

**INFORME EPIDEMIOLÓGICO DEL EVENTO MALARIA,
HASTA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 24, PUTUMAYO 2025**

GREISSY L. VALLEJO MORA

*Referente Departamental Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis
Enfermedades Transmisibles
Área Epidemiología*

1. INTRODUCCIÓN

El paludismo es causado por parásitos del género *Plasmodium* que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos infectados del género *Anopheles*, los llamados vectores del paludismo, que pican sobre todo entre el anochecer y el amanecer.

La malaria es un grave problema de salud pública a nivel mundial por la elevada carga de la enfermedad en 40 % de la población mundial. Se producen anualmente entre 300 a 500 millones de casos clínicos, y mueren más de 1 millón de personas. El 90 % de las personas que mueren corresponde a niños menores de 5 años. (1)

Hay cuatro tipos de paludismo humano:

- Por *Plasmodium Falciparum*
- Por *Plasmodium vivax*
- Por *Plasmodium malariae*
- Por *Plasmodium ovale*

Los más frecuentes son el paludismo por *P. falciparum* y por *P. vivax*, y el más mortal el paludismo por *P. falciparum*. En los últimos años también ha habido algunos casos humanos por *P. knowlesi*, un parásito del mono que aparece en zonas boscosas de Asia Sudoriental. (1)

Los primeros síntomas más comunes del paludismo son fiebre, dolor de cabeza y escalofríos. Los síntomas suelen aparecer a los 10-15 días de la picadura.

Para algunas personas los síntomas pueden ser leves, especialmente para aquellos que han sufrido una infección palúdica anteriormente. Como algunos no son específicos del paludismo, conviene someterse a una prueba cuanto antes.

Algunos tipos de paludismo pueden causar enfermedades graves y la muerte. Los lactantes, los menores de 5 años, las mujeres embarazadas, los viajeros y las personas con VIH o sida corren un mayor riesgo. Los síntomas graves incluyen:

- cansancio y fatiga extremos
- deterioro del estado de conciencia
- convulsiones
- dificultad para respirar
- orina de un color oscuro o con sangre
- coloración amarillenta de los ojos y la piel
- hemorragias anormales.

Las personas con síntomas graves deben recibir cuidados de emergencia rápidamente. Un tratamiento precoz para un cuadro leve de paludismo puede evitar que la infección se agrave.

La infección por paludismo durante el embarazo también puede causar el parto prematuro o que el bebé tenga bajo peso al nacer. (11)



La celeridad en el diagnóstico y el tratamiento del paludismo rebaja la incidencia de la enfermedad, reduce sus efectos mortales y contribuye a atenuar su transmisión. La OMS recomienda la confirmación del diagnóstico con pruebas parasitológicas (ya sean pruebas de microscopía o de diagnóstico rápido).

El paludismo es una infección grave y siempre requiere tratamiento con medicamentos. Para prevenir y tratar el paludismo se emplean múltiples medicamentos. Los médicos elegirán uno o más en función de:

- el tipo de paludismo
- si un parásito del paludismo es resistente a un medicamento
- el peso o la edad de la persona infectada
- si la persona está embarazada.

Estos son los medicamentos más comunes contra el paludismo:

- La polifarmacoterapia combinada a base de artemisinina es el tratamiento más eficaz contra el paludismo por *P. falciparum*.
- La cloroquina está recomendada para tratar la infección por el parásito *P. vivax* solo en lugares donde este es todavía sensible al medicamento.
- La primaquina debe agregarse al tratamiento principal para prevenir recaídas de la infección por los parásitos *P. vivax* y *P. ovale*.

La mayoría de los medicamentos utilizados se presentan en forma de cápsulas. En el caso de algunas personas puede ser necesario que tengan que ir a un centro de salud u hospital para que se les administren medicamentos inyectables. (11)

ANTECEDENTES

Comportamiento del evento a nivel mundial

En las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de malaria en el mundo debido a que en las Américas hay transmisión de paludismo en nueve países de la región que comparten la selva amazónica, y en ocho países de América Central y el Caribe. Los desplazamientos de población asociados a la explotación de minas de oro y bosques han provocado epidemias aisladas. Las características de transmisión son muy variables entre regiones, incluso en un mismo país.

Entre los años 2000 y 2003 se observa una reducción del 47 % en la tasa de mortalidad a nivel mundial, al igual que una reducción en la morbilidad, ya que se pasó de 173 millones de casos en 200 a 198 millones en 2013. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 se presentaron 238 millones de casos de malaria, mientras que en el 2019 se presentaron 229 millones (1), lo que representa una disminución progresiva de la incidencia, pasando de 80 en el 2000; 58 en el 2015 y 57 en el 2019 (2) (casos por cada 1 000 habitantes en riesgo), durante este periodo las tasas de mortalidad en niños menores de cinco años se han reducido en un 60 % (3). Aunque la malaria se presenta en 87 países a nivel mundial, los países del África subsahariana aportan la mayor carga de enfermedad en el mundo representando alrededor del 94 % del total de la carga mundial (2), y países como la República Democrática del Congo y Nigeria aportan el 34 % de las muertes estimadas por esta causa a nivel mundial (1).

En la 68ª Asamblea Mundial de la Salud se estableció como estrategia global contra la malaria para el periodo 2016 - 2030, la reducción de la carga de esta enfermedad en un 40 % para 2020, en al menos un 90 % para 2030 y se estableció la eliminación en al menos 35 países en 2030.

Según cifras de la OMS, se calcula que en 2022 se produjeron **249 millones** de casos de paludismo en todo el mundo, detectados en 85 países, es decir, **16 millones por encima del nivel previo a la pandemia que contó con un registro de 233 millones registrados en 2019.** (9).

El Plan de acción para la eliminación de la malaria 2021-2025 ha sido elaborado en consulta con los países y asociados regionales como un marco de referencia para orientar las acciones de los países y las contribuciones de los donantes y de los asociados hacia la eliminación de la enfermedad en la Región de las Américas. El plan está en consonancia con los objetivos y pilares de la Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030 de la OMS, al tiempo que presenta elementos clave para afrontar los desafíos específicos de la Región.

En 2023, se estima que hubo 263 millones de casos nuevos de malaria en 83 países de todo el mundo, frente a los 252 millones de 2022 y los 226 millones de 2015. La incidencia de casos de malaria, que explica el crecimiento de la población, aumentó en el período 2015-2023 de 58 a 60,4 casos por cada 1000 habitantes en riesgo.

El número mundial de muertes por malaria alcanzó las 597 000 en 2023, en comparación con las 578 000 de 2015. En 2020, las perturbaciones causadas por la COVID-19 provocaron un marcado aumento de las muertes relacionadas con la malaria, con 55 000 fallecimientos adicionales. Sin embargo, el número total de muertes disminuyó de forma constante en el período posterior a la COVID-19, junto con la tasa de mortalidad por malaria.

