# Del plato a la salud: Panorama Epidemiológico de las ETA

Más de 200 enfermedades son causadas por el consumo de alimentos contaminados por bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas, como metales pesados. Este problema de salud pública cada vez mayor produce un impacto socioeconómico considerable, debido a la presión ejercida sobre los sistemas de atención de salud, la pérdida de productividad y el deterioro del turismo y el comercio. Esas enfermedades contribuyen considerablemente a la carga mundial de morbilidad y mortalidad.



Imagen generada con IA

**Periodo epidemiológico 8**

Desde el 19 de Julio al 15 de Agosto de 2026

# BEA

## BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE ANTIOQUIA

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



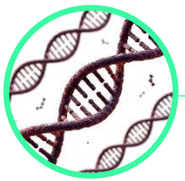
## Tema central:

Del plato a la salud: Panorama Epidemiológico de las ETA



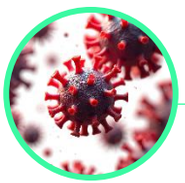
## Eventos trazadores:

- 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:

Comportamiento del evento sin establecer con énfasis en síndrome mano-pie-boca.



## Brotes y alertas

- IAAS
- Intoxicaciones



## 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

## Del plato a la salud: Panorama Epidemiológico de las ETA

Angela Rivera Vargas
Enfermera epidemióloga, referente departamental de enfermedades trasmitidas por alimentos y/o vehiculizadas por el agua (ETA, EDA, HEPATITIS A)
Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) son causadas por la contaminación de los productos en cualquier etapa de su producción, suministro o consumo. Esta contaminación puede originarse por factores ambientales (como la polución del agua, el suelo o el aire) o por el almacenamiento y procesamiento inadecuado de insumos insalubres.

Médicamente, una ETA se define como el síndrome provocado por la ingesta de alimentos o agua con una cantidad de agentes etiológicos suficiente para afectar la salud. Aunque suelen manifestarse con síntomas gastrointestinales comunes como náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y fiebre, en algunos casos pueden derivar en complicaciones graves como sepsis, meningitis, abortos, el síndrome de Reiter, el síndrome de Guillain-Barré o, incluso, la muerte.

Por su parte, un brote de ETA ocurre cuando dos o más personas presentan una sintomatología similar tras consumir el mismo alimento, siempre que los análisis epidemiológicos confirmen dicho alimento como la fuente de origen. La magnitud de estos brotes varía según el número de "casos", término utilizado para referirse a cada individuo afectado.

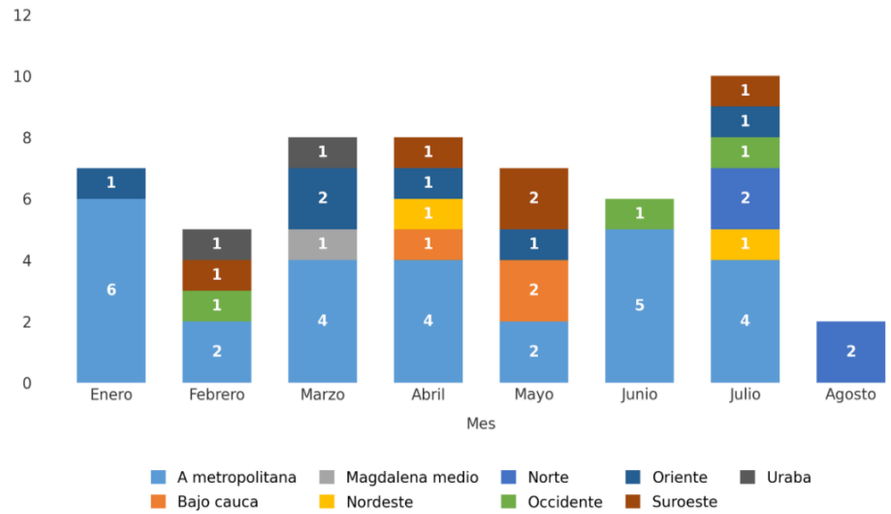
Según el artículo "Estimaciones de la OMS sobre la carga mundial, regional y nacional de 42 riesgos infecciosos y químicos transmitidos por los alimentos, 2000-2021: una síntesis de datos actualizada" obtuvieron como resultados que, en 2021, se estimó que 2,56 mil millones de enfermedades fueron causadas por los 42 peligros de este estudio. De estos, 866 millones (IC del 95 %: 680–1090) se atribuyeron a la transmisión por alimentos. Los peligros que causan diarrea causaron aproximadamente 666 millones (483–884) de estas enfermedades transmitidas por alimentos, mientras que los peligros de enfermedades entéricas y parasitarias invasivas causaron aproximadamente 194 millones (145–238) de enfermedades. Se estimó que los peligros químicos transmitidos por alimentos causaron 6,26 millones (3,36–10,3) de enfermedades (Lake et al., 2026). En general, los 42 peligros transmitidos por los alimentos causaron un estimado de 1,52 millones (0,783–2,51) de muertes en 2021. La carga total de enfermedades transmitidas por los alimentos en 2021 se estimó en 57,1 millones (39,4–81,1) AVAD, de 8,36 millones (6,18–11,4) de años vividos con discapacidad (AVD) y 48,8 millones (31,8–71,8) de años de vida perdidos.

Al cierre del período epidemiológico VI (20 de junio de 2026), se notificaron en Colombia 313 brotes preliminares de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), lo que representa un decremento significativo del -0.9% frente a la mediana histórica. El evento afectó a 3,689 casos de un total de 15,089 expuestos, consolidando una tasa de ataque del 24.4% y una letalidad del 0% (cero fallecidos). Demográficamente, el perfil se distribuyó de forma equitativa, afectando al 52.0% de mujeres (1,918 casos) y al 48.0% de hombres (1,771 casos), con el agua y los alimentos como las fuentes principales de contaminación bajo los modos oral y oral-fecal.

En cuanto a los lugares de ocurrencia, el hogar lideró con 122 brotes (39.0%), aunque reflejó una reducción del -30.3% respecto a su histórico. En contraste, se registraron repuntes preocupantes en restaurantes (45 brotes; +9.8%) y establecimientos educativos (40 brotes; +29.0%). A nivel territorial, el comportamiento fue asimétrico: regiones como Caldas (+250.0%), Santa Marta (+214.3%) y Tolima (+200.0%) presentaron incrementos significativos, siendo Antioquia el departamento con mayor volumen absoluto (40 brotes; +17.6%). Por su parte, Bogotá D.C. (14 brotes) y Cali (23 brotes) se mantuvieron estables, mientras que Cundinamarca (-72.7%) y Boyacá (-70.0%) reportaron decrementos significativos.

En el marco de la vigilancia epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) en Antioquia, se reportó un consolidado de 53 brotes identificados. La distribución temporal y subregional del evento muestra que la subregión del Valle de Aburrá lideró la notificación, con picos de actividad visibles a principio de año, acumulando un máximo mensual en enero, seguido por una reactivación de casos en julio. Otras subregiones como Urabá, Oriente, Suroeste y Norte registraron una presencia constante, aunque menor a lo largo de los meses.

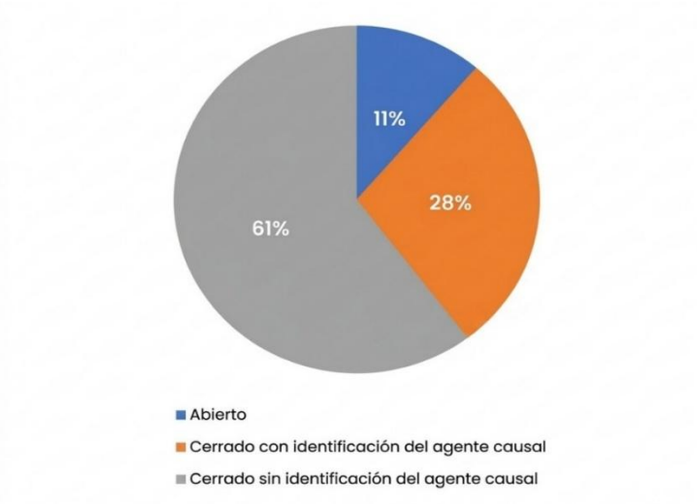
**Figura 1.** Distribución de los brotes de ETA por subregión, Departamento de Antioquia, corte periodo 8, 2026




**Fuente:** SIVIGILA, evento 349 brotes de ETA, corte periodo 8

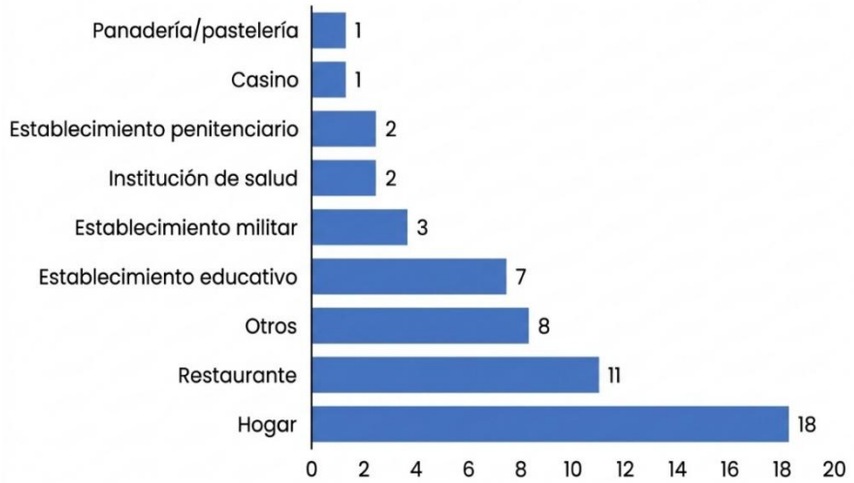
En cuanto al estado administrativo y epidemiológico de las investigaciones, el sistema refleja que el 61% de los brotes se cerraron sin la identificación del agente causal. Por su parte, un 28% de los brotes fueron cerrados con identificación positiva del patógeno y un 11% permanecen bajo investigación activa en estado abierto.

**Figura 2.** Estado de los brotes de ETA en el departamento de Antioquia, corte periodo 8, 2026.




**Fuente:** SIVIGILA, evento 349 brotes de ETA, corte periodo 8

**Figura 3.** Distribución de brotes de ETA según lugar de ocurrencia, Antioquia, periodo 8, 2026.




**Fuente:** SIVIGILA, evento 349 brotes de ETA, corte periodo 8

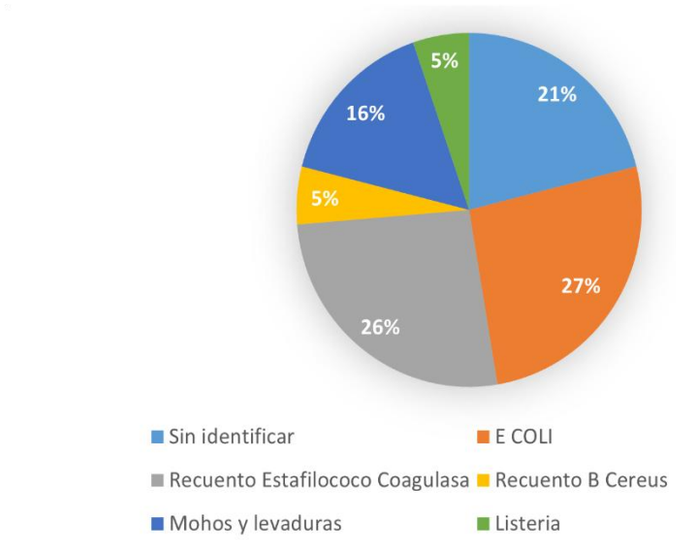
El análisis del entorno físico determinó que el hogar es el principal escenario de ocurrencia con 18 brotes, seguido en orden de importancia por los establecimientos comerciales de restaurantes con 11 casos, los entornos catalogados como "otros" con 8 registros y los establecimientos educativos con 7 brotes. En menor medida, se presentaron afectaciones en establecimientos militares (3), instituciones de salud (2), centros penitenciarios (2), casinos (1) y panaderías o pastelerías (1). Ante estos hallazgos sanitarios, la autoridad aplicó medidas de control e intervención en los focos de contaminación; sin embargo, en el 90% de los brotes no se requirió ninguna medida sanitaria, mientras que en las situaciones restantes se recurrió a la clausura temporal total (6%), la desnaturalización del producto (2%) o la combinación de clausura con destrucción del producto (2%).

## Recomendaciones

Finalmente, los componentes de laboratorio exponen retos técnicos significativos para el departamento. A pesar de que las coberturas de muestreo inicial muestran un esfuerzo operativo importante, con la toma de muestras de alimentos en el 75% de los casos y la recolección de muestras biológicas en el 70%, la confirmación microbiológica definitiva sigue siendo baja. Entre los agentes patógenos que sí lograron ser identificados en los laboratorios de referencia, el principal causante fue la bacteria Escherichia coli, abarcando el 27% de los aislamientos, seguida muy de cerca por el recuento de Staphylococcus coagulasa positiva con un 26%. El resto de los perfiles microbiológicos se distribuyó entre la presencia de mohos y levaduras (16%), Bacillus cereus (5%), Listeria (5%)

y un 21% de casos que quedaron clasificados formalmente bajo la categoría de sin identificar.

**Figura 4.** Agentes infecciosos identificados en alimentos en brotes de ETA, Antioquia, corte periodo 8




**Fuente:** SIVIGILA, evento 349 brotes de ETA, corte periodo 8

Con el objetivo de mitigar el impacto de estos eventos, la Gobernación de Antioquia emite lineamientos específicos dirigidos a las autoridades locales, los municipios y los prestadores de salud. En primer lugar, se insta a verificar activamente el aumento de los casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en cada jurisdicción como mecanismo clave para rastrear y detectar brotes de ETA a tiempo. Asimismo, es imperativo capacitar al personal médico en la identificación oportuna, notificación y toma adecuada de muestras biológicas (coprocultivos), de alimentos y de agua.

En el componente administrativo, las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y las secretarías de salud municipales deben asegurar una comunicación efectiva y el envío oportuno de los informes de brotes (preliminar, 72 horas y final) según el lugar de consumo, garantizando la correcta notificación inmediata al SIVIGILA bajo los eventos correspondientes.

Finalmente, se recuerda la importancia de realizar un abordaje completamente articulado entre todos los actores del sistema de salud para optimizar la respuesta en el territorio.

## Referencias

Instituto Nacional de Salud – INS. 2022. Protocolo de vigilancia en salud pública Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_ETA%202022.pdf

Lake, R., Devleesschauwer, B., Majowicz, S., et al. (2026). Estimaciones de la OMS sobre la carga global, regional y nacional de 42 peligros químicos e infecciosos transmitidos por los alimentos, 2000–21: Una síntesis de datos actualizada. The Lancet Global Health, 14. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(26)00156-7/fulltext

Instituto Nacional de Salud – INS 2026. Infografía de evento Brotes de enfermedades trasmitidas por alimentos-ETA, periodo VI. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ETA%20PE%20VI%202026.pdf



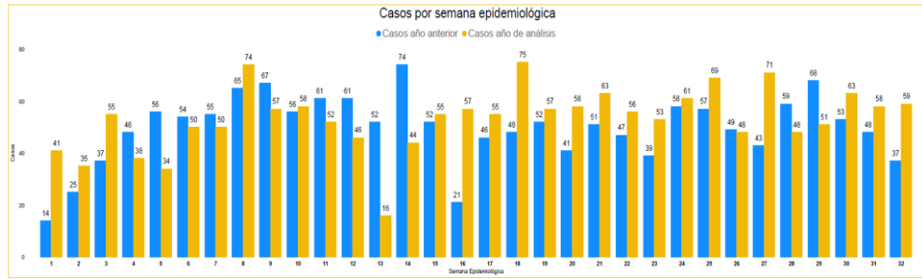
# Eventos trazadores

## 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, con corte al período epidemiológico VIII, se han notificado 1707 casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, lo que corresponde a una prevalencia de 0,41 casos por cada 100 niños y niñas menores de 5 años. Esta cifra representa una disminución del 8,5% respecto al mismo período del año anterior, cuando se habían notificado 1866 casos, con una prevalencia de 0,45 por cada 100 menores de 5 años. Del total de casos notificados, la mayor proporción fue identificada mediante captación rutinaria (81,0 %), seguida de la Búsqueda Activa Comunitaria (12,9 %) y la Búsqueda Activa Institucional (5,8%). En promedio, se notifican 53,3 casos por semana epidemiológica, observándose un comportamiento variable entre las semanas y en comparación con el mismo período del año inmediatamente anterior.

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




**Fuente:** Sivigila

La subregión de Urabá registró la mayor prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años (0,48 por cada 100 menores), seguida del Valle de Aburrá (0,38) y el Nordeste (0,37), todas por encima de la prevalencia departamental. En contraste, Suroeste (0,26) y Magdalena Medio (0,24) presentaron las menores prevalencias. A nivel municipal, las prevalencias más altas se observaron en Murindó (1,47), Vegachí (1,31), Mutatá (1,09), Necoclí (1,05) y San José de la Montaña (1,04). El 27,89 % de los casos notificados cumplía criterios de reincidencia, proporción inferior en 2,71 puntos porcentuales a la registrada en el mismo período de 2025. En términos absolutos, los municipios con más casos reincidentes fueron Medellín (578), Bello (96), Turbo (65), Necoclí (39) y Rionegro (35). No obstante, Betania, Caramanta, Entrerríos y Gómez Plata presentaron una proporción de reincidencia del 100 %, lo que evidencia la persistencia de factores de riesgo para la recurrencia del evento.

Con corte a la semana epidemiológica 32 de 2026, la mayor proporción de casos correspondió a residentes del área urbana (70,07 %), de sexo masculino (57,57 %), menores de 3 años (68,0 %) y afiliados al régimen subsidiado (62,04 %). Al momento de la notificación, el 26,12 % de los casos (397) se encontraba hospitalizado, el 1,19 % (18) no registraba afiliación al

sistema de salud y en el 15,13 % (230) no se evidenció la activación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la desnutrición aguda. La desnutrición aguda moderada representó el 87,43 % de las notificaciones, lo que sugiere una detección más temprana de los casos y mayores oportunidades para la intervención oportuna. Finalmente, la inscripción a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud alcanzó el 72,17 %, valor inferior al observado en el mismo período de 2025 (79,0 %), con una disminución de 6,83 puntos porcentuales, evidenciando la necesidad de fortalecer las acciones de demanda inducida y seguimiento a las cohortes de primera infancia.

Asimismo, la proporción de casos con pertenencia étnica indígena aumentó de 3,37 % en 2025 a 4,87 % en 2026, lo cual podría estar asociado al fortalecimiento de la búsqueda activa comunitaria, el ingreso a territorios de difícil acceso y la intensificación de las acciones de vigilancia en áreas rurales dispersas, favoreciendo una mayor identificación de casos. Sin embargo, también refleja la persistencia de determinantes sociales que incrementan el riesgo de desnutrición en estas comunidades, por lo que se requiere mantener y fortalecer las estrategias de detección temprana, atención integral y seguimiento nutricional en población indígena.

## 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

Durante el período epidemiológico VIII de 2026, comprendido entre el 19 de julio y el 15 de agosto, se notificaron de manera inmediata cuatro casos de mortalidad en menores de cinco años, todos reportados por el departamento de Antioquia. Esta cifra corresponde al mismo número de casos notificados durante el período epidemiológico VIII de 2025, por lo que no se observa variación porcentual frente al mismo período del año anterior. En comparación con el período epidemiológico VII de 2026, en el cual se notificaron cinco defunciones, se observa un decremento del 20%.

De los cuatro casos notificados durante este período, tres corresponden a residentes del departamento de Antioquia y uno a residente del departamento del Chocó. En relación con las causas priorizadas para la vigilancia, tres casos fueron notificados como potencialmente asociados a infección respiratoria aguda (IRA) y uno como potencialmente asociado a desnutrición aguda (DNT). No se notificaron casos priorizados por enfermedad diarreica aguda (EDA).

Estos casos ingresarán al proceso de evaluación, análisis y estudio correspondiente, con el propósito de determinar su clasificación definitiva y establecer si cumplen los criterios para su inclusión dentro de la vigilancia integrada de la mortalidad en menores de cinco años.

### Comportamiento acumulado

Al cierre del período epidemiológico VIII de 2026, se cuenta con un total de 43 muertes en seguimiento, excluyendo los casos descartados. De estas, 29 corresponden a residentes del departamento de Antioquia, 11 al departamento del Chocó y una a cada uno de los departamentos de Cesar, Córdoba y Boyacá.

### Mortalidad asociada a desnutrición aguda

A la fecha se han notificado 57 registros. De estos, 11 han sido descartados mediante ajuste 6, correspondiente al resultado del análisis de caso, y tres registros mediante ajuste D, por error de digitación.

Es importante señalar que este evento de vigilancia comprende la notificación de las muertes potencialmente asociadas a las tres patologías priorizadas —infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) y desnutrición aguda (DNT)—, las cuales posteriormente son sometidas al proceso de análisis y clasificación para establecer su confirmación o descarte.

Para el período epidemiológico VIII se registran 29 casos correspondientes a residentes de Antioquia. Esta cifra representa una reducción del 21,6 % frente al acumulado registrado para el mismo período del año anterior.

En cuanto a las defunciones ocurridas específicamente durante el período epidemiológico VIII, se notificó un caso con residencia en Antioquia, frente a cinco casos registrados durante el mismo período de 2025 y cinco casos durante el período epidemiológico VII de 2026, lo que representa una reducción del 80 % en ambos casos.

Es importante considerar que el comportamiento observado puede presentar variaciones debido a la incorporación de notificaciones retrospectivas derivadas de búsquedas institucionales y de la actualización de los registros provenientes de RUAF-ND.

## Mortalidad asociada a desnutrición aguda

Con relación a la mortalidad por desnutrición aguda, se han confirmado cinco casos, correspondientes a los municipios de Urrao (2 casos), Murindó (1 caso), Andes (1 caso) y San Luis (1 caso). Adicionalmente, permanecen en estudio dos casos correspondientes a residentes de los municipios de Dabeiba y Turbo. En el caso de Turbo, se ha identificado ausencia de criterios de desnutrición aguda, por lo que permanece pendiente de evaluación y clasificación definitiva dentro del proceso de análisis.

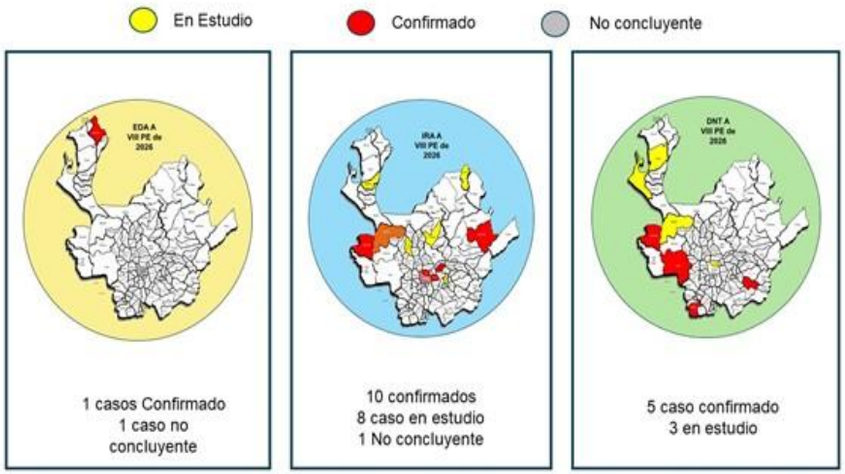
## Mortalidad asociada a infección respiratoria aguda

Respecto a la mortalidad asociada a infección respiratoria aguda (IRA), se han confirmado diez casos, distribuidos en los municipios de Dabeiba (3 casos), Bello (2 casos), Murindó (2 casos), Guarne (1 caso), Remedios (1 caso) y Medellín (1 caso). Asimismo, nueve casos permanecen pendientes de análisis y clasificación definitiva.

## Mortalidad asociada a enfermedad diarreica aguda

En cuanto a la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA), se ha confirmado un caso correspondiente a un residente del municipio de Arboletes. Adicionalmente, el caso residente del municipio de San Luis fue reclasificado dentro de la unidad de análisis como un caso priorizado por desnutrición aguda con enfermedad diarreica aguda. Así mismo, se realizó el análisis de un caso residente del municipio de Medellín, priorizado inicialmente por EDA, el cual se encuentra pendiente de aprobación.

**Figura 2.** Distribución de casos en el departamento según evento de priorización y municipio de residencia.




**Fuente:** Sivigila (P*)

La gráfica presenta la distribución de los casos notificados hasta la semana epidemiológica 32, junto con la semaforización correspondiente de acuerdo con los resultados de las unidades de análisis realizadas. Es importante señalar que esta información es de carácter preliminar y puede presentar modificaciones conforme avance el proceso de investigación, análisis y clasificación de los casos, así como por la actualización de los registros en las diferentes fuentes de información.

## Distribución territorial y población indígena

De los 29 casos correspondientes a residentes del departamento de Antioquia, 11 corresponden a población indígena, lo que representa el 37,9 % de las muertes notificadas en menores de cinco años asociadas a las diferentes causas priorizadas bajo vigilancia.

## Tasas de mortalidad

Para el análisis de la mortalidad en menores de cinco años en el departamento de Antioquia se calculan tasas de mortalidad diferenciadas de acuerdo con la causa de priorización y las metas establecidas por el nivel nacional.

**Tabla 1.** Tasas de mortalidad según evento de priorización y municipio de residencia.

| Semaforo | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Meta | < 5 | Meta | < 6.5 | Meta | < 3 |
| Alerta | 5 y 7 | Alerta | 6.6 y 8 | Alerta | 3 y 4 |
| Critico | > 7 | Critico | > 8 | Critico | > 4 |

| | | ACOMULADO POR PERIODO EPIDEMIOLOGICO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Territorio Subregion/Municipio | Poblacion | Casos DNT | Tasa DNT | Casos IRA | Tasa IRA | Casos EDA | Tasa EDA | Casos 591 | Tasa 591 |
| Antioquia | 418.192 | 5 | 1,2 | 11 | 2,6 | 1 | 0,2 | 17 | 4,1 |
| Bajo cauca | 27.688 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Magdalena Medio | 9.287 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Nordeste | 17.547 | 0 | 0,0 | 1 | 5,7 | 0 | 0,0 | 1 | 5,7 |
| Remedios | 3.397 | 0 | 0,0 | 1 | 29,4 | 0 | 0,0 | 1 | 29,4 |
| Norte | 18864 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Occidente | 17.807 | 0 | 0,0 | 3 | 16,8 | 0 | 0,0 | 3 | 16,8 |
| Dabeiba | 2.492 | 0 | 0,0 | 3 | 120,4 | 0 | 0,0 | 3 | 120,4 |
| Oriente | 48.467 | 1 | 2,1 | 1 | 2,1 | 0 | 0,0 | 2 | 4,1 |
| Guatape | 647 | 0 | 0,0 | 1 | 154,6 | 0 | 0,0 | 1 | 154,6 |
| San Luis | 1.298 | 1 | 77,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 77,0 |
| Suroeste | 24.255 | 3 | 12,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 12,4 |
| Andes | 3.065 | 1 | 32,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 32,6 |
| Urrao | 2.563 | 2 | 78,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 78,0 |
| Urabà | 48.768 | 1 | 2,1 | 2 | 4,1 | 1 | 2,1 | 4 | 8,2 |
| Arboletes | 3.211 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 31,1 | 1 | 31,1 |
| Murindo | 746 | 1 | 134,0 | 2 | 268,1 | 0 | 0,0 | 3 | 402,1 |
| Valle de aburra | 205.509 | 0 | 0,0 | 4 | 1,9 | 0 | 0,0 | 4 | 1,9 |
| Barbosa | 3.206 | 0 | 0,0 | 1 | 31,2 | 0 | 0,0 | 1 | 31,2 |
| Bello | 33.040 | 0 | 0,0 | 2 | 6,1 | 0 | 0,0 | 2 | 6,1 |
| Medellin | 125.743 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 |

**Fuente:**

De acuerdo con los resultados preliminares, las tasas de mortalidad para las tres patologías priorizadas se encuentran dentro de las metas nacionales establecidas para el departamento. No obstante, se observa un comportamiento superior a lo esperado en la subregión del Suroeste para la mortalidad asociada a desnutrición aguda, relacionado con tres casos acumulados a período epidemiológico VIII.

Estos resultados deben interpretarse con precaución, teniendo en cuenta que la fuente oficial para la consolidación definitiva de las defunciones corresponde a las estadísticas vitales del DANE. En consecuencia, las cifras pueden presentar modificaciones hasta tanto se realice el cierre y consolidación definitiva de la información por parte de dicha entidad.

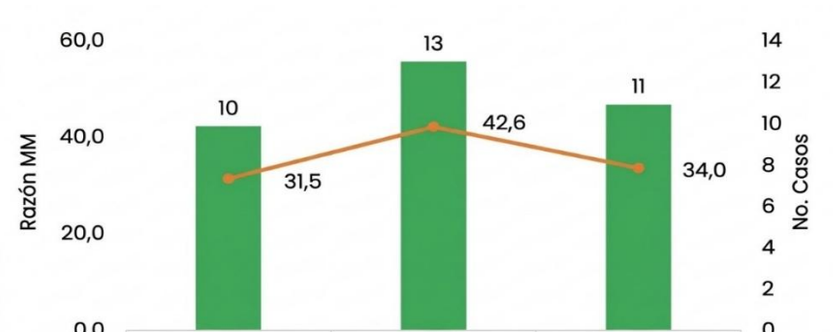
## Mortalidad materna

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 VIII de 2026, el departamento acumuló once casos de mortalidad materna, se registraron tres casos nuevos respecto al período epidemiológico VII. De las once muertes maternas notificadas durante 2026, tres correspondieron a residentes de la subregión Bajo Cauca, tres del Valle de Aburrá, dos de Occidente, una de Magdalena Medio, una de Suroeste y una de Urabá. Según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cinco mujeres estaban afiliadas a Savia Salud EPS (todas del régimen subsidiado), cuatro a Coosalud EPS (tres al régimen subsidiado y una al contributivo), una del régimen contributivo de EPS Sura y una mujer migrante sin afiliación al SGSSS.

La Figura 3 presenta el comportamiento de los casos y la razón de mortalidad materna en Antioquia, con corte al período epidemiológico VIII, durante el período 2024–2026. Se observa tendencia a la reducción en la mortalidad en 2026 cuando se compara con 2025 e incremento cuando se compara con 2024. Con corte al período VIII, entre 2022 y 2025 se registró un promedio de 14 muertes maternas en Antioquia, al comparar ese promedio con las 11 muertes maternas de 2026 se encuentra reducción en la mortalidad materna, sin embargo, esta reducción no es estadísticamente significativa con valor p de 0,0844.

**Figura 3.** Tendencia de los casos y de la razón de mortalidad materna. Antioquia, período epidemiológico VIII, 2024–2026




| | 2024 | 2025 | 2026 |
|---|---|---|---|
| Casos | 10 | 13 | 11 |
| Razón | 31,5 | 42,6 | 34,0 |

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

Con corte a PE VIII se encuentra la subregión de Occidente con aumento en la mortalidad materna estadísticamente significativa (valor p 0,0243). Entre 2022 y 2025 se registró un promedio anual de 0,25 muertes maternas, mientras que en 2026 se notificaron dos muertes (Santa Fe de Antioquia y Frontino). El resto de las subregiones presentan comportamiento usual. Este comportamiento resalta la importancia del fortalecimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica, la identificación temprana de gestantes con factores de riesgo y el acceso oportuno a la atención materna integral. De igual manera, la importancia en la notificación oportuna de las personas gestantes con Morbilidad Materna Extrema y en el seguimiento adecuado enfocado en la reducción de las barreras administrativas y la garantía del acceso a servicios de salud de calidad, oportunos e integrales.

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

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 (cinco casos), además de dos casos por THAE y otro por trombosis venosa profunda. Para 2026 se notificaron dos casos por aborto complicación relacionada con sepsis, un caso por THAE, otro por hemorragia obstétrica severa 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, otro por infarto agudo de miocardio, otro por infarto cerebral y otro por tumor maligno del encéfalo. En 2025, se presentaron dos por sepsis no obstétrica (infección urinaria y úlcera sacra), un caso por miocarditis aguda, otro por malaria y otro por cáncer. En 2026 se han presentado casos por descompensación de patología de base (cáncer tipo leucemia en dos casos) y otros dos por sepsis no obstétrica: foco abdominal y listeriosis.

**Tabla 2.** Comparativo de la clasificación por tipo y causa de la mortalidad materna. Antioquia, PE 8 2024 a 2026.

| Causa / Año | 2024 | 2025 | 2026 |
|---|---|---|---|
| **Directa** | **5** | **8** | **5** |
| Preeclampsia severa / Eclampsia | 5 | 2 | 1 |
| Hemorragia severa | 0 | 5 | 1 |
| Embolismo de líquido amniótico | 0 | 0 | 1 |
| Aborto complicación: sepsis | 0 | 0 | 2 |
| Trombosis venosa profunda | 0 | 1 | 0 |
| **Indirecta** | **5** | **5** | **4** |
| Otras indirectas | 5 | 0 | 0 |
| Indirecta: miocarditis aguda | 0 | 1 | 0 |
| Indirecta: malaria | 0 | 1 | 0 |
| Indirecta: cáncer | 0 | 1 | 2 |
| Indirecta: sepsis no obstétrica | 0 | 2 | 2 |
| **Pendiente análisis** | **0** | **0** | **2** |
| **Antioquia** | **10** | **13** | **11** |

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

Durante el período epidemiológico VIII de 2026 se notificaron tres casos de mortalidad materna en Antioquia, correspondientes a mujer indígena de Vigía del Fuerte que falleció en domicilio en mayo y fue notificada en agosto de manera extemporánea. Una mujer de Medellín y otra de Envigado. La muerte de Medellín se clasificó como hemorragia obstétrica y está pendiente resultado de necropsia médico legal, la muerte de Envigado está pendiente de resultado de necropsia médico-epidemiológica. La unidad de análisis de Vigía del Fuerte no se ha realizado a la fecha de corte de este boletín. En el siguiente boletín se realizará los ajustes correspondientes.

## 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

Durante el período epidemiológico 8 se notificaron y verificaron 181 señales en el departamento de Antioquia. De este total, 117 señales (64,6 %) correspondieron a clasificaciones con relevancia epidemiológica activa (síndromes, casos específicos, conglomerados, situaciones en animales y factores potencialmente relacionados), mientras que 64 señales (35,4 %) fueron clasificadas como duplicadas, descartadas, negativas o no relacionadas con un evento de interés en salud pública.

**Tabla 3.** Indicadores generales de las señales notificadas. Período epidemiológico 8, Antioquia, 2026 (n = 181).

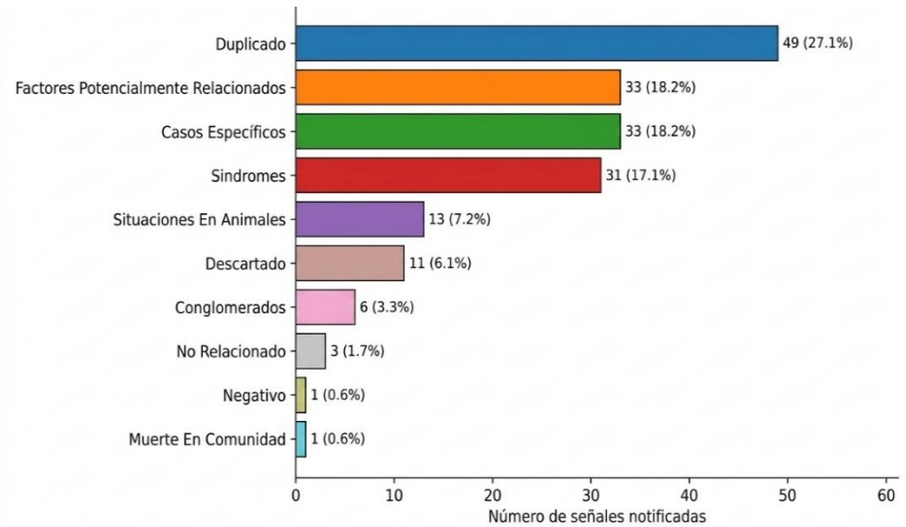
| Indicador | n | % |
|---|---|---|
| Total de señales notificadas (n) | 181 | 100 |
| Señales con clasificación epidemiológica activa | 117 | 64,6 |
| Señales duplicadas, descartadas o no relacionadas | 64 | 35,4 |
| Situaciones de tipo individual | 103 | 56,9 |
| Situaciones de tipo colectivo | 78 | 43,1 |
| Señales notificadas al sistema SIVIGILA | 10 | 5,5 |
| Señales con ingreso formal al SAT departamental | 3 | 1,7 |
| Señales cerradas con acciones realizadas | 105 | 58 |
| Señales en proceso de gestión | 4 | 2,2 |

**Fuente:** *SIVIGILA - Módulo VBC.*

## Distribución por categoría

La categoría con mayor frecuencia relativa correspondió a “duplicado” (49 señales, 27,1 %), seguida de “factores potencialmente relacionados” y “casos específicos” (33 señales cada una, 18,2 %), y “síndromes” (31 señales, 17,1 %). Dentro de los eventos de interés activo se destacan el síndrome febril exantemático (20 señales) y el sismo como principal factor potencialmente relacionado (12 señales).

**Figura 4.** Distribución de señales según categoría de clasificación. Período epidemiológico 8, Antioquia, 2026 (n = 181).

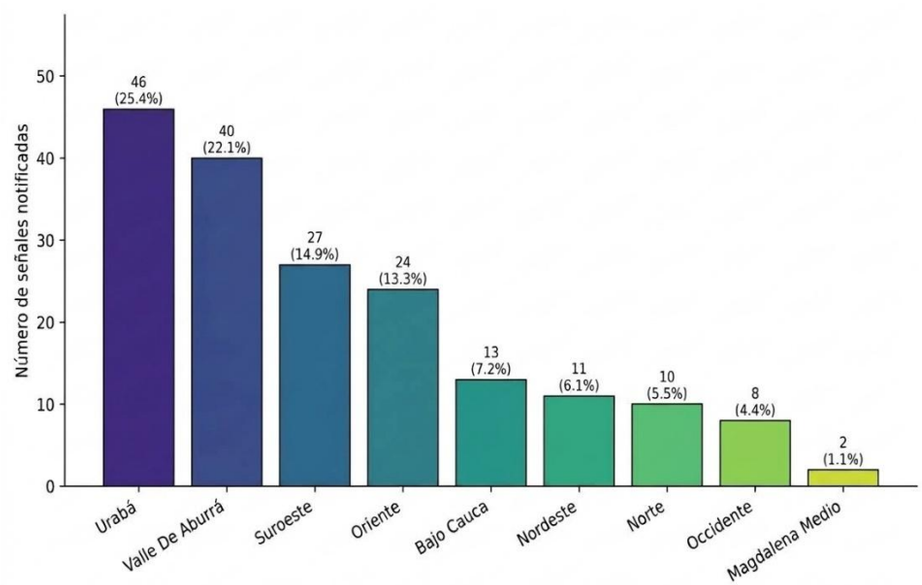



**Fuente:** *SIVIGILA - Módulo VBC.*

## Distribución por subregión

Urabá concentró la mayor proporción de señales (46; 25,4 %), seguida de Valle de Aburrá (40; 22,1 %), Suroeste (27; 14,9 %) y Oriente (24; 13,3 %); en conjunto, el 75,7 % del total departamental. Magdalena Medio registró la menor notificación relativa (2; 1,1 %).

**Figura 5.** Distribución geográfica de señales por subregión. Período epidemiológico 8, Antioquia, 2026 (n = 181).




**Fuente:** *SIVIGILA - Módulo VBC.*

**Tabla 4.** Frecuencia absoluta y relativa de señales por subregión. Período epidemiológico 8, Antioquia, 2026.

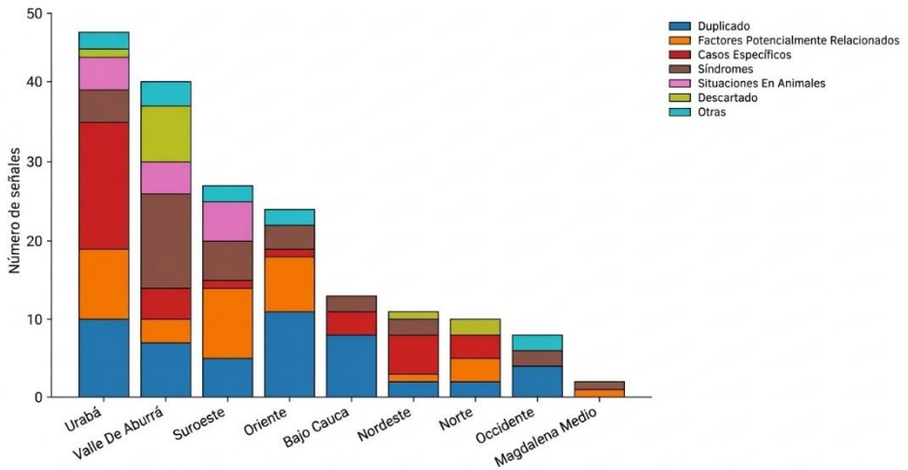
| Subregión | n | % |
|---|---|---|
| Urabá | 46 | 25,4 |
| Valle de Aburrá | 40 | 22,1 |
| Suroeste | 27 | 14,9 |
| Oriente | 24 | 13,3 |
| Bajo Cauca | 13 | 7,2 |
| Nordeste | 11 | 6,1 |
| Norte | 10 | 5,5 |
| Occidente | 8 | 4,4 |
| Magdalena Medio | 2 | 1,1 |
| **Total** | **181** | **100** |

**Fuente:** *SIVIGILA - Módulo VBC.*

## Composición por categoría según subregión

En Urabá predominó la categoría “casos específicos” (16 señales, 34,8 %); en Valle de Aburrá, “síndromes” (12 señales, 30,0 %); en Suroeste y Oriente predominaron, respectivamente, los “factores potencialmente relacionados” y la categoría “duplicado”.

**Figura 6.** Composición proporcional de señales por categoría, según subregión. Período epidemiológico 8, Antioquia, 2026




**Fuente:** *SIVIGILA - Módulo VBC.*

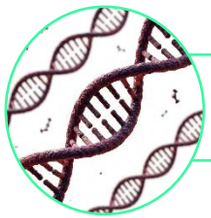
## Riesgo y gestión de las señales

El 63,5 % de las señales (n = 115) se clasificó en riesgo medio, el 15,5 % (n = 28) en riesgo bajo y el 7,7 % (n = 14) como no aplicable. Riesgo alto y muy alto representaron, cada uno, el 6,6 % (n = 12), es decir, 24 señales (13,3 %) que requirieron priorización.

## Fortalecimiento de capacidades

En este mismo periodo se realizó, los días 5 y 6 de agosto, la jornada de formación "Entrenando a Entrenadores", dirigida a los referentes municipales de Vigilancia Basada en Comunidad de la subregión de Oriente, con la participación de los municipios de Rionegro, Marinilla, La Ceja y El Santuario, además de algunos municipios de otras subregiones como Andes (Suroeste) y Yarumal (Norte). Esta jornada permitió afianzar las competencias técnicas de 20 profesionales en la identificación, el análisis y la notificación de señales comunitarias, reforzar la apropiación de los lineamientos nacionales de la estrategia VBC y propiciar el intercambio de experiencias entre los municipios participantes.

Como resultado de esta formación, se establecieron compromisos orientados a consolidar las redes municipales de vigías y gestores comunitarios, elevar la calidad de la información notificada, ampliar la cobertura territorial de la estrategia y fortalecer la articulación entre la vigilancia en salud pública, la atención primaria y las instituciones del nivel local; acciones cuyo efecto ya comienza a reflejarse en el incremento de los reportes y en la oportunidad con que se detectan los eventos prioritarios en la subregión de Oriente.



# Tema complementario

## Comportamiento del evento sin establecer con énfasis en síndrome mano-pie-boca, en el departamento de Antioquia, a periodo VIII de 2026

Francisco Javier Ospino Arredondo
Médico epidemiólogo, referente departamental de ETV (Fiebre amarilla, Leishmaniasis y Chagas)
Secretaría de Salud e Inclusión Social

El evento sin establecer, registrado bajo los códigos INS 900 (notificación individual de atenciones en salud) e INS 901 (notificación colectiva de brotes) del Sivigila, constituye un mecanismo centinela y de alerta epidemiológica temprana destinado a capturar enfermedades emergentes, inusuales o síndromes infecciosos que no cuentan con un código específico en el sistema nacional, encontrándose representado de manera casi exclusiva por el Síndrome Mano-Pie-Boca (SMPB). Esta infección es ocasionada por enterovirus humanos de la familia Picornaviridae, principalmente Coxsackievirus A16 (CVA16), Enterovirus A71 (EV-A71) y, con creciente frecuencia en la última década, serotipos emergentes como Coxsackievirus A6 (CVA6) y A10 (CVA10) (Huang et al., 2024). Entre los factores de riesgo y predisponentes figuran la edad temprana (menores de cinco años) por inmadurez inmunológica, la asistencia a centros de desarrollo infantil (CDI), jardines infantiles y escuelas, el hacinamiento en aulas cerradas, la transmisión fecal-oral o por gotículas respiratorias, y el contacto con fómites contaminados (juguetes, superficies) aunado a prácticas higiénicas deficientes. Las manifestaciones clínicas inician tras un periodo de incubación de tres a siete días con pródromo de fiebre de bajo a moderado grado, odinofagia, hiporexia y malestar general; subsecuentemente emergen lesiones vesiculares ulcerativas dolorosas en mucosa oral y lingual (enantema), acompañadas de un exantema máculo-papular y vesicular con predilección por palmas de manos, plantas de pies, región perioral y glútea (Faridi et al., 2024). Aunque el cuadro suele ser autolimitado y benigno (resolviendo en 7 a 10 días), cepas neurotrópicas como EV-A71 pueden originar complicaciones severas (meningitis aséptica, encefalitis y edema pulmonar neurogénico), mientras que CVA6 se asocia a formas atípicas con desprendimiento ungueal tardío (onicomadesis) y exantemas extensos. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y epidemiológico; las pruebas de biología molecular (RT-PCR) o aislamiento viral en materia fecal o hisopado faríngeo se reservan prioritariamente para casos atípicos, graves o estudios de causalidad en brotes centinela.

En el ámbito internacional, el síndrome mano-pie-boca presenta un comportamiento endémico con ondas epidémicas periódicas cada dos o tres años (estudios en países asiáticos principalmente), sincronizadas con el recambio de cohortes de niños susceptibles y la circulación alternante de serotipos virales (Li et al., 2026), (NikNadia et al., 2016). La región de Asia-Pacífico ha experimentado la mayor carga de morbimortalidad a nivel global; países como China, Vietnam, Malasia y Japón han notificado brotes de gran envergadura con millones de casos pediátricos anuales y focos de letalidad asociados a formas severas por EV-A71, conllevando al desarrollo y uso de vacunas monovalentes inactivadas en esa región (WHO, 2011). De forma paralela, en Europa, Norteamérica y diversos países de las Américas, la vigilancia epidemiológica ha evidenciado en años previos una emergencia sostenida de brotes ocasionados por CVA6, caracterizados por presentaciones clínicas más extensas que involucran a extremidades proximales, tronco e incluso a cuidadores adultos (CDC, 2012)(Carmona et al., 2022)(Tomba Ngangas et al., 2022), motivo por el cual la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mantiene la

recomendación de fortalecer la vigilancia sindrómica de exantemas vesiculares y la contención higiénico-sanitaria en instituciones educativas.

En Colombia, la vigilancia epidemiológica de estas alertas se canaliza mediante lineamientos y circulares técnicas conjuntas, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS) han instruido a las entidades territoriales sobre la intensificación de acciones de detección, notificación y control de brotes institucionales. Históricamente, departamentos como Santander, Cundinamarca, Antioquia, Valle del Cauca y el Distrito Capital reportan un incremento en las notificaciones durante las semanas de inicio y reactivación del calendario escolar, afectando primordialmente a población infantil a cargo del ICBF en modalidades institucionales y comunitarias (Velásquez Morales et al., 2022). El INS enfatiza que la notificación colectiva debe operar como un disparador inmediato de las intervenciones de campo para la caracterización de cadenas de transmisión y la aplicación de medidas no farmacológicas de contención, evitando el ausentismo y la alarma comunitaria desproporcionada (Pava Garzón et al., 2026).

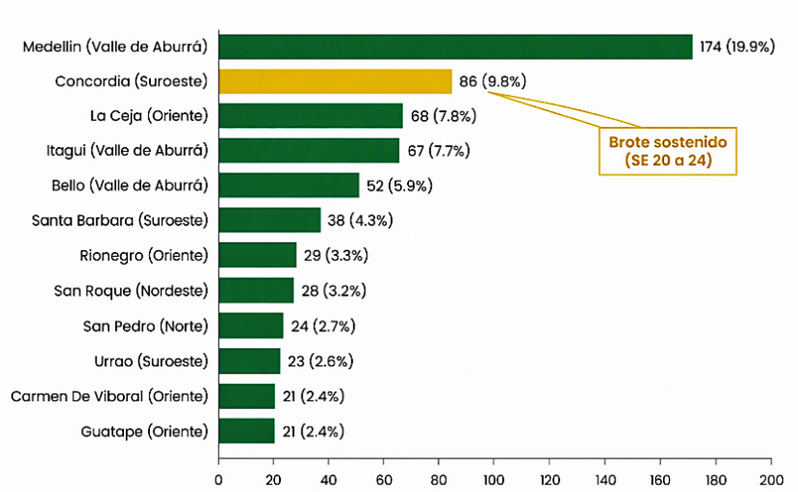
En el departamento de Antioquia, con corte al periodo epidemiológico VIII de 2026 (semana epidemiológica 32) y filtrando estrictamente los registros con procedencia en el departamento de Antioquia, la vigilancia del evento sin establecer capturó 875 atenciones clínicas individuales y 76 brotes colectivos institucionales. Es imperativo señalar desde la perspectiva metodológica de la vigilancia en salud pública que ambas fuentes no deben sumarse de forma directa, dado que una fracción sustancial de los menores identificados en los brotes escolares acude posteriormente a consulta médica e ingresa de forma paralela al subsistema individual, configurando un traslape y duplicidad de registro que sobreestimaría la incidencia real de no analizarse de manera complementaria e independiente. En la notificación individual con procedencia departamental, el 98,5 % de los casos (891/875) correspondió a sospecha clínica de Síndrome Mano-Pie-Boca, siendo residuales los reportes por brucelosis (9 casos; 1,0 %), conjuntivitis (3 casos; 0,3 %) y rickettsiosis (sospecha) (1 caso en; 0,1 %). En la notificación colectiva, el 100 % de los conglomerados (76 brotes) fue catalogado específicamente como SMPB en CDIs, centros educativos y jardines infantiles.

Ambos subsistemas ratifican un marcado perfil pediátrico: en las atenciones individuales, el 75.6 % (662/875) correspondió al grupo de 0 a 4 años y el 16,3 % (143/875) a niños de 5 a 9 años. La distribución por sexo fue simétrica (51,08 % femenino y 48,92 % masculino en la base individual). La severidad clínica fue marcadamente baja: el 98,8 % de los casos individuales (863/875) se manejó de manera ambulatoria, reportándose únicamente 11 hospitalizaciones (1,4 %) y una letalidad de 0,0 % para SMPB.

Temporalmente, la curva epidémica (ver figura 2) inició con niveles basales en los periodos I y II (13 casos individuales), ascendió en el periodo III (55 individuales) y alcanzó su fase de máxima actividad epidémica en los periodos V y VI (SE 17 a 24), concentrando el 60 % de los casos individuales (530/875) y el 60.5 % de los brotes institucionales (46/76), con un pico asistencial de 182 consultas individuales en la SE 22-23.

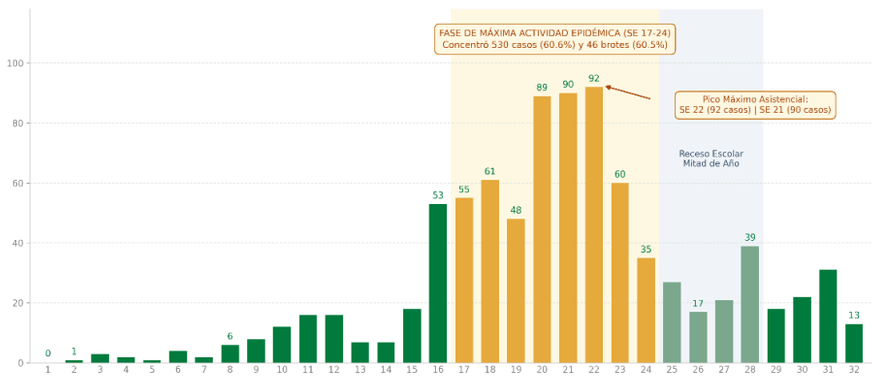
Posteriormente, la transmisión descendió abruptamente durante el receso escolar de mitad de año (periodo VII: 105 casos individuales). Espacialmente, tres subregiones concentraron la mayor carga (de mayor a menor): Valle de Aburrá, Suroeste y Oriente (ver grafica 1). A nivel municipal, la mayor demanda en consulta individual se observó en Medellín (174 casos), Concordia (86 casos, originados por un brote comunitario e institucional sostenido entre las semanas 20 y 24), La Ceja (68 casos) e Itagüí (67 casos individuales).

**Figura 1.** Top 12 municipal de evento sin establecer en Antioquia.




**Fuente:** Sivigila 2026p, evento 900 a PE VIII (Municipios/casos notificados

**Figura 2.** Curva epidémica de frecuencia evento sin establecer, Antioquia




**Fuente:** Sivigila 2026p, evento 900 a PE VIII (Casos notificados/ Semanas epidemiológicas.

## Recomendaciones

**A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS / UPGD)**

- Garantizar el diagnóstico clínico diferencial y el manejo de soporte ambulatorio oportuno (hidratación oral continua, antipiréticos/analgésicos en dosis pediátricas adecuadas). Evitar el uso empírico de antibióticos y corticoides orales o parenterales ante un cuadro viral eminentemente autolimitado.

- Reforzar la educación preventiva a padres y acudientes sobre signos de alarma que requieren valoración de urgencia (fiebre persistente mayor a 72 horas, signos de deshidratación por dolor bucal severo, somnolencia, irritabilidad marcada, mioclonías o ataxia).

- Mantener el flujo continuo de notificación en Sivigila en la ficha individual (código 900) e indagar de forma sistemática el antecedente de contacto con otros menores enfermos en la guardería o jardín para alertar inmediatamente a la dirección local de salud.

**A los Centros de Desarrollo Infantil (CDI), Hogares Infantiles y Establecimientos Educativos**

- Implementar y sostener el "filtro sanitario matutino" al ingreso: si un menor exhibe fiebre, lesiones vesiculares orales o erupción en palmas y plantas, debe restringirse su permanencia en el aula.

- Promover el aislamiento domiciliario voluntario de los menores con caso activo durante 7 días desde el inicio de los síntomas o hasta la Re-epitelización completa de las lesiones cutáneas y tenga ausencia de fiebre (sin uso de antifebriles, acetaminofén, etc.).

- Garantizar la adherencia estricta a la técnica de higiene de manos con agua y jabón en docentes, manipuladores de alimentos y niños, especialmente antes de comer, antes de preparar alimentos y después del uso de sanitarios o cambio de pañales.

- Para la desinfección profunda de superficies y juguetes donde estuvo un menor sospechoso, se debe usar una concentración de 3,120 ppm (partes por millón) de cloro activo.

**A las Secretarías y Direcciones Locales de Salud Municipales:**

- Ejecutar la investigación epidemiológica de campo dentro de las primeras 48 horas tras la notificación de brotes bajo código 901, caracterizando el censo de expuestos y verificando las condiciones higiénico-sanitarias de la institución. Llevar Registro nominal de casos sospechosos. Consultar aquí

- Coordinar mesas de trabajo intersectorial con las directivas del ICBF y las secretarías de educación municipal para concertar medidas sanitarias proporcionadas, evitando cierres masivos e innecesarios de sedes cuando el aislamiento de aulas específicas y la desinfección terminal sean suficientes.

## Referencias

Carmona, R. C. C., Machado, B. C., Reis, F. C., Jorge, A. M. V., Cilli, A., Dias, A. M. N., Morais, D. R., Leme, L., Yu, A. L. F., Silva, M. R., Carvalhanas, T. R. M. P., & Timenetsky, M. C. S. T. (2022). Hand, foot, and mouth disease outbreak by Coxsackievirus A6 during COVID-19 pandemic in 2021, São Paulo, Brazil. Journal of Clinical Virology: The Official Publication of the Pan American Society for Clinical Virology, 154(105245), 105245. https://doi.org/10.1016/j.jcv.2022.105245

CDC. (2012). Notes from the field: Severe hand, foot, and mouth disease associated with Coxsackievirus A6 — Alabama, Connecticut, California, and Nevada, November 2011–February 2012. Cdc.gov. https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6112a5.htm?utm_source=gemini

Faridi, M. M. A., Kapoor, S., Snigdha, & Bhatnagar, S. (2024). Managing hand-foot-mouth disease in children: More of counseling, less of medicines. Journal of Family Medicine and Primary Care, 13(9), 4090–4093. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1444_23

Huang, C.-Y., Su, S.-B., & Chen, K.-T. (2024). A review of enterovirus-associated hand-foot and mouth disease: preventive strategies and the need for a global enterovirus surveillance network. Pathogens and Global Health, 118(7–8), 538–548. https://doi.org/10.1080/20477724.2024.2400424

Li, Z., Han, X., & Ren, Y. (2026). Global epidemiological and aetiological patterns of hand, foot, and mouth disease: a country-level scoping synthesis. Journal of Global Health, 16(04220), 04220. https://doi.org/10.7189/jogh.16.04220

NikNadia, N., Sam, I.-C., Rampal, S., WanNorAmalina, W., NurAtifah, G., Verasahib, K., Ong, C. C., MohdAdib, M., & Chan, Y. F. (2016). Cyclical patterns of hand, foot and mouth disease caused by Enterovirus A71 in Malaysia. PLoS Neglected Tropical Diseases, 10(3), e0004562. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004562

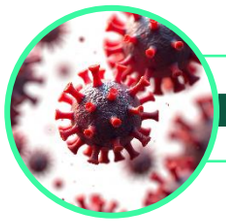
Pava Garzón, D. M., Lozano Lesmes, L. Y., Rincón Acevedo, C. Y., Huguett Aragón, C. M., Pachón Melo, H. E., Bonilla Molano, S. L., Sepúlveda Medina, H., Vásquez Alejo, Y. Z., Gómez Ortega, L. C., Mendoza Niño, E., & Sanabria Cruz, O. M. (2026). Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública 2026 (vigilancia basada en eventos predefinidos). Instituto Nacional de

Salud - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. https://doi.org/10.33610/697558xvajki

Tomba Ngangas, S., Bisseux, M., Jugie, G., Lambert, C., Cohen, R., Werner, A., Archimbaud, C., Henquell, C., Mirand, A., & Bailly, J.-L. (2022). Coxsackievirus A6 recombinant subclades D3/A and D3/H were predominant in hand-foot-and-mouth disease outbreaks in the paediatric population, France, 2010-2018. Viruses, 14(5), 1078. https://doi.org/10.3390/v14051078

Velásquez Morales, A., Soto Cortés, K. A., & Quijada Bonilla, H. (2022). Caracterización de la enfermedad mano-pie-boca en Colombia, 2019 a I trimestre de 2022. Análisis geoespacial. En Reporte Epidemiológico Nacional (pp. 32–41). Instituto Nacional de Salud. https://doi.org/10.33610/01229907.2022v4n4a3

WHO. (2011). A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD). Who.int. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/207490/9789290615255_eng.pdf



# Brotes y alertas

## Brotes en IAAS

Eliana Andrea Saldarriaga
Microbióloga epidemióloga, referente departamental de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

En el periodo epidemiológico 08 (del 19 de julio al 15 de agosto de 2026) se notificaron 6 brotes de IAAS:

**Brote por Pseudomonas aeruginosa productor de carbapenemasas KPC+VIM en Caucasia**
Fecha de notificación: 21 de julio de 2026

Institución de salud de alta complejidad notifica brote de IAAS por este microorganismo multirresistente ocasionando infección del tracto urinario posterior a la realización de ureterolitotomías. La hipótesis principal es la contaminación del equipo y/o instrumental de urología en cirugía.

- **Número de casos:** 9
- **Número de colonizados:** 0
- **Número de expuestos:** 78
- **Tasas:** Ataque (11,54 %), Mortalidad (0,00 %), Letalidad (0,00 %)
- **Fecha probable de cierre**: 07/09/2026

**Brote por influenza A (H3) en trabajadores de salud en Apartadó**
Fecha de notificación: 24 de julio de 2026

Institución de salud de alta complejidad notifica brote por influenza A (H3) entre trabajadores de la salud del servicio de urgencias. Las hipótesis principales son la alta exposición ocupacional, contacto directo con superficies contaminadas, baja cobertura de vacunación y adherencia variable al uso de los elementos de protección personal.

- **Número de casos**: 5
- **Número de colonizados:** 0
- **Número de expuestos**: 150
- **Tasas:** Ataque (3,33 %), Mortalidad (0,00 %), Letalidad (0,00 %)
- **Fecha de cierre**: 10/08/2026

**Brote por primer aislamiento de Cándida auris en Caucasia**
Fecha de notificación: 28 de julio de 2026

Institución de salud de alta complejidad notifica de manera retrospectiva un brote de IAAS por primer aislamiento de esta especie ocasionado IAAS en la institución. La hipótesis más probable fue contaminación ambiental.

- **Número de casos:** 1
- **Número de colonizados:** 0
- **Número de expuestos:** 104
- **Tasas:** Ataque (0,96 %), Mortalidad (0,96 %), Letalidad (100 %)
- **Fecha de cierre:** 03/08/2026

**Brote por Serratia marcescens en Apartadó**
Fecha de notificación: 28 de julio de 2026

Institución de salud de alta complejidad notifica brote de IAAS por S. marcescens en un servicio pediátrico. La hipótesis principal es transmisión cruzada por fallas en la adherencia a las precauciones estándar durante la atención asistencial.

- **Número de casos:** 6

- **Número de colonizados:** 0
- **Número de expuestos:** 43
- **Tasas:** Ataque (13,95 %), Mortalidad (2,33 %), Letalidad (16,67 %)
- **Fecha probable de cierre**: 05/09/2026

**Brote por rotavirus en unidad neonatal en Medellín**
Fecha de notificación: 28 de julio de 2026

Institución de salud de alta complejidad notifica brote por rotavirus ocasionando gastroenteritis en el servicio neonatal. La hipótesis principal es transmisión cruzada por inadecuada higiene de manos de acompañantes y trabajadores.

- **Número de casos:** 2
- **Número de colonizados:** 0
- **Número de expuestos:** 65
- **Tasas:** Ataque (3,08 %), Mortalidad (0,00 %), Letalidad (0,00 %)
- **Fecha de cierre:** 25/08/2026

**Brote por Clostridioides difficile en el servicio de hospitalización adultos en Medellín**
Fecha de notificación: 10 de agosto de 2026

Institución de salud de alta complejidad notifica por este microorganismo ocasionando gastroenteritis en el servicio de hospitalización adultos. La hipótesis más probable es transmisión cruzada a través de las manos del personal asistencial.

- **Número de casos:** 2
- **Número de colonizados:** 0
- **Número de expuestos:** 44
- **Tasas:** Ataque (4,55 %), Mortalidad (0,00 %), Letalidad (0,00 %)
- **Fecha de cierre:** 26/08/2026

## Brotes en intoxicaciones

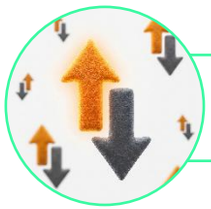
Elizabeth Céspedes Ibáñez
Enfermera, epidemióloga, referente departamental de Intoxicaciones (SPA y NO SPA) e intento de suicidio
Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Durante periodo epidemiológico VIII (19 de julio al 15 de agosto) se reportó un brote para el evento de intoxicaciones agudas por sustancias químicas.

**Conglomerado de intoxicación aguda por inhalación de humo – Envigado**
Fecha de notificación: 04 de agosto de 2026.

Se presentó un incendio de causa inicialmente desconocida en una empresa del municipio ubicada en el sector Las Vegas. Durante las labores iniciales de control del incendio, trabajadores estuvieron expuestos a humo; dos de ellos presentaron posteriormente síntomas respiratorios e irritativos, principalmente dolor de garganta, tos y dificultad para respirar, requiriendo valoración médica. Ambos evolucionaron favorablemente y fueron dados de alta. No se registraron hospitalizaciones, complicaciones ni fallecimientos. Un tercer registro notificado inicialmente fue descartado al no cumplir la definición operativa de caso.

- **Número de casos:** 2
- **Número de expuestos:** 72
- **Tasas de ataque:** 2.8 %
- **Fecha de cierre:** 13 de agosto, controlado.



# 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 08 del año epidemiológico 2026

# Equipo autor

**TEMA CENTRAL**

*Del plato a la salud: Panorama Epidemiológico de las ETA*

**Angela Rivera Vargas** Enfermera epidemióloga, referente departamental de enfermedades trasmitidas por alimentos y/o vehiculizadas por el agua (ETA, EDA, HEPATITIS A)

**TEMA COMPLEMENTARIO**

*Comportamiento del evento sin establecer con énfasis en síndrome mano-pie-boca, en el departamento de Antioquia, a periodo VIII de 2026*

**Francisco Javier Ospino Arredondo:** Médico epidemiólogo referente departamental de ETV (Fiebre amarilla, Leishmaniasis y Chagas)

**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

*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 5 años por IRA, EDA y DNT

*Mortalidad materna*

**Catalina Echeverry Querubín.** Médico 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**

*Brotes en IAAS*

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

*Brotes en intoxicaciones*

**Elizabeth Céspedes Ibáñez.** Enfermera epidemióloga, referente departamental de Intoxicaciones (SPA y NO SPA) 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 Solano Sánchez
**Secretaria de Salud e Inclusión Social**

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



# Equipo editor

Carolina Castañeda Vásquez

Juan Camilo Betancur Arboleda

Daniela Cardona Pulgarin




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 Interes en Salud Publica**

**EGREISP**

**Secretaría de Salud e Inclusión Social**

Gobernación de Antioquia . República de Colombia



Año 2026


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia