



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS A ANTIOQUIA INFORME 2025

1. INTRODUCCIÓN

La hepatitis A, es una infección causada por el virus de la hepatitis A, afecta al hígado produciéndole inflamación y comprometiendo su adecuado funcionamiento. Es altamente contagiosa y se transmite a través de la ingesta de alimentos o agua contaminados o por el contacto directo con personas u objetos infectados con heces de una persona infectada por el virus de la hepatitis A. Los casos leves de hepatitis A no necesitan tratamiento, la mayoría de las personas infectadas se recuperan por completo sin daños permanentes en el hígado, a diferencia de las hepatitis B y C, la hepatitis A no causa hepatopatía crónica y rara vez es mortal, pero puede causar síntomas debilitantes y hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda), que se asocia a una alta mortalidad.

En julio de 2019 la OMS, revisó la epidemiología del evento desde 2000 a 2021, y emitió unos criterios, por lo cual Colombia se encuentra como un país de endemicidad intermedia para hepatitis A, en el que un porcentaje importante de población joven y adulta eludió la infección en la primera infancia y llegan a la edad adulta sin inmunidad. Esta mayor vulnerabilidad de más edad puede aumentar las tasas de morbilidad y produce grandes brotes epidémicos

En abril de 2022, el Punto Focal Nacional (PFN) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino Unido notificó a la OMS 74 casos de hepatitis aguda grave de etiología desconocida en niños previamente sanos (11 meses a 5 años) en todo el centro de Escocia, principalmente en niños de hasta 10 años. El brote se extendió a 169 casos en los siguientes países Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (114), España (13), Israel (12), Estados Unidos de América (9), Dinamarca (6), Irlanda (<5), Países Bajos (4), Italia (4), Noruega (2), Francia (2), Rumania (1) y Bélgica (1).



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Según los datos de la OMS divulgados en julio de 2023, la evolución de la enfermedad por VHA, varía dependiendo del grado de desarrollo; en las naciones en vías de desarrollo con deficiencias en saneamiento e higiene, el 90 % de los niños han contraído la infección antes de cumplir los 10 años. Es relevante notar que la infección por hepatitis A muestra diferencias en su manifestación en niños menores de nueve años, ya que más del 70 % son asintomáticos y solo un 10 % experimenta ictericia. En comparación, en niños mayores de nueve años, adultos y ancianos, aproximadamente el 70 % presentan síntomas.

Durante el periodo epidemiológico XII de 2025, Colombia registró un total de 1.295 casos confirmados de Hepatitis A, lo que representa una significativa reducción del 69,5% en la notificación frente al año 2024 (4.244 casos) y sitúa la incidencia nacional en 2,44 casos por cada 100.000 habitantes. A nivel territorial, **Antioquia** se consolida como el principal foco de notificación con **566 casos** y una incidencia de 15,44, superando ampliamente el promedio nacional. El perfil epidemiológico muestra una concentración crítica en adultos jóvenes, específicamente en el grupo de 20 a 39 años, mientras que la población infantil (1 a 13 años) presenta incidencias significativamente menores (0,45). Es notable que, a pesar del descenso general de casos, la proporción de hospitalización aumentó al 54,1%, lo que sugiere una captación de cuadros clínicos con mayor severidad en el sistema de salud (2)

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos General

Conocer el comportamiento de la infección por hepatitis A en los diferentes municipios del departamento de Antioquia mediante su frecuencia y distribución tanto en morbilidad como en mortalidad, e identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de hepatitis A para tener cada día una mejor intervención desde la prevención.

2.2 Objetivos específicos

- Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de hepatitis A.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- Establecer zonas geográficas con las mayores tasas de incidencia de HA, para orientar el proceso de intervención y posibles causas, que generen calidad de vida en las comunidades, así como mejorar aquellos procesos de vigilancia que permitan detecciones tempranas e intervenciones oportunas.

