

INFORME INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ANTIOQUIA, 2025

Responsable: Lilian Carolina Cifuentes Salinas
Vigilancia epidemiológica - Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud e Inclusión social de Antioquia

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, con especial énfasis en su forma más grave: la enfermedad respiratoria aguda grave (IRAG). Estas enfermedades representan una carga significativa para los sistemas de salud, particularmente en poblaciones vulnerables como niños menores de cinco años, adultos mayores y personas con comorbilidades. Estas pueden ser causadas por una amplia variedad de microorganismos que llegan a afectar tanto las vías respiratorias superiores como las inferiores; sin embargo, las infecciones respiratorias bajas tienen un mayor impacto a la mortalidad. Entre los agentes etiológicos, los virus representan más del 80% de las infecciones y entre los más comunes se encuentran: influenza (Flu) tipo A y B, virus sincitial respiratorio (VSR), parainfluenza (PIV) 1, 2, y 3, adenovirus (ADV) metanepumovirus (MPV) y rinovirus, en relación con los agentes bacterianos *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* son la causa más común de infecciones respiratorias bajas (1).

A nivel global, se estima que la influenza estacional está asociada con aproximadamente 290.000 a 650.000 muertes respiratorias cada año, con las tasas más altas de mortalidad registradas en países de ingresos medios bajos y en adultos mayores de 75 años. Esta situación pone de manifiesto la necesidad urgente de estrategias efectivas tanto de vacunación como de intervenciones no farmacológicas (INF), como el uso de mascarillas, el lavado de manos y el distanciamiento social, especialmente en escenarios de transmisión comunitaria (2).

En la Región de las Américas, los países continúan implementando acciones de vigilancia epidemiológica y fortalecimiento de la respuesta ante brotes, especialmente en contexto de influenza zoonótica. En enero de 2025, la Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica debido a la notificación de casos de influenza aviar A(H5N1) en humanos en países como China y Camboya, lo cual resalta la necesidad de mantener una vigilancia activa en humanos expuestos a animales infectados y en viajeros provenientes de áreas afectadas (3).

En Colombia, dada la importancia del evento el Instituto Nacional de Salud (INS) inicia la vigilancia a partir de estrategias de notificación individual y colectiva desde el 2012 y se concentran los esfuerzos en cuatro componentes de seguimiento como: la vigilancia de IRA grave inusitado, Mortalidad por IRA y Morbilidad por IRA y la vigilancia centinela de Enfermedad similar a la influenza “ESI” e IRA grave, siendo esta última una estrategia clave para el monitoreo de la circulación viral de agentes respiratorios. Según el boletín epidemiológico nacional (semana 39 de 2024), se observó una tendencia al aumento en la notificación de IRAG en varias regiones del país, particularmente en Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca. Además, el sistema de vigilancia ha identificado una alta circulación de virus como influenza A(H3N2), SARS-CoV-2 y virus sincitial respiratorio (VSR). La implementación de INF, combinada con estrategias de vacunación, se posiciona como un eje fundamental para mitigar la transmisión de estos agentes respiratorios en la población (4).

Dado que las enfermedades respiratorias han representado un riesgo sustancial para la humanidad por su fácil transmisión y diseminación; además de que existe una alta



probabilidad de que se sigan descubriendo agentes virales relacionados a enfermedades infecciosas como es el caso del SARS Cov 2, el presente estudio tiene como objetivo caracterizar la situación de las Infecciones respiratorias agudas en Antioquia durante el 2024.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Área de estudio: Antioquia es un departamento de Colombia, localizado al noroeste del país. Es el sexto departamento más extenso, y el más poblado. Su organización territorial comprende nueve subregiones y su capital es la ciudad de Medellín. En el territorio antioqueño habitan actualmente 6'928.372 personas en un total de 125 municipios (5)

Tipo de estudio: estudio descriptivo, enfoque cuantitativo y diseño transversal.

Fuente de datos: el presente estudio se realizó a partir de una fuente de información secundaria, que correspondió a las bases de datos obtenidas de los registros de notificación del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) que consolida el Instituto Nacional de Salud (INS) de los eventos 346, 345, 348 y 995.

Mecanismos de depuración de los datos:

Para validar la información de la morbilidad por IRA se eliminaron los registros repetidos considerándose estos como el registro coincidente para una UPGD notificadora con los mismos valores en semana epidemiológica, código de prestador, código de subíndice y código de municipio. Así mismo se verificaron los valores extremos registrados en el total de atenciones por IRA o todas las causas en cada uno de los servicios. En construcción de los canales endémicos se aplicó la metodología de Bortman, utilizando los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda para cada servicio; se calculó la media geométrica de los años 2017 a 2024. Adicionalmente, se calculó el umbral estacional teniendo en cuenta el promedio de notificación por semana epidemiológica de los años 2017 a 2024; para las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedio se construyó gráfico de control mediante el cálculo del promedio de notificación para 2019 y 2024.

En el indicador para el cálculo de la proporción de consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y UCI por IRA, se toma como numerador el número de atenciones por IRA para cada uno de los servicios y el denominador es el total de atenciones por todas las causas para cada servicio.

La depuración de la información de las bases 345 y 348 se realizó siguiendo los siguientes pasos: 1) se identificaron los registros que no cumplieran con la definición de caso; 2) se eliminaron los casos descartados con ajuste D, los casos con ajuste 6 no se excluyeron del análisis de este evento puesto que para infección respiratoria un paciente puede tener toda la presentación clínica y un resultado negativo por laboratorio, el análisis incluye los casos con ajuste 3 y 6; se incluyeron únicamente los casos del evento 345 (ESI-IRAG) notificados por la UPGD centinela establecidas en la circular 031 de 2018 y las designadas por la Secretaria de Salud e Inclusión social. Se evaluaron las características demográficas se estratificaron por edad, sexo, comorbilidades y síntomas.

Consideraciones éticas: El presente informe de evento corresponde al análisis 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.

Este estudio aportará datos que sirvan de base para la toma de decisiones y plantear estrategias y políticas públicas que contribuyan a la medición de la situación actual de la infección respiratoria aguda y su plan de acción la Atención de la Infección Respiratoria IRA en Antioquia.



3. RESULTADOS

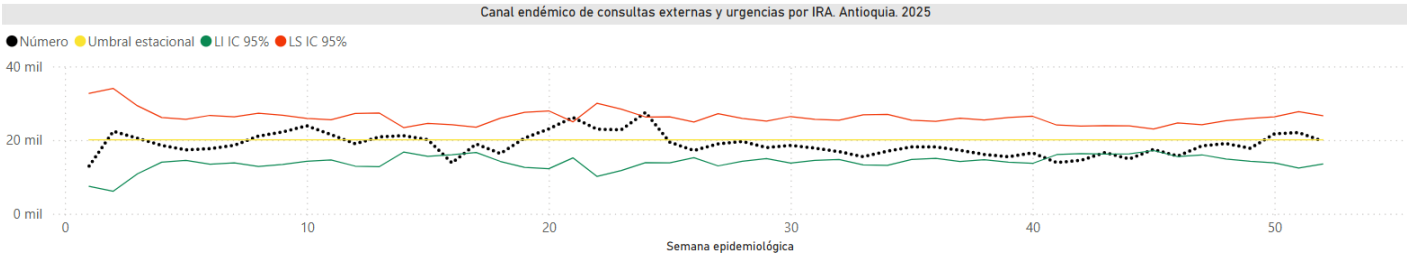
Antioquia reportó 1,002,479 atenciones por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en consulta externa/urgencias, lo que refleja un incremento del 2,9% en comparación con el año anterior. Sin embargo, el comportamiento de las hospitalizaciones plantea preocupaciones específicas:

- Hospitalización en sala general: Incremento leve del 0,3%.
- Hospitalización en UCI: Aumento significativo del 12,8%, destacando un punto crítico en la atención de casos graves.

