

TEMAS CENTRALES

Chagas, 2023 – S.E. 13 de 2025p.

Malaria, S.E. 13 de 2025p

Dengue, S.E 12 de 2025p.

Alerta epidemiológica, S.E 13 de 2025p.

Chagas

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Chagas es causada por el parásito flagelado *Trypanosoma cruzi*, el cual 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 para el año 2022 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 vivos¹.

En Santander, según datos del SIVIGILA, en el año 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 Chagas².

Metodología

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 el 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 13 (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 1. Número de casos notificados de Chagas crónico, por municipio de notificación 2020 – 2025 S.E 13

Año	N° casos chagas	semana 13	% de casos a semana 13
2023	58	10	17,2
2024	89	21	23,6
2025	13	13	NA
Mediana	73,5	15	NA

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

Comportamiento de la notificación de Chagas, Bucaramanga, a S.E 13 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 2). De la totalidad, solo el 30,7% procedía de Bucaramanga, pese a que los 13 casos fueron notificados por IPS de este municipio (Ver tabla 2). 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) Ver Figura 1. Del total de notificaciones, 76,9% pertenecían al régimen subsidiado, y el restante 23,1% al contributivo.

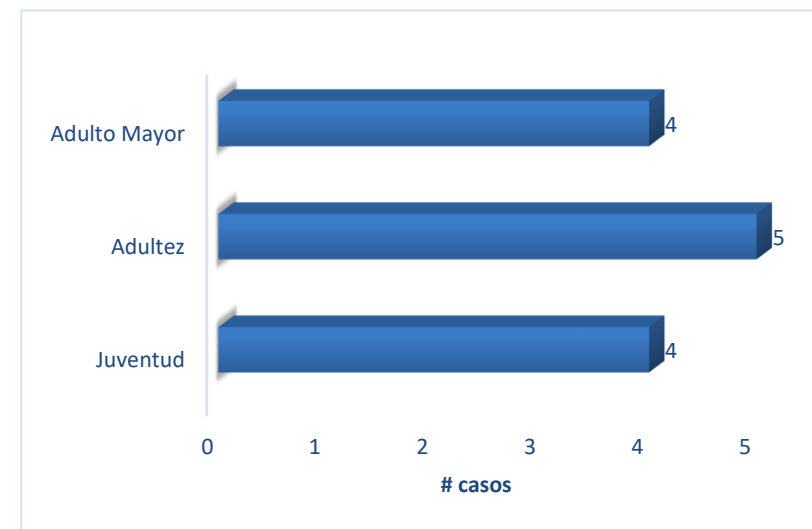
Tabla 2. Características sociodemográficas de los casos notificados en Bucaramanga, semana epidemiológica SE 13 2025p.

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
Chagas agudo					
Hombre	NA	3 días	2	San Vicente de Chucurí, Santander	Bucaramanga

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

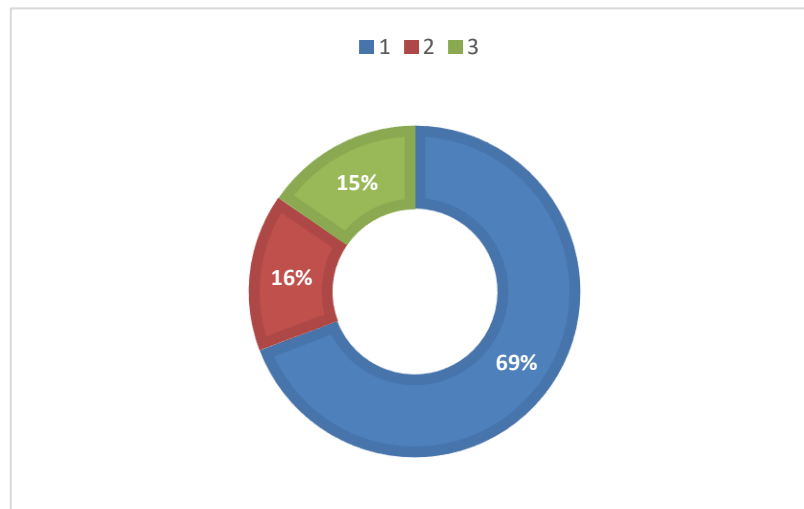
Respecto a datos de la notificación, 92,3% (12) ingresaron como probable, con ajuste 3 (confirmado por laboratorio) en tan solo el 16,7% (2) de estos, mientras que el restante 83,3% continúa pendiente por ajuste. El otro caso se notificó confirmado por laboratorio (7,7%). Un caso se encontraba hospitalizado,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

Figura 1. Distribución por grupos etarios casos Chagas crónicos, semana epidemiológica 13 de 2025p.



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

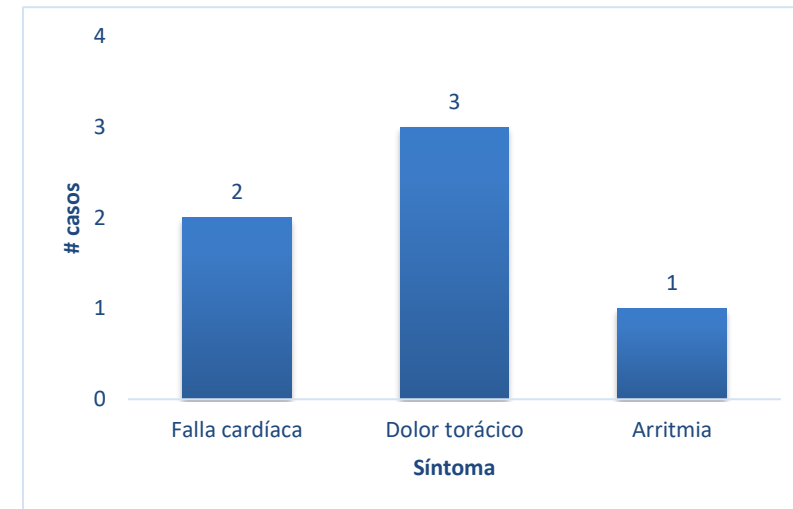
Figura 2. Distribución por estrato casos Chagas crónicos, semana epidemiológica 13 de 2025p.



Fuente: Siviigila 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 9,6 días. En este punto se reportan: 2 falla cardíaca, 3 dolor torácico, 1 arritmia, todos compatibles con casos crónicos, con posible vía de transmisión vectorial (Ver Figura 3).

Figura 3. Frecuencia y síntomas de casos Chagas crónicos semana epidemiológica 13 de 2025p.



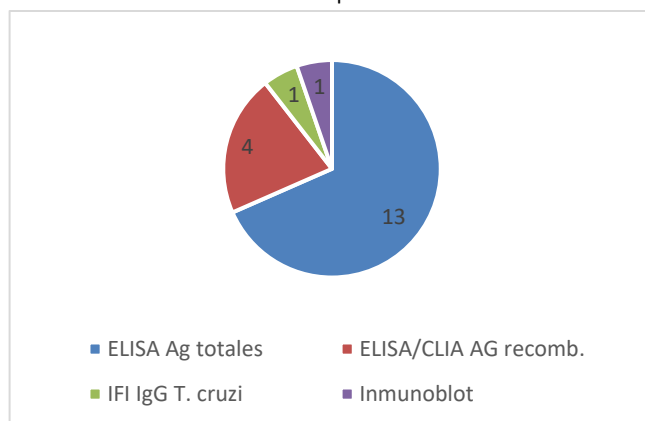
Fuente: Siviigila municipio de Bucaramanga

En la totalidad de pacientes se llevaron a cabo pruebas de tipo serológico para la determinación final del caso (Figura 4). 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.

23 al 29 de marzo de 2025

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 4. Pruebas serológicas con resultado positivo para Chagas, Bucaramanga, semana epidemiológica 13 de 2025p.



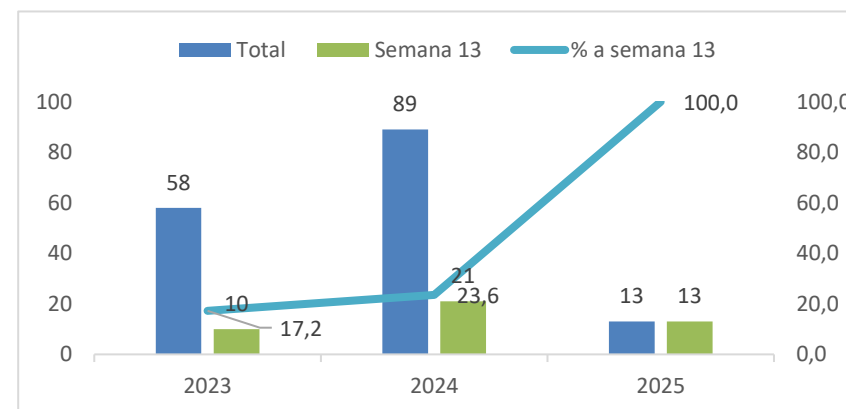
Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga

Al evaluar la diferencia en el número de casos esperados se consideró el número total de notificaciones para el evento con corte a semana 13, 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 5).

Figura 5. Número de casos por año para Chagas crónico, Bucaramanga, 2023 - 2025p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga 2023-2025p.

En la tabla 3 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 ≥ 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 3. Distribución de variables sociodemográficas y clínicas Chagas crónico, Bucaramanga, 2023 – SE 13 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
	≥ 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
Municipio procedencia	Gestantes	5	8.6	4	4.5	2	15.4
	Bucaramanga	5	8.6	4	4.5	4	30.8
	Otro	53	91.4	85	95.5	9	69.2
Tipo de caso	Probable	2	3.4	7	7.9	10	76.9
	Confirmado lab.	56	96.6	82	92.1	3	23.1
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
	Bradicardia	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
Total		58		89		13	

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.
- 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
- 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 on%20casos.>

Malaria

INTRODUCCIÓN

La malaria, una enfermedad provocada por parásitos del género *Plasmodium spp.* y transmitida a través de la picadura de mosquitos hembra infectados del género *Anopheles spp.*, constituye un asunto de interés en salud pública en Colombia, con alto impacto en poblaciones vulnerables y zonas de alta transmisión. La vigilancia de esta enfermedad tiene como propósito determinar la magnitud y dispersión del fenómeno, considerando variables como individuo, momento y ubicación geográfica para adaptar las estrategias para prevenir y controlar la malaria en el país.

Situación epidemiológica en América

A pesar de la reducción sostenida de la malaria entre 2005 y 2014 en las Américas, a partir del 2015 incrementó el número de casos, en Venezuela, Brasil, Colombia, Guyana, Nicaragua y Panamá. En julio del 2018 y mayo del 2019, Paraguay y Argentina recibieron la certificación como países libres de malaria, respectivamente. Entre enero y mayo de 2020, la malaria en las Américas y en el contexto de la pandemia por COVID-19 disminuyó con respecto al mismo periodo del año anterior, en Venezuela, Brasil, Colombia, Guyana, Perú, Ecuador, Guatemala y México; mientras que en Haití, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Honduras, Costa Rica y Surinam aumentó¹.

Situación epidemiológica nacional

En Colombia, la malaria es un problema prioritario en salud pública, debido a que el 66% (740) de los municipios se encuentran en alturas iguales o inferiores a los 1.600 m.s.n.m., con condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas que facilitan la transmisión del parásito, además de condiciones asociadas a la alta migración colombiana y extranjera. La tasa de incidencia de malaria ha fluctuado en los últimos años, con promedios anuales de 80.000 a 100.000 casos.

Durante el 2023 se notificaron 105.482 casos de malaria, 103.883 no complicada y 1.599 complicada (con 23 muertes); predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 63,1 % (66.537), seguido de *Plasmodium falciparum* con 35,9 % (37.852) e infección mixta con 1,0 % (1.093). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Comparado con lo observado en 2021 se presentó una disminución del 0,6 %. Afecta principalmente al hombre en edad productiva y a los jóvenes. En los últimos 20 años las muertes por malaria han disminuido de 100 muertes anuales a final del siglo veinte, a menos de 25 en los últimos 5 años. En el marco de la Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016 - 2030, en octubre de 2019 inicia la implementación de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) en doce municipios del pacífico colombiano, con el objetivo de eliminar y reducir la malaria en estos territorios. Esta iniciativa contempla la estrategia DTI-R (Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta)¹.

Vigilancia en salud Pública de Malaria en Colombia

Para semana epidemiológica 44 del anterior año, el país se encontraba en situación de brote desde la semana epidemiológica 01 de 2024, con un incremento del 81% en comparación con el mismo periodo de 2023, aunque se observaba tendencia a la disminución en las últimas semanas. Durante los años 2022, 2023 y 2024, se presentaron condiciones climáticas relacionadas con los fenómenos de El Niño y La Niña. Este aumento podría haber estado vinculado a cambios en la dinámica de los criaderos del vector, que podrían haber sido influenciados por dichos fenómenos climáticos, ya que El Niño genera condiciones propicias para la reproducción de los mosquitos transmisores del parásito².

Históricamente para el país, los cuatro macro-focos o las zonas donde principalmente se ha presentado la mayor carga de malaria incluyen: la Costa Pacífica (Chocó, Cauca, Nariño y Buenaventura) con el 55,5%, Urabá (Córdoba, Bolívar, Antioquia) 26,0%, región Amazónica y Orinoquía (Putumayo, Caquetá, Vaupés, Vichada, Guainía y Guaviare, Meta y Casanare) 15,4% y frontera Colombo-Venezolana (Norte de Santander y casos procedentes de Venezuela) 1,4%. Respecto a la distribución parasitaria en los macro-focos de transmisión, en la región del Pacífico predomina *P. falciparum*, en los macro-focos de Urabá, Amazonia y Orinoquía predomina *P. vivax*; el macro-foco con mayores complicaciones es la costa del Pacífico, esto atribuido al alto número de casos que se presentan.

En cuanto a la distribución de casos por procedencia, los departamentos que aportaron el 96,9% de los casos de malaria fueron: Chocó 35,4%, Antioquia 13,3%, Córdoba 10,9%, Vaupés 8,7 % y Nariño 7,3 %. En la figura 6 se realiza un comparativo con el mismo corte del año 2023, en el que se observa un aumento de casos en todas las entidades territoriales.