Figura 1. Países con casos notificados de malaria 2018-2023



Fuente <https://worldmalaria-report2024.org/current-state>

Comportamiento del evento en América

En América hay transmisión de paludismo en nueve países de la región que comparten la selva amazónica, y en ocho países de América Central y el Caribe. Los desplazamientos de población asociados a la explotación de minas de oro y bosques han provocado epidemias aisladas. Las características de transmisión son muy variables entre regiones, incluso en un mismo país (2),

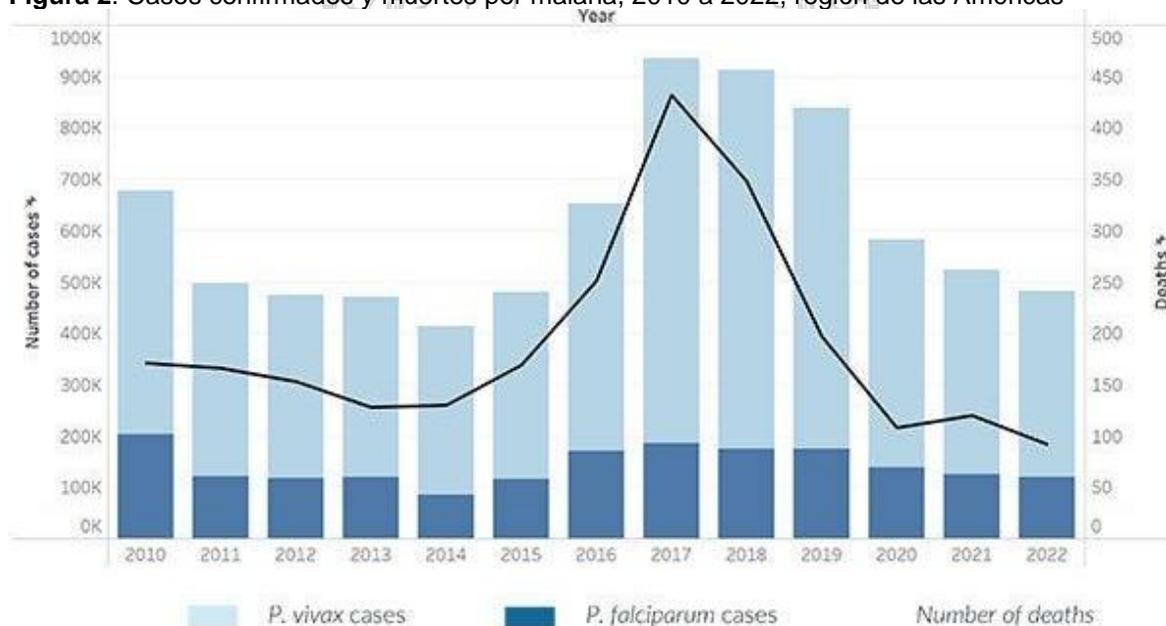
La variación en las condiciones climáticas, como la temperatura, los patrones de lluvia y la humedad, tiene un efecto profundo en la longevidad del mosquito y en el desarrollo de los parásitos de la malaria en el mosquito y, en consecuencia, en la transmisión de la enfermedad (3).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2020, 18 países de esta región representaron el 0,3 % de los casos de malaria en el mundo (4). En la región de las Américas se ha visto una disminución en la tasa de incidencia de los casos (de 14,1 a 4,6 casos por 1 000 habitantes en riesgo), y en la tasa de mortalidad por esta causa entre 2000 y 2020 (de 0,8 a 0,3 muertes por 100 000 habitantes). El total de muertes por malaria se redujo en un 56 %, pasando de 909 000 a 409 000 (4); sin embargo, después de una reducción sostenida (de 2005 a 2014), se presentó un incremento en el número total de casos de malaria de 2015 a 2019, principalmente en Brasil, Colombia, Guyana, Nicaragua y Panamá (5, 6). Brasil, Colombia y Venezuela aportan el 77 % de la carga de la enfermedad en la región (4).

Los programas de control y eliminación de la malaria requieren un enfoque integrado que debería incluir el diagnóstico oportuno, el tratamiento inmediato, el control químico y vectorial integral (15), es por esto que, en Colombia en el marco del Plan Estratégico Nacional de Malaria (2019-2022), se busca reducir progresivamente la tasa de movilidad por malaria en un 40 % en áreas endémicas para el país, así como mitigar progresivamente el número de muertes por malaria hasta en un 80 % anual (7), adoptando la Estrategia Técnica Mundial para la Eliminación de la Malaria 2016- 2030 de la OMS a través de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la malaria (IREM), que busca eliminar y reducir la transmisión de la malaria a través del fortalecimiento de la red de diagnóstico y tratamiento para captar, controlar y tratar casos de manera oportuna, fortalecer la vigilancia epidemiológica y parasitológica, el control integral de vectores para cortar cadenas de transmisión

Frente a la información de la organización panamericana de la salud entre el 2015 al 2022 se reportaron **482.000** casos en **2015**, y **481,788** casos en **2022**, de los cuales el **74%** fueron causados por ***P. vivax***, mientras que el **26%** fueron causados por ***P. falciparum***; **169** muertes en **2015**, y **92** en **2022**, hubo una reducción de las muertes del **54%.(4)**

Figura 2. Casos confirmados y muertes por malaria, 2010 a 2022, región de las Américas



Fuentes: Datos publicados en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS. Los datos de la República Bolivariana de Venezuela fueron proporcionados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y reproducidos por la OPS/OMS.

La información es preliminar y puede ser objeto de variaciones.

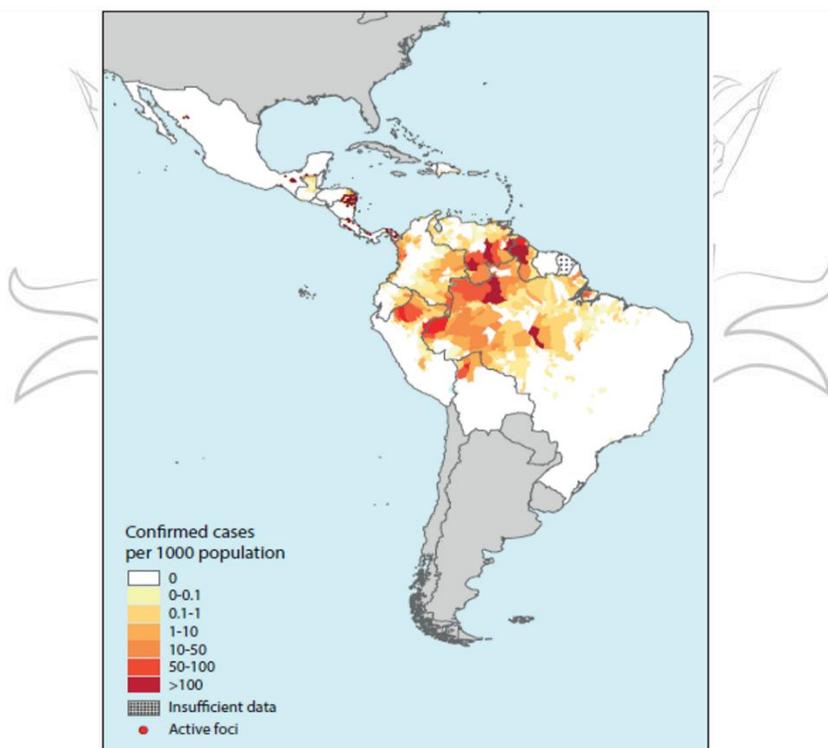
* casos autóctonos **casos importados n/d= Información no disponible públicamente

Según protocolo de vigilancia en salud pública para malaria en las Américas también se ha evidenciado una reducción importante en la incidencia del evento, con una disminución en 18 de 21 países endémicos durante el año 2000 y el 2012. Entre el año 2000 y el 2014, el número de casos de malaria bajó en un 67 % en la región con 1.181.095 casos en el año 2000, y 389.390 en el 2014. Las muertes relacionadas con la enfermedad disminuyeron en un 79 % presentando 410 en el año 2000 y 87 en el 2014 (2, 3). A pesar de los logros alcanzados, se estima que aproximadamente 145 millones de personas aún están en riesgo de contraer la enfermedad en el continente, donde el 74 % de los casos corresponden a infección por *P. vivax* (3).

