

TEMAS CENTRALES

- **Vigilancia en salud pública de Violencia de Género e Intrafamiliar, S.E 21 de 2025p.**
- **Dengue – S.E. 21 de 2025p.**
- **Alertas epidemiológicas:** Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 31 de mayo del 2025. Alerta epidemiológica Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas - 31 de mayo del 2025.
- **Fe de erratas mortalidad en menor de 5 años IRA/EDA/DNT.** Boletín epidemiológico #18 S.E. 19 año 2025.

Comportamiento de la Vigilancia en salud pública de Violencia de Género e Intrafamiliar, Bucaramanga, 2020 a S.E 21 2025p.

Todas las violencias sexuales, físicas, psicológicas o por negligencia y abandono son el resultado de acciones o conductas agresivas basadas en relaciones de poder y asimétricas o relacionadas con la sobrevaloración de lo masculino y subvaloración de lo femenino, estas corresponden a una violación sistemática y masiva de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad de la población afectada (1).

Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública debido a las graves afectaciones en la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, así como por la magnitud de población afectada, principalmente, niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres.

Esto evidencia que la violencia de género es un asunto social de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requiere una acción coordinada por parte del Estado.

La violencia familiar es un tipo de violencia que está penada en Colombia, su tipificación como delito se creó con la Ley 294 de 1996 y se modificó con la Ley 575 de 2000, en la que se ampliaron los derechos de las víctimas y las medidas de protección. Asimismo, la Ley 1959 de 2019 modificó y amplió el delito de violencia familiar, al incluir a sujetos pertenecientes al núcleo familiar, así como el artículo 229 de Código Penal, que establece el delito de violencia intrafamiliar como maltrato físico o psicológico en contra de cualquier miembro del núcleo familiar, siendo las mujeres y niñas las principales víctimas de este tipo de violencia (2).

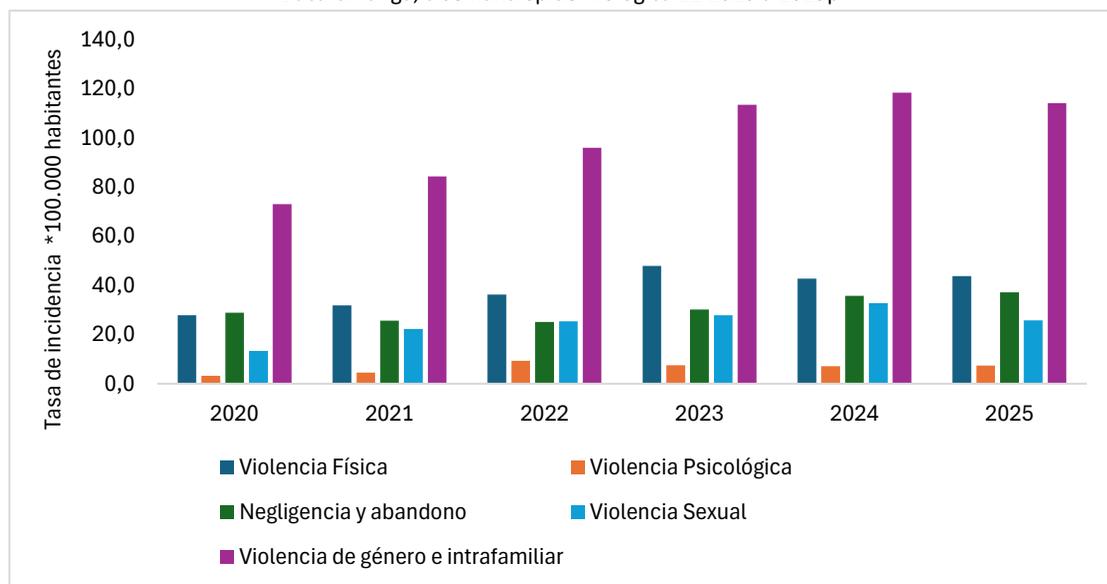
En la semana epidemiológica 21 de 2023, se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) un total de 698 casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar incluidos los casos de ataques por agentes químicos, con un promedio semanal de 33,2 casos. En comparación con 2022, que se reportaron 586 casos, la variación en la notificación mostró un aumento del 19,1%.

En la semana epidemiológica 21 de 2025, se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) un total de 712 casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar incluidos los casos de ataques por agentes químicos, con un promedio semanal de 34 casos. En comparación con 2024, cuando se notificaron 734 casos, se observó una disminución del 3,0% en la notificación.

La tasa de notificación (preliminar) para el periodo del año 2025 fue de 114,1 casos de violencia de género por 100.000 habitantes, lo que representa un decremento de 3,6 casos por 100.000 habitantes respecto a la tasa de notificación para el mismo periodo de 2024 (118,4). Ver figura 1.

Las mujeres presentaron los porcentajes más altos de la notificación con el 67,7%; sin embargo, en negligencia y abandono fueron los hombres con el 52,6% (122) quienes mostraron un porcentaje de notificación superior para el evento al de las mujeres. Ver tabla 1.

Figura 1. Tasa de notificación de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar por tipo de violencia, Bucaramanga, a semana epidemiológica 21 2020 a 2025p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2025
DANE, Proyecciones de población 2020-2035 actualización post COVID 19

Durante el año 2025 el 38,3 % de los casos corresponden a violencia física, el 32,6% a negligencia y abandono, el 22,6% a violencia sexual y el 6,5% a violencia psicológica.

Tabla 1. Casos y tasa de notificación de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar por tipo de violencia y sexo, Bucaramanga, a semana epidemiológica 21 2025p.

Tipo de violencia	Mujer (n)	%	Hombre (n)	%	Total, de casos (n)	Razón	Tasa de notificación *100.000 Mujeres	Tasa de notificación *100.000 Hombres
Violencia Física	207	75,8	66	24,2	273	100,0	63,4	22,2
Violencia Psicológica	39	84,8	7	15,2	46	100	11,9	2,4
Negligencia y abandono	110	47,4	122	52,6	232	100	33,7	41
Violencia Sexual	126	78,3	35	21,7	161	100	38,6	11,8
Violencia de género e intrafamiliar	482	67,7	230	32,3	712	100	147,6	77,4

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

La mayor proporción de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar para el año 2025, se encontraron en el curso de vida de primera infancia (0 a 5 años) con el 21,2%, comparado con el año 2024 mostró un decremento del 2,0%, seguido de Adolescencia (12 a 17 años) con el 21,1%, comparado con el año 2024 se observó un decremento del 13,8% y adultez (29 a 59 años) con el 19,4% comparado con el año 2024 se observó un decremento del 3,5%.

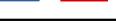
La mayoría de los casos correspondieron al sexo femenino 67,7%, porcentaje menor a los casos notificados en el mismo periodo epidemiológico del año 2024. En cuanto al régimen de afiliación a la seguridad social, el régimen subsidiado fue el que más casos registró (50,1%), porcentaje menor a los casos notificados en el mismo periodo epidemiológico del año 2024. En cuanto a la notificación casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar para el año 2025, se observó un decremento del 3,0% comparado con el mismo periodo epidemiológico del año 2024. Ver tabla 2.

Con respecto a la relación entre la víctima y el agresor en la violencia física, se observó que en el 37,7% (103) de los casos el agresor es la pareja y la vivienda es el escenario donde ocurre la mayoría de las violencias físicas con el 71,4% (195).

En cuanto a la relación entre la víctima y el agresor en la violencia sexual, se observó que en el 16,8% (27) de los casos el agresor es un familiar y la vivienda es el escenario donde ocurre la mayoría de las violencias sexuales con el 50,3% (81).

Se evidenció que en los mecanismos utilizados para la agresión física a semana epidemiológica 21 el más usado fue el Contundente / cortoconduyente con el 67% (183), seguido de otros mecanismos con el 14,3% (39), es importante mencionar que en el periodo analizado no se evidenciaron casos con quemadura por ácido, álcalis o sustancias corrosivas.

Tabla 2. Número de casos notificados de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar según variables sociodemográficas, Bucaramanga, a semana epidemiológica 21 2024 a 2025p.

