



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

# Boletín Epidemiológico

Primer Semestre año 2016

Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali



**MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE CALI**

**BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA CALI  
AÑO 2016 Semestre I**

**MAURICE ARMITAGE**

Alcalde Municipio de Santiago de Cali

**ALEXANDER DURÁN PEÑAFIEL**

Secretario de Salud Pública Municipal

**Grupo Directivo Secretaria de Salud**

**FREDDY ENRIQUE AGREDO LEMOS**

Responsable Grupo de Salud Pública y Epidemiología

**EMILCE AREVALO GARCÍA**

Responsable Grupo Planeación

**JORGE A. HOLGUIN RUIZ**

Responsable Grupo de Vigilancia en Salud Pública

**MARTHA FARIDE RUEDA**

Responsable Área de Salud Ambiental

**GERMÁN LINARES**

Responsable Grupo Financiero

**JACKELINE VIVEROS**

Responsable Grupo Jurídica

**LUIS ALEJANDRO TORRES**

Responsable Grupo Administrativo

**Santiago de Cali, Julio de 2016**

## **Versión 1.0**

Actualizada a Julio de 2016

### **Compilación, diagramación y edición Boletín epidemiológico 2016 – Semestre I**

Claudia Patricia Mora Aguirre  
Epidemióloga

Portada: Andrés Carreño

#### **Participantes en la elaboración del informe epidemiológico**

Jorge Holguín Ruiz  
Responsable Grupo Vigilancia en Salud Pública

#### Epidemiólogos – Profesionales especializados

Claudia Patricia Mora Aguirre  
Eldin Pinto Solano  
Isabel Garrido  
Jaime López Velasco  
Jorge Humberto Rojas  
Lina Mercedes García  
Nayibe Eliana Valencia  
Nubia Esperanza Rengifo  
Oscar Oliver Londoño  
Stella Murillo de Apraez

#### **Ingenieros de Sistemas**

Juan Emilio Castillo Espinal  
Patricia Mera Rua  
Victoria Eugenia Medina Delgado  
Miguel Paredes Mazuera

#### **Grupo de trabajo de Vigilancia en Salud Pública**

##### Enfermeras

Esperanza Blandón Vanegas  
Patricia Eugenia Ríos Murillo  
Gladys Pérez Arizabaleta  
Rafaela Ordoñez

##### Profesionales

Carlos Javier Bolaños Molina  
Jorge Quiñonez  
Orfidia Carabalí Valencia

#### **Técnicos y Auxiliares administrativos**

Alexander Suaza Candamil  
Diana Patricia Rodríguez Valencia  
Nhora Isabel Acevedo Guarnizo  
María del Pilar Álvarez Barrios  
Jorge Eliecer Espinosa Banguero  
Víctor Hugo Organista Henao  
Maryury Quintero Benavidez  
Nancy Castañeda García

## Tabla de contenido

1.	Indicadores de notificación .....	17
1.1.	Cobertura notificación semanal .....	17
1.2.	Cumplimiento acumulado de la notificación por UPGD .....	18
1.3.	<b>Indicador de Calidad: porcentaje de ajuste de casos</b> .....	21
1.4.	<b>Indicadores de oportunidad</b> .....	21
2.	<b>Eventos de Salud Sexual y Reproductiva</b> .....	25
2.1.	Sífilis Gestacional y Congénita.....	25
2.2.	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) .....	37
2.3.	<b>Hepatitis B, C y Delta</b> .....	45
2.4.	<b>Mortalidad Materna</b> .....	49
2.5.	<b>Morbilidad Materna</b> .....	56
2.6.	<b>Mortalidad perinatal y neonatal tardía</b> .....	63
2.7	<b>Embarazadas con Zika</b> .....	68
3.	<b>Comportamiento de los eventos inmunoprevenibles</b> .....	73
3.1.	Infección Respiratoria Aguda .....	73
3.1.1.	Infección Respiratoria Aguda Inusitada – Ficha 348 .....	73
3.1.2.	Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menor de 5 años .....	75
2.1.3	Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) - Colectiva .....	76
3.2.	<b>Parálisis Flácida Aguda:</b> .....	78
3.3	<b>Sarampión / Rubéola:</b> .....	79
3.3.1	Rubéola: .....	79
3.3.2	<b>Sarampión:</b> .....	79
3.3.3	Indicadores de vigilancia integrada Sarampión / Rubéola:.....	80
3.3.4	<b>Síndrome Rubéola Congénita:</b> .....	81
3.4.	<b>Difteria:</b> .....	81
3.5	<b>Tosferina</b> .....	82
3.6.	<b>Tétanos:</b> .....	87
3.6.1.	<b>Tétanos Neonatal:</b> .....	87
3.6.2.	<b>Tétanos en Otros Grupos</b> .....	87
3.7.	<b>Meningitis</b> .....	87
3.7.1.	<b>Meningitis Bacterianas</b> .....	87
3.7.2.	<b>Meningitis por Meningococo:</b> .....	87
3.7.3.	<b>Meningitis por Neumococo:</b> .....	88
3.7.4	<b>Meningitis por otro agente</b> .....	88
3.8.	<b>Parotiditis</b> .....	89
3.9.	<b>Varicela</b> .....	91
3.9.2	<b>Brotos:</b> .....	93
3.10.	<b>Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación (ESAVI):</b> .....	98
3.11.	<b>Búsqueda Activa Institucional (BAI):</b> .....	98
4.	<b>Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis</b> .....	99
4.1	Dengue .....	99
4.2.	Zika .....	103
4.3.	Chagas .....	106
4.4.	Leishmaniasis .....	107
4.5.	Malaria .....	110
4.6.	Agresiones de animales potencialmente transmisores de rabia .....	112
	<b>El canal endémico de exposición rábica, se presenta en la siguiente Figura.</b> .....	112
4.7.	<b>Accidente Ofídico</b> .....	119

<b>5. Seguridad Alimentaria</b> .....	121
4.1 Bajo peso al nacer a Termino ( código 110).....	121
4.2. Morbilidad por desnutrición Aguda en menor de 5 años.....	123
4.3. Mortalidad por o asociada a la desnutrición en menor de 5 años.....	125
Micobacterias.....	126
5.1. Lepra.....	126
5.2. Tuberculosis.....	129
5.3. TUBERCULOSIS MENÍNGEA.....	144
6. Violencia.....	144
<b>7. Enfermedades Raras y huérfanas</b> .....	160
8. Intoxicaciones.....	161
9. Informe de Vigilancia de factores de riesgo ambiental.....	166
9.1. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (código 355 - 350).....	166
9.2 FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA (código 320):.....	170
<b>9.3. HEPATITIS A (código 330)</b> .....	171
9.4. CÓLERA (código 200):.....	174
<b>9.5. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA:</b> .....	175
10. Cáncer.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
10.1 Cáncer infantil.....	179
10.2. Cáncer de mama y cérvix.....	182

## Listado de figuras

Figura 1. Cumplimiento notificación semanal primer semestre año 2016 .....	17
Figura 2. Sífilis Congénita vs Gestacional por semana epidemiológica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122 vs 36 .....	26
Figura 3. Sífilis gestacional por Grupo de edad y grupo étnico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122.....	26
Figura 4. Sífilis gestacional por Tipo de Aseguramiento. Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122.....	27
Figura 5. Sífilis Gestacional por tipo de aseguramiento y Acceso a CPN Diagnóstico y Tratamiento. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122.....	28
Figura 6. Distribución de la Sífilis Gestacional por comunas. Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 122 .....	30
Figura 7. Razón de prevalencia de Sífilis Gestacional por comunas por 1000 nacidos vivos. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 122 .....	31
Figura 8. Sífilis Congénita por edad al momento del diagnóstico. Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 36.....	32
Figura 9. Sífilis Congénita por tipo de aseguramiento y pertenencia étnica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 36 .....	32
Figura 10. Distribución de la Sífilis Congénita por comunas. Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 36.....	34
Figura 11. Incidencia de Sífilis congénita por comunas por 1000 nacidos vivos. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 36.....	35
12. Sífilis Gestacional Vs. Sífilis congénita Cali 2003-2016 .....	36
Figura 12. VIH por semana epidemiológica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26. n= 366.....	38
Figura 13. VIH / SIDA por Edad y Género. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 36638	
Figura 14. VIH / SIDA por Tipo de aseguramiento y Etnia. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 366.....	39
Figura 15. VIH / SIDA por Mecanismo de Transmisión. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 366.....	39
Figura 16. VIH / SIDA por Clasificación Clínica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 366.....	39
Figura 17: VIH / SIDA Enfermedades Oportunistas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 366.....	40
Tabla N°8: VIH/SIDA Notificación por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 366.....	42
Figura 18. Distribución de VIH/SIDA por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 366.....	43
Figura 19. Incidencia de casos notificados de VIH/SIDA y muerte por comunas por 100.000 habitantes. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 366.....	44
Figura 20. Casos notificados de VIH /SIDA Por Año 1985-2016 Cali .....	45
Figura 21. Hepatitis B y C y Delta confirmada por laboratorio. Santiago de Cali. Semanas Epide.1- 26 n= 33.....	46
Figura 22. Hepatitis B y C y Delta por edad al momento del diagnóstico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 33 .....	46

Figura 23: Hepatitis B y C y Delta por tipo de aseguramiento y pertenencia étnica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 33 .....	46
Figura 24: Hepatitis B y C y Delta Según Mecanismo de Transmisión. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 33 .....	47
Figura 25. Distribución de Hepatitis B y C y Delta por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epid. 1- 26. n= 33.....	48
Mapa 1. Incidencia de casos notificados de Hepatitis B y C y Delta por comunas por 100.000 habitantes. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 33 .....	48
Tabla N°13: Comportamiento de la mortalidad en mujeres gestantes en el municipio de Santiago de Cali año 2016.....	49
Figura 26. Comportamiento de la mortalidad materna por periodos epidemiológicos. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 8 .....	50
Figura 27. Distribución por grupos de edad de la mortalidad materna. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 8.....	50
Figura 28. Distribución por pertenencia al régimen de seguridad social en salud de la mortalidad materna. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 8.....	51
Figura 29. Distribución de la mortalidad materna por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 8.....	53
Mapa 2. Identificación de zonas de riesgo por Mortalidad Materna por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 8.....	53
Figura 30. Razón de mortalidad materna. Santiago de Cali. 2000-2016.....	55
Figura 31. Tendencia de la Mortalidad Materna según causas 1991-2016 Cali.....	55
Figura 32. Comportamiento de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 367.....	57
Figura 33. Distribución por grupos de edad de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 367 .....	57
Figura 34. Distribución por pertenencia étnicas vs régimen de seguridad social en salud de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 367.....	58
Figura 35. Distribución de la morbilidad materna extrema por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 367.....	61
Figura 36: Razón de Morbilidad Materna Extrema por 1000 Nacidos Vivos por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 367 .....	62
Figura 37: Comportamiento de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156 .....	63
Figura 38: Distribución por grupos de edad de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156 .....	64
Figura 39: Aseguramiento de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156 .....	64
Figura 40. Unidad notificadora de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156 .....	65
Figura 41: Distribución de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 156 .....	66
Mapa 3. Razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por 1000 nacidos vivos por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 156 .....	67

Figura 42: Comportamiento de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088 .....	68
Figura 43. Distribución por grupos de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088 .....	68
Figura 44. Aseguramiento de los casos de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088.....	69
Figura 45.Unidad notificadora de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088 .....	70
Figura 45. Distribución de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088 .....	72
Mapa 4. Razón de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088.....	72
Figura 46. Casos de IRAG inusitados, municipio de Cali, a SE 26 de 2016 .....	73
Figura 47. Comportamiento de consultas ext y urg por IRA, municipio de Cali, a SE 26 de 2016 ....	77
Figura 48. Comportamiento de hospitalización por IRA, municipio de Cali, a SE 26 de 2016 .....	77
Figura 49. Comportamiento de hospitalización UCI por IRA Cali, a SE 26 2016 .....	78
Figura 50. Canal endémico tosferina. Cali semestre I 2016 .....	82
Figura 51. Casos confirmados de tosferina según semana epidemiológica. Cali 2016.....	85
Figura 52. Canal Endémico Parotiditis. Cali semestre I 2016 .....	89
Figura 53. Distribución casos de parotiditis por edad y sexo.....	90
Figura 54. Canal endémico varicela. Cali 2016 – sem I.....	92
Figura 55. Distribución de casos de varicela por sexo y edad.....	93
Figura 56. Casos de varicela por semana epidemiológica – cárcel vistahermosa.....	95
Figura 56. Canal endémico dengue. ....	100
Figura 57. Canal endémico dengue. ....	100
Figura 58. Canal endémico dengue .....	101
Figura 59. Comportamiento notificación semanal – Dengue, Chikungunya y Zika. ....	104
Figura 60. Casos de dengue, chikungunya y zika. ....	105
Figura 61. Casos de dengue, chikungunya, zika. Año 2015 y 2016. ....	105
Mapa 5. Mapa de mortalidad por dengue. ....	106
Figura 62. Canal endémico de exposición rábica .....	112
Figura 62. Casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según edad. ....	113
Figura 63. Comportamiento de Bajo peso al nacer a término residentes en Cali, a SE 26 de 2016. ....	121
Figura 64. Casos notificados al SIVIGILA de Bajo Peso Al Nacer a Término, Cali 2012-2016 a SE 26. ....	122
Figura 65. Morbilidad por desnutrición aguda en menor de 5 años. ....	124
Tabla 1. Casos de desnutrición Aguda por comuna. Cali – Sem I /2016 .....	124
Figura 66. Mortalidad por desnutrición en menor de 5 años. Cali 2014 a 2016.....	126
Figura 66. Casos nuevos y recidivas de lepra notificados, según periodo epidemiológico, sem I- 2016, Cali.....	126
Figura 67. Distribución de casos nuevos y recidivas de Hansen notificados según grupos de edad, enero – junio 2015 vs 2016. Santiago de Cali .....	127

Figura 68. Distribución casos nuevos y recidivas de Hansen notificados, según clasificación bacteriológica MB y PB, enero a junio 2015 vs 2016. Santiago de Cali.....	127
Figura 69. Distribución de casos nuevos y recidivas de hansen según grado de discapacidad al ingreso al tratamiento. Enero – junio 2015 vs 2016. Santiago de Cali .....	128
Figura 70. Casos notificados de Tuberculosis todas las formas (TB-TF) SIVIGILA, primer semestre 2016.....	129
Figura 71. Casos de TB-TF nuevos y recaídas notificados según nivel de atención, semana epidemiológica 1 – 26, Cali 2016 (n= 454) .....	131
Figura 72. Casos de TB-Pulmonar nuevos y recaídas notificados según nivel de atención, semana epidemiológica 1 – 26 Cali 2016 (n=377) .....	131
Figura 73. Distribución de casos de TB-TF según condición de ingreso, ss 1-26, Cali 2016.....	135
Figura 74. Distribución de casos de TB TF nuevos y recaídas según período epidemiológico, 2015 vs 2016, Cali.....	136
Figura 75. Distribución de los casos nuevos y recaídas notificados según tipo de tuberculosis , semanas epidemiológicas 1-26 Cali 2016.....	136
Figura 76. Casos nuevos y recaídas de tuberculosis todas las formas por aseguramiento, semanas epidemiológicas 1 – 26, Cali 2016 .....	137
Figura 77. Distribución de casos nuevos y recaídas de TB-TF según etnia, semanas epidemiológicas 1 – 26, Cali 2016 .....	139
Distribución de casos de tuberculosis todas formas según grupos de edad, semanas epidemiológicas 1 -26, Cali 2016.....	142
Figura 78. Distribución de casos de TB-TF por comuna, semanas 1 – 26, Cali 2016.....	142
Figura 79. Distribución de violencia de género por semana epidemiológica, Cali, semestrel de 2016 vs 2015. ....	148
Figura 80. Intento de suicidio por semana epidemiológica, Cali, primer semestre de 2016.....	150
Figura 81. Consumo de sustancias psicoactivas inyectadas por semana epidemiológica, Cali, primer semestre de 2016.....	158
Figura 82. Comportamiento de enfermedades Huérfanas y Raras. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 6.....	160
Figura 83. Distribución de las enfermedades Huérfanas y Raras. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 6.....	161
Figura 84. Comportamiento de ETA, municipio de Cali, a semana epidemiológica 26 de 2014-2016.....	167
Figura 85. Comportamiento de Hepatitis A por semana epidemiológica, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52, 2014 - 2016.....	171
Figura 86. Canal endémico 2010 – 2015 de morbilidad por EDA, municipio de Cali, a semana epidemiológica 26, 2016. ....	176
Figura 87. Distribución de tipos de cáncer infantil.....	179
Mapa 6. Cáncer Infantil en Cali durante primer semestre de año 2016 Ubicación de casos .....	181
Figura 88. Casos de cáncer de mama y cuello uterino.....	183
Figura 89. Cáncer de mama y cuello uterino por periodo epidemiológico.....	184
Figura 90- Cáncer de mama y cuello uterino por UPGD. ....	184
Figura 91. Cáncer de mama y cuello uterino según edad y sexo.....	185
Figura 92. Cáncer de mama y cuello uterino. Según comuna .....	185

Figura 93. Casos de cáncer de mama y cuello uterino según nivel socioeconómico.....	186
Figura 94. Casos de cáncer de mama y cuello uterino según EAPB.....	186

## Listado de tablas

Tabla 1. Cumplimiento notificación por UPGD .....	18
Tabla 2. Ajuste de casos por evento .....	21
Tabla 3. Oportunidad por evento.....	21
Tabla 4. Eventos de notificación inmediata .....	22
Tabla 5. Casos notificados oportunamente .....	22
Tabla 6. Oportunidad .....	23
Tabla 7. Oportunidad en ajustes .....	23
Tabla 8. Oportunidad de ajustes .....	24
Tabla 9: Sífilis Gestacional Notificación por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1-26. n= 122.....	29
Tabla 10. Sífilis Gestacional Notificación por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26. n= 122 .....	30
Tabla 11: Indicadores Epidemiológicos de Sífilis Gestacional. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26. n= 122 .....	31
Tabla 12 Sífilis Congénita Notificación por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-26 n= 36.....	33
Tabla 13. Sífilis Congénita Notificación por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 36 .....	33
Tabla 14. Indicadores Epidemiológicos de Sífilis Congénita. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 77 .....	35
Tabla 15. Tasa de incidencia de sífilis congénita. Municipio de Cali. Periodo 2003-2016 .....	36
Tabla 16: VIH/SIDA Notificación por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 366 .....	40
Tabla 17. VIH/SIDA Notificación por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 366.....	42
Tabla 18. Indicadores Epidemiológicos de VIH/SIDA. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 840.....	44
Tabla 19: Hepatitis B y C y Delta Notificación por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 33 .....	47
Tabla 20: Hepatitis B y C y Delta Notificación por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 33 .....	47
Tabla 21: Indicadores Epidemiológicos de Hepatitis B y C y DeltaSantiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 26 n= 33 .....	49
Tabla 22. Comportamiento de la mortalidad en mujeres gestantes en el municipio de Santiago de Cali año2016.....	49
Tabla 23. Mortalidad Materna por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 8. 51	
Tabla 24. Causas de Mortalidad Materna. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 4 51	
Tabla 25. Causas de Mortalidad Materna Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 4.....	52
Tabla 26. Mortalidad Materna por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 8.....	52
Tabla 27. Indicadores Epidemiológicos de Mortalidad Materna. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 7.....	53

Tabla 28. Morbilidad Materna Extrema por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-26 n= 367.....	58
Tabla 29. Número de criterios en los casos de Morbilidad Materna Extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 367 .....	59
Tabla 30. Número de unidades de sangre transfundidas en los casos de Morbilidad Materna Extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 367 .....	59
Tabla 31. Causas de Morbilidad Materna Extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-26 n= 367.....	59
Tabla 32. Morbilidad Materna Extrema por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 367.....	60
Tabla 33. Indicadores Epidemiológicos de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 554 .....	62
Tabla 34. Ubicación geográfica de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156 .....	64
Tabla 35. EPS de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Cali. Semanas Epidem. 1- 26 n= 156.....	65
Tabla 36. Indicadores Epidemiológicos la de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156 .....	67
Tabla 37: Ubicación geográfica de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088 .....	69
Tabla 38. EPS de los casos de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088 .....	70
Tabla 39. Indicadores Epidemiológicos la de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088.....	73
Tabla 40. Casos de IRAG inusitado según UPGD, municipio de Cali, A SE 26 de 2016.....	73
Tabla 41. Incidencia de IRAG inusitado por comuna, municipio de Cali, a SE 26 de 2016. ....	74
Tabla 42. Casos sospechosos de Rubéola notificados por semana epidemiológica SSPM Cali 2016	79
43. Casos sospechosos de Sarampión notificados por semana epidemiológica SSPM Cali 2016.....	79
Tabla 44. Casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita notificados Cali 2016 .....	81
Tabla 45. Casos probables de Difteria notificados por semana epidemiológica SSPM Cali 2016 .....	82
Tabla 46. Casos probables de Tos Ferina notificados según UPGD. SSPM Cali 2016.....	83
Tabla 47. Casos probables de Tos Ferina notificados según grupo de edad y sexo. SSPM Cali 2016 .....	83
Tabla 48. Casos probables de Tos Ferina notificados según área de influencia de la ESE y Comuna SSPM Cali 2016.....	84
Tabla 49. Casos confirmados de Tosferina según UPGD SSPM Cali 2016.....	86
Tabla 50. Casos confirmados de Meningitis por Meningococo notificados por semana epidemiológica SSPM Cali 2016 .....	87
Tabla 51. Casos confirmados de Meningitis por Neumococo por semana epidemiológica SSPM Cali 2016.....	88
Tabla 52. Casos confirmados de Meningitis por otro agente por semana epidemiológica SSPM Cali 2016.....	88
Tabla 53. Casos de Parotiditis notificados según UPGD SSPM Cali 2016.....	90
Tabla 54. Casos de Varicela notificados según UPGD SSPM Cali 2016 .....	92
Tabla 54. Brotes por Varicela en sedes educativas SSPM Cali 2016 .....	93

Tabla 55. Brotes por Varicela notificados por semana epidemiológica SSPM Cali 2016 .....	93
Tabla 56. BAI Sarampion .....	98
Tabla 57. BAI Parálisis flácida .....	98
Tabla 58. BAI síndrome rubeola congénita .....	99
Tabla 59. Bai tetanos neonatal.....	99
Tabla 60. Casos de dengue según comuna .....	101
Tabla 61. Casos de dengue según periodo epidemiológico .....	102
Tabla 62. Indicadores de calidad de vigilancia en dengue .....	103
Tabla 63. de casos de dengue, chikungunya y zika. ....	104
Tabla 64. Casos de Chagas por semana epidemiológica .....	107
Tabla 65. Casos de Leishmaniasis por semana epidemiológica .....	109
Tabla 66. Casos de malaria por semana epidemiológica. ....	110
Tabla 67. Casos según tipo de malaria .....	111
Figura 62. Canal endémico de exposición rábica .....	112
Tabla 68. Características Socio Demográficas de las Agresiones por animales potencialmente transmisoras de Rabia SSPM Cali - 2016 .....	112
Tabla 69. Agresiones por animales potencialmente transmisoras de Rabia según UPGD de Notificación SSPM Cali - 2016 .....	114
Tabla 70. Datos de la Agresión o Contacto SSPM Cali - 2016 .....	115
Tabla 71. Datos de la Exposición y tipo de Agresor SSPM Cali 2016.....	116
Tabla 72. Características de los Agresores Domésticos SSPM Cali 2016 .....	116
Tabla 73. Clasificación de las Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia ...	117
Tabla 74. Casos de Accidente Ofídico según Grupo de Edad y Sexo Cali - 2016.....	120
Tabla 75. Notificación de BPNT residencia municipio de Cali, a SE 26 de 2016.....	121
Tabla 76. Distribución de casos de BPNT según edad de la madre residente municipio de Cali, a SE 2016.....	122
Tabla 77. Comportamiento demográfico y social de los casos de bajo peso al nacer, Cali PEII de 2016.....	123
Tabla 78. Casos de desnutrición Aguda por comuna. Cali – Sem I /2016 .....	124
Tabla 79. Casos de morbilidad por desnutrición según UPGD.....	125
Tabla 80. Casos de desnutrición aguda según EAPB .....	125
Tabla 81. INDICADORES LEPROA.....	128
Tabla 82. Casos indigente.....	130
Tabla 83. Diagnóstico por nivel de atención en salud de casos de Tuberculosis Pulmonar nuevos, según EPS. Cali, semana epidemiológica 26 del 2016.....	132
Tabla 84. Notificación de TB-TF nuevos y recaídas según UPGD, semana epidemiológica 1 -26, Cali, 2016. (n=454) .....	133
Tabla 85. Frecuencia de casos nuevos y recaídas notificados según localización de la tuberculosis, semanas epidemiológicas 1-26, Cali 2016.....	137
Tabla 86. Casos nuevos y recaídas de tuberculosis todas las formas según EPS, ss 1 – 26, Cali 2016 .....	138
Tabla 87. Distribución de casos nuevos y recaídas de TB- TF según grupos vulnerables, ss 1 – 26 , Cali 2016.....	139
Tabla 88. Distribución de casos TBTF nuevos y recaídas en personas en situación de calle por grupos de edad, ss 1- 26 Cali 2016.....	140

Tabla 89. Distribución de casos nuevos y recaídas TB TF según ocupación, ss 1- 26, Cali 2016.....	140
Tabla 90. Distribución de casos nuevos y recaídas TB TF en profesionales del área de la salud, ss 1- 26, Cali 2016.....	141
Tabla 91. Distribución de casos de Tuberculosis por comuna. Semanas 1 – 26 del 2016. Cali .....	143
Tabla 92. INDICADORES TB/VIH SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS 1 A 26, 2016.....	144
Tabla 93. Asociación TB/VIH.....	144
Tabla 94. Violencia de género por edad, sexo, seguridad social, etnia y actividad, Cali, primer semestre de 2016.....	145
Tabla 95. Violencia de género según características que rodea la violencia, Cali, primer semestre de 2016.....	146
Tabla 96.. Violencia de género según características de la atención, Cali, primer semestre de 2016. ....	148
Tabla 97. Eventos y tasas de violencia contra la mujer (VCM), violencia familiar (VF) y violencia sexual (VSX), Cali, primer semestre de 2016.....	149
Tabla 98. Intento de suicidio según características sociodemográficas, Cali, primer semestre de 2016.....	151
Tabla 99. Características relacionadas con el intento de suicidio, Cali, primer semestre de 2016.	152
Tabla 100. Características relacionadas con el intento de suicidio, Cali, primer semestre de 2016. ....	153
Tabla 101. Casos y tasas de intento de suicidio, Cali, primer semestre de 2016.....	154
Tabla 102 Lesiones de causa externa según características sociodemográficas, Cali, primer semestre de 2016.....	155
Tabla 102. Lesiones de causa externa según elemento que ocasionó la lesión, lugar de ocurrencia y necesidad de hospitalización, Cali, primer semestre de 2016. ....	156
Tabla 103. Lesiones de causa externa según procedimientos estéticos y características de la atención en salud, Cali, primer semestre de 2016.....	157
Tabla 105. Consumo de sustancia psicoactiva inyectada según características sociodemográficas, Cali, primer semestre de 2016. ....	158
Tabla 106. Consumo de sustancia psicoactiva inyectada según características del consumo, Cali, primer semestre de 2016.....	159
Tabla 107. Consumo de sustancia psicoactiva inyectada según sitio de residencia y lugar de atención en salud, Cali, primer semestre de 2016.....	159
Tabla. Comportamiento demográfico y social de las enfermedades Huérfanas y Raras. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 6 .....	161
Tabla 108. Intoxicación por Medicamentos según Grupo de Edad y Sexo .....	162
Tabla 109. Intoxicación por Medicamentos según Sexo y Tipo de Exposición Cali – 2016 .....	162
Tabla 110. Intoxicación por Plaguicidas según Grupo de Edad y Sexo Cali – 2016.....	163
Tabla 111. Intoxicación por Plaguicidas según Sexo y Tipo de Exposición. Cali – 2016.....	164
Tabla 112.. Comportamiento demográfico y social de los casos de Enfermedad Transmitida por Alimentos o agua (ETA), municipio de Cali a SE 26 2016. N= 218.....	167
Tabla 113. Incidencia de casos de ETA por comuna municipio de Cali, a semana epidemiológica 26 de 2016.....	168
Tabla 114. Indicadores ETA .....	169
Tabla 115. Indicadores: Fiebre Tifoidea y paratifoidea.....	170

Tabla 116. Incidencia de Hepatitis A por grupo de edad, municipio de Cali a semana epidemiológica 26 de 2016.....	172
Tabla 117. Incidencia de Hepatitis A por comuna, municipio de Cali semana epidemiológica 26 de 2016.....	172
Tabla 118. Indicadores hepatitis A .....	173
Tabla 119. IPS Priorizadas para vigilancia Intensificación ETA – EDA y Cólera, municipio de .....	174
Tabla 120. Indicadores colera .....	175
Tabla 121. Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, municipio de Cali, a semana epidemiológica 26, 2016. ....	176
Tabla 122. Incidencia de EDA por grupo de edad, municipio de Cali a semana epidemiológica 26 de 2016.....	176
Tabla 123. Diez primeras UPGD que más reportan casos de EDA, municipio de Cali a SE 26 de 2016 .....	177
Tabla 123. Indicadores: EDA.....	178

## Introducción

Teniendo en cuenta la información correspondiente a la vigilancia en salud pública y los datos obtenidos en el aplicativo SIVIGILA a corte de la semana epidemiológica 26 del año 2016, se elaboró el presente boletín epidemiológico el cual presenta cifras preliminares sujetas a cambios debido a los ajustes que se puedan realizar en cada caso por laboratorio, investigación epidemiológica de campo y las unidades de análisis municipales, en las cuales pueden confirmarse o descartarse casos afectando las cifras.

De manera inicial se presentan los indicadores por UPGD para el seguimiento y control de los procesos de notificación, ajuste y oportunidad del SIVIGILA a nivel municipal y para cada IPS.

La información de los eventos de interés en salud pública se han organizado pro capítulos de acuerdo a la dimensión a la cual pertenecen iniciando con los eventos de:

Salud Sexual y Reproductiva

Eventos inmunoprevenibles

Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis

Seguridad alimentaria y nutricional

Micobacterias

Violencias

Enfermedades raras

Intoxicaciones

Enfermedades relacionadas con factores ambientales

Cáncer.

## 1. Indicadores de notificación

Teniendo en cuenta el criterio de notificadoras establecido en los lineamientos del Instituto Nacional de Salud (INS), para el primer semestre año 2016 fue:

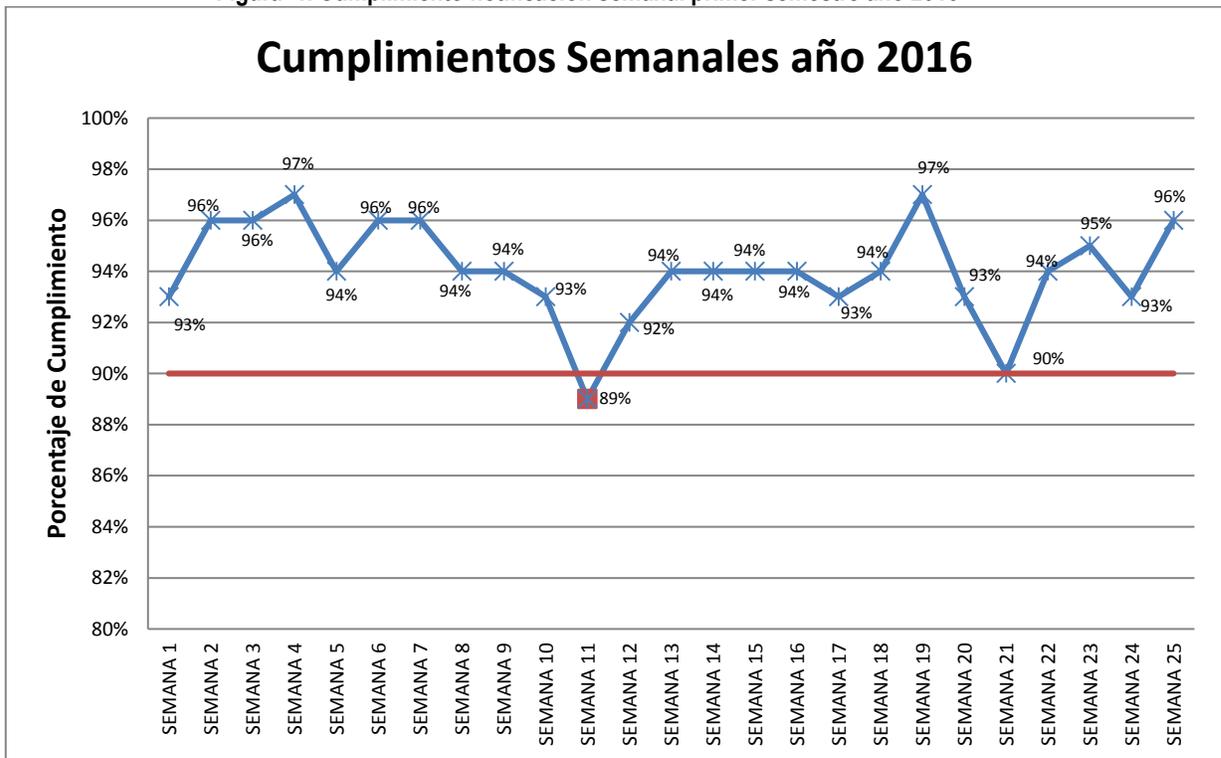
Tipo UPGD	Total
informadora	325
notificadora	158
cerrada	12
<b>Total general</b>	<b>495</b>

Aumentando en un 3.1% el número de UPGD's caracterizadas en el sistema respecto a las UPGD caracterizadas en el año 2015.

A continuación se muestra el resultado de los indicadores del proceso de notificación:

### 1.1. Cobertura notificación semanal

Figura 1. Cumplimiento notificación semanal primer semestre año 2016



Fuente: Archivos planos notificados a SSD

En el primer semestre del año 2016 el municipio de Cali logró la meta de notificación semanal establecida (>90%), excepto en la semana 11 que fue de 89%, la cual corresponde al receso de semana santa.

## 1.2. Cumplimiento acumulado de la notificación por UPGD

Tabla 1. Cumplimiento notificación por UPGD

código upgd	nombre upgd	100,0%	0,0%	0,0%
760010003701	COMFANDI EL PRADO	100,0%	0,0%	0,0%
760010003705	COMFANDI ALAMEDA	100,0%	0,0%	0,0%
760010003706	COMFANDI IPS CALIPSO	100,0%	0,0%	0,0%
760010003720	COMFANDI IPS PASOANCHO	100,0%	0,0%	0,0%
760010003721	COMFANDI IPS MORICHAL	100,0%	0,0%	0,0%
760010003730	COMFANDI IPS TORRES	100,0%	0,0%	0,0%
760010003734	CLINICA AMIGA	100,0%	0,0%	0,0%
760010086603	ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE VILLACOLOMBIA	100,0%	0,0%	0,0%
760010086613	ANGIOGRAFIA OCCIDENTE VASQUEZ COBO	100,0%	0,0%	0,0%
760010086615	ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE LTDA TEQUENDAMA	100,0%	0,0%	0,0%
760010111101	CENTRO MEDICO IMBANACO CMI	100,0%	0,0%	0,0%
760010112501	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	100,0%	0,0%	0,0%
760010183002	SERSALUD S.A - COMFENALCO NORTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010202801	COLSALUD	100,0%	0,0%	0,0%
760010252301	HOSPITAL CARLOS CARMONA -RED DE SALUD SURORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010252302	CS. ANTONIO NARIÑO - RED DE SALUD SURORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010253402	IPS SURA LA FLORA	100,0%	0,0%	0,0%
760010253406	IPS SURA PASOANCHO	100,0%	0,0%	0,0%
760010265701	CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	100,0%	0,0%	0,0%
760010287001	FUNDACION VALLE DEL LILI	100,0%	0,0%	0,0%
760010300101	SERVICIO DE SALUD UNIVERSIDAD DEL VALLE	100,0%	0,0%	0,0%
760010306601	CLINICA DE OCCIDENTE S.A.	100,0%	0,0%	0,0%
760010335901	CLINICA VERSALLES S.A.	100,0%	0,0%	0,0%
760010335906	CLINICA VERSALLES S.A. SEDE SAN MARCOS	100,0%	0,0%	0,0%
760010340301	CLINICA ORIENTE LTDA SEDE VILLACOLOMBIA	100,0%	0,0%	0,0%
760010371501	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CALI	100,0%	0,0%	0,0%
760010375601	AMISALUD IPS	100,0%	0,0%	0,0%
760010379901	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	100,0%	0,0%	0,0%
760010384901	CEM COOMEVA	100,0%	0,0%	0,0%
760010395401	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	100,0%	0,0%	0,0%
760010395601	HOSPITAL JOAQUIN PAZ BORRERO	100,0%	0,0%	0,0%
760010395617	PS PETECUY II - ESE NORTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395620	PS FLORALIA - ESE NORTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395701	HOSPITAL CARLOS HOLMES - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395702	CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395703	PUESTO DE SALUD RICARDO BALCAZAR - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395704	PUESTO DE SALUD LOS LAGOS - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395705	PUESTO DE SALUD ULPIANO LLOREDA - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395706	PUESTO DE SALUD COMUNEROS II - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395707	PUESTO DE SALUD CALIPSO - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395708	PUESTO DE SALUD POBLADO II - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395709	PUESTO DE SALUD VERGEL - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395710	PUESTO DE SALUD CHARCO AZUL - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395711	CENTRO DE SALUD MARROQUIN - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395712	CENTRO DE SALUD MANUELA - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395713	P SALUD ALFONSO BONILLA ARAGON - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395714	PUESTO DE SALUD ALIRIO MORA - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395715	PUESTO DE SALUD INTERVENIDAS - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395716	PUESTO DE SALUD LOS NARANJOS - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395719	PUESTO DE SALUD PIZAMOS - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395720	CENTRO DE SALUD EL VALLADO - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395721	PUESTO DE SALUD COMUNEROS I - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395722	PUESTO DE SALUD EL RETIRO - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395723	PUESTO DE SALUD CIUDAD CORDOBA - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395725	PUESTO DE SALUD MOJICA - ESE ORIENTE	100,0%	0,0%	0,0%

760010395726	CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395801	HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS - SALUD CENTRO	100,0%	0,0%	0,0%
760010395804	C.S OBRERO - SALUD CENTRO	100,0%	0,0%	0,0%
760010395807	C.S RODEO - SALUD CENTRO	100,0%	0,0%	0,0%
760010395810	C.S LUIS H GARCES - SALUD CENTRO	100,0%	0,0%	0,0%
760010395813	C.S CRISTOBAL COLON - SALUD CENTRO	100,0%	0,0%	0,0%
760010395901	HOSPITAL CAÑAVERALEJO RED DE SALUD DE LADERA ESE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395906	RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	100,0%	0,0%	0,0%
760010395907	RED DE SALUD DE LADERA ESE CS TERRON COLORADO	100,0%	0,0%	0,0%
760010406427	COSMITET LTDA CLINICA REY DAVID	100,0%	0,0%	0,0%
760010409601	UUBC AMERICAS - SALUD TOTAL - CALI	100,0%	0,0%	0,0%
760010409604	SAN FERNANDO - SALUD TOTAL - CALI	100,0%	0,0%	0,0%
760010433601	CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	100,0%	0,0%	0,0%
760010433605	CLINISANITAS CIUDAD JARDIN	100,0%	0,0%	0,0%
760010518901	SERVIDOC NORTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010530503	CLINICA ESIMED CALI NORTE	100,0%	0,0%	0,0%
760010530505	CLINICA ESIMED CALI SUR	100,0%	0,0%	0,0%
760010538304	IPS SALUDCOOP - CHIPICHAPE	100,0%	0,0%	0,0%
760010538305	IPS SALUDCOOP - PASOANCHO	100,0%	0,0%	0,0%
760010538306	IPS SALUDCOOP - CALICENTRO	100,0%	0,0%	0,0%
760010538307	IPS SALUDCOOP - CALISUR	100,0%	0,0%	0,0%
760010576501	CLINICA FARALLONES	100,0%	0,0%	0,0%
760010581701	SERVIMEDIC QUIRON LTDA - COMFENALCO SUR	100,0%	0,0%	0,0%
760010705801	SECCIONAL SANIDAD VALLE SEDE TEQUENDAMA	100,0%	0,0%	0,0%
760010729301	EMI	100,0%	0,0%	0,0%
760010807701	CLINICA COLOMBIA ES	100,0%	0,0%	0,0%
760010811601	BIENSA SAS	100,0%	0,0%	0,0%
760010812801	SALUD PRIMERA SAS	100,0%	0,0%	0,0%
760010817501	CENTRO MEDICO COLMEDICA SAN FERNANDO	100,0%	0,0%	0,0%
760010826502	SINERGIA GLOBAL SALUD SAS SEDE LA 80	100,0%	0,0%	0,0%
760010826511	SINERGIA GLOBAL EN SALUD UNICENTRO	100,0%	0,0%	0,0%
760010904301	UNIDAD ATENCION PRIMARIA SANITAS TEQUENDAMA	100,0%	0,0%	0,0%
760010960502	CLINICA COMFENALCO	100,0%	0,0%	0,0%
760010983701	CLINICA DESA SAS CALI	100,0%	0,0%	0,0%
760011030401	VIRREY SOLIS MANZANARES	100,0%	0,0%	0,0%
760011036001	CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS	100,0%	0,0%	0,0%
760017207702	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	100,0%	0,0%	0,0%
760018301580	HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE OCCIDENTE	100,0%	0,0%	0,0%
760018302782	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAMI	100,0%	0,0%	0,0%
760010252303	PS. MARIANO RAMOS - RED DE SALUD SURORIENTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395602	CS PUERTO MALLARINO - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395603	PS ALFONSO LOPEZ III - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395604	PS SIETE DE AGOSTO - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395605	PS LAS CEIBAS - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395607	PS LA CAMPIÑA - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395608	CS POPULAR - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395611	PS LA ISLA - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395612	CS LA RIVERA - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395615	CS SAN LUIS II - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395616	PS PETECUY III - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395619	CS FLORALIA - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395621	PUESTO DE SALUD PORVENIR - ESE NORTE	100,0%	4,2%	0,0%
760010395802	C.S DIEGO LALINDE - SALUD CENTRO	100,0%	4,2%	0,0%
760010395806	C.S BELALCAZAR - SALUD CENTRO	100,0%	4,2%	0,0%
760010395809	P.S DOCE DE OCTUBRE - SALUD CENTRO	100,0%	4,2%	0,0%
760010395814	C.S PANAMERICANO - SALUD CENTRO	100,0%	4,2%	0,0%
760010395909	RED DE SALUD DE LADERA ESE PS LOURDES	100,0%	4,2%	0,0%
760010395917	RED DE SALUD DE LADERA ESE PS LA BUITRERA	100,0%	4,2%	0,0%
760010988101	VILLACOLOMBIA CENTRO MEDICO SAS	100,0%	4,2%	0,0%

760010395609	PS CALIMA - ESE NORTE	100,0%	4,8%	0,0%
760010960505	CONSULTORIOS CLINICA COMFENALCO	100,0%	4,8%	0,0%
760010395618	PS SAN LUIS I - ESE NORTE	100,0%	5,0%	0,0%
760010960504	CIS EMCALI	100,0%	5,3%	0,0%
760010395803	P.S PRIMITIVO CRESPO - SALUD CENTRO	100,0%	8,3%	0,0%
760010826504	SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS SEDE NORTE	100,0%	8,3%	0,0%
760010395724	PUESTO DE SALUD NAVARRO- ESE ORIENTE	100,0%	16,7%	0,0%
760010395805	SALUD CENTRO -CS BRETAÑA	100,0%	16,7%	0,0%
760010395812	P.S PRIMAVERA - SALUD CENTRO	100,0%	16,7%	0,0%
760010395816	P.S DIVINO NIÑO-GUABAL - SALUD CENTRO	100,0%	16,7%	0,0%
760010395811	P.S AGUABLANCA - SALUD CENTRO	100,0%	20,8%	0,0%
760010705901	COOEMSANAR IPS	100,0%	29,2%	0,0%
760010003702	COMFANDI SAN NICOLAS	95,8%	0,0%	4,2%
760010086614	ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE CALLE 26	95,8%	0,0%	4,2%
760010253407	IPS SURA CHIPICHAPE	95,8%	0,0%	4,2%
760010254101	CLUB NOEL	95,8%	0,0%	4,2%
760010395921	RED DE SALUD DE LADERA ESE CS PRIMERO DE MAYO	95,8%	0,0%	4,2%
760010518902	SERVIDOC SUR	95,8%	0,0%	4,2%
760010535201	FUNCECOON	95,8%	0,0%	4,2%
760010538302	IPS SALUDCOOP - LA FLORA	95,8%	0,0%	4,2%
760010745201	SSI IPS	95,8%	0,0%	4,2%
760010750101	CEDIMA SAS	95,8%	0,0%	4,2%
760010826512	SINERGIA ATENCION BASICA IMBANACO	95,8%	0,0%	4,2%
760010826513	SINERGIA GLOBAL EN SALUD UNIDAD BASICA TEQUENDAMA	95,8%	0,0%	4,2%
760010826517	SINERGIA SANTA CLARA	95,8%	0,0%	4,2%
760010866201	SANACION Y VIDA - IPS VIVIR SURA	95,8%	0,0%	4,2%
760011027601	PROVIDA FARMACEUTICA SAS	95,8%	0,0%	4,2%
760010003301	HOSPITAL INFANTIL NIÑO DIOS	95,8%	4,2%	4,2%
760010340340	CLINICA ORIENTE LTDA SEDE AGUABLANCA	95,8%	4,2%	4,2%
760010395815	P.S ALFONSO YUNG - SALUD CENTRO	95,8%	8,3%	4,2%
760010538317	CMF VERSALLES - CRUZ BLANCA	95,8%	8,3%	4,2%
760010301301	CLINICA SAN FERNANDO	91,7%	0,0%	8,3%
760010395913	RED DE SALUD DE LADERA ESE CS MELENDEZ	91,7%	0,0%	8,3%
760010705904	COOEMSSANAR IPS TEQUENDAMA	91,7%	0,0%	8,3%
760010395914	RED DE SALUD DE LADERA ESE PS MONTEBELLO	91,7%	4,2%	8,3%
760010903002	COMFENALCO RIO CAUCA	87,5%	0,0%	12,5%
760010541402	SERINSA LTDA - COMFENALCO NORORIENTAL	83,3%	0,0%	16,7%
760010682101	CENTRO MEDICO POR SALUD	79,2%	0,0%	20,8%
760010790203	FUNDACION CENTRO DE RENACIMIENTO A LA VIDA YOLIMA	79,2%	0,0%	20,8%
760010704901	VIVA 1A - NUEVAEPS	62,5%	0,0%	37,5%
760012260099	INPEC-CALI	45,8%	12,5%	54,2%
760010530501	ESTUDIOS E INVERSONES MEDICAS SA CAFI ESIMED CALI	37,5%	8,3%	62,5%

Fuente: SIVIGILA

El cumplimiento acumulado para primer semestre del año 2016 fue del 97.8%, con un indicador de Silencio epidemiológico del 2.2%, semanas negativas de 1.8%, para un total de semanas positivas notificadas de 96%. Comparados con el cumplimiento acumulado de 98.8%, con un indicador de Silencio epidemiológico del 1.2%, semanas negativas de 2.7%, en el mismo periodo del año 2015.

Se puede ver una reducción en el porcentaje de semanas negativas lo que refleja un mínimo subregistro de los casos, mediante la correlación RIPS – SIVIGILA.

### 1.3. Indicador de Calidad: porcentaje de ajuste de casos

Tabla 2. Ajuste de casos por evento

EVENTO	TOTAL CASOS	TOTAL AJUSTADOS	TOTAL SIN AJUSTE	% AJUSTE
DIFTERIA	3	3	0	100%
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	8	8	0	100%
MENINGITIS	11	11	0	100%
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	1	1	0	100%
RUBEOLA	3	3	0	100%
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	4	4	0	100%
TETANOS ACCIDENTAL	1	1	0	100%
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	71	70	1	99%
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	382	370	12	97%
TOS FERINA	96	83	13	86%
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	15	11	4	73%
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	36	26	10	72%
DENGUE GRAVE	17	9	8	53%
DEFECTOS CONGENITOS	2	1	1	50%
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	1	1	50%
CHIKUNGUNYA	239	96	143	40%
ZIKA	1847	613	1233	33%
MALARIA	4	1	3	25%
DENGUE	3919	781	3138	20%
LEPTOSPIROSIS	49	1	48	2%
CHAGAS	1	0	1	0%
VIGILANCIA CENTINELA DE SÍNDROME FÉBRIL/ ICTÉRICO/ HEMORRÁGICO	1	0	1	0%
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	2	0	2	0%

Fuente: SIVIGILA

### 1.4. Indicadores de oportunidad

#### 1.4.1. Oportunidad en la notificación por evento

Tabla 3. Oportunidad por evento

EVENTOS DE NOTIFICACIÓN SEMANAL			
EVENTO	TOTAL DIAS	TOTAL CASOS	PROMEDIO DIAS NOTIFICACION
TETANOS ACCIDENTAL	1	1	1
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	781	387	2
VIGILANCIA CENTINELA DE SINDROME FIBRIL/ ICTERICO/ HEMORRAGICO	3	1	3
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS INYECTADAS	28	8	4
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	19	4	5
MALARIA	985	167	6
DENGUE	40832	5406	8
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	5826	652	9
DESNUTRICIEN AGUDA EN MENORES DE 5 APOS	262	28	9
VARICELA INDIVIDUAL	9486	919	10
BAJO PESO AL NACER	1316	113	12
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	24	2	12
ACCIDENTE OFIDICO	233	18	13
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDNA	1223	92	13
LEPTOSPIROSIS	710	52	14
LEPRA	126	9	14
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	3130	183	17
PAROTIDITIS	950	52	18
LEISHMANIASIS CUTANEA	280	13	22
SIFILIS CONGENITA	504	23	22
DEFECTOS CONGENITOS	1889	76	25
CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	1195	48	25
SIFILIS GESTACIONAL	839	32	26

HEPATITIS A	327	12	27
CHAGAS	84	2	42
CANCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	1000	20	50
HEPATITIS B, C Y COINFECCION HEPATITIS B Y DELTA	409	8	51

Fuente: SIVIGILA

**Tabla 4. Eventos de notificación inmediata**

EVENTOS DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA			
EVENTO	TOTAL DIAS	TOTAL CASOS	PROMEDIO DIAS NOTIFICACION
EVENTO SIN ESTABLECER	0	1	0
MORTALIDAD POR DENGUE	27	29	1
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 APOS)	1	1	1
MORTALIDAD POR IRA	1	1	1
DIFTERIA	6	4	2
MORTALIDAD POR DESNUTRICION	2	1	2
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	24	10	2
TOS FERINA	330	102	3
RUBEOLA	13	4	3
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	28	8	4
INTENTO DE SUICIDIO	877	227	4
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	526	131	4
ZIKA	22094	4462	5
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	274	45	6
LESIONES DE CAUSA EXTERNA	4031	628	6
MENINGITIS	173	24	7
DENGUE GRAVE	391	52	8
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GENERO	9835	980	10
CHIKUNGUNYA	4245	333	13
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	2972	201	15
TUBERCULOSIS	5788	382	15
INTOXICACIONES	4247	276	15
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	87	5	17
MORTALIDAD MATERNA	143	6	24
TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE	309	10	31

Fuente: SIVIGILA

#### 1.4.2. Proporción de casos notificados oportunamente

**Tabla 5. Casos notificados oportunamente**

EVENTO	Total casos	Total oportunos	PROPORCION CASOS NOTIFICADOS OPORTUNOS
VIGILANCIA CENTINELA DE SÍNDROME FÉBRIL/ ICTÉRICO/	1	1	100%
TETANOS ACCIDENTAL	1	1	100%
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	4	4	100%
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	387	367	95%
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS INYECTADAS	8	7	88%
MALARIA	167	138	83%
DENGUE	5405	4267	79%
LEPRA	9	7	78%
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	652	462	71%
VARICELA INDIVIDUAL	918	646	70%
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	92	60	65%
ACCIDENTE OFIDICO	18	10	56%
LEPTOSPIROSIS	52	28	54%
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	2	1	50%
CHAGAS	2	1	50%
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	28	13	46%
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	48	22	46%
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	20	9	45%
SIFILIS CONGENITA	23	10	43%
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	183	75	41%

BAJO PESO AL NACER	113	46	41%
LEISHMANIASIS CUTANEA	13	5	38%
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	8	3	38%
DEFECTOS CONGENITOS	76	26	34%
PAROTIDITIS	52	17	33%
SIFILIS GESTACIONAL	32	10	31%
HEPATITIS A	12	3	25%

Fuente: SIVIGILA

**Tabla 6. Oportunidad**

EVENTO	Total casos	Total oportunos	PROPORCION CASOS NOTIFICADOS OPORTUNOS
EVENTO SIN ESTABLECER	1	1	100%
MORTALIDAD POR IRA	1	1	100%
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	1	1	100%
MORTALIDAD POR DENGUE	29	23	79%
RUBEOLA	4	3	75%
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	10	7	70%
INTENTO DE SUICIDIO	227	151	67%
DIFTERIA	4	2	50%
TOS FERINA	102	48	47%
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	45	20	44%
LESIONES DE CAUSA EXTERNA	628	243	39%
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	8	3	38%
DENGUE GRAVE	52	18	35%
MORTALIDAD MATERNA	6	2	33%
CHIKUNGUNYA	333	101	30%
ZIKA	4462	1346	30%
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	10	3	30%
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	980	288	29%
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	131	36	27%
TUBERCULOSIS	381	95	25%
MENINGITIS	24	5	21%
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	5	1	20%
INTOXICACIONES	276	42	15%
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	201	15	7%
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	1	0	0%

Fuente: SIVIGILA

### 1.4.3. Oportunidad en el ajuste de casos

**Tabla 7. Oportunidad en ajustes**

Evento	Número de casos	Total días	Días promedio
RUBEOLA	3	46	15
TETANOS ACCIDENTAL	1	16	16
DIFTERIA	3	61	20
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	27	27
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	370	11661	32
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	70	2385	34
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	1	35	35
DENGUE	781	28996	37
MENINGITIS	11	474	43
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	26	1189	46
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	8	408	51
LEPTOSPIROSIS	1	52	52
ZIKA	613	33899	55

CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	11	655	60
TOS FERINA	83	5493	66
DENGUE GRAVE	9	610	68
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	4	283	71
CHIKUNGUNYA	96	6876	72
MALARIA	1	91	91
DEFECTOS CONGENITOS	1	110	110

Fuente: SIVIGILA

#### 1.4.4. Proporción de casos ajustados oportunamente

Tabla 8. Oportunidad de ajustes

evento	total ajustados	total oportunos	proporcion
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	1	100%
DEFECTOS CONGENITOS	1	1	100%
DIFTERIA	3	3	100%
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	1	1	100%
RUBEOLA	3	3	100%
TETANOS ACCIDENTAL	1	1	100%
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	27	25	93%
DENGUE GRAVE	9	7	78%
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	369	230	62%
MENINGITIS	5	3	60%
CHIKUNGUNYA	94	43	46%
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	9	4	44%
DENGUE	760	308	41%
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	21	8	38%
ZIKA	601	199	33%
TOS FERINA	80	26	33%
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	4	1	25%

Fuente: SIVIGILA

En cuanto a la oportunidad del ajuste de los casos la mayor dificultad se encuentra en el retraso en la recepción de los resultados por parte del Laboratorio Departamental de Salud y el Instituto Nacional de Salud.

## 2. Eventos de Salud Sexual y Reproductiva

### INTRODUCCION

La vigilancia en salud pública de los eventos de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y perinatales se definen como el proceso a través del cual se identifican los eventos que afectan al binomio madre –hijo y donde se detectan las fallas en la atención por parte del sector salud los determinantes que inciden en la aparición de eventos tales como Sífilis Gestacional, Sífilis Congénita, Hepatitis B, VIH/SIDA y Mortalidad Materna.

La presencia de un evento es el resultado final de una serie de factores que influyen en una mujer durante su etapa reproductiva. Dichos factores determinantes pueden estar relacionados con el contexto social, donde se destacan los factores económicos, el nivel educativo, las relaciones familiares y en el contexto de la salud donde influyen el estado de salud, la conducta reproductiva, el acceso y calidad de los servicios.

El objetivo del presente documento es describir el comportamiento de los eventos de SSR y perinatales incluidos en el SIVIGILA, los cuales fueron notificados a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y son sujetos de las acciones de vigilancia en salud pública.

**OBJETIVO:** Describir el comportamiento de los eventos de VIH /SIDA, Sífilis Gestacional, Sífilis Congénita, Hepatitis B, Mortalidad Perinatal, Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad Materna de acuerdo con los resultados del análisis de la notificación al SIVIGILA, los resultados de la investigación de los casos y las conclusiones de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) que se presentaron desde la semana 1 hasta la semana 26 correspondientes al año 2016.

### 2.1. Sífilis Gestacional y Congénita

La sífilis sigue siendo un grave problema de salud pública. Se calcula que cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones por *Treponema pallidum*, de las cuales más de 2 millones se producen en mujeres embarazadas. Debe mencionarse que ALC tiene una tasa de sífilis materna más alta que cualquier otra región, estimada por la OMS entre 1997 y 2003 en 3,9%. Con dicha tasa se calcula que puede haber aproximadamente 459.108 casos de sífilis gestacional en la Región de las Américas (exceptuando EE.UU. y Canadá), originando cada año de 164.222 a 344.331 casos de sífilis congénita. En la mayor parte de estos casos, la infección es transmitida al feto, en general entre las semanas 16 y 28 de embarazo, y conlleva un pronóstico fatal en el 30-50% de casos. La prevalencia de sífilis materna varía bastante entre los países de la región. Por ejemplo, durante 2005-2006 era del 1,4% en Argentina, del 5,75% en Haití y del 5% en Bolivia.

Se dispone de información válida de 15 países, de estos, en 7 países (Costa Rica, Colombia, Perú, Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina) la SC constituye un problema de Salud Pública, es decir, se reportan más de 0.5 casos por 1.000 nacidos vivos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto la meta de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública, llevando la incidencia a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por 1.000 nacidos. Para lograr esta meta, es necesario que se detecten y traten más de 95% de las gestantes infectadas, con lo que se logrará reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0%.

La eliminación de la SC es todavía un asunto pendiente, a pesar de contar con servicios de control prenatal de acuerdo con la norma, la tecnología adecuada y el conocimiento de cómo prevenir la infección.

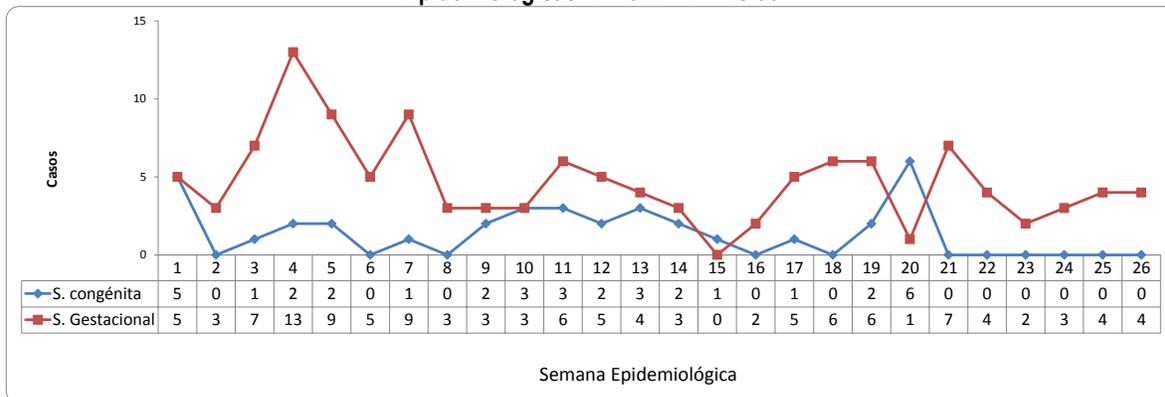
## Ocurrencia de casos de Sífilis Gestacional (ficha No 750) y los casos de Sífilis Congénita (ficha No 740) en el municipio Santiago de Cali en el periodo comprendido entre la semana 1 hasta la semana 26 del 2016

Hasta la semana 26 después del proceso de depuración, donde se excluyeron los repetidos, descartados y de otros municipios; se presentaron un total de 122 casos notificados al SIVIGILA de Sífilis Gestacional y 36 casos de Sífilis Congénita residentes en el municipio de Santiago de Cali.

### Análisis Temporal

Se utilizaron los datos obtenidos a partir de la notificación de los eventos de Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita para un total de 26 semanas consecutivas. Al analizar el comportamiento se observa que en la semana cuatro se presentó la mayor notificación de casos de Sífilis Gestacional (13 casos). Para el evento de Sífilis Congénita el mayor número de casos se presentó en las semana 20 con seis casos respectivamente.

Figura 2. Sífilis Congénita vs Gestacional por semana epidemiológica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122 vs 36



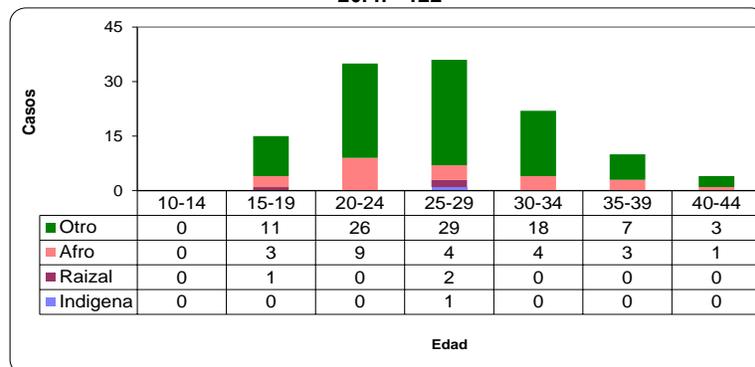
FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Análisis de las variables socio demográficas

Para el análisis de las variables socio demográficas se tuvieron en cuenta aquellas que podían direccionar acciones desde lo local, que repercutieran en la salud de la gestante y del recién nacido.

Al analizar la edad y la etnia, nos encontramos que el problema se concentra en las mujeres jóvenes en mayor proporción en el grupo de edad de 25-29 años con el 29%. El 77% de las gestantes corresponden a otros en el grupo étnico, lo que demuestra que la población mestiza es la más afectada en el municipio.

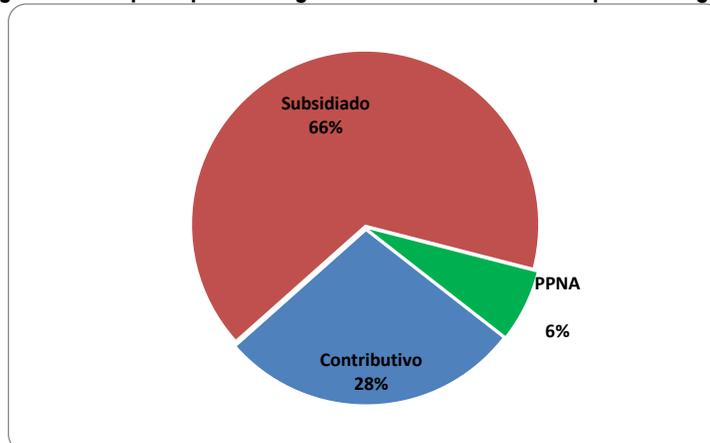
Figura 3. Sífilis gestacional por Grupo de edad y grupo étnico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En cuanto a la seguridad social el 92% (114) de los casos pertenece a una Administradora de Planes de Beneficios, tanto del régimen contributivo como del subsidiado. La Secretaría de Salud Pública Municipal, viene desarrollando estrategias para mejorar la notificación y el análisis de los casos por parte de las IPS de segundo y tercer nivel, sin embargo es importante la participación de las EPS del régimen subsidiado en el análisis de los casos, la implementación de planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos, sobre todo para intervenir los retrasos tipo I y II los cuales tienen que ver con el desconocimiento del problema y la oportunidad en la toma de decisiones.

