

PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Fiebre amarilla

Código 310



Créditos

DIANA MARCELA PAVA GARZÓN
Director General

LINA YESSSENIA LOZANO LESMES
Director (e) de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Actualización y elaboración Versión 6

NIEVES JOHANA AGUDELO CHIVATA
Grupo Enfermedades Endoepidémicas

Revisión

SANDRA MILENA APARICIO FUENTES
Coordinadora grupo enfermedades transmisibles endoepidémicas
y relacionadas con salud sexual

CLAUDIA YANETH RINCON ACEVEDO
Subdirectora Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

Aprobación

CLAUDIA YANETH RINCON ACEVEDO
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en salud pública

© Instituto Nacional de Salud
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud.
Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de
Fiebre Amarilla. versión 06. [Internet] 2025.
<https://doi.org/10.33610/579808wqtqpi>

Colaboradores

SUSANNE CAROLINA ARDILA ROLDAN

RUTH MARIELA CASTILLO MORALES

SERGIO YEBRAIL GOMEZ RANGEL

LISSETHE CAROLINA PARDO HERRERA

EDGAR ALBERTO PARRA SAAD

Dirección de Redes en Salud Pública

Tabla de Contenido

1.	Introducción	6
1.1	Situación epidemiológica	6
1.1.1.	Situación epidemiológica mundial	6
1.1.2	Situación epidemiológica en las Américas	6
1.1.3	Situación epidemiológica en Colombia	7
1.2	Estado del arte	7
1.3	Justificación de la vigilancia	10
1.4	Usos y usuarios de la vigilancia	10
2.	Objetivos específicos	11
3.	Definiciones operativas del evento	11
4.	Estrategias de Vigilancia y responsabilidades por niveles	12
4.1.	Estrategias de vigilancia	12
4.1.1.	Vigilancia pasiva	12
4.1.2.	Vigilancia activa	13
4.1.3.	Vigilancia basada en comunidad	13
4.2.	Responsabilidades por niveles	14
4.2.1	Ministerio de Salud y Protección Social	14
4.2.2	Instituto Nacional de Salud	14
4.2.3	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	14
4.2.4	Secretarías departamentales y distritales de Salud	15
4.2.5	Secretarías municipales y locales de Salud	15
4.2.6	Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)	16
5.	Recolección, procesamiento de datos y flujos de información	16
5.1.	Periodicidad del reporte	16
5.1.1	Periodicidad de la notificación	16
5.1.2	Periodicidad en ajustes y reportes	17
5.2	Flujo de la información	19

5.3.	Fuentes de información	19
5.3.1.	Fuente primaria	20
5.3.2.	Fuente secundaria	20
6.	Análisis de información	20
6.1	Procesamiento de datos	20
6.2.	Análisis rutinarios y comportamientos inusuales	20
6.2.1	Estratificación del riesgo	21
7.	Orientación para la acción	21
7.1.	Acciones individuales	21
7.2.	Acciones de laboratorio	22
7.2.1	Estudio por laboratorio de virología	23
7.2.2	Estudio por laboratorio de patología	23
7.3.	Acciones colectivas	24
7.3.1	Búsqueda Activa Comunitaria (BAC)	24
7.3.2.	Búsqueda Activa Institucional (BAI)	25
7.3.3.	Búsqueda Activa por RUAF-ND	25
7.3.4.	Vigilancia por laboratorio	26
7.3.5	Vigilancia entomológica	26
8.	Comunicación del riesgo y difusión de los resultados de la vigilancia	26
8.1	Información, educación y comunicación	26
9.	Indicadores	28
10.	Referencias Bibliográficas	32
11.	Control de cambios	39
12.	Anexos	39

1. Introducción

La fiebre amarilla es una enfermedad viral, con dos escenarios de transmisión: un ciclo urbano o rural de circulación domiciliada, con la especie *Aedes aegypti* como principal vector y con una transmisión hombre-mosquito-hombre; y un ciclo selvático, donde el hombre es un hospedero accidental en el curso de epizootias y cuyos principales vectores son mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes* (1,2). Esta enfermedad genera anualmente numerosos brotes en África y algunos países de Sur América, como Brasil. En 2023, la OMS estimó +que la incidencia anual en África es de 200 000 casos nuevos (90% de la carga mundial) y 30 000 muertes (1,3). La principal estrategia de prevención y control es la vacunación, la cual tiene una efectividad mayor del 95 % (4).

La fiebre amarilla tiene variedad clínica, desde formas asintomáticas o leves, hasta otras caracterizadas por un compromiso hepato-renal con ictericia, hemorragia, albuminuria y a veces oliguria o anuria; con una letalidad que oscila entre 5-10 % y en los casos graves entre el 40-60 % (2,5,6,7).

1.1 Situación epidemiológica

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

En África, especialmente subsahariana, son frecuentes los brotes por transmisión urbana, 27 países están en alto riesgo y cerca de 450 a 650 millones de vacunas serían necesarias para disminuir el riesgo de infección a 2026. Entre 2023 y 2024 13 países africanos notificaron casos: Burkina Faso, Camerún, República democrática del Congo, Nigeria, Uganda, entre otros (1). En Europa, Asia y Oceanía, a la fecha, no se han reportado casos autóctonos, sólo importados, relacionados con la migración a zonas de riesgo.

1.1.2 Situación epidemiológica en las Américas

En las últimas dos décadas se han presentado picos epidémicos en los países andinos y amazónicos. En 1995, se registró uno de los más grandes brotes en la región occidental del área andina de Perú, con aproximadamente 500 casos (3). En 1998, los afectados fueron Perú, Bolivia y Brasil. En 2003, se observó un incremento de brotes en Brasil, Perú y en la frontera entre Colombia y Venezuela (2-4).

El brote más importante de la última década ocurrió en Brasil, en dos periodos estacionales, uno entre 2016-2017 con 778 casos y 262 defunciones y otro entre 2017-2018 con 1 376 casos y 483 defunciones (3,5). En 2019, la epidemia fue controlada y el número de casos disminuyó en el 2021 (5,7). En el periodo 2019-2023 fueron notificados 160 casos confirmados y 34 muertes (8,9,10). Como hecho importante en Brasil a pesar de la densidad de vectores, no presenta ciclo urbano de fiebre amarilla desde 1942 (8,11,12).

Ante la presencia de casos la OPS ha generado diferentes alertas y actualizaciones. En 2021, Bolivia, Brasil, Perú y Venezuela confirmaron casos. En 2022 y 2023, la OPS emitió dos alertas por casos confirmados en Bolivia, Brasil y Perú. En 2024 realizó actualización por casos confirmados, que corresponden a adultos jóvenes de 18 a 82 años, expuestos a áreas boscosas por actividad laboral, agrícola, extracción de árboles, campamentos de madera o de ocio, sin antecedente vacunación o desconocido y en su mayoría fallecidos (3,9,10,13,14). En el 2025, se presentó un aumento de casos humanos de fiebre amarilla, incluyendo la identificación de casos por fuera de la región amazónica en: Bolivia, Brasil Colombia, Ecuador, Perú y recientemente se han confirmado tres (3) casos de procedencia Venezuela (Estado de Apure y

Estado de Amazonas) en la frontera con Colombia (15).

La OPS en sus alertas epidemiológicas hace el llamado a fortalecer la inmunización, el diagnóstico por laboratorio, la vigilancia epidemiológica de síndromes febriles icterico-hemorrágicos, información a los viajeros, búsqueda retrospectiva de mortalidades, vigilancia de las epizootias y estrategias de prevención (7,8,16,17).

1.1.3 Situación epidemiológica en Colombia

En Colombia, los últimos casos urbanos de fiebre amarilla se presentaron en Socorro (Santander) en 1942, con 150 personas afectadas. Durante el periodo de 2000 a 2015, los departamentos con más casos de fiebre amarilla selvática fueron Norte de Santander, Magdalena, Meta, Caquetá, Guaviare, Putumayo, Vichada, Casanare y Santander. Así mismo, se identificó un corredor enzoótico en los Llanos orientales y en estribaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta (10,11,18).

Entre el 2000 y el 2019 se confirmaron 215 casos de fiebre amarilla y 928 casos notificados fueron investigados (19,20). Durante la pandemia por COVID-19, la vigilancia epidemiológica y la sospecha clínica de la fiebre amarilla se mantuvo, especialmente en los departamentos de alto riesgo, donde se estudiaron 45 casos, todos descartados. Entre 2021 y 2023 se confirmaron dos casos por transmisión selvática de procedencia Leticia-Amazonas y 88 casos probables fueron investigados y descartados. Entre 2023 a 2025p se han confirmado 150 casos de fiebre amarilla, en su mayoría sin antecedente vacunal o desconocido incluido mayores de 60 años, con desplazamientos a áreas rurales, identificados como nuevos focos de transmisión en zonas boscosas, con exposición por actividades relacionadas con la agricultura de recolección de

café, y cacao, entre otros (21), procedentes de: Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Amazonas, Caldas, Cauca, Guaviare, Huila, y Vaupés; es anotar que uno de los casos fue identificado en Ecuador (22,23).

1.2 Estado del arte

La fiebre amarilla es una enfermedad viral, infecciosa y de inicio súbito, su gravedad varía de una infección subclínica o de sintomatología leve, detectable únicamente con pruebas de laboratorio por la inespecificidad de los síntomas, hasta una enfermedad grave icterico-hemorrágica, que compromete diferentes órganos y lleva a la muerte en periodos cortos (Tabla 1)(24,25). Es un desafío para su manejo, por el comportamiento clínico del virus, pues no todos los pacientes que se infectan desarrollan síntomas graves a ser identificados por los médicos (25,26). El periodo de incubación oscila entre tres y seis días, pero hay evidencia de un máximo de 15 días. La enfermedad presenta tres fases clínicas, que algunas veces son indiferenciadas, lo que hace que los brotes progresen y no se den las medidas oportunas y suficientes en salud pública (5,27).

La fase inicial es la infección, con duración promedio de tres días, con síntomas inespecíficos como fiebre alta, escalofríos, vómito, cefalea, inapetencia y malestar general; luego de dos a tres días inicia la fase de remisión, con una duración de 12 a 24 horas y el paciente refiere mejoría transitoria, lo que confunde a los médicos, quienes pierden el interés por su diagnóstico(27,28,29).

La fase de intoxicación es la final, en el 15 % de los infectados, los síntomas son específicos y graves, con recrudescencia de la fiebre, aumento de la cefalea y la mialgia, aparece un signo típico de la enfermedad que es la ictericia, puede haber sangrado, disfunción renal con oliguria, frecuentemente se observa signo de

Faget, que es una disociación entre el pulso y la temperatura. Las complicaciones como disfunción cardiovascular y deterioro neurológico con convulsiones pueden desencadenar una falla multiorgánica que causa de muerte (28,29,30,31).

