

BEA

Boletín Epidemiológico de Antioquia

12

Periodo
Epidemiológico

2 de noviembre al 29 de noviembre
— 2025 —

Infecciones de transmisión sexual

Comportamiento epidemiológico de la
notificación del evento. Antioquia 2025

Las infecciones de transmisión sexual continúan siendo un problema prioritario de salud pública en Antioquia, por su impacto en la salud sexual, reproductiva y la transmisión materno-infantil



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



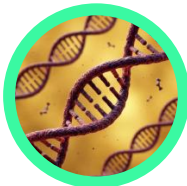
Tema central:

Infecciones de transmisión sexual



Eventos trazadores:

- Desnutrición en menores de cinco años
- Maternidad segura
- Vigilancia integrada de la mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT



Baja notificación:

Mpox



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 Secretaría de Salud y Protección Social de la Gobernación 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

Infecciones de transmisión sexual

Daniela Herrera Posada

Microbióloga epidemióloga Infecciones de transmisión sexual y evento 900

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un grupo de enfermedades causadas por agentes, principalmente bacterianos y virales, transmitidas en su mayoría por contacto sexual y por vía materno-infantil. En Colombia, eventos como VIH, sífilis gestacional y congénita y hepatitis B y C son de notificación obligatoria, dada su relevancia en salud pública.

El VIH es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana y se transmite principalmente por vía sexual, sanguínea y perinatal; la hepatitis B y C son infecciones virales transmitidas por exposición a sangre y fluidos corporales, ambas relevantes para la salud pública y que, debido a su curso crónico, desencadenan complicaciones graves como cirrosis y carcinoma hepatocelular. Los principales factores de riesgo para estas infecciones incluyen relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales, coinfección con otras ITS, uso de drogas inyectables, procedimientos invasivos sin condiciones adecuadas de bioseguridad y barreras de acceso a servicios de salud. Estas infecciones suelen cursar de forma asintomática en fases iniciales, lo que retrasa el diagnóstico y favorece la transmisión.

Para el diagnóstico de VIH y hepatitis B y C se utilizan pruebas serológicas y moleculares, de acuerdo con el evento y la población objeto de diagnóstico. La vigilancia de estos eventos es prioritaria por su impacto en la morbilidad materno-infantil y su carácter prevenible mediante intervenciones oportunas del programa ETMI-Plus.

Comportamiento epidemiológico mundial

Las ITS continúan siendo un problema prioritario de salud pública a nivel mundial, con una alta carga de enfermedad y transmisión sostenida, especialmente en la población en edad reproductiva. Su comportamiento está determinado por factores sociales, barreras en el acceso a los servicios de salud y el alto porcentaje de infecciones asintomáticas, lo que dificulta la detección y el tratamiento oportunos. Las ITS representan una carga significativa para los sistemas de salud y las poblaciones, con impactos psicológicos, sociales y en la calidad de vida de las personas afectadas, generando importantes consecuencias en la salud sexual y reproductiva, reflejadas en complicaciones del embarazo, infertilidad y mortalidad prevenible. En este contexto, la vigilancia y el control de las ITS, con énfasis en la prevención de la transmisión materno-infantil, constituyen un eje estratégico de las políticas y programas de salud pública. En el presente documento se analizará el comportamiento de las ITS que son objeto de vigilancia por parte del Instituto Nacional de Salud (INS).

Según la Organización Mundial de la Salud (2024), para 2024, se estimaron 40,8 millones de personas viviendo con VIH, con 1,3 millones de casos

incidentes, lo que representa una reducción del 60% frente al pico registrado en 1996. Durante el mismo año se reportaron 630 000 muertes asociadas al VIH, evidenciando una disminución del 70% desde 2004 y del 54% desde 2010. El 53% de las personas que viven con VIH son mujeres y niñas. El acceso al tratamiento antirretroviral en población menor de 14 años es del 55%, sustantivamente menor al 78% observado en personas mayores de 15 años. En cuanto a la transmisión materno-infantil, el 84% de las mujeres embarazadas que viven con VIH recibieron tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión a sus hijos en 2024.

Las hepatitis virales B y C continúan representando un importante problema de salud pública a nivel mundial, tanto por su elevada carga de infección crónica como por su impacto en la mortalidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud para 2022, 254 millones de personas vivían con hepatitis B y 50 millones con hepatitis C, concentrándose cerca del 50% de las infecciones crónicas en personas de 30 a 54 años y el 12% en menores de 18 años. En la Región de las Américas, estas infecciones afectan a más de 10 millones de personas, de las cuales solo alrededor del 23% han sido diagnosticadas, lo que evidencia importantes brechas en el acceso a la detección (Organización Mundial de la Salud, 2024).

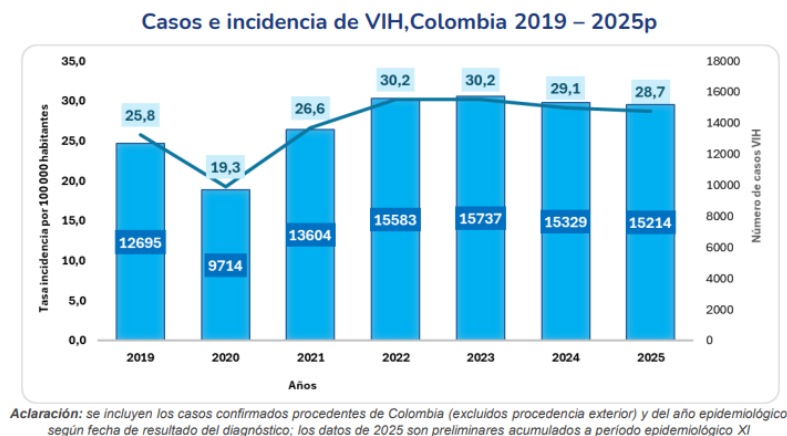
El impacto de estas brechas se refleja en la mortalidad asociada: a nivel global se registran aproximadamente 3 500 muertes diarias por hepatitis B y C, equivalentes a 1,3 millones de defunciones en 2022, atribuibles en un 83% a hepatitis B y en un 17% a hepatitis C. En 2019 se diagnosticaron cerca de 3 millones de nuevos casos de hepatitis virales (2,2 millones de hepatitis B y 1 millón de hepatitis C); sin embargo, las metas globales de tratar al 80% de las personas con hepatitis crónica para 2030 están lejos de cumplirse, ya que para ese mismo año la cobertura de tratamiento fue de apenas 3%

para hepatitis B y 20% para hepatitis C, lo que refuerza la necesidad de fortalecer el diagnóstico oportuno, el acceso al tratamiento y las estrategias de prevención. (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Comportamiento epidemiológico nacional

A nivel nacional, la infección por VIH ha presentado desde el 2008, un aumento sostenido en la notificación, con una leve disminución durante el 2024, para un total de 15 329 casos nuevos y una incidencia de 29,1 por cada 100 000. A periodo epidemiológico XI del 2025, en Colombia se han notificado 15 214 casos nuevos para una incidencia parcial de 28,7 por cada 100 000 habitantes. Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena son los municipios con mayor número de casos, con 2 855, 1 337, 1 113, 622 y 426 casos, respectivamente. Se han presentado 233 casos en gestantes, 239 en indígenas. El 78% de los casos se presentaron en hombres, 99% de las infecciones fueron atribuidas al mecanismo sexual y 41 casos reportan TMI. (Instituto Nacional de salud, 2025).

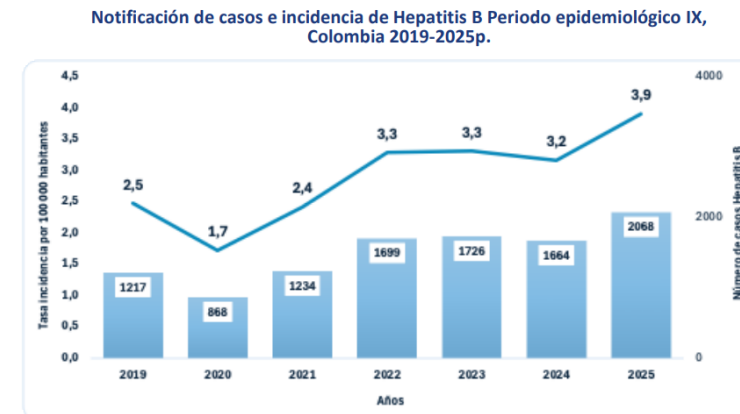
Figura 1. Casos e incidencia de VIH, Colombia 2019-2025 preliminar.



Fuente: Informe de evento VIH periodo XII de 2025. Instituto Nacional de Salud

La hepatitis B ha presentado un comportamiento similar al VIH, con un aumento sostenido durante los últimos años y una breve disminución en 2024, año en el que se notificaron 1664 casos, con una incidencia de 3,2 por cada 100 000 habitantes. A periodo IX de 2025 se observó un incremento significativo en el diagnóstico de Hepatitis B, con un total de 2 068 casos nuevos para una incidencia parcial de 3,9 por cada 100 000 habitantes. Bogotá, Medellín, San José de Cúcuta, Cali y Barranquilla, son los Municipios con mayor notificación de casos, reportando 317, 115, 54, 54 y 41 casos, respectivamente. Por grupos especiales, se notificaron 104 casos en población indígena y 165 en gestantes. El 88% de los casos fueron atribuidos a transmisión sexual y 6 casos a transmisión materno-infantil. (Instituto Nacional de salud, 2025).

Figura 2. Notificación de casos e incidencia de hepatitis B a PE IX, Colombia 2019-2025 preliminar.



Fuente: Informe de evento hepatitis B y C periodo IX de 2025. Instituto Nacional de Salud

La hepatitis C ha presentado un incremento más marcado en los último 3 años, probablemente favorecido por el uso ampliado de pruebas rápidas a través de la resolución 1314 de 2020, aumentando así la probabilidad de captación de casos. Durante el 2024, se notificaron 1 234 casos nuevos para una incidencia de 2,3 por cada 100 000 habitantes. A periodo epidemiológico IX de 2025 se habían notificado 1 130 casos nuevos, para una incidencia parcial de 2,1 por cada 100 000 habitantes. Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Pereira, son los municipios con mayor número de casos. Se notificaron 418, 170, 113, 34 y 33 casos, respectivamente. Se notificaron 2 casos en indígenas y 2 en gestantes. El 86% de los casos fue asociado a transmisión sexual.

Figura 3. Notificación de casos e incidencia de hepatitis C a PE IX, Colombia 2019–2025 preliminar

Notificación de casos e incidencia de Hepatitis C Periodo epidemiológico IX, Colombia 2019–2025p.



Aclaración: se incluyen los casos confirmados procedentes de Colombia (excluidos procedencia exterior) y del año epidemiológico

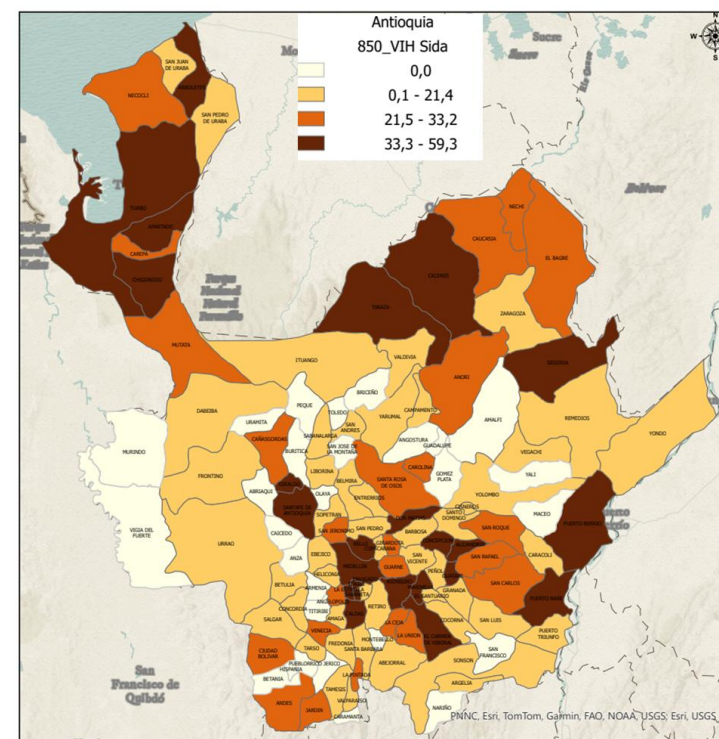
Fuente: Informe de evento hepatitis B y C periodo IX de 2025. Instituto Nacional de Salud

Comportamiento epidemiológico en el departamento

El evento de VIH en Antioquia ha presentado un comportamiento al alza durante todo el año, notificándose un total de 2 260 casos nuevos procedentes del Departamento, para una incidencia parcial de 40,64 casos por cada 100 000 habitantes. La subregión del Valle de Aburrá concentra el 76% de los casos, con una incidencia parcial de 51 casos por cada 100 000 habitantes. En el mapa de calor, se puede observar los Municipios con

mayores tasas de incidencia, destacándose Medellín, Apartadó, Don Matías y Puerto Nare, con incidencias parciales superiores a las de la Subregión del Valle de Aburrá

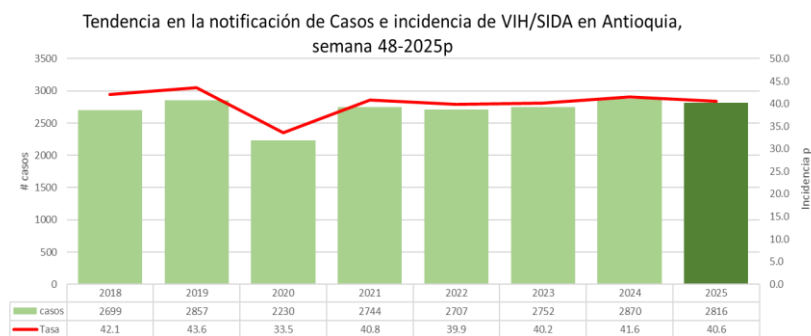
Figura 4. Mapa de calor según tasa de incidencia VIH a SE 48, Antioquia 2025



Fuente: Sivigila, denominadores poblacionales DANE 2025

En cuanto a características sociodemográficas, el evento de VIH se concentra entre los grupos etarios de 20 a 34 años con el 57% de los casos. El 93% de los casos residen en zona urbana, el 80% corresponde al sexo masculino, el 0,7% a población privada de la libertad, el 1,7% en menores de 18 años, el 62% pertenecen al régimen contributivo, el 0,4% a población indígena y el 1,7% a población afrodescendiente. El 14% de los casos del departamento se presentó en población de origen extranjero. Se notificaron 51 casos (2%) en gestantes, de las cuales el 53%, fueron diagnosticadas durante el primer trimestre de gestación. No se presentaron casos de TMI de VIH procedentes del departamento; sin embargo, se notificaron 8 casos procedentes de Chocó y de Venezuela. El 2,6% de los casos nuevos estaban en fase SIDA y se notificaron 50 fallecimientos relacionados con el evento, de los cuales 15 cumplían criterios para realización de unidades de análisis por su coinfección con tuberculosis.

Figura 5. Tendencia en la notificación de casos e incidencia de VIH/SIDA a SE 48, Antioquia 2025



Fuente: Sivigila, denominadores poblacionales DANE 2025

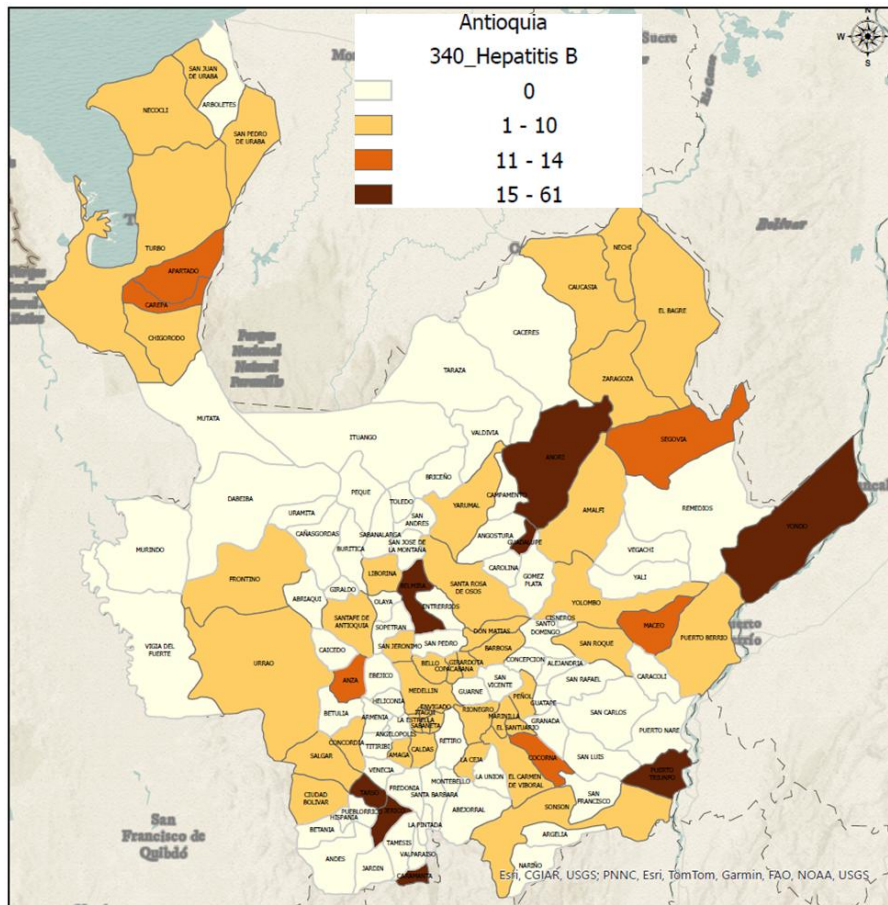
A partir de las Unidades de análisis se identificaron problemas relacionados principalmente con aspectos del individuo, destacándose los determinantes de salud intermedios como el consumo de sustancias psicoactivas y la condición de habitante de calle, y en segunda instancia la baja percepción del riesgo para acudir a los servicios de salud, el desconocimiento de los derechos en salud y la inoportunidad en la toma de decisiones para acceder a los servicios. En cuanto a los factores relacionados con la prestación de servicios, se destacan fallas en los mecanismos de seguimiento de los pacientes.

El evento de Hepatitis B, C y coinfección B-D en Antioquia ha presentado un comportamiento al alza durante todo el año, a expensas de la hepatitis C, notificándose un total de 714 casos nuevos procedentes del Departamento, 384 correspondientes a Hepatitis B y 330 a Hepatitis C, para una incidencia parcial de 5,5 y 4,7 casos por cada 100 000 habitantes, respectivamente. No se han presentado a semana 48, casos de coinfección B-Delta.

En cuanto a la infección por Hepatitis B, las subregiones de Magdalena medio, Urabá, Nordeste y Valle de Aburrá presentan incidencias parciales superiores a la departamental. En el mapa de calor, se puede observar los municipios con mayores tasas de incidencia destacándose Tarso, Jericó, Caramanta, Belmira, Puerto Triunfo, Yondó, Anorí y Guadalupe, con incidencias parciales superiores a 15 casos por cada 100 000 habitantes. El 69% de los casos de Hepatitis B se encuentran sin clasificar y el 18% corresponden a presentación aguda. En cuanto a características sociodemográficas, la infección se presenta en proporciones similares en los grupos etarios mayores de 20 años. El 82% de los casos residen en zona urbana, 58% corresponde al sexo masculino, el 5% en población de origen extranjero, el 59% pertenece al régimen subsidiado y el 0,8% a población

indígena. Se presentaron 23 casos (6%) en gestantes. El 10% de los casos nuevos tenían coinfección con VIH.

