



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Informe anual 2024 - Evento 880-Mpox
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

Mpox es una zoonosis viral causada por un orthopoxvirus, perteneciente a la misma familia del virus de la viruela. Existen dos cepas o clados, el clado I (que tiene los subclados Ia e Ib), responsable de la enfermedad en el África central y el clado II (que tiene los subclados IIa y IIb), de menor severidad y responsable de brotes fuera de África(1).

La transmisión de la MPOX requiere de un contacto cercano con la fuente, pudiendo ser por medio de fluidos, superficies contaminadas o fómites contaminados en exposiciones prolongadas con persistencia de más de 15 días tras un caso índice, por contacto directo con lesiones de MPOX o por contacto estrecho persona-persona; en menor medida, a través de gotas respiratorias y durante el embarazo, el virus puede transmitirse al feto, o al recién nacido durante o después del nacimiento. La enfermedad se caracteriza clínicamente por la aparición súbita de fiebre, lesiones cutáneas vesiculopustulosas que pueden durar de 2 a 4 semanas y linfadenopatías. Su periodo de incubación abarca entre 5 y 21 días(1,2). Si bien las complicaciones son poco frecuentes, se pueden presentar relacionadas con el área de inoculación, como genitales, perianales y orales, incluidas proctitis, amigdalitis y faringitis ulcerosa; las complicaciones graves pueden incluir neumonía, sepsis, encefalitis y pérdida de la visión debido a una infección y posterior cicatriz corneal(2).

Aunque históricamente se ha considerado una enfermedad endémica de África Central y Occidental, en 2018 se clasificó como enfermedad emergente que requiere de acciones en salud pública a nivel mundial. En 2022 se reportó un brote multicéntrico sin antecedentes de viajes a zonas endémicas, marcando un cambio en su comportamiento epidemiológico y generando una emergencia de salud pública de interés internacional, declarada por la OMS en julio de ese año(1).



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

A nivel mundial, desde el inicio del brote hasta comienzos de 2024, se han notificado más de 90.000 casos en más de 110 países, con mayor concentración en América y Europa. En la Región de las Américas, entre el año 2022 y el 17 de agosto de 2024, se reportaron 63.270 casos confirmados de Mpox y 141 muertes. La mayoría de los casos (90%) se concentraron en el año 2022, alcanzando su punto máximo en la semana epidemiológica 32. En 2024, fueron 13 los países que registraron casos: Argentina (n= 8 casos), Bolivia (n= 1 caso), Brasil (n= 702 casos), Canadá (n= 162 casos), Chile (n= 7 casos), Colombia (n= 111 casos), Costa Rica (n= 1 caso), Ecuador (n= 4 casos) Estados Unidos (n= 1.716 casos y una defunción) Guatemala (n= 1 caso), México (n=53 casos), Panamá (n=4 casos) y Perú (n=77 casos)(1,3). Según el informe de evento para el periodo XII del 2024, en Colombia, se notificaron 284 casos de Mpox de los cuales 133 fueron confirmados por laboratorio(4).

Objetivo: Este informe tiene como objetivo describir el comportamiento de los casos nuevos de infección por el virus Mpox, 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 fortalecer la vigilancia epidemiológica del departamento de Antioquia.

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 Mpox en Antioquia, tomando como fuente la información 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; así como los reportes del Laboratorio departamental de salud pública (LSDP) correspondientes al procesamiento de muestras tomadas para la confirmación diagnóstica de los casos notificados.

Procesamiento de información: Considerando el protocolo de vigilancia del evento 880 Mpox(5), 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 y definición de la fuente que se detallan en la siguiente tabla.



