

TEMAS CENTRALES

- **Tuberculosis Sensible y Resistente, 2020 – S.E 20 de 2025p.**
- **Dengue – S.E. 20 de 2025p**
- **Datos plataforma RUAF-ND V2 mayo 2025.**
- **Actualizaciones alertas epidemiológicas:** Evaluación de Riesgo para la Salud Pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas y Alerta Sanitaria (Suero Antiofídico Polivalente) S.E. 20 de 2025p

Tuberculosis Bucaramanga– S.E. 20 de 2025p

Comportamiento de la tuberculosis, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025

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.

Colombia se ha adherido a los compromisos internacionales y a las metas del plan estratégico mundial de la tuberculosis, es así que en su plan nacional 2016-2025 define como metas reducir la incidencia en un 50 % respecto al 2015 y la mortalidad por tuberculosis en un 70 % con respecto al mismo año, de igual forma plantea reducir en un 60 % los costos catastróficos asociados a la enfermedad (1).

En el marco internacional la meta 3.3 de los Objetivos de desarrollo sostenible, incluye la eliminación de tuberculosis al 2030, adicionalmente la tuberculosis es una de las 30 enfermedades transmisibles contempladas dentro de la Iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la eliminación en la Américas (2).

La Organización Panamericana de la Salud (OMS) conmemora el día mundial de esta enfermedad el 24 de marzo, este año hace un llamado a través del compromiso, acción y resultados, asegurando la implementación de nuevas tecnologías e innovaciones como la radiología digital con lectura asistida por inteligencia artificial, nuevos métodos de diagnóstico molecular, esquemas de tratamiento acortados y orales recomendados por la OPS/OMS para la tuberculosis resistente a los medicamentos, así como la generación de estrategias innovadoras de búsqueda de casos y el abordaje multisectorial de la enfermedad (3). Los Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS han expresado su objetivo de poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis para 2030 expresado en la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la lucha contra la tuberculosis, celebrada el 22 de septiembre de 2023.

De acuerdo con el reporte global de tuberculosis de 2024 la OMS en 2023, estimó 10,8 millones de casos nuevos (95 % IC: 10,1–11,7 millón), retomando el primer lugar como causa de mortalidad por un agente infeccioso a nivel mundial (4). El número de muertes clasificadas oficialmente como causadas por tuberculosis en 2023 (1,09 millones) fue casi el doble que el número causado por el VIH/sida (0,63 millones), y la mortalidad por tuberculosis se vio mucho más afectada por la pandemia de COVID-19 que por el VIH/sida (5). A diferencia de la tuberculosis, las muertes por VIH/sida continuaron disminuyendo entre 2019 y 2023.

Comportamiento de la tuberculosis sensible, Santander, a S.E 19 2025.

De total de casos, el 98,8% corresponden a TB Sensible, de los cuales el 89,6% correspondiente a cuatrocientos veinte nueve (429) casos pertenecen a la forma pulmonar. De acuerdo con la distribución por tipo de caso, el 82% de los casos ingresaron como confirmados por laboratorio. Se evidencian once (11) casos de Mortalidad de los cuales cinco (05) corresponden a menores de 49 años, dos (02) de ellos con coinfección VIH. La incidencia de Tuberculosis sensible para el Departamento a semana epidemiológica 19 – 2025 es de 20,46 casos por 100.000 habitantes. Según la información a semana 19 del 2025 se han notificado al SIVIGILA 485 casos de tuberculosis por todas las formas confirmadas, para una incidencia de 20,72 por 100.000 habitantes. El 5,15% de los casos de tuberculosis en todas las formas confirmadas presentan asociación a la infección con VIH En la Semana 19 de 2025 se notificaron veinte uno (22) casos de tuberculosis de los cuales el 95,5% correspondió a casos tuberculosis sensible.

Distribución departamental de casos de tuberculosis sensible

Hasta la semana epidemiológica 19 del año 2025, el departamento de Santander ha notificado un total de 479 casos de tuberculosis sensible, según el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA). El municipio de Bucaramanga concentra el mayor número de casos, con 253 reportes, lo que representa el 52,82 % del total departamental. Bucaramanga no solo lidera en número absoluto de casos, sino también en incidencia, con una tasa de 40,59 por 100.000 habitantes.

En el segundo lugar se ubican Barrancabermeja y Floridablanca, cada uno con 51 casos, lo que equivale al 10,65 % del total de casos reportados en el departamento. Estos municipios presentan además incidencias de 23,59 % y 16,14 %, respectivamente.

Tuberculosis Sensible por entidad territorial de residencia e incidencia por cada 100.000 habitantes, Santander, semanas epidemiológicas 01-19, 2025.

En lo corrido el año, tenemos que el municipio de Bucaramanga aporta el 52,82% de la notificación de Tuberculosis sensible con 253 casos.

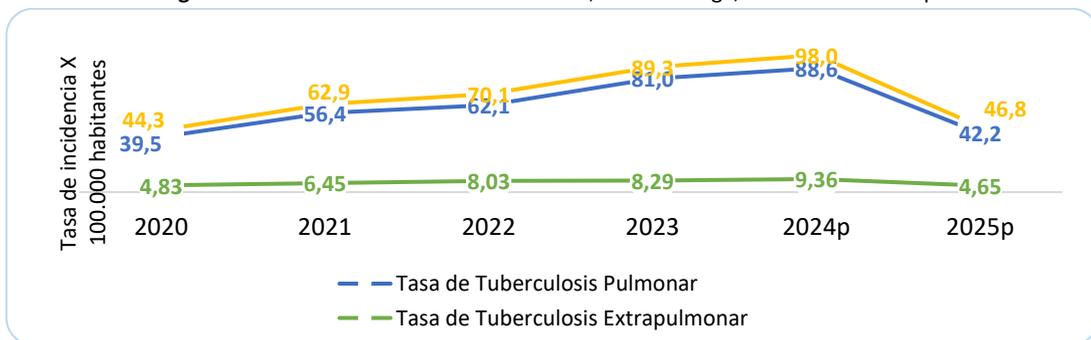
Municipio	Casos	PULMONAR	EXTRA PULMONAR	NUEVOS	Previamente Tratados	%	Incidencia
Bucaramanga	253	231	22	233	20	52,82%	40,59%
Barrancabermeja	51	46	5	46	5	10,65%	23,59%
Floridablanca	51	41	10	39	12	10,65%	16,14%
Giron	40	36	4	34	6	8,35%	22,67%
Piedecuesta	30	27	3	26	4	6,26%	15,98%
Sabana de Torres	10	9	1	10	0	2,09%	28,20%
Cimitarra	7	6	1	6	1	1,46%	19,83%
Barbosa	5	4	1	5	0	1,04%	14,92%
Lebrija	4	3	1	4	0	0,84%	8,82%
Rionegro	3	2	1	3	0	0,63%	10,80%
Otros municipios	25	24	1	22	3	5,22%	3,88%
Santander	479	429	50	428	51	100%	20,46%

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2025

Comportamiento de la tuberculosis sensible, Bucaramanga, a S.E 20 2025p.

En el Municipio de Bucaramanga, hasta la semana epidemiológica 20 del año 2025, se han notificado al sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) un total de 292 casos de tuberculosis sensible de todas las formas, de los cuales 263 corresponden a tuberculosis pulmonar y 29 a tuberculosis extrapulmonar, en personas con residencia en el municipio. Desde el año 2020 se observa una tendencia al incremento en la incidencia de tuberculosis sensible. Al analizar la variación entre 2023 y 2024, se evidencia un incremento del 9,7 % en los casos de tuberculosis de todas las formas. Es importante recordar que, en el año 2020, se expidió la Resolución 227, que fortaleció los algoritmos diagnósticos a nivel nacional, lo cual ha contribuido al incremento progresivo de la notificación de casos por mejoras en la detección. Ver figura 1.

Figura 1. Incidencia de tuberculosis sensible, Bucaramanga, 2020 – SE 20 2025p.



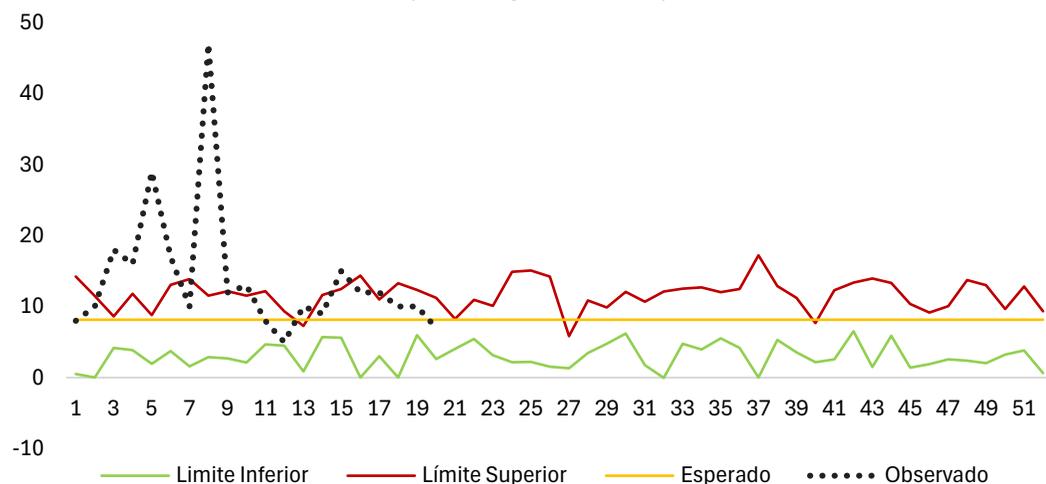
Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2020 – 2025p.
DANE, Proyecciones de población 2020-2035 actualización post COVID 19.

En el canal endémico de tuberculosis hasta la semana epidemiológica 20, se observa que la incidencia comenzó a superar los valores esperados desde la semana 2. Este aumento se hizo más evidente a partir de la semana 3, cuando la incidencia superó el límite superior del canal, manteniéndose por encima de este hasta la semana 6. En la semana 8, se reportó un pico de 47 casos, lo cual representó un incremento significativo y atípico respecto al comportamiento histórico.

Durante las semanas 9 y 10, se continuó registrando un número de casos superior a lo esperado, y en la semana 10 nuevamente se superó el límite superior del canal, ubicándose en zona de epidemia. Posteriormente, las semanas 13, 15 y 17 también registraron valores por encima del límite superior, lo cual refuerza el comportamiento inusual del evento en el transcurso del primer trimestre. Aunque en las semanas 18 a 20 los casos descendieron, estos continuaron por encima del valor esperado, lo que evidencia una persistencia del evento por fuera del patrón endémico.

Este aumento inusual en la incidencia de casos está estrechamente relacionado con las actividades de búsqueda activa institucional realizadas en la Cárcel Modelo de Bucaramanga. Dichas acciones, lideradas por el programa de tuberculosis, el equipo de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud del municipio y la Institución carcelaria, han facilitado la identificación y notificación oportuna de casos que previamente no habían sido detectados. Esta intervención intensificada explica el comportamiento atípico observado en el canal endémico durante las semanas mencionadas. Ver figura 2.

Figura 2. Canal endémico de casos notificados en Sivigila de Tuberculosis Sensible, Bucaramanga, 2018 a semana epidemiológica 20 de 2025p.



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

En el contexto social y demográfico

La tuberculosis en el municipio de Bucaramanga ha afectado de forma predominante a los hombres, comportamiento que se ha mantenido de forma constante entre 2020 y la semana epidemiológica 20 del año 2025. Para el año 2024, la tasa de incidencia fue de 146,7 por 100.000 hombres y 53,6 por 100.000 mujeres. Los grupos de edad más afectados en 2024 fueron los de 25 a 34 años (23,89 %) y 65 años y más (19,29 %), una tendencia que continúa en el año 2025 (SE 20).

En términos de tasas de incidencia por grupo etario en 2024, el grupo de 65 años y más registró la tasa más alta con 149,7 por 100.000 habitantes, seguido del grupo 25 a 34 años con 136,5 y 15 a 24 años con 116,2 por 100.000 habitantes. Ver tabla 1.

En cuanto al área de ocurrencia, la cabecera municipal concentra el mayor número de casos. Respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el régimen subsidiado ha reportado consistentemente la mayor proporción de casos durante el periodo 2020 a SE 20 de 2025. Con relación a la localización anatómica de la enfermedad, la tuberculosis pulmonar ha sido la forma más frecuente en todos los años analizados. En 2024, el 90,44 % de los casos (n = 549) correspondieron a esta presentación. En cuanto a las formas extrapulmonares, la localización pleural ha sido la más común en todos los años, representando en 2024 el 5,27 % (32 casos). Respecto a la clasificación por tipo de caso, el 93,08 % de los casos (n = 565) en 2024 fueron confirmados por laboratorio, mostrando una tendencia creciente en los últimos cuatro años. En contraste, los casos confirmados por criterio clínico han disminuido en el mismo periodo, lo cual está asociado con la implementación de la Resolución 227 de 2020, que fortaleció el uso de pruebas de laboratorio dentro de los algoritmos diagnósticos. Ver tabla 1.

11 a 17 de mayo de 2025

Tabla 1. Distribución demográfica - social de los casos de tuberculosis, y según tipo de caso, historia de tratamiento, Bucaramanga, 2020 – SE 20 2025p.

Variable	Categoría	Año 2020		Año 2021		Año 2022		Año 2023		Año 2024		Año 2025	
		N° Casos	%										
Sexo	Femenino	69	25,9	126	33,2	109	25,5	136	24,8	174	28,67	68	23,3
	Masculino	197	74,1	254	66,8	319	74,5	413	75,2	433	71,33	224	76,7
Edad	0 a 14 años	2	0,8	12	3,2	10	2,3	10	1,8	15	2,47	1	0,3
	15 a 24 años	54	20,3	73	19,2	75	17,5	92	16,8	110	18,12	48	16,4
	25 a 34 años	84	31,6	88	23,2	111	25,9	138	25,1	145	23,89	91	31,2
	35 a 44 años	28	10,5	59	15,5	64	15,0	89	16,2	89	14,66	48	16,4
	45 a 54 años	26	9,8	36	9,5	58	13,6	57	10,4	68	11,20	30	10,3
	55 a 64 años	34	12,8	49	12,9	40	9,3	69	12,6	69	11,37	20	6,8
	65 y más años	38	14,3	63	16,6	70	16,4	94	17,1	111	18,29	54	18,5
Área de ocurrencia del caso	Cabecera municipal	264	99,2	356	93,7	417	97,4	531	96,7	590	97,20	287	98,3
	Centro Poblado	0	0,0	20	5,3	6	1,4	15	2,7	9	1,48	3	1,0
	Rural Disperso	2	0,8	4	1,1	5	1,2	3	0,5	8	1,32	2	0,7
Tipo SS	Subsidiado	121	45,5	157	41,3	192	44,9	294	53,6	292	48,11	113	38,7
	Contributivo	97	36,5	131	34,5	140	32,7	166	30,2	183	30,15	57	19,5
	Excepcion	32	12,0	69	18,2	53	12,4	57	10,4	93	15,32	102	34,9
	No asegurado	10	3,8	23	6,1	27	6,3	24	4,4	22	3,62	6	2,1
	Indeterminado	1	0,4	0	0,0	16	3,7	8	1,5	17	2,80	14	4,8
	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	0,0
	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	292	100	
Total		266	100	380	100	428	100	549	100	607	100	292	100