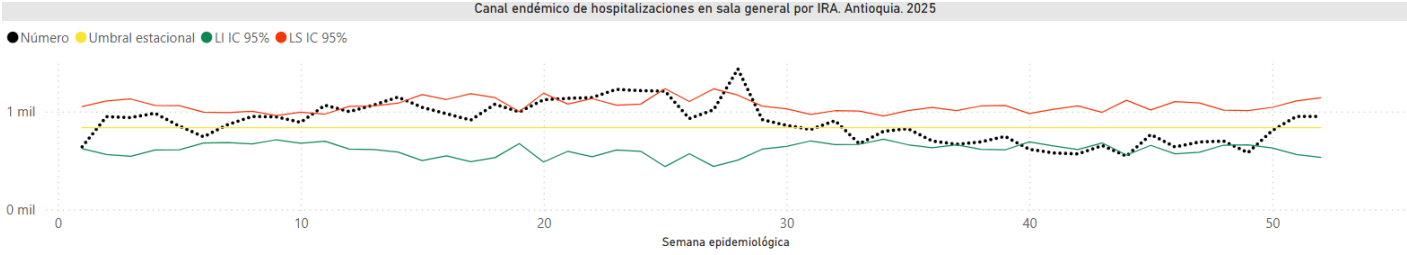
En el monitoreo a través del canal endémico, el Departamento mantiene la notificación de consultas en los diferentes servicios dentro de los límites esperados, a excepción de hospitalización Sala general que registra un incremento del 71,7% con respecto a lo esperado dentro del canal endémico para la semana epidemiológica 28.

Subregiones como Valle de Aburra, Oriente y Urabá registran la mayor morbilidad por IRA con respecto a los demás territorios. Este comportamiento puede explicarse, en gran medida, por la mayor concentración de servicios de salud y la disponibilidad de instituciones de mediana y alta complejidad, lo que favorece la captación, diagnóstico y notificación de casos, así como la referencia de pacientes provenientes de otras subregiones con menor capacidad resolutive.

Comportamiento de notificación por IRA en Consulta externa y Urgencias-Antioquia 2025



Comportamiento de notificación por IRA en Hospitalización general, Antioquia 2017-2025



Comportamiento de notificación por IRA en UCI, Antioquia 2021-2025

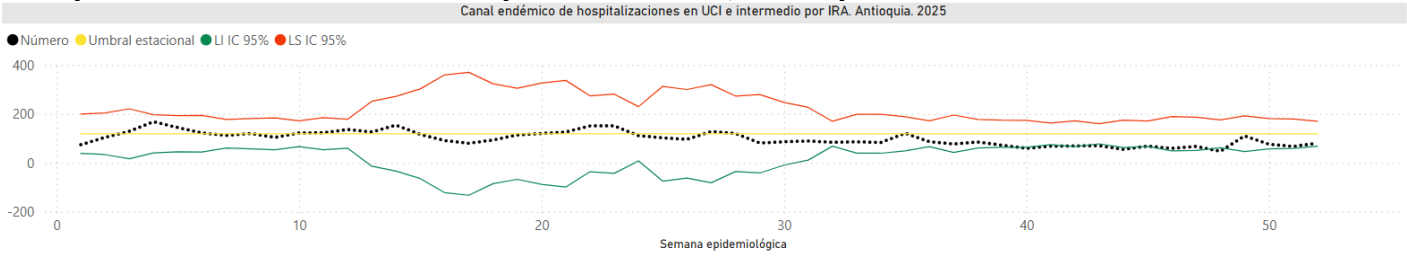


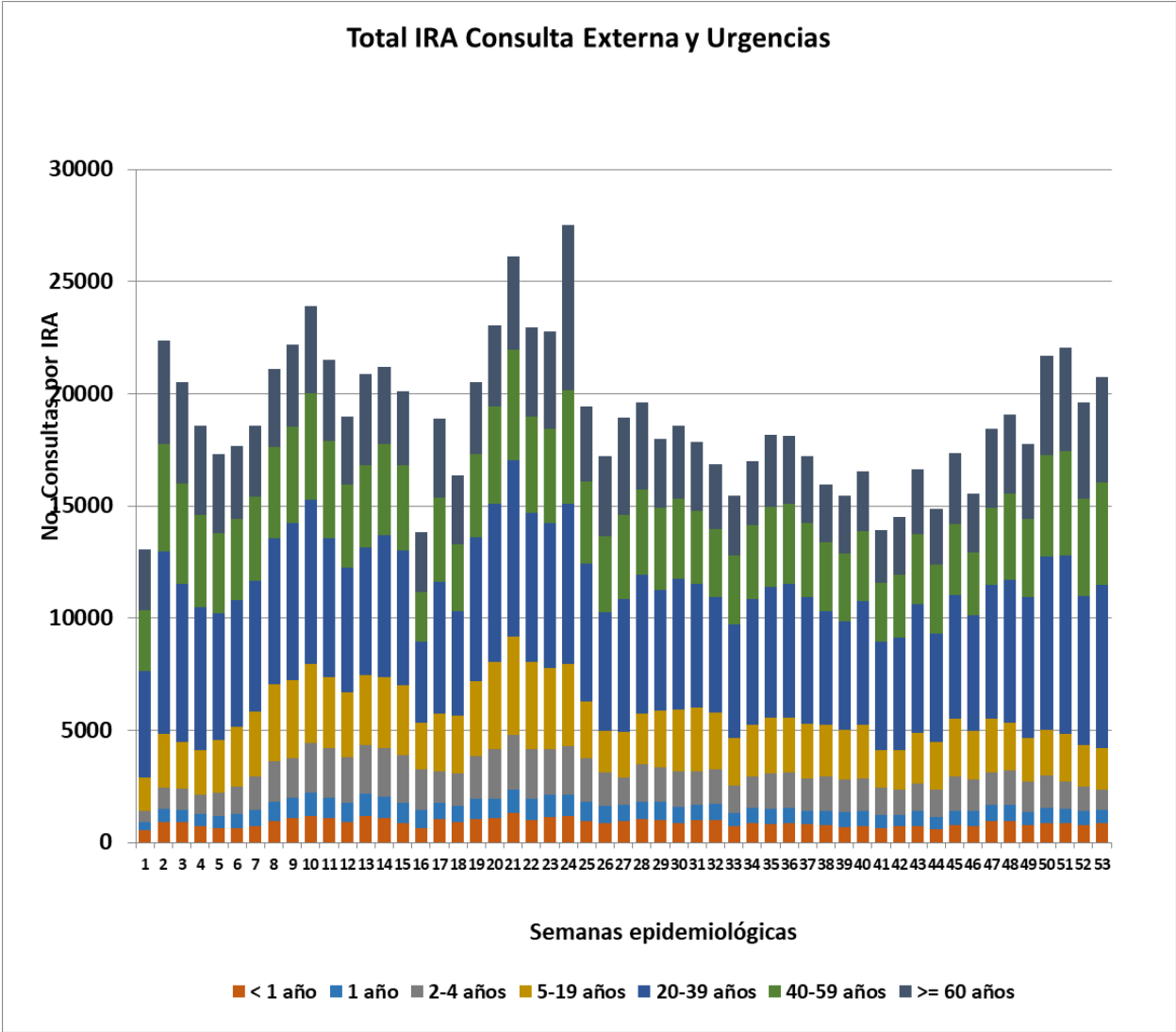
Ilustración 1 Comportamiento de la morbilidad por IRA los tres servicios de atención Colombia, SE 01 a 52, 2025.

