



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Informe de evento - Año 2025
340 hepatitis B, C y coinfección B-D
Secretaría de salud e inclusión social de Antioquia

Responsable:

Daniela Herrera Posada

Microbióloga y Epidemióloga

Equipo de Gestión del Riesgo para Eventos de Interés en Salud Pública - EGREISP

Subsecretaría de Salud Pública

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

Introducción

Las hepatitis víricas son infecciones causadas por virus que producen inflamación en el hígado y pueden derivar en complicaciones graves como la cirrosis hepática y el cáncer de hígado [1]. Se conocen cinco tipos principales (A, B, C, D y E), siendo las hepatitis B (VHB) y C (VHC) las que presentan un mayor riesgo de cronicidad y muerte si no existe un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. En muchos casos, la enfermedad puede ser asintomática durante años, manifestándose solo cuando el daño hepático ya es severo [1,2].

El VHB y el VHC se transmiten primordialmente por contacto con sangre contaminada, el uso de agujas no seguras y las relaciones sexuales sin protección [2]. La transmisión materno-infantil (TMI) es un eje crítico de intervención, especialmente para el VHB, donde el virus se transmite de la madre al hijo durante el embarazo o el parto [3,4]. Para prevenir la infección crónica en el recién nacido, es fundamental garantizar la vacunación contra la hepatitis B en las primeras 24 horas de vida, idealmente antes de las 12 horas, junto con la administración de inmunoglobulina específica si la madre es reactiva [3,5].

El riesgo de infección se asocia a conductas individuales, pero está condicionado por desigualdades sistémicas, injustas y evitables conocidas como Determinantes Sociales de la Salud. Estos se clasifican en [6,7]: Proximales que hacen referencia a hábitos de autocuidado y acceso limitado a la educación sexual por tabúes; Intermedios que incluyen barreras en el sistema de salud e infraestructura comunitaria deficiente y Distales o Estructurales donde se encuentra la pobreza, el estigma social hacia poblaciones clave, la migración y el conflicto armado [8]. En Colombia, el conflicto armado es un determinante único que incrementa la vulnerabilidad de las comunidades al destruir la infraestructura sanitaria y dificultar el acceso a programas de tamización universal [8,9].

Bajo la iniciativa regional ETMI-Plus, Colombia se ha comprometido a eliminar la transmisión vertical de diversas infecciones [4,10]. La meta nacional específica para la hepatitis B, reducir el porcentaje



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

de transmisión materno-infantil a un 2% o menos para el año 2030. Asimismo, se busca que la prevalencia del antígeno de superficie (HBsAg) en niños de 4 a 6 años sea igual o inferior al 0,1% [4].

A nivel mundial Se estima que en 2022 vivían con hepatitis B crónica 254 millones de personas, mientras que 50 millones estaban infectadas por hepatitis C. Ese año, estas infecciones causaron aproximadamente 1,3 millones de muertes a nivel global [1;2;3]. En la región de las Américas, cerca de 10 millones de personas viven con infección crónica por VHB o VHC. Solo el 21% de las personas con hepatitis B han sido diagnosticadas y apenas un 4,4% reciben tratamiento [1,2,3].

Durante el año 2024, Colombia presentó una incidencia nacional de hepatitis B de 4,9 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que la de hepatitis C fue de 3,57 casos por 100.000 habitantes. La mayor carga de casos se concentra en hombres y en el grupo de edad entre 25 y 54 años [1,4].

Antioquia es uno de los territorios con mayor afectación por estas infecciones; en 2024, reportó 329 casos de hepatitis B (incidencia de 4,8 por 100.000 habitantes), con mayor frecuencia en zonas urbanas, pero en entidades territoriales más rurales [11]. En cuanto a la hepatitis C, ocupó el segundo lugar nacional después de Bogotá, con 417 casos reportados e incidencia de 6 por 100.000 habitantes y un comportamiento similar al del evento de VIH [11].

Objetivo: Este informe tiene como objetivo describir el comportamiento de los casos nuevos de infección por el virus de la hepatitis B, C y la coinfección B-Delta, notificados en Antioquia durante 2024, y ofrecer datos oportunos, confiables y relevantes que orienten la toma de decisiones en salud pública, con el fin de avanzar hacia la reducción de la incidencia de hepatitis virales, avanzar en el control de la infección y la eliminación de la transmisión materno-infantil de Hep B en el Departamento.

1. Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo para determinar las características epidemiológicas y el comportamiento de los casos confirmados de hepatitis B, C y coinfección B-D en Antioquia, tomando como fuente la información captada por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) entre la semana epidemiológica 01 a 53 de 2025 y comparando con años anteriores.

La recolección y procesamiento de datos se realizó mediante la metodología propuesta por los lineamientos nacionales de vigilancia, el protocolo de vigilancia de los eventos en cuestión y las indicaciones del manual de usuario del aplicativo del SIVIGILA. Considerando el protocolo de vigilancia de Hepatitis B, C y coinfección B-D con código 340, el evento ingresa al Sivigila como caso confirmado por laboratorio y se pueden clasificar dependiendo de las características establecidas en las definiciones operativas de caso que se detallan en la tabla 1.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 1. Definición operativa de casos de Hepatitis B, C y coinfección B-D

Tipo de Hepatitis viral	Algoritmo diagnóstico
Hepatitis B Aguda	Ag de superficie positivo* + Ac Totales anti core de HepB Positivos + Ac IgM anti core de HepB Positivos
Hepatitis B crónica	Ag de superficie positivo* + Ac Totales anti core de HepB Positivos + Ac IgM anti core de HepB Negativos <u>Opción 2:</u> Dos pruebas de Ag de superficie positivas en un lapso de tiempo > 6 meses.
Hepatitis B sin clasificar	Ag de superficie positivo*, sin pruebas de Ac totales o IgM anti core de Hep B.
Coinfección B-Delta	Paciente que cumple con criterios anteriores para Hep B + Ac totales anti Delta HepD positivo en sangre o tejido.
Hepatitis C	Ac totales anti Hep C positive* + Carga viral detectable del virus Hepatitis C

*la prueba puede ser reemplazado por análisis histopatológico compatible.

Ac= Anticuerpos Ag= Antígenos

Elaborado con base en el protocolo de vigilancia del evento 340

Durante el procesamiento de los datos se realizó verificación de aspectos de completitud y consistencia de las variables, se excluyeron los casos que no cumplían con definición operativa de casos revisando la consulta de laboratorios del sivigila y verificando en cada caso, las pruebas, agentes y resultados ingresados por la UPGD, se eliminaron casos duplicados o repetidos, considerando el documento de identidad, nombre y fecha de nacimiento; en este paso se brindó prioridad para permanencia de registros con dato de hospitalizado, estado final fallecido y primera fecha de notificación; se eliminaron los casos con residencia fuera de Antioquia (los que llevan menos de 6 meses de estancia constante en el Departamento) y los casos con ajuste 6 o D que indican descarte por error de digitación o laboratorio.

Se analizaron las variables consignadas en la ficha de datos básicos, que contiene información general sobre el evento y la UPGD notificadora, identificación del caso, notificación, variables sociodemográficas, prueba diagnóstica, etc, así como la ficha de datos específicos que incluye mecanismo probable de transmisión, enfermedades asociadas a la infección, semanas de gestación, etc. Se analizaron variables sociales y demográficas (estrato, tipo de régimen de salud, pertenencia étnica, área de ocurrencia) y variables relacionadas con la atención en salud y factores de riesgo, fase del VIH al momento del diagnóstico, mecanismo probable de transmisión, enfermedades





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

asociadas, hospitalización, condición final, variables relacionadas con la gestación (condición de la madre al momento del diagnóstico, edad gestacional).

Los indicadores considerados en el análisis son los descritos en el protocolo de vigilancia, la Incidencia se calculó para las 125 entidades territoriales y 9 subregiones, considerando como denominador, el total de habitantes con fuente DANE 2025 como fuente actualizada y oficial para el Departamento. Se tomó en consideración la entidad territorial de procedencia para todos los análisis. El porcentaje de casos de hepatitis B que son clasificados y porcentaje de casos de hepatitis C, se calcula empleando como denominadores, el total de casos notificados para cada tipo de hepatitis.

Para el procesamiento de la información y análisis de resultados se emplearon hojas de cálculo de Microsoft Excel, presentados en tablas y gráficos. Los mapas de riesgo se realizaron empleando el software ArcGIS Pro (Esri, 2023).

2. Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de fuentes secundarias, provenientes de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel territorial.

3. Resultados

3.1 Indicadores de protocolo

En total se notificaron al SIVIGILA durante las 53 semanas epidemiológicas del 2025, un total de 3.929 casos, de los cuales, 251 eran de procedencia fuera del Departamento de Antioquia, 267 casos correspondían a diagnósticos de años previos, 372 casos estaban duplicados y 60 casos tenían ajuste 6 o D por descarte por error de digitación o laboratorio, para un total de 2.979 casos nuevos depurados. De 46 registros en gestantes, 11 no cumplían con algoritmo diagnóstico, 17 de ellos en gestantes, no se presentaron casos en menores de 18 meses. Estos datos son considerados para el cálculo de los indicadores de protocolo.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

En total se notificaron al SIVIGILA durante las 53 semanas epidemiológicas del 2025, un total de 957 casos de hep B y C, de los cuales, 43 eran de procedencia fuera del Departamento de Antioquia y 49 fueron duplicados. 90 casos correspondían a diagnósticos de años previos y 67 descartados por ajuste D y 2 no cumplían con definición operativa de caso para un total de 706 casos nuevos depurados, 362 casos correspondientes a Hep B y 344 a Hep C, no se presentaron casos de coinfección B-Delta. De los casos notificados para Hep B, 167 estaban sin clasificar pero al revisar el módulo de laboratorios, realmente 254 casos no tenían las pruebas necesarias para clasificarlos en aguda o crónica y de los casos de Hep C, 50, no fueron confirmados con Carga viral como lo determina el protocolo.

La tabla 2 muestra el resultado de los 4 indicadores propuestos por el protocolo de vigilancia del evento 340 hepatitis B,C, coinfección B-D vigente. Destacándose una razón de incidencia de Hep B de 4,8 casos/100.000 y de 6 casos/100.000 para hep C, con un incremento de una unidad con respecto al año anterior para la primera y de 2,3 unidades para la segunda. Para el año 2024, no se logró el cumplimiento de las metas establecidas por el protocolo para la clasificación de la Hepatitis B, pero si para la confirmación de la Hepatitis C mediante carga viral.

Tabla 1. Indicadores de protocolo

Indicador	Resultado 2023	Resultado 2024	Resultado 2025	Meta
Proporción de incidencia de Hepatitis B	3,8 casos/100.000 habitantes	4,8 casos/100.000 habitantes	5,2 casos/100.000 habitantes	N/A
Porcentaje de casos de hepatitis B que son clasificados	41,6%	45,3%	30%	80%
Proporción de incidencia de Hepatitis C	3,7 casos/100.000 habitantes	6,0 casos/100.000 habitantes	5,0 casos/100.000 habitantes	N/A
Porcentaje de casos de hepatitis C que son confirmados	Sin dato	92,3%	85,5%	80%

En la figura 1 se describe la clasificación de los casos notificados bajo el evento 340, observándose que del 30% de los casos de hepatitis B que fueron correctamente clasificados, el 15% estaban en fase crónica y el 12% en fase aguda.

3.2 Hepatitis B

En cuanto a la tendencia de notificación de casos de hepatitis B en los últimos 7 años, se observa un comportamiento con tendencia al incremento desde el 2020, siendo el 2024 un año atípico por un incremento más marcado, pasando de 3,8 a 4,8 casos por cada 100.000 habitantes.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 1. Distribución de casos según tipo de hepatitis en Antioquia, 2025