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

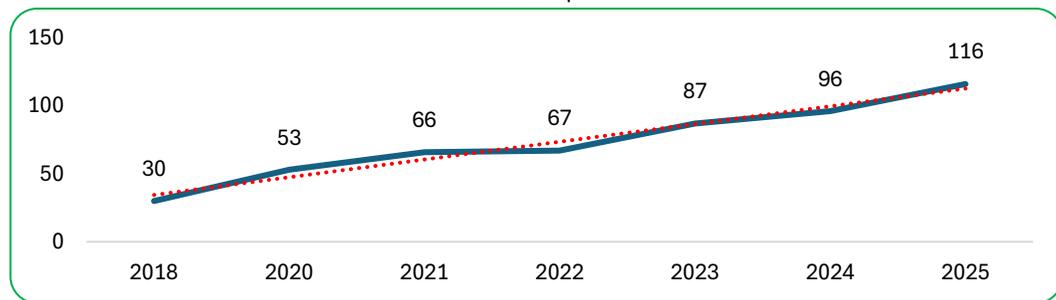
Variable	Categoría	Año 2020		Año 2021		Año 2022		Año 2023		Año 2024		Año 2025		
		N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	
Localización de la tuberculosis	Pulmonar	237	89,1	341	89,7	379	88,6	498	90,7	549	90,44	263	90,1	
	Extrapulmonar	29	10,9	39	10,3	49	11,4	51	9,3	58	9,56	29	9,9	
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	Pleural	19	65,5	22	56,4	23	46,9	31	60,8	32	55,17	19	65,5	
	Ganglionar	3	10,3	5	12,8	8	16,3	5	9,8	3	5,17	3	10,3	
	Meningea	4	13,8	3	7,7	7	14,3	4	7,8	9	15,52	2	6,9	
	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	1	3,4	
	Cutanea	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	1	3,4	
	Pricardica	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,00	1	3,4	
	Intestinal	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	0	0,00	1	3,4	
Otro	1	3,4	2	5,1	3	6,1	1	2,0	4	6,90	1	3,4		
Clasificación del caso	Confirmado por laboratorio	237	89,1	347	91,3	391	91,4	506	92,2	565	93,08	233	79,8	
	Confirmado por clínica epidemiológica	29	10,9	33	8,7	36	8,4	43	7,8	42	6,92	59	20,2	
	epidemiológico	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,00	0	0,0	
Poblaciones especiales priorizadas	Habitante de Calle	8	3,0	20	5,3	24	5,6	42	7,7	43	7,08	9	3,1	
	Migrante	7	2,6	23	6,1	28	6,5	33	6,0	35	5,77	7	2,4	
	Población Carcelaria	53	19,9	66	17,4	67	15,7	87	15,8	96	15,82	116	39,7	
	Discapacidad	0	0,0	2	0,5	3	0,7	7	1,3	10	1,65	2	0,7	
	Trabajador de la Salud	6	2,3	8	2,1	7	1,6	4	0,7	6	0,99	2	0,7	
	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	
	Desplazdos	0	0,0	0	0,0	4	0,9	1	0,2	2	0,33	1	0,3	
	Centros Psiquiátricos	0	0,0	1	0,3	6	1,4	0	0,0	4	0,66	1	0,3	
	Victima de la Violencia	1	0,4	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,00	1	0,3	
	Otro	189	71,1	248	65,3	277	64,7	362	65,9	396	65,24	153	52,4	
	Morbididades	Desnutrición	35	13,2	65	17,1	75	17,5	123	22,4	128	21,09	47	16,1
		Diabetes	28	10,5	39	10,3	22	5,1	47	8,6	42	6,92	14	4,8
VIH		25	9,4	41	10,8	42	9,8	35	6,4	48	7,91	11	3,8	
crónica		13	4,9	10	2,6	14	3,3	24	4,4	20	3,29	5	1,7	
EPOC		12	4,5	13	3,4	24	5,6	29	5,3	23	3,79	5	1,7	
Artritis reumatoide		1	0,4	3	0,8	4	0,9	4	0,7	10	1,65	1	0,3	
Cáncer		13	4,9	3	0,8	14	3,3	20	3,6	22	3,62	4	1,4	
Enfermedad hepática		3	1,1	2	0,5	0	0,0	6	1,1	10	1,65	1	0,3	
TOTAL			266	100	380	100	428	100	549	100	607	100	292	100

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

Comportamiento de la notificación de casos reportados en SiviGILA de TB en población privada de la libertad. Bucaramanga 2020 - SE 20 2025p.

Hasta la semana epidemiológica 20 de 2025, se han notificado un total de 116 casos de tuberculosis (TB) con sintomatología en la población privada de la libertad, de los cuales 113 corresponden a hombres y 3 a mujeres. Estos datos fueron obtenidos según la fecha de notificación del evento a SIVI GILA de 2025. Al analizar la tendencia del número de casos reportados en esta población, se observa un incremento sostenido desde el año 2020, con un comportamiento más marcado a partir de 2023. Durante 2023 y 2024, el número de casos superó de forma consistente los reportes de años anteriores. Para el año 2025, a pesar de que la información corresponde solo hasta la semana epidemiológica 20, ya se ha superado el total de casos registrados en todo el año 2024, lo cual indica un comportamiento atípico y creciente del evento. (Ver Figura 3).

Figura 3. Número de casos reportados en SiviGILA de TB en población privada de la libertad. Bucaramanga 2020 – SE 20 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 hubo un incremento al comparar el año 2024 con el 2020. Los mayores aumentos se presentaron en la población privada de la libertad, personas con coinfección por VIH y habitantes de calle. Adicionalmente, al comparar la tasa de 2025 (con corte a la semana epidemiológica 20) con la de 2024, se observa un incremento marcado en la población carcelaria. Ver tabla 2.

Tabla 2. Tasas de incidencia en poblaciones priorizadas con enfoque de riesgo, Bucaramanga, 2020 – SE 20 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	0,0	■ ■ ■ ■ ■ ■
VIH	4,2	6,78	6,9	5,7	7,7	1,8	■ ■ ■ ■ ■ ■
Población Carcelaria	8,8	10,92	11,0	14,1	15,5	18,6	■ ■ ■ ■ ■ ■
Trabajador de la Salud	1,0	1,32	1,1	0,7	1,0	0,3	■ ■ ■ ■ ■ ■
Menor de 15 años	1,8	10,59	8,9	9,0	13,5	0,9	■ ■ ■ ■ ■ ■
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 dentro de los algoritmos diagnósticos para tuberculosis, lo que ha impulsado un aumento progresivo en su utilización. A partir del año 2021, se ha observado un incremento sostenido en el uso de estas pruebas diagnósticas. Entre los años 2020 y 2024, se evidencia una tendencia creciente en la realización de las tres principales pruebas: cultivo, baciloscopia y prueba molecular.

Durante este periodo, el cultivo se consolidó como la prueba más utilizada, seguido por la baciloscopia, y, en tercer lugar, la prueba molecular.

En lo corrido del año 2025 (hasta la semana epidemiológica 20), se mantiene el predominio del cultivo como principal herramienta diagnóstica. No obstante, se observa que la prueba molecular ha superado en frecuencia de uso a la baciloscopia, lo cual podría reflejar un cambio en las estrategias diagnósticas o una mayor disponibilidad de esta tecnología. 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 20 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	178	
Realización de Cultivo	215	319	363	515	554	271	
Realización de Prueba Molecular	114	200	278	474	502	231	

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

En cuanto a las comorbilidades presentes en personas afectadas por tuberculosis, la variación proporcional entre los años 2020 y 2024 mostró incrementos importantes en algunas condiciones. El mayor aumento se observó en los casos con diagnóstico de desnutrición (59,8 %), seguido por artritis reumatoide (300 %) y enfermedad hepática (45,4 %). Ver tabla 4

Tabla 4. Comorbilidades en las personas afectadas con tuberculosis, Bucaramanga, 2020 – SE 20 2025p.

Comorbilidades	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia
	N° Casos						
Desnutrición	35	65	75	123	128	47	
Diabetes	28	39	22	47	42	14	
VIH	25	41	42	35	48	11	
Enfermedad renal crónica	13	10	14	24	20	5	
EPOC	12	13	24	29	23	5	
Artritis reumatoide	1	3	4	4	10	1	
Cáncer	13	3	14	20	22	4	
Enfermedad hepática	3	2	0	6	10	1	

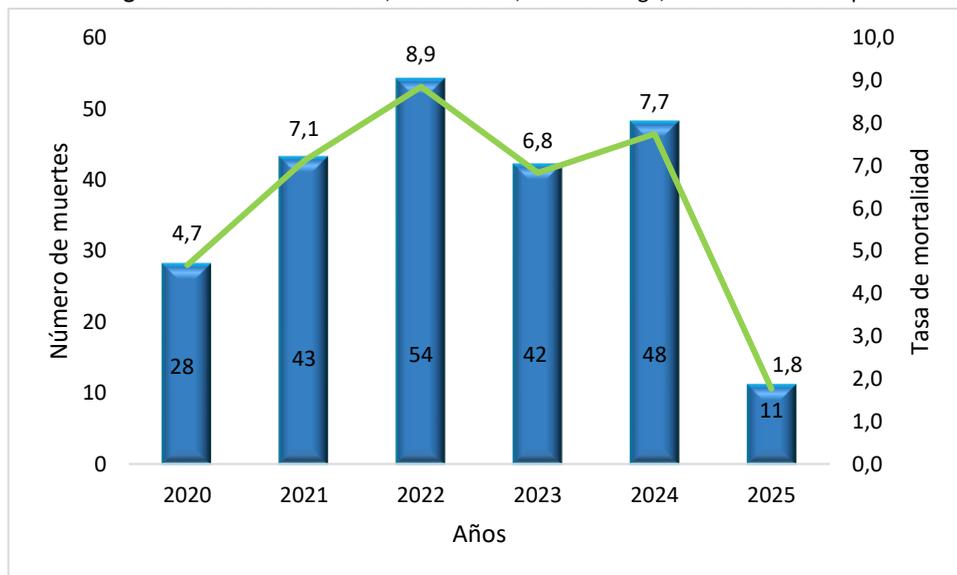
Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

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.

