

TEMAS CENTRALES

- Accidente ofídico, S.E. 10 año 2026.
- Actualización epidemiológica - Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas - 11 de marzo del 2026
- Alerta Epidemiológica: Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 13 de marzo del 2026

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN BUCARAMANGA S.E 10 de 2026.

Para la semana 10 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir del 100%.

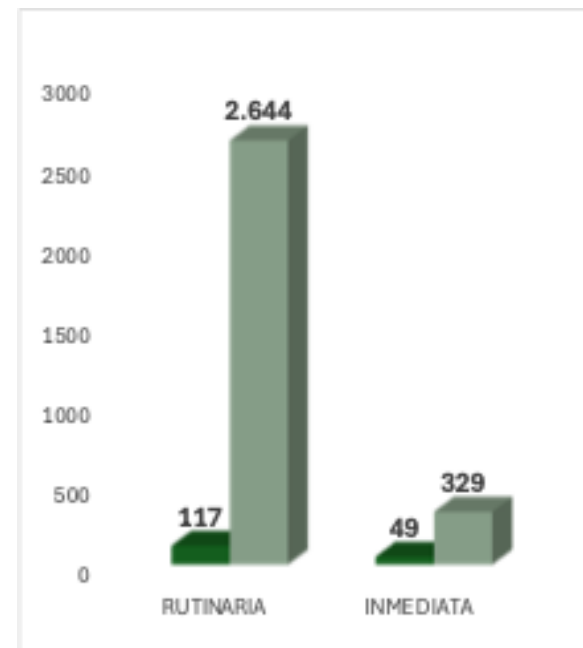
Indicadores de Oportunidad

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 rutinaria acumulada hasta la presente semana es de 96% (2973/3139), pese a que el resultado del indicador se encuentra dentro de los parámetros de cumplimiento, se continúa solicitando a los referentes de SIVIGILA de las UPGD-UI oportunidad de la notificación no solo en las notificaciones semanales, sino en los eventos de notificación inmediata y super inmediata (Figura 1).

Figura 1. Oportunidad en la notificación de eventos de interés en Salud Pública S.E 10 de 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Durante la semana epidemiológica 10 del año 2026, se evidencia que las notificaciones rutinarias, con un total de 2761 reportes, de los cuales 2644 (96%) fueron oportunas y 117 (4%) inoportunas. En cuanto a las notificaciones inmediatas, se registraron 378 reportes, de los cuales 229 (87%) fueron oportunas y 49 (13%) inoportunas.

08 al 14 marzo 2026

Tabla 1. Porcentaje en la oportunidad de la notificación SIVIGILA Bucaramanga S.E.10 año 2026 pr

IPS que Notifica	RUTINARIA			INMEDIATA		
	Inoportuna	Oportuna	% Inoportuna	Inoportuna	Oportuna	% Inoportuna
PEDIATRAS ASOCIADOS LTDA		2	0%			
CLINICA REVIVIR SA	2	10	17%			
INSTITUTO MEDICINA AMBULATORIA Y PREVENTIVA	2	24	8%			
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	14	267	5%	13	87	13%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	1	16	6%			
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE		236	0%	26		0%
UIMIST		107	0%	2	20	9%
CENTRO DE SALUD ROSARIO		13	0%			
CENTRO DE SALUD MUTIS		12	0%	2		0%
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA		7	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD IPC		4	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD GIRARDOT		4	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	1	5	0%			
CENTRO DE SALUD SANTANDER	2	2	0%			
CENTRO DE SALUD GAITAN	1		0%			
CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL		3	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD REGADEROS		2	0%			
CENTRO DE SALUD PABLO VI	1	2	0%			
CENTRO DE SALUD JOYA		5	0%			
CENTRO DE SALUD MORRORICO	5	7	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD LIBERTAD		2	0%			
CENTRO DE SALUD KENNEDY		5	0%	2		0%
CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA		2	0%			
CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO		3	0%	2		0%
CENTRO DE SALUD COLORADOS		7	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD CONCORDIA	3	3	0%	1		0%