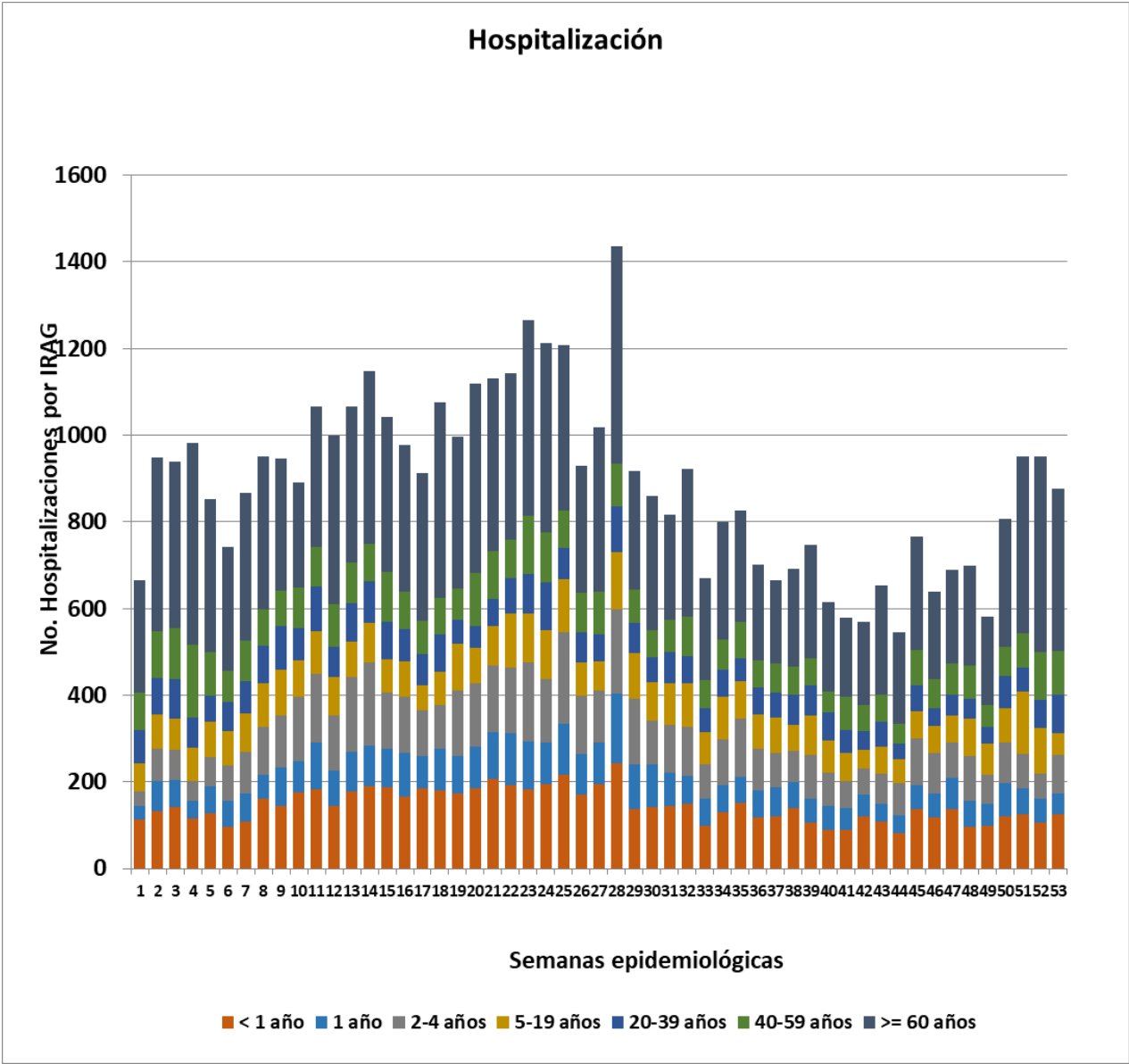
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda en consulta externa/urgencias, hospitalización sala general y UCI/UCIM (Evento 995), Antioquia 2025

Al analizar el comportamiento de la IRA según nivel de atención, grupo etario y semana epidemiológica, se observa que los servicios de UCI/UCIM registraron una mayor frecuencia de hospitalización en menores de un año, seguidos por el grupo de niños entre 2 y 4 años, lo que refleja la vulnerabilidad de la población infantil frente a las formas graves de la enfermedad.

En cuanto a consulta externa, el mayor número de atenciones por semana epidemiológica se concentró en el grupo de jóvenes entre 20 y 39 años, probablemente asociado a una mayor exposición comunitaria y demanda de atención ambulatoria por sintomatología respiratoria leve; las semanas con mayor número de casos coinciden con la temporada de lluvias y periodo de vacaciones, lo cual favorece la circulación de agentes respiratorios que ocasionan IRA (Marzo, Mayo y Diciembre).

En relación con la hospitalización en sala general, se observa un incremento significativo en los menores de un año y en los adultos mayores de 60 años, coherente con los grupos etarios históricamente más vulnerables a complicaciones por IRA. Asimismo, se evidencia un aumento sostenido de las hospitalizaciones durante varios periodos epidemiológicos, seguido de una disminución progresiva en los casos reportados hasta el mes de noviembre, este comportamiento podría estar asociado a la estacionalidad de los virus respiratorios, con picos de transmisión en determinados periodos del año, seguido de una reducción relacionada con la disminución de la circulación viral, el fortalecimiento de las medidas de prevención, y una mayor inmunidad poblacional adquirida tras los periodos de alta transmisión.,





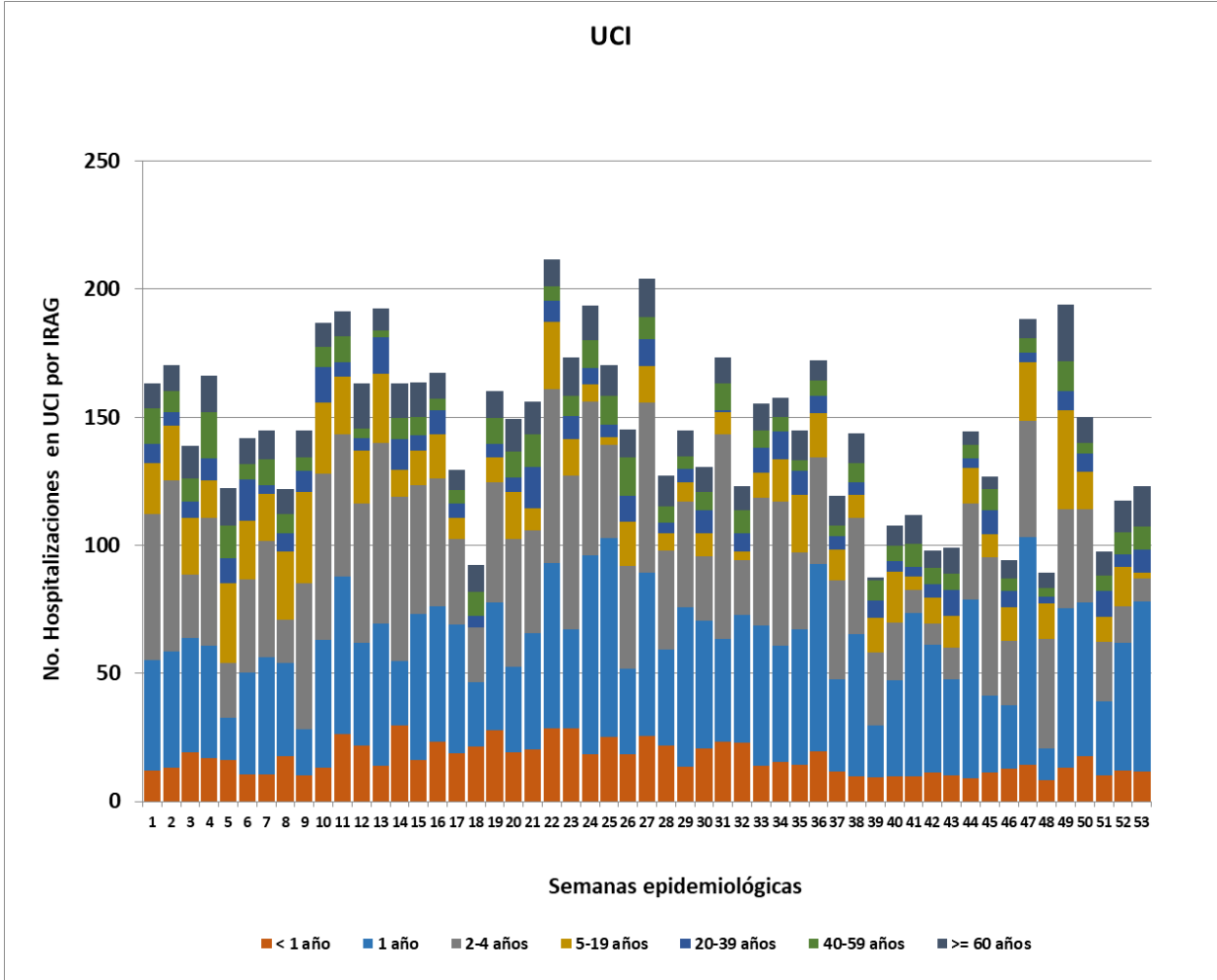


Ilustración 2 Comportamiento de la morbilidad por IRA los tres servicios de atención Antioquia, SE 01 a 52, 2025

