

TEMAS CENTRALES

Hepatitis A S.E. 16 de 2025p

Dengue, S.E 16 de 2025p.

Actualización alerta epidemiológica FA, S.E 16 de 2025.

Estadísticas Vitales, S.E 16 de 2025

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN S.E 16 de 2025p.

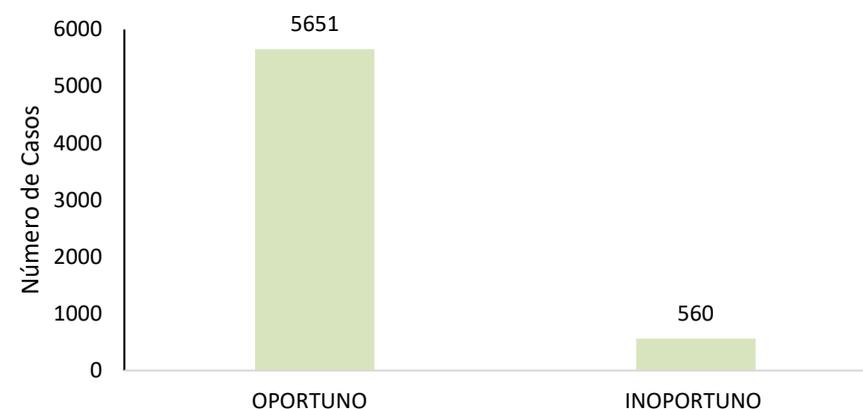
Para la semana 16 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir del 100%.

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 acumulada hasta la presente semana es de 90.98% (5.651/6.211), 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. Ver gráfica 1

Gráfica 1. Oportunidad en la notificación de eventos de interés en Salud Pública S.E 16 de 2025.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2025

A semana 16, se han reportado un total de 7.379 eventos de interés en salud pública, incluida la notificación negativa, eventos de los cuales 6.211 fueron reportados por instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del municipio de Bucaramanga.

En relación con la oportunidad de la notificación inmediata, el 70% (413/ 594) de los casos fueron oportunos, es decir, fueron notificados en las primeras 24 horas.

Oportunidad en el ajuste de casos

A la fecha, se han reportado un total de 3.158 eventos de interés en salud pública que ingresaron al sistema como sospechosos o probables, excluyendo los casos de Violencia (teniendo en cuenta que los casos de violencia de género e intrafamiliar ingresan y permanecen en el sistema como casos sospechosos, el único ajuste al tipo de caso permitido es el ajuste D: "error de digitación". Quedando entonces un total de 2.340 casos. A semana 16 se han ajustado un total de 1.206 casos.

Cumplimiento en el ajuste de casos

De los 2.340 eventos de interés en salud que requieren ajuste, el 51,53% (1.206/2.340) de los casos tiene ajuste final, quedando pendiente el 48,46% (1.134), especialmente 897 EISP que por fecha de notificación y síntomas ya deben estar ajustados (Ver tabla 1).

Tabla 1. Ajustes pendientes S.E. 16 Bucaramanga 2025p*

EVENTOS	Casos ajustes
DENGUE	1082
LEPTOSPIROSIS	18
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	6
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	6
CHAGAS	4
INTOXICACIONES	4
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	3

EVENTOS	Casos ajustes
DENGUE GRAVE	2
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	2
DEFECTOS CONGENITOS	1
EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER	1
MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA	1
MORTALIDAD POR DENGUE	1
RUBEOLA	1
SARAMPION	1
VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, EDA Y/O DESNUTRICIÓN	1
Total, general	1134

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2025

Hepatitis A: Características y Comportamiento Epidemiológico en Colombia

INTRODUCCIÓN

La hepatitis A, es una enfermedad hepática causada por el virus de la hepatitis A (VHA), perteneciente a la familia Picornaviridae, género Hepatovirus.

Se ha identificado un serotipo y seis genotipos del virus; los genotipos I-III afectan a humanos, mientras que los genotipos IV-VI se encuentran en simios (1).

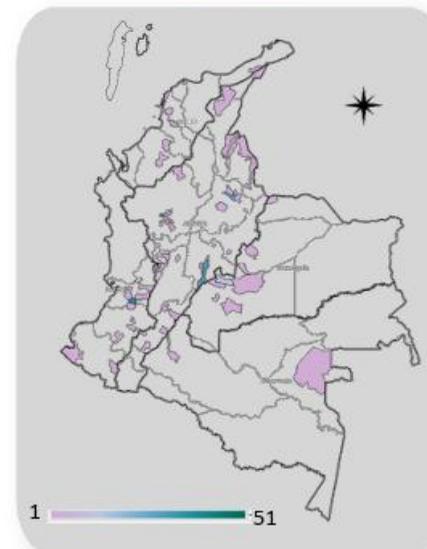
La transmisión del VHA ocurre principalmente por vía fecal-oral, a través de la ingestión de alimentos o bebidas contaminadas con heces de personas infectadas. No obstante, también se ha documentado la transmisión de persona a persona mediante prácticas sexuales (especialmente sexo anal-oral) y, en casos excepcionales, a través de transfusiones sanguíneas (2).

La infección por hepatitis A está estrechamente asociada a regiones con bajos niveles de saneamiento básico, deficiencias en la gestión de residuos y acceso inadecuado de agua potable. Por tanto, la eficacia de los programas de vigilancia y control de esta enfermedad se considera un indicador sociodemográfico relevante para medir la calidad de vida de la población (3). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), anualmente se registran aproximadamente 1,4 millones de casos nuevos de hepatitis A en el mundo, con alrededor de 11.000 muertes atribuibles a esta enfermedad (4)

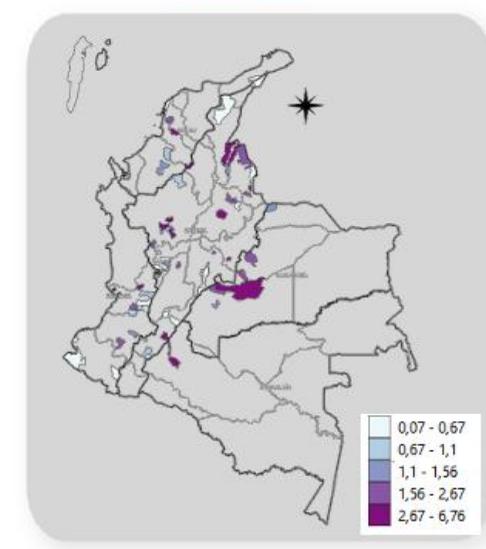
Colombia, al igual que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, presenta una endemicidad intermedia para hepatitis A, aunque se identifican áreas con alta y baja endemia dependiendo de las condiciones locales. (5). Entre 2012 y 2014 se registraron elevados casos de hepatitis A, con una incidencia entre 2,24 y 3,29 casos por cada 100.000 habitantes; a partir de 2015 se observa una reducción drástica y sostenida en el número de casos y la incidencia, lo cual sugiere un impacto positivo de las estrategias de vacunación y mejoras en saneamiento.

Sin embargo, en 2019 se presentó un pico epidémico (1.107 casos, incidencia 2,20) y posteriormente en 2023 otro incremento (859 casos, incidencia 1,63), reflejando brotes esporádicos probablemente relacionados con brechas en cobertura de vacunación o condiciones ambientales desfavorables.

