



PERIODO
EPIDEMIOLÓGICO
7- 2025 Manizales

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD



NOTA DEL MES



FOTO: OMS

28 DE JULIO DÍA MUNDIAL DE LAS HEPATITIS VIRAL

La hepatitis viral es una inflamación del hígado causada por diferentes virus (A, B, C, D y E). Las hepatitis B y C son las que causan la mayor carga de enfermedad y muerte a nivel mundial, con 1.4 millones de muertes anuales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¿Por qué se celebra?

- ✓ Aumentar la conciencia
- ✓ Promover la prevención
- ✓ Fomentar el diagnóstico y tratamiento
- ✓ Reducir la transmisión materno infantil
- ✓ Lograr la eliminación de la hepatitis.



El Boletín Epidemiológico es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública (EISP), mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud del Municipio de Manizales a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Las cifras que se publican de casos y de muertes están siempre sujetos a verificación o estudio.

El Boletín Epidemiológico es un insumo útil para la comprensión de los eventos en salud pública.

TABLA DE CONTENIDO

1. TEMA CENTRAL- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).....	3
2. FRECUENCIA DE VARICELA.....	6
3. FRECUENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA).....	7
4. FRECUENCIA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)	11
5. SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES.....	13
6. CUMPLIMIENTO EN LA NOTIFICACION SEMANAL AL SIVIGILA (SEM EPID 1- 28)	17
7. REVISION BIBLIOGRÁFICA:	20



1. TEMA CENTRAL- INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) representan una amenaza constante para los sistemas sanitarios, no solo por sus impactos clínicos y económicos, sino también por la confianza que erosionan en los pacientes. Estas infecciones están principalmente vinculadas al uso de dispositivos invasivos y a procedimientos médico-quirúrgicos, y suelen estar protagonizadas por bacterias multirresistentes como *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii*, capaces de producir carbapenemasas, y por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA), especialmente en infecciones de sitio quirúrgico. A esto se suma la amenaza creciente de *Candida auris*, un hongo multirresistente que ha emergido en hospitales latinoamericanos, incluyendo Colombia. Estos patógenos complican el tratamiento, prolongan la estancia hospitalaria y elevan la mortalidad, que puede superar el 30 % en formas graves.



Figura 1 Imagen generada con inteligencia artificial (IA) por el autor, usando datos del Instituto Nacional de Salud (INS, 2024).

El Instituto Nacional de Salud (INS) ha priorizado, dentro de su vigilancia epidemiológica, dos grandes categorías de IAAS: por un lado, las infecciones asociadas a dispositivos invasivos (IAD) – neumonía asociada a ventilador mecánico, infección del torrente sanguíneo por catéter e infección del tracto urinario por catéter urinario permanente –; por otro, las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ), dentro de las cuales se vigila la infección de sitio quirúrgico en procedimientos priorizados (cesárea, colecistectomía, herniorrafia, parto vaginal y revascularización miocárdica) y la

endometritis puerperal. Cada categoría cuenta con definiciones operativas y criterios clínico-microbiológicos estandarizados, esenciales para la vigilancia, la medición y la comparación de indicadores en el país y con estándares globales.



Figura 2 Imagen generada con inteligencia artificial (IA) por el autor, usando datos del Instituto Nacional de Salud (INS, 2024).

A nivel mundial, la carga de IAAS sigue siendo significativa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de **1,4 millones de pacientes hospitalizados** presentan una IAAS en todo momento, con riesgos entre **2 y 20 veces mayores en países de ingresos bajos y medios** que en países de altos ingresos. En Europa y Norteamérica entre el 5 % y el 10 % de los hospitalizados padecen IAAS, mientras que en regiones como Asia, África y América Latina estas cifras superan el 40 %. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha resaltado que la adecuada implementación de programas de prevención y control de infecciones puede **reducir la incidencia de IAAS hasta en un 70 %**, lo que convierte a estas intervenciones en una de las estrategias más costo-efectivas para mejorar la seguridad del paciente.

En América Latina, los sistemas de vigilancia han documentado tasas alarmantes en unidades de cuidados intensivos: la neumonía asociada a



ventilador alcanza hasta **24,1 por mil días-ventilador**, la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter **12,5 por mil días-catéter** y la infección urinaria asociada a catéter **8,9 por mil días-catéter urinario**. En el grupo de IAPMQ, países como Uruguay reportaron en 2023 incidencias del **2,42 % en cesáreas** y **3,38 % en cirugías cardíacas**, mientras que Chile notificó tasas entre **1,11 % y 1,99 %** en procedimientos prioritizados. México y Ecuador han reportado aumentos relevantes en infecciones de sitio quirúrgico tras colecistectomías.

En Colombia, la vigilancia de IAD se inició en 2012 y la de IAPMQ en 2017, consolidándose como parte del sistema de información en salud pública. En 2023, las tasas nacionales para las IAD fueron de **2,7/1000 días-ventilador** en neumonía asociada a ventilador, **1,9/1000 días-catéter** en infecciones del torrente sanguíneo y **1,2/1000 días-catéter urinario** en infecciones sintomáticas del tracto urinario. En paralelo, las IAPMQ registraron **4248 casos notificados**, de los cuales **3417 se confirmaron clínicamente y 831 mediante laboratorio**, con una incidencia global de **0,5 %** en los procedimientos prioritizados. La endometritis puerperal fue la complicación más frecuente, con **688 casos concentrados** en partos y cesáreas.

En el departamento de Caldas, la situación epidemiológica refleja la tendencia nacional. En el grupo de IAD predominan la neumonía asociada a ventilador y la infección del torrente sanguíneo en unidades de cuidados intensivos, con aislamientos frecuentes de *K. pneumoniae* productora de carbapenemasa, *P. aeruginosa* y *C. auris*. En el grupo de IAPMQ, son comunes las infecciones de sitio quirúrgico en cirugías abdominales y ortopédicas, así como la endometritis puerperal en servicios de obstetricia. Las instituciones han reforzado el uso de bundles para dispositivos invasivos, la auditoría de procesos de esterilización y la capacitación permanente del personal de salud.

En **Manizales**, los reportes más recientes indican que entre la semana epidemiológica 1 a la 33 se notificaron **119 casos de infecciones asociadas a**

dispositivos (IAD). De estos, **71 correspondieron a infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter (ITS-AC)**, **42 a neumonías asociadas a ventilador (NAV)** y **6 a infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario permanente (ISTU-AC)**.

Distribución de Casos IAD

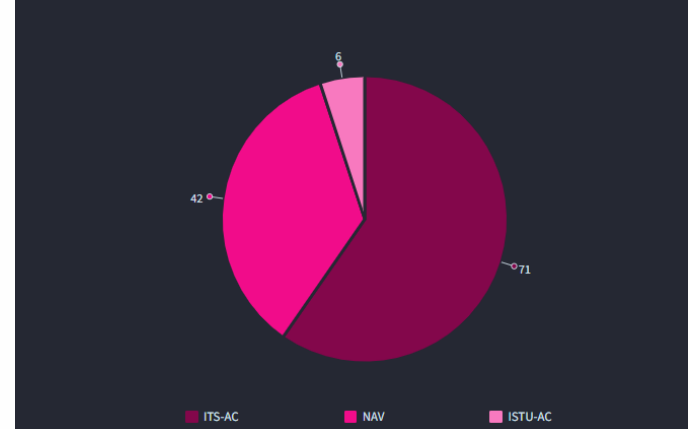


Gráfico 1. Distribución de Casos IAD.