CENTRO DE SALUD COMUNEROS		8	0%			
CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO	4	1	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD CAFE MADRID		12	0%	1		0%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA		72	0%	2		0%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	36	162	18%	19	100	16%
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA		104	0%	1	5	17%
CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES I		2	0%			
CLINICA CHICAMOCHA SA	9	247	4%	3	13	19%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	6	178	3%	1	3	25%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	1	7	13%			
LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CANCER	13	4	76%			
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II		20	0%			
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER BOLARQUI		39	0%	1		0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER SAN ALONSO		12	0%			
ASOCIACIÓN PROFAMILIA	2	11	0%	1		0%
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER- UIS		13	0%			
IVAN JAVIER ORTEGA ROJAS		7	0%			
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR		24	0%			
UISALUD		7	0%			
CENTRO MEDICO QUIRURGICO LA RIVIERA SAS		15	0%			
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	1	30	3%			
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA		4	0%	3		0%
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA	1	125	1%	2		0%
CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS SA		7	0%	5	2	71%
FUNDACION AVANZAR FOS	1	5	17%	1		0%
CLINICA ESPCO-DESAN	2	91	2%	1	3	25%
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS		24	0%	6		0%
CONFIMED SAS SEDE BUCARAMANGA		11	0%			
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	4	150	3%	4		0%
UNIDAD MEDICO Y DE DIAGNOSTICO SA		7	0%			
IPS CABECERA SAS		3	0%			
EPMSC BUCARAMANGA	8	4	67%			

08 al 14 marzo 2026

RMBUCARAMANGA		1	0%			
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	1	52	2%	1	3	25%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM		50	0%	2	1	67%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	1	196	1%		10	0%
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA SOTOMAYOR	4	137	3%	1	20	5%
VIRREY SOLÍS IPS SA ANTIGUO CAMPESTRE		5	0%			
VIRREY SOLÍS IPS SA CABECERA	8	18	31%			
VIRREY SOLÍS IPS SA CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS SOTOMAYOR	2	41	5%		1	0%
BATALLÓN DE ASPC NOS HOSPITAL MILITAR BUCARAM		19	0%			
Total		117	50	2644	4%	49 329 13%

LEPTOSPIROSIS			1	4	1	4	2	1	2	2	17
MORTALIDAD POR DENGUE						1		1			3
SARAMPION	1									1	2
TOS FERINA	2					1			2	4	9
VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y/O DESNUTRICIÓN										1	1
Total general	12	4	13	11	9	16	12	9	10	19	115

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Accidente ofídico Municipio de Bucaramanga.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública – Accidente Ofídico - Accidentes por otros animales venenosos SIVIGILA. El principal referente técnico es el protocolo de vigilancia del evento, emitido por el Instituto Nacional de Salud (INS). Define el accidente ofídico como evento de notificación obligatoria e inmediata. Establece: Definición de caso (confirmado, probable). Variables epidemiológicas para recolectar. Clasificación de gravedad (leve, moderado, severo). Indicadores de seguimiento (letalidad, oportunidad de atención). Determina el flujo de información a través del sistema SIVIGILA

Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Accidente Ofídico. Emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Establece el manejo clínico integral del paciente: Evaluación inicial. Clasificación clínica del envenenamiento. Uso de suero antiofídico (indicación, dosis, vía). Incluye recomendaciones sobre: Manejo de complicaciones (coagulopatías, necrosis, falla renal). Atención en diferentes niveles de complejidad.

Ajustes pendientes por realizar a SE 10, Bucaramanga, 2026

A semana 10 se registran 115 ajustes pendientes en SIVIGILA. Se recuerda que se cuenta con cuatro (4) semanas para su ejecución y así cumplir la oportunidad establecida. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Ajustes pendientes S.E. 10 Bucaramanga 2026.

EVENTOS / SEMANAS	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total general
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS										1	1
CHAGAS			1	3		1		3			8
DEFECTOS CONGENITOS	1				3					1	5
DENGUE CON SIGNO DE ALARMA	4	4	7	4	4	6	8		4	7	48
DENGUE GRAVE					1	1		1			3
ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA EN HUMANOS									1		1
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)								1			1
EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER	4									1	5
INTOXICACIONES			4			2	2	1	1	1	11

Comportamiento Accidente ofídico a S.E 10 2026.

El análisis del comportamiento epidemiológico del accidente ofídico en Bucaramanga evidencia una tendencia creciente en la notificación durante los últimos años. Este comportamiento puede estar relacionado con factores como el aumento en la notificación al sistema de vigilancia (SIVIGILA), cambios en el uso del suelo, actividades agrícolas y mayor interacción entre la población y hábitats naturales.

Adicionalmente, se ha identificado que los casos afectan predominantemente a hombres en edad productiva, debido a su mayor exposición ocupacional, y que la mayoría de los eventos ocurren en áreas rurales, lo cual resalta la necesidad de fortalecer estrategias de prevención, educación comunitaria y acceso oportuno a servicios de salud.

A semana epidemiológica 10 de 2026 se notificaron al SIVIGILA 02 casos de accidente ofídico. Uno de ellos en la semana 3 y otro en semana 10. Se evidencia una disminución o aumento en

En el contexto social y demográfico

De los casos notificados a semana epidemiológica 10, el 100,00% de los casos se presentan en el sexo masculino. El 100,00% de los casos residen en cabecera municipal. El 50,00% de los casos pertenecen al régimen subsidiado. Los rangos de edad se encuentran entre 30 – 39 años notificando el 50,00% y entre 50 – 59 años con el 50,00% de los casos notificados.

