

Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 29 (19 julio – 25 de julio 2026)



INTRODUCCIÓN: La varicela y la parotiditis son enfermedades inmuno prevenibles que, pese a su aparente carácter benigno, pueden generar complicaciones graves cuando se presentan en forma de brotes, especialmente en espacios confinados o conglomerados como instituciones educativas, geriátricas o eventos masivos. La vacunación constituye la herramienta más efectiva para reducir la transmisión, proteger a la población vulnerable y evitar desenlaces severos. La vigilancia activa y la respuesta oportuna frente a casos sospechosos permiten contener la propagación y garantizar la seguridad sanitaria en la comunidad. La prevención mediante inmunización no solo disminuye la carga de enfermedad, sino que fortalece la confianza en los sistemas de salud y asegura entornos más seguros para todos.

"La vacunación transforma brotes en oportunidades de protección colectiva"

NOTIFICACIÓN SIVIGILA

Para esta semana, como es habitual el grupo de 15-44 años presenta el mayor número de casos, con el 54% (n=15): con 5 casos de violencia, 4 casos para mordedura, 3 para ETA, 2 para morbilidad materna extrema, 1 para infección sitio

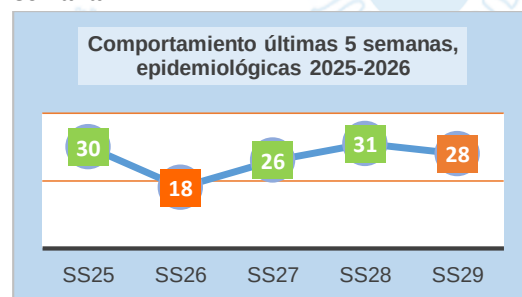
operatorio. Todos los grupos presentaron casos. Se presenta un nuevo brote de ETA familiar, oportunamente informado por el servicio de urgencias.

Tabla 1. Frecuencia EISP semana 29

Evento	<1	1-4	5-14	15-44	45-59	> 60	Total
210			1				1
300			1	4	2		7
348		1					1
352				1	1	1	3
355				3	2		5
365						1	1
549				2			2
591	1						1
813					1		1
875	1			5			6
Total	2	1	2	15	6	2	28

Fuente SIVIGILA web institucional

Gráfica 1. Comportamiento notificación semanal:



Fuente: SIVIGILA web – gráfica creación propia

La gráfica muestra una tendencia descendente del 10%; estos datos representan un informe preliminar y pueden cambiar según la fecha de inicio de síntomas y el envío de la información, que se realiza el día lunes, posterior a la edición del boletín.

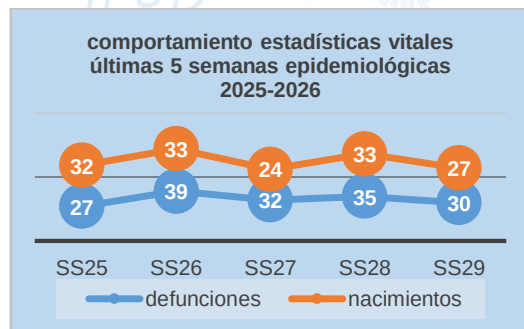
ESTADÍSTICAS VITALES RUAF

Estadística descriptiva: nacimientos, con un comportamiento descendente del 22%;

Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

para defunciones, un descenso del 17%. El crecimiento neto poblacional fue de saldo negativo de -14 personas. esto refleja el comportamiento demográfico mundial, frente a disminución de las tasas de natalidad, envejecimiento poblacional, incremento de enfermedades degenerativas y complicaciones propias de este grupo etario.

Gráfica 2. Hechos vitales semana 29:



Fuente: RUAF ND- gráfica creación propia

Tabla 2. Hechos vitales, semana 29:

E. V./GÉNERO	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES
HOMBRES	13	8*
MUJERES	14	11*
FETALES	NA	4
LEGISTA	NA	2*
CASA/DOMICILIO	NA	5*
TOTAL	27	30

Fuente: RUAF ND – tabla creación propia

Se presentaron 27 nacimientos: 52% para mujeres y en defunciones 35 muertes, con un porcentaje para el género femenino del 47% (n=14), se presentaron 4 muertes fetales (género indeterminado), se certificaron 5 muertes domiciliarias (2 mujeres, 3 hombres), 2 muerte de causa externa (1 mujer, 1 hombre).

Análisis por determinantes:

Nacimientos: edad promedio entre los 21-32 años con el 56%; el 59% vía vaginal; el 78% del área urbana; el 59% del régimen

subsidiado; el 44% terminaron su bachillerato, con un 33% adicional que son profesionales y técnicas; el 74% con adecuada red de apoyo; 3 casos con peso bajo y 2 con peso grande para la edad que corresponde al 19%.