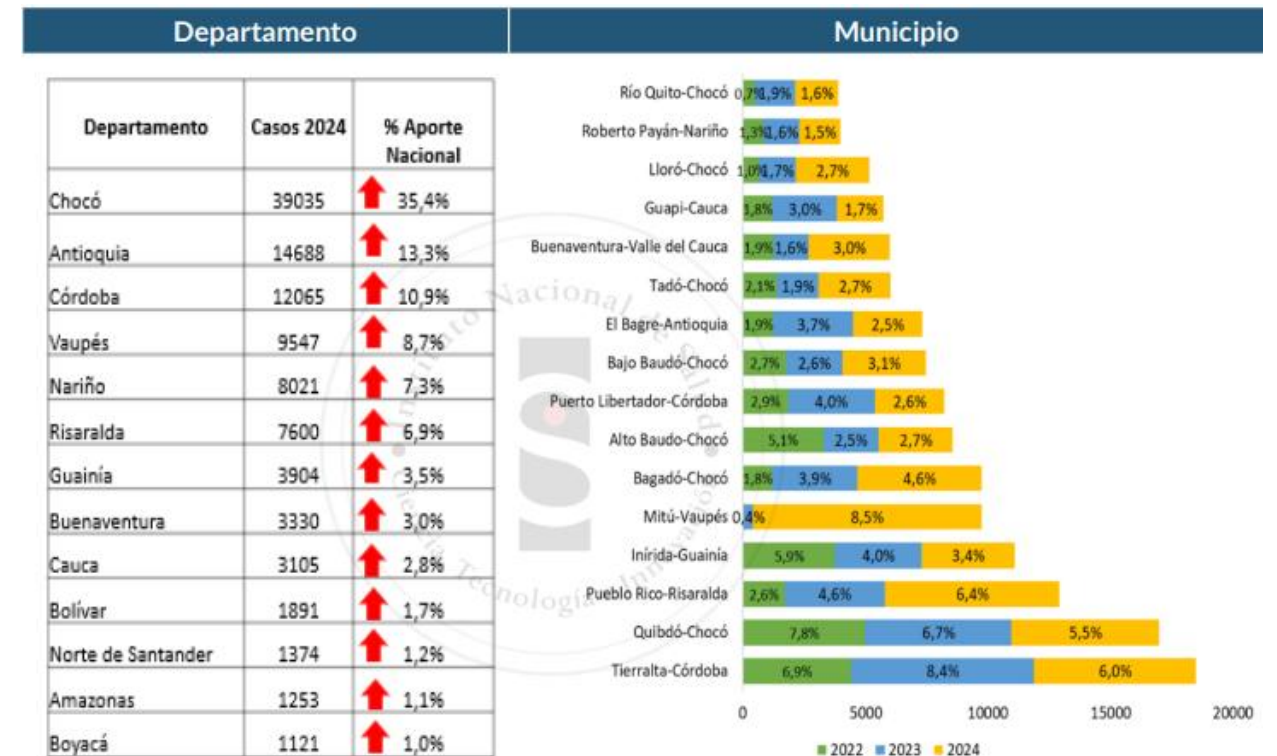
23 al 29 de marzo de 2025

En el nivel municipal se presentaron mayor número de casos en Mitú (Vaupés) 8,5%, Pueblo Rico (Risaralda) 6,4%, Tierralta (Córdoba) 6,0%, Quibdó (Chocó) 5,5%, Bagadó (Chocó) 4,6% e Inírida (Guainía).

Con respecto a las complicaciones, de los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 60,0% (1.173) presentaron complicaciones hematológicas; el 25,9% (507) complicaciones hepáticas; el 6,4% (125) complicaciones renales; el 3,9% (77) complicaciones pulmonares y el 3,7% (73) a nivel cerebral.

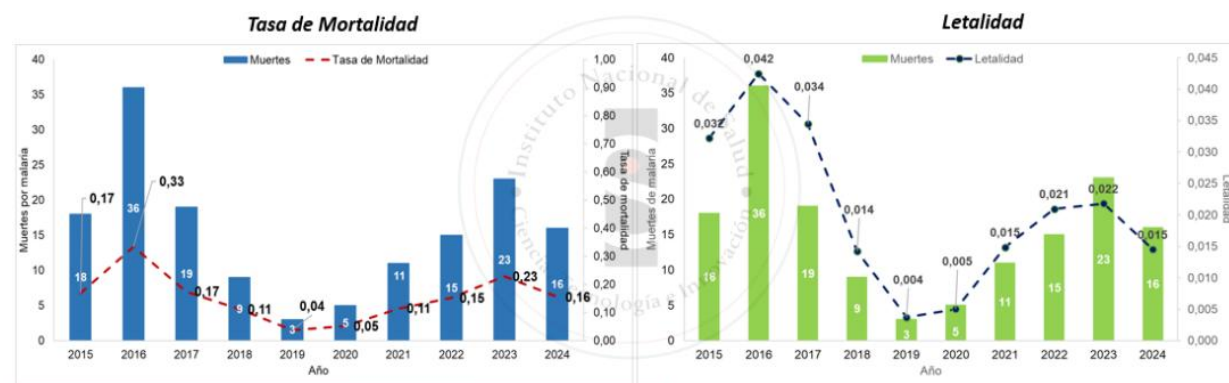
Para el periodo de análisis presentado, se habían confirmado 16 muertes por malaria en el país, para una tasa de mortalidad de 0,16 casos por 100.000 habitantes y letalidad de 0,01% (figura 7). Las entidades territoriales de donde proceden estas mortalidades son: cinco de Chocó (Quibdó, Bajo Baudó y Carmen de Atrato), tres de Risaralda (Pueblo Rico y Mistrató), tres de Vaupés (Mitú), uno de Bolívar (Montecristo), Buenaventura, Cauca (Guapi), Guainía (Inírida), Valle del Cauca (Dovio).

Figura 6. Comportamiento epidemiológico de casos de malaria por departamento y municipio de procedencia, Colombia, SE 44 de 2024



Fuente: INS, Colombia, 2015-SE44 2024

Figura 7. Tendencia de tasa de mortalidad y letalidad de malaria, Colombia, 2015-SE 44 de 2024



Fuente: INS, Colombia, 2015-SE44 2024

Recomendaciones

- Mantener y reforzar la vigilancia en salud pública de malaria, para el caso de Bucaramanga al no ser un municipio endémico, la detección oportuna de casos compatible permitiría delimitar la transmisión y, por ende, una situación de brote.

- Fortalecer la articulación entre vigilancia en salud pública, programas de malaria, prestación de servicios y EAPB.
- Velar por resguardar la calidad del dato, para las instituciones notificadoras del municipio, para propender por un análisis adecuado, a partir de la información registrada como parte de la notificación.
- Reforzar e intensificar las acciones de vigilancia con base en los documentos guía: Resolución 2073 de 2023, Resolución 1646 de 2018.

