

BEA

Boletín Epidemiológico de Antioquia

05

Periodo
Epidemiológico

20 de abril al 17 de mayo
— 2025 —

Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), Arbovirus

Comportamiento epidemiológico de la notificación del evento. Antioquia 2025

Las arbovirosis se refiere a las enfermedades causadas por arbovirus, un grupo de virus transmitidos por artrópodos como mosquitos y garrapatas. Estas enfermedades pueden afectar tanto a humanos como a animales. Entre las arbovirosis más conocidas se encuentran el dengue, el zika, el chikungunya y la fiebre amarilla.



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



Comportamiento Epidemiológico de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), Arbovirus Antioquia 2025



Eventos trazadores



Eventos de baja notificación



Brotos y alertas



Comportamientos inusuales



El Boletín epidemiológico de Antioquia (BEA), es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por la secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia, mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud en el departamento y entidades territoriales.

Tiene en cuenta los acumulados semanales y los promedios históricos. Las cifras de casos y muertes que se publican en el BEA, siempre están sujetas a estudio. El BEA es un insumo para la comprensión del estado de los eventos en salud pública, pero igualmente se debe complementar con otras fuentes de información. Los datos aquí presentados son preliminares y están sujetos a los ajustes.



Tema Central

Comportamiento Epidemiológico de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), Arbovirus Antioquia 2025

Carlos Montes

Epidemiólogo ETV – Dengue, Malaria, Zika, Chicungunya y Sanidad portuaria

Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Juliana Guarnizo

Epidemióloga ETV – Fiebre Amarilla, Leishmaniasis, Chagas.

Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

El dengue es una enfermedad viral febril aguda. Se reconoce un espectro de manifestaciones de la enfermedad que va desde procesos asintomáticos hasta cuadros severos; es así como se definen diversas formas clínicas: dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma, y el dengue grave; donde se encuentran incluidos el síndrome de choque por dengue (SCD) y otras complicaciones como miocarditis, encefalitis y hepatitis las cuales se asocian con mayor mortalidad (Colombia. Instituto Nacional de Salud, 2022). El agente etiológico es el Virus del dengue, familia Flaviviridae, género Flavivirus perteneciente a los

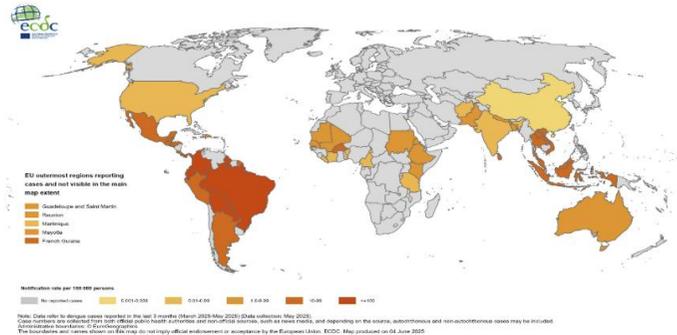
arbovirus (virus transmitidos por artrópodos o insectos); el vector principal en la Región de las Américas es el mosquito *Aedes aegypti*. El virus del dengue tiene cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DEN-V 4) y la infección con alguno de estos serotipos no produce protección cruzada o prolongada para los otros (Colombia. Instituto Nacional de Salud, 2022). El curso clínico del dengue, generalmente, conlleva a síntomas leves o no evidencia síntomas, con una resolución que tarde entre una y dos semanas, no obstante, una proporción pequeña de casos pueden presentar gravedad y potencialmente, la muerte (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Situación internacional

El aumento del riesgo de propagación de la epidemia de dengue se debe a varios factores, entre ellos los cambios en la distribución de los vectores (principalmente *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*); las consecuencias de los fenómenos relacionados con El Niño en 2023 y con el cambio climático, que se traducen en un aumento de las temperaturas y en niveles elevados de precipitaciones y humedad, entre otros efectos (Organización Mundial de la Salud, 2023). La OMS ha determinado que el riesgo es alto en todo el mundo, teniendo en cuenta el creciente riesgo de transmisión y el aumento de casos y muertes (Organización Mundial de la Salud, 2023). Desde principios de 2025, se han notificado más de tres millones de casos de dengue y más de 1400 muertes relacionadas con el dengue en 90 países/territorios de las regiones de la OMS de las Américas (OPS), Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental (SEARO y WPRO, respectivamente), la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS (EMRO) y África. En Europa

continental no se han notificado casos autóctonos en 2025. Sin embargo, se han notificado algunos casos en las regiones ultraperiféricas de la UEUE.

Figura 1. Tasa de notificación de casos de enfermedad por el virus del dengue a tres meses por cada 100 000 habitantes, marzo de 2025–mayo de 2025

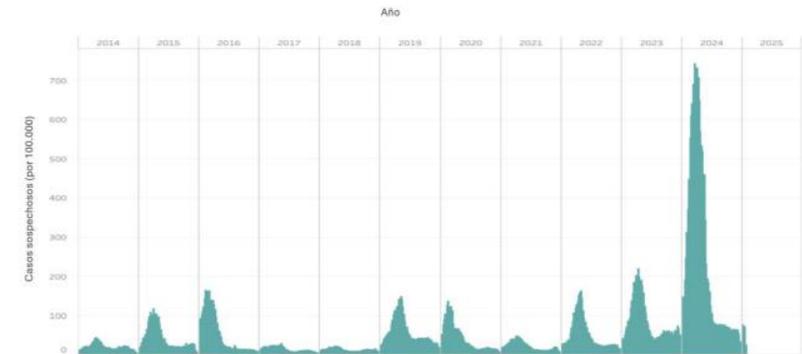


Fuente: Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades

Situación en las Américas

El 2024 fue un año en el que se registró un incremento histórico de casos de dengue en la Región de las Américas con 13.027.747 casos notificados por 50 países y territorios.

Figura 2. Casos de dengue en 2014 - 2025 (hasta la SE 4), Región de las Américas



Fuente: <https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores>

Durante año 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,291,538 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 324 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 70% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 2 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 24. De los 3,291,538 casos de dengue reportados en las Américas, 1,322,446 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 4,241 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,541 muertes por dengue, para una letalidad del 0.047%. Veinte países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 24.

