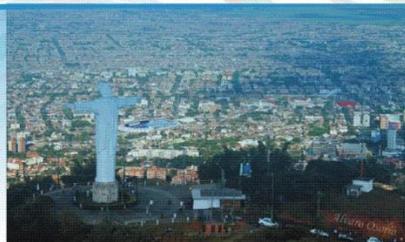




ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD

BOLETÍN POR PERIODOS EPIDEMIOLÓGICOS

SANTIAGO DE CALI AÑO 2017



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

**BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA CALI
Periodo epidemiológico I -24 de 2017**

MAURICE ARMITAGE

Alcalde Municipio de Santiago de Cali

Grupo Directivo Secretaria de Salud

ALEXANDER DURÁN PEÑAFIEL

Secretario de Salud Pública Municipal

ALEXANDER CAMACHO ERAZO

Subsecretario de Promoción, Prevención y desarrollo social

NELSON SINISTERRA CIFUENTES

Subsecretario de Protección de la salud y prestación de servicios

FREDDY ENRIQUE AGREDO LEMOS

Responsable Grupo de Salud Pública y Epidemiología

CLAUDIA XIMENA GOMEZ

Responsable Grupo Planeación (E)

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 2017

Versión 2.0

Actualizada a Agosto 14 de 2017

Compilación, diagramación y edición Boletín epidemiológico de eventos de interés en salud pública

Periodo epidemiológico 6 de 2017

Claudia Patricia Mora Aguirre
Epidemióloga

Portada: Andrés Carreño

Grupo de trabajo de Vigilancia en Salud Pública

Jorge Holguín Ruiz- Responsable de Grupo

Epidemiólogos – Profesionales especializados

Claudia Patricia Mora Aguirre
Claudia Abreu
Freddy Córdoba
Gabriela Lizeth Arturo Quiroga
Jaime López Velasco
Lina Mercedes García
Mabel Soraya Moreno
Martin Alonso Muñoz Beltrán
Oscar Oliver Londoño

Profesionales

Carlos Javier Bolaños
Jorge Quiñonez
Miguel Paredes
Orfidia Carabalí
Juan Emilio Castillo
Patricia Mera Rúa
Victoria Medina

Enfermeras

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

Técnicos y Auxiliares administrativos

Alexander Suaza Candamil
Ariadna Botero
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

De los autores:
Secretaría de Salud Pública Municipal:
Grupo de Vigilancia en Salud Pública

Jorge Holguín Ruiz
Responsable de Grupo

Epidemiólogos – Profesionales especializados

Claudia Patricia Mora Aguirre	Seguridad Alimentaria y Nutrición
Claudia Abreu	Cáncer de mama y cérvix, Factores Ambientales
Gabriela Lizeth Arturo Quiroga	Inmunoprevenibles
Jaime López Velasco	Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis
Lina Mercedes García	Tuberculosis - Lepra
Mabel Soraya Moreno	Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), EDA y Expo. flúor
Martin Alonso Muñoz Beltrán	Salud Sexual y Reproductiva
Oscar Oliver Londoño	Cáncer en menor de 18 años
Tulio Moreno	Defectos congénitos – Enfermedades Huérfanas

Ingeniera de Sistemas

Victoria Medina

Indicadores SIVIGILA

Tabla de contenido

1. Indicadores de notificación	25
2. Eventos de Salud Sexual y Reproductiva.....	30
2.1. VIH/SIDA y muerte por SIDA	30
2.2. HEPATITIS B y C	53
2.3. SÍFILIS GESTACIONAL	68
2.4. SIFILIS CONGENITA.....	80
2.5. MORTALIDAD MATERNA	90
2.6. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	100
2.7. MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	116
3. Seguridad Alimentaria y Nutricional	134
3.1. Bajo peso al nacer a termino	134
3.2. Desnutrición Aguda en menor de 5 años.....	139
4. Comportamiento de los eventos Inmunoprevenibles	233
Introducción	234
4.1. Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) (Colectivo) - 995.....	234
4.2. Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada (Individual) - 348.....	239
4.3. Vigilancia de mortalidad por IRA en menores de cinco años	249
4.4. Enfermedad similar a influenza (ESI)- Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) (Centinelas colectiva) – 345	249
4.5. Enfermedad Diarreica Aguda.....	250
4.6. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años - 590 ...	252
4.7. Morbilidad por Enfermedad Diarreica Agua (EDA) en todos los grupos de edad – 998 .	252
Introducción eventos PAI	258
4.8. Difteria.....	259
4.9. Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI)	259
4.10. Meningitis.....	262
4.11. Parotiditis	266
4.12. Parálisis flácida aguda (PFA)	270

Sarampión y rubéola	271
Síndrome de rubéola congénita	272
Tétanos	272
Tosferina	273
Varicela	276
5. Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis	282
Vigilancia Integrada de Rabia –Ficha epidemiológica 307	284
5.1. Accidente ofídico (código 100)	304
5.2. Dengue	304
5.3. Leptospirosis	310
5.4 Chagas	316
Chikungunya	317
Fiebre Amarilla	321
Leishmaniasis	323
Malaria	325
Zika	329
5.4. FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA (código 320):	334
6. Salud Mental	334
6.1. Intento Suicida	334
6.2. Violencia de género	337
6.3. Lesiones de causa externa	339
7. Cáncer	342
7.1. Cáncer de mama y cérvix	342
7.2. Cáncer en menor de 18 años	360
8. Factores relacionados con el medio ambiente	365
8.1. Intoxicaciones por sustancias químicas	365
8.2. Fiebre tifoidea y paratifoidea	376
8.3. HEPATITIS A	379
8.4. Enfermedades Transmitidas por Alimentos Cali	384
9. Defectos congénitos y enfermedades huérfanas	394

9.1. Defectos Congénitos	394
9.2. Enfermedades huérfanas	403
10. Exposición al fluor	408

Listado de Tablas

Tabla 1. UPGD que incumplieron con la notificación.	25
Tabla 2. Rangos Riesgo Silencio Epidemiológico	26
Tabla 3. UPGD'S en riesgo alto de silencio epidemiológico, Cali 2017	27
Tabla 4. Rangos de Notificación negativa	28
Tabla 5. Rango Notificación Negativa	28
Tabla 6. Ajustes	29
Tabla 7. Distribución de casos de VIH / SIDA por Rangos de Edades y Estadio clínico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)	36
Tabla 8. Distribución de casos de VIH/SIDA por Aseguramiento Estadio Clínico, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)	38
Tabla 9. Distribución de casos de VIH/SIDA por AseguraDORA Estadio Clínico, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)	39
Tabla 10. Distribución de casos VIH / SIDA/Muerte por Etnia y Estadio Clínico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 52 (n= 534)	41
Tabla 11. Tasa de VIH/SIDA por 100000 Habitantes por Comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 52. n= (534)	42
Tabla 12. VIH / SIDA por Mecanismo de Transmisión y Estadio Clínico, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= (534)	44
Tabla 13. Casos Notificados de VIH en gestantes. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= (11)	45
Tabla 14. Enfermedades Oportunistas Notificadas en los Casos de VIH/SIDA, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= (87)	46
Tabla 15. Casos de VIH / SIDA/Muertes Notificados al SIVIGILA y RUAF Según UPGDs Semanas Epidemiológicas 1- 24 2017 . (n= 555)	48
Tabla 16. Número de Casos y Frecuencia de Hepatitis Según Comunas, Santiago de Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)	58
Tabla 17. Número de Casos de Hepatitis Según Genero, Santiago De Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)	60
Tabla 18. Distribución de los Casos Notificados de Hepatitis por Clasificación y Grupo Étnico de pertenencia, Santiago de Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)	61
Tabla 19. Comparación de la Notificación de Casos de Hepatitis por régimen de afiliación Santiago de Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)	61
Tabla 20. Comparación de la Notificación de Casos de Hepatitis por EAPB, Santiago de Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)	62
Tabla 21. Comparación de la Notificación de Casos de Hepatitis B y C y Delta Según Mecanismo de Transmisión. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 24 n= 49	63
Tabla 22. Comparación de la notificación de casos de hepatitis por Grupos de Riesgo, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 24 (n= 49)	64

Tabla 23. Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 24 (n= 40)	66
Tabla 24. Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis B en menores de 5 años, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 24 (n= 1).....	66
Tabla 25. Porcentaje de Casos Analizados de Hepatitis B en menores de 5 años, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 24 (n= 1)	67
Tabla 26. Razón de Prevalencia de Hepatitis B en mujeres Gestantes, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 24 de 2017 (n= 5)	67
Tabla 27. Mortalidad por Hepatitis B, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 24 de 2017 (n=3).....	68
Tabla 28. Distribución de Casos de Sífilis Gestacional por Aseguradora, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 168)	74
Tabla 29. Distribución de Casos de Sífilis Gestacional Notificados por la UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 168)	74
Tabla 30. Edad Gestacional al Inicio del CPN y a la Toma de Pruebas de Laboratorio en pacientes con Sífilis Gestacional, Santiago de Cali semanas 1 –24 de 2017	76
Tabla 31. Edad gestacional al inicio del Tratamiento, pacientes con Sífilis Gestacional, Santiago de Cali semanas 1 –24 de 2017	77
Tabla 32. Razón de prevalencia de Sífilis gestacional por 1000 Nacidos vivos Según aseguradoras, Santiago de Cali semanas 1- 24 2017 n=168	78
Tabla 33. Razón de Prevalencia de VIH/Sida en Mujeres Embarazadas, Santiago de Cali semanas 1- 24 2017 (n=168)	79
Tabla 34. Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de la semana 17 de su actual gestación, Santiago de Cali semanas 1- 24 2017 (n=168).....	79
Tabla 35. Distribución de Casos por Aseguradora Santiago de Cali, 2015-2016- I- Sem 1 -24 de 2017 (n=19)	84
Tabla 36. Edad Gestacional al Diagnóstico de Sífilis Santiago de Cali. Sem 1-24 de 2017 (n= 19)	86
Tabla 37. Proporción de Incidencia de Sífilis Congénita por 1000 Nacidos Vivos Según aseguradoras, Santiago de Cali semanas 1- 24 2017 (n=19).....	87
Tabla 38. Proporción de Incidencia de Sífilis Congénita, Santiago de Cali, Semanas 1- 24 de 2017 (n= 19).....	88
Tabla 39. Tasa de Mortalidad de Sífilis Congénita, Santiago de Cali, Semanas 1-24 de 2017 (n=1).89	89
Tabla 40. Letalidad por sífilis congénita, Santiago de Cali, Semanas 1- 24 de 2017 (n= 1)	89
Tabla 41. Porcentaje de Muertes Atribuibles a Sífilis Congénita Analizadas, Santiago de Cali, Semanas 1-24 de 2017 (n=1).....	90
Tabla 42. Comportamiento de las muertes maternas por grupos de edad y paridad de los casos. Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017	94
Tabla 43. Casos de Muertes Maternas Regulación de la Fecundidad, Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017	95

Tabla 44. Casos de Muertes Maternas por tipo de Convivencia, Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017	96
Tabla 45. Indicadores de Mortalidad Materna, Santiago de Cali Semanas Epidemiológicas 1-24, Santiago de Cali 2017	98
Tabla 46. Otros Indicadores Indicadores de Mortalidad Materna, Santiago de Cali Semanas Epidemiológicas 1-24, Santiago de Cali 2017	99
Tabla 47. Distribución de Casos de Morbilidad Materna Extrema por Grupo Étnico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 408) y Razón de Morbilidad	105
Tabla 48. Distribución de casos de Morbilidad Materna extrema por Empresa Administradora de Planes y Beneficios. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n= 408	107
Tabla 49. Morbilidad Materna Extrema y Número de Gestaciones, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n= 408.....	109
Tabla 50. Morbilidad Materna Extrema por UPGD que Notifica, Santiago de Cali Semanas 1 -24 de 2017 (n=408).....	112
Tabla 51. Razón de Morbilidad Materna Extrema Santiago de Cali. 1 -24 de 2017 (n=408).....	114
Tabla 52. Índice de Letalidad por Materna Extrema Santiago de Cali. 1 -24 de 2017	115
Tabla 53. Relación Morbilidad Materna Extrema/ Mortalidad Materna, Santiago de Cali. 1 -24 de 2017	115
Tabla 54. Porcentaje de Gestantes con Cuatro o Más Criterios de Inclusión, Santiago de Cali. 1 -24 de 2017	115
Tabla 55. Descripción de los Casos por Grupo de Edad y Momento de Ocurrencia, , Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017 (n=163)	121
Tabla 56. Distribución de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por Aseguramiento, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163).....	123
Tabla 57. Descripción de los casos por grupo de edad y paridad, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163).....	124
Tabla 58. Distribución de Casos de Mortalidad Perinatal por Tipo de Convivencia de la Gestante, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163)	125
Tabla 59. Métodos usados para regulación de la Fecundidad Casos de Muertes perinatales, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163)	126
Tabla 60. Periodos Perinatales de Riesgo-Matriz BABIES, Santiago de Cali, Semana 1 a 24 de 2017.	129
Tabla 61. Aspectos de la Salud perinatal, BABIES Institucionales, Santiago de Cali, Semana 1 a 24 de 2017.	130
Tabla 62. Distribución de la Notificación Muertes Perinatales y Tardía Según IPS o UPGD, Santiago de Cali semanas 1 -20 de 2017 (n=140).....	132
Tabla 63. Razón de Muerte Perinatal y Neonatal tardía, Santiago de Cali semanas 1 -20 de 2017 (n=163).....	133

Tabla 64. Correspondencia entre la Notificación Obligatoria Semanal Sivigila y Estadísticas Vitales Santiago de Cali semanas 1 -20 de 2017	133
Tabla 65. Correlación BPN a término SIVILA-RUAF. Cali 2017	135
Tabla 66. Correlación BPN a término SIVILA-RUAF. Cali 2017	136
Tabla 67. Distribución de casos de bajo peso al nacer a termino según UPGD. Cali 2017.....	136
Tabla 68. Distribución de casos de bajo peso al nacer a termino según Comuna o Corregimiento. Cali 2017.....	137
Tabla 69. Distribución de casos de BPN a termino según Edad de madre. Cali 2017.	137
Tabla 70. Distribución de casos de BPN a termino según tipo de seguridad social. Cali 2017.....	138
Tabla 71. Distribución de casos de BPN a termino según tipo de etnia de la madre. Cali 2017.	138
Tabla 72. Indicadores vigilancia nutricional.....	138
Tabla 73. Distribución de casos residentes Cali, tipo desnutrición.	141
Tabla 74. Distribución de casos de desnutrición según sexo	141
Tabla 76. Distribución de casos de desnutrición según UPGD y Severidad. Cali 2016.....	143
Tabla 77. Desnutrición Aguda en menor de 5 años por Red prestadora. Cali – 2016.....	144
Tabla 78. Distribución de casos de Desnutrición Aguda en menor de 5 años por Comuna y grado de severidad. Cali año 2017	231
Tabla. 79. Etnia de los casos de desnutrición	231
Tabla 80. Signos clínicos de la desnutrición.....	232
Tabla 81. Escolaridad de la madre.....	232
Tabla 82. Casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada según criterios de clasificación del protocolo Nacional. Corte de semana epidemiológica 24 de 2017.	239
Tabla 83. Incidencia de IRAG inusitado por comuna en el municipio de Cali a semana 24 de 2017	241
Tabla 84. Características demográficas y clínicas al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017 en el municipio de Cali.	244
Tabla 85. Número de casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAG inusitada) en el municipio de Cali, al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017.	246
Tabla 86. Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, municipio de Cali, a semana epidemiológica 24, 2017.....	253
Tabla 87. Incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) por sexo y grupo etario en el municipio de Cali, 2017.....	253
Tabla 88 Indicadores	254
Tabla 89 Comportamiento demográfico y social de la morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), 2017.	257
Tabla 90. Porcentaje de casos sospechosos de ESAVI por UPGD, Cali, a semana epidemiológica 24 de 2017	260
Tabla 91. Frecuencia de casos ESAVI, según características sociodemográficos semanas epidemiológicas 1 a 24. Cali, 2017	261

Tabla 92. INDICADORES - Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI).....	262
Tabla 93. Tasa de Incidencia de Meningitis Bacteriana Aguda según Comuna de procedencia, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	264
Tabla 94. Porcentaje de casos probables de Meningitis Bacteriana notificados por UPGD, Cali, a semana epidemiológica 24 de 2017	264
Tabla 95. Comportamiento demográfico y social de casos de Meningitis Bacteriana Aguda, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017.....	265
Tabla 96. INDICADORES - Casos de Meningitis.....	265
Tabla 97. Tasa de Incidencia de Parotiditis según Comuna de Procedencia, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	267
Tabla 98. Porcentaje de casos de Parotiditis notificados por UPGD, Cali, a semana epidemiológica 24 de 2017	268
Tabla 99. Comportamiento demográfico y social de casos de Parotiditis, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	269
Tabla 100. INDICADORES - Casos de Parotiditis.	270
Tabla 101. INDICADORES - Parálisis Flácida Aguda (PFA)	270
Tabla 102. INDICADORES – Sarampión y Rubeola	271
Tabla 103. INDICADORES Síndrome de Rubeola Congénita (SRC)	272
Tabla 104. INDICADORES – Tétano.....	272
Tabla 105. Tasa de Incidencia de Tosferina según Comuna de Procedencia, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	274
Tabla 106. Comportamiento demográfico y social de casos de Tosferina, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	275
Tabla 107. INDICADORES - Casos de Tosferina.....	276
Tabla 108. Comportamiento demográfico y social de casos de Varicela, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	278
Tabla 109. INDICADORES – Casos Varicela	280
Tabla 110. Tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según Comuna de procedencia, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017.....	285
Tabla 111. Comportamiento demográfico y social de los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Cali, semanas epidemiológicas 01- 24 de 2017.	286
Tabla 112. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según UPGD Notificadora del Municipio de Cali, semanas epidemiológicas 01- 24 de 2017.	289
Tabla 113. Frecuencia de agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia notificadas según características de la agresión o contacto, Cali, Semana 01-24, 2017.....	292
Tabla 114 . Frecuencia de agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia notificadas según la exposición y tipo de agresor Cali, semana 1-24 del 2017	294

Tabla 115. Frecuencia de agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia notificadas según las características de los Agresores Domésticos Cali, semana 1-24 del 2017	295
Tabla 92. Frecuencia de personas agredidas por animales potencialmente trasmisores de rabia según orden médica de aplicación de suero y de vacuna antirrábica de acuerdo al tipo de exposición, Cali, semanas 1-24 de 2017.	298
Tabla 116. Frecuencia de personas agredidas por animales potencialmente trasmisores de rabia según orden médica de aplicación de suero y de vacuna antirrábica de acuerdo al tipo de agresor, Cali, semanas 1-24 de 2017.	298
Tabla 117. Clasificación de las Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia, Cali, semanas 1-24 de 2017	299
Tabla 118. Comportamiento de los indicadores de la vigilancia de las agresiones por APTR y casos rabia humana en Cali, semanas 1-24 2017	301
Tabla 119. Comportamiento demográfico y social de los casos de Dengue, Cali, primer semestre 2017	305
Tabla 120. Comportamiento demográfico y social de los casos de Leptospirosis, Cali, primer semestre 2017.	311
Tabla 121. Casos de Leptospirosis por grupos de edad y sexo, Cali, primer semestre 2017	312
Tabla 122. Antecedentes epidemiológicos de los casos de leptospirosis. Cali, primer semestre 2017	313
Tabla 123. Comportamiento demográfico y social de los casos de Chikungunya, Cali, primer semestre 2017.	319
Tabla 124. Casos de Chikungunya por grupos de edad y sexo, Cali, primer semestre 2017	320
Tabla 125. Comportamiento demográfico y social de los casos de Malaria no complicada, Cali, primer semestre 2017	327
Tabla 126. Indicadores de Malaria, Cali, primer semestre 2017	328
Tabla 127. Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedad por virus Zika, Cali, primer semestre 2017	330
Tabla 128. Indicadores:	334
Tabla 129. Distribución de intento de suicidio por comuna de residencia, Cali, semanas 01-26, 2017.	335
Tabla 130. Características sociodemográficas en intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.	336
Tabla 131. Factores desencadenantes en el intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.	336
Tabla 132. Factores de riesgo relacionados con el intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.	337
Tabla 133. Mecanismos utilizados en el intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.	337

Figura. 103. Casos de violencia de género notificados, Cali, semanas 01-26, 2017.....	337
Tabla 134. Distribución de violencia de género por comuna, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.	338
Tabla 135. Características sociodemográficas en violencia de género, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.	339
Tabla 136. Distribución de violencia de género según tipo de violencia, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.	339
Tabla 137. Distribución de casos y tasas de lesiones de causa externa por comuna, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.	340
Tabla 138. Características sociodemográficas distribuidas por tipo de lesión de causa externa, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.....	341
Tabla 139. Distribución de lesiones de causa externa según tipo de lesión, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.	342
Tabla 140. Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer de mama notificados, Municipio de Santiago de Cali, 2017	348
Tabla 141. Tasa de Cáncer de mama por comuna a semana 24 de 2017 en el municipio de Cali. .	350
Tabla 142. Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer de cérvix notificados, Municipio de Santiago de Cali, 2017	355
Tabla 143. La tasa según comuna de residencia muestra que en la ruralidad se presenta la tasa más alta de Cáncer de cérvix con 27 casos por cada 100000 mujeres en riesgo; en segunda posición se ubica la comuna 7 con una tasa de 15 casos de Cáncer de cérvix por cada 100000.	357
Tabla 144. Mortalidad por cáncer en niños.....	364
Tabla 145. Clasificación de los casos de intoxicaciones notificados a semana 24 distribuidos por variables sociodemográficos Cali 2017.....	367
Tabla 146. Clasificación de las intoxicaciones por sus sustancias según características de del evento, a semana 24 de 2017. Cali.....	367
Tabla 147. Clasificación de las intoxicaciones según sustancias y tipo de exposición notificadas a semana 24. Cali 2017	368
Tabla 148. Distribución de las intoxicaciones según lugar y vía de exposición notificados a semana 24 de 2017. Cali.....	369
Tabla 149.. Clasificación de condiciones de escolaridad y ARP de los casos de intoxicaciones por sustancias químicas a semana 24 de 2017 Cali.	369
Tabla 150. Identificación de brotes en los casos de intoxicaciones por sustancias químicas notificadas a semana 24 en CALI 2017.	370
Tabla 151. UPGDs notificadoras de intoxicaciones por sustancias químicas a semana 24 en Cali 2017.	370
Tabla 152. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y sexo a semana 24 en Cali 2017.	371

Tabla 153. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y grupo de edad a semana 24 en Cali 2017.....	372
Tabla 154.. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y afiliación al sistema general de seguridad social a semana 24 en 2017 Cali	372
Tabla 155. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y clasificación del caso a semana 24 en 2017 Cali	373
Tabla 156. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y condición final a semana 24 de 2017 Cali.....	373
Tabla 157. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y vía de exposición a semana 24 en 2017 Cali.....	374
Tabla 14. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y tipo de exposición a semana 24 en 2017 Cali.....	374
Tabla 158. Distribución de los casos notificados de hepatitis A a semana 24 según variables sociodemográficas. Cali 2017.	380
Tabla 159. Casos de hepatitis A según tipo de caso. Cali semestre I 2017	381
Tabla 160. Comportamiento sociodemográfico en enfermedades transmitidas por alimentos. ...	387
Tabla 161. Distribución de la notificación de las Enfermedades transmitidas por alimentos según síntomas que se presentan a semana 24. Cali 2017	390
Tabla 162.Toma de muestras de los casos de ETAS notificados a semana 24. Cali 2017	390
Tabla 163. Agente causal identificado en las ETAS a semana 24. Cali 2017	391
Tabla 164. Defectos congénitos por grupo de edad y etnia. 2017- Semana Epidemiológica 24 – Cali.	395
Tabla 165. Defectos congénitos por edad del recién nacido en días 2017- Semana Epidemiológica 24 –Cali.....	397
Tabla 166. Comportamiento de los defectos congénitos por barrio de residencia – 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.	398
Tabla 167. Casos de defectos congénitos según UPGD-2017.-Semana Epidemiológica 24 –Cali. ...	399
Tabla 168. Defectos congénitos según producto de embarazo y grupo edad -2017.....	400
Tabla 169. Clasificación defectos congénitos según su peso y semanas de gestación al diagnóstico- 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.	401
Tabla 170. Interrupción Voluntaria del embarazo defectos congénitos- 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.	401
Tabla 171. Hábitos e ingesta de medicamentos que tuvo la madre con defectos congénitos 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.....	402
Tabla 172. Distribución de las Enfermedades Huérfanas -2017	405
Tabla 173. Reporte Enfermedades Huérfanas por EAPB -2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.	406
Tabla 146. Casos de Exposición al flúor notificados en el municipio de Cali, 2017.....	412
Tabla 147. Notificación de exposición a flúor según sexo y edad en el municipio de Cali, 2017....	413

Tabla 148. Notificación de exposición a flúor según Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficio en el municipio de Cali, al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017	414
Tabla 149. Casos de fluorosis dental según frecuencia de cepillado, 2017	415
Tabla 150. Cantidad de crema utilizada durante el cepillado dental, 2017	416
Tabla 151. Factores asociados a fluorosis dental en el municipio de Cali, 2017	417
Tabla 152. Factores asociados a la fluorosis dental en el municipio de Cali, 2017	417

Listado de tablas

Figura 1. Notificación semanal. Santiago de Cali semana 24	25
Figura. 2. Riesgo de silencio epidemiológico UPGD Cali semana 24 de 2017	26
Figura 3. Riesgo de notificación negativa	28
Figura 4. Casos Notificados de VIH-SIDA y Muerte al SIVIGILA y RUAF, Santiago de Cali semana 1 – 24 de 2017	33
Figura 5. Casos Notificados de VIH/SIDA Según Estadio Clínico, 2016	33
Figura 6. Distribución de Casos de VIH / SIDA/Mortalidad por SIDA Notificados al SIVIGILA por semanas Epidemiológicas. Santiago de Cali. Semanas 1-24 2017 (n=534)	34
Figura 7. Porcentaje de Casos Notificados de VIH/sida y Muerte por Sida por género Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)	35
Figura 8. Casos Notificados de VIH/sida y Muerte por Sida por Género, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)	36
Figura 8. Distribución de casos de VIH / SIDA por Rangos de Edades y Estadio clinico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)	36
Figura 9. Tasa de VIH/SIDA por 100000 Habitantes por Comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-24 52. n= (534)	41
Figura 10. VIH / SIDA por Mecanismo de Transmisión. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= (534)	43
Figura 11. Porcentaje de Transmisión Materno Infantil del VIH, Santiago de Cali 2014-2016-I- semana 24 de 2017	45
Figura 12. Enfermedades Oportunistas Notificadas en los Casos de VIH/SIDA, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= (87)	47
Figura 13. Mortalidad por SIDA Notificadas al SIVIGILA y al RUAF, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 81)	52
Figura 14. Casos Notificados de Hepatitis B, C y Delta al SIVIGILA, Santiago de Cali semana 1 – 24 de 2017	55
Figura 15. Distribución de Casos por Semana Epidemiológicas, Santiago De Cali Semanas 1 – 24 De 2017 (n=49)	56
Figura 16. Distribución de Casos de Hepatitis por Semana Epidemiológicas, Santiago De Cali Semanas 1 – 24 De 2017 (n=49)	56
Figura 17. Clasificación Final de Tipo De Hepatitis Viral Según las Definiciones de Caso del Protocolo de Vigilancia, 2016 Santiago de Cali Semanas 1 – 24 de 2017	57
Figura 18. Casos de Hepatitis B Según Grupo Edad y Sexo, Santiago De Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)	60
Figura 19. Incidencia de Casos Notificados de Hepatitis B y C y Delta por Comunas por 100.000 habitantes. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 52 (n= 49	65
Figura 19. Casos notificados de Sífilis Gestacional al SIVIGILA, Santiago de Cali semana 1 – 24 de 2017	71

Figura 20. Sífilis Gestacional por semana epidemiológica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n=168.....	71
Figura 21. Distribución de casos de Sífilis Gestacional por grupos de edad, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n=168	72
Figura 22. Distribución de Casos de Sífilis Gestacional por Etnia, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n=168.....	73
Figura 23. Distribución de Casos de Sífilis Gestacional por Tipo de Régimen en Salud, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n=168.....	73
Figura 24. Razón de prevalencia de Sífilis Gestacional por comunas por 1000 nacidos vivos. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. N= 168	78
Figura 25. Casos Notificados de Sífilis Congénita al SIVIGILA, Santiago de Cali semana 1 – 24 de 2017	82
Figura 26. Comportamiento de la Notificación de Sífilis Congénita por semanas Epidemiologías, Santiago de Cali, 2015-2016- I- sem 1 -24 de 2017.....	83
Figura 27. Distribución de Casos por Sexo, Santiago de Cali, 2015-2016- I- Sem 1 -24 de 2017 (n=19).....	83
Figura 28. Distribución de Casos por Sexo, Santiago de Cali, 2015-2016- I- Sem 1 -24 de 2017 (n=19).....	84
Figura 29. Distribución de Casos por Pertenencia Étnica, Santiago de Cali, 2015-2016- I- Sem 1 -24 de 2017 (n=19)	85
Figura 30. Sífilis Congénita por Edad al Momento del Diagnóstico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= 19.....	85
Figura 31. Condición de las Madres de Casos de Sífilis Congénita al Momento del Diagnóstico, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= 19	86
Figura 32. Sífilis Congénita Notificación por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-24 (n= 19).....	87
Figura 8. Incidencia de Sífilis congénita por comunas por 1000 nacidos vivos. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n=19	88
Figura 33. Casos notificados de Muertes Maternas, Santiago de Cali semanas 1 – 24 de 2017	92
Figura 34. Distribución de Muertes Maternas Tempranas por Período Semanas Epidemiológicas, Santiago de Cali 2015,2016-I-Sem 20 de 2017	93
Figura 35. Mortalidad Materna Temprana Según Grupo de Edad y Razón de Mortalidad Materna, Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017	93
Figura 36. Muertes Maternas por Comuna y Razón de Mortalidad Materna, Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017	96
Figura 37. Causas Básicas de Mortalidad Materna. Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017.....	97
Figura 38. Mortalidad Materna Según Causas Santiago de Cali 1991 - 2016-I-sem 1-24 2017	98
Figura 39. Razón de Mortalidad Materna. Santiago de Cali, 2005-2016-I-sem 1 a 24 2017	99
Figura 40. Casos notificados de Morbilidad Materna, Santiago de Cali semana 1 – 24 de 2017.....	103

Figura 41. Comportamiento de la morbilidad Materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas años 2015-2016-I-semanas 1- 24 de 2017 (n= 408).....	104
Figura 42. Distribución de Casos de Morbilidad Materna Extrema por Grupos Etarios de Edad. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 408).....	104
Figura 43. Distribución de Casos de Morbilidad Materna Extrema por Grupo Etnico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 408).....	105
Figura 44. Distribución de casos de Morbilidad Materna extrema por Régimen de Seguridad Social en Salud. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 408)	106
Figura 45. Distribución de casos de Morbilidad Materna Extrema y Razón por 1000 Nacidos Vivos según Aseguradora Santiago de Cali Semanas 1 -24 de 2017 (n=408)	107
Figura 46. Razón de Morbilidad Materna Extrema por Número de Controles Prenatales, Santiago de Cali Semanas epidemiológica 1 – 24 de 2017 (N=408)	109
Figura 47. Distribución de CPN según EAPB en casos de MME, Santiago de Cali Semanas 1 -24 de 2017 (n=408)	110
Figura 48. Morbilidad Materna Extrema según Terminación de la Gestación, Santiago de Cali Semanas 1 -24 de 2017 (n=408)	111
Figura 49. Morbilidad Materna Extrema Según Causa Agrupada, Santiago de Cali semanas 1 -24 de 2017 (n=408)	111
Figura 50. Morbilidad Materna Extrema según Criterios de Inclusión, Santiago de Cali Semanas 1 - 24 de 2017	113
Figura 51. Razón de Morbilidad Materna Extrema por 1000 Nacidos Vivos por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. N= 408.....	114
Figura 52. Casos Notificados de Muertes Perinatales y Tardías, Santiago de Cali semana 1 – 20 de 2017	118
Figura 53. Distribución de Casos de Mortalidad Perinatal y tardía por Semanas Epidemiológicas. Santiago de Cali 2015-2016-I- semanas 1-24 2017.....	119
Figura 54. Razón de Mortalidad Perinatal, Santiago de Cali 2012-2016-I-sem 1-24 2017	120
Figura 55. Razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por Grupo de Edad de la Madre, Santiago de Cali semanas 1-24 de 2017 (n=163)	120
Figura 56 Distribución de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por Seguridad Social, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163).....	122
Figura 57. Distribución porcentual de casos de mortalidad perinatal por nivel educativo, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163).....	125
Figura 58. Descripción del Antecedente de Riesgo en la Gestante con Caso de Muerte perinatal, Santiago de Cali Semanas 1 - 24 de 2017	126
Figura 59. Complicaciones del Embarazo Actual Casos de Mortalidad Perinatal, Santiago de Cali Semanas 1 - 24 de 2017 (n=163)	127
Figura 60. Razón de Mortalidad Perinatal por Número de controles Prenatales, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24(n=163).....	128

Figura 61. Porcentaje de casos de mortalidad perinatal por genero del producto, Valle, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24(n=163).	129
Figura 62. Razón de Mortalidad Perinatal por Comunas, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24(n=163).....	131
Figura 63. Razón de Mortalidad Perinatal por Comunas, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24(n=163).....	131
Figura 64. Casos de bajo peso al nacer a término Cali año 2016.....	135
Figura 65. Desnutrición Aguda en menor de 5 años. Cali – 2017	141
Figura 66. Distribución casos de desnutrición aguda por EAPB. Cali 2017	142
Figura 67. Hospitalización general por IRAG año 2015 a semana epidemiológica 24 de 2017 en el municipio de Santiago de Cali. Fuente. Sivigila - Secretaría de Salud Pública Municipal.	235
Figura 68. Hospitalización general por IRAG según semana epidemiológica y grupo etario al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila – Secretaría de salud pública municipal.	236
Figura 69. Hospitalización general por IRAG según grupo etario al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila- Secretaría de salud pública municipal.	236
Figura 70. Hospitalización en UCI por IRAG año 2015 a semana epidemiológica 24 de 2017 en el municipio de Santiago de Cali. Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal.	237
Figura 71. Hospitalización en UCI por IRAG según semana epidemiológica y grupo etario al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal.	238
Figura 72. Hospitalización en UCI por IRAG según grupo etario al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila – Secretaría de salud pública municipal.	238
Figura 74. Número de casos de IRAG inusitado a semana 24 de 2017 en el municipio de Cali. Fuente. Sivigila- Secretaría de Salud Pública Municipal	240
Figura 73. Casos sospechosos de IRAG inusitado por comuna a semana epidemiológica 24 de 2017 en el municipio de Cali. Las barras en rojo corresponden a las comunas de las TIO.	240
Figura 74. Casos sospechosos de IRAG inusitado por UPGD del municipio de Cali a semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila, 2017. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.....	243
Figura 75. Distribución de casos de IRAG inusitado según edad y sexo en el municipio de Santiago de Cali. Semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila, 2017. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.	246
Figura 76. Circulación de virus respiratorios en el municipio de Cali al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila. Secretaría de salud pública municipal de Cali.....	248
Figura 77. Muestras positivas para diferentes virus respiratorios al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, Cali. Fuente. Sivigila-Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.....	249
Figura 78. Casos de morbi-mortalidad por ESI-IRAG registrados por Centro de salud Siloé y Fundación Valle del Lili.....	249

Figura 79. Casos notificados por enfermedad diarreica aguda (EDA) en el municipio de Cali; 2016 a semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila- Secretaria de salud pública municipal.....	253
Figura 80. Casos notificados de enfermedad diarreica aguda (EDA) en el municipio de Cali por UPGD al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila- Secretaria de salud pública municipal.	255
Figura 81. Casos notificados por enfermedad diarreica aguda (EDA) en el municipio de Cali; 2016 a semana epidemiológica 4 de 2017.	257
Figura 82. Notificación de casos sospechosos de ESAVI por semana epidemiológica, Cali semanas epidemiológicas 1-24 del 2016 – 2017	260
Figura 83. Porcentaje de los casos de ESAVI según clasificación final, Cali, a semana epidemiológica 24 de 2017	261
Figura 84. Porcentaje de casos Probables y Confirmados por agente causal de Meningitis Bacteriana Aguda notificados, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	263
Figura 85: Casos de Meningitis Bacteriana Aguda notificados, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	263
Figura 86: Canal Endémico de Parotiditis, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	267
Figura 87: Canal Endémico de Tosferina, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	274
Figura 88. Canal Endémico de Varicela, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	277
Figura 89. Porcentaje y Tasa de Incidencia de Varicela según Comuna de Procedencia, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017	278
Figura 90. Comportamiento de los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, Cali, semanas epidemiológicas 01-24, 2016 – 2017	285
Figura 91. Distribución de la edad por grupos quinquenales y sexo de las personas que sufrieron agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Cali, Semana 01 – 24 de 2017	288
Figura 92. Frecuencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según tipo de exposición y especie de animal agresor, Cali, semanas 1-24 de 2017.	296
Figura 93 Casos notificados de Dengue. Cali Primer semestre 2017	304
Figura 94. Casos de Dengue según grupo de edad y sexo. Primer semestre 2017.	306
Figura 95 Casos dengue primer semestre por comuna 2017	306
Figura 96. Canal endémico de dengue primer semestre de 2017. Cali	307
Figura 97.El canal endémico de leptospira se ubicó (salvo en la semana 18) en las zonas de seguridad y de éxito.	314
Figura 98. Hasta el primer semestre se ha presentado una disminución del 91,1% en el número de casos notificados, comparado con el mismo periodo del 2016 (1133).	318
Figura 99. Casos notificados Malaria. Primer semestre 2017.	326
Figura 100. Canal endémico Zika primer semestre 2017, Cali	329
Figura 101. Casos Zika según grupo de edad y sexo. Primer semestre 2017.	331
Figura 102. Casos de intento de suicidio notificados, Cali, semanas 01-26, 2017.	335
Figura. 103. Casos de violencia de género notificados, Cali, semanas 01-26, 2017.....	337

Figura. 104. Distribución de casos de lesiones de causa externa, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.	340
Figura 105. Mapa de Incidencia del cáncer en el Mundo en el año 2012.....	343
Figura 106. Mapa de Mortalidad por cáncer en el mundo en el año 2012.....	343
Figura 107. Tendencia de cáncer de mama. Cali 1962-2012	344
Figura 108. Tasa de incidencia cáncer de cuello uterino según edad. Cali 2008-2012	344
Figura 109. Distribución de la Notificación de Cáncer de Mama y Cérvix por Semana Epidemiológica Hasta Semana 24 en Cali 2017(n=394).....	346
Figura 110. Distribución de la notificación de casos de cáncer de mama hasta semana epidemiológica 24 en el municipio de Cali 2017.	347
Figura 111. Distribución de la notificación de cáncer de mama por periodo epidemiológico en Cali 2017.	348
Figura 112. Distribución de los casos de Cáncer notificados a SIVIGILA a semana 24 según grupo de edad. Cali 2017.....	349
Figura 113. Distribución de los casos de cáncer de mama según nivel socioeconómico hasta semana 24 en la ciudad de Cali 2017	350
Figura 114. Distribución de casos de cáncer de mama notificados a SIVIGILA a semana 24 según UPGD Cali 2017	352
Figura 115. Indicador de oportunidad de resultado de la biopsia e inicio de tratamiento para cáncer de mama a semana 24. Cali 2017	353
Figura 116. Distribución de la notificación de cáncer de cérvix por periodo epidemiológico en Cali 2017	355
Figura 117. Distribución de los casos de Cáncer de cérvix notificados a SIVIGILA a semana 24 según grupo de edad. Cali 2017	356
Figura 118. Distribución de los casos de cáncer de cervix según nivel socioeconómico hasta semana 24 en la ciudad de Cali 2017.....	356
Figura 119. Distribución de la notificación de Cáncer de mama según UPGDs a semana 24.Cali 2017	358
Figura 120. Indicador de oportunidad de diagnóstico e inicio de tratamiento para los caos de Cáncer de cérvix hasta semana 24 Cali 2017.....	359
Figura 121. Distribución según tipo de cáncer	363
Figura 122. Cáncer Infantil en Cali según edad y sexo.....	364
Figura 123. Comportamiento de la notificación de intoxicaciones por sustancias químicas a semana 24. Cali 2017.....	366
Figura 124. Comportamiento de la notificación de Hepatitis A, a semana 24 en los años 2016 y 2017en el municipio de Cali.	380
Figura 125. Distribución de los casos notificados de Hepatitis A por comuna de residencia en el municipio de Cali a semana 24 de 2017.	381
Figura 126. Canal endémico hepatitis A. Semestre I Cali 2017	382

Figura 127. Casos notificados de Enfermedades transmitidas por alimentos 2014 - 2017 Cali.....	384
Figura 128. Comportamiento de los Enfermedades transmitidas por alimentos 2015 – 2017 Cali.	385
Figura 129. Enfermedades transmitidas por alimentos según edad y grupo de edad. 2017 Cali ...	385
Figura 130. Enfermedades transmitidas por alimentos según entidad aseguradora. 2017 Cali.....	387
Figura 131. Tasa Parcial-casos de Enfermedades transmitidas por alimentos según comuna 2017 Cali	388
Figura 132. Enfermedades transmitidas por alimentos según comuna 2015-2016-2017 Cali.....	389
Figura 133. Enfermedades transmitidas por alimentos según UPGD 2017 Cali	389
Figura 134. Casos notificados de defectos congénitos 2014 - 2017 Cali.....	394
Figura 135. Casos notificados de defectos congénitos. 2017 Semana Epidemiológica 24 - Cali.....	395
Figura 136. Tasa y casos defectos congénitos por edad de la madre. 2017 Cali	396
Figura 137. Comportamiento de los defectos congénitos por semana epidemiológica. Cali.	397
Figura 138. Tasa defectos congénitos por comuna. 2017 Cali.....	398
Figura 139. Defectos congénitos según producto de embarazo Cali 2016.	400
Figura 140. Defectos congénitos Información complementaria de la madre 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali	402
Figura 141. Causas Defectos Congénitos funcionales. Semana Epidemiológica 24. Cali 2017.	403
Figura 142. Casos notificados de enfermedades huérfanas. 2016 – 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.....	403
Figura 143. Comportamiento de las enfermedades huérfanas. 2015 – 2017 Cali.....	404
Figura 144. Frecuencia de las enfermedades huérfanas. SE 24 Cali 2017	406
Figura 145. Casos de enfermedades huérfanas según UPGD. Semana Epidemiológica 24 –Cali 2017	407
Figura 146. Proceso de notificación exposición al fluor. Semana 1-24 de 2017.....	410
Figura 147. Número de casos de exposición a flúor al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017.....	411
Figura 148. Número de casos notificados de exposición al flúor en el municipio de Cali, al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017.	411
Figura 149. Porcentaje de casos notificados de exposición al flúor en el municipio de Cali por las UPGD centinela al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017.	412
Figura 150. Nivel de fluorosis dental: Fluorosis muy leve; leve; moderada y severa.....	414
Figura 150. Cantidad de crema según el tamaño de la cabeza dental.....	416

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 1 a 24 del año 2017, 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:

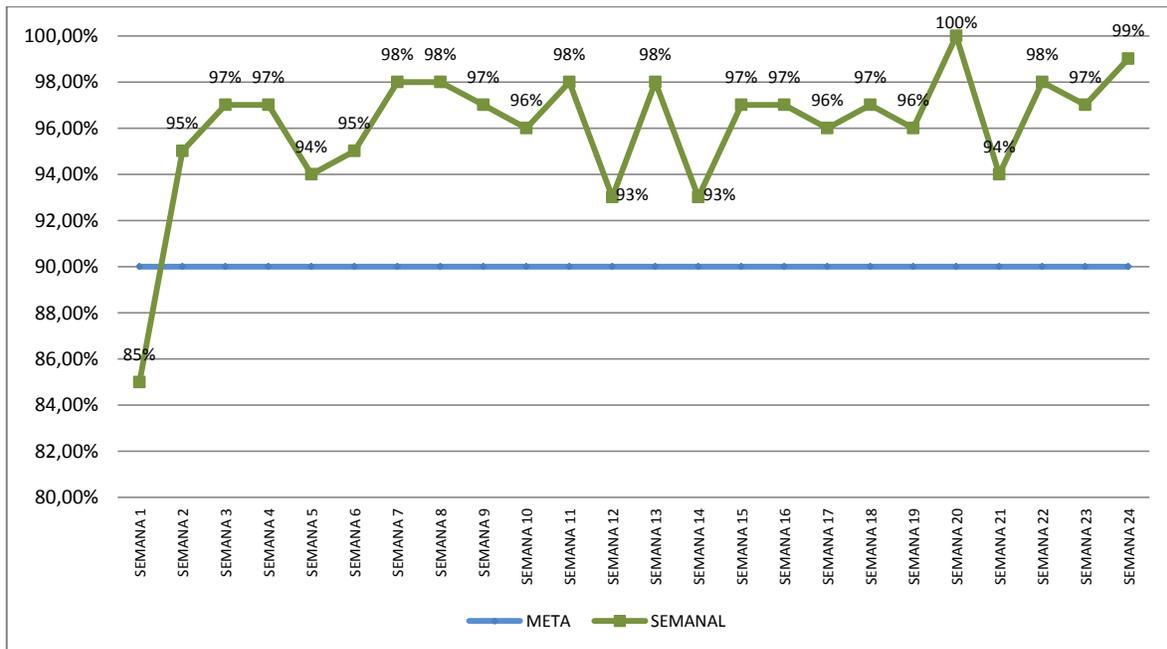
- ✓ Salud Sexual y Reproductiva
- ✓ Eventos inmunoprevenibles
- ✓ Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis
- ✓ Seguridad alimentaria y nutricional
- ✓ Micobacterias
- ✓ Violencias
- ✓ Enfermedades raras
- ✓ Intoxicaciones
- ✓ Enfermedades relacionadas con factores ambientales
- ✓ Cáncer.

La información aquí contenida corresponde a los casos notificados como residentes en el municipio de Cali, teniendo en cuenta que las acciones de promoción de la salud y las acciones en salud pública para el control de los mismos se desarrollan en el territorio caleño.

1. Indicadores de notificación

La notificación recibida por la Secretaría de Salud Municipal de Cali, correspondiente a las semanas epidemiológicas 01 a 24 de 2017 fue:

Figura 1. Notificación semanal. Santiago de Cali semana 24



Cumpliendo la meta del 90% establecido por el Instituto Nacional de Salud para este nivel en los lineamientos para el año 2017, con excepción de la semana 1 donde por notificación tardía de la ESE Centro no se cumplió la meta.

Las UPGD que no cumplieron con la entrega del reporte semanal fueron:

Tabla 1. UPGD que incumplieron con la notificación.

NOMBRE UPGD	SEMANA EPIDEMIOLOGICA			
	21	22	23	24
HOSPITAL INFANTIL NIÑO DIOS	X	X	X	
CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS CHIPICHAPE	X	X	X	
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE LTDA TEQUENDAMA			X	X
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS BELEN			X	
VILLACOLOMBIA CENTRO MEDICO SAS	X			
CLINISANITAS CIUDAD JARDIN	X			
CORPORACION IPS OCCIDENTE- IPS PASOANCHO	X			

SINERGIA SANTA CLARA		X		
COEMSSANAR IPS TEQUENDAMA	X			
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS NAPOLES	X			
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA CAFI ESIMED CALI			X	
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS POLVORINES	X			
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS GOLONDRINAS	X			

El cumplimiento acumulado para Cali en el sexto periodo es de 98.3 % cumpliendo con la meta establecida en los lineamientos. El porcentaje de silencio epidemiológico para Cali se encuentra en un 1.7%, encontrándose en un riesgo bajo.

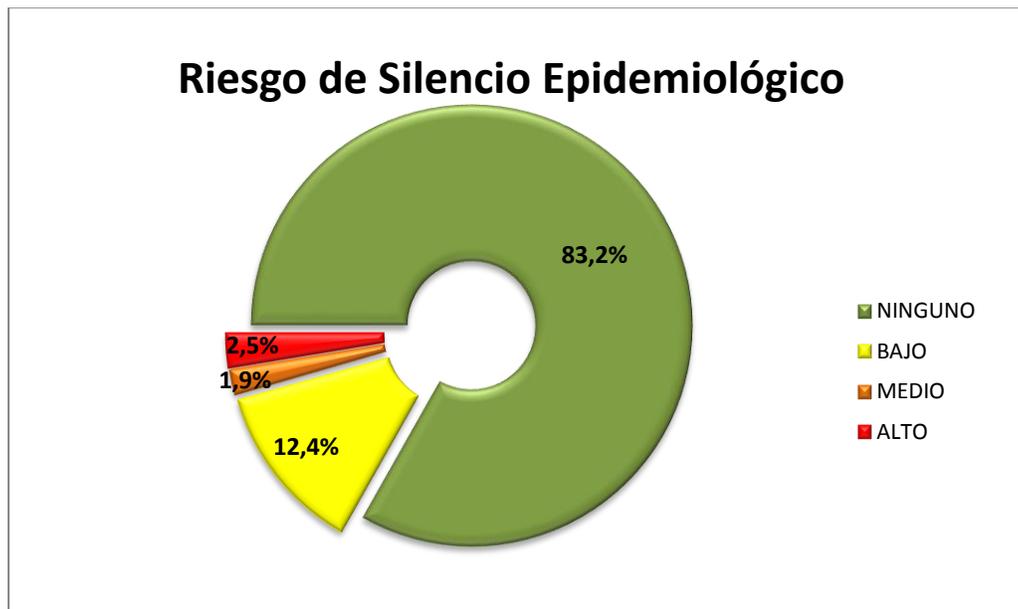
Tabla 2. Rangos Riesgo Silencio Epidemiológico

Rango % de UPGD en silencio	Convención	Riesgo
0		Ninguno
>0 a <10%		Bajo
De 10% a 20%		Medio
> a 20%		Alto

Fuente: MANUAL DE ANALISIS DE INDICADORES PARA LA VIGILANCIA DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD Ver. 3

El riesgo de silencio epidemiológico para las UPGD de Cali se distribuye así:

Figura. 2. Riesgo de silencio epidemiológico UPGD Cali semana 24 de 2017



Fuente: cumplimiento acumulado % neg y sil periodo seis

Las UPGD'S en riesgo alto de silencio epidemiológico son:

Tabla 3. UPGD'S en riesgo alto de silencio epidemiológico, Cali 2017

Nombre UPGD	% silencio
Corporación Ips Occidente - Cmf Versalles	20,8%
Corporación Ips Occidente - Ips Calisur	25,0%
Clínica Esimed Cali Sur	29,2%
Clínica Oriente Ltda Sede Aguablanca	37,5%

Fuente: cumplimiento acumulado % neg y sil periodo seis

El porcentaje de notificación negativa para Cali se encuentra en un 3.9%, encontrándose en un riesgo bajo.

Tabla 4. Rangos de Notificación negativa

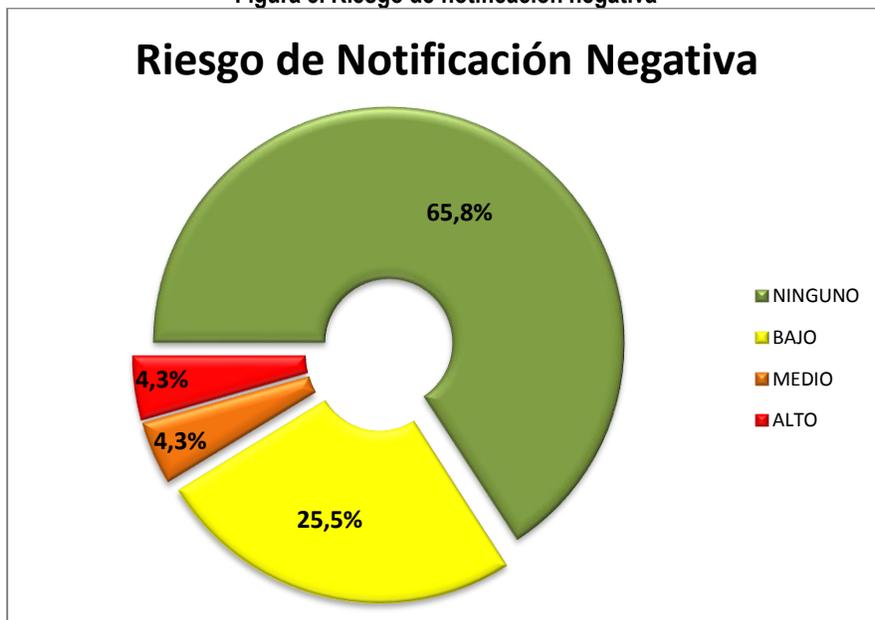
Rango % de UPGD en riesgo notificación negativa	Convención	Riesgo
0		Ninguno
>0 a <10%		Bajo
De 10% a 20%		Medio
> a 20%		Alto

Rangos Riesgo Notificación Negativa

Fuente: MANUAL DE ANALISIS DE INDICADORES PARA LA VIGILANCIA DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD Ver. 3

El riesgo de notificación negativa para las UPGD de Cali se distribuye así:

Figura 3. Riesgo de notificación negativa



Fuente: cumplimiento acumulado % neg y sil periodo seis

Las UPGD'S en riesgo alto de notificación negativa son:

Tabla 5. Rango Notificación Negativa

Nombre UPGD	% notificación negativa
Red De Salud De Ladera Ese Ps Belen	20,8%
Consultorios Clínica Comfenalco	33,3%

Corporación Ips Occidente - Cmf Versalles	33,3%
Cosmitet Ltda El Bosque	41,7%
Corporación Ips Occidente - Ips Calisur	41,7%
Corporación Ips Occidente - Ips Chipichape	45,8%
Cis Emcali	66,7%

El cumplimiento de ajustes para el periodo 3 es de:

Tabla 6. Ajustes

Evento	Total de Casos Notificados	Casos Ajustados	Casos sin Ajuste o Ajuste 7	Porcentaje Ajuste
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	1	0	100%
FIEBRE AMARILLA	1	1	0	100%
LEISHMANIASIS VISCERAL	1	1	0	100%
SARAMPION	1	1	0	100%
TETANOS ACCIDENTAL	1	1	0	100%
ZIKA	57	53	4	93%
CHIKUNGUNYA	17	14	3	82%
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	10	8	2	80%
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	5	4	1	80%
LEPTOSPIROSIS	118	93	25	79%
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	723	538	185	74%
DENGUE GRAVE	6	4	2	67%
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	23	13	10	57%
TOS FERINA	79	43	36	54%
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	122	61	61	50%
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	11	3	8	27%
MENINGITIS	20	5	15	25%
DENGUE	2012	367	1645	18%
DEFECTOS CONGENITOS	7	0	7	0%
CHAGAS	1	0	1	0%

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 Secretaria 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 24 correspondientes al año 2017.

2.1. VIH/SIDA y muerte por SIDA

Introducción

Actualmente, la infección por VIH se considera una enfermedad crónica transmisible y de alto costo cuyo impacto económico en el Sistema General de Seguridad Social y en la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Según el informe Global AIDS up date (2016) para el año 2015, aproximadamente 36.7 millones [34.0 millones – 39.8 millones] de personas viven con VIH; de los cuales 2.0 millones [1.7 millones – 2.3 millones] de personas viven en Latinoamérica y el Caribe. Respecto al número de casos nuevos para dicho año se presentaron 2.1 millones [1.8 millones – 2.4 millones], de los cuales 100.000 casos [86.000 – 120.000] surgen del reporte en Latinoamérica y el Caribe

Actualmente, existen 17.0 millones de personas viviendo con VIH en el mundo en Tratamiento con medicamentos Antirretrovirales o TAR; siendo 46% su cobertura global para el final del año 2015. Gran parte de los progresos alcanzados y la disminución de la mortalidad se atribuyen al tratamiento de las personas infectadas.

En Colombia, el primer caso se reportó en el país en la ciudad de Cartagena, en 1983, a partir de este momento se inició el proceso de notificación de casos de VIH, Sida y muerte. Inicialmente este registro se hizo en el Ministerio de Salud, (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) y a partir del año 2000, el seguimiento lo viene realizando el Instituto Nacional de Salud con el apoyo de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social.

En el año 2015, la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas definió como determinante la eliminación de la epidemia de sida para el año 2030 a través del planteamiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.

Colombia a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la disposición en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, se adhiere a las políticas globales en salud que requieren poner fin a la epidemia del VIH como una amenaza para la salud pública.

Datos del Instituto Nacional de Salud INS (Salud, Instituto Nacional de, 2016) muestran que en Colombia en el 2014 para el año 2014 se reportaron 10094 casos, correspondientes a 7693 casos de VIH, 1668 de SIDA Y 726 Muertes, y 7 casos sin dato del estadio clínico. Siendo una epidemia concentrada para el país.

Una de las principales acciones y retos de la lucha contra el VIH/SIDA se centra actualmente en la necesidad de promocionar la prueba voluntaria, que tiene grandes ventajas para la población. Por una parte, quienes resulten positivos porque se benefician de los tratamientos antirretrovirales, y en el caso del resultado negativo, porque la persona va a ser más consciente de la necesidad de tener comportamientos sexuales seguros (Salud, Instituto Nacional de, 2016).

Objetivos

Establecer la frecuencia y distribución de la morbi-mortalidad registrada por la VIH -SIDA y Muerte en el municipio de Cali.

Establecer el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de VIH-SIDA-Muerte.

Metodología

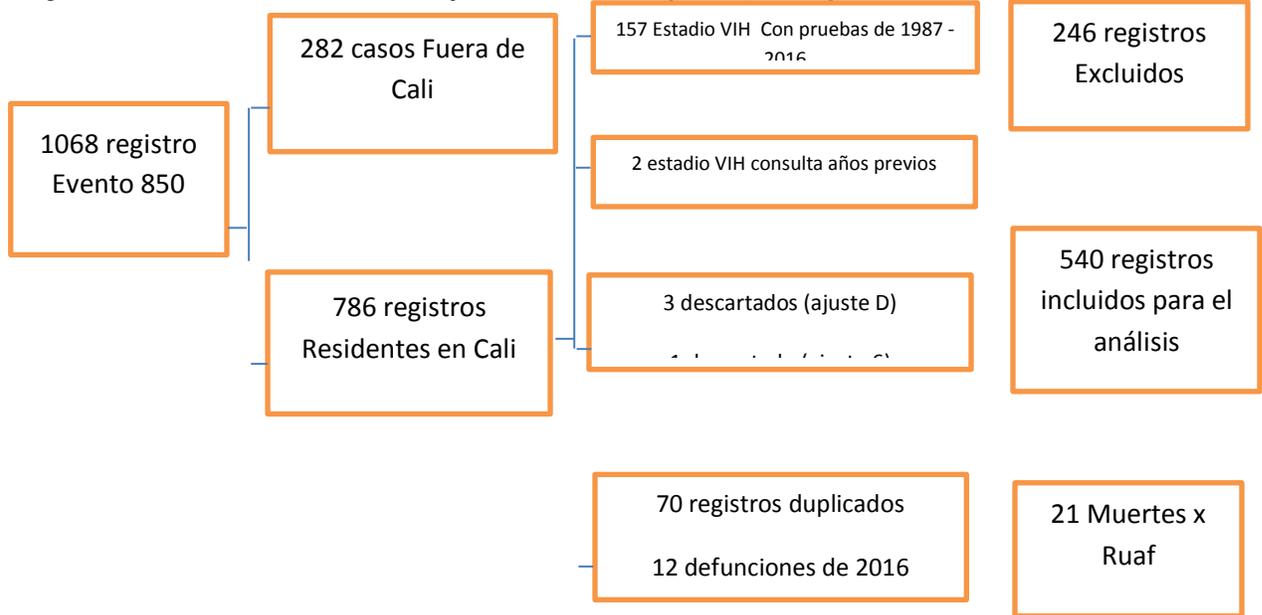
Para la elaboración del informe se realizó recolección de información a partir de las fuentes de información principal (SIVIGILA), (la información de SIVIGILA se obtuvo mediante la notificación realizada por las UPGDs a la ficha 850 en datos básicos y complementarios habiendo seguido el flujo de información establecido para el proceso de notificación) y la información relacionada con la mortalidad registrada en el RUAF de estadísticas vitales.

Se realizó depuración y cruce de información para los periodos de análisis, se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia para el año 2016 desde semana epidemiológica 01 hasta semana epidemiológica 24, y posteriormente se realizó caracterización demográfica, social y clínica de la población. Se realizó revisión al 100 % de la información encontrada en la base de datos por departamento de procedencia y municipios de procedencia.

Comportamiento de la Notificación en Santiago de Cali

Se ingresaron al SIVIGILA un total de 1068 registros de casos de VIH_SIDA_ Muerte, de los cuales posterior a la revisión y depuración se incluyó un total de 540 casos residentes en el municipio de Santiago de Cali. Adicionalmente se incluyó 21 casos de muertes por SIDA registradas en el RUAF que no fueron notificadas al SIVIGILA.

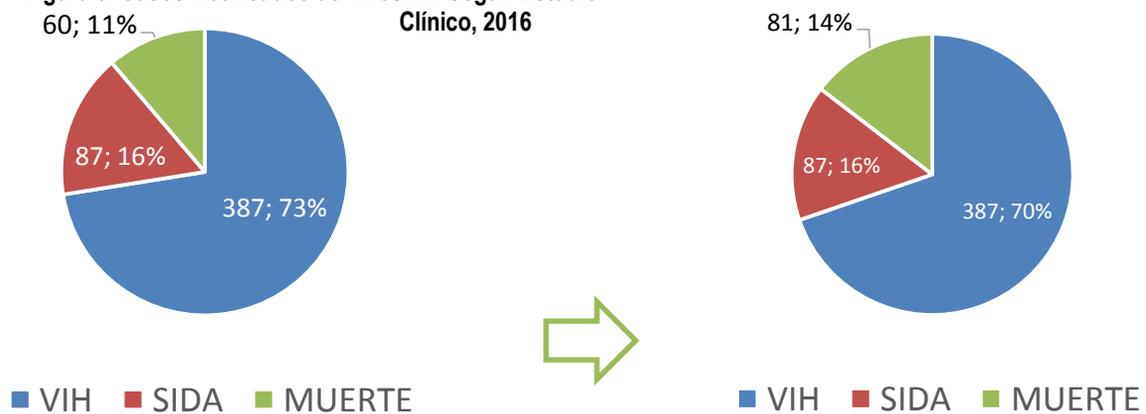
Figura 4. Casos Notificados de VIH-SIDA y Muerte al SIVIGILA y RUAF, Santiago de Cali semana 1 – 24 de 2017



Distribución de casos de VIH, sida y mortalidad por sida

Según el estadio clínico, del total de casos registrados en el SIVIGILA a la semana 24; el 387 casos (72.5%) corresponden a VIH, 87 casos (16.3) a SIDA y 60 casos (11.2%) a muerte.

Figura 5. Casos Notificados de VIH/SIDA Según Estadio Clínico, 2016



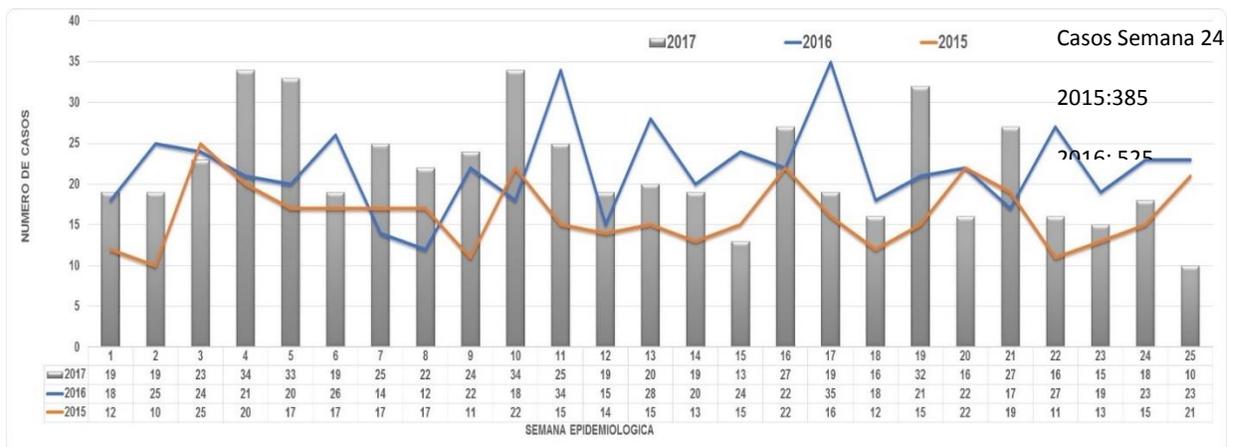
SIVIGILA

SIVIGILA -RUAF

Tendencia del Evento

El registro de casos de VIH-SIDA-Muerte entre los años 2015 y 2017 ha presentado variación en la notificación de casos a través de los períodos epidemiológicos, la tendencia de este evento ha sido ascendente al pasar de 385 casos en el 2015 a 525 casos en el 2016, y un incremento del 2% en lo transcurrido del año 2017 donde se notificó un total de 534 casos

Figura 6. Distribución de Casos de VIH / SIDA/Mortalidad por SIDA Notificados al SIVIGILA por semanas Epidemiológicas. Santiago de Cali. Semanas 1-24 2017 (n=534)

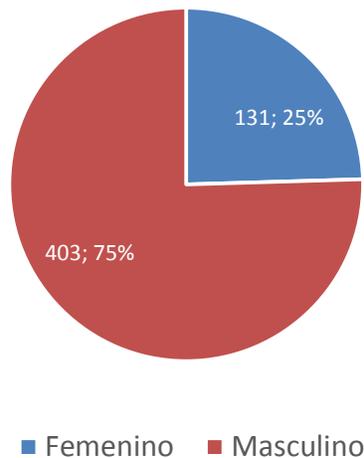


Distribución por Edad y Sexo

El reporte de casos ha sido más marcado en los hombres; el número de casos notificados fue 403 (75.5%) mientras que en las mujeres 131 (24.5%)

La razón de masculinidad de los casos notificados como VIH sida y muerte en Santiago de Cali ha sido variable, en el 2015 fue 3.2 hombres por una mujer, 4 en el año 2016 y a la semana 24 de 2017 3 hombres por cada mujer que convive con VIH_SIDA o Muerte.

Figura 7. Porcentaje de Casos Notificados de VIH/sida y Muerte por Sida por género Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)



Se observa que dentro de la notificación de VIH/sida y muerte por sida en hombres el 56.4% de los casos son notificados como VIH, el 10.7 % como sida y el 8.4% como muerte por sida. Comparado con la notificación de VIH/sida y muerte por sida en mujeres, el 16.1% corresponde a VIH, el 5.6% a sida y el 2,8% a muertes. Se observa que la notificación en los tres estadios es significativamente superior en los hombres con 75.5% que en las mujeres 24,5%

Figura 8. Casos Notificados de VIH/sida y Muerte por Sida por Género, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)

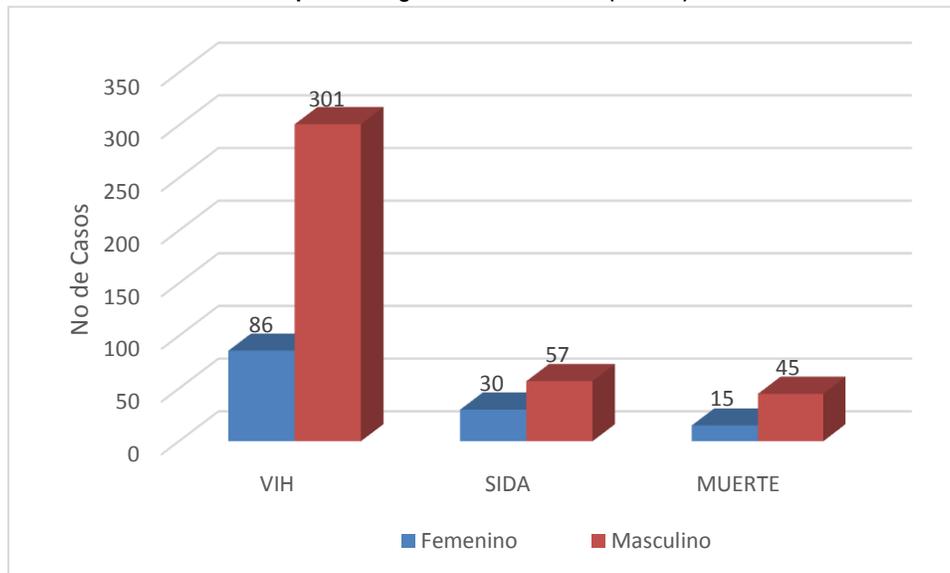


Figura 8. Distribución de casos de VIH / SIDA por Rangos de Edades y Estadío clinico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)

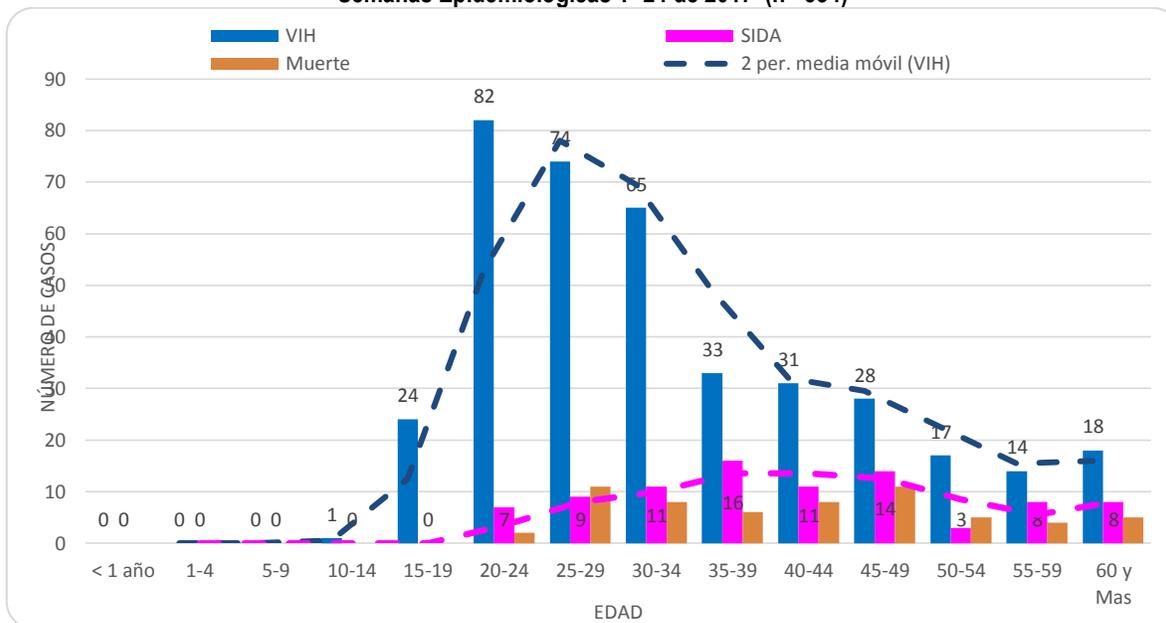


Tabla 7. Distribución de casos de VIH / SIDA por Rangos de Edades y Estadío clinico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)

Edad en Años	VIH	SIDA	Muerte	Total	%	% Acum
< 1 año	0	0	0	0	0,0	0,0
1-4	0	0	0	0	0,0	0,0
5-9	0	0	0	0	0,0	0,0
10-14	1	0	0	1	0,2	0,2
15-19	24	0	0	24	4,5	4,7
20-24	82	7	2	91	17,0	21,7
25-29	74	9	11	94	17,6	39,3
30-34	65	11	8	84	15,7	55,1
35-39	33	16	6	55	10,3	65,4
40-44	31	11	8	50	9,4	74,7
45-49	28	14	11	53	9,9	84,6
50-54	17	3	5	25	4,7	89,3
55-59	14	8	4	26	4,9	94,2
60 y Mas	18	8	5	31	5,8	100,0
Sin Dato	0	0	0	0	0,0	100,0
Total	387	87	60	534	100,0	
% Por estado Clínico	72,5	16,3	11,2	100,0		

En el gráfico 5 se observa la distribución por grupos de edad, donde de manera general la mayor proporción (17,6%) se presentó en la población entre 25 a 29 años de edad, seguido del grupo de 20 a 24 años (17%), en menor proporción se registraron casos en el grupo de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, no se identificaron casos en población mayor de 65 años de edad. Al tener en cuenta el estadio clínico en el momento de la notificación; en los casos notificados como VIH la frecuencia fue mucho mayor en el grupo de edad de 25 a 29 (n=79) ; mientras que en los pacientes con estadio SIDA el rango de edades más frecuente fue el de 35 a 39 años y en los casos de muerte

notificados al SIVIGILA los pacientes tenían edades comprendidas entre 25 a 29 y 45 a 49 años cada uno con 11 casos.

Distribución de la Notificación de VIH-SIDA-Muerte por Aseguramiento

El 92,3% (493 casos) cuentan con aseguramiento y pertenecen al régimen contributivo el 52.2% (n=279) seguido por el régimen subsidiado 37.3% (n=199) y especial 1.9% (n=10). El 7.7 (41 casos) corresponde a la población pobre no asegurada.

Tabla 8. Distribución de casos de VIH/SIDA por Aseguramiento Estadio Clínico, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)

Tipo de Seguridad Social	VIH	SIDA	MUERTE	Total general	%
Contributivo	222	36	21	279	52,2
Especial	9		1	10	1,9
No Asegurado	30	3	8	41	7,7
Excepción	4	1		5	0,9
Subsidiado	122	47	30	199	37,3
Total general	387	87	60	534	100,0

Así mismo, las aseguradoras que aportaron el mayor número de casos VIH/SIDA fueron: EMSSANAR E.S.S. (N=126), S.O.S.Servicio Occidental De Salud EPS (n=71) COMFENALCO Valle E.P.S. S.A (n=40) COOSALUD LTDA (n=35) Nueva EPS (n=34), A continuación se relacionan las Entidades Administradoras y Prestadoras de Beneficios que prestaron aseguramiento para el total de la población notificada del Departamento en el primer semestre del 2017:

Tabla 9. Distribución de casos de VIH/SIDA por Aseguradora Estadio Clínico, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 534)

CODIGO ASEGURADORA	NOMBRE ASEGURADORA	VIH	SIDA	MUERTE	TOTAL
ESS118	EMSSANAR E.S.S.	77	33	16	126
EPS018	S.O.S. EPS. S.A.	66	1	4	71
EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	33	3	4	40
ESS024	COOSALUD LTDA	23	7	5	35
EPS037	NUEVA EPS	25	6	3	34
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	26	5	2	33
EPS010	SURA E.P.S	23	2	1	26
EPS002	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	10	6	4	20
EPS003	CAFESALUD E.P.S. S.A.	12	4	2	18
EPS005	SANITAS E.P.S. S.A.	12	6		18
ESS062	ASMET SALUD ESS	7	4	3	14
RES004	FONDO PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	7		1	8
EPSS03	CAFESALUD SUBSIDIADO	4		3	7
EPS041	NUEVA EPS S.A. - CONTRIBUTIVO	5	1		6
ESSC24	COOSALUD E.S.S.	3		3	6
EPSI03	AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	4	1		5
EPSS10	SURA EPS	4			4
EMP023	COLSANITAS S.MEDICINA PREPAGADA	3			3
RES001	POLICIA NACIONAL	3			3

EMP021	SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	1		1	2
EMP028	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	1	1		2
RES003	FUERZAS MILITARES	2			2
EAS026	FONDO DE PASIVO SOCIAL PUERTOS DE COLOMBIA	1			1
EAS027	FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES.	1			1
EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.	1			1
EPS105	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI		1		1
EPSC25	CAPRESOCA EPS	1			1
EPSS16	COOMEVA EPS. S.A.		1		1
EPSS41	NUEVA EPS S.A. - SUBSIDIADO	1			1
ESSC62	ASMET SALUD ESS		1		1
RES002	ECOPETROL		1		1
RES007	UNIVERSIDAD DEL VALLE SERVICIO DE SALUD	1			1
N	Sin Aseguramiento	30	3	8	41
Total general		387	87	60	534

Distribución de la Notificación de VIH-SIDA-Muerte por Etnia

El 92,1% (996 casos) corresponden a otros grupos étnicos (mestizos tienen mayor representatividad en el régimen contributivo con 558 casos, en el régimen subsidiado son 370, seguido por no afiliados 26, Especial con 9 y por último el sin dato con 33 pacientes. A pesar que sólo el 7.9% de la notificación (85 casos) reportaron la pertenencia a grupos étnicos, se pudo establecer que la composición étnica al menos de la información ingresada al SIVIGILA estuvo distribuida por afrocolombianos con 6,8%, indígenas 0.4%, ROM 0.6%, raizal 0.2%.

Tabla 10. Distribución de casos VIH / SIDA/Muerte por Etnia y Estado Clínico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 52 (n= 534)

Pertenencia Etnica	VIH	SIDA	MUERTE	Total general
Indígena	3	1		4
ROM, Gitano	2			2
Afro	18	7		25
Otro	364	79	60	503
Total general	387	87	60	534

Zona de Residencia de los Casos Notificados de VIH/SIDA.

En cuanto al sitio de residencia y/o el riesgo de enfermarse por VIH - SIDA en la ciudad de Cali, el 27.3% de las comunas presentan alto riesgo, con una tasa de incidencia notificada superior a 24 casos por cada 100 mil habitantes, se encuentran las comunas 3, 4, 7, 8, 9 y 12. De otro lado un poco más de la mitad de las comunas de Cali se encuentran en riesgo moderado, con tasas de incidencia entre 12,1 y 24 caso por cada 100.000 habitantes. Finalmente solo el 36.4% de las comunas presentaron tasas por debajo de los 12 casos por cada 100000 habitantes, entre ellas la comuna 3, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 21

Figura 9. Tasa de VIH/SIDA por 100000 Habitantes por Comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 52. n= (534)

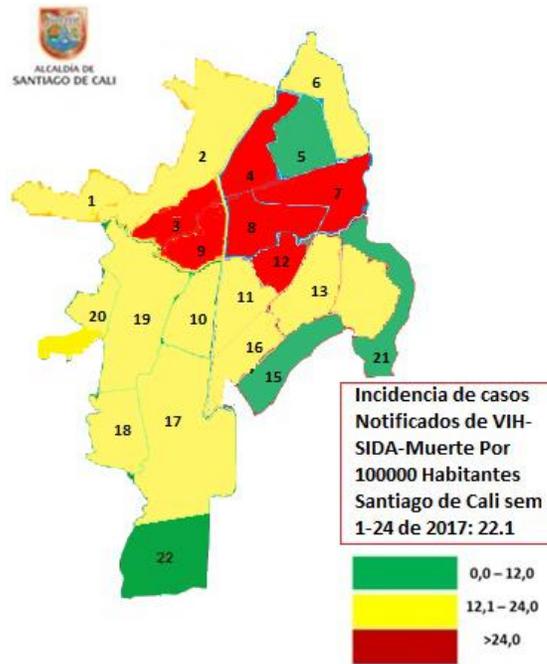


Tabla 11. Tasa de VIH/SIDA por 100000 Habitantes por Comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-52. n= (534)

Comuna	Número de casos	Tasa Por 100.000	PB General-2017	%	% Acum
01	13	13,78	94335	2,4	2,4
02	24	20,24	118561	4,5	6,9
03	25	53,61	46636	4,7	11,6
04	16	30,34	52740	3,0	14,6
05	13	11,41	113927	2,4	17,0
06	24	12,42	193214	4,5	21,5
07	26	36,98	70305	4,9	26,4
08	29	28,21	102812	5,4	31,8
09	21	47,40	44303	3,9	35,8
10	24	21,48	111741	4,5	40,3

11	22	20,27	108542	4,1	44,4
12	17	25,55	66545	3,2	47,6
13	35	19,61	178475	6,6	54,1
14	22	12,49	176160	4,1	58,2
15	17	10,27	165492	3,2	61,4
16	26	23,81	109191	4,9	66,3
17	32	21,89	146183	6,0	72,3
18	25	17,99	138999	4,7	77,0
19	21	18,28	114849	3,9	80,9
20	16	22,85	70025	3,0	83,9
21	13	11,19	116148	2,4	86,3
22	2	17,02	11748	0,4	86,7
Rural	3	9,21	32562	0,6	87,3
Sin Dato	68	N/A	0	12,7	100,0
Total	534	22,1	2.420.114	100	

Mecanismo de transmisión

En el 2017 el mecanismo de transmisión más importante es secundario a transmisión sexual, el cual corresponde al 98.7%; de dichas relaciones, el 60.3% son de origen heterosexual, 33% homosexual, 5.4% bisexual. En el resto de casos la transmisión por el uso de drogas fue mecanismo de infección 1,1 (n=6),

Figura 10. VIH / SIDA por Mecanismo de Transmisión. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= (534)

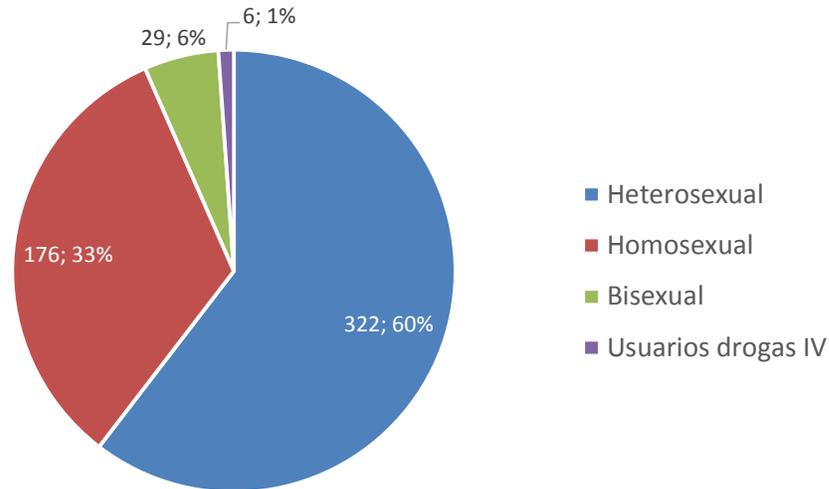


Tabla 12. VIH / SIDA por Mecanismo de Transmisión y Estadio Clínico, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= (534)

Mecanismo Probable de Transmisión	VIH	SIDA	Muerte	Total general	%
Heterosexual	204	65	54	322	60,3
Homosexual	152	20	4	176	33,0
Bisexual	26	2	1	29	5,4
Usuarios drogas IV	5		1	6	1,1
Total general	387	87	60	534	100

Casos notificados de VIH/SIDA en mujeres embarazadas.

Analizando la base de datos de VIH/SIDA hasta la semana 24 del 2017, fueron notificadas 11 gestantes con VIH, el 36.4 % (n=4) estaba en el primer trimestre de embarazo, el 45,5 % (n=5) de ellas estaban entre la semana 13 a 24 de gestación y el 18.2 % entre la semana 25 a 40 (n=2)

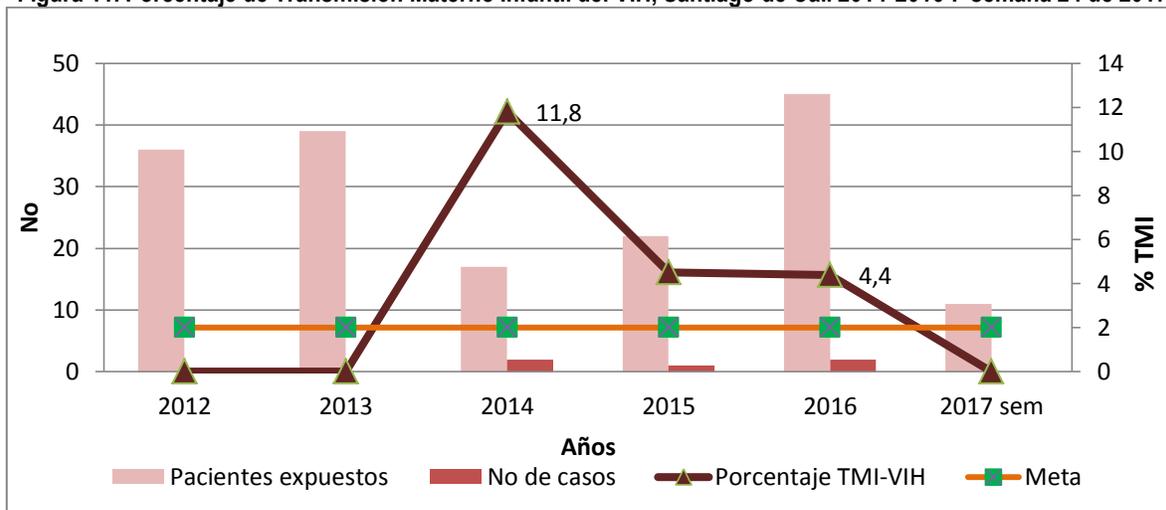
Tabla 13. Casos Notificados de VIH en gestantes. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= (11)

Trimestre de embarazo	No de gestantes	Porcentaje
Primer Trimestre (Sem 1-12)	4	36,4
Segundo Trimestre (Sem 13-24)	5	45,5
Tercer Trimestre (Sem 25 - 40)	2	18,2
Total	11	100

Transmisión Materno Infantil de VIH

Durante el año 2017 no se han presentado casos de VIH en recién nacidos hijos de mujeres que conviven con el VIH.

Figura 11. Porcentaje de Transmisión Materno Infantil del VIH, Santiago de Cali 2014-2016-I- semana 24 de 2017



Enfermedades Oportunistas de los casos notificados de SIDA

En relación a las enfermedades oportunistas presentadas en los casos de SIDA notificados(n=87); las más frecuentes son: El 46% de del total de pacientes en estadio SIDA presentaron un recuento CD4 menor a 200; Un 20% presentó síndrome de

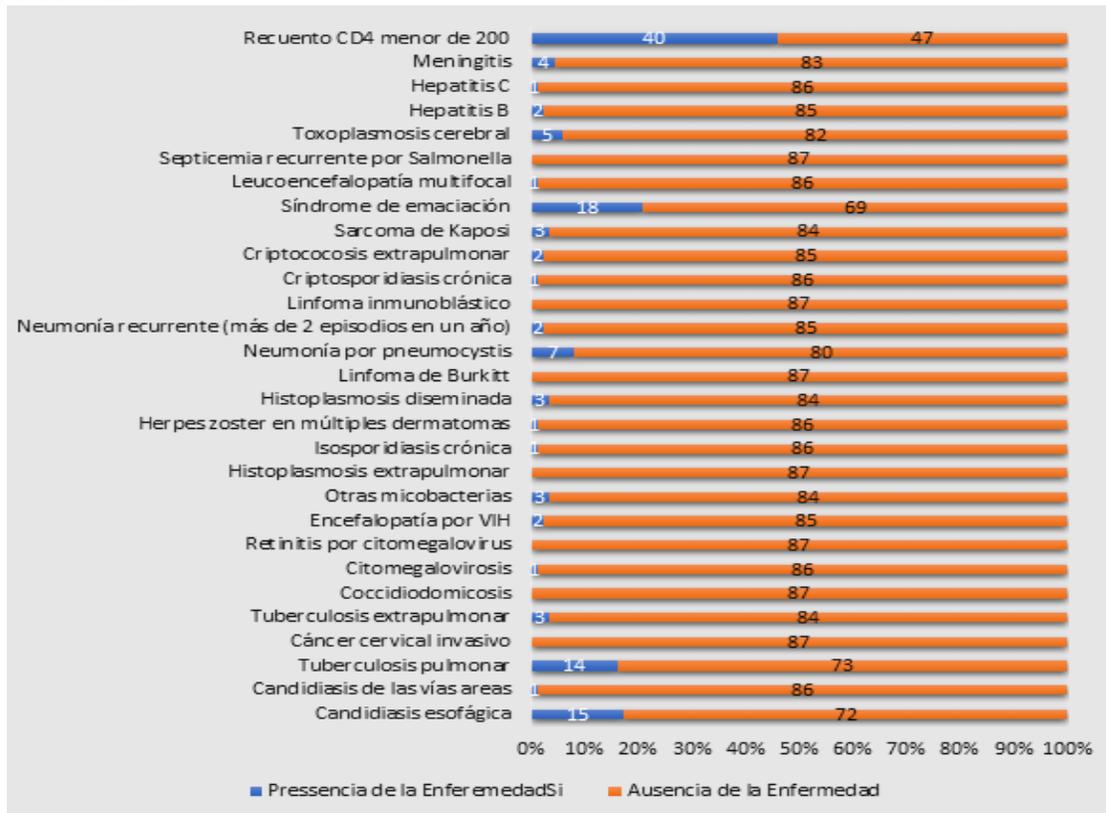
emaciación, 17,2% candidiasis esofágica, 16,1% tuberculosis pulmonar, el 8% neumonía por pneumocystis entre otras que se discriminan en la grafica

Tabla 14. Enfermedades Oportunistas Notificadas en los Casos de VIH/SIDA, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= (87)

Enfermedad Oportunista	Presencia de la Enfermedad	% en relación a casos de SIDA
Candidiasis esofágica	15	17,2
Candidiasis de las vías aéreas	1	1,1
Tuberculosis pulmonar	14	16,1
Cáncer cervical invasivo	0	0,0
Tuberculosis extrapulmonar	3	3,4
Coccidiomicosis	0	0,0
Citomegalovirus	1	1,1
Retinitis por citomegalovirus	0	0,0
Encefalopatía por VIH	2	2,3
Otras micobacterias	3	3,4
Histoplasmosis extrapulmonar	0	0,0
Isosporidiasis crónica	1	1,1
Herpes zoster en múltiples dermatomas	1	1,1
Histoplasmosis diseminada	3	3,4
Linfoma de Burkitt	0	0,0
Neumonía por pneumocystis	7	8,0
Neumonía recurrente (más de 2 episodios en un año)	2	2,3
Linfoma inmunoblástico	0	0,0

Criptosporidiasis crónica	1	1,1
Criptococosis extrapulmonar	2	2,3
Sarcoma de Kaposi	3	3,4
Síndrome de emaciación	18	20,7
Leucoencefalopatía multifocal	1	1,1
Septicemia recurrente por Salmonella	0	0,0
Toxoplasmosis cerebral	5	5,7
Hepatitis B	2	2,3
Hepatitis C	1	1,1
Meningitis	4	4,6
Recuento CD4 menor de 200	40	46,0

Figura 12. Enfermedades Oportunistas Notificadas en los Casos de VIH/SIDA, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= (87)



Cumplimiento de la Notificación por la UPGDs

El 8.6% (n=46) de la notificación de casos de VIH-SIDA-Muerte al SIVIGILA fue realizada por el Hospital San Juan de Dios, seguido por el Hospital Universitario del Valle 6.9% (n=37), Corporación de Lucha Contra el SIDA 5.4% (n=29) Sociedad Integral de Especialistas en Salud SAS, 4.9%(n=26) Estudios e Inversiones Medicas Sa - ESIMED SA 4.1% (n=22) los cuales constituyen los cinco primeras UPGDs notificadoras del Evento 850. La Tabla 8 describe la notificación realizada por las diferentes UPGD de Santiago de Cali y el porcentaje cumplimiento de notificación de casos de Mortalidad por SIDA de acuerdo a la correlación realizada según Estadísticas vitales (RUAf) el cual fue estimado en 74.1%

Tabla 15. Casos de VIH / SIDA/Muertes Notificados al SIVIGILA y RUAf Según UPGDs Semanas Epidemiológicas 1- 24 2017 . (n= 555)

NOMBRE E UPGD	VI H	SID A	MUERTE -S	Subtotal Notificaió n SIVIGILA	Muerte- Ruaf no notificad a al SIVigila	Total de Casos VIH- SIDA - Muerte	% Cumplimient o Correlación RUAF - SIVIGILA Mortalidad Por SIDA
AMISALUD IPS	4			4		4	N.A
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SA	6			6		6	N.A
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SA CALLE 26	3			3		3	N.A
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE VASQUEZ COBO	3			3		3	N.A
ANGIOGRAFIA TEQUENDAMA	3			3		3	N.A
BATALLÓN DE ASPC NO3 POLICARPA SALAVARIETA	1			1		1	N.A
BIENSA SAS	2			2		2	N.A
CENTRO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION RECUPER	2	1		3		3	N.A
CENTRO DE SALUD DECEPAZ - ESE ORIENTE	2			2		2	N.A
CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE - ESE ORIENTE	1			1		1	N.A
CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE -ESE ORIENTE	2			2		2	N.A
CLINICA AMIGA	4	2	3	9		9	100
CLINICA COMFENALCO	5	2	1	8	1	9	50
CLINICA CRISTO REY CALI SAS		1		1		1	N.A
CLINICA DE OCCIDENTE SA	2	1	2	5	1	6	66,7
CLINICA DESA SAS	2		1	3	3	6	25
CLINICA FARALLONES S A		1	2	3	1	4	66,7
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	1	5	3	9	2	11	60
CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS	3			3		3	N.A
CLINICA ORIENTE LTDA VILLACOLOMBIA	5			5		5	N.A
CLINICA SAN FERNANDO SA	1			1		1	N.A
CLINICA VERSALLES SA	2			2		2	N.A
CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	3	1		4		4	N.A
COMFANDI IPS - SAN NICOLAS	3			3		3	N.A

COMFANDI IPS MORICHAL	11			11		11	N.A
COMFANDI IPS PASOANCHO	5			5		5	N.A
COMFANDI IPS TORRES	8			8		8	N.A
CONSULTORIOS CLINICA COMFENALCO	5	1		6		6	N.A
COOEMSSANAR IPS TEQUENDAMA CARRERA 44	1			1		1	N.A
CORPORACION DE LUCHA CONTRA EL SIDA	10	19		29		29	N.A
CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS CALISUR	1			1		1	N.A
COSMITET LTDA CLINICA REY DAVID	1		1	2		2	100
COSMITET LTDA PUERTOS	1			1		1	N.A
CS POPULAR - ESE NORTE	1			1		1	N.A
DESA CARRRERA 1RA	1			1		1	N.A
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI	1			1		1	N.A
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	13	4	5	22	1	23	83,3
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	9	1	4	14		14	100
FUNDACION DE ESPECIALISTAS DEL EDIFICIO COOMEVA NO	1			1		1	N.A
FUNDACION PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCION ME	3	3		6		6	N.A
FUNDACION VALLE DEL LILI	8	2	9	19		19	100
GRUPO MEDICO ODONTOLOGICO COLOMBIANO DE SALUD COLS	2			2		2	N.A
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	8			8	2	10	0
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	2			2		2	N.A
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	29	10	7	46	1	47	87,5
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	8	1	1	10		10	100
HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL		1		1		1	N.A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	26	4	7	37	4	41	63,6
HEMATO-ONCOLOGOS DEL VALLE S.A					1	1	0
INPEC VILLANUEVA	4			4		4	N.A
IPS COMFANDI ALAMEDA	14			14		14	N.A
IPS COMFANDI CALIPSO	1			1		1	N.A

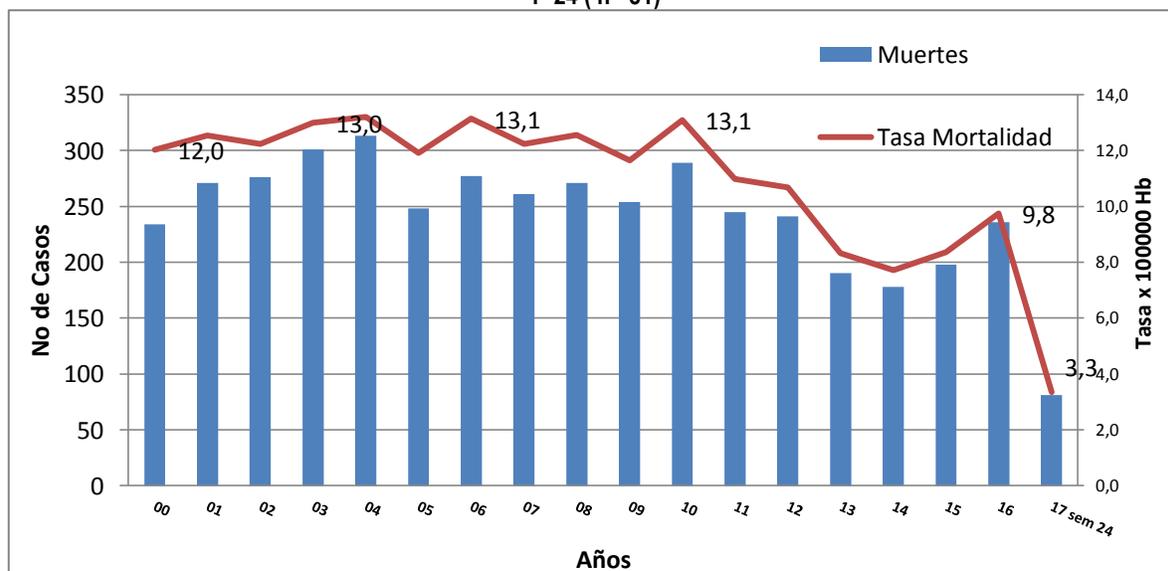
IPS COMFANDI EL PRADO	15			15	15	N.A
IPS FLORA SURAMERICANA	3			3	3	N.A
INTERFACE LTDA					2	0
MEDICINA INRTEGRAL IPS CALI	9	4		13	13	N.A
PROVIDA FARMACEUTICA SAS	2	1		3	3	N.A
PUESTO DE SALUD ULPIANO LLOREDA - ESE ORIENTE	2			2	2	N.A
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS BRISAS DE MAYO	1			1	1	N.A
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS LOURDES	1			1	1	N.A
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS MELENDEZ	2			2	2	N.A
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	3			3	3	N.A
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS TERRON COLORADO	4			4	4	N.A
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	8			8	8	N.A
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	10		1	11	11	100
RECUPERAR S.A. IPS - 3					1	0
SALUD CENTRO-CS LUIS H GARCES	1			1	1	N.A
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	7			7	7	N.A
SALUD Y VIDA CON CALIDAD SAS	1			1	1	N.A
SANACION Y VIDA IPS SAS	9			9	9	N.A
SANITAS EPS - TEQUENDAMA	7	2		9	9	N.A
SECCIONAL SANIDAD VALLE POLICIA NACIONAL SEDE TEQU	2			2	2	N.A
SERINSA NORORIENTE	8			8	8	N.A
SERSALUD SA	4			4	4	N.A
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	13	1		14	14	N.A
SERVICIOS INTEGRALES DE RADIOLOGIA SAS SIRAD SAS	1	2	5	8	8	100
SERVIDOC SUR	2			2	2	N.A
SERVIMEDIC QUIRON SAS	5			5	5	N.A
SINERGIA ATENCION BASICA LA 80	4			4	4	N.A
SINERGIA COOMEVA TEQUENDAMA	1			1	1	N.A

SINERGIA GLOBAL EN SALUD ATENCION BASICA SANTA CA	3			3		3	N.A	
SINERGIA SALUD IMBANACO	2			2		2	N.A	
SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD SAS	10	13	3	26		26	100	
SOCIEDAD NSDR		2	4	6		6	100	
UNIDAD MEDICA Y DE DIAGNOSTICO SA	1			1		1	N.A	
UNIVERSIDAD DE VALLE DIRECCION SERVICIOS DE SALUD	3			3		3	N.A	
VIVIR1A IPS SA	6			6		6	N.A	
(en blanco)	3	2	1	6	1	7	50	
	38							
Total general	7	87	60	534	21	555	74,1	

Mortalidad por SIDA

En el SIVIGILA y Ruaf se registraron 81 muertes por SIDA. La tasa de mortalidad por Sida en Santiago de Cali en el año 2016 es 3.34 casos por cada 100.000 habitantes; observándose una disminución con respecto al año anterior donde ocurrieron 10 casos por cada 100000 habitantes.

Figura 13. Mortalidad por SIDA Notificadas al SIVIGILA y al RUAF, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 81)



2.2. HEPATITIS B y C

Introducción

La hepatitis viral es una inflamación hepática causada por uno de los cinco virus de la hepatitis (A, B, C, Delta y E). los cuales producen un espectro de manifestaciones clínicas muy similares en sus fases agudas de infección, sin embargo la presencia de inflamación y necrosis hepática puede variar entre los tipos de hepatitis virales por lo cual es necesario el estudio con marcadores serológicos específicos con el fin de establecer el agente etiológico implicado.

Tres de los cinco agentes virales (los Virus de la Hepatitis B, C y D: VHB, VHC y VHD respectivamente), pueden persistir en el tejido hepático después de la infección aguda y causar infecciones crónicas (Hepatitis Crónica), cuyos desenlaces clínicos más graves con una alta carga de morbimortalidad se traducen en Cirrosis Hepática y Carcinoma Primario de Hígado. Existe otra condición clínica derivada de las Hepatitis Virales denominada Hepatitis Fulminante (HF), cuyo curso clínico suele ser agudo e inusitado y que suele asociarse con una mortalidad variable según el tipo de virus hepático implicado.

Se calcula que aproximadamente 1,4 millones de personas mueren cada año como consecuencia de las diversas formas de hepatitis viral

Las hepatitis se dan en el mundo entero. En muchos países no se dispone de datos sobre la prevalencia de la infección; sin embargo, se calcula que unos 500 millones de personas padecen la infección por el virus de la hepatitis B o C de forma crónica. También se calcula que esas infecciones crónicas son las causantes del 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% de los de cáncer de hígado primario.

OBJETIVO

Establecer la distribución, frecuencia y características de los casos de Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección Hepatitis B-Delta en las entidades territoriales.

Estimar la prevalencia de Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección Hepatitis B-Delta que permita conocer el comportamiento del evento a nivel municipal con base en la información ingresada.

Metodología

Para la elaboración del informe se realizó recolección de información a partir de los casos notificados de HEPATITIS B, C Y DELTA al software SIVIGILA realizada por las UPGDs del municipio de Santiago de Cali, durante los períodos epidemiológicos I hasta el VI del año 2017.

Se hizo una depuración de los datos obtenidos en las fuentes de información, revisando el 100% de la información encontrada en la base de datos; se seleccionaron y clasificaron las variables de persona, tiempo y lugar, excluyendo los casos con lugar de departamento y municipio de residencia diferente a la Ciudad de Santiago de Cali, los casos repetidos, casos descartados por no cumplir con la definición operativa de caso y los casos descartados por error de digitación. Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia para los periodos evaluados y posteriormente se realizó caracterización demográfica, social y clínica de la población. Los datos fueron analizados y presentados en tablas, gráficas y mapas utilizando los programas de Microsoft Excel y Stata. Posterior al análisis de la información se realiza la discusión, conclusiones y recomendaciones para el componente

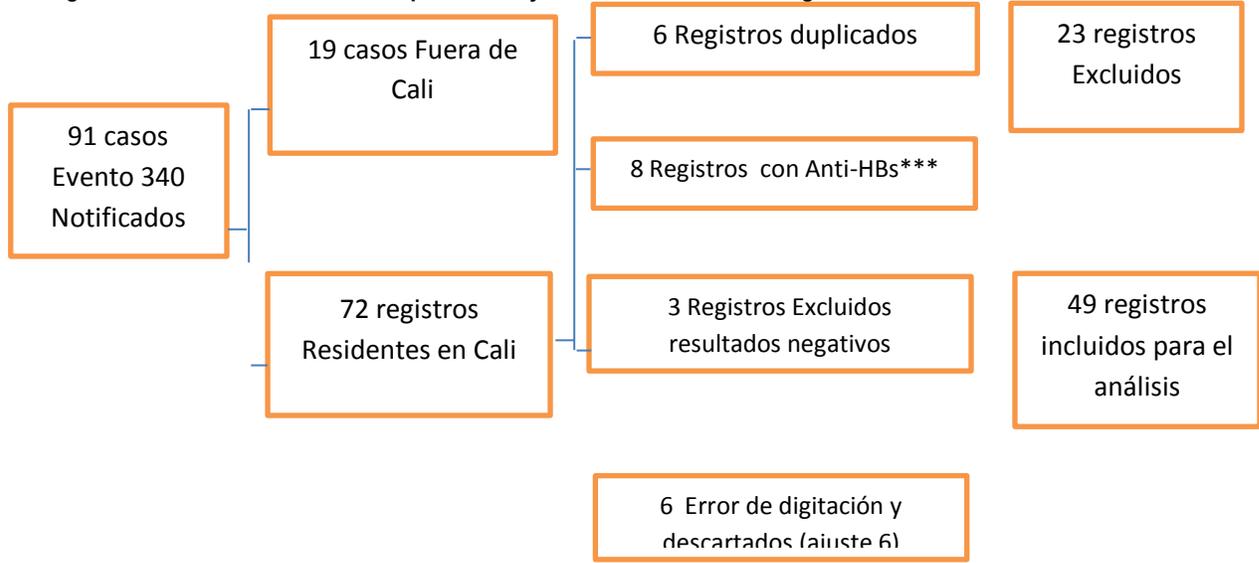
La fuente de información utilizada para este documento es la reportada en el SIVIGILA por todas las UPGD del municipio de Cali y las proyecciones poblacionales establecidas por el DANE.

INFORME DEL COMPORTAMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN DE HEPATITIS B, C Y DELTA EN SANTIAGO DE CALI SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS 1 – 24 AÑO 2017

A la semana 24 de 2017 se ingresó al SIVIGILA un total de 91 registros de Hepatitis B, C y Delta; una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

- a) Registros de la base de datos original: 91.
- b) Registros de pacientes Residentes y procedentes de Otros municipios: 19
- c) Registros de pacientes residentes en Santiago de Cali base Inicial:72
- d) Registros duplicados de la base de Santiago de Cali:6
- c) Registros descartados por error de laboratorio (ajuste 6): 5
- d) Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 1
- f) Registros finales en base de datos de Santiago de Cali depurada: 49

Figura 14. Casos Notificados de Hepatitis B, C y Delta al SIVIGILA, Santiago de Cali semana 1 – 24 de 2017



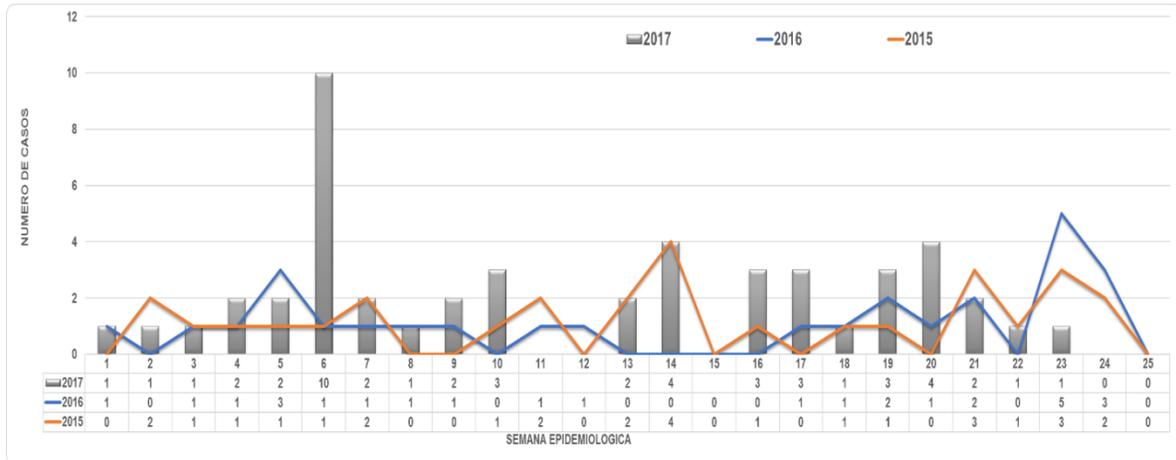
Tendencia del evento

En los últimos años se ha mantenido en un crecimiento lineal en la notificación de casos de hepatitis, esto a expensas del mayor ingreso de casos al sistema de vigilancia, también como consecuencia del mayor conocimiento del protocolo de vigilancia del evento y de la diversificación y expansión de las pruebas presuntivas y confirmatorias en los laboratorios públicos y privados, además de la normatividad en planes obligatorios de salud que contempla entre sus beneficios todas las pruebas que se requieren para la confirmación de las hepatitis virales que circulan en el país.

A la semana 24 de año 2017 se notificaron 49 casos de Hepatitis entre los que . Al comparar el mismo periodo con lo notificado en el año 2016 se observa un marcado aumento en la notificación mostrando una variación porcentual del 81%.

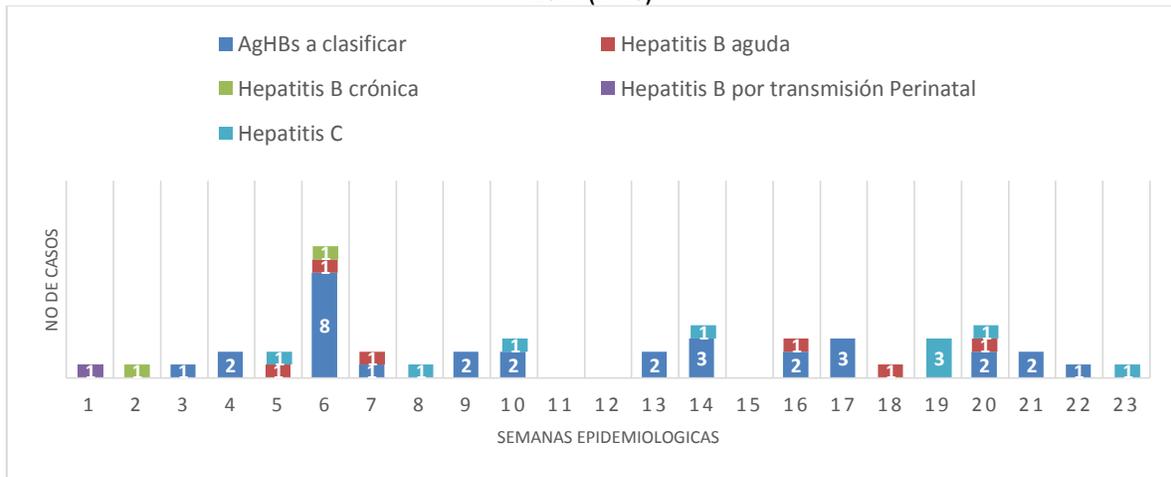
Se observar que un comportamiento ascendente en la notificación, con un marcado incremento en los casos notificados con solo Antígeno de superficie, sin lograr determinar finalmente el tipo de hepatitis y su estadio clínico. Lo anterior prevalece a pesar de la solicitud reiterada a las UPGD notificadoras en el registro de pruebas complementarias en el SIVIGILA, conforme a lo establecido en el Protocolo del Instituto Nacional de Salud.

Figura 15. Distribución de Casos por Semana Epidemiológicas, Santiago De Cali Semanas 1 – 24 De 2017 (n=49)



Fuente : Sivigila SSPM de Cali -2017

Figura 16. Distribución de Casos de Hepatitis por Semana Epidemiológicas, Santiago De Cali Semanas 1 – 24 De 2017 (n=49)

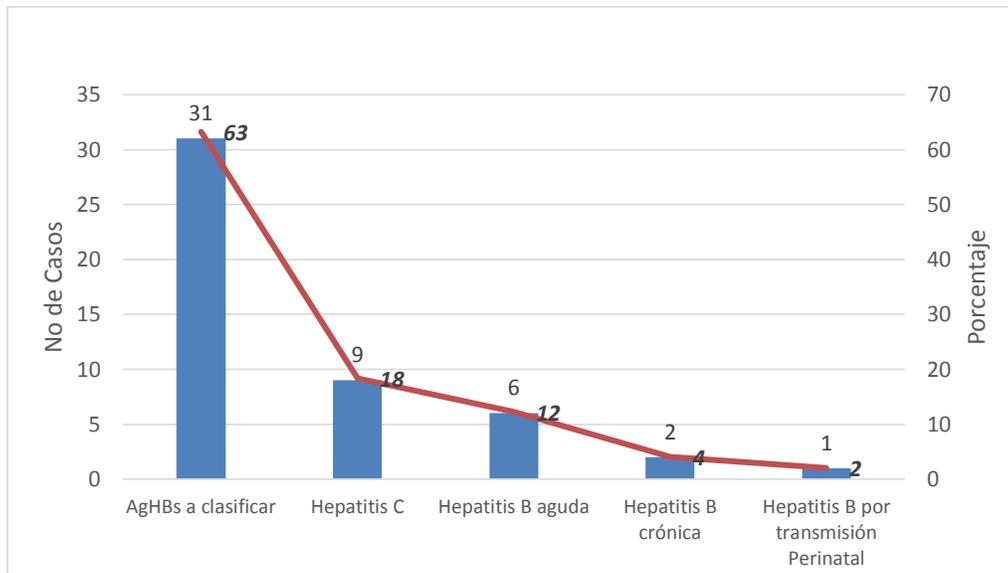


Fuente : Sivigila SSPM de Cali -2017

Clasificación de los casos de Hepatitis

Se verificó el comportamiento de la variable “clasificación del tipo de hepatitis”, encontrando que la distribución de frecuencias de la clasificación final “Hepatitis B probable” muestra un aumento importante alcanzando una proporción del 63 % (n=31) con relación a las demás clasificaciones. Siendo el reflejo de las grandes dificultades del municipio la confirmación de los casos. Entre otros casos registrados se encuentran Hepatitis C (n=9) 18%, Hepatitis B aguda 12% (n=6) y con menor porcentaje 4,3% (n=2) pacientes con hepatitis B en estadio Crónico y finalmente un caso probable de Transmisión perinatal que no pudo ser corroborado en la unidad de análisis realizada; en al que se contempló un probable de un falso positivo o negativo, el cual a la fecha de este informe no se ha podido configurar o descartar el caso, debido a que se ha presentado inconvenientes en la ubicación de la paciente.

Figura 17. Clasificación Final de Tipo De Hepatitis Viral Según las Definiciones de Caso del Protocolo de Vigilancia, 2016 Santiago de Cali Semanas 1 – 24 de 2017



Fuente : Sivigila SSPM de Cali -2017

Magnitud de los eventos en lugar y persona

Para todas las clasificaciones de Hepatitis (incluyendo los casos de transmisión materno-infantil y los casos de coinfección hepatitis B-Delta) se tiene un consolidado de 49 casos notificados. Entre las comunas, la que presentó el mayor número de casos fue la comuna 1 con 6 casos (12.2%) seguida de la Comuna 3 con 4 casos (8.2%) entre otras que se muestran en la Tabla 1 y que la vez describe la ocurrencia en las localidades por tipo de Hepatitis.

En relación con el evento hepatitis C se notificaron 9 casos en 7 de las 22 comunas del municipio de Santiago de Cali. Sobresaliendo las comunas 1 y 22 cada una con 2 casos.

Tabla 16. Número de Casos y Frecuencia de Hepatitis Según Comunas, Santiago de Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)

localidad	AgHBs a clasificar	Hepatitis B aguda	Hepatitis B crónica	Hepatitis B por transmisión Perinatal	Hepatitis C	Total general	Porcentaje
1	4				2	6	12,2
2					1	1	2,0
3	3	1				4	8,2
4	1					1	2,0
5	1				1	2	4,1
6	1					1	2,0
7							0,0
8	2	1				3	6,1
9	1		1			2	4,1
10	3					3	6,1
11		2				2	4,1
12	1					1	2,0

13	1	1				2	4,1
14	2			1		3	6,1
15	2					2	4,1
16	2					2	4,1
17	1				1	2	4,1
18		1				1	2,0
19					1	1	2,0
20	2					2	4,1
21							0,0
22					2	2	4,1
sd	4		1		1	6	12,2
Total	31	6	2	1	9	49	100,0

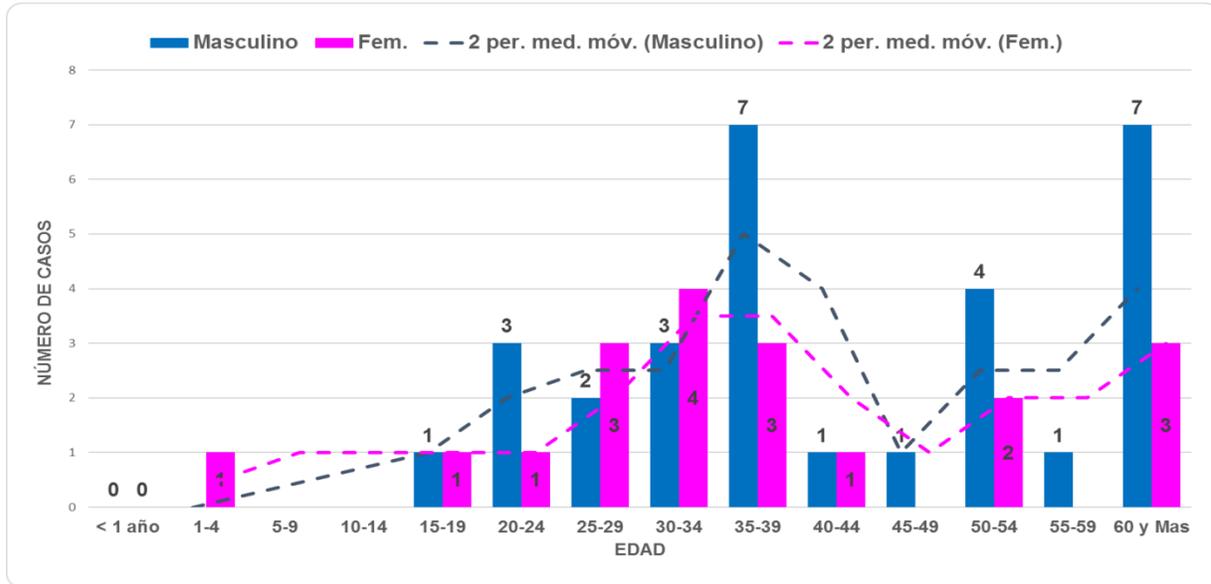
Fuente : Sivigila SSPM de Cali -2017

Distribución por Genero

El comportamiento de la hepatitis B, C y Delta con respecto a la distribución de casos por sexo fue con predominio en el sexo masculino (61.2%) que corresponde a 30 hombres y el 38.8% restante perteneció a 19 mujeres.

De acuerdo con la clasificación y los grupos de edad en los que más casos se notificaron fueron los grupos con edades comprendidas entre 35 a 39 y en el grupo de pacientes de 60 y más años de edad, lo cual se relaciona con el comportamiento de hepatitis B a clasificar y hepatitis b aguda, demostrando la necesidad de realizar la confirmación de los casos como probables a fin de obtener mejor calidad en el dato a analizar.

Figura 18. Casos de Hepatitis B Según Grupo Edad y Sexo, Santiago De Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)



Fuente : Sivigila SSPM de Cali -2017

Tabla 17. Número de Casos de Hepatitis Según Genero, Santiago De Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)

Clasificación	Masculino	%	Femenino	%	Total general	%
AgHBs Probable	19	38,8	12	24,5	31	63,3
Hepatitis B aguda	3	6,1	3	6,1	6	12,2
Hepatitis B crónica	2	4,1	0	0,0	2	4,1
Hepatitis B por transmisión Perinatal	0	0,0	1	2,0	1	2,0
Hepatitis C	6	12,2	3	6,1	9	18,4
Total general	30	61,2	19	38,8	49	100,0

Fuente : Sivigila SSPM de Cali -2017

En hepatitis para todas las clasificaciones se observó pertenencia étnica en la categoría “otros grupos poblacionales” con un 93.9%. El 6.1 % restante corresponde a población afrocolombiana y Raizal.

Tabla 18. Distribución de los Casos Notificados de Hepatitis por Clasificación y Grupo Étnico de pertenencia, Santiago de Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)

Pertenencia Étnica	Hepatitis Probable	Hepatitis B aguda	Hepatitis B crónica	Hepatitis B por transmisión Perinatal	Hepatitis C	Total general	%
Raizal	1					1	2,0
Afrocolombiano	2					2	4,1
Otro	28	6	2	1	9	46	93,9
Total general	31	6	2	1	9	49	100

En relación a la distribución de casos según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la notificación de casos de hepatitis es superior en los regímenes de Contributivo y Subsidiado donde está concentrado el 93.9% de los casos en comparación con los grupos no asegurado 6.1%

Tabla 19. Comparación de la Notificación de Casos de Hepatitis por régimen de afiliación Santiago de Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)

Régimen de Afiliación	Hepatitis B Probable	Hepatitis B aguda	Hepatitis B crónica	Hepatitis B por transmisión Perinatal	Hepatitis C	Total general	%
Contributivo	14	4		1	4	23	46,9
No Asegurado	2				1	3	6,1
Subsidiado	15	2	2		4	23	46,9
Total general	31	6	2	1	9	49	100

Con relación al aseguramiento se observa que EMSSANAR, Servicio Occidental de Salud, COOSALUD LTDA son las tres principales Entidades Administradoras y Prestadoras de Beneficios, en la población notificada con Hepatitis. A continuación, se relacionan las Entidades Administradoras y Prestadoras de Beneficios que prestaron aseguramiento para el total de la población notificada del Municipio de Santiago de Cali a la semana 24 de 2017

Tabla 20. Comparación de la Notificación de Casos de Hepatitis por EAPB, Santiago de Cali Semanas 1 – 24 de 2017 (n=49)

Código Aseguradora	Nombre Aseguradora	Hepatitis B probable	Hepatitis B aguda	Hepatitis B crónica	Hepatitis B transmisión Perinatal	Hepatitis C	Total general	%
ESS118	EMSSANAR E.S.S.	9	1	2		2	14	28,6
EPS018	S.O.S.EPS. S.A.	4	2				6	12,2
ESS024	COOSALUD LTDA	3				1	4	8,2
EPS010	SURA E.P.S	1	1			1	3	6,1
EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	2			1		3	6,1
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	3					3	6,1
EMPO28	COOMEVA MED. PRE SA		1			1	2	4,1
EPS037	NUEVA EPS					2	2	4,1
76000	DIR DEPTAL SALUD VALLE					1	1	2,0
EPS002	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	1					1	2,0
EPS003	CAFESALUD E.P.S. S.A.	1					1	2,0

EPSM33	SALUD VIDA S.A. EPS		1				1	2,0
EPSS03	CAFESALUD SUBSIDIADO	1					1	2,0
EPSS16	COOMEVA EPS. S.A.	1					1	2,0
EPSS17	EPS FAMISANAR LTDA.	1					1	2,0
ESSC24	COOSALUD E.S.S.	1					1	2,0
ESSC62	ASMET SALUD ESS	1					1	2,0
Total general		31	6	2	1	9	49	100, 0

Comportamiento de otras variables de interés

En la tabla 6 describe el mecanismo de transmisión en los diferentes tipos y estadios de hepatitis; observándose de manera general que la transmisión más frecuente notificada es por vía Sexual 67.3% (n=33) seguida por la horizontal 18.4% (n=9) la Parental/Percutánea y en menor frecuencia la transmisión Materno infantil.

Tabla 21. Comparación de la Notificación de Casos de Hepatitis B y C y Delta Según Mecanismo de Transmisión. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= 49

Modo de Transmisión más Probable	Hepatitis B Probable	Hepatitis B aguda	Hepatitis B crónica	Hepatitis B por transmisión Perinatal	Hepatitis C	Total general	%
Sexual	20	5	2		6	33	67,3
Horizontal	8				1	9	18,4
Parental/Percutánea	3	1			2	6	12,2
Materno infantil				1		1	2,0
Total general	31	6	2	1	9	49	100,0

Cuando se revisa los antecedentes de riesgo para la transmisión del Virus de Hepatitis, puede observarse que el factor de riesgo más prevalente es condición de ser heterosexual y el hecho de tener múltiples parejas sexuales. La tabla No.7 muestra las frecuencias relacionadas con los grupos a riesgo.

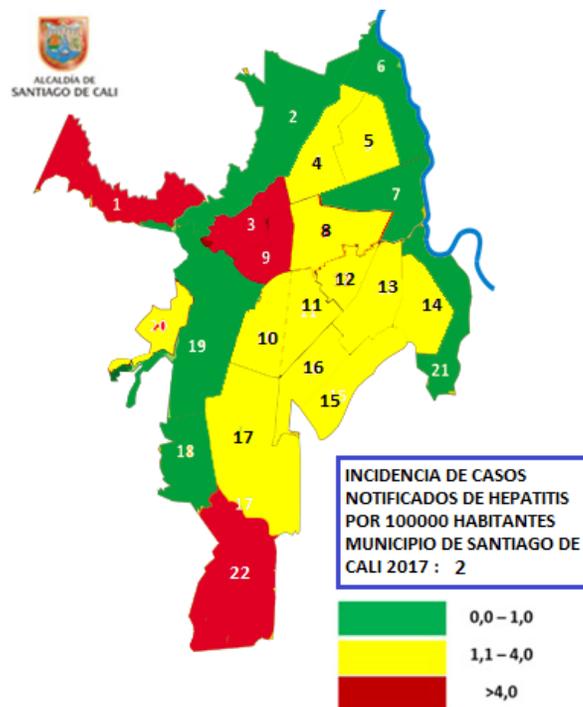
Tabla 22. Comparación de la notificación de casos de hepatitis por Grupos de Riesgo, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 49)

Población a riesgo	AgHBs a clasificar	Hepatitis B aguda	Hepatitis B crónica	Hepatitis B por transmisión Perinatal	Hepatitis C	Total general	%
Hijo de madre AgsHB (+)	4			1		5	17,9
Múltiples parejas sexuales	3	1	1		1	6	21,4
Heterosexual	8				3	11	39,3
Homosexual					1	1	3,6
Bisexual							0
Antecedentes de transfusión		1				1	3,57
Usuarios de hemodiálisis							0
Trabajador de la salud							0
Accidente laboral							0
Trasplante de órganos							0
Personas que se inyectan drogas		1				1	3,57
Convive con portador de AgsHB (+)							0
Contacto sexual con persona portador de	1					1	3,57

AgsHB(+)							
Procedimientos: centro estético/pircing/tatuaje	1					1	3,57
Recibió tratamiento de acupuntura							0
Población cautiva	1					1	3,57

Identificación de Zonas de Riesgo

Figura 19. Incidencia de Casos Notificados de Hepatitis B y C y Delta por Comunas por 100.000 habitantes. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 52 (n= 49)



En cuanto al riesgo de enfermarse por hepatitis en la ciudad de Cali, el 18,2% de las comunas presentan alto riesgo, dentro de las comunas con una tasa de incidencia notificada superior a 4 casos por 100 mil habitantes, se encuentran las comunas 1, 9, y 22. De otro un poco más de la mitad de las comunas de Cali se encuentran en riesgo moderado, con tasas de incidencia entre 1,1 y 4 caso por cada 100.000 habitantes.

Finalmente solo el 27,3% de las comunas presentaron tasas por debajo de la unidad, entre ellas la comuna 2, 6, 7, 18, 19 y 21. .

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento.

Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis

Por cada 100000 habitantes, se notificaron al Sivigila 1,7 casos de Hepatitis. Se genera este indicador con el total de la notificación de casos de hepatitis B y la alta proporción de casos en clasificación probable, en espera del ajuste de los mismos

Tabla 23. Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 24 (n= 40)

Indicador	Meta	Numerador	Denominador	Coeficiente	Resultado
Proporción de incidencia de Hepatitis B x 100.000 habitantes	No aplica	Número de casos de Hepatitis B notificados	Población DANE proyectada en el año	100.000	
2016				100.000	
2017 Semana 24		n=40	N=420114	100.000	1.7

Proporción de Incidencia de casos notificados de Hepatitis B en menores de 5 años

Por cada 100000 habitantes menores de 5 años, se notificó al Sivigila 1 caso de hepatitis B en menores de 5 años. Es decir, se han presentado 0,041 casos por 100.000 menores de 5 años en el Municipio de Santiago de Cali

Tabla 24. Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis B en menores de 5 años, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas1- 24 (n= 1)

Indicador	Meta	Numerador	Denominador	Coeficiente	Resultado
Proporción de incidencia de Hepatitis B en menores de 5 años	No aplica	Número de casos de Hepatitis B en menores de 5 años notificados al Sivigila	Población DANE menor de 5 Años proyectada en el año n=420114		
2017 semana 24		n=1			0.041

Tabla 25. Porcentaje de Casos Analizados de Hepatitis B en menores de 5 años, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 1)

Indicador	Meta	Numerador	Denominador	Coeficiente	Resultado
Porcentaje de casos analizados de Hepatitis B en menores de 5 años	No aplica	Número de casos de hepatitis B en menores de 5 años que son investigados y analizados	Número total de casos de hepatitis B en menores de 5 años.	100	
2017 semana 24		n=1	1	100	100%

Razón de Prevalencia de Hepatitis B en Mujeres Gestantes

En Santiago de Cali a la semana 24 del año 2017 se presentaron 0,3 casos de hepatitis b en mujeres gestantes por cada 1000 nacidos vivos.

Tabla 26. Razón de Prevalencia de Hepatitis B en mujeres Gestantes, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n= 5)

Indicador	Meta	Numerador	Denominador	Coeficiente	Resultado
Razón de prevalencia de Hepatitis B en mujeres gestantes por cada 1000 nacidos vivos	Reducir la proporción de hepatitis B en gestantes en 10% con relación al año anterior.	Número de casos en gestantes con diagnóstico de Hepatitis B notificados al SIVIGILA	Número de nacidos vivos en el año según DANE	1000	
2017 semana 24		5	15932		0.31

Fuente: SIVIGILA – Santiago de Cali, 2017. DANE, Estadísticas Vitales 2017

Mortalidad por Hepatitis B

La probabilidad de morir a causa de Hepatitis B en el Santiago de Cali es de 7.5 %.

Tabla 27. Mortalidad por Hepatitis B, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 de 2017 (n=3)

Indicador	Meta	Numerador	Denominador	Coeficiente	Resultado
Mortalidad por Hepatitis B	Letalidad < 1%	Número de muertes atribuibles a Hepatitis B.	Número total de casos confirmados de Hepatitis B notificados en el año	100	
2017 semana 24		3	40		7.5

Conclusiones y Recomendaciones

Los casos de hepatitis que han sido notificados a la semana 24 del año 2017, mantienen una tendencia al incremento en la notificación en comparación con el año anterior. Lo anterior explicado por una mayor adherencia al protocolo de vigilancia específicamente en la acción de notificar.

Continúa un alto subregistro en cuanto a la confirmación de casos por las UPGD que notifica, y la falta de registro de resultados de laboratorios para confirmar el estadió de los casos de Hepatitis B.

Como se mencionó anteriormente en el desarrollo del informe, llama la atención el porcentaje de gestantes notificadas 10.2% (5), información que debe ser considerada elemento a intervenir en el propósito de interrumpir la transmisión perinatal.

2.3. SÍFILIS GESTACIONAL

Introducción

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.

Objetivos

Estimar la incidencia de sífilis gestacional, que permita conocer la tendencia del evento a nivel municipal

Caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos de sífilis gestacional ingresados a través del sistema de vigilancia.

Establecer el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de casos de sífilis congénita

Metodología

Para la elaboración del informe se realizó recolección de información a partir de los casos notificados de sífilis congénita al software SIVIGILA realizada por las UPGDs del municipio de Santiago de Cali, durante los períodos epidemiológicos I hasta el VI del año 2017.

Se hizo una depuración de los datos obtenidos en las fuentes de información, revisando el 100% de la información encontrada en la base de datos; se seleccionaron y clasificaron las variables de persona, tiempo y lugar, excluyendo los casos con lugar de departamento y municipio de residencia diferente a la Ciudad de Santiago de Cali, los casos repetidos, casos descartados por no cumplir con la definición operativa de caso y los casos descartados por error de digitación. Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia para los periodos evaluados y posteriormente se realizó caracterización demográfica, social y clínica de la población. Los datos fueron analizados y presentados en tablas, gráficas y mapas utilizando los programas de Microsoft Excel y Stata. Posterior

al análisis de la información se realiza la discusión, conclusiones y recomendaciones para el componente

La fuente de información utilizada para este documento es la reportada en el Sivigila por todas las UPGD del municipio de Cali y las proyecciones poblacionales establecidas por el DANE.

Definición de términos.

Definición de Caso: Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (como por ejemplo úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación* o que tiene una reinfección no tratada*

Reinfección: Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto) que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo al estadio de la enfermedad, presenta durante el seguimiento clínico y serológico, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de cuatro veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.

O Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y 6 meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden 4 veces o dos diluciones, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda cuatro veces o dos diluciones.

Caracterización de la Sífilis Gestacional

A la semana 24 se han registrado un total de 214 casos de sífilis gestacional. El 78.5% (n=168) correspondían a mujeres residentes en Santiago de Cali. Se excluyó del informe un total de 17 pacientes por no poseer prueba treponémica, teniendo en cuenta el protocolo del Instituto Nacional de Salud.

En los últimos años se muestra una disminución en la notificación de los casos de sífilis gestacional, pasando de una razón de prevalencia de 12 casos por 1000 nacidos vivos en el 2014; 11,3 casos por 1000 NV en 2015; 10,8 casos por 1000 NV en 2016. A la semana 24 de año 2017 se notificaron 168 casos confirmados de Sífilis Gestacional. Al comparar el mismo periodo con lo notificado en el año 2016 se observa una variación porcentual correspondiente a 32 casos mas en lo transcurrido del año 2017. A pesar de esto la razón de prevalencia estimada para el periodo de estudio ha sido menor que el los años previos.

Figura 19. Casos notificados de Sífilis Gestacional al SIVIGILA, Santiago de Cali semana 1 – 24 de 2017

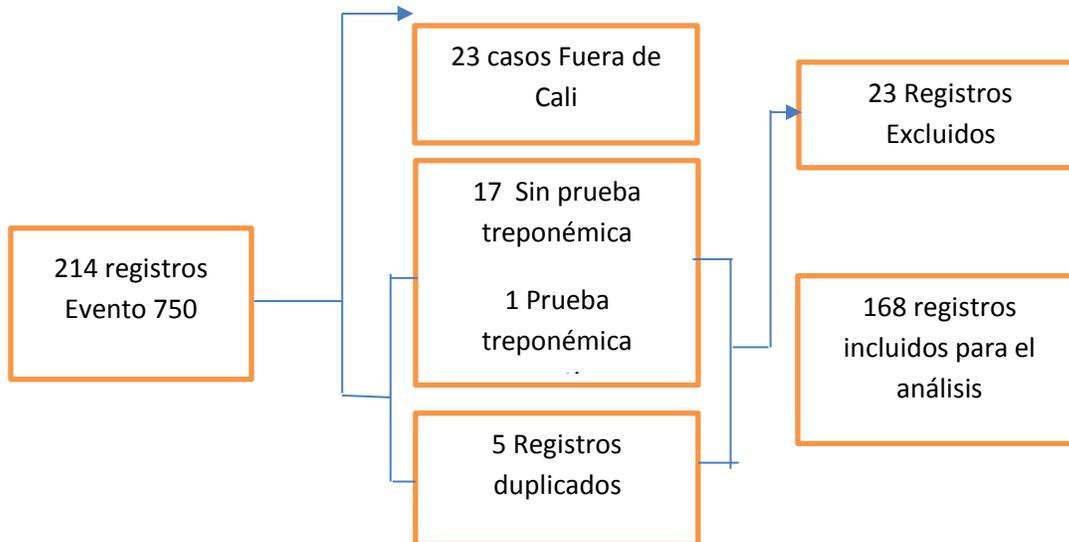
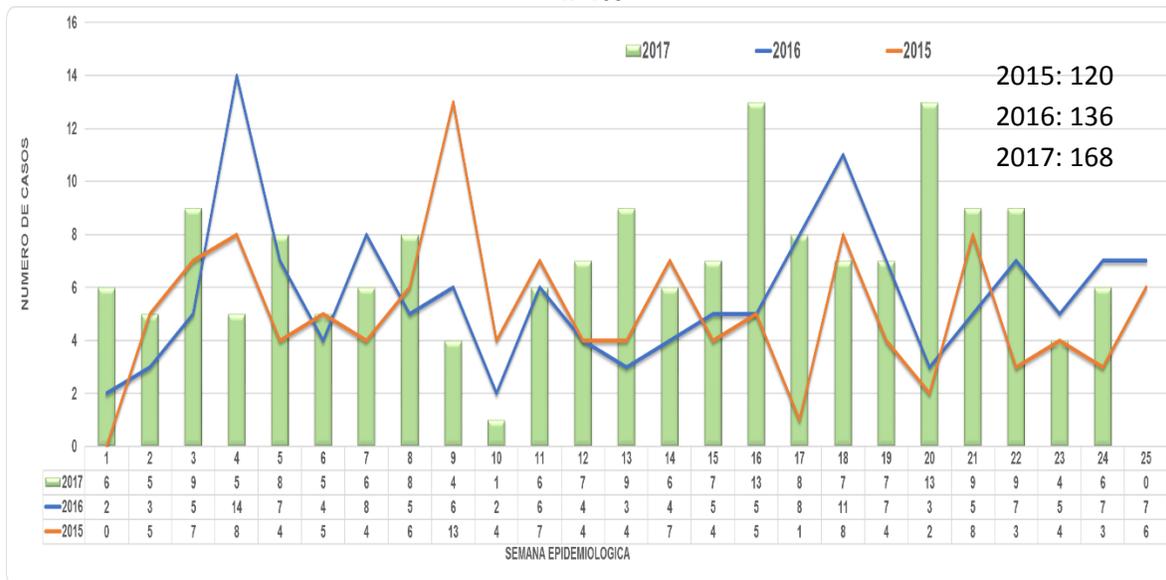


Figura 20. Sífilis Gestacional por semana epidemiológica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n=168



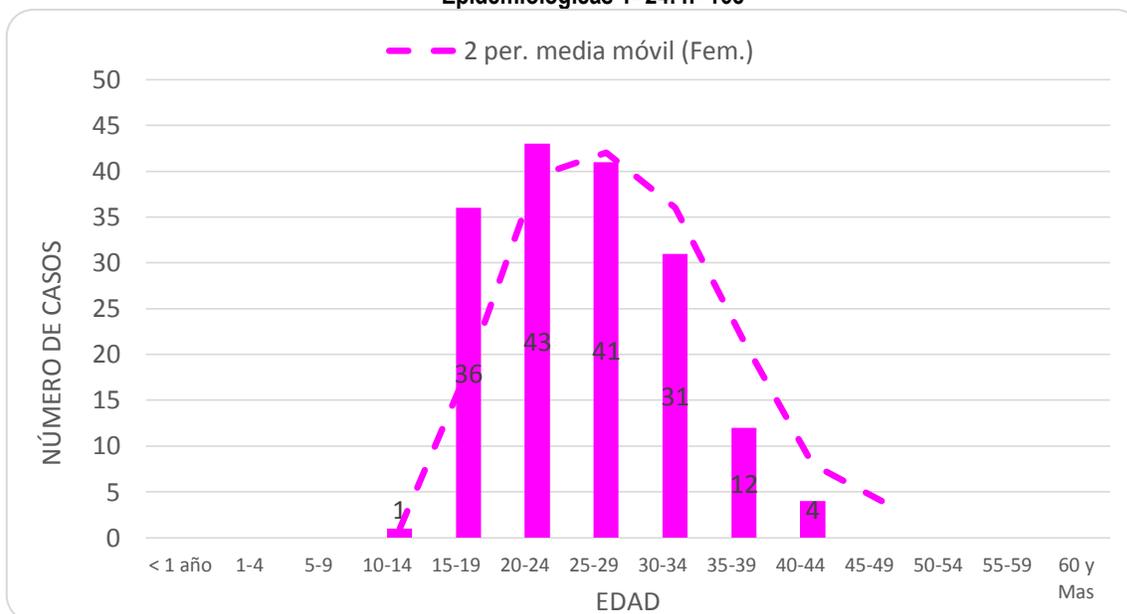
Fuente SIVIGILA Santiago de Cali

Dentro de las acciones de vigilancia se brindó asistencia técnica para la realización de las unidades de análisis en las ESEs, se solicitaron las unidades de análisis a las instituciones de segundo y tercer nivel y se crearon espacios para la revisión de casos para la confirmación o descarte de los mismos.

Análisis de las variables socio demográficas

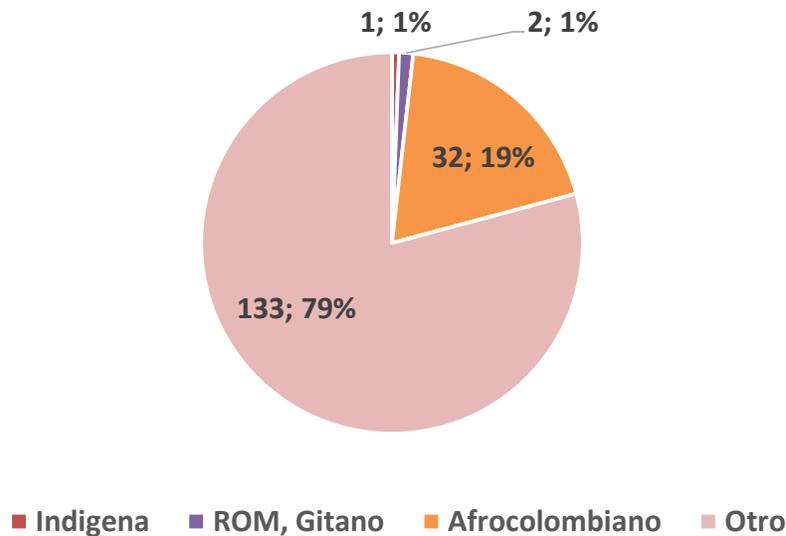
Las gestantes con sífilis se encontraron con mayor proporción en el rango etáreo comprendido entre los 20 a los 24 años de edad 25,6% (n=43), después se encuentra el rango entre los 25 a 29 años de edad 24,4% (n=41), entre los 15 a 19 años 21.4% (n=36), entre los 30 a 34 años 18.5% (31 casos), entre los 35 a 39 años 7.1% (n=12). Por último los casos de sífilis gestacional en edades extremas (menores de 14 años y las mayores de 40 años representaron el 3% del total de casos)

Figura 21. Distribución de casos de Sífilis Gestacional por grupos de edad, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n=168



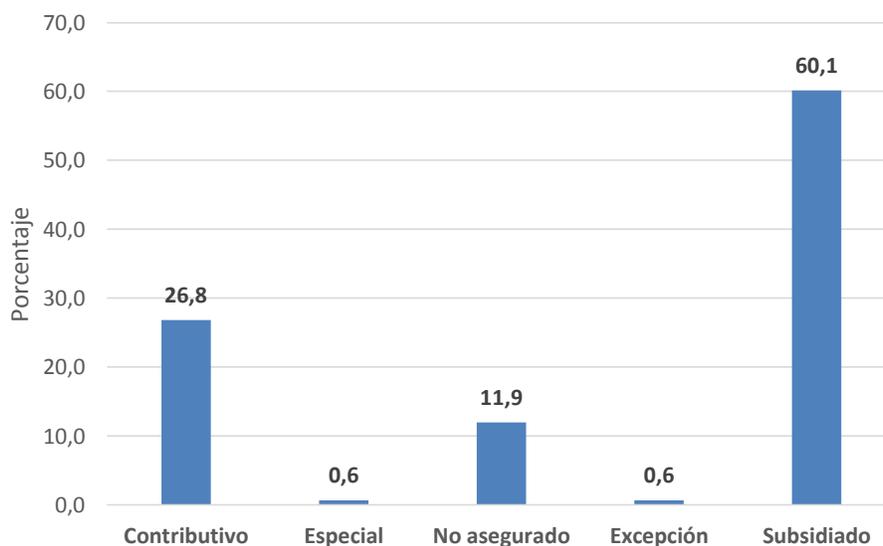
El 79,2% de las gestantes corresponden a otros en el grupo étnico, lo que demuestra que la población mestiza es la más afectada en el municipio, seguida por 19% Afrocolombianos entre otros descritos en la Grafica

Figura 22. Distribución de Casos de Sífilis Gestacional por Etnia, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-24. n=168



Con relación al tipo de afiliación, el 60.1% de los casos pertenecen al régimen subsidiado (n= 101) , el 26,8% al contributivo (n=45), el 11,9% no asegurado (n=20) y por ultimo un 0.6% de las mujeres estaban afiliadas al régimen especial y all régimen de excepción.

Figura 23. Distribución de Casos de Sífilis Gestacional por Tipo de Régimen en Salud, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n=168



Las aseguradoras que aportaron el mayor número de casos de sífilis gestacional fueron: EMSSANAR con 66 39,3%, COOSALUD con 25 casos 14,9%, Servicio Occidental de Salud 9.5% (n=16) entre otras.

Tabla 28. Distribución de Casos de Sífilis Gestacional por Aseguradora, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 168)

CODIGO	ASEGURADORA	No CASOS	PORCENTAJE
ESS118	EMSSANAR E.S.S.	66	39,3
ESS024	COOSALUD LTDA	25	14,9
N	Nos asegurado	20	11,9
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	16	9,5
EPS003	CAFESALUD E.P.S. S.A.	10	6,0
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	8	4,8
EPS010	SURA E.P.S	4	2,4
EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	4	2,4
ESS062	ASMET SALUD ESS	4	2,4
EPSI03	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	3	1,8
EPS002	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	2	1,2
EPS005	SANITAS E.P.S. S.A.	1	0,6
EPSC20	CAPRECOM EPS	1	0,6
EPSS16	COOMEVA EPS. S.A.	1	0,6
ESS133	COOPSAGAR LTDA	1	0,6
ESSC62	ASMET SALUD ESS	1	0,6
RES003	FUERZAS MILITARES	1	0,6

FUENTE: SIVIGILA 2017 SSPM

Tabla 29. Distribución de Casos de Sífilis Gestacional Notificados por la UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 168)

Nombre de la UPGD	No de Casos	Porcentaje
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	30	17,9
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	18	10,7
CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE -ESE ORIENTE	12	7,1
CENTRO DE SALUD DECEPAZ - ESE ORIENTE	11	6,5
COMFANDI IPS - SAN NICOLAS	8	4,8
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	7	4,2
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	6	3,6

CENTRO DE SALUD MARROQUIN - ESE ORIENTE	4	2,4
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	4	2,4
IPS SURAMERICANA AMI ATENCION MATERNO INFANTIL	4	2,4
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS LOURDES	4	2,4
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	4	2,4
SINERGIA COOMEVA TEQUENDAMA	4	2,4
CLINICA FARALLONES S A	3	1,8
FUNDACION VALLE DEL LILI	3	1,8
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	3	1,8
CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRAN - ESE ORIENTE	2	1,2
CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	2	1,2
CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS CALICENTRO	2	1,2
PS LA ISLA - ESE NORTE	2	1,2
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	2	1,2
SERVIMEDIC QUIRON SAS	2	1,2
BATALLÓN DE ASPC NO3 POLICARPA SALAVARIETA	1	0,6
BIENSA SAS	1	0,6
CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO	1	0,6
CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE - ESE ORIENTE	1	0,6
CENTRO MEDICO POR SALUD	1	0,6
CLINICA ORIENTE LTDA VILLACOLOMBIA	1	0,6
CLINICA VERSALLES SA	1	0,6
COMFANDI IPS MORICHAL	1	0,6
COMFANDI IPS PASOANCHO	1	0,6
CORPORACION IPS OCCIDENTE CHIPICHAPE	1	0,6
CS FLORALIA - ESE NORTE	1	0,6
CS POPULAR - ESE NORTE	1	0,6
CS SAN LUIS II - ESE NORTE	1	0,6
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	1	0,6
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	1	0,6
IPS COMFANDI EL PRADO	1	0,6
PS CAMPIÑA - ESE NORTE	1	0,6
PS SAN LUIS I - ESE NORTE	1	0,6
PUESTO DE SALUD RICARDO BALCAZAR - ESE ORIENTE	1	0,6
PUESTO DE SALUD ULPIANO LLOREDA - ESE ORIENTE	1	0,6
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS FRAY DAMIAN	1	0,6

RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	1	0,6
RES DE SALUD DE LADERA ESE PS LA SIRENA	1	0,6
SALUD CENTRO-CS LUIS H GARCES	1	0,6
SALUD CENTRO-PS DOCE DE OCTUBRE	1	0,6
SALUD TOTAL CALI AMERICAS	1	0,6
SALUD Y VIDA CON CALIDAD SAS	1	0,6
SANITAS EPS - TEQUENDAMA	1	0,6
VIRREY SOLIS IPS VERSALLES	1	0,6
(en blanco)	2	1,2
Total general	168	100,0

FUENTE: SIVIGILA 2017 SSPM

Comportamiento de otras variables de interés

El 50,6% (n=85) inició el control prenatal en el primer trimestre de embarazo. El 39,9% de las mujeres fue diagnosticada para Sífilis en el primer trimestre con prueba treponémica; el 47% de las gestantes fueron diagnosticadas antes de la semana 17; lo cual muestra la eficiencia del sistema para captar casos oportunamente, esta información permite detectar oportunidades de mejora y adoptar oportunamente acciones correctivas.

Tabla 30. Edad Gestacional al Inicio del CPN y a la Toma de Pruebas de Laboratorio en pacientes con Sífilis Gestacional, Santiago de Cali semanas 1 –24 de 2017

Edad Gestacional	Inicio de control prenatal		Toma de prueba treponémica		Toma de prueba no treponémica	
	# casos	%	# casos	%	# casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	85	50,6	67	39,9	65	38,7
Segundo trimestre (Sem 14-27)	48	28,6	49	29,2	46	27,4
Tercer Trimestre (Sem 28-42)	19	11,3	52	31,0	52	31,0
SD o no realiza	16	9,5	0	0,0	5	3,0
Total 2016 sem 24	168	100,0	168	100,0	168	100,0

FUENTE: SIVIGILA 2017 SSPM

De las gestantes que cumplen la definición (168 casos), el 33 % (56 casos) recibió tratamiento el primer trimestre. Sin embargo, el 56 % restante de las gestantes recibió tratamiento en el segundo y tercer trimestre.

Tabla 31. Edad gestacional al inicio del Tratamiento, pacientes con Sífilis Gestacional, Santiago de Cali semanas 1-24 de 2017

Edad Gestacional	Inicio de Tratamiento	
	# casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	56	33,3
Segundo trimestre (Sem 14-27)	45	26,8
Tercer Trimestre (Sem 28-42)	49	29,2
SD o no realiza	18	10,7
Total 2016 sem 24	168	100,0

FUENTE: SIVIGILA 2017 SSPM

De 168 casos notificados; 9,5% (n=16) gestantes no tuvieron control prenatal registrado y 10,7% (18) gestantes no recibieron tratamiento.

Respecto al manejo de contactos se observa que solamente el 35.7% (n=60) fueron tratados.

Razón de Prevalencia de Sífilis Gestacional por Comunas

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, entre ellas la comuna 22; las de color amarillo corresponden a las comunas que tienen razón de prevalencia en niveles moderados: Comunas 1,2,5,6,8,11,12,16,17,18,19 y las rojas son aquellas que presentan razón de prevalencia elevadas por encima de 11.3 por 1000 nacidos vivos. (comunas,4,7,9,10,13,14,15,21,rural)

Figura 24. Razón de prevalencia de Sífilis Gestacional por comunas por 1000 nacidos vivos. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. N= 168

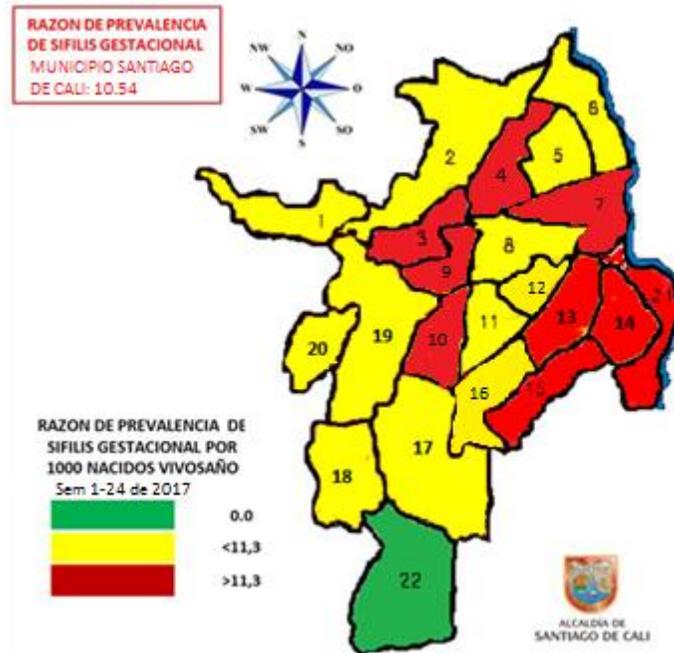


Tabla 32. Razón de prevalencia de Sífilis gestacional por 1000 Nacidos vivos Según aseguradoras, Santiago de Cali semanas 1- 24 2017 n=168

CODIGO	ASEGURADORA	No CASOS	PORCENTAJE	NACIDOS VIVOS	RAZON DE PREVALENCIA
ESS118	EMSSANAR E.S.S.	66	39,3	2930	22,5
ESS024	COOSALUD LTDA	25	14,9	1197	20,9
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	16	9,5	2414	6,6
EPS003	CAFESALUD E.P.S. S.A.	10	6,0	143	69,9
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	8	4,8	1549	5,2
EPS010	SURA E.P.S	4	2,4	1034	3,9
EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	4	2,4	1093	3,7
ESS062	ASMET SALUD ESS	4	2,4	965	4,1
EPSI03	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	3	1,8	185	16,2
EPS002	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	2	1,2	446	4,5
EPS005	SANITAS E.P.S. S.A.	1	0,6	503	2,0
EPSC20	CAPRECOM EPS	1	0,6	1	1000,0
EPSS16	COOMEVA EPS. S.A.	1	0,6	1549	0,6
ESS133	COOPSAGAR LTDA	1	0,6	SD	SD
ESSC62	ASMET SALUD ESS	1	0,6	965	1,0
RES003	FUERZAS MILITARES	1	0,6	105	9,5

FUENTE: SIVIGILA 2017 SSPM

Indicadores Epidemiológicos de Sífilis Gestacional.

Razón de Prevalencia de sífilis gestacional

Por cada 1000 nacidos vivos a semana epidemiológica 24 en el año 2016, se han presentado 10,54 casos de sífilis en gestantes.

Tabla 33. Razón de Prevalencia de VIH/Sida en Mujeres Embarazadas, Santiago de Cali semanas 1- 24 2017 (n=168)

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Razón de prevalencia de sífilis gestacional	Número de casos de sífilis gestacional en el año	Numero de nacidos vivos	1000	
AÑO 2016	292	27.077	1000	10.8
Año 2017 a sem 24	168	15.931	1000	10.54

Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de la semana 17 de su actual gestación, 2016

Tabla 34. Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de la semana 17 de su actual gestación, Santiago de Cali semanas 1- 24 2017 (n=168)

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17	Número de casos de sífilis gestacional con pruebas de diagnóstico realizadas antes de la semana 17.	Número de casos de sífilis gestacional notificados en el periodo	100	
AÑO 2016	166	292	100	56.84
Año 2017 a sem 24	79	168	100	47

FUENTE: SIVIGILA 2017 SSPM

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo al anterior informe sobre la situación de la sífilis gestacional en el municipio de Santiago de Cali durante las semanas 1 -24 de 2016, se pueden delinear las siguientes conclusiones:

La razón de sífilis gestacional en el municipio de rodea el 11 casos por 1000 nacidos vivos.

Solo el 50,6 de las gestantes con sífilis notificadas (85 casos) tuvo control prenatal en el primer trimestre por lo tanto se evidencia la necesidad de reforzar el programa de atención prenatal.

El 39.9% de las mujeres fue diagnosticada para Sífilis en el primer trimestre con prueba treponémica; Debido a este diagnóstico tardío el tratamiento es inoportuno, iniciando tratamiento en primer trimestre solamente el 33% de las gestantes; lo que constituye un riesgo inadmisibles para la salud neonatal.

El tratamiento de contactos corresponde solamente al 35.7%, a pesar de la evidencia existente sobre las consecuencias para el producto de dicho embarazo Cuatro aseguradoras agrupan el 70% de los casos de sífilis gestacional, entre ellas la prevalencia de casos en algunas aseguradoras superan los 60 caso por 1000 nacidos vivos como es el caso de COOSALUD.

Los resultados indican deficiencias en el programa de atención prenatal que incluyen problemas en la captación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes con sífilis, que deben corregirse para el logro de la meta de eliminación de la sífilis congénita.

2.4. SIFILIS CONGENITA

Introducción

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

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.

Objetivos

Estimar la incidencia de sífilis congénita, que permita conocer la tendencia del evento a nivel municipal

Caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos de sífilis congénita ingresados a través del sistema de vigilancia.

Establecer el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de casos de sífilis congénita

Metodología

Para la elaboración del informe se realizó recolección de información a partir de los casos notificados de sífilis congénita al software SIVIGILA realizada por las UPGDs del municipio de Santiago de Cali, durante los períodos epidemiológicos I hasta el VI del año 2017.

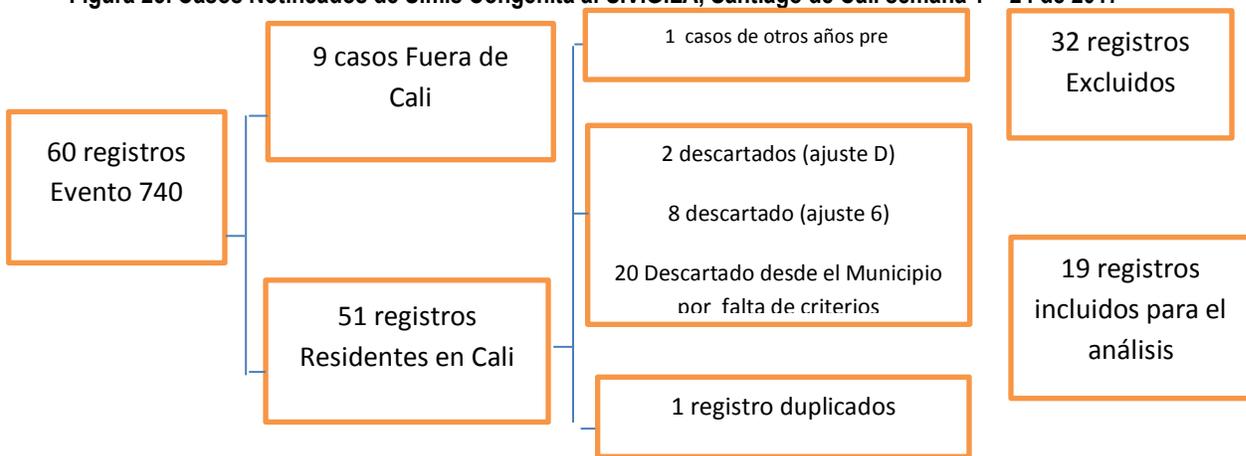
Se hizo una depuración de los datos obtenidos en las fuentes de información, revisando el 100% de la información encontrada en la base de datos; se seleccionaron y clasificaron las variables de persona, tiempo y lugar, excluyendo los casos con lugar de departamento y municipio de residencia diferente a la Ciudad de Santiago de Cali, los casos repetidos, casos descartados por no cumplir con la definición operativa de caso y los casos descartados por error de digitación. Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia para los periodos evaluados y posteriormente se realizó caracterización demográfica, social y clínica de la población. Los datos fueron analizados y presentados en tablas, gráficas y mapas utilizando los programas de Microsoft Excel y Stata. Posterior al análisis de la información se realiza la discusión, conclusiones y recomendaciones para el componente

La fuente de información utilizada para este documento es la reportada en el Sivigila por todas las UPGD del municipio de Cali y las proyecciones poblacionales establecidas por el DANE.

HALLAZGOS SÍFILIS CONGÉNITA

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de sífilis congénita a semana 24 de 2017, una vez depurada y analizada la base de registro se identificó un total de 19 registros que cumplieron con los criterios establecidos en el protocolo de vigilancia epidemiológica del evento del Instituto Nacional de Salud. De otro lado se excluyó un total de 32 registros como consecuencia en parte a deficiencias en la notificación y al desconocimiento de las definiciones de caso y criterios de inclusión y exclusión.

Figura 25. Casos Notificados de Sífilis Congénita al SIVIGILA, Santiago de Cali semana 1 – 24 de 2017

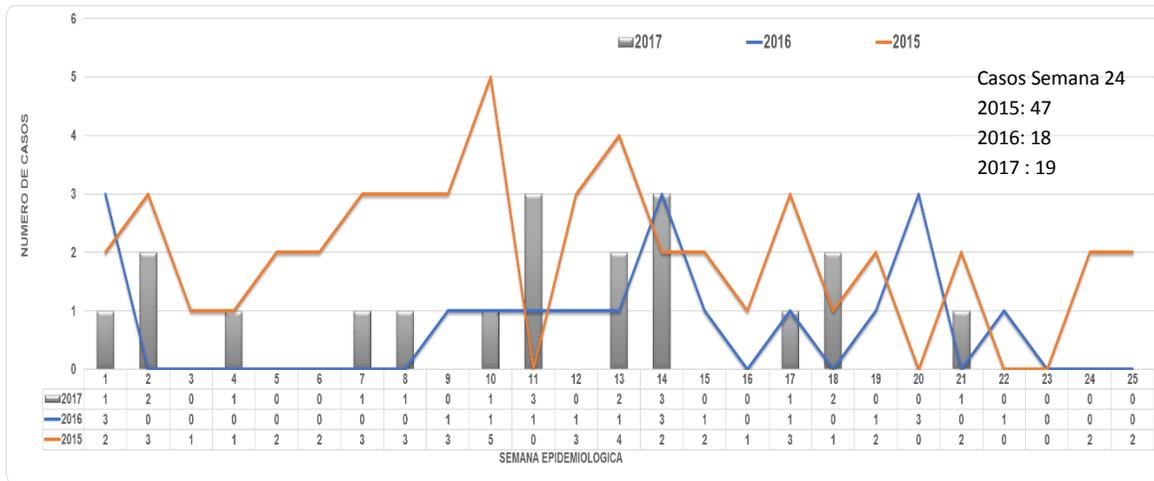


Comportamiento de la Notificación en Santiago de Cali

A las semana 24 del año 2017 se notificaron 19 casos de Sífilis Congénita para una incidencia de 1.19 por cada 1.000 nacidos vivos.

El total de casos de sífilis congénita notificados al Sivigila, fueron confirmados por pornexo epidemiológico. Al verificar la concordancia de manera periódica entre la notificación de casos de sífilis congénita y su respectiva sífilis gestacional, esta fue del 100%. El comportamiento de la notificación de casos de sífilis congénita en los años 2015 y 2016 ha presentado variaciones durante los períodos epidemiológicos y tendencia al aumento para el último año de estudio. Puede observarse un incremento poco significativo y una variación porcentual del 6% con respecto al año anterior en el que se registraron 18 casos.

Figura 26. Comportamiento de la Notificación de Sífilis Congénita por semanas Epidemiológicas, Santiago de Cali, 2015-2016- I- sem 1 -24 de 2017

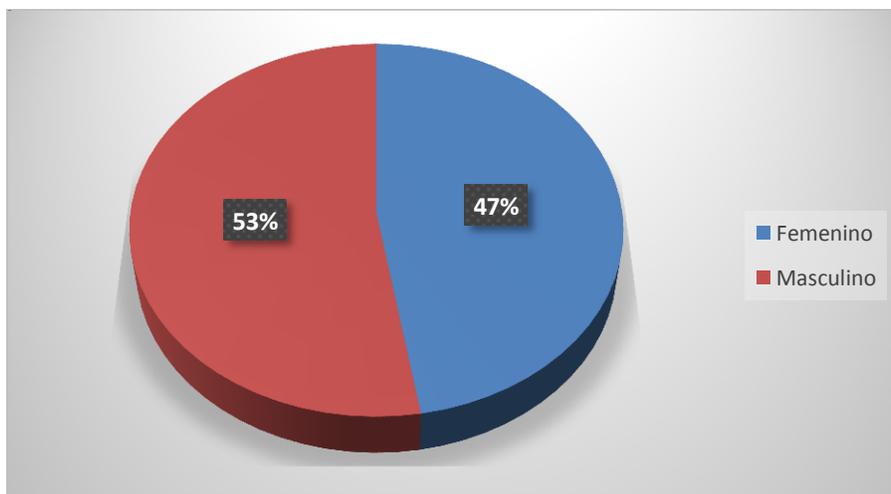


Fuente: Sivigila 2016

Magnitud en lugar y persona

Del total de pacientes con sífilis congénita ,el 53% de los pacientes eran de sexo masculino y el 47% de los pacientes fueron diagnosticados al entre los 8 y 15 días de vida.

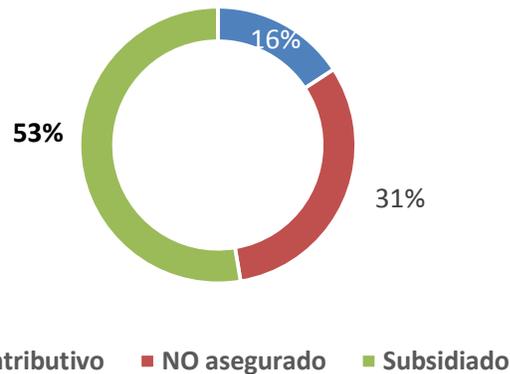
Figura 27. Distribución de Casos por Sexo, Santiago de Cali, 2015-2016- I- Sem 1 -24 de 2017 (n=19)



Fuente: Sivigila 2017

En cuanto al tipo de afiliación de los casos notificados a la semana 24 de 2017, se evidenció que el 53% (n= 10) de los casos pertenecen al régimen subsidiado, el 31% (n=3) a la población pobre no asegurada y la menor proporción de casos en el régimen contributivo 16% (n=3)

Figura 28. Distribución de Casos por Sexo, Santiago de Cali, 2015-2016- I- Sem 1 -24 de 2017 (n=19)



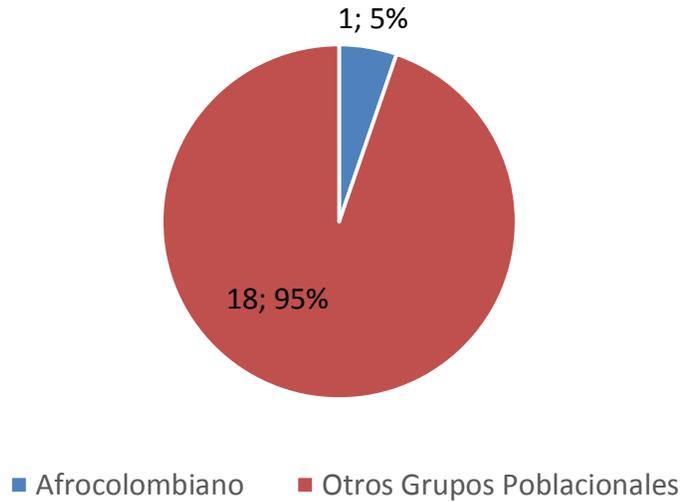
Las aseguradoras que aportaron el mayor número de casos de sífilis congénita fueron EMSSANAR E.S.S. 21% (n=4) COOSALUD LTDA 10,5% (n=2) entre otros descritos en la tabla 1

Tabla 35. Distribución de Casos por Aseguradora Santiago de Cali, 2015-2016- I- Sem 1 -24 de 2017 (n=19)

Código	ASEGURADORA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESS118	EMSSANAR E.S.S.	4	21,1
ESS024	COOSALUD LTDA	2	10,5
EPS003	CAFESALUD E.P.S. S.A.	1	5,3
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	1	5,3
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	1	5,3
EPSS03	CAFESALUD SUBSIDIADO	1	5,3
ESS062	ASMET SALUD ESS	1	5,3
ESS133	COOPSAGAR LTDA	1	5,3
ESSC24	COOSALUD E.S.S.	1	5,3
N	NO ASEGURADO	6	31,6

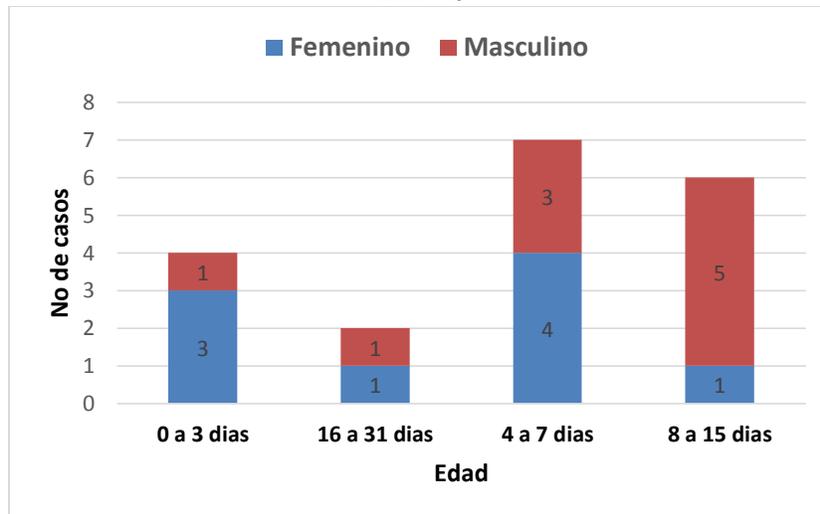
Dentro de otras variables de interés para este evento, el 95% se registró como “otra” pertenencia étnica y 5% como afrodescendiente.

Figura 29. Distribución de Casos por Pertenencia Étnica, Santiago de Cali, 2015-2016- I- Sem 1 -24 de 2017 (n=19)



A continuación se presenta la distribución de casos de sífilis congénita por grupos de edad en el momento del diagnóstico, donde se puede observar que este se hizo antes del mes de edad en el 100% de los casos, principalmente entre los 4 a 7 días de vida.

Figura 30. Sífilis Congénita por Edad al Momento del Diagnóstico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-24 n= 19



Condición de las madres de casos de sífilis congénita.

El 52.6% (10) de las madres de los casos de sífilis congénita no realizó control prenatal, el 21,1% (n=4) lo inicio en el primer trimestre de embarazo; el 15,8% (n=3) en el segundo trimestre y el 10,5% en el tercer trimestre de embarazo.

En relación en el momento del diagnóstico de sífilis gestacional de la madre; este se hizo tardíamente, el 84,2% se realizó en el tercer trimestre especialmente durante el parto.

Figura 31. Condición de las Madres de Casos de Sífilis Congénita al Momento del Diagnóstico, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 n= 19

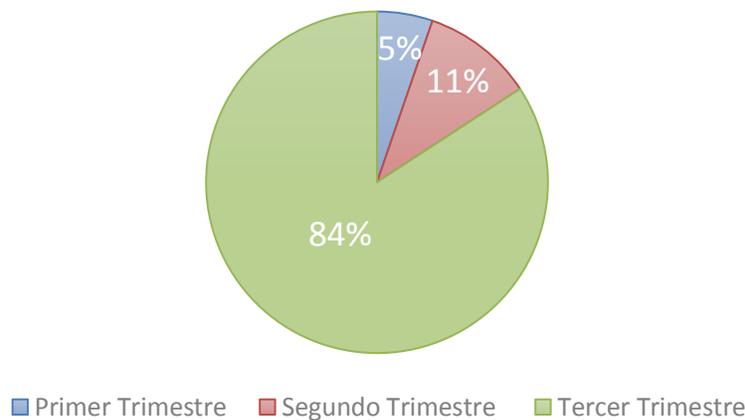
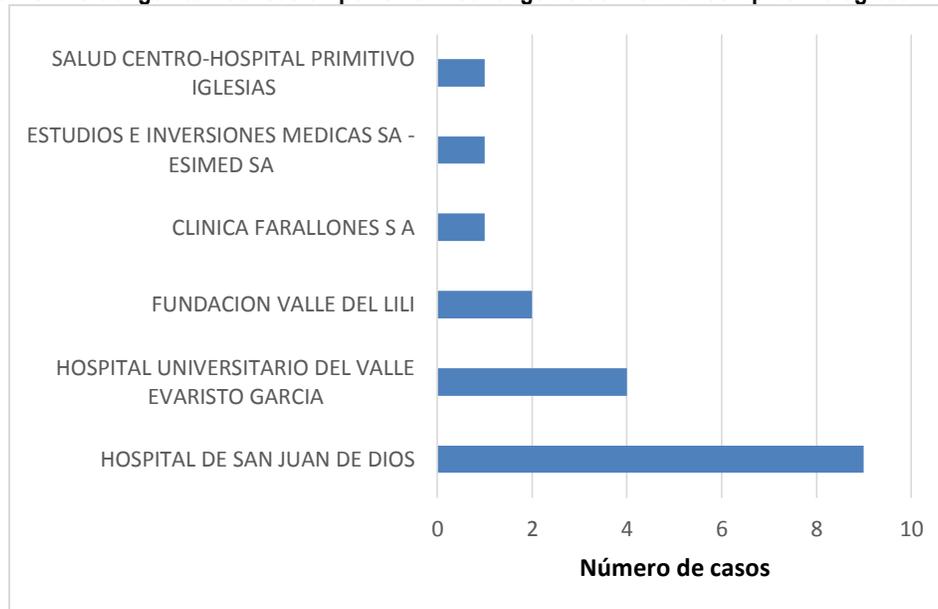


Tabla 36. Edad Gestacional al Diagnóstico de Sífilis Santiago de Cali. Sem 1-24 de 2017 (n= 19)

Edad Gestacional	No casos	%
Primer Trimestre (Sem 1-13)	1	5,3
Segundo Trimestre (Sem 14-27)	2	10,5
Tercer Trimestre (Sem 28-42)	16	84,2
Total	19	100

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. Entre estas UPGDs la de mayor notificación fue el Hospital San Juan de Dios con 6 casos (47.4%)., seguida por el Hospital Universitario del Valle con un 21,1% entre otras que describe la grafica

Figura 32. Sífilis Congénita Notificación por UPGD. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-24 (n= 19)



El 73,7% de las gestantes recibieron tratamiento, pero no cumplieron con lo establecido en el protocolo. Se hizo tratamiento a los contactos en solo el 5,3% de los casos.

En el momento del parto le fueron realizadas pruebas no treponémica al 100% gestante, de las cuales el 36,8% (n=7) tuvieron resultados de 1:2 diluciones, el 15,8% con 1:16 y 1:64 diluciones cada una; y con el 10,5% pacientes con 1:4, 1:32 y 1:128 diluciones.

De los recién nacidos el 42,1% (8 casos) tuvieron resultado de serología No reactiva, pero su progenitora no recibió tratamiento o este fue inadecuado. El criterio anterior se aplicó en los casos independiente a la serología obtenida en el recién nacido; el 21,1% (n=4) tuvieron serologías de 1:2; el 10,5% (n=2) de los neonatos tuvo 1:16 diluciones, entre otras.

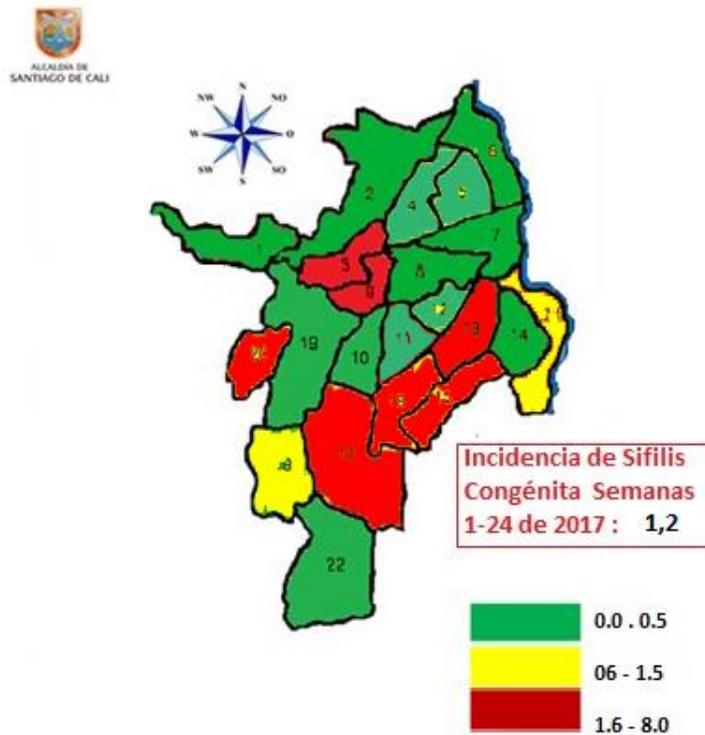
Tabla 37. Proporción de Incidencia de Sífilis Congénita por 1000 Nacidos Vivos Según aseguradoras, Santiago de Cali semanas 1- 24 2017 (n=19)

Código	ASEGURADORA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	No Nacidos Vivos	Proporción de incidencia
ESS118	EMSSANAR E.S.S.	4	21,1	2930	1,37
ESS024	COOSALUD LTDA	2	10,5	19	105,26
EPS003	CAFESALUD E.P.S. S.A.	1	5,3	143	6,99
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	1	5,3	1549	0,65
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	1	5,3	2714	0,37
EPSS03	CAFESALUD SUBSIDIADO	1	5,3	485	2,06
ESS062	ASMET SALUD ESS	1	5,3	965	1,04
ESS133	COOPSAGAR LTDA	1	5,3	sd	sd

ESSC24	COOSALUD E.S.S.	1	5,3	1197	0,84
N	NO ASEGURADO	6	31,6	sd	sd

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 y corresponde al 63.6% (n=14); mientras que el 31.8% (n=7) corresponden a las comunas que se encuentran por encima de la meta.

Figura 8. Incidencia de Sífilis congénita por comunas por 1000 nacidos vivos. Santiago de Cali. Semanas



Epidemiológicas 1- 24. n=19

Comportamiento de los Indicadores de Vigilancia del Evento

Proporción de incidencia de Sífilis congénita

En el 2016 se han notificado 1,8 casos nuevos de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos.

Tabla 38. Proporción de Incidencia de Sífilis Congénita, Santiago de Cali, Semanas 1- 24 de 2017 (n= 19)

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Proporción de incidencia de Sífilis congénita	Número de casos nuevos de Sífilis Congénita notificados	Población expuesta al riesgo de enfermar de esa causa (NV)	1000	
AÑO 2016	23	27.077	1000	0.8
Año 2017 sem 24	20	15932		1.2

Tasa de Mortalidad de Sífilis congénita

Por cada 100.000 nacidos vivos en Santiago de Cali. 6 mueren a causa de sífilis congénita.

Tabla 39. Tasa de Mortalidad de Sífilis Congénita, Santiago de Cali, Semanas 1-24 de 2017 (n=1)

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Tasa de mortalidad de sífilis congénita	Defunciones por sífilis congénita registradas en un lugar en periodo de tiempo dado.	Numero de nacidos vivos	100000	
AÑO 2016	0	27.077	100000	0
ANO 2017 sem 24	1	15932	100000	6,27

Letalidad por sífilis congénita

La proporción de muertes a causa de sífilis congénita en Santiago de Cali es de 5 casos.

Tabla 40. Letalidad por sífilis congénita, Santiago de Cali, Semanas 1- 24 de 2017 (n= 1)

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Letalidad por sífilis congénita	Defunciones por sífilis congénita registradas en un lugar en periodo de tiempo dado	Enfermos de esa causa en ese lugar en tiempo dado	100	
AÑO 2016	0	23	100	0
ANO 2017 a sem 24	1	19	100	5.26

Porcentaje de Muertes Atribuibles a Sífilis Congénita Analizadas

Del total de muertes por sífilis congénita, el 100% se discutió en reuniones de análisis.

Tabla 41. Porcentaje de Muertes Atribuibles a Sífilis Congénita Analizadas, Santiago de Cali, Semanas 1-24 de 2017 (n=1)

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Porcentaje de muertes atribuibles a sífilis congénita analizadas	Número de muertes por sífilis congénita con investigación de caso y campo a las que se les realizó unidad de análisis	Número de muertes por sífilis congénita ocurridas por unidad de tiempo y lugar.	100	
AÑO 2016	0	0	100	0
AÑO 2017 a Sem 24	1	1	100	100%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el año 2017 se han notificado 18 casos de Sífilis Congénita (1 caso más con relación al mismo periodo del 2016) para una incidencia de 1.2 por 1.000 nacidos vivos. Al comparar los indicadores año 2017 con 2016, se observa un aumento de la incidencia de casos de sífilis congénita entre un año y otro.

Los resultados indican deficiencias en el programa de atención prenatal que incluyen problemas en la captación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes con sífilis, que deben corregirse para el logro de la meta de eliminación de la sífilis congénita.

El 52.6% (10) de las madres de los casos de sífilis congénita no realizó control prenatal, se observa que solo el 21 % del total de casos inició control prenatal en el primer trimestre, lo cual nos muestra un inicio tardío en los casos en los que si se realiza dicho control oportunamente.

Se observa que un 11,1% de las gestantes con sífilis que asistieron a CPN no recibieron tratamiento.

El tratamiento de contactos corresponde solamente al 5,3 %, a pesar de la evidencia existente sobre las consecuencias para el producto de dicho embarazo.

Propiciar espacios para la revisión de casos y r unidades de análisis a todos los casos de sífilis congénita donde se puedan identificar los casos que cumplen con la definición de caso y donde se puedan determinar las fallas que condujeron a la existencia de dichos casos.

2.5. MORTALIDAD MATERNA

Introducción

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, sus causas, en su mayoría, son evitables y se ha considerado como la máxima expresión de injusticia social, dado que en los países de menor desarrollo económico existen las cifras más altas de muertes maternas; son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por el embarazo, parto y puerperio.

El evento de muerte materna es el resultado final de una serie de factores determinantes que influyen en la mujer durante su etapa reproductiva, que pueden estar relacionados con el contexto social, su estado de salud, el acceso y la calidad de los servicios de salud para la atención materna.

Garantizar una maternidad segura, sustentada por un enfoque integral para el desarrollo pleno de la salud sexual y reproductiva, es uno de los *objetivos de desarrollo sostenible* (ODS), en donde los mayores esfuerzos se han concentrado en la reducción de las muertes maternas que son en su mayoría prevenibles mediante la oportuna aplicación de la tecnología disponible, así como las acciones de promoción y prevención y la implementación de estrategias de acción intersectorial e interinstitucional. Según lo planteado y de acuerdo con lo referido en la circular conjunta 005, se considera que la mortalidad materna es un indicador que expresa la situación de salud y calidad de vida de la población, ya que advierte sobre las condiciones sociales, económicas, educativas, familiares y personales de las mujeres; además permite evaluar el acceso a los servicios de salud, la calidad de la prestación de los servicios de salud en cuanto a la atención integral de la mujer, que garanticen la maternidad segura, con enfoque integral para el desarrollo pleno de la salud sexual y reproductiva.

Objetivos

Establecer la frecuencia y distribución de la mortalidad materna en el municipio de Santiago de Cali.

Establecer el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de casos de mortalidad materna

Metodología

El informe epidemiológico de la Mortalidad Materna se fundamenta en la descripción de su comportamiento teniendo como ejes fundamentales las variables de tiempo, lugar y persona. Respecto al tiempo, este documento refleja el comportamiento epidemiológico de las muertes maternas hasta la semana 52 de 2016. En cuanto al lugar, el análisis de los casos estuvo supeditado a la residencia en las comunas del municipio de Cali, en todos los grupos de edad. Respecto a la persona, el análisis descriptivo se realiza por sexo; grupo etario; ocupación; régimen de afiliación y pertenencia étnica, así como otras variables socio-demográficas.

Como fuente de los casos se utilizó el SIVIGILA Municipal, igualmente se tomaron todos los casos de vigilancia a través de la revisión semanal de los certificados de defunción de mujeres en edad fértil (10 - 54 años) obtenidos en el RUAF y los documentos que ingresan a estadísticas vitales, desde el nivel institucional, municipal en búsqueda de casos probables de mortalidad materna, mortalidad materna tardía y mortalidad relacionada con el embarazo, todo esto integrado a los resultados de las unidades de análisis institucionales, municipales y departamentales, apoyado por el grupo de expertos.

Para el cálculo de la razón de mortalidad materna se tomó los nacimientos notificados en la base del Ruaf en el periodo evaluado y otras estadísticas vitales DANE.

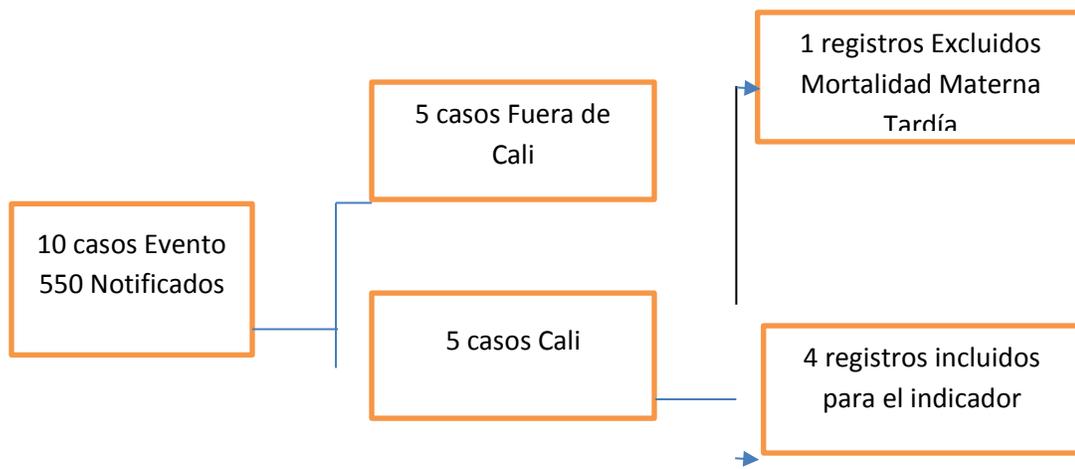
DEFINICION DE CASO MUERTE MATERNA

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.

Comportamiento de la Notificación de la Mortalidad Materna en Santiago de Cali

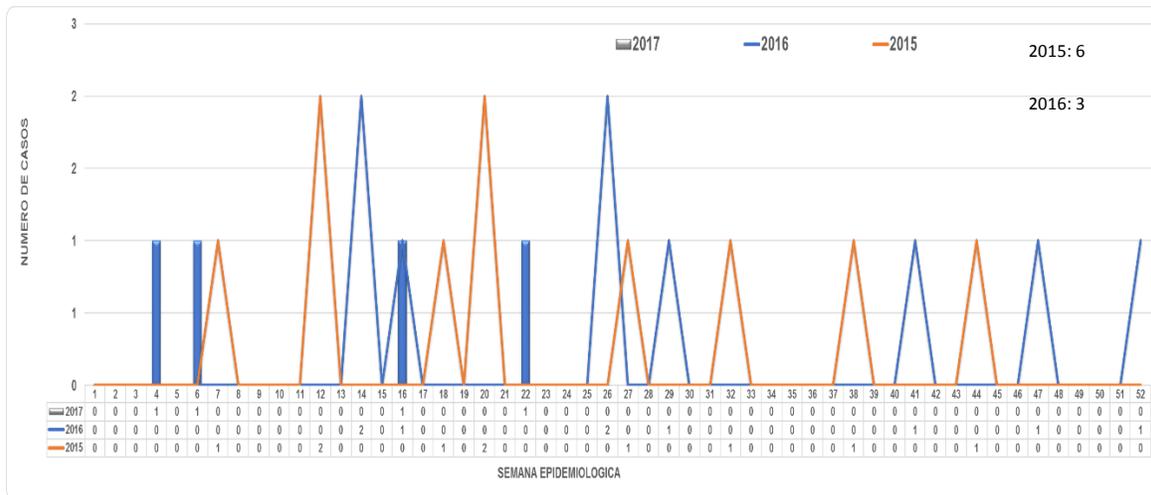
En el SIVIGILA con corte a la semana 24 del año 2017 se notificaron en total de 10 Casos de Mortalidad Materna, de los cuales cinco mujeres residían en Santiago de Cali. 4 corresponden a muertes maternas tempranas (las que ocurren durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 1 corresponde a muerte materna tardías (las que ocurren desde el día 43 y hasta un año de terminada la gestación) y no se han reportado casos que correspondan a muertes por lesiones de causa externa.

Figura 33. Casos notificados de Muertes Maternas, Santiago de Cali semanas 1 – 24 de 2017



El comparativo de muertes maternas tempranas a la semana 24 de 2017 muestra un incremento del 33% con respecto al 2016 en el cual se reportaron 3 casos;

Figura 34. Distribución de Muertes Maternas Tempranas por Período Semanas Epidemiológicas, Santiago de Cali 2015,2016-I-Sem 20 de 2017



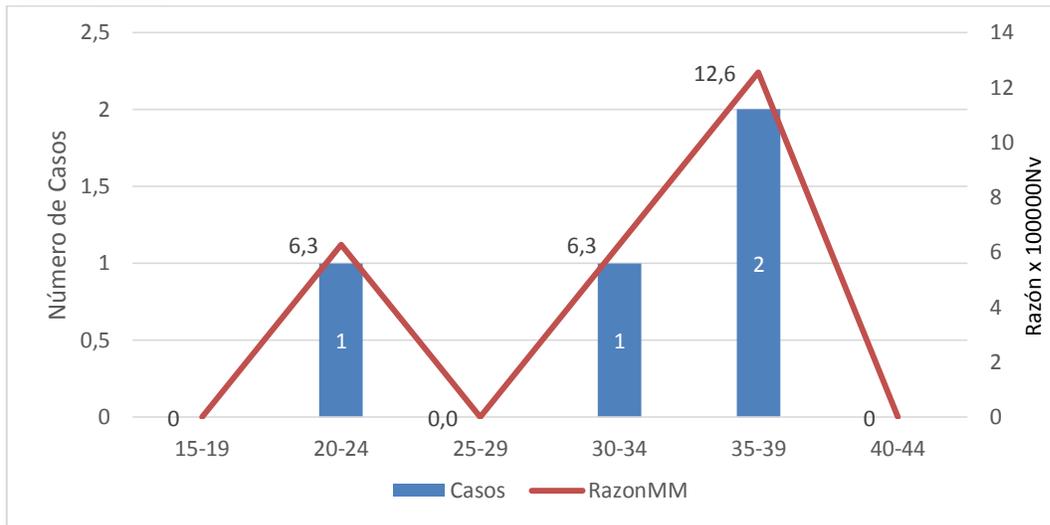
CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRAFICA

Categorías Mujer Familia y Comunidad

Mujer

Edad: Las defunciones se presentaron principalmente en mujeres con edades comprendidas en el grupo etario 35 a 39 años de edad (50%) quien presentó la mayor razón de mortalidad (12 muertes por 100000 nacidos vivos) en el periodo comprendido entre la semana 1 a 24 de 2017. De otro lado no se presentaron muertes en pacientes con edades tempranas, específicamente en el grupo de pacientes menores de 13 años.

Figura 35. Mortalidad Materna Temprana Según Grupo de Edad y Razón de Mortalidad Materna, Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017



Fuente: SIVIGILA CALI

Comportamiento de las muertes maternas tempranas y MME por grupos de edad y paridad de los casos.

Respecto a la paridad de las mortalidades maternas, solo una (20%) estaba embarazada por primera vez y correspondió a una mortalidad temprana presentada en una paciente de 27 años de edad. El resto de fallecidas tenían entre 2 y 4 gestaciones, el mayor número de casos de mortalidad materna en mujeres con 2 a 4 gestaciones en el grupo de edad de 35 a 39 años.

Tabla 42. Comportamiento de las muertes maternas por grupos de edad y paridad de los casos. Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017

Grupo Edad	MM Temprana		MM Tardía		Total MM		Total General
	Primigestante	2 a 4 gestaciones	Primigestante	2 a 4 gestaciones	Primigestante	2 a 4 gestaciones	
25-29	1			1	1	1	2
30-34		1			0	1	1
35-39		2			0	2	2
Total general	1	3		1	1	4	5

Ocupación: las mujeres fallecidas tenían diferentes oficios tales como ser propietaria de miscelánea, negocios familiares, esteticista, Masajista en Spa y solo una a las labores del hogar.

Nivel Educativo: De las 4 muertes maternas tempranas en el SIVIGILA, el 75% poseían nivel de educación secundaria y el 25% sin información.

Pertenencia Étnica: Por pertenencia étnica el 100% de los casos de mortalidad materna se notificó en mujeres con pertenencia étnica “otros”;

Regulación de la fecundidad: El 60 %(n=3) del total de mortalidades maternas notificadas reportan que no usaban ningún método anticonceptivo, porque no deseaba, es decir que posiblemente deseaban quedar embarazadas y fueron embarazos planeados. Un 20% utilizó como método de anticoncepción el Natural.

Tabla 43. Casos de Muertes Maternas Regulación de la Fecundidad, Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017

Regulación de la fecundidad	TARDIA	TEMPRANA	Total general	%
No usó métodos porque no deseaba	1	2	3	60
Natural		1	1	20
Otro		1	1	20
Total general	1	4	5	100

Familia

Tipo de Convivencia

La mitad de las mujeres fallecidas de forma temprana convivían con su familia y el resto vivía con su cónyuge

Tabla 44. Casos de Muertes Maternas por tipo de Convivencia, Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017

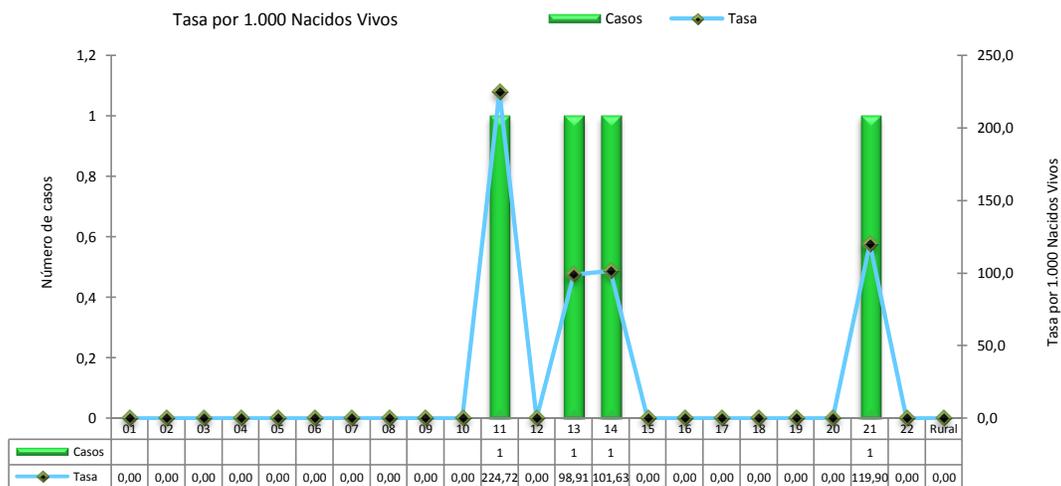
Convivencia	TARDIA	TEMPRANA	Total general	%
Cónyuge	1	2	3	75
Familia		2	2	50
Total general	1	4	5	125

El número de huérfanos registrados por mortalidad materna es de 6 niños

Comunidad

Muertes Maternas por Comunas : La razón de mortalidad materna en Santiago de Cali a la semana 24 es de 25,11 casos por 100.000 nacidos vivos; los casos se presentaron en las comunas 11, 13, 14 y 21 que presentaron razones de 224, 98, 101 y 119 por cada 100.000 nacidos vivos (meta: razón de mortalidad materna a 45 por cada 100.000 nacidos vivos).

Figura 36. Muertes Maternas por Comuna y Razón de Mortalidad Materna, Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017



Sistemas de Salud

Aseguramiento

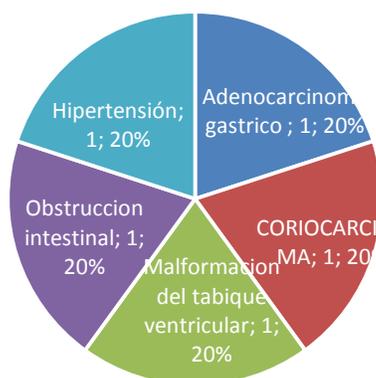
En cuanto al tipo de aseguramiento se encontró que la mayoría de los casos notificados a la semana 24 estaban afiliados al régimen contributivo 3 casos (60%), mientras que el 40% (n=2) se encontraban afiliadas al régimen subsidiado. Las aseguradoras fueron SURA EPS; SOS, COOSALUD, Salud Total y EMSSANAR.

La totalidad de las muertes maternas se presentaron en instituciones de nivel 3 y 4; Entre las UPGDs notificadoras la de mayor notificación esta la Fundación Clínica Valle del Lili 60% (n=3) y Clínica Nuestra Señora de Los Remedios y la Sociedad NSDR cada una con un 20%(n=1) de los casos.

Causas básicas de Mortalidad Materna

Por causas agrupadas de mortalidad materna hasta la semana epidemiológica 24 de 2017, la causa básica de muerte estuvo relacionada con Hipertensión, Obstrucción intestinal, adenocarcinoma gástrico y coriocarcinoma

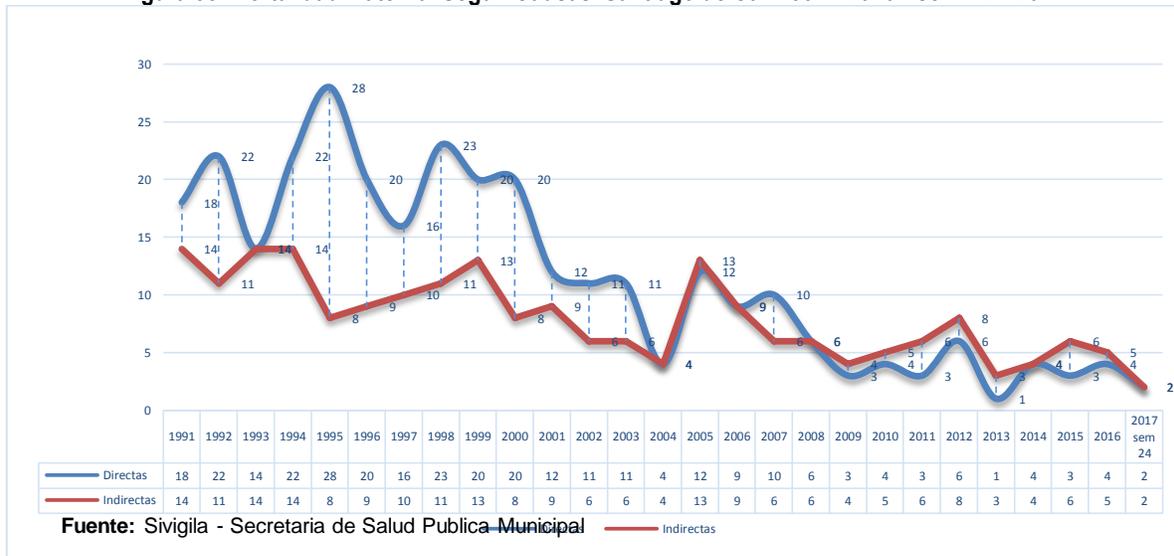
Figura 37. Causas Básicas de Mortalidad Materna. Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017



Por tipo de causas, el 40% corresponden a causas directas, el 60% a causas indirectas.

El gráfico muestra la estructura amplia de mortalidad en mujeres durante la gestación parto o puerperio. Señala las causas directas e indirectas de la muerte materna, con el fin de visibilizar -de manera integral- no sólo aquellas causas obstétricas que ocasionan la muerte de mujeres gestantes, sino otras múltiples causas que requieren ser analizadas y atendidas a la hora de desarrollar las políticas intersectoriales

Figura 38. Mortalidad Materna Según Causas Santiago de Cali 1991 - 2016-I-sem 1-24 2017



El 100% de las muertes ocurrieron durante el puerperio > 24 horas; Del total de defunciones, el 20% (n=1) no realizó control prenatal; el 60% hizo control entre antes de la semana 12. El periodo intergenésico fue mayor de 2 años en todos los casos.

Tabla 45. Indicadores de Mortalidad Materna, Santiago de Cali Semanas Epidemiológicas 1-24, Santiago de Cali 2017

Indicador	Meta	Numerador	Denominador	Valor Indicador a Periodo VI
Razón de mortalidad materna de acuerdo a área y lugar de residencia	Disminuir la razón de mortalidad materna a 45 por cada 100.000 nacidos vivos	4	15931	25,1

La Razón de Mortalidad Materna para el Municipio de Santiago de Cali en los últimos 4 años presentó su pico más alto en el año 2012 con 751.6 muertes maternas por cada

100.000 nacidos vivos, logrando posteriormente una disminución a 14,5 muertes por cada 100.000 nacidos vivos al siguiente año, y de 3.29 muertes por cada cien mil nacidos vivos para el año 2015 y 2016, mientras que para el año 2017 a la semana 24 el Municipio de Santiago de Cali alcanza una Razón de 25,1 muertes por cada 100.000 NV (calculado con Estadísticas Vitales 2017 parcial).

Figura 39. Razón de Mortalidad Materna. Santiago de Cali, 2005-2016-I-sem 1 a 24 2017

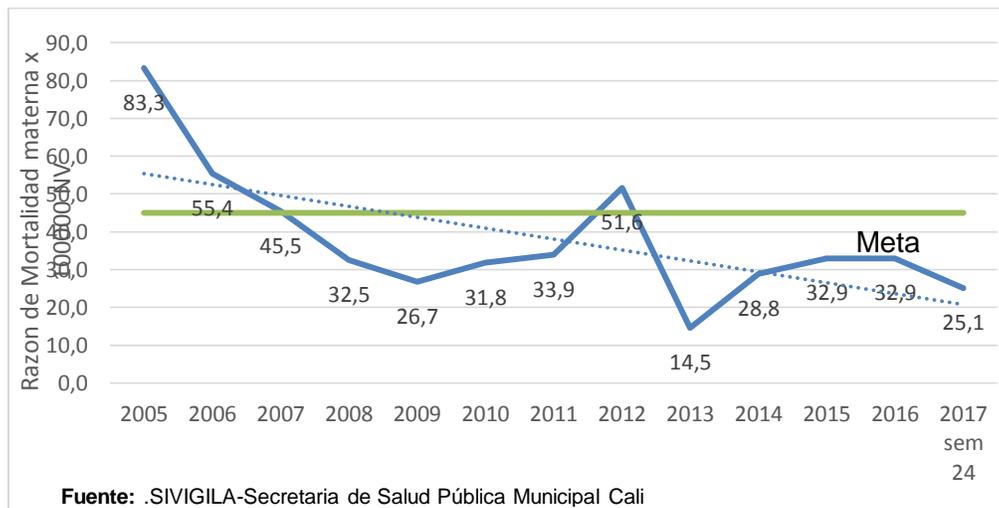


Tabla 46. Otros Indicadores Indicadores de Mortalidad Materna, Santiago de Cali Semanas Epidemiológicas 1-24, Santiago de Cali 2017

Indicador	Meta	Numerador	Denominador	Valor Indicador a Periodo VI
Porcentaje de comités de análisis de muertes maternas	No aplica	5	5	100
Porcentaje de Muertes maternas notificadas por el SIVIGILA que tienen certificado de defunción.	100	5	5	100
Porcentaje de planes de mejoramiento evaluados	100%	5	53	100

Fuente: SIVIGILA – Santiago de Cali, 2017. DANE, Estadísticas Vitales 2017

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A la semana 24 del año 2017 se presentaron 5 muertes maternas de las cuales 4 muertes tempranas. Se alcanzó una razón de mortalidad materna de 25.1 por 100.000 nacidos vivos.

Se debe mejorar la oportunidad en el reporte de casos a SVMMBW sensibilizando a los equipos de vigilancia en la oportunidad en la notificación.

Se debe fortalecer de manera comprometida el componente de atención primaria; enfocado en optimizar la calidad en el control prenatal y en el seguimiento a las gestantes, adherencia a las normas y guías de atención de todos los temas relacionados con la salud maternoperinatal.

Las aseguradoras deben también asumir la responsabilidad en el seguimiento de las gestantes, estando prestas a facilitar con oportunidad y calidad todos los servicios necesarios para la adecuada atención de las gestantes, incluyendo valoraciones especializadas, toma de exámenes y seguimiento a inasistentes y demanda inducida efectiva.

El seguimiento postparto a la madre y al recién nacido son actividades de promoción y prevención por fortalecer. La madre reciente tiene aumentado el riesgo de enfermar y morir más alto que en una mujer sin esta condición, y el haber terminado su gestación de manera satisfactoria no implica olvidar el seguimiento en el posparto.

Se debe fortalecer, motivar y fomentar la valoración del riesgo preconcepcional, planteado en el AIEPI clínico de una manera clara y sencilla. Esta valoración permitiría anticipar riesgos, recomendar plenamente una gestación o recomendar sea pospuesta cuando las condiciones clínicas lo permitan, disminuyendo o evitando complicaciones de la morbilidad preexistente que puedan ocurrir agravadas por la gestación y que pueden llevar a una morbilidad materna extrema o a la muerte.

2.6. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Introducción

La morbilidad y mortalidad materna son hoy un problema de salud pública que aqueja a todos los países a nivel mundial, no solo a los del tercer mundo, en mayor o menor extensión, por lo que se han convertido en un problema global de gran interés; por lo

mismo fue incluido en los principales objetivos de Desarrollo del Milenio (OMS) en los cuales se propone una disminución importante mediante la mejoría en atención de salud materna hacia el 2015 WHO, UNICEF, UNFPA, The WB. Trends in Maternal Mortality: 1990–2008. Geneva: WHO, 2010.

No es ningún secreto que uno de los principales factores que favorece el creciente número de muertes maternas es la deficiente atención prestada durante el embarazo, el parto y el puerperio. Teniendo en cuenta que en países en vía de desarrollo este déficit de atención se hace más marcado, incluso su evaluación es difícil por la cantidad de áreas rurales muchas de las cuales son inaccesibles.

Es evidente que la mortalidad materna es la parte visible del problema, ya que si se dirige la mirada de forma retrospectiva, se encuentra que por cada muerte materna hay una gran cantidad de casos de patologías que requieren atención intrahospitalaria y otras tantas que al convertirse en casos complicados con patologías significativas acercan a la gestante a la muerte. A esto se le ha denominado morbilidad materna extrema. Las cuales requieren atención inmediata e idealmente en unidades de alto riesgo obstetrico. Es precisamente el término de morbilidad materna extrema el que ha llamado la atención de la OMS-OPS-CLAP con la FLASOG quienes a partir del año 2006 han venido promoviendo la iniciativa de la vigilancia de los eventos que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante en la región de las Américas, para lo cual estimuló reuniones de consenso que permitieron establecer la denominación del evento como MME, y concertar los criterios para la identificación de casos. Con base en estos desarrollos se definió una metodología que fue implementada a nivel centroamericano por la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología - FECASOG, aplicada en 16 hospitales de seis países de Centroamérica, y a nivel Latinoamericano por FLASOG, aplicada en 19 hospitales de 9 países del área incluyendo la ciudad de Cali

Objetivos

Establecer la frecuencia y distribución de la morbilidad materna Extrema en el municipio de Cali.

Establecer el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de casos de morbilidad materna Extrema

Metodología

El informe epidemiológico de la Morbilidad materna Extrema se fundamenta en la descripción de su comportamiento teniendo como ejes fundamentales las variables de tiempo, lugar y persona. Respecto al tiempo, este documento refleja el comportamiento epidemiológico de la morbilidad materna Extrema hasta la semana 24 de 2017. En cuanto al lugar, el análisis de los casos estuvo supeditado a la residencia en las comunas del municipio de Cali, en todos los grupos de edad. Respecto a la persona, el análisis descriptivo se realiza por sexo; grupo etario; ocupación; régimen de afiliación y pertenencia étnica, así como otras variables socio-demográficas.

La fuente de información utilizada para este documento es la reportada en el SIVIGILA por todas las UPGD del municipio de Cali y las proyecciones poblacionales establecidas por el DANE.

Definición de términos.

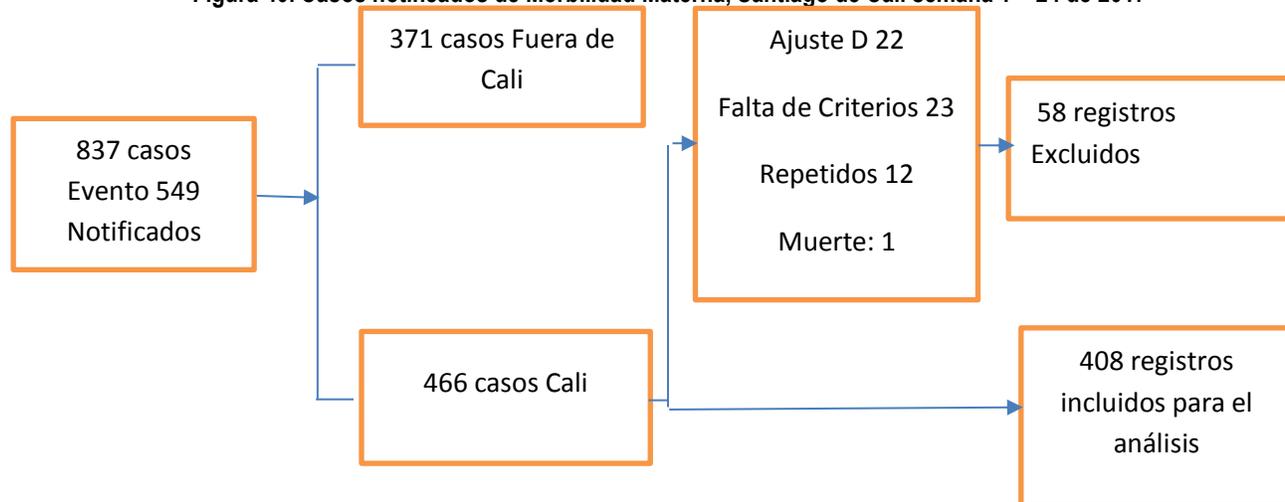
Morbilidad Materna extrema: Se define un caso de morbilidad materna extrema como una mujer con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos. (Relacionada con enfermedad específica; relacionada con disfunción orgánica; relacionada con manejo; lesiones de causa externa y otros eventos de interés en salud pública)

Comportamiento en la notificación

Durante el año 2017, hasta la semana de 24 se han notificado al SIVIGILA un total de 837 casos de morbilidad materna extrema; de los cuales 371 casos fueron residentes de otros municipios diferentes a Cali. El 55,6% (n=466) represento los casos notificados por las

UPGDs de pacientes residentes en Santiago de Cali. Luego de realizar las exclusiones consistentes en repetidos, descartados, mortalidad materna no ajustada en la base 549 y los casos de morbilidad materna que no cumplían criterios finalmente el número de casos fue 408.

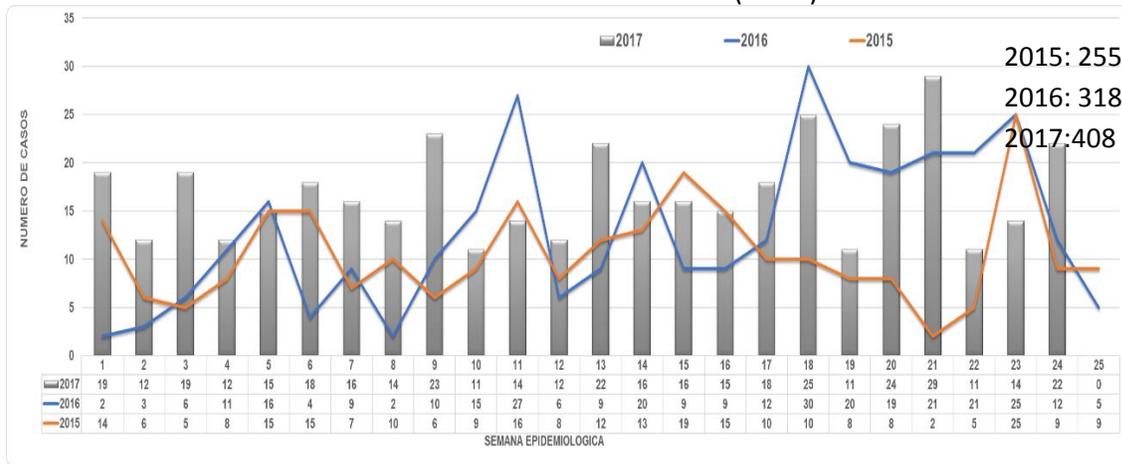
Figura 40. Casos notificados de Morbilidad Materna, Santiago de Cali semana 1 – 24 de 2017



En el gráfico se presenta el comportamiento de este evento 2015, 2016 y lo transcurrido del año 2017 por semanas epidemiológicas, donde podemos observar que para el año 2017 se cuenta con 408 casos notificados, los cuales representan un incremento del 28% (n=90) con respecto al año 2016 el cual presentó 239 casos notificados. El promedio semanal de casos notificados para el año 2017 es de 17 casos, mientras que para el año 2016 se notificaron en promedio 13 casos semanales.

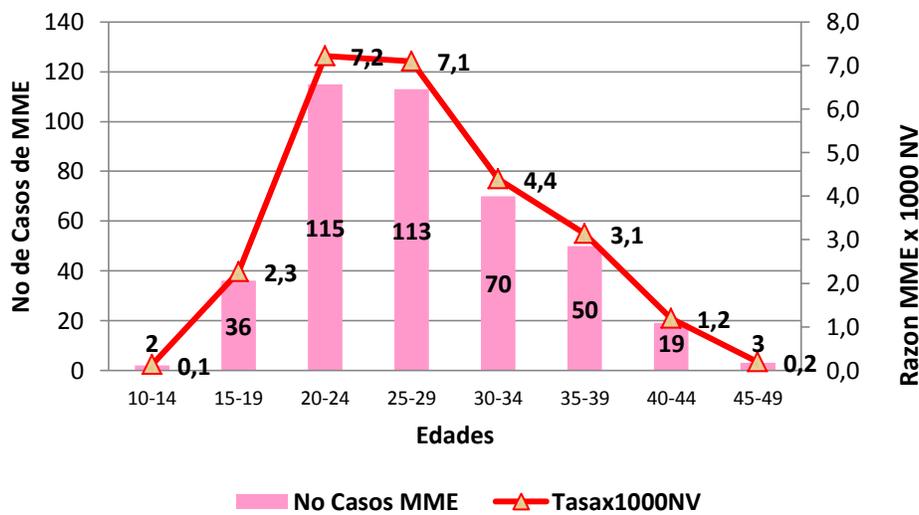
En cuanto a la Razón de Morbilidad Materna Extrema, se encontró que la Razón más alta se presentó en el grupo de 20 a 24 años con una razón de 7.2 casos de Morbilidad materna extrema por cada 1000 nacidos vivos; seguido del grupo de 25 a 29 años, con una razón de 7.1 casos por cada 1000 nacidos vivos, mientras que el grupo de edad entre 35 a 39 años ocupa el tercer lugar de importancia con una razón de 3,1 eventos de morbilidad materna extrema por cada mil nacidos vivos.

Figura 41. Comportamiento de la morbilidad Materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas años 2015-2016-I-semanas 1- 24 de 2017 (n= 408)



Fuente SIVIGILA

Figura 42. Distribución de Casos de Morbilidad Materna Extrema por Grupos Etarios de Edad. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 408)



Por pertenencia étnica, el 94.4 % de los casos se registró en las mujeres con pertenencia étnica “otros”; la mayor razón de morbilidad materna extrema se registró en las mujeres de pertenencia etnia afrocolombiano con 1,2 casos por 1000 nacidos vivos.

Figura 43. Distribución de Casos de Morbilidad Materna Extrema por Grupo Étnico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 408)

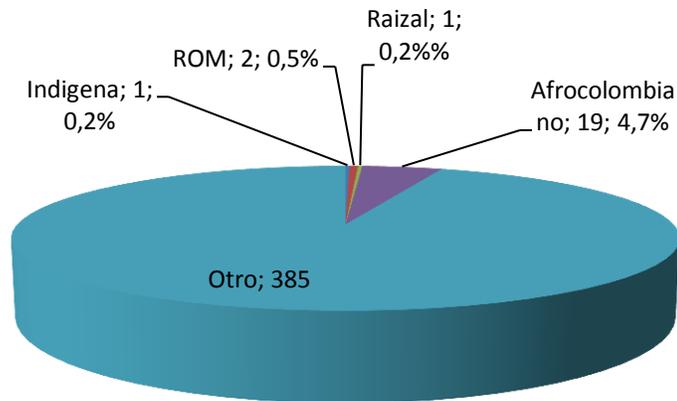
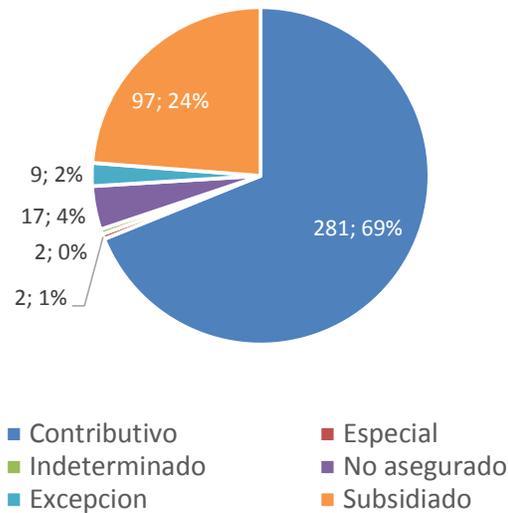


Tabla 47. Distribución de Casos de Morbilidad Materna Extrema por Grupo Étnico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 408) y Razón de Morbilidad

Etnia	No casos de MME	Porcentaje	Razón de MME por 1000 NV
Indígena	1	0,2	0,1
ROM	2	0,5	0,1
Raizal	1	0,2	0,1
Afrocolombiano	19	4,7	1,2
Otro	385	94,4	24,2
Total general	408	100	25,6

En cuanto al aseguramiento, el 68,9% de los casos de morbilidad materna extrema (n=281) pertenecen al régimen contributivo, seguida por el régimen subsidiado que representa el 23,8% (n=97), la población pobre no asegurada correspondió a la 4,2% (n=17) entre otros.

Figura 44. Distribución de casos de Morbilidad Materna extrema por Régimen de Seguridad Social en Salud. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24 (n= 408)



Se encontró que el mayor número de casos reportados está concentrado en la EPS018 S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A. la cual registra 88 casos, los cuales representan el 21.57% del total de casos notificados en el Municipio, en segundo lugar se encuentra EMSSANAR E.S.S.(ESS118) con 84 casos 20,6% del total de caso notificados, mientras que COMFENALCO VALLE EPSM (EPS012) se ubicó en el tercer lugar concentrando 54 casos, el 13.2% total de casos notificados en el Municipio de Santiago de Cali. Estos mismos aseguradores presentaron las más altas razones de morbilidad materna como se describe en el Figura 7.

Figura 45. Distribución de casos de Morbilidad Materna Extrema y Razón por 1000 Nacidos Vivos según Aseguradora Santiago de Cali Semanas 1 -24 de 2017 (n=408)

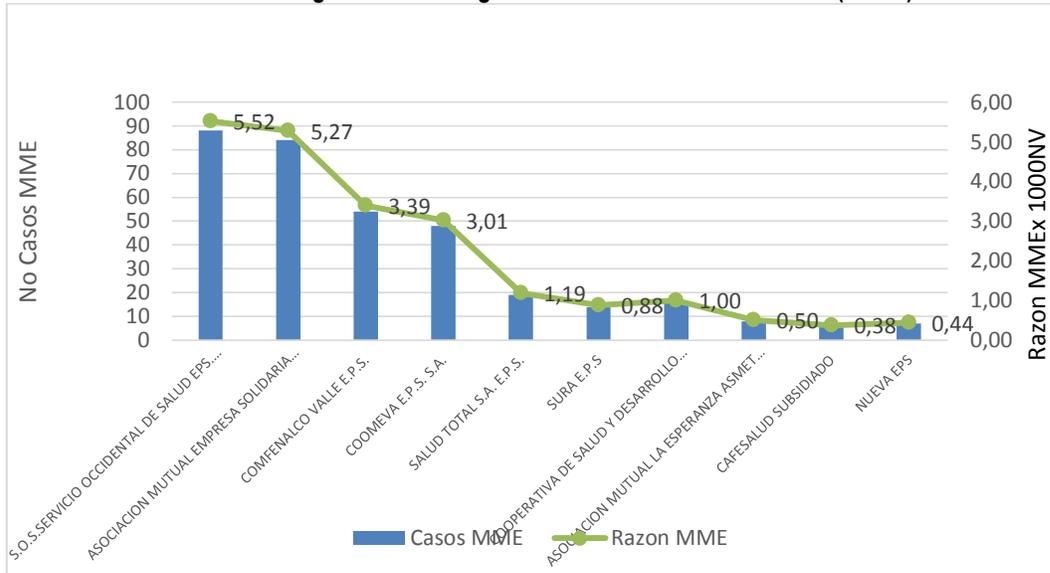


Tabla 48. Distribución de casos de Morbilidad Materna extrema por Empresa Administradora de Planes y Beneficios. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. n= 408

cod_ase	NOMBRE ASEGURADORA	Tota l	PORCENTAJ E
EPS018	S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	88	21,57
ESS118	ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	84	20,59
EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	54	13,24
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	47	11,52
CODIGO	NOMBRE ASEGURADORA	19	4,66
EPS002	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	19	4,66
EPS010	SURA E.P.S	14	3,43
ESS024	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA	14	3,43
EPS037	NUEVA EPS	6	1,47
EPSS03	CAFESALUD SUBSIDIADO	6	1,47
ESS062	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	6	1,47
EPS003	CAFESALUD E.P.S. S.A.	5	1,23
EPS005	SANITAS E.P.S. S.A.	5	1,23
EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.	5	1,23
RES003	FUERZAS MILITARES	5	1,23
EMP028	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	4	0,98
EPSI03	AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	4	0,98
EMP021	COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	2	0,49
EMP023	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.	2	0,49

ESSC18	ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO ESS "	2	0,49
ESSC24	COOSALUD E.S.S. COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL D	2	0,49
ESSC62	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	2	0,49
RES001	POLICIA NACIONAL	2	0,49
RES007	UNIVERSIDAD DEL VALLE SERVICIO DE SALUD	2	0,49
37086	COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	0,25
37178	GENERALI COLOMBIA VIDA COMPADIA DE SEGUROS S.A.	1	0,25
76000	DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE	1	0,25
CCF024	CCF COMFAMILIAR HUILA	1	0,25
CCF102	C.C.F. COMFACHOCO	1	0,25
EPS041	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A. -	1	0,25
EPSS16	COOMEVA EPS. S.A.	1	0,25
EPSS34	CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	1	0,25
RES004	FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	1	0,25
Total general		408	100

Comportamiento de otras variables de interés

Según los antecedentes de embarazos en las mujeres, el 42,2 % (172) cursaban por su primera gestación, las pacientes con antecedentes de dos o tres gestaciones alcanzaron el 46,8 % (191) y las pacientes multíparas con cuatro o más gestaciones alcanzan el 11% (n=45).

Tabla 49. Morbilidad Materna Extrema y Número de Gestaciones, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-24. n= 408

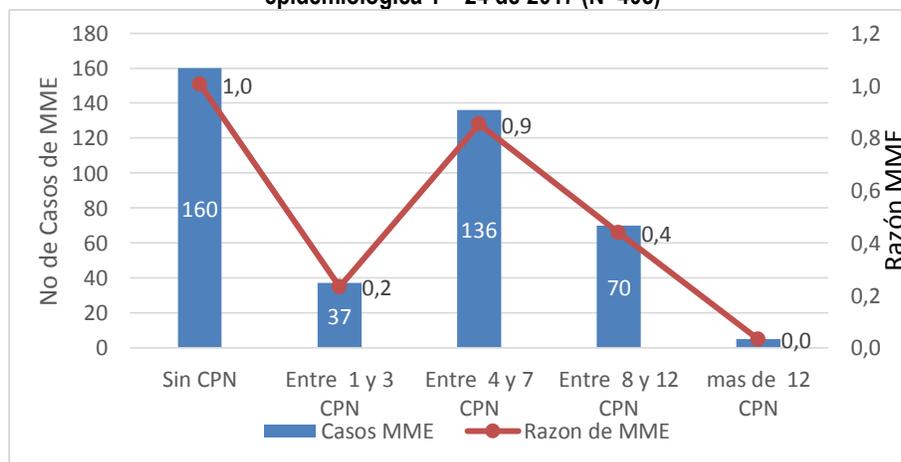
Número de Gestaciones	Casos	Porcentaje
Primigestantes	172	42,2
Entre 2 y 3 gestaciones	191	46,8
4 o más gestaciones	45	11,0
Total	408	100,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Municipal Cali, 2017

En 230 casos correspondientes al 56.4 % se encontró antecedente de cesárea y en 87 casos correspondiente al 21,3% se presentó antecedente de aborto

De acuerdo a la información ingresada al SIVIGILA el 39.2% de las mujeres no realizó controles prenatales; en aquellas mujeres que realizaron controles prenatales se encontró que el 45,6% (n= 18) inició control prenatal en el primer trimestre de embarazo y un 12% (n=49) en el segundo trimestre. Asimismo, del total de gestantes el 33.7% (n=136) de las mujeres recibieron entre 4 a 7 controles prenatales; seguido por el grupo de mujeres que recibieron entre 8 a 12 controles prenatales con el 17.2% (n=70) de los casos, mientras que el tercer lugar lo ocupa el grupo de mujeres que recibió entre 1 y 3 controles prenatales con el 9.1% (n=37) de los casos notificados

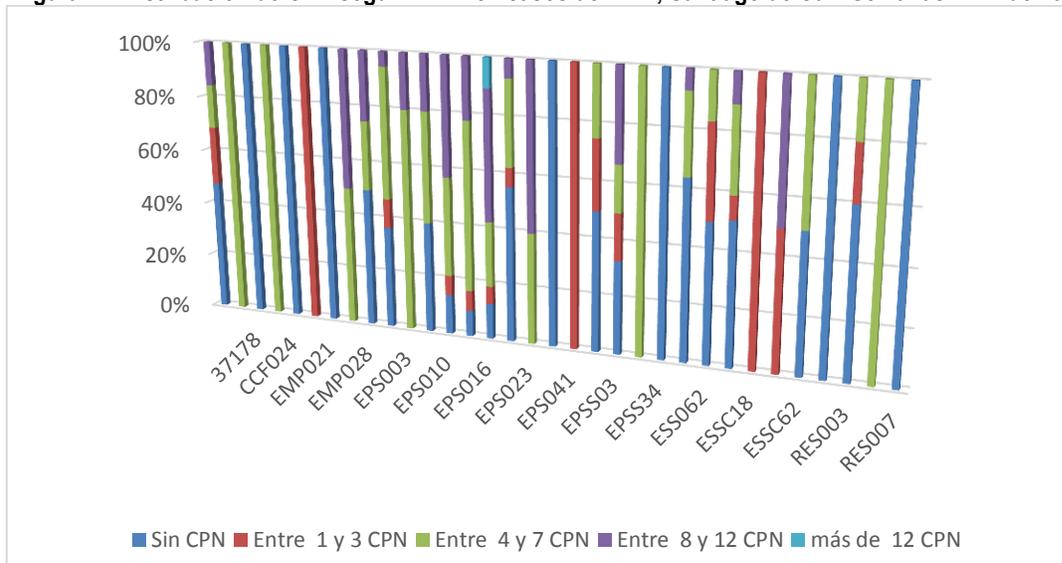
Figura 46. Razón de Morbilidad Materna Extrema por Número de Controles Prenatales, Santiago de Cali Semanas epidemiológica 1 – 24 de 2017 (N=408)



Fuente: SIVIGILA 2017 , RUAF Estadísticas Vitales 2016p.

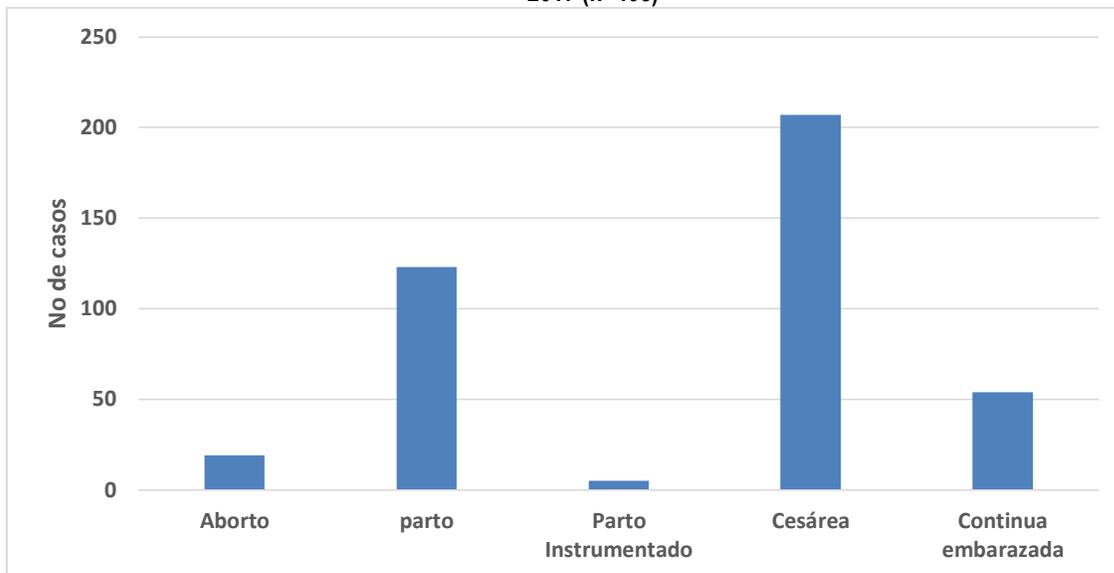
En cuanto a la razón de morbilidad materna extrema, se encontró que las mujeres que no recibieron ningún control prenatal durante la gestación mostraron la razón más alta con respecto a las demás gestantes alcanzando una razón de 1 caso de MME por cada mil nacidos vivos a la semana 24 del año 2017, le siguen las gestantes que recibieron entre 4 a 7 controles prenatales con una razón de 0.9 casos por cada mil nacidos vivos; en tercer lugar de importancia se ubican los casos de MME en gestantes que recibieron entre 8 a 12 controles prenatales, los cuales exhibieron una razón de 0.4 casos por cada mil nacidos vivos con igual antecedente prenatal.

Figura 47. Distribución de CPN según EAPB en casos de MME, Santiago de Cali Semanas 1 -24 de 2017 (n=408)



Teniendo en cuenta el acceso a los controles prenatales por empresa administradora de planes de beneficios (EAPB) se encontró que entre las gestantes que no accedieron a ningún control prenatal, la aseguradora que registra la proporción de casos más alta es la población de gestantes afiliadas a la EAPB EPS018 S.O.S.Servicio Occidental De Salud EPS. S.A. con el 30,6%(n=49) del total de gestantes notificadas con esa misma condición, seguida por la EAPB ESS118, la cual presentó el 26.9% (n=43) en tercer lugar ESS024 Cooperativa De Salud Y Desarrollo Integral De La Zona Sur Oriental De Cartagena LTDA COOSALUD LTDA con un 5.6% (n=9) entre otras que se describen en el Tabla Anexo 1. De otro lado, las gestantes que apenas accedieron entre 1 y 3 controles prenatales al momento de la notificación del evento de Morbilidad materna extrema estaban afiliadas principalmente a la EAPB ESS118 Asociación Mutual Empresa Solidaria De Salud De Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S, con el 18.9% (n=7) seguida por la EPS018 S.O.S.Servicio Occidental De Salud EPS. S.A.16.2% (n=6) entre otras,

Figura 48. Morbilidad Materna Extrema según Terminación de la Gestación, Santiago de Cali Semanas 1 -24 de 2017 (n=408)



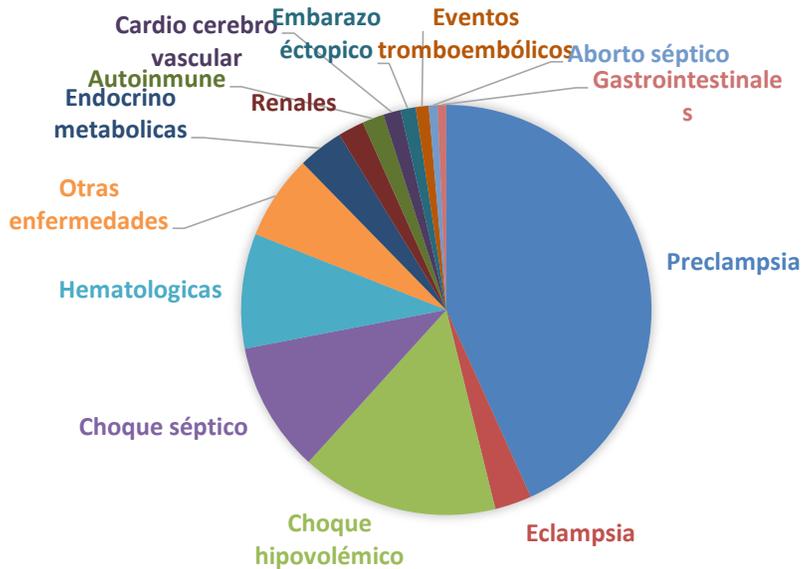
Frente al momento de ocurrencia de evento con relación a la terminación de la gestación el evento se presentó “antes” de la terminación de la gestación en el 49,3 % de los casos, “durante” en el 32.1 % y “después” en el 18,6 % de los casos.

Con respecto a la terminación de la gestación un 13,2 % de las pacientes continuaron con la gestación luego de ocurrido el evento obstétrico que casi las lleva a la muerte y un 4,7 % terminaron en aborto. De otro lado, el 50.7 % terminó la gestación en cesárea, el 30.1% terminó en parto, resaltando que se reportan casos de parto instrumentado en un 1,2 %. Del total de casos que terminaron la gestación(n=335), bien sea por parto o cesárea, el 92.5 % de los recién nacidos terminaron vivos y el 7.5% terminaron muertos

En relación con los criterios de inclusión, El 42,2 % presentaron uno o dos criterios de inclusión y el 5,8% presentó tres o más criterios, indicando que fueron pacientes gravemente enfermas con un riesgo mucho mayor de muerte frente a las pacientes con uno o dos criterios de inclusión.

En relación con las causas agrupadas los trastornos hipertensivos del embarazo son la principal causa de MME presentándose en el 46.2%(n=270) de los casos, seguida por las complicaciones hemorrágicas las cuales representan el 15.6% (n=91) de los casos notificados.

Figura 49. Morbilidad Materna Extrema Según Causa Agrupada, Santiago de Cali semanas 1 -24 de 2017 (n=408)



En el grupo de los criterios relacionados con el manejo específico tiene el mayor peso el criterio de ingreso a unidad de cuidado intensivo, notificado en 196 pacientes correspondientes al 48,03 %. En el grupo de criterios por falla orgánica el mayor peso lo tiene la falla vascular presentándose 144 casos correspondientes al 35.3 %, falla metabólica 40 casos 9.8%

En cuanto a la IPS que notifica, la Institución con el mayor número de casos fue la Fundación Clínica Valle del Lili con el 43,1% de los casos, seguido por la Clínica Comfenalco 15.9%, Clínica Farallones S A 12,3% de los casos notificados de Morbilidad Materna Extrema, entre otros respectivamente.

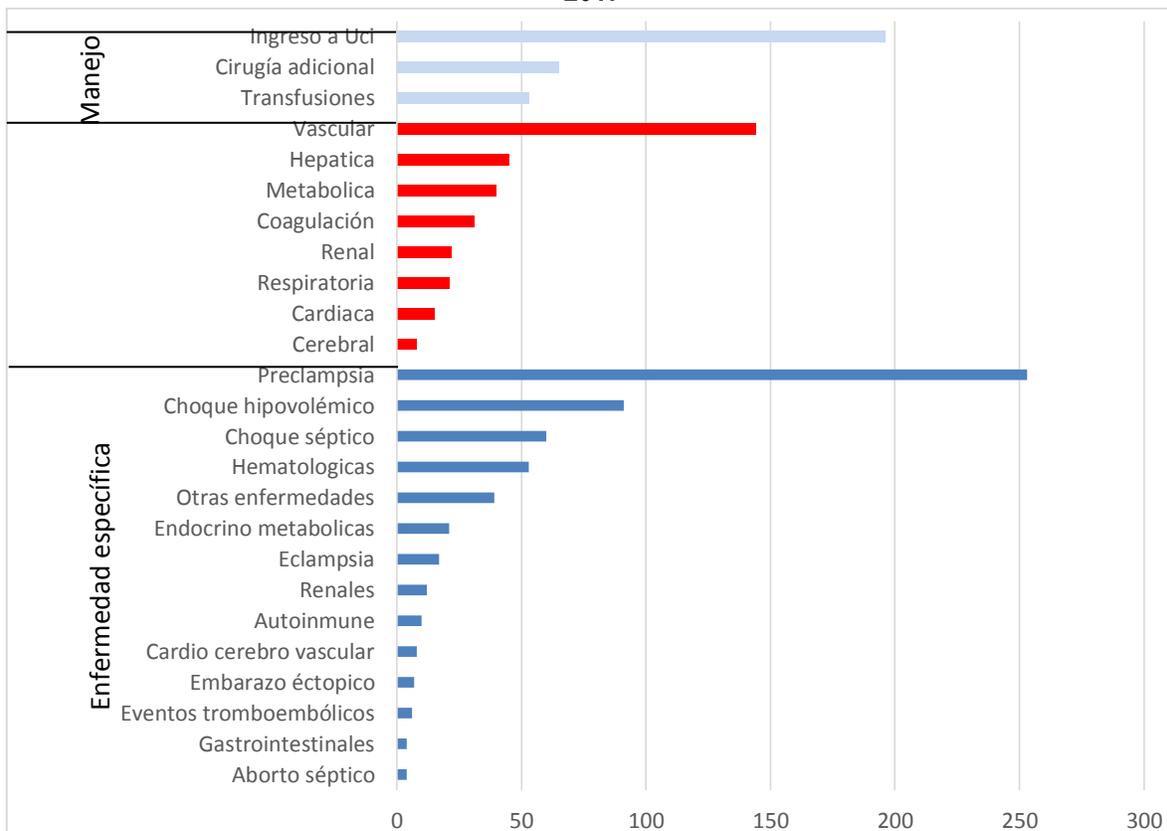
Tabla 50. Morbilidad Materna Extrema por UPGD que Notifica, Santiago de Cali Semanas 1 -24 de 2017 (n=408).

PGD	Casos	Porcentaje
FUNDACION VALLE DEL LILI	176	43,1
CLINICA COMFENALCO	65	15,9
CLINICA FARALLONES S A	50	12,3
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	25	6,1
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	19	4,7
CLINICA VERSALLES SA	17	4,2
CENTRO MEDICO IMBANACO	13	3,2
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	13	3,2
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	10	2,5
CLINICA DE OCCIDENTE SA	8	2,0

CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	4	1,0
COSMITET LTDA CLINICA REY DAVID	4	1,0
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	2	0,5
CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	1	0,2
SOCIEDAD NSDR	1	0,2
Total general	408	100

Fuente: SIVIGILA Morbilidad materna. Sem 1-24 de 2017

Figura 50. Morbilidad Materna Extrema según Criterios de Inclusión, Santiago de Cali Semanas 1 -24 de 2017

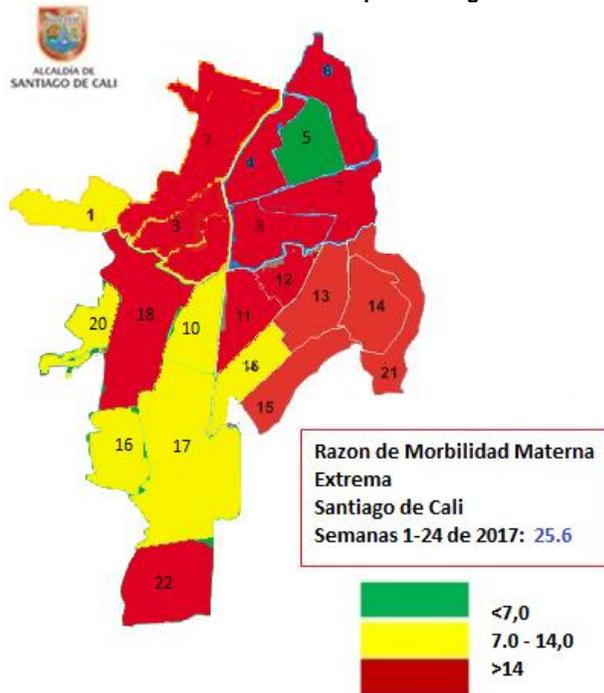


Razón de Morbilidad Materna Extrema.

La razón de Morbilidad Materna Extrema en la Ciudad de Santiago a la semana 24 de 2017 fue 25,6 casos por 1000 nacidos vivos, observándose una disminución en relación al año anterior donde se obtuvo un 28,3 casos por cada 1000 nacidos vivos. En la Figura 2 puede observarse que el 68,18% de las comunas de cali presentaron razones de

morbilidad materna extrema por encima de 14 casos por cada 1000 nacidos vivos, sobresaliendo la comuna 3 con una razón de 54.3 y la comuna 9 con una razón de 34.3.

Figura 51. Razón de Morbilidad Materna Extrema por 1000 Nacidos Vivos por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24. N= 408



Fuente: SIVIGILA

Indicadores Epidemiológicos de la Morbilidad Materna Extrema.

Tabla 51. Razón de Morbilidad Materna Extrema Santiago de Cali. 1 -24 de 2017 (n=408).

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Razón de morbilidad materna extrema	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	
Año 2016	765	27077	1000	28.5
Año 2017 sem 24	408	15935	1000	25.6

Tabla 52. Índice de Letalidad por Materna Extrema Santiago de Cali. 1 -24 de 2017

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Índice de letalidad	Número casos de muertes maternas	Número casos de muerte materna temprana más número de MME	100	
Año 2016	9	774	100	1.16
Año 2017 sem 24	4	412	100	0.97

Tabla 53. Relación Morbilidad Materna Extrema/ Mortalidad Materna, Santiago de Cali. 1 -24 de 2017

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Relación MME / MM	Número de casos de MME	Número de casos de muerte materna temprana		
Año 2016	765	9		85
Año 2017 sem 24	408	4		102

Tabla 54. Porcentaje de Gestantes con Cuatro o Más Criterios de Inclusión, Santiago de Cali. 1 -24 de 2017

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Porcentaje de gestantes con cuatro o más criterios de inclusión	Número de casos MME con cuatro o más criterios de inclusión	Número total de casos de MME	100	
Año 2017 sem 24	145	408	100	35.5

CONCLUSIONES

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2016 han sido notificados un total de 408 casos de morbilidad materna extrema en el Municipio de Santiago de Cali, el mayor porcentaje se notificó en las semanas 29 y 25 con 13.2% del total de los casos del periodo. En promedio en 2016 se han notificado 17 casos por semana epidemiológica.

La razón de morbilidad materna extrema en el Municipio de Santiago de Cali a semana 24 de 2016 es de 25,6 casos por 1 000 nacidos vivos, observándose una reducción con respecto al año anterior en donde se obtuvo una razón de 28. Por cada 1000 nacidos vivos

El mayor porcentaje de casos de morbilidad materna extrema se presenta en mujeres en el grupo de edad de 20 a 24 años, encontrándose un razón de 7.2 por cada 1000 nacidos vivos en este grupo.

Los principales criterios de inclusión de las pacientes que cursaron con una morbilidad materna extrema fueron el ingreso a unidad de cuidados intensivos, falla vascular, y como como la principal causa agrupada de morbilidad materna extrema se encuentre Preclamsia severa y otros trastornos hipertensivos representando el 46.2% de los casos. Se observa un buen comportamiento en la notificación de casos; sin embargo todavía se evidencia adherencia en el protocolo; específicamente en la realización y envío de las intervenciones establecidas tales como unidades de análisis, entrevista a la sobreviviente y seguimiento de los casos por parte de las aseguradoras.

Es necesario el fortalecimiento de las acciones contempladas según lineamientos nacionales para los eventos de obligatoria notificación, como las unidades de análisis de las MME ya que la realización de las mismas permite establecer la configuración e identificación de puntos críticos de intervención para evitar la progresión de las morbilidades por los mismos hechos, además de dar herramientas para el seguimiento y vigilancia de las instituciones y sectores que influyen como agravante.

2.7. MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA

Introducción

La mortalidad perinatal y neonatal tardía es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y posparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que esta vive.

En la última década, los programas dirigidos a controlar las enfermedades de la infancia con intervenciones como las inmunizaciones han contribuido significativamente en la reducción de la tasa de mortalidad infantil en un 14%, sin embargo, estos progresos están siendo afectados por el incremento de la infección por VIH en la población infantil; mientras que la mortalidad durante el primer mes de vida sigue intacta, un niño tiene 500

veces más riesgo de morir en el primer día de vida que en el primer mes en muchos países en desarrollo.

En contraste con la disminución de la mortalidad posneonatal, la tasa de muerte neonatal y fetal no ha sufrido cambios drásticos, casi 66% de las muertes infantiles ocurre en el primer mes y de estas, 60% en la primera semana de vida, particularmente en la etapa intraparto y en las primeras 24 horas de vida, que es el periodo más crítico para la supervivencia infantil; éstas se denominan muertes perinatales y en su mayoría son el resultado de una conducción deficiente del parto y el alumbramiento.

Entre las principales causas de las muertes neonatales tempranas se encuentran la asfixia, las infecciones, las complicaciones derivadas de la prematuridad y las malformaciones congénitas; los recién nacidos traumatizados pueden llegar a sobrevivir; pero sufren como consecuencia discapacidad física o mental para el resto de sus vidas.

La tasa de mortalidad perinatal es el indicador de más peso en la mortalidad infantil. La mortalidad perinatal tiene múltiples factores relacionados con las enfermedades que pueden sufrir madres e hijos, como también con el desarrollo social y tecnológico de la sociedad en términos de prestación de los servicios de salud y con los conocimientos, hábitos y actitudes que tiene los profesionales de la salud y los mismos padres

OBJETIVOS

Establecer la frecuencia y distribución de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el municipio de Cali.

Establecer el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía

Estimar la prevalencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía que permita conocer el comportamiento del evento a nivel municipal con base en la información ingresada.

METODOLOGIA

Para la elaboración del informe se realizó recolección de información a partir de los casos notificados de mortalidad perinatal y Tardía al software SIVIGILA realizada por las UPGDs del municipio de Santiago de Cali, durante los periodos epidemiológicos I hasta el VI del año 2017 y se utilizó información de estadísticas vitales RUAF.

Se hizo una depuración de los datos obtenidos en las fuentes de información, revisando el 100% de la información encontrada en la base de datos; se seleccionaron y clasificaron las variables de persona, tiempo y lugar, excluyendo los casos con lugar de departamento

y municipio de residencia diferente a la Ciudad de Santiago de Cali, los casos repetidos, casos descartados por no cumplir con la definición operativa de caso y los casos descartados por error de digitación. Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia para los periodos evaluados y posteriormente se realizó caracterización demográfica, social y clínica de la población. Los datos fueron analizados y presentados en tablas, gráficas y mapas utilizando los programas de Microsoft Excel y Stata. Posterior al análisis de la información se realiza la discusión, conclusiones y recomendaciones para el componente

La fuente de información utilizada para este documento es la reportada en el Sivigila por todas las UPGD del municipio de Cali y las proyecciones poblacionales establecidas por el DANE.

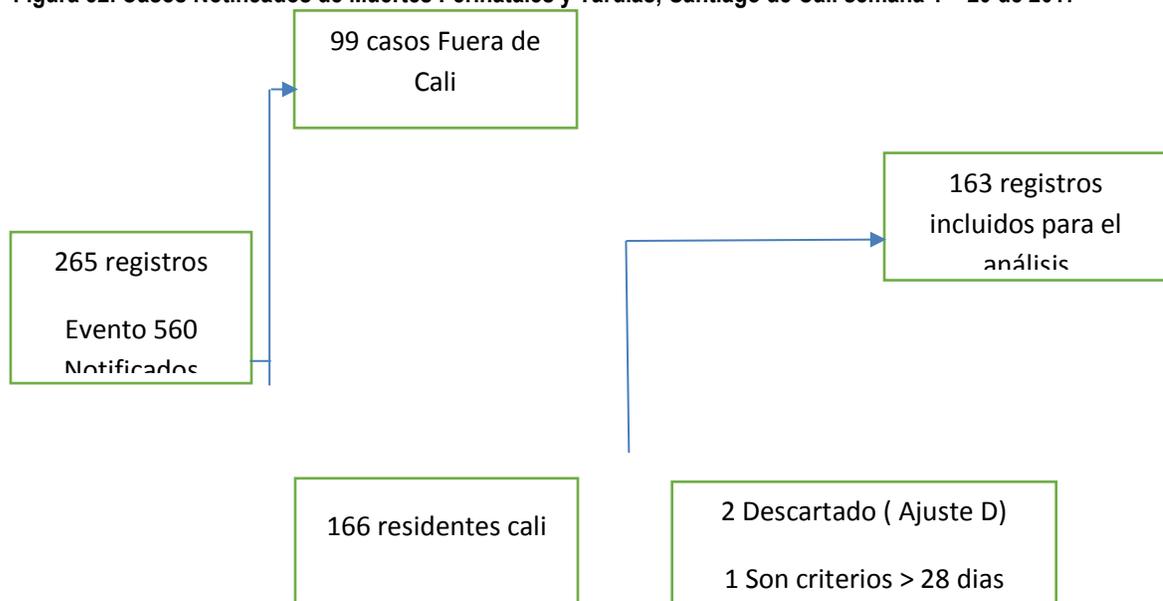
DEFINICION DE CASO MORTALIDAD PERINATAL Y TARDIA

Una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento (28); La muerte neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se dividen en: Muertes neonatales tempranas: son las ocurridas durante los primeros 7 días de vida (0-6 días) Muertes neonatales tardías: son las ocurridas después de los 7 días completos hasta antes del 28º día de vida (7-27 días).

Comportamiento en la notificación

A la semana 24 del año 2017, se notificaron en total 265 casos de Mortalidad Perinatales y neonatales tardías al SIVIGILA; de los cuales el 62.4% representan los casos notificados en el municipio de Santiago de Cali.

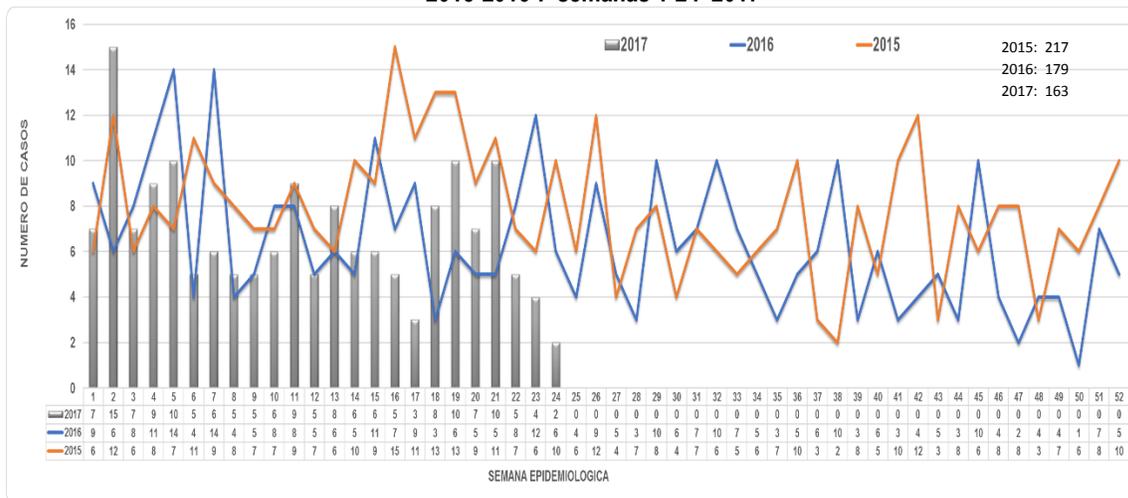
Figura 52. Casos Notificados de Muertes Perinatales y Tardías, Santiago de Cali semana 1 – 20 de 2017



Distribución por semanas epidemiológicas

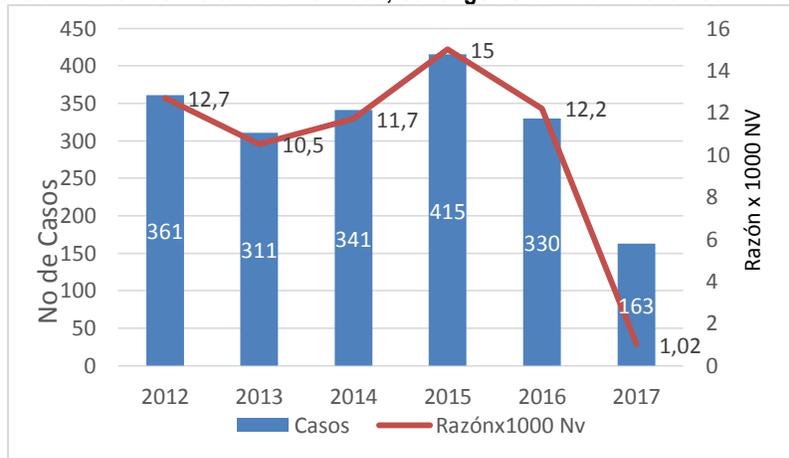
En el gráfico se presenta el comportamiento de este evento por semanas epidemiológicas durante los años 2015, 2016 y las semanas 1 al 24 del 2017; se puede observar una tendencia decreciente de los casos notificados al SIVIGILA en los últimos años; solo con respecto al mismo periodo del año 2016, hubo una reducción del 9% lo cual representa 16 casos menos. El promedio semanal de casos notificados para el año 2017 es de 7 casos y se observa que en las primeras semanas de año, específicamente en la semana 2 se presentó la mayor notificación de casos (15 casos)

Figura 53. Distribución de Casos de Mortalidad Perinatal y tardía por Semanas Epidemiológicas. Santiago de Cali 2015-2016-I- semanas 1-24 2017



En cuanto a la Razón de Mortalidad Perinatal, el municipio de Santiago de Cali presenta una Razón de 1.02 casos por cada 1000 nacidos vivos, la cual es muy inferior a lo que había registrado el indicador en los años anteriores.

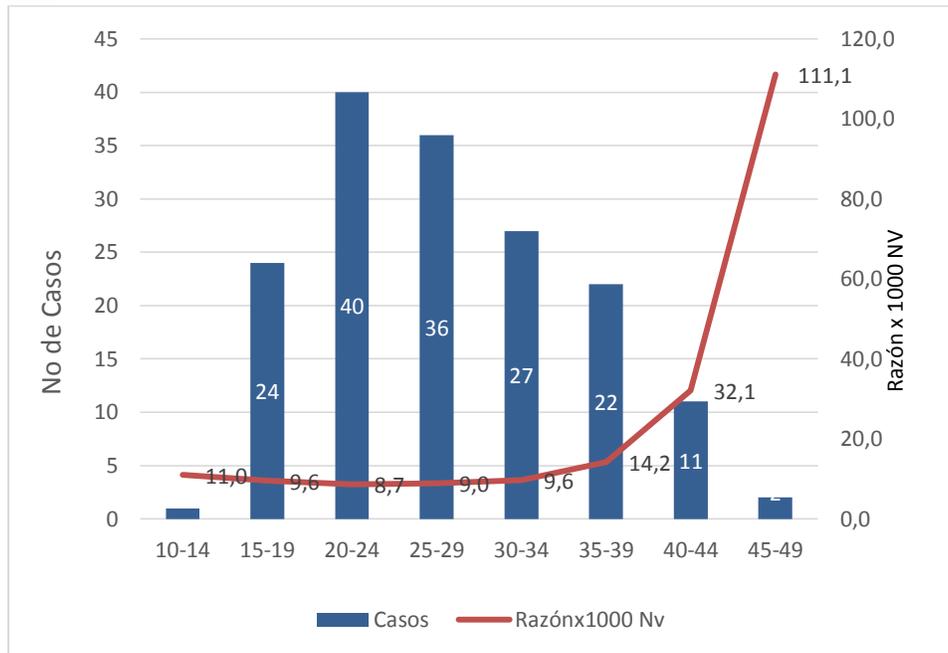
Figura 54. Razón de Mortalidad Perinatal, Santiago de Cali 2012-2016-I-sem 1-24 2017



De acuerdo a los grupos de edad de la madre en los casos de Mortalidad Perinatal se encontró que el mayor número de casos se presentó en el grupo de madres de 20 a 24 años con el 25% (n=40); seguido por el grupo de mujeres entre los 25 a 29 años de edad con el 22%(n=36) y continua el grupo de 30 a 34 años con el 17% de los casos notificados. La edad mínima fue de 10 años y la máxima de 46 años de edad

En cuanto a la Razón de Mortalidad Perinatal, el grupo de edad con el indicador más alto es el de 45 a 49 años con una razón de 111 muertes perinatales y neonatales tardías por cada 1000 nacidos vivos, seguido por el grupo de edad de 35 a 39 años con una razón de 14,2 muertes perinatales y neonatales tardías por cada 1000 nacidos vivos. La edad mínima en las madres que constituye el denominador para el indicador fue de 12 años y la máxima de 51 años de edad.

Figura 55. Razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por Grupo de Edad de la Madre, Santiago de Cali semanas 1-24 de 2017 (n=163)



Fuente: SIVIGILA

Es importante resaltar que el porcentaje de casos de mortalidad perinatal en adolescentes, 16,8% y su razón de mortalidad de 20.1 casos de mortalidad perinatal por cada 1000 nacidos vivos.

Tabla 55. Descripción de los Casos por Grupo de Edad y Momento de Ocurrencia, Santiago de Cali Semanas 1-24 de 2017 (n=163)

Edades	Neonatal tardía			Perinatal			Total general			
	No casos	%	Tasa MPN por 1000 NV	No casos	%	Tasa MPN por 1000 NV	No casos	%	Tasa MPN por 1000 NV	Nacidos Vivos
10-14	0	0	0	1	0,7	11,0	1	0,61	10,99	91
15-19	1	5	0,4	23	16,1	9,2	24	14,7	9,55	2513
20-24	4	20	0,9	36	25,2	7,8	40	24,5	8,69	4605
25-29	5	25	1,2	31	21,7	7,7	36	22,1	8,97	4015

30-34	6	30	2,1	21	14,7	7,5	27	16,6	9,65	2799
35-39	3	15	1,9	19	13,3	12,3	22	13,5	14,23	1546
40-44	0	0	0,0	11	7,7	32,1	11	6,7	32,07	343
45-49	1	5	55,6	1	0,7	55,6	2	1,2	111,11	18
50-54	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0,00	1
Total general	20	100	1,3	143	100	9,0	163	100,0	10,23	15931

En cuanto al aseguramiento, se encontró que el mayor número de casos reportados está concentrado en el régimen contributivo, representando el 54% (n=88 casos) seguido por afiliación al régimen subsidiado 41.1% (n=67) mientras que la población no asegurada estaba concentrada en un 3.7% (n=6)

Figura 56 Distribución de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por Seguridad Social, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163)



Fuente: SIVIGILA SSPM Cali

La EAPB EMSSANAR registra 49 casos, los cuales representan el 30,1% del total de casos notificados a la semana 24 de 2017, en segundo lugar, se encuentra la EPS018 S.O.S. Servicio Occidental De Salud EPS. S.A. con 23 casos que constituyen el 14,1 del total de casos notificados en el municipio; mientras que la ESS024 COOSALUD LTDA se ubica en el tercer lugar concentrando 13 Casos de Mortalidad Perinatal y tardía 9.3%

**Tabla 56. Distribución de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por Aseguramiento, Santiago de Cali
semanas 1 - 24 de 2017 (n=163)**

CODIGO	ASEGURADORA	CASOS	NACIDOS VIVOS	RAZON
ESS118	ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIDO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	49	2930	16,7
EPS018	S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	23	2714	8,5
ESS024	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA	13	19	684,2
ESSC24	COOSALUD E.S.S. COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL D	2	1178	1,7
EPS010	SURA E.P.S	9	1035	8,7
EPSS10	SURA EPS	1	0	sd
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	9	446	20,2
EMP028	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	2		sd
EPS003	CAFESALUD E.P.S. S.A.	7	801	8,7
EPSS03	CAFESALUD SUBSIDIADO	1	65	15,4
EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	7	1096	6,4
EMP025	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	2		sd
EPS005	SANITAS E.P.S. S.A.	6	503	11,9
ESS062	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	6	846	7,1
ESSC62	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	2	19	105,3
EPS002	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	5	446	11,2
EPSS02	Salud Total S.A. E.P.S.	1	sd	sd
EPS037	NUEVA EPS	2	sd	sd
EPS041	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A. - CONTRIBUTIVO	2	717	2,8
RES004	FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	2	96	20,8
14-28	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS DE VIDA	1	sd	sd
EMP023	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.	1	sd	sd
EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.	1	150	6,7

EPSS33	SALUDVIDA	1	57	17,5
EPSS34	CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	1	12	83,3
ESS103	ESS ASOCIACION MUTUAL DE SOLIDARIDAD	1	SD	SD

Fuente: SIVIGILA SSPM Cali

Al analizar la Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por aseguramiento se encontró que la razón más alta la presentaron las gestantes afiliadas a aseguradoras del régimen subsidiado entre ellas COOSALUD, ASMET Y CAPITAL SALUD, entre otras que mostraron una razón de mortalidad perinatal y tardía superior a 10 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

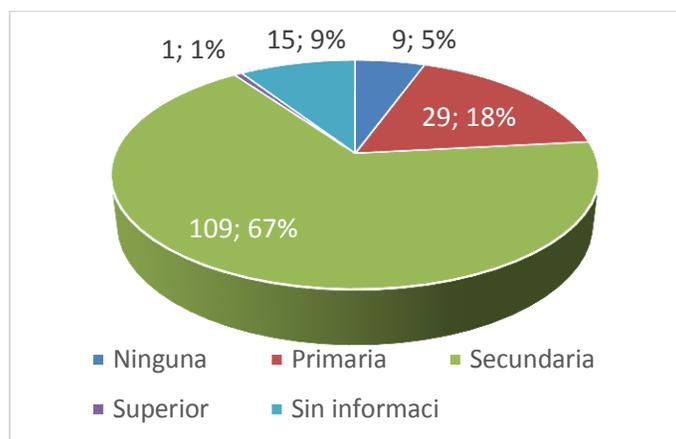
El mayor porcentaje de casos según paridad estaba entre mujeres que tenían entre 2 a 4 gestaciones (50%), seguido de las primigestantes con un 45%, el mayor número de primigestantes tenían edades comprendidas entre 20 y 24 años.

Tabla 57. Descripción de los casos por grupo de edad y paridad, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163)

Grupo de Edad	Primigestante	2 a 4 Gestaciones	5 y mas Gestaciones	Total general	%
10-14		1		1	0,6
15-19	19	5		24	14,7
20-24	24	16		40	24,5
25-29	14	22		36	22,1
30-34	9	16	2	27	16,6
35-39	6	11	5	22	13,5
40-44	1	8	2	11	6,7
45-49		2		2	1,2
Total general	73	81	9	163	100
% gestación	45	50	6	100	

El 66.9% de los casos de mortalidad perinatal, la gestante tenía educación secundaria, seguida de educación primaria en un 17.8%

Figura 57. Distribución porcentual de casos de mortalidad perinatal por nivel educativo, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163)



A nivel general se observa que el 58,3% de las gestantes conviven con el conyugue, el mayor número de muertes fetales y neonatales tempranas la gestante convivía con el conyugue, en mortalidad neonatal tardía el mayor número de casos la gestante convivía con la familia.

Tabla 58. Distribución de Casos de Mortalidad Perinatal por Tipo de Convivencia de la Gestante, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163)

Convivencia	Fetal	Neonatal temprana	Neonatal tardía	Total general	%
Conyugue	67	22	6	95	58,3
Familia	30	12	11	53	32,5
Sola	5	4		9	5,5
Otro	1	2	3	6	3,7
Total general	103	40	20	163	100,0

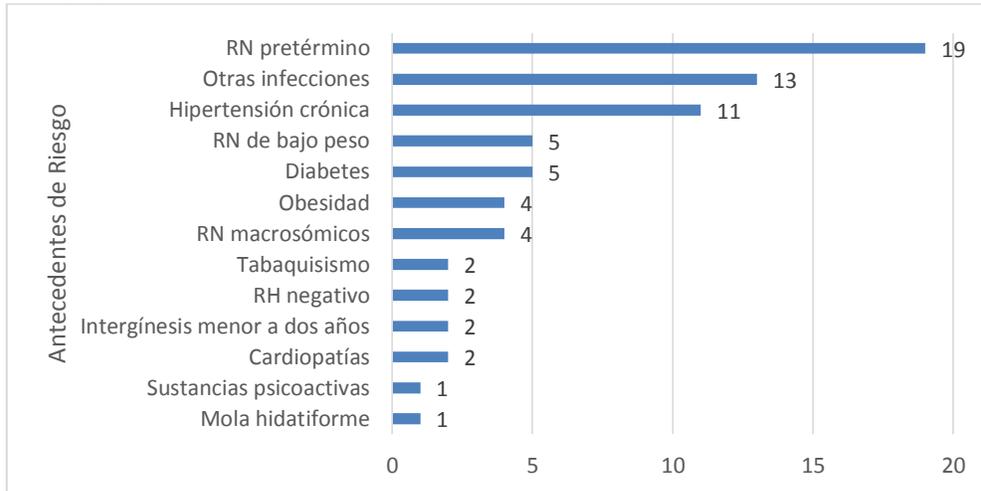
El 49.1 % de las gestantes manifestó que no utilizaban métodos de planificación. Entre los métodos de planificación más utilizados descritos por las gestantes se encuentran otros métodos 19% (n=31) métodos naturales 16.6% (n=27) y los hormonales 19% (n=31)

Tabla 59. Métodos usados para regulación de la Fecundidad Casos de Muertes perinatales, Santiago de Cali semanas 1 - 24 de 2017 (n=163)

Regulación de Fecundidad	Fetal	Neonatal temprana	Neonatal tardía	Total general	%
No usó métodos por desconocimiento	2	3	2	7	4,3
No usó métodos por acceso	1			1	0,6
No usó métodos porque no deseaba	50	17	5	72	44,2
Natural	17	7	3	27	16,6
Dispositivo intrauterino	2			2	1,2
Hormonal	15	4	1	20	12,3
Barrera	2	1		3	1,8
Otro	14	8	9	31	19,0
Total general	103	40	20	163	100,0

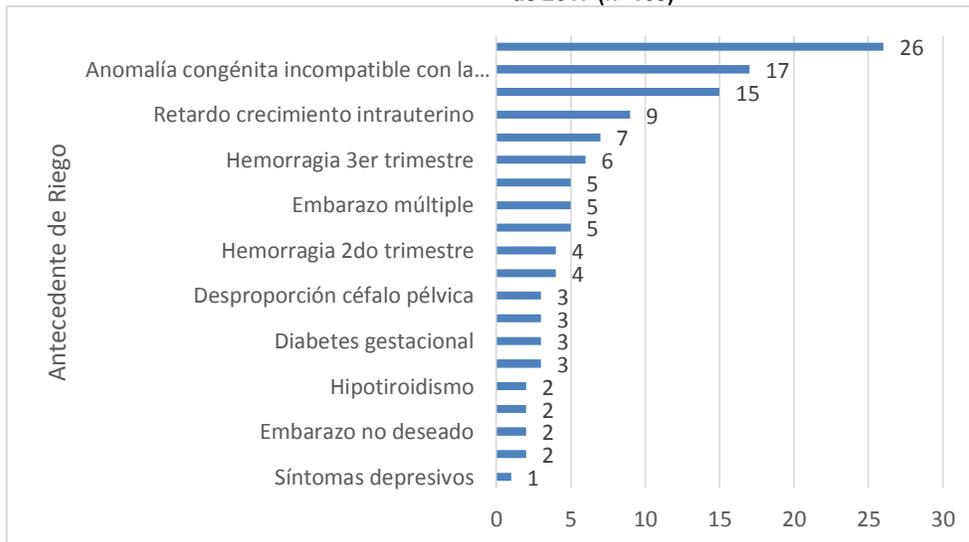
Al evaluar los antecedentes de riesgo en la gestante, para mortalidad perinatal, se encontró que el 11,7% (n=19) tenían antecedente de recién nacido pretérmino, seguido de Otras Infecciones (8%) Hipertensión crónica (6.7%) bajo peso (3,1%)

Figura 58. Descripción del Antecedente de Riesgo en la Gestante con Caso de Muerte perinatal, Santiago de Cali Semanas 1 - 24 de 2017



126 gestantes (76,1%), presentaban algún tipo de complicación en el embarazo, la complicación en la madre con el mayor número de casos de mortalidad perinatal fue la preeclampsia, seguido de feto incompatible con la vida y ruptura prematura de membranas.

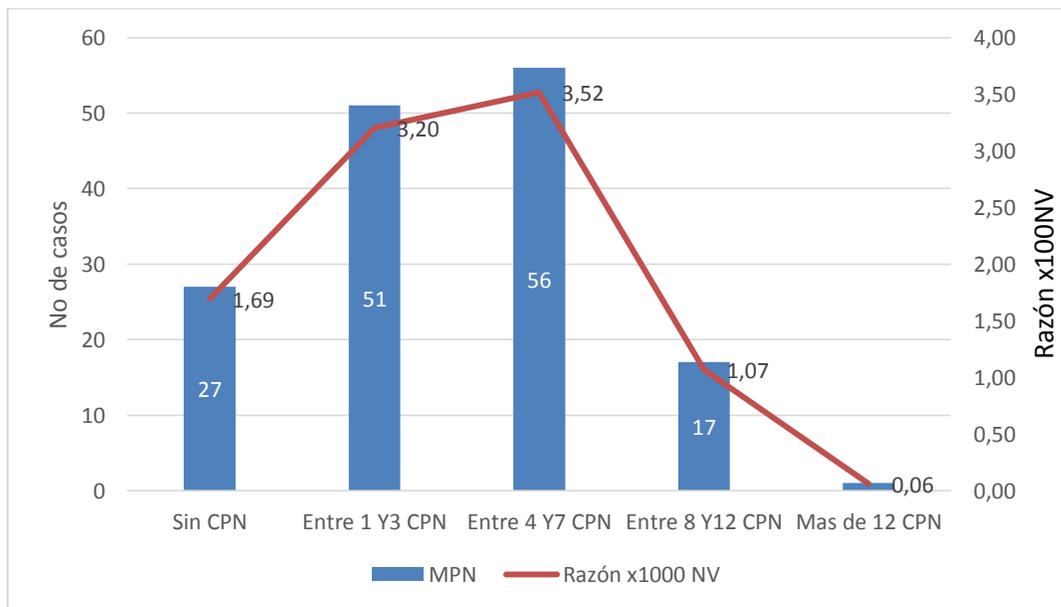
Figura 59. Complicaciones del Embarazo Actual Casos de Mortalidad Perinatal, Santiago de Cali Semanas 1 - 24 de 2017 (n=163)



De acuerdo al Número de Controles prenatales, el grupo de las mujeres que recibieron entre 4 y 7 controles prenatales reportaron una razón de 3.52 por cada 1000 nacidos

vivos de mujeres con esa misma condición; seguido del grupo de mujeres que recibieron entre 1 y 3 controles prenatales con una razón de 3.20 muertes por cada mil nacidos vivos de mujeres en la misma circunstancia; en cuanto a las gestantes que no accedieron a ningún Control Prenatal reportó una razón de 1.7 muertes por cada 1000 nacidos vivos; y la razón más baja la reportan las mujeres que recibieron entre 8 y 12 controles y más de 12 controles prenatales, con razones 1.07y 0.06 muertes respectivamente por cada 1000 nacidos vivos.

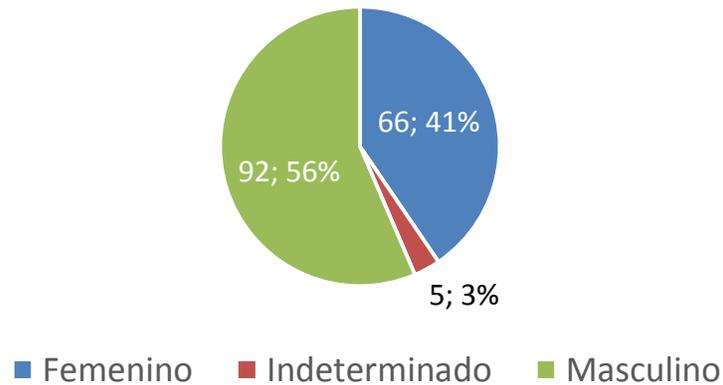
Figura 60. Razón de Mortalidad Perinatal por Número de controles Prenatales, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24(n=163)



Caracterización de los casos de mortalidad perinatal

El 56,4% (n=92) de los casos de mortalidad perinatal son del género masculino y un 40,5% (n=66) femeninos y un 3.1% (n=5) de los casos son indeterminados.

Figura 61. Porcentaje de casos de mortalidad perinatal por genero del producto, Valle, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24(n=163).



Periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES

En lo observado en la Matriz BABIES Periodos perinatales de riesgo, en el Municipio las muertes perinatales institucionales en el periodo se dan por determinantes como es la salud materna (59,5%) y el cuidado prenatal (17,8 %), el mayor número de casos presenta peso inferior a los 1000 gr.(n=77)

Tabla 60. Periodos Perinatales de Riesgo-Matriz BABIES, Santiago de Cali, Semana 1 a 24 de 2017.

Rango peso	Anteparto (Fetales =>>22 semanas de gestación)	Intraparto	Neonatal temprana		Neonatal tardía	Total Muertes por peso	Nacidos Vivos	Total nacidos vivos y muertos	Tasa MPN Especifica
			Muertes ocurridas en < de 24 horas después del nacimiento	Muertes entre el día 1 al 6 después del nacimiento					
<500	15	3	1	4	2	25	12	37	2083,3
500-999 gr	27	6	1	13	5	52	96	148	541,7
1000 a 1499 gr	13	0	1	4	2	20	173	193	115,6
1500 a 2499 gr	12	7	1	7	6	33	1360	1393	24,3

2500 a 3999 gr	16	2	1	4	3	26	13724	13750	1,9
4000 o más gr	1	1	2	1	2	7	566	573	12,4
Total general	84	19	7	33	20	163	15931	16094	10,2

Fuente SIVIGILA Ruaf Nv 2016 corte 18042017 n=34105

Tabla 61. Aspectos de la Salud perinatal, BABIES Institucionales, Santiago de Cali, Semana 1 a 24 de 2017.

		No	%
Salud Materna		97	59,5
Cuidados Prenatales		29	17,8
Atención del parto		10	6,1
Atención del recién nacido		16	9,8
Atención del Neonato AIEPI		11	6,7
TOTAL		163	100,0

En el municipio de Santiago de Cali, la razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía en lo transcurrido del año 2017, más específicamente a las semana 24 es de 10,2 muertes por cada 1000 Nacidos Vivos, la cual es representa una disminución en relación a la tasa de presentada en el año 2016, donde la razón termino en 12.2 muertes por cada mil nacidos vivos

Al alimentar la Matriz de Periodos Perinatales de riesgo, encontramos que la razón de mortalidad perinatal Especifica más alta se encuentra en los grupos de peso inferior a mil gramos con una Razón de 712 muertes por cada mil nacidos vivos, le sigue el grupo de peso entre 1000 a 1499 gramos con una razón de 115 muertes por cada mil nacidos vivos, entre otros.

Mortalidad Perinatal según localización geográfica

En la Figura 2 puede observarse que el 45.4% de las comunas de Cali presentaron razones de morbilidad materna extrema por encima de 10 casos por cada 1000 nacidos vivos, sobresaliendo la comuna 2 con una razón de 17.48 y la comuna 9 con una razón de 17.2 casos por cada 1000 nacidos vivos.