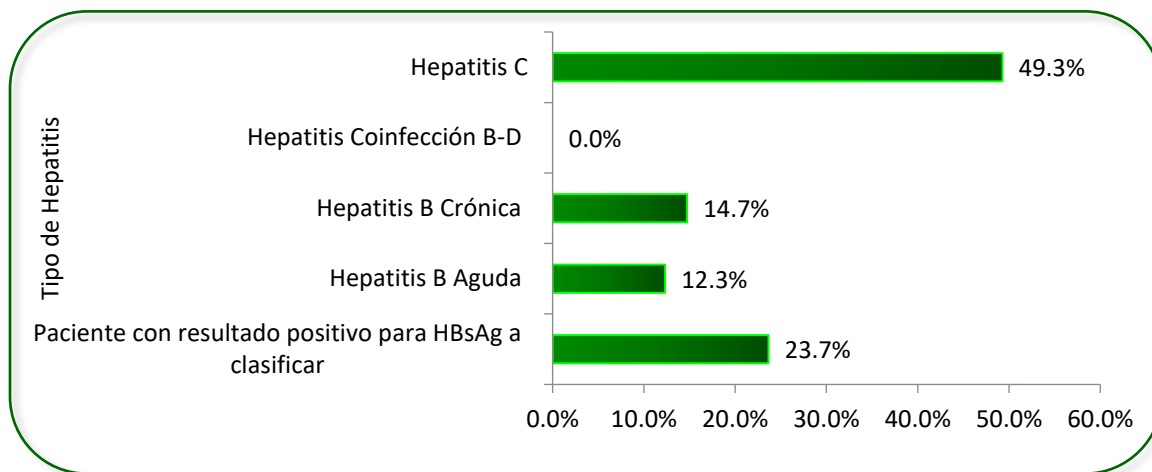
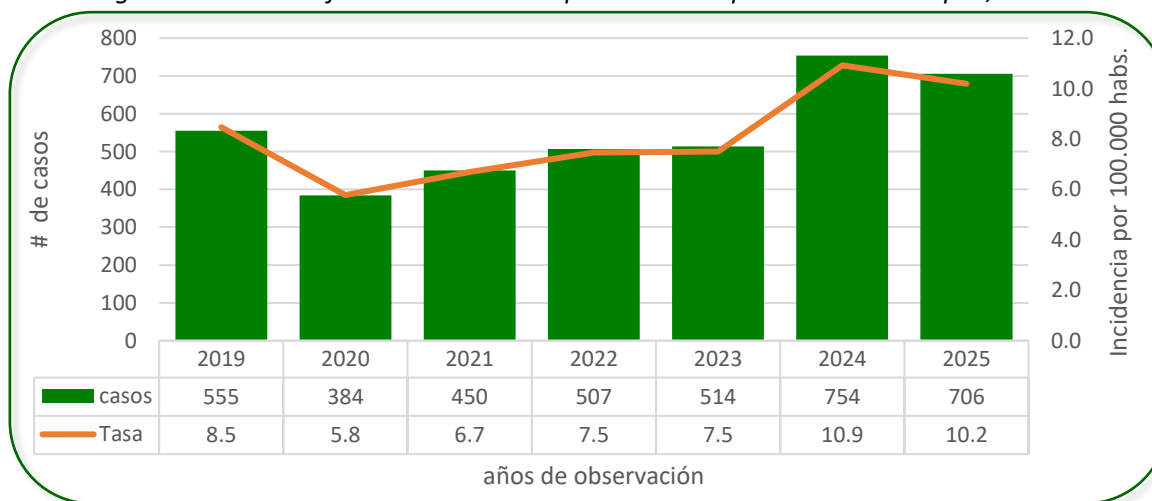


Figura 2. Casos notificados e incidencia por año de Hepatitis B en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2025

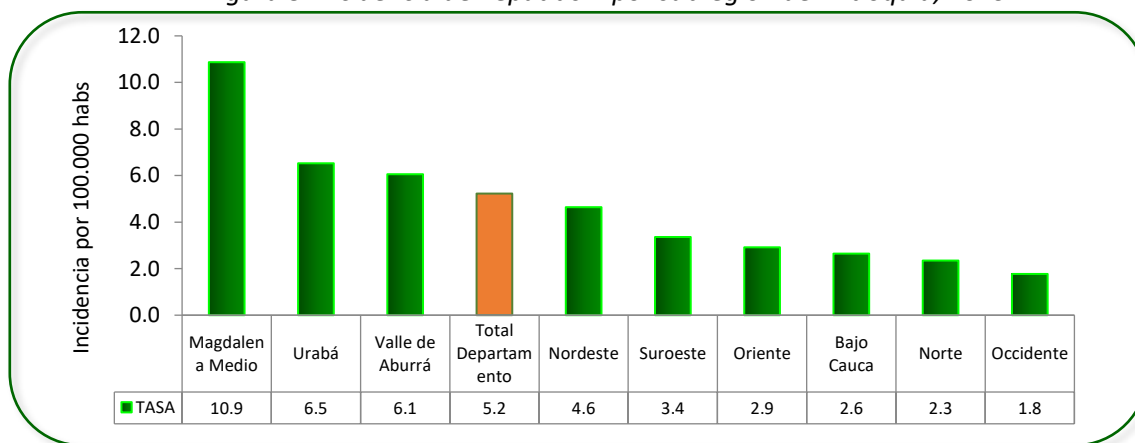
Al analizar el comportamiento del evento por subregiones de la figura 2, se observa que Magdalena medio es la subregión con la mayor incidencia, seguida de Urabá y Valle de Aburrá con 12, 34 y 254 casos, respectivamente; las tres subregiones superan las cifras departamentales. Se observa un comportamiento inusual en Occidente, quien en 2024 ocupó el segundo lugar en incidencia y en 2025 presentó la menor incidencia del departamento.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 3. Incidencia de hepatitis B por subregión de Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024

Al analizar la incidencia por entidades territoriales de la figura 3, se observa que 26 entidades territoriales presentan incidencias superiores a la de departamental, destacándose a Tarso con 45,8 casos por 100.000 habitantes, seguido de Yondó, Maceo, Caramanta, Belmira, Guadalupe, Anorí, Jericó, Carepa, Anzá, Cocorná y Apartadó, quienes presentan incidencias entre 22,7 y 11,2 casos por cada 100.000 habitantes. Las entidades territoriales que además de las anteriormente mencionadas, presentan incidencias superiores a la departamental son en orden descendente Puerto Berrío, Donmatías, Urrao, Liborina, Chigorodó, Yolombó, Segovia, Zaragoza, Ciudad Bolívar, Medellín, Mutatá, Nechí, Caldas y Bello. Por otro lado, se enlistan las 72 entidades territoriales que presentaron cero casos de hepatitis B durante todo el 2025, lo que se constituye como silencio epidemiológico y se representan en el gráfico con color blanco.

En la parte final del informe se encuentran las tablas 2 y 3 donde se describen las principales características sociodemográficas, clínicas y factores de riesgo asociadas con ambas hepatitis. Frente a hepatitis B, se destaca que las mayores incidencias se presentan a partir de los 25 años de edad, con incidencias superiores a 7 por cada 100.000 habitantes y se presentaron 6 casos de la infección en adolescentes (figura 4). En la tabla 2, se describen otras variables sociodemográficas de importancia, donde se resalta que el 58% de los casos se presentaron en hombres, el 84% en zona urbana, con una incidencia de 5,6 versus 3,9 casos por 100.000 habitantes de la zona rural, el 5% eran de nacionalidad extranjera, el 60% pertenecían al régimen contributivo de salud y el 1,4% no se encontraba asegurado o era indeterminado. El 95% no se reconoce como perteneciente a un grupo étnico y del 5% restante, el más frecuente fue afrocolombiano con el 4%. En cuanto a los casos que reportaron pertenecer a grupos especiales, la mayoría de ellos se reconocen como población migrante (21 casos), seguidos de desplazados (4 casos), población privada de la libertad

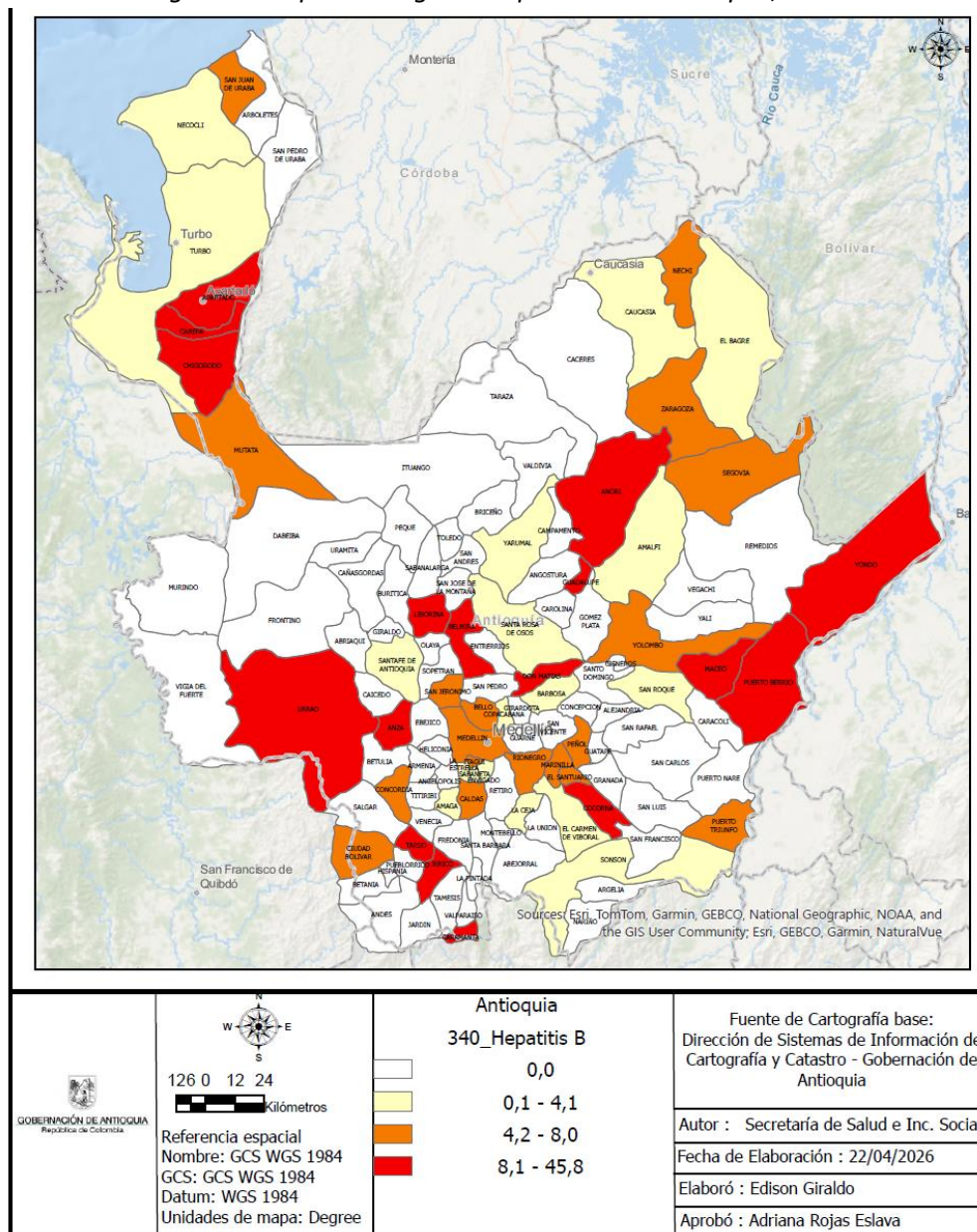




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

(PPL), (1 casos). Las EAPB que aportan la mayoría de los casos del departamento son Nueva EPS con el 29% y SURA con el 26%, datos no mostrados.

Figura 4. Mapa de riesgo de Hepatitis B en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024



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.

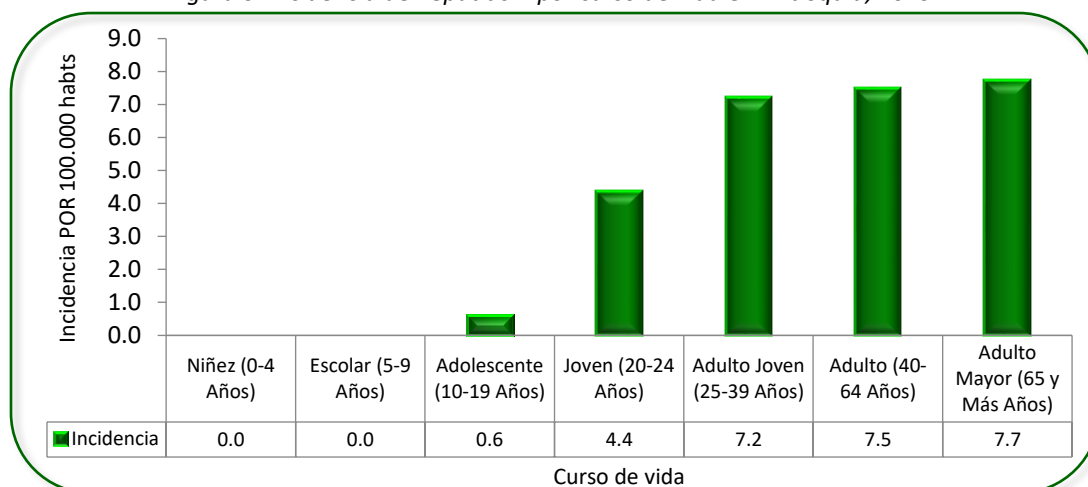


SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 5. Incidencia de hepatitis B por curso de vida en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2025

En la tabla 3 se pueden apreciar las características clínicas y factores de riesgo asociados a los casos de Hepatitis B y C. En el caso de la hepatitis B, el 23% requirió hospitalización al momento del diagnóstico, se presentaron 3 casos fallecidos que representan el 0,8%. En cuanto a los factores de riesgo, el 48% refiere haber tenido mas de un compañero sexual, y el 19% ser hombre que tiene sexo con hombre; esto se asocia con la forma probable de transmisión, siendo el 91% de tipo sexual. Vale la pena resaltar q el 7% de los casos reportan ser hijo de madre con prueba de hepatitis B positiva; sin embargo, no se presentaron casos de TMI de esta infección en el departamento para el 2025. En total 18 gestantes fueron diagnosticadas que representa el 5% de los casos del departamento, de las cuales el 44% fueron diagnosticadas en el tercer trimestre de la gestación.

3.3 Hepatitis C

La notificación de hepatitis C en los últimos 5 años, ha presentado un comportamiento con tendencia marcada al incremento desde el 2021, siendo el 2025 el año con mayor numero de casos notificados, pasando de una incidencia de 1,8 a 4,9 casos por cada 100.000 habitantes.

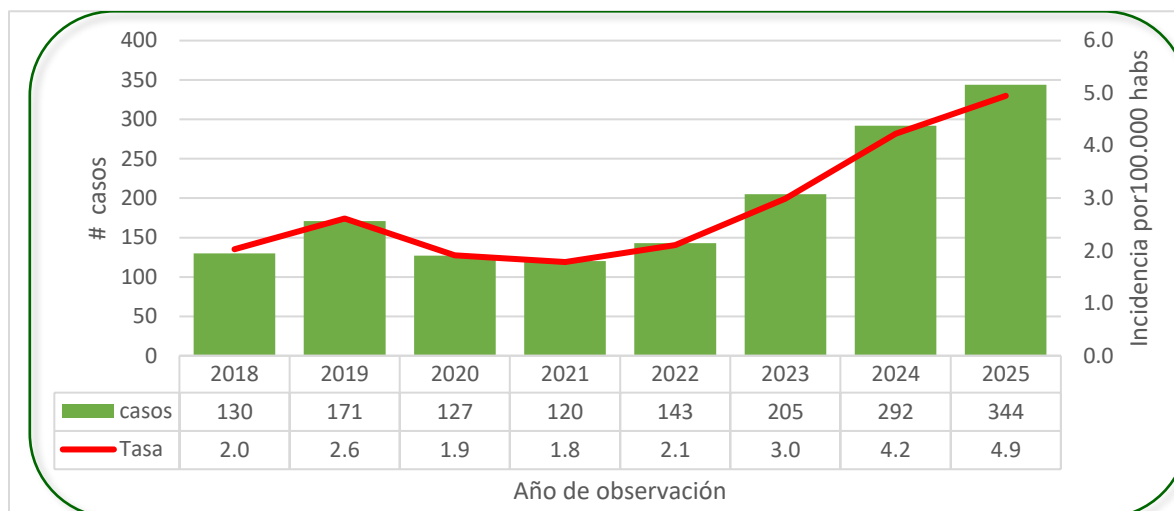
Por subregiones, el evento presenta un comportamiento similar al de VIH, siendo el Valle de Aburrá la subregión con mayor notificación, superando la incidencia departamental con 7,6 casos por cada 100.000 habitantes y representando el 93% de las notificaciones de Antioquia. Oriente y suroeste, presentan incidencias de 1,7 y 1,3 casos por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Y Magdalena medio y Bajo cauca, no tuvieron notificaciones de este evento durante todo el año.





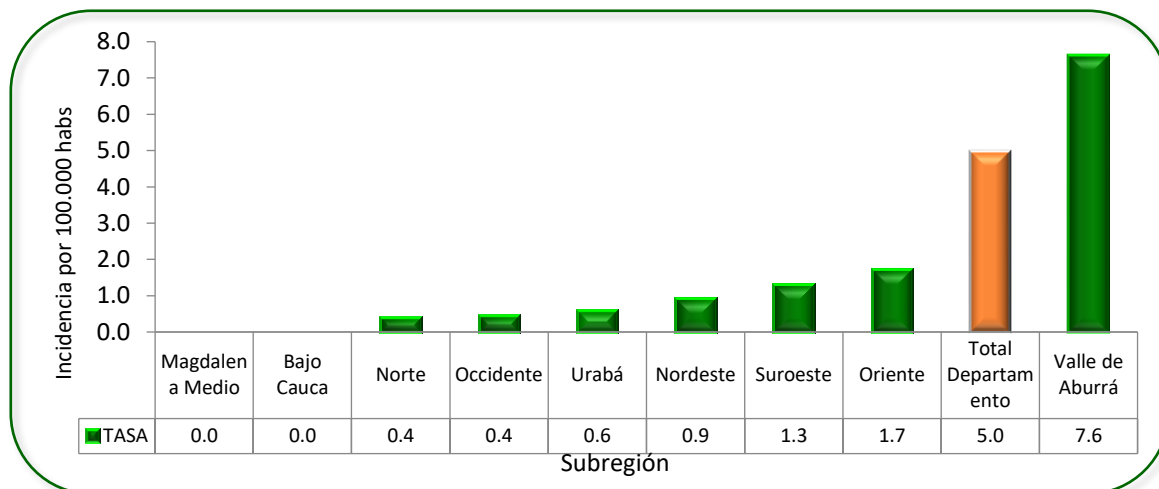
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 6. Casos notificados e incidencia por año de Hepatitis C en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2025

Figura 7. Incidencia de hepatitis C por subregión de Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2025

Al analizar el evento de Hepatitis C por entidades territoriales, vale la pena mencionar que solo cinco entidades territoriales presentaron incidencias por encima de la departamental, siendo en orden descendente La pintada con 23,2; Guadalupe con 14,3; Medellín con 10,6, El retiro con 7,3 y San Jerónimo con 5,5 casos por cada 100.000 habitantes. Solo Medellín aporte el 78% de los casos de

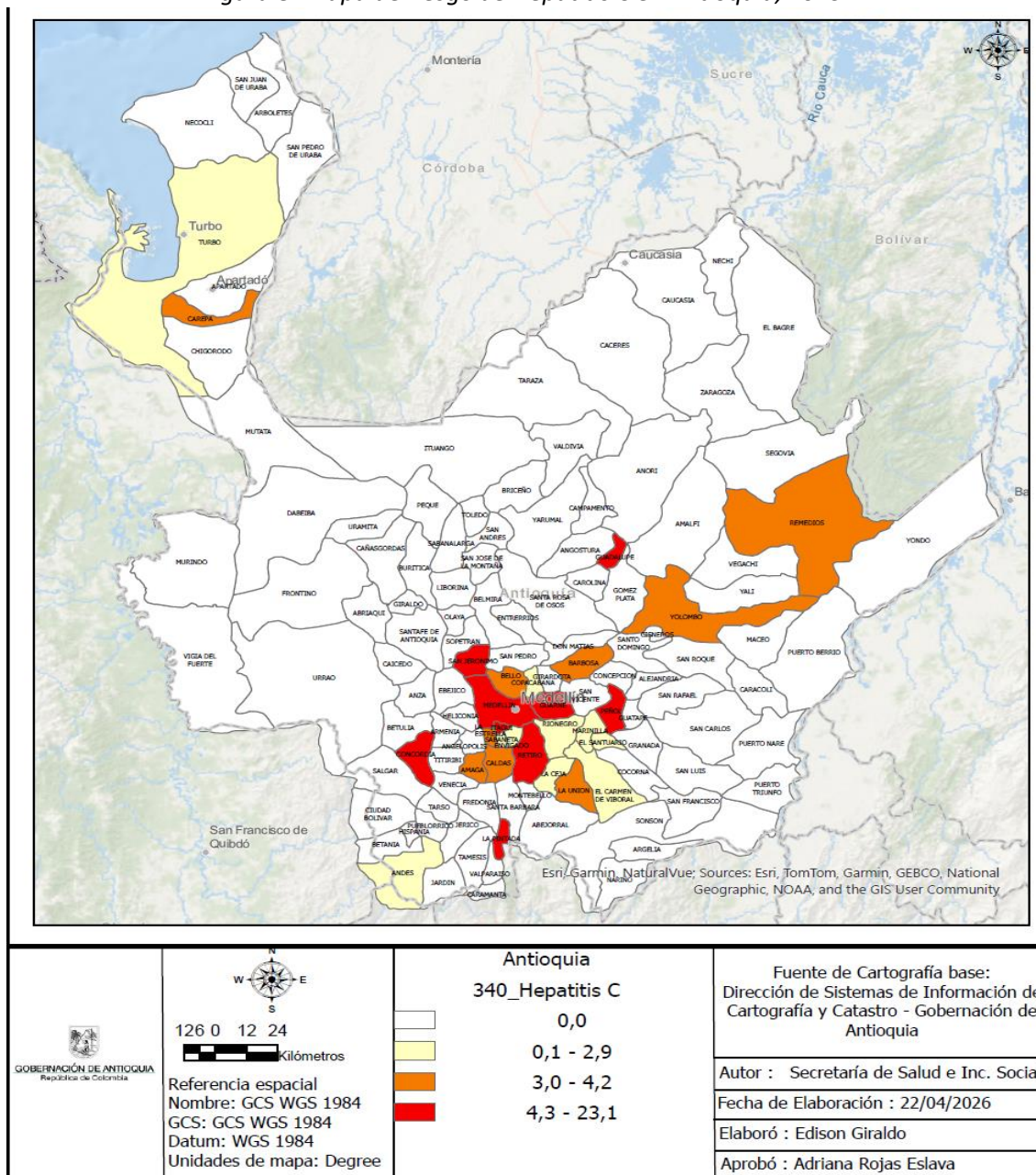




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antioquia. En 2025 97 entidades territoriales presentaron cero casos de hepatitis C durante todo el año, estas se pueden detallar en el mapa de riesgo, representándose con color blanco.

Figura 8. Mapa de riesgo de Hepatitis C en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024



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.

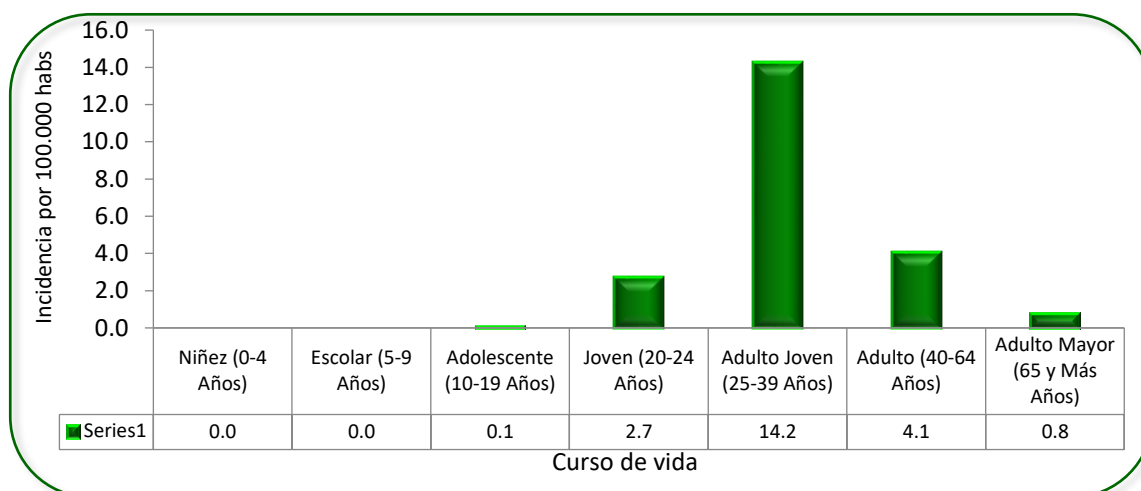


SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 9. Incidencia de hepatitis C por curso de vida en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2025

Al revisar las características sociodemográficas del evento de hepatitis C, se puede destacar que por curso de vida, la infección es más frecuentemente diagnosticada entre los 25 y 39 años con una incidencia de 14,2 casos por cada 100.000 habitantes, representando el 70% de los casos. En segundo lugar, se encuentra el grupo de adultos de 40 a 64 años con 4,1 casos por cada 100.000 habitantes. Se presentó un caso en adolescentes.

El 96% de los casos de hepatitis C corresponde a hombres, y en igual proporción, a residencia en zona urbana, el 8,4% son de origen extranjero. El 74% pertenecen al régimen contributivo y un 4% no contaba con aseguramiento en salud. Frente al comportamiento por grupos étnicos, solo se presentaron dos casos en afrocolombianos, el resto se concentra en la categoría de otros.

El 83% de los casos presentaban coinfección con VIH, lo cual explica el comportamiento del evento similar al de VIH/SIDA (ver figura 10). Con respecto a las características clínicas y factores de riesgo notificados para la Hepatitis C de la tabla 3, se destaca que el 5% requirieron hospitalización y no se presentaron casos con estado final fallecido ni gestantes. El 17% de los casos refieren haber tenido mas de un compañero sexual y el 73% ser HSH. Tres casos refieren haber tenido procedimientos médicos como múltiples transfusiones o trasplante de órganos. El mecanismo de transmisión mas común fue el sexual con el 96% de los casos.





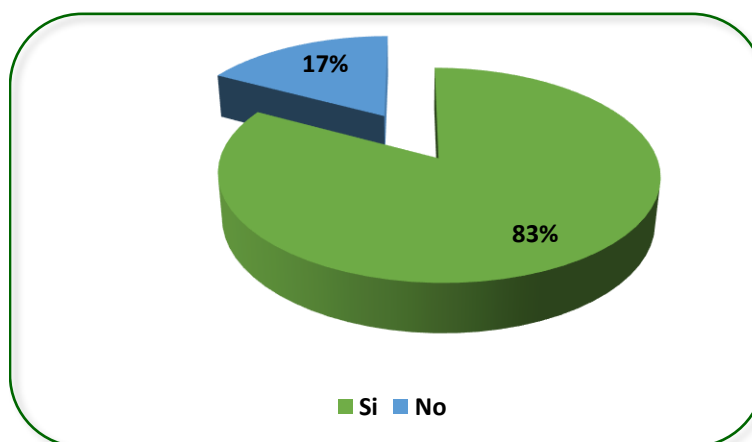
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 2. Variables sociodemográficas de los casos de Hepatitis B y C en Antioquia, 2025

Variable sociodemográfica	Hepatitis B		Hepatitis C	
	N	%	N	%
Sexo				
Mujer	153	42,3	14	4,1
Hombre	209	57,7	330	95,9
Área de residencia				
Urbana	304	83,98	330	95,9
Rural	58	16,02	14	4,1
Nacionalidad				
Colombiana	344	95,03	315	91,6
Extranjera	18	4,97	29	8,4
Afiliación				
Contributivo	218	60,2	253	73,55
Subsidiado	108	29,8	76	22,09
No asegurado/indeterminado	5	1,4	15	4,36
Excepción	30	8,3	0	0
Etnia			0	0,0
Indígena	4	1,1	0	0
Afro colombiano	13	3,6	2	0,6
Otro	345	95,3	342	99,4
Total general	362	100	344	100

Fuente: Sivigila 2025

Figura 10. Distribución de casos de hepatitis C con coinfección con VIH en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 3. Características clínicas y factores de riesgo de los casos con Hepatitis B y C en Antioquia, 2025

variable	Hepatitis B		Hepatitis C	
	N	%	N	%
Hospitalizado				
Si	83	22.9	16	4.7
No	279	77.1	328	95.3
Total	362	100	344	100
Estado final				
Vivo	356	99,2	344	100,0
Muerto	3	0,8	0	0,0
Total	359	100	344	100
Gestante				
Si	18	5,0%	0	0,0
No	341	95,0	344	100,0
Total	359		344	100
Momento de diagnóstico durante la gestación				
Trimestre 1	4	22,2	N/A	N/A
Trimestre 2	6	33,3	N/A	N/A
Trimestre 3	8	44,4	N/A	N/A
Total	18	100	N/A	N/A
Factor de riesgo asociado				
Hijo de madre con Ag super HepB	13	7,0	N/A	N/A
>1 Compañero sexual	89	47,6	62	17,0
HSH	36	19,3	267	73,2
Relaciones con ambos sexos	15	8,02	14	3,8
Multitransfundido	6	3,2	2	0,6
Trabajador de la salud / accidente laboral	5	2,7	5	1,4
Trasplante de órganos	0	0	1	0,27
Usuarios de Drogas inyectables	1	0,5	6	1,6
Convive con persona con Hep B	2	1,1	N/A	N/A
Contacto sexual con Hep B o C	17	9,1	7	1,9
Procedimiento estético/ acupuntura	3	1,6	1	0,27
Total	187	100	365	100
Forma probable de Transmisión				
Horizontal	13	3,6	3	0,9
Percutánea	20	5,6	12	3,5
Sexual	325	90,8	329	95,6
Total	358	100	344	344

Fuente: Sivigila 2025





4. Discusión

Durante el año 2025, Antioquia notificó 362 casos de hepatitis B y 344 casos de hepatitis C, observándose nuevamente un incremento en la incidencia de ambos eventos frente a los años previos, especialmente para hepatitis C, cuya incidencia alcanzó 4,9 casos por 100.000 habitantes, representando la cifra más alta registrada en los últimos años en el departamento. Este comportamiento continúa contrastando con la tendencia nacional, donde posterior al 2022 se ha descrito una relativa estabilización o disminución del evento. Al igual que en el análisis previo, Antioquia mantiene un comportamiento diferencial frente al país, con una alta carga de hepatitis C y una importante concentración de casos en territorios urbanos; no obstante, el comportamiento nacional del evento, ha presentado incremento constante desde el inicio de su vigilancia en 2014 [1, 11].

La distribución geográfica de ambos eventos mostró patrones territoriales diferenciados. La hepatitis C presentó una marcada concentración en el Valle de Aburrá, especialmente en Medellín, municipio que aportó el 78% de los casos departamentales y presentó una incidencia superior a la departamental. Este comportamiento guarda similitud con el observado para VIH/SIDA en el departamento y podría estar relacionado con una mayor concentración de poblaciones clave, mejores capacidades diagnósticas y fortalecimiento de estrategias de tamizaje desde programas de ITS/VIH [1,14]. Por el contrario, la hepatitis B continúa mostrando mayor presencia en territorios rurales y periféricos, lo que resalta la necesidad de mantener estrategias diferenciales de vigilancia y búsqueda activa según el contexto territorial [1].

El análisis sociodemográfico evidenció diferencias importantes entre ambos eventos. Mientras que la hepatitis B presentó una distribución más equilibrada entre hombres y mujeres, la hepatitis C afectó predominantemente a hombres jóvenes entre los 25 y 39 años, grupo que concentró el 70% de los casos y presentó la mayor incidencia. Adicionalmente, el 96% de los casos de hepatitis C correspondieron a hombres y el 73% reportó antecedente de relaciones sexuales entre hombres (HSH), lo cual reafirma el papel de la transmisión sexual como principal mecanismo de contagio y evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de prevención combinada, educación sexual, acceso a preservativos y ampliación de estrategias de tamizaje en poblaciones clave.

Llama particularmente la atención la alta proporción de coinfección VIH/hepatitis C, reportada en el 83% de los casos. Este hallazgo evidencia una estrecha relación epidemiológica entre ambos eventos y sugiere que parte del incremento observado puede estar asociado al fortalecimiento de la búsqueda activa de ITS desde los programas de VIH. La literatura internacional ha descrito que la coinfección entre VIH y VHC es frecuente en determinadas poblaciones, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables, llegando incluso a prevalencias superiores al 90% en algunos grupos específicos. Asimismo, se ha documentado que las personas con VIH presentan una progresión más acelerada de la infección por hepatitis C, incrementando el riesgo de cirrosis, enfermedad hepática avanzada y mortalidad. Adicionalmente, el manejo





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

terapéutico de esta coinfección puede representar un reto clínico debido al potencial hepatotóxico de algunos esquemas antirretrovirales [15]. En este contexto, los hallazgos departamentales resaltan la necesidad de consolidar modelos integrados de atención y vigilancia entre VIH y hepatitis virales, garantizando diagnóstico oportuno, acceso a tratamiento y seguimiento integral de las personas coinfectadas.

En relación con la calidad del dato y las características clínicas, persisten retos similares a los identificados en años previos, especialmente en hepatitis B. Aunque se evidenció un adecuado diligenciamiento de variables sociodemográficas, continúan observándose debilidades en la clasificación de casos y en la adherencia a los algoritmos diagnósticos establecidos por el Instituto Nacional de Salud, situación similar a la reportada en 2024 por el INS [1]. Estas dificultades pueden impactar directamente la interpretación epidemiológica del evento y reflejan la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas del personal asistencial y de vigilancia.

Respecto a la transmisión materno-infantil (TMI) de hepatitis B, durante el 2025 no se identificaron casos confirmados adquiridos en el departamento; sin embargo, persisten hallazgos preocupantes relacionados con el diagnóstico tardío en gestantes, dado que el 44% de los casos gestacionales fueron detectados durante el tercer trimestre del embarazo. Este comportamiento representa un riesgo importante para la implementación oportuna de medidas preventivas y refleja posibles barreras en el acceso temprano al control prenatal, especialmente en población vulnerable. Considerando el alto riesgo de cronificación y complicaciones graves asociadas a la infección neonatal por VHB, continúan siendo prioritarias las acciones orientadas al tamizaje oportuno, vacunación y administración de inmunoglobulina al recién nacido expuesto [4].

Finalmente, los hallazgos evidencian cómo los determinantes sociales y las dinámicas territoriales continúan desempeñando un papel importante en la transmisión y detección de las hepatitis virales. Factores como movilidad poblacional, vulnerabilidad social, barreras de acceso al sistema de salud y prácticas sexuales de riesgo siguen condicionando el comportamiento epidemiológico del evento, por lo cual se requiere fortalecer estrategias comunitarias, intersectoriales y diferenciales que permitan avanzar hacia las metas de eliminación de hepatitis virales como problema de salud pública.

5. Conclusiones

Antioquia presentó durante el 2025 un incremento sostenido en la notificación de hepatitis B y hepatitis C, especialmente para hepatitis C, alcanzando las incidencias más altas registradas en los últimos años.

La hepatitis C continúa concentrándose principalmente en hombres jóvenes residentes en áreas urbanas, especialmente en el Valle de Aburrá y Medellín, mientras que la hepatitis B mantiene una mayor presencia en territorios rurales y periféricos.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

La transmisión sexual se consolidó como el principal mecanismo probable de infección para ambos eventos, evidenciando la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención combinada y tamizaje en poblaciones clave.

La alta proporción de coinfección VIH/hepatitis C evidencia una estrecha relación epidemiológica entre ambos eventos y resalta la importancia de fortalecer acciones integradas entre los programas de ITS/VIH y hepatitis virales.

Aunque no se confirmaron casos de transmisión materno-infantil de hepatitis B adquiridos en Antioquia durante el 2025, persisten retos relacionados con el diagnóstico tardío en gestantes y la oportunidad de las intervenciones preventivas.

Persisten debilidades en la adherencia a protocolos diagnósticos y clasificación de casos, especialmente en hepatitis B, lo que hace necesario fortalecer las capacidades técnicas del personal asistencial y de vigilancia epidemiológica.

6. Recomendaciones

Las entidades territoriales municipales deben fortalecer las estrategias de búsqueda activa, tamizaje y diagnóstico temprano de hepatitis B y C en territorios con silencio epidemiológico y en poblaciones clave como hombres que tienen sexo con hombres, personas que viven con VIH, migrantes, habitantes de calle y población con antecedentes de prácticas sexuales de riesgo.

Las EAPB e IPS deben continuar ampliando las estrategias de tamizaje integradas entre programas de ITS/VIH y hepatitis virales, especialmente en población con coinfección VIH/hepatitis C, garantizando acceso oportuno a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento integral.

UPGD, IPS y entidades territoriales deben fortalecer las capacidades técnicas frente a la correcta aplicación de protocolos de vigilancia, interpretación de pruebas diagnósticas y clasificación adecuada de casos de hepatitis B y C. Así mismo, junto con programa de maternidad segura, garantizar el tamizaje universal y oportuno para hepatitis B en gestantes desde el primer trimestre del embarazo, así como la implementación inmediata de medidas preventivas para evitar la transmisión materno-infantil.

Las entidades territoriales, EAPB e IPS, en articulación con programas de ITS/VIH, deben intensificar las acciones de educación en salud y prevención combinada dirigidas a poblaciones priorizadas, promoviendo prácticas sexuales seguras, acceso a preservativos y disminución del estigma asociado a las ITS y hepatitis virales.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Desde la secretaria de salud departamental, se debe trabajar en fortalecer las estrategias comunitarias e intersectoriales de prevención y vigilancia en territorios con alta vulnerabilidad social, movilidad poblacional y barreras de acceso a los servicios de salud.

Mantener las asistencias técnicas y espacios de capacitación dirigidos al personal asistencial y de vigilancia epidemiológica, orientados al mejoramiento de la calidad del dato, adherencia a lineamientos nacionales y fortalecimiento de la detección temprana de casos.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento 2024 Hepatitis B, C y B-Delta. Bogotá, D.C.: INS; 2024.
2. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis C [Internet]. Ginebra: OMS; 2024.
3. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis B [Internet]. Ginebra: OMS; 2024.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. 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. Bogotá: MinSalud; 2020.
5. Mojica Madera JA. Hepatitis B Colombia: Prevención Vacunas. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2025.
6. Gullón P. Determinantes sociales de la salud en el contexto del VIH. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2023.
7. Ekarika E, Iheagwara C, Amadi AT, et al. Social Determinants and Prevention Strategies in the HIV Epidemic. Cureus. 2025;17(5):e84456.
8. Camargo-Plazas P, Peralta Ardila MP, Mueses HF, et al. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la Prevención del VIH en Colombia: Análisis Secundario de Datos. Cali: Reporte PrEP-Col; 2021.
9. Zea MC, Reisen CA, Bianchi FT, et al. Armed conflict, homonegativity and forced internal displacement: implications for HIV among Colombian gay, bisexual and transgender individuals. Cult Health Sex. 2013;15(7):788–803.
10. OPS/OMS, CDC, MSPS, INS, DANE, Profamilia. Evaluación del avance en el cumplimiento de la meta de eliminación de la Hepatitis B en niños y niñas de 5 a 10 años en Colombia. Bogotá, D.C.: 2020.
11. Gobernación de Antioquia, Informe anual 2025: evento VIH/SIDA, Medellín: Gobernación de Antioquia; 2026
12. Resolución 1314 de 2020, Ministerio de Salud y Protección Social; 2020
13. Gobernación de Antioquia, Plan Territorial de Salud 2024–2027, Medellín: Gobernación de Antioquia; 2024





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

14. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento 2024 VIH/SIDA. Bogotá, D.C.: INS; 2024.
15. Maier I, Wu GY. Hepatitis C and HIV co-infection: a review. World J Gastroenterol. 2002 Aug;8(4):577-9. doi: 10.3748/wjg.v8.i4.577. PMID: 12174359; PMCID: PMC4656301.

Elaboró:

Daniela Herrera Posada
Microbióloga Epidemióloga
Equipo de Gestión del Riesgo de Eventos de Interés en Salud Pública
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia
vigilanciaits,sssa@antioquia.gov.co

Indicadores:

Edison Giraldo López, GESIS,
Profesional en gerencia de sistemas de información en salud
Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia
edison,giraldo@antioquia.gov.co

