TEMA CENTRAL

- **Comportamiento Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica, S.E. 27 año 2026 Pre, en el municipio de Bucaramanga.**
- **Alerta Epidemiológica: Dermatofilosis por Dermatophilus congolensis - 9 de julio del 2026**

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN BUCARAMANGA S.E 27 de 2026.

Para la semana 27 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir (68/68) el 100%.

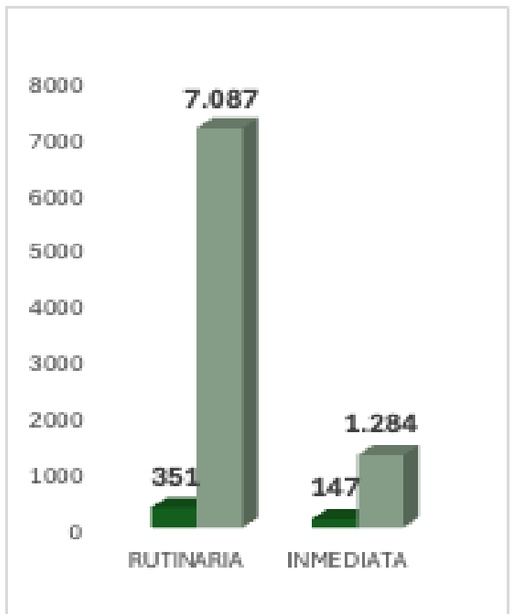
Indicadores de Oportunidad

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 rutinaria acumulada hasta la presente semana es de 94% (8869/8371), 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 y super inmediata (Figura 1).

Figura 1. Oportunidad en la notificación de eventos de interés en Salud Pública S.E 27 de 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Durante la semana epidemiológica 27 del año 2027, se evidencia que las notificaciones rutinarias, con un total de 7438 reportes, de los cuales 7087 (95%) fueron oportunas y 351 (5%) inoportunas. En cuanto a las notificaciones inmediatas, se registraron 1431 reportes, de los cuales 1284 (90%) fueron oportunas y 147 (10%) inoportunas.

Boletín Epidemiológico SEMANAL

ALCALDÍA DE BUCARAMANGA | Secretaría de Salud y Ambiente

Meningitis
Alerta Epidemiológica
Semana Epidemiológica 27
5 a 11 julio 2026

Tabla 1. Porcentaje en la oportunidad de la notificación SIVIGILA Bucaramanga S.E. 27 año 2026 pre.

IPS que Notifica	RUTINARIA				INMEDIATA		
	Inoportuna	Notificación Negativa	Oportuna	% Inoportunidad	Inoportuna	Oportuna	% Inoportunidad
PEDIATRAS ASOCIADOS LTDA			2	0%	1		100%
CLINICA REVIVIR SA	2	27		7%			
INSTITUTO MEDICINA AMBULATORIA Y PREVENTIVA	2		81	2%		3	0%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	22		801	3%	35	303	10%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	4		59	6%		2	0%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER		1		0%			
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE			659	0%	2	87	2%
UIMIST			300	0%	2	91	2%
CENTRO DE SALUD ROSARIO	1		46	2%		20	0%
CENTRO DE SALUD MUTIS			35	0%		4	0%
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA			17	0%	3	6	33%
CENTRO DE SALUD IPC			12	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD GIRARDOT			19	0%		3	0%
CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	2	2	14	11%		5	0%
CENTRO DE SALUD SANTANDER		5	2	0%			
CENTRO DE SALUD GAITAN		1	10	0%		4	0%
CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL			7	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD REGADEROS			5	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD PABLO VI		2	2	0%			
CENTRO DE SALUD JOYA		1	19	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD MORRORICO		6	17	0%		4	0%
CENTRO DE SALUD LIBERTAD			3	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD KENNEDY			10	0%	1	11	8%
CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA		1	3	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO			14	0%		7	0%
CENTRO DE SALUD COLORADOS			13	0%		5	0%
CENTRO DE SALUD CONCORDIA		5	7	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD COMUNEROS	1		18	5%			
CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO		7	2	0%		3	0%
CENTRO DE SALUD CAFE MADRID			41	0%	1	10	9%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA	1		171	1%		2	0%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	111		399	22%	49	278	15%
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	12		272	4%	14	46	23%
CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES I			10	0%		2	0%
CLINICA CHICAMOCHA SA	26		624	4%	3	35	8%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	27		415	6%	2	8	20%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	4		18	18%			
LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CANCER	36	8		82%	1	1	50%
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II	1		81	1%		2	0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER BOLARQUI			97	0%		6	0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER SAN ALONSO			64	0%		4	0%
ASOCIACIÓN PROFAMILIA		7	28	0%		2	0%
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR			52	0%			
UISALUD	2		18	10%			
CENTRO MEDICO QUIRURGICO LA RIVIERA SAS	1		29	3%			
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	4		61	6%		2	0%
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	1		14	7%	2	7	22%
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA	4		308	1%	1	10	9%
CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS SA		20		0%	12	3	80%
FUNDACION AVANZAR FOS	2		22	8%	2	2	50%
CLINICA ESPCO-DESAN	22		254	8%	4	21	16%
MEDICLINICOS IPS SAS			4	0%			
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS			75	0%		33	0%
CONFIMED SAS SEDE BUCARAMANGA	1		22	4%		1	0%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	8		380	2%	1	6	14%
UNIDAD MEDICO Y DE DIAGNOSTICO SA	1		12	8%			
IPS CABECERA SAS		5		0%	1		100%

