

# Comportamiento epidemiológico de la malaria en Antioquia, 2026

El paludismo o malaria es una enfermedad parasitaria transmitida por la picadura de mosquitos hembra del género Anopheles. Es causada por protozoos intracelulares del género Plasmodium, los cuales infectan los eritrocitos. Las especies de mayor importancia en humanos son Plasmodium falciparum, P. malariae, P. vivax y P. ovale; adicionalmente, se reconoce P. knowlesi, una especie cuyo reservorio principal son los primates no humanos, aunque también se han documentado infecciones en seres humanos, especialmente en regiones boscosas del sudeste asiático (1).

Periodo  
epidemiológico **5**

Desde el 26 de abril al 23 de Mayo

# BEA

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE ANTIOQUIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia

**Tema central:**

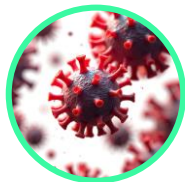
Comportamiento epidemiológico de la malaria en Antioquia, 2026

**Eventos trazadores:**

- Desnutrición en menores de cinco años
- Vigilancia integrada de la mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT
- Mortalidad materna
- Vigilancia Basada en la Comunidad (VBC)

**Tema complementario:**

Leishmaniasis

**Brotos y alertas****Comportamientos inusuales**

El **Boletín epidemiológico de Antioquia (BEA)** es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por la Secretaría de Salud e Inclusión Social de la Gobernación de Antioquia, mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud en el departamento y entidades territoriales.

Tiene en cuenta los acumulados semanales y los promedios históricos. Las cifras de casos y muertes que se publican en el BEA, **siempre están sujetas a estudio**. El BEA es un insumo para la comprensión del estado de los eventos en salud pública, pero igualmente se debe complementar con otras fuentes de información. Los datos aquí presentados son preliminares y están sujetos a los ajustes.

**Datos preliminares:**

Los datos presentados en este boletín son preliminares y están sujetos a los ajustes que surjan del proceso de validación del SIVIGILA.



## Tema Central

### Comportamiento epidemiológico de la malaria en Antioquia, 2026

Carlos Julio Montes Zuluaga

Bacteriólogo epidemiólogo, referente departamental de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria, zika)

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

La malaria, también conocida como paludismo, es una enfermedad infecciosa aguda de carácter febril que puede poner en riesgo la vida si no se diagnostica y trata oportunamente. Representa un importante desafío para la salud pública a nivel mundial, con más de 400 000 muertes cada año, afectando principalmente a la población infantil menor de cinco años.

La infección es causada por parásitos del género *Plasmodium*, entre los que se destacan *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* y *P. knowlesi*. Estos parásitos se transmiten al ser humano mediante la picadura de mosquitos hembra del género *Anopheles*, los cuales requieren sangre para completar su ciclo reproductivo.

En las etapas iniciales, la enfermedad puede ser asintomática; posteriormente, suele manifestarse con fiebre, escalofríos, sudoración, cefalea, vómito y diarrea. La gravedad del cuadro clínico depende de diversos factores, entre ellos la especie parasitaria involucrada, la carga parasitaria y el estado inmunológico del paciente, los cuales también influyen en el diagnóstico, la evolución clínica y el pronóstico de la enfermedad (2).

### Situación mundial

Se estima que la malaria ocasiona anualmente cerca de 219 millones de casos y más de 400 mil muertes en el mundo. La mayor carga de mortalidad se concentra en niños menores de cinco años, lo que la convierte en un importante problema de salud pública según la Organización Panamericana de la Salud.

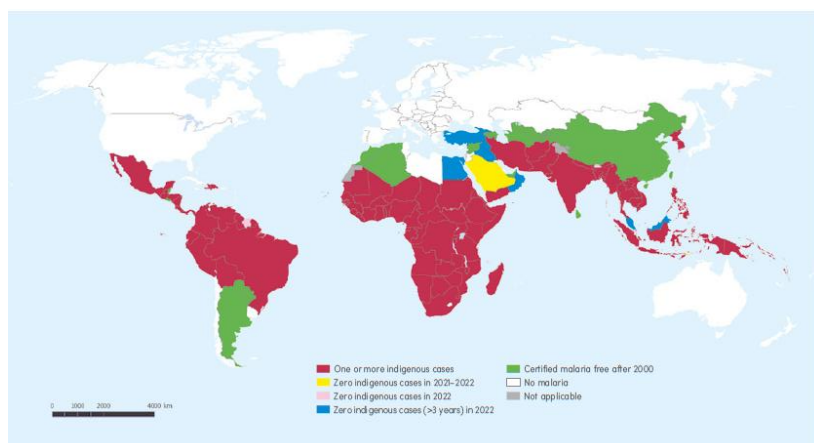
Los primeros síntomas de la enfermedad son inespecíficos y similares a los de otras infecciones virales sistémicas, por lo que constituye un diagnóstico diferencial frecuente en pacientes con síndrome febril agudo, especialmente en zonas endémicas. Las manifestaciones clínicas iniciales incluyen fiebre, cefalea, escalofríos, sudoración, fatiga, malestar general, dolor abdominal, mialgias y artralgias. En algunos pacientes, particularmente en niños pequeños, adultos mayores y mujeres gestantes, también pueden presentarse letargia, anorexia y tos.

En ausencia de diagnóstico y tratamiento oportunos, la enfermedad puede evolucionar hacia formas graves, con complicaciones como malaria cerebral, acidosis metabólica, anemia grave, hipoglucemia, insuficiencia renal aguda y edema pulmonar agudo, condiciones asociadas con un alto riesgo de mortalidad (1).

La malaria continúa representando un desafío para la salud pública mundial. Su control requiere la identificación de poblaciones en riesgo, el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la implementación sostenida de estrategias dirigidas a interrumpir la transmisión. Desde el año 2000, la Organización Mundial de la Salud

(OMS) ha intensificado las acciones para la eliminación de la malaria, realizando el seguimiento de indicadores clave en 67 países con menos de 100 casos autóctonos. De mantenerse esta tendencia, se proyecta que para el año 2030 aproximadamente 35 países podrían eliminar la transmisión de la enfermedad (3).

**Figura 1.** Países con casos autóctonos y su situación en 2022



**Fuente:** Informe Mundial sobre Malaria OMS, 2023

De acuerdo con el Informe Mundial sobre Malaria 2023 de la OMS, durante 2022 se estimaron 263 millones de casos y aproximadamente 597 000 muertes en 83 países con transmisión endémica. La Región de África concentró el 94 % de los casos y el 95 % de las defunciones, siendo los menores de cinco años la población más afectada. Más del 50 % de las muertes ocurrieron en cuatro países: Nigeria (30,9 %), República Democrática del Congo (11,3 %), Níger (5,9 %) y República Unida de Tanzania (4,3 %) (3).

Durante 2022, los principales incrementos en el número de casos se registraron en Pakistán, Etiopía, Nigeria, Uganda y Papúa Nueva Guinea. En comparación con el año 2015, cuando se estimaron aproximadamente 231 millones de casos, la incidencia mundial disminuyó de 81 casos por cada 1 000 habitantes en riesgo en el año 2000 a 57 casos por cada 1 000 habitantes en riesgo en 2019. Tras un incremento del 3 % observado en 2020, este indicador se ha mantenido estable durante los últimos tres años, alcanzando 58 casos por cada 1 000 habitantes en riesgo en 2022.

En 2022, 29 países concentraron el 95 % de los casos de malaria a nivel mundial, destacándose Nigeria (27 %), República Democrática del Congo (12 %), Uganda (5 %) y Mozambique (4 %), que en conjunto aportaron cerca de la mitad de la carga global de la enfermedad (4).

### Situación en las Américas

En 2023, la Región de las Américas registró 505 600 casos de malaria, lo que representa un incremento del 5 % respecto a 2022. Este comportamiento evidencia una desaceleración en el progreso hacia la meta regional de reducir los casos a 120 000 para el año 2025.

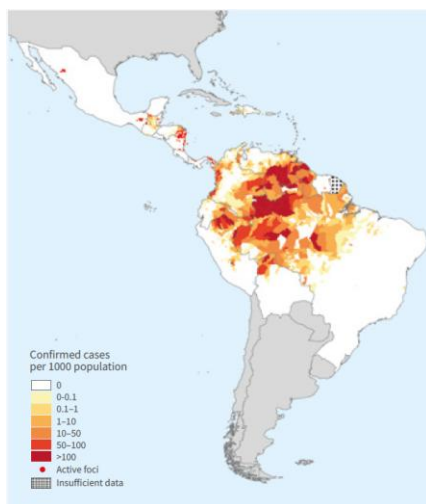
El 92 % de las infecciones se concentró en América del Sur, donde Brasil, Venezuela y Colombia aportaron aproximadamente el 80 % de los casos notificados. En este contexto, Colombia se destacó por



registrar el mayor número de infecciones por *Plasmodium vivax* en la región (5).

El 92 % de las infecciones se concentró en América del Sur, donde Brasil, Venezuela y Colombia aportaron aproximadamente el 80 % de los casos notificados. En este contexto, Colombia se destacó por registrar el mayor número de infecciones por *Plasmodium vivax* en la región (5).

**Figura 2.** Casos confirmados de malaria por 1.000 habitantes. Región de las Américas, 2022.



**Fuente:** Informe Mundial sobre Malaria OMS, 2023

El sexo masculino presenta mayor frecuencia de lesiones por pólvora, la población entre 18 y 44 años concentra el 61,30 % de los

eventos y los menores de edad representan el 32,40 % de los lesionados.

En cuanto a la actividad durante la lesión, la manipulación directa de artefactos pirotécnicos constituye la principal circunstancia asociada a la ocurrencia de lesiones. Otras circunstancias representan el 8,80 % de las notificaciones.

### Situación nacional

Colombia presenta condiciones ecológicas, climáticas y sociodemográficas que favorecen la transmisión de la malaria, especialmente en los territorios ubicados por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar. Se estima que cerca del 66 % de los municipios del país presentan condiciones propicias para la presencia del vector, lo que mantiene a la malaria como un evento de importancia en salud pública (6).

La transmisión de la enfermedad se concentra principalmente en cuatro macro focos: Pacífico, Magdalena Medio–Urabá, Amazonía–Orinoquía y Frontera con Venezuela, siendo la región Pacífica la que aporta la mayor proporción de casos notificados. En Colombia predomina la infección por *Plasmodium vivax*, seguida por *Plasmodium falciparum* y, en menor proporción, las infecciones mixtas (6,7).

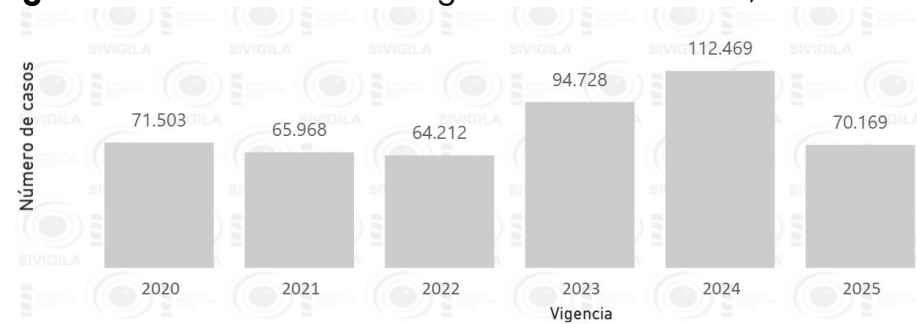
Con el propósito de avanzar hacia la eliminación de la malaria, el país adoptó la Estrategia Técnica Mundial para la Malaria 2016–2030 de la Organización Mundial de la Salud, fortaleciendo las

acciones de vigilancia, diagnóstico oportuno, tratamiento, control vectorial y participación comunitaria (8).

Como parte de este proceso, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2073 de 2023, mediante la cual se establecen los lineamientos técnicos y operativos para la implementación de la estrategia de eliminación de la malaria en Colombia. Posteriormente, la Resolución 2283 de 2023 definió los municipios priorizados para la implementación de dicha estrategia, fortaleciendo el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno mediante la participación de colaboradores voluntarios (ColVol) capacitados para la identificación y atención inicial de los casos (9,10).

La vigilancia en salud pública constituye un componente fundamental para orientar las acciones de prevención, control y eliminación de la enfermedad. En este contexto, las Unidades de Análisis permiten caracterizar los eventos de interés en salud pública mediante la integración de diferentes fuentes de información, facilitando la identificación de factores asociados y la formulación de intervenciones dirigidas a disminuir la transmisión y la morbimortalidad por malaria (11–13).

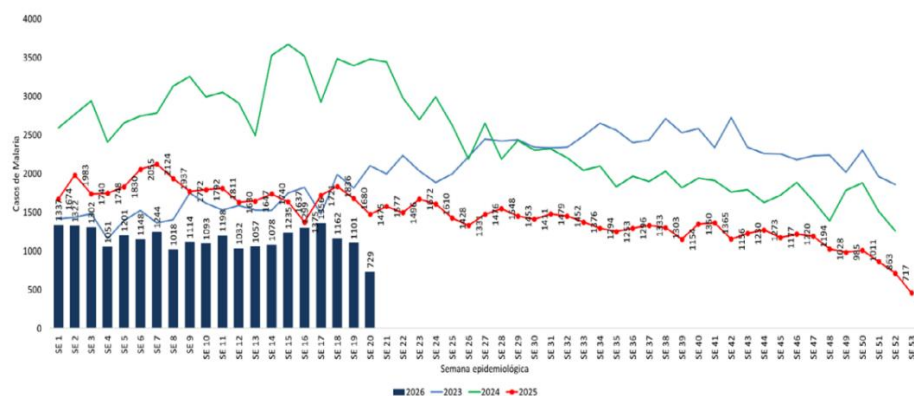
**Figura 3.** Casos de malaria según año. 2020 a 2025, Colombia



**Fuente:** Tablero de control a SE 20, INS

El comportamiento de la malaria en Colombia evidencia una tendencia variable durante los últimos años, influenciada por factores ambientales, sociales y operativos relacionados con la vigilancia y el acceso al diagnóstico. El análisis de la serie histórica permite identificar los cambios en la ocurrencia del evento y orientar las estrategias de intervención en los territorios con mayor riesgo.

**Figura 4.** Comportamiento epidemiológico de la malaria. Colombia, semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2023 a 2025 y semanas epidemiológicas 1 a 20 de 2026



**Fuente:** Boletín epidemiológico Nacional a SE 20 INS, 2026

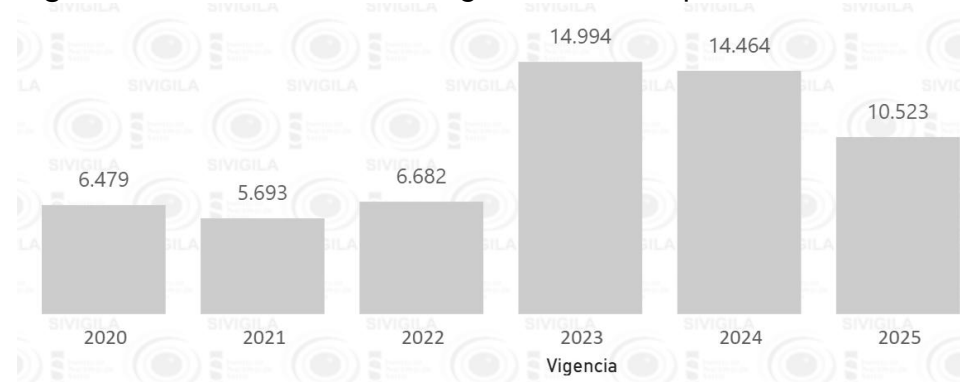
Con corte a la semana epidemiológica 20 de 2026, en Colombia se notificaron 23 077 casos de malaria, de los cuales 22 779 (98,7 %) correspondieron a malaria no complicada y 298 (1,3 %) a malaria complicada. Predominó la infección por *Plasmodium vivax* con 17 058 casos (73,9 %), seguida por *Plasmodium falciparum* con 5 771 casos (25,0 %) e infección mixta con 248 casos (1,1 %) (5).

### Situación en Antioquia

Antioquia es uno de los departamentos con mayor carga de malaria en Colombia, debido a la presencia de condiciones ambientales, ecológicas y sociales que favorecen la transmisión del parásito. Las subregiones de Bajo Cauca y Urabá concentran históricamente el mayor número de casos, aunque también se registra transmisión en municipios de las subregiones Nordeste,

Occidente y Norte, lo que evidencia la persistencia del evento en diferentes zonas del departamento.

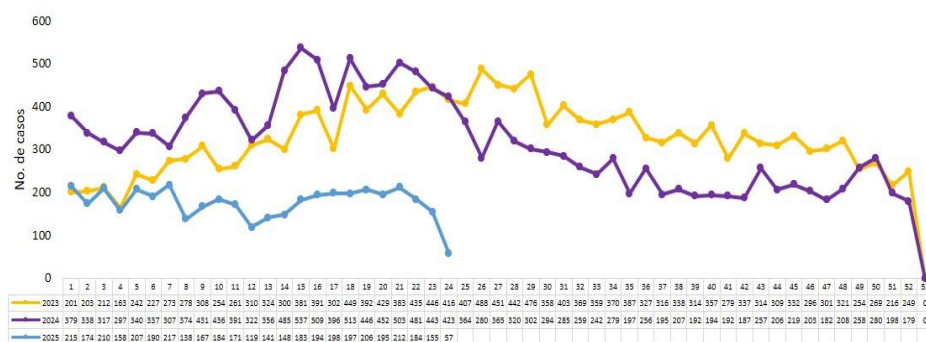
**Figura 5.** Casos de malaria según año. Antioquia, 2020–2025.



**Fuente:** Tablero de control a SE 20, INS

Con corte a la semana epidemiológica 20 de 2026, Antioquia notificó 3 994 casos de malaria al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). En comparación con los dos años inmediatamente anteriores, se observa un menor número de casos notificados; sin embargo, la interpretación de este comportamiento debe realizarse considerando el análisis histórico del evento y la metodología empleada para la vigilancia epidemiológica.

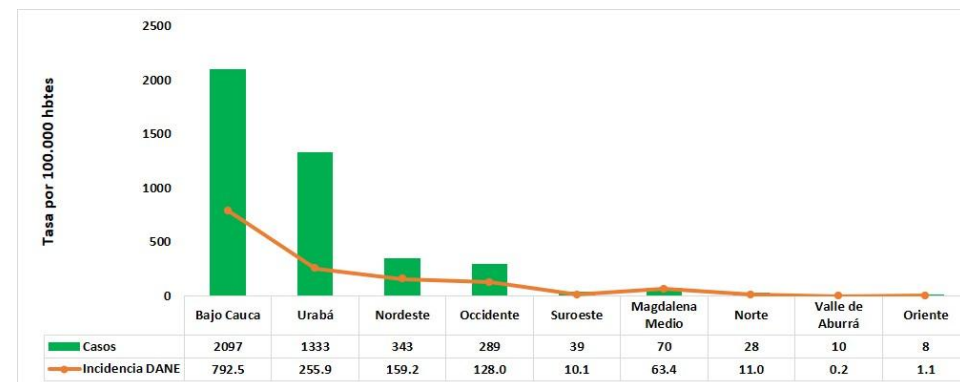
**Figura 6.** Casos de malaria notificados según semana epidemiológica. Antioquia, semanas epidemiológicas 1 a 20 de 2026 y comparación con años previos



**Fuente:** Sivigila

La incidencia departamental fue de 60,9 casos por 100 000 habitantes, siendo la subregión Bajo Cauca la que presentó el mayor riesgo, con una incidencia aproximada de 2 097 casos por 100 000 habitantes, seguida por Urabá y Nordeste.

**Figura 7.** Incidencia de malaria según subregión. Antioquia, 2026



**Fuente:** Sivigila

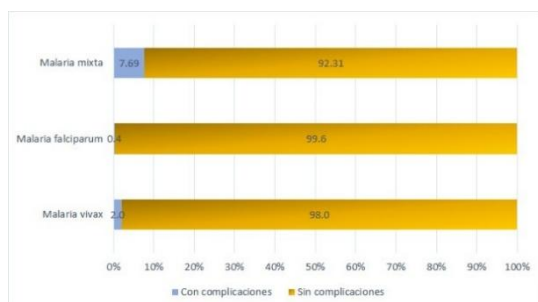
En Antioquia predomina la circulación de *Plasmodium vivax*, con una relación aproximada de ocho casos por cada caso de *Plasmodium falciparum*. Según la especie parasitaria, se registran 2,9 casos por 100.000 habitantes para *Plasmodium vivax* y 0,4 casos por 100.000 habitantes para *Plasmodium falciparum*. Con base en la incidencia observada, el departamento se clasifica con un riesgo medio para malaria, en el que predomina la transmisión por *Plasmodium vivax*.

Del total de casos de malaria registrados en el departamento, el 1,5% se clasificó como malaria complicada. Al analizar la frecuencia de complicaciones según la especie parasitaria, se observó que la mayor proporción correspondió a los casos de malaria mixta, en los que el 7,7% presentó complicaciones, seguida de la malaria por *Plasmodium vivax* (2,0%) y por *Plasmodium falciparum* (0,4%). No obstante, en todas las especies predominó la malaria no complicada, con proporciones superiores al 92%, lo que evidencia



que la mayoría de los casos fueron diagnosticados y manejados antes del desarrollo de complicaciones.

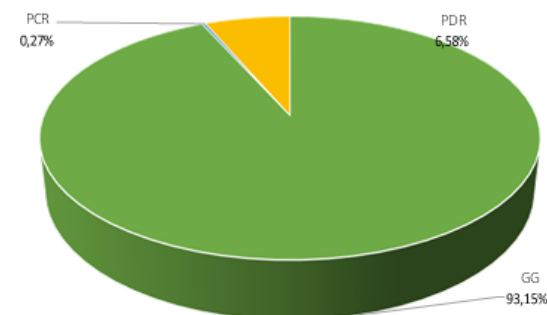
**Figura 8.** Distribución de los casos de malaria complicada según especie de Plasmodium. Antioquia, 2026



**Fuente:** Siviigila

Con relación a la capacidad diagnóstica en el territorio antioqueño, se observa que la mayor proporción de los casos continúa siendo diagnosticada mediante gota gruesa, considerada la prueba de referencia para el diagnóstico de malaria. No obstante, se evidencia la incorporación progresiva de nuevas tecnologías diagnósticas, como las pruebas de diagnóstico rápido y las técnicas de biología molecular (Figura 10).

**Figura 9.** Distribución de las pruebas diagnósticas utilizadas para la confirmación de malaria. Antioquia, 2026



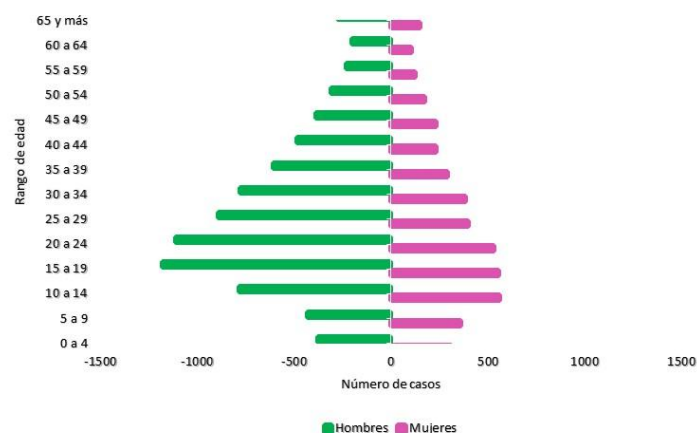
**Fuente:** Siviigila

Esta información puede contribuir al mejoramiento del indicador de oportunidad diagnóstica para el evento, el cual se mide como el número de días transcurridos entre el inicio de los síntomas y la confirmación diagnóstica, estableciendo como meta un máximo de dos días. Para el año 2026, en el departamento de Antioquia, este indicador alcanzó un cumplimiento del 30,4 %, lo que evidencia oportunidades de fortalecimiento en el acceso al diagnóstico oportuno.

La Tabla 1 presenta la distribución de los casos de malaria por municipio y subregión. Es importante destacar que los casos notificados con procedencia de la subregión Valle de Aburrá deben ser revisados y ajustados en la variable de procedencia, dado que en esta subregión no se ha documentado transmisión autóctona de malaria.

Con el fin de caracterizar el comportamiento del evento en el territorio, se analizaron las principales variables sociodemográficas de los casos notificados. En términos generales, la malaria afectó aproximadamente a dos hombres por cada mujer, observándose una mayor frecuencia de casos en la población en edades económicamente productivas.

**Figura 10.** Distribución de los casos de malaria según edad y sexo. Antioquia, 2026



**Fuente:** Sivigila

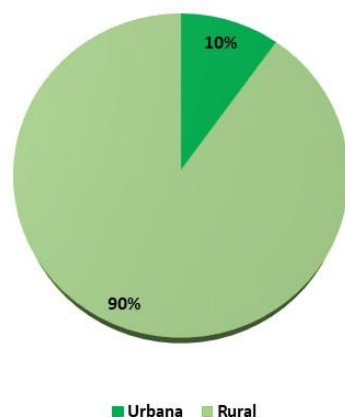
La malaria se asocia principalmente con áreas rurales, comportamiento que también se evidencia en los casos notificados en Antioquia durante 2026 (Figura 12). No obstante, es importante analizar los casos registrados en zonas urbanas, considerando que algunos centros poblados y cabeceras municipales conservan características de ruralidad que pueden favorecer la transmisión del evento.

**Tabla 1.** Casos de malaria en Antioquia, según subregión y municipio. Antioquia, 2026.

| SUBREGION          | MUNICIPIO             | Malaria vivax |       | Malaria Falciparum |       | Malaria Mixta |         | Total Malaria | Incidencia por 100.000 hbtes |
|--------------------|-----------------------|---------------|-------|--------------------|-------|---------------|---------|---------------|------------------------------|
|                    |                       | Casos         | hbtes | Casos              | hbtes | Casos         | hbtes   |               |                              |
| TOTAL DEPARTAMENTO |                       | 3.716         | 255   | 3                  | 3     | 3.974         | 289,2   |               |                              |
| MAGDALENA MEDIO    |                       | 67            | 0     | 0                  | 0     | 67            | 144,9   |               |                              |
|                    | Caracolí              | 1             | 0     | 0                  | 0     | 1             | 58,5    |               |                              |
|                    | Maceo                 | 1             | 0     | 0                  | 0     | 1             | 20,1    |               |                              |
|                    | Puerto Berrio         | 5             | 0     | 0                  | 0     | 5             | 92,3    |               |                              |
|                    | Puerto Nare           | 1             | 0     | 0                  | 0     | 1             | 10,4    |               |                              |
|                    | Yondó                 | 59            | 0     | 0                  | 0     | 59            | 641,0   |               |                              |
| BAJO CAUCA         |                       | 1.887         | 85    | 1                  | 1     | 1.973         | 729,8   |               |                              |
|                    | Cáceres               | 340           | 11    | 1                  | 1     | 352           | 1.122,2 |               |                              |
|                    | Caucasia              | 114           | 5     | 0                  | 0     | 119           | 120,8   |               |                              |
|                    | El Bagre              | 771           | 44    | 0                  | 0     | 815           | 1.437,9 |               |                              |
|                    | Nechí                 | 373           | 10    | 0                  | 0     | 383           | 1.363,0 |               |                              |
|                    | Tarazá                | 98            | 1     | 0                  | 0     | 99            | 337,8   |               |                              |
|                    | Zaragoza              | 191           | 14    | 0                  | 0     | 205           | 776,8   |               |                              |
| URABÁ              |                       | 1.124         | 138   | 2                  | 2     | 1.264         | 240,4   |               |                              |
|                    | Apartadó              | 140           | 5     | 2                  | 2     | 147           | 111,1   |               |                              |
|                    | Arboletes             | 7             | 1     | 0                  | 0     | 8             | 40,3    |               |                              |
|                    | Carepa                | 23            | 0     | 0                  | 0     | 23            | 43,8    |               |                              |
|                    | Chigorodó             | 261           | 3     | 0                  | 0     | 264           | 421,2   |               |                              |
|                    | Murindó               | 47            | 16    | 0                  | 0     | 63            | 1.181,5 |               |                              |
|                    | Mutatá                | 209           | 13    | 0                  | 0     | 222           | 1.465,5 |               |                              |
|                    | Necoclí               | 27            | 1     | 0                  | 0     | 28            | 61,1    |               |                              |
|                    | San Juan de Urabá     | 16            | 4     | 0                  | 0     | 20            | 149,3   |               |                              |
|                    | San Pedro de Urabá    | 51            | 3     | 0                  | 0     | 54            | 161,7   |               |                              |
|                    | Turbo                 | 239           | 25    | 0                  | 0     | 264           | 194,9   |               |                              |
|                    | Vigía del Fuerte      | 104           | 67    | 0                  | 0     | 171           | 1.740,1 |               |                              |
| NORDESTE           |                       | 311           | 13    | 0                  | 0     | 324           | 275,7   |               |                              |
|                    | Amalfi                | 6             | 0     | 0                  | 0     | 6             | 54,7    |               |                              |
|                    | Anorí                 | 104           | 6     | 0                  | 0     | 110           | 1.063,5 |               |                              |
|                    | Remedios              | 46            | 1     | 0                  | 0     | 47            | 288,3   |               |                              |
|                    | San Roque             | 2             | 0     | 0                  | 0     | 2             | 13,7    |               |                              |
|                    | Segovia               | 146           | 6     | 0                  | 0     | 152           | 368,7   |               |                              |
|                    | Vegachi               | 4             | 0     | 0                  | 0     | 4             | 119,7   |               |                              |
|                    | Yolombó               | 3             | 0     | 0                  | 0     | 3             | 19,1    |               |                              |
| OCCIDENTE          |                       | 250           | 12    | 0                  | 0     | 262           | 220,7   |               |                              |
|                    | Cañasgordas           | 3             | 0     | 0                  | 0     | 3             | 29,6    |               |                              |
|                    | Dabeiba               | 65            | 9     | 0                  | 0     | 74            | 298,8   |               |                              |
|                    | Frontino              | 175           | 3     | 0                  | 0     | 178           | 807,3   |               |                              |
|                    | San Jerónimo          | 2             | 0     | 0                  | 0     | 2             | 23,7    |               |                              |
|                    | Santa Fe de Antioquia | 2             | 0     | 0                  | 0     | 2             | 22,1    |               |                              |
|                    | Uramita               | 1             | 0     | 0                  | 0     | 1             | 21,6    |               |                              |
| NORTE              |                       | 24            | 3     | 0                  | 0     | 27            | 177,1   |               |                              |
|                    | Briceño               | 1             | 0     | 0                  | 0     | 1             | 19,0    |               |                              |
|                    | Valdivia              | 17            | 1     | 0                  | 0     | 18            | 180,5   |               |                              |
| ORIENTE            |                       | 8             | 0     | 0                  | 0     | 8             | 24,5    |               |                              |
|                    | Cocorná               | 1             | 0     | 0                  | 0     | 1             | 11,8    |               |                              |
|                    | San Francisco         | 1             | 0     | 0                  | 0     | 1             | 32,8    |               |                              |
| SUROESTE           |                       | 34            | 4     | 0                  | 0     | 38            | 34,8    |               |                              |
|                    | Andes                 | 1             | 0     | 0                  | 0     | 1             | 4,5     |               |                              |
|                    | La Pintada            | 5             | 1     | 0                  | 0     | 6             | 751,9   |               |                              |
|                    | Urrao                 | 25            | 3     | 0                  | 0     | 28            | 86,5    |               |                              |
| VALLE DE ABURRÁ    |                       | 11            | 0     | 0                  | 0     | 11            | 7,9     |               |                              |
|                    | Barbosa               | 1             | 0     | 0                  | 0     | 1             | 3,4     |               |                              |
|                    | Bello                 | 1             | 0     | 0                  | 0     | 1             | 6,7     |               |                              |
|                    | Itagüí                | 2             | 0     | 0                  | 0     | 2             | 8,6     |               |                              |
|                    | Medellín              | 5             | 0     | 0                  | 0     | 5             | 12,2    |               |                              |

**Fuente:** Sivigila

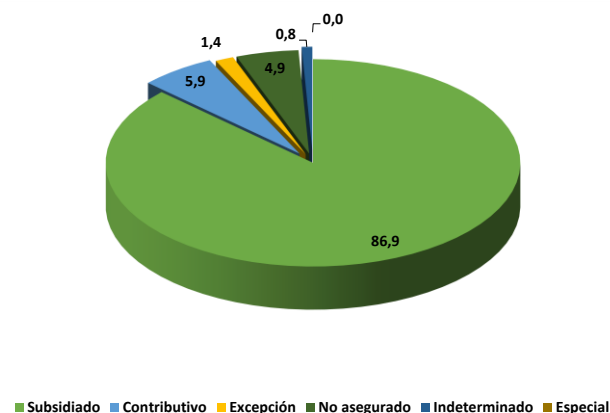
**Figura 11.** Distribución de los casos de malaria según área de procedencia. Antioquia, 2026



**Fuente:** Sivigila

En cuanto al régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 87,0 % de los casos correspondió al régimen subsidiado, comportamiento consistente con la mayor ocurrencia de la enfermedad en zonas rurales del departamento.

**Figura 12.** Distribución porcentual de los casos de malaria según régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Antioquia, 2026

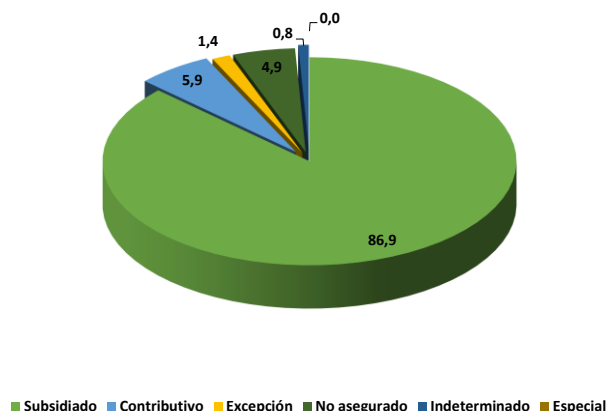


**Fuente:** Sivigila

Respecto a la pertenencia étnica, se observó una proporción importante de casos en población indígena y afrodescendiente, lo que refleja la persistencia de la transmisión en territorios donde estas comunidades tienen una presencia significativa.

## Recomendaciones

**Figura 13.** Distribución porcentual de los casos de malaria según pertenencia étnica. Antioquia, 2026.



**Fuente:** Sivigila

Con corte a la fecha de análisis, en el departamento de Antioquia se notificaron 17 mujeres gestantes con diagnóstico confirmado de malaria, población que requiere especial seguimiento debido al mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales asociadas a la enfermedad.

Los hallazgos descritos evidencian la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica de la malaria en el departamento, priorizando el diagnóstico oportuno, la investigación epidemiológica de los casos y el aseguramiento de la calidad de la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Estas acciones permitirán orientar de manera más precisa las intervenciones de prevención,

control y eliminación de la enfermedad en los territorios con mayor riesgo.

- Fortalecer las acciones de información, educación y comunicación dirigidas a la comunidad, con el fin de mejorar la percepción del riesgo, promover el reconocimiento oportuno de los signos y síntomas de alarma, incentivar la consulta temprana a los servicios de salud y favorecer el cumplimiento del tratamiento para malaria.
- Considerando el comportamiento epidemiológico registrado en Colombia desde mayo de 2023, incluyendo el departamento de Antioquia, se recomienda fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y respuesta en todo el territorio departamental, sin limitar las intervenciones a los municipios históricamente endémicos. Las dinámicas sociales, económicas, migratorias, climáticas y ambientales pueden modificar el riesgo de transmisión y favorecer la aparición de casos en territorios previamente considerados de bajo riesgo.
- Fortalecer la articulación entre las entidades territoriales, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el propósito de mejorar la oportunidad diagnóstica, garantizar el tratamiento oportuno, fortalecer la vigilancia epidemiológica e implementar de manera integral las acciones de promoción de la salud, prevención y control vectorial, con el fin de disminuir la transmisión y la carga de enfermedad por malaria en el departamento.



## Conclusiones

- La malaria constituye uno de los principales eventos de interés en salud pública que aporta una importante carga de morbilidad en la población antioqueña durante el año 2026, evidenciando un comportamiento que requiere seguimiento permanente por parte del sistema de vigilancia en salud pública.

## Referencias

- El 1,5 % de los casos notificados correspondió a malaria complicada, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la percepción del riesgo en la comunidad, promover el reconocimiento oportuno de los signos y síntomas de alarma y garantizar la atención integral de los pacientes con malaria.
- Es necesario fortalecer el conocimiento de la enfermedad, así como el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma, con el fin de promover la consulta oportuna a los servicios de salud y la realización temprana de pruebas diagnósticas, contribuyendo a mejorar la oportunidad diagnóstica y al inicio oportuno del tratamiento para disminuir la transmisión del parásito.
- Se hace necesario fortalecer de manera articulada las acciones de vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, tratamiento y control vectorial, con el propósito de disminuir la transmisión de la malaria y su impacto en la población del departamento de Antioquia.

- La identificación de casos con procedencia registrada en municipios del Valle de Aburrá, donde no se ha documentado transmisión autóctona de malaria, evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de verificación y ajuste de la variable de procedencia durante la investigación epidemiológica, con el fin de mejorar la calidad de la información del SiviGila y garantizar la adecuada interpretación del comportamiento del evento en el departamento.

1. (World Health Organization & Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022)
2. Nazari N, Hamzavi Y, Rezaei M, Khoshbo P. A brief review of malaria epidemiological trend in Kermanshah province, Iran, 1986 – 2014. J Med Life. 2022 Mar;15(3):392–396. doi: 10.25122/jml-2021-0374. PMID: 35449995; PMCID: PMC9015178. [Internet] 2022. Fecha de consulta: 10 de mayo de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9015178/>
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016–2030 [Internet] 19 de julio de 2021. Fecha de consulta: 2 de mayo de 2025. Disponible en: [https://reliefweb.int/report/world/who-global-technical-strategy-malaria-2016-2030-2021update?psafe\\_param=1&gclid=Cj0KCQjwOkBhDIARIsAL6LordGGZzCgOpMmtYQY8mBVT20BTooVdxCf4c0PZIO8Lrd8A5wNLEako8aAgi eEALw\\_wcB](https://reliefweb.int/report/world/who-global-technical-strategy-malaria-2016-2030-2021update?psafe_param=1&gclid=Cj0KCQjwOkBhDIARIsAL6LordGGZzCgOpMmtYQY8mBVT20BTooVdxCf4c0PZIO8Lrd8A5wNLEako8aAgi eEALw_wcB).
4. Organización Mundial de la Salud. El Informe anual de la OMS sobre el paludismo pone de relieve la creciente amenaza del cambio climático. Fecha de consulta: 25 abril 2025, Disponible en:

<https://www.who.int/es/news/item/30-11-2023-who-s-annual-malaria-report-spotlights-the-growing-threat-of-climate-change>.

5. Instituto Nacional de Salud. Informe Boletín epidemiológico semanal, Colombia, 2023. 2024 [cited 2025 May Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026\_Boletin\_epidemiologico\_semana\_20.pdf

6. Instituto Nacional de Salud. (2025). Boletín epidemiológico semanal 17 de 2025. Boletín epidemiológico semanal, 1-47. Fecha de consulta: 19 mayo 2025, Disponible en: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.17>. 7. Ministerio de Salud y Protección social. Páginas - Abastecimiento de Medicamentos. Gov.co. Recuperado el 22 de julio de 2024, <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/desabastecimiento.aspx>.



## Eventos trazadores

### Desnutrición en niñas y niños menores de 5 años

Carolina Castañeda Vásquez

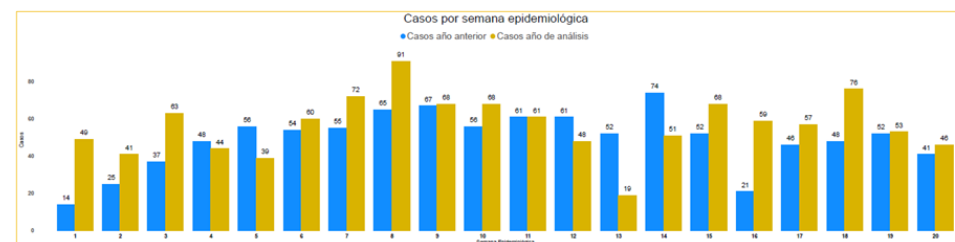
Nutricionista epidemióloga referente departamental de la vigilancia de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 Años

Secretaría de Salud e Inclusión Social  
Gobernación de Antioquia

En 2026, corte a periodo epidemiológico IV, el acumulado de casos notificados por desnutrición aguda en menores de 5 años es de 1133 lo que corresponde a una prevalencia de 0,27 casos por cada 100 niños y niñas menores de cinco años. En comparación con el mismo período de 2025, cuando se notificaron 1.320 casos (prevalencia de 0,32 por 100 menores de cinco años), se evidencia una disminución del 14,2% en el número de casos y una reducción de la prevalencia departamental.

Del total de casos notificados, el 13,0% fue identificado mediante Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) y el 5,0% mediante Búsqueda Activa Institucional (BAI), lo que refleja la contribución de estas estrategias en la detección temprana del evento. Durante el período analizado se notificó un promedio de 56,6 casos por semana, con fluctuaciones propias del comportamiento epidemiológico y una tendencia inferior a la observada en el mismo período del año anterior.

**Figura 1.** Casos de desnutrición notificados por semana epidemiológica a periodo epidemiológico IV. Antioquia, 2025 – 2026.



**Fuente:** Sivigila

La mayor prevalencia del evento se registró en la subregión de Urabá (0,35 casos por 100 menores de cinco años), seguida de Nordeste (0,31), Norte (0,28) y Occidente (0,28), todas por encima de la prevalencia departamental. En contraste, Suroeste (0,18) y Magdalena Medio (0,19) presentaron las menores prevalencias. A nivel municipal, las prevalencias más elevadas se observaron en Murindó (1,34), San José de la Montaña (1,04), Mutatá (1,01), Vegachí (0,98), Frontino (0,83) y Necoclí (0,81).

El 25,1% de los casos notificados cumple criterios para reincidencia, proporción que representa una reducción de 4,1 puntos porcentuales frente al mismo período de 2025. Los municipios con mayor cantidad de casos reincidentes reportados son Medellín, Bello, Carepa, Guarne, e Itagüí; no obstante, los municipios con mayor proporción de casos reincidentes son Betania, Caramanta, Cocorná, Concepción, Entreríos, Gómez Plata y San Pedro de Los Milagros, cada uno de con 100% de reincidencia.

En cuanto a las características relevantes de los casos notificados en 2026 a semana epidemiológica 20, la mayor proporción reside en el área urbana (69,81%), son de sexo masculino (56,39%), menores de 3 años (68,0%), régimen de afiliación subsidiado (62,6%). Al momento de la captación y notificación del caso, el 24,0% (276 casos) se encontraba hospitalizado por el evento, 0,97% (11 menores) no tenían afiliación a salud, al 12,97% (147 casos) se registró no activación de la ruta de atención integral para la desnutrición. El tipo de desnutrición que más se notifica es moderada (94,1%), lo cual es positivo pues la captación es más oportuna, así como la atención integral para prevenir las desnutriciones severas, complicaciones o mortalidad por esta condición. La inscripción a ruta de promoción y mantenimiento de la salud continúa siendo un reto ya que se encuentra en el 75,64% de los casos, al igual que la duración de lactancia materna que está en promedio 9,63 meses.

**Figura 2.** Indicadores críticos en casos de desnutrición aguda notificados a semana epidemiológica 20 de 2026



**Fuente:** Sivigila

## Vigilancia integrada de la mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT

Edisson Giovanni Sánchez Medina

Médico epidemiólogo referente departamental de la vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA Y DNT

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

En el periodo epidemiológico V del año 2026, se realizó la notificación inmediata de 11 casos de muertes en menores de 5 años, de los cuales nueve fueron notificados por Antioquia y un caso por Choco y Córdoba. De estos casos notificados tenemos siete casos residentes en Antioquia, dos en Choco y uno en Norte de Santander y Risaralda.

Los casos notificados por Antioquia con residencia en otros departamentos, obedece a los centros hospitalarios de referencia con los que cuenta Antioquia, siendo los municipios de Medellín, Apartadó y Rionegro

Con respecto a los siete casos residentes de Antioquia, seis de ellos fueron notificados con priorización de Infección Respiratoria Aguda (IRA), y un caso priorizado por desnutrición aguda del municipio de Andes concomitante de enfermedad diarreica aguda (EDA), estas pendientes por unidad de análisis para determinar causalidad definitiva y conclusión.

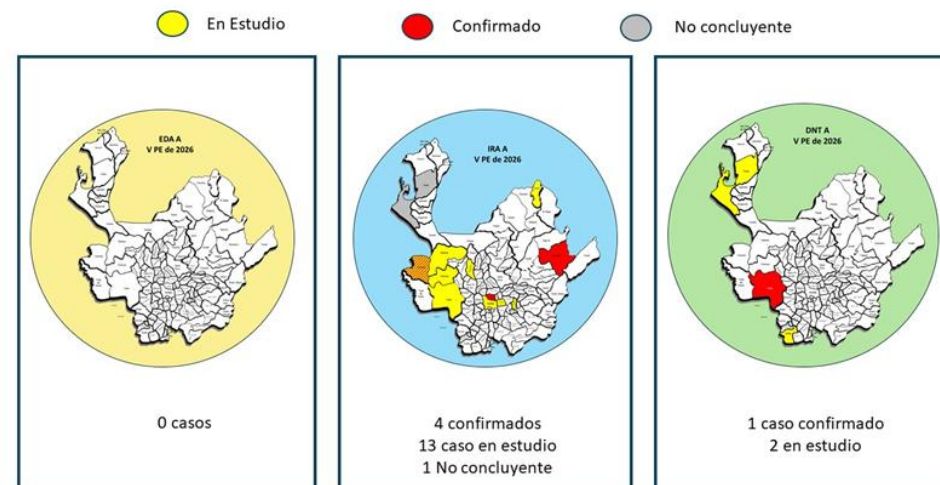
En estos siete menores residentes de Antioquia, dos pertenecen a comunidad indígena, preliminarmente dos de los menores con priorización respiratoria, tienen tipificado tos ferina, uno de estos

descartado para el evento 591, teniendo en cuenta que la menor presentaba comorbilidades desde el nacimiento que la predisponía a procesos infecciosos de esta índole.

A semana epidemiológica 20, se presenta un incremento en la notificación del 28.5% con respecto al periodo epidemiológico IV, de los cuales se tuvieron siete casos notificados por Antioquia, generando un incremento de 37,5%, de los casos notificados por los diferentes municipios y departamentos. De los casos residentes de Antioquia, no encontramos en un comportamiento estable teniendo en cuenta que para el periodo IV tuvimos siete casos y siete en el V periodo, sin embargo, se encuentran en estudio las clasificaciones finales de estos casos.

La siguiente figura presenta la distribución de los casos notificados con corte a la semana epidemiológica 20, clasificados según el estado de las unidades de análisis. La información es preliminar y puede modificarse una vez finalicen los procesos de análisis y validación de los casos.

**Figura 1.** Distribución de casos en el departamento según evento priorización y municipio de residencia



**Fuente:** Sivigila (P\*)

\* Información preliminar, sujeta a ajustes por depuración de la base de datos y unidades de análisis.



## Mortalidad materna

Catalina Echeverry Querubín

Médica epidemióloga referente departamental de la vigilancia de mortalidad materna y morbilidad materna extrema

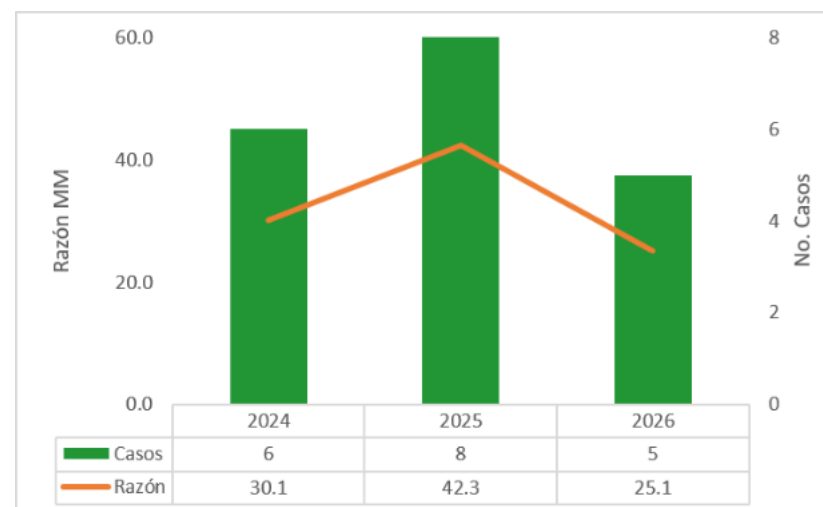
Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

Con corte al período epidemiológico V de 2026, el departamento acumuló cinco casos de mortalidad materna, sin registrarse nuevos casos con respecto al período epidemiológico IV. De las cinco muertes maternas notificadas durante 2026, tres correspondieron a residentes de la subregión Bajo Cauca, una del Valle de Aburrá y una de Occidente. Según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tres mujeres estaban afiliadas a Coosalud EPS (dos al régimen subsidiado y una al contributivo) y dos a Savia Salud EPS (ambas del régimen subsidiado).

La Figura 1 presenta el comportamiento de los casos y la razón de mortalidad materna en Antioquia, con corte al período epidemiológico V, durante el período 2024–2026. En comparación con 2025, durante 2026 se observa una reducción en el número de muertes maternas y en la razón de mortalidad materna; sin embargo, esta diferencia no alcanza significancia estadística, por lo que el comportamiento del evento debe continuar bajo seguimiento epidemiológico.

**Figura 1.** Tendencia de los casos y de la razón de mortalidad materna. Antioquia, período epidemiológico V, 2024–2026



**Fuente:** Bases cerradas DANE 2024. Datos preliminares. Numerador: Sivigila 2025 y 2026 (fecha de consulta: 01/06/2026). Denominador: RUAF 2025 (fecha de consulta: 05/2026) y RUAF 2026 (fecha de consulta: 28/05/2026)

La subregión Bajo Cauca presentó un incremento inusual y estadísticamente significativo en la mortalidad materna. Entre 2020 y 2025 se registró un promedio anual de 0,83 muertes maternas, mientras que en 2026 se notificaron tres casos, comportamiento que supera lo esperado para esta subregión y resalta la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, la identificación temprana de gestantes con factores de riesgo y el acceso oportuno a la atención materna integral.

Las causas y la tipología de la mortalidad materna presentaron variaciones durante el período 2024–2026. En 2024 se registró igual número de muertes maternas directas e indirectas; en 2025 predominaron las muertes por causas directas, mientras que en 2026 se observó un mayor número de muertes por causas indirectas.

Entre las muertes maternas directas, en 2024 los casos estuvieron asociados a trastornos hipertensivos asociados al embarazo (THAE). En 2025 predominó la hemorragia obstétrica severa, además de un caso por THAE y otro por sepsis obstétrica. Para 2026 se notificó un caso por THAE y otro por embolismo de líquido amniótico.

Al analizar las muertes por causas indirectas, en 2024 se presentaron muertes por descompensación de patología de base (Lupus Eritematoso Sistémico), otro caso por complicación hemorrágicas intracerebrales y otro por infarto agudo de miocardio. En 2025, se presentó un caso por miocarditis aguda y otro por malaria. En 2026 se han presentado casos por descompensación de patología de base (cáncer tipo leucemia), otro caso por miocarditis aguda fulminante y el otro caso por sepsis no obstétrica en mujer con discapacidad motora tipo distrofia muscular.

**Tabla 1.** Comparativo de la clasificación por tipo y causa de la mortalidad materna. Antioquia, PE 5 2024 a 2026

| Causa / Año                     | 2024     | 2025     | 2026     |
|---------------------------------|----------|----------|----------|
| <b>Directa</b>                  | <b>3</b> | <b>6</b> | <b>2</b> |
| Preeclampsia severa / Eclampsia | 3        | 1        | 1        |
| Hemorragia severa               | 0        | 4        | 0        |
| Embolismo de líquido amniótico  | 0        | 0        | 1        |
| Sepsis obstétrica               | 0        | 1        | 0        |
| <b>Indirecta</b>                | <b>3</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |
| Otras indirectas                | 3        | 0        | 0        |
| Indirecta: miocarditis aguda    | 0        | 1        | 1        |
| Indirecta: malaria              | 0        | 1        | 0        |
| Indirecta: cáncer               | 0        | 0        | 1        |
| Indirecta: sepsis no obstétrica | 0        | 0        | 1        |
| <b>Antioquia</b>                | <b>6</b> | <b>8</b> | <b>5</b> |

**Fuente:** Datos bases cerradas DANE 2024. Datos preliminares SIVIGILA 2025 y 2026

Durante el período epidemiológico V de 2026 no se notificaron nuevos casos de mortalidad materna en Antioquia, por lo que el acumulado departamental permaneció en cinco casos.

## Vigilancia Basada en la Comunidad

Leidy Johana Cardona Giraldo

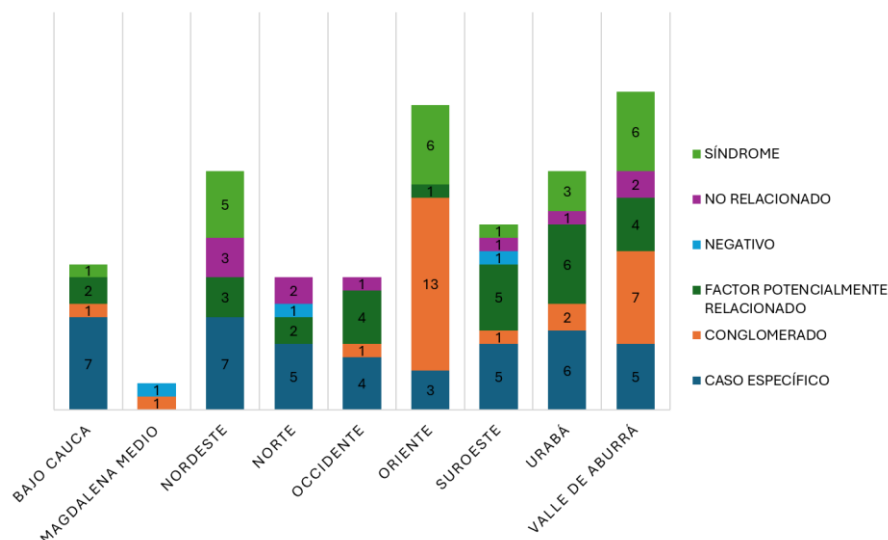
Profesional universitario. Vigilancia Basada en la Comunidad

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

En el marco de la estrategia de Vigilancia Basada en Comunidad – VBC para el periodo epidemiológico número cinco se realiza la captación de un total de 127 Situaciones de Interés en Salud Pública – SISP, las cuales fueron registradas en 84 ocasiones por vigías y 43 por gestores de un total de 50 municipios del departamento. Según el nivel de afectación poblacional en las situaciones reportadas se indica que 54 son de orden colectivo y 73 individuales.

**Figura 1.** Comportamiento reporte SISP por categoría y subregión periodo epidemiológico 5 - 2026



**Fuente:** Sivigila, módulo VBC

La consolidación de las situaciones de salud notificadas por los diferentes municipios del departamento permite identificar eventos que requieren intervención inmediata, seguimiento epidemiológico o acciones intersectoriales. El comportamiento observado evidencia una predominancia de eventos relacionados con síndromes exantemáticos, factores ambientales y algunos eventos específicos de interés en salud pública, así:

- 42 casos específicos con especial relevancia en salud mental (Intento de suicidio - ideación), mordeduras de animales y enfermedades transmitidas por vectores.
- 26 conglomerado en espacios confinados y/o centros educativos, prioritario la existencia de gran cantidad de brotes de enfermedad Manos, Pies y Boca.
- 27 situaciones con factor potencialmente relacionado de implicaciones medio - ambientales.
- 22 síndromes de orden exantemático y febril.
- 10 reportes no relacionados con la estrategia de VBC asociados a requerimientos de prestación de servicios de salud y/o alteraciones de salud vinculadas a enfermedades crónicas no transmisibles.

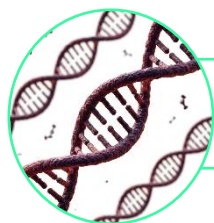
### Variaciones relevantes

La diferencia entre la subregión con mayor carga (Valle de Aburrá, 24 reportes) y la de menor carga (Magdalena Medio, 2 reportes) es de 22 reportes, lo que evidencia una marcada heterogeneidad territorial.

Los eventos exantemáticos (conglomerados y síndromes) representan el grupo predominante de notificaciones, lo que sugiere una circulación importante de eventos compatibles con enfermedades eruptivas o brotes comunitarios durante el periodo evaluado.

Los eventos asociados a factores ambientales ocupan el segundo lugar, indicando la necesidad de fortalecer las intervenciones de salud ambiental y las acciones intersectoriales.

Resulta prioritario mantener una vigilancia activa, fortalecer la clasificación de las situaciones notificadas y articular las intervenciones de Atención Primaria en Salud con las estrategias de vigilancia en salud pública, de manera que las acciones comunitarias y colectivas contribuyan de forma efectiva a la detección oportuna, el control de riesgos y la mejora de los indicadores sanitarios del territorio.



## Tema complementario

### Comportamiento epidemiológico de la leishmaniasis en Antioquia, con corte al período epidemiológico V de 2026

Paola Milena Guzmán Guerrero

Enfermera epidemióloga referente departamental de las enfermedades crónicas y leishmaniasis

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

La leishmaniasis es una enfermedad zoonótica causada por protozoos del género *Leishmania* (familia *Trypanosomatidae*), transmitida al ser humano mediante la picadura de flebótomos infectados. Clínicamente se presenta en tres formas principales: cutánea (LC), mucosa (LM) y visceral (LV), cuya expresión depende de la especie parasitaria, la respuesta inmunológica del huésped y el estado evolutivo de la enfermedad. En Colombia, la forma cutánea representa la mayor proporción de los casos notificados, mientras que la leishmaniasis visceral hace parte de las enfermedades priorizadas dentro de la estrategia nacional de eliminación.

La leishmaniasis es una enfermedad endémica de regiones tropicales y subtropicales, que afecta principalmente a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad social y económica en África, Asia y América Latina. Su transmisión se asocia con factores como la malnutrición, el desplazamiento poblacional, las

condiciones inadecuadas de vivienda y la inmunosupresión. En Colombia, la enfermedad se presenta principalmente en áreas rurales, donde las condiciones ambientales favorecen la presencia del vector y la exposición de la población susceptible.

Según el Informe Epidemiológico de Leishmaniasis de la Región de las Américas, durante el año 2024, la tasa de incidencia fue de 12,76 casos por cada 100 000 habitantes. Las mayores tasas de incidencia tuvieron lugar en Suriname (143,84 por 100 000 habitantes), Panamá (29,67 por 100 000 habitantes), Honduras (27,2 por 100 000 habitantes) y Guatemala (27 por 100 000 habitantes).

En Colombia, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS), con corte al 25 de abril de 2026 se notificaron 1.317 casos de leishmaniasis, de los cuales 1.302 (98,9 %) correspondieron a la forma cutánea, 15 (1,1 %) a la forma mucosa y no se notificaron casos de leishmaniasis visceral. Del total de casos de leishmaniasis cutánea, 177 (13,6 %) se presentaron en menores de 10 años.

En Antioquia, con corte al 23 de mayo de 2026, se notificaron 268 casos de leishmaniasis, de los cuales 267 (99,6 %) correspondieron a la forma cutánea y uno (0,4 %) a la forma mucosa; no se notificaron casos de leishmaniasis visceral. Del total de los casos, 19 (7,1 %) se presentaron en menores de 10 años. Las subregiones Nordeste y Urabá concentraron el mayor número de casos notificados, mientras que los municipios de San Pedro de Urabá (33 casos), Anorí (29), Remedios (24) y Segovia (21) aportaron la mayor carga del evento en el departamento (Tabla 1).



**Tabla 1.** Casos notificados de leishmaniasis según subregión y municipio de procedencia. Antioquia, semana epidemiológica 20 de 2026

| subregion       | Total casos | %              |
|-----------------|-------------|----------------|
| NORDESTE        | 87          | 32,46%         |
| URABÁ           | 80          | 29,85%         |
| ORIENTE         | 33          | 12,31%         |
| BAJO CAUCA      | 30          | 11,19%         |
| NORTE           | 19          | 7,09%          |
| MAGDALENA MEDIO | 10          | 3,73%          |
| OCCIDENTE       | 6           | 2,24%          |
| SUROESTE        | 2           | 0,75%          |
| VALLE DE ABURRÁ | 1           | 0,37%          |
| <b>Total</b>    | <b>268</b>  | <b>100,00%</b> |

**Fuente:** Sivigila

Se observa el mayor número de casos notificados en hombres (74,5%), procedencia rural (78%), pertenencia a estrato 1 y 2 (95%), afiliación al régimen subsidiado (63%) y personas que se identifican con pertenencia étnica afrocolombiana e indígena (5%). (Ver tabla 2). Este comportamiento es consistente con la epidemiología de la leishmaniasis en Colombia, donde la transmisión se concentra principalmente en áreas rurales con condiciones ambientales favorables para la presencia del vector y en poblaciones con mayor vulnerabilidad social y ocupacional (Tabla 2).

**Tabla 2.** Comportamiento de variables sociodemográficas de interés, semana 20 del 2026, Antioquia

| Variable          | L. Cutánea |       | L. Mucosa |      |
|-------------------|------------|-------|-----------|------|
|                   | N          | %     | N         | %    |
| <b>Sexo</b>       |            |       |           |      |
| Masculino         | 199        | 74,5% | 1         | 100% |
| Femenino          | 68         | 25,5% | 0         | 0%   |
| Total             | 267        | 100%  | 1         | 100% |
| <b>Area</b>       |            |       |           |      |
| Rural             | 185        | 78%   | 1         | 100% |
| Urbana            | 82         | 22%   | 0         | 0%   |
| Total             | 267        | 100%  | 1         | 100% |
| <b>Estrato</b>    |            |       |           |      |
| Estrato 1         | 186        | 70%   |           | 0%   |
| Estrato 2         | 68         | 25%   | 1         | 100% |
| Estrato 3         | 8          | 3%    |           | 0%   |
| Estrato 4         |            | 0%    |           | 0%   |
| Estrato 5         | 2          | 1%    |           | 0%   |
| Sin dato          | 3          | 1%    |           | 0%   |
| Total             | 267        | 100%  | 1         | 100% |
| <b>Afiliación</b> |            |       |           |      |
| Contributivo      | 45         | 17%   |           | 0%   |
| Especial          | 1          | 0%    |           | 0%   |
| Subsidiado        | 169        | 63%   |           | 0%   |
| No asegurado      | 7          | 3%    |           | 0%   |
| Excepción         | 43         | 16%   | 1         | 100% |
| Indeterminado     | 2          | 1%    |           | 0%   |
| Total             | 267        | 100%  | 1         | 100% |

| Etnia           |     |      |   |      |
|-----------------|-----|------|---|------|
| Otro            | 251 | 94%  | 1 | 100% |
| Indígena        | 4   | 1%   |   | 0%   |
| Afro colombiano | 12  | 4%   |   | 0%   |
| Total           | 267 | 100% | 1 | 100% |

**Fuente:** Sivigila

### Recomendaciones

- Continuar fortaleciendo la vigilancia epidemiológica de la leishmaniasis en el departamento para proporcionar información actualizada y consolidada sobre la enfermedad que permita identificar áreas de riesgo para priorizar acciones en salud como la realización de los estudios de foco en municipios con casos notificados de leishmaniasis cutánea y mucosas en menores de 10 años según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Fortalecer la calidad de la información mediante procesos continuos de capacitación dirigidos a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Secretarías de Salud, Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y demás actores del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, enfatizando en la completitud, consistencia y oportunidad de la notificación, así como en la realización de los ajustes correspondientes en Sivigila.

- Garantizar el manejo clínico integral y el seguimiento de los casos de acuerdo con los Lineamientos para la Atención Clínica Integral de la Leishmaniasis en Colombia, promoviendo el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y el seguimiento de los pacientes.

- Capacitar a la comunidad para la identificación temprana y reporte de casos y lograr respuestas oportunas y adecuadas desarrollando un enfoque participativo a través de las estrategias de vigilancia basada en la comunidad.

- Realizar análisis periódico del comportamiento del evento y facilitar diferentes escenarios para la divulgación de los resultados de la vigilancia que oriente la toma de decisiones y acciones en salud.

- Fortalecer las acciones de prevención y control vectorial en los municipios con mayor carga de enfermedad, mediante intervenciones intersectoriales orientadas a disminuir la exposición al vector, mejorar las condiciones ambientales y reducir el riesgo de transmisión.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

### Referencias

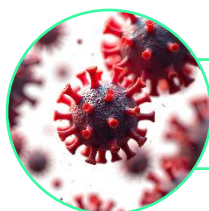
(2026). Infografías y Boletines. Infografía ETV Leishmaniasis semana 20. <https://dssa.gov.co/vigilancia-en-salud-publica/>.

Instituto Nacional de Salud. (2026). Informes de eventos. Evento Leishmaniasis: periodo IV. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>.

Instituto Nacional de Salud (INS). 82024). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública evento 420-430-440. Leishmaniasis, INS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2025). Leishmaniasis: Informe epidemiológico de la región de las Américas [Internet]. Washington D.C. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/leishmaniasis-informe-epidemiologico-region-americas-num-14-diciembre-2025>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Lineamientos de atención clínica integral para Leishmaniasis en Colombia, versión 4, Subdirección de enfermedades transmisibles, Grupo de Enfermedades Endemoepidémicas, MSPS.



## Brotos y alertas

### Brotos en IAAS

Eliana Andrea Saldarriaga

Microbióloga epidemióloga referente departamental infecciones asociadas a las atenciones en salud

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

En el periodo epidemiológico 05 (del 26 de abril al 23 de mayo de 2026) se notificó 5 brotos de IAAS:

### Brote por *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos sin identificación de carbapenemasas en Envigado

Fecha de notificación: 01 de mayo de 2026

Descripción del brote: institución de salud de alta complejidad notifica sospecha de brote por identificación por primera vez de una IAAS por *K. pneumoniae* resistente a carbapenémicos, pero con resultado negativo para *carbapenemasas*, por lo que se considera un perfil de resistencia inusual. La hipótesis principal es presión selectiva o cambios microbiológicos durante la hospitalización.

Número de casos: 1

Número de colonizados: 0

Tasas: Ataque (0,19 %), Mortalidad (0,19 %), Letalidad (0,00 %)

Fecha de cierre: 23/05/2026 (pendiente confirmación del mecanismo de resistencia)

### Brote por *Klebsiella pneumoniae* productor de carbapenemasas KPC+NDM en Envigado

Fecha de notificación: 13 de mayo de 2026

Descripción del brote: institución de salud de alta complejidad notifica brote por *K. pneumoniae* coproductor de KPC+NDM, ocasionando varios tipos de infecciones (sepsis, peritonitis, ITU) en pacientes de los servicios de hospitalización general, UCI y cirugía. La hipótesis principal es transmisión cruzada favorecido por circulación transversal de pacientes entre múltiples servicios hospitalarios y procedimientos invasivos.

Número de casos: 7

Número de colonizados: 32

Tasas: Ataque (1,43 %), Mortalidad (0,20 %), Letalidad (0,00 %)

Fecha probable de cierre: 11/07/2026

### Brote por *Enterobacter cloacae* en Caldas

Fecha de notificación: 22 de mayo de 2026

Descripción del brote: institución de salud notifica incremento en el número de infecciones postquirúrgicas por el microorganismo *E. cloacae*. La hipótesis principal es transmisión cruzada por posible circulación institucional intermitente del microorganismo, potencialmente relacionada con: superficies de alto contacto,

equipos biomédicos compartidos, adherencia variable a higiene de manos o procesos de limpieza y desinfección.

Número de casos: 5

Número de colonizados: 0

Tasas: Ataque (1,02 %), Mortalidad (0,00 %), Letalidad (0,00 %)

Fecha de cierre: 16/06/2026

### **Brote de *Candida auris* en Medellín**

Fecha de notificación: 22 de mayo de 2026

Descripción del brote: institución de salud de alta complejidad notifica brote por nuevo microorganismo en la institución ocasionando una IAAS, debido a la identificación de sepsis por *C. auris* en un paciente hospitalizado en UCI adultos. La hipótesis principal es posible colonización previa debido a hospitalizaciones anteriores en otras instituciones de alta complejidad.

Número de casos: 1

Número de colonizados: 0

Tasas: Ataque (8,33 %), Mortalidad (0,00 %), Letalidad (0,00 %)

Fecha probable de cierre: 11/07/2026

### **Brote por *Klebsiella pneumoniae* productor de carbapenemasas KPC+NDM en Medellín**

Fecha de notificación: 23 de mayo de 2026

Descripción del brote: institución de salud de alta complejidad notifica brote por *K. pneumoniae* coproductor de KPC+NDM, ocasionando, principalmente, infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos. La hipótesis principal es

transmisión cruzada favorecida por: manipulación frecuente de heridas quirúrgicas y tejidos profundos, uso de dispositivos invasivos, contacto con superficies, equipos biomédicos o elementos asistenciales contaminados, posibles fallas en adherencia a higiene de manos y precauciones de contacto, circulación de pacientes entre servicios y áreas quirúrgicas y alta presión antibiótica en pacientes con estancia hospitalaria prolongada.

Número de casos: 19

Número de colonizados: 4

Tasas: Ataque (0,50 %), Mortalidad (0,10 %), Letalidad (5,26 %)

Fecha probable de cierre: 08/07/2026

### **Brotes en enfermedades transmitidas por alimentos y/o vehiculizadas por el agua**

Angela Rivera Vargas

Enfermera epidemióloga referente departamental de las enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

Para el periodo 5 del 2026 se identificaron un total de 2 brotes transmitidos por alimentos, en los municipios de Remedios (1) y Granada (1), a continuación, se describen los brotes en los que se logró identificar el agente causal.:

### **Brote de enfermedad transmitida por alimentos en un hogar del municipio de Remedios**

Fecha: 25/04/2026



Descripción del brote: Se registró un brote de presunta Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) asociado al consumo de queso artesanal procedente de una vereda del municipio. Los pacientes reportaron el inicio de sintomatología gastrointestinal (náuseas, dolor abdominal, vómito y diarrea) entre 2 y 3.5 horas posteriores al consumo del producto el sábado 25 de abril por la noche.

La indagación con el productor local determinó que el queso se elaboró el 23 de abril con leche cruda del ordeño matutino, reposó en superficie de madera y se refrigeró. Como factor de riesgo clave, se identificó la pérdida de la cadena de frío durante el transporte del alimento hacia la cabecera municipal, el cual tomó 90 minutos en un contenedor sellado, pero sin refrigeración, exponiendo el producto a variaciones térmicas antes de su distribución familiar. No se logra toma de muestra biológica ni de alimentos por tal razón no se logra identificar agente causal.

Número de casos: 7

Tasa de ataque: 47%

Fecha de cierre: 08/05/2026

#### **Brote de enfermedad transmitida por alimentos en una casa de familia del municipio de Granada.**

Se reportó un brote por Salmonella Typhi en el asentamiento indígena de Chibugadó, con una tasa de ataque inicial del 1,47% (3 casos identificados en una población de 204 habitantes).

El rango de edad de los pacientes afectados oscila entre los 7 y los 43 años. La curva epidémica sitúa el inicio de los síntomas entre el 19 y el 23 de abril de 2026, señalando una fuente común de exposición de tipo hídrico debido al consumo directo de agua superficial no tratada del río Chibugadó.

La investigación epidemiológica de campo constató factores críticos de riesgo sanitario, tales como la defecación directa aguas arriba del río, el daño en el filtro comunitario y la ausencia de prácticas de lavado de manos e higienización de alimentos. La letalidad del brote se situó en el 33,3% tras el fallecimiento de un jornalero de 27 años por complicaciones graves; un segundo caso correspondiente a una menor de 7 años requirió remisión hospitalaria de alta complejidad por sepsis grave y falla multiorgánica. El abordaje del evento se clasificó bajo nexo clínico-epidemiológico debido al retraso en la consulta médica formal por barreras culturales y al uso inicial de medicina ancestral.

Número de casos: 3

Tasa de ataque: 1.47%

Fecha de cierre: 04/06/2026

**Brotes en intoxicaciones**

Elizabeth Céspedes

Enfermera epidemióloga intoxicaciones e intento de suicidio

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

Durante el período epidemiológico V de 2026 se notificaron dos brotes asociados al evento de intoxicaciones agudas por sustancias químicas, los cuales requirieron seguimiento y respuesta por parte de la vigilancia en salud pública.

**Brote de intoxicación aguda por medicamentos asociado a reto social. Carepa, Antioquia**

Fecha: 12 de mayo de 2026

Descripción del brote: Se notificó un brote de intoxicación aguda por medicamentos asociado a un reto social en población escolar adolescente. La investigación epidemiológica estableció que el evento estuvo relacionado con el consumo de zopiclona mezclada con bebida alcohólica, promovido entre estudiantes mediante redes sociales. Se realizaron acciones de investigación epidemiológica, seguimiento de los casos, información, educación y comunicación (IEC), así como actividades de inspección, vigilancia y control por parte del programa de seguridad química del departamento.

Número de casos y tasa de ataque: Se identificaron 148 estudiantes expuestos. Inicialmente se investigaron cinco casos; tras el análisis, uno fue reclasificado a otro evento de vigilancia, confirmándose

cuatro casos de intoxicación aguda, todos con manejo ambulatorio y sin complicaciones, con una tasa de ataque del 3,4%.

Fecha de cierre: 21 de mayo de 2026. Brote cerrado tras el cumplimiento de las acciones de control, sin identificación de nuevos casos asociados.

Alerta por comportamiento clínico inusual asociado al consumo de TUSI (2CB o cocaína rosada). Medellín y municipios del Valle de Aburrá, Antioquia.

**Comportamiento clínico inusual asociado al consumo de TUSI (2CB o cocaína rosada). Antioquia.**

Fecha: 19 de mayo de 2026

Descripción del brote: A partir de la alerta emitida por toxicólogos clínicos de dos instituciones prestadoras de servicios de salud de alta complejidad, se identificó un comportamiento clínico inusual en pacientes con antecedente reciente de consumo de TUSI (2CB o cocaína rosada), caracterizado por compromiso vascular periférico severo, principalmente en miembros inferiores. La investigación epidemiológica evidenció un incremento de casos durante el mes de mayo, especialmente entre el 7 y el 19 de mayo de 2026, con predominio de personas jóvenes de sexo masculino entre los 18 y 40 años. La revisión de historias clínicas, las investigaciones epidemiológicas de campo y el análisis conjunto con el Instituto Nacional de Salud (INS), toxicólogos clínicos, Medicina Legal, el Observatorio de Drogas de Colombia y las autoridades territoriales permitieron identificar un patrón clínico repetitivo no descrito previamente para este tipo de intoxicación,

motivo por el cual se activó la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) departamental.

Número de casos. Con corte al período epidemiológico V de 2026, se encontraban 18 casos en investigación, correspondientes a pacientes con antecedente reciente de consumo de TUSI y manifestaciones clínicas compatibles con la definición de caso establecida para el evento.

Fecha de cierre o fecha probable de cierre: Evento en seguimiento. La alerta continúa activa y en investigación conjunta con el Instituto Nacional de Salud.

Alerta por comportamiento clínico inusual asociado al consumo de TUSI (2CB o cocaína rosada). Medellín y municipios del Valle de Aburrá, Antioquia.

### **Brotes en evento sin establecer**

Daniela Herrera Posada

Microbióloga epidemióloga infecciones de transmisión sexual - ITS y evento 900

Secretaría de Salud e Inclusión Social  
Gobernación de Antioquia

Fecha: 26 de abril al 23 de mayo

Durante 2026, Antioquia ha presentado un incremento sostenido en la notificación de casos individuales y situaciones colectivas de enfermedad mano-pie-boca desde las primeras semanas epidemiológicas del año. Este comportamiento podría estar asociado, entre otros factores, a las condiciones climáticas derivadas de la temporada de lluvias que se mantiene desde

marzo de 2025 y que ha presentado una mayor intensidad durante 2026, favoreciendo la transmisión de agentes virales en entornos comunitarios e institucionales.

Con corte a la semana epidemiológica 17 se notificaron 25 situaciones colectivas, observándose un incremento importante durante las semanas epidemiológicas 16 y 17. Las notificaciones se concentraron en los municipios de Barbosa, Carepa, Carmen de Viboral, Copacabana, Envigado, Guatapé, Itagüí, Marinilla, Rionegro, San Roque, Urrao, Angelópolis y Venecia.

En respuesta a este comportamiento, durante el mes de mayo se activó una Sala de Análisis del Riesgo (SAR) departamental, con la participación de las Direcciones Locales de Salud, las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), la Secretaría de Educación de Antioquia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el programa Buen Comienzo y otros actores intersectoriales, con el propósito de fortalecer las estrategias para la identificación oportuna, notificación, investigación y control de las situaciones presentadas en instituciones educativas y establecimientos de atención a la primera infancia.

Número de casos: En total se han acumulado 340 casos, predominando en niños entre 1 y 5 años. Todos los casos recibieron manejo ambulatorio, sin reporte de complicaciones graves ni fallecimientos.

Fecha de cierre o fecha probable de cierre. La alerta continua en seguimiento departamental.



## Comportamientos inusuales

### Comportamiento de la notificación epidemiológica

Juan Camilo Betancur Arboleda

Profesional en gerencia de sistemas de información en salud

Secretaría de Salud e Inclusión Social

Gobernación de Antioquia

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las entidades territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas, el primero corresponde a los municipios con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris y valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a ajustes en SIVIGILA.



Incremento significativo



Decremento significativo



Dentro de lo esperado

### QR de enlace



Escanee el código o clic en la imagen para descargar los comportamientos inusuales municipalizados del periodo cinco del año epidemiológico 2026

## Equipo autor

### TEMA CENTRAL

*Comportamiento epidemiológico de la malaria en Antioquia, 2026*

**Carlos Julio Montes Zuluaga.** Bacteriólogo epidemiólogo, referente departamental de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria, zika)

### TEMA COMPLEMENTARIO

*Comportamiento epidemiológico de la leishmaniasis en Antioquia, con corte al período epidemiológico V de 2026*

**Paola Milena Guzmán Guerrero.** Enfermera y epidemióloga referente departamental de las enfermedades crónicas y leishmaniasis

### EVENTOS TRAZADORES

*Desnutrición en niñas y niños menores de 5 años*

**Carolina Castañeda Vásquez.** Nutricionista y epidemióloga referente departamental de la vigilancia de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años

*Vigilancia integrada de la mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT*

**Edisson Giovanni Sánchez Medina.** Médico epidemiólogo y referente departamental de la vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por IRA, EDA y DNT

*Mortalidad materna*

**Catalina Echeverry Querubín.** Médico y epidemióloga referente departamental de la vigilancia de mortalidad materna y morbilidad materna extrema

*Vigilancia basada en la comunidad*

**Leidy Johana Cardona Giraldo.** Profesional universitario. Vigilancia Basada en la Comunidad.

### BROTES

**Eliana Andrea Saldarriaga.** Microbióloga y epidemióloga referente departamental de las infecciones asociadas a las atenciones en salud - IAAS

**Angela Rivera Vargas.** Enfermera y epidemióloga referente departamental de las enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua

**Daniela Herrera Posada.** Microbióloga y epidemióloga referente departamental de las ITS

**Elizabeth Céspedes.** Enfermera y epidemióloga referente departamental de las intoxicaciones e intento de suicidio

### COMPORTAMIENTOS INUSUALES

*Comportamiento de la notificación epidemiológica*

**Juan Camilo Betancur Arboleda.** Profesional en gerencia de sistemas de información en salud del equipo de gestión del riesgo

## Agradecimientos

Andrés Julián Rendón  
**Gobernador de Antioquia**

Alma Johana Solano Sánchez  
**Secretaría de Salud e Inclusión Social**

Adriana Patricia Rojas Eslava  
**Subsecretaria de Salud Pública**



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia

## Equipo editor

Elizabeth Céspedes

Juan Camilo Betancur Arboleda



Una publicación de la **Secretaría de Salud e inclusión Social.**  
Gobernación de Antioquia. 2026



# BEA

**Boletín Epidemiológico de Antioquia**

**Equipo de Gestión del Riesgo en Eventos de Interés en Salud Pública**

**EGREISP**

Año 2026

**Secretaría de Salud e Inclusión Social**

Gobernación de Antioquia . República de Colombia



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia