



Foto: Irene Alejandra Pinilla Fariás, trabajo de campo, 2016



Encefalitis equina en Colombia

“La oportunidad en las investigaciones de campo (96,5 % en 2024) ha facilitado la implementación de medidas de prevención con el fin de evitar epizootias y casos en humanos, así como el establecimiento de acciones para el control de focos y brotes de encefalitis equina con el enfoque de Una Salud.”



Semana epidemiológica

08

16 al 22 de febrero de 2025

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

	Pág.
 Tema central Comportamiento de las encefalitis equinas en Colombia	3
 Situación nacional	7
 Mortalidad	9
 Eventos trazadores	15
 Brotes y alertas	32
 Tablas de mando por departamento	35

Comportamiento de las encefalitis equinas en Colombia

Las encefalitis equinas son virosis transmitidas por artrópodos, cuyos reservorios son vertebrados de distintas especies (aves, roedores, lagomorfos, entre otros); hacen parte de la familia *Togaviridae*, género *Alphavirus*, donde encontramos a la encefalitis equina venezolana (EEV), la encefalitis equina del este (EEE) y la encefalitis equina del oeste (EEO). También se encuentra la familia *Flaviviridae*, género *Flavivirus*, a la que pertenece el virus de la encefalitis del Nilo Occidental (VENO). Estas virosis pueden presentar sintomatología leve (síntomas similares a la gripa) o síntomas graves que llevan a la inflamación cerebral. Asimismo, pueden llegar a producir epidemias de gran impacto económico y social con graves repercusiones para la salud pública (1-3).

En Colombia, en 1952 se diagnosticó por primera vez el virus de la EEV en humanos, bajo condiciones naturales, en el Espinal (Tolima); entre 1955 y 1971 se realizaron aislamientos repetidos del virus enzoótico en humanos con infección natural en San Vicente del Chucurí (Santander) y en Puerto Boyacá (Boyacá). En 1962, se presentó una epidemia de EEV en La Guajira colombiana entre octubre y diciembre, causando 3 000 casos humanos con 20 muertes. Posteriormente, en ese mismo departamento, al inicio del segundo semestre de 1995, ocurrió el mayor brote de EEV, el cual fue introducido desde Venezuela; en total se declararon 14 156 casos humanos compatibles con EEV, con 1 258 hospitalizaciones y 26 muertes. Por otra parte, el virus de EEE se comprobó en 1958 y hasta la fecha no se han presentado casos en humanos (4,5).

En los últimos 23 años, en el país, se han identificado 19 casos de EEV en humanos, distribuidos en los departamentos de Santander (15), Antioquia (dos) y Bolívar (un). El caso más reciente se confirmó en el 2024 en un menor indígena de 9 años, en el departamento de Leticia. De estos 19 casos, 18 presentaron cuadro febril agudo y uno cuadro neurológico con posteriores secuelas (figura 1).

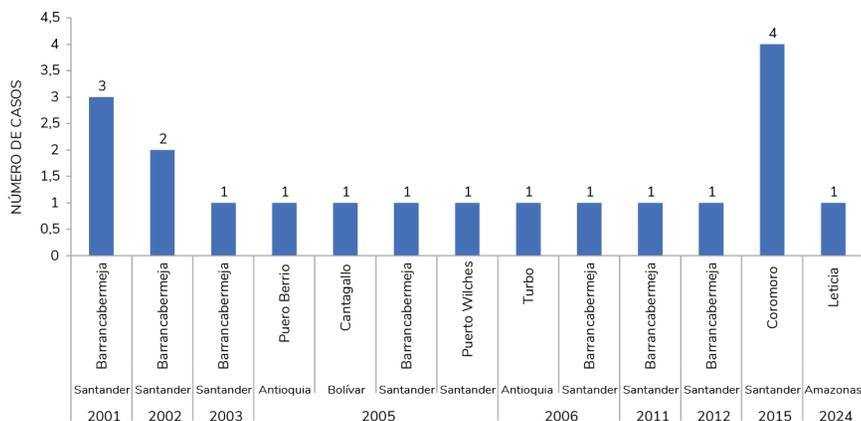


TEMA CENTRAL

Encefalitis equina en Colombia

Irene Alejandra Pinilla Farias, ipinilla@ins.gov.co
Lisette Andrea Bermúdez Pinzón, lbermudez@ins.gov.co

Figura 1. Casos confirmados de encefalitis equinas en humanos, Colombia, 2001 a 2024



Fuente: Red Nacional de Referencia, Laboratorio de Virología, INS, Sivigila

Desde el inicio de la vigilancia de estos eventos en el país en 2015, los casos probables EEV y EEE en humanos han sido los más notificados, debido a la circulación de estos virus en la población equina. Este factor es clave para la detección de casos en humanos. Durante el 2024, se dio un incremento considerable de la notificación de casos, dada la búsqueda de casos humanos en las áreas focales de las intervenciones de focos notificados por el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) (tabla 1).

Tabla 1. Comportamiento de la notificación de las encefalitis equinas, Colombia, 2015-2024

Tipo de encefalitis	Años de notificación										Minigráfico
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
EEV	12	28	25	12	24	18	9	13	10	16	
EEE	0	0	3	0	2	0	0	4	2	54	
EEO	0	0	0	1	2	0	2	0	1	0	
ENO	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	
Total	12	28	28	14	28	18	13	17	13	71	

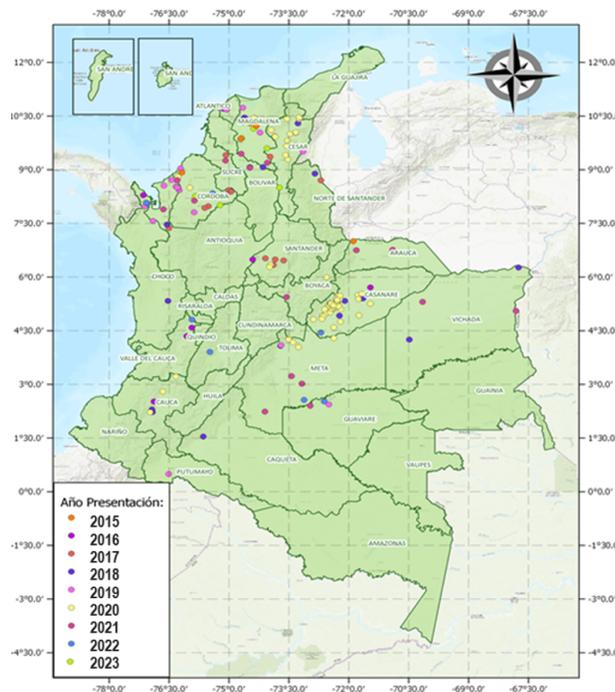
Fuente: Sivigila, INS, 2015-2024

Encefalitis equina venezolana (EEV), encefalitis equina del este (EEE), encefalitis equina del oeste (EEO), encefalitis del Nilo Occidental (ENO)

De acuerdo con la notificación de casos de encefalitis equinas, con corte a la semana epidemiológica 52 de 2024, la tasa de incidencia fue de 0,08 casos confirmados por cada 100 000 habitantes de la población rural a riesgo.

En los últimos 13 años, se ha observado una creciente actividad de síndromes compatibles con encefalitis en équidos (equinos, asnales y mulares) sin afectación de humanos. Se ha confirmado el virus de la EEE en los meses de junio y octubre en los departamentos de Boyacá, Córdoba, Nariño, Sucre, Tolima, Caldas, Chocó, Antioquia, Santander, Casanare, Arauca, Magdalena y Cesar. Por otro lado, el virus de EEV se ha detectado en La Guajira, Cesar, Bolívar, Magdalena, Sucre, Córdoba, Chocó, Antioquia, Caldas, Risaralda, Santander, Norte de Santander, Boyacá, Cundinamarca, Tolima, Cauca, Casanare y Arauca con una máxima de ocurrencia entre septiembre y octubre (5) (mapa 1).

Mapa 1. Focos de encefalitis equinas notificados por el sector pecuario, Colombia 2015 a 2023

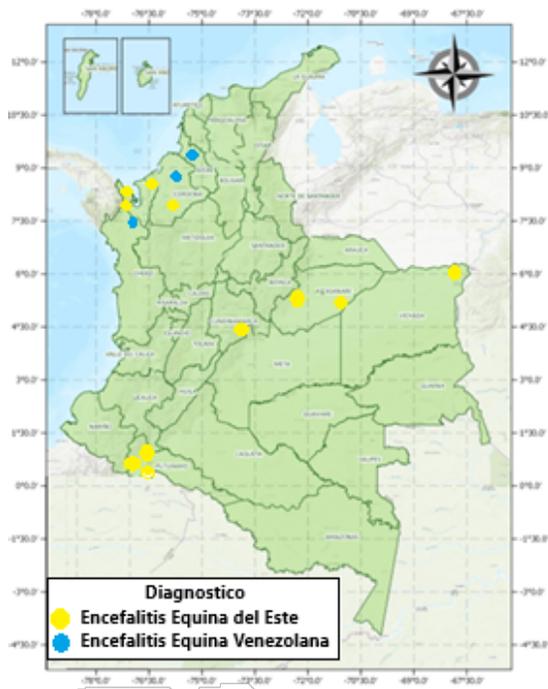


Fuente: Sivigila, INS, 2019 a 2024, datos preliminares

Para el 2024, se han notificado 16 focos en équidos, donde 12 corresponde a EEE en Putumayo (4), Chocó, Casanare (con dos focos cada uno), Córdoba, Cundinamarca, Antioquia y Vichada (un foco cada uno). Para EEV se

presentaron cuatro focos en los departamentos de Casanare, Chocó, Córdoba y Sucre (7). Ante la presencia de estos focos se reportó búsqueda de casos probables en humanos en Chocó y Putumayo con 17 casos cada uno, seguido de Vichada con 13 casos, Cundinamarca con seis casos, Sucre con cinco casos y Casanare con un caso, siendo todos estos negativos para los virus de las encefalitis equinas (mapa 2).

Mapa 2. Focos de encefalitis equinas notificados por el sector pecuario, Colombia, 2024



Fuente: Sivigila- Instituto Nacional de Salud, SINECO-Instituto Colombiano Agropecuario

Es importante resaltar que ante la confirmación de casos en équidos, las secretarías de salud deben iniciar la investigación epidemiológica de campo de manera inmediata; lo cual se cumple a cabalidad teniendo en cuenta que para 2024 el porcentaje de oportunidad en las investigaciones de campo fue del 96,5 %; esto con la finalidad de establecer la dinámica de circulación del virus dentro del foco, lo que permite orientar las medidas de prevención para evitar epizootias y casos en humanos; así como, establecer las medidas de control de focos o brotes de dichas patologías.

Recomendaciones para las secretarías de salud del orden nacional

De acuerdo con el comportamiento en el país, se dan las siguientes recomendaciones para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia para la detección oportuna de casos y la prevención de propagación tanto en las personas como en los équidos.

1. Notificar inmediatamente los casos probables de encefalitis equinas en humanos, de acuerdo con la definición de caso descrita en el protocolo de vigilancia, mediante captura en línea usando uno de los siguientes códigos Sivigila: 250 (ENO), 270 (EEO), 275 (EEE), 290 (EEV).
2. Realizar un trabajo conjunto entre los sectores de agricultura, salud y medio ambiente del país para el desarrollo de las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y control de las encefalitis equinas (Consejos Territoriales de Zoonosis)
3. En áreas o localidades donde se reporte actividad viral de encefalitis equinas o de algún síndrome neurológico en equinos, se deberá hacer vigilancia de casos febriles en humanos. Todo caso clínico humano que presente fiebre combinada con signos neurológicos como cefalea intensa, somnolencia, náuseas y vómito, puede ser considerado como probable de encefalitis equina y debe ser notificado.
4. Realizar las acciones de vigilancia, prevención y control en salud pública ante la presencia de casos probables o confirmados de encefalitis equinas.
5. Fomentar la cultura sanitaria, donde la población en general se constituye como sensores del sistema y juegan un papel fundamental en la notificación oportuna de casos o brotes de encefalitis equinas en humanos y en animales.
6. Realizar monitoreo de medios y redes sociales que informen sobre posibles casos de síndromes neurológicos en équidos o encefalitis equinas en municipios fronterizos o municipios con ferias donde haya intercambio o exposición internacional de équidos; incluso de muertes en aves silvestres. Al mismo tiempo, se debe monitorear la ocurrencia de casos de síndrome neurológico en el área de referencia de esas zonas identificadas en el monitoreo.

Conclusiones

1. Los datos generados a partir de la vigilancia de las encefalitis equinas tanto del sector salud como del sector pecuario, indican que esta enfermedad se encuentra presente tanto en animales como en humanos en algunos lugares de Colombia. Esta situación se debe a que existen zonas con características medioambientales y topográficas tales como temperaturas cálidas, alta pluviosidad y lugares cenagosos que facilitan la presencia de los vectores transmisores del virus, los cuales contribuyen a conservar el ciclo epizootico al alimentarse de sangre de animales infectados y luego picar a los humanos y équidos susceptibles.
2. Los virus detectados en équidos son de EEV y del EEE, distribuidos en la costa caribe (Córdoba, Sucre, Bolívar, Magdalena y Cesar), en las áreas selváticas de la Orinoquía (Arauca, Casanare, Meta, Vichada y Guaviare) y algunas zonas de la región pacífica (Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño); para el 2023 se reportaron casos en Antioquia, Nariño, Arauca, Chocó y Córdoba.
3. A pesar de la baja frecuencia de casos confirmados en humanos de las encefalitis equinas, se mantiene la sospecha dentro del algoritmo diagnóstico de los síndromes febriles con un grado variable de compromiso neurológico.

Referencias

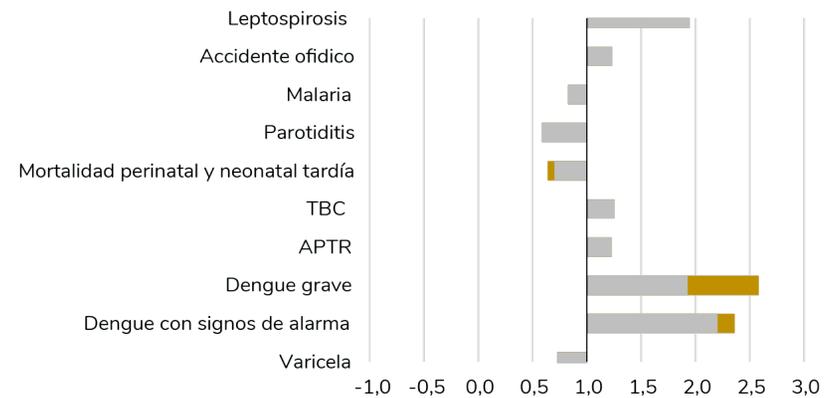
1. Ramírez RD. Epidemiología Encefalitis por arbovirus. Microbiology. 2007
2. Kuhn R.J Togaviridae en Field's Virology 2007. B.N Field, D.M. Knipe, P.M. Howley and D.E. Griffin. Capítulo 31, pags: 1002 -1059.
3. Lindenbach, B.D., Thiel H.J. y Rice C.M. Flaviviridae en Field's Virology 2007. B.N Field, D.M. Knipe, P.M. Howley and D.E. Griffin. Capítulos 33 y 34, pags: 1101-1252.
4. Carrera J.-P., Forrester N., Wang E., Vittor A.Y., Haddow A.D., López-Vergés S., Abadía I., Castaño E., Sosa N., Báez C., Estripeaut D., Díaz Y., Beltrán D., Cisneros J., Cedeño H. G., Travassos Da Rosa A.P., - 5

- Hernandez H., Martíneztorres A.O., Tesh R.B. & Weaver S.C. (2013). Eastern Equine Encephalitis in Latin America. N. Engl. J. Med., 369, 732–744.

5. Mesa F, Cárdenas J, Villamil LC. Las encefalitis equinas en la salud pública. 1 ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005
6. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Riesgo para la salud humana asociado a la infección por el Virus de la Encefalitis Equina del Oeste en equinos, 26 de diciembre del 2023. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2023.
7. Instituto Colombiano Agropecuario. Boletín interactivo epidemiológico pecuario. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYjY4YjBjNDYtZWU-wZi00MjFILTljZjEtOGQyYzgz50WM5NjUxliwidCI6ImI3YWVvYkYTBjL-TY0Y2QtNDIkJMi05YTRkLTMwNjIzNjc0MzJlMyIsImMiOjR9>

Para la semana epidemiológica 08 de 2025, se identificó que los eventos dengue grave y dengue con signos de alarma se encontraron por encima de lo esperado, mientras que el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía se encuentra por debajo de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2025



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



SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

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

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

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	19 428	21 854	-0,45	0,65

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

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

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

8

En la semana epidemiológica 08 de 2025, los eventos fiebre tifoidea y paratifoidea y mortalidad por dengue se encontraron por encima de lo esperado, mientras que los eventos leishmaniasis cutánea y tos ferina se encuentran por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Fiebre tifoidea y paratifoidea	14	1	0,00
Mortalidad por dengue	8	3	0,01
Leishmaniasis cutánea	16	103	0,00
Tos ferina	20	28	0,02
Leprosia	6	5	0,15
Zika	5	4	0,16
Chikunguña	3	4	0,17
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,30

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

Cumplimiento en la notificación

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

- Identificar departamentos, municipios y UPGD en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.
- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

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

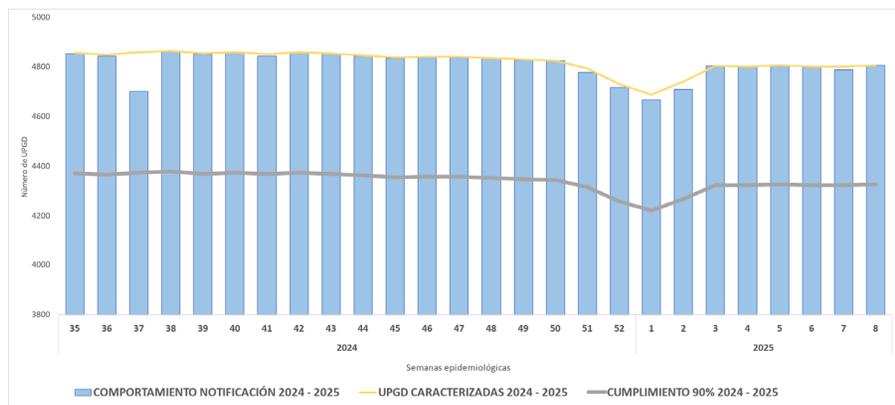
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana epidemiológica 08 de 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), observando el mismo comportamiento con respecto a la semana anterior y aumentando un 0,18 % con relación a la semana epidemiológica 08 de 2024. El país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 808/4 808); aumentando el 0,29 % respecto a la semana anterior y un 0,14 % comparado con la semana epidemiológica 08 de 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %). A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de

UPGD que debían notificar casos (figura 3).

Figura 3. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de 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: <https://sin.uns.gov.co/9A30q>

A semana epidemiológica 08 de 2025, se han notificado 116 muertes probables en menores de cinco años: 62 por infección respiratoria aguda (IRA), 33 por desnutrición (DNT) aguda y 21 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos, dos (2) casos de IRA, uno (1) de DNT aguda y uno (1) de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 112 casos de mortalidad en menores de cinco años residentes en Colombia (60 por IRA, 32 por DNT y 20 por EDA); tres (3) han sido confirmados, cinco (5) descartados y 104 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 08 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 08 2025			Casos en estudio a SE 08 2025			Tasa a SE 08 2024			Tasa a SE 08 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	1	1	1	31	54	19	1,02	1,40	1,10	0,03	0,03	0,03
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	10,55	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	0	0	0	0	9	0	1,18	0,94	0,71	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	0	0	0	2	0	3,65	3,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Atlántico	0	0	0	0	1	0	0,88	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00
Barranquilla	0	0	0	0	1	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bogotá, D.C.	0	0	0	1	1	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bolívar	0	0	0	2	2	0	0,00	0,98	0,98	0,00	0,00	0,00
Boyacá	0	0	0	0	0	1	0,00	1,18	0,00	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	1	0	0	0,00	0,00	8,66	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cali	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	0	0	0	1	0	0	2,70	2,70	0,00	0,00	0,00	0,00
Cartagena de Indias	0	0	0	1	1	0	0,00	1,29	1,29	0,00	0,00	0,00
Casanare	0	0	0	0	0	0	0,00	2,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Cauca	0	0	0	1	0	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cesar	1	0	0	1	3	0	0,00	0,83	0,00	0,84	0,00	0,00
Chocó	0	0	0	7	11	4	12,19	19,16	38,32	0,00	0,00	0,00
Córdoba	0	0	0	3	1	1	1,33	0,67	0,67	0,00	0,00	0,00
Cundinamarca	0	1	0	0	0	0	0,00	1,27	0,00	0,00	0,42	0,00
Guainía	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	28,32	0,00	0,00	0,00
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Huila	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	0	0	0	5	4	5	6,39	3,65	1,83	0,00	0,00	0,00
Magdalena	0	0	0	2	1	1	1,20	1,20	0,00	0,00	0,00	0,00
Meta	0	0	0	0	0	0	0,00	2,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Nariño	0	0	0	0	3	0	0,84	1,69	0,00	0,00	0,00	0,00
Norte de Santander	0	0	0	2	0	0	2,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	0	0	0	1	0	0,00	3,18	0,00	0,00	0,00	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	0	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	0	1	0	3	2	6,98	5,24	0,00	0,00	0,00	1,80
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	1,34	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	0	0	0	2	0	2,62	2,62	0,00	0,00	0,00	0,00
Tolima	0	0	0	0	0	1	0,00	2,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	0	0	1	4	1	0,74	1,49	0,74	0,00	0,00	0,00
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	0	0	0	3	0	0	7,20	0,00	7,20	0,00	0,00	0,00

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

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana se han notificado 60 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, una (1) fue confirmada, cinco (5) descartadas y 54 se encuentran en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 08 fueron 51, para una tasa de mortalidad de 1,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 08 de 2025, se observó variación en la notificación de muertes probables por IRA en Antioquia, Bogotá D.C., Chocó y Tolima, en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 08 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 32 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, una fue confirmada y 31 se encuentran en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 08 fue de 38, para una tasa de mortalidad de 1 caso por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 08 de 2025 se observó variación en la notificación de muertes probables por DNT aguda en La Guajira, en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 08 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 20 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, una fue confirmada (con identificación de agentes etiológicos E. Coli y Norovirus) y 19 se encuentran en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 08 fue de 41 para una tasa de mortalidad de 1,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 08 de 2025 se observó variación en la notificación de muertes probables por EDA en Antioquia, en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 08 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la OMS, se acogen las siguientes definiciones¹:

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

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

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

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

Para el cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAFA-ND 2024 y 2025 (datos preliminares).

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 08 de 2025 se notificaron al Sivigila nueve (9) casos, cuatro (4) muertes maternas tempranas y cinco (5) muertes maternas tardías; para un total acumulado de 27 casos de muertes maternas tempranas residentes en territorio colombiano (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 08, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	47	23	14	84
2023	36	28	8	72
2024	39	25	11	75
2025	27	12	4	43

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 08 de 2025 fue de 43,0 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 53,7 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2024. Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 18 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Antioquia, Bogotá D.C., Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Risaralda y Santander. Al comparar con el promedio histórico 2021-2024 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas por entidad territorial de residencia (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dabeiba (Antioquia), Barranco de Loba (Bolívar), Cereté y Pueblo Nuevo (Córdoba), La Guadalupe (Guainía), Dibulla (La Guajira), Pereira (Risaralda) y Sevilla (Valle del Cauca) comparado con el promedio histórico 2021-2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 08 de 2025, el 59,3 % corresponden a causas directas y el 25,9 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 18,5 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021 - 2024 a SE 08	Acumulado de casos a SE 08		Razón de MM por 100 000 NV a SE 08	
		2024	2025	2024	2025
Colombia	47	39	27	53,7	43,0
Guainía	0	0	1	0,0	952,4
Vichada	0	0	1	0,0	763,4
Risaralda	1	0	2	0,0	192,9
Chocó	1	1	1	110,5	141,2
La Guajira	4	4	3	146,5	130,5
Cesar	2	3	2	126,1	100,0
Córdoba	3	3	2	102,6	81,0
Santander	1	0	2	0,0	72,6
Tolima	2	0	1	0,0	59,5
Nariño	2	1	1	54,4	59,3
Bolívar	2	2	1	105,9	58,2
Barranquilla	1	2	1	93,9	52,4
Cundinamarca	1	2	2	45,1	50,8
Valle del Cauca	1	0	1	0,0	49,8
Norte de Santander	2	3	1	111,4	45,5
Cali	2	2	1	73,1	41,4
Antioquia	3	2	2	23,1	26,9
Bogotá, D.C.	5	6	2	65,8	24,4
Arauca	0	0	0	0,0	0,0
Boyacá	1	1	0	59,3	0,0
Cauca	2	1	0	47,0	0,0
Huila	2	3	0	132,6	0,0
Meta	2	2	0	102,5	0,0
Santa Marta	1	1	0	103,1	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 - 2025 PE II (datos preliminares). RUAF - ND, nacimientos febrero 2024, PE II 2025 (datos preliminares). SE: semana epidemiológica. MM: mortalidad materna, NV: nacidos vivos

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 08	Valor observado SE 08
Colombia	47	27
Dabeiba (Antioquia)	0	1
Barranco de Loba (Bolívar)	0	1
Cereté (Córdoba)	0	1
Pueblo Nuevo (Córdoba)	0	1
La Guadalupe (Guainía)	0	1
Dibulla (La Guajira)	0	1
Pereira (Risaralda)	0	1
Sevilla (Valle del Cauca)	0	1

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

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 08	Número de casos y proporción a SE 08 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	38	36	100	39	100	27	100
DIRECTA	24	25	69,4	23	59,0	16	59,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	9	8	22,2	10	25,6	5	18,5
Hemorragia obstétrica	6	4	11,1	8	20,5	4	14,8
Evento tromboembólico como causa básica	3	4	11,1	2	5,1	3	11,1
Sepsis obstétrica	4	6	16,7	1	2,6	2	7,4
Embarazo ectópico	2	3	8,3	1	2,6	2	7,4
Otras causas directas	1	0	0,0	1	2,6	0	0,0
INDIRECTA	13	11	30,6	15	38,5	7	25,9
Otras causas indirectas	6	5	13,9	6	15,4	2	7,4
Otras causas indirectas: neumonía	2	2	5,6	1	2,6	1	3,7
Sepsis no obstétrica	3	3	8,3	3	7,7	1	3,7
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Otras causas indirectas: cáncer	2	1	2,8	2	5,1	1	3,7
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	5,1	1	3,7
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	1	2,6	0	0,0
En estudio	1	0	0,0	1	2,6	4	14,8

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

La razón de muerte perinatal y neonatal tardía se calculó, de acuerdo con lo establecido en el país, utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se tomaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo a analizar publicados de manera preliminar por RUAF - ND 2024 y 2025.

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

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

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

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccc_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.

