



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MENINGITIS BACTERIANA Y
ENFERMEDAD MENINGOCOCICA
ANTIOQUIA
INFORME 2025**

INTRODUCCIÓN

La meningitis bacteriana aguda es una emergencia en salud, donde los gérmenes causales más frecuentes dependen de la edad, resaltando que en niños menores a 3 meses predominan *N. meningitidis* y *S. pneumoniae*. Al momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes presentan signos y síntomas de infección representados por taquicardia, fiebre, entre otros. La afectación neurológica se presenta con disminución del nivel de conciencia, cefalea, vómito. Para su diagnóstico se requiere de la realización de una punción lumbar (PL). Las características del líquido cefalorraquídeo (LCR) son pleocitosis con predominio de polimorfonucleares (PMN), hipogluorraquia e hiperproteorraquia (1).

La meningitis bacteriana es la presentación más letal de la enfermedad. Su distribución, morbilidad y mortalidad están determinadas por las condiciones de atención en salud de los países, sus condiciones económicas y sociales; es así como la vacunación para su prevención, la calidad en la atención en salud y los medicamentos para su control, están asociados por el nivel de desarrollo económico (1).

Los tres patógenos principales son *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). En 2019, la mayor proporción de muertes por meningitis en todas las edades fue atribuible a *S. pneumoniae* (18.1%), seguido de *N. meningitidis* (13.6%) y *Klebsiella pneumoniae* (12.2%). En personas mayores de 16 años (2), *S. pneumoniae* causa aproximadamente el 72% de todos los casos de meningitis bacteriana, mientras que *N. meningitidis* es responsable del 11%. En neonatos, el espectro etiológico difiere sustancialmente (3): *Streptococcus agalactiae* (estreptococo del grupo B) y *Escherichia coli* causan aproximadamente



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.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

el 35% de los casos cada uno de meningitis neonatal de inicio temprano, y el estreptococo del grupo B fue responsable del 22.8% de las muertes neonatales por meningitis en 2019. La distribución de patógenos según grupo etario se ilustra en la siguiente figura, que muestra el predominio de *S. pneumoniae* en adultos y del estreptococo del grupo B en neonatos (2, 3).

Dentro del espectro de la meningitis bacteriana, la enfermedad meningocócica invasiva (EMI) causada por *Neisseria meningitidis* merece especial atención por su naturaleza epidémica, su rápida progresión clínica y su elevada letalidad. La Organización Mundial de la Salud estima que ocurren aproximadamente 1.2 millones de casos de EMI y 135,000 muertes relacionadas anualmente a nivel mundial (4). *N. meningitidis* es un diplococo gramnegativo que coloniza la nasofaringe de forma asintomática en hasta el 40% de la población adulta, pero ocasionalmente causa enfermedad invasiva cuando atraviesa la barrera mucosa, invade el torrente sanguíneo y penetra la barrera hematoencefálica (4, 5). De los 12 serogrupos reconocidos, seis (A, B, C, W, X e Y) son responsables de prácticamente todos los casos de EMI, con una distribución geográfica específica: el serogrupo A predomina en el cinturón de meningitis africano, el serogrupo B seguido del Y en Europa, y el Y seguido del B en Estados Unidos (6).

En Latinoamérica, la situación epidemiológica muestra heterogeneidad significativa. En Brasil, tras la introducción de la vacuna conjugada neumocócica (PCV) en el Programa Nacional de Inmunización Infantil en 2010, se observó una reducción del 56.5% en la incidencia promedio de meningitis neumocócica en la población pediátrica durante el período post-PCV (2011-2019) comparado con el período pre PCV (2007-2009). Durante el período de estudio de 13 años (2007-2019), se clasificaron 81,203 casos como meningitis bacteriana y 13,837 como meningitis neumocócica. *S. pneumoniae* fue el principal agente etiológico de meningitis bacteriana en adultos de ≥ 50 años y el más letal en todos los grupos de edad. En contraste con la población pediátrica, se observó una tendencia creciente de meningitis neumocócica entre adultos (7).

Respecto a la enfermedad meningocócica invasiva en Latinoamérica, en 2006 la tasa de incidencia por 100,000 habitantes fue más alta en Brasil (1.9), seguido por





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Uruguay (1.3), Chile (0.8), Argentina (0.7), Colombia y Venezuela (0.3 cada uno), y México (0.06). Brasil reportó la tasa de letalidad más alta (20%), seguido por Uruguay (15%), Chile (11%), y Venezuela y Argentina (10% cada uno). En 2012, la tasa de letalidad en Chile aumentó a aproximadamente 27%. Los serogrupos más frecuentes entre los casos de enfermedad meningocócica invasiva fueron C en Brasil (2007-2010) y México (2005-2016), W en Chile (2012-2018), y B en Argentina (2012-2015) (8).

En Colombia, el comportamiento en la serie de tiempo 2018 a 2025 (Semana Epidemiológica 36) indica que en población general *Streptococcus pneumoniae* muestra la mayor incidencia y una tendencia ascendente clara a lo largo del periodo, con un incremento más marcado a partir de 2021–2022. *Neisseria meningitidis* presenta fluctuaciones moderadas, pero con una ligera tendencia creciente hacia 2024– 2025. *Haemophilus influenzae* mantiene niveles bajos y relativamente estables, con un ligero aumento en los últimos años. A partir del 2022 en menores de cinco años, *Streptococcus pneumoniae*, después de una incidencia con un pico muy alto en el 2022, comienza a descender progresivamente hasta el 2025. *Haemophilus influenzae* se mantiene estable en niveles bajos, sin incrementos relevantes en este periodo. *Neisseria meningitidis*, aunque venía en descenso, muestra un repunte en el 2025, lo que indica circulación persistente y potencial riesgo de brotes (9).