Al analizar la tendencia de las tasas de mortalidad por tuberculosis en el periodo 2020–2024, se observa un comportamiento relativamente estable entre los años 2021 y 2024, con una tasa máxima registrada en 2022 (8,9 por 100.000 habitantes). Posteriormente, se evidencia una reducción del 13,5 % en la tasa de mortalidad al comparar 2024 con el pico observado en 2022. Ver figura 4.

Para el año 2025, con corte a la semana epidemiológica 20, se reportan 11 muertes, correspondientes a una tasa preliminar de 1,8.

Figura 4. Tasa de Mortalidad, tuberculosis, Bucaramanga, 2020 – SE 20 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 isoniacida 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 isoniacida) y que además son resistentes al menos a una fluoroquinolona (levofloxacin o moxifloxacin) y al menos a otro fármaco del “grupo A” (bedaquilina o linezolid) (1). Para la detección temprana de la farmacoresistencia, 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 20 2025 p.

A semana 20 de 2025p se registraron cinco (05) casos de Tuberculosis farmacoresistentes, 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 20 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.

Tabla 5. Casos de tuberculosis según la clasificación de resistencia a medicamentos antituberculosis, Bucaramanga, 2020 a SE 20 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	— — — — — — — —
Total	2	13	15	13	18	4	— — — — — — — —

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Conclusiones

- Se observa un incremento en las incidencias de tuberculosis y el número de casos para tuberculosis sensible y resistente en el 2024 comparado con el 2023, asimismo, mediante la Resolución 227 de 2020. Es de anotar que el incremento en los casos puede asociarse a un aumento en la realización de pruebas moleculares de diagnóstico con mayor sensibilidad, especificidad y oportunidad que la baciloscopia convencional, producto de las recomendaciones realizadas a las entidades territoriales por el Ministerio de Salud y Protección social y el Instituto Nacional de Salud en sus guías nacionales que incluye ajustes en los algoritmos diagnósticos enfatizando en la realización de la prueba de biología 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 20 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.
- 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 con mayor número de casos es la pleural para todos los periodos analizados, para el año 2024 se reportó el 5,27% (32 casos).
- 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.

11 a 17 de mayo de 2025

5. 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%).
6. 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.
7. 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.
8. 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 “.

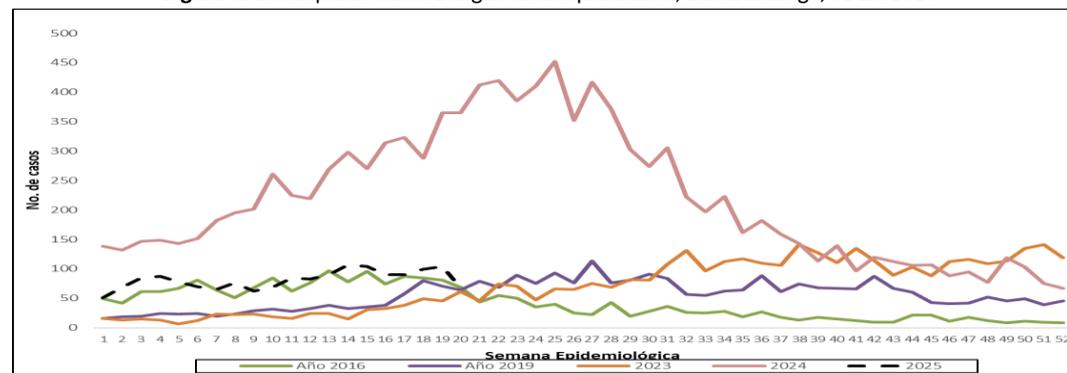
- Fortalecer la vigilancia comunitaria y la búsqueda activa de contactos de personas afectadas por tuberculosis es la principal estrategia para la identificación de casos nuevos, se debe realizar en el entorno laboral, hogar, educativo, comunitario e institucional; esta actividad está bajo la responsabilidad 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.
- Además, debe ser coordinada 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.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia, Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis” Colombia 2016-2025 [Internet]. Minsalud; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/iniciativa-eliminacion>

- Organización Panamericana de la Salud. día mundial de la tuberculosis [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/diamundial-tuberculosis-2025>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La tuberculosis resurge como principal causa de muerte por enfermedad infecciosa [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-11-2024-tuberculosis-resurge-como-principal-causa-muerte-por-enfermedad-infecciosa>
- Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report 2024 [Internet]. Geneva; 2024. Disponible en: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Figura 6. Descripción casos Dengue años epidémicos, Bucaramanga, SE 20 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave en el municipio de Bucaramanga a semana epidemiológica 20 de 2025

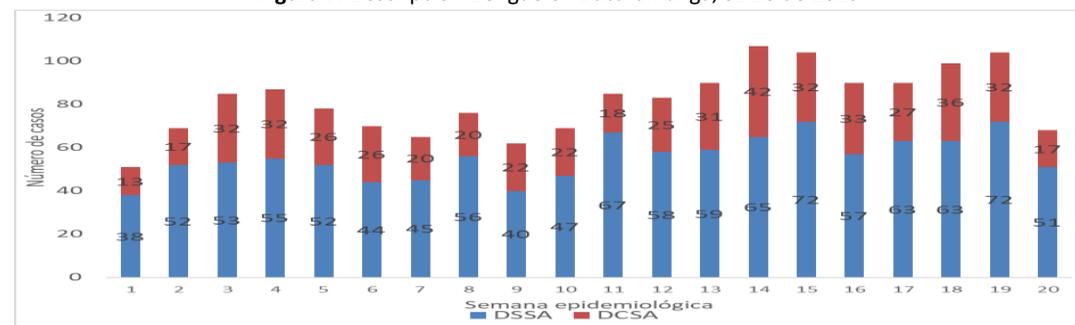
En el transcurso del año 2025 se ha notificado un total de 2.699 casos correspondientes a tres (3) eventos (Dengue, Dengue Grave y mortalidad por DG), de los cuales el 39 % (1.062) fueron descartados o ajustados por procedencia.

Dengue – DSSA/DCSA

Se tiene un acumulado de 1.632 casos a Semana Epidemiológica - SE 20 de 2025. Cabe mencionar que se han notificado 1.132 casos más que los reportados en el 2023 pero 3.004 casos menos que en el 2024 a esta misma SE (Figura 6). Actualmente el Municipio se encuentra en nivel de brote tipo I, con un promedio acumulado de 81 casos notificados por semana.

