

INTRODUCCIÓN

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

TEMA CENTRAL: Cáncer de mama y cuello uterino año 2023 a semana Epidemiológica 06 de 2025 (preliminar).

Cáncer de mama y cuello uterino

El cáncer de mama es la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor dentro de la mama, el cual tiene la capacidad de invadir a otros órganos; siendo este, el tipo de cáncer más frecuente y la causa más común de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. Ya que afecta a las mujeres en cualquier edad después de la pubertad, y pese a esto, las tasas aumentan en la vida adulta. (1) (2).

Para el caso del cáncer de cuello uterino, este se origina en las células del cuello del útero. Por su frecuencia, ocupa el cuarto lugar entre los cánceres de la mujer, y registra que el 99% de los cánceres de cuello uterino están vinculados con la infección por papiloma virus humanos (VPH) de alto riesgo (que son muy comunes) y se transmiten por contacto sexual (3) (4).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reporta para las Américas que cada año más de 462.000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama y casi 100.000 mueren a causa de esta enfermedad; para América Latina y el Caribe (ALC), es la segunda causa de mortalidad, en donde el mayor porcentaje de muertes se encuentran en las mujeres menores de 65 años, además, se considera que si la tendencia continúa, el número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama aumentará en un 34% para el año 2030 (5).

Situación epidemiológica nacional de la morbilidad de Cáncer de mama

Según los datos preliminares proporcionados por la Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia para el año 2023, el cáncer de mama fue el más prevalente entre los 11 tipos de cáncer priorizados, tanto en hombres como en mujeres, representando el 16,21% del total de los nuevos casos. En las mujeres, esta neoplasia continúa siendo la más común. Durante el periodo 2023 (tumores in situ como invasivos), se reportaron 103.240 casos de cáncer de mama en mujeres, de los cuales el 9,19% (n=9.484) fueron nuevos casos. Además, se registraron 4.096 muertes por diversas causas.

Comportamiento de la notificación de Cáncer de Mama, Bucaramanga, 2023 a S.E 06 2025p.

A semana epidemiológica 06 de 2025, se han registrado **10 casos de cáncer de mama**, lo que representa un incremento significativo en comparación con la misma semana del año anterior.

1. Comparación con 2024:

En la semana epidemiológica 06 de 2024, se reportaron **6 casos** de cáncer de mama. Esto refleja un **aumento del 67%** en la incidencia de casos en 2025 respecto al mismo periodo del año 2024.

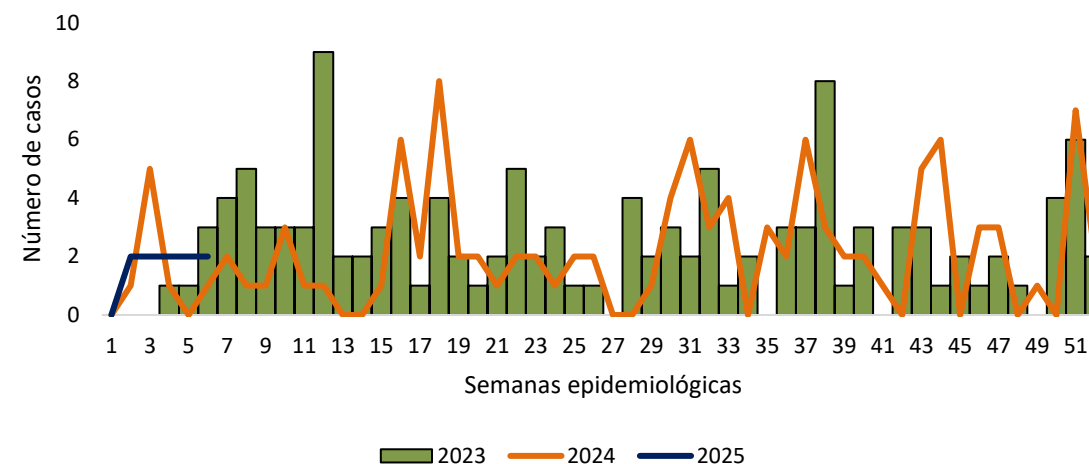
2. Comparación con 2023:

Al comparar los casos registrados en el 2024 con la misma semana de 2023, se observa un **incremento del 20%**, dado que en la semana 06 de 2023 se notificaron **5 casos**. Ver figura 1.

La tasa de incidencia para el año 2024 de los casos notificados de cáncer de mama en mujeres mayores de 18 años es de 44,2 casos por cada 100.000 mujeres mayores de 18 años, en comparación con la tasa de incidencia del año 2023 (50,7) observando un decremento del 12,8%.

Nota: Semanalmente el número de casos registrados se revisa, debido a que el dato puede variar, debido a la notificación tardía del evento, ajustes y a la depuración por calidad del dato.

