TEMAS CENTRALES

- **Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años, S.E. 41 año 2026**
- **Alerta epidemiológica – Brote tipo II: Comportamiento dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave en el municipio de Bucaramanga, S.E. 41 año 2026 Pre.**
- **Informe Regional No 13 Sarampión en la Región de las Américas.**
- **Alerta Epidemiológica: Miasis por Cochliomyia hominivorax en la Región de las Américas, 16 de octubre del 2026.**

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN BUCARAMANGA S.E 41 de 2026.

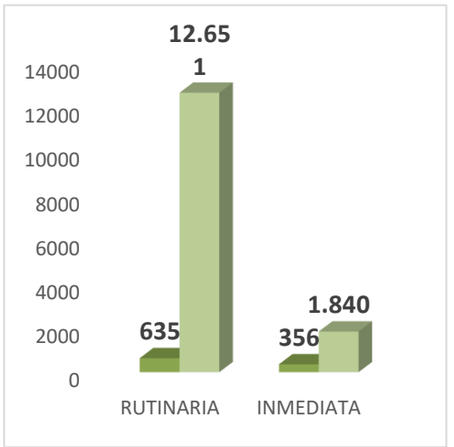
Para la semana 41 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir (69/69) el 100%.

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 95% (12651/13286), 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 41 de 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Durante la semana epidemiológica 41 del año 2026, se evidencia que las notificaciones rutinarias, con un total de 13286 reportes, de los cuales 12651 (95%) fueron oportunas y 635 (5%) inoportunas. En cuanto a las notificaciones inmediatas, se registraron 2196 reportes, de los cuales 1840(84%) fueron oportunas y 356 (16%) inoportunas.

Tabla 1. Porcentaje en la oportunidad de la notificación SIVIGILA Bucaramanga S.E. 41 año 2026 pre.

IPS que Notifica	RUTINARIA				INMEDIATA		
	Inoportuna	Notificación Negativa	Oportuna	% Inoportunidad	Inoportuna	Oportuna	% Inoportunidad
PEDIATRAS ASOCIADOS LTDA			4	0%	2		100%
CLINICA REVIVIR SA	2	38		5%			
INSTITUTO MEDICINA AMBULATORIA Y PREVENTIVA	2		150	1%		5	0%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	52		1458	3%	53	424	11%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	6		90	6%		2	0%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER		1		0%		1	0%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	4		1098	0%	2	130	2%
UIMIST	1		504	0%	2	111	2%
CENTRO DE SALUD ROSARIO	1		65	2%		24	0%
CENTRO DE SALUD MUTIS			55	0%		6	0%
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA			32	0%	3	6	33%
CENTRO DE SALUD IPC			27	0%		4	0%
CENTRO DE SALUD GIRARDOT	1		30	3%		5	0%
CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	2	5	16	9%		5	0%
CENTRO DE SALUD SANTANDER		11	2	0%			
CENTRO DE SALUD GAITAN		3	13	0%		6	0%
CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL			13	0%		5	0%
CENTRO DE SALUD REGADEROS			6	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD PABLO VI		5	4	0%			
CENTRO DE SALUD JOYA		4	24	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD MORRORICO		10	25	0%		5	0%
CENTRO DE SALUD LIBERTAD		2	3	0%		3	0%
CENTRO DE SALUD KENNEDY			15	0%	1	15	6%
CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA		4	6	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO		2	17	0%		8	0%
CENTRO DE SALUD COLORADOS			16	0%		7	0%
CENTRO DE SALUD CONCORDIA		10	9	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD COMUNEROS	1		40	2%		2	0%
CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO		10	4	0%		3	0%
CENTRO DE SALUD CAFE MADRID			59	0%	1	15	6%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA	1		300	0%		3	0%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	195		647	23%	86	402	18%
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	17		460	4%	23	55	29%
CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES I	3	1	18	14%		3	0%
CLINICA CHICAMOCHA SA	44		1032	4%	6	41	13%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	34		753	4%	2	14	13%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	9		21	30%			
LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CANCER	57	12	1	81%	2	1	67%
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II	1		146	1%		5	0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER BOLARQUI	2		154	1%		7	0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER SAN ALONSO	2		99	2%		4	0%
ASOCIACIÓN PROFAMILIA		13	39	0%		3	0%
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER- UIS	1	2	57	2%			
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	1		84	1%		1	0%
UISALUD	3	5	30	8%			
CENTRO MEDICO QUIRURGICO LA RIVIERA SAS	1		42	2%			
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	5		137	4%		2	0%
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	2		22	8%	2	7	22%
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA	6		527	1%	4	22	15%
CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS SA		30		0%	16	9	64%

FUNDACION AVANZAR FOS	3		42	7%	2	3	40%
CLINICA ESPCO-DESAN	25		402	6%	6	26	19%
MEDICLINICOS IPS SAS	1		18	5%		3	0%
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS			127	0%		47	0%
CONFIMED SAS SEDE BUCARAMANGA	1		32	3%		1	0%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	12		590	2%	1	9	10%
UNIDAD MEDICO Y DE DIAGNOSTICO SA	1	1	15	6%			
IPS CABECERA SAS		5		0%	2	1	67%
EPMSC BUCARAMANGA	9		9	50%			
RMBUCARAMANGA			8	0%			
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA	4		184	2%	5	30	14%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM BUCARAMANGA	3		250	1%	3	41	7%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	8		1011	1%		39	0%
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA SOTOMAYOR	11		497	2%	1	154	1%
SUMIMEDICAL SAS			3	0%			
VIRREY SOLÍS IPS SA ANTIGUO CAMPESTRE	3		30	9%		4	0%
VIRREY SOLÍS IPS SA CABECERA	30		119	20%	2		100%
VIRREY SOLÍS IPS SA CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS SOTOMAYOR	14		182	7%	7	12	37%
BATALLÓN DE ASPC NO5 HOSPITAL MILITAR BGA	9		155	5%		7	0%
Total	**635**	**214**	**12651**	5%	**356**	**1840**	16%

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Ajustes pendientes por realizar a SE 41, Bucaramanga, 2026

A semana 41 se registran 308 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. 41 Bucaramanga 2026.

EVENTOS/SEMANA	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	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	Total general
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS																																					1		3		1	1	6
CHAGAS		1	2		1		2				1						2	1			1	1	1						2	1	1			2	1	3	1		5					29
DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	3	4	2	2	3	3		3	1	1	2	5	3		3	2	4	3	4		5		1		3	1	6	3	1	2	6	6	5	4	7	3	6	18	15	27	22	1	190
DEFECTOS CONGENITOS																1								1			1			1	1					1							6
LEPTOSPIROSIS			2		1	2		1					1	2		3	23	1			2	2	1	2	1	3	1	1					1	3	3	3	2	2	5	5	1		74
LESIONES DE CAUSA EXTERNA																									1																			1
TOS FERINA																																						1	1				2
Total general	3	5	6	2	5	5	2	4	1	1	3	5	4	2	3	6	29	5	4	0	8	3	3	3	5	4	8	4	3	4	8	6	6	9	11	10	10	21	29	32	24	2	308

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Marco normativo nacional (Colombia). Resolución / Lineamiento técnico. Resolución 2350 de 2020: lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa (0-59 meses). Establece las disposiciones obligatorias de atención, criterios de manejo (hospitalario, ambulatorio, referenciación), insumos terapéuticos, responsabilidades del SGSSS (aseguramiento, prestadores, entes territoriales).

Vigilancia epidemiológica – INS / SIVIGILA. Evento 113: Desnutrición aguda en menores de 5 años. Definición de caso. Notificación inmediata. Investigación epidemiológica de campo. Seguimiento de casos. Identificación de mortalidad asociada. Aspectos clave: Todo caso confirmado debe notificarse al SIVIGILA. La mortalidad asociada es de notificación inmediata. Debe existir búsqueda activa institucional y comunitaria.

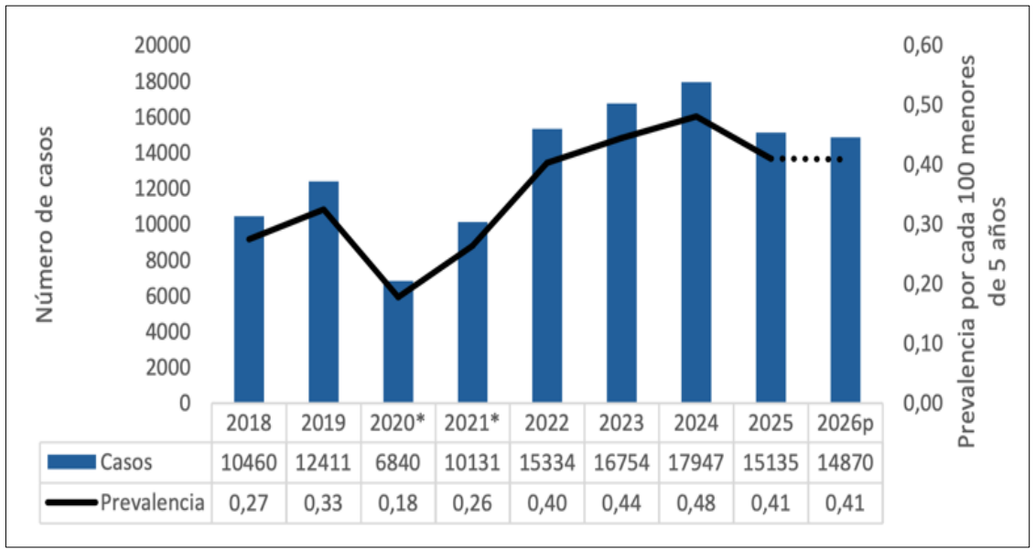
Resolución 2465 de 2016. Patrones de crecimiento OMS adoptados en Colombia. Indicadores antropométricos oficiales. Incluye: Peso para talla, Talla para edad IMC para edad Interpretación por desviaciones estándar. Es la base técnica para clasificar: Riesgo nutricional Desnutrición aguda Retraso en talla.

Lineamientos del ICBF. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar participa en: Recuperación nutricional. Atención comunitaria. Seguimiento de niños en riesgo. Modalidades de atención: Centros de Recuperación Nutricional. Recuperación Nutricional Comunitaria. Recuperación Nutricional en el Hogar. Atención y prevención integral.

Situación de la Desnutrición en menores de 5 años en Colombia.

El comportamiento de la notificación de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años en Colombia ha presentado una tendencia general al aumento durante el periodo analizado, pasando de 10.460 casos en 2018 a 17.947 en 2024, año en el que se registró la mayor prevalencia, con 0,48 casos por cada 100 menores de 5 años. Posteriormente, se observa una disminución en la prevalencia, que se mantiene en 0,41 casos por cada 100 menores de 5 años en 2025 y 2026p. Para 2026, con corte preliminar, se notificaron 14.870 casos, cifra inferior a la registrada en 2024, lo que evidencia una reducción respecto al máximo observado en el periodo.

Figura 2. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia 2018 – 2026

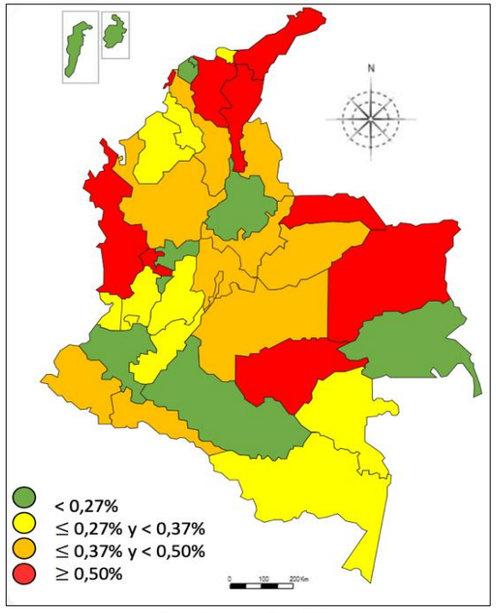


	2018	2019	2020*	2021*	2022	2023	2024	2025	2026p
Casos	10460	12411	6840	10131	15334	16754	17947	15135	14870
Prevalencia	0,27	0,33	0,18	0,26	0,40	0,44	0,48	0,41	0,41

Fuente: INS año 2026.

El análisis evidencia una distribución heterogénea de la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años entre las entidades territoriales de Colombia, identificándose territorios con prevalencias iguales o superiores al 0,50 %, mientras que otras entidades presentan valores inferiores al 0,27 %. Esta variabilidad refleja diferencias en el comportamiento del evento entre los territorios del país.

Figura 3. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según departamento de residencia, Colombia, a PE III de 2026p

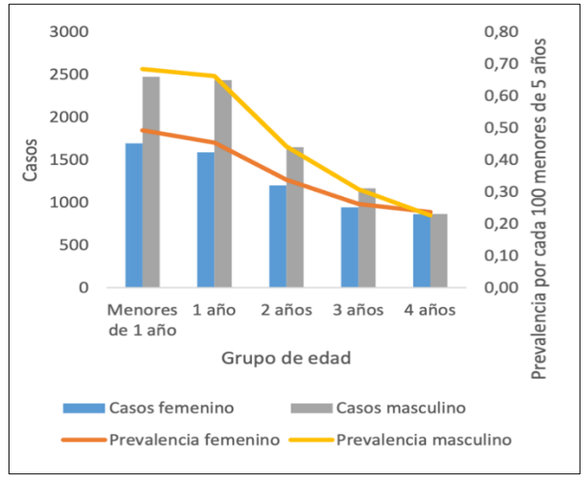


Fuente: INS año 2026.

El análisis por grupo de edad y sexo evidencia que la mayor carga de desnutrición aguda se concentra en los menores de 1 año, con una disminución progresiva en el número de casos y la prevalencia conforme aumenta la edad.

En ambos sexos, la población masculina presenta cifras superiores a la femenina, especialmente durante el primer año de vida, con aproximadamente 2.450 casos y una prevalencia cercana a 0,69 por cada 100 menores de 5 años en los menores de 1 año. En el sexo femenino, para este mismo grupo, se registran alrededor de 1.700 casos y una prevalencia aproximada de 0,49. Esta diferencia evidencia una mayor afectación de la población masculina, particularmente durante el primer año de vida.

Figura 4. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según sexo y edad, Colombia, a PE III 2025 - 2026p



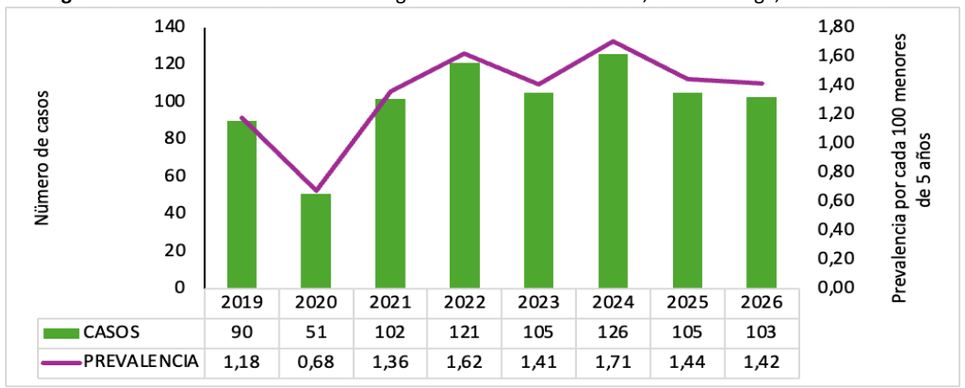
Fuente: INS año 2026.

Situación de la Desnutrición en menores de 5 años en Bucaramanga.

Comportamiento Eventos Desnutrición en menores de 5 años Bucaramanga, 2019 – 2026.

El comportamiento de la notificación de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años ha presentado una tendencia general al aumento desde 2019, con fluctuaciones durante el periodo analizado. La mayor prevalencia se registró en 2024, con 1,71 casos por cada 100 menores de 5 años y un total de 126 casos notificados. Para 2026, se observa una disminución en la notificación, con 103 casos y una prevalencia de 1,42 por cada 100 menores de 5 años, en comparación con el máximo registrado en 2024.

Figura 5. Prevalencia de Desnutrición Aguda en Menores de 5 años, Bucaramanga, 2019 – 2026.



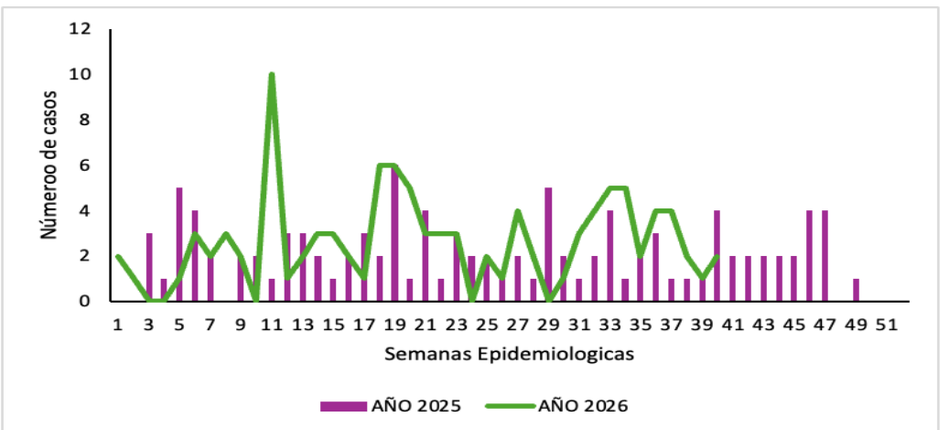
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
CASOS	90	51	102	121	105	126	105	103
PREVALENCIA	1,18	0,68	1,36	1,62	1,41	1,71	1,44	1,42

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026.

Comportamiento Desnutrición en menores de 5 años a S.E 41 2026.

Se evidencia un comportamiento fluctuante en la notificación de casos de desnutrición aguda durante el año 2026, con el mayor pico en la semana epidemiológica 11, cuando se registraron 10 casos, seguido de un nuevo incremento en las semanas 18 y 19, con 6 casos en cada una. En comparación con 2025, la distribución de los casos presenta variaciones a lo largo del periodo analizado, por lo que es necesario comparar los acumulados de ambos años con el mismo corte epidemiológico para establecer el porcentaje de variación.

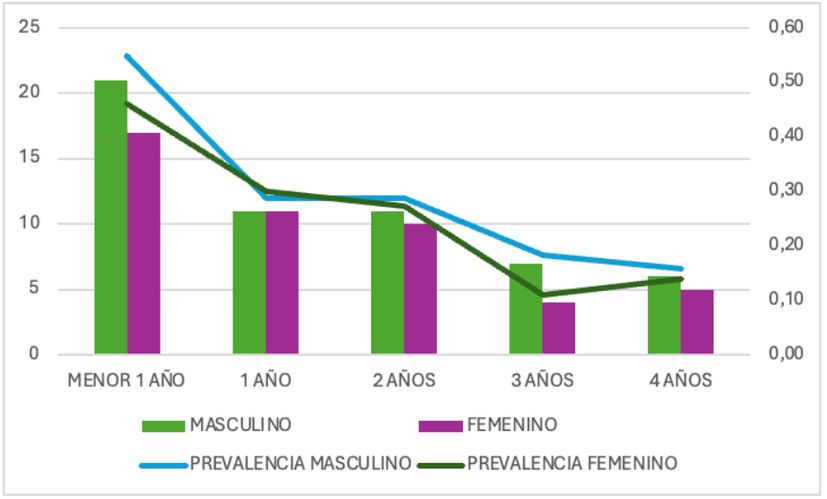
Figura 6. Comportamiento en la notificación en Desnutrición en menores de 5 años. Bucaramanga SE 41. 2025 – 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

El análisis de los casos y la prevalencia por grupo de edad y sexo evidencia una tendencia descendente conforme aumenta la edad, concentrándose la mayor carga del evento en los menores de 1 año. En este grupo se registran aproximadamente 21 casos en el sexo masculino y 17 en el femenino. De igual forma, la prevalencia más alta corresponde al sexo masculino, con un valor cercano a 0,55 casos por cada 100 menores de 5 años, mientras que en el sexo femenino se sitúa alrededor de 0,46. Este comportamiento refleja una mayor afectación en los niños, especialmente durante el primer año de vida.