En escenarios de exposición esporádica con un nivel alto de vacunación en la población, puede suceder que no se presenten si no casos graves. Por ejemplo, si 5 personas ingresan a un área de riesgo, pero de ellas, 4 están vacunadas, puede suceder que solo un caso puede ser letal por no contar con inmunización.

Desde 1934, con la viscerotomía en muertes probables y la prevención con la masificación de la vacuna en áreas rurales de mayor riesgo, el INS ha fortalecido el control del evento.

La vacuna contra la fiebre amarilla se incluyó en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en 1998 para los niños mayores de 1 año residentes en zonas de riesgo. En 2003 se determinó que debía ser obligatoria para los menores en zonas urbanas. Desde el 2017, el esquema de vacunación cambió a una dosis a los 18 meses de edad, y actualmente siguiendo los lineamientos del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud y Protección Social (17,31,32,33,34,35). No obstante y dado el brote, la alta letalidad y la circulación en humanos y primates no humanos, el Ministerio de Salud y Protección Social, adopta la medida de refuerzo con la circular externa 001 del 2026, para cerrar brechas de inmunidad y evitar más casos graves y muertes, en concordancia con estándares

internacionales con la resolución. La medida busca fortalecer la protección de las comunidades ubicadas en zonas donde el virus circula activamente, por lo que se indica el refuerzo a personas que vivan en o se desplacen a estos municipios.

Como estrategia de prevención, el Ministerio de Salud y Protección Social lidera la implementación del Plan Nacional de Prevención y Control de la Fiebre Amarilla, que identifica las zonas de más alto riesgo en Colombia, y así prioriza las actividades de inmunización y entrenamiento en vigilancia epidemiológica (35). Según la Resolución No 691 de 2025, establece la estratificación de riesgo de transmisión para fiebre amarilla identifica 152 municipios de Muy Alto riesgo, 251 municipios en alto riesgo y 719 municipios de bajo riesgo (36) en el país.

Tabla 1. Generalidades de la fiebre amarilla

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	El virus de la fiebre amarilla es un virus RNA genómico, arbovirus del género <i>Flavivirus</i> de la familia <i>Flaviviridae</i> .
Modos de transmisión	Ciclo selvático: el virus circula entre primates no humanos (monos) y los vectores transmisores selváticos de las especies <i>Sabethes chloropterus</i>, <i>Haemagogus equinus</i> y <i>Haemagogus janthinomys</i> se infectan al alimentarse de monos enfermos en fase de viremia. Posteriormente, cuando otro huésped como el hombre ingresa en zonas selváticas sin inmunidad o protección, los vectores selváticos lo pican y lo infectan con el virus. El humano es un huésped accidental del ciclo selvático (37,38,39). Ciclo urbano: el virus se introduce en la comunidad a través de un humano enfermo en fase de viremia y que ha sido infectado por el virus en el ciclo selvático. Cuando el vector urbano (<i>Aedes aegypti</i>) se alimenta de él, este se contamina y transmite el virus a otras personas sin que ingresen a zonas selváticas de riesgo (28,39).
Periodo de incubación	Varía de 3 a 6 días después de la picadura del mosquito infectante, sin embargo, hay reportes que en las infecciones producidas en el laboratorio pueden extenderse hasta 15 días (29,40).
Periodo de transmisibilidad	La sangre de los enfermos es infectante durante la fase de viremia que se prolonga desde el día anterior al inicio de los síntomas, hasta el tercer o quinto día de la enfermedad (fase de infección). La enfermedad es altamente transmisible en condiciones donde coexisten numerosas personas susceptibles (sin inmunidad) y abundan vectores potenciales para la transmisión del virus (29,40).
Periodo extrínseco de incubación	Es el tiempo transcurrido entre la infección del mosquito vector y el momento a partir del cual se vuelve infectante. Este período es de 9 a 12 días. Una vez infectado, el mosquito permanece así toda su vida.
Susceptibilidad	La enfermedad confiere inmunidad activa natural permanente, no se conocen recidivas. La vacuna confiere inmunidad activa artificial por un período mínimo de 10 años. La inmunidad pasiva transitoria de los niños nacidos de madres inmunes puede perdurar 6 meses. La susceptibilidad sin vacunación es universal. Aunque desde 2013 la OMS considera que una sola dosis confiere protección de por vida, existen excepciones que permiten refuerzo, entre ellas: Situación de brote o emergencia sanitaria, áreas de alta circulación viral, personas con condiciones especiales, niños vacunados muy jóvenes (32,33,34,35,36,42).
Centinelas	Los primates no humanos presentes en ecosistemas selváticos pueden desarrollar enfermedad severa o morir tras la infección por el virus, por lo cual no desempeñan el papel de reservorios naturales en el mantenimiento de su ciclo en la fauna silvestre. Su alta susceptibilidad y la rápida manifestación clínica los convierten en especies centinela, cuya afectación constituye una señal de alerta temprana para la detección y vigilancia de la circulación viral en el entorno*. Los monos aulladores (<i>Alouatta seniculus</i>), son los más susceptibles, también el mono araña (<i>Saymori sp</i>), que vive en grupos que se desplazan frecuentemente, movilizándolo a lugares distantes. El mono ardilla (<i>Aotus Spp</i>), (<i>Ateles fusciceps</i>), (<i>Lagothrix lagotricha</i>), y (<i>Cebus albifrons</i>), algunos roedores y marsupiales (zarigüeyas, <i>Didelphis sp.</i>) también pueden desarrollar viremia y ser de importancia epidemiológica (43).

Aspecto	Descripción
Vector	En Colombia, las especies reportadas en la transmisión selvática son <i>Sabethes chloropterus</i> , <i>Haemagogus equinus</i> y <i>Haemagogus janthinomys</i> . Estos mosquitos habitan en el dosel de los árboles, donde perpetúan el ciclo entre los primates que frecuentan este tipo de hábitats. La principal especie vectora de fiebre amarilla urbana es <i>Aedes aegypti</i> . El mosquito es infectante toda su vida, con un promedio de vida de entre 6 a 8 semanas. El virus se transmite transováricamente a su descendencia, hecho que lo convierte en reservorio.

* Reunión técnica primatólogos-INS enero 2026

1.3 Justificación de la vigilancia

El número de casos notificados según la OMS a nivel mundial, entre 1980 y 2016, estuvo alrededor de los 65 000 casos; sin embargo, se calcula que cada año se producen 200 000 casos nuevos, de los cuales, 30 000 son mortales. La incidencia real, tanto en África como en Sudamérica, se considera 10 a 50 veces mayor, porque existen dificultades en el acceso oportuno a la atención, diagnóstico y notificación de los casos (6).

En Colombia, las condiciones eco epidemiológicas son propicias para la sobrevivencia del vector y la presencia de los dos tipos de ciclos, selvático y urbano, además de una población susceptible que no accede a la vacunación (11,17,44). Otros factores de riesgo están relacionados con: municipios clasificados Muy alto riesgo y alto riesgo, condiciones migratorias, los fenómenos climáticos El Niño, La Niña y la variabilidad climática que influyen en los ciclos del evento (45,46).

En la actualidad se previene la fiebre amarilla mediante la Estrategia global integral para eliminar las epidemias de fiebre amarilla (EYE, por sus siglas en inglés) que busca fortalecer la respuesta a los brotes de fiebre que incluye la vigilancia, la gestión de casos, el diagnóstico, la vacunación, el control de vectores y la participación de la comunidad (47).

El Plan Nacional para la Prevención y el Control de la Fiebre Amarilla en Colombia, tiene como uno de sus objetivos, intensificar la vigilancia epidemiológica con el fin de obtener información que permita la detección oportuna de la circulación viral, para orientar las acciones de promoción, prevención y control. Así mismo, insta a que la vigilancia epidemiológica, por laboratorio y entomológica estén integradas y sistemáticas, con capacidad de detectar oportunamente casos probables de fiebre amarilla y evitar la expansión regional de casos (46,47).

En el país, la detección precoz de la circulación del virus es vital para los procesos de priorización de vacunación. La frecuencia de casos y su distribución geográfica juegan un rol en la clasificación del riesgo en zonas endémicas.

La vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla en humanos es previa al desarrollo de la vigilancia de epizootias (Anexo 9) y entomovirología (Anexo 10), lo que permitirán una vigilancia epidemiológica predictiva que permita la priorización inmediata de la inmunización.

1.4 Usos y usuarios de la vigilancia

Es necesario suministrar oportunamente información del comportamiento de la

enfermedad en el territorio nacional al Ministerio, dirigida los programas de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Ampliado de Inmunizaciones (PAI), al igual que la articulación intersectorial en el marco del Consejo Territorial de Zoonosis, para coordinar y organizar las actividades ante epizootias con las Corporaciones Autónomas Regionales - CAR de su jurisdicción y el cuerpo especializado de la Policía Nacional encargado de apoyar a las autoridades ambientales, a las instituciones territoriales y a la comunidad (48).

El protocolo será de uso oficial y público, desde el nivel nacional: Ministerio de Salud y Protección Social, Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, unidades primarias generadoras de datos, Entidades Administradoras de Planes de

Beneficios (EAPB), así como el personal de salud, estudiantes y población en general.

2. Objetivos específicos

1. Identificar tempranamente los casos probables de fiebre amarilla, para evitar expansión de brotes o la urbanización de la enfermedad.
2. Investigar la ocurrencia de casos en focos antiguos y nuevos para fiebre amarilla cuando se reporte un caso probable.
3. Realizar la clasificación final de los casos probables, de acuerdo con las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio (viroológicas e histopatológicas).

3. Definiciones operativas del evento

Las siguientes son las definiciones operativas para la clasificación de casos en el sistema de vigilancia en salud pública.

Tabla 2. Definiciones operativas de caso para fiebre amarilla

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso probable	Se establecen tres definiciones de caso probable en función de la circulación viral: <u>En zona con circulación viral activa **</u> Paciente con cuadro febril agudo de inicio súbito (máximo de 7 días), residente o procedente de un área con evidencia de transmisión viral, relacionado ó no con su ocupación, independiente del antecedente vacunal para fiebre amarilla. **Casos humanos confirmados, epizootias en primates no humanos (PNH) confirmados ó aislamiento viral en mosquitos por entomo-virología, con antecedentes de casos confirmados históricos en los últimos seis (6) meses en lugares con casos confirmados (40, 41,43), previos a la notificación del caso. <u>En zona sin antecedente de circulación viral activa y con antecedente histórico de casos ó riesgo para enzootia:</u> Paciente con cuadro febril agudo (máximo de 7 días) de inicio súbito, acompañado de manifestaciones gastrointestinales (vómito, diarrea, náuseas y dolor abdominal), ictericia,

Tipo de caso	Características de la clasificación
	con transaminasas elevadas (mayor a cinco veces su valor normal), y/o signos hemorrágicos, independiente del estado vacunal. <u>En zona sin antecedente de circulación viral activa ó sin riesgo:</u> Paciente con cuadro febril agudo (máximo de 7 días) de inicio súbito, acompañado de ictericia, signos hemorrágicos, independiente del estado vacunal del paciente.
Caso confirmado	Todo caso probable con al menos uno de los siguientes criterios por laboratorio: Todo caso probable con al menos uno de los siguientes criterios por laboratorio: • RT-PCR positiva durante el estudio del caso. Nota: Se priorizan las muestras en los primeros diez días de inicio de síntomas (FIS) con cuadro febril - fase viremia *Se evaluará situaciones particulares y eventualidades.
Caso confirmado de Mortalidad por fiebre amarilla	En los casos de mortalidades, se confirman por los hallazgos histopatológicos con: necrosis medio zonal o necrosis masiva y estudio de inmunohistoquímica para antígeno amarílico (17D) que revela la presencia de antígenos virales en célula hepática. Ante un resultado positivo mediante una técnica de laboratorio, se debe relacionar con los hallazgos clínicos y epidemiológicos (40,41).
Caso con vacunación reciente detectada por laboratorio	Caso con detección de cepa vacunal de fiebre amarilla por RT-PCR, en personas con antecedente vacunal reciente. Este caso debe ser notificado a VigiFlow (Anexo 4), siguiendo los lineamientos establecidos por el INVIMA para su análisis y clasificación para EAPV.
Caso de mortalidades confirmado por nexo epidemiológico	Caso probable que fallece en los primeros 10 días de inicio de síntomas sin toma de muestras o sin confirmación por laboratorio, durante el inicio o en el curso de un brote en que otros casos han sido confirmados por laboratorio y procedentes de la misma área. A todo caso de mortalidad, sin muestras para su confirmación se debe realizar unidad de análisis de casos especiales para su clasificación final (49). Para la clasificación de los casos confirmados por nexo epidemiológico, se requiere contar con los criterios clínicos, laboratorios adicionales evidenciables por los médicos tratantes para su confirmación a través del análisis conjunto con el grupo funcional nacional y la entidad territorial.
Caso descartado	Caso probable en el que los criterios por laboratorio (viroológicos, serológicos o histopatológicos), epidemiológicos y/o clínicos son negativos.

Las definiciones de caso fueron establecidas en la mesa técnica nacional de expertos del grupo funcional de fiebre amarilla (MSPS-INS)

4. Estrategias de Vigilancia y responsabilidades por niveles

4.1. Estrategias de vigilancia

4.1.1. Vigilancia pasiva

En la vigila se notifican al sistema de vigilancia los casos probables y confirmados, incluyendo las muertes, en la ficha 310 (Anexo 1).

Se debe realizar análisis inicial de las características clínicas de cada caso, ya que se pueden presentar casos subclínicos. Se debe pensar que hay situaciones particulares en los territorios como brotes de otras arbovirosis como dengue, con cuadros clínicos similares que enmascaran situaciones en el manejo clínico de los casos. A esto se debe sumar condiciones de ruralidad, ocupaciones relacionadas con la exposición en áreas de riesgo endémicas de alto o moderado riesgo, antecedente de circulación viral en la zona, que orientan la verificación de la definición del caso.

4.1.2. Vigilancia activa

En situaciones especiales de brote se implementará vigilancia intensificada complementada con búsquedas activas institucional (BAI), así, como la vigilancia basada en comunidad (VBC) y por laboratorio.

Cada caso detectado por estas estrategias debe tener una verificación del cumplimiento de la definición de caso, toma de muestras e iniciar las actividades individuales y colectivas correspondientes.

4.1.3. Vigilancia basada en comunidad

La vigilancia basada en comunidad es la detección sistemática y el reporte de eventos (situaciones) de interés en salud pública en la comunidad, por miembros (agentes) de esta misma. Representa un enfoque participativo que involucra a los miembros de la comunidad en la observación y reporte de casos. Este método busca recolectar datos sobre el comportamiento del evento y comprender mejor la situación de salud en las comunidades.

El INS ha publicado los manuales de “Vigilancia basada en comunidad” (VBC) para facilitar la adopción o la adaptación de los procesos para la identificación del riesgo utilizando esta estrategia (<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-1-sistema-de-alerta-temprana-vigilanciabasadaencomunidad-generalidades.pdf>) (<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-2-sistema-de-alerta-temprana-vigilancia-basada-en-comunidad-fases-de-implementacion.pdf>).

En la estrategia de VBC, la comunidad reporta voluntariamente a los agentes comunitarios (vigías y gestores comunitarios) una situación de interés en salud pública, como por ejemplo, una persona con síntomas compatibles con un síndrome icterico-hemorrágico.

Si la comunidad identifica situaciones en las que involucre el hallazgo de monos, enfermos, muertos o restos de huesos, se recomienda evitar su manipulación (debido a que pueden ser epizootias) (43), y notificar al agente comunitario, para que informe a la autoridad en salud y ambiental de las entidades territoriales, y así activar las rutas de atención.

La comunidad también puede detectar personas que no tienen un antecedente de vacunación con fiebre amarilla e insistir a aquellos que tienen una alta exposición en razón a su trabajo en áreas de riesgo para que accedan a los servicios de vacunación (17,33).

El agente comunitario notificará en el marco del flujo de información establecido en la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (REVCom), que activa la gestión integral para la verificación de las situaciones antes señaladas en el marco de las rutas de atención y respuesta establecidas ante un caso.

El agente comunitario cuando identifique una situación de interés realizará actividades individuales o colectivas de educación sobre el reconocimiento de signos de alarma, la importancia de la activación de la ruta de atención en salud y las medidas de protección personal para la familia.

4.2. Responsabilidades por niveles

Las responsabilidades están reglamentadas en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social No 780 de 2016 en sus artículos: 2.8.8.1.1.6 a 2.8.8.1.13 (50). Se describen a continuación responsabilidades adicionales:

4.2.1 Ministerio de Salud y Protección Social

- Analizar periódicamente la información emitida en los informes rutinarios del INS, para que los tomadores de decisiones establezcan actividades de prevención y control.
- Realizar los planes de control o eliminación de la fiebre amarilla (35,36,51,52).
- Fortalecer la oferta de vacunación en el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) especialmente para migrantes y en zonas clasificadas de Muy alto riesgo y alto riesgo.
- Orientar a las entidades territoriales acerca de las acciones de mejoramiento a partir de los resultados de los tableros de problemas de las unidades de análisis de casos de mortalidad.

4.2.2 Instituto Nacional de Salud

- Realizar apoyo técnico a los actores de la vigilancia en salud pública en la capacidad del talento humano, la implementación del

protocolo de vigilancia y la investigación de casos probables o confirmados.

- Realizar la confirmación por laboratorio en los Laboratorios Nacionales de Referencia de la Red Nacional de Laboratorios.
- Brindar asistencia técnica, asesoría y capacitación a los profesionales de los Laboratorios de Entomología Departamentales y Distritales en situaciones de brote para orientar, si aplica, medias de control de vectorial.
- Apoyar a las entidades territoriales en el uso del aplicativo web para realización de unidades de análisis en línea.
- Revisar y realimentar oportunamente los hallazgos de la unidad análisis de los casos a la entidad territorial
- Divulgar los resultados de tableros de problemas en diferentes espacios nacionales, departamental, municipales y demás.

4.2.3 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- Garantizar la capacidad de la red de atención integral para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos probables de fiebre amarilla.
- Garantizar la toma y envío de muestra de suero de los casos probables de fiebre amarilla al laboratorio territorial de referencia.
- Garantizar la toma de muestras de tejido y suero en los casos de muerte probable por fiebre amarilla para la confirmación del diagnóstico.

- Participar en las unidades de análisis de fiebre amarilla de su población afiliada, cuando sea requerido por la Secretaría de Salud Municipal, Departamental o Distrital.

4.2.4 Secretarías departamentales y distritales de Salud

- Realizar asistencia técnica a los municipios en la implementación del protocolo de vigilancia.
- Proporcionar apoyo técnico a los municipios ante casos probables o confirmados de fiebre amarilla.
- Apoyar y concurrir en las investigaciones epidemiológicas de campo de los casos probables y confirmados.
- Realizar salas de análisis del riesgo (SAR), integrando la información para toma de decisiones sobre la investigación epidemiológica, la clasificación de los casos y planes de acción.
- Garantizar y apoyar técnicamente a las instituciones de salud en la toma, embalaje, envío y seguimiento de las muestras biológicas destinadas para realizar las pruebas de laboratorio pertinentes.
- Emitir los reportes de situación (Sitrep) de los casos confirmados y actualizarlos según periodicidad establecida.
- Apoyar la conformación de la red territorial de vigilancia basada en comunidad.
- Coordinar y ejecutar acciones de vigilancia entomológica en articulación con el programa de ETV a nivel territorial, acorde al perfil epidemiológico y demás información relacionada con el comportamiento de los vectores en su área de influencia.

- Realizar la vigilancia entomológica acorde con protocolos y guías establecidos, articulándose y aportando al sistema de vigilancia en Salud Pública (Anexo 5).
- Monitorear y evaluar intervenciones de prevención y control de vectores del evento, cuando aplique.
- Capacitar y hacer seguimiento al personal técnico que realiza acciones de vigilancia de entomológica a nivel departamental y distrital.
- Realizar control de calidad del material entomológico recolectado por el personal técnico.
- Elaborar informes del evento, con mapas actualizados de la distribución de vectores a nivel territorial.
- Liderar, realizar y divulgar las unidades de análisis y tablero de problemas de fiebre amarilla notificadas al Sivigila según lo establecido con el manual de unidad de análisis.
- Realizar búsqueda activa de muertes desde RUAF-ND.

4.2.5 Secretarías municipales y locales de Salud

- Realizar asistencia técnica a las instituciones de salud.
- Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo de los casos probables y confirmados.
- Participar en las salas de análisis del riesgo, socializando información necesaria para toma de decisiones en investigación epidemiológica y para la clasificación de los casos.
- Emitir los reportes de situación de casos probables y confirmados (Sitrep) y

actualizarlos según periodicidad establecida.

- Implementar la vigilancia basada en comunidad (VBC) para el fortalecimiento monitoreo y vigilancia de epizootias en primates PNH (43).
- Trabajar de manera articulada con las secretarías departamentales y distritales, con el fin de mantener actualizada la información entomológica.
- Participar en las unidades de análisis convocadas desde la entidad territorial del nivel departamental, distrital o municipal.
- Realizar el proceso de modificación o enmienda estadística cuando se requiera.
- Garantizar el adecuado diligenciamiento del certificado de defunción de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Realizar búsqueda activa de muertes desde RUAF-ND.

4.2.6 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)

- Promover la identificación de casos por los profesionales de salud, especialmente en zonas de riesgo.
- Reportar de manera inmediata los casos probables a las secretarías municipales y departamentales de salud.
- Realizar la toma de muestra de manera oportuna y enviarla al laboratorio territorial de salud pública.
- Asegurar la necropsia o viscerotomía

Para la periodicidad del reporte de los casos de fiebre amarilla tener en cuenta:

5.1.1 Periodicidad de la notificación

Ante la notificación de los casos de fiebre amarilla se debe realizar:

de casos probables y confirmados.

- Participar en las unidades de análisis convocadas desde la entidad territorial del nivel departamental, distrital o municipal.
- Realizar el proceso de modificación o enmienda estadística cuando se requiera.
- Garantizar el adecuado diligenciamiento del certificado de defunción de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Realizar búsqueda activa de muertes desde RUAF-ND (49).

5. Recolección, procesamiento de datos y flujos de información

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar inmediatamente los casos probables de fiebre amarilla en los formatos y estructura establecidos por el INS, y establecer la presencia del evento de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en el protocolo. Se debe revisar la “Metodología de la operación de estadísticas de vigilancia de eventos de interés en salud pública”.

5.1. Periodicidad del reporte

Tipo notificación	Observaciones
Super inmediata	Todos los casos probables de fiebre amarilla deben notificarse de manera superinmediata, individualmente, a Sivigila 4.0, captura en línea o escritorio, para mejorar la oportunidad de las acciones individuales. Sivigila emitirá alerta a través de correo electrónico al nivel nacional, a las secretarías de salud departamentales o distritales (de procedencia, notificación y residencia) (53,54).
Semanal	No aplica
Negativa	Realizar monitoreo semanal de la notificación y en áreas de muy alto riesgo se mantiene para situaciones de brote (53,54).

Para la periodicidad en ajustes y reporte, basarse en lo descrito en las siguientes observaciones:

5.1.2 Periodicidad en ajustes y reportes

Tipo	Observaciones y periodicidad
Ajustes	Los ajustes a la información de casos probables de fiebre amarilla y su clasificación final se deben realizar en el siguiente período epidemiológico a la notificación, según los mecanismos definidos por el sistema. Los ajustes que aplican al evento son: “3” confirmado por laboratorio; “5” Confirmado por nexo epidemiológico mortalidades; ajuste “6” Caso descartado por laboratorio o ajuste “D” error de digitación (53,54,55).
Investigación epidemiológica de campo (IEC)	La IEC debe realizarse máximo 48 horas posteriores a la notificación, posterior a la verificación inicial del cumplimiento de la definición de caso a través de la caracterización inicial del caso. Esta IEC debe enviarse al referente nacional del evento.
Unidad de análisis	Cinco semanas epidemiológicas a partir de la defunción del caso o según lo establecido en el manual de unidad de análisis. Para los casos vivos probables sin muestra es necesario hacer un acta que evidencie el análisis para la clasificación final del caso y enviar al referente nacional del evento
Búsqueda activa por RUAF	Se debe realizar semanalmente por parte de las entidades departamentales y municipales, según lo estipulado en los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública, para garantizar oportunidad en la notificación y las acciones de vigilancia.

Búsqueda activa institucional (BAI)	Es una actividad que hace parte de la intervención del brote/estudio de foco. Ante un caso confirmado deberá realizarse mensual durante seis meses. Para el monitoreo en los municipios de muy alto riesgo, alto riesgo y criterios de cierre de brote según lineamientos nacionales (32,33).
Reporte de situación (SitRep)	Al inicio del brote, a medida que se obtiene información se actualizará y al finalizar las acciones de intervención de brote donde se relacionará el consolidado de cada área que realizó intervención. Un caso confirmado de fiebre amarilla se configura como brote. Los brotes de fiebre amarilla, se cierran través de espacios de discusión (SAR) con la participación de los grupos funcionales del nivel nacional y nivel territorial, incluyendo lista de chequeo para certificar los mínimos de cumplimiento de acciones.
Investigación entomológica de campo (estudio entomológico)	En el caso de presentarse confirmación de un caso positivo de fiebre amarilla urbana, inmediatamente se actualizará datos sobre presencia y distribución de <i>Ae. Aegypti</i> en localidades en riesgo. En el caso de la fiebre amarilla selvática, realizar un levantamiento de información entomológica (colecta de especímenes) acorde con las capacidades operativas y logísticas de cada entidad territorial; considerando asimismo la situación de orden público y de acceso a áreas selváticas. Siguiendo los lineamientos nacionales (Anexo 10).

5.2 Flujo de la información

El flujo de la información inicia en las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y en las Unidades Informadoras (UI); fluye hacia la unidad notificadora municipal (UNM) o a la Unidad Notificadora Distrital (UND) correspondiente; de las UNM se dirige a la unidad notificadora departamental (UND); de las UND (distritales y departamentales) al Instituto Nacional de Salud (INS); del INS al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y del MSPS a la OPS/OMS.

La retroalimentación se realiza desde el Instituto Nacional de Salud a los distritos, departamentos y desde allí a los municipios, remitiendo información desde cada nivel a los aseguradores de su área de influencia. Se debe consultar el manual “Metodología de la operación estadística de vigilancia rutinaria” publicado la página www.ins.gov.co

La verificación de la clasificación del caso deberá considerar las características clínicas, la procedencia, la congruencia entre el tipo de caso, resultados de pruebas diagnósticas y de estudios histopatológicos en casos de mortalidad.

Posterior a la verificación y ajuste de los casos, que cumplan la definición de caso confirmado, se deben realizar los informes de acuerdo con las directrices del Instituto Nacional de Salud.

5.3 Fuentes de información

El conjunto de datos requerido para describir el comportamiento de la vigilancia en salud pública del país, se obtiene a partir de la recolección realizada por las UPGD y UI en el territorio nacional, de los datos de pacientes que cumplen con la definición de caso de cada evento de interés en salud pública y que son diligenciados en el Registro Administrativo “Sivigila” utilizando cualquiera de las herramientas disponibles de la suite de Sivigila 4.0 desarrollada por el Instituto Nacional de Salud – INS.

La Operación Estadística de Vigilancia de eventos de salud pública, hace un aprovechamiento de dicho Registro Administrativo y se constituye en una de las fuentes oficiales para Colombia, de la información referente a los eventos de interés en salud pública. Para algunos eventos, esta fuente se integra a otros sistemas de información del tipo Registro, que, de acuerdo con la legislación colombiana, son la fuente oficial del evento.

Para complementar los datos obtenidos del sistema de vigilancia se hace uso de otros registros tales como la notificación de la fiebre amarilla que se hará a través de la herramienta de notificación Sivigila. Se debe utilizar la ficha actualizada de notificación de datos básicos (cara A) y datos complementarios (cara B) del Sistema Nacional de Vigilancia para cada una de las estrategias (Anexo 1).

5.3.1. Fuente primaria

Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales como instrumentos propios, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso del evento (código: 310).

5.3.2. Fuente secundaria

La fuente secundaria corresponde al conjunto de datos, sobre hechos o fenómenos, que se obtienen a partir de la recolección realizada por otros. En el evento fiebre amarilla, estas fuentes corresponden a:

- Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS.
- Historias clínicas.
- Registro de defunción del Registro Único de Afiliados - RUAF.
- Proyecciones del Censo de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

6. Análisis de información

6.1 Procesamiento de datos

Cuando se notifique un caso probable de fiebre amarilla, la entidad territorial de notificación realizará la caracterización (variables demográficas y clínicas) y la entidad territorial de procedencia analizará la situación contrastando con la investigación epidemiológica de campo y los resultados de laboratorio. Esto se debe realizar en un tiempo máximo de 48 horas.

Los casos confirmados de fiebre amarilla se deben analizar en las variables de tiempo, lugar y persona, considerando la incidencia y letalidad de los casos, se recomienda hacer referenciación geográfica y compararla con los datos históricos para establecer si es un foco nuevo, o si los casos corresponden a un foco existente, así mismo, se requiere identificar la relación entre los factores de riesgo y protectores, que influyen en la posibilidad de ocurrencia de nuevos casos.

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

Se realizan análisis de rutina trimestralmente para casos probables y confirmados notificados al sistema de vigilancia a través de análisis estadísticos para determinar comportamientos inusuales o cambios en el comportamiento epidemiológico del evento.

Se deben observar los datos históricos de casos confirmados, la distribución de vectores y las coberturas de vacunación que clasifican la transmisión mediante la metodología de estratificación del riesgo alto o moderado del Ministerio de Salud y Protección Social. También se deben incluir las posibles epizootias notificadas por el monitoreo de medios, la autoridad ambiental o rumores de la comunidad.

Es necesario analizar el riesgo de infección de fiebre amarilla cuando se detecte aumento de la población migrante procedente de zonas de riesgo de transmisión selvática o urbana. En este caso, se debe estimular la búsqueda activa

institucional (BAI) (Anexo 6) y la intensificación de la vigilancia en las UPGD de las áreas que reciban a esta población.

En caso de confirmar un caso de fiebre amarilla, el INS emitirá un reporte de situación con la información detallada de la IEC y de las actividades de control y prevención del departamento.

El análisis de los comportamientos inusuales se realiza según los casos confirmados actuales (observados) y su media histórica (esperados). Se aplica la prueba de hipótesis con estadístico de la distribución de poisson, dado que es un evento de baja frecuencia. Un caso en un lugar donde no se habían presentado casos, se considera un comportamiento inusual.

En los departamentos y municipio endémicos se debe analizar si cambian las UPGD que habitualmente notifican casos (mínimo un caso).

6.2.1 Estratificación del riesgo

En Colombia, desde 2017, el Ministerio ha desarrollado una metodología de estratificación del riesgo para fiebre amarilla para estimar la población a riesgo y establecer los municipios prioritarios para la vacunación y la exigencia de vacunación para el ingreso (34,35,36,37).

Los criterios para la clasificación y priorización de los municipios en riesgo fueron altitud, ruralidad, reporte de casos al sistema de vigilancia, vecindad con municipios que reportan casos, epizootias y focos enzoóticos,

cohortes de población susceptible (personas no vacunadas), presencia del vector selvático o urbano, presencia de primates y frontera internacional.

Los 719 municipios con una altura sobre el nivel del mar igual o superior a los 2.400 m.s.n.m se consideran sin riesgo, en virtud de que no existen reportes de vectores urbanos ni selváticos más allá de ese límite; los restantes municipios se clasifican en: muy alto, alto y bajo riesgo.

