

El Boletín Epidemiológico semanal es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por la Secretaría de Salud Departamental de Santander y el INS (Instituto Nacional de Salud), mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud (UPGD-UI), del municipio. Las cifras que se publican de casos y de muertes están siempre sujetos a verificación o estudio (teniendo en cuenta los posibles ajustes). Convirtiéndose entonces en un insumo útil para el entendimiento del comportamiento de los eventos en salud pública, el cual se complementa con el análisis de cada uno de los referentes de programa.

### TEMAS CENTRALES

**Tuberculosis Sensible y Resistente, 2020 a S.E 12 de 2025 preliminar.**

**IRA notificación colectiva, 2020 a S.E 12 de 2025 preliminar.**

**Dengue, S.E 12 de 2025 preliminar**

**Chagas S.E 12 de 2025 preliminar**

**Alerta epidemiológica Tosferina S.E 11 - 12 de 2025p.**

### Comportamiento de la tuberculosis, Colombia, 2023.

La vigilancia epidemiológica de la tuberculosis se ha fortalecido con la realización de pruebas de laboratorio (Resolución 227 de 2020), lo que ha permitido mayor identificación de casos. Es por ello que en los Objetivos de Desarrollo Sostenible se incluye la eliminación de tuberculosis al 2030.

Esta es una de las 30 enfermedades transmisibles contempladas, dentro de la Iniciativa de la OPS para la Eliminación de Enfermedades en las Américas, la cual ha sido un reto difícil por la pandemia de COVID-19, por lo cual se hace un llamado a la acción, para acelerar la implementación de los nuevos métodos de diagnóstico, esquemas de tratamiento acortados y orales recomendados por la OPS/OMS para la tuberculosis, especialmente para la tuberculosis resistente a los medicamentos y las estrategias innovadoras de búsqueda de casos.

Se recuerda, que la tuberculosis se transmite de persona a persona cuando alguien con tuberculosis activa sin recibir tratamiento, tose, estornuda, habla, ríe, o canta, debido a que quedan suspendidos los bacilos en el aire. Afecta los pulmones con mayor frecuencia, pero también a otros órganos (tuberculosis extrapulmonar – pleural, meníngea, peritoneal, ganglionar, renal, intestinal, entre otras).

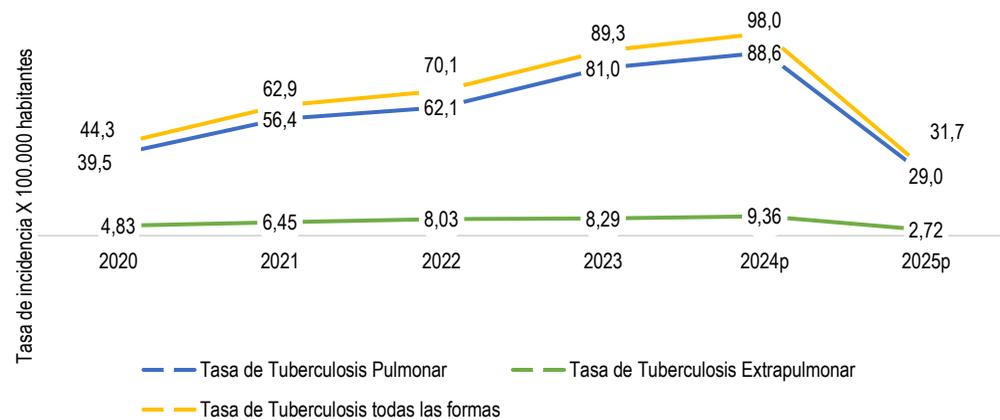
Es una enfermedad antigua, con causa desconocida hasta el 24 de marzo de 1882, cuando el Dr. Robert Koch anunció el descubrimiento del bacilo responsable (*Mycobacterium tuberculosis*). Es una enfermedad prevenible, generalmente curable y si no se trata adecuadamente, puede ser mortal. Constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en 2022 fue la segunda causa de muerte por un solo agente infeccioso después de COVID-19 y causó casi el doble de muertes que el virus de inmunodeficiencia humana VIH/SIDA (1).

La tuberculosis es prevenible y curable si se trata de manera adecuada, pero aún sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más mortales en el mundo y con aumento en el número de casos. En el informe mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2023, se reportan 7,5 millones de personas notificadas con diagnóstico de tuberculosis en 2022, es la mayor cifra desde 1995 cuando se inició el seguimiento mundial; superior a 7,1 millones en 2019, con incremento de 28 % con respecto al 2020 (5,8 millones) y del 16 % con el 2021 (6,4 millones). El número oficial de muertes clasificadas como tuberculosis en 2022 (1,13 millones) fue casi el doble de la cantidad causada por VIH/SIDA (0,63 millones) y ha tenido un patrón de aumento en 2020 y 2021 y una disminución en 2022 (2).

### Comportamiento de la tuberculosis sensible, Bucaramanga, a S.E 12 2025p.

En el Municipio de Bucaramanga para el 2025 se notificaron al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) 198 casos de tuberculosis sensible de todas las formas, casos con residencia en el municipio. Se observa desde el año 2020 una tendencia al incremento, en relación con la variación entre el 2024 con respecto al 2023, refleja un incremento del 9,7% de los casos de tuberculosis de todas las formas. Es importante mencionar que, en el 2020 se expidió la Resolución 227 con algoritmos diagnósticos para el país; por lo cual se esperaba tener un incremento de casos debido al fortalecimiento en el diagnóstico. Ver figura 1.

Figura 1. Incidencia de tuberculosis sensible, Bucaramanga, 2020 – SE 12 2025p.



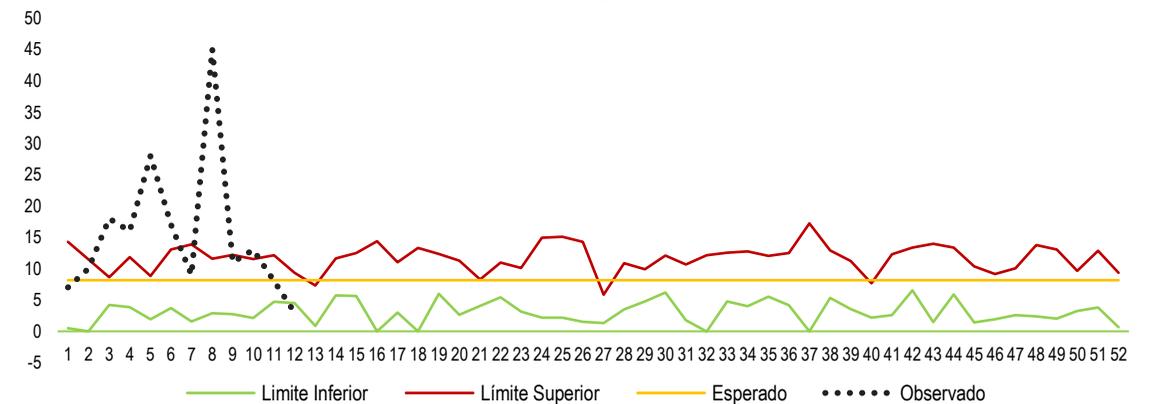
Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2020 – 2025p.

DANE, Proyecciones de población 2020-2035 actualización post COVID 19.

En el canal endémico hasta la semana 12p, se observó que la incidencia comenzó a superar los valores esperados desde la semana 2. Este aumento se hizo más notorio a partir de la semana 3, cuando la incidencia sobrepasó el límite superior del canal, permaneciendo por encima de este hasta la semana 6. En la semana 8, se registró un pico de 45 casos, lo que representó un incremento significativo.

Las semanas 9 y 10 también mostraron más casos de lo esperado, siendo la semana 10 la que superó el límite superior del canal. Cabe resaltar que el aumento en la incidencia de casos de tuberculosis está directamente vinculado con los reportes de casos en la población privada de libertad de la Cárcel Modelo de Bucaramanga, lo que explica el comportamiento atípico observado en el número de casos a partir de este periodo. Ver figura 2.

Figura 2. Canal endémico de casos notificados en Sivigila de Tuberculosis Sensible, Bucaramanga, 2018 a semana epidemiológica 12 de 2025p.



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2018 – 2025p.

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

## En el contexto social y demográfico

La Tuberculosis en el municipio de Bucaramanga afecta con mayor proporción a los hombres, comportamiento que se ha mantenido en el período de 2020 a SE 12 de 2025p, para el año 2024 se presenta una tasa de incidencia de 146,7 por cada 100.000 hombres y 53,6 por 100.000 mujeres. Los grupos de edad más afectados en 2024 fueron de los 25 a 34 años (23,89 %) seguido de 65 años y más (19,29 %), se observó que, en cuanto a la tasas por grupo de edad, el grupo que reporto una mayor tasa de incidencia fue el grupo de 65 años y más con 149,7 por 100.000, seguido del grupo de 25 a 34 años con 136,5 por 100.000 y de 15 a 24 años con una tasa de 116,2 por 100.000. Ver tabla 1.

Según el área de ocurrencia, la cabecera municipal presenta el mayor número de casos. Con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el régimen subsidiado ha tenido la mayor proporción de casos en todos los años del período 2020 a SE 12 2025p. En cuanto a la clasificación de la tuberculosis según la localización anatómica de la enfermedad, la forma pulmonar aporta el mayor porcentaje en el periodo analizado, para el año 2024 se registró el (90,44%) de los casos (549) y la localización extrapulmonar, el mayor número de casos es la pleural para todos los periodos analizados, debido que para el año 2024 se reportó el 5,27% (32 casos).

En cuanto a la clasificación según tipo de caso, el 93,08% (n = 565) de los casos, fue confirmado por laboratorio en 2024 con una tendencia al incremento en los últimos 4 años, por el contrario, los casos confirmados por clínica han presentado una reducción en los últimos cuatro años comparado con el año 2020, esto está relacionado con la implementación de la Resolución 227 de 2020 la cual estableció la realización de las pruebas de laboratorio en los algoritmos diagnósticos. Ver tabla 1.

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

16 al 22 de marzo de 2025

Tabla 1. Distribución demográfica - social de los casos de tuberculosis, y según tipo de caso, historia de tratamiento, Bucaramanga, 2020 – SE 12 2025p.

Variable	Categoría	Año 2020		Año 2021		Año 2022		Año 2023		Año 2024		Año 2025	
		N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Sexo	Femenino	69	25,9	126	33,2	109	25,5	136	24,8	174	28,67	39	19,7
	Masculino	197	74,1	254	66,8	319	74,5	413	75,2	433	71,33	159	80,3
Edad	0 a 14 años	2	0,8	12	3,2	10	2,3	10	1,8	15	2,47	0	0,0
	15 a 24 años	54	20,3	73	19,2	75	17,5	92	16,8	110	18,12	32	16,2
	25 a 34 años	84	31,6	88	23,2	111	25,9	138	25,1	145	23,89	69	34,8
	35 a 44 años	28	10,5	59	15,5	64	15,0	89	16,2	89	14,66	36	18,2
	55 a 64 años	34	12,8	49	12,9	40	9,3	69	12,6	69	11,37	12	6,1
	65 y más años	38	14,3	63	16,6	70	16,4	94	17,1	111	18,29	28	14,1
	Área de ocurrencia del caso	Cabecera municipal	264	99,2	356	93,7	417	97,4	531	96,7	590	97,20	194
	Centro Poblado	0	0,0	20	5,3	6	1,4	15	2,7	9	1,48	3	1,5
	Rural Disperso	2	0,8	4	1,1	5	1,2	3	0,5	8	1,32	1	0,5
Tipo SS	Subsidiado	121	45,5	157	41,3	192	44,9	294	53,6	292	48,11	58	29,3
	Contributivo	97	36,5	131	34,5	140	32,7	166	30,2	183	30,15	38	19,2
	Excepcion	32	12,0	69	18,2	53	12,4	57	10,4	93	15,32	87	43,9
	No asegurado	10	3,8	23	6,1	27	6,3	24	4,4	22	3,62	2	1,0
	Indeterminado	1	0,4	0	0,0	16	3,7	8	1,5	17	2,80	13	6,6
	Especial	5	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00	0	0,0
	Pertencia étnica	Indígena	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,16	0
ROM, Gitano		2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,16	0	0,0
Raizal		0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,4	2	0,33	0	0,0
Negro, mulato afro colombiano		0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,00	0	0,0
Otro		264	99,2	379	99,7	427	99,8	546	99,5	603	99,34	198	100
<b>Total</b>		<b>266</b>	<b>100</b>	<b>380</b>	<b>100</b>	<b>428</b>	<b>100</b>	<b>549</b>	<b>100</b>	<b>607</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2020 – 2025p.