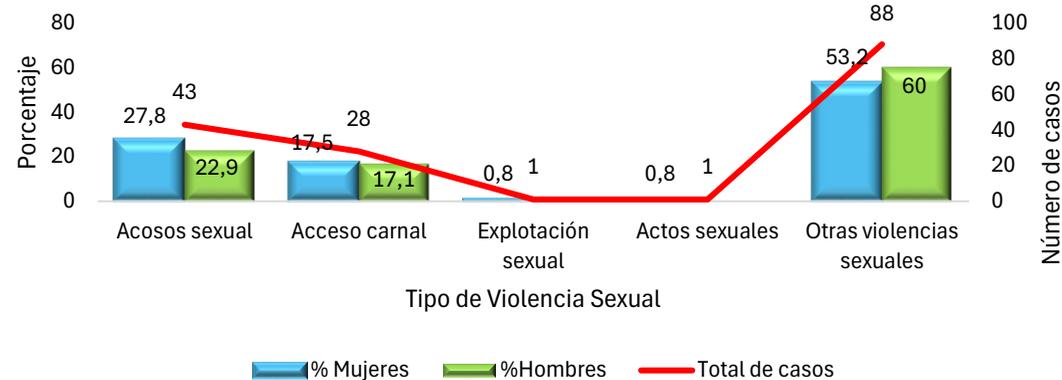
Variables	Categoría	Número de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar * 100.000 habitantes, a SE 21, 2024 a 2025p				
		2024	%	2025	%	Tendencia
Curso de vida	Primera infancia (0 a 5 años)	148	20,2	151	21,2	
	Infancia (6 a 11 años)	99	13,5	114	16	
	Adolescencia (12 a 17 años)	174	23,7	150	21,1	
	Juventud (18 a 28 años)	130	17,7	114	16	
	Adulthood (29 a 59 años)	143	19,5	138	19,4	
	Adulto mayor ≥ 60 años	40	5,4	45	6,3	
Sexo	Femenino	511	69,6	482	67,7	
	Maculino	223	30,4	230	32,3	
Tipo SS	Contributivo	255	34,7	275	38,6	
	Subsidiado	400	54,5	357	50,1	
	Excepción	44	6	49	6,9	
	No asegurado	31	4,2	26	3,7	
	Indeterminado	4	0,5	5	0,7	
Área	Cabecera m/pal	711	96,9	683	95,9	
	Centro Poblado	16	2,2	18	2,5	
	Rural Disperso	7	1	11	1,5	
Total		734	100,0	712	100,0	

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2025

Violencia sexual

En cuanto al tipo de violencia sexual se observó que el 26,7% (43) de los casos totales fue acoso sexual, seguido de acceso carnal con 17,4% (28), la violencia sexual se presentó con mayor proporción en mujeres con el 78,3% (126), que los hombres con un 21,7% (35). Ver figura 2).

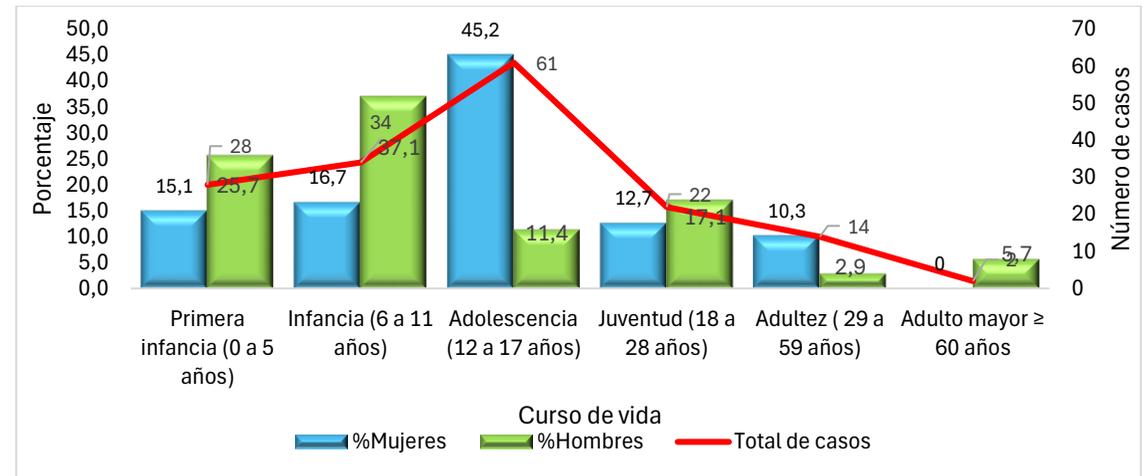
Figura 2. Notificación de casos sospechosos por tipo de violencia sexual, Bucaramanga, a semana epidemiológica 21 2025p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2025

Se encontró por curso de vida que en la adolescencia se presenta el mayor número de casos de violencia sexual con un 37,9% (61) de los casos totales, la mayor proporción por sexo se presentó en mujeres con un 45,2% (57), seguido de infancia con un 21,1% (34), de los casos totales, la mayor proporción por sexo se presentó en mujeres con un 16,7% (21) y primera infancia con un 17,4% (28), la mayor proporción por sexo se presentó en mujeres con un 15,1% (19) Ver figura 3.

Figura 3. Notificación de casos sospechosos por curso de vida por tipo de violencia sexual, Bucaramanga, a semana epidemiológica 21 2025p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2025

Violencia de género e intrafamiliar en adultos mayores

Durante el período evaluado (SE 1 a 21) de los años 2024 y 2025, se evidenció una persistencia y ligero aumento de los casos de violencia de género hacia personas adultas mayores. En 2024 se notificaron 40 casos en total, distribuidos entre violencia física (10 casos), psicológica (3), sexual (1) y negligencia o abandono (26). Para el mismo periodo de 2025, se registraron 45 casos, lo que representa un incremento del 12,5%. Del total reportado en 2025, el 58% (26 casos) corresponde nuevamente a negligencia y abandono, seguida de violencia física (13 casos), psicológica (4) y sexual (2). La mayoría de las víctimas continúan siendo mujeres, quienes representaron aproximadamente el 66% de los casos en ambos años.

Aunque el número absoluto de casos es menor respecto a otros grupos etarios, este grupo presenta una alta vulnerabilidad que exige atención prioritaria por su alta vulnerabilidad física, dependencia económica y baja capacidad de denuncia. Ver figura 4.

Figura 4. Comparación por tipo de violencia en personas adultas mayores 2024 – 2025 a SE 21.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2025

Conclusiones

La violencia de género e intrafamiliar está presente en todos los ámbitos, puede ocurrir en cualquier etapa de la vida y afecta principalmente a mujeres. La violencia de género e intrafamiliar afecta principalmente a mujeres, niñas, niños y adolescentes, siendo los menores de 18 años más vulnerables a las agresiones por parte de familiares y cuidadores.

La vivienda es el escenario donde ocurre con mayor frecuencia la violencia de género e intrafamiliar y los agresores principalmente implicados en estos actos son de tipo familiar, quienes pueden acercarse más fácilmente a las víctimas al ser sus cuidadores o sus familiares y compartir el mismo espacio.

El Sistema Nacional de Vigilancia (Sivigila) es una fuente de información importante que permite captar los casos de violencia de género e intrafamiliar que acuden a los servicios de salud donde las víctimas reciben atención integral y activación de las rutas de justicia y protección.

Recomendaciones

- Continuar con las acciones de promoción, prevención y atención a las víctimas de violencias de género e intrafamiliar especialmente en niños, niñas y adolescentes y promover la participación de las instituciones educativas, recreativas y comunitarias para la identificación y denuncia de la violencia.
- Promover el uso de las líneas de ayudas psicológicas: La Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga cuenta con una Línea amiga “*espérame*” 24/7 3229643755, asimismo, la línea amiga nacional 106.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos [Internet]. [cited 2023 Nov 21]. Available from: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Li-neamientos/Pro_Violencia%20de%20genero%20e%20intrafamiliar.pdf
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Mujeres y hombres: Brechas de género en Colombia [Internet]. [cited 2023 Nov 21]. Available from: www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/mujeres-y-hombre-brechas-de-genero-colombia-informe.pdf.

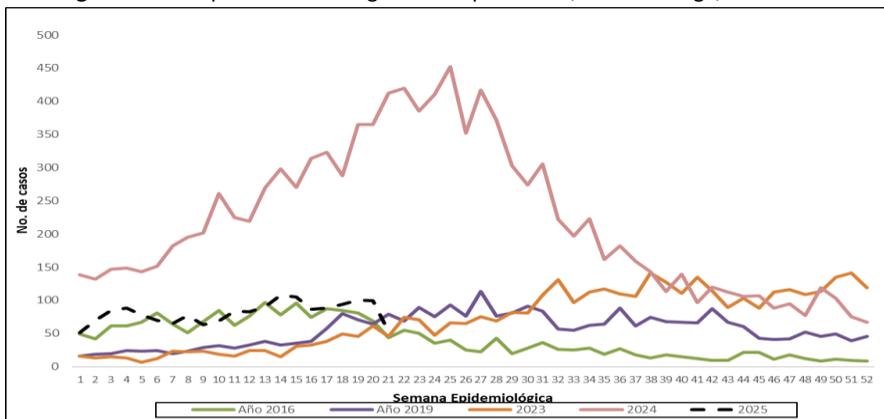
Dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave en el municipio de Bucaramanga a semana epidemiológica 20 de 2025

En el transcurso del año 2025 se ha notificado un total de 2.838 casos correspondientes a tres (3) eventos (Dengue, Dengue Grave y mortalidad por DG), de los cuales el 40 % (1.127) fueron descartados o ajustados por procedencia.