Casos de Hepatitis A en Colombia a PE III de 2025



Incidencia de Hepatitis A en Colombia a PE III de 2025

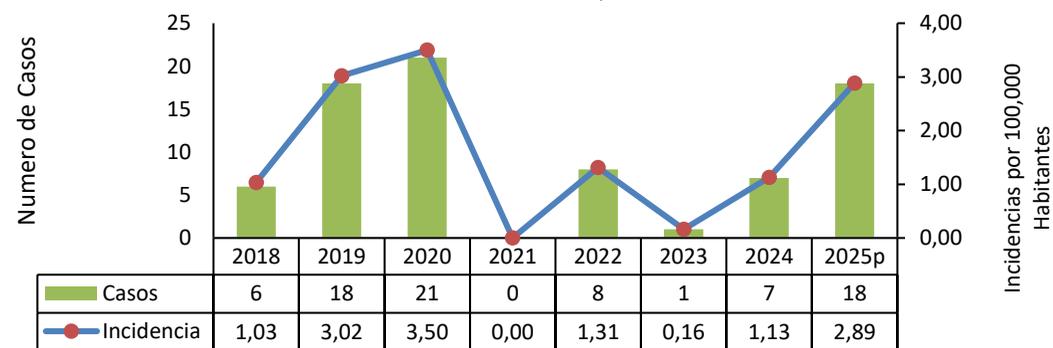


Fuente: Infografía evento Hepatitis A, Periodo epidemiológico III año 2025. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>

Comportamiento de la Hepatitis A, Municipio de Bucaramanga.

Al realizar el análisis del comportamiento de las notificaciones de los casos de Hepatitis A en el municipio de Bucaramanga, podemos observar que ente los años 2019 y 2020 se registran aumento de casos, registrando una incidencia de 3.02 y 3.50 casos por cada 100.000 Habitantes; a partir del 2021 se observa una reducción drástica y sostenida en el número de casos y la incidencia. En 2025, con datos preliminares hasta la semana epidemiológica 16, se reportan 18 casos y una incidencia de 2.89, lo que representa una disminución respecto a 2020, aunque aún por encima de los niveles observados entre 2018 y 2024, lo que reitera la importancia de mantener la vigilancia activa, el análisis de los casos, la ejecución de IEC, BAC, ajuste de casos y depuración de bases de datos, mejorar las coberturas de vacunación y fortalecer las condiciones de acceso de agua potable y saneamiento básico. Ver Gráfica 2.

Gráfica 2. Casos e incidencia de Hepatitis A, con corte a Semana epidemiológica 16, Municipio de Bucaramanga 2018-2025p



Fuente: Sivigila 4.0, DANE años 2018-2025P

Contexto social y demográfico

Según la distribución social y demográfica, el sexo que más presenta casos a corte de semana epidemiológica 16 desde el año 2018 al 2025P, son los hombres con una proporción del 67,9% en la mayoría de los años analizados, siendo el año 2024 con la mayor proporción (85.7%), seguido del 2025 (77.8%).

El área que más presenta estos casos y según la notificación realizada en los últimos 5 años a corte de semana epidemiológica 16 es la Zona Urbana con más del 97% de los casos, para el año en curso el 94.4%.

El régimen de afiliación más común es el régimen contributivo en el último año con un 50% de los casos de Hepatitis A presentados en el municipio de Bucaramanga.

Tabla 2. Distribución demográfica y social de los casos de Hepatitis A, con corte Semana Epidemiológica 16, 2018-2025p.

Variable	Año	2018		2019		2020		2022		2023		2024		2025	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Femenino	2	33,3	6	33,3	9	42,9	4	50,0	0	0	1	14,3	4	22,2
	Masculino	4	66,7	12	66,7	12	57,1	4	50,0	1	100	6	85,7	14	77,8
Area	Cabecera Municipal	6	100,0	18	100,0	21	100,0	7	87,5	1	100	7	100,0	17	94,4
	Rural disperso	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0	0	0,0	1	5,6
Tipo de SS	Contributivo	3	50,0	12	66,7	10	47,6	4	50,0	0	0	6	85,7	9	50,0
	Indeterminado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	1	5,6
	No Afiliado	0	0,0	1	5,6	1	4,8	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
	Excepción	0	0,0	0	0,0	1	4,8	1	12,5	0	0	0	0,0	0	0,0
	Subsidiado	3	50,0	5	27,8	9	42,9	3	37,5	1	100	1	14,3	8	44,4

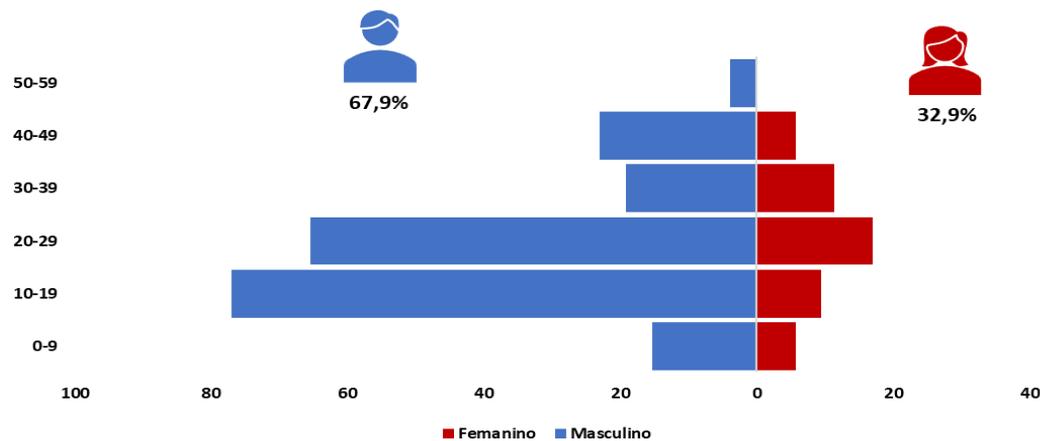
Fuente: Sivigila 4.0, 2018-2025p

El grupo de edad más afectado es el de 20 a 29 años con el 32.91 % (26) de los casos, seguido por las personas entre 10 a 19 años con el 31.64 % (25). Como se había mencionado previamente, el evento se concentra principalmente en hombres con un 67.9% y según lo observado en la pirámide, la población más afectada está en edad de los 10 a 19 años con un 76.92% de los casos, seguido de 20 a 29 años con el 65.38%. En las mujeres el grupo de edad más afectado se encuentra entre 20 a 29 años con el 16.98% de los casos reportados.

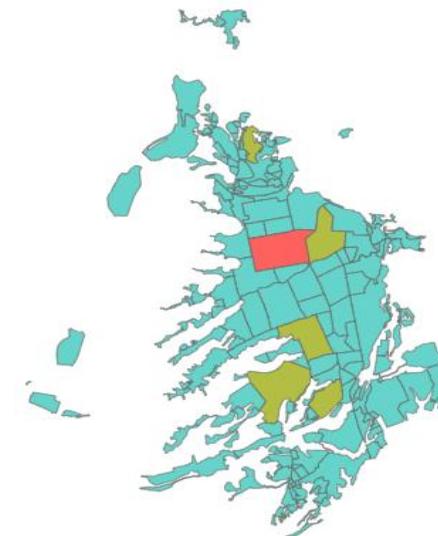
La distribución de los casos de Hepatitis A por comunas, con corte a la Semana Epidemiológica 16 del año 2025 en la ciudad de Bucaramanga, es la siguiente: el 27% de los casos se presentaron en la Comuna 03 San Francisco, seguida de la Comuna 06 La Concordia, con el 18% de los casos. Además, las comunas Norte, Ciudadela, Sur y Oriental presentaron el 9% de los casos cada una.

Figura 2. Distribución por comunas de los casos de Hepatitis A, corte Semana 16, años 2025p

Figura 1. Distribución demográfica y social de los casos de Hepatitis A, según sexo y grupo de edad, corte Semana 16 años 2018-2025p.



Fuente: Sivigila 4.0, 2018-2025p



Fuente: Power BI

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYmExODM4ODgtYTMxZi00YTAlTgZMGUyZjE0NTVhNDMxMDE5IiwidCI6JFwMzQ3NGZjLTlwYmYtNGRiYy1zIjVjLTZlMzE3ZmU5MDFIYiIsImMiOiR9>

Conclusiones

1. El análisis del comportamiento de los casos de Hepatitis A en Bucaramanga muestra una tendencia general a la reducción de los casos y la incidencia a partir de 2021. Sin embargo, a pesar de la disminución, los números en 2025 aún superan los niveles observados en años anteriores, lo que destaca la importancia de seguir implementando medidas preventivas. Esto incluye mantener la vigilancia activa, mejorar las coberturas de vacunación y fortalecer las condiciones de acceso a agua potable y saneamiento básico para reducir el riesgo de futuros brotes. La disminución de los casos es un indicativo positivo de las estrategias de salud pública, pero también resalta la necesidad de continuar trabajando para garantizar la erradicación completa de la enfermedad.
2. La mayor parte de los casos de hepatitis A en Bucaramanga afecta principalmente a hombres jóvenes, especialmente en el grupo de 20 a 29 años. Esta tendencia también se observa en la distribución por sexo, con una mayor proporción de casos en hombres en todos los años analizados.
3. La población urbana sigue siendo la más afectada, lo que resalta la importancia de mejorar las condiciones sanitarias en estas áreas.

4. En Bucaramanga, la Comuna 03 San Francisco y la Comuna 06 La Concordia concentran una gran parte de los casos, lo que indica posibles factores de riesgo específicos en estas áreas. La disparidad en la distribución geográfica de los casos sugiere que la vigilancia debe focalizarse en las zonas de mayor incidencia.

Recomendaciones

1. Es fundamental mantener una vigilancia activa y fortalecer los mecanismos de respuesta ante brotes esporádicos. Las autoridades deben asegurarse de que las medidas de control se implementen de manera oportuna, especialmente en las comunas con mayor carga de casos, como la Comuna 03 San Francisco y la Comuna 06 La Concordia.
2. A pesar de los avances en la vacunación, los picos epidémicos siguen ocurriendo, lo que sugiere la necesidad de incrementar la cobertura en áreas vulnerables, en especial en las poblaciones más jóvenes y en sectores con menor acceso a los servicios de salud.
3. Dado que la hepatitis A está estrechamente asociada con la falta de acceso a agua potable y deficiencias en el saneamiento, es crucial seguir trabajando en la mejora de estas condiciones, particularmente en las zonas urbanas más densamente pobladas, para reducir los factores de riesgo asociados a la transmisión del virus.

13 al 19 de abril 2025

- Realizar campañas educativas para promover prácticas de higiene personal y alimentaria, y sensibilizar a la población sobre los riesgos de la transmisión fecal-oral y las prácticas sexuales de riesgo. Es importante también informar sobre los beneficios de la vacunación, especialmente entre los jóvenes, que son el grupo de mayor riesgo.
- Se debe continuar monitoreando las condiciones ambientales y de saneamiento en las áreas afectadas, con especial atención a la calidad del agua y las infraestructuras sanitarias.
- La implementación de políticas públicas para mejorar la gestión de residuos y las infraestructuras básicas puede contribuir significativamente a la prevención de la hepatitis A.

Bibliografía

- Lemon SM, Walker CM. Hepatitis A virus and hepatitis E virus infections. In: Fields Virology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Hepatitis A. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
- Instituto Nacional de Salud (INS). Boletín Epidemiológico Semanal. Hepatitis A en Colombia, 2023.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Hepatitis Report 2017. Ginebra: OMS; 2017.
- Pan American Health Organization (PAHO). Hepatitis A situation in the Americas. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/hepatitis/hepatitis-situation-americas>
- Instituto Nacional de Salud (INS). Análisis de situación de la Hepatitis A, Colombia, 2023.

Dengue

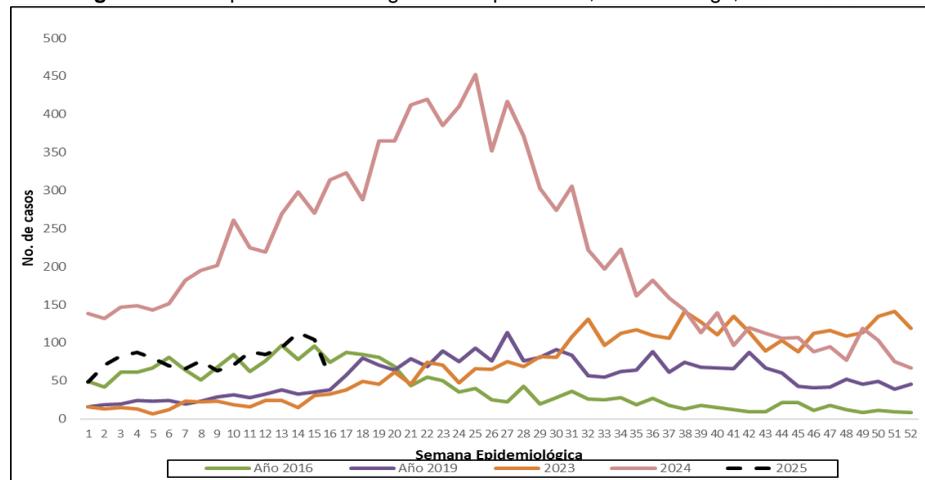
Dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave en el municipio de Bucaramanga a semana epidemiológica 16 de 2025

En el transcurso del año 2025 se ha notificado un total de 2.057 casos correspondientes a tres (3) eventos (Dengue, Dengue Grave y mortalidad por DG), de los cuales el 39 % (799) fueron descartados o ajustados por procedencia.

Dengue – DSSA/DCSA

Se tiene un acumulado de 1.254 casos a Semana Epidemiológica - SE 16 de 2025. Cabe mencionar que se han notificado 948 casos más que los reportados en el 2023 pero 2.041 casos menos que en el 2024 a esta misma SE (Figura 3). Actualmente el Municipio se encuentra en nivel de brote tipo I, con un promedio acumulado de 78 casos notificados por semana.

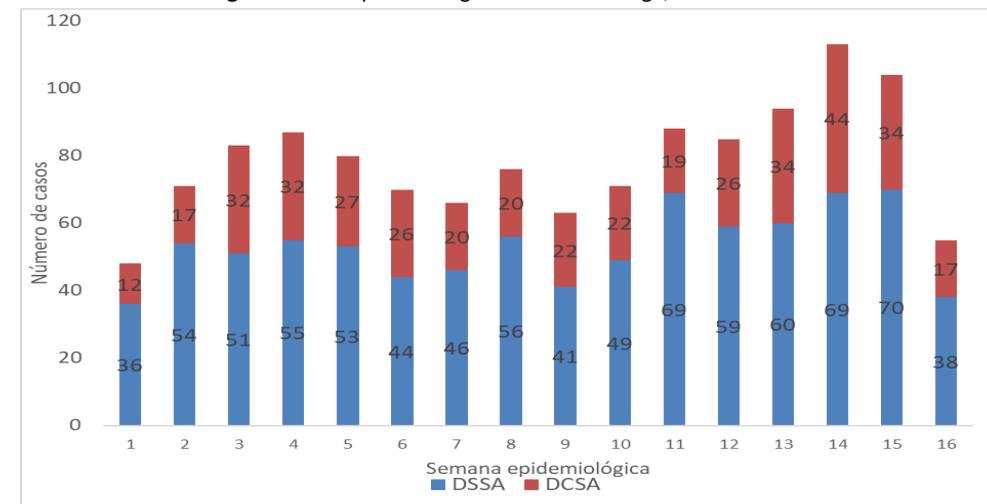
Figura 3. Descripción casos Dengue años epidémicos, Bucaramanga, SE 16 - 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Se tiene que el 68 % (850) corresponden a Dengue sin signos de alarma (DSSA) y el 32 % (404) a Dengue con signos de alarma (DCSA). Figura 4

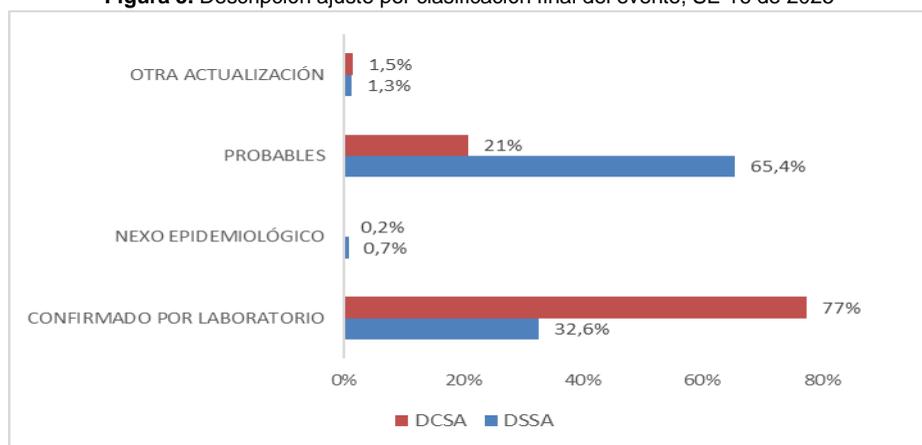
Figura 4. Descripción Dengue en Bucaramanga, SE 16 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

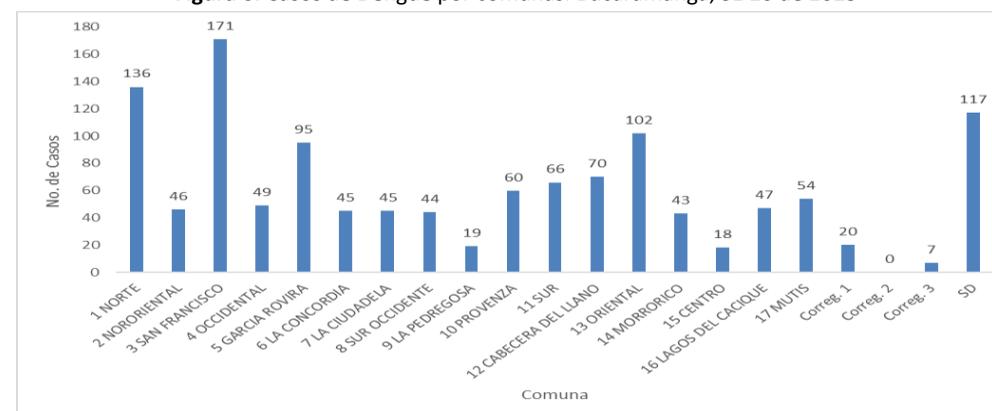
En cuanto al porcentaje de ajuste del evento dengue, se tiene que el 47 % (590) se encuentra confirmado. Mientras que por clasificación final (DSSA y DCSA) se describe en la Figura 5.

Figura 5. Descripción ajuste por clasificación final del evento, SE 16 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Figura 6. Casos de Dengue por comunas. Bucaramanga, SE 16 de 2025

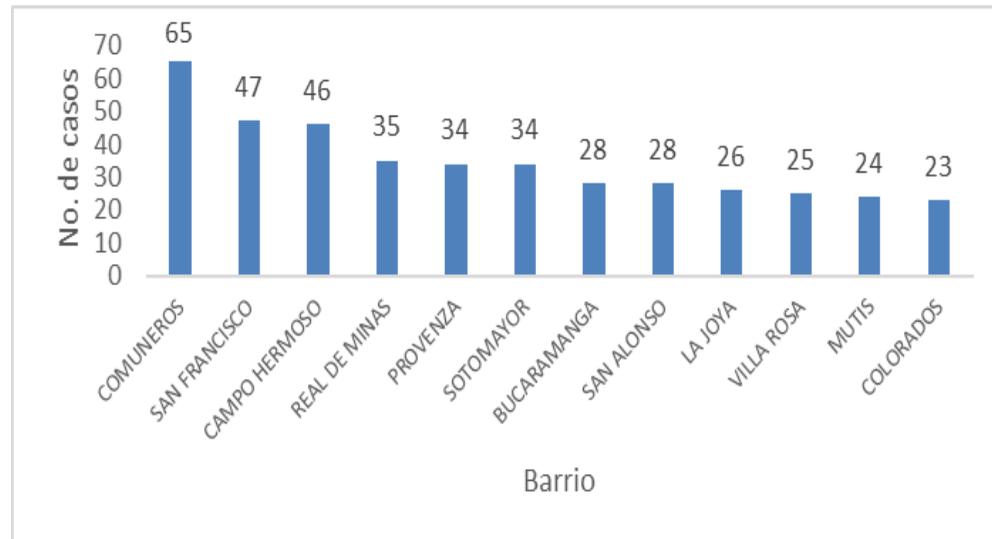


Fuente: SIVIGILA 2025

Respecto, al comportamiento del dengue por comunas, se encuentra que la Comuna 3 ha presentado el mayor número de casos con un 14 % (171), seguido de la Comuna 1 con un 11 % (136), las Comunas 5 y 13 con un 8 % (102) cada una. Figura 6

Al analizar el comportamiento del dengue por barrios, Comuneros es el que más registra casos con un 5,2 % (65), seguido de Campo Hermoso y San Francisco con un 3,7 % (47) cada uno, Real de Minas con un 2,8 % (35), Provenza y Sotomayor con un 2,7 % (34) cada uno. Figura 7

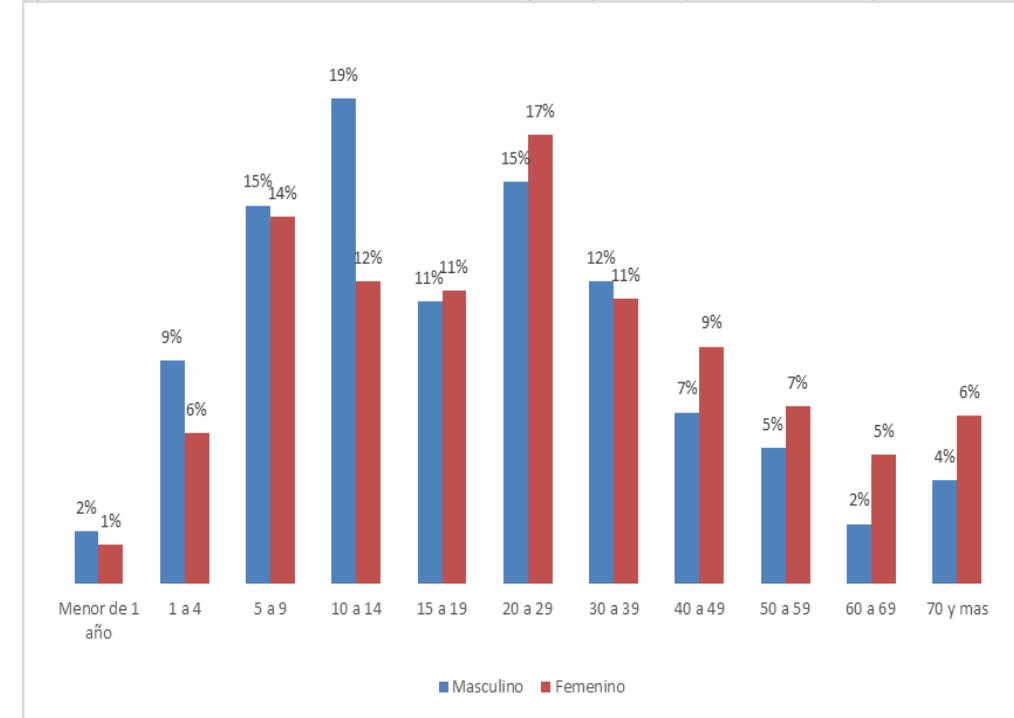
Figura 7. Casos de Dengue por barrios. Bucaramanga, SE 16 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