Figura 62. Razón de Mortalidad Perinatal por Comunas, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24(n=163)

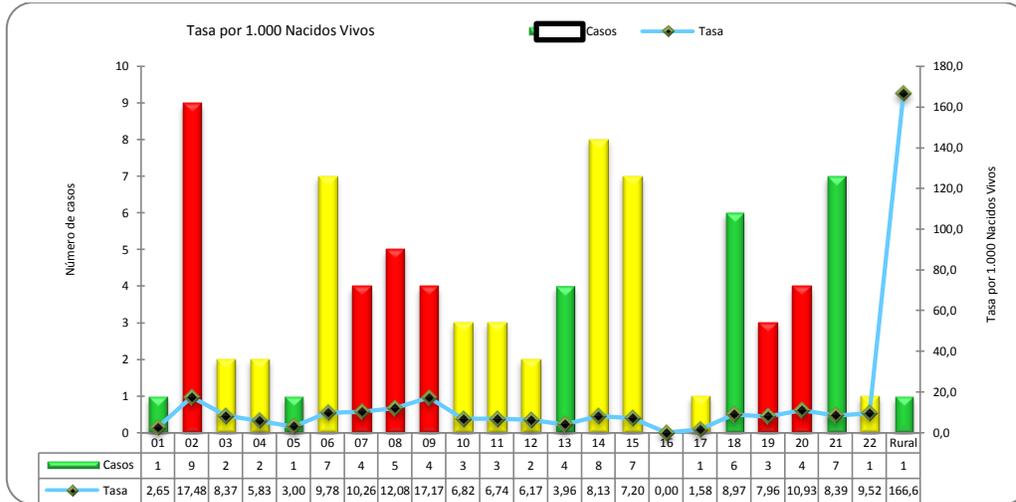


Figura 63. Razón de Mortalidad Perinatal por Comunas, Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 24(n=163)

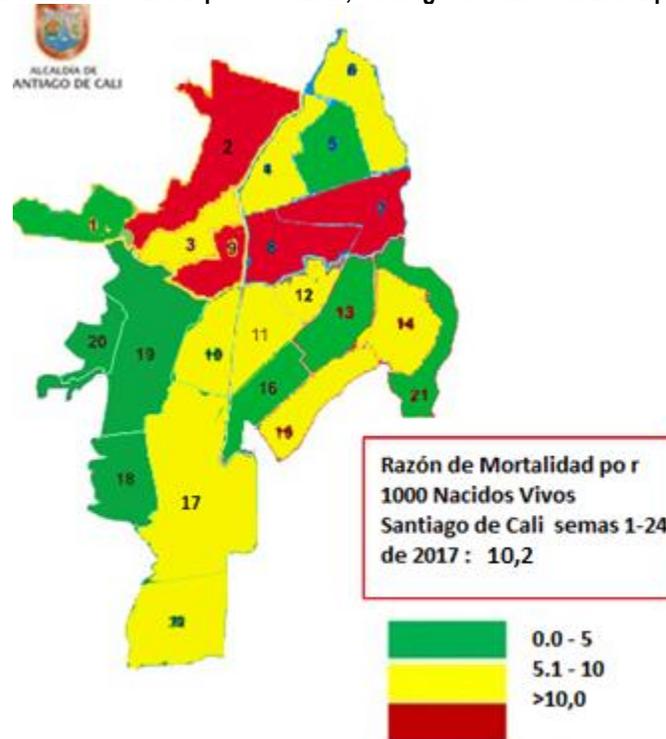


Tabla 62. Distribución de la Notificación Muertes Perinatales y Tardía Según IPS o UPGD, Santiago de Cali semanas 1 -20 de 2017 (n=140).

UPGD	CASOS NOTIFICADOS	%
FUNDACION VALLE DEL LILI	31	19,0
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	30	18,4
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	18	11,0
CLINICA VERSALLES SA	17	10,4
CLINICA FARALLONES S A	13	8,0
CENTRO MEDICO IMBANACO	11	6,7
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	10	6,1
CLINICA COMFENALCO	9	5,5
CLINICA DE OCCIDENTE SA	7	4,3
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	7	4,3
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	3	1,8
CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	2	1,2
COSMITET LTDA CLINICA REY DAVID	2	1,2
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	2	1,2
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	1	0,6
Total general	163	100

Concordancia de la Mortalidad Perinatal SIVIGILA-Ruaf- Santiago de Cali

Realizando correlación con los casos notificados por RUAF, se encontró un porcentaje de concordancia RUAF-SIVIGILA del 91,06%, con una diferencia de 16 que no fueron reportados en el SIVIGILA.

Indicadores de Mortalidad Perinatal y Tardía.

Tabla 63. Razón de Muerte Perinatal y Neonatal tardía, Santiago de Cali semanas 1 -20 de 2017 (n=163).

Indicador	Numerador	Denominador	Coeficiente	Valor Indicador a Periodo VI	2016
Razón de muerte perinatal y neonatal tardía (además se debe desagregar este indicador en mortalidad perinatal, fetales, neonatal temprana y tardía)	número de casos de muerte perinatal y neonatal tardía en un periodo de tiempo	total de nacidos vivos en el mismo periodo de tiempo	1000		
Fetales	84	15931	1000	0.53	
Perinatales	19	15931	1000	0.12	
Neonatal temprana	40	15931	1000	0.04	
Neonatal tardía	20	15931	1000	0.13	
Razón	163	15931	1000	10,2	12,2

Tabla 64. Correspondencia entre la Notificación Obligatoria Semanal Sivigila y Estadísticas Vitales Santiago de Cali semanas 1 -20 de 2017

Indicador	Numerador	Denominador	Coeficiente	Valor Indicador a Periodo VI	2016
Correspondencia entre la notificación obligatoria semanal Sivigila y estadísticas vitales	Identificar los casos de muertes perinatales y neonatales tardías que aparecen tanto en RUAF como en SIVIGILA	Total de casos cargados en RUAF	100		
	163	179	100	91.6	

Conclusiones y recomendaciones

- Se observa una disminución en la razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía con respecto al año previo.
- Un alto número de casos de muertes perinatales en el periodo se dan por determinantes como es la salud materna y el cuidado prenatal, el mayor número de casos presenta peso inferior a los 1000 gr
- se encontró un porcentaje de concordancia RUAF-SIVIGILA del 91,06%
- Alta concordancia de los casos notificados en el SIVIGILA, frente al RUAF.
- Continuar con las Asistencia técnica y la capacitación a los responsables de la vigilancia den las diferentes UPGD del municipio en el protocolo y los lineamientos para la vigilancia de Mortalidad perinatal
- Garantizar el seguimiento oportuno de los casos reportados.

3. Seguridad Alimentaria y Nutricional

3.1. Bajo peso al nacer a termino

Introducción

Desde el año 2012 por lineamiento del INS se incluyó como evento de interés en salud pública al SIVIGILA el denominado Bajo peso al nacer a término, el cual incluye todo recién nacido con 37 semanas de gestación o más y un peso al nacer inferior a 2500 gramos, esto con el fin de contribuir a disminuir la carga de esta condición en la salud infantil.

Objetivos

- Monitorear el comportamiento del bajo peso al nacer a fin de establecer su tendencia como evento trazador del estado nutricional y de salud de los nacidos vivos residentes en el municipio de Cali,
- Evaluar el cambio de peso de los recién nacidos que cumplen criterios para investigación de campo de casos priorizados.

Metodología

Las fuentes principales de información son el certificado de nacido vivo del sistema de estadísticas vitales del DANE y el SIVIGILA ficha 110. Se realiza cruce de información para evaluar la correlación entre ambos sistemas. Se priorizan por criterios de madre

adolescente o sin seguridad social las investigaciones de campo a realizar, en estas se identifica el está actual del menor y se brinda educación en casa a la madre y cuidadores sobre lactancia materna, asepsia entre otros.

Resultados

A la **semana epidemiológica 24** del año 2017 en Cali se han notificado 492 casos de BPNT de los cuales **384** casos son residentes en el municipio, el 60% se acumula en las EAPB EMSSANAR, CAFESALUD y SOS.

El mayor pico epidemiológico ocurrió en el periodo 5. La correlación del SIVIGILA con Estadísticas Vitales fue del 85%, teniendo una meta mayor al 90%, las instituciones que mas notificaron casos fueron Hospital Universitario del Valle, Clinica Versalles y Hospital San Juan de Dios.

Figura 64. Casos de bajo peso al nacer a término Cali año 2016

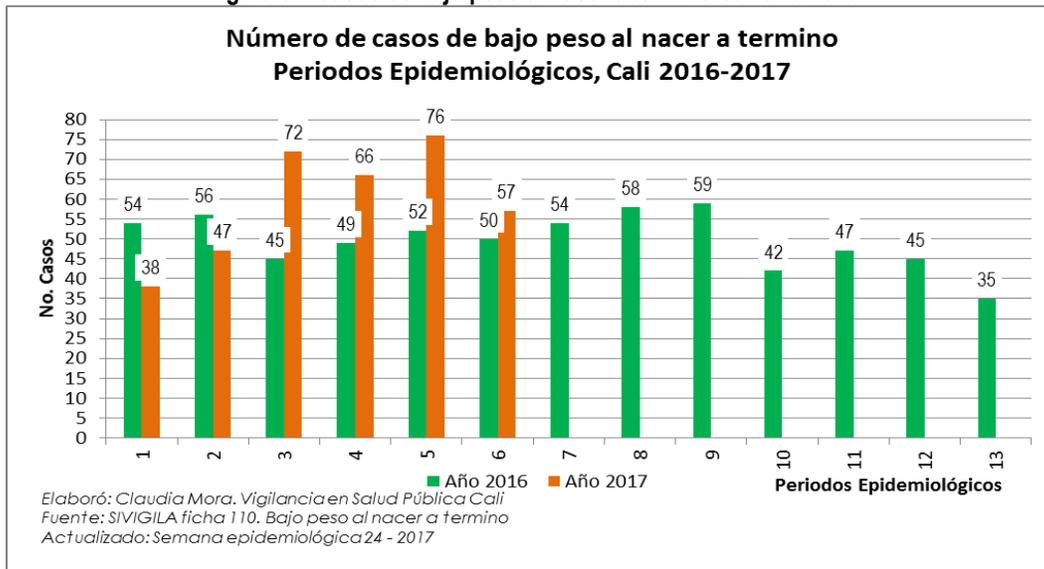


Tabla 65. Correlación BPN a término SIVILA-RUAF. Cali 2017

Fuente	No. Casos	Correlación
SIVIGILA	492	85
RUAF- DANE Estadística Vitales	582	

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga Grupo Vigilancia en Salud Pública

Fuente: SIVIGILA 110. Semana epidemiológica 24 año 2017

Tabla 66. Correlación BPN a término SIVILA-RUAF. Cali 2017

Nombre asegurador	Regimen	No. Casos	%
S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	Subsidiado	96	25,0
COMFENALCO VALLE E.P.S.	Contributivo	64	16,7
COOSALUD ESS EPS-S	Subsidiado	29	7,6
COOMEVA E.P.S. S.A.	Contributivo	28	7,3
SURA E.P.S	Contributivo	27	7,0
CAFESALUD E.P.S. S.A.	Subsidiado	16	4,2
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	Contributivo	16	4,2
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD E	Subsidiado	14	3,6
Sin aseguramiento		14	3,6
CAPITAL SALUD EPSS S.A.S.	Contributivo	13	3,4
SANITAS E.P.S. S.A.	Contributivo	12	3,1
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	Contributivo	8	2,1
POLICIA NACIONAL	Especial	6	1,6
CAFESALUD SUBSIDIADO	Subsidiado	5	1,3
AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	Subsidiado	5	1,3
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	Contributivo	5	1,3
Otras EAPB		26	6,8
TOTAL		384	100,0

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga Grupo Vigilancia en Salud Pública

Fuente: SIVIGILA 110. Semana epidemiológica 24

Tabla 67. Distribución de casos de bajo peso al nacer a termino según UPGD. Cali 2017

Nombre de la UPGD	No. Casos	%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	90	23,4
CLINICA VERSALLES SA	62	16,1
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	43	11,2
CLINICA COMFENALCO	29	7,6
CLINICA FARALLONES S A	28	7,3
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	19	4,9
FUNDACION VALLE DEL LILI	19	4,9
CLINICA DE OCCIDENTE SA	15	3,9
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	14	3,6
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	13	3,4
CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	12	3,1
CENTRO MEDICO IMBANACO	8	2,1
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	8	2,1
CLINICA REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA - POLICI	5	1,3
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	5	1,3
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	4	1,0
CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	3	0,8
COSMITET LTDA CLINICA REY DAVID	3	0,8
CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE -ESE ORIENTE	1	0,3
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	1	0,3
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	1	0,3
SINERGIA COOMEVA TEQUENDAMA	1	0,3
Total	384	100,0

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga Grupo Vigilancia en Salud Pública

Fuente: SIVIGILA 110. Semana epidemiológica 24

Tabla 68. Distribución de casos de bajo peso al nacer a termino según Comuna o Corregimiento. Cali 2017.

Localidad	No. Casos	%
1	15	3,9
2	3	0,8
3	13	3,4
4	3	0,8
5	5	1,3
6	13	3,4
7	8	2,1
8	12	3,1
9	7	1,8
10	18	4,7
11	14	3,6
12	5	1,3
13	27	7,0
14	31	8,1
15	30	7,8
16	10	2,6
17	19	4,9
18	22	5,7
19	9	2,3
20	17	4,4
21	28	7,3
22	0	0,0
El hormiguero	1	0,3
Sin dato	74	19,3
Total	384	100

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga Grupo Vigilancia en Salud Pública
Fuente: SIVIGILA 110. Semana epidemiológica 24

Con respecto a las características de la madre se encontró que el 70% de los casos ocurren en mujeres de 15 a 29 años, es decir, muy jóvenes, en cuanto al tipo de régimen de seguridad el 50% son contributivo y el 40% no subsidiado, un 8.3% es población pobre no asegurada. En cuanto a la etnia el 85% son mestizos y el 7.8% son afrodescendientes.

Tabla 69. Distribución de casos de BPN a termino según Edad de madre. Cali 2017.

Edad de la madre	Total	%
10-14	2	0,5
15-19	81	21,1
20-24	98	25,5
25-29	91	23,7
34-35	55	14,3
35-39	43	11,2
40-44	13	3,4
45 y más	1	0,3
Total general	384	100,0

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga Grupo Vigilancia en Salud Pública
Fuente: SIVIGILA 110. Semana epidemiológica 24 de 2017

Tabla 70. Distribución de casos de BPN a termino según tipo de seguridad social. Cali 2017.

Tipo de regimen	No. Casos	%
Contributivo	191	49,7%
Subsidiado	154	40,1%
Indigena	0	0,0%
Especial	7	1,8%
PPNA	32	8,3%
Total	384	1,0

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga Grupo Vigilancia en Salud Pública

Fuente: SIVIGILA 110. Semana epidemiológica 24

Tabla 71. Distribución de casos de BPN a termino según tipo de etnia de la madre. Cali 2017.

Tipo de etnia	No. Casos	%
Mestizo	328	85,4%
Afrodescendiente	30	7,8%
Indigena	3	0,8%
Raizal	0	0,0%
Rom, gitano	1	0,3%
Sin dato	22	5,7%
Total	384	100%

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga Grupo Vigilancia en Salud Pública

Fuente: SIVIGILA 110. Semana epidemiológica 24

Tabla 72. Indicadores vigilancia nutricional

No.	Nombre indicador	Valor Indicador	Descripción Cálculo	Meta 2016
1.	Porcentaje de bajo peso al nacer a termino	2,3	No. casos de bajo peso al nacer a termino / Nacidos Vivos *100. (384/16741*100)	<3%
3.	Porcentaje de correlación RUAF- SIVIGILA	84,5%	No. Casos de bajo peso al nacer a termino notificados en el SIVIGILA / No. Casos de bajo peso al nacer a termino notificados en el RUAF *100 (492/582*100)	>85%
4.	Porcentaje de investigaciones de campo realizadas	4,2	No. De visitas de investigacion de campo realizadas / No. De casos de bajo peso al nacer a termino residentes en Cali *100 (16/384*100)	>10%

Fuente: SIVIGILA ficha 110. Bajo peso al nacer a termino - sem. 24 de 2017. Nacimientos RUAF-ND DANE.

Acciones desarrolladas:

- Realización de dieciseis (16) Investigaciones de Campo a casos priorizados para el fortalecimiento de prácticas en salud, verificación de ganancia de peso, lactancia materna, entre otros.

- Monitoreo permanente de la correlación entre el Sistema de Estadísticas Vitales RUAF y SIVIGILA, requerimientos a las UPGD que no tienen casos pendientes
- Correlación permanente a los sistemas RUAF-ND y SIVIGILA.

Conclusiones

Se concluye que Cali ha logrado disminuir la tasa de bajo peso al nacer a 2.3 casos por cada 1000 nacidos vivos, ubicándose por debajo de la meta de 4.6 a nivel nacional.

Se identificó contrario a lo que se ha documentado en la literatura que el bajo peso al nacer a término ocurre en madres de 20 a 29 años, mientras que lo que se ha afirmado es que el bajo peso aparece en menores de edad y mujeres mayores de 40 años, Cali tiene un comportamiento distinto.

Recomendaciones

Sostener las acciones desarrolladas para continuar con la disminución del indicador municipal

Fortalecer las estrategias de educación para la lactancia materna exclusiva

Eliminar barreras administrativas para acceder a los servicios de salud y especialista para la detección de comorbilidades que pueden estar presente y que el bajo peso es un signo clínico.

3.2. Desnutrición Aguda en menor de 5 años

Introducción

A partir del año 2016 el Instituto Nacional de Salud (INS) incluyó en el SIVIGILA la vigilancia de la morbilidad con el evento **Desnutrición aguda moderada y severa en menor de 5 años**, a la [semana epidemiológica 52 de 2016](#) se han notificado un total de [485 casos de niños](#) residentes en el municipio. El 50.9% corresponde a casos de desnutrición aguda moderada; el 21.4% a desnutrición severa y un 27.6% corresponde a casos que están en riesgo de desnutrición.

La puesta en marcha de este evento viene acompañado de nueva normativa en el país como la resolución 5406 de 2015 que da lineamiento para el manejo y tratamiento, la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud por medio del cual se adoptan los patrones antropométricos para el menor de 5 años.

Objetivos

- Describir el comportamiento de la desnutrición aguda en menores de cinco años en el municipio de Santiago de Cali
- Identificar niños menores de cinco años a riesgo de muerte por desnutrición y generar la canalización a los servicios de salud
- Promover la articulación intersectorial en acciones de seguridad alimentaria y nutricional

Metodología

La principal fuente de información del evento son los RIPS, programa de crecimiento y desarrollo y el SIVIGILA ficha 113, el monitoreo constante permitiendo depurar casos que no cumplen definición a través de monitoreo del SIVIGILA y comparando con historia clínica.

Se ha logrado la articulación y flujos de información con el ICBF y las EAPB.

Resultados

A partir del año 2016 el INS incluyó en el SIVIGILA la vigilancia de la morbilidad por desnutrición aguda moderada y severa en menor de 5 años.

En el año 2017 a corte de la *semana epidemiológica 24 de 2017* se han notificado un total de **219 casos de niños** residentes en el municipio. El 89.5% corresponde a casos de desnutrición aguda moderada; el 51% de los casos son de sexo femenino; el 89% de los menores cuentan con aseguramiento a salud. En el grupo de desnutrición severa se ve afectado en mayor proporción los menores de sexo masculino (70%).

El signo clínico más frecuente en los pacientes con desnutrición es delgadez (50%) seguido de palidez (19%), el nivel de escolaridad más frecuente es secundaria (56.2%) y primaria (28.3%)

Tabla 73. Distribución de casos residentes Cali, tipo desnutrición.

Tipo de caso	No. Casos	%
Riesgo de Desnutrición	126	28%
Desnutrición Aguda Moderada	157	35%
Desnutrición Aguda Severa	62	14%
Inconsistencia - en revisión de HC	98	22%
Total	443	100%

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga

Fuente: SIVIGILA 113. Semana 24 de 2017

Figura 65. Desnutrición Aguda en menor de 5 años. Cali – 2017

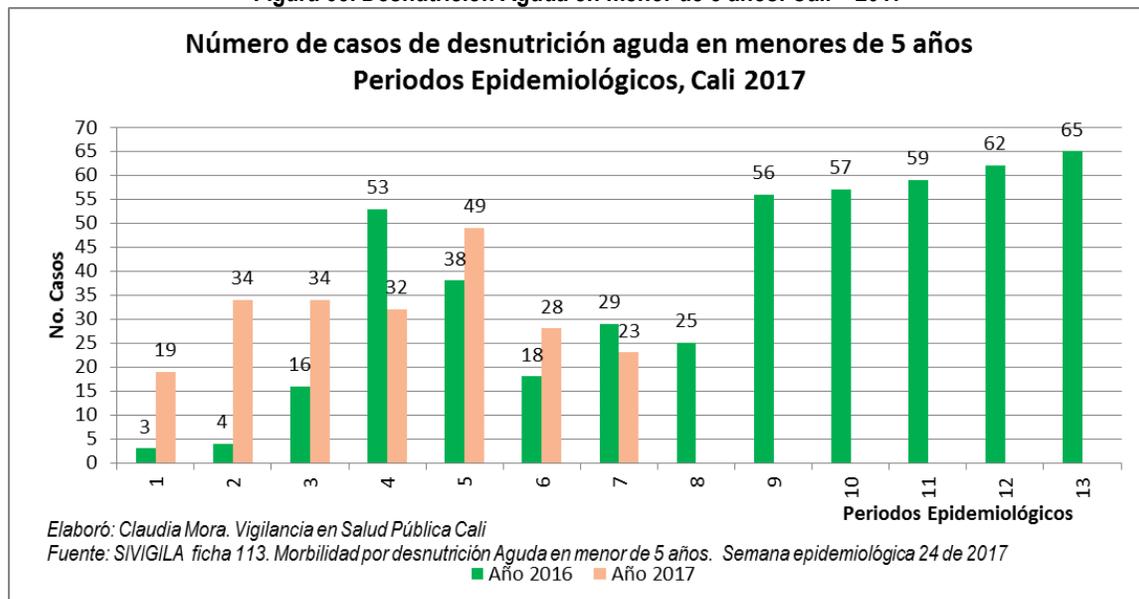


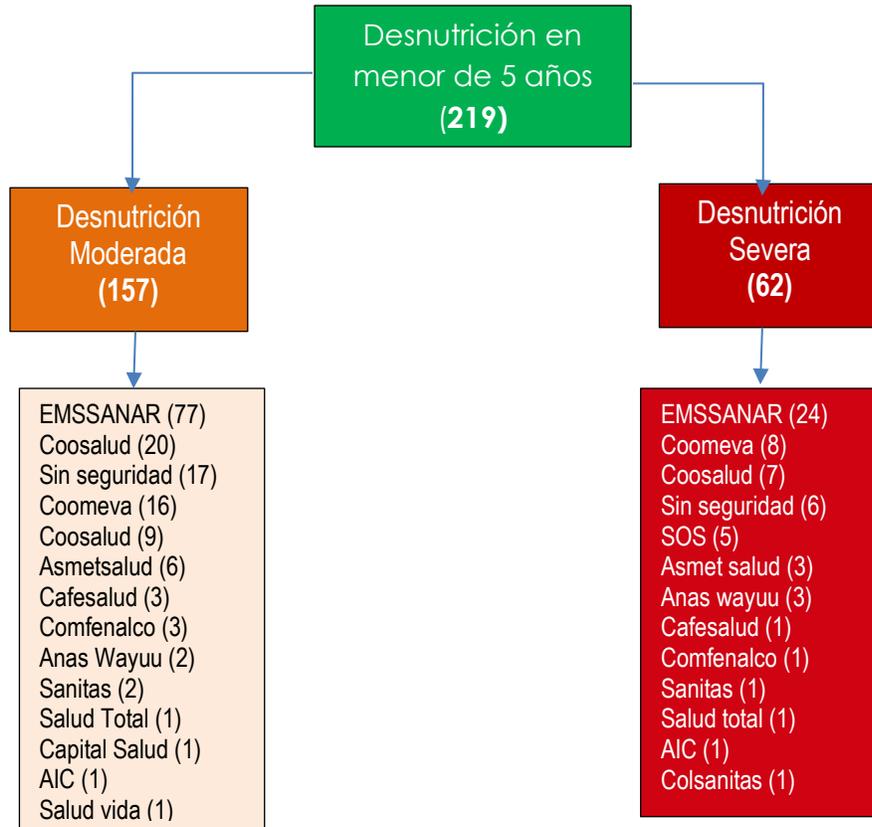
Tabla 74. Distribución de casos de desnutrición según sexo

Sexo	TIPO DE DESNUTRICIÓN			Total
	Riesgo	Moderada	Severa	
Femenino	64	67	30	161
Masculino	62	90	32	184
Total	126	157	62	345
%	36,5	45,5	18,0	100,0

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga

Fuente: SIVIGILA 113. Semana 24 de 2017

Figura 66. Distribución casos de desnutrición aguda por EAPB. Cali 2017



Elaboró: Claudia Mora. Epidemióloga Grupo Vigilancia en Salud Pública
 Fuente: SIVIGILA ficha 113 Cali año 2017

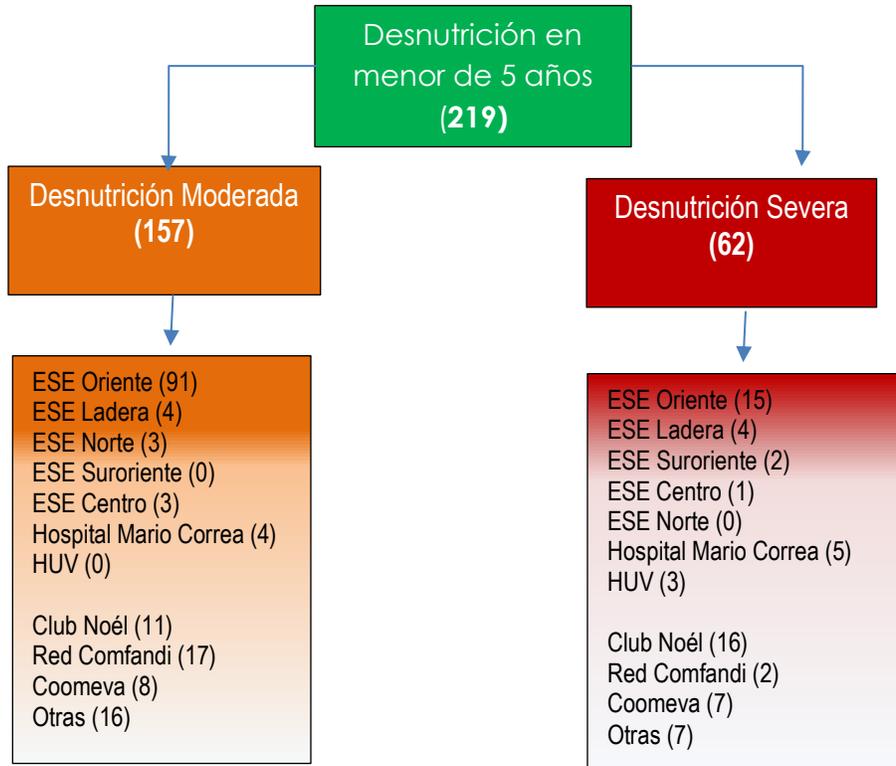
Tabla 76. Distribución de casos de desnutrición según UPGD y Severidad. Cali 2016

Nombre Unidad Primaria Generadora de Datos	Moderada	Severa	Total	%
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	31	3	34	15,53
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	11	16	27	12,33
CENTRO DE SALUD MARROQUIN - ESE ORIENTE	15	2	17	7,76
CENTRO DE SALUD EL VALLADO - ESE ORIENTE	10	4	14	6,39
CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE -ESE ORIENTE	12	1	13	5,94
CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRAN - ESE ORIENTE	10	2	12	5,48
SINERGIA COOMEVA TEQUENDAMA	7	4	11	5,02
CENTRO DE SALUD DECEPAZ - ESE ORIENTE	9	2	11	5,02
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	4	5	9	4,11
COMFANDI IPS - SAN NICOLAS	7	1	8	3,65
FUNDACION VALLE DEL LILI	2	3	5	2,28
FUNDACION DE ESPECIALISTAS DEL EDIFICIO COOMEVA N	1	3	4	1,83
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	0	3	3	1,37
CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	1	2	3	1,37
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	2	1	3	1,37
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	0	2	2	0,91
CLINICA VERSALLES SA	1	1	2	0,91
SALUD CENTRO-CS LUIS H GARCES	1	1	2	0,91
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS LOURDES	0	1	1	0,46
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	0	1	1	0,46
Demás UPGD	33	4	37	16,89
TOTAL	157	62	219	100,00

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga

Fuente: SIVIGILA 113. Semana 24 de 2017

Tabla 77. Desnutrición Aguda en menor de 5 años por Red prestadora. Cali – 2016



Elaboró: Claudia Mora. Epidemióloga Grupo Vigilancia en Salud Pública
 Fuente: SIVIGILA ficha 113 Cali año 2017

Tabla 78. Distribución de casos de Desnutrición Aguda en menor de 5 años por Comuna y grado de severidad.
Cali año 2017

Comuna	Nivel de desnutrición aguda		Total	%	NV*	a DNT agud
	Moderado	Severo				
1	2	1	3	1,4	636	4,7
2	0	1	1	0,5	938	1,1
3			0	0,0	532	0,0
4	0	0	0	0,0	720	0,0
5	2	0	2	0,9	769	2,6
6	7	4	11	5,0	1756	6,3
7	3	0	3	1,4	910	3,3
8	0	0	0	0,0	1063	0,0
9	0	0	0	0,0	563	0,0
10	1	1	2	0,9	1062	1,9
11	1	1	2	0,9	1064	1,9
12	3	0	3	1,4	791	3,8
13	21	3	24	11,0	2262	10,6
14	30	6	36	16,4	2389	15,1
15	22	7	29	13,2	2314	12,5
16	0	1	1	0,5	1261	0,8
17	0	1	1	0,5	1524	0,7
18	1	1	2	0,9	1406	1,4
19	0	0	0	0,0	936	0,0
20	3	0	3	1,4	838	3,6
21	26	4	30	13,7	1918	15,6
22	0	0	0	0,0	99	0,0
Rural	1		1			
Sin dato	34	31	65	29,7		
Total	157	62	219	100,0	26720	8,2

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga

Fuente: SIVIGILA 113. Semana 26 de 2017

* NV: nacidos vivos. DANE, cifras preliminares 2016

** Tasa de desnutrición aguda incluye moderado y severo por cada 1000 nacidos vivos

Tabla. 79. Etnia de los casos de desnutrición

Sexo	TIPO DE DESNUTRICIÓN			%
	Moderada	Severa	Total	
Indígena	2	0	2	0,9
Afrodescendiente	21	9	30	13,7
Mestizo	134	53	187	85,4
Total	157	62	219	100
%	45,5	18,0	100,0	

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga

Fuente: SIVIGILA 113. Semana 24 de 2017

Tabla 80. Signos clínicos de la desnutrición

Signos clínicos	Tipo de desnutrición Aguda				Total	
	Moderada		Severa		No. Casos	%
	No. Casos	%	No. Casos	%		
Edema						
Si	0	0	17	27,4	17	7,8
No	157	100%	45	72,6	202	92,2
Delgadez						
Si	80	51%	35	56,5	115	52,5
No	77	49%	27	43,5	104	47,5
Piel reseca						
Si	19	12%	24	38,7	43	19,6
No	138	88%	38	61,3	176	80,4
hiperpigmentación						
Si	8	5%	14	22,6	22	10,0
No	149	95%	48	77,4	197	90,0
Lesiones de cabello						
Si	4	3%	10	16,1	14	6,4
No	153	97%	52	83,9	205	93,6
Palidez						
Si	16	10%	23	37,1	39	17,8
No	141	90%	39	62,9	180	82,2
Total	157	100	62	100	219	100

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga

Fuente: SIVIGILA 113. Semana 24 de 2017

Tabla 81. Escolaridad de la madre

Nivel educativo	TIPO DE DESNUTRICIÓN			
	Moderado	Severo	Total	%
Primaria	50	12	62	28,3
Secundaria	83	40	123	56,2
Tecnico	12	4	16	7,3
Universitario	8	3	11	5,0
Ninguno	4	3	7	3,2
Total	157	62	219	100

Elaboro: Claudia Mora. Epidemióloga

Fuente: SIVIGILA 113. Semana 24 de 2017

Conclusiones

Se concluye que el municipio de Cali tiene una prevalencia de desnutrición aguda alta que requiere del esfuerzo interinstitucional y local.

Se observa que las comunas más afectadas son las de la zona oriente donde predominan los estratos socioeconómicos más bajos y donde los índices de violencia son altos, lo que dificulta avanzar en una pronta solución.

Pese a que existen normas del Ministerio de Salud como la resolución 5406 de 2015 para el manejo de los niños con desnutrición en Cali las instituciones no hacen adherencia a las mismas, poniendo barreras administrativas para acceder al diagnóstico y tratamiento, especialmente las EAPB y es débil el control que hacen los entes de control sobre estos.

Recomendaciones

Incluir en el POS para la atención al niño las fórmulas de recuperación nutricional, suplementos sin barreras administrativas.

Implementar piloto con recursos del gobierno local u ONG programas de recuperación nutricional que favorezcan a niños que puedan ser manejados de manera ambulatoria.

Implementar un plan de capacitación de preparación de alimentos en los territorios más afectados, que sea continuo y gratuito para las madres de familia.

Generar cupos de manera automática y sin tantos trámites a los CDI del ICBF y de la Alcaldía los niños detectados con desnutrición aguda moderada que puedan manejarse ambulatorios.

Programa de seguimiento por parte de la secretaria a los niños con desnutrición sin exclusiones, es decir, tanto para moderados, riesgo y por supuesto severos.

Mayor gestión con organismos gubernamentales y no gubernamentales para el direccionamiento de programas sociales existentes a este grupo de familias.

Mayor exigencia al personal de salud en el cumplimiento a los protocolos de manejo clínico

Fortalecer la relación con las academias para la formación del talento humano en salud con conocimiento en el tema nutricional y puericultura.

4. 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,

Introducción

La infección respiratoria aguda (IRA) son un conjunto de enfermedades infecto-contagiosas producidas por microorganismos virales y bacterianos que afectan las vías respiratorias superiores e inferiores de las personas afectadas. En el mundo, estas enfermedades representan las primeras causas de morbi-mortalidad que requieren de atención médica, tanto de pacientes ambulatorios como hospitalizados, afectando a todos los grupos de edad, especialmente a niños menores de cinco años; adultos de 65 años y más; mujeres embarazadas y personas con algún tipo de inmuno-supresión (Vega et al 2006).

Las manifestaciones clínicas de estas enfermedades varían ampliamente de acuerdo al agente etiológico y su severidad. El periodo de incubación intrínseco de estas enfermedades oscilan en un periodo entre 1 a 15 días. Los síntomas o signos clínicos más comunes son tos, fiebre, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria y algunos síntomas sistémicos como dolor de cabeza, dolores musculares y fatiga (OPS, CDC 2006).

Dado que la infección respiratoria aguda (IRA) representa un riesgo sustancial a la población por su rápida diseminación, la OMS, OPS, el RIS y el Decreto 3518 de 2006 del Ministerio de Salud y la Protección Social en Colombia, se definieron cuatro estrategias para la vigilancia de estas enfermedades: Vigilancia de morbi-mortalidad por IRA en todos los grupos de edad (Ficha 995); vigilancia de IRAG Inusitado (Ficha 348); vigilancia de mortalidad por IRA en menores de cinco años (Ficha 600) y vigilancia centinela ESI-IRAG (Ficha 345).

4.1. Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) (Colectivo) - 995

Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en hospitalización general

Al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, las UPGDs del municipio de Cali notificaron al Sivigila un total de 4872 casos de hospitalizaciones generales por Infección respiratoria aguda grave (IRAG) de 72644 hospitalizaciones por todas las causas (6,70%). Respecto al mismo periodo epidemiológico del año anterior, se notificaron 3239 casos de hospitalizaciones generales de un total de 58123 hospitalizaciones por todas las causas (5,57%). Estas cifras evidencian un aumento del 50,41% (1633 casos), comparado con el mismo periodo epidemiológico del año anterior.

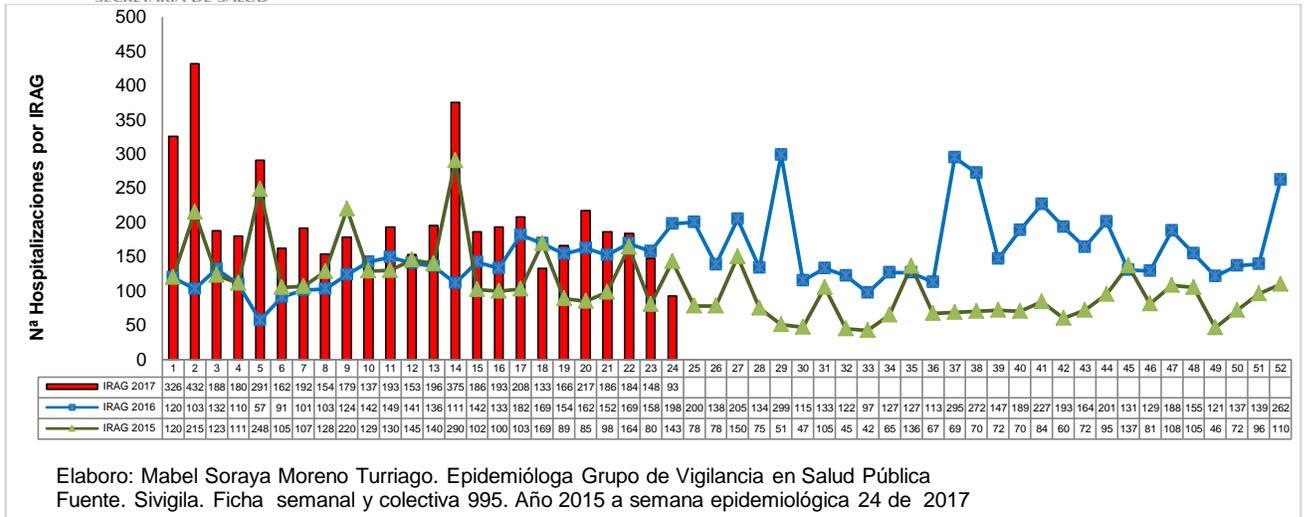


Figura 67. Hospitalización general por IRAG año 2015 a semana epidemiológica 24 de 2017 en el municipio de Santiago de Cali. Fuente. Sivigila - Secretaría de Salud Pública Municipal.

Los grupos etarios con mayor porcentaje de hospitalización general corresponden a los adultos con 60 años y más (31,94%), seguido por el grupo de los niños menores de un año (21,92%). En las semanas epidemiológicas 15, 16 y 17 se presentaron los mayores porcentajes de hospitalización en niños menores de un año; mientras que en la semana epidemiológica 18 se presentó el mayor porcentaje de hospitalización en adultos mayores de 60. Por el contrario, los grupos entre 5 y 59 años presentaron la menor proporción de hospitalizaciones generales por IRAG.

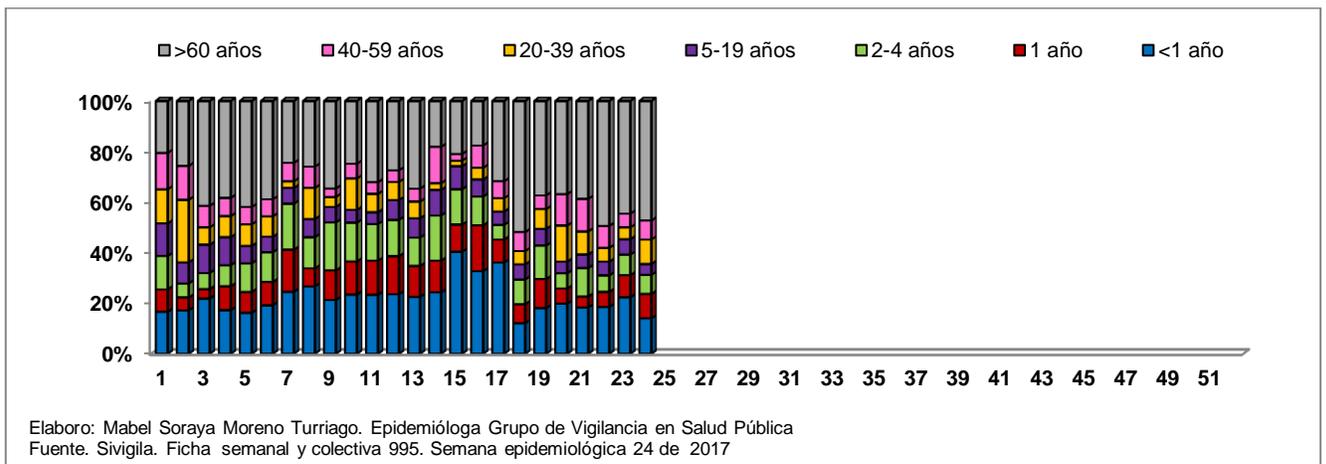




Figura 68. Hospitalización general por IRAG según semana epidemiológica y grupo etario al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila – Secretaría de salud pública municipal.

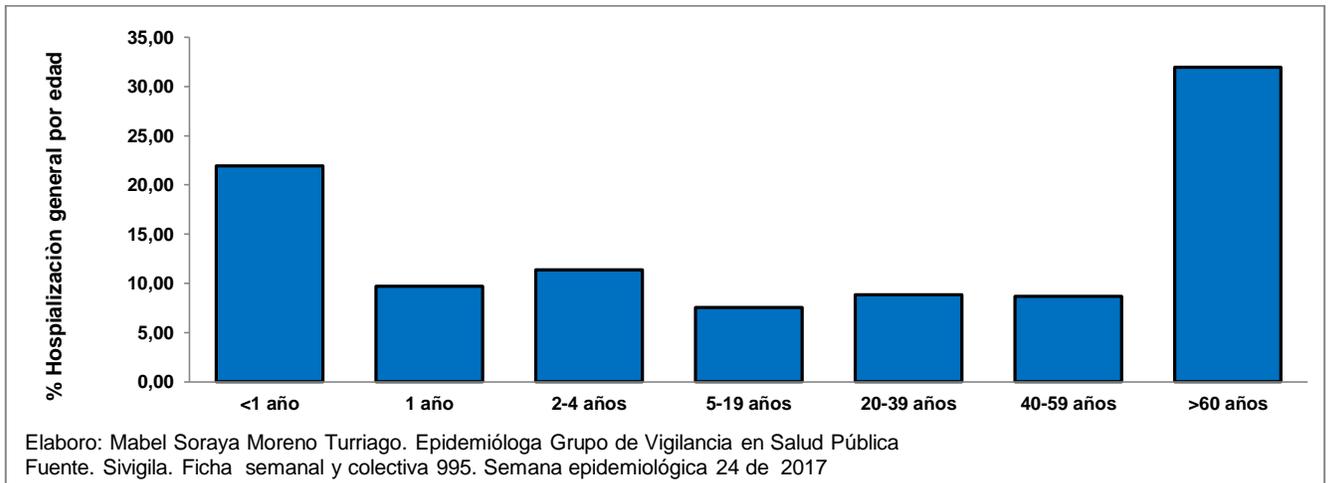


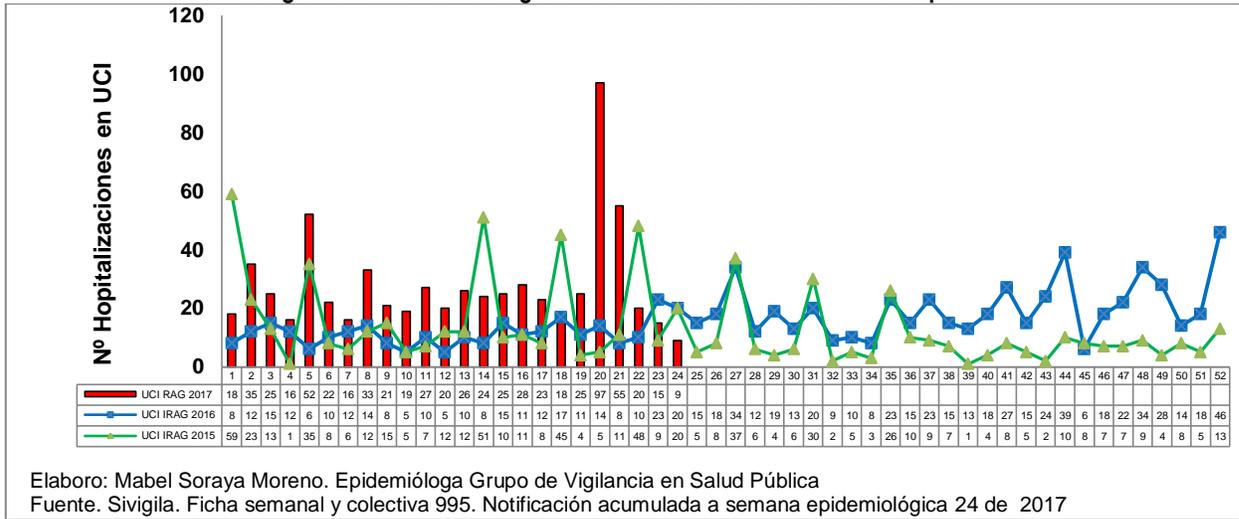
Figura 69. Hospitalización general por IRAG según grupo etario al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila- Secretaría de salud pública municipal.

4.2 Morbilidad por Infección respiratoria aguda grave (IRAG) en UCI

Al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, las UPGDs del municipio de Cali notificaron al Sivigila 669 hospitalizaciones por IRAG en unidad de cuidados intensivos (UCI) de un total de 5725 hospitalizaciones en UCI por todas las causas (11,68%).



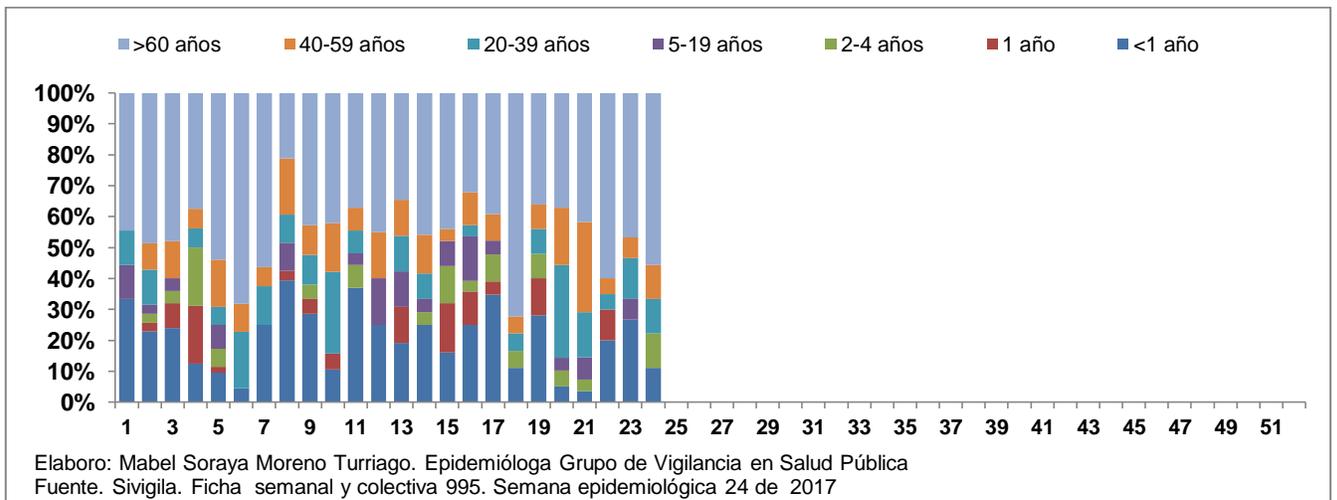
Figura 70. Hospitalización en UCI por IRAG año 2015 a semana epidemiológica 24 de 2017 en el municipio de Santiago de Cali. Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal.



Elaboro: Mabel Soraya Moreno. Epidemióloga Grupo de Vigilancia en Salud Pública
Fuente. Sivigila. Ficha semanal y colectiva 995. Notificación acumulada a semana epidemiológica 24 de 2017

Respecto al año inmediatamente anterior, se notificaron 276 hospitalizaciones en UCI por IRAG respecto a un total de 5031 hospitalizaciones en UCI por todas las causas (5,48%) Estos datos revelan un incremento del 142% respecto al mismo periodo epidemiológico del año anterior (393 casos).

Los grupos etarios con mayor porcentaje de hospitalización por IRAG en UCI corresponden a los adultos mayores de 60 años y más (43,65%), seguido por el grupo de los niños menores de un año de edad (18,39%)



Elaboro: Mabel Soraya Moreno Turriago. Epidemióloga Grupo de Vigilancia en Salud Pública
Fuente. Sivigila. Ficha semanal y colectiva 995. Semana epidemiológica 24 de 2017

Figura 71. Hospitalización en UCI por IRAG según semana epidemiológica y grupo etario al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal.

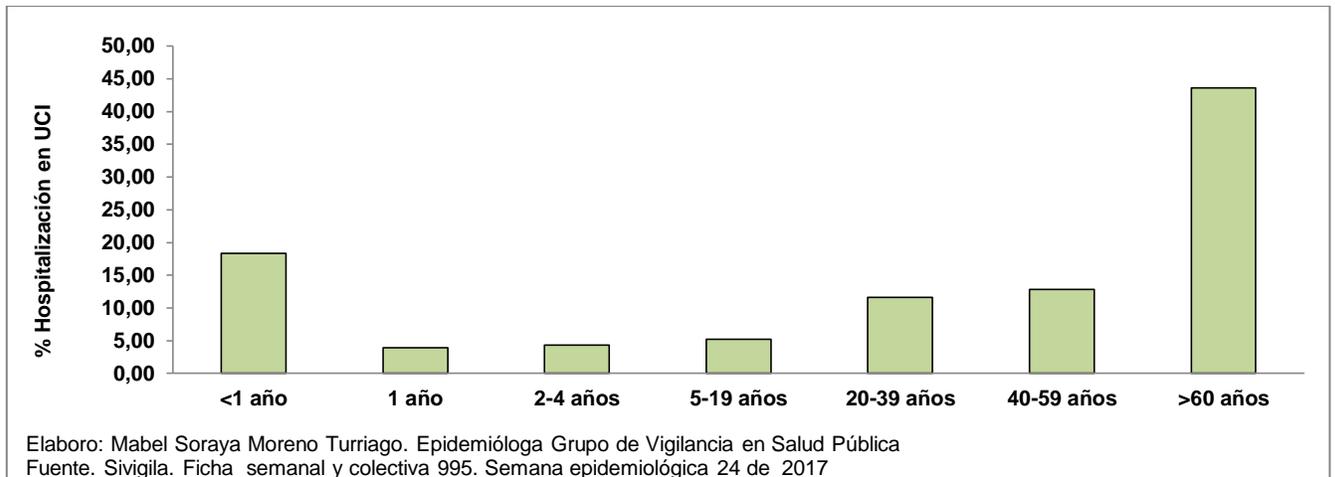


Figura 72. Hospitalización en UCI por IRAG según grupo etario al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila – Secretaría de salud pública municipal.

4.2. Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada (Individual) - 348

Al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, las UPGDs del municipio de Cali notificaron al Sivigila 204 casos sospechosos de Infección respiratoria aguda grave inusitada, de los cuales 102 casos fueron excluidos de la base de datos. De estos 102 casos excluidos, tres registros se eliminaron por ser duplicados, 45 registros por presentar ajuste D o error de digitación y 54 casos porque residían fuera del municipio de Cali. Después de esta primera depuración, los 102 casos restantes fueron incluidos.

De los 102 casos restantes incluidos en la base de datos, se revisaron los criterios de la definición del evento, de acuerdo al protocolo del INS (criterios de inclusión). En esta revisión, 26 casos fueron excluidos porque no cumplen con la definición del evento, quedando 76 casos. De estos 76 casos que cumplen con la definición del protocolo, 17 casos presentaron resultado negativo de laboratorio (ajuste 6). Finalmente, un total de **59 casos** quedaron en la base de datos con ajuste 0, 3 y 7. Sin embargo, para el análisis de la información, se incluyeron los casos con ajuste 6, debido a que un resultado negativo de laboratorio puede ser producto de una baja carga viral al momento de la toma de la muestra; un inadecuado tiempo en la toma de muestra o almacenamiento y embalaje de la misma y aún así pertenecer a un paciente que cumple con todos los criterios de la clínica del evento.

Tabla 82. Casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada según criterios de clasificación del protocolo Nacional. Corte de semana epidemiológica 24 de 2017.

Criterios de clasificación	Nº Casos	%	%Acumulado
Gravedad de paciente en UCI	48	63.15	63.15
Defunción por IRA sin etiología conocida	21	27.63	90.78
<i>Hospitalización General</i>			
- Contacto estrecho de paciente con IRAG	4	5.26	96.04
- Contacto con aves y/o cerdos	0	0.00	96.04
- Trabajador de la salud	2	2.63	98.67



- Viaje Internacional

1

1.31

100

Total

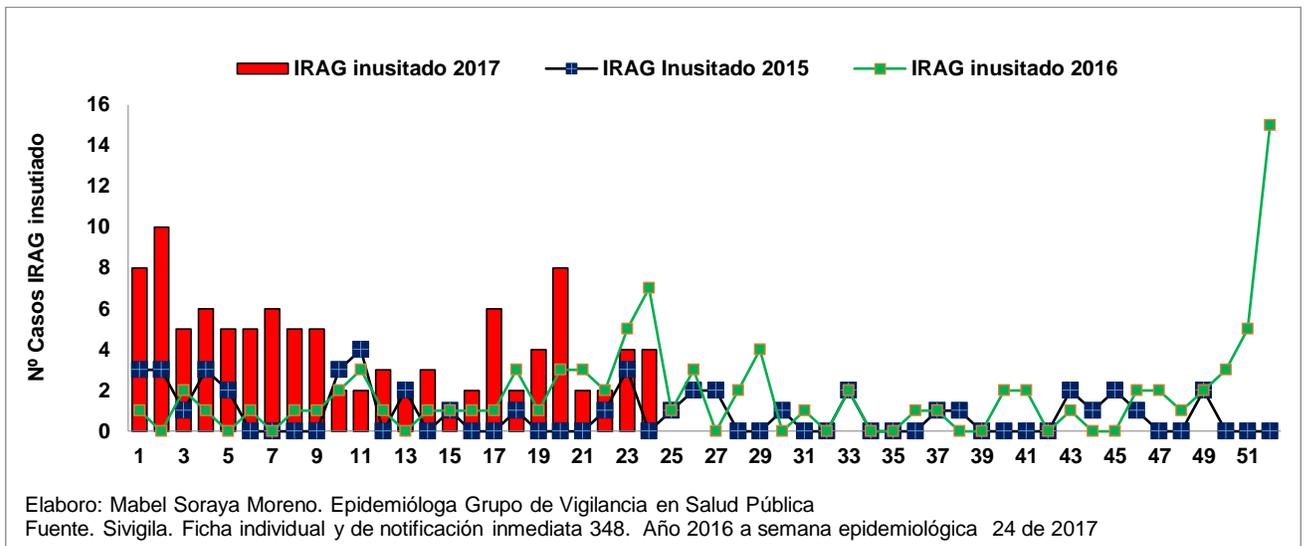
76

100

Fuente: Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, 2017

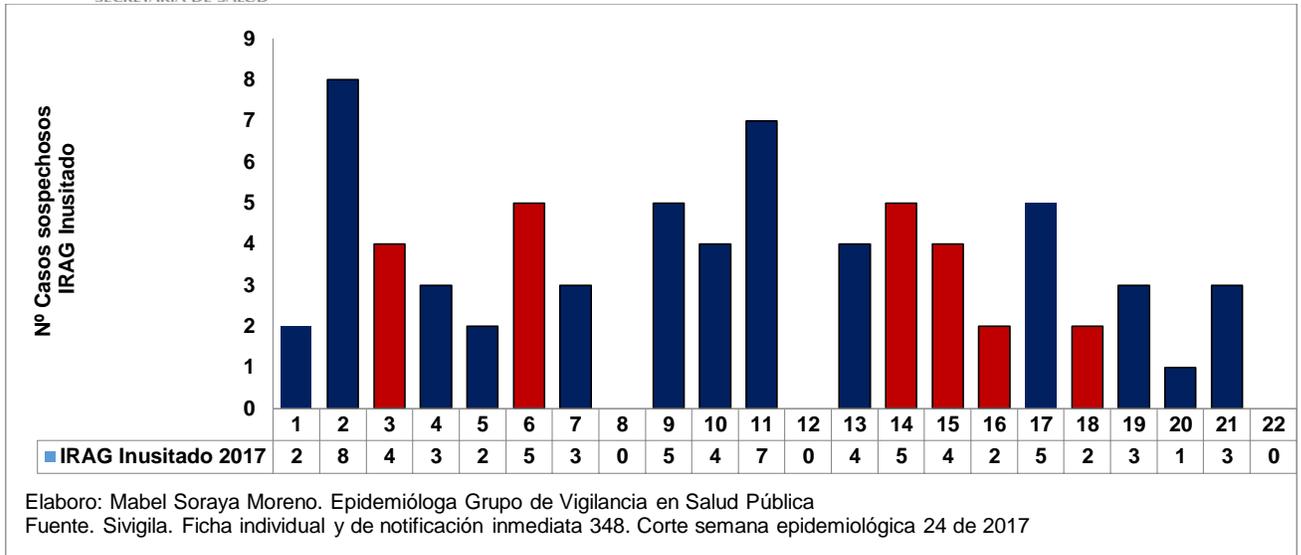
De los 76 casos que cumplen con la definición del evento para el municipio de Santiago de Cali, 17 casos actualmente faltan por realizar el ajuste (22,36%); 19 casos presentan ajuste 3 (25%); 17 casos ajuste 6 (22,36%) y 23 casos con ajuste 7 (9,21%). El promedio de días de notificación fueron 2 días (RIC= 1-6 días).

Figura 74. Número de casos de IRAG inusitado a semana 24 de 2017 en el municipio de Cali. Fuente. Sivigila-Secretaría de Salud Pública Municipal.



Respecto a la distribución geográfica por comuna en los casos sospechosos notificados al Sivigila, las comunas 2 y 11 registraron el mayor número de casos, seguido por las comunas 6, 9, 14 y 17.

Figura 73. Casos sospechosos de IRAG inusitado por comuna a semana epidemiológica 24 de 2017 en el municipio de Cali. Las barras en rojo corresponden a las comunas de las TIO.



Fuente. Sivigila-Secretaría de Salud Pública Municipal.

Tasas de Incidencia de IRAG inusitado por comuna

Respecto a la tasa de incidencia de IRAG inusitado por comuna en el municipio de Cali, se observó que la comuna 9 presentó el mayor riesgo de infección, dado que por cada 100.000 habitantes 11.29 personas se encontraron afectadas por la enfermedad en lo corrido del año 2017.

Tabla 83. Incidencia de IRAG inusitado por comuna en el municipio de Cali a semana 24 de 2017

Comuna	Proyección Población por comuna DANE 2017	Casos 2017	Tasa de Incidencia*100000	%
1	94.335	2	2,12	2,63
2	118.561	8	6,75	10,53
3	46.636	4	8,58	5,26
4	52.740	3	5,69	3,95

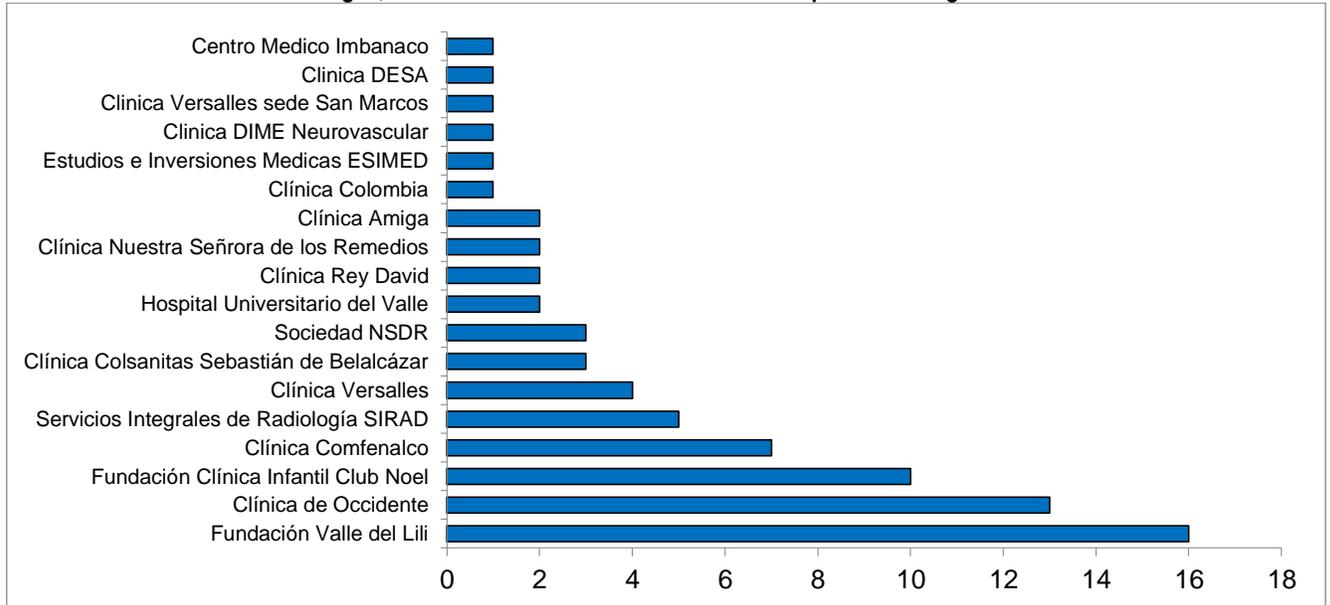
5	113.927	2	1,76	2,63
6	193.214	5	2,59	6,58
7	70.305	3	4,27	3,95
8	102.812	0	0,00	0,00
9	44.303	5	11,29	6,58
10	111.741	4	3,58	5,26
11	108.542	7	6,45	9,21
12	66.545	0	0,00	0,00
13	178.475	4	2,24	5,26
14	176.160	5	2,84	6,58
15	165.492	4	2,42	5,26
16	109.191	2	1,83	2,63
17	146.183	5	3,42	6,58
18	138.999	2	1,44	2,63
19	114.849	3	2,61	3,95
20	70.025	1	1,43	1,32
21	116.148	3	2,58	3,95
22	11.748	0	0,00	0,00
No hay dato	-----	4	-----	5,25
Total		76		100,00

Fuente: Sivigila 2017/ Proyección DANE 2017. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2017, 18 UPGD del municipio de Cali notificaron 76 casos sospechosos de IRAG inusitado (incluyendo los casos con resultado de

laboratorio negativo). El mayor número de casos provienen de la Fundación Valle del Lili (16 - 21,05%); seguido por la Clínica de Occidente (13 – 17,11%); Fundación Clínica Infantil Club Noel (10 - 13,16%) y Clínica Comfenalco (7 – 9,21%)

Figura 74. Casos sospechosos de IRAG inusitado por UPGD del municipio de Cali a semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila, 2017. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.



Comportamiento demográfico y social

El 60,53% de los casos sospechosos de Infección respiratoria aguda grave inusitada en el municipio de Cali pertenecen al sexo femenino. El 64,47% del total de los casos pertenecen al régimen contributivo y en menor porcentaje al régimen subsidiado (26,32%). Respecto al grupo etario, los extremos de la vida son los más vulnerables, siendo los niños menores de un años y los adultos de 70 años y más los grupos poblacionales con el mayor porcentaje de casos de IRAG inusitado (26,32% y 22,37% respectivamente). En cuanto a la pertenencia étnica, la totalidad de las personas sospechosas y notificadas en el evento pertenecen a la categoría de “otros”.

Respecto a algunos síntomas clínicos, el 56,57% de los casos sospechosos de Infección respiratoria aguda grave inusitada presentaron infiltrados alveolares o neumonía y el 22,36% infiltrados intersticiales. Solo el 21% de las personas restantes no encontraron ningún hallazgo en la radiografía de tórax. De acuerdo a estos datos, más de la mitad de las personas notificadas que cumplen con la definición del evento presentaron neumonía,

que sugiere la gravedad de los pacientes y su estancia en la UCI de los servicios de salud.

Tabla 84. Características demográficas y clínicas al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017 en el municipio de Cali.

Variable	Categoría	n	%	% acumulado
Sexo	Femenino	46	60,53	60,53
	Masculino	30	39,47	100,00
Subtotal		76	100,00	
Seguridad Social	Contributivo	49	64,47	64,47
	Subsidiado	20	26,32	90,79
	Excepción	3	3,95	94,74
	No asegurado	2	2,63	97,37
	Especial	1	1,32	98,69
	Indeterminado	1	1,32	100,00
Subtotal		76	100,00	
Grupo de Edad (años)	<1	20	26,32	26,32
	1-5	8	10,53	36,84
	6-10	1	1,32	38,16
	11-15	0	0	38,16
	16-20	0	0	38,16
	21-25	2	2,63	40,79
	26-30	2	2,63	43,42
	31-35	3	3,95	47,37
	36-40	2	2,63	50,00
	41-45	2	2,63	52,63
46-50	7	9,21	61,84	

	51-55	4	5,26	67,11
	56-60	5	6,58	73,68
	61-65	1	1,32	75,00
	66-70	2	2,63	77,63
	>70	7	22,37	100,00
Subtotal		76	100,00	
Pertenencia étnica	Otros	76	100,00	100,00
Subtotal		76	100,00	
Infiltrados alveolares-Neumonía		43	56,57	56,57
Infiltrados Intersticiales		17	22,36	79,03
Ninguno		16	21,05	100,00
Subtotal		76	100,00	

Fuente. Sivigila, 2017. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

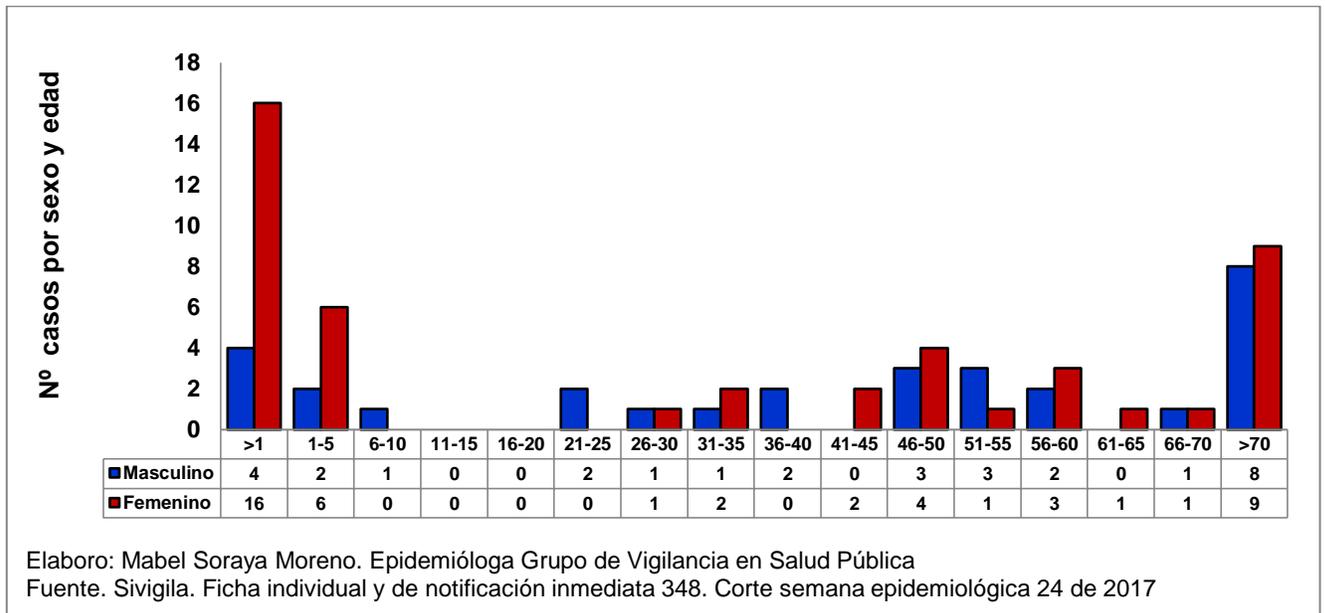




Figura 75. Distribución de casos de IRAG inusitado según edad y sexo en el municipio de Santiago de Cali. Semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila, 2017. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Los casos notificados que cumplen con la definición del evento para la Infección respiratoria aguda grave inusitada en el municipio de Santiago de Cali, pertenecen en su mayoría al régimen subsidiado, especialmente de la aseguradora Emssanar; SOS y EPS Comfenalco. Otros casos notificados pertenecen a las aseguradoras EPS Sura, Coosalud, EPS Coomeva, Nueva EPS y Salud Total, aunque en menor porcentaje. Tres casos que cumplen con la definición del evento no se encuentran afiliados a ninguna aseguradora.

Tabla 85. Número de casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAG inusitada) en el municipio de Cali, al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)				
Código aseguradora	Nombre aseguradora	n	%	
ESS118	Emssanar	14	18,42	
EPS018	SOS	10	13,15	
EPS012	EPS Comfenalco	9	11,82	
EPS010	EPS Sura	6	7,89	
ESS024	Coosalud	5	6,58	
EPS016	EPS Coomeva	4	5,26	
EPS037	Nueva EPS	4	5,26	

EMP023	Colsanitas SA Prepagada	3	3,95
EPS002	Salud Total SA	3	3,95
EPS003	Café Salud	2	2,63
EPS005	EPS Sanitas	2	2,63
RES003	Dirección General Sanidad Militar	2	2,63
EPSC03	Café salud-Subsidiado	1	1,32
EPSS02	Emdisalud	1	1,32
EPSS05	Sanitas SA – Subsidiado	1	1,32
ESS062	ASMET	1	1,32
EPS023	EPS Cruz Blanca	1	1,32
ESSC118	Emssanar – Contributivo	1	1,32
ESSC24	Coosalud	1	1,32
RES001	Dirección de sanidad Policía Nacional	1	1,32
RES004	Fiduprevisora SA	1	1,32
Sin afiliación	-----	3	3,95
Total		76	100,00

Fuente. Sivigila, 2017. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios

De acuerdo a los resultados de laboratorio notificados en el SIVIGILA, al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, las UPGDs del municipio de Santiago de Cali enviaron al Laboratorio de salud pública departamental del Valle del Cauca, 150 muestras para la detección de virus respiratorios. Entre las muestras recibidas y procesadas por el INS, 111 muestras corresponden a pacientes residentes en el municipio de Cali (74%). De



las muestras tomadas de los residentes de Cali, 49 muestras han sido positivas para algún virus respiratorio; 54 muestras han sido negativas y 8 muestras aunque fueron recepcionadas no fueron procesadas.

Entre las muestras con resultado positivo, los virus de Influenza B; Adenovirus; VSR; otros virus; Influenza A y Para-influenza Tipo 3 son los que predominan hasta la fecha en el municipio de Cali. Los virus con menor circulación hasta la fecha son Parainfluenza Tipo 1; Influenza A (H3N2), Metapneumovirus y Coronavirus subtipo 229e. Estos resultados dan parte de tranquilidad de que hasta la fecha no se ha producido la introducción de nuevos virus respiratorios con potencial pandémico al municipio de Santiago de Cali.

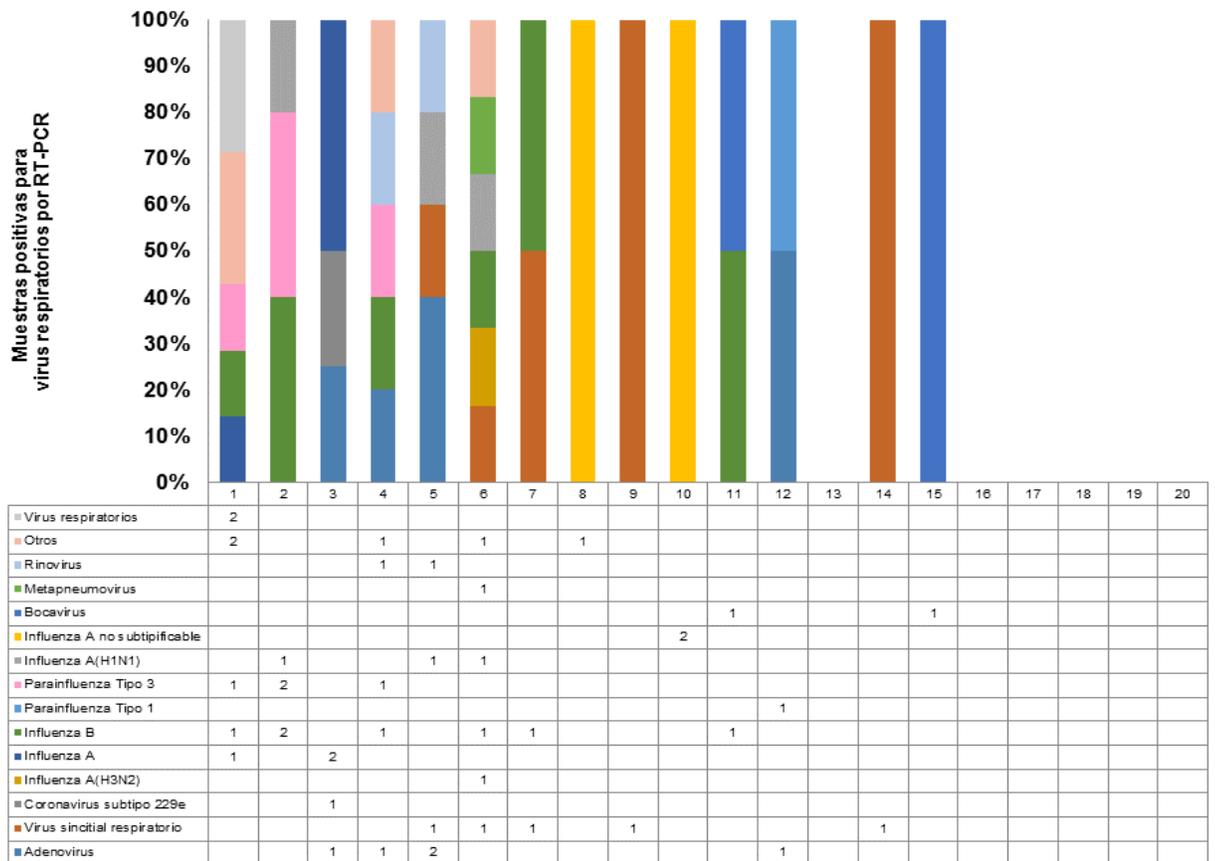


Figura 76 Circulación de virus respiratorios en el municipio de Cali al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila. Secretaría de salud pública municipal de Cali.

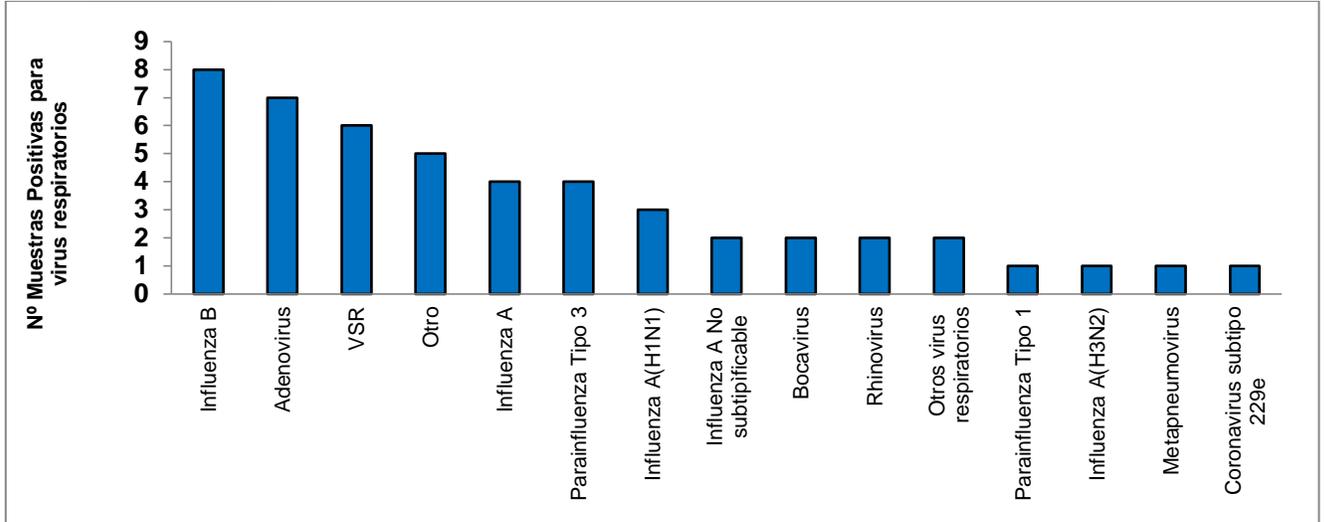


Figura 77. Muestras positivas para diferentes virus respiratorios al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, Cali. Fuente. Sivigila-Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

4.3. Vigilancia de mortalidad por IRA en menores de cinco años

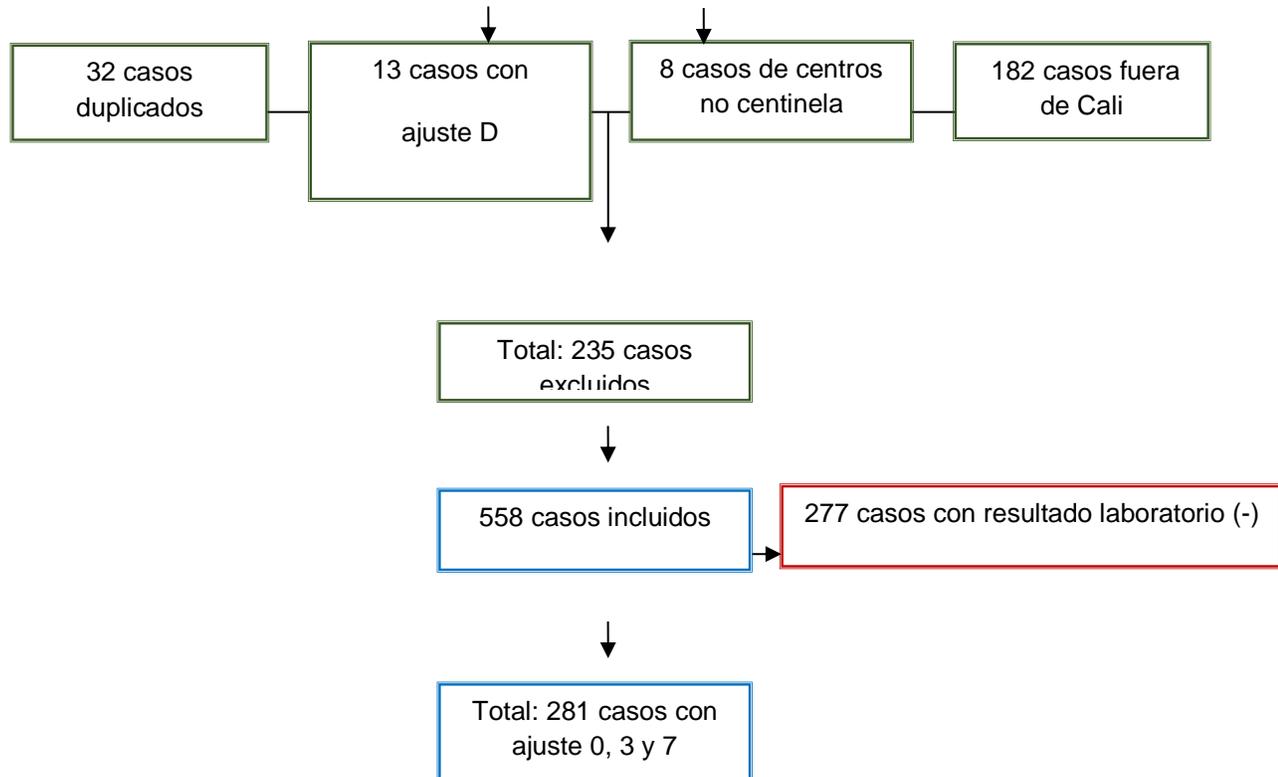
Para la vigilancia epidemiológica de los casos de mortalidad por IRA en menores de cinco años, se incluyeron aquellos registros con municipio de residencia y procedencia de Cali, al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Así mismo, se revisó la correlación RUAF-SIVIGILA.

4.4. Enfermedad similar a influenza (ESI)- Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) (Centinela colectivo) – 345

Para la vigilancia centinela de ESI-IRAG realizada por Centro de Salud Siloé y Fundación Valle del Lili en el municipio de Santiago de Cali, se incluyeron los registros con los siguientes criterios de clasificación.

Figura 78. Casos de morbi-mortalidad por ESI-IRAG registrados por Centro de salud Siloé y Fundación Valle del Lili.

793 casos notificados



Fuente. SIVIGILA-2017. Secretaría de salud pública municipal de Cali.

Se conservaron registros con ajuste 0, 3 y 7.

4.5. Enfermedad Diarreica Aguda

Introducción

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen un serio problema de salud pública en el mundo, especialmente en los países en desarrollo. Representan una importante causa de morbilidad y la segunda causa de mortalidad en niños menores de 5 años. Es una enfermedad generalmente auto-limitada que obedece a múltiples etiologías

[García et al 2014]. Según estimaciones de la OMS causan la muerte de 760000 niños menores de 5 años, ocurriendo más de mil millones de episodios [OMS 2016].

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor consistencia de lo normal y a menudo de vómitos y fiebre. Es causada principalmente por agentes infecciosos como bacterias, virus y parásitos, pero también puede ser producida por ingestión de fármacos o toxinas, alteraciones en la función intestinal, intolerancia a algunos alimentos y/o reinstauración de nutrición enteral después de un ayuno prolongado.

La mayor parte de las diarreas infecciosas se adquieren por transmisión, a través de ingestión de agua o alimentos contaminados por desechos humanos, como consecuencia de sistemas inadecuados de evacuación o por la presencia de heces de animales domésticos o salvajes en agua y alimentos.

Objetivos

Establecer la frecuencia y distribución de la morbi-mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños menores de cinco años y en todos los grupos de edad en el municipio de Cali al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017.

Establecer el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de EDA.

Metodología

El presente informe semestral se fundamenta en la descripción del comportamiento epidemiológico de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en el municipio de Santiago de Cali, teniendo en cuenta las variables de tiempo, lugar y persona. Respecto a la variable de **“tiempo”**, este documento muestra el comportamiento epidemiológico de EDA desde la semana epidemiológica 1 a 24 de 2017 comparado con las semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2016. En cuanto a la variable de **“lugar”**, el análisis de la información se realizó por comuna en todos los grupos de edad y en cuanto a la variable de **“persona”**, el análisis se realizó por sexo; grupo etario; régimen de afiliación y pertenencia étnica.

La fuente de información utilizada para la elaboración de este documento, fue la base de datos de SIVIGILA, suministrada por la Secretaría de salud pública departamental del Valle del Cauca en su proceso de retroalimentación al municipio de Santiago de Cali con corte a la semana epidemiológica 24 de 2017, así como las proyecciones poblacionales establecidas por el DANE. La depuración de la base de datos se realizó con el programa

de Excel. Los datos presentados en este documento, están sujetos a modificaciones por los ajustes a realizar. Por lo tanto, debe ser considerado como un informe preliminar.

4.6. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años - 590

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2017, las UPGD del municipio de Cali notificaron al Sivigila cinco casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años, de los cuales cuatro casos fueron residentes en el municipio de Santiago de Cali y un caso residente en el municipio de Cauca-Santander. Respecto al mismo periodo epidemiológico del año 2016, dos casos fueron notificados para el municipio de Cali. Estas cifras revelan un aumento del 150% (3 casos) comparado con el mismo periodo epidemiológico del año anterior. **La tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años** en el municipio de Cali al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017 es de 2,82 por cada 100.000 habitantes (cifra parcial sujeta a modificación).

De los cinco casos notificados para el municipio de Cali, dos casos presentaron como causa básica de muerte una infección gastrointestinal. Los tres casos restantes presentaron desnutrición crónica como causa básica y enfermedad diarreica aguda como causa relacionada de muerte.

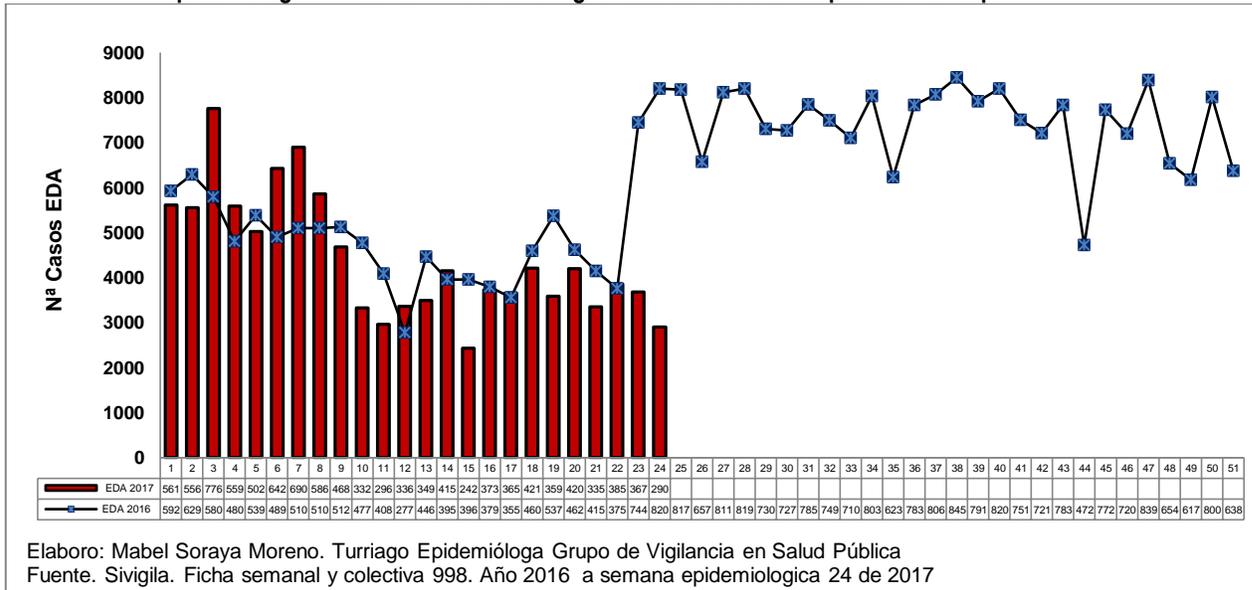
De los cinco casos de mortalidad por EDA notificados al Sivigila, dos pertenecen al sexo femenino y tres casos al sexo masculino. Cuatro de los cinco casos pertenecían al régimen subsidiado (dos casos afiliados a la EPS Emssanar; un caso afiliado a Coosalud; un caso afiliado a la Asociación Indígena del Cauca) y un caso no se encontraba afiliado al momento de su muerte.

4.7. Morbilidad por Enfermedad Diarreica Agua (EDA) en todos los grupos de edad – 998

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2017, el municipio de Santiago de Cali notificó de forma colectiva 106.336 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA), de los cuales 2902 casos fueron notificados en la semana epidemiológica 24 y 103434 casos entre las semanas 1 a 23 de 2017. Para el mismo periodo epidemiológico de 2016, se notificó un total de 117971 casos del evento, presentándose una reducción del 9,86% (11635 casos) respecto al año anterior.



Figura 79. Casos notificados por enfermedad diarreica aguda (EDA) en el municipio de Cali; 2016 a semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila- Secretaria de salud pública municipal.



Elaboro: Mabel Soraya Moreno. Turriago Epidemióloga Grupo de Vigilancia en Salud Pública
Fuente. Sivigila. Ficha semanal y colectiva 998. Año 2016 a semana epidemiológica 24 de 2017

Tabla 86. Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, municipio de Cali, a semana epidemiológica 24, 2017

Casos	2016	2017	Variación %
Casos Notificados en SE 24	8200	2902	64,60%
Casos Acumulados a SE 24	109771	103434	5,77%

Fuente: Sivigila 2017. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Por grupos de edad, los menores de un año registraron la incidencia más alta de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) con 120,52 casos nuevos por cada 1.000 habitantes; seguido de los menores entre 1 y 4 años que registraron una tasa de incidencia de 107,72 casos nuevos por cada 1.000 personas. Estos datos muestran el mayor riesgo y vulnerabilidad de los niños menores de cinco años, para las enfermedades diarreicas agudas de origen infeccioso.

Tabla 87. Incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) por sexo y grupo etario en el municipio de Cali, 2017

Variable	Población DANE 2017	Nº Casos 2017	Tasa Incidencia*1000	Estimación Porcentual
Femenino	1.263.275	56974	45,10	53,58
Masculino	1.156.839	49362	42,67	46,42
Subtotal	2.420.114	106336	43,94	100,00



< 1	35.539	4283	120,52	4,03
1 – 4	141.491	15242	107,72	14,33
5 – 9	178.250	6737	37,80	6,34
10 – 14	184.729	4241	22,96	3,99
15 – 19	196.974	5120	25,99	4,81
20 – 24	205.830	10943	53,17	10,29
25 – 29	202.681	11388	56,19	10,71
30 – 34	194.685	9127	46,88	8,58
35 – 39	179.017	7009	39,15	6,59
40 – 44	157.335	4972	31,60	4,68
45 – 49	151.075	4449	29,45	4,18
50 – 54	150.358	4508	29,98	4,24
55 – 59	130.927	3924	29,97	3,69
60 – 64	101.966	3470	34,03	3,26
65 – 69	76.368	2681	35,11	2,52
70 – 74	53.755	2422	45,06	2,28
75 – 79	38.779	2095	54,02	1,97
≥80	40.355	3725	92,31	3,50
Cali	2.420.114	106336	43,94	100,00

Fuente: Sivigila 2017/ Proyección DANE 2017. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Tabla 88 Indicadores

Mortalidad por EDA	2017
Incidencia de mortalidad por EDA en menores de 5 años	2,82/100.000 habitantes
Porcentaje de casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años, analizado en comité de mortalidad hasta semana 24.	100%

Las UPGDs con mayor notificación de morbilidad de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en el municipio de Santiago de Cali son la IPS Comfandi Alameda; Cosmitet Clínica Rey David; Clínica Nuestra señora de Fátima; IPS Suramericana; Fundación Valle del Lili y Fundación Clínica Club Noel

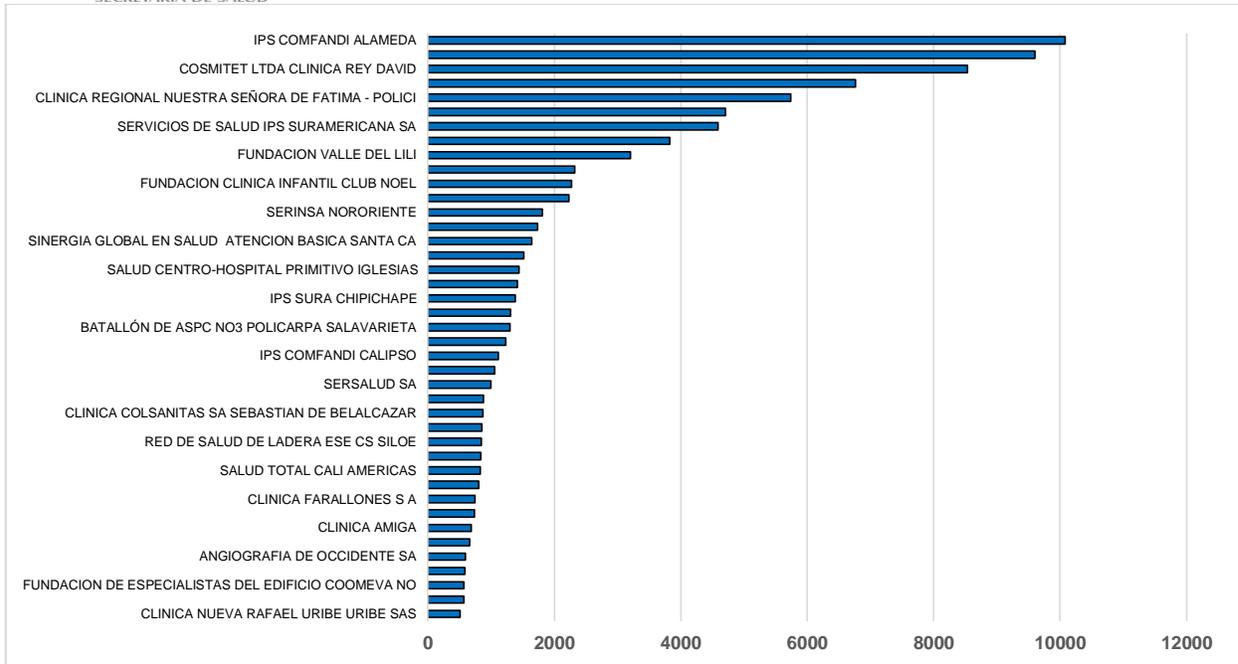


Figura 80. Casos notificados de enfermedad diarreica aguda (EDA) en el municipio de Cali por UPGD al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Fuente. Sivigila- Secretaria de salud pública municipal.

