Boletín Epidemiológico SEMANAL

ALCALDÍA DE BUCARAMANGA | Secretaría de Salud y Ambiente

Boletín: 0008

Semana Epidemiológica 42 del 13 al 19 de octubre 2024

INTRODUCCIÓN

El Boletín Epidemiológico Semanal es una publicación informativa que ofrece un análisis del comportamiento de eventos prioritarios en salud pública. Los eventos se seleccionan de acuerdo con el cronograma de la agenda metropolitana y las fechas relevantes establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como por el Instituto Nacional de Salud (INS) y/o el comportamiento de los Eventos de Interés de Salud Pública Nacional o internacional. Además, se incluyen aquellos eventos que, debido a un aumento inusual en el número de casos, requieren un análisis y revisión detallada por parte del programa (alertas epidemiológicas).

Recordamos que estos eventos son supervisados por la Secretaría de Salud Departamental de Santander y el Instituto Nacional de Salud (INS). En el boletín se presentan los casos notificados por las instituciones de salud del municipio (UPGD-UI) de Bucaramanga. Las cifras de casos y muertes publicadas están siempre sujetas a verificación y análisis, ya que el número de casos puede ajustarse debido a notificaciones tardías y a la depuración por calidad de los datos. Es por esto que esta herramienta permite comprender el comportamiento de los eventos en salud pública, que se complementa con el análisis de cada uno de los referentes del programa, lo que permite enriquecer la interpretación de los datos.

Tema central Boletín: Comportamiento de la notificación semanal (Generalidades EISP), Dengue, Dengue Grave y Mortalidad por Dengue, Investigaciones Epidemiológicas de Campo y Búsquedas Activas Comunitarias, Varicela (brote E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo), S.E 42 de 2024p. **Alerta epidemiológica en las Américas y Colombia**: Alerta y Emergencia en todo el Territorio Nacional por Fiebre Amarilla.

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN

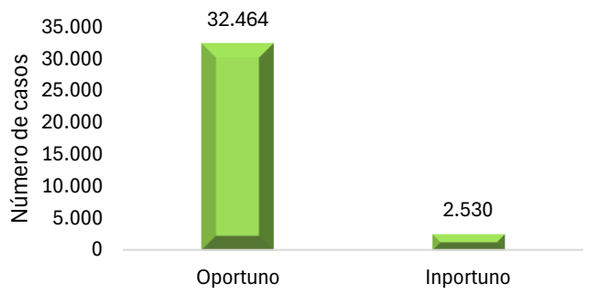
Para la semana 42 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir del 100%.

Indicadores de Oportunidad

Notificación UNM: En cuanto a la notificación municipal, la oportunidad de notificación a la secretaria de Salud Departamental fue del 100%.

Oportunidad en la notificación por evento: La oportunidad acumulada hasta la presente semana es de 92,77% (32.464/34.994), pese a que el resultado del indicador se encuentra dentro de los parámetros de cumplimiento, se continúa solicitando a los referentes de SIVIGILA de las UPGD-UI oportunidad de la notificación no solo en las notificaciones semanales, sino en los eventos de notificación inmediata. Ver figura 1.

Figura 1. Oportunidad en la notificación de eventos de interés en Salud Pública S.E 42 de 2024.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2024

A semana 42, se han reportado un total de 34.994 eventos de interés en salud pública, incluida la notificación negativa, eventos de los cuales 33.203 fueron reportados por instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del municipio de Bucaramanga.

En relación con la oportunidad de la notificación inmediata el 73,3% (1.875/ 2.557) de los casos fueron oportunos, es decir, que fueron notificados en las primeras 24 horas. En cuanto a la notificación semanal, el 94,30% (30.5892/32.437) de los casos fueron oportunos, es decir, que fueron notificados dentro de los siguientes 8 días después de haber sido captados los casos.

Oportunidad en el ajuste de casos

A la fecha se han reportado un total de 17.489 eventos de interés en salud pública que ingresaron al sistema como sospechosos o probables, excluyendo los casos de Violencia (teniendo en cuenta que los casos de violencia de género e intrafamiliar ingresan y permanecen en el sistema como casos sospechosos, el único ajuste al tipo de caso permitido es el ajuste D: “error de digitación”). Quedando entonces un total de 15.089 casos. A semana 42 se han ajustado un total de 9.611 casos de manera oportuna y 1.024 de manera inoportuna.

Cumplimiento en el ajuste de casos

De los 14.854 eventos de interés en salud que requieren ajuste, el 64,2% (9.681/ 15.089) de los casos tiene ajuste final, quedando pendiente el 35,8% (5.408), así mismo, del total de casos notificados en Bucaramanga la oportunidad de ajuste fue del 57,2% (8.630/ 15.089). Ver tabla 1.

Tabla 1. Ajustes pendientes S.E. 42 Bucaramanga 2024p*

Evento De Interés	Total
Cáncer En Menores De 18 Años	9
Chagas	13
Chikungunya	3
Defectos Congénitos	6
Dengue Grave	4
Dengue con signos de alarma	454
Dengue sin signos de alarma	4830
Intoxicaciones	2
Leptospirosis	63
Lesiones De Causa Externa	2
Enfermedad Transmitida Por Alimentos O Agua (ETA)	2
Mortalidad Por Dengue	11
Tos Ferina	6
Vigilancia Integrada De Muertes En Menores De Cinco Años Por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda Y/O Desnutrición	1
Zika	2
Total	**5.408**

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2024

Dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave en el municipio de Bucaramanga a semana epidemiológica 42 de 2024

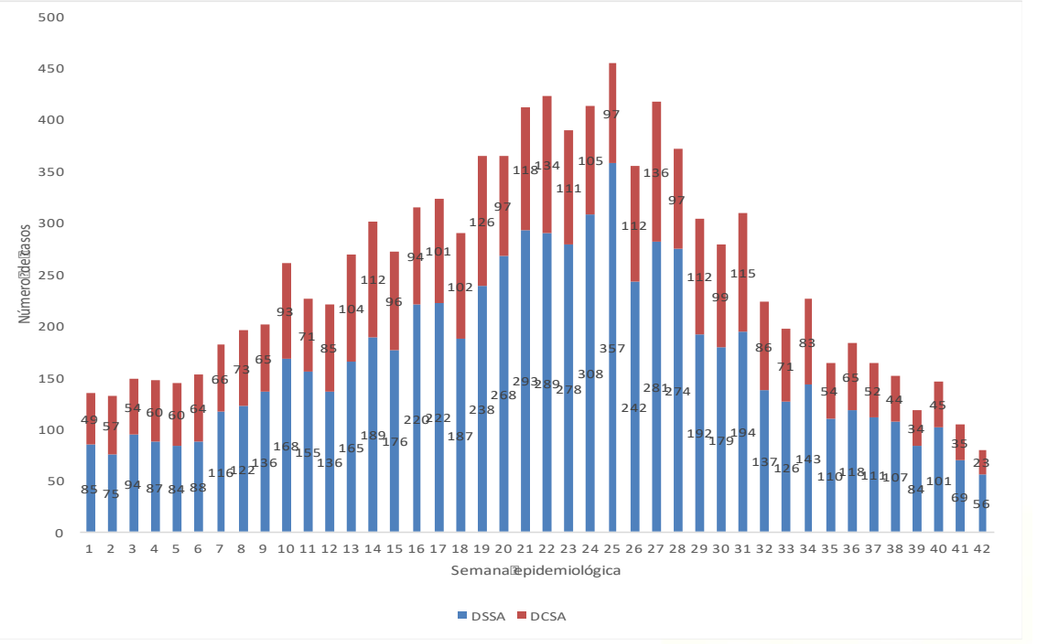
En el transcurso del año 2024 se han notificado un total de 15.147 casos correspondientes a tres (3) eventos (Dengue, Dengue Grave y mortalidad por DG), de los cuales el 30 % (4.526) fueron descartados o ajustados por procedencia.