**Figura 4. Sífilis gestacional por Tipo de Aseguramiento. Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122**

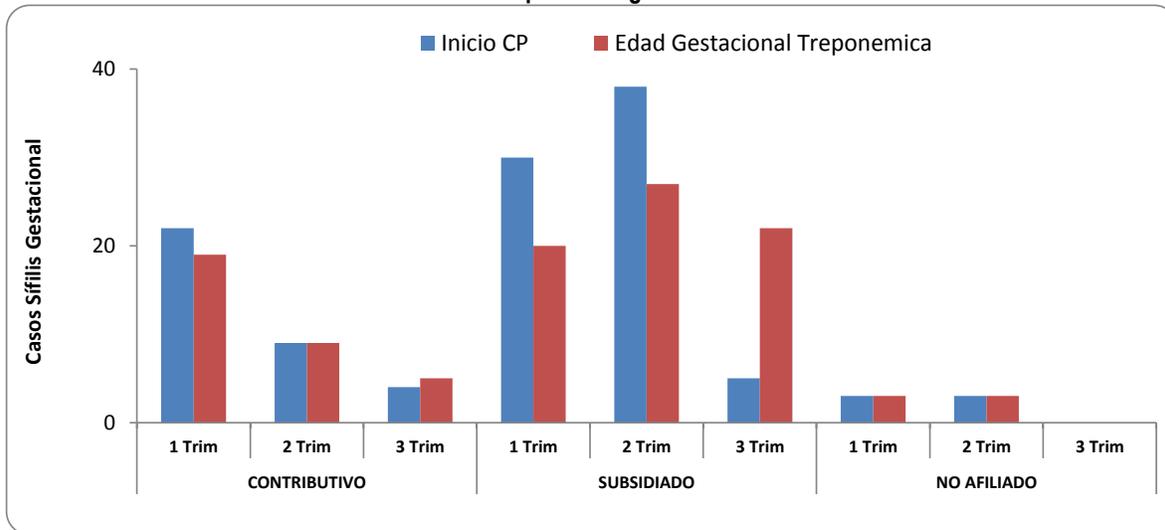


FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 50%(61 casos) inició el control prenatal en el primer trimestre de embarazo, desde el comité de maternidad segura se viene trabajando para mejorar el acceso al ingreso en el primer trimestre al control prenatal. Pese a todas las acciones realizadas se observa que las gestantes se están re infectando en el tercer trimestre de gestación, esto se debe por un lado a la falta de adherencia por parte de la pareja en el tratamiento de la sífilis gestacional, y por otro lado a la no identificación de las conductas de riesgo por parte de la gestante. Se ha realizado énfasis para que a la gestante le fuera entregado condones como medio de protección ante los comportamientos de riesgo, pero al indagar sobre su uso, este no es aceptado por la pareja.

En cuanto al incremento de caso notificados en el tercer trimestre o momento del parto esto se debe a que los casos están siendo remitidos al nivel II y III por otras causas de complicación obstétrica y no envían la información de cuando fue diagnosticada, tratamiento recibido, diluciones al principio y al final del tratamiento y criterio de curación. Por tanto estas instituciones al momento de la serología reclasifican los casos como nuevos de sífilis gestacional. Igualmente se realizaron recomendaciones para que las instituciones de segundo y tercer nivel realicen la notificación de toda gestante reactiva al momento del parto sin control prenatal evidenciado.

**Figura 5. Sífilis Gestacional por tipo de aseguramiento y Acceso a CPN Diagnóstico y Tratamiento. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En cuanto a la notificación, llama la atención que el Hospital San Juan de Dios notificó el 13% de los casos de sífilis gestacional, se ha observado al realizar el análisis, que en las instituciones de primer nivel, se captan se tratan, pero las gestantes se están re infectando en el tercer trimestre, esto se debe posiblemente a la no participación de las parejas en el tratamiento.

**Tabla 9: Sífilis Gestacional Notificación por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122**

NOMBRE UPG	No. Casos	%	% Acumulado
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	16	13,1	13,1
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	8	6,6	19,7
COMFANDI IPS - SAN NICOLAS	8	6,6	26,2
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	8	6,6	32,8
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	7	5,7	38,5
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	6	4,9	43,4
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	4	3,3	46,7
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	4	3,3	50
CENTRO DE SALUD MARROQUIN - ESE ORIENTE	4	3,3	53,3
SALUD TOTAL CALI AMERICAS	4	3,3	56,6
CENTRO DE SALUD EL VALLADO - ESE ORIENTE	4	3,3	59,8
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	3	2,5	62,3
COLSALUD	3	2,5	64,8
COMFANDI IPS TORRES	2	1,6	66,4
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	2	1,6	68
CLINICA VERSALLES SA	2	1,6	69,7
CLINICA DE OCCIDENTE SA	2	1,6	71,3
SERSALUD SA	2	1,6	73
IPS SERVIDOC NORTE	2	1,6	74,6
SINERGIA ATENCIÓN BÁSICA LA 80	2	1,6	76,2
CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE -ESE ORIENTE	2	1,6	77,9
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS TERRON COLORADO	2	1,6	79,5
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS BRISAS DE MAYO	2	1,6	81,1
CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO	2	1,6	82,8
COMFANDI IPS EL PRADO	1	0,8	83,6
FUNDACION VALLE DEL LILI	1	0,8	84,4
CLINICA COMFENALCO	1	0,8	85,2
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	1	0,8	86,1
CONSULTORIOS CLINICA COMFENALCO	1	0,8	86,9
CIS EMCALI	1	0,8	87,7
BIENSA SAS	1	0,8	88,5
CLINICA ORIENTE LTDA	1	0,8	89,3
CORPORACIÓN IPS OCCIDENTE -CMF PASOANCHO	1	0,8	90,2
SINERGIA ATENCION BASICA IMBANACO	1	0,8	91
CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE - ESE ORIENTE	1	0,8	91,8
SALUD CENTRO-CS LUIS H GARCES	1	0,8	92,6
LABORATORIO CLINICO ACACIAS IPS SAS	1	0,8	93,4
IPS SURAMERICANA AMI ATENCION MATERNO INFANTIL	1	0,8	94,3
CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRAN - ESE ORIENTE	1	0,8	95,1
SALUD CENTRO-CS RODEO	1	0,8	95,9
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS MELENDEZ	1	0,8	96,7
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS LA BUTRERA	1	0,8	97,5
SALUD CENTRO-CS DIEGO LALINDE	1	0,8	98,4
PUESTO DE SALUD MARIANO RAMOS	1	0,8	99,2
SALUD CENTRO-PS PRIMAVERA	1	0,8	100
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>		<b>100</b>

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

Más del 50% de los casos pertenecen a régimen subsidiado, especialmente a las aseguradoras de Emssanar, Asmesalud y Coosalud. En común al realizar las unidades de análisis, se encuentra que las gestantes que viven en sectores de vulnerabilidad social son las que mayor caso de sífilis presentan, sumada su situación a la no adherencia de sus parejas a los tratamientos.

Tabla 10. Sífilis Gestacional Notificación por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122

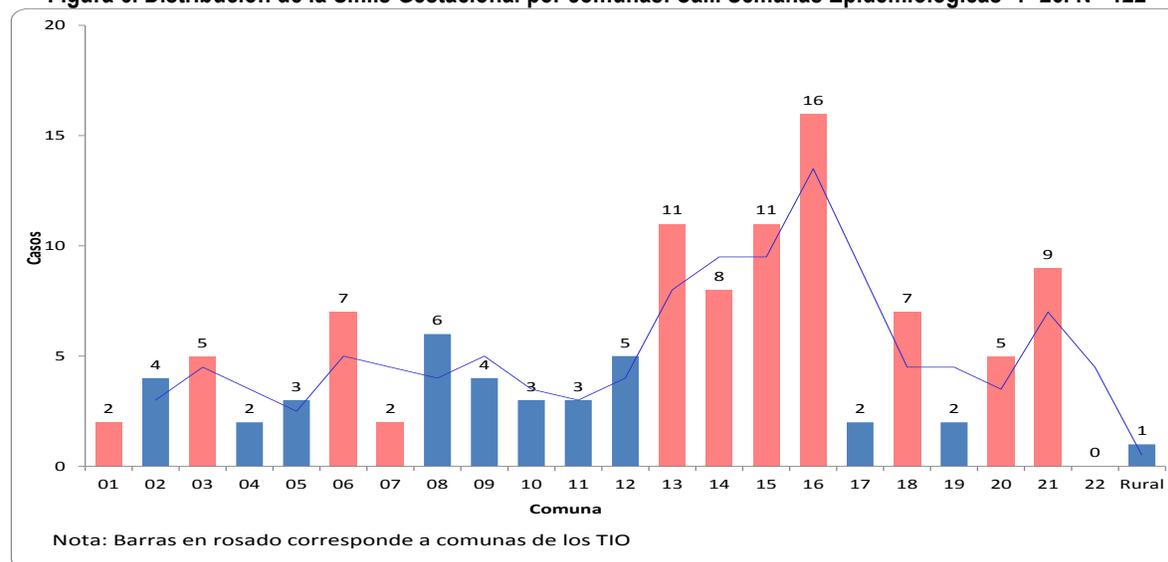
NOMBRE DE LA ASEGURADORA	FR.	%	% ACM
EMSSANAR E.S.S.	44	36,1	36,1
S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	12	9,8	45,9
COOSALUD LTDA	11	9,0	54,9
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	10	8,2	63,1
COOMEVA E.P.S. S.A.	9	7,4	70,5
No Afiliado	8	6,6	77,0
COMFENALCO VALLE E.P.S.	6	4,9	82,0
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	5	4,1	86,1
SURA E.P.S	3	2,5	88,5
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE	3	2,5	91,0
CAPRECOM EPS	3	2,5	93,4
CAFESALUD E.P.S. S.A.	2	1,6	95,1
CAFESALUD SUBSIDIADO	2	1,6	96,7
COOSALUD E.S.S. COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL D	2	1,6	98,4
CRUZ BLANCA EPS S.A.	1	0,8	99,2
SALUD VIDA EPS	1	0,8	100,0
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Distribución espacial

Al analizar la distribución de los casos de sífilis gestacional se observa que en la comuna 16 se presenta el 13% de los casos del municipio.

Figura 6. Distribución de la Sífilis Gestacional por comunas. Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 122



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

## Identificación de Zonas de Riesgo

Para la identificación de zonas de riesgo se trabajó con la semaforización donde les corresponde el color verde a las comunas que no presentaron casos, las de color amarillo corresponden a los que tienen menor razón que el municipio y las rojas son aquellas que están por encima de la razón del municipio, llama la atención la comuna 16 que presentó una razón de 12.

Figura 7. Razón de prevalencia de Sífilis Gestacional por comunas por 1000 nacidos vivos. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 122

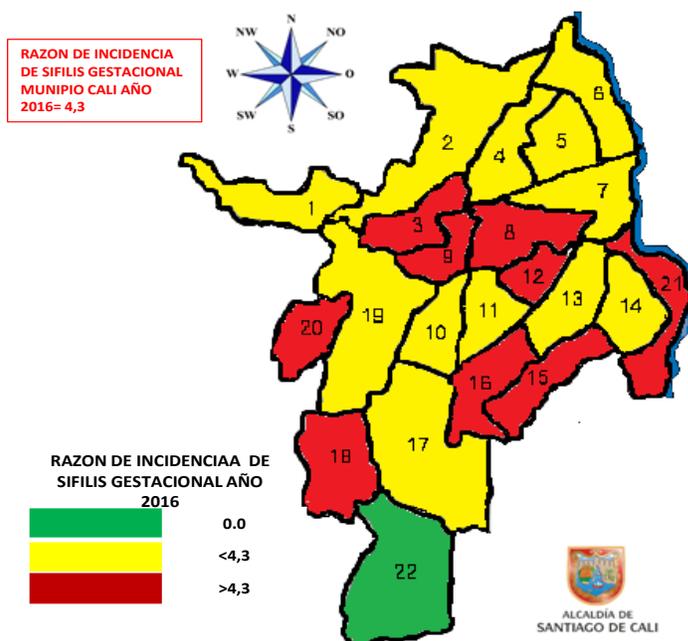


Tabla 11: Indicadores Epidemiológicos de Sífilis Gestacional. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 122

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
<b>Razón de incidencia sífilis gestacional</b>	Número de casos de sífilis gestacional en el año	Numero de nacidos vivos	1000	
<b>AÑO 2016</b>	122	27.750	1000	4.3

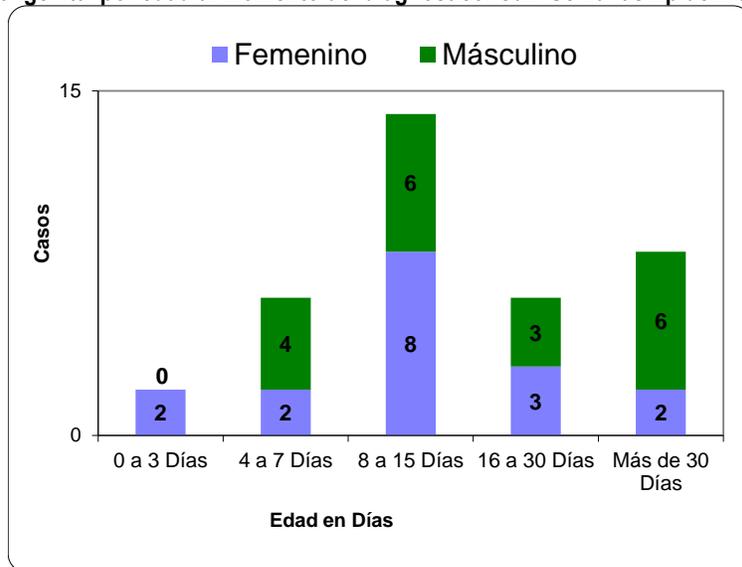
FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

## COMPORTAMIENTO SIFILIS CONGENITA

Durante el año 2016 el Ministerio de Protección Social y Salud, cambiaron la guía para la definición de sífilis congénita, motivo por el cual, muchas instituciones redujeron la notificación de casos.

El 39% (14) de los casos son notificados durante los 8 a 15 días de hospitalización.

Figura 8. Sífilis Congénita por edad al momento del diagnóstico. Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 36

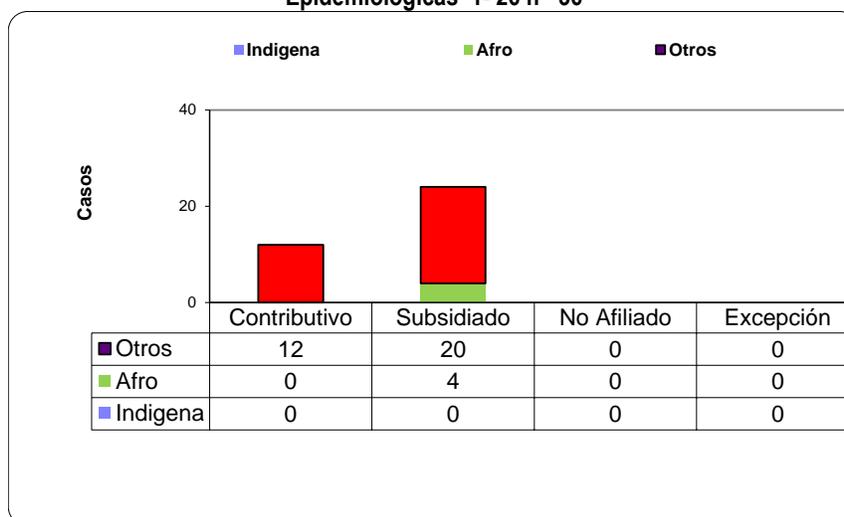


FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En relación a la etnia la población que más se encuentra afectada es la mestiza con el 89% de los casos, seguida de la afrocolombiana.

El 67% (24 casos) pertenecen al régimen subsidiado. Se requiere entonces determinar qué condiciones socioculturales afectan a este grupo poblacional para diseñar estrategias que permitan intervenciones más acordes con su estilo de vida y poder así incidir en la disminución del número de casos. Igualmente hay que trabajar en mejorar la calidad del control prenatal y el acceso al mismo en el primer trimestre de gestación.

Figura 9. Sífilis Congénita por tipo de aseguramiento y pertenencia étnica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 36



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 100% de los casos fueron atendidos por una institución de alta o mediana complejidad lo que evidencia la dificultad de cumplir con los seguimientos establecidos para controlar la sífilis congénita, pues estos niveles no realizan la contrareferencia a las instituciones de baja complejidad. Llama la atención la no notificación por parte del HUV.

**Tabla 12 Sífilis Congénita Notificación por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-26 n= 36**

ORDEN	NOMBRE UPG	FR.	%	% ACM
1	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	15	41,7	41,7
2	FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	6	16,7	58,3
3	CLINICA FARLLONES S A	4	11,1	69,4
4	CLINICA COMFENALCO	3	8,3	77,8
5	ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	2	5,6	83,3
6	CLINICA VERSALLES SA	2	5,6	88,9
7	CLINICA DE OCCIDENTE SA	2	5,6	94,4
8	FUNDACION VALLE DEL LILI	1	2,8	97,2
9	CLINICA REY DAVID - COSMITET LTDA	1	2,8	100,0
	<b>Total</b>	<b>36</b>		<b>100</b>

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 39% de los casos a Emssanar, seguido de Coosaludcon el 17%. Se observa con preocupación que pese a que la sífilis congénita es un evento adverso, ni las IPS, ni las EPS, están realizando de manera oportuna el análisis de los casos y la implementación de los planes de mejoramiento correspondientes.

**Tabla 13. Sífilis Congénita Notificación por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 36**

Aseguradora	Casos	%	% Acm
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	14	38,9	38,9
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	4	11,1	50,0
COOMEVA E.P.S. S.A.	4	11,1	61,1
COMFENALCO VALLE E.P.S.	3	8,3	69,4
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE	3	8,3	77,8
S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	1	2,8	80,6

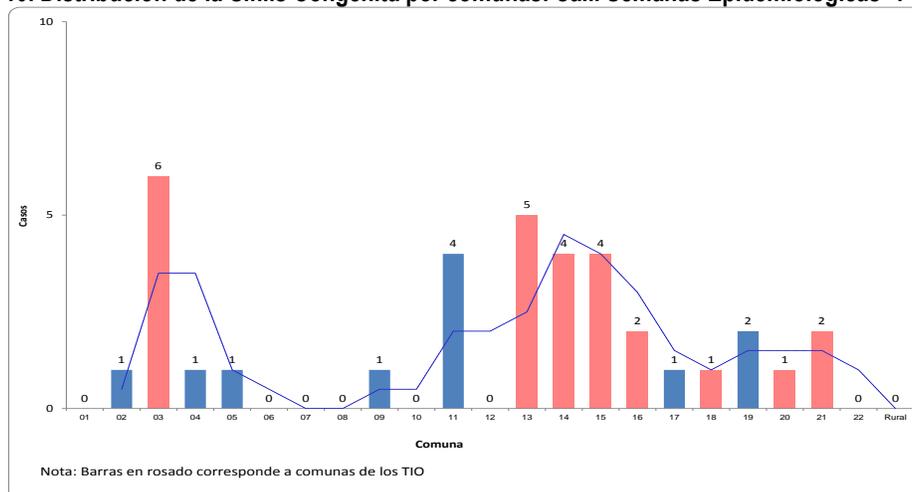
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	1	2,8	83,3
SURA E.P.S	1	2,8	86,1
CAFESALUD E.P.S. S.A.	1	2,8	88,9
CAFESALUD SUBSIDIADO	1	2,8	91,7
COOSALUD E.S.S. COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL D	1	2,8	94,4
SALUD VIDA EPS	1	2,8	97,2
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A. - CONTRIBUTIVO	1	2,8	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>		<b>100</b>

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Distribución espacial

Al analizar la distribución de los casos de sífilis congénita se observa que en la comuna 3 se presenta el 17% de los casos del municipio.

Figura 10. Distribución de la Sífilis Congénita por comunas. Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 36



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Identificación de Zonas de Riesgo

Para la identificación de zonas de riesgo se trabajó con la semaforización donde lo que corresponde al color verde son las comunas que logran la meta promulgada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las de color amarillo corresponden a las que cumplen con la meta estipulada en el Plan Decenal Municipal y las rojas son aquellas que están por encima de la meta, llama la atención la comuna 3 que presentó una incidencia de 9.6.

Figura 11. Incidencia de Sífilis congénita por comunas por 1000 nacidos vivos. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 36

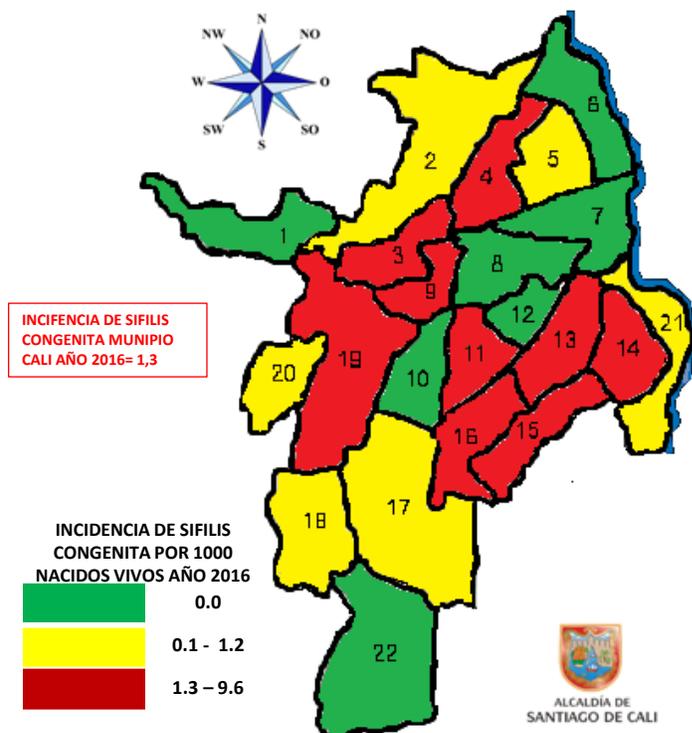


Tabla 14. Indicadores Epidemiológicos de Sífilis Congénita. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 77

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
<b>Razón de incidencia sífilis congénita</b>	Número de casos de sífilis congénita en el año	Numero de nacidos vivos	1000	
<b>AÑO 2016</b>	36	27.750	1000	1.3

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

## DISCUSION

### Análisis de tendencias

Al analizar las incidencias de sífilis congénita y teniendo en cuenta el plan para la eliminación de la sífilis congénita, adaptado del plan propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que tenía como propósito reducir la incidencia de la enfermedad para el año 2015 por medio de la detección y el diagnóstico precoz, y el suministro de tratamiento adecuado y oportuno a las mujeres gestantes infectadas y la reducción de la prevalencia de sífilis en mujeres en edad fértil. Pese a todos los esfuerzos la incidencia más baja que ha registrado el municipio ha sido de 1.3 por 1000 nacidos vivos. El incremento del 2011 responde a las fallas en el proceso de referencia y contra referencia donde la información del tratamiento de la sífilis gestacional no está disponible al momento del parto. En el año 2016 se observa una disminución en el número de casos comparado con los años anteriores.

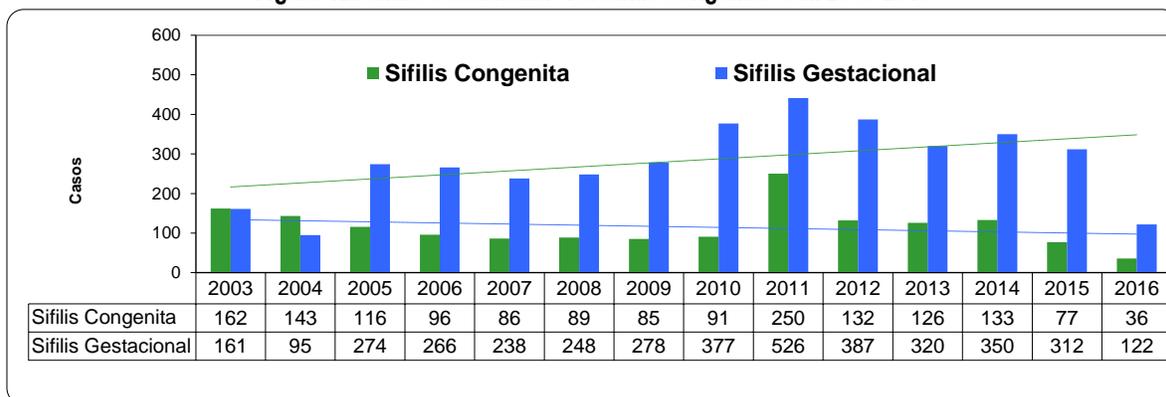
**Tabla 15. Tasa de incidencia de sífilis congénita. Municipio de Cali. Periodo 2003-2016**

Año	Casos	NV	Incidencia
2000	73	34697	2,1
2001	28	29952	0,9
2002	86	28842	3
2003	162	30867	5,2
2004	143	31891	4,5
2005	116	12213	3,7
2006	96	30687	3,1
2007	86	30770	2,8
2008	89	30749	2,9
2009	85	29940	2,8
2010	91	28296	3,2
2011	520	29496	8,5
2012	132	29080	4,5
2013	126	27497	4,6
2014	133	27750	4,8
2015	77	27750	2.8
2016	36	27750	1.3

FUENTE: Vigilancia en Salud Publica de los eventos de SSyR

En cuanto al comportamiento de la sífilis congénita frente a la sífilis gestacional en los últimos años se observa que los casos de sífilis congénita han disminuido con respecto a la sífilis gestacional, lo que podría estar demostrando que se está optimizando la cobertura y la calidad de la atención prenatal.

**Figura 12. Sífilis Gestacional Vs. Sífilis congénita Cali 2003-2016**



FUENTE: Vigilancia en Salud Publica de los eventos de SSyR

El hecho de unificar la ficha de sífilis gestacional y congénita cambio el comportamiento de la sífilis congénita, pues como se ha descrito en este informe, el 100% de los casos son identificados en los niveles II y III, esto debido a que la mayoría de los nacimientos del municipio de Cali ocurren en estos niveles.

Al comparar la razón de prevalencia de sífilis gestacional con la nación a semana 45 que es de 4.36 casos por cada 1000 nacidos vivos más mortinatos, que comparada con la del departamento del Valle es menor.

El número de Cali, frente a la nación siempre ha sido mayor, posiblemente debido al trabajo que se viene realizando, donde la notificación es mayor. Sin embargo vemos que

en el municipio, tenemos mejor coberturas de inicio de control prenatal en el primer trimestre, comparada con la nación.

Sin embargo al revisar las cifras de porcentaje de tratamiento de las parejas la nación tiene un 51%, mientras el municipio solo 19%.

En cuanto a la sífilis congénita la nación presentó una incidencia de 1.69 en el año 2014, mientras para Cali es mayor de cuatro, pero como se ha explicado en este indicador tiene relación varios factores tales como, lugar de nacimiento, poca participación de las EPS en el análisis, pocos planes de mejoramiento instaurados.

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

- En conclusión se observa un incremento en el número de los casos de sífilis gestacional en los últimos años, se requiere intervenir a la población general para disminuir la incidencia en las gestantes.
- Las EPS del régimen subsidiado deben de incluir en sus procesos de auditoría concurrente la revisión de los casos de sífilis congénita, pues desde este proceso podría participar en el análisis de los casos.
- Es importante que desde la nación se incluya a las EPS en el SIVIGILA.
- En cuanto a la calidad de la atención a la gestante, es importante consignar en la historia clínica la educación e información que se le dio para el momento del parto.
- A toda gestante remitida para atención de parto por mediana o alta complejidad se le debe enviar la información del proceso de atención para sífilis gestacional.
- Se requiere realizar campañas masivas para tamizar a la población reproductiva en ITS, específicamente en sífilis, y ofrecerles tratamiento inmediatamente pues se ha observado que menos del 20% de los compañeros sexuales de la gestante se tratan durante el control prenatal, reinfectándolas en la mayoría de los casos en el tercer trimestre.
- Es necesario realizar campañas educativas para que la población general conozca el problema y comprenda la importancia del uso de métodos para evitar la transmisión.

#### **Actividades realizadas**

- \* Apoyo en la recolección de la información para unidades de análisis en las instituciones de nivel I de la red pública.
- \* Acompañamiento en las unidades de análisis de la red pública y privada.
- \* Asistencia técnica en la aplicación del protocolo de diagnóstico, tratamiento seguimiento y vigilancia epidemiológica de sífilis.
- \* Envío de la información del SIVIGILA a las EPS para su gestión.

#### **2.2. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

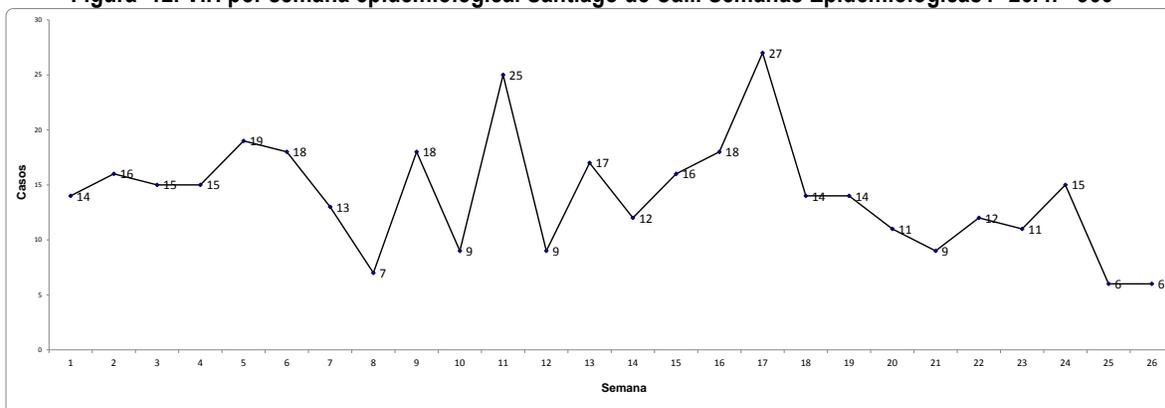
Hasta la semana 26 después del proceso de depuración, donde se excluyeron los repetidos, descartados y de otros municipios; se presentaron un total de 366 casos notificados al SIVIGILA de VIH/SIDA residentes en el municipio de Santiago de Cali.

En total se notificaron 321 casos como VIH, 30 casos de SIDA y 15 fallecieron.

#### **Análisis Temporal**

Se utilizaron los datos obtenidos a partir de la notificación para un total de 26 semanas consecutivas. Al analizar el comportamiento se observa que en la semana 17 se presentó la mayor notificación de casos de VIH (27 casos).

**Figura 12. VIH por semana epidemiológica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 366**

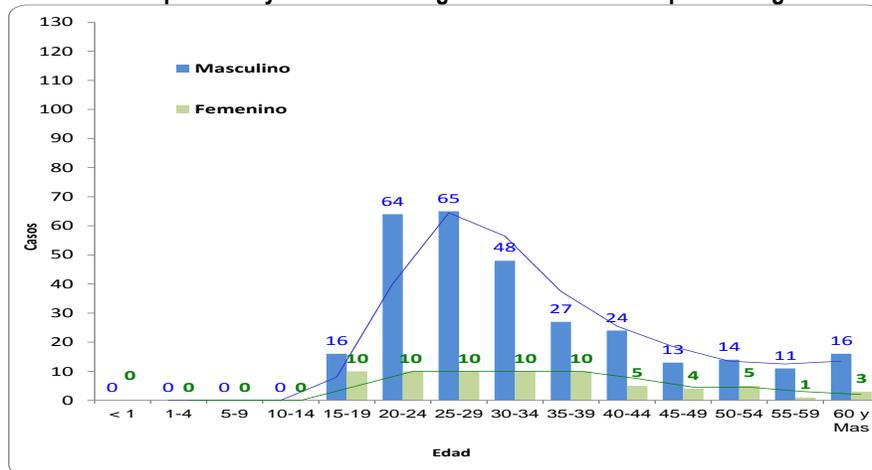


FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### **Análisis de las variables socio demográficas**

El 81% (298 casos) se presentan en hombres, de estos el 41% son en edades entre los 20-29 años; al analizar el comportamiento en las mujeres se observa que el mayor número de casos está entre los 20 - 39 de años, y que más del 82% de los casos corresponde a edades reproductivas fértiles.

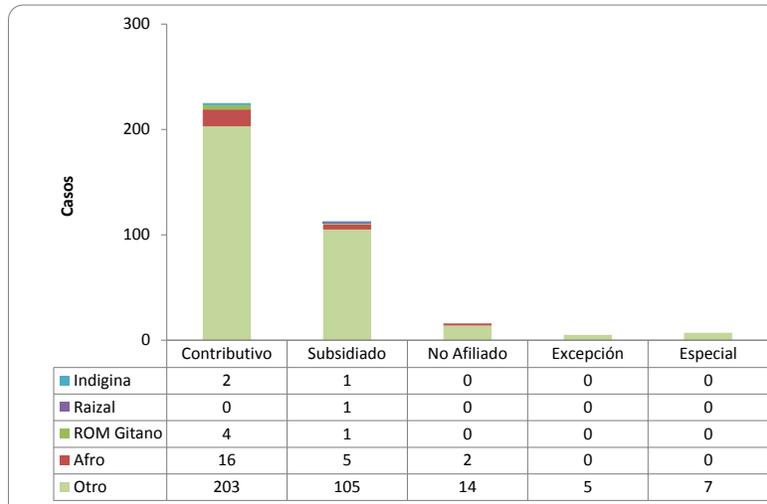
**Figura 13. VIH / SIDA por Edad y Género. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 366**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 96% (350 casos) cuentan con aseguramiento y pertenecen al régimen contributivo y subsidiado, el 4.4% (16 casos) a población pobre no asegurada. El 91% (334 casos) corresponden a otros (mestizos).

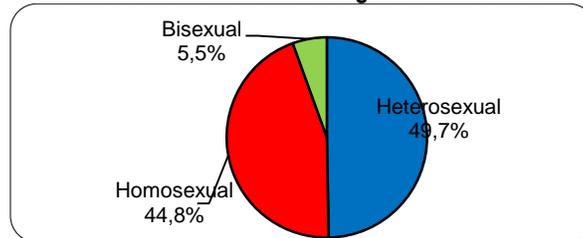
**Figura 14. VIH / SIDA por Tipo de aseguramiento y Etnia. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 366**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En cuanto al mecanismo probable de transmisión se observa que el 49% (180) de los casos el mecanismo probable fue transmisión heterosexual. Los casos de transmisión perinatal son seguidos desde programa, y llevados a COVE municipal. Sin embargo las investigaciones dependen de todos los actores.

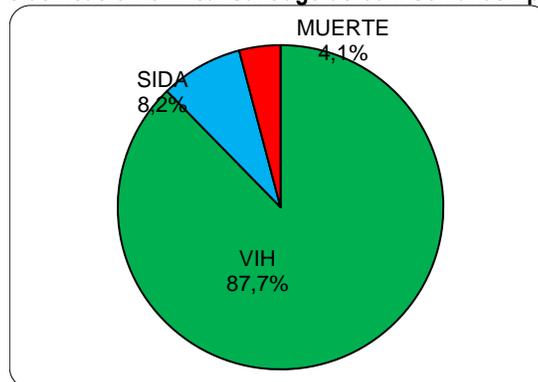
**Figura 15. VIH / SIDA por Mecanismo de Transmisión. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 366**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 88% (321 de los casos) conviven con VIH, frente a un 8% (30casos) que presentan SIDA. Los casos de VIH en gestantes son identificados gracias a la estrategia de eliminación de transmisión vertical del VIH y se realiza la gestión para que sean notificadas al SIVIGILA.

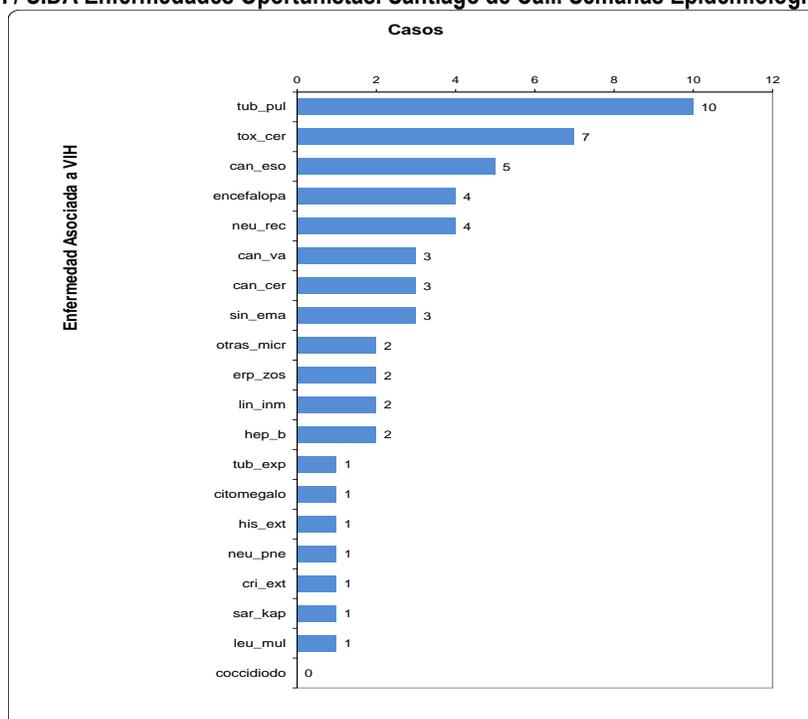
**Figura 16. VIH / SIDA por Clasificación Clínica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 366**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 19% (10casos) de los sujetos con VIH/SIDA presentaron tuberculosis pulmonar.

Figura 17: VIH / SIDA Enfermedades Oportunistas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 366



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 6% (20) de los casos han sido reportados por el Hospital Universitario del Valle y Recuperar, seguido de hospital San Juan de Dios y Fundación Valle del Lili con el 5% (18 casos).

Tabla 16: VIH/SIDA Notificación por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 366

Orden	Nombre UPG	Fr.	%	% Acm
1	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	20	5,5	5,5
2	CENTRO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION RECUPER	20	5,5	10,9
3	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	18	4,9	15,8
4	FUNDACION VALLE DEL LILI	18	4,9	20,8
5	COMFANDI IPS TORRES	14	3,8	24,6
6	SANACION Y VIDA IPS SAS	14	3,8	28,4
7	SALUD TOTAL CALI AMERICAS	12	3,3	31,7
8	SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD SAS	11	3,0	34,7
9	RED DE SALUD DEL NORTE ESE	10	2,7	37,4
10	UNIDAD ATENCION PRIMARIA SANITAS TEQUENDAMA	10	2,7	40,2
11	CLINICA FARLLONES S A	9	2,5	42,6
12	COMFANDI IPS - SAN NICOLAS	9	2,5	45,1
13	CAFI ESIMED CALI INVERSIONES MEDICAS SA	9	2,5	47,5
14	CORPORACION DE LUCHA CONTRA EL SIDA	9	2,5	50,0
15	COMFANDI IPS - ALAMEDA	8	2,2	52,2
16	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	8	2,2	54,4

17	FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	7	1,9	56,3
18	COMFANDI IPS EL PRADO	7	1,9	58,2
19	CLINICA AMIGA	7	1,9	60,1
20	IPS SURA LA FLORA	7	1,9	62,0
21	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD LTDA	7	1,9	63,9
22	CLINICA COMFENALCO	6	1,6	65,6
23	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	6	1,6	67,2
24	CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	6	1,6	68,9
25	SERSALUD SA	5	1,4	70,2
26	COMFANDI IPS CALIPSO	5	1,4	71,6
27	SERVIMEDIC QUIRON SAS	5	1,4	73,0
28	FUNDACION PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCION ME	5	1,4	74,3
29	SINERGIA ATENCIÓN BÁSICA LA 80	4	1,1	75,4
30	SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	4	1,1	76,5
31	BIENSA SAS	4	1,1	77,6
32	LABORATORIO CLINICO ACACIAS IPS SAS	4	1,1	78,7
33	ANGIOGRAFIA TEQUENDAMA	4	1,1	79,8
34	SINERGIA GLOBAL EN SALUD UNIDAD BASICA TEQUENDAMA	4	1,1	80,9
35	IPS SERVIDOC SUR	4	1,1	82,0
36	CLINICA VERSALLES SA	3	0,8	82,8
37	RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	3	0,8	83,6
38	COLSALUD	3	0,8	84,4
39	COMFANDI IPS MORICHAL	3	0,8	85,2
40	COMFANDI IPS PASOANCHO	3	0,8	86,1
41	CLINICA ORIENTE LTDA SEDE VILLACOLOMBIA	3	0,8	86,9
42	SALUD PRIMERA SAS	3	0,8	87,7
43	SERVICIOS INTEGRALES DE RADIOLOGIA SAS SIRAD SAS	3	0,8	88,5
44	PUESTO DE SALUD ULPIANO LLOREDA - ESE ORIENTE	3	0,8	89,3
45	ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	2	0,5	89,9
46	CLINICA DE OCCIDENTE SA	2	0,5	90,4
47	HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	2	0,5	91,0
48	SINERGIA ATENCION BASICA IMBANACO	2	0,5	91,5
49	CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRAN - ESE ORIENTE	2	0,5	92,1
50	SECCIONAL SANIDAD VALLE - ESPAB SATEQ	2	0,5	92,6
51	CLINICA TEQUENDAMA - COMFANDI	2	0,5	93,2
52	CLINICA REY DAVID - COSMITET LTDA	1	0,3	93,4
53	HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	1	0,3	93,7
54	IPS SERVIDOC NORTE	1	0,3	94,0
55	RED DE SALUD DE LADERA ESE CS TERRON COLORADO	1	0,3	94,3
56	CONSULTORIOS CLINICA COMFENALCO	1	0,3	94,5
57	CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE - ESE ORIENTE	1	0,3	94,8
58	CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	1	0,3	95,1
59	HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE OCCIDENTE	1	0,3	95,4
60	CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS CHIPICHAPE	1	0,3	95,6

61	IPS SURA CHIPICHAPE	1	0,3	95,9
62	ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	1	0,3	96,2
63	CLINISANITAS TEQUENDAMA	1	0,3	96,4
64	RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	1	0,3	96,7
65	CLINICA SAN FERNANDO SA	1	0,3	97,0
66	ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SAVILLACOLOMBIA	1	0,3	97,3
67	ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SA CALLE 26	1	0,3	97,5
68	SANITAS CENTRO MEDICO FLORA INDUSTRIAL	1	0,3	97,8
69	CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS LA FLORA	1	0,3	98,1
70	PS PETECUY II - ESE NORTE	1	0,3	98,4
71	COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INT	1	0,3	98,6
72	COOEMSSANAR IPS TEQUENDAMA CARRERA 44	1	0,3	98,9
73	FUNDACION DE ESPECIALISTAS DEL EDIFICIO COOMEVA NO	1	0,3	99,2
74	VIVIR1A IPS SA	1	0,3	99,5
75	AMISALUD IPS	1	0,3	99,7
76	RED DE SALUD DE LADERA ESE PS HORMIGUERO	1	0,3	100,0
<b>TOTAL</b>		<b>366</b>		<b>100,0</b>

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

Se observa que el mayor número de casos lo tiene la aseguradora SOS con el 19%, seguida de Emssanar con el 15%.

Tabla 17. VIH/SIDA Notificación por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 366

<b>ASEGURADORA</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>% Acm</b>
S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	70	19,1	19,1
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	53	14,5	33,6
COOMEVA E.P.S. S.A.	41	11,2	44,8
COMFENALCO VALLE E.P.S.	28	7,7	52,5
SURA E.P.S	28	7,7	60,1
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA	28	7,7	67,8
No Afiliado	16	4,4	72,1
SANITAS E.P.S. S.A.	16	4,4	76,5
NUEVA EPS	14	3,8	80,3
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	13	3,6	83,9
CAFESALUD E.P.S. S.A.	13	3,6	87,4
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	11	3,0	90,4
COOSALUD E.S.S. COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL D	5	1,4	91,8
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE	4	1,1	92,9
CAFESALUD SUBSIDIADO	4	1,1	94,0
COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	4	1,1	95,1
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	3	0,8	95,9
POLICIA NACIONAL	2	0,5	96,4

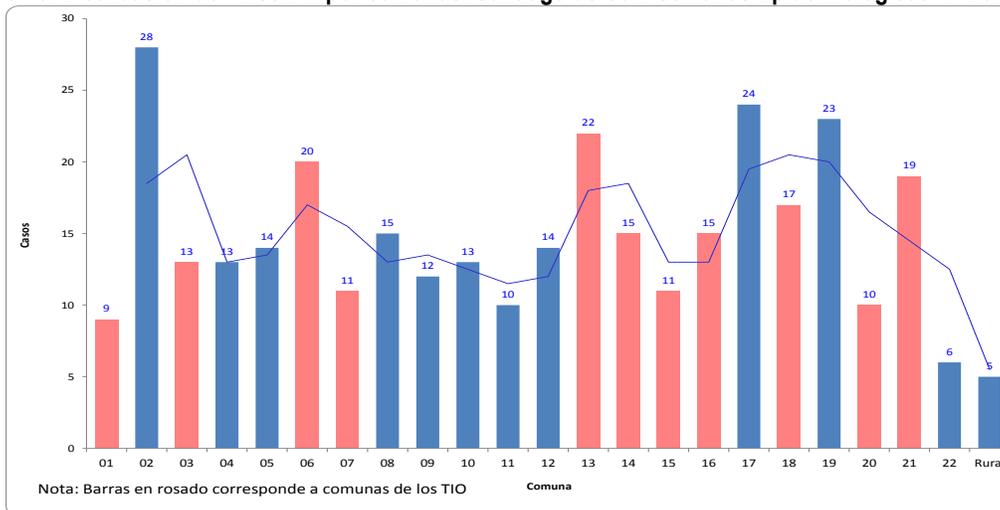
FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	2	0,5	97,0
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A. - CONTRIBUTIVO	1	0,3	97,3
CRUZ BLANCA EPS S.A.	1	0,3	97,5
COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.	1	0,3	97,8
UNIVERSIDAD DEL VALLE SERVICIO DE SALUD	1	0,3	98,1
FUERZAS MILITARES	1	0,3	98,4
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	1	0,3	98,6
CAFESALUD MOVILIDAD CONTRIBUTIVO	1	0,3	98,9
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO ESS "	1	0,3	99,2
OTRAS	3	0,8	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>366</b>		<b>100,0</b>

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Distribución espacial

Al analizar la distribución de los casos de VIH/SIDA se observa que la comuna 2 presenta el 8% de los casos del municipio.

Figura 18. Distribución de VIH/SIDA por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 366



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Identificación de Zonas de Riesgo

Para la identificación de zonas de riesgo se trabajó con la semaforización donde les corresponde el color verde a las comunas que obtuvieron una incidencia de casos notificados menor a 7, las de color amarillo corresponden a los que tienen entre ocho y quince y las rojas son aquellas que están por encima de 15, llama la atención la comuna 22 que presentó una razón de 53.

Figura 19. Incidencia de casos notificados de VIH/SIDA y muerte por comunas por 100.000 habitantes. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 366

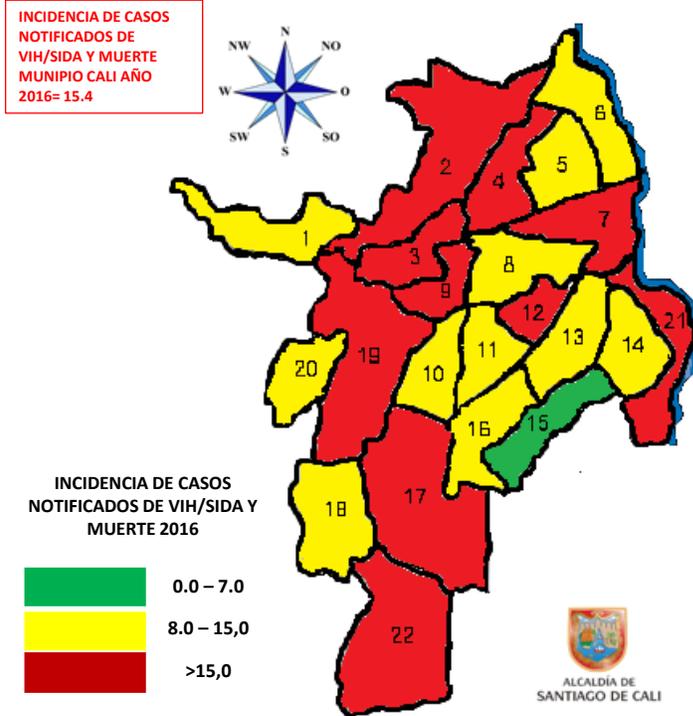


Tabla 18. Indicadores Epidemiológicos de VIH/SIDA. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 840

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
<b>Incidencia de casos notificados de VIH/SIDA y muerte</b>	Número de casos de VIH nuevos confirmados por unidad de tiempo y lugar	Población DANE proyectada para la unidad de tiempo y lugar	100.000	
<b>AÑO 2016</b>	366	2.369821	100.000	15.4
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
<b>Porcentaje de casos de co-infección TB pulmonar /VIH-sida</b>	Casos de coinfección tuberculosis Vs VIH/SIDA	total de casos nuevos de tuberculosis	100	
<b>AÑO 2016</b>	10	1048	100	2.48

## DISCUSION

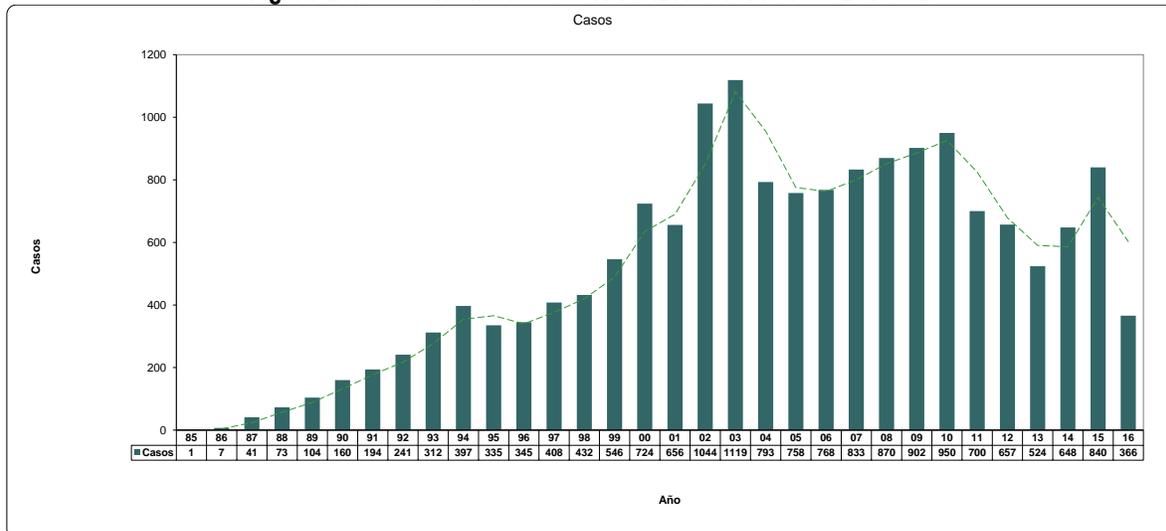
### Análisis de tendencias

Al analizar la incidencia de VIH/SIDA se observa que hay una tendencia hacia la disminución del reporte de casos, sin embargo hay que tener en cuenta que la información

aquí presentada parte del registro histórico que se tiene de VIH/SIDA y no del proceso de vigilancia, pues este se ha venido fortaleciendo en los últimos años.

Para el año 2016 se realizaron actividades de asistencia técnica para que las UPGD notificaran los casos de VIH/SIDA con lo cual se observa un incremento en el numero de notificación para este año.

**Figura 20. Casos notificados de VIH /SIDA Por Año 1985-2016 Cali**



FUENTE: Vigilancia en Salud Publica de los eventos de SSyR

Sigue siendo un gran desafío el reporte de todos los casos de mortalidad por SIDA, pero el cambio en la ficha facilitara esta labor.

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En conclusión se observa un leve aumento de los casos notificados de VIH/SIDA con respecto al año anterior, este comportamiento se debe a que este año trabajo el Fondo Mundial, y realizó tamizaje en grupos de riesgo.
- Se requiere la participación de las EPS para que confirmen los casos identificados por búsqueda activa y realicen las unidades de análisis pertinentes.

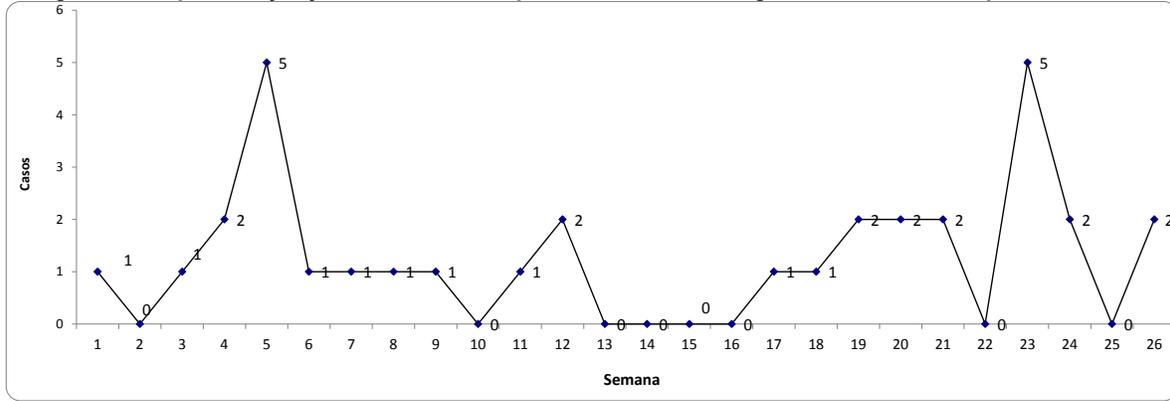
### 2.3. Hepatitis B, C y Delta

Hasta la semana 26 después del proceso de depuración, donde se excluyeron los repetidos, descartados y de otros municipios; se presentaron un total de 33 casos notificados al SIVIGILA de Hepatitis B y C y Delta residentes en el municipio de Santiago de Cali.

#### Análisis Temporal

Se utilizaron los datos obtenidos a partir de la notificación para un total de 52 semanas consecutivas. Al analizar el comportamiento se observa que en las semanas 5 y 23 se presentó la mayor notificación de casos de Hepatitis B y C y Delta (5 casos).

**Figura 21. Hepatitis B y C y Delta confirmada por laboratorio. Santiago de Cali. Semanas Epide.1- 26 n= 33**

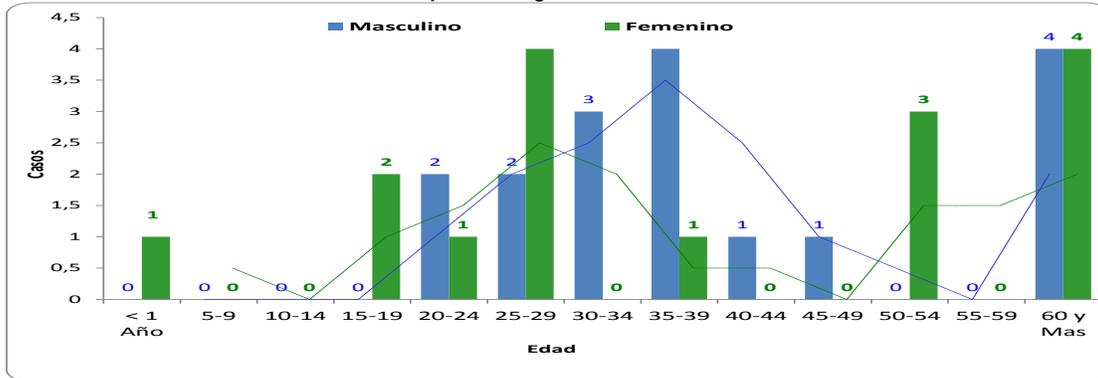


FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

**Análisis de las variables socio demográficas**

El 52% de los casos es en hombres, especialmente en el grupo de 35 a 39 años.

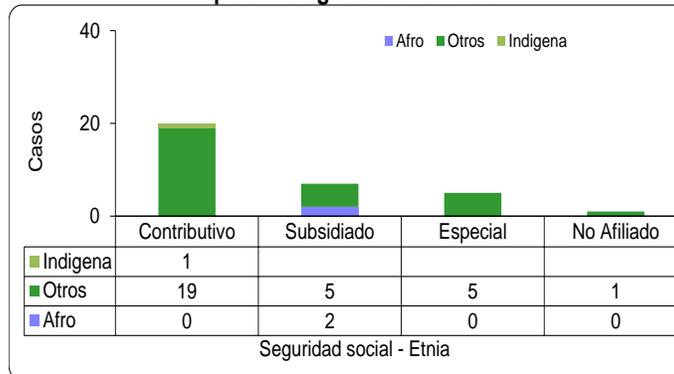
**Figura 22. Hepatitis B y C y Delta por edad al momento del diagnóstico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 33**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 97%(32casos) tienen seguridad social y el problema está concentrado en las personas de etnia mestizas (otros) con el 91% de los casos.

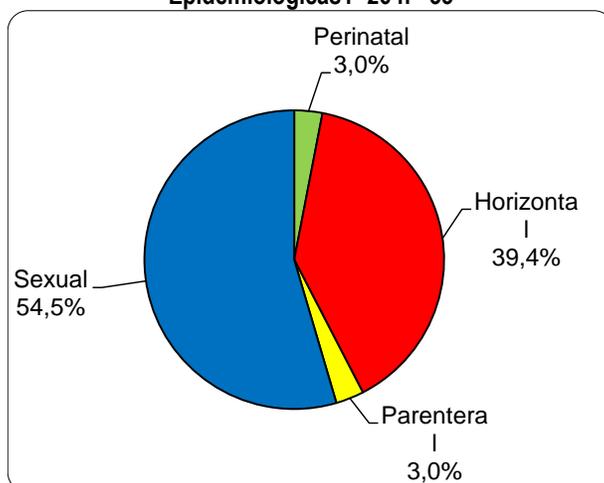
**Figura 23: Hepatitis B y C y Delta por tipo de aseguramiento y pertenencia étnica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 33**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En el 55% el mecanismo de transmisión fue transmisión sexual, evidenciando la necesidad de trabajar en la prevención de ITS desde el núcleo familiar.

**Figura 24: Hepatitis B y C y Delta Según Mecanismo de Transmisión. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 33**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 30% (10) de los casos han sido reportados por la Fundación Valle del Lili.

**Tabla 19: Hepatitis B y C y Delta Notificación por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 33**

Nombre UPG	Fr.	%	% Acm
FUNDACION VALLE DEL LILI	10	30,3	30,3
SANACION Y VIDA IPS SAS	3	9,1	39,4
CLINICA FARLLONES S A	2	6,1	45,5
COMFANDI IPS - ALAMEDA	2	6,1	51,5
COMFANDI IPS CALIPSO	2	6,1	57,6
COMFANDI IPS PASOANCHO	2	6,1	63,6
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	1	3,0	66,7
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	1	3,0	69,7
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	1	3,0	72,7
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	1	3,0	75,8
CLINICA AMIGA	1	3,0	78,8
IPS SURA LA FLORA	1	3,0	81,8
ANGIOGRAFIA TEQUENDAMA	1	3,0	84,8
IPS SERVIDOC SUR	1	3,0	87,9
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	1	3,0	90,9
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	1	3,0	93,9
CENTRO MEDICO IMBANACO	1	3,0	97,0
CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	1	3,0	100,0
Total	33	100	

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

Se observa que el 21% de los casos pertenecen a SOS seguido de Sura con el 15%.

**Tabla 20: Hepatitis B y C y Delta Notificación por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 33**

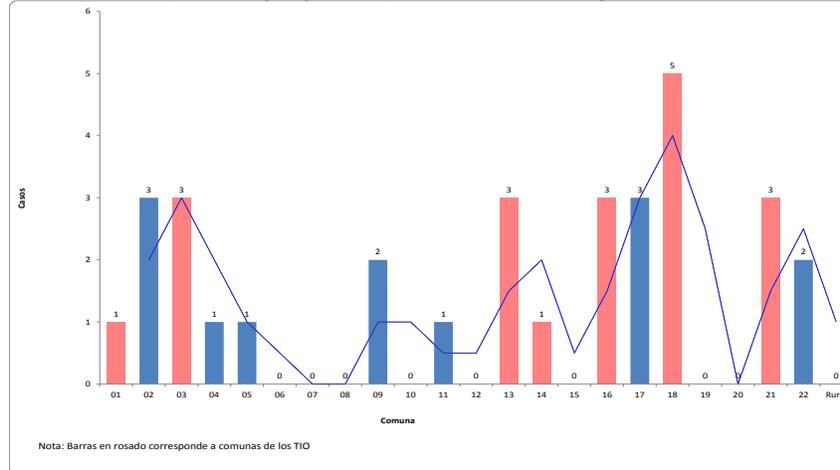
ASEGURADORA	Fr.	%	% Acm
S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	7	21,2	21,2
SURA E.P.S	5	15,2	36,4
COOMEVA E.P.S. S.A.	4	12,1	48,5
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIDO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	3	9,1	57,6
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA	2	6,1	63,6
NUEVA EPS	2	6,1	69,7
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	2	6,1	75,8
COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	2	6,1	81,8
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	2	6,1	87,9
No Afiliado	1	3,0	90,9
CRUZ BLANCA EPS S.A.	1	3,0	93,9
FUERZAS MILITARES	1	3,0	97,0
Otras	1	3,0	100,0
Total	33	100,0	

Fuente Información: SIVIGILA 2016

## Distribución espacial

Al analizar la distribución de los casos de Hepatitis B y C y Delta y C se observa que en la comuna 18 se presenta el 15% de los casos del municipio.

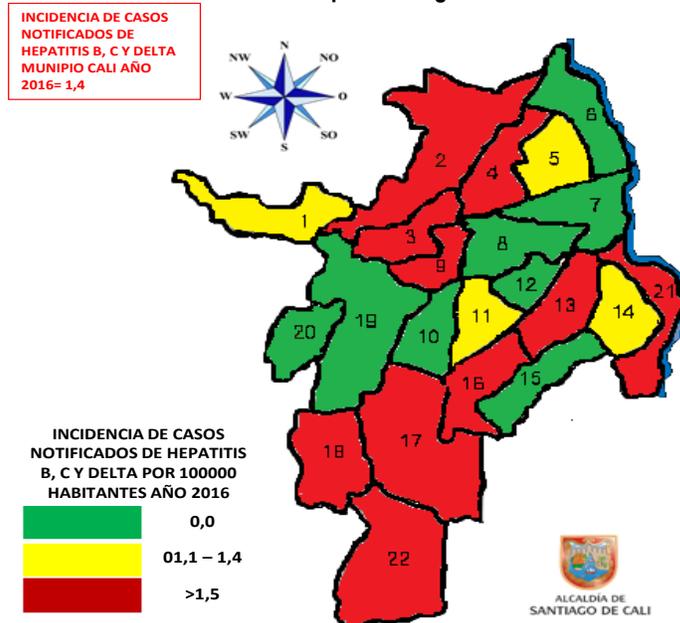
Figura 25. Distribución de Hepatitis B y C y Delta por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epid. 1- 26. n= 33



## Identificación de Zonas de Riesgo

Para la identificación de zonas de riesgo se trabajó con la semaforización donde les corresponde el color verde a las comunas que no presentaron casos, las de color amarillo corresponden a los que tienen menor incidencia que el municipio y las rojas son aquellas que están por encima de la incidencia del municipio, llama la atención la comuna 22 que presentó una incidencia de 18.

Mapa 1. Incidencia de casos notificados de Hepatitis B y C y Delta por comunas por 100.000 habitantes. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 33



**Tabla 21: Indicadores Epidemiológicos de Hepatitis B y C y Delta Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-26 n= 33**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Proporción de casos de Hepatitis B y C y Delta en gestantes	Numero de gestantes con HB	Número total de mujeres con HB	100	
AÑO 2016	5	19	100	26.3%

**DISCUSION.** A la fecha no se puede compara el comportamiento de este evento dado que año a año se ha tenido cambios en el protocolo. Sin embargo se ha venido realizando las asistencias técnicas para que se reporten todos los casos.

#### 2.4. Mortalidad Materna

Hasta la semana 26 se presentaron un total de **8** casos notificados al SIVIGILA en la ficha 550 que corresponde a Mortalidad Materna y residentes en el municipio de Santiago de Cali.

Según las definiciones dadas por el Instituto Nacional de Salud en el protocolo de mortalidad materna se clasifican así:

**Defunción Materna:** La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Para un total de **4** notificaciones.

**Defunción materna tardía:** Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo. Para un total de **4** notificaciones.

**La mortalidad relacionada con el embarazo:** que incluye las muertes de causa incidental y las violentas (homicidios y suicidios), se recuerdan que las muertes relacionadas con el embarazo serán objeto de notificación al sistema de información SIVIGILA. Una notificada hasta el momento. **1**

**Tabla 22. Comportamiento de la mortalidad en mujeres gestantes en el municipio de Santiago de Cali año 2016**

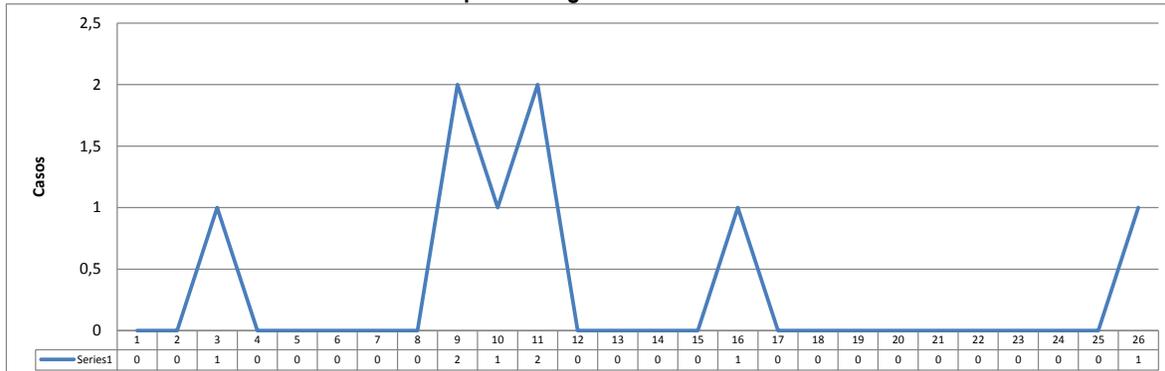
EVENTO	FRECUENCIA	%
MORTALIDAD MATERNA (HASTA 42 DIAS POST PARTO)	4	24,0
MORTALIDAD MATERNA TARDIA (HASTA 365 DIAS)	4	24,0
MUERTES DE MUJERES EN EMBARAZO POR CAUSAS EXTERNA	1	4,0
MORTALIDAD MATERNA OTROS MUNICIPIOS	8	48,0
TOTAL	<b>17</b>	<b>100</b>

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

Dentro de las acciones de vigilancia se realizaron las investigaciones de campo pertinentes, y se convocó a los COVE municipales cuyas conclusiones no se incluyen en el presente informe.