Se tiene que el 68 % (1.109) corresponden a Dengue sin signos de alarma (DSSA) y el 32 % (523) a Dengue con signos de alarma (DCSA). Figura 7

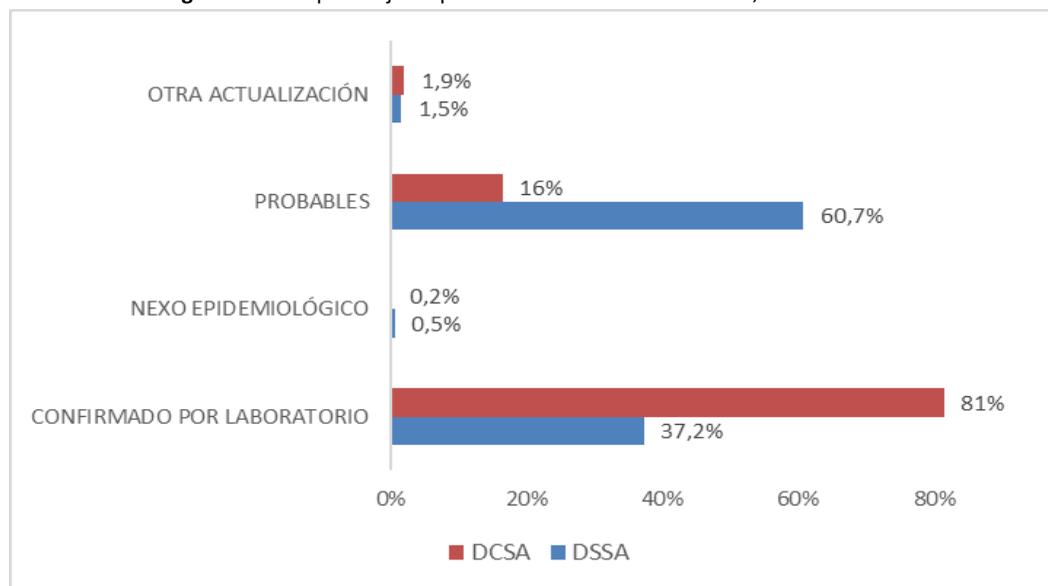
Figura 7. Descripción Dengue en Bucaramanga, SE 20 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

En cuanto al porcentaje de ajuste del evento dengue, se tiene que el 51 % (839) se encuentra confirmado. Mientras que por clasificación final (DSSA y DCSA) se describe en la Figura 8.

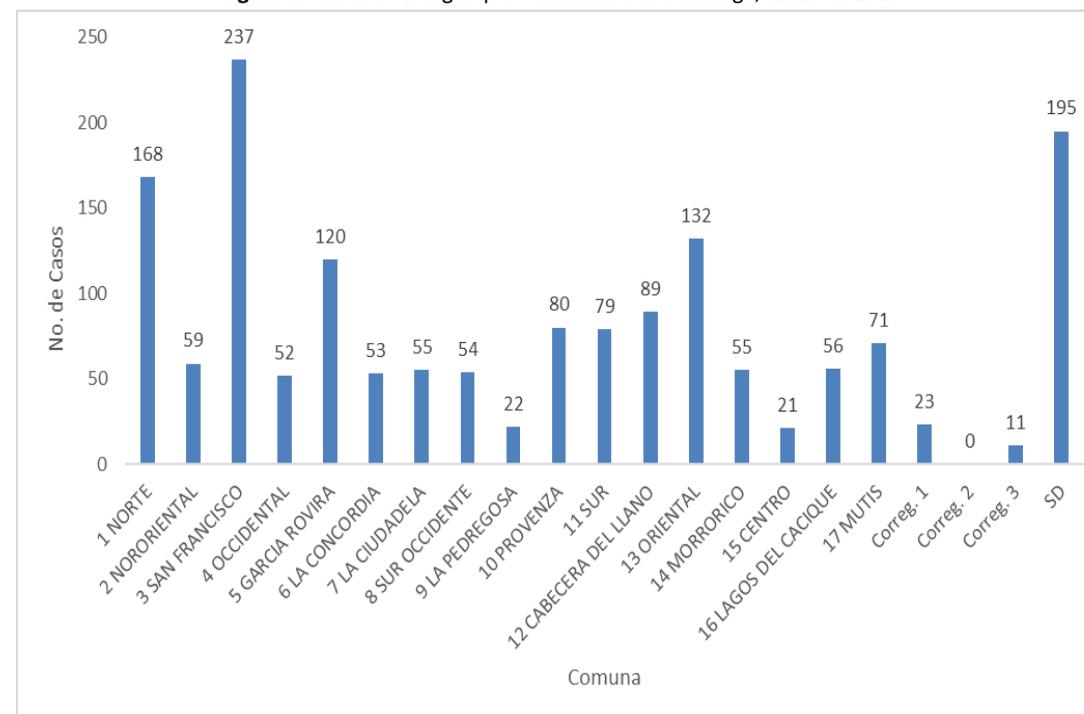
Figura 8. Descripción ajuste por clasificación final del evento, SE 20 de 2025



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 15 % (237), seguido de la Comuna 1 con un 10 % (168), la Comuna 13 con un 8 % (132) y la Comuna 5 con un 7 % (120). Figura 9

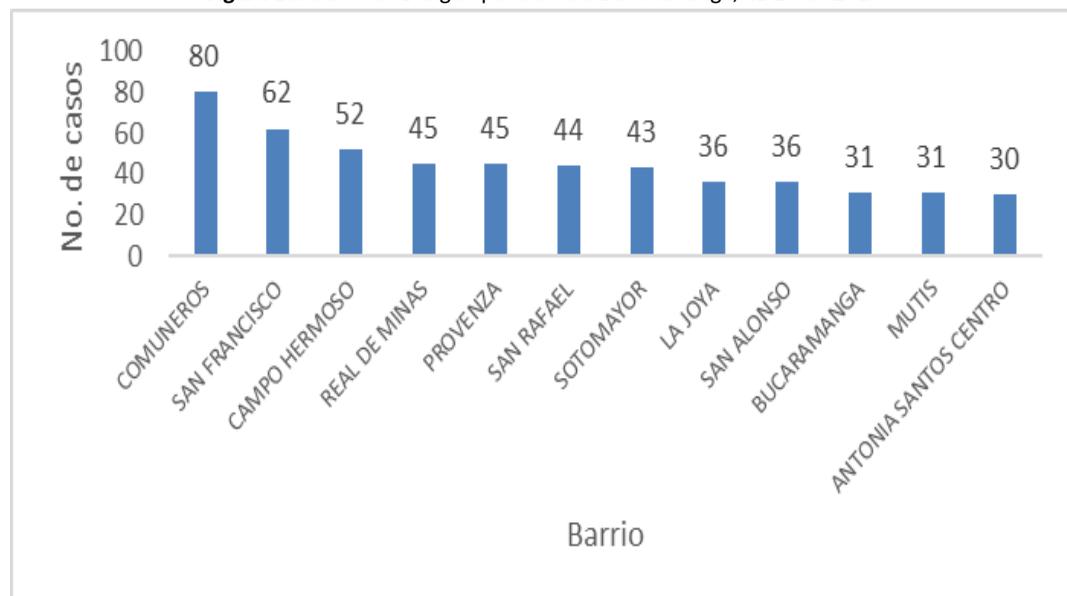
Figura 9. Casos de Dengue por comunas. Bucaramanga, SE 20 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

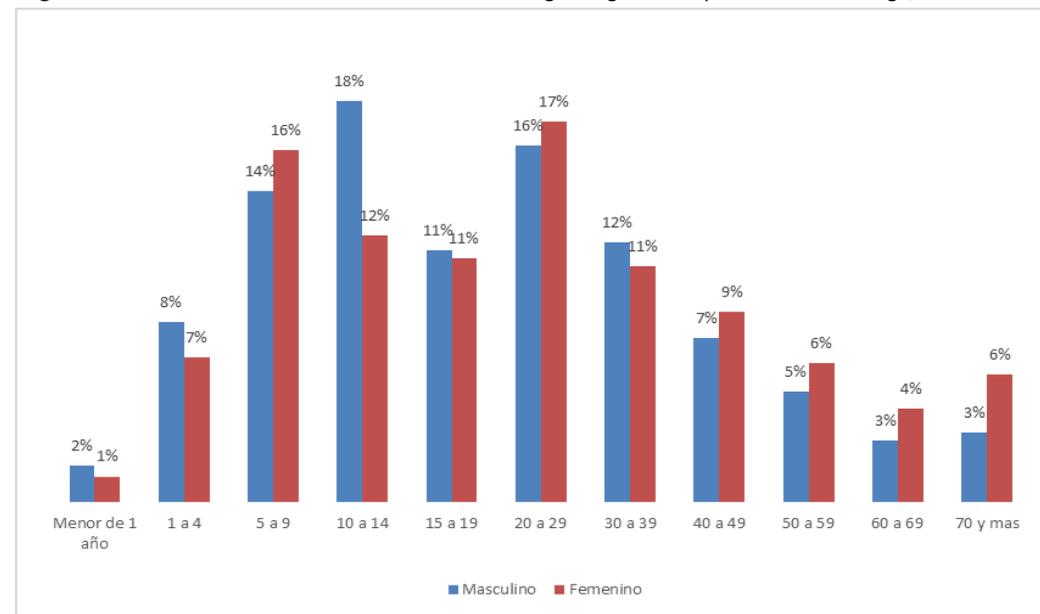
Al analizar el comportamiento del dengue por barrios, Comuneros es el que más registra casos con un 4,9 % (80), seguido de San Francisco con un 3,8 % (62), Campo Hermoso con un 3,2 % (52), Real de Minas y Provenza con un 2,8 % (45) cada uno, San Rafael con un 2,7 % (44) Figura 10

