



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PAROTIDITIS ANTIOQUIA INFORME 2025

1. INTRODUCCIÓN

La parotiditis es una enfermedad vírica aguda que se caracteriza por fiebre, hinchazón y dolor al tacto de una o más glándulas salivales, por lo regular la parótida, y a veces las sublinguales o las submaxilares. Muchas de las infecciones parotídicas se han acompañado de síntomas de las vías respiratorias, particularmente en los niños menores de 5 años. La parotiditis origina pérdida neurossensorial de la audición en los niños. Por lo general, el virus se disemina desde una semana antes hasta una semana después del inicio de los síntomas, aunque la ventana parece ser más estrecha en personas vacunadas. La capacidad de contagio de las personas es mayor uno o dos días antes del inicio de los síntomas. La parotiditis es de distribución universal y afecta a ambos sexos por igual, ocurre en todo el mundo y el ser humano es el único huésped natural conocido. El virus de las paperas es la única causa conocida de la parotiditis epidémica. La enfermedad produce inmunidad de por vida (1).

Son raras las secuelas permanentes como parálisis, convulsiones e hidrocefalia, y también rara vez los enfermos mueren por la parotiditis. La parotiditis durante el primer trimestre del embarazo puede aumentar la tasa de aborto espontáneo, pero no hay pruebas definitivas de que la enfermedad durante la gestación produzca malformaciones congénitas. La parotiditis infecciosa se identifica con menor regularidad que otras enfermedades transmisibles comunes de la niñez, como el sarampión y la varicela, aunque los estudios serológicos indican que 85% o más de los adultos han tenido parotiditis infecciosa sin que hubieran sido vacunados. Cerca de una tercera parte de las personas susceptibles y expuestas tienen infecciones no manifestadas; muchas de las infecciones de los niños menores de 2 años de edad son subclínicas (2).

La parotiditis epidémica continúa representando un evento inmunoprevenible de



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

relevancia en salud pública mundial, pese a la amplia implementación de programas de vacunación con biológicos combinados SRP/MMR. Antes de la introducción de la vacuna, la incidencia global alcanzaba tasas superiores a 100–1.000 casos por 100.000 habitantes en epidemias cíclicas cada 2 a 5 años. Posteriormente, múltiples países documentaron reducciones superiores al 90 % en incidencia, hospitalización y mortalidad. Sin embargo, durante la última década se ha observado reemergencia epidemiológica en regiones con altas coberturas vacunales, particularmente en Estados Unidos, Europa y Asia, con brotes concentrados en adolescentes y adultos jóvenes previamente vacunados. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la persistencia de transmisión endémica refleja brechas en inmunidad colectiva y susceptibilidad acumulada en cohortes parcialmente inmunizadas (3).

El número de casos informados en Estados Unidos disminuyó de manera súbita en los dos años siguientes, pero luego hubo nuevos picos en 2009 a 2010, con brotes focales. Un estudio del CDC mostró que la cobertura con dos dosis de la vacuna de sarampión parotiditis-rubeola en las principales ciudades de Estados Unidos se mantiene en el nivel necesario, o muy cerca de éste, para contener estas infecciones infantiles. Sin embargo, las zonas focales con vacunación insuficiente aún dejan en riesgo a algunos niños. Todavía se informan brotes de parotiditis esporádicos a gran escala en todo el mundo (4).

En los Estados Unidos, la incidencia de parotiditis ha disminuido considerablemente desde que se comenzó a usar en forma amplia la vacuna antiparotidítica aprobada en 1967 (1). Esta disminución se ha observado en todos los grupos de edad, pero con los programas eficaces de inmunización para los niños y los preescolares, actualmente el mayor riesgo de la infección se observa en los niños de mayor edad, los adolescentes y los adultos jóvenes. En el decenio de 1980, los brotes de parotiditis se atribuyeron al hecho de que no se había inmunizado a las personas susceptibles, pero los brotes más recientes han aparecido en poblaciones vacunadas prácticamente en su totalidad. En el decenio de 1990 disminuyó de modo sostenido la incidencia anual de parotiditis. En 1997 se notificaron en los Estados Unidos menos de 700 casos de la enfermedad (2).

En Latinoamérica, la situación epidemiológica muestra patrones heterogéneos con brechas significativas en la inmunidad poblacional. En México, una encuesta





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

serológica nacional realizada en 2024 que incluyó 9,587 muestras de suero de 31 de las 32 entidades federativas encontró una seroprevalencia general del 81.5% para parotiditis. El análisis estratificado por edad reveló brechas significativas en la inmunidad contra parotiditis, particularmente entre los 10-39 años, donde la seroprevalencia cayó por debajo del 70%. Este estudio demostró que la seroprevalencia actual en México no corresponde a la cobertura de vacunación recomendada por la OMS y destacó la necesidad urgente de fortalecer las estrategias de vacunación (5).

En Colombia, específicamente en Medellín, un estudio de seroprevalencia realizado en 2009 encontró una seroprevalencia general del 91.6% (IC 95%: 89.3-93.5%). Sin embargo, la seronegatividad específica por edad fue del 20.3% y 20.6% en los grupos de edad de 11-15 años y 16-20 años respectivamente, y los individuos de 6-20 años fueron los más afectados durante los brotes. Los factores contribuyentes potenciales para la ocurrencia de brotes de parotiditis fueron la prevalencia relativamente alta de seronegatividad entre individuos de 11-20 años, retrasos en la investigación y control de brotes (promedio de 23.5 días entre el inicio de síntomas en casos secundarios y la investigación del brote), y esquemas de vacunación incompletos (6).

Según el Instituto Nacional de Salud de Colombia, en el 2025 se registraron 4.880 casos de parotiditis, con un decremento de -1,61% respecto al 2024. Para este año Colombia cerró con una incidencia de 9,2 casos por 100 mil habitantes, 5,43 casos por 100 mil menores de 1 año y 26,02 casos por 100 mil menores entre 1 y 4 años. El 8,5 % de los casos registraron hospitalización por esta enfermedad (7).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos General:

Caracterizar en tiempo, espacio, persona, características socio-demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos, los casos de parotiditis notificados en el departamento de Antioquia durante el año 2025.

2.2. Objetivos específicos:



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

- Dar a conocer el comportamiento de la parotiditis en Antioquia, para documentar el comportamiento del evento durante el 2024.
- Analizar sistemáticamente el proceso de vigilancia del evento a través de información del SIVIGILA como apoyo para la toma de decisiones.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un informe de análisis descriptivo retrospectivo del comportamiento del evento parotiditis, cuyos casos fueron notificados como confirmados por clínica, consolidado del año 2025, la fuente de información es el aplicativo SIVIGILA el cual es alimentado por los datos que provienen de las Unidades Primarias Generadoras del dato de Antioquia. Las variables de estudio incluyen las definidas en la ficha de notificación de datos básicos, definidos por el Instituto Nacional de Salud (INS). El equipo técnico de la Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia realizó análisis de calidad de los datos en cuanto a duplicidad y consistencia.

Se analizaron las siguientes variables: variables nominales: municipio de procedencia, municipio de notificación, semana epidemiológica de notificación, pertenencia étnica, sexo, seguridad social, área de ocurrencia del caso y grupo poblacional; variables de razón: grupos edad del paciente. Clínicas: Hospitalización y mortalidad.

Se muestran los indicadores de proporción de incidencia en población general y por grupos etarios en quinquenios; el indicador para cada grupo poblacional se calculó con base en los casos notificados por municipio y subregión de procedencia durante el periodo sobre la población proyectada por DANE para población general y para cada grupo de edad.



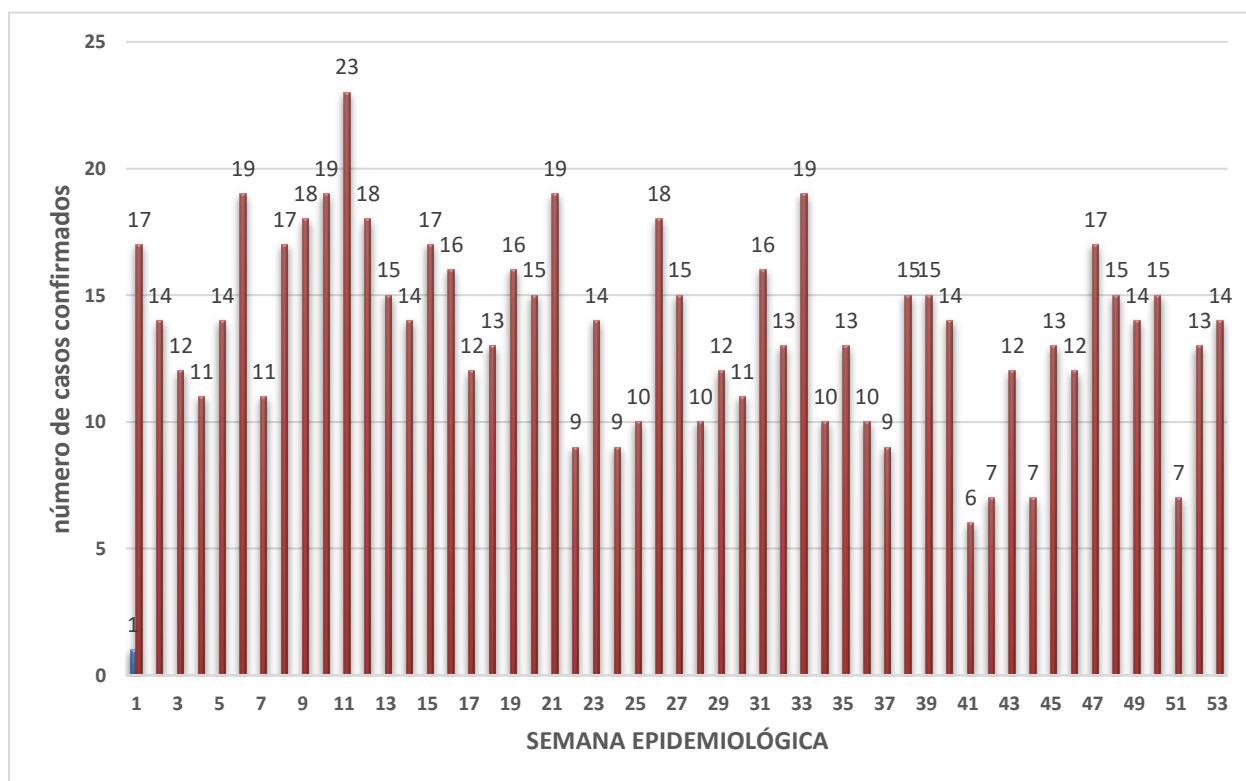


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Plan de recolección de datos: se consolidó y analizó la información de todos los registros notificados en hoja de cálculo de Microsoft Excel. Plan de análisis: se realizó una descripción general de las variables sociodemográficas, calculando las proporciones para los datos cualitativos. Se elaboraron tablas de frecuencia con análisis porcentuales y gráficos de barras y tortas para la representación de datos cualitativos. Se analizó el cálculo de indicadores descritos en el protocolo de vigilancia epidemiológica. En cuanto al tiempo se tomó toda la notificación del año 2025.

4. RESULTADOS

Durante el 2025 se notificaron un total de 724 casos de parotiditis en el departamento. La distribución de los casos se puede observar en la figura 1, donde se observa que el menor número de casos notificados por Semana Epidemiológica ocurrió en la semana 41 con 6 casos, y el máximo número de notificaciones ocurrió en la semana 11 con 23 casos.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 1. Distribución de notificaciones por semana epidemiológica de casos confirmados de parotiditis en Antioquia en el 2025.

Respecto a la distribución de casos por sexo, las mujeres representan el mayor porcentaje de casos con un 56% (407 casos). (Figura 2)

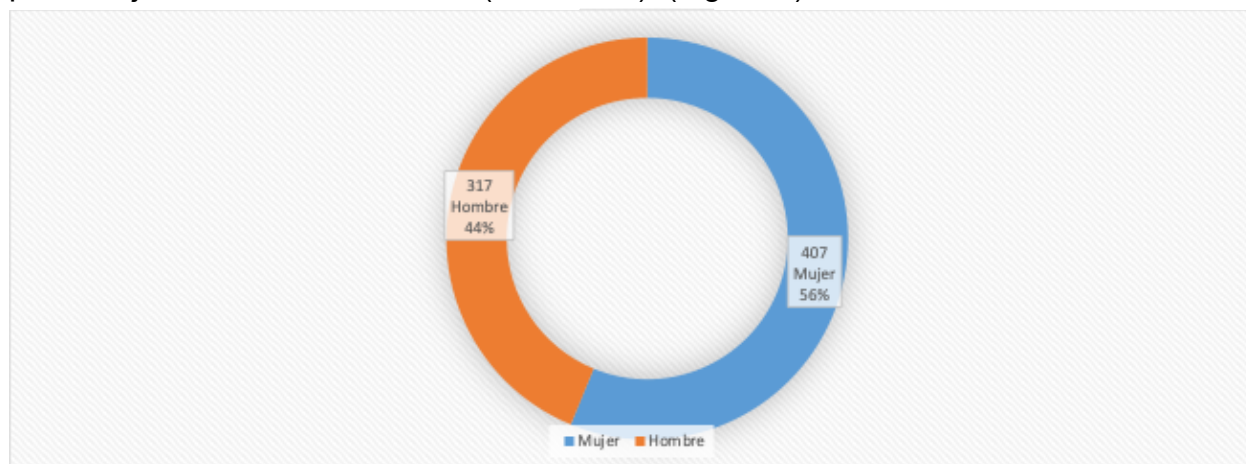


Figura 2. Distribución por sexo de casos confirmados de parotiditis en Antioquia en el 2025.

Al revisar algunas características sociodemográficas, se evidenció que el 90,6% de los casos pertenecían a área urbana, en su mayoría pertenecían a régimen contributivo y subsidiado (75,7% - 20,4% respectivamente), no pertenecían a ningún grupo étnico en específico (99,7%) y en su mayoría pertenecían a los estratos socioeconómicos 2 y 3 (41,9% y 31,6%, respectivamente). (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de características sociodemográficas de casos confirmados en el 2025.

Característica	Categorías	Casos	%
Área de procedencia	Urbana	656	90,6
	Rural	68	9,4
Régimen de seguridad socia	Contributivo	548	75,7
	Subsidiado	148	20,4
	No afiliado	4	0,6





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

	Excepción	19	2,6
	Indeterminado	4	0,6
	Especial	1	0,1
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,1
	ROM/gitano	0	0,1
	Negro/mulato	4	0,1
	Otro	720	99,7
Estrato socioeconómico	1	65	8,9%
	2	304	41,9%
	3	229	31,6%
	4	49	6,7%
	5	9	1,2%
	6	5	0,7%
	Sin dato	63	8,7%

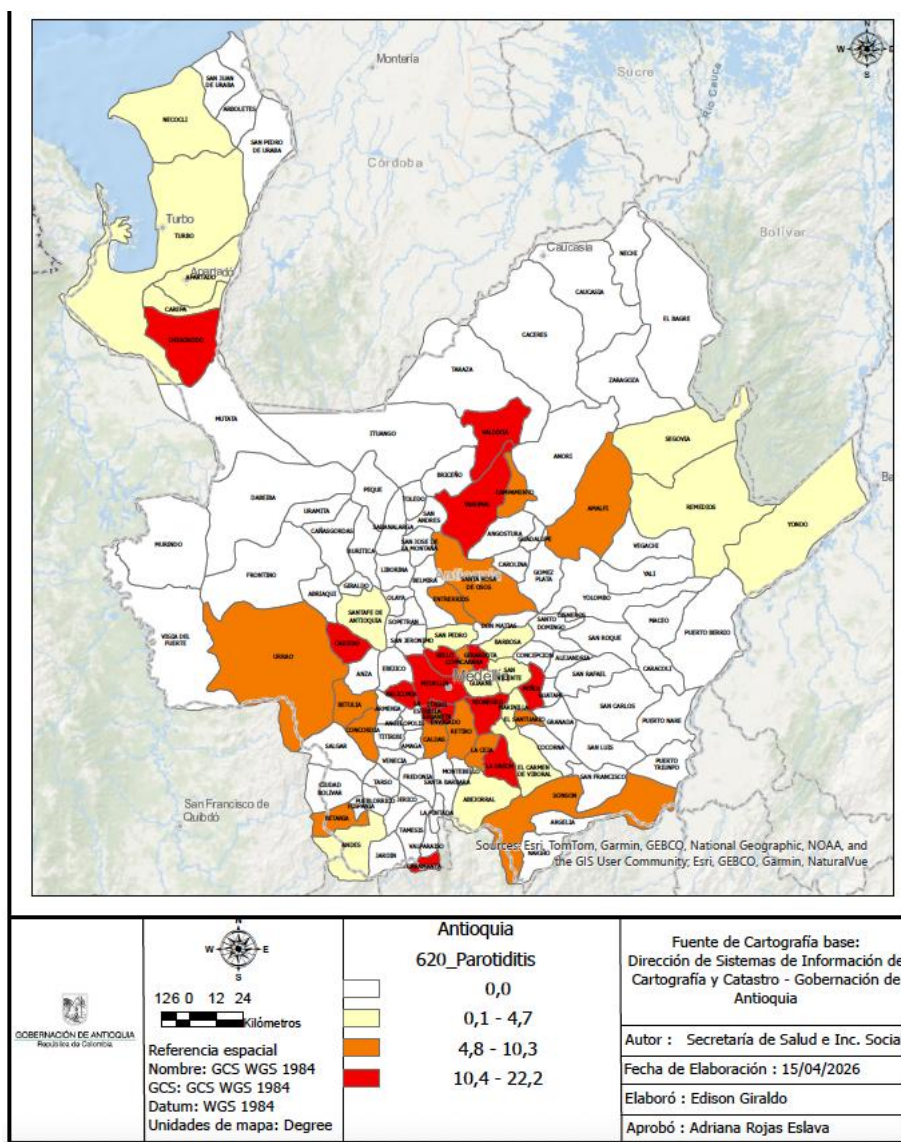
Al analizar los municipios con mayor incidencia de casos, se evidencia que Caramanta (22,2 casos x 100 mil habitantes), Caicedo (22 casos x 100 mil habitantes) y Chigorodó (21,1 casos x 100 mil habitantes) fueron los municipios con mayor incidencia en el departamento, superando la incidencia de Antioquia que fue de 10,4 casos por 100 mil habitantes. Estas altas incidencias en los tres municipios mencionados se explican por brotes ocurridos. Llama la atención que gran parte del departamento no tuvo reporte de casos de parotiditis (Figura 3)

Figura 3. Mapa de Riesgo Parotiditis. Antioquia 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia



Al detallar por subregiones (Figura 4) la tasa de incidencia de casos confirmados se evidencia que el Valle del Aburrá fue la subregión más afectada con 14,8 casos por 100 mil habitantes, seguido por el oriente con 6,6 casos por 100 mil habitantes y Norte con 5,1 casos por 100 mil habitantes (Figura 4A). Por su parte, las tasas de incidencia en menores de 5 años (Figura 4B), el departamento tuvo una incidencia de 26,4 casos por 100 mil menores de 5 años, siendo el Valle de Aburrá la subregión con mayor número de menores afectados con 42,1 casos por 100 mil menores de 5 años, seguido por el



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

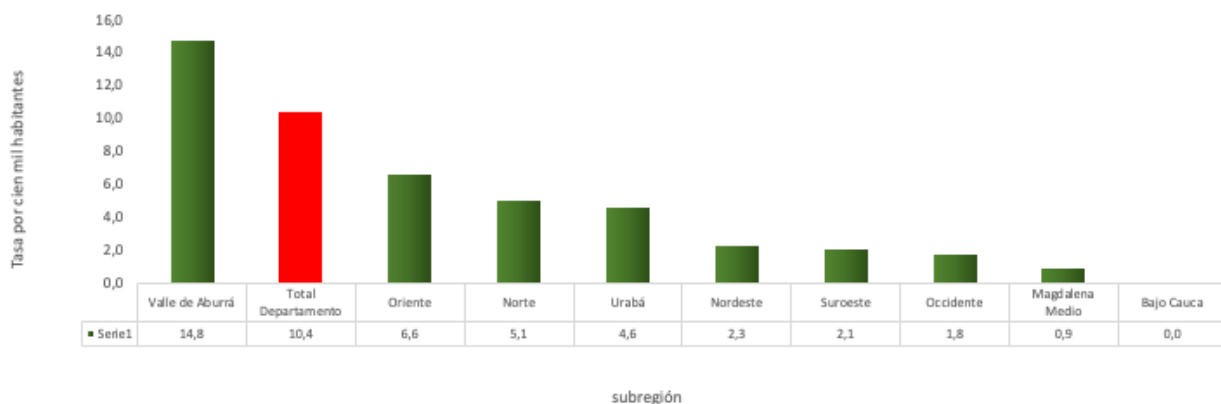


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

norte de Antioquia con 20,9 casos por 100 mil menores de 5 años.

Figura 4. Incidencia de casos de parotiditis por subregión en el 2025

A)



B)

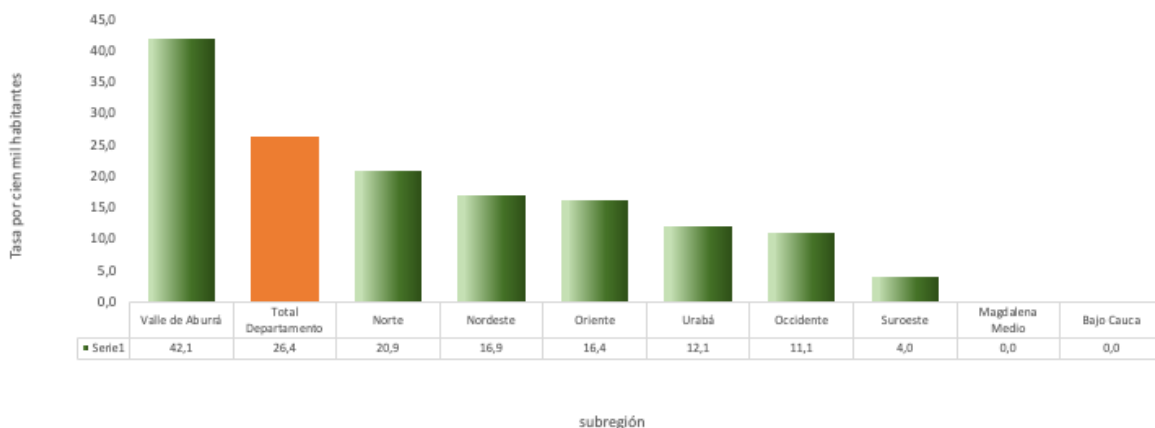


Figura A). Incidencia en población general de parotiditis, B) Incidencia de casos de parotiditis en menores de 5 años en Antioquia 2025.

Cuando se comparan los casos por quinquenios de edad, se puede apreciar que el quinquenio entre 5 a 9 años fue el grupo etario más afectado, seguido por 0 y 4 años, y 10 y 14 años. Entre estos grupos, desde los 0 a 9 años los hombres fueron los más afectados, en cambio en el quinquenio de 10 a 14 años fueron las mujeres las más afectadas. Incluso, desde los 25 años son las mujeres el grupo más afectado por la enfermedad, excepto entre los 50 y 54 años (Figura 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.



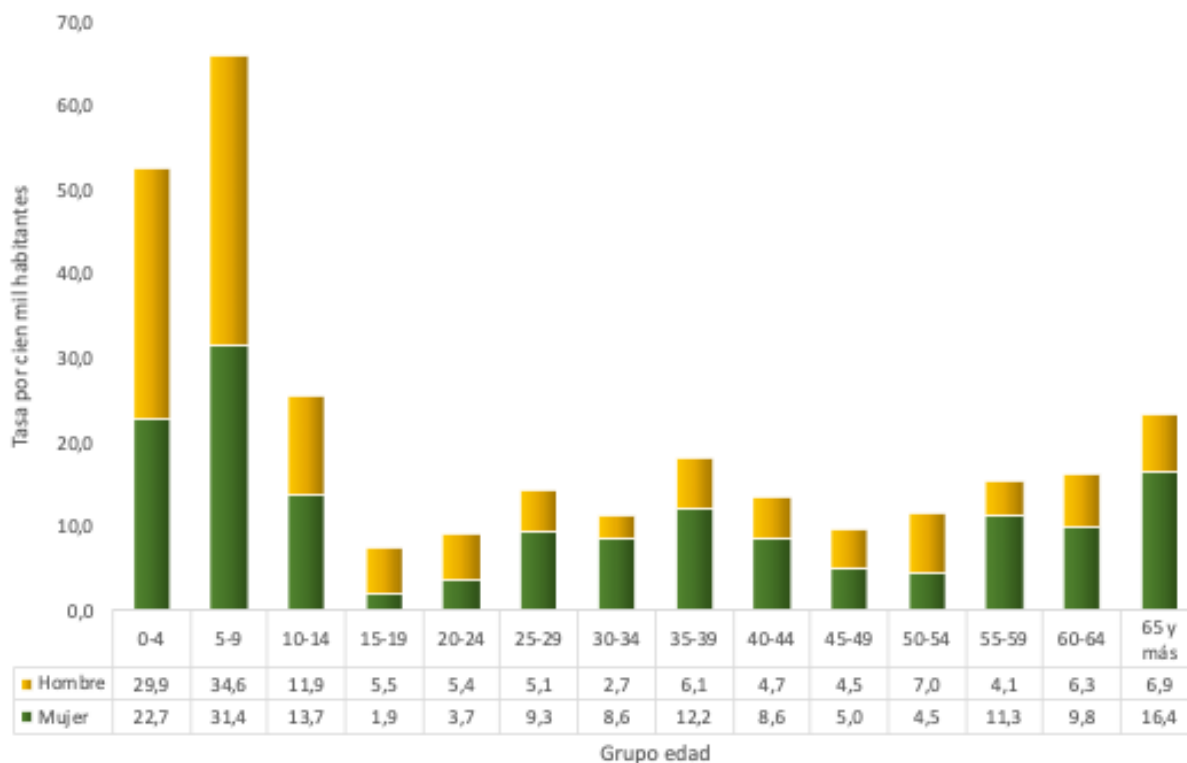
SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 5. Incidencias por sexo y rango de edad en Antioquia 2025



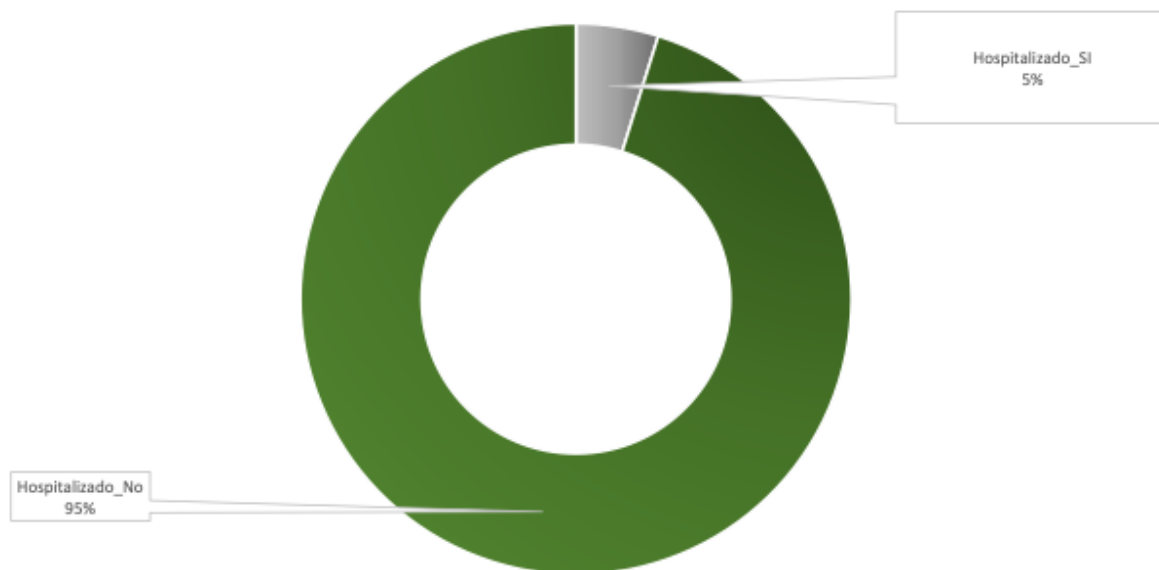
Por su parte, el porcentaje de casos según conducta evidencia que en su mayoría los casos fueron manejados ambulatoriamente (95% de los casos), un 5% requirió hospitalización y ningún paciente falleció por esta enfermedad (Figura 6).

Figura 6. Distribución porcentual de los casos de parotiditis según conducta en Antioquia 2025.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



Indicadores INS

Los indicadores de vigilancia del evento se calcularon con la información del SIVIGILA, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el protocolo de vigilancia epidemiológica del evento.

- Incidencia de parotiditis en población general: En el 2025 se confirmaron 10,4 casos nuevos de parotiditis /100.000 habitantes o personas en riesgo.
- Incidencia de parotiditis en menores de 5 años: En el 2025 se notificaron 26,4 casos nuevos de parotiditis /100.000 menores de 5 años.
- Brotes con investigación de campo y medidas de intervención: En el 2025 se registraron 2 brotes en el departamento con realización de investigación de campo en ambos casos.

5. DISCUSIÓN

Para 2025 parotiditis tuvo un decremento en cuanto al número de casos respecto a años previos; sin embargo, con persistencia de casos en el entorno. Si bien es una enfermedad inmunoprevenible, la persistencia de casos en parte puede deberse a su confirmación por clínica y no por laboratorio, lo que implica que en





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

muchos casos solo se tenga enfoque sindromático de la entidad que es explicada por muchas otras condiciones diferentes a infección por virus de la parotiditis. No obstante, se resalta el papel que ha jugado la vacunación en la reducción de casos en el país y en el departamento que para el 2025 alcanzó 10,4 casos por 100 mil habitantes (7).

Los quinquenios más afectados fueron entre 5 a 9 años, seguido por 0 y 4 años, y 10 y 14 años, en general son las mujeres las más afectadas salvo algunos rangos de edad, especialmente los menores de 9 años. Esta situación se ha evidenciado en algunos estudios descriptivos, aunque no es una constante y la evidencia es contradictoria en que el sexo influya como factor de riesgo en la transmisión (8, 9).

Los casos principalmente ocurrieron en zonas urbanas, pero en estratos 2 y 3 lo cual puede ser favorecido por ser los estratos de mayor volumen poblacional que tiene situaciones como contacto estrecho con enfermos, desconocimiento de medidas preventivas y subregistro de más casos que diseminan la enfermedad. Por lo anterior, es necesario seguir fortalecimiento la vigilancia en todos los municipios y en todos los estratos socioeconómicos, especialmente en aquellos donde no hay notificación de casos para reducir el subregistro y realizar intervención oportuna de brotes.

Los municipios con mayores incidencias en el departamento fueron municipios con bajo volumen de habitantes, por lo que identificar un caso elevó las incidencias respecto a otros municipios que presentaron casos y fueron de mayor volumen poblacional. Sin embargo, la mayor incidencia de casos confirmado para parotiditis en población general y menores de 5 años evaluado por subregión de procedencia fue procedente del Valle de Aburrá. Vale la pena mencionar que estos resultados pueden explicarse por el fortalecimiento en la identificación de esta enfermedad en muchas de las IPS de este territorio respecto a municipios más pequeños del departamento.

Por su parte, en el periodo evaluado se registraron 2 brotes de esta enfermedad en el departamento, en ambos brotes se realizaron acciones de contención, sin embargo, como acciones de mejora se debe fortalecer la adherencia a la toma de muestra ya que en ninguno de los dos brotes se tomó muestra específica para parotiditis, por lo que ambos brotes quedaron como presuntivos.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Finalmente, es importante tener en cuenta que esta enfermedad, aunque suele tener una evolución benigna, cuando afecta a adultos suele ser motivo de bajas laborales y/o hospitalización con repercusiones económicas y/o familiares para las personas y grupos. A pesar de la elevada cobertura vacunal que hay en la mayoría de los países, la acumulación de personas susceptibles (nacidas antes de la implementación de la vacuna y la población inmigrante no vacunada) nos debe mantener en alerta ante nuevos brotes de parotiditis en adultos.

6. CONCLUSIONES

- Las mujeres son las más afectadas por la enfermedad en términos generales, aunque dependiente del rango etario los hombres representan mayores incidencias
- El grupo poblacional más afectado es entre 5 y 9 años
- El Valle de Aburrá es la subregión más afectada en el departamento
- En su mayoría esta enfermedad tiene curso benigno, aunque puede generar brotes en grupos poblacionales específicos

7. LIMITACIONES

- En general se ha identificado pobre conocimiento por parte del talento humano de salud y personal de vigilancia de muchos municipios sobre la enfermedad, lo cual conlleva a no notificar y no profundizar sobre contactos estrechos para realizar intervenciones.
- Esta enfermedad se confirma desde la clínica como inflamación en glándulas parótidas precedidas de fiebre, sin embargo este cuadro puede ser explicado por otras causas diferentes al virus de parotiditis, por lo cual puede existir sobrediagnóstico de la enfermedad en los datos mostrados dado que no esta enfermedad no se vigila desde confirmación por laboratorio.
- Imposibilidad debida al hacinamiento o a condiciones de salubridad precarias en algunos lugares, para mantener la desinfección concurrente de lugares y objetos contaminados con secreciones nasofaríngeas de personas infectadas o enfermas.
- En ninguno de los brotes presentados se tomó muestra específica para el





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

virus de la parotiditis, por lo cual se desconoce la causa real de la clínica de los pacientes y no se puede asegurar específicamente que fue causado por este agente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud Pública. parotiditis código: 620. Equipo de Inmunoprevenibles. Subdirección de Prevención. Vigilancia y Control en Salud Pública.
2. Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles, informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Publicación Científica y Técnica No. 581. 17 Edición, Dr. James Chin.
3. Paperas, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards/vaccine-standardization/mumps>
4. Steven A. Rubin; Kathryn M. Carbone. Capítulo 231e: Parotiditis. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=114924655&bookid=1717#1137930878>
5. Measles, Rubella, and Mumps in Mexico: A National Serosurvey Highlighting Reemergence Risks. Archives of Medical Research. 2026. Salas-Lais AG, Fernandes-Matano L, Torres-Flores A, et al. New
6. Santacruz-Sanmartín E, Hincapié-Palacio D, Ospina MC, Perez-Toro O, Bernal-Restrepo LM, Buitrago-Giraldo S, Lenis-Ballesteros V, Díaz FJ. Seroprevalence of mumps in an epidemic period in Medellín, Colombia. Vaccine. 2015 Oct 13;33(42):5606-5612. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.08.088. Epub 2015 Sep 10. PMID: 26363380.
7. Instituto Nacional de Salud, Parotiditis XII 2025 del 29/11/2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/PAROTIDITIS%20PE%20XII%202025.pdf>
8. Recent Resurgence of Mumps in the United States. The New England Journal of Medicine. 2008. Dayan GH, Quinlisk MP, Parker AA, et al. Observational
9. Mumps-Related Disease Burden in Japan: Analysis of JMDC Health Insurance Reimbursement Data for 2005-2017. Journal of Epidemiology. 2021. Ohfuji S, Takagi A, Nakano T, et al.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Elaborado por:

Felipe Vargas Restrepo

Epidemiólogo Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia

Inmunopreveniblesp.sssa@antioquia.gov.co

Indicadores: Edison Giraldo López

Profesional en gerencia de sistemas de información en salud Secretaría de Salud
e Inclusión Social de Antioquia

edison.giraldo@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