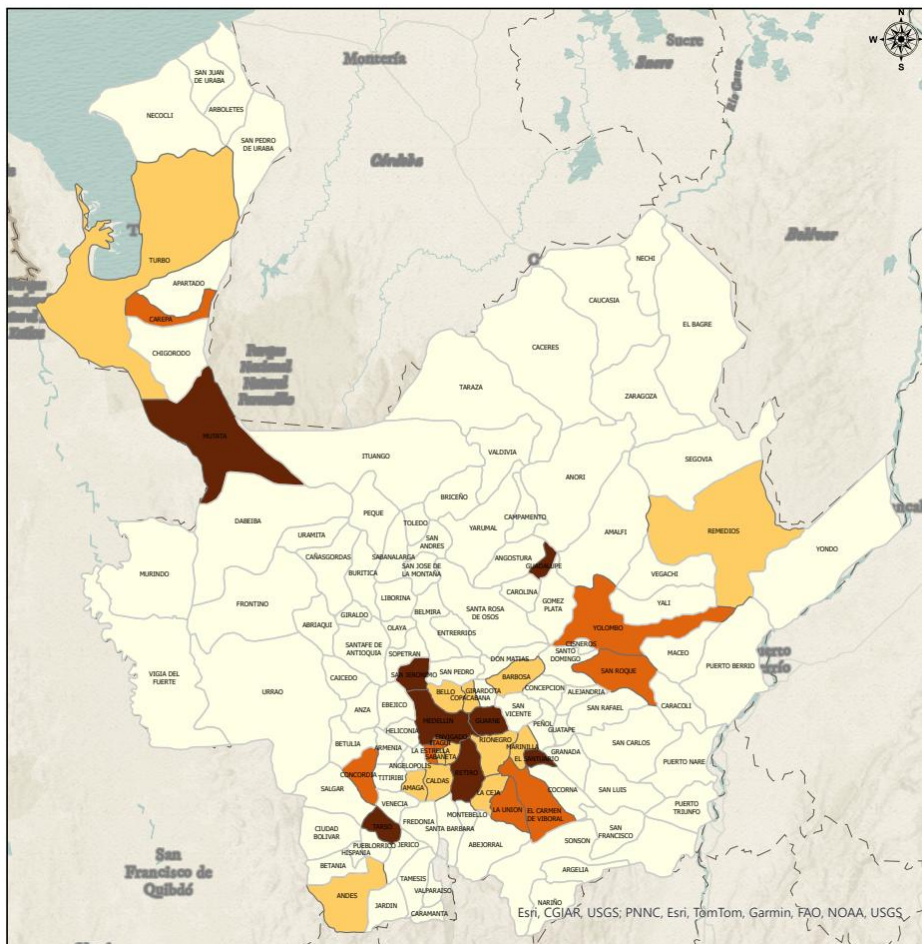
Figura 6. Mapa de calor según tasa de incidencia Hepatitis B a SE 48, Antioquia 2025



Con respecto a la infección por Hepatitis C, la subregión de Valle de Aburrá presenta incidencia parcial superior a la departamental con 7,1 casos por cada 100 000 hab. En el mapa de calor, se puede observar los municipios con mayores tasas de incidencia-p de Hepatitis C, destacándose Medellín, Envigado, Guarne, El retiro, Santuario, Tarso, San Jerónimo, Guadalupe y Mutatá, con I-p superiores a 5 casos por cada 100 000 hab.

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

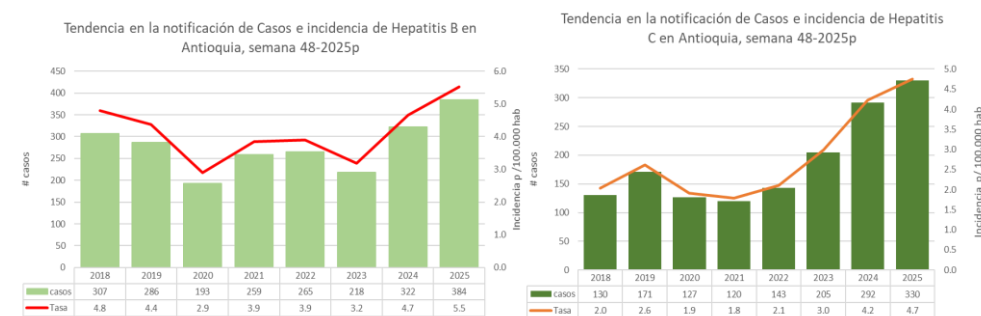
Figura 7. Mapa de calor según tasa de incidencia Hepatitis C a SE 48, Antioquia 2025



Fuente: Sivigila, denominadores poblacionales DANE 2025

En cuanto a características sociodemográficas, la infección se presenta focalizada en el grupo etario de 25 a 39 años con el 69% de los casos. El 94% residen en zona urbana, 95% en el sexo masculino, 4% en población de origen extranjero, el 74% pertenecen al régimen contributivo, sin casos en población indígena. El 79% de los casos nuevos tenían coinfección con VIH.

Figura 8. Tendencia en la notificación de casos e incidencia de hepatitis B y C a SE 48, Antioquia 2025



Fuente: Sivigila, denominadores poblacionales DANE 2025

Recomendaciones

Se recomienda fortalecer la aplicación estricta de los protocolos de vigilancia, en especial lo relacionado con la definición operativa de caso y la interpretación de pruebas diagnósticas. Durante 2025 se identificaron errores en la lectura de pruebas de laboratorio en algunos casos notificados, lo que conduce a la notificación de eventos que no cumplen criterios operativos y genera sobrestimación de las cifras. Se requiere

reforzar los procesos de capacitación, verificación y retroalimentación a los equipos asistenciales y de vigilancia.

Se observa una alta proporción de coinfección VIH-hepatitis C y similitud en los perfiles sociodemográficos. Se recomienda priorizar intervenciones diferenciales en esta población, fortaleciendo el acceso a diagnóstico oportuno, tratamiento integral y estrategias de reducción de riesgos, con el fin de disminuir la incidencia de hepatitis C en el departamento.

Se identifica una participación importante de población de origen extranjero en los casos de ITS, especialmente en VIH, con limitaciones de acceso y ausencia de afiliación en salud en un número relevante de casos. Se requiere fortalecer la articulación interinstitucional y la gestión territorial para garantizar atención integral, continuidad del tratamiento y acciones de prevención que contribuyan a interrumpir las cadenas de transmisión.

Referencias

Instituto Nacional de Salud. (2025). Informe de evento y tableros de control. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). ETMI Plus Colombia 2021-2030. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de chagas. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2021-2030.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2025). Infecciones de transmisión sexual (ITS). [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Organización Mundial de la Salud. (2025). Datos y estadísticas sobre el VIH. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>

Organización Mundial de la Salud. (2024, 9 de abril). La OMS da la alarma sobre las hepatitis víricas que se cobran 3500 vidas al día. <https://www.who.int/es/news/item/09-04-2024-who-sounds-alarm-on-viral-hepatitis-infections-claiming-3500-lives-each-day>

ONUSIDA. (2025). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>



Eventos trazadores

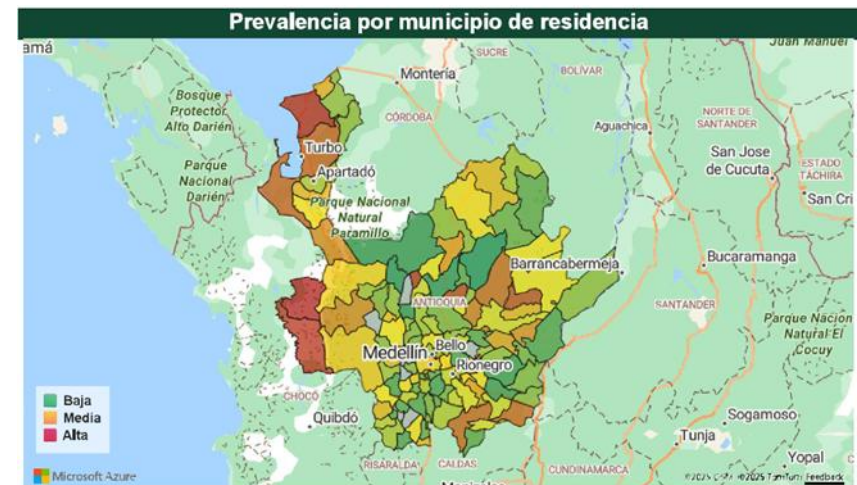
Desnutrición en menores de 5 años

Carolina Castañeda Vásquez

Nutricionista epidemióloga vigilancia de la desnutrición en menores de 5 años
Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Con corte a periodo XII de 2025, el acumulado de casos notificados por desnutrición aguda en menores de 5 años es de 2 432, para una prevalencia de 0,57 por cada 100 niños y niñas menores de 5 años, equivalente a 9,1% menos a la del año inmediatamente anterior, mismo corte, donde se habían notificado 2 674 casos (prevalencia de 0,62). La subregión con mayor prevalencia notificada del evento es Urabá (0,75), seguido de Nordeste (0,64) y Valle de Aburrá (0,59), que son mayor a la del departamento. Magdalena Medio es la subregión con menor prevalencia notificada del evento (0,35). Los 10 municipios con mayor prevalencia son Murindó (1,21), Necoclí (0,94), Vigía del Fuerte (1,05), Toledo (1,14), Angostura (1,11), Vegachí (1,07), Turbo (1,03), Sonsón (1,01), Amalfi (1,00), Gómez Plata (0,94) y Cisneros (0,94). No se presentan casos con residencia en 7 municipios del departamento: Abriaquí, Armenia, Concepción, Ebéjico, Pueblorrico, Jericó y Sabanalarga.

Figura 1. Distribución geográfica, prevalencia de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años, distribución por municipios. Antioquia, corte a semana epidemiológica 48 de 2025.



Fuente: Sivigila, 2025

Se presenta un marcado aumento en los casos reincidentes, que fue de 545 (20,4%) en 2024 (a semana epidemiológica 48) y es en 2025 de 748 (30,8%), lo cual hace un llamado a la verificación de acciones intersectoriales para la atención integral a la desnutrición y orientadas a la sostenibilidad de la recuperación nutricional, pero también da cuenta de que hay una mayor comprensión de esta definición y reporte de casos que cumplen el criterio. Belmira, Briceño, Caracolí, Liborina, Peque y Tarso son los municipios con mayor proporción de reincidencia (100%), a estos le sigue Gómez Plata,

con 83,3% de reincidencia, ubicándolo como municipio con mayor prevalencia y reincidencia de casos de desnutrición.

En cuanto a las características relevantes de los casos notificados en 2025 a semana epidemiológica 48, la mayor proporción reside en el área urbana (78,6%), son de sexo masculino (57,1%), menores de 3 años (68,9%), con un promedio de 25,9 meses, régimen de afiliación subsidiado (61,9%). Al momento de la captación y notificación del caso, el 26% (632 casos) se encontraba hospitalizado por el evento, 1,07% (26 menores) no tenían afiliación a salud, al 141% (343 casos) se registró no activación de la ruta de atención integral para la desnutrición. El tipo de desnutrición que más se notifica es moderada (90,9%), lo cual es positivo pues la captación es más oportuna, así como la atención integral para prevenir las desnutriciones severas, complicaciones o mortalidad por esta condición.

Los indicadores críticos (figura 2) dan cuenta de la necesidad de fortalecer la inscripción a ruta de promoción y mantenimiento de la salud, este indicador ha permanecido estacionario, con leve descenso desde la semana epidemiológica 38 de 2025, y es importante porque en ruta de primera infancia se puede mejorar la identificación temprana del riesgo de desnutrición y se acompaña a los niños que presentan o superaron procesos de desnutrición, para apoyar la recuperación y prevenir recaídas. La duración total de lactancia materna es baja, este indicador ha tenido poca variación en los casos notificados, la recomendación por la OMS es 2 años o más, así como el inicio de alimentación complementaria a partir de los seis (6) meses de edad. La mediana de edad gestacional al nacer y peso al nacer en general están dentro del rango de normalidad. Del total de casos notificados, se presentó perímetro braquial menor a 11,5 cm en 83 niños (mayores de 6 meses de edad), lo cual corresponde a una baja proporción, y es importante ya que este indicador está asociado a riesgo

alto de mortalidad por desnutrición, se correlaciona con la proporción menor de casos notificados con desnutrición severa.

Figura 2. Indicadores críticos en los casos notificados al evento desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años. Antioquia, corte a semana epidemiológica 48 de 2025.



Fuente: Sivigila, 2025

Mortalidad en menores de 5 años

Edisson Giovanni Sánchez Medina

Médico Epidemiólogo de la vigilancia integrada en mortalidad de menores de cinco (5) años por IRA, EDA y DNT

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

Durante el periodo epidemiológico XII de 2025 se notificaron dos mortalidades en menores de cinco (5) años priorizadas por infección respiratoria aguda (IRA), correspondientes a población indígena Emberá, residentes en los municipios de Dabeiba y Frontino, ambos pertenecientes a la subregión de Occidente. Estas defunciones generan tasas municipales elevadas (39,6 y 50,9 muertes por cada 100 000 menores de cinco (5) años, respectivamente), situación explicada por la baja frecuencia de eventos

y el reducido tamaño poblacional de estos municipios, de acuerdo con las proyecciones poblacionales del DANE y la notificación al sistema de vigilancia (SIVIGILA).

A nivel subregional, la subregión de Occidente presentó una tasa de mortalidad de 11,1 muertes por cada 100 000 menores de cinco (5) años, superando la meta máxima establecida de 6,7, razón por la cual se visualiza en contorno rojo en la ilustración correspondiente. No obstante, a nivel departamental, la tasa para este periodo se ubicó en 0,5 muertes por cada 100 000 menores de cinco (5) años, manteniéndose dentro de la meta esperada, representada con contorno verde. Es importante señalar que estas dos muertes se encuentran clasificadas como probables, a la espera de la realización de las unidades de análisis, por lo que la información debe considerarse preliminar y sujeta a ajuste.

Al comparar este periodo con el inmediatamente anterior de 2025 (semanas epidemiológicas 41 a 44), se observa que en dicho intervalo se notificaron tres mortalidades en menores de 5 años, dos priorizadas por IRA en los municipios de Cáceres y Turbo, y una priorizada por enfermedad diarreica aguda (EDA) en el municipio de Caucaasia. En este contexto, el comportamiento de las mortalidades priorizadas por IRA se mantiene estable entre ambos periodos, mientras que para EDA se evidencia una variación porcentual incrementando un 100%, atribuible al bajo número absoluto de casos. En términos de frecuencia total, se observa un decremento del 33,3 % entre los dos periodos comparados.

Dada la naturaleza poco frecuente del evento, la variabilidad asociada a números pequeños y la necesidad de unidades de análisis para la clasificación definitiva, se presenta el análisis acumulado a periodo epidemiológico XII de 2025. En este acumulado se notificaron 53 mortalidades en menores de 5 años, incluyendo casos confirmados y

pendientes de análisis. De estas, seis muertes fueron priorizadas por desnutrición aguda (DNT), distribuidas en tres subregiones: Urabá (Arboletes, Chigorodó y Turbo), Bajo Cauca (Caucasia y Cáceres) y Occidente (Frontino), con un caso por municipio.

Figura 3. Mortalidades notificadas en niños y niñas menores de cinco años durante periodo epidemiológico XII, Antioquia - 2025.



Fuente: Sivigila, Proyección Poblacional DANE

Las tasas regionales por DNT se ubicaron en 6,1 muertes por cada 100 000 menores de cinco (5) años en Urabá y 7,1 en Bajo Cauca, ambas por encima de la meta establecida (<5 por 100 000). En la subregión de Occidente, la tasa fue de 5,5, situándose en el límite superior de la meta. A nivel departamental, la tasa acumulada fue de 1,4 muertes por cada 100 000 menores de cinco (5) años, manteniéndose dentro de los valores

esperados y evidenciando una mejoría frente a periodos previos, asociada a una reducción en la frecuencia de casos.

Para las mortalidades priorizadas por IRA, a periodo epidemiológico XII se registraron 46 muertes, distribuidas principalmente en las subregiones de Urabá (10 casos), Bajo Cauca y Valle de Aburrá (7 casos cada una), Occidente (6 casos), Suroeste (5 casos), Norte y Oriente (4 casos cada una) y Nordeste (3 casos). Todas las subregiones mencionadas, con excepción del Valle de Aburrá, presentaron tasas por encima de la meta esperada, configurando un comportamiento inusual, en un contexto en el que se ha identificado la circulación de tosferina, situación que se encuentra en análisis para establecer su posible relación con el incremento observado en las mortalidades priorizadas por IRA.

Al comparar el comportamiento acumulado a periodo XII de 2025 con el mismo periodo de 2024, se evidencia un decremento del 64,7 % en las mortalidades priorizadas por desnutrición aguda, un incremento en las mortalidades priorizadas por infección respiratoria aguda, y un decremento del 90 % en las priorizadas por enfermedad diarreica aguda. El aumento observado en IRA debe interpretarse en el contexto del brote respiratorio registrado durante el año, con identificación de casos compatibles con tosferina, situación que continúa en seguimiento por parte de la vigilancia epidemiológica.

Mortalidad materna

Francisco J. Ospino A.

Medico Epidemiólogo

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

El análisis consolidado de la situación de mortalidad materna en el departamento, con corte al periodo epidemiológico 12 de 2025, muestra un comportamiento que se mantiene dentro de los márgenes de vigilancia esperados. Tras un cierre exitoso del Periodo 11 con cero casos — completando así tres años de estabilidad para ese bloque específico—, el PE12 registra dos fallecimientos, localizados en los municipios de San Rafael (Oriente) y San Pedro de los Milagros (Norte). Este registro coincide con la frecuencia observada en los años 2023 y 2024 para este mismo periodo, lo que indica una persistencia de la tendencia histórica.

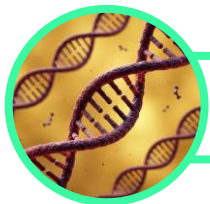
Tabla 1. Mortalidades maternas notificadas por año según periodos epidemiológicos en Antioquia, 2022- 2025p

AÑO/PE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2022	3	2	2	4	3	1	3	1	1	0	2	0	1
2023	1	2	0	3	0	4	1	3	1	2	0	2	0
2024	2	1	1	2	1	1	3	0	0	2	0	2	1
2025p	1	1	2	0	4	1	4	0	0	0	0	2	

Fuente: Sivigila

A nivel anual, el acumulado de 2025 alcanza los 15 casos. Al comparar esta cifra con los años anteriores (23 casos en 2022, 19 en 2023 y 16 en 2024), se observa que el departamento se encuentra en un nivel de cierre cercano al del año anterior. Este panorama permite orientar los esfuerzos institucionales hacia las causas que continúan concentrando la mayor atención: la hemorragia obstétrica (33.3%), la sepsis no obstétrica (26.7%) y los trastornos hipertensivos (13.3%).

En términos de gestión, el hecho de que el perfil de mortalidad se concentre en causas directas representa una oportunidad para fortalecer los protocolos de atención inmediata en las redes hospitalarias. La estabilidad lograda en periodos previos y la identificación clara de los eventos en las subregiones Norte y Oriente sirven como base para que las instituciones continúen reforzando la detección temprana y la respuesta oportuna ante complicaciones del parto. El enfoque actual se centra en mantener la vigilancia activa para cerrar el año bajo los estándares de seguridad establecidos por el sistema de salud.



Eventos de baja notificación

Mpox

Elizabeth Céspedes Ibáñez

Enfermera epidemióloga Intoxicaciones y Mpox

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

La Mpox es una enfermedad zoonótica viral causada por el virus MPXV, perteneciente al género *Orthopoxvirus* de la familia *Poxviridae*. La transmisión ocurre principalmente por contacto estrecho con lesiones cutáneas o mucosas, fluidos corporales y fómites contaminados; durante el brote multipaís se ha documentado además un papel relevante del contacto íntimo o sexual, así como exposiciones en contextos de alta interacción social. El periodo de incubación oscila entre cinco (5) y 21 días. Clínicamente se caracteriza por la presencia de lesiones únicas o múltiples (máculas, pápulas, vesículas o pústulas) en cualquier parte del cuerpo o úlceras genitales o perianales con o sin proctitis, acompañadas o no de síntomas sistémicos como fiebre, cefalea, mialgias, linfadenopatía, odinofagia o astenia; en algunos casos pueden presentarse complicaciones, especialmente en niños, gestantes y personas inmunocomprometidas. Para fines de vigilancia en salud pública, un caso probable debe cumplir criterios clínicos y epidemiológicos, y la confirmación diagnóstica se realiza mediante detección molecular por PCR específica para *Orthopoxvirus*, lo que permite la clasificación, el

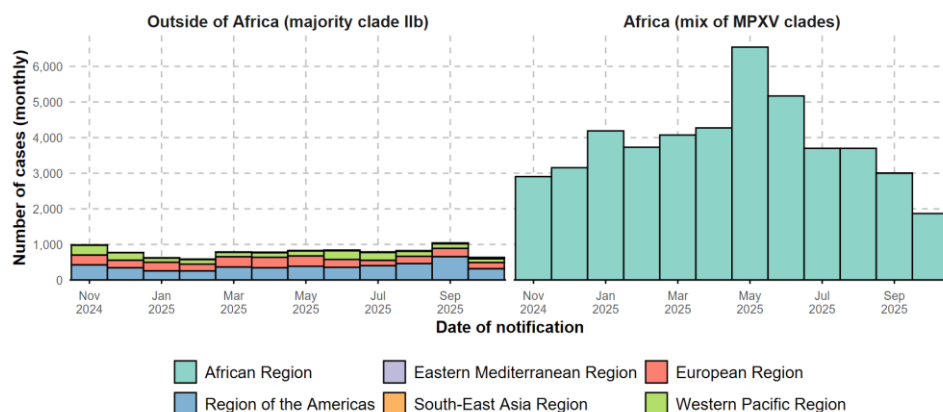
seguimiento de contactos y la implementación oportuna de medidas de control.

A nivel mundial, la Mpox ha mostrado un comportamiento epidemiológico dinámico desde 2022, con transmisión sostenida en países no endémicos y circulación simultánea de distintos clados y subclados del virus MPXV, lo que ha generado patrones heterogéneos de transmisión según la región geográfica. Durante el periodo comprendido entre noviembre de 2024 y septiembre de 2025, los datos de la Organización Mundial de la Salud evidencian un comportamiento diferenciado: fuera de África, donde predomina el clado IIb, se observa una incidencia relativamente baja y estable, con fluctuaciones leves y sin picos epidémicos pronunciados, lo que sugiere transmisión focalizada y mayor capacidad de contención. En contraste, en la Región Africana, caracterizada por la circulación de una mezcla de clados del MPXV, se documenta una mayor carga de enfermedad, con un incremento sostenido de casos desde finales de 2024 y un pico marcado entre abril y junio de 2025, seguido de un descenso progresivo en el segundo semestre del año. Este comportamiento refleja dinámicas de transmisión más intensas y persistentes en África y fundamentó la segunda declaratoria de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional en 2024, posteriormente levantada en septiembre de 2025, resaltando que, independientemente del contexto regional, el riesgo individual está determinado principalmente por el nivel de exposición y el estado de inmunidad, más que por características demográficas específicas.

Figura 1. Tendencia mensual de casos de Mpox a nivel mundial, 2024–2025.

Trends in global mpox cases by WHO region

data as of 31 Oct 2025



Source: WHO

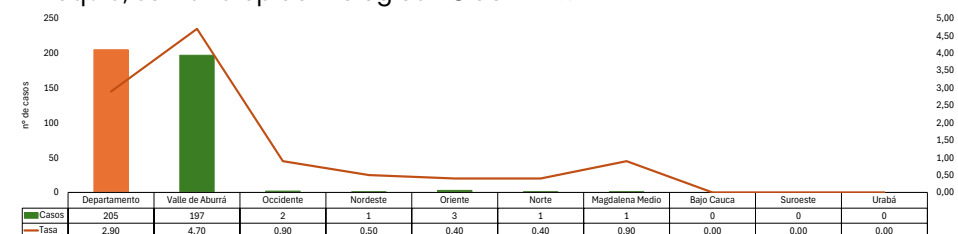
Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

En el contexto nacional, durante 2025 Colombia ha notificado 422 casos confirmados de Mpox, con una tasa de incidencia de 0,82 casos por 100 000 habitantes, 33 casos activos y sin muertes registradas, lo que evidencia una baja letalidad del evento. La totalidad de los casos confirmados corresponde al clado II del virus, sin identificación de clado Ib en el país. El comportamiento sociodemográfico muestra un marcado predominio en hombres (99,1%), con concentración de casos en adultos jóvenes, principalmente entre los 20 y 39 años, patrón consistente con transmisión asociada a contacto estrecho. Territorialmente, los mayores reportes se concentran en Antioquia y Bogotá, siendo Antioquia el principal aportante de casos a nivel nacional. La curva epidémica por fecha de inicio de síntomas evidencia un incremento progresivo durante el segundo semestre

del año, lo que ha requerido el fortalecimiento de la vigilancia para la interrupción de cadenas de transmisión.

En Antioquia, a la semana epidemiológica 48 de 2025, se han confirmado 205 casos de Mpox, con una tasa de 2,94 casos por 100 000 habitantes, 9 casos activos y sin muertes. El 100% de los casos corresponde a personas de sexo masculino. La notificación mostró un incremento durante el segundo semestre, con mayor concentración entre las semanas epidemiológicas 36 y 42 y predominio del inicio de síntomas en septiembre y octubre. Territorialmente, el evento se concentra en el Valle de Aburrá, mientras que las demás subregiones presentan baja frecuencia. A nivel municipal, las mayores tasas de incidencia se registran en Sabaneta (11,08), Ebéjico (7,74) y Copacabana (7,08), seguidas por San Jerónimo (6,02) y Medellín (5,12); municipios como Bello, Itagüí, Envigado y Caldas presentan incidencias intermedias. Este patrón confirma una concentración urbana del evento, compatible con transmisión por contacto estrecho, orientando la focalización de acciones de vigilancia y control.

Figura 2. Casos confirmados y tasa de incidencia de Mpox por subregión, Antioquia, semana epidemiológica 48 de 2025.



Fuente: Sivigila, 2025

Recomendaciones

Se recomienda fortalecer la vigilancia activa y focalizada en los municipios con mayores tasas de incidencia, garantizando la investigación epidemiológica de campo oportuna, el seguimiento de casos y contactos y la articulación entre entidades territoriales, IPS y EAPB, especialmente en contextos urbanos y de alta interacción social. Asimismo, es fundamental que el personal de salud mantenga una alta sospecha clínica, asegure la toma de muestra en la atención inicial, la notificación inmediata y brinde orientación clara sobre aislamiento y autocuidado, independientemente del sexo, la identidad de género u orientación sexual.

Finalmente, se hace un llamado a la comunidad en general para reconocer los signos y síntomas tempranos, consultar oportunamente ante la aparición de lesiones compatibles, evitar el contacto estrecho mientras se confirma el diagnóstico y seguir las recomendaciones de las autoridades sanitarias, recordando que el riesgo depende del nivel de exposición y que la prevención es una responsabilidad compartida.

Referencias

Instituto Nacional de Salud. (2024). Protocolo de vigilancia en salud pública: Mpox (Versión 04, Código de evento 880).

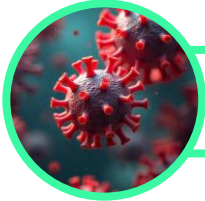
Instituto Nacional de Salud. (2025). Boletín epidemiológico nacional: Mpox, Colombia, 2025.

Organización Mundial de la Salud. (2025). Global Mpox trends, 2024–2025.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Mpox: global situation update.

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Actualización epidemiológica: Mpox en la Región de las Américas.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Mpox: orientaciones técnicas para la vigilancia, prevención y control.



Brotos y alertas

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

Angela Rivera

Epidemióloga Enfermedades Transmitidas por Alimentos y/o Vehiculizadas por el Agua (ETA)

Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
Gobernación de Antioquia

En el periodo epidemiológico 12 (del 02 al 29 de noviembre) no se notificaron brotes de IAAS en el departamento.