Al sumar los municipios que tuvieron bajo, alto, muy alto riesgo y de acuerdo con el número de habitantes ubicados en áreas caracterizadas como “centros poblados y rural disperso”, se obtiene la población a riesgo para fiebre amarilla en Colombia. La mayor parte de los municipios en Colombia se ubican en nivel de riesgo bajo con el 64%, en alto riesgo con el 23,3% y en riesgo Muy alto riesgo, el 13% (37).

7. Orientación para la acción

7.1. Acciones individuales

Todo caso probable de fiebre amarilla debe ser verificado en el cumplimiento de criterios clínicos y de laboratorio, así como antecedentes de importancia como viajes o inmersiones en zonas de riesgo, 15 días previos al inicio de síntomas y antecedente de vacunación personal. Esta caracterización inicial es responsabilidad de la UMN/UND de notificación.

Debe recuperarse:

- Fecha de inicio de síntomas (FIS).

- Rastrear desplazamientos, actividades laborales o de ocio realizadas en potenciales zonas de riesgo dentro de los 15 días previos al inicio de síntomas
- Antecedentes de vacunación verificados en PAIweb o registros físicos.
- Antecedentes de enfermedades de base.
- Atenciones de salud recibidas con sus fechas y hallazgos, incluyendo resultados de laboratorio.

Ante la verificación del cumplimiento del caso probable debe asegurarse la toma y envío de la muestra al laboratorio territorial de salud pública de referencia.

En la atención hospitalaria individual de los casos, se debe garantizar el aislamiento vectorial mediante toldillo no impregnado de insecticida del caso y del área hospitalaria expuesta.

Todo caso debe tener una evaluación continua de pruebas hepáticas, así como diagnóstico diferencial de otros eventos como dengue, malaria, leptospirosis, fiebre tifoidea o hepatitis. Estos casos probables o confirmados deben tener el manejo clínico sugerido en la actualización Lineamiento para la atención clínica integral de la Fiebre Amarilla en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social 2025 (Anexo 3) Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-atencion-clinica-integral-fiebre-amarilla-2024.pdf>

La UND de notificación debe realizar una cápsula con la información de cada caso descartado por laboratorio con el diagnóstico final del caso y enviarla al referente nacional del evento.

En los casos probables de fiebre amarilla con identificación de vacunación reciente, se envía la muestra para identificación de cepa vacunal y deben ser notificados a Vigiflow para estudio y clasificación posible de evento adverso posterior a la vacunación (Anexo 4).

Realizar unidad de análisis a fiebre amarilla, en las primeras cinco semanas epidemiológicas a partir de la notificación/defunción con el objetivo de realizar la clasificación final e identificación de los factores problema asociados con el mismo. La participación debe involucrar a todas las instituciones que tuvieron atenciones o acciones relacionadas con el caso, de acuerdo con lo establecido con el manual de unidad de análisis.

En cada unidad de análisis se debe verificar el adecuado diligenciamiento de las causas de muerte en el certificado de defunción, si se define modificación del certificado de defunción se debe garantizar la gestión desde la IPS que certificó la defunción. En caso de confirmarse la muerte por fiebre amarilla, se debe establecer este evento como la causa básica en el certificado de defunción.

7.2. Acciones de laboratorio

Los Laboratorios Nacionales de Referencia de Virología y de Patología del INS son los únicos avalados para realizar la

confirmación por laboratorio de estos casos, según las recomendaciones de OMS y OPS (17,40,41).

La información de los casos en estudio, tales como: carta de remisión, ficha epidemiológica y resumen de historia clínica deben ser adjuntadas en el sistema de información definido por la Red Nacional de Laboratorios del INS.

Se recomienda revisar el Manual para obtención y envío de muestras para análisis de eventos de interés en salud pública del INS (Anexo 2) que se encuentre vigente.

7.2.1 Estudio por laboratorio de virología

En todos los registros de la notificación que cumplen con definición operativa de caso probable de fiebre amarilla, se le debe recolectar muestras biológicas para pruebas de laboratorio y la realización de las pruebas se realizará de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas (FIS):

- Caso detectado entre el día 1 y 10 posterior al inicio de síntomas: prueba de RT-PCR en suero.

El suero del caso debe enviarse inmediatamente a la toma de la muestra, mantener en refrigeración: ($\leq$ a 8°C) si el análisis se realiza antes de las 24 horas después de la recolección de la muestra, debido a la viabilidad del virus, de estar presente, así como la estabilidad del ARN. Si su análisis es después de las 24 horas de la toma de la muestra mantener a (-20°C), enviar en triple embalaje de acuerdo con las normas IATA para sustancias biológicas, Categoría B, Código UN 3373 (56).

7.2.2 Estudio por laboratorio de patología

En caso de fallecimiento de un caso probable, caso confirmado para fiebre amarilla, se realizará necropsia clínica, viscerotomía o biopsia hepática, según el nivel de atención para el estudio de causa de fallecimiento como evento de interés en salud pública. Se extraen muestras de hígado, principalmente, bazo, pulmón, cerebro, miocardio, médula ósea y riñón (11,17). Las muestras se deben coleccionar en las primeras 6 a 12 horas. Pasadas 24 horas puede dificultar el diagnóstico.

Las muestras de tejido se deben obtener de todo paciente fallecido con fiebre, hemorragia, choque o ictericia, que proceda de zona endémica para fiebre amarilla que no tenga causa de muerte definida, así mismo, para los casos probables y confirmados para definir causa de fallecimiento (inmunohistoquímica). Ante un resultado positivo mediante una técnica de laboratorio, se debe relacionar con los hallazgos clínicos y epidemiológicos.

Las muestras de tejidos deben ser enviadas de la siguiente manera:

- Tejidos en formol al 10% con pH neutro a temperatura ambiente (no refrigerar ni congelar) para el laboratorio de patología.
- Tejidos en solución salina refrigerada para el laboratorio de virología.
- Suero refrigerado para el laboratorio de virología.

Los tejidos deben enviarse en contenedores diferentes para evitar la contaminación cruzada de los vapores del formol (56).

Pueden enviarse bloques de parafina o láminas histológicas al laboratorio de patología, pero no reemplaza las muestras de tejido en formol.

Los hallazgos y cambios característicos son microscópicos y ocurren en el hígado los cuales consisten: Bajo poder: 4x y 10x: Necrosis de coagulación de los hepatocitos que predomina en la zona media del lobulillo, de la zona mediozonal, pannecrosis o necrosis confluyente. En alto poder 40x y 60x: necrosis de algunos hepatocitos periportales y pericentrales (“salpicada”) y subcapsulares. Esta lesión incluye la formación de cuerpos de Councilman que son focos de degeneración citoplásmica de los hepatocitos, intensamente eosinófilos, que culminan con la muerte del hepatocito, el cual se retrae, se desprende de las trabéculas hepáticas y es fagocitado por las células de Kupffer. Cambio graso microvacuolar de muchos hepatocitos, ausencia de inflamación y la inmunohistoquímica demuestra en los hepatocitos antígenos de virus de la fiebre amarilla. En el riñón se ve necrosis tubular aguda con cilindros hialinos, granuloso y hemáticos abundantes en los túbulos.

7.3. Acciones colectivas

Ante un caso confirmado de fiebre amarilla, es necesario emitir una alerta epidemiológica en el municipio y en las instituciones prestadoras de servicios de salud del área afectada. Además, se debe hacer un monitoreo de cobertura de vacunación para identificar a las personas susceptibles y conocer la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla (57).

Se realizará la vacunación selectiva de los susceptibles (bloqueo vacunal), dentro de las 72 horas posteriores a la notificación de un caso probable, para cortar la transmisión. Se visitará en la Búsqueda activa comunitaria (BAC) al 100% de las viviendas alrededor del domicilio y trabajo, el lugar de mayor permanencia del caso.

En concordancia, de las actividades, la IEC se realizarán actividades como complementación de información acerca del caso, búsqueda activa comunitaria e institucional de casos probables, y la oferta de vacunación a susceptibles.

7.3.1 Búsqueda Activa Comunitaria (BAC)

La búsqueda activa comunitaria (BAC) se realiza ante la notificación de un caso probable de fiebre amarilla. Los casos que, en la comunidad donde la persona estuvo expuesta o en su zona de residencia, cumplan con la definición de caso deberán ser remitidos al servicio de salud para garantizar su valoración clínica, la toma de muestras correspondientes y el seguimiento pertinente.

Si las personas convivientes o compañeros de la actividad que implicó exposición a zona de riesgo tienen síntomas como: fiebre u otro síntoma relacionado (en una definición de caso más amplia), se puede considerar la colecta de la muestra para la detección en fases iniciales de la enfermedad.

Al mismo tiempo, se investiga en la comunidad si se han presentado situaciones inusuales relacionadas con primates no

humanos (PNH), como muertes, primates enfermos o restos de estos animales encontrados antes o durante el caso reportado. En este contexto, la Red Epidemiológica de Vigilancia Basada en Comunidad (REVCom) puede apoyar fortaleciendo o implementando la detección de estas situaciones de interés (posibles epizootias) a través de sus mecanismos comunitarios de vigilancia.

7.3.2. Búsqueda Activa Institucional (BAI)

La búsqueda activa institucional es realizada ante un caso probable y cuando se confirma un caso. La BAI implica la identificación de casos graves de síndromes febriles ictericos hemorrágicos que hayan sido hospitalizados, que lo estén o que hayan fallecido institucionalmente para la evaluación de la definición de caso en cada uno y considerar la toma o recuperación de muestras. Es más sensible, analizar casos donde sea clara la exposición ocupacional o ambiental al riesgo.

El equipo investigador podría considerar la toma de muestras en personas con síndromes febriles, evaluados con diagnóstico diferencial de dengue, en los que se pueda identificar el antecedente de exposición ocupacional o ambiental al riesgo.

Esta BAI se debe mantener durante 6 meses a partir de la confirmación del caso, en la red de instituciones del área de influencia de la procedencia del caso (Anexo 6).

Como algunas zonas de riesgo corresponden a áreas de despliegue de las fuerzas

militares, debe coordinarse de manera activa la vigilancia intensificada en las instituciones de salud que atienden a este personal.

7.3.3. Búsqueda Activa por RUAF-ND

Se debe realizar semanalmente por parte de las entidades departamentales y municipales, según lo estipulado en los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública, para garantizar oportunidad en la notificación y las acciones de vigilancia. Se hará a partir de los registros de RUAF y realizar la búsqueda de palabras clave en todas las causas de defunción, otros estados patológicos y en la variable “Muerte Sin Certificación Médica” relacionadas con el EISP. Estas palabras clave pueden cambiar de acuerdo con el comportamiento del evento en el territorio: fiebre amarilla.

Por último, los registros resultantes de esta búsqueda deben ser revisados y verificados con la historia clínica para establecer si cumple con la definición de caso del evento para su notificación.

Este proceso también se realiza desde el nivel nacional (Grupo de Unidades de Análisis de Casos Especiales del INS) de manera semanal, informando a la entidad territorial que certificó la muerte, los casos identificados en RUAF-ND, que cumplen definición de caso y no han sido notificados. Se enviará correo electrónico semanal adjuntando los casos detectados solicitando a las ET verificar si el caso cumple con definición para la notificación. Si el caso NO cumple, se deben informar al referente

nacional el diagnóstico por el cual se realiza el de descarte de fiebre amarilla (49).

La UPGD tiene 24 horas para revisar el caso teniendo en cuenta que es un evento de notificación Superinmediata. Si la UPGD no da una respuesta en las primeras 24 horas se dará hasta 72 horas a la entidad territorial para gestionar la información y dar una conclusión del caso, si pasadas las 72 horas no se ha obtenido respuesta del caso, se hará la notificación desde nivel nacional.

Si el caso cumple con criterios, se debe notificar de manera inmediata.

7.3.4. Vigilancia por laboratorio

De manera rutinaria, el laboratorio nacional de referencia (LNR) realiza pesquisa de otros virus en muestras negativas de la vigilancia de arbovirus.

En el momento de la detección de un caso confirmado, el laboratorio intensificará la búsqueda de casos en muestras negativas para dengue de las zonas referenciadas de riesgo durante el brote.

7.3.5 Vigilancia entomológica

En el caso de la FA de ciclo urbano, el principal vector es el mosquito *Aedes aegypti*. La vigilancia entomológica de este vector se realiza en cada entidad territorial a través de los profesionales de entomología adscritos a los Laboratorios de Salud Pública y en articulación con los técnicos de programas de ETV de las Secretarías de Salud distritales y departamentales. En cada localidad se debe realizar el levantamiento de Índices aélicos con el fin de conocer la

distribución del vector, densidad, estratificación de riesgo por área y localidad, así como la susceptibilidad a insecticidas. Adicionalmente, se recomienda el cepillado correcto de las paredes de pilas y tinajas para destruir los huevos que se adhieren a ellas y que evolucionarán cuando entren en contacto con el agua (58).

En el caso de la FA selvática, los vectores son algunas especies de mosquitos típicas de los bosques tropicales, que en América son los mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*. En Colombia, se han señalado como vectores de la enfermedad *Sabethes chloropterus*, *Haemagogus janthinomys* y *Haemagogus equinus*, especies selváticas que habitan en las copas de los árboles, donde perpetúan el ciclo de transmisión del virus entre los primates, por lo que la actividad de vigilancia entomológica se restringe a la identificación de vectores encontrados en áreas boscosas de áreas endémicas (59). Considerando el acceso a áreas de distribución de estas especies, la vigilancia regular (colecta de especímenes) dependerá de la capacidad operativa de cada entidad territorial, la incidencia de los casos y el manejo integrado de vectores, adaptados a las circunstancias locales (60).

8. Comunicación del riesgo y difusión de los resultados de la vigilancia

8.1 Información, educación y comunicación

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública es un insumo

fundamental que apoya la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento. Desde el nivel nacional y con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud pública el Instituto Nacional de Salud, dispone de diferentes herramientas como el Boletín Epidemiológico Semanal (BES), informes gráficos e informes finales con los cierres anuales del análisis del comportamiento del evento; así mismo, en el Portal Sivigila 4.0 se encuentran disponibles los tableros de control con el comportamiento histórico de los eventos, así como las bases de datos anonimizadas (microdatos) anuales depuradas desde 2016. Por otra parte, se cuenta con el tablero de control con el comportamiento del evento del año en curso con actualización semanal (si el evento lo tiene), con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud pública el Instituto Nacional de Salud, dispone de diferentes herramientas como el Boletín con actualización semanal a través del enlace:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiODgwMGNiMzMtZmNiMi00ZmE5LTgxMWMtOWQ0NmQ2ZjM1NjQ3liwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOiR9.>

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, tienen la responsabilidad de difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de

manera periódica diversas herramientas de divulgación como boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros, así como, utilizar medios de contacto comunitario como radio, televisión o redes sociales, manteniendo los flujos de información y comunicación del riesgo establecidos en las entidades.

9. Indicadores

Los indicadores buscan evaluar la gestión de la vigilancia y de sus aspectos más importantes. Se enfocan en el estudio de casos probables y en la toma de muestras biológicas (tabla 3)

Tabla 3. Indicadores para la vigilancia de la fiebre amarilla

Nombre del indicador	Porcentaje de casos con clasificación final
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Proporción de casos probables que tienen clasificación final, sea confirmado o descartado.
Propósito	Mide la capacidad de clasificación de casos probables de fiebre amarilla.
Definición operacional	Numerador: casos clasificados de fiebre amarilla, incluyendo casos confirmados o descartados. Denominador: total de casos probables notificados de fiebre amarilla.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila, resultados de pruebas de laboratorio, informe de investigación de campo y caso, unidades de análisis, ficha de notificación, historias clínicas.
Interpretación del resultado	Por cada 100 casos probables de fiebre amarilla, se clasificaron el __% de casos.
Nivel	Nacional y departamental

Nombre del indicador	Porcentaje de casos probables de fiebre amarilla con investigación epidemiológica de campo (IEC) oportuna en 48 horas desde la notificación del caso.
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Proporción de casos probables que fueron investigados.
Propósito	Informa la proporción de caracterización del caso, con investigación epidemiológica de campo (IEC) oportuna en 48 horas realizados de todos los casos notificados como probables y confirmados. Incluye la realización de la caracterización inicial del caso notificado (Cápsula).
Definición operacional	Numerador: número de casos probables de fiebre amarilla que tuvieron caracterización de caso e investigación epidemiológica de campo realizada dentro de 48 horas después de la notificación. Denominador: total de casos probables de fiebre amarilla notificados.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila, informe de investigación de campo y caso, unidades de análisis, ficha de notificación, historias clínicas.

Interpretación del resultado	Por cada 100 casos probables de fiebre amarilla, el ___% fueron investigados oportunamente.
Nivel	Nacional y departamental (ET de notificación caracterización inicial y la IEC a cargo de la ET procedencia).

Nombre del indicador	Incidencia de fiebre amarilla
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de casos nuevos confirmados de fiebre amarilla en una población durante un periodo de tiempo determinado
Propósito	Permite conocer según la población expuesta el impacto de la patología y es parte de estratificación de riesgo.
Definición operacional	Numerador: total de casos confirmados de fiebre amarilla Denominador: población a riesgo para fiebre amarilla.
Coeficiente de multiplicación	100 000
Fuente de información	Sivigila, Población a riesgo para fiebre amarilla proporcionada por el MSPS
Interpretación del resultado	Por cada 100 000 personas en riesgo en la entidad territorial, se notificaron___ casos de fiebre amarilla
Nivel	Nacional, departamental/distrital y municipal

Nombre del indicador	Porcentaje de estudios de foco realizados para fiebre amarilla
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Proporción de estudio de focos que fueron investigados en los casos probables/confirmados.
Propósito	Informa la proporción de estudios de foco realizados de todos los casos notificados como probables. Incluye: caracterización inicial cápsula, Investigación Epidemiológica de Campo (IEC), BAI, BAC, bloqueo vacunal para fiebre amarilla, monitoreo de vacunación, estudio entomológico entre otros.
Definición operacional	Numerador: número de estudio de foco realizados Denominador: Total de casos de fiebre amarilla notificados.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila, resultados de pruebas confirmatorias de laboratorio, informe de investigación de campo y caso, unidades de análisis, ficha de notificación, historias clínicas, Sitrep. Un estudio de foco incluye: caracterización inicial cápsula, Investigación Epidemiológica de Campo (IEC), BAI, BAC, bloqueo vacunal para fiebre amarilla, monitoreo rápido de vacunación, estudio entomológico, entre otros
Interpretación del resultado	Por cada 100 casos probables y/o confirmados de fiebre amarilla del territorio ____, se realizaron ____% Estudios de foco fueron investigados
Nivel	Nacional, departamental, distrital (ET de procedencia).

Nombre del indicador	Porcentaje de casos probables con muestras biológicas colectadas y enviadas en 72 horas
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Proporción de casos probables de fiebre amarilla con muestra de suero o tejidos tomadas y enviadas al INS:
Propósito	Medir el cumplimiento de la toma de muestras para los casos probables de fiebre amarilla y envío en 72 horas
Definición operacional	Numerador: casos probables de fiebre amarilla con muestras tomadas y enviadas al INS en 72 horas Denominador: total de casos probables de fiebre amarilla notificados. En este indicador se excluyen los casos ajustados por error de digitación.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila, resultados de pruebas confirmatorias de laboratorio, informe de investigación de campo y caso, unidades de análisis, ficha de notificación, historias clínicas.

Interpretación del resultado	Por cada 100 casos probables de fiebre amarilla, al __% se les tomo muestra adecuada y fueron enviadas la INS.
Nivel	Nacional y departamental (ET notificación)

10. Referencias Bibliográficas

1. Ndeffo-Mbah ML, Ndeffo-Mbah ML, Pandey A. Global Risk and Elimination of Yellow Fever Epidemics. *Journal of Infectious Diseases*. 2020 Jun 11;221(12):2026–34.
2. Corredor Arjona, A Yellow fever in Colombia: a seminal investigation. [Internet]. *Revista de Salud Pública*; 1999 [citado: 2024, junio] Universidad Nacional de Colombia Revistas electrónicas UN *Revista de Salud Pública*.
3. Chippaux JP, Chippaux A. Yellow fever in Africa and the Americas: A historical and epidemiological perspective. Vol. 24, *Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases*. BioMed Central Ltd.; 2018.
4. Reno E, Quan NG, Franco-Paredes C, Chastain DB, Chauhan L, Rodriguez-Morales AJ, et al. Prevention of yellow fever in travellers: an update. Vol. 20, *The Lancet Infectious Diseases*. Lancet Publishing Group; 2020. p. e129–37.
5. Litvoc MN, Novaes CTGF, Lopes MIBF. Yellow fever. *Rev Assoc Med Bras*. 2018 Feb 1;64(2):106–13.
6. Gaythorpe KAM, Hamlet A, Jean K, Ramos DG, Cibrelus L, Garske T, et al. The global burden of yellow fever. *Elife*. 2021 Mar 1;10.
7. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Lineamiento para la atención clínica integral de la fiebre amarilla en Colombia versión 1. 2024
8. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica Fiebre Amarilla, 31 de agosto de 2022 [Internet]. 2022. Available from: <https://bit.ly/2Gn9lzl>
9. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica Fiebre Amarilla, 28 de diciembre de 2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-fiebre-amarilla-28-diciembre-2021>
10. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica. Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 21 de marzo de 2024, Washington, D.C. OPS/OMS. 2024
11. Couto-Lima D, Madec Y, Bersot MI, Campos SS, Motta MA, Santos FBD, et al. Riesgo potencial de resurgimiento de la transmisión urbana del virus de la fiebre amarilla en Brasil facilitado por poblaciones competentes de Aedes. *Representante de ciencia* 2017; 7(1): 4848. doi: 10.1038/s41598-017-05186-3.» <https://doi.org/10.1038/s41598-017-05186-3>
12. Shinde, Divya Pratik, et al. Yellow Fever Emergence: Role of Heterologous Flavivirus Immunity in Preventing Urban Transmission. *bioRxiv*, 2024, p. 2024.03. 03.583168.

