

TEMAS CENTRALES

- Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años, S.E. 17 año 2026.
- Alerta Epidemiológica: Influenza estacional y otros virus respiratorios - inicio temporada hemisferio Sur - 27 de abril del 2026

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN BUCARAMANGA S.E 17 de 2026.

Para la semana 17 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir (69/69) el 100%.

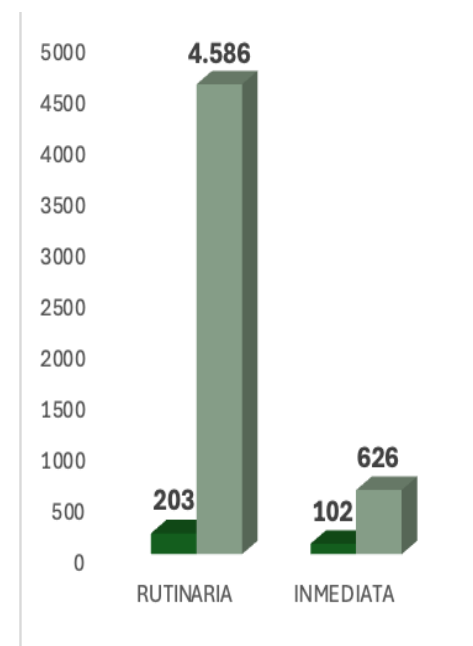
Indicadores de Oportunidad

Notificación UNM: En cuanto a la notificación municipal, la oportunidad de notificación a la secretaria de Salud Departamental fue del 100%.

Oportunidad en la notificación por evento:

La oportunidad rutinaria acumulada hasta la presente semana es de 94% (5212/5517), pese a que el resultado del indicador se encuentra dentro de los parámetros de cumplimiento, se continúa solicitando a los referentes de SIVIGILA de las UPGD-UI oportunidad de la notificación no solo en las notificaciones semanales, sino en los eventos de notificación inmediata y super inmediata (Figura 1).

Figura 1. Oportunidad en la notificación de eventos de interés en Salud Pública S.E 17 de 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Durante la semana epidemiológica 17 del año 2026, se evidencia que las notificaciones rutinarias, con un total de 4789 reportes, de los cuales 4586 (96%) fueron oportunas y 203 (4%) inoportunas. En cuanto a las notificaciones inmediatas, se registraron 728 reportes, de los cuales 626 (86%) fueron oportunas y 102 (14%) inoportunas.

26 de abril a 2 mayo de 2026

Tabla 1. Porcentaje en la oportunidad de la notificación SIVIGILA Bucaramanga S.E.17 año 2026 pre.

IPS que Notifica	RUTINARIA			INMEDIATA		
	Inoportuna	Oportuna	% Inoportuna	Inoportuna	Oportuna	% Inoportuna
PEDIATRAS ASOCIADOS LTDA		2	0%	1		100%
CLINICA REVIVIR SA	2	17	11%			
INSTITUTO MEDICINA AMBULATORIA Y PREVENTIVA	2	50	4%			
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	21	481	4%	26	149	15%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	2	37	5%	1		0%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE		413	0%	51		0%
UIMIST		201	0%	2	42	5%
CENTRO DE SALUD ROSARIO		32	0%	1	6	14%
CENTRO DE SALUD MUTIS		20	0%	4		0%
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA		10	0%	3	1	75%
CENTRO DE SALUD IPC		8	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD GIRARDOT		12	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	2	8	0%	2		0%
CENTRO DE SALUD SANTANDER	3	2	0%			
CENTRO DE SALUD GAITAN	1	6	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL	4		0%	2		0%
CENTRO DE SALUD REGADEROS	2		0%			
CENTRO DE SALUD PABLO VI	1	2	0%			
CENTRO DE SALUD JOYA	1	12	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD MORRORICO	6	11	0%	2		0%
CENTRO DE SALUD LIBERTAD		3	0%	2		0%
CENTRO DE SALUD KENNEDY	9		0%	4		0%
CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA	2		0%			

CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO	5	0%	6	0%		
CENTRO DE SALUD COLORADOS	8	0%	3	0%		
CENTRO DE SALUD CONCORDIA	3	6	0%	1	0%	
CENTRO DE SALUD COMUNEROS	12	0%				
CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO	5	1	0%	1	0%	
CENTRO DE SALUD CAFE MADRID	26	0%	6	0%		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA	1	108	1%	2	0%	
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	65	258	20%	35	165	18%
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA	9	177	5%	6	15	29%
CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES I	4	0%	2	0%		
CLINICA CHICAMOCHA SA	16	422	4%	3	13	19%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	11	274	4%	2	4	33%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	1	15	6%			
LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CANCER	24	6	80%			
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II	35	0%	1	0%		
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER BOLARQUI	61	0%	2	0%		
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER SAN ALONSO	35	0%				
ASOCIACIÓN PROFAMILIA	5	19	0%	2	0%	
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER- UIS	1	23	0%			
CLINICA GESTINAR BIENESTAR		39	0%			
UISALUD	1	13	7%			
CENTRO MEDICO QUIRURGICO LA RIVIERA SAS	16	0%				
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	1	46	2%	2	0%	
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	6	0%	1	4	20%	
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA	3	201	1%	1	4	20%
CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS SA	12	0%	9	3	75%	
FUNDACION AVANZAR FOS	1	13	7%	1	1	50%
CLINICA ESPCO-DESAN	2	167	1%	3	6	33%
MEDICLINICOS IPS SAS	2	0%				

EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	49	0%	16	0%
CONFIMED SAS SEDE BUCARAMANGA	12	0%		
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	7	258	3%	1 4 20%
UNIDAD MEDICO Y DE DIAGNOSTICO SA	1	11	8%	
IPS CABECERA SAS	5		0%	
EPMSC BUCARAMANGA	8	4	67%	
RMBUCARAMANGA	2		0%	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	1	86	1%	2 9 18%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM		87	0%	2 8 20%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	1	380	0%	12 0%
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA SOTOMAYOR	6	243	2%	1 59 2%
VIRREY SOLÍS IPS SA ANTIGUO CAMPESTRE		7	0%	1 0%
VIRREY SOLÍS IPS SA CABECERA	11	27	29%	
VIRREY SOLÍS IPS SA CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS SOTOMAYOR	6	59	9%	2 3 40%
BATALLÓN DE ASPC NOS HOSPITAL MILITAR BUCARAMANGA		42	0%	1 0%
Total	203 68 4586	4%	102 626 14%	

Fuente: SIVIGILA SSAB 2026 pre.

