



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Informe anual 2024 - Evento 340-Hepatitis B, C y coinfección B-Delta
Departamento de Antioquia

Elaborado por: Daniela Herrera Posada, Microbióloga y Epidemióloga

Gráficos y tablas de resumen por: Edison Giraldo López, GESIS.

Secretaría de salud e inclusión social de Antioquia

1. Introducción

La hepatitis B y C son infecciones virales que afectan principalmente al hígado y representan una causa significativa de enfermedad crónica, cirrosis hepática y cáncer hepático a nivel global. Estas infecciones son causadas por los virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC), respectivamente, y comparten ciertas características clínicas y epidemiológicas, aunque difieren en algunos aspectos clave relacionados con su transmisión, evolución y prevención(1,2).

El virus de la hepatitis B se transmite principalmente a través del contacto con sangre y fluidos corporales infectados, incluyendo la transmisión perinatal, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a objetos cortopunzantes contaminados, como jeringas o equipos médicos no esterilizados. El VHB puede presentarse en forma aguda y crónica, esta última en el 5% de los adultos infectados y el 95% de los menores de 5 años infectados por transmisión materno-infantil (TMI)(1).

Según la OMS 254 millones de personas tenían una infección crónica por el virus de la hepatitis B en 2022, y cada año se producen 1,2 millones de casos nuevos por esta infección. En 2022, la hepatitis B provocó la muerte de aproximadamente 1,1 millones de personas, principalmente por cirrosis o hepatocarcinoma. Asia sudoriental es la región del mundo con el mayor número de casos (61 millones) y América aporta 5 millones de casos (1). En Colombia, según el informe de evento del periodo XII del 2024, se notificaron 2.345 casos de Hep B para una incidencia de 4,5/100.000 hab. Los departamentos o distritos con mayores tasas de incidencia son en orden descendente, Archipiélago de San Andrés, Guaviare, Vaupés, Guainía y Barranquilla con incidencias superiores a 25/100.000hab(3).



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

Por su parte, el virus de la hepatitis C se transmite casi exclusivamente por vía parenteral, siendo el uso de drogas inyectables con elementos contaminados la principal vía de infección en la actualidad. Otros factores de riesgo incluyen procedimientos médicos realizados sin condiciones de bioseguridad, transfusiones de sangre no tamizadas (especialmente antes de 1996), y en menor medida, relaciones sexuales sin protección, particularmente entre personas con múltiples parejas o con infecciones de transmisión sexual concomitantes. A diferencia del VHB, no existe vacuna contra la hepatitis C, pero en los últimos años han surgido tratamientos altamente eficaces que permiten su curación en la mayoría de los casos(4).

La mayoría de las infecciones agudas por el virus de la hepatitis C no presentan síntomas y rara vez representan una amenaza inmediata para la vida. Se estima que cerca del 30% de las personas infectadas logran eliminar el virus de manera espontánea dentro de los primeros seis meses, sin requerir tratamiento. Sin embargo, en aproximadamente el 70% de los casos, la infección persiste y se convierte en crónica, lo que implica un riesgo acumulado de entre el 15% y el 30% de desarrollar cirrosis hepática en un plazo de dos décadas(4).

Según reportes de la OMS, hay 50 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C en el mundo y cada año, se producen alrededor de 1,0 millones de nuevas infecciones. En el 2022 fallecieron cerca de 242.000 personas por esta infección. Con respecto a la distribución por las regiones del mundo, tanto Asia sudoriental como Europa aportan 9 millones de casos, América aporta 5 millones(4). En Colombia, según el informe de evento del periodo XII del 2024, se notificaron 1.126 casos de Hep C para una incidencia de 2,1/100.000 hab. Los departamentos o distritos con mayores tasas de incidencia son en orden descendente, Cali, Risaralda, Antioquia y Quindío con incidencias superiores a 4/100.000hab(3).

El abordaje integral de las hepatitis B y C en Colombia está reglamentado por el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, actualizado en el Lineamiento Técnico de Hepatitis B, C y D (2023), que establece los criterios para la notificación, diagnóstico, estudio de contactos, clasificación y seguimiento de los casos. En complemento, la Resolución 3280 de 2018 define las rutas integrales de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, incluyendo el control de las hepatitis virales. Uno de los principales avances ha sido la inclusión de la vacuna contra la hepatitis B en el esquema nacional de inmunización. Esta vacuna ha contribuido a una notable reducción en





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

la prevalencia de hepatitis crónica por este virus en el mundo, así como en la positividad del antígeno de superficie, con una disminución cercana al 90%(2).

En línea con los compromisos globales, Colombia se ha adherido a la estrategia de eliminación de las hepatitis virales como problema de salud pública hacia el año 2030, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta plantea como metas la reducción en un 90% de la incidencia de hepatitis B en comparación con 2015, una mortalidad inferior a 4 por 100.000 habitantes y una transmisión materno-infantil (TMI) con una prevalencia igual o inferior al 0,1% en menores de seis años. En cuanto a la hepatitis C, las metas globales proponen reducir la incidencia a menos de 5 y la mortalidad a menos de 2 por 100.000 habitantes(5,6). En este contexto, cabe destacar que para 2024, Colombia notificó 23 casos de TMI por hepatitis B, lo que equivale al 0,74% del total de casos reportados en el año(3).

Considerando el carácter asintomático y el curso crónico que pueden presentar ambas infecciones, su detección temprana se ve obstaculizada, favoreciendo una transmisión silenciosa en la comunidad. Por esta razón, es fundamental fortalecer la identificación oportuna de casos, garantizar un abordaje clínico integral, robustecer la vigilancia epidemiológica y consolidar estrategias de prevención y control que contribuyan a mitigar su impacto en la salud pública.

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

2. Materiales y métodos

Tipo de estudio y fuente de datos: Se realizó un estudio descriptivo para determinar las características epidemiológicas y el comportamiento de los casos confirmados de hepatitis B, C y coinfección hepatitis B-Delta en Antioquia, tomando como fuente la información



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

captada por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) entre la semana epidemiológica 01 a 52 de 2024 y comparado con años anteriores.

Procesamiento de información: Considerando el protocolo de vigilancia del evento 340, Hepatitis B,C,D (2), los eventos ingresan al Sivigila como caso confirmado por laboratorio y se pueden clasificar dependiendo de las características establecidas en las definiciones operativas de caso que se detallan en la siguiente tabla 1.

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

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

*prueba puede ser reemplazado por análisis histopatológico compatible.

Ac= Anticuerpos Ag= Antígenos

El procesamiento de los datos se realizó verificando aspectos de completitud y consistencia de las variables, se excluyeron los casos duplicados o repetidos considerando el documento de identidad, nombre y fecha de nacimiento; en este paso brindó prioridad para dejar en la base de datos los registros con registro de hospitalizado y estado final fallecido. Se eliminaron casos con procedencia fuera de Antioquia (los que llevan menos de 6 meses de estancia constante en el departamento) y los diagnosticados en años anteriores, frente a base de datos histórica. Se verificó el cumplimiento de algoritmo diagnóstico mediante la consulta del evento desde el módulo de laboratorios del Sivigila y este dato se empleó para





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

la clasificación final de los casos notificados, la cual se empleó en todos los análisis de cada tipo de infección viral.

Análisis de información: Se analizaron las variables consignadas en la ficha de datos básicos, que contiene información general sobre el evento y la UPGD notificadora, identificación del caso, notificación, variables sociodemográficas, prueba diagnóstica, etc, así como la ficha de datos específicos que incluye mecanismo probable de transmisión, enfermedades asociadas a la infección, semanas de gestación, etc. Se analizaron variables sociales y demográficas (sexo, tipo de régimen de salud, pertenencia étnica, área de ocurrencia) y las variables clínicas a partir de medidas de resumen. Los indicadores considerados en el análisis son los descritos en el protocolo de vigilancia y el de Incidencia se calculó sobre 125 entidades territoriales y 9 subregiones.

Para el cálculo de los indicadores, se tomó en consideración la entidad territorial de residencia. Para la incidencia, se utilizó como denominador la población DANE 2023 definitiva, obtenidos con base en la actualización DANE de abril de 2025. El porcentaje de casos según algoritmo diagnóstico, se calculó sacando la frecuencia relativa de los casos que cumplieron con el algoritmo de la tabla, sobre el total de casos notificados depurados para cada tipo de hepatitis.

Para el procesamiento de la información y análisis de resultados se emplearon hojas de cálculo de Microsoft Excel, presentados en tablas y gráficos. Finalmente se realizó análisis de los casos de VIH con condición final 2 (muerto) por entidad territorial (ET) de residencia. Los mapas de riesgo se realizaron con la tecnología de Bing © Microsoft Crowdsourced Enrichments, open place, Wikipedia.

Consideraciones éticas

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





3. Resultados

3.1 Análisis del comportamiento general del evento 340

En total se notificaron al SIVIGILA durante las 52 semanas epidemiológicas del 2024, un total de 937 casos de hep B y C, de los cuales, 37 eran de procedencia fuera del Departamento de Antioquia y 91 fueron duplicados, quedando 809 casos. 37 casos correspondían a diagnósticos de años previos y 18 descartados por ajuste D y 8 no cumplían con definición operativa de caso para un total de 746 casos nuevos depurados, 329 casos correspondientes a Hep B y 417 a Hep C, no se presentaron casos de coinfección B-Delta. De los casos notificados para Hep B, 180 casos no fueron clasificados en aguda o crónica y de los casos de Hep C, 25, no fueron confirmados con Carga viral como lo determina el protocolo. Estos datos son considerados para el cálculo de los indicadores de protocolo.

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

Tabla 2. Resumen de indicadores de protocolo

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

En el gráfico 1 se observa la tendencia de la incidencia de Hep B y C en los últimos 6 años. Destacándose que desde el 2020 no se había registrado un incremento tan marcado en la incidencia como la registrada en el 2019 de 8,5 casos /100.000. No obstante, en el 2024, se





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

registró una incidencia de total de 10,8 casos/100.000, ubicando este año en la cima de la incidencia para el evento. Este incremento ha sido a expensas de ambos virus, B y C. En cuanto a la clasificación final de los casos del gráfico 2, considerando los resultados de laboratorio, el 56% correspondieron a Hep C y el 44% a HepB, entre los casos con Hep B, la más comúnmente reportada fue la Hepatitis crónica con el 30% de los casos. Es importante resalta que el 55% de los casos de HepB no se clasificaron.

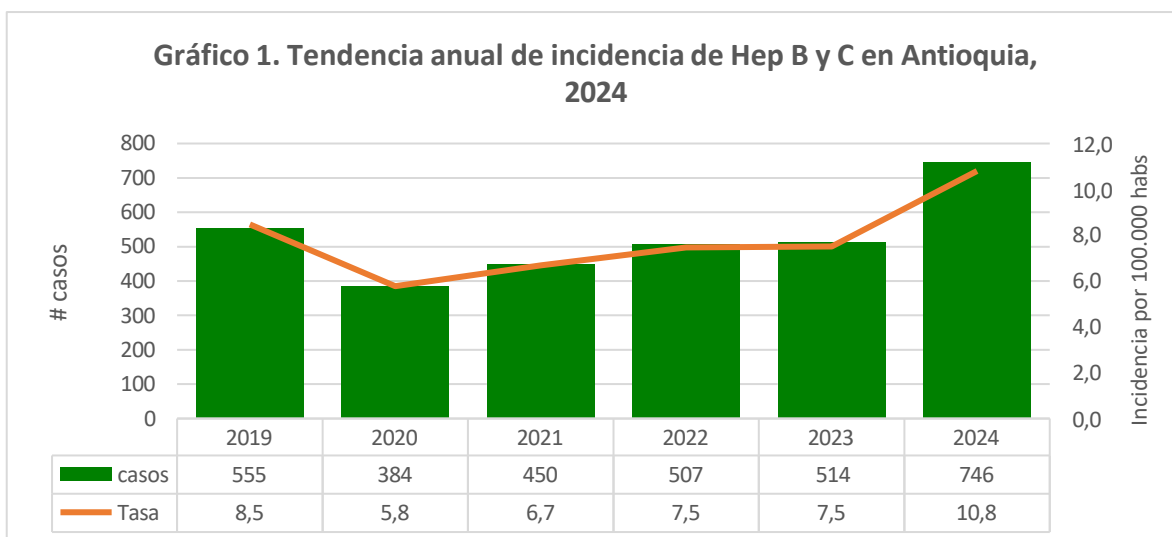
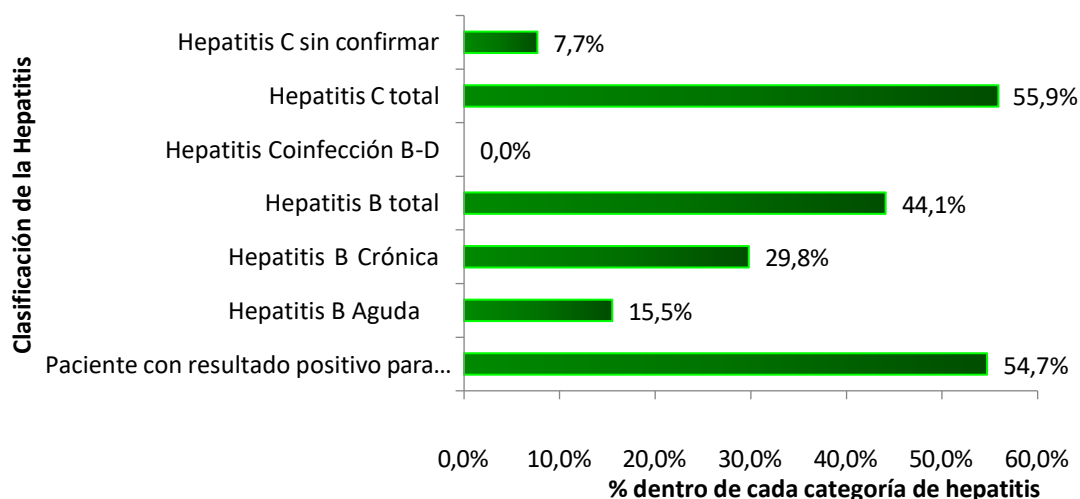


