ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

CaliDA
una ciudad para todos

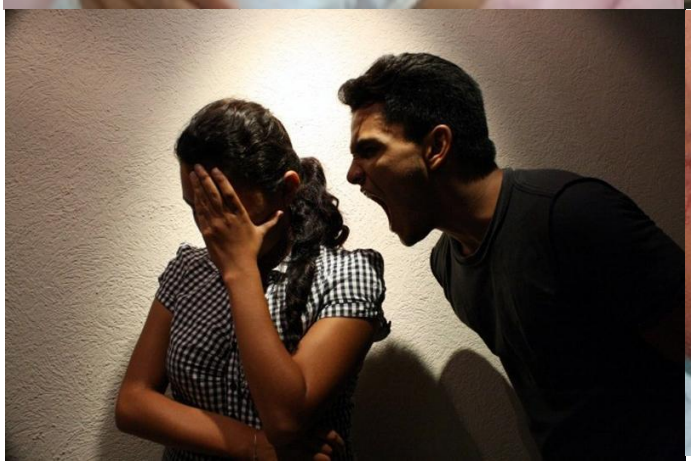
BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO

EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

Santiago de Cali – año 2014








ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI

CaliDA una ciudad para todos

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO
EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
Grupo Directivo

Alcalde Municipio Santiago de Cali
Dr. Rodrigo Guerrero

Secretario de Salud Pública Municipal
Harold Alberto Suárez

Responsable Grupo Salud Pública y Epidemiología
Elizabeth Castillo

Responsable Grupo Planeación
Emilce Arevalo García

Responsable Grupo Administrativo
Alejandro Torres

Responsable Aseguramiento y prestación de servicios
Bertha Lucia Ospina

Responsable Grupo Financiero
Germán Linares

Responsable Grupo Jurídica
Jackeline Viveros

Responsable Grupo Vigilancia en Salud Pública
Jorge Holguin

Santiago de Cali, diciembre 16 de 2015

Compilación y Edición
Claudia Patricia Mora Aguirre
Stella Murillo de Apraez

Personal que participó en la elaboración del documento
GRUPO VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Jorge A. Holguín Ruiz
Claudia Patricia Mora Aguirre
Eldín Pinto Solano
Jaime López Velasco
Jorge Humberto Rojas
Jorge Quiñonez
Lina Mercedes García
Nayibe Eliana Valencia
Oscar Oliver Londoño
Stella Murillo de Apraez

GRUPO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Profesionales Universitarios o Especializados
Andrés Mauricio Agudelo
Carlos Alberto Robledo Plata
Carlos Alberto Varela Libreros
Carlos Javier Bolaños Molina
Claudia Patricia Mora Aguirre
Eldín Pinto Solano
Jaime López Velasco
Jorge Alirio Holguín Ruiz
Jorge Arturo González
Jorge Humberto Rojas Palacios
Jorge Quiñonez
Leonel Gulloso Pedroza
Lina Mercedes García López
Nayibe Eliana Valencia Parada
Orfidia Carabalí Valencia
Oscar Oliver Londoño Agudelo
Stella Murillo de Apraez
Enfermeras
Anabeiba Ruiz López
Esperanza Blandón Vanegas
Isabel Cristina Garrido
Patricia Eugenia Ríos Murillo
Ingenieros de Sistemas
Juan Emilio Castillo Espinal
Patricia Mera Rua
Victoria Eugenia Medina Delgado

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

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO 3
LISTAS DE TABLAS 6
LISTADO DE FIGURAS 9
LISTADO DE SIGLAS 13
1. Descripción socio-demográfica 14
2. Notificación año 2014 15
3. Eventos Inmunoprevenibles 16
3.1 Parálisis Flácida Aguda: 16
3.2 Sarampión / Rubéola: 17
3.1.1 Sarampión: 17
3.2.2. Rubéola: 18
3.3 Síndrome Rubéola Congénita: 19
3.4 Difteria 19
3.5 Tosferina 19
3.6 Tétanos Neonatal 23
3.7 Tétanos en Otros Grupos: 23
3.8 Meningitis Bacterianas 24
3.8.1 Meningitis por Haemophilus Influenzae 24
3.8.2 Meningitis por Meningococo: 24
3.8.3 Meningitis por Neumococo: 24
3.8.4 Meningitis por Tuberculosis 25