La distribución de los casos corresponde al 52 % (652) en masculino y 48 % (602) femenino. Por grupo de edad en hombres el mayor número de casos se presenta en los niños de 10 a 14 años con un 19 % (122), mientras que en las mujeres el mayor número de casos se presenta en los adultos jóvenes de 20 a 29 años con un 17 % (104). Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 39 % (485) de los casos notificados. Los Adultos > 60 años con un 9 % (110). Se han notificado 2 gestantes (1 DSSA y 1 DCSA). Figura 8

Figura 8. Distribución de frecuencia de casos de Dengue según Edad y Sexo. Bucaramanga, SE 16 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

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

Tabla 3. Dengue y Dengue Grave según Sexo, Área y Tipo de SS. Bucaramanga, SE 16 de 2025

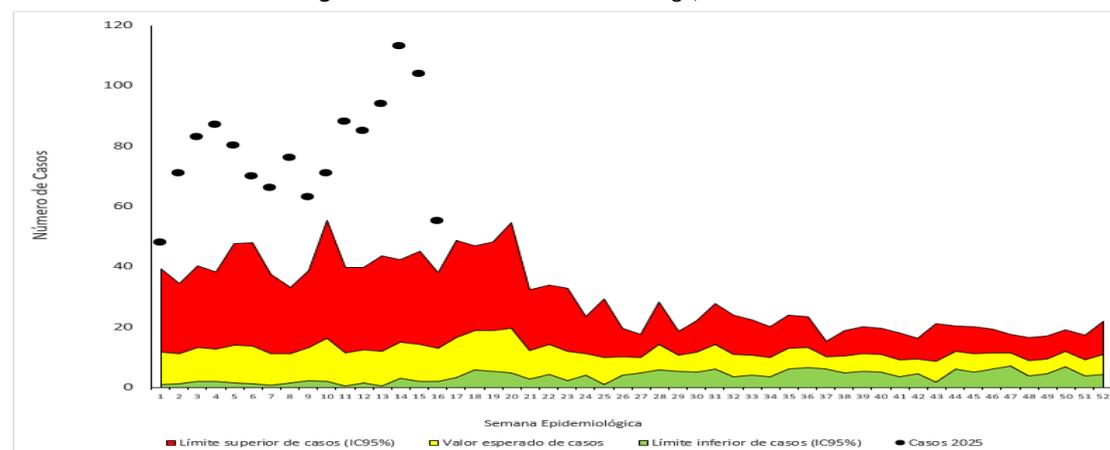
Variables		Dengue	Dengue Grave	Total	%
Sexo	Masculino	652	3	655	52,1%
	Femenino	602	1	603	47,9%
Área	Cabecera m/pal	1236	4	1240	98,6%
	Rural Disperso	13	0	13	1,0%
	Centro Poblado	5	0	5	0,4%
Tipo SS	Contributivo	899	1	900	71,5%
	Subsidiado	272	3	275	21,9%
	Excepción	68	0	68	5,4%
	No asegurado	7	0	7	0,6%
	Indeterminado	8	0	8	0,6%
	Especial	0	0	0	0,0%
	Total		1254	4	1258

Fuente: SIVIGILA 2025

Canal endémico

De acuerdo con el canal endémico se puede evidenciar que el número de casos notificados oscila por encima de lo esperado. Nivel de BROTE TIPO I. Incidencia acumulada de 201 casos X 100.000 Hab riesgo. Tendencia al aumento del 32,9 %.

Figura 9. Canal endémico. Bucaramanga, SE 16 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Dengue Grave

Se han notificado 4 casos los cuales se describen a continuación:

La distribución de los casos corresponde al 75 % (3) en masculino y 25 % (1) femenino. El primero de ellos corresponde a un menor de 10 años del barrio Villa María (Comuna 2). El segundo caso a una menor de 7 años del barrio Nariño (Comuna 4). El tercer caso corresponde a masculino de 29 años del barrio Paseo la Feria (Comuna 4). El cuarto caso corresponde a masculino de 26 años del barrio Brisas del Paraíso (Comuna 11).

Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 50 % (2) de los casos notificados. No se han notificado casos en gestantes y tampoco en adultos mayores. Incidencia acumulada de 0,64 casos X 100.000 Hab riesgo.

Mortalidad por Dengue Grave: A Semana Epidemiológica 16 no se tienen casos notificados.

Letalidad por Dengue: Por cada 100 casos notificados de dengue se presentaron 0 casos fatales.

Letalidad por dengue grave: Por cada 100 casos notificados de dengue grave se presentaron 0 casos fatales.

Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio)

Tabla 4. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Grave

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
CLINICA CHICAMOCHA SA	5	60%	100%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	13	100%	100%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	1	100%	100%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	1	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	2	100%	100%
TOTAL	22	91%	100%

Fuente: SIVIGILA 2025

Tabla 5. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Con Signos De Alarma

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	60	0%	NA
BATALLÓN DE ASPC NO5 HOSPITAL MILITAR BUCARAM	5	100%	80%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER	1	100%	NA
CENTRO DE SALUD ROSARIO	1	100%	NA
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	1	0%	NA
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA EPS SANITAS	3	33%	NA
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM	2	100%	NA
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	1	0%	NA
CENTRO MEDICO DR PEDRO CELIS IPS SAS	2	100%	NA
CLINICA CHICAMOCHA SA	146	94%	99%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	11	100%	100%
CLINICA ESPCO-DESAN	26	58%	96%
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	15	100%	93%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	89	70%	94%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	23	100%	91%
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II	3	33%	NA

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	3	33%	NA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	39	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	38	100%	97%
INVERSIONES SEQUOIA COLOMBIA SAS	2	50%	NA
IPS COOMULTRASAN CALLE 52	3	100%	NA
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	1	0%	NA
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	39	95%	100%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	1	100%	NA
SEDE BOLARQUI	2	50%	NA
SEDE GONZALEZ VALENCIA	112	89%	98%
SERVICLINICOS DROMEDICA SA	1	0%	100%
UIMIST	18	100%	100%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	45	64%	NA
TOTAL	693	78%	80%