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

Tabla 1. Definición operativa de casos de Mpox

Tipo de caso	Características de clasificación
Caso probable	<u>Criterio clínico:</u> ≥ 1 Lesión en el cuerpo (tipo mácula, pápula, vesícula, pústula) o Úlcera genital/perianal con o sin proctitis + <u>Criterio Epidemiológico:</u> Antecedentes en últimos 21d de Contacto con caso confirmado de Mpox o Contacto estrecho con persona procedente del exterior o nuevas parejas sexuales o participación en eventos masivos o contacto con animales reservorios del virus
Caso confirmado por laboratorio	Caso probable con resultado positivo de PCR específica para orthopoxvirus
Caso descartado por laboratorio	Caso con resultado negativo de PCR específica para orthopoxvirus (previa verificación de calidad en toma y procesamiento de muestras)
Muerte confirmada por laboratorio	Caso con condición final fallecido + UA basados en análisis clínico, epidemiológico y por laboratorio (PCR+ o hallazgos histopatológicos compatibles con orthopoxvirus)
Muerte confirmada por clínica	Caso con condición final fallecido + UA basados en el análisis clínico y epidemiológico (sin muestra adecuada para PCR), se identifica causa básica de la muerte por Mpox.
Muerte descartada	Caso con condición final fallecido + UA basados en el análisis clínico, epidemiológico y de laboratorio, se identifique que la causa básica de la muerte fue debida a otras causas y no a la Mpox.
Clasificación de la fuente	
Importado	Caso confirmado en persona con antecedente de viaje a otro país donde circula el virus entre 5 y 21 días antes del inicio del prodromo.
Relacionado con la importación	Caso confirmado que, según pruebas epidemiológicas y virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión originada por un caso importado.
Fuente desconocida	Caso confirmado al cual no se le pueden identificar cadenas de transmisión o fuente de infección.
Relacionado con fuente desconocida	Caso confirmado que hace parte de una cadena de transmisión secundaria o un caso confirmado de fuente desconocida.

*UA= Unidad de análisis.

El procesamiento de los datos se realizó verificando aspectos de completitud y consistencia de las variables que comprende la ficha epidemiológica del evento 880, se excluyeron los casos duplicados o repetidos considerando el documento de identidad y nombre; en este paso se brindó prioridad para dejar en la base de datos los registros con condición de





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

hospitalizado, estado final fallecido y con ajustes. Se eliminaron casos con procedencia fuera de Antioquia (los que llevan menos de 6 meses de estancia constante en el departamento) y se verificó clasificación de caso con base en la consulta del módulo de laboratorios del SIVIGILA y en la base de datos reportada por el LDSP de las muestras procesadas para Mpox.

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 y mortalidad, se utilizó como denominador la población DANE 2023 definitiva, obtenidos con base en la actualización DANE de abril de 2025. La letalidad se calculó con el dato de número de fallecidos con causa básica de muerte por Mpox sobre el total de casos confirmados, El porcentaje de casos con atención hospitalaria, dividiendo el número de casos hospitalizados confirmados para Mpox sobre el total de casos de Mpox confirmados. Finalmente, el porcentaje de casos según clasificación final se calculó dividiendo el número de casos por tipo sobre el total de casos notificados.

Para el procesamiento de la información y análisis de resultados se emplearon hojas de cálculo de Microsoft Excel, presentados en tablas y gráficos. Los mapas de riesgo se realizaron 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





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel territorial.

3. Resultados

Para el 2024 se notificaron al SIVIGILA 246 casos de Mpox, de los cuales 8 fueron duplicados, 3 casos tenían procedencia fuera de Antioquia y 6 fueron descartados por ajuste D. Para un total de 229 casos que se incluyen en el presente análisis.

En la tabla 2, se muestra el resultado de cada indicador del protocolo de vigilancia y se compara frente al indicador del año 2023. En total se confirmaron 15 casos de los 229 notificados para el Departamento, todos procedentes de Antioquia, a excepción de uno que procedía de Bogotá. De los casos restantes, 199 fueron descartados y 15 quedaron como casos probables. La incidencia de Mpox se disminuyó de forma significativa con respecto al año anterior. No se presentaron casos de fallecimiento por Mpox confirmado, por lo que la Letalidad y la Mortalidad fueron cero. El 47% de los casos confirmados por Mpox requirió atención hospitalaria. Se contó con el dato del laboratorio para confirmación o descarte en el 85,6% de los casos. El 14,4% restante no reportó este dato al sivigila ni su muestra fue procesada por el LDSP.