Figura 1. Comportamiento de la notificación de Cáncer de mama. Bucaramanga, 2023-SE 06 2025p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga

En 2023, la mayor proporción de casos notificados se registró en el rango de edad de **50 a 69 años** (26%). Sin embargo, en 2024 se observó un cambio, ya que la mayor proporción de casos se concentró en el rango de **60 a 69 años** (34,8%). En cuanto al régimen de afiliación a la seguridad social, el **régimen contributivo** fue el que presentó el mayor número de casos en ambos años, con un porcentaje superior al de los casos notificados durante el mismo periodo en 2024. Ver tabla 1.

Tabla 1. Comportamiento demográfico y social de los casos notificados en Sivigila de CA de Mama, Bucaramanga, 2023 – 2024p.

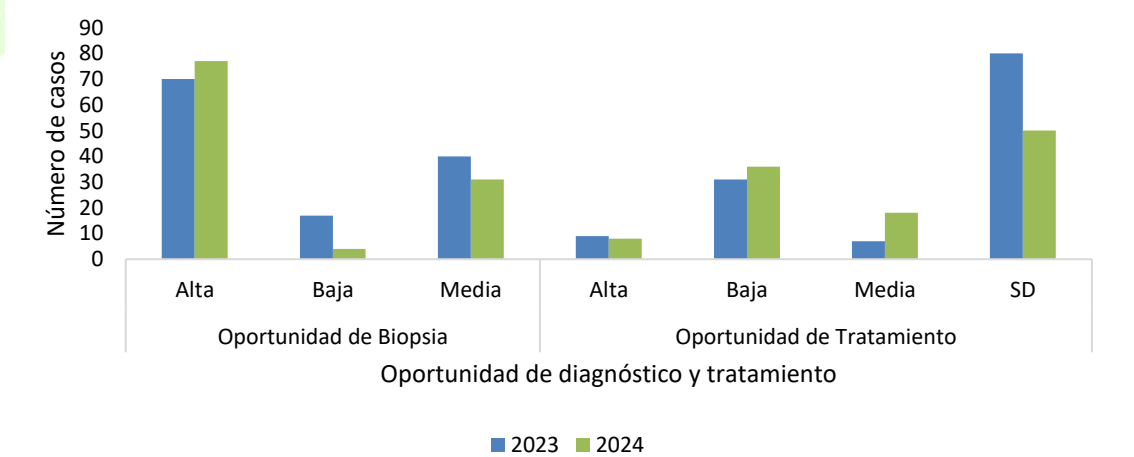
Variable	Categoría	2023		2024	
		N° casos	%	N° casos	%
Sexo	Femenino	124	97,6	110	98,2
	Masculino	3	2,4	2	1,8
Área	Cabecera m/pal	126	99,2	111	99,1
	Rural Disperso	1	0,8	1	0,9
Condición Final	Vivo	127	100	112	100
Tipo SS	Subsidiado	50	39,4	34	30,4
	Contributivo	70	55,1	76	67,9
	Excepción	4	3,1	0	0,0
	No asegurado	0	0,0	2	1,8
	Indeterminado	3	2,4	0	0,0
Rango de edad	20-29	3	2,4	2	1,8
	30-39	5	3,9	10	8,9
	40-49	24	18,9	18	16,1
	50-59	33	26	22	19,6
	60-69	32	25,2	39	34,8
	70 y mas	30	23,6	21	18,8
Total		127	100	112	100

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga años 2023 – 2024.

De los tumores malignos de glándula mamaria que se notificaron para el año 2024, la lesión escamosa intraepitelial de alto grado in situ es el tumor más frecuente con el 93,8% (105 casos). De éstos, el 76,2 % (80 casos) se diagnosticaron como infiltrantes.

En cuanto a la **oportunidad de entrega de resultados de biopsia** y de **inicio de tratamiento** se presenta en la figura 2. Se observa que el **68,7%** (77 casos) presenta una alta oportunidad de entrega de resultados (menor igual a 7 días). En cuanto al inicio del tratamiento, se reporta que el **32,1%** (36 casos) tiene una oportunidad baja para su comienzo (mayor a 45 días). Sin embargo, para el 2023, 80 casos no contaban con estos datos y para el 2024, 50 estaban sin dato (SD).

Figura 2. Oportunidad del resultado de biopsia y oportunidad de inicio de tratamiento para cáncer de mama. Bucaramanga, 2023 a 2024p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2023 - 2024

La tasa de mortalidad por cáncer de mama en el municipio de Bucaramanga durante el año 2024 fue de 21,3 por cada 100.000 mujeres, lo que corresponde a un total de 69 casos. Para el año 2025, hasta la semana epidemiológica 06, se ha reportado una tasa de mortalidad de 1,2 por cada 100.000 mujeres, lo que equivale a 4 casos. La fuente de esta información está referenciada en la base de datos del Registro Único de Afiliados (RUAF) de nacimientos y defunciones por residencia en Bucaramanga.

Situación epidemiológica nacional de la morbilidad de Cáncer de Cuello Uterino:

Según los datos preliminares proporcionados por la Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia para el año 2023, el cáncer de cuello uterino ocupó el cuarto lugar en frecuencia entre los 11 tipos de neoplasias priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, siendo el segundo más común en la población femenina. Durante este periodo, que abarca tanto tumores in situ como invasivos, se registraron 30.464 casos de mujeres afectadas por la enfermedad, de los cuales el 10,40% (n=3.168) correspondieron a nuevos diagnósticos. Asimismo, se notificaron 1.536 muertes por diversas causas.

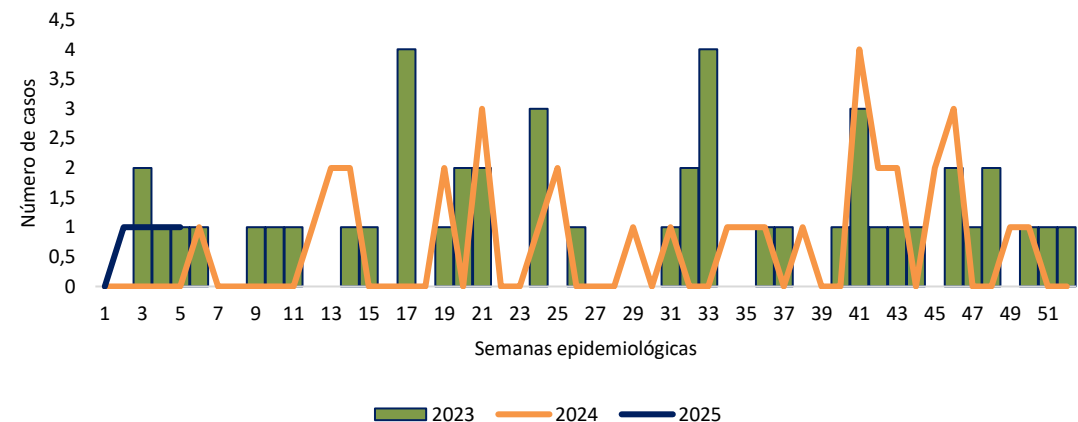
Comportamiento de la notificación de Cáncer de Cuello Uterino, Bucaramanga, 2023 a SE 06 2025p.

A semana epidemiológica 06 de 2025, se han registrado **04 casos de cáncer de cuello uterino**, lo que representa un incremento significativo en comparación con la misma semana del año anterior.

- 1. Comparación con 2024:** En la semana epidemiológica 06 de 2024, se reportó **1 caso** de cáncer de cuello uterino. Esto refleja un **aumento del 300%** en la incidencia de casos en 2025 respecto al mismo periodo de 2024.
- 2. Comparación con 2023:** Al comparar los casos registrados en el 2024 con la misma semana de 2023, se observa un **decremento del 80%**, dado que en la semana 06 de 2023 se notificaron **5 casos**. Semanalmente el número de casos registrados. Ver figura 3.

La tasa de incidencia para el año 2024 de los casos notificados de cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 18 años es de 13,8 casos por cada 100.000 mujeres mayores de 18 años, en comparación con la tasa de incidencia del año 2023 (18,4) se observa un decremento del 24,8%.

Figura 3. Comportamiento de la notificación de Cáncer de Cuello Uterino. Bucaramanga, 2023 a SE 06 2025p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga

En 2023, la mayor proporción de casos notificados se registró en el rango de edad de **40 a 49 años** (34,8%). En 2024 se observó un cambio, ya que la mayor proporción de casos se concentró en el rango de **30 a 39 años** (31,4%). En cuanto al régimen de afiliación a la seguridad social, el **régimen subsidiado** fue el que presentó el mayor número de casos en el año 2023 (37%), en 2024 se observó una mayor proporción de casos en el **régimen contributivo (48,6%)**. Ver tabla 2.

Tabla 2. Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de Cáncer en menores Cuello Uterino, Bucaramanga, 2023 – 2024p.

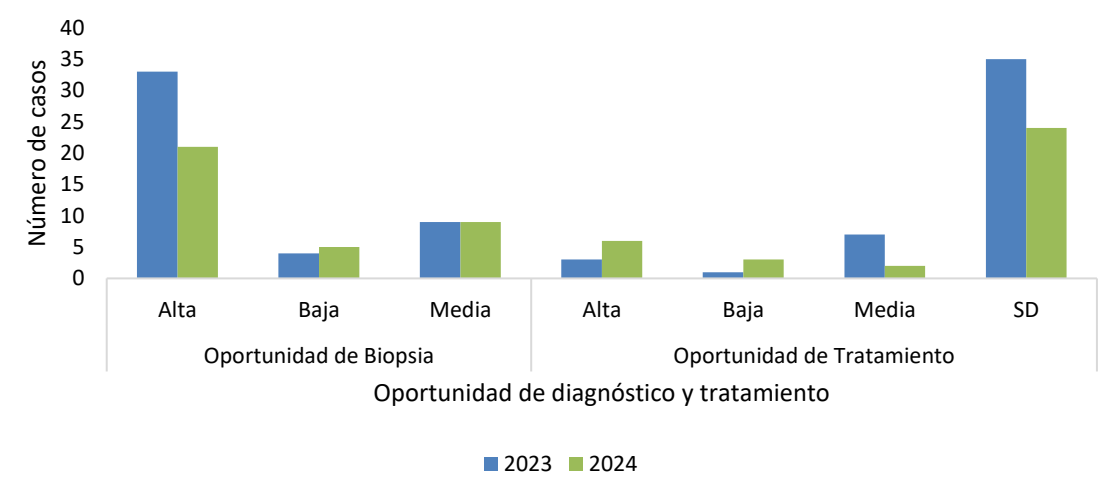
Variable	Categoría	2023		2024	
		Nº casos	%	Nº casos	%
Sexo	Femenino	46	100	35	100
Área	Cabecera m/pal	45	97,8	34	97,1
	Rural Disperso	1	2,2	1	2,9
Condición Final	Vivo	46	100	35	100
Tipo SS	Subsidiado	17	37	13	37,1
	Contributivo	16	34,8	17	48,6
	Excepción	1	2,2	0	0,0
	No asegurado	11	23,9	5	14,3
Rango de edad	15-19	1	2,2	0	0,0
	20-29	0	0,0	3	8,6
	30-39	14	30,4	11	31,4
	40-49	16	34,8	6	17,1
	50-59	11	23,9	8	22,9
	60-69	3	6,5	4	11,4
	70 y mas	1	2,2	3	8,6
Total		46	100	35	100

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga años 2023 – 2024

De las lesiones de cuello uterino que se notificaron para el año 2024, la lesión escamosa intraepitelial de alto grado in situ son las más frecuente con el 48,6% (17 casos).

La **oportunidad de entrega de resultados de biopsia** y de **inicio de tratamiento** se presenta en la figura 4. Se observa que el **60%** (21 casos) presenta una alta oportunidad de entrega de resultados (menor igual a 7 días). Y en cuanto al inicio del tratamiento, se reporta que el **8,6%** (3 casos) tiene una oportunidad baja para su comienzo (mayor a 45 días). Sin embargo, para el 2023, 35 casos no contaban con estos datos y para el 2024, 24 estaban sin dato (SD).

Figura 4. Oportunidad del resultado de biopsia y oportunidad de inicio de tratamiento para cáncer de cuello uterino. Bucaramanga, 2023 a 2024p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2023 - 2024

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el municipio de Bucaramanga durante el año 2024 fue de 6,2 por cada 100.000 mujeres, lo que corresponde a un total de 20 casos. Para el año 2025, hasta la semana epidemiológica 06, se ha reportado una tasa de mortalidad de 0,6 por cada 100.000 mujeres, lo que equivale a 02 casos. La fuente de esta información está referenciada en la base de datos del Registro Único de Afiliados (RUAF) de nacimientos y defunciones por residencia en Bucaramanga.