EPMSC BUCARAMANGA	9		7	56%			
RMBUCARAMANGA			2	0%			
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	1		114	1%	3	24	11%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM BUCARAMANGA	1		134	1%	3	36	8%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	2		595	0%		33	0%
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA SOTOMAYOR	9		337	3%	1	130	1%
SUMIMEDICAL SAS			1	0%			
VIRREY SOLÍS IPS SA ANTIGUO CAMPESTRE			15	0%		2	0%
VIRREY SOLÍS IPS SA CABECERA	19		39	33%	1		100%
VIRREY SOLÍS IPS SA CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS SOTOMAYOR	11		96	10%	2	6	25%
BATALLÓN DE ASPC NO5 HOSPITAL MILITAR BUCARAM	1		99	1%		4	0%
Total	**351**	**98**	**7087**	**5%**	**147**	**1284**	**10%**

Fuente: SIVIGILA SSAB 2026 pre.

Ajustes pendientes por realizar a SE 27, Bucaramanga, 2026

A semana 27 se registran 190 ajustes pendientes en SIVIGILA. Se recuerda que se cuenta con cuatro (4) semanas para su ejecución y así cumplir la oportunidad establecida. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Ajustes pendientes S.E. 27 Bucaramanga 2026.

EVENTOS/ SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Total general
CÁNCER EN < DE 18 AÑOS																	1	1	1	1			2	2	2	1		11
CHAGAS		1	3		1		3				1		1				2	1	1	1	1	1	1		2			20
DEFECTOS CONGENITOS																1							1		1			3
DENGUE CON SIGNO DE ALARMA																												
DENGUE GRAVE																									2			2
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	3	4	3	2	3	3		3	1	2	2	5	4	1	4	3	4	4	6	4	8	3	5	6	19	4		106
EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER																											1	1
INTOXICACIONES																										2	2	4
LEPTOSPIROSIS			2		2	2		1			1	2	1	3		7	27	1	1	1	4	1	4	2	2			64
LESIONES DE CAUSA EXTERNA																										1		1
MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCIC																								1	1	1		3
MORTALIDAD POR DENGUE																					1							1
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)																				1								1
TOS FERINA																					1		1					2
VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y/O DESNUTRICIÓN																				1								1
Total general	**3**	**5**	**8**	**2**	**6**	**5**	**3**	**4**	**1**	**2**	**4**	**7**	**6**	**4**	**4**	**11**	**34**	**7**	**10**	**8**	**15**	**5**	**14**	**11**	**32**	**8**	**1**	**220**

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Comportamiento Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica Municipio de Bucaramanga.

Ministerio de Salud y Protección Social: encargado de formular, adoptar y dirigir la política pública en salud en Colombia, en el marco de la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016. Define los lineamientos técnicos para la vigilancia, prevención y control de la meningitis bacteriana aguda, incluyendo las acciones de atención integral, profilaxis en contactos y respuesta ante brotes, en articulación con las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud.

Instituto Nacional de Salud (INS): a través de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, es responsable de estructurar y actualizar los lineamientos contenidos en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Meningitis Bacteriana Aguda y Enfermedad Meningocócica (código 535), en el marco del Decreto 3518 de 2006. Administra el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y define los criterios para la notificación obligatoria, la clasificación de casos, la investigación epidemiológica de campo en menos de 48 horas, la realización de unidades de análisis y la emisión de informes de situación ante eventos de interés en salud pública.

Lineamientos para la vigilancia en salud pública de meningitis bacteriana aguda en Colombia (INS, última versión vigente): establecen las directrices técnicas para la detección, notificación, diagnóstico, investigación y control del evento, en concordancia con el Decreto 3518 de 2006 y el Decreto 780 de 2016. Incluyen: Notificación obligatoria e inmediata de casos probables y confirmados. Investigación epidemiológica de campo en ≤48 horas ante la identificación de agentes como son Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis y Haemophilus Influenzae. Confirmación diagnóstica mediante laboratorio (LCR, cultivo, pruebas antigénicas). Implementación de quimioprofilaxis en contactos estrechos en ≤24 horas ante la identificación de agentes como son Neisseria meningitidis y Haemophilus Influenzae. Activación de acciones de control y respuesta ante brotes.

Estos lineamientos articulan el SIVIGILA, las entidades territoriales y las instituciones prestadoras de servicios de salud para garantizar una respuesta integral y oportuna.

Situación de Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en las Americas

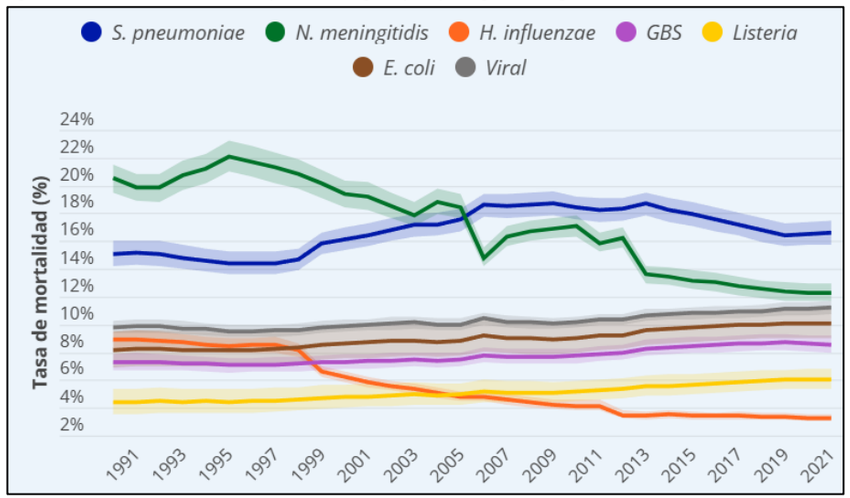
- La meningitis bacteriana es una de las más de 30 enfermedades y afecciones incluidas en la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades de la OPS y cuya eliminación se ha fijado como objetivo en la Región de las Américas para 2030.
- La Hoja de ruta de la OMS para 2030 establece tres objetivos globales claros: Eliminar las epidemias de meningitis. Reducir en un 50 % los casos prevenibles mediante vacunación y en un 70 % las muertes. Reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes.
- Todos los países de las Américas ya han introducido la vacuna contra el Hib; la mayoría tienen vacunas neumocócicas; siete tienen vacunas contra el meningococo: el progreso es real, pero desigual.

- Hacer realidad la hoja de ruta podría eliminar las epidemias de meningitis bacteriana, reducir la discapacidad y mejorar la atención posterior para todos, lo que en última instancia salvaría más de 920 000 vidas para 2030.
- Según la Organización Mundial de la Salud, mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la meningitis podría ahorrar hasta 10 000 millones de dólares en costes sanitarios directos para 2030.
- La hoja de ruta organiza la acción en torno a cinco pilares interconectados: Prevención y control de epidemias: mediante la vacunación, la respuesta a los brotes y las estrategias maternas. Diagnóstico y tratamiento: reforzar la detección oportuna de casos, el acceso a la punción lumbar y la terapia antimicrobiana. Vigilancia: garantizar datos de alta calidad en tiempo real para orientar las medidas y supervisar las tendencias. Apoyo y atención: proporcionar servicios de rehabilitación, audición y salud mental, y apoyo a los supervivientes. Promoción y participación: sensibilización, movilización de las comunidades y obtención de compromisos políticos.

- Los Estados miembros, incluidos los de América, se han comprometido a: Integrar la meningitis en las políticas nacionales de salud y en los paquetes de cobertura sanitaria universal (CSU) o garantizar el acceso equitativo a las vacunas, los tratamientos, los diagnósticos y la atención posterior. o Fortalecer la preparación ante epidemias, la detección temprana y la respuesta rápida. o Apoyar a los supervivientes mediante la rehabilitación, los servicios para discapacitados y la participación de la comunidad. Invertir en investigación e innovación para mejorar las vacunas, los diagnósticos y los tratamientos.

El gráfico evidencia un cambio en el perfil de mortalidad de las meningitis durante las últimas tres décadas. Mientras que la mortalidad por N. meningitidis y H. influenzae ha disminuido significativamente, la asociada a S. pneumoniae se mantiene como la más elevada en la actualidad, consolidándose como el principal agente relacionado con desenlaces fatales. Estos hallazgos resaltan la importancia de mantener altas coberturas de vacunación, fortalecer el diagnóstico oportuno y garantizar el acceso temprano al tratamiento, especialmente frente a las meningitis neumocócicas.

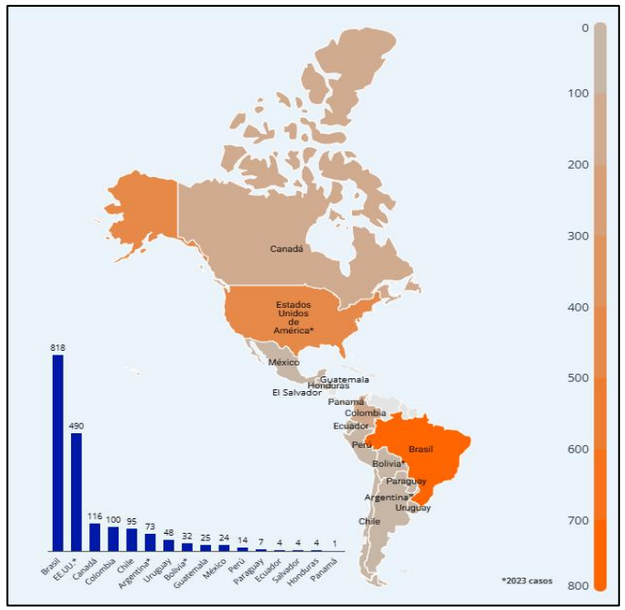
Figura 2. Tasas de mortalidad por meningitis por patógeno, Región de las Américas, 1991–2021



Fuente: OPS.

En 2023, la carga de meningitis en la región de las Américas estuvo concentrada principalmente en Brasil y Estados Unidos, que en conjunto acumularon aproximadamente el 71,00% de los casos reportados (1.308 de 1.855 casos). Colombia ocupó el cuarto lugar con 100 casos, lo que refleja una circulación persistente de la enfermedad en el continente y resalta la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica, mantener altas coberturas de vacunación y garantizar el diagnóstico y tratamiento oportunos para reducir la morbimortalidad asociada.