Referencias

- INS. Protocolo Malaria. Citado: abril 5 de 2025. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202024.pdf
- INS. Boletín epidemiológico semana 44. Malaria. Citado: abril 6 de 2025. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2024_Boletin_epidemiologico_semana_45.pdf

Dengue

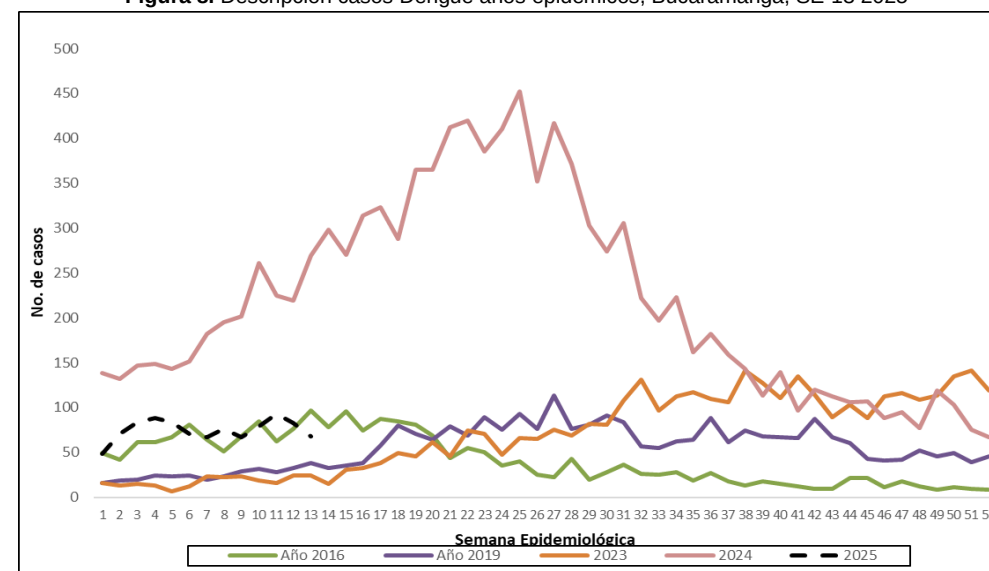
Dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave en el municipio de Bucaramanga a semana epidemiológica 13 de 2025

En el transcurso del año 2025 se ha notificado un total de 1.595 casos correspondientes a tres (3) eventos (Dengue, Dengue Grave y mortalidad por DG), de los cuales el 39 % (616) fueron descartados o ajustados por procedencia.

Dengue – DSSA/DCSA

Se tiene un acumulado de 979 casos a Semana Epidemiológica - SE 13 de 2025. Cabe mencionar que se han notificado 752 casos más que los reportados en el 2023 pero 1.434 casos menos que en el 2024 a esta misma SE (Figura 8). Actualmente el Municipio se encuentra en nivel de brote tipo I, con un promedio acumulado de 75 casos notificados por semana.

Figura 8. Descripción casos Dengue años epidémicos, Bucaramanga, SE 13 2025

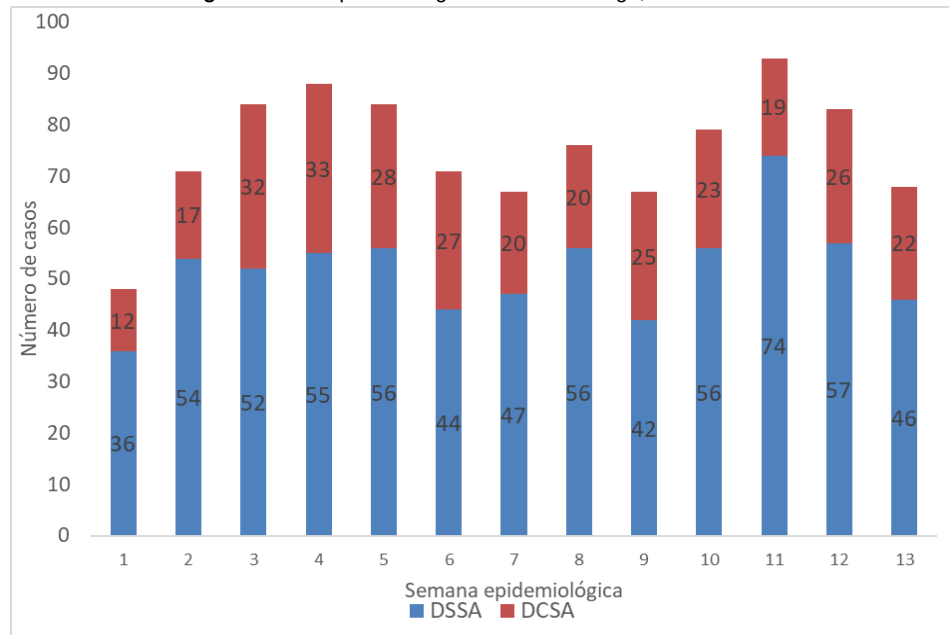


Fuente: SIVIGILA 2025

Se tiene que el 69 % (675) corresponden a Dengue sin signos de alarma (DSSA) y el 31 % (304) a Dengue con signos de alarma (DCSA). Figura 9

23 al 29 de marzo de 2025

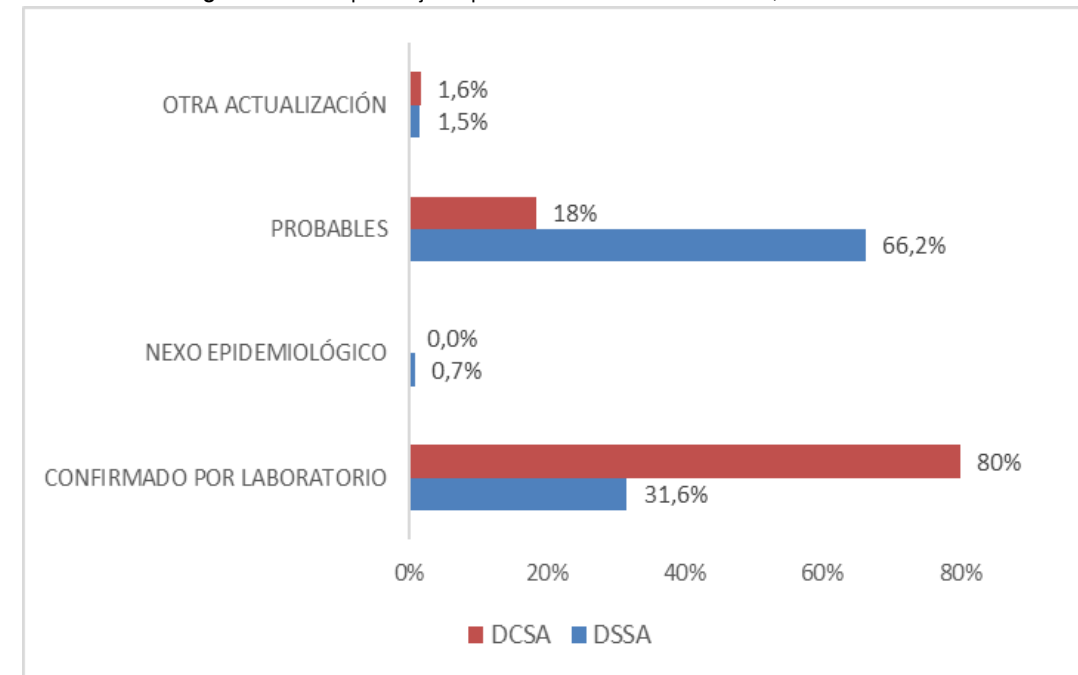
Figura 9. Descripción Dengue en Bucaramanga, SE 13 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

En cuanto al porcentaje de ajuste del evento dengue, se tiene que el 47 % (456) se encuentra confirmado. Mientras que por clasificación final (DSSA y DCSA) se describe en la Figura 10.