Figura 10. Casos de Dengue por barrios. Bucaramanga, SE 20 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Figura 11. Distribución de frecuencia de casos de Dengue según Edad y Sexo. Bucaramanga, SE 20 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

La distribución de los casos corresponde al 53 % (857) en masculino y 47 % (775) 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 % (156), mientras que en las mujeres el mayor número de casos se presenta en los adultos jóvenes de 20 a 29 años con un 17 % (134). Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 39 % (639) de los casos notificados. Los Adultos > 60 años con un 8 % (129). Se han notificado 4 gestantes (2 DSSA y 2 DCSA) Figura 11

En la Tabla 6 se describe el evento Dengue y Dengue Grave según sexo, área y tipo de seguridad social.

Tabla 6. Dengue y Dengue Grave según Sexo, Área y Tipo de SS. Bucaramanga, SE 20 de 2025

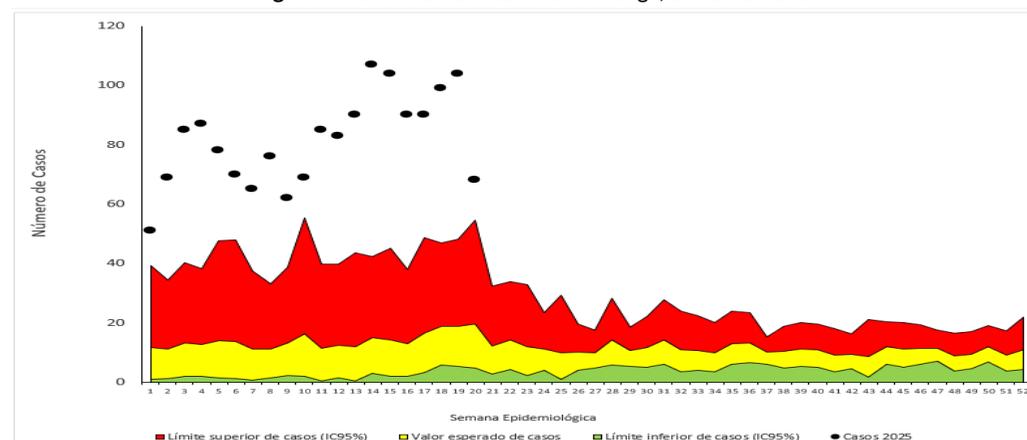
Variables	Dengue	Dengue Grave	Total	%
Sexo	Masculino	3	860	52,6%
	Femenino	1	776	47,4%
Área	Cabecera m/pal	4	1612	98,5%
	Rural Disperso	0	16	1,0%
	Centro Poblado	0	8	0,5%
Tipo SS	Contributivo	1	1142	69,8%
	Subsidiado	3	371	22,7%
	Excepción	0	105	6,4%
	No asegurado	0	8	0,5%
	Indeterminado	0	10	0,6%
	Especial	0	0	0,0%
Total	1632	4	1636	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 261,59 casos X 100.000 Hab riesgo. Tendencia al aumento del -0,3 %.

Figura 12. Canal endémico. Bucaramanga, SE 20 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Dengue Grave

Se han notificado 4 casos los cuales se describen a continuación:

La distribución de los casos corresponde al 75 % (3) en masculino y 25 % (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). El cuarto caso corresponde a masculino de 26 años del barrio Brisas del Paraíso (Comuna 11). Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 50 % (2) de los casos notificados. No se han notificado casos en gestantes y tampoco en adultos mayores. Incidencia acumulada de 0,64 casos X 100.000 Hab riesgo.

Mortalidad por Dengue Grave: A semana Epidemiológica 20 se tiene notificado un (1) caso:

COMUNA / CORREGIMIENTO	BARRIO	SEXO	EDAD	TIPO SS	EAPB	IPS	CLASIFICACIÓN FINAL
11	BRISAS DEL PARAISO	M	26	S	SALUDTOTAL	CHICAMOCHA	Programada para el 5 de junio 2025

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.

Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio)

Tabla 7. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Grave

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
CLINICA CHICAMOCHA SA	4	75%	100%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	1	0%	100%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	13	100%	100%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	1	100%	100%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	1	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	3	100%	100%
TOTAL	23	91%	100%

Fuente: SIVIGILA 2025

Tabla 8. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Con Signos De Alarma

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	58	5%	NA
BATALLÓN DE ASPC NOS HOSPITAL MILITAR BUCARAMGA	7	86%	57%
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	1	0%	NA
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA EPS SANITAS	3	33%	NA
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM	2	100%	NA
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	5	40%	NA
CENTRO MEDICO DR PEDRO CELIS IPS SAS	3	100%	NA
CLINICA CHICAMOCHA SA	191	91%	99%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	13	100%	100%
CLINICA ESPCO-DESAN	34	53%	91%
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	24	100%	96%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	117	85%	99%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	34	97%	91%
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	1	100%	NA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA	1	0%	NA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	50	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	63	87%	95%
INVERSIONES SEQUOIA COLOMBIA SAS	2	50%	NA
IPS COOMULTRASAN CALLE 52	2	100%	NA
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	2	100%	NA
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARA	47	96%	100%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	1	100%	NA
SEDE BOLARQUI	2	100%	NA
SEDE GONZALEZ VALENCIA	150	91%	98%
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	1	0%	NA
SERVICLINICOS DROMEDICA SA	1	0%	100%
UIMIST	22	100%	100%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	53	75%	NA
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER- UIS	1	100%	NA
VIRREY SOLIS IPS SA SOTOMAYOR	1	0%	NA
TOTAL	892	83%	83%

Fuente: SIVIGILA 2025

Datos Plataforma RUAUF-ND V2 (corte a 24 de mayo de 2025)

Durante el periodo enero-abril de 2025, se evidenciaron cambios en los patrones de nacimientos y defunciones en el municipio de Bucaramanga, con un aumento leve de defunciones no fetales y una disminución de nacidos vivos en comparación con el mismo periodo de 2024.

DEFUNCIONES

Total, de defunciones registradas 2025: 1.301

Comparativo 2024: 1.249

- **No fetales:** 1.230 (aumento de 64 casos)
- **Fetales:** 71 (disminución de 12 casos)

Distribución por edad (principales rangos):

- 80-89 años: 288 casos
- 70-79 años: 269 casos
- 60-69 años: aumento significativo de 30 casos frente a 2024

Distribución por sexo:

- Masculino: aumento de 66 defunciones
- Femenino: leve disminución de 2 casos

Tasa de mortalidad general: 2,0 por cada 1.000 habitantes

NACIDOS VIVOS

Total, de nacidos vivos 2025: 1.486

Comparativo 2024: 1.579

- Reducción total: 93 nacimientos menos

Distribución por sexo:

- Femenino: 709 (66 menos que en 2024)
- Masculino: 777 (27 menos que en 2024)

Edad materna predominante:

- 25 a 29 años: 399 nacimientos
- 20 a 24 años: 351 nacimientos
- 30 a 34 años: 353 nacimientos (mayor reducción frente a 2024)

Multiplicidad del parto:

- Partos simples: 98,6%
- Partos múltiples: descenso frente a 2024 (de 36 a 20 casos)

Tipo de parto:

- Cesárea: 55,18%
- Espontáneo: 44,41%
- Instrumentado: leve aumento (de 4 a 6 casos)

CONCLUSIONES

- Se mantiene la tendencia de **mayor mortalidad en adultos mayores**, especialmente entre los 80 y 89 años.
- Disminuye la natalidad en mujeres entre 20 y 34 años, lo cual podría reflejar cambios sociodemográficos.
- La tasa de mortalidad permanece estable con una leve alza.
- La mayoría de partos continúan siendo por vía cesárea.