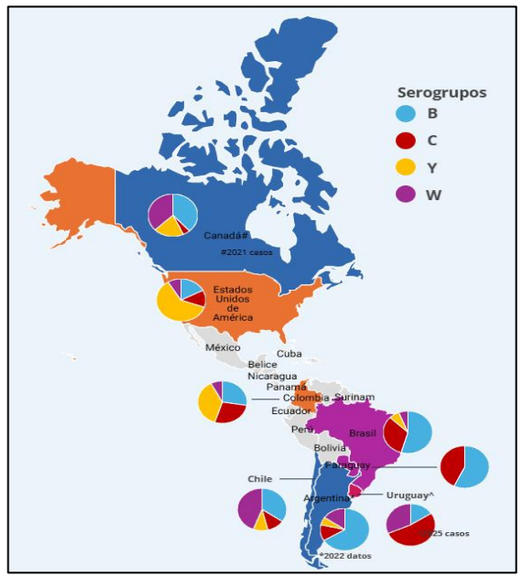
Figura 3. Casos de N. meningitidis, Región de las Américas, 2024



Fuente: OPS.

La circulación de los serogrupos meningocócicos en las Américas es dinámica y presenta variaciones significativas entre países. Mientras que el serogrupo B predomina en la mayoría de los países, como Canadá, Brasil, Colombia y Argentina, otros países presentan perfiles distintos, como el predominio del serogrupo Y en Estados Unidos y del serogrupo W en Chile. Estas diferencias resaltan la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica y microbiológica continua para orientar las políticas de inmunización y adaptar las estrategias de prevención de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de cada país.

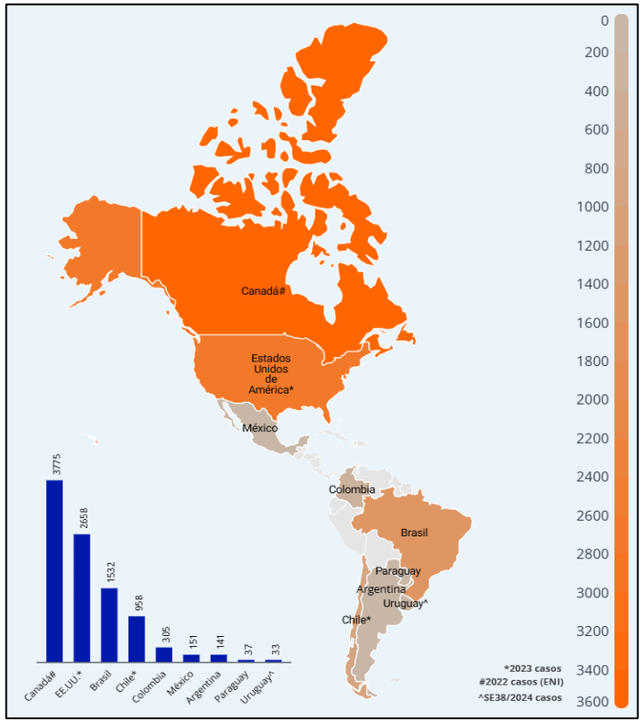
Figura 4. Serogrupos de N. meningitidis, Región de las Américas, 2024



Fuente: OPS

Los datos muestran que la enfermedad meningocócica invasiva mantiene una circulación importante en varios países de las Américas, con una mayor carga en Canadá, Estados Unidos y Brasil. Colombia ocupa una posición intermedia con 305 casos notificados.

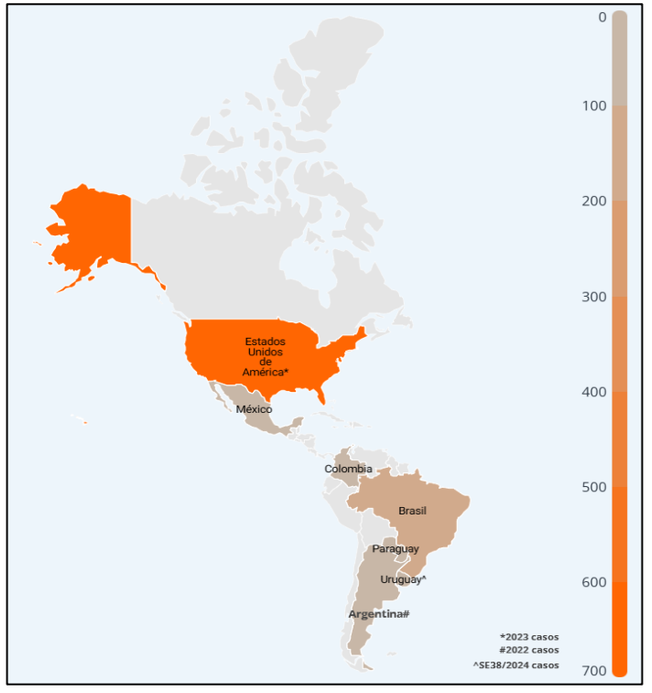
Figura 5. Casos de S. pneumoniae, Región de las Américas, 2024



Fuente: OPS.

Los datos muestran que la meningitis por *Haemophilus influenzae* continúa presente en las Américas, aunque con una carga mucho menor que la registrada antes de la introducción de la vacunación contra Hib. Estados Unidos y Brasil concentran el mayor número de casos reportados, mientras que en el resto de los países la ocurrencia es relativamente baja.

Figura 6. Casos de H. influenzae, Región de las Américas, 2024

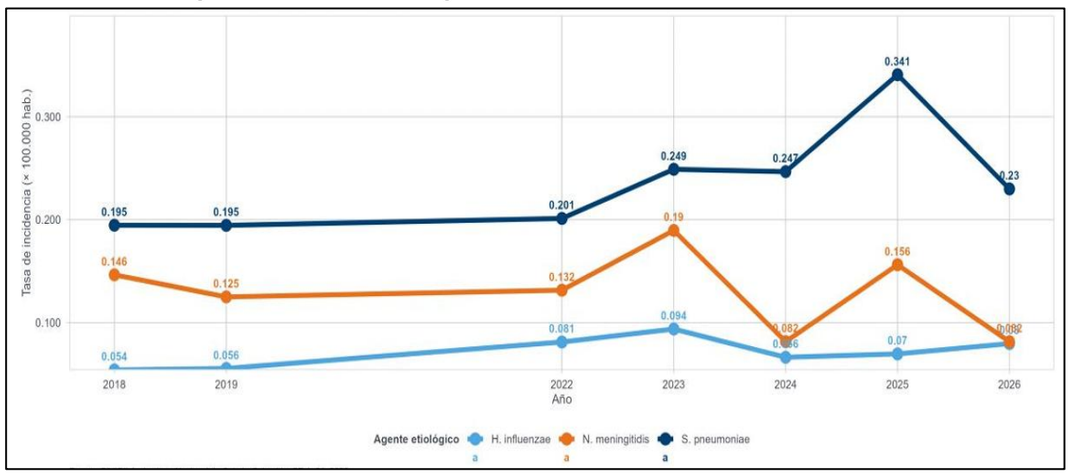


Fuente: OPS.

Situación de la Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Colombia.

La vigilancia epidemiológica evidencia que *Streptococcus pneumoniae* continúa siendo el principal agente causante de meningitis bacteriana en Colombia, con un incremento importante de la incidencia entre 2023 y 2025 y un descenso parcial en 2026. En contraste, *Neisseria meningitidis* presenta un comportamiento oscilante con picos epidémicos ocasionales, mientras que *Haemophilus influenzae* mantiene una incidencia baja y relativamente estable, lo que probablemente refleja el impacto sostenido del programa de vacunación contra Hib.

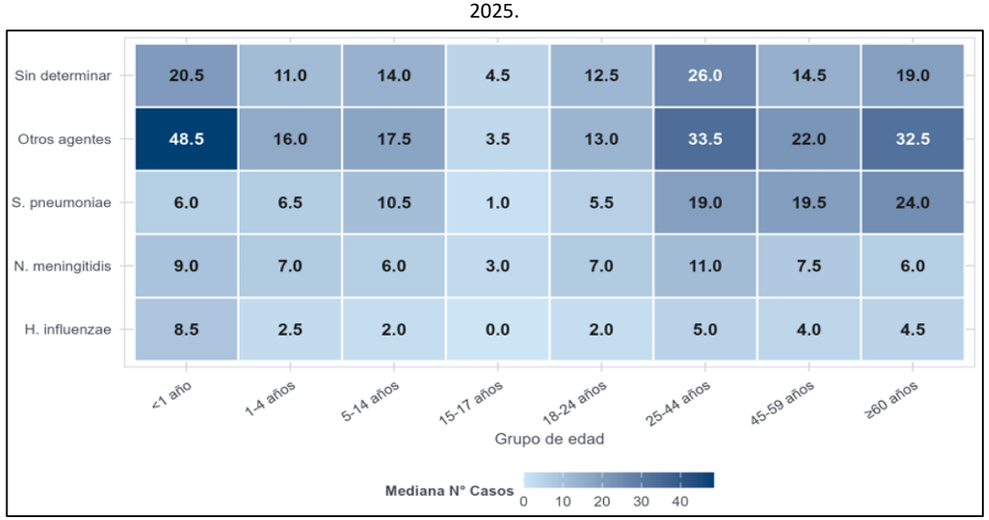
Figura 7. Incidencia de meningitis bacteriana, Colombia. PE VI. 2018 – 2026.



Fuente: INS.

La distribución por edad muestra diferencias importantes entre los agentes etiológicos de meningitis. Mientras que *Streptococcus pneumoniae* predomina en los adultos mayores, *Neisseria meningitidis* presenta una distribución relativamente uniforme con mayor frecuencia en adultos jóvenes y menores de un año, y *Haemophilus influenzae* concentra su mayor carga en los lactantes. Asimismo, la elevada proporción de casos clasificados como otros agentes y sin determinación etiológica evidencia la necesidad de fortalecer el diagnóstico microbiológico y la vigilancia por laboratorio, con el fin de mejorar la caracterización de los casos y orientar de manera más precisa las estrategias de prevención y control.

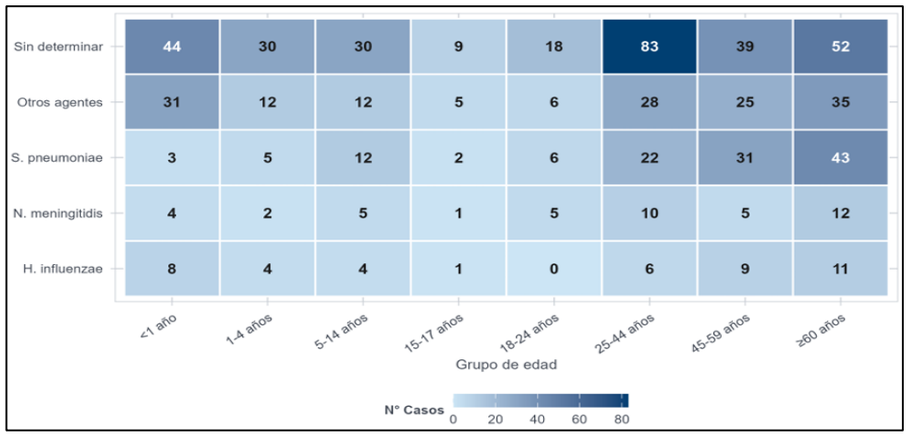
Figura 8. Distribución por agente etiológico y grupo de edad meningitis bacteriana, Colombia. Media anual 2018 – 2025.