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda en consulta externa/urgencias, hospitalización sala general y UCI/UCIM (Evento 995), Antioquia 2025





Circulación viral, vigilancia de la infección respiratoria aguda unidades centinela (Evento 345)

En Antioquia, durante el año 2025, a través de la vigilancia centinela se captaron 1.518 casos de Enfermedad Similar a la Influenza (ESI) o Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), con toma de muestra para detección de virus respiratorios. Estos casos fueron notificados por las unidades centinelas ubicadas en los municipios de Caucaasia, Ciudad Bolivar, Envigado, Itagui, Maceo, Medellin, Rionegro, Santafe De Antioquia, Turbo, Urrao, Yarumal y Yolombo

La mayoría de los casos correspondieron a personas del sexo masculino y un y al grupo de edad de menores de cinco años, grupo etario históricamente más vulnerable a las infecciones respiratorias. En cuanto a los antecedentes clínicos relevantes, el 18% de los pacientes reportaron alguna condición médica de importancia para el evento. En lo relacionado con la sintomatología, se identificó una alta frecuencia de tos, fiebre y rinorrea, signos característicos de las infecciones respiratorias virales.

Tabla 1 Caracterización sociodemográfica de los casos captados por vigilancia centinela, Antioquia 2025.

Variable	Vigilancia centinela					
	Positivo		Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
	733	31,8%	785	68,2%	1518	100,0%
Sexo						
Mujer	342	46,7%	370	47,1%	712	47,0%
Hombre	391	53,3%	415	52,9%	806	53,0%
Total	733	100%	785	100%	1518	100%
Edad Años						
< 1	237	32,3%	355	45,2%	592	41,1%
1 año	58	7,9%	76	9,7%	134	9,1%
2 a 4	96	13,1%	99	12,6%	195	12,8%
5 a 19	117	16,0%	125	15,9%	242	15,9%
20 a 39	21	2,9%	51	6,5%	72	5,3%
40 a 59	20	2,7%	24	3,1%	44	3,0%
Total	549	100.0%	730	100.0%	1279	100.0%





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antecedentes						
Asma	27	2,5%	38	2,5%	65	4,3%
EPOC	26	1,7%	23	1,5%	49	3,2%
Diabetes	29	4,0%	14	1,8%	43	2,8%
Enf. Cardíaca	40	5,5%	6	0,8%	46	3,0%
Cáncer	23	3,1%	17	2,2%	40	2,6%
Obesidad	7	1,0%	2	0,3%	9	0,6%
Ins. Renal	15	2,0%	5	0,6%	20	1,3%
Síntomas						
Tos	705	96,2%	777	99,0%	1482	97,6%
Fiebre	693	94,5%	763	97,2%	1456	95,9%
Odinofagia	79	10,8%	105	13,4%	184	12,1%
Cefalea	106	14,5%	138	17,6%	244	16,1%
Rinorrea	436	59,5%	445	56,7%	881	58,0%
Conjuntivitis	7	1,0%	11	1,4%	18	1,2%
Diarrea	71	9,7%	67	8,5%	138	9,1%
Dif. Respirar	401	54,7%	355	45,2%	756	49,8%

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos vigilancia de la infección respiratoria aguda unidades centinela (Evento 345), Antioquia 2025

Del total de muestras procesadas en el marco de la vigilancia centinela en Antioquia durante 2025, el 21,2% resultaron positivas para algún virus respiratorio. De estas muestras positivas, el 35% (n=150) correspondió a virus sincitial respiratorio (VSR), seguido por Rinovirus con el 11% (n=56) y Metaneumovirus con el 10% (n=49). El restante 34% (n=169) fue positivo para otros virus respiratorios, entre los cuales se destacan: Influenza A (8%), Adenovirus (5%) y COVID-19 (5%). Estos hallazgos permiten identificar al VSR como el principal agente viral circulante en el periodo analizado, y evidencian la co-circulación de múltiples virus respiratorios en el



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



territorio, lo que refuerza la necesidad de mantener una vigilancia activa y fortalecida para orientar las intervenciones de salud pública.

Durante el proceso de vigilancia centinela, se evidenció un predominio en la circulación del virus sincitial respiratorio (VSR) en la mayoría de las semanas epidemiológicas, con mayor frecuencia entre las semanas 10 y 31. Sin embargo, con la entrada en operación de las unidades centinela designadas por la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, se observó un incremento en la captación de casos para toma de muestra, sin un aumento proporcional en la positividad de las pruebas diagnósticas. Esta situación plantea la hipótesis de una posible dificultad en la adecuada identificación de pacientes que cumplan con la definición de caso del evento, lo cual podría estar afectando la efectividad del proceso de detección y vigilancia activa.

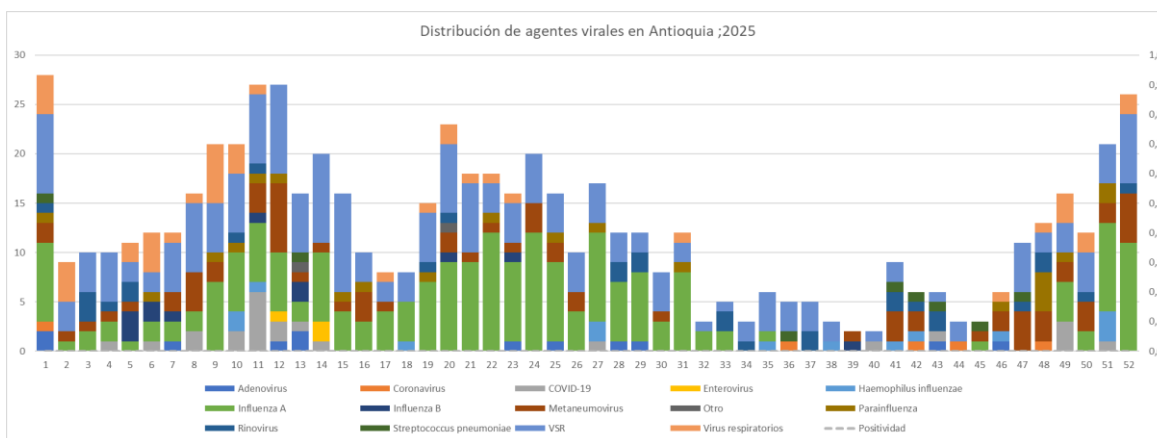


Ilustración 3 Distribución de agentes respiratorios por semana epidemiológica, Antioquia, 2025
Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos vigilancia de la infección respiratoria aguda unidades centinela (Evento 345), Antioquia 2025

Por grupo de edad, la mayor positividad se presentó en los menores de cinco años con el 78,5%, donde predominaron agentes como VRS, Rinovirus, Metaneumovirus e Influenza A.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