Tabla 1. Países y territorios de las Américas con reporte de casos a OPS, 2025

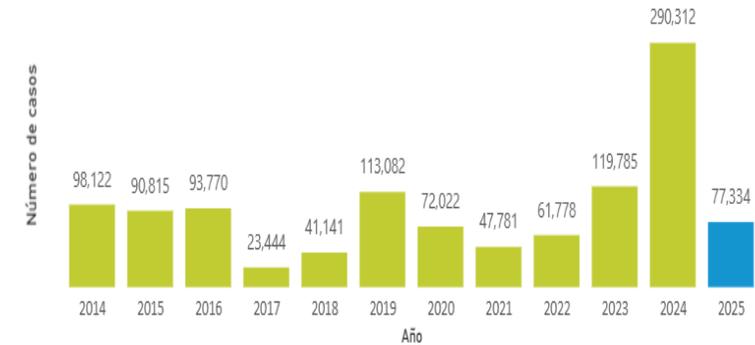
| Países con reporte de casos de dengue a OPS SE 24 | Casos acumulados | Casos en la semana |
|---|------------------|--------------------|
| Argentina | 16,711 | 17 |
| Belice | 372 | 21 |
| Bolivia | 26,105 | 1,094 |
| Brasil | 2,957,751 | 37,107 |
| Colombia | 80,916 | 2,511 |
| Costa Rica | 2,653 | 142 |
| Ecuador | 26,911 | 1,022 |
| El Salvador | 2,251 | 114 |
| Guadalupe | 4,580 | 105 |
| Guayana Francesa | 224 | 16 |
| Honduras | 8,743 | 385 |
| Martinica | 965 | 30 |
| México | 46,733 | 2,433 |
| Panamá | 7,954 | 367 |
| Paraguay | 20,956 | 536 |
| Perú | 34,916 | 1,054 |
| Puerto Rico | 1,867 | 52 |
| República Dominicana | 986 | 39 |
| San Martín | 174 | 10 |
| Santa Lucía | 33 | 2 |
| Total | 3,241,801 | 47,057 |

Fuente: <https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores>

Situación en Colombia

Históricamente el dengue ha sido endémico en el país, según los reportes estadísticos del Sistema de vigilancia epidemiológica rutinaria, el cual incluye los casos ambulatorios y hospitalizados de las instituciones de salud públicas y privadas, se registran epidemias precedidas por periodos inter epidémicos

Figura 3. Países y territorios de las Américas con reporte de casos a OPS, 2025

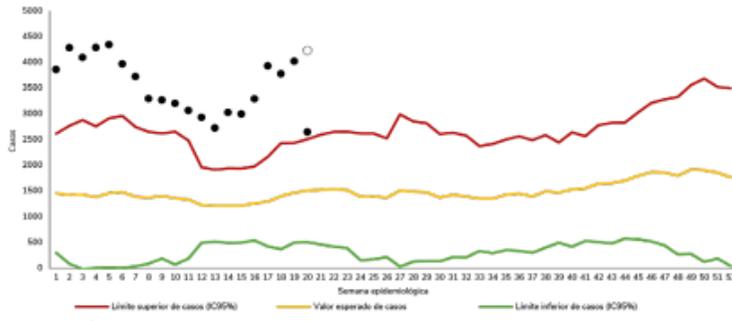


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

En la semana epidemiológica 20 de 2025 se notificaron 4 154 casos de dengue: 2 650 casos de esta semana y 1 504 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 70 786 casos, 44 728 (63,2 %) sin signos de alarma, 25 371 (35,8 %) con signos de alarma y 687 (1,0 %) de dengue grave. El 57,5 % (40 683) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Córdoba, Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D.T., Tolima, Norte de Santander, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 1); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 16 a 19, 2025) el 53,7 % (8 071) de los casos se concentran en Córdoba, Meta, Santander, Antioquia, Tolima y Norte de Santander. A semana epidemiológica 20 de 2025 se han notificado 173 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 40 casos, se descartó 60 casos y se encuentran en estudio 73 casos; de las muertes confirmadas, dos casos 2005-2025. La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales. proceden del Exterior (Venezuela) y de las muertes en estudio, un caso procede del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,05 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 118 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %).

Figura 4. Canal endémico de dengue, Colombia, PE V de 2025



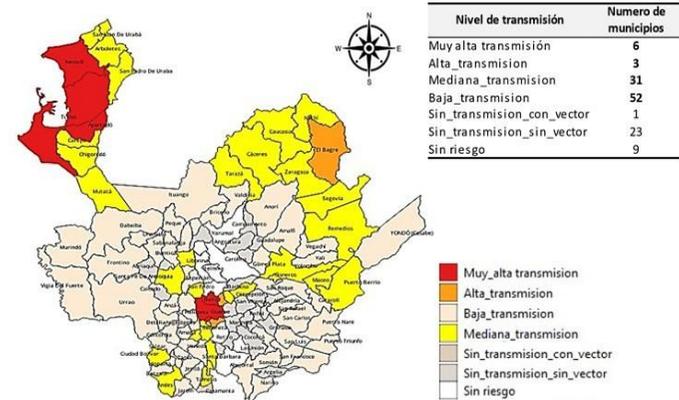
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Situación en Antioquia

El departamento de Antioquia, por sus condiciones de diversidad biogeográfica y explosión demográfica parmente, se ha considerado un territorio con condiciones favorables para el establecimiento y proliferación del vector del dengue, el cual tiene también tiene facultades de transmisión de otras arbovirosis como Chikunguña y Zika. El mapa de riesgo de

transmisión de arbovirosis en el departamento de Antioquia para el año 2024, se muestra en la figura 5

Figura 5. Riesgo de transmisión de arbovirosis en Antioquia, 2024

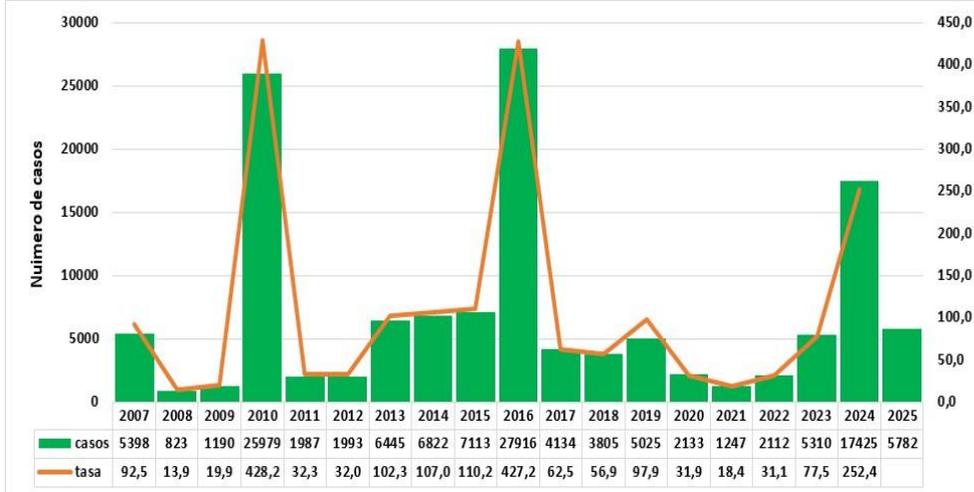


Fuente: Ministerio de Salud de Colombia, 2024

Según los reportes estadísticos del Sistema de vigilancia epidemiológica rutinaria, el cual incluye los casos ambulatorios y hospitalizados de las instituciones de salud públicas y privadas, en el departamento se registraban epidemias precedidas por periodos Inter epidémicos que fueron acortándose hasta ser clasificada en 2015 como territorio hiperendémico para Dengue por el Instituto Nacional de Salud. Las epidemias registradas en los años 2016 (27.354 casos), y en el año 2024 coincide con lo ocurrido a nivel de país. Este recrudecimiento fue relacionado a condiciones climáticas como las del fenómeno del niño, época en la cual las lloviznas suaves favorecen la formación de criaderos ambientales y las altas temperaturas aceleran los periodos de incubación del vector y a la circulación de los cuatro serotipos de Dengue.



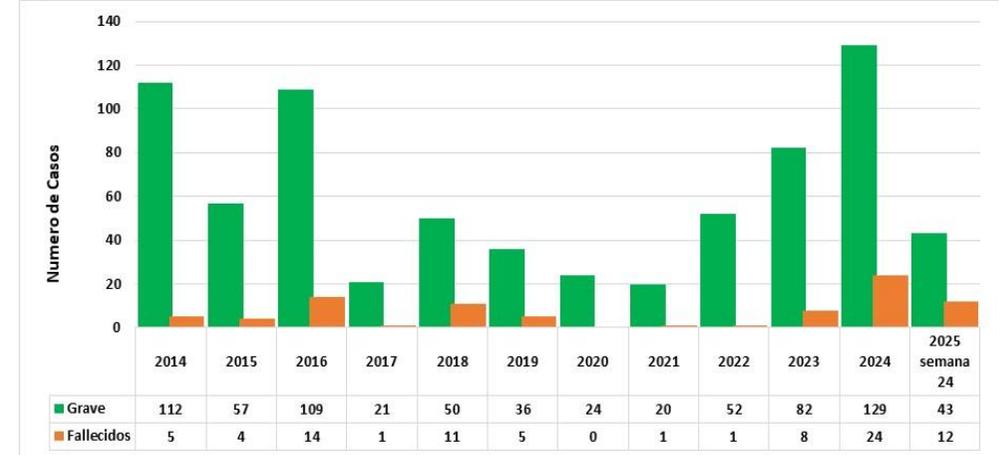
Figura 6. Incidencia y casos por dengue notificados. Antioquia, 2007–2025 PE V



Fuente: Sivigila Antioquia, 2023 – 2025p (PE V)

Las complicaciones del dengue con casos graves y fallecimientos se consideran el mayor objetivo del programa control del Dengue, donde el impacto en la disminución se evidencia en los últimos años siendo el año 2007 y 2010 los de mayor impacto. Figura 7

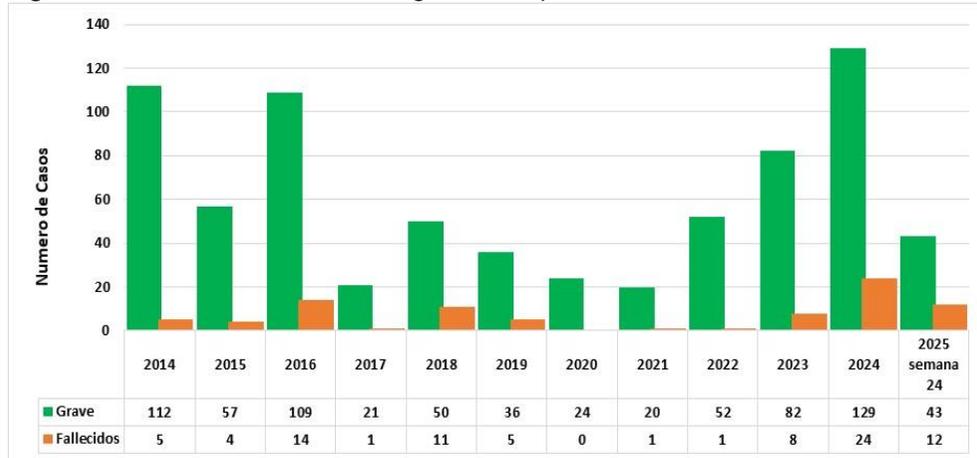
Figura 7. Casos por dengue Grave y fallecidos. Antioquia, 2007 2025 a PE V



Fuente: Sivigila web Antioquia, 2023 – 2025p (PE V)

En Antioquia durante el año 2025 hasta la semana epidemiológica 24, se han notificado 4.690 casos de Dengue con una tasa de incidencia de 67,2 casos por 100 000 habitantes. El 2025, se califica como un año en epidemia de dengue para el departamento de Antioquia, según lo reflejado en el canal endémico (Figura 8)

Figura 8. Canal endémico de dengue. Antioquia, PE V 2025



Fuente: Sivigila web Antioquia, 2019 – 2025p (PE V)

El 74.4% del departamento (93 municipios) han sido identificados y clasificados con factores de riesgo para transmisión de dengue, siendo las subregiones de Bajo Cauca, Urabá Valle de Aburra las de mayor aporte de casos, con un 76,3% (4.373 casos) de ellos. La distribución de casos por subregión para este año, indica que a PE VI, siendo el valle de aburra con 1475 casos, Medellín el municipio que más casos aporta, Urabá ha notificado 1 070 casos, siendo Apartadó, Turbo, Necoclí, Chigorodó, los que mayor número de casos ha reportado.

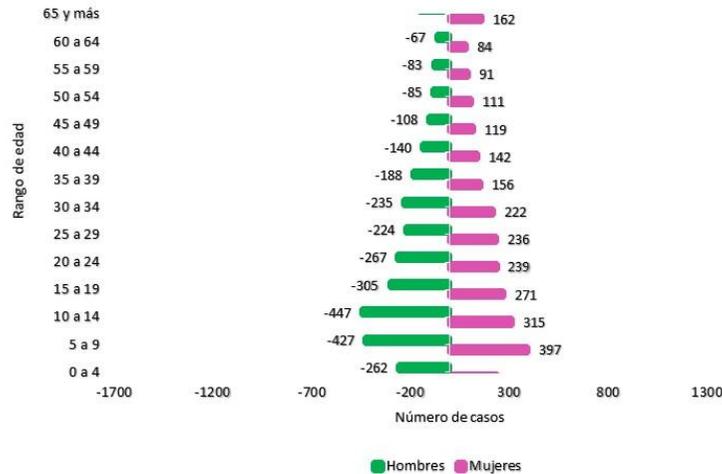
Tabla 2. Casos y tasa de incidencia de dengue en Antioquia según subregión, 2025p (PE V)

| SUBREGION | CASOS | % | INCIDENCIA |
|---------------------|-------------|---------------|-------------|
| Departamento | 4690 | 100.00 | 67.5 |
| Bajo Cauca | 1397 | 29.79 | 516.8 |
| Valle de Aburrá | 1307 | 27.87 | 31.1 |
| Urabá | 823 | 17.55 | 150.5 |
| Nordeste | 288 | 6.14 | 136.1 |
| Norte | 275 | 5.86 | 105.7 |
| Magdalena Medio | 225 | 4.80 | 200.9 |
| Suroeste | 223 | 4.75 | 57.1 |
| Occidente | 86 | 1.83 | 38.4 |
| Oriente | 66 | 1.41 | 9.1 |

Fuente: Sivigila web Antioquia, 2025p (PE V)

La distribución de los casos por sexo y edad muestra que una proporción mayor en la población infantil menor de 14 años, que aporta el 40% del total de los casos con 1,842 menores enfermos con esta infección viral (Figura 7). El sexo masculino con el 52.8 % fue el género con mayor número de casos

Figura 9. Distribución por edad de los casos de Dengue en Antioquia, 2025 PE V



Fuente: Sivigila web Antioquia, 2025p (PE V)