Fuente: INS.

La distribución de los casos evidencia que la mayor carga de meningitis se concentra en los adultos de 25 a 44 años y en los adultos mayores de 60 años, principalmente por casos sin agente etiológico determinado y por otros agentes. Entre los microorganismos específicos, *Streptococcus pneumoniae* predomina en los adultos y adultos mayores, mientras que *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae* presentan una menor frecuencia de casos.

Figura 9. Distribución por agente etiológico y grupo de edad meningitis bacteriana, Colombia. SE 1 – 20, 2026.

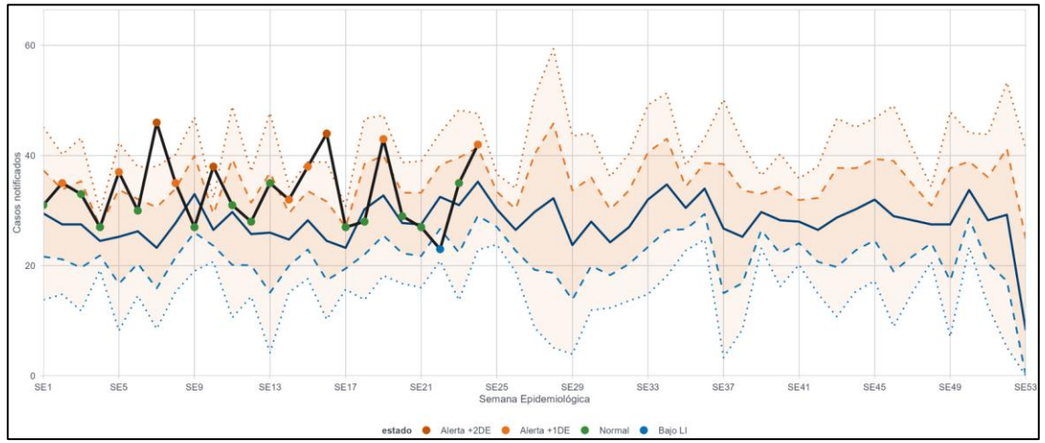


Fuente: INS.

El análisis del grafico de control indica que el comportamiento de la meningitis durante el periodo evaluado fue estable y acorde con el patrón histórico esperado, sin evidencia de un brote epidémico sostenido. Aunque se presentaron incrementos puntuales que ubicaron algunas semanas en zona de alerta, estos no superaron de manera persistente el límite epidémico.

Los resultados resaltan la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica continua, especialmente en las semanas con aumentos de casos, con el fin de detectar oportunamente cambios en la tendencia e implementar medidas de control cuando sea necesario.

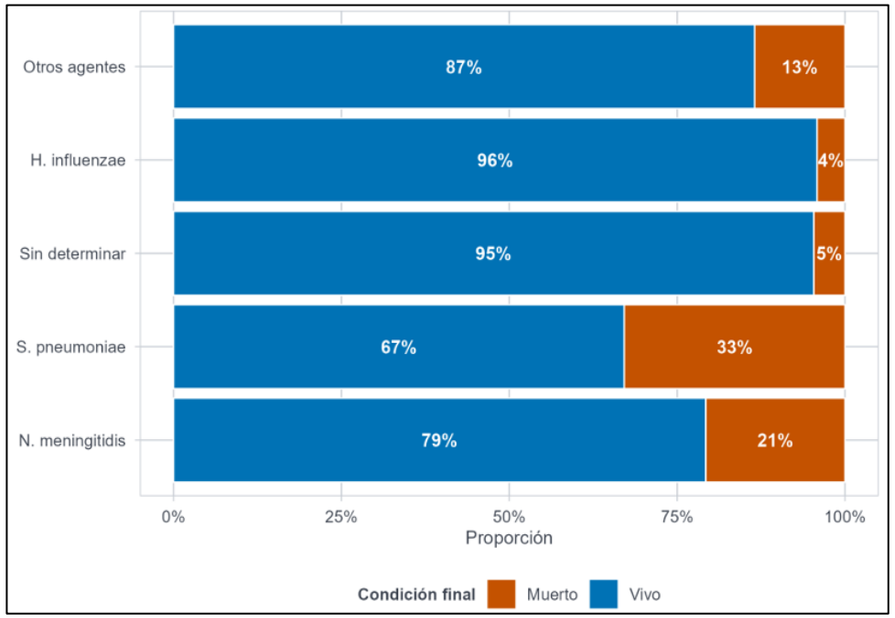
Figura 10. Gráfico de control estadístico. Colombia 2022-2026.



Fuente: INS.

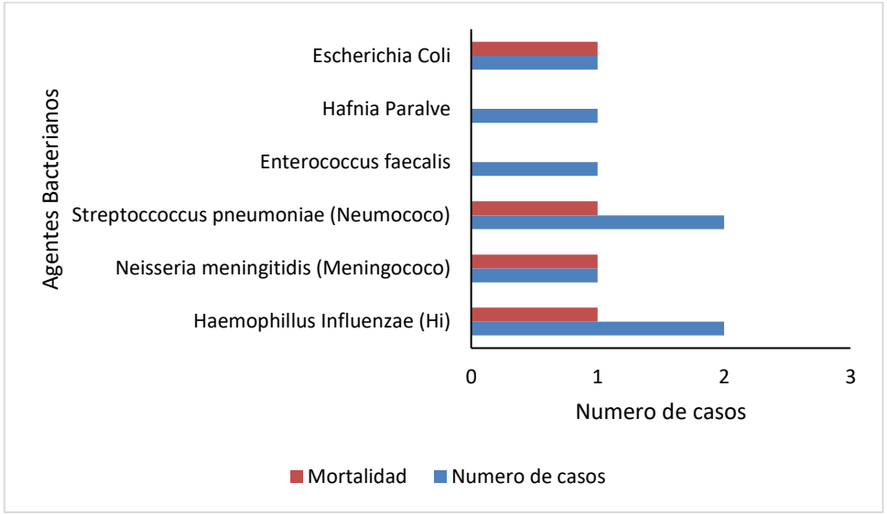
El análisis evidencia diferencias importantes en la letalidad según el agente etiológico. *Streptococcus pneumoniae* presentó la mayor proporción de muertes 33%, seguido de *Neisseria meningitidis* 21%, confirmando que estos microorganismos se asocian con los desenlaces más graves. En contraste, *Haemophilus influenzae* y los casos sin etiología determinada mostraron las menores proporciones de mortalidad.

Figura 11. Letalidad por agente etiológico. Meningitis Bacteriana. Colombia. PE II. 2026.



Fuente: INS.

Figura 12. Agentes bacterianos confirmados casos de Meningitis, SE 27. 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026.

Situación de Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica. Bucaramanga. 2026.

En el Municipio de Bucaramanga a semana epidemiologia 27 de 2026 se identificaron tres defunciones por meningitis bacteriana, correspondientes a casos causados por *Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis* y *Escherichia coli*. *Haemophilus influenzae* fue uno de los agentes más frecuentemente aislados.

En el contexto social y demográfico

De los casos notificados a semana epidemiológica 27 en el periodo evaluado, la meningitis bacteriana afectó principalmente al sexo masculino, residentes de la cabecera municipal y rango de edad entre 40 y 49 años. La letalidad alcanzó el 37,5%, lo que evidencia la gravedad del evento. Según el tipo de aseguramiento entre los regímenes contributivo y subsidiado indica que la enfermedad no mostró diferencias según el tipo de aseguramiento.

Figura 13. Comportamiento sociodemográfica casos Meningitis, Bucaramanga. SE 27. 2026.

Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	5	62,50%
	Femenino	3	37,50%
Área	Cabecera m/pal	8	100,00%
Condición Final	Vivo	5	62,50%
	Muerto	3	37,50%
Tipo SS	Contributivo	4	50,00%
	Subsidiado	4	50,00%
Rango de edad	< 1 año	1	12,50%
	1-4	1	12,50%
	5-9	1	12,50%
	40-49	3	37,50%
	60-69	1	12,50%
	70 y mas	1	12,50%
Total		**8**	

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Alerta Epidemiológica Dermatofilosis por Dermatophilus congolensis 9 de julio del 2026.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica debido a la identificación de un número creciente de casos de dermatofilosis causada por *Dermatophilus congolensis* en personas sin antecedente de contacto con animales. Este hallazgo representa un cambio importante en la epidemiología de esta enfermedad, ya que tradicionalmente era considerada una zoonosis asociada principalmente al contacto con bovinos, equinos y otros animales.

Los casos recientes, reportados principalmente en Europa, han afectado especialmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), lo que sugiere una posible transmisión de persona a persona mediante contacto estrecho durante las relaciones sexuales. Esta situación obliga a fortalecer la vigilancia clínica, epidemiológica y de laboratorio en los servicios de salud.

Hasta la fecha de la alerta, los casos se concentran principalmente en varios países europeos, donde las investigaciones epidemiológicas y microbiológicas indican la posible aparición de una nueva variante o especie de *Dermatophilus* con capacidad de transmisión entre humanos. Aunque en las Américas no se habían documentado brotes similares al momento de la publicación de la alerta, la OPS recomienda a todos los países mantener una vigilancia activa debido al riesgo de importación de casos asociado al incremento de los viajes internacionales.

Manifestaciones clínicas

La dermatofilosis en humanos se caracteriza por lesiones cutáneas superficiales que pueden presentarse como:

- Pápulas y pústulas.
- Foliculitis.
- Placas eritematosas con costras.
- Lesiones dolorosas o pruriginosas.
- Afectación frecuente de genitales, región perineal, glúteos, muslos y otras zonas de contacto piel a piel.

Imagen 1. Dermatofilosis por Dermatophilus congolensis cuadro clínico en MSI



Fuente: https://lawebdelasalud.com/ops-alerta-a-paises-de-la-region-por-casos-de-brotes-de-dermatofilosis-inusuales-en-europa/

En la mayoría de los pacientes la enfermedad presenta un curso leve y localizado, aunque puede confundirse con otras infecciones dermatológicas o infecciones de transmisión sexual.

Diagnóstico

Las IPS deben considerar esta enfermedad dentro del diagnóstico diferencial de pacientes con lesiones cutáneas compatibles, especialmente cuando exista antecedente reciente de:

- Contacto sexual con múltiples parejas.
- Asistencia a eventos o lugares donde exista contacto estrecho piel a piel.
- Viajes internacionales.
- Contacto con personas que presenten lesiones similares.

El diagnóstico se confirma mediante:

Las muestras recomendadas para efectuar el diagnóstico de laboratorio incluyen frotis de pústulas, vesículas, costras, escaras o lesiones exudativas. El examen microscópico mediante tinción de Gram puede revelar formas cocoides o filamentosas grampositivas con el patrón característico de filamentos ramificados. Dermatophilus congolensis crece en agar sangre incubado a 37 °C en una atmósfera con 5–10% de CO_2. Las colonias se caracterizan por ser β-hemolíticas, de color blanco grisáceo, elevadas, arrugadas y adherentes.

La confirmación de laboratorio puede efectuarse mediante métodos moleculares, incluyendo pruebas reacción de la cadena de la polimerasa (PCR) dirigida al gen ARNr 16S o ensayos específicos basados en el gen de la ceramidasa alcalina, descrito como un marcador altamente específico para Dermatophilus congolensis.

Para una caracterización genómica más detallada, se recomienda realizar secuenciación del genoma completo (WGS, por sus siglas en ingles) de cepas aisladas de muestras humanas, animales y ambientales, con el fin de identificar vínculos epidemiológicos entre casos o brotes, evaluar la magnitud de la transmisión y contribuir a la identificación de posibles fuentes u orígenes de la infección

Resumen: Las muestras deben ser obtenidas antes del inicio del tratamiento antibiótico.

- Cultivo bacteriológico de las lesiones.
- Identificación microbiológica en laboratorios especializados.
- Métodos de biología molecular cuando estén disponibles.

Manejo clínico

El tratamiento debe individualizarse según la gravedad del cuadro clínico y el criterio médico. Las recomendaciones incluyen:

- Limpieza adecuada de las lesiones.
- Manejo local cuando las lesiones sean limitadas.
- Antibióticos sistémicos cuando exista compromiso extenso o riesgo de complicaciones, según sensibilidad microbiológica y protocolos institucionales. Según criterio médico.
- Seguimiento clínico hasta la resolución completa de las lesiones.

No existe actualmente una vacuna ni medidas específicas de profilaxis.

Prevención y control

Las IPS y EAPB (según alcance) deben fortalecer las siguientes acciones:

- Implementar precauciones estándar durante la atención.
- Promover el lavado de manos y el uso adecuado de elementos de protección personal.
- Educar a los pacientes sobre la importancia de evitar el contacto directo con las lesiones hasta su resolución.
- Recomendar consulta médica temprana ante aparición de lesiones compatibles.
- Fortalecer la educación sobre prácticas sexuales seguras y reducción del riesgo de transmisión.

Recomendaciones para las IPS de Bucaramanga

La Secretaría de Salud y Ambiente recomienda a las IPS del municipio:

- Sensibilizar al personal médico, de enfermería y laboratorio sobre esta enfermedad emergente.
- Mantener alta sospecha clínica frente a pacientes con lesiones cutáneas inusuales, especialmente cuando existan antecedentes epidemiológicos compatibles.
- Realizar una adecuada toma y envío de muestras para confirmación diagnóstica.
- Notificar oportunamente los casos sospechosos conforme a los lineamientos nacionales vigentes y coordinar con la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga ante cualquier evento inusual.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica institucional y las medidas de prevención y control de infecciones.
- Desarrollar actividades de información y educación dirigidas tanto al personal asistencial como a los usuarios de los servicios de salud.

Conclusión

La alerta de la OPS evidencia un posible cambio en la epidemiología de la dermatofilosis humana, con indicios de transmisión entre personas mediante contacto estrecho. Aunque el riesgo actual para Colombia es bajo, resulta fundamental que las IPS y EAPB de Bucaramanga mantengan una vigilancia clínica activa, fortalezcan la capacidad diagnóstica y notifiquen oportunamente cualquier caso sospechoso para prevenir la introducción y propagación de este evento emergente, contribuyendo a una respuesta oportuna de salud pública.

Bibliografía:

1. OPS/OMS, Alerta Epidemiológica Dermatofilosis por Dermatophilus congolensis 9 de julio del 2026. https://www.paho.org/sites/default/files/2026/07/2026-jul-09-phe-alerta-epi-dermatophilosis-por-dcongolensises.pdf

Semana epidemiológica
5 a 11 de julio año 2026 **27**

TEMAS BOLETÍN
Meningitis
Alerta epidemiológica:
Dermatofilosis por Dermatophilus congolensis - 9 de julio del 2026

Gloria Marcela Orduz García
Secretaria de Salud y Ambiente

Alba Luz Amin Madera
Subsecretaria de Salud Pública

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico (AUTORES)

Leonor Eloísa Araujo Arias
Comportamiento de la notificación. Ingeniera equipo SIVIGILA - SSAB

Alejandra Contreras Parra
Grupo funcional SIVIGILA Inmunoprevenibles– SSAB
Meningitis

María Alejandra Beltrán López
Alerta epidemiológica:
Dermatofilosis por Dermatophilus congolensis - 9 de julio del 2026

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