TEMAS CENTRALES

- **Comportamiento del Cáncer infantil en Bucaramanga - S.E 34 de 2026p.**
- **Actualización epidemiológica Influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas 26 de agosto del 2026.**

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN BUCARAMANGA S.E 34 de 2026.

Para la semana 34 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir (69/69) el 100%.

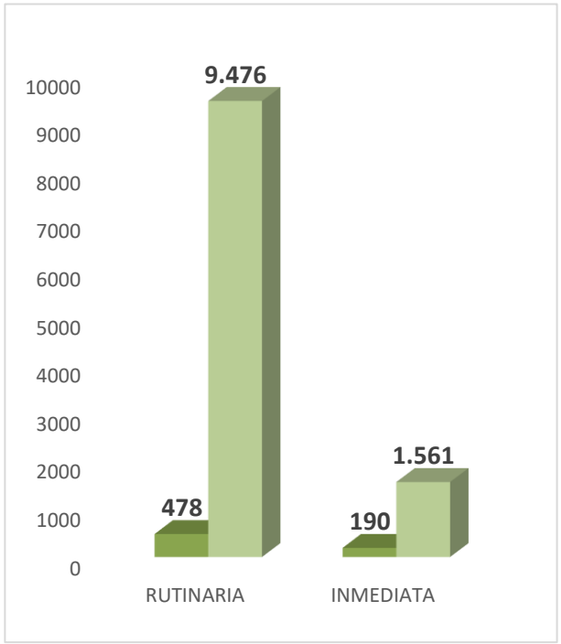
Indicadores de Oportunidad

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% (11037/11705), 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 34 de 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Durante la semana epidemiológica 34 del año 2026, se evidencia que las notificaciones rutinarias, con un total de 9954 reportes, de los cuales 9476 (95%) fueron oportunas y 478 (5%) inoportunas. En cuanto a las notificaciones inmediatas, se registraron 1751 reportes, de los cuales 1561 (89%) fueron oportunas y 190 (11%) inoportunas.

Tabla 1. Porcentaje en la oportunidad de la notificación SIVIGILA Bucaramanga S.E. 34 año 2026 pre.

IPS que Notifica	RUTINARIA				INMEDIATA		
	Inoportuna	Notificación Negativa	Oportuna	% Inoportunidad	Inoportuna	Oportuna	% Inoportunidad
PEDIATRAS ASOCIADOS LTDA			3	0%	2		100%
CLINICA REVIVIR SA	2	34		6%			
INSTITUTO MEDICINA AMBULATORIA Y PREVENTIVA	2		112	2%		4	0%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	42		1111	4%	44	374	11%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	4		74	5%		2	0%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANT		1		0%		1	0%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	3		891	0%	2	105	2%
UIMIST	1		398	0%	2	106	2%
CENTRO DE SALUD ROSARIO	1		55	2%		22	0%
CENTRO DE SALUD MUTIS			41	0%		5	0%
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA			25	0%	3	6	33%
CENTRO DE SALUD IPC			22	0%		4	0%
CENTRO DE SALUD GIRARDOT			24	0%		4	0%
CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	2	4	15	10%		5	0%
CENTRO DE SALUD SANTANDER		7	2	0%			
CENTRO DE SALUD GAITAN		1	12	0%		6	0%
CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL			10	0%		3	0%
CENTRO DE SALUD REGADEROS			6	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD PABLO VI		4	3	0%			
CENTRO DE SALUD JOYA		3	23	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD MORRORICO		9	19	0%		5	0%
CENTRO DE SALUD LIBERTAD		2	3	0%		3	0%
CENTRO DE SALUD KENNEDY			12	0%	1	13	7%
CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA		2	3	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO		2	16	0%		8	0%
CENTRO DE SALUD COLORADOS			15	0%		7	0%
CENTRO DE SALUD CONCORDIA		8	7	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD COMUNEROS	1		32	3%		1	0%
CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO		7	4	0%		3	0%
CENTRO DE SALUD CAFE MADRID			56	0%	1	11	8%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO	1		238	0%		2	0%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	159		523	23%	69	352	16%
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PRE	16		370	4%	19	49	28%
CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES I	3		15	17%		3	0%
CLINICA CHICAMOCHA SA	33		831	4%	3	39	7%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	31		588	5%	2	10	17%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	7		19	27%			
LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CANCER	44	11	1	79%	1	1	50%
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II	1		115	1%		4	0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER BOLARQUI	1		119	1%		6	0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER SAN ALONSO	2		74	3%		4	0%
ASOCIACIÓN PROFAMILIA		11	34	0%		3	0%
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER- UIS		2	41	0%			
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	1		72	1%		1	0%
UISALUD	3	2	24	10%			
CENTRO MEDICO QUIRURGICO LA RIVIERA SAS	1		33	3%			
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	4		97	4%		2	0%
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	2		18	10%	2	7	22%
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BGA	4		407	1%	2	17	11%
CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS SA		26		0%	12	4	75%
FUNDACION AVANZAR FOS	2		33	6%	2	3	40%
CLINICA ESPCO-DESAN	25		324	7%	6	24	20%
MEDICLINICOS IPS SAS	1		17	6%		2	0%
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPA			103	0%		44	0%
CONFIMED SAS SEDE BUCARAMANGA	1		28	3%		1	0%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	9		484	2%	1	7	13%
UNIDAD MEDICO Y DE DIAGNOSTICO SA	1	1	13	7%			
IPS CABECERA SAS		5		0%	2	1	67%
EPMSC BUCARAMANGA	9		8	53%			
RMBUCARAMANGA			8	0%			
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	2		135	1%	5	27	16%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM BGA	3		184	2%	3	41	7%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	5		785	1%		38	0%
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA SOTOMAYOR	10		391	2%	1	147	1%
SUMIMEDICAL SAS			1	0%			
VIRREY SOLÍS IPS SA ANTIGUO CAMPESTRE	2		20	9%		3	0%
VIRREY SOLÍS IPS SA CABECERA	25		69	27%	1		100%
VIRREY SOLÍS IPS SA CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS SOTOMAYOR	11		124	8%	4	9	31%
BATALLÓN DE ASPC NO5 HOSPITAL MILITAR BGA	1		136	1%		7	0%
Total	**478**	**142**	**9476**	5%	**190**	**1561**	11%

Fuente: SIVIGILA SSAB 2026 pre.

Ajustes pendientes por realizar a SE 34, Bucaramanga, 2026

A semana 34 se registran 237 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. 34 Bucaramanga 2026.

EVENTOS/SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	Total general
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS																															2	1	2		5
CHAGAS		1	2		1		4				1		1				2	1		1		1						3	1	2	1	1			23
DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	3	4	3	2	3	3		3	1	2	2	5	4		4	3	4	4	4	7	1	4	2	7	2	7	4	5	5	7	9	20	8	1	143
DEFECTOS CONGENITOS																1										1			2	1					5
DENGUE GRAVE																														1			1		2
FIEBRE AMARILLA																															1				1
LEPTOSPIROSIS			2		1	2		1					1	2		4	23	1		2	1	1	2	1	3	1	1		2		3	1			55
LESIONES DE CAUSA EXTERNA																								1											1
MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA																														1					1
MORTALIDAD POR DENGUE																															1				1
Total general	3	5	7	2	5	5	4	4	1	2	3	5	6	2	4	8	29	6	4	10	2	6	4	9	5	9	5	8	10	12	17	23	11	1	237

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Comportamiento de la notificación de casos Cáncer infantil, Bucaramanga, 2024 a S.E 34 2026p.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la adolescencia, siendo las leucemias agudas el tipo de cáncer y la causa de muerte por cáncer más común en este grupo poblacional. De acuerdo con el Observatorio Global de Cáncer (Globocan), en 2022, más de 275. 000 niños y adolescentes (de 0 a 19 años) fueron diagnosticados con cáncer a nivel mundial y para el 2022 se estimaron 105 645 fallecimientos por cáncer infantil, para una tasa ajustada por la edad de 4,1 menores por cada 100 000 habitantes. Para Colombia, se estimaron 784 fallecimientos, para una mortalidad ajustada de 5,1 por cada 100 000 habitantes (3).

La probabilidad de que un niño sobreviva a un diagnóstico de cáncer depende del país en donde resida: en países de ingreso alto, se estima que la sobrevida alcanza el 80 %, pero en países de ingreso bajo o mediano se estima en cerca del 30 % (2). En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Iniciativa Global para el Cáncer Infantil, con el apoyo del St. Jude Children's Research Hospital (EE. UU.), la International Agency for Research on Cancer (IARC) y otras entidades. Esta iniciativa tiene como objetivo a 2030 lograr al menos un 60 % de supervivencia en casos de cáncer infantil a nivel mundial (3).

En Colombia, la normatividad vigente establece lineamientos para el control del cáncer infantil en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022- 2031 (Resolución 1035 del 14 de junio de 2022), la Resolución 2367 del 29 de diciembre de 2023 y la Circular Externa Conjunta 010 de 2024. Estas disposiciones incluyen el Plan de Choque contra el Cáncer, el cual contempla entre sus componentes, el fortalecimiento del monitoreo y las fuentes de información.

En este contexto, se enfatiza la notificación obligatoria de casos en niños y adolescentes menores de 18 años con presunción o diagnóstico de cáncer infantil en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), de acuerdo con los protocolos definidos por el Instituto Nacional de Salud, velando por la garantía de la calidad de los datos.

En Bucaramanga, con corte a semana epidemiológica 34 de 2026, se notificaron al Sivigila 37 casos de cáncer en menores de 18 años, de los cuales el 58% (22 casos) se encuentran confirmados, 26% (10 casos) se encuentran descartados el 16% (5 casos) se encuentran como probables. Ver tabla 3.

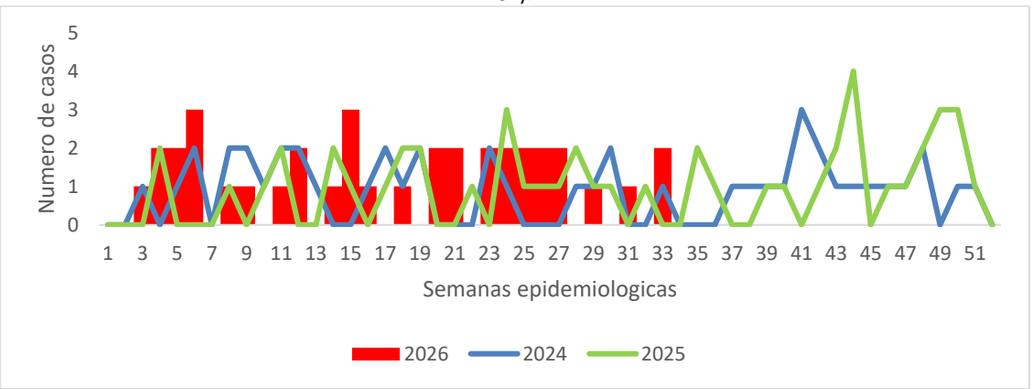
Tabla 3. Comportamiento de la notificación de cáncer en menores de 18 años, Bucaramanga, 2025 – 2026p (SE 05).

Estado	2026	
	Casos	%
Notificados	37	100
Confirmados	22	58
Descartados	10	26
Probables	5	16

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Durante 2026, hasta la semana epidemiológica 34, la notificación de casos de cáncer en menores de 18 años en Bucaramanga presentó un comportamiento variable, con registros semanales entre uno y tres casos y semanas sin notificaciones. Al comparar con los años 2024 y 2025, se observa una dinámica fluctuante similar, sin evidenciarse hasta el periodo analizado un incremento sostenido en la notificación. Los datos de 2026 son preliminares y están sujetos a ajustes derivados del proceso de vigilancia epidemiológica.

Figura 2. Comportamiento de la notificación de cáncer en menores de 18 años, Bucaramanga, 2024 – 2026p (SE 34).



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

En los 37 casos notificados de cáncer en menores de 18 años en Bucaramanga, se observó predominio del sexo masculino con 57 % (21 casos), frente al 43 % (16 casos) del sexo femenino. El 95 % (35 casos) procedía de la cabecera municipal y, al momento del análisis, el 100 % de los casos se encontraba vivo. En relación con el aseguramiento, el 49 % (18 casos) pertenecía al régimen contributivo. Por grupo de edad, la mayor proporción se concentró entre los 5 y 9 años con 35 % (13 casos), seguida de los adolescentes de 15 a 17 años con 27 % (10 casos), los niños de 1 a 4 años con 21 % (8 casos) y el grupo de 10 a 14 años con 16 % (6 casos); no se registraron casos en menores de un año.

Tabla 4. Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de Cáncer en Menores de 18 años, Bucaramanga, semanas epidemiológicas 01 - 34, 2026.

Variables		N° casos	%
Sexo	Femenino	16	43%
	Masculino	21	57%
Área	Cabecera m/pal	35	95%
Condición Final	Vivo	37	100%
	Muerto	0	0%
Tipo SS	Contributivo	18	49%
Rango de edad	< 1 año	0	0%
	1 a 4 años	8	21%
	5 a 9 años	13	35%
	10 a 14 años	6	16%
	15 a 17 años	10	27%
Total		**37**	**100%**

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

En Bucaramanga se analizaron 37 casos de cáncer en menores de 18 años, con una tasa global de 25,87 casos por 100.000 menores. La leucemia linfoide aguda fue el tipo de cáncer con mayor frecuencia, con 7 casos y una tasa de 4,90 por 100.000 menores, seguida de los linfomas y neoplasias reticuloendoteliales y de otras neoplasias malignas no especificadas, con 5 casos cada una y una tasa de 3,50 por 100.000. La leucemia mieloide aguda, los tumores del sistema nervioso central, los sarcomas de tejidos blandos y extraóseos y los tumores germinales, trofoblásticos y otros gonadales registraron 3 casos cada uno, con tasas de 2,10 por 100.000 menores. Los demás tipos de cáncer presentaron entre uno y dos casos, con tasas entre 0,70 y 1,40 por 100.000 menores. Ver tabla 4.

Tabla 5. Distribución de los casos notificados de cáncer en menores de 18 años según tipo de cáncer y tasa por 100.000 menores, Bucaramanga, semanas epidemiológicas 01–34, 2026.

Tipo de cáncer	Casos	Tasa por 100.000 menores
Leucemia linfoide aguda	7	4,90
Leucemia mieloide aguda	3	2,10
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	5	3,50
Tumores del sistema nervioso central	3	2,10
Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	2	1,40
Retinoblastoma	1	0,70
Tumores renales	2	1,40
Tumores óseos malignos	2	1,40
Sarcomas de tejidos blandos y extraóseos	3	2,10
Tumores germinales, trofoblásticos y otros gonadales	3	2,10
Tumores epiteliales malignos y melanoma	1	0,70
Otras neoplasias malignas no especificadas	5	3,50
Todos los tipos	**37**	**25,87**

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

En los casos de leucemia evaluables, la oportunidad en la presunción diagnóstica (OPDx) presentó un comportamiento favorable, dado que el 100 % (9 casos) se clasificó con oportunidad alta, con un intervalo igual o menor a dos días entre la consulta y el resultado de la prueba diagnóstica presuntiva. En cuanto a la oportunidad en la confirmación diagnóstica (OCDx), el 44,4 % (4 casos) presentó oportunidad alta, con confirmación en ocho días o menos; el 33,3 % (3 casos) se clasificó con oportunidad media, entre 9 y 15 días; y el 22,2 % (2 casos) presentó oportunidad baja, con 16 días o más.

Estos resultados evidencian una adecuada oportunidad en la presunción diagnóstica, mientras que en la etapa de confirmación se identifican casos con mayores tiempos de espera. Ver tabla 6.

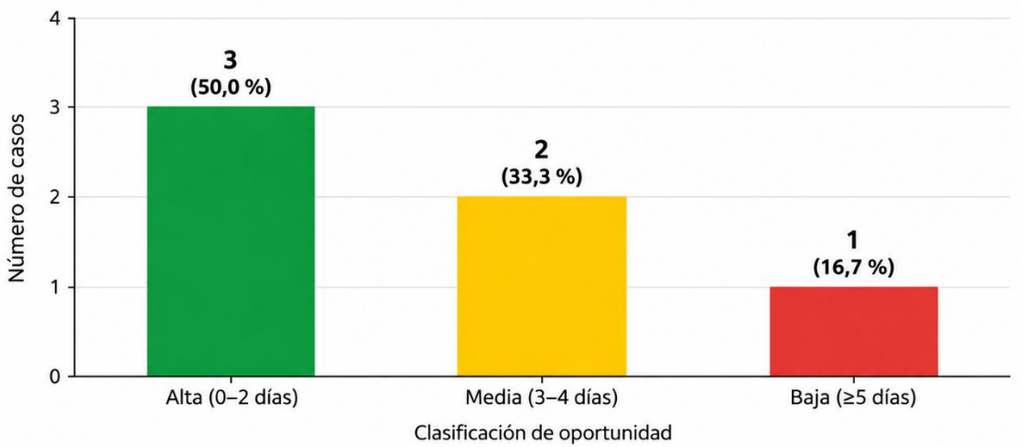
Tabla 6. Oportunidad en la presunción y confirmación diagnóstica de los casos de leucemia en menores de 18 años, Bucaramanga, semanas epidemiológicas 01–34, 2026

Indicador	Clasificación	Criterio	n	%
Presunción diagnóstica (OPDx)	Alta	≤ 2 días	**9**	**100,0**
	Media	3–10 días	0	0,0
	Baja	≥ 11 días	0	0,0
	Total, evaluables		**9**	**100,0**
Confirmación diagnóstica (OCDx)	Alta	≤ 8 días	**4**	**44,4**
	Media	9–15 días	**3**	**33,3**
	Baja	≥ 16 días	**2**	**22,2**
	Total, evaluables		**9**	**100,0**

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

En relación con la oportunidad en el inicio del tratamiento de los casos de leucemia evaluables, el 50,0 % (3 casos) presentó oportunidad alta, con inicio del tratamiento entre cero y dos días después de la confirmación diagnóstica; el 33,3 % (2 casos) presentó oportunidad media, con inicio entre tres y cuatro días; y el 16,7 % (1 caso) registró oportunidad baja, con un tiempo igual o superior a cinco días. En general, el 83,3 % de los casos evaluables inició tratamiento dentro de los primeros cuatro días posteriores a la confirmación diagnóstica.

Figura 3. Oportunidad en el inicio del tratamiento de los casos de leucemia en menores de 18 años, Bucaramanga, semanas epidemiológicas 01–34, 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

NOTA: Para el análisis de los indicadores de oportunidad se incluyeron únicamente los casos de leucemia que contaban con las fechas necesarias para calcular cada intervalo. De los 10 casos de leucemia notificados**,** 9 fueron evaluables para los indicadores de presunción diagnóstica (OPDx) y confirmación diagnóstica (OCDx). Para el indicador de oportunidad en el inicio del tratamiento, se incluyeron 6 casos evaluables. Los porcentajes se calcularon sobre el total de casos evaluables para cada indicador.

Conclusiones

- Durante las semanas epidemiológicas 01–34 de 2026 se analizaron 37 casos notificados de cáncer en menores de 18 años en Bucaramanga, con predominio del sexo masculino (57 %) y mayor concentración de casos en el grupo de 5 a 9 años (35 %). La leucemia linfoide aguda fue el tipo de cáncer más frecuente, con 7 casos.

- En los casos de leucemia evaluables, la oportunidad en la presunción diagnóstica (OPDx) fue favorable, ya que el 100 % de los 9 casos evaluables se clasificó con oportunidad alta. Sin embargo, en la confirmación diagnóstica (OCDx), solo el 44,4 % presentó oportunidad alta, mientras que el 33,3 % tuvo oportunidad media y el 22,2 % oportunidad baja, evidenciando mayores demoras en esta etapa.

- El análisis de la oportunidad en el inicio del tratamiento mostró diferencias en los tiempos de atención y la presencia de inconsistencias en el registro de fechas, lo que limitó el número de casos evaluables. Esto evidencia la importancia de fortalecer tanto el seguimiento de la ruta de atención como la calidad y consistencia de la información registrada en Sivigila.

Recomendaciones

- ✓ Fortalecer el seguimiento a los casos de leucemia con oportunidad media o baja en la confirmación diagnóstica, identificando las posibles barreras administrativas, asistenciales o relacionadas con la realización y entrega de resultados que puedan generar retrasos.

- ✓ Reforzar la articulación entre las IPS, EAPB y la entidad territorial para favorecer la continuidad de la atención desde la sospecha y confirmación diagnóstica hasta el inicio oportuno del tratamiento, con especial seguimiento a los casos que superen los tiempos establecidos.

- ✓ Mejorar la calidad del dato y la actualización de las fechas en Sivigila, especialmente las relacionadas con presunción diagnóstica, confirmación e inicio del tratamiento, realizando revisión de los registros con inconsistencias cronológicas para garantizar el cálculo adecuado de los indicadores de oportunidad.

Bibliografía:

1. OPS emite alerta epidemiológica ante la persistencia de sarampión en las Américas y urge a reforzar la vacunación y la vigilancia. OPS emite alerta epidemiológica ante la persistencia de sarampión en las Américas y urge a reforzar la vacunación y la vigilancia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

2. Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2026. https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal_1.pdf
3. International Agency for Research on Cancer. IARC marks International Chilhood Cancer 2025.Febrero 2025[Internet, citado 9 febrero 2026] Disponible: https://www.iarc.who.int/news-events/iarc-marksinternational-childhood-cancer-day-2025/
4. Lam CG, Howard SC, Bouffet E, Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. Science. 15 marzo 2019; 363(6432):1182-1186. 2020. doi: 10.1126/science.abe5901. PMID: 30872518. Disponible en https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-inchildren Rev 09 feb 2026

Actualización epidemiológica Influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas 26 de agosto del 2026.

Contexto Global de la Influenza Aviar A(H5)

La influenza aviar A(H5) afecta predominantemente a aves de corral y silvestres, pero puede infectar de forma esporádica a mamíferos y seres humanos. En mayo de 2026, FAO, OMSA y OMS determinaron que el riesgo para la salud pública mundial asociado a virus A(H5) del linaje Gs/Gd se mantiene **bajo**, y de **bajo a moderado** para personas con exposición ocupacional o frecuente.

La mayoría de contagios humanos se asocian a contacto directo o indirecto con animales infectados (ganado lechero, aves de corral/subsistencia) o entornos contaminados. **No se ha demostrado transmisión sostenida de persona a persona**.

Eventos epidemiológicos clave (2025–2026):

- Aumento significativo de detecciones en aves silvestres entre octubre de 2025 y julio de 2026, con mayor concentración en Europa (7.379 brotes).
- Primeras detecciones de IAAP A(H5N1) en aves marinas silvestres en Australia (20 de junio de 2026) y Nueva Zelanda (8 de julio de 2026).
- Transmisión notificada en mamíferos (ganado vacuno en EE. UU.).
- **Casos humanos globales:** De 2003 al 7 de agosto de 2026, se notificaron 1.002 casos confirmados y 479 defunciones (letalidad del 47,8 %) en 25 países. En 2026 se notificaron 9 casos y 2 muertes (en Bangladesh, India y Camboya).

Situación de Infecciones Animales en la Región de las Américas en 2026

- **Cifras continentales (hasta el 15 de julio de 2026):**
  - 10 países notificados con **455 brotes animales**: 386 en especies aviares (351 en aves de corral/domésticas, 35 en silvestres) y 69 en mamíferos (44 silvestres, 25 domésticos).
  - Esto representa una disminución del 25,7 % con respecto al mismo periodo en 2025 (612 brotes).

- **Distribución por países:**
    - Estados Unidos registró el mayor número de brotes (301 total: 227 en aves, 68 en mamíferos).
    - Seguido por Perú (49 brotes en aves), Chile (42), Argentina (23), Canadá (21), Uruguay (8), Brasil (5), México (3), Colombia (2 brotes en aves de corral) y Ecuador (1).

- **Dinámica temporal y de dispersión:**

La actividad siguió las rutas migratorias de las aves (Misisipi, Atlántico, Pacífico). Entre octubre y diciembre de 2025 ocurrió la mayor transmisión en América del Norte. Entre enero y marzo de 2026 disminuyó en el norte y se desplazó hacia América del Sur. Entre abril y agosto de 2026 persistieron focos en la costa del Pacífico y el Cono Sur.

Infecciones Humanas en las Américas

En **2026 (hasta la SE 32), no se notificaron casos humanos** de influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas. Entre 2022 y 2025 se notificarán 75 casos humanos en 5 países (Canadá, Chile, Ecuador, México y EE. UU.): 72 por A(H5N1), 2 por A(H5N2) y 1 por A(H5N5). El último caso notificado ocurrió en noviembre de 2025.

Recomendaciones Generales de OPS/OMS para los Estados Miembros

- **Trabajo intersectorial y "Una Sola Salud":** Coordinación entre salud humana, animal y ambiental para garantizar la prevención, detección oportuna y contención.
- **Inocuidad alimentaria:** Reiterar que no hay evidencia de transmisión por consumo de aves o huevos bien cocidos. Se recomienda el consumo exclusivo de **leche pasteurizada**.
- **Medidas en producción animal:** Intensificar la vigilancia en animales domésticos y silvestres, reforzar la bioseguridad en áreas de producción e implementar herramientas de evaluación intersectorial de riesgos (EVIR).

Ante el riesgo continuo de transmisión zoonótica de la influenza aviar A(H5) en la región de las Américas (con brotes confirmados en aves y mamíferos en Colombia y otros países), las IPS y EAPB de Bucaramanga deben consolidar mecanismos asistenciales, operativos y de aseguramiento para garantizar la detección temprana, la protección ocupacional y la contención oportuna de casos potenciales.

Acciones Clave para las IPS (Red Asistencial de Servicios de Salud)

Triaje Inicial y Detección Temprana:

- Implementar el protocolo de detección e identificación en áreas de urgencias y consulta externa para personas con síntomas respiratorios (fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, conjuntivitis, fatiga, mialgias) o cuadros atípicos.
- Indagar sistemáticamente el antecedente de exposición ocupacional o ambiental (contacto con aves, ganado, mamíferos silvestres/domésticos o entornos contaminados) dentro de los 14 días previos.

Medidas de Prevención y Control de Infecciones (PCI):

- Aplicar precauciones estándar y de transmisión por gotas desde el ingreso del paciente.
- Exigir uso estricto de Equipos de Protección Personal (EPP) de nivel respiratorio para el personal sanitario en contacto con pacientes sospechosos o en procedimientos generadores de aerosoles (precauciones de transmisión aérea).

Diagnóstico de Laboratorio:

- Recolectar muestras respiratorias superiores (y conjuntivales si aplica) mediante personal capacitado. Si la sospecha persiste con muestra superior negativa en cuadros graves, considerar muestra inferior.
- Notificar de forma **inmediata** los casos sospechosos a la entidad territorial de salud y remitir las muestras al laboratorio nacional/regional de referencia.

Manejo Clínico Antiviral Oportuno:

- Iniciar tratamiento antiviral oportuno **(de acuerdo a indicación médica tratante)**. sin esperar el resultado confirmatorio de laboratorio (la OPS-OMS recomienda):
    - **Pacientes graves / con sospecha de influenza zoonótica:** Recomendación de uso **Oseltamivir.**
    - **Pacientes no graves de alto riesgo:** Considerar **Baloxavir**.
    - **Exposición asintomática de alto riesgo (profilaxis pos-exposición dentro de los 2 días):** Considerar Oseltamivir, Laninamivir, Baloxavir o Zanamivir.

Acciones Clave para las EAPB (Aseguramiento y Gestión del Riesgo)

- **Seguimiento y Mapeo de Población de Riesgo:**
    - Identificar y caracterizar la población afiliada con exposición ocupacional de alto riesgo (trabajadores avícolas, ganaderos, veterinarios, personal de laboratorio y trabajadores de salud) en la jurisdicción.
    - Establecer esquemas de monitoreo activo durante 14 días post-exposición para esta población.
- **Garantía de Red y Rutas de Atención:**
    - Asegurar la disponibilidad y el flujo ágil de la ruta de atención integral para la toma de muestras, diagnóstico molecular e ingreso hospitalario oportuno.
    - Garantizar el abastecimiento continuo de antivirales (principalmente Oseltamivir) y EPP en la red prestadora contratada.
- **Coordinación Intersectorial e Interinstitucional:**

  Continuar con la articulación con la Secretaría de Salud y ambiente de Bucaramanga y Santander, el ICA y las autoridades ambientales flujos unificados de notificación y respuesta rápida ante la presencia de brotes zoonóticos.

- **Educación y Comunicación del Riesgo:**

  Desarrollar campañas preventivas dirigidas a la comunidad y población afiliada sobre el consumo seguro de alimentos (aves/huevos bien cocidos, consumo exclusivo de leche pasteurizada) y la notificación oportuna ante síntomas respiratorios post-exposición con animales.

Fuente:

1. OPS – OMS. Actualización epidemiológica Influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas 26 de agosto del 2026. https://share.google/ATI6RvBXLXxESSt6L

Semana epidemiológica
23 a 29 agosto año 2026 **34**

TEMAS BOLETÍN
Cáncer infantil

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 (AUTOR)

Yamileyni Gutiérrez Lozada
Comportamiento de la notificación
Ajustes pendientes

Gloria Liliana Mendoza Valbuena
Grupo funcional SIVIGILA No transmisibles – SSAB

María Alejandra Beltrán López
Actualización epidemiológica Influenza aviar A(H5)

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