El 48,1 % de los casos presentaron signos de alarma y el porcentaje total de hospitalización fue del 42,2%, evidenciando un número significativo de casos con signos de alarma que no alcanzaron a ser hospitalizados. Los pacientes con riesgo de morir por dengue sin signos de alarma como son las gestantes, los menores de 5 años, los mayores de 65 años y las personas de riesgo social. El dolor abdominal, seguido del vómito, la diarrea y la trombocitopenia son los signos de alarma más frecuentes en este periodo

Tabla 3. Casos de dengue hospitalizados con signos de alarma en Antioquia, 2025p (PE V)

| SUBREGION | CASOS | % | INCIDENCIA |
|---------------------|-------------|---------------|-------------|
| Departamento | 4690 | 100.00 | 67.5 |
| Bajo Cauca | 1397 | 29.79 | 516.8 |
| Valle de Aburrá | 1307 | 27.87 | 31.1 |
| Urabá | 823 | 17.55 | 150.5 |
| Nordeste | 288 | 6.14 | 136.1 |
| Norte | 275 | 5.86 | 105.7 |
| Magdalena Medio | 225 | 4.80 | 200.9 |
| Suroeste | 223 | 4.75 | 57.1 |
| Occidente | 86 | 1.83 | 38.4 |
| Oriente | 66 | 1.41 | 9.1 |

Fuente: Sivigila web Antioquia, 2025p (PE V)

Chicungunya

El virus es un virus ARN del género alphavirus, familia Togaviridae. Los síntomas de la enfermedad relacionan un síndrome febril con dolor articular intenso, además de dolor de cabeza, náuseas, fatiga y erupción cutánea, estos síntomas pueden iniciar de 4 a 8 días después de la picadura de mosquitos, pero pueden aparecer en cualquier momento entre el día 2 y el día 12. Es una enfermedad incapacitante con secuelas de dolor en articulaciones que pueden durar días, meses o años. No se reportan frecuentemente complicaciones, no obstante en grupos de riesgo como personas con comorbilidades o en extremos de la vida, puede causar la muerte (Colombia, Instituto Nacional de Salud, 2024; OPS, 2014).

Los registros de la enfermedad en el mundo muestran epidemias sucesivas entre 4 a 30 años, con una dispersión a nivel mundial iniciando en el continente africano. En América, el primer brote de la enfermedad se

evidencia en 2013, con una afectación importante en Colombia desde 2014, donde el brote tuvo una duración de poco más de un año, siendo nuestro país el segundo de mayor afectación siguiendo a Brasil que fue el primero. En los últimos cinco años se ha presentado un descenso en la notificación de casos de Chikunguña en Colombia (Colombia, Instituto Nacional de Salud, 2024). Para el caso de Antioquia, en el año 2025 no se registraron casos confirmados del evento, mientras que, en el corte del periodo de análisis de este boletín, se registran tres casos del evento, uno de ellos confirmado por laboratorio. En este evento se hace necesario el envío de muestras al LDSP para tener seguridad de una presencia del virus como agente causal de la enfermedad, más considerando su presentación clínica semejante a otras ETV y con una epidemia de dengue activa en el departamento.

El caso confirmado del evento corresponde a un masculino de 27 años, procedente del municipio de Apartadó, con afiliación a seguridad social en salud del régimen subsidiado y residente en zona rural del municipio.

Zika

La fiebre del Zika es una enfermedad infecciosa aguda causada por el flavivirus, el Zika (ZIKV), escrito por primera vez en África. en 1947. Sus síntomas relacionan un síndrome febril similar al dengue o al Chikunguña, que puede durar entre dos a siete días. La aparición de un sarpullido maculopapular y de distribución céfalo- caudal, es característica, además se presenta prurito, conjuntivitis no purulenta, artralgia, mialgia y edema periarticular (Colombia, Instituto Nacional de Salud, 2022; OPS, 2016). La transmisión del ZIKV, se facilita por mosquitos del género Aedes, por tanto, sus medidas de prevención son similares a las demás arbovirosis que

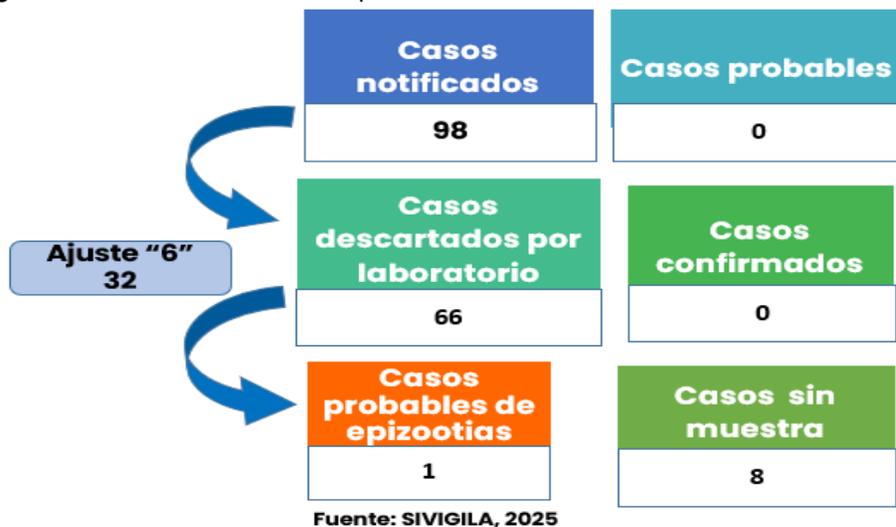
relacionan este vector (Colombia, Instituto Nacional de Salud, 2022; OPS, 2016). Desde 2014, se ha reportado la presencia del ZIKV en América, con establecimiento de brote en 2015, con secuelas importantes derivadas de la infección con el virus, tales como presentación de casos de Síndrome de Guillain Barré (SGB) y la presencia de alteraciones congénitas por microcefalia. Para este momento, 49 países de la región de las Américas tienen caracterizada la transmisión vectorial autóctona de ZIKV, por tanto, el riesgo es permanente en el territorio (OPS, 2016). En Antioquia, tanto en 2025 como lo corrido de 2024, no se han confirmado casos del evento en el territorio, si bien se han registrado casos probables, no han cumplido con definición de caso ni pruebas de laboratorio positivas; es importante verificar la definición de caso del evento y el envío de muestras al LDSP de Antioquia, para la realización de las respectivas pruebas y de esta manera configurar el caso

Fiebre amarilla

La fiebre amarilla, es una de las arbovirosis de especial importancia por su alta letalidad, está incluida como un evento priorizado para acciones inmediatas en el Reglamento Sanitario Internacional. Su transmisión selvática se puede facilitar por mosquitos del género Haemagogus y Sabethes, mientras que una transmisión urbana puede facilitarse por el mosquito Aedes aegypti (Colombia, Instituto Nacional de Salud, 2022). El virus se puede propagar rápidamente en comunidades sin protección, especialmente donde hay mosquitos y baja cobertura de vacunación. Los síntomas son fiebre, dolor de cabeza, náuseas, e ictericia que puede progresar a sangrado, insuficiencia hepática y renal. La fiebre amarilla

puede causar la muerte en cuestión de días si no se detecta a tiempo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial se reportan anualmente 200.000 casos de Fiebre amarilla y 30.000 muertes. África, América central y Sudamérica son las regiones que registran el mayor número de casos para esta enfermedad. En la región de las Américas a semana 21 de 2025 se han reportado 235 casos confirmados de Fiebre amarilla con 96 fallecimientos, lo que corresponde a una letalidad del 41%. Entre los países más afectados en las Américas están Brasil con 111 casos, Colombia con 74 casos, y Perú con 38 casos. A nivel nacional, desde que inició el brote de fiebre amarilla hacia finales de septiembre de 2024 hasta el 26 de junio de 2025, se han reportado 114 casos confirmados, de los cuales han fallecido 36, los departamentos más afectados son Tolima con 95 casos, y Putumayo con 8 casos. (OPS/OMS, alerta epidemiológica fiebre amarilla en la región de las Américas, 31 de mayo de 2025).

Figura 10. Fiebre amarilla; Antioquia 2025 corte a Semana 20, PE V



Fuente: Sivigila web Antioquia, 2025p

Recomendaciones

Dado la situación epidémica que se presenta en Colombia desde mayo de 2023, incluyendo el territorio antioqueño, no se debe limitar el análisis y la intervención a los municipios con tradición de la enfermedad, pues diversas condiciones sociales, económicas, de migración, climáticas y ecológicas pueden estar mediando en la transición del riesgo de transmisión de esta arbovirosis, por tanto todo el departamento debe trabajar en la preparación de la respuesta al evento para evitar mayor número de enfermos y nuevas mortalidades.

Se hace necesario fortalecer el conocimiento de la enfermedad, la relación de los signos y síntomas de alarma, para que se generen las consultas a los servicios de salud y con ello la aplicación de pruebas que permitan mejorar la oportunidad diagnóstica; el cumplimiento del tratamiento es de vital importancia para disminuir la transmisión en la población.

Se hace necesario integrar las acciones de vigilancia, prevención, promoción de la salud y control vectorial, para mitigar los efectos de estas dos ETV, que para el corte de este informe se califican como en brote en el departamento de Antioquia



Referencias

Arredondo Garcia, J., Mendez Herrera, A., & Medina Contina, H. (2016). Arbovirus en Latinoamérica. *Acta pediátrica de México*, 37(2), 111-131.

Ciuoderis, K. A., Úsuga, J., Moreno, I., Pérez-Restrepo, L. S., Flórez, D. Y., Cardona, A., ... Osorio J. E. (2023).

Characterization of Dengue Virus Serotype 2 Cosmopolitan Genotype Circulating in Colombia. *Am J Trop Med Hyg*, 109(6), 1298-1302. doi:10.4269/ajtmh.23-0375.

Colombia, Instituto Nacional de Salud. (2022). Protocolo de vigilancia en salud pública del dengue. Bogotá: INS.

Colombia, Instituto Nacional de Salud. (2022). Protocolo de vigilancia en salud pública Zika. Bogotá: INS.

Colombia, Instituto Nacional de Salud. (2022). Protocolo para la vigilancia en salud pública Fiebre Amarilla. Bogotá D.C.: INS.

Colombia, Instituto Nacional de Salud. (2025). Protocolo de vigilancia en salud pública Chikungunya. Bogotá: INS.

Colombia, Ministerio de Salud y Supersalud. (30 de Mayo de 2023). Circular conjunta 013 de mayo de 2023.

OPS. (2014). Chikungunya. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/chikungunya>

OPS. (2016). Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, D.C.: OPS. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31448/9789275319369_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

OPS. (2016). Zika. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/zika>

Velandia, M. L., & astellanos, J. E. (2011). Virus del dengue: estructura y ciclo viral. *Infectio*, 15(1), 33-43. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v15n1/v15n1a06.pdf>

Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia. Colombia.

Comisión directiva de la Sociedad Argentina de Virología. (2023). Breve actualización sobre dengue, 2023.



Eventos trazadores

Desnutrición en menores de 5 años

Carolina Castañeda Vásquez

Epidemióloga Desnutrición en menores de 5 años

Secretaría de Salud e Inclusión Social

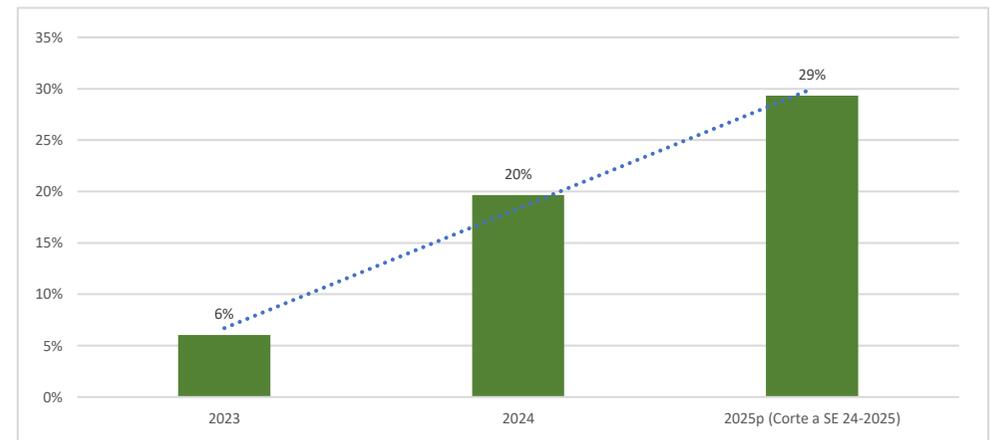
Gobernación de Antioquia

Con corte a periodo epidemiológico 5 de 2025, se han notificado 1320 casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, para una prevalencia de 0,32 por cada 100 niños y niñas menores de 5 años; al mismo corte en 2024 la prevalencia reportada era de 0,25 casos por cada 100 niños menores de 5 años. La declaratoria de centinela del evento en enero de 2025 ha incentivado la búsqueda de casos de desnutrición con el fin de garantizar una atención integral y oportuna. La subregión con mayor prevalencia de casos notificados es Urabá (0,39), seguido de Valle de Aburrá (0,33) y Oriente (0,31). Se evidencian 43 municipios con una prevalencia superior a la del departamento. Murindó es el municipio que encabeza la lista (0,91), seguido de Anzá (0,69), Cisneros (0,67), Briceño (0,63) y Amalfi (0,60).

A periodo epidemiológico 5 de 2025 la reincidencia de desnutrición aguda en menores de 5 años es de 29,2%. Medellín, Bello, Turbo, Apartadó y Necoclí son los municipios con mayor número de casos reincidentes reportados. En

el mismo periodo del año 2024 este indicador fue de 16,01%. Este indicador que se empieza a notificar desde 2022 y con el que se cuenta histórico desde 2023, presenta comportamiento en ascenso, lo cual demuestra que es una situación relevante en el proceso de intervención y seguimiento a casos de desnutrición, pero también el compromiso institucional con la identificación y reporte de reincidentes.

Figura 1. Tendencia de la reincidencia de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años. Antioquia, año 2023 a 2025p



Fuente: Sivigila web Antioquia, 2025p

En el departamento, los casos de desnutrición notificados son en mayor proporción de sexo masculino (58,9%). el 10,36 % se clasificó como desnutrición aguda severa, la pertenencia étnica indígena es del 3,48%, no se activó la ruta integral para atención de la desnutrición en el 16,6% de los eventos notificados, el 22,5% requirió hospitalización, la cobertura por rutas de promoción y mantenimiento de la salud es de 78%, el promedio de edad en los casos notificados es 26 meses, para el inicio de alimentación

complementaria de 5,43 meses y el tiempo promedio de duración de la lactancia materna 10 meses.

Mortalidad en menores de 5 años

Manuela Amaya

Epidemióloga Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por IRA, EDA y DNT

Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

A SE 20 se han confirmado 13 casos de mortalidad en menores de 5 años por EDA, IRA o DNT, de estos dos casos fueron secundarios a EDA para una tasa de 0.48 muertes por cada 100.000 niños entre 0 y 59 meses de edad; dos casos fueron debido a DNT con una tasa de 0.48 muertes por cada 100.000 niños entre 0 y 59 meses de edad. Los otros 9 casos fueron secundarios a IRA para una tasa de 2.1 muertes por cada 100.000 niños entre 0 y 59 meses de edad. El 61% de los casos corresponden a menores de 1 año, de sexo masculino; el 10% pertenecía comunidad indígena; los dos casos por EDA pertenecían al régimen subsidiado y de los casos secundarios a IRA el 90% eran del régimen subsidiado.

Mortalidad materna

Luz Yaneth Becerra

Epidemióloga Maternidad segura

Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

| | | | |
|--|--|--|--|
| Tempranas: 0 Tardías:0 Coincidentes:0 *En estudio:0 | Tempranas: 2 Tardías:0 Coincidentes:0 *En estudio:0 | Tempranas: 1 Tardías:0 Coincidentes:0 *En estudio:0 | Tempranas: 1 Tardías:0 Coincidentes:0 *En estudio:0 |
| Semana 17 | Semana 18 | Semana: 19 | Semana: 20 |

Durante el período epidemiológico V del año 2025, se han notificado un total de 8 muertes maternas acumuladas en lo que va del año.

Los casos nuevos reportados corresponden a mujeres residentes en los municipios de Medellín #2, Segovia y Bello



Eventos de baja notificación

Comportamiento epidemiológico de Leishmaniasis cutánea – Mucosa y visceral en el departamento de Antioquia, año 2025 Periodo Epidemiológico 5

Juliana Carolina Guarnizo Gutiérrez

Epidemióloga ETV – Fiebre Amarilla, Leishmaniasis, Chagas.

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria causada por protozoarios del género *Leishmania* transmitidos por mosquitos infectados del género *lutzomya*. Se presenta principalmente en tres formas clínicas: cutánea, mucocutánea y visceral. Esta enfermedad afecta principalmente a población de escasos recursos en África, Asia y América latina, se asocia a desnutrición, migración a zonas rurales o boscosas, actividades de deforestación, agricultura y minería en zonas endémicas, y cambios climáticos que modifican la distribución del vector, entre otros. Las lesiones se inician como pápulas que se convierten en pequeños nódulos firmes que se van ulcerando gradualmente. Las úlceras típicas son redondeadas, con un fondo limpio de aspecto granular y bordes elevados y eritematosos, que usualmente son indoloras. (1,4)

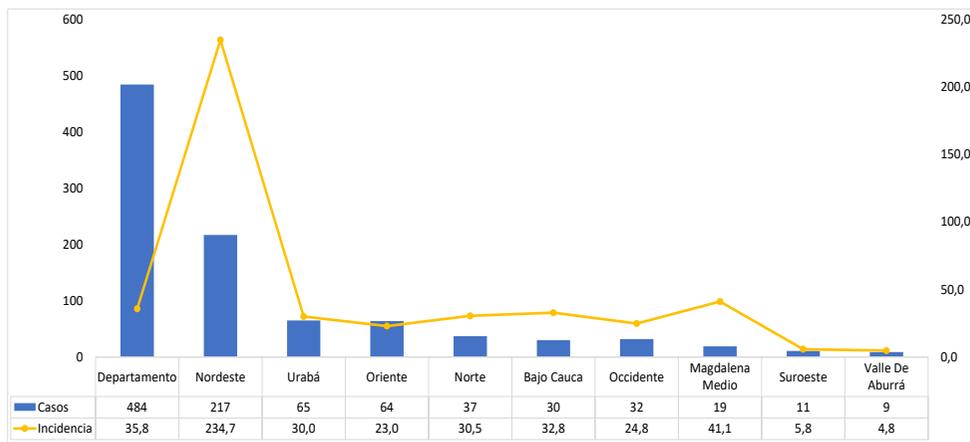
Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la leishmaniasis cutánea se registra en 22 países y es endémica en 19 de ellos, (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana Francesa, Guyana, Honduras, Nicaragua, México, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam y Venezuela). (1). En el año 2023, la tasa de incidencia por 100.000 habitantes de la región de las Américas fue de 15,4. Los países con las mayores incidencias fueron Suriname (80,8 casos), Guatemala (43,8 casos), Perú (37,8 casos), Panamá (36,9 casos), Bolivia (35,6 casos), y Nicaragua (32,8 casos). (2)

En Colombia el Instituto Nacional de Salud reportó una incidencia de Leishmaniasis cutánea de 23,09 casos por 100.000 habitantes en el año 2025 con corte al periodo epidemiológico 5. Los departamentos más afectados por Leishmaniasis cutánea son Atlántico, Boyacá y Guaviare con una incidencia de 221,4, 124,83 y 110,21 casos por 100.000 habitantes. La forma más común de Leishmaniasis es la cutánea con una incidencia de 23,09 frente a 0,23 correspondiente a leishmaniasis mucosa (3)

El departamento de Antioquia ha sido históricamente una de las regiones con mayor carga de enfermedad por leishmaniasis en el país, dadas sus condiciones ecológicas, geográficas y socioeconómicas que favorecen la persistencia del vector y la exposición humana, especialmente en zonas rurales. En el año 2025, según registro de casos notificados en SIVIGILA se calculó una incidencia de 35,5 casos por 100.000 habitantes a periodo epidemiológico 5.

Con respecto al lugar de procedencia de los casos de leishmaniasis, la subregión nordeste presentó la incidencia más alta (234,7 casos por 100.000 habitantes), seguido de Magdalena medio con 41,1 por 100.000 habitantes, y bajo Cauca con 32,8 por 100.000 habitantes lo que las posiciona como prioritarias para la intervención en el departamento.

Figura 1. Incidencia de Leishmaniasis según subregión de procedencia, 2025 semana epidemiológica 20.



Fuente: Sivigila web Antioquia, 2025p.

Entre los municipios de la subregión Nordeste Segovia presenta una tasa extraordinariamente alta de incidencia total (1.281,7 por 100.000 habitantes), lo que indica una hiperendemia local. Anorí y Remedios, también en el nordeste, registran tasas muy elevadas con 560,8 y 312,8 respectivamente, lo que los convierte en focos críticos para priorización de acciones en vigilancia intensificada.

Tabla 1. Incidencia Leishmaniasis por municipio de procedencia, subregión nordeste, año 2025, semana epidemiológica 20

| TOTAL DEPARTAMENTO | Leishmaniasis | | | | Total | |
|--------------------|---------------|---|----------|---|------------|---|
| | Cutánea | Tasa por 100.000 hbtes en población rural | Mucosa | Tasa por 100.000 hbtes en población rural | Casos | Tasa por 100.000 hbtes en población rural |
| | 479 | 35,5 | 5 | 0,4 | 484 | 35,8 |
| NORDESTE | 215 | 232,5 | 2 | 2,2 | 217 | 234,7 |
| Amalfi | 9 | 82,1 | 0 | 0,0 | 9 | 82,1 |
| Anorí | 58 | 560,8 | 0 | 0,0 | 58 | 560,8 |
| Cisneros | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Remedios | 51 | 312,8 | 0 | 0,0 | 51 | 312,8 |
| San Roque | 3 | 20,5 | 0 | 0,0 | 3 | 20,5 |
| Santo Domingo | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Segovia | 85 | 1266,8 | 1 | 14,9 | 86 | 1281,7 |
| Vegachí | 3 | 89,7 | 1 | 29,9 | 4 | 119,7 |
| Yalí | 4 | 103,0 | 0 | 0,0 | 4 | 103,0 |
| Yolombó | 2 | 12,7 | 0 | 0,0 | 2 | 12,7 |

Fuente: Sivigila web Antioquia, 2025p (PE V).

Recomendaciones

Se recomienda priorizar las intervenciones de vigilancia activa, búsqueda de casos, control vectorial y educación comunitaria en las subregiones de nordeste, magdalena medio y bajo cauca. Así mismo se requiere una intervención intensiva y prioritaria con refuerzo en diagnóstico oportuno, especialmente para formas mucosas, tratamiento adecuado y seguimiento clínico, intervención entomológica y educación comunitaria.

Las estrategias de prevención deben enfocarse particularmente en hombres jóvenes y adultos expuestos por su ocupación, incluyendo educación en salud, uso de repelentes, ropa protectora y diagnóstico

Referencias

temprano.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Leishmania cutánea y mucosa [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2024 [citado 5 may 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/leishmaniasis/leishmaniasis-cutanea>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Leishmaniasis: Informe epidemiológico de la región de las Américas [Internet]. Washington D.C.: OPS; [fecha desconocida] [citado 2025 abr 30]. Disponible en: file:///C:/Users/HP/Downloads/OPSCDEAFT240021_spa.pdf

Instituto Nacional de Salud (INS), Luis Enrique Mayorga. Informe de evento Leishmaniasis Periodo epidemiológico V 2025: Evento 420-430-440. Leishmaniasis. Bogotá: INS; 2025.

Instituto Nacional de Salud (INS). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Evento 420-430-440. Leishmaniasis. Bogotá: INS; 2024.



Brotos y alertas

Brotos IAAS

Eliana Andrea Saldarriaga
Epidemióloga Infecciones asociadas a las atenciones en salud
Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

En el periodo epidemiológico 05 (del 20 de abril al 17 de mayo) se notificaron 3 brotes de IAAS.

Brote de Burkholderia cepacia en Medellín

Fecha de notificación: 29 de abril de 2025

Descripción del brote: institución de salud de alta complejidad notifica 5 casos de infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos (IAPMQ) por este microorganismo y 2 pacientes colonizados. La hipótesis principal es transmisión cruzada por deficiencias en los procedimientos de limpieza y desinfección, e higiene de manos. Se han tomado todas las medidas pertinentes para el control de la situación.

Número de casos: 5
Tasas: Ataque (1,06%), Mortalidad (0,20%), Letalidad (0,00%)
Fecha probable de cierre: 26/05/2025

Brote de Klebsiella oxytoca productor de carbapenemasas NDM en Medellín

Fecha de notificación: 02 de mayo de 2025

Descripción del brote: institución de salud de alta complejidad notifica 2 casos de infección en tejido blando por este microorganismo productor de carbapenemasas tipo NDM, el cual es un perfil de resistencia inusual en la IPS. La hipótesis principal es transmisión cruzada vs. Colonización de equipos biomédicos. Se han tomado todas las medidas pertinentes para el control de la situación.

Número de casos: 2
Tasas: Ataque (0,36%), Mortalidad (0,00%), Letalidad (0,00%)
Fecha probable de cierre: 21/05/2025

Brote de Klebsiella pneumoniae productor de carbapenemasas KPC en Medellín

Fecha de notificación: 17 de mayo de 2025

Descripción del brote: institución de salud de alta complejidad notifica 18 casos de diversos tipos de infecciones como septicemia, infección del tracto urinario y peritonitis por este microorganismo con este perfil de resistencia varios servicios de internación de la IPS. La hipótesis principal es transmisión cruzada, se tiene una fuente diseminada. Se han tomado todas las medidas pertinentes para el control de la situación.

Número de casos: 18
Tasas: Ataque (2,19%), Mortalidad (0,49%), Letalidad (5,56%)
Fecha probable de cierre: 24/06/2025

Brotos de Enfermedades transmitidas por alimentos y/o vehiculizadas por el agua

Angela Rivera

Epidemióloga Enfermedades transmitidas por alimentos y/o vehiculizadas por el agua (ETA)

Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Para el quinto periodo del 2025 se identificaron un total de 4 brotes transmitidos por alimentos, en los municipios de Medellín (1), Tarazá (1), Mutatá (1) y Marinilla (1); de los cuales en un evento se pudo identificar el agente causal, este brote se describen a continuación:

Brote de enfermedad transmitida por alimentos en institución educativa del municipio de Mutatá

Fecha: 08/05/2025

Descripción del brote: Se recibe notificación por parte de la secretaria de salud municipal donde informan que 8 estudiantes de una institución educativa presentaron síntomas de tipo gastrointestinal después del consumo de salchipapas, al momento de realizar el abordaje en terreno se determinan 39 personas expuestas al alimento; en el hospital municipal no se logra la toma de muestras biológicas, pero el técnico del área de la salud municipal logra muestra del alimento, donde se identificaron los microorganismo *Escherichia coli*, *Staphylococcus coagulasa* positivo, mohos y levaduras, los cuales están presentes en los alimentos cuando hay fallas en las manipulación de alimentos.

Número de casos: 8

Brotos Inmunoprevenibles

Felipe Vargas Restrepo

Epidemiólogo inmunoprevenibles

Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Tasa de ataque: 21%

Fecha de cierre: 22/05/2025

Brote de tosferina en dos comunidades indígenas de la Etnia Emberá en Urrao y Betulia

FIS del primer caso: 10/12/24.