Figura 7. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según sexo y edad, Bucaramanga. SE 41 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Según las variables sociodemográficas, el 54,37 % de los casos corresponde al sexo masculino, con 56 casos, mientras que el 45,63 % pertenece al sexo femenino, con 47 casos. Respecto al área de residencia, la mayor proporción procede de la cabecera municipal, con el 93,20 % (96 casos), seguida del área rural dispersa con el 3,88 % (4 casos) y los centros poblados con el 2,91 % (3 casos). En cuanto a la condición final, el 100 % de los casos se encuentran vivos. Según el tipo de aseguramiento, predomina el régimen subsidiado, con el 77,67 % (80 casos), seguido del régimen contributivo, con el 20,39 % (21 casos), y la población no asegurada, con el 1,94 % (2 casos).

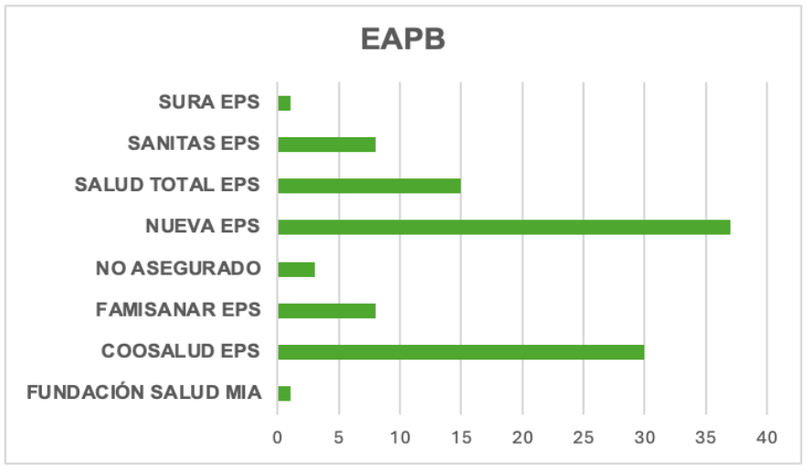
Tabla 3. Comportamiento demográfico y social de Desnutrición en menores de 5 años. Bucaramanga SE 41. 2026.

Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	56	54%
	Femenino	47	46%
Área	Cabecera m/pal	96	93%
	Centro Poblado	3	3%
	Rural Disperso	4	4%
Condición Final	Vivo	103	100%
Tipo SS	Subsidiado	80	78%
	Contributivo	21	20%
	No asegurado	2	2%
Total		**103**	**100%**

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

La distribución de los casos notificados según EAPB evidencia una mayor concentración en Nueva EPS, con aproximadamente 37 casos, seguida de Coosalud EPS, con 30 casos, y Salud Total EPS, con 15 casos. En menor proporción se encuentran Sanitas EPS y Famisanar EPS, con cerca de 8 casos cada una, mientras que la población no asegurada registra 3 casos. SURA EPS y Fundación Salud Mía presentan la menor notificación, con aproximadamente 1 caso cada una. Este comportamiento evidencia una mayor concentración de casos notificados en Nueva EPS y Coosalud EPS durante el periodo analizado.

Figura 8. Comportamiento notificación de casos según Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Desnutrición en menores de 5 años. Bucaramanga SE 41. 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Marco normativo Nacional – Dengue. El marco normativo del dengue en Colombia está sustentado en la Ley 9 de 1979, la Ley 715 de 2001, la Ley 1751 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, que establecen las competencias y acciones para la vigilancia, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. Complementariamente, el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de Salud y Protección Social emiten los protocolos y lineamientos para la vigilancia epidemiológica, atención de casos y respuesta ante brotes. A nivel departamental y municipal, las Secretarías de Salud son responsables de implementar estas directrices, desarrollar acciones de vigilancia, control vectorial y educación comunitaria para reducir la transmisión del dengue.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública – Dengue SIVIGILA. Establecen los procedimientos para la vigilancia epidemiológica, notificación, investigación de casos y seguimiento de brotes de dengue. Los casos de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue son eventos de notificación obligatoria al SIVIGILA.

Dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave en el municipio de Bucaramanga a semana epidemiológica 39 de 2026.

A semana epidemiológica número 41 de 2026 han ingresado al sistema de vigilancia 6633 eventos de dengue, de los cuales 3728 (%) son notificaciones de dengue procedentes de Bucaramanga; de estos, 1537 (%) ya han sido descartados en el sistema, 1620 confirmados y 571 (%) continúan como casos probables; respecto a la notificación de dengue grave, se han notificado un total de 56 casos de dengue grave a nivel nacional, de los cuales 20 son

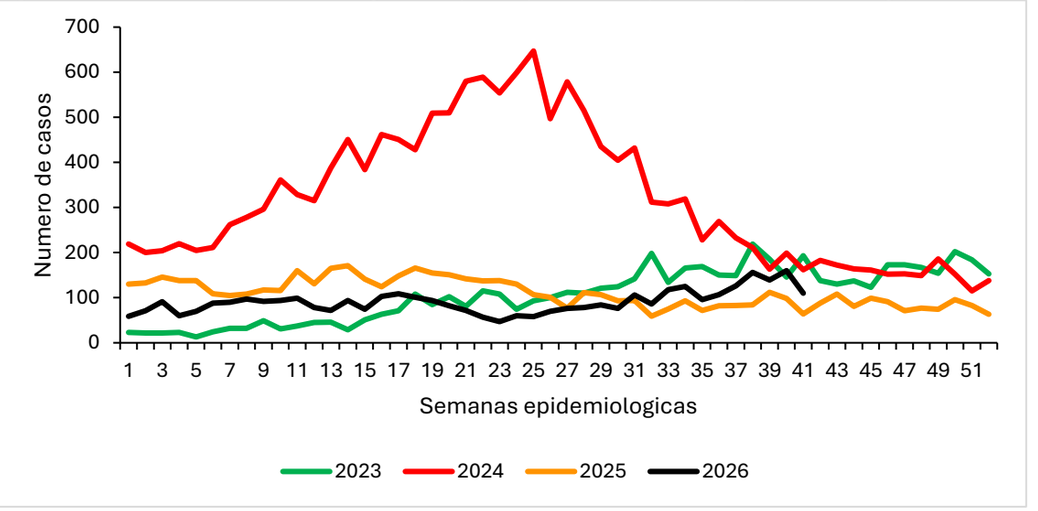
procedentes de Bucaramanga; de estos, 5 casos han sido descartados y 15 confirmados por laboratorio.

Dengue – DSSA/DCSA

La gráfica muestra el comportamiento semanal de los casos de dengue entre 2023 y 2026. El año 2024 presentó la mayor magnitud de notificación, con un incremento sostenido durante el primer semestre y un pico cercano a 650 casos en la semana epidemiológica (SE) 25, seguido de un descenso progresivo durante el segundo semestre. En 2023 se observó un comportamiento fluctuante, con incrementos que alcanzaron aproximadamente 200 casos semanales entre las SE 32 y 39. Durante 2025 se registraron niveles inferiores a los de 2024, con un máximo cercano a 160 casos entre las SE 13 y 15 y una tendencia general al descenso posterior.

En 2026, hasta la última semana representada en la gráfica, la notificación se mantiene por debajo de los niveles observados en 2023 y 2024. Se evidencia un comportamiento fluctuante, con incrementos puntuales durante algunas semanas del periodo analizado y una magnitud generalmente inferior a la registrada en 2025 durante su pico inicial. Se recomienda mantener la vigilancia epidemiológica activa y el seguimiento semanal de la tendencia, con el fin de identificar oportunamente posibles cambios en el comportamiento del evento.

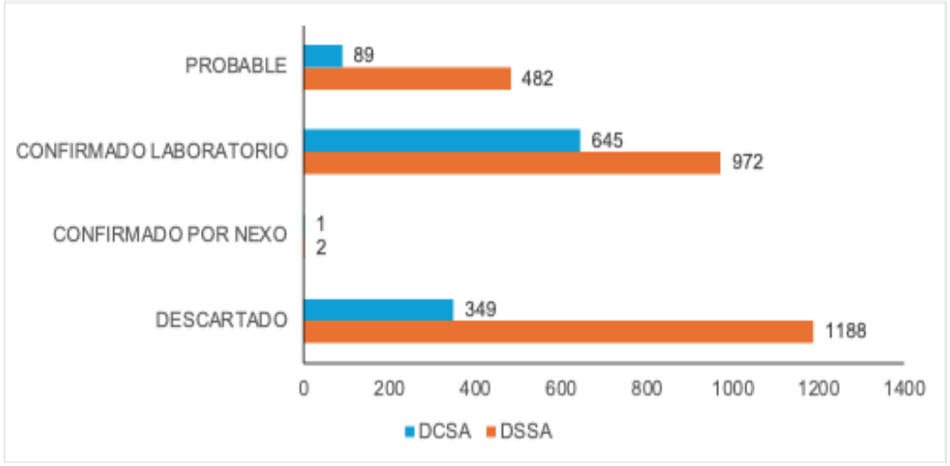
Figura 9. Distribución de los casos de dengue DSSA y DCSA por semana epidemiológica, Bucaramanga, 2023- 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

La distribución de los casos de dengue según su clasificación evidencia un predominio de los casos descartados, principalmente en DSSA, con 1.188 casos, frente a 349 en DCSA. Los casos confirmados por laboratorio constituyen la segunda categoría más frecuente, con 972 casos en DSSA y 645 en DCSA. Por su parte, los casos probables registran 482 casos en DSSA y 89 en DCSA, mientras que los confirmados por nexo epidemiológico presentan una frecuencia mínima, con 2 casos en DSSA y 1 en DCSA. En términos generales, se observa una mayor frecuencia de notificaciones en el grupo DSSA en todas las categorías, con predominio de los casos descartados y confirmados por laboratorio.

Figura 10. Distribución de los casos de dengue DSSA y DCSA por ajuste, Bucaramanga SE 41. 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

La distribución de los casos de dengue por comunas y corregimientos de Bucaramanga evidencia una concentración heterogénea del evento en el territorio. La mayor participación porcentual se registra en la comuna Norte (15,17 %), seguida de Provenza (11,52 %) y Mutis (9,57 %). También se observan proporciones relevantes en San Francisco (7,74 %), Sur (6,67 %) y Occidental (6,48 %). Por el contrario, las menores proporciones corresponden a los corregimientos 3 (0,06 %) y 2 (0,19 %), así como a La Pedregosa (0,50 %) y el corregimiento 1 (1,07 %). En general, la distribución evidencia una mayor concentración de casos en las comunas Norte, Provenza y Mutis, mientras que los corregimientos y algunos sectores presentan una menor participación porcentual en el total de casos notificados.

Tabla 4. Distribución de los casos de dengue DSSA y DCSA por comuna, Bucaramanga SE 41. 2026.

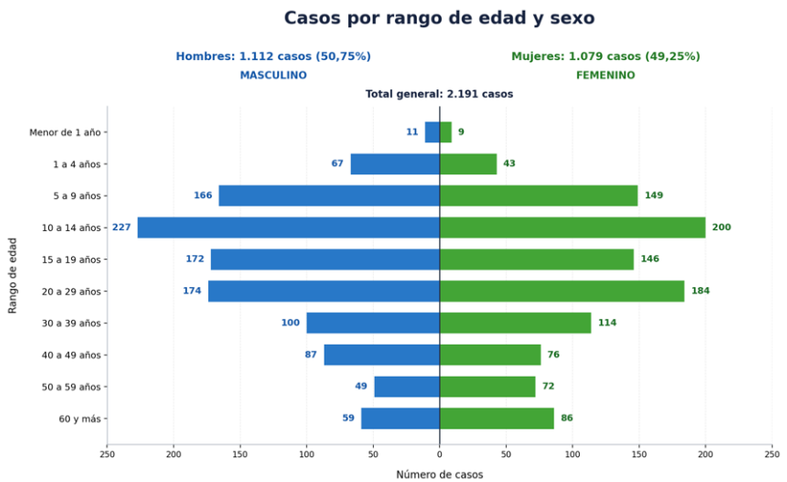
COMUNA	%
01. NORTE	15,17%
02. NORORIENTAL	2,39%
03. SAN FRANCISCO	7,74%
04. OCCIDENTAL	6,48%
05. GARCIA ROVIRA	4,97%
06. LA CONCORDIA	4,09%
07. LA CIUDADELA	2,83%
08. SUROCCIDENTE	2,71%
09. LA PEDREGOSA	0,50%
10. PROVENZA	11,52%
11. SUR	6,67%
12. CABECERA DEL LLANO	4,15%
13. ORIENTAL	4,97%
14. MORRORICO	2,14%
15. CENTRO	2,96%
16. LAGOS DEL CACIQUE	4,41%
17. MUTIS	9,57%
CORREGIMIENTO	1,20%
CORREGIMIENTO 1	1,07%
CORREGIMIENTO 2	0,19%
CORREGIMIENTO 3	0,06%

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

El análisis de los casos de dengue por grupo de edad y sexo evidencia una distribución relativamente equilibrada, con predominio del sexo masculino, que concentra 1.112 casos

(50,75 %), frente a 1.079 casos en el sexo femenino (49,25 %), para un total de 2.191 casos. Según la edad, la mayor concentración de casos se presenta en el grupo de 10 a 14 años, con 227 casos en hombres y 200 en mujeres, seguido del grupo de 5 a 9 años, con 166 casos en hombres y 149 en mujeres. En los grupos de 15 a 19 y de 20 a 29 años también se observa una frecuencia importante, con mayor número de casos en mujeres en este último grupo. En general, se evidencia una mayor afectación del sexo masculino en los grupos de edad escolar, mientras que en algunos grupos de adultos se observa un predominio femenino.

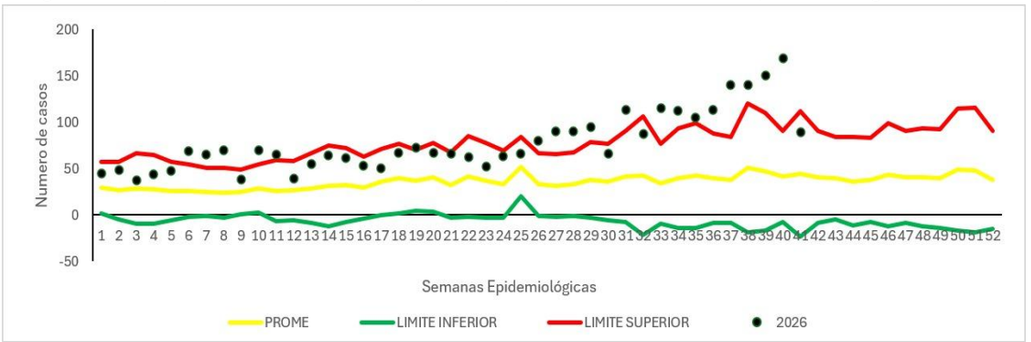
Figura 11. Comportamiento de casos dengue por grupos de edad, Bucaramanga SE 41 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

El comportamiento del dengue durante 2026 presenta fluctuaciones semanales, con una proporción importante de registros por encima del promedio esperado y algunos incrementos que alcanzan o superan el límite superior del canal endémico. Se destacan los aumentos observados en las semanas más recientes, con un pico de 126 casos en la SE 40 y una posterior disminución en la SE 41. Este comportamiento evidencia un incremento reciente de la notificación, por lo que se requiere mantener el seguimiento epidemiológico y la vigilancia de las semanas posteriores para identificar oportunamente posibles cambios en el patrón de transmisión.

Figura 12. Comportamiento del evento dengue DSSA y DCSA en el canal endémico, Bucaramanga. SE 41 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Informe Regional No 13 Sarampión en la Región de las Américas.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 39 del 2026 (que finalizó el 3 de octubre del 2026), la Región de las Américas notificó 55.792 casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que supone un aumento de 4,8 veces en comparación con el mismo periodo del 2025. Guatemala (34.355), México (13.595), Estados Unidos (3.887), Perú (2.553) y Canadá (1.121) concentran la gran mayoría (99,5%) de los casos confirmados. Se han notificado un total de 77 muertes, de las cuales 50 ocurrieron en Guatemala, 23 en México, 2 en los Estados Unidos de América, una en Perú y una en Bolivia. Cabe destacar que las muertes notificadas en los Estados Unidos de América y en Perú son las primeras registradas por estos países en 2026.

Durante las SE 37 y 38 del 2026, la Región de las Américas notificó 687 nuevos casos confirmados de sarampión en siete países y territorios, lo que representa una disminución del 35% en comparación con el periodo de dos semanas anterior (SE 35-36; 1.059 nuevos casos, de los cuales 350 se contabilizaron de manera retrospectiva desde la publicación del último informe de situación regional). De los 687 nuevos casos confirmados notificados durante las SE 37 y 38, Estados Unidos registró 293, seguido de Guatemala con 200, Perú con 155, México con 34 y Bolivia con 3, mientras que Canadá y Brasil notificaron un caso cada uno.

A pesar de la disminución de la transmisión en algunos países de las Américas, con estimaciones de Rt inferiores a 1, puede persistir una transmisión de baja intensidad mediante cadenas de infección esporádicas y difíciles de detectar.

Este patrón de transmisión “gota a gota” puede mantener la circulación del virus durante más de 12 meses, retrasar el cierre de los brotes y aumentar el riesgo de restablecimiento de la transmisión endémica, lo que podría, en última instancia, poner en riesgo el **estatus de país libre de sarampión**.

55.792 Casos confirmados	**Región de las Américas** 17 países y territorios afectados y 77 defunciones acumuladas durante las semanas epidemiológicas (SE) 1–39 de 2026.
15 Casos en Colombia	**Colombia** Corte nacional publicado por el Ministerio de Salud al 21 de septiembre de 2026, correspondiente a la SE 36: 9 casos importados y 6 relacionados con la importación.

Principales hallazgos del informe de la OPS

- **Incremento regional:** los 55.792 casos confirmados hasta la SE 39 representan 4,8 veces los notificados en el mismo periodo de 2025.
- **Países con mayor carga:** Guatemala (34.355), México (13.595), Estados Unidos (3.887), Perú (2.553) y Canadá (1.121), que concentran el 99,5 % de los casos regionales.
- **Nuevos casos:** durante las SE 37–38 se notificaron 687 casos en siete países y territorios, una reducción del 35 % respecto a las dos semanas anteriores.

- **Riesgo de reintroducción**: la disminución reciente no elimina el riesgo de transmisión sostenida mediante cadenas pequeñas, esporádicas y difíciles de detectar.

Relación de acciones para IPS y EAPB en Bucaramanga

El propósito es fortalecer la detección temprana, la notificación inmediata, la investigación epidemiológica, la vacunación y la respuesta coordinada para evitar la transmisión secundaria del sarampión en el municipio.