3.9 Parotiditis 25
Figura 5 25
Figura 6 25
Figura 7 27
Figura 8 27
Figura 9 29
3.10 Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación (ESAVI): 29
3.11 Búsqueda Activa Institucional (BAI): 32
3.12 Varicela 33
4. Infección Respiratoria Aguda Grave 34
4.1 Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda 34
4.2. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menor de 5 años 37
4.3 Infección Respiratoria Aguda (IRAG) Inusitada: 38
4.4 Centinela Enfermedad Similar a la Influenza (ESI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) 42
4.4.1. ENFERMEDAD SIMILAR A LA INFLUENZA (ESI): 42
4.4.2. Vigilancia Centinela Infección Respiratoria Aguda (IRAG) 43
5. Enfermedad Diarreica Aguda 46
6. Defectos Congénitos 48
7. Enfermedades Transmisibles por Vectores (ETV) 52
8. Vigilancia de Zoonosis 56
8.1 AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA 56
8.2 LEPTOSPIROSIS 59
9. Enfermedades por Micobacterias 60

10. Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) 78
10.1 Sífilis Gestacional (ficha No 1330) y Congénita (ficha No 740) 78
10.2. Comportamiento Sífilis Congénita 81
10.3. VIH/SIDA (ficha No 850) 84
10.4. Mortalidad materna 88
10.5. Morbilidad materna extrema 92
10.6. Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía 96
11. Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) 99
12. VIGILANCIA DE CÁNCER INFANTIL EN CALI 101
13. VIGILANCIA DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO 105
14. EVENTOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD ALIMENATRIA Y NUTRICIONAL 110
14.1. MORTALIDAD POR O ASOCIADA A LA DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS 110
14.2. BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO 115
15. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS) 120
16.LESIONES ASOCIADAS A LA POLVORA 137

LISTAS DE TABLAS

Tabla 1. Índices de dependencia Cali – año 2014 14
Tabla 2. Clasificación IPS en notificadora o informadora 15
Tabla 3. UPGD que notificaron casos probables de Tosferina. Cali 2014 20
Tabla 4. Casos de tosferina según afiliación y EPS. Cali 2014. 22
Tabla 4. Casos de ESAVI según UPGD. CALI 2014 30
Tabla 5. Casos de ESAVI según grupo de edad. CALI 2014 30
Tabla 6. Casos de ESAVI según asegurador en salud. Cali 2014 31
Tabla 7. Casos de ESAVI según biológico. Cali 2014 31
Tabla 8. BAI Sarampión Rubéola. 32
Tabla 9. BAI Parálisis Flácida. 32
Tabla 10. Síndrome de Rubéola Congénita. 32
Tabla 11. BAI Tétanos Neonatal. 33
Tabla 12. *Notificación morbilidad por IRA según servicio de salud. Año 2012-2013. Cali* 35
Tabla 13. Morbilidad por IRA según servicio de salud y grupo de edad. Año 2014. Cali 35
Tabla 14. Tasas de mortalidad por IRA. Cali año 2014. 37
Tabla 15. Defunciones según UPGD. Cali año 2014 38
Tabla 16. Distribución de notificación SIVIGILA según tipo de caso. 39
Tabla 17. Casos confirmados de IRAG Inusitada por laboratorio o clínica Según edad y sexo. Residentes Cali año 2014 40
Tabla 18. Casos y tasa de incidencia de IRAG inusitada por Comuna de residencia. Año 2014 41
Tabla 19. Casos de IRAG inusitada por Aseguramiento en Salud. Residentes Cali. Año 2013 41
Tabla 20. Notificación UPGD Centinela ESI-IRAG. Cali años 2013-2014 42
Tabla 21. Distribución de la notificación al SIVIGILA del Centinela ESI Hospital Cañaveralejo. Año 2014 42
Tabla 22.. Casos confirmados ESI por edad y sexo. Año 2014 43
Tabla 23. Distribución de la notificación al SIVIGILA del Centinela IRAG –Fundación Valle del Lili. Año 2014. 44
Tabla 24. Casos de IRAG confirmados por laboratorio, residentes Cali. Año 2014 45
Tabla 25. Casos IRAG confirmados según comuna, residentes Cali 2014 45
Tabla 26. Casos según servicio Ambulatorio – Hospitalización. Año 2012-2014. Cali 47
Tabla 27. Casos notificados de EDA por grupo de edad. Cali año 2013 48
Tabla 28. Caracterización sociodemográfica casos anomalías congénitas. Cali -año 2014 50
Tabla 29. Distribución de casos de anomalías congénitas según comuna residencia. Cali año 2014 51
Tabla 30. Frecuencia de casos nuevos y recaídas según localización de la tuberculosis, Cali 2014 67
Tabla 31. Casos nuevos y recaídas de tuberculosis todas las formas según EPS. Cali 2014. (>10 casos) 69
Tabla 32. Casos nuevos y recaídas de tuberculosis todas las formas según EPS, Cali 2014 (< = 10 casos) 69
Tabla 33. Distribución de casos nuevos y recaídas de TB- TF según grupos vulnerables, ss 1 – 53 , Cali 2014 70
Tabla 34 Distribución de casos TBTF nuevos y recaídas en personas en situación de calle por grupos de edad, Cali 2014 71
Tabla 35. INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS. Semana 53, 2014 75
Tabla 36. Indicadores TB/VIH - Sivigila 2014 (semana 53) 75
Tabla 37. Asociación TB/VIH 76