4.1 Unidades de análisis

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2017, la Secretaría de salud pública municipal de Cali, ha realizado cinco unidades de análisis de los casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años. De los cinco casos con unidades de análisis, tres casos quedaron clasificados como EDA en la causa básica de muerte y dos casos como causa relacionada.

1. Conclusiones

La vigilancia y control de la EDA requiere la participación de todos los actores de la sociedad, tanto de las áreas de salud pública, debido a su carácter multifactorial por diversos aspectos generales como la malnutrición, inadecuadas condiciones ambientales, bajas coberturas de vacunación, barreras de acceso a los servicios de salud y otras, que se conjugan para generar un notable aumento en los casos de EDA.

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. Ante el aumento de la incidencia de EDA en menores de cinco años, se recomienda seguir realizando capacitación y entrenamiento a todos los profesionales de la salud a cargo de la atención de los menores tanto en la consulta externa (AIEPI comunitario) como en los servicios de urgencias (AIEPI clínico).

Los hallazgos detectados en las Unidades de análisis, evidencia la necesidad de generar una mayor sensibilización y compromiso en el personal de la salud para descartar cualquier sospecha de muerte por intoxicación aguda. En general, los casos notificados para EDA están acompañados por intoxicación exógena y/o desnutrición.

Referencias

García LL, Burón RP, La Rosa PY, Martínez PM. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. 2014; [Consultado 10 enero 2016]; 20(3): 346-356.

Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N° 330. Abril 2013.

Guía de atención de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Ministerio de Salud. Dirección general de promoción y prevención.

Al corte de la semana epidemiológica 4 de 2017, se notificaron al Sivigila 13577 casos de enfermedad diarreica aguda. En el mismo periodo epidemiológico de 2016, se notificaron 20983 casos del evento.

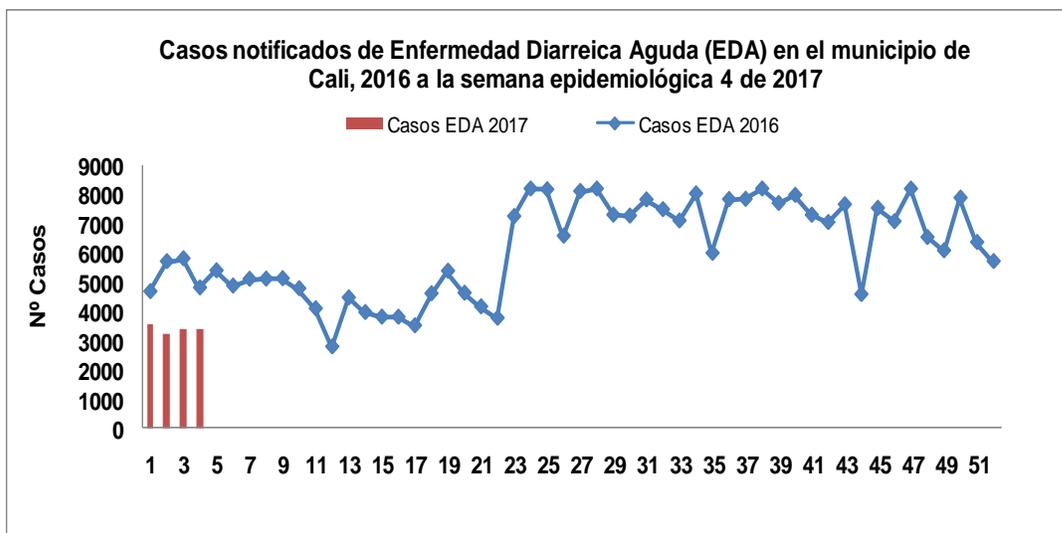


Figura 81. Casos notificados por enfermedad diarreica aguda (EDA) en el municipio de Cali; 2016 a semana epidemiológica 4 de 2017.

Tabla 89 Comportamiento demográfico y social de la morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), 2017.

Variable	Categoría	n	Población estimada	Incidencia
Sexo	Femenino	7275	1263839	5,76
	Masculino	6302	1156839	5,45
Subtotal		13577	2420678	
Grupo de Edad (años)	< 1	445	35539	12,52
	1 – 4	1659	141491	11,73
	5 – 9	843	178250	4,73
	10 – 14	563	184729	3,05
	15 – 19	637	196974	3,23
	20 – 24	1606	205830	7,80
	25 – 29	1705	202681	8,41
	30 – 34	1354	194685	6,95
	35 – 39	1052	179017	5,88
	40 – 44	709	157335	4,51
	45 – 49	580	151075	3,84
	50 – 54	591	150358	3,93
	55 – 59	522	130927	3,99
	60 – 64	369	101966	3,62
	65 – 69	232	76368	3,04
	70 – 74	211	53755	3,93
75 – 79	196	38779	5,05	
≥80	303	40355	7,51	
Subtotal		13577	2420114	

El 53,58% de los casos de EDA notificados a la semana 4 de 2017 en el Sivigila, se registraron en el género femenino. Respecto al grupo de edad con mayor proporción de casos de EDA, los grupos poblacionales entre 1 a 4 años; y 25 a 29 años de edad, fueron los más vulnerables (12,22% y 12,56% respectivamente). En cuanto a la condición final de las personas afectadas por EDA, hasta la fecha del presente año no se ha notificado ninguna mortalidad.

Acciones desarrolladas por la Secretaría de Salud Pública Municipal

- Monitoreo permanente del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de la mortalidad en menores de cinco años y la morbi-mortalidad por EDA en todos los grupos de edad.

- Elaboración de boletín epidemiológico del primer periodo de 2017 y el comparativo del último año del evento de EDA.

Referencias

García LL, Burón RP, La Rosa PY, Martínez PM. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. 2014; [Consultado 10 enero 2016]; 20(3): 346-356.

Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N° 330. Abril 2013. [Acceso 10 enero 2016].

Guía de atención de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Ministerio de Salud. Dirección general de promoción y prevención.

Introducción eventos PAI

Una de las prioridades a nivel nacional en materia de salud pública, se relaciona con la capacidad para realizar la vigilancia en salud pública de las Enfermedades Prevenibles por Vacunas, por lo se constituye en un reto a nivel local, dar respuesta a este gran compromiso.

Los eventos inmunoprevenibles, son aquellos que se pueden prevenir mediante la inmunización; estas enfermedades son de obligatoria notificación a los entes territoriales y municipales, siendo ésta, competencia de las UPGD. La prevención de las enfermedades infecciosas mediante la inmunización, es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación costo-beneficio. Prevé las epidemias causadas por muchas enfermedades prevenibles que podrían reaparecer y llevar a un aumento en el número de casos de enfermedades debilitantes, discapacidades y muertes.

El logro más trascendental para Colombia y la Región de las Américas en el milenio pasado fue la erradicación de la poliomielitis, el cual junto a la erradicación de la viruela en la década de los años 1970 sirvieron de motivación para lanzar el nuevo compromiso de erradicación del sarampión para el año 2000 (2).

La eliminación del sarampión y la rubéola se mantienen como prioridad política sanitaria y en su contexto el país ha desarrollado intensas actividades los últimos 20 años. El PAI, a través de la vacunación de rutina a los niños de 12 meses y de cinco años y por medio de campañas de seguimiento a la cohorte de uno a cuatro años ha obtenido coberturas de vacunación superiores al 90 %. Además, se han implementado otras estrategias para aumentar la inmunidad de la población como la vacunación del grupo de 14 a 39 años en el año 2005, entre otras. (2)

OBJETIVOS

- Describir el comportamiento de los eventos inmunoprevenibles en el municipio de Santiago de Cali, durante el primer semestre del año 2017.
- Identificar posibles factores y/o grupos poblacionales de riesgo relacionados con la presencia de eventos inmunoprevenibles en el Municipio de Santiago de Cali, en el primer semestre del año.
- Medir el cumplimiento mediante la aplicación de los indicadores de vigilancia epidemiológica para cada evento inmunoprevenible específico.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó análisis de tipo descriptivo retrospectivo de los datos encontrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Municipio de Santiago de Cali con corte a la semana 24 correspondiente a los 6 períodos epidemiológicos del año 2017. Como fuente de los casos se utilizó el SIVIGILA, se analizaron las bases de datos de notificación de los eventos inmunoprevenibles que fueron notificados por las UPGD y direcciones locales de salud, cuyo código es (230) Difteria, (298) Eventos adversos seguidos a vacunación, (535) Meningitis Bacteriana, (610) Parálisis Flácida Aguda en Menores de 15 Años, (620) Parotiditis, (710) Rubeola, (730) Sarampión, (720) Síndrome de Rubeola Congénita, (760) Tétano Accidental, (770) Tétanos Neonatal, (800) Tosferina, (831) Varicela Individual, (830) Varicela Colectivo

La población necesaria para el cálculo de las tasas de incidencia, se tomó de la población DANE proyectada para el año 2020. Las tendencias se representan en series semanales de los casos observados notificados hasta la semana 24 de 2017, que corresponde al primer semestre del año, comparado con el 2016.

Los canales endémicos Municipales, se incluye para su construcción el promedio histórico de las semanas epidemiológicas (de 2008 a 2016) y los límites de su intervalo de confianza del 95%, se utiliza la media geométrica.

4.8. Difteria

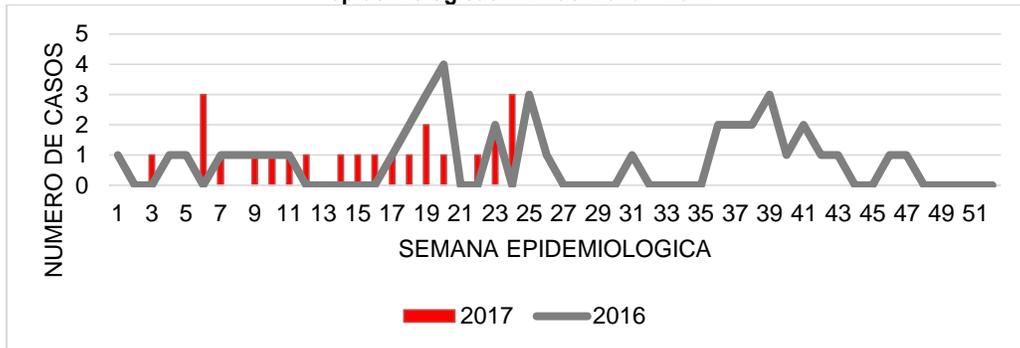
A la semana epidemiológica 24 de 2017, se ha notificado 1 caso probable de Difteria en la semana 13, el cual fue descartado por error de digitación

4.9. Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI)

A la semana epidemiológica 24 se han notificado 27 casos sospechosos de ESAVI, de los cuales 23 (85%) son de procedencia de Cali, de estos 5 casos se encuentran

descartados. La notificación de casos de ESAVI a semana epidemiológica 24 muestra un aumento del 13% con respecto a las misma semana del 2016, donde se habían reportado 20 casos.

Figura 82. Notificación de casos sospechosos de ESAVI por semana epidemiológica, Cali semanas epidemiológicas 1-24 del 2016 – 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Las UPGD con mayor número de casos de ESAVI notificados fueron en su orden: Fundación Clínica Infantil Club Noel (30,4%) y Policlínica (8,7%)

Tabla 90. Porcentaje de casos sospechosos de ESAVI por UPGD, Cali, a semana epidemiológica 24 de 2017

Nombre de UPGD	Total	%
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	7	30,4
CLINICA REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA - POLICI	2	8,7
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI	2	8,7
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	2	8,7
CENTRO MEDICO IMBANACO	1	4,3
CLINICA COMFENALCO	1	4,3
CLINICA VERSALLES SA	1	4,3
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	1	4,3
FUNDACION VALLE DEL LILI	1	4,3
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	1	4,3
IPS COMFANDI ALAMEDA	1	4,3
SANITAS EPS - TEQUENDAMA	1	4,3
SERVIMEDIC QUIRON SAS	1	4,3
SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS UNICENTRO	1	4,3
Total General	23	100,0

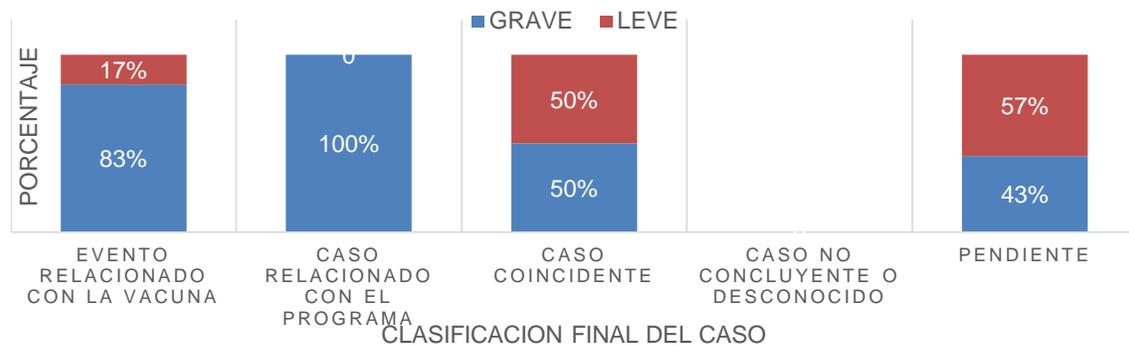
Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Del total de casos notificados como procedentes de Cali, el 56,5% (13 casos) se clasifica inicialmente como casos graves; de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento 5(83,3%) casos se relacionan con la vacuna, 1(100%) casos se relacionan con el

programa de vacunación, 1 (50%) casos coincidentes y 6 (42,9%) casos se encuentran pendientes de clasificar.

El 43,5% (10 casos) de los casos notificados se clasificaron como leves, de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento, 1 (16,7%) casos se relacionan con la vacuna y son reacciones esperadas posterior a la administración de vacunas, se presentan dentro de las primeras 48 a 72 horas tienen un pronóstico benigno, 1 (50%) casos coincidentes y 8 (57,1%) casos se encuentran pendiente por clasificar.

Figura 83. Porcentaje de los casos de ESAVI según clasificación final, Cali, a semana epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

El 47,5 % de los casos de ESAVI se registró en el sexo masculino, el 50 % pertenecen al régimen contributivo, el 92 % en etnia Otros, el 50 % de los casos están en el grupo de edad de menores de un año.

Tabla 91. Frecuencia de casos ESAVI, según características sociodemográficos semanas epidemiológicas 1 a 24. Cali, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	10	43,5
	Femenino	13	56,5
Régimen	Contributivo	13	56,5
	Especial	2	8,7
	No afiliado	1	4,3
	Excepción	2	8,7
	Subsidiado	5	21,7
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,0
	ROM (gitano)	0	0,0
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	0	0,0
	Otro	23	100,0
Grupos de edad	<1 año	5	21,7

1 a 4 años	9	39,1
5 a 9 años	4	17,4
10 a 14 años	0	0,0
15 a 19 años	0	0,0
20 a 24 años	2	8,7
25 a 29 años	2	8,7
30 a 34 años	0	0,0
35 a 39 años	0	0,0
40 a 44 años	0	0,0
45 a 49 años	1	4,3
50 a 54 años	0	0,0
55 a 59 años	0	0,0
60 y más años	0	0,0

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

En lo que va corrido del año no se han notificado en el SIVIGILA muertes relacionadas por este evento.

Tabla 92. INDICADORES - Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI)

Indicador	Resultado	Meta
Porcentaje de ESAVI con investigación de campo	56,5% (13)	80 % de cumplimiento
Oportunidad en la notificación del ESAVI	6 días (Promedio fecha de notificación –fecha de consulta)	1 día para eventos en eliminación, erradicación y control internacional y 8 días para el resto de eventos.
Oportunidad en el ajuste de casos de ESAVI	39 días (Total días entre fecha de notificación y ajuste de los casos dividido en 23 casos notificados).	28 a 30 días
Porcentaje de ESAVI notificados oportunamente	48 % (Notificación inmediata)	80%
Porcentaje de ESAVI que fueron clasificados	39% (9)	80%
Proporción eventos adversos relacionados con la vacuna	26% (6)	NA
Proporción de errores programáticos	4,3% (1)	<50%
Proporción de eventos no concluyentes o desconocidos	No definidos aún	NA

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

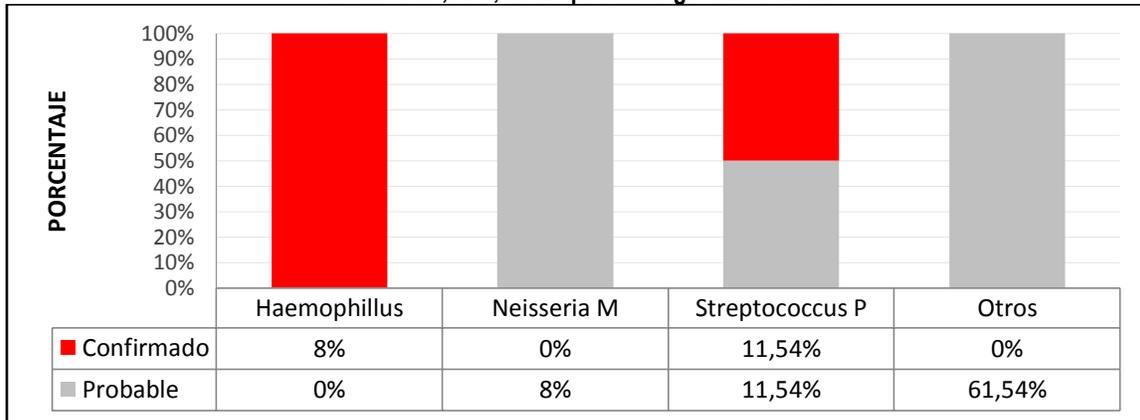
4.10. Meningitis



A la semana epidemiológica 24 se han notificado 44 casos probables de Meningitis Bacteriana, de los cuales 5 fueron descartados, para un total de 39 casos, 7 con condición final muerto, de estos 5 son de Procedencia de Cali.

De los 44 casos notificados, el 63,3%(28) son de procedencia de Cali, de los cuales, el 73% son casos probables (61,54% otros agentes bacterianos, 8% Neisseria Meningitidis y el 25% por Streptococcus Pneumoniae). Del total de casos confirmados por laboratorio el 11,54% son por Streptococcus Pneumoniae y el 8% por Haemophilus Influenzae tipo B.

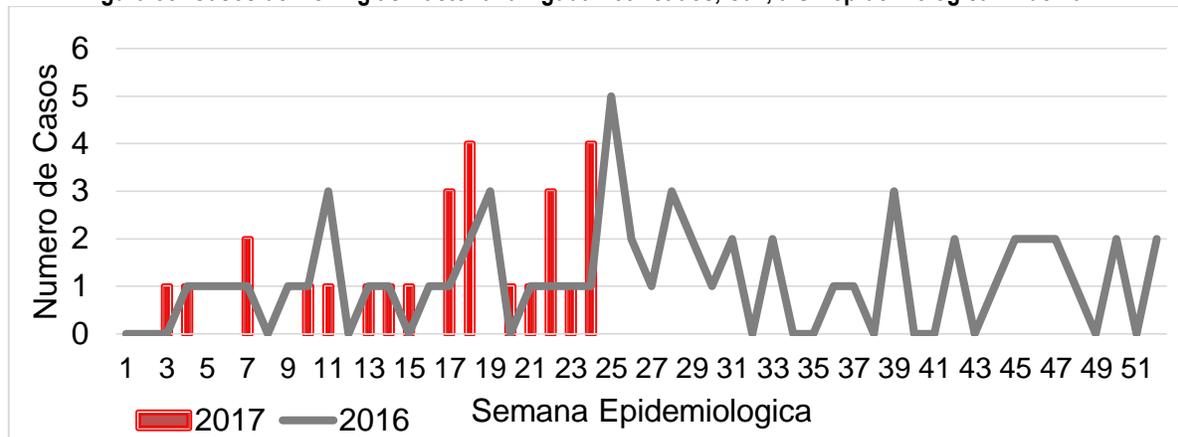
Figura 84. Porcentaje de casos Probables y Confirmados por agente causal de Meningitis Bacteriana Aguda notificados, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

La notificación de casos de meningitis bacteriana a semana epidemiológica 24 muestra un aumento de 15% con respecto a las mismas semanas del 2016, donde se habían reportado 20 casos.

Figura 85: Casos de Meningitis Bacteriana Aguda notificados, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.



Las comunas que presentaron casos probables de meningitis bacteriana fueron Comuna 2 (1 caso), Comuna 6 (5 casos) Zona Norte, Comunas 8 (2 casos), comuna 9 (1 caso) y 10 (3 casos) (Zona Centro), Comuna 14 (1 caso), Comuna 15 (1 caso), Comuna 16 (4 casos), comuna 21 (3 casos) (Zona Oriente), Comunas 17 (2 casos), 19 y 20 (Zona Ladera), la comuna que presento la tasa más alta de incidencia fue la comuna 16 con una tasa de 3,73 casos por 100.000 habitantes; la incidencia municipal fue de 1,10 casos por 100.000 habitantes

Tabla 93. Tasa de Incidencia de Meningitis Bacteriana Aguda según Comuna de procedencia, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017

Comuna	N° de Casos notificados	Tasa Por 100.000Hb	%
02	1	0,87	3,85
06	5	2,63	19,23
07	1	1,40	3,85
08	2	1,95	7,69
09	1	2,22	3,85
10	3	2,71	11,54
14	1	0,58	3,85
15	1	0,63	3,85
16	4	3,73	15,38
17	2	1,43	7,69
19	1	0,89	3,85
20	1	1,44	3,85
21	3	2,67	11,54
Total	26	1,10	100,00

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Las UPGD con mayor número de casos probables de Meningitis Bacteriana notificadas fueron en su orden: Clínica DESA con un 23,8%, seguido de Clínica Rey David y Fundación Valle del Lili, cada una con 15,38%, respectivamente.

Tabla 94. Porcentaje de casos probables de Meningitis Bacteriana notificados por UPGD, Cali, a semana epidemiológica 24 de 2017

Nombre de UPGD	Total	%
CLINICA DESA SAS	6	23,08
COSMITET LTDA CLINICA REY DAVID	4	15,38
FUNDACION VALLE DEL LILI	4	15,38
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	2	7,69
SOCIEDAD NSDR	2	7,69
CLINICA COMFENALCO	1	3,85
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	1	3,85
CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS	1	3,85
CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	1	3,85
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	1	3,85



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	1	3,85
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	1	3,85
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	1	3,85
TOTAL GENERAL	26	100,00

El 53,8% de los casos de meningitis se registró en el sexo femenino, el 65,4% pertenece al régimen contributivo, el 7,7% (2 casos) no se encontraban asegurados, el 92,3% pertenecía a otros grupos poblacionales, el 50% fueron mayores de 50 años de edad.

Tabla 95. Comportamiento demográfico y social de casos de Meningitis Bacteriana Aguda, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	12	46,2
	Femenino	14	53,8
Régimen	Contributivo	17	65,4
	Especial	1	3,8
	No afiliado	2	7,7
	Excepción	2	7,7
	Subsidiado	4	15,4
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,0
	ROM (gitano)	0	0,0
	Raizal	1	3,8
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	1	3,8
	Otro	24	92,3
Grupos de edad	<1 año	3	11,5
	1 a 4 años	1	3,8
	5 a 9 años	1	3,8
	10 a 14 años	2	7,7
	15 a 19 años	1	3,8
	20 a 24 años	0	0,0
	25 a 29 años	1	3,8
	30 a 34 años	0	0,0
	35 a 39 años	1	3,8
	40 a 44 años	2	7,7
	45 a 49 años	1	3,8
	50 a 54 años	3	11,5
	55 a 59 años	1	3,8
60 y más años	9	34,6	

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Tabla 96. INDICADORES - Casos de Meningitis

Indicador	Resultado	Meta
-----------	-----------	------



Porcentaje de Muestras con LCR Adecuada	30,7 %	NA
Incidencia de Hib en Menores de 5 años	0,4 casos (1caso/212.422 menores 5 años en Cali por 100.000 habitantes)	NA
Incidencia de Meningitis por neumococo en menores de 5 años	0,4 casos (1caso/212.422 menores 5 años en Cali por 100.000 habitantes)	NA
Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococo pneumoniae (Spn), Neisseria meningitidis (Nm) en población general	0,41 casos (10 casos notificados/2.420.114 población de Cali por 100.000)	NA
Proporción de meningitis por H. influenzae con relación a las meningitis bacterianas en total	7,6 % notificados	NA
Proporción de meningitis por S. pneumoniae con relación a las meningitis bacterianas en total	23% notificados	NA
Proporción de meningitis por N. meningitidis con relación a las meningitis bacterianas en total	7,6% notificados	NA
Porcentaje de casos ajustados	26,9 %	100 %
Porcentaje de casos con investigación de campo	26,9%	NA

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

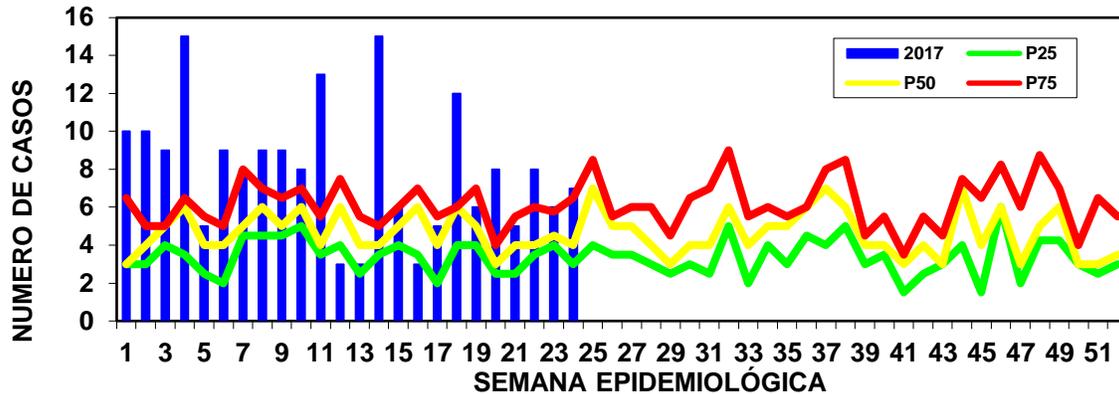
4.11. Paratuberculosis

Hasta la semana 24 de 2017, se han notificado 208 casos de los cuales 192 casos son de municipio de procedencia Cali, de estos el 100% fueron confirmados por clínica. Con relación al año 2016, se observa un aumento del 32% donde se habían notificado a la misma semana epidemiológica 130 casos.

Según el comportamiento en el canal endémico, desde la semana 1 a semana 24, se observa que para las semanas epidemiológicas de la 1 a la 4, 6, 8, 9, 10,11, 14, 18, 20, 22, 23 y 24 se encuentran por encima del percentil 75 en zona de epidemia, las semanas 5,7, 15, 17, 19, 21 se encuentran por encima del percentil 50, en zona de alarma, para la semana 12, 13,16, esta se muestra por debajo del percentil 25 en zona de éxito.



Figura 86: Canal Endémico de Parotiditis, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

Las comunas que presentaron la tasa más alta de incidencia fue en Zona Rural con una tasa de 19,12, seguido de la comuna 8 con una tasa de 12,7 casos por 100.000 habitantes; la incidencia municipal fue de 8,1 casos por 100.000 habitantes

Tabla 97. Tasa de Incidencia de Parotiditis según Comuna de Procedencia, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017

Comuna	N° de Casos notificados	Tasa Por 100.000Hb	%
1	4	4,52	2,08
2	12	10,47	6,25
3	3	6,47	1,56
4	2	3,75	1,04
5	7	6,25	3,65
6	8	4,21	4,17
7	7	9,81	3,65
8	13	12,7	6,77
9	3	6,67	1,56
10	4	3,61	2,08
11	6	5,59	3,13
12	7	10,47	3,65
13	10	5,63	5,21
14	8	4,63	4,17
15	9	5,65	4,69
16	5	4,67	2,6
17	11	7,88	5,73
18	4	3,04	2,08
19	9	7,97	4,69
20	5	7,21	2,6
21	8	7,12	4,17
22	1	8,96	0,52
Rural	7	19,12	3,65
Sin Dato	39	N/A	20,31

Total	192	8,1	100
--------------	------------	------------	------------

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

Las UPGD con mayor número de casos de Parotiditis notificadas fueron en su orden: Comfandi IPS- Alameda con un 23,8%, seguido del Centro Medico Imbanaco con el 9,9%, Comfandi IPS Torres 6,8% y Fundación Valle del Lili 5,7%,

Tabla 98. Porcentaje de casos de Parotiditis notificados por UPGD, Cali, a semana epidemiológica 24 de 2017

Nombre de UPGD	Total	%
COMFANDI IPS - ALAMEDA	23	12,0
CENTRO MEDICO IMBANACO	19	9,9
COMFANDI IPS TORRES	13	6,8
FUNDACION VALLE DEL LILI	11	5,7
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	10	5,2
CLINICA ORIENTE LTDA SEDE VILLACOLOMBIA	10	5,2
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	9	4,7
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	6	3,1
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	6	3,1
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	5	2,6
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SA SERVICIO DE CLINICA VERSALLES SA	5	2,6
SERSALUD SA	4	2,1
SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS	4	2,1
SALUD TOTAL CALI AMERICAS	4	2,1
UNIDAD ATENCION PRIMARIA SANITAS TEQUENDAMA	4	2,1
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	4	2,1
COMFANDI IPS EL PRADO	3	1,6
SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD LTDA	3	1,6
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS PRIMERO DE MAYO	3	1,6
IPS SERVIDOC NORTE	3	1,6
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS MONTEBELLO	3	1,6
CLINICA REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	2	1,0
CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	2	1,0
CLINICA AMIGA	2	1,0
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	2	1,0
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	2	1,0
IPS SUR LA FLORA	2	1,0
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS TERRON COLORADO	2	1,0
SERVIMEDIC QUIRON SAS	2	1,0
HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL	2	1,0
COMFANDI IPS CALIPSO	1	0,5
CLINICA COMFENALCO	1	0,5
COMFANDI IPS - SAN NICOLAS	1	0,5
COMFANDI IPS MORICHAL	1	0,5



CLINICA FARLLONES S A	1	0,5
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SAVILLACOLOMBIA	1	0,5
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	1	0,5
CLINICA DE OCCIDENTE SA	1	0,5
SALUD CENTRO-CS LUIS H GARCES	1	0,5
CLINICA DESA SAS CALI	1	0,5
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SA	1	0,5
HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE OCCIDENTE	1	0,5
SALUD CENTRO-CS RODEO	1	0,5
SERVICIO MEDICO UNIVALLE EDIFICIO 310	1	0,5
SERVICIO DE SALUD UNIVALLE	1	0,5
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI	1	0,5
VIRREY SOLIS IPS VERSALLES	1	0,5
TOTAL	192	100,0

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

El 57,3% de los casos de parotiditis se registró en el sexo femenino, el 78,7% pertenece al régimen contributivo, 15,6% al régimen subsidiado, 1% de los casos no se encontraba asegurado, el 97,9% pertenecen a otros grupos poblacionales y se encontró el mayor número de casos en el grupo de edad de 5 a 9 años 21,9%, seguido de los grupos de 1 a 4 años 20,3% y 10 a 14 años 7,3%

Tabla 99. Comportamiento demográfico y social de casos de Parotiditis, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	82	42,7
	Femenino	110	57,3
Régimen	Contributivo	153	79,7
	Subsidiado	30	15,6
	Excepción	3	1,6
	Especial	2	1
	No Afiliado	2	1
	Indeterminado/ Pendiente	2	1
	Sin Dato	0	0
Pertenencia étnica	Indígena	0	0
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	4	2,1
	Otro	188	97,9
Grupos de edad	Menores de un año	2	1
	1 a 4 años	39	20,3
	5 a 9 años	42	21,9
	10 a 14 años	14	7,3
	15 a 19 años	12	6,3

20 a 24 años	15	7,8
25 a 29 años	15	7,8
30 a 34 años	4	2,1
35 a 39 años	11	5,7
40 a 44 años	3	1,6
45 a 49 años	6	3,1
50 a 54 años	8	4,2
55 a 59 años	8	4,2
60 y más años	13	6,8
Sin dato	0	0

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

Tabla 100. INDICADORES - Casos de Parotiditis.

Indicador	Resultado	Meta
Proporción de incidencia	8,1 casos por 100.000 habitantes en el Municipio de Santiago de Cali	ideal no mayor a 20 casos x 100.000 habitantes
Letalidad	0 casos	NA
Incidencia en menores de 5 años	19,3 casos (41 casos/ 212.422 menores 5 años en Cali) por 100.000 habitantes	ideal no mayor a 20 casos x 100.000 habitantes

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

4.12 Parálisis flácida aguda (PFA)

A la semana epidemiológica 24 de 2017, se tiene reporte por parte del Departamento del Valle del Cauca, que en la semana 6 se notificó un caso probable de parálisis flácida aguda en el Municipio de Bucaramanga procedente de Cali, el cual es descartado posteriormente, siendo la tasa de notificación de 0,17 casos por 100.000 menores de 15 años (la tasa esperada a esta semana es de 0,46).

Tabla 101. INDICADORES - Parálisis Flácida Aguda (PFA)

Indicador	Resultado	Meta
Tasa de notificación en menores de 15 años	0,17 (1 caso/578.402 menores 15 años en el Municipio de Cali) por 100.000 menores de 15 años	Tasa igual o superior a 1 por 100000 menores de 15 años por año
Porcentaje de casos con muestra de heces oportuna en primeros 14 días	100 %	80 % cumplimiento
Porcentaje de casos investigados antes de 48	0 %	80 % cumplimiento

horas

Porcentaje de muestras de heces procesadas dentro de los primeros 14 días de su recepción	100 %	80 % cumplimiento
Porcentaje de muestras de heces que llegan al laboratorio de virología del INS antes de 6 días después de la toma	100 %	80 % cumplimiento

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Sarampión y rubéola

A semana epidemiológica 24 de 2017, se reportaron 1 caso sospechoso de sarampión de la semana epidemiológica 4 el cual fue descartado por laboratorio. No se han reportado casos sospechosos para Rubeola, siendo la tasa de notificación de 0 casos por 100.000 habitantes La tasa de notificación esperada a esta semana es de 0,92 casos.

Tabla102. INDICADORES – Sarampión y Rubeola

Indicador	Resultado	Meta
Proporción de notificación de casos sospechosos	0.04 casos (1 caso por habitantes 2.420.114 en el Municipio de Cali) por 100.000 habitantes	Mayor o igual a 2 casos por 100.000 habitantes
Porcentaje de casos con investigación de campo	100%	80 %
Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada	100%	80 %
Porcentaje de muestras de suero recibidas en laboratorio antes de cinco días	100%	80 %
Porcentaje de muestras procesadas en laboratorio antes de 4 días de recibidas	100%	80 %

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Síndrome de rubéola congénita

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2017, no se realizó notificación de ningún caso sospechoso de síndrome de rubeola congénita

Tabla 103. INDICADORES Síndrome de Rubeola Congénita (SRC)

Indicador	Resultado	Meta
Porcentaje de casos con muestra de suero	0%	80 %
Proporción de notificación de casos sospechosos	0 casos (0 casos sospechosos/ nacidos vivos DANE) por 10.000 nacidos vivos	Mayor o igual a un caso por 10.000 nacidos vivos
Porcentaje de casos confirmados por laboratorio con aislamiento viral	0%	80 %
Porcentaje de casos con muestra adecuada para aislamiento viral	0 %	80 %

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Tétanos

Tétanos Neonatal

A la semana epidemiológica 24 no se ha notificado casos probables de tétanos neonatal.

Tétanos Accidental

A semana epidemiológica 24 de 2017 se ha notificado 1 caso probable de tétanos accidental de la semana epidemiológica 16, el cual se encuentra descartado.

Tabla 104. INDICADORES – Tétano

Indicador	Resultado	Meta
Proporción de	0	Incidencia esperada menor a 1



incidencia	caso por 100.000 habitantes	
Porcentaje de casos con investigación de campo	100 %	80 %
Oportunidad en la notificación	13 días (fecha de notificación – fecha de consulta)	1 día para eventos en eliminación, erradicación y control internacional y 8 días para el resto de eventos
Oportunidad en el ajuste del caso	50 días (fecha de ajuste – fecha de notificación)	28 a 30 días
Letalidad	0 %	NA

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

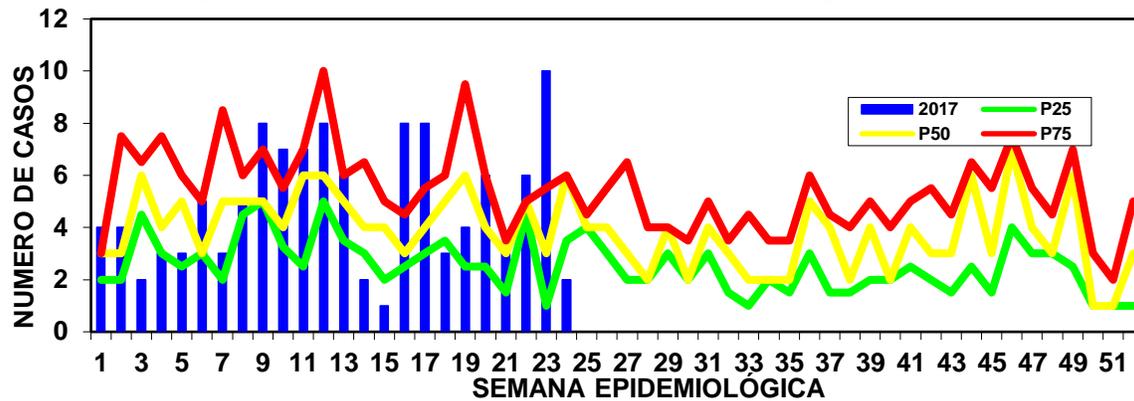
Tosferina

A semana 24 de 2017 se han notificado 122 casos probables de tosferina al Sivigila, de los cuales el 81,14% (98 casos) son de procedencia de Cali, de estos 4 se encuentran repetidos, para un total de 94 casos, de los cuales 65 casos se encuentran descartados por resultado negativo de PCR, 2 casos se descartan por error de digitación, 5 casos se encuentran confirmados por laboratorio, 22 se encuentran sin ajuste o con ajuste 7.

A la misma semana epidemiológica del año anterior se habían notificado 120 casos de procedencia Cali, lo que evidencia una disminución en la notificación del 33% para el municipio.

Con respecto al comportamiento en el canal endémico, desde la semana 1 a semana 24, se observa que las semanas 1, 9, 10, 16, 17, 22 y 23 estuvo por encima del percentil 75 en zona de epidemia, las semanas 2, 6, 11, 12, 13 y 22 se encontraron en zona de alarma por encima del percentil 50, las semanas epidemiológicas 5, 7, 8, 19 y 21 se encuentran en zona de seguridad por encima del percentil 25 y las semanas 3, 4, 14, 15 18 y 24 se encuentran en zona de éxito.

Figura 87: Canal Endémico de Tosferina, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

Las comunas que presentaron la tasa más alta de incidencia fue la comuna 22 con una tasa de 17,9 seguida de la comuna 18 con 9,9 casos por 100.000 habitantes; la incidencia municipal fue de 4 casos por 100.000 habitantes.

Tabla 105. Tasa de Incidencia de Tosferina según Comuna de Procedencia, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017

Comuna	Total	Tasa Por 100.000Hb	%
01	2	2,3	2,1
02	1	0,9	1,1
03	1	2,2	1,1
04	2	3,7	2,1
05	1	0,9	1,1
06	8	4,2	8,5
07	1	1,4	1,1
08	0	0,0	0,0
09	1	2,2	1,1
10	1	0,9	1,1
11	3	2,8	3,2
12	0	0,0	0,0
13	6	3,4	6,4
14	2	1,2	2,1
15	2	1,3	2,1
16	2	1,9	2,1
17	7	5,0	7,4
18	13	9,9	13,8
19	4	3,5	4,3
20	3	4,3	3,2
21	11	9,8	11,7
22	2	17,9	2,1
Rural	3	8,2	3,2

Sin Dato	18	N.A	19,1
Total	94	4,0	100,0

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

Sin tener en cuenta los casos descartados y repetidos, el 51,9% de los casos de tosferina se registró en el sexo masculino, el 44,4% de los casos pertenecen al régimen subsidiado y al contributivo el 40,7%, el 85,2% son de otra pertenencia étnica, los menores de 1 año de edad registran el 74,1% de los casos, seguido del grupo de 1 a 4 años con el 10,5%.

Tabla 106. Comportamiento demográfico y social de casos de Tosferina, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	14	51,9
	Femenino	13	48,1
Régimen	Contributivo	11	40,7
	Subsidiado	12	44,4
	Excepción	0	0,0
	Especial	1	3,7
	No Afiliado	3	11,1
	Indeterminado/ Pendiente	0	0,0
	Sin Dato	0	0,0
Pertenencia étnica	Indígena	1	3,7
	ROM (gitano)	0	0,0
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	3	11,1
	Otro	23	85,2
Grupos de edad	Menores de un año	20	74,1
	1 a 4 años	5	18,5
	5 a 9 años	1	3,7
	10 a 14 años	1	3,7
	15 a 19 años	0	0,0
	20 a 24 años	0	0,0
	25 a 29 años	0	0,0
	30 a 34 años	0	0,0
	35 a 39 años	0	0,0
	40 a 44 años	0	0,0
	45 a 49 años	0	0,0
	50 a 54 años	0	0,0
	55 a 59 años	0	0,0
60 y más años	0	0,0	
Sin dato	0	0,0	

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.



A semana 24 no se ha notificado muertes asociadas a este evento.

Tabla 107. INDICADORES - Casos de Tosferina

Indicador	Resultado	Meta
Porcentaje de casos de Tos ferina con investigación de campo oportuna ficha de investigación completa	61,7 %	80 %
Porcentaje de configuración de casos	74,4 %	80 %
Proporción de incidencia	4 casos por 100.000 habitantes en el Municipio de Cali.	NA
Letalidad	0 %	NA
Incidencia de Tos ferina en menores de 5 años	43,3 casos(92 casos/ 212.422 menores 5 años en Cali por 100.000 habitantes)	0

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

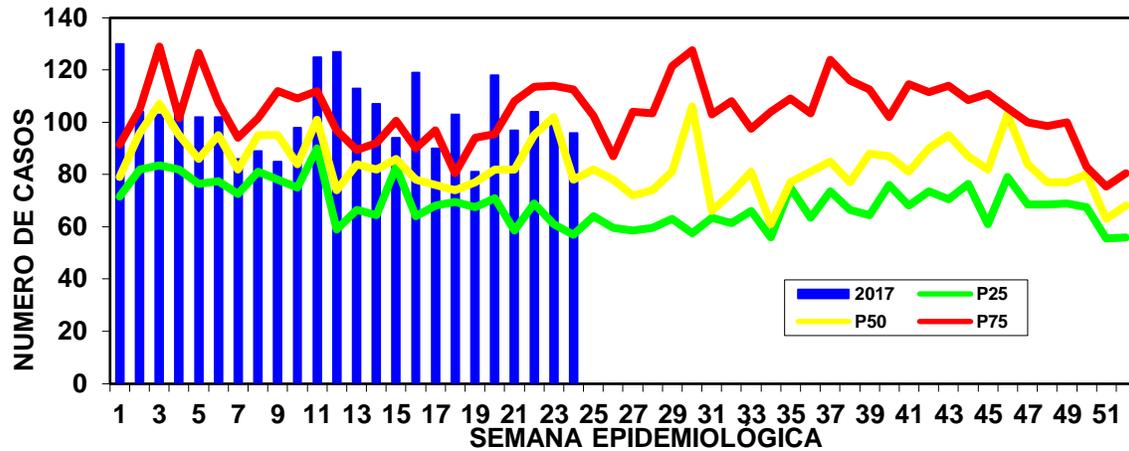
Varicela

Hasta la semana 24 de 2017, se han notificado 2.718 casos de varicela a Sivigila de los cuales 2.480 son de procedencia del municipio de Cali, Con relación al año 2016, se observa un aumento de la notificación del 5%, para el Municipio de Cali, a la misma semana del año anterior se había notificado 2.345 casos.

Con respecto al comportamiento en el canal endémico, desde la semana 1 a semana 24, se observa que las semanas 1,11 a la 14, 16, 18 y 20 estuvieron por encima del percentil 75 en zona de epidemia, las semanas 2, 5, 6, 10, 15, 17, 19, 21, 22 y 24 se encontraron en zona de alarma por encima del percentil 50, las semanas epidemiológicas 7,8, 9 se encuentran en zona de seguridad por encima del percentil.



Figura 88. Canal Endémico de Varicela, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017

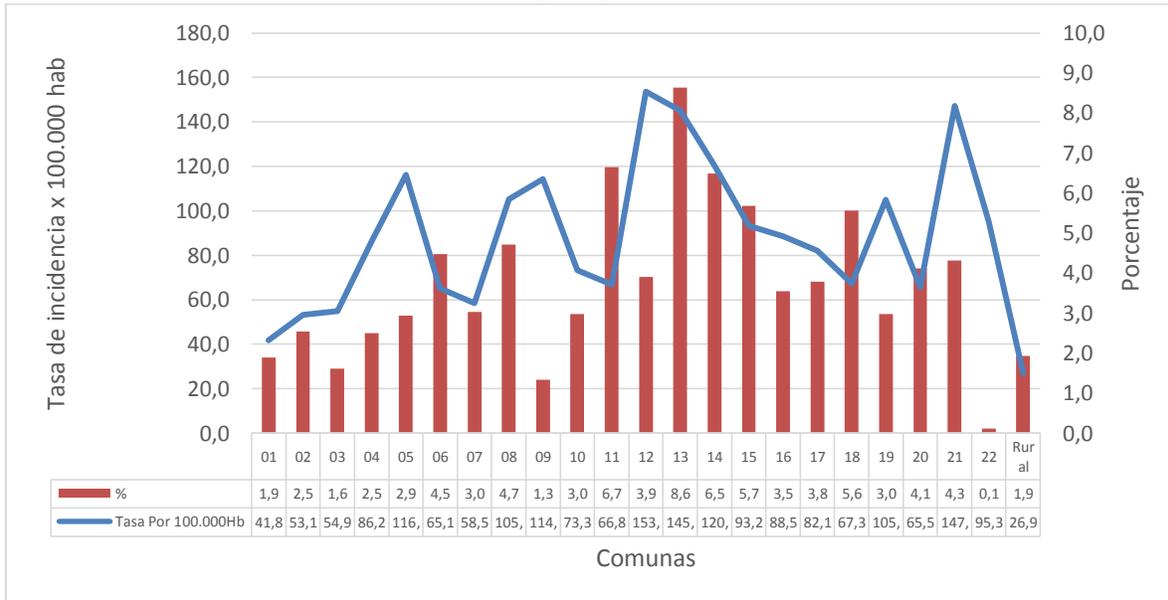


Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Las comunas que presentaron la tasa más alta de incidencia fue la comunas 11 con una tasa de 153,7 , seguida de la comuna 20 de 147,1 y la comuna 12 con una tasa de 145 por 100.000 habitantes; la incidencia municipal fue de 104,6 casos por 100.000 habitantes.



Figura 89. Porcentaje y Tasa de Incidencia de Varicela según Comuna de Procedencia, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

El 51,3% de los casos de varicela se registró en el sexo masculino, el 66,7% pertenece al régimen contributivo, 26,3% al régimen subsidiado, 2,3% de los casos no se encontraba asegurado, el 94,8% no pertenecen a ninguna etnia y el 95,4% refiere pertenecer a otros grupos poblacionales; se encontró el mayor número de casos en el grupo de edad de 5 a 9 años con un 20,4%, seguido del grupo entre 10 a 14 años registrando el 16,5% de los casos. El 0,92 % (23) de los casos se presentó en madres gestantes y 4,0% (100) en grupos carcelarios.

Tabla 108. Comportamiento demográfico y social de casos de Varicela, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	1272	51,3
	Femenino	1208	48,7
Régimen	Contributivo	1655	66,7
	Subsidiado	653	26,3
	Excepción	98	4,0
	Especial	16	0,6
	No Afiliado	57	2,3

	Indeterminado/ Pendiente	1	0,0
	Sin Dato	0	0,0
<hr/>			
Pertenenencia étnica	Indígena	7	0,3
	ROM (gitano)	2	0,1
	Raizal	5	0,2
	Palenquero	1	0,0
	Afrocolombiano	98	4,0
	Otro	2367	95,4
	<hr/>		
Grupos de edad	Menores de un año	77	3,1
	1 a 4 años	361	14,6
	5 a 9 años	506	20,4
	10 a 14 años	410	16,5
	15 a 19 años	329	13,3
	20 a 24 años	295	11,9
	25 a 29 años	183	7,4
	30 a 34 años	108	4,4
	35 a 39 años	86	3,5
	40 a 44 años	46	1,9
	45 a 49 años	25	1,0
	50 a 54 años	25	1,0
	55 a 59 años	9	0,4
	60 y más años	20	0,8
	Sin dato	0	0

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Se han identificado a la semana 24, 115 brotes familiares en la notificación de varicela individual y se ha realizado la atención especial de 5 Brotes institucionales, en el Batallón Pichincha, Centro Penitenciario Cárcel de Villa Hermosa, Colegio Santa Isabel de Hungría, Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle.

Por notificación al Sivigila de varicela colectiva se ha realizado el registro de 24 brotes, se reportaron 12 casos individuales por notificación colectiva que no cumplen definición para brote y se encuentran ajustados por D (error de digitación).

A semana 24 no se ha notificado muertes asociadas a este evento.

Tabla 109. INDICADORES – Casos Varicela

Indicador	Resultado	Meta
Proporción de incidencia	104,6 casos por 100.000 habitantes en el Municipio de Cali	NA
Letalidad	0 %	NA

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Conclusiones:

- ❖ Se notificó solo un caso probable de PFA, por lo que no se cumple con el indicador de tasa de notificación de casos probables.
- ❖ No se cumple con la tasa de notificación esperada para sarampión y Rubeola
- ❖ La incidencia de tos ferina en población general fue de 4 casos por cada 100000 habitantes.
- ❖ La incidencia de tos ferina en población menor de cinco años fue de 43,3 casos por cada 100000 habitantes.
- ❖ El comportamiento de la notificación de meningitis bacterianas durante el primer semestre del año 2017 muestra un aumento del 15% en el número de casos ingresados al Sivigila respecto al primer semestre del 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*.
- ❖ La población más afectada por el virus de la parotiditis durante el primer semestre de 2017 fueron los grupos de edad grupo de 1 – 4 y 5 - 9 años. La incidencia de parotiditis en Cali en la población general fue de 8,1 casos por cada 100000 habitantes, cifra con la que se cumple la meta nacional propuesta, “no mayor a 20 casos por cada 100000 habitantes”.
- ❖ En la distribución de casos de varicela notificados, se observa un aumento en la notificación del 5% comparado con el primer semestre del año 2016



- ❖ La incidencia de varicela en el municipio de Cali en la población general fue de 104,6 casos por cada 100.000 habitantes.
- ❖ La incidencia de varicela en la población menor de cinco años de edad fue de 238,2 casos por cada 100.000 niños menores de cinco años.

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.
- ❖ 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.
- ❖ 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.
- ❖ Fortalecer la vigilancia de tos ferina mediante la Búsqueda activa institucional.
- ❖ 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. NIN
- ❖ 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, así como también Investigar los brotes atribuidos al evento para determinar factores de riesgo que permitan la propagación de la enfermedad y enviar los informes respectivos al Departamento y estos a su vez a la nación.

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

5. Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis

Introducción

La rabia es una zoonosis mortal que afecta el sistema nervioso central de animales homeotermos, especialmente mamíferos, incluido el ser humano, en quien produce una encefalomiелitis aguda; es una de las pocas enfermedades cuyos signos y síntomas no han variado a través de los siglos.

La importancia de la rabia para la Salud Pública tanto en Colombia como en el mundo no radica en el número de casos humanos relativamente reducido, sino en la alta letalidad que alcanza al 100% de los enfermos, pues pese a los avances tecnológicos aún no se cuenta con tratamientos exitosos cuando el paciente ya presenta síntomas.

Asimismo puede considerarse que un caso de rabia humana representa una debilidad en el sistema de salud, debido a las cuantiosas herramientas con que se cuentan para la prevención de la enfermedad. Se deben intensificar las acciones de vigilancia en los ciclos aéreos y terrestres mediante una correcta identificación de los mismos, así como también aplicar una adecuada estrategia de inmunización en personas y en poblaciones animales en riesgo, siendo éstos la principal fuente de infección.

La rabia se distribuye ampliamente por todas las regiones geográficas y climáticas de la tierra, concentrando su mayor frecuencia en países en vías de desarrollo. Actualmente, la mayor frecuencia de casos en Europa, Estados Unidos y Canadá se presenta en fauna mamífera silvestre, mientras que en África, Asia y Latinoamérica se presenta en perros en las zonas urbanas y en animales silvestre en las zonas rurales, principalmente en zorros, murciélagos, primates, mangostas, chacales y lobos, entre otros, incluyendo gatos, perros callejeros, vagabundos o asilvestrados.

Según la OPS/OMS, por rabia cada año se vacunan 100.000 personas en Europa, 7.000.000 en Asia y 500.000 en las Américas; en el mundo cada hora se tratan 100 personas; muere una persona cada 15 minutos y 55.000 cada año, de las cuales el 80% proceden de zonas rurales de países en vías de desarrollo y de población infantil y joven, por ejemplo: en Asia mueren 35.000 pacientes y en África 10.000.

En los Estados Unidos en los últimos 10 años, más del 90% de los casos nuevos reportados por año al Centro de Control de Enfermedades (CDC), son producidos por animales silvestres, siendo que en la década del 60 los casos reportados eran provocados en su mayor parte por animales domésticos. En países europeos como Francia, Bélgica y Suiza sus programas están orientados al control de la rabia silvestre.

En la actualidad los casos fatales que ocurren en el hombre se deben a que no recibieron tratamiento antirrábico oportuno en tiempo y forma.

La vigilancia, prevención y control de la rabia es una prioridad para la salud pública mundial y nacional. Colombia, como los demás países de las Américas, se ha comprometido a eliminar la rabia transmitida por perros-V1 del territorio nacional y controlar la rabia silvestre transmitida por murciélagos hematófagos; Por lo anterior el propósito de la vigilancia es realizar la vigilancia de los casos de agresiones, exposiciones y de rabia en humanos y en animal de compañía (perros y gatos), mediante la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información válida, confiable y oportuna, útil para la toma de decisiones, y orientar las medidas de prevención y eliminación de la rabia urbana transmitida por perros, Variante 1, en Colombia.

Objetivo

- Describir el comportamiento de las agresiones de animales potencialmente transmisores de rabia en el municipio de Santiago de Cali, durante el primer semestre del año 2017.
- Identificar posibles factores y/o grupos poblacionales de riesgo relacionados con la presencia de exposición rábica en el Municipio de Santiago de Cali, en el primer semestre del año.
- Medir el cumplimiento mediante la aplicación de los indicadores de vigilancia epidemiológica para vigilancia de Rabia Humana.

Metodología

Se realiza un informe de análisis de tipo descriptivo retrospectivo de los hallazgos encontrados por semana epidemiológica, y reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Municipio de Santiago de Cali con corte a periodo VI de 2017. Se realiza análisis del comportamiento acorde a los objetivos contenidos en el protocolo y el comportamiento del evento en el municipio.

El análisis se realiza con base en las variables que contemplan las fichas de notificación para este evento, previa revisión de las variables frente a la calidad de los datos reportados identificando los errores de digitación, los errores de consistencia de la información, identificaron los campos vacíos y duplicados.

Como resultado del análisis realizado se logró describir, entre otros, el comportamiento de la notificación de las agresiones y contactos; establecer la magnitud del evento según variables de tiempo, lugar y persona; valorar la clasificación de los contactos y las exposiciones rábicas; revisar la coherencia entre el tipo de exposición y el tratamiento ordenado; comparar la tendencia de la notificación de las agresiones, incluidos los contactos y exposiciones rábicas, mediante análisis comparativo con años anteriores

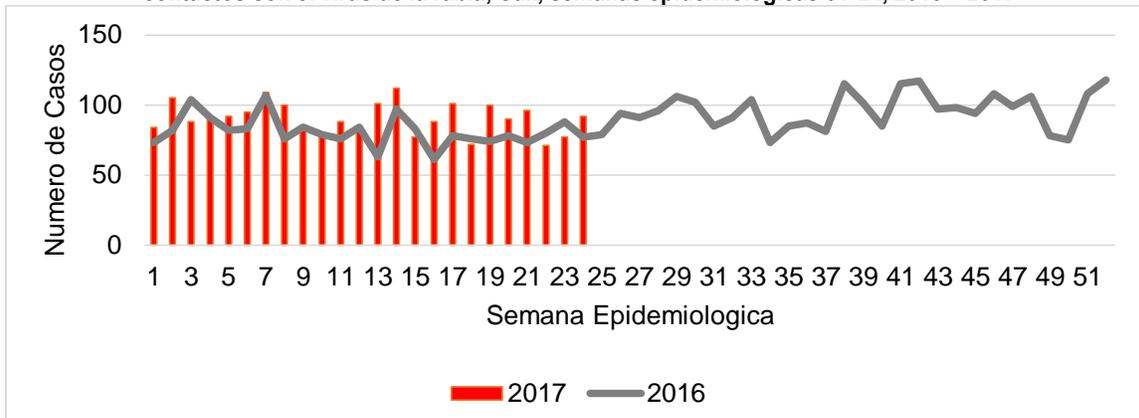
Análisis de la información

Vigilancia Integrada de Rabia –Ficha epidemiológica 307

Agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia

A la semana epidemiológica 24 de 2017, se notificaron al Sivigila 2.340 Casos de agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia, de los cuales se descartaron 165 (83 repetidos, 82 otros municipios) para un total de 2.175 casos sobre los cuales se va a realizar el siguiente análisis.

Figura 90. Comportamiento de los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, Cali, semanas epidemiológicas 01-24, 2016 – 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

La comuna que presento la tasa más alta de incidencia de casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue el área rural con una tasa de 213, seguido de la comuna 20 con una tasa de 209 casos por 100.000 habitantes, la incidencia municipal fue de 87,69 casos por 100.000 habitantes

Tabla 110. Tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según Comuna de procedencia, Cali, a SE epidemiológica 24 de 2017

Comuna	Total	Tasa Por 100.000Hb	%
01	72	81,42	3,46
02	113	98,56	5,44
03	79	170,26	3,80
04	49	91,81	2,36
05	60	53,53	2,89
06	102	53,73	4,91
07	71	99,53	3,42
08	99	96,69	4,76

09	60	133,35	2,89
10	98	88,40	4,72
11	67	62,42	3,22
12	64	95,69	3,08
13	101	56,86	4,86
14	100	57,91	4,81
15	106	66,51	5,10
16	101	94,24	4,86
17	152	108,83	7,31
18	113	85,96	5,44
19	119	105,36	5,73
20	145	209,14	6,98
21	88	78,34	4,23
22	18	161,29	0,87
Rural	78	213,02	3,75
Sin Dato	120	N,A	5,77
Total	2078	87,69	100,00

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

El 51,6% de los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, se registró en el sexo femenino, el 58,4% pertenecen al régimen contributivo, el 94% en etnia Otros, el 10,7% de los casos están en el grupo de edad de menores de un año y el 97,9% proceden de la Cabecera Urbana del Municipio de Cali

Tabla 111. Comportamiento demográfico y social de los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Cali, semanas epidemiológicas 01- 24 de 2017.

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	1052	48,4

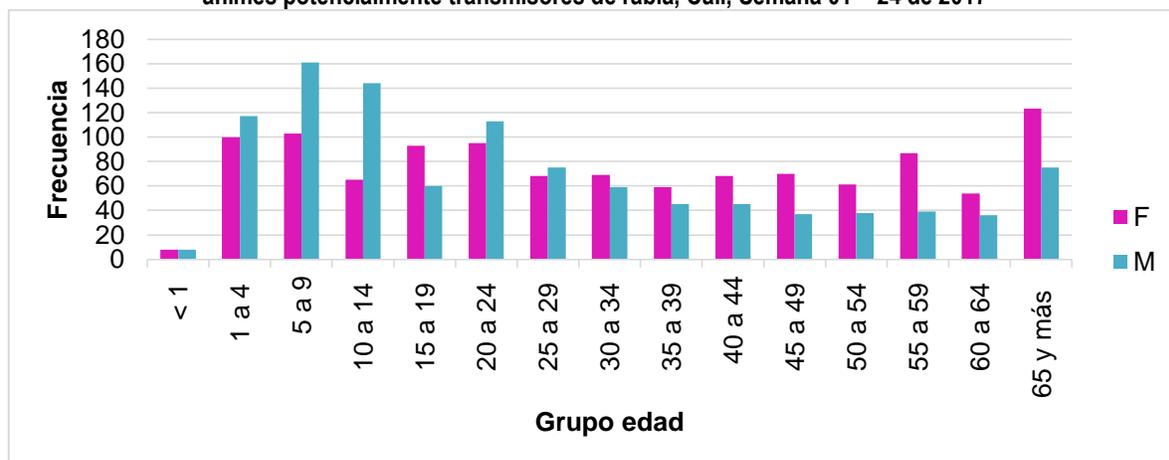
	Femenino	1123	51,6
Régimen	Contributivo	1271	58,4
	Subsidiado	678	31,2
	Excepción	72	3,3
	Especial	42	1,9
	No Afiliado	110	5,1
	Indeterminado/ Pendiente	2	0,1
	Sin Dato	0	0,0
	Pertenenencia étnica	Indígena	3
ROM (gitano)		9	0,4
Raizal		6	0,3
Palenquero		1	0,0
Afrocolombiano		111	5,1
Otro		2045	94,0
Área de Procedencia		Cabecera Municipal	2130
	Centro Poblado	25	1,1
	Rural Disperso	20	0,9
Grupos de edad	Menores de un año	16	0,7
	1 a 4 años	217	10,0
	5 a 9 años	264	12,1
	10 a 14 años	209	9,6
	15 a 19 años	153	7,0
	20 a 24 años	208	9,6
	25 a 29 años	143	6,6

30 a 34 años	128	5,9
35 a 39 años	104	4,8
40 a 44 años	113	5,2
45 a 49 años	107	4,9
50 a 54 años	99	4,6
55 a 59 años	126	5,8
60 a 64 años	90	4,1
65 y más años	198	9,1
Sin dato		0,0

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

El 32,5% (706) de las exposiciones ocurrieron en menores de 14 años de edad, siendo los grupos más afectados los de 5 a 9 años con el 12,1% (264) y de 1 a 4 años con el 10% (217). La distribución de los casos según grupo de edad y sexo fue la siguiente. (Ver Gráfico 3).

Figura 91. Distribución de la edad por grupos quinquenales y sexo de las personas que sufrieron agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Cali, Semana 01 – 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. El 50,8% (1.105) de los casos fueron notificados por las siguientes UPGD: Red de Salud de Ladera ESE Cs Siloe, Servicios de Salud IPS Suramericana SA, Salud Centro-Hospital Primitivo Iglesias, Red De Salud del Norte ESE, Clínica Amiga, Clínica Comfenalco, Hospital Carlos Carmona Montoya, Fundación Valle Del Lili, Hospital Carlos Holmes Trujillo - ESE Oriente, Clínica Farallones S A, Red De Salud de Ladera ESE Hospital Cañaveralejo, Estudios e Inversiones Medicas SA - Esimed SA. La distribución de los casos según UPGD de notificación es la siguiente.

Tabla 112. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según UPGD Notificadora del Municipio de Cali, semanas epidemiológicas 01- 24 de 2017.

UPGD	N°	%	% Acum.
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	147	6,76	6,76
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	132	6,07	12,83
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	119	5,47	18,30
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	99	4,55	22,85
CLINICA AMIGA	85	3,91	26,76
CLINICA COMFENALCO	83	3,82	30,57
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	82	3,77	34,34
FUNDACION VALLE DEL LILI	77	3,54	37,89
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	73	3,36	41,24
CLINICA FARALLONES S A	71	3,26	44,51
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	69	3,17	47,68
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	68	3,13	50,80
IPS COMFANDI ALAMEDA	61	2,80	53,61
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS TERRON COLORADO	60	2,76	56,37
SANITAS EPS - TEQUENDAMA	59	2,71	59,08
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SA SERVICIO DE	57	2,62	61,70
COMFANDI IPS TORRES	56	2,57	64,28
CENTRO MEDICO IMBANACO	48	2,21	66,48
CLINICA ORIENTE LTDA VILLACOLOMBIA	48	2,21	68,69
SALUD TOTAL CALI AMERICAS	41	1,89	70,57
SOCIEDAD NSDR	40	1,84	72,41
CLINICA REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA - POLICI	37	1,70	74,11
CLINICA DE OCCIDENTE SA	35	1,61	75,72
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	35	1,61	77,33



FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	32	1,47	78,80
SINERGIA GLOBAL EN SALUD ATENCION BASICA SANTA CA	32	1,47	80,28
CLINICA VERSALLES SA	31	1,43	81,70
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	30	1,38	83,08
CLINICA DESA SAS	29	1,33	84,41
IPS SURA CHIPICHAPE	29	1,33	85,75
CENTRO DE SALUD DECEPAZ - ESE ORIENTE	28	1,29	87,03
CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS	27	1,24	88,28
CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	26	1,20	89,47
COSMITET LTDA CLINICA REY DAVID	24	1,10	90,57
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	20	0,92	91,49
IPS COMFANDI CALIPSO	15	0,69	92,18
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	14	0,64	92,83
BATALLÓN DE ASPC NO3 POLICARPA SALAVARIETA	11	0,51	93,33
CENTRO DE SALUD MARROQUIN - ESE ORIENTE	11	0,51	93,84
CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE - ESE ORIENTE	10	0,46	94,30
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA SA	9	0,41	94,71
UNIVERSIDAD DE VALLE DIRECCION SERVICIOS DE SALUD	9	0,41	95,13
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	8	0,37	95,49
IPS FLORA SURAMERICANA	8	0,37	95,86
SERVIMEDIC QUIRON SAS	8	0,37	96,23
IPS COMFANDI EL PRADO	7	0,32	96,55
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI	6	0,28	96,83
SALUD CENTRO-CS LUIS H GARCES	6	0,28	97,10
CENTRO DE SALUD EL VALLADO - ESE ORIENTE	5	0,23	97,33
SERSALUD SA	5	0,23	97,56
SANACION Y VIDA IPS SAS	4	0,18	97,75
HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL	3	0,14	97,89



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

SECRETARÍA DE SALUD



SALUD CENTRO-CS RODEO	3	0,14	98,02
SERINSA NORORIENTE	3	0,14	98,16
SERVIDOC SUR	3	0,14	98,30
CLINISANITAS CIUDAD JARDIN	2	0,09	98,39
COMFANDI IPS - SAN NICOLAS	2	0,09	98,48
CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS CALISUR	2	0,09	98,57
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS PRIMERO DE MAYO	2	0,09	98,67
SERVIDOC NORTE	2	0,09	98,76
SINERGIA SALUD IMBANACO	2	0,09	98,85
AMISALUD IPS	1	0,05	98,90
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SA	1	0,05	98,94
CENTRO DE EXCELENCIA CARDIOPULMONAR	1	0,05	98,99
CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO	1	0,05	99,03
CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE -ESE ORIENTE	1	0,05	99,08
CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	1	0,05	99,13
COMFANDI IPS MORICHAL	1	0,05	99,17
COMFANDI IPS PASOANCHO	1	0,05	99,22
CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS CALICENTRO	1	0,05	99,26
DESA CARRRERA 1RA	1	0,05	99,31
PUESTO DE SALUD CIUDAD CORDOBA-ESE ORIENTE	1	0,05	99,36
PUESTO DE SALUD INTERVENIDAS-ESE ORIENTE	1	0,05	99,40
PUESTO DE SALUD POBLADO II - ESE ORIENTE	1	0,05	99,45
PUESTO DE SALUD RICARDO BALCAZAR - ESE ORIENTE	1	0,05	99,49
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS LA ESTRELLA	1	0,05	99,54
RED DE SALUD DE LADERA ESE PS LOURDES	1	0,05	99,59
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS MELENDEZ	1	0,05	99,63
SANITAS CENTRO MEDICO FLORA INDUSTRIAL	1	0,05	99,68
SECCIONAL SANIDAD VALLE POLICIA NACIONAL SEDE TEQU	1	0,05	99,72



SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE CALI	1	0,05	99,77
SERVICIO DE SALUD INMEDIATO IPS SAS	1	0,05	99,82
SINERGIA ATENCION BASICA LA 80	1	0,05	99,86
SINERGIA COOMEVA TEQUENDAMA	1	0,05	99,91
SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS UNICENTRO	1	0,05	99,95
UNIDAD MEDICA Y DE DIAGNOSTICO SA	1	0,05	100,00
TOTAL	2175	100,00	

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Comportamiento de otras variables de interés (Datos complementarios)

Se describen las características más relevantes de las agresiones, contactos y exposiciones, los antecedentes de inmunización antirrábica de los pacientes, el tipo de animal agresor, la clasificación de las exposiciones y la conducta específica antirrábica ordenada a los pacientes por el médico tratante.

En cuanto a los datos de la agresión o contacto, la lesión más frecuente es la mordedura en el 92,8% (2.019) de los casos, no provocada 57,9% (1.259), única 67,7% (1.473) y superficial 82,7% (1.798).

Tabla 113. Frecuencia de agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia notificadas según características de la agresión o contacto, Cali, Semana 01-24, 2017

Datos de la agresión o contacto		Casos	%
Tipo de agresión o contacto	Mordedura	2019	92,8
	Arañazo o rasguño	153	7,0
	Lamedura de mucosa o piel lesionada	3	0,1
	Contacto de saliva con piel lesionada o mucosa	0	0,0



	Otro	0	0,0
	Sin dato	0	0,0
Agresión Provocada	Si	916	42,1
	No	1259	57,9
	Sin dato	0	0,0
Tipo de Lesión	Única	1473	67,7
	Múltiple	702	32,3
	Sin dato	0	0,0
Profundidad	Superficial	1798	82,7
	Profunda	377	17,3
	Sin dato	0	0,0
Localización anatómica	Cabeza, cara, cuello	407	18,7
	Mano, dedo	710	32,6
	Tronco	90	4,1
	Miembro superior	424	19,5
	Miembro inferior	604	27,8
	Pies, dedos	91	4,2
	Genitales externos	15	0,7

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

En Cali, la mayoría de las agresiones las ocasiona el perro 79,6% (1.731), seguido por el gato 18,0% (391); el 0,9% (20) de las agresiones fueron por animales silvestres.

En la mayoría de los animales agresores se desconoce el estado de vacunación 37,1% (806), no presentan signos de rabia el 77,7% (1.689) y son observables 68,3% (1.485), en



cuanto a las agresiones según el tipo de exposición, la mayor proporción correspondió a no exposición con un 48,1% (1.047).

Tabla 114. Frecuencia de agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia notificadas según la exposición y tipo de agresor Cali, semana 1-24 del 2017

Datos de la exposición y tipo de agresor		Casos	%
Tipo de agresor	Perro	1731	79,6
	Gato	391	18,0
	Pequeños roedores	30	1,4
	Murciélago	9	0,4
	Grandes roedores	4	0,2
	Equino	4	0,2
	Otros domésticos	3	0,1
	Ovino-Caprino	1	0,0
	Bovino	1	0,0
	Mico	1	0,0
	Vacunado	Si	967
No		349	16,0
Desconocido		806	37,1
Sin dato		53	2,4
Presento carnet de vacunación	Si	329	15,1
	No	1792	82,4
	Sin dato	54	2,5
Estado del	Con signos de	17	0,8



animal al momento de la agresión	rabia		
	Sin signos de rabia	1689	77,7
	Desconocido	416	19,1
	Sin dato	53	2,4
Ubicación	Observable	1485	68,3
	Perdido	600	27,6
	Muerto	37	1,7
	Sin dato	53	2,4
Tipo de exposición	No exposición	1047	48,1
	Exposición leve	791	36,4
	Exposición grave	337	15,5
	Sin dato	0	0,0

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

En cuanto a las características de las agresiones por perros o gatos, el 49,5% (856) de los perros y el 28,4% (111) de los gatos según la notificación estaban vacunados al momento de la agresión; el 71,4% (1.241) de los perros y el 62,4% (244) de los gatos eran observables.

Tabla 115. Frecuencia de agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia notificadas según las características de los Agresores Domésticos Cali, semana 1-24 del 2017

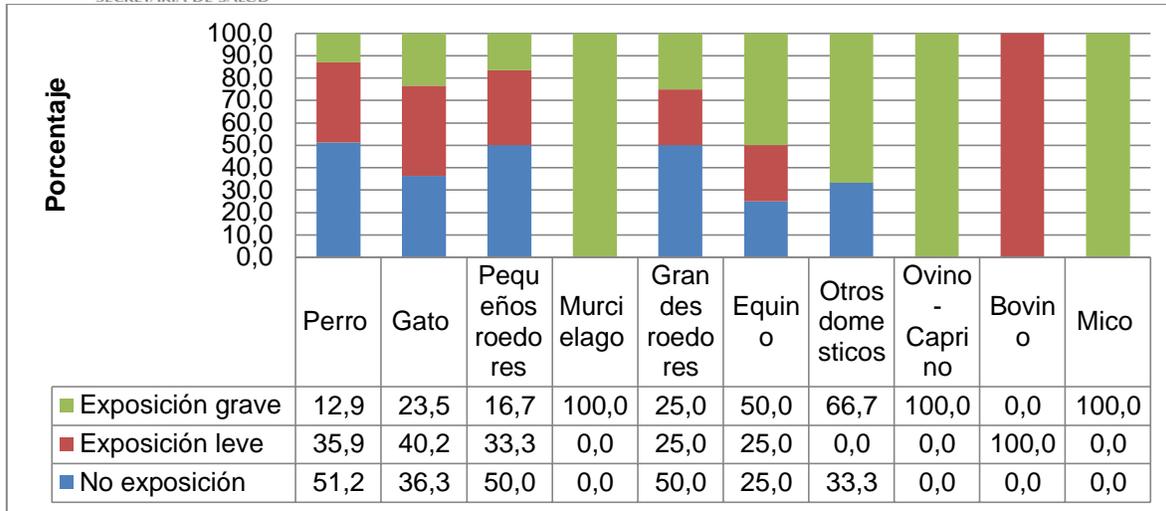
Característica	No.	Especie	
		Perro	Gato
Vacunado	Si	856	111
	No	251	98
	Desconocido	624	182

	Sin dato	0	0
Estado del animal al momento de la agresión	Con signos de rabia	12	5
	Sin signos de rabia	1402	287
	Desconocido	317	99
	Sin dato	0	0
Ubicación	Observable	1241	244
	Perdido	469	131
	Muerto	21	16
	Sin dato	0	0

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

La distribución de las agresiones según tipo de exposición y especie de animal agresor, se halló que la mayor frecuencia de exposiciones graves y leves ocasionadas por perros y gatos fue de 50.2% (1.094 casos); no todas las exposiciones ocasionadas por animales silvestres y grandes roedores fueron clasificadas correctamente como graves y 10 agresiones ocasionadas por pequeños roedores fueron consideradas como exposiciones leves y 5 como graves; lo cual genera una alerta importante, para la clasificación y manejo medico de los mismos,(Ver gráfico 3).

Figura 92. Frecuencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según tipo de exposición y especie de animal agresor, Cali, semanas 1-24 de 2017.



Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

En la semana 7 fue notificada en el municipio una muerte de una mujer de 87 años producto de la agresión de un perro observable, el cual no estaba infectado con el virus de la rabia.

En relación con el manejo de los casos, 65 casos (2,9%) requirieron hospitalización para su manejo; en 2.095 casos (96,3 %) se realizó lavado de la herida y en 179 casos (8,2 %) sutura; de total se ordenó aplicación de suero a 346 casos (el 15,9%) y de vacuna a 1.087 casos (el 49,9 %).

De acuerdo a la clasificación realizada de la exposición en el momento de la consulta de 1.047 agresiones que fueron notificados como no exposición el 96,4% (1.010) de los pacientes fueron manejados adecuadamente según el protocolo de vigilancia. Sin embargo, al 3,4% (36) pacientes se les ordenó vacuna, al 0,1% (1) se les formuló suero.

De 791 agresiones que fueron reportados como exposición leve El 86,3% (683) de los pacientes fueron bien manejados según el protocolo de vigilancia; sin embargo al 4,9% (39) se les ordenó suero y 9,1% (72) requería vacuna.

337 agresiones fueron reportados como exposición grave, de estos 90,8% (306) de los pacientes, fueron manejados adecuadamente según el protocolo de vigilancia, a pesar de

que al 1,5% (5) no se les ordenó suero y 9,2% (31) no se le ordenó suero y a 1,5% (5) vacuna.

Tabla 92. Frecuencia de personas agredidas por animales potencialmente transmisores de rabia según orden médica de aplicación de suero y de vacuna antirrábica de acuerdo al tipo de exposición, Cali, semanas 1-24 de 2017.

Orden medica de aplicación								
Tipo de Exposición	Suero antirrábico				Vacuna antirrábica			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
No exposición	1	0,1	1046	99,9	36	3,4	1011	96,6
Exposición leve	39	4,9	752	95,1	719	90,9	72	9,1
Exposición grave	306	90,8	31	9,2	332	98,5	5	1,5
Total	346	15,9	1829	84,1	1087	50,0	1088	50,0

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Al relacionar la especie agresora con el tratamiento ordenado, se encontró que, de 2.122 agresiones ocasionadas por perros y gatos al 15,3% (325) se les ordeno suero y al 49,8% (1.057) vacuna, de las 14 personas agredidas por animales silvestres (excluyendo las ocasionadas por pequeños roedores), al 21,4% (3) no se les ordeno la aplicación de suero ni vacuna,

Tabla 116. Frecuencia de personas agredidas por animales potencialmente transmisores de rabia según orden médica de aplicación de suero y de vacuna antirrábica de acuerdo al tipo de agresor, Cali, semanas 1-24 de 2017.

Orden medica de aplicación								
Tipo de agresor	Suero antirrábico				Vacuna antirrábica			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Perro	239	13,8	1492	86,2	824	47,6	907	52,4
Gato	86	5,0	305	78,0	233	59,6	158	40,4
Pequeños roedores	6	0,3	24	80,0	13	43,3	17	56,7



Murciélago	9	0,5		0,0	9	100,0		0,0
Grandes roedores	1	0,1	3	75,0	1	25,0	3	75,0
Equino	1	0,1	3	75,0	2	50,0	2	50,0
Otros domésticos	2	0,1	1	33,3	2	66,7	1	33,3
Ovino-Caprino	1	0,1		0,0	1	100,0		0,0
Bovino		0,0	1	100,0	1	100,0		0,0
Mico	1	0,1		0,0	1	100,0		0,0
Total	346	15,9	1829	84,1	1087	50,0	1088	50,0

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Se realizó análisis de la clasificación a 2.161 casos, que según el protocolo de vigilancia, los casos debieron ser clasificados de la siguiente manera: no exposición 21,8% (472), exposición leve 2,3% (51) y exposición grave 15,2% (330).

De lo anterior se concluye que el personal médico clasificó adecuadamente las exposiciones así: no exposiciones el 92,2% (952), exposiciones leves el 18,7% (148) y exposiciones graves el 61,3% (208).

Tabla 117. Clasificación de las Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia, Cali, semanas 1-24 de 2017

TIPO DE EXPOSICION	EXPOSICION GRAVE	EXPOSICION LEVE	NO EXPOSICION	ok EXPOSICION GRAVE	ok EXPOSICION LEVE	ok NO EXPOSICION	TOTAL GENERAL
EXPOSICION GRAVE		49	82	208			339
EXPOSICION LEVE	252		390		148		790
NO EXPOSICION	78	2				952	1032
TOTAL GENERAL	330	51	472	208	148	952	2161



Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

INDICADORES

Al realizar hacer análisis de los indicadores para el evento, entre las semanas 1-24 del presente año, encontramos que, en el Municipio de Santiago de Cali, nos encontramos lo siguiente:

Por cada 100.000 habitantes se presentaron aproximadamente 91,7 casos nuevos de Agresiones por APTR.

Por cada 100 personas con exposición leve, aproximadamente a 90,9 de ellas se les ordenó la aplicación del esquema de vacunación antirrábico post-exposición, debemos tener en cuenta que la meta es ordenar esquema de vacunación antirrábica post exposición completo al 100% de los pacientes con exposición leve.

Por cada 100 personas con exposición grave, aproximadamente a 90,8 de ellas se les ordenó aplicación de suero y esquema de vacunación antirrábico post-exposición, la meta es ordenar inmunoglobulina y vacunación antirrábica post exposición completa a todos los casos con exposición grave.

En el Municipio de Santiago de Cali no se notificaron caso nuevo de rabia humana, la meta es 0 casos.



Tabla 118. Comportamiento de los indicadores de la vigilancia de las agresiones por APTR y casos rabia humana en Cali, semanas 1-24 2017

Indicador	Descripción	Resultado
Proporción de incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	Número de casos nuevos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en el municipio de Cali/ Total población 2016 según proyección DANE	91,7
Proporción de personas agredidas por animales potencialmente transmisores de rabia, clasificados como exposición leve a los que se les ordenó esquema de vacunación pos exposición antirrábica	Número de pacientes agredidos con exposición leve a los que se les ordenó aplicación de vacunación antirrábica post-exposición/Número de pacientes agredidos con exposición leve	90,9
Proporción de pacientes agredidos por animales potencialmente transmisores de rabia, clasificados como exposición grave a los que se les ordenó suero y vacunación pos exposición antirrábica	Número de pacientes con exposición grave a los que se les ordenó aplicación de suero antirrábico y esquema de vacunación pos exposición/Número de pacientes agredidos clasificados con exposición grave	90,8
Proporción de pacientes agredidos por animales potencialmente transmisores de rabia, clasificados como expuestos al virus de la rabia	Número de pacientes agredidos clasificados como exposición leve y grave/Número total de pacientes agredidos por un animal potencialmente trasmisor	51,8
Incidencia de casos de rabia humana	Número de casos nuevos de rabia humana en el Municipio de Cali /casos	0.0

Fuente: SIVIGILA .Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

Discusión:

La notificación para el primer semestre del año 2017 fue de 2.175 casos, de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, mostró un incremento (10%) con respecto al Primer semestre del año 2016 (1.949 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 97,6% 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 penetración y replicación del virus de la rabia en el organismo de una persona contacto con el virus de la rabia agredido por animal silvestre.

Se encuentran inconsistencias entre las condiciones relacionadas con la agresión y la clasificación final de la misma, lo cual puede evidenciar debilidades en la aplicación de protocolos y guías de atención, lo que involucra desconocimiento de las definiciones de caso y manejo clínico, además del diligenciamiento inadecuado e incompleto de las fichas de notificación.

Conclusiones:

El comportamiento de la notificación, muestra que el 50,8% (1.105) de los casos fueron notificados por las siguientes UPGD: Red de Salud de Ladera ESE Cs Siloe, Servicios de Salud IPS Suramericana SA, Salud Centro-Hospital Primitivo Iglesias, Red De Salud del Norte ESE, Clínica Amiga, Clínica Comfenalco, Hospital Carlos Carmona Montoya, Fundación Valle Del Lili, Hospital Carlos Holmes Trujillo - ESE Oriente, Clínica Farallones



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD



S A, Red De Salud de Ladera ESE Hospital Cañaveralejo, Estudios e Inversiones Medicas SA - Esimed SA.

La incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en el municipio de Cali es de 91,7 casos por 100.000 habitantes.

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia se presentan con mayor frecuencia en las mujeres 51,6% (1123), calculando una relación de 1,0 casos en mujeres por cada hombre y por área de ocurrencia, el 97,9% de las agresiones se presentó en la cabecera municipal.

Recomendaciones

Se recomienda incentivar y continuar con las capacitaciones a los responsables de la vigilancia, la notificación y manejo de las UPDG del municipio en la actualización del manejo de protocolos de atención y vigilancia de este evento.

Fortalecer la asistencia técnica a las UPDG de mayor reporte con el fin de verificar el cumplimiento de protocolos y seguimientos a planes de mejoramiento que se deriven de las visitas.

Continuar con las estrategias de IEC, para la promoción de tenencia responsable de mascotas y coberturas de vacunación felina y canina.

Referencias

Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Rabia en Humanos, Perros y Gatos, Instituto Nacional de Salud, Junio 2014.

5.1. Accidente ofídico (código 100)

De acuerdo al SIVIGILA a periodo epidemiológico I de 2017, el Departamento del Valle notifico 3 casos de accidentes ofídicos, de las cuales el ninguno procede del Municipio de Cali.

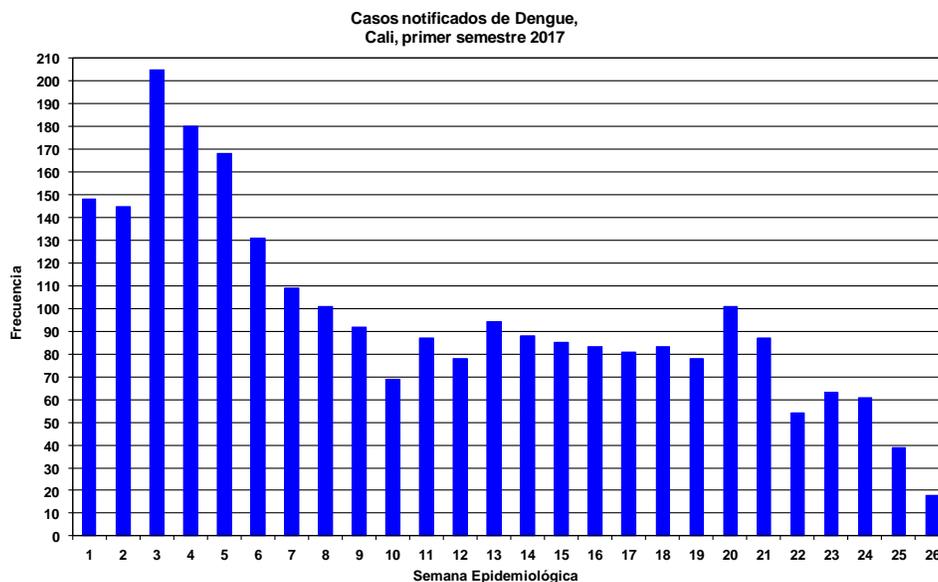
5.2. Dengue

Total de casos notificados 3104 – casos duplicados 92 – casos descartados 333 – casos error de digitación 6.

Hasta el primer semestre de 2017, se notificaron al Sivigila 2.673 casos probables de dengue, 2.528 provenientes de Cali, 109 de otros municipios del departamento y 36 de otros departamentos.

De los 2.528 casos provenientes de Cali, 1.957 casos (77,4%) sin signos de alarma, 568 casos (22,5%) con signos de alarma y 3 casos de dengue grave.

Figura 93 Casos notificados de Dengue. Cali Primer semestre 2017





El 52,7% de los casos de dengue se registró en el sexo masculino; el 77,1% de los casos pertenecen al régimen contributivo y un 1,9% refieren no afiliación; Se han notificado 77 casos en afrocolombianos (3,0%).

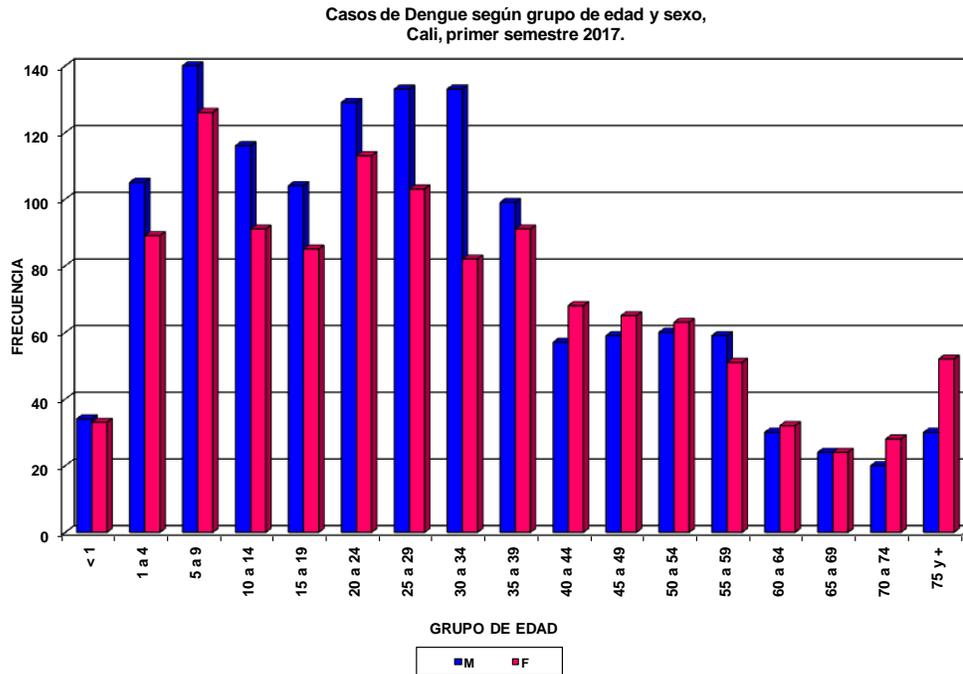
Tabla 119. Comportamiento demográfico y social de los casos de Dengue, Cali, primer semestre 2017

Características		Casos	%
Sexo	Hombre	1332	52,7
	Mujer	1196	47,3
Área procedencia	Cabecera municipal	2513	99,4
	Centro Poblado	8	0,3
	Rural disperso	7	0,3
Pertenece étnica	Otros	2443	96,6
	Negro, mulato, afro colombiano	77	3,0
	Indígena	5	0,2
	Raizal	0	0
	ROM, gitano	3	0,1
	Palenquero	0	0
	sin dato	0	0
Grupo poblacional	Otros grupos poblacionales	2508	99,2
	Desplazados	0	0
	Población infantil a cargo ICBF	0	0
	Gestantes	19	0,8
	Migrantes	1	0,0
	Discapacitados	0	0
	Indigentes	1	0,0
	Victima violencia armada	0	0
	Carcelarios	0	0
	Centros psiquiátricos	2	0,1
	Desmovilizados	0	0
	Madre Comunitaria	0	0
Tipo de seguridad social	Contributivo	1950	77,1
	Subsidiado	481	19,0
	No afiliado	49	1,9
	Especial	6	0,2
	Excepción	38	1,5
	indeterminado	4	0,2

La media de la edad de ocurrencia de los casos de Dengue fue de 29,5 años, la mediana de 26,0 años y la moda 23 años; el 46,1% corresponde a la población menor a 24 años y el grupo más afectado está entre 5 y 9 años con el 10,5%.



Figura 94. Caos de Dengue según grupo de edad y sexo. Primer semestre 2017.



Las comunas 13, 15, 14 y 21 aportan el 33,7% de los casos notificados hasta la fecha. Los barrios Nueva Floresta, Poblado I, Ciudad Córdoba, Morichal de Comfandi, Terrón Colorado, El Vergel, Poblado II, Ciudadela Floralia, Calipso, Mojica, Manuela Beltrán, Siloé y Los Comuneros 1 aportan el 19,1% de los casos.