A semana epidemiológica 08 de 2025 se han notificado 795 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 790 corresponden a residentes en Colombia y cinco a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 12,6 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (105), Antioquia (96), Cundinamarca (55), Cali (33) y Córdoba (32). Las razones más altas se observaron en Vichada (53,4), Buenaventura (42,8) y Amazonas (38,5). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico

de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 08 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Cali, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, La Guajira, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Santa Marta, Sucre, Tolima y Valle del Cauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Bosconia (Cesar), El Santuario (Antioquia), Aguazul (Casanare), San Pedro de Urabá (Antioquia), La primavera (Vichada) y Regidor (Bolívar) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 45,2 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,2 %, neonatales tardías con 17,6 % y fetales intraparto con 9,0 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,9 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 10,9 % (tabla 3). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 08 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte (tabla 11).

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024	Acumulado de casos a SE 08		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024 a SE 08	2025 a SE 08
Colombia	1266	945	790	13,0	12,6
Vichada	6	5	7	22,8	53,4
Buenaventura	13	11	14	24,4	42,8
Amazonas	3	3	4	21,1	38,5
San Andrés y Providencia	2	2	3	20,6	34,5
Chocó	31	34	18	37,6	25,4
Caldas	18	15	16	15,0	18,7
Nariño	36	31	29	16,9	17,2
Bolívar	37	24	29	12,7	16,9
Putumayo	11	14	8	22,7	16,8
Cartagena de Indias	43	30	27	15,1	15,8
Cesar	44	24	31	10,1	15,5
Meta	27	20	25	10,3	15,0
Cundinamarca	64	59	55	13,3	14,0
Cali	48	40	33	14,6	13,6
La Guajira	66	40	30	14,6	13,0
Córdoba	63	48	32	16,4	13,0
Antioquia	139	97	96	11,2	12,9
Bogotá, D.C.	135	102	105	11,2	12,8
Cauca	42	31	22	14,6	12,8
Quindío	12	14	7	22,8	12,3
Magdalena	24	14	16	8,9	12,0
Arauca	14	11	5	22,1	12,0
Atlántico	43	36	20	17,7	11,5
Sucre	35	22	15	13,7	11,1
Valle del Cauca	35	25	22	11,4	11,0
Boyacá	25	21	15	12,5	9,8
Barranquilla	46	24	18	11,3	9,4
Casanare	15	11	6	14,5	8,9
Tolima	28	20	15	11,0	8,9
Risaralda	19	17	9	13,8	8,7
Huila	30	22	15	9,7	8,5
Santander	38	21	20	6,7	7,3
Norte de Santander	38	32	15	11,9	6,8
Guaviare	2	0	1	0,0	6,8
Caquetá	14	10	4	12,0	5,8
Santa Marta	14	10	3	10,3	3,5
Guainía	4	1	0	9,0	0,0
Vaupés	2	4	0	42,6	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 PE II (datos preliminares). RUAF - ND, nacimientos febrero 2024, PE II 2025 (datos preliminares). SE: semana epidemiológica

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 08 2020 - 2024	Valor observado a SE 08 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	1266	790	-
Bosconia (Cesar)	2	6	03
El Santuario (Antioquia)	1	4	05
Aguazul (Casanare)	1	4	04
San Pedro de Urabá (Antioquia)	1	3	04
La primavera (Vichada)	0	3	01
Regidor (Bolívar)	0	2	01

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 08, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 08, 2023 -2025					
	2023 a SE 08	(%)	2024 a SE 08	(%)	2025 a SE 08	(%)
Colombia	1 244	100,0	945	100,0	790	100,0
Asfíxia y causas relacionadas	313	25,2	236	25,0	197	24,9
Prematuridad-inmaturidad	226	18,2	129	13,7	131	16,6
Sin información	3	0,2	42	4,4	100	12,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	190	15,3	141	14,9	86	10,9
Infecciones	107	8,6	75	7,9	60	7,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	159	12,8	119	12,6	55	7,0
Malformación congénita	108	8,7	76	8,0	55	7,0
Causas no específicas	26	2,1	33	3,5	44	5,6
Otras causas de muerte	73	5,9	60	6,3	42	5,3
Trastornos cardiovasculares	24	1,9	26	2,8	14	1,8
Lesión de causa externa	12	1,0	5	0,5	4	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	3	0,2	3	0,3	2	0,3

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda

Metodología

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

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

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

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

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

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a semana epidemiológica 08 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 01 a SE 04 2025	SE 05 a SE 08 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	481 337	490 053	→ 3,06%	
Hospitalización en sala general	20 679	21 217	→ 2,60%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 969	2 819	→ -5,05%	

SE: semana epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 08 de 2025 se notificaron 144 014 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Chocó, La Guajira, Santa Marta y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura, Caquetá y Huila. Las 30 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (05 a 08 de 2025) en 31 municipios (tabla 13).

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (05 a 08 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 26,57 % (131 785) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 18,41 % (91 326). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 9,62 % seguido de los menores de dos a cuatro años con 8,58 % respectivamente.

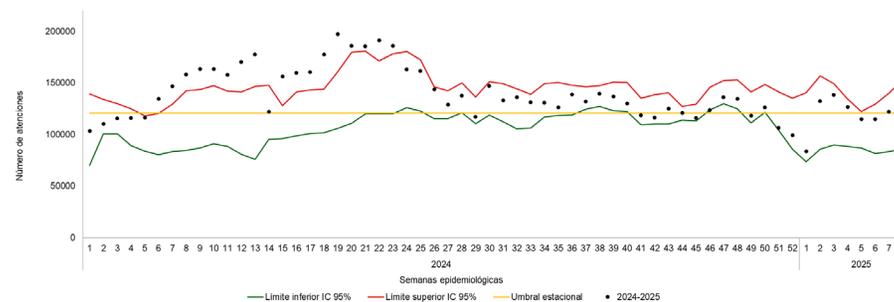
En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, a semana epidemiológica 08 de 2025, se observa una tendencia al alza, ubicándose por encima del umbral estacional. En contraste, durante el último período de 2024, la tendencia fue diferente, ya que las atenciones se mantuvieron por debajo de dicho umbral (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 4).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 05 a 08 de 2025

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	12 495	13 233	3 696	6 988
Atlántico	Soledad	13 475	12 431	5 084	6 499
La Guajira	Maicao	7 391	9 083	2 292	5 396
Cundinamarca	Soacha	10 265	8 663	2 956	4 945
Antioquia	Bello	11 735	9 877	3 357	4 701
La Guajira	Uribia	6 685	6 916	1 686	4 018
Cundinamarca	Chía	8 690	7 700	2 729	3 866
Antioquia	Rionegro	4 687	5 556	1 552	2 728
Valle del Cauca	Palмира	4 352	4 861	1 562	2 301
Córdoba	Sahagún	1 311	3 836	1 145	2 245
Risaralda	Dosquebradas	4 107	4 777	1 134	2 229
Santander	Barrancabermeja	2 373	3 982	653	2 097
Magdalena	Ciénaga	3 210	3 507	845	1 838
Santander	Floridablanca	3 272	3 395	964	1 772
Boyacá	Duitama	3 722	3 041	1 473	1 703
Antioquia	Envigado	4 013	3 682	1 560	1 681
Cundinamarca	Zipaquirá	2 735	2 892	1 276	1 620
Cundinamarca	Facatativá	3 257	2 512	1 451	1 537
Cundinamarca	Madrid	3 112	2 631	547	1 479
Valle del Cauca	Cartago	3 487	2 900	300	1 385
Norte de Santander	Ocaña	2 226	2 445	298	1 285
Cundinamarca	Girardot	2 778	2 648	1 007	1 269
Boyacá	Sogamoso	2 120	2 353	898	1 268
Córdoba	Cerete	1 717	2 564	519	1 262
Bolívar	Magangué	2 384	2 164	714	1 206
Antioquia	Apartado	2 547	2 129	911	1 192
Córdoba	Lorica	1 864	2 205	817	1 167
Valle del Cauca	Yumbo	1 892	2 478	757	1 076
Valle del Cauca	Tuluá	2 452	2 465	524	999
Antioquia	Turbo	2 044	1 950	621	997
Cundinamarca	Funza	1 620	2 201	710	980
Cauca	Santander de Quilichao	2 308	1 649	660	829
Cesar	Aguachica	1 060	1 467	781	825
Casanare	Yopal	2 244	1 515	688	821
Huila	Pitalito	1 641	1 599	357	757
Santander	Piedecuesta	645	1 145	187	654
Norte de Santander	Villa del Rosario	736	1 097	406	591
Valle del Cauca	Buenaventura	1 585	1 001	574	521
Santander	Girón	1 050	863	135	464
Cauca	Guapi	304	750	149	405
Atlántico	Malambo	1 544	731	279	390
Cundinamarca	Mosquera	1 032	561	277	295
Nariño	La florida	128	127	46	42

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

Figura 4. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 08 de 2025



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

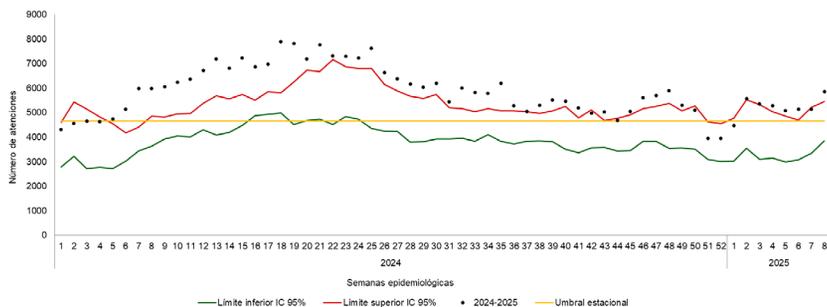
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 08 de 2025 se notificaron 5 852 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Amazonas, Cali, Guainía, Guaviare, La Guajira, Norte de Santander, Vaupés y Vichada e incremento en Antioquia, Atlántico, Arauca, Barranquilla, Cartagena, Cauca, Córdoba, Magdalena, Meta, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander y Tolima. En las 16 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (05 a 08 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 524) representaron el 30,75 %, seguido del grupo de 5 a 19 años con el 14,92 % (3 165). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en niños de un año con 22,35 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 19,68 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, a semana epidemiológica 08 de 2025, se observa una tendencia al aumento, ubicándose por encima del límite superior. Sin embargo, en el último período de 2024, aunque se presentó una tendencia similar, los valores se mantuvieron dentro de los límites esperados (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2025

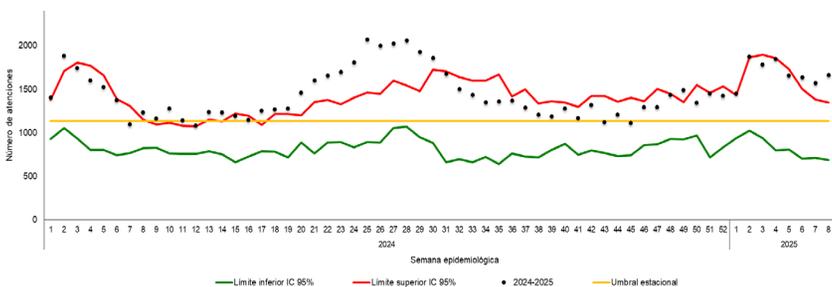


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 08 de 2025, se notificaron (1 662) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad en semana 08 de 2025 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2024 a 08 de 2025



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

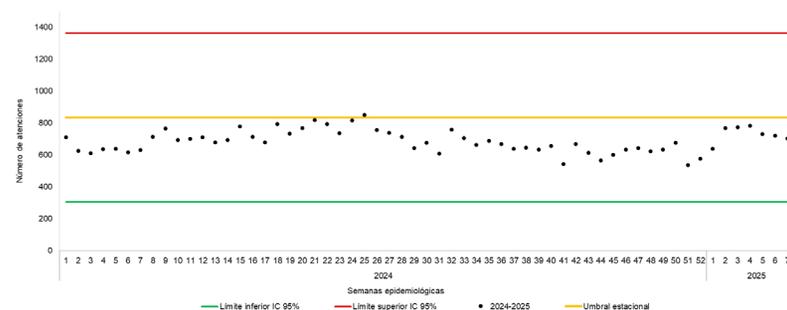
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 08 de 2025 se notificaron 664 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 10 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta, Putumayo y Vichada. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Bogotá D.C., Boyacá, Buenaventura, Caquetá, Cauca, Córdoba, Guainía, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (05 a 08 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 38,06 % (1 073), seguido de los menores de un año con el 17,91 % (505) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de niños de un año con el 26,26 % seguido del grupo de dos a cuatro años con el 19,79 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 08 de 2025, se observa que se ubica por debajo del umbral estacional, siguiendo la misma tendencia del último periodo (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 7).

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 08 de 2025

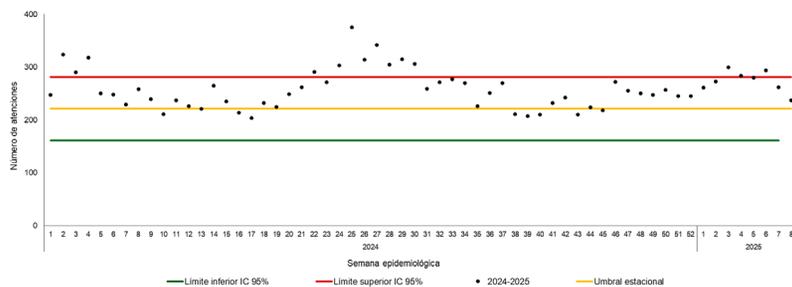


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 08 de 2025, se notificaron 237 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidencia que a esta semana se sitúa por debajo del límite superior, siguiendo la misma tendencia con respecto al último periodo de 2024 (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 52 2024 y 01 a 08 de 2025



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

Según los modelos utilizados por el IDEAM, las proyecciones de precipitación para febrero indican que se esperan lluvias por encima del promedio climático en la isla de Providencia y gran parte de las regiones Caribe, Andina y Pacífica. Asimismo, se prevén precipitaciones superiores a la media en zonas más reducidas de la Orinoquía y Amazonía, con probabilidades entre el 50 % y el 70 %¹. Teniendo en cuenta este fenómeno climático donde se presenta una elevada humedad, bajas temperaturas y el riesgo de aumento de las infecciones respiratorias agudas especialmente en población vulnerable como los menores de 5 años, mayores de 60 años o personas con enfermedades preexistentes; se insta a los departamentos a:

- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria en sus estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación

de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.

- Propiciar una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación frente a las medidas de prevención (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento).
- Educación frente la identificación de signos y síntomas de alarma para atención oportuna y medidas de cuidado en casa.
- Impulsar la vacunación de COVID-19 e influenza estacional.
- Evaluar la capacidad instalada de los servicios de salud ante un posible incremento en la ocupación debido al aumento de 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 ascenso en la región Norte América, Caribe y ligero ascenso en Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1)pdm09 y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región, excepto en la región América del Norte. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidenció un marcado incremento en la región Andina, Brasil y Cono Sur, las otras regiones mantienen niveles bajos de circulación. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 08 de 2025, la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para rinovirus y al decremento Influenza A(H1N1)pdm09. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

¹. Instituto Nacional de Salud. Boletín de Clima y Salud [Internet]. Edición No. 2. Febrero de 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/boletin-clima-y-salud-febrero-2025.pdf>

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2025

Agente viral identificado	SE 01 a 04			SE 05 a 08			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	47,3	51,4	36,9	40,2	43,8	29,5	
Rinovirus	11,2	8,4	3,2	16,4	8,6	16,7	
Virus sincitial respiratorio	12,7	22,4	-	15,7	14,3	11,1	
Enterovirus	8,8	9,3	16,1	10,4	8,6	5,6	
Adenovirus	4,9	9,3	-	7,5	11,4	5,6	
Influenza B	12,7	4,7	6,5	9,7	8,6	5,6	
Influenza A	12,7	5,6	29,0	9,7	8,6	11,1	
Parainfluenza	8,8	11,2	9,7	9,0	8,6	16,7	
Metapneumovirus	5,4	7,5	-	3,7	8,6	-	
A(H1N1)pdm09	5,9	3,7	19,3	1,5	7,1	-	
SARS-CoV2	2,0	1,9	-	2,2	14,3	-	
A(H3N2)	10,2	11,2	12,9	8,2	4,3	5,6	
Coronavirus	4,9	4,7	3,2	6,0	4,3	22,2	

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

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

COVID-19

Metodología

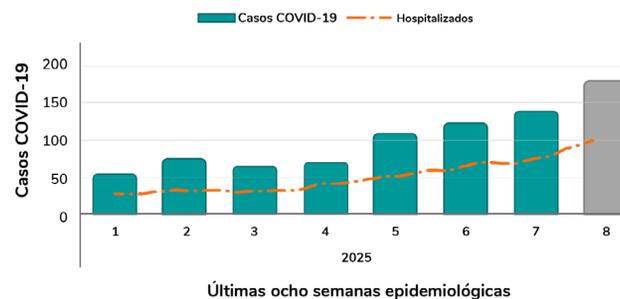
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 08 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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

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

En Colombia, con corte al 22 de febrero de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 813 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas (SE 05 a 08 de 2025), se ha observado un aumento significativo del 110,3%, con 551 casos registrados en comparación con el periodo esperado (SE 01 a SE 04 de 2025), en el cual se reportaron 262 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado un incremento del 135,7%, pasando de 126 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 297 casos en el periodo analizado (figura 9).

Figura 9. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2025



Entre el 16 de febrero y el 22 de febrero de 2025 se confirmaron 228 casos en el territorio nacional; de estos el 79,82% (182 casos) corresponde a la semana

epidemiológica 08. El 71,05 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Antioquia, Cali, Cundinamarca y Cauca (tabla 15).

Tabla 15. Casos nuevos de COVID-19, semana epidemiológica 08 de 2025

Entidad Territorial	Otras	SE 05	SE 06	SE 07	SE 08	Total
Bogotá, D.C.	0	0	3	8	57	68
Antioquia	1	0	1	7	26	35
Cali	0	0	1	4	28	33
Cundinamarca	0	0	0	1	14	15
Cauca	0	1	0	1	9	11
Barranquilla	0	1	0	1	9	11
Valle del Cauca	0	0	0	2	6	8
Boyacá	0	0	1	1	5	7
Atlántico	0	0	0	3	2	5
Huila	0	0	0	0	4	4
Norte Santander	0	0	0	1	2	3
Sucre	0	0	0	1	2	3
Santander	0	0	1	0	2	3
Amazonas	0	0	0	1	2	3
Caquetá	0	0	0	1	1	2
Nariño	0	0	0	0	2	2
Córdoba	0	0	0	0	2	2
Risaralda	0	0	0	1	1	2
Chocó	0	0	0	0	2	2
Caldas	1	0	0	0	0	1
Buenaventura	0	0	0	0	1	1
Meta	0	0	0	0	1	1
Quindío	0	0	0	0	1	1
Santa Marta	0	0	0	0	1	1
Magdalena	0	0	0	1	0	1
Bolívar	0	0	0	0	1	1
Tolima	0	0	0	1	0	1
Exterior	0	0	0	0	1	1
Total	2	2	7	35	182	228

En el periodo epidemiológico actual, se registró una incidencia de 1,04 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 31 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 157 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá D.C., Cundinamarca, Huila, Sucre, Valle del Cauca, Cali y a nivel municipal en Medellín (Antioquia), Barranquilla, Soledad (Atlántico), Duitama (Boyacá) y Soacha (Cundinamarca).

Durante el 2025, se han reportado nueve (9) fallecimientos relacionados con COVID-19: uno en Medellín (Antioquia), San José de Cúcuta (Norte de Santander), Riohacha (La Guajira) y Bogotá D.C. En Cauca se han registrado tres (3) fallecimientos, distribuidos en Popayán, Cajibío y Corinto y dos (2) casos en

Cali. Todas las muertes ocurrieron en mayores de 60 años.

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



Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 08 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 08 de 2025 se notificaron 4 332 casos de dengue: 3 091 casos de esta semana y 1 241 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 35 788 casos, 22 123 (61,8 %) sin signos de alarma, 13 313 (37,2 %) con signos de alarma y 352 (1,0 %) de dengue grave.

El 69,6 % (24 999) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de Indias, Antioquia, Tolima, Santander, Córdoba, Valle del Cauca, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander, Barranquilla, Atlántico y Huila (tabla 16).

Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025

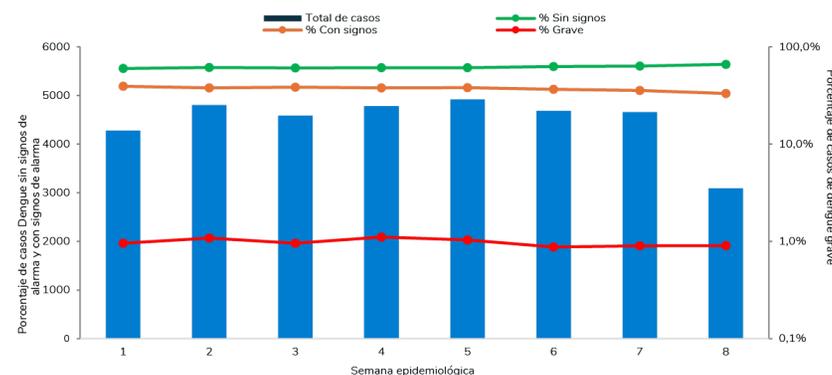
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 52 de 2024 a 03 de 2025)	Observado (SE 04 a 07 de 2025)
Cartagena de Indias	3 371	23,7	1,1	1 766	1 920
Antioquia	2 588	35,0	0,9	1 340	1 387
Tolima	2 290	34,8	1,2	1 223	1 097
Santander	2 157	32,9	0,9	1 042	1 201
Córdoba	2 078	46,4	0,4	1 042	1 120
Valle del Cauca	1 976	26,8	0,4	1 022	990
Cundinamarca	1 894	38,4	0,5	1 046	932
Meta	1 877	39,2	0,8	829	1034
Norte de Santander	1 862	36,5	0,9	835	1064
Barranquilla	1 775	36,6	1,3	1 199	799
Atlántico	1 599	47,1	1,6	917	799
Huila	1 532	31,9	1,8	605	832
Cali	1 333	38,2	0,8	707	692
Putumayo	1 220	23,0	0,7	449	718
Sucre	1 142	58,7	1,1	571	622
La Guajira	1 042	62,9	1,5	563	527
Bolívar	998	40,9	1,2	473	561
Caquetá	682	45,2	1,8	311	363
Cesar	670	58,8	1,9	314	371
Arauca	476	40,5	1,5	217	261
Cauca	470	34,5	0,9	209	277
Quindío	460	25,9	0,0	277	238
Risaralda	453	35,8	0,9	280	200
Boyacá	231	39,0	0,4	115	118
Nariño	204	37,7	1,5	96	111
Chocó	192	18,8	1,0	85	99
Casanare	183	33,9	0,0	59	120
Magdalena	178	61,2	1,1	81	94
Guaviare	161	14,9	0,0	63	91
Caldas	154	44,2	0,0	60	89
Santa Marta	141	60,3	1,4	81	74
Vichada	141	43,3	0,0	57	85
Amazonas	69	30,4	0,0	31	36
Exterior	67	50,7	3,0	25	39
Buenaventura	46	34,8	2,2	19	26
Archipiélago de San Andrés	42	40,5	0,0	28	23
Guainía	23	30,4	0,0	4	18
Vaupés	11	54,5	9,1	4	6
Colombia	35 788	37,2	1,0	18 045	19 034

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 04 a 07 de 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 52 de 2024 a 03 de 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Buenaventura, Caldas, Casanare, Cauca, Guaviare, Huila, Putumayo, Vichada y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en el Barranquilla; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 20).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % a nivel nacional (figura 10), sin embargo, las entidades territoriales de Cesar, La Guajira, Magdalena, Santa Marta, Sucre y Vaupés 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 04 a 07 de 2025).

Figura 10. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semana epidemiológica 01 a 08 de 2025

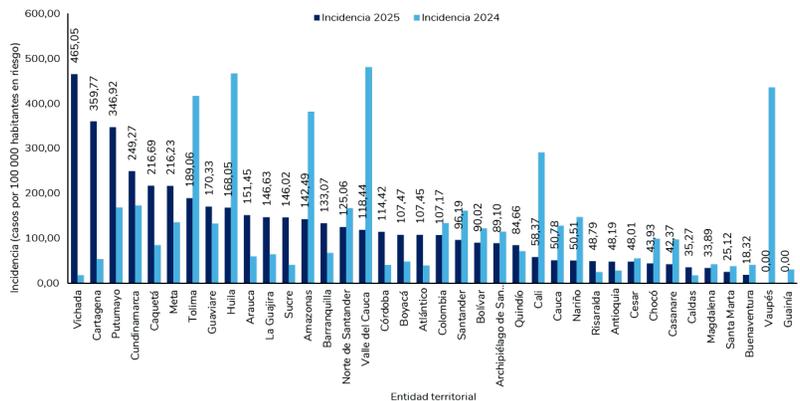


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

A semana epidemiológica 08 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 107,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 133,8 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Cartagena de Indias, Putumayo, Cundinamarca, Caquetá, Meta y Tolima presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 08 de 2025 registrando tasas superiores a 180 casos por 100 000 habitantes (figura 11). Por grupo de edad, la mayor incidencia de

dengue se observó en los menores de 17 años con 208,9 casos por 100 000 habitantes.

Figura 11. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2024 y 2025

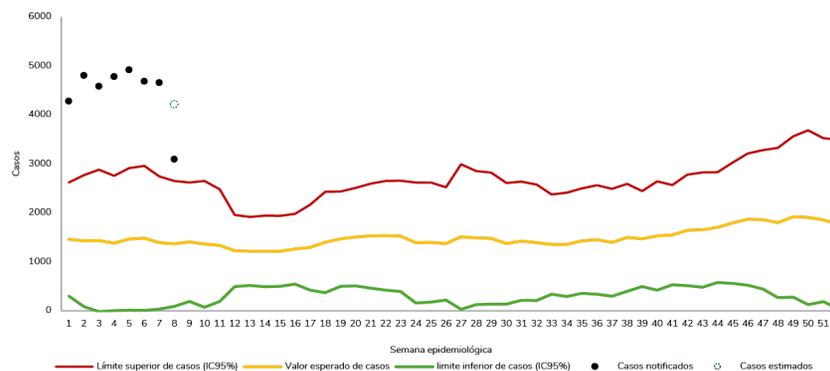


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 08 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 33,2 % (274) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 77,2 % (44/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Figura 12. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2025



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

En la semana epidemiológica 08 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento del 6,1 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 04 a 07 de 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 52 de 2024 a 03 de 2025) (figura 12).

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 5,4 % (2) se encuentra dentro de lo esperado, el 26,5 % (9) se encuentran en situación de alerta y el 70,3 % (26) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena de Indias, La Guajira, Putumayo y Tolima se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de febrero (tabla 17). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2025

Situación epidemiológica a SE 08, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de febrero		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena, La Guajira, Putumayo, Tolima	Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander y Sucre	Bolívar, Boyacá, Chocó, Nariño, Guainía, Vichada
Alerta	Valle del Cauca	Buenaventura, Cali, Huila, Magdalena, Archipiélago de San Andres y Providencia, Santa Marta D.E.	Casanare, Cesar
Dentro de lo esperado	-	Amazonas, Vaupés	-

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

Tabla 18. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	20,2	527	47	247
	Apartadó	83,5	110	32	54
	Bello	9,2	51	3	35
	Envigado	27,3	66	2	35
	Itagüí	9,5	26	2	15
	Turbo	52,9	71	13	49
Atlántico	Barranquilla	135,3	1775	281	799
	Malambo	90,4	130	23	70
	Soledad	155,4	1063	115	518
Bolívar	Cartagena	319,5	3371	190	1920
	Magangué	82,8	119	7	62
	Turbaco	125,5	146	27	84
Caldas	Manizales	1,8	8	1	5
Caquetá	Florencia	187,9	332	56	163
Cauca	Popayán	14,4	39	1	19
	Santander de Quilichao	81,0	93	9	62
Cesar	Aguachica	126,9	156	33	94
	Montería	185,6	952	117	528
Córdoba	Cereté	63,6	70	4	45
	Lorica	31,6	37	8	16
	Sahagún	95,6	107	12	51
	Fusagasugá	212,3	351	4	181
Cundinamarca	Girardot	454,4	535	39	274
	Quibdó	30,8	41	11	20
Chocó	Neiva	177,1	656	132	356
	Pitalito	210,3	275	41	142
La Guajira	Riohacha	129,4	271	100	157
	Maicao	157,2	302	25	156
Meta	Villavicencio	143,8	733	187	401
Nariño	San Andres de Tumaco	43,5	112	31	58
	Cúcuta	138,8	1060	183	644
Norte de Santander	Ocaña	116,3	138	8	57
	Villa del Rosario	209,8	231	29	136
Quindío	Armenia	64,6	202	11	108
	Pereira	47,6	231	9	94
Risaralda	Dosquebradas	59,7	130	3	64
	Bucaramanga	96,6	598	59	316
Santander	Barrancabermeja	73,1	157	28	97
	Floridablanca	121,8	382	29	205
	Girón	122,2	214	30	122
	Piedecuesta	68,1	127	25	67
	Sincelejo	113,2	341	95	187
Tolima	Ibagué	174,6	950	174	451
Valle del Cauca	Jamundí	272,3	461	17	251

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

A semana epidemiológica 08 de 2025 se han notificado 86 muertes probables por dengue, de las que se han confirmado 6 casos, se descartó 5 casos y se encuentran en estudio 75 casos; de las muertes en estudio dos casos proceden del exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,02 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 42 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 08, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 08, 2025	Letalidad por dengue a SE 08, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	2	0	0,44	0,00
Barranquilla	1	3	0,06	0,00
Meta	1	5	0,05	0,09
Córdoba	1	4	0,05	0,00
Antioquia	1	5	0,04	0,30
Santander	0	8	0,00	0,19
Cartagena de Indias	0	7	0,00	0,00
Tolima	0	6	0,00	0,12
Bolívar	0	5	0,00	0,22
Sucre	0	4	0,00	0,00
Cauca	0	3	0,00	0,07
La Guajira	0	3	0,00	0,00
Huila	0	3	0,00	0,06
Arauca	0	2	0,00	0,00
Atlántico	0	2	0,00	0,17
Cali	0	2	0,00	0,01
Caquetá	0	2	0,00	0,00
Cundinamarca	0	2	0,00	0,06
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,02
Exterior	0	2	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,13
Guaviare	0	1	0,00	2,61
Nariño	0	1	0,00	0,00
Norte de Santander	0	1	0,00	0,14
Vichada	0	1	0,00	0,00
Colombia	6	73	0,02	0,09

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultar el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace: <http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 08 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

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

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

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

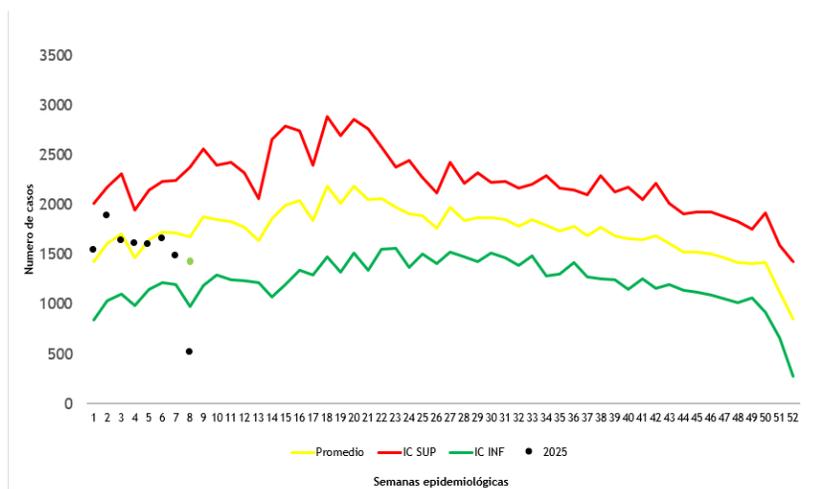
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de alerta por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 13).

Figura 13. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 08 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 08, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 08 de 2025 se notificaron 1 175 casos de malaria, para un acumulado de 11 978 casos, de los cuales 11 750 son de malaria no complicada y 228 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con el 66,0 % (7 902), seguido de *Plasmodium falciparum* con el 33,0 % (3 958) e infección mixta con el 1,0 % (118). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,2 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,9 %), Antioquia (13,8 %), Nariño (13,1 %), Córdoba (10,6 %), Vaupés (7,5 %), Cauca (4,2 %), Risaralda (3,8 %), Bolívar (2,6 %), Guainía (2,4 %), Buenaventura (2,1 %), Amazonas (2,0 %), Vichada (1,8 %) y Guaviare (1,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 74,5 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 01 A 04	Casos 2025 SE 05 A 08	Tasa por 1 000 habitantes
Vaupés	Mitú	795	316	479	32,72
Córdoba	Tierralta	740	300	440	7,41
Chocó	Quibdó	707	281	426	4,89
Risaralda	Pueblo Rico	404	141	263	24,06
Antioquia	El Bagre	378	181	197	6,71
Nariño	Roberto Payán	332	123	209	24,91
Chocó	Bajo Baudó	313	150	163	9,22
Nariño	Magüí	294	142	152	1,10
Guainía	Inírida	270	114	156	7,12
Nariño	Barbacoas	264	125	139	4,50
Chocó	Tadó	252	96	156	4,30
Buenaventura	Buenaventura	245	115	130	0,76
Nariño	San Andrés de Tumaco	239	79	160	0,90
Córdoba	Puerto Libertador	224	77	147	4,93
Chocó	Lloró	218	75	143	20,54
Chocó	Carmen del Darién	211	95	116	9,52
Cauca	Timbiquí	211	94	117	7,51
Cauca	Guapi	208	87	121	7,04
Chocó	Alto Baudó	196	86	110	6,27
Bolívar	Montecristo	186	83	103	10,13
Antioquia	Nechí	182	81	101	6,52
Vichada	Cumaribo	176	64	112	2,02
Nariño	El Charco	175	112	63	7,53
Chocó	Bagadó	171	62	109	14,44
Chocó	Medio San Juan	162	53	109	13,77
Chocó	El Cantón del San Pablo	152	84	68	22,01
Boyacá	Cubará	148	72	76	17,37
Chocó	Istmina	147	86	78	4,35
Antioquia	Mutatá	138	71	67	9,18
Chocó	Río Quito	137	76	61	14,96
Amazonas	Tarapacá (CD)	131	68	63	29,94
Chocó	Medio Atrato	131	72	59	10,16
Arauca	Saravena	122	41	81	7,53
Antioquia	Vigía del Fuerte	107	47	60	10,97
Antioquia	Chigorodó	94	37	57	1,51

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 75,4 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 16 municipios aportan el 30,9 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Quibdó, El Bagre, Pueblo Rico, Inírida, Carmen del Darién, Puerto Libertador, Bajo Baudó, Montecristo, Alto Baudó y Cumaribo e incremento en los municipios de El Bagre, Mutatá y Tarapacá (tabla 21). Mientras que, 15 municipios aportan el 64,0 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Roberto Payán, Magüí, Tadó, Lloró y Tumaco e incremento en los municipios de El Charco, Tierralta, Medio Atrato y El Cantón del San Pablo como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 01 a 04 de 2025	Casos SE 05 a 08 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	450	309	-31%	5,8%
Córdoba	Tierralta	393	243	-38%	5,1%
Chocó	Quibdó	204	176	-14%	2,6%
Antioquia	El Bagre	155	151	-3%	2,0%
Risaralda	Pueblo Rico	226	126	-44%	2,9%
Guainía	Inírida	154	111	-28%	2,0%
Chocó	Carmen del Darién	103	88	-15%	1,3%
Córdoba	Puerto Libertador	135	74	-45%	1,7%
Boyacá	Cubará	76	72	-5%	1,0%
Antioquia	Mutatá	65	71	9%	0,8%
Chocó	Bajo Baudó	83	70	-16%	1,1%
Bolívar	Montecristo	91	68	-25%	1,2%
Amazonas	Tarapacá (CD)	60	65	8%	0,8%
Chocó	Alto Baudó	79	64	-19%	1,0%
Nariño	Magüí	34	55	62%	0,4%
Vichada	Cumaribo	83	50	-40%	1,1%

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

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 01 a 04 de 2025	Casos SE 05 a 08 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	53	106	100%	4,1%
Nariño	Barbacoas	108	101	-6%	5,4%
Chocó	Quibdó	218	96	-56%	8,0%
Cauca	Timbiquí	115	92	-20%	5,3%
Nariño	Roberto Payán	172	90	-48%	6,7%
Nariño	Magüí	118	86	-27%	5,2%
Cauca	Guapi	115	85	-26%	5,1%
Chocó	Bajo Baudó	76	79	4%	4,0%
Buenaventura	Buenaventura	70	70	0%	3,6%
Córdoba	Tierralta	46	55	20%	2,6%
Chocó	Medio Atrato	47	54	15%	2,6%
Chocó	Tadó	83	51	-39%	3,4%
Chocó	El Cantón del San Pablo	37	44	19%	2,1%
Chocó	Lloró	64	43	-33%	2,7%
Nariño	Tumaco	80	43	-46%	3,2%

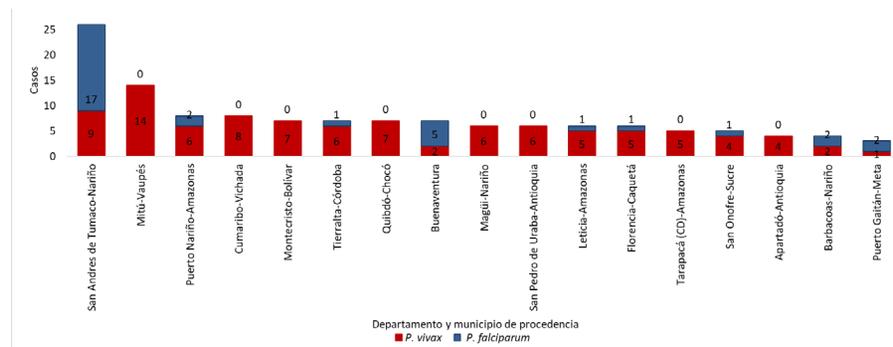
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Malaria complicada

A semana epidemiológica 08 de 2025 se han notificado 228 casos de malaria complicada, que proceden de 22 entidades territoriales y siete casos procedentes del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Amazonas Córdoba, Vaupés, Risaralda y Vichada notificaron el 74,6 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 58,3 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 14)

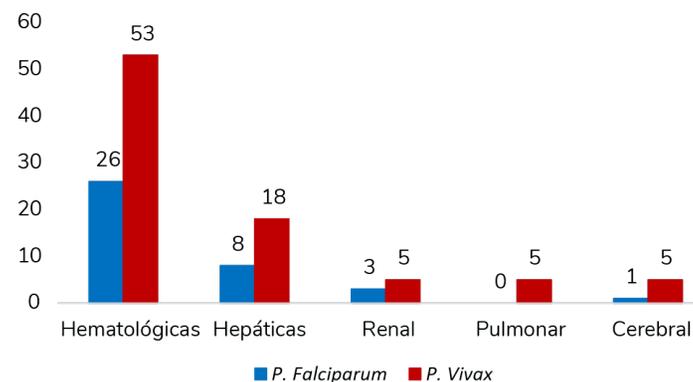
De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum* el 64,5 % (162) presentaron complicaciones hematológicas; el 23,1 % (58) complicaciones hepáticas; el 5,6 % (14) complicaciones renales, el 4,4 % (11) complicaciones pulmonares y el 2,4 % (6) complicaciones cerebrales (figura 15)

Figura 14. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025



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

Figura 15. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025



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

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

Entidades territoriales Situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 08 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; diez departamentos y 24 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 23 y tres departamento y ocho municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 24).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 08 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 08 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 08 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 05 A 08	Observado SE 05 A 08 de 2025
Vaupés	Mitú	4	809	110	321
Antioquia	El Bagre	5	379	149	181
Nariño	Magúf	5	301	89	148
Cauca	Timbiquí	5	212	56	94
Chocó	Carmen del Darién	5	211	73	95
Bolívar	Montecristo	5	193	42	85
Antioquia	Nechí	5	182	20	81
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	155	54	85
Boyacá	Cubará	4	149	0	72
Chocó	Istmina	5	148	59	69
Antioquia	Mutatá	5	140	33	72
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	136	35	68
Arauca	Saravena	4	122	1	41
Caquetá	Florencia	4	77	2	43
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	63	1	42
Antioquia	Tarazá	4	59	12	28
Amazonas	Puerto Nariño	5	51	5	26
Antioquia	Caucasia	4	47	12	26
Chocó	Riosucio	5	42	20	24
Chocó	Unión Panamericana	5	41	17	20
Amazonas	Leticia	4	37	4	21
Chocó	Belén de Bajirá	5	32	15	18
Meta	Puerto López	4	23	0	17
Chocó	Sipí	4	20	9	10

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

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las a semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 08 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 08 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 05 A 08	Observado SE 05 A 08 de 2025
Antioquia	Dabeiba	4	32	17	25
Córdoba	Tuchín	4	25	3	8
Antioquia	Remedios	4	19	5	9
Risaralda	La Virginia	4	17	1	13
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	12	2	6
Risaralda	Pereira	4	10	1	3
Córdoba	Chinú	4	4	1	4
Meta	Cubaral	4	4	0	4

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

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 DE y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas¹.