En el periodo de 2010 a 2013, el 72 % de la carga de la enfermedad se concentró principalmente en tres países: Brasil (42 %), Venezuela (18 %) y Colombia (12 %). Para el año 2014, Brasil aportó el 36,8 %, Venezuela el 23,3 % y Perú el 16,6 % equivalente al 76,7 % de los casos de malaria en la región.

A pesar de la reducción sostenida de la malaria entre 2005 a 2014 en la región de las Américas, durante los últimos años a partir del 2015 se presentó un incremento en el número total de casos, especialmente a expensas del aumento de casos en países como Venezuela, Brasil, Colombia, Guyana, Nicaragua y Panamá (2), sin embargo, en julio del 2018 y mayo del 2019 Paraguay y Argentina recibieron la notificación como países libres de malaria (3). Dieciocho países, incluido un territorio, de la Región de las Américas corren actualmente riesgo de malaria. Paraguay, Argentina, El Salvador y Belice fueron certificados libres de malaria por la OMS en 2018, 2019, 2021 y 2023, respectivamente. Tres cuartas partes de los casos de malaria notificados en la región son causados por *P. vivax*. Nueve países y un territorio de esta región forman parte de la iniciativa E-2025: Belice, Costa Rica, Ecuador, Guayana Francesa, Guatemala, Honduras, México, Panamá, República Dominicana y Surinam.

Figura 3. Casos confirmados de malaria por 1000 habitantes, 2022



World Malaria Report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



En las Américas, la OPS notificó más de 500.000 casos en 2023 , 481.788 casos y alrededor de 92 muertes en 2022 , y 520.000 casos y alrededor de 120 muertes en 2021. El Instituto de Métricas y Evaluación en Salud publica estimaciones de muertes por brotes de malaria.

En la Región de las Américas , entre 2022 y 2023 , Argentina, Bahamas, Jamaica y los EE. UU. notificaron casos importados de malaria y transmisión local. Brasil y Venezuela notificaron la mayor cantidad de casos de malaria en 2022. En diciembre de 2023, la Dirección de Vigilancia Sanitaria de Costa Rica del Ministerio de Salud anunció un aumento del riesgo de malaria en Costa Rica, especialmente en las zonas costeras. Se confirmaron más de 544 casos de malaria en 2; en 2022 , Costa Rica notificó 406 casos de malaria adquiridos localmente. Los CDC emitieron varias alertas de brotes para países endémicos de malaria , incluida Costa Rica , en 2023. Paraguay, Argentina y El Salvador fueron certificados libres de malaria por la OMS en 2018, 2019 y 2021, respectivamente. Además, Belice fue certificado libre de malaria por la OMS el 21 de junio de 2023.

Comportamiento del evento en Colombia

Según protocolo de vigilancia en salud pública para Malaria en Colombia es una enfermedad endemo epidémica, causada por parásitos de la sangre del género *Plasmodium*, que continúa representando un grave problema de salud pública debido a la transmisión con tendencia creciente en determinadas regiones del país, con un comportamiento cíclico epidémico cada 2 a 7 años, relacionado con la ocurrencia del fenómeno del Niño - Oscilación Sur. La transmisión urbana es de origen primordialmente rural, situación que se asocia con la migración de la población por situaciones económicas, el conflicto social y político, los factores ambientales, como el deterioro del ecosistema y los desastres naturales que afectan mayoritariamente a las comunidades más necesitadas.

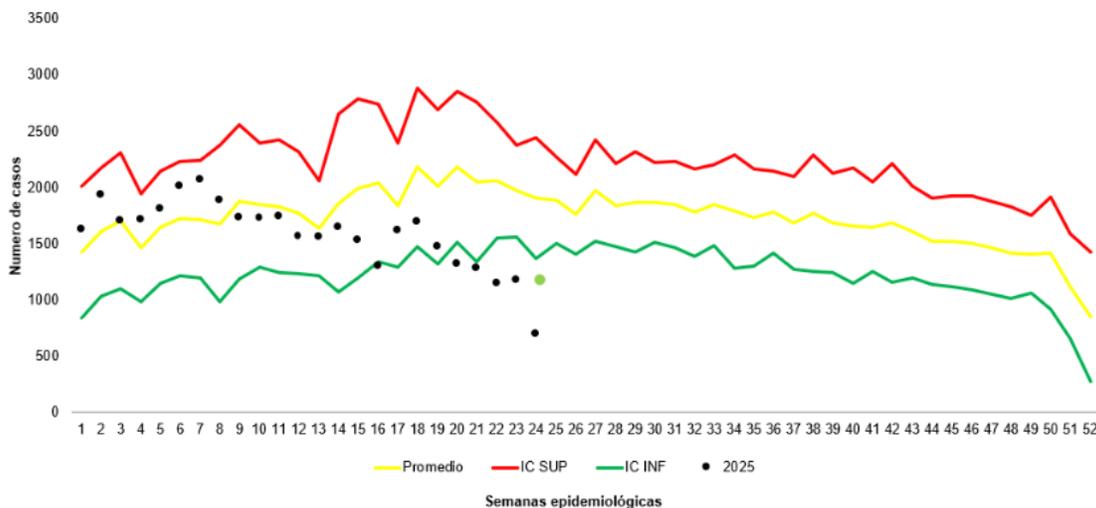
En Colombia, la malaria continúa siendo un problema prioritario en salud pública, debido a que cerca del 66 % de los municipios del territorio nacional se encuentran ubicados en alturas iguales o inferiores a los 1.600 m.s.n.m. (740 municipios), estos presentan condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas que facilitan la transmisión de la enfermedad, además de condiciones asociadas a la alta migración de la población colombiana y extranjera (principalmente asociada al tránsito temporal de migrantes que se dirigen hacia otros países, en particular provenientes del continente africano y en gran medida desde Venezuela (o desde zonas endémicas).

De acuerdo con el informe de evento a epidemiológica semana 52 de 2024 se notificó un total de 125.654 casos, donde el 62,6 % se presentó por malaria *vivax*, el 35,6 % por malaria *Falciparum* y el 1,8 % por malaria Mixta. Un total de 2085 casos de malaria complicada que representa el 1,7 %. El departamento con mayor número de casos es Chocó un total de 43,373.(12)

En la semana epidemiológica 24 de 2025 se notificaron 1 382 casos de malaria, para un acumulado de 38 162 casos, de los cuales 37 554 son de malaria no complicada y 608 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,3 % (25 664), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,6 % (12 069) e infección mixta con 1,1 % (419). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*. (12)

Según Boletín epidemiológico del INS a semana 24 de 2025; el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad como lo muestra el canal endémico (Figura 4).