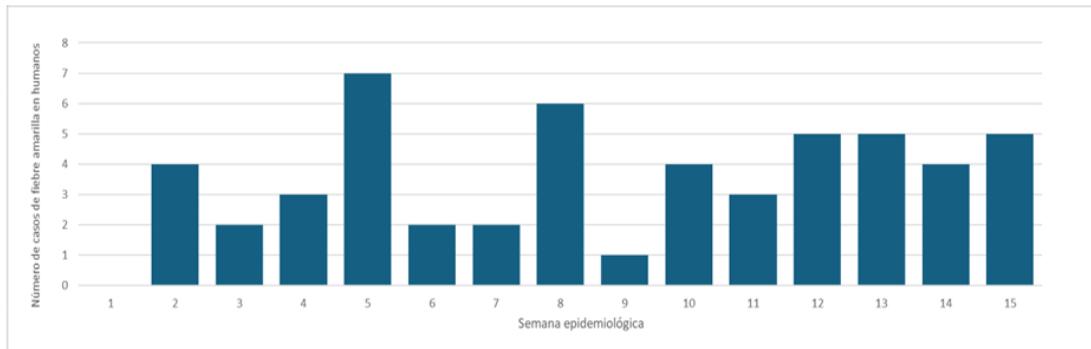
Fuente: SIVIGILA 2025

Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 24 de abril del 2025.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 15 del 2025, se han notificado 189 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cuatro países de la Región de las Américas, de los cuales 74 han resultado fatales. Estos casos de fiebre amarilla han sido reportados en: el Estado Plurinacional de Bolivia, con dos casos incluyendo un caso fatal; Brasil con 102 casos, incluyendo 41 casos fatales; Colombia con 53 casos, incluyendo 21 casos fatales; y Perú con 32 casos, incluyendo 11 casos fatales.

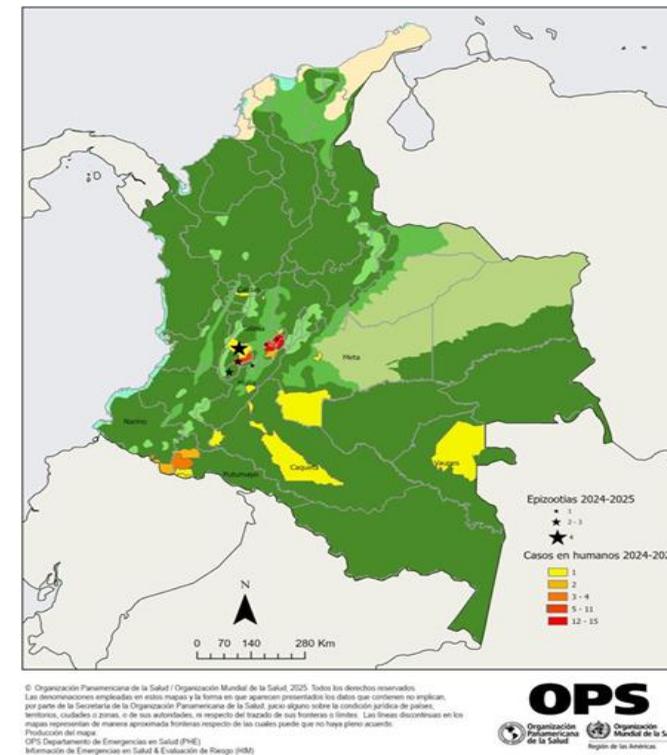
En Colombia, desde el inicio del brote en 2024 se han reportado un total de 76 casos, incluyendo 34 casos fatales. En el periodo comprendido entre la SE 1 y la SE 15 del 2025 se ha registrado un total de 53 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 21 defunciones (Figura 10). Los casos corresponden a personas residentes en los departamentos de Caldas (n= 1 caso fatal), Caquetá (n= 1 caso fatal), Meta (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal), Putumayo (n= 3 casos, incluyendo un caso fatal) y Tolima (n= 46 casos, incluyendo 17 casos fatales) (Figura 11). Los casos corresponden a personas con edad entre 15 y 84 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 enero y el 17 de abril del 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura, y no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla (1).

Figura 10. Casos de fiebre amarilla en humanos por año y semana epidemiológica de inicio de síntomas en Colombia, SE 1 a SE 15 del 2025.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia (1).

Figura 11. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla por departamento. Colombia, 2024 hasta SE 15 del 2025.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia (1).

El brote registrado en el departamento del Tolima que inicio a finales del año 2024 y continua durante el 2025, inició en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea y actualmente afecta a nueve municipios que son identificados de alto riesgo (3): Ataco (n= 9 casos, incluyendo cuatro casos fatales), Chaparral (n= 1 caso), Cunday (n= 15 casos, incluyendo cinco casos fatales), Dolores (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal), Melgar (n= 1 caso fatal), Palo Cabildo (n= 1 caso), Prado (n= 13 casos, incluyendo cinco casos fatales), Purificación (n= 5 casos, incluyendo tres casos fatales) y Villarrica (n= 12 casos, incluyendo, cinco casos fatales). Del total de casos confirmados el 79,6% corresponde a hombres (n= 47 casos), los casos presentan edades entre edad entre 11 y 89 años. La fecha de inicio de síntomas de los casos oscila entre el 8 de septiembre del 2024 al 17 de abril del 2025. En este brote se han registrado para el departamento del Tolima 23 defunciones con una letalidad preliminar del 38,9 % (3).

Durante el 2025 entre la SE 1 a SE 15, en Colombia, se confirmaron 13 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias) para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, 12 en el departamento del Tolima y uno en el departamento del Huila (Figura 11) (1).

Implementación de recomendaciones para las autoridades de salud:

1. Circular No. 012 del 2025 MSPS, en la cual se establecen las DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN, ORGANIZACIÓN Y RESPUESTA ANTE LA SITUACIÓN DE ALERTA Y EMERGENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL POR FIEBRE AMARILLA Y SE ACTUALIZA

LA CIRCULAR 018 DE 2017 CON RELACIÓN A LA EXIGENCIA DE CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL O CARNE NACIONAL DE VACUNACIÓN Y DEROGA LA CIRCULAR 018 DE 2024 Y 005 DE 2025.

2. CIRCULAR No. 3-C-SdSyA-202504-00000076 – 2025 SSAB. INSTRUCCIONES PARA LA ORGANIZACIÓN Y MONITOREO DE LA FIEBRE AMARILLA EN BUCARAMANGA, POR ALERTA Y EMERGENCIA EN EL TERRITORIO NACIONAL.
3. Resolución No. 691 del 16 de abril de 2025 “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA LA EMERGENCIA SANITARIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL POR EL BROTE CAUSADO POR EL VIRUS DE LA FIEBRE AMARILLA Y SE ADOPTAN MEDIDAS PARA SU PREVENCIÓN Y CONTROL.
4. CIRCULAR No. 3-C-SdSyA-202504-00000091 – 2025 SSAB. DECLARATORIA DE ALERTA AMARILLA HOSPITALARIA EN TODAS LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE LA RED PÚBLICA Y PRIVADA DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.
5. Acciones impartidas tanto para las EAPB, como para las UPGD-UI de Bucaramanga, posterior a la declaratoria nacional de emergencia Sanitaria por Fiebre amarilla, tener presente las líneas estratégicas, consolidar planes de contingencia e implementar estrategias de vacunación de acuerdo a la normatividad y lineamientos establecidos en el país, sin olvidar:

- EAPB** (Acciones importantes a desarrollar frente a la emergencia sanitaria por FA): Vigilar y garantizar notificación SIVIGILA de sus UPGD, realizar análisis de la situación epidemiológica del evento en sus afiliados, levantar y analizar el comportamiento de los indicadores de vigilancia de FA y garantizar la contratación y pago con la red prestadora de servicios de salud de toda la atención en salud en marco de la emergencia Sanitaria de sus afiliados con diagnóstico de Fiebre amarilla.
- UPGD-UI:** Cumplir con lo dispuesto en el protocolo, analizar de forma periódica los indicadores de vigilancia del FA (Cumplimiento y envío oportuno de muestras para vigilancia virológica y análisis de muertes) y Garantizar la toma y envío oportuno de tomas de muestra y tejidos.