3 MATERIALES Y MÉTODOS

Este informe de carácter descriptivo se basa en los datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila WEB 4.0). El análisis comprende el evento 330 (Hepatitis A) durante las 53 semanas epidemiológicas de 2025. Tras un proceso de depuración de la base de datos, se realizó un análisis de frecuencias de las variables de tiempo, persona y lugar, integrando la información contenida tanto en los datos básicos como en los complementarios de la ficha de notificación.

Consideraciones éticas: el estudio se clasificó como de riesgo mínimo según la resolución 8430 de 1993. Se llevó a cabo bajo los principios éticos de la investigación en salud. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de las personas notificadas, dado que se trabajó con datos secundarios provenientes del SIVIGILA.

4 HALLAZGOS

4.1 Comportamiento de la notificación

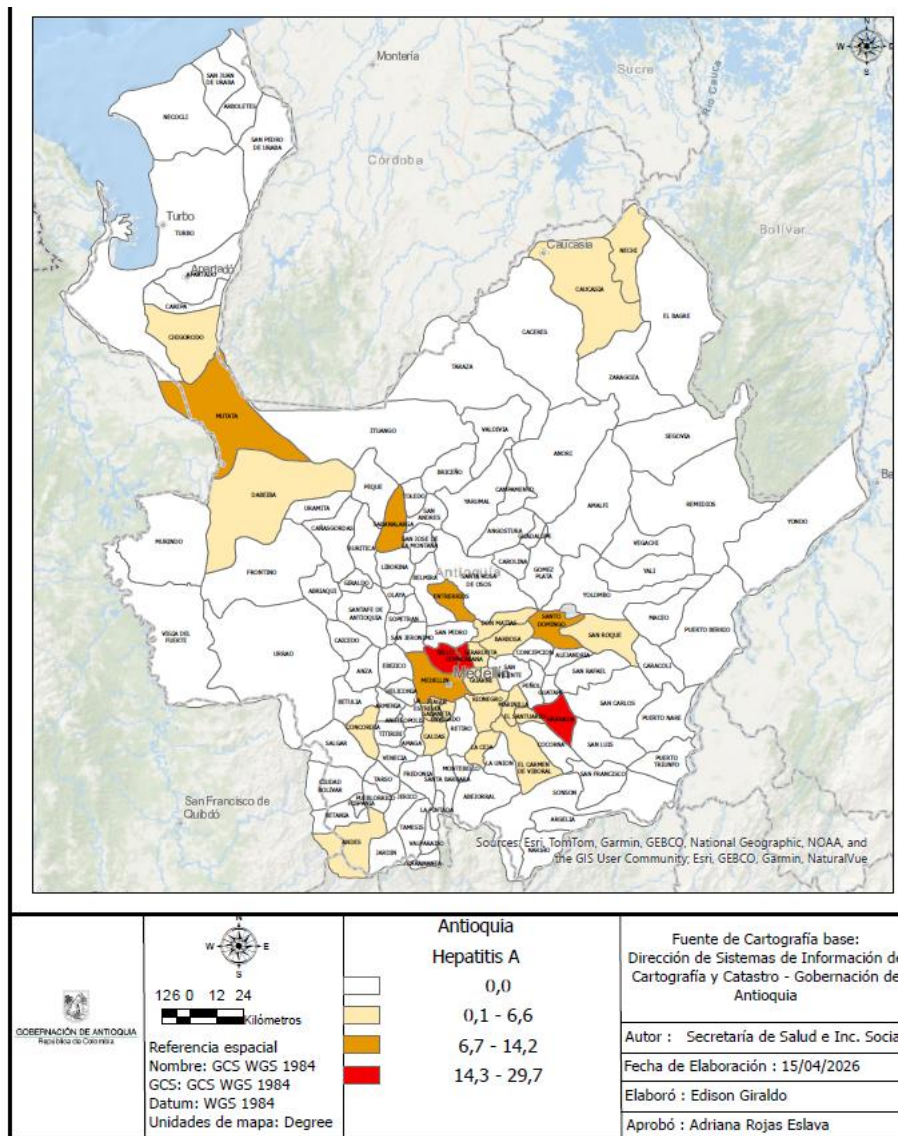
Para el año 2025, se reportó un total de 598 casos, con una diferencia de 1300 casos respecto al año anterior (año 2024 1898 casos). La subregión del Valle de Aburrá aportó el 94.5% de los casos con una incidencia del 14 por 100.000 habitantes, debido a que en esta subregión se encuentra el mayor número de UPGD notificadora del departamento con niveles de atención donde se puede diagnosticar y tratar la enfermedad, la segunda subregión con el mayor número de casos notificados fue la subregión de oriente. (ver ilustración 1)





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Ilustración 1. Mapa de riesgo de Hepatitis A, Antioquia 2025.



Fuente: SIVIGILA, evento 330 semana 53

El mapa de riesgo de hepatitis A en Antioquia para el 2025 revela una concentración crítica del riesgo en las zonas más densamente pobladas, especialmente en Medellín y el Valle de Aburrá, así como en municipios específicos del Oriente como San Carlos. Mientras que la mayor parte del departamento se mantiene en niveles



Centro Administrativo Departamental José María Córdoba (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

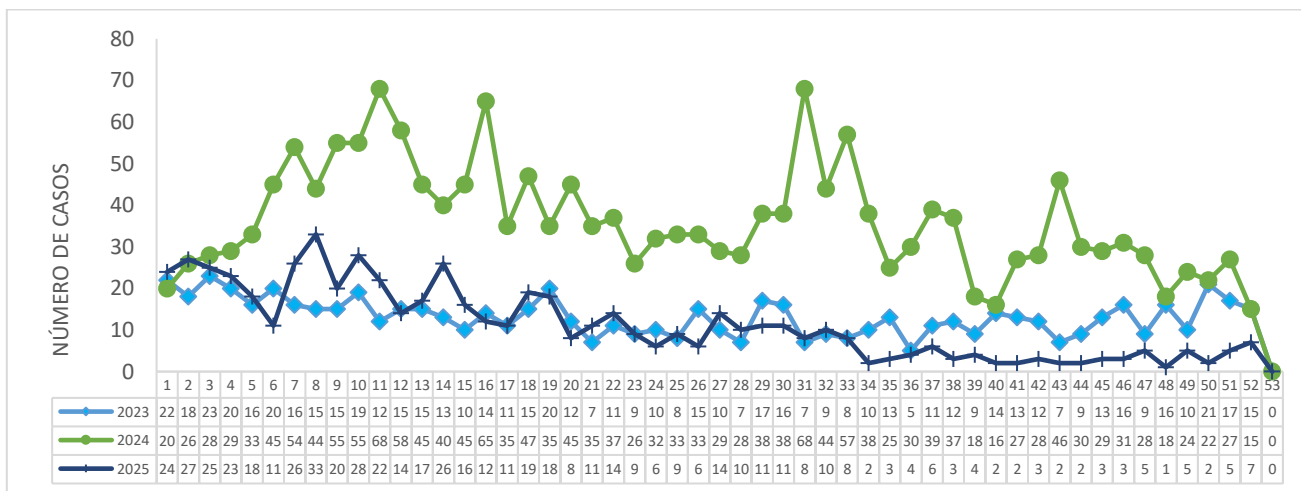


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

de riesgo nulos o bajos (0,0 - 6,6), el eje metropolitano y puntos aislados en el Norte (Toledo) y Urabá (Mutatá) presentan niveles de alerta naranja y roja (hasta 29,7), lo que sugiere que la transmisión está estrechamente ligada a la alta interacción urbana y posiblemente a desafíos en el control de la calidad del agua o manipulación de alimentos en estas áreas estratégicas.

En cuanto a la distribución semanal, se observa una reducción significativa de los casos respecto al año 2024, lo que confirma la superación del brote identificado y gestionado previamente. Si bien durante las primeras semanas se mantuvo una notificación promedio de 25 casos, a partir de la semana 33 se registró un descenso marcado, estabilizándose en una media de 4 casos semanales hacia el cierre del año. (ver ilustración 2)

Ilustración 2. Distribución de casos de Hepatitis A, por semana epidemiológica, 2023-2025



Fuente: SIVIGILA, evento 330 semana 52

El análisis de la pirámide poblacional de Hepatitis A para el año 2025 revela que la enfermedad afecta predominantemente a la población adulta joven, con un pico máximo de contagios concentrado en el grupo de 25 a 29 años con una incidencia de 20 por 100.000 habitantes. Es evidente una marcada disparidad de género, ya que los hombres presentan una carga de enfermedad significativamente mayor que

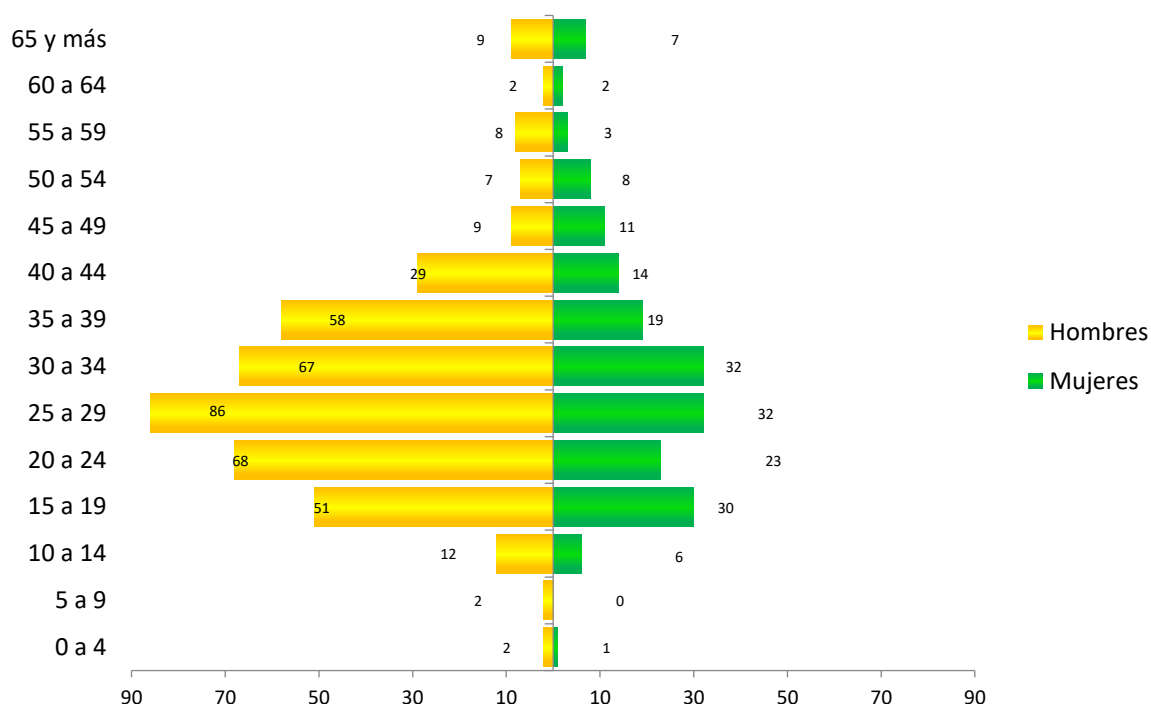




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

las mujeres en casi todos los rangos; esta brecha es especialmente crítica entre los 20 y 39 años, donde los casos masculinos llegan a duplicar o incluso triplicar a los femeninos. Por el contrario, la baja incidencia en niños menores de 10 años y en adultos mayores sugiere una protección efectiva en estos grupos (posiblemente por esquemas de vacunación o inmunidad previa), lo que sitúa el foco de la vigilancia epidemiológica en los adultos en edad productiva. (ver ilustración 3)

Ilustración 3. Pirámide poblacional, casos de Hepatitis A, Antioquia, año 2025



Fuente: SIVIGILA, evento 330 semana 53

En cuanto a la procedencia, el 94.5% de los casos corresponden a la zona urbana. Esto refuerza la hipótesis de una transmisión alimentaria sobre la hídrica, dado que una fuente de agua contaminada generaría más reportes en áreas con índices IRCA elevados. Asimismo, el predominio en zonas urbanas con agua potable sugiere que el incremento podría vincularse a la vía de transmisión sexual. Al correlacionar esto con las variables de edad y sexo, se infiere una posible incidencia en población

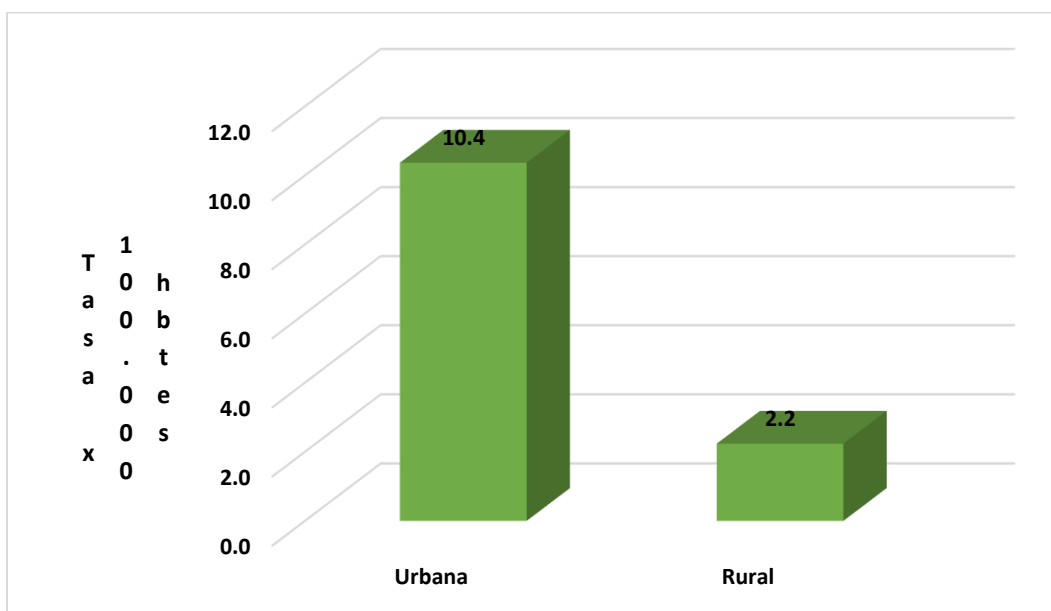




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

HSH; no obstante, según las fichas de notificación, el 75.4% de los pacientes se identifica como heterosexual, el 6.9% como parte de la comunidad LGBTIQ+ y en el 17.7% de los casos el dato no está disponible. (ver ilustración 4)

Ilustración 4. Distribución porcentual de casos de Hepatitis A, según área de procedencia. Antioquia 2025.



Fuente: SIVIGILA, evento 330 semana 53

Con respecto a la etnia, se detectó un caso en población negro y el restante (99.8%) no se identificaron con alguna etnia. (ver tabla 1)

Tabla 1 Distribución porcentual de Hepatitis A, según etnia. Antioquia 2025

Etnia	Casos	%
Indígena	0	-
Raizal	0	-
Palenquero	0	-
Negro, mulato afro colombiano	1	0.2
Otro	597	99.8
Total	598	100

Fuente: SIVIGILA, evento 330 semana 53

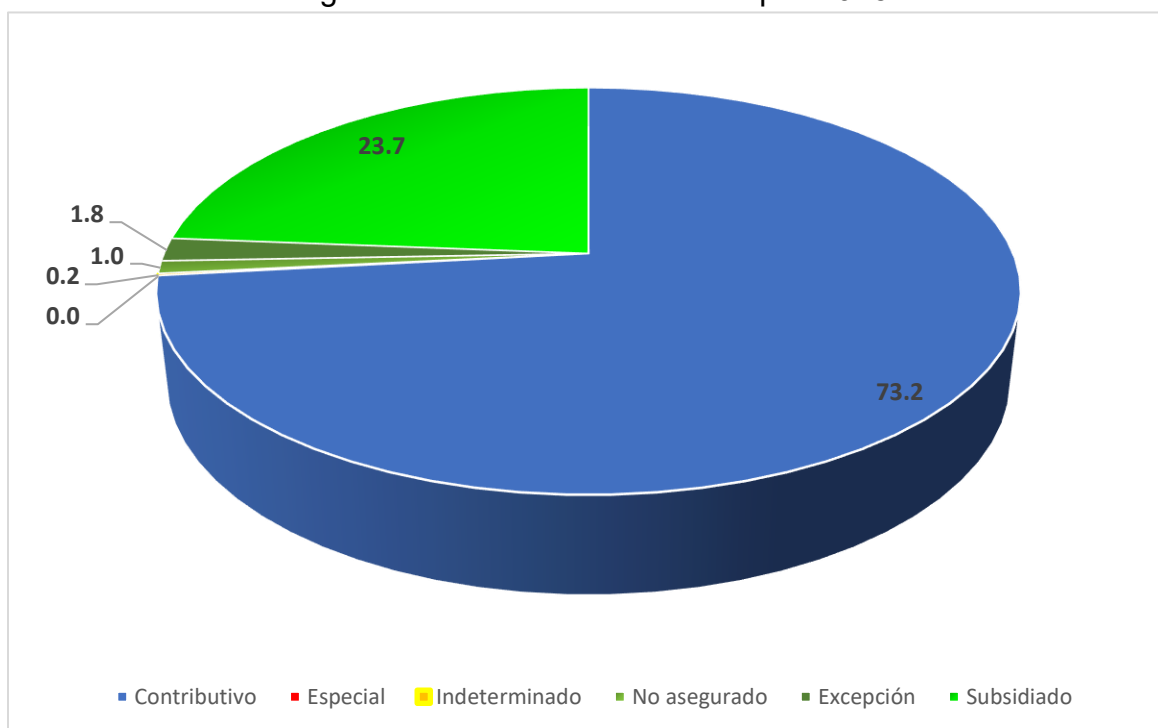




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Por otra parte, al analizar los eventos de HA, según su régimen de afiliación, se observa que el 73.2% de los casos pertenecen a régimen contributivo y el 23.7% son de régimen subsidiado, en una menor proporción se encontraron los otros regímenes de salud. (Ver ilustración 5.)

Ilustración 5. Distribución porcentual de casos de Hepatitis A, según régimen de Seguridad Social en Salud. Antioquia 2025.



Fuente: SIVIGILA, evento 330 semana 53

En cuanto a la distribución de los casos para su clasificación, teniendo en cuenta que este evento debe ingresar al SIVIGILA como caso confirmado por laboratorio o como nexos epidemiológicos, se evidencia que para este año el 99.7% de los casos ingresaron como confirmados por laboratorio y el 0.2% (1 caso) por nexos epidemiológicos. (ver tabla 2)





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

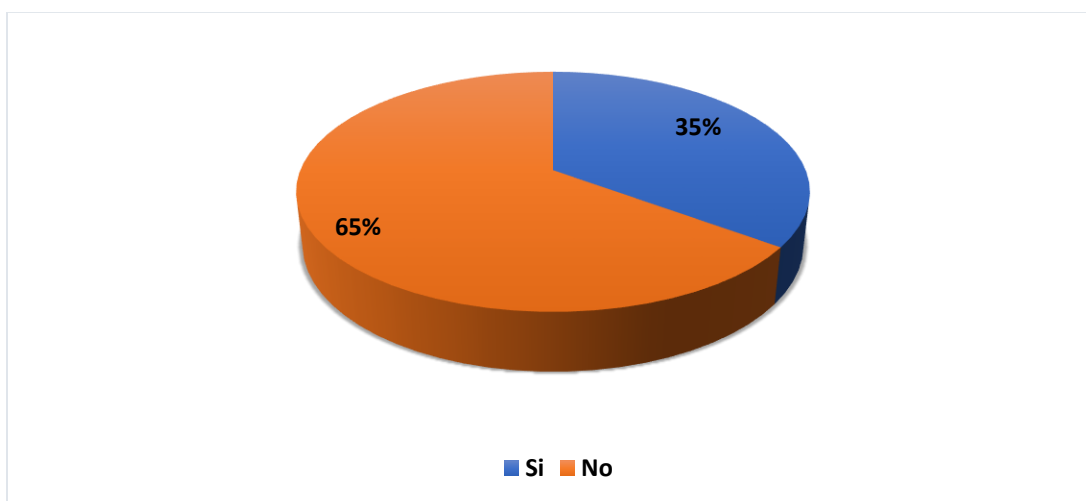
Tabla 2 Distribución porcentual de casos de Hepatitis A, según clasificación del caso. Antioquia 2025.

Tipo de caso	Casos	%
Conf. laboratorio	596	99.7
Conf. Clínica	1	0.2
Conf. Nexo epidemiológico	1	0.2
Total	598	100

Fuente: SIVIGILA, evento 330 semana 53

En relación con el manejo clínico de los eventos notificados por Hepatitis A durante el año 2025, se observa que la mayoría de los casos no presentaron complicaciones que demandaran cuidados hospitalarios. De acuerdo con el análisis, el 65% de los pacientes recibió un manejo ambulatorio, lo cual es consistente con el curso clínico habitual de esta patología en entornos con diagnósticos oportunos. Por el contrario, el 35% de los casos requirió hospitalización, una cifra que amerita un análisis detallado de las comorbilidades o factores de riesgo asociados para identificar posibles signos de alarma en la población afectada y asegurar la capacidad de respuesta de la red prestadora de salud. (ver ilustración 6.)

Ilustración 6. Distribución de hospitalización en casos de Hepatitis A, Antioquia 2025.



Fuente: SIVIGILA, evento 330 semana 53





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

El perfil de hospitalización por Hepatitis A en 2025 revela una carga significativa para el sistema de salud, dado que el 35% de los casos requirieron atención intrahospitalaria. Desde una perspectiva de salud pública, este porcentaje sugiere no solo una severidad clínica considerable en un tercio de los afectados, sino también una presión adicional sobre la disponibilidad de camas y recursos médicos. En contraste, el 65% de manejo ambulatorio subraya la importancia de fortalecer las estrategias de vigilancia comunitaria y educación sanitaria, ya que la contención de brotes depende de un seguimiento efectivo en casa. Estos datos enfatizan la necesidad de optimizar las coberturas de vacunación y las condiciones de saneamiento básico para reducir la incidencia de casos que, por su complejidad, derivan en estancias hospitalarias evitables.

Se realiza una revisión de los fallecidos durante el año 2025 y se evidencia 1 caso.

4.3 Indicadores

4.3.1 Incidencia de HA en niños nacidos después del 1 de enero de 2012

Numerador: Número de casos nuevos confirmados de HA en niños nacidos después del 1 de enero de 2012 notificados en el periodo epidemiológico

Denominador: Población de niños nacidos después del 1 de enero de 2012

8/1374469*100.000: 0.5

4.3.2 Incidencia de HA en población general

Numerador: Número de casos nuevos (confirmados por laboratorio) de HA notificados en el periodo de tiempo.

Denominador: Población expuesta al riesgo de enfermar de esa causa en el periodo.

598/ 6928372*100.000: 8.6





5 DISCUSIÓN

El comportamiento de la Hepatitis A en Antioquia durante el año 2025 muestra una transición epidemiológica significativa. Aunque se registró una reducción drástica de casos en comparación con el brote de 2024 (pasando de 1,898 a 598 casos), la incidencia en el departamento (15.44 a 8.6 según el corte analizado) sigue superando ampliamente el promedio nacional de 2.44 por cada 100,000 habitantes.

Es imperativo resaltar que el perfil del afectado ha mutado hacia la población adulta joven (20-39 años), con un pico crítico en el grupo de 25 a 29 años. Este fenómeno es consistente con países de endemidad intermedia, donde la mejora en saneamiento básico durante las últimas décadas ha evitado la infección en la infancia, creando una cohorte de adultos jóvenes sin inmunidad natural.

La marcada disparidad de género, con una carga mayor en hombres que llega a triplicar a la de las mujeres en edades productivas, sumada a la alta concentración en zonas urbanas con acceso a agua potable (94.5%), sugiere que, además de la transmisión alimentaria, podrían estar influyendo dinámicas de transmisión por vía sexual en poblaciones específicas. Finalmente, aunque los casos totales bajaron, el aumento en la proporción de hospitalización (54% a 35%) indica que el sistema está captando cuadros clínicos más severos o que la vulnerabilidad en adultos incrementa la morbilidad del evento.

6 CONCLUSIONES

- La reducción del 69.5% de los casos respecto al año anterior confirma la superación del brote epidémico previo y la estabilización de la notificación hacia finales del año 2025.
- El desplazamiento de la carga de la enfermedad hacia adultos jóvenes (25-29 años) evidencia una brecha de inmunidad en este grupo, el cual no fue beneficiario de esquemas de vacunación actuales o no adquirió inmunidad natural en la infancia.
- El Valle de Aburrá y el Oriente antioqueño permanecen como las zonas de mayor riesgo debido a la alta interacción urbana, concentrando la gran mayoría de las notificaciones departamentales.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- A pesar de ser una enfermedad generalmente autolimitada, un tercio de los casos requirió hospitalización, lo que representa una carga considerable para la red prestadora de salud del departamento.

7 RECOMENDACIONES

- Evaluar la posibilidad de realizar jornadas de intensificación de vacunas no solo en población infantil, sino considerar estrategias de bloqueo o inmunización en grupos de adultos jóvenes vulnerables y poblaciones de riesgo.
- Intensificar las inspecciones de vigilancia sanitaria en establecimientos de comida y cadenas de suministro en el área metropolitana, dado que el 94.5% de los casos son urbanos y sugieren una fuente común de transmisión alimentaria.
- Implementar campañas de comunicación y prevención enfocadas en la transmisión de Hepatitis A por vía sexual, dirigidas especialmente a hombres en edad productiva, para cerrar la brecha de género observada en el reporte.
- Capacitar a las UPGD en la identificación temprana de signos de alarma en adultos para optimizar el manejo ambulatorio y reducir la presión sobre las camas hospitalarias.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INS, HEPATITIS A COLOMBIA 2024; Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_hepatitis%20A%202024.pdf
2. INS, Infografía de evento, Hepatitis A, periodo XII 2025; Disponible: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20A%20PE%20XII%202025.pdf>

Elaboró:

Ángela Rivera Vargas
Epidemióloga

Vigilanciavehiculizadas.sssa@antioquia.gov.co

Indicadores y gráficos: Claudia Cecilia Ceballos Alarcá

Profesional universitario
Subsecretaría Planeación para la Atención en Salud
claudiacecilia.ceballos@antioquia.gov.co



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

