INTRODUCCIÓN

El Boletín Epidemiológico semanal es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por la Secretaria de Salud Departamental de Santander y el INS (Instituto Nacional de Salud), mostrando los casos notificados por las instituciones de salud (UPGD-UI), del municipio. Las cifras que se publican de casos y de muertes están siempre sujetos a verificación, estudio o ajuste. Convirtiéndose entonces en un insumo útil para el entendimiento del comportamiento de los eventos en salud pública.

Tema central Boletín: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 2020 – S.E 08 de 2025p.

De acuerdo a la circular 013 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social establece las acciones de gestión en salud pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB, sífilis gestacional y congénita hepatitis b y hepatitis en Colombia.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en el 2015 por las Naciones Unidad, constituyen un conjunto de 17 metas globales diseñadas, para erradicar la pobreza, proteger al planeta y garantizar la prosperidad para todos, dentro estos el objetivo 3 Salud y Bienestar, busca garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edad y la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual[1]

La resolución 1314 de 2020 adopta lineamientos para la realización de las pruebas rápidas fuera de laboratorio clínico, con el objetivo de mejorar el diagnóstico temprano de VIH, sífilis y hepatitis B y C.

La sífilis como ITS influye directamente en la salud infantil y reproductiva; facilita la transmisión por vía sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (1); el Treponema pallidum puede pasar de la gestante al feto y causar sífilis congénita la cual puede producir aborto espontáneo, muerte perinatal, bajo peso al nacer, infección neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas[2]

Comportamiento Sífilis Gestacional, Bucaramanga, a S.E 08 2025p.

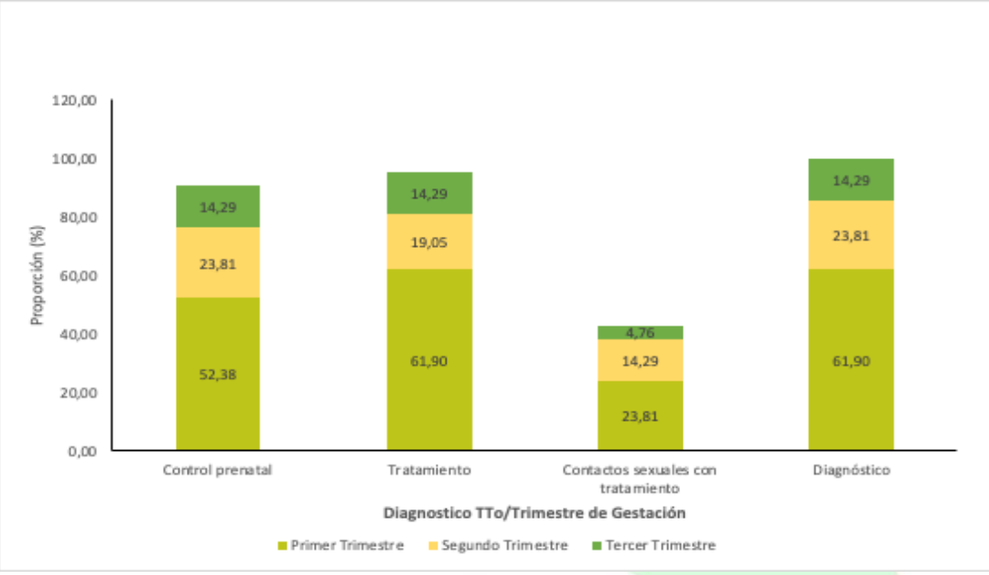
En el Municipio de Bucaramanga a semana epidemiologia 8 el 2025, se notificaron al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) 21 casos de sífilis gestacional (con residencia en el municipio). En comparación a esta semana del año 2024 se habían notificado los mismos 21 casos. El 100% de los casos tienen prueba treponémica y no treponémica

De los casos notificados de sífilis gestacional, se evidencia que la proporción de diagnóstico, controles prenatales y tratamiento de contactos está concentrado en el pimer trimestre (Semanas 1 a 13) – Ver Grafica 1.

[1] Naciones Unidas 2015

[2] INS ,2024,p.4

Grafica 1. Diagnóstico y tratamiento Sífilis Gestacional, Bucaramanga, SE 08 2025p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2018 – 2025p.

En el contexto social y demográfico

El comportamiento de la sífilis gestacional en el municipio de Bucaramanga, la revisión retrospectiva de los años 2020 a 2024 a semana epidemiológica 52, muestra que la mayor proporción de casos está en las edades de 19 a 23 años, con área de ocurrencia en la cabecera municipal (95%) y pertenecen al régimen subsidiado en los años analizados. (Ver Tabla 1).