El tipo de muestra predominante para el estudio de infecciones fue sangre total con un 80%, seguida de las secreciones con un 12%.

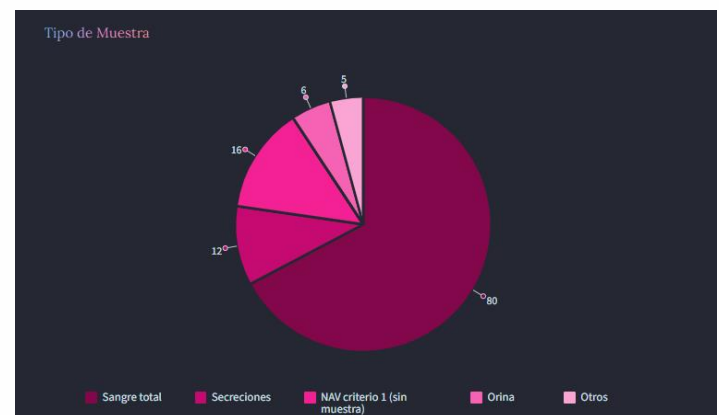


Gráfico 2. Tipo de Muestra.

El tipo de prueba más utilizado para el análisis y hallazgo de agentes patógenos asociados corresponde a hemocultivo con 80% seguido del cultivo de secreciones respiratorias con 12%.

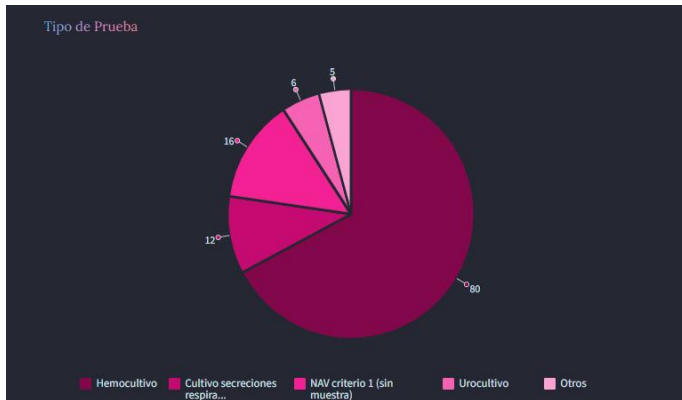


Gráfico 3. Tipo de Prueba.

En lo que respecta a las **infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ)**, se reportaron **18 casos** distribuidos de la siguiente manera: **herniorrafia (6 casos)**, **colecistectomía (5)**, **parto vaginal (4)**, **cesárea (2)** y **revascularización miocárdica (1 caso)**.

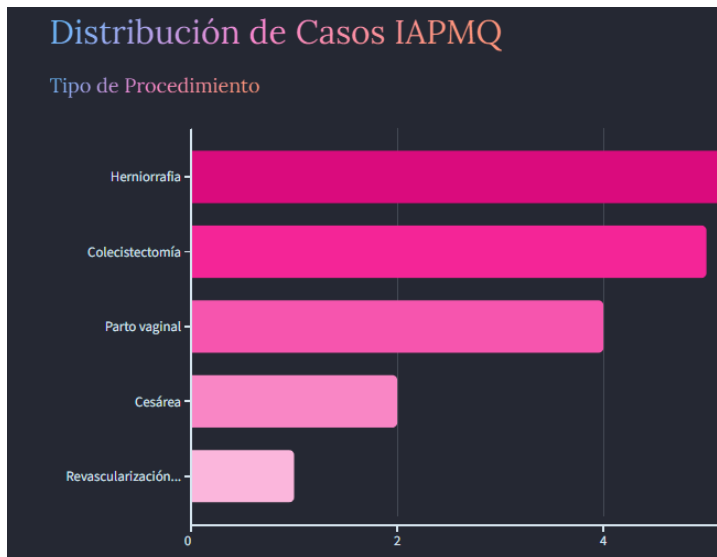


Gráfico 4. Tipo de Procedimiento.

Los tipos de infección más frecuentes fueron la **superficial primaria (8 casos)**, seguida por la **órgano/espacio (7 casos)** y la **profunda primaria (3 casos)**.

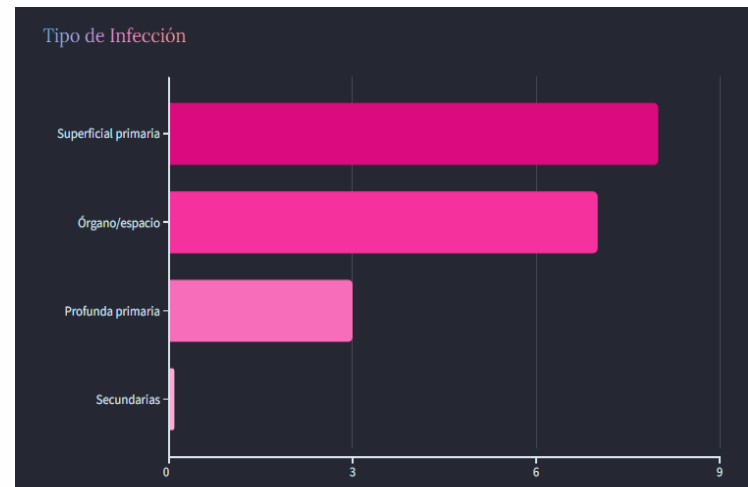


Gráfico 5. Tipo de Infección.

El estado del arte confirma que hasta el 50 % de las IAD y cerca del 30 % de las IAPMQ son prevenibles. Las estrategias de mayor impacto incluyen la vigilancia activa con tasas estandarizadas, la implementación de bundles específicos, el uso racional de antimicrobianos mediante programas PROA, el monitoreo de resistencia y, en casos seleccionados, la aplicación de herramientas de vigilancia genómica. La OMS y la OPS coinciden en que la combinación de estas medidas, junto con la capacitación continua del personal y la retroalimentación sistemática de resultados, es esencial para reducir la incidencia de infecciones y avanzar hacia una atención más segura y de mejor calidad.

“Concientizar al personal de salud sobre la importancia de cumplir y mantener de manera rutinaria las medidas estándar de prevención y control de infecciones en salas de partos y quirófanos con el fin de prevenir y tratar a tiempo las infecciones presentadas”



2. FRECUENCIA DE VARICELA

La varicela es una enfermedad aguda infectocontagiosa, benigna, producida por el virus de varicela zoster (VVZ) herpes virus tipo 3, se transmite por inhalación de partículas o por contacto con las secreciones respiratorias o con el líquido contenido en las vesículas, es en la actualidad la enfermedad exantema más frecuente. Por lo general tiene una infección leve y limitada con erupciones característicamente pruriginosas que evolucionan a fase de costra usualmente en el transcurso de una semana.