Figura 4. Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 24, 2025



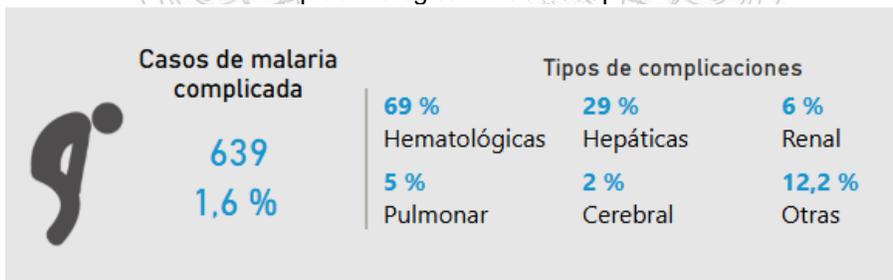
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana 24, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

Malaria Complicada

De acuerdo con el power bi de malaria a semana epidemiológica 24 de 2025p se han notificado 639 casos de malaria complicada, que proceden de 32 entidades (Figura 5). Los departamentos que mayor carga de la enfermedad aportan son Chocó, Antioquia, Nariño y Amazonas; países como Brasil, Venezuela, Perú y Guayana francesa; la principal complicación es hematológica con un 69 %.

Figura 5. Casos notificados de malaria complicada por tipo de complicación. Colombia, semana epidemiológica 24 de 2025p.



Fuente:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzI2MTYyZDYtYWJhYy00NjU1LTk0NWEtZGFjODkxMWM0ZGE2liwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOiJ9>

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 97,4 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,4 %), Antioquia (16,3 %), Nariño (13,9 %), Córdoba (9,2 %), Vaupés (6,9 %), Risaralda (4,1 %), Cauca (3,6 %), Amazonas (3,1 %), Guainía (2,6 %), Bolívar (2,5 %), Buenaventura D.E. (2,4 %), Vichada (2,4 %) y Boyacá (1,9 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 76,3 % de los casos son los que se muestran en Tabla 1.



Tabla 1. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 24 de 2025p

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 16 a 19	Casos 2025 SE 20 a 23	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	2 249	297	296	92,57
Córdoba	Tierralta	1 933	218	103	19,37
Chocó	Quibdó	1 707	188	150	11,80
Risaralda	Pueblo Rico	1 355	236	129	80,71
Antioquia	El Bagre	1 203	200	164	21,37
Nariño	Roberto Payán	1 073	160	107	80,51
Nariño	El Charco	918	198	170	39,49
Nariño	Magüí	896	141	52	3,36
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	880	157	106	2,71
Guainía	Inírida	858	112	78	22,63
Chocó	Bajo Baudó	842	89	169	14,37
Vichada	Cumaribo	821	71	50	9,43
Chocó	Lloró	803	124	76	75,68
Córdoba	Puerto Libertador	753	104	53	16,58
Chocó	Tadó	734	112	68	36,42
Boyacá	Cubará	686	190	60	80,53
Cauca	Timbiquí	667	153	46	23,73
Amazonas	Tarapacá (CD)	653	99	48	149,26
Antioquia	Nechí	646	132	70	23,15
Chocó	Bagadó	630	131	130	53,20
Nariño	Olaya Herrera	602	147	57	22,74
Chocó	El Cantón del San Pablo	592	53	50	85,72
Nariño	Barbacoas	577	69	20	9,85
Chocó	Medio San Juan	577	85	68	49,05
Chocó	Istmina	546	94	81	16,15
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	530	56	51	1,98
Chocó	Alto Baudó	527	117	58	16,85
Bolívar	Montecristo	513	89	84	27,93
Cauca	Guapí	480	46	47	16,25
Chocó	Carmen del Darién	465	48	36	20,99
Antioquia	Chigorodó	444	85	41	7,13
Antioquia	Turbo D.E.	420	78	50	3,12
Antioquia	Mutatá	367	48	50	24,41
Antioquia	Zaragoza	334	68	40	12,74
Chocó	Río Quito	330	28	27	5,22

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. Nota: no se presentaron casos de otros departamentos o distritos

Comportamiento del evento en Putumayo

El departamento del Putumayo es una región endémica para la malaria, caracterizada por su ubicación geográfica en zonas de selva tropical, donde las condiciones climáticas favorecen la proliferación del vector Anopheles, responsable de la transmisión de la enfermedad. En Putumayo,



la malaria es una de las principales causas de morbilidad en las áreas rurales, afectando principalmente a comunidades con acceso limitado a servicios de salud. Los desplazamientos de población, la deforestación y la actividad minera informal también contribuyen a la perpetuación del ciclo de transmisión del parásito. En los últimos años, los municipios de Leguízamo, Orito y Mocoa han registrado el mayor número de casos, con predominancia de infecciones por *P. vivax*, lo que resalta la importancia de reforzar las estrategias de vigilancia y control a nivel territorial.

Este informe es esencial para la salud pública del departamento del Putumayo debido a sus características geográficas y socioeconómicas, las cuales favorecen la persistencia del vector transmisor de la malaria. La identificación oportuna de patrones epidemiológicos locales permitirá implementar acciones focalizadas de prevención y control, reducir la carga de la enfermedad y evitar brotes futuros. Además, la situación de Putumayo, siendo una región endémica, requiere un análisis constante para ajustar las estrategias de intervención de manera eficiente.

La población objeto de este informe son los residentes de los municipios endémicos del departamento de Putumayo, con especial énfasis en los grupos de riesgo por su situación socioeconómica y geográfica

2. OBJETIVO GENERAL:

Analizar el comportamiento epidemiológico de la malaria en el departamento del Putumayo hasta la semana epidemiológica 24 del año 2025p, con el fin de identificar las tendencias de incidencia y apoyar la toma de decisiones en salud pública para el control y prevención del evento.

Objetivos específicos:

- Describir la distribución de los casos de malaria por especie parasitaria y su comportamiento en los municipios endémicos de Putumayo.
- Analizar las características demográficas (edad, sexo, ocupación, etnia) de la población afectada por malaria en Putumayo durante el periodo estudiado.
- Identificar las zonas con mayor incidencia de malaria complicada y no complicada, para reforzar las estrategias de control vectorial y prevención
- Evaluar la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de los casos notificados de malaria en los distintos municipios del departamento.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente informe es de tipo descriptivo, basado en la información obtenida del Sistema de Vigilancia Nacional en Salud Pública (SIVIGILA) individual hasta la semana epidemiológica 24 del año 2025. La población en estudio incluye todos los casos de malaria notificados en el departamento de Putumayo hasta la semana epidemiológica 24 del año 2025. La población objeto abarca residentes de los municipios endémicos de Putumayo: Mocoa, Villagarzón, Puerto Guzmán, Puerto Caicedo, Puerto Asís, Orito, Valle del Guamuez, San Miguel y Leguízamo.