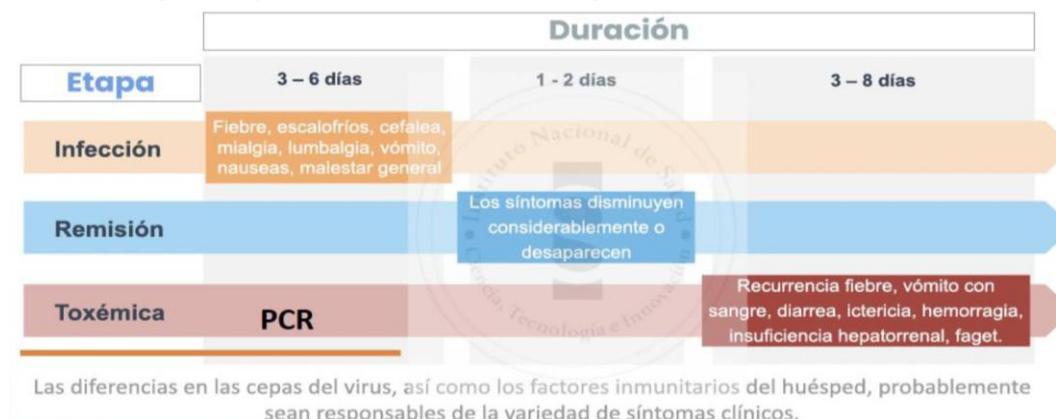
Para la notificación al SIVIGILA tener presente: signos y síntomas (horas de desarrollo), etapas clínicas teniendo en cuenta la duración en días de los síntomas (infección, remisión y toxemia), procedencia de los casos (morbilidad y mortalidad) y tipo de trabajo (Ver imagen 1,2,3; Ver Table 6 y 7), para poder clasificar el caso de acuerdo a definición operativa de caso (probable, confirmado, confirmado vacunal (EAPV), confirmado por nexo epidemiológico) Ver protocolo Fiebre Amarilla INS 2025.

Imagen 1. Signos y Síntomas de Fiebre Amarilla según transcurso de las horas MSPS 2025.



Fuente: PMU Ministerio de Salud y Protección Social e INS año 2025

Imagen 2. Etapas clínicas de la fiebre amarilla según transcurso de las horas MSPS 2025



Fuente: PMU Ministerio de Salud y Protección Social e INS año 2025

Tabla 6. Departamentos y municipios con casos confirmados de fiebre amarilla Colombia 2024 - S.E 16 de 2025p.

Departamento/Municipio	Casos 2024p	Casos 2025p	Acumulado 2024p-2025p
Putumayo _ Villagarzón	1	1	2
Putumayo _ Valle de Guamuez	1	0	1
Putumayo _ Orito	1	2	3
Putumayo _ San Miguel	1	0	1
Nariño-Ipiales (área rural)	2	0	2
Huila-Campoalegre	1	0	1
Vaupés-Mitú	1	0	1
Caquetá-El Doncello	1	0	1
Caquetá-Cartagena del Chaira	1	0	1
Tolima-Villarrica	5	8	13
Tolima- Cunday	4	10	14
Tolima- Purificación	2	2	4
Tolima- Prado	2	11	13
Tolima-Dolores	0	2	2
Tolima-Ataco	0	8	8
Tolima-Palocabildo	0	1	1
Cauca-Piamonte	0	1	1
Caldas-Neira	0	1	1
Meta_Granada	0	1	1
Colombia	23	48	71

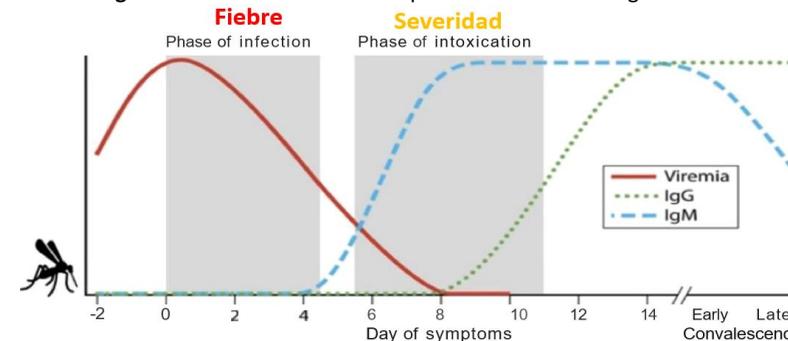
Fuente: PMU Ministerio de Salud y Protección Social e INS año 2025

Tabla 7. Departamentos y municipios con casos fallecidos por fiebre amarilla Colombia 2024 - S.E 16 de 2025p.

Año	Departamento de procedencia	Municipio de procedencia	Número de muertes	Total
2024	Caquetá	Cartagena del Chaira	1	13
	Huila	Campoalegre	1	
	Nariño	Ipiales	1	
		Orito	1	
	Putumayo	San Miguel	1	
		Valle del Guamuez	1	
		Villagarzón	1	
		Cunday	1	
	Tolima	Prado	1	
		Purificación	1	
Villarrica		3		
2025	Caquetá	San Jose de Fragua	1	23
	Putumayo	Orito	1	
		Cunday	4	
		Prado	4	
	Tolima	Purificación	2	
		Villarrica	2	
		Dolores	1	
		Ataco	4	
	Caldas	Neira	1	
	Meta	Granada	1	
	La Macarena	1		
Guaviare	San Jose Del guaviare	1		
Total			36	

Fuente: PMU Ministerio de Salud y Protección Social e INS año 2025

Imagen 3. Pruebas de laboratorio para fiebre amarilla según transcurso de las horas MSPS 2025



Waggoner JJ et al 2018

Fuente: PMU Ministerio de Salud y Protección Social e INS año 2025

Pruebas de laboratorio:

- FASE AGUDA** (-2 A 10 Días de inicio de fiebre): Confirmación del caso (Pruebas moleculares **(RT-PCR)**).
- FASE DE CONVALENCENCIA** (> 8 Días de inicio de fiebre) (No recomendado para diagnóstico de casos:) Tamizajes poblacionales no confirmatorios de la enfermedad **(Detección de anticuerpos IgM)**.

A semana epidemiológica 16 del año 2025, no se han reportado al sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA casos confirmados de Fiebre Amarilla para Bucaramanga (residencia y/o procedencia) ni reporte de Epizootias con reporte de caso.

Bibliografía

- OPS-OMS, **Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 24 de abril del 2025.** <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-24-abril-2025>

Estadísticas Vitales Bucaramanga, S.E 16 de 2025.

DEFUNCIONES Y NACIDOS VIVOS

Al primer trimestre del año 2025, se han registrado por ocurrencia en el municipio de Bucaramanga 1.182 defunciones y 2.108 nacidos vivos.

OPORTUNIDAD

Durante el primer trimestre del año 2025, la oportunidad en el registro de defunciones y nacidos vivos en la plataforma RUAF ND muestra resultados favorables. El 91,2% de las defunciones (1.137 casos) y el 99% de los nacimientos (2.107 casos) fueron cargados en el sistema dentro de las primeras 24 horas posteriores al evento, cumpliendo con los tiempos establecidos para garantizar la calidad del dato. No obstante, para consolidar y mejorar este indicador, se hace necesario el compromiso activo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), quienes deben fortalecer los procesos institucionales con sus IPS afiliadas, asegurando el registro oportuno y eficiente de los hechos vitales. Ver Tabla 8.

Tabla 8. Oportunidad de los hechos vitales por ocurrencia, Bucaramanga, primer trimestre 2025.

MARZO					OPORTUNIDAD PRIMER TRIMESTRE				
# DEF ≤ 24 Horas	# NV ≤ 24 horas	% Oportuno	Total NV	Total DEF	# DEF ≤ 24 Horas	# NV ≤ 24 horas	% Oportuno	Total NV	Total DEF
401	756	98,30%	757	420	1.137	2.107	98,60%	2.108	1.182

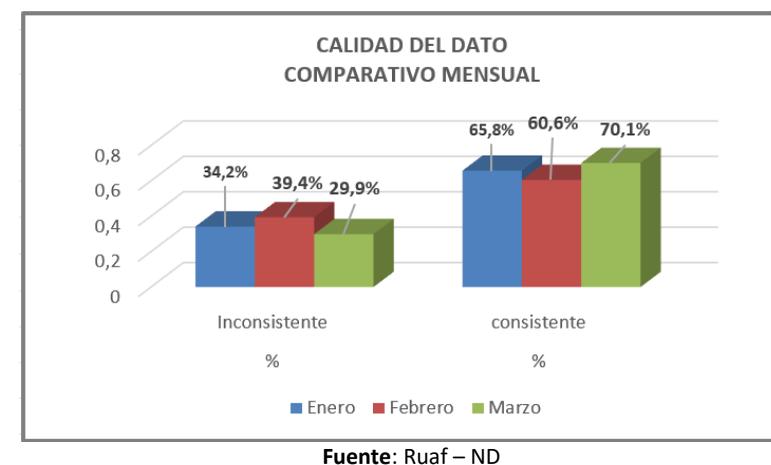
Fuente: Ruaf – ND

CALIDAD DEL DATO DEFUNCIONES

Este análisis de resultados se basa en los datos reportados por las IPS con respecto a las defunciones registradas en el aplicativo RUAF. La evaluación se realiza considerando el diligenciamiento completo y adecuado de los registros, la precisión, la disponibilidad, y la oportunidad de la información, así como su evaluación y cuantificación. El objetivo es verificar que los parámetros requeridos y los diagnósticos asociados sean registrados de manera íntegra y coherente, cumpliendo estrictamente con las definiciones de caso y asegurando la coherencia diagnóstica en el proceso de registro de los hechos de letalidad individual en el sistema de estadísticas vitales, de acuerdo con las directrices del INS.

En relación con la calidad de los datos reportados en el sistema de hechos vitales RUAF ND, se observa una mejora significativa durante el primer trimestre del año 2025. Comparando el mes de marzo con el mes de enero, las inconsistencias registradas presentaron una disminución del 12,6%, lo que evidencia un avance en el proceso de validación y diligenciamiento de la información. De igual forma, el porcentaje de registros consistentes aumentó en un 6,5% en el mismo periodo, reflejando una mayor precisión y cumplimiento de los estándares establecidos en el reporte de nacimientos y defunciones. Ver Figura 12.

Figura 12. Calidad del dato de defunciones por ocurrencia, Bucaramanga, primer trimestre 2025.



Durante el mes de marzo del año 2025, se evidenció una tendencia positiva en la reducción de inconsistencias en el registro de hechos vitales en el sistema RUAF ND en el municipio de Bucaramanga. Sin embargo, aún persisten instituciones que requieren fortalecer la calidad de los datos reportados. Este escenario resalta la necesidad de un compromiso más activo por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), quienes deben liderar el fortalecimiento de los procesos institucionales en articulación con sus IPS afiliadas. Garantizar la calidad, oportunidad y consistencia en el registro de nacimientos y defunciones es fundamental para el adecuado funcionamiento del sistema de estadísticas vitales. Ver tabla 9.

Tabla 9: Calidad del dato de defunciones por ocurrencia, IPS Bucaramanga, marzo 2025.

Precritica mes de Marzo de 2025					
Dinámica por Número Certificado	Nro Hehos		%		%
IPS CERTIFICADOR	Inconsistente	Correctos	Total general	Inconsistente	consistente
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO	0	21	21	0,0%	100,0%
CENTRO MEDICO COLSANTAS PREMIUM BUCARAM	2	0	2	100,0%	0,0%
CLINICA CHICAMOCHA SA	14	19	33	42,4%	57,6%
CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S	20	15	35	57,1%	42,9%
CLINICA DEL DOLOR PAIN FREE	1	0	1	100,0%	0,0%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	3	33	36	8,3%	91,7%
DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA	0	1	1	0,0%	100,0%
EMERMEDICA SAS	0	3	3	0,0%	100,0%
HEALTH & LIFE IPS	3	24	27	11,1%	88,9%
HEALTH & LIFE IPS SEDE CABECERA	3	2	5	60,0%	40,0%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	6	6	12	50,0%	50,0%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	13	70	83	15,7%	84,3%
HY'S IPS	0	1	1	0,0%	100,0%
IPS CLÍNICA GESTIONARBIENESTAR	1	0	1	100,0%	0,0%
LOS COMUNEROS HOSP. UNIV. DE BIGA	21	33	54	38,9%	61,1%
MEDICINA Y TERAPIA DOMICILIARIA	2	12	14	14,3%	85,7%
MEDICUC IPS	0	2	2	0,0%	100,0%

Fuente: Ruaf - ND

Precritica mes de Marzo de 2025					
Dinámica por Número Certificado	Nro Hehos		%		%
IPS CERTIFICADOR	Inconsistente	Correctos	Total general	Inconsistente	consistente
PRESENTES BUCARAMANGA	1	0	1	100,0%	0,0%
PROJECTION LIFE IPS	1	0	1	100,0%	0,0%
SEDE CONIUCOS CLINICA CHICAMOCHA S.A.	3	4	7	42,9%	57,1%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	7	5	12	58,3%	41,7%
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	3	1	4	75,0%	25,0%
CENTRO MEDICO COLSANTAS BUCARAMANGA	0	2	2	0,0%	100,0%
SANTAS IPS	0	1	1	0,0%	100,0%
HOSPITAL VIRTUAL FCV	0	1	1	0,0%	100,0%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	2	1	3	66,7%	33,3%
RTS SUCURSAL BUCARAMANGA	1	0	1	100,0%	0,0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SDOER FOSCAL	1	0	1	100,0%	0,0%
AMBULANCIA RESCATE	1	0	1	100,0%	0,0%
ALIVIAN SALUD IPS	0	1	1	0,0%	100,0%
TCUIDAMOS IPS	1	0	1	100,0%	0,0%
Total general	110	258	368	29,89%	70,11%

Semana epidemiológica
13 al 19 abril de 2025

16

TEMAS CENTRALES

Hepatitis A
Dengue
Actualización alerta epidemiológica
(Fiebre amarilla en la Región de las Américas)
Estadísticas Vitales

Claudia Mercedes Amaya Ayala
Secretaria de Salud y Ambiente

Liliana Serrano Henao
Subsecretaria de Salud

María Alejandra Beltrán López
Referente grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico y profesional Grupo de Vigilancia Epidemiología

Paola Alexandra Suárez Suárez
Duby Quiñonez Carreño
Nayibe Andrea Garavito Romero
Yamileyny Gutiérrez Lozada

AUTORES

Duby Quiñonez
Autora Hepatitis A
Profesional Especializado SIVIGILA

Nadia Rojas
Referente ETV - SSAB
Autora Dengue

María Alejandra Beltrán López
Referente VSP- SSAB
Autora Actualización alertas epidemiológicas

Nathalie Rodríguez Moreno – Christian Ortiz
Equipo estadísticas Vitales
Autores Defunciones y nacidos vivos.

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