IMPORTANCIA DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES

Las estadísticas vitales permiten:

- Evaluar la efectividad de los programas de salud materno-infantil.
- Identificar causas prioritarias de mortalidad por edad y sexo.
- Orientar la planificación de servicios y recursos en salud.
- Mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Evaluación de Riesgo para la Salud Pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas

Esta evaluación rápida de riesgos (RRA por sus siglas en inglés) tiene como objetivo evaluar el riesgo actual para la salud pública asociado al aumento de casos de fiebre amarilla en el 2025 en los países endémicos de la Región de las Américas.

Este RRA se ha realizado considerando los siguientes criterios:

- 1) El riesgo potencial para la salud humana incluyendo el riesgo de exposición, el comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad, los indicadores de magnitud y gravedad, así como los factores de riesgo y determinantes más detallados, con base en la tendencia creciente de casos confirmados durante 2024 y 2025, y la tasa de letalidad que fue del 50% en 2024 y del 40% en 2025.
- 2) El riesgo de diseminación, en particular la posible propagación a áreas que históricamente han sido clasificadas como de bajo riesgo para la enfermedad, incluida la posibilidad de que una ola zoonótica se extienda a Panamá y otras áreas ecológicamente adecuadas.
- 3) El riesgo para la salud pública sobre las distintas capacidades de detección temprana, prevención y control en los países endémicos, la baja cobertura de vacunación, así como los desafíos relacionados a un escenario de escasez de vacunas contra la fiebre amarilla en la Región de las Américas.

El riesgo general relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas, especialmente en los países endémicos, se clasifica como "Alto" con un nivel de confianza "Alto" basado en la información disponible.

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica aguda que es endémica en doce países y un territorio de la Región de las Américas: Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago y la República Bolivariana de Venezuela. La enfermedad ha causado numerosas epidemias con altas tasas de letalidad (TL) a lo largo de la historia. La fiebre amarilla puede ser difícil de distinguir de otras fiebres hemorrágicas virales como el arenavirus, el hantavirus o el dengue. En el contexto en el que se están presentado brotes de dengue, el diagnóstico de la enfermedad, especialmente durante las primeras fases, puede resultar difícil, especialmente cuando los trabajadores de la salud carecen de experiencia en la detección y el manejo de casos

En 2024, se confirmaron 61 casos humanos de fiebre amarilla en la Región de las Américas, incluyendo 30 defunciones (TL= 50%), distribuidos en cinco países: Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 20 del 2025, se han notificado 221 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 89 defunciones (TL= 40%) en cinco países. Esto muestra un aumento de más de ocho veces en comparación con el mismo período del 2024 (27 casos). Los casos del 2025 se han reportado en: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú. En 2024, los casos se notificaron principalmente en toda la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En contraste, en 2025, los casos se registran principalmente en el estado de São Paulo en Brasil y el departamento del Tolima en Colombia, regiones fuera de la región amazónica de estos dos países. El riesgo de introducción en entornos urbanos existe siempre que se intensifican los ciclos de transmisión selvática.

El riesgo de brotes de fiebre amarilla en la Región de las Américas es actualmente clasificado como alto. La mayoría de los casos notificados durante 2024 y 2025 no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla. Los niveles regionales de cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla en niños de 9 a 18 meses no eran óptimos antes de la pandemia de COVID-19, y han disminuido aún más entre 2020 y 2023, aumentando el número de poblaciones susceptibles. En 2023, Ecuador y Guyana alcanzaron coberturas de vacunación contra la fiebre amarilla superiores o iguales al 95%, mientras que Suriname y Trinidad y Tabago, reportaron coberturas entre el 90% y el 94%. Colombia reportó 86%, Paraguay 81% y seis países (Argentina, Bolivia, Brasil, Panamá, Perú y Venezuela) tuvieron una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla inferior al 80%.

En 2024, Guyana alcanzó coberturas mayores o iguales al 95%, Colombia y Trinidad y Tabago se ubicaron entre el 90% y el 94%, Ecuador, Paraguay y Suriname reportaron una cobertura entre el 80 y el 90%, mientras que Bolivia, Brasil, Perú y Venezuela se mantienen por debajo del 80%. Aún no se dispone de datos de cobertura para Argentina y Panamá. Aunque las capacidades de vigilancia, diagnóstico y vacunación han mejorado en los países endémicos, la fluctuación del suministro mundial de vacunas contra la fiebre amarilla sigue planteando un desafío. A partir de 2025, el suministro regional de vacunas sigue siendo muy limitado y no es suficiente para cubrir la demanda anual regional rutinaria. El aumento de los casos confirmados de fiebre amarilla en la Región de las Américas ha remarcado la necesidad de reforzar la vigilancia, la vacunación de las poblaciones en riesgo y las estrategias de comunicación de riesgos entre las comunidades afectadas y para los viajeros que van a zonas donde se recomienda la vacunación. La exposición sistemática de los casos de fiebre amarilla a las actividades relacionadas con áreas selváticas pone de relieve la necesidad de adoptar enfoques dirigidos a los trabajadores de alto riesgo, las personas que trabajan en zonas silvestres o boscosas, como los leñadores, los agricultores y los profesionales del ecoturismo.

Es necesario fortalecer el manejo clínico desde la identificación temprana, considerando en estos grupos de riesgo la sospecha inicial de fiebre amarilla, además del diagnóstico diferencial como otras enfermedades, por ejemplo, dengue, leptospirosis. De acuerdo con la clasificación de caso, los pacientes deben ser monitoreados en centros de salud con capacidad de resolución clínica e infraestructura de laboratorio clínico para dar seguimiento a la gravedad y permitir la derivación oportuna a la atención terciaria para el manejo de casos graves y complicaciones, para reducir la letalidad. Se recomienda designar hospitales de referencia para tratar a estos pacientes y, cuando no haya capacidad en el nivel primario o secundario, enviar a los pacientes directamente a estos hospitales de tercer nivel. Este enfoque debe difundirse entre los trabajadores de la salud en áreas endémicas. Además, se alienta a los países a que consideren la posibilidad de establecer reservas de vacunas a partir de sus existencias habituales, en función de la disponibilidad de las mismas, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes.

EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

Resumen de los brotes de fiebre amarilla en curso o notificados por país en 2025, hasta el 16 de mayo (Colombia):

Desde el inicio del brote de fiebre amarilla a principios del 2024 hasta el 13 de mayo de 2025, se han notificado un total de 87 casos confirmados de fiebre amarilla en Colombia, incluidas 39 defunciones. En 2025, se notificaron un total de 64 casos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 26 defunciones. Los casos fueron residentes de los siguientes departamentos: Caldas (n= 1 caso fatal), Cauca (n= 1 caso fatal), Guaviare (n= 1 caso fatal), Meta (n= 2 casos fatales), Putumayo (n= 3 casos, incluyendo un caso fatal) y Tolima (n= 56 casos, incluyendo 20 casos fatales). Los casos tenían edades comprendidas entre los 2 y los 83 años, con inicio de los síntomas entre el 6 de enero y el 4 de mayo del 2025. Todos los casos tenían antecedentes de

exposición a zonas de riesgo de fiebre amarilla, definidas por el país. Dos de los casos tenían antecedentes documentados de vacunación contra la fiebre amarilla. Hasta el 13 de mayo del 2025, se habían confirmado 41 epizootias de fiebre amarilla en primates no humanos en el país, incluidas 33 epizootias en el departamento de Tolima, siete en el departamento de Huila y una en el departamento de Meta. El actual brote de fiebre amarilla de casos humanos en el departamento del Tolima, que comenzó el 8 de octubre del 2024, se originó en la zona rural adyacente a la zona suroeste del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, y actualmente afecta a doce municipios: Ataco (n= 11 casos), Chaparral (n= 1 caso), Cunday (n= 15 casos), Dolores (n= 2 casos), Espinal (n= 1 caso), Ibagué (n= 1 caso), Melgar (n= 1 caso), Palo Cabildo (n= 1 caso), Prado (n= 16 casos), Purificación (n= 5 casos), Valle de San Juan (n= 1 caso fatal) y Villarrica (n= 15 casos). Las edades oscilaron entre los 11 y los 89 años, y la fecha de inicio de los síntomas entre el 8 de septiembre del 2024 y el 4 de mayo del 2025. En el departamento del Tolima se registran 26 defunciones, con una tasa de letalidad de 37,7%.

EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

Cobertura de vacunación

Figura 13. Cobertura oficial de vacunación con vacuna contra la fiebre amarilla. Países de la Región de las Américas*, 2014-2024

Países	Años										
	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Argentina		57	74	74	81	89	79	74	72	60	51
Bolivia	66	67	67	71	72	77	84	82	89	88	73
Brasil	73	70	61	58	57	60	58	44	43	99	102
Colombia	90	86	75	86	84	90	87	88	77	54	92
Ecuador	83	96	70	70	79	84	85	84	96	78	86
Guyana	100	102	102	94	95	94	96	100	99	100	100
Panamá		59	80	73	69	107	85	92	81	60	69
Paraguay	83	81	54	52	65	70	80	79	80	71	63
Perú	64	61	52	61	50	57	75	62	65	67	65
Suriname	86*	93	94	79	62	75	81	98	79	86	79
Trinidad y Tabago	94	90	93	91	89	98	88	95	85	91	96
Venezuela	71	56	47*	76	82	80	35	83	84	85	82

<80%
80-89%
90-94%
>=95%

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla (FA). Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 15 de mayo del 2025]. Disponible en: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/yellow-fever-\(yf\)-vaccinationcoverage?CÓDIGO=ARG+BOL+BRA+COL+ECU+GUY+PAN+PRY+PER+SUR+TTO+VEN&YEAR=](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/yellow-fever-(yf)-vaccinationcoverage?CÓDIGO=ARG+BOL+BRA+COL+ECU+GUY+PAN+PRY+PER+SUR+TTO+VEN&YEAR=)

Fortalezas y vulnerabilidades de los países y territorios de la Región de las Américas en relación con la fiebre amarilla, mayo del 2025 (ver: https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-may-23-phe-evaluacion-riesgo-fiebre-amarilla-esfinal_0.pdf)

Bibliografía

OPS/OMS. Evaluación de Riesgo para la Salud Pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas. 23 de mayo del 2025 https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-may-23-phe-evaluacion-riesgo-fiebre-amarilla-esfinal_0.pdf

ALERTA SANITARIA (INVIMA)

Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos Alerta No. 163-2025 Bogotá, 22 mayo 2025.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), advierte a la ciudadanía sobre la Falsificación del medicamento SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE. La falsificación del producto fue confirmada y notificada al INVIMA por parte del Instituto Nacional de Salud como titular del registro sanitario. En Colombia, el medicamento SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE cuenta con registro sanitario número INVIMA 2019M-0013350-R1, en estado TEMPORALMENTE NO COMERCIALIZADO, bajo la modalidad de FABRICAR y VENDER, y el establecimiento Instituto Nacional de Salud como titular de registro sanitario.

Imagen 1. Alerta Sanitaria Suero Antiofídico Polivalente

SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE

Registro sanitario: 2019M-0013350-R1

Titular del registro: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Fuente de la alerta: Denuncia

No. Identificación interno: MA2505-054



Se aclara que, en relación con el estado del registro sanitario marcado como “Temporalmente no comercializado”, y, conforme a la información previamente conocida, el titular del registro confirmó que el 28 de marzo del presente año se envió el reporte correspondiente, informando que el producto no sería comercializado durante un período de dos meses. No obstante, durante ese tiempo, el producto no fue distribuido de manera generalizada, sino que su entrega se priorizó en zonas con mayor riesgo de accidentes. Adicionalmente, se indicó que se enviará la notificación respectiva para reanudar su comercialización.

A continuación, se reporta la descripción detallada sobre este caso y las diferencias significativas entre el producto auténtico y el fraudulento:

- Se evidencian inconsistencias en la presentación del producto registrado en la imagen, que difiere de la presentación oficial de los viales autorizados y distribuidos por el INS.
- Los viales presentan diferencias significativas en el color ámbar y en el tipo de tapón, en comparación con el producto original autorizados y distribuidos por el INS.

El producto de la presente alerta es considerado fraudulento, conforme lo establecido en el artículo 2 literal c, Decreto 677 de 1995, la norma en comento especifica: “(...) El que no proviene del titular del Registro Sanitario, del laboratorio fabricante o del distribuidor o vendedor autorizado, de acuerdo con la reglamentación (...) (sic).

De acuerdo con la normatividad sanitaria vigente, se trata de un producto fraudulento que, NO ofrece garantías de calidad, seguridad y eficacia, representando un riesgo para la salud de los consumidores. Adicionalmente, se desconoce su contenido real, trazabilidad, condiciones de almacenamiento y transporte.

Fuente: INVIMA. Alerta Sanitaria. Medicamentos y Productos Biológicos Alerta No. 163-2025 Bogotá, 22 mayo 2025 https://app.invima.gov.co/alertas/ckfinder/userfiles/files/ALERTAS%20SANITARIAS/medicamentos_pbiologicos/2025/MAYO/Alerta%20No.%20%23163-2025%20-%20%20.pdf

En varias oportunidades, el Invima ha alertado sobre los riesgos que tienen este tipo de productos para la salud de quienes los utilizan, e igualmente hace alusión a propiedades no autorizadas que dan lugar a expectativas falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad de los productos.

Igualmente, se hace un llamado a la ciudadanía para que siempre verifique el número de registro sanitario del producto antes de utilizarlo, confirmando su autenticidad a través del siguiente link: <https://www.invima.gov.co/consulta-registros-sanitarios>, seleccionando en grupo, el tipo de producto (medicamento, suplemento dietario, etc.) y realizando la búsqueda por nombre de producto, registro sanitario o principio activo.

Medidas para la comunidad en general

1. Absténgase de adquirir el producto SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE con las características indicadas anteriormente.
2. No compre medicamentos ni productos Fitoterapéuticos, ni suplementos dietarios sin registro sanitario vigente, ya que estos productos pueden contener ingredientes que ponen en riesgo su salud. Tenga en cuenta que muchos de estos productos fraudulentos se comercializan en sitios de internet, redes sociales y cadenas de WhatsApp.
3. Si está consumiendo este producto:
 - a) Suspenda de inmediato su uso, debido a los riesgos que puede representar para su salud.
 - b) Informe de manera inmediata al Invima o entes de salud territorial los datos que conozca sobre los lugares donde se distribuya o comercialice estos productos.

c) Si ha presentado algún evento adverso, asociado a su consumo, repórtelo de manera inmediata a del correo electrónico invimafv@invima.gov.co

4. Informe de manera inmediata al Invima o entes de salud territorial si por cualquier motivo usted tiene conocimiento de lugares donde se distribuya o comercialice estos productos.

5. En el evento de encontrar pacientes que consuman el medicamento SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE indicado en la imagen, se debe indicar la suspensión del consumo de este e informar sobre los posibles riesgos para la salud que se pudieran presentar.

6. Notifique al Invima sobre la adquisición de producto mencionado con los datos suministrados por los pacientes sobre la dirección y medio de adquisición del producto fraudulento

Bibliografía

INVIMA, Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos Alerta No. 163-2025 Bogotá, 22 mayo 2025.

https://app.invima.gov.co/alertas/ckfinder/userfiles/files/ALERTAS%20SANITARIAS/medicamentos_pbiologicos/2025/MAYO/Alerta%20No_%20%23163-2025%20-%20%20.pdf

Semana epidemiológica **20**

TEMAS CENTRALES

Tuberculosis

Dengue

EEVV

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

Equipo Técnico y profesional Grupo SIVIGILA

Paola Alexandra Suárez Suárez

Duby Quiñonez Carreño

Yamileyny Gutiérrez Lozada

Autoras temas

Paola Alexandra Suárez Suárez

Autora tema Tuberculosis

Nadia Jimena Rojas Lozada

Autora Dengue

Nathalie Rodríguez; Christian Ortiz

Autores EEVV

María Alejandra Beltrán López

Autora Alertas epidemiológicas

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