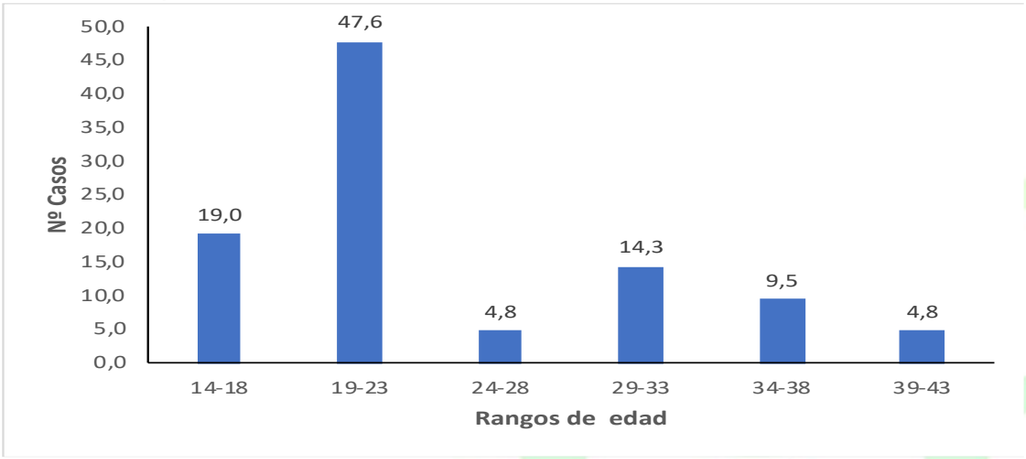
Tabla 1. Distribución demográfica y social de la Sífilis Gestacional, Bucaramanga 2020-2024p.

Variable	Categoria	2020		2021		2022		2023		2024	
		Casos	Proporción	Casos	Proporción	Casos	Proporción	Casos	Proporción	Casos	Proporción
Edad	14-18	12	8,63	28	17,83	13	9,49	13	10,1	21	17,4
	19-23	50	35,97	57	36,31	52	37,96	54	41,9	43	35,5
	24-28	38	27,34	32	20,38	41	29,93	30	23,3	32	26,4
	29-33	19	13,67	20	12,74	19	13,87	18	14,0	8	6,6
	34-38	14	10,07	16	10,19	10	7,30	11	8,5	10	8,3
	39-43	5	3,60	4	2,55	1	0,73	3	2,3	7	5,8
	44-48	1	0,72		0,00	1	0,73		0,0		0,0
Area de Ocurrencia	Cabecera Municipla	137	98,56	152	96,82	136	99,27	125	96,9	114	94,2
	Centro poblado	1	0,72	4	2,55	1	0,73	4	3,1	6	5,0
	Rural disperso	1	0,72	1	0,64	0	0,00	0	0,0	1	0,8
Tipo de Seguridad Social	Subsidiado	66	47,48	61	38,85	69	50,36	86	66,7	65	53,7
	Contributivo	15	10,79	23	14,65	20	14,60	14	10,9	32	26,4
	Especial	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	1	0,8
	Excepción	1	0,72	0	0,00	0	0,00	1	0,8		0,0
	Sin Aseguramiento	57	41,01	73	46,50	48	35,04	28	21,7	23	19,0
Total casos		139		157		137		129	100,0	121	100,0

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2018 – 2025p.

En la distribución sociodemográfica del año 2025 se observa que el rango de edad que presenta la mayor proporción de casos es de los 19 a 23 años presentando el 47,6% de los casos totales, el mismo comportamiento que se ha presentado desde el año 2020 en el municipio (Ver Grafica 2).

Grafica 2. Comportamiento por rangos de edad de la Sífilis Gestacional Bucaramanga, SE 8 de 2025p.

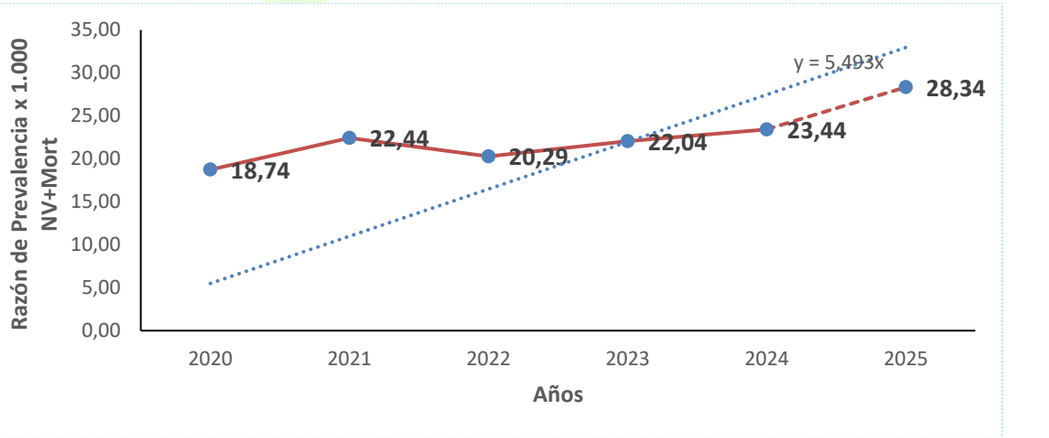


Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga, 2025p.

En relación con la razón de revisión retrospectiva del comportamiento del evento, se observa una razón con tendencia al incremento desde el año 2022. Ver Figura 1.