Ajustes pendientes por realizar a SE 17, Bucaramanga, 2026

A semana 17 se registran 163 ajustes pendientes en SIVIGILA. Se recuerda que se cuenta con cuatro (4) semanas para su ejecución y así cumplir la oportunidad establecida. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Ajustes pendientes S.E. 17 Bucaramanga 2026.

EVENTO/SEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Total general
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS									1			1			2	1		5
CHAGAS		2	3		1	1	4				3	1				2	1	18
CHIKUNGUNYA															1			1
DEFECTOS CONGENITOS															1			1
DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	3	6	3	3	4	6	3	1	5	6	10	9	9	15	7		1	91
DENGUE GRAVE															1			1
FIEBRE AMARILLA																1		1
LEPTOSPIROSIS			3	1	3	3	1	2	3		2	3	5	3	2	5	1	37
MORTALIDAD POR DENGUE															1			1
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)																	1	1
RABIA HUMANA																1		1
SARAMPION											1				1			2
TOS FERINA													1	1	1			3
Total, general	3	8	9	4	8	10	5	5	5	5	12	14	15	13	25	18	4	163

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Comportamiento Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años Municipio de Bucaramanga.

Marco normativo nacional (Colombia). Resolución / Lineamiento técnico. Resolución 2350 de 2020: lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa (0-59 meses). Establece las disposiciones obligatorias de atención, criterios de manejo (hospitalario, ambulatorio, referenciación), insumos terapéuticos, responsabilidades del SGSSS (aseguramiento, prestadores, entes territoriales).

Vigilancia epidemiológica – INS / SIVIGILA. Evento 113: Desnutrición aguda en menores de 5 años.

Definición de caso. Notificación inmediata. Investigación epidemiológica de campo. Seguimiento de casos. Identificación de mortalidad asociada. Aspectos clave: Todo caso confirmado debe notificarse al SIVIGILA. La mortalidad asociada es de notificación inmediata. Debe existir búsqueda activa institucional y comunitaria.

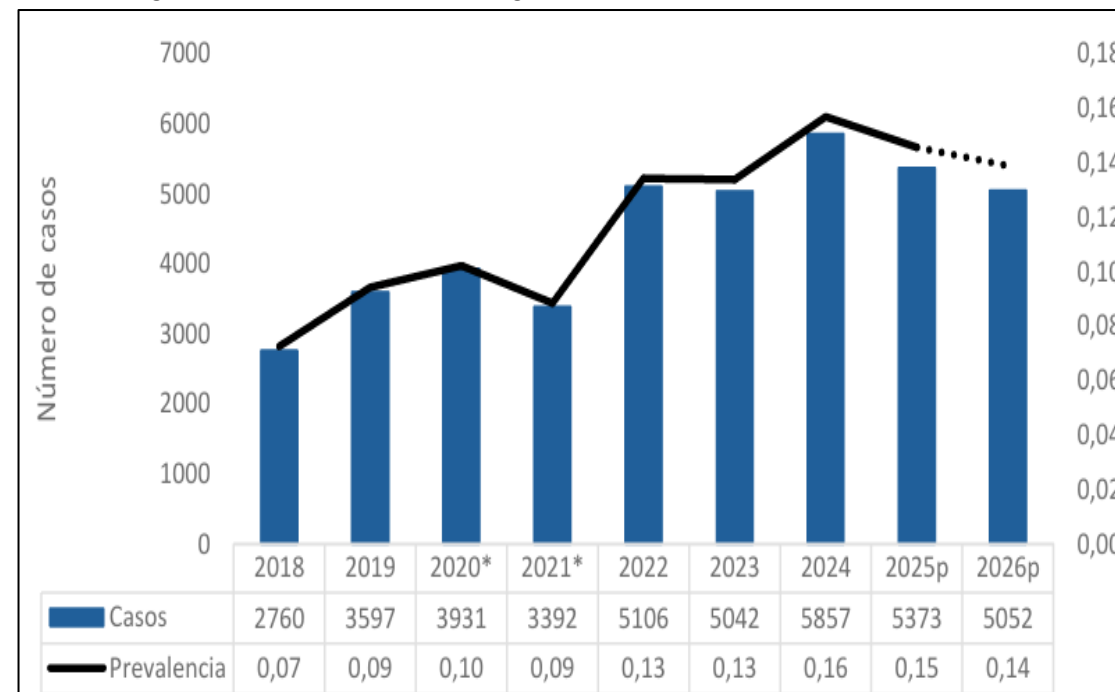
Resolución 2465 de 2016. Patrones de crecimiento OMS adoptados en Colombia. Indicadores antropométricos oficiales. Incluye: Peso para talla, Talla para edad IMC para edad Interpretación por desviaciones estándar. Es la base técnica para clasificar: Riesgo nutricional Desnutrición aguda Retraso en talla.

Lineamientos del ICBF. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar participa en: Recuperación nutricional. Atención comunitaria. Seguimiento de niños en riesgo. Modalidades de atención: Centros de Recuperación Nutricional. Recuperación Nutricional Comunitaria. Recuperación Nutricional en el Hogar. Atención y prevención integral.

Situación de la Desnutrición en menores de 5 años en Colombia.

El comportamiento de la notificación de casos y la prevalencia evidencia una tendencia general al incremento, con variaciones interanuales importantes. Entre 2018 y 2020 se observa un aumento progresivo tanto en el número de casos como en la prevalencia, pasando de 2.760 casos y una prevalencia de 0,07 en 2018 a 3.931 casos y 0,10 en 2020.

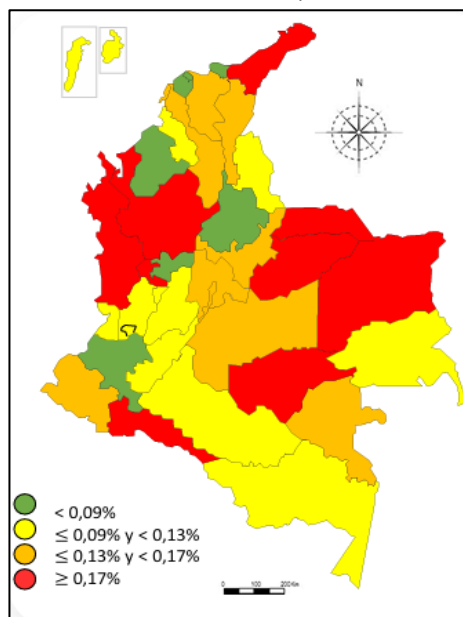
Figura 2. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia 2018 – 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026.

El análisis evidencia una distribución heterogénea del evento entre las entidades territoriales del país, identificándose áreas con mayor concentración de casos y otras con menor afectación epidemiológica.

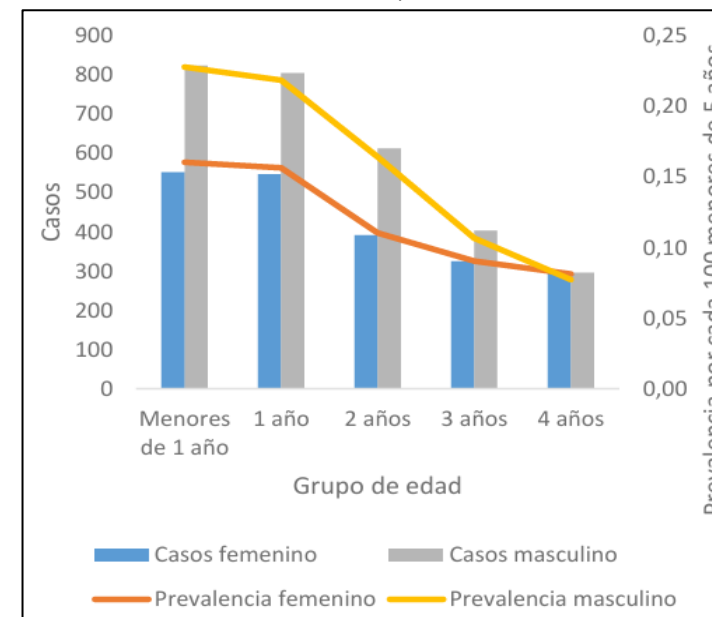
Figura 3. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según departamento de residencia, Colombia, a PE III de 2026p



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026.

El análisis por grupo de edad y sexo evidencia que la mayor carga del evento se concentra en los menores de 1 año, observándose una disminución progresiva tanto en el número de casos como en la prevalencia conforme aumenta la edad. En ambos sexos, los menores de 1 año presentan las cifras más elevadas de casos y prevalencia. En el sexo masculino se registran aproximadamente 820 casos con una prevalencia cercana a 0,23 por cada 100 menores de 5 años, mientras que en el sexo femenino se notifican alrededor de 550 casos y una prevalencia aproximada de 0,16. Este comportamiento indica una mayor afectación en la población masculina durante el primer año de vida.

Figura 4. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según sexo y edad, Colombia, a PE III 2025 - 2026p

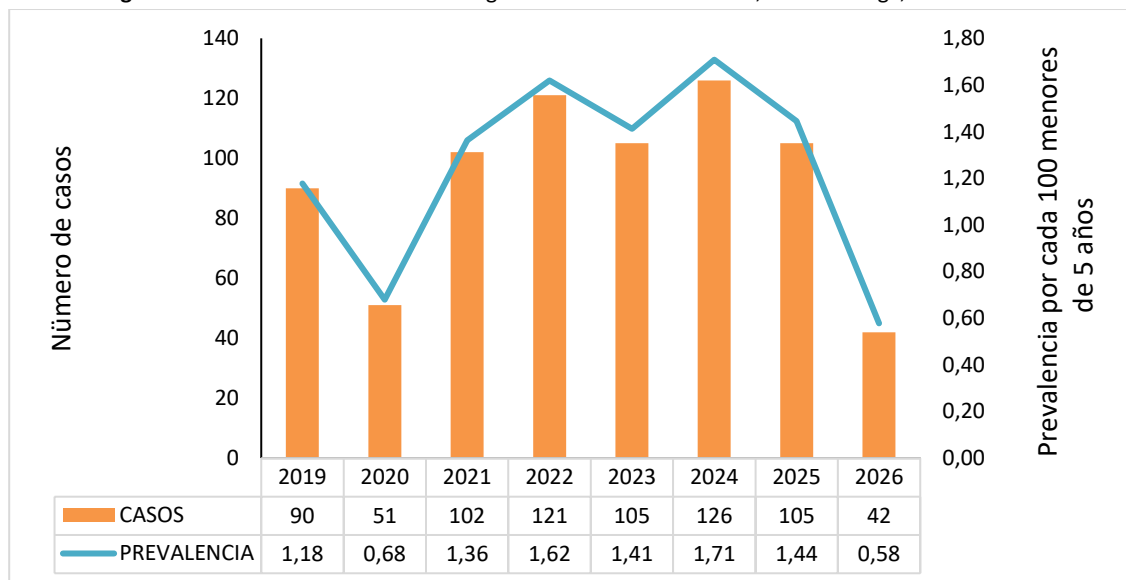


Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026.

Comportamiento Eventos Desnutrición en menores de 5 años Bucaramanga, 2018 – 2026.

El comportamiento en la notificación de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años ha presentado un aumento con relación a la notificación e identificación de casos desde el año 2019, la mayor prevalencia se ha presentado en el año 2024 con un total de 1.71 casos por cada 100 menores de 5 años.

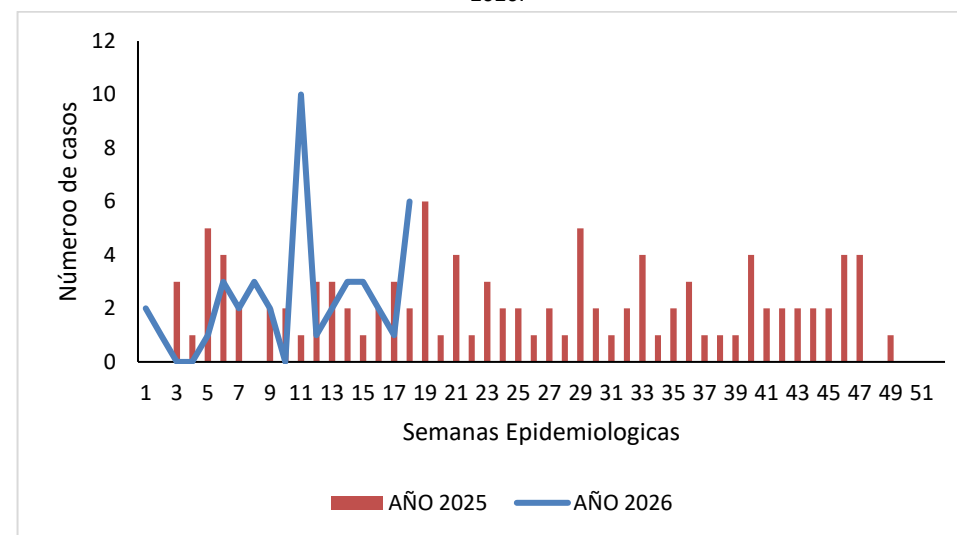
Figura 5. Prevalencia de Desnutrición Aguda en Menores de 5 años, Bucaramanga, 2019 – 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026.

Comportamiento Desnutricion en menores de 5 años a S.E 17 2026. Se evidencia un aumento en la notificación de casos para desnutrición en menores de 5 años en el año 2026 en las semanas epidemiológicas 11 y 17. En el año 2025 se han notificado un total de 105 casos y en relación con la misma semana epidemiológica se ha presentado un aumento del 20% con respecto a la semana epidemiológica 17 del año 2025.

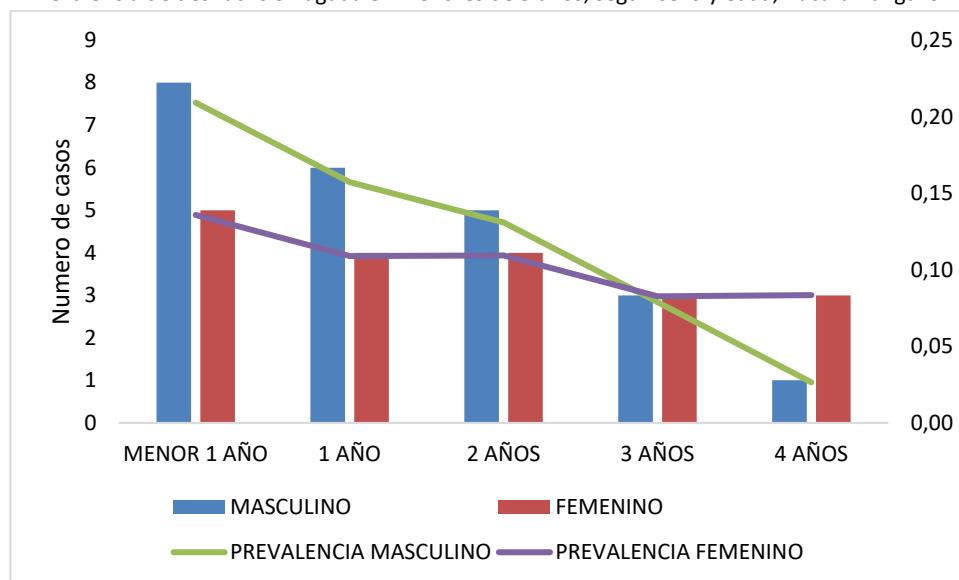
Figura 6. Comportamiento en la notificación en Desnutrición en menores de 5 años. Bucaramanga SE 17. 2025 – 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

El análisis de los casos y la prevalencia por grupo de edad y sexo evidencia una tendencia descendente conforme aumenta la edad, En los menores de 1 año se registra el mayor número de casos, con aproximadamente 9 casos en hombres y 5 en mujeres. De igual forma, la prevalencia más alta corresponde al sexo masculino, alcanzando valores cercanos a 0,21, mientras que en el sexo femenino la prevalencia se sitúa alrededor de 0,13. Este comportamiento refleja una mayor afectación en niños durante el primer año de vida.

Figura 7. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según sexo y edad, Bucaramanga. SE 17 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

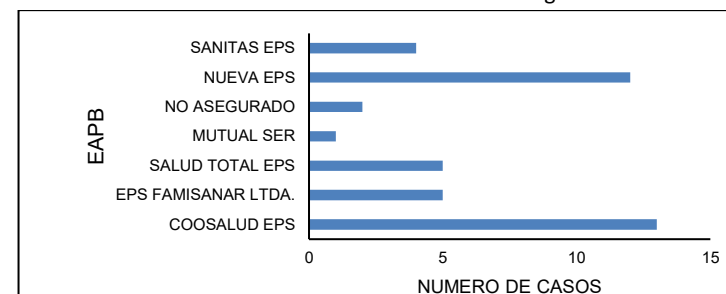
Tabla 3. Comportamiento demográfico y social de desnutrición en menores de 5 años. Bucaramanga SE 17. 2026.

Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	23	54,76%
	Femenino	19	45,24%
Área	Cabecera m/pal	40	95,24%
	Centro Poblado	1	2,38%
	Rural Disperso	1	2,38%
Condición Final	Vivo	42	100,00%
Tipo SS	Subsidiado	31	73,81%
	Contributivo	9	21,43%
	No asegurado	2	4,76%
Total		42	

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Según el comportamiento en la notificación se evidencia que la EAPB Nueva EPS y Coosalud son quienes presentan la mayor cantidad de casos.

Figura 8. Comportamiento notificación de casos según Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Desnutrición en menores de 5 años. Bucaramanga SE 17. 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Según las variables sociodemográficas la distribución por sexo, el 54,76% de los casos corresponde al sexo masculino, mientras que el 45,24% pertenece al sexo femenino. Respecto al área de residencia, la mayor proporción de los casos procede de cabecera municipal con el 95,24% de los casos. En cuanto a la condición final, el 100% de los casos se encuentran vivos. Según el tipo de aseguramiento, el régimen subsidiado notifico el 73,81%, seguido del régimen contributivo con 21,43% y la población no asegurada con 2 casos 4,76%.

Alerta Epidemiológica Influenza estacional y otros virus respiratorios: inicio temporada hemisferio Sur 27 de abril del 2026.

Ante el inicio de la temporada 2026 de circulación de virus respiratorios en el hemisferio sur, y considerando la experiencia de la temporada 2025–2026 en el hemisferio norte — caracterizada por el predominio del virus de la influenza A(H3N2) del subclado K, con evidencia de actividad intensa concentrada en un período corto y efectividad moderada de la vacuna contra influenza— la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia epidemiológica y virológica integrada de virus respiratorios, incluyendo la caracterización genómica oportuna; ajustar los planes de preparación y organización de los servicios de salud anticipando posibles incrementos concentrados de demanda de los servicios, por circulación de influenza A(H3N2) y potencial co-circulación de virus sincitial respiratorio (VSR); y acelerar la vacunación contra la influenza estacional y VSR en los grupos prioritarios antes del pico de circulación.

A nivel global, en el hemisferio norte, marcado por el fin del período invernal, la actividad de influenza se mantiene en descenso, con una positividad cercana al 10% en zonas templadas y subtropicales, aunque algunos países registran niveles elevados (>20%) (Figura 9). Mientras la temporada 2025-2026 de influenza fue marcada por una predominancia de influenza A(H3N2) en el hemisferio norte, las últimas semanas fueron caracterizadas por un aumento proporcional de influenza B, común al final de la temporada de influenza. En contraste, en el hemisferio sur, marcado por el fin del período estival, se observa un aumento de las detecciones de influenza, con un predominio de influenza A(H3N2) (Figura 9 y Figura 10). Para el 2026, el comportamiento de influenza a nivel global muestra un predominio de las detecciones de influenza B, con tendencia a la baja. En el hemisferio Norte, el porcentaje de positividad de influenza fue elevado (>10%) en algunos países de América del Norte, África Oriental y en países del sur, este y sudeste de Asia.

El porcentaje de positividad superó el 30% en países de Centroamérica y el Caribe y Europa Oriental. Asimismo, se observó un leve incremento de la actividad de influenza en algunos países de Centroamérica y el Caribe y del sur de Asia, así como en algunos países de África Central y Asia Central. En el hemisferio sur, durante la SE 14 la actividad de influenza se ha mantenido a la baja en general, aunque se reportó un aumento de positividad (>10%) en algunos países de América del Sur, África Oriental y Meridional y el sudeste asiático. En América del Sur, un solo país alcanzó una positividad para influenza mayor del 30%. En las zonas con alta positividad, la influenza A(H3N2) predominó especialmente en Centroamérica y el Caribe, América del Sur tropical y templada y África Oriental, mientras que la influenza A(H1N1) pdm09 fue predominante en Europa Oriental y África Meridional. La influenza B fue predominante en América del Norte, África Occidental y Asia Oriental. La influenza A y B fueron codominantes en Asia Meridional y Sudoriental. A nivel mundial, la positividad del SARS-CoV-2 se mantuvo estable y baja (Figura 9). La circulación de virus sincitial respiratorio (VSR) muestra patrones heterogéneos, con positividad agregada baja a nivel global, pero con focos de actividad elevada en países de Centroamérica y la subregión Andina.

Figura 9. Número semanal de muestras analizadas para influenza y el virus SARS-CoV-2 y porcentaje de positividad a nivel mundial, por zona geográfica (últimos 12 meses).

Áreas del hemisferio norte templadas y subtropicales b. Áreas tropicales c. Áreas del hemisferio sur templadas y subtropicales

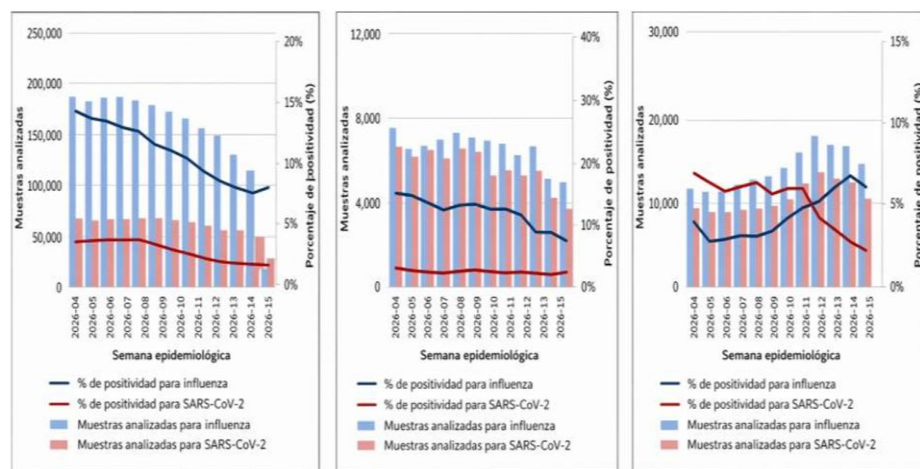
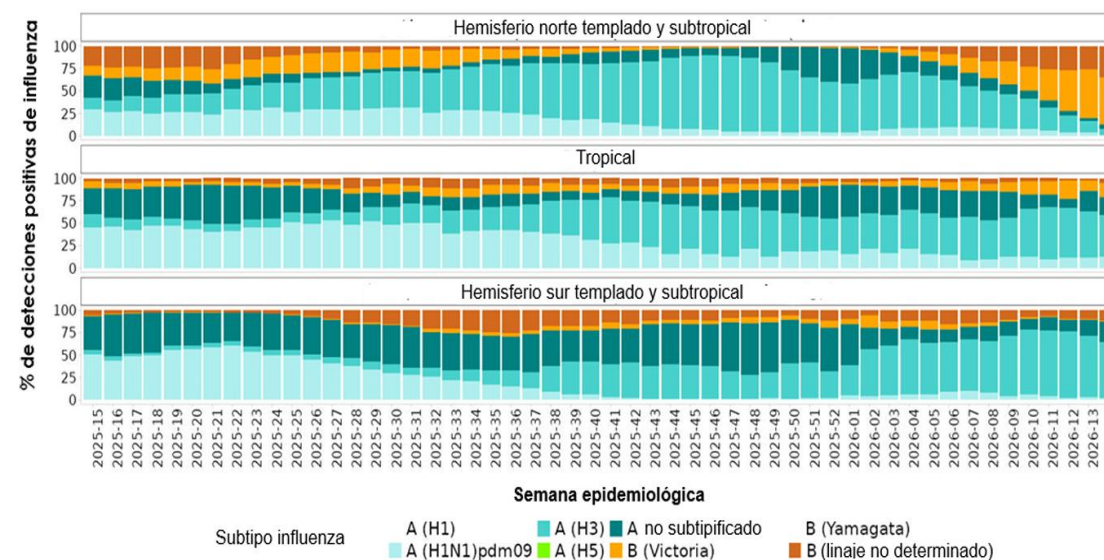


Figura 10. Distribución semanal de los tipos y subtipos del virus de influenza por zona geográfica (últimos 12 meses)



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 573. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virusactivity--weekly-update-n--573> (1). <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/04/2026-abril-27-phe-alertaepi-influenza-vsr-esfinal.pdf>

Resumen de la situación Región de las Américas

En el hemisferio norte, la temporada 2025–2026 de influenza se caracterizó por un inicio temprano y una actividad de moderada a alta intensidad, con predominio del virus A(H3N2), principalmente del subclado K. En las semanas más recientes, se observa una transición hacia un predominio creciente de influenza B, en línea con el patrón estacional de final de temporada, acompañada de una tendencia general al descenso.

En paralelo, la circulación del VSR alcanzó su pico durante los meses invernales, con una posterior disminución sostenida, aunque se mantiene en niveles detectables en algunos países de América del Norte.

En el **hemisferio sur**, al inicio de la temporada 2026, la actividad de influenza se mantiene baja con señales iniciales de incremento en algunos países, predominando el virus A(H3N2). Este comportamiento es consistente con el inicio progresivo de la temporada invernal. En este contexto, la circulación del VSR muestra un aumento gradual en varios países, anticipando su patrón estacional típico, con potencial impacto en la carga de enfermedad en niños pequeños y otros grupos de riesgo en las próximas semanas.

En las zonas tropicales de la Región, la actividad de influenza ha mostrado una circulación más heterogénea y sostenida, con predominio variable entre influenza A(H3N2) e influenza B según el país. En estas áreas, la circulación del VSR ha sido más persistente a lo largo del año, con incrementos recientes en subregiones como la Andina y algunos países de Centroamérica, donde se ha asociado a un aumento de hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas graves en población pediátrica.

La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en la mayoría de los países.

Efectividad de la vacuna de influenza

La temporada 2025–2026 del hemisferio norte ha estado dominada por el virus de la influenza A(H3N2) del subclado K (clado 2a.3a.1, subclado J.2.4.1), antigénicamente distante de la cepa vacunal A/District of Columbia/27/2023 (subclado J.2) incluida en las formulaciones recomendadas por la OMS para esta temporada. A pesar de esta discordancia antigénica, las estimaciones interinas de efectividad vacunal (EV) publicadas a la fecha indican que la vacuna conserva protección clínicamente significativa.

En Europa, un análisis conjunto de nueve estudios pertenecientes a la red I-MOVE/VEBIS (19 países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo; n= 275.785) reportó una EV contra influenza A, combinando ámbitos ambulatorio y hospitalario, de 25% a 45% en todos los grupos de edad, con estimaciones más altas en niños (47% a 72%), comparables a las observadas en temporadas previas.