En Manizales según análisis de los datos obtenidos mediante la notificación individual semanal del evento 831 del Sivigila 4.0; con corte a la semana 28, se reportaron 175 casos de varicela.

En lo transcurrido del periodo epidemiológico 7 entre las semanas 25 a la 28, se notificaron al Sivigila un total de 6 casos de varicela. Al caracterizar los casos notificados, se identificó que por género el 50% corresponde al género femenino, por grupos de edad, en el municipio la incidencia presentó una reducción significativa en el número de casos, la edad de mayor incidencia corresponde a la población de 15 a 19 años (n=2) representado con 33,3 %, en cuanto a la zona geográfica, el 83,3% de los casos notificados provienen de la cabecera municipal y pertenecen al régimen contributivo.

Tabla 1. Caracterización casos de varicela, Semana Epidemiológica, 25 a 28 año 2025. Manizales.

	Variable	Nº eventos notificados	%
Genero	F	3	50,0
	M	3	50,0
Afiliación en Salud	Contributivo	5	83,3
	Especial	0	0,0
	Excepción	0	0,0
	Indeterminado/Pendiente	0	0,0
	No Asegurado	0	0,0

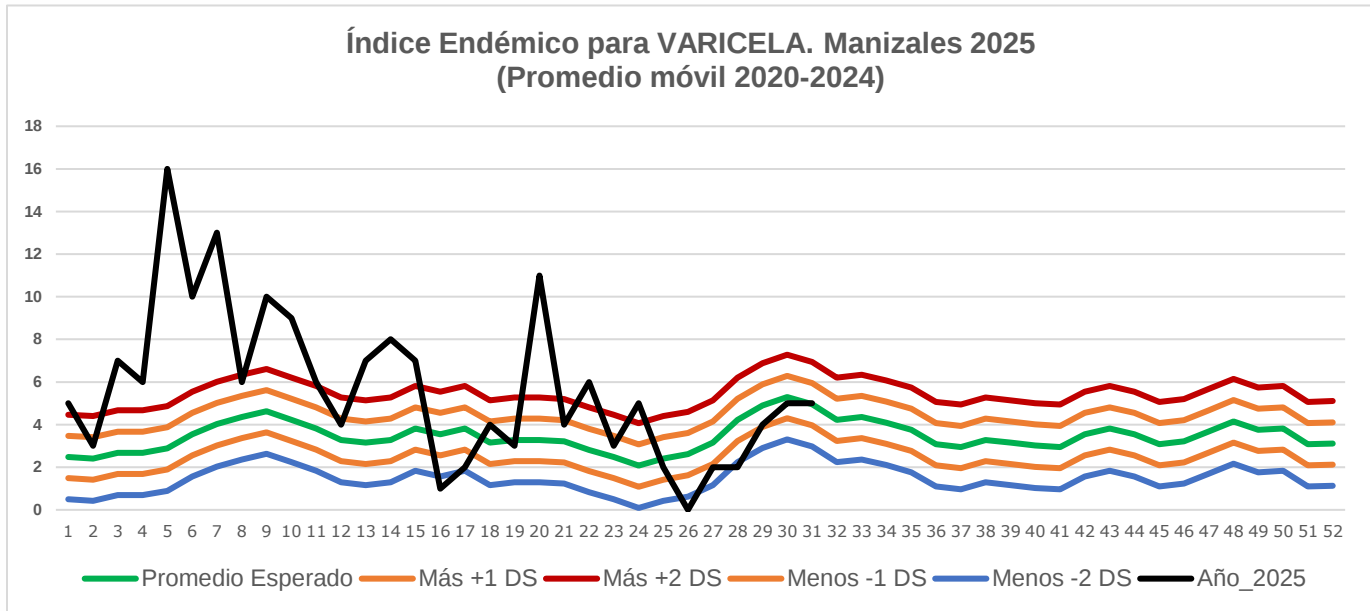
	Subsidiado	1	16,7
Grupos	< 1 Año	0	0
	01 a 4 Años	1	16,7
	05 a 9 Años	0	0,0
	10 a 14 Años	0	0,0
	15 a 19 Años	2	33,3
	20 a 24 Años	0	0,0
	25 a 29 Años	1	16,7
	30 a 34 Años	1	16,7
	35 a 39 Años	1	16,7
	40 a 44 Años	0	0,0
	45 a 49 Años	0	0
	50 a 54 Años	0	0
	55 a 59 Años	0	0
	60 a 64 Años	0	0
	65 y más Años	0	0
Zona	Cabecera Municipal	5	83,3
	Rural Disperso	1	16,7

Fuente: Sivigila, SE 25 a 28, Manizales

El canal endémico presenta un evento, en el que se puede observar que para la semana epidemiológica 28, el comportamiento de este, se encuentra fluctuante presentando un descenso en el número de casos por encima de la zona endémica para la semana 25, y situándose posteriormente dentro del rango esperado para la incidencia de la infección en la semana 28, en el momento no se tienen brotes activos de varicela, Las actividades de vigilancia y control se enfocan en identificar los casos para el evento, realizar seguimiento del sitio de ocurrencia a fin de definir presencia de posibles brotes y verificar el diagnóstico diferencial con el brote de EMPB, este último de amplia incidencia en el en el municipio.



Gráfico 6. Canal Endémico de varicela, PE 6 (semanas 21 a 24), año 2025, Manizales.



Fuente: Secretaria de Salud Unidad de Epidemiología, Manizales, SE 1 a 28, Año 2025

3. FRECUENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

“La IRA constituye un grupo de enfermedades que afectan el aparato respiratorio alto y bajo; pueden ser causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, entre otros, con evolución menor a 15 días; puede causar desde un resfriado común hasta complicaciones más severas como neumonía e incluso puede ocasionar la muerte”. 7

La IRA se ubica entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras en los menores de cinco años. Los cuadros leves son generalmente virales, altamente contagiosos y de corta duración, se resuelve en pocos días. Los cuadros graves requieren de manejo hospitalario,

Las estimaciones actuales indican que, cada año, la influenza estacional afecta a alrededor de 10,5 % de la población mundial y produce entre 291 243 y 645 832 muertes; la tasa general de muertes respiratorias asociadas a la influenza entre los niños menores de cinco años oscila entre 21 y 23,8 por 100 000 habitantes. (5)

Metodología: Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todos los casos de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J221. 7

❖ Cuadros leves:

Síntomas: Odinofagia, Rinorrea y síntomas sistémicos como cefalea, dolores musculares y fatiga

❖ Cuadros graves:

Síntomas: fiebre menor a 14 días, tos y dificultad respiratoria, si no es tratada puede ocasionar la muerte.

A nivel mundial, las infecciones respiratorias agudas (IRA) continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en menores de cinco años y mayores de 60 años. Su comportamiento presenta una marcada estacionalidad, con dos picos en cada semestre del año.



Para el grupo de edad mayor de 60 años ha presentado un comportamiento por encima del umbral estacional en los tres niveles de atención. Las consultas externas y urgencias se han mantenido en su mayoría por encima del umbral esperado durante 2024 y comienzos de 2025 con varios picos que superan el límite superior.