Variable	Categoría	Año 2020		Año 2021		Año 2022		Año 2023		Año 2024		Año 2025	
		N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Localización de la tuberculosis	Pulmonar	237	89,1	341	89,7	379	88,6	498	90,7	549	90,44	181	91,4
	Extrapulmonar	29	10,9	39	10,3	49	11,4	51	9,3	58	9,56	17	8,6
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	Pleural	19	65,5	22	56,4	23	46,9	31	60,8	32	55,17	15	93,8
	Ganglionar	3	10,3	5	12,8	8	16,3	5	9,8	3	5,17	0	0,0
	Meningea	4	13,8	3	7,7	7	14,3	4	7,8	9	15,52	0	0,0
	Peritoneal	0	0,0	1	2,6	3	6,1	2	3,9	2	3,45	0	0,0
	Renal	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	2	3,45	0	0,0
	Osteoarticular	1	3,4	1	2,6	3	6,1	4	7,8	3	5,17	0	0,0
	Cutánea	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,45	0	0,0
	Genitourinaria	1	3,4	4	10,3	0	0,0	3	5,9	1	1,72	0	0,0
	Pricardica	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,00	1	6,3
	Intestinal	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	0	0,00	0	0,0
	Otro	1	3,4	2	5,1	3	6,1	1	2,0	4	6,90	1	6,3
Clasificación del caso	Confirmado por laboratorio	237	89,1	347	91,3	391	91,4	506	92,2	565	93,08	151	76,3
	Confirmado por clínica	29	10,9	33	8,7	36	8,4	43	7,8	42	6,92	47	23,7
Poblaciones especiales priorizadas	Conf. Por nexos epidemiológico	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,00	0	0,0
	Habitante de Calle	8	3,0	20	5,3	24	5,6	42	7,7	43	7,08	9	4,5
	Migrante	7	2,6	23	6,1	28	6,5	33	6,0	35	5,77	4	2,0
	Población Carcelaria	53	19,9	66	17,4	67	15,7	87	15,8	96	15,82	98	49,5
	Persona con Discapacidad	0	0,0	2	0,5	3	0,7	7	1,3	10	1,65	1	0,5
	Trabajador de la Salud	6	2,3	8	2,1	7	1,6	4	0,7	6	0,99	2	1,0
	Gestante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	0	0,00	0	0,0
	Menor de 15 años	2	0,8	12	3,2	10	2,3	10	1,8	15	2,47	0	0,0
	Desplazados	0	0,0	0	0,0	4	0,9	1	0,2	2	0,33	1	0,5
	Centros Psiquiátricos	0	0,0	1	0,3	6	1,4	0	0,0	4	0,66	0	0,0
	Victima de la Violencia	1	0,4	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,00	0	0,0
	Otro	189	71,1	248	65,3	277	64,7	362	65,9	396	65,24	83	41,9
	Morbididades	Desnutrición	35	13,2	65	17,1	75	17,5	123	22,4	128	21,09	21
Diabetes		28	10,5	39	10,3	22	5,1	47	8,6	42	6,92	10	5,1
VIH		25	9,4	41	10,8	42	9,8	35	6,4	48	7,91	6	3,0
Enfermedad renal crónica		13	4,9	10	2,6	14	3,3	24	4,4	20	3,29	5	2,5
EPOC		12	4,5	13	3,4	24	5,6	29	5,3	23	3,79	4	2,0
Artritis reumatoide		1	0,4	3	0,8	4	0,9	4	0,7	10	1,65	1	0,5
Cáncer		13	4,9	3	0,8	14	3,3	20	3,6	22	3,62	3	1,5
Enfermedad hepática		3	1,1	2	0,5	0	0,0	6	1,1	10	1,65	1	0,5
<b>TOTAL</b>		<b>266</b>	<b>100</b>	<b>380</b>	<b>100</b>	<b>428</b>	<b>100</b>	<b>549</b>	<b>100</b>	<b>607</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2020 – 2025p.

# Boletín Epidemiológico SEMANAL

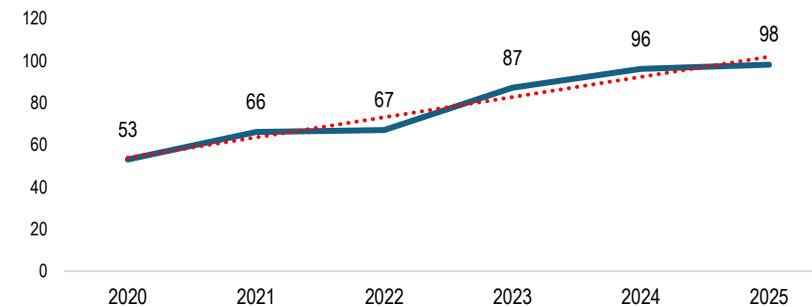


Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

## Comportamiento de la notificación de casos reportados en Sivigila de TB en población privada de la libertad. Bucaramanga 2020 - SE 12 2025p.

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2025, se han notificado un total de 98 casos de tuberculosis (TB) con sintomatología en la población privada de la libertad, de los cuales 95 corresponden a hombres y 3 a mujeres. Estos datos fueron obtenidos según la fecha de notificación del evento a SIVIGILA de 2025. Al analizar la tendencia de los casos reportados en esta población, se observa un aumento en el número de casos durante los años 2023 y 2024, en comparación con el periodo 2020-2022. Es importante destacar que desde la semana epidemiológica 03 de 2025 se ha presentado un aumento inusitado de casos de tuberculosis en la Cárcel Modelo de Bucaramanga, lo que explica el incremento de la incidencia en este periodo del año, superando los casos reportados en esta población en el año 2024. (Ver Figura 3).

Figura 3. Número de casos reportados en Sivigila de TB en población privada de la libertad. Bucaramanga 2020 – SE 12 2025p.



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2020 – 2025p.

Al analizar las tendencias de las tasas de incidencia, se evidencia que en todos los grupos de población priorizada con enfoque de riesgo hay incremento comparando 2024 con 2020. El mayor incremento se evidenció en población privada de la libertad, coinfección con VIH y habitante de calle. Ver tabla 2.

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

Tabla 2. Tasas de incidencia en poblaciones priorizadas con enfoque de riesgo, Bucaramanga, 2020 – SE 12 2025p

Población priorizada con enfoque de riesgo	Tasa incidencia						Tendencia
	Tasa 2020	Tasa 2021	Tasa 2022	Tasa 2023	Tasa 2024	Tasa 2025	
Indígena	0,0	0,17	0,0	0,0	0,2	0,2	
VIH	4,2	6,78	6,9	5,7	7,7	1,0	
Población Carcelaria	8,8	10,92	11,0	14,1	15,5	15,7	
Trabajador de la Salud	1,0	1,32	1,1	0,7	1,0	0,3	
Menor de 15 años	0,3	1,99	1,6	1,6	2,4	0,0	
Habitante de Calle	1,3	3,31	3,9	6,8	6,9	1,4	

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

DANE, Proyecciones de población 2020-2035 actualización post COVID 19

La Resolución 227 de 2020 estableció la implementación de pruebas de laboratorio en los algoritmos diagnósticos, lo que ha llevado a un aumento en su utilización. Desde 2021, se ha observado un incremento notable en el uso de estas pruebas diagnósticas.

En particular, durante el período de 2020 a 2024, el cultivo se ha consolidado como la prueba más utilizada, seguida por la baciloscopia y la prueba molecular. Para el año 2025, la prueba molecular se ha posicionado como el estudio más realizado después del cultivo. (Ver tabla 3).

En el análisis de realización de pruebas de laboratorio es necesario aclarar que, los porcentajes son calculados con el total de casos notificados, las tres pruebas no suman el 100 % porque a un caso se realiza más de una prueba.

Tabla 3. Realización pruebas de laboratorio para diagnóstico de tuberculosis, Bucaramanga, 2020 a SE 12 de 2025p.

Características Diagnósticas	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	
Realización de Baciloscopias	253	314	350	453	508	101	
Realización de Cultivo	215	319	363	515	554	184	
Realización de Prueba Molecular	114	200	278	474	502	172	

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

En cuanto en las comorbilidades en las personas afectadas con tuberculosis, la variación de la proporción entre 2020 y 2024 presentó mayor incremento en la desnutrición (59,8%), seguida de artritis reumatoide (300%) y enfermedad hepática con (45,4%). Ver tabla 4.

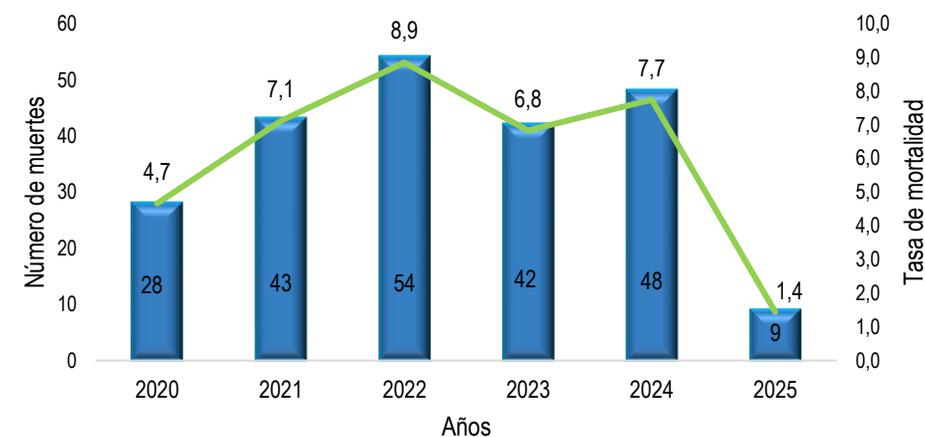
Tabla 4. Comorbilidades en las personas afectadas con tuberculosis, Bucaramanga, 2020 – SE 12 2025p.

Comorbilidades	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024	Año 2025	Tendencia
	N° Casos						
Desnutrición	35	65	75	123	128	21	▲
Diabetes	28	39	22	47	42	10	▲
VIH	25	41	42	35	48	6	▲
Enfermedad renal crónica	13	10	14	24	20	5	▲
EPOC	12	13	24	29	23	4	▲
Artritis reumatoide	1	3	4	4	10	1	▲
Cáncer	13	3	14	20	22	3	▲
Enfermedad hepática	3	2	0	6	10	1	▲

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Al analizar la tendencia de las tasas de mortalidad del período 2020 a 2025p, se observa un comportamiento similar en los últimos cuatro años. En particular, la variación entre 2022 y 2024 muestra una disminución del 13,5% en la tasa de mortalidad para el año 2024. Ver figura 4.

Figura 4. Tasa de Mortalidad, tuberculosis, Bucaramanga, 2020 – SE 12 2025p.



Fuente: SIVIGILA – RUAF ND municipio de Bucaramanga año 2020 – 2024p.

### Tuberculosis Resistente

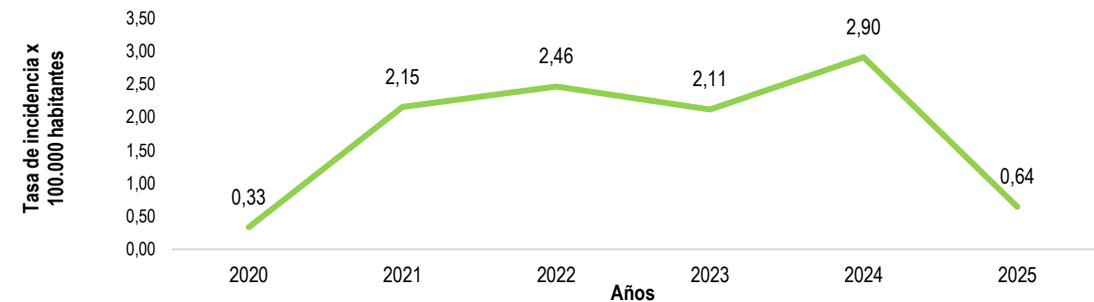
La tuberculosis resistente a los medicamentos continúa siendo una amenaza para la salud pública, la resistencia a la rifampicina (RR) el fármaco antituberculoso de primera línea más potente es motivo de preocupación.

La tuberculosis MDR (multirresistente) se define como enfermedad causada por cepas del complejo M. tuberculosis resistentes a la rifampicina y a la isoniazida y la tuberculosis XDR (extensamente resistente) enfermedad causada por cepas del complejo M. tuberculosis que son resistentes a la rifampicina (y que también pueden ser resistentes a la isoniazida) y que además son resistentes al menos a una fluoroquinolona (levofloxacina o moxifloxacina) y al menos a otro fármaco del “grupo A” (bedaquilina o linezolid) (1). Para la detección temprana de la farmacorresistencia, todos los pacientes con tuberculosis bacteriológicamente confirmada deben tener la evaluación de sensibilidad a los fármacos a través de técnicas moleculares o convencionales, con lo que es posible garantizar el acceso a la atención y el tratamiento adecuados, y reducir al mínimo el riesgo de transmisión (2).

### Comportamiento de Tuberculosis Farmacorresistente, Bucaramanga, 2020 a S.E 12 2025 p.

A semana 12 de 2025p se registraron cuatro (04) casos de Tuberculosis farmacorresistentes, con una incidencia de 0,64 casos por 100.000 habitantes. Los cuales fueron confirmados por laboratorio. Se observa desde el año 2020 una tendencia al incremento, en relación con la variación entre el 2024 con respecto al 2023, refleja un incremento del 37,4% de los casos. Ver Figura 5.

Figura 5. Comportamiento de la tasa de detección de tuberculosis farmacorresistente, Bucaramanga, 2020 a SE 12 2025p



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2020 – 2025p.

En 2024 la clasificación con mayor número de casos es la monorresistencia (n = 8), seguida de resistencia a rifampicina (n = 7 casos) y MDR (n = 3); al comparar la tendencia con el 2020 se evidencia un incremento de casos en todas las clasificaciones de resistencia. Ver tabla 5.

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

Tabla 5. Casos de tuberculosis según la clasificación de resistencia a medicamentos antituberculosis, Bucaramanga, 2020 a SE 12 2025p.

Tipo de resistencia	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia
Monorresistencia	2	4	4	5	8	3	
MDR	0	2	3	3	3	0	
Resistencia a XDR	0	0	0	1	0	0	
Resistencia a Rifampicina	0	7	8	4	7	1	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

## Conclusiones

Se ha observado incremento en las incidencias de tuberculosis y el número de casos para tuberculosis sensible en el último cuatrienio.

A través de la Resolución 227 de 2020, se ha experimentado un notable aumento en la utilización de pruebas diagnósticas, destacándose el cultivo como la más empleada, seguida de la baciloscopia y la prueba molecular.