Tabla 2. Resumen de indicadores de protocolo

Indicador	Resultado 2023	Resultado 2024
Incidencia de Mpox	0,6 casos/100.000 habitantes	0,2 casos/100.000 habitantes
Tasa de mortalidad por Mpox	0 casos/100.000 habitantes	0 casos/100.000 habitantes
Letalidad por Mpox	0	0
Proporción de casos con atención hospitalaria	Sin dato	47%
Porcentaje de casos con según clasificación final	Sin dato	Casos confirmados = 6,6% Casos descartados por laboratorio= 79,0% Casos descartados por otros Dx= 7,8% Casos probables = 6,6%





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 1. Tasa de incidencia de Mpox por subregiones de Antioquia, 2024

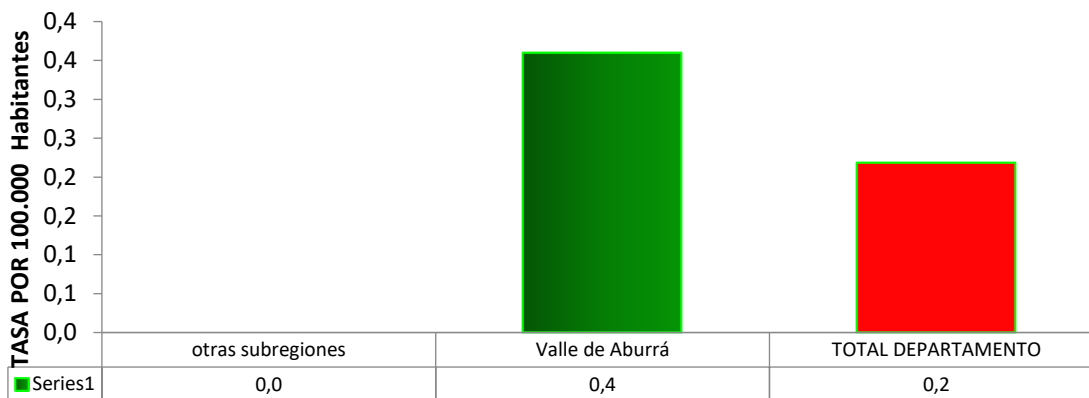


Tabla 3. Incidencia de Mpox por municipios del Valle de Aburrá, 2024

Municipio / Subregión	# casos confirmados por laboratorio	Incidencia	Población DANE 2023
Valle de Aburrá	15	0,4	4.179.996
Barbosa	0	0,0	56.103
Bello	3	0,5	566.456
Caldas	0	0,0	86.081
Copacabana	1	1,2	84.209
Envigado	1	0,4	248.304
Girardota	0	0,0	55.902
Itagüí	0	0,0	299.348
La Estrella	0	0,0	77.611
Medellín	10	0,4	2.616.335
Sabaneta	0	0,0	89.647
TOTAL DEPARTAMENTO	15	0,2	6.903.721

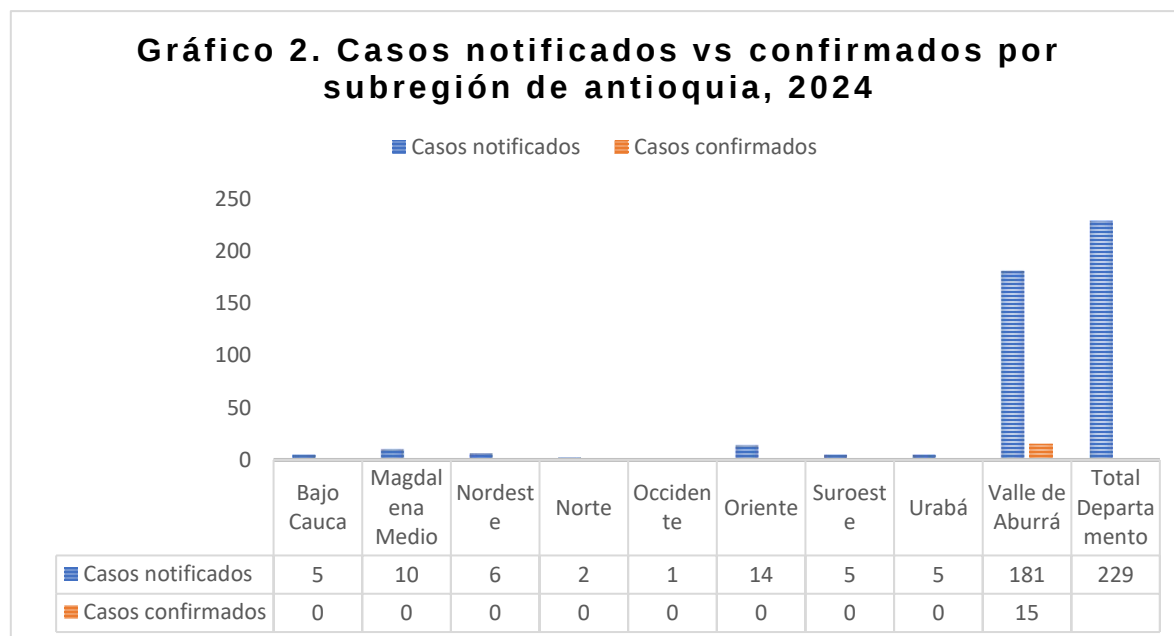
El gráfico 1 nos muestra la tasa de incidencia de casos de Mpox por subregión, este se realizó con base en el municipio de residencia del caso. El total de casos confirmados presentados en Antioquia, procedían del Valle de aburra, específicamente de los Municipios de Medellín (10 casos), Bello (3 casos), Copacabana (1) y Envigado (1 caso). En la tabla 3 se especifican las incidencias calculadas para cada municipio del Valle de Aburrá, destacándose Copacabana con la mayor tasa de 1,2 casos/100.000 hab, seguido de Bello con 0,5 casos /100.000hab. El resto de las subregiones, si bien notificaron casos como se observa en el





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

gráfico 2, estos fueron descartados por laboratorio en su mayoría, otros quedaron sin confirmación o descarte. Con respecto a la notificación, todas las subregiones notificaron al menos un caso probable en el año, siendo esta notificación mas frecuente en Valle de Aburrá, Oriente y Magdalena medio con 181, 14 y 10 casos, respectivamente.



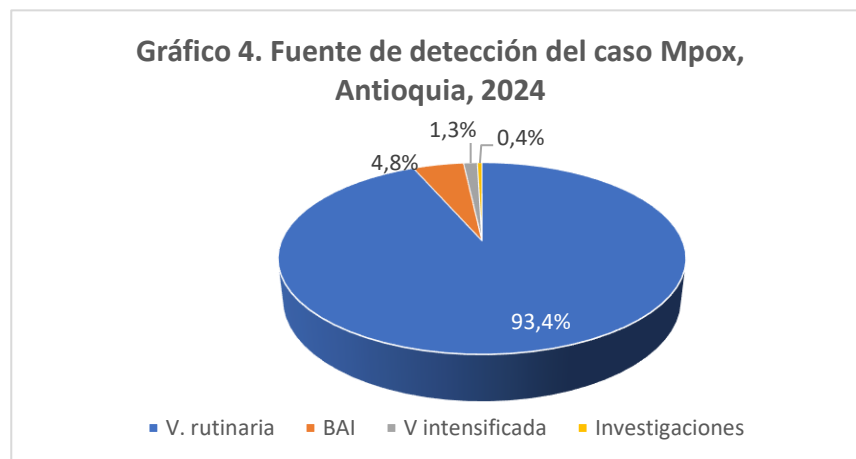
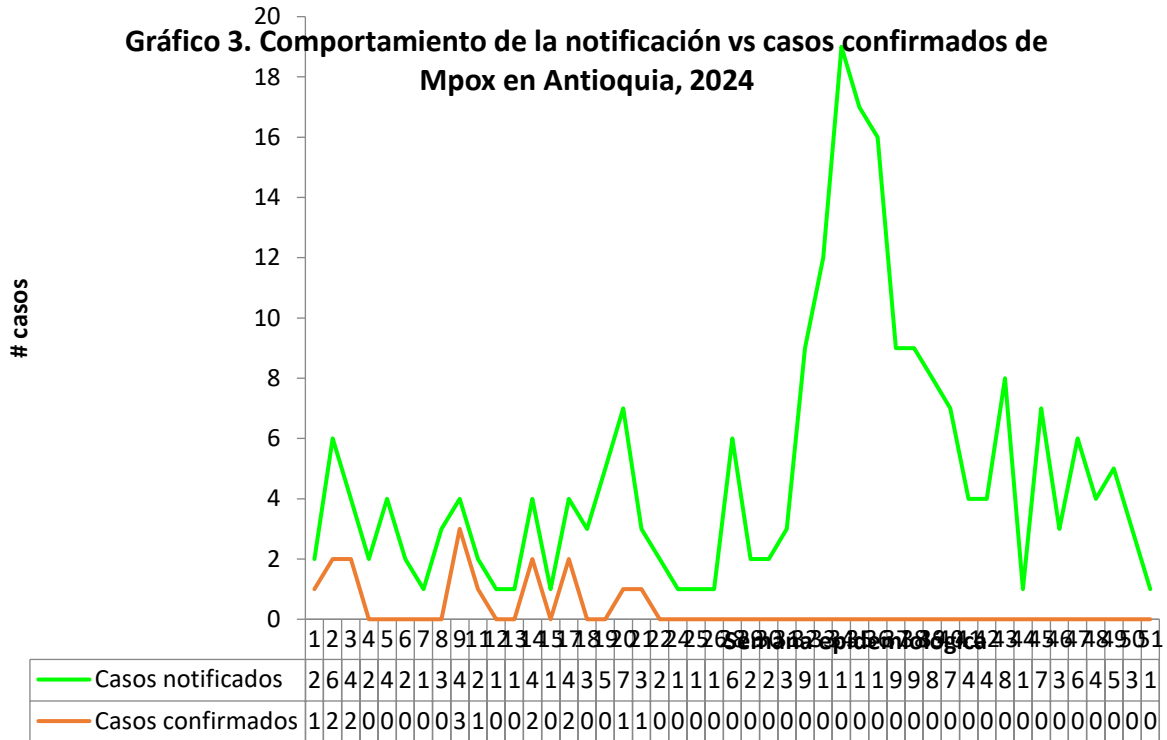
Al analizar el comportamiento semanal de la notificación de Mpox durante el año 2024, se puede observar un incremento inusual entre las semanas epidemiológicas 32 y 40. Por otro lado se puede destacar que después de la semana 21 no se volvieron a confirmar casos notificados al SIVIGILA, a partir de esta fecha, todos fueron negativos o descartados por otros diagnósticos (Ver gráfico 3).

EL 93% de los casos fue detectado mediante vigilancia rutinaria, el 4,8% mediante búsqueda activa institucional, un caso se detectó a través de investigaciones.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



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 la tabla 4, se puede observar que el 12% de los casos notificados por Mpox en Antioquia, pertenecen a población carcelaria, estos casos obedecen a brotes de varicela presentados en los centros penitenciarios de Jericó y Medellín. La mayoría de los casos notificados corresponden a población que no se identifica en un grupo étnico. 2 casos se notificaron en indígenas y 5 en población afro, ningún caso confirmado tenía pertenencia étnica.

En la tabla 5 se especifican las características sociodemográficas de los casos notificados y casos confirmados por Mpox. El 64% de los casos notificados correspondían a hombres, siendo esta población el 93% de los casos confirmados por laboratorio. Si bien se notificaron un 16% de casos en área rural, el 100% de los confirmados residían en área urbana del Valle de Aburrá. El 95% de los casos notificados pertenecían a personas colombianas, pero al confirmarse, el 27% eran extranjeras. El 76% de los casos notificados pertenecían a estratos 1, 2 y 3. Y el 80% de los confirmados eran estratos 2 y 3. EL régimen contributivo aportó el 67% de los casos notificados y el 87% de los casos confirmados. Se presentaron 18 casos notificados en población no asegurada o con aseguramiento indeterminado y solo uno confirmado en ellos.

Tabla 4. Casos de Mpox por grupos poblacionales notificados en Antioquia, 2024

Variable	Total casos notificados	%
Grupos poblacionales de interés		
FFMM	3	1,31%
Migrantes	3	1,31%
Desplazado	1	0,44%
Población privada de la libertad	27	11,79%
Víctimas de violencia armada	0	0,00%
En condición de discapacidad	0	0,00%
Etnia		
Indígena (Zenú)	2	0,9%
ROM, Gitano	0	0,0%
Raizal	0	0,0%
Palenquero	0	0,0%
Negro, Mulato, Afro Colombiano	5	2,2%
Otro	222	96,9%
Total	229	100,00%





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

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

Variable	Total casos notificados	%	Total casos confirmados	%
Sexo				
Masculino	147	64,2%	14	93,3%
Femenino	82	35,8%	1	6,7%
Total	229	100,0%	15	100,0%
Área de residencia				
Urbana	192	83,8%	15	100,0%
Rural	37	16,2%	0	0,0%
Total	229	100,0%	15	100,0%
Nacionalidad				
Colombiana	217	94,8%	11	73,3%
Venezolana	10	4,4%	3	20,0%
Ecuatoriana	2	0,9%	1	6,7%
Total	229	100,0%	15	100,0%
Estrato				
1	45	19,7%	0	0,0%
2	65	28,4%	8	53,3%
3	64	27,9%	4	26,7%
4	18	7,9%	0	0,0%
5	8	3,5%	1	6,7%
6	2	0,9%	1	6,7%
Sin dato	27	11,8%	1	6,7%
Total	229	100,0%	15	100,0%
Afiliación				
Contributivo	153	66,81%	13	86,7%
Subsidiado	41	17,90%	1	6,7%
Excepción	15	6,55%	0	0,0%
No Asegurado	7	3,06%	0	0,0%
Especial	2	0,87%	0	0,0%
Indeterminado/Pendiente	11	4,80%	1	6,7%
Total	229	100,00%	15	100,0%





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

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

Variable	Total casos notificados	%	Total casos confirmados	%
Síntomas y signos				
Erupción	223	97,38%	15	100,00%
Erupción vesicular	174	78,03%	12	80,00%
Erupción papular	76	34,08%	3	20,00%
Fiebre	148	64,63%	12	80,00%
Úlcera genital	56	24,45%	11	73,33%
Complicaciones	2	0,87%	0	0,00%
Fuente probable de infección				
Contacto con caso confirmado Mpox	28	12,2%	3	20,0%
Contacto con extranjero	25	10,9%	4	26,7%
Múltiples parejas sexuales	25	10,9%	4	26,7%

En la tabla 6 se especifican las características clínicas y factores de riesgo asociados a los casos notificados y confirmados. La erupción se presentó en el 100% de los casos confirmados, siendo más frecuente la presentación vesicular con el 80%, la fiebre estuvo presente en el 80% de los casos y 73% la úlcera genital.

Con respecto a los casos notificados, el 97% refirió erupción, siendo la más común la vesicular, fiebre en el 65% y úlcera genital en el 25%. Solo un caso notificado reportó complicaciones de todos los tipos, este caso registra como fallecido pero la causa de muerte fue debido a complicaciones por su diagnóstico de base de VIH coinfección con Tuberculosis. Este caso fue descartado para Mpox por laboratorio.





4. Discusión

Para el 2024 se evidenció en Antioquia una reducción significativa de casos; así como de la incidencia de Mpox, este hecho obedece a la disminución de casos del brote mundial iniciado en 2022 y cuyo descenso comenzó a partir de la semana 32 de este mismo año, manteniéndose en decremento de forma sostenida durante el 2023 y 2024(3). Durante el 2024 no se registraron casos mortales por Mpox en todo el territorio colombiano(4).

El comportamiento geográfico de Mpox en Antioquia, concentrado exclusivamente en municipios del Valle de Aburrá, refleja un patrón de transmisión predominantemente urbano, observado también en Colombia, donde las mayores incidencias se concentraron en las principales entidades territoriales como Antioquia, Barranquilla y Cali(4). Esto es consistente con la dinámica observada tanto a nivel nacional como regional en el actual brote(3). Esta focalización territorial sugiere una fuerte asociación entre la propagación del virus y contextos urbanos densamente poblados, donde existen mayores oportunidades de interacción social y redes sexuales activas, particularmente en poblaciones clave como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), grupo que ha concentrado la mayoría de los casos a nivel global(3,6).

La ausencia de casos confirmados en municipios por fuera del Valle de Aburrá también puede indicar un posible subregistro en otras subregiones del departamento, ya sea por limitaciones en el acceso a servicios de salud, desconocimiento del evento por parte del personal asistencial o estigmatización que desincentiva la consulta. En este sentido, es fundamental fortalecer los procesos de sensibilización, formación del talento humano y vigilancia activa en municipios con silencio epidemiológico, con el fin de detectar oportunamente casos en nuevos territorios y evitar posibles cadenas de transmisión no identificadas. La naturaleza urbana del brote también plantea la necesidad de intervenciones focalizadas en entornos urbanos, que incluyan acciones de educación en salud sexual, acceso a diagnóstico oportuno y generación de confianza en los servicios, especialmente en poblaciones históricamente marginadas.

En Antioquia, solo el 6,6% de los casos notificados de Mpox fueron confirmados por laboratorio, mientras que el 79% fueron descartados. Estos resultados evidencian debilidades tanto en la efectividad de la toma de muestras como en la correcta identificación de casos probables, lo que contrasta con el promedio nacional, donde el 47% de los casos notificados fueron confirmados. Esta baja tasa de confirmación sugiere una





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

sobreestimación en la notificación inicial, lo que conlleva una inversión innecesaria de recursos diagnósticos y operativos en casos que no cumplen con criterios clínico-epidemiológicos sólidos.

Entre los factores que pueden explicar esta situación en el departamento se encuentra el cambio en las directrices nacionales, que transfirió la responsabilidad del procesamiento de muestras desde los Laboratorios de Salud Pública a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). Aunque esta medida busca descongestionar el sistema público, también reduce el control técnico sobre la calidad y oportunidad de los resultados, así como su adecuada incorporación en el sistema de vigilancia (SIVIGILA). Adicionalmente, la ocurrencia de brotes de varicela en poblaciones confinadas, como personas privadas de la libertad o personal de fuerzas militares, ha llevado a la inclusión preventiva de numerosos casos como probables y a la toma de muestras para Mpox, lo que podría haber influido en el alto porcentaje de descartes observados. Esto resalta la necesidad de fortalecer la capacitación en vigilancia clínica, el uso apropiado de definiciones de caso y la articulación entre actores responsables de la notificación y diagnóstico.

En relación con la calidad de los datos registrados en el sistema SIVIGILA, se evidencia un adecuado cumplimiento en el diligenciamiento de variables sociodemográficas y de factores de riesgo, lo cual facilita el análisis epidemiológico del evento. Sin embargo, persisten desafíos relevantes en el proceso de clasificación de los casos, particularmente en lo que respecta a la confirmación y descarte de casos probables de Mpox. Se observó que el 7% de los casos permanecieron en estado probable sin una definición diagnóstica definitiva, y un 8% fueron descartados con base en diagnósticos diferenciales clínicos, sin confirmación mediante pruebas de laboratorio. Esta situación puede reflejar limitaciones en la oportunidad y acceso al diagnóstico, así como en la aplicación rigurosa del protocolo de vigilancia, lo que compromete la precisión de los datos y la eficiencia en el uso de recursos. Es necesario fortalecer los procesos de seguimiento, cierre de casos y articulación entre los actores del sistema de vigilancia y diagnóstico, para asegurar una clasificación oportuna y sustentada de los eventos notificados.

Los resultados sociodemográficos de los casos notificados y confirmados por Mpox en Antioquia evidencian un patrón epidemiológico claramente urbano y masculinizado, consistente con el comportamiento del evento a nivel global. Aunque el 64% de los casos notificados fueron hombres, esta proporción ascendió al 93% entre los confirmados, lo que resalta la concentración del evento en redes de transmisión específicas. Es relevante el hallazgo de que el 27% de los casos confirmados correspondían a población extranjera, a





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

pesar de representar una proporción menor en las notificaciones, lo cual podría indicar mayor exposición, posiblemente sexual, patrón observado en el análisis de otros eventos de ITS como VIH, Sífilis y Hepatitis B-C. Finalmente, la baja representación de grupos étnicos entre los casos confirmados podría reflejar tanto un patrón de distribución real como posibles vacíos en el acceso al diagnóstico en estas poblaciones, por lo que se recomienda reforzar la vigilancia activa con enfoque diferencial.

En cuanto a la fuente de infección, se identificó con mayor frecuencia entre los casos confirmados el antecedente de contacto con personas extranjeras y la exposición a múltiples parejas sexuales, lo que sugiere una posible relación con dinámicas de transmisión en redes sexuales específicas y movilidad internacional. Solo tres casos reportaron contacto directo con un caso confirmado de Mpox, lo que resalta la importancia de fortalecer la investigación de campo y el rastreo de contactos, así como de considerar otras formas de exposición menos evidentes. Estos hallazgos permiten orientar mejor la identificación de casos probables y refuerzan la necesidad de brindar educación focalizada sobre medidas preventivas, especialmente en poblaciones con prácticas sexuales de mayor riesgo o en entornos con alta interacción internacional.

5. Conclusión

Durante el 2024, la vigilancia epidemiológica de Mpox en Antioquia reflejó una marcada disminución de la incidencia del evento, en concordancia con la tendencia nacional e internacional posterior al brote global de 2022. Sin embargo, esta aparente disminución debe analizarse con cautela, ya que la concentración exclusiva de casos confirmados en el Valle de Aburrá, así como las dificultades en la confirmación diagnóstica y la clasificación oportuna de casos, evidencian posibles limitaciones en la sensibilidad del sistema de vigilancia, especialmente en municipios por fuera de esta subregión. El perfil de los casos confirmados, predominantemente hombres, residentes urbanos, algunos extranjeros, y con antecedentes de prácticas sexuales de riesgo, reafirma la naturaleza urbana y sexualmente asociada del evento, lo que exige respuestas focalizadas e intersectoriales.





6. Recomendaciones

- Fortalecimiento de la identificación y confirmación de caso implementando por parte de la secretaría de salud departamental, acciones de capacitación técnica para el personal de salud en la aplicación rigurosa de la definición de caso probable y en el adecuado uso de pruebas diagnósticas, con el fin de reducir el alto porcentaje de descartes clínicos sin confirmación por laboratorio.
- Mejorar la calidad del dato mediante diferentes estrategias: 1) seguimiento de los casos notificados por parte de las UPGD, asegurando el cierre oportuno con diagnóstico definitivo, para evitar la permanencia de casos en estado “probable” y optimizar la calidad de los datos en el sistema de vigilancia. 2) auditorías periódicas a la calidad del dato por parte de la autoridad departamental, priorizando variables clave para el análisis epidemiológico como clasificación final, pruebas realizadas, resultado y pertenencia poblacional, con la respectiva gestión de los ajustes de casos requeridos. 3) capacitación continua del personal asistencial y de vigilancia en la definición de caso probable, adecuado uso de pruebas, y seguimiento a los casos para su cierre oportuno.
- Articulación del diagnóstico entre actores del sistema de salud, reforzando la coordinación entre EAPB, IPS y autoridades territoriales para garantizar el acceso oportuno a pruebas diagnósticas y retroalimentación de resultados, en el marco de las nuevas directrices nacionales que asignan esta responsabilidad a las EAPB.
- Asegurar la trazabilidad y el cargue adecuado de resultados en SIVIGILA, con seguimiento técnico desde las direcciones locales y departamentales de salud.
- Intensificar la búsqueda activa de casos en poblaciones clave y zonas de alta vulnerabilidad social, incluyendo acciones extramurales y comunitarias en territorios urbanos con concentración de casos y en subregiones con silencio epidemiológico.
- Acciones con enfoque diferencial y territorial: Diseñar e implementar estrategias de prevención, educación, comunicación del riesgo y acceso a servicios con enfoque diferencial para población extranjera, población LGBTQ+, personas privadas de la libertad y personas no aseguradas. De este mismo modo fortalecer el acceso al diagnóstico y vigilancia en población con pertenencia étnica, garantizando pertinencia cultural y superación de barreras geográficas y sociales.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- Diseñar acciones focalizadas en entornos urbanos con alta densidad poblacional, como centros penitenciarios, asentamientos de población migrante y zonas de alta movilidad, que incluyan tamizaje y educación en salud.

Bibliografía.

1. Organización Mundial de la Salud. Viruela símica (mpox) [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mpox>
2. Arranz Izquierdo J, Molero García JM, Gutiérrez Pérez MI. Manejo desde atención primaria de la infección por la viruela del mono (MPOX) en humanos. Aten Primaria. octubre de 2023;55(10):102680.
3. OPS-OMS. Actualización Epidemiológica Mpox Región de las Américas [Internet]. 2024 ago p. 12. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-08/2024-ago-17-phe-epi-update-mpx-esp-final.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Informe del evento Monkeypox periodo epidemiológico XII de 2024 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MONKEY%20POX%20PE%20XII%202024.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Protocolo de vigilancia epidemiológica del evento 880-Mpox [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_MPOX%202024.pdf
6. Gao S, Zeng Z, Zhai Y, Chen F, Feng X, Xu H, et al. Driving effect of multiplex factors on Mpox in global high-risk region, implication for Mpox based on one health concept. One Health. diciembre de 2023;17:100597.
7. 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>





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

8. 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>



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