Tabla 38. Comportamiento de la mortalidad en mujeres gestantes. Cali año 2014 89
Tabla 39.: Mortalidad Materna por UPGD. Cali – año 2014 (n= 13) 90
Tabla 40: Causas de Mortalidad Materna. Santiago de Cali. (n= 8) 90
Tabla 42. Mortalidad Materna por aseguradora. Santiago de Cali. (n= 13) 91
Tabla 43. Causas de Morbilidad Materna Extrema. Santiago de Cali-2014. (n= 447) 95
Tabla 44. Indicadores Epidemiológicos la de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Cali-2014 (n= 341) ... 98
Tabla 45. Casos de ETA por grupo etario. Cali – 2014. 100
Tabla 46. Casos por régimen de seguridad social en salud 104
Tabla 47. Distribución de casos de violencias: intrafamiliar, contra la mujer y sexual, por edad 107
Tabla 48. Distribución de violencias intrafamiliar, contra la mujer, sexual, por comuna. Cali. 108
Tabla 49. Caracterización sociodemográfica casos de mortalidad por desnutrición. Cali año 2013 111
Tabla 50. Antecedentes prenatales mortalidad por desnutrición. Cali año 2014 112
Tabla 51. Características de la madre 112
Tabla 52. Distribución de casos según entidad notificadora 113
Tabla No. 53. Distribución de casos de Mortalidad por DNT por EPS. 113
Tabla 54.. Indicadores de Vigilancia en Salud Pública Mortalidad por Desnutrición 115
Tabla 54. Notificación anual según SIVIGILA y RUAF DANE. 115
Tabla 55. Distribución de casos de BPN a término por UPGD. 118
Tabla 56. Distribución de casos de BPN a término por EPS. 118
Tabla 57. Distribución de casos de BPN a término por Comuna. Cali – Año 2014 119
Tabla 58. Indicadores de Vigilancia Epidemiológica BPN a Término 120
Tabla 59. Neumonía asociada a ventilador mecánico UCI – ADULTO 121
Tabla 60. Neumonía asociada a ventilador UCI-INTERMEDIO - ADULTO 122
Tabla 61. Infección Sintomática del tracto urinario asociada a catéter UCI-ADULTO 123
Tabla 62. Infección sintomática del tracto urinario asociado a catéter – UCI- intermedio adulto 124
Tabla 63. Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central UCI-ADULTO. 125
Tabla 64. Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central UCI-INTERMEDIO adulto. 125
Tabla 65. Neumonía asociada a ventilador mecánico UCI-PEDIATRICA 126
Tabla 66. NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADORMECANICO UCI/I-P 127
Tabla 67. Infección sintomática del tracto urinario asociado a catéter UCI-P 128
Tabla 68. Infección sintomática del tracto urinario asociada a catéter UCI-INTERMEDIO pediátrico. 128
Tabla 69. Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central UCI-Pediátrico. 130
Tabla 70. Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central UCI-INT. PEDIATRICO 130
Tabla 71. Neumonía asociada a ventilador mecánico en UCI neonatal 131
Tabla 72. Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central UCI neonatal. 131
Tabla 73. Neumonía asociada a ventilador mecánico UCI-INTERMEDIO Neonatal. 132
Tabla 74. Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter UCI intemedio neonatal 133
Tabla No. 75. Consumo de antibióticos UCI Adulto Cali - AÑO 2014 134
Tabla 76. Consumo de antibióticos en servicios de hospitalización adulto Cali-año 2014 135
Tabla 77. Consumo de antibióticos UCI ADULTOS Cali años2013 - 2014 135
Tabla 78. Consumo de antibióticos servicios de hospitalización adultos. Cali años 2013- 2014 135