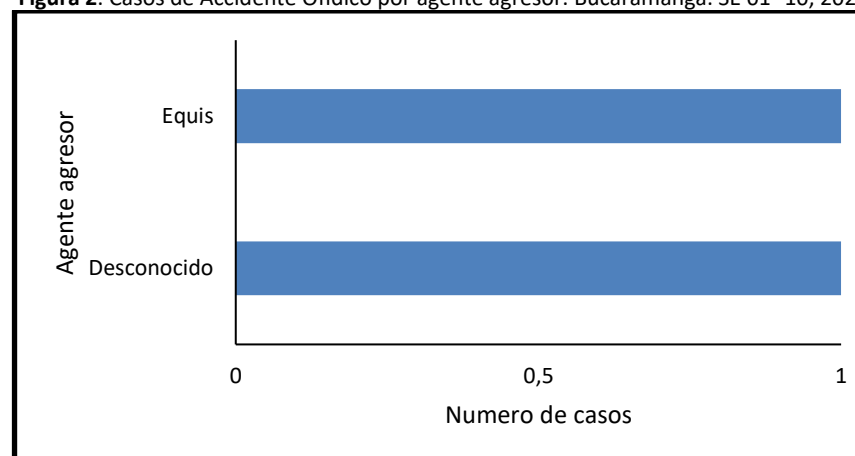
Tabla 3. Comportamiento sociodemográfico casos Accidente Ofídico. Municipio de Bucaramanga. SE 10. 2026.

Variables	Nº casos	%	
Sexo	Masculino	2	100,00%
Área	Cabecera m/pal	2	100,00%
Condicion Final	Vivo	2	100,00%
Tipo SS	Subsidiado	1	50,00%
	Especial	1	50,00%
Rango de edad	30-39	1	50,00%
	50-59	1	50,00%
Total	2		

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Los tipos de serpientes que ocasionaron mayor proporción de casos de accidente ofídico son Equis con el 50,00% de los casos.

Figura 2. Casos de Accidente Ofídico por agente agresor. Bucaramanga. SE 01- 10, 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Actualización epidemiológica - Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas - 11 de marzo del 2026

Entre el 1 de enero del 2025 y el 9 de marzo del 2026, se registraron detecciones de influenza A(H5N1) en 37 especies de mamíferos en dos países y en 94 especies de aves en 11 países y territorios de América. Los informes durante 2025 indican un descenso en la detección entre aves silvestres desde mediados del 2025, con una creciente predominancia de brotes en aves de corral y otras aves domésticas.

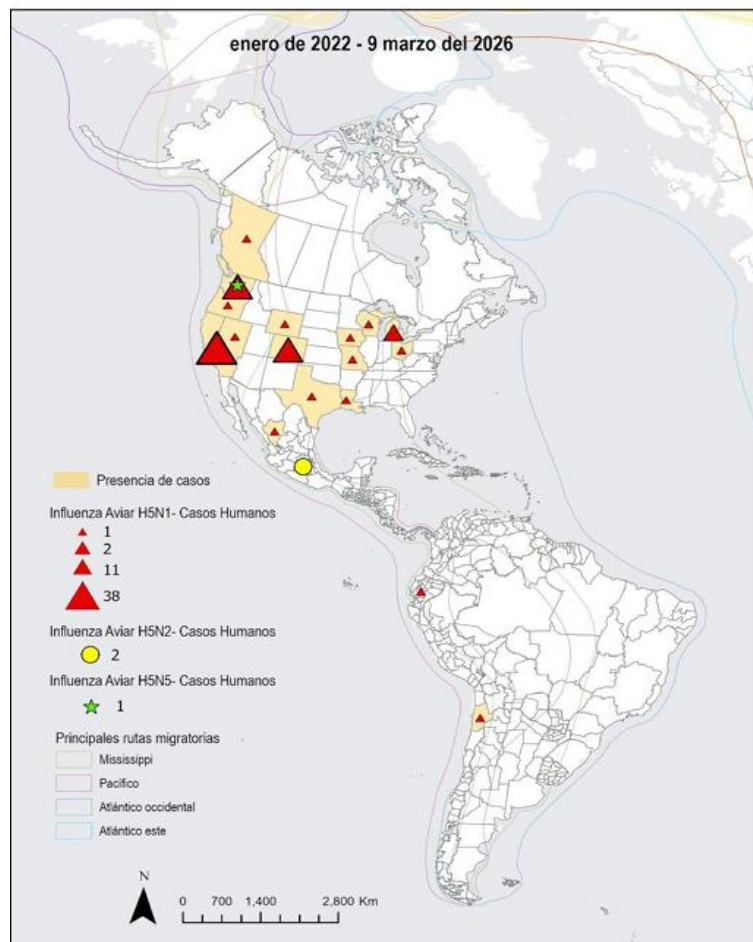
Entre el 20 de abril del 2022 y el 9 de marzo del 2026, se notificaron un total de 75 infecciones humanas causadas por el virus de la influenza aviar A(H5N1), incluidas dos muertes, en cinco países de las Américas, sin casos adicionales desde la última actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre la influenza aviar publicada el 24 de noviembre del 2025.

Infecciones humanas con el virus de la influenza aviar A(H5) en las Américas, 2022-2026

Entre el 20 de abril del 2022 y el 9 de marzo del 2026, se notificaron un total de 75 infecciones humanas causadas por el virus de la influenza aviar A(H5N1), incluidas dos muertes, en cinco países de las Américas, sin casos adicionales desde la última actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre la influenza aviar publicada el 24 de noviembre del 2025. Durante este periodo, los casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la Región de América se distribuyeron de la siguiente manera: un caso en **México** reportado el 2 de abril del 2025; 71 casos en los **Estados Unidos de América**, incluyendo uno en el 2022 y 70 entre marzo del 2024 y febrero del 2025; un caso en **Canadá** confirmado el 13 de noviembre del 2024; un caso en **Chile** reportado el 29 de marzo del 2023; y un caso en **Ecuador** reportado el 9 de enero del 2023 (10)

Además de estos casos confirmados de A(H5N1), se reportaron otras infecciones humanas con virus de la influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas durante el mismo periodo. México confirmó un caso humano de A(H5N2) el 2 de octubre del 2025, representando la segunda infección por H5N2 identificada en el país. En la residencia del caso había un perro como mascota, y se encontraron varios animales en el patio del edificio, incluyendo un ave de corral y dos palomas, así como excrementos de aves en varias zonas. Se tomaron muestras de los animales identificados que tuvieron resultado positivo para influenza A(H5). Adicionalmente, el 14 de noviembre del 2025, Estados Unidos informó del primer caso humano de infección por influenza A(H5N5) a nivel mundial, el cual tuvo un desenlace fatal. Las investigaciones indicaron exposición a aves de corral y domésticos de patio, sin identificarse casos humanos relacionados adicionales.

Figura 3. Casos humanos de influenza aviar A(H5) en la región de las Américas 2022 -2026, hasta del 9 de marzo del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/2026-marzo-11-phe-actualizacion-influenza-aviar-final-es.pdf>

Entre las aves: En diciembre del 2025, se reportaron un total de 97 brotes en especies aviarias a OMSA, incluyendo 96 brotes en aves domésticas en **Brasil** (n= 1), **Canadá** (n= 15), **Colombia** (n= 5) y **Estados Unidos** (n= 75); y un brote en aves silvestres en Estados Unidos. Estos informes elevan el total acumulado para el año 2025 (enero-diciembre) a 837 brotes en especies de aves domésticas y silvestres.

En el 2026, hasta la SE 9, se han reportado a la OMSA un total de 105 brotes en especies aviarias: 95 brotes en aves domésticas, incluidos **Argentina** (n= 5), **Brasil** (n= 1), **Canadá** (n= 6) y **Estados Unidos** (n= 83); y 10 brotes en aves silvestres en Argentina (n= 3), Chile (n= 1) y Uruguay (n= 6). Además de los brotes reportados oficialmente, los datos de la vigilancia oficial publicados por las autoridades competentes indican que, hasta el 9 de marzo del 2026, se han reportado 678 detecciones de influenza aviar A(H5N1) en aves silvestres en Estados Unidos; y una detección fue reportada en Canadá.

Tabla 4. Brotes de influenza aviar A(H5) en aves y mamíferos en la Región de las Américas 2026, hasta el 9 de marzo del 2026

País/Territorio	En aves		En los mamíferos	
	Silvestre	Doméstico	Silvestre	Doméstico
Argentina	Sí	Sí	No	No
Brasil	No	Sí	No	No
Canadá	Sí	Sí	Sí	No
Chile	Sí	No	No	No
Estados Unidos (el)	Sí	Sí	Sí	Sí
Uruguay	Sí	No	No	No

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/2026-marzo-11-phe-actualizacion-influenza-aviar-final-es.pdf>

Recomendaciones para los Estados Miembros

La OPS/OMS, junto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMSA, insta a los Estados Miembros a trabajar de manera coordinada e intersectorial para garantizar la notificación oportuna a las autoridades globales y fortalecer la monitorización y caracterización de los virus circulantes con el fin de prevenir la transmisión dentro y hacia nuevas especies, y en consecuencia reducir el riesgo de infecciones humanas asociadas a la exposición a animales infectados.