Para *Neisseria meningitidis*, por grupos de edad, se observa que históricamente los adolescentes y adultos jóvenes presentan el mayor número de casos. Este comportamiento se mantiene igualmente en los niños menores de un año, aunque si se observa un incremento que nos devuelve a años anteriores de la pandemia y llaman la atención los adultos mayores de 50 años, en donde si se presenta un cambio comparado con la serie histórica. Con relación a la distribución geográfica, los casos se presentan en la región andina un poco en la región caribe más hacia el norte. El mayor número de casos se presentan en Bogotá D. C. (23 casos) y Medellín D. E. (20); y las mayores incidencias por cien mil habitantes se observan en Tolima en los municipios de Anzoátegui (9,92) y Casablanca (15,7), en Antioquia en Anzá (13,32) y Buriticá (9,91). Estos municipios tienen una población cercana a 10 000 habitantes (9).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el comportamiento de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Antioquia con base en los registros del sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA durante el 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Caracterizar el comportamiento de la meningitis bacteriana aguda y la enfermedad meningocócica con respecto a las variables de tiempo, lugar y persona.
2. Describir algunas variables epidemiológicas de casos confirmados con meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica
3. Describir la incidencia de casos por agente causa del meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Antioquia

MATERIALES Y MÉTODOS

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

Los análisis subsiguientes fueron para los casos confirmados en Sivigila para el evento 535, que si bien la vigilancia se centra en los tres agentes de interés: *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*, también se incluyen otros agentes bacteriano no especificados en los análisis.

Se analizaron las siguientes variables: Nominales: municipio de procedencia, municipio de notificación, semana epidemiológica de notificación, pertenencia





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

étnica, sexo, seguridad social, área de ocurrencia del caso y grupo poblacional. Razón: grupos edad del paciente y número de casos confirmados para meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica procedentes por subregión. Se muestran los indicadores de proporción de incidencia en población general y por grupos etarios en quinquenios; el indicador para cada grupo poblacional se calculó con base en los casos notificados por municipio de procedencia durante el periodo sobre la población proyectada por DANE para población general y para cada grupo de edad.

Plan de recolección de datos: se consolidó y analizó la información de todos los registros notificados en hoja de cálculo de Microsoft Excel.

Plan de análisis: se realizó una descripción general de las variables sociodemográficas, calculando las proporciones para los datos cualitativos. Se elaboraron tablas de frecuencia con análisis porcentuales y gráficos de barras y tortas para la representación de datos cualitativos. Se calcularon incidencias por municipios de procedencia se construyó mapa de riesgo de la enfermedad teniendo como fuente de cartografía la información de la Dirección de sistemas de Información de cartografía y Catastro de la Gobernación de Antioquia, se graficó según incidencia de casos por municipio de procedencia en 2025

Consideraciones éticas: el estudio se clasificó como de riesgo mínimo según la resolución 8430 de 1993. Se llevó a cabo bajo los principios éticos de la investigación en salud. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de las personas notificadas, dado que se trabajó con datos secundarios provenientes del SIVIGILA

Se analizó el cálculo de indicadores descritos en el protocolo de vigilancia epidemiológica. En cuanto al tiempo se tomó toda la notificación del año 2025.

RESULTADOS

Para el 2025 se confirmaron 168 casos de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica. En la Figura 1 se aprecia el comportamiento por semana

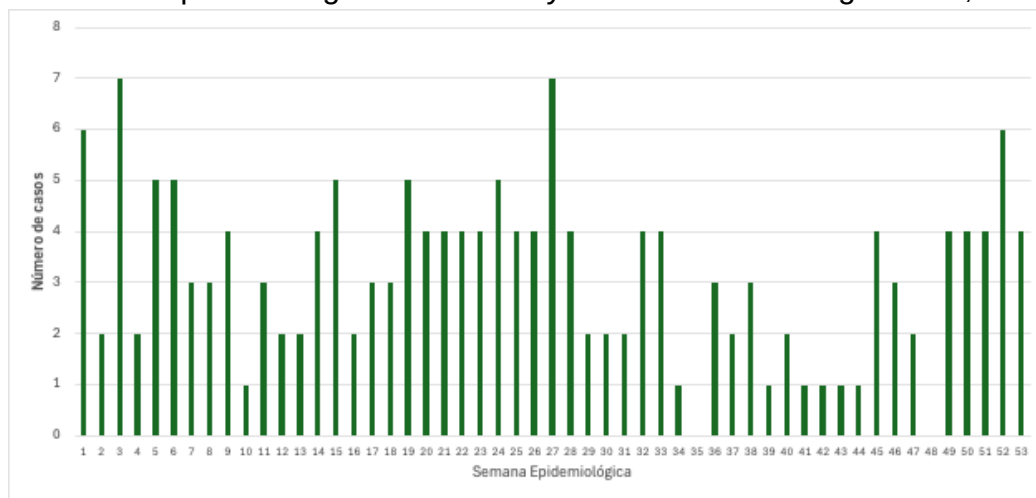




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

epidemiológica en la confirmación de casos, siendo las semanas epidemiológicas 3 y 27 las que mayor número de casos representaron, en cambio en la semana 35 y 48 no se presentaron casos.

Figura 1. Comportamiento notificación por semana epidemiológica para casos confirmados por meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica, 2025.



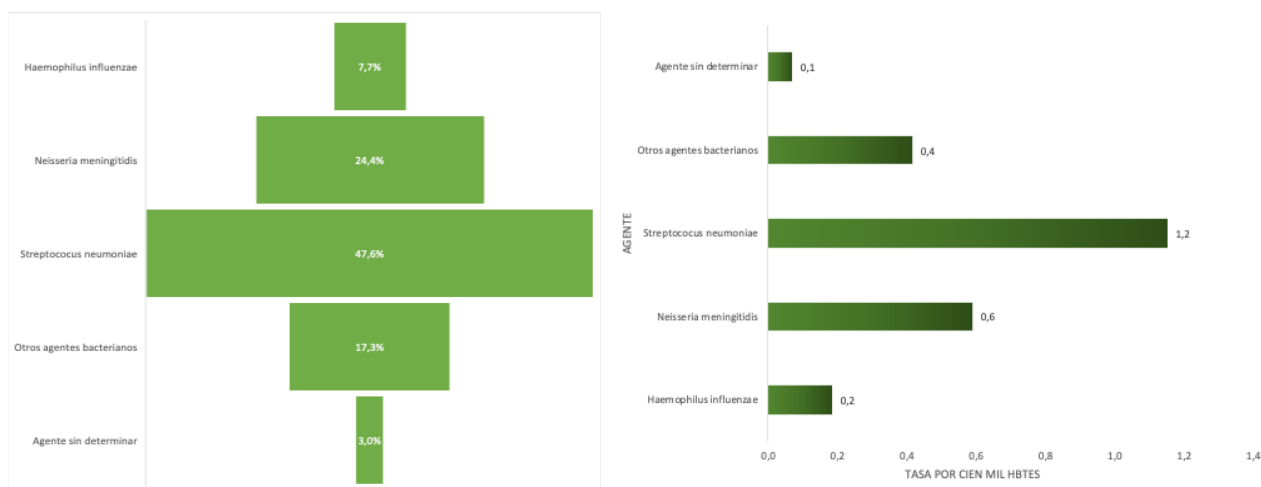
Al analizar el tipo de agente causal de meningitis bacteriana (Figura 2), se aprecia que neumococo fue el agente más frecuente de los casos con un 47,6%, seguido por meningococo con un 24,4% y otros agentes bacterianos con 17,3% (Figura 2A). Las tasas de incidencia por tipo de agente también tiene un comportamiento similar, con neumococo liderando las incidencias con 1,2 casos por 100 mil habitantes, seguido por meningococo con 0,6 casos por 100 mil habitantes (Figura 2B).

Figura 2. Distribución de agentes causales de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Antioquia, 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



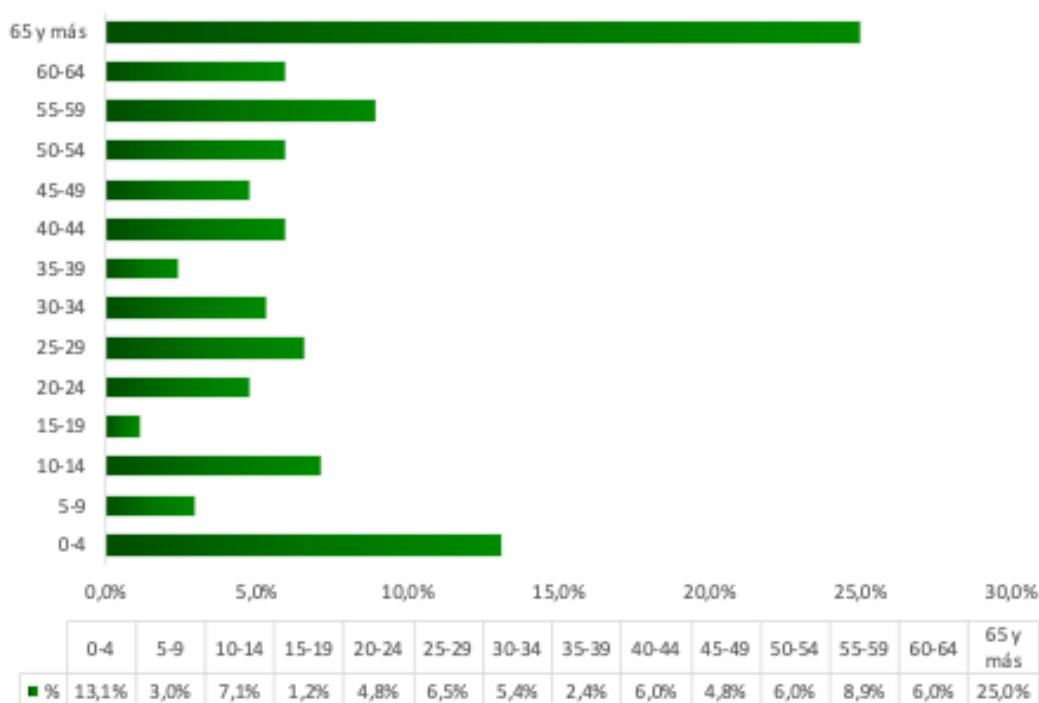
El comportamiento del evento por edades permite evidenciar que el grupo etario de 65 años y más es el más afectado con un 25% de los casos, seguido por pacientes entre 0 y 4 años, y 55 a 59 años con el 8,9% de los casos (Figura 3).

Figura 3. Distribución por edad de casos confirmados meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Antioquia 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



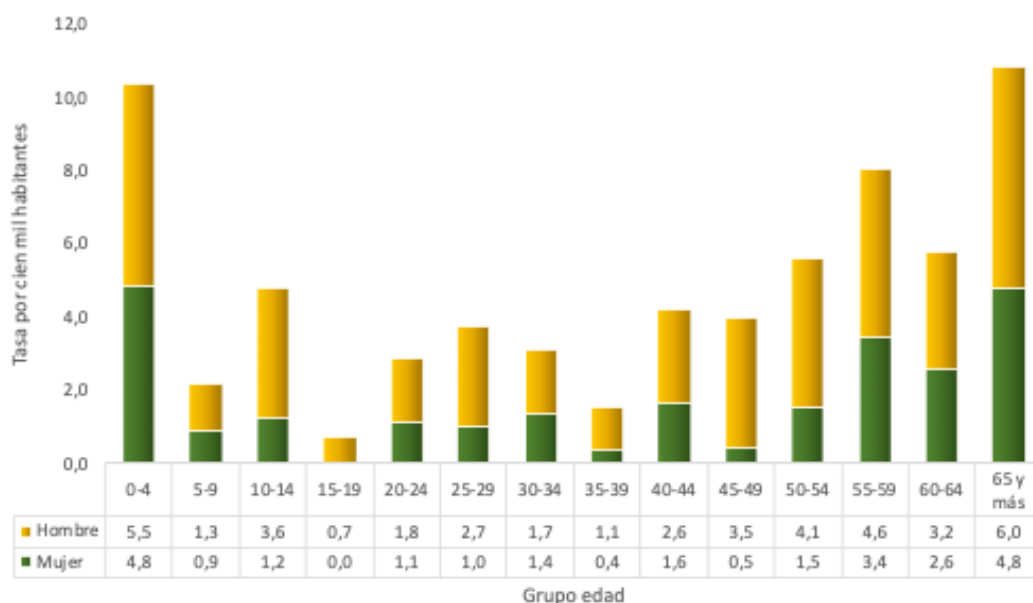
Al detallar el análisis por sexo y edad, se encontró que el sexo masculino fue el sexo con mayor incidencias en todos los quinquenios de edad (Figura 4). Nuevamente se aprecia que los quinquenios de 0 a 4 años, 55 a 59 años y 65 y más años representaron las mayores incidencias de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica.

Figura 4. Incidencias por sexo y edad de casos confirmados meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Antioquia 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



El comportamiento por algunas variables sociodemográficas (Tabla 1) permitió identificar que los casos ocurrieron principalmente en área urbana (78,6%), pertenecían a régimen subsidiado (50,6%), no pertenecían a un grupo étnico específico (98,8%) y pertenecían al estrato socioeconómico 2 (42,9%).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de casos confirmados por meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Antioquia 2025.

Característica	Categorías	Casos	%
Área de procedencia	Urbana	132	78,6
	Rural	36	21,4
Régimen de seguridad socia	Contributivo	71	42,3
	Subsidiado	85	50,6
	No afiliado	5	3,0
	Excepción	5	3,0
	Indeterminado	2	1,2
	Especial	0	0,0
Pertenencia étnica	Indígena	1	0,6
	ROM/gitano	0	0,0



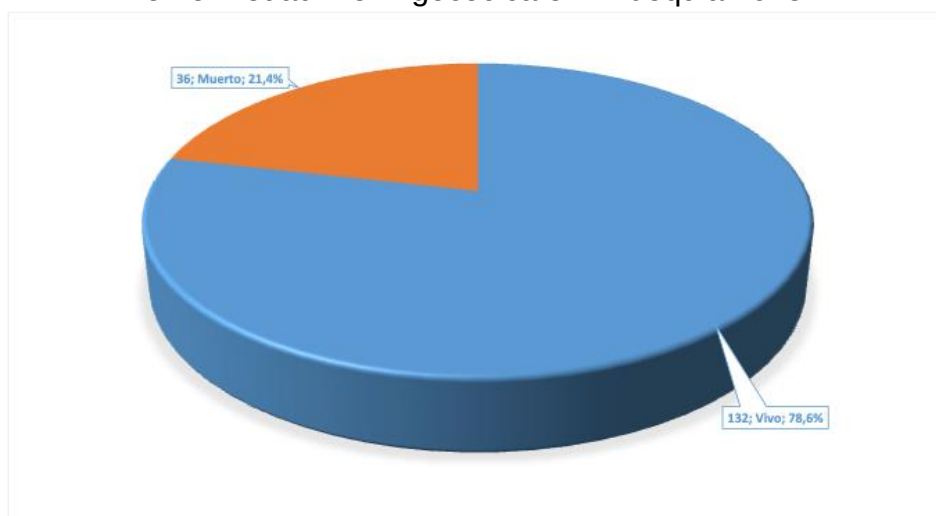


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

	Negro/mulato	1	0,6
	Otro	166	98,8
Estrato socioeconómico	1	33	19,6
	2	72	42,9
	3	36	21,4
	4	8	4,8
	5	0	0,0
	6	1	0,6
	Sin dato	18	10,7

Respecto a la condición final, el 21,4% de los casos de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Antioquia durante el 2025 falleció (Figura 5).

Figura 5. Distribución por condición final de los casos de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Antioquia 2025.



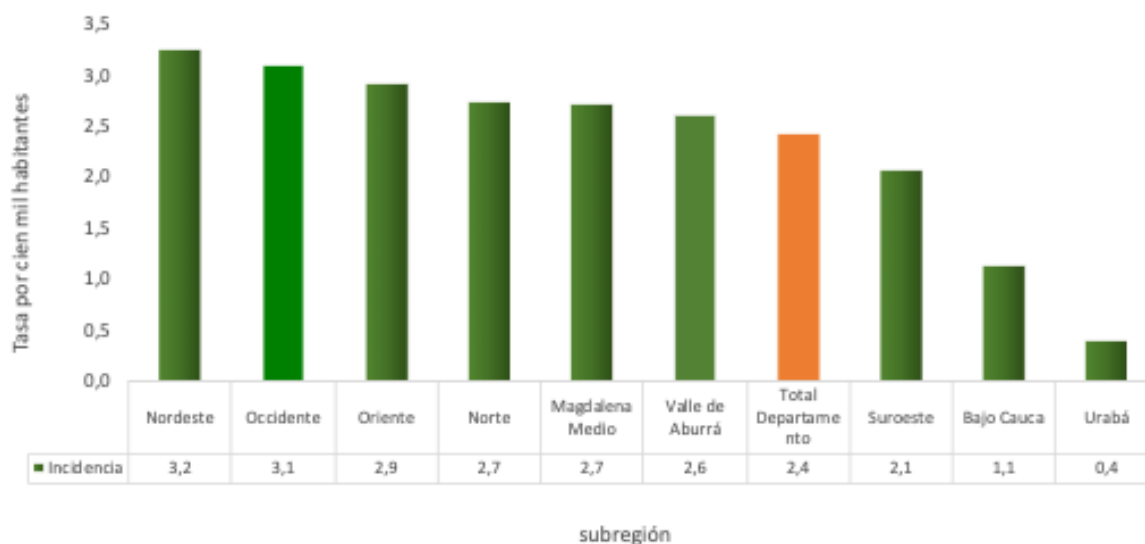
La incidencia de casos de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Antioquia durante el 2025 fue de 2,4 casos por 100 mil habitantes. Al detallar por subregión del departamento, el nordeste antioqueño fue la subregión con mayor incidencia con 3,2 casos por 100 mil habitantes, muy cercano estuvo el occidente antioqueño con 3,1 casos por 100 mil habitantes y en tercer lugar la subregión de Oriente con 2,9 casos por 100 mil habitantes (Figura 6).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 6. Incidencias por subregión de casos confirmados de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Antioquia 2025.



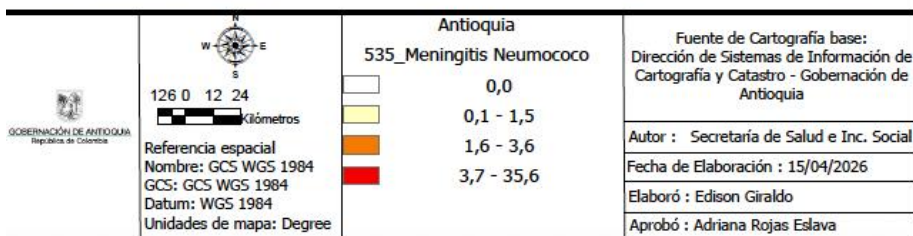
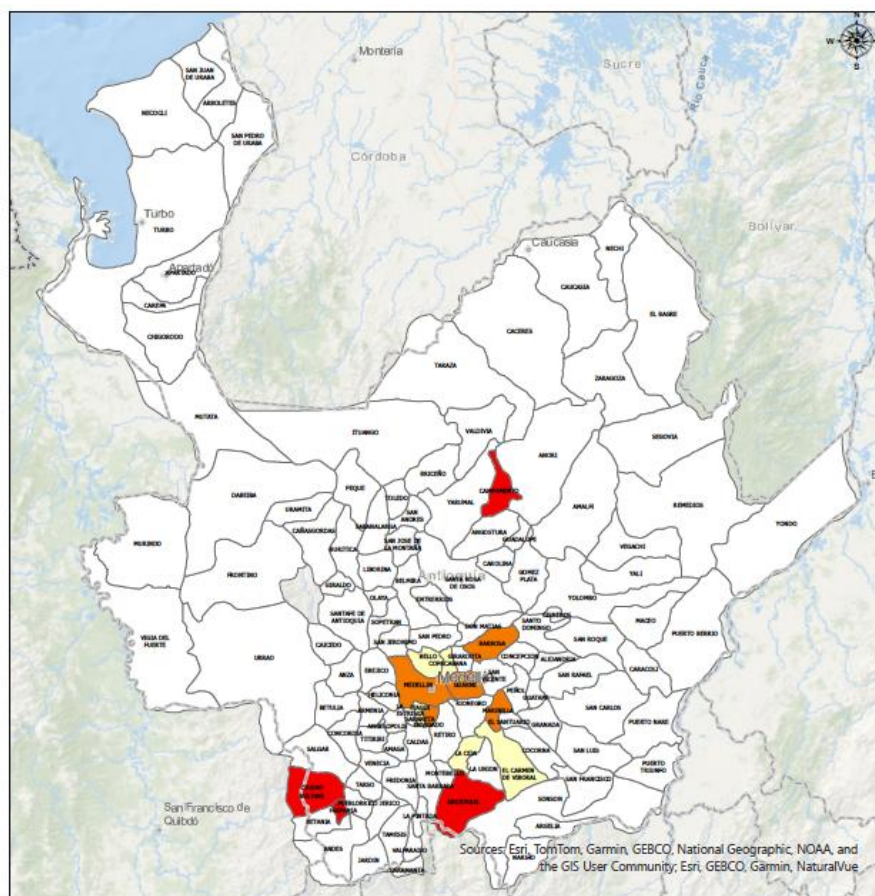
Puntualmente para meningitis por neumococo, se presentó mayor incidencia en los municipios de Abriaquí con 35,6 casos por 100 mil habitantes, seguido por Hispania con 16,9 casos por 100 mil habitantes, Campamento con 10 casos por 100 mil habitantes, Abejorral 4,7 casos por 100 mil habitantes y Ciudad Bolívar con 3,6 casos por 100 mil habitantes (Figura 7).

Figura 7. Mapa de Riesgo de Meningitis por Neumococo. Antioquia 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



Respecto a meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica por meningococo, la mayor incidencia ocurrió en Anzà con 13 casos por 100 mil habitantes, seguido por Buriticá con 9,1 casos por 100 mil habitantes y Betulia con 5,9 casos por 100 mil habitantes (Figura 8).



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

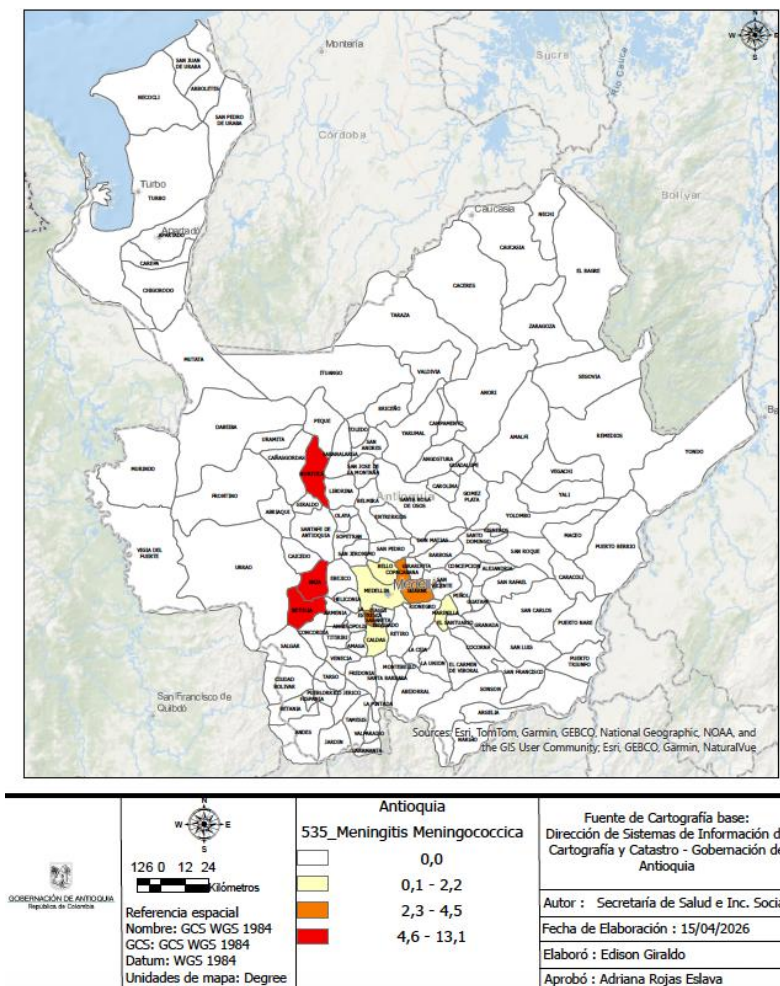


SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 8. Mapa de Riesgo de Meningitis meningococica y meningococcemia.
Antioquia 2025



Para meningitis bacteriana por *Haemophilus Influenzae*, los municipios con mayores incidencia durante el 2025 fueron La Pintada con 11,6 casos por 100 mil habitantes, seguido por Buriticá con 9,1 casos por 100 mil habitantes y Salgar con 5,3 casos por 100 mil habitantes.



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

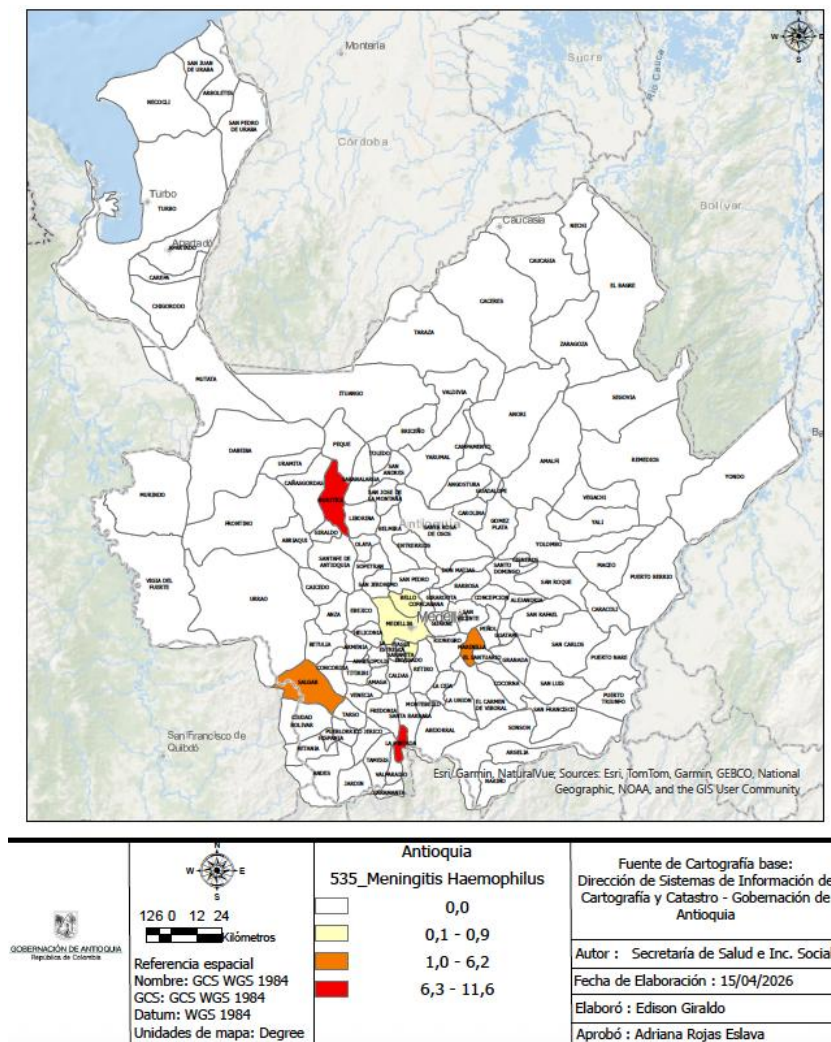


SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 8. Mapa de Riesgo de Meningitis por *Haemophilus Influenzae*. Antioquia 2025



INDICADORES INS

- Incidencia de Hib en población general: durante el 2025 se presentó una incidencia de 0,2 casos por 100 mil habitantes.



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

- Incidencia de neumococo en población general: durante el 2025 se presentó una incidencia de 1,2 casos por 100 mil habitantes.
- Incidencia de meningococo en población general: durante el 2024 se presentó una incidencia de 0,6 casos por 100 mil habitantes.
- Incidencia de Hib: durante el 2025 se presentó una incidencia de 0,9 casos por 100 mil menos de 5 años
- Incidencia de neumococo: durante el 2025 se presentó una incidencia de 0,7 caso por 100 mil menos de 5 años
- Incidencia de meningococo: durante el 2025 se presentó una incidencia de 1,65 caso por 100 menores de 5 años
- La probabilidad de morir a causa de meningitis bacteriana por hib es del 0% durante el 2025.
- La probabilidad de morir a causa de meningitis bacteriana por neumococo es del 31,3% durante el 2025.
- La probabilidad de morir a causa de meningitis bacteriana por meningococo es del 14,6% durante el 2025.
- Durante el 2025 se ajustó un total de 100% de los casos notificados el Sivigila

DISCUSIÓN

Meningitis bacteriana es una enfermedad catastrófica y que deja alto grado de secuelas en los pacientes afectados. Los datos aportados en este informe permiten evidenciar que esta enfermedad sigue siendo de importancia para la salud pública de nuestro departamento, ya que durante el 2025 se registraron 168 casos lo que representó una incidencia de 2,4 casos por 100 mil habitantes en Antioquia, superando la incidencia de 1,08 casos por 100 mil de Colombia. Neumococo fue el agente con mayor incidencia con 1,2 casos por 100 mil habitantes, quien también superó la incidencia nacional de 0,67 casos por 100 mil (10).

Los grupos más afectados por esta enfermedad fueron personas de 65 y más años tanto en proporción de casos como en incidencia, seguido por el grupo etario menor a 5 años. Estos datos son relevantes porque a pesar de que existe prevención para





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

algunos de los agentes causales de meningitis en estos grupos etarios, aún existe limitación en las coberturas de vacunación adecuadas. Especialmente en 65 años y mayores, no es una población objeto de vacunación en nuestro país, por lo cual es necesario priorizar desde nivel nacional estos pacientes por la alta morbilidad que genera esta enfermedad. No obstante, estos datos no distan de lo ocurrido en otras regiones donde los adultos mayores no se incluyen en programas de vacunación y presentan alta incidencia en complicaciones y muertes por la enfermedad (11, 12). Por su parte, los hombres fueron los más afectados durante el 2025 en Antioquia, datos que no distan de lo ocurrido en otras. Un metaanálisis de 80 años que incluyó 157,656 episodios de meningitis bacteriana en 108 países documentó que, de los 33,295 episodios en los que se reportó el sexo del paciente, solo el 40% ocurrió en mujeres, evidenciando un predominio masculino significativo (13).

En Inglaterra y Gales, durante el período 2004-2011, se registraron 7,061 casos de meningitis, de los cuales el 52% fueron hombres, con una incidencia significativamente mayor comparada con las mujeres (1.89 vs 1.67 por 100,000 habitantes; razón de tasas de incidencia 1.12, IC 95%: 1.07-1.18; $p < 0.00001$). (14).

Respecto a las subregiones más afectadas, el Nordeste de Antioquia fue la que lideró la incidencia de casos con 3,2 por 100 mil habitantes seguido de Occidente con 3,1 casos por 100 mil, lo cual indica la necesidad de priorizar las coberturas de vacunación y priorizar intervenciones en ambas subregiones con el fin de reducir la morbilidad de la enfermedad.

En los últimos años se ha mejorado la conciencia del reporte desde las IPS del departamento, lo que explica el incremento de casos captados, además se han incluido otras fuentes de captación de casos como RUAF, BAI, entre otros. A nivel departamental se debe continuar fortaleciendo las capacidades territoriales en vigilancia epidemiológica dirigida al personal asistencial con el fin de continuar incentivando el reporte, con el fin de seguir priorizando intervenciones según población y regiones más afectadas del departamento.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

CONCLUSIONES

1. En total en Antioquia para el año 2025, confirmaron 168 casos de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica
2. El grupo de edad más afectado fueron las personas de 65 años y más años
3. Entre los casos predominio el sexo masculino.
4. El área urbana predominó sobre el área urbana
5. La subregion de Nordeste y Occidente fueron las más afectadas

RECOMENDACIONES

- Se debe insistir en la notificación inmediata de los casos para realizar de manera oportuna las acciones de vigilancia epidemiológica.
- Se debe identificar los municipios con dificultades en la notificación para realizar las asesorías correspondientes.
- La vacunación en el grupo de menores de 5 años es una prioridad para evitar la presentación de los casos.
- La vacunación contra neumococo en los adultos mayores de 5 años, es una de las medidas más importantes para disminuir la presentación de los casos en este grupo de edad.
- La vacunación contra meningococo debe ser prioridad y debería estar dentro de la vacunación PAI en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de meningitis bacteriana aguda, Sociedad y Fundación Española de Cuidados intensivos pediátricos. Disponible en:
<https://secip.info/images/uploads/2020/07/Meningitis-bacteriana-aguda.pdf>
2. GBD 2019 Meningitis Antimicrobial Resistance Collaborators. Global, regional, and national burden of meningitis and its aetiologies, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2023 Aug;22(8):685-711. doi: 10.1016/S1474-4422(23)00195-3. PMID: 37479374; PMCID: PMC10356620.
3. Hasbun R. Progress and Challenges in Bacterial Meningitis: A Review. *JAMA.* 2022;328(21):2147–2154. doi:10.1001/jama.2022.20521





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

4. Advances in the Development of Vaccines against Neisseria meningitidis. Lionel K.K. Tan, M.R.C.P., George M. Carlone, Ph.D., and Ray Borrow, F.R.C.Path. Author Info & Affiliations Published April 22, 2010 N Engl J Med 2010;362:1511-1520 DOI: 10.1056/NEJMra0906357
5. Meningococcal Disease Authors: Nancy E. Rosenstein, M.D., Bradley A. Perkins, M.D., David S. Stephens, M.D., Tanja Popovic, Ph.D., M.D., and James M. Hughes, M.D. Author Info & Affiliations Published May 3, 2001 N Engl J Med 2001;344:1378-1388 DOI: 10.1056/NEJM200105033441807
6. van de Beek D, Brouwer MC, Koedel U, Wall EC. Community-acquired bacterial meningitis. Lancet. 2021 Sep 25;398(10306):1171-1183. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00883-7. Epub 2021 Jul 22. PMID: 34303412.
7. Parellada CI, Abreu AJL, Birck MG, Dias CZ, Moreira TDNF, Julian GS, Batista PM, Orengo JC, Bierrenbach AL. Trends in Pneumococcal and Bacterial Meningitis in Brazil from 2007 to 2019. Vaccines (Basel). 2023 Jul 25;11(8):1279. doi: 10.3390/vaccines11081279. PMID: 37631847; PMCID: PMC10459388.
8. Vespa Presa J, Abalos MG, Sini de Almeida R, Cane A. Epidemiological burden of meningococcal disease in Latin America: A systematic literature review. Int J Infect Dis. 2019 Aug;85:37-48. doi: 10.1016/j.ijid.2019.05.006. Epub 2019 May 11. PMID: 31085314.
9. Boletín Epidemiológico Semanal, Instituto Nacional de Salud, Colombia frente a la meningitis bacteriana, 14 al 20 de septiembre del 2025. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025_Boletin_epidemiologico_semana_38.pdf
10. Instituto Nacional de Salud, infografía Meningitis Bacteriana aguda Cod. 535 periodo XII del 29 de noviembre 2025, disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MENINGITIS%20BACTERIANA%20PEXII%202025.pdf>
11. Drost E, Schepers E, Chekrouni N et al. Outcomes of adults with community-acquired bacterial meningitis in the Netherlands: a prospective nationwide cohort study
12. The Lancet Regional Health – Europe, 2025; 61 Hasbun R. Progress and Challenges in Bacterial Meningitis: A Review. JAMA. 2022;328(21):2147–2154. doi:10.1001/jama.2022.20521
13. van Etteken CN, Liechti FD, Brouwer MC, Bijlsma MW, van de Beek D. Global Case Fatality of Bacterial Meningitis During an 80-Year Period: A Systematic





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2024;7(8):e2424802.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.24802
14. Okike I, Ribeiro S, Ramsay M et al. Trends in bacterial, mycobacterial, and fungal meningitis in England and Wales 2004–11: an observational study The Lancet Infectious Diseases, 2014; 14, 301-307
- 15.

Elaborado por:

Felipe Vargas Restrepo

Epidemiólogo

Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia

Inmunopreveniblesp.sssa@antioquia.gov.co

Indicadores: Edison Giraldo López

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

edison.giraldo@antioquia.gov.co

Indicadores:

Edison Giraldo López, GESIS,

Profesional en gerencia de sistemas de información en salud

Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia



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