Conclusiones

1. A semana epidemiológica 06 de 2025, se registraron **10 casos de cáncer de mama**, lo que representa un incremento significativo del **67%** en la incidencia de casos en 2025 respecto al mismo periodo de 2024 (6 casos).
2. En 2024 se observó que la mayor proporción de casos de cáncer de mama se concentró en el rango de **60 a 69 años** (34,8%).
3. Se observó que el **68,7%** (77 casos) presento una alta oportunidad de entrega de resultados de biopsia (menor igual a 7 días). Y en cuanto al inicio del tratamiento, se reporta que el **32,1%** (36 casos) tiene una oportunidad baja para su comienzo (mayor a 45 días).
4. A semana epidemiológica 06 de 2025, se han registrado **04 casos de cáncer de cuello uterino**, lo que representa un aumento del **300%** en la incidencia de casos en 2025 respecto al mismo periodo de 2024 (1 caso).
5. En 2024 se observó que la mayor proporción de casos de cáncer de cuello uterino se concentró en el rango de **30 a 39 años** (31,4%).
6. Se observa que el **60%** (21 casos) presento una alta oportunidad de entrega de resultados (menor igual a 7 días). En cuanto al inicio del tratamiento, se reportó que el **8,6%** (3 casos) tiene una oportunidad baja para su comienzo (mayor a 45 días).
7. El comportamiento de frecuencia de presentación para los dos tipos de Cáncer fue la lesión escamosa intraepitelial de alto grado in situ la más frecuente, se debe hacer un llamado para un diagnóstico más oportuno, pues la mayoría de las neoplasias reportadas en cáncer de mama ya se encontraban infiltrantes, lo que aumenta la morbilidad, genera tratamientos más agresivos con mayor probabilidad de generar discapacidad y ensombrece el pronóstico de la paciente.
8. La mayoría de los casos notificados no contaban con fecha de inicio de tratamiento, la oportunidad baja es la más frecuente, se evidenció un subregistro alto en el diligenciamiento de esta variable. Sin embargo, este subregistro viene en disminución comparado con los años anteriores. Se debe aclarar que la ficha de notificación no cuenta con una variable que permita medir cuáles pacientes que no recibieron tratamiento fue por rechazo de la paciente y no por inoportunidad de atención.
9. El nuevo tema del día mundial contra el cáncer 2025-2027, es Unidos por lo único, en donde se pretende colocar a las personas en el centro de la atención y sus historias en el corazón de la conversación. Teniendo en cuenta que el cáncer es más que un simple diagnóstico médico: es un asunto profundamente personal
10. Detrás de cada diagnóstico se esconde una historia humana única: historias de dolor, sufrimiento, sanación, resiliencia, amor y mucho más. Es por eso que un enfoque centrado en la persona en la atención del cáncer, que integra plenamente las necesidades únicas de cada individuo, con compasión y empatía, conduce a los mejores resultados en salud.

La campaña explorará diferentes dimensiones de la atención centrada en la persona en el cáncer y nuevas formas de hacer la diferencia. Propondrá un recorrido de tres años, desde la concienciación hasta la acción.

11. Potenciar las acciones y estrategias desde la línea de acción de enfermedades crónicas de la SSAB, IPS y EAPB que permitan Re-significar la vida y garantizar una detección temprana, el tratamiento indicado, atención multidisciplinaria y el fortalecimiento de los buenos hábitos en alimentación y ejercicio frecuente, con la finalidad de disminuir la probabilidad de tener Cáncer.
12. Y finalmente fomentar las 17 acciones del código latinoamericano y caribeño contra el cáncer en la población Bumanguesa, con el objetivo de eliminar mitos frente al tratamiento y la estimulación hábitos saludables en la población general.

Recomendaciones

- Es necesario reforzar el tamizaje de mama y cuello uterino para lograr una detección temprana (oportunidad). Es fundamental concienciar a las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) sobre la importancia de ajustar la variable de inicio de tratamiento para calcular su oportunidad adecuadamente y generar estrategias de impacto por parte de la línea de acción municipal y departamental que permitan mayor identificación oportuna (tamización) y garantizar un esquema de algoritmo diagnóstico y de tratamiento oportuno de los casos diagnosticados.

Ficha técnica Cáncer de mama y cuello uterino

Este informe corresponde a la información reportada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), del evento cáncer de mama y cuello uterino (código 155), con corte a semana epidemiológica 06 año 2025 preliminar y revisión retrospectiva de los años 2023 y 2024.

El proceso de recolección de datos se describe en el Manual del usuario sistema aplicativo SIVIGILA (disponible en www.ins.gov.co).

La información notificada se sometió a un proceso de depuración en donde se verifica la calidad y completitud de los datos. Se excluyen los casos con ajuste 6 y D, repetidos y que no cumplen con la definición operativa de caso establecida en el protocolo de vigilancia del evento, de igual manera se excluyen los casos con reporte de biopsia de años anteriores.

Para la tasa de incidencia de cáncer de mama y cuello uterino se tomó la población mayor de 18 años de las proyecciones DANE 2020 – 20235.

Bibliografía

1. Cáncer de mama [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-mama.aspx>.
2. Cáncer de mama - OPS/OMS _Organización Panamericana de la Salud.
3. Nelly Chavaro Vicuña D, Arroyo Hernández G, Felipe Alcázar L, Walter Muruchi Garrón G, Irma Pérez Zúñiga D. Cáncer cervicouterino. 2009.
4. OPS/OMS _ Virus del Papiloma Humano (VPH).
5. Cáncer de mama - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>.

Alertas epidemiológicas Internacionales a semana 08 año 2025:

Incremento de actividad virus influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio norte (17 de enero del 2025)

En la actual estación de mayor circulación de virus respiratorios en el hemisferio norte durante la temporada 2024 - 2025, varios países, principalmente de la región europea están reportando un aumento en la búsqueda de atención y de hospitalizaciones por infecciones respiratorias. Ante esta situación y considerando que situaciones similares pueden registrarse en los países de la Región de las Américas que se encuentran en la temporada de mayor circulación de virus respiratorios, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda ajustar los planes de preparación y organización de servicios de salud para una eventual sobrecarga en el sistema sanitario.

Se recomienda reforzar las medidas necesarias para la prevención y el control frente a las infecciones por virus respiratorios, implementar medidas que garanticen el diagnóstico precoz y un manejo clínico adecuado, especialmente entre la población de alto riesgo de presentar enfermedad grave, garantizar la vacunación frente a virus respiratorios, asegurando una alta cobertura de vacunación en grupos de alto riesgo, la adecuada previsión y organización de los servicios de salud, el cumplimiento estricto de las medidas de control de prevención de infecciones, el suministro adecuado de antivirales y equipos de protección personal, así como una adecuada comunicación de riesgo a la población y profesionales de salud.

Recomendaciones:

1. Vigilancia epidemiológica: identificación y notificación de casos oportunamente

2. Manejo clínico y profilaxis: Recomendaciones para personas con presentación clínica grave o progresiva de enfermedad respiratoria.

Recomendaciones	
Triaje inicial de pacientes	Identificar rápidamente a los pacientes con signos de IRAG en el primer contacto con el sistema sanitario. Priorizar la atención inmediata de casos graves y evitar demoras en el tratamiento de urgencia.
Prevención y control de infecciones	Implementar precauciones estándar en todos los pacientes. Aplicar precauciones de contacto y gotitas en casos sospechosos de influenza grave. En procedimientos que generan aerosoles, añadir precauciones de transmisión aérea, además de las de contacto y gotitas.
Clasificación según gravedad	Ubicar a los pacientes en zonas designadas según la gravedad de su enfermedad y sus necesidades de cuidados agudos. Hospitalizar a pacientes con complicaciones graves (neumonía grave, sepsis, disfunción orgánica, coinfecciones) en áreas de cuidados intensivos.
Atención hospitalaria y manejo	Hospitalizar a pacientes graves con IRAG para manejar complicaciones como neumonía, sepsis o exacerbaciones de enfermedades crónicas. Ingresar inmediatamente en la UCI a pacientes con fallo orgánico agudo para vigilancia estrecha y cuidados avanzados.
Monitoreo y seguimiento continuo	Realizar seguimiento constante en la UCI para evaluar la evolución del paciente y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Antiviral y otros tratamientos	Iniciar tratamiento antiviral lo antes posible en pacientes con sospecha o confirmación de influenza, incluso antes de la confirmación de laboratorio. Administrar oseltamivir en casos con riesgo de enfermedad grave (influenza estacional, pandémica o zoonótica) de acuerdo a criterio médico. No usar zanamivir inhalado, laninamivir inhalado, peramivir intravenoso, corticosteroides, antibióticos macrólidos o inmunoterapia pasiva, salvo indicación. Tratamiento con antivirales de acuerdo con las pautas recientes en caso de sospecha de COVID-19.
--------------------------------	---

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Clinical care of severe acute respiratory infections – Tool kit. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-care-of-severe-acuterespiratory-infections-tool-kit> y de Organización Mundial de la Salud. Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759> (18, 19).

3. **Comunicación de riesgo:** La población debe ser informada de que el principal modo de transmisión de la influenza es el contacto interpersonal. El lavado de manos es la forma más eficiente de disminuir la transmisión. El conocimiento sobre la "etiqueta respiratoria" también ayuda a prevenir la transmisión.

Toda persona con fiebre debe evitar ir a lugares de trabajo o lugares públicos hasta que la fiebre disminuya y se tenga conocimiento de la causa básica. Del mismo modo, los niños en edad escolar con síntomas respiratorios, fiebre o ambos, deben quedarse en casa y no ir a las instituciones educativas hasta tener controlado signos y síntomas bajo tratamiento médico.

4. **Vacunación:** La inmunización es una estrategia importante para prevenir enfermedad grave asociada a influenza estacional, COVID-19 y VRS, incluidas las hospitalizaciones y las muertes asociadas. La OPS/OMS recomienda la vacunación de grupos con riesgo particular de influenza grave, incluidos adultos mayores, personas con afecciones subyacentes, niños entre 6 y 59 meses y mujeres embarazadas.

Los trabajadores de la salud corren un mayor riesgo de exposición y transmisión del virus de la influenza y del SARS-CoV-2 y, por lo tanto, también se les debe dar prioridad (26, 27). Se recomienda que los mismos grupos prioritarios de alto riesgo (con la excepción de los niños menores de 59 meses) reciban dosis de refuerzo de vacuna contra COVID-19 de los 6 a 12 meses después de la última dosis. Por último, el Grupo Estratégico Asesor de Expertos (SAGE por su sigla en inglés) sobre inmunización, recomienda que todas personas de 6 meses o más reciban por lo menos una dosis de vacuna contra COVID-19 si nunca recibieron una.

5. **Medidas no farmacológicas de salud pública en la población:** Junto con la inmunización contra VRS, se deben aplicar medidas personales como la higiene de manos, el distanciamiento físico, el uso de mascarillas y quedarse en casa cuando se está enfermo, que son eficaces para limitar la transmisión de virus respiratorios.

Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas (24 de enero del 2025)

Desde el 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 52 del 2024, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 4.388 brotes animales de influenza aviar H5N1. Un total de 71 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5) han sido registradas en cuatro países de las Américas desde 2022 y hasta el 17 de enero del 2025.

En Colombia, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se reportaron a la OMSA siete brotes de IAAP A(H5N1) en aves de traspato en el departamento de Choco, municipio de Acandí (dos focos) y en el departamento de Magdalena, municipio de Remolino (cinco focos).

Recomendaciones:

Si bien los brotes de influenza aviar afectan en gran medida a los animales, estos plantean riesgos continuos para la salud pública. La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en conjunto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), instan a los Estados Miembros a trabajar en forma colaborativa e intersectorial para preservar la sanidad animal y proteger la salud de las personas.

Los casos esporádicos detectados de virus del clado H5N1 2.3.4.4b en humanos están mayoritariamente asociados al contacto directo con animales infectados y entornos contaminados. La evidencia actual refleja que el virus no parece transmitirse fácilmente de una persona a otra. No obstante, es imperativo fortalecer la vigilancia intersectorial para detectar cualquier posible cambio en esta situación.

1. Coordinación intersectorial
2. Vigilancia de casos en humanos
3. Diagnóstico laboratorio de casos en humanos: Recolección de muestras en humanos, Flujo de muestras y algoritmo de pruebas de laboratorio. Reactivos de laboratorio, Interpretación de los resultados y Envío de muestras.
4. Respuesta a casos en humanos: IEC, Notificación de casos en seres humanos (Un caso confirmado de infección humana por influenza aviar debe notificarse inmediatamente).
5. Vigilancia, diagnóstico y respuesta en animales: Envío de muestras,
6. Secuenciación y vigilancia genómica: Secuenciación, Vigilancia Genómica (Virus influenza A(H5) humano, Virus influenza A(H5) animal, Virus candidatos a vacuna para influenza zoonótica).
7. Comunicación de riesgos y participación comunitaria
8. Medidas de prevención en aves y animales
9. Medidas de prevención en humanos
10. Manejo clínico: Realizar el triaje inicial de pacientes, Aplicar precauciones de prevención y control de infecciones, Clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición, Atención hospitalaria y manejo de complicaciones, Monitoreo y seguimiento continuo, tratamiento.
11. Vacunación en el contexto de la influenza aviar

Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas (3 de febrero del 2025)

Dado el aumento de casos humanos de fiebre amarilla en los últimos meses del 2024 e inicio del 2025 en países de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) hace un llamado a los Estados Miembros con áreas de riesgo a continuar sus esfuerzos para fortalecer la vigilancia en zonas endémicas, vacunar a las poblaciones en riesgo y tomar las acciones necesarias para garantizar que los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación estén correctamente informados y protegidos contra la fiebre amarilla. Además, se resalta la necesidad de fortalecer el manejo clínico, con énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves. La OPS/OMS también recomienda disponer de dosis de reserva, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas en cada país, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes.

En Colombia, en el periodo comprendido entre la SE 1 de 2024 y la SE 4 del 2025 se ha registrado un total de 31 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 15 casos fatales.

En 2024, se identificaron 23 casos de fiebre amarilla, incluyendo 13 casos fatales. Siete casos fueron reportados como probables de fiebre amarilla y diez fueron detectados como resultado del diagnóstico diferencial por laboratorio de los casos con resultado negativo para dengue o con sospecha de leptospirosis, y confirmados a través de RT-PCR y/o inmunohistoquímica (en casos fallecidos). Los casos se han registrado en seis departamentos, Caquetá (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal), Huila (n= 1 caso fatal), Nariño (n= 3 casos, incluyendo un caso fatal), Putumayo (n= 4 casos fatales), Tolima (n = 12 casos, incluyendo 6 casos fatales) y Vaupés (n= 1 caso fatal).

Los casos corresponden a personas con edad entre 11 y 89 años, quienes iniciaron síntomas entre el 3 de enero y el 21 de diciembre del 2024.

Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, como áreas silvestres y boscosas, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura (n= 15 casos), estudiante femenino de centro poblado (n=1 caso) y extracción de piedra (n= 1 caso). De este total, 15 casos no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla.

Durante el inicio del 2025, entre la SE 1 y la SE 4 se notificaron ocho casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo dos casos fatales, estos casos corresponden a personas residentes en el departamento del Tolima, en los municipios de Cunday (n= 5 casos, incluido un caso fatal), Prado (n= 2 casos) y Purificación (n= 1 caso fatal). Los casos corresponden a personas con edad entre 28 y 66 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 y el 21 de enero del 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura, y no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla.

El brote registrado en el departamento del Tolima a finales del año 2024 e inicio del 2025, ocurrió en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea en cuatro municipios que son identificados de alto riesgo (4): Cunday (n= 9 casos), Prado (n= 4 casos), Purificación (n= 3 casos) y Villarrica (n= 5 casos). Del total de casos confirmados el 80% corresponde a hombres (n= 16 casos) y el 95% se encuentra en edades entre 25 y 89 años y se ha registrado un caso en una niña de 11 años. La fecha de inicio de síntomas de los casos oscila entre el 8 de septiembre del 2024 al 22 de enero del 2025. En este brote se ha reportado ocho casos fatales.

Recomendaciones:

1. Vigilancia epidemiológica

2. Diagnostico por laboratorio: Diagnóstico virológico (Detección molecular, Diagnóstico post-mortem), Diagnóstico serológico, Interpretación de resultados por serología y diagnóstico diferencial.
3. Un caso de fiebre amarilla será confirmado mediante técnicas serológicas sólo si el diagnóstico diferencial de laboratorio, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del país, resulta negativo para otros flavivirus: Respuesta inmune post-vacunal.
4. Manejo clínico: Esquema para la atención estratificada de pacientes con fiebre amarilla.

Grupo	Condición Clínica	Acciones recomendadas
Grupo A (Atención Primaria - Fase de Infección)	Fiebre, dolor abdominal, náuseas, posible hemorragia leve, deshidratación leve a moderada.	- Hidratación oral y endovenosa según pérdidas hídricas. - Expansión volémica inicial de 20 ml/kg si es necesario. - Monitoreo del nivel de consciencia. - Manejo del dolor y fiebre con dipirona (máx. 8 g/día) o paracetamol (máx. 2 g/día). - Evitar AINEs. - Monitorear AST > 5 LSN, plaquetas < 50,000/mm³ y proteinuria, con seguimiento estrecho para detectar progresión a formas graves. - Reevaluación en 24 horas para determinar evolución y posible reclasificación a Grupo B.
Grupo B (Hospitalización - Fase de Remisión)	Deshidratación grave, vómitos persistentes, diarrea, alteración de	- Hospitalización inmediata con monitoreo de parámetros cardíacos, renales, hepáticos y metabólicos.

	excreción urinaria, inestabilidad hemodinámica.	- Segunda expansión volémica si es necesario. - Iniciar medicamentos vasoactivos sin demora si hay choque hipovolémico. - Vigilancia de nivel de consciencia, dolor abdominal e inicio de hemorragias graves. - Monitoreo de AST > 2,000 U/L, creatinina sérica > 2.0 mg/dl y RNI > 1.5, con soporte médico especializado. - Evaluar necesidad de transferencia a UCI (Grupo C).
Grupo C (Unidad de Cuidados Intensivos - Fase Toxémica)	Insuficiencia hepática aguda (ictericia, alteraciones en pruebas de función hepática), insuficiencia renal aguda, encefalopatía hepática, hemorragias graves.	- Remisión a UCI para manejo especializado. - Monitoreo continuo y tratamiento de soporte avanzado. - Uso de medicamentos vasoactivos para mantener estabilidad hemodinámica. - Soporte ventilatorio si es necesario. - Diálisis en casos de insuficiencia renal aguda. - Aplicación de protocolos específicos según disponibilidad local.

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Manejo clínico de la fiebre amarilla en la Región de las Américas. Experiencias y recomendaciones para los servicios de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57317>.

5. Vacunación: Campañas preventivas o de puesta al día y Vacunación durante respuesta a brotes.
6. Vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI).

Bibliografía

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

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

Liliana Serrano Henao
Subsecretario de Salud Pública de Bucaramanga

Jersson Luis Granados Cuao
Asesor de despacho

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de Vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico y profesional Grupo de Vigilancia Epidemiológica
Secretaría de Salud y de Ambiente de Bucaramanga

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

Elaborado por:
Paola Alexandra Suárez Suárez
María Alejandra Beltrán López

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