Desde la configuración de brote hasta la fecha se han tomado 295 muestras para diferencial Bordetella pertussis, se han confirmado hasta la fecha 53 casos (17,9%) de los cuales 38 son confirmados por laboratorio y 15 más por nexos, todos los pacientes pertenecen a comunidad indígena. De estos casos, se presentaron 5 fallecimientos (4 confirmados por laboratorio y 1 por nexos). Por su parte, se han procesado 283 muestras para panel viral, de los 69 casos confirmados por laboratorio para algún agente viral con un total de 24,3% de confirmación. De los casos confirmados y fallecidos por tosferina, cinco presentaron coinfección con Influenza A(H3) y B, Rinovirus, adenovirus y VSR. En cambio, treinta (30) presentaron identificación VSR como único agente viral, diez y siete (18) adenovirus, ocho (8) influenza A (H3) estacional, cinco (5) coinfección adenovirus/VSR, tres (3) coinfección Influenza A(H3)/VSR, uno (1) COVID19 uno (1) influenza A y 1 Influenza B Linaje Victoria. Se ha identificado que las comunidades están sin inmunización o con esquemas incompletos para la edad. Se continúa realizando actividades de BAC, profilaxis, toma de muestras en las comunidades indígenas de los municipios. Se conformaron 13 ERI para desplazar a

veredas priorizadas en Urrao con presencia de comunidades indígenas, Casas de Paso de Indígenas en Urrao y una vereda en Betulia, con acciones realizadas en campo consistentes en BAC, profilaxis antibiótica, vacunación, toma de muestra y IEC. Se ha realizado intensificación de vigilancia en subregión de suroeste de Antioquia sin encontrar casos adicionales en municipios como Jardín, Támesis, Andes, Valparaíso. Además, se revisaron BAI de municipios aledaños a Betulia y Urrao sin encontrar casos.

Se define cierre del brote el 20 de mayo de 2025 si no se encuentran más casos.

Brote de Varicela

Se configuró brote de varicela con 33 pacientes con diagnóstico de varicela en pabellón hombres, determinando exposición de patio 2, 3, 4, 7 y 8 de Centro Penitenciario de Medellín, tasa de 1,87%, actualmente con recomendación de aislamiento del patio 2, ya concluyeron aislamiento los patios 3, 4, 7 y 8, sin identificar casos nuevos; PPL que se encuentran aislados en UTE, cuentan con persistencia de lesiones en piel, excepto aquellos 28 PPL que ya culminaron aislamiento al no presentar lesiones activas. Se ha realizado toma de muestras de viruela símica a cada primer caso reportado en cada patio con resultado negativo. En la visita actual se identifican un nuevo caso perteneciente al patio 2. Se indica aislamiento hasta resolución completa de lesiones y se solicita que si presentan casos nuevos sospechosos se reporten y aislen adecuada y oportunamente, con el fin de evitar la propagación de la enfermedad. Hasta el momento sin complicaciones ni muertes asociadas. Se realizará seguimiento del brote

Brotos Intoxicaciones

Felipe Vargas Restrepo

Epidemiólogo inmunoprevenibles

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

hasta el 31/05/2025, en seguimiento por referente distrital y departamental del evento.

Durante el quinto periodo epidemiológico se reportaron un total de 2 alertas epidemiológicas (Intoxicación por Metanol asociado a Licor adulterado) procedentes del municipio de Medellín, los cuales según investigación epidemiológica de campo (IEC) no configuran como brote ya que no se evidencia asociación con licor adulterado.

En cuanto a brotes en población cerrada se presentó un brote según clasificación de grupos de sustancias químicas debido a otras sustancias químicas en este caso denominada "Polvo loco".

Intoxicación aguda por polvo loco, Abriaquí

Fecha: 02 de mayo de 2025.

Se recibe alerta de brote por parte de Centro Nacional de Enlace posterior a comunicación con línea nacional de toxicología de la IPS de atención inicial. En el brote se reporta un total de 7 pacientes de sexo masculino dedicados a la minería ilegal quienes al utilizar dicha sustancia en extracción de oro inhalaron gas en proceso de rescate de una persona que realizaba manipulación de la sustancia posterior a la explosión; los pacientes presentaron síntomas leves con egreso inmediato posterior a

atención y solo un paciente fue remitido a mayor nivel de complejidad debido a trauma producido por la explosión, sin embargo días posteriores egresa sin secuelas del evento. Durante la realización de la investigación epidemiológica de campo no se pudo acceder al lugar de los hechos por dificultades de orden público, según reportó municipio de procedencia.

Fecha de cierre: 08 de mayo de 2025

Brotos por Enfermedad mano, pie, boca.

Daniela Herrera Posada

Epidemiólogo ITS

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

Brote por enfermedad Mano, pie, Boca en CDI de Titiribí

Fecha. 5 de mayo

Se reporta brote en niños que asisten a CDI de Titiribí, en total acuden 69 niños a la institución y al momento de la visita se detectan 23 niños entre 1 y 5 años de edad afectados con síntomas compatibles con EMPB. Todos los casos fueron manejados desde casa. Se realizan acciones de vigilancia y control por parte de la secretaría de salud local. Se detectó notificación inoportuna a las autoridades locales, teniendo efectos en la alta tasa de ataque.

Número de casos: 22

Tasa de Ataque (33%)

Fecha de cierre: 12/05/2025

Brote por enfermedad Mano, pie, Boca en CDI de Copacabana

Fecha. 24 de abril en Copacabana

En pequeño CDI de Copacabana, donde la población de menores es de 8 más un residente de la vivienda, se presentó brote en población menor de 5 años. El primer caso surgió el día 24/04/2025 en menor de 2 años con lesiones cutáneas rojizas y pequeñas alrededor de los labios y en la cara anterior de las manos, además se refiere fiebre, malestar general, dolor de garganta e inapetencia por lesiones en las mucosas orales, posteriormente se vio afectado menor de 11 meses. Todos los casos fueron manejados desde casa. Se tomaron todas las medidas pertinentes para el control de la situación conteniendo la transmisión.

Número de casos: 2

Tasa de Ataque (22%)

Fecha de cierre: 13/05/2025



Comportamientos inusuales

Comportamiento de la notificación epidemiológica del periodo 05.

Juan Camilo Betancur Arboleda
Profesional en gerencia de sistemas de información en salud
Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las entidades territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas, el primero corresponde a los municipios con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris y valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a ajustes en SIVIGILA.

QR de enlace para la descarga de los comportamientos inusuales municipalizados



Tableros de mando periodo 05, comportamiento de la notificación en el departamento.

Agradecimientos



Periodo 05

Situación Departamental

Equipo de Gestión del Riesgo en Eventos de Interés en Salud Pública
Secretaría de Salud e Inclusión Social del Departamento de Antioquia

Tema Central

Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), Arbovirus. Carlos
Montes

**Epidemiólogo ETV – Dengue, Malaria, Zika, Chicungunya y Sanidad
portuaria**

Eventos de baja notificación

Leishmaniasis cutánea – Mucosa y visceral. Juliana Guarnizo Gutiérrez
Epidemióloga ETV – Fiebre Amarilla, Leishmaniasis, Chagas

Eventos trazadores

Desnutrición en menores de 5 años. Carolina Castañeda Epidemióloga
Epidemióloga Desnutrición en menores de 5 años

Mortalidad en menores de 5 años. Manuela Amaya

Epidemióloga Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años

Mortalidad Materna. Luz Yaneth Becerra

Epidemióloga Maternidad segura

Comportamientos Inusuales

Tableros de mando. Juan Camilo Betancur Arboleda

Profesional en gerencia de sistemas de información en salud

Andrés Julián Rendón
Gobernador de Antioquia

Marta Cecilia Ramírez Orrego
**Secretaria Seccional de Salud e Inclusión Social del Departamento de
Antioquia**

Adriana Patricia Rojas Eslava
Subsecretaria de Salud Pública

Equipo editor:

Carolina Muñoz Arango

Juan Camilo Betancur Arboleda

Una publicación de:

*Secretaria Seccional de Salud e Inclusión Social del Departamento de
Antioquia.*