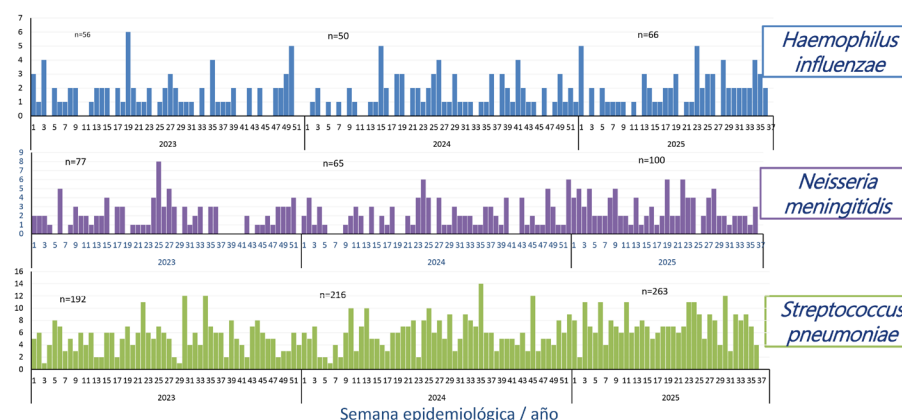
Figura 1. Comportamiento de la meningitis bacteriana aguda en Colombia, 2018-2025p.



La meningitis no tiene un único patrón estacional universal, sino que varía según el agente causal, la región geográfica y las condiciones ambientales. Entre el 2023 y el 2025, *Streptococcus pneumoniae* se mantuvo como el principal agente de meningitis bacteriana, con notificación continua de casos todas las semanas y múltiples picos de hasta ocho casos. *Neisseria meningitidis* presentó un comportamiento más variable, con periodos de baja frecuencia seguidos de repuntes; destacándose incrementos en el 2023 y durante el 2025 en especial a comienzos, mediados y finales de año. En contraste, *Haemophilus influenzae* mostró una ocurrencia esporádica y en baja magnitud, sin mostrar

una tendencia clara a incremento o disminución, con picos aislados y dispersos en el tiempo.

Figura 2. Comportamiento semanal de los casos de meningitis bacteriana aguda por agente de interés en Colombia, 2023-2025p.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2025

Para *Neisseria meningitidis*, por grupos de edad, se observa que históricamente los adolescentes y adultos jóvenes presentan el mayor número de casos. Este comportamiento se mantiene igualmente en los niños menores de un año, aunque si se observa un incremento que nos devuelve a años anteriores de la pandemia y llaman la atención los adultos mayores de 50 años, en donde si se presenta un cambio comparado con la serie histórica. Con relación a la distribución geográfica, los casos se presentan en la región andina un poco en la región caribe más hacia el norte. El mayor número de casos se presentan en Bogotá D. C. (23 casos) y Medellín D. E. (20); y las mayores incidencias por cien mil habitantes se observan en Tolima en los municipios de Anzoátegui (9,92) y Casablanca (15,7), en Antioquia en Anzá (13,32) y Buriticá (9,91). Estos municipios tienen una población cercana a 10 000 habitantes.

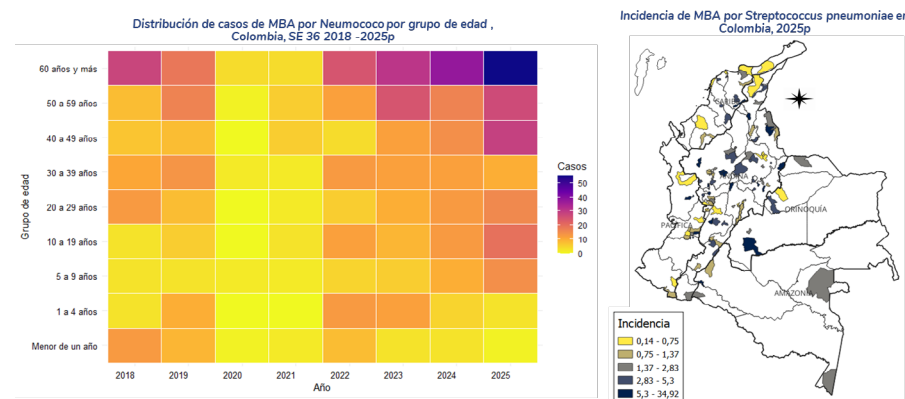
En los últimos años la dinámica de los serogrupos de *Neisseria meningitidis* ha mostrado cambios relevantes y significativos. El serogrupo C, que en otros momentos tuvo mayor protagonismo, ha disminuido de manera marcada, mientras que los serogrupos B y Y han cobrado mayor importancia (valor de $p < 0,05$). El serogrupo W, aunque sin un cambio significativo, mantiene una tendencia ascendente que merece atención.

Al observar la distribución territorial, Antioquia y Bogotá D. C. concentran la mayor parte de los aislamientos. En Antioquia; particularmente en Medellín D. E. y su área metropolitana, los serogrupos B y C han tenido un comportamiento semejante. Sin embargo, en los primeros meses del año la circulación del serogrupo B fue más notoria. En Bogotá D. C.; en cambio, históricamente ha predominado el serogrupo Y, pero este patrón parece estar transformándose, ya que en el presente año se observa un incremento de aislamientos con serogrupo B, sin dejar de lado la persistencia del serogrupo W. En departamentos como Cesar, Santander y Quindío, la circulación de *Neisseria meningitidis* corresponde principalmente al serogrupo B, lo que refleja un patrón similar al observado en Antioquia. En contraste, en Boyacá, Huila y Cundinamarca predomina el serogrupo Y, evidenciando una distribución heterogénea de los serogrupos según la región del país.

Con relación a los grupos de edad, *Haemophilus influenzae* muestra un comportamiento estable con un ligero incremento (no significativo) en el grupo de 40 a 49 años. En cuanto a la distribución territorial, el mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (13 casos), seguido por Barranquilla D. E. y Medellín D. E.. Al analizar la incidencia en municipios con más de 100 000 habitantes, las tasas más elevadas se observaron en Cereté, Cajicá, Funza, Ipiales y Villa del Rosario.

En *Streptococcus pneumoniae* se evidencian dos transformaciones importantes en su comportamiento. Por un lado, una reducción en los casos en niños menores de cinco años, lo que sugiere un efecto positivo de la vacunación en este grupo etario. Por otro, un desplazamiento de la carga de enfermedad en los otros grupos de edad, con un impacto más marcado en los adultos a partir de los 40 años. En el ámbito territorial, Bogotá D. C. continúa concentrando el mayor número de casos, seguida de Medellín D. E. y Santiago de Cali D. E.. Sin embargo, al analizar la incidencia en municipios con más de 100 000 habitantes destacan valores superiores a un caso por 100 000 en localidades como Medellín D. E., Envigado, Rionegro, Florencia, Mosquera, Ciénaga, Barrancabermeja D. E. y Jamundí, lo que pone de manifiesto la heterogeneidad geográfica en la distribución de la enfermedad (figura 3).

Figura 3. Comportamiento Meningitis bacteriana aguda por *Streptococcus pneumoniae* en Colombia, 2025p.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 -2025. SE: Semana Epidemiológica.

Streptococcus pneumoniae continúa siendo el principal agente etiológico de meningitis bacteriana aguda tanto en incidencia (0,50 casos por 100 000 habitantes) como en letalidad (25,9 %). Se observa una tendencia ascendente sostenida en los últimos años, lo que sugiere una carga creciente de la enfermedad, especialmente en población adulta y adulta mayor.

La incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* (0,12 casos por 100 000 habitantes) se mantuvo estable respecto a los años previos, mientras que para *Neisseria meningitidis* (0,19 casos por 100 000 habitantes) se observó un aumento, aunque no alcanzó significación estadística. Estos hallazgos sugieren una circulación persistente de ambos agentes, con variabilidad según el territorio y los grupos etarios, lo que resalta la necesidad de mantener una vigilancia activa ante la aparición de casos.

A pesar del aumento de casos en adultos, los menores de cinco años continúan siendo uno de los grupos más afectados, por lo que este grupo sigue siendo prioritario para la prevención y control de la enfermedad.

En cuanto a los casos fallecidos para 2025, *Haemophilus influenzae* registra 9 defunciones, con una letalidad de 13,64 %, aumento significativo en comparación con el año anterior. Para *Neisseria meningitidis*, se reportan 16 muertes, con una letalidad de 16 %; con un ligero aumento de dos puntos porcentuales no significativo. Por su parte, *Streptococcus pneumoniae* notifica 68 fallecimientos

presentando un incremento en la letalidad en comparación con el año inmediatamente anterior (tabla 1).

Tabla 1. Tendencia de la letalidad de meningitis bacteriana aguda en Colombia, 2018 - 2025p.

Agente		Año						Tendencia de la letalidad
		2018	2019	2022	2023	2024	2025	
<i>Haemophilus influenzae</i>	Total	45	43	63	74	74	66	valor de p 0,01
	Fallecidos	3	6	7	7	5	9	
	Letalidad	6,67	13,95	11,11	9,46	6,76	13,64	
<i>Neisseria meningitidis</i>	Total	108	116	54	97	100	100	valor de p 0,09
	Fallecidos	21	26	8	21	14	16	
	Letalidad	19,44	22,41	14,81	21,65	14,00	16,00	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Total	197	229	234	271	305	263	valor de p 0,04
	Fallecidos	62	66	52	50	61	68	
	Letalidad	31,47	28,82	22,22	18,45	20,00	25,86	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018-2025.

El análisis de la letalidad por grupo de edad muestra comportamientos diferenciados entre los tres agentes. Para *Haemophilus influenzae* la mayor letalidad se concentra en los grupos de 40 a 59 años, alcanzando valores cercanos al 30 %, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad en la población adulta de mediana edad.

En *Neisseria meningitidis* se observan tasas elevadas en los adultos jóvenes (20 a 29 años) y en mayores de 60 años con letalidades de hasta 25 % y 30 % respectivamente. Este patrón evidencia la gravedad de la infección en grupos que tradicionalmente no eran los más afectados.

En *Streptococcus pneumoniae* se destaca una alta letalidad en los menores de un año (50 %) y en los adultos mayores de 50 años, donde oscila entre 30 % y 34 %. Este comportamiento refleja la vulnerabilidad de los extremos de la vida y la necesidad de mantener estrategias de protección específicas para estos grupos.

En conjunto, los resultados muestran que si bien la meningitis bacteriana es una enfermedad con alta letalidad en todos los grupos de edad, existen segmentos poblacionales críticos que requieren un seguimiento más estrecho y acciones de prevención focalizadas.

Conclusiones

- *Streptococcus pneumoniae* continúa siendo el principal agente etiológico de meningitis bacteriana aguda tanto en incidencia (0,50 casos por 100 000 habitantes) como letalidad (25,9 %). Se observa una tendencia ascendente sostenida en los últimos años, lo que sugiere una carga creciente de la enfermedad, especialmente en población adulta y adulta mayor.
- La incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* (0,12 casos por 100 000 habitantes) se mantuvo estable respecto a los años previos, mientras que para *Neisseria meningitidis* (0,19 casos por 100 000 habitantes) se observó un aumento, aunque no alcanzó significación estadística. Estos hallazgos sugieren una circulación persistente de ambos agentes, con variabilidad según el territorio y los grupos etarios, lo que resalta la necesidad de mantener una vigilancia activa ante la aparición de casos.
- A pesar del aumento de casos en adultos, los menores de cinco años continúan siendo uno de los grupos más afectados por lo que este grupo sigue siendo prioritario para la prevención y control de la enfermedad.

Recomendaciones

- Asegurar altas coberturas de las vacunas contra *N. meningitidis*, *H. influenzae* tipo b y *S. pneumoniae*, especialmente en poblaciones vulnerables.
- Mantener una vigilancia activa y robusta con énfasis en la detección temprana de casos y el análisis de tendencias.
- Responder oportunamente de acuerdo con protocolo de vigilancia, lineamientos y articulación con laboratorio.
- Actualizar continuamente al personal de salud en el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de los casos de meningitis bacteriana.
- Realizar la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia (Sivigila) de forma oportuna y con calidad del dato.
- Educar a la comunidad sobre los síntomas de la meningitis y la importancia de la atención médica inmediata para reducir la morbilidad y mortalidad.

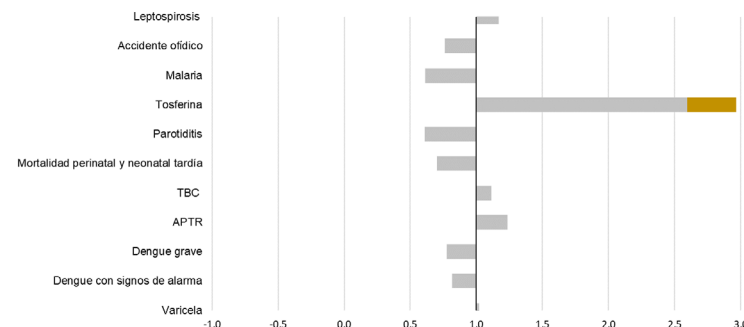
Referencias

1. World Health Organization. Meningitis [Internet]. 2023 [citado 2025 Sep 21]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis>
2. Organización Mundial de la Salud. Derrotar a la meningitis para 2030: una hoja de ruta mundial. Jun 24, 2021.
3. Instituto Nacional de Salud. Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública Meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica. Julio 2024.



Para la semana epidemiológica 38 del 2025 se identifica que el evento de tos ferina se encontró por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025.



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

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

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

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	144 738	120 658	1,28	0,20

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

SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 38 del 2025 el evento zika se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	9	3	0,00
Leishmaniasis cutánea	13	87	0,00
Lepra	3	7	0,06
Chikunguña	0	3	0,06
Mortalidad por dengue	4	3	0,18
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,20
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,25

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

Cumplimiento en la notificación

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

- Identificar departamentos, municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.

- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

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

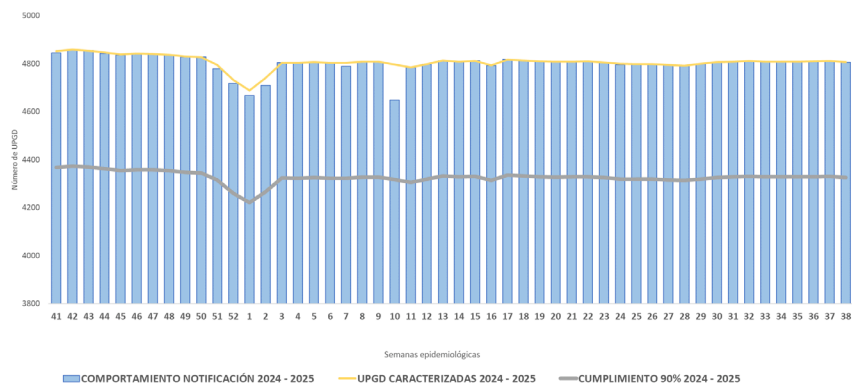
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 38 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122/1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana 38 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 806/4 806); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y con relación a la semana 38 del año anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 5).

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 38 del 2025, se han notificado 566 muertes probables en menores de cinco años: 331 por Infección Respiratoria Aguda (IRA), 154 por Desnutrición (DNT) aguda y 81 por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA); de estos, siete casos de IRA, cuatro de DNT aguda y tres 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 38 del 2025 se han notificado 552 fallecimientos (324 por IRA, 150 por DNT aguda y 78 por EDA); de estos, 298 casos han sido confirmados, 105 han sido descartados y 149 casos se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 38, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 38 2025			Casos en estudio a SE 38 2025			Tasa a SE 38 2024			Tasa a SE 38 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	101	153	44	30	97	22	4,62	6,98	3,16	2,83	4,29	1,23
Amazonas	0	2	0	0	0	0	0,00	31,65	10,55	0,00	21,29	0,00
Antioquia	3	19	2	4	16	1	3,78	3,54	1,42	0,72	4,57	0,48
Arauca	1	1	0	0	1	0	3,65	10,95	0,00	3,72	3,72	0,00
Atlántico	3	0	0	0	3	0	6,13	8,75	0,88	2,69	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	2	1	0	1	0	2,28	5,71	1,14	0,00	2,35	1,17
Bogotá D. C.	0	11	0	0	7	0	0,00	4,76	0,22	0,00	2,43	0,00
Bolívar	1	4	0	1	1	0	1,97	8,86	1,97	1,01	4,03	0,00
Boyacá	0	6	2	1	0	0	0,00	4,71	0,00	0,00	7,20	2,40
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	2	2	5,77	5,77	8,66	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	1	1	0	1	0	0,00	5,08	0,00	0,00	1,73	1,73
Santiago de Cali D.E.	0	4	1	0	4	0	0,00	4,95	0,00	0,00	2,91	0,73
Caquetá	1	1	0	0	4	0	5,39	18,87	2,70	2,75	2,75	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	4	1	0	2	0	1,29	9,05	1,29	1,33	5,31	1,33
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	5,31	2,65	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	5	2	3	4	3	0,00	6,23	2,67	0,00	4,52	1,81
Cesar	8	4	3	2	1	0	7,47	4,98	4,15	6,75	3,38	2,53
Chocó	23	25	7	5	6	2	54,00	52,26	59,23	40,29	43,79	12,26
Córdoba	9	3	3	0	5	1	4,66	6,66	1,33	6,12	2,04	2,04
Cundinamarca	0	8	0	0	8	2	0,00	2,97	0,00	0,00	3,38	0,00
Guainía	1	1	0	1	1	1	0,00	28,32	28,32	14,02	14,02	0,00
Guaviare	0	0	1	0	1	0	10,32	10,32	0,00	0,00	0,00	10,25
Huila	1	1	0	0	2	0	1,01	4,05	0,00	1,03	1,03	0,00
La Guajira	24	7	8	3	8	3	31,95	17,34	20,08	22,17	6,47	7,39
Magdalena	6	7	1	2	1	0	14,42	9,62	1,20	7,32	8,54	1,22
Meta	2	5	1	0	0	0	7,28	4,85	3,64	2,47	6,17	1,23
Nariño	2	9	1	0	1	0	2,53	2,53	0,84	1,73	7,77	0,86
Norte de Santander	0	1	0	0	2	2	3,12	3,12	1,56	0,00	0,80	0,00
Putumayo	0	1	0	0	1	1	3,18	6,36	3,18	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	5	7	5	2	1	12,22	13,97	12,22	1,80	8,98	12,57
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	1	0	0	1	0	0,00	0,00	5,06	5,15	2,58	0,00
Santander	0	0	0	0	2	0	0,00	4,03	4,03	0,00	0,00	0,00
Sucre	1	5	0	0	2	0	10,49	7,87	0,00	1,33	6,65	0,00
Tolima	0	2	0	1	2	0	0,00	7,30	2,43	0,00	2,48	0,00
Valle del Cauca	1	5	0	0	3	1	2,23	5,95	1,49	0,77	3,83	0,00
Vaupés	1	0	2	1	0	1	30,23	30,23	15,11	14,72	0,00	29,44
Vichada	7	2	0	1	2	0	36,02	72,04	7,20	50,44	14,41	0,00

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

En esta semana epidemiológica se han notificado 324 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 109 confirmadas por clínica y 44 por laboratorio, 74 descartadas y 97 se encuentran en estudio; para una tasa de mortalidad de 4,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 38 fueron 254, para una tasa de mortalidad de 7,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 38 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C., Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Santander y Vaupés; y a nivel municipal en Güicán de la Sierra, Pueblo Bello, Florencia, Soacha, Lloró y San Andrés de Tumaco D. E.. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Rhinovirus*, *Virus Sincitial Respiratorio*, *Enterovirus*, *Bordetella pertussis*, *Haemophilus influenzae B*, *Influenza A*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Adenovirus*, *Moraxella catarrhalis*, *SARS-CoV2*, *Influenza B*, *Klebsiella pneumoniae*, *Metapneumovirus*, *Parainfluenza tipo 3*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Parainfluenza tipo 1*, *Parainfluenza tipo 4*, *Pseudomona aeruginosa*, *Streptococcus pyogenes* (tabla 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 38, 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>	12	6	5	1	2	26	8	2	4	0	0	14
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	35	4	1	1	0	41	8	1	1	1	0	11
<i>Enterovirus</i>	7	4	3	1	1	16	7	1	2	0	0	10
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
<i>Haemophilus influenzae B</i>	4	2	2	0	0	8	6	2	0	0	0	8
<i>Influenza A</i>	5	3	0	0	1	9	4	0	2	1	0	7
<i>Staphylococcus aureus</i>	11	1	2	2	0	16	7	0	0	0	0	7
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5	4	3	3	1	16	4	1	2	0	0	7
<i>Adenovirus</i>	7	6	2	0	0	15	3	0	2	1	0	6
<i>Moraxella catarrhalis</i>	4	1	2	2	1	10	3	2	1	0	0	6
<i>SARS-CoV2</i>	10	2	0	0	0	12	4	1	0	1	0	6
<i>Influenza B</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	1	1	0	0	5	1	1	0	0	0	2
<i>Metapneumovirus</i>	4	1	1	0	0	6	2	0	0	0	0	2
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	118	36	24	11	6	195	71	13	14	5	0	103

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica 38 se han notificado 150 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 101 fueron confirmadas, 19 descartadas y 30 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 38 fue de 168, para una tasa de mortalidad de 4,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 38 del 2018 al 2024 se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Bolívar, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Meta, Norte de

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

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A Semana Epidemiológica 38 se han notificado 78 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, cuatro confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli*, *Norovirus*, *Adenovirus* y *Klebsiella pneumoniae*), 40 confirmadas por clínica, 12 descartadas y 22 en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 38 fue de 115, para una tasa de mortalidad de 3,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 38 del 2018 al 2024 se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba y La Guajira; y a nivel municipal en Bajo Baudó, Riohacha D. E. y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones¹:

- **Muerte materna:** es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Muerte materna tardía:** es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.
- **Muerte materna por causas coincidentes:** corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

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

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

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

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33610/NF028779>

En la semana epidemiológica 38 del año 2025 se notificaron al Sivigila nueve casos: cinco muertes maternas tempranas, tres muertes maternas tardías y una muerte materna coincidente. El país acumula 138 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 131 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 38, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	193	114	47	354
2023	183	116	61	360
2024	149	101	35	285
2025p	131	95	31	257

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 31 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D. C., La Guajira, Antioquia, Cesar, Cundinamarca y Norte de Santander. Al comparar con el promedio histórico 2021-2024 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Bogotá D. C., Caldas, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Meta y Santa Marta D. T.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 7).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Málaga (Santander), Puente Nacional (Santander), Sabanas de San Ángel (Magdalena), Suesca (Cundinamarca), Urumita (La Guajira), Riohacha (La Guajira), Maicao (La Guajira) y Soledad (Atlántico), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas comprado con el promedio histórico 2021-2024 (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 38 del año 2025, el 58,0 % corresponden a causas directas y el 35,9 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,8 % (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 38, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 38	Acumulado de casos a SE 38	
		2024	2025
Colombia	224	149	131
Bogotá D. C.	20	13	14
La Guajira	18	16	13
Antioquia	19	11	12
Cesar	10	9	11
Cundinamarca	11	8	7
Norte de Santander	6	5	7
Chocó	11	13	6
Nariño	9	7	6
Bolívar	8	3	5
Santander	8	4	5
Atlántico	8	4	4
Barranquilla D. E.	5	4	4
Santiago de Cali D. E.	6	4	4
Córdoba	11	6	4
Magdalena	8	3	4
Casanare	2	1	3
Boyacá	4	2	2
Guainía	0	0	2
Huila	5	5	2
Risaralda	3	2	2
Santa Marta D. T.	6	2	2
Tolima	5	3	2
Valle del Cauca	4	2	2
Buenaventura D. E.	3	2	1
Cauquetá	2	0	1
Cartagena de Indias D. T.	6	0	1
Cauca	6	7	1
Meta	7	5	1
Quindío	2	0	1
Sucre	4	2	1
Vichada	3	3	1
Amazonas	1	0	0
Arauca	2	0	0
Caldas	3	1	0
Guaviare	1	0	0
Putumayo	2	2	0
Vaupés	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0

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

Tabla 8. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021–2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 38	Valor observado SE 38
Colombia	224	131
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Málaga (Santander)	0	2
Puente Nacional (Santander)	0	1
Sabanas de San Ángel (Magdalena)	0	1
Suesca (Cundinamarca)	0	1
Urumita (La Guajira)	0	1
Riohacha D. E. (La Guajira)	5	1
Maicao (La Guajira)	5	0
Soledad (Atlántico)	5	0

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

Tabla 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023–2024 a SE 38	Número de casos y proporción a SE 38 2023–2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	166	183	100	149	100	131	100
DIRECTA	108	120	65,6	96	64,4	76	58,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	33	34	18,6	31	20,8	26	19,8
Hemorragia obstétrica	30	28	15,3	31	20,8	23	17,6
Sepsis obstétrica	12	17	9,3	7	4,7	9	6,9
Evento tromboembólico como causa básica	12	17	9,3	7	4,7	6	4,6
Embarazo ectópico	9	10	5,5	7	4,7	6	4,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	2,2	4	2,7	4	3,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1	0,5	3	2,0	2	1,5
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,2	4	2,7	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,5	1	0,7	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,5	1	0,7	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	2	3	1,6	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	56	60	32,8	51	34,2	47	35,9
Otras causas indirectas	23	24	13,1	21	14,1	21	16,0
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	6,6	5	3,4	12	9,2
Sepsis no obstétrica	9	10	5,5	7	4,7	5	3,8
Otras causas indirectas: cáncer	8	8	4,4	8	5,4	3	2,3
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,5	0	0,0	3	2,3
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,6	4	2,7	2	1,5
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,5	4	2,7	1	0,8
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,7	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,5	1	0,7	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	2	1,1	0	0,0	1	0,8
En estudio	2	1	0,5	2	1,3	7	5,3

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

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

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 38 del 2025 se han notificado 4 070 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 030 corresponden a residentes en Colombia y 40 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (483), Antioquia (479), Cundinamarca (262), La Guajira (189) y Santiago de Cali D. E. (186). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024 con corte a semana epidemiológica 38 del 2025, se presentó comportamiento inusual en Atlántico, Huila, Chocó, Sucre, Tolima, Putumayo, Arauca y Vaupés. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 10).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño), Agustín Codazzi (Cesar), Acacías (Meta), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Aguazul (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), La Calera (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), San Carlos (Antioquia) y El Litoral del San Juan (Chocó) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,6 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,8 %, neonatales tardías con 17,7 % y fetales intraparto con 9,9 %.

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 inmaduridad con el 16,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,5 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 38 del 2025 (datos preliminares) frente al 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 10. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 38, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 38	Acumulado de casos a SE 38	
		2024	2025
Colombia	6 002	4 399	4 030
Bogotá D. C.	651	539	483
Antioquia	669	494	479
Cundinamarca	316	286	262
La Guajira	313	226	189
Santiago de Cali D. E.	231	193	186
Córdoba	317	204	181
Cesar	217	135	147
Nariño	159	145	140
Barranquilla D. E.	233	134	127
Cauca	201	134	125
Valle del Cauca	161	125	122
Meta	134	99	121
Santander	186	120	114
Bolívar	175	109	111
Norte de Santander	186	120	111
Cartagena de Indias D. T.	200	122	108
Atlántico	189	123	94
Magdalena	146	114	92
Huila	139	99	88
Boyacá	109	86	80
Chocó	147	121	77
Sucre	147	103	76
Tolima	129	94	73
Caldas	74	58	59
Risaralda	85	65	54
Buenaventura D. E.	64	42	51
Casanare	61	48	47
Santa Marta D. T.	78	38	39
Quindío	50	40	33
Caquetá	50	32	32
Putumayo	48	43	29
Vichada	29	25	25
Arauca	50	29	23
Amazonas	13	11	14
Guaviare	10	9	11
Guainía	14	7	10
Archipiélago de San Andrés y Providencia	11	14	9
Vaupés	12	13	8

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

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 38 2020 - 2024	Valor observado a SE 38 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	6 002	4 030	-
San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño)	41	46	5
Agustín Codazzi (Cesar)	15	24	19
Acacías (Meta)	9	13	1
Tocancipá (Cundinamarca)	5	11	11
Timbiquí (Cauca)	5	10	12
Aguazul (Casanare)	3	7	34
Villapinzón (Cundinamarca)	2	6	2
La Calera (Cundinamarca)	3	6	4
Tenjo (Cundinamarca)	1	6	6
San Carlos (Antioquia)	2	5	1
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	5	2

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 38, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 38, 2023 -2025					
	2023 a SE 38	(%)	2024 a SE 38	(%)	2025 a SE 38	(%)
Colombia	5 317	100,0	4 399	100,0	4 030	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 312	24,7	1 164	26,5	1 051	26,1
Prematuridad-inmadurez	980	18,4	721	16,4	667	16,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	850	16,0	661	15,0	544	13,5
Sin información	17	0,3	0	0,0	380	9,4
Infecciones	464	8,7	392	8,9	335	8,3
Malformación congénita	488	9,2	404	9,2	315	7,8
Otras causas de muerte	325	6,1	289	6,6	237	5,9
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	558	10,5	492	11,2	222	5,5
Causas no específicas	116	2,2	107	2,4	131	3,3
Trastornos cardiovasculares	137	2,6	126	2,9	112	2,8
Lesión de causa externa	51	1,0	21	0,5	18	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	19	0,4	22	0,5	18	0,4

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 38 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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




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

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

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

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en las hospitalizaciones de sala general y en las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio (UCI y UCIM). Sin embargo, en las atenciones por consulta externa y urgencias se evidenció una tendencia al aumento en comparación con el periodo anterior (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 31 a 38 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 31 a SE 34 2025	SE 35 a SE 38 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	535 844	569 172	6,22%	
Hospitalización en sala general	25 962	23 885	-8,00%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 232	3 040	-5,94%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 38 del 2025 se notificaron 142 854 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. E., Chocó, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D. T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas. Las 29 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes, se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 del 2025) en 24 municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, Semanas Epidemiológicas 35 a 38 del 2025

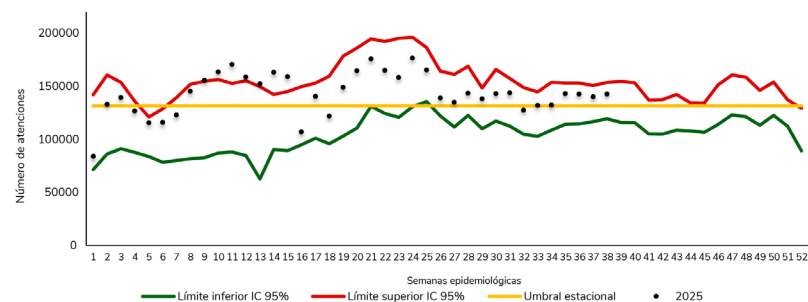
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	75 725	69 921	7 683	9 308
La Guajira	Maicao	44 763	49 844	2 268	7 258
Cundinamarca	Soacha	60 011	62 908	3 623	6 512
Antioquia	Itagüí	60 733	63 601	4 090	5 924
Cundinamarca	Chía	50 880	44 241	3 675	4 668
Antioquia	Bello	57 594	46 861	4 117	4 612
La Guajira	Uribe	41 041	35 955	2 332	3 853
Antioquia	Rionegro	22 341	28 309	1 918	2 652
Santander	Floridablanca	21 557	21 259	1 632	2 497
Risaralda	Dosquebradas	20 490	22 630	1 196	2 424
Santander	Barrancabermeja D. E.	14 881	22 780	715	2 419
Bolívar	Magangué	12 784	17 082	831	2 280
Magdalena	Ciénaga	18 833	17 830	822	2 240
Boyacá	Sogamoso	12 408	15 990	1 210	2 199
Valle del Cauca	Palmira	22 716	20 969	1 688	2 156
Córdoba	Sahagún	17 420	19 100	1 709	2 115
Cundinamarca	Zipaquirá	15 629	17 896	1 595	2 041
Boyacá	Duitama	20 198	16 915	1 586	1 900
Córdoba	Cereté	13 401	14 500	622	1 872
Antioquia	Envigado	18 630	19 869	1 683	1 565
Antioquia	Apartadó	14 054	13 656	1 025	1 472
Norte de Santander	Ocaña	12 719	13 485	427	1 382
Cundinamarca	Madrid	15 126	11 079	830	1 376
Cundinamarca	Funza	11 178	12 107	824	1 350
Cundinamarca	Facatativá	17 488	13 721	1 452	1 328
Córdoba	Lorica	11 667	11 964	1 160	1 295
Valle del Cauca	Cartago	12 925	13 244	451	1 266
Casanare	Yopal	12 483	11 696	981	1 247
Cundinamarca	Girardot	16 222	15 864	1 144	1 231
Antioquia	Turbo	11 290	11 605	837	1 216
Santander	Piedecuesta	5 172	8 108	263	1 071
Cesar	Aguachica	7 166	9 249	796	992
Huila	Pitalito	9 189	10 304	834	973
Valle del Cauca	Yumbo	10 727	11 109	963	941
Atlántico	Malambo	7 757	5 557	448	923
Cauca	Santander De Quilichao	9 996	8 816	842	855
Valle del Cauca	Tuluá	13 558	9 900	410	841
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	6 756	5 450	674	776
Cundinamarca	Mosquera	5 389	5 773	329	659
Santander	Girón	6 416	6 473	239	578
Cauca	Guapi	1 965	3 741	214	471
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 262	4 976	291	372
Nariño	La Florida	616	580	66	76

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 del 2025) por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 25,0 % (142 832) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,0 % (113 949). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 12,4 % y los menores de dos a cuatro años con el 12,0 % respectivamente.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvo dentro de lo esperado. Entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; de la semana 16 a la 34 se observó un descenso por debajo del umbral estacional, pero en la semana 35 a 38 reaparece una tendencia al aumento ubicándose por encima de dicho umbral (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 38 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

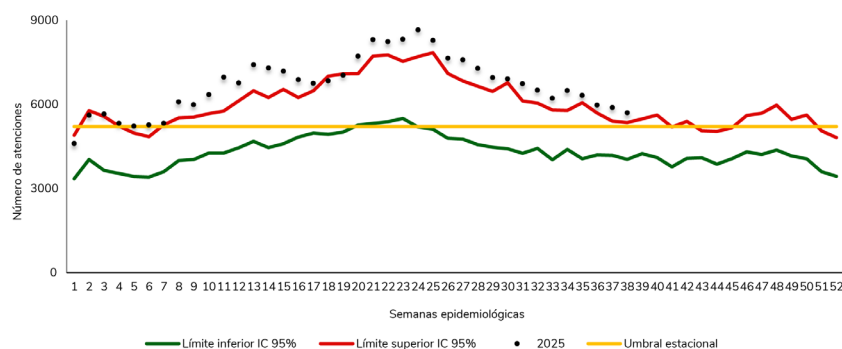
En la semana epidemiológica 38 del 2025 se notificaron 5 700 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se presentó disminución en Chocó, Guanía, La Guajira y Vaupés, e incremento en Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T y Tolima. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 del 2025) por grupos de edad, los mayores de 60 años (6 524) representaron el 27,3 %, seguido de los

menores de un año con el 17,2 % (4 121). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de los niños de un año con 25,4 %, seguido de los menores de dos a cuatro años con el 24,0 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general entre las semanas 05 a 17 y 20 a 34, las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una leve disminución en semana epidemiológica 38 (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 38 del 2025

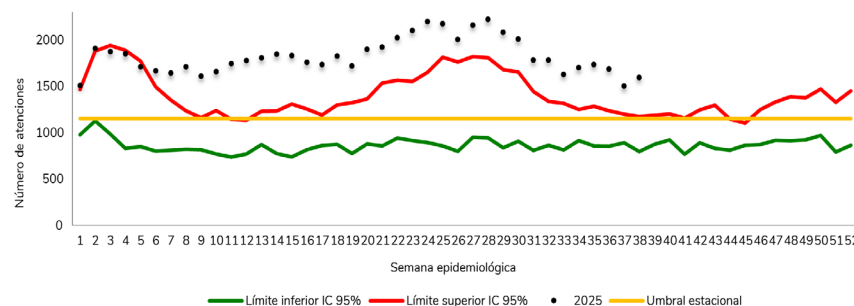


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 38 del 2025 se notificaron 1 597 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 38, se ubicó 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 38 del 2025



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

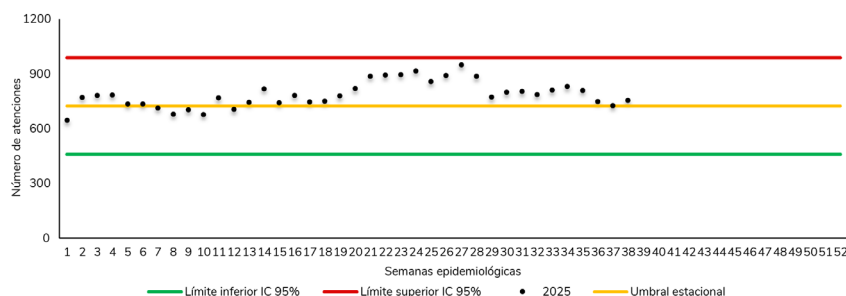
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 38 del 2025 se notificaron 755 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, y se observó incremento en once entidades territoriales. Se presentó disminución en Chocó, Guaviare, La Guajira, Magdalena y Meta. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D. E., Bogotá D. C., Bolívar, Buenaventura D. E., Santiago de Cali D. E., Caquetá, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Tolima, Vaupés ni Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 del 2025) por grupos de edad, los mayores de 60 años representan el 35,7 % (1 088), seguido de los menores de un año con el 25,8 % (786) 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 28,7 %, seguido de los menores de dos a cuatro años con el 25,4 %.

En el gráfico de control de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observa a nivel nacional; desde la semana epidemiológica 13 hasta la 38, una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 38 del 2025

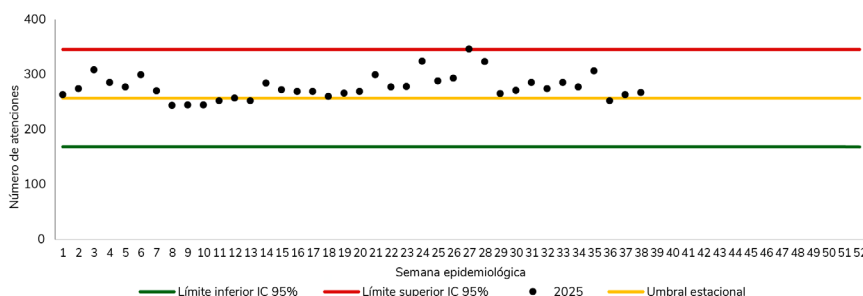


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 38 del 2025 se notificaron 267 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 al aumento, ubicándose por encima del umbral estacional (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 38 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2025 se observó una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en las hospitalizaciones en sala general como en UCI/UCIM. No obstante, en los servicios de consulta externa y urgencias se

registró un incremento porcentual que no supera el 30 % 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 38 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior, pero con tendencia a la disminución.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional, los cuales influyen en la presentación de las infecciones respiratorias agudas, se insta a las entidades territoriales a:

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














Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado decremento en América del Norte, Andina, Brasil y Cono Sur; las demás regiones han permanecido con niveles sostenidos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H1N1) pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Para Virus Sincitial Respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto en Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un aumento en la subregión caribe y disminución en el resto de las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico con corte a semana epidemiológica 38, la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos se observa variación significativa al incremento para rinovirus, enterovirus e influenza A(H1N1) pdm09; y al decremento para VSR, parainfluenza e influenza A. Los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 15).

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 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 31 a 38 del 2025

Agente viral identificado	SE 31 a SE 34			SE 35 a SE 38			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	50,0	56,8	36,8	50,0	56,4	34,9	
Rinovirus	12,7	10,6	14,3	20,8	19,1	13,6	
VSR	39,6	50,3	21,4	29,7	46,1	4,5	
Enterovirus	7,8	4,8	7,1	13,0	8,7	4,5	
Adenovirus	8,1	10,6	-	8,3	9,6	-	
Influenza B	-	-	-	-	-	-	
Influenza A	12,0	8,5	25,0	7,3	4,4	22,7	
Parainfluenza	6,0	5,3	7,1	2,1	0,9	4,5	
Metapneumovirus	3,9	3,2	3,6	4,7	4,3	13,6	
A(H1N1)pdm09	2,8	2,1	7,1	6,3	0,9	22,7	
SARS-CoV2	4,9	3,7	10,7	4,2	5,2	-	
A(H3N2)	0,4	-	3,5	0,5	0,9	-	
Coronavirus	1,8	1,1	-	3,1	-	13,6	

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

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

COVID-19

Metodología

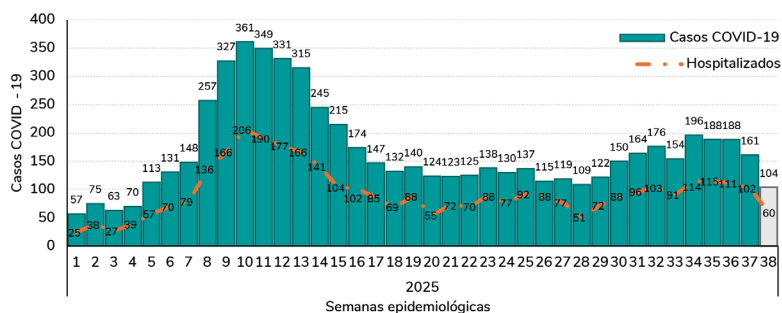
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la Semana Epidemiológica (SE) 38 del 2025 considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

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

En Colombia, con corte al 20 de septiembre de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 6 373 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 del 2025) se ha observado una disminución del 7,1 %, con 641 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 31 a 34 del 2025), en el cual se reportaron 690 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 4,0 %, pasando de 404 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 388 casos en el periodo analizado (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:38
*SE: semana epidemiológica.

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 35 a 38) se registró una incidencia de 1,21 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 32 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 127 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34), este indicador evidencia un aumento significativo a nivel departamental y distrital en Bogotá D. C., Boyacá y Santiago de Cali D. E.. A nivel municipal, el incremento se observa en Duitama (Boyacá) y Orito (Putumayo).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 114 fallecimientos relacionados con COVID-19 (111 con procedencia nacional y 3 del exterior). En el período observado, las muertes se registraron en Bogotá D. C., Antioquia, Quindío y Arauca; con un caso cada uno. El 71,9 % (82 casos) correspondió a personas de 60 años o más (tabla 16).

Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025.

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
Colombia	111	8	6	0,02	0,01
Bogotá D. C.	32	3	3	0,04	0,04
Antioquia	7	1	1	0,01	0,01
Quindío	5	0	1	0,00	0,18
Arauca	5	1	1	0,31	0,31
Bolívar	1	0	0	0,00	0,00
Boyacá	3	0	0	0,00	0,00
Caldas	1	0	0	0,00	0,00
Cauca	5	0	0	0,00	0,00
Córdoba	5	1	0	0,05	0,00
Cundinamarca	7	0	0	0,00	0,00
Chocó	1	0	0	0,00	0,00
Huila	1	0	0	0,00	0,00
La Guajira	2	0	0	0,00	0,00
Magdalena	2	0	0	0,00	0,00
Meta	6	0	0	0,00	0,00
Nariño	3	0	0	0,00	0,00
Norte de Santander	1	0	0	0,00	0,00
Santander	7	0	0	0,00	0,00
Sucre	3	0	0	0,00	0,00
Tolima	4	1	0	0,07	0,00
Valle del Cauca	4	1	0	0,05	0,00
Santiago de Cali D. E.	4	0	0	0,00	0,00
Casanare	1	0	0	0,00	0,00
Guaviare	1	0	0	0,00	0,00
Exterior	3	-	-	-	-

Fuente: Sivigila, 2025. SE:38.
*SE: Semana Epidemiológica.
PE: Periodo Epidemiológico -PE anterior (SE 31-34) y PE actual (SE 35-38)

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



Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 38 del 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 38 del 2025 se notificaron 1 910 casos de dengue: 1 440 casos de esta semana y 470 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 104 188 casos, 65 159 (62,5 %) sin signos de alarma, 38 037 (36,5 %) con signos de alarma y 992 (1,0 %) de dengue grave.

El 61,4 % (63 927) de los casos a nivel nacional proceden de Córdoba, Santander, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Tolima, Cartagena de Indias D. T., Valle del Cauca, Atlántico y Cundinamarca (tabla 17); mientras que en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 34 a 37 del 2025) el 60,4 % (4 557) de los casos se concentran en Norte de Santander, Santander, Meta, Antioquia, Cesar, Tolima y Cartagena de Indias D. T.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025.

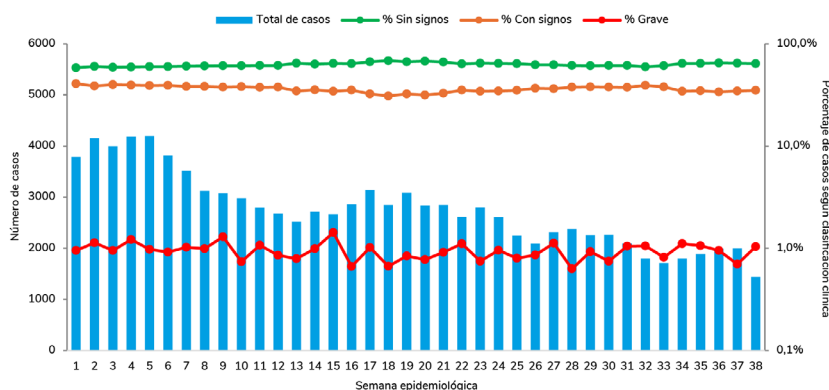
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 30-33 de 2025)	Observado (SE 34-37 de 2025)
Córdoba	9275	36,2	0,3	809	635
Santander	9197	32,5	0,6	698	715
Meta	9028	34,0	1,1	633	624
Norte de Santander	7510	39,8	1,2	794	801
Antioquia	7263	34,6	0,8	620	601
Tolima	5224	32,5	1,0	353	394
Cartagena de Indias D. T.	5127	23,5	1,1	317	387
Valle del Cauca	4207	25,9	0,6	251	292
Atlántico	3583	43,6	1,5	336	250
Cundinamarca	3513	39,8	0,5	105	122
Bolívar	3473	39,0	0,8	297	303
Sucre	3457	57,3	0,7	311	274
Huila	3074	35,6	3,0	154	156
Putumayo	2982	27,6	0,6	95	133
Santiago de Cali D. E.	2855	35,2	0,8	172	196
Cesar	2643	56,9	1,8	355	400
Barranquilla D. E.	2582	36,6	1,1	101	122
La Guajira	2532	59,0	1,3	217	138
Arauca	2298	32,5	1,0	176	108
Caquetá	2253	39,2	1,2	44	45
Magdalena	1550	58,5	1,0	288	224
Casanare	1467	32,6	0,4	107	50
Guaviare	1093	18,9	0,5	44	129
Risaralda	1031	35,9	1,1	52	41
Nariño	993	32,2	1,4	90	75
Cauca	988	37,7	1,4	34	44
Chocó	903	17,6	0,8	100	71
Quindío	878	26,0	0,1	43	62
Vichada	806	29,4	0,4	47	42
Boyacá	645	44,5	0,5	36	49
Santa Marta D. T.	478	59,6	0,8	66	67
Caldas	340	48,5	0,3	20	12
Amazonas	318	29,6	0,0	47	34
Exterior	249	50,6	5,2	22	27
Buenaventura D. E.	182	36,8	1,6	16	16
Vaupés	115	8,7	0,9	23	41
Archipiélago de San Andrés y Providencia	51	41,2	0,0	2	3
Guainía	25	32,0	0,0	1	0
Colombia	104 188	36,5	1,0	7 876	7 863

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 34 a 37 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 30 a 33 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 15,0 % en Barranquilla D. E., Boyacá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Cundinamarca, Guaviare, Putumayo, Quindío, Valle del Cauca y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 15,0 % en Amazonas, Arauca, Atlántico, Caldas, Casanare, Chocó, Córdoba, Magdalena, La Guajira, Nariño y Risaralda; mientras que las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37 % 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 33 a 36 del 2025) fueron: Boyacá, Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T. y La Guajira.

Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 38 del 2025.

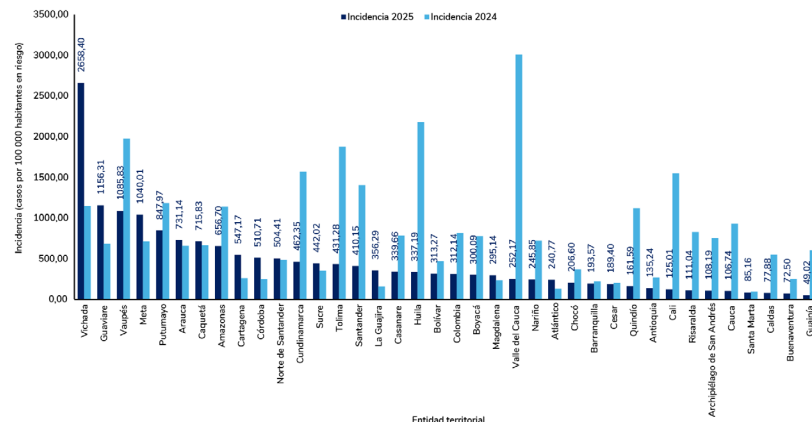


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 38 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 312,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. Para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 813,7 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Guaviare, Vaupés y Meta presentan las mayores

incidencias a semana epidemiológica 38 del 2025, registrando tasas superiores a 1 000 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 587,8 casos por 100 000 habitantes.

Figura 13. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 38, 2024-2025.



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

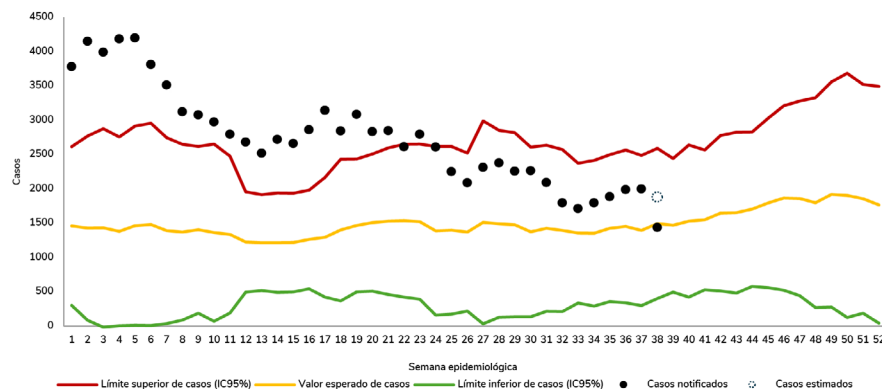
En la semana epidemiológica 38 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta; comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al descenso con una variación de - 2,4 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 34 a 37 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 30 a 33 del 2025) (figura 14).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 29,7 % (11) se encuentra dentro de lo esperado, el 40,5 % (15) se encuentra en situación de alerta, y el 32,4 % (12) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado; comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo, las entidades territoriales de Antioquia, Córdoba, Magdalena y Risaralda se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada (tabla 18).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 38 del 2025

se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país, el 14,8 % (122) se encuentra por encima de lo esperado según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, el 24,5 % (14/57) se encuentra por encima de lo esperado; comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 14. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 38 del 2025.



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 38, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de septiembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Córdoba, Magdalena, Risaralda.	Norte de Santander, Vichada.	Boyacá, Guaviare, Meta, Putumayo, Quindío.
Alerta	Bolívar, Santander.	Arauca, Atlántico, Cartagena de Indias D. T., Cesar, Chocó, Sucre.	Amazonas, Caquetá, La Guajira, Nariño, Santa Marta D. T., Tolima y Valle del Cauca.
Dentro de lo esperado	-	Buenaventura D. E., Cundinamarca, Santiago de Cali D. E., Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vaupés.	Barranquilla D. E., Caldas, Casanare, Cauca, Guainía, Huila.

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

Tabla 19. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado	Observado
Antioquia	Apartadó	376,5	496	63	48
	Bello	20,4	113	4	14
Cauca	Popayán	35,8	97	5	7
Cesar	Aguachica	646,9	795	92	93
Córdoba	Montería	899,8	4 616	253	220
	Cereté	305,4	336	28	40
Cundinamarca	Fusagasugá	260,7	431	9	7
Meta	Villavicencio	875,8	4 466	352	382
Norte de Santander	San José de Cúcuta	592,8	4 526	452	445
	Villa del Rosario	639,4	704	52	59
Risaralda	Pereira	107,1	520	23	15
Valle del Cauca	Dosquebradas	133,3	290	17	18
	Jamundí	546,4	925	44	51
Arauca	Arauca	213,2	214	33	16

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

A semana epidemiológica 38 del 2025 se han notificado 321 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 87 casos, descartado 190 casos y en estudio 44 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,08 %; inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 235 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 38, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 38, 2025	Letalidad por dengue a SE 38, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,29	0,12
Vichada	2	1	0,25	0,00
La Guajira	6	2	0,24	0,00
Santa Marta D. T.	1	0	0,21	0,19
Cauca	2	1	0,20	0,07
Putumayo	5	0	0,17	0,24
Huila	5	1	0,16	0,02
Barranquilla D. E.	3	1	0,12	0,00
Meta	10	1	0,11	0,10
Antioquia	8	3	0,11	0,12
Arauca	2	0	0,09	0,14
Bolívar	3	0	0,09	0,15
Cartagena de Indias D. T.	4	1	0,08	0,20
Santander	7	6	0,08	0,10
Santiago de Cali D. E.	2	0	0,07	0,05
Córdoba	6	5	0,06	0,02
Magdalena	1	3	0,06	0,00
Sucre	2	1	0,06	0,11
Cundinamarca	2	1	0,06	0,06
Atlántico	2	3	0,06	0,10
Norte de Santander	4	3	0,05	0,14
Tolima	2	5	0,04	0,10
Cesar	1	1	0,04	0,25
Boyacá	0	1	0,00	0,12
Chocó	0	1	0,00	0,12
Guaviare	0	1	0,00	2,93
Nariño	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Exterior	4	0	1,61	0,91
Colombia	83	44	0,08	0,09

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: Semana Epidemiológica.

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 38 del 2025 con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos. En el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

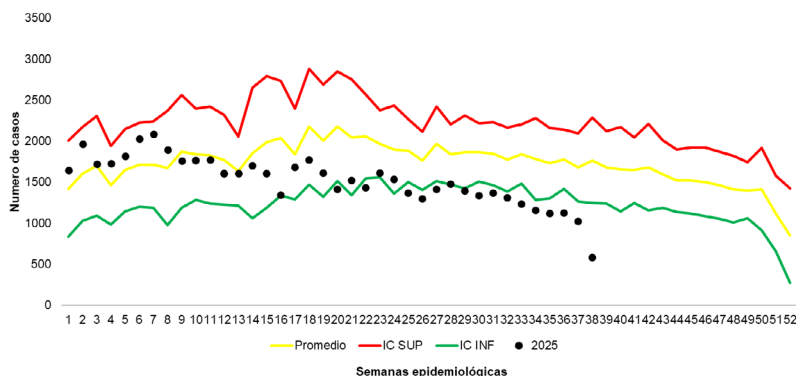
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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/buscadoreventos/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 38 del 2025.



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

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 38, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 38 del 2025 se notificaron 1 447 casos de malaria, para un acumulado de 58 260 casos; de los cuales 57 215 son de malaria no complicada y 1 045 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,6 % (39 370), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,3 % (18 209) e infección mixta con 1,2 % (681). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,0 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,5 %), Antioquia (15,4 %), Nariño (13,2 %), Córdoba (8,2 %), Vaupés (6,3 %), Risaralda (4,1 %), Amazonas (3,9 %), Cauca (3,2 %), Buenaventura D. E. (2,8 %), Vichada (2,4 %), Bolívar (2,3 %), Guainía (2,2 %) y Boyacá (1,5 %). Mientras que por municipio, los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,9 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 31 a 34	Casos 2025 SE 35 a 38	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 133	227	152	128,96
Córdoba	Tierralta	2 792	247	167	27,98
Chocó	Quibdó	2 494	208	126	17,25
Risaralda	Pueblo Rico	2 137	234	180	127,29
Antioquia	El Bagre	1 762	151	110	31,29
Nariño	El Charco	1 514	185	81	65,12
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 578	178	164	4,87
Chocó	Lloró	1 474	137	134	138,91
Nariño	Roberto Payán	1 372	76	55	102,94
Chocó	Bajo Baudó	1 331	168	112	39,23
Nariño	Olaya Herrera	1 249	137	72	47,19
Nariño	Magüí	1 176	66	30	4,40
Guainía	Inírida	1 203	92	79	31,73
Chocó	Tadó	1 168	133	69	57,95
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 167	97	100	266,74
Vichada	Cumaribo	1 089	41	27	12,51
Chocó	Bagadó	1 201	161	223	101,41
Córdoba	Puerto Libertador	1 016	38	34	22,37
Chocó	Istmina	984	94	61	29,10
Chocó	Medio San Juan	976	126	81	82,96
Cauca	Timbiquí	899	41	17	31,98
Boyacá	Cubará	883	28	23	103,65
Chocó	Alto Baudó	972	91	76	31,09
Antioquia	Nechí	803	36	30	28,78
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	783	76	39	2,93
Chocó	El Cantón del San Pablo	752	51	34	108,89
Bolívar	Montecristo	763	66	59	41,54
Nariño	Barbacoas	734	45	26	12,52
Cauca	Guapi	725	48	66	24,54
Antioquia	Chigorodó	676	45	35	10,86
Antioquia	Turbo	656	54	47	4,88
Chocó	Carmen del Darién	630	34	36	28,44
Antioquia	Segovia	561	61	40	13,71
Antioquia	Cáceres	545	70	40	17,49
Chocó	Medio Baudó	519	80	51	30,72

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 72,9 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, se observa que 15 municipios aportan el 47,4 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia incremento en los municipios de Tarapacá (CD), Lloró y Bagadó; y en decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Inírida, Puerto Libertador, Cubará, Cumaribo, Montecristo, Alto Baudó y Chigorodó (tabla 22). 15 municipios aportan el 62,0 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia incremento en los municipios Roberto Payán y Guapi; y en decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E., Timbiquí, Magüí, Bajo Baudó, Olaya Herrera, Tadó, Lloró, Barbacoas, Istmina, Medio San Juan y Tierralta como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 31 a 34 de 2025	Casos SE 35 a 38 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	219	152	-31 %	7,8 %
Córdoba	Tierralta	207	154	-26 %	6,1 %
Risaralda	Pueblo Rico	197	167	-15 %	4,8 %
Antioquia	El Bagre	125	88	-30 %	3,6 %
Chocó	Quibdó	112	80	-29 %	3,4 %
Guainía	Inírida	89	73	-18 %	3,0 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	83	85	2 %	2,5 %
Córdoba	Puerto Libertador	38	30	-21 %	2,4 %
Boyacá	Cubará	28	23	-18 %	2,3 %
Vichada	Cumaribo	34	20	-41 %	2,2 %
Chocó	Lloró	73	80	10 %	2,1 %
Chocó	Bagadó	104	130	25 %	2,1 %
Bolívar	Montecristo	61	56	-8 %	1,7 %
Chocó	Alto Baudó	49	41	-16 %	1,7 %
Antioquia	Chigorodó	42	35	-17 %	1,6 %

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 38 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 31 a 34 de 2025	Casos SE 35 a 38 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	170	76	-55 %	7,8 %
Chocó	Quibdó	94	46	-51 %	6,2 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	114	98	-14 %	5,4 %
Cauca	Timbiquí	40	17	-58 %	5,0 %
Nariño	Roberto Payán	18	19	6 %	4,7 %
Nariño	Magüí	46	21	-54 %	4,7 %
Chocó	Bajo Baudó	104	62	-40 %	3,8 %
Nariño	Olaya Herrera	80	40	-50 %	3,7 %
Cauca	Guapi	44	56	27 %	3,7 %
Chocó	Tadó	79	35	-56 %	3,5 %
Chocó	Lloró	54	45	-17 %	3,1 %
Nariño	Barbacoas	28	4	-86 %	2,8 %
Chocó	Istmina	48	23	-52 %	2,7 %
Chocó	Medio San Juan	70	34	-51 %	2,5 %
Córdoba	Tierralta	40	12	-70 %	2,4 %

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 38 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; trece departamentos y veintitrés municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24), y tres departamentos y trece municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 25).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 38 del 2025.

Municipios en situación de brote SE 01 a 38 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 38 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 35 A 38	Observado SE 35 A 38 de 2025
Nariño	El Charco	5	1 520	79	82
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	1 177	69	100
Chocó	Medio San Juan	5	980	60	81
Boyacá	Cubará	4	888	21	23
Antioquia	Nechí	5	809	23	30
Bolívar	Montecristo	5	798	44	61
Antioquia	Turbo	5	671	44	48
Amazonas	Leticia	4	498	7	15
Arauca	Saravena	4	454	4	16
Vichada	Puerto Carreño	4	291	20	72
Meta	Puerto Gaitán	4	283	7	27
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	196	2	4
Vaupés	Taraira	5	154	23	60
Risaralda	La Virginia	4	99	1	10
Meta	Puerto Rico	4	69	1	5
Meta	Puerto Concordia	4	59	3	8
Arauca	Fortul	4	53	0	5
Bolívar	Achí	4	45	1	5
Risaralda	Pereira	4	43	2	5
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	40	1	4
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	31	1	9
Amazonas	El Encanto	4	16	0	10
Córdoba	San Pelayo	4	6	0	3

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

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 38 del 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 38 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 38 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 35 A 38	Observado SE 35 A 38 de 2025
Antioquia	Segovia	5	569	39	41
Antioquia	Cáceres	4	546	27	40
Antioquia	Mutatá	5	522	40	36
Antioquia	Tarazá	4	423	18	22
Antioquia	Caucasia	4	312	9	10
Nariño	Santa Bárbara	1	214	21	26
Antioquia	San Pedro de Urabá	4	211	20	20
Chocó	Cértogui	4	174	12	12
Chocó	El Carmen de Atrato	4	161	6	7
Vaupés	Pacoa (CD)	4	83	9	5
Córdoba	Buenavista	1	9	1	3
Norte de Santander	Teorama	4	7	1	4
Putumayo	San Miguel	4	5	0	2

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, y puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, dado que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.

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

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

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

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

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

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (39 de 2024 a 38 de 2025) es de 0,59 casos por 100 menores de 5 años. Las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo se presenta comportamiento inusual de aumento en 168 municipios a nivel nacional (15,0 %) y de disminución en 23 municipios (2,0 %) (tabla 26).

El 80,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,1 % como desnutrición aguda severa. El 6,0 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,2 %) y de 1 año (27,9 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales el 66,9 %.

Para la semana epidemiológica 38 del 2025; comparada con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T, Vaupés y Archipiélago de San Andrés y Providencia. 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 20 municipios (tabla 27).

A semana epidemiológica 38 del 2025, se han notificado 16 951 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 15 833 corresponden a residentes en Colombia y 118 casos de residentes en el exterior.

Tabla 26. Casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, Semana Epidemiológica 38, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 38 de 2024	Casos a SE 38 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	18 824	15 833	0,59	14,9	2,0
La Guajira	2 157	1 270	1,81	6,7	0,0
Vichada	262	167	1,59	0,0	0,0
Chocó	858	631	1,46	19,4	6,5
Magdalena	560	623	0,93	44,8	0,0
Risaralda	346	351	0,81	28,6	0,0
Arauca	279	137	0,79	0,0	28,6
Cesar	714	699	0,75	12,0	4,0
Guaviare	77	54	0,75	0,0	0,0
Amazonas	57	54	0,72	0,0	0,0
Cartagena de Indias D. T.	331	401	0,68	0,0	0,0
Casanare	239	192	0,66	10,5	10,5
Antioquia	2 183	2 090	0,65	30,4	1,6
Putumayo	140	145	0,62	0,0	0,0
Bolívar	510	469	0,62	22,2	2,2
Boyacá	396	386	0,60	8,1	0,0
Nariño	700	499	0,59	14,1	1,6
Bogotá D. C.	2 444	1 991	0,58	0,0	0,0
Norte Santander	506	538	0,55	10,0	2,5
Vaupés	43	21	0,53	16,7	16,7
Meta	405	298	0,52	10,3	0,0
Guainía	50	33	0,52	11,1	11,1
Sucre	221	306	0,51	34,6	0,0
Buenaventura D. E.	198	135	0,51	0,0	0,0
Cundinamarca	1 102	877	0,50	6,0	0,9
Huila	423	351	0,49	18,9	0,0
Tolima	348	250	0,47	8,5	0,0
Valle del Cauca	472	480	0,46	30,0	0,0
Santa Marta D. T.	104	135	0,44	100,0	0,0
Santiago de Cali D. E.	434	455	0,44	0,0	0,0
Caquetá	154	105	0,40	0,0	6,3
Córdoba	462	378	0,36	10,0	0,0
Santander	502	372	0,35	13,8	3,4
Barranquilla D. E.	215	244	0,34	0,0	0,0
Caldas	208	142	0,33	11,1	0,0
Atlántico	392	265	0,31	4,5	9,1
Quindío	66	65	0,28	0,0	0,0
Cauca	258	221	0,26	4,8	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	3	0,13	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 39 de 2024 a SE 38 de 2025.

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

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, Semana Epidemiológica 38 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Turbo	43	109
Tolima	Ibagué	50	74
Sucre	Sincelejo	33	69
Boyacá	Sogamoso	26	54
Valle del Cauca	Jamundí	28	53
Risaralda	Dosquebradas	27	51
Antioquia	Rionegro	25	40
Valle del Cauca	Yumbo	30	36
Huila	Pitalito	24	34
Cesar	Aguachica	20	33
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	15	33
Cauca	Popayán	22	32
Norte de Santander	Ocaña	30	32
Cundinamarca	Chía	20	31
Santander	Piedecuesta	33	30
Antioquia	Envigado	12	26
Norte de Santander	Villa del Rosario	43	25
Cundinamarca	Girardot	39	21
Bolívar	Turbaco	11	20
Santander	Floridablanca	24	14

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

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

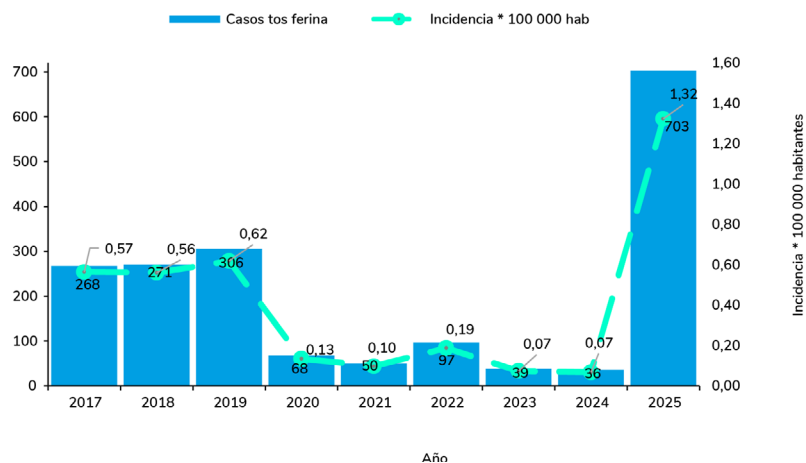
Tos ferina

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

Durante la semana epidemiológica 37 (SE 37), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 5 447 casos de tos ferina. De estos, el 13,1 % (712 casos) fueron confirmados (703 con procedencia nacional y 9 del exterior), el 80,6 % (4 392 casos) fueron descartados, y el 6,3 % (343 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,32 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un incremento respecto a los años 2017–2024, cuando la incidencia no superó los 0,62 casos por cada 100 000 habitantes (figura 16).

Figura 16. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana Epidemiológica 37, Colombia, 2017-2025.



Fuente: Sivigila 2019 a 2025p

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia a semana epidemiológica 37, del 2019 al 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 241 casos y una incidencia de 3,04 casos por cada 100 000 habitantes; seguido de Antioquia con 169 casos (2,43), Cundinamarca con 45 casos (1,23) y Caldas con 23 casos (2,19).

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

Tabla 28. Incidencia de tos ferina hasta la Semana Epidemiológica 37 por departamento de procedencia. 2019-2025, Colombia.

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrográfico	2025
Colombia	0,62	0,13	0,10	0,19	0,07	0,07	1,32		703
Bogotá D. C.	0,76	0,09	0,01	0,06	0,03	0,04	3,04		241
Antioquia	0,75	0,18	0,13	0,13	0,04	0,07	2,43		169
Cundinamarca	0,45	0,13	0,03	0,00	0,12	0,14	1,23		45
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	2,19		23
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,08	0,34	1,91		23
Risaralda	0,84	0,10	0,00	0,10	0,00	0,00	1,85		18
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,69		18
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,83		16
Chocó	0,19	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	2,44		15
Santiago de Cali D. E.	0,13	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,61		14
Meta	0,19	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,95		11
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,91		11
Valle del Cauca	0,20	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	0,93		10
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,68		9
Cesar	0,40	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,57		8
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53		8
Cauca	0,41	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Nariño	0,37	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,41		7
Santander	0,36	0,13	0,48	0,04	0,04	0,04	0,25		6
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,14		4
Santa Marta D. T.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,71		4
Quindío	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	0,70		4
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,42		4
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,39		4
Barranquilla D. E.	0,24	0,16	0,00	0,00	0,22	0,22	0,22		3
Norte de Santander	0,96	0,12	0,00	0,00	0,29	0,06	0,17		3
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,62		2
Caquetá	1,23	0,73	0,00	0,00	0,00	0,93	0,46		2
Tolima	0,15	0,07	0,07	0,07	0,22	0,14	0,14		2
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,03		1

Fuente: sivigila 2019-2025p

En las últimas cuatro semanas la incidencia nacional fue de 0,06 casos por cada 100 000 habitantes (34 casos). El mayor valor se observó en Vaupés con 2,03 (1 caso), seguido de Santa Marta D. T. con 0,35 (2 casos) (tabla 29).

Tabla 29. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho Semanas Epidemiológicas (30 a 37) de 2025

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 30-33)	Casos PE actual (SE 34-37)	Incidencia PE anterior (SE 30-33)	Incidencia PE actual (SE 34-37)	Tendencia de la incidencia
Colombia	703	1,32	27	34	0,05	0,06	
Vaupés	1	2,03	0	1	0,00	2,03	
Santa Marta D. T.	4	0,71	0	2	0,00	0,35	
Bolívar	11	0,91	0	3	0,00	0,25	
Córdoba	16	0,83	1	4	0,05	0,21	
Caldas	23	2,19	1	2	0,10	0,19	
Cartagena de Indias D. T.	18	1,69	1	2	0,09	0,19	
Quindío	4	0,70	0	1	0,00	0,18	
Chocó	15	2,44	0	1	0,00	0,16	
Boyacá	9	0,68	0	2	0,00	0,15	
Risaralda	18	1,85	1	1	0,10	0,10	
Antioquia	169	2,43	8	6	0,12	0,09	
Meta	11	0,95	1	1	0,09	0,09	
Bogotá D. C.	241	3,04	7	5	0,09	0,06	
Cundinamarca	45	1,23	2	2	0,05	0,05	
Santiago de Cali D. E.	14	0,61	0	1	0,00	0,04	
Atlántico	8	0,53	0	0	0,00	0,00	
Barranquilla D. E.	3	0,22	1	0	0,07	0,00	
Cauca	2	0,46	0	0	0,00	0,00	
Cesar	7	0,44	0	0	0,00	0,00	
Huila	8	0,57	0	0	0,00	0,00	
La Guajira	23	1,91	0	0	0,00	0,00	
Magdalena	10	0,93	1	0	0,09	0,00	
Nariño	4	0,42	2	0	0,21	0,00	
Norte de Santander	7	0,41	0	0	0,00	0,00	
Santander	3	0,17	0	0	0,00	0,00	
Sucre	6	0,25	0	0	0,00	0,00	
Tolima	4	0,39	0	0	0,00	0,00	
Valle del Cauca	2	0,14	1	0	0,07	0,00	
Arauca	11	0,54	0	0	0,00	0,00	
Vichada	2	0,62	0	0	0,00	0,00	
Vichada	4	3,14	0	0	0,00	0,00	

Fuente: sivigila 2019-2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 37 del 2025

Durante el periodo analizado se notificaron 81 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 20 municipios de 12 entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 29, seguido de Bagadó (Chocó) con 10 y Bogotá D. C. con 6.

Actualmente se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios de Bagadó y Tadó (Chocó), Pueblo Rico y Mistrató (Risaralda), Tierralta (Córdoba), Puerto Gaitán (Meta), Anserma (Caldas), Yavaraté (Vaupés) y Ciénaga (Magdalena) (tabla 30).

En población indígena se han confirmado cinco fallecimientos, todas ocurridas en menores de un año.

Tabla 30. Casos de tos ferina en etnia indígena en Colombia por departamento de procedencia hasta la Semana Epidemiológica 37 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado
Colombia		81	5	Abierto
Antioquia	Urrao	29	1	Cerrado
	Betulia	1	0	Cerrado
Bogotá D.C.	Bogotá D. C.	6	0	Cerrado
Cauca	Caloto	1	0	Cerrado
	Belalcázar	3	0	Cerrado
Caldas	Manizales	5	0	Cerrado
	Anserma	1	0	Abierto
Chocó	Bagadó	10	1	Abierto
	Tadó	3	1	Abierto
La Guajira	El Carmen de Atrato	1	0	Cerrado
	Maicao	1	0	Cerrado
Córdoba	Riohacha D. E.	2	0	Cerrado
	Uribia	4	0	Cerrado
Meta	Tierralta	4	1	Abierto
Risaralda	Puerto Gaitán	4	1	Abierto
	Pueblo Rico	1	0	Abierto
Magdalena	Mistrató	2	0	Abierto
	Ciénaga	1	0	Abierto
Vichada	Cumaribo	1	0	Cerrado
Vaupés	Yavaraté (CD)	1	0	Abierto

Fuente: SIVIGILA 2025p

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, septiembre 23 del 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 134 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 y Estado Amazonas 1), con 53** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), para una letalidad acumulada preliminar del 39,5 % (53/134)**.

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla con 13 fallecimientos. En lo corrido del 2025p se han confirmado 111 casos de fiebre amarilla, de los cuales 40 son casos fallecidos confirmados. La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (114 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (19), Prado (17), Chaparral (8), Rioblanco (7), Purificación (7), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1).
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1).

Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (38)**, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

La edad promedio de los casos es de 46 años (rango entre 2 y 92 años), con predominio del sexo masculino (107 hombres y 27 mujeres). Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (29 casos) y los de 60 a 64 años (15 casos).

Se han confirmados 68 casos de epizootias de fiebre amarilla en Primates No Humanos (PNH) distribuidos así: 51 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), San Antonio (5), Cunday (5), Rioblanco (4), Villarrica (3) y Purificación (1); ocho (8) casos procedentes de Huila en los municipios de: Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho (8) casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2); y un (1) caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio.

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

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, septiembre 23 del 2025.

Situación con ocurrencia en los municipios de: Ataco, Villarrica, Cunday, Prado, Chaparral, Rioblanco, Purificación, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Valle de San Juan, y Espinal en el departamento del Tolima. Este brote inició en septiembre del 2024, y hasta la fecha se han confirmado 114 casos acumulados de fiebre amarilla, 113 mediante PCR y 1 por nexo epidemiológico. Se han registrado 43 fallecimientos acumulados, lo que corresponde a una letalidad del 33,3 % (38*/114). El último caso fue confirmado el 19 de septiembre de 2025 de procedencia el municipio de Villarrica.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 38 del 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

*Se excluyen 5 casos de mortalidad ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

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

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.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización sobre situación de sarampión en la Región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 19 de septiembre del 2025.

En el 2025, hasta la Semana Epidemiológica (SE) 37, se han confirmado 11 313 casos de sarampión (incluyendo 23 defunciones) en la Región. Los casos están distribuidos en Argentina (35 casos), Belice (34 casos), Bolivia (320 casos), Brasil (28 casos), Canadá (4 849, incluyendo una defunción), Costa Rica (1 caso), Estados Unidos (1 454, incluyendo tres defunciones), México (4 553 casos, incluyendo 19 defunciones), Paraguay (35 casos) y Perú (4 casos). El total de los casos representa un aumento de 31 veces en comparación con los 358 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024.

De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados (11 248), el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10 a 19 años (22 %), seguido por el grupo de 20 a 29 años (19 %) y el grupo de 1 a 4 años (17 %). Sin embargo, la tasa de incidencia es mayor en menores de un año (6,6 casos por 100 000 habitantes). El 71 % de los casos no estaban vacunados y en el 18 % dicha información era desconocida o ausente. Según la fuente de infección, el 71 % de los casos fueron clasificados como asociados a importación y el 16 % como importados.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización sobre situación de sarampión en la Región de Las Américas. Fecha de publicación: 19 de septiembre de 2025. Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-09/2025-septiembre-19-phe-actualizacion-epi-sarampion-esfinal-2.pdf>

Actualización de la enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 23 de septiembre del 2025.

El 04 de septiembre del 2025 se notificó un brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai, República Democrática del Congo. El brote sigue confinado geográficamente a seis áreas sanitarias afectadas (Bambalaie, Bulape, Bulape Communautaire, Dikolo, Ingongo y Mpianga) dentro de la Zona Sanitaria de Bulape.

Al 21 de septiembre del 2025 se han notificado un total de 57 casos (47 confirmados y 10 probables), incluyendo 35 fallecimientos (25 confirmados y

10 probables), para una letalidad del 61,4 % en la Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai. Cinco de los casos corresponden a personal sanitario.

Los casos se presentan en edades comprendidas entre los 0 y los 65 años, siendo el grupo de edad de 0 a 9 años el más afectado con el 23 % del total. El 61 % de los casos corresponde a mujeres. Los niños, las trabajadoras domésticas y los agricultores son los grupos más afectados. De los 26 casos ingresados en el Centro de Tratamiento del Ébola desde el inicio del brote, dos (2) fueron tratados con éxito y dados de alta tras su recuperación el 16 de septiembre del 2025, cinco fallecieron y al 21 de septiembre hay 19 casos confirmados ingresados que reciben atención clínica.

Se han identificado 1 180 contactos, de los cuales 94 completaron 21 días de seguimiento. Al 21 de septiembre del 2025, se han vacunado 1 740 personas en las zonas sanitarias de Bulape, Bulambae y Mweka.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), EBOLA VIRUS DISEASE, Democratic Republic of the Congo, External Situation Report 02. Fecha de publicación: 23 de septiembre de 2025. Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8439813c-2dfb-4220-8853-3e64dc300bf6/content>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 38 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 38

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	45	1	1	362	32	39	318	19	29	94	7	9	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	453	14	11	15291	1327	1629	7263	265	561	2511	124	180	55	4	5	542	42	15	65	7	3
Arauca	82	2	2	653	55	74	2298	75	97	747	16	17	24	0	1	3	0	0	52	6	7
Atlántico	92	3	3	3209	259	322	3583	260	226	1563	157	103	54	7	5	2	0	0	6	1	0
Barranquilla D.E.	12	1	0	3439	247	341	2582	306	133	944	157	36	29	5	1	20	1	0	18	3	1
Bogotá D.C.	2	0	0	17945	1785	1941	0	0	0	0	0	0	0	0	0	102	17	10	10	1	0
Bolívar	231	6	4	2274	198	211	3473	315	269	1353	166	89	28	8	2	2	0	0	5	1	0
Boyacá	54	1	0	5414	487	551	645	26	39	287	10	22	3	0	1	6	1	0	6	1	1
Buenaventura D.E.	19	0	1	93	11	9	182	29	15	67	13	5	3	0	0	1	0	0	1	0	0
Caldas	52	1	0	3110	289	349	340	19	15	165	11	7	1	0	0	10	1	1	42	5	5
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	3972	416	473	2855	595	192	1005	253	61	22	7	3	62	18	1	40	3	0
Caquetá	155	3	4	903	88	106	2253	54	46	883	31	19	28	0	0	2	0	0	6	1	1
Cartagena de Indias D.T.	12	0	0	1444	127	158	5127	294	363	1203	156	74	57	8	4	6	0	0	0	0	0
Casanare	128	6	2	1388	119	170	1467	136	47	478	53	15	6	2	1	46	1	2	3	1	0
Cauca	79	2	1	4366	437	462	988	54	41	372	22	7	14	1	2	27	1	2	8	1	1
Cesar	247	9	5	2390	177	264	2643	281	370	1505	180	198	48	8	2	5	1	0	23	5	0
Chocó	167	4	2	222	18	22	903	71	66	159	16	18	7	1	1	2	0	0	1	0	0
Córdoba	229	10	9	3992	352	411	9275	413	542	3354	205	265	31	5	4	4	1	0	12	3	0
Cundinamarca	64	1	1	11425	1044	1225	3513	175	141	1397	86	48	19	1	0	19	3	1	17	1	0
Guainía	18	0	0	152	12	17	25	5	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	86	1	2	306	28	37	1093	26	192	207	7	18	5	0	1	1	0	0	1	0	0
Huila	130	2	2	5062	444	561	3074	283	165	1095	117	39	91	8	3	8	1	1	8	2	0
La Guajira	105	2	3	1746	157	179	2532	127	117	1494	88	69	32	3	2	2	0	0	10	1	0
Magdalena	111	5	2	1948	184	182	1550	117	195	907	78	113	16	2	3	1	1	0	11	2	2
Meta	207	5	1	3389	303	352	9028	338	586	3069	136	168	103	3	4	83	4	8	12	1	0
Nariño	88	2	2	5739	508	607	993	74	72	320	20	29	14	1	2	5	1	0	14	1	2
Norte de Santander	256	7	7	5128	433	539	7510	347	772	2990	200	252	92	5	5	27	10	3	27	1	11
Putumayo	126	1	4	1390	128	144	2982	42	160	824	13	40	19	0	2	0	0	0	4	1	1
Quindío	14	0	0	2381	215	246	878	28	70	228	10	17	1	0	0	29	2	1	4	0	0
Risaralda	46	1	2	3373	306	366	1031	22	51	370	12	23	11	0	0	6	2	0	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	347	28	27	51	8	2	21	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	36	2	1	1788	112	174	478	53	75	285	32	43	4	1	1	3	0	2	15	2	6
Santander	178	4	4	6048	507	631	9197	514	667	2991	256	221	57	5	8	81	4	1	14	2	0
Sucre	81	2	3	2264	181	232	3457	316	245	1981	195	126	24	6	0	2	0	0	3	0	0
Tolima	121	2	1	5623	492	628	5224	604	375	1698	292	108	53	5	4	6	1	0	25	4	1
Valle del Cauca	63	0	3	6939	596	722	4207	369	270	1089	161	67	24	3	1	18	6	0	40	4	1
Vaupés	43	0	1	225	13	25	115	11	38	10	4	0	1	0	0	13	0	0	2	0	0
Vichada	44	3	2	215	22	30	806	12	55	237	4	13	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	3882	103	86	135,955	12,137	14456	103,939	6,683	7,299	37,911	3,293	2,519	979	99	68	1,146	119	48	508	56	43

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 38

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	2382	189	222	5	1	2	5011	588	554	144	15	11	0	0	0	3813	377	177	14	13	14
Antioquia	8968	766	544	197	28	29	738185	77624	69526	36278	2605	2754	4211	748	696	279980	38601	30105	479	669	479
Arauca	572	7	22	12	2	3	21235	2485	2651	3042	140	366	79	3	22	6287	644	556	23	50	23
Atlántico	0	0	0	14	4	5	127816	12292	16559	2835	314	410	1730	228	491	56633	3544	6479	94	189	94
Barranquilla D.E.	0	0	0	30	11	4	185603	18430	24511	10796	453	1530	1568	276	313	70048	5586	6733	127	233	127
Bogotá D.C.	0	0	0	226	38	52	1430876	132965	143647	67965	4619	5649	7563	1352	1605	563847	61092	57919	483	651	483
Bolívar	1358	85	98	14	4	5	108285	11962	12973	2162	277	283	374	111	95	24086	2524	2508	111	175	111
Boyacá	888	0	23	33	6	4	114681	12799	13246	6496	429	639	408	70	99	38459	4150	3932	80	109	80
Buenaventura D.E.	1622	168	169	4	0	0	5477	1100	776	97	8	8	10	1	1	2188	331	219	51	64	51
Caldas	20	2	1	17	0	0	70863	8036	7051	2901	259	238	1037	127	175	22865	2908	2134	59	74	59
Santiago de Cali D.E.	3	1	0	72	13	18	203705	20857	17902	8002	510	443	499	54	65	77766	12521	6871	186	231	186
Cauquetá	344	10	10	10	3	1	26836	3294	3222	1663	141	198	31	10	7	10780	1759	1195	32	50	32
Cartagena de Indias D.T.	6	0	1	17	4	6	165712	18608	18821	10002	424	975	1357	234	320	40679	4057	3182	108	200	108
Casanare	5	6	2	5	1	1	23127	2814	2596	459	77	74	37	14	19	8404	1007	730	47	61	47
Cauca	1827	262	89	29	3	7	92529	9581	9028	3107	118	262	510	61	92	32620	5354	3883	125	201	125
Cesar	14	2	1	28	3	12	109721	10709	13078	5655	696	592	411	172	122	22387	2346	2104	147	217	147
Chocó	16458	2237	1255	15	2	2	31332	1869	2729	1711	151	81	28	5	3	12271	948	1609	77	147	77
Córdoba	4722	845	264	32	3	5	172583	14996	19444	7311	594	869	1257	296	321	45605	4094	3908	181	317	181
Cundinamarca	0	0	0	64	9	10	324203	28219	32741	11901	783	1134	1325	282	243	120289	12816	13221	262	316	262
Guainía	1299	438	88	0	0	0	2240	193	210	108	22	12	1	0	0	1268	120	129	10	14	10
Guaviare	841	96	62	0	0	0	5661	568	567	276	36	31	41	11	7	2528	273	243	11	10	11
Huila	0	0	0	20	6	5	91165	10107	8209	4671	306	370	601	79	153	33742	4909	3408	88	139	88
La Guajira	33	2	3	13	1	5	183386	13876	23005	2333	572	341	196	57	35	32542	4490	3613	189	313	189
Magdalena	3	1	1	6	2	1	97870	8870	12633	3125	255	304	78	6	4	27325	2820	3035	92	146	92
Meta	741	32	47	11	0	0	72627	6762	8470	2922	191	280	224	93	60	36679	4213	3153	121	134	121
Nariño	7701	915	374	59	9	13	115444	13635	11056	6643	387	564	157	40	40	37754	7163	3928	140	159	140
Norte de Santander	465	162	48	57	10	11	136476	12143	12576	7750	708	816	664	132	134	43193	6088	4537	111	186	111
Putumayo	67	4	5	7	2	1	28317	2415	2994	1130	113	113	29	4	6	9355	1277	1003	29	48	29
Quindío	4	2	2	11	2	2	45937	5656	4567	2376	215	220	340	56	62	20892	2900	2405	33	50	33
Risaralda	2369	308	202	25	3	4	94812	9118	9552	4595	268	416	372	48	81	26911	4025	3529	54	85	54
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	6154	680	562	789	82	94	1	0	0	2188	287	208	9	11	9
Santa Marta D.T.	0	0	0	12	3	5	59239	3101	7118	2734	202	339	682	166	119	15566	1305	1493	39	78	39
Santander	11	1	2	80	9	17	206618	16314	23110	13751	1205	1517	1785	395	378	68559	6623	6872	114	186	114
Sucre	79	5	4	10	3	1	73767	9074	8799	7021	792	1025	1273	263	319	17345	2997	1567	76	147	76
Tolima	1	0	0	24	3	4	122961	10877	11374	8473	369	651	350	62	61	47743	4782	5105	73	129	73
Valle del Cauca	62	11	2	51	6	6	126570	12164	12359	3076	258	269	659	90	122	51235	6254	5584	122	161	122
Vaupés	3651	237	227	12	0	0	5916	439	589	64	13	5	11	1	2	1925	101	204	8	12	8
Vichada	1414	171	101	3	0	0	3043	415	367	17	4	2	1	0	0	1337	126	124	25	29	25
Total nacional	57,933	7,005	3,870	1,225	194	241	5,435,983	525,635	569,172	254,381	18,611	23,885	29,900	5,547	6,272	1,917,094	232,700	197,605	4,03	6,002	4,030

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 38

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y descartados			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	0	0	38	12	0	23	4	5
Antioquia	8	10	0	518	59	30	22	5	0	1595	29	65	1969	218	243	639	98	81
Arauca	1	1	0	17	1	0	5	1	0	23	2	1	109	19	4	75	18	3
Atlántico	6	3	0	57	6	7	0	1	0	26	1	3	725	101	101	105	15	2
Barranquilla D.E.	2	2	0	143	9	15	0	1	0	34	3	5	748	77	110	205	20	16
Bogotá D.C.	12	10	0	1155	119	115	579	5	19	2250	52	145	3910	430	389	2354	282	315
Bolívar	3	2	0	35	4	1	1	1	0	25	4	3	453	72	29	42	1	2
Boyacá	4	2	0	147	18	7	19	1	1	48	3	4	696	65	81	301	17	27
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	24	2	1	7	1	0
Caldas	2	1	0	57	9	7	1	1	0	41	1	6	350	33	30	49	16	1
Santiago de Cali D.E.	2	3	1	117	23	9	0	1	0	34	2	4	839	84	56	410	28	36
Caquetá	0	1	0	28	3	3	0	0	0	4	2	0	202	19	17	19	2	3
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	53	5	6	2	1	0	38	2	0	424	66	52	18	0	2
Casanare	1	1	0	21	2	0	8	0	1	1	1	0	170	21	41	17	6	2
Cauca	4	3	0	61	10	6	2	1	0	21	2	0	404	29	11	235	16	14
Cesar	3	3	0	51	4	3	0	2	0	19	4	0	303	32	68	30	1	2
Chocó	0	1	0	9	0	0	3	1	0	141	3	24	44	8	3	16	1	0
Córdoba	4	3	0	124	15	6	2	2	0	38	1	2	859	153	116	112	14	5
Cundinamarca	6	6	0	317	35	20	189	2	5	480	13	35	1965	174	174	411	35	39
Guainía	1	0	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	77	2	7	1	0	1
Guaviare	0	0	0	12	0	3	3	1	0	4	0	1	69	6	5	4	0	0
Huila	3	2	0	128	15	20	3	1	0	68	5	1	486	45	45	76	1	3
La Guajira	2	3	0	26	3	2	0	2	0	17	1	0	356	33	37	38	4	4
Magdalena	0	2	0	34	3	2	0	1	0	23	1	2	299	28	34	17	2	1
Meta	5	2	0	68	7	5	11	1	0	136	4	22	522	59	60	87	9	8
Nariño	5	3	0	122	14	13	3	1	0	79	6	3	519	70	70	70	4	5
Norte de Santander	6	3	0	156	17	4	2	2	0	52	6	12	814	86	110	81	8	3
Putumayo	1	1	0	25	5	3	1	1	0	19	1	1	179	27	17	96	7	10
Quindío	2	1	0	29	6	3	2	1	0	19	1	1	234	38	24	76	8	6
Risaralda	7	1	0	46	5	9	0	1	0	62	1	10	537	48	48	33	3	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	24	6	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	1	0	11	1	1	0	1	0	7	1	1	166	11	10	37	4	4
Santander	2	4	0	83	8	5	0	2	0	70	10	7	591	70	80	255	41	22
Sucre	4	2	0	58	6	0	2	1	0	56	14	4	530	56	129	132	4	5
Tolima	6	2	0	59	5	4	7	1	0	32	2	3	735	70	49	73	6	4
Valle del Cauca	2	3	0	115	12	5	2	1	0	20	6	0	964	96	93	191	9	7
Vaupés	0	0	0	1	0	0	3	1	0	17	0	7	10	1	3	9	0	0
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	12	1	0	17	2	3	8	2	0
Total nacional	110	84	1	3,905	437	314	875	47	26	5,517	180	372	21,361	2,020	2,350	6,352	687	640

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 38

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	41	54	0	0	0	0	55	60	10	10
Antioquia	0	0	0	0	1344	2090	1	0	0	0	3923	4004	799	864
Arauca	2	0	0	0	218	137	0	0	0	0	130	155	13	14
Atlántico	0	0	0	0	294	265	0	0	0	0	651	724	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	159	244	0	0	0	0	652	728	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2269	1991	2	1	0	0	3648	4029	0	0
Bolívar	0	0	0	0	313	469	0	0	0	0	404	434	279	344
Boyacá	1	0	0	0	350	386	0	0	0	0	745	802	89	192
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	97	135	0	0	0	0	67	63	12	11
Caldas	0	0	0	0	126	142	0	0	0	3	884	766	198	149
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	339	455	1	0	0	1	1183	1489	1	2
Caquetá	0	0	0	0	141	105	0	0	0	1	182	163	162	183
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	201	401	0	0	0	0	396	438	1	1
Casanare	4	2	0	0	235	192	0	0	0	0	214	254	5	4
Cauca	0	0	0	0	229	221	0	0	0	0	626	624	38	45
Cesar	4	0	0	0	526	699	1	0	0	0	432	458	56	333
Chocó	0	0	0	0	562	631	0	1	0	0	78	120	165	159
Córdoba	1	0	0	0	415	378	0	0	0	0	746	798	156	140
Cundinamarca	0	0	0	0	888	877	0	0	0	0	1606	1968	152	126
Guainía	0	0	0	0	44	33	0	0	0	0	22	24	12	20
Guaviare	0	0	1	0	81	54	0	0	0	0	43	44	359	112
Huila	0	0	0	0	316	351	0	1	0	3	625	527	7	6
La Guajira	0	0	0	0	1419	1270	2	0	0	0	205	0	17	20
Magdalena	0	0	0	0	419	623	0	0	0	0	261	294	6	8
Meta	0	0	0	0	304	298	0	0	0	0	530	505	161	89
Nariño	0	1	0	0	488	499	0	0	0	0	1020	1191	174	144
Norte de Santander	2	0	0	0	495	538	3	0	0	0	782	891	155	151
Putumayo	0	0	0	0	137	145	0	0	0	0	232	224	167	176
Quindío	0	0	0	0	72	65	0	0	0	0	391	361	0	0
Risaralda	0	0	0	0	271	351	0	0	0	0	864	1001	84	79
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	7	3	0	0	0	0	18	24	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	75	135	0	0	0	0	204	255	7	13
Santander	2	1	0	0	332	372	1	0	0	0	1129	1303	398	628
Sucre	0	0	0	0	169	306	0	2	0	0	353	361	79	53
Tolima	0	0	0	0	265	250	0	0	0	1	894	850	225	167
Valle del Cauca	0	0	0	0	314	480	1	0	0	0	964	1070	14	11
Vaupés	0	0	0	0	55	21	0	0	0	0	47	78	29	26
Vichada	0	0	0	0	219	167	0	0	0	0	19	20	34	16
Total nacional	17	4	2	0	14,231	15,833	9	5	2	9	25,224	27,100	4,118	4,299

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 38

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0
Antioquia	11	6	19	12	6	3	22	35	11	7	102	216
Arauca	0	0	2	0	2	0	3	2	1	1	5	5
Atlántico	1	0	8	4	1	0	9	3	6	3	22	28
Barranquilla D.E.	1	3	5	4	1	1	5	3	2	0	20	31
Bogotá D.C.	2	1	20	14	1	0	39	18	0	0	116	514
Bolívar	2	2	8	5	2	0	9	5	8	2	18	2
Boyacá	0	0	4	2	1	2	4	6	0	1	19	33
Buenaventura D.E.	2	1	3	1	0	2	3	3	2	1	5	2
Caldas	0	0	3	0	0	1	3	2	0	0	15	2
Santiago de Cali D.E.	0	1	6	4	0	1	7	8	2	0	33	45
Caquetá	3	2	2	1	0	0	6	5	2	1	6	1
Cartagena de Indias D.T.	4	3	6	1	0	1	7	6	2	1	16	14
Casanare	0	0	2	3	1	0	2	0	2	1	7	8
Cauca	0	0	6	1	4	5	8	9	1	3	23	9
Cesar	3	0	10	11	5	3	7	5	17	10	21	19
Chocó	0	3	11	6	25	9	25	31	31	28	9	7
Córdoba	3	1	11	4	1	4	13	8	5	9	28	25
Cundinamarca	1	2	11	7	0	2	8	16	3	0	53	56
Guainía	0	0	0	2	1	1	2	2	1	2	1	0
Guaviare	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2	0
Huila	2	0	5	2	0	0	5	3	3	1	18	12
La Guajira	1	0	18	13	20	11	32	15	40	27	16	0
Magdalena	1	0	8	4	2	1	9	8	12	8	14	3
Meta	1	0	7	1	1	1	8	5	6	2	17	10
Nariño	1	1	9	6	2	1	7	10	4	2	25	10
Norte de Santander	3	0	6	7	2	2	5	3	4	0	25	18
Putumayo	0	1	2	0	1	1	3	2	1	0	6	9
Quindío	3	2	2	1	0	1	2	0	0	0	8	5
Risaralda	4	2	3	2	7	8	7	7	6	6	14	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	1	0	6	2	1	0	4	2	0	2	8	9
Santander	4	0	8	5	1	0	6	2	1	0	35	26
Sucre	2	0	4	1	0	0	5	7	2	1	15	35
Tolima	7	2	5	2	2	0	8	4	1	1	20	8
Valle del Cauca	5	5	4	2	2	1	9	8	5	1	30	43
Vaupés	0	0	0	0	2	3	3	0	1	2	1	0
Vichada	0	0	3	1	2	0	2	4	8	8	2	0
Total nacional	305	326	224	131	100	66	290	250	168	131	777	1,207

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)

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.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 37

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	3	14	19	0	0	45	52	1	0	426	499
Antioquia	120	90	871	977	0	0	2564	3563	75	113	16728	16111
Arauca	32	12	129	119	0	0	102	106	1	0	834	979
Atlántico	39	19	258	271	0	0	318	415	12	22	1798	1999
Barranquilla D.E.	58	12	310	259	0	0	576	714	13	26	1838	2107
Bogotá D.C.	127	51	697	683	0	0	1021	1105	26	20	22079	25251
Bolívar	35	21	223	236	1	0	121	165	3	1	1730	1914
Boyacá	18	18	73	66	0	0	108	164	2	4	2950	3397
Buenaventura D.E.	18	13	101	74	0	0	123	165	6	3	286	227
Caldas	15	18	98	131	0	0	231	230	3	0	2257	2441
Santiago de Cali D.E.	26	14	341	390	0	1	1057	1148	32	45	5846	5448
Caquetá	6	9	64	69	0	0	172	245	4	5	800	865
Cartagena de Indias D.T.	55	30	244	281	0	2	286	370	3	5	1067	1186
Casanare	30	29	96	119	0	1	108	156	2	8	646	692
Cauca	16	14	147	132	0	2	199	222	2	2	2513	2489
Cesar	30	17	250	193	0	0	283	364	2	9	1526	1631
Chocó	38	23	166	177	0	0	143	210	1	2	310	370
Córdoba	25	8	244	176	1	0	190	230	3	7	2695	2495
Cundinamarca	55	50	272	374	0	0	386	470	10	9	9712	11817
Guainía	5	7	14	15	0	0	13	18	0	0	152	171
Guaviare	4	2	20	14	0	0	35	33	1	2	210	269
Huila	13	8	117	114	0	0	274	342	6	9	4616	4692
La Guajira	53	32	275	288	0	0	358	478	5	5	1003	1140
Magdalena	26	19	168	188	0	2	111	140	2	3	1056	1139
Meta	39	35	190	232	0	0	445	663	13	23	1818	1889
Nariño	11	13	177	165	0	1	130	168	4	4	3088	4022
Norte de Santander	69	33	370	388	0	1	480	643	10	8	2913	3196
Putumayo	6	4	68	82	0	1	78	99	2	3	974	1201
Quindío	9	8	73	83	0	0	190	253	3	5	1950	2001
Risaralda	22	21	132	147	0	1	421	552	18	10	2764	2860
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	3	5	9	0	0	5	15	0	0	146	198
Santa Marta D.T.	14	16	81	131	0	0	166	253	2	3	477	619
Santander	49	48	312	380	0	0	630	1142	19	14	4677	5119
Sucre	17	17	154	147	1	1	71	71	1	0	1369	1466
Tolima	26	23	133	102	0	1	389	579	10	10	2278	2627
Valle del Cauca	26	31	230	270	0	0	510	646	12	23	5250	5720
Vaupés	1	0	2	2	0	0	10	18	0	0	152	342
Vichada	5	10	27	30	0	0	27	24	0	2	185	183
Total nacional	1,214	781	7,419	7,533	3	14	12,375	16,231	311	405	111,117	120,772



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 38

14 al 20 de septiembre del 2025

TEMA CENTRAL

Colombia frente a la meningitis bacteriana

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

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

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

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.38>