En cuanto a los comportamientos inusuales en este grupo de edad, se han observado comportamientos inusuales en varias regiones del país. En el ámbito de consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general, la mayoría de los departamentos registraron un aumento inusual de atenciones. En cuanto a las hospitalizaciones en UCI/UCIM aunque el aumento fue menos extendido geográficamente, sí se reportaron incrementos en varios departamentos del norte, centro y sur del país. **8**

Durante la circulación de los virus respiratorios y la temporada de picos de infecciones se recomienda desde la OMS/OPS, fortalecer los planes y preparaciones de los organismos de salud a fin de controlar los posibles brotes y sobrecarga de los servicios de salud. En Colombia los casos de infección respiratoria aguda grave se relacionan con circulación de VSR, Influenza, A. Rinovirus, Adenovirus y SARS COV2, este tipo de patógenos se relaciona con mayor frecuencia con los grupos de edad menores de 5 años, neonatos y lactantes, así como mayores de 60 años, estos con mayor afectación en el cuadro clínico.

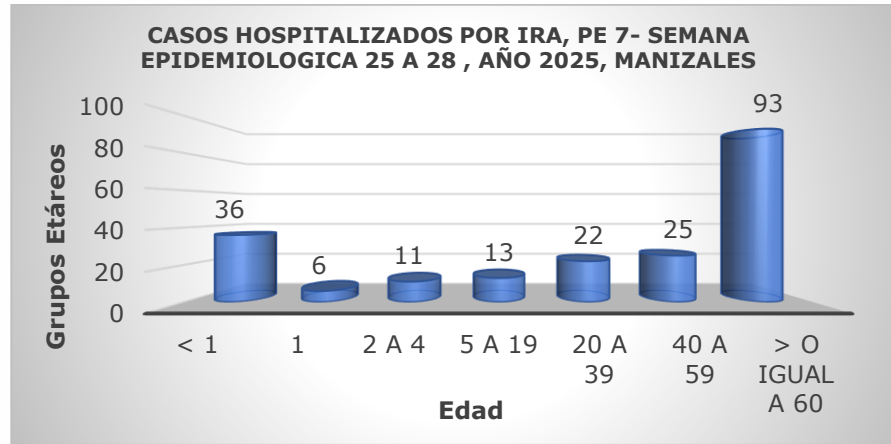
En el municipio de Manizales en el periodo epidemiológico 7 entre las semanas

epidemiológicas 25 a 28, se notificaron 138.645 consultas por todas las causas de los cuales 5304 fueron casos de IRA en los diferentes grupos de edad. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los periodos epidemiológicos anteriores se observa un comportamiento similar en el número de casos.

Al analizar la información de los casos en el servicio de hospitalización por todas las causas, se encontró que el 3 % de casos presentaron diagnósticos relacionados con IRA. Estos casos distribuidos por grupos etáreos, se pueden observar en los siguientes gráficos; se mantiene la tendencia de las hospitalizaciones general y hospitalizaciones en UCI con diagnóstico de IRA en el grupo de mayores de 60 años quienes aportaron el mayor número de casos notificados para este grupo (n=93), continua un comportamiento similar en menores de un año y población de 2 a 4 años (n=29), y de igual manera los mayores de 60 años son los más afectados en cuanto a la consulta general asociada a infecciones respiratorias, sin embargo en el periodo epidemiológico se presenta una reducción en el número de casos relacionado con periodos anteriores, las gráficas muestran un comportamiento similar a periodos anteriores, a mayor edad mayor afectación por la IRA.



Gráfico 7. Casos hospitalizados por IRA, grupos Etarios, semana epidemiológica 25 a 28, año 2025, Manizales.

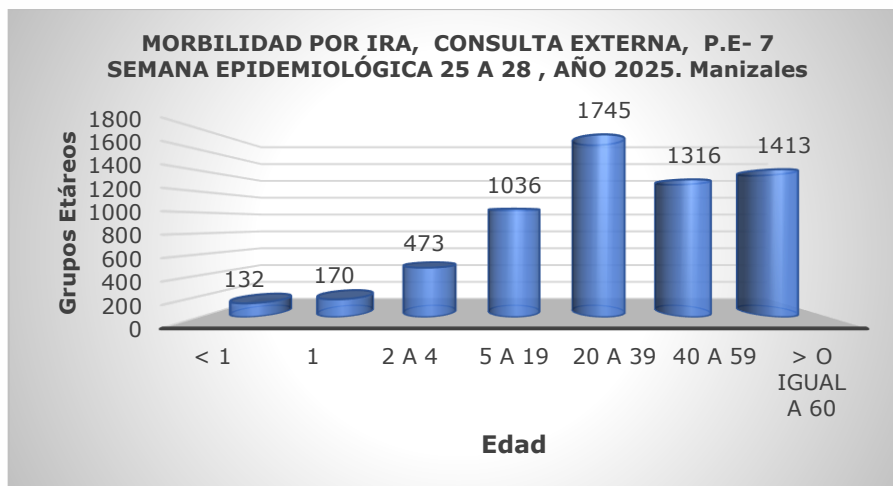


Fuente: Sivigila, semana epidemiología 25 a 28, Año 2025

Al validar la información de las consultas del servicio de consulta externa y urgencias, se estableció que con diagnósticos relacionados a la IRA consultaron 138.645 consultas, equivalente al 3.6 % del total de

consultas por todas las causas; por grupos etáreos la población mayor de 60 años fue el que aportó mayor número de casos, como se observa en la siguiente Grafica.

Gráfico 8. Notificación de morbilidad por IRA, consulta de urgencias y consulta externa, a semana epidemiológica 25 a 28, años 2025, Manizales



Fuente: Sivigila, semana epidemiología 25 a 28, Año 2025.

El 9,20 % de las personas hospitalizadas en el servicio de Unidad de Cuidado Intensivo, presentaron diagnósticos relacionados con IRA. En

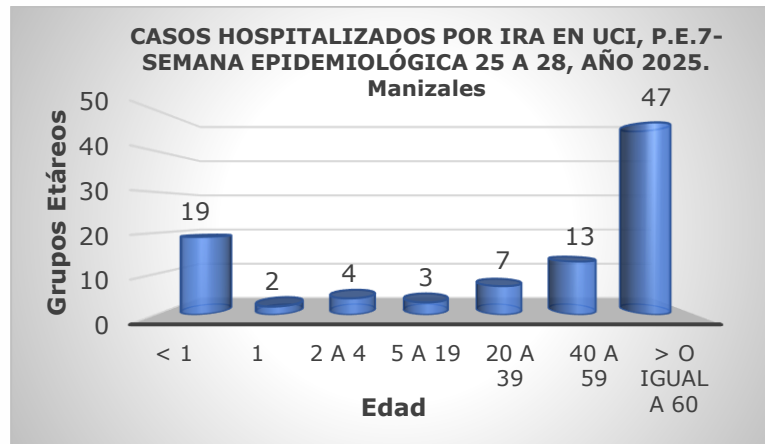
el siguiente gráfico se puede observar la distribución de los casos por grupos etáreos, se identifica un comportamiento similar en el número de



hospitalizaciones en UCI para el periodo evaluado respecto a periodos anteriores, siendo las personas mayores de 60 años quienes representan el mayor número de casos, seguido por la población de menores de un año, quienes continúan siendo

población vulnerable a la IRA y continua con un comportamiento similar al periodo anterior.