Gráfico 2. Distribución de casos según clasificación final por laboratorio de Hepatitis B y C en Antioquia, 2024



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



SC4887-1



Map of Colombia showing the incidence of dengue fever by municipality in 2015. The map is color-coded by risk level: green for low risk (incidence ≤ 4.1), yellow for moderate risk (incidence between 4.2 and 17.4), and red for high risk (incidence ≥ 17.5). A legend on the left shows the incidence scale from 4.0 to 20.0. A legend on the right shows the risk levels. The map includes labels for various municipalities and their corresponding incidence values.

Legend:

- 1 Bajo riesgo ≤ 4,1
- 2 Riesgo moderado, entre 4,2 y 17,4
- 3 Alto riesgo ≥ 17,5
- 4 Municipios silenciosos

Incidence Scale:

20,0
13,0
4,0

Municipalities and Incidence Values:

- Ar...: 13,8
- Necoclí: 6,6
- S...: 3,7
- P...: 11,4
- Turbo: 7,7
- Chigorodó: 8,0
- Mutatá: 13,3
- Ituango
- Tarazá
- Val...: 6,8
- Br...
- Yar...: 2,2
- An...
- Anorí: 15,2
- Amalfi: 3,6
- Segovia: 2,4
- Remedios: 6,6
- Vegac...
- Yalí
- M...
- Puerto Berrío: 9,5
- Yondó: 43,4
- Vigía Del: 20,5
- Murindó
- Frontino: 9,1
- Urrao
- 18,8
- 3,6
- 4,2
- 5,6
- 10,0
- 11,2
- 7,8
- 13,4
- 1,1
- 7,0
- 3,8
- 4,3
- 3,1
- 6,1
- 1,4
- 5,1
- 2,2
- Ja...
- T...
- N...
- Sonsón
- San C...
- P...
- N...
- G...
- R...
- Abej...
- S...
- B...
- T...
- C...
- S...
- Peq...
- Ur...
- C...
- B...
- S...
- Ca...
- Cáceres
- Caucasia
- El Bagre: 5,3
- Zaragoza: 3,8
- N...
- 10,8

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

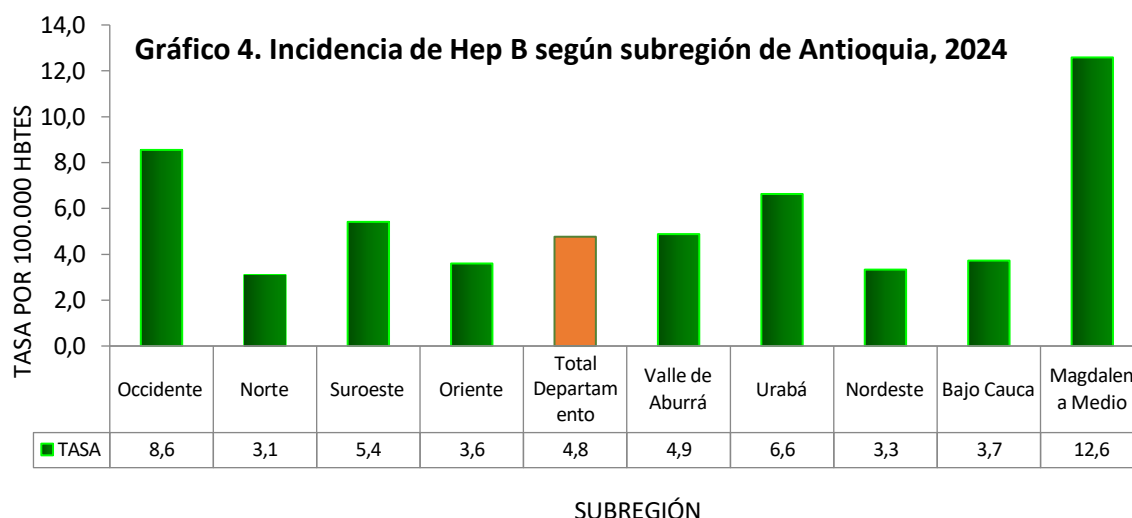


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

En el mapa de riesgo se puede observar el comportamiento de la Incidencia de Hep B y C por entidad territorial, destacándose los municipios de Yondó, Vigía del fuerte, Liborina y Armenia, como los que presentan mayor riesgo de infección por estas hepatitis virales. 79 municipio se encuentran en silencio epidemiológico. Este gráfico se complementa con la tabla anexa que nos permite evidenciar las diferencias en el comportamiento epidemiológico de ambos eventos, de modo general, se puede observar que los municipios con mayor riesgo para Hepatitis B se encuentran en la periferia del Departamento, contrario a los de mayor riesgo para Hepatitis C donde se concentran en el Valle de Aburrá.

3.2 Análisis del comportamiento de los Casos de Hepatitis B

Al evaluar la incidencia por subregiones, se puede destacar que Magdalena medio es la subregión con la mayor incidencia, seguida de Occidente y Urabá con 12,6 casos, 8,6 casos y 6,6 casos por cada 100.000 hab, respectivamente (ver gráfico 4).



En la tabla 3 se detallan las características sociodemográficas de la Infección por Hep B, el 61% ocurrieron en hombres, el 80% en zonas urbanas, un 4% en población extranjera, el 57% en personas pertenecientes al régimen contributivo y un 3,7% sin aseguramiento o indeterminado. La mayoría de los casos ocurrieron en personas que no pertenecen a un grupo étnico y el 5% en personas afrocolombianas. Los casos de Hep B se concentraron en la población mayor de 25 años. (ver gráfico 6).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 3. Características sociodemográficas de los casos de Hep B en Antioquia, 2024

variable	N	%
Sexo		
Mujer	128	38,9%
Hombre	201	61,1%
Total	329	100,00%
Área de residencia		
Urbana	264	80,24%
Rural	65	19,76%
Total	329	100,00%
Nacionalidad		
Colombiana	316	96,05%
Extranjera	13	3,95%
Total	329	100,00%
Afiliación		
Contributivo	187	56,84%
Subsidiado	112	34,04%
Excepción	18	5,47%
No Asegurado	8	2,43%
Indeterminado/Pendiente	4	1,22%
Total	329	100,00%
Etnia		
Indígena	1	0,30%
Rom/Gitano/palenquero	0	0,00%
Raizal	1	0,30%
Afro colombiano	15	4,57%
Otro	311	94,82%
Total	328	100,00%

En el gráfico 5, se detallan las EAPB correspondientes a los casos notificados, siendo SURA y Savia Salud las que representan en conjunto el 56% de los casos notificados en el Departamento. Con respecto a las características clínicas y factores de riesgo detallados en la tabla 4, se puede observar que el 31% de los casos diagnosticados con Hep B estaban hospitalizados y 5 casos desenlazaron en la muerte. Al 18% de las mujeres pertenecían a población gestante, de las cuales el 71% fueron diagnosticadas durante la gestación, y el 14,3% posterior a ella, ya fuese durante el parto o posterior a él.

El 85% de los casos fueron detectados por vigilancia rutinaria y un 15% por BAI. Con respecto a los factores de riesgo para la transmisión se destaca el tener mas de un compañero sexual en el 35% de los casos, seguido de pertenecer a la población de Hombres que tienen sexo con Hombres en el 10% y el contacto sexual con persona diagnosticada con hep B en el 6%. El mecanismo de transmisión mas común fue el sexual con el 75%. La coinfección con VIH





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

fue reportada en el 10% de los casos.

Gráfico 5. Distribución de casos de Hep B por EAPB en Antioquia, 2024

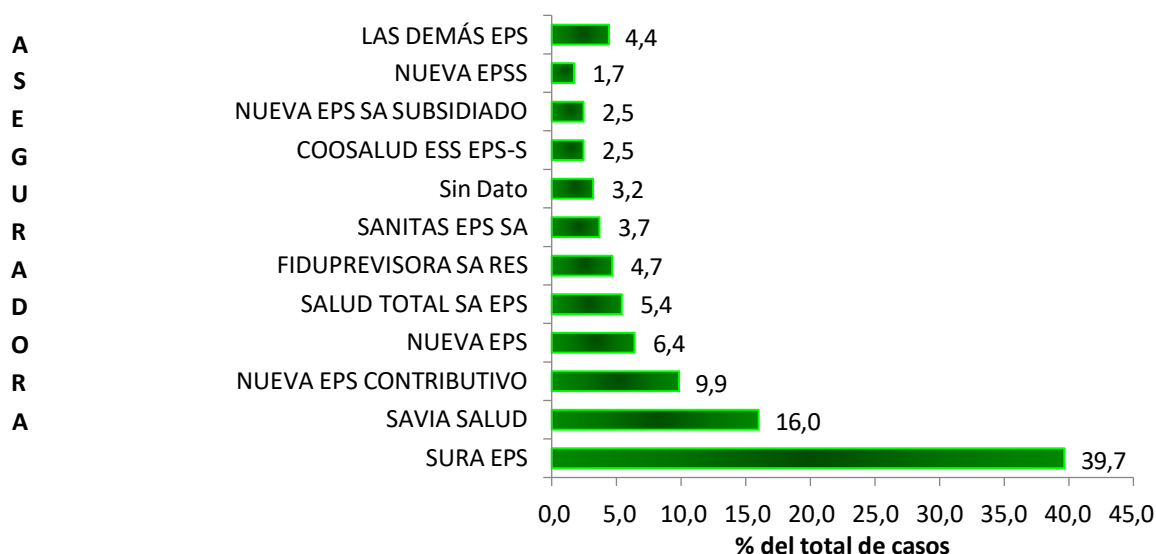
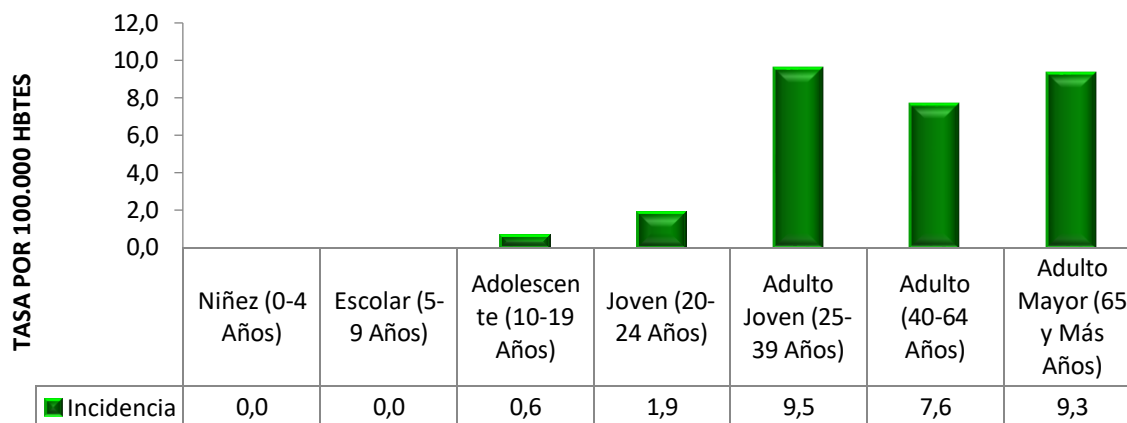


Gráfico 6. Incidencia de Hep B según ciclo de vida en Antioquia, 2024





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 4. Características clínicas y factores de riesgo de los casos con Hep B en Antioquia, 2024

variable	N	%
Hospitalizado		
Si	102	31,0%
No	227	69,0%
Total	329	100,00%
Estado final		
Vivo	323	98,48%
Muerto	5	1,52%
Total	328	100,00%
Gestante		
Si	28	17,95%
No	128	82,05%
Total	156	100,00%
Momento de diagnóstico durante la gestación		
Previo a la gestación	4	14,29%
Durante la gestación	20	71,43%
En el momento del parto	3	10,71%
posterior al parto	1	3,57%
Total	28	100,00%
Fuente de detección		
Vigilancia rutinaria	279	84,80%
BAI	49	14,89%
BAC	1	0,30%
Total	329	100,00%
Comunidad y Factor de riesgo		
Hijo de madre con Ag super HepB	19	5,79%
>1 Compañero sexual	113	34,45%
HSH	32	9,76%
Relaciones con ambos sexos	9	2,74%
Transfusiones	5	1,52%
Trabajador de la salud / accidente laboral	8	2,44%
Transplante de órganos	1	0,30%
Usuarios de Drogas inyectables	2	0,61%
Convive con persona con Hep B	10	3,05%
Contacto sexual con persona con Hep B	21	6,40%
Procedimiento estético/ acupuntura	15	4,57%
Total	235	71,65%
Forma probable de Transmisión		





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

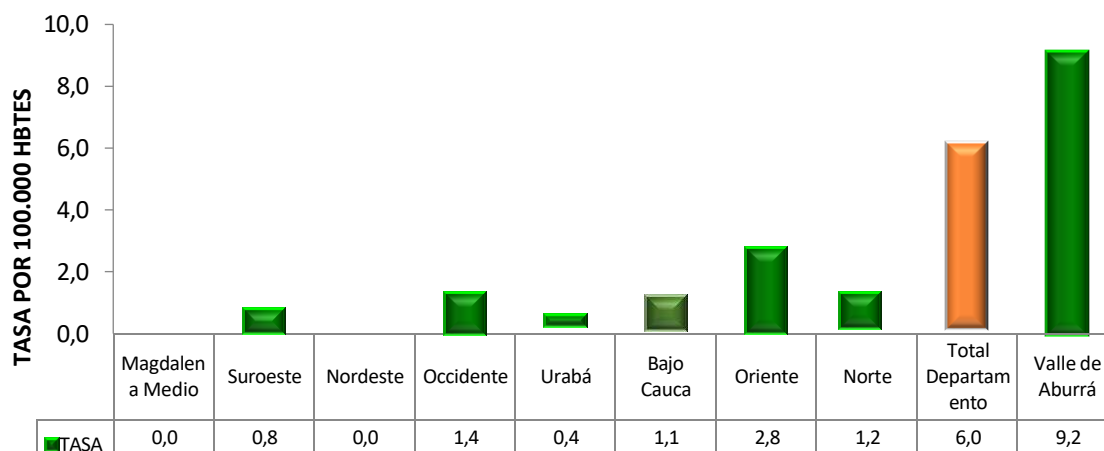
Horizontal	58	17,63%
Parenteral/ percutánea	23	6,99%
Sexual	246	74,77%
Total	329	100,00%
Coinfección con VIH		
Si	32	9,73%
No	297	90,33%
Total	329	100,00%

3.2 Análisis del comportamiento de los casos de Hepatitis C

Al evaluar la incidencia por subregiones se observa un comportamiento diferente al de la Hep B, presentándose una concentración de casos en el Valle de Aburrá y oriente, con 9,2 y 2,8 casos/100.000 hab, respectivamente (ver gráfico 7).

En la tabla 5 se detallan las características sociodemográficas de los casos de Hep C, destacándose que el 96% corresponde a hombres, el 97% residentes de zona urbana, un 6% en población extranjera, el 81% pertenecen al régimen contributivo de seguridad social en salud y un 14% al subsidiado, solo 4 casos se presentaron en población no asegurada o con aseguramiento indeterminado. El 99% de los casos ocurrieron en población que no se reconoce como perteneciente a un grupo étnico.

Gráfico 7. incidencia de Hep C por subregiones de Antioquia, 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 5. Características sociodemográficas de los casos de Hep C en Antioquia, 2024

variable	N	%
Sexo		
Mujer	15	3,6%
Hombre	402	96,4%
Total	417	100,00%
Área de residencia		
Urbana	406	97,4%
Rural	11	2,6%
Total	417	100,0%
Nacionalidad		
Colombiana	394	94,5%
Extranjera	23	5,5%
Total	417	100,0%
Afiliación		
Contributivo	340	81,53%
Subsidiado	59	14,15%
Excepción	14	3,36%
No Asegurado	1	0,24%
Indeterminado/Pendiente	3	0,72%
Total	417	100,00%
Etnia		
Raizal/palenquero/indígena	0	0,0%
Negro	3	0,7%
Otro	414	99,3%
Total	417	100,00%





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 6. Características clínicas y factores de riesgo de los casos con Hep C en Antioquia,
2024

variable	N	%
Hospitalizado		
Si	46	11,0%
No	371	89,0%
Total	417	100,00%
Estado final		
Vivo	414	99,28%
Muerto	3	0,72%
Total	417	100,00%
Gestante		
Si	0	0,00%
No	15	100,00%
Total	15	100,00%
Fuente de detección		
Vigilancia rutinaria	385	92,33%
BAI	32	7,67%
Total	417	100,00%
Comunidad y Factor de riesgo		
Hijo de madre con Ag super HepB	1	0,24%
>1 Compañero sexual	74	17,75%
HSH	329	78,90%
Relaciones con ambos sexos	15	3,60%
Transfusiones	2	0,48%
Trabajador de la salud	8	1,92%
Usuarios de Drogas inyectables	5	1,20%
Convive con persona con Hep C	2	0,48%
Contacto sexual con persona con Hep C	16	3,84%
Procedimiento estético/ acupuntura	7	1,68%
Total	417	100,00%
Forma probable de Transmisión		
Horizontal	23	5,52%
Parenteral/ percutánea	9	2,16%
Sexual	385	92,33%
Total	417	100,00%



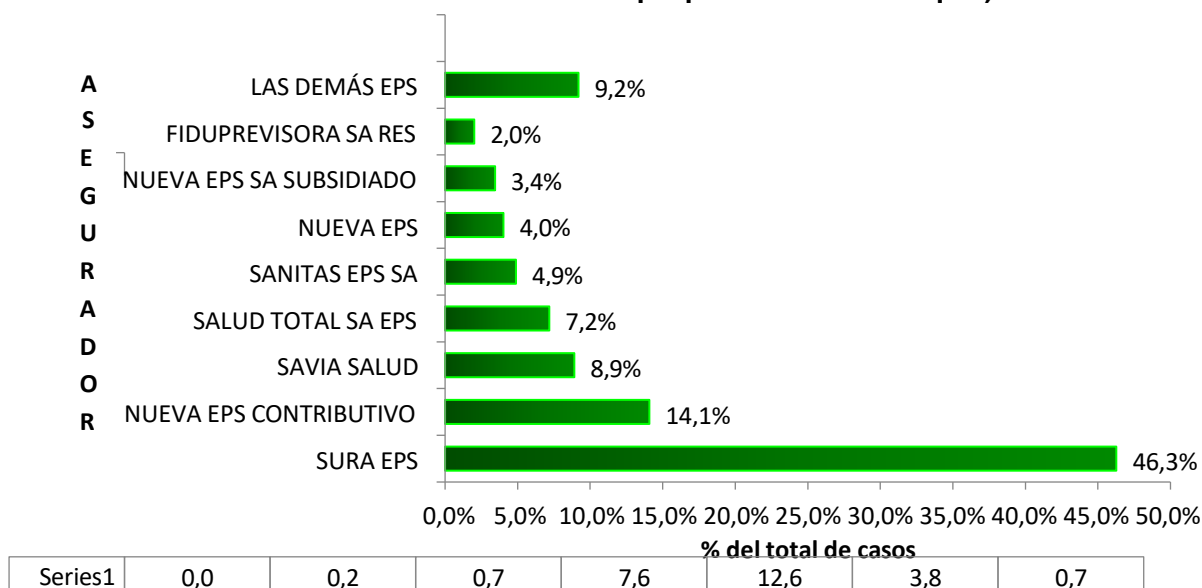


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Al analizar las características clínicas y de factores de riesgo de los casos de Hep C de la tabla 6, se puede destacar que el 11% se encontraba hospitalizado, y 3 casos fallecieron. No se reportaron casos en gestantes. El 92% de los casos fueron detectados mediante vigilancia rutinaria y 8% por BAI. Con respecto a los factores de riesgo identificados, prevalece el de pertenecer a población de HSH en el 79% de los casos, seguido de mas de un compañero sexual en el 18%. El mecanismo probable de infección principal es el contacto sexual con el 92%.

El 46% de los casos pertenecían a la EAPB Sura EPS y el 18% a Nueva EPS, 14% del régimen contributivo de esta última EPS.

Gráfico 8. Distribución de casos de Hep C por EAPB en Antioquia, 2024





4. Discusión

El incremento significativo en la notificación de casos nuevos de hepatitis B y C en Antioquia contrasta con la tendencia observada a nivel nacional, donde se evidencia una disminución marcada en la incidencia del evento después del año 2022. Además, mientras que en el ámbito nacional la hepatitis B presenta una mayor incidencia, en el Departamento de Antioquia se reporta un mayor número de casos de hepatitis C(3).

A pesar de estas diferencias en las cifras absolutas e incidencia entre los niveles departamental y nacional, sí se mantiene una similitud en la distribución geográfica del riesgo para cada tipo de hepatitis. Tanto en Colombia como en Antioquia, los casos de hepatitis B se concentran predominantemente en zonas rurales y periféricas, mientras que los de hepatitis C se localizan mayoritariamente en áreas urbanas con alta densidad poblacional (3). Este patrón territorial resulta clave para orientar las estrategias de búsqueda activa de casos, priorizando territorios específicos en función de sus características sociodemográficas y factores de riesgo, que se detallan más adelante.

El incremento de los casos en Antioquia, puede estar relacionada con el mejoramiento en la captación de casos por la aplicación de la resolución 1314 de 2020, que establece los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C. Esta estrategia busca fortalecer el diagnóstico temprano de estas enfermedades, especialmente en poblaciones vulnerables y en lugares donde no hay acceso a laboratorios clínicos; sin embargo, considerando el bajo porcentaje de captación por fuentes diferentes a la vigilancia rutinaria (15% para Hep B y 8% para Hep C), nos refleja aun aspecto para mejorar en la búsqueda activa de casos a nivel comunitario y a través de vigilancia intensificada (7).

En cuanto a la calidad del dato en las notificaciones al SIVIGILA, se evidencia un buen nivel de cumplimiento en el registro de variables sociodemográficas y de factores de riesgo. No obstante, persisten desafíos importantes, especialmente en relación con la clasificación de los casos de hepatitis B. Se observa un bajo cumplimiento frente a la meta nacional, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer los procesos técnicos y operativos en las entidades territoriales y las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), particularmente en lo relacionado con la consideración adecuada de la transmisión materno-infantil (TMI) y la correcta aplicación del protocolo de vigilancia para la definición operativa de los casos. Esta situación refleja posibles deficiencias en la interpretación de los resultados de laboratorio y un uso inadecuado de las pruebas diagnósticas, muchas veces sin adherencia al algoritmo diagnóstico establecido por el Instituto Nacional de Salud.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

El análisis de las características sociodemográficas se resalta la necesidad de fortalecer las estrategias preventivas dirigidas a la población masculina, que concentra una proporción significativa de los casos, especialmente en hepatitis C. Por otro lado, se observa que la mayoría de los casos notificados provienen del régimen contributivo, lo cual puede estar relacionado con su mayor cobertura en el departamento, donde asegura aproximadamente al 58% de la población, con predominio en subregiones centrales como el Valle de Aburrá y el Oriente(8). No obstante, esta diferencia invita a reflexionar sobre la posible existencia de brechas en el acceso a los servicios de salud y diagnóstico oportuno en las poblaciones cubiertas por otros regímenes, lo que debe ser considerado al momento de planear acciones de búsqueda activa e intervención.

Los avances normativos y técnicos implementados en Colombia y en el departamento enfocados en la eliminación de la transmisión materno-infantil (TMI) de infecciones de transmisión sexual (ITS) se ven reflejadas en el evento de la hep B, puesto que no se detectaron casos de TMI en el Departamento durante el año de análisis. No obstante, se evidencian demoras en la detección de casos entre las gestantes notificadas, reportándose casos diagnosticados en el momento del parto o posterior. Ante lo anterior, se debe considerar que sin intervenciones, el riesgo de TMI del virus de la hepatitis B puede alcanzar hasta un 90% si la madre es HBsAg y HBeAg positiva (prueba que indica replicación activa del virus), y entre un 10% y 40% si solo es HBsAg positiva. La infección adquirida por esta vía conlleva una alta probabilidad (90%) de que el niño o niña desarrolle una infección crónica, lo que incrementa significativamente el riesgo de cirrosis o cáncer hepático en la adultez. Por ello, se consideran fundamentales la vacunación de mujeres en edad fértil, el diagnóstico oportuno durante la gestación y la administración inmediata de la vacuna e inmunoglobulina al recién nacido, complementadas con el esquema completo de vacunación en el primer año de vida(9).

En ambos tipos de hepatitis, B y C, la transmisión sexual fue identificada como la principal vía de contagio, lo que orienta la necesidad de implementar estrategias de prevención dirigidas a poblaciones con mayor riesgo. Adicionalmente, se evidenció un posible origen ocupacional en el 2,4% de los casos de hepatitis B, lo que resalta la importancia de fortalecer las medidas de bioseguridad en contextos laborales con riesgo biológico. Llama la atención la frecuencia de coinfección por hepatitis B en personas con VIH, reportada en el 10% de los casos, una cifra considerablemente mayor que la estimada a nivel mundial, que se sitúa en aproximadamente el 1%. Desde 2015, la OMS recomienda iniciar tratamiento antirretroviral en todas las personas con VIH, independientemente del estadio clínico, destacando que el tenofovir, uno de los medicamentos de primera línea para VIH, también es activo contra el VHB, lo que contribuye a un abordaje integral de la coinfección.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer la detección oportuna, el diagnóstico diferencial y el acceso a tratamientos integrales, especialmente en poblaciones con factores de riesgo elevados, como personas con prácticas sexuales de alto riesgo, trabajadores expuestos ocupacionalmente y personas que viven con VIH. Implementar acciones integradas entre los programas de ETS/VIH y hepatitis virales puede optimizar recursos y mejorar el impacto en la salud pública.

5. Conclusión

En Antioquia, el aumento significativo en la notificación de casos de hepatitis B y C, especialmente en comparación con la tendencia nacional, refleja tanto avances en la captación de casos como áreas de mejora en la búsqueda activa y la cobertura en poblaciones vulnerables. Los casos de hepatitis B se concentran en zonas rurales, mientras que la hepatitis C predomina en áreas urbanas, lo que sugiere la necesidad de estrategias diferenciadas por territorio. Además, persisten desafíos en la clasificación de los casos en general y sobre la transmisión materno-infantil en particular, y se observa una elevada prevalencia de hepatitis C en hombres, lo que subraya la importancia de enfocar intervenciones en grupos de riesgo específicos.

A pesar de los avances en la prevención de la transmisión materno-infantil de hepatitis B en el Departamento, la detección tardía en gestantes y la falta de medidas preventivas oportunas evidencian la necesidad de mejorar las estrategias de diagnóstico y vacunación. Asimismo, la alta tasa de coinfección por hepatitis B y VIH resalta la importancia de un enfoque integral para el tratamiento de personas con ambas infecciones. En general, es crucial fortalecer la vigilancia, mejorar el acceso a tratamiento y asegurar la calidad de los datos notificados al sistema SIVIGILA para avanzar hacia la eliminación de las hepatitis virales como un problema de salud pública en la región.





6. Recomendaciones

- Es esencial intensificar la identificación de casos de hepatitis B y C, especialmente en comunidades rurales, periféricas y zonas urbanas con alta vulnerabilidad social, donde la prevalencia es mayor. Para ello, se debe fortalecer la detección oportuna mediante la ampliación de la cobertura de pruebas rápidas en poblaciones clave como migrantes, habitantes de calle, usuarios de drogas, trabajadoras sexuales y la comunidad LGBTIQ+. La implementación de estrategias de búsqueda activa a nivel comunitario, vigilancia intensificada y tamizaje extramural en subregiones con silencio epidemiológico, permitirá mejorar la cobertura diagnóstica y detectar casos en áreas de difícil acceso.
- Se deben reforzar los procesos técnicos y operativos en las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) para asegurar una correcta clasificación de los casos de hepatitis B y una mejor adherencia al protocolo diagnóstico del Instituto Nacional de Salud, especialmente en lo relacionado con la transmisión materno-infantil. Para ello se requiere brindar asesorías técnicas al personal de vigilancia y asistencial sobre la aplicación de protocolos de vigilancia y guías de práctica clínica.
- Desarrollar programas específicos dirigidos a hombres y personas con prácticas sexuales de alto riesgo, así como a trabajadores expuestos a riesgos biológicos, es crucial para reducir la transmisión de la hepatitis B y C. También se debe promover la vacunación universal, especialmente en mujeres en edad fértil y en gestantes.
- Es necesario garantizar el tamizaje universal de hepatitis B en gestantes desde el primer trimestre del embarazo, asegurando el acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) y un seguimiento continuo, especialmente en casos con coinfección por VIH. Para ello, se deben articular acciones entre EPS, IPS, entes territoriales y la comunidad que permitan la identificación y captación temprana de gestantes sin control prenatal. Además, se debe fortalecer la detección oportuna, aplicar las medidas preventivas como la vacunación materna y la administración de inmunoglobulina al recién nacido, y asegurar que todos los niños completen el esquema de vacunación, con el fin de mantener en cero la transmisión materno- infantil (TMI) de hepatitis B.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- Desarrollar estrategias integradas en los programas de VIH para la búsqueda de casos de Hep B que permitan optimizar recursos y mejorar la oportunidad diagnóstica y calidad del tratamiento en personas con coinfección, garantizando acceso a la terapia antirretroviral y tratamiento para la hepatitis B en estos casos.
- Aumentar la educación sobre la hepatitis B y C, sus formas de transmisión y las estrategias de prevención a través de campañas en medios de comunicación y actividades comunitarias, especialmente en áreas rurales y urbanas de alta densidad poblacional con miras a identificación de casos en estadios tempranos de la enfermedad.

Bibliografía.

1. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis B [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
2. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Protocolo de vigilancia epidemiológica de hepatitis B, C y su coinfección/superinfección Hepatitis B- delta [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro%20Hepatitis%20B%20y%20C.pdf>
3. Informe del evento HEPATITIS B,C Y COINFECCIÓN B-Delta, Periodo XII, Colombia 2024. [Internet]. 2025 p. 4. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20BCD%20PE%20XII%202024.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis C [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
5. Dashboard on progress toward disease elimination targets - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/dashboard-progress-toward-disease-elimination-targets>
6. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de chagas congénita y la infección perinatal por el virus de la hepatitis B. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/eliminacion-transmision-materno-infantil-infeccion->





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

República de Colombia

por-vih-sifilis-enfermedad-chagas-congenita

7. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1314 de 2020 [Internet]. Resolución 1314 de 2020. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf
8. Gobernación de Antioquia. Análisis de situación de salud Antioquia - 2023 [Internet]. 2024 p. 770. Disponible en:
<https://dssa.gov.co/images/2023/documentos/ASIS/ASIS%20ANTIOQUIA%202023%20%20V1.pdf>
9. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ETMI-Plus Colombia 2021-2030 [Internet]. 2020. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2021-2030.pdf>
10. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Anexo.