Del total de casos desde el año 2020 al 2024, el 95% de los casos pertenecían a la cabecera municipal, el tipo de seguridad social que mayor porcentaje reporto fue el régimen subsidiado 23% (migrantes sin afiliación), 57% correspondían al régimen subsidiado y el 19% restante al régimen contributivo.

Figura 1. Razón de prevalencia x 1.000 nacidos vivos + Mortinatos, Bucaramanga, 2020 – 2025p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2020 – 2025p.
DANE, Proyecciones de población 2020-2035 actualización post COVID 19.

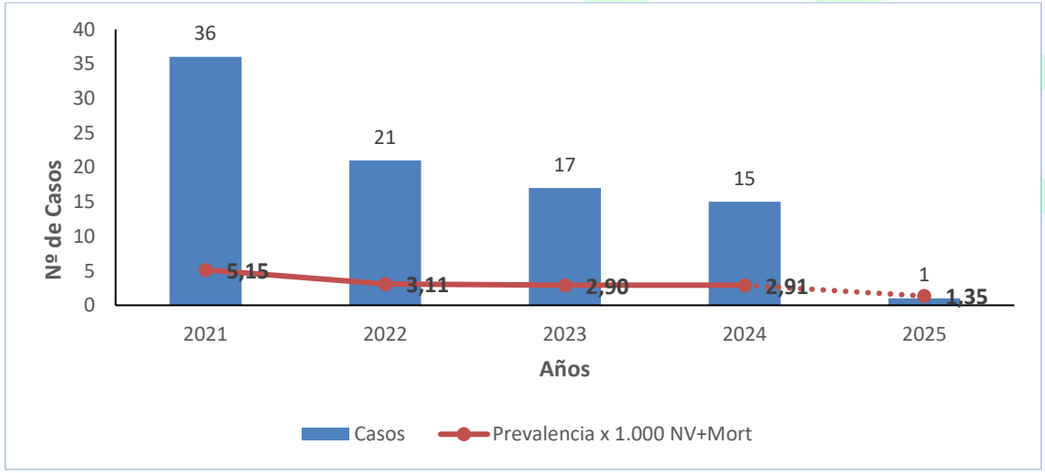
Comportamiento Sífilis Congénita, Bucaramanga, a S.E 08 2025p.

En el Municipio de Bucaramanga a semana epidemiologia 8 del año 2025, se notificó al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) 1 casos de sífilis Congénita con residencia en el municipio. En comparación a esta semana en el año 2024, se habían notificado 7 casos, lo que permite observar un decremento del **86%** en relación al año anterior.

El caso notificado a semana epidemiologia 8 del año 2025, no se encuentra notificado en la base de sífilis gestacional, por lo tanto, el indicador de ***Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional*** se encuentra en 0%.

Para los años 2020 a 2024 se puede observar que el municipio de Bucaramanga ha tenido un decremento en la notificación de casos de sífilis congénita y una disminución de la razón de prevalencia x 1.000 NV+Mortinatos. Ver Grafico 3

Gráfico 3. Comportamiento Sífilis Congénita, Bucaramanga, a 2021- S.E 08 2025p y Razón de Prevalencia x 1.000 NV+Mort



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2021 – 2025p.
DANE, Proyecciones de población 2020-2035 actualización post COVID 19.

Comportamiento Hepatitis B, C y Delta Bucaramanga, a S.E 08 2025p.

En el Municipio de Bucaramanga a semana epidemiologia 8 del año 2025, se notificó al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) 14 casos de hepatitis, con procedencia en el municipio, los mismos casos a esta semana en el año 2024. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Comportamiento notificación Hepatitis B, C y Delta

Año	A Clasificar	Hepatitis B aguda	Hepatitis Cronica	Hepatitis Coinfección B-D
2025	6	3	1	4

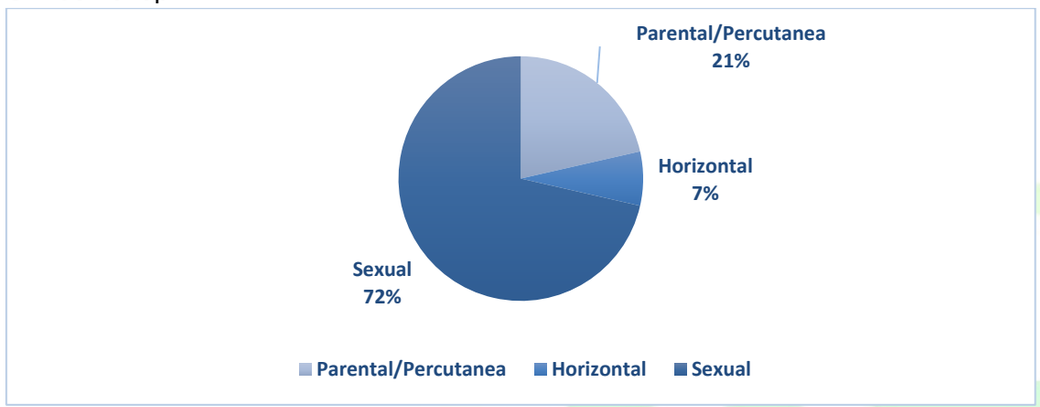
Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga, 2025p.

En el contexto social y demográfico

De los casos notificados a SE 8, el **64%** son mujeres, el **86%** viven en cabecera municipal y el **79%** pertenecen al régimen contributivo. La incidencia de hepatitis B en el municipio de Bucaramanga es de 1**,28** casos por cada 100.000 habitantes.

De los 14 casos notificados a SE 8 del año 2025, el **72%** el modo de transmisión más probable fue sexual. Ver Gráfico 4.

Gráfico 4. Modo de transmisión probable de la Hepatitis B, C y Delta Bucaramanga, a S.E 08 2025p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga, 2025p.

De lo casos notificados el **57%** no tienen factores de riesgo, seguido del **21,43** que se encuentra asocia a riesgo sexual, el **14%** Convive con persona con HBsAg (+) y el **7,14**% restante tiene antecedentes de transfusión de hemoderivados. Ver tabla 3

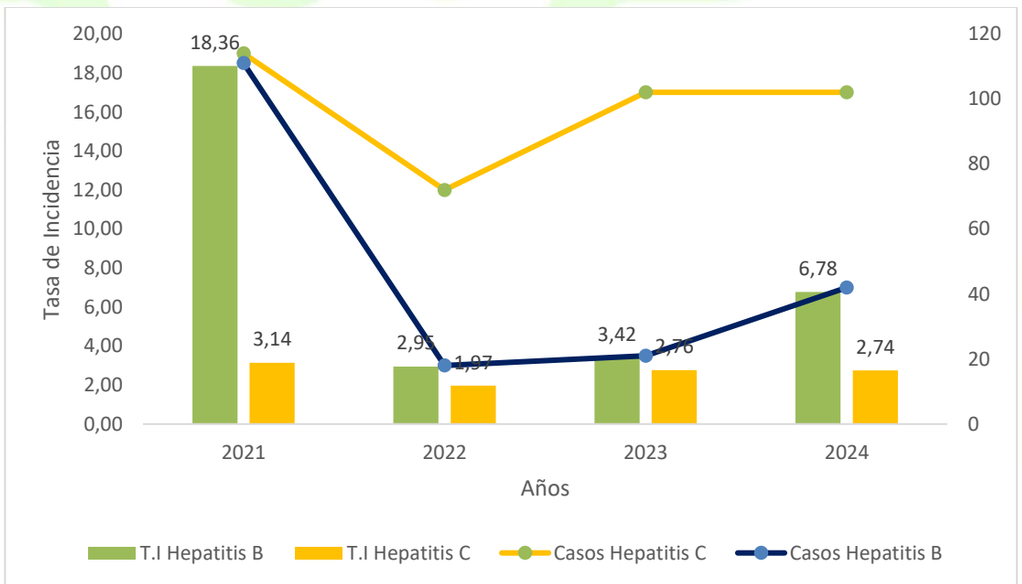
Tabla 3. Población y factores de riesgo de la Hepatitis B, C y Delta Bucaramanga, a S.E 08 2025 p.

Poblacion y factores de riesgo	Casos	Proporción (%)
Antecedentes de transfusión de hemoderivados	1	7,14
Convive con persona con HBsAg (+)	2	14,29
Contacto sexual	3	21,43
Ninguna	8	57,14
Total casos	**14**	

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga, 2025p.

En el año 2021 se presentó un aumento, estadísticamente significativo, con tasa de incidencia de **18.36** casos x 100.000 habitantes, presentando para el año 2022, 2023 un decremento significativo; para el año 2024 la tasa de incidencia fue de **6,78** x 100.000 habitantes, presentado un incremento del **98 %** en relación al año 2023. Ver Gráfico 5.

Gráfico 5. Comportamiento Hepatitis B y Hepatitis C, Bucaramanga 2021- 2024 y Tasa de Incidencia x 100.000 Hab



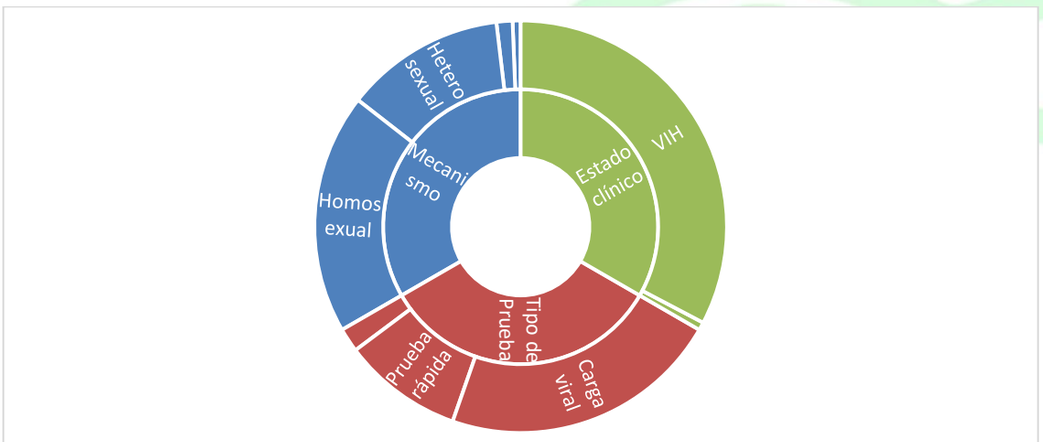
Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2021 – 2025p.
DANE, Proyecciones de población 2020-2035 actualización post COVID 19

Comportamiento VIH, Bucaramanga, a S.E 08 2025p.