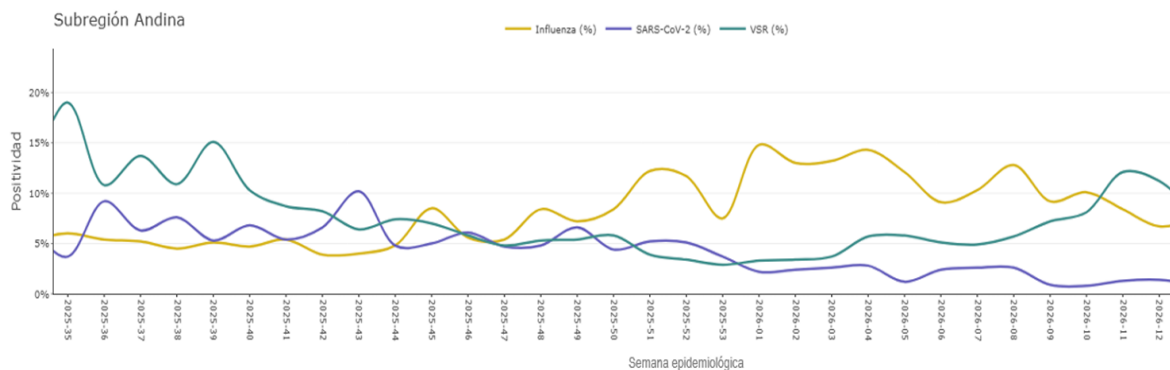
En el Reino Unido, la Agencia de Seguridad Sanitaria (UKHSA) reportó una EV de 70–75% contra hospitalización en niños y 30–40% en adultos, y de 44% contra enfermedad ambulatoria por cualquier influenza y 52% específicamente contra A(H3N2). En Canadá, la Red Centinela de Médicos (SPSN) estimó una EV de aproximadamente 40% contra enfermedad respiratoria aguda atendida médicamente asociada a A(H3N2), incluido el subclado K, y de aproximadamente 30% contra A(H1N1) pdm09(6). En los Estados Unidos, estimaciones interinas de los CDC (septiembre 2025–febrero 2026, tres redes de vigilancia) reportaron una EV de 3841% contra consulta ambulatoria y 41% contra hospitalización en niños y adolescentes, con reducción respecto a temporadas anteriores, pero conservando protección clínicamente relevante.

Es importante destacar que la formulación recomendada por la OMS para las vacunas del hemisferio sur en la temporada 2026 incluye una actualización del componente A(H3N2), pasando de A/District of Columbia/27/2023 (subclado J.2) a A/Tasmanian/1003/2025 (subclado L.1). Este cambio responde a la divergencia antigénica observada entre los virus del subclado K actualmente dominantes y la cepa vacunal previa. Si bien aún no se dispone de datos de efectividad para esta nueva formulación, cabe esperar que la actualización del componente A(H3N2) mejore la concordancia con los virus circulantes y, por lo tanto, el nivel de protección conferido por la vacuna en el hemisferio sur. No obstante, será esencial generar evidencia temprana de efectividad vacunal a través de REVELAC-i y otras plataformas de vigilancia en la Región para confirmar esta hipótesis y guiar las decisiones de salud pública.

Subregión Andina

En la subregión Andina la actividad de influenza durante las primeras semanas del 2026 se mantuvo estable entre el 12% y 15% de positividad hasta la SE 4 observándose un predominio de influenza A. Posteriormente, se observó una tendencia al descenso, manteniéndose en niveles bajos en la SE 13 (7,5%). Estos datos sugieren una disminución en la actividad de influenza acompañada de un aumento relativo en la circulación de VSR en las semanas más recientes (Figura 11).

Figura 11. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica subregión Andina, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.paho.org/app/respiratory_viruses/ (3).

En **Colombia**, las últimas cuatro SE de 2026, se observa un aumento en la positividad de VSR, con indicios de estabilización en las semanas más recientes. Con relación a los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG), se observa también, una predominancia de VSR, el grupo etario más afectado corresponde a niños de 0 a 12 años, seguidos del grupo etario de 13 a 17 años. Por otro lado, las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda (IRA) en sala general mostraron una tendencia ascendente sostenida entre las SE 1 y 12, ubicándose cerca o por encima del límite superior del canal endémico; sin embargo, en las semanas 13 y 14 se observó un descenso, aunque permaneciendo por encima del umbral estacional (Figura 12).

Este comportamiento fue más evidente en personas mayores de 60 años, cuyas hospitalizaciones se mantuvieron por encima del límite superior durante varias semanas recientes. En cuanto a la circulación viral, durante el último período analizado se evidenció la presencia de múltiples virus respiratorios, incluyendo VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Asimismo, se observó un incremento general en la positividad, particularmente asociado al metapneumovirus, mientras que otros virus se mantuvieron en niveles estables.

26 de abril a 2 mayo de 2026

Figura 12. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Colombia, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.

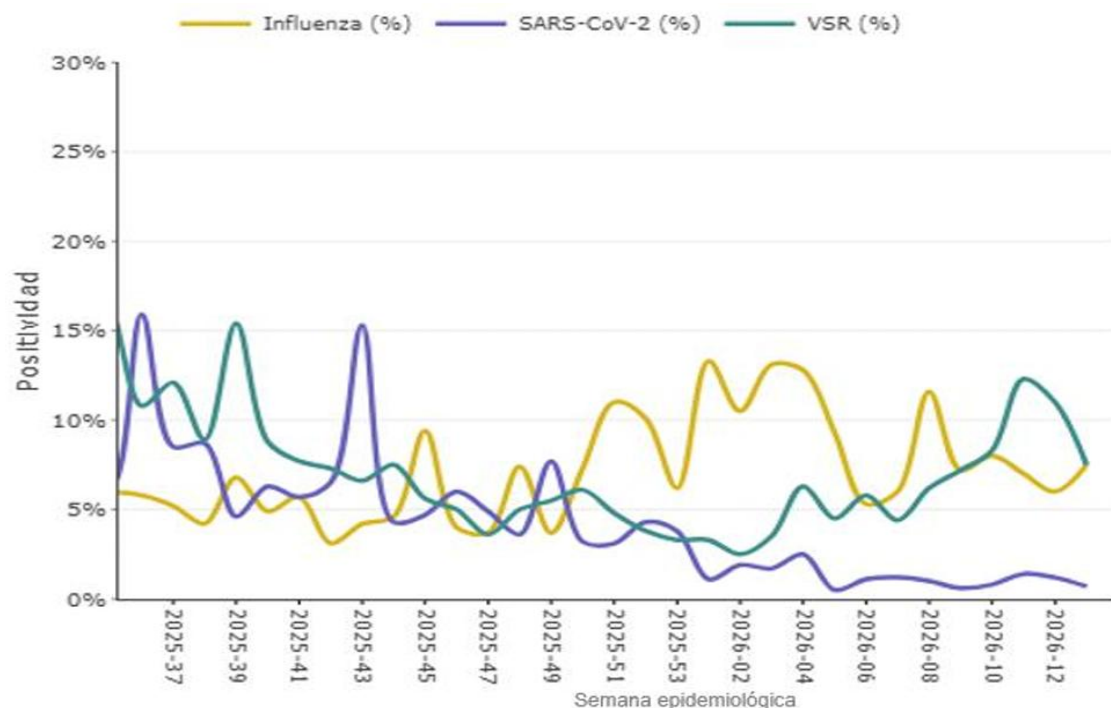
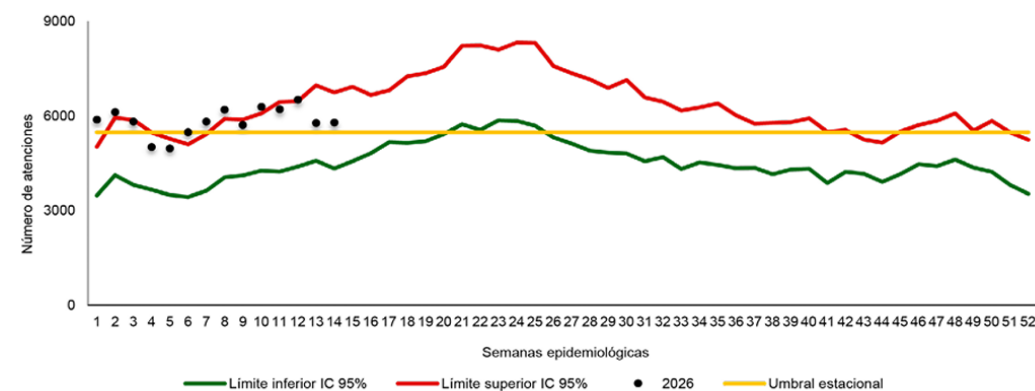


Figura 13. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 1 a 14 del 2026.



Fuente: Adaptado del Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal- Año 21. Semana Epidemiológica Bogotá: INS; 2026. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_14.pdf

Recomendaciones para los Estados Miembros

La temporada 2025–2026 del hemisferio norte en la Región de las Américas se caracterizó por: (i) el predominio del virus de la influenza A(H3N2) del clado 2a.3a.1, con el subclado K (J.2.4.1) como linaje dominante a nivel regional; (ii) evidencia de reactividad antigénica reducida de los virus circulantes frente a las cepas vacunales de referencia para la temporada pero con efectividad vacunal parecida a los años anteriores; (iii) en algunos países como Canadá, una actividad de transmisión que alcanzó niveles extraordinarios, pero concentrada en un período corto (aproximadamente 4 a 6 semanas), con una carga acumulada de hospitalizaciones, admisiones a UCI y mortalidad comparable o inferior temporadas previas; y (iv) un desplazamiento reciente hacia influenza B como virus predominante en América del Norte en las últimas semanas.

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Estas observaciones sugieren que los países del hemisferio sur deben prepararse no solo para una temporada de potencial alta intensidad, sino particularmente para picos de demanda hospitalaria concentrados en períodos cortos, que podrían poner a prueba la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

Respecto al VSR, los datos disponibles de la Región muestran patrones heterogéneos de circulación, con focos de alta positividad en algunos países a pesar de niveles agregados subregionales bajos. El impacto clínico se concentra, como es esperado, en niños menores de cinco años —particularmente en menores de dos años— y en adultos mayores de 65 años.

Los escenarios de co-circulación de influenza, VSR y SARS-CoV-2 observados en temporadas anteriores, y correspondiente a tendencias recientes en Brasil, confirman la relevancia de la vigilancia integrada de virus respiratorios y de la planificación anticipada de los servicios de pediatría y geriatría hospitalarios.

Ante esta situación, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), insta a los Estados Miembros a continuar fortaleciendo las principales acciones para la vigilancia, el manejo clínico y profilaxis, la prevención y control de la infección, la comunicación de riesgos y la vacunación. A continuación, se relaciona los puntos a revisar y tener en cuenta sobre las principales recomendaciones emitidas en la Alerta Epidemiológica sobre Influenza estacional en la Región de las Américas: cierre de temporada 2025 hemisferio sur - inicio de temporada 2025-26 hemisferio norte del 4 de diciembre del 2025 (16), las cuales continúan vigentes (Verificar puntualidad en el documento dispuesto en la bibliografía del presente boletín de la OPS-OMS):

- Vigilancia
- Manejo clínico y profilaxis
- Prevención y control de la infección

- Comunicación de riesgo
- Vacunación
- Medidas no farmacológicas de salud pública en la población

Bibliografía:

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2026). Alerta Epidemiológica: Influenza estacional y otros virus respiratorios - inicio temporada hemisferio Sur - 27 de abril del 2026 <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/04/2026-abril-27-phe-alertaepi-influenza-vsr-esfinal.pdf>

Semana epidemiológica
26 de abril al 02 de mayo año 2026 **17**

TEMA CENTRAL

**Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años
Alerta epidemiológica**

Gloria Marcela Orduz García
Secretaria de Salud y Ambiente

Alba Luz Amin Madera
Subsecretaria de Salud Pública

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico (AUTORES)

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

Mayra Alejandra Contreras
Grupo funcional SIVIGILA – SSAB

María Alejandra Beltrán López
Alerta Epidemiológica: Influenza estacional y otros virus respiratorios - inicio temporada
hemisferio Sur - 27 de abril del 2026

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