Tabla Anexa: Casos e incidencia de Hep B y Hep C por Municipio y Subregión de Antioquia, 2024

Subregión/Municipio	Casos Hepatitis B	TI HepB	Casos Hepatitis C	TI Hep C.
Magdalena Medio	14	12,6	0	0,0
Caracolí	0	0,0	0	0,0
Maceo	0	0,0	0	0,0
Puerto Berrío	4	9,5	0	0,0
Puerto Nare	0	0,0	0	0,0
Puerto Triunfo	1	5,1	0	0,0
Yondó	9	43,4	0	0,0
Bajo Cauca	10	3,7	3	1,1
Cáceres	0	0,0	0	0,0
Caucasia	4	4,1	2	2,0
El Bagre	2	3,6	1	1,8



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

Nechí	3	10,8	0	0,0
Tarazá	0	0,0	0	0,0
Zaragoza	1	3,8	0	0,0
Urabá	36	6,6	2	0,4
Apartadó	13	9,9	1	0,8
Arboletes	0	0,0	0	0,0
Carepa	4	7,7	0	0,0
Chigorodó	5	8,0	0	0,0
Murindó	0	0,0	0	0,0
Mutatá	2	13,3	0	0,0
Necoclí	2	4,4	1	2,2
San Juan de Urabá	3	13,8	0	0,0
San Pedro de Urabá	0	0,0	0	0,0
Turbo	5	3,7	0	0,0
Vigía del Fuerte	2	20,5	0	0,0
Nordeste	7	3,3	0	0,0
Amalfi	1	3,6	0	0,0
Anorí	3	15,2	0	0,0
Cisneros	0	0,0	0	0,0
Remedios	2	6,6	0	0,0
San Roque	0	0,0	0	0,0
Santo Domingo	0	0,0	0	0,0
Segovia	1	2,4	0	0,0
Vegachí	0	0,0	0	0,0
Yalí	0	0,0	0	0,0
Yolombó	0	0,0	0	0,0
Occidente	19	8,6	3	1,4
Abriaquí	0	0,0	0	0,0
Anzá	1	13,4	0	0,0
Armenia	0	0,0	1	18,5
Buritica	0	0,0	0	0,0
Caicedo	0	0,0	0	0,0
Cañasgordas	0	0,0	0	0,0
Dabeiba	0	0,0	0	0,0
Ebéjico	1	7,8	0	0,0
Frontino	0	0,0	1	4,6
Girardo	0	0,0	0	0,0
Heliconia	0	0,0	0	0,0
Liborina	1	9,4	1	9,4



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

Olaya	0	0,0	0	0,0
Peque	0	0,0	0	0,0
Sabanalarga	0	0,0	0	0,0
San Jerónimo	0	0,0	0	0,0
Santa Fé de Antioquia	1	3,6	0	0,0
Sopetrán	0	0,0	0	0,0
Uramita	0	0,0	0	0,0
Norte	8	3,1	3	1,2
Angostura	0	0,0	0	0,0
Belmira	0	0,0	0	0,0
Briceño	0	0,0	0	0,0
Campamento	0	0,0	0	0,0
Carolina	0	0,0	0	0,0
Donmatías	1	4,9	0	0,0
Entrerríos	0	0,0	0	0,0
Gómez Plata	1	9,6	0	0,0
Guadalupe	0	0,0	0	0,0
Ituango	2	6,9	0	0,0
San Andrés de Cuerquia	0	0,0	0	0,0
San José de la Montaña	1	25,5	0	0,0
San Pedro de Los Milagros	0	0,0	1	4,2
Santa Rosa de Osos	2	5,1	0	0,0
Toledo	0	0,0	0	0,0
Valdivia	0	0,0	1	6,8
Yarumal	1	2,2	1	2,2
Oriente	26	3,6	17	2,4
Abejorral	0	0,0	0	0,0
Alejandro	0	0,0	0	0,0
Argelia	0	0,0	0	0,0
Cocorná	0	0,0	0	0,0
Concepción	1	19,8	1	19,8
El Carmen de Viboral	0	0,0	0	0,0
El Peñol	1	4,4	0	0,0
El Retiro	1	3,9	0	0,0
El Santuario	1	2,6	1	2,6
Granada	0	0,0	0	0,0
Guarne	3	5,0	3	5,0
Guatapé	0	0,0	0	0,0
La Ceja	1	1,4	2	2,8



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

La Unión	0	0,0	1	4,3
Marinilla	3	4,3	1	1,4
Nariño	1	9,2	0	0,0
Rionegro	12	8,2	7	4,8
San Carlos	0	0,0	0	0,0
San Francisco	0	0,0	0	0,0
San Luis	0	0,0	0	0,0
San Rafael	0	0,0	0	0,0
San Vicente	1	4,2	0	0,0
Sonsón	1	2,6	0	0,0
Suroeste	21	5,4	4	1,0
Amagá	1	3,1	1	3,1
Andes	2	4,3	1	2,2
Angelópolis	0	0,0	0	0,0
Betania	0	0,0	0	0,0
Betulia	6	36,1	0	0,0
Caramanta	0	0,0	0	0,0
Ciudad Bolívar	2	7,2	1	3,6
Concordia	2	8,8	0	0,0
Fredonia	1	3,8	0	0,0
Hispania	0	0,0	0	0,0
Jardín	0	0,0	0	0,0
Jericó	0	0,0	0	0,0
La Pintada	1	11,6	0	0,0
Montebello	0	0,0	0	0,0
Pueblorrico	0	0,0	0	0,0
Salgar	2	10,4	1	5,2
Santa Bárbara	1	3,6	0	0,0
Támesis	2	11,6	0	0,0
Tarso	1	15,3	0	0,0
Titiribí	0	0,0	0	0,0
Urrao	0	0,0	0	0,0
Valparaíso	0	0,0	0	0,0
Venecia	0	0,0	0	0,0
Valle de Aburrá	204	4,9	299	7,2
Barbosa	0	0,0	1	1,8
Bello	24	4,2	28	4,9
Caldas	1	1,2	6	7,0
Copacabana	3	3,6	2	2,4



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

Envigado	6	2,4	13	5,2
Girardota	3	5,4	1	1,8
Itagüí	9	3,0	14	4,7
La Estrella	1	1,3	2	2,6
Medellín	154	5,9	226	8,6
Sabaneta	3	3,3	6	6,7
TOTAL DEPARTAMENTO	329	4,8	348	5,0

Ti= tasa de incidencia por 100.000 hab



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