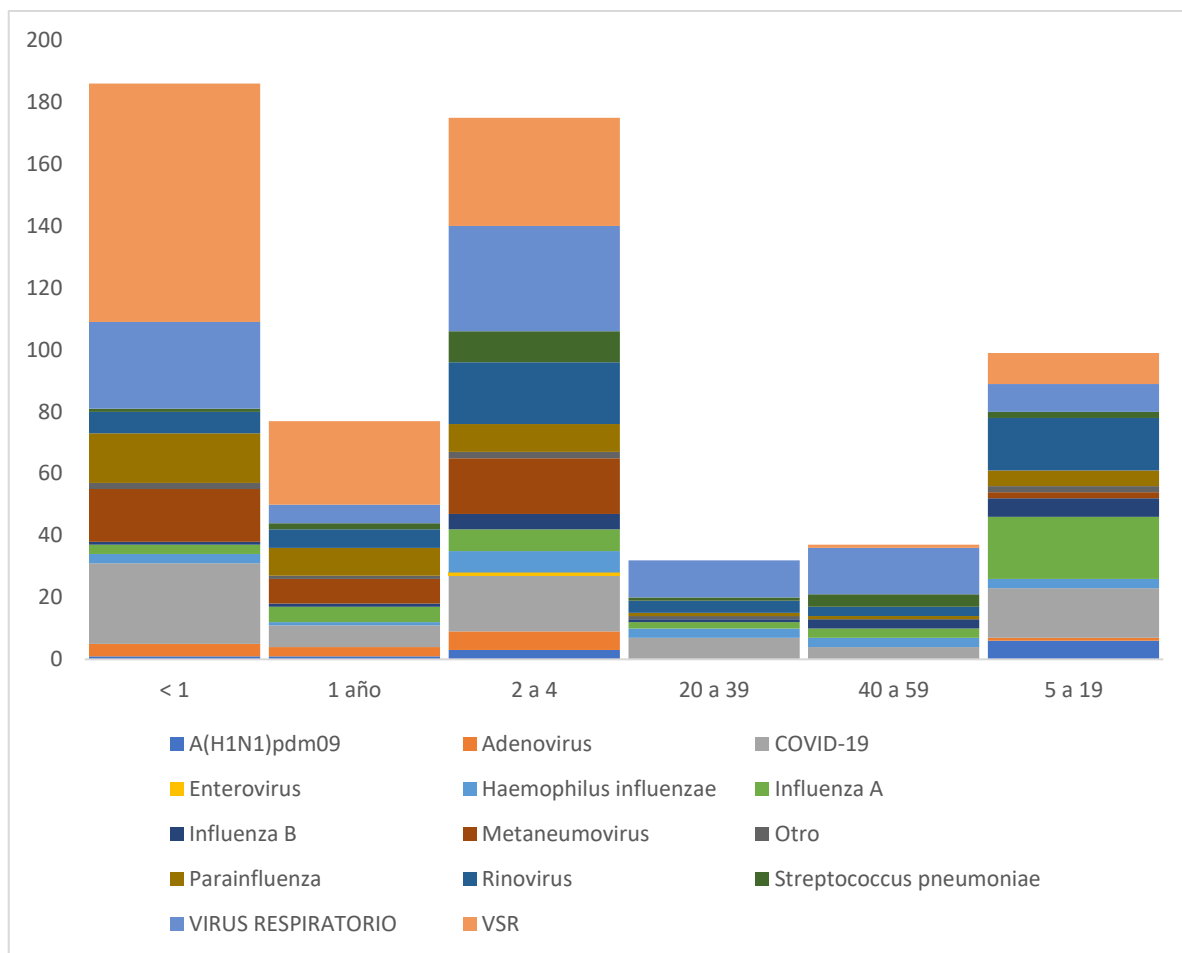


Ilustración 4 Distribución de agentes respiratorios por según grupo de edad, 2024
Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos vigilancia de la infección respiratoria aguda unidades centinela (Evento 345), Antioquia 2024



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



Vigilancia de la infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAG-I)

Para Antioquia, ingresaron al SIVIGILA un total de 128 casos, de los cuales se observó un comportamiento estable durante todo el año, excepto el periodo comprendido entre las semanas 23 a la 27, tiempo que coincidió con la presencia de un brote con alta afectación de personas; para 2025 los casos representaron una incidencia de 1.8 casos nuevos de IRAG-I por cada 100,000 habitantes, al igual que 2024.

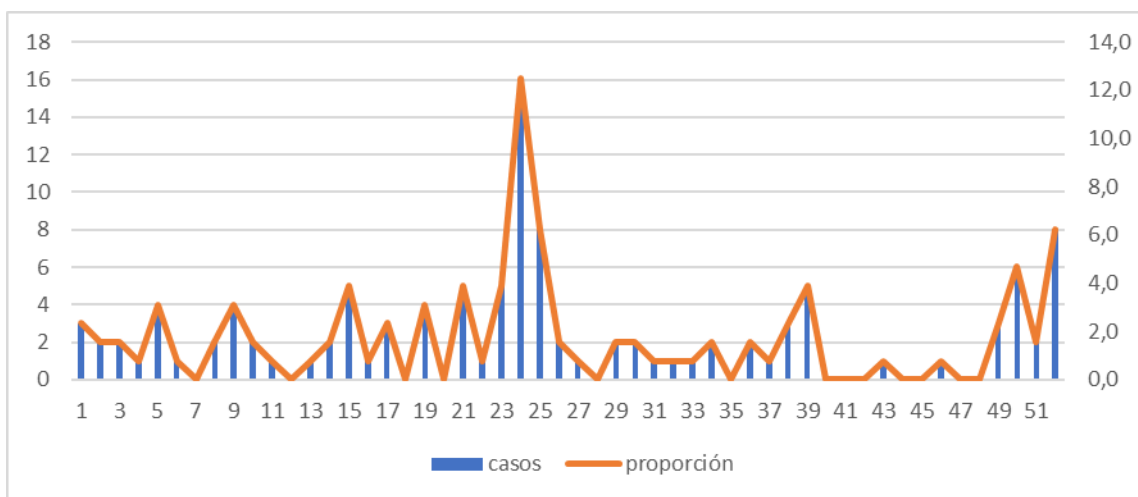


Ilustración 5 Distribución de casos reportados en 348, Antioquia 2025

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos IRAG-I, Antioquia

La subregión de Oriente registra la incidencia más alta del departamento (3,7 casos por 100,000 habitantes), seguido por municipios como Caramanta, Alejandria, Rionegro y San Rafael, con tasas superiores a 18 casos por 100,000 habitantes. Las subregiones Magdalena medio y Norte tienen la incidencia más baja, con 0.9 y 0.8 casos por 100,000 habitantes respectivamente.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

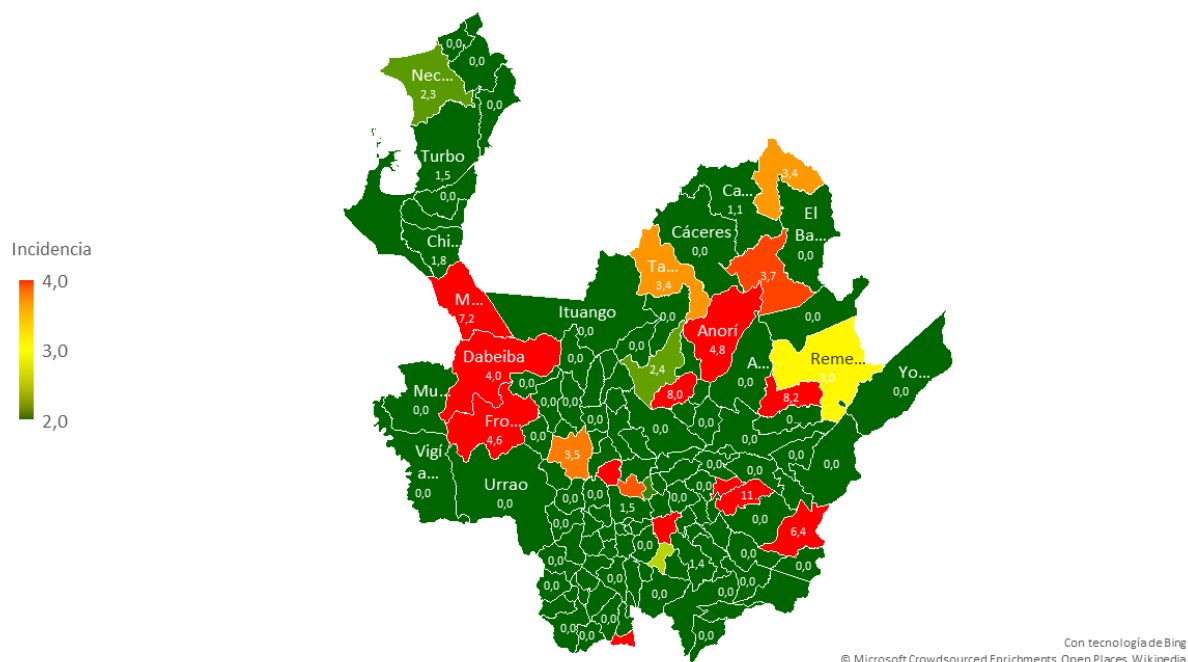


Ilustración 6 Mapa de Riesgo IRAG-I por municipio de procedencia, Antioquia, 2025.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos IRAG-I, Antioquia



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

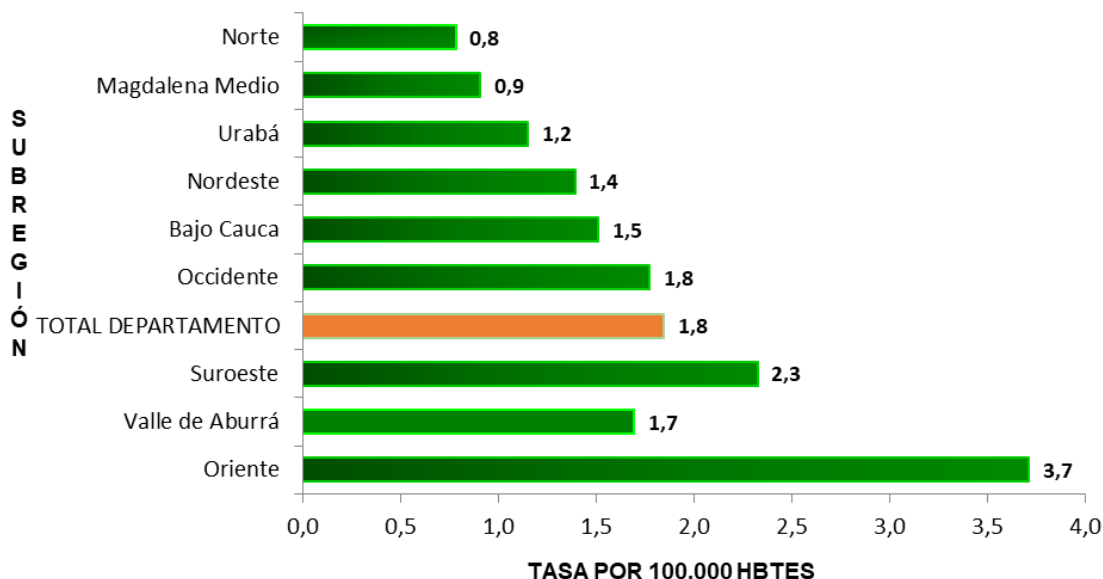


Ilustración 7 Incidencia IRAG-I por subregión de procedencia, Antioquia, 2025.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos IRAG-I, Antioquia

En el análisis de la tasa de incidencia de IRAG inusitado según sexo y grupo etario, se observa que el riesgo de presentar la enfermedad es ligeramente mayor en las mujeres en comparación con los hombres. En cuanto a la distribución por edad, los mayores de 60 años presentan la mayor tasa de incidencia, lo que indica que este grupo poblacional presente el mayor riesgo de desarrollar IRAG inusitado durante el 2025.



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

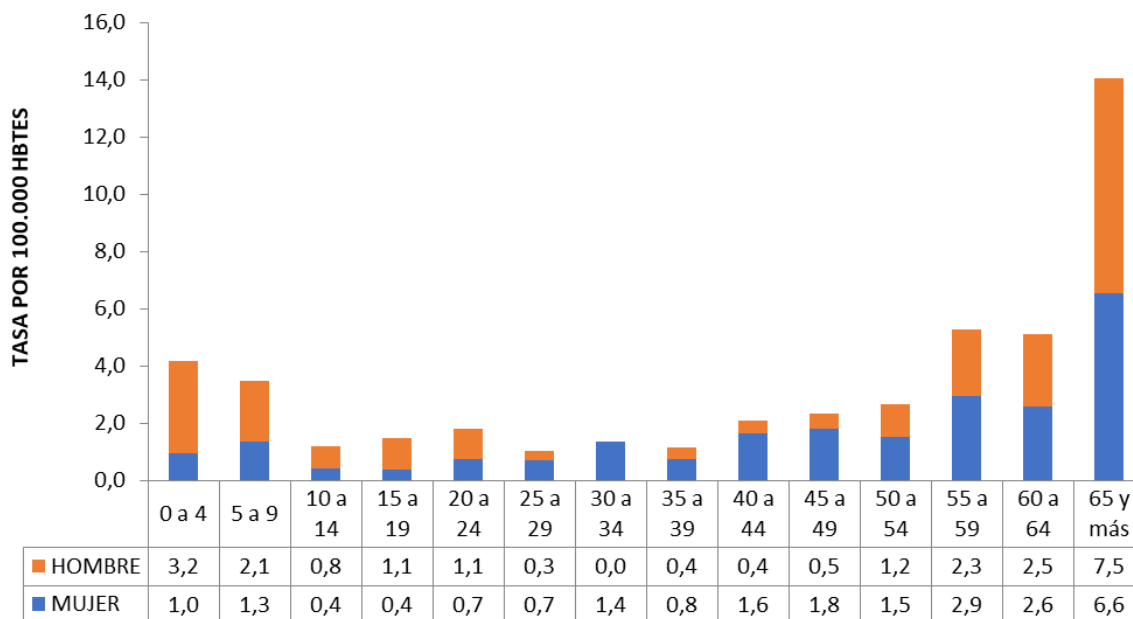


Ilustración 8 Incidencia de Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada, según grupos de edad. Antioquia, 2025
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos IRAG-I, Antioquia

Características sociodemográficas

- Edad y Sexo: El promedio de edad de los casos es de 52 años (DE: 27), predominando el sexo femenino (54%).
- Afiliación al Sistema de Seguridad Social: La mayoría de los casos estaban afiliados al sistema de seguridad social, predominando el régimen subsidiado con el 52,3%
- Pertenencia Étnica: El 2,3 % de los casos pertenecen a grupos étnicos, predominando Negros/Mulatos/Afrodescendientes.
- Estrato socioeconómico: El 57,8% de los casos pertenecían al estrato 1 y 2.

Tabla 2 Características sociodemográficas de la población afectada por IRAG-I, Antioquia 2025

VARIABLE	N	%
TIPO DE REGIMEN		
Contributivo	53	41,4%





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

VARIABLE	N	%
Subsidiado	67	52,3%
No afiliado	2	1,6%
Excepción	5	3,9%
Especial	0	0,0%
Indeterminado	1	0,8%
ETNIA		
Indígena	3	2,3%
Rom	0	0,0%
Raizal	0	0,0%
Palenquero	0	0,0%
Afrocolombiano	0	0,0%
Otro	125	97,7%
ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
1	23	18,0%
2	51	39,8%
3	34	26,6%
4	3	2,3%
5	2	1,6%
6	0	0,0%
Sin dato	15	11,7%
AREA RESIDENCIA		
Urbana	83	64,8%
Rural	45	35,2%

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos IRAG-I, Antioquia

Clasificación de los casos

En relación con la clasificación de los casos de IRAG-I, se evidencia un predominio de los casos con criterio de asociado a brotes los cuales representan el 31,2% del total. Le siguen los casos hospitalización UCI (30,4%), fallecidos (27,3%), aquellos con antecedente de contacto con aves o cerdos (5,4%), los viajes internacionales (3,9%) y los casos de trabajadores de la salud (1,5%).



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



Respecto a los fallecimientos, los municipios con mayor número de casos son Medellín y Rionegro. El 71,4% de los fallecidos correspondía a personas mayores de 50 años, lo que evidencia la mayor vulnerabilidad de este grupo etario. Además, en el 62,8% de los casos no cumplían con criterio para realización de unidad de análisis, sea porque se confirmó infección por COVID-19 mediante prueba diagnóstica (8,5%) o por no cumplir con definición de caso (54,2%).

Tabla 3 Distribución de casos por criterio de notificación IRAG-I, Antioquia 2025

CLASIFICACIÓN	N	%
ASOCIADO A BROTES	40	31,25%
CONTACTO CON AVES O CERDOS	7	5,47%
FALLECIDO	35	27,34%
HOSPITALIZACION UCI	39	30,47%
TRABAJADOR DE LA SALUD	2	1,56%
VIAJES INTERNACIONALES	5	3,91%
Total general	128	100,00%

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos IRAG-I, Antioquia

Proporción de casos de IRAG inusitado notificados con muestra respiratoria

En cuanto a la toma de muestra respiratoria, en 2025, se identifica que el 92.9% reportaron resultado de esta; los agentes predominantes en los casos reportados fueron Influenza A, SARS COV 2, Virus Sincitial Respiratorio y Rinovirus.





Vigilancia de la infección respiratoria aguda por SARS Cov 2 (Covid 19)

Durante 2025 se diagnosticaron un total de 751 personas, lo que representa una disminución del 75,5% con respecto al 2024. Esto se explica por la limitación en la búsqueda de casos de acuerdo con el grupo de edad, comorbilidades y grupos de riesgo, según lineamientos emitidos por el ministerio de salud y protección social.

El incremento en el reporte de casos durante dos periodos del año, coincide con los picos respiratorios que históricamente se han presentado en el país, durante la temporada de lluvias que comprende los meses de enero y marzo y mayo y julio.

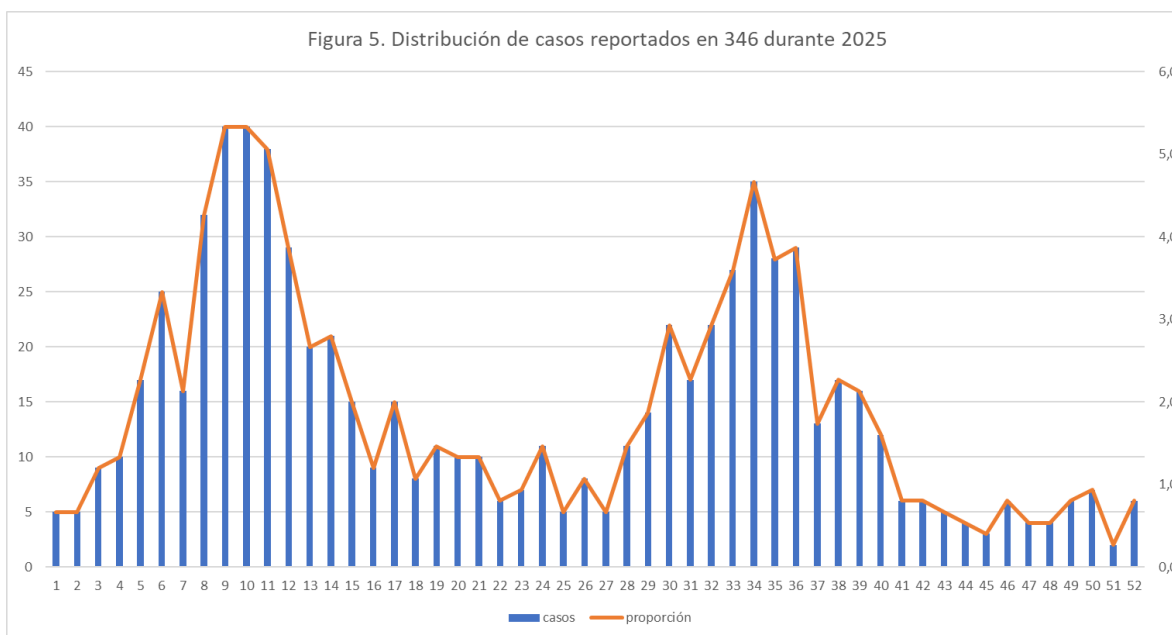


Ilustración 9 Distribución de casos por COVID 19 por semana epidemiológica, Antioquia, 2025

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos COVID 19, Antioquia

Las subregiones del Valle de Aburrá, Oriente y Nordeste registraron las tasas de incidencia más altas de IRA en comparación con el resto del departamento, mientras que Bajo Cauca y Urabá presentaron las tasas más bajas. Esta variabilidad territorial puede estar relacionada con diferencias en el acceso y





disponibilidad de servicios de salud, así como con la capacidad instalada para la atención, diagnóstico y notificación de casos.

En las subregiones con mayores tasas, la mayor concentración de infraestructura hospitalaria y redes de vigilancia podría estar facilitando la captación oportuna de casos, lo que se traduce en una mayor notificación. En contraste, en territorios como Norte, Suroeste y Magdalena Medio, la limitada oferta de servicios de salud, barreras geográficas y menor capacidad diagnóstica podrían estar generando subregistro, lo cual requiere estrategias diferenciadas de vigilancia y fortalecimiento del sistema de salud local.

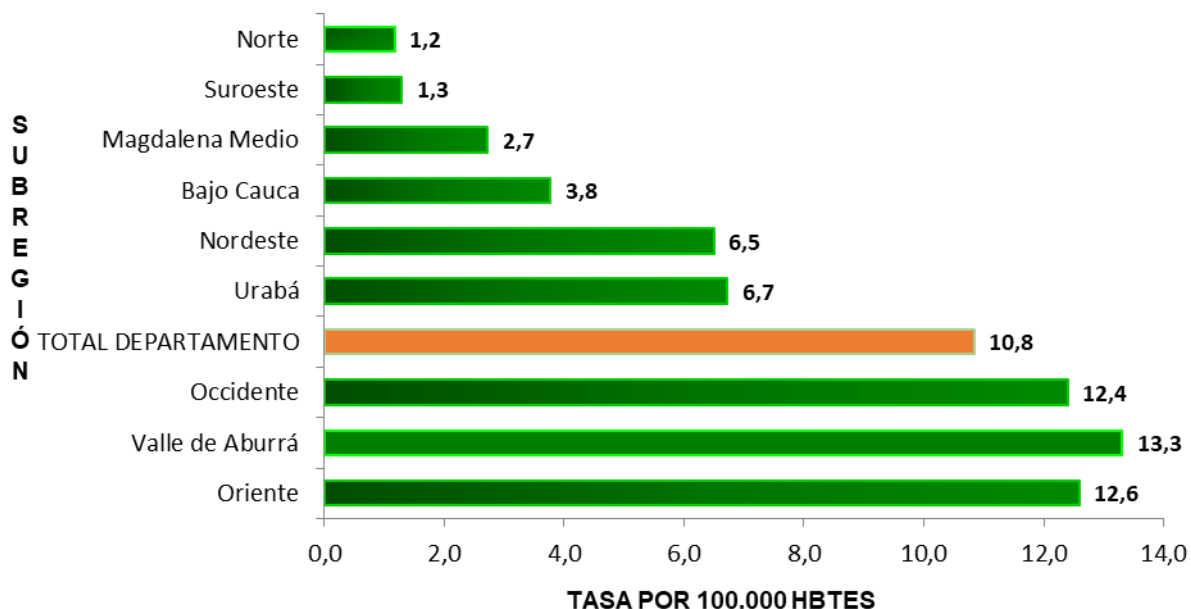


Ilustración 10 Incidencia de Infección respiratoria aguda por SARS Cov 2, según subregión. Antioquia 2025

Al analizar las características demográficas de los casos positivos por COVID-19 en 2025, se identificó un promedio de edad de 34,8 años ($\pm 28,9$ años), lo que indica una amplia distribución etaria entre los casos confirmados. Los grupos de mayor riesgo fueron las personas menores de 5 años y mayores de 60 años, quienes





concentraron una mayor proporción de formas graves y complicaciones asociadas a la infección.

En cuanto al sexo, el 55% (n=412) de los casos confirmados correspondieron a mujeres, presentando una mayor frecuencia en la mayoría de los grupos de edad, lo que podría estar relacionado con diferencias en factores de exposición, comorbilidades o acceso a servicios de salud.

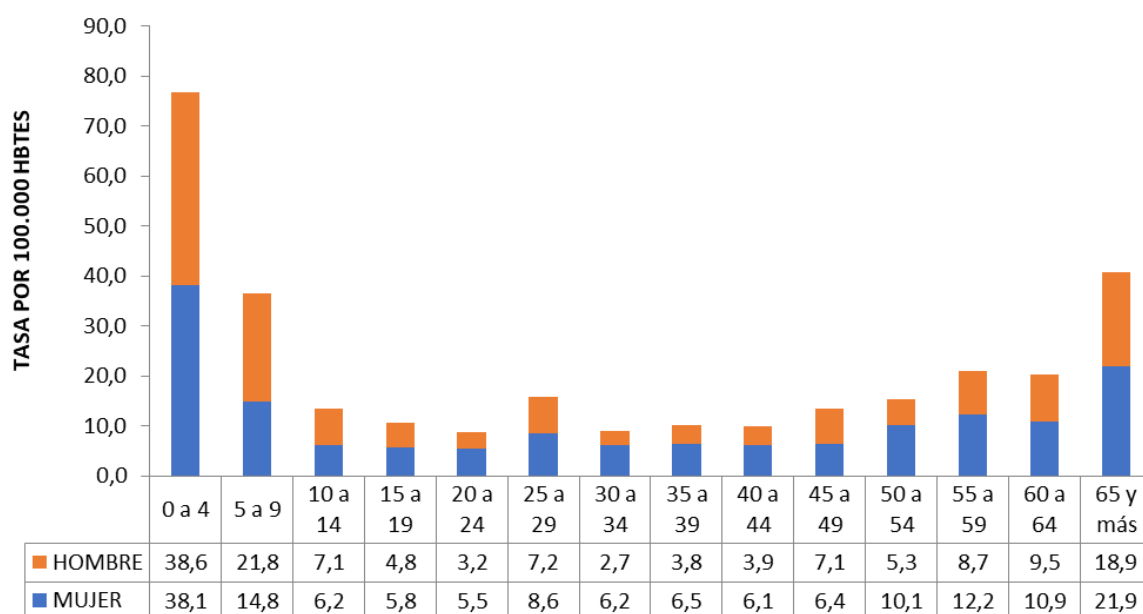


Ilustración 11 Incidencia de Infección respiratoria aguda por SARS Cov 2, por edad y sexo. Antioquia 2025
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de vigilancia epidemiológica Seguimiento a la notificación de casos COVID 19, Antioquia

Caracterización casos hospitalizados por COVID -19.

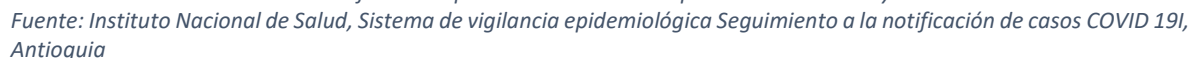
De los 751 casos confirmados durante 2025, el 53,4% (401) requirieron ser hospitalizados y en su mayoría, esta hospitalización se genero durante los primeros 5 días de síntomas (81,5%).

Mortalidad por COVID-19



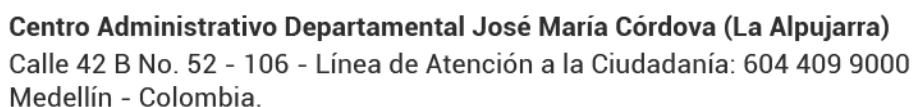


El incremento en los fallecimientos por esta causa se presento en los meses correspondientes al incremento de la morbilidad por IRA de acuerdo con los picos respiratorios asociados a la temporada de lluvias.



El análisis de la situación de las IRA en Antioquia durante el 2025 permite identificar varios aspectos críticos que deben ser discutidos en relación con la dinámica epidemiológica, la capacidad de respuesta del sistema de salud y las implicaciones para la salud pública.

El incremento del 2,9% en las atenciones por IRA respecto al año anterior refleja una presión sostenida sobre los servicios de salud. Aunque la consulta externa y urgencias se mantuvieron dentro de los límites esperados, el aumento del 12,8% en hospitalizaciones en UCI evidencia un mayor impacto de las formas graves de la enfermedad. Este hallazgo sugiere que, pese a la estabilidad en la atención ambulatoria, la severidad de los casos está aumentando, lo que demanda fortalecer la capacidad hospitalaria y los protocolos de manejo clínico.



SC4887-1



Los menores de un año y los adultos mayores de 60 años continúan siendo los grupos más afectados en hospitalización, lo que confirma su alta vulnerabilidad frente a complicaciones respiratorias. En contraste, los jóvenes entre 20 y 39 años concentran la mayor demanda en consulta externa, probablemente por exposición comunitaria y circulación viral en escenarios sociales. Esta distribución etaria obliga a diseñar estrategias diferenciadas de prevención y atención, con énfasis en la protección de los extremos de la vida.

El predominio del virus sincitial respiratorio (VSR) como principal agente circulante (35% de las muestras positivas) reafirma su papel central en la carga de enfermedad respiratoria en la población infantil. La co-circulación de rinovirus, metaneumovirus, influenza y COVID-19 demuestra la complejidad del panorama epidemiológico y la necesidad de mantener una vigilancia activa y diversificada. Sin embargo, la baja proporción de positividad frente al número de muestras tomadas sugiere posibles dificultades en la identificación de casos que cumplen la definición, lo que podría afectar la eficiencia del sistema de vigilancia.

La incidencia estable de IRAG-I (1,8 casos por 100.000 habitantes) muestra que el evento mantiene un comportamiento controlado, aunque con brotes focalizados en ciertas subregiones como Oriente. El predominio de casos asociados a brotes y hospitalización en UCI, junto con la alta proporción de fallecimientos en mayores de 50 años, resalta la importancia de fortalecer la respuesta rápida y la capacidad diagnóstica en territorios con mayor riesgo.

La disminución del 75,5% en los casos confirmados respecto a 2024 refleja la baja captación y muestreo de pacientes sintomáticos, no obstante, la alta proporción de hospitalizaciones (53,4%) y la persistencia de fallecimientos, aunque en menor número, evidencian que el virus sigue siendo un reto para la salud pública, especialmente en grupos vulnerables. La variabilidad territorial en la incidencia también sugiere desigualdades en acceso y capacidad diagnóstica, lo que requiere estrategias diferenciadas de vigilancia y atención.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Jeffers MC, Begue DC, Guzm ZG, Hern JOP, Infecciosas E, Grado II, et al. Infecciones respiratorias agudas pediátricas. Un acercamiento a la bronquiolitis. 2015;90(2):391–400.
2. Iuliano, A. D., Roguski, K. M., Chang, H. H., Muscatello, D. J., Palekar, R.,





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- Tempia, S., ... & Bresee, J. S. (2018). Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. *The Lancet*, 391(10127), 1285–1300. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33293-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33293-2)
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2025). Alerta Epidemiológica: Influenza aviar A(H5N1) – 17 de enero de 2025. <https://www.paho.org>
 4. Instituto Nacional de Salud (INS). (2024). Boletín Epidemiológico Semanal – Semana 39. <https://www.ins.gov.co>
 5. ASIS Antioquia 2025
<https://dssa.gov.co/images/2024/ASIS%20ANTIOQUIA%202024%20FINAL%2020-12-2025.pdf>



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