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

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Versión 8. 24 de abril de 2024. Disponible en: https://servicios.ins.gov.co/docuadmi-repositorio/LmsamemorsaPRO_1INT%20Aguda%20m%20menores%20de%205%20a%C3%9Fos%202024.pdf

A semana epidemiológica 08 de 2025, se han notificado 3 436 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 3 401 corresponden a residentes en Colombia y 35 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (09 de 2024 a 08 de 2025) es de 0,66 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas

corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 173 municipios a nivel nacional (15,4%) y de disminución en seis municipios (0,5%) (tabla 25).

El 78,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 21,1 % como desnutrición aguda severa; el 7,3 % de los casos en mayores de seis meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (27,9 %) y de 1 año (30,0 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 64,5 %.

Para la semana epidemiológica 08 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Antioquia, Buenaventura, Cali, Caquetá, Cartagena de Indias, Casanare, Guainía, Guaviare, Quindío, Santa Marta, Sucre, Vaupés y Vichada. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de nueve municipios (tabla 26).

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

Tabla 25. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 08, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 08 de 2024	Casos a SE 08 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	3 767	3 401	0,66	15,4	0,5
La Guajira	416	294	2,48	20,0	6,7
Vichada	45	24	2,13	25,0	25,0
Chocó	200	189	1,84	25,8	0,0
Arauca	61	52	1,28	0,0	0,0
Guaviare	15	16	1,05	0,0	0,0
Magdalena	73	89	0,88	13,8	0,0
Vaupés	10	3	0,79	16,7	16,7
Risaralda	74	75	0,78	14,3	0,0
Cesar	124	152	0,78	12,0	0,0
Casanare	45	31	0,76	0,0	0,0
Nariño	136	99	0,73	12,5	1,6
Amazonas	11	7	0,71	9,1	0,0
Guainía	10	4	0,69	0,0	0,0
Antioquia	399	513	0,69	28,0	0,0
Bolívar	70	84	0,67	17,8	0,0
Putumayo	31	48	0,65	15,4	0,0
Buenaventura	32	25	0,65	100,0	0,0
Bogotá D.C	589	444	0,64	0,0	0,0
Meta	84	62	0,62	13,8	0,0
Cartagena de Indias	56	80	0,61	100,0	0,0
Cundinamarca	212	187	0,59	8,6	0,0
Tolima	93	54	0,59	14,9	0,0
Boyacá	94	72	0,59	8,9	0,0
Huila	91	76	0,57	8,1	0,0
Norte Santander	99	117	0,55	17,5	0,0
Caquetá	42	17	0,47	18,8	6,3
Sucre	41	70	0,45	30,8	0,0
Valle del Cauca	91	88	0,44	30,0	0,0
Santander	105	93	0,43	16,1	0,0
Calí	79	103	0,43	100,0	0,0
Caldas	46	22	0,41	7,4	0,0
Córdoba	125	86	0,40	6,7	3,3
Atlántico	61	30	0,39	13,6	0,0
Santa Marta	14	18	0,36	100,0	0,0
Barranquilla	24	24	0,30	0,0	0,0
Cauca	53	47	0,29	16,7	0,0
Quindío	14	6	0,27	0,0	0,0
San Andrés	2	0	0,20	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 09 de 2024 a SE 08 de 2025

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

Tabla 26. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	113	200
La Guajira	Maicao	52	37
Chocó	Quibdó	13	36
Antioquia	Turbo	6	25
Santander	Barrancabermeja	10	21
Santander	Girón	9	16
Sucre	Sincelejo	6	14
Valle del Cauca	Jamundí	7	14
Antioquia	Rionegro	4	12

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



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del Tolima, febrero 26 de 2025

Situación con ocurrencia en el área rural de las veredas colindantes en la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, que abarca partes de los municipios de Cunday, Prado, Villarrica y Purificación, en el Tolima. Este brote comenzó en octubre de 2024 y se han confirmado 31 casos de fiebre amarilla (30 por laboratorio y uno por nexos epidemiológico); el último caso reportado con inicio de síntomas del 11 de febrero de 2025. De los 31 casos, 26 son hombres, con edades entre 13 y 67 años, y cinco (5) son mujeres, con edades entre 11 y 89 años. Los casos se concentran en veredas de áreas rurales dispersas, por lo que se considera un foco de origen selvático, donde no se han confirmado casos procedentes de zona urbana. Se han registrado 13 fallecidos para una letalidad preliminar del 41,9 %. Situación en seguimiento

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

Brote de tos ferina en comunidad indígena emberá de Carmen de Atrato, Chocó. Febrero 26 de 2025

El 20 de febrero de 2025 se declaró un brote de tos ferina en una comunidad indígena de etnia emberá chami de Carmen de Atrato (Chocó) con un caso en una niña de seis meses, sin vacunación, cuyos síntomas iniciaron el 03 de febrero y requirió hospitalización en UCI el 10 de febrero en Medellín, mostrando evolución positiva y posible nexo epidemiológico con brotes en Urao y Betulia. Se han realizado acciones como investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa institucional en IPS departamentales, y una Sala de Análisis del Riesgo (SAR) con respuesta municipal y departamental. Pendiente despliegue de un equipo de respuesta inmediata, sujeto a las condiciones del paro armado regional. Se encuentran pendientes vigilancia comunitaria, profilaxis, vacunación, búsqueda activa comunitaria, toma de muestras para tos ferina, y sensibilización al personal médico en Quibdó y Carmen de Atrato, además de mantener la SAR activa. La información está sujeta a cambios y bajo seguimiento nacional.

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

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 08 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización de la enfermedad por el virus de Sudán en Uganda. Febrero 21 de 2025

El brote se declaró el 30 de enero de 2025, y a 20 de febrero de 2025 se han notificado un total de nueve casos confirmados de enfermedad por el virus del Sudán, incluida una muerte (letalidad 11 %). Las edades de los casos oscilan entre 1,5 y 49 años, con una edad media de 27 años, y los hombres representaron el 56 % del total de casos. Ocho (8) casos recibieron atención en centros de tratamiento en la capital, Kampala, y en Mbale, y fueron dados de alta el 18 de febrero tras dos pruebas negativas con 72 horas de diferencia.

Hasta el 20 de febrero, se habían registrado 299 contactos en los distritos afectados del país desde el inicio del brote. Más del 75 % de los contactos han completado el período de seguimiento de 21 días. Sin embargo, 58 aún están siendo monitoreados en centros de cuarentena institucional para completar un período de 21 días desde el último contacto con un caso confirmado.

La enfermedad por el virus del Sudán pertenece a la misma familia que la enfermedad por el virus del Ébola. Es causada por el virus del Sudán (SUDV). Es una enfermedad grave con una alta letalidad que oscila entre el 41 % y el 70 % en brotes anteriores. En ausencia de vacunas y tratamientos autorizados para la prevención y el tratamiento de la enfermedad versar vespertina, el riesgo de un posible impacto grave en la salud pública es alto. Se han establecido controles de salida en diferentes puntos de entrada para reducir el riesgo de posible exportación de casos a países vecinos. La detección temprana, el diagnóstico

y la atención de apoyo optimizada pueden aumentar las probabilidades de supervivencia.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad por el virus de Sudán – Uganda. Fecha de publicación: 21 de febrero de 2025. Fecha de consulta: 25 de febrero de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencias/disease-outbreak-news/item/2025-DON556>

Brote de Sarampión en Buenos Aires, Argentina. Febrero 23 de 2025

El 01 de febrero de 2025 se emitió una alerta epidemiológica ante la confirmación de un caso de sarampión en una niña de seis años con residencia en Buenos Aires y antecedente de viaje junto a su grupo familiar desde Rusia con escalas en Vietnam, Dubai y Río de Janeiro. El 29 de enero, la hermana de 20 meses de edad comenzó con fiebre, agregando exantema cinco días después. En ningún caso fue posible constatar el antecedente de vacunación contra sarampión y en ambos se detectó IgM positiva para sarampión en suero y genoma viral de sarampión por RTqPCR en orina.

El 14 de febrero, se confirmó un tercer caso en adulto de 40 años sin antecedente de viaje, con residencia cercana a los dos casos confirmados previamente y con inicio de exantema el 12 de febrero. Antecedente de vacunación completa. La IgM contra sarampión en suero fue negativa y la IgG positiva y se detectó genoma viral del virus del sarampión, por RTqPCR en orina. El 21 de febrero se confirmó un cuarto caso en una adolescente de 18 años, sin antecedente de viaje, con domicilio cercano a los casos anteriores. Antecedente de vacunación completa. Comenzó sintomatología el 19 de febrero, y tuvo antecedente epidemiológico de probable contacto con casos confirmados. Se tomaron las muestras confirmando el diagnóstico. La paciente se encuentra en seguimiento clínico en forma ambulatoria.

Tres de los casos tuvieron manejo ambulatorio, y uno requirió hospitalización por neumonía. Todos presentan a la fecha evolución favorable.

Se continúa dando seguimiento a la investigación epidemiológica y las acciones de control correspondiente.

Fuente: Ministerio de Salud de la República de Argentina. Confirmación de tercer y cuarto caso de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fecha de publicación: 23 de febrero de 2025- Fecha de consulta: 25 de febrero de 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/actualizacion_casos_de_sarampion_20250223.pdf

Brote de sarampión en Texas, Estados Unidos. Febrero 26 de 2025

Brote que se presenta desde finales de enero de 2025 en la región de South Plains en Texas. A 26 de febrero se han notificado 124 casos confirmados; de los cuales 18 han requerido hospitalización. Se reporta la primera muerte en niño de edad escolar, sin antecedente de vacunación. Cinco (5/124) casos con antecedente de vacunación. La mayoría de los casos (n = 80) se reportan en el condado de Ganas. El 50 % de los casos tiene entre 5 y 17 años, seguido por el 31,5 % que corresponde a menores de 5 años.

El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas está trabajando con los departamentos de salud locales para investigar el brote.

Fuente: Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas. Texas announces first death in measles outbreak. Fecha de publicación: 26 de febrero de 2025. Fecha de consulta: 26 de febrero de 2025. Disponible en: <https://www.dshs.texas.gov/news-alerts/texas-announces-first-death-measles-outbreak>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 08 de 2025

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

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de Alarma			Defectos Congénitos			Hepatitis A			Intoxicaciones por medicamentos		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.		
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	14	0	3	89	24	40	0	0	0	21	24	9	3	1	2	0	0	0	4	1	2
Antioquia	129	11	13	3.289	1.277	1.596	24	2	13	906	107	408	180	101	88	150	39	56	508	270	272
Arauca	16	1	3	130	54	71	7	0	0	193	14	81	11	5	8	0	0	0	14	5	4
Atlántico	13	2	1	665	257	329	26	5	9	753	105	287	6	5	2	0	1	0	75	39	44
Barranquilla	3	0	0	696	234	365	23	4	9	649	133	241	14	7	7	4	1	3	87	41	44
Bogotá	1	0	0	3.855	1.668	1.883	0	0	0	0	0	0	694	145	357	19	13	8	579	265	318
Bolívar	44	3	5	515	200	261	12	3	7	408	75	203	20	9	8	0	0	0	31	24	11
Boyacá	14	2	1	1.169	439	577	1	0	1	90	15	43	106	32	43	1	1	0	62	37	30
Buenaventura	6	1	1	22	12	10	1	0	1	16	8	7	2	3	1	0	0	0	4	2	2
Caldas	10	2	2	645	276	328	0	0	0	68	11	35	8	7	5	2	1	1	74	47	39
Cali	1	0	0	835	408	448	10	6	4	509	340	246	71	49	35	24	20	11	154	87	80
Caquetá	40	2	6	175	86	87	12	2	9	308	88	167	18	8	6	0	0	0	13	8	7
Cartagena	4	0	0	316	126	151	36	3	18	798	84	358	20	16	10	0	0	0	35	29	16
Casanare	21	0	3	272	108	137	0	2	0	62	69	37	15	5	9	0	1	0	24	7	19
Cauca	14	1	0	853	423	392	4	1	1	162	29	80	42	29	15	9	1	2	35	29	17
Cesar	37	2	3	493	173	244	13	4	6	394	167	195	12	11	6	3	1	2	47	27	29
Chocó	41	3	4	41	11	25	2	0	2	36	9	16	16	6	4	0	0	0	4	2	0
Córdoba	36	10	2	802	355	393	8	3	2	965	91	426	30	30	19	2	0	1	87	41	46
Cundinamarca	13	1	1	2.346	962	1.107	9	2	3	727	104	330	193	42	92	3	3	2	159	73	94
Guainía	4	0	1	24	10	10	0	0	0	7	3	5	1	1	0	0	0	0	1	1	1
Guaviare	25	1	2	67	27	33	0	0	0	24	9	16	9	3	2	0	0	0	6	2	3
Huila	30	2	3	1.070	407	514	28	11	19	488	205	281	73	30	36	1	3	0	48	28	24
La Guajira	20	1	3	330	146	160	16	4	2	655	126	258	9	7	3	0	0	0	27	12	17
Magdalena	18	2	3	440	185	209	2	1	0	109	58	60	9	3	7	0	0	0	28	18	15
Meta	46	4	6	764	269	354	15	3	9	736	199	394	28	17	16	17	1	2	49	28	23
Nariño	17	2	4	1.174	480	555	3	1	0	77	16	37	49	20	22	1	1	1	74	48	34
Norte de Santander	57	9	5	1.007	366	479	17	2	5	680	158	341	54	27	37	3	9	2	85	40	37
Putumayo	37	3	3	316	111	144	8	1	4	281	60	165	10	8	3	0	0	0	21	11	10
Quindío	5	0	0	527	206	225	0	0	0	119	10	48	13	6	7	7	1	3	35	21	16
Risaralda	8	1	0	713	287	373	4	0	2	162	12	73	30	17	22	1	1	1	93	49	52
San Andrés	0	0	0	78	22	34	0	0	0	17	5	9	2	1	1	0	0	0	2	1	0
Santa Marta D.E.	4	0	1	341	117	191	2	1	2	85	38	36	6	2	3	0	0	0	28	16	18
Santander	33	4	4	1.293	482	626	19	2	12	710	142	348	32	22	14	14	3	14	107	62	48
Sucre	15	2	1	473	190	214	12	4	6	670	136	327	8	5	4	1	0	0	52	20	27
Tolima	29	2	3	1.134	443	555	28	5	13	798	256	366	35	17	16	0	2	0	60	32	25
Valle del Cauca	12	1	1	1.471	561	710	7	4	3	529	287	253	37	25	22	7	3	3	117	54	56
Vaupés	10	1	2	29	10	11	1	0	0	6	3	5	0	1	0	0	0	0	1	0	1
Vichada	5	1	0	41	18	25	0	0	0	61	2	42	4	1	2	0	0	0	1	0	0
Total nacional	832	77	90	28.500	11.430	13.866	350	76	162	13.279	3.198	6.233	1.870	726	934	270	110	112	2.831	1.480	1.481

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Departamento	Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas		
	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	5	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
Antioquia	85	64	46	1	1	0	1	3	1	12	9	8	102	59	50	50	12	23	159	99	85
Arauca	25	6	12	0	0	0	0	0	0	1	0	1	8	2	4	0	1	0	2	0	1
Atlántico	9	12	8	0	0	0	0	0	0	7	4	3	31	17	16	2	0	2	9	7	5
Barranquilla	18	11	9	0	0	0	0	0	0	9	5	3	42	13	24	2	0	1	45	22	20
Bogotá	43	22	14	1	2	1	3	1	1	19	12	10	149	66	83	23	31	11	314	162	178
Bolívar	19	8	12	0	0	0	1	0	0	10	3	8	16	10	12	0	1	0	18	27	6
Boyacá	29	16	18	0	0	0	0	0	0	0	1	0	12	5	9	6	6	5	6	8	1
Buenaventura	3	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1	2	0	0	0	0	1	0
Caldas	20	19	7	0	0	0	0	0	0	2	1	1	7	6	5	12	3	9	10	23	3
Cali	7	13	4	1	1	1	1	0	1	6	4	4	45	22	29	0	2	0	19	57	5
Caquetá	11	10	4	0	0	0	0	0	0	3	1	0	6	4	2	0	0	0	3	5	3
Cartagena	12	8	3	0	0	0	1	0	1	2	1	1	17	7	9	0	2	0	2	29	1
Casanare	9	4	4	0	0	0	0	0	0	2	1	2	8	1	2	0	0	0	4	3	3
Cauca	43	32	24	0	1	0	0	0	0	4	2	1	20	9	14	0	0	0	3	5	0
Cesar	38	13	14	0	0	0	0	0	0	10	4	4	18	10	10	2	1	2	9	20	5
Chocó	6	2	5	0	2	0	0	0	0	2	0	2	7	2	4	0	0	0	1	2	1
Córdoba	43	19	29	0	1	0	2	0	2	12	6	2	33	20	14	3	1	0	62	32	26
Cundinamarca	44	29	22	0	1	0	0	0	0	8	5	5	39	19	17	6	4	2	59	20	32
Guainía	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Guaviare	3	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	1	0	0	0	12	2	5
Huila	49	34	22	0	0	0	0	0	0	3	1	1	32	8	7	0	0	0	15	17	7
La Guajira	16	6	9	0	0	0	0	0	0	0	2	0	11	7	6	5	0	0	1	1	1
Magdalena	17	12	10	0	0	0	0	0	0	4	3	2	11	8	4	0	0	0	1	3	0
Meta	31	19	13	0	0	0	0	0	0	7	4	5	22	11	12	2	1	0	24	14	16
Nariño	71	28	39	0	0	0	1	1	1	7	2	5	30	18	9	1	2	1	15	23	8
Norte de Santander	53	28	28	0	0	0	1	0	0	6	4	2	30	12	19	3	2	0	15	7	5
Putumayo	31	18	10	0	0	0	0	0	0	6	2	5	14	5	6	2	0	0	2	3	0
Quindío	13	9	8	0	0	0	0	0	0	1	0	0	13	8	2	5	2	5	16	17	6
Risaralda	22	11	15	1	0	0	0	0	0	1	2	0	23	13	10	6	1	1	11	13	7
San Andrés	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	20	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1	1	8	3	5	0	0	0	5	3	3
Santander	66	26	17	1	0	1	0	0	0	4	4	2	22	15	13	1	2	1	11	10	7
Sucre	16	8	5	0	0	0	0	0	0	6	3	3	15	11	12	0	0	0	4	3	4
Tolima	53	29	22	1	1	1	0	0	0	13	3	10	10	10	5	1	1	1	9	9	2
Valle del Cauca	55	24	27	4	1	1	0	0	0	8	3	4	25	23	14	0	1	0	95	24	38
Vaupés	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0
Total nacional	991	549	471	10	12	5	11	7	7	178	91	95	817	429	432	132	78	64	963	670	485

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	IRAG inusitado			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad Materna Externa			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI		
	Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables y 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		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	1	0	0	254	119	125	0	0	0	20	9	20	586	488	265	12	10	6	0	0	0
Antioquia	12	6	5	1.655	779	780	40	30	40	490	483	490	148.088	72.353	74.322	6.943	2.538	3.449	990	889	990
Arauca	8	3	4	136	3	45	1	2	1	14	20	14	3.266	2.067	1.856	450	80	231	7	4	7
Atlántico	1	0	1	0	0	0	4	3	4	132	156	132	21.981	9.965	11.903	408	180	194	329	142	329
Barranquilla	2	2	1	0	0	0	8	4	8	171	241	171	33.557	15.021	16.811	1.820	291	953	410	215	410
Bogotá	2	1	1	0	0	0	34	28	34	852	728	852	232.502	112.276	124.430	9.883	4.789	5.201	1.178	1.307	1.178
Bolívar	1	0	1	315	89	132	2	2	2	110	135	110	19.052	10.524	10.221	349	198	178	88	133	88
Boyacá	0	0	0	149	0	72	7	2	7	103	87	103	19.625	10.087	10.756	929	360	447	81	65	81
Buenaventura	0	0	0	252	111	120	1	2	1	21	22	21	1.001	1.078	521	9	0	6	3	3	3
Caldas	9	3	2	2	5	1	4	2	4	94	84	94	15.465	8.230	6.809	564	257	244	242	137	242
Cali	17	7	3	13	1	7	8	11	8	283	216	283	43.067	22.777	18.813	826	594	297	111	79	111
Caquetá	0	0	0	98	7	51	4	2	4	32	34	32	4.216	3.300	2.085	262	134	118	8	10	8
Cartagena	0	0	0	2	0	2	3	4	3	181	153	181	30.348	16.020	15.320	2.006	304	1.119	297	208	297
Casanare	0	0	0	3	5	1	4	1	4	49	40	49	3.068	2.130	1.721	55	45	20	1	13	1
Cauca	2	1	1	499	212	203	5	5	5	160	142	160	19.769	10.080	9.991	609	223	329	64	65	64
Cesar	2	1	1	2	3	1	2	3	2	138	115	138	17.415	9.496	9.387	920	553	463	94	50	94
Chocó	0	0	0	3.421	2.280	1.548	5	4	5	33	41	33	6.048	1.678	3.668	279	143	153	1	12	1
Córdoba	1	0	1	1.254	924	491	4	5	4	174	144	174	31.995	12.650	16.242	1.274	397	687	226	214	226
Cundinamarca	3	1	0	0	0	0	15	9	15	356	254	356	52.346	25.770	27.823	1.951	823	1.046	224	339	224
Guainía	0	0	0	283	269	122	0	1	0	2	3	2	289	170	139	12	20	4	0	0	0
Guaviare	1	0	0	164	119	82	0	1	0	5	4	5	848	580	474	40	34	15	17	8	17
Huila	2	0	1	2	0	1	3	4	3	121	123	121	15.490	10.411	7.081	708	423	338	86	80	86
La Guajira	0	1	0	13	4	6	1	1	1	196	182	196	32.759	11.832	18.461	353	465	166	65	27	65
Magdalena	1	1	0	2	2	0	1	2	1	89	96	89	17.164	7.659	9.227	763	192	422	23	19	23
Meta	1	1	0	73	43	47	5	2	5	77	41	77	10.500	5.847	5.318	540	152	268	35	93	35
Nariño	3	1	2	1.589	1.025	717	7	6	7	245	159	245	23.918	14.091	10.110	1.190	458	522	30	38	30
Norte de Santander	0	0	0	97	225	45	11	8	11	114	78	114	27.000	13.479	13.292	1.085	799	552	109	155	109
Putumayo	1	0	1	14	4	5	1	2	1	56	48	56	4.748	2.417	2.244	167	120	88	4	8	4
Quindío	2	0	0	1	3	1	0	1	0	19	15	19	10.788	6.104	4.772	512	278	219	63	70	63
Risaralda	0	0	0	457	241	167	3	3	3	82	82	82	21.805	8.298	9.851	897	293	421	62	45	62
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	2	1.110	774	710	94	45	70	0	0	0
Santa Marta D.E.	2	1	0	0	0	0	2	2	2	62	71	62	9.925	2.741	4.979	470	145	213	147	143	147
Santander	1	1	0	4	1	3	13	5	13	162	109	162	33.518	13.181	15.992	2.417	929	1.225	338	389	338
Sucre	0	0	0	20	4	7	2	5	2	76	84	76	12.698	7.752	6.903	909	400	444	248	193	248
Tolima	5	2	3	0	0	0	5	4	5	129	117	129	23.322	12.163	10.663	1.647	422	861	67	70	67
Valle del Cauca	12	4	1	27	3	10	10	5	10	150	121	150	27.398	11.648	12.439	539	247	246	140	83	140
Vaupés	0	0	0	900	116	379	0	1	0	4	2	4	299	153	207	4	7	2	0	0	0
Vichada	0	0	0	219	157	83	0	2	0	8	10	8	416	262	247	0	3	0	0	1	0
Total nacional	92	33	29	11.921	6.783	5.254	215	197	215	5.012	4.450	5.012	977.390	475.552	496.053	41.896	17.351	21.217	5.788	5.301	5.788

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Lesiones de Causa Externa		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados pornexo			Casos sospechosos		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	730	385	397	4	3	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Antioquia	65.060	36.240	33.666	96	139	96	1	2	0	97	59	47	38	7	23
Arauca	1.311	763	657	5	14	5	0	0	0	5	1	2	1	0	1
Atlántico	11.875	3.898	6.678	20	43	20	0	1	0	7	5	5	0	0	0
Barranquilla	15.502	6.385	7.637	18	46	18	1	0	0	24	8	7	1	0	1
Bogotá	158.279	73.208	94.554	105	135	105	2	2	2	167	97	85	47	1	32
Bolívar	5.128	3.037	2.699	29	37	29	0	1	0	13	4	7	0	1	0
Boyacá	9.742	5.048	4.958	15	25	15	0	0	0	21	12	12	1	0	1
Buenaventura	463	439	228	14	13	14	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Caldas	4.896	3.229	2.655	16	18	16	0	0	0	12	7	5	1	5	1
Cali	16.428	14.614	8.449	33	48	33	0	1	0	25	23	13	18	9	18
Caquetá	2.530	2.087	1.258	4	14	4	0	0	0	2	3	2	0	0	0
Cartagena	10.625	4.412	5.278	27	43	27	2	0	1	3	7	2	0	1	0
Casanare	1.954	1.239	1.126	6	15	6	0	0	0	4	2	2	0	0	0
Cauca	8.335	4.949	3.405	22	42	22	1	1	0	14	8	9	1	1	1
Cesar	5.487	4.464	2.719	31	44	31	2	1	0	7	4	1	0	1	0
Chocó	1.983	1.145	1.081	18	31	18	0	0	0	3	0	1	0	0	0
Córdoba	12.152	4.628	5.619	32	63	32	0	1	0	17	11	8	1	5	1
Cundinamarca	30.738	13.355	18.616	55	64	55	3	1	0	65	26	33	1	1	1
Guainía	171	146	99	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	499	308	279	1	2	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0
Huila	9.368	5.325	5.059	15	30	15	1	1	0	21	13	13	1	0	0
La Guajira	6.265	4.319	3.088	30	66	30	0	1	0	4	2	2	0	0	1
Magdalena	5.700	3.456	3.058	16	24	16	0	0	0	2	2	1	0	0	0
Meta	8.285	4.512	4.366	25	27	25	2	0	0	11	5	6	5	4	5
Nariño	9.749	6.666	4.797	29	36	29	1	1	0	14	11	9	0	4	0
Norte de Santander	10.776	5.828	4.706	15	38	15	0	1	0	24	14	15	2	0	2
Putumayo	2.041	1.389	995	8	11	8	0	0	0	5	5	4	0	0	0
Quindío	5.168	3.597	2.593	7	12	7	0	0	0	2	2	1	2	1	2
Risaralda	6.451	4.886	3.482	9	19	9	2	0	0	7	5	4	0	0	0
San Andrés	609	391	261	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	3.883	1.133	1.942	3	14	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Santander	15.781	8.226	7.773	20	38	20	0	1	0	18	6	9	0	0	0
Sucre	3.998	2.899	1.858	15	35	15	0	0	0	12	5	6	0	0	0
Tolima	12.213	6.254	6.633	15	28	15	0	0	0	4	6	3	3	0	3
Valle del Cauca	12.018	7.642	6.071	22	35	22	0	1	0	20	11	7	1	2	1
Vaupés	220	67	125	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	161	124	85	7	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	476.574	250.844	237.537	790	1.266	790	19	17	3	633	392	322	126	29	79

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 08

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	4	5	1	5	2	3
Antioquia	4	1	1	195	30	76	288	187	143	112	32	80
Arauca	0	0	0	1	1	1	38	6	26	0	0	0
Atlántico	0	0	0	2	1	2	69	41	35	15	2	13
Barranquilla	0	0	0	4	1	1	96	28	53	33	5	28
Bogotá	82	1	13	38	46	23	618	311	356	251	75	176
Bolívar	1	0	0	1	2	1	60	24	31	2	0	2
Boyacá	4	0	1	5	1	2	90	43	58	34	15	19
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	5	3	4	2	1	1
Caldas	0	0	0	6	2	2	84	28	50	7	5	2
Cali	0	0	0	1	3	1	117	103	53	113	33	80
Caquetá	0	0	0	1	2	0	25	13	19	3	0	3
Cartagena	0	0	0	0	1	0	53	32	28	2	0	2
Casanare	1	0	0	0	0	0	15	16	10	0	0	0
Cauca	0	0	0	0	2	0	42	28	18	42	22	20
Cesar	0	0	0	0	1	0	27	25	7	1	1	0
Chocó	0	0	0	8	2	6	5	2	3	4	1	3
Córdoba	0	0	0	2	0	1	102	61	61	8	3	5
Cundinamarca	28	0	2	18	11	8	1	0	0	42	11	31
Guainía	0	0	0	0	0	0	273	151	141	0	0	0
Guaviare	1	0	0	0	0	0	11	4	7	0	0	0
Huila	1	0	0	17	3	3	56	43	22	10	2	8
La Guajira	0	0	0	0	5	0	26	24	11	2	1	1
Magdalena	0	0	0	1	0	0	28	13	17	4	0	4
Meta	1	0	0	5	1	1	67	34	25	7	5	2
Nariño	0	0	0	7	7	1	83	47	45	17	9	8
Norte de Santander	0	0	0	0	5	0	100	68	48	9	4	5
Putumayo	0	0	0	1	1	0	18	12	6	5	2	3
Quindío	0	0	0	0	1	0	37	30	18	9	5	4
Risaralda	0	0	0	2	1	1	79	35	40	5	3	2
San Andrés	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	0	1	1	0	23	6	12	4	1	3
Santander	0	0	0	3	8	2	80	57	49	13	6	7
Sucre	0	0	0	8	5	1	56	35	29	12	3	9
Tolima	2	0	1	1	3	1	86	55	52	7	3	4
Valle del Cauca	0	0	0	2	2	2	103	78	50	31	9	22
Vaupés	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0
Total nacional	125	9	18	330	152	136	2.870	1.727	1.530	811	261	550

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, C y B-D		Intento de Suicidio	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		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	8	7	0	0	0	0	2	1	8	10
Antioquia	0	0	0	0	268	513	0	0	0	0	77	81	769	743
Arauca	0	0	0	0	46	52	0	0	0	0	1	4	26	33
Atlántico	0	0	0	0	48	30	0	0	0	0	10	8	124	119
Barranquilla	0	0	0	0	26	24	0	0	0	0	19	16	124	136
Bogotá	0	0	0	0	536	444	0	0	0	1	67	146	678	754
Bolívar	0	0	0	0	58	84	0	0	0	0	6	5	82	61
Boyacá	0	0	0	0	78	72	0	0	0	0	3	8	138	149
Buenaventura	0	0	0	0	16	25	0	0	0	0	2	0	17	13
Caldas	0	0	0	0	24	22	0	0	0	0	10	7	177	142
Cali	0	0	0	0	69	103	0	0	0	0	35	36	253	271
Caquetá	0	0	0	0	34	17	0	0	0	0	4	0	34	28
Cartagena	0	0	0	0	29	80	0	0	0	0	4	6	87	64
Casanare	2	0	0	0	48	31	0	0	0	0	2	5	38	47
Cauca	0	0	0	0	47	47	0	0	0	0	8	14	134	112
Cesar	0	0	0	0	103	152	0	0	0	0	11	7	93	83
Chocó	0	0	0	0	111	189	0	0	0	0	6	8	21	23
Córdoba	0	0	0	0	103	86	0	0	0	0	13	15	139	169
Cundinamarca	0	0	1	0	187	187	0	0	1	0	28	23	286	326
Guainía	0	0	0	0	10	4	0	0	0	0	0	0	4	4
Guaviare	0	0	0	0	25	16	0	0	0	0	4	11	9	13
Huila	0	0	0	0	72	76	0	0	0	3	9	6	123	87
La Guajira	0	0	0	0	278	294	0	0	0	0	4	9	37	50
Magdalena	0	0	0	0	87	89	0	0	0	0	6	3	50	49
Meta	0	0	0	0	64	62	0	0	0	0	3	11	107	84
Nariño	0	0	0	0	101	99	0	0	0	0	11	14	196	205
Norte de Santander	0	0	0	0	105	117	0	0	0	0	20	32	137	168
Putumayo	0	0	1	0	34	48	0	0	2	0	5	8	47	47
Quindío	0	0	0	0	15	6	0	0	0	1	9	7	82	76
Risaralda	0	0	0	0	59	75	0	0	0	0	11	11	173	163
San Andrés	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4	3
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	12	18	0	0	0	0	5	4	39	41
Santander	1	1	0	2	74	93	0	0	0	0	14	33	210	200
Sucre	1	0	0	0	33	70	0	0	0	0	7	4	67	74
Tolima	0	0	1	0	63	54	0	0	0	0	13	20	175	151
Valle del Cauca	0	0	0	0	61	88	0	0	0	0	6	23	193	194
Vaupés	0	0	0	0	17	3	0	0	0	0	1	6	9	12
Vichada	0	0	0	0	41	24	0	0	0	0	0	2	3	5
Total nacional	4	1	3	2	2.993	3.401	0	0	3	5	436	594	4.895	4.909

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 08

Decremento
 Incremento

Departamento	Leishmaniasis Cutanea		Leptospirosis		Mortalidad materna temprana		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	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	2	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Antioquia	216	76	12	7	3	2	3	0	5	9	2	0	21	13
Arauca	5	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	2
Atlántico	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	5	2
Barranquilla	0	0	1	5	1	1	0	1	1	1	0	0	4	3
Bogotá	0	0	0	1	5	2	0	1	6	1	0	1	24	49
Bolívar	81	37	2	2	2	1	0	0	1	2	1	2	4	0
Boyacá	20	30	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	4	1
Buenaventura	2	3	3	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0
Caldas	39	18	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	3	1
Cali	0	0	1	2	2	1	0	0	0	1	0	0	7	11
Caquetá	47	15	0	3	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0
Cartagena	1	0	1	8	1	0	0	0	1	1	0	1	3	3
Casanare	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Cauca	10	8	0	0	2	0	1	1	0	0	0	1	5	0
Cesar	13	24	0	0	2	2	1	0	1	3	2	2	4	3
Chocó	52	9	1	0	1	1	4	4	4	11	7	7	2	1
Córdoba	32	9	1	1	3	2	0	1	2	1	1	3	6	2
Cundinamarca	32	7	1	5	1	2	0	0	1	1	0	0	11	2
Guainía	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Guaviare	84	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	2	1	2	4	2	0	0	0	1	0	1	0	4	2
La Guajira	7	1	0	0	4	3	5	5	4	4	10	5	3	0
Magdalena	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	3	2	3	0
Meta	47	5	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	4	0
Nariño	50	17	2	2	2	1	0	0	2	3	1	0	5	1
Norte de Santander	44	7	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	5	4
Putumayo	49	21	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Quindío	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Risaralda	15	28	3	1	1	2	2	3	2	3	2	0	3	0
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santander	120	55	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	7	2
Sucre	21	7	1	1	1	0	0	0	1	2	0	0	3	4
Tolima	46	19	4	8	2	1	0	1	3	0	0	0	4	1
Valle del Cauca	3	1	2	1	1	1	1	1	2	4	1	1	6	9
Vaupés	9	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	9	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	0
Total nacional	1.063	413	42	60	47	27	25	20	55	55	38	32	160	118

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 las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexos epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexos epidemiológico		Casos 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	Acumulado esperado
Amazonas	1	1	3	4	0	0	9	11	0	0	2	3	75	90
Antioquia	26	14	184	200	0	0	560	711	17	27	439	411	2.961	2.172
Arauca	6	8	27	40	0	0	22	19	0	0	19	17	162	213
Atlántico	9	1	52	64	0	0	55	79	3	6	66	77	326	343
Barranquilla	13	3	71	44	0	0	109	137	2	0	107	99	303	372
Bogotá	23	10	149	139	0	0	218	228	7	3	615	547	3.639	3.796
Bolívar	7	4	44	54	0	0	21	30	1	3	49	29	325	310
Boyacá	5	5	13	12	0	0	20	33	1	0	28	31	543	600
Buenaventura	4	2	20	14	0	0	29	26	1	0	25	19	50	50
Caldas	3	4	22	34	0	0	50	42	1	0	52	41	407	407
Cali	7	1	68	83	0	1	232	206	10	12	210	227	1.056	943
Caquetá	1	2	14	23	0	0	33	40	1	0	17	9	149	108
Cartagena	9	7	42	63	0	0	54	77	1	0	146	75	175	195
Casanare	4	4	21	26	0	0	23	31	0	2	28	10	98	123
Cauca	4	3	35	26	0	0	34	47	1	0	60	53	431	425
Cesar	7	4	54	54	0	0	58	71	0	0	74	68	293	287
Chocó	9	6	39	33	0	0	28	33	1	1	14	8	55	70
Córdoba	6	3	47	35	1	0	35	42	1	3	109	103	505	438
Cundinamarca	9	10	54	85	0	0	77	101	2	0	159	136	1.620	1.888
Guainía	2	1	2	2	0	0	1	3	0	0	1	1	25	8
Guaviare	1	0	4	2	0	0	9	9	0	0	7	3	50	48
Huila	2	2	25	18	0	0	51	78	1	2	59	64	912	935
La Guajira	10	2	53	61	0	0	74	109	2	0	49	40	165	177
Magdalena	6	4	38	41	0	0	19	32	1	2	36	33	182	227
Meta	5	6	36	47	0	0	99	128	2	5	59	45	315	304
Nariño	3	3	37	39	0	0	30	23	1	1	65	41	521	640
Norte de Santander	14	8	76	75	0	0	110	130	2	3	113	80	514	539
Putumayo	1	1	15	16	0	0	14	22	1	0	16	10	173	209
Quindío	2	0	14	24	0	0	36	39	0	1	64	39	362	291
Risaralda	5	5	27	28	0	0	106	111	4	0	78	78	510	497
San Andrés	1	1	1	4	0	0	1	1	0	0	6	2	21	35
Santa Marta D.E.	2	1	16	24	0	0	33	44	1	0	54	42	98	94
Santander	12	9	62	76	0	0	136	215	4	3	111	109	872	882
Sucre	3	3	34	26	0	0	15	19	0	0	49	25	268	263
Tolima	8	7	24	22	0	0	75	122	2	3	86	79	372	415
Valle del Cauca	5	5	43	60	0	0	112	126	2	4	109	109	916	927
Vaupés	1	0	0	2	0	0	2	3	0	0	1	0	27	38
Vichada	1	2	7	6	0	0	5	1	0	0	3	2	27	29
Total nacional	231	152	1.546	1.606	5	1	2.596	3.179	70	81	3.185	2.765	19.388	19.504



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 08 16 al 22 de febrero de 2025

TEMA CENTRAL

Encefalitis equina en Colombia

Irene Alejandra Pinilla Farias, ipinilla@ins.gov.co
Lisette Andrea Bermúdez Pinzón, lbermudez@ins.gov.co

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2025

Citación:

Instituto Nacional de Salud (Colombia). Boletín Epidemiológico Semanal (BES), semana epidemiológica 08 de 2025 [Internet]. p. 1-44. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.08>



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Situación nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

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

Eventos trazadores

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

Brotos y alertas

Gestor sistema de alerta temprana, eri@ins.gov.co
Javier Alberto Madero Reales, jmadero@ins.gov.co
Claudia Marcela Montaña Fuertes, cmontano@ins.gov.co

Tablas de mando

Claudia Marcella Huguett Aragón, chuguett@ins.gov.co

Editor

Hernán Quijada Bonilla, hquijada@ins.gov.co

Correctora de estilo

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

Diseño y diagramación

Wilbert Saul Daza, editorial.vigilancia@ins.gov.co