Los datos virológicos y epidemiológicos disponibles indican que los virus de la influenza A(H5) siguen siendo virus de la influenza aviar, sin evidencia de adaptación establecida a mamíferos ni de transmisión sostenida de persona a persona. Sin embargo, aunque estos virus persisten en aves y mamíferos silvestres y domésticos, se prevén infecciones humanas adicionales, especialmente entre individuos con exposición directa a animales infectados y ambientes contaminados. No hay evidencia de que la influenza A(H5) u otros virus de la influenza aviar se transmitan mediante el consumo de aves o huevos debidamente preparados y bien cocidos.

La FAO, la OMS y la OMSA recomiendan el consumo de leche pasteurizada para minimizar los posibles riesgos para la salud relacionados con la leche cruda/no pasteurizada. La OMSA aconsejan a los países mantener una vigilancia intensificada de la enfermedad en especies de animales domésticos y silvestres. Estas recomendaciones también aconsejan implementar medidas de bioseguridad y prevención en los sitios de producción animal y urgen a la notificación oportuna de brotes en especies de aves y mamíferos. Se alienta a los Estados miembros a utilizar las herramientas e iniciativas desarrolladas por la OPS para apoyar la evaluación oportuna de riesgos y la toma de decisiones fundamentadas en la evidencia, incluido el panel regional de influenza aviar A(H5N1), que consolida información de múltiples fuentes oficiales.

Adicionalmente se recomienda la revisión estricta y puntal descrita en el boletín de la OPS, ahondando recomendaciones para reforzar:

1. **Vigilancia en la interfaz humano-animal**
2. **Manejo clínico**
3. **Medidas operativas de prevención y control de infecciones (CPI) en entornos sanitarios y agrícolas.**

Disponibles en el enlace relacionado en la bibliografía.

Bibliografía:

OPS-OMS. Actualización epidemiológica - Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas - 11 de marzo del 2026. <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/2026-marzo-11-phe-actualizacion-influenza-aviar-final-es.pdf>

Alerta Epidemiológica: Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 13 de marzo del 2026.

Desde septiembre de 2024 se ha observado la notificación de casos de fiebre amarilla en áreas sin antecedentes históricos de transmisión, incluyendo la identificación de casos por fuera de la región amazónica. Ante esta situación, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) refuerza el llamado a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia, intensificar la vacunación de las poblaciones en riesgo y adoptar las medidas necesarias para garantizar que las personas que viajan a zonas con reporte de casos estén adecuadamente informadas y protegidas contra la fiebre amarilla.

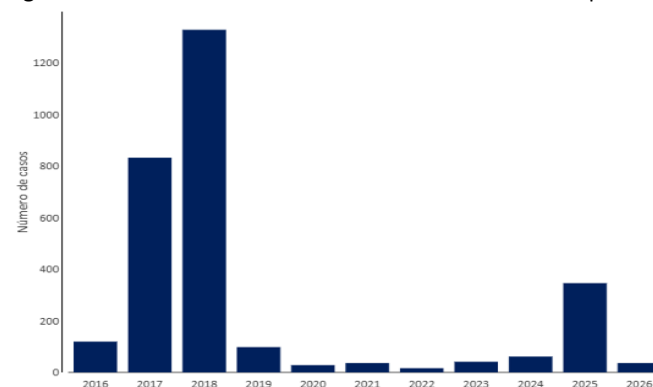
Además, se destaca la importancia de fortalecer el manejo clínico, con énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves. La OPS/OMS también recomienda disponer de dosis de reserva, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas en cada país, a fin de asegurar una respuesta rápida ante posibles brotes.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53 del 2025 se notificaron 346 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en siete países de la Región de las Américas, incluyendo 143 defunciones (tasa de letalidad [TL] 41%). Esta cifra representa un aumento de 5,6 veces en comparación con 2024, cuando se reportaron 61 casos confirmados de fiebre amarilla. Los casos en 2025 fueron notificados en: el **Estado Plurinacional de Bolivia** (n= 8 casos, incluyendo dos defunciones), **Brasil** (n= 120 casos, incluyendo 48 defunciones), **Colombia** (n= 125 casos, incluyendo 46 defunciones), **Ecuador** (n= 11 casos, incluyendo ocho defunciones), **Guyana** (una defunción), **Perú** (n= 49 casos, incluyendo 19 defunciones) y la **República Bolivariana de Venezuela** (n= 32 casos, incluyendo 19 defunciones).

En 2026, entre la SE 1 y la SE 7, se notificaron 34 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cuatro países de la Región de las Américas, incluyendo 15 defunciones (TL: 44%). Los casos se reportaron en: el **Estado Plurinacional de Bolivia** (una defunción), **Colombia** (n= 25 casos, incluyendo 13 defunciones), **Perú** (n= 2 casos) y **Venezuela** (n= 6 casos, incluyendo una defunción).

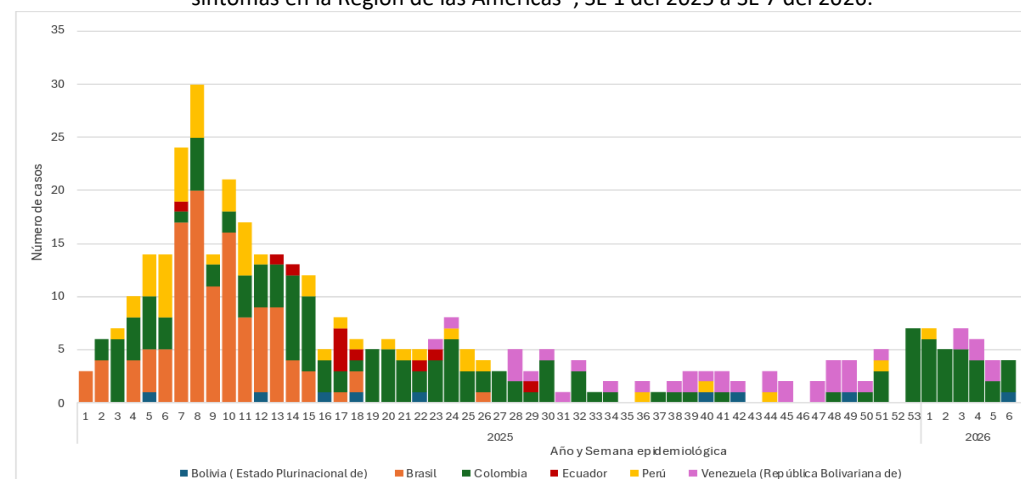
Comparado al número anual de casos reportados en las Américas entre los años 1960 a 2024, el número de casos notificados en 2025 es elevado, sin embargo, es similar al observado en otros años con alta incidencia como 1966 (n= 304 casos), 1998 (n= 280 casos) y 2003 (n= 243 casos).

Figura 4. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por año en la Región de las Américas, 2016 a 2026.



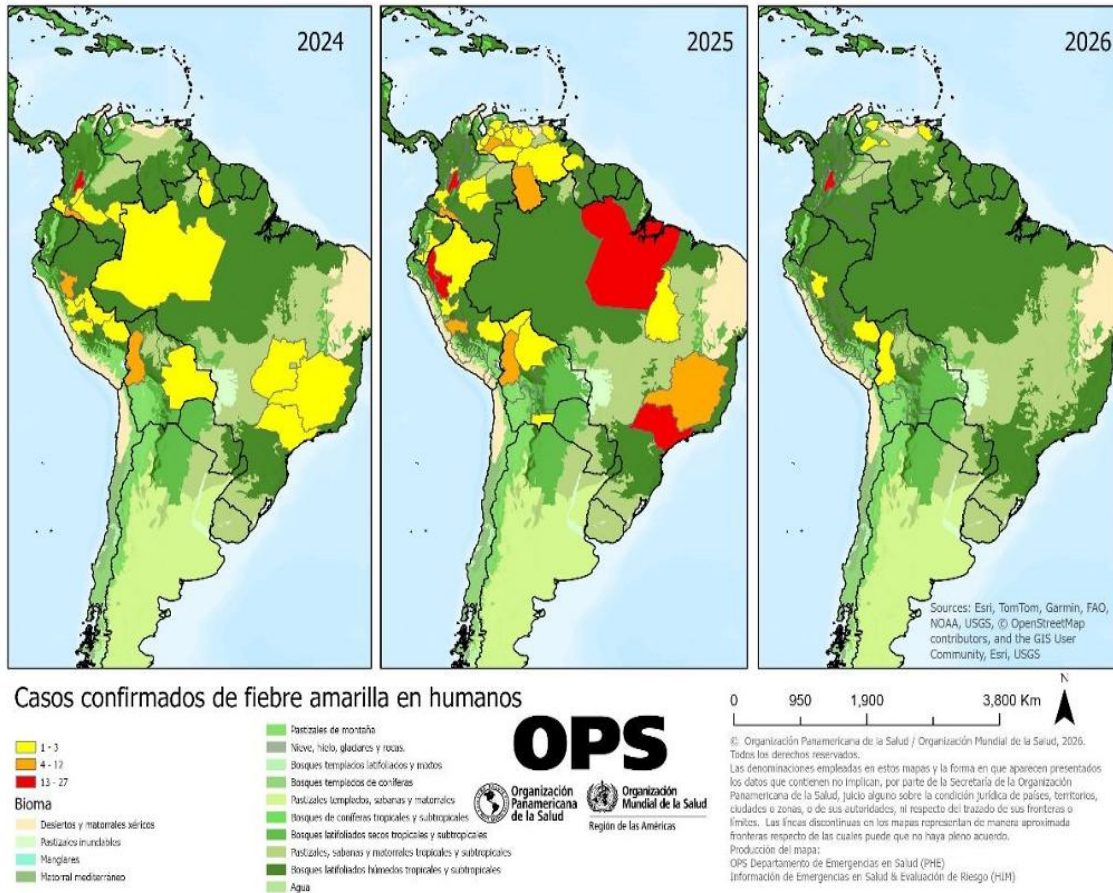
Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Tablero Fiebre Amarilla en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado 5 de marzo 2026]. Disponible en: <https://shiny.pahophe.org/yellowfever/>

Figura 5. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por país y semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas en la Región de las Américas*, SE 1 del 2025 a SE 7 del 2026.



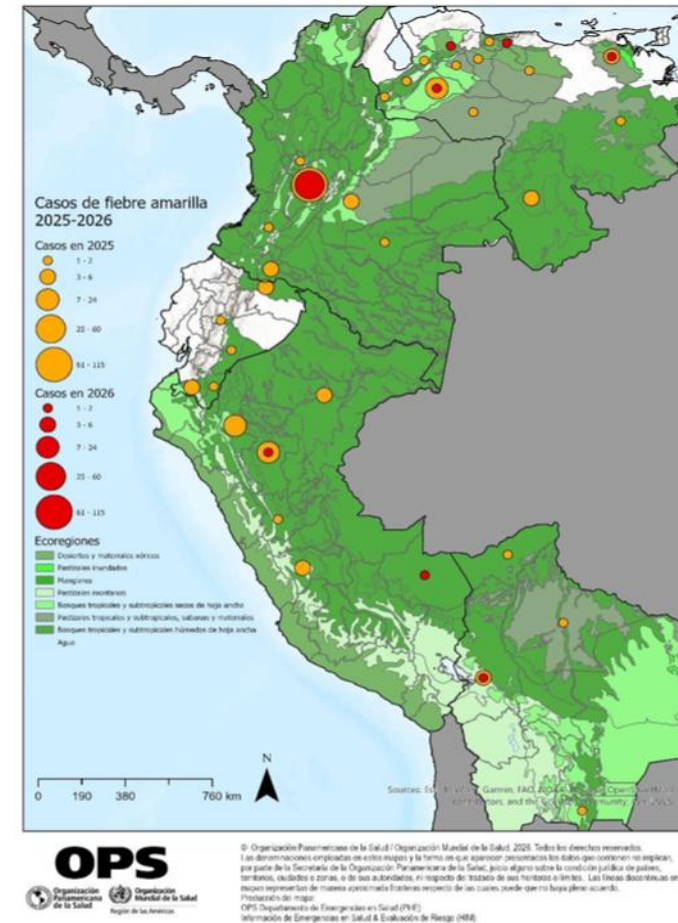
Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud

Figura 6. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por año en la Región de las Américas, 2023 a 2026 (hasta SE 7 del 2026)



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud.

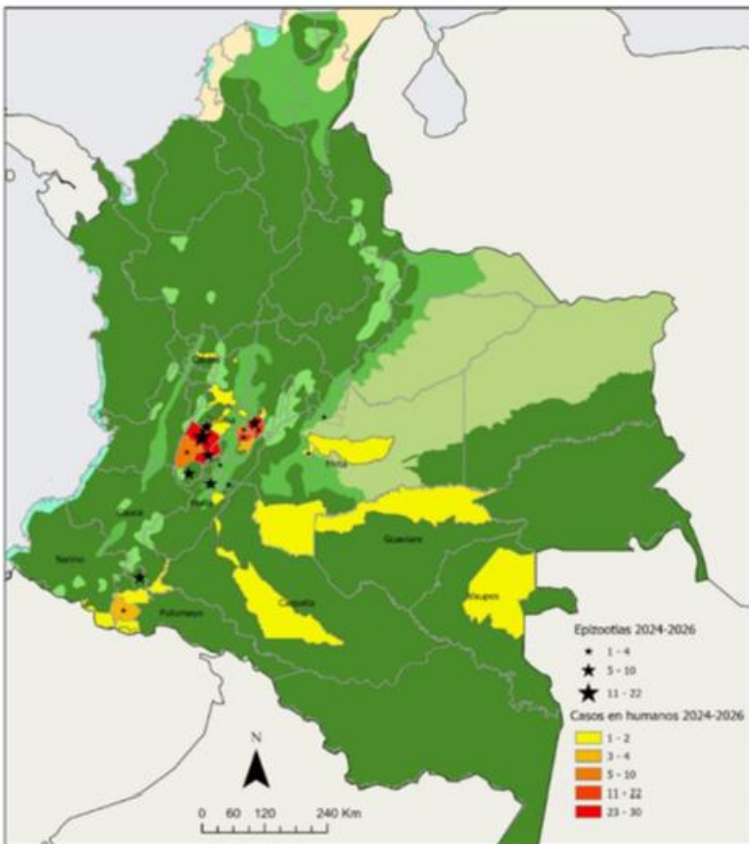
Figura 7. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, 2025-2026 (hasta SE 7 del 2026).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud.

08 al 14 marzo 2026

Figura 8. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla por departamento. Colombia, 2024- 2026 (hasta SE 7 del 2026).



© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2026. Todos los derechos reservados.
Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentadas los datos que contienen no implican por parte de la Organización Panamericana de la Salud, sino algunos países la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del límite de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.
Producción del mapa:
OPS/Departamento de Emergencias en Salud (DES)
Instituto de Epidemiología y Control de Riesgo (IER)

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

Ocurrencia de casos fuera de la región amazónica: Desde mediados de 2024, se ha observado la ocurrencia de casos humanos de fiebre amarilla en un área geográfica más amplia que la registrada en los años anteriores, incluyendo zonas de bosque montano en Colombia (Parque Natural Regional Bosque de Galilea, sobre la vertiente occidental de la cordillera Oriental que conecta con el páramo de Sumapaz).

En 2026 los casos se registraron principalmente en Colombia en el departamento del Tolima y en Venezuela en los estados de Aragua, Barinas, Lara y Monagas.

En su conjunto, el reporte de casos de fiebre amarilla en un área ampliada del continente pone de manifiesto los continuos episodios de propagación del ciclo selvático en los bordes de los bosques, donde las actividades humanas se interceptan con ecosistemas de alta biodiversidad.

Estas zonas ofrecen condiciones favorables para que los mosquitos que habitan en las copas de los árboles transmitan el virus a las poblaciones humanas a partir de reservorios no humanos. La detección de casos asociados a transmisión selvática en áreas cercanas a centros urbanos aumenta el riesgo de establecimiento de ciclos de transmisión urbana.

Recomendaciones para las autoridades de salud

En la Región de las Américas, el riesgo de brotes de fiebre amarilla es elevado. Aunque la inmunización sigue siendo una de las intervenciones de salud pública más eficaces para prevenir esta enfermedad, la mayoría de los casos de fiebre amarilla en humanos registrados durante el 2024, 2025 y 2026 no contaban con antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla.

Una preparación y respuesta adecuada a brotes de fiebre amarilla requiere la integración de varios componentes además de la vacunación; se debe considerar la vigilancia de epizootias y la vigilancia entomológica, el control de vectores y la comunicación de riesgo.

La OPS / OMS alienta a los Estados Miembros con áreas de riesgo a continuar con los esfuerzos en vigilancia y vacunación en zonas endémicas. Es fundamental que los países logren **coberturas de vacunación de al menos 95%** en las poblaciones de áreas de riesgo, de forma homogénea, y que las autoridades sanitarias aseguren contar con un inventario de reserva estratégica que les permita mantener la vacunación de rutina y, al mismo tiempo, responder de manera efectiva a posibles brotes. Se recuerdan las recomendaciones sobre vigilancia epidemiológica, diagnóstico por laboratorio, manejo clínico y vacunación, respecto a este tópico se brindan nuevas orientaciones en relación con las campañas preventivas o de puesta al día, así como a vacunación durante la respuesta a brotes.

Se recomienda la revisión estricta y puntal descrita en el boletín de la OPS, ahondando recomendaciones para reforzar (validar acciones propuesta por la OPS-OMS e implementar de acuerdo a los estipulado en Santander- Bucaramanga y ajustar contratos con las EAPB que apliquen a la normativa Colombiana de acuerdo a la alerta internacional y nacional):

1. Vigilancia epidemiológica.
2. Vigilancia de epizootias
3. Diagnóstico por laboratorio
4. Diagnóstico virológico
5. Diagnóstico serológico
6. Respuesta inmune post-vacunal
7. Manejo clínico
8. Vacunación

Bibliografía:

OPS-OMS. Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas 13 de marzo del 2026. <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/2026-marzo-13-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final-es.pdf>

Semana epidemiológica **10**
08 al 14 de marzo de 2026

TEMA CENTRAL
Accidente Ofídico
Actualizaciones y Alertas epidemiológicas

Gloria Marcela Orduz García
Secretaria de Salud y Ambiente

Alba Luz Amin Madera
Subsecretaria de Salud Pública

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico (AUTORES)

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

Alejandra Contreras Parra
Grupo funcional Zoonosis (Accidente ofídico) SIVIGILA – SSAB

María Alejandra Beltrán López
Actualizaciones y alertas epidemiológicas

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