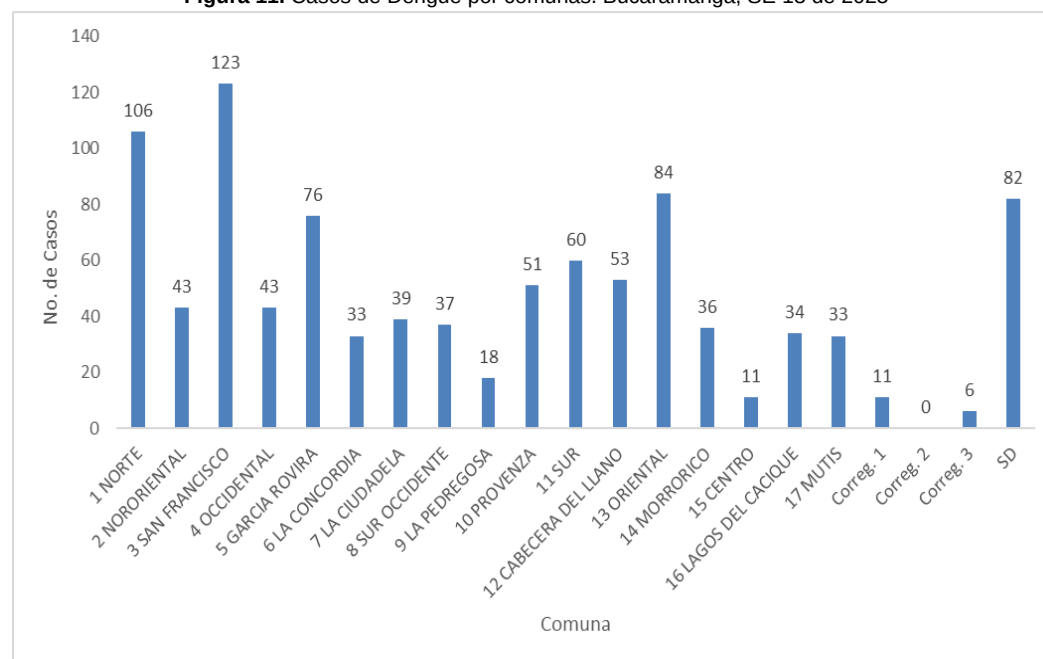
Figura 10. Descripción ajuste por clasificación final del evento, SE 13 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Respecto, al comportamiento del dengue por comunas, se encuentra que la Comuna 3 ha presentado el mayor número de casos con un 13 % (123), seguido de la Comuna 1 con un 11 % (106), Comuna 13 con un 9 % (84) y Comuna 5 con un 8 % (76). Figura 11

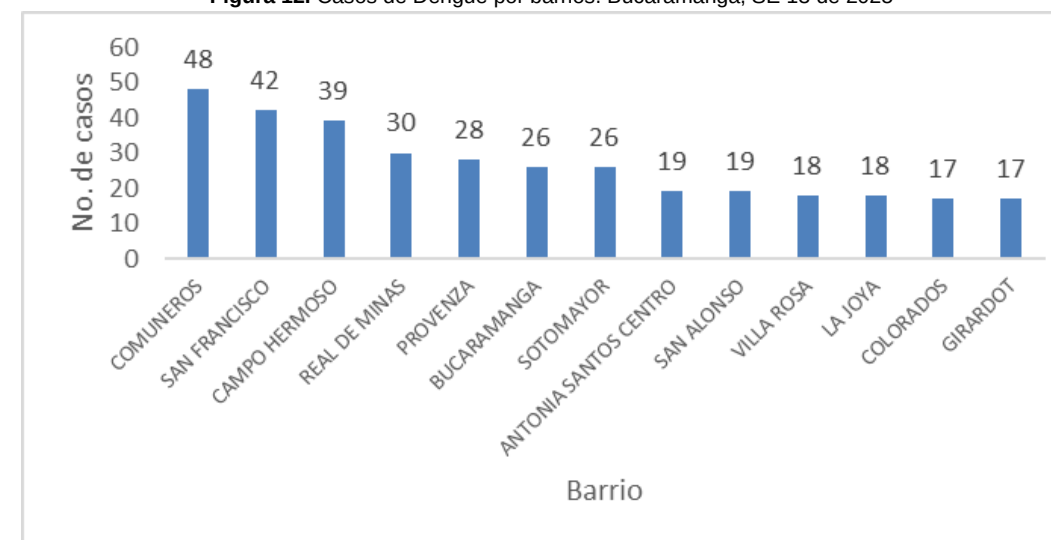
Figura 11. Casos de Dengue por comunas. Bucaramanga, SE 13 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Al analizar el comportamiento del dengue por barrios, Comuneros es el que más registra casos con un 4,9 % (48), seguido de San Francisco con un 4,3 % (42), Campo Hermoso con un 4 % (39), Real de Minas con un con 3,1 % (30) y Provenza con un 2,9 (28). Figura 12

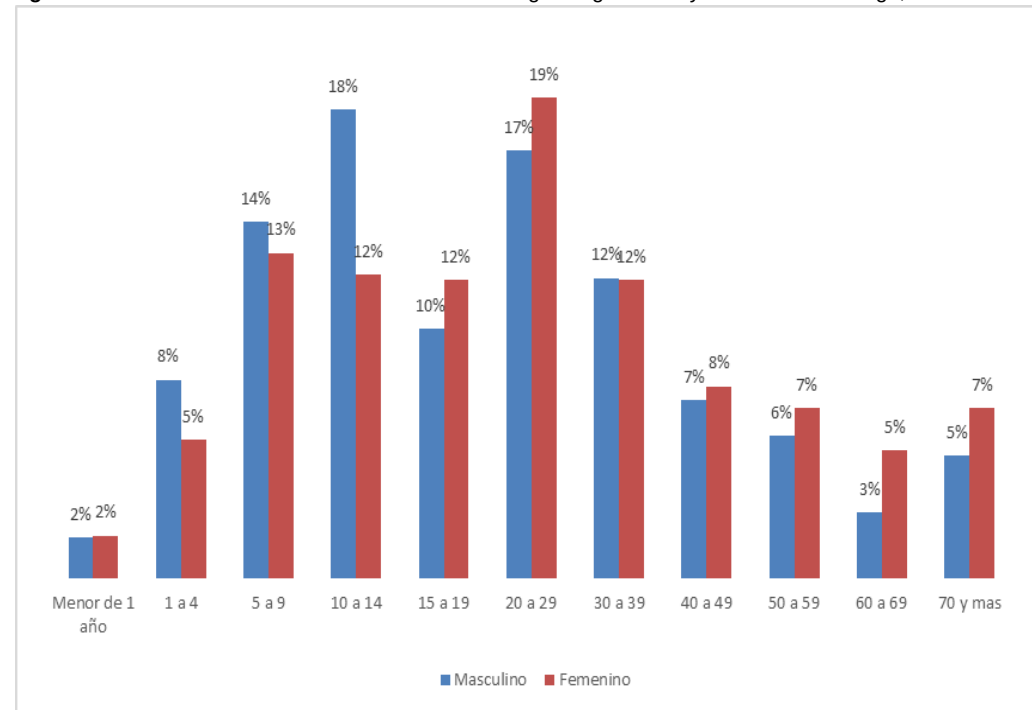
Figura 12. Casos de Dengue por barrios. Bucaramanga, SE 13 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

La distribución de los casos corresponde al 51 % (501) en masculino y 49 % (478) femenino. Por grupo de edad en hombres el mayor número de casos se presenta en los niños de 10 a 14 años con un 18 % (92), mientras que en las mujeres el mayor número de casos se presenta en los adultos jóvenes de 20 a 29 años con un 19 % (90). Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 37 % (361) de los casos notificados. Los Adultos > 60 años con un 9 % (93). Se han notificado 3 gestantes (1 DSSA y 2 DCSA). Figura 13

Figura 13. Distribución de frecuencia de casos de Dengue según Edad y Sexo. Bucaramanga, SE 13 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

En la Tabla 4 se describe el evento Dengue y Dengue Grave según sexo, área y tipo de seguridad social.

Tabla 4. Dengue y Dengue Grave según Sexo, Área y Tipo de SS. Bucaramanga, SE 13 de 2025

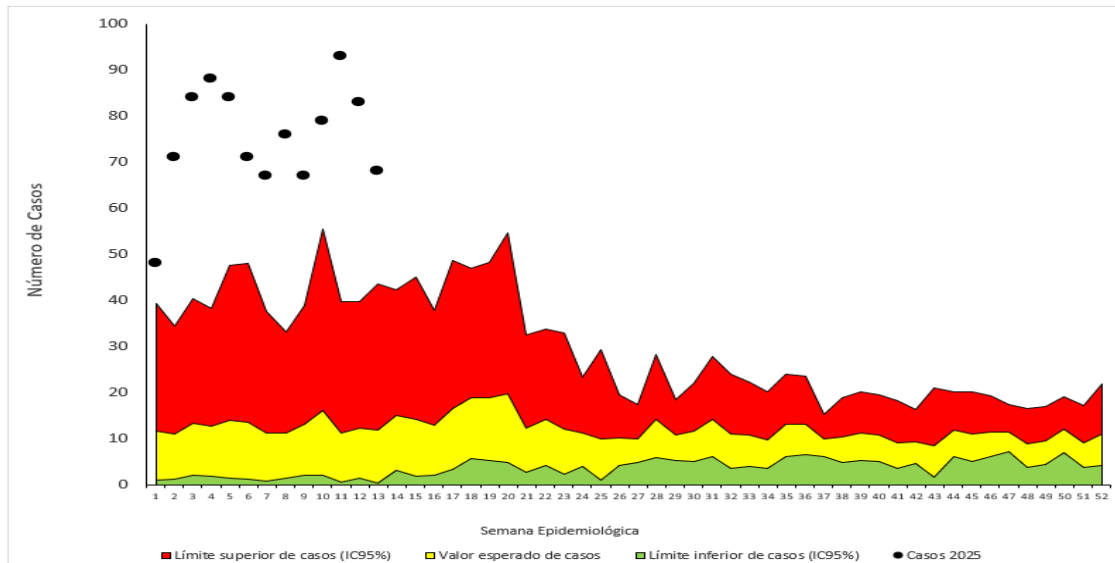
Variables		Dengue	Dengue Grave	Total	%
Sexo	Masculino	501	2	503	51,2%
	Femenino	478	1	479	48,8%
Área	Cabecera m/pal	968	3	971	98,9%
	Rural	8	0	8	0,8%
	Disperso				
	Centro Poblado	3	0	3	0,3%
Tipo SS	Contributivo	690	1	691	70,4%
	Subsidiado	226	2	228	23,2%
	Excepción	52	0	52	5,3%
	No asegurado	6	0	6	0,6%
	Indeterminado	5	0	5	0,5%
	Especial	0	0	0	0,0%
Total		979	3	982	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2025

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 156,92 casos X 100.000 Hab riesgo. Tendencia al aumento del 8,1 %.

Figura 14. Canal endémico. Bucaramanga, SE 13 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

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 13 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.

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).

23 al 29 de marzo de 2025

Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio)

Tabla 5. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Grave

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
CLINICA CHICAMOCHA SA	4	75%	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%
TOTAL	19	89%	100%

Fuente: SIVIGILA 2025

Tabla 6. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Con Signos De Alarma

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	48	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 COLSANITAS PREMIUM	1	0%	NA
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	1	0%	NA
CENTRO MEDICO DR PEDRO CELIS IPS SAS	2	100%	NA
CLINICA CHICAMOCHA SA	112	92%	99%

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	11	100%	100%
CLINICA ESPCO-DESAN	14	57%	100%
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	11	100%	91%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	68	85%	99%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	15	93%	87%
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II	2	0%	NA
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	2	50%	NA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	33	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	42	86%	98%
INVERSIONES SEQUOIA COLOMBIA SAS	2	50%	NA
IPS COOMULTRASAN CALLE 52	2	100%	NA
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	1	0%	NA
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	35	91%	100%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	1	100%	NA
SEDE BOLARQUI	1	100%	NA
SEDE GONZALEZ VALENCIA	90	89%	98%
SERVICLINICOS DROMEDICA SA	1	0%	100%
UIMIST	16	100%	100%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	23	96%	NA
TOTAL	539	81%	83%

Fuente: SIVIGILA 2025

Alertas epidemiológicas, S.E 13

Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas - 24 de marzo de 2025

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, en 2023 hubo 10,3 millones de casos de sarampión en el mundo, un 20% más que en el año anterior, debido a la cobertura insuficiente de la vacunación en todo el mundo. Aunque el sarampión se puede prevenir con dos dosis vacunales, más de 22 millones de niños no recibieron su primera dosis de la vacuna contra el sarampión en 2023. Según los cálculos, no se ha administrado ninguna dosis al 83% de los niños, mientras que solo el 74% de los vacunados con la primera dosis han recibido la segunda dosis recomendada.

Adicionalmente, se observa incremento en el número de casos reportados en países de la Unión Europea, donde se ha informado que entre el 1 de febrero del 2024 y el 31 de enero del 2025, un total de 32.265 fueron diagnosticadas con sarampión.

El incremento de casos a nivel global genera un mayor riesgo de aparición de casos importados relacionados con viajeros no vacunados procedentes de zonas con alta circulación del virus. Dado el incremento de brotes y casos en países donde hay circulación de arbovirus como dengue, chikungunya y Zika, se pueden presentar desafíos para el personal de salud frente a la identificación oportuna de casos sospechosos de sarampión.

Para el año 2023, 42 países y territorios de las Américas reportaron a la OPS las coberturas de vacunación SRP1 y SRP2. En relación con la aplicación de la primera dosis de SRP1, el 28,6% (n= 12/42) de los países y territorios de la Región presentan coberturas mayores al 95%, el 35,7% (n= 15/42) tienen coberturas entre 90-94%, el 21,4% (n= 9/42) coberturas entre 80-89% y el 14,3% (n= 6/42) coberturas menores al 80%. Con respecto a la aplicación de la segunda dosis SRP2, solo el 16,7% de los países y territorios (n= 7/42) presentan un nivel de cobertura mayores al 95%, mientras que el 50,0% (n= 21/42) presentan un nivel de cobertura menor al 80%. La cobertura para la Región de las Américas es del 87% para SRP1 y del 76% para SRP2

Por lo que se solicita a las EAPB y UPGD, aumentar la cobertura de vacunación de su población afiliada en Bucaramanga y validar las demás indicaciones presentadas por la OMS y OPS en el documento “Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas - 24 de marzo de 2025”, especialmente reforzar la Vigilancia Epidemiológica y la Vigilancia Basada en la Comunidad, con la finalidad de buscar casos posibles a través de las BAI y los nodos comunitarios.

Referencia

1. OMS – OPS, Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas - 24 de marzo de 2025. <chrome-extension://efaidnbmninnbpcjpcglclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025mar24evaluacion-riesgosarampionespfinal.pdf>

Alerta Epidemiológica - Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 26 de marzo del 2025.

Dado el aumento de casos humanos de fiebre amarilla en el 2025 en países de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) hace un llamado a los Estados Miembros con áreas de riesgo a continuar sus esfuerzos para fortalecer la vigilancia en zonas endémicas, vacunar a las poblaciones en riesgo y tomar las acciones necesarias para garantizar que los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación, estén correctamente informados y protegidos contra la fiebre amarilla. Además, se resalta la necesidad de fortalecer el manejo clínico, con énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves. La OPS/OMS también recomienda disponer de dosis de reserva, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas en cada país, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes.

En Colombia, en el periodo comprendido entre la SE 1 y la SE 11 del 2025 se ha registrado un total de 31 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 13 defunciones (3). Los casos corresponden a personas residentes en los departamentos de Caquetá (n= 1 caso fatal), Putumayo (n= 1 caso) y Tolima (n= 29 casos, incluyendo 12 defunciones). Los casos corresponden a personas con edad entre 13 y 83 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 enero y el 12 de marzo del 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura, y no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla.

El brote registrado en el departamento del Tolima que inicio a finales del año 2024 y continua durante el 2025, ocurre en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea en cuatro municipios que son identificados de alto riesgo: Cunday (n= 14 casos, incluyendo cuatro defunciones), Dolores (n= 1 caso fatal), Prado (n= 15) casos, incluyendo cinco defunciones), Purificación (n= 4 casos, incluyendo tres defunciones) y Villarrica (n= 10 casos, incluyendo, cinco defunciones). Del total de casos confirmados el 76% corresponde a hombres (n= 32 casos), los casos presentan edades entre edad entre 11 y 89 años. La fecha de inicio de síntomas de los casos oscila entre el 8 de septiembre del 2024 al 12 de marzo del 2025. En este brote se han registrado 18 defunciones para una letalidad preliminar del 42,8 %. Durante el 2025 (SE 1 a SE 11), en Colombia, se informaron dos eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, dos fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, todos en el departamento de Tolima.

Recomendaciones para las autoridades de salud

En la Región de las Américas, el riesgo de brotes de fiebre amarilla es elevado. Aunque la inmunización sigue siendo una de las intervenciones de salud pública más eficaces para prevenir esta enfermedad, la mayoría de los casos registrados durante el 2024 no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla. La OPS / OMS alienta a los Estados Miembros con áreas de riesgo a continuar con los esfuerzos en vigilancia y vacunación en zonas endémicas.

Es fundamental que los países logren coberturas de vacunación de al menos 95% en las poblaciones de áreas de riesgo, de forma homogénea, y que las autoridades sanitarias aseguren contar con un inventario de reserva estratégica que les permita mantener la vacunación de rutina y, al mismo tiempo, responder de manera efectiva a posibles brotes.

Para Colombia, implementar la circular 012 del 03 de abril del año 2025, del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se imparten las directrices para la preparación, organización y respuesta ante la situación de alerta y emergencia en todo el territorio nacional por fiebre amarilla y se actualiza la circular 018 de 2017 con relación a la exigencia de certificación internacional o carne nacional de vacunación y deroga la circular 018 de 2024 y 005 de 2025. De igual manera que las circulares, directrices, planes de contingencia o de acción municipal o departamental según corresponda.

Referencia

1. OMS – OPS, Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas 26 de marzo del 2025. [chrome-extension://efaidnbmninnbpcajpcgclclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-mar-26-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final-es.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-mar-26-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final-es.pdf)

Alerta epidemiológica - Enfermedad de manos, pies y boca - 26 de marzo del 2025

Ante el inicio de la temporada estacional de la enfermedad de manos, pies y boca (EMPB) en varios países y territorios de la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a reforzar la prevención y control de enfermedad de manos, pies y boca, especialmente en la población infantil, debido a su alta vulnerabilidad y al riesgo de complicaciones del sistema nervioso central (SNC), incluyendo meningitis aséptica, encefalitis y parálisis flácida aguda, causado por el enterovirus A71 (EV-A71).

La Enfermedad de manos, pies y boca La enfermedad de manos, pies y boca (EMPB) es una infección común a nivel global, especialmente en niños, aunque también puede afectar a adolescentes y ocasionalmente a adultos. En la mayoría de los casos, la enfermedad es leve y se resuelve en forma espontánea. Sus síntomas incluyen fiebre breve y con erupciones papulovesiculares en las palmas de las manos y las plantas de los pies, con o sin múltiples úlceras bucales dolorosas.

En ocasiones, la erupción puede ser de tipo maculopapular sin vesículas. También puede afectar los glúteos, las rodillas o los codos, especialmente en niños pequeños y lactantes. Las lesiones cutáneas cicatrizan espontáneamente sin dejar cicatriz, y suelen persistir entre 3 a 5 días tras el inicio de la enfermedad. La infección cutánea bacteriana secundaria es muy poco frecuente.

En particular los de 5 años o menos, corren el riesgo de presentar disfunción cardíaca aguda grave, en ocasiones mortal, y edema pulmonar. Los signos de alarma de la afectación del SNC y las complicaciones sistémicas incluyen fiebre persistente durante más de 48 horas, temperatura corporal superior a 39 °C, vómitos recurrentes, irritabilidad inexplicable, letargo, mioclonías, debilidad focal en las extremidades, ataxia troncal, nistagmo, signos de dificultad respiratoria y moteado de la piel. La sarna a veces puede confundirse con la enfermedad de manos, pies y boca, ya que también causa pústulas, vesículas o lesiones nodulares en manos y pies. El prurito intenso y la afectación del espacio interdigital son indicios clínicos útiles de la infestación parasitaria.

Los enterovirus suelen cocircular generalmente con un serotipo predominante, durante los brotes de la enfermedad de manos, pies y boca producen lesiones cutáneas y mucosas clínicamente indistinguibles. Los principales agentes causales son: El coxsackievirus A16 (CVA16) y el Enterovirus A71, pero incluye otros serotipos de Enterovirus A. Se asocia con menos frecuencia a los serotipos de Enterovirus B CV-B2 y CV-B5.

Presenta una distribución estacional según la región geográfica. En las zonas templadas, la incidencia máxima ocurre durante el verano y a principios del otoño, mientras que en las regiones tropicales puede presentarse durante todo el año.

Los seres humanos son los reservorios de la infección. El periodo de incubación es generalmente de 3 a 5 días. La transmisión ocurre principalmente por contacto directo con secreciones nasales y orales, líquido vesicular y heces de personas infectadas, así como con artículos contaminados, como juguetes y superficies. También puede propagarse mediante gotitas aerosolizadas.

Las personas asintomáticas, incluidos los adultos, representan una fuente importante de infección. No hay evidencia confiable de que la enfermedad se propague a través de insectos, agua, alimentos o aguas residuales. La enfermedad es más contagiosa durante la primera semana del inicio de la enfermedad

Países donde se han reportados casos a nivel de la Américas: Guyana (reportó un presunto brote), Islas Vírgenes de los Estados Unidos (189 casos, uno de ellos fallecidos), México (reportó un presunto brote), Perú (09 casos), Trinidad y Tobago (reportó un presunto brote, 41 casos notificados). En Colombia no se han reportados casos sospechosos, probables o confirmados.

Recomendaciones

1. Vigilancia: Pocos países tienen la enfermedad de manos, pies y boca como enfermedad de notificación obligatoria. En la mayoría, los brotes son detectados por la vigilancia sindrómica o bien por la vigilancia basada en eventos. Independientemente del enfoque utilizado, es crucial estar alerta a la posible ocurrencia de brotes, especialmente en los grupos de riesgo. Esta enfermedad tiende a presentarse con frecuencia en brotes dentro de grupos de niños como en guarderías, centros de cuidado infantil y hogares numerosos con muchos niños pequeños.

2. Diagnóstico y laboratorio: Hasta la fecha, se han descrito más de 100 serotipos diferentes de enterovirus. Con un número tan elevado de serotipos y síndromes clínicos superpuestos, la reactividad cruzada dificulta la interpretación de los resultados, lo que limita la utilidad de la serología para el diagnóstico confirmatorio.

Las herramientas diagnósticas actuales para la identificación de enterovirus implican la detección del ácido ribonucleico (ARN) viral mediante amplificación molecular mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Estos métodos (p. ej., RT-PCR, RT-PCR multiplex, RT-PCR en tiempo real) suelen dirigirse a la región 5' no traducida del genoma del enterovirus para identificar el género, y a uno o más genes estructurales (predominantemente VPI, VP2 y VP4) para la tipificación molecular ("serotipificación"). Estos métodos son útiles, ya que pueden realizarse directamente en muestras clínicas primarias e identificar el probable agente causal. Sin embargo, para un diagnóstico confirmatorio, se puede aislar el virus (preferiblemente del foco infectado) mediante cultivo celular, seguido de la tipificación molecular. Dado que esto resulta más complejo, el aislamiento del virus y la identificación molecular a partir de sitios secundarios (p. ej., frotis faríngeo, heces, sangre) podrían proporcionar información sobre el probable agente causal.

3. Manejo clínico: En la actualidad no se dispone de un tratamiento específico, por lo que se recomienda el manejo de soporte.

En la mayoría de los casos, se recomienda el aislamiento del paciente, y evitar la contaminación de las lesiones mediante el cuidado de la piel y boca, controlar la fiebre y el dolor con analgésicos y antipiréticos, así como tener una adecuada hidratación.

Se recomienda identificar y tratar de manera temprana las complicaciones del SNC y sistémicas con soporte respiratorio y cardiovascular. La inmunoglobulina intravenosa (IVIG) se ha utilizado para tratar casos graves con complicaciones del SNC y sistémicas, pero su beneficio clínico es incierto debido a la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados.

Se recomienda la implementación de medidas de precaución estándar y entéricas que incluyen la higiene de manos; uso de guantes al manipular secreciones, pañales o lesiones cutáneas; bata para la atención del paciente; mascarilla quirúrgica y protección ocular, en caso de contacto cercano con secreciones respiratorias (especialmente en entornos de atención de salud) y desinfección simultánea de las secreciones nasales y faríngeas. Se recomienda también la eliminación adecuada de desechos y prestar especial atención al lavado de manos inmediato al manipular secreciones, heces o artículos sucios.

4. Manejo de contactos y del entorno inmediato: Se recomienda realizar un seguimiento de los contactos para detectar signos clínicos de la enfermedad de manos, pies y boca.

Semana epidemiológica
23 al 29 de marzo de 2025

13

TEMAS CENTRALES
Chagas
Malaria
Dengue
Alertas epidemiológicas

Claudia Mercedes Amaya Ayala
Secretaria de Salud y Ambiente

Liliana Serrano Henao
Subsecretaria de Salud

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Con relación al manejo del entorno, se recomienda la limpieza de las superficies contaminadas y los artículos sucios, primero con agua y jabón, y luego la desinfección con una solución diluida de Hipoclorito de Sodio (1 parte de producto por 20 partes de agua; — ~3000 ppm) con un tiempo de contacto de al menos 5 minutos. Esta es una forma muy eficaz de inactivar el virus, especialmente en entornos institucionales como guarderías.

5. Prevención: Limitar el contacto con personas enfermas, siempre que sea posible, mediante medidas como la reducción de aglomeraciones y el aislamiento de los niños infectados. Promover el lavado de manos con agua y jabón, así como otras medidas de higiene.
6. Comunicación de riesgo: EAPB, UPGD y UI, deben asegurar que se realicen campañas de comunicación orientada educar a los padres, tutores y cuidadores para que lleven al niño a la clínica u hospital más cercano si se presentan los siguientes signos de alarma de complicaciones del SNC y sistémicas: negativa a comer o beber; vómitos o somnolencia persistentes; espasmos sobresaltados o mioclónicos

Referencia

1. OMS – OPS, Alerta epidemiológica Enfermedad de manos, pies y boca 26 de marzo del 2025. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-mar-26-phe-alerta-epidemiologica-enfermedad-mano-boca-pie-es0.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-mar-26-phe-alerta-epidemiologica-enfermedad-mano-boca-pie-es0.pdf)

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

Carolina Becerra Arias

Autora tema Chagas crónico y Malaria

Nadia Rojas

Referente ETV - SSAB
Autora tema Dengue

María Alejandra Beltrán López

Referente VSP - SSAB
Autora tema Alertas Epidemiológicas