Gráfico 9. Casos hospitalizados por IRA en UCI, semana epidemiológica 25 a 28, año 2025, Manizales.



Fuente: Sivigila, semana epidemiología 25 a 28, Año 2025.

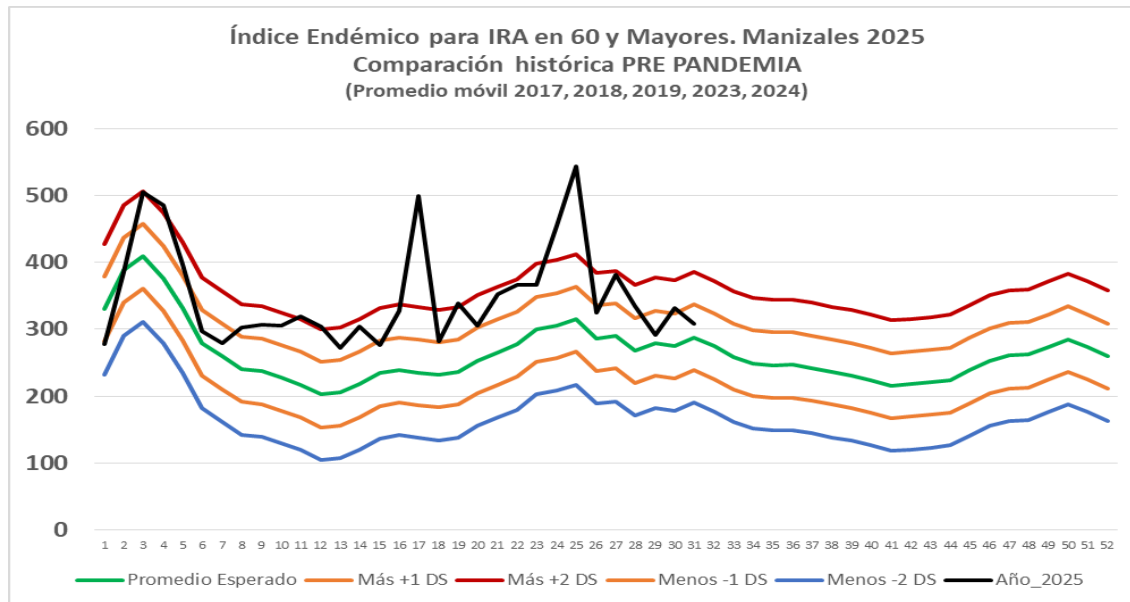
Los canales endémicos de morbilidad por IRA en consultas externa, urgencias y hospitalizaciones, se realizaron con la metodología de promedios móviles y desviaciones estándar, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo del promedio móvil de los años 2000 a 2024.

Como se observa en el canal endémico para el evento Infección Respiratoria Aguda (IRA) con corte a semana epidemiológica 28: En las semanas epidemiológicas 3 y 4 se evidenció un aumento de casos asociado al cambio de año, temporada de vacaciones y post feria, de acuerdo con el

comportamiento histórico con tendencia a la disminución en las siguientes semanas; se han presentado picos e incremento de la incidencia de los casos de IRA en las semanas a 10, 14 y 15, en la semana 17 a la 20, a partir de la semana 21 la incidencia de los eventos respiratorios se ubica por encima del índice endémico para la temporada con aumento en los diagnósticos respiratorios, Es importante mencionar que en este índice endémico no se incluye el evento IRA por Virus Nuevo (Covid19).



Gráfico 10. Canal Endémico de IRA, semana epidemiológica 21 a 24, año 2025, Manizales.



Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Pública, semanas epidemiológicas 1 a 28, Año 2025.

4. FRECUENCIA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad diarreica aguda como *la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor a 14 días*.

Es causada por una variedad de bacterias, virus y parásitos; sin embargo, a pesar de la gran carga de enfermedad causada por estos patógenos, los agentes etiológicos específicos causantes de las EDA son desconocidos en su mayoría, por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminada.

Se encuentran tres tipos clínicos de EDA, los cuales son:

- ❖ 1. Diarrea acuosa aguda: dura varias horas o días.
- ❖ 2. Diarrea con sangre aguda: (También llamada Diarrea Disentérica).
- ❖ 3. Diarrea persistente: dura 14 días o más.

La población afectada: La EDA puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero es la población menor de 5 años y los lactantes los más propensos a desarrollar la enfermedad y sus complicaciones como deshidratación, sepsis y muerte.

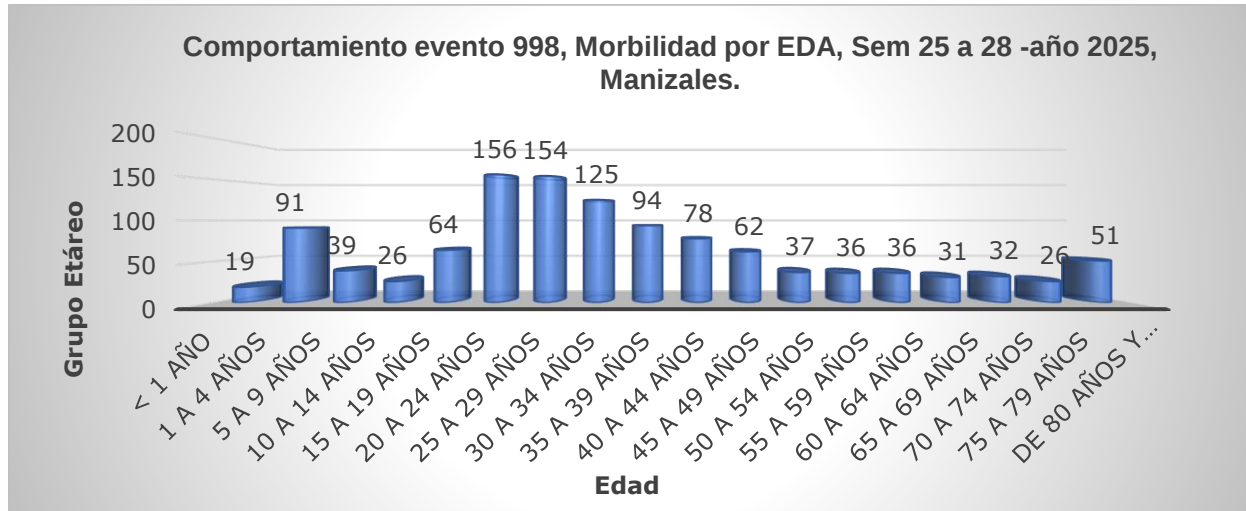
Un estudio de carga global de enfermedad clasificó las enfermedades diarreicas en cuarto lugar a nivel global, representando 3,6 % de la carga total de morbilidad; en niños menores de cinco años la proporción era del 5 % de la carga total de la enfermedad (6).