VARIABLES Y NIVEL DE MEDICIÓN: Las variables consideradas para el análisis incluyen:

- **VARIABLES DE TIEMPO:** Semana epidemiológica (variable continua).
- **VARIABLES DE LUGAR:** Municipio de procedencia (variable categórica nominal).
- **VARIABLES DE PERSONA:** Sexo (categórica nominal), edad (continua), ocupación (categórica nominal), régimen de aseguramiento (categórica nominal), pertenencia étnica (categórica nominal), entre otras.
- **VARIABLES DE RESULTADO CLÍNICO:** Tipo de malaria (*P. vivax*, *P. falciparum*, malaria mixta) (categórica nominal), complicaciones (categórica nominal).



Plan de recolección de datos

Los datos utilizados en este informe fueron recolectados a través del SIVIGILA, que se alimenta de la notificación de UPGD. El SIVIGILA utiliza fichas de notificación individuales que son diligenciadas por los profesionales de salud encargados de reportar los casos de malaria. Los datos incluyen información sociodemográfica, clínica y epidemiológica de cada paciente. Se realizó una revisión de la calidad de los datos y depuración de estos para posteriormente generar un análisis de frecuencias de las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de notificación tanto datos básicos como complementarios.

Plan de análisis de la información

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Para las variables de tiempo, lugar y persona, se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Los datos fueron procesados para calcular indicadores clave como la tasa de incidencia de malaria por 100 000 habitantes, la distribución de casos por especie parasitaria, y la proporción de casos complicados frente a no complicados. También se emplearon tablas y gráficos para ilustrar los patrones epidemiológicos en los distintos municipios del departamento. Finalmente, se compararon los resultados con años anteriores y con los promedios históricos para identificar tendencias y posibles áreas de alerta epidemiológica.

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (12). La información se obtuvo del SIVIGILA, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

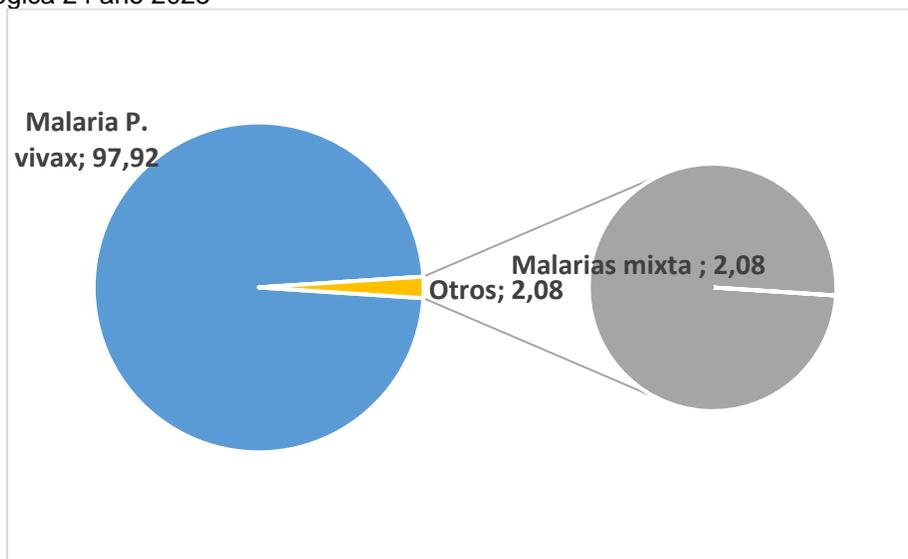
4. HALLAZGOS

4.1 Comportamiento de la notificación

El comportamiento de la enfermedad desde semana 24 de 2025p tiene un comportamiento al aumento en un 50% comparado con la notificación recibida en el mismo periodo del año 2024; un total de 75 casos notificados, quedando en la base una vez depurada un total de 48 casos del departamento; tiene gran importancia las condiciones de orden socioeconómico, geográfico, político y cultural asociados a condiciones de vivienda y calidad de la prestación de servicios sanitarios deficientes es lo que ha favorecido la presencia y permanencia del vector en los nueve municipios endémicos del Departamento: Mocoa, Villagarzón, Puerto Guzmán, Puerto Caicedo, Puerto Asís, Orito, Valle del Guamuéz, San Miguel y Leguízamo, en la base de datos fueron mantenidos un total de 48 casos.

- Malaria *P. vivax*: 71 casos notificados, provenientes del Departamento Putumayo 47 casos, registros incluidos para el análisis.
- Malaria *P. falciparum* 2 casos notificados, no se notifican casos provenientes del Departamento del Putumayo, registros incluidos para el análisis.
- Malaria Mixta: 2 casos notificado, procedencia del Departamento Putumayo 1 caso, registros incluidos para el análisis.

Grafica 1. Comportamiento de la notificación de malaria por especie parasitaria a semana epidemiológica 24 año 2025



Fuente: Sivigila, secretaria de Salud Departamental, Putumayo, 2025p

4.2 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

De acuerdo con las variables demográficas para el evento de malaria a semana epidemiológica 24p de 2025, evidenciamos que el 79,2 % de los casos de malaria se registraron en el sexo masculino; el 83,3 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado; pertenencia étnica al grupo otros notificaron 27 casos (56,3 %), por variable área el 91,7 % se presenta en área rural, por edad 10-14 años con 18,8%, por ocupación se encuentra agricultor (23) casos (Tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento demográfico y social de los casos de Malaria, Putumayo, SE 1-24 Año 2025p

Variable	Categoría	Malaria vivax	%	Malaria mixta	%	Total	%
Sexo	Femenino	10	20,8	0	0,0	10	20,8
	Masculino	37	77,1	1	2,1	38	79,2
Tipo de Régimen	Subsidiado	39	81,3	1	2,1	40	83,3
	Excepción/ especial	5	10,4	0	0,0	5	10,4
	Contributivo	2	4,2	0	0,0	2	4,2
	Sin afiliación	1	2,1	0	0,0	1	2,1
Pertenencia Étnica	Indígena	19	39,6	0	0,0	19	39,6
	Afro	2	4,2	0	0,0	2	4,2
	Otro	26	54,2	1	2,1	27	56,3
Área	Cabecera municipal	2	4,2	0	0,0	2	4,2
	Centro poblado	2	4,2	0	0,0	2	4,2
	Rural disperso	43	89,6	1	2,1	44	91,7
Edad (Años)	0-4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	5-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	10-14	9	18,8	0	0,0	9	18,8
	15-19	7	14,6	0	0,0	7	14,6
	20-24	4	8,3	0	0,0	4	8,3
	25-29	7	14,6	0	0,0	7	14,6
	30-34	7	14,6	0	0,0	7	14,6
	35-39	2	4,2	0	0,0	2	4,2

	40-44	2	4,2	0	0,0	2	4,2
	45-49	3	6,3	0	0,0	3	6,3
	50-54	3	6,3	0	0,0	3	6,3
	55-59	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	60-64	1	2,1	0	0,0	1	2,1
	65-69	2	4,2	1	2,1	3	6,3
	70-74	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	80-85	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ocupación	Militar	15	31,3	0	0,0	15	31,3
	Ama de casa	1	2,1	0	0,0	1	2,1
	Agricultor	23	47,9	0	0,0	23	47,9
	Sin información	1	2,1	1	2,1	2	4,2
	Estudiante	2	4,2	0	0,0	2	4,2
	Trabajos varios	4	8,3	0	0,0	4	8,3
Grupo Poblacional	Gestantes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Migrantes	1	2,1	0	0,0	1	2,1

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025p

Por especies parasitarias circulantes en el departamento, hay predominio de infección por *Plasmodium vivax* con 47 casos (97,92 %) y un caso de *Plasmodium mixta* (2,08 %), Se registró 7 casos de malaria complicada con procedencia de nuestro departamento (Tabla 3).

Tabla 3. Casos notificados de malaria por municipio de procedencia, Putumayo SE 01 a 24, 2025p

MUNICIPIO	M. vivax	% M. vivax	M. mixta	% M. mixta	total, de casos	%
Mocoa	5	10,42			5	10,42
Orito	5	10,42			5	10,42
Puerto Asís	2	4,17	1	2,08	3	6,25
Puerto Guzmán	3	6,25			3	6,25
Leguízamo	26	54,17			26	54,17
San Miguel	4	8,33			4	8,33
Valle Del Guamuez	1	2,08			1	2,08
Villagarzón	1	2,08			1	2,08
TOTAL	47	97,92	1	2,08	48	100,00

Fuente: Sivigila, secretaria de Salud Departamental, Putumayo, 2025p

4.3. Tendencia del evento

En la semana epidemiológica 24p de 2025, ingreso al Sivigila 1 caso notificado de malaria, periodo se notificaron 11 casos y el acumulado 2025 es de 75 casos notificados depurando la base queda un total de 48 casos por procedencia departamental, que, comparados con el mismo periodo del año 2024, presenta un incremento del 50 % de los casos notificados y se presentan 4 casos semanales para este evento. (Gráfica 2).

Tabla 4. Análisis metodología Poisson de malaria con su comportamiento histórico (2020-2024), por municipio de procedencia, Putumayo, SE 24, 2025p

municipio	Observado	Esperado	razón	poisson	Análisis
Mocoa	1	1	1,00	0,3679	estable
Orito	0	0	0,00	1,0000	estable
Puerto Asís	0	1	0,00	0,3679	estable
Puerto Caicedo	0	0	0,00	1,0000	estable
Puerto Guzmán	0	3	0,00	0,0821	estable
Leguízamo	10	2	6,67	0,0000	incremento
San Miguel (La Dorada)	0	1	0,00	0,3679	estable
Valle Del Guamuez	0	3	0,00	0,0821	estable
Villagarzón	0	1	0,00	0,3679	estable
PUTUMAYO	11	4	2,62	0,0027	incremento

Fuente: Sivigila, secretaria de Salud Departamental, Putumayo, 2025p

El incremento significativo en el municipio de Leguízamo, es por un brote que se presentó en la vereda Puerto Nariño, con un número de 16 casos, de los cuales 10 casos masculino y 6 casos femenino; el 80% son del grupo indígena kitchwa, todos recibieron atención médica, con tratamiento de manera oportuna.

4.4 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Casos notificados por el departamento del Putumayo un total de 66 casos.

4.4.1 Malaria no complicada

Se observó que de acuerdo a los casos notificados por nuestro departamento 53 en total:

- El 18,86 % (10/53) de los casos de malaria no complicada fueron hospitalizados. Los pacientes se hospitalizaron no por la malaria, si no por alteraciones diferentes que se presentaron por problemas de base.
- El 88,67 % (47/53) de los casos se identificaron por vigilancia pasiva
- El 11,32 % (6/53) de los casos se identificaron por vigilancia
- Malaria vivax el 100 % (6/6) identificaron por vigilancia activa
- Malaria falciparum No se identificaron por vigilancia activa
- Malaria mixta No se identificaron por vigilancia activa
- Caso de malaria no complicada 53
- Malaria vivax 51 casos
- Malaria mixta 2 caso
- El 92,42 % (49/53) de los casos corresponde a pacientes sintomáticos, otros cuatro casos pacientes asintomáticos
- El 100 % (53/53) de los casos se confirmaron por gota gruesa.

4.4.2 Malaria complicada

Se observó que de acuerdo a los casos notificados por nuestro departamento 13 en total:

- El 92,30 % (12/13) de los casos de malaria complicada fueron hospitalizados.
- Malaria vivax 100 % (12/12) de casos fueron hospitalizados.
- El 76,92 % (10/10) de los casos se identificaron por vigilancia pasiva
- Malaria vivax 23,07 % (3/) identificaron por vigilancia activa
- Malaria falciparum No se identificaron por vigilancia activa
- Malaria mixta No se identificaron por vigilancia activa
- Caso de malaria complicada 13
- Malaria vivax 13 casos

- El 100 % (13/13) de los casos se identificaron por gota gruesa
- El 84,61 % (11/13) de los casos corresponden a pacientes sintomáticos

4.5. Razón *P. vivax* / *P. falciparum*

No hay razón porque hasta la fecha no se ha presentado caso de malaria por *P. Falciparum* por procedencia en el departamento del Putumayo.

4.6 indicador de oportunidad en el diagnóstico

Oportunidad en el diagnóstico es el porcentaje de diagnóstico que se realiza de manera oportuna (menos de dos días después del inicio de síntomas), en la tabla anexa informamos que a nivel departamental contamos con una oportunidad 21,2 % (14/66) en el diagnóstico, el indicador que depende de la red de salud departamental, condiciones geográficas de nuestro entorno y del individuo (Tabla 5).

Tabla 5. Casos notificados con oportunidad en el diagnóstico en el departamento del Putumayo, a SE24 de 2025p

Municipio de Notificación	UPGD	Dx oportuno	%	Dx inoportuno	%	total
COLÓN	ESE HOSPITAL PIO XII	0	0,0	1	100,0	1
MOCOA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERN	4	33,3	8	66,7	12
	IPS GESTION INTEGRAL EN SALUD DEL PUTUMAYO GEINSAL	0	0,0	0	0,0	0
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERN	0	0,0	0	0,0	0
ORITO	ESE HOSPITAL ORITO	0	0,0	1	100,0	1
PUERTO ASIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL	1	12,5	7	87,5	8
	HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO	0	0,0	5	100,0	5
PUERTO GUZMAN	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JORGE JULIO GUZ	0	0,0	0	0,0	0
PUERTO LEGUIZAMO	DISPENSARIO MÉDICO NIVEL 1 PUERTO LEGUIZAMO	0	0,0	1	100,0	1
PUERTO LEGUIZAMO	ESE HOSPITAL MARIA ANGELINES	3	11,5	23	88,5	26
	PUESTO DE SALUD DE PUERTO OSPINA	0	0,0	0	0,0	0
SAN MIGUEL (LA DORADA)	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	3	75,0	1	25,0	4
VALLE DEL GUAMUEZ	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	2	50,0	2	50,0	4
	CLINICA SAN JORGE LA HORMIGA SAS		0,0	1	100,0	1
VILLAGARZON	ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL	1	33,3	2	66,7	3
PASTO	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES	0	0,0	1	100,0	1
	CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCULARES PABON SAS	0	0,0	0	0,0	0
	BATALLON DE INFANTERIA NO 9 BATALLA DE BOYACA	0	0,0	0	0,0	0



	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO	0	0,0	1	100,0	1
FLORENCIA	ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA	0	0,0	2	100,0	2
	CLINICA MEDILASER SAS	1	50,0	1	50,0	2
	CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS CEDIM IPS SAS	0	0,0	1	100,0	1
CARTAGO	IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO ESE	0	0,0	1	100,0	1
OTANCHE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MANUEL E	0	0,0	1	100,0	1
SOLITA	ESE FABIO JARAMILLO LONDOÑO CENTRO DE SALUD SOLI	0	0,0	0	0,0	0
CARTAGO	IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO ESE	0	0,0	0	0,0	0
LETICIA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA	0	0,0	0	0,0	0
CAUCASIA	OLGA LUCIA RODRIGUEZ ARROYO	0	0,0	0	0,0	0
PUERTO NARIÑO	HOSPITAL LOCAL PUERTO NARIÑO	0	0,0	0	0,0	0
ANDES	BATALLÓN DE INFANTERÍA NO 11 CACIQUE NUTIBARA	0	0,0	0	0,0	0
MEDELLIN	HOSPITAL MILITAR REGIONAL MEDELLIN DISPENSARIO ME	0	0,0	0	0,0	0
YARUMAL	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS YARUMAL	0	0,0	0	0,0	0
PRADERA	ESE HOSPITAL SAN ROQUE	0	0,0	0	0,0	0
			0,0		0,0	0
TOTAL		15,0	20,0	60,0	80,0	75
PUTUMAYO		14	21,2	52	78,8	66

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025p

4.7 Indicador de oportunidad en el tratamiento

Para el indicador de oportunidad en el tratamiento es el porcentaje de tratamiento que se entrega de manera oportuna (menos de 24 horas después del diagnóstico), con este indicador nacional sí logramos evidenciar que institución y municipio nos genera un indicador oportuno. Para el departamento del putumayo este indicador se encuentra en 95,45 % (63/66) de oportunidad en el tratamiento. El municipio que presenta oportunidad en el tratamiento de malaria es Mocoa, Puerto Asís y Villagarzón (Tabla 6).

Tabla 6. Oportunidad en el tratamiento de malaria en el departamento del Putumayo, a SE 24 de 2025p

Municipio de notificación	UPGD	oportunidad tto	% oportunidad	inoportunidad tto	% inoportunidad
COLÓN	ESE HOSPITAL PIO XII	1,0	100,00	0,0	0,00
MOCOA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERN	12,0	100,00	0,0	0,00
ORITO	ESE HOSPITAL ORITO	0,0	0,00	1,0	100,00
PUERTO ASIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL	8,0	100,00	0,0	0,00
	HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO	5,0	100,00	0,0	0,00



PUERTO GUZMAN	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JORGE JULIO GUZ	0,0	0,00	0,0	0,00
PUERTO LEGUIZAMO	ESE HOSPITAL MARIA ANGELINES	25,0	96,15	1,0	3,85
	DISPENSARIO MEDICO LEGUIZAMO	0,0	0,00	1,0	100,00
SAN MIGUEL (LA DORADA)	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	4,0	100,00	0,0	0,00
VALLE DEL GUAMUEZ	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	4,0	100,00	0,0	0,00
	CLINICA SAN JORGE LA HORMIGA SAS	1,0	100,00	0,0	0,00
VILLAGARZON	ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL	3,0	100,00	0,0	0,00
FLORENCIA	ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA	2,0	100,00	0,0	0,00
	CLINICA MEDILASER SAS	2,0	100,00	0,0	0,00
	CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS CEDIM IPS SAS	1,0	100,00	0,0	0,00
CARTAGO	IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO ESE	0,0	0,00	1,0	100,00
OTANCHE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MANUEL E	0,0	0,00	1,0	100,00
PASTO	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES	1,0	100,00	0,0	0,00
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO	1,0	100,00	0,0	0,00
BOGOTA	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	0,0	0,00	0,0	0,00
	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	0,0	0,00	0,0	0,00
CALI	UNIDAD DE URGENCIAS CALI	0,0	0,00	0,0	0,00
MORALES	ESE CENTRO 1 PUNTO DE ATENCION MORALES	0,0	0,00	0,0	0,00
PUERTO INIRIDA	BATALLON DE INFANTERIA NO 45 PROSPERO PINZON	0,0	0,00	0,0	0,00
LETICIA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA	0,0	0,00	0,0	0,00
CAUCASIA	OLGA LUCIA RODRIGUEZ ARROYO	0,0	0,00	0,0	0,00
PUERTO NARIÑO	HOSPITAL LOCAL PUERTO NARIÑO	0,0	0,00	0,0	0,00
ANDES	BATALLÓN DE INFANTERÍA NO 11 CACIQUE NUTIBARA	0,0	0,00	0,0	0,00
MEDELLIN	HOSPITAL MILITAR REGIONAL MEDELLIN DISPENSARIO ME	0,0	0,00	0,0	0,00
YARUMAL	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS YARUMAL	0,0	0,00	0,0	0,00
PRADERA	ESE HOSPITAL SAN ROQUE	0,0	0,00	0,0	0,00
PUTUMAYO		63,0	95,45	3,0	4,55

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025p

4.8 Mortalidad por Malaria

Hasta la semana 24 de 2025, no se notificaron mortalidades asociadas a malaria.

4.9 Letalidad

A la fecha la letalidad por malaria es del 0 %.

5. DISCUSIÓN



Según los datos notificados al Sivigila, el comportamiento del evento según el canal de malaria se inició el año 2024 por encima de los casos esperados, a SE24 se encuentra en situación de alerta, presentando un comportamiento al aumento respecto al año anterior. Este incremento es consistente con las tendencias reportadas en Colombia y otras partes de América del Sur, donde las áreas selváticas y rurales, especialmente en regiones amazónicas, siguen presentando condiciones favorables para la transmisión de la malaria, principalmente por *P. vivax*. Esto se alinea con lo reportado por la OMS y la OPS, que han destacado que el 74 % de los casos en la región de las Américas son causados por *P. vivax*, y países como Colombia continúan siendo de los más afectados por lo cual se debe mantener y mejorar las estrategias para interrumpir el ciclo de infección y su rápida propagación, buscando fomentar el cambio de conducta tanto individual como colectiva en lo relacionado con un mejor ordenamiento ambiental, porque las decisiones sobre los modos de vivir, suelen no ser tenidas en cuenta por los trabajos que se han realizado, que son planteados desde modelos de comprensión reduccionistas y simples.(9)(5)

Además, la malaria complicada sigue siendo un reto significativo en Putumayo, especialmente en municipios como San Miguel, lo que refuerza la necesidad de intensificar las estrategias de diagnóstico y tratamiento oportuno, como se recomienda en la guía de atención clínica para malaria del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (4). La baja tasa de oportunidad en el diagnóstico, reportada en el 21,2 % de los casos a nivel departamental, es un problema importante que coincide con lo señalado en estudios nacionales, que subrayan que el acceso limitado a servicios de salud en áreas rurales sigue siendo un factor crítico para el control efectivo de la malaria (7). Para este segundo trimestre del año presentamos un aumento en el número de casos en el municipio de Leguízamo donde realizando el análisis del comportamiento se evidencia que un brote significativo con 16 casos que son autóctonos.

El comportamiento epidemiológico de la malaria en Putumayo también refleja la tendencia global hacia una reducción general de los casos de malaria en las últimas dos décadas, aunque persisten brotes locales en zonas de difícil acceso. Esto se compara con los datos globales, que muestran una disminución en la mortalidad y morbilidad por malaria desde el 2000, como lo destaca el World Malaria Report 2023 de la OMS (9). Sin embargo, las fluctuaciones anuales en Colombia y otros países de la región indican que es fundamental continuar con esfuerzos sostenidos para mejorar la vigilancia epidemiológica y las intervenciones de control vectorial (2).

Los servicios de salud tienen la gran responsabilidad de atención adecuada y oportuna de los casos así como la verificación del cumplimiento de normas sanitarias a diferentes niveles que pueden verificarse mediante la vigilancia y control de los posibles criaderos donde es vital el trabajo con la comunidad, esta simple intervención reduciría en gran parte la carga de enfermedad, así mismo aprovechar las acciones educativas que actualmente los medios de comunicación están transmitiendo para generar conciencia del trabajo tan importante que se realizaría si se lleva a cabo esta intervención. Adicionalmente, continuar fortaleciendo la notificación, no solamente una notificación adecuada sino una notificación correcta con adecuada confirmación de caso y en los eventos de muerte enviar las muestras en cantidad y tamaño sugeridos para hacer las respectivas pruebas con el fin de que no quede ninguna muerte por diagnóstico compatible por malaria.

6. CONCLUSIONES

Hasta la semana epidemiológica 24 del año 2025 se presenta un aumento del 50% en la notificación de casos con procedencia departamento del Putumayo.

El mayor porcentaje de los casos de malaria se concentra en personas de 10 a 14 años. Por aseguramiento al sistema general de seguridad social, se evidencia que el mayor número de casos pertenece al régimen subsidiado; por sexo los casos más representativos se describen en pacientes del sexo masculino.

Son más significativos los casos de malaria no complicada y la malaria por *P. vivax* se presenta en el mayor número de casos por especie notificado.



La incidencia departamental de malaria a semana epidemiológica 24 es de 27,94 casos x 100.000 habitantes; cuya población a riesgo corresponde a la población rural del departamento.

Una de las falencias que se observa en este evento es que la oportunidad en el diagnóstico se ve afectada porque la comunidad al presentar síntomas no acude de manera instantánea a la urgencia para ser diagnosticado.

El tratamiento del evento en el departamento del Putumayo a cumplido con el objetivo frente a la oportunidad.

Hasta SE24 se presentaron dos brotes de malaria, uno con procedencia el municipio de Orito (vereda bocanas del lutzon) y Otro con procedencia el municipio de Leguízamo (vereda puerto Nariño).

7. RECOMENDACIONES

- ✓ Fortalecer la vigilancia epidemiológica del evento malaria en Putumayo, con especial énfasis en la notificación individual oportuna a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), asegurando que todas las instituciones de salud del departamento reporten de manera precisa. Se debe continuar con el fortalecimiento de la vigilancia del evento, en particular con la notificación individual empleando para tal fin las fichas correspondientes, estrategias IEC a la comunidad y capacitación constante del personal involucrado en esta labor.
- ✓ Mejorar la calidad en la clasificación de los casos de malaria complicada, lo que a su vez fortalece el manejo y tratamiento de la misma.
- ✓ Construir una lista de chequeo de los problemas de mayor impacto para malaria complicada con el fin de orientar a las acciones en vigilancia en salud pública en entidades territoriales.
- ✓ Reforzar las acciones de vigilancia en salud pública en los municipios con mayor incidencia, como Leguízamo, Puerto Guzmán y Mocoa, especialmente en áreas rurales, donde la cobertura de salud es limitada. Realizar las BAI en la vigilancia de malaria en los municipios que se encuentran en riesgo de malaria (ver protocolo de vigilancia). Es importante fortalecer las acciones de vigilancia de la enfermedad desde los municipios y fortalecer la calidad y oportunidad de la atención en salud, teniendo en cuenta los lineamientos nacionales, protocolos y guías de atención integral del paciente de malaria.
- ✓ Mejorar la oportunidad y calidad de la atención en salud, asegurando que las instituciones de salud cumplan con los protocolos nacionales y las guías de atención integral del paciente con malaria, especialmente en lo referente al diagnóstico oportuno (menos de 48 horas) y el inicio del tratamiento (menos de 24 horas después del diagnóstico).
- ✓ Actualizar y fortalecer los planes de contingencia municipal para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), incorporando las recomendaciones de la Estrategia de Eliminación de la Malaria a nivel departamental, ajustándose a los lineamientos del Ministerio de Salud.
- ✓ Monitorear de manera rigurosa los casos mortales por malaria, garantizando la correcta notificación y la remisión oportuna de la documentación necesaria a las autoridades competentes, para permitir un análisis adecuado de los mismos. Garantizar el cumplimiento de la guía de atención integral del paciente con malaria vigente, teniendo en cuenta los grupos de riesgo, la estratificación mencionada en dicha guía y garantizando una sospecha diagnóstica, tratamiento adecuado según la fase de enfermedad en la que se encuentre el paciente y seguimiento evitando que los casos evolucionen a formas graves irreversibles de la enfermedad.



- ✓ Fortalecer la vigilancia basada en comunidad en todo el territorio departamental, motivando a personas líderes a vincularse a las redes municipales de comunitarias RevCom, y desarrollar con ellos estrategias de entrenamiento para este evento en identificación malaria complicada y no complicada.





8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. (2015, abril). **Paludismo. Nota descriptiva No. 94.** Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/es/>
2. Sebbag, R. (2011). **Situación de la malaria a nivel mundial y la contribución de Sanofi a través de su programa de acceso a medicamentos.** *Biomédica*, 31(Sup.3), 3-315.
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. (2010). **Guía de atención clínica de malaria.** Recuperado de <http://www.acin.org/acin/new/Portals/0/Templates/guia%20de%20atencion%20clinica%20de%20malaria%202010.pdf>
4. Ministerio de Salud de Colombia. (2000). **Resolución 412 de 2000: Guía de atención clínica malaria.** Recuperado de <http://www.acin.org/acin/new/Portals/0/Templates/guia%20de%20atencion%20clinica%20de%20malaria%202010.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). **PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas.** Recuperado de <https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-malaria.html>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). **Malaria.** Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/malaria.aspx>
7. Instituto Nacional de Salud. (2025). **Boletín epidemiológico Semana 24 de 2025.** Recuperado de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025/Boletin_epidemiologico_semana_24.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). **Malaria.** Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/malaria#:~:text=En%20las%20Am%C3%A9ricas%20se%20registraron,corren%20actualmente%20riesgo%20de%20malaria>
9. Organización Mundial de la Salud. (2024). **World Malaria Report 2024.** Recuperado de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2023-spreadview.pdf?sfvrsn=bb24c9f0_4#page=113
10. Brote de malaria 2025. Robert Carlson. 4 de abril de 2025. <https://www.vax-before-travel.com/malaria-outbreaks>
11. Organización Mundial de la Salud. (2024). **Paludismo 2023.** Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/malaria#:~:text=Las%20personas%20con%20s%C3%ADntomas%20graves,te%20bajo%20peso%20al%20nacer.>
12. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 (octubre 4) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. EL MINISTRO DE SALUD. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Revisado y Aprobado por: Andrea Paola Morillo Gómez, Profesional Especializada-- Área de Epidemiología - SSD Putumayo.