La Tuberculosis en el municipio de Bucaramanga afecta con mayor proporción a los hombres y se ha mantenido este comportamiento en el período de 2020 a SE 12 de 2025p; para el año 2024 se presenta una tasa de incidencia de 146,7 por cada 100.000 hombres y 53,6 por 100.000 mujeres.

Respecto a la clasificación de la tuberculosis según la localización anatómica de la enfermedad, la forma pulmonar representa el mayor porcentaje en el periodo analizado. Para el año 2024, se registró el 90,44% de los casos (549). En cuanto a la tuberculosis extrapulmonar, la localización más frecuente ha sido la pleural a lo largo de todos los periodos estudiados, con un 5,27% (32 casos) reportados en 2024.

En los grupos de población priorizada con enfoque de riesgo hay incremento de las tasas de incidencias comparando 2020 con 2024. El mayor incremento se evidenció en población privada de la libertad, coinfección con VIH y habitante de calle.

En cuanto en las comorbilidades en las personas afectadas con tuberculosis, la variación de la proporción entre 2020 y 2024 presentó mayor incremento en la desnutrición (59,8%), seguida de artritis reumatoide (300%) y enfermedad hepática con (45,4%).

La tasa de mortalidad del período 2020 a 2025p, se observa un comportamiento similar en los últimos cuatro años. En particular, la variación entre 2022 y 2024 muestra una disminución del 13,5% en la tasa de mortalidad para el año 2024.

La tasa de detección de tuberculosis farmacorresistente para el año 2024 es de 2,9 por 100.000 habitantes, se observa desde el año 2020 una tendencia al incremento. En relación con la variación entre el 2024 con respecto al 2023, refleja un incremento del 37,4% de los casos.

En 2024 la clasificación con mayor número de casos es la monorresistencia (n = 8), seguida de resistencia a rifampicina (n = 7 casos) y MDR (n = 3); al comparar la tendencia con el 2020 se evidencia un incremento de casos en todas las clasificaciones de resistencia.

### Recomendaciones

- Realizar análisis de manera periódica de la situación epidemiológica para identificar aumento o disminución en la notificación, desagregando por población priorizada con enfoque de riesgo.
- Gestionar el cumplimiento de la Resolución 227 de 2020 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social con: “Lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y control de Tuberculosis “.
- Fortalecer la búsqueda activa de contactos de personas afectadas por tuberculosis es la principal estrategia para la identificación de casos nuevos, se debe realizar en el entorno laboral, hogar, educativo, comunitario e institucional; esta actividad está bajo la responsabilidad de las entidades territoriales del orden municipal y distrital, en el marco de las acciones de vigilancia en salud pública durante la investigación epidemiológica de campo y de las intervenciones colectivas a cargo del Programa de Tuberculosis.
- Coordinar con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y los prestadores de servicios de salud para asegurar la canalización efectiva de sintomáticos respiratorios y garantizar la oportunidad en los diagnósticos microbiológicos.
- Realizar las unidades de análisis dentro de los tiempos establecidos (oportunidad: 5 semanas posteriores a la fecha de defunción) e identificar las características individuales y situaciones problema a partir de todas las fuentes de información disponibles.

### Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la acción: Tratamiento más corto y eficaz para todas las personas con tuberculosis farmacorresistente. Año 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/call-to-action--shorter-and-more-effective-treatment-for-all-people-suffering-from-drug-resistant-tb>
- Organización Mundial de la Salud. Global Report TB 2023 [Internet] 2023. Fecha de consulta: 04 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>.
- Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 4: Tratamiento. Tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente. Actualización del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2023.
- Organización Panamericana de la Salud. Norma de la OMS. Acceso universal a las pruebas de diagnóstico rápido de la tuberculosis. Washington, D.C.: OPS; 2023.

### IRA notificación colectiva, 2020 – S.E 12 de 2025p.

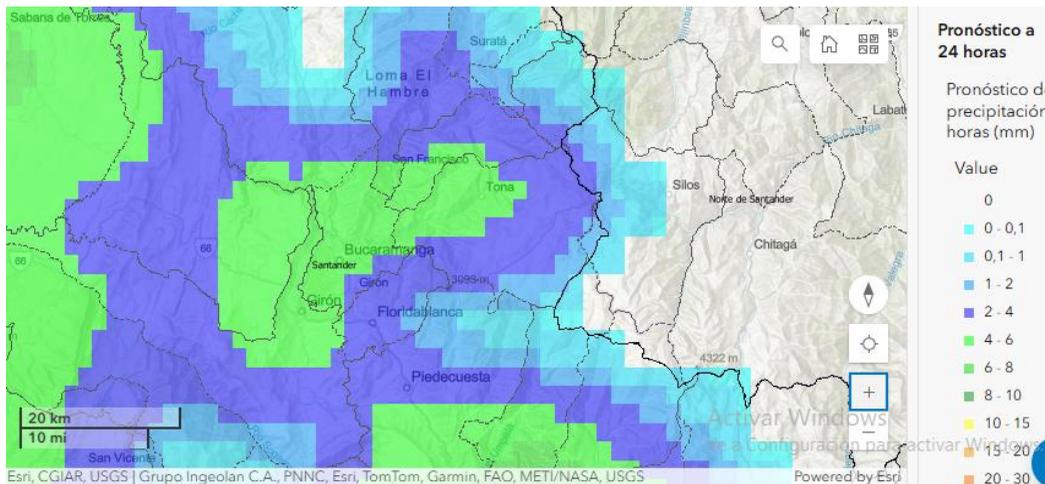
Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la principal causa de morbilidad y mortalidad por enfermedad infecciosa en todo el mundo, afectan especialmente a los niños, adultos mayores y las personas con sistema inmunológico comprometido. Suelen ser de origen viral o mixto, por virus y bacterias, son contagiosas y se propagan rápidamente de una persona a otra. La IRA se ubica entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras en los menores de cinco años. Se estima que, cada año, la influenza estacional afecta a cerca del 10,5 % de la población en el mundo, con entre 291.243 y 645.832 muertes. La tasa general de muertes respiratorias asociadas a la influenza entre los niños menores de cinco años oscila entre 21 y 23,8 por 100.000 habitantes. Como es bien conocido, el aumento en la precipitación estaría relacionado con un aumento en los casos de infecciones respiratorias. A partir de informe del IDEAM del 21 de marzo de 2024, en Santander se esperan lluvias, acompañadas de actividad eléctrica, en las 24 horas siguientes a dicho reporte. Según lo anterior, para el municipio de Bucaramanga se espera una precipitación entre 6 a 8 mm, entre las 7:00 a.m. del 21 y 7:00 a.m. del 22 de marzo (figura 6).

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
**Salud y  
Ambiente**

Figura 6. Pronóstico de la precipitación en 24 horas (marzo 21 de 2025), Bucaramanga



Fuente: IDEAM

Aunado a lo anterior, a partir de proyecciones climáticas para Bucaramanga, se identifica un ascenso considerable en la precipitación, principalmente a partir del mes de marzo del 2025, con temperaturas entre los 12° y 24° y en promedio de 15 a 22 días de lluvias (Tabla 6).

Tabla 6. Pronóstico de clima en Bucaramanga, según mes

Mes	Temperaturas	Días lluviosos	Días secos	Lluvia promedio
Enero	25°/12°	5	26	87 mm
Febrero	25°/12°	7	21	144 mm
Marzo	24°/12°	16	15	309 mm
Abril	24°/12°	21	9	494 mm
Mayo	22°/10°	24	7	691 mm

Fuente: Tiempo3

Se realizó depuración de base de datos del evento 995 (IRA colectivo), a partir de las notificaciones de UPGDs a Sivigila, con el fin de identificar reportes repetidos en una misma institución y semana epidemiológica. Tras esto, se tomaron los años 2020 a 2024 para el histórico en la elaboración de los canales endémicos, según metodología de Bortman, con la identificación del límite superior e inferior del 95%, correspondiente a la delimitación de las zonas de éxito, alarma y brote. Se superpuso a estos la curva epidémica a semana 12 de 2025.

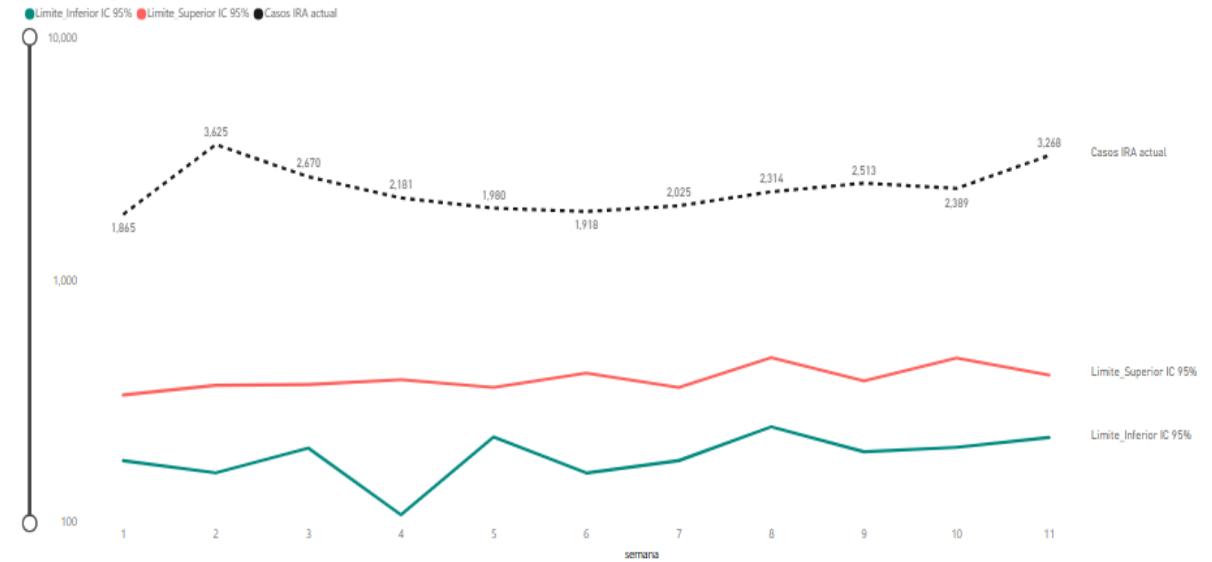
Se estimaron tasas de incidencia y mortalidad, según año de notificación y población 2020-2025, para el municipio de Bucaramanga.

### Resultados

En Bucaramanga, a semana 11 de 2025 se reportaron 26.748 casos de IRA en consulta externa y urgencias, 24.920 en hospitalización, 2.710 hospitalizaciones por IRAG y 3.229 en UCI. Si bien el escenario es similar a lo notificado para 2024, en los dos años la curva epidémica indica un posicionamiento por encima del límite superior, lo cual resulta en un brote. Esto corresponde al reporte de colectivo para el servicio de consulta externa y urgencias (Figura 7), con un pico para la semana 2 (3625 casos).

Algo similar se observa para el servicio de hospitalización, con tres picos en semanas 2, 6 y 9 (2440, 2716 y 2891, respectivamente) (Figura 8). Por otro lado, para casos en UCI, en semana 6 se notificaron 890 casos, lo que supone un incremento del 14,5% respecto a la semana anterior, con 777 notificaciones (Figura 8).

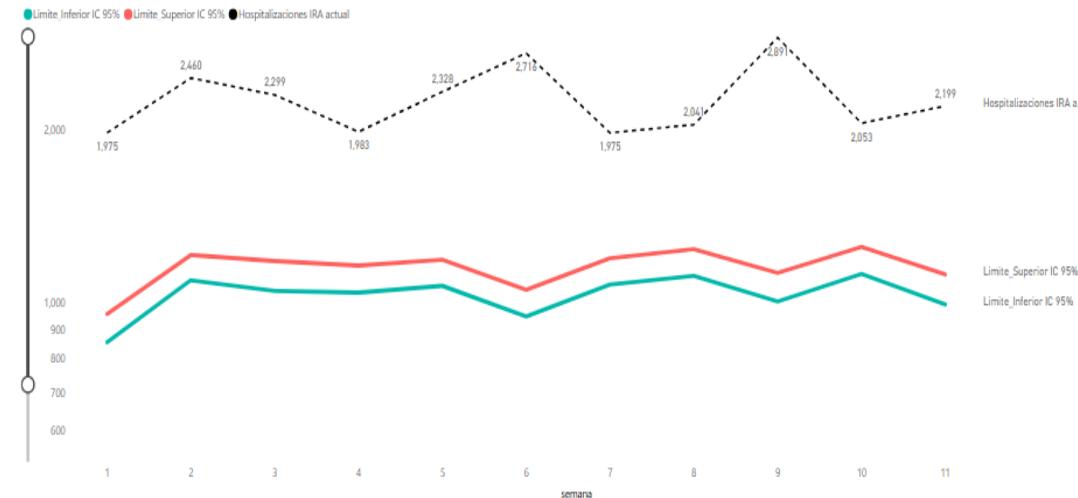
Figura 7. Canal endémico IRA consulta externa (2020-2024) y curva epidémica SE 12 2025p.



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

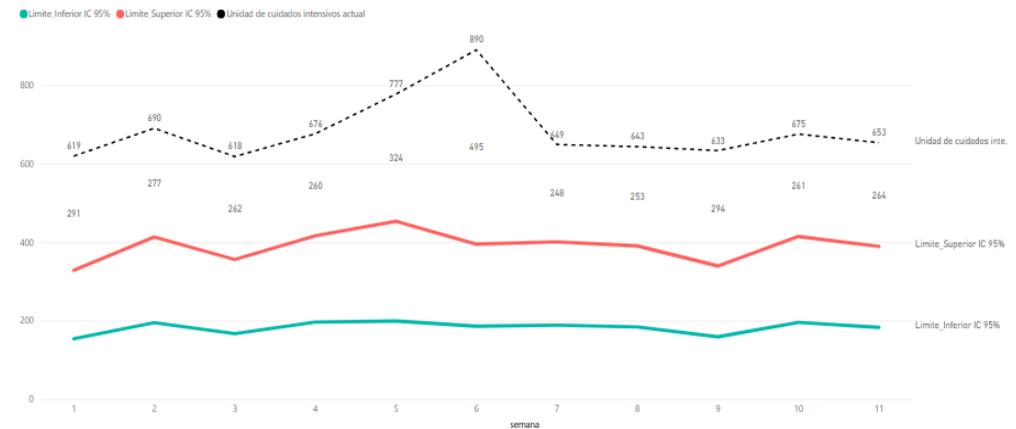


Figura 8. Canal endémico IRA hospitalización (2020-2024) y curva epidémica SE 12 2025.



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Figura 9. Canal endémico IRA UCI (2020-2024) y curva epidémica SE 12 2025.

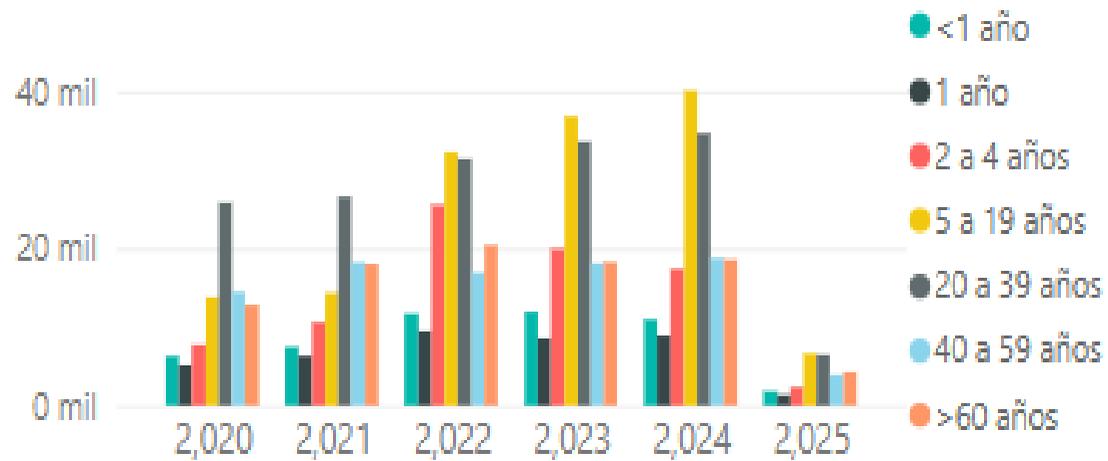


Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Con respecto a los grupos de edad afectados, se observa una variación con el paso de los años, en un mayor reporte entre los 20 y 39 años para 2020 y 2021; sin embargo, de 2022 en adelante ha correspondido mayoritariamente a aquellos entre 5 y 19 años (Figura 10 y tabla 7). Al totalizar las notificaciones por años, se evidencia un incremento paulatino, y para lo corrido de 2025 se tiene un 17,9% ya de los reportes respecto a 2024 - a semana 52 (Figura 11).



Figura 10. Morbilidad por IRA según grupo etario y años de notificación, en consulta externa y urgencias.



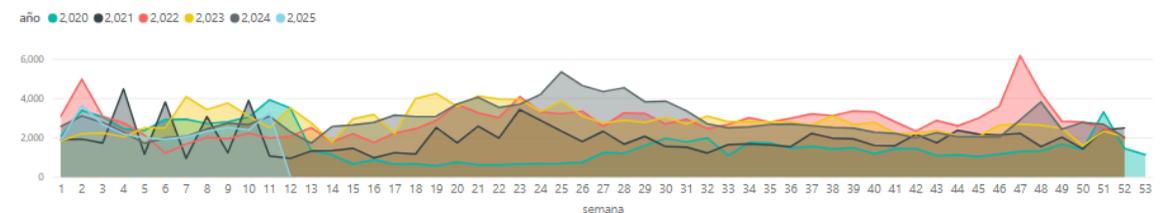
Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Tabla 7. Número de casos morbilidad por IRA según grupo etario y años de notificación, en consulta externa y urgencias.

año	<1 año	1 año	2 a 4 años	5 a 19 años	20 a 39 años	40 a 59 años	> 60 años	Total
2,020	6,269	5,098	7,739	13,764	25,846	14,445	12,804	85,965
2,021	7,457	6,301	10,584	14,331	26,570	18,224	17,989	101,456
2,022	11,687	9,432	25,594	32,291	31,445	16,904	20,444	147,797
2,023	11,934	8,558	19,977	36,874	33,643	18,093	18,262	147,341
2,024	10,990	8,941	17,432	40,175	34,707	18,757	18,590	149,592
2,025	1,790	1,330	2,377	6,654	6,473	3,872	4,253	26,749
<b>Total</b>	<b>50,127</b>	<b>39,660</b>	<b>83,703</b>	<b>144,089</b>	<b>158,684</b>	<b>90,295</b>	<b>92,342</b>	<b>658,900</b>

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Figura 11. Curvas epidémicas morbilidad por IRA 2020-2025 a semana epidemiológica 12, en consulta externa y urgencias



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

Para el caso de las hospitalizaciones por IRA de nuevo los adultos de 60 años o más años han sido los más afectados, seguidos por el grupo de 40 a 59 años, mientras que la menor proporción se encuentra en menores entre 1 y 4 años (Figura 12) El número de notificaciones, de forma similar al servicio descrito anteriormente, también viene en ascenso anual, no obstante, para 2024 este fue de 56,1%, respecto al 2023, lo cual se valida en las curvas epidémicas por año, con los casos acumulados por semana (Figura 12).

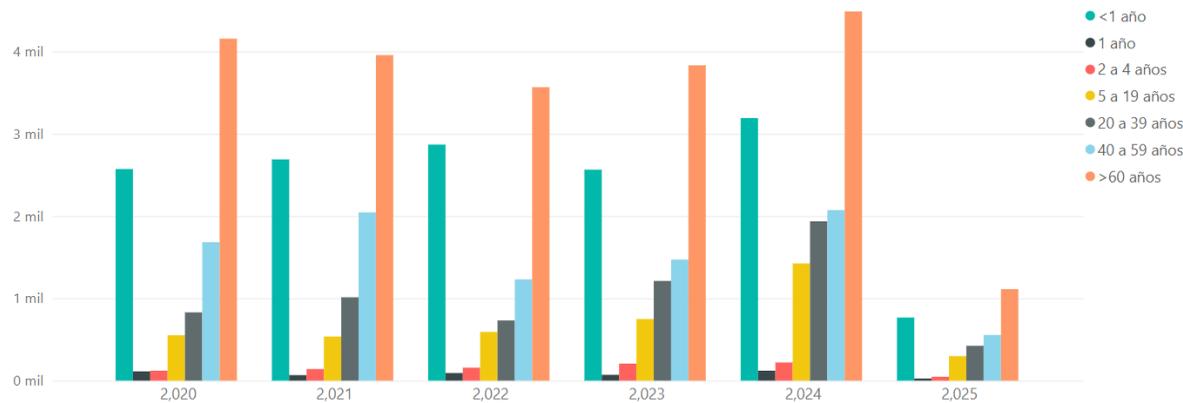
De forma similar, 2024 tiene el mayor número absoluto de reportes, comparado con años anteriores (Tabla 8) lo cual coincide con las curvas epidémicas, especialmente con picos en semanas 34 y 39, y para 2025 en semana 6 (Tabla 8 y Figura 13).

Tabla 8. Casos colectivos IRA/IRAG según grupo etario y años de notificación, en UCI

año	<1 año	1 año	2 a 4 años	5 a 19 años	20 a 39 años	40 a 59 años	>60 años	Total
2,020	2,572	113	121	552	830	1,683	4,156	10,027
2,021	2,689	67	141	536	1,013	2,045	3,956	10,447
2,022	2,869	93	158	592	732	1,231	3,566	9,241
2,023	2,564	71	207	749	1,212	1,471	3,832	10,106
2,024	3,191	121	221	1,424	1,937	2,073	4,487	13,454
2,025	767	26	47	298	424	555	1,112	3,229
<b>Total</b>	<b>14,652</b>	<b>491</b>	<b>895</b>	<b>4,151</b>	<b>6,148</b>	<b>9,058</b>	<b>21,109</b>	<b>56,504</b>

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Figura 12. Casos colectivos IRA/IRAG según grupo etario y años de notificación, en UCI



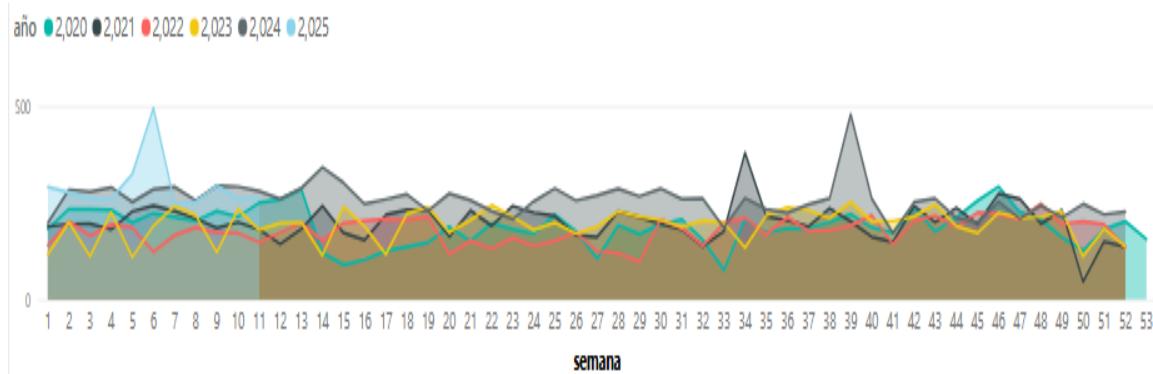
Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



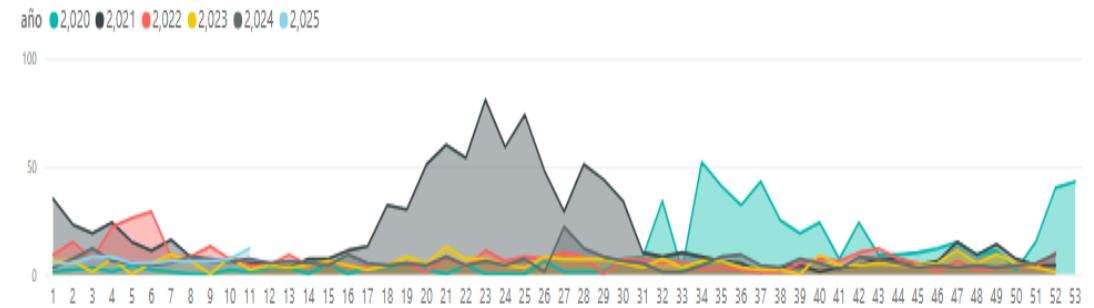
Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

Figura 13. Curvas epidémicas IRA/IRAG colectivo 2020-2025 a semana epidemiológica 12, en UCI



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Figura 14. Muertes por IRA según grupo etario y años de notificación



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Tabla 9. Casos colectivos muertes por IRA según grupo etario

año	<1 año	1 año	2 a 4 años	5 a 19 años	20 a 39 años	40 a 59 años	>60 años	Total
2,020	2	0	0	0	21	104	420	547
2,021	2	0	0	2	53	292	652	1,001
2,022	1	1	0	0	6	36	319	363
2,023	0	1	0	3	2	20	233	259
2,024	2	0	0	0	6	24	267	299
2,025	0	0	0	0	3	2	68	73
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>91</b>	<b>478</b>	<b>1,959</b>	<b>2,542</b>

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

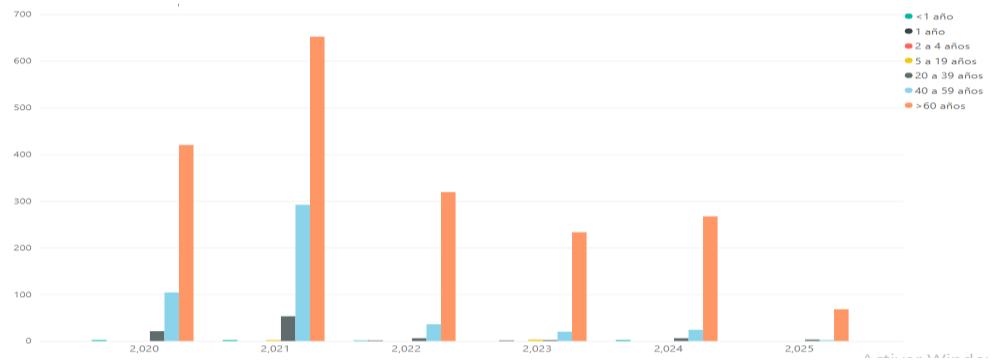
En cuanto al análisis de las muertes probables por IRA, es inminente la mayor carga para los adultos mayores (60 años o más) de forma constante a lo largo del tiempo. No obstante, entre 2020 y 2021 los adultos entre 40 y 59 años representaron el segundo lugar en número de reportes, en sintonía con la mortalidad asociada a la pandemia por COVID-19 (Figura 14, Tabla 9). Se evidencian picos de mortalidad por IRA de las semanas 18 a la 25, y de la 28 a la 30, en el año 2021 (Figura 15).

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

Figura 15. Muertes por IRA 2020-2025 a semana epidemiológica 12p.



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

A partir de estimaciones de tasas de incidencia y mortalidad, los años 2023 y 2024 han representado la mayor carga de morbilidad por IRA para Bucaramanga, con una diferencia relativa del 32,5% en 2023, respecto a 2022, y del 1,3% para 2024, comparado con 2023 (Tabla 10). De forma contraria, las mayores tasas de mortalidad se reportaron en 2021 y 2020, lo que corresponde a los picos de casos y mortalidad por COVID-19, lo cual supone una mayor carga de mortalidad por agentes respiratorios en el municipio, para dicho periodo.

Tabla 10. Número de casos por año y servicio en Bucaramanga

Año/Servicio	2020	2021	2022	2023	2024	2025*	Tendencia
CE/urg	85965	101456	147797	147341	149592	26749	
Hosp. IRA	48558	55995	5736	71299	111823	2492	
Hosp. IRAG	9048	10565	10857	11042	15.159	2710	
UCI	10027	10447	9241	10106	13454	3229	
Muertes	567	1042	393	287	346	90	
Tasa de incidencia x100 hab.	17.9	21.2	20.8	30.8	31.2	5.6	
Tasa de mort. X100.000 hab	118.4	217.5	82	59.9	72.2	18.8	

CE/urg: consulta externa/urgencias, \*Preliminar a semana 12

Fuente: Sivigila Bucaramanga

## Conclusiones

Se evidencia un reporte de casos colectivos para IRA por encima del límite superior en el canal endémico, con corte a semana epidemiológica 12 de 2025.



16 al 22 de marzo de 2025

La tasa de incidencia de IRA colectivo, en el municipio de Bucaramanga, ha presentado una tendencia al incremento desde alrededor del año 2023 en adelante, lo cual insta a mantener la vigilancia del evento desde el orden nacional, así como departamental y municipal.

Debido a la endemidad de los agentes que causan la mayoría de las infecciones respiratorias agudas, se espera un número de casos determinado, relacionado con el clima y las variaciones, especialmente con la temporada de lluvias, como las que se han presentado por estos días.

## Recomendaciones

Se discute en conjunto con Coordinadora encargada, del área de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga, los resultados visualizados con el tablero del centro de analítica para IRA colectivo y se llega al acuerdo de la necesidad de direccionar actividades específicas, dentro de las que están:

Presentar el tablero de control del evento 995 notificado a Sivigila del municipio: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNTRmYzdiMjEtNDc4NS00N2FiLTljY2MtOTM3NDcyOjY5MjE5IiwidCI6IjEwMzQ3NGZlLTlwYmYtNGRiYy1iZjViLTZlMzE3ZmU5MDFiYiIsImMiOiR9>

- Emitir una circular dirigida a IPS y EAPB del municipio, con el fin de definir algunas recomendaciones relacionadas con la vigilancia del evento, mediante la prestación de los servicios de salud, así como una parte de educación en salud a la comunidad.

- Elaborar un documento que sirva como punto de partida para un comunicado de prensa, para la comunidad en general, en torno a las medidas a tomar para evitar la transmisión en la población, así como para identificar los signos de alarma, en sintomáticos respiratorios.

## Bibliografía

- INS. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Infección Respiratoria Aguda (IRA). Citado: marzo 21 de 2025. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_IRA%202024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_IRA%202024.pdf)
- IDEAM. Informe técnico diario. Boletín #081. Citado: marzo 22 de 2025. Disponible en: [https://www.ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas,-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-\(ITD\)](https://www.ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas,-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-(ITD))
- Tiempo3. Pronóstico anual para Bucaramanga. Citado: marzo 22 de 2025. Disponible en: <https://www.tiempo3.com/south-america/colombia/santander/bucaramanga?page=month&month=March>



## Dengue

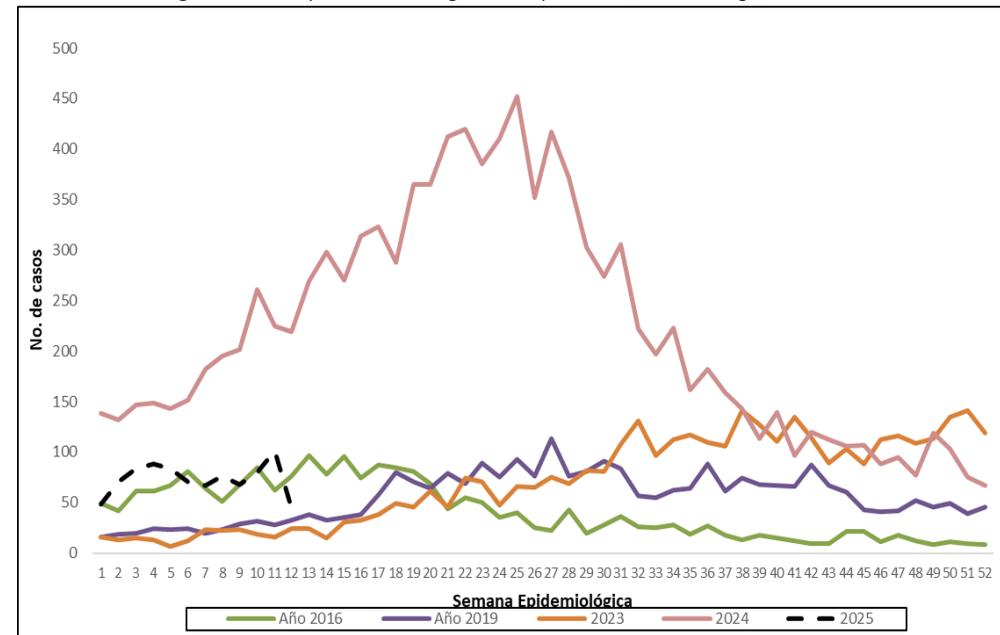
### Dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave en el municipio de Bucaramanga a semana epidemiológica 12 de 2025

En el transcurso del año 2025 se ha notificado un total de 1.435 casos correspondientes a tres (3) eventos (Dengue, Dengue Grave y mortalidad por DG), de los cuales el 38 % (549) fueron descartados o ajustados por procedencia.

#### Dengue – DSSA/DCSA

Se tiene un acumulado de 808 casos a Semana Epidemiológica - SE 12 de 2025. Cabe mencionar que se han notificado 680 casos más que los reportados en el 2023 pero 1.261 casos menos que en el 2024 a esta misma SE (Figura 16). Actualmente el Municipio se encuentra en nivel de brote tipo I, con un promedio acumulado de 74 casos notificados por semana.

Figura 16. Descripción casos Dengue años epidémicos, Bucaramanga, SE 12 2025



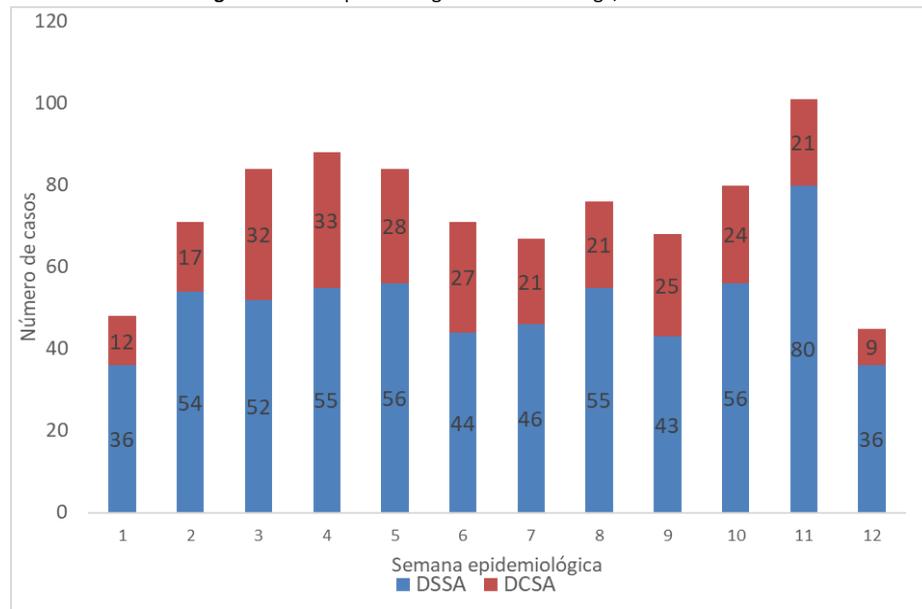
Fuente: SIVIGILA 2025



Se tiene que el 69,42 % (613) corresponden a Dengue sin signos de alarma (DSSA) y el 30,58 % (270) a Dengue con signos de alarma (DCSA). Figura 17

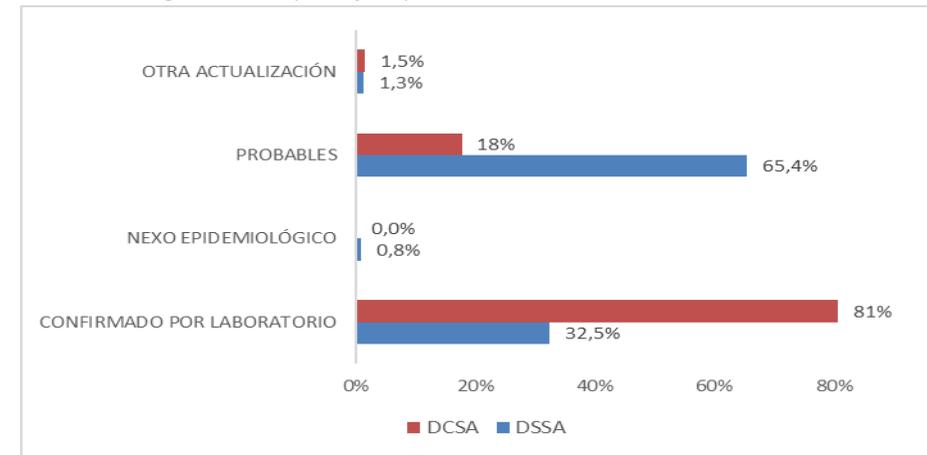
En cuanto al porcentaje de ajuste del evento dengue, se tiene que el 47,23 % (417) se encuentra confirmado. Mientras que por clasificación final (DSSA y DCSA) se describe en la Figura 18.

Figura 17. Descripción Dengue en Bucaramanga, SE 12 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Figura 18. Descripción ajuste por clasificación final del evento, SE 12 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Respecto, al comportamiento del dengue por comunas, se encuentra que las Comunas 1 y 3 ha presentado el mayor número de casos con un 12 % (107) cada una, seguido de las Comunas 5 y 13 con un 8 % (70) cada una. Figura 19

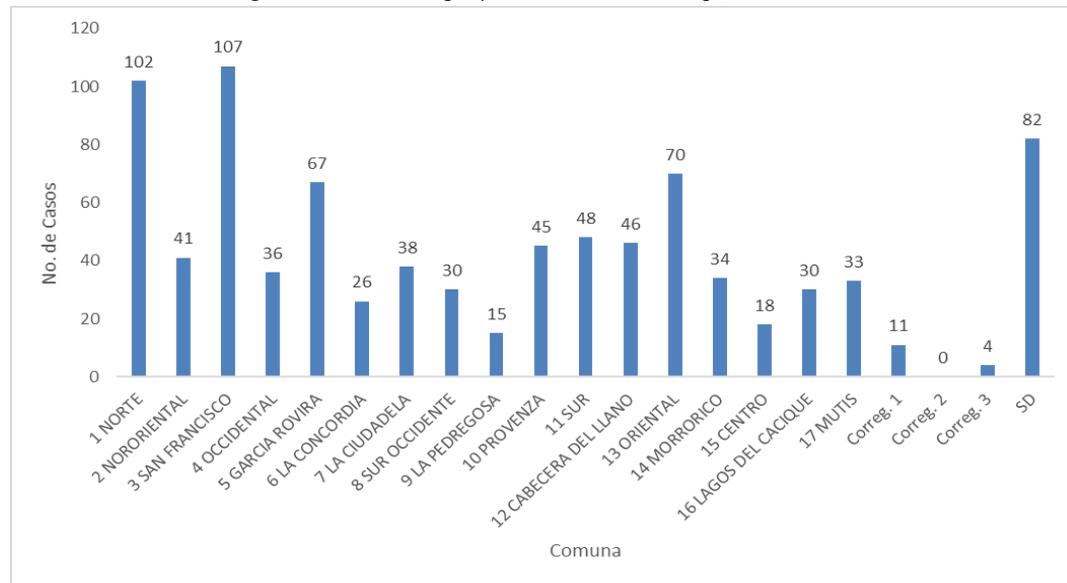
# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

16 al 22 de marzo de 2025

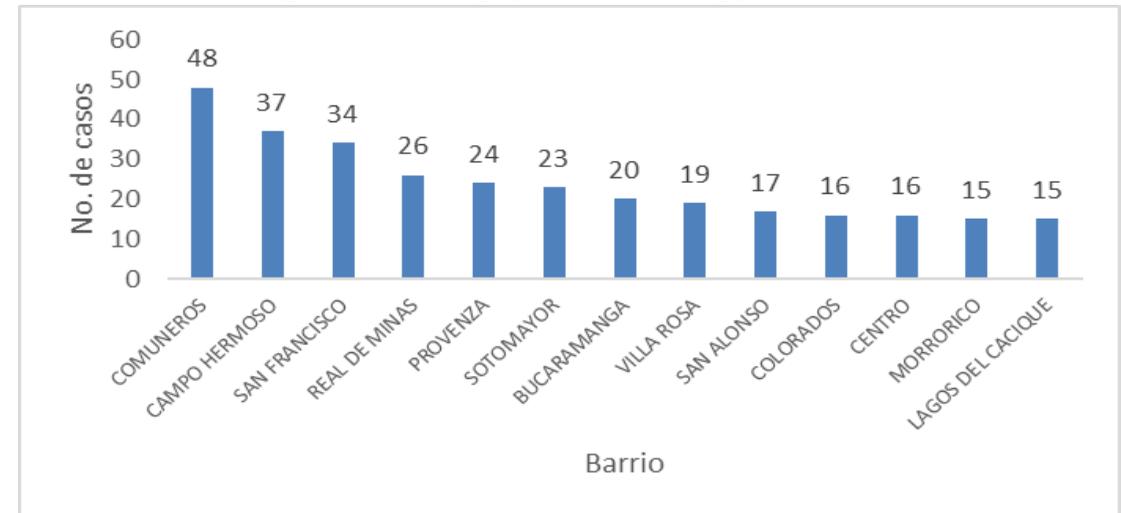
Figura 19. Casos de Dengue por comunas. Bucaramanga, SE 12 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Al analizar el comportamiento del dengue por barrios, Comuneros es el que más registra casos con un 5,4 % (48), seguido de Campo Hermoso con un 4,2 % (37), San Francisco con un 3,9 % (34), Real de Minas con un con 2,9 % (26) y Sotomayor con un 2,6 (23). Figura 20

Figura 20. Casos de Dengue por barrios. Bucaramanga, SE 12 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

La distribución de los casos corresponde al 50 % (444) en masculino y 50 % (439) femenino. Por grupo de edad en hombres y mujeres el mayor número de casos se presenta en los adultos jóvenes de 20 a 29 años con un 18 (79) y 17 % (75) respectivamente. Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 37 % (324) de los casos notificados. Los Adultos > 60 años con un 9 % (83). Se han notificado 3 gestantes (1 DSSA y 2 DCSA). Figura 21

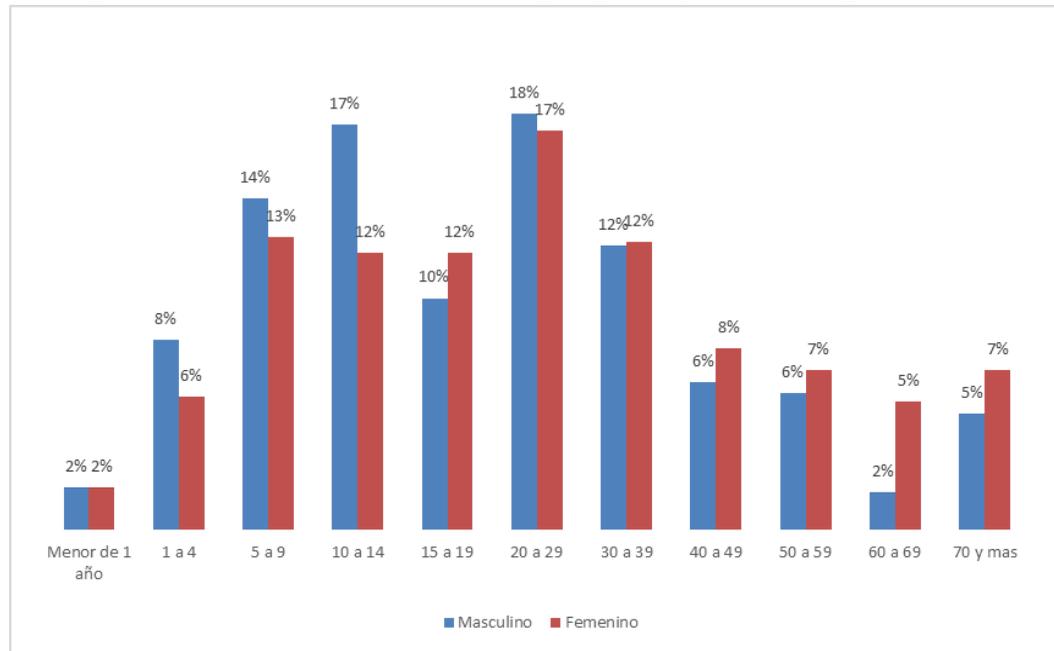
# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

16 al 22 de marzo de 2025

Figura 21. Distribución de frecuencia de casos de Dengue según Edad y Sexo. Bucaramanga, SE 12 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

En la Tabla 11 se describe el evento Dengue y Dengue Grave según sexo, área y tipo de seguridad social.

Tabla 11. Dengue y Dengue Grave según Sexo, Área y Tipo de SS. Bucaramanga, SE 12 de 2025

Variables	Dengue	Dengue Grave	Total	%	
Sexo	Masculino	444	2	446	50,3%
	Femenino	439	1	440	49,7%
Área	Cabecera m/pal	873	3	876	98,9%
	Rural Disperso	8	0	8	0,9%
	Centro Poblado	2	0	2	0,2%
Tipo SS	Contributivo	617	1	618	69,8%
	Subsidiado	208	2	210	23,7%
	Excepción	48	0	48	5,4%
	No asegurado	5	0	5	0,6%
	Indeterminado	5	0	5	0,6%
	Especial	0	0	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>883</b>	<b>3</b>	<b>886</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: SIVIGILA 2025

# Boletín Epidemiológico SEMANAL

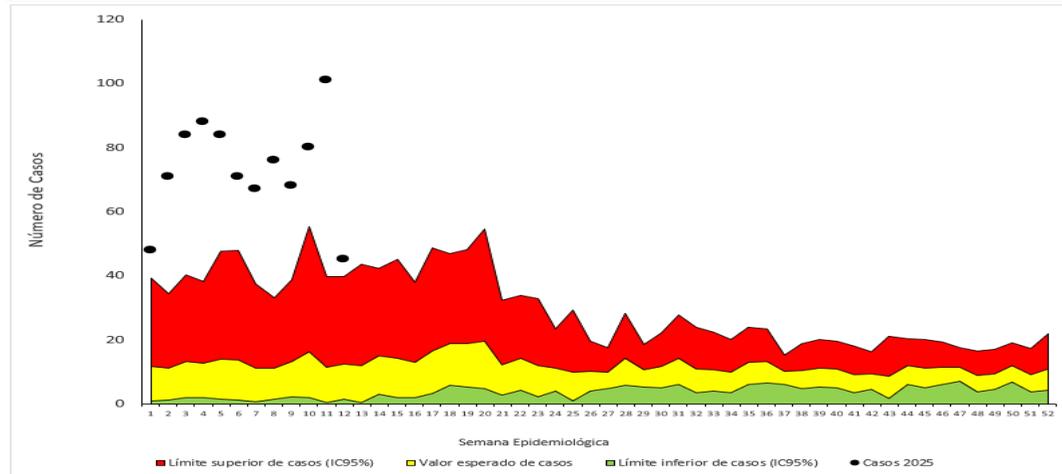


Secretaría de Salud y Ambiente

## Canal endémico

De acuerdo con el canal endémico se puede evidenciar que el número de casos notificados oscila por encima de lo esperado. Nivel de BROTE TIPO I. Incidencia acumulada de 141,53 casos X 100.000 Hab riesgo. Tendencia al aumento del 4,8 %.

Figura 22. Canal endémico. Bucaramanga, SE 12 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

## Dengue Grave

Se han notificado 3 casos los cuales se describen a continuación:

La distribución de los casos corresponde al 67 % (2) en masculino y 33 % (1) femenino. El primero de ellos corresponde a un menor de 10 años del barrio Villa María (Comuna 2). El segundo caso a una menor de 7 años del barrio Nariño (Comuna 4). El tercer caso corresponde a masculino de 29 años del barrio Paseo la Feria (Comuna 4). Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 67 % (2) de los casos notificados. No se han notificado casos en gestantes y tampoco en adultos mayores. Incidencia acumulada de 0,48 casos X 100.000 Hab riesgo.

## Mortalidad por Dengue Grave

A Semana Epidemiológica 12 no se tienen casos notificados.

**Letalidad por Dengue:** Por cada 100 casos notificados de dengue se presentaron 0 casos fatales.

**Letalidad por dengue grave:** Por cada 100 casos notificados de dengue grave se presentaron 0 casos fatales.

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

## Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio)

Tabla 12. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Grave

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
CLINICA CHICAMOCHA SA	4	50%	100%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	12	92%	100%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	1	100%	100%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	1	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	1	100%	100%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	1	0%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>80%</b>	<b>100%</b>

Fuente: SIVIGILA 2025

Tabla 13. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Con Signos De Alarma

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	41	0%	NA
BATALLÓN DE ASPC NOS HOSPITAL MILITAR BUCARAM	1	100%	100%
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	1	0%	NA
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA EPS SANITAS	3	33%	NA
CENTRO MEDICO DR PEDRO CELIS IPS SAS	2	100%	NA
CLINICA CHICAMOCHA SA	100	91%	99%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	10	100%	100%
CLINICA ESPCO-DESAN	12	67%	92%
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	10	100%	90%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	66	82%	100%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	13	85%	85%
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	1	100%	NA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	29	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	43	84%	98%
INVERSIONES SEQUOIA COLOMBIA SAS	2	50%	NA

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
IPS COOMULTRASAN CALLE 52	2	100%	NA
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	1	0%	NA
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	31	97%	100%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	1	100%	NA
SEDE BOLARQUI	1	100%	NA
SEDE GONZALEZ VALENCIA	77	87%	99%
SERVICLINICOS DROMEDICA SA	1	0%	100%
UIMIST	14	100%	100%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	22	100%	NA
<b>TOTAL</b>	<b>484</b>	<b>81%</b>	<b>83%</b>

Fuente: SIVIGILA 2025

## Chagas

La Enfermedad de Chagas causada por el parásito flagelado *Trypanosoma cruzi*, en la que se afecta principalmente el corazón y el sistema digestivo. Es considerada una de las enfermedades desatendidas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) pues representa gran cantidad de años de vida saludable perdidos por la discapacidad que ocasiona.

Actualmente se considera un problema de salud pública en Latinoamérica, pues su incidencia se relaciona principalmente con la pobreza, las condiciones ecológicas, las condiciones sanitarias y con el poco interés de los gobiernos en controlar sus mecanismos de transmisión. Con respecto a su epidemiología, la prevalencia en Colombia se ha estimado entre 700.000 y 1.200.000 habitantes infectados y 8.000.000 susceptibles a la infección. En Colombia se registran cerca de 437.960 casos de Chagas, mientras que para los potenciales casos incidentes por año por transmisión vectorial en aproximadamente 5.274 y 166.221 mujeres en edad fértil (15 a 44 años) infectadas, con 1.046 casos nuevos anuales por esta vía, para una tasa de 0,114 infectados por cada 100 nacidos vivos<sup>1</sup>.

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

Por otro lado, en Santander, según datos del SIVIGILA, en 2022, hasta la semana epidemiológica 14 se notificaron 15 casos de Chagas, 11 de ellos en fase crónica y cuatro agudos; mientras que, en 2021, a corte de la misma semana no se registraron casos. Lo anterior representó que, para el periodo evaluado, en 2022 se registró un incremento del 1.500%, con respecto al 2021. Los municipios donde se tenían registrados casos durante dicho periodo de 2022 fueron: Macaravita (5), Mogotes (2), Barbosa (1), Bucaramanga (1), Jesús María (1), Oiba (1), Pinchote (1), Rionegro (1), Sabana de Torres (1) y Suaita (1). Asimismo, de los 87 municipios del departamento, 79 tienen factores de riesgo para la transmisión de la enfermedad de Chagas<sup>2</sup>.

### Metodología

El presente boletín es realizado con corte a semana epidemiológica 12, con fuente de información de los datos a partir, del evento 205, de reportes a SIVIGILA de la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga. Según recomendaciones del Protocolo de Vigilancia de Chagas, del INS “Para la vigilancia de los casos agudos es necesario el análisis por entidad territorial de procedencia pues es allí donde se infiere la transmisión parasitaria activa y por tanto existe el riesgo de transmisión. Para los casos crónicos la entidad territorial de procedencia carece de importancia epidemiológica dada la brecha temporal, por tanto, la entidad de análisis deberá ser la entidad de notificación del caso”.

### Análisis

Se tomó como supuesto que el Chagas, al ser un evento de baja frecuencia, su ocurrencia ocurre de forma aleatoria en el tiempo, para lo cual se calculó la probabilidad de ocurrencia a partir de su comportamiento medio anterior (para efectos del presente análisis es la mediana de casos por municipio de notificación Bucaramanga, de 2020 a 2024 para el total de cada año, así como para corte a semana 12 (en cada uno). Se consideró un nivel de confianza  $p < 0,05$  para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el número de casos observados y los esperados.

Tabla 14. Número de casos notificados de Chagas crónico, por municipio de notificación 2020 – S.E. 12- 2025 p.

Año	N° casos chagas	semana 12	% de casos a semana 12
2023	58	10	17,2
2024	89	20	22,5
2025	13	13	NA
<b>Mediana</b>	73,5	15	NA

Fuente: SIVIGILA 2025



**Comportamiento de la notificación de chagas, Bucaramanga, a S.E 12 2025p.**

Según el análisis por municipio de notificación, se registran 13 eventos de chagas crónico y uno agudo (procedencia San Vicente de Chucurí), con 84,6% de mujeres, 18,2% de estas gestantes (las dos con 12 semanas de gestación). El 69,2% pertenece al estrato 1 (según dirección de residencia notificada) y el 100% con residencia en Bucaramanga. El restante 30,8% pertenecen a estrato 2 y 3 (Figura 24). De la totalidad, solo el 30,7% procedía de Bucaramanga, pese a que los 13 casos fueron notificados por IPS de este municipio (Tabla 15). Un caso se identificó como migrante, dentro de los grupos poblacionales verificados en la ficha. Con respecto a la edad, 3 casos (37,5%) pertenecían al grupo juventud (14 a 26 años), 3 (37,5%) a adultez (27 a 59) y 2 (25%) a adulto mayor (mayor o igual a 60) Figura 23. Del total de notificaciones, 76,9% pertenecían al régimen subsidiado, y el restante 23,1% al contributivo.

Tabla 15. Características sociodemográficas de los casos notificados en Bucaramanga, semana epidemiológica SE 12 2025p.

Sexo	Gestante	Edad	Estrato	Procedencia	Residencia
Chagas crónico					
Mujer	No	84	3	Bucaramanga, Santander	Bucaramanga
Mujer	No	30	1	El Peñón, Santander	Bucaramanga
Mujer	Sí, 12 semanas	23	1	Bucaramanga, Santander	Bucaramanga
Mujer	No	65	2	Pailitas, Cesar	Bucaramanga
Mujer	No	46	1	Coromoro, Santander	Bucaramanga
Mujer	No	77	2	Bucaramanga, Santander	Bucaramanga
Hombre	NA	73	1	El Carmen de Chucurí, Santander	Bucaramanga
Mujer	Sí, 12 semanas	21	1	Arenal, Bolívar	Bucaramanga
Mujer	No	56	1	Ocaña, Norte de Santander	Bucaramanga
Mujer	No	43	1	Falcón, Venezuela	Bucaramanga
Mujer	No	22	1	Aragua, Venezuela	Bucaramanga
Mujer	No	31	3	Bucaramanga, Santander	Bucaramanga
Hombre	NA	73	1	Guapotá, Santander	Bucaramanga

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2020 – 2025p.

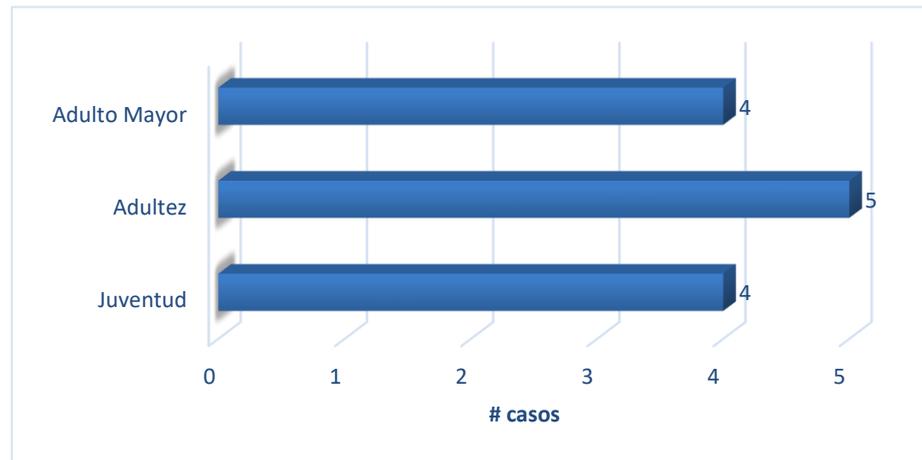
# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

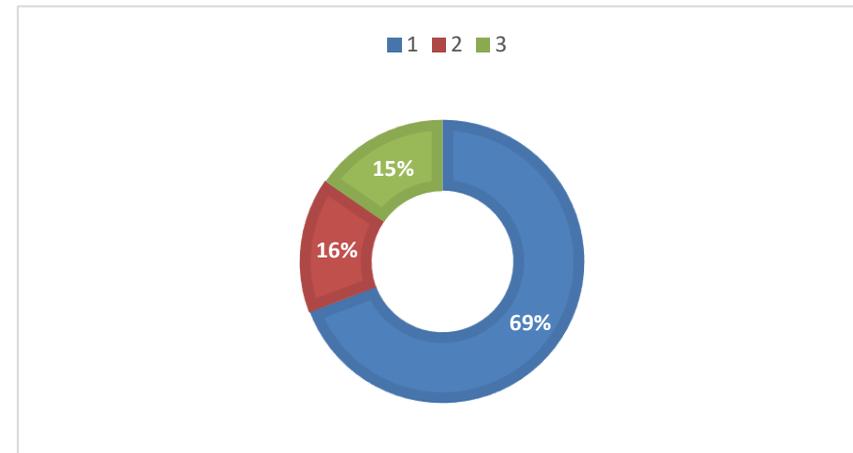
Respecto a datos de la notificación, 92,3% (12) ingresaron como probable, con ajuste 3 (confirmado por laboratorio) en tan solo el 16,7% (2) de estos, mientras que el restante 83,3% continúa pendiente por ajuste. El otro caso se notificó confirmado por laboratorio (7,7%). Un caso se encontraba hospitalizado, 4 días antes de la fecha de notificación, y en ninguno de los pacientes se registraba defunción, hasta ese momento.

Figura 23. Distribución por grupos etarios casos Chagas crónicos, semana epidemiológica 12 de 2025p.



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Figura 24. Distribución por estrato casos Chagas crónicos, semana epidemiológica 12 de 2025p.



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

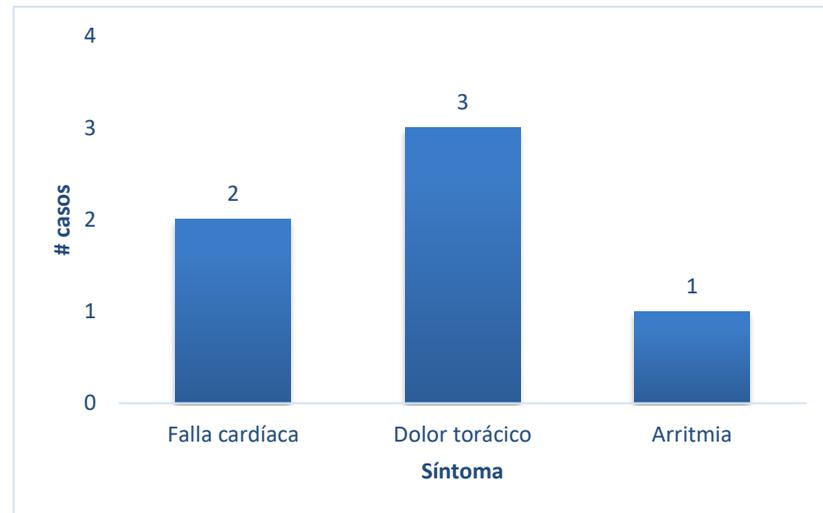
Con respecto al reporte de los síntomas relacionados con el evento, todos los eventos informaron inicio en el 2025, con una diferencia promedio, desde el inicio de síntomas hasta la fecha de notificación de cada uno, de 9,6días. En este punto se reportan: 2 falla cardíaca, 3 dolor torácico, 1 arritmia, todos compatibles con casos crónicos, con posible vía de transmisión vectorial (Figura 25).

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

Figura 25. Frecuencia y síntomas de casos Chagas crónicos semana epidemiológica 12 de 2025p.

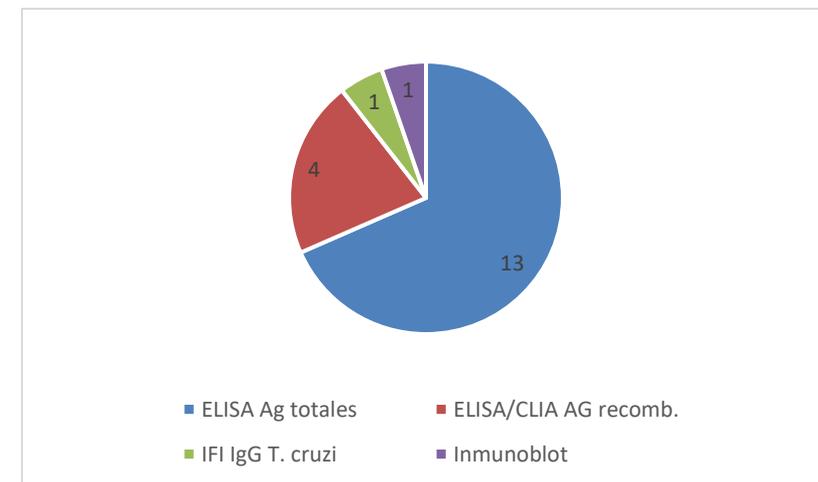


Fuente: Siviigila municipio de Bucaramanga

En la totalidad de pacientes se llevaron a cabo pruebas de tipo serológico para la determinación final del caso (Figura 26). De 19 pruebas en total realizadas a los 13 casos, 68,4% correspondieron a ELISA para antígenos totales, 21,1% a ELISA para antígenos recombinantes, y 5,2% para inmunoblot e IFI para *T. cruzi*, respectivamente.

Lo anterior indica que el 30,7% (4) de los reportes cuentan ya con el cargue de las dos pruebas donde se confirma el caso, como lo indica el protocolo del evento, en uno es necesaria una tercera prueba, y en el 61,5% (8) está pendiente el registro de la segunda prueba para la clasificación final.

Figura 26. Pruebas serológicas con resultado positivo para Chagas, Bucaramanga, semana epidemiológica 12 de 2025p.



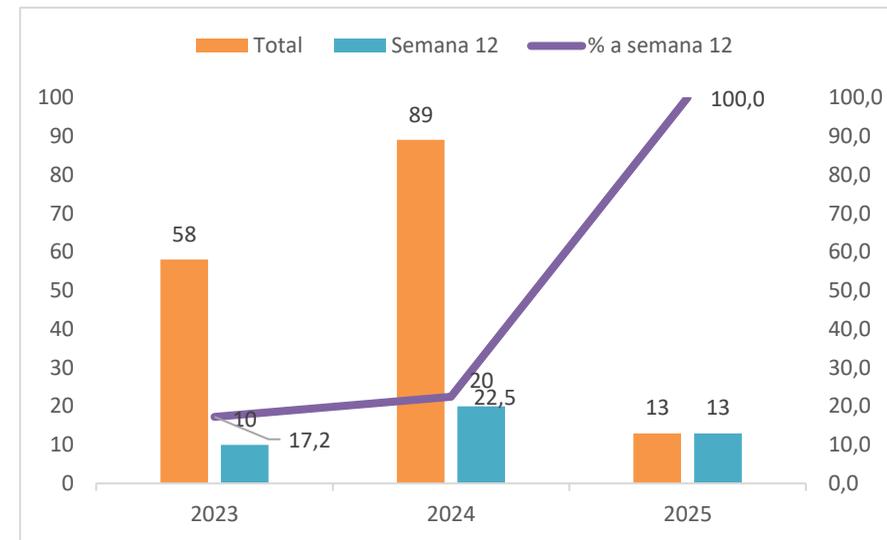
Fuente: SIVIIGILA municipio de Bucaramanga



Al evaluar la diferencia en el número de casos esperados se consideró el número total de notificaciones para el evento con corte a semana 12, para los años 2023 a 2024 para el histórico, comparado con los observados a la misma semana en 2025. La mediana de los esperados indicó 15 eventos, con un valor  $p=0,001$ , lo cual indica que el número de registros preliminares para 2025 se encuentra significativamente por debajo de lo esperado para el municipio.

Con respecto al número de casos notificados por IPS en Bucaramanga, entre el periodo de 2023 y 2025p. el 2024 presentó el valor más alto, en términos absolutos, con 89 casos, seguido por el 2023. Al revisar a semana epidemiológica 12, en 2023 se tenían 10 notificaciones, en 2024 20 y para 2025 13, lo cual refleja el mayor porcentaje, considerando el total para el año, en el periodo inmediatamente anterior al 2025 (Figura 27).

Figura 27. Número de casos por año para Chagas crónico, Bucaramanga, 2023 - 2025p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga 2023-2025p.

En la tabla 16 se identifican las principales características relacionadas con aspectos sociodemográficos y clínicos de los casos reportados.

En los tres años analizados, la mayor proporción de casos se identifica en mujeres; en 2023 el grupo etario con mayor afección fueron los adultos entre 27 y 59 años, en 2024 los  $\geq 60$  años y en 2025 similitud entre los dos grupos mencionados. El régimen de seguridad social de mayor frecuencia son los subsidiados, lo cual va en concordancia con los estratos socioeconómicos más prevalentes (1 y 2). Si bien Bucaramanga está entre los municipios de procedencia de algunos casos, la mayor cantidad obedece a municipios diferentes, entre el departamento de Santander y en menor medida de adicionales a este.

Para variables específicas del caso, en más del 90% se confirma por laboratorio, mayoritariamente con ELISA de antígenos totales, ELISA de antígenos recombinantes e inmunofluorescencia para *T. cruzi*. Asimismo, en la totalidad de casos se identificó como probable vía de transmisión la vectorial, y entre los síntomas compatibles con chagas crónico reportados están falla cardíaca, dolor torácico y arritmias.

Tabla 16. Distribución de variables sociodemográficas y clínicas Chagas crónico, Bucaramanga, 2023 – SE 12 2025p.

Variable		2023	%	2024	%	2025	%
Sexo	Mujer	40	69.0	59	66.3	11	84.6
	Hombre	18	31.0	30	33.7	2	15.4
Grupo edad	14 a 26	4	6.9	2	2.2	3	23.1
	27 a 59	28	48.3	37	41.6	5	38.5
	$\geq 60$	26	44.8	50	56.2	5	38.5
Régimen SGSSS	Subsidiado	25	43.1	71	79.8	10	76.9
	Contributivo	25	43.1	16	18.0	3	23.1
	Especial	8	13.8	2	2.2	0	0.0
Área	Cabecera municipal	41	70.7	47	52.8	5	38.5
	Centro poblado	4	6.9	7	7.9	4	30.8
	Rural disperso	13	22.4	35	39.3	4	30.8
	Gestantes	5	8.6	4	4.5	2	15.4
Municipio procedencia	Bucaramanga	5	8.6	4	4.5	4	30.8
	Otro	53	91.4	85	95.5	9	69.2
Tipo de caso	Confirmado lab.	56	96.6	89	100.0	12	92.3
Síntomas chagas crónico	Falla cardíaca	28	48.3	38	42.7	2	15.4
	Disfagia	1	1.7	1	1.1	0	0.0
	Dolor torácico	10	17.2	4	4.5	3	23.1
	Bradycardia	5	8.6	6	6.7	0	0.0
	Arritmia	18	31.0	20	22.5	1	7.7
Pruebas serológicas positivas	ELISA AG. totales	44	75.9	82	92.1	13	100.0
	ELISA/CLIA Ag recombinantes	17	29.3	71	79.8	4	30.8
	IFI IgG <i>T. cruzi</i>	32	55.2	5	5.6	1	7.7
	Inmunoblot	3	5.2	0	0.0	1	7.7
Vía probable transmis.	Vectorial	58	100.0	89	100.0	13	100.0
<b>Total</b>		<b>58</b>		<b>89</b>		<b>13</b>	

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2023 – 2025p.



## Conclusiones

- En los tres años la mayor proporción de notificados corresponden a mujeres, mayores de 26 años, del régimen de afiliación subsidiado, residentes en cabecera municipal, y procedentes de municipios diferentes a Bucaramanga.
- El 2024 corresponde a un año con un número considerable de notificaciones para chagas crónico, para lo cual sería necesario identificar si corresponden a personas que migraron hacia el municipio a partir de alguna afección de salud, a buscar atenciones acá, o, si residen en lugares diferentes a Bucaramanga permanentemente, y su llegada a este municipio podría estar dada por el tipo de servicios y la complejidad de las instituciones con las que se cuenta.
- La enfermedad de chagas está estrechamente relacionada con factores o determinantes sociales, como el nivel educativo, el estrato socioeconómico, la ocupación, entre otras, que podrían posicionar en cierto grado de vulnerabilidad a personas con mayores brechas a la educación en salud o a la atención, lo que podría explicar que la mayor cantidad de casos corresponde a chagas crónico.

- Realizar tamizaje para chagas, en personas procedentes de zonas endémicas, de acuerdo a la caracterización del riesgo.
- Seguir el algoritmo definido por el INS, para la confirmación o descarte de los casos notificados, acorde con el protocolo del evento.

## Recomendaciones

- Continuar con la vigilancia de chagas, así como el seguimiento de las notificaciones realizadas, para identificar posibles casos procedentes de Bucaramanga, en los que se confirme la infección a partir de su procedencia.
- Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) para los casos notificados de chagas para Bucaramanga, con el fin de confirmar o descartar el lugar de procedencia. Asimismo, para casos con diferente procedencia, según se requiera por las entidades competentes.
- Identificar, además de la vigilancia rutinaria, otros posibles medios que alerten sobre la presencia o aumento inusual de casos.
- Reforzar la búsqueda activa institucional (BAI) para garantizar el seguimiento a las notificaciones de chagas, a partir de los diagnósticos de los RIPS.

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

- Emitir, según necesidad, informes o boletines epidemiológicos para analizar el comportamiento del evento.
- Identificar, reportar y realizar seguimiento permanente de casos agudos probables o confirmados notificados, cuando esto aplique.

## Bibliografía

- Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Chagas. Citado: marzo 10 de 2025. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Chagas%202022.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Chagas%202022.pdf)
- Gobernación de Santander. Santander le hace frente a la enfermedad de Chagas. Citado: marzo 11 de 2025. Disponible en: <https://santander.gov.co/publicaciones/8077/santander-le-hace-frente-a-la-enfermedad-de-chagas/#:~:text=El%20Chagas%20en%20Santander,semana%2C%20no%20se%20registrar%20casos.>

## Alerta epidemiológica Tosferina S.E 11 - 12 de 2025p.

### Características según protocolo:

Tabla 1. Características de la *Bordetella Pertussis* y la enfermedad

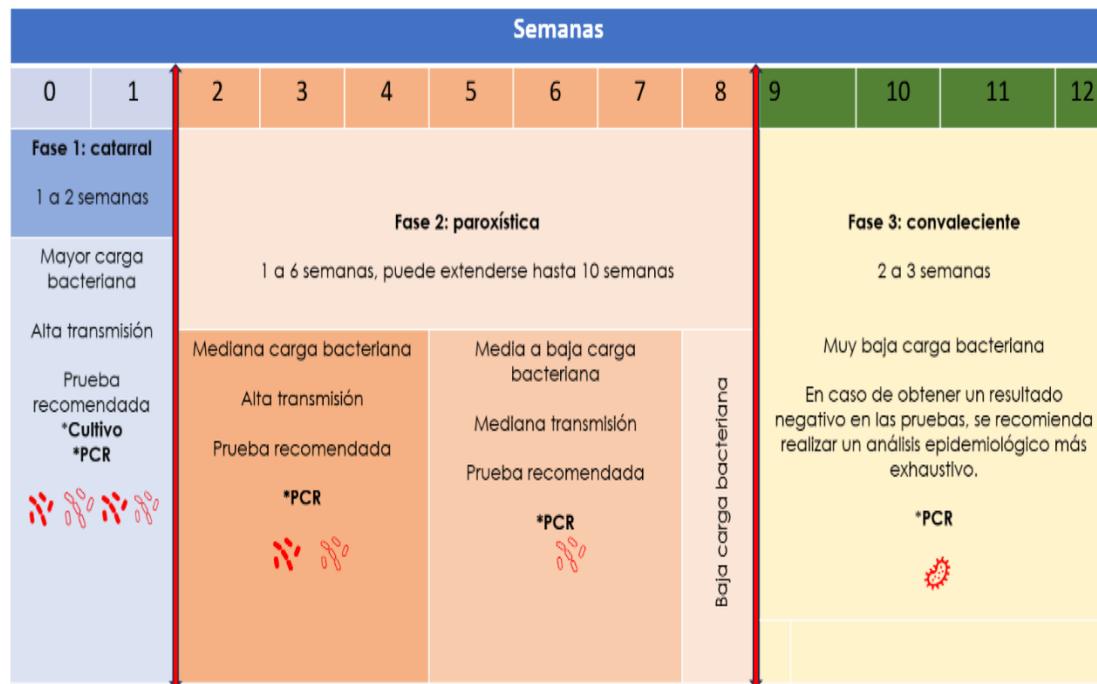
Aspecto	Descripción
<b>Agente etiológico</b>	<i>Bordetella Pertussis</i> : cocobacilo gramnegativo que mide entre 0,2 y 0,5 µm de diámetro y entre 0,5 -2,0 µm de largo
<b>Modo de transmisión</b>	A través de gotas producidas al toser o estornudar, así mismo por el contacto directo con las secreciones respiratorias de una persona infectada, las bacterias colonizan solo las células ciliadas de la mucosa respiratoria y se multiplican rápidamente.
<b>Periodo de incubación</b>	Entre 6 y 10 días, con un rango de 4 a 21 días.
<b>Susceptibilidad</b>	La susceptibilidad en Personas no inmunizadas es universal, las mayores incidencias se registran en lactantes y escolares, sin embargo, la enfermedad puede presentarse en adolescentes y adultos.  Se observa una tasa de ataque secundaria del 90 % en los contactos familiares que no son inmunes.
<b>Periodo de transmisibilidad</b>	Especialmente trasmisible en la fase catarral (Puede durar de 1 a 2 semanas).  Puede tener niveles más bajos de infectividad alrededor de la tercera semana en quienes no han recibido tratamiento antibiótico.
<b>Reservorio</b>	Los humanos son los únicos hospederos conocidos.

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

## Evolución de la enfermedad



La toma de muestras para el diagnóstico de Tos Ferina debe realizarse antes de que transcurran tres días desde el inicio la terapia antimicrobiana. En caso de que la muestra se tome después de este plazo y el resultado sea negativo, se debe llevar a cabo un análisis epidemiológico más exhaustivo.

## Definición de caso según protocolo

Tabla 2. Definiciones operativas de caso para Tos ferina

Aspecto	Descripción
<b>Caso probable</b>	<b>Menores de 3 meses:</b> Todas las infecciones respiratorias agudas con al menos uno de los siguientes síntomas: accesos de tos (tos paroxística), estridor, apnea, cianosis, vómitos por acceso de tos.
	<b>Menores de 3 meses a 12 años:</b> Tos paroxística intensa de cualquier duración acompañada por estridor o, en ausencia de un diagnóstico más probable, todas las infecciones respiratorias agudas con tos que dure más de 7 días y uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor, vómitos por acceso de tos.
	<b>Mayores de 12 años:</b> Todas las infecciones respiratorias con tos que dure más de 14 días, independientemente de la presencia de tos paroxística, expectoración o vómitos por acceso de tos.
<b>Caso confirmado por laboratorio</b>	Caso con resultado de cultivo o PCR positivo para <i>Bordetella pertussis</i> .
<b>Caso confirmado por nexoepidemiológico</b>	Caso que está epidemiológicamente relacionado en forma directa a un caso confirmado por laboratorio.
<b>Caso confirmado por clínica</b>	Caso que no tiene muestra o que tiene muestra con fallas en el proceso de recolección, conservación o procesamiento, en el cual no se pudo demostrar la asociación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio. Este caso requiere unidad de análisis.
<b>Caso descartado</b>	Caso con resultado negativo en cultivo* o PCR para <i>Bordetella pertussis</i> .  En casos donde el resultado del cultivo sea negativo y los informes paraclínicos indiquen un conteo de leucocitos de entre 15,000 a 100,000 mm <sup>3</sup> en la fase catarral, o de 30,000 a 40,000 mm <sup>3</sup> en la fase paroxística, acompañados de una linfocitosis del 60 % al 80 %, se recomienda llevar a cabo un análisis epidemiológico más detallado para determinar la clasificación final del caso.

# Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de  
Salud y  
Ambiente

## Responsabilidades Secretaria de Salud local

- IEC antes de las 72 horas después de notificado el caso
- Analizar la información de las UPGD y generación de reportes para enviar al INS
- Garantizar despliegue de los equipos de respuesta inmediata
- Seguimiento al comportamiento del evento

## Responsabilidad UPGD

- Notificación super-inmediata
- Garantizar insumos para atención oportuna
- Garantizar procesamiento PCR o cultivo, de no tener la técnica remitir al laboratorio externo de procesamiento (garantizar diagnóstico oportuno)
- Capacitación al equipo de salud en guías y protocolos
- En caso negativo de *bordetella pertussi* se debe considerar el diagnóstico de infecciones que cursan con síntomas respiratorios y fiebre prolongada, como *Mycoplasma pneumoniae*, *adenovirus*, *bocavirus* y el *virus sincitial* respiratorios, entre otros.

## Responsabilidades EAPB

- Asegurar que los pacientes con síntomas de tos ferina tengan acceso a diagnóstico y tratamiento sin barreras administrativas.
- Verificar la continuidad del tratamiento en casos probables y confirmados.
- Realizar seguimiento a los casos descartados para establecer un diagnóstico diferencial.
- Promover la recolección adecuada de muestras nasofaríngeas en las IPS y su envío a laboratorios de referencia.
- Asegurar que las IPS cuenten con los insumos necesarios para la toma de muestras.
- Capacitar a las IPS sobre la importancia de la notificación oportuna y la recolección de muestras

## Acciones adicionales

1. Garantizar muestras de hisopado nasofaríngeo en contactos sintomáticos, antes del inicio del tratamiento antimicrobiano (cultivo).
2. Aislamiento de casos y contactos 5 días con tratamiento completo o 21 días sin tratamiento.
3. Promover el lavado de manos y el uso de tapabocas.
4. Seguimiento de la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes

### Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la acción: Tratamiento más corto y eficaz para todas las personas con tuberculosis farmacorresistente. Año 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/call-to-action--shorter-an-d-more-effective-treatment-for-all-people-suffering-from-drug-resistant-tb>
- Organización Mundial de la Salud. Global Report TB 2023 [Internet] 2023. Fecha de consulta: 04 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>.
- Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 4: Tratamiento. Tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente. Actualización del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2023.
- Organización Panamericana de la Salud. Norma de la OMS. Acceso universal a las pruebas de diagnóstico rápido de la tuberculosis. Washington, D.C.: OPS; 2023.

Semana epidemiológica  
16 al 22 de marzo de 2025

TEMAS CENTRALES  
**Tuberculosis Sensible y Resistente**  
**IRA notificación colectiva**  
**Dengue**  
**Chagas**  
**Alertas epidemiológicas municipales (Tosferina)**

**Claudia Mercedes Amaya Ayala**  
Secretaria de Salud y Ambiente

**Liliana Serrano Henao**  
Subsecretaria de Salud

### Equipo Técnico y profesional Grupo de Vigilancia Epidemiología

Paola Alexandra Suárez Suárez

Duby Quiñonez Carreño

Nathalie Rodríguez Moreno

Nayibe Andrea Garavito Romero

Christian Alejandro Ortiz Caballero

Yamileyny Gutiérrez Lozada

#### **Paola Alexandra Suárez Suárez**

Autora tema Tuberculosis Sensible y Resistente

#### **Carolina Becerra Arias**

Autora tema IRA notificación colectiva

Chagas

#### **Nadia Jimena Rojas**

Autora tema Dengue

#### **Daniela Prada**

Autora Alerta epidemiológica Tosferina

**Una publicación de:** Secretaria de Salud y de Ambiente de Bucaramanga.