En las semanas epidemiológicas del 25 al 28, han sido notificados al SIVIGILA 1157 casos de enfermedad diarreica aguda, por diferentes causas (Evento 998).

Al analizar por grupos etáreos esta notificación, se identificó que el grupo comprendido entre los 20 a 24 años y 25 a 29 años, aportan el mayor número de casos con 156 y 154 años respectivamente (438).



Gráfico 11. Comportamiento notificación evento 998 por grupos Etarios, corte a semana epidemiológica 25 a 28, año 2025, Manizales.



Fuente: Boletín Así Vamos, Secretaría de Salud Pública, semana epidemiología 25 a 28, Año 2025.

Del total de casos se identificó que el 53 % corresponde al género femenino. El 90 % de los pacientes con EDA solicitó atención ambulatoria y del total de casos el 10.1% requirieron de hospitalización para el manejo; en el

periodo epidemiológico reportado, se presentó un caso de mortalidad por IRA en una menor de 1 año en Manizales asociado al evento con análisis de caso y concluido como no evitable.

Tabla 2. Características casos notificados de EDA, semana epidemiología 25 a 28, año 2025. Manizales

Variable		Nº eventos notificados	%
Genero	F	607	52.9
	M	550	47.5
Zona	Hospitalizados	117	10.1
	ambulatorios	1040	89.9

Fuente: Secretaría de Salud Pública, corte a semana epidemiología 25 a 28, Año 2025.

El comportamiento de la enfermedad en el Municipio se observa en el canal endémico que se presenta a continuación; en las primeras semanas epidemiológicas del año el comportamiento del evento estuvo fluctuando entre la zona de control y la zona endémica, para la semana epidemiológica 13 se ubica dentro del promedio esperado, ya para la semana 14 se presenta un ascenso en la gráfica indicando mayor número de consultas por EDA pero sin generar alerta sobre el comportamiento, para la

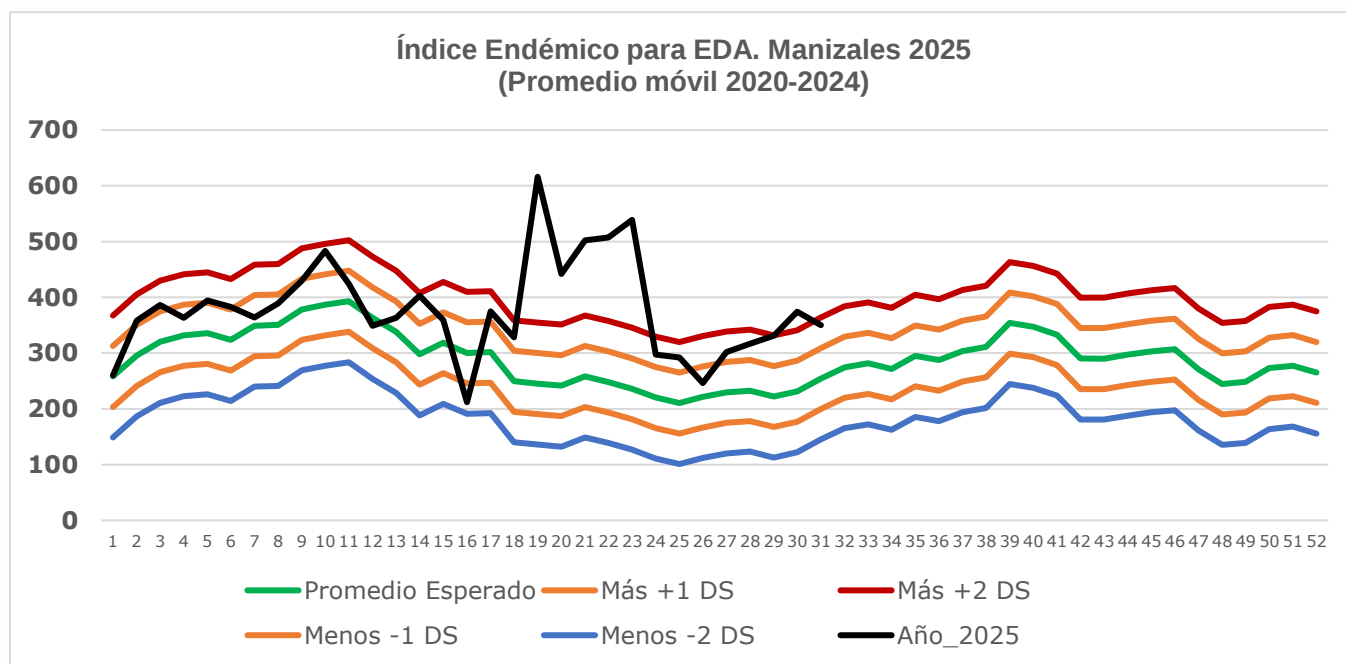
semana 16 se presenta un descenso en el número de casos reportados ubicándose por debajo del área endémica dentro del valor esperado en el periodo, a partir de la semana 17 de nuevo se presenta aumento en la notificación de casos, en la semana 19 se atiende un brotes de intoxicación por ETA con diarrea como signo principal de consulta lo que genera un aumento significativo en el número de casos por lo tanto el canal endémico pasa por encima de + 2 DE, ubicándose en la zona



epidémica; para la semana 24 en época vacacional de mitad de año el evento continua sobre la zona endémica, y ya a partir de la semana 25 se presenta aumento en la consulta por Enfermedad Diarreica Aguda y se presenta una ETA que involucro 2

usuarios, que cumple con las condiciones de brote en el periodo evaluado.

Gráfico 12. Canal Endémico de EDA, semana epidemiología 25 a 28, años 2025, Manizales.



5. SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES.

Frente a la situación Nacional de los casos de dengue y Fiebre Amarilla y la alerta generada, el Municipio de Manizales, Secretaría de Salud continúa haciendo la vigilancia epidemiológica de los eventos en la población en riesgo.

Informe de ETV (Enfermedades Transmitidas por Vectores) –

Desde el 2007 se observa un comportamiento fluctuante de dengue en Colombia con ciclos epidémicos aproximadamente cada tres años

(2010, 2013, 2016, 2019 y 2023), siendo el ciclo epidémico 2023-2025 (datos preliminares) el que registra el mayor número de casos notificados a la fecha, pero la menor letalidad por dengue en comparación con las epidemias anteriores (tabla 6) 10.

Tabla 3. Ciclos epidémicos de dengue en Colombia, 2007–2025p



Epidemias	Años	Semanas de duración	Casos totales	Casos dengue grave	Muertes	Letalidad general (%)	Letalidad por dengue grave (%)	Serotipos circulantes
2010	2009-2010	79	191 208	14 988	295	0,15	2,0	DENV -1,-2,-3,-4
2013	2012-2014	69	155 086	3 853	232	0,15	6,0	DENV -1,-2,-3,-4
	2014-2015	18	38 531	917	65	0,17	7,1	DENV -1,-2,-3,-4
2016	2015-2016	34	88 878	1 078	132	0,15	12,2	DENV -1,-2,-3,-4
2019	2019-2020	56	150 563	1 589	127	0,08	7,9	DENV -1,-2,-3,-4
2023	2023-2025p	126	498 622	5 213	365	0,07	7,1	DENV -1,-2,-3,-4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2007-2025, p: datos preliminares para 2024-2025

Se requiere mantener actualizada la información de índices aédicos, debido al incremento y la presencia del mosquito en los diferentes sitios de la ciudad considerando la potencial distribución del Ae. Aegypti en los diferentes barrios de Manizales y el riesgo entomológico.

Grafico. 13 índice Aedico- KM 41 – LA Cabaña – Manizales

El Índice AEDICO, mide la presencia del mosquito *Aedes aegypti*. El IA se calcula como el porcentaje de viviendas positivas en la búsqueda de larvas o pupas del mosquito *Aedes aegypti*.

Año

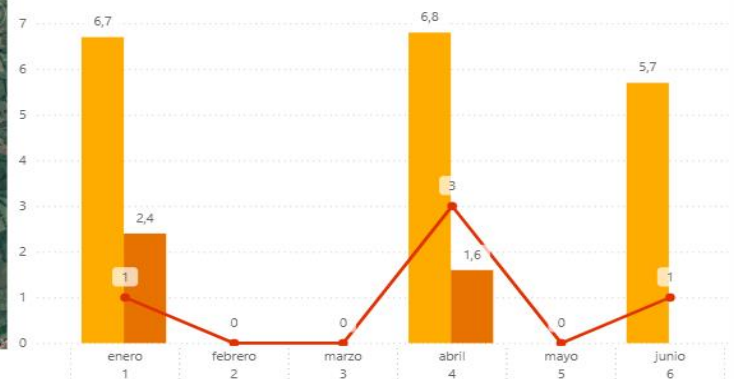
2025

Vereda Colombia (Kilómetro 41)



Índice AEDICO Procedentes KM41 y La Cabaña

● Índice KM41 ● Índice La Cabaña ● Casos Procedencia



Fuente: <https://observatoriosalud-manizales-sigalcmzl.hub.arcgis.com/>

Para Dengue, Manizales en 2025, nuevamente está en nivel de ESPERADO, de Mediana Trasmisión.



La situación de dengue, para Manizales y los municipios vecinos reportada a corte de semana 28, es:

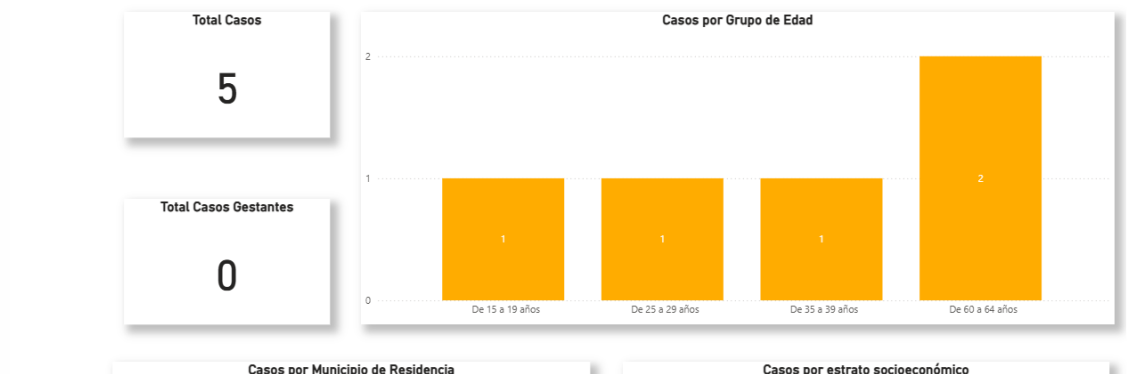
Tabla 4. Situación epidemiológica del dengue en los Municipios de Caldas, SE 25, años 2025.

Situación epidemiológica por municipio. Caldas. 2025				
Departamento	Municipio	Situación	Tipo de municipio	Nivel de brote
Caldas	Aguadas	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Anserma	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Aranzazu	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Belalcázar	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Chinchiná	Esperado	Mediana transmisión	
Caldas	Filadelfia	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	La Dorada	Esperado	Alta transmisión	
Caldas	La Merced	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Manizales	Esperado	Mediana transmisión	
Caldas	Manzanares	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Marmato	Esperado	Mediana transmisión	
Caldas	Marquetalia	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Marulanda	Esperado	Sin riesgo	
Caldas	Neira	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Norcasia	Esperado	Mediana transmisión	
Caldas	Pácora	Esperado	Sin transmisión sin vector	
Caldas	Palestina	Esperado	Mediana transmisión	
Caldas	Pensilvania	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Riosucio	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Risaralda	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Salamina	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Samaná	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	San José	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Supía	Esperado	Mediana transmisión	
Caldas	Victoria	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Villamaría	Esperado	Baja transmisión	
Caldas	Viterbo	Alerta	Mediana transmisión	

Fuente: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTIxMzE4MGltNjg4MC00ZmUyLWlwMzctODhlOWFjNzMyZmViliwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTlmMzcxNDc1OTRiYiIsImMiOiR9>

A continuación, se presenta la clasificación por grupos de edad en la incidencia del Dengue en el municipio casos por EAPB según el número de casos.

Gráfico.14 Casos de Dengue por grupos de edad PE 6- semanas 25 a 28.



Fuente: <https://observatoriosalud-manizales-sigalcmzl.hub.arcgis.com/>



Fiebre Amarilla El protocolo del INS clasifica los riesgos de los municipios en función de varios criterios relacionados con la fiebre amarilla:

A continuación, se presentan los criterios y categorías de riesgos mencionados:

- a. **Estratificación del riesgo:** El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ha desarrollado una metodología específica para estimar la población en riesgo y establecer municipios prioritarios para la vacunación. Esta estratificación considera varios factores como:
- **Altitud:** Municipios a una altura igual o superior a 2,400 metros sobre el nivel del mar se consideran sin riesgo, ya que hasta ese nivel no se reportan vectores urbanos o selváticos. Manizales se encuentra en casco urbano a 2.150 msnm y en 2024 ha sido identificado el vector
 - **Ruralidad:** Se evalúa la proporción de la población que reside en áreas rurales. Nuestras áreas rurales o periféricas al casco urbano de comportamiento histórico para dengue y con circulación de Aedes son el >Kilómetro 41, Vereda Colombia, La Cabaña, La Linda, Lisboa.
 - **Reportes de casos:** Municipios que han reportado casos al sistema de vigilancia de fiebre amarilla. Los municipios del centro sur de Caldas NO han sido endémicos para fiebre amarilla.
 - **Epizootias y focos enzoóticos:** La presencia de brotes en la fauna silvestre podría indicar un riesgo potencial. Nuestra región de municipios del área metropolitana, NO ha presentado focos enzoóticos.
 - **Cohortes de población susceptible:** Se considera la cantidad de personas no vacunadas. (conforme a la encuesta de los últimos años, las personas requieren solamente una dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla; Manizales ha vacunado sistemáticamente a los locales que han viajado a sitios nacionales y del exterior que han necesitado la vacuna como requisito de viaje)
 - **Presencia del vector:** Se evalúa si hay vectores selváticos o urbanos en el área. (hay certeza del vector urbano presente Aedes)
 - **Presencia de primates:** Los primates son un reservorio del virus y su presencia puede incrementar el riesgo de transmisión. (se debe consultar a Corpocaldas si esta fauna existe en el área de los municipios metropolitanos)
 - **Vecindad con municipios en riesgo:** La proximidad a otros municipios que reportan casos puede aumentar el riesgo. (Manizales, no tiene relación con municipios de riesgo para fiebre amarilla; la relación si es muy evidente para el dengue)
- b. **Categorías de riesgo:** Los municipios se clasifican en diferentes niveles de riesgo que son:
- **Sin riesgo:** Municipios a partir de 2,400 m.s.n.m.
 - **Riesgo bajo:** La mayoría de los municipios en Colombia (71%). (Manizales, por su altura sobre el nivel del mar)
 - **Riesgo moderado:** Aproximadamente el 10% de los municipios.
 - **Riesgo alto:** Cerca del 3% de los municipios.

Sobre la condición de riesgo para fiebre amarilla de Manizales **Riesgo alto**

Hasta la semana Epidemiológica 28 no se tienen casos positivos pertenecientes al municipio de Manizales.



Fuente: <https://observatoriosalud-manizales-sigalcmzl.hub.arcgis.com/>

6. CUMPLIMIENTO EN LA NOTIFICACION SEMANAL AL SIVIGILA (SEM EPID 1- 28)

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA es creado por el Instituto Nacional de Salud para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública, tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones, racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia; propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

El Decreto 780 DE 2016, en el Capítulo 1, hace mención a la creación del SIVIGILA, según la sección 1. Disposiciones Generales:

Artículo 2.8.8.1.2.6 Notificación Obligatoria: Todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, que generen información de interés en salud pública, deberán realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada. (Lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública 2024. INS).

Para este periodo de tiempo, se tuvo un cumplimiento del 100% en la notificación semanal, pues las 54 UPGD del Municipio presentaron la notificación al Sivigila cada semana de manera oportuna.:



Tabla 5. Cumplimiento notificación semanal al SIVIGILA, periodo epidemiológico 7, año 2025.

cod_upgd	raz_soc	tipo_u ni	En silencio	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
170010001900	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010002601	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CALDAS SEDE ADMINIS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010003401	INTERCONSULTAS SAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010007801	LABORATORIO DE PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA CITOSALUD SAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010010301	SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010025201	CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS CME SA	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010027101	JAIME FERNANDO RUIZ POVEA	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010048801	CLINICA OSPEDALE MANIZALES	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010051001	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010051002	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010051003	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010059301	CLINICA PSIQUIATRICA SAN JUAN DE DIOS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010080301	LIGA CONTRA EL CANCER SECCIONAL CALDAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081704	SAN CAYETANO ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081706	SAN JOSE ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081707	EL PILOTO ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081709	EL BOSQUE ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081713	EL PRADO ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081715	FÁTIMA ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081725	BAJO TABLAZO ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081726	KILÓMETRO 41 ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081727	LA GARRUCHA ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081728	LA CABAÑA ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081730	ALTO BONITO ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081731	LA LINDA ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081734	SAN PEREGRINO ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081735	EL CISCO ASSBASALUD	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081743	LA ASUNCIÓN ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010081744	LA ENEA ASSBASALUD ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010083801	COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INT	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010087101	HOSPITAL GENERAL SAN ISIDRO ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010087201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CALDAS IPS SEDE V	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010087202	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CALDAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010087207	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CALDAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si



170010087301	HOSPITAL SANTA SOFIA DE CALDAS ESE	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010089201	HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L PRESENTACION	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010089801	UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010109601	ONCOLOGOS DE OCCIDENTE SAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010164601	CLINICA AVIDANTI MANIZALES	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010167401	CORPORACION IPS UNIVERSITARIA DE CALDAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010192003	CLINICA MEINTEGRAL SAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010198501	SALUD PYP SAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010221602	UT VIVA 1A IPS SEDE LAURELES	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010221606	VIVA 1A IPS SA	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010249301	PLENAMENTE SALUD MENTAL INTEGRAL IPS SAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010256601	EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SA	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010262601	VIRREY SOLIS IPS SA CENTRO	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010262602	VIRREY SOLIS IPS SA PALMAS CRA 23	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010262603	VIRREY SOLIS IPS SA PALMAS CALLE 58	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010284301	IPS PAUSA SAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010314001	MEDICINA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES MEIDE SAS	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170010316902	CENTRO MEDICO AVENIDA SANTANDER	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170016010099	EPMSCMAN	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170016110099	RECLUSION MUJERES MANIZALES	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si
170018302880	BATALLÓN DE INFANTERÍA NO 22 BATALLA DE AYACUCHO	UPGD	NO	si	si	si	si	si	si	si

Fuente: SIVIGILA, periodo epidemiologico 7, año 2025



El Boletín Epidemiológico es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por el Municipio de Manizales, Secretaría de Salud, Unidad de Epidemiología, mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud.

Las cifras que se publican de casos y de muertes están siempre sujetos a verificación o estudio, se trata de datos preliminares que muestran las tendencias de los eventos.

El Boletín Epidemiológico es un insumo útil para la comprensión de los eventos en salud pública, pero debe complementarse con otras fuentes.

7. REVISION BIBLIOGRÁFICA:

1. Instituto Nacional de Salud (INS). Protocolos de vigilancia en salud pública: IAAS, IAD, IAPMQ. Bogotá: INS; 2024.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. OMS; 2011.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud. OPS; 2022.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Menos IAAS, menos resistencia antimicrobiana. OPS Noticias; 2022.
5. Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, et al. Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care–Associated Infections. N Engl J Med. 2014;370:1198-1208.
6. Rosenthal VD, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 43 countries, 2004–2019. Am J Infect Control. 2021;49(10):1267–1274.
7. World Health Organization (WHO). Global report on infection prevention and control. WHO; 2022
8. Colombia, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Varicela. Versión 06. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/BJUD3428>
9. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Infección Respiratoria Aguda. Versión 09. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/CBN644>
10. [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025 Boletin epidemiologico semana 16.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2016.pdf)
11. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda. Versión: 04 Fecha: 14 de marzo de 2022 Grupo de enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación y relacionadas con la atención en salud transmisibles. Correo @ins.gov.co transmisibles@ins.gov.co Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro Morbilidad%20EDA.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Morbilidad%20EDA.pdf)
12. [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025 Boletin epidemiologico semana 13.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2013.pdf)



Para más información en salud pública en Manizales, Caldas y Colombia, visite:

<https://www.instagram.com/p/DNT3C1HurbO/?igsh=MTAzcjFmd2o5eHV1MQ%3D%3D>

<http://www.salud.manizales.gov.co/>

<http://www.saluddecaldas.gov.co/>

<http://www.minsalud.gov.co>

<http://www.ins.gov.co>

Proyectado por Unidad de Epidemiología/ Julio de 2025.