A. Acciones para las IPS y UPGD

1. Fortalecer la detección y sospecha clínica

- Identificar oportunamente pacientes con fiebre y exantema maculopapular, especialmente si presentan tos, coriza o conjuntivitis.
- Indagar antecedentes de viajes nacionales e internacionales, contacto con casos sospechosos y estado vacunal.
- Mantener la sospecha clínica incluso cuando el paciente tenga vacunación previa si la presentación epidemiológica lo amerita.

2. Aplicar medidas inmediatas de prevención y control de infecciones

- Separar inmediatamente al paciente sospechoso de las áreas de espera comunes.
- Implementar precauciones por vía aérea, utilizar los elementos de protección personal indicados y ubicar al paciente en un espacio apropiado.
- Reducir al mínimo los desplazamientos y las exposiciones de otros pacientes, acompañantes y trabajadores (especialmente si no se cuenta con el esquema de vacunación completo).
- Activar el protocolo institucional y coordinar la atención segura o remisión, según las condiciones clínicas.

3. Notificar e investigar el caso sospechoso

- Notificar de manera inmediata a la autoridad a la SSAB (equipo VSP), de acuerdo con los lineamientos vigentes de vigilancia del sarampión. A los correos sivigila@bucaramanga.gov.co y eri_vbcsalud@bucaramanga.gov.co
- Diligenciar la ficha epidemiológica correspondiente y garantizar la calidad, integridad y oportunidad de los datos.
- Coordinar la toma, conservación, embalaje y envío de muestras al laboratorio autorizado, según el protocolo vigente.
- Facilitar la investigación epidemiológica de campo, la identificación de contactos y la reconstrucción de posibles exposiciones al equipo ERI de la SSAB.

4. Intensificar las actividades de vacunación

- Revisar antecedentes vacunales y verificar esquemas de vacunación, especialmente en niños, viajeros y trabajadores de salud.
- Identificar susceptibles y personas con esquemas incompletos, y gestionar su vacunación según los lineamientos del PAI.
- Participar en las actividades de bloqueo y vacunación de contactos que determine la autoridad sanitaria.

5. Preparar al talento humano y asegurar seguimiento

- Socializar los protocolos de sospecha, aislamiento, notificación y manejo clínico con personal asistencial, urgencias, consulta externa y laboratorio.
- Verificar la disponibilidad de elementos de protección personal y rutas institucionales de atención.
- Realizar seguimiento a los casos notificados, resultados de laboratorio, contactos y cierre de las investigaciones.

B. Acciones para las EAPB

1. Coordinar la red de prestación de servicios

- Informar a su red de IPS sobre el riesgo regional y las instrucciones nacionales y territoriales vigentes.
- Garantizar rutas claras para atención inicial, aislamiento, valoración especializada cuando se requiera y remisión segura.
- Evitar barreras administrativas que retrasen la atención, la notificación o la toma de muestras.

2. Gestionar la vacunación de la población afiliada

- Identificar población susceptible, esquemas incompletos y grupos prioritarios conforme a los lineamientos vigentes.
- Coordinar con las IPS vacunadoras la búsqueda de personas pendientes y el acceso oportuno a las dosis indicadas.
- Verificar el cumplimiento de las actividades del PAI y hacer seguimiento a las coberturas y brechas identificadas.

3. Fortalecer la gestión del riesgo y la vigilancia

- Revisar con la red prestadora la oportunidad de notificación y la calidad de los datos de los casos sospechosos.
- Apoyar la identificación de contactos y la continuidad de las acciones de seguimiento.
- Analizar brechas de vacunación, barreras de acceso y población con mayor vulnerabilidad.

4. Desarrollar comunicación del riesgo

- Informar a sus afiliados sobre síntomas, consulta oportuna, vacunación y medidas preventivas.
- Priorizar la comunicación con familias de niños, viajeros y personas con dificultades de acceso a servicios.
- Evitar mensajes que generen falsa seguridad frente a la ausencia de casos reportados en el territorio.

Aunque Colombia mantiene la eliminación de la transmisión endémica del sarampión, el aumento regional y la existencia de casos asociados a importación justifican fortalecer la preparación de los servicios de salud en Bucaramanga. La prioridad debe ser la detección precoz, el aislamiento inmediato, la notificación oportuna, la investigación de contactos, la vacunación y la coordinación efectiva entre IPS, EAPB y la SSAB.

Fuente:

1. OPS – OMS. • Informe Regional No 13 Sarampión en la Región de las Américas. https://www.paho.org/sites/default/files/2026/10/informe-regional-no-13-sarampion-region-americas.pdf

Alerta Epidemiológica: Miasis por Cochliomyia hominivorax en la Región de las Américas, 16 de octubre del 2026.

La OPS/OMS advierte sobre el aumento y la expansión geográfica de casos humanos de miasis por Cochliomyia hominivorax, conocida como gusano barrenador del Nuevo Mundo, tras la reaparición y expansión del parásito en animales. La recomendación central es fortalecer la vigilancia, el diagnóstico oportuno, la atención clínica y la coordinación entre salud humana, sanidad animal y medio ambiente bajo el enfoque de Una Salud.

La miasis humana (CIE-11: 1G01) es una infestación de tejidos, heridas, mucosas o cavidades corporales por larvas de diversas especies de moscas. Entre las especies que causan miasis humana en las Américas, se encuentra la Cochliomyia hominivorax, conocida como gusano barrenador del Nuevo Mundo, la cual es de especial relevancia en las Américas y reviste especial importancia por su capacidad de alimentarse de tejido vivo y producir lesiones progresivas.

La miasis por C. hominivorax es una parasitosis que afecta a animales de sangre caliente, incluidos los seres humanos. Las larvas de C. hominivorax se alimentan de tejido vivo. Las moscas hembra adultas depositan los huevos principalmente en los bordes de las heridas, lesiones cutáneas, mucosas o cavidades expuestas; después de la eclosión, las larvas penetran el tejido y pueden producir lesiones progresivas y complicaciones graves si no se provee tratamiento oportuno.

Las hembras adultas de C. hominivorax pueden desplazarse hasta 50 kilómetros desde el lugar donde emergen, adicionalmente, su transporte accidental en el movimiento y tránsito de animales vivos o en vehículos sobre los que se posan puede facilitar desplazamientos a mayores distancias. La especie se distribuye en regiones tropicales y subtropicales; rara vez se encuentra por encima de los 2.100 metros y no suele sobrevivir en climas fríos.

Antecedentes: Los programas de erradicación basados en la vigilancia, control zoosanitario y la técnica del insecto estéril permitieron eliminar el parásito de los Estados Unidos de América (año 1966), México (año 1991) y Centroamérica (años 1994-2000). A partir del 2022, con un aumento marcado durante 2023 notificado por Panamá, se documentó nuevamente su presencia en Belice, Costa Rica, El Salvador, los Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México y Panamá. La expansión en animales aumenta la probabilidad de exposición humana y exige una respuesta coordinada entre los diferentes países y sectores.

Durante 2025 se notificaron 837 casos de miasis por C. hominivorax incluyendo cuatro defunciones, en ocho países de las Américas, mientras que entre el 1 de enero y septiembre del 2026, el número reportado fue de 1.355, incluyendo cinco defunciones, en seis países de la Región, lo que muestra un incremento de 62% en el 2026 respecto del año anterior.

Tabla 5. Miasis humana por C. hominivorax, en países de la Región de las Américas entre 2025 y 2026 (hasta septiembre)

País	Número de casos 2025	Número de defunciones 2025	Número de casos 2026	Número de defunciones 2026
Belice	4	0	8	0
Costa Rica	107	3	57	0
El Salvador	5	0	0	0
Estados Unidos de América	1	0	0	0
Guatemala	182	0	295	0
Honduras	300	1	302	0
México	117	0	592	5
Panamá	121	0	101	0
Total	**837**	**4**	**1.355**	**5**

Fuente: OPS-OMS. Alerta Epidemiológica Miasis por Cochliomyia hominivorax en la Región de las Américas 16 de octubre del 2026. Página 2. https://www.paho.org/sites/default/files/2026/10/2026-oct-16-phe-alerta-epi-miasis-gusano-barrenador-final-es.pdf

Los datos muestran que México, Honduras y Guatemala concentran la mayor parte de los casos reportados. La reaparición del parásito en animales y su expansión geográfica constituyen una señal de alerta para la vigilancia integrada de la salud humana y animal.

Acciones para las IPS de Bucaramanga

Las siguientes medidas traducen las recomendaciones regionales a actividades operativas para los prestadores de servicios de salud.

Acción 1. Fortalecer la detección clínica

- Sensibilizar al personal de urgencias, consulta externa, medicina familiar, dermatología, cirugía, oftalmología, otorrinolaringología y odontología.
- Considerar miasis ante larvas visibles o síntomas compatibles en heridas, mucosas o cavidades.
- Investigar antecedentes de viajes, residencia o exposición en zonas rurales, contacto con animales y presencia de heridas crónicas.
- Prestar especial atención a adultos mayores, personas con movilidad reducida, pacientes postrados y personas con heridas de difícil cicatrización.

Acción 2. Garantizar atención clínica oportuna

- Realizar valoración clínica inmediata y determinar la extensión y localización de la lesión.
- Gestionar la extracción de las larvas, limpieza de la herida y desbridamiento cuando esté indicado, por personal médico.
- Remitir urgentemente los casos con afectación de ojos, nariz, boca, oído, vías respiratorias o tejidos profundos.

- No retrasar la atención necesaria mientras se espera la identificación definitiva de la especie.
- No recomendar extracción domiciliaria de larvas ni automedicación.

Acción 3. Fortalecer la vigilancia epidemiológica

- Verificar la definición de caso y las instrucciones de notificación vigentes con el INS.
- Notificar por los canales establecidos cuando corresponda y garantizar la calidad de los datos clínicos y epidemiológicos.
- Registrar antecedentes de exposición, ubicación de la lesión, evolución clínica y posibles vínculos con zonas o animales afectados.
- Coordinar la identificación entomológica de las larvas o muestras con el laboratorio o autoridad competente.
- Conservar evidencia clínica y muestras de acuerdo con los procedimientos técnicos establecidos.

Acción 4. Reforzar la prevención y el control de infecciones

- Mantener las heridas limpias, cubiertas y bajo seguimiento hasta su cicatrización.
- Fortalecer los protocolos de curación, higiene, disposición de residuos y barreras físicas contra moscas.
- Capacitar a cuidadores y familiares de personas con heridas crónicas o dificultades de autocuidado.
- Aplicar las precauciones estándar y las medidas clínicas indicadas según la lesión. La miasis, por sí misma, no exige aislamiento por transmisión interpersonal.

Acción 5. Informar y capacitar al talento humano

- Socializar la alerta de la OPS en los servicios asistenciales.
- Establecer una ruta interna para valoración, tratamiento, remisión y notificación.
- Documentar las capacitaciones, el personal participante y los compromisos de mejora.

Acciones para las EAPB de Bucaramanga

1. Articulación de la red prestadora

Informar a las IPS contratadas sobre la alerta, promover la sospecha clínica y establecer rutas de atención, remisión y seguimiento que eviten demoras.

2. Gestión del riesgo individual

Identificar, a través de los mecanismos permitidos y de la información disponible, afiliados con heridas crónicas, limitaciones de movilidad o necesidades de curación domiciliaria que puedan beneficiarse de seguimiento preventivo.

3. Seguimiento de casos y continuidad de la atención

Verificar que las IPS aseguren tratamiento oportuno, remisiones, seguimiento de heridas y cumplimiento de las obligaciones de vigilancia que correspondan.

4. Comunicación del riesgo a los afiliados

Difundir información sobre cuidado de heridas, signos de alarma, consulta inmediata y medidas de prevención, con énfasis en personas mayores, cuidadores y población expuesta a animales o entornos rurales.

La alerta de la OPS/OMS del 16 de octubre de 2026 justifica el fortalecimiento en la preparación de la red de servicios de salud de Bucaramanga ante la expansión regional de la miasis por Cochliomyia hominivorax. Las prioridades son **reconocer oportunamente las lesiones compatibles, brindar tratamiento sin demora, notificar según los lineamientos vigentes, mantener las heridas protegidas, orientar a los cuidadores y coordinar la vigilancia de salud humana y animal**.

Fuente:

1. OPS – OMS. Alerta Epidemiológica Miasis por Cochliomyia hominivorax en la Región de las Américas 16 de octubre del 2026. https://www.paho.org/sites/default/files/2026/10/2026-oct-16-phe-alerta-epi-miasis-gusano-barrenador-final-es.pdf

Semana epidemiológica
11 a 17 de octubre año 2026 **41**

TEMAS BOLETÍN

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años
Alerta epidemiológica – Brote tipo II: Comportamiento dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave
Informe Regional No 13 Sarampión en la Región de las Américas.
Alerta Epidemiológica: Miasis por Cochliomyia hominivorax

Balkis Yamile Gordillo Moreno
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 (AUTORA)

Yamileyny Gutiérrez
Comportamiento de la Notificación en Bucaramanga

Lina Yazmid Hernández Jaramillo
Dengue y Desnutrición
Grupo funcional SIVIGILA ETV y Desnutrición < 5 años – SSAB

María Alejandra Beltrán López
Informe Regional No 13 Sarampión en la Región de las Américas
Alerta Epidemiológica: Miasis por Cochliomyia hominivorax

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