Para el periodo 12 del 2025 se identificaron un total de cinco (5) brotes transmitidos por alimentos, en los municipios de Armenia (1), Peque (1), Santa Fé de Antioquia (1), Toledo (1) y Vegachí (1), de los cuales sólo en un evento se pudo identificar el agente causal el cual se describe a continuación:

Brote de enfermedad transmitida por alimentos en un establecimiento educativo del municipio de Armenia

Fecha: 15/11/2025

El 15 de noviembre se recibe información por parte de la comunidad donde informan que varios menores estudiantes presentaban síntomas de tipo gastrointestinal, al momento de realizar las acciones de vigilancia

epidemiológica incluyendo la investigación epidemiológica de campo y la inspección, vigilancia y control por parte del técnico del área de la salud municipal, se logra establecer que el evento se realizó en el marco de la despedida de fin de año donde estudiantes y familiares realizaron preparación de un arroz mixto utilizando las instalaciones del establecimiento educativo. El evento afectó a 54 personas, con un total de 500 expuestos y una tasa de ataque del 11%. No se reportaron hospitalizaciones, complicaciones ni muertes. No se logran muestras biológicas, pero se logra analizar el alimento involucrado donde se detectó *Estafilococo Coagulasa* y *Bacillus cereus*, confirmando las fallas en la manipulación incluyendo la refrigeración y el lavado de manos.

Número de casos: 54

Tasa de ataque: 11%

Fecha de cierre: 30/11/2025

Brotos inmunoprevenibles

Felipe Vargas Restrepo

Médico epidemiólogo Inmunoprevenibles (tos ferina, meningitis, varicela, parotiditis, EAPV)

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

Brote varicela en el municipio de Puerto Triunfo

Fecha: 19/11/2025

Se identificó brote de varicela en Puerto Triunfo con un total de un (1) caso confirmado y seis (6) más contactos estrechos aislados, pero con un total

de expuestos de 229 PPL del Patio 6 (Tasa de ataque 0.44%), no se han identificado complicaciones, hospitalizaciones ni muertes hasta el momento. Se realizó la vigilancia intensificada para MPOX, pero aún está pendiente la toma de muestra. Adicionalmente, se han realizado acciones de control para mitigar nuevos casos de la enfermedad como aislamiento de contactos estrechos, búsquedas activas comunitarias, higiene y desinfección, entre otros. Según la fecha de inicio de síntomas, el brote se cerrará el 26 de diciembre 2025. Evento se encuentra bajo seguimiento de referente departamental y sujeto a cambios.

Número de casos: 1 caso

Tasa de ataque 0,44%

Fecha de cierre: 26 de diciembre 2025

Brotes intoxicaciones

Elizabeth Céspedes Ibáñez

Enfermera epidemióloga Intoxicaciones y Mpox

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

Brote de intoxicación aguda por inhalación de gases (monóxido de carbono y dióxido de nitrógeno) – Municipio de Segovia

Fecha: 17 de noviembre de 2025

Se captó alerta a través de monitoreo de medios por un conglomerado de intoxicación aguda por inhalación de gases ocurrido en una mina informal, ubicada en el municipio de Segovia. El evento se presentó cuando varias personas ingresaron de manera sucesiva a la mina para iniciar labores y

posteriormente realizar actividades de socorro, tras la no salida del primer trabajador, exponiéndose a altas concentraciones de gases tóxicos, principalmente monóxido de carbono y dióxido de nitrógeno, presuntamente asociados a una voladura realizada la noche anterior en predios cercanos.

De acuerdo con la Investigación Epidemiológica de Campo y la información consolidada en los SITREP, se identificaron 13 personas expuestas, de las cuales 11 presentaron síntomas compatibles con intoxicación por inhalación de gases y dos (2) permanecieron asintomáticas, para una tasa de ataque del 84,6 %. Del total de casos identificados, 9 requirieron atención en institución de salud, incluyendo 2 menores de edad, y se reportaron cuatro (4) fallecimientos, para una tasa de letalidad del 36,4 %.

Las mediciones ambientales evidenciaron concentraciones elevadas de gases, con valores de hasta 1 300 ppm de monóxido de carbono a cinco metros de la bocamina. Entre los principales riesgos identificados se encontraron la operación de minería informal sin cumplimiento de condiciones mínimas de seguridad, el ingreso a espacios confinados sin elementos de protección personal y acciones de socorro no técnicas.

El evento fue dado por controlado y se procedió al cierre de la alerta, una vez garantizada la atención de los afectados, la ausencia de nuevos casos y el inicio de las investigaciones por parte de los entes competentes.

Fecha de cierre: 26 de noviembre de 2025.

Brotes Mpox

Elizabeth Céspedes Ibáñez
Enfermera epidemióloga Intoxicaciones y Mpox
Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Brote de Mpox en persona privada de la libertad de un centro penitenciario en el municipio de Medellín

Fecha: 26/11/2025

Se captó alerta por la notificación de un caso confirmado de Mpox en una Persona Privada de la Libertad (PPL) de un centro Penitenciario en el municipio de Medellín, perteneciente al Patio 3, con una población aproximada de 423 PPL. Inicialmente se identificó un caso, para el cual se indicó aislamiento estricto y medidas de control conforme a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud.

Durante el seguimiento se confirmó un segundo caso en el mismo patio, sin identificación de casos secundarios adicionales. En total se confirmaron dos (2) casos, para una tasa de ataque del 0,47 %. Ambos casos evolucionaron de forma favorable, sin complicaciones, y superaron la fase de transmisibilidad.

El brote se mantuvo activo pero controlado, sin propagación a otros patios. Una vez verificada la recuperación clínica de los casos y la ausencia de nuevos casos, se procedió al cierre del brote.

Fecha de cierre: 29/01/2026.



Comportamientos inusuales

Comportamiento de la notificación epidemiológica del periodo XII

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 XII, comportamiento de la notificación en el departamento.

Agradecimientos



Periodo 12

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

Tema Central

Infecciones de transmisión sexual. Daniela Herrera Posada
Microbióloga, Epidemióloga Infecciones de transmisión sexual y evento 900

Eventos de baja notificación

Mpox. Elizabeth Céspedes Ibañez
Enfermera epidemióloga Intoxicaciones y Mpox

Eventos trazadores

Desnutrición en menores de 5 años. Carolina Castañeda Velázquez Nutricionista
Epidemióloga Vigilancia de la desnutrición en menores de 5 años

Mortalidad en menores de 5 años. Edison Giovanni Sánchez Medina
Médico Epidemiólogo de la vigilancia integrada en mortalidad de menores de 5 años por IRA, EDA y DNT

Mortalidad Materna. Francisco J. Ospino A
Médico Epidemiólogo

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:

Elizabeth Céspedes Ibáñez
Juan Camilo Betancur Arboleda

Una publicación de:

Secretaria Seccional de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia, año 2025.