13. Possas, Cristina, et al. Yellow fever outbreak in Brazil: the puzzle of rapid viral spread and challenges for immunisation. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 2018, vol. 113, p. e180278.
14. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica. Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 31 de agosto de 2022 [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas>.
15. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica Fiebre Amarilla, 31 de mayo de 2025 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-31-mayo-2025>
16. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica. Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 25 de abril de 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas>.
17. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Plan nacional para la prevención y control de la fiebre amarilla en Colombia 2017-2022 [Internet]. 2017. p. 1–56. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-prevencion-control-fiebre-amarilla-colombia-2017-2022.pdf>
18. Múnera GI, Méndez JA, Rey GJ. Importancia de los análisis virológicos de la FA en Colombia 2006-2008. Biomédica. 2010;30:345–52.
19. Instituto Nacional de Salud, Rincón-Acevedo CY. Informe de evento Fiebre amarilla, Colombia, 2022 ;1–19.
20. Instituto Nacional de Salud. Rincón-Acevedo CY. Informe de evento Fiebre Amarilla, Primer Semestre, 2023;1–19.
21. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Fiebre amarilla, Colombia, PE XIII de 2023. 2023;1–3.
22. Instituto Nacional de Salud. Agudelo Chivata Nieves Johana. Informe de evento, PE III Fiebre amarilla, Colombia, 2024 ;1–3.
23. Instituto Nacional de Salud. Agudelo Chivata Nieves Johana. Informe de evento Fiebre amarilla, Colombia, 2024 ;1–32.
24. Almeida MAB, da Cardoso JC, dos Santos E, da Fonseca DF, Cruz LL, Faraco FJC, et al. Surveillance for Yellow Fever Virus in Non-Human Primates in Southern Brazil, 2001-2011: A Tool for Prioritizing Human Populations for Vaccination. PLoS Negl Trop Dis. 2014;8(3).

25. Barrett ADT. Yellow Fever in Angola and Beyond — The Problem of Vaccine Supply and Demand. *New England Journal of Medicine*. 2016 Jul 28;375(4):301–3.
26. Fernandes NCC de A, Cunha MS, Guerra JM, Réssio RA, Cirqueira C dos S, D’Andretta Iglesias S, et al. Outbreak of yellow fever among nonhuman primates, Espirito Santo, Brazil, 2017. *Emerg Infect Dis*. 2017 Dec 1;23(12):2038–41.
27. Domingo C, Charrel RN, Schmidt-Chanasit J, Zeller H, Reusken C. Yellow fever in the diagnostics laboratory review-article. Vol. 7, *Emerging Microbes and Infections*. Nature Publishing Group; 2018.
28. Monath TP, Vasconcelos PFC. Yellow fever. *Journal of Clinical Virology*. 2015 Mar 1;64:160–73.
29. Ishak R, de Oliveira Guimarães Ishak M, Vallinoto ACR, De Paula Pinheiro F. Yellow fever virus: historical and current issues regarding recent epidemics and vaccination in Brazil. Vol. 16, *Human Vaccines and Immunotherapeutics*. Taylor and Francis Inc.; 2020. p. 900–3.
30. Heinz S, Kolimenakis A, Horstick O, Yakob L, Michaelakis A, Lowery Wilson M. Systematic review: Yellow fever control through environmental management mechanisms. Vol. 26, *Tropical Medicine and International Health*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 1411–8.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para la atención clínica integral de la Fiebre Amarilla en Colombia. Versión 2, Subdirección de Enfermedades transmisibles, Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Endemo-epidémicas. [Internet] 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-atencion-clinica-integral-fiebre-amarilla-2024.pdf>
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 012 de 2025 del 3 de abril de 2025. 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. [Internet] 2025 Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No%20012%20de%202025.pdf
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 018 de 2024 del 3 de abril de 2024. 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 número 018 de 2017 con relación a la exigencia de certificación internacional o carne nacional de vacunación. [Internet] 2024 Disponible en: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/AllItems.aspx?Paged=TRUE&PagedPre

[v=TRUE&p_SortBehavior=0&p_Created=20241227%2021%3A32%3A28&p_ID=8259&PageFistRow=3211&&View=%7BF3921BD5-9940-4F43-91DD-9463CB607B4C%7D](#)

34. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 691 de 2025. Emergencia Sanitaria. 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.

[Internet] 2025 Disponible en :
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-nacional-barrido-documentado-brotes-enfermedades-prevenibles.pdf>

35. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV) para brote de Fiebre amarilla. Actualización en el marco de la Circular 012 de 2025 y la Resolución 691 de 2025. Junio 2025. Versión 1 [Internet] 2025 Disponible en :

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-nacional-barrido-documentado-brotes-enfermedades-prevenibles.pdf>

36. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento de implementación del manejo integrado de vectores para la prevención y respuesta inmediata en municipios de alto y muy alto riesgo para fiebre amarilla en Colombia, 2025. Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección Enfermedades Transmisibles (Grupo Enfermedades Endemo-epidémicas) Bogotá, junio 2025 (Versión 1 - 2025) Ministerio de Salud y Protección Social [Internet] 2025 Disponible en :

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-implementacion-vectores-prevencion-rt-a-inmediata-municipios-muy-alto-riesgo-fiebre-amarilla.pdf>

37. Ministerio de Salud y Protección Social. Clasificación del riesgo actualizada de municipio de Colombia para fiebre amarilla. [Internet] 2025 Disponible en :
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/fiebre-amarilla.aspx>

38. Nunes MRT, Palacios G, Cardoso JF, Martins LC, Sousa EC, de Lima CPS, et al. Genomic and Phylogenetic Characterization of Brazilian Yellow Fever Virus Strains. J Virol. 2012 Dec 15;86(24):13263–71.

39. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el Manejo Integrado de Vectores en Establecimientos de Prestación de Servicios de Atención en Salud en Colombia. Versión 1, mayo de 2025. [Internet] 2025 Disponible en :

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-manejo-integrado-vectores-psa.pdf>

40. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Fiebre amarilla, 7 de diciembre de 2018, Washington, D.C. OPS/OMS. 2018

41. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Diagnóstico por laboratorio de la infección por Virus de la Fiebre Amarilla, septiembre de 2018, Washington, D.C. [Internet] 2018 Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2020-07/Diagnostico-laboratorio-yellow-fever-septiembre%20-2018_0.pdf
42. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 029 de 2025 del 27 de agosto de 2025. Directrices para la vacunación de la población gestante contra la fiebre amarilla a partir de la semana 12 de gestación, residente en zonas de muy alta circulación del virus y transmisión activa del brote, previa valoración riesgo/ beneficio. Lineamientos para la vacunación contra la fiebre amarilla en el marco de la emergencia sanitaria Colombia 2025 [Internet] 2025 Disponible : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-vacunacion-fiebre-amarilla-emergencia-sanitaria.pdf>
43. Guia de vigilância de epizootias em primatas não humanos e entomologia aplicada à vigilância da febre amarela / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.
44. Hernández-Galvis Juanita, Pizarro Ana Beatriz, Cuestas J. Andrés, Castañeda-Cardona Camilo, Roselli Diego. La fiebre amarilla en Colombia: de calamidad pública a enfermedad desatendida. [Internet]. 2018. Available from: http://ais.paho.org/hiph/viz/ed_yellowfever.asp
45. Niño, Larry. La zonificación del riesgo en salud: la fiebre amarilla desde una perspectiva geográfica en La Macarena, departamento del Meta, Colombia. Salud colectiva, 2018, vol. 14, p. 19-32.
46. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Plan nacional para la prevención y control de la fiebre amarilla en Colombia 2023-2026 [Internet]. 2024. p. 1–89. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-prevencion-control-fiebre-amarilla-colombia-2024.pdf>
47. World Health Organization. (2018). A global strategy to eliminate yellow fever epidemics (EYE) 2017–2026. World Health Organization. [Internet] 2023 Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/272408>.
48. Instituto Nacional de Salud. Comunicado técnico No 1. Información general y recomendaciones para la vigilancia de la fiebre amarilla; 2024. P1-7

49. Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis de eventos de intentos en salud pública priorizados. [Internet] 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-unidad-de-analisis-2024.pdf>
50. Decreto reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Repositorio normatividad del Ministerio de Salud y Protección Social, 06 de mayo de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf; 2016 06 de mayo.
51. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para los equipos básicos de salud en el marco del programa ampliado de inmunizaciones. Todos a vacunar. Colombia 2024. [Internet] 2024 Disponible : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-equipos-basicos-salud-marco-programa-pai.pdf>
52. Lineamiento para la prevención de la transmisión de fiebre amarilla, dengue y otras arbovirosis ante actividades de ferias, fiestas u otras actividades con aglomeración focalizada y afluencia simultánea multiespacial. Dirección de Promoción y Prevención Subdirección Enfermedades Transmisibles Bogotá, abril 2025 (V_1 - 2025). [Internet] 2025 Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-ferias-fiestas-fiebre-amarilla.pdf>
53. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Manual del usuario del sistema SIVIGILA 4.0. [Internet] 2023 Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>
54. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Manual de Sivigila 2018 a 2020. [Internet] 2023 Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/1-manual-sivigila-2018-2020.pdf>
55. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Ajustes en el subsistema de información para la vigilancia en salud pública. [Internet] 2023 Disponible en: <https://portalsivigila.ins.gov.co/Documentos%20compartidos/Documento%20ajustes%20Sivigila.pdf>
56. Instituto Nacional de Salud. Manual de procedimientos para la toma, conservación y envío de muestras al Laboratorio Nacional de Referencia. [Internet] 2020 Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DocumentosdeInteresSRNL/Manual_toma_envio_muestras_INS-2019.pdf#search=manual%20muestras
57. Ministerio de Salud de México. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación, [Internet] 2018 Disponible en:

https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/35_Manual_VE_EPV.pdf

58. Organización Panamericana de la Salud. Recommendations of the [2nd] Technical Advisory Group on Public Health Entomology and Vector Control [Internet]; del 1 al 3 de febrero del 2017. Washington, DC: OPS; 2017. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=65&Itemid=40780&lang=en

59. Organización Panamericana de la Salud. 2018. Fiebre Amarilla. Comunicación de riesgos y movilización social y comunitaria. Washington, D.C.: OPS.

60. Navarro J.C., Ponce P., Cevallos V. 2013. Dos nuevos registros de vectores potenciales de fiebre amarilla selvática y Mayaro para el Ecuador. Boletín de malarialogía y Salud Ambiental. Vol. LIII 81):77-81.

11. Control de cambios

Versión	Fecha de aprobación	Descripción	Elaboración o actualización
00	2009-08-25	Publicación del protocolo de vigilancia	Equipo Funcional de Vectores
01	2014-06-11	Cambio a formato actualizado de calidad. Actualización normativa y de indicadores	Equipo Funcional de Vectores Cesar Augusto Restrepo
02	2017-21-29	Corrección de estilo, ajustes técnicos, diseño y diagramación	Paola León Juliana Camacho
03	2019-12-25	Corrección de estilo, ajustes técnicos, diseño y diagramación	Ricardo Andrés Caicedo Díaz Equipo de ETV – Zoonosis Enfermedades Transmisibles
04	2022-05-22	Corrección de estilo, ajustes técnicos, diseño y diagramación	Ricardo Andrés Caicedo Díaz Equipo de ETV – Zoonosis Enfermedades Transmisibles
05	2024-06-19	Ajustes técnicos, corrección de estilo, cambio a formato actualizado, actualización de indicadores.	Nieves Johana Agudelo Chivata Claudia Yaneth Rincón Acevedo Equipo de ETV – Zoonosis Enfermedades endoepidémicas y relacionadas con la salud sexual Equipo Funcional ETV
06	2026-01-27	Ajustes técnicos, corrección de estilo, cambio a formato actualizado, actualización normativa y de indicadores.	Nieves Johana Agudelo Chivata Equipo de ETV – Zoonosis Enfermedades endoepidémicas y relacionadas con la salud sexual Equipo Funcional ETV Nacional

12. Anexos

Anexo 1. Ficha de notificación Fiebre amarilla (cód.310). Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>

Anexo 2. Manual de procedimientos para la toma, conservación y envío de muestras al Laboratorio Nacional de Referencia. Disponible en: <https://bit.ly/3LadpS2>

Anexo 3. Lineamiento para la atención integral de la fiebre amarilla en Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-atencion-clinica-integral-fiebre-amarilla-2024.pdf>

Anexo 4. Evento adverso grave posterior a la vacunación (EAPV). Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>

Eventos adversos posteriores a la vacunación (EAPV) por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con usuario activo en VigiFlow. Disponible en: <https://who-umc.org/status/>

Anexo 5. Directrices del LNR para la vigilancia entomológica de vectores, 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Paginas/InformacionLaboratorio.aspx>

Anexo 6. Listado de códigos BAI de fiebre amarilla.

CÓDIGO	Nombre CIE 10 para búsqueda activa institucional.
A971	Dengue con signos de alarma
A972	Dengue severo
A010	Fiebre Tifoidea
A011	Fiebre Paratifoidea A
A012	Fiebre Paratifoidea B
A013	Fiebre Paratifoidea C
A014	Fiebre Paratifoidea, No Especificada
A259	Fiebre Por Mordedura De Rata, No Especificada
A270	Leptospirosis Icterohemorrágica
A482	Enfermedad De Los Legionarios No Neumónica [Fiebre De Pontiac]
A484	Fiebre Purpúrica Brasileña
A680	Fiebre Recurrente Transmitida Por Piojos
A681	Fiebre Recurrente Transmitida Por Garrapatas
A689	Fiebre Recurrente, No Especificada
A770	Fiebre Maculosa Debido A Rickettsia Rickettsii
A771	Fiebre Maculosa Debido A Rickettsia Conorii
A772	Fiebre Maculosa Debido A Rickettsia Siberica
A773	Fiebre Maculosa Debido A Rickettsia Australis
A778	Otras Fiebres Maculosas
A779	Fiebre Maculosa, No Especificada
A78X	Fiebre Q
A790	Fiebre De Las Trincheras
A880	Fiebre exantemática Enteroviral [Exantema De Boston]
A90X	Fiebre Del Dengue [Dengue clásico]

A91X	Fiebre Del Dengue hemorrágico (dengue grave)
A921	Fiebre De O ´ Nyong-Nyong
A922	Fiebre Equina Venezolana
A923	Fiebre Del Oeste Del Nilo
A924	Fiebre Del Valle Del Rift
A928	Otras Fiebres Virales Especificadas Transmitidas Por Mosquitos
A929	Fiebre Viral Transmitida Por Mosquito, Sin Otra especificación
A930	Enfermedad Por Virus De Oropouche
A931	Fiebre Transmitida Por Flebotomos
A932	Fiebre De Colorado Transmitida Por Garrapatas
A938	Otras Fiebres Virales Especificadas Transmitidas Por Artrópodos
A94X	Fiebre Viral Transmitida Por artrópodos, No Especificada
A950	Fiebre Amarilla selvática
A951	Fiebre Amarilla Urbana
A959	Fiebre Amarilla, No Especificada
A960	Fiebre hemorrágica De Junín
A961	Fiebre hemorrágica De Machupo
A962	Fiebre De Lassa
A968	Otras Fiebres hemorrágicas Por Arenavirus
A969	Fiebre hemorrágica Por Arenavirus, Sin Otra especificación
A980	Fiebre hemorrágica De Crimea-Congo
A981	Fiebre hemorrágica De Omsk
A985	Fiebres hemorrágicas Con Síndrome Renal
A988	Otras Fiebres hemorrágicas Virales Especificadas
A99X	Fiebre Viral hemorrágica, No Especificada
D473	Trombocitopenia (hemorrágica) Esencial
D698	Otras Afecciones hemorrágicas Especificadas
D699	afección hemorrágica, No Especificada
G934	Encefalopatía No Especificada
K800	Cálculo De La vesícula Biliar Con Colecistitis Aguda
K801	Cálculo De La vesícula Biliar Con Otra Colecistitis
K802	Cálculo De La vesícula Biliar Sin Colecistitis
K803	Cálculo De Conducto Biliar Con Colangitis
K804	Cálculo De Conducto Biliar Con Colecistitis
K805	Cálculo De Conducto Biliar Sin Colangitis Ni Colecistitis
K810	Colecistitis Aguda
K818	Otras Colecistitis
K819	Colecistitis, No Especificada
K830	Colangitis
K85X	Pancreatitis Aguda
K920	Hematemesis
K921	Melena
K922	Hemorragia Gastrointestinal, No Especificada
M791	Mialgia
R040	Epistaxis

R160	Hepatomegalia, No Clasificada En Otra Parte
R162	Hepatomegalia Con Esplenomegalia, No Clasificadas En Otra Parte
R17X	Ictericia No Especificada
R18X	Ascitis
R500	Fiebre Con escalofrío
R501	Fiebre Persistente
R509	Fiebre, No Especificada
R51X	Cefalea
R560	Convulsiones Febriles
R58X	Hemorragia, No Clasificada En Otra Parte
Z220	Portador De Fiebre Tifoidea
I959	hipotensión, No Especificada
J90X	Derrame Pleural No Clasificado En Otra Parte
J91X	Derrame Pleural En Afecciones Clasificadas En Otra Parte
R11X	Nausea y Vómito
R579	Choque, No Especificado
R680	Hipotermia No Asociada Con Baja Temperatura Del Ambiente
A982	Enfermedad De La Selva De Kyasanur
A983	Enfermedad Por El Virus De Marburg
A984	Enfermedad Por El Virus De Ébola
R161	Esplenomegalia, No Clasificada En Otra Parte
B150	Hepatitis Aguda Tipo A, Sin Coma Hepático
B159	Hepatitis Aguda Tipo A, Con Coma Hepático
B178	Otras Hepatitis Virales Agudas Especificadas
B190	Hepatitis Viral No Especificada Con Coma
B199	Hepatitis Viral No Especificada Sin Coma
Z205	Contacto Con Y Exposición A Hepatitis Viral
Z225	Portador De Hepatitis Viral
B160	Hepatitis Aguda Tipo B, Con Agente Delta (Coinfección). Con Coma Hepático
B161	Hepatitis Aguda Tipo B, Con Agente Delta (Coinfección), Sin Coma hepático
B162	Hepatitis Aguda Tipo B, Sin Agente Delta, Con Coma Hepático
B169	Hepatitis Aguda Tipo B, Sin Agente Delta Y Sin Coma Hepático
B170	Infección (Superinfección) Aguda Por Agente Delta En El Portador De Hepatitis B
B171	Hepatitis Aguda Tipo C
B180	Hepatitis Viral Tipo B Crónica, Con Agente Delta
B181	Hepatitis Viral Tipo B Crónica, Sin Agente Delta
B182	Hepatitis Viral Tipo C Crónica
B188	Otras Hepatitis Virales Crónicas
B189	Hepatitis Viral Crónica, Sin Otra especificación
B942	Secuelas De Hepatitis Viral
K752	Hepatitis Reactiva No Especifica
O984	Hepatitis Viral Que Complica El Embarazo, El Parto Y El Puerperio
A278	Otras Formas De Leptospirosis
A698	Otras Infecciones Especificadas Por Espiroquetas
A699	Infección Por Espiroqueta, No Especificada

J969	Insuficiencia Respiratoria, No Especificada
K720	Insuficiencia Hepática Aguda O Subaguda
K729	Insuficiencia Hepática, No Especificada
N179	Insuficiencia Renal Aguda, No Especificada
N19X	Insuficiencia Renal No Especificada

Fuente: SIANIEPS-Adaptado brote fiebre amarilla 2024-2025.

Anexo 7. Documento de Vigilancia de Epizootias de fiebre amarilla en Colombia. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>

Anexo 8. Documento técnico de respuesta ante la sospecha eventual de urbanización de la fiebre amarilla en Colombia. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>

Anexo 9. Documento de acciones humanas para la vigilancia epidemiológica ante epizootias de primates no humanos (PNH) confirmados. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>

Anexo 10. Protocolo para la Vigilancia entomológica y entomovirología de la Fiebre Amarilla en áreas endémicas de Colombia 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Paginas/InformacionLaboratorio.aspx>



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD