

# BEA

## Boletín Epidemiológico de Antioquia

02

Periodo  
Epidemiológico

26 de enero al 22 de febrero

— 2025 —

## Leptospirosis

### Comportamiento epidemiológico de la notificación del evento

La leptospirosis es una zoonosis bacteriana de distribución mundial que afecta a diversas especies de animales, tanto domésticos como silvestres, así como a los seres humanos en distintos entornos epidemiológicos. Se considera un problema de salud pública tanto en la medicina humana como veterinaria (Hagedoorn et al., 2024; OPS/OMS, 2022).



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia



**Leptospirosis, comportamiento epidemiológico de la notificación del evento**



**Eventos Trazadores**



**Eventos Baja Notificación**



**Brotos y Alertas**



**Comportamientos inusuales**



El Boletín epidemiológico de Antioquia (BEA), es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por la Secretaria de Salud y Protección Social 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 esta sujetos 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.



## Tema Central

### Leptospirosis, comportamiento epidemiológico de la notificación del evento

**Andrés Felipe Úsuga**

Epidemiólogo Zoonosis

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La leptospirosis es causada por diferentes especies de espiroquetas del género *Leptospira* (Spirochaetales: Leptospiraceae), bacterias de hasta 20 micrómetros ( $\mu\text{m}$ ) de longitud que ingresan al organismo a través de las mucosas o lesiones en la piel. Una vez en el sistema circulatorio, se diseminan hacia los riñones, colonizando algunas de sus estructuras (Adler & de la Peña Moctezuma, 2010a; Briskin et al., 2019) provocando cuadros clínicos en humanos que varía en gravedad según múltiples factores tanto del huésped como del agente infeccioso. La infección puede ser asintomática, presentarse como un síndrome febril agudo inespecífico o evolucionar a un cuadro multisistémico grave, con insuficiencia hepática y renal, afecciones pulmonares e incluso la muerte en ausencia de un diagnóstico y tratamiento oportuno (Adler & de la Peña Moctezuma, 2010b).

Durante la última década, la diversidad del género *Leptospira* ascendió hasta 69 especies válidas descritas hasta el 2022 mediante herramientas moleculares y bioinformáticas (Davignon et al., 2023). Este género se agrupa en 40 especies Patógenas (P1 y P2), responsables de generar enfermedad en animales y humanos, y 29 especies Saprofitas (S1 y S2), consideradas no patógenas. Dentro del subclado P1 se agrupan las ocho especies más virulentas de *Leptospira* (*L. interrogans*, *L. kirschneri*, *L. noguchi*, *L. santarosai*, *L. weilii*, *L. borgpeterseni* y *L. mayottensis*), frecuentemente involucradas en eventos de leptospirosis grave en humanos y animales (Fernandes et al., 2022). Además, este género se subdivide por sus características antigénicas en más de 250 serovares, los cuales son utilizados en el diagnóstico serológico de rutina para pruebas de microaglutinación (MAT), como alternativa a la complejidad que presenta la detección del ADN bacteriano en sangre y orina por Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) (Sykes et al., 2022).

En el ciclo de transmisión de la leptospirosis, los humanos se consideran huéspedes incidentales, ya que no actúan como reservorios definitivo de la bacteria (Ullmann & Langoni, 2011). La infección se genera por contacto directo con aguas y suelos contaminados durante diferentes actividades ocupacionales, domésticas y recreativas, o por el contacto directo con animales infectados (por ejemplo, roedores o bovinos), los cuales sirven como reservorios de serovares específicos de virulencia variada adaptados a la especie (Haake & Levett, 2015; Hagedoorn et al., 2024).



### Situación internacional

A nivel mundial, se estima que la leptospirosis causa aproximadamente 60.000 muertes y más de 1 millón de casos anuales, teniendo un mayor impacto en poblaciones de países pobres y regiones tropicales con entornos rurales y urbanos marginales (Costa et al., 2015). Estudios realizados en Sudamérica estiman una prevalencia de leptospirosis de aproximadamente un 26%. En algunos países como Brasil, Argentina y Perú, se han registrado porcentajes de prevalencia del 21%, 30%; y 31% respectivamente (Browne et al., 2023).

### Situación nacional

En Colombia, los registros históricos del evento han evidenciado la ocurrencia de brotes en diversas regiones del país, como la Costa Atlántica, el Urabá antioqueño y el Eje Cafetero. Estudios realizados en diferentes poblaciones han reportado prevalencias de leptospirosis en humanos que oscilan entre el 6% y el 47%, dependiendo del departamento. Complementando la información, se han llevado a cabo investigaciones para evaluar la exposición de la bacteria en diversas especies animales, incluyendo caninos, roedores, bovinos, cerdos y fauna silvestre. Entre estos, los roedores han presentado las tasas más altas de seroprevalencia, alcanzando hasta un 82% de individuos positivos en la prueba de

MAT para serovares bacterianos altamente patógenos (Carreño et al., 2017).

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud – INS (2022) a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) reporta que a periodo epidemiológico II del año 2025, se han notificado 1.445 casos de leptospirosis entre sospechosos y probables. Tolima y Bolívar son los departamentos con el mayor número de casos notificados al SIVIGILA con 169 casos cada uno, seguido de Antioquia con 163 casos, Caquetá con 144 casos y Atlántico con 120 casos. A la fecha de redacción de este boletín, no se han confirmado casos de leptospirosis en el país para el año 2025.

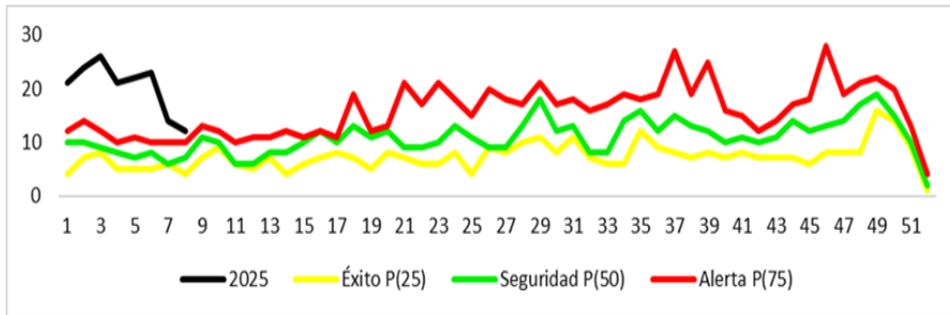
### Situación departamental

Respecto a la situación en Antioquia, se presenta un análisis descriptivo, retrospectivo a partir de la información captada por el SIVIGILA, bajo el código 455, para el periodo epidemiológico II de 2025. En el Departamento se han notificado un total de 163 casos de leptospirosis con procedencia en Antioquia. De estas notificaciones, una ingresó desde la sospecha clínica y las 162 notificaciones restantes han sido reportadas como casos probables, en las que se cuenta con al menos un resultado positivo para IgM.



En cuanto al comportamiento epidemiológico del evento, se presenta el canal endémico de leptospirosis correspondiente al periodo II de 2025, en el que se observa que la notificación de casos supera lo esperado. Esta situación podría explicarse por el brote actual de dengue, que ha generado la necesidad de realizar diagnósticos diferenciales, entre los cuales se incluye la leptospirosis. Además, se ha intensificado la sensibilización de los profesionales asistenciales y de vigilancia epidemiológica para la identificación de enfermedades tropicales, como la leptospirosis (Figura 1).

Figura 1. Canal endémico para leptospirosis, PE II 2025



Fuente: SIVIGILA

Nota: información preliminar sujeta a cambios

En cuanto a la notificación por subregión, Urabá cuenta con la mayor proporción de las notificaciones del Departamento con el 41% (67 casos), seguido de la subregión Valle de Aburrá con el 27% (44 casos) como puede observarse en la figura 2.

Figura 2. Casos e incidencia de notificaciones de leptospirosis según subregión de procedencia a periodo epidemiológico II de 2025



Fuente: SIVIGILA

Nota: información preliminar sujeta a cambios

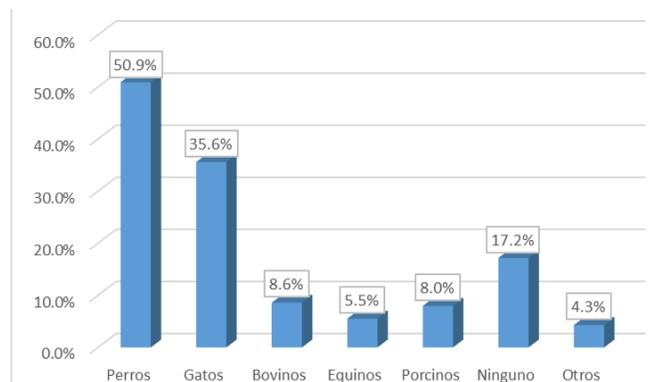
Como se mencionó anteriormente, la leptospirosis forma parte de los síndromes febriles indiferenciados, lo que implica que la fiebre debe ser el signo principal que despierte la sospecha clínica y guíe el diagnóstico. Sin embargo, al analizar las notificaciones correspondientes al periodo II de 2025, se observa que solo el 89% de los casos registraron fiebre, lo que deja un 11% de notificaciones que podrían no cumplir con la definición operativa de



caso. Otros síntomas asociados incluyen las mialgias, presentes en el 73% de las notificaciones; cefalea, en el 67%; ictericia, en el 30%; y hepatomegalia, en el 12%.

Al indagar por los antecedentes epidemiológicos, se identificó que el 51% de los casos notificados manifestó haber estado en contacto con caninos (51% de las notificaciones), el 36% de los casos notificados refiere haber tenido contacto con gatos y el 33% ha visto roedores en el domicilio o peridomicilio. Es necesario considerar también los casos que refieren tener contacto con animales de producción, como bovinos con el 9% de los casos notificados, porcinos en el 8% y equinos en el 6% de las notificaciones (Figura 3a).

**Figura 3.a** Contacto con animales

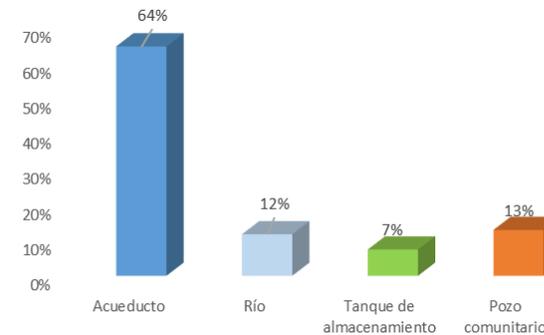


**Fuente:** SIVIGILA

**Nota:** información preliminar sujeta a cambios

Dado que la leptospirosis puede asociarse también al contacto con agua contaminada con orina de animales infectados, es necesario considerar el abastecimiento de agua y el contacto con aguas estancadas en los 30 días previos a la consulta. Las siguientes figuras muestran el acceso al agua para consumo y el contacto con aguas estancadas previo a la consulta (Figuras 3b y 3c).

**Figura 3b.** Abastecimiento de agua

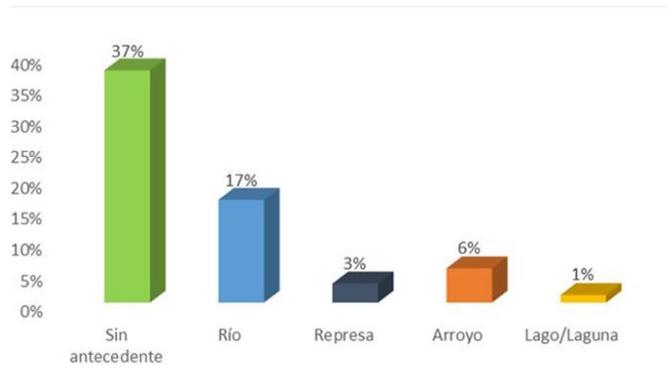


**Fuente:** SIVIGILA

**Nota:** información preliminar sujeta a cambios



**Figura 3c.** Contacto con aguas

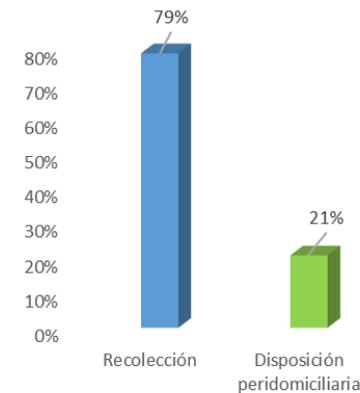


**Fuente:** SIVIGILA

**Nota:** información preliminar sujeta a cambios

Un factor de riesgo adicional es la disposición de residuos sólidos, específicamente en los contextos en los que la disposición final se realiza en el peridomicilio, condición que genera un ambiente propicio para la aparición de roedores sin antrópicos, principales especies asociadas a la diseminación de la leptospirosis (Figura 3d).

**Figura 3d.** Disposición de residuos sólidos



**Fuente:** SIVIGILA

**Nota:** información preliminar sujeta a cambios

### Recomendaciones:

Aunque la sensibilización a profesionales asistenciales se ha incrementado, es necesario continuar las asistencias técnicas para fortalecer la detección oportuna de los casos, y la confirmación o descarte de los mismos a través del cumplimiento de los algoritmos diagnósticos.



Es necesario reforzar acciones relacionadas con el uso de elementos de protección personal en personas expuestas al riesgo de infección, optimizar la disposición final de residuos sólidos y evitar el contacto con aguas estancadas.

Urabá y Valle de Aburrá son las subregiones con mayor cantidad de casos notificados. En estas subregiones, se debe fortalecer la vigilancia epidemiológica. Además, es fundamental realizar diagnósticos diferenciales, considerando la coexistencia de brotes de otras enfermedades como el dengue, fiebre tifoidea y hepatitis, las cuales pueden enmascarar los síntomas de la leptospirosis.

#### Referencias:

Adler, B., & de la Peña Moctezuma, A. (2010). *Leptospira* y leptospirosis. *Veterinary Microbiology*, 140(3), 287-296. <https://doi.org/10.1016/j.vetmic.2009.03.012>

Briskin, E. A., Casanovas-Massana, A., Ryff, K. R., Morales-Estrada, S., Hamond, C., Perez-Rodriguez, N. M., Benavidez, K. M., Weinberger, D. M., Castro-Arellano, I., Wunder, E. A., Sharp, T. M., Rivera-Garcia, B., & Ko, A. I. (2019). Seroprevalence, Risk Factors, and Rodent Reservoirs of Leptospirosis in an Urban Community of Puerto Rico, 2015. *The Journal of Infectious Diseases*, 220(9), 1489-1497. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz339>

Browne, E. S., Pereira, M., Barreto, A., Zeppelini, C. G., de Oliveira, D., & Costa, F. (2023). Prevalence of human leptospirosis in the Americas: A systematic review and meta-analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.126>

Carreño, L. A., Salas, D., & Beltrán, K. B. (2017). Prevalencia de Leptospirosis en Colombia: Revisión sistemática de literatura. *Revista de Salud Pública*, 19, 204-209. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.54235>

Costa, F., Hagan, J. E., Calcagno, J., Kane, M., Torgerson, P., Martinez-Silveira, M. S., Stein, C., Abela-Ridder, B., & Ko, A. I. (2015). Global Morbidity and Mortality of Leptospirosis: A Systematic Review. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 9(9), e0003898. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003898>

Davignon, G., Cagliero, J., Guentas, L., Bierque, E., Genthon, P., Gunkel-Grillon, P., Juillot, F., Kainiu, M., Laporte-Magoni, C., Picardeau, M., Selmaoui-Folcher, N., Soupé-Gilbert, M.-E., Tramier, C., Vilanova, J., Wijesuriya, K., Thibeaux, R., & Goarant, C. (2023). Leptospirosis: Toward a better understanding of the environmental lifestyle of *Leptospira*.



Fernandes, L. G. V., Stone, N. E., Roe, C. C., Goris, M. G. A., van der Linden, H., Sahl, J. W., Wagner, D. M., & Nally, J. E. (2022). *Leptospira sanjuanensis* sp. Nov., a pathogenic species of the genus *Leptospira* isolated from soil in Puerto Rico. *International Journal of Systematic and Evolutionary Microbiology*, 72(10), 005560. <https://doi.org/10.1099/ijsem.0.005560>

Haake, D. A., & Levett, P. N. (2015). Leptospirosis in humans. *Current Topics in Microbiology and Immunology*, 387, 65-97. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-45059-8\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-45059-8_5)

Hagedoorn, N. N., Maze, M. J., Carugati, M., Cash-Goldwasser, S., Allan, K. J., Chen, K., Cossic, B., Demeter, E., Gallagher, S., German, R., Galloway, R. L., Habuš, J., Rubach, M. P., Shiokawa, K., Sulikhan, N., & Crump, J. A. (2024). Global distribution of serovar isolations and detections from animal host species: A systematic review and online database. *Tropical Medicine & International Health*, 29(3), 161-172. <https://doi.org/10.1111/tmi.13965>

OPS/OMS. (2022, junio 23). *Leptospirosis*. <https://www.paho.org/es/temas/leptospirosis>

Sykes, J. E., Reagan, K. L., Nally, J. E., Galloway, R. L., & Haake, D. A. (2022). Role of Diagnostics in Epidemiology, Management, Surveillance, and Control of Leptospirosis. *Pathogens*, 11(4), 395. <https://doi.org/10.3390/pathogens11040395>

Ullmann, L. S., & Langoni, H. (2011). Interactions between environment, wild animals and human leptospirosis. *Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases*, 17, 119-129. <https://doi.org/10.1590/S1678-91992011000200002>



### Eventos Trazadores

#### Desnutrición en menores de 5 años

Con corte a semana epidemiológica 8 de 2025, se han notificado 522 casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, para una prevalencia de 0,13%; al mismo corte en 2024 la prevalencia reportada era de 0,09 casos por cada 100 niños menores de 5 años. En el marco de la declaratoria departamental este evento como centinela, se viene intensificando la identificación y notificación de casos lo cual propende por garantizar la atención adecuada y oportuna.

Como se observa en la tabla, las semanas epidemiológicas 3 a 7 de 2025 presentaron un comportamiento inusual por incremento en el aumento de casos observados respecto a lo esperado.

Comportamiento Inusual de Notificación Desnutrición Aguda en niños y niñas menores de 5 años, 2025

Semana	Acumulado Esperado	Acumulado 2025	Comportamiento 2025
1	29	20	↓ DECREMENTO
2	25	39	● ESTABLE
3	32	49	↑ INCREMENTO
4	33	65	↑ INCREMENTO
5	36	84	↑ INCREMENTO
6	29	82	↑ INCREMENTO
7	47	84	↑ INCREMENTO
8	42	90	● ESTABLE

Tabla Total de casos acumulados esperados y notificados de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años por semana epidemiológica. Antioquia, año 2018 a semana epidemiológica 8 de 2025.

A periodo epidemiológico 2 de 2025, la reincidencia de desnutrición aguda en menores de 5 años es de 31%, y en el mismo periodo del año 2024 fue de 11,97%. Este indicador invita a reforzar las medidas de seguimiento y acompañamiento para superar de manera sostenida la recuperación nutricional pero también da cuenta del compromiso y sensibilización en la importancia del reporte de casos reincidentes.

Con corte a la semana epidemiológica 8 de 2025, las subregiones del departamento con mayor prevalencia de casos son Oriente, Urabá, Nordeste y Oriente. Los municipios con más casos de desnutrición reportados por cada 100 niños menores de 5 años, Murindó, Santuario, Guatapé, Cisneros y San Andrés de Cuerquia.

La mayor proporción de casos notificados se presentó en el sexo masculino (56,3%), el 13,22% se clasificó como desnutrición aguda severa, el 3% de los casos en mayores de 6 meses reportó perímetro braquial inferior a 11,5 cm y la activación de ruta se cumplió en 78,5%. En otros indicadores críticos, el promedio de edad en los casos notificados es 26 meses, para el inicio de alimentación complementaria fue de 5,44 meses y el tiempo promedio de lactancia materna 10 meses.



### Mortalidad en menores de 5 años

Durante el segundo periodo epidemiológico del año 2025, se notificaron un total de 5 casos de mortalidad por IRA. Se evidencia un acumulado de nueve casos notificados, de los cuales el 55,56% son de sexo masculino, pertenecen a área rural dispersa y cuentan con un régimen de afiliación a la seguridad social subsidiado, siendo el 66,67% de los casos pertenecientes a estrato socioeconómico 1 y un 11,11% a una comunidad indígena. Del acumulado de casos notificados seis de ellos continúan en espera de confirmación.

**Tabla 1.** Caracterización sociodemográfica de casos notificados del evento 591. Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición aguda, periodo II, 2025

Variable	Categoría	n° casos	%
Sexo	Masculino	5	55,56
	Femenino	4	44,44
Área de residencia	Cabecera municipal	4	44,44
	Centro poblado	0	0,00
	Rural disperso	5	55,56
Tipo de régimen de seguridad social	Subsidiado	5	55,56
	Contributivo	3	33,33
	Indeterminado	1	11,11
Estrato socioeconómico	Uno	6	66,67
	Dos	1	11,11
	Tres	2	22,22
Pertenencia étnica	Indígena	1	11,11
	Otro	8	88,89
Condición final del caso	Confirmado	0	0,00
	Descartado	3	33,33
	No concluyente/Pendiente	6	66,67

Fuente. Sivigila

### Mortalidad materna

Durante el segundo período epidemiológico - PE - de 2025, se ha registrado una muerte materna temprana. El caso reportado ocurrió en el municipio de Dabeiba y corresponde a una muerte de causa directa.

Tempranas: 0 Tardías:0 Coincidentes:0 *En estudio:0	Tempranas: 0 Tardías:0 Coincidentes:0 *En estudio:0	Tempranas: 1 Tardías:0 Coincidentes:0 *En estudio:0	Tempranas: 0 Tardías:1 Coincidentes:0 *En estudio:0
Semana 5	Semana 6	Semana: 7	Semana: 8



## Eventos Baja Notificación

## Encefalitis Equinas Virales

Andrés Felipe Úsuga

Epidemiólogo Zoonosis

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Las encefalitis equinas de origen viral, que incluyen la Encefalitis Equina del Este (EEE), la Encefalitis Equina Venezolana (EEV), la Encefalitis Equina del Oeste (EEO) (*Togaviridae: Alphavirus*), y la Encefalitis del Nilo Occidental (ENO) (*Flaviviridae: Flavivirus*), son zoonosis transmitidas por diferentes especies de vectores artrópodos. Su circulación en países de América tiene el potencial de generar epidemias con distintos niveles de morbilidad y mortalidad en diversas poblaciones (OPS/OMS, 2024).

Estos virus pueden afectar el sistema nervioso central, provocando reacciones inflamatorias cerebromeningeas (meningoencefalomielitis), las cuales se manifiestan con signos neurológicos tanto en especies de équidos (mulas, asnos y

caballos) como en personas infectadas. Sin embargo, en humanos la mayoría de los cuadros clínicos se manifiestan de forma moderada con presencia de fiebre, cefalea, dolor muscular, fatiga, náuseas y faringitis (Lundberg et al., 2017). La epidemiología de estos eventos responde a diferentes variables incluyendo, la presencia del vector (mosquitos), especies de vertebrados silvestres para el ciclo infeccioso del agente viral (ejemplo, roedores y aves migratorias), y características ecológicas y demográficas del territorio (Mesa D et al., 2005; Carrera et al., 2013).

A nivel mundial, el virus de la Encefalitis Equina Venezolana es el agente emergente de mayor relevancia clínica dentro de este grupo de encefalitis virales. Se caracteriza por su alta morbilidad y letalidad en equinos, provocando grandes epizootias y epidemias periódicas con una rápida expansión en regiones tropicales. En humanos, la infección puede derivar en complicaciones neurológicas graves, manifestándose con síntomas como fotofobia, convulsiones y posteriormente el paciente entra en estado de coma. Las formas graves de la enfermedad pueden llevar a la muerte, calculándose una letalidad de aproximadamente el 1% de los casos (Gardner et al., 2008).



Esta encefalitis ha sido reportada en diversos países del continente, entre ellos se encuentra Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Brasil, Surinam, Trinidad y Tobago, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, Belice, Cuba, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, México y Estados Unidos (Texas y el sur de Florida) (Carrera et al., 2013).

En Colombia, las encefalitis equinas virales se diagnosticaron por primera vez en 1952 en el departamento del Tolima. La Encefalitis Equina Venezolana (EEV) ha sido reportada en varios departamentos de la región del Caribe y en Antioquia, Cauca, Valle del Cauca, Tolima, Huila, Cundinamarca, Caquetá, Casanare, Arauca, Meta y Santander, se generó en este último cuatro casos en humanos en el año 2015 confirmados por el Instituto Nacional de Salud. El virus del Nilo Occidental ha sido detectado en equinos en los departamentos de Córdoba y Sucre, mientras que la Encefalitis Equina del Este (EEE) ha sido reportada en Casanare, Antioquia y Arauca. Ante la confirmación de cualquier caso de encefalitis equina en el país, se debe activar el equipo de respuesta inmediata ERI, con el fin de monitorizar episodios febriles en personas cercanas al evento, con el objetivo de dar seguimiento a la situación y contener el brote (Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, 2024).

## Referencias

Carrera, J.-P., Forrester, N., Wang, E., Vittor, A. Y., Haddow, A. D., López-Vergès, S., Abadía, I., Castaño, E., Sosa, N., Báez, C., Estripeaut, D., Díaz, Y., Beltrán, D., Cisneros, J., Cedeño, H. G., Rosa, A. P. T. da, Hernandez, H., Martínez-Torres, A. O., Tesh, R. B., & Weaver, S. C. (2013). Eastern Equine Encephalitis in Latin America. *New England Journal of Medicine*, 369(8), 732-744. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1212628>

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. (2024). *Protocolo de vigilancia en salud pública. Encefalitis Equinas*. Instituto Nacional de Salud - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. <https://doi.org/10.33610/HUIJ5178>

Gardner, C. L., Burke, C. W., Tesfay, M. Z., Glass, P. J., Klimstra, W. B., & Ryman, K. D. (2008). Eastern and Venezuelan equine encephalitis viruses differ in their ability to infect dendritic cells and macrophages: Impact of altered cell tropism on pathogenesis. *Journal of Virology*, 82(21), 10634-10646. <https://doi.org/10.1128/JVI.01323-08>

Lundberg, L., Carey, B., & Kehn-Hall, K. (2017). Venezuelan Equine Encephalitis Virus Capsid—The Clever Caper. *Viruses*, 9(10), 279. <https://doi.org/10.3390/v9100279>



Mesa D, F. Andrés., Cárdenas Z., J. A., & Villamil J., L. C. (2005). *Las encefalitis equinas en la Salud Pública* (1 ed). Universidad Nacional de Colombia.

OPS/OMS. (2024, julio 9). *Encefalitis Arbovirales—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/encefalitis-arbovirales>



## Brotos y Alertas

**Brotos IAAS:**

En el periodo epidemiológico 02 (del 26 de enero al 22 de febrero) se notificaron 4 brotes de IAAS:

**Brote de *Citrobacter freundii* en Medellín**

Fecha de notificación: 27/01/2025

Descripción del brote: institución de salud de mediana complejidad notifica por primera vez 1 caso de osteomielitis por este microorganismo con un perfil de multirresistencia en un paciente servicio antecedente de cirugía previa. La hipótesis principal es infección debido a múltiples factores de riesgo entre los que se encuentran terapia antibiótica previa y varios lavados quirúrgicos.

Número de casos: 1, Tasa de Ataque (25,00%), Mortalidad (0,00%), Letalidad (0,00%)



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia



Fecha probable de cierre: este brote fue de reporte tardía, ya había transcurrido 4 semanas sin nuevos casos cuando realizaron la notificación.

**Brote por *Klebsiella pneumoniae* en Medellín**

Fecha de notificación: 07/02/2025

Descripción del brote: institución de salud de alta complejidad notifica 6 casos de sepsis por este microorganismo en pacientes hospitalizados en la UCI neonatal. La hipótesis principal es transmisión cruzada por fallas en la adherencia a las medidas de prevención y control de infecciones, especialmente, la higiene de manos, esto debido a la alta rotación del personal asistencial del servicio. Se han tomado todas las medidas pertinentes para el control de la situación.

Número de casos: 6

Tasas de Ataque (7,69%), Mortalidad (2,56%), Letalidad (16,67%)

Fecha probable de cierre: 08/04/2025

**Brote por *Klebsiella pneumoniae* en Medellín**

Fecha de notificación: 18/02/2025

Descripción del brote: institución de salud de alta complejidad notifica por primera vez 1 caso de bacteriemia por este microorganismo con perfil de multirresistencia (producción de KPC y resistencia a ceftazidima/avibactam y aztreonam) en un paciente hospitalizado en la UCI adultos. La hipótesis principal es una fuente endógena por posible colonización previa del paciente debido a múltiples exposiciones y estadías hospitalarias en otras instituciones. Se han tomado todas las medidas pertinentes para el control de la situación.

Número de casos: 1, Tasas de Ataque (7,14%), Mortalidad (7,14%), Letalidad (0,00%)

Fecha probable de cierre: este brote fue de reporte tardía, ya había transcurrido 4 semanas sin nuevos casos cuando realizaron la notificación.

**Brote de *Enterobacter hormaechei* en Medellín**

Fecha de notificación: 20/02/2025

Descripción del brote: institución de salud de alta complejidad notifica por primera vez 1 caso de bacteriemia por este microorganismo con perfil de multirresistencia (coproducción KPC+NDM) en un paciente del servicio de hospitalización adultos. La hipótesis principal es la presión selectiva por antimicrobianos o transmisión de mecanismos de resistencia interespecies. Se han tomado todas las medidas pertinentes para el control de la situación.

Número de casos: 1, Tasas de Ataque (1,72%), Mortalidad (0,00%), Letalidad (0,00%)

Fecha de probable de cierre: 15/03/2025

**Brotos enfermedades transmitidas por alimentos y/o vehiculizadas por el agua**

Para el segundo periodo del 2025 se identificaron un total de 6 brotes transmitidos por alimentos, en los municipios de Apartado (2), Guatapé (1), La estrella (1), Medellín (1), Zaragoza (1); de los cuales en dos eventos se pudo identificar el agente causal, estos brotes se describen a continuación:

**Brote de enfermedad transmitida por alimentos en hogar del municipio de Zaragoza**

Fecha: 27/01/2025

Descripción del brote: Se recibe notificación por parte de la secretaria de salud municipal donde informan que dos personas consultan al hospital con sintomatología gastrointestinal después del consumo de queso de tipo artesanal, los pacientes se estabilizan y no se hospitalizan ni se presentan fallecidos por este evento; teniendo en cuenta esta información el equipo de respuesta inmediata del municipio realiza investigación epidemiológica donde logran obtener muestra del alimento referido y se realiza análisis del mismo en el laboratorio departamental de salud pública encontrando *Escherichia Coli*, *Estafilococo coagulasa positivo* y mohos y levaduras, estos agentes se encuentran en los alimentos por fallas en la manipulación como lavado de manos y poca refrigeración.

Número de casos: 2 , Tasa de ataque: 13%

Fecha de cierre: 06/03/2025

**Brote de enfermedad transmitida por alimentos en hogar del municipio de la Estrella**

Fecha: 02/02/2025

Descripción del brote: Se recibe notificación por parte de la secretaria de salud municipal donde informan que en el hospital consultaron alrededor de 15 personas con síntomas gastrointestinales las cuales aparecen después del consumo de un fiambre vendido por una persona en un hogar del barrio la Inmaculada, en la inspección en campo, entrevista y lugar se identifica que las personas encargadas de realizar la preparación de los alimentos no contaban con formación en buenas prácticas higiénicas, reconocimiento médico, los alimentos fueron preparados en las instalaciones de una vivienda sin las condiciones adecuadas de infraestructura y diseños adecuadas para tal fin. De la misma manera no se identificó la implementación de prácticas higiénicas, procesos de limpieza y desinfección adecuados, control de materias primas entre otros elementos para evitar la contaminación cruzada de los alimentos, de la misma manera, el tiempo entre la preparación de los alimentos (que se mantuvieron a temperatura ambiente hasta su consumo) y el consumo fue prolongado. Se logra analizar el alimento encontrando *Escherichia Coli*, *Estafilococo coagulasa positivo* y *Bacillus cereus*, las cuales están presentes en los alimentos por malas prácticas en la manipulación, refrigeración y limpieza y desinfección de los utensilios de cocina.

Número de casos: 25, Tasa de ataque: 20%

Fecha de cierre: 16/02/2025



## Brotos inmunoprevenibles

### Brote varicela en Cárcel de Medellín

Fecha. 26/02/2024

Descripción del brote. Se configuró brote de varicela con 5 pacientes con diagnóstico de varicela en pabellón hombres, con toma de muestra de viruela símica y resultado negativo. Se indica aislamiento hasta resolución completa de lesiones y se solicita que si presentan casos nuevos sospechosos se reporten y aíslen adecuadamente, con el fin de evitar la propagación de la enfermedad. Fecha de cierre 06/04/2025, si no se presentan más casos. No se identifican pacientes complicados, hospitalizaciones o muertes relacionadas con esta enfermedad.

Fecha de cierre o fecha probable de cierre. 06/04/2025

### Brote tosferina e IRAG en comunidad indígena de Urrao y Betulia

Fecha. 26/02/2025

Descripción del brote. Se presenta brote de tos ferina e IRAG en comunidad indígena de Urrao y Betulia desde diciembre 2024, para la fecha se han tomado 244 muestras para tos ferina y 56 para panel viral, confirmando catorce (14) casos para tosferina (cuatro con coinfección con Influenza A(H3), adenovirus y VSR), once (11) adenovirus, seis (6) VSR, tres (3) coinfección adenovirus/VSR y un (1) coinfección influenza A (H3)/VSR; para un total de 32 casos. Se tiene 4 fallecimientos (2 por tos ferina, 1 coinfección Influenza/tos ferina y 1 coinfección tos ferina/Adenovirus/VSR). El día 25/02/2025 se realiza nuevamente desplazamiento del ERI al municipio de Urrao a las comunidades de Penderisco, Cruces y Caliche, se programaron actividades en atención en salud en general, contención de brote, profilaxis antibiótica, toma de muestras, valoración nutricional y valoración integral, estos equipos se regresarán el sábado 01 de marzo; adicional a esto se programa para la próxima semana el ingreso a las comunidades de Maní y Arenales, y en las semanas siguientes se programarán 3 comunidades más para un total de 8 comunidades abordadas integralmente.

Fecha de cierre o fecha probable de cierre. 24/03/2025

**Brotos otros EISP:****Brote IRAG-I entorno familiar, Rionegro**

Fecha. 12/02/2025

Descripción del brote. Se identifica un brote de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG-I) a partir de dos casos reportados por una institución de salud, clasificados como asociados a brotes en la ficha 348, correspondientes a un grupo familiar procedente del municipio de Rionegro. Los casos corresponden a dos hermanos, de 2 meses de edad cronológica, productos de embarazo gemelar bicorial biamniótico de 33+4 semanas de gestación, con edad corregida de 42 semanas. Ambos inician síntomas respiratorios el 02/02/2025, motivo por el cual consultan al servicio médico para valoración, siendo posteriormente hospitalizados para soporte ventilatorio y manejo del cuadro clínico, confirmándose diagnóstico de bronquiolitis por virus sincitial respiratorio. La Secretaría de Salud municipal realiza acciones de vigilancia epidemiológica que incluyen la caracterización de los casos, educación a la familia sobre medidas preventivas e identificación de signos de alarma. Tras dos semanas de seguimiento, y al no identificarse nuevos casos relacionados,

se procede a dar cierre al brote, clasificándolo como controlado.

Número de casos 2, Tasa de ataque 50%, Fecha de Cierre:17/02/2025

**Hepatitis de origen Desconocido**

Fecha: 24/02/2025

Descripción de la alerta: Se identifica caso de hepatitis de origen desconocido, notificado por Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín. Se recibe copia de HC donde evidencia que aún no hay un Diagnóstico, se remite esta HC al INS. El 31/03/2025 DHP: se escribe nuevamente a gestión del riesgo Medellín, solicitando información sobre el caso. Al día siguiente se recibe por parte de gestión del riesgo de Medellín, la HC del menor donde se determina Dx de Hepatitis autoinmune. El paciente recibió alta el 25 de febrero por dictámen del especialista quien para el momento propone dos escenarios diagnósticos: hepatitis relacionada con la asociación SARS CoV2 + adenovirus - de autoresolución - o hepatitis autoinmune. El 10 de marzo tiene cita de control con hepatólogo, Diagnóstico principal - HEPATITIS AUTOINMUNE (En Estudio), TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL COBRE (En Estudio), se le ordenan exámenes de cobre, examen visual y biopsia hepática para confirmar Dx.



### Comportamientos Inusuales

#### Comportamiento de la notificación epidemiológica del periodo 02

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.

#### QR de enlace para la descarga de los comportamientos inusuales municipalizados



Tableros de mando periodo 02, comportamiento de la notificación en el departamento.



### Agradecimientos



### Periodo 02

#### Situación Departamental

*Equipo de Gestión del Riesgo en Eventos de Interés en Salud Pública  
EGREISP, SSSyPSA*

#### Tema Central

##### **Leptospirosis**

*Andrés Felipe Úsuga Rodríguez— Epidemiólogo Zoonosis  
Omar Esteban Vargas Tamayo— Practicante de excelencia*

#### Eventos de baja notificación

##### **Encefalitis virales**

*Andrés Felipe Úsuga Rodríguez— Epidemiólogo Zoonosis*

#### Eventos Trazadores

##### **Desnutrición en menores de 5 años**

*Nydia Stella Caicedo— Epidemióloga Nutrición*

##### **Maternidad segura**

*Francisco Javier Ospino— Epidemiólogo Maternidad Segura*

##### **Mortalidad en menores de 5 años**

*Elizabeth Céspedes— Epidemiólogo Mortalidad en menores de 5 años  
por IRA, EDA y Desnutrición / Intoxicaciones*

#### Comportamientos Inusuales

##### **Tableros de Mando**

*Juan Camilo Betancur Arboleda— GESIS EGREISP*

*Andrés Julián Rendón*

**Gobernador de Antioquia**

*Marta Cecilia Ramírez Orrego*

**Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia**

*Dionisia del Carmen Yusti Rivas*

**Subsecretaria de Salud Pública**

#### Equipo Editor

*Daniela Correa*

*Andrés Felipe Úsuga*

*Juan Camilo Betancur*

*Juan David Morales Rojas*

*Juan Felipe Muñoz Toro*

#### Una publicación de:

La secretaria Seccional de Salud e Inclusion Social de Antioquia.