Dengue – DSSA/DCSA

Se tiene un acumulado de 10.517 casos a la semana 42 de 2024. Se ha superado el total de casos notificado en los años epidémicos 2010, 2014, 2016, 2019 y 2023. Actualmente el Municipio se encuentra en nivel de brote tipo I, con un promedio acumulado de 250 casos notificados por semana. No obstante, en el último periodo se tiene un promedio de 130 casos semanales.

Se tiene que el 67 % (7.060) corresponden a Dengue sin signos de alarma (DSSA) y el 33 % (3457) a Dengue con signos de alarma (DCSA). La SE 25 es la que registró la mayor cantidad de casos notificados (454). Mientras que en la SE 27 se notificó la mayor cantidad de DCSA (136). Figura 2.

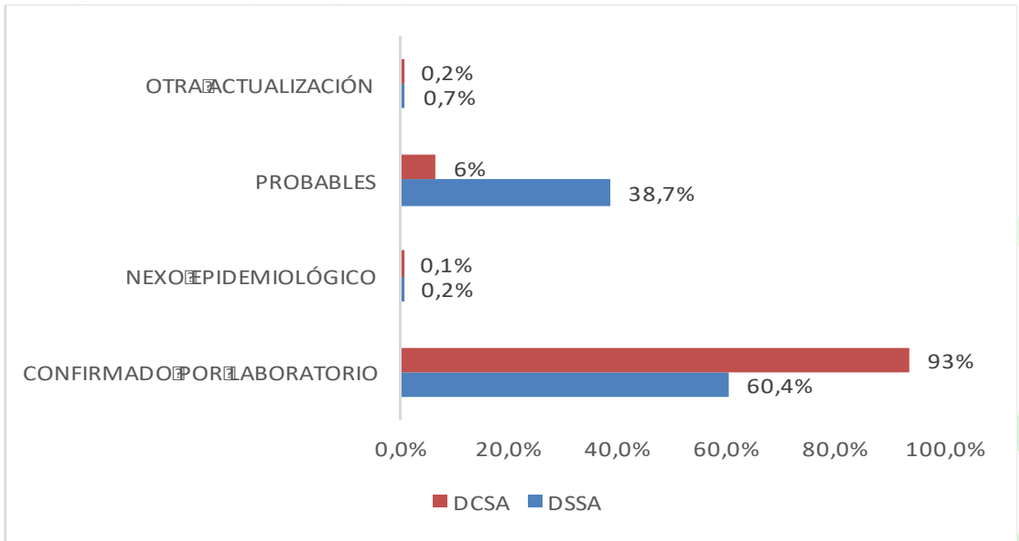
Figura 2. Descripción Dengue en Bucaramanga, SE 42 de 2024



Fuente: SIVIGILA 2024

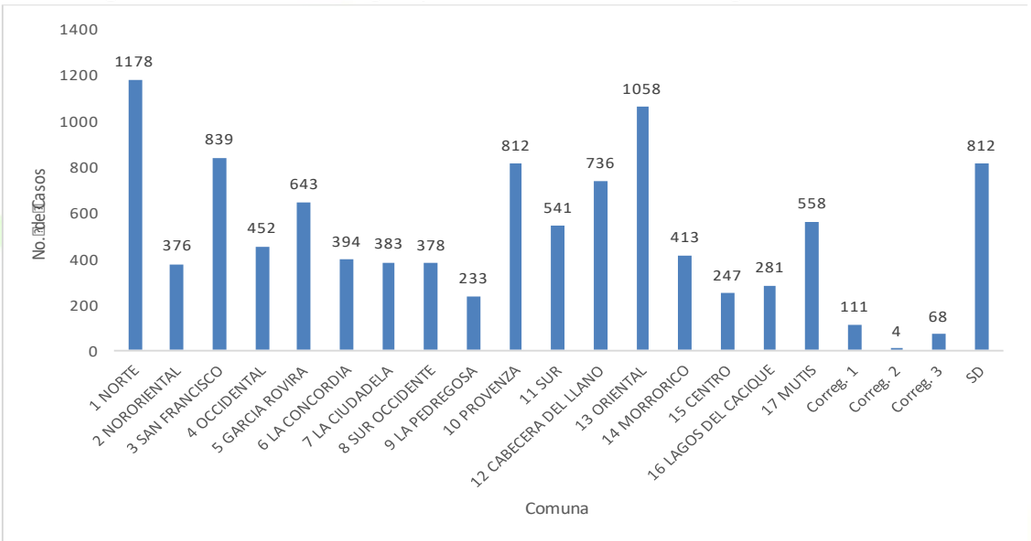
En cuanto al porcentaje de ajuste del evento dengue, se tiene que el 71 % (7490) se encuentra confirmado. Mientras que por clasificación final (DSSA y DCSA) se describe en la Figura 3.

Figura 3. Descripción ajuste por clasificación final del evento, SE 42 de 2024



Fuente: SIVIGILA 2024

Figura 4. Casos de Dengue por comunas. Bucaramanga, SE 42 de 2024

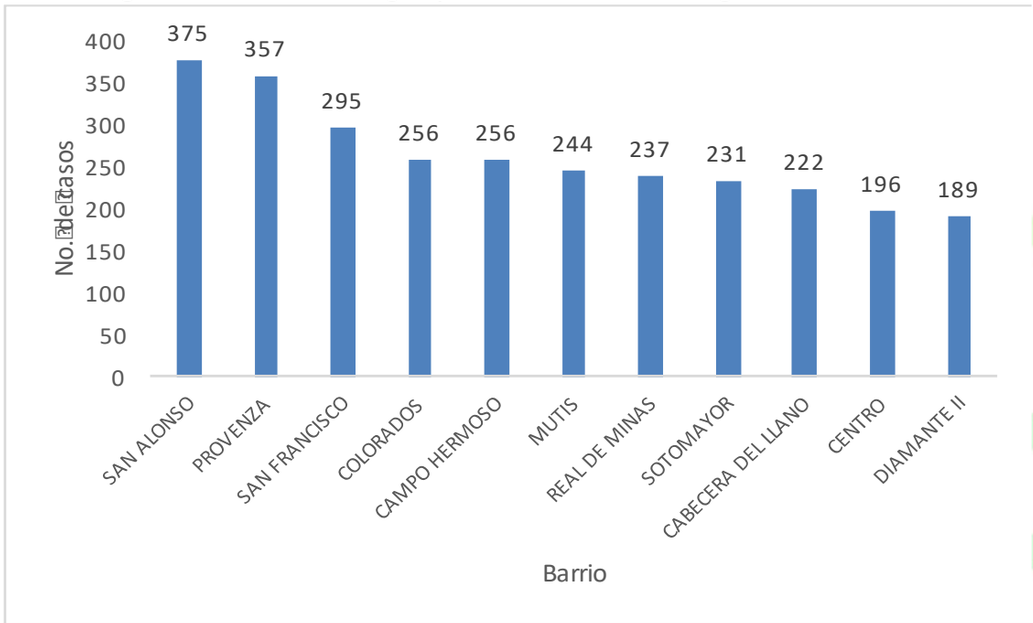


Fuente: SIVIGILA 2024

Respecto, al comportamiento del dengue por comunas se encuentra que la Comuna 1 ha presentado el mayor número de casos con un 11 % (1.178), seguido de la Comuna 13 con un 10 % (1.058), Comuna 3 y 10 con un 8 % (839) cada una, Comuna 12 con un 7 % (736) y la Comuna 5 con un 6 % (643). Figura 4.

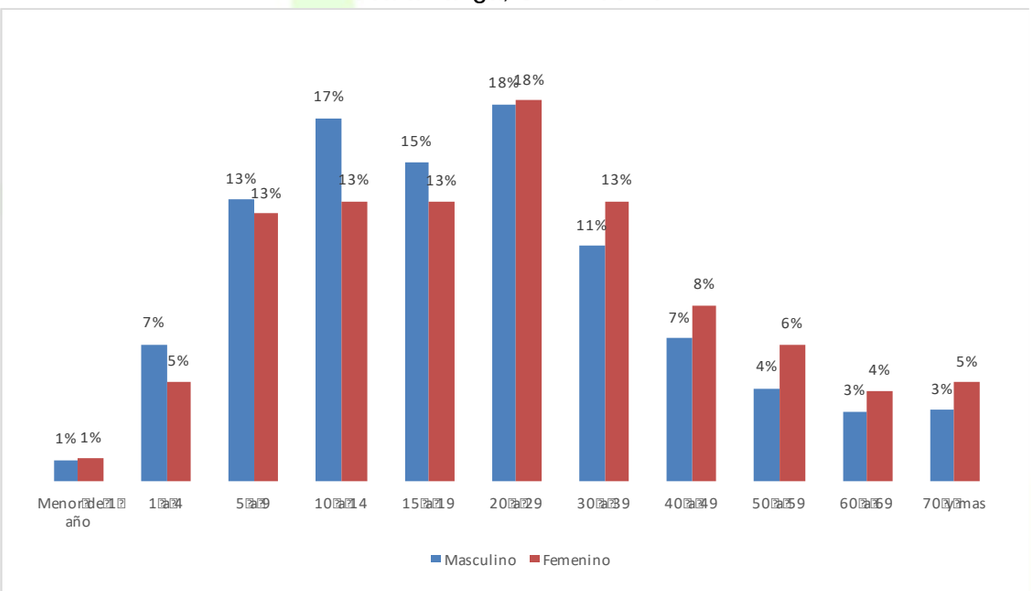
Al analizar el comportamiento del dengue por barrios, se encontró San Alonso con un 3,6 % (375), seguido de Provenza con un 3,4 % (357), San Francisco con un 2,8 % (295), Colorados y Campo Hermoso con un 2,4 % (256) cada uno, Real de Minas y Mutis con un 2,3 % (244) cada uno. Figura 5.

Figura 5. Casos de Dengue por barrios. Bucaramanga, SE 42 de 2024



Fuente: SIVIGILA 2024

Figura 6. Distribución de frecuencia de casos de Dengue según Edad y Sexo. Bucaramanga, SE 42 de 2024



Fuente: SIVIGILA 2024

La distribución de los casos tanto en hombre y mujeres corresponde a un 50 % cada uno. Por grupo de edad en hombres y mujeres el mayor número de casos se presenta en los adultos jóvenes de 20 a 29 años con un 18 % (948) cada uno. Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 35 % (3670) de los casos notificados. Adulto > 60 años con un 8 % (822). Se han notificado 50 gestantes (31 DSSA y 19 DCSA) Figura 6.

En la Tabla 2 se describe el evento Dengue y Dengue Grave según sexo, área y tipo de seguridad social.

Tabla 2. Dengue y Dengue Grave según Sexo, Área y Tipo de SS. Bucaramanga, SE 42 de 2024

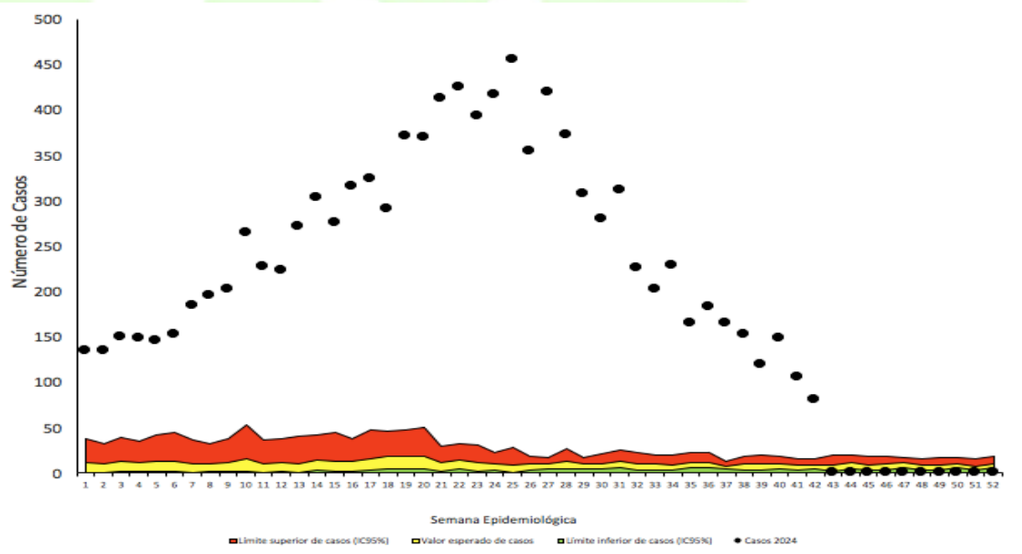
Variables		Dengue	Dengue Grave	Total	%
Sexo	Masculino	5249	50	5299	50,0%
	Femenino	5268	38	5306	50,0%
Área	Cabecera m/pal	10335	85	10420	98,3%
	Rural Disperso	83	2	85	0,8%
	Centro Poblado	99	1	100	0,9%
Tipo SS	Contributivo	7307	43	7350	69,3%
	Subsidiado	2699	41	2740	25,8%
	Excepción	339	3	342	3,2%
	No asegurado	54	0	54	0,5%
	Indeterminado	32	0	32	0,3%
	Especial	86	1	87	0,8%
Total		**10517**	**88**	**10605**	**100,0%**

Fuente: SIVIGILA 2024

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, tendencia al aumento del – 29,5 %. Incidencia acumulada de 1687,34 casos X 100.000 Hab riesgo.

Figura 7. Canal endémico. Bucaramanga, SE 42 de 2024



Fuente: SIVIGILA 2024

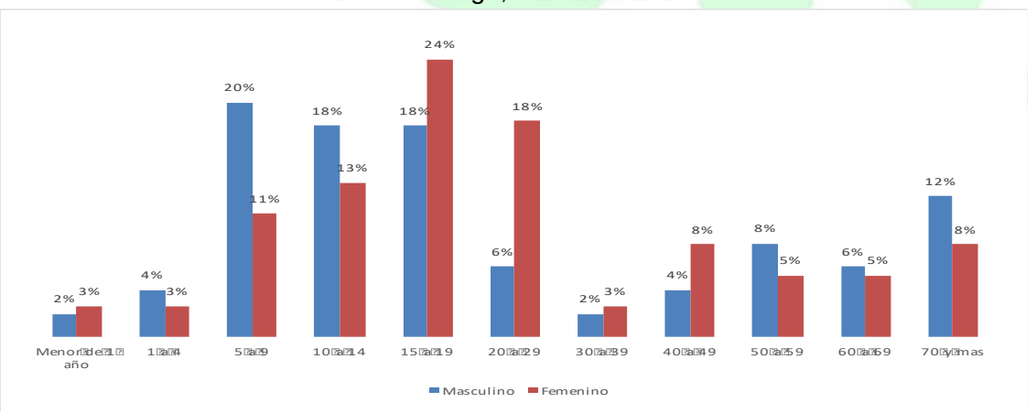
Dengue Grave

Se han notificado 88 casos los cuales se describen a continuación:

La distribución de los casos corresponde al 57 % (50) en masculino y 43 % (38) femenino. Por grupo de edad en mujeres el mayor número de casos se presenta en los adultos jóvenes de 15 a 19 años con un 24 % (9). Por su parte, los niños de 5 a 9 años con un 20 % (10).

Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 38 % (33) de los casos notificados. Adulto > 60 años con un 16 % (14). No se han notificado casos en gestantes. Incidencia acumulada de 14,11 casos X 100.000 Hab riesgo. Figura 8.

Figura 8. Distribución de frecuencia de casos de Dengue Grave según Edad y Sexo. Bucaramanga, SE 42 de 2024



Fuente: SIVIGILA 2024

Mortalidad por Dengue Grave

A Semana Epidemiológica 42 se tienen 21 casos notificados de la siguiente manera (Tabla 03):

Tabla 3. Letalidad por dengue por Comuna/Corregimiento, Bucaramanga, a semana epidemiológica 42 de 2024

COMUNA / CORREGIMIENTO	BARRIO	SEXO	EDAD	TIPO SS	EAPB	IPS	CLASIFICACIÓN FINAL
1	Kennedy	F	87	S	SaludTotal	CUB	**Confirmada**
		M	64	S	Famisanar	Chicamocha	**Descartada**
	Altos de Caracolí	M	19	S	Coosalud	HUS	**Descartada**
	Villa Rosa	M	54	C	SURA	FOSUNAB	**Descartada**
3	San Francisco	F	25	S	Nueva EPS	FCV	Pendiente UA
4	Girardot	F	53	S	Sanitas	Chicamocha	**Confirmada**
	Gaitán	M	55	C	SaludTotal	Chicamocha	**Descartada**
5	Campo Hermoso	F	28	C	SURA	Chicamocha	**No Concluyente**
	Alfonso López	M	53	S	Coosalud	HUS	Pendiente UA
7	Real de Minas	F	83	C	SANITAS	Chicamocha	**Confirmada**
10	Diamante II	M	83	C	Nueva EPS	Foscal	**Confirmada**
	Provenza	F	58	C	SURA	Chicamocha	Pendiente UA

COMUNA / CORREGIMIENTO	BARRIO	SEXO	EDAD	TIPO SS	EAPB	IPS	CLASIFICACIÓN FINAL
11	Villa Candado	M	42	C	SaludTotal	CUB	**Descartada**
12	Cabecera	M	83	C	SaludTotal	CUB	**Confirmada**
		M	77	P	AXA COLPATRIA	HIC	Pendiente UA
		F	78	C	SaludTotal	Chicamocha	**Descartada**
13	San Alonso	F	67	C	SaludTotal	HIC	**No Concluyente**
		M	65	E	Policía	HUS	**Confirmado**
	Los Pinos	M	19	E	Militar	HUS	**Confirmado**
17	Mutis	F	71	C	Sanitas	Clinicentro	**Confirmada**
	Estoraques	F	17	S	Asmet Salud	HIC	**Confirmada**

Fuente: Sivigila, SSAB, 2024

Letalidad por Dengue: Por cada 100 casos notificados de dengue se presentaron 0,0856 casos fatales.

Letalidad por dengue grave: Por cada 100 casos notificados de dengue grave se presentaron 10,2 casos fatales.

Tabla 4. Indicadores De Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Grave

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM	1	100%	0%
CLINICA CHICAMOCHA SA	11	73%	100%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	1	100%	100%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	56	102%	98%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	7	100%	100%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	3	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	25	100%	100%
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	3	100%	100%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	9	100%	100%
SERVICLINICOS DROMEDICA SA	3	100%	100%
UIMIST	2	100%	100%
Total	**121**	**98%**	**98%**

Fuente: SIVIGILA 2024

Tabla 5. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Con Signos De Alarma

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
ALIANZA DIAGNOSTICA SA	2	0%	NA
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	146	10%	NA
BATALLÓN DE ASPC NO5 HOSPITAL MILITAR BUCARAM	39	100%	100%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER	1	100%	NA
CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA	1	100%	NA
CENTRO DE SALUD CAFE MADRID	1	100%	NA
CENTRO DE SALUD COMUNEROS	1	100%	NA
CENTRO DE SALUD GAITAN	1	100%	NA
CENTRO DE SALUD GIRARDOT	5	100%	NA
CENTRO DE SALUD IPC	2	100%	NA
CENTRO DE SALUD JOYA	1	100%	NA
CENTRO DE SALUD ROSARIO	2	100%	NA
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA	1	100%	NA
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	2	0%	NA
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA EPS SANITAS	35	66%	NA
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM	15	87%	NA
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	4	100%	NA
CENTRO MEDICO DR PEDRO CELIS IPS SAS	13	100%	NA
CLINICA CHICAMOCHA SA	1139	92%	99%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	17	88%	100%
CLINICA ESPCO-DESAN	94	98%	97%
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	285	98%	97%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	797	97%	95%
CLINICA SAN PABLO SA	1	0%	NA
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	410	100%	98%
CONFIMED SAS SEDE BUCARAMANGA	4	100%	NA
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II	18	22%	NA
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	7	29%	NA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA	2	100%	NA
FUNDACION AVANZAR FOS	6	100%	NA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	317	100%	100%

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	537	100%	99%
INSTITUTO MEDICINA AMBULATORIA Y PREVENTIVA	10	70%	NA
INVERSIONES SEQUOIA COLOMBIA SAS	3	67%	NA
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	6	83%	NA
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	326	99%	98%
MEDICLINICOS IPS SAS	17	6%	NA
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	5	40%	NA
SEDE BOLARQUI	9	100%	NA
SEDE FOSCAL SAN ALONSO	8	100%	NA
SEDE GONZALEZ VALENCIA	658	94%	99%
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	9	100%	NA
SERVICLINICOS DROMEDICA SA	65	100%	98%
UAB CABECERA	4	0%	NA
UIMIST	218	100%	100%
UISALUD	1	100%	NA
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	409	**96%**	NA
UNIDAD MEDICO Y DE DIAGNOSTICO SA	3	100%	NA
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER-UIS	4	**0%**	NA
TOTAL	**5659**	**93%**	**87%**

Fuente: SIVIGILA 2024

Investigaciones Epidemiológicas de Campo y Búsquedas Activas Comunitarias.

Para la semana epidemiológica 42, se realizaron 07 Investigaciones epidemiológicas de campo y Búsquedas activas comunitarias de 06 Eventos de Interés en Salud Pública, que fueron priorizados de acuerdo a la notificación semanal al SIVIGILA por su alta carga de morbilidad e impacto por mortalidad.

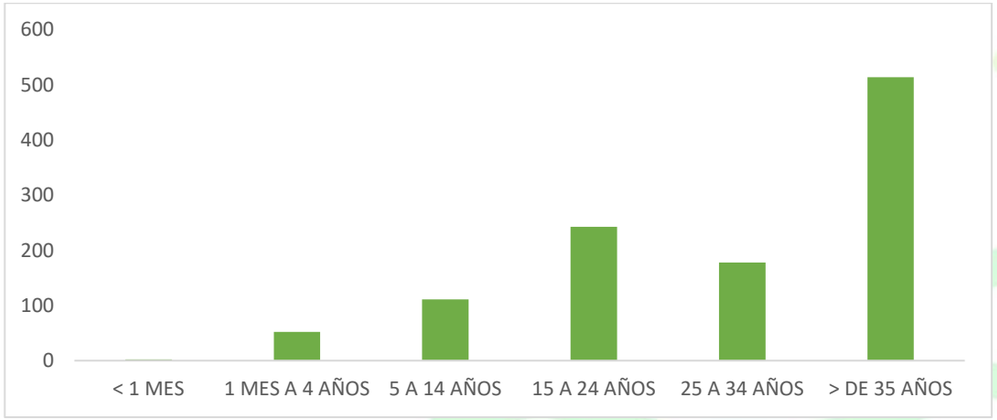
Tabla 6. Investigaciones Epidemiológicas de Campo y Búsquedas Activas Comunitarias - Equipo ERI –SSAB, octubre 2024

EVENTO	IEC	BAC
Chagas	1	0
Dengue grave	8	8
Desnutrición <5 años	1	0
Enfermedad de Hansen	2	0
Mortalidad IRAG inusitado	1	1
Mortalidad Leptospirosis	1	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	2	0
Mortalidad por Dengue	2	0
Sospecha por Difteria	1	0
Tos Ferina	2	1
Tuberculosis	43	0
Total	**64**	**10**

Fuente: Equipo de Respuesta Inmediata año 2024

Dentro de los barrios abordados se encuentran Provenza, Cabecera, José Antonio Galán, Pablón, Pedregal rural y San expedito. De las viviendas visitas, 254 fueron efectivas.