**Análisis Temporal.** Al analizar el comportamiento se observa que las semanas 9 y 11 fueron las que mas casos presentaron.

**Figura 26. Comportamiento de la mortalidad materna por periodos epidemiológicos. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 8**



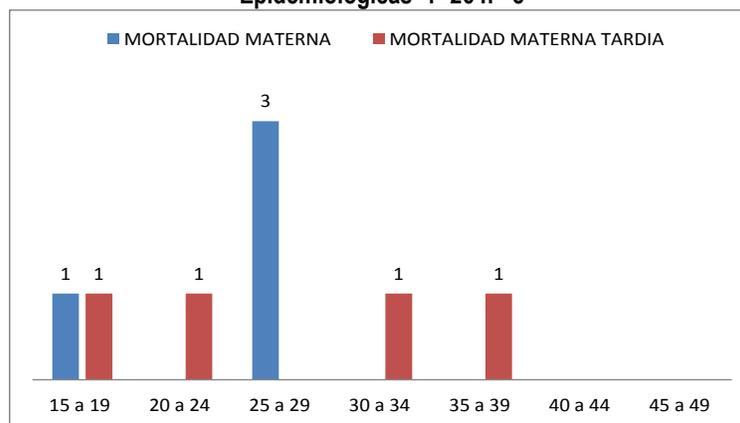
FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### **Análisis de las variables socio demográficas**

Para el análisis de las variables socio demográficas se tuvieron en cuenta aquellas que podían direccionar el análisis de los determinantes biológicos, sociales y del sistema de salud. En el siguiente análisis solo se tuvieron en cuenta las muertes maternas hasta los 42 días post parto y tardías las cuales fueron 8 en total.

La distribución por grupos de edad de la mortalidad materna se ubica en las mujeres económicamente activas. Sin embargo se presentaron muertes maternas en mujeres de 19 años.

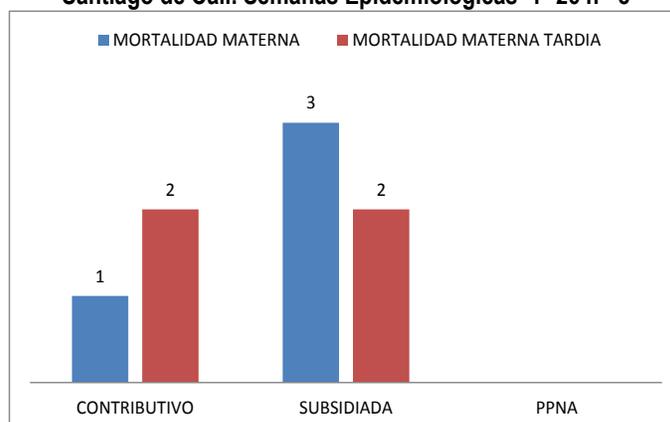
**Figura 27. Distribución por grupos de edad de la mortalidad materna. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 8**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 62% de los casos de Mortalidad Materna pertenecen al régimen subsidiado. Se observa una reactivación de los casos de mortalidad en el régimen subsidiado.

**Figura 28. Distribución por pertenencia al régimen de seguridad social en salud de la mortalidad materna. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 8**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

La mayoría de las muertes maternas se presentaron en instituciones de nivel 3 y 4. Llama la atención el caso que ocurrió en casa.

**Tabla 23. Mortalidad Materna por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 8**

Ord	Nombre UPG	FRECUENCIA MORTALIDAD MATERNA	FRECUENCIA MORTALIDAD MATERNA TARDIA
1	HUV	1	2
2	CLINICA NUESTRA		2
3	VIA PUBLICA		
4	UCI DUMIAN	1	
5	CLINICA FARALLONES	1	
6	CASA	1	
TOTAL		4	2

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 50% de las muertes maternas son debido a causas directas. En comité de Maternidad segura se llamó la atención para trabajar desde las EPS e IPS sobre derechos sexuales reproductivos, IVE y manejos de hemorragias. El caso que está por determinar se debe a que se presentó en la última semana a incluir en este informe.

**Tabla 24. Causas de Mortalidad Materna. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 4**

TIPO DE CAUSA	FRECUENCIA	%
<b>DIRECTA</b>	<b>2</b>	<b>50%</b>
ABORTO SEPTICO	1	25%
ECLAMPSIA	1	25%
<b>INDIRECTA</b>	<b>1</b>	<b>25%</b>
SEPSIS SECUNDARIA BNM	1	25%

POR DETERMINAR	1	25%
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En cuanto a la mortalidad materna tardía los casos son de causa indirecta.

Tabla 25. Causas de Mortalidad Materna Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 4

TIPO DE CAUSA	FRECUENCIA	%
DIRECTA	0	0,0
INDIRECTA	4	100%
CHICKUNGUNYA	1	25%
HIPERTENSION CRONICA NO CONTROLADA	1	25%
SINDROME PROLIFERATIVO	1	25%
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	1	25%
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En cuanto a los tipos de retraso se han identificado retraso tipo I Y II por desconocimiento de deberes y derechos en salud. Se identificó la no aplicación además de protocolos para el control prenatal de alto riesgo y planificación familiar en mujeres con patología de base.

Las aseguradora con más casos de mortalidad materna es Emsanar con 33%, seguida de SOS y Cruz Blanca con el 17% respectivamente.

Tabla 26. Mortalidad Materna por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 8

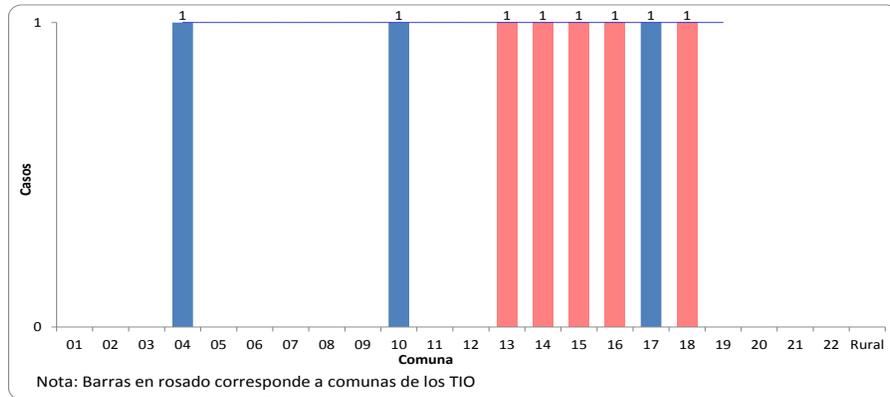
ASEGURADORA	MORTALIDAD MATERNA	MORTALIDAD MATERNA TARDIA
COMFENALCO		2
ASMET SALUD		1
COODSALUD	3	
EMSSANAR		1
COOMEVA	1	
Total	4	4

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Distribución espacial

Al analizar la distribución de los casos de mortalidad maternano se observa diferencias entre las comunas del municipio.

**Figura 29. Distribución de la mortalidad materna por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-26. n= 8**

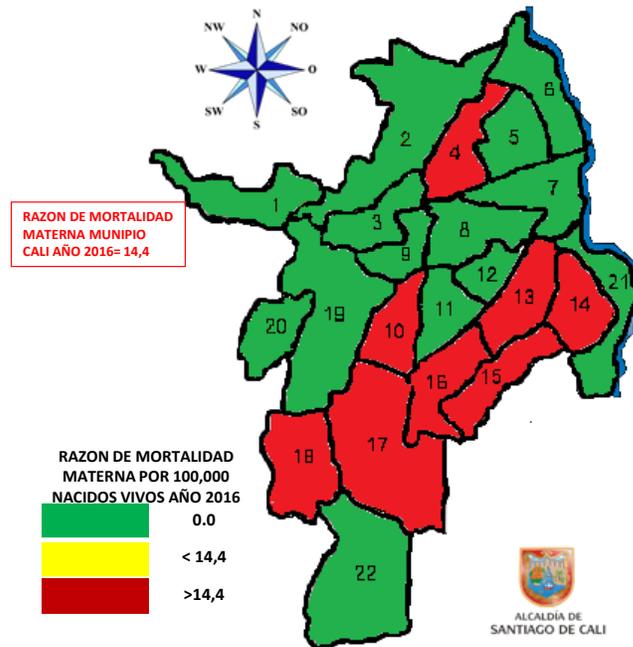


FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Identificación de Zonas de Riesgo

Para la identificación de zonas de riesgo se trabajó con la semaforización donde les corresponde el color verde a las comunas que no presentaron casos, las de color amarillo corresponden a los que tienen menor razón que la meta nacional y las rojas son aquellas que están por encima de la razón de la meta nacional, llama la atención la comuna 4 que presentó una razón de 125.6.

**Mapa 2. Identificación de zonas de riesgo por Mortalidad Materna por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 8**



### Indicadores:

**Tabla 27. Indicadores Epidemiológicos de Mortalidad Materna. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 7**

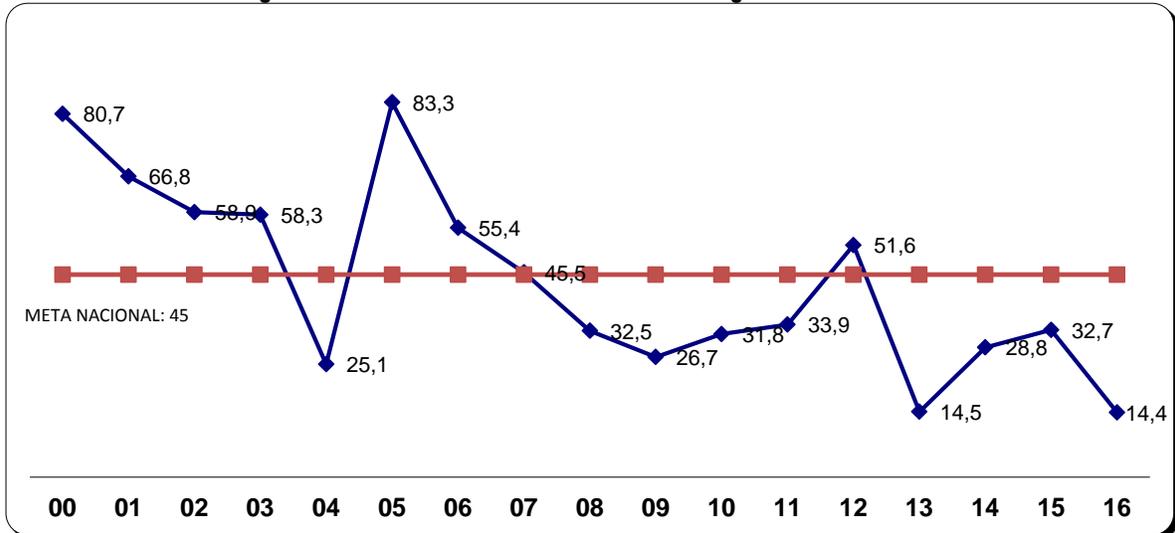
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
-----------	-----------	-------------	-------------	-----------

<b>Razón de mortalidad materna</b>	Número de muertes maternas certificadas en el periodo	Numero de nacidos vivos dentro del mismo periodo en donde se certificaron las muertes maternas.	100.000	
<b>AÑO 2016</b>	<b>4</b>	<b>27.750</b>	<b>100.000</b>	<b>14.4</b>
<b>Porcentaje de comités de análisis de muertes maternas</b>	Número de muertes maternas llevadas a comité de análisis en el periodo epidemiológico.	Número de muertes maternas notificadas a través del SIVIGILA por cada unidad notificadora municipal en el mismo periodo de tiempo ( de acuerdo al % establecido para cada municipio)	100	
<b>AÑO 2016</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>87.5</b>
<b>Porcentaje de Muertes maternas notificadas por el SIVIGILA que tienen certificado de defunción.</b>	Número de muertes maternas que fueron notificadas al SIVIGILA por cada unidad notificadora municipal en un periodo determinado y que tienen certificado de defunción diligenciado.	Número de muertes maternas certificadas por Estadísticas Vitales en cada unidad notificadora municipal en un periodo determinado.	100	
<b>AÑO 2016</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Porcentaje de planes de mejoramiento evaluados</b>	Numero de planes de mejoramiento evaluados por cada UPGD municipal en un periodo de tiempo determinado.	Numero de planes de mejoramiento formulados por la unidad notificadora municipal en el mismo periodo.	100	
<b>AÑO 2016</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## DISCUSION

**Análisis de Tendencia.** Cali venia presentando una tendencia hacia la disminución desde el año 2006 de la mortalidad materna alcanzando la meta nacional en el 2008; sin embargo desde el 2010 se observa un incremento en la razón de mortalidad materna, para el año 2012 se tiene una razón de mortalidad materna por encima de lo esperado sobrepasando la meta nacional; por este motivo se implementó un Plan de Choque Municipal, lo que llevó a una reducción de la razón para el año 2016.

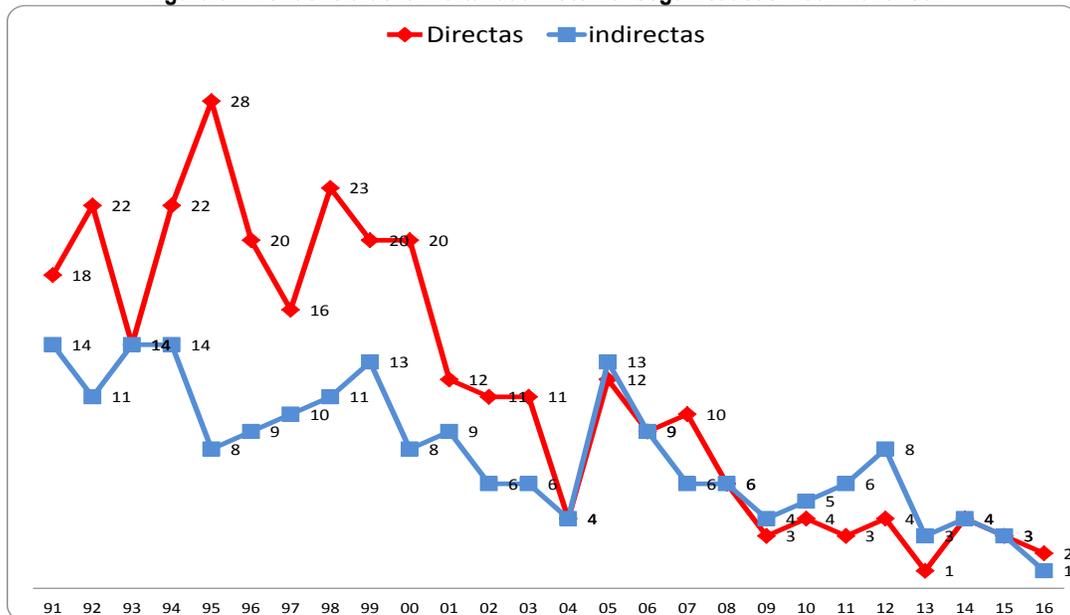
Figura 30. Razón de mortalidad materna. Santiago de Cali. 2000-2016



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En cuanto a la tendencia se observa desde el 2005 el aumento de las muertes por causa indirecta no relacionadas con las complicaciones propias del desarrollo fisiológico del embarazo. Durante este año se observó aumento por las causas directas.

Figura 31. Tendencia de la Mortalidad Materna según causas 1991-2016 Cali



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

Al compararnos con otros territorios, se observa la disminución de la mortalidad materna que desde el año 2008 se ha mantenido por debajo de la meta nacional, sin embargo el pico inusitado en el 2012 prendió las alertas e hizo que trabajáramos como municipio con todos los actores, fue así como se incluyeron a las EPS e IPS en la formulación del modelo de atención integral a la gestante, donde se realizó énfasis en el primer nivel de atención de las ESE y lo que dio como resultado la razón de mortalidad materna más baja de todos los años.

Sin embargo desde el año pasado se ha visto como ha aumentado las causas de muertes maternas directas y en niveles de mayor complejidad, por lo que se ha empezado a trabajar con las Asociaciones de Ginecología SOVOGIN y FECOLSOG en un trabajo articulado donde se analizan con los ginecólogos expertos en la atención de las gestantes gravemente enfermas los casos de las instituciones donde han ocurrido las muertes, como espacio de aprendizaje, para que mejoren las atenciones en estos.

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

- En conclusión se observa que Cali ha mantenido una tendencia hacia la reducción de la mortalidad materna.
- Se requiere identificar los riesgos a todas las mujeres en edad reproductiva que tenga patologías de base y que puedan ser susceptibles de embarazarse.
- Se recomienda trabajar articuladamente con otros sectores para intervenir problemas sociales, económicos y culturales que están afectando a las gestantes.
- Continuar con el fortalecimiento de vigilancia de la morbilidad materna extrema ya que esta estrategia nos permite identificar las fallas de atención en los niveles de complejidad media y alta y poder intervenirlos.

#### **Actividades realizadas**

- \* Realización de COVE municipales con participación de ginecólogos asesores y otras especialidades.
- \* Asistencia técnica en mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal a las instituciones priorizadas.

### **2.5. Morbilidad Materna**

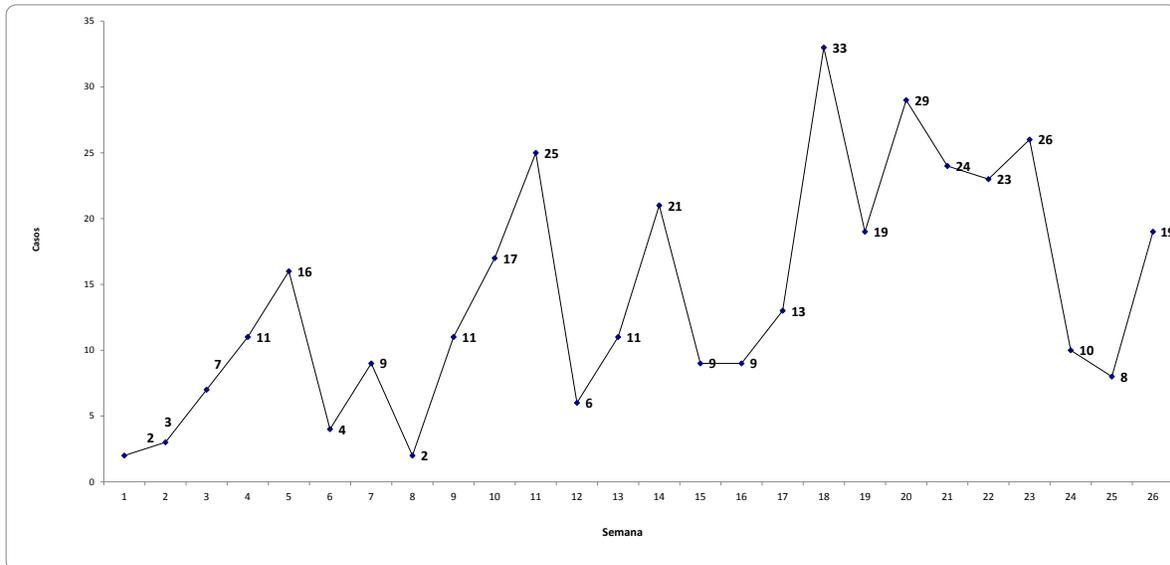
Hasta la semana 26 se presentaron un total de 367 casos notificados al SIVIGILA de Mortalidad Materna residentes en el municipio de Santiago de Cali.

La morbilidad y mortalidad materna son graves eventos, con repercusión en la estabilidad del núcleo familiar y la sociedad en la cual se produce; en su presentación influyen factores relacionados con el estado de salud de base de la gestante y su conducta reproductiva, las normas sociales de indiferencia ante la muerte materna, derivadas del contexto social, cultural, económico, legislativo y político; la normatividad vigente, las prácticas en salud, todos ellos condicionan el acceso, la oportunidad, integralidad y calidad de los servicios prestados.

La vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema es una herramienta para la reducción de la mortalidad materna y perinatal y para la evaluación y mejoramiento continuo en la calidad de los servicios de obstetricia en el municipio de Cali.

**Análisis Temporal.** Al analizar el comportamiento se observa que en la semana 19 se presentaron el mayor el número de casos de morbilidad materna extrema (con 33 casos).

**Figura 32. Comportamiento de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 367**



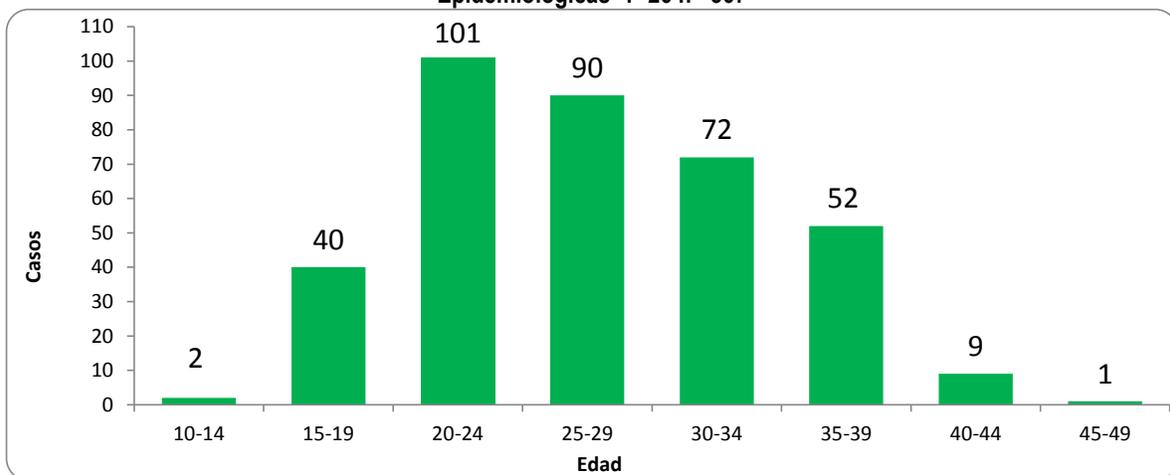
FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### **Análisis de las variables socio demográficas**

Para el análisis de las variables socio demográficas se tuvieron en cuenta aquellas que podían direccionar el análisis de los determinantes biológicos, sociales y del sistema de salud.

La distribución por grupos de edad de la morbilidad materna extrema se ubica con mayor número de casos en el grupo de 20-24 años con el 28%. Llama la atención los casos que se presentan en los extremos de la vida, dado que no se ha presentado casos de mortalidad materna.

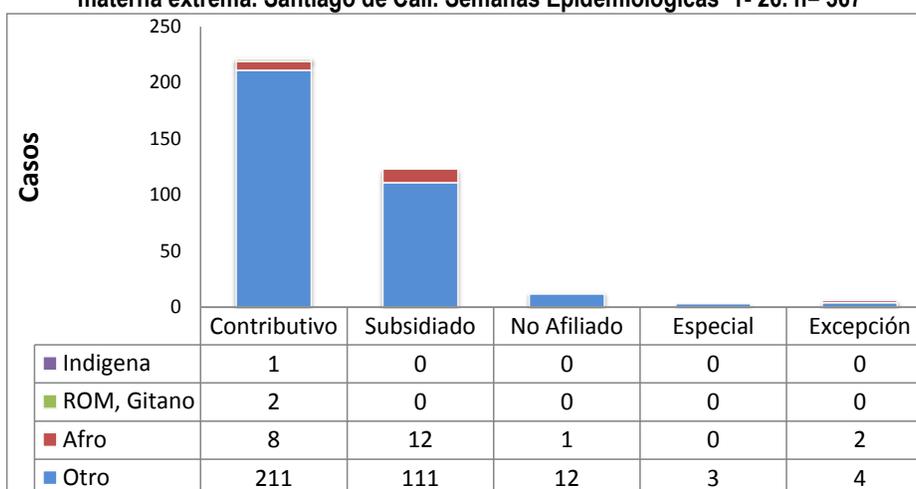
**Figura 33. Distribución por grupos de edad de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 367**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 61% de los casos de morbilidad materna extrema pertenecen al régimen contributivo, lo que muestra como un comportamiento similar frente a la mortalidad materna, se realizó la gestión para que las instituciones públicas reportaran la morbilidad materna extrema, logrando un 34% de reporte de casos en el régimen subsidiado.

**Figura 34. Distribución por pertenencia étnicas vs régimen de seguridad social en salud de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 367**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El mayor número de casos se presentó la Fundación Valle del Lili con el 29% de los casos, seguidos de la Clínica farallones con el 14%.

**Tabla 28. Morbilidad Materna Extrema por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 367**

Orden	Entidad Notificadora	Fr.	%	% Acm
1	FUNDACION VALLE DEL LILI	107	29,2	29,2
2	CLINICA FARLLONES S A	52	14,2	43,3
3	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	52	14,2	57,5
4	ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	33	9,0	66,5
5	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	27	7,4	73,8
6	CLINICA VERSALLES SA	19	5,2	79,0
7	CENTRO MEDICO IMBANACO	15	4,1	83,1
8	CLINICA COMFENALCO	12	3,3	86,4
9	CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	9	2,5	88,8
10	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	7	1,9	90,7
11	CLINICA ORIENTE LTDA SEDE VILLACOLOMBIA	7	1,9	92,6
12	CLINICA REY DAVID - COSMITET LTDA	7	1,9	94,6
13	CLINICA DE OCCIDENTE SA	6	1,6	96,2
14	SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	6	1,6	97,8
15	FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	2	0,5	98,4
16	HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	1	0,3	98,6
17	CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	1	0,3	98,9
18	SALUD TOTAL CALI AMERICAS	1	0,3	99,2
19	RED DE SALUD DEL NORTE ESE	1	0,3	99,5
20	CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	1	0,3	99,7
21	CLINICA REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	1	0,3	100,0
<b>Total</b>		<b>367</b>	<b>100,0</b>	

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En cuanto al número de criterios por los cuales se ha reportado la morbilidad materna extrema se encuentra que el 18% de las gestantes tenían 5 o más criterios lo que indica lo gravemente enfermas que están llegando a los servicios las gestantes.

**Tabla 29. Número de criterios en los casos de Morbilidad Materna Extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 367**

Numero Criterios	Fr.	%	% Acm
1	88	24,0	24,0
2	100	27,2	51,2
3	72	19,6	70,8
4	41	11,2	82,0
5	28	7,6	89,6
6	16	4,4	94,0
7	9	2,5	96,5
8	5	1,4	97,8
9	2	0,5	98,4
10	2	0,5	98,9
11	2	0,5	99,5
13	1	0,3	99,7
15	1	0,3	100,0
<b>Total</b>	<b>367</b>		<b>100,0</b>

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

Al revisar las unidades de sangre transfundidas se observa que el 25% de las gestantes que presentaron morbilidad materna extrema recibieron más de 10.

**Tabla 30. Número de unidades de sangre transfundidas en los casos de Morbilidad Materna Extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 367**

No Casos	Unidades de transfusión	Total unidades de transfusión	%	% Acm
35	3	105	39,0	39,0
10	4	40	14,9	53,9
2	5	10	3,7	57,6
4	6	24	8,9	66,5
1	8	8	3,0	69,5
1	9	9	3,3	72,9
1	12	12	4,5	77,3
1	13	13	4,8	82,2
1	18	18	6,7	88,8
1	30	30	11,2	100,0
<b>310</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>		<b>269</b>		<b>100,0</b>

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

La principal causa de morbilidad materna extrema es la preeclampsia con el 36% de los casos, al comparar con la mortalidad materna en el municipio solo se ha presentado un caso por esta patología.

**Tabla 31. Causas de Morbilidad Materna Extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 367**

Orden	CIE-10	Causa Principal	Total	%	%Acum
-------	--------	-----------------	-------	---	-------

1	O141	PREECLAMPSIA SEVERA	129	35,1	35,1
2	O13X	HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	21	5,7	40,9
3	O721	OTRAS HEMORRAGIAS POSTPARTO INMEDIATAS	12	3,3	44,1
4	O85X	SEPSIS PUERPERAL	10	2,7	46,9
5	O722	HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA	8	2,2	49,0
6	O16X	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA	6	1,6	50,7
7	E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	6	1,6	52,3
8	R571	CHOQUE HIPOVOLEMICO	6	1,6	54,0
9	O149	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA	6	1,6	55,6
10	O150	PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO	6	1,6	57,2
<b>Subtotal</b>			210	57,2	
<b>Otras Causas</b>			93	25,3	
<b>Sin Causa principal</b>			64	17,4	
<b>Total general</b>			367	100,0	

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En cuanto a los tipos de retraso se han identificado retraso tipo IV donde no identifican el riesgo de una mujer en edad reproductiva fértil, no aplicación correcta de protocolos, no seguimiento a la gestante.

La aseguradora que más casos presenta es Emssanar con el 19%, seguida de SOS con el 18%

Tabla 32. Morbilidad Materna Extrema por aseguradora. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 367

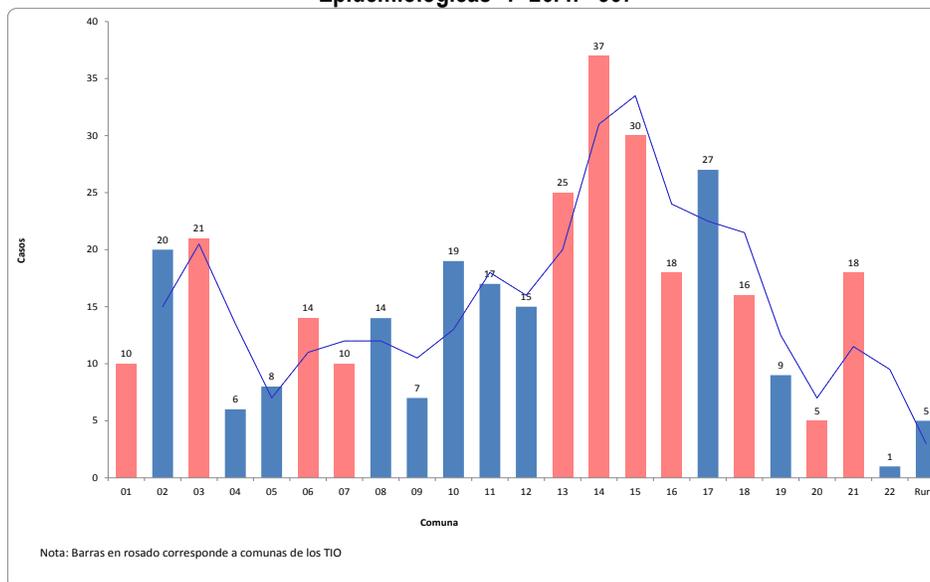
Nombre aseguradora	Fr.	%	% Acm
<b>ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.</b>	69	18,8	18,8
<b>S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.</b>	65	17,7	36,5
<b>COOMEVA E.P.S. S.A.</b>	59	16,1	52,6
<b>CAFESALUD E.P.S. S.A.</b>	26	7,1	59,7
<b>COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA</b>	16	4,4	64,0
<b>COMFENALCO VALLE E.P.S.</b>	14	3,8	67,8
<b>SURA E.P.S</b>	13	3,5	71,4
<b>No Afiliado</b>	13	3,5	74,9
<b>SANITAS E.P.S. S.A.</b>	13	3,5	78,5
<b>ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS</b>	10	2,7	81,2
<b>SALUD TOTAL S.A. E.P.S.</b>	10	2,7	83,9
<b>CRUZ BLANCA EPS S.A.</b>	7	1,9	85,8
<b>COOSALUD E.S.S. COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL D</b>	7	1,9	87,7
<b>CAFESALUD SUBSIDIADO</b>	7	1,9	89,6
<b>COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.</b>	6	1,6	91,3
<b>DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE</b>	6	1,6	92,9
<b>ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS</b>	5	1,4	94,3
<b>NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A. - CONTRIBUTIVO</b>	3	0,8	95,1
<b>NUEVA EPS</b>	2	0,5	95,6
<b>FUERZAS MILITARES</b>	2	0,5	96,2

<b>POLICIA NACIONAL</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>96,7</b>
<b>FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>97,3</b>
<b>SALUD VIDA EPS</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>97,8</b>
<b>AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>98,4</b>
<b>COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>98,6</b>
<b>CAPRECOM EPS</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>98,9</b>
<b>CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO VALLE DEL CAUCA</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>99,2</b>
<b>LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. (ANTES: LATINOAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA)</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>99,5</b>
<b>FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA.</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>99,7</b>
<b>ECOPETROL</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>100,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>367</b>	<b>100</b>	

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

**Distribución espacial.** Al analizar la distribución de los casos de la morbilidad materna extremase observa que en la comuna15 presenta el 8% de los casos del municipio.

**Figura 35. Distribución de la morbilidad materna extrema por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 367**

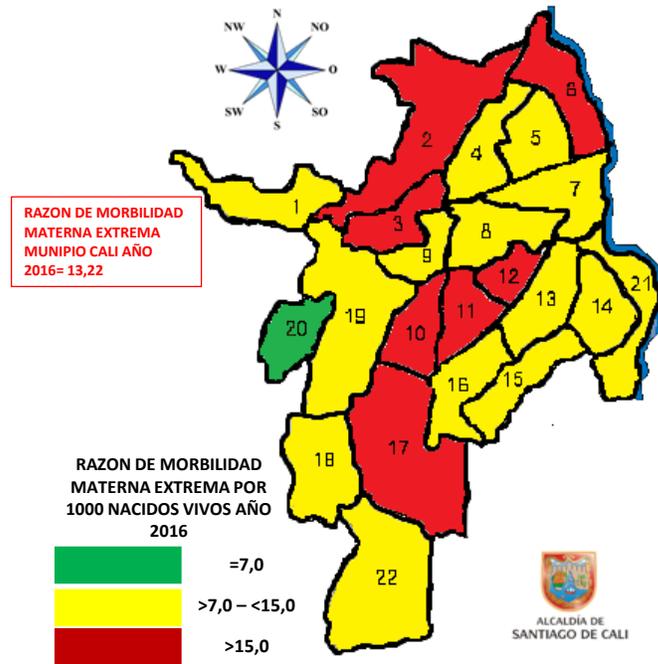


FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### **Identificación de Zonas de Riesgo**

Para la identificación de zonas de riesgo se trabajó con la semaforización donde les corresponde el color verde a las comunas que presentaron una razón igual a siete, las de color amarillo corresponden a los que tienen una razón mayor a siete y 14 y las rojas son aquellas que están por encima de 14, llama la atención la comuna 3 que presentó una razón de 33.5.

Figura 36: Razón de Morbilidad Materna Extrema por 1000 Nacidos Vivos por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 367



## Indicadores

Tabla 33. Indicadores Epidemiológicos de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 554

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
<b>Razón de morbilidad materna extrema</b>	Número de morbilidades maternas extremas certificadas en el periodo	Numero de nacidos vivos dentro del mismo periodo en donde se certificaron las muertes maternas.	1.000	
<b>AÑO 2016</b>	<b>367</b>	<b>27.750</b>	<b>1.000</b>	<b>13.22</b>
<b>Índice de mortalidad</b>	Número de casos de muerte materna certificadas en el periodo	Número de casos de muerte materna + morbilidades maternas extremas certificadas en el periodo	100	
<b>AÑO 2016</b>	<b>9</b>	<b>367</b>	<b>100</b>	<b>1.0</b>

## DISCUSION

Durante este año se ha trabajado en las instituciones de nivel II y III en cuanto a la atención de los casos, sobre todo haciendo énfasis en los casos de hemorragias obstétricas, pues en mortalidad materna se ha observado una dificultad para la atención de estos eventos por parte de estas instituciones.

Además en un análisis realizado por el municipio de Cali, se observó que el departamento del Valle del Cauca remite más del 75% de los casos de MME de otros municipios a Cali.

Teniendo en cuenta estas cifras se requiere del concurso del departamento en las acciones para mitigar los casos de mortalidad materna.

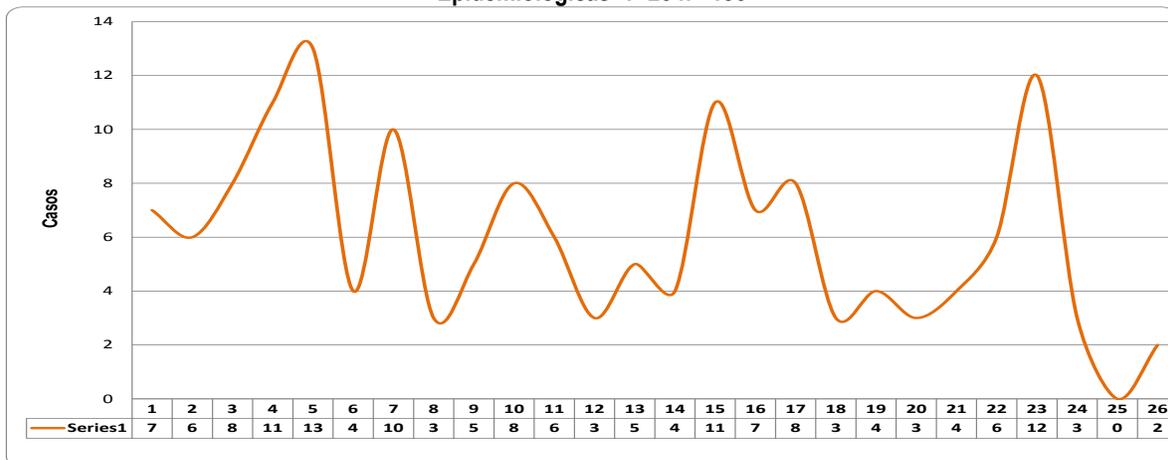
## 2.6. Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Hasta la semana 26 se presentaron un total de 156 casos notificados al SIVIGILA de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía residentes en el municipio de Santiago de Cali.

### Análisis Temporal

Al analizar el comportamiento se observa que en la semana 5 se presentaron el mayor número de casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía (13).

Figura 37: Comportamiento de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156



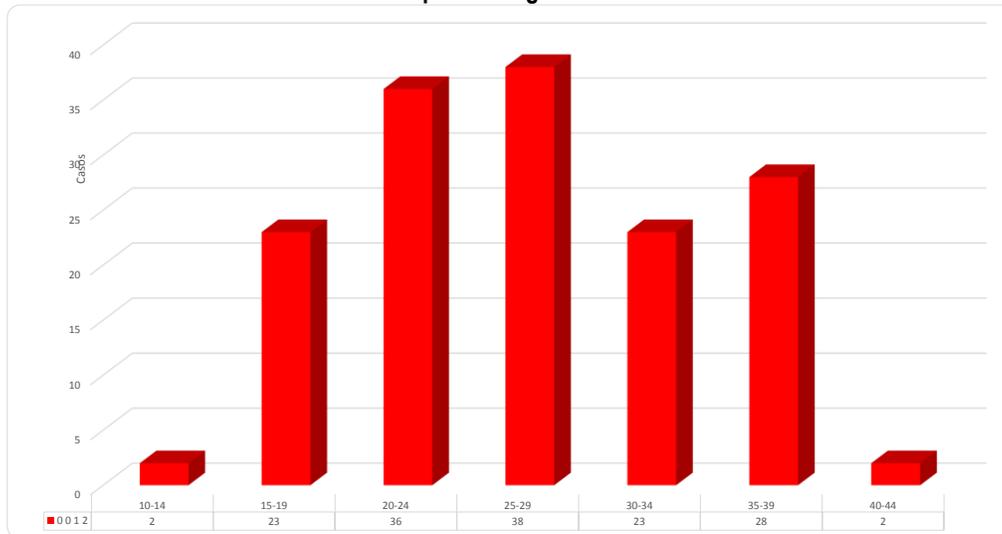
FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Análisis de las variables socio demográficas

Para el análisis de las variables socio demográficas se tuvieron en cuenta aquellas que podían direccionar el análisis de los determinantes biológicos, sociales y del sistema de salud.

La distribución por grupos de edad de la Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía se ubica con mayor número de casos en el grupo de 20-29 años.

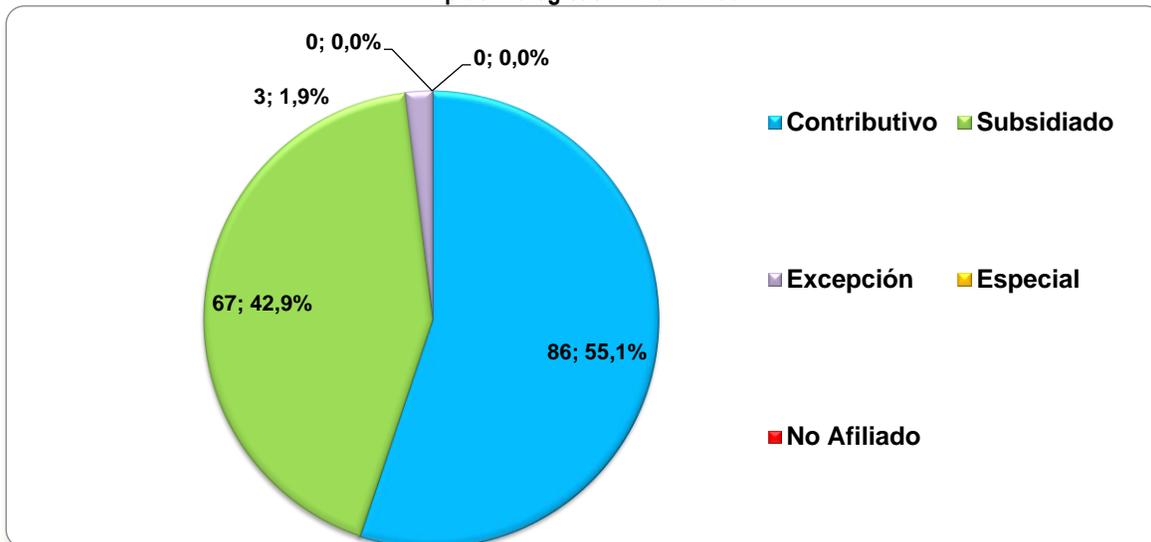
**Figura 38: Distribución por grupos de edad de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 55% de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía pertenecen al régimen contributivo, gracias a la gestión realizada se logró aumentar la notificación de las entidades públicas logrando un 43% del régimen subsidiado.

**Figura 39: Aseguramiento de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 27% de los casos se ubican en el área geoFigura de la ESE Oriente, seguida de las ESE Ladera con el 22% de los casos.

**Tabla 34. Ubicación geográfica de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156**

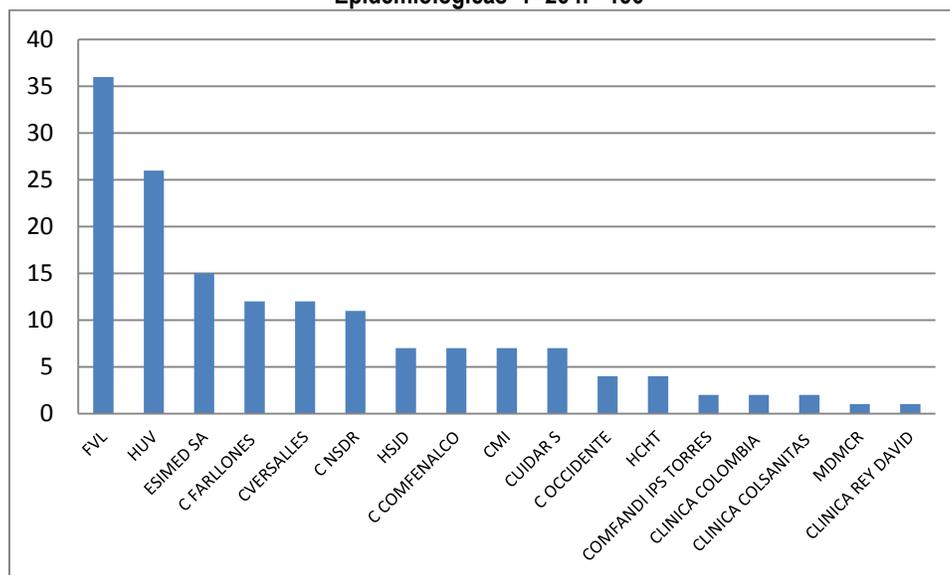
Area	Total	%	% Acum
Oriente	42	26,9	26,9
Ladera	34	21,8	48,7
Centro	26	16,7	65,4
Norte	28	17,9	83,3

Sur Oreinte	6	3,8	87,2
Sin Dato	20	12,8	100,0
Total	156	100	

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 23% de los casos ocurrieron en la Fundación Valle del Lili, Hospital, seguidos del Universitario del Valle, y Esimed SA.

Figura 40. Unidad notificadora de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En cuanto a la aseguradora el 23% de los casos pertenece a Emssanarseguido de SOScon el 16% de los casos.

Tabla 35. EPS de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Cali. Semanas Epidem. 1- 26 n= 156

Orden	ASEGURADORA	Fr.	%	% Acm
1	ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	36	23,1	23,1
2	S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	25	16,0	39,1
3	COMFENALCO VALLE E.P.S.	14	9,0	48,1
4	COOMEVA E.P.S. S.A.	11	7,1	55,1
5	SURA E.P.S	10	6,4	61,5
6	CAFESALUD E.P.S. S.A.	9	5,8	67,3
7	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	7	4,5	71,8
8	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA	7	4,5	76,3
9	CAFESALUD SUBSIDIADO	5	3,2	79,5
10	CRUZ BLANCA EPS S.A.	4	2,6	82,1
11	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	4	2,6	84,6
12	COOSALUD E.S.S. COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL D	3	1,9	86,5
13	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	2	1,3	87,8
14	FUERZAS MILITARES	2	1,3	89,1

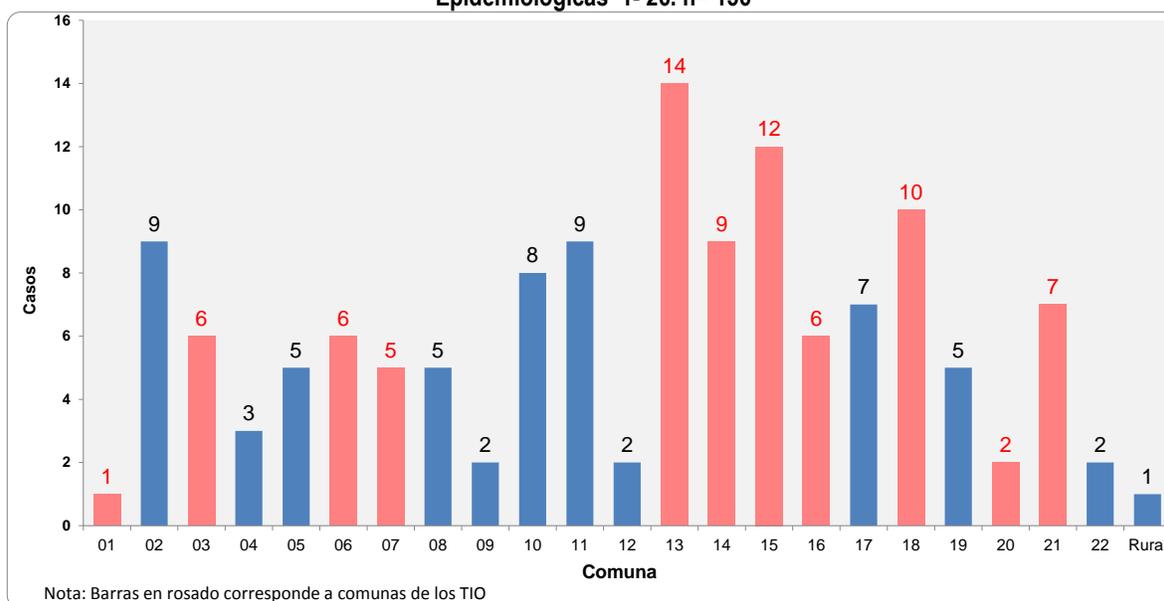
15	DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE	2	1,3	90,4
16	NUEVA EPS	2	1,3	91,7
17	SANITAS E.P.S. S.A.	2	1,3	92,9
18	ESS ASOCIACION MUTUAL DE SOLIDARIDAD	1	0,6	93,6
19	ESS COOPSALUDESA LTDA	1	0,6	94,2
20	ASOCIACION MUTUAL SOLIDARIA	1	0,6	94,9
21	COMFENALCO VALLE EPS	1	0,6	95,5
22	SALUDVIDA	1	0,6	96,2
23	MAPFRE COLOMBIA VIDA S.A.	1	0,6	96,8
24	SURA EPS	1	0,6	97,4
25	COOMEVA EPS. S.A.	1	0,6	98,1
26	CAFESALUD MOVILIDAD CONTRIBUTIVO	1	0,6	98,7
27	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.	1	0,6	99,4
28	FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	1	0,6	100,0
TOTAL		156	100	

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Distribución espacial

Al analizar la distribución de los casos de la Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía se observa que en la comuna 13 se presenta el 6% de los casos del municipio.

Figura 41: Distribución de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. n= 156

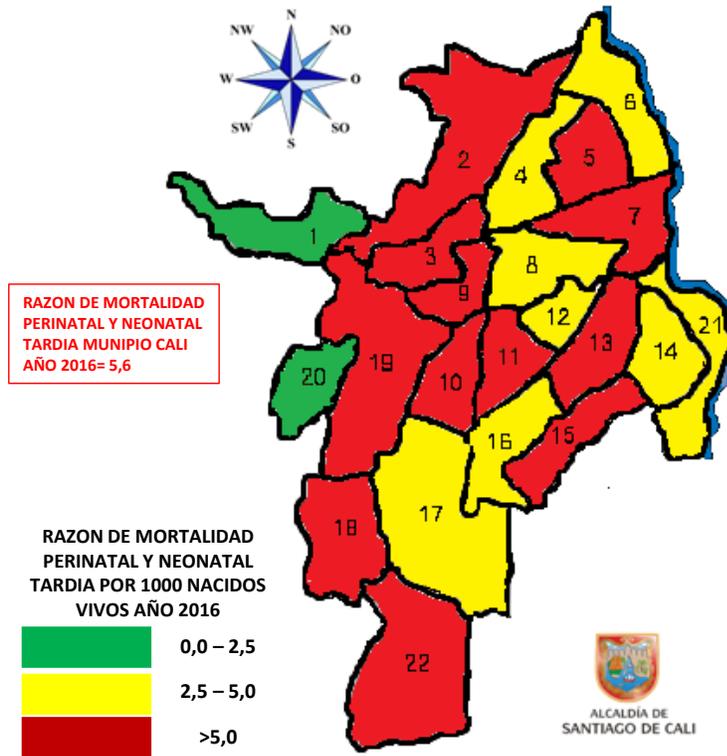


FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Identificación de Zonas de Riesgo

Para la identificación de zonas de riesgo se trabajó con la semaforización donde les corresponde el color verde a las comunas que presentaron una razón menor a 2,5, las de color amarillo corresponden a los que tienen una razón de 2,5 a 5 y las rojas son aquellas que están por encima de 5, llama la atención la comuna 22 que presentó una razón de 17,1.

**Mapa 3. Razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por 1000 nacidos vivos por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26. N= 156**



**Tabla 36. Indicadores Epidemiológicos la de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 156**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
<b>Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía</b>	Número de muertes certificadas en el periodo	Numero de nacidos vivos dentro del mismo periodo	1.000	
AÑO 2016	<b>156</b>	<b>27.750</b>	<b>1.000</b>	<b>5.6</b>

### DISCUSION

La mortalidad perinatal es un evento de gran importancia, al realizar las unidades de análisis se observa que más del 90% de los casos son evitables, principalmente en los periodos preconceptionales y fetal temprano, pues estos tienen que ver con la salud materna.

Se ha observado una disminución de los casos relacionados con el periodo neonatal que tiene que ver con mejor manejo por parte del personal médico de los recién nacidos en el nivel III y IV.

Aun se está trabajando para que exista una mejor relación en con la salud materna y el proceso de gestación para así lograr una reducción considerable de la mortalidad perinatal.

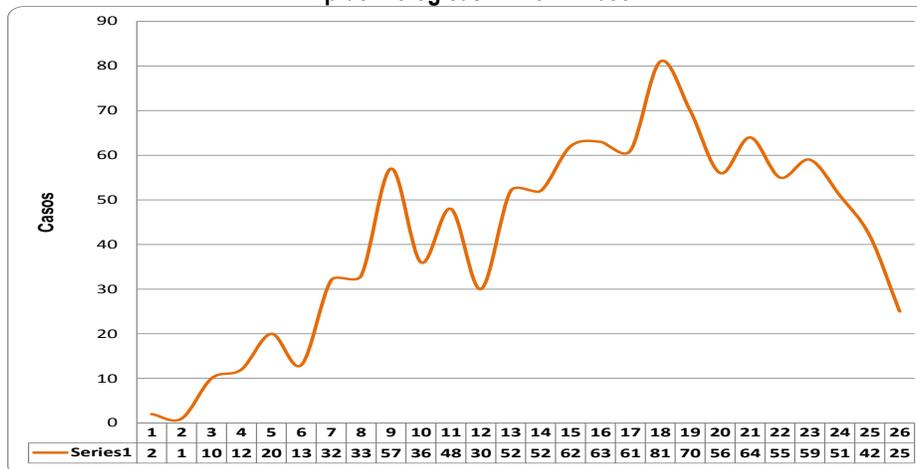
## 2.7 Embarazadas con Zika

Hasta la semana 26 se presentaron un total de 1088 casos notificados al SIVIGILA de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika residentes en el municipio de Santiago de Cali.

### Análisis Temporal

Al analizar el comportamiento se observa que en la semana 18 se presentaron el mayor número de casos de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika (81).

Figura 42: Comportamiento de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088



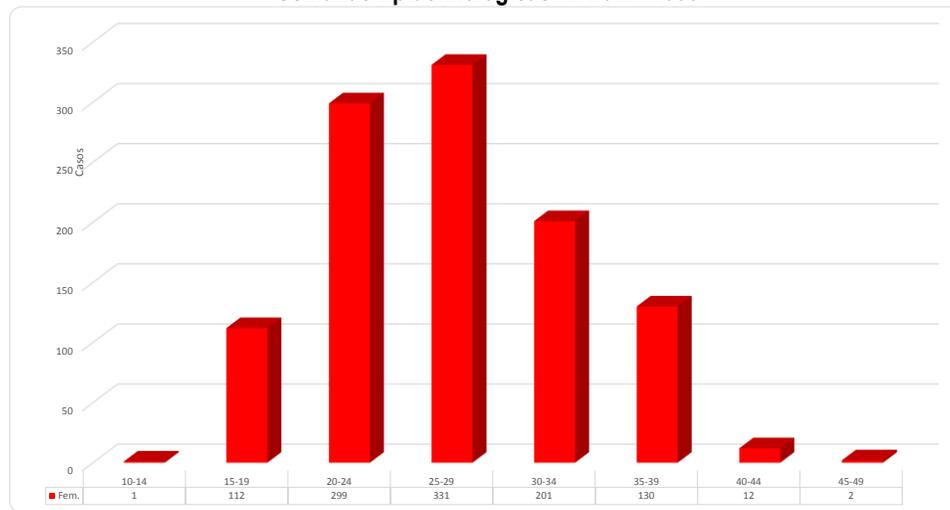
FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Análisis de las variables socio demográficas

Para el análisis de las variables socio demográficas se tuvieron en cuenta aquellas que podían direccionar el análisis de los determinantes biológicos, sociales y del sistema de salud.

La distribución por grupos de edad de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika se ubica con mayor número de casos en el grupo de 20-29 años.

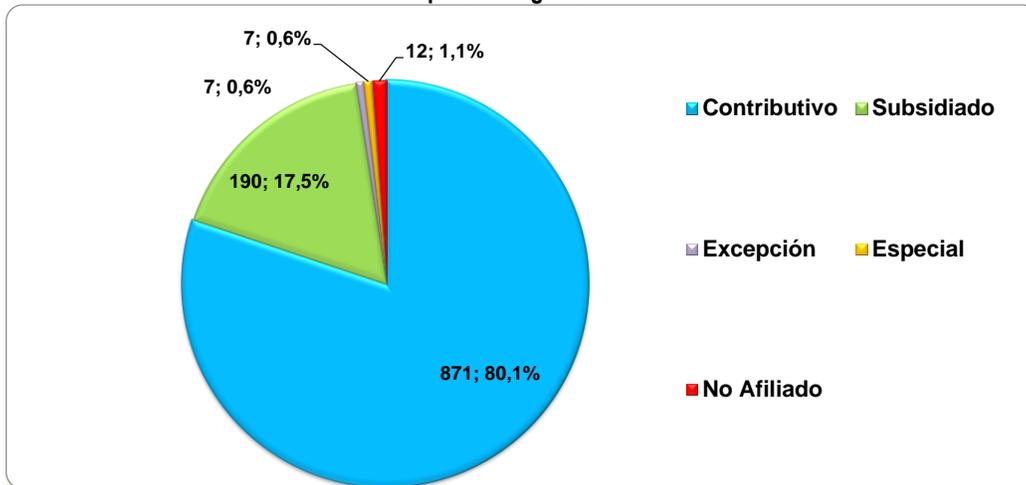
Figura 43. Distribución por grupos de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 80% de los casos de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika pertenecen al régimen contributivo.

**Figura 44. Aseguramiento de los casos de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 25% de los casos se ubican en el área geoFigura de la ESE Norte, seguida de las ESE Centro con el 23% de los casos.

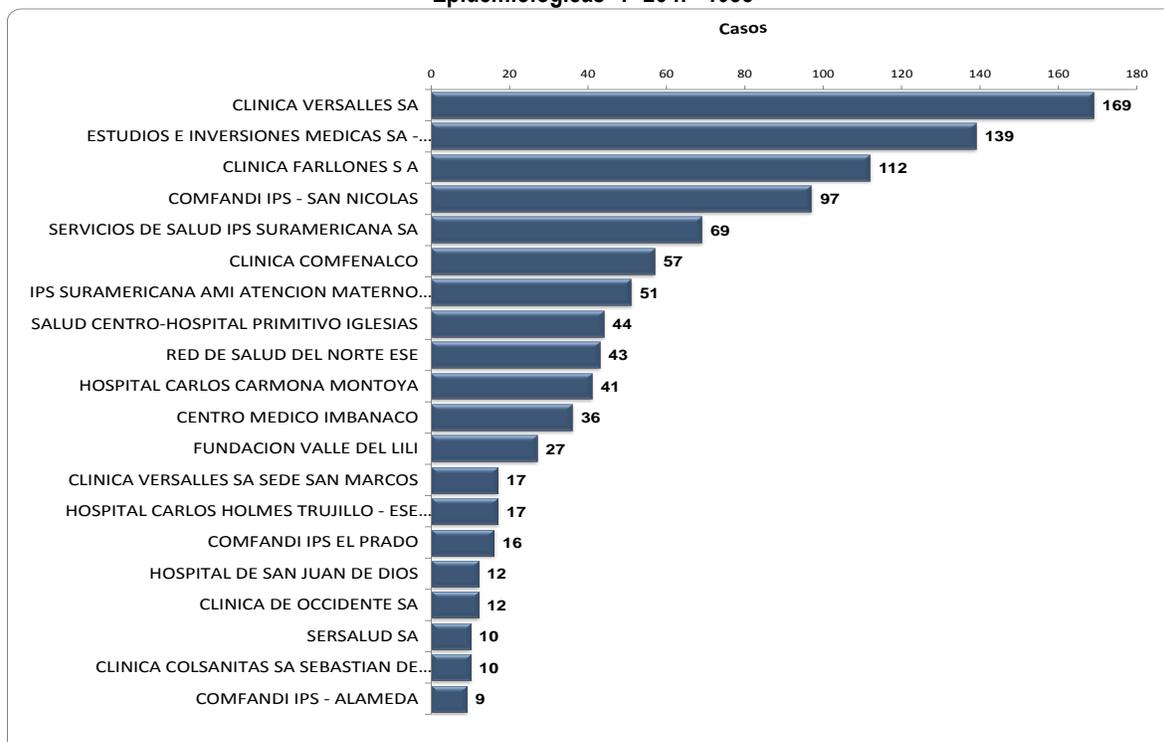
**Tabla 37: Ubicación geográfica de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088**

Area	Total	%	% Acum
Oriente	<b>242</b>	22,2	22,2
Ladera	<b>228</b>	21,0	43,2
Centro	<b>254</b>	23,3	66,5
Norte	<b>270</b>	24,8	91,4
Sur Oreinte	<b>81</b>	7,4	98,8
Sin Dato	<b>13</b>	1,2	100,0
Total	<b>1088</b>	<b>100</b>	

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

El 16% de los casos fueron notificados por la clínica Versailles, seguidos de Estudios e Inversiones Médicas.

**Figura 45. Unidad notificadora de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

En cuanto a la aseguradora el 27% de los casos pertenece a SOS seguido de Sura con el 12% de los casos.

**Tabla 38. EPS de los casos de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088**

Orden	ASEGURADORA	Fr.	%	% Acm
1	S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	293	27,0	27,0
2	SURA E.P.S	133	12,2	39,2
3	COOMEVA E.P.S. S.A.	116	10,7	49,9
4	ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	113	10,4	60,3
5	CAFESALUD E.P.S. S.A.	97	8,9	69,2
6	COMFENALCO VALLE E.P.S.	83	7,6	76,8
7	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA	39	3,6	80,4
8	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	33	3,0	83,4
9	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A. - CONTRIBUTIVO	27	2,5	85,9
10	CRUZ BLANCA EPS S.A.	26	2,4	88,3
11	CAFESALUD SUBSIDIADO	21	1,9	90,2
12	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	15	1,4	91,6
13	SANITAS E.P.S. S.A.	13	1,2	92,8
14	No Afiliado	12	1,1	93,9

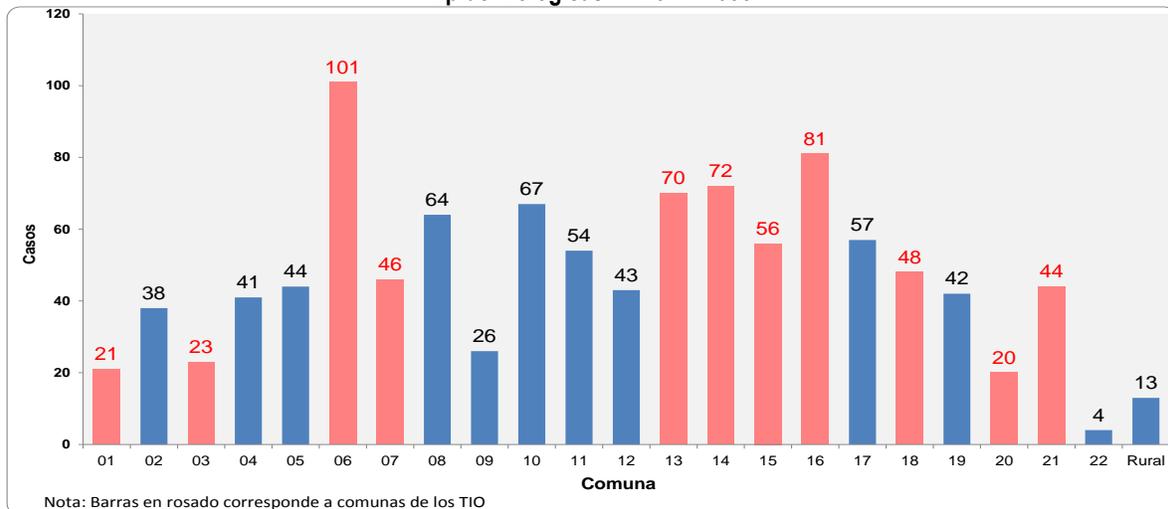
15	NUEVA EPS	8	0,7	94,7
16	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.	7	0,6	95,3
17	COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	7	0,6	96,0
18	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	5	0,5	96,4
19	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	5	0,5	96,9
20	POLICIA NACIONAL	5	0,5	97,3
21	SURA EPS	4	0,4	97,7
22	AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	3	0,3	98,0
23	COOSALUD E.S.S. COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL D	3	0,3	98,3
24	DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE	3	0,3	98,5
25	COMFENALCO VALLE EPS	2	0,18	98,7
26	SALUD VIDA EPS	2	0,2	98,9
27	UNIVERSIDAD DEL VALLE SERVICIO DE SALUD	2	0,2	99,1
28	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	1	0,1	99,2
29	CAPRECOM EPS	1	0,1	99,3
30	COLMENA S.A. MEDICINA PREPAGADA.	1	0,1	99,4
31	COMPENSAR E.P.S.	1	0,1	99,4
32	FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	1	0,1	99,5
33	MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA	1	0,1	99,6
34	MAPFRE COLOMBIA VIDA S.A.	1	0,1	99,7
35	SALUDCOOP E.P.S.	1	0,1	99,8
36	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1	0,1	99,9
37	SOLSALUD E.P.S. S.A.	1	0,1	100,0
<b>TOTAL</b>		<b>1087</b>		<b>100</b>

FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### **Distribución espacial**

Al analizar la distribución de los casos de la morbilidad materna extrema se observa que en la comuna 13 se presenta el 6% de los casos del municipio.

Figura 45. Distribución de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088

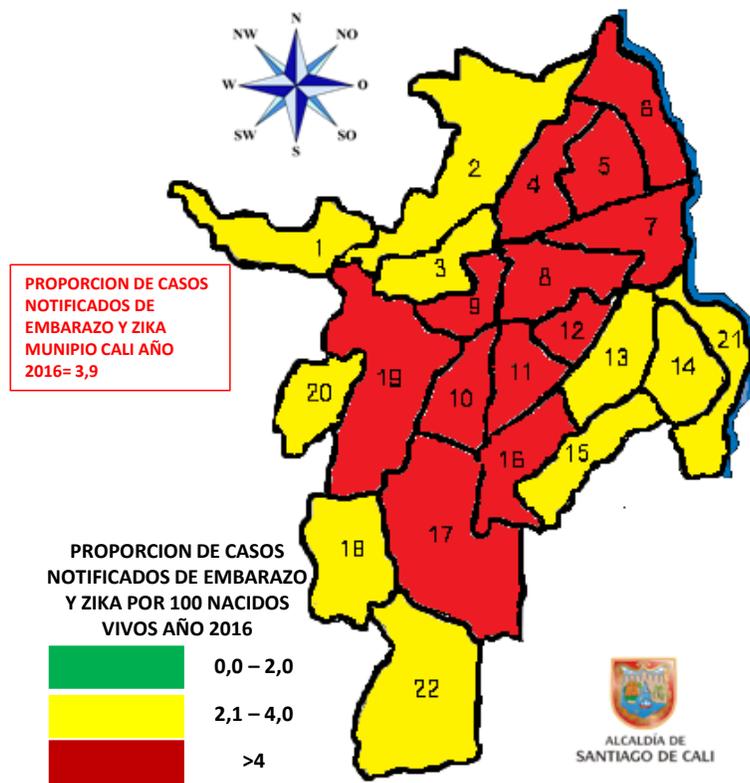


FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Identificación de Zonas de Riesgo

Para la identificación de zonas de riesgo se trabajó con la semaforización donde les corresponde el color verde a las comunas que presentaron una razón menor a dos, las de color amarillo corresponden a los que tienen una razón de dos a cuatro y las rojas son aquellas que están por encima de cuatro, llama la atención la comuna 6 que presentó una razón de 15.1.

Mapa 4. Razón de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas



Epidemiológicas 1- 26 n= 1088

**Tabla 39. Indicadores Epidemiológicos la de embarazadas con sospecha o confirmación de Zika. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 1088**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
<b>Razón de embarazadas con confirmación de ZIKA</b>	Número de mujeres embarazadas con confirmación de ZIKA	Numero de nacidos vivos dentro del mismo periodo	1.000	
AÑO 2016	<b>47</b>	<b>27.750</b>	<b>1.000</b>	<b>1.6</b>

### 3. Comportamiento de los eventos Inmunoprevenibles

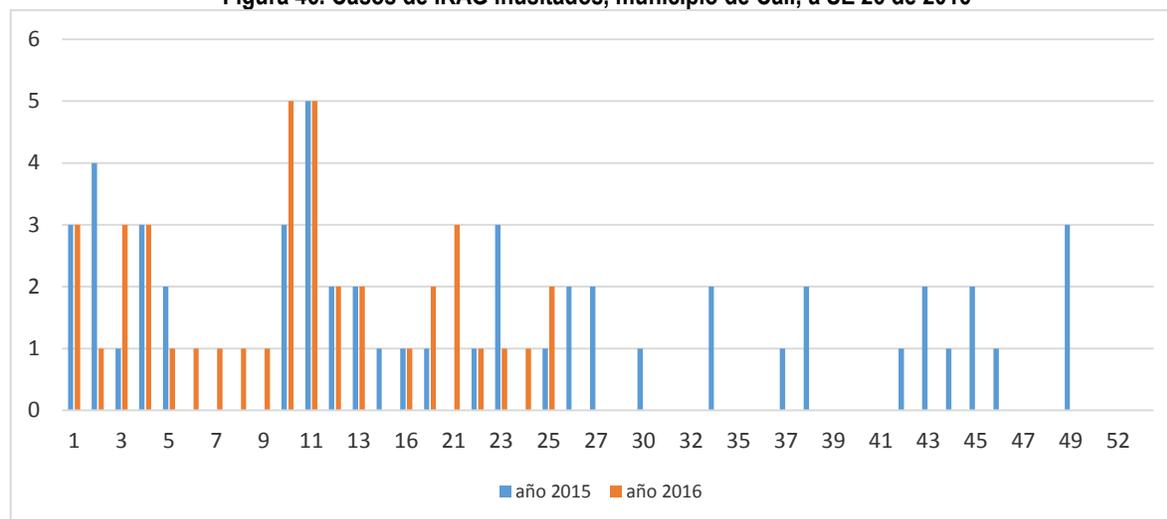
En este subgrupo de eventos de interés en salud pública considerados inmunoprevenibles se incluyen: Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) Inusitada, Tosferina, Varicela,

#### 3.1. Infección Respiratoria Aguda

##### 3.1.1. Infección Respiratoria Aguda Inusitada – Ficha 348

Hasta la semana epidemiológicas 26 de 2016, las UPGD del municipio de Cali notificaron 41 casos sospechosos de IRAG inusitado de los cuales el 97,5% (40) cumplió con la definición de caso establecida en el protocolo nacional, 2.

**Figura 46. Casos de IRAG inusitados, municipio de Cali, a SE 26 de 2016**



Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

**Tabla 40. Casos de IRAG inusitado según UPGD, municipio de Cali, A SE 26 de 2016**

UPGD de Notificación	Total casos
Clínica De Occidente SA	11
Hospital Universitario Del Valle Evaristo García	6
Fundación Valle del Lili	5
Clínica Versalles	5
Clínica Nuestra	3
Centro Medico Imbanaco	2
Clínica Amiga	2

Fundación Clínica Infantil Club Noel	2
Provida Farmaceutica SAS	1
Su Vida SA	1
Clínica Farallones	1
UCI Dumian Chorros	1
Total Cali	40

Fuente: Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

El 80%(32) de los casos registrados presentaron deterioro clínico con requerimiento de unidad de cuidados intensivos (UCI) y el 5%(2) indicaron antecedentes de viaje internacional. Se reportaron 10 defunciones corresponden a pacientes procedentes del municipio de Cali; el 50% (5 defunciones) correspondían a adultos mayores de 65 años los cuales presentaban otras comorbilidades, el 30%(3) corresponde a menores de 5 años (un caso descartado mediante UA y uno procedente de Cauca); un caso de paciente VIH/SIDA (descartado) y una mortalidad materna (causa básica de muerte Trombo embolismo Pulmonar descartada mediante UA como IRAG inusitado).

El 40% (4) de los casos fueron negativos para virus respiratorios, el 2%(2) no remitieron muestra al Laboratorio de Salud Pública Departamental para estudio virológico y el 4% (4) fueron por positivos (1 para *Virus Sincitial Respiratorio*, 1 para *AH1N1 pdm09*, 1 *Metapneumovirus* y 1 para *Adenovirus*).

**Tabla 41. Incidencia de IRAG inusitado por comuna, municipio de Cali, a SE 26 de 2016.**

Comuna	Proyección población por comuna DANE 2016	Casos	Tasa de incidencia	Estimación porcentual
Rural	36.617	3	8,2	7,5
Comuna 3	46.517	3	6,4	7,5
Comuna 2	116.586	4	3,4	10,0
Comuna 20	69.677	2	2,9	5,0
Comuna 22	11.453	1	2,9	5,0
Comuna 17	142.914	4	2,8	10,0
Comuna 16	108.183	3	2,8	7,5
Comuna 18	135.199	3	2,2	7,5
Comuna 19	113.898	2	1,8	5,0
Comuna 12	66.712	1	1,5	2,5
Comuna 7	70.819	1	1,4	2,5
Comuna 15	162.439	2	1,2	5,0
Comuna 13	178.052	2	1,1	5,0
Comuna 6	191.529	2	1,0	5,0
Comuna 11	107.940	1	0,9	2,5
Comuna 5	113.010	1	0,9	2,5
Comuna 14	174.441	1	0,6	2,5
Sin dato		4		10,0
Cali	2.394.925	40	0,5	100

Fuente: Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2015

De los 40 casos procedentes del municipio de Cali que cumplieron con la definición de caso, el 45% (18) son hombres y 55 (22) mujeres; los grupos de edad más afectados son los de las edades extremas, menores de 5 años y mayores de 65 años.

### 3.1.2. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menor de 5 años

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2016 el municipio de Cali ha notificado 4 casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años lo que muestra un aumento del 66% lo que se puede explicar por la alta demanda que tienen las IPS de alta de complejidad de la ciudad de Cali que son referentes de los departamentos vecinos. Un caso procede del departamento del Cauca, un caso fue descartado y otro confirmado mediante unidad de análisis; el último caso se encuentra en estudio (reportado en la semana epidemiológica 16). La mortalidad municipal para el periodo evaluado es de 1 mortalidad por IRA por cada 100.000 menores de 5 años.

#### **Análisis**

La estrategia de vigilancia centinela de la cocirculación del Virus Influenza con otros Virus Respiratorios se realiza a través de los sitios centinelas: Fundación Clínica Valle de Lili para Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), Centro de Salud Siloé para Enfermedad Similar a Influenza (ESI) quienes según lineamiento nacionales deben enviar 5 muestras semanales de pacientes que cumplan con la definición de caso al Laboratorio de Salud Pública Departamental; además se incluyen las muestras enviadas por las diferentes instituciones del departamento no caracterizadas como sitios centinela, las cuales cumplan con definición de caso para IRAG inusitado. La prueba que se realiza inicialmente es Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) que permite identificar virus circulantes como: Influenza tipo A y B, Virus Sincitial Respiratorio, Adenovirus y Parainfluenza tipos 1, 2 y 3; las muestras positivas para Influenza A son remitidas al Instituto Nacional de Salud para aislamiento viral y tipificación.

Los resultados obtenidos del análisis de las muestras respiratorias obtenidas de la vigilancia de casos sospechosos de Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada que cumplieron con la definición de caso y el Laboratorio de Salud Pública Departamental Inmunofluorescencia Indirecta o el Instituto Nacional de Salud realizó RT-PCR en tiempo real para virus de influenza u otros virus respiratorios han permitido evaluar la circulación de virus respiratorios en el municipio y dan un parte de tranquilidad de que hasta el momento no se encuentran circulando virus de influenza objeto de alerta internacional.

Dentro de las estrategias de vigilancia, control y prevención se realizó la difusión de lineamientos de las estrategias de vigilancia de IRAG a los actores responsables de las ESES, IPS y EAPB en el tercer COVE municipal de Cali, asistencias técnicas a las instituciones que presentaban error de digitación en la notificación colectiva de morbilidad por IRA para el evento en lo corrido de 2016. Además se documenta por periodo epidemiológico el comportamiento de los eventos a través del Boletín Epidemiológico y se está realizando el seguimiento e investigación de campo al 100% de los casos de morbilidad por IRAG inusitados acorde al establecido en los lineamientos vigentes.

Se realizó unidad de análisis del 80%(8 casos) de los casos de mortalidad reportados en Sivigila de los cuales 5 casos fueron confirmados con causa directa o básica de muerte por Infección Respiratoria Aguda Grave inusitada en adultos asociado a comorbilidades; un caso fue descartado para Infección Respiratoria Aguda Grave inusitada y confirmado para confección dengue vs Chikungunya en menor de años y el último caso procede del

departamento del Cauca pero aparece como procedente de Cali por esta razón se realizó unidad de análisis.

Se realiza la correlación de casos de mortalidades por IRA en menores de 5 años registradas en RUAF vs Sivigila para detectar casos no notificados que cumplan con la definición de caso, los cuales deben ser analizados.

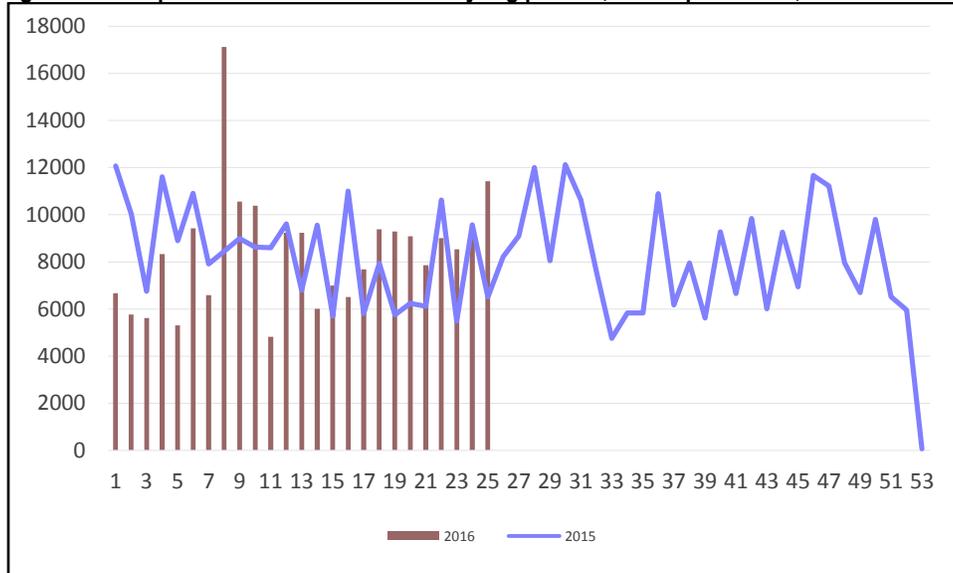
Indicadores:

Indicador	Porcentaje
Porcentaje de casos de IRA hospitalizados entre el total de hospitalizaciones de la UPGD por grupos de edad	< 1 año: (14,1%) 1 año: <b>(23,9%)</b> 2 a 4 años: (16,1%) 5 a 19 años: (4,3%) 20 a 39 años: (1%) 40 a 59 años: (1,6%) >= 60 años: (4,7%)
Porcentaje de casos de IRAG en UCI entre el total de pacientes en UCI de la UPGD por grupos de edad	< 1 año: (13%) 1 año: <b>(28,6%)</b> 2 a 4 años: <b>(28,7%)</b> 5 a 19 años: (7%) 20 a 39 años: (3%) 40 a 59 años: (3,5%) >= 60 años: (5,8%)
Porcentaje de casos de IRA en consulta externa y urgencias entre el total de casos en consulta externa y urgencias en la UPGD por grupos de edad	< 1 año: (16%) 1 año: <b>(17,5%)</b> 2 a 4 años: (15,9%) 5 a 19 años: (7,8%) 20 a 39 años: (7,2%) 40 a 59 años: (5,7%) >= 60 años: (5%)
Tasa de defunciones por IRA en menores de cinco años.	2,2 por cada 100.000 menores de 5 años.

### 2.1.3 Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) - Colectiva

La notificación acumulada a semana epidemiológica 26 de 2016 para consultas externas y urgencias por IRA es de 209.980 consultas; comparado con el total de consultas externas y urgencias por todas las causas se obtiene una proporción de IRA del 6,1 %. En relación con la notificación de la misma semana epidemiológica de 2015 se evidencia una disminución del 3,6 % (217.827 consultas). ver Figura 2.

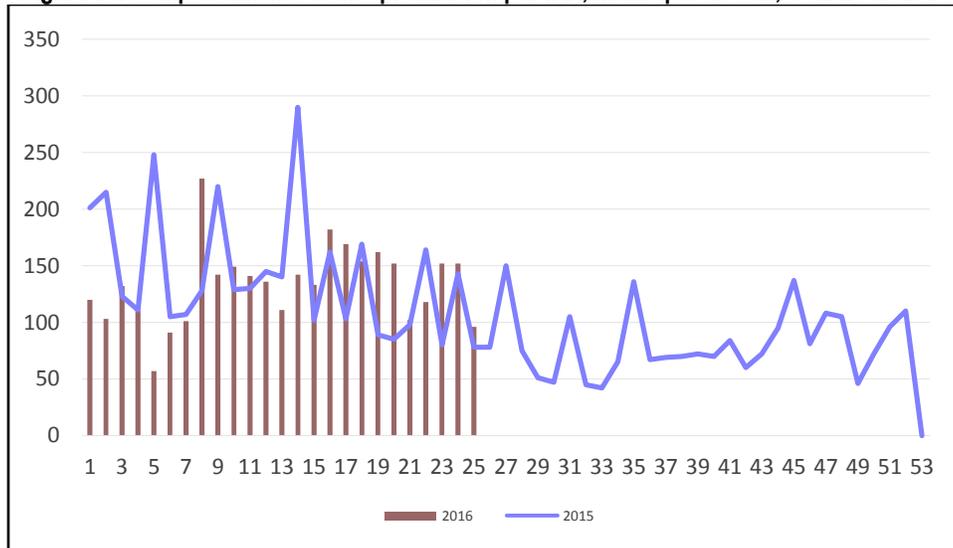
**Figura 47. Comportamiento de consultas ext y urg por IRA, municipio de Cali, a SE 26 de 2016**



**Fuente:** Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

La notificación acumulada de hospitalizaciones en sala general por IRA a semana epidemiológica 26 es de 3.334 hospitalizaciones; comparado con el total de hospitalización por todas las causas se obtiene una proporción de 5,4%. En relación con la notificación de la misma semana epidemiológica de 2015 se evidencia una disminución del 8,5 % (3.643 hospitalizaciones). (ver Figura 3).

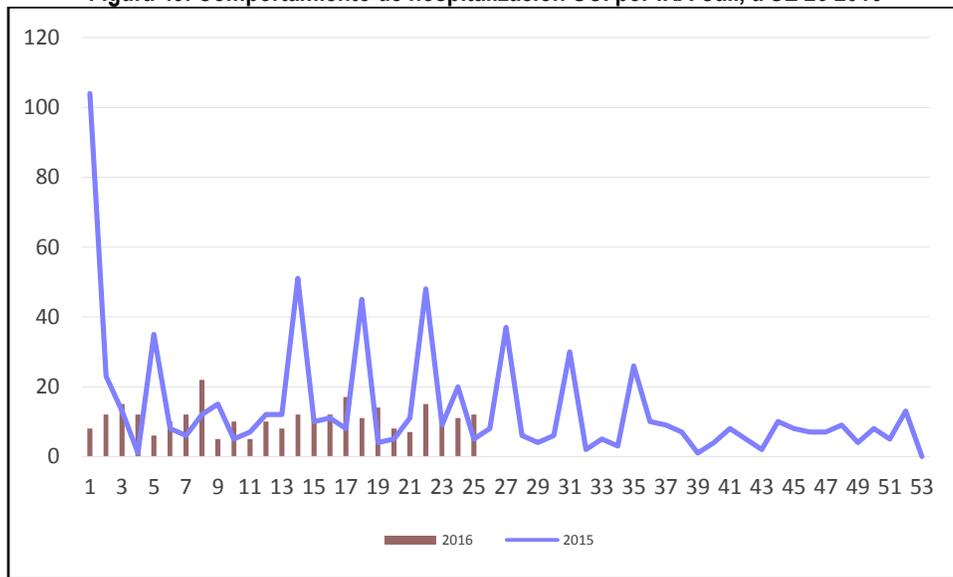
**Figura 48. Comportamiento de hospitalización por IRA, municipio de Cali, a SE 26 de 2016**



**Fuente:** Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

Los registros de hospitalizaciones en sala de UCI por IRA a semana epidemiológica 26 de 2016 es de 276 hospitalizaciones; comparado con el total de hospitalización en UCI por todas las causas se obtiene una proporción de 5,1 %. En relación con la notificación de la misma semana epidemiológica de 2015 se evidencia una disminución del 43,4 % (488 hospitalizaciones). (ver Figura 4).

Figura 49. Comportamiento de hospitalización UCI por IRA Cali, a SE 26 2016



Fuente: Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

### 3.2. Parálisis Flácida Aguda:

En el primer semestre del 2016 no se notificaron casos probables de parálisis flácida aguda (PFA). En la semana 02 la Fundación Valle del Lili notificó un caso probable de parálisis flácida. Menor de 4 años de edad, sexo masculino, descartado por laboratorio.

#### 3.2.1 Indicadores de Vigilancia:

1. La tasa de notificación de casos probables de PFA para el municipio de Cali fue de  $0,0 \times 100.000$  menores de 15 años, con lo cual no se cumplió con el estándar requerido de notificación mínima de casos (ideal mayor de  $1 \times 100.000$  menores de 15 años).
2. Porcentaje de los casos investigados oportunamente: no aplica (ideal 80% de los casos investigados en las primeras 48 horas de notificado).
3. Porcentaje de casos con muestra de heces tomada oportunamente: no aplica (ideal 80% de toma de la muestra en los primeros 14 días de iniciada la parálisis).
4. Porcentaje de muestras recibidas en el INS oportunamente: no aplica (ideal enviarlo antes de 6 días después de la toma).
5. Porcentaje de muestras procesadas por el INS en menos de 21 días: no aplica (ideal 80%).
6. Porcentaje de cumplimiento de las unidades primarias generadoras de datos fue  $> 95\%$ .

**Discusión:** La Región de las Américas no reporta casos por poliovirus salvaje desde 1991. En Cali a pesar que la vigilancia del evento es continua, durante los últimos años no se ha logrado cumplir con el indicador de tasa de notificación de casos probables de parálisis flácida en menores de 15 años

#### **Conclusiones:**

No se notificaron casos probables de PFA por lo que no se cumplen con los seis indicadores propuestos para la vigilancia del evento.

**Recomendaciones:** Capacitación y sensibilización a todos los actores del sistema de vigilancia en salud pública para la implementación de acciones individuales y colectivas ante todo caso probable de PFA para garantizar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia establecidos en el Plan de Erradicación.

Fortalecer las acciones de BAI de enfermedades inmunoprevenibles.

### 3.3 Sarampión / Rubéola:

En este semestre se notificaron tres casos sospechosos de rubéola y dos casos sospechosos de sarampión.

#### 3.3.1 Rubéola:

**Tabla 42. Casos sospechosos de Rubéola notificados por semana epidemiológica SSPM Cali 2016**

Semana	Evento	Ficha	Archivo plano	Sexo	Edad	IPS	SGSSS	Toma muestra	Resultado	Investigación	ESE
4	Rubéola	Si	Si	F	14	Sersalud SA	Comfenalco	Si	Negativo	Si	Oriente
18	Rubeola		Si	F	25	Clínica Colsanitas S de B	Colsanitas	Si	Negativo	Si	Norte
18	Rubeola		Si	F	14	Comfandi San Nicolás	SOS	Si	Negativo	Si	Ladera

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

Los tres casos fueron notificados oportunamente, reportados por tres UPGD, ninguna de ellas pertenecientes a la red pública. Los casos residían en el área de influencia de las ESE Ladera, Norte y Oriente. Al sexo femenino pertenecía el 100% de los casos. En cuanto a la afiliación al SGSSS, el 100% estaban afiliados al régimen contributivo. Al 100% de los casos se les tomó muestra de laboratorio de manera oportuna, todos descartadas por el Laboratorio de Salud Pública Departamental.

Todos los casos fueron investigados, todos tenían un esquema adecuado de vacunación de acuerdo a su edad. El 100% de los casos fueron notificados mediante archivo plano a la SSPM de Cali. Se notificó un caso procedente de otro municipio:

En la semana 06 la Comfandi IPS San Nicolás notificó un caso sospechoso de rubéola (mujer de 33 años) procedente de Jamundí.

#### 3.3.2 Sarampión:

**43. Casos sospechosos de Sarampión notificados por semana epidemiológica SSPM Cali 2016**

Semana	Evento	Ficha	Archivo plano	Sexo	Edad	IPS	SGSSS	Toma muestra	Resultado	Investigación	ESE
--------	--------	-------	---------------	------	------	-----	-------	--------------	-----------	---------------	-----

20	Sarampión		Si	M	7/12	Fundación Valle del Lili	F. Militares	Si	Negativo	Si	Centro
21	Sarampión		Si	M	5/12	Grupo Médico Odont.	Coomeva	No		Si	Norte

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

Los dos casos fueron notificados oportunamente, reportados por dos UPGD pertenecientes a la red privada. Los casos residían en el área de influencia de las ESE Centro y Norte.

Ambos casos se presentaron en hombres; en cuanto a la afiliación al SGSSS, pertenecían al régimen contributivo y especial.

Al 50% de los casos se les tomó muestra de laboratorio de manera oportuna, descartada por el Laboratorio de Salud Pública Departamental. A un caso no se le tomó muestra de laboratorio, el cual fue descartado en la unidad de análisis correspondiente.

Ambos casos fueron investigados y tenían un esquema adecuado de vacunación de acuerdo a su edad. El 100% de los casos fueron notificados mediante archivo plano a la SSPM de Cali. No se notificaron casos procedentes de otros municipios.

### 3.3.3 Indicadores de vigilancia integrada Sarampión / Rubéola:

1. El porcentaje de los casos investigados oportunamente fue de 60% (3/5). Ideal 80% de los casos investigados en las primeras 48 horas de notificado.
2. El porcentaje de casos con muestra de suero oportuna fue del 80% (4/5). Ideal 80% con toma oportuna en los primeros 30 días de iniciada la erupción.
3. El porcentaje de muestras recibidas en el INS oportunamente fue del 100% (ideal 80% recibidas menos de 5 días luego de la toma).
4. El porcentaje de muestras procesadas por el INS en menos de 5 días fue del 100% (ideal 80% procesadas en menos de 5 días).
5. El porcentaje de cumplimiento de las unidades primarias generadoras de datos fue > 95%.
6. Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión/rubeola fue de 0.21 x 100.000 habitantes (ideal igual o superior a 2 casos por 100.000 habitantes).

### **Discusión:**

La eliminación del sarampión y de la rubéola en Colombia será posible si se consigue mantener altas coberturas vacunación y una vigilancia epidemiológica que permita la notificación e investigación oportuna de los casos sospechosos.

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2016 se notificaron al Sivigila individual un total de 5 casos sospechosos de sarampión y rubéola y no se confirmaron casos por estas enfermedades.

Al igual que en el año 2015, no se cumple con dos de los seis indicadores rutinarios de la vigilancia integrada de sarampión-rubéola: la tasa de notificación y la investigación oportuna de casos.

### **Conclusiones:**

El 40,0% de los casos sospechosos se notifican en menores de cinco años. Se cumple con cuatro de seis indicadores de la vigilancia integrada de sarampión y rubéola.

Se observan fallas en el cumplimiento de la investigación oportuna de los casos.

### **Recomendaciones:**

Fortalecer el sistema de vigilancia, mejorando su sensibilidad y oportunidad. Por otra parte, es necesario contar con coberturas de vacunación con triple viral igual o superior al 95%.

Capacitación y sensibilización a todos los actores del sistema de vigilancia en salud pública para la implementación de acciones individuales y colectivas establecidas ante todo caso sospechoso de sarampión ó rubéola (protocolo de vigilancia epidemiológica nacional).

Mejorar la investigación oportuna de los casos sospechosos y sus contactos y la obtención de muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y orina en las primeras 48 horas de captación del caso.

Establecer mecanismos que permitan el envío oportuno de muestras al laboratorio de salud pública departamental.

Fortalecer la vigilancia integrada de sarampión y rubéola cumpliendo al máximo con los indicadores de vigilancia.

Acelerar las actividades de búsqueda activa de casos para mejorar la notificación en aquellas UPGD que no reportan casos.

Vacunar los grupos de adultos de alto riesgo, principalmente del sector hotelero y de turismo, trabajadores de salud, entre otros.

### **3.3.4 Síndrome Rubéola Congénita:**

En el 2016 se notificaron cuatro casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita, todos descartados por laboratorio.

**Tabla 44. Casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita notificados Cali 2016**

Semana	Ficha	Archivo plano	Sexo	Edad	IPS	SGSSS	Toma muestra	Resultado	Investigación	ESE
2	Si	Si	F	7 días	Clínica Colombia	Emssanar	Si	Negativo	Si	Oriente
3	Si	Si	M	6 días	Clínica Colombia	Emssanar	Si	Negativo	Si	Oriente
4	Si	Si	F	5 días	Clínica Colombia	Emssanar	Si	Negativo	Si	Norte
10		Si	M	2/12	C.N.S. Remedios	Contributivo	Si	Negativo		

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

Se notificó un caso procedente de otro municipio: En la semana 03 la Fabilu LTDA Clínica Colombia notificó un caso sospechoso de síndrome de rubéola congénita (hombre de 7 días) procedente del Cauca (caso descartado por laboratorio).

### **3.4. Difteria:**

Se notificaron cuatro casos probables de difteria, todos descartados por laboratorio. Tres de los casos se notificaron por “nexo epidemiológico” con el primer caso notificado; todos fueron descartados por laboratorio.

**Tabla 45. Casos probables de Difteria notificados por semana epidemiológica SSPM Cali 2016**

Semana	Ficha	Archivo plano	Sexo	Edad	IPS	SGSSS	Toma muestra	Resultado	Investigación	ESE
9	Si	Si	M	64	C. de Occidente	Sura	Si	Negativo	Si	Centro
10	Si	Si	M	49	C. de Occidente	Colsanitas	Si	Negativo	Si	Ladera
11	Si	Si	M	34	C. de Occidente	Coomeva	Si	Negativo	Si	Norte
13	Si	No	M	30	Dinámica IPS Sura	Sura	Si	Negativo		

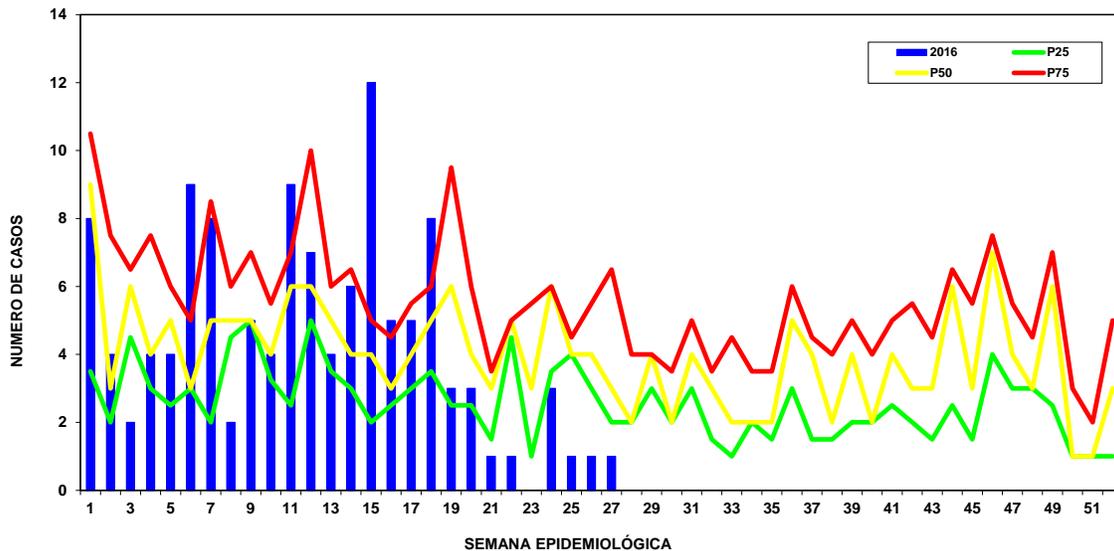
Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

Se notificó un caso procedente de otro municipio: En la semana 12 la Clínica Rey David, notificó un caso probable de difteria en una mujer de 58 años (del magisterio); caso también relacionado con el “caso índice” que fue descartado por laboratorio.

### 3.5 Tosferina

En el 2016 se notificaron 122 casos probables de tos ferina. Los casos fueron notificados en las siguientes semanas epidemiológicas con un promedio de 4,7 casos notificados por semana.

**Figura 50. Canal endémico tosferina. Cali semestre I 2016**



Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El 50,0% (61) de los casos fueron notificados por la Fundación Clínica Infantil Club Noel y el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo; el 23,8% (29) de los casos fueron notificados por la red pública.

**Tabla 46. Casos probables de Tos Ferina notificados según UPGD. SSPM Cali 2016**

UPGD	No.	%	% Acum.
Fundacion Clinica Infantil Club Noel	48	39,3	39,3
Hospital Departamental Mario Correa Rengifo	13	10,7	50,0
Fundacion Valle del Lili	12	9,8	59,8
Clinica Versalles SA	10	8,2	68,0
Hospital Carlos Holmes Trujillo	8	6,6	74,6
Clinica Comfenalco	5	4,1	78,7
Hospital Universitario del Valle	4	3,3	82,0
Clinica de Occidente	3	2,5	84,4
Comfandi IPS Morichal	3	2,5	86,9
Clinica Colsanitas Sebastian de Belalcazar	2	1,6	88,5
Clinica Oriente Ltda	2	1,6	90,2
Estudios e Inversiones Medicas SA - Esimed SA	2	1,6	91,8
Centro Medico Imbanaco	1	0,8	92,6
Clinica Esimed Cali Norte	1	0,8	93,4
Clinisanitas Ciudad Jardin	1	0,8	94,3
Comfandi IPS	1	0,8	95,1
Comfandi IPS Calipso	1	0,8	95,9
Comfandi IPS El Prado	1	0,8	96,7
ESE Hospital Primitivo Iglesias	1	0,8	97,5
Hospital Cañaveralejo	1	0,8	98,4
IPS Sura Chipichape	1	0,8	99,2
Servicios de Salud IPS Suramericana	1	0,8	100,0
Total	122	100	

Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El 74,6% (91) de los casos fueron notificados mediante ficha epidemiológica y archivo plano al Sivigila.

El 53,3% (65) de los casos notificados fueron hombres y el 91,8% (112) de los casos tenían menos de 12 meses de edad.

**Tabla 47. Casos probables de Tos Ferina notificados según grupo de edad y sexo. SSPM Cali 2016**

Grupo de Edad	Sexo		Total	%	% Acum.
	M	F			
< 1	56	47	103	84,4	84,4
1 a 4	1	8	9	7,4	91,8
5 a 9	2		2	1,6	93,4
10 a 14	2	1	3	2,5	95,9
15 a 19	1		1	0,8	96,7
20 a 24			0	0,0	96,7
25 a 29	1		1	0,8	97,5
30 a 34		1	1	0,8	98,4
35 a 39	2		2	1,6	100,0
Total	65	57	122	100	

Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El 57,4% (35 c/u) de los casos notificados residían en el área de influencia de las ESE Ladera y Oriente.

**Tabla 48. Casos probables de Tos Ferina notificados según área de influencia de la ESE y Comuna SSPM Cali 2016**

Comuna	ESE						Total
	Centro	Ladera	Norte	Oriente	Sur Oriente	sin dato	
1		2					2
2			5				5
3		1					1
4			4				4
5			3				3
6			2				2
7			2				2
8	6		1				7
9	1						1
10	1						1
11	6						6
12	5						5
13				7			7
14				7			7
15				9			9
16					4		4
17		4					4
18		12					12
19		6					6
20		5					5
21				12			12
rural		5					5
sin dato						12	12
Total	19	35	17	35	4	12	122

*Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016*

El 49,2% (60) de los casos notificados pertenecían al régimen contributivo, 41,8% (51) al subsidiado, 2,5% (3) al régimen especial; el 4,9% (6) no tenían afiliación y 1,6% (2) aparecen sin dato.

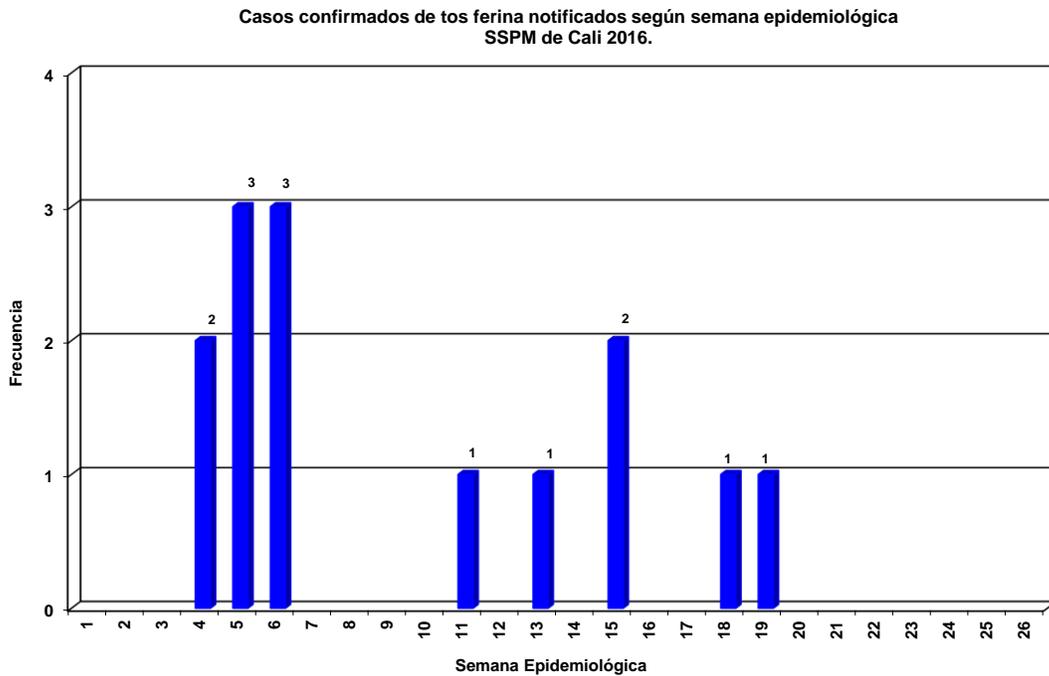
El 11,5% (14) de los casos notificados fueron confirmados por laboratorio (todos por PCR), el 61,5% (75) fueron descartados por laboratorio y el 27,0% (33) de los casos permanecen probables.

Siete UPGD no tomaron muestra de laboratorio a diez casos: Clínica Versalles SA (4), Clínica Colsanitas Sebastián de Belalcázar, Comfandi IPS El Prado, Estudio e Inversiones Médicas SA ESIMED, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Hospital Cañaveralejo y Hospital Universitario del Valle (1 c/u).

En total se han investigado el 70,5% (86) de los casos.

Casos Positivos: La distribución de los 14 casos confirmados según semana de notificación fue la siguiente:

Figura 51. Casos confirmados de tos ferina según semana epidemiológica. Cali 2016.



Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El 57,1% (8) de los casos positivos eran hombres; el 92,9% (13) de estos casos eran menores de 1 año y el caso restante estaba en el grupo de 25 a 29 años. En los menores de un año, el 30,8% (4) son menores de un mes, 23,1% (3) entre 2 y 3 meses, 23,1% (3) entre 4 y 5 meses y 23,1% (3) entre 6 y 11 meses.

El 57,1% (8) de los casos positivos fueron notificados por la Fundación Clínica Infantil Club Noel.

**Tabla 49. Casos confirmados de Tosferina según UPGD SSPM Cali 2016**

UPGD	No.	%
Fundacion Clinica Infantil Club Noel	8	57,1
Clinica Comfenalco	2	14,3
Hospital Carlos Holmes Trujillo	2	14,3
Comfandi IPS Morichal	1	7,1
Fundacion Valle del Lili	1	7,1
Total	14	100

*Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016*

Según afiliación al SGSSS los casos positivos se distribuyeron así: El 57,1% (8) al subsidiado, 35,7% (5) al contributivo y 7,1% (1) sin seguridad social.

El 50,0% (7) de los casos residían en el área de influencia de la ESE Oriente, 35,7% (5) en la ESE Ladera y 7,1% c/u (1 c/u) en las ESE Centro y Norte.

Todos los casos fueron confirmados por PCR y el 78,6% (11) fueron investigados; cuatro de los casos no han sido notificados al Sivigila.

El 02 de enero de 2016 la Fundación valle del Lili notificó una muerte probable, menor de 02 meses, caso confirmado en la unidad de análisis correspondiente.

Se notificaron 34 casos provenientes de otros municipios del Valle del Cauca (28) o de otros departamentos (6): confirmados (6), descartados (14) y probables (14).

#### **Indicadores de vigilancia:**

1. El porcentaje de casos notificados que tienen ficha epidemiológica es del 74,6 (91). Ideal 80%.
2. El porcentaje de casos investigados oportunamente fue de %. Ideal 80% investigados en las primeras 72 horas después de notificado.
3. La incidencia en la población general para el municipio de Cali fue de 0,58 x 100.000 habitantes (14). Ideal por lo menos 1 caso x 100.000 habitantes.
4. La incidencia del evento en los menores de 5 años para el municipio de Cali fue de 7,4 x 100.000 habitantes (13). Ideal por lo menos 1 caso x 100.000 habitantes.
5. La proporción de casos condos fue del 72,3% (89). Ideal 80% o más de los casos probables confirmados por laboratorio, clínica, nexos epidemiológicos y/o descartados por laboratorio y clínica.
6. La tasa de mortalidad en la población general fue de 0.04 y en los menores de 5 años fue de 0,57 (ideal 0).

**Discusión:** La tos ferina es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa, con ciclos epidémicos que ocurren cada 3 a 5 años y actualmente es considerada como un evento en resurgimiento a nivel mundial, siendo las principales razones la disminución de la inmunidad, el mejoramiento en el diagnóstico y cambios genéticos en el agente causal. Los casos de tos ferina deben ingresar al sistema cuando cumplen con la definición clínica y notificarse como casos probables que son sujetos a ajustes, donde se confirman por laboratorio, por clínica o se descartan.

### **Conclusiones:**

La incidencia de tos ferina en población general fue de 0,58 casos por cada 100000 habitantes. Se confirmó una muerte por Tosferina. La incidencia de tos ferina en población menor de cinco años fue de 7,4 casos por cada 100000 habitantes. La incidencia de tos ferina en población menor de un año fue de 36,7 casos por cada 100000 habitantes.

### **Recomendaciones:**

Verificar el correcto y total diligenciamiento de variables en las fichas de notificación (datos básicos y complementarios) que permitan mejorar la calidad del dato y el procesamiento de la información obtenida.

Fortalecer la toma de muestra de laboratorio para el análisis de la técnica de PCR (mayor sensibilidad y especificidad).

Realizar los ajustes de los casos notificados teniendo los resultados de laboratorio.

Frente a cualquier caso de muerte por tos ferina se debe notificar de inmediato a la SSPM de Cali y adelantar la investigación de campo que permita evaluar los factores que pudieron contribuir a la muerte, además de con el caso previo a la unidad de análisis y envío de la historia clínica.

Fortalecer la vigilancia de tos ferina mediante la Búsqueda activa institucional.

## **3.6. Tétanos:**

### **3.6.1. Tétanos Neonatal:**

No se notificaron casos de tétanos neonatal.

### **3.6.2. Tétanos en Otros Grupos**

No se notificaron casos de tétanos en otros grupos de edad.

Se notificó 1 caso procedente de otro municipio.

En la semana 13 la Sociedad Nuestra Señora de los Remedios notificó un caso confirmado de tétanos accidental (hombre de 16 años) procedente de Buenaventura.

## **3.7. Meningitis**

### **3.7.1. Meningitis Bacterianas**

Se notificaron 29 casos de meningitis bacteriana, siete confirmados por neumococo (dos fallecieron), dos confirmados meningococo, 17 confirmados por otro agente (cuatro fallecieron) y tres descartados.

### **3.7.2. Meningitis por Meningococo:**

Se notificaron dos casos confirmados de meningitis por meningococo.

**Tabla 50. Casos confirmados de Meningitis por Meningococo notificados por semana epidemiológica SSPM Cali 2016**

Semana	Ficha	Archivo Plano	Sexo	Edad	IPS	SGSSS	Investigación	ESE
5	No	Si	M	32	Clínica Farallones	Coomeva	Si	Ladera
21		Si	F	7/12	Fundación Valle del Lili	Coomeva	Si	Oriente

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

### 3.7.3. Meningitis por Neumococo:

Se confirmaron siete casos de meningitis por neumococo.

**Tabla 51. Casos confirmados de Meningitis por Neumococo por semana epidemiológica SSPM Cali 2016**

Semana	Ficha	Archivo Plano	Sexo	Edad	IPS	SGSSS	Investigación	ESE
4	No	Si	F	49	Fundación Valle del Lili	Policía N.	Si (falleció)	Norte
10	Si	Si	F	52	Clínica Farallones	Coomeva	Si (falleció)	Norte
11	No	Si	M	52	Clínica Farallones	Coomeva	Si	Centro
11	No	Si	M	78	HUV	Coosalud	Si	Ladera
11	No	Si	M	61	Clínica Esimed Cali Norte	Cafesalud	Si	Norte
19	No	Si	M	53	Clínica Nueva RUU	Nueva EPS	Si	Oriente
25	No	Si	F	42	Clínica Amiga	SOS		Norte

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

### 3.7.4 Meningitis por otro agente

Se confirmaron 17 casos de meningitis por otro agente.

**Tabla 52. Casos confirmados de Meningitis por otro agente por semana epidemiológica SSPM Cali 2016**

Semana	Ficha	Archivo Plano	Sexo	Edad	IPS	SGSSS	Condición final
1	No		F	1	FCI Club Noel	Emssanar	falleció
6	No	Si	M	63	Clínica DESA	Nueva EPS	
13	No	Si	F	35	Clínica NS de los R	Colmena	
14	No	Si	F	36	Clínica Esimed Cali	Cafesalud	
16	No	Si	M	75	Clínica DESA	Nueva EPS	
17	No	Si	F	30	IPS Suramericana	Sura	
18	No	Si	F	58	Clínica NS de los R	Comfenalco	
18	No	Si	F	50	Fundación Valle del Lili	Sura	
19	No	Si	M	49	Clínica Colombia	Emssanar	falleció
22	No	Si	F	27	Fundación Valle del Lili	Nueva EPS	
23	No	Si	M	48	Servicio IPS Suramericana	Sura	
24	No	Si	F	13	CS Terrón Colorado	Emssanar	
25	No	Si	M	50	E e I Médicas ESIMED	Cafesalud	falleció
25	No	Si	F	34	Clínica Colsanitas SB	Sanitas	
26	No	Si	F	67	Clínica DESA	Nueva EPS	Falleció
27	No	Si	F	32	Comfandi IPS San Nicolás	SOS	
28	No	Si	F	62	Clínica DESA	Nueva EPS	

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

Se notificaron cuatro casos provenientes de otros municipios y/o departamentos:

- Semana 08: Hospital Universitario del Valle. Hombre de 20 años residente en Andalucía; confirmado meningitis por neumococo.
- Semana 09: Fundación Valle del Lili. Hombre de 63 años residente en Santander de Quilichao - Cauca; confirmado meningitis por meningococo (falleció).
- Semana 10: Clínica de Occidente. Mujer de 39 años residente en Palmira; confirmado meningitis por neumococo.
- Semana 19: Fundación Valle del Lili. Hombre de 01 mes residente en Santander de Quilichao; confirmado meningitis por otro agente.

### **Discusión:**

En el 2016 se notificaron un total de 28 casos a nivel municipal, donde se observa un aumento en la notificación con respecto al mismo periodo del año inmediatamente anterior.

El número de casos confirmados por *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae* los convierte en los principales causantes de meningitis bacteriana.

### **Conclusiones:**

El comportamiento de la notificación de meningitis bacterianas durante 2016 muestra un aumento en el número de casos ingresados al SIVIGILA respecto al año inmediatamente anterior.

De acuerdo con el total de casos notificados como confirmados de meningitis bacterianas, los agentes causales de meningitis más importantes son *Streptococcus Pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.

El promedio en la notificación de casos de meningitis bacterianas fue de 1 caso cada semana epidemiológica.

### **Recomendaciones:**

La notificación de casos de meningitis bacteriana aguda se debe realizar únicamente a través del código del evento 535.

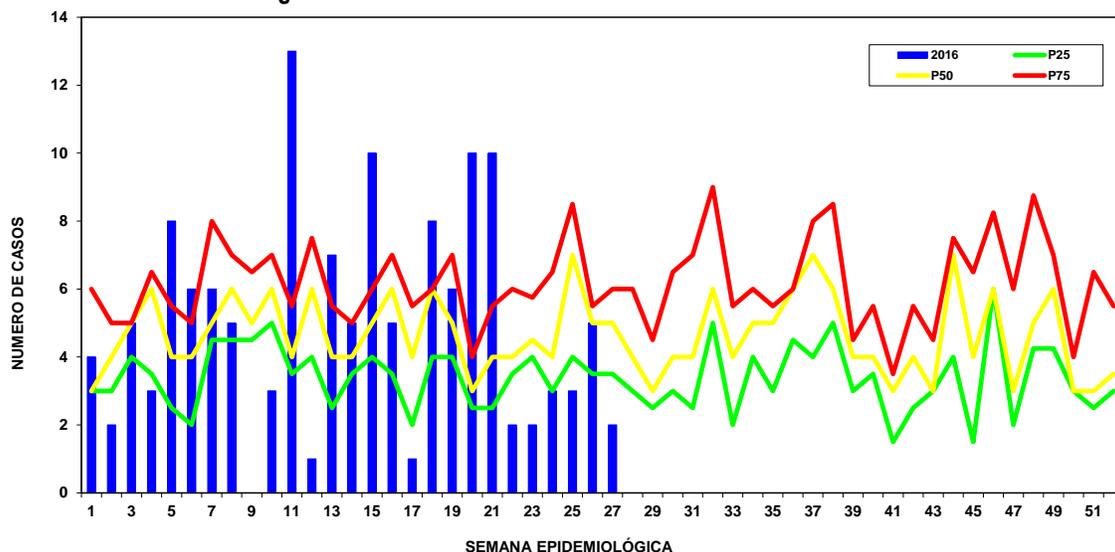
Todo aislamiento obtenido de muestra de un caso de meningitis debe ser enviado al laboratorio de Microbiología del INS para su tipificación.

Se deben realizar pruebas de laboratorio (cultivo de LCR o sangre) para la confirmación de todos los casos probables de meningitis bacteriana.

## **3.8. Parotiditis**

En este semestre se notificaron 142 casos; siete de ellos residentes en otros municipios del departamento Palmira (3), Candelaria, Jamundí, Tuluá y Yumbo (1 c/u). El canal endémico de los 135 casos residentes en Cali se presenta en la siguiente Figura.

Figura 52. Canal Endémico Parotiditis. Cali semestre I 2016



Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El 54,1% (73) de los casos notificados fueron realizados por ocho UPGD, ninguna de ellas pública.

**Tabla 53. Casos de Parotiditis notificados según UPGD SSPM Cali 2016**

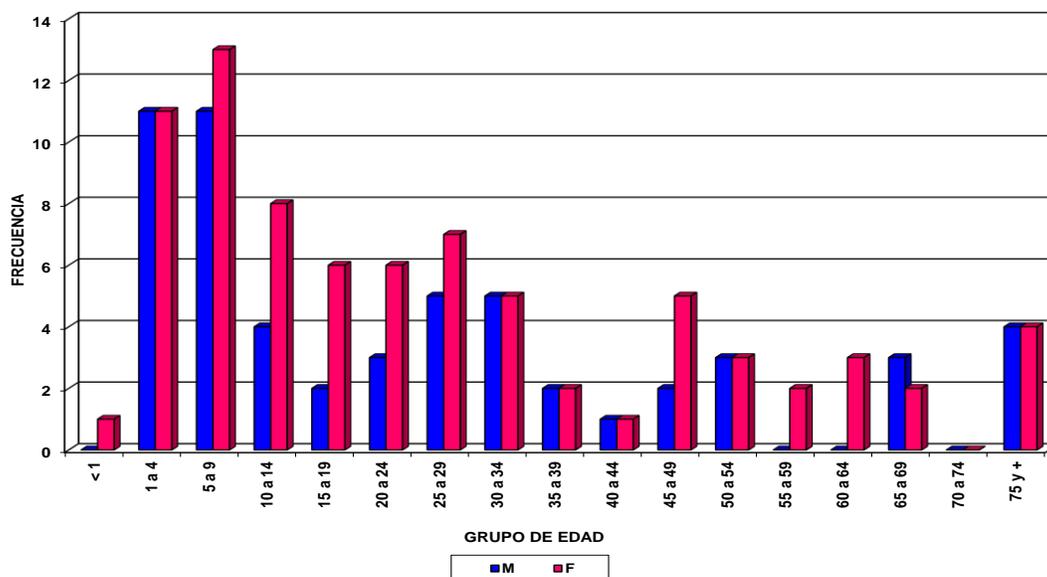
UPGD	No.	%	% Acum.
CENTRO MEDICO IMBANACO	16	11,9	11,9
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SA	10	7,4	19,3
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	9	6,7	25,9
CLINICA REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA - POLICIA	8	5,9	31,9
COMFANDI IPS MORICHAL	8	5,9	37,8
FUNDACION VALLE DEL LILI	8	5,9	43,7
CLINICA VERSALLES SA	7	5,2	48,9
COMFANDI IPS TORRES	7	5,2	54,1
IPS COMFANDI ALAMEDA	6	4,4	58,5
CLINICA FARALLONES SA	5	3,7	62,2
IPS COMFANDI CALIPSO	5	3,7	65,9
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	5	3,7	69,6
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	4	3,0	72,6
SERSALUD SA	4	3,0	75,6
Otros	33	24,4	100,0
Total	135		

Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El 41,5% (56) de los casos notificados ocurrieron en hombres y 58,5% (79) en mujeres. El 49,6% (67) de los casos confirmados eran menores de 15 años, siendo los grupos más afectados los de 5 a 9 y 1 a 4 años respectivamente.

**Figura 53. Distribución casos de parotiditis por edad y sexo.**

Distribución de la edad por grupos quinquenales y sexo de las personas con Parotiditis Cali 2016



Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

No se presentaron brotes.

### **Indicadores de vigilancia:**

1. La incidencia en la población general para el municipio de Cali fue de 5,6 x 100.000 habitantes (ideal no mayor a 20 casos x 100.000 habitantes).
2. La incidencia del evento en los menores de 5 años para el municipio de Cali fue de 13,0 x 100.000 habitantes (ideal no mayor a 20 casos x 100.000 habitantes).

### **Discusión**

En la distribución de casos de parotiditis notificados, se observa una disminución en su notificación en comparación con el año 2015. El promedio de casos para este evento fue de cinco casos por semana epidemiológica.

La mayor incidencia ocurre en el grupo de 5 - 9 y de 1 - 4 años, siendo baja la incidencia en el resto de edades.

Aunque en Colombia la vacuna contra esta enfermedad se encuentra en el PAI desde el año 1995, el 49,6% de los casos notificados por clínica en 2016 corresponde a menores de 15 años, quienes en teoría deberían tener el esquema de vacunación completo y adicionalmente por su condición de ser población estudiantil incrementa el riesgo de transmisión en población joven.

### **Conclusiones**

La población más afectada por el virus de la parotiditis durante este periodo de 2016 fueron los grupos de edad grupo de 5 - 9 y 1 - 4 años. La incidencia de parotiditis en Cali en la población general fue de 5,6 casos por cada 100000 habitantes, cifra con la que se cumple la meta nacional propuesta, "no mayor a 20 casos por cada 100000 habitantes".

### **Recomendaciones**

Es importante resaltar que la parotiditis ingresa al sistema de vigilancia epidemiológica como confirmado clínicamente y es posible que se estén notificando cuadros clínicos con curso parecido sin que sean necesariamente parotiditis viral, llevando al aumento de casos a través de los años y haciendo necesario el fortalecimiento de la vigilancia del evento.

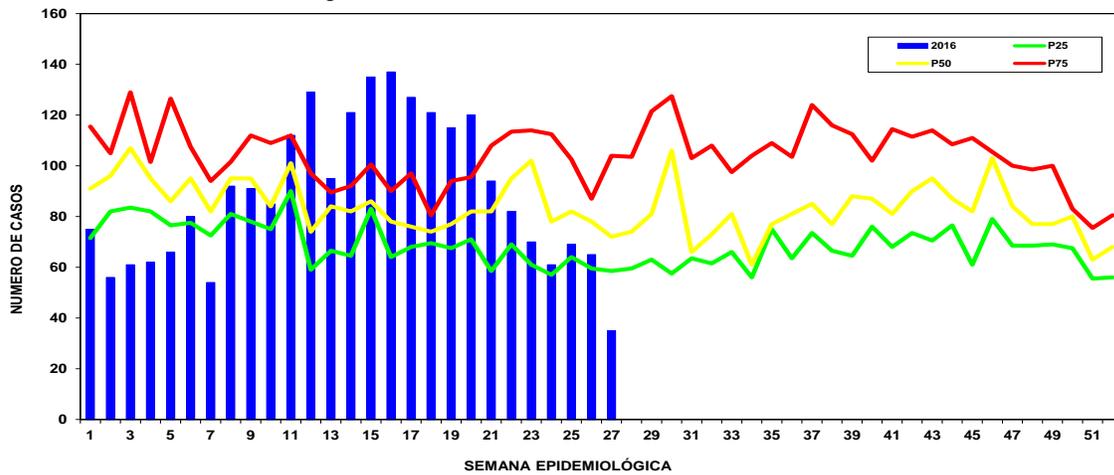
Investigar los brotes atribuidos al evento para determinar factores de riesgo que permitan la propagación de la enfermedad y enviar los informes respectivos al INS.

Intensificar las estrategias de vacunación a nivel intramural y extramural en todo el país, con el objeto de aumentar la población vacunada y alcanzar coberturas útiles, pues se ha observado una alta población menor de 15 años infectados.

### **3.9. Varicela**

En este semestre se notificaron 2490 casos de varicela; 65 residentes en otros municipios del Valle del Cauca y 15 residentes en otros departamentos del país. El canal endémico de los 2410 casos residentes en Cali se presenta en la siguiente Figura.

Figura 54. Canal endémico varicela. Cali 2016 – sem I.



Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El 48,4% (1167) de los casos notificados fueron realizados por 12 UPGD, ninguna de ellas pública.

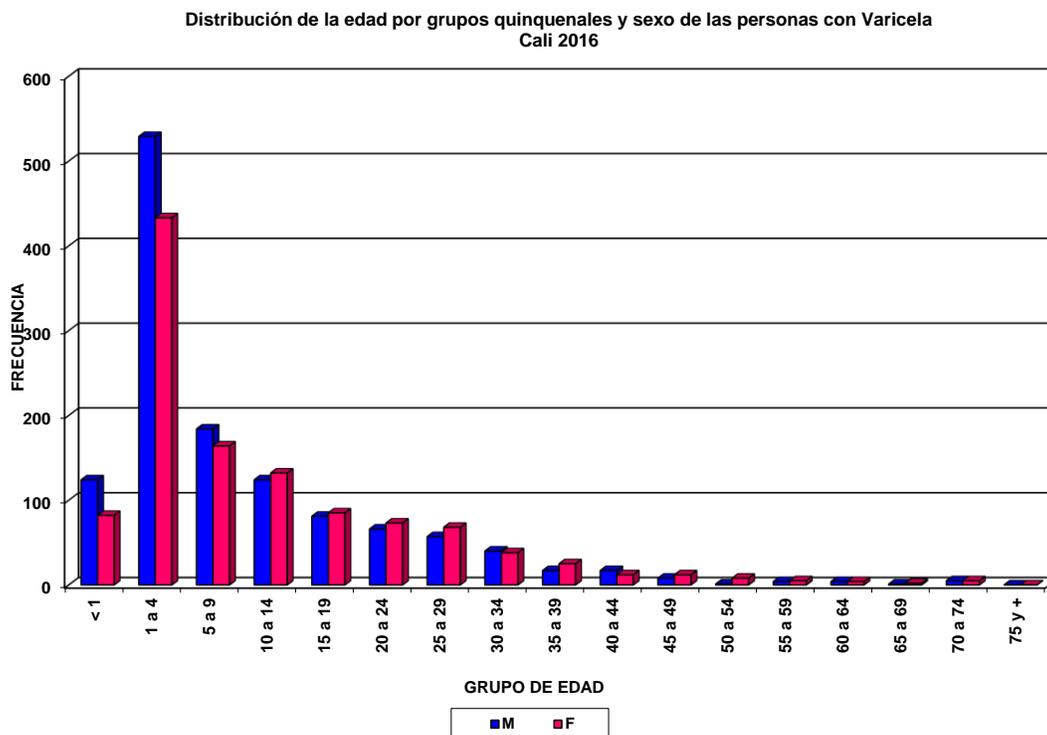
Tabla 54. Casos de Varicela notificados según UPGD SSPM Cali 2016

UPGD	No.	%	% Acum.
COMFANDI IPS TORRES	157	6,5	6,5
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	143	5,9	12,4
CLINICA VERSALLES SA	112	4,6	17,1
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	102	4,2	21,3
SINERGIA GLOBAL EN SALUD ATENCION BASICA SANTA CA	98	4,1	25,4
IPS COMFANDI CALIPSO	87	3,6	29,0
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	85	3,5	32,5
CLINICA ORIENTE LTDA	83	3,4	36,0
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI	83	3,4	39,4
CENTRO MEDICO IMBANACO	74	3,1	42,5
IPS COMFANDI EL PRADO	74	3,1	45,6
FUNDACION VALLE DEL LILI	69	2,9	48,4
CLINICA COMFENALCO	61	2,5	51,0
IPS COMFANDI ALAMEDA	58	2,4	53,4
SALUD TOTAL CALI AMERICAS	57	2,4	55,7
COMFANDI IPS MORICHAL	55	2,3	58,0
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	47	2,0	60,0
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	45	1,9	61,8
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	45	1,9	63,7
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	44	1,8	65,5
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	43	1,8	67,3
CLINICA REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA - POLICIA	42	1,7	69,0
CENTRO DE SALUD MARROQUIN - ESE ORIENTE	33	1,4	70,4
BATALLÓN DE ASPC NO3 POLICARPA SALAVARIETA	32	1,3	71,7
SURAMERICANA IPS FLORA	32	1,3	73,1
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	28	1,2	74,2
INPEC CALI	26	1,1	75,3
SANACION Y VIDA IPS SAS	26	1,1	76,4
Otros	569	23,6	100,0
Total	2410	100,0	

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El 52,4% (1262) de los casos notificados ocurrieron en hombres y 47,6% (1148) en mujeres. El 73,5% (1772) de los casos confirmados eran menores de 15 años, siendo los grupos más afectados los de 1 a 4 y 5 a 9 años respectivamente.

**Figura 55. Distribución de casos de varicela por sexo y edad.**



Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

### 3.9.2 Brotes:

Los brotes de las sedes educativas de Cali atendidos por las ESE de la SSPM de Cali se relacionan a continuación.

**Tabla 54. Brotes por Varicela en sedes educativas SSPM Cali 2016**

ESE	No sedes educativas	No aulas educativas	No investigaciones	No grupos afectados	No grupos en cese	No estudiantes	No casos
Centro	12	143	11	21	11	716	40
Ladera	16	137	16	27	7	735	39
Norte	11	113	7	21	9	516	36
Oriente	7	51	7	8	2	269	11
Sur Oriente	6	99	4	6	4	137	14
Rural	3	145	3	6	1	176	12
Total	55	688	48	89	34	2549	152

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

A través de la revisión semanal del Sivigila, se han detectado 15 brotes de varicela que comprometen a 55 personas.

**Tabla 55. Brotes por Varicela notificados por semana epidemiológica SSPM Cali 2016**

Semana	IPS	# de Casos
01	INPEC	11
02	INPEC	01

02	Comfandi IPS Torres	02
02	Fundación Clínica Infantil Club Noel	02
02	Establecimiento de Sanidad Militar EMAVI	02
03	Sinergia Global en Salud Atención Básica	02
04	Comfandi IPS Calipso	02
05	Hospital Carlos Carmona Montoya	02
05	INPEC	04
06	Clínica Comfenalco	02
06	Salud Total Cali Américas	03
06	INPEC	04
07	INPEC	01
08	Fundación Valle del Lili	02
08	INPEC	03
09	INPEC	02
15	Comfandi IPS Morichal	02
20	C de S Manuela Beltrán	02
22	Red de Salud del Norte ESE	02
25	Comfandi IPS Pasoancho	02
25	Centro de Salud Cristóbal Colón	02

*Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016*

### **Brote cárcel Vistahermosa:**

La cárcel de Vistahermosa de mediana seguridad se encuentra ubicada en el barrio El Prado transversal 25 No. 31 – 116. La cárcel tiene capacidad para 1667 internos y actualmente hay 6638 distribuidos en 11 patios (hacinamiento 280% - superior al del país del 53%). Además laboran en sus instalaciones 300 funcionarios del INPEC. Durante las visita de familiares los fines de semana, pueden ingresar alrededor de 2500 personas más.

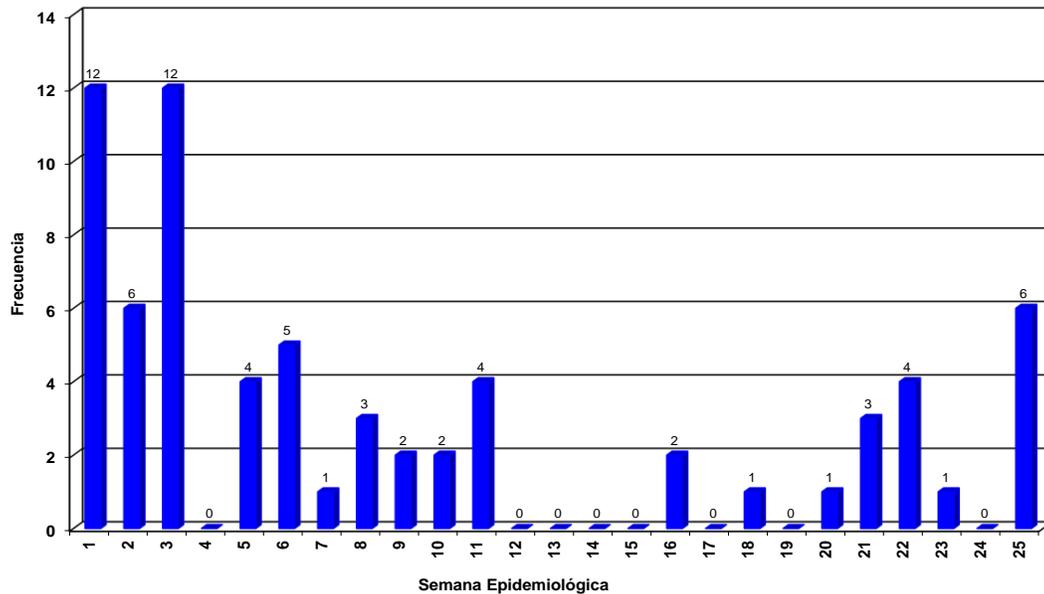
Ante la liquidación de la EPS Caprecom (que prestaba la atención en salud a la población carcelaria), la atención en salud está a cargo de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC). Lo falta de médicos y enfermeras en la cantidad suficiente, genera una mala prestación de servicios de salud.

Hasta la semana epidemiológica 25, se han presentado 69 casos de varicela en la cárcel de Vistahermosa de la ciudad de Cali. 24 casos han sido notificados al Sivigila (todos hasta la semana epidemiológica 09). Los 45 casos restantes han sido notificados por la enfermera del INPEC.

En promedio se notifican tres casos por semana; la notificación por semana epidemiológica se presenta en la siguiente:

**Figura 56. Casos de varicela por semana epidemiológica – cárcel vistahermosa**

**Figura 1. Numero decasos de varicela por semana epidemiológica  
Carcel Vistahermosa - Cali 2016.**



*Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016*

El 76,8% (53) de los casos se han presentado en el grupo entre 20 y 29 años, seguido por los grupos de 18 a 19 años y 30 a 34 años con el 7,2% c/u (5 casos c/u). El promedio de edad es de 24 años, mediana 22 años y moda 21 años.

#### Acciones Realizadas

- ✓ Se han efectuado dos reuniones en la oficina del subdirector 8coronel Octavio Guevara) del establecimiento penitenciario Cárcel Vistahermosa, funcionarios de salud del INPEC con el fin de establecer compromisos para evitar lo más posible la propagación del brote.
- ✓ Se ha realizado capacitación al personal encargado de la notificación al Sivigila.
- ✓ Se ha dado capacitación sobre sobre el aislamiento y tratamiento de los pacientes.
- ✓ El personal del INPEC realiza limpieza y desinfección de los patios en donde se han presentado casos.
- ✓ Se solicitó a la institución carcelaria la atención integral de los casos de varicela presentados.

Se concluye que el manejo dado para control del brote ha sido el adecuado a pesar del hacinamiento que presenta la institución carcelaria y a la falta de una adecuada atención en salud que tiene la población carcelaria.

No se pueden vulnerar los derechos fundamentales de los reclusos en relación al derecho de recibir visitas de sus familiares (incluyendo menores de edad).

La tasa de ataque en la cárcel de Vistahermosa es del 1,0%, la cual es baja si se tiene en cuenta sus condiciones de hacinamiento.

La sobrepoblación carcelaria, el contacto íntimo entre los internos, la falta de atención médica oportuna favorecen la persistencia del brote en esta institución penitenciaria.

### **Mortalidad:**

En la semana 21, el Hospital Universitario del Valle notificó una muerte en un menor de 8 años de edad residente en el municipio de Tuluá.

### **Indicadores de vigilancia:**

1. La incidencia en la población general para el municipio de Cali fue de 100,6 x 100.000 habitantes.
2. La incidencia del evento en los menores de 5 años para el municipio de Cali fue de 660,9 x 100.000 habitantes.

### **Discusión:**

La varicela es uno de los eventos con el mayor número de casos notificados en el municipio, por tal motivo es importante sensibilizar al personal de salud de las UPGD para su notificación y la oportunidad en la identificación de brotes, para así realizar las acciones individuales que contribuyan al control de la enfermedad.

Los grupos de edad más afectados pertenecen a la población de menores de 5 años de edad lo que probablemente contribuyó al aumento de casos y presencia de brotes en establecimientos educativos; la inclusión de la vacuna contra varicela probablemente disminuiría la incidencia en ésta población, disminuyendo los brotes por aumento de inmunidad y la ausencia escolar de los casos.

De acuerdo con el canal endémico de los casos notificados al Sivigila varicela ha tenido un comportamiento epidémico entre las semanas 12 a 20 del 2016.

El inicio de actividades como estudio y trabajo, de los casos confirmados en periodo de transmisión, puede llevar a la propagación del virus y presencia de brotes.

### **Conclusiones:**

En la distribución de casos de varicela notificados, se observa un aumento en la notificación del 5,1% comparado con el primer semestre de 2015.

La incidencia de varicela en el municipio de Cali en la población general fue de 100,6 casos por cada 100.000 habitantes.

La incidencia de varicela en la población menor de cinco años de edad fue de 660,9 casos por cada 100.000 niños menores de cinco años.

### **Recomendaciones:**

Realizar acciones de seguimiento a los brotes identificados para garantizar el control de la enfermedad.

Sensibilizar a padres, cuidadores y docentes, de la importancia del aislamiento del caso en periodo de transmisión.

Realizar la investigación y unidad de análisis adecuada y pertinente de las muertes relacionadas con el evento, con el fin de describir las causas de base de la muerte y las complicaciones presentadas.

Realizar vigilancia diaria a los casos presentados en centros de reclusión y batallones, con el objeto de evitar el aumento de casos o de controlar brotes.

Fortalecer el trabajo intersectorial con INPEC y el sector militar, resaltando la importancia de la infraestructura de los centros penitenciarios como factor influyente para la salud de las personas que las habitan, además de llevar a cabo las recomendaciones según protocolo en caso de presentarse brotes.

Dar a conocer en la comunidad, las siguientes recomendaciones:

- Aislar al paciente y no permitir el contacto con personas que no hayan tenido la enfermedad, especialmente las mujeres embarazadas y personas inmunocomprometidas.
- No recibir a los niños con varicela en los colegios y jardines mientras se presenten las ampollas.
- Mantener buenos hábitos higiénicos.
- Educar sobre el cuidado de las lesiones indicando la importancia de no rascar para evitar lesiones que posteriormente se puedan infectar.
- Educar en signos de alarma para que el paciente asista al servicio médico cuando sea necesario.

Intensificar en lugares con población carcelaria, las siguientes recomendaciones:

- Identificación y aislamiento de los casos, dar el manejo médico para la enfermedad.
- Mantener el aislamiento de los internos sintomáticos durante al menos cinco días después de la fecha de inicio de síntomas y hasta que las lesiones estén costras.
- Uso de tapabocas.
- Para reducir el riesgo de propagación de casos, se solicita el uso de tapabocas para los funcionarios del INPEC, rancheros, internos y civiles que ingresen al centro carcelario.
- Hacer énfasis en la higiene de las manos y en la forma correcta de toser y estornudar.
- Solicitar a los internos que extremen las medidas de limpieza y desinfección de las manos, no intercambiar menajes, alimentos, ropa, almohadas y cobijas al menos durante los próximos 21 días.
- Contar con el recurso humano suficiente para la valoración de las personas que ingresan los días de visita.
- Capacitación y sensibilización constante a guardia, demás trabajadores, internos y visitantes.
- Valoración médica a los internos que presentan alguna enfermedad que cause inmunosupresión (VIH) y que al presentar varicela pueda generar complicaciones graves.
- Búsqueda diaria de susceptibles.
- Desinfección del área de aislamiento y desinfección de todas las áreas de la cárcel.
- Capacitación a los internos encargados de la desinfección.
- Restricción del desplazamiento de los internos enfermos.
- Control de movilidad de internos y guardas se deben desplazar usando tapabocas.
- Realizar censo en la cárcel en búsqueda de susceptibles.

- Para evitar la propagación en personas especialmente susceptibles se debe restringir las visitas de gestantes, menores de cinco años, personas mayores de 60 años y personas inmunocomprometidas.
- Publicación de indicaciones de ingreso a la cárcel en la puerta para informar a los visitantes de los riesgos.
- Evitar o reducir al máximo el traslado de los internos sintomáticos a lugares públicos como los juzgados.
- Restringir el ingreso de internos enfermos provenientes de otros centros penitenciarios para prevenir complicaciones en su condición clínica por contagio con la varicela.
- Notificación inmediata de la aparición de nuevos casos.

### 3.10. Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación (ESAVI):

Durante este semestre se notificaron 24 casos de ESAVI.

El 41,7% (2 c/u) de los casos, fueron notificados por Clínica Comfenalco, Cruz Roja Colombiana, Puesto de Salud La Buitrera y Puesto de Salud Lourdes; el 33,3% (8) de los casos fueron notificados por UPGD pertenecientes a red pública.

Los casos se clasificaron de la siguiente manera: El 66,7 (16) fueron descartados, 12,5% (3) se clasificaron como graves coincidentes, 4,2% (1) grave relacionado con el programa y 16,7% (4) están pendientes por clasificar.

No se han notificado muertes.

### 3.11. Búsqueda Activa Institucional (BAI):

La información corresponde al primer trimestre de 2016.

#### Sarampión Rubéola.

Tabla 56. BAI Sarampión

UNM	Total UPGD reporte mensual	Porcentaje de UPGD con BI	Total RIPS realizo busqueda	Eventos encontrados por RIPS	Número de historias clínicas revisadas	Cumple con definición del evento	Eventos notificados previamente al SIVIGILA	Número de casos con muestra	Porcentaje de concordancia	Porcentaje de UPGD con concordancia > 90%	Clasificación final			Eventos encontrados por laboratorio	Eventos encontrados por estadísticas vitales
											Descartado	Confirmado	Compatible		
Cali	56	39%	541663	273	273	0	0				273	0			

#### Parálisis Flácida.

Tabla 57. BAI Parálisis flácida

UNM	Total UPGD reporte mensual	Porcentaje de UPGD con BI	Total RIPS realizo busqueda	Eventos encontrados por RIPS	Número de historias clínicas revisadas	Cumple con definición del evento	Eventos notificados previamente al SIVIGILA	Número de casos con muestra	Porcentaje de concordancia	Porcentaje de UPGD con concordancia > 90%	Clasificación final			Eventos encontrados por laboratorio	Eventos encontrados por estadísticas vitales
											Descartado	Confirmado	Compatible		
Cali	56	39%	38009	19	19	0	0				19	0			

## Síndrome de Rubéola Congénita.

**Tabla 58. BAI síndrome rubeola congenita**

UNM	Total UPGD reporte mensual	Porcentaje de UPGD con BI	Total RIPS realizo busqueda	Eventos encontrados por RIPS	Número de historias clínicas revisadas	Cumple con definición del evento	Eventos notificados previamente al SIVIGILA	Número de casos con muestra	Porcentaje de concordancia	Porcentaje de UPGD con concordancia > 90%	Clasificación final			Eventos encontrados por laboratorio	Eventos encontrados por estadísticas vitales
											Descartado	Confirmado	Compatible		
Cali	56	39%	11241	33	33	0	0				33	0			

## Tétanos Neonatal.

**Tabla 59. Bai tetanos neonatal**

UNM	Total UPGD reporte mensual	Porcentaje de UPGD con BI	Total RIPS realizo busqueda	Eventos encontrados por RIPS	Número de historias clínicas revisadas	Cumple con definición del evento	Eventos notificados previamente al SIVIGILA	Número de casos con muestra	Porcentaje de concordancia	Porcentaje de UPGD con concordancia > 90%	Clasificación final			Eventos encontrados por laboratorio	Eventos encontrados por estadísticas vitales
											Descartado	Confirmado	Compatible		
Cali	56	39%	5684	183	183	0	0				183	0			

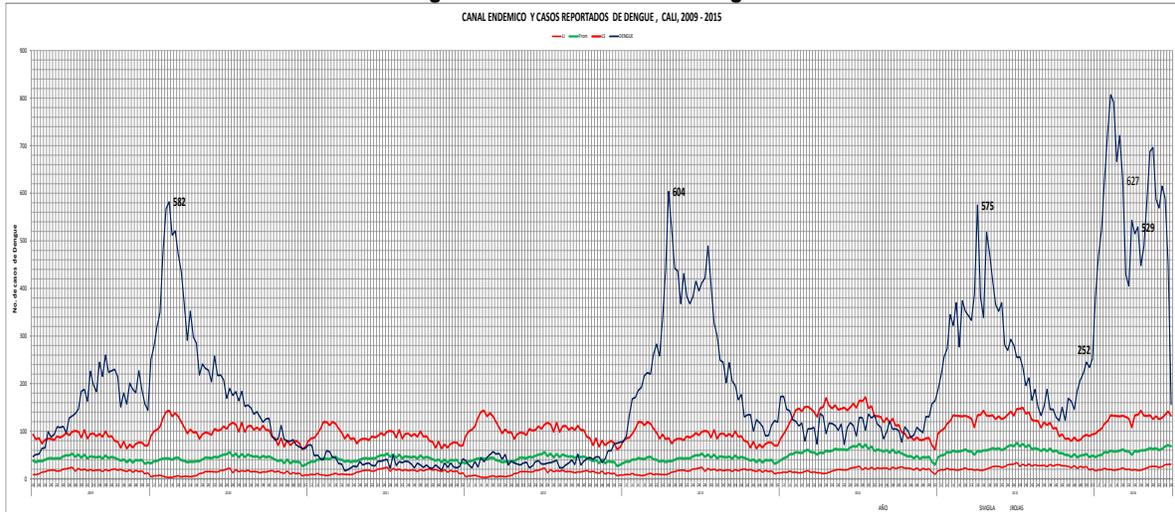
## **4. Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis**

En este grupo de eventos de interés en salud pública se encuentran: Dengue (210), Dengue Grave (220),

### **4.1 Dengue**

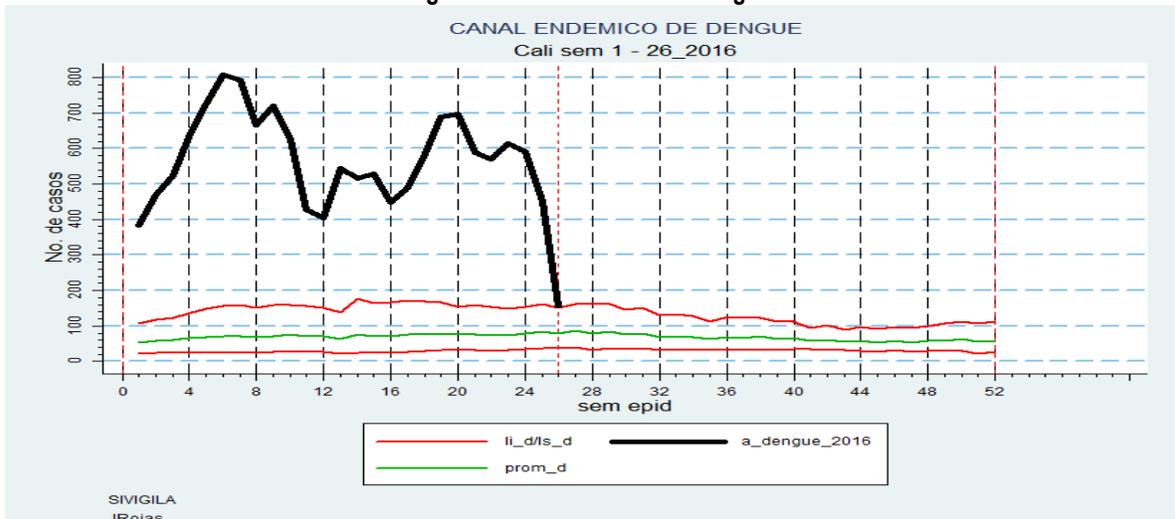
El Dengue es una enfermedad infecciosa cuyo agente causal es el virus Dengue del cual se han identificado 5 serotipos pero en Colombia Circulan 4: el DV1, DV2, DV3 y el DV4; y es transmitida por mosquitos vectores del genero Aedes (Aegypti y Albopictus) ambas especies presentes en nuestra región. El comportamiento del dengue en Cali ha sido endemo-epidémica con ciclos cada 3 – 5 años con cada vez más cortos periodos interepidémicos.

**Figura 56. Canal endémico dengue.**



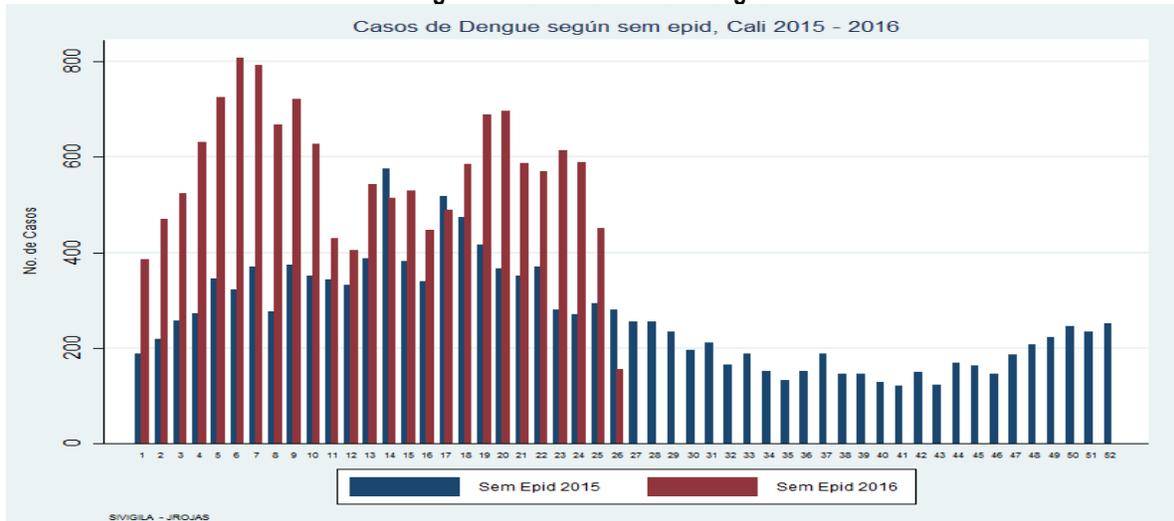
El canal endémico del dengue construido con los reportes al SIVIGILA de por lo menos los 5 años previos pone en evidencia una situación epidémica bimodal desde el año 2015. Es importante tener en cuenta que desde el 2014 ingreso a circulación en nuestra ciudad el virus chikungunya y en el 2015 está circulando el virus zika ; ambos emergentes y con sintomatología muy similar lo cual puede haber causado sobregistros, especialmente en la primeras fase epidémicas del chickungunya y zika. A pesar de la tendencia al descenso , no es muy contundente e ingreso a los canales de endemicidad.

**Figura 57. Canal endémico dengue.**



Todas las semanas epidemiológicas se han registrado un número de casos de dengue superior a la misma semana del año inmediatamente anterior (2015); excepto 2 semanas epidemiológicas (la semana epidemiológica 14 y la 17)

**Figura 58. Canal endémico dengue**



Se han reportado 14646 casos de Dengue de los cuales en 14080 caso se pudo identificar la dirección de residencia y georeferenciar el barrio y la comuna. El 30% de los casos proceden de las comunas 13, 15 y 17. Las comunas 13 y 15 se ubican en la zona oriental de la ciudad de Estratos socioeconómicos bajos. Llama poderosamente la atención el alto número de caso de dengue reportados de la comuna 17, que es una comuna con población de altos estratos y de infraestructura moderna.

**Tabla 60. Casos de dengue según comuna**  
**CASOS DE DENGUE SEGÚN COMUNA**  
**CALI, 2016**

comuna	No. Casos	%	% acum
13	1984	14,1	14,1
15	1209	8,6	22,7
17	1021	7,3	29,9
11	743	5,3	35,2
14	741	5,3	40,5
16	688	4,9	45,4
18	671	4,8	50,1
10	663	4,7	54,8
8	659	4,7	59,5
12	658	4,7	64,2
19	622	4,4	68,6
21	603	4,3	72,9
6	575	4,1	77,0
2	536	3,8	80,8
7	434	3,1	83,9
4	378	2,7	86,5
5	373	2,6	89,2
20	339	2,4	91,6
3	292	2,1	93,7
9	292	2,1	95,7
1	257	1,8	97,6
100	221	1,6	99,1
22	121	0,9	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>14080</b>	<b>100,0</b>	

SIVIGILA

La población con más casos reportados corresponde a los grupos de edad de 10-34 años que agrupan el 50% del total.

**Tabla 61. Casos de dengue según periodo epidemiológico**  
CASOS DE DENGUE SEGÚN GRUPO DE EDAD Y PERIODO EPIDEMIOLOGICO. CALI 2016

EDAD (AÑOS)	PERIODO EPIDEMIOLOGICO							TOTAL	%
	I	II	III	IV	V	VI	VII		
0-4	128	188	105	114	155	174	47	911	6,2
5-9	177	236	162	129	185	203	56	1148	7,8
10-14	248	390	224	203	227	173	41	1506	10,3
15-19	209	293	215	176	198	166	39	1296	8,8
20-24	236	309	270	244	225	239	86	1609	11,0
25-29	218	328	206	211	247	256	71	1537	10,5
30-34	174	237	227	181	259	252	56	1386	9,5
35-39	143	203	147	144	209	188	50	1084	7,4
40-44	93	156	127	142	158	159	43	878	6,0
45-49	83	164	119	112	138	140	34	790	5,4
50-54	79	141	113	111	117	119	29	709	4,8
55-59	63	108	83	79	104	85	14	536	3,7
60-64	60	88	63	58	79	73	13	434	3,0
65 y +	99	151	121	131	158	134	28	822	5,6
<b>TOTAL</b>	<b>2010</b>	<b>2992</b>	<b>2182</b>	<b>2035</b>	<b>2459</b>	<b>2361</b>	<b>607</b>	<b>14646</b>	<b>100,0</b>

50,1

SIVIGILA

Elaboró: J Rojas

Chikungunya hizo su curso epidémico en el 2015 y actualmente el número de casos es muy bajo, superado por el Zika que empezó a reportarse desde la semana 40 de 2015, alcanzo su moda en la semana 15 de 2016 para luego disminuir el número de reportes por esta enfermedad con 455 casos en la semana 25 de 2016

## 8. INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PACIENTE CON DENGUE

### 8.1. PROPORCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE EVOLUCIONAN A FORMAS GRAVES DEL DENGUE

Numerador: Número de pacientes hospitalizados que evolucionan a shock por dengue.

Denominador: Total de pacientes hospitalizados

Coefficiente de multiplicación: por cien (X 100)

Parámetro: <2% de pacientes hospitalizados que evolucionan a shock por dengue

### 8.2. PROPORCIÓN DE PACIENTES CON FORMAS GRAVES DE DENGUE HOSPITALIZADOS EN TERCER NIVEL

Numerador: Número de pacientes con dengue grave hospitalizados en tercer nivel.

Denominador: Total de pacientes hospitalizados con diagnóstico de dengue grave.

Coefficiente de multiplicación: por cien (X 100).

Parámetro: 100% de pacientes hospitalizados y monitoreados en tercer nivel

### 8.3. PROPORCIÓN DE PACIENTES CON DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA QUE EVOLUCIONAN A DENGUE GRAVE

Numerador: Número de pacientes con diagnóstico de dengue signos de alarma que evolucionan a dengue grave.

Denominador: Total de pacientes con diagnóstico de dengue signos de alarma.

Coefficiente de multiplicación: por cien (x 100).

Parámetro: <5% de casos con signos de alarma que evolucionan a formas graves de la enfermedad.

### 8.4. % PACIENTES QUE FALLECEN EN PRIMER O SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Numerador: Número muertes por dengue que ocurren en primer y segundo nivel de atención

Denominador: Total de muertes por dengue

Coefficiente de multiplicación: por cien (x 100).

Parámetro: 0% de pacientes que fallecen en primer y segundo nivel de atención.

*Guía Clínica Dengue*

35

### 8.5. LETALIDAD POR DENGUE

Numerador: Número muertes por dengue en un periodo específico.

Denominador: Total de casos graves de dengue en un periodo específico

Coefficiente de multiplicación: por cien (x 100).

Parámetro: <2% de pacientes con formas graves de la enfermedad fallecen.

El análisis de los indicadores de calidad de la atención del paciente con dengue evidencian un aprendizaje y cada vez mayor adherencia a las guías de atención. La proporción de dengue grave ha disminuido la letalidad general o global se ha mantenido alrededor de 0.1 %. La proporción de casos que se investigan con IgM ha aumentado desde 4.3 en 201. hasta el 20.3% en 2016 . El porcentaje de pacientes con dengue y signos de alarma que se hospitalizaron aumento de 22.3% en 2014 a 63.0% en 2016. El porcentaje de pacientes con dengue hospitalizados que evolución a choque disminuyo de 3% en 2010 a 1.0% en 2016 y el porcentaje de pacientes con dengue y signos de alarma que evolucionaron a dengue se redujo a la mitad de 2010 (4.0%) a 2016 (2.0%). El número de casos de dengue que fallecieron en un nivel III también se redujo.

En cuanto a la letalidad por dengue grave, considero que debe revisarse la meta, pues en las mejores Unidades de cuidado intensivo la letalidad puede llegar a ser de 46%. Nosotros en Cali tenemos una letalidad del 20.0%

**Tabla 62. Indicadores de calidad de vigilancia en dengue**

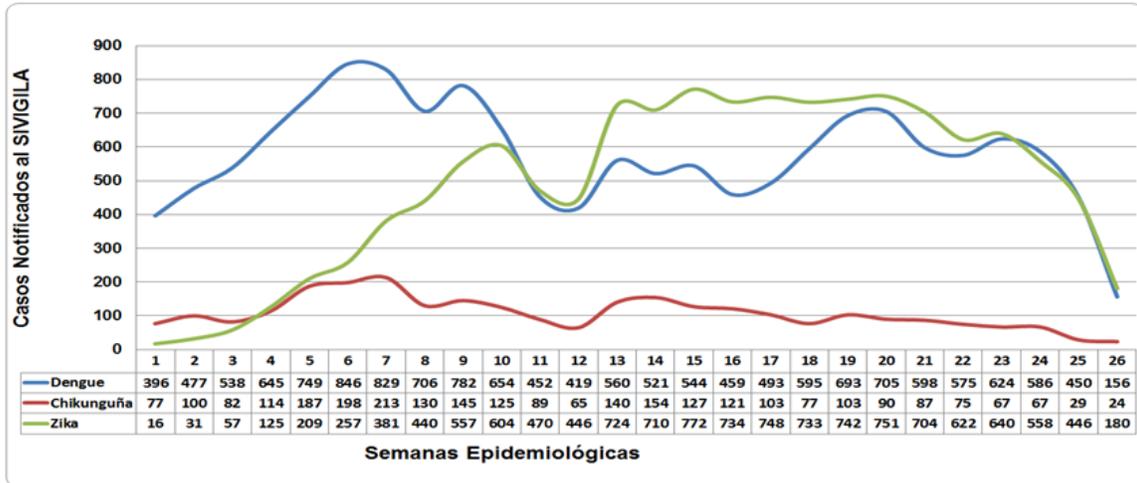
INDICADORES DE CALIDAD DE VIGILANCIA DE DENGUE  
CALI 2010 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016

INDICADOR	AÑO				
	.2010	.2013	.2014	.2015	.2016
Casos de Dengue total	10935	13433	6099	13729	14646
Casos de Dengue	10624	13002	5831	13666	14562
Casos de Dengue Grave	311	431	268	52	70
% de Dengue grave	2,8	3,2	4,4	0,4	0,5
Muertes confirmadas	16	12	6	11	14
muertes probables pendientes de cove	0	0	1	1	7
letalidad total /100	0,15	0,09	0,10	0,08	0,10
letalidad de Dengue Gra ve /100	5,1	2,8	2,2	21,2	20,0
% de casos con IgM	4,3	33,7	43,4	15,7	20,3
% de casos con IgM positiva/casos con IgM			99,5	98,3	98,7
% de Dengue con IgM	4,2		16,6	15,5	17,6
% de IgM positiva/dengue con IgM			99,5	98,3	98,5
% de Dengue Grave con IgM	6,4		15,9	47,6	27,4
% de IgM positiva/dengue grave con IgM			100,0	96,7	100,0
% de IgM en las muertes por dengue	75	75	75	50	29
% IgM positiva/ en muertes				83	100
# de hospitalizaciones	2455	3209	1288	2097	2591
% de Hospitalizaciones	22,45	23,9	20,8	15,3	17,7
% de Hospitalizaciones que evolucionan a choque	3,0	1,1	4,2	1,2	1,0
Dengue con signos de alarma (DCS)	6284	7132	1097	2944	3188
% pacientes con signos de alarma que se hospitalizaron			22,3	51,5	63,0
% de DCS que evolucionan a Dengue Grave	4,1	4,8	8,1	2,1	2,1
% de Dengue Grave hospitalizados en 3er nivel	11,9	46,6	61,6	80,8	100,0
# muertes en 1o. /y 2o. Nivel de atención	3	0	3	0	1
SIVIGILA					
JROJAS MD EPID ETV					

## 4.2. Zika

Se han reportado 13611 casos de zika al SIVIGILA de Cali, de los cuales 1173 son gestantes. Desde la semana 20 se observa descenso desde 781 casos hasta 277 en la semana 27 de 2016.

Figura 59. Comportamiento notificación semanal – Dengue, Chikungunya y Zika.



Fuente: Secretaría Salud Pública Municipal -SIVIGILA 2016-Vigilancia Epidemiológica

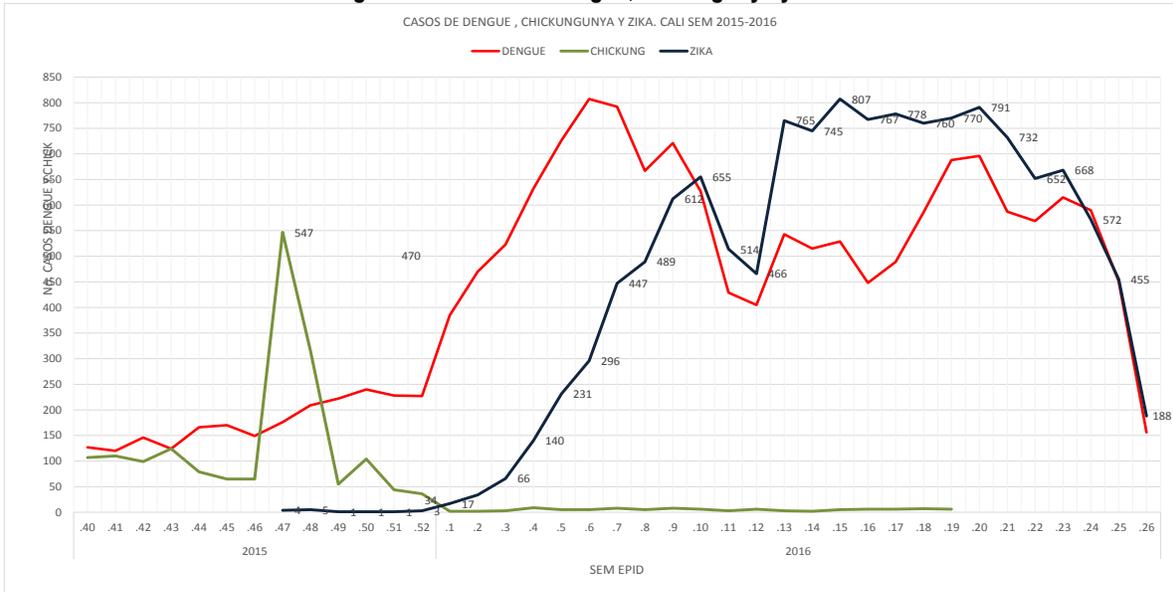
Tabla 63. de casos de dengue, chikungunya y zika.

CASOS DE DENGUE, CHICKUNGUNYA Y ZIKA  
CALI SEM 40 DE 2015 A SEM 26 DE 2016

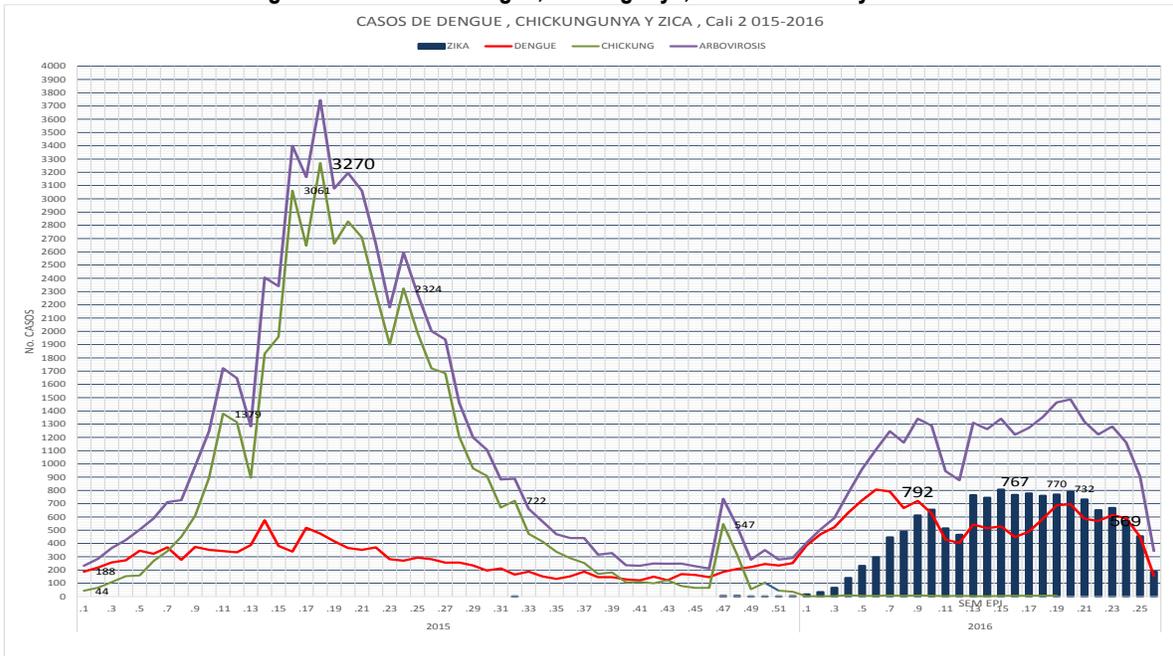
AÑO	SEM	DENGUE	CHICKUNG	ZIKA
2015	.40	127	107	
	.41	120	110	
	.42	146	99	
	.43	124	124	
	.44	166	79	
	.45	170	65	
	.46	149	65	
	.47	176	547	4
	.48	209	316	5
	.49	222	55	1
	.50	240	104	1
	.51	228	44	1
.52	227	36	3	
2016	.1	385	2	17
	.2	470	2	34
	.3	523	3	66
	.4	632	9	140
	.5	726	5	231
	.6	807	5	296
	.7	792	8	447
	.8	667	5	489
	.9	721	8	612
	.10	627	6	655
	.11	429	3	514
	.12	405	6	466
	.13	543	3	765
	.14	515	2	745
	.15	529	5	807
	.16	448	6	767
	.17	489	6	778
	.18	586	7	760
	.19	688	6	770
	.20	696		791
	.21	587		732
	.22	569	1	652
	.23	615		668
	.24	590		572
	.25	451		455
	.26	156		188

SIVIGILA

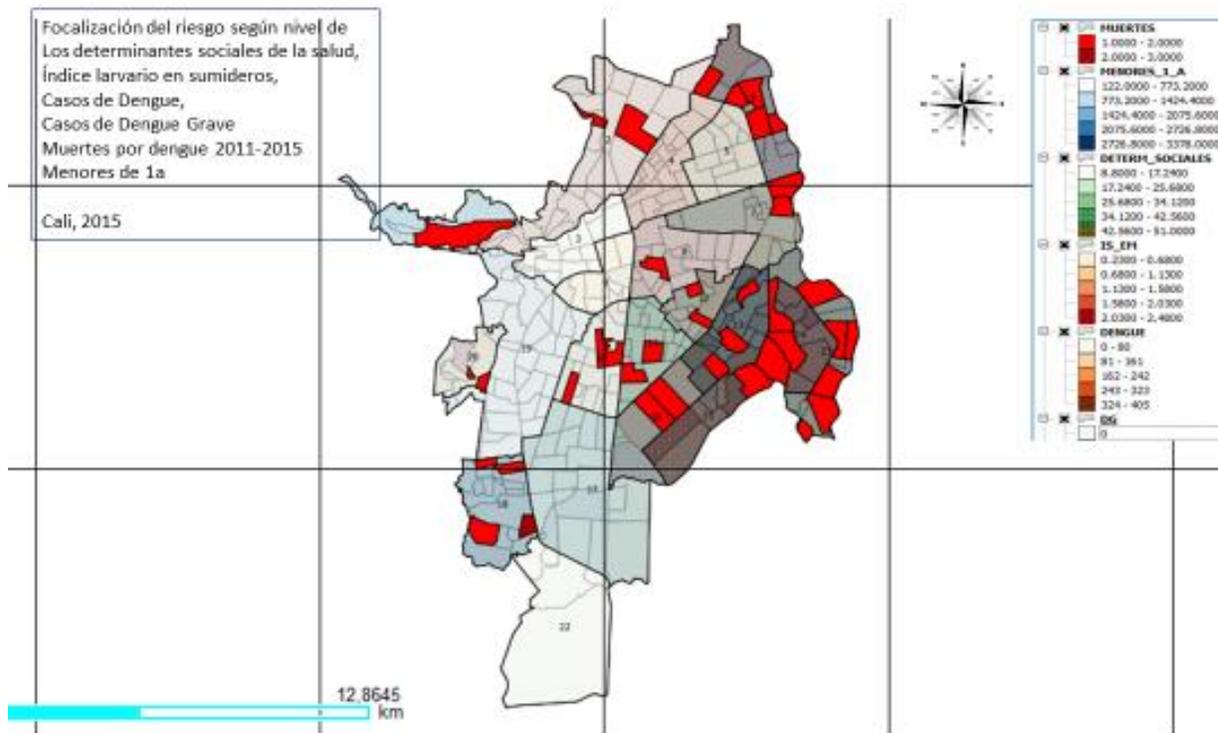
**Figura 60. Casos de dengue, chikungunya y zika.**



**Figura 61. Casos de dengue, chikungunya, zika. Año 2015 y 2016.**



Mapa 5. Mapa de mortalidad por dengue.



### 4.3. Chagas

La enfermedad de Chagas, también llamada tripanosomiasis americana, descubierta por el Dr. Carlos Chagas hace más de un siglo, en 1909, es causada por el *Tripanosoma Cruzi*, parásito flagelado de la familia *Tripanosomatidae*.

Se calcula que en todo el mundo, principalmente en América Latina, unos 10 millones de personas están infectadas por el *Tripanosoma cruzi* (parásito que causa la enfermedad de Chagas).

Inicialmente, la enfermedad de Chagas estaba confinada a la Región de las Américas, principalmente en América Latina, pero en la actualidad se ha propagado a otros continentes.

Esta enfermedad se puede curar si el tratamiento se administra de forma oportuna, al poco tiempo de producirse la infección. Hasta un 30% de los enfermos crónicos presentan alteraciones cardíacas y hasta un 10% padecen alteraciones digestivas, neurológicas o combinadas. Todas estas manifestaciones pueden requerir un tratamiento específico.

El control vectorial es el método más útil para prevenir la enfermedad de Chagas en América Latina. El cribado de la sangre es decisivo para prevenir la infección mediante las transfusiones sanguíneas y el trasplante de órganos.

En Cali, se han reportado 3 casos durante 2016 y la tendencia en los últimos 3 años es al descenso. El 33% residían en las comunas 9 y 19.

**Tabla 64. Casos de Chagas por semana epidemiológica**

Casos de Enfermedad de Chagas reportados  
Cali, 2014-2016

semana	CHAGAS		
	año		
	2014	2015	2016
1			1
2	1		
3			
4			
5			
6			
7	1	1	
8			
9		1	
10	1		1
11			
12	1		
13			
14	1		
15			
16			
17	1		1
18			
19			
20		1	
21			
22			
23			
24			
25			
26			

Fuente: SIVIGILA. Elaboró: J. Rojas

Casos de chagas  
Cali , 2014-2016

	2014	Total 2014	2015	Total 2015	2016	Total 2016	Total general
localidad_	CHAGAS		CHAGAS		CHAGAS		
9			1	1	1	1	2
19	1	1			1	1	2
2	1	1					1
3					1	1	1
5	1	1					1
6	1	1					1
7	1	1					1
10	1	1					1
16			1	1			1
18			1	1			1
	6	6	3	3	3	3	12

sivigila  
Elaboró: Jrojas

#### 4.4. Leishmaniasis

En América, las Leishmaniasis representan un problema significativo en salud Pública, debido a su alta morbilidad, con distribución en algunas partes de México, América Central y América del Sur, a excepción de Chile y Uruguay (3). Para Leishmaniasis visceral, su mayor incidencia se presenta en el norte del Brasil ( 2).

En lo corrido de los años 2001 a 2011, Brasil, Colombia y Perú aportaron el 75,8 % de los casos de Leishmaniasis cutánea y mucosa. Para Leishmaniasis visceral Brasil aportó el 96,6% de los casos en América.

Es una patología endémica en casi todo el territorio nacional, excepto en San Andrés Islas y Bogotá D.C. Se estima que en el país existen alrededor de 11 millones de personas en riesgo, donde la transmisión principalmente se da en el área rural. Se presentan las tres

formas clínicas de la enfermedad, siendo la más frecuente y la de mayor distribución geográfica, la Leishmaniasis cutánea (entre 95% y 98% de los casos); la leishmaniasis mucosa, que es el resultado de la diseminación del parásito, y que se puede presentar de semanas a años después de la lesión cutánea (1% a 4%) y leishmaniasis visceral (entre el 0,1 y 1,5 %).

La leishmaniasis visceral es endémica principalmente en el Valle del Río Magdalena y sus afluentes; existen focos que corresponden con la distribución de *Lutzomyia longipalpis* en Tolima, Huila, Cundinamarca, Bolívar, Córdoba, Sucre, Santander y Norte de Santander.

En 2016 se han reportado 27 casos y la tendencia en los últimos 3 años es al descenso. En 50 % de los casos provienen de las comunas 13, 15, 19 y 7

**Tabla 65. Casos de Leishmaniasis por semana epidemiológica**

Casos de Leishmaniasis reportados  
según clasificación clínica  
Cali, 2014-2016

semana	LEISHMANIASIS TOTAL			TOTAL
	AÑO			
	2014	2015	2016	2014-2016
1	13	3	3	19
2	2	1	1	4
3	2	1	2	5
4	0	0	2	2
5	3	4	1	8
6	1	3	0	4
7	1	0	2	3
8	2	4	2	8
9	4	4	3	11
10	6	2	5	13
11	2	0	0	2
12	2	2	2	6
13	1	5	1	7
14	4	1	0	5
15	2	0	1	3
16	1	5	1	7
17	4	1	1	6
18	2	0	0	2
19	0	0	0	0
20	3	1	0	4
21	0	0	0	0
22	0	2	0	2
23	1	1	0	2
24	2	0	0	2
25	1	0	0	1
26	2	2	0	4
27	1	1	0	2
28	2	3	0	5
29	3	2	0	5
30	1	1	0	2
31	3	1	0	4
32	0	4	0	4
33	2	0	0	2
34	1	0	0	1
35	1	2	0	3
36	2	2	0	4
37	1	0	0	1
38	2	1	0	3
39	0	1	0	1
40	3	1	0	4
41	3	1	0	4
42	1	0	0	1
43	3	2	0	5
44	2	1	0	3
45	0	0	0	0
46	3	3	0	6
47	2	1	0	3
48	0	3	0	3
49	2	0	0	2
50	2	4	0	6
51	0	2	0	2
52	0	21	0	21
53	5	0	0	5
<b>Total general</b>	<b>106</b>	<b>99</b>	<b>27</b>	<b>232</b>

SIVIGILA

Elaboró: JRojas

## 4.5. Malaria

El paludismo es un gran problema de salud pública a nivel mundial afectan más de 100 países a lo largo del cinturón tropical del planeta. En la región de las Américas el 30% de la población de 21 países se encuentra en riesgo, Brasil y Colombia son los países con el mayor número de casos anuales aportando el 68% de los casos de la región. De origen primordialmente rural en regiones definidas de la geografía Colombiana se presenta una transmisión urbana; se describen la aparición y reaparición de malaria en áreas libres de la enfermedad situación que se asocia a la migración de la población por situaciones económicas, de conflicto social y político, factores ambientales como el deterioro del ecosistema y los desastres naturales, afectando a las comunidades con mayores necesidades

**Tabla 66. Casos de malaria por semana epidemiológica.**

Casos de MALARIA reportados  
Cali, 2014-2016

semana	MALARIA		
	AÑO		
	2014	2015	2016
1	4	4	14
2	5	5	16
3	3	3	21
4	2	3	18
5	4	3	11
6	3	6	20
7	0	3	4
8	3	4	6
9	3	6	7
10	8	7	10
11	3	3	11
12	3	0	11
13	4	4	13
14	1	4	15
15	3	1	10
16	4	1	7
17	3	3	4
18	3	6	10
19	2	5	6
20	2	8	3
21	3	8	3
22	2	10	2
23	3	3	9
24	3	2	3
25	3	5	3
26	1	6	1
27	3	11	0
28	2	6	0
29	3	3	0
30	4	8	0
31	5	5	0
32	1	7	0
33	7	3	0
34	4	1	7
35	8	7	0
36	0	8	0
37	4	4	0
38	2	6	0
39	2	5	0
40	2	6	0
41	3	5	0
42	6	2	0
43	7	1	0
44	4	8	0
45	6	3	0
46	3	4	0
47	3	5	0
48	3	6	0
49	4	0	0
50	4	1	3
51	1	3	5
52	2	2	4
53	5	3	6
<b>Total general</b>	<b>176</b>	<b>236</b>	<b>263</b>

SIVIGILA  
Elaboró: JRojas

En Cali, en la primera mitad del 2016 se han reportado 263 casos; un poco más que el número de casos que se reportaron durante todo el 2015. Esto es el reflejo de la epidemia de malaria Falciparum en la Costa Pacífica durante 2016. Cali, aunque no tiene casos autóctonos identificados si aporta casos infectados en la Costa del Pacífico como producto de flujos turísticos y/o laborales. Se observa en el 2016 una inversión de la especie predominante respecto a 2015, siendo el Plasmodium Falciparum el que más se reportó. En 2015 P. Falciparum aportó 44.5 % mientras en 2016 aportó 66.9%.

El 50 % de los casos residen en las comunas 15, 13, 21, 14, 17 y 3.

**Tabla 67. Casos según tipo de malaria**

Casos de MALARIA reportados  
según la Especie de Plasmodium  
Cali, 2014-2016

semana	MALARIA COMPLICADA			MALARIA VIVAX			MALARIA FALCIPARUM		
	año			año			año		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
1	1	4	1	2		7	1	0	6
2	0	0	1	2	3	6	3	2	9
3	2	0	2		3	4	1	0	15
4	0	0		1	1	11	1	2	7
5	0	0		4	2	7		1	4
6	0	1		2	4	19	1	1	1
7	0	0			3	3		0	1
8	1	0		1	2	3	1	2	3
9	1	0	1	2	4	4		2	2
10	3	0		2	4	5	3	3	5
11	1	0	3	1	2	5	1	1	3
12	1	0		1		6	1	0	5
13	0	1	1	2	2	6	2	1	6
14	0	0		1	3	3		1	12
15	3	0			1	7		0	3
16	3	0	1	1	1	5		0	1
17	0	0		2	3	1	1	0	3
18	1	0	1	1	5	2	1	1	7
19	1	1		1	2			2	6
20	0	1		1	4	1	1	3	2
21	1	0		2	5			3	3
22	0	0		2	10			0	2
23	3	0				5		3	4
24	2	0		1	2			0	3
25	1	0			5		2	0	3
26	0	0		1	5			1	1
27	1	0		1	9		1	2	
28	1	0		1	3			3	
29	0	0		2	2		1	1	
30	1	0		2	3		1	5	
31	0	0		3	3		2	2	
32	0	0			5		1	2	
33	2	0		1	1		4	2	
34	0	0		3		7	1	1	
35	2	1		5	3		1	3	
36	0	0			7			1	
37	1	0		1	3		2	1	
38	0	1		1	4		1	1	
39	1	0			4		1	1	
40	0	0		2	3			3	
41	1	0		1	4		1	1	
42	0	0		2	2		4		
43	2	0		1	1		4		
44	0	0		2	8		2		
45	3	0		3	3				
46	1	0		1	4		1		
47	0	0		2	5		1		
48	0	0		3	6				
49	2	0		2					
50	1	0		3	1	3			
51	0	0		1	3	5			
52	0	0		2	2	4			
53	0	0		5	3	6			
Total general	44	10	11	83	168	135	49	58	117

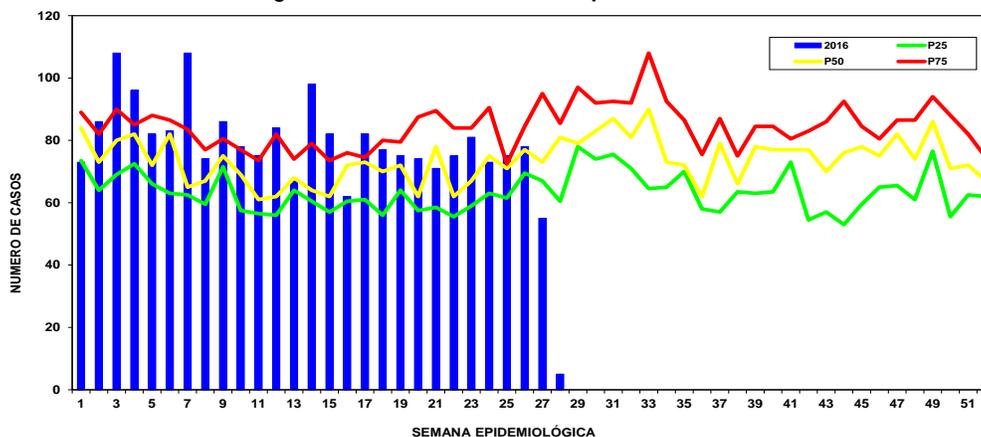
SIVIGILA

Elaboró: JRojas

#### 4.6. Agresiones de animales potencialmente transmisores de rabia

Se notificaron 2163 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (promedio de 83 casos por semana).

Figura 62. Canal endémico de exposición rábica



Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

En hombres ocurrieron el 47,0% (1016) exposiciones y en mujeres 53,0% (1147), calculando una relación de 0.9 casos en hombres por cada mujer. Por área de ocurrencia, el 95,5% (2066) de las agresiones se presentaron en las cabeceras municipales.

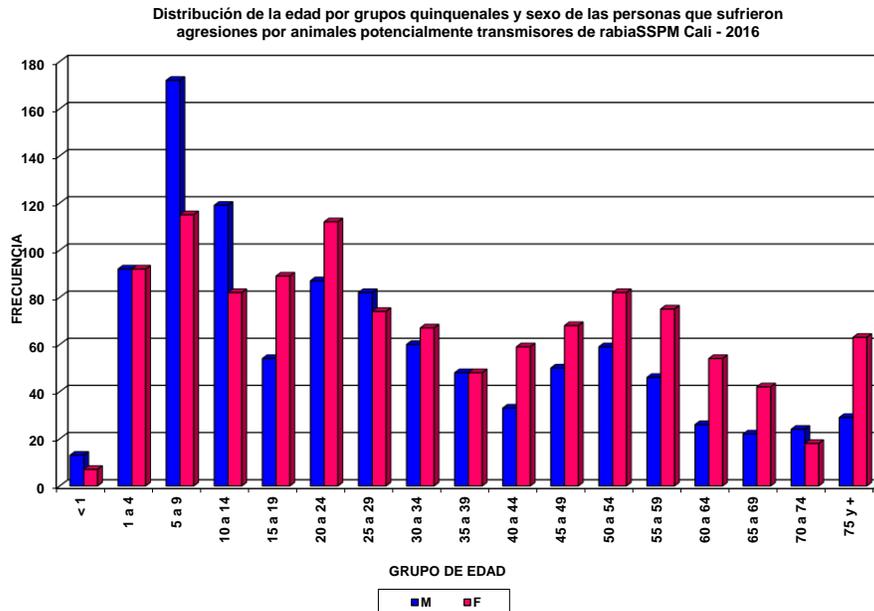
Tabla 68. Características Socio Demográficas de las Agresiones por animales potencialmente transmisoras de Rabia SSPM Cali - 2016

Características		Casos	%
Sexo	Hombre	1016	47,0
	Mujer	1147	53,0
Área procedencia	Cabecera municipal	2066	95,5
	Centro Poblado	75	3,5
	Rural disperso	22	1,0
Pertenece étnica	Otros	2006	92,7
	Negro, mulato, afro colombiano	131	6,1
	Indígena	10	0,5
	Raizal	8	0,4
	ROM, gitano	7	0,3
	Palenquero	1	0,0
	sin dato	0	0,0
Grupo poblacional	Otros grupos poblacionales	2148	99,3
	Desplazados	4	0,2
	Población infantil a cargo ICBF	1	0,0
	Gestantes	3	0,1
	Migrantes	1	0,0
	Discapacitados	5	0,2
	Indigentes	3	0,1
	Victima violencia armada	1	0,0
	Carcelarios	0	0,0
	Centros psiquiátricos	0	0,0
	Desmovilizados	0	0,0
Madre Comunitaria	1	0,0	
Tipo de seguridad social	Contributivo	1324	61,2
	Subsidiado	598	27,6
	No afiliado	104	4,8
	Especial	73	3,4
	Excepción	55	2,5
	sin dato	9	0,4

Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El 32,0% (692) de las exposiciones ocurrieron en menores de 14 años de edad, siendo los grupos más afectados los de 5 a 9 años CON EL 13,3% (287) y de 10 a 14 años con el 9,3% (201). La distribución de los casos según grupo de edad y sexo fue la siguiente.

**Figura 62. Casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según edad.**



Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El 50,7% (1097) de los casos fueron notificados por las siguientes UPGD: Red de Salud del Norte, Comfandi IPS Torres, Servicios de Salud IPS Suramericana, Fundación Valle del Lili, Hospital Carlos Holmes Trujillo, Centro de Salud Siloé, Clínica Comfenalco, Clínica Amiga, Estudios e Inversiones Médicas ESIMED SA, Hospital Carlos Carmona Montoya y Hospital Primitivo Iglesias. La distribución de los casos según UPGD de notificación es la siguiente.

**Tabla 69. Agresiones por animales potencialmente transmisoras de Rabia según UPGD de Notificación SSPM Cali - 2016**

UPGD	No.	%	% Acum.
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	136	6,3	6,3
COMFANDI IPS TORRES	120	5,5	11,8
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	118	5,5	17,3
FUNDACION VALLE DEL LILI	109	5,0	22,3
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	105	4,9	27,2
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	93	4,3	31,5
CLINICA COMFENALCO	89	4,1	35,6
CLINICA AMIGA	86	4,0	39,6
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	85	3,9	43,5
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	82	3,8	47,3
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	74	3,4	50,7
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SA SERVICIO DE	68	3,1	53,9
CLINICA FARALLONES S A	49	2,3	56,1
SOCIEDAD NSDR	48	2,2	58,3
SALUD TOTAL CALI AMERICAS	45	2,1	60,4
CLINICA ORIENTE LTDA	44	2,0	62,5
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS TERRON COLORADO	42	1,9	64,4
IPS COMFANDI ALAMEDA	39	1,8	66,2
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	38	1,8	68,0
SINERGIA GLOBAL EN SALUD ATENCION BASICA SANTA CA	38	1,8	69,7
CLINICA DESA SAS	36	1,7	71,4
UNIDAD ATENCION PRIMARIA SANITAS TEQUENDAMA	33	1,5	72,9
CLINICA DE OCCIDENTE SA	32	1,5	74,4
CLINICA REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA - POLICI	32	1,5	75,9
CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS	30	1,4	77,3
CENTRO MEDICO IMBANACO	28	1,3	78,5
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	28	1,3	79,8
IPS COMFANDI CALIPSO	26	1,2	81,0
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	25	1,2	82,2
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	24	1,1	83,3
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	22	1,0	84,3
IPS COMFANDI EL PRADO	22	1,0	85,3
IPS SURA CHIPICHAPE	22	1,0	86,4
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	20	0,9	87,3
CLINICA REY DAVID - COSMITET LTDA	20	0,9	88,2
CLINISANITAS TEQUENDAMA	19	0,9	89,1
CLINICA VERSALLES SA	18	0,8	89,9
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA SA	17	0,8	90,7
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	16	0,7	91,4
CENTRO DE SALUD MARROQUIN - ESE ORIENTE	15	0,7	92,1
SERSALUD SA	12	0,6	92,7
CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE - ESE ORIENTE	11	0,5	93,2
COMFANDI IPS MORICHAL	10	0,5	93,7
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI	10	0,5	94,1
Otros	127	5,9	100,0
Total	2163	100	

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

En cuanto a los datos de la agresión o contacto, la lesión más frecuente es la mordedura en el 93,2% (2015) de los casos, no provocada 61,8% (1336), única 69,9% (1512) y superficial 81,6% (1766).

**Tabla 70. Datos de la Agresión o Contacto SSPM Cali - 2016**

Datos de la agresión o contacto		Casos	%
Tipo de agresión o contacto	Mordedura	2015	93,2
	Arañazo o rasguño	147	6,8
	Lameduras de mucosa o piel lesionada	0	0,0
	Contacto de saliva con piel lesionada o mucosa	1	0,0
	Otro	0	0,0
	sin dato	0	0,0
Agresión provocada	Si	827	38,2
	No	1336	61,8
	sin dato	0	0,0
Tipo de lesión	Única	1512	69,9
	Múltiple	651	30,1
	sin dato	0	0,0
Profundidad	Superficial	1766	81,6
	Profunda	397	18,4
	sin dato	0	0,0
Localización anatómica	Cabeza, cara, cuello	404	17,4
	Mano, dedo	638	27,5
	Tronco	84	3,6
	Miembro superior	421	18,1
	Miembro inferior	651	28,0
	Pies, dedos	104	4,5
	Genitales externos	19	0,8

Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

En Cali, la mayoría de las agresiones las ocasiona el perro 79,8% (1727), seguido por el gato 18,0% (390); el 0,4% (9) de las agresiones fueron por animales silvestres.

En la mayoría de los animales agresores se desconoce el estado de vacunación 36,0% (779), no presentan signos de rabia el 78,5% (1699) y son observables 73,3% (1586), por lo que se podrían clasificar las agresiones hacia no exposiciones o exposiciones leves.

**Tabla 71. Datos de la Exposición y tipo de Agresor SSPM Cali 2016**

Datos de la exposición y tipo de agresor		Casos	%	
Tipo de agresor	Perro	1727	79,8	
	Gato	390	18,0	
	Equino	1	0,0	
	Murciélago	4	0,2	
	Mico	2	0,1	
	Humano	2	0,1	
	Otros domésticos	2	0,1	
	Otros silvestres	2	0,1	
	Grandes roedores	1	0,0	
	Pequeños roedores	32	1,5	
	sin dato	0	0,0	
	Vacunado	Si	966	44,7
		No	365	16,9
Desconocido		779	36,0	
sin dato		53	2,5	
Presentó carne de vacunación	Si	353	16,3	
	No	1757	81,2	
	sin dato	53	2,5	
Estado del animal al momento de la agresión	Con signos de rabia	9	0,4	
	Sin signos de rabia	1699	78,5	
	Desconocido	409	18,9	
	sin dato	46	2,1	
Ubicación	Observable	1586	73,3	
	Perdido	502	23,2	
	Muerto	29	1,3	
	sin dato	46	2,1	
Tipo de exposición	No exposición	1055	48,8	
	Exposición leve	813	37,6	
	Exposición grave	295	13,6	
	sin dato	0	0,0	

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

En cuanto a las características de las agresiones por perros o gatos, el 49,1% (850) de los perros y el 29,7% (116) de los gatos según la notificación estaban vacunados al momento de la agresión; el 77,1% (1332) de los perros y el 65,1% (254) de los gatos eran observables.

**Tabla 72. Características de los Agresores Domésticos SSPM Cali 2016**

Característica	Especie	Perro	Gato
Vacunado	Si	850	116
	No	255	110
	Desconocido	617	162
	sin dato	5	2
Estado del animal al momento de la agresión	Con signos de rabia	6	3
	Sin signos de rabia	1400	299
	Desconocido	321	88
	sin dato	0	0
Ubicación	Observable	1332	254
	Perdido	381	121
	sin dato	14	15

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

Según el protocolo de vigilancia, los casos debieron ser clasificados de la siguiente manera: no exposición 75,5% (1632), exposición leve 18,3% (395) y exposición grave 6,3% (136).

De lo anterior se concluye que el personal médico clasificó adecuadamente las exposiciones así: no exposiciones el 64,5% (1053), exposiciones leves el 72,7% (287) y exposiciones graves el 96,3% (131).

**Tabla 73. Clasificación de las Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia SSPM Cali 2016**

Clasificación de las agresiones en el Sivigila	Clasificación de las agresiones según el Protocolo de Vigilancia							Total
	OK No exposición	No exposición	OK Exposición leve	Exposición Leve	OK Exposición grave	Exposición grave	sin dato	
No exposición	1053			2				1055
Exposición leve		521	287			5		813
Exposición grave		58		106	131			295
sin dato								0
<b>Total</b>	<b>1053</b>	<b>579</b>	<b>287</b>	<b>108</b>	<b>131</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>2163</b>

*Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016*

Del total de las agresiones notificadas, 3,7% (81) pacientes requirieron hospitalización; el 96,3% (78) de los pacientes hospitalizados fueron agredidos por animales domésticos.

El 69,9% (1141) de los pacientes no expuestos fueron manejados adecuadamente según el protocolo de vigilancia. Sin embargo, al 25,9% (423) pacientes se les ordenó vacuna, al 0,2% (4) se les formuló suero y a 3,9% (64) pacientes se les ordenó suero y vacuna.

El 70,4% (278) de los pacientes con exposición leve fueron bien manejados según el protocolo de vigilancia; sin embargo al 29,4% (116) se les ordenó suero y 0,3% (1) requería vacuna.

El 96,3% (131) de los pacientes con exposición grave fueron manejados adecuadamente según el protocolo de vigilancia, a pesar de que al 3,7% (5) no se les ordenó suero.

#### Discusión:

La notificación en el 2016 (2163 casos), de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, mostró una disminución con respecto al mismo periodo del año 2015 (2349 casos).

La mayoría de las agresiones ocurren en la cabecera municipal, sitios donde acuden los pacientes para la atención médica.

Esta situación se relaciona con la mayor población de perros y gatos en la cabecera municipal y el contacto estrecho que tienen las mascotas sobre todo con niños o adultos jóvenes. Esta situación puede explicar que el 97,8% de las agresiones sean ocasionadas por perros y gatos.

Por otra parte, las agresiones por animales silvestres en su mayoría corresponden a accidentes por murciélagos y micos que han sido domesticados, vale la pena mencionar que estas agresiones y todas las ocasionadas por animales silvestres deben ser manejadas con vacuna e inmunoglobulina ante la alta probabilidad de contacto con el virus de la rabia.

Se encuentran incoherencias entre las condiciones relacionadas con la agresión y la clasificación final de la misma, lo cual puede mostrar debilidades en los procesos de capacitación en el protocolo de vigilancia, lo que involucra conocimiento de las definiciones de caso y manejo, así como el diligenciamiento adecuado y completo de las fichas de notificación.

### Conclusiones:

El comportamiento de la notificación, muestra que el 50,7% (1097) de los casos fueron notificados por las siguientes UPGD: Red de Salud del Norte, Comfandi IPS Torres, Servicios de Salud IPS Suramericana, Fundación Valle del Lili, Hospital Carlos Holmes Trujillo, Centro de Salud Siloé, Clínica Comfenalco, Clínica Amiga, Estudios e Inversiones Médicas ESIMED SA, Hospital Carlos Carmona Montoya y Hospital Primitivo Iglesias.

La incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en el municipio de Cali es de 46,4 casos por 100.000 habitantes.

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia se presentan con mayor frecuencia en los hombres 47,0%, calculando una relación de 0.9 casos en hombres por cada mujer y por área de ocurrencia, el 95,5% de las agresiones se presentó en la cabecera municipal.

El comportamiento de las agresiones es similar en los años analizados, donde la mayoría de las agresiones son mordeduras, únicas y superficiales no provocadas y la localización más frecuente en los miembros inferiores.

En Cali, la mayoría de las agresiones las ocasiona el perro 79,8%; no podemos desconocer el papel que ha tenido el gato como intermediario en el ciclo de la rabia silvestre y observamos que se produjeron 390 agresiones por esta especie 18,0%.

Evaluando las características anteriores, podemos clasificar las agresiones según el protocolo de vigilancia de la siguiente manera, no exposición 75,5%, exposición leve 18,3% y exposición grave 6,3%.

Del total de las agresiones notificadas, el 69,9% de los pacientes no expuestos, el 70,4% de los pacientes con exposición leve y el 96,3% de los pacientes con exposición grave fueron manejados adecuadamente según el protocolo de vigilancia.

Una proporción de individuos no reciben suero cuando son agredidos por animales silvestres y también se evidencian falencias en caso de agresiones por animales domésticos no vacunados ni observables, configurándose un gran riesgo para la presentación de casos de rabia humana.

### Recomendaciones:

Garantizar las jornadas de vacunación de perros y gatos, de tal manera que la mayoría de esta población se encuentre protegida contra el virus y así se eviten casos en humanos.

La adecuada identificación de una exposición ya sea leve o grave, garantiza el empleo de los inmunobiológicos de forma adecuada y oportuna para evitar la ocurrencia de casos de rabia.

Los grupos del Centro de Zoonosis y de vigilancia epidemiológica deben trabajar en conjunto y así asegurar el adecuado seguimiento al paciente y al animal agresor.

Según los lineamientos, los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia no se deben descartar, puesto que este es un evento que se clasifica por clínica y demanda el seguimiento al animal agresor o el tratamiento al agredido.

#### **4.7. Accidente Ofídico**

Hasta el 30 de junio el municipio de Cali ha notificado 22 casos de accidente ofídico, de los cuales 7 proceden de Cali y 12 de otros municipios del departamento y 3 de otros departamentos Cauca (2), Choco (1).

El 85,7% (6) de los casos procedentes del municipio ocurrieron en hombres y 14,3% (1) en mujeres, con una razón de 6.0 hombres por cada mujer.

El 100%% de los casos ocurrieron en el área urbana (¿mal diligenciamiento ficha de notificación?).

El 71,4% (5) de los casos se presentaron en la población menor de 24 años, siendo el grupo de 20 a 24 años el más afectado. Promedio de edad 24,6 años, mediana 23 años. La distribución por grupo de edad y sexo de los casos notificados fue la siguiente:

Seis UPGD del municipio departamento atendieron pacientes por accidente ofídico. El 71,4% (5) de los pacientes consultaron el mismo día de la agresión.

La notificación de los siete eventos muestra que las actividades más frecuentes al momento del accidente fue otra 42,3% (3), agricultura 28,6% (2) y recreación 28,6% (2); el tipo de atención inicial más frecuente fue otro (2), inmovilización del miembro, torniquete, punción, inmovilización del paciente y sin dato (1 c/u).

Seis de los pacientes no fueron sometidas a prácticas no médicas; la localización de la mordedura fue más frecuente en miembros superiores 57,1% (4) y miembros inferiores 42,9% (3) y en el 85,7% (6) de los casos se evidenciaron las huellas de los colmillos.

**Tabla 74. Casos de Accidente Ofídico según Grupo de Edad y Sexo Cali - 2016**

Grupo de Edad	Sexo		Total	%	% Acum.
	M	F			
< 1	0	0	0	0,0	0,0
1 a 4	0	0	0	0,0	0,0
5 a 9	1	0	1	14,3	14,3
10 a 14	1	0	1	14,3	28,6
15 a 19	0	0	0	0,0	28,6
20 a 24	3	0	3	42,9	71,4
25 a 29	0	0	0	0,0	71,4
30 a 34	1	0	1	14,3	85,7
35 a 39	0	0	0	0,0	85,7
40 a 44	0	0	0	0,0	85,7
45 a 49	0	0	0	0,0	85,7
50 a 54	0	1	1	14,3	100,0
55 a 59	0	0	0	0,0	100,0
60 a 64	0	0	0	0,0	100,0
65 a 69	0	0	0	0,0	100,0
70 a 74	0	0	0	0,0	100,0
75 y +	0	0	0	0,0	100,0
sin dato	0	0	0	0,0	100,0
Total	6	1	7	100	

Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

En el 28,6% (2) de los casos se identificó el género agresor, con una captura correspondiente al 42,9% (3). El tipo de serpiente que causó el accidente fue: bothrops 28,6% (2), otro 28,6% (2) y sin identificar 42,9% (3).

La gravedad del accidente se clasificó de la siguiente manera: leve 57,1% (4), moderado 28,6% (2) y no envenenamiento 14,3% (1). Únicamente el 57,1% (4) de los pacientes fueron hospitalizados, lo cual constituye fallas en la aplicación del protocolo. El 14,3% (1) de los pacientes fueron remitidos a otro nivel de atención.

Solo 28,6% (2) de los pacientes recibieron suero antiofídico (polivalente); ningún paciente requirió tratamiento quirúrgico y no se han notificado muertes por accidente ofídico.

## 5. Seguridad Alimentaria

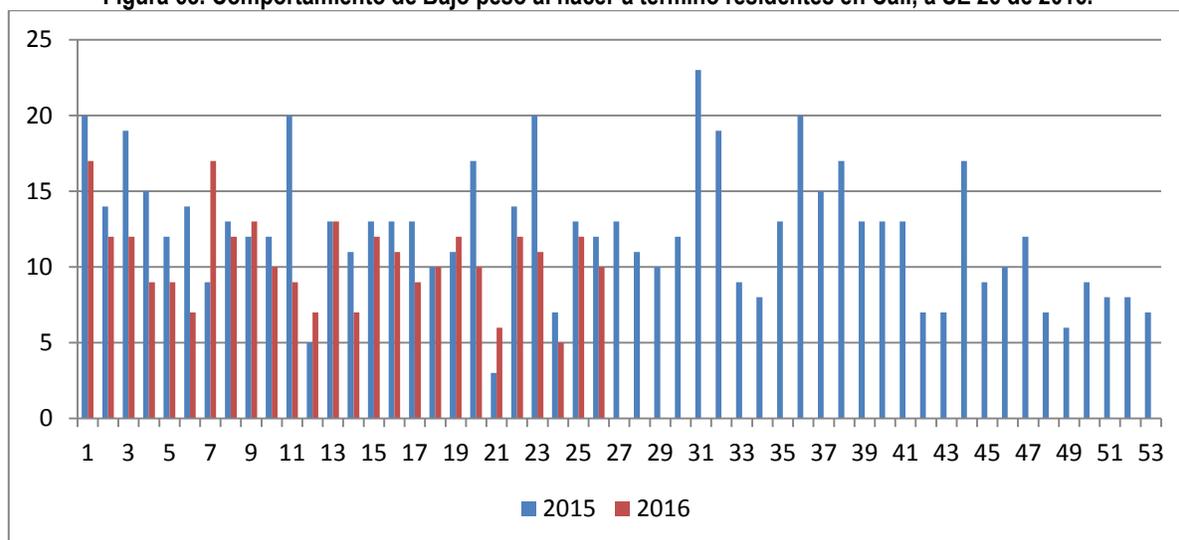
En este componente se incluyen los eventos Bajo Peso al Nacer a término, Desnutrición Aguda en Menor de 5 años y Mortalidad por desnutrición.

### 4.1 Bajo peso al nacer a Término ( código 110)

El bajo peso al nacer se presenta en todo el mundo especialmente en países en vía de desarrollo, con consecuencias negativas en distintos ámbitos, entre ellas destacan los impactos en morbilidad, educación y productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad.

A semana epidemiológica 26 de 2016 las UPGD del municipio de Cali notificaron un total de 364 casos de los cuales el 75% (274) reside en Cali; comparado con el año 2015 se evidencia una variación del 26,1% en el que se registraban un total de 157 casos. Es de anotar que este valor se determina para el periodo epidemiológico de estudio, posterior al proceso de depuración de información.

Figura 63. Comportamiento de Bajo peso al nacer a término residentes en Cali, a SE 26 de 2016.



Fuente: Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2016 se han notificado al Sivigila 274 casos, las UPGD que más casos reportaron fueron Clínica Versalles, Hospital Universitario del Valle y Clínica Farallones (ver tabla 1)

Tabla 75. Notificación de BPNT residencia municipio de Cali, a SE 26 de 2016

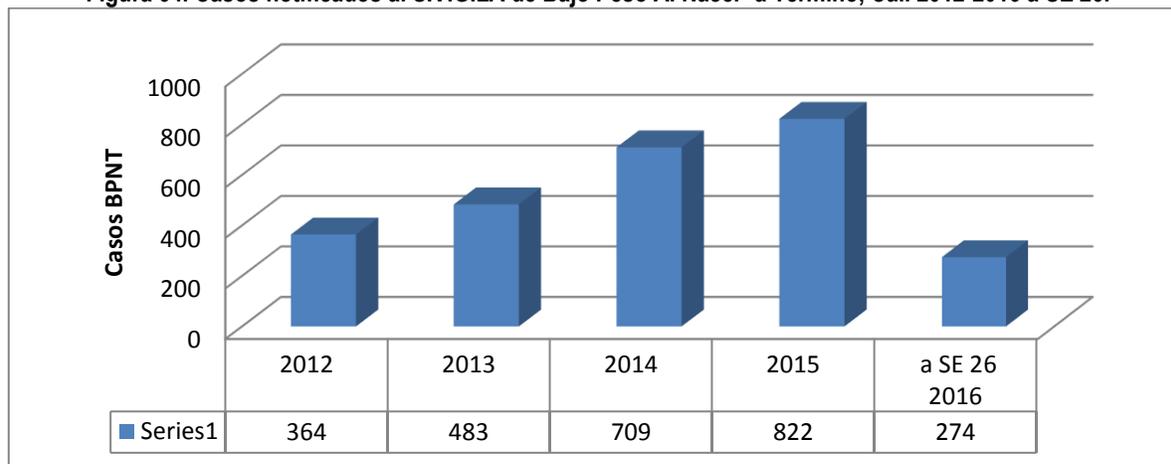
Nombre de UPGD	Total	Estimación porcentual
Clinica Versalles Sa	66	24,1
Hospital Universitario Del Valle Evaristo Garcia	51	18,6
Clinica Farallones S A	36	13,1
Clinica Comfenalco	24	8,8
Estudios E Inversiones Medicas Sa - Esimed Sa	20	7,3
Fundacion Valle Del Lili	18	6,6
Hospital De San Juan De Dios	14	5,1
Clinica De Occidente Sa	8	2,9
Clinica Nuestra Señora De Los Remedios	8	2,9

Hospital Carlos Holmes Trujillo - Ese Oriente	7	2,6
Fabilu Ltda - Clinica Colombia Es	6	2,2
Centro Medico Imbanaco	3	1,1
Clinica Regional Nuestra Señora De Fatima - Polici	3	1,1
Salud Centro-Hospital Primitivo Iglesias	3	1,1
Clinica Colsanitas Sa Sebastian De Belalcazar	2	0,7
Red De Salud De Ladera Ese Hospital Cañaveralejo	2	0,7
Clinica Versalles Sa Sede San Marcos	1	0,4
Comfenalco Valle Ips Sas	1	0,4
Red De Salud Del Norte Ese	1	0,4
<b>Total Cali</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

Fuente: Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

En forma histórica los casos de bajo peso al nacer se comienzan a notificar al sistema de SIVIGILA en el año 2012 con 364 casos presentando un aumento en cada año, si su comportamiento es similar se esperan aproximadamente 900 casos.

Figura 64. Casos notificados al SIVIGILA de Bajo Peso Al Nacer a Término, Cali 2012-2016 a SE 26.



Fuente: Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

Tabla 76. Distribución de casos de BPNT según edad de la madre residente municipio de Cali, a SE 2016.

Grupos de edad	Número de casos	Estimación porcentual
10 a 14	1	0,4
15 a 19	35	17,3
20 a 24	86	22,7
25 a 29	72	28,0
30 a 34	41	13,3
35 a 39	36	14,7
40 a 44	2	2,7
> 45 años	1	1,3
<b>Cali</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

Fuente: Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

El 100% de los casos notificados se registraron en el sexo femenino; 171 casos (el 62,4%) pertenecen al régimen contributivo y por pertenencia étnica 23 casos (el 8,4%) son afrocolombianas, tabla 3.

**Tabla 77. Comportamiento demográfico y social de los casos de bajo peso al nacer, Cali PEII de 2016**

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	0	
	Femenino	274	100
<b>Tipo régimen</b>	Contributivo	171	62,4
	Excepción	1	0,4
	No afiliado	4	1,5
	Especial	4	1,5
	Subsidiado	94	34,3
	Negro, mulato, Afro colombiano	23	8,4
<b>Pertenencia étnica</b>	Otros	251	91,6

**Fuente:** Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

### **Análisis.**

Dentro de las acciones realizadas por parte de la Sectoraria de Salud Pública Municipal de Cali se resaltan las visitas de asistencia técnica a tres (3) IPS priorizadas para establecimiento de acciones de mejora frente a la baja adherencia al protocolo de vigilancia del evento.

También se coordinó con el equipo de apoyo se realizaron 31 visitas priorizadas según criterios de protocolo el INS, en las cuales se verificó el estado nutricional actual del menor, la inscripción a programa de crecimiento y desarrollo, vacunación, se refuerza educación en salud, lavado de manos, lactancia materna, manejo del recién nacido, signos y síntomas de alarma.

### **4.2. Morbilidad por desnutrición Aguda en menor de 5 años**

Cali desde el año 2014 viene desarrollando la implementación de la Ruta Integral de Atención a Niños con Desnutrición (RIAND), como parte del proceso se diseñó ficha epidemiológica para la recolección de la morbilidad por desnutrición, en la cual se incluyó riesgo de desnutrición, desnutrición aguda o global moderada y severa, con la cual se logró identificar a la fecha 463 niños con algún grado de desnutrición.

En el año 2016 el INS incluyó en el SIVIGILA la vigilancia centinela de la Morbilidad Aguda por desnutrición, que posteriormente pasó a ser rutinaria para todos los municipios, a la semana 26 se han reportado 149 casos residentes en Cali, el 55% son menores de sexo femenino. Las comunas 13, 14, 15 y 21 de la zona oriente acumulan el 59% de los casos de desnutrición.

Figura 65. Morbilidad por desnutrición aguda en menor de 5 años.

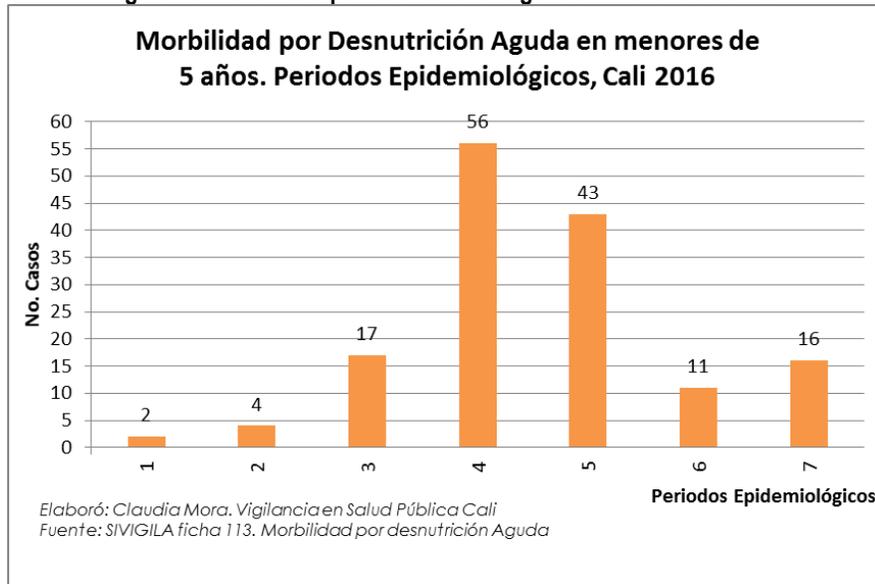


Tabla 78. Casos de desnutrición Aguda por comuna. Cali – Sem I /2016

COMUNA	CASOS	%
1	2	1,3
2	2	1,3
3	3	2,0
5	2	1,3
6	1	0,7
7	1	0,7
8	1	0,7
10	3	2,0
11	2	1,3
13	27	18,1
14	19	12,8
15	25	16,8
16	8	5,4
17	3	2,0
18	14	9,4
20	10	6,7
21	17	11,4
22	2	1,3
NA	5	3,4
Rural	2	1,3
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>100,0</b>

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga

Fuente: SIVIGILA 113. Semestre I /2016

**Tabla 79. Casos de morbilidad por desnutrición según UPGD.**

<b>Nombre Unidad Primaria Generadora de Datos</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	37	24,8
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	11	7,4
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS LOURDES	10	6,7
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	9	6,0
CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRAN - ESE ORIENTE	8	5,4
CENTRO DE SALUD MARROQUIN - ESE ORIENTE	7	4,7
CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE -ESE ORIENTE	7	4,7
COMFANDI IPS MORICHAL	7	4,7
CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE - ESE ORIENTE	6	4,0
CENTRO DE SALUD EL VALLADO - ESE ORIENTE	5	3,4
IPS COMFANDI ALAMEDA	5	3,4
PUESTO DE SALUD CHARCO AZUL - ESE ORIENTE	5	3,4
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS ALTO POLVORINES	4	2,7
SINERGIA ATENCIÓN BÁSICA LA 80	4	2,7
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	3	2,0
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	3	2,0
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	3	2,0
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	3	2,0
COMFANDI IPS - SAN NICOLAS	2	1,3
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS SULTANA	2	1,3
CLINICA COMFENALCO	1	0,7
CONSULTORIOS CLINICA COMFENALCO	1	0,7
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	1	0,7
PUESTO DE SALUD RICARDO BALCAZAR - ESE ORIENTE	1	0,7
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS PRIMERO DE MAYO	1	0,7
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS NAPOLES	1	0,7
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS VISTA HERMOSA	1	0,7
VIVIR1A IPS SA	1	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100,0</b>

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga

Fuente: SIVIGILA 113. Semestre I /2016

**Tabla 80. Casos de desnutrición aguda según EAPB**

<b>Asegurador EAPB</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
EMSSANAR	85	57,0
COOSALUD	15	10,1
SOS	14	9,4
No asegurado	13	8,7
ASMET SALUD	9	6,0
CAFESALUD	4	2,7
COOMEVA	4	2,7
COMFENALCO	2	1,3
NUEVA EPS	1	0,7
MALLAMAS	1	0,7
AIC	1	0,7
<b>Total general</b>	<b>149</b>	<b>100,0</b>

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga

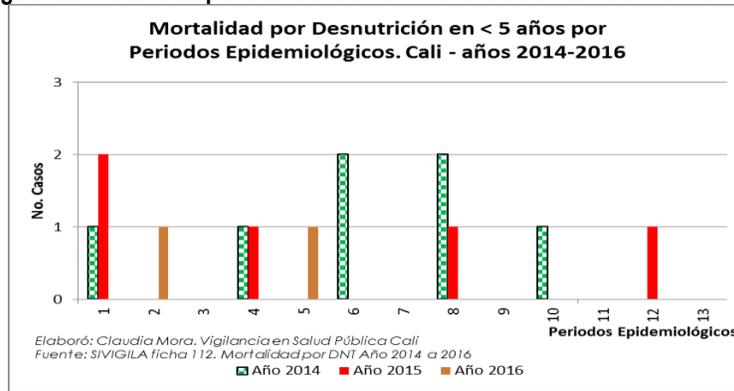
Fuente: SIVIGILA 113. Semestre I /2016

### 4.3. Mortalidad por o asociada a la desnutrición en menor de 5 años

A corte de la semana 26 se han confirmado dos mortalidades por desnutrición en niños menores de 5 años residentes en el municipio de Cali, ambas de sexo femenino, de la comuna 13, una asegurada con EMSSANAR la otra menor sin aseguramiento.

En comparación con el año anterior se redujo en un caso la mortalidad.

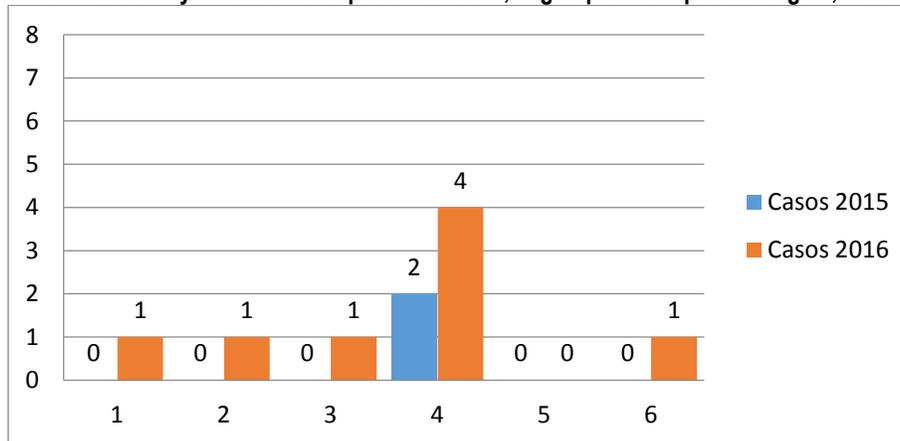
**Figura 66. Mortalidad por desnutrición en menor de 5 años. Cali 2014 a 2016**



## Micobacterias

### 5.1. Lepra

**Figura 66. Casos nuevos y recidivas de lepra notificados, según periodo epidemiológico, sem I-2016, Cali**

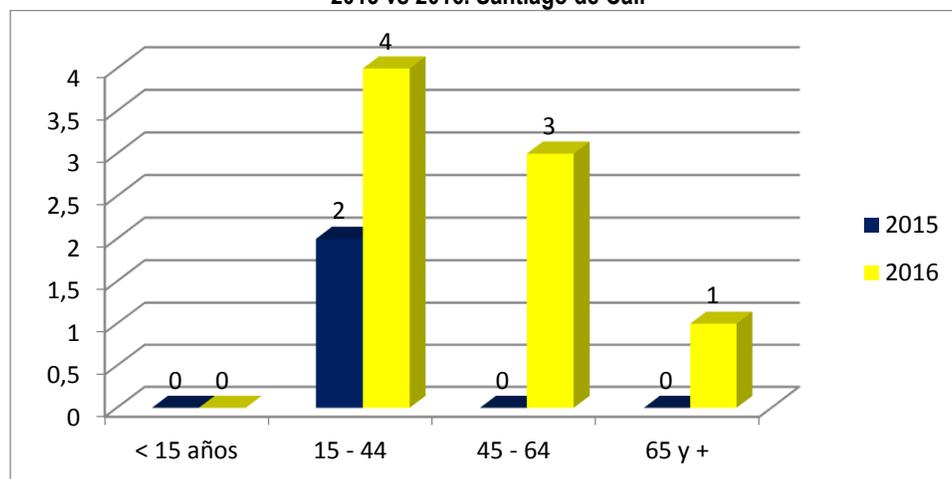


Fuente: Aplicativo Lepra, Sivigila SSPM 2015-2016

Durante el primer semestre del 2016 se presentaron en total ocho (8) casos nuevos, en el 2015 para el mismo periodo de tiempo fueron reportados 2 casos de lepra. En el presente informe se da cuenta sobre los 8 casos nuevos presentados en el primer semestre.

La incidencia para el periodo fue de 0.67 por 100,000 habitantes. Ubicando al Municipio como zona de bajo riesgo para LEPROSA, a pesar de que existen debilidades en las estrategias de búsqueda de casos desde las Instituciones de salud de la ciudad. La prevalencia obtenida para el primer trimestre del 2016 fue de 0.15 por 10,000 habitantes, lo que ubica a Cali dentro del criterio de eliminación de la Lepra, según definición de la OMS. Hasta junio 2016 se encontraban registrados 18 pacientes de Hansen en tratamiento.

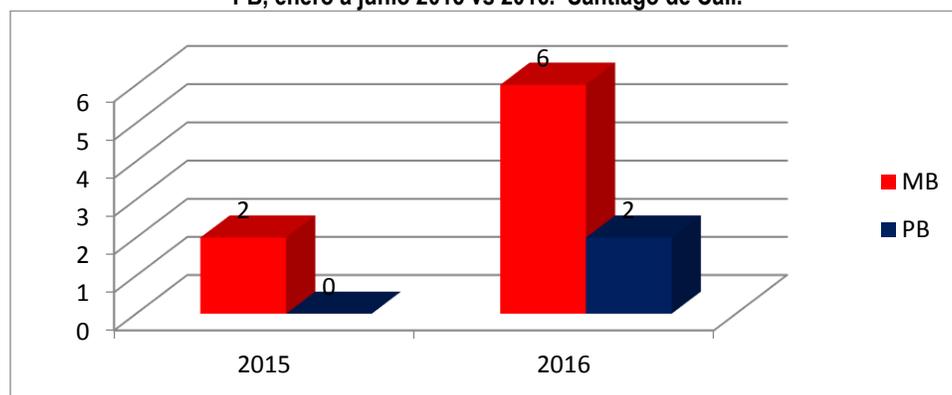
**Figura 67. Distribución de casos nuevos y recidivas de Hansen notificados según grupos de edad, enero – junio 2015 vs 2016. Santiago de Cali**



Fuente: Aplicativo Lepra, Sivigila SSPM 2015-2016

Durante el primer semestre del 2016, no se presentaron casos de lepra en menores de 15 años. El grupo de edad con mayor número de casos fue el de 15 a 44 años de edad. El 50% de casos se presentaron en hombres

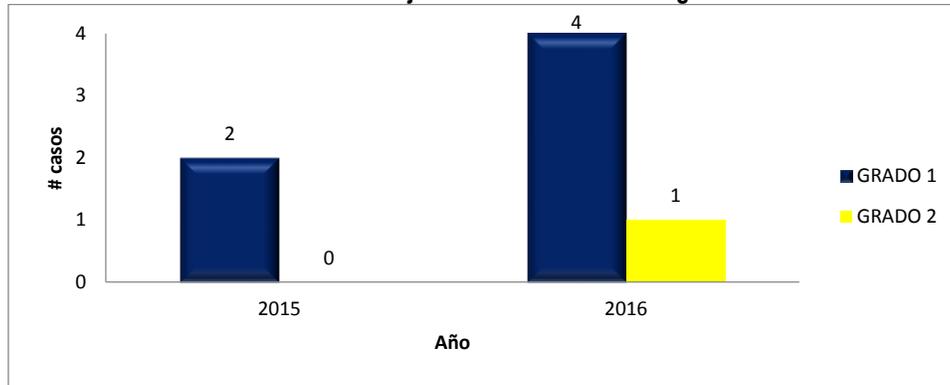
**Figura 68. Distribución casos nuevos y recidivas de Hansen notificados, según clasificación bacteriológica MB y PB, enero a junio 2015 vs 2016. Santiago de Cali.**



Fuente: Aplicativo Lepra, Sivigila SSPM 2015-2016

El 75% de casos nuevos y recidivas notificados durante el primer semestre del 2016, se clasificaron como multibacilares.

**Figura 69. Distribución de casos nuevos y recidivas de hansen según grado de discapacidad al ingreso al tratamiento. Enero – junio 2015 vs 2016. Santiago de Cali**



Fuente: Aplicativo Lepra y SIVIGILA 2015 – 2016 SSPM

El 63% de los casos que ingresaron a tratamiento en el primer semestre del 2016 presentaban Grado 1 y 2 de discapacidad. Lo anterior refuerza el hallazgo frente a la necesidad de fortalecer las acción de captación temprana de la enfermedad.

**Tabla 81. INDICADORES LEPRA**

<b>INDICADORES LEPRA</b>	<b>I trimestre 2014</b>
Prevalencia /10.000 h	0,15
Tasa de detección de casos nuevos/100.000	0,67
Tasa de Casos NUEVOS detectados con discapacidad grado 2/100.000	0.008
Porcentaje de casos con discapacidad grado 2 entre los casos nuevos detectados	13%
Proporción de niños detectados entre casos nuevos	0
Proporción de mujeres detectadas entre casos nuevos	50 %
Proporción de MB entre casos nuevos	75 %
Numero de recidivas	0
Casos con Investigación de contactos	Sin Información
Población Cali 2016 (Proyección DANE)	2.394.870

A pesar de que el Municipio de Cali ubicarse de acuerdo a la incidencia y la prevalencia obtenida para el periodo, como un Municipio de bajo riesgo, y en proceso de eliminación de la lepra, se deben fortalecer en todas las instituciones prestadoras de salud, el diagnóstico de la enfermedad, sensibilizando a todo el personal de salud y a la comunidad, sobre la existencia aún, e importancia de este evento. Así mismo, fortalecer la búsqueda activa con el fin de detectar la enfermedad más oportunamente y evitar la discapacidad en las personas que la presentan, además, de cortar la cadena de transmisión, debido a que en Cali para el periodo reportado (enero-junio 2016), el 75 % de

casos nuevos y recaídas son MB, y el 63 % de casos presentaron discapacidad grado I o grado II al momento del inicio de la terapia.

## 5.2. Tuberculosis

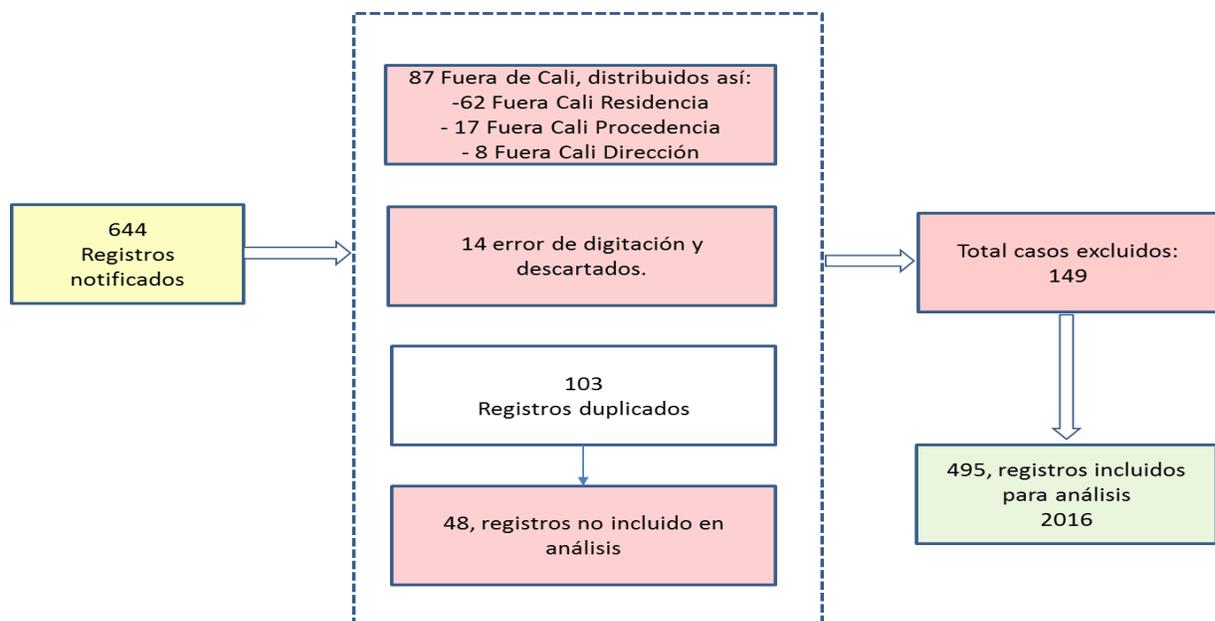
**Objetivo.** Realizar el análisis del comportamiento de la Tuberculosis a nivel local de la notificación comprendida desde la semana epidemiológica 1 a 26 del año 2016 con los datos obtenidos a través del SIVIGILA. Generando información que permita evaluar la situación epidemiológica de la tuberculosis a nivel local.

### Metodología.

El presente informe se realizó con la base de datos de Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), con corte a la semana 26, correspondiente al periodo comprendido entre enero y marzo del 2016. En primer lugar se realizó un proceso de depuración de la información, el cual consistió en recodificación y generación de variables y en identificar los registros duplicados y sus causas.

Durante el primer semestre del 2016 fueron notificados 644 casos, de los cuales 87 eran fuera de Cali, 14 eran casos descartados por error de digitación o ajuste 6, 103 registros estaban duplicados. Luego de la revisión de los 103 registros duplicados, fueron excluidos 48 casos, igualmente se excluyeron los casos fuera de Cali y los descartados, quedando finalmente 495 casos de Cali para el análisis de la situación de TB en la ciudad. ( 1)

Figura 70. Casos notificados de Tuberculosis todas las formas (TB-TF) SIVIGILA, primer semestre 2016.



Los casos Fuera de Cali diagnosticados en la ciudad, se identificaron por varias vías, la primera por las variables de procedencia y residencia, encontrando 17 y 62 casos respectivamente. Dentro de los casos de Cali, se revisaron las variables de localidad, centro poblado, dirección y barrio, se encontraron 8 casos en el que registraron en residencia que pertenecían a Cali y en localidad registraron otra ciudad. Para un total de 87 (13.5%) casos pertenecientes a otros Municipios.

A la base de datos obtenida de SIVIGILA, fue necesario realizar la recodificación y generación de variables importantes para el análisis en TB como: barrio, comuna, zona de la ciudad según residencia, edad, ocupación, habitante de calle, régimen de salud, Empresa Promotora de Salud (EPS), etnia, grupo poblacional, órgano afectado, nivel de atención en salud de las UPGD que notificaron los casos, tipo de Institución Prestadora de Salud (IPS), zona de la ciudad según las UPGD que notificaron los caso.

- **Barrio:** En total, de los 495 casos incluidos para análisis, quedaron sin información de barrio, ni comuna, 26 casos lo que representa un 5.2% de pérdida de datos, en estos registros en la notificación no reportaron dirección. En 56 casos el técnico de SIVIGILA TB realizó la recodificación a partir de la información de dirección, dado que no tenían diligenciado el barrio.
- **Comuna y zona de residencia:** De los 495 casos incluidos para el análisis, 26 quedaron sin dato de comuna (5.2%)
- **Edad:** se creó una nueva variable de grupo edad, clasificándola por quinquenios.
- **Ocupación:** de esta variable se cuenta disponible el 63.4 % (314 casos) de la información; considerando su importancia en TB, se realizó la recodificación según la tabla de ocupaciones que presenta el SIVIGILA.
- **Habitante de calle:** Esta condición fue incluida en los datos básicos de las fichas de notificación, dado que no en todas las situaciones fueron caracterizados como habitantes de calle en la variable asignada para tal fin, se creó una nueva variable, para identificar el total de los habitantes de calle con TB, para lo cual, se realizó la búsqueda de los registros en los cuales apareciera registrado “habitante de calle” en la variable dirección, en la variable ocupación se identificaron a través de la ocupación “mendigo. Se evidencia un subregistro de 30% en la variable grupo poblacional categoría “INDIGENTE”

Tabla 82. Casos indigente

VARIABLE	# CASOS HTE CALLE
Localidad	0
Centro poblado	0
Vereda	0
Dirección	2
Barrio	0
Grupo poblacional indigente	19
Ocupación (código 9952)	0
CRUCE CON APLICATIVO 2016	6
TOTAL	27

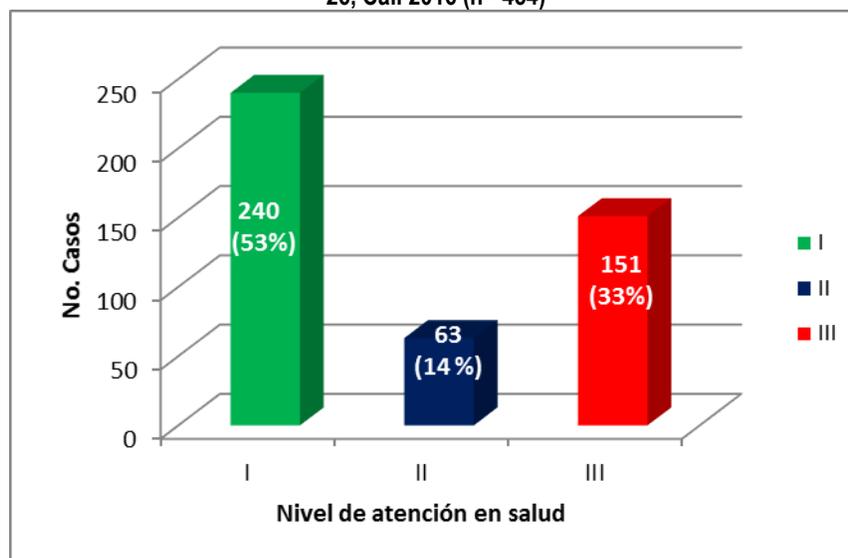
- **Nivel de atención de las UPGD:** se crea como nueva variable en la cual se identifica el nivel de atención de cada UPGD que notifica, sea nivel I, II, III.

- **Tipo de IPS:** se crea como nueva variable para identificar la naturaleza jurídica de las UPGD que notifican (pública o privada), de esta manera se pretende identificar más fácilmente los casos notificados a SIVIGILA por las Empresas Sociales del Estados y las redes de prestación de servicios de las EPS Contributivas y subsidiadas.

- **Zona según IPS que notifica:** se crea como nueva variable y se asigna la ubicación de la IPS de acuerdo a la zona donde se ubica: norte, centro, ladera, oriente y sur oriente, esto de acuerdo a la dinámica de trabajo del Equipo de TB de la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSPM), dado que así se logran identificar fácilmente los casos para su seguimiento según las zonas asignadas.

### ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

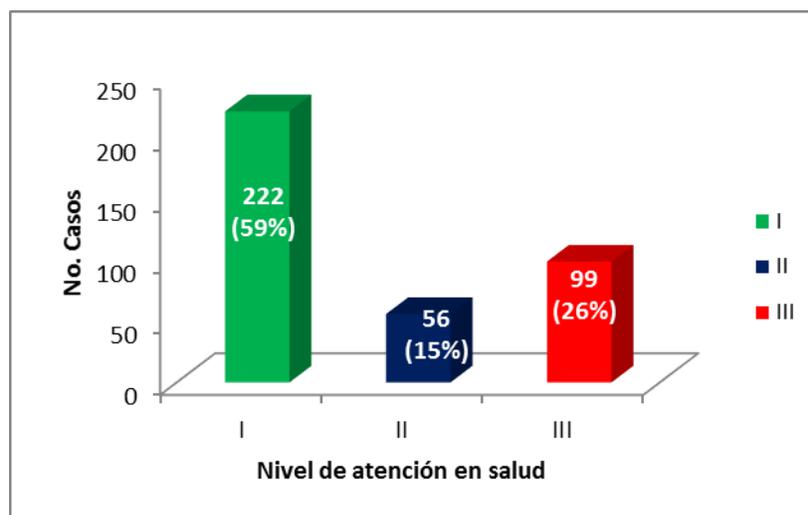
Figura 71. Casos de TB-TF nuevos y recaídas notificados según nivel de atención, semana epidemiológica 1 – 26, Cali 2016 (n= 454)



Fuente: SIVIGILA 2016 SSPM Cali

En el periodo informado, se presentaron 454 casos de tuberculosis todas las formas (TB-TF) nuevos y recaídas, de los cuales 377 (83%) correspondieron a casos pulmonares, de estos el 59% (222) fueron diagnosticados en el nivel I de atención. De acuerdo a la variable “hospitalizado (si/no)” el diagnóstico de 234 casos de los 377 pulmonares nuevos y recaídas fue no hospitalario, lo que corresponde al 62%, es decir que independiente del nivel de atención el diagnóstico de TB pulmonar se realizó de forma ambulatoria.

Figura 72. Casos de TB-Pulmonar nuevos y recaídas notificados según nivel de atención, semana epidemiológica 1 – 26 Cali 2016 (n=377)



Fuente: SIVIGILA 2016 SSPM Cali

**Tabla 83. Diagnóstico por nivel de atención en salud de casos de Tuberculosis Pulmonar nuevos, según EPS. Cali, semana epidemiológica 26 del 2016.**

NOMBRE EPS	Dx de casos de TBP nuevos por Nivel de Atención				% casos TBP nuevos Dx en Nivel 1 (META: 80%)
	Nivel 1 # CASOS	Nivel 2 # CASOS	Nivel 3 # CASOS	Total Casos TBP nuevos	
SANITAS	1	0	0	1	100
COSMITET	1	0	0	1	100
SURA	6	0	1	7	86
COOSALUD	33	5	3	41	80
COMFENALCO	10	0	3	13	77
SOS	31	3	12	46	67
EMSSANAR	77	18	24	119	65
COOMEVA	7	2	4	13	54
CAFESALUD	10	0	10	20	50
FERROCARRILES	1	0	1	2	50
CRUZ BLANCA	1	0	1	2	50
RETIRADO EMSSANAR	1	1	0	2	50
FUERZAS MILITARES	1	0	1	2	50
SSPM	18	13	8	39	46
NUEVA EPS	11	0	14	25	44
SALUD TOTAL	3	0	4	7	43
RETIRADO CAPRECOM	5	8	0	13	38
ASMETSALUD	4	3	4	11	36
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA	1	0	2	3	33

COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA	0	1	3	4	0
AIC	0	0	2	2	0
SIN DATO	0	1	0	1	0
UNIVALLE	0	0	1	1	0
CAPRECOM	0	0	1	1	0
ECOOPSOS	0	1	0	1	0
TOTAL	222	56	99	377	59

Fuente: SIVIGILA 2016 SSPM Cali

Dado que el 88% (21/24) de las EPS con casos de TB pulmonar nuevos, presentaron un diagnóstico oportuno menor al 80%, según lo establecido en el Plan de Desarrollo, es necesario realizar seguimiento en estas instituciones frente a los procesos establecidos para la captación de Sintomáticos Respiratorios, así como de los diferentes indicadores de Gestión, con el fin de que realicen los respectivos planes de mejoramiento y contribuyan al logro de la meta y al fortalecimiento de las acciones de control de TB especialmente, en la captación y detección de casos.

**Tabla 84. Notificación de TB-TF nuevos y recaídas según UPGD, semana epidemiológica 1 -26, Cali, 2016. (n=454)**

UPGD	# CASOS	%
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	42	9,3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	37	8,1
PUESTO DE SALUD COMUNEROS II - ESE ORIENTE	28	6,2
FUNDACION VALLE DEL LILI	27	5,9
PSALUD ALFONSO BONILLA ARAGON-ESE ORIENTE	25	5,5
COMFANDI IPS - SAN NICOLAS	23	5,1
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	15	3,3
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	13	2,9
CLINICA DESA SAS	10	2,2
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	10	2,2
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	10	2,2
SOCIEDAD NSDR	10	2,2
SALUD CENTRO -CS OBRERO	9	2,0
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	9	2,0
INPEC CALI	8	1,8
CLINICA AMIGA	7	1,5
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS TERRON COLORADO	7	1,5
CLINICA FARALLONES S A	7	1,5
CLINICA VERSALLES SA	7	1,5
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS BRISAS DE MAYO	6	1,3
CLINICA DE OCCIDENTE SA	6	1,3
SALUD CENTRO-CS RODEO	5	1,1
SU VIDA SA	5	1,1
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	5	1,1
ANGIOGRAFIA TEQUENDAMA	5	1,1

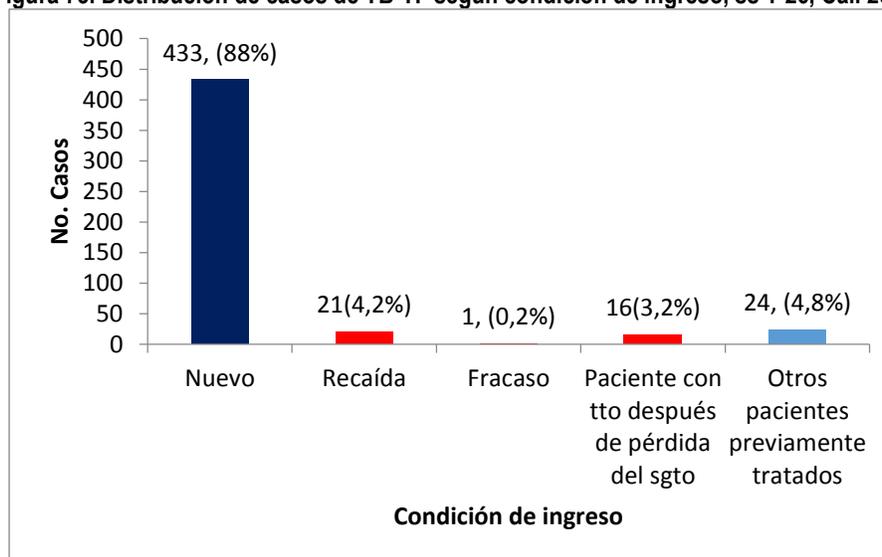
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	4	0,9
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	4	0,9
CLINICOS PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL IPS	4	0,9
CENTRO MEDICO IMBANACO	4	0,9
COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INT	4	0,9
CLINICA ORIENTE LTDA	4	0,9
CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS	4	0,9
SALUD PRIMERA SAS	3	0,7
SALUD CENTRO-CS LUIS H GARCES	3	0,7
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	3	0,7
CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS CALISUR	3	0,7
IPS COMFANDI CALIPSO	3	0,7
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS SAN PASCUAL	3	0,7
SALUD TOTAL CALI AMERICAS	3	0,7
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS MELENDEZ	3	0,7
SALUD CENTRO-CS DIEGO LALINDE	3	0,7
SERVIMEDIC QUIRON SAS	3	0,7
CONSULTORIOS CLINICA COMFENALCO	2	0,4
SERVICIOS INTEGRALES DE RADIOLOGIA SAS SIRAD SAS	2	0,4
SENERGIA SALUD UNIDAD BASICA IMBANACO	2	0,4
PS SIETE DE AGOSTO - ESE NORTE	2	0,4
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS SULTANA	2	0,4
SALUD CENTRO-CS CRISTOBAL COLON	2	0,4
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SAVILLACOLOMBIA	2	0,4
CORPORACION IPS OCCIDENTE CHIPICHAPE	2	0,4
CORPORACIÓN IPS OCCIDENTE -CMF PASOANCHO	2	0,4
SINERGIA GLOBAL EN SALUD UNIDAD BASICA TEQUENDAMA	2	0,4
AMISALUD IPS	2	0,4
COMFANDI IPS TORRES	2	0,4
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	2	0,4
COMFANDI IPS MORICHAL	2	0,4
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS PRIMERO DE MAYO	2	0,4
IPS COMFANDI ALAMEDA	2	0,4
CLINICA COMFANDI TEQUENDAMA	1	0,2
UCI DUMIANN LOS CHORROS	1	0,2
SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD SAS	1	0,2
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI	1	0,2
VIVIR1A IPS SA	1	0,2
PROVIDA FARMACEUTICA SAS	1	0,2
SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS UNICENTRO	1	0,2
PS PETECUY III - ESE NORTE	1	0,2
CLINICA COMFENALCO	1	0,2
CENTRO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION RECUPER	1	0,2
UNIVERSIDAD DE VALLE DIRECCION SERVICIOS DE SALUD	1	0,2
SALUD CENTRO-CS PANAMERICANO	1	0,2

CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS CALICENTRO	1	0,2
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	1	0,2
SINERGIA ATENCIÓN BÁSICA LA 80	1	0,2
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SA CALLE 26	1	0,2
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	1	0,2
CLINICA REY DAVID - COSMITET LTDA	1	0,2
CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	1	0,2
CLINICA SAN FERNANDO SA	1	0,2
SURAMERICANA IPS FLORA	1	0,2
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS LOURDES	1	0,2
UNIDAD ATENCION PRIMARIA SANITAS TEQUENDAMA	1	0,2
SERINSA NORORIENTE	1	0,2
VILLACOLOMBIA CENTRO MEDICO SAS	1	0,2
SERSALUD SA	1	0,2
CLINISANITAS TEQUENDAMA	1	0,2
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	1	0,2
TOTAL	454	100,0

Fuente: SIVIGILA Cali 2016

Entre las UPGD o redes de atención en salud que notificaron más de 9 casos de tuberculosis todas las formas en el primer semestre del 2016, se encuentran: Hospital San Juan de Dios, Hospital Universitario del Valle, PS Comuneros II ESE Oriente, Fundación Clínica Valle del Lili, PS Alfonso Bonilla Aragón ESE Oriente, Comfandi San Nicolás, Clínica ESIMED, Red de Salud Norte, Clínica Desa, Hospital Básico Cañaveralejo ESE Ladera, Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, Clínica Nuestra.

Figura 73. Distribución de casos de TB-TF según condición de ingreso, ss 1-26, Cali 2016

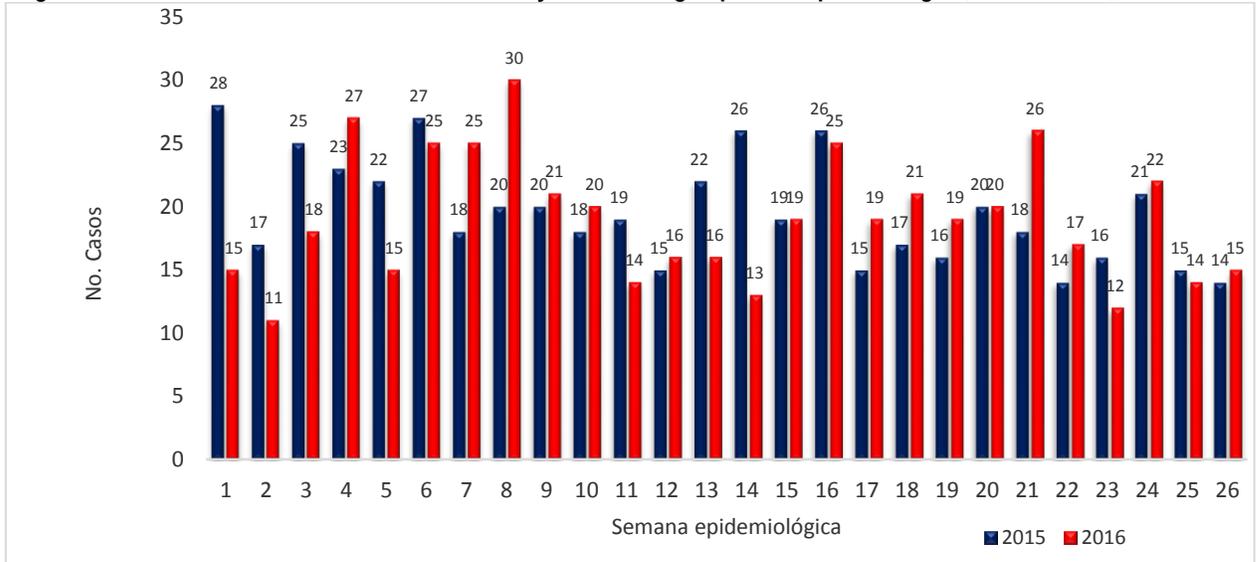


Fuente: SIVIGILA Cali 2016

Entre la semana 1 y 26 del año 2016, el 12 % de los casos notificado fueron casos previamente tratados (21 recaídas, 1 fracaso, 16 pacientes con tratamiento después de

pérdida del seguimiento, 24 “otros pacientes previamente tratados” ), grupo especial de riesgo para vigilancia de farmacoresistencia en TB.

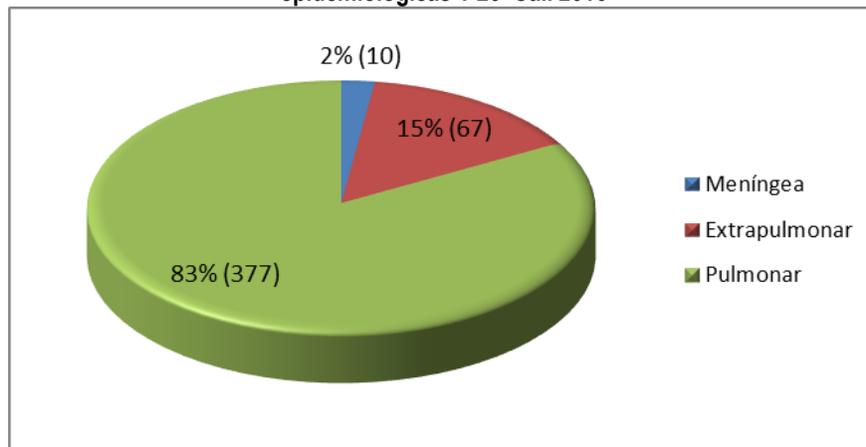
**Figura 74. Distribución de casos de TB TF nuevos y recaídas según período epidemiológico, 2015 vs 2016, Cali.**



Fuente: Sivigila TB 2015-2016 SSPM, Cali

Para el primer semestre del 2016, entre las semanas epidemiológicas 1 a la 26, se registraron 454 casos de TB-TF nuevos y recaídas, en promedio se notificaron 17 casos por semana, 76 casos mes. Para el mismo periodo de tiempo se registraron 57 casos menos que en 2015.

**Figura 75. Distribución de los casos nuevos y recaídas notificados según tipo de tuberculosis , semanas epidemiológicas 1-26 Cali 2016**



Fuente: Sivigila Cali, 2016

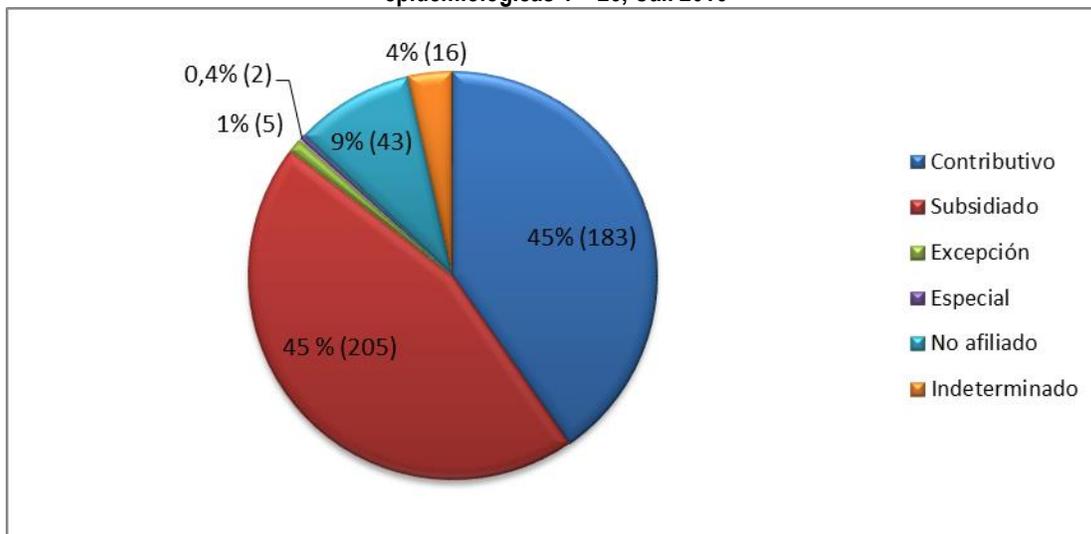
**Tabla 85. Frecuencia de casos nuevos y recaídas notificados según localización de la tuberculosis, semanas epidemiológicas 1-26, Cali 2016**

Tipo de TB	No. Casos	%
PULMONAR	377	83,0
PLEURAL	32	7,0
GANGLIONAR	14	3,1
MENINGEA	10	2,2
OSTEOARTICULAR	6	1,3
OTRO	6	1,3
PERITONEAL	5	1,1
RENAL	1	0,2
CUTANEA	1	0,2
PERICARDICA	1	0,2
INTESTINAL	1	0,2
TOTAL	454	100,0

Fuente: Sivigila Cali 2016

La forma de tuberculosis más frecuente continúa siendo la pulmonar con un 83%. La extrapulmonar se presentó en un 17%, siendo la pleural, meníngea y ganglionar, las formas extrapulmonares más frecuentes.

**Figura 76. Casos nuevos y recaídas de tuberculosis todas las formas por aseguramiento, semanas epidemiológicas 1 – 26, Cali 2016**



Fuente: Sivigila Cali 2016

De acuerdo al aseguramiento, se encuentra que el 40 % de los casos pertenecen al régimen contributivo, el 45% al régimen subsidiado, el 9 % a la población pobre no asegurada y el 1.4 % a los regímenes de excepción. Contando así el 86 % de los casos de TB todas las formas con algún tipo de aseguramiento al Sistema de Salud.

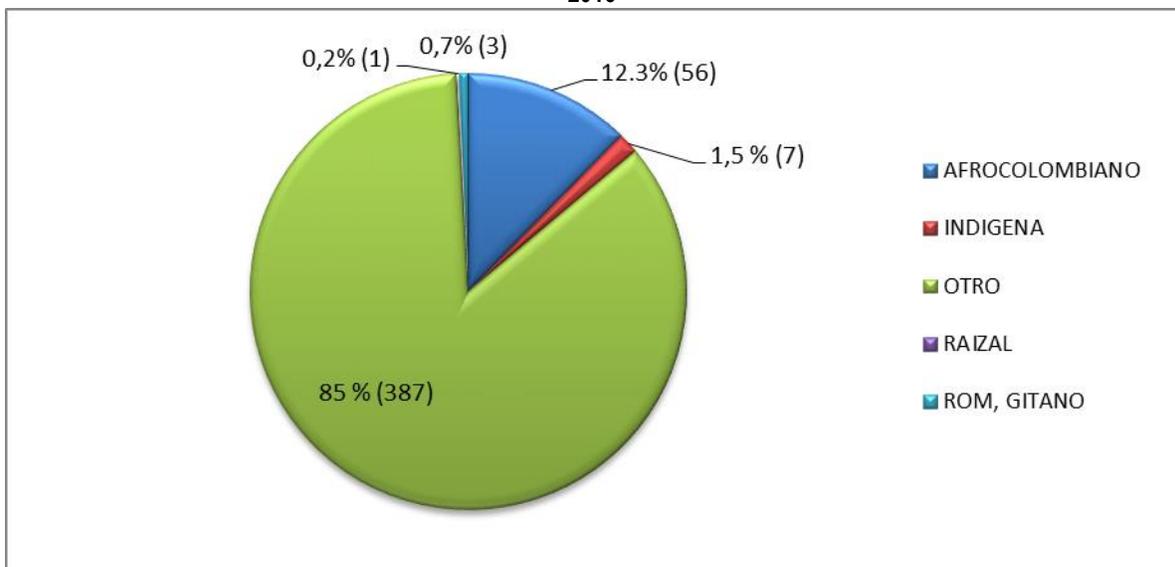
**Tabla 86. Casos nuevos y recaídas de tuberculosis todas las formas según EPS, ss 1 – 26, Cali 2016**

<b>NOMBRE EPS</b>	<b>No. Casos</b>	<b>%</b>
EMSSANAR	129	28,4
SOS	54	11,9
COOSALUD	47	10,4
SSPM	43	9,5
NUEVA EPS	33	7,3
CAFESALUD	25	5,5
COOMEVA	19	4,2
COMFENALCO	18	4,0
ASMETSALUD	14	3,1
RETIRADO CAPRECOM	14	3,1
SURA	11	2,4
SALUD TOTAL	9	2,0
COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA	5	1,1
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA	5	1,1
CRUZ BLANCA	5	1,1
SANITAS	4	0,9
COSMITET	3	0,7
AIC	3	0,7
FUERZAS MILITARES	2	0,4
FERROCARRILES	2	0,4
RETIRADO EMSSANAR	2	0,4
SIN DATO	1	0,2
COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA	1	0,2
CAFESALUD MEDICINA PREPAGADA	1	0,2
MALLAMAS	1	0,2
CAPRECOM	1	0,2
UNIVALLE	1	0,2
ECOOPSOS	1	0,2
TOTAL	454	100,0

Fuente: Sivigila Cali 2016

En cuanto al las EPS, del contributivo las que tienen el mayor número de casos son S.O.S (54 casos), Nueva EPS (33 casos), Coomeva (19 casos), y Comfenalco (18 casos); del régimen subsidiado son Emssanar ( 129 casos), y Coosalud (47 casos).

**Figura 77. Distribución de casos nuevos y recaídas de TB-TF según etnia, semanas epidemiológicas 1 – 26, Cali 2016**



Fuente: Sivigila Cali 2016

En cuanto a etnia, el 85% de los casos se presenta en “Otro”, 12.3% en la población afrocolombiana, y el 1.5% en los indígenas.

**Tabla 87. Distribución de casos nuevos y recaídas de TB- TF según grupos vulnerables, ss 1 – 26 , Cali 2016**

Grupos Vulnerables	No. Casos	%
Carcelarios (PPL)	23	45,1
Habitantes de calle	20	39,2
Desplazados	3	5,9
Migrantes	2	3,9
Discapacitados	2	3,9
Gestantes	1	2,0
Víctimas del conflicto armado	0	0,0

Fuente: Sivigila Cali 2016

Con respecto a los grupos vulnerables la población privada de libertad y los habitantes de calle, son los que mayor número de casos presentan 23 y 20 casos respectivamente.

**Tabla 88. Distribución de casos TBTF nuevos y recaídas en personas en situación de calle por grupos de edad, ss 1- 26 Cali 2016**

<b>Grupo Edad</b>	<b># casos</b>	<b>%</b>
25-29	3	15
30-34	2	10
35-39	1	5
40-44	2	10
45-49	2	10
50-54	2	10
55-59	3	15
60-64	4	20
75-79	1	5
TOTAL	20	100

Fuente: Sivigila Cali 2016

En el primer semestre del 2016 fueron notificados 20 casos de TB todas las formas nuevos y recaídas, en personas en situación de calle. El 85 % (17) de casos se presenta en hombres y el 15% (3) en mujeres.

**Tabla 89. Distribución de casos nuevos y recaídas TB TF según ocupación, ss 1- 26, Cali 2016**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b># CASOS</b>	<b>%</b>
SIN INFORMACION	162	35,7
HOGAR (AMA DE CASA)	77	17,0
CESANTE O SIN OCUPACION O DESEMPLEADO	40	8,8
ESTUDIANTE	24	5,3
PENSIONADO	17	3,7
MENOR DE EDAD	12	2,6
VENDEDORES AMBULANTES	10	2,2
CONDUCTORES TAXI, BUSES, CAMIONETAS	6	1,3
OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCION (OBRA GRUESA) Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES	5	1,1
CONSTRUCTORES CON TECNICAS Y MATERIALES TRADICIONALES	4	0,9
VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES	4	0,9
REPRESENTANTES COMERCIALES Y TECNICOS DE VENTAS	3	0,7
PERSONAL DOMESTICO	3	0,7
PELUQUEROS, ESPECIALISTAS EN TRATAMIENTOS DE BELLEZA Y AFINES	3	0,7
VENDEDOR DE TIENDA	3	0,7
RECOLECTORES DE MATERIAL RECICLABLE	3	0,7
VIGILANTES Y CELADORES	3	0,7
PINTORES, EMPAPELADORES Y AFINES	2	0,4
EBANISTAS Y AFINES	2	0,4
ADMINISTRADOR PUBLICO	2	0,4
ELECTROTECNICOS	2	0,4
FONOAUDILOGOS, FISIOTERAPEUTAS Y AFINES	2	0,4

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS PERSONALES A PARTICULARES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES	2	0,4
MEDICOS	2	0,4
ENFERMEROS(AS) PROFESIONALES	2	0,4
SASTRES, MODISTOS COSTUREROS SOMBREREROS Y AFINES	2	0,4
AYUDANTE DE MECANICO	2	0,4
PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION Y SEGURIDAD, NO CLASIFICADO BAJO OTROS EPIGRAFES	2	0,4
ABOGADOS	2	0,4

Fuente: Sivigila Cali 2016

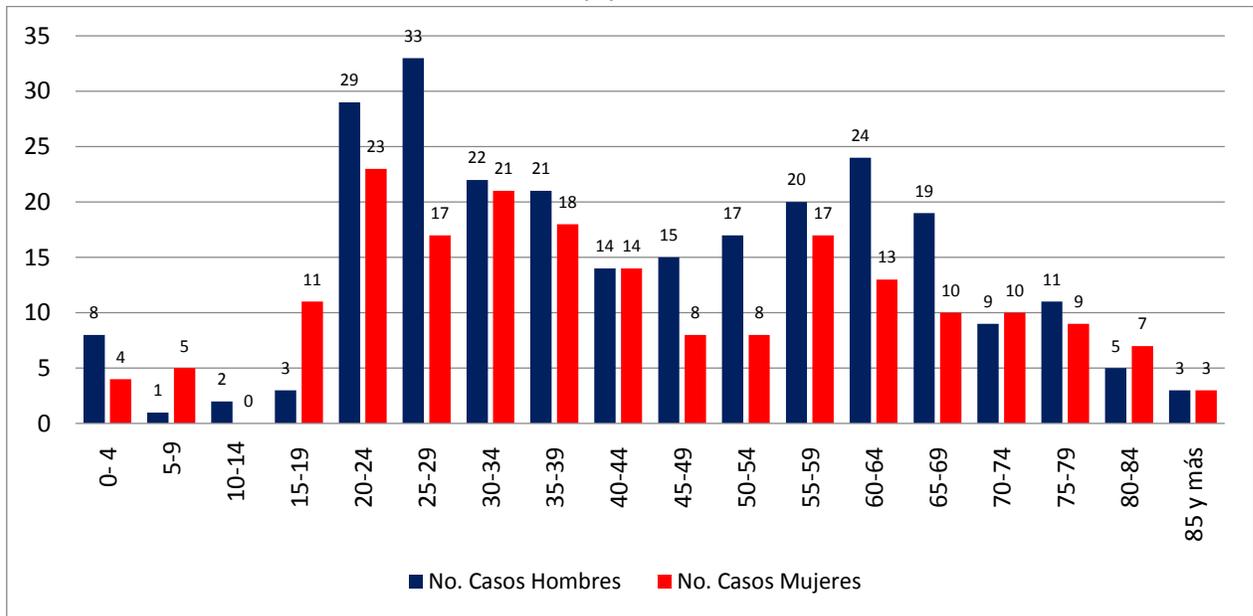
En el 64.3% de los casos notificados de TB todas las formas nuevos y recaídas, fue informada la ocupación. Las más frecuentes fueron: ama de casa con 77 casos, cesante o desempleado 40 casos, estudiantes 24 casos, pensionados 17 casos, vendedores ambulantes 10 casos y conductores de taxis, bus o camionetas 6 casos. Se registraron 18 casos en trabajadores del área de la salud.

Tabla 90. Distribución de casos nuevos y recaídas TB TF en profesionales del área de la salud, ss 1- 26, Cali 2016

OCUPACIÓN	# CASOS
AUXILIAR DE ENFERMERIA	4
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	2
MÉDICO	2
GUARDA SEGURIDAD CLÍNICA	1
ESTUDIANTE DE MEDICINA	2
PROFESIONAL DE BACTERIOLOGÍA	1
FISIOTERAPEUTA	1
PARAMEDICO	1
PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA	1
TERAPEUTA RESPIRATORIO	1
SIN DATO	2

Fuente: Sivigila Cali 2016

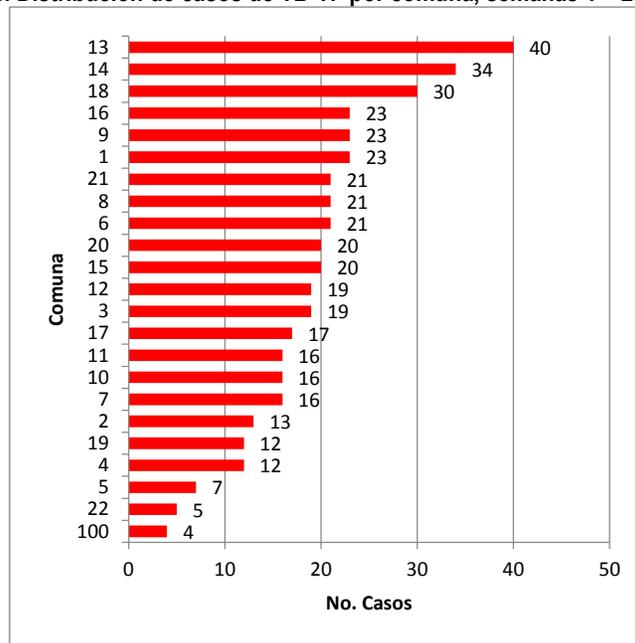
**Distribución de casos de tuberculosis todas formas según grupos de edad, semanas epidemiológicas 1 -26, Cali 2016**



Fuente: Sivigila Cali 2016

Los grupos de edad más afectados continúa siendo el grupo comprendido entre los 20 y 64 años, la población económicamente activa. El 4.4 % de los casos fue reportado en menores de 15 años. El 56 % de los casos notificados se presentaron en los hombres y el 44 % en mujeres.

**Figura 78. Distribución de casos de TB-TF por comuna, semanas 1 – 26, Cali 2016**



Fuente: SIVIGILA SSPM 2016

Cali, presenta casos de tuberculosis todas las formas y pulmonar bacilífera, en todas las comunas. En las comunas 13, 14, 18, 16, 9 y 1 se presentaron más de 21 casos.

**Tabla 91. Distribución de casos de Tuberculosis por comuna. Semanas 1 – 26 del 2016. Cali**

COMUNA	Número de casos				
	TB P BK +	TB P	TB E	TB M	TB TF
1	11	23	0	0	23
2	3	7	5	1	13
3	16	18	1	0	19
4	6	9	1	2	12
5	4	5	2	0	7
6	11	19	2	0	21
7	7	13	3	0	16
8	9	17	4	0	21
9	16	20	2	1	23
10	8	13	2	1	16
11	9	14	2	0	16
12	15	17	2	0	19
13	22	34	4	2	40
14	16	28	6	0	34
15	8	17	2	1	20
16	12	18	5	0	23
17	3	10	6	1	17
18	19	25	5	0	30
19	5	8	4	0	12
20	10	18	1	1	20
21	12	17	4	0	21
22	1	4	1	0	5
100	2	3	1	0	4
SIN DATO	9	20	2	0	22
TOTAL	234	377	67	10	454

Fuente: SIVIGILA SSPM 2016

TB P: Tuberculosis Pulmonar

TB P Bk +: Tuberculosis Pulmonar bacilífera.

TB E: Tuberculosis Extrapulmonar.

TB M: Tuberculosis Meníngea

TB TF: Tuberculosis Todas las formas.

### 5.3. TUBERCULOSIS MENÍNGEA

Se presentaron 10 casos de TB meníngea. Los grupos de edad con mayor número de casos fueron el de 35 a 74. 3 casos fueron VIH positivos.

Tabla 92. INDICADORES TB/VIH SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 1 A 26, 2016

<b>INDICADOR- Todos los casos nuevos y previamente tratados</b>	<b># CASOS</b>	<b>%</b>
Realización de consejería pre-test de VIH	325/429	76
Realización de prueba para VIH	290/429	68
Diagnóstico VIH de novo	17/83	20
Diagnóstico previo de VIH	66/83	80
Pacientes TB/VIH que reciben TMS	42/83	51
Paciente TB/VIH que reciben TAR	29/83	35

Tabla 93. Asociación TB/VIH

<b>Resultado prueba VIH</b>	<b>Número de casos</b>	<b>%</b>
Positiva	83	17
Negativa	287	58
Desconocida	125	25

Fuente: SIVIGILA SSPM 2016

Se evidencia en los casos notificados un bajo porcentaje de realización de asesoría pre prueba para VIH, así como la realización de la prueba para diagnóstico de VIH. Además, de un 25% de casos con resultado de VIH desconocido, lo que no permite conocer la realidad de la situación de coinfección TB/VIH, por lo cual se debe continuar con el fortalecimiento del sistema de información en la actualización periódica de los datos a través de los ajustes.

## 6. Violencia

### 6.1 VIOLENCIA DE GÉNERO

La Organización Mundial de la Salud define violencia como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo, privaciones o muerte”. Actualmente, se cuenta con el reconocimiento social universal de que la violencia en cualquiera de sus modalidades es un atentado contra los derechos humanos y un importante problema de salud pública. (Protocolo SIVIGILA de Violencia de género, 2015).

#### **Características de persona**

<b>Violencia de género por edad, sexo, seguridad social, etnia y actividad, Cali, primer semestre 2016</b>					
<b>Características</b>		<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Grupo Etario</b>	< 1 año	26	23	49	2
	1 a 4 años	71	126	197	8
	5 a 9 años	84	157	241	9
	10 a 14 años	74	283	357	14
	15 a 19 años	36	286	322	13
	20 a 24 años	40	273	313	12
	25 a 29 años	30	293	323	13
	30 a 34 años	45	185	230	9
	35 a 39 años	12	145	157	6
	40 a 44 años	12	95	107	4
	45 a 49 años	24	66	90	4
	50 a 54 años	7	51	58	2
	55 a 59 años	4	24	28	1
	60 a 64 años	2	17	19	1
	65 a 69 años	11	15	26	1
	70 a 74 años	3	6	9	0,4
	75 a 79 años	4	5	9	0,4
80 y más años	8	17	25	1	
<b>Total</b>		<b>493</b>	<b>2067</b>	<b>2560</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de Seguridad Social</b>	Contributivo	247	913	1160	45
	Subsidiado	185	964	1149	45
	No Asegurado	41	118	159	6
	Excepción	16	46	62	2
	Especial	4	23	27	1
	Indeterminado/ pendiente		3	3	0,1
	<b>Total</b>		<b>493</b>	<b>2067</b>	<b>2560</b>
<b>Etnia</b>	Otro	455	1816	2271	89
	Negro, mulato afro colombiano	33	220	253	10
	Indígena	2	17	19	1
	Raizal	3	6	9	0,4
	Rom, Gitano		8	8	0,3
	<b>Total</b>		<b>493</b>	<b>2067</b>	<b>2560</b>
<b>Actividad</b>	Otro	343	1537	1880	73
	Estudiante	129	414	543	21
	Trabajadora doméstica	5	84	89	3
	Fuerza pública	9	7	16	1
	Maestro (a)	2	13	15	1
	Reciclador (a)	4	6	10	0,4
	Servidor (a) público	1	6	7	0,3
	<b>Total</b>		<b>493</b>	<b>2067</b>	<b>2560</b>

fuentes: savigila sspm Cali

**Tabla 94. Violencia de género por edad, sexo, seguridad social, etnia y actividad, Cali, primer semestre de 2016.** Durante el primer semestre (semanas 01 a 26) de 2016 se notificaron 2.560 eventos de violencia intrafamiliar, violencia sexual y violencia contra la mujer, un 13% más que lo notificado durante el mismo periodo del año 2015 (2.246 eventos). El 81% de las persona afectadas son mujeres; aproximadamente el 60% son menores de 25 años de edad y el grupo etario más afectado están entre los 10 y 14 años (14%). El 90% se encuentra afiliado al régimen de seguridad social contributivo y subsidiado (45% cada uno). La clasificación de etnia *otros*, concentra el 89% de los casos, seguido por *negro, mulato afrocolombiano* (10%), ver tabla No. 1. En términos generales, todos los grupos etarios son afectados y en mayor proporción las mujeres; así como todos las etnias y en todos los regímenes de seguridad social.

#### **Características que rodean la violencia**

<b>(1) Violencia de género según características que rodean la violencia, Cali, primer semestre 2016</b>				
<b>Características</b>	<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de Violencia</b>				
Violencia física	275	1191	1466	57
Abuso sexual	86	554	640	25
Negligencia y abandono	80	109	189	7
Violencia psicológica	42	131	173	7
Violación	3	43	46	2
Acoso sexual	4	25	29	1
Actos sexuales violentos	3	12	15	1
Explotación sexual comercial de niños niñas y adolescentes		1	1	0,04
Violencia sexual en conflicto armado		1	1	0,04
<b>Total</b>	<b>493</b>	<b>2067</b>	<b>2560</b>	<b>100</b>
<b>Arma utilizada</b>				
Contundente / cortocondudente	177	780	957	37
Otros mecanismos	48	197	245	10
Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación	8	86	94	4
Cortante / cortopunzante / Punzante	26	54	80	3
Proyectil arma fuego	5	36	41	2
Caídas	6	34	40	2
Quemadura por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas	1	2	3	0,1
Quemadura con líquido hirviendo	2		2	0,1
Quemadura por fuego o llama		1	1	0,04
sin dato	220	877	1097	43
<b>Total</b>	<b>493</b>	<b>2067</b>	<b>2560</b>	<b>100</b>
<b>Sexo del Agresor</b>				
hombre	301	1637	1938	76
mujer	168	360	528	21
sin dato	24	70	94	4
<b>Total</b>	<b>493</b>	<b>2067</b>	<b>2560</b>	<b>100</b>
<b>Grupo Etario del Agresor</b>				
5 a 9 años	4	1	5	0
10 a 14 años	21	59	80	3
15 a 19 años	32	202	234	9
20 a 24 años	38	235	273	11
25 a 29 años	67	299	366	14
30 a 34 años	70	293	363	14
35 a 39 años	59	192	251	10
40 a 44 años	42	147	189	7
45 a 49 años	24	99	123	5
50 a 54 años	17	81	98	4
55 a 59 años	9	44	53	2
60 a 64 años	4	37	41	2
65 a 69 años	4	20	24	1
70 a 74 años	3	11	14	1
75 a 79 años	3	9	12	0,5
80 y mas años	2	5	7	0,3
sin dato	94	333	427	17
<b>Total</b>	<b>493</b>	<b>2067</b>	<b>2560</b>	<b>100</b>

fuentes: siviigila sspm Cali

**Tabla 95. Violencia de género según características que rodea la violencia, Cali, primer semestre de 2016.**

Teniendo en cuenta las características que rodean la violencia, encontramos que la *violencia física* y *sexual* concentra el 82% de los casos; el arma más utilizada para perpetrar la violencia es el *objeto contundente o cortocontudente*; el *hombre* es el principal agresor en el 76%, siendo más frecuente la violencia de hombre hacia la mujer que de la mujer hacia el hombre. La mayor proporción de agresores (as) se encuentra entre los *25 y 34 años de edad* (28%). Siendo la *pareja o expareja conyugal* (Esposo, Ex - esposo, compañero permanente, ex – compañero permanente, Novio y Ex – novio) los de mayor proporción (42%). La *vivienda* sigue siendo el sitio donde más ocurren los hechos violentos (71%), y en el 42% de los casos la (el) afectado (a) *convive con el agresor*, ver tabla No. 2.

### Características de la atención

<b>(2) Violencia de género según características que rodean la violencia, Cali, primer semestre 2016</b>					
<b>Características</b>		<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Realación Familiar con la Víctima</b>	Otros	152	548	700	27
	Esposo (a)	35	292	327	13
	Compañero (a) permanente	21	260	281	11
	Madre	91	124	215	8
	Padre	70	113	183	7
	Novio (a)	10	135	145	6
	Ex - compañero (a) permanente	15	125	140	5
	Ex - esposo (a)	10	103	113	4
	Hermano (a)	18	61	79	3
	Padrasto	18	57	75	3
	Ex - novio (a)	7	55	62	2
	Tío (a)	7	49	56	2
	Primo (a)	16	36	52	2
	Hijo	11	35	46	2
	Cuñado (a)	3	28	31	1
	Abuelo (a)	5	23	28	1
	Suegro (a)	2	8	10	0,4
	Encargado (a) del NNA/Adulto mayor		7	7	0,3
	Ex amante	1	5	6	0,2
	Amante		3	3	0,1
Madrasta	1		1	0,04	
<b>Total</b>		<b>493</b>	<b>2067</b>	<b>2560</b>	<b>100</b>
<b>Escenario</b>	Vivienda	333	1496	1829	71
	Vía pública	92	338	430	17
	Otro	36	136	172	7
	Establecimiento comercial (tienda, cent	8	27	35	1
	Centro educativos	12	22	34	1
	Espacios terrestres al aire libre (Bosqu	6	20	26	1
	Lugares de esparcimiento con expendio	5	19	24	1
	Oficina o edificio de oficinas	1	9	10	0,4
<b>Total</b>		<b>493</b>	<b>2067</b>	<b>2560</b>	<b>100</b>
<b>Convive con el Agresor</b>	si	224	839	1063	42
	no	177	834	1011	39
	sin dato	92	394	486	19
	Total general	493	2067	2560	100

fuentes: siviigila sspm Cali

Continuación de la tabla No. 2. Violencia de género según características que rodea la violencia, Cali, primer semestre de 2016.

Durante el periodo analizado, se encontró que el 17% de las personas afectadas son *hospitalizadas*, siendo mayor las mujeres, con una razón de 5 mujeres por cada hombre. Se notificaron ocho *fallecimientos* sospechosos de violencia; se encontró que la víctima ha sido sometida por alguna *sustancia* (química, medicamento o psicoactiva) en el 3%. Se le ha administrado *profilaxis para infecciones de transmisión sexual* al 8%, *profilaxis para hepatitis B* al 7% y *anticoncepción de emergencia* al 5% de las persona notificadas por las instituciones de salud. Un 8% de las personas ha requerido orientación en *interrupción voluntaria del embarazo* y 46% ha recibido atención por profesionales de *salud mental*. 25% de las personas afectadas fueron remitidas al *sector protección* (comisaría de familia e ICBF), en el 40% de los (as) afectados (as), se informó a la *autoridad* por el presunto hecho violento y en el 7% de los casos se recolectó *evidencia médico legal*, ver tabla No. 3. Sólo el 46% recibió atención por salud mental, situación preocupante, dado que todas las personas que sufran este tipo de eventos, deben recibirla; de igual forma, es importante aclarar cuál es el motivo por el que no se ha informado a la autoridad en el 100% de los casos.

Violencia de género según características de la atención en salud, Cali, primer semestre 2016					
Características		hombre	mujer	Total	%
Hospitalizado (a)	si	72	360	432	17
	no	421	1707	2128	83
	Total	493	2067	2560	100
Condición Final	Vivo (a)	490	2061	2551	99,6
	Muerto (a)	3	5	8	0,3
	No sabe, no responde		1	1	0,04
Sustancia en la Víctima	si	17	72	89	3
	no	476	1995	2471	97
Profilaxis para ITS	si	31	173	204	8
	no	60	444	504	20
	sin dato	402	1450	1852	72
Profilaxis para Hepatitis B	si	25	147	172	7
	no	66	470	536	21
	sin dato	402	1450	1852	72
Anticoncepción de Emergencia	si	4	114	118	5
	no	87	503	590	23
	sin dato	402	1450	1852	72
Orientación para IVE	si	12	192	204	8
	no	79	425	504	20
	sin dato	402	1450	1852	72
Atención por Salud Mental	si	218	970	1188	46
	no	275	1097	1372	54
Remisión a Protección	si	126	520	646	25
	no	367	1547	1914	75
Informe a la Autoridad	si	173	851	1024	40
	no	320	1216	1536	60
Recolección Evidencia Médico Legal	si	25	148	173	7
	no	468	1919	2387	93

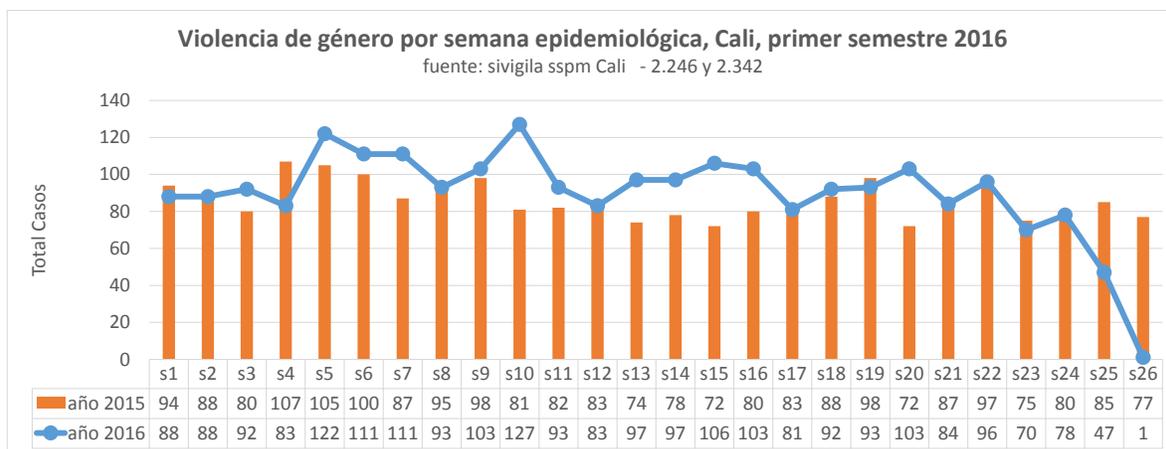
fuentes: siviigila sspm Cali

Tabla 96.. Violencia de género según características de la atención, Cali, primer semestre de 2016.

Aproximadamente, el 52% de las personas son atendidas por las siguientes instituciones de salud: Hospital Carlos Holmes Trujillo (10%), Hospital Primitivo Iglesias (6%), Servicios de Salud IPS Suramericana y Fundación Valle de Lili (4% cada una), Centro de Salud Siloé – ESE Ladera, Red de Salud del Norte, Clínica Comfenalco, Centro de Salud Potrero Grande- ESE Oriente, Hospital San Juan de Dios, Hospital Carlos Carmona Montoya, Clínica Amiga y ESIMED S.A (3% cada una), Centro de Salud Marroquín y Comfandi IPS Torres (2% cada una).

### Características de tiempo

Figura 79. Distribución de violencia de género por semana epidemiológica, Cali, semestrel de 2016 vs 2015.



En promedio se notificaron 26 casos de violencia de género por semana, siendo igual al promedio durante del mismo periodo del año 2015; las semanas con mayor número de casos fueron: 5, 6, 7,

15, 16 y 20 (122, 111, 111, 106, 103 y 103). No se evidencia una tendencia a nivel semanal o mensual en la ocurrencia de casos, pero se puede observar un descenso en la notificación durante la semana 26, puede corresponder a un subregistro durante dicho periodo, Figura No.1.

### Características de lugar

Eventos y tasas de violencia contra la mujer (VCM), violencia familiar (VF) y violencia sexual (VSX) por comuna, Cali primer semestre 2016						
comuna/corregimiento	VCM		VF		VSX	
	total	tasa x 100 mil hab.	total	tasa x 100 mil hab.	total	tasa x 100 mil hab.
comuna 1	40	45	49	55	16	18
comuna 2	26	23	30	26	9	8
comuna 3	35	75	26	56	16	34
comuna 4	27	51	24	45	14	26
comuna 5	14	12	14	12	3	3
comuna 6	46	24	39	21	19	10
comuna 7	39	55	37	52	15	21
comuna 8	60	59	71	69	13	13
comuna 9	35	78	30	67	9	20
comuna 10	39	35	33	30	12	11
comuna 11	59	55	67	62	14	13
comuna 12	45	67	34	51	14	21
comuna 13	138	78	116	65	56	32
comuna 14	120	69	97	56	52	30
comuna 15	87	55	75	47	36	23
comuna 16	64	60	60	56	19	18
comuna 17	28	20	29	21	7	5
comuna 18	77	59	80	61	25	19
comuna 19	16	14	16	14	6	5
comuna 20	78	113	69	100	19	27
comuna 21	136	121	128	114	42	37
Buitrera	2		1		2	
Montebello	4	19	5	16	1	8
Saladito	1					
sin dato	851		730		313	
Total general	2067	87	1860	78	732	31

fuentes: siviqila sspm Cali - Población resumen Cali - 2016

**Tabla 97. Eventos y tasas de violencia contra la mujer (VCM), violencia familiar (VF) y violencia sexual (VSX), Cali, primer semestre de 2016.**

Las comunas con mayor número de eventos de VCM son: 13, 21, 14, 15, 20 y 18 (138, 136, 120, 87, 78 y 77 eventos respectivamente); las de mayor número de eventos de VF son: 21, 13, 14, 18, 15 y 20 (128, 116, 97, 80, 75 y 69 eventos respectivamente); las de mayor número de eventos de VSX son: 13, 14, 21, 15 y 18 (56, 52, 42, 36 y 25 eventos respectivamente), ver tabla No. 4.

La comunas con mayor riesgo para VCM son: 21, 20, 9, 13, 3 y 14 (121, 113, 78, 78, 75 y 69 eventos por cada 100.000 habitantes); las de mayor riesgo para VF son: 21, 20, 8, 9, 11 y 18 (114, 100, 69, 67, 62 y 61 eventos por cada 100.000 habitantes); las de mayor riesgo para VSX son: 21, 3, 13, 14, 20 y 4 (37, 34, 32, 30, 27 y 26 eventos por cada 100.000 habitantes), ver tabla No. 4.

### Indicadores

**Incidencia:** 108 persona violentadas por cada 100.000 habitantes.

**Mortalidad:** 0,3 personas muertas por cada 100.000 habitantes.

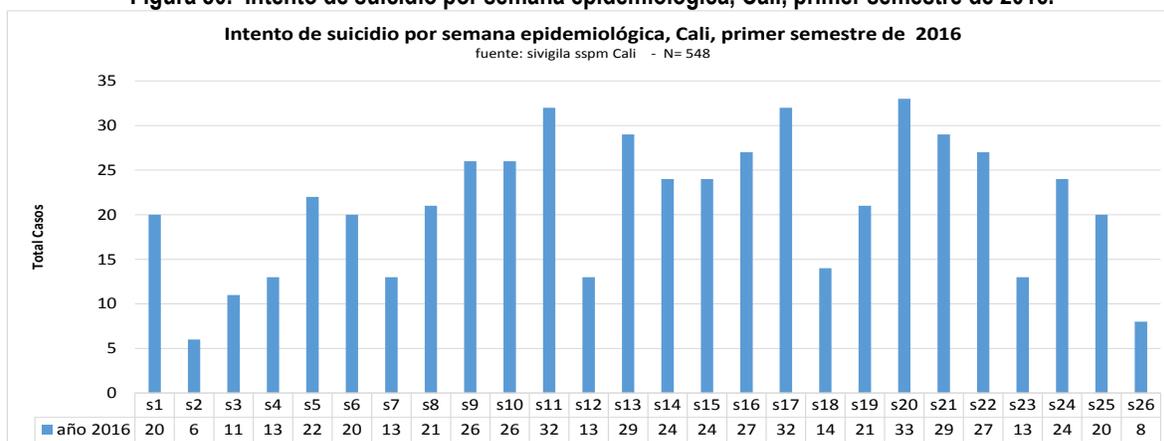
## 6.2 INTENTO DE SUICIDIO – PRIMER SEMESTRE DE 2016

Se considera intento de suicidio a la conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de

provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método<sup>1</sup>.

### Características de tiempo

**Figura 80. Intento de suicidio por semana epidemiológica, Cali, primer semestre de 2016.**



Durante el primer semestre del año 2016, se notificaron 548 casos de intento de suicidio, a través del sistema de vigilancia de interés en salud pública (ficha intento de suicidio y ficha de intoxicaciones). En promedio se notificaron 26 casos por semana epidemiológica; las semanas con mayor número de casos fueron: 20 (33 casos), 11 (32 casos), 13 y 21 (29 casos cada una). No se evidencia una tendencia a nivel semanal o mensual en la ocurrencia de casos, pero se pueden observar picos durante las semanas 5 y 6; 9 a 11; 16 a 17 y 20 a 22, ver Figura No.1.

### Características sociodemográficas

<sup>1</sup>Protocolo de vigilancia en salud pública. Intento de suicidio. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivilgia/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Intento%20de%20suicidio.pdf>

Intento de suicidio según características sociodemográficas, Cali, primer semestre 2016					
Características		hombre	mujer	Total	%
Grupo Etario	5 a 9 años	1		1	0,2
	10 a 14 años	10	59	69	13
	15 a 19 años	39	119	158	29
	20 a 24 años	36	76	112	20
	25 a 29 años	27	35	62	11
	30 a 34 años	17	26	43	8
	35 a 39 años	20	15	35	6
	40 a 44 años	7	9	16	3
	45 a 49 años	10	8	18	3
	50 a 54 años	5	8	13	2
	55 a 59 años	4	5	9	2
	60 a 64 años	0	3	3	1
	65 a 69 años	3		3	1
	70 a 74 años	3		2	0,4
	75 a 79 años	1		1	0,2
	80 y más años	2		3	0,5
Total general		185	363	548	100
Escolaridad en IS por Intoxicaciones	Básica primaria	24	31	55	31
	Básica secundaria	33	51	84	47
	Media académica o clásica	4	12	16	9
	Media técnica	1	2	3	2
	Preescolar		1	1	1
	Profesional	1	3	4	2
	Sin información		1	1	1
	Técnica profesional	3	3	6	3
	Tecnológica		3	3	2
	Ninguno	4	1	5	3
Total general		70	108	178	100
Seguridad Social en Salud	Contributivo	93	202	295	54
	Subsidiado	60	134	194	35
	No Asegurado	22	19	41	7
	Especial	4	5	9	2
	Excepción	6	3	9	2
	Total general	185	363	548	100
Etnia	Otro	163	335	498	91
	Negro, mulato afro colombiano	17	20	37	7
	Rom, Gitano	2	2	4	1
	Indígena	2	5	7	1
	Raizal	1	1	2	0,4
	Total general	185	363	548	100
Estado Civil en IS por Intoxicaciones	Soltero (a)	33	68	101	57
	Unión libre	23	17	40	22
	Casado (a)	10	20	30	17
	Divorciado	3	3	6	3
	Viudo	1		1	1
	Total general	70	108	178	100

fuentes: sivi gila sspm Cali

**Tabla 98. Intento de suicidio según características sociodemográficas, Cali, primer semestre de 2016.**

Las personas que se intentaron suicidar durante el primer semestre del año 2016, se caracterizan porque el 62% son *menores de 25 años*; siendo el grupo *etario de 15 a 19 años* el que concentra la mayor proporción de casos (29%), y en el 66% son mujeres. Con relación a escolaridad, observamos que el 47% ha alcanzado la *básica secundaria* y el 31% la *básica primaria*. 54% se encuentra afiliada al *régimen contributivo* de seguridad social, seguido por el *régimen subsidiado* (35%). En cuanto a etnia, el 91% se clasifica con *Otros* y 7% *Negro, Mulato, Afrocolombiano*. La mayor proporción son *soltero* (57%), seguido por *unión libre* (22%), tabla No. 1.

En términos generales podemos resumir, que las personas que se intentan suicidar, son mujeres jóvenes, entre 15 y 19 años de edad, solteras y con algún tipo de seguridad social en salud, en su mayor proporción.

## Características relacionadas con el intento de suicidio

(1) Características relacionadas con el intento de suicidio, Cali, primer semestre 2016					
	Características	hombre	mujer	Total	%
Intentos de suicidios previos	si	32	93	125	34
	no	83	162	245	66
	Total	115	255	370	100
No. De intentos de suicidios previos	1 vez	9	32	41	11
	2 veces	10	35	45	12
	3 veces	4	10	14	4
	Más de 3 veces	6	11	17	5
	no aplica	83	162	245	66
	sin dato	3	5	8	2
	Total	115	255	370	100
Mecanismo utilizado	intoxicación	70	175	245	68
	arma cortopunzante	24	53	77	21
	ahorcamiento	10	7	17	5
	lanzamiento al vacío	7	9	16	4
	lanzamiento a vehículo	3	3	6	2
	total	114	247	361	100
Vía de exposición en intoxicaciones	Oral	67	106	173	97
	Respiratoria		2	2	1
	Dérmica/mucosa	1		1	1
	Desconocida	1		1	1
	Parenteral	1		1	1
	Total general	70	108	178	100
Factores asociados	Síntomas depresivos	41	125	166	26
	Conflictos recientes con la pareja	40	86	126	20
	Pérdida de lazos afectivos	23	53	76	12
	Problemas económicos, legales o sociales recientes	25	47	72	11
	Ideación suicida persistente	13	34	47	7
	Consumo de SPA	24	15	39	6
	Antecedente personal de trastorno psiquiátrico	8	14	22	3
	Asociado a antecedentes de violencia intrafamiliar	2	15	17	3
	Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos	3	12	15	2
	Enfermedad grave en un familiar	9	5	14	2
	Otros síntomas psiquiátricos	3	9	12	2
	Historia familiar de conducta suicida	3	8	11	2
	Victima violencia	1	8	9	1
	Asociado antecedentes de abuso sexual	1	4	5	1
	Enfermedad crónica, dolorosa o discapacitante	3	1	4	1
total	199	436	635	100	

fuelle: sivigila sspm Cali

**Tabla 99. Características relacionadas con el intento de suicidio, Cali, primer semestre de 2016.**

Según algunas características relacionadas con el intento de suicidio, podemos resaltar que el 34% de las personas tiene *un intento previo al actual*; el 11% lo ha intentado una vez y el 12% *dos veces*. Los mecanismos más utilizados en su orden son, *intoxicación* 68% y *arma corto punzante* 21%; siendo la *vía oral*, la más utilizada para la intoxicación (97%). De acuerdo a los factores asociados, podemos mencionar, que los síntomas depresivos, los conflictos recientes con la pareja, pérdida de lazos afectivos, problemas económicos, ideación suicida persistente y consumo de SPA (sustancias psicoactivas) concentran el 80% aproximadamente, tabla No. 2.

<b>(2) Características relacionadas con el intento de suicidio, Cali, primer semestre 2016</b>					
<b>Características</b>		<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Lugar del intento de suicidio en intoxicaciones</b>	Hogar	63	105	168	94
	Vía pública /parque	2	3	5	3
	Establecimiento penitenciario	4		4	2
	Lugar de trabajo	1		1	1
	Total general	70	108	178	100
<b>Trastornos psiquiátricos asociados</b>	Trastorno depresivo	54	103	157	63
	Abuso de SPA	17	14	31	13
	Otros trastornos afectivos	10	21	31	13
	Trastornos bipolar	3	8	11	4
	Otros trastornos psiquiátrico	3	7	10	4
	Esquizofrenia	6	2	8	3
total	93	155	248	100	
<b>Compromiso vital</b>	Alto	25	30	55	15
	Bajo	60	144	204	55
	Medio	30	81	111	30
	Total	115	255	370	100
<b>Riesgo alto de reincidencia</b>	si	71	129	200	54
	no	44	126	170	46
	Total	115	255	370	100
<b>Remisión</b>	psiquiatría	85	175	260	45
	psicología	52	134	186	32
	trabajo social	36	99	135	23
	Total	173	408	581	100

fuelle: sivigila sspm Cali

**Tabla 100. Características relacionadas con el intento de suicidio, Cali, primer semestre de 2016.**

Continuando con la descripción de las características relacionadas con el intento de suicidio, encontramos que las personas que se intentaron suicidar presentan *trastornos depresivos* en el 63%, siendo esta proporción más alta en mujeres; dicho intento lo realizaron en el *hogar* en el 94% de los casos. El 55% de las personas tuvieron un compromiso *vital (hemodinámico) bajo* (siendo la proporción parecida entre mujeres y hombres), un 15% *alto* y más de la mitad (54%) tienen *alto riesgo de reincidencia*. El 45% de las personas son remitidas a *Psiquiatría*, el 32% a *Psicología* y el 23% a *Trabajo Social*, tabla No. 3.

#### **Características de lugar**

<b>Casos y tasas de intento de suicidio por comuna y corregimiento, Cali, primer semestre 2016</b>		
<b>Comuna / Corregimiento</b>	<b>Total</b>	<b>Tasa x 100.000 hab.</b>
comuna 1	9	10,2
comuna 2	18	20,4
comuna 3	11	12,4
comuna 4	17	19,2
comuna 5	12	13,6
comuna 6	18	20,4
comuna 7	15	17,0
comuna 8	23	26,0
comuna 9	13	14,7
comuna 10	21	23,7
comuna 11	16	18,1
comuna 12	19	21,5
comuna 13	28	31,7
comuna 14	30	33,9
comuna 15	19	21,5
comuna 16	27	30,5
comuna 17	21	23,7
comuna 18	26	29,4
comuna 19	22	24,9
comuna 20	15	17,0
comuna 21	25	28,3
comuna 22	4	4,5
Felidia	1	
Golondrinas	1	
La Sirena	1	
Montebello	1	
sin dato	135	
<b>Total</b>	<b>548</b>	<b>23,1</b>

fuelle: sivigila sspm Cali - Población resúmen Cali - 2016

**Tabla 101. Casos y tasas de intento de suicidio, Cali, primer semestre de 2016.**

Teniendo en cuenta el sitio de residencia de las personas que intentan suicidarse, encontramos que las comunas que más concentran casos son: comuna 14 (30 casos), comuna 13 (28 casos), comuna 16 (27 casos), comuna 18 (26 casos) y comuna 21 (25 casos); las comunas con mayores tasas, en orden descendente son: comuna 14 (34 casos por cada 100.000 habitantes), comuna 13 (32 casos por cada 100.000 habitantes cada una), comuna 16 (31 casos por cada 100.000 habitantes), comuna 18 (29 casos por cada 100.000 habitantes), comuna 21 (28 casos por cada 100.000 habitantes) y a nivel municipal, 23 casos por cada 100.000 habitantes, durante el primer semestre del 2016, tabla No. 4.

Según la institución de salud que atiende las personas con intento de suicidio, observamos que el 80% son atendidos por: Fundación Valle de Lili (10%), Clínica Amiga (9%), Hospital Primitivo Iglesias (8%), Hospital Carlos Holmes Trujillo, Red de Salud del Norte y Sociedad NSDR (7% cada una), Hospital Universitario del Valle Evaristo García (6%), Hospital Carlos Carmona Montoya (5%), ESIMED SA (4%), Red de Salud Ladera- Centro de Salud Siloé, Comfandi IPS Torres, Centro Médico Imbanaco, Ciclo Vital Colombia, Clínica Comfenalco (3% cada una), IPS Suramericana y Hospital Departamental Mario Correa Rengifo (2% cada uno).

### Indicadores

**Densidad de Incidencia de Intento de Suicidio:** 23,1 casos por cada 100.000 habitantes.

## 6.3 LESIONES DE CAUSA EXTERNA

Caso sospechoso: persona que presente lesión o muerte como resultado de consumo de producto, accidente de tránsito, exposición laboral en menores de 18 años de edad o relacionados con un procedimiento estético.

### Características de tiempo

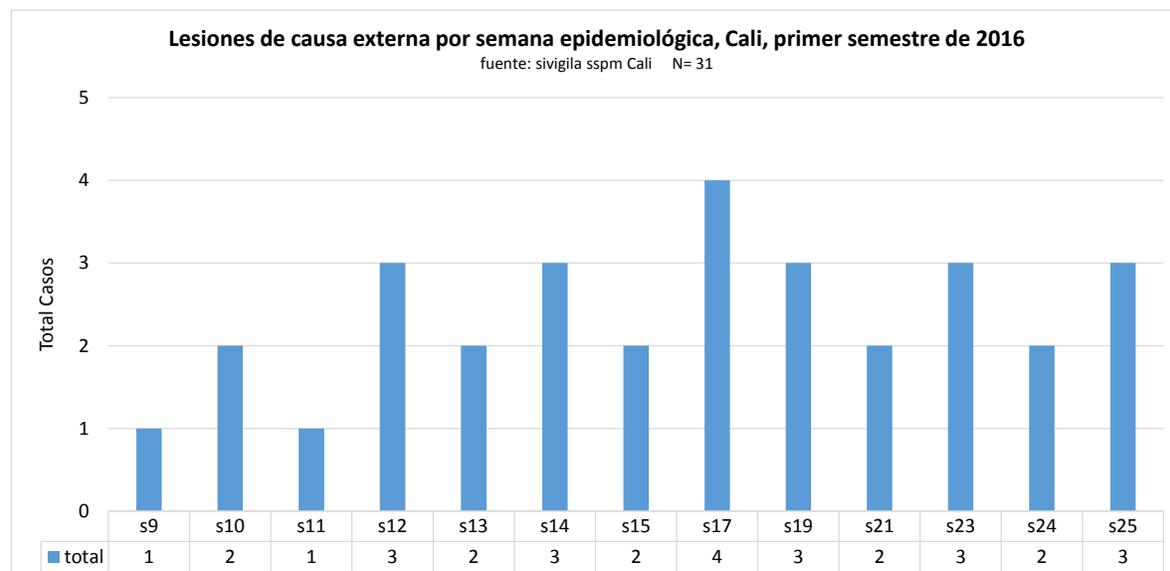


Figura No. 1. Lesiones de causa externa por semana epidemiológica, Cali, primer semestre de 2016.

<sup>2</sup><http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/siviigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Lesiones%20de%20causa%20externa.pdf>

Durante el primer semestre del año 2016, se notificaron 31 casos de lesiones de causa externa, a través del sistema de vigilancia de interés en salud pública. En promedio se notificaron 2 casos por semana epidemiológica; las semanas con mayor número de casos fueron: 12, 14, 23 y 25 (3 casos cada una), 17 (4 casos). No se evidencia una tendencia a nivel semanal o mensual en la ocurrencia de casos, ver Figura No.1.

### Características sociodemográficas

Lesiones de causa externa según características sociodemográficas, Cali, primer semestre de 2016						
Grupo Etario	<b>Exposición laboral en menores de 18 años</b>	<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>Total general</b>	<b>%</b>	
	1 a 4 años	1		1	50	
	35 a 39 años	1		1	50	
	<b>Total</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	<b>6</b>	
	<b>Procedimientos estéticos</b>					
	15 a 19 años	2		2	9	
	20 a 24 años	1	1	2	9	
	25 a 29 años	1	2	3	13	
	30 a 34 años		4	4	17	
	35 a 39 años		4	4	17	
	40 a 44 años		2	2	9	
	45 a 49 años		3	3	13	
	50 a 54 años		1	1	4	
	55 a 59 años		2	2	9	
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>74</b>	
	<b>Productos de consumo</b>					
	1 a 4 años	1		1	17	
	30 a 34 años		1	1	17	
	35 a 39 años		2	2	33	
	5 a 9 años	1	1	2	33	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>19</b>		
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>100</b>		
Seguridad Social en Salud	<b>Exposición laboral en menores de 18 años</b>					
	Contributivo	2		2	100	
	<b>Procedimientos estéticos</b>					
	Especial		12	12	52	
	Contributivo	1	3	4	17	
	Subsidiado	3	1	4	17	
	No Asegurado		2	2	9	
	Indeterminado/ pendiente		1	1	4	
	<b>Productos de consumo</b>					
	Contributivo		3	3	50	
Subsidiado	2	1	3	50		
Etnia	<b>Exposición laboral en menores de 18 años</b>					
	Negro, mulato afro colombiano	1		1	50	
	Otro	1		1	50	
	<b>Procedimientos estéticos</b>					
	Otro	3	18	21	91	
	Negro, mulato afro colombiano	1	1	2	9	
	<b>Productos de consumo</b>					
Otro	2	4	6	100		

fuentes: siviigila sspm Cali

Tabla 102 Lesiones de causa externa según características sociodemográficas, Cali, primer semestre de 2016.

Las personas notificadas por lesiones de causa externa se caracterizan porque la mayor proporción es por *procedimientos estético* (74%), seguido por *lesiones por producto de consumo* 19%. Aproximadamente la mitad de las personas con lesiones por procedimientos estéticos tienen menos de *35 años de edad*, el 52% se encuentra afiliada al régimen de salud *especial* y el 91% se considera *otros* en cuanto a etnia, tabla No. 1.

## Características relacionadas con lesiones de causa externa

Lesiones de causa externa según elemento, lugar de ocurrencia y hospitalización, Cali, primer semestre de 2016					
Características		hombre	mujer	Total general	%
Elemento que ocasionó la lesión	Belleza, cuidado personal e higiene	2	12	14	42
	Aparatología de uso estético	2	8	10	30
	Equipos biomédicos		3	3	9
	Medios de transporte	1	1	2	6
	Máquina, equipo eléctrico o motor	1		1	3
	Materiales (sustancias)	1		1	3
	Electrodomésticos y de iluminación		1	1	3
	Equipos domésticos de combustión para cocina		1	1	3
	<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>33</b>	<b>100</b>
	lugar de ocurrencia	Centro de estética	4	15	19
Hogar		3	2	5	17
Calle		1	1	2	7
IPS			2	2	7
Parque			1	1	3
SPA			1	1	3
<b>Total general</b>		<b>8</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Hospitalizado		<b>Exposición laboral en menores de 18 años</b>			
	si	1		1	50
	no	1		1	50
	<b>Total</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	<b>6</b>
	<b>Procedimientos estéticos</b>				
	si	2	16	18	78
	no	2	3	5	22
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>74</b>
	<b>Productos de consumo</b>				
	si	2		2	33
	no		4	4	67
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>19</b>
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	

fuentes: siviigila sspmn Cali

Tabla 102. Lesiones de causa externa según elemento que ocasionó la lesión, lugar de ocurrencia y necesidad de hospitalización, Cali, primer semestre de 2016.

Aproximadamente el 80% de las lesiones de causa externa son ocasionadas por *elementos de belleza, estética o equipos biomédicos*. Más de la mitad de dichas lesiones ocurren en *centros de estética* (63%) y el 78% de los pacientes lesionados por procedimientos o productos de estética son *hospitalizados*, tabla No. 2.

## Características relacionadas con la atención en salud

Lesiones de causa externa según procedimientos estéticos y características de atención en salud, Cali, primer semestre de 2016					
Características		hombre	mujer	Total general	%
Profesional que desarrolló el procedimiento Estético	Cirujano plástico		12	12	52
	Profesional de la salud	3	4	7	30
	Médico esteticista	1	3	4	17
	<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
No. Procedimientos Estéticos Simultáneamente	1	4	7	11	48
	2		9	9	39
	>3		3	3	13
	<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
Hospitalizado en UCI	si	1	5	6	26
	no	3	14	17	74
	<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
UPGD	<b>Exposición laboral en menores de 18 años</b>				
	CENTRO MEDICO IP SALUD SAS	1		1	50
	CLINICA COMFENALCO	1		1	50
	<b>total</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	<b>6</b>
	<b>Procedimientos estéticos</b>				
	FUNDACION VALLE DEL LILI	1	8	9	39
	CLINICA DE OCCIDENTE SA		4	4	17
	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	2	2	4	17
	CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR		3	3	13
	CLINICA COMFENALCO	1	1	2	9
	CLINICA AMIGA		1	1	4
	<b>total</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>74</b>
	<b>Productos de consumo</b>				
	CLINICA COMFENALCO		1	1	17
	CLINICA DE OCCIDENTE SA		1	1	17
	FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	1		1	17
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	1		1	17
	RED DE SALUD DEL NORTE ESE		1	1	17
	SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA		1	1	17
	<b>total</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>19</b>
	<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

fuentes: siviigila sspmn Cali

**Tabla 103. Lesiones de causa externa según procedimientos estéticos y características de la atención en salud, Cali, primer semestre de 2016.**

Analizando las lesiones de causa externa por procedimientos estéticos, encontramos que el 52% de dichos procedimientos son realizados por *Cirujano Plástico*, 30% por *Profesional de Salud* y 17% por *Médico Esteticista*. El 48% de las personas se realiza un procedimiento por intervención y el 26% de las complicaciones son hospitalizadas en *Unidad de Cuidados Intensivos*. La Institución de salud que más casos de lesiones de causa externa por procedimientos estéticos es *Fundación Valle de Lili* (39%), seguida por *Clínica de Occidente* y *Hospital San Juan de Dios* (17% cada una).

**Características de lugar**

<b>Lesiones de causa externa por comuna / corregimiento, Cali, primer semestre de 2016</b>				
<b>Comuna / Corregimiento</b>	<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>Total general</b>	<b>%</b>
comuna 5		2	2	6
comuna 6		1	1	3
comuna 7	1	1	2	6
comuna 13		2	2	6
comuna 15	1	2	3	10
comuna 16		1	1	3
comuna 17		1	1	3
La Buitrera		1	1	3
Montebello	1		1	3
sin dato	5	12	17	55
Total general	8	23	31	100

fuelle: sivilila sspm Cali

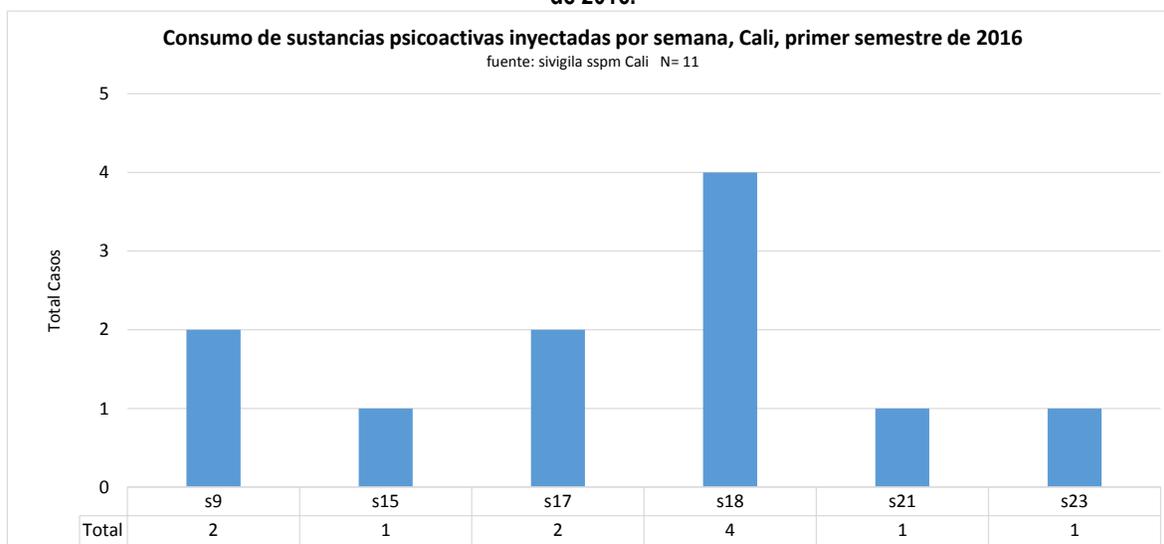
**Tabla 104. Lesiones de causa externa por comuna / corregimiento, Cali, primer semestre de 2016.**

Las comunas con mayor número de casos notificados son: comuna 15 (10 casos), comuna 5, 7 y 13 (6 casos cada una), llama la atención el gran subregistro de la variable localidad (55%), esto puede deberse que el evento es aun nuevo para las UPGD; las mujeres concentran la mayor proporción de casos (74%), tabla No. 4.

### 6.3 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFASIS EN SUSTANCIAS INYECTABLES

**Características de tiempo**

**Figura 81. Consumo de sustancias psicoactivas inyectadas por semana epidemiológica, Cali, primer semestre de 2016.**



Durante el primer semestre del año 2016, se notificaron 11 casos de consumo de sustancias psicoactivas inyectadas, a través del sistema de vigilancia de interés en salud pública. En promedio se notificaron 2 casos por semana epidemiológica; las semanas con mayor número de casos fueron: 9 y 17 (2 casos cada una) y 18 (4 casos). No se evidencia una tendencia a nivel semanal o mensual en la ocurrencia de casos, ver Figura No.1.

### Características sociodemográficas

<b>Consumo de sustancia psicoactivas inyectadas según características sociodemográficas Cali, primer semestre 2016</b>					
<b>Características</b>		<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Grupo Etario</b>	10 a 14 años	1	1	2	18
	15 a 19 años	4		4	36
	20 a 24 años	1	2	3	27
	25 a 30 años	1		1	9
	50 a 54 años	1		1	9
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
<b>Seguridad Social en Salud</b>	Subsidiado	6	1	7	64
	Contributivo	2	2	4	36
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
<b>Etnia</b>	Otro	7	2	9	82
	Negro, mulato afro colombiano	1	1	2	18
	<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

fuente: siviigila sspm Cali

**Tabla 105. Consumo de sustancia psicoactiva inyectada según características sociodemográficas, Cali, primer semestre de 2016.**

Las personas notificadas por consumo de sustancias psicoactivas inyectadas, se caracterizan porque aproximadamente el 80% son *menores de 25 años*, el 72% son *hombres*, 64% están afiliados al *régimen contributivo* de salud y el 82% se considera *otros* en cuanto etnia, tabla No. 1.

### Características del consumo

Consumo de sustancia psicoactivas inyectadas según características de consumo Cali, primer semestre 2016					
Características		hombre	mujer	Total	%
Edad de inicio	6 años	1		1	9
	13 años		1	1	9
	14 años	4	1	5	45
	15 años	1	1	2	18
	20 años	1		1	9
	52 años	1		1	9
	Total	8	3	11	100
Droga de inicio	Marihuana	6	1	7	64
	Cocaína	2		2	18
	Sustancias inhalables		2	2	18
	Total	8	3	11	100
Edad de inicio droga inyectable	12 años	1		1	9
	13 años		1	1	9
	14 años	4	1	5	45
	15 años	1	1	2	18
	20 años	1		1	9
	52 años	1		1	9
	Total	8	3	11	100
Droga de inicio inyectable	Marihuana	4	1	5	45
	Heroína	1	1	2	18
	Otras drogas	1	1	2	18
	Cocaína	1		1	9
	Estimulantes sin prescripción médica	1		1	9
	Total	8	3	11	100
Droga que se inyecta actualmente	cocaína	1		1	50
	heronina	1		1	50
	Total	2		2	100
Frecuencia con que inyecta	Algunas veces mensualmente	6	2	8	73
	Algunas veces semanalmente	1	1	2	18
	1 a 2 veces diariamente	1		1	9
	Total	8	3	11	100

fuentes: savigila sspm Cali

**Tabla 106. Consumo de sustancia psicoactiva inyectada según características del consumo, Cali, primer semestre de 2016.**

Teniendo en cuenta las características del consumo, encontramos que aproximadamente el 80% de los adolescentes inicia el consumo antes de cumplir los 16 años de edad y el 45% tiene 14 años. El 64% inicia el consumo con *marihuana*; de igual forma inician el consumo de sustancias inyectables antes de cumplir los 16 años y también con *marihuana*. La mitad de estos adolescentes se inyecta actualmente *cocaína* y el otro 50% *heroína*, con una frecuencia de *algunas veces mensualmente* (73%), tabla No. 2

### Características de lugar

Consumo de sustancia psicoactivas inyectadas según sitio de residencia y atención en salud Cali, primer semestre 2016					
Características		hombre	mujer	Total	%
UPGD	CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE - ESE ORIENTE	2		2	18
	COMFANDI IPS TORRES	1	1	2	18
	HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	1	1	2	18
	SERSALUD SA	1	1	2	18
	CENTRO DE SALUD MARROQUIN - ESE ORIENTE	1		1	9
	CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE -ESE ORIENTE	1		1	9
	RED DE SALUD DEL NORTE ESE	1		1	9
	Total	8	3	11	100
Hospitalizado	si	1		1	9
	no	7	3	10	91
	Total	8	3	11	100
Comuna	comuna 4	1	1	2	18
	comuna 5	2		2	18
	comuna 6		1	1	9
	comuna 13	3		3	27
	comuna 14	1	1	2	18
	comuna 21	1		1	9
	Total	8	3	11	100

fuentes: savigila sspm Cali

**Tabla 107. Consumo de sustancia psicoactiva inyectada según sitio de residencia y lugar de atención en salud, Cali, primer semestre de 2016.**

Teniendo en cuenta el sitio de residencia de las personas que consumen sustancias psicoactivas inyectadas, observamos que las comunas con mayor número casos notificado son: 13 (3 casos), 4,

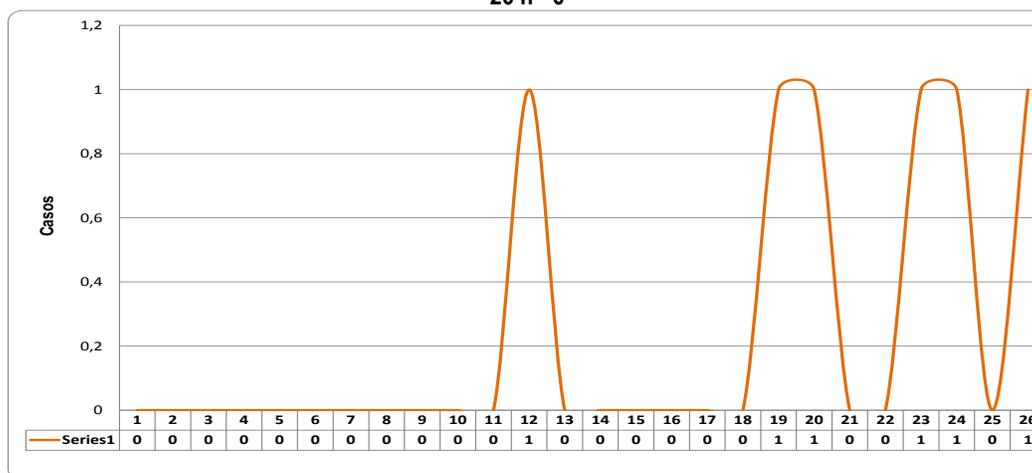
5 y 14 (2 casos casa una); las UPGD que notificaron más casos durante el primer semestre del año en curso son: Centro de Salud El Diamante – ESE Oriente, Comfandi IPS Torres, Hospital Carlos Holmes Trujillo – ESE Oriente, Sersalud SA y Centro de Salud Marroquín – ESE Oriente, concentrando el 80% de la notificación, tabla No. 3.

## 7. Enfermedades Raras y huérfanas

Hasta la semana 26 se presentaron un total de 6 casos notificados al SIVIGILA de enfermedades Huérfanas y Raras residentes en el municipio de Santiago de Cali.

**Análisis Temporal.** Al analizar el comportamiento se observa que desde el mes de marzo inició la notificación de los casos de enfermedades Huérfanas y Raras.

Figura 82. Comportamiento de enfermedades Huérfanas y Raras. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-26 n= 6



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

### Análisis de las variables socio demográficas

Para el análisis de las variables socio demográficas se tuvieron en cuenta aquellas que podían direccionar el análisis de los determinantes biológicos, sociales y del sistema de salud.

El comportamiento demográfico nos muestra que se han presentado el mismo número de casos tanto en hombres como en mujeres, el 100% de los casos corresponden al régimen contributivo, cuatro pertenecientes a Cafesalud y dos a Sura.

**Tabla. Comportamiento demográfico y social de las enfermedades Huérfanas y Raras. Santiago de Cali.**

**ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS**  
Comportamiento Demográfico y social de los casos  
Semana Epidemiológica 26 -Año 2016 -Cali

Número de casos = 6		Casos	%
Variable	Categoría		
Sexo	Masculino	3	50,0
	Femenino	3	50,0
Tipo régimen	Contributivo	6	100,0
	Subsidiado	0	0,0
	Excepción	0	0,0
	Especial	0	0,0
	No Afiliado	0	0,0
	Indeterminado/ Pendiente	0	0,0
	Sin Dato	0	0,0
Pertenece étnica	Indígena	0	0,0
	ROM	0	0,0
	Raizal	0	0,0
	Palanquero	0	0,0
	Negro, Mulato, Afro Color	0	0,0
	Otros	6	100,0
	Sin Dato	0	0,0
Grupo de Edad	< 1 año	0	0,0
	1-4 Años	1	16,7
	5-9 Años	1	16,7
	10-14 Años	0	0,0
	15-19 Años	0	0,0
	20-24 Años	0	0,0
	25-29 Años	0	0,0
	30-34 Años	1	16,7
	35-39 Años	1	16,7
	40-44 Años	0	0,0
	45-49 Años	1	16,7
	50-54 Años	1	16,7
	55-59 Años	0	0,0
60 y Mas Años	0	0,0	
	Sin Dato	0	0,0

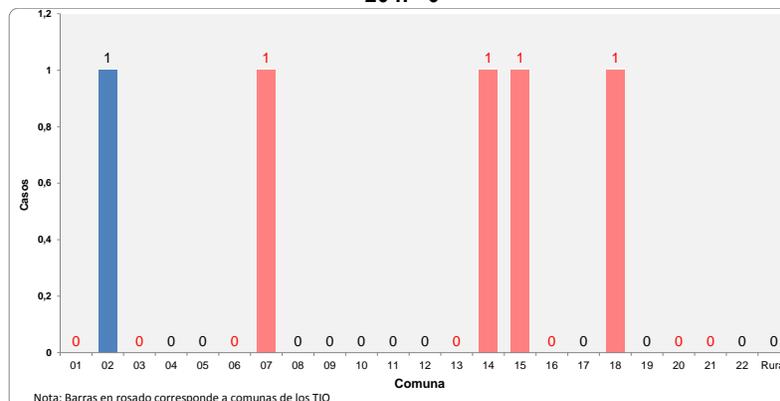
Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 6

Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali - 2016

### Distribución espacial

Al analizar la distribución de los casos de enfermedades Huérfanas y Raras no se observan variaciones significativas.

**Figura 83. Distribución de las enfermedades Huérfanas y Raras. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 26 n= 6**



FUENTE: SIVIGILA 2016 SSPM

## 8. Intoxicaciones

### Intoxicaciones por Sustancias Químicas:

Para el presente análisis, de los ocho eventos de intoxicación por sustancias químicas objeto de vigilancia, el departamento del Valle del Cauca notificó 774 casos al SIVIGILA, los cuales se discriminan de la siguiente manera: por medicamentos 38,5% (298), 21 de ellos procedentes de otros municipios del Valle del Cauca (19), Cauca, Cundinamarca (1c/u); por plaguicidas 16,3% (126), 20 de ellos procedentes de otros municipios del Valle del Cauca (13) y Cauca (7). Por metanol 0,6% (5), por metales 0,1% (1), por solventes 2,3% (18) uno de ellos procedente del Cauca, por otras sustancias químicas 19,1% (148),

21 de los cuales proceden de otros municipios del Valle del Cauca (17) y Cauca (4); por gases 0,5% (4) y por sustancias psicoactivas 22,5% (174), 7 de ellos procedentes de otros municipios del Valle del Cauca (4), Cauca (2) y Nariño (1).

El análisis se hará de los casos procedentes del Valle del Cauca.

### Medicamentos:

Se notificaron 277 casos; el 35,4% (98) casos ocurrieron en hombres y el 64,6% (179) en mujeres, para una relación de 18 casos en mujeres por cada hombre. El 65,3% (181) de los casos ocurrieron en los menores de 24 años, siendo los grupos de 15 a 19 años y 20 a 24 años los más afectados respectivamente. Fue necesaria la hospitalización del 35,7% (134) de los pacientes.

**Tabla 108. Intoxicación por Medicamentos según Grupo de Edad y Sexo  
Cali – 2016**

Grupo de Edad	Sexo		Total	%	% Acum.
	M	F			
< 1	2	2	4	1,4	1,4
1 a 4	14	9	23	8,3	9,7
5 a 9	6	2	8	2,9	12,6
10 a 14	5	23	28	10,1	22,7
15 a 19	14	51	65	23,5	46,2
20 a 24	21	32	53	19,1	65,3
25 a 29	11	13	24	8,7	74,0
30 a 34	10	13	23	8,3	82,3
35 a 39	5	8	13	4,7	87,0
40 a 44	1	7	8	2,9	89,9
45 a 49	3	6	9	3,2	93,1
50 a 54	4	4	8	2,9	96,0
55 a 59	2	3	5	1,8	97,8
60 a 64	0	2	2	0,7	98,6
65 a 69	0	0	0	0,0	98,6
70 a 74	0	0	0	0,0	98,6
75 y +	0	4	4	1,4	100,0
Total	98	179	277	100	

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El tipo de exposición más frecuente fue el intencional suicida 72,6% (201), seguido del accidental 15,9% (44) casos. El 79,3% (142) de las intoxicaciones de tipo intencional suicida se presentaron en mujeres.

**Tabla 109. Intoxicación por Medicamentos según Sexo y Tipo de Exposición Cali – 2016**

Tipo de Exposición	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
ocupacional	1	1,0	0	0	1	0,4
auto medicación	2	2,0	5	2,8	7	2,5
accidental	23	23,5	21	11,7	44	15,9
intencional suicida	59	60,2	142	79,3	201	72,6
delictiva	2	2,0	2	1,1	4	1,4
desconocida	4	4,1	4	2,2	8	2,9
intencional sicoactiva	7	7,1	5	2,8	12	4,3
Total	98	100	179	100	277	100

En el transcurso de este semestre se notificaron dos brotes:

- Semana 10: La Fundación Valle del Lili notificó un brote, exposición por auto medicación de antiparasitario (2 personas).
- Semana 26: El Hospital Primitivo Iglesias notificó un brote, exposición delictiva por benzodiazepinas (6 personas).

En el transcurso de este semestre no se notificaron mortalidades.

### Plaguicidas:

Se notificaron 106 casos, el 50,9% (54) de los casos ocurrieron en hombres y el 49,1% (52) en mujeres, para una relación de 1.0 hombres por cada mujer. El 55,7% (59) de los casos ocurrieron en los menores de 24 años, siendo los grupos de 15 a 19 años y 20 a 24 años los más afectados respectivamente. Fue necesaria la hospitalización del 54,7% (58) de los pacientes.

Tabla 110. Intoxicación por Plaguicidas según Grupo de Edad y Sexo Cali – 2016

Grupo de Edad	Sexo		Total	%	% Acum.
	M	F			
< 1	2	0	2	1,9	1,9
1 a 4	4	2	6	5,7	7,5
5 a 9	2	0	2	1,9	9,4
10 a 14	0	2	2	1,9	11,3
15 a 19	9	15	24	22,6	34,0
20 a 24	10	13	23	21,7	55,7
25 a 29	3	7	10	9,4	65,1
30 a 34	7	7	14	13,2	78,3
35 a 39	5	2	7	6,6	84,9
40 a 44	3	1	4	3,8	88,7
45 a 49	3	1	4	3,8	92,5
50 a 54	3	0	3	2,8	95,3
55 a 59	0	0	0	0,0	95,3
60 a 64	1	2	3	2,8	98,1
65 a 69	0	0	0	0,0	98,1
70 a 74	1	0	1	0,9	99,1
75 y +	1	0	1	0,9	100,0
Total	54	52	106	100	

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

El tipo de exposición más frecuente fue el intencional suicida 70,8% (75), seguido del accidental 17,9% (19) casos. El 52,0% (39) de las intoxicaciones de tipo intencional suicida se han presentado en mujeres.

**Tabla 111. Intoxicación por Plaguicidas según Sexo y Tipo de Exposición. Cali – 2016**

Tipo exposición	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
ocupacional	4	7,4	3	5,8	7	6,6
accidental	12	22,2	7	13,5	19	17,9
intencional suicida	36	66,7	39	75,0	75	70,8
intencional homicida	0	0,0	1	1,9	1	0,9
desconocida	1	1,9	2	3,8	3	2,8
intencional psicoactiva	1	1,9	0	0,0	1	0,9
Total	54	100	52	100	106	100

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2016

En el transcurso de este semestre no se notificaron brotes.

En el transcurso de este semestre se notificaron tres mortalidades:

- Semana 08: Hospital Carlos Carmona Montoya, hombre de 53 años de edad residente en Cali, exposición intencional suicida por plaguicidas; ya se realizó la unidad de análisis correspondiente.
- Semana 17: Servicios Integrales de Radiología SAS SIRAD, hombre de 66 años residente en Candelaria, exposición accidental a plaguicida.
- Semana 21: El Centro Médico Imbanaco, mujer de 30 años residente en Cali, exposición desconocida a plaguicidas; pendiente realizar la unidad de análisis correspondiente.

#### **Metanol:**

Se notificaron 5 intoxicaciones probables por metanol por las siguientes UPGD: Fundación Valle del Lili (2), Comfandi IPS Torres, Fundación Clínica Infantil Club Noel y Clínica Amiga (1 c/u); se encuentra pendiente realizar la investigación de campo correspondiente para confirmar o descartar los casos.

#### **Metales:**

Servicio de Salud IPS Suramericana notificó un caso de intoxicación por plomo en un hombre de 35 años de edad, tipo de exposición desconocida.

#### **Solventes:**

Se notificaron 17 casos, 10 en mujeres y 7 en hombre; el tipo de exposición fue en 13 de ellos accidental, dos ocupacional y los dos restantes por intento suicida.

#### **Otras sustancias químicas:**

Se notificaron 127 casos, 68 en hombres y 59 en mujeres; el tipo de exposición fue accidental en el 46,5% (59) casos, seguida por la intencional suicida en el 23,6% (30).

En el transcurso de este semestre se notificó un brote:

- Semana 06: La Fundación Valle del Lili notificó un brote, exposición delictiva por sustancia desconocida (4 personas).

En el transcurso de este semestre se notificaron tres mortalidades:

- Semana 20: Fundación Valle del Lili, hombre de 8 años residente en Cali, exposición a otras sustancias químicas; pendiente realizar la unidad de análisis correspondiente.
- Semana 24: La Fundación Valle del Lili, hombre de 5 años residente en Caloto Cauca, exposición desconocida a otras sustancias químicas.
- Semana 26: La Fundación Valle del Lili, hombre de 3 años residente en Yumbo, exposición accidental a otras sustancias químicas.

#### **Gases:**

No se notificaron casos.

#### **Sustancias Psicoactivas:**

Se notificaron 166 casos, 127 en hombres y 39 en mujeres.

En el transcurso de este semestre se notificaron dos mortalidades:

- Semana 06: Fundación Valle del Lili, mujer de 3 años de edad residente en Caloto Cauca, exposición por auto medicación de alcohol etílico.
- Semana 11: Fundación Valle del Lili, hombre de 25 años residente en Cali, exposición psicoactiva a cocaína; ya se realizó la unidad de análisis correspondiente.

#### Discusión

La notificación de las Intoxicaciones agudas por sustancias químicas en Cali reportó un total de 699 casos, una vez eliminados los casos duplicados y/o procedentes de otros municipios.

Cuando se relaciona el tipo de sustancia de acuerdo al los ocho grupos que se vigilan en el municipio (medicamentos, plaguicidas, metanol, solventes, metales, gases, otras sustancias químicas y sustancias psicoactivas) se identifican problemas en la calidad del dato reflejadas en el mal diligenciamiento del nombre de producto, variable importante para el análisis y determinación de las sustancias más involucradas en las intoxicaciones en la ciudad de Cali.

En su orden, los eventos de intoxicación con medicamentos, sustancias psicoactivas, otras sustancias químicas y plaguicidas cuentan con las mayores tasas de notificación en Cali.

Es de anotar que se presenta una afectación significativa por intoxicación por medicamentos en los niños menores de 14 años. Es por ello que se debe insistir a los padres de familia y a los cuidadores de los niños a estar pendientes de estos el mayor tiempo posible, almacenar de forma adecuada los medicamentos (en sus empaques originales y en lugares altos, bajo llave), así como seguir las indicaciones dadas por el personal médico que lo formuló (dosis, horarios) y desechar el producto sobrante al

término del tratamiento, de esta forma se pretende disminuir la presentación de casos de intoxicación.

El grupo de edad entre 15 y 24 años presenta el mayor número de casos notificados en todos los eventos analizados, principalmente por intento suicida, lo que sugiere fortalecer actividades en el ámbito de salud mental.

Cabe preguntarse el por qué de estas ideaciones suicidas en la población joven, si existe una red de apoyo familiar, se debe a los problemas que aquejan a nuestra sociedad. Por lo tanto, se hace necesaria la articulación de las áreas de salud mental y vigilancia en salud pública con el fin de intervenir adecuadamente los casos, así como caracterizar integralmente la situación lo que permitiría generar políticas públicas en el municipio y de esta forma disminuir la intencionalidad suicida.

### Conclusiones

Teniendo en cuenta el comportamiento de las intoxicaciones por sustancias químicas, el área de salud mental de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali es una parte importante dentro del grupo funcional, ya que hay un gran porcentaje por intencionalidad suicida sin contar el porcentaje por intencional psicoactiva, lo que genera una intervención individual y colectiva diferente a las de los otros tipos de exposición.

### Recomendaciones

Generar estrategias de trabajo con el grupo de salud mental para el abordaje de la situación de uso de sustancias químicas con intencionalidad suicida.

Continuar el proceso de reforzamiento de la notificación por sustancias químicas a partir de la generación del dato el cual debe reflejar información veraz del producto implicado en cada evento en particular, evitando así errores de notificación.

Se debe continuar con el proceso de capacitación a nivel municipal, basadas en la información obtenida de los informes epidemiológicos.

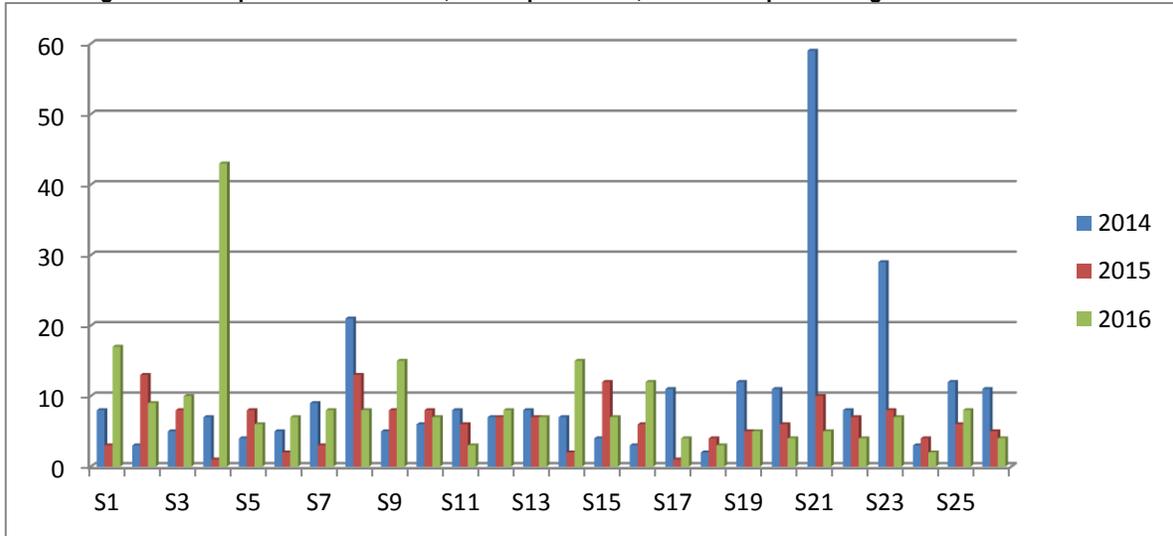
Es importante realizar la investigación de campo de los brotes y muertes por este evento, articulando al área de vigilancia epidemiológica, salud mental para determinar el tipo de caso y orientar las medidas de control más apropiadas de acuerdo a los factores de riesgo identificados.

## 9. Informe de Vigilancia de factores de riesgo ambiental

### 9.1. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (código 355 - 350)

Según boletín semana epidemiológico 26 de 2015 emitido por el la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, el municipio de Cali notifica el 44% de los casos individuales de ETA del Valle del Cauca (517 casos). Después del proceso de depuración de la información recopilada de Sivigila y los informes de investigación realizados por la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali, a semana epidemiológica 26 de 2015 se notificaron al Sivigila 228 casos individuales, un 40% más en relación a las mismas semanas epidemiológicas del 2015 en la que se tenían acumulados 183 casos.

**Figura 84. Comportamiento de ETA, municipio de Cali, a semana epidemiológica 26 de 2014- 2016.**



Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

El Hospital Militar Regional de Occidente es la UPGD con mayor número de notificados con 39 casos involucrados en un brote (el 29,1%), le sigue Fundación Valle del Lili con 29 casos (el 21,6%) y Comfandi IPS El Prado con 23 casos (el 17,4%).

En el análisis del comportamiento de la enfermedad transmitida por alimentos se evidencian el aumento en la notificación individual que se ve directamente relacionada con la ocurrencia de 5 brotes relacionados con el consumo de alimentos. Se evidenció que el lugar de consumo de mayor incidencia en la ocurrencia de brotes de ETA fue el hogar 80% (4) y el 20% restante en establecimientos militares (1).

**Tabla 112.. Comportamiento demográfico y social de los casos de Enfermedad Transmitida por Alimentos o agua (ETA), municipio de Cali a SE 26 2016. N= 218**

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	132	60,6
	Femenino	86	39,4
Tipo de régimen	Contributivo	119	54,6
	Subsidiado	16	7,3
	Excepción	33	15,1
	Especial	43	19,7
	No afiliado	7	3,2
Grupo de edad	< 1 año	0	
	1-4 años	8	3,7
	5-9 años	5	2,3
	10-14 años	12	5,5
	15-19 años	49	22,5
	20-24 años	40	18,3

25-29 años	26	11,9
30-34 años	12	5,5
35-39 años	20	9,2
40-45 años	16	7,3
50-54 años	5	2,3
55-59 años	2	0,9
60 y más años	13	6,0

Fuente: SIVIGILA Secretaria de Salud Pública Municipal Cali - 2016

En el análisis por comuna se puede evidenciar que la comuna 18 es la que más aporta casos y tiene mayor incidencia, seguido de la comuna 16.(ver tabla 4).

**Tabla 113. Incidencia de casos de ETA por comuna municipio de Cali, a semana epidemiológica 26 de 2016.**

Comuna	Proyección población por comuna	Número de casos	Tasa de incidencia *100.000 hab	Estimación porcentual
Comuna 1	88.432	2	2,3	0,9
Comuna 2	114.651	2	2,3	0,9
Comuna 3	46.400	3	3,4	1,4
Comuna 4	53.369			
Comuna 5	112.089	1	1,1	0,5
Comuna 6	189.837	2	2,3	0,9
Comuna 7	71.334	2	2,3	0,9
Comuna 8	102.388	8	9,0	3,7
Comuna 9	44.994	1	1,1	0,5
Comuna 10	110.854	7	7,9	3,2
Comuna 11	107.339	6	6,8	2,8
Comuna 12	66.881	6	6,8	2,8
Comuna 13	177.641	3	3,4	1,4
Comuna 14	172.696	9	10,2	4,1
Comuna 15	159.369	3	3,4	1,4
Comuna 16	107.170	10	11,3	4,6
Comuna 17	139.665	4	4,5	1,8
Comuna 18	131.453	43	48,6	19,7
Comuna 19	112.947	4	4,5	1,8

Comuna 20	69.331	1	1,1	0,5
Comuna 21	112.336	1	1,1	0,5
Comuna 22	11.160			
Rural		7		
Sin dato	30.869	93		42,7
Procedentes otros municipios	36.616	10		
Cali	2.369.821	218	9,20	100

Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

Los alimentos más relacionados en la ocurrencia de los brotes de ETA fueron las mezclas de arroz en un 44,4%, alimentos mixtos en un 27,8% y el restante corresponde a los demás alimentos. El lugar de consumo de mayor incidencia en la ocurrencia de brotes de ETA fue el hogar 47,2% (17); en establecimientos comerciales o ventas ambulantes 33,3% (12), establecimientos educativos 11,1% (8), establecimientos del estado 2,8% (1), eventos sociales 2,8%(1), establecimientos religiosos 2,8% (1), y establecimientos militares o penitenciarios 2,7% (1).

De los factores de riesgo asociados a ETA, inadecuada conservación de alimentos, inadecuado almacenamiento de alimentos, fallas en la cadena de frío, entre otros, fueron los más comunes que se identificaron en las investigaciones de campo.

**Tabla 114. Indicadores ETA**

<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje</b>
Proporción de incidencia ETA	9,2 por cada 100.000 hab.
Letalidad por ETA (meta menor 1%)	0%
% de oportunidad en notificación inmediata de los brotes	80%
% de brotes con investigación epidemiológica de campo	90%
% de brotes con estudio de laboratorio	10%
% de brotes con identificación de agente patógeno en muestras biológicas, alimentos y superficies/ambientales	0%
Porcentaje de brotes con plan de mejoramiento.	90%
Oportunidad en ajustes	90%

Análisis.

Durante el primer semestre del año 2016, se observa una disminución en la notificación colectiva de casos al Sivigila; probablemente debido al subregistro que se ha podido detectar a través del seguimiento a la notificación individual que permite identificar casos asociados a brotes que no sé notificación por parte de las UPGD.

Se debe continuar con la revisión semanalmente la notificación individual (cód. 355), con el fin de establecer si los casos notificados como aislados, realmente lo son, o hacen parte de un brote.

Las Instituciones que prestan servicios de salud que atiendan lo casos de Enfermedad Transmitida por Alimentos asociados a brotes deben continuar enviando en el medio de transporte adecuado y formato de envío al Laboratorio Departamental de Salud Pública, todos los aislamientos positivos de *Salmonella* spp, *Salmonella* Tiphly, *Salmonella* Paratiphly A ó B, *Shigella* spp, *Vibrio cholerae*, *Campylobacter* spp, *Yersinia* sp, *Listeria monocytogenes*, y *E. coli* O157:H7, identificados en brotes de ETA, y a su vez este enviara al Grupo de Microbiología del Laboratorio Nacional de Referencia del INS para la respectiva confirmación, serotipificación, susceptibilidad antimicrobiana y caracterización molecular.

Cuando los laboratorios clínicos no tengan capacidad resolutive para procesar hemocultivo, coprocultivo o muestras de alimentos, podrán solicitar apoyo al Laboratorio de Salud Pública Departamental para ser procesados en el menor tiempo posible.

## 9.2 FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA (código 320):

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2016, se notificaron 5 casos de fiebre tifoidea residentes en el municipio de Cali; en total fueron descartados por clínica tres casos, uno se encuentra en estudio y uno fue confirmado por el Laboratorio de Salud Pública Departamental como fiebre tifoidea obteniendo aislamiento positivo para *Salmonella typhi* y se realizó la investigación de campo correspondiente. Se encuentran en estudio 3 casos confirmados por el Instituto Nacional de Salud que fueron aislamientos enviados para la vigilancia de septicemias.

Tabla 115. Indicadores: Fiebre Tifoidea y paratifoidea

Indicador	Porcentaje
Proporción de incidencia	0,17
Letalidad	0
% de casos confirmados de fiebre tifoidea/paratifoidea con investigación de campo	100%

### Análisis.

La fiebre tifoidea y paratifoidea es una enfermedad que ha cursado históricamente con dificultades para su notificación y más aún para el diagnóstico por el nivel de complejidad que tiene el cultivo para las UPGD; por lo cual es importante optimizar el proceso de

análisis y notificación del evento que permita mejorar las estrategias de intervención, prevención, tratamiento y control de casos o brotes.

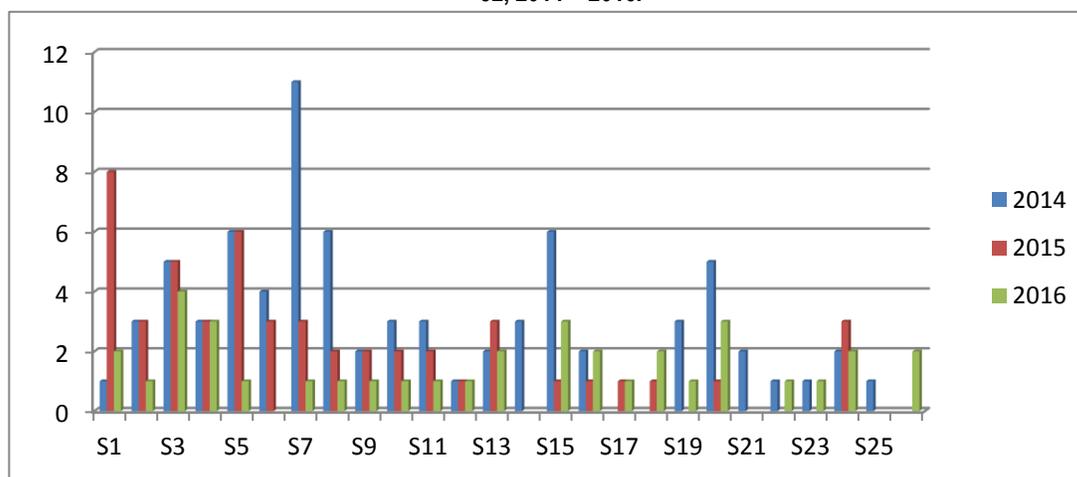
Teniendo en cuenta el proceso de depuración y la calidad del dato de los casos notificados como confirmados por laboratorio al Sivigila, un número importante de casos carece de resultados por laboratorio adecuados, considerándose esta la mayor dificultad para la confirmación de casos reales de fiebre tifoidea y paratifoidea. Adicional a este análisis y al seguimiento permanente, la técnica diagnóstica más utilizada es el antígeno febril, la cual no es específica conllevando a falsos positivos, esto es debido a las diferentes reacciones cruzadas del antígeno somático o, por ello es necesario mencionar que un caso de fiebre tifoidea y paratifoidea solo se puede confirmar con hemocultivo y coprocultivo dependiendo del período de incubación, para así determinar la incidencia real del departamento.

### 9.3. HEPATITIS A (código 330)

Según el último boletín epidemiológico emitido por la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, el municipio de Cali notifica aproximadamente el 85% de los casos de hepatitis A del departamento.

Hasta la semana 26 de 2016 el municipio de Cali se notificaron 37 casos de hepatitis A, lo que evidencia una reducción de 51,3% en comparación con los casos reportados a la misma semana epidemiológica del año 2015 (76 casos).

**Figura 85. Comportamiento de Hepatitis A por semana epidemiológica, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52, 2014 - 2016.**



**Fuente:** Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

La clasificación de los casos en el Sivigila fue la siguiente: el 38 % (14) confirmados por laboratorio, 49% (18) por clínica y 13% (5) por nexo epidemiológico estos últimos están pendientes de ajuste porque no están relacionados con otros casos de hepatitis A y son errores de digitación. Fueron hospitalizados 24,3% (9) pacientes.

De los casos procedentes del municipio, el 81% (30) ocurrieron en hombres y 9% (7) en mujeres. El 97,3% (36) pertenecían a otros grupos étnicos y el 2,7% (1) restantes eran afrocolombianos.

El 97,3 (36) residen en la cabecera municipal y el 2,7% (1) el área rural.

Por grupos de edad, el grupo de 20 a 24 años es el que aporta el mayor valor absoluto con 7 casos y la incidencia más alta de 3,4 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 35 a 39 años con 6 casos y una incidencia de 3,4 casos por cada 100.000 habitantes de ese grupo de edad. Ver tabla 5.

**Tabla 116. Incidencia de Hepatitis A por grupo de edad, municipio de Cali a semana epidemiológica 26 de 2016**

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2016)	Número de casos	Incidencia por 100.000 habitantes	Estimación porcentual
< 1	35443	0	0	0
1 a 4	141284	1	0,7	2,7
5 a 9	178068	1	0,6	2,7
10 a 14	184490	1	0,5	2,7
15 a 19	198029	6	3,0	16,2
20 a 24	205990	7	3,4	18,9
25 a 29	201089	4	2,0	10,8
30 a 34	193358	2	1,0	5,4
35 a 39	175349	6	3,4	16,2
40 a 44	154782	2	1,3	5,4
45 a 49	152289	1	0,7	2,7
50 a 54	149246	1	0,7	2,7
55 a 59	126048	1	0,8	2,7
60 a 64	97843	1	1,0	2,7
65 a 69	72962	2	2,7	5,4
> 70	128655	1	0,8	2,7
<b>Cali</b>	<b>2394925</b>	<b>37</b>	<b>1,5</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2015

No se reportaron brotes ni defunciones adjudicadas a hepatitis A.

Solo 7 comunas registran comuna de residencia, del 81 no es posible determinar la comuna de la que proceden por calidad del dato de las UPGD (ver tabla 6).

**Tabla 117. Incidencia de Hepatitis A por comuna, municipio de Cali semana epidemiológica 26 de 2016**

Comuna	Proyección población por comuna	Número de casos	Tasa de incidencia	Estimación porcentual
Comuna 3	46.517	1	2,1	2,7
Comuna 7	71.334	1	1,4	2,7

Comuna 12	66.712	1	1,5	2,7
Comuna 13	177.641	1	0,6	2,7
Comuna 14	172.696	1	0,6	2,7
Comuna 15	162.439	1	0,6	2,7
Comuna 18	135.199	1	0,7	2,7
Sin dato		30		81,1
Cali	2.394.925	37	1,5	100

Fuente: Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2015

**Tabla 118. Indicadores hepatitis A**

Indicador	Porcentaje
Casos Notificados	37
Proporción de incidencia *100.000 habitantes	1,5
Letalidad	0
Oportunidad en la notificación inmediata de brotes de Hepatitis A	NA
Oportunidad en la notificación inmediata de brotes de Hepatitis A en población cerrada o cautiva.	NA
Porcentaje de brotes de Hepatitis A en población cerrada o cautiva, con análisis virológico en muestras de agua	NA

- NA: No aplica, no se reportaron.

### Análisis.

La vigilancia de la hepatitis A, se encuentra en proceso de transformación y debe asumirse con otra óptica, enfocada más hacia el diagnóstico por laboratorio, detección temprana de brotes y las actividades de prevención entre las cuales se destacan la captura oportuna de situaciones irregulares frente al evento desde el punto de vista ambiental, el adecuado abordaje de brotes mediante la vigilancia semanal del comportamiento del evento, pero principalmente las actividades de seguimiento a la vacunación a las niñas y niños nacidos a partir del primero de enero del año 2012 y quiénes son los beneficiados dentro del PAI del país, generando a futuro una disminución significativa en el número de casos no solo para la población de menores, si no como efecto rebaño hacia otros grupos de edad.

Es necesario sensibilizar a las UPGD, EAPB sobre su responsabilidad en el adecuado diagnóstico de cada caso, más aún cuando la prueba de Ac IgM para hepatitis "A" ya se encuentra dentro del POS, autorizado para primer nivel de complejidad, principalmente si hablamos de pacientes que requieren hospitalización y continúan con diagnóstico de

egreso de hepatitis “A” confirmada clínicamente. El régimen contributivo captura el mayor número de casos y es el que tiene la mayor proporción de casos confirmados clínicamente.

Si bien es cierto no todos los casos de hepatitis A se originan en una fuente común, el agua se caracteriza por ser uno de los vehículos principales en la transmisión de la enfermedad y la identificación del virus en fuentes hídricas, indica la presencia de contaminantes fecales y por lo tanto no se considera viable para el consumo humano.

El municipio que es uno de los que más aporta casos del departamento debe mantener actualizado el canal endémico del evento de manera que puedan identificar de forma inmediata cualquier situación irregular que se presente. Es importante realizar la investigación de campo de los brotes de Hepatitis A, siguiendo los pasos definidos para tal fin dentro del protocolo de vigilancia del evento.

Las situaciones de brote que se presenten deben generar un plan de mejoramiento ligado a las fallas detectadas y a los hallazgos relacionados como factores de riesgo, este plan de mejoramiento debe reunir los responsables de su ejecución, ser medible y contar con un cronograma de seguimiento y verificación de cumplimiento.

Es importante tener en cuenta la definición operativa de brote para Hepatitis A, que toma como punto de referencia los casos ocurridos en población cautiva, como aparece en el protocolo de vigilancia para el evento y que es objeto de notificación inmediata y toma de muestra de agua, pero no debemos olvidar la importancia en el seguimiento de las situaciones de brote en comunidad que afectan de manera indiscriminada a diferentes sectores en un mismo momento.

#### 9.4. CÓLERA (código 200):

Durante el primer semestre de 2016 no se reportaron casos sospechosos de cólera, pero se continuó la vigilancia activa por laboratorio para este evento como se muestra a continuación:

##### ***Vigilancia por laboratorio cólera.***

Durante el periodo se tomaron 72 muestras en la IPS priorizada de Cali (Fundación Valle del Lili), todas con resultado negativo para *Vibrio cholerae*. (ver tabla 1).

**Tabla 119. IPS Priorizadas para vigilancia Intensificación ETA – EDA y Cólera, municipio de Cali, a semana epidemiológica 26 de 2016**

UPGD	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 64	65 y +	Total
Fundación Clínica Valle del Lili	0	0	12	27	23	10	72
<b>Total</b>	0	0	12	27	23	10	72

*Fuente: Laboratorio de Salud Pública Departamental – Valle del Cauca 2016*

**Tabla 120. Indicadores colera**

Indicador	Porcentaje
1. Proporción de incidencia	0%
2. Oportunidad en la notificación inmediata de casos sospechosos (meta 100%)	*NA
3. Oportunidad en la investigación epidemiológica de campo. meta 100%)	*NA
4. Oportunidad en la notificación de casos confirmados o serotipificados por el laboratorio de INS a la entidad territorial y grupo factores de riesgo ambiental. meta 100%)	*NA

\*NA: No aplica por qué no se notificaron casos.

Análisis. Para el primer semestre de 2016 al igual que en el año 2015 no se notificaron casos sospechosos de cólera. Llama la atención la sensibilidad de la definición de caso sospechoso del evento de la cual se esperaría que la notificación sea evidente y representativa. Estos aspectos se pueden presentar probablemente debido al desconocimiento de la definición de caso (protocolo de vigilancia) y de los lineamientos actuales para este evento y mortalidad por EDA por parte del personal asistencial que capta los casos.

Se debe resensibilizar a las UPGD sobre el protocolo de vigilancia de cólera, e implementar estrategias de comunicación encaminados al fortalecimiento del evento en comunidades, establecimientos educativos y personal asistencial (definición de caso, manejo y atención de pacientes con cólera).

## **9.5. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA:**

### **9.5.1. Mortalidad por EDA (código 590)**

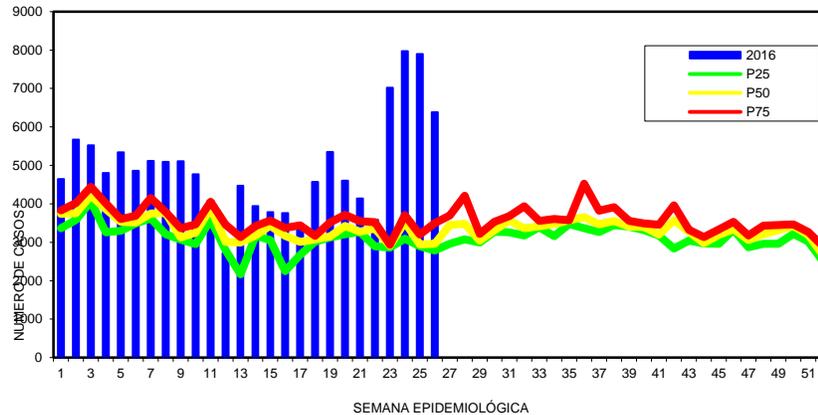
Hasta la semana epidemiológica 26 no se reportaron casos probables de mortalidad por EDA del municipio pero se captó mediante RUAF una mortalidad en menor de 5 años que se descartó porque correspondía a un caso de enterocolitis necrosante atribuida a prematurez extrema.

### **9.5.2. Morbilidad por EDA en todos los grupos de edad (código 998)**

Según datos del boletín semana epidemiológica 26 del Instituto Nacional de Salud, el municipio de Cali notificó aproximadamente el 74,5% de los casos de EDA del departamento.

Durante la semana epidemiológica 26 de 2016, Cali notificó de forma colectiva 3.153 registros de enfermedad diarreica aguda (EDA), con un total acumulado de 128.665. Cabe señalar que a la misma semana del 2015. (ver Figura 1).

**Figura 86. Canal endémico 2010 – 2015 de morbilidad por EDA, municipio de Cali, a semana epidemiológica 26, 2016.**



Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2015

Durante la semana epidemiológica 26 se observa un aumento del 115,9% de casos con respecto al año anterior esto debido a las estrategias de seguimiento de RIPS en relación con la notificación colectiva de EDA. Los casos acumulados comparados con el año 2015 aumento un 49,1%; dicho número de casos se ajusta de manera semanal acorde con la realidad de la información de las UPGD (ver tabla 2).

**Tabla 121. Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, municipio de Cali, a semana epidemiológica 26, 2016.**

Casos	2015	2016	Variación %
Casos Notificados en SE 26	2.957	6.383	115,9
Casos Acumulados a SE 26	86.315	128.665	49,1

Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2016

Por grupos de edad, los menores de un año registran la incidencia más alta con 120 por cada 1.000 habitantes; seguido de los menores entre 1 y 4 años que registran una incidencia de 108 casos por cada 1.000 y además aportan el mayor valor absoluto con 15.198 casos.(ver tabla 3).

**Tabla 122. Incidencia de EDA por grupo de edad, municipio de Cali a semana epidemiológica 26 de 2016**

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2016)	Número de casos	Incidencia por 1000 habitantes	Estimación porcentual
< 1	35443	4241	119,7	3,3
1 a 4	141284	15198	107,6	11,8
5 a 9	178068	7660	43,0	6,0
10 a 14	184490	5372	29,1	4,2
15 a 19	198029	6417	32,4	5,0
20 a 24	205990	13913	67,5	10,8
25 a 29	201089	14730	73,3	11,4

<b>30 a 34</b>	193358	11992	62,0	9,3
<b>35 a 39</b>	175349	9479	54,1	7,4
<b>40 a 44</b>	154782	7368	47,6	5,7
<b>45 a 49</b>	152289	6492	42,6	5,0
<b>50 a 54</b>	149246	6391	42,8	5,0
<b>55 a 59</b>	126048	5109	40,5	4,0
<b>60 a 64</b>	97843	3694	37,8	2,9
<b>65 a 69</b>	72962	2973	40,7	2,3
<b>&gt; 70</b>	128655	7636	59,4	5,9
<b>Cali</b>	<b>2394925</b>	<b>128665</b>	<b>53,7</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2015

Durante el primer semestre de 2016 se reportaron en el municipio de Cali dos brotes de EDA en Centro Educativo y en Hogar Infantil sin casos fatales.

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que más reportaron casos de forma colectiva se muestran en la tabla 4.

**Tabla 123. Diez primeras UPGD que más reportan casos de EDA, municipio de Cali a SE 26 de 2016.**

<b>Nombre UPGD que notifica</b>	<b>Casos</b>	<b>Estimación porcentual</b>
CLINICA ORIENTE LTDA	20.032*	15,6
COMFANDI IPS TORRES	7.034	5,5
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SA SERVICIO DE	6.100	4,7
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	5.376	4,2
IPS COMFANDI CALIPSO	5.033	3,9
IPS COMFANDI EL PRADO	4.291	3,3
IPS COMFANDI ALAMEDA	4.200	3,3
CENTRO MEDICO IMBANACO	3.702	2,9
FUNDACION VALLE DEL LILI	3.678	2,9
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	2.928	2,3
RESTO DE UPGD	66.291	51,5
<b>TOTAL CALI</b>	<b>128.665</b>	<b>100</b>

\*Posible notificación con error de digitación. Pendiente ajuste.

Fuente: SIVIGILA .SSPM de Cali – Valle del Cauca 2015

El aumento marcado de la notificación de casos durante el año probablemente se pueda atribuir a la oleada de calor que azota la región y las estrategias de la Secretaría Pública Municipal de Cali para que exista correlación del 100% de los casos de Enfermedad Diarreica

**Tabla 123. Indicadores: EDA**

Indicador	Porcentaje
<b><i>Mortalidad por EDA</i></b>	
1. Proporción de incidencia de mortalidad en menores de 5 años.	No hay casos de mortalidad notificados ni confirmados
2. Porcentaje de casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años con Investigación de caso oportuna	0%
3. Porcentaje de casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años, analizado en comité de mortalidad.	No aplica

### Análisis.

La vigilancia y control de la EDA requiere la participación de todos los actores de la sociedad, no solamente de las áreas de salud pública, debido a su carácter multifactorial, aspectos generales como la malnutrición en los menores de edad, condiciones ambientales adversas, bajas coberturas de vacunación, barreras de acceso a los servicios de salud, y otras, se conjugan para generar la presencia y el aumento en los casos de EDA, y así mismo aumentan el riesgo de muertes evitables en esta población.

La estrategia AIEPI (comunitario y clínico), ha demostrado ser de gran utilidad en la detección de los signos de alerta tanto para el profesional de la salud a cargo de la atención, como para la familia. Por lo que recomendamos realizar capacitación y entrenamiento en todos los profesionales de la salud a cargo de la atención de los menores, tanto en la consulta externa (AIEPI comunitario) y en los servicios de urgencias (AIEPI clínico).

Se debe continuar mejorando la notificación por medio del SIVIGILA en las diferentes UPGD pues existe un posible sub registro en la información dado que históricamente es mayor la proporción de muertes encontradas por estadísticas vitales. Se realiza análisis periódico de concordancia entre las estadísticas vitales (RUAF-SIVIGILA) y los casos son analizados por los pediatras neotólogos del grupo niño de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali para determinar la causa básica y directa de muerte de los menores y así solicitar notificación en los casos que cumplan con la definición de caso.

Se debe continuar difundiendo las recomendaciones dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, para la intensificación de la vigilancia de la morbilidad y mortalidad por EDA, monitorizando las tendencias de la notificación de casos, investigando los diferentes brotes que se presenten, y realizando el diagnóstico oportuno en los casos sospechosos de cólera. Se debe garantizar la investigación epidemiológica de campo oportuna.

## 10. Cáncer

### 10.1 Cáncer infantil

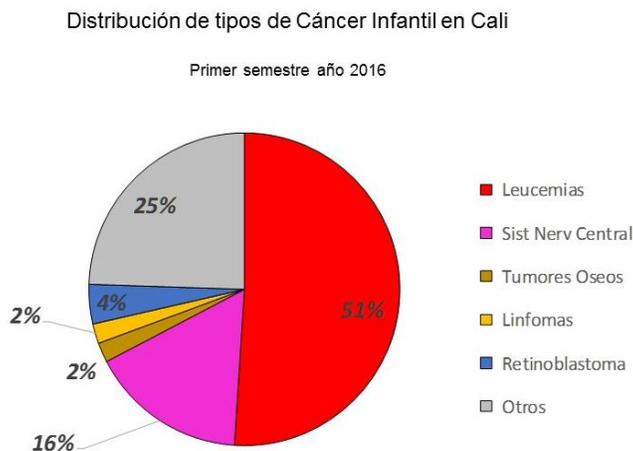
Durante el primer semestre de 2016 se registraron 50 casos de cáncer en niños menores de 18 años residentes en la ciudad de Cali, de los cuales 10 corresponde a fallecimientos. Durante el año anterior del mismo periodo ocurrieron 48 casos de los cuales 17 fueron fallecimientos. Aunque hay alguna diferencia, esta no es estadísticamente significativa.

No todos los eventos ocurridos durante el periodo descrito estarían incluidos, pues por diversas causas algunos casos tardan para ser detectados o notificados. Tampoco hay completa certeza de que todos los casos que n como residentes en Cali en realidad lo sean, pues algunos acudientes dan una dirección en Cali cuando en verdad proceden de afuera y solo cuando a ese caso se hace seguimiento se encuentra su real procedencia.

I INS decidió que se iniciara la vigilancia a todos los tipos de cáncer infantil solo a partir del año 2014, cuando se cumplía 4 años de la vigilancia exclusiva a las leucemias. No hay al momento en el país datos estadísticos específicos acerca de incidencia de cáncer en niños hasta los 17 años por lo cual cuando se hace el análisis hasta este grupo de edad no es posible por ahora hacer comparaciones con el nivel nacional.

60% de los casos corresponde a afiliados al régimen contributivo y 40% al régimen subsidiado.

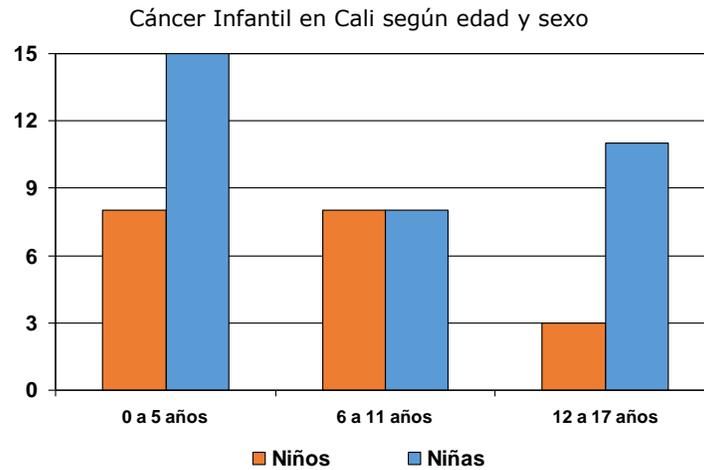
**Figura 87. Distribución de tipos de cáncer infantil.**



La distribución según tipos de cáncer según se muestra en el gráfico corresponde a lo esperado; la mitad son leucemias seguido en frecuencia por los tumores de cerebro y con menor frecuencia de los otros tipos de cáncer.

Los 50 eventos relacionados con cáncer infantil ocurridos durante el presente año en la ciudad de Cali se distribuyen así: 19 corresponde a niñas y 31 son niños. 50% más casos

en niños con respecto a niñas y se aprecia más casos en el grupo menor de 5 años pero estas diferencias no resultan estadísticamente significativas.



Los fallecimientos según la causa directa se distribuyen así:

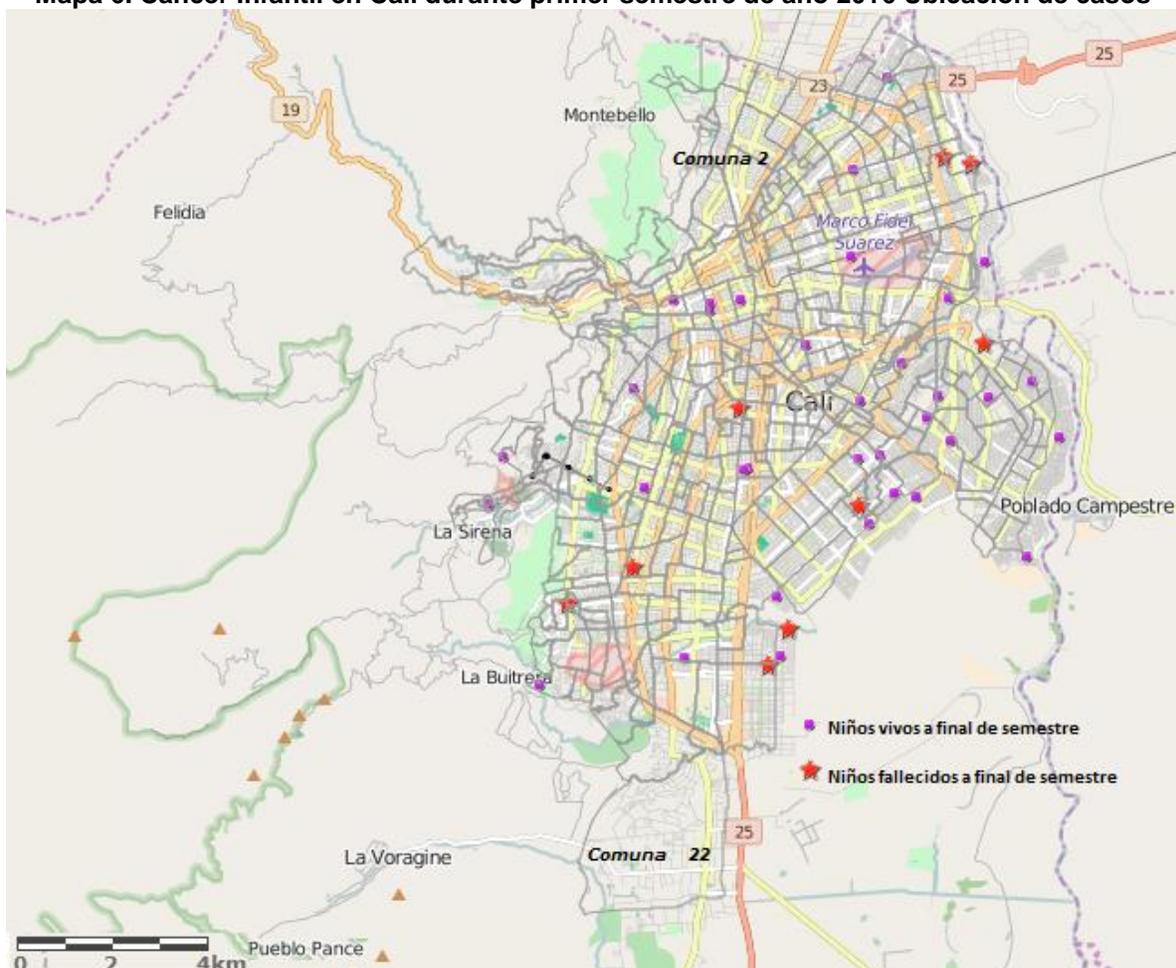
Causa básica de muerte	Cantidad	Porcentaje
Leucemias	4	44%
Tumor de Wilms	1	19%
Tumor del SNC	4	19%
Total	10	100%

El sitio de atención final a los niños que fallecieron se distribuyó por igual en 3 casos para Centro Medico Imbanaco, La Fundación Valle del Lili y la Clínica de Occidente, y un caso fue atendió finalmente en SALUDCOOP.

En general los casos se distribuyen en toda la ciudad (con ningún caso en las comunas 2 y 22, lo que en parte se explica por la menor cantidad de población en estas zonas, que corresponde en su mayoría a familias de estrato 5 y 6). Tampoco aparecieron casos en la comuna 1 durante este periodo, pero esto sería simplemente un aspecto de variabilidad, ya que en esta zona siempre aparecen casos.

No se aprecia ninguna clase de agregación en los casos de fallecidos según lo muestra el mapa de ubicación de casos.

**Mapa 6. Cáncer Infantil en Cali durante primer semestre de año 2016 Ubicación de casos**



### **Indicadores de la Vigilancia del evento.**

30% de los casos consultaron en la primera semana de inicio de síntomas.  
35% consultaron entre la segunda semana y dentro del primer mes y hasta 6 meses.

La nueva ficha de cáncer infantil que se implementa desde el año anterior no recoge el dato de fecha de inicio de tratamiento. No disponer de esta variable no permite evaluar indicador sobre tiempo para iniciar el tratamiento con base en la fecha de diagnóstico.

### **Problemas encontrados en la Vigilancia:**

1. El indicador de oportunidad diagnóstico definitivo en 80% de los casos se hace antes de los 8 días después de la consulta, esto daría un valor alto pero no hay claridad ni precisión en establecer cuál es la fecha de la consulta pues muchos de los notificadores ignoran consultas previas que los niños han tenido antes de sospechar la presencia de cáncer y el niño es dirigido a un centro de oncología. Mientras no se sospeche cáncer en una IPS de I o II nivel no hay manera de que se notifique el caso y finalmente, en algunas ocasiones, después de varios meses de pasar por IPS de I o II nivel son las UPGD de 3er o 4º Nivel las que hacen la notificación asumiendo las fechas en las que empezaron a atender al niño.

2. Según información recogida en las visitas domiciliarias en la investigación de las muertes por cáncer infantil, una de las causas de demora en sospechar la presencia de cáncer en algunos de los niños y por consiguiente la demora demora 2, 3 o más de 6 meses para el diagnóstico e inicio del tratamiento, se debe a que muchos médicos de los niveles I y II no están sensibilizados ni formados para sospechar la presencia de cáncer ante los primeros síntomas.
3. Una situación irregular típica encontrada corresponde a los tumores de cerebro cuando la primera manifestación incluye síntomas visuales. En Cali se registra un tumor de cerebro cada 2 meses en niños menores de 18 años, de estos, 1 de cada 6 presenta síntomas visuales como una de las manifestaciones iniciales. Ante esta causa de consulta los médicos de nivel I que han atendido estos casos han ignorado la semiología, no han hecho un examen ni abordaje adecuados y en todos los caso han remitido a los niños a consulta de optómetra, quien procede a formular lentes y el diagnostico se ha retardado mientras el tumor crece.

**Acciones correctivas:**

- a. Se ha documentado el problema de retraso en el diagnóstico oportuno de tumores de cerebro en niños y se ha iniciado la participación en congresos para socializar el problema.
- b. El seguimiento realizado al proyecto financiado por My Childs Matters para capacitar a médicos generales dentro de las IPS y las instituciones de la diferentes ESES de Cali, se encontró baja calidad en el cumplimiento por parte de parte contratada por la OPS. La organización financiadora decidió que detener la ejecución temporalmente mientras se hace una reevaluación para redefinir la estrategia.

## 10.2. Cáncer de mama y cérvix

En 1 lugar nacional en mujeres se encontro el cancer de seno, sin embargo en los departamentos de Caqueta, Putumayo, Amazonas, Guania y Vaupes ocupa el 2 lugar y solamente en el departamento de Vichada ocupa el 3 lugar; ademas para el departamento de Vaupes las leucemias son los neoplasmas con mayor prevalencia para este año, ocupando el 1 lugar.

A nivel nacional el 2 lugar lo ocupo el cancer de tiroides excepto en los departamentos de Bolivar, Magdalena, Risaralda, Valle del Cauca, y San Sandres y Providencia y Sta Catalina, donde el cancer de ovario ocupo este lugar, este mismo cancer ocupo en mujeres ocupo el 8 lugar en el departamento de Cho y el 10 lugar en la Guajira.

El cancer de cuello uterino, es el 4 lugar a nivel nacional, y fue el mas prevalente en el año 2014, ocupando el 1 lugar en los departamentos de Caqueta, Putumayo, Amazonas y Guania, y el 2 lugar en Atlantico, Cauca, Cesar, Cordoba, Choco, Hila, La Guajira, Meta, Narino, Norte de Santander, Quindio, Sucre, Arauca, Casanare, Guaviare y Vichada.

El 5 lugar nacional lo ocupo el cancer de colon y recto excepto en el Departamento de Vichada, donde ocupo el 1 lugar, opuesto al Departament del Guaviare donde estemismo neoplasma ocupo el 3 lugar.

El 7 lugar fue para el linfoma no Hodgkin a nivel nacional solamente en los departamentos de Córdoba, Sucre y San Andrés y Providencia es el 4 lugar más prevalente.

El cáncer de cerebro y otros cánceres del SNC a nivel nacional ocuparon el lugar 8, solamente en la Guajira ocupó el 5 lugar y 6 lugar en el Departamento del Amazonas,

El 9 lugar nacional fue para el cáncer de útero, se destacó que para el Dpto de Magdalena este neoplasma ocupó el 4 lugar y 5 lugar en Cauca, Chocó y Putumayo.

El 10 lugar Nacional fue el Cáncer de Boca, excepto en el Dpto Guajira donde ocupó el 4 puesto.

Se destacó el 6 lugar que ocupó el cáncer de hígado en Guaviare (15 lugar nivel Nacional), las leucemias en Vichada (13 Nivel Nacional) y estómago en los Departamentos de Cauca y Nariño (11 Lugar Nivel Nacional).

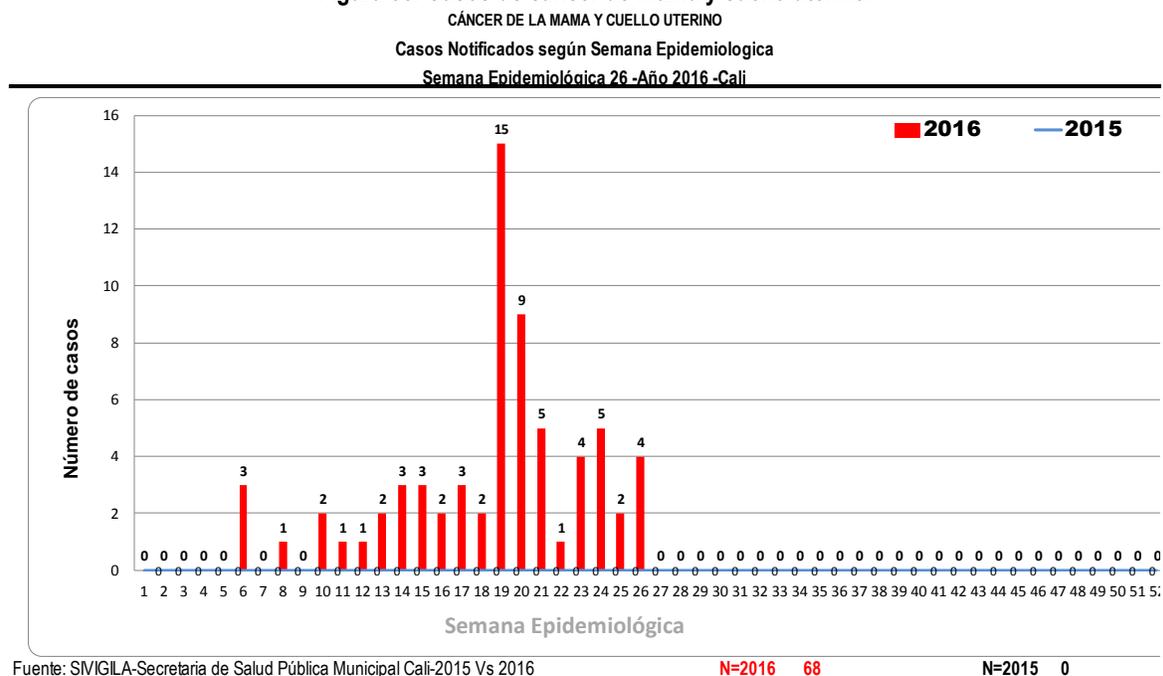
### Mortalidad Cáncer en Mujeres por Departamento en 2014

Con respecto a la mortalidad en el periodo 2010 – 2014 se estimó un total de 79.779 muertes por cáncer en mujeres. El tumor que más muertes ocasionó fue el cáncer de seno que presentó en el periodo de análisis un aumento en la tasa de mortalidad ajustada, pasando de 12,58 en 2010 a 13,09 x 100.000 habitantes en el 2014. En segundo lugar se encontró el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, con un aumento de la tasa de mortalidad ajustada pasando de 9,03 a 9,38 x 100.000 hab en 2010 y 2014 respectivamente, alrededor de 1850 muertes por año.

Le sigue el cáncer de estómago que presentó una disminución importante pasando de 9,65 en 2010 a una tasa de 8,73 por 100.000 habitantes en el 2014. El cáncer de colon y recto presentó una tendencia al aumento en el número de casos y en las tasas ajustadas, pasando de 1450 muertes en 2010 (7,76 por 100.000 hab) y 1777 en 2014 (8,36 por 100.000 hab). En quinto lugar se encontró el cáncer de cuello uterino que mostró una leve disminución entre el inicio y el final del periodo analizado (Tabla 4). Los cánceres que presentaron una tendencia a la disminución en mujeres para este son Enfermedades de Hodgkin, laringe, cáncer de boca, esófago, útero, vesícula y vías biliares, las leucemias y los tumores de cuello uterino y estómago.

### Prevalencia de Cáncer en Mujeres Cali, 2014

Figura 88. Casos de cáncer de mama y cuello uterino.



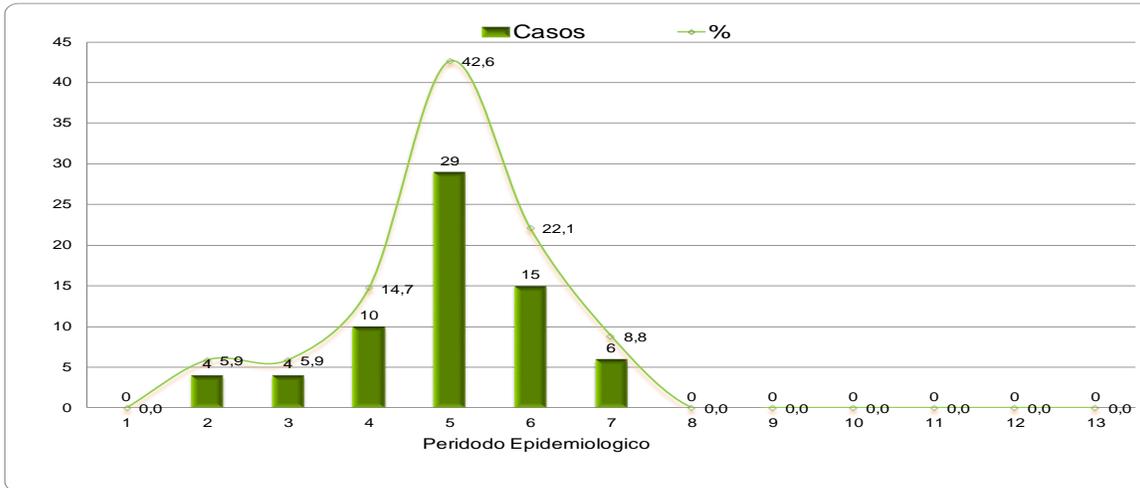
Fuente: SIMGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali-2015 Vs 2016

**Figura 89. Cáncer de mama y cuello uterino por periodo epidemiológico**

CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO

Casos Notificados según Pérido Epidemiológico  
Semana Epidemiológica 26 -Año 2016 -Cali

[Ir al menu](#)



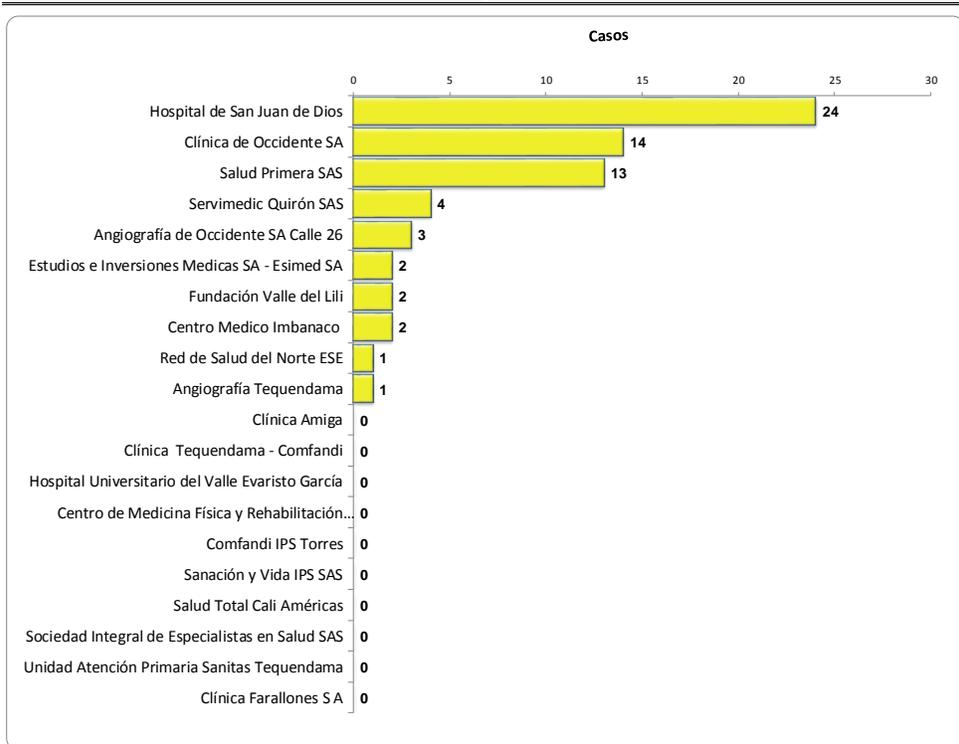
Fuente: SVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

N= 68

**Figura 90- Cáncer de mama y cuello uterino por UPGD.**

CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO

Casos Notificados según Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD)  
Semana Epidemiológica 26 -Año 2016 -Cali



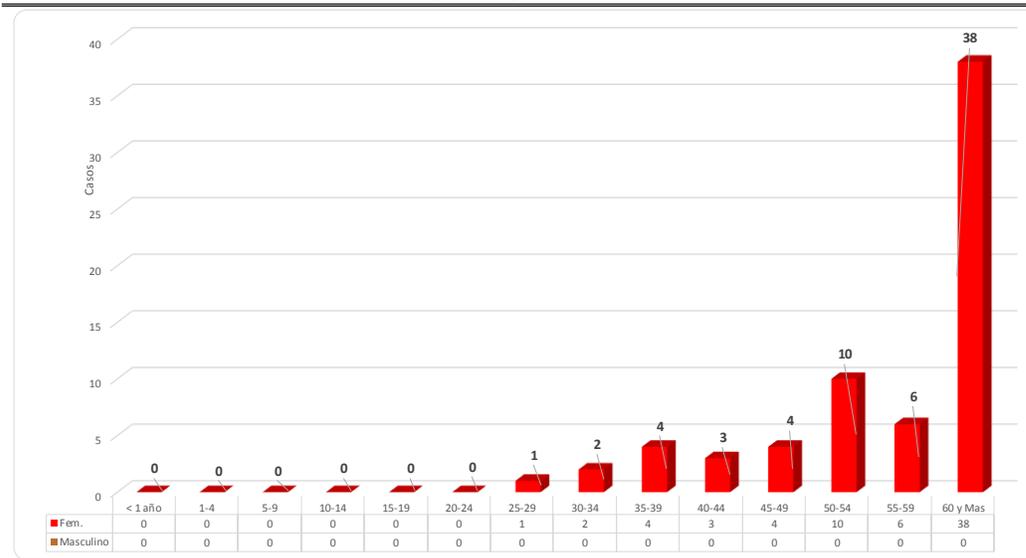
Fuente: SVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

N= 66

**Figura 91. Cáncer de mama y cuello uterino según edad y sexo.**

**CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO**

Casos Notificados según Grupo de Edad y Sexo  
Semana Epidemiológica 26 -Año 2016 -Cali



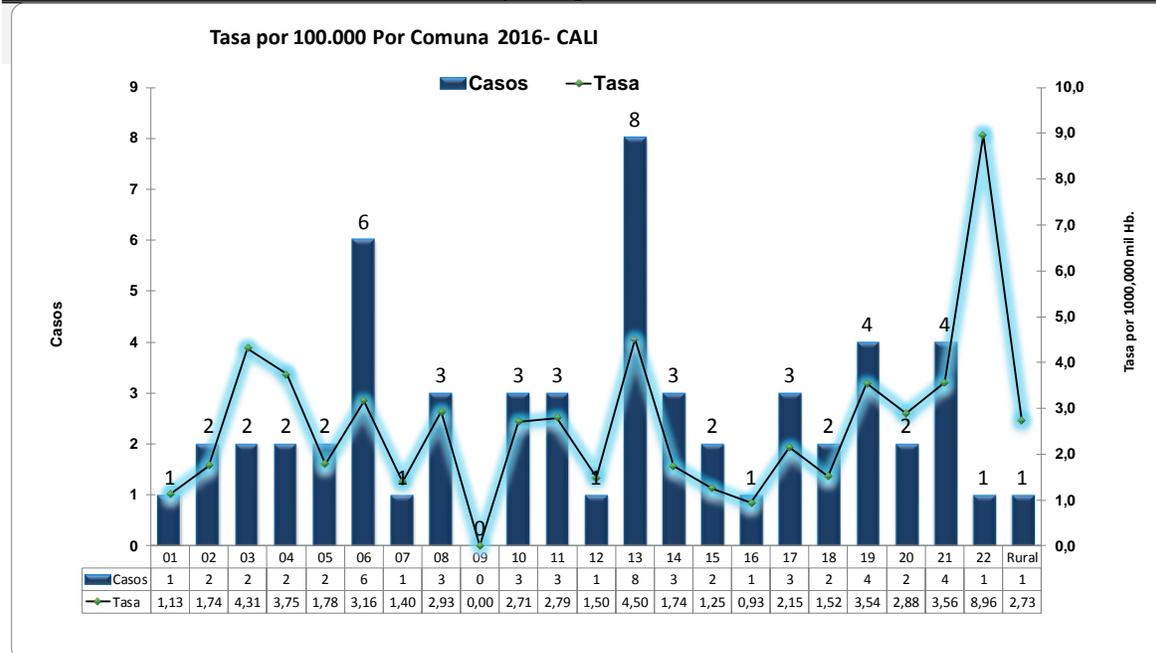
Fuente: SIVIGILA-Secretaria de Salud Pública Municipal Cali

N= 68

**Figura 92. Cáncer de mama y cuello uterino. Según comuna**

**CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO**

Tasas Generales por Comuna por 100,000 Hb  
Semana Epidemiológica 26 -Año 2016 -Cali



Fuente: SIVIGILA-Secretaria de Salud Pública Municipal Cali

Tasa General

2,9

x 100,000 Hb

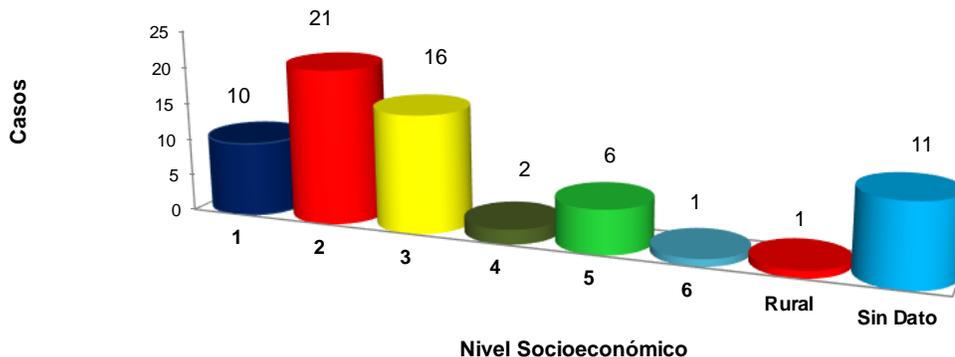
N= 68

Figura 93. Casos de cáncer de mama y cuello uterino según nivel socioeconómico.

CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO

Casos Notificados según Nivel Socioeconomico  
Semana Epidemiológica 26 -Año 2016 -Cali

[Ir al menu](#)



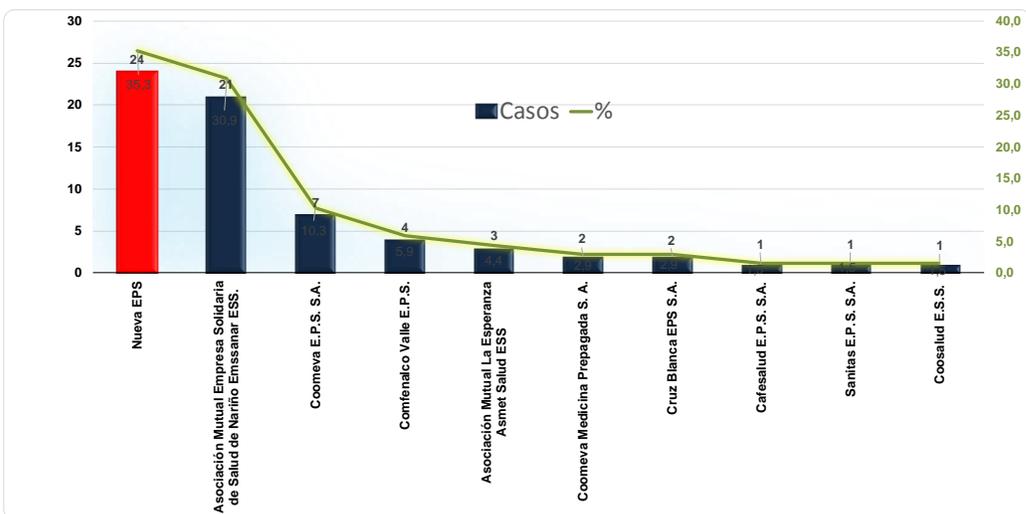
Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

N= 68

Figura 94. Casos de cáncer de mama y cuello uterino según EAPB

CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO  
Casos Notificados según Entidad Aseguradora  
Semana Epidemiológica 26 -Año 2016 -Cali

[Ir al menu](#)



Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

N= 68

**Conclusión**

El comportamiento de la mortalidad de cáncer de seno y cuello uterino descritos reflejaron la necesidad de continuar y mejorar el tamizaje y diagnóstico temprano para que los pacientes tengan un manejo oportuno de la enfermedad. Además, es importante tener en

cuenta que desde el 2011 se incorporaron en el país un número importante de tecnologías para el control del cáncer como son las técnicas de inspección visual con ácido acético y Lugol y prueba de ADN/VPH para la tamización y detección temprana del cáncer de cuello uterino y procedimientos por laparoscopia para su tratamiento.

Para el diagnóstico de cáncer de mama se incluyó el HER2+ (Receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano) extirpación del ganglio centinela con radio marcación y el Trastuzumab para su tratamiento, la inclusión de Pegfilgrastim en el tratamiento de Cáncer de Próstata y el Kit de Ostomia para pacientes con Cáncer de Colon y Recto, permitiendo la captación temprana (tamizaje) y el manejo de la enfermedad.

Como limitaciones en la realización de este trabajo, cabe señalar que en los resultados de la RS no se obtuvieron artículos que incluyeran datos de letalidad, además de las inconsistencias en el registro del diagnóstico en fuere RIPS.