Tabla 3. Determinantes sociales para nacimientos semana 29

Determinantes sociales estructurales e intermedios N=27			
Determinantes	> presentación	frecuencia	%
Etnia	mestizo	25	93
Edad	21-32	15	56
Vía del parto	vaginal	16	59
Multiplicidad	simple	27	100
Área residencia	cabecera	21	78
Escolaridad	media académica	12	44
E. civil	casada; ≥ 2 años	20	74
Reg. afiliación	subsidiado	16	59
Peso < 2500	2355-2375-2450	5	19
Peso > 4000	4020-4220		

Fuente: RUAF ND- tabla creación propia

Factores de riesgo:

El 44% (n=12) de los casos tenían edades de riesgo; el 19% (n=5) con antecedentes de número de gestaciones mayores a 3; el 41% de los partos fue por vía alta (n=11), sobrepasa el límite esperado a nivel nacional y por OMS; el 22% del área rural (n=6); se presentaron 3 madres de nacionalidad venezolana con 11%; 2 sin afiliación al sistema de salud que corresponde al 7%. Sin una adecuada red de apoyo con el 26% (n=7), pobres controles prenatales 26% (n=7) y se presentaron 8 casos fuera del municipio de Tulúa, que corresponden al 30%: del área de influencia: San Pedro; fuera del área de influencia: Buga, Obando, Ginebra, Zarzal, lo que refleja la fragmentación de la red de atención, pobre red de prestadores de las EAPB y el compromiso institucional de garantizar la salud de las gestantes.



Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

Tabla 4. Factores de riesgo materno semana

29:

Factores de riesgo materno N=27			
Factor	factor riesgo	frecuencia	%
Edad < 21 ≥35	15: 2 casos 19: 1 caso 20: 2 casos 36: 2 casos 37,38,39: 3 casos 40,42: 2 casos	12	44
Gravidez	G3: 3 casos G4: 2 casos	5	19
Vía parto	cesárea	11	41
Edad < 37 ss	ninguno	0	0
Area residenc.	rural	6	22
Etnia	afrodescendiente	2	7
Multiplicidad	ninguno	0	0
Reg. afiliación	no asegurado	2	7
# controles	< 7	7	26
Migrante	Venezuela	3	11
E. Civil	soltera, <2 años	7	26
Escolaridad	1ra, 2da incomp.	5	19
Municipio Procedencia	Buga 1 Florida 1 Ginebra 1 Obando 1 San Pedro 3 Zarzal 1	8	30

Fuente: RUAF ND tabla creación propia

Defunciones: Para los 19 fallecidos institucionales, no fetales: se tiene un promedio de edad de 73 años. El intervalo de edad estuvo entre 7 meses-91 años. La agrupación por diagnósticos relacionados, teniendo en cuenta la causa originaria fue:

Grupo mayor	Categoría menor	Frecuencia
Enfermedades cardiovasculares	Hipertensión arterial	3
	Arteriosclerosis de arterias coronarias	1
Enfermedades metabólicas y nutricionales	Diabetes mellitus tipo 2	2
	Desnutrición severa	1
Trastornos neurológicos	Demencia senil	1
	Estatus convulsivo refractario	1
Trastornos de la deglución y respiratorios	Trastorno deglutorio	2
	Neumonía lobar aspirativa	1
Enfermedades gastrointestinales y abdominales	Isquemia mesentérica aguda extensa (yeyuno/ileo)	1
	Vólvulo intestinal en sigmoide con perforación	1
	Sepsis de origen gastrointestinal	1
Enfermedades hepáticas	Enfermedad hepática esteatósica	1
Enfermedades renales	Insuficiencia renal aguda	1
Enfermedades oncológicas	Adenocarcinoma de recto metastásico	1
Alteraciones inmunológicas	Inmunosupresión por consumo crónico de esteroides	1

Fuente: RUAF ND tabla creación propia

TEMA CENTRAL VARICELA-PAROTIDITIS

Generalidades Varicela: causada por el virus varicela-zóster. Es una enfermedad exantemática aguda de alta transmisibilidad (por gotas o contacto directo con el líquido de las vesículas), se caracteriza por erupciones pruriginosas, maculo papulares y vesiculares que evolucionan a costras no infecciosas en un periodo de 4 a 7 días. Su periodo de incubación oscila entre 10 y 21 días. Una persona es contagiosa desde dos días antes del inicio del exantema hasta la formación de costras en todas las vesículas. Un signo característico de la enfermedad es la presencia simultánea de lesiones cutáneas en diferentes etapas evolutivas.

Como UPGD cuál es nuestra obligación y compromiso con la comunidad: Fortalecer la identificación temprana de signos de alarma (fiebre persistente, sobreinfección de lesiones, dificultad respiratoria, compromiso neurológico, entre otros) durante los primeros 3 a 5 días de inicio de exantema, momento de mayor riesgo de hospitalización; fomentar la vacunación de susceptibles, primera infancia y adolescentes con esquema incompleto.

Generalidades Parotiditis: La parotiditis infecciosa o paperas son una enfermedad viral sistémica aguda y autolimitada causada por un paramixovirus del cual solo existe un serotipo conocido; se caracteriza por la inflamación de una o más glándulas salivales, generalmente las parótidas. Los humanos son el único huésped y afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. Se transmite por contacto directo o por gotitas de las vías respiratorias superiores

Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

de las personas infectadas. El periodo de incubación promedio de las paperas es de 16 a 18 días, con un rango de 12 a 25 días y un periodo infeccioso de dos días antes hasta cinco días después del inicio de la parotiditis (3). Normalmente, es una enfermedad leve y autolimitada, que desaparece sin dejar secuelas. Sin embargo, pueden presentarse complicaciones como encefalitis o sordera neurosensorial. La orquitis (inflamación dolorosa de los testículos) se presenta en el 20 % de los hombres jóvenes que contraen paperas.

La vacuna contra la varicela y la parotiditis son pilares de la inmunización infantil, reducen complicaciones graves y evitan brotes en comunidades cerradas; además, el virus varicela-zóster puede permanecer latente y reactivarse años después como herpes zóster, incluso sin varicela activa.

Vacuna contra la varicela: Tipo: Virus vivo atenuado. Presentación: Monovalente o combinada (MMRV: sarampión, parotiditis, rubéola, varicela). Eficacia: 82% con una dosis; 92–98% con dos dosis; protección del 100% contra formas graves. Disminuye hospitalizaciones y complicaciones como neumonía, encefalitis o infecciones cutáneas.

Vacuna contra la parotiditis Tipo: Virus vivo atenuado, incluida en la vacuna triple viral (SRP: sarampión, rubéola, parotiditis). Eficacia: Alta protección con dos dosis en la infancia. Previene brotes en escuelas y cuarteles, evita complicaciones como meningitis, encefalitis y orquitis.

La vacuna contra el herpes zóster (Shingrix) se recomienda principalmente en adultos de 50 años o más, en dos dosis separadas por 2 a 6 meses; también está

indicada desde los 19 años en personas inmunocomprometidas.

El PAI nacional aplica gratis y de manera universal la vacuna contra varicela y parotiditis en la infancia (12 meses y refuerzos posteriores).

Son eventos de notificación rutinaria semanal, solo se diligencia cara A de datos básicos, en caso de presentarse en un conglomerado, sitios confinados, deberá no solamente diligenciar ficha, sino que además deberá realizar las actividades de vigilancia para brotes: diligenciar ficha, registrar en carpeta, enviar foto vía wsaap, informar al jefe del área para establecer contacto con servicio de epidemiología y estos a su vez, contacto con SSM, EAPB, IPS primaria.

ALERTAS

Tabla 5. Comparativos eventos de alerta institucional semana 29 2025-2026:

Situaciones de alerta institucional 2025-2026				
evento	nombre	total 2026	S29 2025	S29 2026
560	mortalidad perinatal	5	0	0
549	morbilidad materna	35	2	2
813	tuberculosis	35	2	1
740	sífilis congénita	3	0	0
750	sífilis gestacional	16	0	0
755	sífilis población general	9	0	0
850	VIH/SIDA	9	0	0
356	intento suicida	51	3	0
365	intoxicaciones	34	0	1
875	violencias	174	1	6
113	Desnutrición	32	0	0
591	Mortalidad IRA-EDA-DNT	2	0	1

Fuente: SIVIGILA WEB 4.0 – tabla creación propia.

Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

Alertas institucionales: 12 eventos

Se presentaron 11 casos en 5 de los 12 eventos que se vigilan de manera intensiva en la institución durante la semana 29, entre los que se encuentran: evento de salud mental, maternidad segura, mortalidad integrada, enfermedades crónicas transmisibles.

Alertas nacionales: corte al 21/07/2026

Fiebre amarilla: se confirmaron 204 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos. Mortalidades se han confirmado 83 casos y 1 caso se encuentra en estudio (letalidad del 40.9 %). Entre el 14 y el 21 de julio se confirmaron, 2 casos, procedentes de Chaparral y purificación.

Sarampión: Con corte al 22 de julio de 2026, se han notificado 1505 casos sospechosos de sarampión en el país. De estos, 1324 han sido descartados, 167 están en estudio y catorce (14) confirmados mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, de los cuales 8 importados y 6 relacionados con la importación; se han cerrado 8 brotes, no se han presentado defunciones.

Alertas internacionales:

por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo (RDC) y en Uganda: 17 de julio de 2026: se han confirmado en total 2124 casos; 2.104 de la República Democrática del Congo, 20 de Uganda y uno de Francia (vinculado a la RDC); se han notificado 828 muertes, incluidas dos en Uganda (letalidad 39%). 36 trabajadores de salud han muerto.

Actualización sarampión en las Américas; OPS 16 de julio de 2026: En 2026, hasta la semana epidemiológica 27 (que finalizó el 11 de julio del 2026), la

Región reportó 43.559 casos confirmados de sarampión procedentes de 17 países y territorios, representando un aumento de 3,8 veces en comparación con el mismo periodo del 2025. En 2026 se reportaron 44 defunciones por sarampión (26 en Guatemala, 17 en México y 1 en Bolivia). Guatemala, México, Estados Unidos y Canadá concentraron el 98 % de los casos confirmados.

OBSERVATORIO

Tabla 6. Ocupación semana 29:

Pabellón	camas	bloqueo	% ocupación SS 29									
med interna	35	1-1-1-1-1-1-1	34	34	34	34	34	34	34	34	97%	
ginecología	29	0	19	12	12	17	24	25	21	64%		
quirúrgica	20	0	20	20	20	20	20	20	20	100%		
Hospitalización	35	1-1-2-2-2-2-2	34	34	33	33	32	33	33	95%		
pediatría	22	0	16	18	19	16	15	15	14	73%		
UCI pediátrica	10	0	4	6	7	7	7	4	4	56%		
UCI 1 adulto	29	0-0-0-0-1-2-2	22	18	20	14	22	19	20	67%		
UCI 2 adulto	24	0-1-0-0-0-0-0	17	18	18	16	21	21	20	78%		
cirugía	pendiente	na	24	22	20	23	22	25	12	21		
urgencias	pctes	na	110	108	110	119	122	123	125	117		

Fuente: hosvital report 2026-tabla creación propia

Ocupación hospitalaria SE 29: para las 10 unidades funcionales institucionales, en semana 29, se presentaron algunos bloqueos por aislamientos en área de medicina interna y hospitalización general, y en UCI por mantenimiento, con un promedio de pacientes postrados de 13 para medicina interna.

La gráfica 3 representa la ocupación hospitalaria de la semana epidemiológica 29, los servicios de mayor ocupación fueron: quirúrgica, con el 100%, seguido por medicina interna con 97% y hospitalización con 95%; UCI2 con 78% y pediatría con 73%; por último UCI 1 con 67%, ginecología con 64% y UCIP con 56%. Urgencias y cirugía no representan



BEST

Boletín Epidemiológico Semanal Tomás...



Hospital Departamental
Tomás Uribe Uribe
de Tulúa - E.S.E.

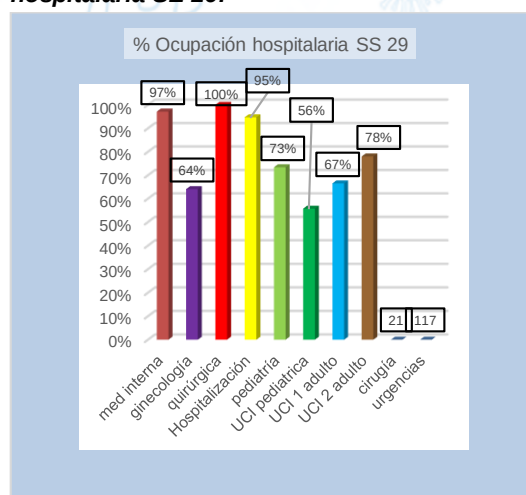
POR LA EXCELENCIA EN SALUD...
¡Siempre a tu lado!

Montoya L.M., Médica Epidemióloga, Coordinadora Departamento de Epidemiología 2025.

servicios de eficiencia frente a ocupación hospitalaria, pero las cifras reflejan el alto grado de criticidad y congestión de ambos servicios durante la semana, con un promedio día para urgencias de 117 pacientes día para toma de decisiones y 21 pacientes día en cirugía pendientes para realización de la misma.

FECHA DE EMISIÓN: 27/7/2026, para circulación institucional. Otros medios: página institucional, transparencia, boletines epidemiológicos. Archivo digital oficina epidemiología institucional.

Gráfica 3. Porcentaje de ocupación hospitalaria SE 29:



Fuente hovital report 2026-gráfica creación propia

BIBLIOGRAFÍA: SIVIGILA.2026. Institucional. [Consultado 25/7/2026]. RUAFND2 [Consultado 25/7/2026]. www.ins.gov.co. [consultado 25/7/2026]*. El BES SS 28, INS [consultado 25/7/2026]**. Protocolo varicela y parotiditis. Versión 7/2025 y versión 6/2024 [consultado 25/7/2026]

TRIVIA SEMANAL: “RETO DEL DIA”:

¿Sabías que?

Sigue el enlace, contesta la pregunta y recibe grandes sorpresas.

<https://forms.gle/8TNFeWv4cWmBqpx8A>