Figura 9. Distribución de número de personas por grupo de edad, IEC-BAC equipo ERI semana 42 año 2024

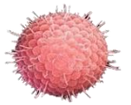


Fuente: Equipo de Respuesta Inmediata año 2024

Varicela en el municipio de Bucaramanga a semana epidemiológica 42 año 2024

La varicela es una enfermedad causada por el virus de la Varicela Zoster, que se caracteriza por ser altamente contagiosa y por producir un sarpullido que aparece primero en el abdomen, la espalda y la cara, para luego extenderse en el resto del cuerpo, causando entre 250 y 500 ampollas que causan picazón.

Características principales y puntos clave de la varicela



Aspecto	Descripción
Agente etiológico	La varicela es la infección primaria causada por el virus varicela-zóster (VVZ), miembro del grupo de Herpes virus.
Modo de transmisión	La transmisión es fundamentalmente directa de persona a persona por contacto con el líquido de las ampollas de una persona infectada o por dispersión aérea de secreciones respiratorias. El hacinamiento es un factor de riesgo importante, el cual se evidencia en lugares con poblaciones confinadas, en establecimientos penitenciarios, unidades militares y de policía, instituciones educativas, resguardos indígenas, entre otros. Es posible la transmisión por vía transplacentaria durante el embarazo, que puede dar lugar a varicela congénita (infección durante el primer trimestre del embarazo y principios del segundo) y perinatal (infección que ocurre desde unas semanas previas hasta algunos días posteriores al parto).
Período de incubación	El período de incubación para la varicela es 10 a 21 días.
Período de transmisibilidad	Dura hasta cinco días, pero generalmente es de uno a dos días antes del comienzo del exantema de varicela y persiste hasta que todas las lesiones estén en fase de costra; sin embargo, el contagio puede durar hasta el quinto día después del inicio de las lesiones. En los pacientes inmunocomprometidos con varicela progresiva, probablemente el período de transmisibilidad sea durante todo el tiempo de erupción de nuevas lesiones; este virus es muy infeccioso yproduce infección secundaria en contactos cercanos susceptibles en proporción cercana al 90%.
Susceptibilidad	Toda persona que no haya enfermado previamente por el virus de la varicela zoster o no haya sido inmunizada previamente con la vacuna contra la varicela, tiene riesgo de infectarse.
Reservorio	Los humanos son la única fuente de infección.
Inmunidad	La inmunidad que sigue a la infección de varicela generalmente es de larga duración; sin embargo, segundos episodios de infección por este virus raramente ocurren entre personas inmunológicamente normales. El VVZ también es capaz de permanecer en un estado latente en tejido del nervio humano y puede reactivarse en aproximadamente el 15 % de las personas infectadas produciendo el herpes zóster, que usualmente se presenta como un salpullido vesicular con dolor y prurito en una distribución dermatomal.

Fuente: Colombia, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Varicela Versión 6 año 2024. Características del virus varicela-zóster. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Varicela.pdf

Imagen 1. Características físicas de la varicela de acuerdo a los días de evolución

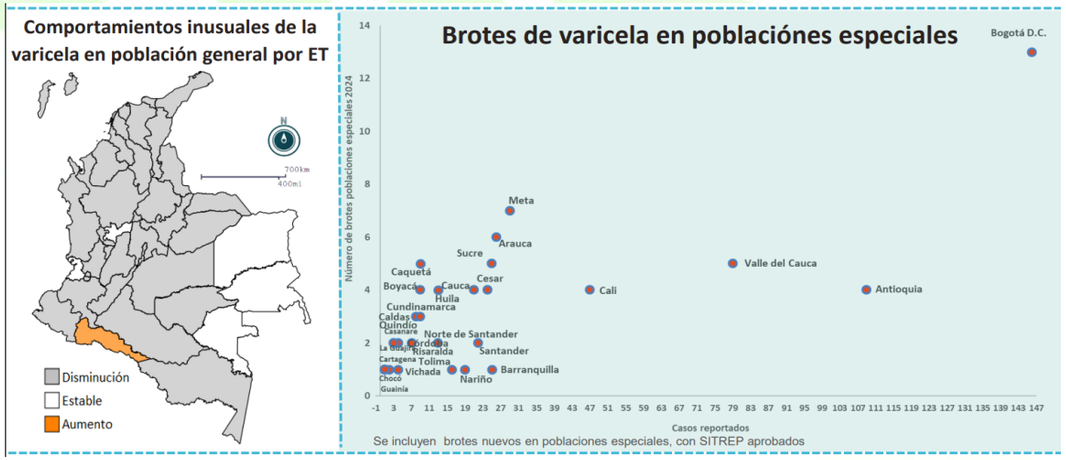
Fuente: Úlceras INFO. La varicela, Julio 04 año 2024.https://www.ulceras.info/divulgacion/la-varicela/

Imagen 2. Características físicas de la varicela en estómago, abdomen y espalda.

Fuente: Rojas-Saavedra, María Carolina; Rodríguez-Toro,Gerzain. Varicela en un hombre de 33 años. Infect. vol.26 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2022 Epub Nov 13, 2021. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922022000100087

De acuerdo al comportamiento epidemiológico de la varicela en Colombia, el departamento de Santander y Bucaramanga con corte a periodo epidemiológico VIII del año 2024, se puede evidenciar que el departamento con una tendencia al aumento de casos, es el Putumayo y en el caso de Santander los casos tienden a la disminución.

Figura 10. Comportamiento de la Varicela Zoster en Colombia, Periodo epidemiológico VIII SE 32 (agosto 10 de 2024).



Fuente: INS, Informe de evento varicela. Periodo epidemiológico VIII SE 32 (agosto 10 de 2024). https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VARICELA%20PE%20VIII%202024.pdf

Esta disminución se puede evidenciar en la figura 11, que muestra el comportamiento de los registros de la base de datos del SIVIGILA, en cuanto a los casos e incidencia de varicela en población general notificados por cada departamento.

Figura 11. Casos e incidencia de varicela en población general y grupos de edad priorizados por entidad territorial de procedencia a periodo epidemiológico VIII, Colombia, 2024 SE 32 (agosto 10 de 2024)

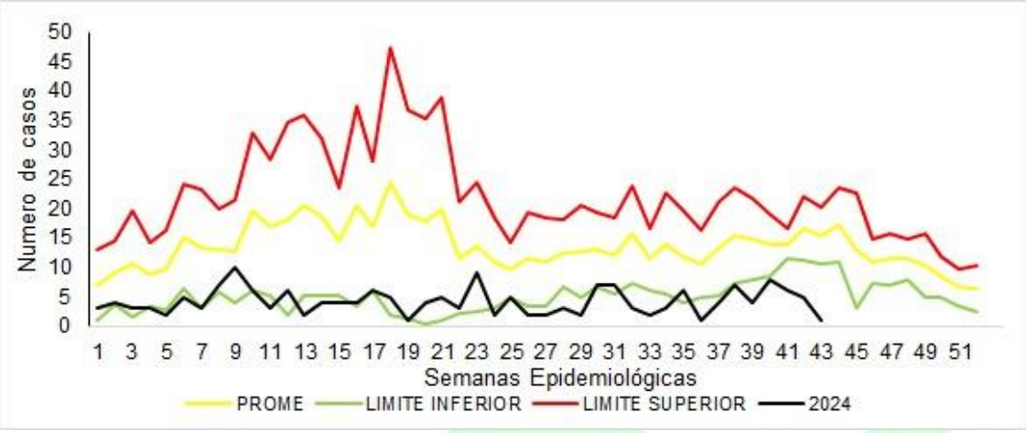
Entidad territorial	Casos de varicela en poblacion general	Incidencia en poblacion general	Casos de varicela en menores de 1 a 4 años	Incidencia en menores de 1 a 4 años	Casos de varicela en menores de 1 año	Incidencia en menores de 1 año
Amazonas	30	34,8	10	132,05	4	209,86
Antioquia	1550	22,5	260	76,06	70	85,43
Arauca	127	40,0	10	45,36	4	74,91
Atlántico	486	32,6	43	46,54	17	77,70
Barranquilla	392	29,4	27	38,12	14	83,76
Bogotá D.C.	2876	36,3	273	73,17	57	63,77
Bolívar	228	18,9	26	31,76	11	55,88
Boyacá	454	34,6	54	78,91	13	78,90
Buenaventura	69	21,3	1	3,57	0	0,00
Caldas	241	23,0	33	69,09	9	79,37
Cali	597	26,1	61	53,32	24	88,45
Caquetá	87	20,3	6	20,12	5	68,72
Cartagena	237	22,4	13	20,85	6	40,11
Casanare	132	27,8	13	42,83	6	81,70
Cauca	257	16,3	40	44,30	19	86,40
Cesar	265	19,0	20	20,59	9	38,46
Chocó	47	7,8	4	8,74	1	8,58
Córdoba	823	43,0	57	47,13	28	95,58
Cundinamarca	1177	33,1	179	93,79	46	101,97
Guainía	2	0,0	1	0,00	0	0,00
La Guajira	202	19,1	18	20,50	11	50,59
Guaviare	35	34,8	3	38,81	1	50,94
Huila	296	24,8	35	43,97	13	67,50
Magdalena	133	14,0	21	31,44	6	36,56
Meta	342	29,8	26	39,17	10	62,37
Nariño	597	34,9	73	76,61	16	69,34
Norte Santander	525	30,7	63	60,88	30	121,67
Putumayo	128	32,9	24	95,04	6	96,65
Quindío	174	30,7	33	132,87	8	137,10
Risaralda	304	31,2	41	88,55	25	227,71
San Andrés	17	27,3	4	121,54	2	258,06
Santander	445	18,7	75	62,33	18	62,65
Santa Marta	83	14,8	4	0,00	4	51,95
Sucre	279	27,7	23	37,52	8	53,47
Tolima	441	31,9	119	180,19	23	142,69
Valle del Cauca	631	30,9	80	73,63	24	93,26
Vaupés	4	8,3	0	0,00	0	0,00
Vichada	54	43,0	8	72,56	6	210,01
Colombia	**14767**	**28,02**	**1781**	**60,73**	**554**	**78,53**
Exterior	12	*	4	*	2	*
Total General	**14779**		**1785**		**556**	

Fuente: INS, Informe de evento varicela. Periodo epidemiológico VIII SE 32 (agosto 10 de 2024).
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VARICELA%20PE%20VIII%202024.pdf

Fuente: INS, Informe de evento varicela. Periodo epidemiológico VIII SE 32 (agosto 10 de 2024).
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VARICELA%20PE%20VIII%202024.pdf

En cuanto al número de casos de varicela reportados en Bucaramanga a SE 42 P (octubre 19 de 2024), se evidencia un comportamiento por debajo del límite inferior esperado (Ver figura 12).

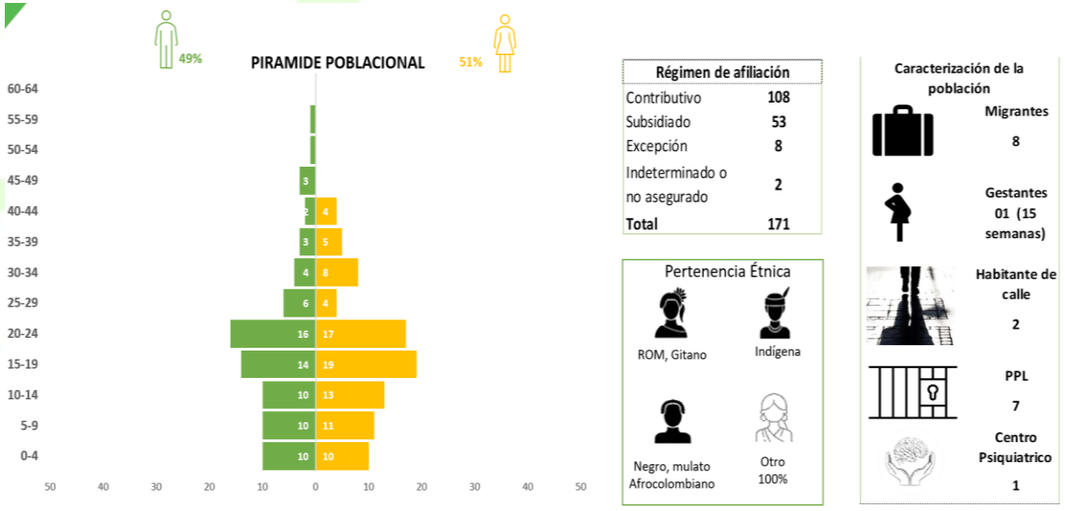
Figura 12. Canal endémico Casos de varicela Bucaramanga a SE 42 P año 2024



Fuente: base de datos SIVIGILA Bucaramanga año 2024.

Frente a las características sociodemográficas de los pacientes notificados al SIVIGILA con el diagnóstico de varicela, se puede identificar un total de 171 casos reportados, de los cuales 164 casos fueron confirmados por clínica y 07 por Nexo epidemiológico.

Imagen 3. Características Sociodemográficas pacientes con diagnóstico de varicela Bucaramanga a SE 42 P (octubre 19 de 2024).



Fuente: base de datos SIVIGILA Bucaramanga año 2024.

Pese a que el canal endémico muestra un comportamiento con una tendencia a la disminución de los casos esperados, es viable que se presenten alertas epidemiológicas por brotes de varicela, especialmente en *población especial confinada* e *instituciones de salud*, teniendo en cuenta la definición operativa de caso para BROTE estipulado en el protocolo varicela del Instituto Nacional de Salud (Ver imagen 4).

Imagen 4. Definición operativa de brote en poblaciones especiales confinadas, instituciones y comunidades

Tipo de brote	Definición de brote	Período de cierre de brote
Población especial confinada: Fuerzas Militares, Policía Nacional. Centros de detención transitoria* y establecimientos penitenciarios del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). *Además, se incluyen grupos étnicos y migrantes en condición de confinamiento.*	A partir de un caso	42 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de **exantema** del último caso reportado o captado.
Institucional Instituciones, fundaciones o establecimientos que cumplan el criterio de **internado**.** Hospitales y clínicas hacen parte de este grupo.	A partir de un caso	42 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de **exantema** del último caso reportado o captado.
Comunitario Establecimientos o lugares que no cumplen la condición de internado. Están incluidos los brotes familiares y en instituciones educativas. Los brotes con mortalidades o hallazgos relevantes en la investigación de campo serán de especial atención a nivel central.	A partir de dos casos o más con nexo epidemiológico.	21 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de **exantema** del último caso reportado o captado.

Fuente: Colombia, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Varicela Versión 6 año 2024. Definición operativa de brote en poblaciones especiales confinadas, instituciones y comunidades. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Varicela.pdf

Es por esto que, gracias a la vigilancia activa y la identificación oportuna del Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga, para la semana epidemiológica 42 del año 2024, se pudo detectar e intervenir con el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) un brote de varicela presentado en la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, el cual fue detectado el 21 de octubre del año 2024, motivo por el cual se activa la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC), que permitió confirmar 1 caso en una población expuesta de 62 personas, con una tasa de ataque general de 1,61%, caso que se encuentra hospitalizado y ninguna defunción por el brote de varicela identificado y con identificación de último caso el 16/10/2024.

De acuerdo a los hallazgos encontrados, la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo estará en seguimiento activo hasta el 27 de noviembre del año 2024 (fecha sujeta al comportamiento y la dinámica del evento).

Las medidas de control instauradas fueron:

- Aislamiento respiratorio y de contacto del paciente diagnosticado con el virus, durante los 42 días posteriores a la fecha de inicio de los síntomas de varicela del último contagiado.
- Seguimiento a contactos estrechos
- Limpieza y desinfección en áreas expuestas al virus
- Higienización de manos periódico y corte de uñas
- Búsquedas Activas Comunitarias e Institucionales diaria
- El personal externo o de la institución que ingresa con frecuencia a las habitaciones de pacientes aislados, debe realizarlo con los correspondientes elementos de protección personal
- Se brinda información sobre la identificación de signos - síntomas y frente a nuevos casos, informar de inmediato al equipo de la SSAB.
- Se realizó búsqueda activa de casos sintomáticos, en el momento no se encontraron casos nuevos.

Es por esto, que posterior a esta alerta epidemiológica, se recuerda a todas las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) y Unidades Informadoras (UI), continuar vigilantes frente a la identificación de nuevos posibles casos para su adecuada y oportuna notificación (tanto en el SIVIGILA, como en el caso de brotes al equipo ERI de las SSAB). Adicionalmente, insistir en la adherencia al protocolo de

varicela del Instituto Nacional de Salud disponible en https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Varicela.pdf y la articulación constante dispuesta a apoyarlos por parte del equipo de Vigilancia en Salud Pública de la SSAB.

Finalmente, se recuerda a las UPGD-UI y la comunidad en general, que dentro de las estrategias más efectivas para prevenir la varicela es la vacunación oportuna de acuerdo al esquema de vacunación PAI de Colombia (Primera dosis a los 12 meses de edad y refuerzo a los 5 años de edad, para la población sin antecedente vacunal de los 12 a 23 meses aplicar 1 dosis de vacuna contra la varicela, de los 24 meses a 4 años 11 meses y 29 días 1 dosis, de los 5 Años a 5 años 11 meses y 29 días 1 dosis de vacuna contra la varicela, más 1 refuerzo con intervalo mínimo 3 meses.:) la cual es cubierta por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) del país.

Para el caso de la vacunación en población adulta, el esquema de vacunación contra el herpes zóster (También llamado culebrilla) en Colombia para el año 2024 consiste en dos dosis de 0,5 ml cada una:

- La primera dosis inicial
- La segunda dosis se aplica de 2 a 6 meses después de la primera dosis
- En caso de que la persona con inmunosupresión del sistema inmunitario (debilitado), la segunda dosis puede aplicarse de 1 a 2 meses después de la primera.

La vacuna se encuentra recomendada para adultos mayores de 50 años y adultos a partir de los 18 años que hayan tenido la enfermedad o que tengan un mayor riesgo de contraerla.

Alerta y Emergencia en todo el Territorio Nacional por Fiebre Amarilla

Considerando que la Fiebre Amarilla - FA es una enfermedad viral, infecciosa, de inicio súbito y curso agudo, cuya gravedad puede variar entre una Infección subclínica o de sintomatología leve hasta una enfermedad grave ictérico hemorrágica; que puede comprometer diferentes órganos y llevar al paciente a la muerte en periodos cortos de tiempo.

El virus de la FA es un *arbovirus* del género *Flavivirus* transmitido por mosquitos de los géneros Aedes relacionado con transmisiones urbanas y *Haemagogus* y *Sabethes* relacionado con transmisión selvática, de alto poder epidémico y letalidad mayor de 50%, considerándose entre las más altas de las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. Dado su poder epidémico y de letalidad con medida preventiva a través de la vacuna, se considera como evento de Interés en Salud Pública Internacional en el marco del Reglamento Sanitario Internacional - RSI de 2005.

En 1995, se registró uno de los más grandes brotes en la región occidental del área andina en Perú, con aproximadamente 500 casos. En 1998, los países afectados fueron Perú, Bolivia y Brasil. En 2003, se observó un incremento de la incidencia de esta enfermedad debido a la aparición de brotes en Brasil (64 casos), Perú (26 casos), y un extenso brote registrado en la frontera entre Colombia (112 casos) y Venezuela (34 casos), para un total de 236 casos.

La Organización Mundial de la Salud -OMS y la Organización Panamericana de la Salud - OPS, mediante el reporte de «Actualización Epidemiológica FA en la Región de las Américas» del 21 de marzo del 2024, hace referencia a la activación de la circulación

del virus en las Américas, valorando un riesgo alto de ocurrencia de brotes para la región, presentando 41 casos en 2023 en países como Bolivia, Brasil, Perú y Colombia, de este último 2 casos procedentes del Departamento de Amazonas.

De la misma manera en el reporte del 29 de julio de 2024, a Semana Epidemiológica - SE 29 de 2024, donde se han notificado 33 casos confirmados de FA, incluyendo 17 defunciones, estos casos registrados en los mismos cuatro países de la región involucrados en el año 2023, sumando a Guyana con dos de estos casos.
En Colombia, se presentaron en el siglo XX epidemias cada 10 años, siendo la última en 1979 en la Sierra Nevada de Santa Marta. En el presente siglo, se han presentado brotes en los años 2003 y 2004 en la zona del Catatumbo, la Serranía del Perijá y la Sierra Nevada de Santa Marta, en el año 2005 en Putumayo (11 casos) y Caquetá (10 casos) y para el 2009 en el Meta; también se han presentado casos aislados en otros departamentos.

A corte de la SE 29 (14 al 20 de julio de 2024) se han reportado 8 casos confirmados procedentes de los departamentos de: Putumayo (4 casos, 4 fallecidos), Caquetá (1 caso), Huila (1 caso, 1 fallecido), Nariño (1 caso) y Vaupés (1 caso), acumulando una letalidad del 63%. El actual brote inició en la SE 11 del 2024, siete de estos casos han sido captados en la vigilancia por laboratorio e histopatología para dengue, los cuales fueron confirmados a través de análisis de RT-PCR como casos de FA en tiempo real, lo que refiere una Cocirculación (circulación simultanea de los virus del Dengue y FA), en el marco de la epidemia de dengue que inició desde el año 2023.

En la actualidad convergen escenarios hacia la posibilidad de una reemergencia de la transmisión selvática.

- El efecto de bajas coberturas de vacunación para FA, especialmente en áreas rural y rural dispersa, posterior a la pandemia por la COVID-19.
- La conformación de corredores endémicos en municipios que limitan con otros que hayan presentado casos de FA, en áreas endémicas.
- La circulación del virus y la existencia de condiciones ecológicas para el mantenimiento de la transmisión, con la evidencia de presencia de vectores selváticos.
- Desplazamiento de personas susceptibles (personas no vacunadas) por los corredores endémicos eco epidemiológicos, por razones laborales licitas e 'licitas.
- Alteraciones climáticas que afecten los ecosistemas. (Fenómenos ambientales — cambios climáticos).

Aunado a lo anterior, la transmisión urbana de la FA, que comprende entre otros:

- Alta infestación por *Aedes aegypti* en las áreas urbanas de los municipios ubicados por debajo de los 2.200 msnm, incluidas las instalaciones hospitalarias. A lo anterior se suma la presencia de *Aedes Albopictus* y el escalonamiento de su distribución en áreas urbanas.
- Población susceptible (personas no vacunadas), asociada entre otros, al intenso flujo migratorio de comunidades entre las zonas rurales y urbanas por factores derivados por el Conflicto armado y actividades económico-productivas.
- Coberturas de vacunación por debajo del 80% para FA, especialmente en grupo de edad mayores a 15 años.

Dado, que para esta enfermedad no existe cura ni tratamiento especificó las medidas de prevención primaria a la transmisión, tales como la vacunación y manejo integrado

de vectores son fundamentales; por lo tanto, este Ministerio emitió la Circular externa 045 del 2013. Definiendo la dosis única de vacuna contra esta enfermedad, instrucción que fue ratificada con la expedición de la Circular externa 035 de 2016, con el fin de mantener la seguridad sanitaria nacional y teniendo en cuenta la alta movilidad de la población en las zonas de frontera con los países de Brasil, Perú, Ecuador, Venezuela y otros que tienen circulación de FA.

Así mismo, a través de las Circulares 035 de 2016, 014 y 018 de 2017 expedidas por este Ministerio, se emitieron las directrices para el control de la FA y la exigencia de certificación internacional o carné nacional de vacunación pero, considerando la reducción sustancial y sostenida de casos de FA en Brasil se excluye de este requisito para el ingreso a Colombia, a los viajeros nacionales y extranjeros procedentes de esta nación, manteniendo la recomendación de vacunación, especialmente si se va a visitar municipios de alto riesgo, lo anterior con el propósito de maximizar los esfuerzos normativos para el control del brote de la FA.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS en ejercicio de sus funciones, como órgano rector del Sector Salud. encargado de la dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud de acuerdo con lo establecido en el Decreto Ley 4107 de 2011, considera necesario, emitir la Circular externa 018 de 2024 por parte de la Secretaria de Salud del Departamento de Santander donde se imparten las siguientes directrices de obligatorio cumplimiento por parte de los destinatarios, para la preparación, organización y respuesta ante la situación de alerta o emergencia en salud pública por brote de FA, con el propósito de mantener el control nacional de este evento de Interés en Salud Pública, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

MUNICIPIOS DE ALTO RIESGO PARA FA.

- El 100% de los municipios de los Departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Cesar, Choco, Guainía, Guaviare, La Guajira, Meta, Putumayo. Vaupés y Vichada.
- Antioquia: Los Municipios de Dabeiba, Mutatá, Turbo y Yondó.
- Bolívar: Los Municipios de Cantagallo, Morales, Santa Rosa del Sur, San Pablo y Simití.
- Boyacá: Los Municipios de Cubará, Páez y Paya.
- Cauca: Los Municipios de Santa Rosa y Piamonte.
- Huila: Los Municipios de Acevedo. Algeciras, Garzón, Guadalupe, Suaza, Campoalegre, Neiva, Rivera, Baraya, Gigante, Tallo, Pitalito y Colombia.
- Magdalena: Distrito de Santa Marta (El Parque Tairona de la Sierra Nevada), los municipios de Aracataca, Ciénaga y Fundación.
- Nariño: Ipiales (Corregimiento Sucumbíos).
- Norte de Santander: Los Municipios de Abrego, Convención, Cúcuta, El Carmen, El Tarra, El Zulia, Hacarí, Ocaña, Puerto Santander, San Calixto, San Cayetano, Santiago, Sardinata, Teorama y Tibú.
- Santander: Los Municipios de Barrancabermeja, Charalá, Coromoro, El Playón, Floridablanca, Girón, Piedecuesta, Puerto Wilches, Rionegro, Sabana de Torres, Socorro y Surata.
- San Andrés y Providencia (No hay antecedente de FA en las islas, se establece el riesgo por nexo ecológico y por ser frontera internacional).

Se incluirá como municipio de alto riesgo aquel con condiciones eco epidemiológicas para FA, que confirme caso humano o epizootia en su investigación epidemiológica y sus municipios vecinos que cumplan con dichas condiciones, incluidos los fronterizos con países vecinos.

Ahora bien, de acuerdo con la Ley 1523 de 2012— «Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres», dispone que los gobernadores y alcaldes son conductores del sistema nacional en su nivel territorial y están investidos con las competencias necesarias para conservar la seguridad, la tranquilidad y la salubridad en el ámbito de su jurisdicción. Igualmente prevé instancias de orientación y coordinación, y establece las siguientes definiciones:

Alerta: Estado que se declara con anterioridad a la manifestación de un evento peligroso, con base en el monitoreo del comportamiento del respectivo fenómeno, con el fin de que las entidades y la población involucrada activen procedimientos de acción previamente establecidos.

Emergencia: Situación caracterizada por la alteración e interrupción intensa y grave de las condiciones de funcionamiento y operación de una comunidad, causada por un evento adverso o por la inminencia de este, que obliga a una reacción inmediata y que requiere la respuesta de las instituciones del Estado, los medios de comunicación y de la comunidad en general.

En tal sentido, se consideran en situación de alerta en salud pública por brote de FA:

I. Los departamentos o municipios vecinos de departamentos o municipios en los cuales, en los últimos 6 meses se han confirmado casos humanos o epizootias, que posean condiciones eco-epidemiológicas para la transmisión.
II. Los departamentos con caso humano o epizootia confirmado en los últimos 6 meses en uno de sus municipios.
III. Municipios con confirmación de epizootias en los últimos 6 meses y
IV. Ante confirmación de caso humano o epizootia en jurisdicción fronteriza con Colombia, los municipios y departamentos limítrofes se considerarán también en alerta.

En situación de emergencia en salud pública por brote de FA:

I. Los municipios que presenten casos humanos de FA en los últimos 6 meses.
II. Departamentos que presenten casos en más de un municipio en los últimos 6 meses.
III. Departamento que se observe un patrón de desplazamiento de la transmisión del virus

Y en *Control:* cuando se cumplan las siguientes condiciones:

I. Municipio o departamento en los últimos 6 meses con ausencia de casos tanto en humanos como epizootias.
II. Vigilancia en salud pública sensible y funcionando a nivel institucional y comunitario.
III. Vigilancia de epizootias operando.
IV. Coberturas de vacunación para FA 160% en el corredor endémico mediante barrido documentado donde se confirmó la presencia del caso en población de 1 a 59 años [1].

Motivo por el cual la secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga (UPGD-UI del municipio), se adhiere al plan de contingencia, junto con las líneas estratégicas de gestión integral y evaluación y las líneas estratégicas de intensificación de la vigilancia en salud pública, vigilancia (entomológica, epizootias relacionadas con FA), Vacunación para la prevención de la transmisión y reducción de morbilidad y demás acciones estipuladas en la CIRCULAR Externa 0018 del 29 de octubre del año 2024 de la secretaría de Salud Departamental de Santander.

Bibliografía

1. Secretaria de Salud Departamento de Santander, 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. CIRCULAR Externa 0018 octubre 29 año 2024.

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

Jersson Luis Granados Cuao
Subsecretario de Salud Pública de Bucaramanga

Diana María León Garrido
Asesora de despacho

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico y profesional Grupo de Vigilancia Epidemiológica
Secretaría de Salud y de Ambiente de Bucaramanga

Paola Alexandra Suárez Suárez
Yudy Juliana Valdivieso
Duby Quiñonez Carreño
Mayra Alejandra Contreras Parra
Yamileyny Gutiérrez Lozada
Nadia Rojas (Referente ETV)

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