Figura 95 Casos dengue primer semestre por comuna 2017

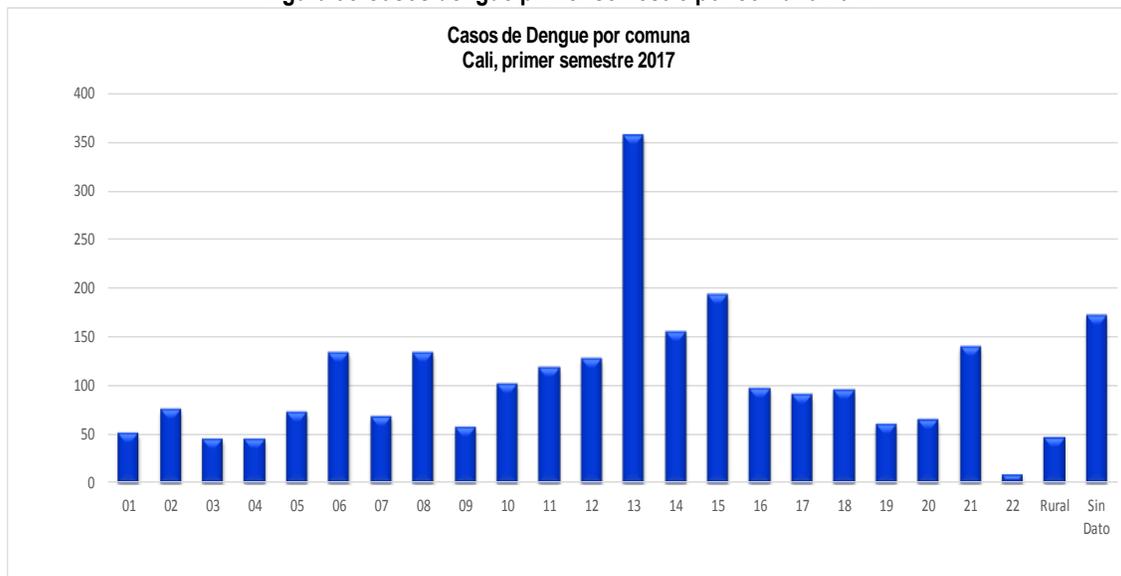
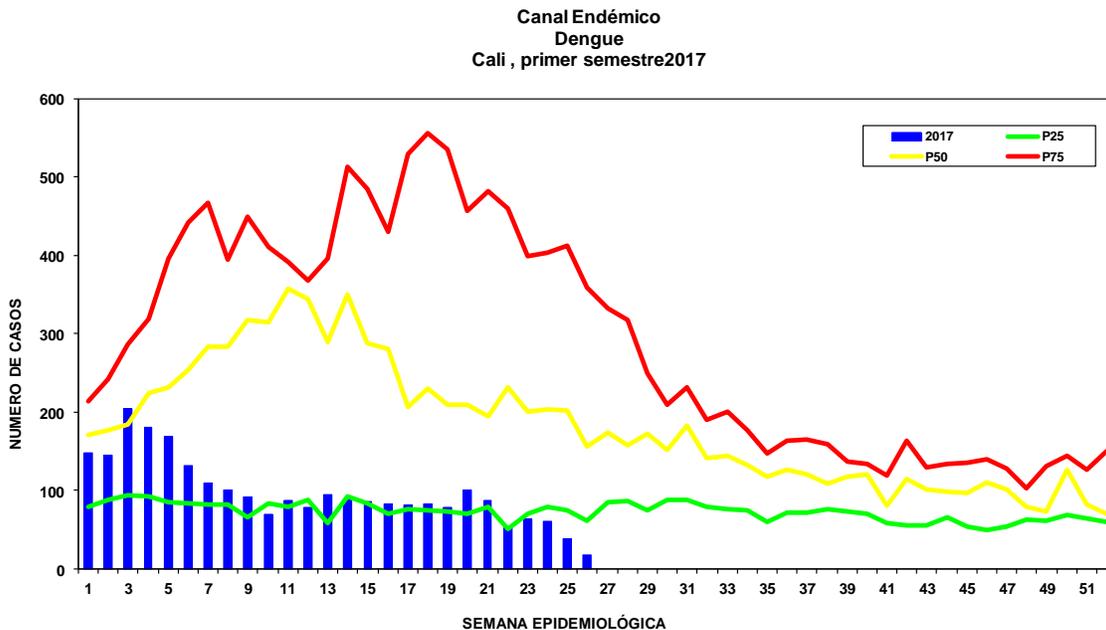


Figura 96. Canal endémico de dengue primer semestre de 2017. Cali



El canal endémico de dengue se ubicó (salvo en la semana 03) en las zonas de seguridad (9 semanas) y de éxito (16 semanas).

La hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue del 75,0%; para los casos de dengue grave, la hospitalización fue del 100%.

Mortalidad por Dengue

Hasta el primer semestre de 2017, se han notificado ocho muertes, una de ellas procedente de Tuluá; de los casos procedentes de Cali, 6 fueron descartadas en las unidades de análisis correspondientes y un caso está en investigación.

Durante el mismo periodo de 2016, se habían confirmado 15 muertes por esta enfermedad (siete por laboratorio y ocho compatibles).

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Proporción de incidencia de dengue

- La incidencia de dengue es de 106,1 casos por 100.000 habitantes en riesgo (población de área urbana).
- La incidencia de dengue grave es de 0,1 casos por 100.000 habitantes en riesgo (población de área urbana).

Porcentaje de hospitalización dengue con signos de alarma y dengue grave

- La hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue del 75,0%.
- Para los casos de dengue grave la hospitalización fue del 100%.

Mortalidad por Dengue

- Hasta el primer semestre de 2017, se han notificado ocho muertes, una procedente de Tuluá; de los casos procedentes de Cali, 6 fueron descartadas en las unidades de análisis correspondientes y un caso está en investigación.

Letalidad

- La letalidad por dengue grave fue de 0%.

Discusión

La reducción de casos presentada desde el 2016, se puede deber además del comportamiento típico de la enfermedad año tras año, a las actividades de promoción y prevención desarrolladas.

La persistencia en conductas de manejo clínico inapropiado, como es el caso de la falta de hospitalización de casos de dengue con signos de alarma, dejan ver el desconocimiento de los profesionales de salud de la guía clínica de manejo.

Pese a que la prueba IgM dengue está incluida en el POS, no se cumple con la confirmación del 100% de los casos de dengue con signos de alarma y dengue grave.

Entre los factores que coadyuvan a la aparición y reaparición del dengue se pueden mencionar las migraciones, el rápido crecimiento y urbanización de las poblaciones en el municipio, con cinturones de pobreza y falta de servicios básicos, especialmente relacionados con el suministro de agua, eliminación de residuos y las deficiencias en el saneamiento ambiental.

Dentro de los determinantes sociales relacionados con la presencia de la enfermedad en gran parte del territorio nacional, se observan limitaciones para el sostenimiento de programas preventivos, implementación de estrategias de comunicación, falta de planeación y personal a cargo de las actividades, priorización de áreas de intervención, que limitan las acciones de control del evento.

Muchos de los determinantes de la salud y la enfermedad y sus soluciones se encuentran fuera del sector salud e incluyen intervención a nivel social, de educación, ambiental, los cuales reflejan la necesidad de un abordaje intersectorial.

Los factores climáticos juegan un papel importante en el ciclo de transmisión del virus, ya que el aumento en la temperatura, favorece la replicación del virus y proliferación del vector.

En nuestro país, se sigue fortaleciendo la estrategia de gestión integral (EGI) dengue que es un modelo de gestión que tiene como objetivo hacer un abordaje integrado entre los 6 componentes de la estrategia (vigilancia epidemiológica, atención al paciente, diagnóstico por laboratorio, control integrado del vector, comunicación social y medio ambiente) con vistas a reducir la morbilidad, la mortalidad y la carga social y económica generada por el dengue.

Las dificultades en el control de *Aedes aegypti* mediante las medidas tradicionales de combate químico, debe inducir a buscar alternativas de control integrado en el marco de la atención primaria y la participación comunitaria, dirigidos a población escolar y líderes comunitarios, encaminando a promover cambios de comportamiento que lleven a la eliminación y al control de criaderos.

Los servicios de salud tienen la gran responsabilidad de atención adecuada y oportuna de los casos así como la verificación del cumplimiento de normas sanitarias a diferentes niveles que pueden verificarse mediante la vigilancia y control de los posibles criaderos donde es vital el trabajo con la comunidad; esta simple intervención reduciría en gran parte la carga de enfermedad. También hay que aprovechar las acciones educativas que los medios de comunicación transmiten para generar conciencia del trabajo tan importante que se realizaría si se lleva a cabo esta intervención.

Adicionalmente, hay que seguir fortaleciendo la notificación adecuada, con una correcta confirmación de casos y en caso de muerte, enviar las muestras según los lineamientos para hacer las respectivas pruebas y evitar que queden casos con un diagnóstico compatible de muerte por dengue.

Conclusiones

Se registra un número inferior de casos en 2017 con respecto al mismo periodo del año 2016.

Por municipio de procedencia, Cali sigue siendo el municipio con la mayor frecuencia de casos notificados a nivel nacional.

Sigue siendo inferior a la meta nacional el porcentaje de hospitalización de dengue con signos de alarma.

Recomendaciones

Intensificar el trabajo intersectorial involucrando en las acciones a los diferentes actores que están inmersos en el control de la enfermedad.

Hacer énfasis en la vigilancia epidemiológica (notificación inmediata de casos graves y de muertes probables).

Cumplir con los lineamientos de la vigilancia virológica del dengue.

Garantizar la confirmación del 100% de casos de dengue grave (suero) y fatales (tejidos y suero) mediante la toma adecuada y oportuna de muestras.

Implementar el monitoreo mensual de los indicadores de la vigilancia del dengue.

Realizar vigilancia entomológica, intensificar acciones de control vectorial teniendo en cuenta la guía de gestión para la vigilancia entomológica y control de la transmisión del dengue e informar a la comunidad de los riesgos y medidas de prevención de la enfermedad.

Garantizar el cumplimiento de la guía de atención integral del paciente con dengue, teniendo en cuenta los grupos de riesgo, tratamiento adecuado según la fase de enfermedad y seguimiento evitando su evolución a formas graves e irreversibles de la enfermedad.

Elaborar y ejecutar una estrategia de Información a la comunidad sobre los síntomas y signos de alarma en dengue y la necesidad de consultar al médico y evitar la automedicación.

Realizar las unidades de análisis de todos los casos fatales de la enfermedad.

5.3. Leptospirosis

Total de casos notificados 182 – casos duplicados 7 – casos descartados 96 – casos error de digitación 0.

Hasta el primer semestre de 2017, se han notificado 79 casos de leptospirosis, 49 casos (62,0%) sospechosos y 30 casos (38,0%) confirmados por laboratorio.

Por procedencia, Valle del Cauca notificó 68 casos (86,1%), Cauca (5), Choco, Nariño (2 c/u) y Huila un caso.

De los casos del Valle del Cauca, de Cali proceden 55 casos (80,9%), seguido de Buenaventura (5,9%), Jamundí y Palmira (4,4% c/u), Yumbo (2,9%) y Cartago un caso (1,5%).

Hasta el primer semestre se ha presentado una disminución del 46,1% en el número de casos notificados, comparado con el mismo periodo del 2016 (102).

De acuerdo con las características socio-demográficas de la población afectada, se encuentra que el 67,3% de los pacientes fueron hombres (relación de 2 casos en hombres por cada mujer), el 94,5% proceden de la cabecera municipal y el 58,2% de las personas se encuentra afiliadas al régimen contributivo.



Tabla 120. Comportamiento demográfico y social de los casos de Leptospirosis, Cali, primer semestre 2017

Características		Casos	%
Sexo	Hombre	37	67,3
	Mujer	18	32,7
Área procedencia	Cabecera municipal	52	94,5
	Centro Poblado	3	5,5
	Rural disperso	0	0
Perteneencia étnica	Otros	51	92,7
	Negro, mulato, afro colombiano	2	3,6
	Indígena	1	1,8
	Raizal	0	0
	ROM, gitano	1	1,8
	Palenquero	0	0
	sin dato	0	0
Grupo poblacional	Otros grupos poblacionales	54	98,2
	Desplazados	0	0
	Población infantil a cargo ICBF	0	0
	Gestantes	1	1,8
	Migrantes	0	0
	Discapacitados	0	0
	Indigentes	0	0
	Victima violencia armada	0	0
	Carcelarios	0	0
	Centros psiquiátricos	0	0
	Desmovilizados	0	0
	Madre Comunitaria	0	0
Tipo de seguridad social	Contributivo	32	58,2
	Subsidiado	14	25,5
	No afiliado	5	9,1
	Especial	1	1,8
	Excepción	1	1,8
	indeterminado	2	3,6

La media de la edad de ocurrencia de los casos de leptospirosis fue de 38,2 años, la mediana de 35,0 años, la moda 20 años, con un valor mínimo de 2 años y un máximo de 91 años; el 41,8% corresponde a la población menor a 29 años y el grupo poblacional más afectado está entre 25 y 29 años con el 14,5%.



Tabla 121. Casos de Leptospirosis por grupos de edad y sexo, Cali, primer semestre 2017

Grupo de Edad	Sexo		Total	%	% Acum.
	M	F			
< 1	0	0	0	0,0	0,0
1 a 4	1	0	1	1,8	1,8
5 a 9	0	3	3	5,5	7,3
10 a 14	1	1	2	3,6	10,9
15 a 19	2	0	2	3,6	14,5
20 a 24	6	1	7	12,7	27,3
25 a 29	6	2	8	14,5	41,8
30 a 34	4	0	4	7,3	49,1
35 a 39	2	1	3	5,5	54,5
40 a 44	2	0	2	3,6	58,2
45 a 49	4	3	7	12,7	70,9
50 a 54	0	4	4	7,3	78,2
55 a 59	4	0	4	7,3	85,5
60 a 64	1	1	2	3,6	89,1
65 a 69	2	1	3	5,5	94,5
70 a 74	1	0	1	1,8	96,4
75 y +	1	1	2	3,6	100,0
Total	37	18	55	100	

Dentro de los antecedentes de riesgo están contacto con aguas estancadas 30,9% y actividades deportivas en río 20,0%; con relación al contacto con animales, el 50,9% refirió tener perros, el 40,2% de los casos relató haber visto ratas en el domicilio y el 29,1% haber visto estos roedores alrededor del sitio de trabajo; finalmente dentro de las condiciones de saneamiento la disposición de residuos en el peri domicilio representó el 30,9% y las alcantarillas destapadas el 29,1%.

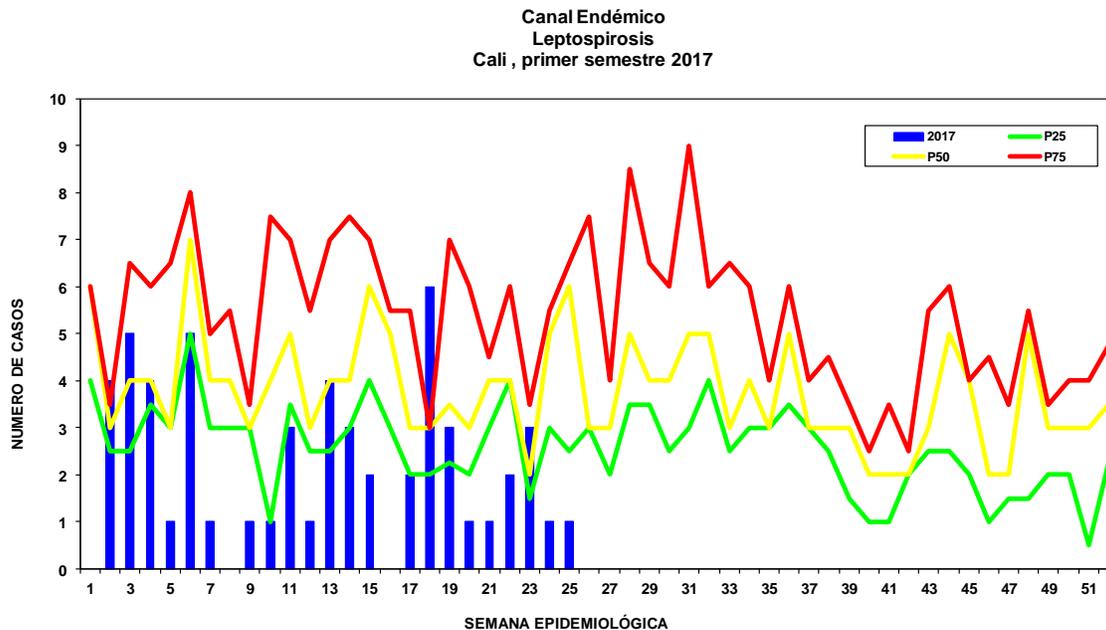


Tabla 122. Antecedentes epidemiológicos de los casos de leptospirosis. Cali, primer semestre 2017

Antecedentes Epidemiológicos		Casos	%
Hay animales en la casa	Perros	28	50,9
	Gatos	8	14,5
	Bovinos	0	0,0
	Equinos	0	0,0
	Porcinos	0	0,0
	Ninguno	15	27,3
	Otro	3	5,5
Contacto con animales enfermos los últimos 6 meses	Si	4	7,3
	No	51	92,7
Ha visto ratas dentro o alrededor de su domicilio	Si	16	29,1
	No	39	70,9
Ha visto ratas dentro o alrededor de su lugar de trabajo	Si	20	36,4
	No	35	63,6
Fuentes de agua	Acueducto	44	80,0
	Río	5	9,1
	Tanque de almacenamiento	6	10,9
	Pozo comunitario	2	3,6
Alcantarillas destapadas cerca del domicilio o sitio de trabajo	Si	16	29,1
	No	39	70,9
Inundaciones en la zona en los últimos 30 días	Si	11	20,0
	No	44	80,0
Contacto con aguas estancadas durante los últimos 30 días	Si	17	30,9
	No	38	69,1
Antecedentes de actividades deportivas, de baño o pesca en los últimos 30 días antes del comienzo de los síntomas en	Río	11	20,0
	Lago/laguna	1	1,8
	Represa	1	1,8
	Arroyo	0	0,0
	Sin antecedente	32	58,2
Disposición de residuos sólidos	Recolección	38	69,1
	Disposición peridomiciliaria	17	30,9
Tiempo de almacenamiento de la basura en casa	1 - 3 días	44	80,0
	4 - 7 días	11	20,0
	Más de 7 días	0	0,0
Conoce personas con sintomatología similar en la misma vivienda durante los últimos 30 días	Si	6	10,9
	No	49	89,1

De acuerdo al tipo de caso, se clasificaron 21 (38,2%) pacientes como sospechosos y 34 (61,8%) confirmados por laboratorio.

Figura 97. El canal endémico de leptospira se ubicó (salvo en la semana 18) en las zonas de seguridad y de éxito.



- Hasta el primer semestre de 2017, se han notificado ocho muertes, cuatro procedentes de Jambaló y Popayán (Cauca), una de Iscuandé (Nariño) y la restante de Yumbo; de las cuatro muertes procedentes de Cali, uno fue descartada y las tres restantes están en investigación.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Proporción de incidencia de Leptospiriosis

- La incidencia de leptospiriosis es de 2,3 casos por 100.000 habitantes en riesgo (población de área urbana).

Porcentaje de casos confirmados

- La proporción de casos confirmados de leptospiriosis fue del 61,8%.

Mortalidad por Leptospiriosis

- Hasta el primer semestre de 2017, se han notificado ocho muertes, cuatro procedentes de Jambaló y Popayán (Cauca), una de Iscuandé (Nariño) y la restante de Yumbo; de las cuatro muertes procedentes de Cali, una fue descartada y las tres restantes están en investigación.

Letalidad

- La letalidad por leptospiriosis fue de 0%.

Porcentaje de investigación de muertes notificadas

- El porcentaje de investigación de las muertes notificadas es del 100%.

Discusión

Ha disminuido la notificación de casos de leptospirosis con respecto al mismo periodo del 2.016.

El 38,2% de los casos se encuentran como sospechosos, lo que evidencia debilidades en los procesos de vigilancia, específicamente para el diagnóstico, lo cual se explica en gran parte por el desconocimiento de la enfermedad y la falta de claridad en el adecuado flujograma de diagnóstico.

Las IPS deben de garantizar la atención adecuada y oportuna de los casos notificados.

Se deben vigilar las posibles fuentes de contaminación donde es vital el trabajo con la comunidad, en donde esta simple intervención reduciría en gran parte la carga de enfermedad.

La mayoría de los casos notificados corresponden a hombres procedentes de cabeceras municipales, en edades comprendidas entre los 20 a 29 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentemente reportadas en los casos confirmados son fiebre, mialgias y cefalea, sin desconocer que se presentan otras que pueden estar relacionadas con compromiso de órganos y mayor severidad de la enfermedad.

Es muy importante realizar un seguimiento a la adecuada notificación de los casos de leptospirosis, ya que existen falencias en el diligenciamiento de los datos complementarios, que impide conocer el comportamiento real de la enfermedad y adicionalmente, no se logra establecer la confirmación correcta del caso.

Conclusiones

La leptospirosis es una zoonosis de gran importancia en Colombia, siendo más frecuentemente notificada en las zonas urbanas posiblemente porque son los sitios de atención más especializada y por la severidad de los cuadros presentados por los pacientes afectados.

Dentro de los casos confirmados se evidencian algunos antecedentes eco epidemiológicos de riesgo que deben ser analizados a nivel local para identificar posibles fuentes de infección y cortar cadenas de transmisión.

Recomendaciones

Capacitar al personal de salud en la identificación de síntomas y criterios epidemiológicos que puedan hacer parte de la definición de casos del evento.

Fortalecer las actividades de vigilancia, haciendo énfasis en la notificación y manejo oportuno de los casos, toma de muestra para procesamiento de ELISA en las IPS, toma

de muestra pareada para el envío al INS, desarrollo de todas las acciones de campo necesarias para el control del foco e investigación oportuna de las muertes notificadas.

Caracterizar el comportamiento de esta zoonosis e identificar las zonas de mayor ocurrencia de los casos para fortalecer acciones de prevención y control.

Es importante que el grupo de salud ambiental verifique las condiciones de saneamiento en las zonas de mayor presentación de casos y genere estrategias para el mantenimiento de un entorno saludable haciendo énfasis en los principales factores de riesgo para la ocurrencia de la enfermedad.

Es importante tener en cuenta que la principal vía de transmisión de esta enfermedad ocurre por la contaminación de agua y alimentos con la orina de animales reservorios (en mayor porcentaje ratas), por lo tanto se deben realizar capacitaciones constantes a la comunidad para mejorar los hábitos de consumo de alimentos y lograr que se realice un control sobre las condiciones de vivienda en cuanto a aguas residuales o aguas estancadas incrementando estos programas en épocas de lluvias al igual que los programas de desratizaciones en las áreas de mayor riesgo.

5.4 Chagas

Hasta el primer semestre de de 2017, no se han notificado casos probables de Chagas (ni agudos ni crónicos) procedentes de Cali.

En la semana 01, la Fundación Valle del Lili notificó un caso probable de Chagas crónico mediante inmunofluorescencia, hombre de 37 años de edad procedente del municipio de Villarrica, departamento del Cauca.

En la semana 16, la Clínica Regional Nuestra Señora de Fátima notificó un caso probable de Chagas crónico mediante prueba de Elisa; mujer de 42 años de edad procedente del departamento de Boyacá.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Número de casos de Chagas totales confirmados: No aplica.

Proporción de casos de Chagas agudo confirmados: No aplica.

Porcentaje de casos agudos tratados: No aplica.

Letalidad por Chagas agudo: No aplica.

Discusión

Los casos crónicos en su mayoría son probables debido a la pérdida de los pacientes al momento que son identificados por primera vez y se dificulta el realizar todos los exámenes pertinentes para la confirmación, esto también está relacionado con la pérdida

de los pacientes y falta de aplicación del protocolo de vigilancia en salud pública. Los casos crónicos notificados provienen de otros municipios del país.

Conclusiones

Hay problemas en el diagnóstico e identificación oportuna de los casos por parte del personal de salud, así como consulta oportuna de las personas que presentan la enfermedad por la carencia de inducción a la demanda de los servicios de salud por parte de la EPS.

Se carece de capacidad diagnóstica clínica para la identificación de casos crónicos.

Los síntomas y signos cardíacos son los más prevalentes en la fase crónica.

Recomendaciones

Se debe fortalecer el seguimiento a las EPS e IPS en la aplicación de las guías de manejo y protocolo de vigilancia, para mejorar la sensibilidad del sistema de salud en la detección de los casos de Chagas.

Se deben fortalecer las acciones de seguimiento y control para el cumplimiento de guías y protocolos de la enfermedad con las IPS y EPS.

Chikungunya

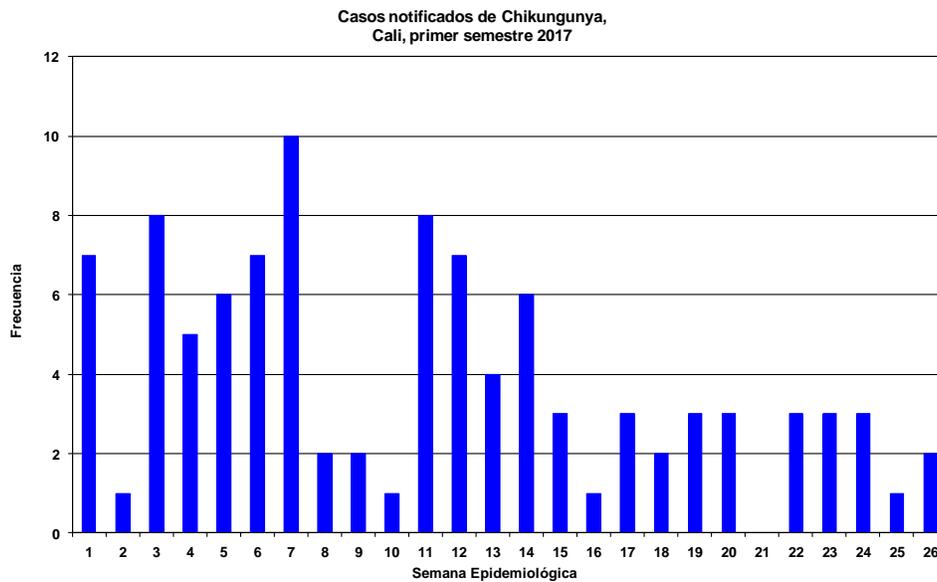
Total de casos notificados 114 – casos duplicados 0 – casos descartados 8 – casos error de digitación 0.

A la fecha, han ingresado al SIVIGILA 106 casos de Chikungunya, 89 casos (84,0%) confirmados por clínica, 1 caso (0,9%) confirmado por laboratorio y 16 casos (15,1%) sospechosos.

Por procedencia, Valle del Cauca notificó 105 casos (99,1%) y Tolima un caso (0,9%); 101 de los casos procedían de Cali y los casos restantes de Candelaria, Jamundí, Vijes y Yumbo.



Figura 98. Hasta el primer semestre se ha presentado una disminución del 91,1% en el número de casos notificados, comparado con el mismo periodo del 2016 (1133).



El 58,4% de los casos de Chikungunya se registró en el sexo femenino; el 94,1% pertenecen al régimen contributivo; por pertenencia étnica, el 99,0% se notificaron en el grupo otros.



Tabla 123. Comportamiento demográfico y social de los casos de Chikungunya, Cali, primer semestre 2017

Características		Casos	%
Sexo	Hombre	42	41,6
	Mujer	59	58,4
Área procedencia	Cabecera municipal	99	98,0
	Centro Poblado	2	2,0
	Rural disperso	0	0,0
Perteneencia étnica	Otros	100	99,0
	Negro, mulato, afro colombiano	1	1,0
	Indígena	0	0
	Raizal	0	0
	ROM, gitano	0	0
	Palenquero	0	0
	sin dato	0	0
Grupo poblacional	Otros grupos poblacionales	98	97,0
	Desplazados	0	0
	Población infantil a cargo ICBF	0	0
	Gestantes	3	3,0
	Migrantes	0	0
	Discapacitados	0	0
	Indigentes	0	0
	Victima violencia armada	0	0
	Carcelarios	0	0
	Centros psiquiátricos	0	0
	Desmovilizados	0	0
	Madre Comunitaria	0	0
Tipo de seguridad social	Contributivo	95	94,1
	Subsidiado	5	5,0
	No afiliado	0	0,0
	Especial	0	0,0
	Excepción	0	0,0
	indeterminado	1	1,0

La media de la edad de ocurrencia de los casos de Chikungunya fue de 34,2 años, la mediana de 32,0 años, moda 30 años, con un valor mínimo de 1 día y un máximo de 72 años; el 41,6% corresponde a la población menor de 29 años y el grupo más afectado está entre 25 y 29 años con el 15,8%.

Tabla 124. Casos de Chikungunya por grupos de edad y sexo, Cali, primer semestre 2017

Grupo de Edad	Sexo		Total	%	% Acum.
	M	F			
< 1	5	2	7	6,9	6,9
1 a 4	1	0	1	1,0	7,9
5 a 9	1	2	3	3,0	10,9
10 a 14	1	2	3	3,0	13,9
15 a 19	0	3	3	3,0	16,8
20 a 24	4	5	9	8,9	25,7
25 a 29	7	9	16	15,8	41,6
30 a 34	7	6	13	12,9	54,5
35 a 39	2	8	10	9,9	64,4
40 a 44	3	4	7	6,9	71,3
45 a 49	3	4	7	6,9	78,2
50 a 54	0	6	6	5,9	84,2
55 a 59	3	2	5	5,0	89,1
60 a 64	2	3	5	5,0	94,1
65 a 69	3	1	4	4,0	98,0
70 a 74	0	2	2	2,0	100,0
75 y +	0	0	0	0,0	100,0
Total	42	59	101	100	

Hasta el primer semestre de 2017, no se han notificado muertes probables por este evento. Durante el mismo periodo de 2016, se habían confirmado cinco muertes por esta enfermedad.

La incidencia de Chikungunya es de 4,2 casos por 100.000 habitantes en población urbana.

Discusión

Las condiciones para la presencia de la enfermedad, están dadas por la presencia del vector *Aedes (S) aegypti*, a la diseminación y presencia en los domicilios de múltiples criaderos y a la susceptibilidad total de la población por estar ubicados a 1000 mts. sobre el nivel del mar.

No se trabaja de manera permanente en la Estrategia de Gestión Integral (EGI) como estrategia para el control integral de vectores y de la enfermedad, falta conciencia en la comunidad que la destrucción de criaderos en viviendas, en colegios etc. es lo que puede evitar la presencia del vector y por lo tanto la transmisión de la enfermedad.

Hay mayor concentración de casos en la población joven, por su mayor posibilidad de permanecer en lugares donde hay alta concentración de susceptibles en las horas de mayor picadura, lo que favorece mayor presencia de los vectores.

Conclusiones

Algunos de los casos no se notifican de acuerdo con los lineamientos establecidos por el MSPS y el INS.

Cali, es uno de los municipios junto a Bucaramanga y Villavicencio, que aporta el mayor número de casos en el país.

Recomendaciones

Todo caso de Chikungunya debe ser notificado de forma individual bajo el código 217. El código CIE10 para registrar este evento es A920.

Es importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue aún en la presencia de Chikungunya, dada su importancia a nivel de morbilidad y mortalidad.

Los casos probables de Chikungunya en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, adultos mayores de 65 y más años y personas con comorbilidades, se les deben enviar muestras para análisis de laboratorio.

Todas las muertes probables por Chikungunya deben ser notificadas de manera inmediata bajo el código 217 y deben enviarse muestras de suero y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado, piel y cerebro) para análisis en laboratorios de virología y de patología del Instituto Nacional de Salud.

Una vez confirmadas o descartadas las muertes por Chikungunya el Instituto Nacional de Salud enviará el resultado de la unidad de análisis a la entidad territorial.

Fiebre Amarilla

En la semana epidemiológica 04 de 2017, la Clínica Esimed Cali Norte notificó un caso probable de fiebre amarilla, municipio de procedencia y residencia Cali. Corresponde a un paciente de sexo masculino de 35 años de edad, afiliado al régimen contributivo y vivo; el caso se descartó por ser un caso confirmado de hepatitis A.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Hasta el 30 de junio de 2016 el único caso notificado fue descartado para fiebre amarilla.

La letalidad para el semestre de fiebre amarilla es del 0%.

Los síntomas más patognomónicos en la definición de caso del evento son la fiebre y la ictericia, no quiere decir que todos los casos notificados con fiebre e ictericia sean fiebre amarilla. El caso descartado presentó fiebre e ictericia.

El indicador de porcentaje de muestras con resultado de laboratorio oportuno, es del 100%, ya que la muestra enviada fue procesada dentro de las 72 horas posteriores a su llegada al laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud. En cuanto a la oportunidad de envío de muestras frente a la notificación fue del 100%.

Discusión

La fiebre amarilla es una enfermedad endémica en varias regiones del país y desde el año 2.006 se venía mostrando un descenso en la frecuencia de casos confirmados (promedio de dos casos por año), probablemente por la inclusión en el PAI de la vacuna antiamarílica que solo se aplica de manera regular a menores de cinco años. Se tiene así una cohorte considerable de susceptibles que por sus actividades en zonas endémicas del país, puede aumentar el riesgo de presencia de casos confirmados.

Su diagnóstico es difícil sobre todo en su fase temprana por lo que existen grandes dificultades en su diagnóstico y vigilancia. En los casos más graves puede confundirse con malaria complicada, leptospirosis, hepatitis viral, etc.

Los resultados de las técnicas de confirmación para fiebre amarilla demoran por el proceso de envío al INS y posterior realización de las mismas, por lo cual ante un caso probable de fiebre amarilla se realizan las acciones pertinentes sin esperar el resultado de laboratorio, dado que la confirmación de un caso debe ser además con argumentos clínicos y epidemiológicos.

Conclusiones

El caso notificado como probable fue descartado, por identificación de otro diagnóstico clínico.

S evidenció fallas en la aplicación de la definición de caso de fiebre amarilla, por parte del personal de salud de la IPS que notificó el caso.

Recomendaciones

Mantener las acciones de vigilancia intensificada del evento tanto epidemiológica como de epizootias, para detectar oportunamente la circulación viral en el territorio nacional y evitar la aparición de casos en humanos.

Realizar capacitación permanente y adecuada al personal de salud con respecto al protocolo y guía de manejo de la fiebre amarilla.

Realizar notificación inmediata de todo caso probable de fiebre amarilla.

Tomar y enviar muestras de suero y/o tejido al INS para diagnóstico serológico y patológico.

Todo paciente sospechoso de tener fiebre amarilla, debe hospitalizarse con aislamiento adecuado con toldillo para impedir que sea picado por *A. aegypti* eventualmente presentes en el hospital.

Si el paciente fallece debe someterse a autopsia completa, o al menos a viscerotomía.

Realizar investigación epidemiológica de campo de todo caso probable inmediatamente y no esperar resultados del laboratorio del INS, ya que se deben implementar medidas de prevención y control oportunamente.

Vacunar a 100% de los habitantes mayores de un año residentes en las zonas con evidencia de circulación viral.

Vacunar a todos los viajeros que se desplacen a las zonas con evidencia de circulación viral.

Evitar la penetración de susceptibles en los lugares donde se hayan presentado casos. Considerar las características ambientales (índices de infestación aérea, desplazamiento de personas), se debe vacunar en los centros urbanos próximos infestados con *A. aegypti* en los casos de riesgo de urbanización de la fiebre amarilla.

Si el caso es confirmado y los índices aéreos en viviendas son superiores a 5%, se deben implementar medidas simultáneas de control integrado y selectivo hasta disminuir los índices por debajo de 5%. Las medidas son: control físico, relacionado con la protección de depósitos de agua, eliminación de criaderos y recolección de inservibles; control químico (aplicación de insecticidas y larvicidas para control de focos y control biológico para el control focal de larvas).

Leishmaniasis

Hasta el 06 periodo epidemiológico, han ingresado al Sivigila 32 casos de leishmaniasis, 31 casos confirmados de leishmaniasis cutánea y uno probable de leishmaniasis visceral descartada por laboratorio.

11 de los casos de leishmaniasis cutánea proceden del Valle del Cauca, ocho del departamento de Nariño, tres del Cauca y Putumayo (c/u), dos del Tolima y los cuatro restantes de Antioquia, Choco, Meta, exterior.

El caso de leishmaniasis visceral procede del departamento de Caquetá.

Cinco de los casos del Valle del Cauca proceden del municipio de Buenaventura y uno de Jamundí.

- El CS Siloé notificó en la semana 04 un caso confirmado procedente de la ciudad de Cali; mujer de 14 años de edad, afiliada al régimen subsidiado, con lesiones en miembro inferior. Se le formuló miltefosina.
- La Clínica Versalles notificó en la semana 06 un caso confirmado procedente de la ciudad de Cali; mujer de dos años de edad, afiliada al régimen contributivo, con lesiones en cara, tronco y miembro superior. Se le formuló anfotericina B.
- El Batallón ASPC No. 3 Policarpa Salavarrieta notificó en las semanas 10 y 14 dos casos confirmados procedente de la ciudad de Cali; hombres de 19 y 20 años de edad, afiliados a las fuerzas militares, con lesiones en cara y miembros superiores

respectivamente. Se le formuló N metil glucamina. El 2º paciente tiene coinfección con VIH.

- El Hospital Carlos Holmes Trujillo notificó en la semana 15 un caso confirmado procedente de la ciudad de Cali; hombre de 28 años de edad, afiliado al régimen subsidiado, con lesiones en el tronco. Se le formuló N metil glucamina.

El municipio de Cali no es endémico para leishmaniasis cutánea (los casos deben de proceder de otro municipio).

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Incidencia por forma Clínica: La frecuencia de casos nuevos registrados de leishmaniasis cutánea en Cali es de 13,7 casos por 100.000 habitantes en riesgo (población del área rural). La frecuencia de casos nuevos registrados de leishmaniasis mucosa es de 0 casos por 100.000 habitantes en riesgo. La frecuencia de casos nuevos registrados de leishmaniasis visceral es de 0 casos por 100.000 habitantes en riesgo.

Letalidad para leishmaniasis Visceral: No aplica.

Porcentaje de casos tratados: El porcentaje de casos tratados para todas las formas de leishmaniasis conforme a lo registrado en Sivigila es: 100% para leishmaniasis cutánea, y 100% para el caso probable de leishmaniasis visceral.

Proporción de casos con coinfección con VIH: Se refiere coinfección con el virus de inmunodeficiencia humano (VIH) en uno de los cinco casos notificados de leishmaniasis cutánea; no se refiere coinfección en el caso de leishmaniasis visceral.

Discusión

En la actualidad, dada la ecoepidemiología de la enfermedad, la leishmaniasis sigue siendo una enfermedad que aqueja principalmente a población campesina, desplazados, víctimas de la violencia y militares procedentes de áreas rurales.

La demora observada entre el momento de inicio de síntomas y el momento de consulta a un centro de salud, es uno de los principales factores de riesgo que podrían influenciar el aumento significativo de casos en especial de la forma cutánea, lo cual evidencia una baja percepción del riesgo en la población afectada, debido muchas veces a la connotación de este tipo de enfermedades.

La proporción de pacientes tratados en el país es alta, lo cual muestra alta eficiencia del programa; sin embargo, se debe continuar trabajando en la capacitación al personal de salud con respecto a los paraclínicos previos al inicio de tratamiento.

Conclusiones

Se notificaron casos autóctonos de leishmaniasis cutánea lo cual evidencia fallas en el diligenciamiento de la variable lugar de procedencia del caso.

Recomendaciones

Mantener una capacitación constante del personal asistencial en salud encargado del manejo y seguimiento de pacientes, con el fin de brindarles un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Enviar al INS todas las muestras de suero para IFI de todos los casos probables notificados de leishmaniasis visceral para su confirmación, al igual que todas las láminas de aspirado de médula ósea y/o bazo cuando se tengan.

Enviar al INS las investigaciones de campo, estudio de foco y las copias de historia clínica completa de los casos confirmados para leishmaniasis visceral.

Malaria

Total de casos notificados 228 – casos duplicados 20 – casos descartados 2 – casos error de digitación 5.

A la fecha, han ingresado al Sivigila 201 casos de malaria, 200 casos (99,5%) confirmados por laboratorio y un caso (0,5%) probable; 178 casos (88,6%) corresponden a malaria no complicada y 23 casos (11,4%) a malaria complicada.

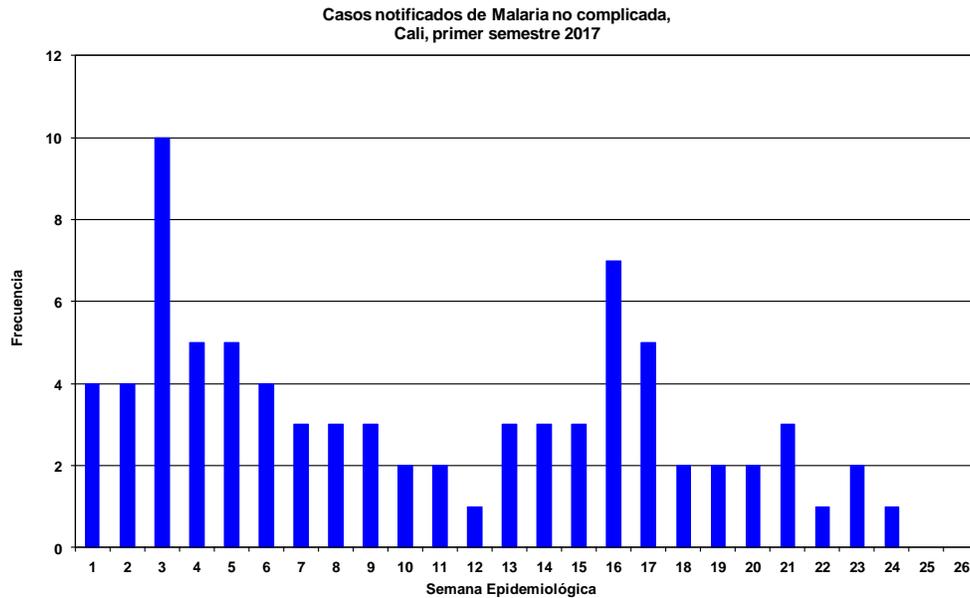
Por especies parasitarias circulantes, hay predominio de infección por *P. falciparum* con 122 casos (60,7%), seguido por *P. vivax* con 77 casos (38,3%) e infección mixta con dos casos (1,0%).

Malaria no complicada

Por procedencia, Valle del Cauca notificó 105 casos (59,0%), seguido de Nariño (24,2%), Choco (7,3%), Cauca (6,7%), Guainía y uno del exterior con 1,1% c/u, Córdoba 0,6%.

De los casos del Valle del Cauca, de Cali proceden 80 casos (76,2%), seguido de Buenaventura (8,6%), Zarzal (4,8%), Jamundí, Yumbo (2,9% c/u), Bugalagrande, Caicedonia, Cartago, Dagua y Tuluá con 1,0% c/u.

Figura 99. Casos notificados Malaria. Primer semestre 2017.



De los 80 casos “procedentes” de Cali, por especies parasitarias circulantes, hay predominio de infección por *P. falciparum* con 44 casos (55,0%), seguido por *P. vivax* con 36 casos (45,0%).

El 52,5% de los casos de malaria no complicada se registró en el sexo masculino; el 16,3% de los casos se registraron en el grupo de edad de 20 a 24 años. Por pertenencia étnica se notificaron 21 casos (26,3%) en afrocolombianos; por procedencia el 91,3% de los casos se registraron en el área urbana y el 61,3% pertenecen al régimen subsidiado.



Tabla 125. Comportamiento demográfico y social de los casos de Malaria no complicada, Cali, primer semestre 2017

	Características	Casos	%
Sexo	Hombre	42	52,5
	Mujer	38	47,5
Área procedencia	Cabecera municipal	73	91,3
	Centro Poblado	6	7,5
	Rural disperso	1	1,3
Perteneceia étnica	Otros	57	71,3
	Negro, mulato, afro colombiano	21	26,3
	Indígena	1	1,3
	Raizal	0	0
	ROM, gitano	1	1,3
	Palenquero	0	0
	sin dato	0	0
Grupo poblacional	Otros grupos poblacionales	80	100,0
	Desplazados	0	0
	Población infantil a cargo ICBF	0	0
	Gestantes	0	0
	Migrantes	0	0
	Discapacitados	0	0
	Indigentes	0	0
	Victima violencia armada	0	0
	Carcelarios	0	0
	Centros psiquiátricos	0	0
	Desmovilizados	0	0
	Madre Comunitaria	0	0
Tipo de seguridad social	Contributivo	17	21,3
	Subsidiado	49	61,3
	No afiliado	8	10,0
	Especial	1	1,3
	Excepción	5	6,3
	indeterminado	0	0

Malaria complicada

Por procedencia, Valle del Cauca notificó 13 casos (61,9%), Nariño cinco casos, Cauca tres casos, Antioquia y Choco un caso c/u; de los casos del Valle del Cauca, de Cali proceden siete casos (53,8%), Buenaventura dos casos, Florida, Jamundí, Yumbo y municipio desconocido un caso c/u.

De los casos “procedentes” de Cali, por especies parasitarias circulantes, hay predominio de infección por *P. falciparum* con seis casos (85,7%) y *P. Vivax* con un caso; el municipio de Cali no es endémico para malaria (los casos deben de proceder de otro municipio); por este motivo se le hará el requerimiento a las UPGD para el ajuste respectivo de los casos.

Mortalidad por Malaria

En la semana 01, la Clínica Nuestra Señora de los Remedios notificó la muerte por malaria *Falciparum* de un paciente de 88 años de edad, afiliado al régimen contributivo, procedente del municipio de Timbiquí - Cauca. Caso confirmado en unidad de análisis correspondiente.

En la semana 11, la Clínica Cristo Rey Cali SAS notificó la muerte por malaria *Vivax* de un paciente de 48 años de edad, afiliado al régimen subsidiado, procedente del municipio de Tuluá. Caso confirmado en unidad de análisis correspondiente.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

El riesgo epidemiológico de malaria hasta el primer semestre de 2017 fue de 2,4 casos por cada 1.000 habitantes en riesgo (población del área rural), con predominio de infección por *P. falciparum* con un IFA de 1,4 casos por cada 1.000 habitantes en riesgo.

Tabla 126. Indicadores de Malaria, Cali, primer semestre 2017

IPA	IVA	IFA		Tasa de malaria complicada	Tasa de mortalidad por malaria	Letalidad por malaria	Razón <i>P vivax/P falciparum</i>
2,4	1,0	1,4		19,1	0	0	0,7

Discusión

A nivel nacional se continua con transmisión endémica en las áreas que históricamente han presentado la carga de esta enfermedad, sin embargo, se observa un aumento tanto de casos por *P vivax*, como por *P. falciparum*.

Se observa aumento permanente en la notificación de casos por malaria complicada, lo que puede deberse a demoras en el acceso a los servicios de salud, limitaciones en un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, además de utilización de medidas de prevención y control específicas (como el uso de toldillos impregnados).

Conclusiones

Durante lo corrido del año 2017 se ha presentado en el país predominio de infección por *P. falciparum*.

La región pacifica concentra más del 50% de la notificación del país.

Se notificaron casos autóctonos de leishmaniasis cutánea lo cual evidencia fallas en el diligenciamiento de la variable lugar de procedencia del caso.

Recomendaciones

Realizar control de calidad a la notificación semanal al Sivigila, que permita identificar los casos que tienen inconsistencias en el momento del registro para realizar los ajustes pertinentes (ej. lugar de procedencia, registros de seguimiento que se incluyen como casos nuevos y recrudescencias).

Realizar el análisis de los casos de malaria complicada, con el fin de identificar los casos que no cumplen con criterios clínicos para su notificación.

Realizar las unidades de análisis de los casos de malaria complicada, para identificar las posibles fallas en atención de cada uno de estos casos.

Zika

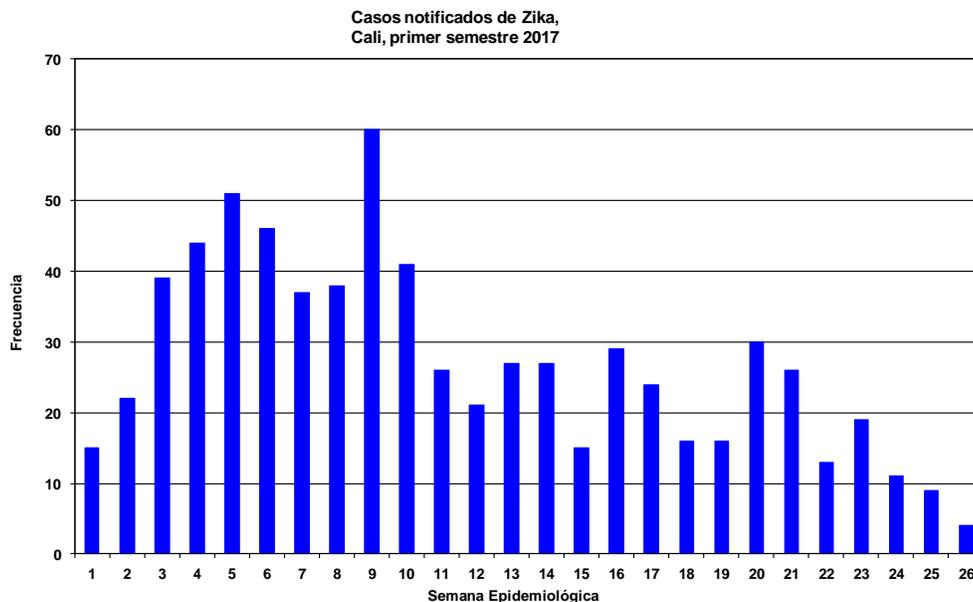
Total de casos notificados 774 – casos duplicados 4 – casos descartados 42 – casos error de digitación 0.

Hasta el primer semestre de 2017, Cali notificó 725 casos sospechosos de Zika; de ellos 718 procedentes del Valle del Cauca, cinco del Cauca, Cundinamarca y Nariño 1 caso c/u.

De los 718 del Valle del Cauca, 706 (98,3%) casos proceden de Cali y los 12 restantes de Jamundí (5), Palmira (2), Buenaventura, Candelaria, La Victoria, Vijes, Yumbo y municipio desconocido (1 c/u).

Hasta este semestre se ha presentado una disminución del 94,8% en el número de casos notificados, comparado con el mismo semestre del 2016 (13.575). El canal endémico de dengue se ubicó (salvo en la semana 03) en las zonas de seguridad (9 semanas) y de éxito (16 semanas).

Figura 100. Canal endémico Zika primer semestre 2017, Cali



De los 670 de los casos (94,9%) han sido confirmados por clínica y 36 casos (5,1%) están clasificados como sospechosos.

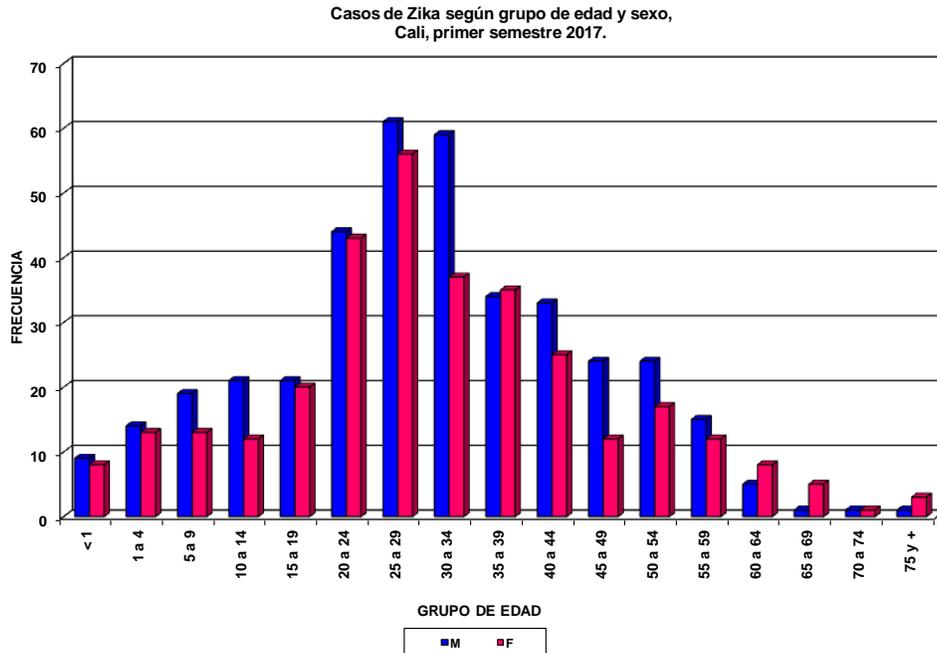
El 54,7% de los casos notificados de enfermedad por virus Zika se registró en el sexo masculino; el 97,6% pertenecen al régimen contributivo. Por pertenencia étnica, se notificó el 99,6% en "otros". El 99,6% de los casos procedieron del área urbana.

Tabla 127. Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedad por virus Zika, Cali, primer semestre 2017

	Características	Casos	%
Sexo	Hombre	386	54,7
	Mujer	320	45,3
Área procedencia	Cabecera municipal	703	99,6
	Centro Poblado	3	0,4
	Rural disperso	0	0
Pertenece étnica	Otros	703	99,6
	Negro, mulato, afro colombiano	2	0,3
	Indígena	0	0
	Raizal	0	0
	ROM, gitano	1	0
	Palenquero	0	0
	sin dato	0	0
Grupo poblacional	Otros grupos poblacionales	674	95,5
	Desplazados	0	0
	Población infantil a cargo ICBF	0	0
	Gestantes	32	4,5
	Migrantes	0	0
	Discapacitados	0	0
	Indigentes	0	0
	Victima violencia armada	0	0
	Carcelarios	0	0
	Centros psiquiátricos	0	0
	Desmovilizados	0	0
	Madre Comunitaria	0	0
Tipo de seguridad social	Contributivo	689	97,6
	Subsidiado	11	1,6
	No afiliado	2	0,3
	Especial	1	0,1
	Excepción	1	0,1
	indeterminado	2	0,3

La media de la edad de ocurrencia de los casos de Zika fue de 30,5 años, la mediana de 29,0 años, la moda 25,0 años, con un valor mínimo de 2 días y un máximo de 86 años; el 50,1% corresponde a la población menor de 29 años y el grupo más afectado está entre 25 y 29 años con el 16,6%.

Figura 101. Casos Zika según grupo de edad y sexo. Primer semestre 2017.



Gestantes con diagnóstico de enfermedad por virus Zika

Hasta este semestre, se notificaron 32 casos en mujeres embarazadas que refirieron haber tenido en algún momento síntomas compatibles con enfermedad por virus Zika, de los cuales 13 casos están confirmados por clínica y 19 están como sospechosos.

Vigilancia intensificada de Microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central, Colombia

Con corte al primer semestre de 2017, se ha notificado un caso sospechoso de defectos congénitos del Sistema Nervioso Central asociados al virus Zika: La Clínica de Occidente (semana 09).

Vigilancia especial de los Síndromes Neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika

Hasta el primer semestre de 2017 se notificaron cuatro casos de síndromes neurológicos, tres confirmados por clínica y uno sospechoso:

- La Fundación Valle del Lili notificó en la semana 02 un caso confirmado; niño de siete días de edad, Q02X.
- La Clínica Versalles SA notificó en la semana 23 un caso confirmado; niño de tres días de edad, G969.
- La Clínica Farallones SA notificó en la semana 23 un caso sospechoso; mujer de 35 años de edad, G998.

- La Clínica Comfenalco notificó en la semana 26 un caso confirmado; niño de dos días de edad, G969.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

- Hasta este semestre, la incidencia municipal de la enfermedad por virus Zika es de 29,6 casos por 100.000 habitantes en población urbana.
- En la semana 24, la Fundación Valle del Lili notificó la muerte de un caso con sospecha de estar asociado a la enfermedad por virus Zika; paciente de tres días de edad, afiliado al régimen subsidiado, procedente del departamento de Nariño.

Discusión

Se presenta una tendencia decreciente en el número de casos de enfermedad por el virus del Zika notificados, si se compara para con el mismo semestre del año 2016, pero se debe de tener en cuenta la persistencia de personas susceptibles de infectar, con el fin de prever nuevos picos epidémicos.

El comportamiento de nuestro país es similar al observado en otros países de Centroamérica y Sudamérica con transmisión vectorial confirmada del virus Zika los cuales presentan descenso en la notificación de casos, solo algunas islas del Caribe tienen aumento de los casos, lo anterior debido a la estacionalidad de enfermedades transmitidas por mosquitos.

Los datos de la vigilancia epidemiológica permitieron hacer la declaración del cierre de la fase epidémica de la enfermedad por virus Zika en Colombia, siendo el primer país de la región en hacer este anuncio. La baja frecuencia de notificación observada y los escasos municipios que en este momento están reportando aumento en la notificación de casos permiten establecer que la etapa de brote epidémico a nivel nacional fue superada, no sin antes aclarar que es posible que se identifiquen situaciones de aumento de casos en algunos territorios que cumplan condiciones de susceptibilidad (teniendo en cuenta que hay municipios con riesgo de transmisión que no han notificado casos y que se sigue dilucidando otros mecanismos de transmisión distinto al vectorial).

Otro aspecto relevante para motivar esta declaración es que nuestro país cuenta con la mayor proporción de casos confirmados por laboratorio entre los países que han notificado situaciones de epidemia de Zika, lo cual permitió determinar la circulación viral en casi 58% de los municipios con riesgo de transmisión de la enfermedad.

Colombia sigue siendo el segundo país de la región que más casos ha reportado en población gestante. La detección de la infección por el virus Zika en mujeres embarazadas se intensificó en los países de la Región debido a la alerta de síndrome congénito asociado al virus del Zika.

La alerta por síndrome neurológico se mantiene en la región de Las Américas (22 países han notificado casos de complicaciones neurológicas con confirmación por laboratorio de

virus Zika en al menos uno de los casos, o con alta sospecha clínica). Colombia sigue notificando casos de estas complicaciones en personas con el antecedente e la enfermedad viral por Zika (nueve casos Síndromes de Guillain Barré –SGB- en el 2017), pese al descenso persistente en la identificación de casos clínicos de la enfermedad viral.

Se ha confirmado una relación temporal y geográfica entre los casos de SGB y los brotes de Zika en el Pacífico y las Américas, por lo tanto para el caso de nuestro país es importante evaluar prospectivamente la presentación de estas complicaciones y su respectiva comparación con las líneas de base de las que disponga el país. Las dificultades en la identificación de los casos en su fase aguda limitan las posibilidades de seguimiento e intervención oportuna de las complicaciones, ya que la vigilancia actualmente está identificando estos casos de forma retrospectiva.

Conclusiones

En la fase post-epidémica de la vigilancia de Zika durante lo corrido del año 2017, Valle del Cauca y Santander, concentran la mayor proporción de casos notificados.

El 4,5% de los casos notificados de Zika en Cali corresponden a mujeres en estado de embarazo.

La notificación de casos con complicaciones neurológicas en pacientes con antecedente de Zika en su mayoría corresponde a casos de Síndrome de Guillain Barré.

No se han confirmado muertes asociadas a la infección por virus Zika o secundaria a alguna complicación neurológica, durante lo analizado para el año 2017.

Recomendaciones

Notificación individual inmediata de los casos sospechosos de Zika (y de complicaciones neurológicas con posible antecedente de enfermedad por virus Zika) a través de la ficha de Sivigila con el código 895.

Implementación estricta del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Enfermedad por Virus Zika en Colombia.

Realizar la notificación individual e inmediata de las gestantes al Sivigila con el código 895 (morbilidad por Zika, datos complementarios).

Garantizar que el 100% de los casos confirmados por laboratorio, estén registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica, Sivigila individual, bajo el código 895.

Realizar Búsqueda Activa Institucional basada en los RIPS con el código CIE 10 A929 (fiebre viral transmitida por mosquito, sin otra especificación).

Enviar muestras de suero para diagnóstico virológico de personas pertenecientes a grupos de riesgo.

Tomar muestra de suero a todas las gestantes que cumplan con la definición de caso para enfermedad por virus Zika (sospechosa o confirmada –clínica o laboratorio-), sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.

Tomar muestra de suero a todos los pacientes que presenten algún tipo de complicación neurológica (orina, saliva, heces fecales en menores de 14 años o líquido cefalorraquídeo si las condiciones médicas y el criterio del médico tratante lo permiten), el cual debe ser enviado al Laboratorio Nacional de Referencia del INS, sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.

5.4. FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA (código 320):

Durante el periodo epidemiológico I del 2017 no se notificaron casos procedentes del municipio de Cali.

Tabla 128. Indicadores:

Indicador	Porcentaje
Proporción de incidencia	0
Letalidad	0
% de casos confirmados de fiebre tifoidea/paratifoidea con investigación de campo	0

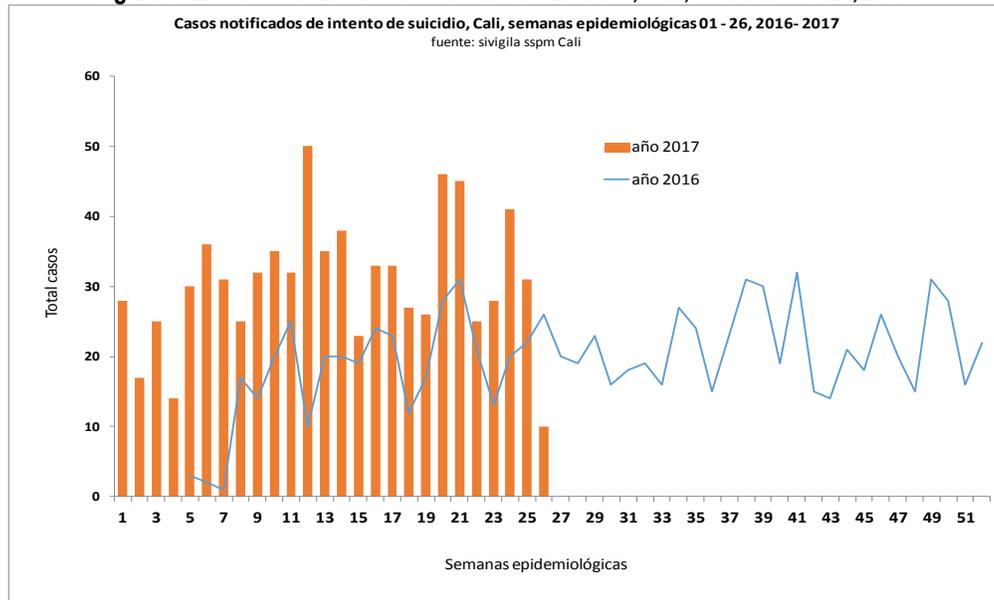
6. Salud Mental

6.1. Intento Suicida

Durante el periodo comprendido entre la semana 01 y 26 de 2017 se notificaron 796 *casos de intento de suicidio*, en contraste con los 391 *casos notificados* en el mismo periodo del año 2016; esto se debe muy probablemente a que dicho evento se comenzó a notificar desde el año 2016.



Figura 102. Casos de intento de suicidio notificados, Cali, semanas 01-26, 2017.



De los 796 casos de intento de suicidio notificados, aproximadamente una tercera parte del total (30%) se concentró en las *comunidades 6, 18, 16, 8, 11 y 12* siendo la *comunidad 6* la de mayor número de casos (6). Las comunidades con mayor riesgo son: 9 (54 casos por cada 100.000 hab.), 12 (43 casos por cada 100.000 hab.), 7 (40 casos por cada 100.000 hab.), 16 (39 casos por cada 100.000 hab.), 8 y 4 (34 casos por cada 100.000 hab., respectivamente) y 18 (32 casos por cada 100.000 hab.).

Tabla 129. Distribución de intento de suicidio por comuna de residencia, Cali, semanas 01-26, 2017.

Casos y tasas de intento de suicidio por comuna, Cali, semanas epidemiológicas 01 - 26, 2017			
Comuna	Total	%	Incidencia x 100.000 hab.
Comuna 1	16	2	18
Comuna 2	15	2	13
Comuna 3	12	2	26
Comuna 4	18	2	34
Comuna 5	24	3	21
Comuna 6	49	6	26
Comuna 7	28	4	40
Comuna 8	35	4	34
Comuna 9	24	3	54
Comuna 10	26	3	23
Comuna 11	30	4	28
Comuna 12	29	4	43
Comuna 13	26	3	15
Comuna 14	21	3	12
Comuna 15	28	4	17
Comuna 16	42	5	39
Comuna 17	26	3	18
Comuna 18	43	5	32
Comuna 19	29	4	25
Comuna 20	21	3	30
Comuna 21	28	4	25
Comuna 22	3	0,4	26
Rural	8	1	22
fuera de Cali	109	14	sin dato
sin dato	106	13	
Total	796	100	33

fuelle: sivegilla sspm Cali

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas en intento de suicidio, encontramos que el 61% se concentró en *mujeres*, el 49% afiliado al régimen *contributivo* de seguridad social en salud, seguido por el 38% afiliado al régimen *subsidiado*, el 97% procedes de *cabecera municipal*, el 86% pertenece a etnia *otros*, seguido por *negro*,



mulato afrocolombiano (12%) y el grupo etario más afectado se encuentra entre 15 y 19 años (30%).

Tabla 130. Características sociodemográficas en intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

Características sociodemográficas de intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01 - 26, 2017			
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	mujer	483	61
	hombre	313	39
Tipo de régimen	Contributivo	393	49
	Subsidiado	299	38
	Excepción	53	7
	No Asegurado	51	6
Pertenencia étnica	Otro	683	86
	Negro, mulato afro colombiano	96	12
	Indígena	9	1
	Rom, Gitano	5	1
	Raizal	3	0,4
Grupo etario	5 a 9 años	2	0,3
	15 a 19 años	242	30
	20 a 24 años	129	16
	10 a 14 años	101	13
	25 a 29 años	91	11
	30 a 34 años	61	8
	35 a 39 años	46	6
	40 a 44 años	34	4
	50 a 54 años	28	4
	45 a 49 años	24	3
	55 a 59 años	14	2
Área de ocurrencia	60 a 64 años	10	1
	65 y más años	14	2
	Cabecera municipal	778	97
	Rural disperso	12	2
	Centro poblado	6	1

Fuente: sivi-gila sspm Cali

Dentro de los factores desencadenantes en el intento de suicidio, se destacan los *conflictos recientes con la pareja o expareja* (46%), seguido por *problemas económicos* (11%) y *problemas jurídicos* (14%).

Tabla 131. Factores desencadenantes en el intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

Factores desencadenantes en intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01 - 26, 2017

Factores asociados	Casos	%
Conflictos con pareja o expareja	280	46
Problemas económicos	69	11
Problemas jurídicos	60	10
Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	56	9
Escolar / Educativa	54	9
Maltrato físico psicológico o sexual	35	6
Muerte de un familiar o amigo	29	5
Problemas laborales	22	4
Suicidio de un familiar o amigo	5	1

Fuente: sivi-gila sspm Cali

El 40% de las personas que intentaron suicidarse refieren un intento previo, siendo mayor en mujeres frente a hombres (razón 2). En cuanto a factores de riesgo se destacan, los *trastornos psiquiátricos* (25%) y dentro de los estos, los *trastornos depresivos* (33%); *consumo de sustancias psicoactivas* (15%) e *ideación suicida persistente* (17%).



Tabla 132. Factores de riesgo relacionados con el intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

Factores de riesgo en intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01 - 26, 2017

Factores de riesgo	Casos	%
Trastornos depresivos	291	33
Trastornos psiquiátricos	225	25
Ideación suicida persistente	147	17
Consumo de SPA	137	15
Antecedentes Familiares de conducta suicida	36	4
Esquizofrenia	21	2
Trastorno Bipolar	19	2
Pacto suicida	5	1
Trastornos de personalidad	5	1

Fuente: sivigila sspm Cali

La intoxicación por medicamentos es el mecanismo más utilizado en los intentos suicidios (65%), siendo más frecuente en mujeres (razón 2), seguido por el uso de elemento corto punzante (24%) y ahorcamiento (4%).

Tabla 133. Mecanismos utilizados en el intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

Mecanismo utilizado en intento de suicidio, Cali, semanas epidemiológicas 01 -26, 2017

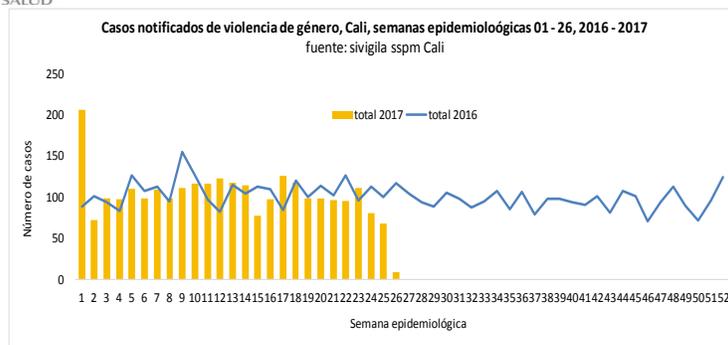
Mecanismo	Casos	%
Intoxicación	519	65
Elemento Cortopunzante	188	24
Ahorcamiento o asfixia	35	4
Lanzamiento al vacío	28	4
Lanzamiento a vehículo	8	1
Arma de Fuego	4	1
Inmolación	1	0,1
Lanzamiento a cuerpo de agua	1	0,1

Fuente: sivigila sspm Cali

6.2. Violencia de género

Durante el periodo comprendido entre la semana 01 y 26 de 2017 se notificaron 2.661 casos de violencia de género, un 4.5% menos de los casos notificados en el mismo periodo del año 2016 (2.782 casos); se notificaron 102 casos en promedio por semana en el año 2017, frente a 107 casos en el año 2016. Se han notificado siete (7) casos de mortalidad relacionados con violencia de género.

Figura. 103. Casos de violencia de género notificados, Cali, semanas 01-26, 2017.



De los 661 casos de violencia de género notificados, aproximadamente el 30% se concentró en las *comunas* 21, 15, 14, 13 y 18, siendo la *comuna* 21 y 15 las de mayor número de casos (224 y 186 respectivamente); en cuanto al riesgo de violencia de género por *comuna*, encontramos que las *comunas* con mayor riesgo son: *comuna* 21 (196 casos por cada 100.000 hab.), rural (186 casos por cada 100.000 hab.), *comuna* 20 (145 casos por cada 100.000 hab.), *comuna* 4 y *comuna* 7 (126 casos por cada 100.000 hab. respectivamente).

Tabla 134. Distribución de violencia de género por *comuna*, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

Violencia de género por <i>comuna</i> , Cali, semanas epidemiológicas 01 - 26, 2017			
<i>Comuna</i>	Total casos	%	Incidencia x 100.000 hab.
<i>Comuna</i> 1	87	3	95
<i>Comuna</i> 2	62	2	53
<i>Comuna</i> 3	54	2	116
<i>Comuna</i> 4	67	3	126
<i>Comuna</i> 5	50	2	44
<i>Comuna</i> 6	140	5	73
<i>Comuna</i> 7	89	3	126
<i>Comuna</i> 8	125	5	122
<i>Comuna</i> 9	53	2	119
<i>Comuna</i> 10	80	3	72
<i>Comuna</i> 11	73	3	68
<i>Comuna</i> 12	73	3	109
<i>Comuna</i> 13	165	6	93
<i>Comuna</i> 14	168	6	96
<i>Comuna</i> 15	186	7	115
<i>Comuna</i> 16	90	3	83
<i>Comuna</i> 17	82	3	57
<i>Comuna</i> 18	151	6	112
<i>Comuna</i> 19	53	2	47
<i>Comuna</i> 20	101	4	145
<i>Comuna</i> 21	224	8	196
<i>Comuna</i> 22	7	0	61
Rural	68	3	186
fuera de Cali	137	5	sin dato
sin dato	276	10	
Total general	2.661	100	111

fuente: sivigila sspm Cali

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas en violencia de género, encontramos que el 78% se ocurrió en *mujeres*, el 51% se encuentra afiliado al régimen *contributivo* de seguridad social en salud, seguido por el 38% afiliados al régimen *subsidiado*, el 97% procede de *cabecera municipal*, el 90% pertenece a etnia *otros*, seguido por *negro*, *mulato afrocolombiano* (8%) y los grupos etarios más afectados son los menores de 14 años, 20 a 24 años y 25 a 29 años (14% cada uno).



Tabla 135. Características sociodemográficas en violencia de género, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

Características sociodemográficas en violencia de género, Cali, semanas epidemiológicas 01 - 26, 2017			
Variable	Categoría	total	%
Sexo	mujer	2.084	78
	hombre	577	22
Tipo de Régimen	Contributivo	1347	51
	Subsidiado	1.023	38
	No Asegurado	193	7
	Excepción	74	3
	Especial	20	1
	Indeterminado/ pendiente	4	0,2
Pertenencia Étnica	Otro	2.391	90
	Negro, mulato afro colombiano	226	8
	Indígena	22	1
	Rom, Gitano	12	0,5
	Raizal	7	0,3
	Palenquero	3	0,1
Grupo Etario	< 1 año	36	1
	1 a 4 años	177	7
	5 a 9 años	213	8
	10 a 14 años	367	14
	15 a 19 años	287	11
	20 a 24 años	361	14
	25 a 29 años	362	14
	30 a 34 años	258	10
	35 a 39 años	181	7
	40 a 44 años	122	5
	45 a 49 años	75	3
	50 a 54 años	80	3
	55 a 59 años	43	2
60 a 64 años	36	1	
65 y más años	63	2	
Área de Ocurrencia	Cabecera municipal	2.592	97
	Centro poblado	43	2
	Rural disperso	26	1

fuentes: sivigila sspm Cali

La *violencia física* concentra la mayor proporción de casos (66%), seguido por *violencia sexual* (23%), que incluye *abuso sexual, violación, actos sexuales con uso de la fuerza, acoso sexual, otros actos sexuales y violencia sexual en el conflicto armado*. De manera general se produjeron 3 casos de violencia de género en mujeres por cada hombre; específicamente se producen 5 casos de abuso sexual en niña por cada niño y 12 casos de violación por cada hombre.

Tabla 136. Distribución de violencia de género según tipo de violencia, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

Distribución de los tipos de violencia, Cali, semanas epidemiológicas 01 - 26, 2017					
Tipo de Violencia	Hombre	Mujer	Razón mujer/hombre	Total	%
Física	392	1.318	3	1.710	64
Abuso Sexual	89	519	6	608	23
Negligencia y abandono	58	71	1	129	5
Psicológica	24	97	4	121	5
Violación	1	29	29	30	1
Actos sexuales con uso de la fuerza	4	22	6	26	1
Acoso sexual	6	19	3	25	1
Otros actos sexuales (desnudez, esterilización/planificaci	3	6	2	9	0,3
Violencia sexual en conflicto armado	0	1	0	1	0,04
sin dato	0	1	0	1	0,04
Trata de personas con fines de explotación sexual	0	1	0	1	0,04
Total	577	2.084	4	2.661	100

fuentes: sivigila sspm Cali

6.3. Lesiones de causa externa

Lesiones de Causa Externa

Durante el periodo comprendido entre la semana 01 y 26 de 2017 se notificaron 54 casos de lesiones de causa externa, contrastando con lo notificado en el mismo periodo del año 2016 (1.342 casos); se notificaron dos (2) casos en promedio por semana. Esto se debe muy probablemente a que no se está vigilando los accidentes de tránsito por Sivigila. Sólo se ha notificado un (1) caso de mortalidad relacionada con lesión de causa externa (procedimiento estético). Pero a través del seguimiento por medios de comunicación, se han presentado cuatro (4) casos de mortalidad relacionadas con procedimientos estéticos.

Figura. 104. Distribución de casos de lesiones de causa externa, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

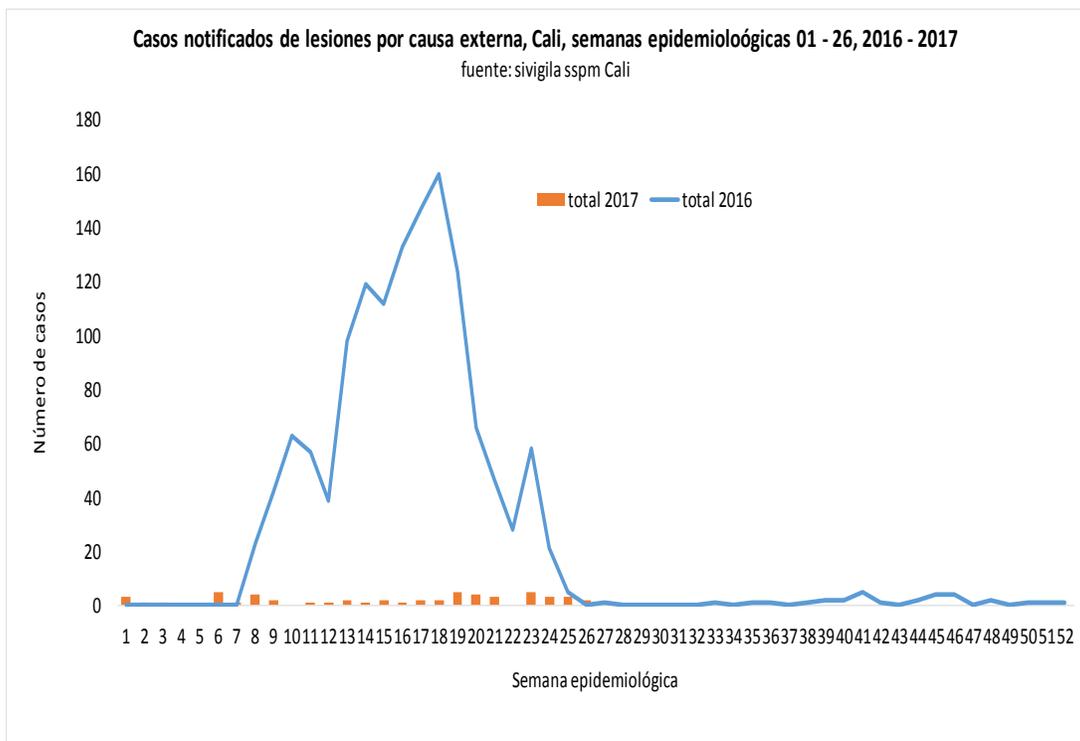


Tabla 137. Distribución de casos y tasas de lesiones de causa externa por comuna, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

Lesiones de causa externa por comuna, Cali, semanas epidemiológicas 01 - 26, 2017

Comuna	Total casos	%	Incidencia x 100.000 hab.
comuna 1	0	0	0
comuna 2	7	13	6
comuna 3	3	6	6
comuna 4	0	0	0
comuna 5	1	2	1
comuna 6	1	2	1
comuna 7	0	0	0
comuna 8	0	0	0
comuna 9	2	4	4
comuna 10	1	2	1
comuna 11	0	0	0
comuna 12	1	2	1
comuna 13	3	6	2
comuna 14	0	0	0
comuna 15	0	0	0
comuna 16	0	0	0
comuna 17	4	7	3
comuna 18	2	4	1
comuna 19	7	13	6
comuna 20	0	0	0
comuna 21	0	0	0
comuna 22	1	2	9
Rural	0	0	0
fuera de Cali	10	19	sin dato
sin dato	11	20	
total	54	100	2

fuerce: sivigila sspm Cali

La mayor proporción (52%) de casos notificados se concentraron en las *comun*as 2, 19, 3, 13, 9 y 18 (7, 7, 4, 3, 3, 2 y 2, respectivamente), tabla No. 1.

Tabla 138. Características sociodemográficas distribuidas por tipo de lesión de causa externa, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

Características sociodemográficas distribuidas por tipo de lesiones de causa externa, Cali, semanas epidemiológicas 01 - 26, 2017

Variable	Categoría	Procedimientos estéticos	Accidente de consumo	total	%
Sexo	mujer	46	5	51	94
	hombre	2	1	3	6
Tipo de Régimen	Especial	36	0	36	67
	Contributivo	6	2	8	15
	Subsidiado	3	2	5	9
	No Asegurado	2	2	4	7
	Excepción	1	0	1	2
Pertenencia Étnica	Otro	47	5	52	96
	Negro, mulato afro colombiano	1	1	2	4
Grupo de edades	< 1 año	0	1	1	2
	1 a 4 años	0	1	1	2
	15 a 19 años	1	0	1	2
	20 a 24 años	2	1	3	6
	25 a 29 años	15	0	15	28
	30 a 34 años	8	1	9	17
	35 a 39 años	7	0	7	13
	40 a 44 años	6	0	6	11
	45 a 49 años	3	1	4	7
	50 a 54 años	5	1	6	11
Área de Ocurrencia	Cabecera municipal	44	6	50	93
	Centro poblado	4	0	4	7

fuerce: sivigila sspm Cali

El 94% de los casos notificados de lesiones de causa externa ocurrieron en mujeres, el 89% corresponden a *procedimientos estéticos* y 11% a *producto de consumo*. El 67% se encuentra afiliada al *régimen especial*. El 96% refiere ser pertenencia étnica *otros*; el grupo etario más afectado se encuentra entre 25 a 29 años (28%). El 93% se encuentra viviendo en *cabecera municipal*.

Tabla 139. Distribución de lesiones de causa externa según tipo de lesión, Cali, semanas epidemiológicas 01-26, 2017.

Lesiones de causa externa según tipo de lesión, Cali, semanas epidemiológicas 01 - 26, 2017

Variable	Categoría	Procedimientos estéticos	Productos de consumo	total	%
Tipo de Lesión	infección	27	0	27	40
	quemaduras	4	4	8	12
	hemorragia	8	0	8	12
	embolia	8	0	8	12
	sepsis	5	0	5	7
	depresión respiratoria	4	0	4	6
	perforación	4	0	4	6
	herida	0	2	2	3
	necrosis	2	0	2	3

fuentes: siviigila sspm Cali

Las lesiones que causan la mayor proporción de lesiones de causa externa son las infecciones (40%) y quemaduras, hemorragias y embolia (12% cada una), siendo más frecuentes en los procedimientos estéticos (100% y 50% respectivamente).

7. Cáncer

7.1. Cáncer de mama y cérvix

INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas no transmisibles lideran la morbi mortalidad a nivel mundial, dentro de este grupo de enfermedades se encuentra el cáncer.

En el año 2012 según Globocan se identificaron 14 millones de nuevos casos de cáncer de los cuales el 80% de estos se identificaron en países en vía en desarrollo, y se calcula que para el año 2013 se alcanzarán 21.681.400 nuevos casos.

Figura 105. Mapa de Incidencia del cáncer en el Mundo en el año 2012.

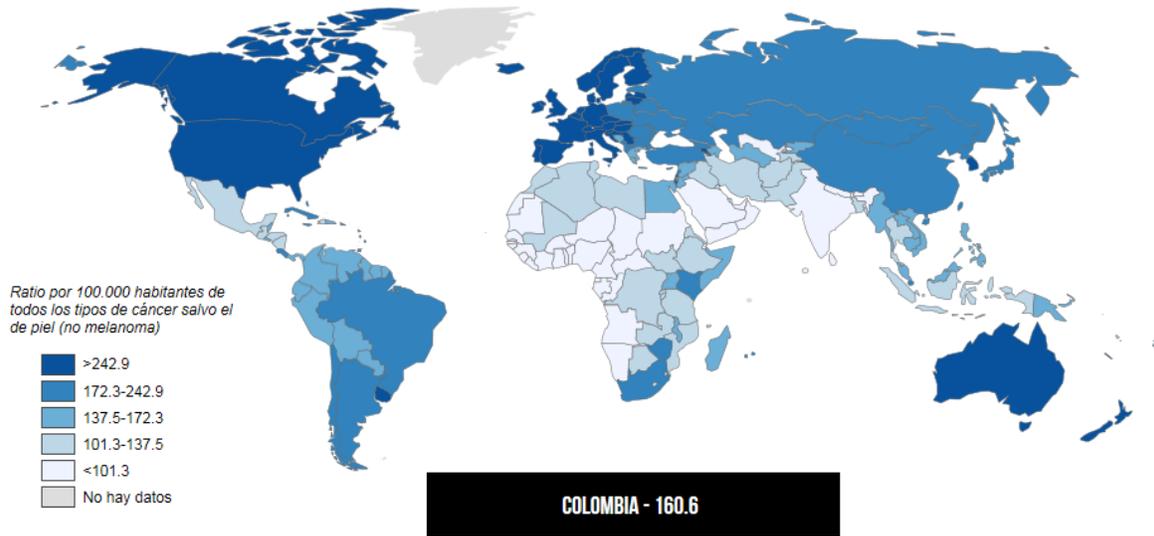
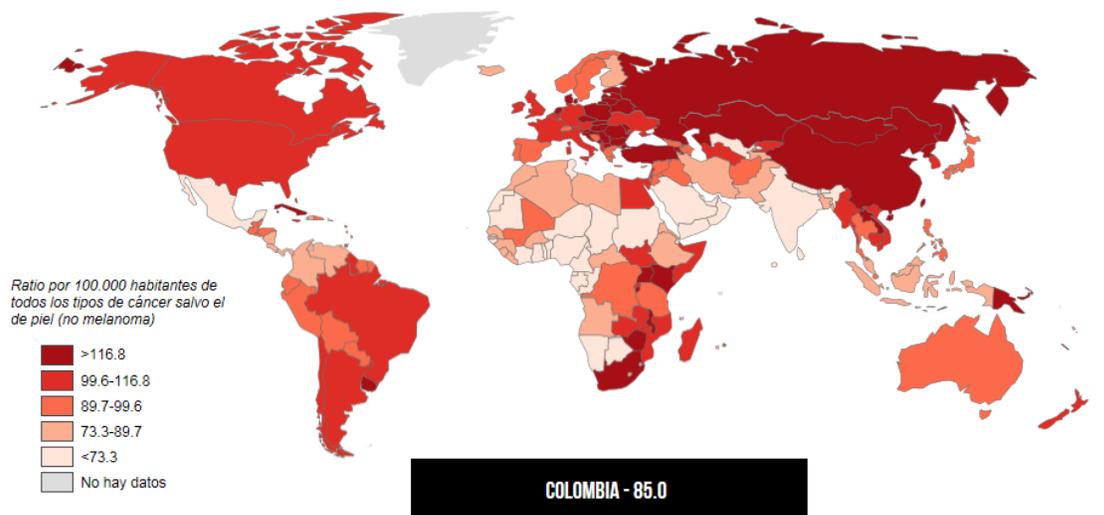


Figura 106. Mapa de Mortalidad por cáncer en el mundo en el año 2012.



Para Colombia y de esta misma fuente se identificó que para el año 2012 se presentaron 71442 casos nuevos de Cáncer y se estima que para el año 2030 alcancen un total de 132666 casos nuevos, en lo que se refiere a la mortalidad Globocan halló 37.894 muertes por esta causa, proyectando que para el 2030 esta cifra alcanzará las 74.785 defunciones. (1 globocan)

Figura 107. Tendencia de cáncer de mama. Cali 1962-2012

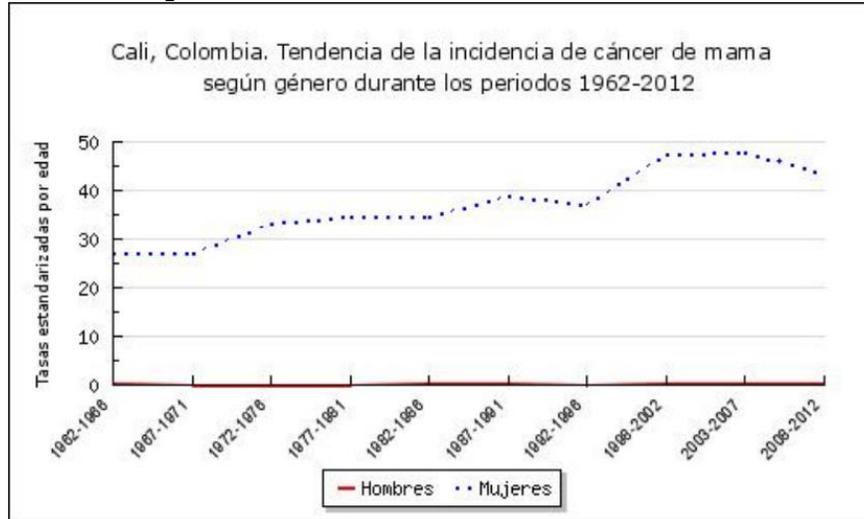
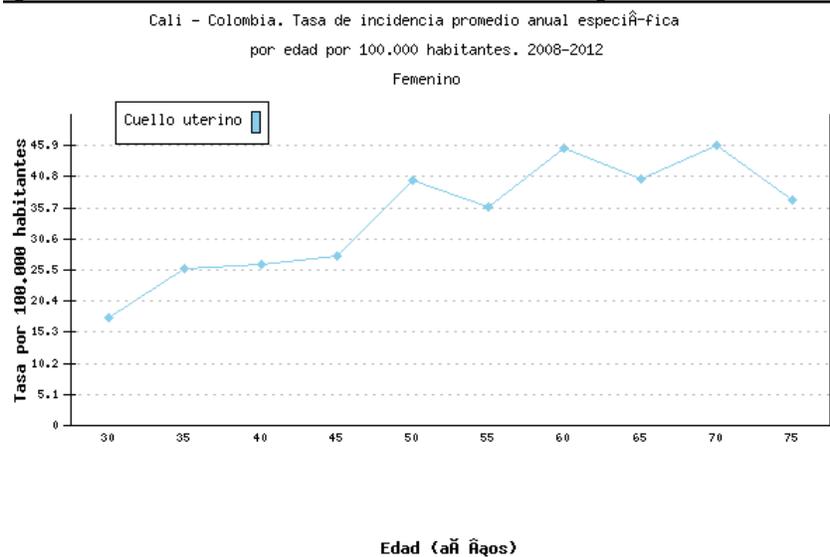


Figura 108. Tasa de incidencia cáncer de cuello uterino según edad. Cali 2008-2012



Para el municipio de Cali, el registro poblacional de Cáncer de Cali, evidencia que las cifras de Cáncer de mama y cuello uterino muestran una tendencia al aumento, situación que plantea verdaderos retos no solo frente al diagnóstico oportuno sino a la garantía de una atención integral a la paciente y su familia.

Estas cifras muestran el rápido crecimiento de esta enfermedad en el mundo, Colombia y Cali, situación que pone el Cáncer dentro de un panorama prioritario de intervención

donde se requiere de acciones, certeras, pertinentes y coordinadas que lográn reducir la incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad.

Dentro de los determinantes del Cáncer, la literatura identifica cambios de tipo social, económico, social y culturales en los que las poblaciones se han visto inmersas, propios del desarrollo de los pueblos; es así como se evidencian cambios en indicadores demográficos como el volumen de población y esperanza de vida al nacer. (2 PDC)

Factor causal	Fracción atribuible (%)
Historia familiar de cáncer	5 a 10
Tabaco	25 a 30
Dieta	30 a 35
Obesidad	10 a 20
Infecciones	15 a 20
Alcohol	4 a 6
Otros	10 a 15

Fuente: Doll & Peto, The causes of cancer (1981)

Son innumerables las investigaciones que han demostrado que los estilos de vida saludables tienen gran peso en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, por lo anterior se desprende la necesidad prioritaria de trabajar en control del riesgo de forma efectiva, desde la construcción conjunta con la participación y movilización social como lo plantea el plan decenal de Cáncer.

En el mundo el Cáncer de mama es la segunda causa de muertes más frecuente y en los países en vía de desarrollo ocupa el primer lugar en la mortalidad, para el año 2012 el 25% DEL total de los cánceres fueron casos de Cáncer de mama y causo cerca de 522000 muertes.

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO

Desde la semana epidemiológica número uno en el año 2016, según lineamientos del Instituto Nacional de Salud, en todo el país se inició la vigilancia de Cáncer de mama y de cuello uterino, este evento fue identificado con el código 155, la notificación de este evento se constituye con el diligenciamiento de la ficha epidemiológica cara A y Cara B donde se consiguen información específica sobre el diagnóstico y la oportunidad en la atención.

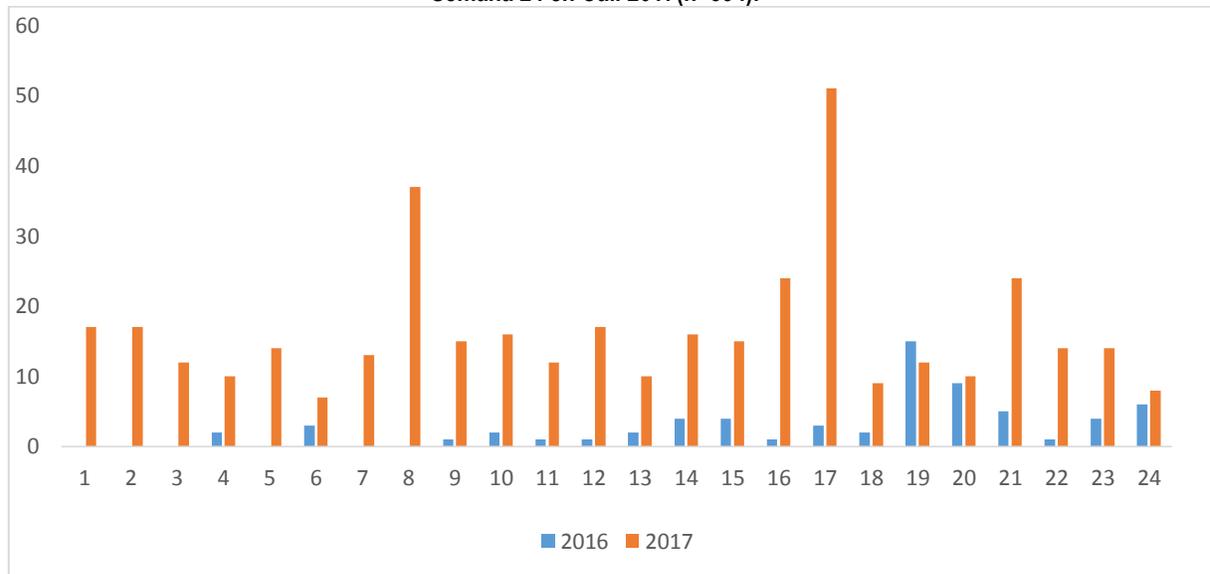
La bases de datos que arroja el sistema de información de eventos de interés en salud pública de Cáncer de mama desde la semana 1 hasta la semana 24, constituye el insumo principal de este informe.

Durante el año 2017 se notificaron al sistema de información de los eventos de interés en salud pública SIVIGILA del municipio de Cali un reporte total de 649 casos del evento 155 Cáncer, luego de la depuración y revisión de los registros se consolidó una base final de 394 casos de los cuales se descartaron 63 por ajuste 6 y 1 caso por ajuste D, dando cumplimiento a la directriz dada por la referente para Cáncer del departamento, además de 162 casos entre los que se encuentran casos que no residen ni proceden en Cali y duplicados.

El análisis de la información que aporta esta base de datos es de tipo descriptivo retrospectivo de las variables de datos básicos y complementarios hasta la semana 24. Este informe pretende entender el comportamiento del Cáncer en tiempo lugar y persona.

Del total de notificaciones confirmadas para el año 2017, 112 corresponden a reportes de caso de Cérvix y 282 a cáncer de mama. Lo que indica en promedio semanal un reporte de 16.4 casos.

Figura 109. Distribución de la Notificación de Cáncer de Mama y Cérvix por Semana Epidemiológica Hasta Semana 24 en Cali 2017(n=394).



Como lo evidencia la gráfica, el aumento de la notificación de casos de cáncer de mama y cérvix ha presentado un notable aumento comparado con el año 2016, esto se puede asociar a la curva normal que se presenta en los procesos de ingresos en cada uno de los eventos dentro de la sistema de vigilancia de interés en salud pública, debido al

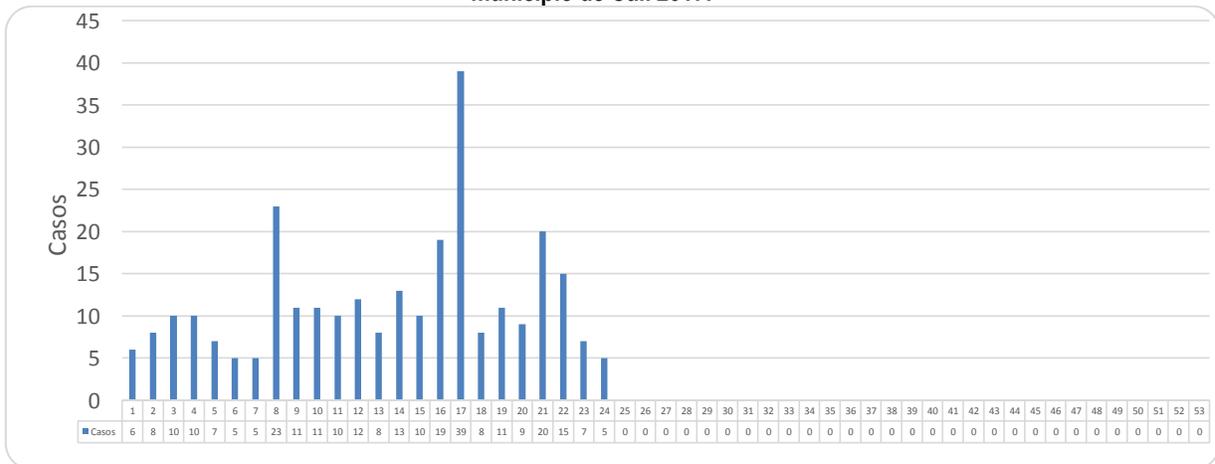
fortalecimiento en los diferentes espacios y las asistencias técnicas en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Por otro lapso es imperante reconocer que los esfuerzos dirigidos desde la Secretaria de Salud en cabeza del Doctor Alexander Duran en pro de generar alianzas con reconocidas instituciones mundiales para el mejoramiento de la atención y calidad de los pacientes oncológicos generan un eco que permite fortalecer los procesos de vigilancia de este evento.

CANCER DE MAMA

A semana 24 en el sistema de información de eventos de interés en salud pública en el municipio de Cali se han notificado un total de 282 reportes, representando el 71% del total de la notificación, en este contexto el comportamiento del cáncer en la ciudad de Cali estaría en contravía de la tendencia reconocida en nuestro país, sin embargo es importante aclarar que este fenómeno se debe especialmente al subregistro de casos de cáncer de cérvix y la sensibilización lograda con el personal del Consultorio Rosado del Hospital San Juan de Dios quienes han realizado una exhaustiva tarea en lo que a identificación y notificación de casos se refiere, lo que la posiciona como la unidad primaria generadora de datos con más casos de cáncer de mama notificados aportando al consolidado final 83 casos que representan el 29.4% del total de casos de cáncer reportados al SIVIGILA hasta semana 24.

Figura 110. Distribución de la notificación de casos de cáncer de mama hasta semana epidemiológica 24 en el municipio de Cali 2017.

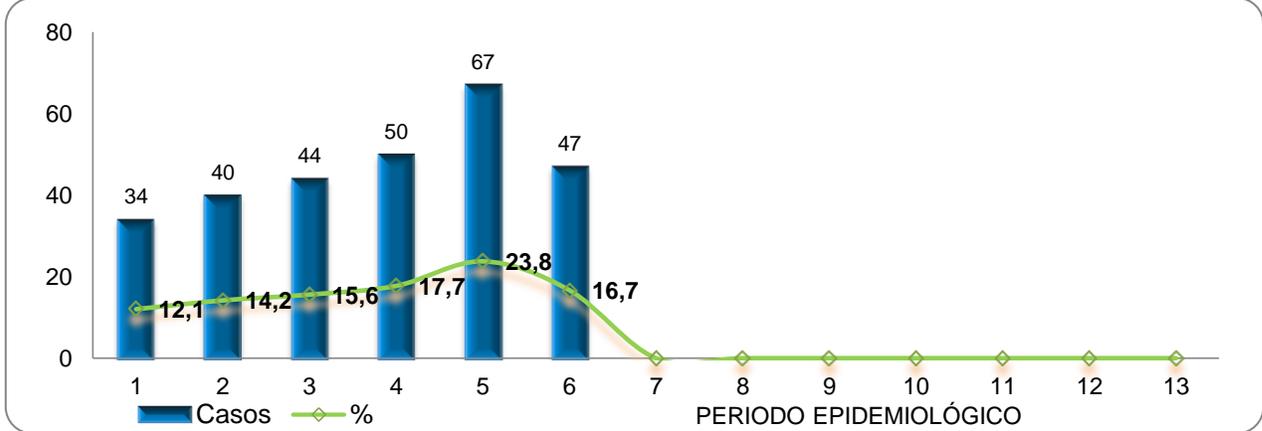


Fuente: SIVIGILA-Secretaria de Salud Pública Municipal Cali (n=282)

Es así como en la gráfica evidenciamos una tendencia al un aumento sostenida hasta semana 17, donde se notificaron el mayor número de casos dentro del periodo analizado; donde la clínica Comfandi Tequendama aporó 11 casos y Comfenalco valle notificó 10 casos.



Figura 111. Distribución de la notificación de cáncer de mama por periodo epidemiológico en Cali 2017.



En la consolidación de la notificación por periodo epidemiológico se observa que es el periodo epidemiológico número 5, donde se concentra el mayor número de reportes de casos de mama n con un total de 67 casos que dentro del total representan el 23,8%

Tabla 140. Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer de mama notificados, Municipio de Santiago de Cali, 2017

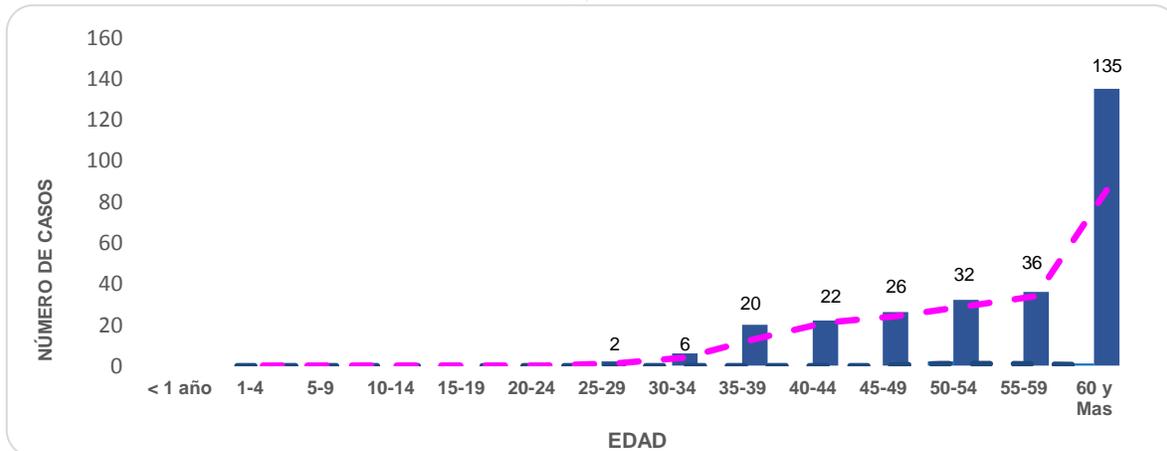
Variable	Categoría	Casos	%
Tipo régimen	Contributivo	170	60,3
	Subsidiado	101	35,8
	Excepción	3	1,1
	Especial	4	1,4
	No Afiliado	2	0,7
	Indeterminado/ Pendiente	2	0,7
	Sin Dato	0	0,0
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,0
	ROM	0	0,0
	Raizal	0	0,0
	Palanquero	0	0,0
	Negro, Mulato, Afro	3	1,1
	Otros	279	98,9
	Sin Dato	0	0,0
Grupo de Edad	< 1 año	0	0,0
	1-4 Años	0	0,0
	5-9 Años	0	0,0
	10-14 Años	0	0,0
	15-19 Años	0	0,0
	20-24 Años	0	0,0
	25-29 Años	2	0,7
	30-34 Años	6	2,1
	35-39 Años	20	7,1
	40-44 Años	22	7,8
	45-49 Años	26	9,2
	50-54 Años	34	12,1

55-59 Años	36	12,8
60 y más Años	136	48,2
Sin Dato	0	0,0

Fuente: SIVIGILA-Secretaria de Salud Pública Municipal Cali (n=282)

De cada 10 casos de cáncer de mama notificados a semana 24 al aplicativo SIVIGILA en el municipio de Cali, 6 se encuentran afiliados al régimen contributivo. Según la pertenencia étnica de cada 10 casos 1 se reconoce como afrodescendiente.

Figura 112. Distribución de los casos de Cáncer notificados a SIVIGILA a semana 24 según grupo de edad. Cali 2017



Fuente: SIVIGILA-Secretaria de Salud Pública Municipal Cali (n=282)

La grafica evidencia que el número de casos de cáncer notificados aumenta con la edad, lo que implica la necesidad de establecer acciones que fortalezcan la identificación y detección temprana de este tipo de casos en mujeres mayores de 60 años.

Teniendo en cuenta los grupos de edad se evidencia que mas del 70% de los casos se encuentran en mujeres mayores de 50 años y son las de 60 años y más el grupo con más porcentaje representando el 48% representado en 136 notificaciones.

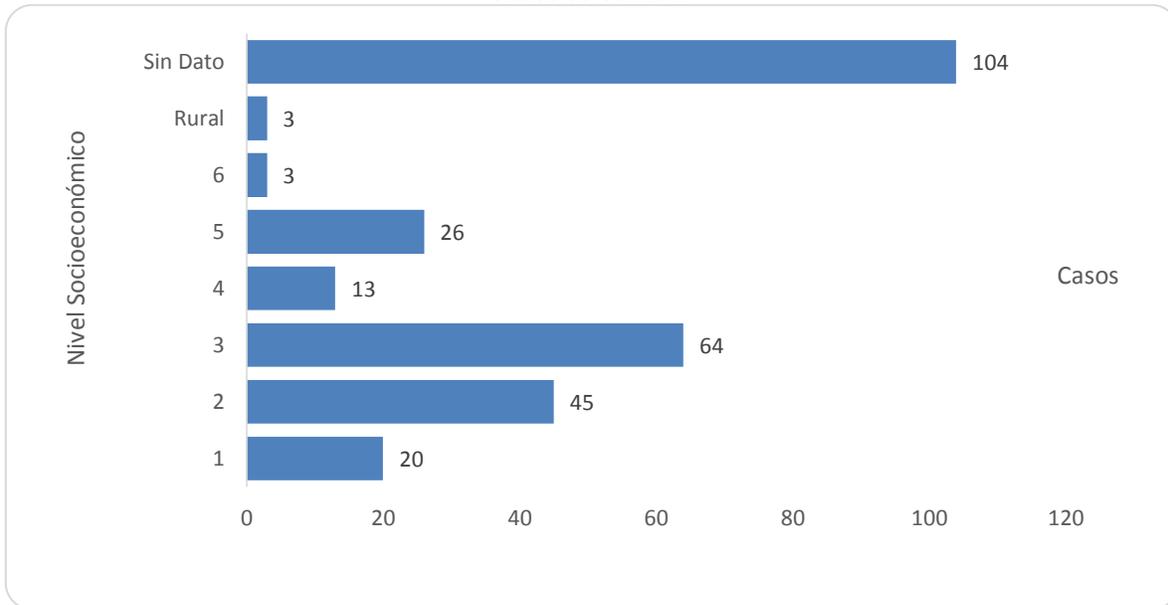
Sin embargo es importante tener en cuenta que mujeres muy jóvenes también presenta la enfermedad, lo que deja la puerta abierta para acciones transversales de detección a todas las mujeres sin tener en cuenta su edad.

Teniendo en cuenta la tasa de cáncer por comuna se evidencia que la más alta se presenta para la comuna 22 con , con 40 casos de cáncer de mama por cada 100000 mujeres entre los mayores de 20 años seguida de la comuna 11 donde por cada 100000 mujeres en edad de riesgo se presentan 38 casos; vale la pena aclarar que la población en riesgo de padecer Cáncer de mama son aquellas mujeres mayores de 20 años, sin embargo las pruebas de tamizaje están dispuestas en el sistema de salud para mujeres entre 50 a 69 años.



Ahora bien, teniendo en cuenta la frecuencia absoluta de los casos según residencia, es la comuna 2 la que reporta un mayor número de notificaciones con 18 casos de Cáncer de mama en total y en segunda posición se ubica la comuna 17 con 17 reportes de esta patología.

Figura 113. Distribución de los casos de cáncer de mama según nivel socioeconómico hasta semana 24 en la ciudad de Cali 2017



Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali (n=282)

Esta gráfica evidencia las falencias frente al diligenciamiento correcto de todas las variables de la ficha de notificación, donde el 49% de los casos no poseen información en lo que respecta al nivel socio económico de las usuarias diagnosticadas con cáncer de mama.

Tabla 141. Tasa de Cáncer de mama por comuna a semana 24 de 2017 en el municipio de Cali.

Comuna	Total	Pb-2017	Tasa Por 100.000Hb
01	4	30016	13,3
02	18	53039	33,9
03	5	17800	28,1
04	6	20608	29,1
05	9	46542	19,3
06	14	68154	20,5
07	5	26358	19,0
08	9	41202	21,8
09	2	17391	11,5



10	11	46168	23,8
11	15	39817	37,7
12	5	25255	19,8
13	10	61687	16,2
14	5	58747	8,5
15	5	55149	9,1
16	10	40132	24,9
17	17	63030	27,0
18	7	47790	14,6
19	7	52744	13,3
20	1	24044	4,2
21	4	36812	10,9
22	2	5018	39,9
Rural	3	10875	27,6
Sin Dato	104	0	0,0
Total	278	888379	31,3

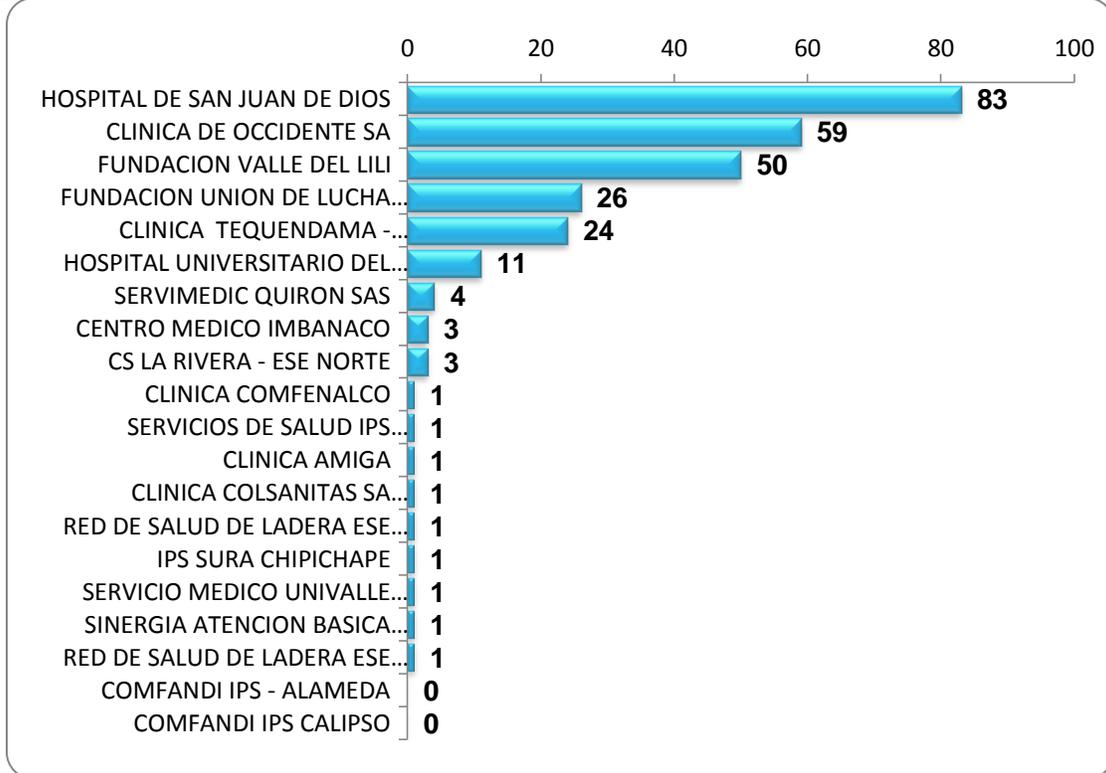
Fuente: SIVIGILA-Secretaria de Salud Pública Municipal Cali (n=282)

Para la ciudad de Cali en general la tasa de Cáncer de mama para la semana 24 del año 2017, se estima una tasa de 31,3 casos por cada 10000⁰ mujeres en riesgo de padecer esta enfermedad. Vale la pena tener en cuenta que este valor corresponde únicamente a los casos notificados al sistema de información de eventos de interés en salud pública y por ende existe un subregistro de casos.

La comuna 15 presenta la tasa de cáncer de mama más alta de la ciudad con 37,7 casos x100000 mujeres en edad de riesgo, seguida de la comuna 2 con 33,9 casos de cáncer x 100000.



Figura 114. Distribución de casos de cáncer de mama notificados a SIVIGILA a semana 24 según UPGD Cali 2017



Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali (n=282)

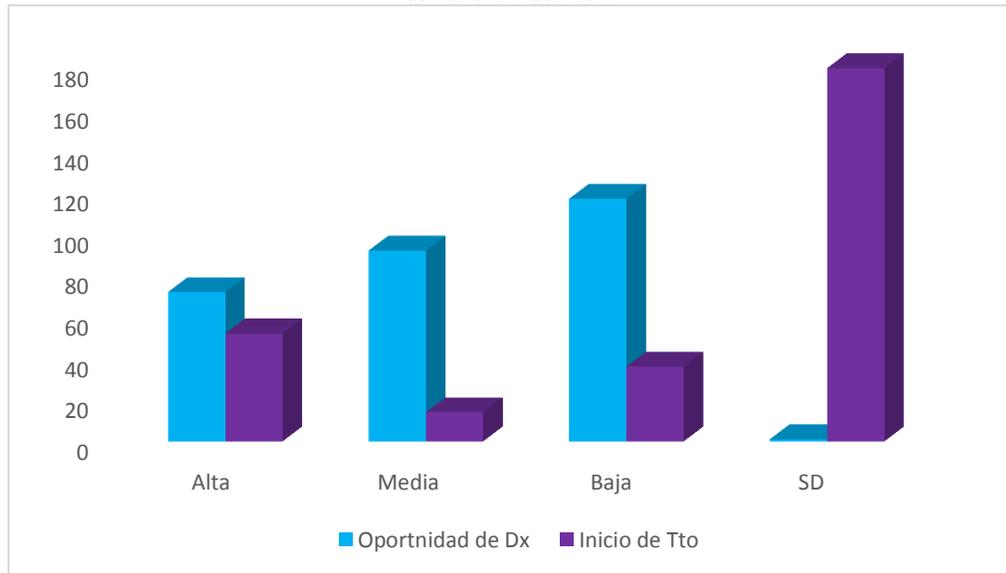
Como lo evidencia la gráfica, el Hospital San Juan de Dios lidera la notificación de Cáncer de mama en el municipio de Cali, en lo corrido del año; lo anterior se asocia al trabajo permanente realizado con los médicos del programa de Cáncer de las empresas sociales del estado quienes referencian a las pacientes con probabilidad de padecer esta enfermedad, a esto se suma la sensibilización ante la importancia de la notificación de los casos con diagnóstico por parte del personal del Consultorio Rosado de esta institución.

INDICADOR DE OPORTUNIDAD

En el indicador de Oportunidad en instaurar tratamiento de cáncer de mama en los caso reportados a semana 24, indica un promedio de 30 días con rangos entre 0 y 739 días; una mediana de 14 y moda de 3. Para el país, el promedio de días para el año 2016 el indicador establecido para recibir la atención fue de 10 días con rango mínimo de 0 y máximo de 1153.



Figura 115. Indicador de oportunidad de resultado de la biopsia e inicio de tratamiento para cáncer de mama a semana 24. Cali 2017

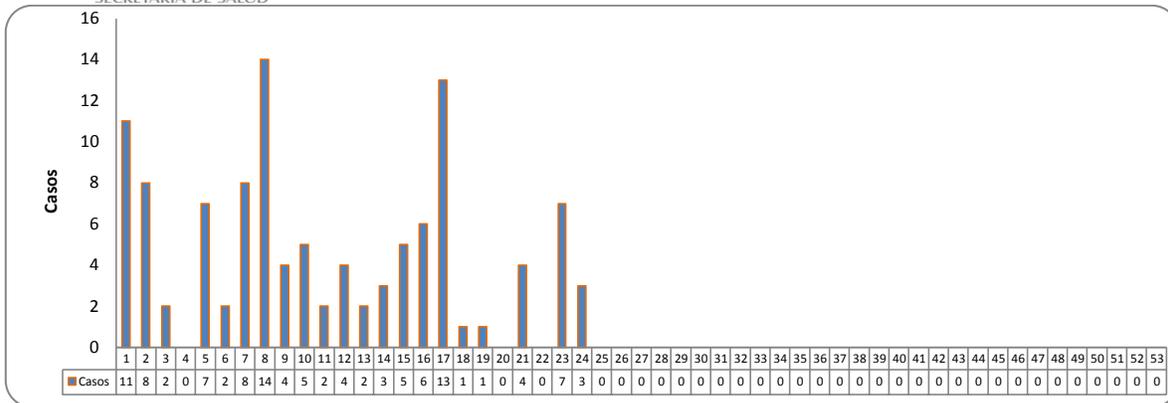


Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

En lo que se refiere a fecha de seguimiento de tratamiento el promedio de inicio en los pacientes registrados es de 41 días, con una mediana de 29 y una moda de cero; con rango máximo de 196 días y mínimo de 0.

Vale tener en cuenta que se tuvieron que quitar 5 registros con errores y que 175 registros no cuentan con la fecha de inicio de tratamiento. Para poder contar con esta información se han realizado las respectivas solicitudes a las unidades primarias generadoras de dato, sin embargo no siempre la institución que notifica es la responsable del tratamiento, por lo anterior la responsabilidad de administrar este dato está a cargo de la Empresa promotora de salud, responsable de garantizar el acceso y la oportunidad al tratamiento.

CANCER DE CERVIX



Fuente: SIVIGILA-Secretaria de Salud Pública Municipal Cali

A semana 24 al sistema de información de eventos de interés en salud pública, se notificaron 112 casos de cáncer de cérvix.

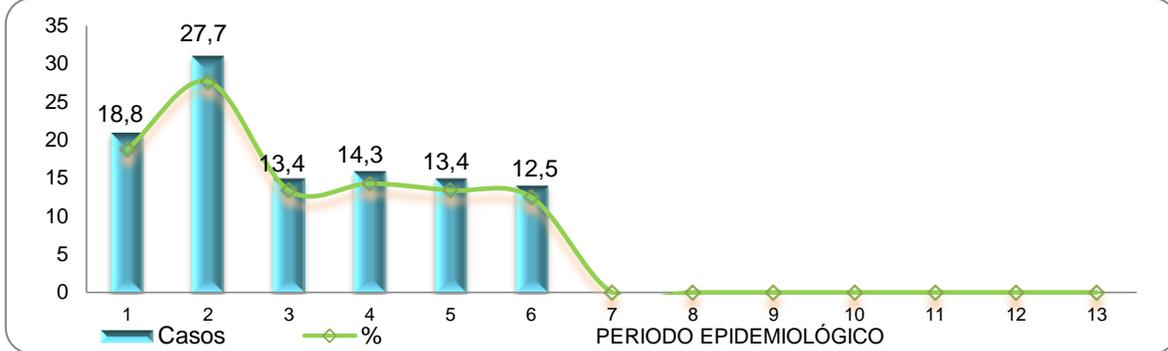
En la distribución de los casos de Cáncer de cérvix notificados al SIVIGILA por semana epidemiológica, se observa que es la semana 8 la que más casos presenta con 14 reportes de los cuales 10 de ellos fueron notificados por el Hospital san Juan de Dios, y para la semana 17 el Centro de Salud Diego la Linde aportó al total de la semana 5 casos. Vale la pena tener en cuenta que es allí donde se encuentra el programa por ti mujer, donde se procesan las citologías de todas las mujeres que reciben atención en las empresas sociales del estado de la ciudad de Cali.

Observando el comportamiento de la notificación de los Cáncer de cérvix al sistema de información de los eventos de interés en salud pública a semana 24, se identifica una tendencia ondulante, lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de vigilancia en las instituciones y los profesionales que atiende este tipo de patologías, con el fin de generar sensibilidad en la importancia de la notificación.

En el análisis del reporte por periodo epidemiológico, observamos un importante pico en el segundo periodo del año 2017, de ahí en adelante la tendencia con solidez una disminución a pesar de los esfuerzos por generar acciones que mejoren este proceso; pues aún existe mucha resistencia por los profesionales especialistas en ginecología para generar este reporte



Figura 116. Distribución de la notificación de cáncer de cérvix por periodo epidemiológico en Cali 2017



Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

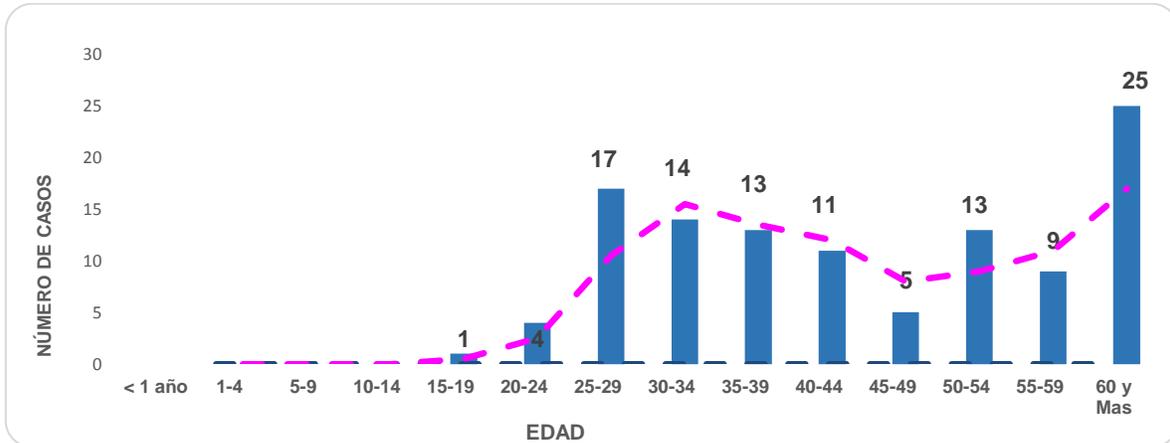
Tabla 142. Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer de cérvix notificados, Municipio de Santiago de Cali, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Tipo régimen	Contributivo	33	29,5
	Subsidiado	64	57,1
	Excepción	0	0,0
	Especial	0	0,0
	No Afiliado	12	10,7
	Indeterminado/ Pendiente	3	2,7
	Sin Dato	0	0,0
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,0
	ROM	1	0,9
	Raizal	0	0,0
	Palanquero	0	0,0
	Negro, Mulato, Afro Colombiano	7	6,3
	Otros	104	92,9
	Sin Dato	0	0,0
Grupo de Edad	< 1 año	0	0,0
	1-4 Años	0	0,0
	5-9 Años	0	0,0
	10-14 Años	0	0,0
	15-19 Años	1	0,9
	20-24 Años	4	3,6
	25-29 Años	17	15,2
	30-34 Años	14	12,5
	35-39 Años	13	11,6
	40-44 Años	11	9,8
	45-49 Años	5	4,5
	50-54 Años	13	11,6
	55-59 Años	9	8,0
	60 y Más Años	25	22,3
	Sin Dato	0	0,0

Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

En la clasificación de los casos de Cáncer de cérvix notificados al sistema de información siviigila a semana 24 en el año 2017, se identifica que de cada 10 casos 5,7 mujeres se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, tres al contributivo y una no se encuentra afiliada. Según la pertenencia étnica de cada 100 mujeres notificadas con Cáncer de cérvix 7 se reconocen con población afrocolombiana.

Figura 117. Distribución de los casos de Cáncer de cérvix notificados a SIVIGILA a semana 24 según grupo de edad. Cali 2017



Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

En la distribución de casos según grupo de edad es claro, que este tipo de patología no discrimina y está presente en todas las edades, de ahí radica la importancia en generar adherencia a las estrategias de tamización por parte de la población pero además de esto; como ente territorial realizar las acciones de inspección vigilancia y control que aseguren que las instituciones en salud adopten las nuevas rutas de atención con la realización de las pruebas de VPH según el esquema establecido por el ministerio, teniendo en cuenta la baja sensibilidad de la citología.

Figura 118. Distribución de los casos de cáncer de cervix según nivel socioeconómico hasta semana 24 en la ciudad de Cali 2017

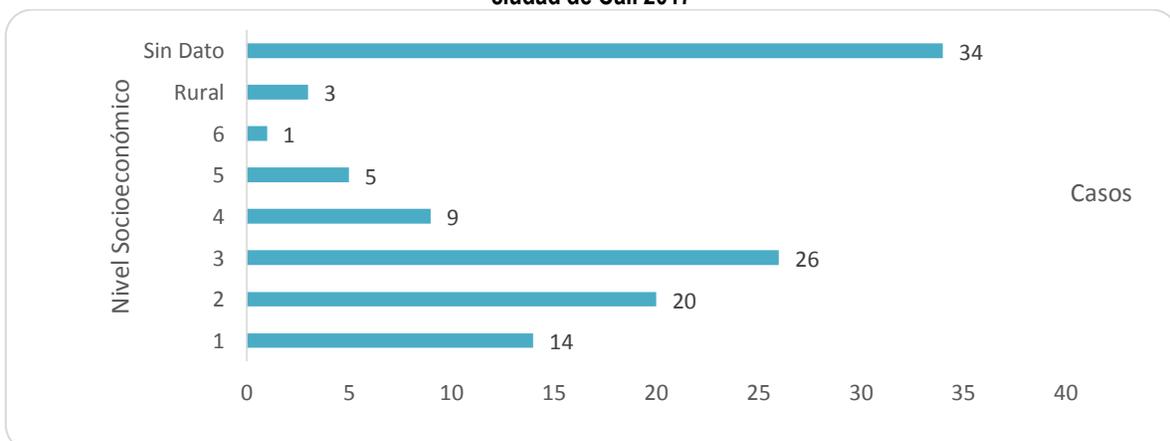




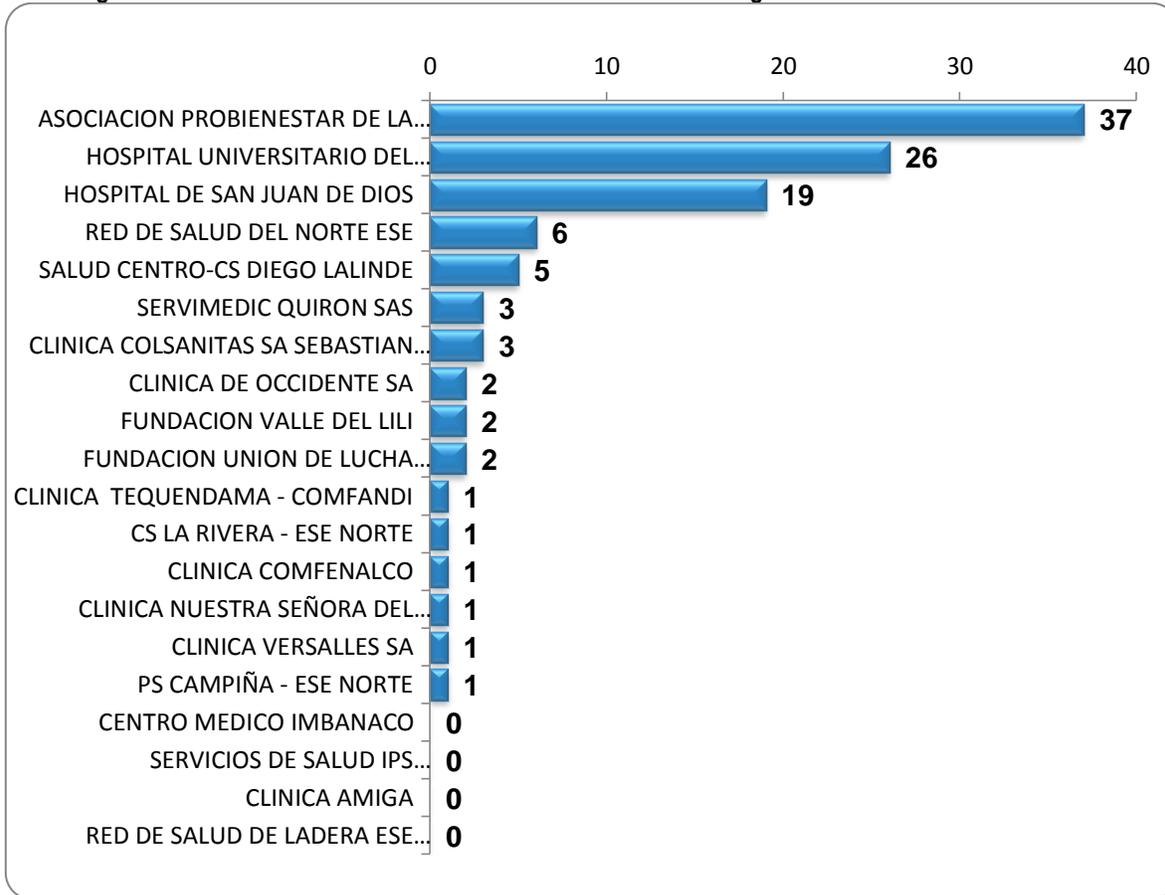
Tabla 143. La tasa según comuna de residencia muestra que en la ruralidad se presenta la tasa más alta de Cáncer de cérvix con 27 casos por cada 100000 mujeres en riesgo; en segunda posición se ubica la comuna 7 con una tasa de 15 casos de Cáncer de cérvix por cada 100000.

Fuente: SIVIGILA-Secretaria de Salud Pública Municipal Cali

Comuna	Total	Pb-2017	Tasa Por 100.000Hb
01	2	30016	6,7
02	4	53039	7,5
03	2	17800	11,2
04	1	20608	4,9
05	4	46542	8,6
06	8	68154	11,7
07	4	26358	15,2
08	3	41202	7,3
09	2	17391	11,5
10	6	46168	13,0
11	1	39817	2,5
12	3	25255	11,9
13	2	61687	3,2
14	3	58747	5,1
15	7	55149	12,7
16	3	40132	7,5
17	5	63030	7,9
18	3	47790	6,3
19	5	52744	9,5
20	2	24044	8,3
21	5	36812	13,6
22	0	5018	0,0
Rural	3	10875	27,6
Sin Dato	34	0	0,0



Figura 119. Distribución de la notificación de Cáncer de mama según UPGDs a semana 24.Cali 2017



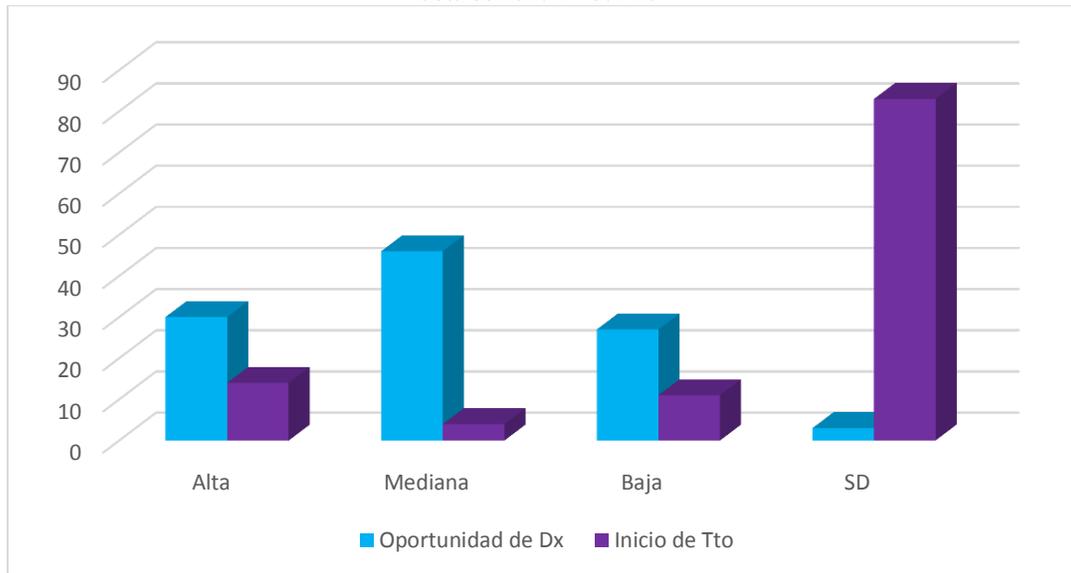
Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

Según la unidad primaria generadora de datos, se identifica que la institución con más reporte de casos a semana 24 con un total de 37 casos que representan el 33% del total de los casos reportados dentro del periodo estipulado. En segunda posición se encuentra el Hospital universitario del Valle con 26 notificaciones y en tercer lugar el Hospital san Juan de Dios con 19 casos, que aportan al total el 23,2 y 16.9% respectivamente.

INDICADOR DE OPORTUNIDAD



Figura 120. Indicador de oportunidad de diagnóstico e inicio de tratamiento para los casos de Cáncer de cérvix hasta semana 24 Cali 2017



Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

A semana 24 se han notificado al sistema de información de vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud pública 112 casos de Cáncer de cérvix, de los cuales 6 presentan errores en la información para la estimación del indicador de oportunidad.

De los casos notificados se establece un promedio de 16,8 días en ser diagnosticados, con una mediana de 10 y una moda de 8 días; el rango mínimo es de cero y máximo de 375.

En la identificación de inicio de tratamiento se estimó la información con 29 casos que tenían la información de seguimiento a tratamiento, esto representa el 25,8% del total de los casos 84 reportes que consolidan el 74,2% restante no tiene información de inicio de tratamiento.

Con esta información se logró establecer una media de 55,3 días, mediana 30 y moda 26 días, con un rango máximo de 242 días y mínimo de 0 días.

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

El panorama que la información anteriormente consolidada en este informe permite identificar que el proceso de notificación de vigilancia en salud pública de Cáncer de

mama y cérvix ha presentado un importante y valioso aumento en lo que al reporte de casos se refiere.

Lo anterior se puede asociar a las diferentes acciones que la Secretaria de salud ha venido realizando con el fin de garantizar una mejor atención con calidad y oportunidad a los pacientes oncológicos de la ciudad, dando cumplimientos a los objetivos establecidos en el Plan de cenal de Cáncer y además cumpliendo con las necesidades d nuestra población y comprendiendo el fenómeno natural de transición donde las enfermedades crónicas lideran los perfiles de morbimortalidad en la ciudad.

Un importante avance que ha permitido el fortalecimiento de la notificación específicamente en el Hospital San Juan de Dios se relaciona con el espacio semanal de trabajo que se realiza con los médicos de programas de Cáncer de las empresas sociales del estado en cabeza de la línea de Cáncer y vigilancia en salud pública desde el ente territorial.

Sin embargo, se requiere continuar con las acciones de sensibilización frente a la importancia de la notificación de este tipo de eventos, además de la necesidad del diligenciamiento en calidad y oportunidad.

Se necesita además lograr un espacio de concertación para reconocer no solo las fechas de inicio de tratamiento sino además la red prestadora de servicios oncológicos de cada una de las empresas administradoras de régimen de beneficios en la ciudad, para lograr avances en este aspecto, vigilancia en salud pública de la secretaria de salud pública municipal logro un primer acercamiento con 4 representantes de estas instituciones, por lo anterior se realizara otro espacio de reunión para generar acuerdos que permitan reconocer las necesidades de los paciente y realimentas a las EAPB SOBRE LOS hallazgos que desde las acciones de vigilancia y la línea de Cáncer se puedan identificar.

Aunado a esto, y gracias al compromiso del Doctor Freddy Agredo y Doctor Jorge Holguín quienes logran acercamiento con el registro poblacional para un espacio periódico donde se establezcan rutas de información efectivas.

7.2. Cáncer en menor de 18 años

El presente informe describe los resultados parciales de la vigilancia de los eventos de Cáncer Infantil en menores de 18 años registrados durante los primeros 6 periodos epidemiológicos del año 2017 en la ciudad de Cali

Objetivos:

- Aportar al conocimiento de la situación del cáncer en menores de 18 años en la ciudad de Cali, a través de la producción y divulgación de información producto de la vigilancia en salud pública referente al proceso de detección, diagnóstico, atención y seguimiento en menores de 18 años con cáncer, aportando un insumo para la toma de decisiones por parte de las autoridades de salud y demás organizaciones como academia u otros a quienes pueda interesar esta información.
- Describir el comportamiento de la notificación del evento según variables de persona, lugar y tiempo.
- Detectar los problemas a discutir en las próximas reuniones de análisis que se programaran a nivel local con representantes de las ESES, IPS que atienden niños con cáncer, expertos y representantes de la academia.

Materiales y Metodología

El equipo para la vigilancia está integrado básicamente por un médico epidemiólogo y una enfermera como apoyo en tiempo parcial y se cuenta con apoyo de ingeniero y técnico en sistemas quienes aportan los registros a partir de las bases de datos del SIVIGILA.

Los registros obtenidos se ingresan a la base de datos exclusiva del evento Cáncer Infantil incluyendo los registros del SIVIGILA aportados por las UPGDs como parte de su Notificación Obligatoria y se complementa con la revisión de la notificación en IPSs en las que se ha detectado falencias en la notificación ha sido deficiente.

El epidemiólogo hace la revisión de la calidad del dato y en la medida de lo posible, cuando se logra obtener oportunamente, se incluye la revisión de Historia Clínica para corregir datos inconsistentes o complementar datos faltantes.

En algunos casos se aclaran datos por parte de la enfermera que apoya la vigilancia del evento mediante llamada telefónica al acudiente del paciente.

Resultados

Durante el periodo analizado se registraron 52 casos confirmados de cáncer en niños menores de 18 años residentes en la ciudad de Cali estando pendientes otros 7 casos por confirmar.

Entre estos casos han ocurrido 13 fallecimientos; exactamente la misma cifra del año anterior durante el mismo periodo.

Las causas de muerte se distribuyen así:

- 5 por Leucemias
- 3 Tumores de SNC
- 1 Ca de testículo
- 1 Tumor Maligno de pie Izquierdo
- 1 Tumor de Wilms
- 1 Sarcoma de Ewing
- 1 Neuroblastoma

Durante el mismo periodo del año 2016 fue se habían confirmado 46 casos, una diferencia no significativa estadísticamente: **(Pearson χ^2 (2) = 5.4732 Pr = 0.065)**

En cuanto a la mediana de edad entre los fallecimientos, fue de 10 años y 3 meses en el mismo periodo del año 2016 y de 9 años y 4 meses en el 2017. Esta misma medida entre los pacientes sobrevivientes a final de periodo fue de 8 años y 2 meses tanto en el 2016 como en el 2017.

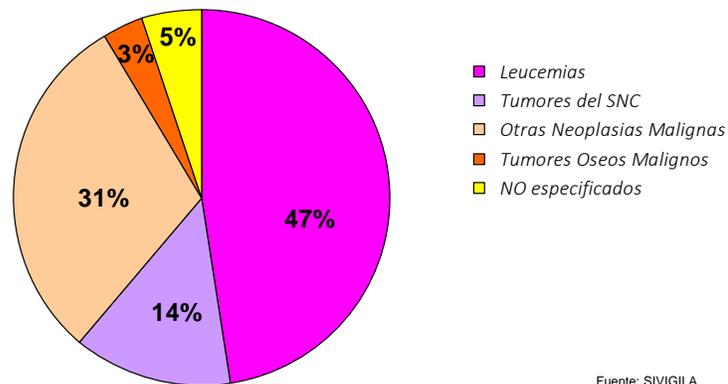
50% de los casos corresponde a afiliados al régimen Contributivo, 41% al régimen subsidiado y 9% a otros, sin cambios significativos con respecto al año anterior.

La distribución según tipos de cáncer mostrado en el gráfico correspondería a lo habitual; las leucemias ocupan la mayor proporción seguidos del cáncer de cerebro y los tumores óseos. En frecuencia sigue todo el conjunto de los demás tipos de cáncer que acumulados son casi la 3ª parte y hay un 5% de tipos cáncer por especificar.

Figura 121. Distribución según tipo de cáncer

Gráfico 1

Distribución de los tipos de Cáncer Infantil en Cali
A 6º Periodo Epidemiológico - Año 2017



Fuente: SIVIGILA

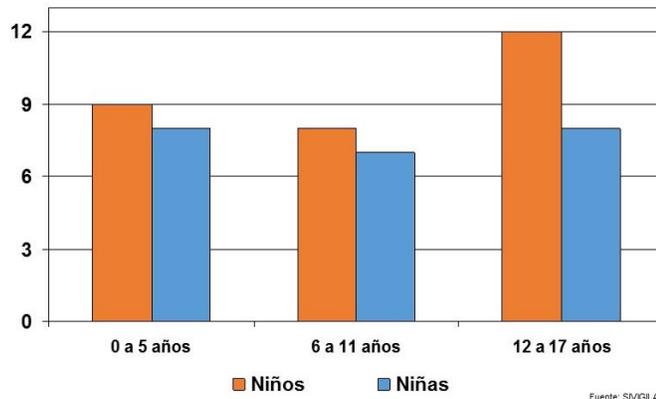
La frecuencia de casos según periodo está influenciada por la oportunidad en la notificación, la que puede variar sin tener relación con el periodo. Para la ciudad de Cali, en promedio se notificaron 9 casos de cáncer infantil por mes, con un mínimo de 3 y un máximo de 13 casos. En cuanto a las muertes, solo hubo un periodo (2º periodo) sin fallecimientos con 2 muertes como promedio por periodo, ya en el 1er periodo habían ocurrido 4 muertes.

Figura 122. Cáncer Infantil en Cali según edad y sexo.

Cáncer Infantil en Cali según edad y sexo

Cali, a período epidemiológico 6 de año 2017

Grafico 2



Como siempre ha ocurrido, la distribución por sexo no muestra diferencia estadísticamente significativa; 44% ocurrió en niñas y 56% ocurrió en niños con un promedio y mediana de edad de 9 y 8 años para los niños y de 8 y 8 para las niñas.

En lo que se refiere a fallecimientos según causa directa, las leucemias ocasionaron 50% y los tumores de cerebro de las muertes en los niños fallecidos por cáncer:

Tabla 144. Mortalidad por cáncer en niños

Causa básica de muerte	Cantidad	Porcentaje
Leucemias	26	50%
Tumores del Sistema Nervioso Central	6	12%
Tumores Óseos Malignos	2	4%
Otras neoplasias malignas	16	30%
Neoplasias Malignas no especificadas	2	4
Total	52	100%

8. Factores relacionados con el medio ambiente

8.1. Intoxicaciones por sustancias químicas

1. Introducción

Es claro que la sociedad actual ha presentado innumerables avances y de forma muy rápida; en estos procesos de desarrollo el hombre ha tenido que interactuar con diferentes sustancias, muchas de ellas tóxicas para el organismo y que producen desde alergias hasta la muerte; por lo anterior se han realizado importantes adelantos en la identificación de este tipo de sustancias y sus efectos en la salud del hombre y sus formas de contaminación.

Por lo anterior, ejercer la vigilancia de las intoxicaciones de las sustancias químicas permite identificar las sustancias que más afectan la salud, las poblaciones y los momentos en los que estas suceden, con esta información se establece un panorama general de como suceden las intoxicaciones por estas sustancias y desde ahí generar acciones que permitan disminuir el riesgo de este evento.

2. Objetivos

- Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad y mortalidad registrada por intoxicaciones por sustancias químicas en Colombia.
- Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de sustancias químicas en Colombia

3. Metodología

El presente informe describe el estado de comportamiento del evento de intoxicación aguda por sustancias químicas correspondiente al año 2017 realizada al Sivigila, el cual comprende las semanas epidemiológicas 01 a 24. La notificación se agrupa en los siguientes grupos de sustancias: medicamentos, plaguicidas, metanol, metales, solventes, sustancias psicoactivas, gases y otras sustancias químicas. Para la realización de este informe se siguió la pauta del informe de vigilancia de las intoxicaciones realizado por el Instituto Nacional de salud, iniciando con el análisis de las variables en general para el evento y posteriormente se realizara el mismo incluyendo la discriminación por grupo de sustancias.

El protocolo de vigilancia en salud pública define como caso aquel paciente que posterior al contacto con una o más sustancias químicas por la vía dérmica (piel y mucosas), respiratoria (inhalación), digestiva, parenteral (intravenosa, subcutánea o intramuscular) u

ocular, presenta manifestaciones de un toxidrome o un cuadro clínico de intoxicación compatible o característico con la exposición a la(s) sustancia(s) implicada(s).

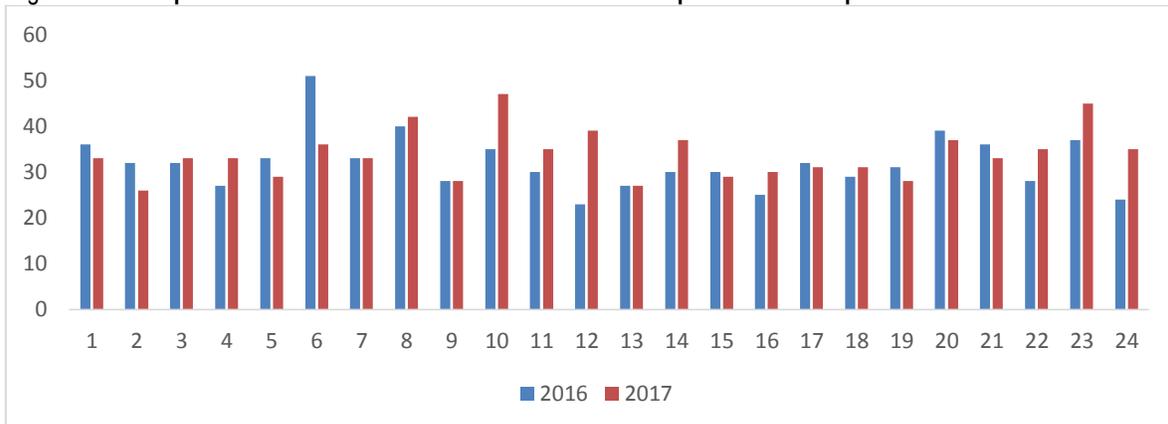
Todo caso confirmado por clínica que por análisis de laboratorio se comprueba la presencia de la(s) sustancia(s) en algunas de las muestras biológicas del paciente (sangre, orina, saliva, contenido gástrico, tejidos de diferentes órganos (hígado, riñón, cerebro, cabello, unas, etc.) y/o en otras muestras como alimentos, bebidas, envases, cigarrillos, vegetales, medicamentos, restos de vestidos y otros elementos que hayan servido de vehículo y en los cuales se sospeche que estén contaminados con la(s) sustancia(s) que puedan ser causantes de la intoxicación. La muestra también puede proceder del ambiente que se sospecha contaminado, tales como aire, agua, suelo y residuos sólidos o líquidos.

Todo caso confirmado por clínica que cumple con uno o más de los siguientes criterios:

- El paciente o familiar confirma la exposición la sustancia o mezcla de sustancias.
- Hay respuesta clínica a la administración de un antídoto.
- Se encuentran frascos, empaques, sobres o envases vacíos en el lugar de la intoxicación.
- Se trata de un caso confirmado por clínica relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

5. Resultados

Figura 223. Comportamiento de la notificación de intoxicaciones por sustancias químicas a semana 24. Cali 2017



Fuente: Base SIVIGILA 2017 a semana 24

Como lo evidencia la gráfica, la notificación de intoxicaciones por sustancias químicas es consistente durante las 24 primeras semanas, presentando unos picos importantes en la semana 10 con 47 reportes y en la semana 23 con 45 casos, para un total de 812 casos notificados con un promedio de 33,8 casos notificados por semana. Para el año 2016 se



reportó un total de 768 casos y la semana con más números de casos es la semana 6 con 51 reportes; como se puede observar la notificación en las dos vigencias a semana 24 es muy pareja, con algunas diferencias en la semana 6, 10 y 23.

Tabla 145. Clasificación de los casos de intoxicaciones notificados a semana 24 distribuidos por variables sociodemográficas Cali 2017.

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	429	52,8
	Masculino	383	47,2
Área	Cabecera	808	99,5
	Centro poblado	4	0,5
SGSSS	Contributivo	444	54,7
	Especial	13	1,6
	Indeterminado	2	0,2
	No afiliado	42	5,2
	Excepción	13	1,6
	Subsidiado	298	36,7
Etnia	Indígena	4	0,5
	Rom	5	0,6
	Raizal	4	0,5
	Negro, afro	164	20,2
	Otro	635	78,2

Fuente: Base SIVIGILA 2017 a semana 24

En la distribución de casos por variables sociodemográficas, se identifican que según sexo, de cada 100 reportes 53 son de sexo femenino; según el área donde ocurre el evento, 99,5% de los casos ocurren en la cabecera. En la clasificación de los reportes según régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud, se identifica que 54,7% de los casos notificados se encontraban afiliados al régimen contributivo.

En lo que se refiere a la etnia, vale la pena identificar que para este evento se evidencia una importante identificación de la misma, acercándose a la realidad de la población vallecaucana, es así como de cada 100 casos 20 se reconocen como afrocolombianos y 78 como otros.

Tabla 146. Clasificación de las intoxicaciones por sus sustancias según características de del evento, a semana 24 de 2017. Cali.

Variable	Categoría	Casos	%
Tipo de caso	Confirmado por laboratorio	24	3,0
	Confirmado por clínica	786	96,8
	Confirmado por nexo	2	0,2
Paciente hosp	Si	450	55,4
	No	362	44,6
Condición final	Vivo	807	99,4
	Muerto	5	0,6
Ajuste	0	685	84,4
	6	1	0,1
	7	126	15,5

Los casos de intoxicaciones por sustancias químicas según tipo de caso, evidencian que por cada 100 reportes 97 fueron ingresados por confirmación clínica; según hospitalización se identificó que de cada 100 reportes 55, fueron ingresados al servicio de hospitalización en la IPS donde se notificó y se presentaron un total de 5 defunciones dentro de los 812 casos reportados

Tabla 147. Clasificación de las intoxicaciones según sustancias y tipo de exposición notificadas a semana 24. Cali 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Grupo sustancias	Medicamentos	336	41,4
	Plaguicidas	108	13,3
	Metanol	4	0,5
	Metales pesados	3	0,4
	Solventes	16	2,0
	Otras sustancias	94	11,6
	Gases	14	1,7
	Sustancias psicoactivas	237	29,2
Tipo de exposición	Ocupacional	24	3,0
	Automedicación	21	2,6
	Accidental	160	19,7
	Intencional suicida	330	40,6
	Intencional homicida	4	0,5
	Lugar de trabajo	19	2,3
	Bares	51	6,3
	SD	203	25,0

Fuente: Base SIVIGILA 2017 a semana 24

Las intoxicaciones notificadas a sivigila a semana 24, en un 41,4% se presentaron por medicamentos, seguidas por sustancias psicoactivas con 29,2% y en tercer lugar están los plaguicidas con el 13,3%.

Según el tipo de exposición, la intención suicida fue la principal causa con 40 de cada 100 reportes, las intoxicaciones de tipo accidental sería la segunda causa más frecuente con el 19,7%, vale la pena tener en cuenta que el 25% de los casos no tenían información.

Tabla 128. Distribución de las intoxicaciones según lugar y vía de exposición notificados a semana 24 de 2017. Cali.

Variable	Categoría	Casos	%
LUGAR	Hogar	548	67,5
	Establecimiento educativo	16	2,0
	Establecimiento comercial	16	2,0
	Lugar de trabajo	30	3,7
	Vía publica	177	21,8
	Bares	25	3,1
VIA	Respiratoria	99	12,2
	Oral	682	84,0
	Dérmica	9	1,1
	Ocular	4	0,5
	Desconocida	11	1,4
	Parenteral	7	0,9

Fuente: Base SIVIGILA 2017 a semana 24

El lugar donde con más frecuencia suceden las intoxicaciones con sustancias químicas es el hogar, pues de cada 100 casos 67 suceden allí, la vía publica es el segundo lugar mas frecuente es la vía publica con el 21,8%.

La vía de exposición con más casos reportados es la vía oral, con 84 casos de cada 100 notificaciones, seguida por la vía respiratoria con 12 ,2%.

Tabla 149.. Clasificación de condiciones de escolaridad y ARP de los casos de intoxicaciones por sustancias químicas a semana 24 de 2017 Cali.

Variable	Categoría	Casos	%
Escolaridad	Preescolar	41	5,0
	Especialización	1	0,1
	Ninguno	64	7,9
	Sin información	98	12,1
	Básica Primaria	153	18,8
	Básica Secundaria	327	40,3
	Media académica	41	5,0
	Media técnica	15	1,8
	Técnica profesional	22	2,7
	Tecnológica	16	2,0
	Profesional	34	4,2
	Total general		812
ARP	Si	46	5,7
	No	766	94,3

Fuente: Base SIVIGILA 2017 a semana 24

De cada 100 casos, 40 se encuentran en básica secundaria y 19 en básica primaria, es importante resalta que el 12% de los datos no se cuenta con información; sin afiliación al ARL el 94%, es importante tener en cuenta que del total de casos que el 3,7 de los caso sucedieron en el ámbito laboral

Tabla 150. Identificación de brotes en los casos de intoxicaciones por sustancias químicas notificadas a semana 24 en CALI 2017.

Variable	Categoría	Casos	%
Parte de brote	Si	8	1,0
	No	804	99,0
Caso de brote	1	1	0,1
	2	4	0,5
	4	3	0,4
Se tomó muestra	Si	76	9,4
	No	736	90,6
Tipo de muestra	Sangre total	12	1,5
	Suero	1	0,1
	Orina	61	7,5
	Otro	2	0,2

Fuente: Base SIVIGILA 2017 a semana 24

Tabla 151. UPGDs notificadoras de intoxicaciones por sustancias químicas a semana 24 en Cali 2017.

UPGD	Casos	%
Oportunidad de vida	127	15,6
Fundación valle del Lili	103	12,7
Clínica amiga	51	6,3
Clínica Comfenalco	46	5,7
Hospital universitario del valle Evaristo García	46	5,7
Salud centro-hospital primitivo iglesias	45	5,5
Sociedad NSDR	39	4,8
Red de salud del norte ese	35	4,3
Centro médico Imbanaco	34	4,2
Ips Comfandi torres	30	3,7
Fundación clínica infantil club Noel	24	3,0
Hospital Carlos Carmona Montoya	24	3,0
Clínica Colsanitas SA Sebastián de Belalcazar	22	2,7
Clínica oriente Itda Villa Colombia	20	2,5
Subtotal	646	79,6
Otras UPGDS	166	20,4
Total	812	100,0

La notificación de las intoxicaciones se concentra en la IPS Oportunidad de vida, con el 15,65 de los casos, seguidos por valle de Lili con el 12,7%.

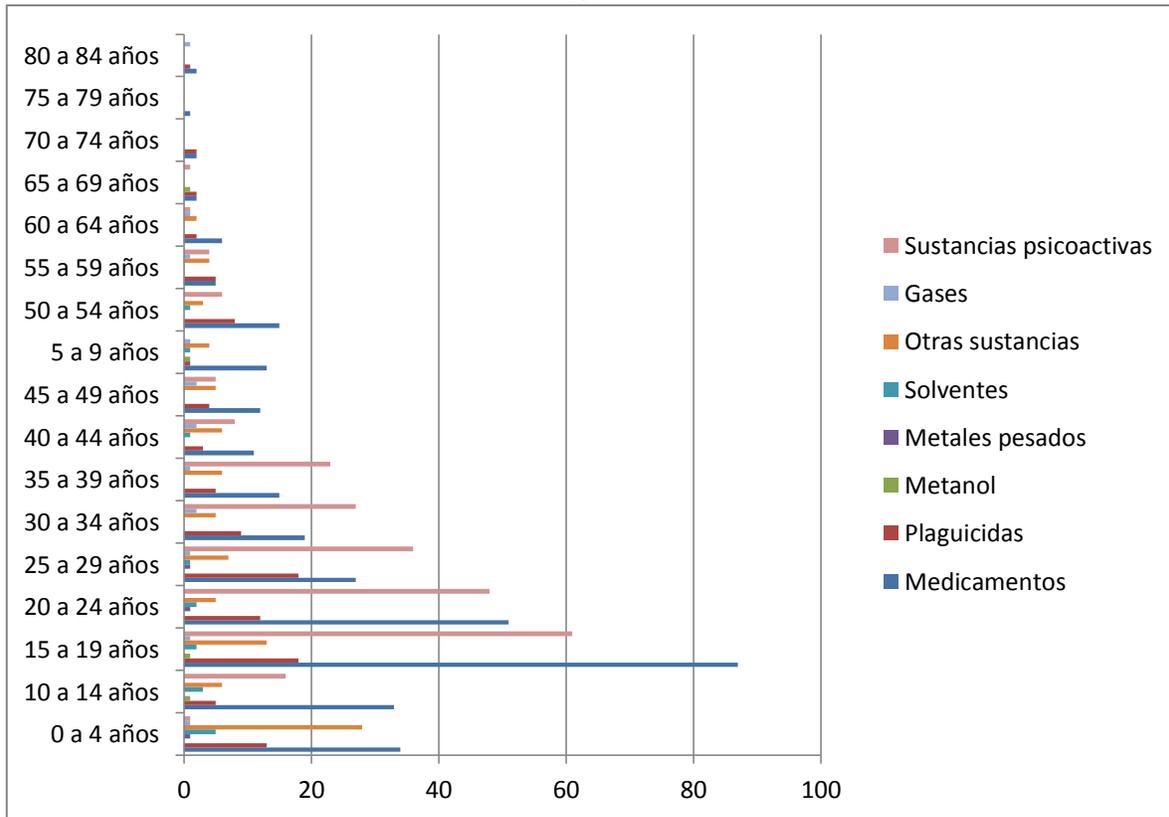
Tabla 152. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y sexo a semana 24 en Cali 2017.

Grupo de sustancias	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Medicamentos	226	52,7	110	28,7	336	41,4
Plaguicidas	55	12,8	53	13,8	108	13,3
Metanol	1	0,2	3	0,8	4	0,5
Metales pesados	2	0,5	1	0,3	3	0,4
Solventes	6	1,4	10	2,6	16	2,0
Otras sustancias	55	12,8	39	10,2	94	11,6
Gases	8	1,9	6	1,6	14	1,7
Sust. psicoactivas	76	17,7	161	42,0	237	29,2
Total general	429	100,0	383	100,0	812	100,0

Las intoxicaciones en las mujeres son más frecuentemente causadas por medicamentos, con 53 casos de cada 100 casos de intoxicaciones reportados en mujeres, seguidas de sustancias psicoactivas con el 17,7% de los casos. En los hombres son más frecuentes las intoxicaciones por sustancias psicoactivas con 42 reportes de cada 100 intoxicaciones en hombres, seguida de medicamentos con el 28,7% de los casos.



Tabla 153. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y grupo de edad a semana 24 en Cali 2017.



En el grupo de 0 a 4 años las intoxicaciones más frecuentes son producidas por los medicamentos, esta dinámica también la vemos en los grupo de 5 a 9 años y de 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 24 años para estos últimos grupos, la segunda causa de intoxicación son las sustancias psicoactivas.

En el grupo de 25 a 39 años, se invierte el orden, liderando la causa de intoxicaciones las sustancias psicoactivas seguida de medicamentos.

De los 40 años en adelante, se retoma la dinámica de los primeros años de edad y nuevamente, son los medicamentos los causantes en primera instancia de las intoxicaciones seguido de sustancias psicoactivas.

El mayor número de intoxicaciones por grupos de edad, se presentan en el grupo de 15 a 19 años con el 22,5% de los casos, seguidos del grupo el 20 a 24 años con el 14,7%, las frecuencias de intoxicaciones por sustancias químicas disminuyen con el aumento de la edad de la población.

Tabla 3. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y afiliación al sistema general de seguridad social a semana 24 en 2017 Cali

Grupo de sustancias	Contr	%	Espec	%	Indet	%	No af	%	Excep	%	Subsi	%	Total	%
---------------------	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---



Medicamentos	218	26,8	3	0,4	1	0,1	20	2,5	8	1,0	86	10,6	336	41,4
Plaguicidas	66	8,1	0	0,0	0	0,0	6	0,7	2	0,2	34	4,2	108	13,3
Metanol	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	4	0,5
Metales pesados	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,4
Solventes	8	1,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	0	0,0	6	0,7	16	2,0
Otras sustancias	52	6,4	6	0,7	0	0,0	5	0,6	2	0,2	29	3,6	94	11,6
Gases	12	1,5	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	1,7
Sustancias psicoactivas	83	10,2	2	0,2	1	0,1	9	1,1	0	0,0	142	17,5	237	29,2
Total general	444	54,7	13	1,6	2	0,2	42	5,2	13	1,6	298	36,7	812	100

Las intoxicaciones por grupos de sustancias y afiliación al sistema general de seguridad social en salud, indica que las intoxicaciones más frecuentes se dan en el régimen contributivo donde las intoxicaciones en medicamentos son las más frecuentes, y en el régimen subsidiado son las sustancias psicoactivas las sustancias que lideran las intoxicaciones.

Es importante tener en cuenta que del total de las intoxicaciones, el 5,2% no se encontraban afiliados al sistema general de seguridad social en salud.

Tabla 455. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y clasificación del caso a semana 24 en 2017 Cali

Grupo de sustancias	Conf lab	%	Conf clin	%	Conf nexa	%	Total	%
Medicamentos	5	0,6	331	40,8	0	0,0	336	41,4
Plaguicidas	0	0,0	108	13,3	0	0,0	108	13,3
Metanol	0	0,0	3	0,4	1	0,1	4	0,5
Metales pesados	1	0,1	2	0,2	0	0,0	3	0,4
Solventes	0	0,0	16	2,0	0	0,0	16	2,0
Otras sustancias	1	0,1	92	11,3	1	0,1	94	11,6
Gases	0	0,0	14	1,7	0	0,0	14	1,7
Sustancias psicoactivas	17	2,1	220	27,1	0	0,0	237	29,2
Total general	24	3,0	786	96,8	2	0,2	812	100,0

Del total de caso confirmados por laboratorio, el 2,1% correspondían a intoxicaciones por sustancias psicoactivas, en la clasificación del caso por clínica el 40% de los mismo fueron identificados como intoxicación por medicamentos, seguido de sustancias psicoactivas.

Tabla 156. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y condición final a semana 24 de 2017 Cali.

Grupo de sustancias	Vivo	%	Muerto	%	Total	%
Medicamentos	334	41,1	2	0,25	336	41,4
Plaguicidas	108	13,3	0	0	108	13,3
Metanol	3	0,37	1	0,12	4	0,5



Metales pesados	3	0,37	0	0	3	0,4
Solventes	16	1,97	0	0	16	2,0
Otras sustancias	94	11,6	0	0	94	11,6
Gases	14	1,72	0	0	14	1,7
Sustancias psicoactivas	235	28,9	2	0,25	237	29,2
Total general	807	99,4	5	0,62	812	100

En la clasificación de las intoxicaciones por sustancias químicas, los casos que terminaron con muerte corresponden a intoxicaciones por sustancias psicoactivas, medicamentos y un caso por metanol.

Tabla 157. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y vía de exposición a semana 24 en 2017 Cali.

Grupo de sustancias	Resp	%	Oral	%	Dermica	%	Ocular	%	Desco	%	Parenteral	%	Total	%
Medicamentos	5	0,6	323	39,8	2	0,2	3	0,4	2	0,2	1	0,1	336	41,4
Plaguicidas	9	1,1	99	12,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	108	13,3
Metanol	0	0,0	3	0,4	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,5
Metales pesados	2	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,4
Solventes	1	0,1	15	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	2,0
Otras sustancias	20	2,5	68	8,4	3	0,4	0	0,0	3	0,4	0	0,0	94	11,6
Gases	12	1,5	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	14	1,7
Sustancias psicoactivas	50	6,2	173	21,3	2	0,2	0	0,0	6	0,7	6	0,7	237	29,2
Total general	99	12,2	682	84,0	9	1,1	4	0,5	11	1,4	7	0,9	812	100,0

Del total de intoxicaciones el 84% del total de los casos, la vía de exposición fue oral, porcentaje del cual el 39% se causó por medicamentos y el 21,3% a sustancias psicoactivas, la segunda vía de exposición más frecuente, es la respiratoria donde las sustancias psicoactivas son las principales sustancias que causan intoxicaciones, seguidas de otras sustancias.

Por vía ocular los medicamentos son los que más causa intoxicaciones y por vía dérmica otras sustancias son las que más causan intoxicaciones seguidas de sustancias psicoactivas.

Tabla 5. Distribución de las intoxicaciones por grupo de sustancias y tipo de exposición a semana 24 en 2017 Cali.

Grupo de sustancias	Ocupacional	Automed	Accidental	Suicida	Homicida	Laboral	Bares	SD	Total
Medicamentos	4	18	60	224	1	8	12	8	335
Plaguicidas	4	0	25	76	2	0	1	0	108
Metanol	0	0	0	2	0	0	1	1	4
Metales pesados	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Solventes	0	0	10	4	0	0	2	0	16
Otras sustancias	7	2	49	18	0	4	11	3	94
Gases	6	0	4	0	1	1	2	0	14
Sustancias	1	1	11	6	0	6	21	191	237

psicoactivas

Total general	24	21	160	330	4	19	50	203	811
----------------------	-----------	-----------	------------	------------	----------	-----------	-----------	------------	------------

El principal tipo de exposición es de tipo suicida, donde los medicamentos son los principales causantes de las intoxicaciones, el segundo grupo más frecuente en tipo de exposición no tiene dato situación que impide hacer un análisis completo de la situación de las intoxicaciones en Cali, sin embargo las sustancias psicoactivas son las sustancias psicoactivas.

6. Indicadores

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Estimación
Tasa de incidencia intoxicaciones por sustancias químicas:	Se define como el número de casos nuevos de intoxicaciones agudas por sustancias químicas que se presentaron en una población durante un periodo de tiempo determinado.	812	2244668	36,1746147
Tasa de mortalidad intoxicación por sustancias químicas:	Evaluar el impacto del evento intoxicaciones por sustancias químicas en la población general, en términos de mortalidad.	SD	2244668	0
Tasa de letalidad intoxicación por sustancias químicas:	Determina la probabilidad de morir a causa de las intoxicaciones por sustancias químicas	0	2244668	0

La tasa parcial de incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas para la ciudad de Cali, en lo corrido del año 2017 indica que por cada 100000 habitantes 36,1 habitantes se intoxican con sustancias químicas.

En lo que se refiere a la mortalidad y letalidad a pesar que se reportan 5 casos con estado final muerto, a la fecha solo se cuenta con dos unidades de análisis, donde uno de ellos se descarta y el otro caso esta pendiente de resultado de medicina legal, por lo anterior no se pueden estimar estos indicadores con absoluta certeza.

7. Conclusiones

La diferencia entre el número de casos de intoxicaciones notificadas a semana 24 para el año 2016 y 2017 es de 5.41%

La notificación de las intoxicaciones por sustancias químicas en el municipio es consistente y frecuente por semana epidemiológica, aunado a esto su frecuencia es más alta en mujeres y en curso de vida joven.

Son los medicamentos y las sustancias psicoactivas las más frecuentes casuales de intoxicaciones, en mujeres y hombres respectivamente.

El tipo de exposición más frecuente es intencional suicida, seguido de accidental, teniendo en cuenta que la segunda cifra más alta corresponde a casos sin información frente al tipo de exposición.

El hogar y la vía pública son los sitios donde más casos de intoxicaciones se presentan y por vía de exposición se identifica la vía oral y la respiratoria como las principales maneras de intoxicación.

8. Recomendaciones

Teniendo en cuenta las características del evento y como se relaciona con dos importantes problemáticas de tipo social, como la conducta suicida y el consumo de sustancias; se requiere un abordaje de tipo estructural donde aunque el liderazgo de las acciones se pueden guiar desde salud se debe generar la participación de otros actores sociales.

Por otro lado, entender que este tipo de eventos suceden en población femenina, joven, en el hogar por vía oral y donde los medicamentos son las sustancias más frecuentes, establecen con claridad el espacio donde se puede generar acciones además de identificar con claridad la población a intervenir; y es ahí donde se requiere brindar a la población estrategias que les aporten herramientas para afrontar los imprevistos del diario vivir.

Por otro lado, también se deja ver las dificultades frente a la distribución y uso de los medicamentos, donde con cualquier libertad se puede hacer uso de estas sustancias para cualquier fin; y es ahí donde se requieren de directrices desde las autoridades nacionales para el uso de estos además de la vigilancia de las mismas.

En lo que se requiere a sustancias psicoactivas, como es ya bien sabido esto hace parte de una grave problemática de tipo social que incide claramente sobre la salud de la población.

8.2. Fiebre tifoidea y paratifoidea

1. Introducción

se constituye en un problema en salud pública para Colombia, debido a las importantes dificultades que aún se tienen en saneamiento básico, es por esto que la tendencia en los últimos años se mantiene constante y por lo anterior se precisa de una vigilancia constante que permita identificar los casos de forma oportuna y poder generar las acciones que se requieren en pro de mitigar el aumento en el número de casos.

2. Objetivos



- Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad y mortalidad registrada por este evento en el país.
- Evaluar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de fiebre tifoidea y paratifoidea.

3. Metodología

Se realizó un informe de tipo descriptivo retrospectivo sobre los casos notificados al Sivigila a semana 24 de 2 017, presentando el comportamiento los casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, en tiempo, lugar y persona en perspectiva comparativa con el mismo periodo de tiempo para la vigencia inmediatamente anterior.

4. Resultados

Para la semana epidemiológica 24 se notificaron al sistema de información un total de 6 casos de los cuales se descartan 5 por residencia y ajuste, consolidando solo un caso para este periodo de tiempo, que corresponde a una mujer de 30 años perteneciente al régimen contributivo, con pertenencia étnica “otro”, ingresa con caso confirmado por laboratorio , que sucede en la cabecera municipal, el caso fue notificado el día 15 de junio y a la fecha no se cuenta con confirmación del mismo; para el año 2016 en este mismo periodo de tiempo se notificaron un total de 9 casos.

Según el informe del evento para el país realizado por el instituto nacional de salud, la notificación de fiebre tifoidea y paratifoidea muestra un comportamiento variable, pues para el año 2 014 se notificaron un promedio de 5,3 casos por semana, para 2015 el promedio de notificación fue de 6,5 casos semanales y para el año 2016 el promedio fue de 4,9 casos confirmados por semana.

En lo que se refiere a indicadores del evento el 100% de los casos notificados tiene investigación epidemiológica de campo.

5. Indicadores

Indicador	Numerador	Denominador	Estimación
-----------	-----------	-------------	------------

Proporción de incidencia	casos nuevos(confirmados por laboratorio)	Población expuesta al riesgo	0,04132037
	1	2420114	
Letalidad	Defunciones p registradas	Enfermos de esa causa	0
	0	1	
Porcentaje de casos confirmados de fiebre tifoidea/paratifoidea con investigación de campo	Casos confirmados con investigación epidemiológica de campo	Total de casos confirmados	100
	1	1	

Fuente: SIVIGILA SSPM a semana 24 Cali

- La proporción de incidencia para fiebre tifoidea indica que por cada 100000 habitantes 0,04 presentan riesgo de enfermar por fiebre tifoidea.
- La probabilidad de morir por fiebre tifoidea y paratifoidea en Cali a semana 24 es de cero.
- Por último, está la eficiencia del sistema de vigilancia para intervenir oportunamente un caso confirmado que para el municipio es de 100%

6. Conclusiones y Recomendaciones

Teniendo en cuenta las características del evento, si llama la atención la disminución en la notificación de este evento, por lo tanto se requiere fortalecer al equipo médico frente a la definición de caso del evento, entendiendo que por las dinámicas del mismo, la influencia de las condiciones higiénico sanitarias en su presentación t conociendo como estas se suceden en los entornos más vulnerables se esperarían más casos.

Aunado a esto se requiere que los casos notificados sean confirmados por pruebas de laboratorio que permitan establecer con claridad el agente causal.

8.3. HEPATITIS A

1. Introducción

La hepatitis A es una infección de tipo viral que causa un cuadro mórbido que puede ser moderado a grave, en un alto porcentaje la recuperación es total y se adquiere inmunidad para toda la vida, se transmite por ingesta de alimentos o bebidas contaminadas, por lo anterior las condiciones sanitarias deficientes son la principal causa de enfermedad y continuación de la transmisión de esta enfermedad.

Por lo anterior se requiere enfatizar y fortalecer en acciones que garanticen, el suministro de agua salubre, la inocuidad de los alimentos, las mejoras del saneamiento, el lavado de las manos y la vacuna contra la hepatitis que se constituyen en los medios más eficaces para luchar contra la enfermedad.

Es precisamente en este punto donde la vigilancia de la Hepatitis A cobra importancia pues se convierte en la herramienta de interpretación de la realidad no solo sobre la patología en sí, sino en la comprensión de las condiciones sanitarias de nuestra población en la actualidad y mide como el desarrollo urbanístico, social y cultural a veces no va al mismo ritmo de estos aspectos básicos para el desarrollo de los pueblos.

2. Objetivos

- Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad y mortalidad registrada por el evento hepatitis A en Colombia.
- Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de hepatitis A.

3. Metodología

Se realizó un informe de tipo descriptivo retrospectivo sobre los casos notificados al Sivigila a semana 24 de 2017, presentando el comportamiento los casos de Hepatitis A, en tiempo, lugar y persona en perspectiva comparativa con el mismo periodo de tiempo para la vigencia inmediatamente anterior.

4. Resultados

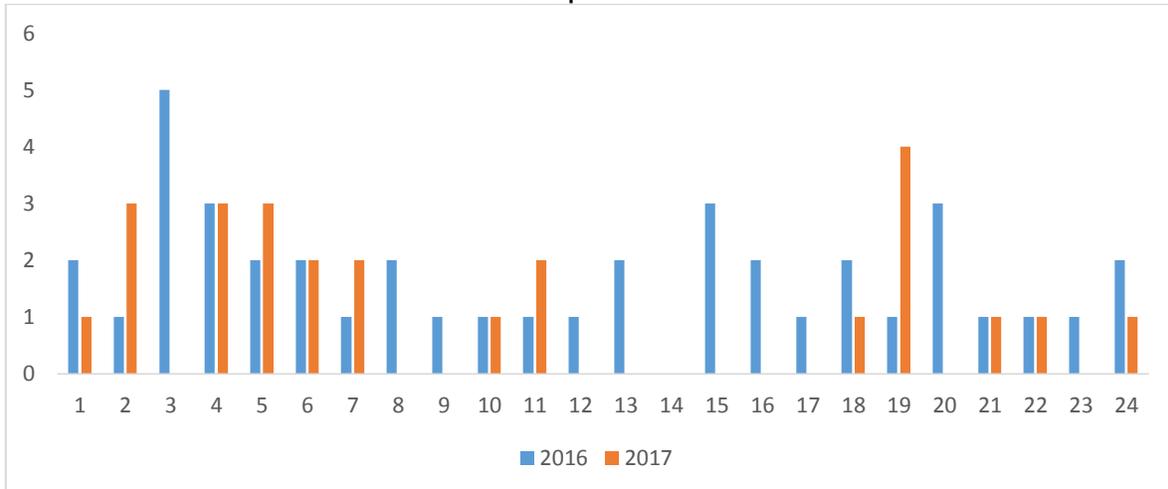
Para la semana 24 del año 2017 se identificaron un total de 25 casos de Hepatitis A, para este mismo periodo en el año 2016 se habían reportado un total de 41 casos.

Como lo evidencia la gráfica, la notificación de casos de hepatitis A, a semana 24 en el año 2016, fue mucho más consistente y concurrida que para el año 2017; año en el que



en la semana que más se han notificado casos fue en la semana 19 con un total de 4 casos.

Figura 124. Comportamiento de la notificación de Hepatitis A, a semana 24 en los años 2016 y 2017 en el municipio de Cali.



Fuente: Base SIVIGILA a semana 24 2017 SSPM

Tabla 158. Distribución de los casos notificados de hepatitis A a semana 24 según variables sociodemográficas. Cali 2017.

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	5	20
	Masculino	20	80
SGSSS	Contributivo	20	80
	No afiliado	1	4
	Subsidiado	4	16
Grupo de edad	5 a 9 años	3	12
	15 a 19 años	1	4
	20 a 24 años	3	12
	25 a 29 años	6	24
	30 a 34 años	2	8
	35 a 39 años	3	12
	40 a 44 años	2	8
	45 a 49 años	1	4
	50 a 54 años	3	12
	60 a 64 años	1	4

Fuente: Base SIVIGILA a semana 24 2017 SSPM

Según la distribución de los casos por sexo, nos permite observar que en los casos notificados de Hepatitis A a semana 24, predomina en un 80% el sexo

masculino, porcentaje que se identifica por afiliación al régimen de seguridad social en salud al régimen contributivo.

Por grupos de edad, se observa que el mayor número de casos se presenta en adultos entre los 25 a los 29 años con un total de 24%

Tabla 159. Casos de hepatitis A según tipo de caso. Cali semestre I 2017

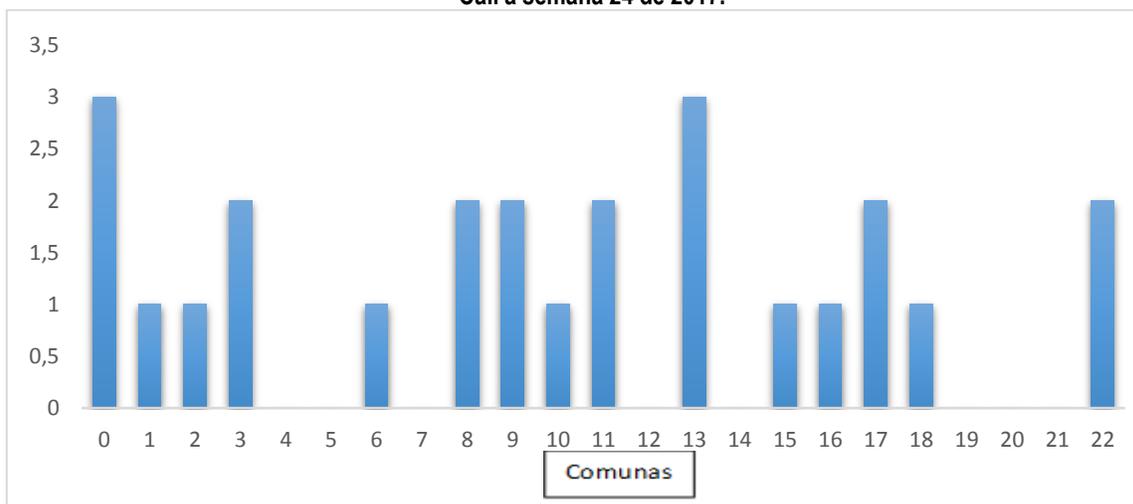
Variable	Categoría	Casos	%
Tipo de caso	Confirmado por laboratorio	10	40
	Confirmado por clínica	14	56
	Confirmado por nexos	1	4
Total general		25	100

En la clasificación del caso al momento de notificarlo, se evidencia que de cada 10 casos notificados 5,6% ingresan confirmados por clínica y a 4 se les realiza prueba.

Todos los casos notificados terminaron con condición final vivo, en lo que se refiere a cabecera el 100% de los casos suceden en la cabecera municipal.

Según pertenencia étnica, todos los casos son clasificados como “Otro”

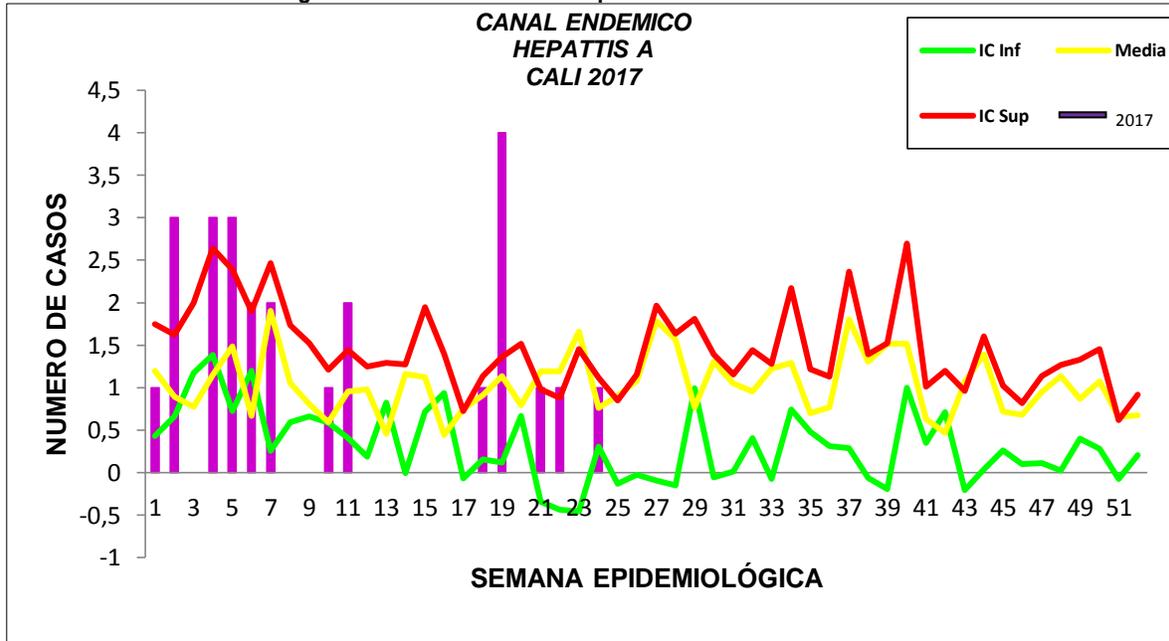
Figura 125. Distribución de los casos notificados de Hepatitis A por comuna de residencia en el municipio de Cali a semana 24 de 2017.



Fuente: Base SIVIGILA a semana 24 2017 SSPM

La figura muestra la distribución de casos notificados de hepatitis A por comuna indicando que es la comuna 13 la que más casos presenta con un consolidado de tres reportes, este mismo número de registro se evidenciaron sin dato.

Figura 126. Canal endémico hepatitis A. Semestre I Cali 2017



Fuente: Base SIVIGILA 2012-2017 SSPM

El canal endémico de Hepatitis A para la ciudad de Cali, teniendo como fuente de información el aplicativo de vigilancia a eventos de interés en salud pública SIVIGILA, nos muestra la zona de éxito que es todo aquello que limita la línea verde, la zona de seguridad aquello que marca la línea amarilla, zona de alerta es aquello que marca la línea roja y como zona epidémica todo lo que de allí sale.

Por lo anterior podemos concluir que para el inicio del año se presentaron reportes fuera del comportamiento esperado para este evento según el histórico del mismo, y de la misma manera sucedió para la semana 19 donde se reportó un total de 4 casos.

Vale la pena señalar que hasta semana 24 no se reportaron brotes de Hepatitis A.



5. Conclusiones

A semana 24 se han notificado un total de 25 casos de hepatitis A, que comparado con el año inmediatamente anterior indica una diferencia de 39%, indicando hacia el segundo bimestre una disminución importante de la notificación de casos.

La frecuencia de reporte más alta por sexo indica que es los hombres son los que más casos aportan al consolidado total.

Se distribuye en todos los grupos de edad, sin embargo el grupo de 25 a 29 años es el que más casos presenta con el 24,4%

La clasificación de caso se realiza principalmente por criterio clínico.

El comportamiento de la notificación en lo referente a sexo, grupo de edad, se encuentra en congruencia con el comportamiento nacional que asemeja a su vez el comportamiento de países con economías en transición, donde se presenta mejora en las acciones y condiciones de saneamiento, razón por la que se determina que la endemidad es de nivel intermedio.

La inclusión de la vacuna puede explicar la disminución de los casos en edades cortas, observando que el principal número de casos se presenta entre los 25 a 29 años siguiendo la tendencia nacional.

6. Recomendaciones

En lo que se refiere específicamente al proceso de vigilancia de la Hepatitis A es importante tener en cuenta, la necesidad de sensibilizar al cuerpo médico sobre la importancia de la notificación en calidad y oportunidad, pues es desde ahí que se logra conocer la dinámica de la enfermedad en las variables de tiempo lugar y persona.

Aunado a esto, comprender que en la medida en que se realiza un diagnóstico individual, se realiza el mismo proceso a nivel comunitario, pues se consolida un perfil epidemiológico, donde se priorizan las principales prioridades.

Por otro lado, y aunque el protocolo de vigilancia del evento permite clasificar el caso confirmado por clínica, es importante reconocer la necesidad de establecer el verdadero agente causal de la patología; partiendo del hecho que existen muchos otros eventos, que pueden ser clasificados como hepatitis A, sin que en realidad sean este el causante pues la ictericia podría asociarse a otras patologías

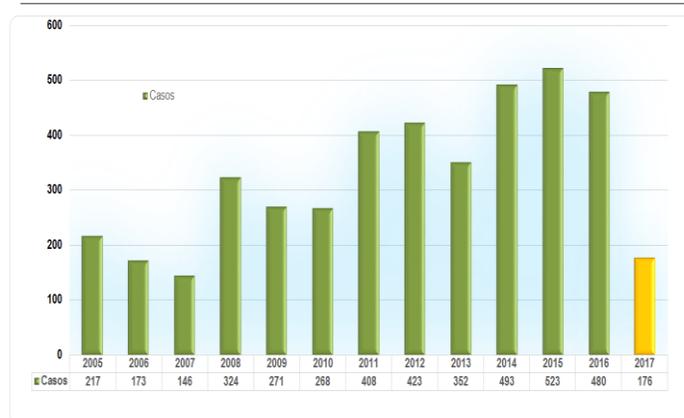
8.4. Enfermedades Transmitidas por Alimentos Cali

1. Introducción

Las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) son el síndrome originado por la ingestión de alimentos y/o agua, que contengan agentes etiológicos en cantidades tales que afecten la salud del consumidor a nivel individual o grupos de población. Las alergias por hipersensibilidad individual a ciertos alimentos no se consideran ETA, sin embargo agencias internacionales como la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América, consideran el evento cuando este es debido a una declaración inadecuada de los alérgenos. Estas enfermedades se dividen en Infecciones alimentarias e Intoxicaciones alimentarias. Las Infecciones Alimentarias son las ETA producidas por la ingestión de alimentos y/o agua contaminados con agentes infecciosos específicos tales como bacterias, virus, hongos, parásitos, que en la luz intestinal pueden multiplicarse o lisarse y producir toxinas o invadir la pared intestinal y desde allí alcanzar otros aparatos o sistemas. Las Intoxicaciones alimentarias son las ETA producidas por la ingestión de toxinas formadas en tejidos de plantas o animales, o de productos metabólicos de micro organismos en los alimentos, o por sustancias químicas que se incorporan a ellos de modo accidental, incidental o intencional en cualquier momento desde su producción hasta su consumo

Desde 2013 hasta la semana epidemiológica 24 de 2017 se han notificado 258.303 casos de Enfermedades Transmitidas por Alimentos. Para el año 2017 a semana epidemiológica 24 se notificaron por las IPS 176 casos presentando una reducción en los casos del 20.6% con respecto al año anterior.

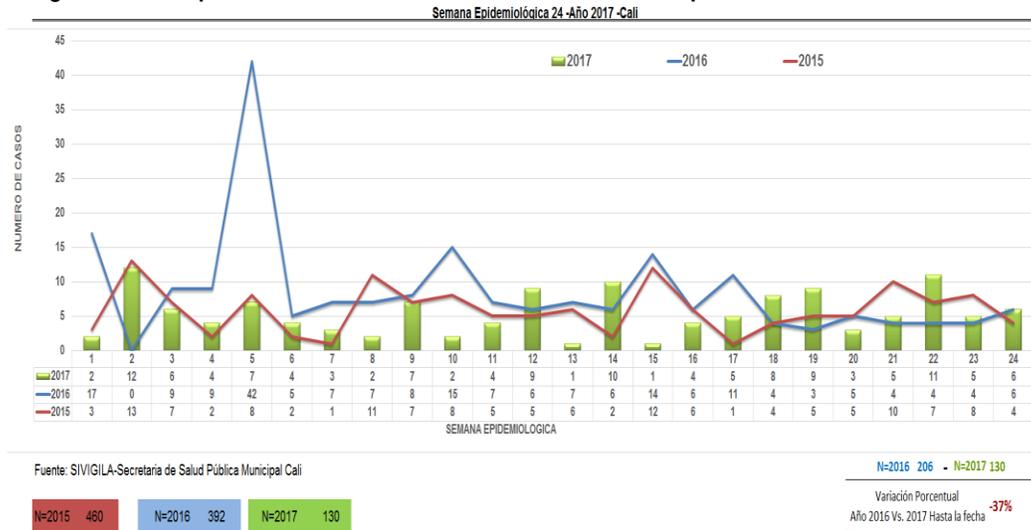
Figura 127. Casos notificados de Enfermedades transmitidas por alimentos 2014 - 2017 Cali



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

Después de una revisión a los 176 casos notificados al SIVIGILA se realiza la depuración de casos descartados, duplicados y procedentes de otros municipios estipulan para el año 2017 a semana epidemiológica 24, 130 casos para el año 2016 en el mismo periodo se notificaron 206 casos presentando una reducción del 37% 76 casos menos que el año anterior.

Figura 128. Comportamiento de los Enfermedades transmitidas por alimentos 2015 – 2017 Cali.



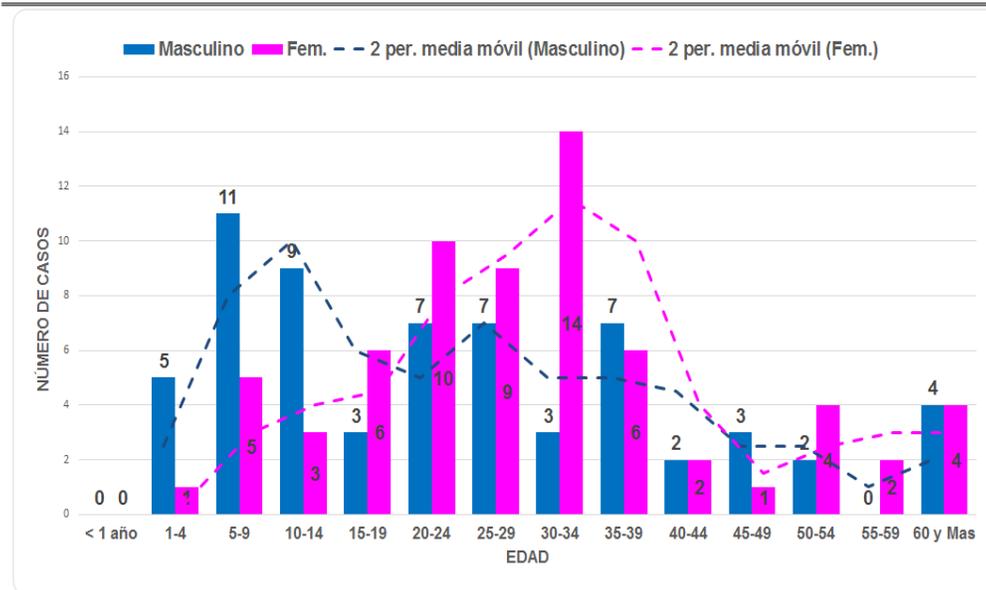
Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

En el grupo de edad de 5 a 9 años resaltan los hombres con 11 casos y las mujeres en el grupo de edad de 30 a 34 años con 14 casos. Los grupos de edad con menos reporte de casos se encuentran entre 40 a 49 años. La tendencia de la notificación indica cómo se concentra el reporte en edades hasta los 39 años

Figura 129. Enfermedades transmitidas por alimentos según edad y grupo de edad. 2017 Cali



Semana Epidemiológica 24 -Año 2017 -Cali



N= 130

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

Las enfermedades transmitidas por alimentos a semana epidemiológica 24 del 2017 según sexo las mujeres son las más afectadas con el 51,5% con 67 casos y los hombres con el 48% con 63 casos, según su seguridad social el 81,5 % corresponden al régimen contributivo, el régimen subsidiado y los no afiliados con 4,6% con 6 casos cada uno. Por pertenencia étnica el 96.9% con 126 casos corresponde a otros, dos casos son afrocolombianos. Los grupos de edad entre (20 a 24 años) y (30 a 34 años) son los de mayores casos con 17 casos cada uno.

Tabla 660. Comportamiento sociodemográfico en enfermedades transmitidas por alimentos.

Semana Epidemiológica 24 -Año 2017 -Cali

Número de casos = 130			
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	63	48,5
	Femenino	67	51,5
Tipo régimen	Contributivo	106	81,5
	Subsidiado	6	4,6
	Excepción	5	3,8
	Especial	2	1,5
	No Afiliado	6	4,6
	Indeterminado/	5	3,8
	Sin Dato	0	0,0
Perteneceia étnica	Indígena	0	0,0
	ROM	2	1,5
	Raizal	0	0,0
	Palanquero	0	0,0
	Negro, Mulato, /	2	1,5
	Otros	126	96,9
	Sin Dato	0	0,0
Grupo de Edad	< 1 año	0	0,0
	1-4 Años	6	4,6
	5-9 Años	16	12,3
	10-14 Años	12	9,2
	15-19 Años	9	6,9
	20-24 Años	17	13,1
	25-29 Años	16	12,3
	30-34 Años	17	13,1
	35-39 Años	13	10,0
	40-44 Años	4	3,1
	45-49 Años	4	3,1
	50-54 Años	6	4,6
	55-59 Años	2	1,5
60 y Mas Años	8	6,2	
	Sin Dato	0	0,0

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

a aseguradora Servicio Occidental Salud (SOS) es la de mayor casos el 41,6% con 52 casos es, seguidos de COOMEVA medicina prepagada con 17 casos, SURA y no afiliados con 6 casos cada uno.

Figura 130. Enfermedades transmitidas por alimentos según entidad aseguradora. 2017 Cali

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

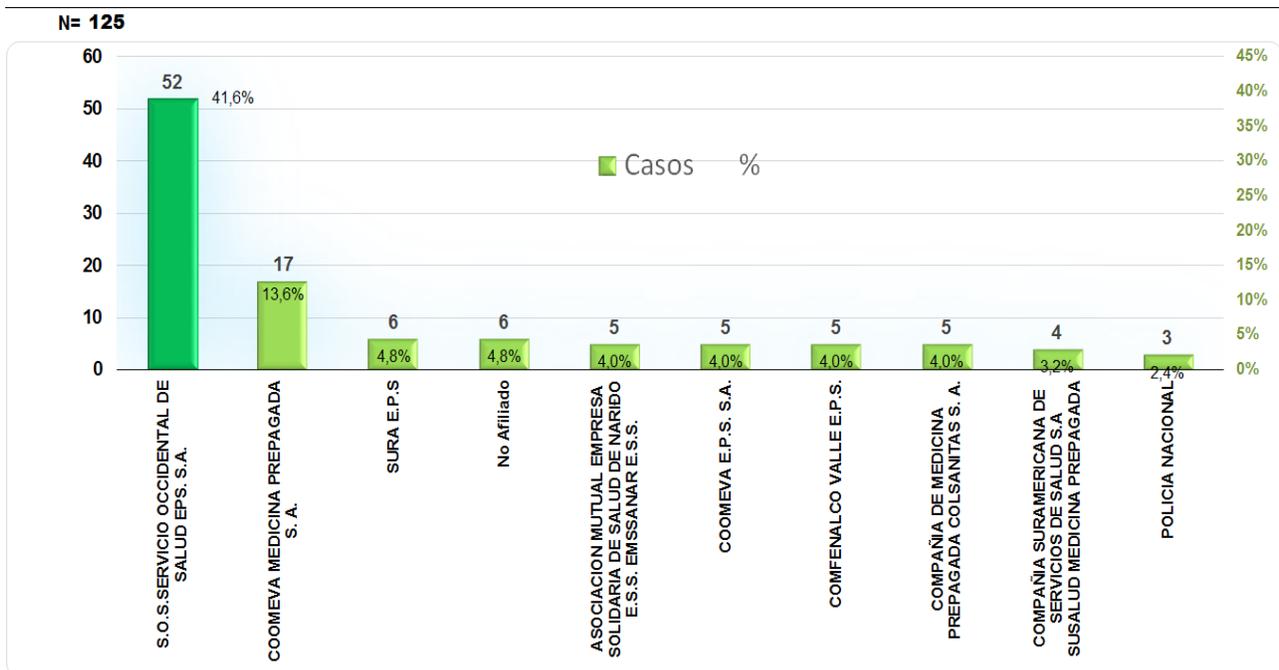
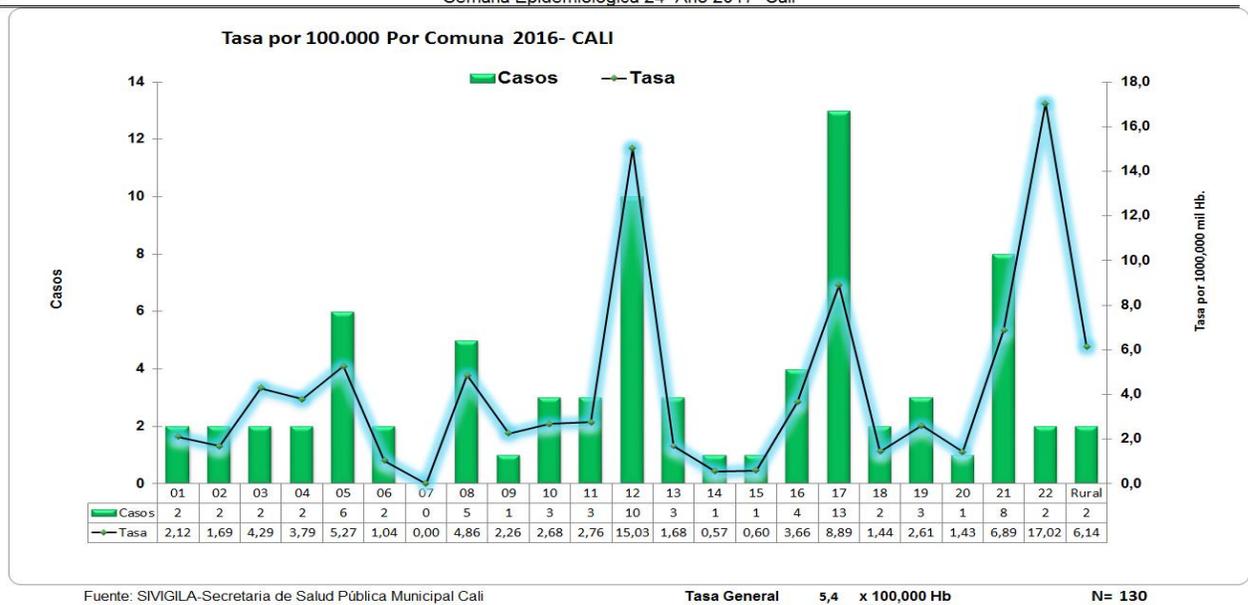


Figura 131. Tasa Parcial-casos de Enfermedades transmitidas por alimentos según comuna 2017 Cali
 Semana Epidemiológica 24 -Año 2017 -Cali

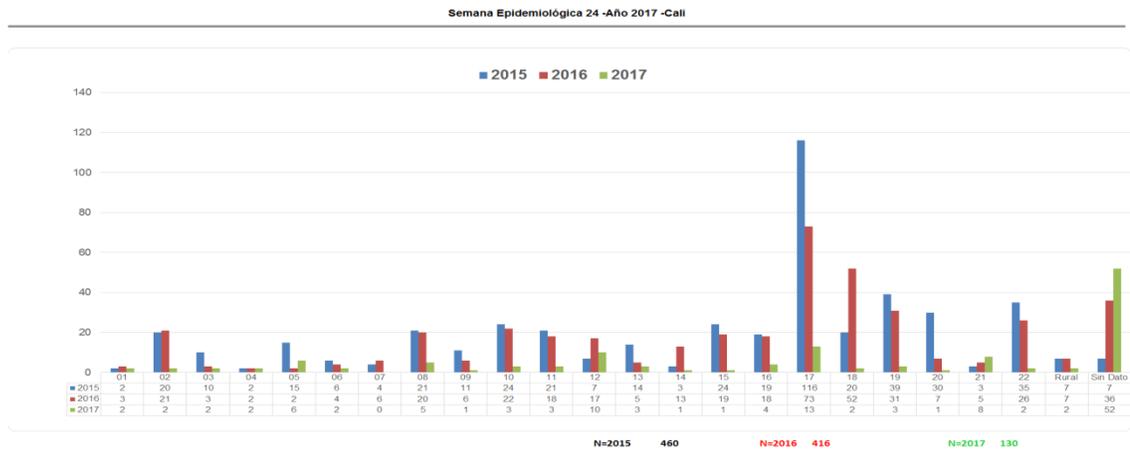


Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

La comuna 17 con 13 casos es la más notifica seguida de la comuna 12 con 10 casos según tasa parcial la comuna 22 es la más representativa con 17,02 por 100.000 Hb. Seguida de la comuna 12 con el 15,03 por 100.000Hb.

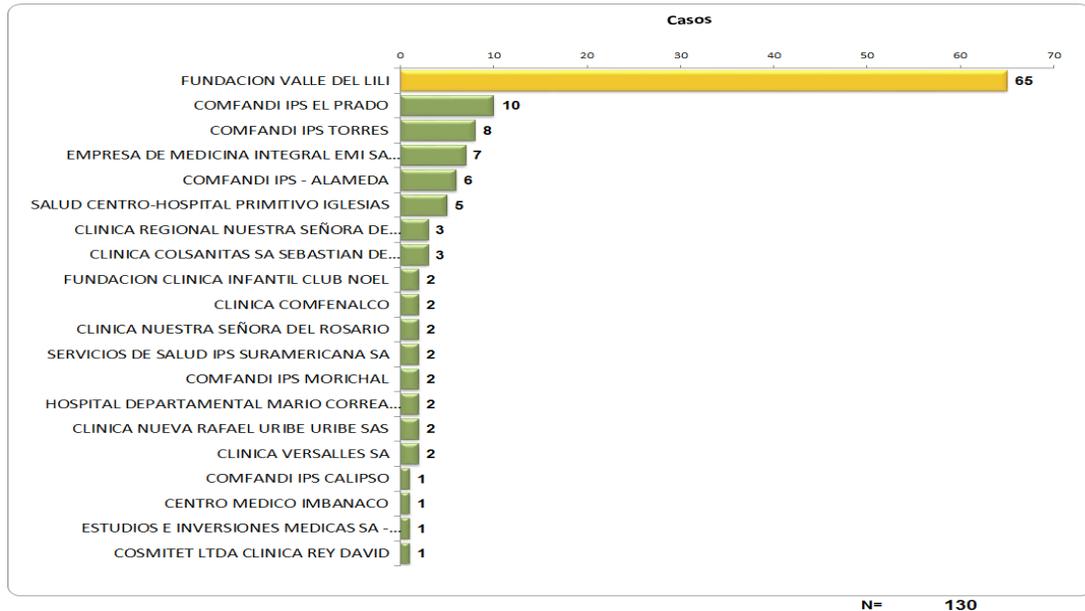
Al comparar los casos 2015 -2016-2017 se aprecia una reducción en cada año para el año 2015 se notificaron al SIVIGILA 460 casos, en el año 2016 con 416 casos y 2017 parcial con 130 casos, es de resaltar que la comuna 17 es donde más se presentan casos en esta comuna 17 para el año 2015 reporto 116 casos, en el año 2016 notifico 73 casos y en el año 2017 con 17 casos.

Figura 132. Enfermedades transmitidas por alimentos según comuna 2015-2016-2017 Cali



La Unidad primaria generadora de datos (UPGD) de mayor notificación es la Fundación Valle de Lili con 65 casos correspondiente al 50% de los casos notificados , seguida de COMFANDI El Prado con 10 casos, COMFANDI Torres con 8 casos.

Figura 133. Enfermedades transmitidas por alimentos según UPGD 2017 Cali



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

Tabla 161. Distribución de la notificación de las Enfermedades transmitidas por alimentos según síntomas que se presentan a semana 24. Cali 2017

Variable	Categoría	Casos	%
	Nauseas	85	65,4
	vomito	104	80,0
	diarrea	105	80,8
	fiebre	32	24,6
	calambre	73	56,2
	cefalea	23	17,7
Síntoma	deshidratación	29	22,3
	mialgias	12	9,2
	artralgia	7	5,4
	mareo	17	13,1
	escalofrió	30	23,1
	parestesia	3	2,3
	miasis	1	0,8

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

El vómito y la diarrea son los síntomas más frecuentes en las enfermedades transmitidas por alimentos a semana 24, seguido de náuseas y calambres

Tabla 162. Toma de muestras de los casos de ETAS notificados a semana 24. Cali 2017

Variable	Categoría	Casos	%
----------	-----------	-------	---

Brote	Si	51	39,2
	No	79	60,8
Captado	Si	127	97,7
	No	3	2,3
Muestra biológica	Si	51	39,2
	No	79	60,8
Heces	Si	33	25,4
	No	18	13,8
	SD	79	60,8
Vomito	Si	2	1,5
	No	49	37,7
	SD	79	60,8
Sangre	Si	16	12,3
	No	35	26,9
	SD	79	60,8

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

El 39% del total de casos notificados, se configuran como brote, de los cuales se captaron 97.7 en la institución; se consiguió muestra biológica solo del 39%, de heces el 25,4% vomito el 1,5% y sangre el 12,3%

Tabla 163. Agente causal identificado en las ETAS a semana 24. Cali 2017

Variable	Categoría	Casos	%	
Agente	SD	107	82,3	
	Shigella sp	3	2,3	
	Salmonella spp	3	2,3	
	Salmonella Typhi	1	0,8	
	Salmonella Paratyphi	1	0,8	
	Coliformes totales	2	1,5	
	Otro	1	0,8	
	Pendiente	3	2,3	
	No detectado	9	6,9	
	Total general		130	100,0

Dentro de los agentes causales, la variable con más datos no tiene información acerca del mismo, esto indica claramente serias deficiencias, en la identificación de casos y por tanto en la necesidad de solicitar toma de muestras para la identificación del germen.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las enfermedades transmitidas por alimentos, se constituye en uno de los eventos que requiere una intervención de forma inmediata, con el fin de realizar una investigación epidemiológica de campo que permita establecer comunicación con los casos para conocer en profundidad como sucedieron los hechos, además de realizar seguimiento a cada uno de ellos y verificar su estado de salud.

Aunado a esto la oportunidad en la intervención precisa lograr la obtención de toma de muestras de diferente tipo para identificar el agente casual, es por esto que la oportunidad juega un papel fundamental en la calidad de la atención de este evento, pero esa oportunidad depende de la sensibilización frente al reconocimiento del caso y por ende su notificación, que permita desplegar las acciones de investigación.

Además de esto se evidencia la necesidad de reforzar en las IPS la posibilidad de apoyo diagnóstico con la que se cuenta desde el laboratorio de salud pública departamental.

En cuanto a distribución geográfica, los casos se distribuyen uniformemente en la ciudad. Las comunas con más casos fueron 21, 17, y la 1 que presenta 4 y 5 casos; estas son comunas con alta densidad de población y mayor población infantil y con estas cifras no se puede asumir diferencias con las otras comunas.

A partir del presente año ya no se hacen Unidades de Análisis a los casos de muerte. 10 de los casos corresponde a casos registrados previamente con nueva notificación por recaídas, pero condiciones administrativas al interior de IPS de atención demoran la respuesta a solicitud de Historias Clínicas para estudio del caso. A la fecha se han confirmado 5 recaídas y quedan otras 5 por confirmar hasta que se reciba la historia Clínica.

Indicadores de Oportunidad según tipo de evento

Se encuentra cierta dificultad al medir este indicador puesto que ficha de reporte no recoge específicamente todos los datos sobre las fechas requeridas y es necesario verificar los datos de fecha en la Historia Clínica puesto que muchas veces los datos enviados registrados con la notificación presentan inconsistencias; esto implica un tiempo de espera mientras la IPS cumple su proceso administrativo para enviar la historia clínica solicitada.

Indicadores de Oportunidad

No se tiene aún los suficientes datos para evaluar indicadores de oportunidad. Las Historias Clínicas solicitadas demoran semanas y casi siempre se deben solicitar de nuevo puesto que al revisarlas se encuentra que están completas. Se aprecia inicialmente que desde cuando todos los niños en manejo se distribuyen entre 2 centros oncológicos que hacen manejo integral, el inicio de tratamiento es casi inmediato tan pronto se hace el diagnóstico definitivo; el problema está en el tiempo para hacer el Dx definitivo y el tiempo para sospechar el diagnóstico o emitir un diagnóstico probable de cáncer.

Problemas encontrados en la Vigilancia:

1. En general los pacientes del régimen subsidiado y algunos del régimen contributivo consultan primero al nivel I de atención y la sensibilidad para captar los casos y hacer un diagnóstico y referencia oportunos son muy bajos. La notificación del caso por lo tanto en general no ocurre en el nivel I porque no se sospecha.
2. Mientras no se sospeche la presencia de 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 nivel superior las que hacen la notificación asumiendo las fechas en las que empezaron a atender al niño.
3. 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.
4. 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 han realizado 2 jornadas académicas convocando a médicos de nivel I. La primera el 30 de Marzo con 150 asistentes para capacitar en Cáncer de Mama, Cáncer de Cérvix y Cáncer Infantil por parte de una hematooncóloga pediatra. Posteriormente el 30 de Abril y 1 de Junio se realizó una jornada de 2 días exclusiva para cáncer infantil con asistencia de unas 80 personas.
- b. SA partir del presente año ya no se hace Unidades de Análisis a las muertes pero en los 3 años previos se detectó el tipo de problemas asociados a la brecha en mortalidad entre diferentes grupos de niños. Con esta experiencia se están recopilando aspectos sobre problemas y retrasos encontrados en la atención a los casos registrados el presente año y se programará a mitad del segundo semestre dela año a una reunión de presentación y discusión a la cual se convocará a IPS de atención, EPSs, Hematooncólogos, directivos de la Academia, responsables de seguimiento a la calidad en la Secretaria de Salud.

9. Defectos congénitos y enfermedades huérfanas

9.1. Defectos Congénitos

Introducción

Desde 2009 hasta la semana epidemiológica 24 de 2017 se han notificado 2.368 casos. En 2017 a la fecha se notificaron 289 casos de defectos congénitos. En los primeros años se reportó al SIVIGILA como “anomalías congénitas” y a partir del año 2014 cambió a la denominación actual a “Defectos Congénitos”.

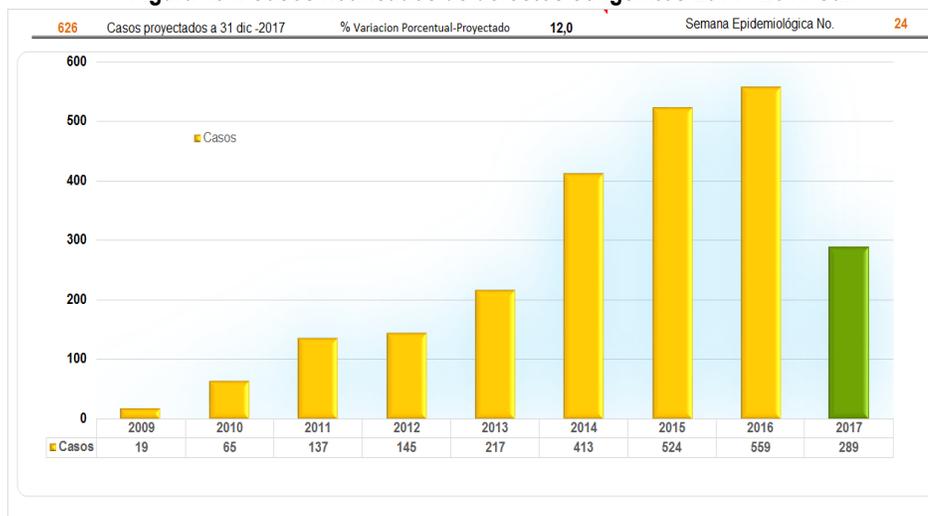
Objetivo

Caracterizar en tiempo lugar y persona la frecuencia de defectos congénitos en Cali año 2017.

Resultados

Si continua con un comportamiento similar hasta la semana epidemiológica 24 se espera que al 31 de diciembre de 2017 se incremente los casos en un 12% con respecto al año anterior 2016.

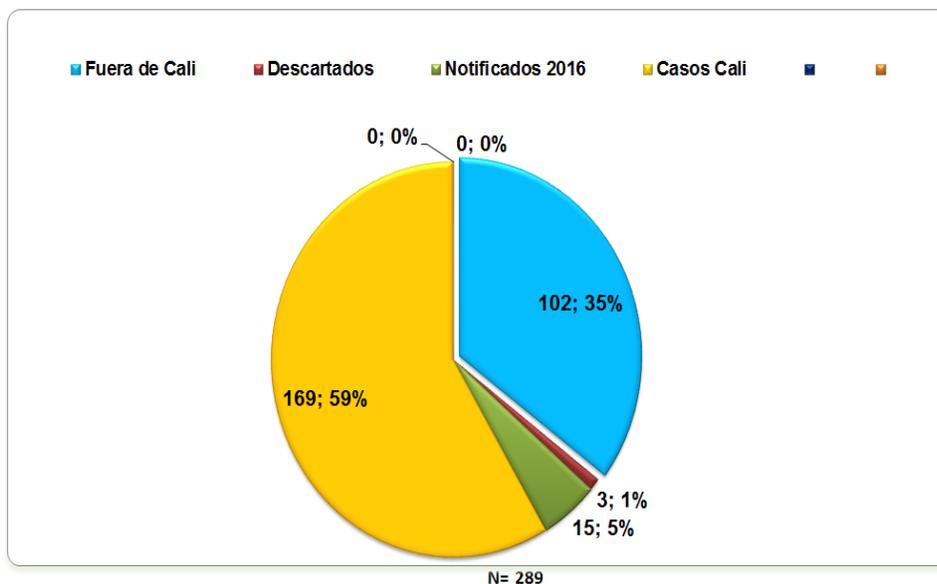
Figura 134. Casos notificados de defectos congénitos 2014 - 2017 Cali



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal

Hasta la semana epidemiológica 24 del 2017 al SIVIGILA se notificaron 289 casos El 59% (169 casos) son residentes en Cali, el 35% (102 casos) son casos residentes fuera de Cali, 5% con (15 casos) se notificaron en el año 2016 y el 1% (3 casos) fueron descartados.

Figura 135. Casos notificados de defectos congénitos. 2017 Semana Epidemiológica 24 - Cali



Hasta semana epidemiológica 24 se notificaron 169 casos residentes en Cali el 59,5% (100 casos) pertenecen al régimen contributivo, el 35,7% (60 casos) al régimen subsidiado; según etnia 5 casos fueron afrocolombianos.

Tabla 164. Defectos congénitos por grupo de edad y etnia. 2017- Semana Epidemiológica 24 –Cali.

Etnia / Regimen	ROM,Gitano	Afro	Otro	Total	%	% Acum
	2	5	6			
Contributivo	1	1	98	100	59,5	59,5
Subsidiado	0	4	56	60	35,7	95,2
No Afiliado	0	0	3	3	1,8	97,0
Especial	0	0	1	1	0,6	97,6
Excepción	0	0	4	4	2,4	100,0
Total general	1	5	162	168	100,0	
%	0,6	3,0	96,4	100,0		

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal.

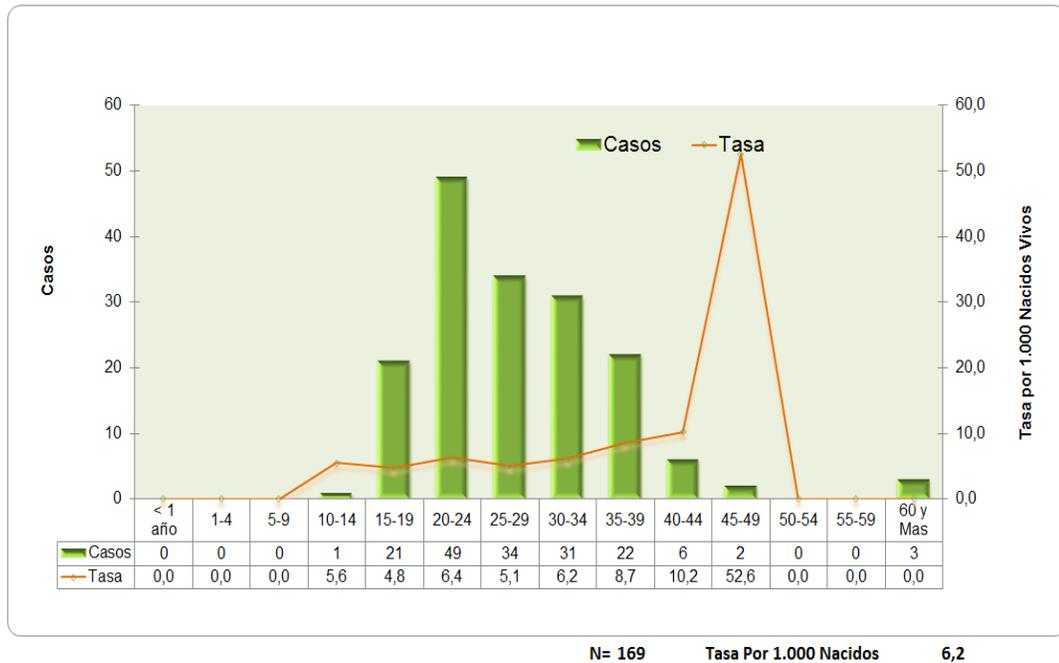
De acuerdo a la edad de la madre se presentaron 1 caso en el grupo de edad de 10 a 14 años que representa una tasa del 5.6%. Aunque la tasa más alta con 52.6% se presentó en el grupo de 45 a 49% con 2 casos por 1.000 nacidos vivos,



el mayor número de casos se presentó en el grupo de 20 a 24 años (49 casos) con una tasa de 6.4 por mil nacidos vivos. (Gráfico No.3)

Figura 136. Tasa y casos defectos congénitos por edad de la madre. 2017 Cali

Semana Epidemiológica 24 -Año 2017 -Cali



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal

Según la edad del recién nacido el 50.3% (85 casos) fueron del sexo masculino, el 49,7% (84 casos) mujeres. El 30,2% (51 casos) fueron notificados entre 4 a 7 días de nacidos.

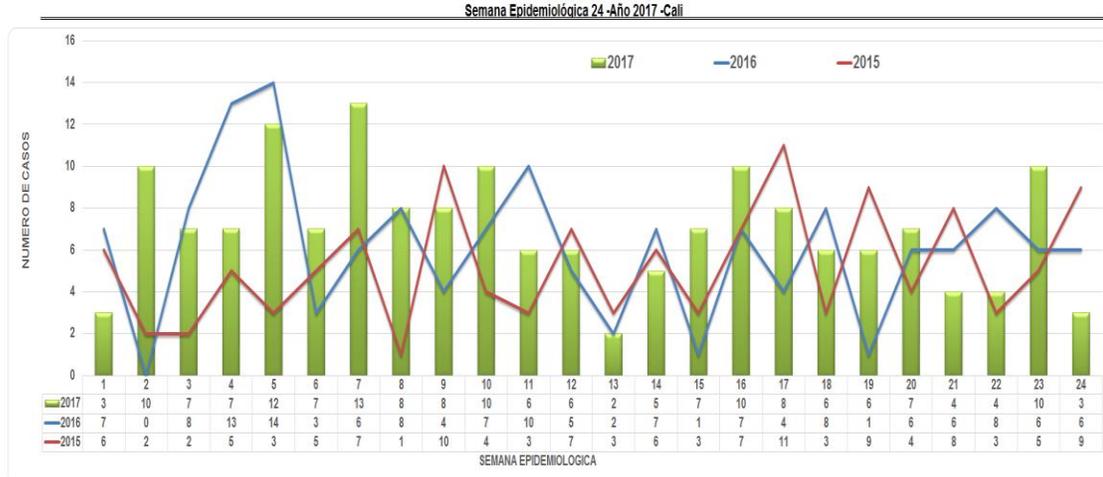


Tabla 165. Defectos congénitos por edad del recién nacido en días 2017- Semana Epidemiológica 24 –Cali.

CASOS MENORES DE UN AÑO				
Grup-Edad en Dias	Masculino	Femenino	Total	%
0 a 3 Dias	14	15	29	17,2
4 a 7 Dias	26	25	51	30,2
8 a 15 Dias	11	12	23	13,6
16 a 31 Dia	4	8	12	7,1
de 1 a 11 Meses	26	24	50	29,6
Sub Total < de 1 Año	81	84	165	97,6
Mayor a un Año	0	0	0	0,0
Sin Dato	4	0	4	2,4
Total	85	84	169	100,0
% Por Sexo	50,3	49,7	100,0	

Hasta semana epidemiológica 24 del año 2017, residentes en Cali se presentaron 169 casos comparado con el año 2016 en el mismo periodo hay un incremento de del 15% con 22 casos más que el año anterior.

Figura 137. Comportamiento de los defectos congénitos por semana epidemiológica. Cali.



Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

N=2016 147 - N=2017 169

N=2015 305 N=2016 327 N=2017 169

Variación Porcentual
Año 2016 Vs. 2017 Hasta la fecha **15%**

Según la distribución por barrios Mojica, Marroquin III, es donde más casos se presentaron con 4 casos cada uno, seguido de Ciudad Córdoba, Desepaz, Compartir, Belalcazar, Los guaduales, El Morichal, y Alameda con tres casos cada uno.

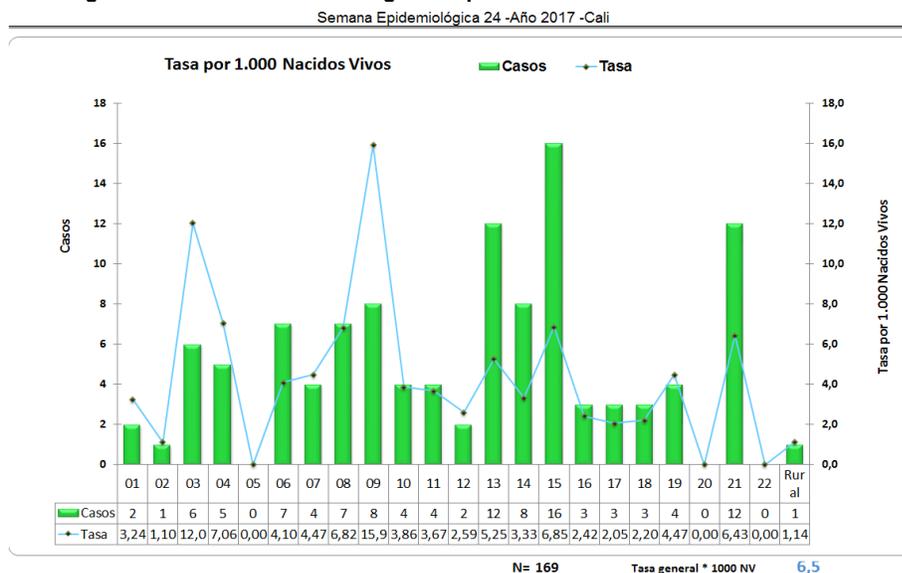


Tabla 166. Comportamiento de los defectos congénitos por barrio de residencia – 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.

Código	Barrio	Fr	%	% Acm
1598	MOJICA	4	2,4	2,4
1394	MARROQUIN III	4	2,4	4,7
1596	CIUDAD CORDOBA	3	1,8	6,5
2106	DESEPAZ - INVICALI	3	1,8	8,3
2107	COMPARTIR	3	1,8	10,1
0908	BELALCAZAR	3	1,8	11,8
0608	LOS GUADUALES	3	1,8	13,6
1597	EL MORICHAL DE COMFA	3	1,8	15,4
0901	ALAMEDA	3	1,8	17,2
2198	VALLE GRANDE	2	1,2	18,3
1804	MELENDEZ	2	1,2	19,5
0199	AGUACATAL	2	1,2	20,7
0815	VILLA COLOMBIA	2	1,2	21,9
0309	SAN PASCUAL	2	1,2	23,1
1602	REPUBLICA DE ISRAEL	2	1,2	24,3
2196	POTRERO GRANDE	2	1,2	25,4
0605	PETECUY PRIMERA ETAP	2	1,2	26,6
1502	LOS COMUNEROS I ETAP	2	1,2	27,8
1501	EL RETIRO	2	1,2	29,0
1108	EL RECUERDO	2	1,2	30,2
1014	COLSEGUROS ANDES	2	1,2	31,4
9999	Sin Dato	57	33,7	33,7
Total		169	100	

La comuna 09 presenta la tasa más alta con el 15,9 por 1.000 nacidos vivos con (8 casos), Seguido de la comuna 3 con una tasa de 12,0 por 1.000 nacidos vivos con (6 casos), sin embargo, el mayor número de casos se encuentra en las comunas 15 (16 casos) comuna 13 (12 casos) y comuna 21 (12 casos)

Figura 138. Tasa defectos congénitos por comuna. 2017 Cali.



El 24,1% (39 casos) son notificados al SIVIGILA por la Fundación Valle de Lili, el 14.2% (23 casos) de la Clínica Comfenalco.

Tabla 167. Casos de defectos congénitos según UPGD-2017.-Semana Epidemiológica 24 –Cali.

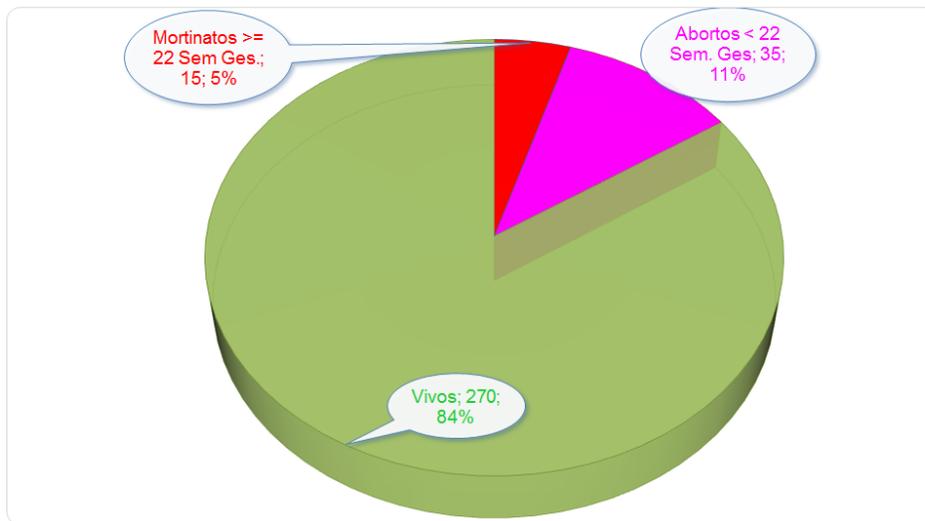
Orden	Nombre UPG / Periodo	1	2	3	4	5	6	Total	%	% Acm
1	FUNDACION VALLE DEL LILI	5	13	6	5	6	4	39	24,1	24,1
2	CLINICA COMFENALCO	4	2	4	3	5	5	23	14,2	38,3
3	CENTRO MEDICO IMBANIACO	3	4	4	1	6	1	19	11,7	50,0
4	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	2	5	0	5	4	2	18	11,1	61,1
5	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	4	1	2	4	4	1	16	9,9	71,0
6	CLINICA VERSALLES SA	1	3	6	2	0	1	13	8,0	79,0
7	FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	0	4	0	0	0	2	6	3,7	82,7
8	CLINICA FARLLONES S.A	1	2	2	0	0	0	5	3,1	85,8
10	CLINICA DE OCCIDENTE SA	1	1	1	0	1	1	5	3,1	88,9
11	CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	0	0	0	0	0	4	4	2,5	91,4
9	HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	0	1	2	0	1	0	4	2,5	93,8
15	FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	2	0	0	1	0	0	3	1,9	95,7
12	CLINICA REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	1	0	0	1	0	0	2	1,2	96,9
14	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENIFO	0	1	1	0	0	0	2	1,2	98,1
16	COMFANDI IPS - ALAMEDA	0	1	0	0	0	0	1	0,6	98,8
13	CENTRO DE SALUD DECEPAZ - ESE ORIENTE	0	0	0	1	0	0	1	0,6	99,4
17	SINERGIA ATENCIÓN BÁSICA LA 80	1	0	0	0	0	0	1	0,6	100,0
	TOTAL	25	38	28	23	27	21	162		100

OTRAS UPGD NOTIFICAN 7 CASOS

El 84% (270 casos) nacieron vivos, el 11% (35 casos) fueron abortos menores de 22 semanas de gestación y el 5% con (15 casos) son mortinatos con mayores de 22 semanas de gestación. (Gráfico 6)

El la semana epidemiológica 23 el 16 de junio de 2017 La fundación Valle de Lili reporta un caso de defectos congénito con hipotiroidismo de Sophia Villar Mosquera de 2 meses Identificado con No. 1112063652 del régimen contributivo Comfandi.

Figura 139. Defectos congénitos según producto de embarazo Cali 2016.
Semana Epidemiológica 24 -Año 2017 -Cali



Fuente: SIVIGILA-Secretaría de Salud Pública Municipal Cali

N= 320

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal

Entre los defectos congénitos según su peso al nacer el 63,5% (176 casos) pesaron entre 2.500 a 3.999 gramos de estos el 62,1% (172 casos) tenían de 29 a 46 semanas de gestación; del total de los casos de defectos congénitos el 85,9% (238 casos) están entre 29 a 42 semanas de gestación. (Gráfico 6).

El 25% de los casos se presentaron en el grupo de edad de 20 a 24 años. El mayor número de mortinatos se presentó en el grupo de edad de 35 a 39 años 33,3% (5 casos), los abortos en el grupo de edad de 20 a 24 años con el 31,4% (11 casos). Entre los nacidos vivos el mayor número de casos se presentó en el grupo de edad de 20 a 24 años con el 24,1% (65 casos).

Tabla 168. Defectos congénitos según producto de embarazo y grupo edad -2017
Semana Epidemiológica 24 –Cali..

Edad-en Años	Mortinatos >= 22 Sem Ges.		Abortos < 22 Sem. Ges		Vivos		Total	%	% Acum
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%			
10-14	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1,0	0,3	0,3
15-19	1	6,7	1	2,9	21	7,8	23,0	7,2	7,5
20-24	4	26,7	11	31,4	65	24,1	80,0	25,0	32,5
25-29	1	6,7	2	5,7	52	19,3	55,0	17,2	49,7
30-34	2	13,3	9	25,7	50	18,5	61,0	19,1	68,8
35-39	5	33,3	10	28,6	61	22,6	76,0	23,8	92,5
40-44	2	13,3	1	2,9	16	5,9	19,0	5,9	98,4
45-49	0	0,0	1	2,9	4	1,5	5,0	1,6	100,0
50-54	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0
Sin Dato	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0
Total	15	4,7	35	10,9	270	84,4	320	100,0	

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal



Tabla 169. Clasificación defectos congénitos según su peso y semanas de gestación al diagnóstico-2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.

Clasificación	Semanas de Gestación						Total	%
	0 - 12		13-28		29-46			
	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
Hasta 999 Gramos	0	-	6	50,0	0	0,0	6	3,6
Entre 1.000 a 1.499 Gramos	0	-	1	8,3	3	2,0	4	2,4
Entre 1.500 a 2.499 Gramos	0	-	2	16,7	33	21,6	35	21,2
Entre 2.500 a 3.999 Gramos	0	-	3	25,0	112	73,2	115	69,7
>= 4.000 Gramos	0	-	0	0,0	5	3,3	5	3,0
Total	0	-	12	7,273	153	92,7	165	100,0
Casos sin Clasificar	4	2,4					N= 169	

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal

Según el peso del grupo que pesó entre 2.500 gramos a 3.999 gramos, es el de mayor número de casos con el 69,7% con (115 casos). De acuerdo a las semanas de gestación el 92,7% (153 casos) se presentaron entre 29 a 46 semanas de gestación.

El 8.3% (14 casos) presentaron interrupción voluntaria de embarazo 9 casos ocurrieron en el tercer trimestre de gestación y 5 en el segundo trimestre.

El 91,7 con 155 casos no presentaron interrupción voluntaria de embarazo

Tabla 170. Interrupción Voluntaria del embarazo defectos congénitos- 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.

Interrupción Voluntaria del embarazo		Casos	%
SI	Trimestre I	0	0,0
	Trimestre II	5	35,7
	Trimestre III	9	64,3
Total con IVE		14	100,0
No Hay IVE		155	91,7
Total		169	191,7

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal

Según los hábitos e ingesta de medicamentos que tuvo la madre, recibieron ácido fólico el 69,8% (118 casos), 3 casos presentaron consumo de alcohol, 2 con consumo de tabaco, 2 sustancias psicoactivas, y dos consumo de tabaco.



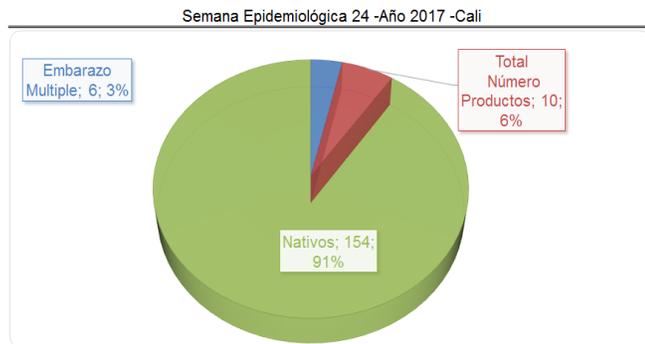
Tabla 171. Hábitos e ingesta de medicamentos que tuvo la madre con defectos congénitos 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali

Materna	SI		NO	
	Cant.	%	Cant.	%
Acido Fólico	118	69,8	51	30,2
Consumo Alcohol	3	1,8	166	98,2
Consumo Tabaco	2	1,2	167	98,8
Psicoativos	2	1,2	167	98,8
Patología Crónica	2	1,2	167	98,8
			N=	169

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal

De acuerdo a la información complementaria del niño el 91% fueron nacidos vivos, 6 casos con embarazo múltiple.

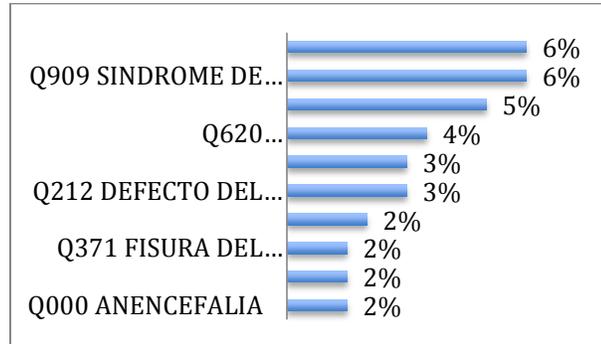
Figura 140. Defectos congénitos Información complementaria de la madre 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal

El defecto congénito más frecuente sigue siendo la microcefalia, que comparte el mismo porcentaje de casos con síndrome de Down 6% cada uno, seguidi de conducto arterioso persistente con 5%.

Figura 141. Causas Defectos Congénitos funcionales. Semana Epidemiológica 24. Cali 2017.



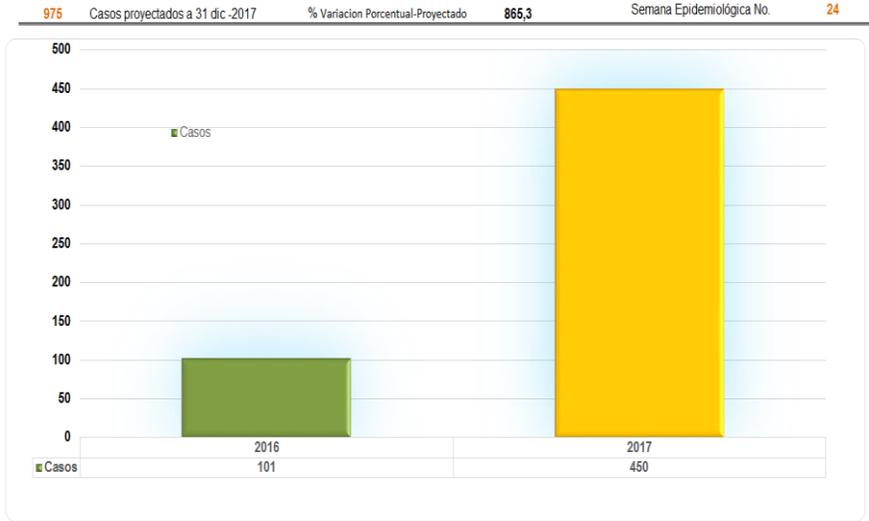
Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal datos preliminares

9.2. Enfermedades huérfanas

Las enfermedades Huérfanas-Raras son un grupo amplio y variado de trastornos que a un número reducido de personas, se caracterizan por ser crónicamente debilitantes, graves y amenazan la vida. Según la Organización Mundial de la Salud se estima que existen al rededor de 7.000 enfermedades Huérfanas. En Colombia este grupo de enfermedades se definen como las que se presentan en menos 1 por cada 5.000 personas. Según la resolución 2048 de 2015 se estima que existen 2.149 enfermedades Huérfanas-Raras en Colombia.

En el año 2016 se notificaron al SIVIGILA 101 casos. El evento es de reciente introducción en la vigilancia epidemiológica, se espera que para los años subsiguientes los casos se incrementen, hasta la semana epidemiológica 24 del año 2017 se notificaron 450 casos que obedece a una mejora en la notificación de enfermedades huérfanas, se espera que al 31 de Diciembre de 2017 976 casos en Cali esperando un aumento del 865% con respecto al año anterior.

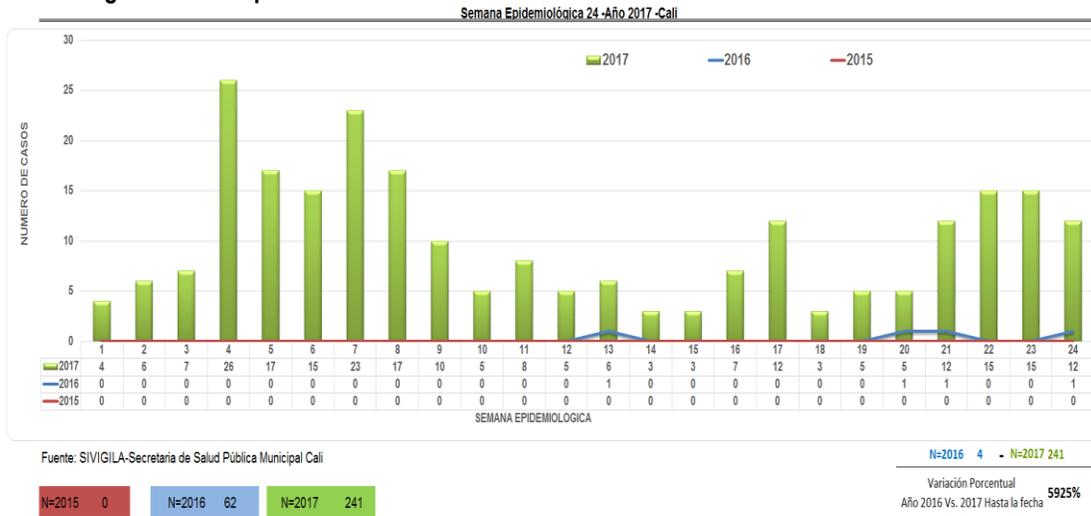
Figura 142. Casos notificados de enfermedades huérfanas. 2016 – 2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

Para el año 2017 a semana epidemiológica 24 analizada y depurada la base de datos de casos (descartados, duplicados y procedentes de otros municipios) se registran en SIVIGILA 241 casos. Para el año 2016 a este mismo periodo se notificaron 4 casos.

Figura 143. Comportamiento de las enfermedades huérfanas. 2015 – 2017 Cali.



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

De los casos de enfermedades Huérfanas-Raras para el año 2017 a semana epidemiológica 24 el 55,2% (133 casos) correspondieron a sexo femenino. Por tipo de aseguramiento, el 75,5% (182 casos) pertenecían al régimen contributivo, 13,7% (33 casos) al régimen subsidiado, 2,9% (7 casos) al de excepción. Por pertenencia étnica se presentaron 10 casos en afrocolombianos, sin pertenencia

étnica, registrado como “Otros” representó el 92,1% (222 casos). Por grupos quinquenales el mayor porcentaje lo representa el grupo de 5 a 9 Años, con el 14,1% con (34 casos), seguido por los grupos de 10 a 14 años con el 13,7% (33 casos).

Tabla 172. Distribución de las Enfermedades Huérfanas -2017

Semana Epidemiológica 24 -Año 2017 -Cali			
Número de casos = 241			
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	108	44,8
	Femenino	133	55,2
Tipo régimen	Contributivo	182	75,5
	Subsidiado	33	13,7
	Excepción	7	2,9
	Especial	10	4,1
	No Afiliado	5	2,1
	Indeterminado/	4	1,7
	Sin Dato	0	0,0
Pertene- cia étnica	Indígena	1	0,4
	ROM	6	2,5
	Raizal	2	0,8
	Palanquero	0	0,0
	Negro, Mulato, /	10	4,1
	Otros	222	92,1
Sin Dato	0	0,0	
Grupo de Edad	< 1 año	12	5,0
	1-4 Años	30	12,4
	5-9 Años	34	14,1
	10-14 Años	33	13,7
	15-19 Años	21	8,7
	20-24 Años	13	5,4
	25-29 Años	11	4,6
	30-34 Años	10	4,1
	35-39 Años	11	4,6
	40-44 Años	7	2,9
	45-49 Años	7	2,9
	50-54 Años	11	4,6
	55-59 Años	10	4,1
	60 y Mas Años	31	12,9
Sin Dato	0	0,0	

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal-Datos preliminares.

Los casos de Enfermedades Huérfanas fueron notificados por 26 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de las cuales sólo 4 concentran el 54% del total de casos reportados.



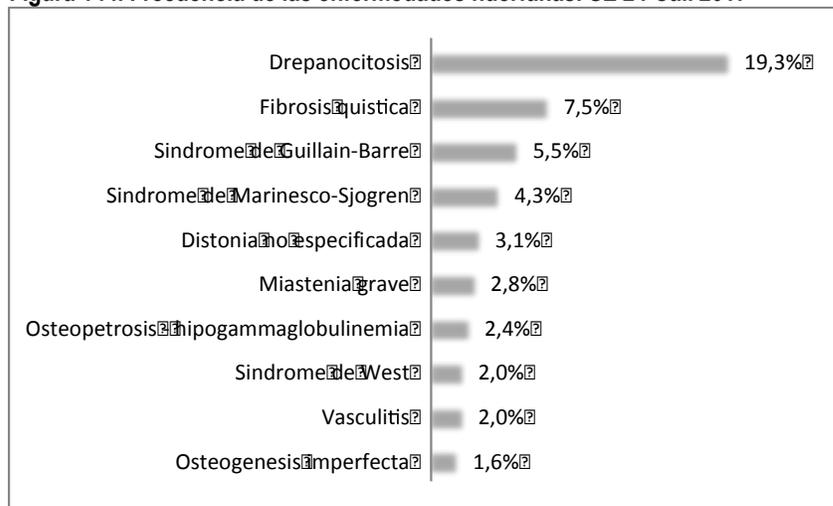
Tabla 173. Reporte Enfermedades Huérfanas por EAPB -2017. Semana Epidemiológica 24 –Cali.

Orden	ASEGURADORA	C	S	P	E	N	I	Fr.	%	% Acm
1	S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	49	0	0	0	0	0	49	21%	21%
2	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	37	0	0	4	0	0	41	17%	38%
3	ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	1	19	0	0	0	0	20	8%	46%
4	COOMEVA E.P.S. S.A.	19	0	0	0	0	0	19	8%	54%
5	NUEVA EPS	19	0	0	0	0	0	19	8%	62%
6	COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	10	0	0	3	0	0	13	5%	68%
7	COMPENALCO VALLE E.P.S.	11	0	0	0	0	0	11	5%	73%
8	SURA E.P.S.	8	0	0	0	0	0	8	3%	76%
9	CAFESALUD E.P.S. S.A.	4	3	0	0	0	0	7	3%	79%
10	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	6	0	0	0	0	0	6	3%	81%
11	SANITAS E.P.S. S.A.	6	0	0	0	0	0	6	3%	84%
12	No Afiliado	0	0	0	0	5	0	5	2%	86%
13	FUERZAS MILITARES	0	0	4	1	0	0	5	2%	88%
14	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA	0	3	0	0	0	0	3	1%	89%
15	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.	3	0	0	0	0	0	3	1%	91%
16	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	0	3	0	0	0	0	3	1%	92%
17	COOSALUD E.S.S. COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL D	0	3	0	0	0	0	3	1%	93%
18	UNIVERSIDAD DEL VALLE SERVICIO DE SALUD	0	0	1	2	0	0	3	1%	95%
19	CRUZ BLANCA EPS S.A.	3	0	0	0	0	0	3	1%	96%
20	POLICIA NACIONAL	0	0	2	0	0	0	2	1%	97%
21	COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	2	0	0	0	0	0	2	1%	97%
22	ASEGURADORA COLSEGUROS S. A.	2	0	0	0	0	0	2	1%	98%
23	SURA EPS	1	0	0	0	0	0	1	0%	99%
24	CAFESALUD SUBSIDIADO	0	1	0	0	0	0	1	0%	99%
25	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	0	1	0	0	0	0	1	0%	100%
26	COMPENSAR E.P.S.	1	0	0	0	0	0	1	0%	100%
496	Total	182	33	7	10	5	0	237	100%	

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal Cali. Datos preliminares.

Entre las enfermedades huérfanas reportadas, la drepanocitosis continúa siendo el evento de mayor reporte (19.3%) seguido por la fibrosis quística.(7.5%)

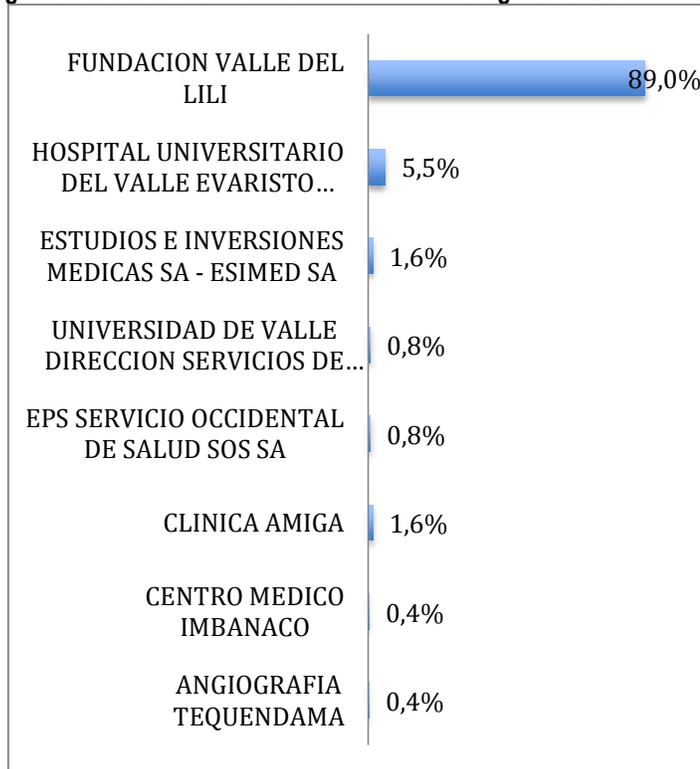
Figura 144. Frecuencia de las enfermedades huérfanas. SE 24 Cali 2017



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal Cali. Datos preliminares.

Entre las UPGD notificadoras, la Fundación Valle del Lili es la institución que reporta el mayor número de casos de enfermedades huérfanas (89%) seguida por el Hospital Universitario del Valle (5.5%)

Figura 145. Casos de enfermedades huérfanas según UPGD. Semana Epidemiológica 24 –Cali 2017



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Pública Municipal Cali. Datos preliminares.

10. Exposición al fluor

1. Marco conceptual

La fluorosis dental se define como una hipo-mineralización del esmalte en respuesta a la ingesta continua y prolongada de fluoruro durante su formación. El consumo crítico de este elemento químico ocurre entre el nacimiento y los seis años de edad, periodo en el cual se forman los dientes. La severidad de la fluorosis dependerá de varios factores como la concentración de flúor ingerido; la duración de la exposición; el nivel de desarrollo del diente; la edad a la que se está expuesto a cantidades excesivas de fluoruro y al nivel de susceptibilidad (Singh A, Jolly, 1961; Briceño A. 2001).

Estudios realizados en años anteriores, demostraron una asociación directa entre las altas concentraciones de flúor en las aguas de consumo humano y la presencia de opacidades en la superficie del esmalte o fluorosis dental y simultáneamente una asociación inversa entre las altas concentraciones de flúor y la prevalencia de caries dental. Estas relaciones indican que altas concentraciones de flúor natural disminuyen el número de lesiones en los dientes permanentes pero incrementan la prevalencia de fluorosis dental (Dean et al). Ante estas observaciones, la comunidad científica se vio obligada a ajustar los niveles de flúor en las aguas de consumo a niveles óptimos para la prevención de caries dental.

En Colombia, la fluorización a partir del agua inició en 1953; pero esta medida a pesar de ser efectiva para el suministro de flúor presentó una baja cobertura debido a la escasa disponibilidad de agua potable para ese momento. Esta problemática, contribuyó a optar por el uso de otras fuentes de flúor como el suministro de la sal de consumo humano con agregados de flúor y yodo como estrategia para alcanzar una mayor cobertura en la población. Esta iniciativa logró proveer niveles apropiados de fluoruro a las comunidades y por ende aportar a la disminución de la caries dental. A partir de estos resultados, se configuró la fortificación de la sal para el suministro sistémico de fluoruro como medida de salud pública, reglamentándose su uso con contenidos que oscilan entre 180 – 220 mg/Kg (Ministerio de Salud, 1996).

Si bien la estrategia de fluorización es un mecanismo de prevención de la caries dental (Estupiñan, 2005), no se debe olvidar la importancia de realizar el seguimiento adecuado a estas acciones, ya que la ingesta descontrolada de este elemento puede repercutir en otras patologías, entre ellas la fluorosis dental.

2. Justificación para vigilar el evento

En el 2006, el Plan Nacional de Salud Bucal estableció la necesidad de “definir y desarrollar estrategias para el uso de la información en salud bucal y modelos de vigilancia que soporten los logros e identifique oportunamente las acciones a seguir”. En



el 2007, esta misma organización definió para la vigilancia en salud oral y la gestión del conocimiento el “desarrollo de una estrategia de vigilancia centinela para la fluorosis dental”, por lo cual y de acuerdo a las funciones del Instituto Nacional de Salud (INS), se diseñó, validó e implementó en el 2012, la vigilancia de exposición al flúor siendo éste un componente indispensable para el control de la caries dental. A partir del 2012, se dio inicio la vigilancia centinela de la exposición al flúor, la cual tiene como objetivo generar información útil, confiable y oportuna que permita ajustar políticas existentes sobre la prevención de la caries y el control de la fluorosis dental.

En el 2017, la exposición al flúor continúa siendo un evento de interés en salud pública y la notificación de los casos se está realizando en las siguientes Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)

- IPS Ricardo Balcázar
- IPS Mariano Ramos
- IPS Calle 26
- IPS Alfonso Young

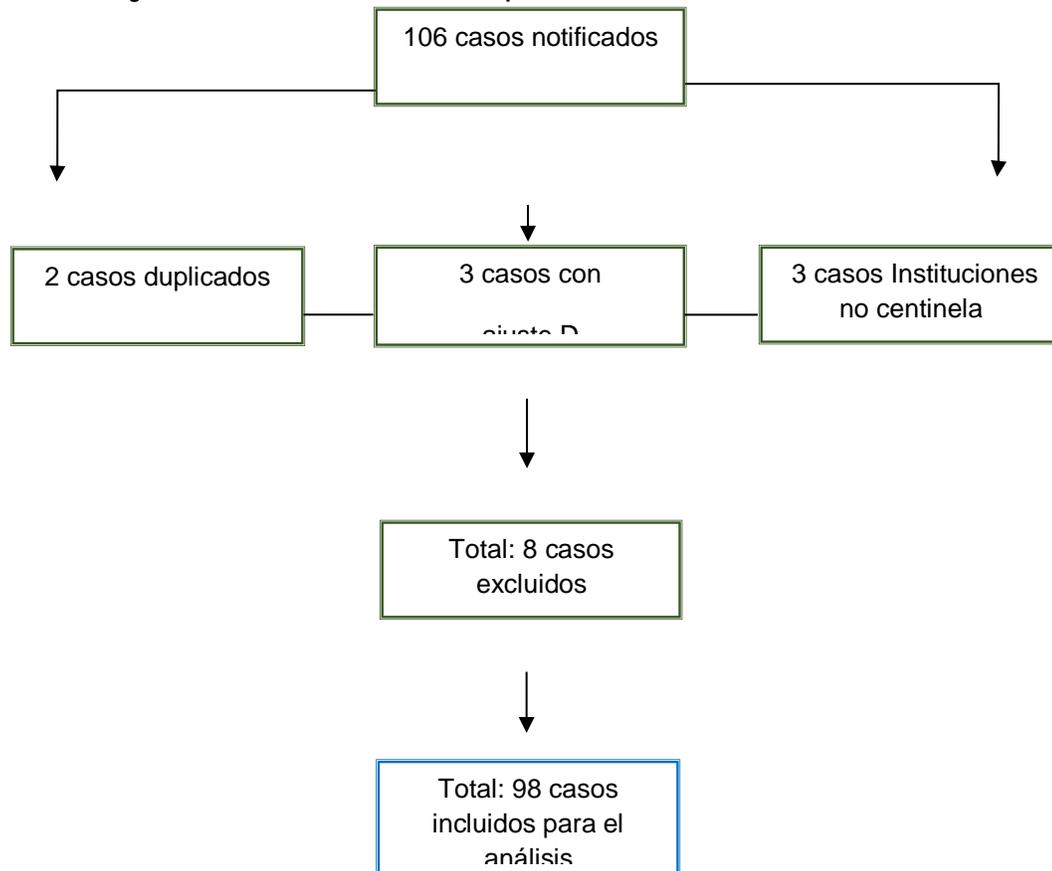
3. Objetivos de la vigilancia centinela de exposición al flúor

- Caracterizar el evento y los factores de riesgo asociado a la fluorosis dental en el Municipio de Santiago de Cali en el año 2017
- Describir las acciones realizadas para el fortalecimiento de la vigilancia de exposición a flúor en el Municipio de Santiago de Cali en el año 2017

4. Recolección de información

Para la recolección de información se utilizó la ficha epidemiológica relacionada en el protocolo de vigilancia de exposición a flúor (Ficha de exposición a flúor - # 228 y ficha de datos básicos). La Población objeto de notificación fueron los pacientes atendidos en la consulta odontológica de las UPGD centinela con edades de 6, 12, 15 y 18 años quienes clínicamente les fue diagnosticado fluorosis dental o aquellos en estas edades que no les ha sido diagnosticado esta patología.

Figura 146. Proceso de notificación exposición al flúor. Semana 1-24 de 2017.



Fuente. Sivigila. Secretaria de salud pública municipal.

5. Análisis de la información

Se realizó un análisis descriptivo de los casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del evento centinela Exposición al flúor con ficha de notificación 228 en el año al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017. Además, se evaluó el comportamiento y la tendencia de la fluorosis dental y los factores de riesgo asociados, teniendo en cuenta las variables contempladas en la ficha de notificación de datos básicos y complementarios.

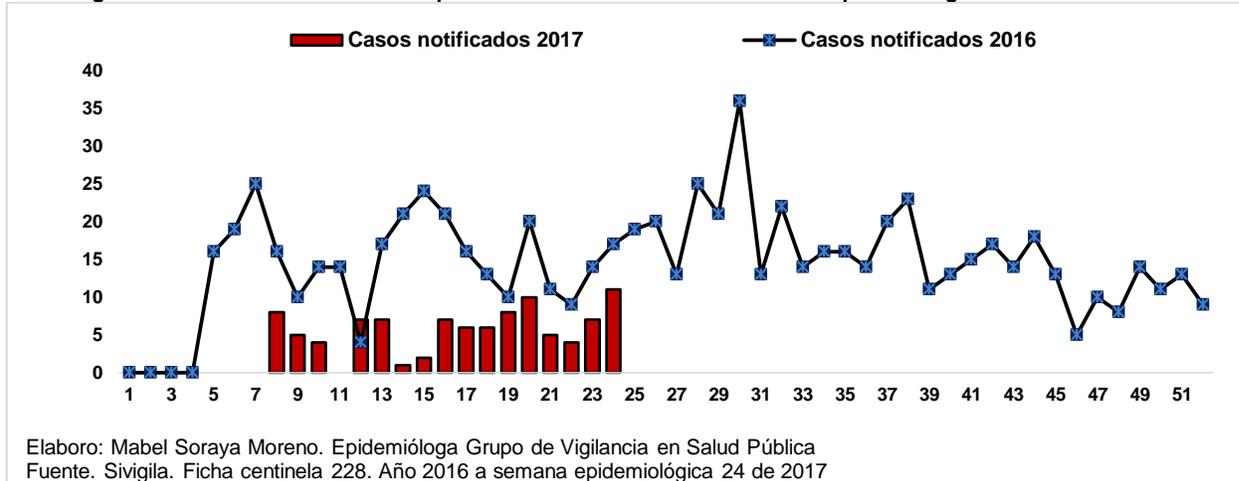
6. Comportamiento de la notificación

Notificación de casos Exposición al flúor

Al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, se notificaron al Sivigila 106 casos de exposición al flúor por las UPGD del municipio de Cali; de los cuales 8 casos fueron eliminados para el análisis. Entre los 8 casos eliminados, 2 casos fueron descartados por ser duplicados; 3 casos por presentar ajuste D o error de digitación y 3 casos por que

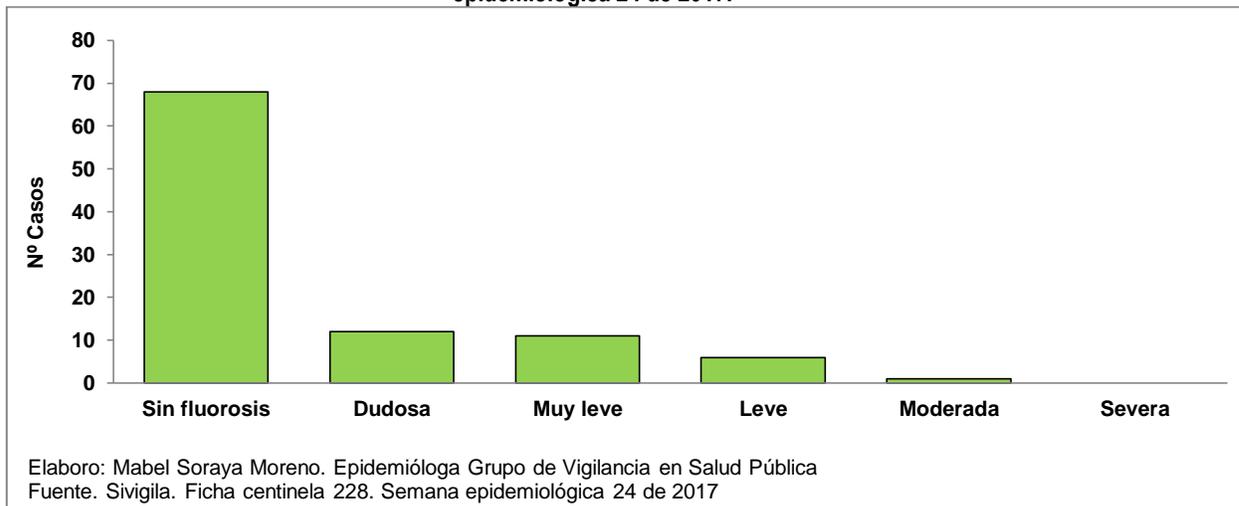
fueron notificados por UPGD no autorizadas para la vigilancia centinela. En total, 98 casos fueron incluidos para el análisis de la información.

Figura 147. Número de casos de exposición a flúor al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017.



Entre los 98 casos incluidos, 68 casos no presentaron fluorosis dental (69,39%) y 30 casos presentan alguna clasificación de Dean (30,61%). Entre los casos que presentaron alguna clasificación de Dean, 12 casos corresponden a fluorosis dudosa (12,24%); 11 casos a fluorosis muy leve (11,22%); 6 casos a fluorosis leve (6,12%) y 1 caso a fluorosis moderada (1,02%).

Figura 148. Número de casos notificados de exposición al flúor en el municipio de Cali, al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017.



Del total de los casos notificados por las UPGD centinela, 32 casos corresponden a la IPS Ricardo Balcázar (32,65%); 21 casos a la IPS Mariano Ramos (21,43%); 19 casos a la IPS Alfonso Yung (19,39%) y 26 casos a IPS Calle 26 (26,53%). En todas las UPGD

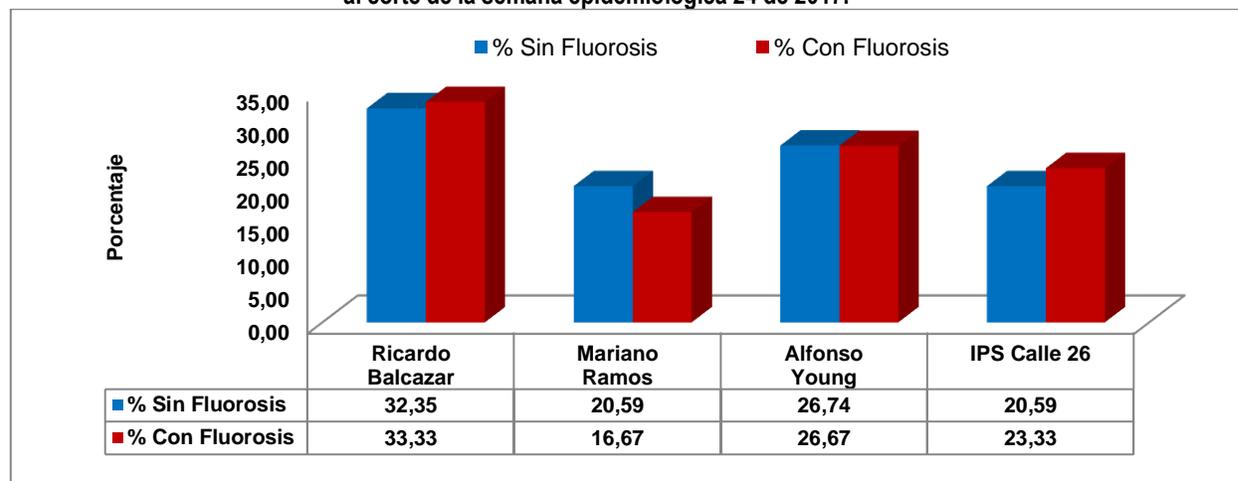
centinela, la mayoría de casos no presentaron fluorosis dental (68/98 – 69,38%). Sin embargo, entre los casos notificados con algún grado Dean, la IPS Ricardo Balcázar presentó el mayor número de casos de fluorosis al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017 (33,33%).

Tabla 146. Casos de Exposición al flúor notificados en el municipio de Cali, 2017

UPGDs centinelas	Sin		Con		Total	%
	Fluorosis	%	Fluorosis	%		
Ricardo Balcázar	22	32,35	10	33,33	32	32,65
Alfonso Yung	14	20,59	5	16,67	19	19,39
PS Calle 26	18	26,47	8	26,67	26	26,53
Mariano Ramos	14	20,59	7	23,33	21	21,43
Total	68	100,00	30	100,00	98	100,00

Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal. Santiago de Cali, 2017.

Figura 149. Porcentaje de casos notificados de exposición al flúor en el municipio de Cali por las UPGD centinela al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal.

Notificación de casos Exposición al flúor según sexo y edad



Al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, las UPGD centinela notificaron 98 casos de exposición al flúor, de los cuales 49 casos corresponden al sexo femenino (50%) y 49 casos al sexo masculino (50%). En el sexo femenino, el grupo etario con mayor número de casos notificados al Sivigila fue de 12 años (15 – 15,31%). En el masculino, los hombres de 6 años aportaron el mayor número de casos (18 – 18,37%) En el sexo femenino, 35 mujeres no presentaron fluorosis dental mientras que 14 mujeres si presentaron esta patología. En el sexo masculino, 33 hombres fueron catalogados como normal o sin fluorosis y 16 hombres con algún nivel de fluorosis dental.

Tabla 147. Notificación de exposición a flúor según sexo y edad en el municipio de Cali, 2017

Sexo	Edad(años)	Normal	Dean 1	Dean 2	Dean 3	Dean 4	Dean 5	Total	%
Femenino	6	11	1	1	0	0	0	13	13,27
	12	11	0	1	2	1	0	15	15,31
	15	6	3	0	0	0	0	9	9,18
	18	7	1	2	2	0	0	12	12,24
	Total	35	5	4	4	1	0	49	50,00
Masculino	6	15	1	1	1	0	0	18	18,37
	12	9	1	3	0	0	0	13	13,27
	15	1	2	1	0	0	0	4	4,08
	18	8	3	2	1	0	0	14	14,29
	Total	33	7	7	2	0	0	49	50,00
Total General		25	7	7	7	1	0	98	100,00

Notificación de casos de Exposición al flúor según régimen de salud

Entre los 98 casos notificados y procesados para el análisis de la información de exposición al flúor, 25 casos pertenecen al régimen contributivo (25 – 25,51%) y 73 casos al régimen subsidiado (26 – 74,5%).

Notificación de casos de Exposición al flúor según Empresas Aseguradoras

La aseguradora con mayor número de casos de exposición a flúor al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017 fue S.O.S con 394 casos (52,25%), seguido por la EPS Comfenalco con 312 casos (41,38%). De la EPS S.O.S, más de la mitad de las personas afiliadas no presentaron fluorosis dental (236casos). Las otras aseguradoras representaron el 6.35% del total de casos notificados.



Tabla 148. Notificación de exposición a flúor según Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficio en el municipio de Cali, al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017

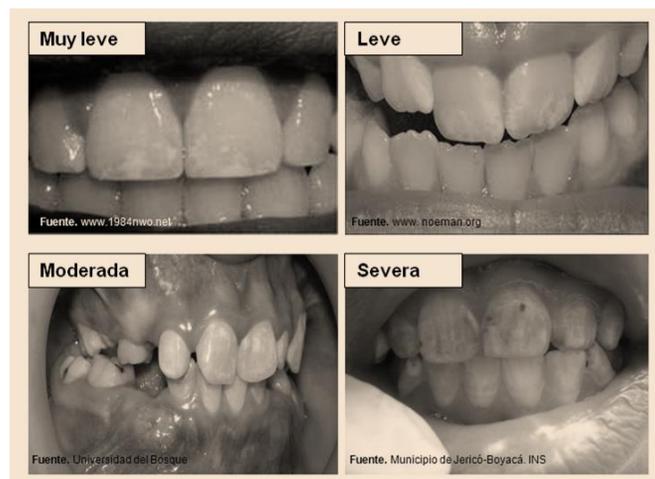
Aseguradora	Sin fluorosis	Con fluorosis	Total	%
Café salud	3	0	3	3.06
Nueva EPS	14	7	21	21.43
Nueva EPS SA Movilidad	4	1	5	5.10
Coosalud Ltda.	6	4	10	10.20
ASMET salud ESS	0	2	2	2.04
Emssanar	41	16	57	58.16
Total	68	30	98	100.00

Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal. 2017.

Severidad de las lesiones y notificación de casos con caries dental

La severidad de las lesiones de fluorosis dental, fue establecida mediante los criterios diagnósticos del índice de Dean. Al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, se notificaron 12 casos dudosos de fluorosis dental (12.24%); 11 casos de fluorosis muy leve (11.22 %); 6 casos de fluorosis leve (6.12 %) y 1 caso de fluorosis moderada (1.02%) y ningún caso de fluorosis severa. Del total de casos notificados, 56 casos presentaron caries dental (57,14%) y 42 casos no presentaron esta patología (42,86%).

Figura 150. Nivel de fluorosis dental: Fluorosis muy leve; leve; moderada y severa.



Factores asociados a la fluorosis dental

La identificación de factores de riesgo para la fluorosis dental se realizó a partir de dos alternativas: la primera a través de la indagación del lugar de residencia; la fuente de consumo de agua, sal y tipo de sal en mujeres gestantes y niños de seis años de edad para el posterior monitoreo químico mediante ion selectivo de flúor. La segunda alternativa fue la identificación de los hábitos de higiene oral en la población objeto de la vigilancia que puedan representar un factor de riesgo o protector frente a la patología.

Durante el 2º y 3º trimestre del embarazo, 31 mujeres residieron en el área urbana (31,63%) (en el caso de los niños de 6 años de edad) y ninguna en el área rural hasta el corte de la semana 24 del presente año. Por otro lado, los primeros nueve años de vida las 98 personas notificadas hasta la fecha residieron en el área urbana. La fuente de consumo de agua en niños de 6 años de edad o gestantes proviene exclusivamente del acueducto. Así mismo, la fuente de consumo de sal en todos los niños de 6 años de edad, proviene de la sal comercial 100% nacional.

La responsabilidad del cepillado dental cuando el paciente es un niño menor de ocho años, fue de la madre o el cuidador (69 - 70,40%) y posteriormente del niño (29 - 29,59%). Respecto a la frecuencia de cepillado dental, la frecuencia más común fue de tres veces al día (50 - 51,02%), de los cuales 32 casos no presentaron fluorosis y 18 si presentaron alguna clasificación de Dean.

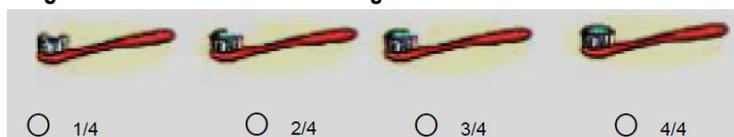
Tabla 149. Casos de fluorosis dental según frecuencia de cepillado, 2017

Frecuencia del cepillado	Sin fluorosis	Con fluorosis	Total	%
1 vez	3	1	4	4.08
2 veces	32	9	41	41.84
3 veces	32	18	50	51.02
4 veces	1	2	3	3.06
Ninguna	0	0	0	0.00
Total	68	30	98	100.00

Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal. 2017

La cantidad de crema dental utilizada durante el cepillado fue estimada mediante una escala análoga, que permite a los pacientes establecer gráficamente la cantidad de crema según el tamaño de la cabeza del cepillo dental. Esta escala análoga es de gran utilidad para evaluar la cantidad de crema dental. El número de casos notificados por exposición al flúor, se presenta según la cantidad de crema agregada al cepillo dental.

Figura 150. Cantidad de crema según el tamaño de la cabeza dental.



Fuente. Ficha de notificación 228. Sivigila. INS. 2017.

Tabla 150. Cantidad de crema utilizada durante el cepillado dental, 2017

Cantidad de crema	Sin fluorosis	Con fluorosis	Total	%
1/4	17	3	20	20.41
2/4	24	4	28	28.57
3/4	17	12	29	29.59
4/4	10	11	21	21.43
Total	68	30	98	100,00

Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal. 2017

a cantidad de crema dental utilizada con mayor frecuencia por los casos notificados durante el cepillado fue 3/4 (29 - 29,59%), seguido por 2/4 (28 – 28.57%).

Por otro lado, se estimó el número de casos que ingieren cremas dentales y enjuagues bucales, dado que estas representan hábitos inadecuados respecto a elementos de higiene oral. Entre las personas que ingieren crema dental, un total de 30 casos fueron notificados por exposición al flúor (30.61%). De estas personas, 15 no presentaron fluorosis al momento de la consulta (50%) y 15 personas si presentaron la patología (50%). Entre las personas que ingieren enjuague bucal, un total de 8 personas fueron notificadas (8,16%), de las cuales 4 personas no presentaron fluorosis dental (5,88%) y 9 personas presentaron la patología (13.33%).

Tabla 151. Factores asociados a fluorosis dental en el municipio de Cali, 2017

		Sin Fluorosis		Con Fluorosis		Total	%
		n	%	n	%		
Crema	Si	15	22.06	15	50	30	30.61
	No	53	77.94	15	50	68	69.39
	Total	68	100.00	30	100.00	98	100.00
Enjuague bucal	Si	4	5.88	4	13.33	8	8.16
	No	64	94.12	26	86.67	90	91.84
	Total	68	100.00	30	100.00	98	100.00

Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal. 2017

Tabla 152. Factores asociados a la fluorosis dental en el municipio de Cali, 2017

Evaluación de Ingesta		Sin Fluorosis		Con Fluorosis		Total	%
		n	%	n	%		
Lactancia materna	Si	41	60.29	18	60	59	60.20
	No	17	25	6	20	23	23.47
	Desconocido	10	14.70	6	20	16	16.33
	Total	68	100,00	30	100,00	98	100,00
Aplicación tópica de flúor	Si	33	48.53	14	46.67	47	47.96
	No	35	51.47	16	53.33	51	52.04
	Total	68	100,00	30	100,00	98	100,00

Fuente. Sivigila. Secretaría de Salud Pública Municipal. Santiago de Cali, 2017

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la aplicación tópica de flúor, se establecieron como factores protectores para disminuir el riesgo de la fluorosis dental, de acuerdo al cumplimiento de la Resolución 412 de 2000, la Circular externa 034 del Ministerio de Salud y Protección Social de Junio de 2010 y al Acuerdo 029 de 2011 de la CRES. Los resultados se observan en la tabla 8.

Entre las personas que figuran con aplicación tópica de flúor al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, un total de 47 casos de exposición a flúor fueron notificados al Sivigila. De estos casos, 33 casos corresponden a personas sin fluorosis dental al momento de consulta (48,53) y 14 casos a personas con la presencia de esta patología (46.67%). Respecto a los pacientes que recibieron lactancia materna exclusiva hasta los primeros seis meses de vida, un total de 59 casos fueron notificados; de los cuales 41

casos presentaron un estado normal (60,29%) y 18 casos con algún nivel de fluorosis (60%).

Conclusiones

- Al corte de la semana epidemiológica 24 de 2017, 98 casos de exposición al flúor fueron notificados en el municipio de Cali por las cuatro UPGD autorizadas para la vigilancia centinela. Entre ellos, 68 casos fueron catalogados como normales y 30 casos con algún grado de fluorosis dental.
- La IPS Ricardo Balcázar, notificó la mayor proporción de casos de exposición al flúor. En todas las UPGD centinela se notificaron más casos sin fluorosis dental, respecto a los casos con algún nivel de fluorosis.
- Hasta la fecha, las semanas epidemiológicas 20 y 24 presentaron la mayor notificación de casos de exposición al flúor.
- El sexo femenino y masculino presentaron la misma proporción de casos notificados en el evento de exposición a flúor. El grupo etario con mayor número de casos fue el grupo de 12 años en el caso del sexo femenino y el grupo de 6 años en el caso del sexo masculino ().
- La aseguradora con mayor número de casos de exposición al flúor fue la EPS Emssanar seguido por la Nueva EPS. En general, la mayor proporción de casos pertenecen al régimen subsidiado.
- Se notificaron 12 casos dudosos de fluorosis dental; 11 casos de fluorosis muy leve; 6 casos de fluorosis leve; 1 caso de fluorosis moderada y ningún caso de fluorosis severa hasta la semana epidemiológica 24 de 2017. Del total de casos notificados, 56 casos presentaron caries dental y 42 casos no presentaron esta patología.
- La fuente de agua para el consumo en niños de 6 años y gestantes proviene exclusivamente del acueducto. Así mismo, la fuente de consumo de sal en este grupo poblacional, proviene únicamente de la sal comercial 100% nacional.
- La lactancia materna exclusiva hasta los primeros seis meses de vida no evidenció una relación clara en el riesgo de adquirir una fluorosis dental. Con los datos presentados



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD



en este informe, de las personas que recibieron lactancia materna exclusiva, 41 personas presentaron un estado normal y 18 casos algún nivel de fluorosis.