En el Municipio de Bucaramanga a semana epidemiologia 8 del año 2025, se ha notifico al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) 53 casos de procedencia del municipio, a esta semana en el año 2024, se habían reportado 54 casos, mostrando un comportamiento relativamente cercano entre las dos vigencias.

El mecanismo de transmisión con mayor proporción es el homosexual (**57%**), seguido del heterosexual (**38%**); la prueba con la que se confirma el diagnóstico es la carga viral (**66%**) y el estado clínico del paciente es VIH en un **98%**. Ver Gráfico 6.

Gráfico 6. Mecanismo de Transmisión, tipo de Prueba y estado Clínico, Bucaramanga S.E 08 2025.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga, 2025p.

En el contexto social y demográfico

En el análisis Sociodemográfico del evento podemos identificar, que el rango de edad en donde más se presentan casos es de 20-29 años, siendo lo hombres los más afectados por esta enfermedad; el área de ocurrencia que mayor casos reporto es la cabecera municipal, junto con el régimen de salud Contributivo. No se presenta ninguna mortalidad por VIH/SIDA en Bucaramanga a SE 8 de 2025p. Ver tabla 4.

Tabla 4. Distribución demográfica - social de los casos de VIH, Bucaramanga, SE 08 2025p.

Variable	Categoria	2025	
		Casos	Proporción
Edad	0-9	1	1,89
	10-19	3	5,66
	20-29	25	47,17
	30-39	14	26,42
	40-49	3	5,66
	50-59	3	5,66
	60-70	3	5,66
	>70	1	1,89
Sexo	Femenino	10	18,87
	Masculino	43	81,13
Area de Ocurrencia	Cabecera municipal	51	96,23
	Centro poblado	0	0,00
	Rural disperso	2	3,77
Tipo de Seguridad Social	Subsidiado	16	30,19
	Contributivo	22	41,51
	Especial	0	0,00
	Excepción	4	7,55
	Sin Aseguramiento	11	20,75
Total casos		53	

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga, 2025p.

En la revisión retrospectiva del contexto sociodemográfico del evento VIH, se observa un comportamiento similar en los últimos 5 años, en donde la población más afectada es de 20 a 29 años, sexo masculino, concentración de casos en cabecera municipal, y con régimen de afiliación al sistema de salud contributivo. Ver tabla 5.

La población sin aseguramiento ha tenido un decremento **del 27%** en relación al año 2023

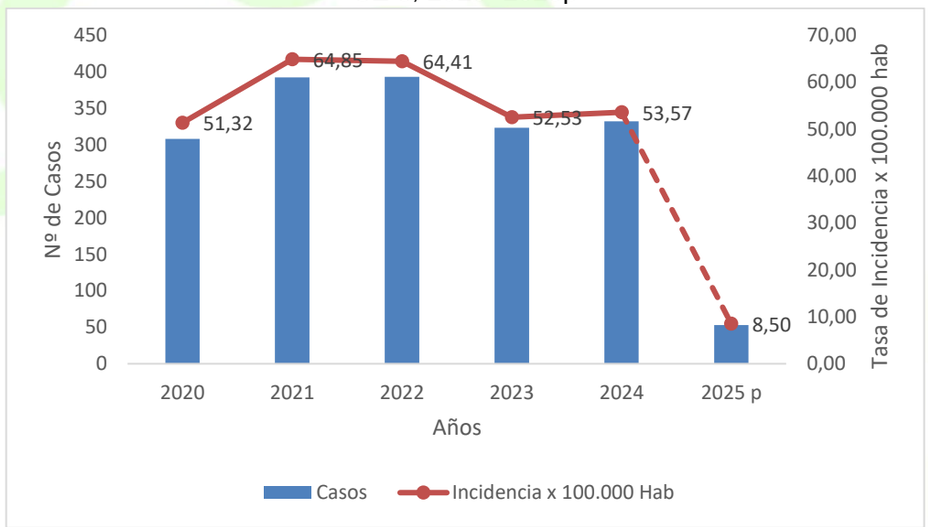
Tabla 5. Distribución demográfica - social de los casos de VIH, Bucaramanga SE 8 2020 – 2024p.

Variable	Categoria	2020		2021		2022		2023		2024	
		Casos	Proporción	Casos	Proporción	Casos	Proporción	Casos	Proporción	Casos	Proporción
Edad	0-9	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	1	0,3
	10-19	19	6,17	16	4,08	26	6,62	16	5,0	19	5,7
	20-29	144	46,75	178	45,41	160	40,71	130	40,2	134	40,4
	30-39	76	24,68	108	27,55	100	25,45	95	29,4	89	26,8
	40-49	36	11,69	47	11,99	56	14,25	44	13,6	46	13,9
	50-59	26	8,44	33	8,42	35	8,91	24	7,4	28	8,4
	60-70	7	2,27	9	2,30	15	3,82	13	4,0	14	4,2
	>70	0	0,00	1	0,26	1	0,25	1	0,3	1	0,3
Sexo	Femenino	36	11,69	53	13,52	46	11,70	50	15,5	71	21,4
	Masculino	272	88,31	339	86,48	347	88,30	310	96,0	261	78,6
Area de Ocurrencia	Cabecera municipal	303	98,38	387	98,72	389	98,98	10	3,1	322	97,0
	Centro poblado	3	0,97	3	0,77	0	0,00	3	0,9	9	2,7
	Rural disperso	2	0,65	2	0,51	4	1,02	42	13,0	1	0,3
Tipo de Seguridad Social	Subsidiado	95	30,84	94	23,98	99	25,19	94	29,1	117	35,2
	Contributivo	160	51,95	203	51,79	221	56,23	152	47,1	165	49,7
	Especial	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0
	Excepción	2	0,65	29	7,40	20	5,09	13	4,0	3	0,9
	Sin Aseguramiento	50	16,23	66	16,84	53	13,49	64	19,8	47	14,2
Total casos		308		392		393		323		332	

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2020 – 2024p.

La tasa de incidencia del municipio de Bucaramanga desde el año 2022, muestra una tendencia al decremento, registrando para el año 2024, **53,57** casos por 100.000 habitantes. Ver gráfico 7.

Gráfico 7. Comportamiento VIH y Tasa de Incidencia x 100.000 Hab, Bucaramanga, SE 8, 2020- 2025p



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2020 – 2025p.

Conclusiones

Sífilis Gestacional

- En Bucaramanga, durante la **semana epidemiológica 8 de 2025**, se notificaron **21 casos de sífilis gestacional**, manteniendo la misma cifra que en el mismo período del año 2024.
- El **100% de los casos** cuentan con pruebas treponémicas y no treponémicas, lo que indica un diagnóstico adecuado.
- La mayoría de los casos se concentran en el **primer trimestre de gestación** (semanas 1 a 13), lo que sugiere la necesidad de fortalecer la detección temprana durante el control prenatal.
- El grupo de edad más afectado es el de **19 a 23 años**, con una mayor proporción de casos en la **cabecera municipal** y en el **régimen subsidiado**.
- La **razón de prevalencia** ha mostrado una tendencia al incremento desde el año 2022, lo que indica un posible aumento en la incidencia del evento.

Sífilis Congénita

- En la **semana epidemiológica 8 de 2025**, se notificó **1 caso de sífilis congénita**, lo que representa una disminución del **86%** en comparación con el mismo período de 2024 (7 casos).
- El caso notificado **no tiene registro en la base de sífilis gestacional**, lo que afecta el indicador de **proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional**, que se encuentra en **0%**.
- Desde 2020, se ha observado un **decremento en la notificación de casos** y una disminución en la **razón de prevalencia**, lo que podría reflejar mejoras en la prevención y el tratamiento de la sífilis gestacional, en el municipio de Bucaramanga.

Hepatitis B, C y Delta

- Durante la semana epidemiológica 8 de 2025, se notificaron **14 casos** de hepatitis B, C y Delta, manteniendo la misma cifra que en el año 2024.
- El **64%** de los casos corresponden a mujeres, y el **86%** se concentra en la cabecera municipal, con predominio en el régimen contributivo.
- El modo de transmisión más probable es el sexual **(72%),** seguido de otros factores como la convivencia con personas con HBsAg positivo **(14%)** y antecedentes de transfusión de hemoderivados **(7%).**
- La tasa de incidencia de hepatitis B en Bucaramanga es de **1,28** casos por 100.000 habitantes, con un incremento del **98%** en comparación con 2023.

VIH

- En la **semana epidemiológica 8 de 2025**, se notificaron **53 casos de VIH**, mostrando un comportamiento similar al de 2024 (54 casos).
- El **mecanismo de transmisión más frecuente** es el **homosexual** (57%), seguido del **heterosexual** (38%).
- La **prueba de carga viral** es la más utilizada para confirmar el diagnóstico (66%), y el **98% de los casos** se encuentran en estado de **VIH** (no Sida).
- El grupo de edad más afectado es el de **20 a 29 años**, con predominio en **hombres** y en el **régimen contributivo**.
- La **tasa de incidencia** de VIH en Bucaramanga ha mostrado una tendencia al decremento desde 2022, con **53,57 casos por 100.000 habitantes** en 202

Bibliografía

1. Naciones Unidas. (2015). Objetivo 3: Salud y Bienestar. En Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivo-3-salud-y-bienestar/

2. IInstituto Nacional de Salud. (2024). *Protocolo de vigilancia en salud pública: Sífilis gestacional y Sífilis congénita*. Recuperado de https://doi.org/10.33610/CWUE8188

Alerta Epidemiológica Riesgo de brotes de dengue por la mayor circulación de DENV-3 en la Región de las Américas (10 de febrero del 2025).

La aparición y magnitud de los brotes de dengue suelen estar asociados con la introducción o el aumento en la circulación de un serotipo distinto al que predominaba previamente en una región afectada. Dado el riesgo de un incremento en la circulación del DENV-3 en el hemisferio sur de las Américas, durante la temporada de mayor actividad del dengue, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a prepararse para un posible aumento de casos y garantizar el diagnóstico temprano y la atención oportuna de los casos de dengue y otros arbovirus, con el fin de prevenir casos graves y defunciones asociadas a estas enfermedades.

En 2024, Colombia documentó la expansión del área de circulación del DENV-3, donde los serotipos DENV-1 y DENV-2 eran los más prevalentes. En la región del Casanare, se reportaron los primeros aislamientos de DENV-3, asociados a casos de dengue grave y fallecimientos en niños.

Orientaciones para las autoridades nacionales:

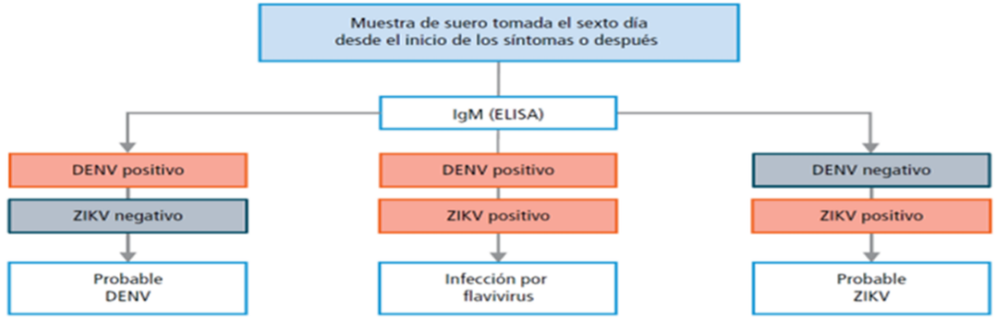
1. Vigilancia epidemiológica
2. Manejo de caso
3. Diagnostico por laboratorio

Algoritmo para pruebas virológicas en casos sospechosos de dengue, chikunguña y Zika



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. Washington, D.C., OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56321.

Algoritmo para pruebas serológicas en casos sospechosos de dengue y Zika



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56321.

4. Vigilancia genómica y caracterización del DENV-3.
5. Medidas de prevención y control del Aedes
6. Medidas de prevención personal
7. Comunicación y participación de la comunidad
8. Vacunación
9. Vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) y de los Eventos Adversos de Interés Especial (EVADIE).

Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas (11 de febrero del 2025)

La OPS/OMS reitera a los Estados Miembros las recomendaciones sobre diagnóstico y manejo clínico, diagnóstico por laboratorio, prevención y control vectorial de la enfermedad por el virus de Oropouche; así como las recomendaciones específicas relacionadas a casos de infección vertical, malformación congénita o muerte fetal asociadas a infección por OROV.

El brote actual resalta la necesidad de fortalecer las medidas de vigilancia epidemiológica y entomológica, así como de reforzar las medidas preventivas dirigidas a la población.

Con el fin de contribuir en la generación de conocimiento sobre esta enfermedad se solicita a los Estados Miembros a que notifiquen todo evento inusual relacionado a la misma, incluido las defunciones asociadas a la infección por OROV, así como los casos de posible trasmisión vertical y sus consecuencias.

En Colombia, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se han notificado 74 casos confirmados de Oropouche en tres departamentos del país: Amazonas (n= 70), Caquetá (n= 1), y Meta (n= 1), a lo que se suma la identificación de dos casos procedentes de Tabatinga, Brasil.

Los casos fueron identificados mediante una estrategia de búsqueda retrospectiva de casos por laboratorio implementada por el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) a partir de la vigilancia de dengue (n= 38) y por investigación de síndromes febriles (n= 36).

En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 51,4% (n= 38) corresponden a casos de sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 10 a 19 años con el 36,5% (n= 27) de los casos. No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por OROV.

En 2024, se registraron seis casos de coinfección con dengue: en el departamento de Amazonas, cuatro en el municipio de Leticia (dos con DENV-1 y dos con DENV-2) y uno en el municipio de Puerto Nariño (DENV-3) y en el departamento de Meta, uno en el municipio de Guamal (DENV-4).

Respecto a la vigilancia de casos de trasmisión vertical y sus consecuencias hasta el 3 de octubre del 2024 se identificaron dos casos de Oropouche en gestantes, ambas procedentes de la municipalidad de Leticia, de 18 años (inicio de síntomas a las 29 semanas de gestación) y 22 años (inicio de síntomas a las 34 semanas de gestación). Ambas evolucionaron favorablemente y sus hijos nacieron sin complicaciones. Hasta la fecha, ninguno de los lactantes evidencia anomalías congénitas, síndromes neurológicos ni alteraciones del neurodesarrollo. En cuanto a la tendencia de los casos de Oropouche por SE de inicio de síntomas, los casos mostraron un incremento a partir de la SE 4 del 2024, alcanzando el mayor número en la SE 9 con 18 casos; el 57% de los casos se presentó entre las semanas epidemiológicas 6 y 9.

El último caso detectado corresponde a la SE 22. Posterior a este y en ejercicio de búsqueda por laboratorio, no se han confirmado nuevos casos tanto por la estrategia de vigilancia retrospectiva del Laboratorio Nacional de Referencia, como a través del reporte de labores de investigación.

Orientaciones a los Estados Miembros

1. Vigilancia Epidemiológica: Definiciones de caso para Oropouche (Caso sospechoso en embarazada, Caso probable, Caso confirmado.
2. Detección y manejo clínico
3. Diagnóstico y vigilancia por laboratorio
4. Vigilancia entomológica, prevención y control vectorial

Evaluación de Riesgos para la Salud Pública relacionados con la Fiebre Amarilla: implicaciones para la Región de las Américas (14 de febrero del 2025)

Esta evaluación rápida de riesgos (RRA por sus siglas en inglés) tiene como objetivo evaluar el riesgo actual para la salud pública asociado al aumento de casos de fiebre amarilla en el último trimestre del 2024 y principios del 2025 en los países endémicos de la Región de las Américas.

El riesgo general de este evento en la Región de las Américas, especialmente en los países endémicos, se clasifica como "Alto" con un nivel de confianza "Alto" basado en la información disponible.

En Colombia, entre la SE 1 de 2024 y la SE 4 de 2025, se notificaron 31 casos confirmados de fiebre amarilla, incluidos 15 casos mortales. En 2024 se identificaron 23 casos de fiebre amarilla, incluidos 13 casos mortales. Siete casos fueron reportados como fiebre amarilla probable, y diez se detectaron por diagnóstico diferencial de laboratorio de casos con resultados negativos para dengue o sospecha de leptospirosis y confirmados mediante RTPCR y/o inmunohistoquímica (en casos fallecidos).

Se notificaron casos en seis departamentos: Caquetá (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal), Huila (n= 1 caso fatal), Nariño (n= 3 casos, incluyendo un caso fatal), Putumayo (n= 4 casos fatales), Tolima (n= 12 casos, incluyendo seis casos fatales) y Vaupés (n= 1 caso fatal).

Los casos corresponden a personas entre 11 y 89 años que iniciaron síntomas entre el 3 de enero y el 21 de diciembre de 2024. Todos los casos tenían antecedentes de exposición en zonas de riesgo de fiebre amarilla, como zonas silvestres y boscosas, en el contexto de actividades laborales que incluían la agricultura (n= 15 casos), una estudiante de un pueblo (n= 1 caso) y la extracción de piedra (n= 1 caso). De este total, 15 casos no tenían antecedentes documentados de vacunación contra la fiebre amarilla.

Durante el inicio del año 2025, entre la SE 1 y la SE 4, se notificaron ocho casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo dos casos fatales. Estos casos corresponden a personas residentes en el departamento del Tolima en los municipios de Cunday (n= 5 casos, incluyendo un caso fatal), Prado (n= 2 casos) y Purificación (n= un caso fatal). Los casos corresponden a personas de entre 28 y 66 años que iniciaron síntomas entre el 6 y el 21 de enero de 2025. Todos los casos tenían antecedentes de exposición en áreas de riesgo para la fiebre amarilla en el contexto de actividades laborales que incluían la agricultura, y no había antecedentes documentados de vacunación contra la fiebre amarilla.

El brote registrado en el departamento del Tolima a finales de 2024 e inicios de 2025 ocurrió en la zona rural adyacente a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea en cuatro municipios identificados como de alto riesgo (3): Cunday (n= 9 casos), Prado (n= 4 casos), Purificación (n= 3 casos) y Villarrica (n= 5 casos). Del total de casos confirmados, el 80% eran hombres (n= 16 casos) y el 95% tenían entre 25 y 89 años, con un caso en una niña de 11 años.

La fecha de inicio de los síntomas para todos los casos oscila entre el 8 de septiembre de 2024 y el 22 de enero de 2025. En este brote se notificaron ocho casos mortales de fiebre amarilla.

Bibliografía

1. OPS – OMS. Alertas y actualizaciones epidemiológicas https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-incremento-actividad-virus-influenza-estacional-otros-virus

Claudia Mercedes Amaya Ayala
Secretaria de Salud y de Ambiente de Bucaramanga

Liliana Serrano Henao
Subsecretaria de Salud y de Ambiente de Bucaramanga

Jersson Luis Granados Cuao
Asesor en Salud

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico y profesional Grupo de Vigilancia Epidemiologia
Secretaria de Salud y de Ambiente de Bucaramanga

Paola Alexandra Suárez Suárez
Duby Quiñonez Carreño
Nathalie Rodríguez Moreno
Nayibe Andrea Garavito Romero
Christian Alejandro Ortiz Caballero
Yamileyny Gutiérrez Lozada

Elaborado por:
Fabiola Andrea Mayorga Pineda
María Alejandra Beltrán López

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