Dengue – DSSA/DCSA

Se tiene un acumulado de 1.706 casos a Semana Epidemiológica - SE 21 de 2025. Cabe mencionar que se han notificado 1.160 casos más que los reportados en el 2023 pero 3.342 casos menos que en el 2024 a esta misma SE (Figura 5). Actualmente el Municipio se encuentra en nivel de brote tipo I, con un promedio acumulado de 81 casos notificados por semana.

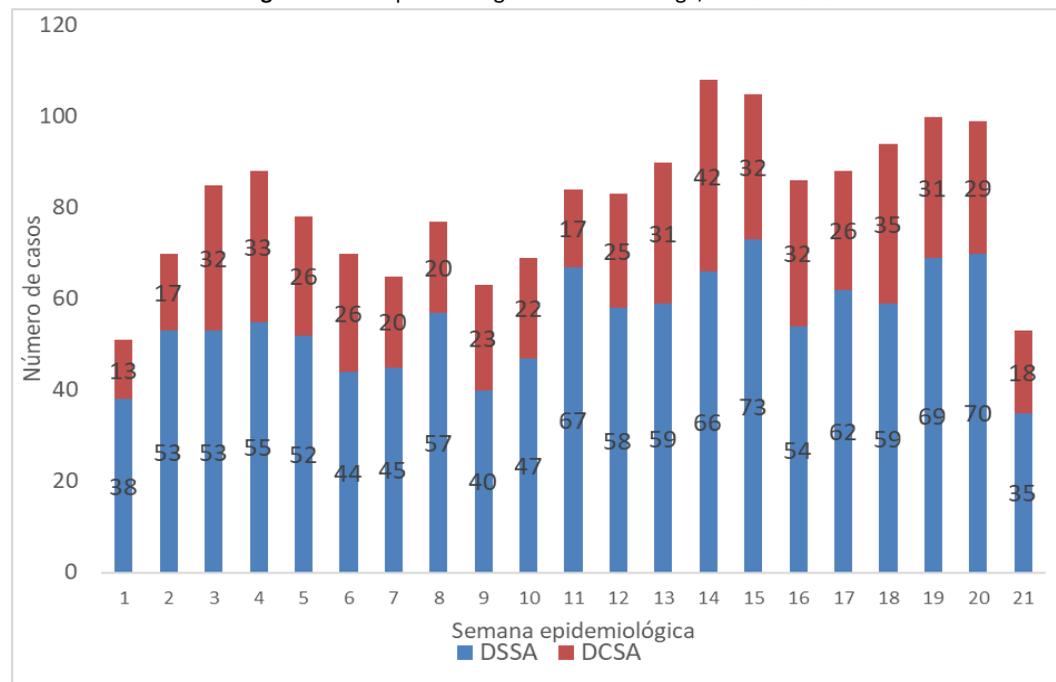
Figura 5. Descripción casos Dengue años epidémicos, Bucaramanga, SE 21 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Se tiene que el 68 % (1.156) corresponden a Dengue sin signos de alarma (DSSA) y el 32 % (550) a Dengue con signos de alarma (DCSA). Figura 6

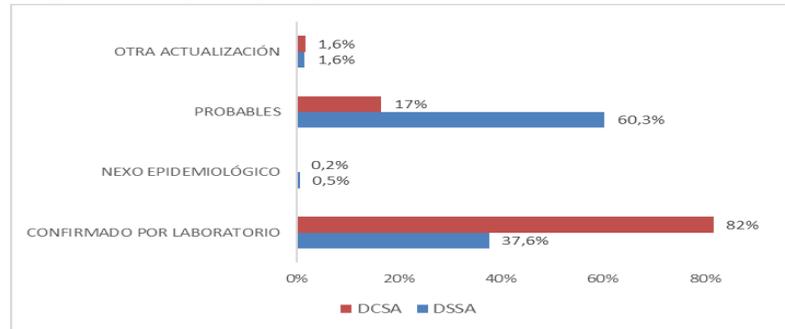
Figura 6. Descripción Dengue en Bucaramanga, SE 21 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

En cuanto al porcentaje de ajuste del evento dengue, se tiene que el 52 % (884) se encuentra confirmado. Mientras que por clasificación final (DSSA y DCSA) se describe en la Figura 7.

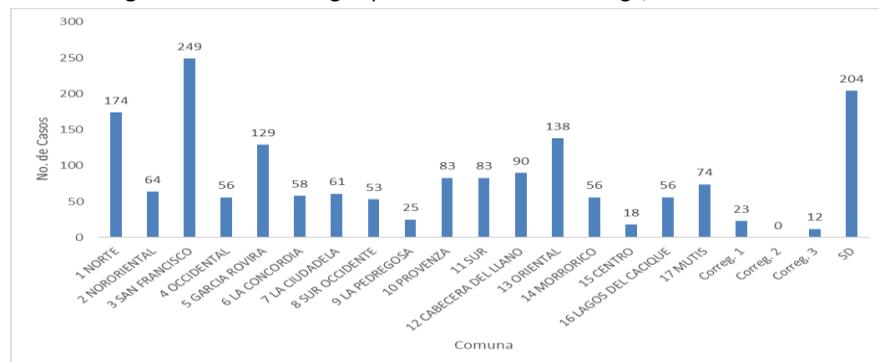
Figura 7. Descripción ajuste por clasificación final del evento, SE 21 de 2025



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 % (249), seguido de la Comuna 1 con un 10 % (174), la Comuna 13 y 5 con un 8 % (138) cada una. Figura 8

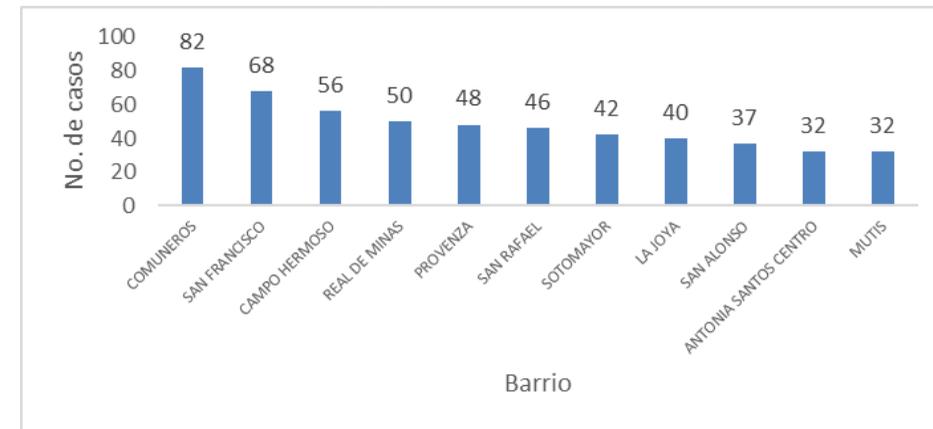
Figura 8. Casos de Dengue por comunas. Bucaramanga, SE 21 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Al analizar el comportamiento del dengue por barrios, Comuneros es el que más registra casos con un 4,8 % (82), seguido de San Francisco con un 4 % (68), Campo Hermoso con un 3,3 % (56), Real de Minas con un 2,9 % (50), Provenza con un 2,8 % (48) y San Rafael con un 2,7 % (46). Figura 9

Figura 9. Casos de Dengue por barrios. Bucaramanga, SE 21 de 2025

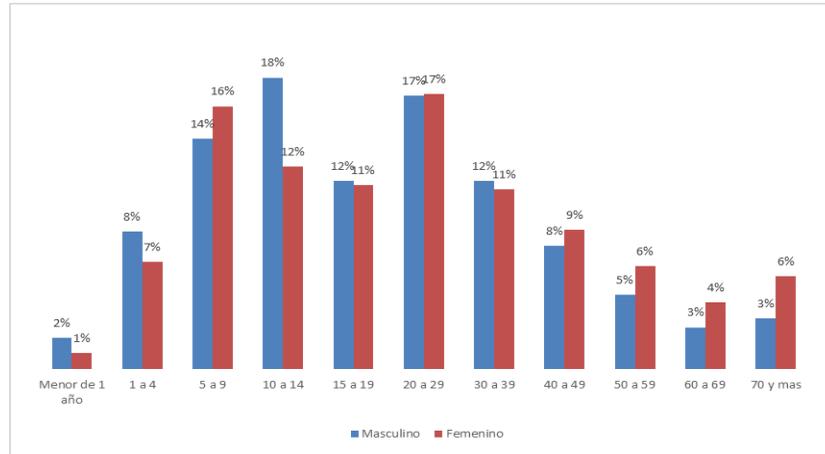


Fuente: SIVIGILA 2025

La distribución de los casos corresponde al 53 % (900) en masculino y 47 % (806) 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 % (161), mientras que en las mujeres el mayor número de casos se presenta en los adultos jóvenes de 20 a 29 años con un 17 % (136). Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 39 % (672) de los casos notificados. Los Adultos > 60 años con un 8 % (130). Se han notificado 4 gestantes (2 DSSA y 2 DCSA) Figura 10.

18 a 24 de mayo de 2025

Figura 10. Distribución de frecuencia de casos de Dengue según Edad y Sexo. Bucaramanga, SE 21 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

En la Tabla 3 se describe el evento Dengue y Dengue Grave según sexo, área y tipo de seguridad social.

Tabla 3. Dengue y Dengue Grave según Sexo, Área y Tipo de SS. Bucaramanga, SE 21 de 2025

Variables	Dengue	Dengue Grave	Total	%	
Sexo	Masculino	900	3	903	52,8%
	Femenino	806	1	807	47,2%
Área	Cabecera m/pal	1678	4	1682	98,4%
	Rural Disperso	16	0	16	0,9%
	Centro Poblado	12	0	12	0,7%
Tipo SS	Contributivo	1194	1	1195	69,9%
	Subsidiado	389	3	392	22,9%

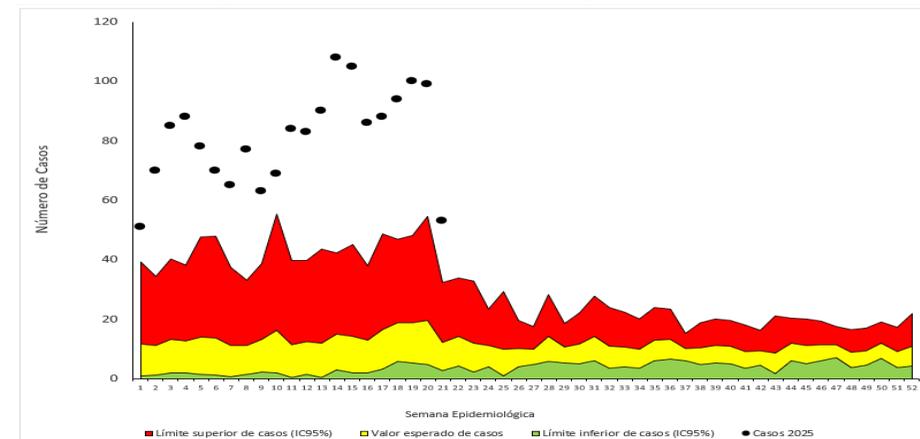
Variables	Dengue	Dengue Grave	Total	%
Excepción	104	0	104	6,1%
No asegurado	8	0	8	0,5%
Indeterminado	11	0	11	0,6%
Especial	0	0	0	0,0%
Total	1706	4	1710	100,0%

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 273,45 casos X 100.000 Hab riesgo. Tendencia al aumento del -2,1 %.

Figura 11. 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 21 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 4. 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	4	100%	100%
TOTAL	24	92%	100%

Fuente: SIVIGILA 2025

Tabla 5. 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 BUCARAM	8	88%	63%
CENTRO DE SALUD ROSARIO	1	100%	NA
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	1	0%	NA
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA EPS SANITAS	5	40%	NA
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM	2	100%	NA
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	3	67%	NA
CENTRO MEDICO DR PEDRO CELIS IPS SAS	3	100%	NA
CLINICA CHICAMOCHA SA	208	90%	100%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	13	100%	100%
CLINICA ESPCO-DESAN	34	53%	91%
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	25	100%	96%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	123	83%	99%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	38	95%	92%
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	2	50%	NA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA	1	0%	NA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	51	100%	98%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	59	100%	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 BUCARAMANGA	54	91%	100%

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
SEDE BOLARQUI	2	100%	NA
SEDE GONZALEZ VALENCIA	153	92%	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	55	76%	NA
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER- UIS	2	50%	NA
VIRREY SOLIS IPS SA SOTOMAYOR	1	0%	NA
TOTAL	932	83%	84%

Fuente: SIVIGILA 2025

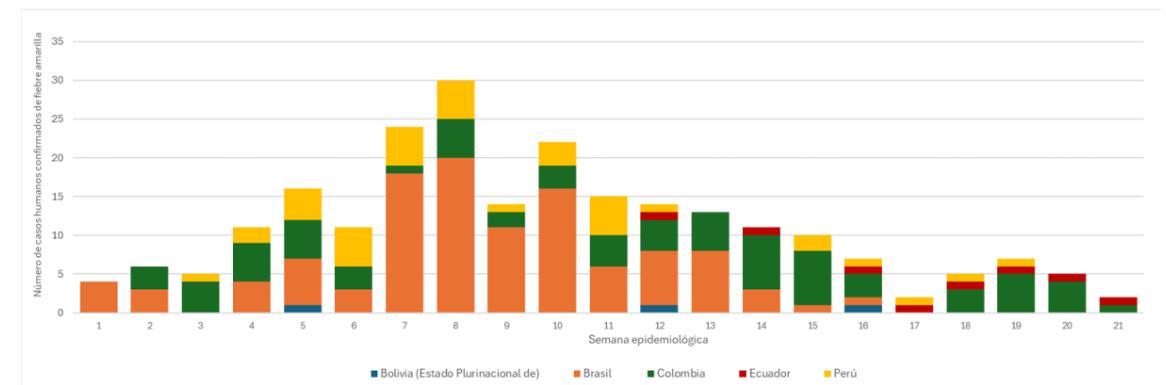
Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 31 de mayo del 2025

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

En 2025 y hasta el 25 de mayo se han notificado 235 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cinco países de la Región de las Américas, incluyendo 96 defunciones (tasa de letalidad [TL] 41%).

Estos casos de fiebre amarilla han sido reportados en: el Estado Plurinacional de Bolivia, con cuatro casos incluyendo dos defunciones; Brasil con 111 casos, incluyendo 44 defunciones; Colombia con 74 casos, incluyendo 31 defunciones; Ecuador con ocho casos, incluyendo seis defunciones; y Perú con 38 casos, incluyendo 13 defunciones.

Figura 12. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por país, y semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas en la Región de las Américas*, SE 1 a SE 21 del 2025.



*Nota: Incluye únicamente los casos para los cuales se dispone de información de inicio de síntomas por semana epidemiológica.

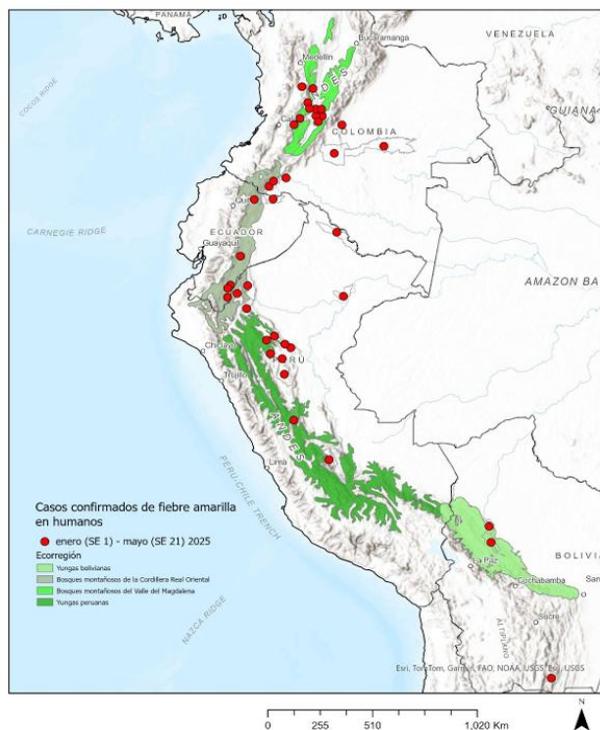
Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud (1-8).

Desde la Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 24 de abril del 2025 (9), se notificaron 46 casos adicionales confirmados de fiebre amarilla en humanos: Bolivia (n= 2 casos), Brasil (n= 9 casos), Colombia (n= 21 casos), Ecuador (n= 8 casos) y Perú (n= 6 casos) (19). En 2024, los casos de fiebre amarilla en humanos se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú.

18 a 24 de mayo de 2025

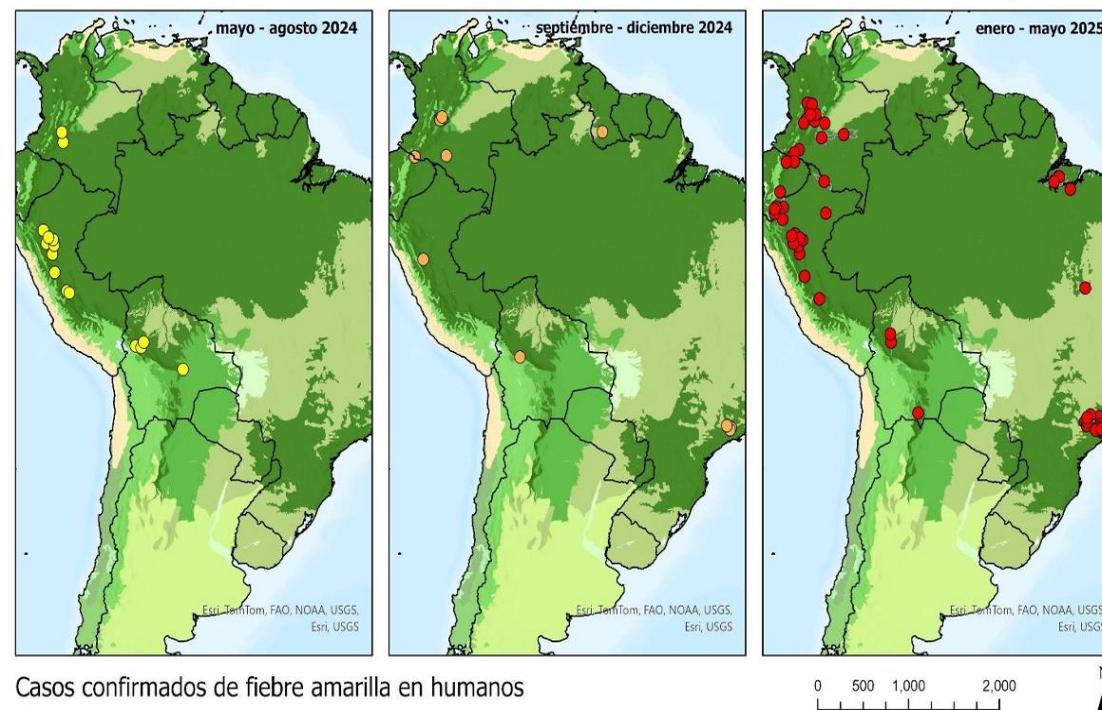
En 2025, sin embargo, los casos se han detectado principalmente en el estado de São Paulo, en Brasil, y el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países.

Figura 13. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2025 (hasta SE 21).



Fuente: OPS-OM Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas del 31 de mayo del 2025. Página 3 <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-31-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final.pdf>

Figura 14. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por año en la Región de las Américas, 2023 a 2025 (hasta SE 21).



Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos

Fuente: OPS-OM Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas del 31 de mayo del 2025. Página 4 <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-31-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final.pdf>

En Colombia, desde el inicio del brote en 2024 y hasta el 25 de mayo se han reportado un total de 97 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 44 defunciones (TL: 45,3%).

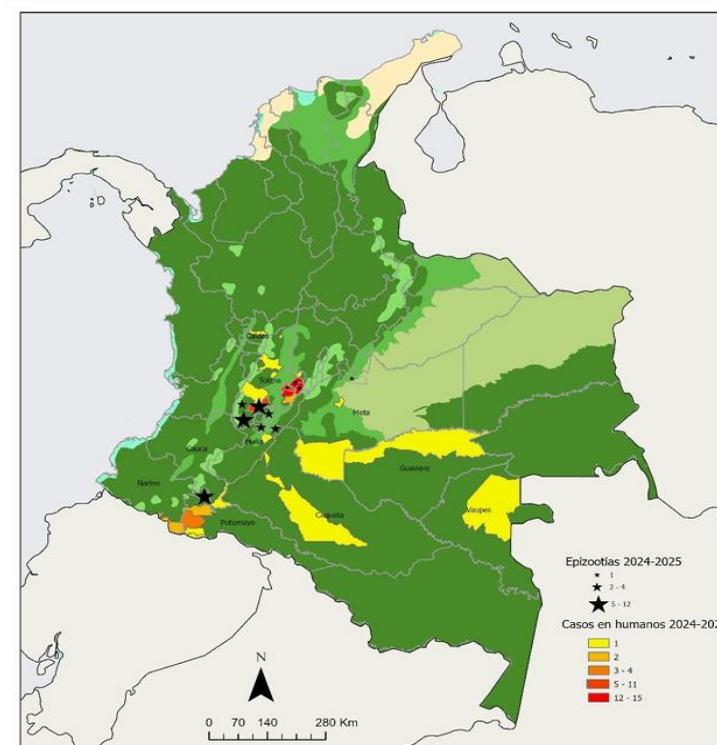
En 2025 y hasta el 25 de mayo, se ha registrado un total de 74 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo 31 defunciones (TL: 42%). Los casos corresponden a personas residentes en los departamentos de Caldas (n= 1 caso fatal), Cauca (n= 1 caso fatal), Meta (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Putumayo (n= 3 casos, incluyendo una defunción) y Tolima (n= 65 casos, incluyendo 24 defunciones). Los casos corresponden a personas con edad entre 2 y 84 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 enero y el 20 de mayo del 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura.

En el actual brote que se registra en el departamento del Tolima, entre el 2024 y 2025, se han notificado 78 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 30 defunciones (TL: 35%), este brote que comenzó a finales del año 2024 y continua durante el 2025, inició en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea y actualmente afecta a doce municipios que son identificados de alto riesgo: Ataco (n= 15 casos, incluyendo siete defunciones), Chaparral (n= 3 casos), Cunday (n= 15 casos, incluyendo cinco defunciones), Dolores (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal), Espinal (n= 1 caso fatal), Ibagué (n=1 caso), Palo Cabildo (n=1 caso), Prado (n= 17 casos, incluyendo seis defunciones), Purificación (n= 5 casos, incluyendo tres defunciones), Rioblanco(n= 2 casos, incluyendo una defunción), Valle de San Juan (n= 1 caso fatal) y Villarrica (n= 15 casos, incluyendo cinco defunciones). El 77% de los casos (n= 60 casos) son hombres, los casos presentan edades comprendidas entre los 11 y los 89 años, y fecha de inicio de los síntomas entre el 8 de septiembre de 2024 y el 20 de mayo del 2025.

Durante el 2025 y hasta el 25 de mayo, en Colombia se confirmaron 51 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias) para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, 37 en el departamento del Tolima en los municipios de Purificación (n= 1), Cunday (n= 1), Ataco (n= 10), Chaparral (n= 15), Planadas (n= 6), Villarrica (n= 1) y Rioblanco (n= 3); ocho en el departamento del Huila en los municipios de Neiva (n= 3), Palermo (n= 3), Aipe (n= 2);

cinco en el departamento de Putumayo en el municipio de Mocoa (n= 5) y uno en el departamento del Meta en el municipio de Villavicencio (n= 1) (Figura 15).

Figura 15. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla por departamento. Colombia, 2024 hasta SE 21 del 2025.



Fuente: OPS-OM Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas del 31 de mayo del 2025. Página 9 <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-31-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final.pdf>

Tabla 6. Esquema para la atención estratificada de pacientes con fiebre amarilla.

Grupo	Condición Clínica	Acciones recomendadas
Grupo A (Atención Primaria - Fase de Infección)	Fiebre, dolor abdominal, náuseas, posible hemorragia leve, deshidratación leve a moderada.	<ul style="list-style-type: none"> Hidratación oral y endovenosa según pérdidas hídricas. Expansión volémica inicial de 20 ml/kg si es necesario. Monitoreo del nivel de consciencia. Manejo del dolor y fiebre con dipirona (máx. 8 g/día) o paracetamol (máx. 2 g/día). Evitar AINEs. Monitorear AST > 5 LSN, plaquetas < 50,000/mm³ y proteinuria, con seguimiento estrecho para detectar progresión a formas graves. Reevaluación en 24 horas para determinar evolución y posible reclasificación a Grupo B. Evaluar si los servicios de atención primaria cuentan con la infraestructura para realizar el monitoreo continuo del paciente, y en caso de que no haya capacidad en atención primaria, se debe enviar directamente a hospitalización para monitoreo.
Grupo B (Hospitalización - Fase de Remisión)	Deshidratación grave, vómitos persistentes, diarrea, alteración de excreción urinaria, inestabilidad hemodinámica.	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización inmediata con monitoreo de parámetros cardíacos, renales, hepáticos y metabólicos. Segunda expansión volémica si es necesario. Iniciar medicamentos vasoactivos sin demora si hay choque hipovolémico. Vigilancia de nivel de consciencia, dolor abdominal e inicio de hemorragias graves. Monitoreo de AST > 2,000 U/L, creatinina sérica > 2.0 mg/dl y RNI > 1.5, con soporte médico especializado. Evaluar necesidad de transferencia a UCI (Grupo C).
Grupo C (Unidad de Cuidados Intensivos - Fase Toxémica)	Insuficiencia hepática aguda (ictericia, alteraciones en pruebas de función hepática), insuficiencia renal aguda, encefalopatía hepática, hemorragias graves.	<ul style="list-style-type: none"> Remisión a UCI para manejo especializado. Monitoreo continuo y tratamiento de soporte avanzado. Uso de medicamentos vasoactivos para mantener estabilidad hemodinámica. Soporte ventilatorio si es necesario. Diálisis en casos de insuficiencia renal aguda. Aplicación de protocolos específicos según disponibilidad local.

Fuente: OPS-OM Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas del 31 de mayo del 2025. Página 15 <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-31-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final.pdf>

Las recomendaciones a tener en cuenta y ejecutar deben ser consultadas en documento de la OPS-OM Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas del 31 de mayo del 2025 disponible en <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-31-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final.pdf>

Bibliografía

OPS-OM Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas del 31 de mayo del 2025 disponible en <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-31-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final.pdf> Páginas 11 a 19.

Alerta epidemiológica Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas - 31 de mayo del 2025.

Frente al descenso sostenido de las coberturas de vacunación de tos ferina, registrado principalmente durante la pandemia por COVID-19, y en el contexto del actual resurgimiento global de casos de la tos ferina —con aumentos significativos en varios países de la Región de las Américas— la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a reforzar sus sistemas de vigilancia epidemiológica y a mantener un monitoreo continuo, detallado y desagregado de las coberturas de vacunación en la población infantil, con especial atención a los menores de 1 año y menores de 5 años. Es prioritario identificar de manera oportuna a los grupos poblacionales que no reciben las vacunas de tos ferina con las dosis recomendadas, en particular a los lactantes no vacunados o con esquemas incompletos, a fin de implementar acciones correctivas que permitan cerrar brechas de inmunización y prevenir brotes.

En Colombia, desde la SE 1 hasta SE 18 del 2025 se reportaron 318 casos confirmados de tos ferina, incluyendo dos defunciones. Siendo el 2025 el año con mayor número de casos reportados en Colombia desde el 2019 en el país. De las entidades territoriales con casos confirmados de tos ferina, las que concentran el mayor número son Bogotá (n= 142 casos) y Antioquia (n= 63 casos, incluyendo una defunción). El grupo edad más afectado son los menores de un año (n= 137 casos) representando 43,1%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 73 casos) representando 23%. La distribución por sexo muestra una mayor afectación en hombres (n= 170 casos) que en mujeres (n= 148 casos). En el año 2025 se han reportado brotes en comunidades indígenas principalmente en: Antioquia (n= 26 casos, incluyendo una defunción), Chocó (n= 6 casos), Cauca-Caloto (n= 1 caso), Bogotá D.C. (n= 6 casos) y La Guajira (n= 9 casos).

Recomendaciones:

Vigilancia: Fortalecer la vigilancia, a fin de monitorear las tendencias de las enfermedades, identificar brotes, controlar la carga de la enfermedad y, evaluar el impacto de la estrategia de vacunación y medidas de control implementadas. Además, se alienta a los países a fortalecer sus capacidades de diagnóstico por laboratorios, lo que permitirá mejorar la notificación y la caracterización de los brotes de tos ferina. Cada brote epidémico de tos ferina debe ser cuidadosamente estudiado para mejorar el entendimiento de la epidemiología de la enfermedad en la Región de las Américas. Se orienta a que los Estados Miembros intensifiquen los esfuerzos de vigilancia en los niños menores de un año que están hospitalizados.

Diagnóstico y laboratorio: La confirmación de laboratorio es esencial para garantizar un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Las pruebas diagnósticas utilizadas en el laboratorio para la detección de infección por Bordetella pertussis son el cultivo, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la serología. El diagnóstico etiológico de referencia es el cultivo de *B. pertussis*, a partir de muestras nasofaríngeas extraídas en la fase catarral y de tos inicial.

Es una prueba muy específica, pero no muy sensible (menos de 60%) y requiere de medios selectivos. La positividad del cultivo es mayor en muestras obtenidas durante las primeras dos semanas de inicio de la tos. La PCR para Bordetella es una prueba más sensible y puede realizarse en los mismos tipos de muestras que se utilizan para el cultivo. La PCR es más sensible en muestras obtenidas dentro de las primeras tres o máximo cuatro semanas de inicio de la tos. El diagnóstico serológico se basa en la detección de un aumento significativo de la concentración de anticuerpos específicos, en muestras pareadas (fase catarral y fase convaleciente) de las personas infectadas. **No se recomiendan las pruebas serológicas en menores de un año de edad por la interferencia que pueden presentar los anticuerpos maternos, un sistema inmunitario inmaduro o interferencia con anticuerpos generados por vacunación reciente.** Esta prueba no podrá utilizarse para el diagnóstico durante el año posterior a la vacunación.

Vacunación: No hay vacunas disponibles solamente contra la tos ferina. Las vacunas contra la tos ferina que existen tienen una presentación combinada que incluyen otros antígenos DTP (Difteria, tétanos y tos ferina), Tdap, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b (Hib.) y poliovirus). Las vacunas que contienen DTP pueden administrarse luego de las seis semanas de edad y se requieren tres dosis en la serie primaria. Se requieren dosis de refuerzo para mantener niveles de inmunidad contra la enfermedad.

Imagen 1. Esquema de vacunación DPT Colombia 2025.

Esquema de vacunación	Primarias		
	1ª (DTP1)	2ª	3ª (DTP3)
2 meses / 1 st contacto	4 meses	6 meses	
Con DTP	Con DTP	Con DTP	

Fuente: Esquema de Vacunación MSPS Colombia 2025 <https://saludtotal.com.co/wp-content/uploads/2025/01/ESQUEMA-DE-VACUNACION.pdf>

Y los refuerzos:

- Primer refuerzo: A los 18 meses de edad.
- Segundo refuerzo: A los 5 años de edad.

Es importante analizar las coberturas de vacunación en niños de 1 año y menores de 5 años, con especial énfasis en la identificación de grupos poblacionales con bajas coberturas. Los países deben asegurar coberturas con tres dosis de vacunas contra B. pertussis superior al 95% en niños (meta regional).

Se orienta vacunar con un refuerzo a los trabajadores de la salud, dando prioridad al personal de las salas de maternidad y a los cuidadores de los recién nacidos y menores de 1 año, para prevenir la transmisión nosocomial a lactantes y personas inmunocomprometidas.

Inmunizar a las mujeres embarazadas en caso de un brote, proporciona una protección óptima a recién nacidos. Para que esta estrategia de vacunación sea efectiva, es importante alcanzar y mantener una cobertura de vacunación superior al 50%.

Manejo clínico: Se recomienda aislamiento de tipo respiratorio en los casos identificados. Los casos sospechosos y confirmados deben mantenerse separados de los lactantes y de los niños de corta edad, especialmente de los lactantes no inmunizados, hasta que los pacientes hayan recibido antibióticos durante al menos cinco días. Los casos sospechosos que no reciban antibióticos deben mantenerse aislado durante tres semanas después de la aparición de la tos paroxística o hasta que esta desaparezca, lo que ocurra primero.

Tratamiento: Los antibióticos, como los macrólidos (eritromicina, claritromicina y azitromicina) pueden acortar el período de transmisibilidad, pero probablemente no reduzcan la gravedad ni la duración del cuadro, a menos que se administren antes de que empiece la etapa paroxística.

Comunicación de riesgo: Se recomienda promover la difusión de mensajes de salud pública dirigidos a los médicos y a la población general, con el fin de mejorar el reconocimiento precoz, la notificación y el inicio rápido del tratamiento de casos de tos ferina.

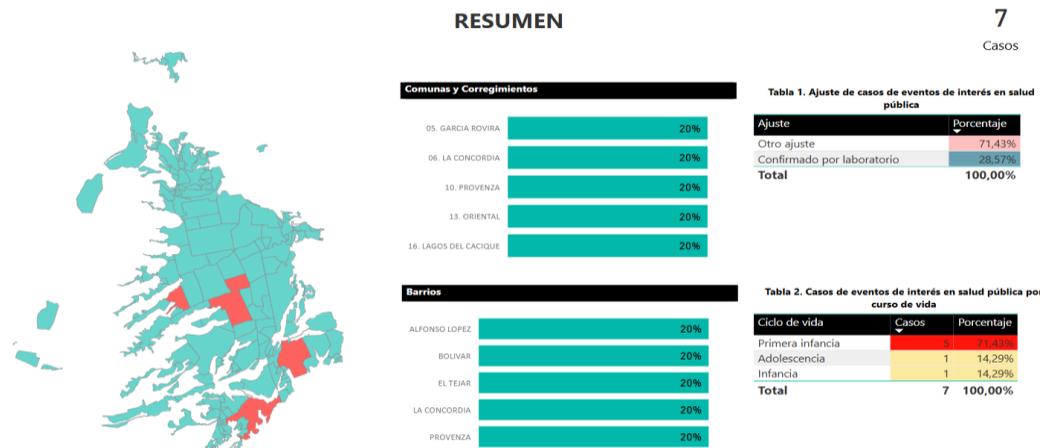
De acuerdo a la alerta epidemiológica identificada por la OPS-OMS, la circular externa conjunta 011 de 2025 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la cual se establecen los lineamientos para enfrentar la Tos ferina en el territorio nacional, *“se evidencia que según información reportada por el Instituto Nacional de Salud (INS) en el boletín epidemiológico a semana #17 de 2025 a nivel nacional se han reportado en SIVIGILA un total de 1.535 casos de Tos Ferina. De estos, el 17, % (268 casos) han sido confirmados, el 45.7% (701 casos) fueron descartados y el 36.9% (566 casos) se encuentran en estudio. La incidencia nacional es 0.50 casos por 100.000 habitantes. Al comparar con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observó un aumento con respecto a los años 201 y 2024, cuando la incidencia no superó los 0.30 casos por cada 100.000 habitantes. La mayor incidencia se concentra en el distrito de Bogotá, departamento de Huila y Vichada; así como situaciones de brote en los departamentos de Antioquia, Chocó, Caldas, Cauca, la Guajira, Cundinamarca, Risaralda y Distrito de Bogotá” (1).*

El departamento de Santander, a semana epidemiológica 20 de 2025 se han confirmado al SIVIGILA 22 casos probables de los cuales 4 han sido confirmados así: Piedecuesta (2 casos), Bucaramanga (02 casos) sin nexo epidemiológico entre los casos de los municipios por lo cual no se considera brote; 7 casos están en estudio. Para el año 2024 a semana epidemiológica 20 se notificaron 26 casos de los cuales 25 fueron descartados y 01 confirmado (1).

En la proporción de incidencia para el periodo epidemiológico 05 se notificaron 0,92 casos nuevos de Tos Ferina por cada 100.000 habitantes o personas en riesgo. Por cada 100.00 habitantes menores de 5 años de notificaron 9,51 casos de Tos Ferina. Del total de casos notificados, el 100% tuvieron investigación de campo. El 18,18% de los casos notificados del evento fueron confirmados. El 50% de los casos notificados del evento fueron descartados (1).

En cuando a Bucaramanga a semana epidemiológica #20 año 2025, se evidencia la notificación al SIVIGILA de 07 casos, de los cuales 05 fueron descartados y 02 fueron confirmados, sin nexo epidemiológico entre los casos de los municipios por lo cual no se considera brote. Las 05 comunas que presentaron los 07 casos son García Rovira, La Concordia, Provenza, Oriental y Lagos del Cacique, de los cuales el 71% de los casos se presentaron en el ciclo de vida primera infancia. Para el año 2024 a semana epidemiológica 20 se notificaron 11 casos, todos fueron descartados.

Imagen 2. Casos notificados de Tosferina con corte 01 de junio de 2025 S.E 21 Bucaramanga.



Fuente: EISP 2015-2025 SSAB. <https://www.bucaramanga.gov.co/tableros-de-control/>

Por lo que se requiere que todas las UPGD, UI y EAPB de Bucaramanga, implementen las acciones establecidas en la Circular 092 del 22 de mayo del año 2025 de la Secretaria de Salud del Departamento de Santander con asunto Directrices para la intensificación y fortalecimiento de acciones de gestión y vigilancia en Salud Pública frente aumento de casos de Tos Ferina – Departamento de Santander; especialmente (ver circular referencia bibliográfica #1):

RECOMENDACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA VACUNACIÓN Y LA VIGILANCIA DE LA TOS FERINA.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

- Garantizar conforme a los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el inicio, continuación y finalización de los siguientes esquemas de vacunación:
 - **Población gestante:** vacunación con TDaP a partir de la semana 26 de gestación, y en caso de lugar rural disperso desde la semana 20.
 - **Para los niños y niñas:** vacunación con Pentavalente se aplica a los 2, 4, 6 y primer refuerzo a los 18 meses y segundo refuerzo de DTP a los 5 años de vida.
- Cumplir el protocolo y las guías de práctica clínica de tos ferina, y eliminar las barreras administrativas que dificulten el acceso oportuno, diagnóstico y tratamiento de los casos.
- Se debe asegurar que la red prestadora de servicios garantice la toma de muestra, diagnóstico, tratamiento, y manejo integral de los casos probables y confirmados de tos ferina.
- Garantizar la adherencia y continuidad del tratamiento de los casos probables y confirmados de tos ferina.
- Establecer un diagnóstico diferencial una vez el caso probable de tos ferina ha sido descartado por el laboratorio.

Nota: El esquema de vacunación contra la tos ferina en Colombia (PAI) no incluye adolescentes ni adultos, no obstante, la vacunación en esta población cuenta como una estrategia complementaria particular para reducir la transmisión y proteger a la población vulnerable.

18 a 24 de mayo de 2025

ACCIONES DE LABORATORIO.

Recomendaciones para la obtención de muestras

Tipo de muestra:

- Hisopado nasofaríngeo (preferido) o aspirado nasofaríngeo (para hospitalizados o menores de 1 año).
- Hisopos: Exclusivamente de poliéster, rayón o nylon (prohibido algodón o alginato de calcio por interferencia en PCR).

Técnica de toma:

- Insertar el hisopo hasta la nasofaringe posterior, rotar 10 segundos y retirar suavemente.

Medio de transporte:

- Para cultivo y PCR: Medio Regan-Lowe.

Momento de toma:

- Fase catarral o paroxística temprana (primeras 2 semanas): Priorizar cultivo (estándar de oro).
- Después de 2 semanas: Priorizar PCR (mayor sensibilidad hasta la 4ª semana).

Recomendaciones para conservación y transporte

- Rotulado: Nombre completo, documento de identidad, fecha y hora de toma.
- Temperatura: dentro de las 24 horas: Refrigerar a 2°C–6°C.
- Envío: remitir al Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) en <24 horas, en triple embalaje.

TENER EN CUENTA – IPS/EAPB:

- Tomar muestra antes de iniciar antibióticos.
- Asegurar ficha epidemiológica completa, Formato de remisión de muestras de vigilancia de eventos de interés en salud pública MI-GS-RG-582, epicrisis y reporte de resultados.
- En caso de que la institución logre identificar el aislamiento como *Bordetella sp* enviarlo en medio de transporte Regan Lowe a temperatura 2°C a 6 °C con la ficha de bacteriología general (solicitarla en caso de requerirla).
- En caso de identificación de *Bordetella sp* por PCR enviar la muestra al Laboratorio Departamental de Salud Pública de Santander.

ACCIONES EN VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Ante la sospecha de un caso probable para tosferina, las UPGDS deben tener en cuenta las siguientes directrices, para la notificación inmediata al SIVIGILA:

CASO PROBABLE

Menores de 3 meses: Todas las infecciones respiratorias agudas con al menos uno de los siguientes síntomas: accesos de tos (tos paroxística), estridor, apnea, cianosis, vómitos por acceso de tos.

Menores de 3 meses a 12 años: Tos paroxística intensa de cualquier duración acompañada por estridor o, en ausencia de un diagnóstico más probable, todas las infecciones respiratorias agudas con tos que dure más de 7 días y uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor, vómitos por acceso de tos.

Mayores de 12 años: Todas las infecciones respiratorias con tos que dure más de 14 días, independientemente de la presencia de tos paroxística, expectoración o vómitos por acceso de tos.

Una vez captado el caso realizar toma de las muestras correspondientes, antes inicio de la profilaxis antibiótica y tener en cuenta los siguientes criterios:

Las acciones de vigilancia a realizarse por las entidades territoriales corresponden a:

- Notificación del 100% de casos que cumplan con definición de caso para Tosferina.
- Garantizar que el 100% de los casos probables de tosferina se les tome muestra.
- Realización de la investigación epidemiológica de campo por parte del municipio, de todos los casos probables, dentro de las primeras 72 horas posteriores a la notificación, utilizando el formato del INS y posterior enviar a la secretaria de salud departamental.
- Realizar la búsqueda activa comunitaria 5 manzanas alrededor del caso en estudio.
- En caso de Brote (más de 2 casos relacionados) realizar un primer Reporte de Situación (SITREP) debe generarse dentro de las 24 horas posteriores a la notificación inicial. La frecuencia de los informes posteriores debe seguir las pautas establecidas por la entidad territorial o actualizarse en función de nueva información que surja durante la respuesta.
- Verificar que el 100% de los casos notificados en SIVIGILA tengan una clasificación final. En caso de obtener un resultado negativo para Bordetella Pertussis, se debe considerar el diagnóstico diferencial.
- Realizar unidad de análisis de todo caso probable vivo o muerto sin muestra en tiempos establecidos en los lineamientos nacionales.
- La identificación de un caso confirmado o probable de tosferina en una comunidad indígena debe ser intervenida de manera inmediata, garantizando la implementación oportuna de acciones epidemiológicas de control para prevenir la propagación de la enfermedad.
- Monitorear a los contactos hasta el día 21 desde el inicio de síntomas del caso, asegurando la detección temprana de nuevos casos y la implementación de medidas de control.
- Identificar y tomar muestras de los contactos cercanos que presenten síntomas, con el fin de detectar oportunamente nuevos casos.
- Orientar medidas de control: aislamiento (cinco días en personas con tratamiento completo y 21 días en personas que no recibieron tratamiento), lavado de manos y uso de tapabocas.

Revisar todas las acciones individuales y colectivas relacionadas en el protocolo del Instituto Nacional de Salud:

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Tos%20ferina%202024.pdf

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI.

En lo corrido del 2025, el departamento de Santander ha aplicado 18079 dosis de biológico de Pentavalente (DPT-1, HB-1, Hib-1), 7.764 dosis de DPT en niños de 5 años y 5.602 dosis de DTaP en gestantes, gracias a jornadas masivas de vacunación. El departamento dispone actualmente de 181 puntos de vacunación permanentes en centros de salud, hospitales y clínicas.

ACCIONES – PAI.

- Incrementar la vacunación en población gestante con TDaP a partir de la semana 26 de gestación, y en caso de lugar rural disperso desde la semana 20; para los niños de 2, 4, 6 y 18 meses aplicar la vacuna de pentavalente y DTP a los 5 años de vida, hasta garantizar la cobertura del 95% y más.
- Realizar la búsqueda y verificación de la población susceptible a vacunar y esquemas incompletos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.
- Emitir estrategias y tácticas de vacunación para el control de la tos ferina - **ruta escolar de la vacunación**, entre otras.
- Fortalecer estrategias de comunicación y divulgación de la vacunación contra la tos ferina.
- Realizar monitoreo y evaluación al comportamiento de las coberturas de vacunación con cada uno de los biológicos del programa, en los niveles departamental, distrital y municipal.
- Desarrollar reuniones con los actores del Sistema de Salud, aliados estratégicos y referentes de otros sectores para la Socialización de plan de choque Tos Ferina.
- Vacunación extramural en zonas rurales y de difícil acceso en articulación con Equipos básicos en Salud.
- Realizar actividades de promoción y prevención, a través de sesiones de educación y comunicación sobre la tos ferina, dirigida a padres, madres, cuidadores, talento humano en salud, organizaciones que trabajen con la población susceptible entre otros actores, para identificar signos y síntomas de la enfermedad de manera temprana, aclarar mitos, falsas creencias, fomentando la prevención y beneficios de la vacunación, con énfasis en inmunización con pentavalente, DPT en la infancia y TDaP en las gestantes.
- Realizar inducción y reinducción del talento humano de administración y operación del PAI.
- Realizar seguimiento y reporte de errores programáticos y de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación EAPV.
- Garantizar disponibilidad de insumos (biológicos, diluyentes, dispositivos médicos, y otros).
- Verificar la ejecución de los procedimientos técnicos para la recepción, el almacenamiento y transporte de inmunobiológicos por parte del departamento de Santander.
- Realizar seguimiento a los inventarios, saldos, seguimiento de pérdidas de biológicos dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI.
- Realizar seguimiento de los municipios del departamento de Santander en el envío oportuno de las plantillas de informes de vacunación en la fecha límite indicada y con el 100% de la información generada.
- Realizar verificación de la calidad del dato de información suministrada.
- Realizar seguimiento y verificación al ingreso y la actualización del sistema de información nominal con base en los registros diarios de vacunación

ACCIONES EN PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL DE IRA

Desde la secretaría de salud del departamento de Santander se han venido desarrollando de manera conjunta y continua con las secretarías de salud municipales actividades relacionadas al fortalecimiento de estrategias institucionales y comunitarias orientadas a la prevención y educación, manejo y control de las infecciones respiratorias agudas. Dentro de las acciones desarrolladas está el fortalecimiento de los tres mensajes claves para IRA, y la ruta de atención para IRA.

ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.

Se recomienda el desarrollo de **campañas de sensibilización** dirigidas a la comunidad y al personal de salud, enfocadas a fortalecer Medidas de bioseguridad y autocuidado con acciones como:

- Cubrir boca y nariz al toser o estornudar.
- Lavado de manos frecuente con agua y jabón.
- Uso de tapa bocas si hay síntomas respiratorios, aislamiento y manejo de casos sospechosos.
- Evitar contacto con menores de 1 año si se tienen síntomas respiratorios.
- Aislar casos confirmados de acuerdo con las indicaciones médicas.
- Educación a la comunidad y cuidadores con el fin de informar sobre síntomas iniciales y signos de alarma, promover la consulta oportuna y Reforzar medidas de prevención en el hogar.

Bibliografía:

1. SSD, Circular 092 del 22 de mayo del año 2025 de la Secretaria de Salud del Departamento de Santander con asunto Directrices para la intensificación y fortalecimiento de acciones de gestión y vigilancia en Salud Pública frente aumento de casos de Tos Ferina – Departamento de Santander.
2. OPM-OMS, Alerta epidemiológica Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas 31 de mayo del 2025. <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-05-31-alerta-epidemiologica-tos-ferina-final-es.pdf>

Fe de erratas mortalidad en menor de 5 años IRA/EDA/DNT. Boletín epidemiológico #18 S.E. 19 año 2025.

Tema: Vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición

A partir de revisión de datos notificados para el evento en 2024, se identifica dificultad al momento de exportar los archivos .xls desde Sivigila escritorio para el análisis del evento, lo que resultó en omisión del aplicativo de dos casos de muerte en menor de 5 años por IRA. Dicho inconveniente no fue detectado al momento de descargue, pues el aplicativo no anuncio error, sino posteriormente. A partir de lo anterior, se presentan las tablas de tasas de mortalidad ajustadas, a continuación:

Tabla 7. Número de casos notificados por residencia Bucaramanga 2024 – 2025 S.E. 19p

Año	Total casos	N° casos IRA	N° casos EDA	N° casos DNT	Población DANE <5 años	Tasa de mortalidad x100.000
2024	3	2	1	0	34167	8,8
2025	0	0	0	0	33400	0

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Tabla 8. Tasa de mortalidad por IDA/EDA/DNT, según residencia Bucaramanga 2024 – 2025 S.E. 19p

Año	Tasa mortalidad IRA*	Tasa mortalidad EDA*	Tasa mortalidad DNT*	Población DANE <5 años
2024	5,8	2,9	0	34167
2025	0	0	0	33400

*Tasa de mortalidad por 100.000 menores de 5 años

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Semana epidemiológica **21**

TEMAS CENTRALES

Violencia
Dengue
Alertas epidemiológicas

Claudia Mercedes Amaya Ayala
Secretaria de Salud y Ambiente

Liliana Serrano Henao
Subsecretaria de Salud

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico y profesional Grupo SIVIGILA
Paola Alexandra Suárez Suárez
Duby Quiñonez Carreño
Yamileyny Gutiérrez Lozada

Autoras temas

Paola Alexandra Suárez Suárez
Autora tema Violencia

Nadia Jimena Rojas Lozada
Autora Dengue

María Alejandra Beltrán López
Autora Alertas epidemiológicas

Carolina Becerra
Autora Fe de erratas mortalidad en menor de 5 años IRA/EDA/DNT

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