Tabla 79. Distribución de casos según fechas celebraciones y festividades. 140
Tabla 80. Circunstancia en la que ocurrió la lesión 143

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide Poblacional Cali – año 2014 14
Figura 2. Tasas específicas de fecundidad Cali – año 2014 15
Figura 3. Porcentaje de cumplimiento notificación Cali – año 2014 16
Figura 4. Casos probables de tosferina Cali – año 2014 20
Figura 5. Canal endémico Parotiditis. Cali año 2014 25
Figura 6. Canal endémico acumulado Parotiditis. Cali año 2014 25
Figura 7. Casos Parotiditis por grupo de edad y sexo. Cali año 2014 27
Figura 8. Casos parotiditis según semana epidemiológica. Cali 2014 27
Figura 9. Casos parotiditis según grupo de edad. Cali 2014 29
Figura 10. Canal endémico de Varicela. Cali año 2014 33
Figura 11. Casos de varicela según comuna de residencia. Cali año 2014 34
Figura 12. Porcentaje de casos de IRA por tipo de servicio y grupo de edad. Cali año 2014 36
Figura 13. Porcentaje de Hospitalización en UCI por IRAG según grupo de edad y semana epidemiológica Cali - Año 2014 36
Figura 14. Porcentaje de Hospitalización general por IRA según grupo de edad y semana epidemiológica. Año 2014 37
Figura 15. Tasa de mortalidad por IRA en menor de 5 años 38
Figura 16. Casos confirmados por laboratorio y clínica de IRAG inusitada. Residentes Cali. Año 2012 a 2014 39
Figura 17. Mapa incidencia y defunciones por IRAG inusitado. Año 2014 40
Figura 18. Circulación viral casos confirmados de ESI. Año 2014. 43
Figura 19. Resultados de laboratorio para virus respiratorios – casos IRAG. Año 2014 44
Figura 20. Casos confirmados por laboratorio de ESI-IRAG. 46
Figura 21. Casos Notificados de EDA por Semana epidemiológica. Cali año 2012-2013 47
Figura 22. Notificación por periodo epidemiológico casos de defecto congénito en menores de 1 año. Madres residentes en Cali año 2012 a 2014 49
Figura 23. Canal endémico Dengue año 2009 a 2014. Cali. 52
Figura 24. Canal endémico Dengue año 2014. Cali 53
Figura 25. Casos de dengue por semana epidemiológica. Cali año 2014 53
Figura 26. Casos de dengue por periodo epidemiológico. Cali año 2014 54
Figura 27. Mapa de riesgo dengue. Cali año 2014. 54
Figura 28. Canal endémico Malaria. Cali año 2014. 55
Figura 29. Casos de Malaria según comuna de estadía vacacional. Cali año 2014. 56
Figura 30. Canal endémico de mordeduras por animales potencialmente transmisores de rabia. 57
Figura 31. Canal endémico de mordeduras y casos por periodo epidemiológico. 57
Figura 32. Casos de mordeduras según comuna de residencia. Cali año 2014. 58
Figura 33. Distribución de casos según sexo del agredido. Cali año 2014. 58
Figura 34. Canal endémico de Leptospirosis. Cali año 2014. 59
Figura 35. Canal endemico y casos por periodo epidemiológico de Leptospirosis. 60
Figura 36. Casos notificados de Tuberculosis todas las formas (TB-TF) SIVIGILA 61

Figura 37. Casos de TB-TF nuevos y recaídas notificados según nivel de atención, semana epidemiológica 1 – 53, Cali 2014 (n= 977) 63
Figura 38. Casos de TB-Pulmonar nuevos y recaídas Bk positivos notificados según nivel de atención, semana epidemiológica 1 – 53 Cali 2014 (n=625) 64
Figura 39. Distribución de casos de TB-TF según condición de ingreso, ss 1-53, Cali 2014 65
Figura 40. Tasa de incidencia notificada de Tuberculosis todas las formas período 1990-2014, Cali 66
Figura 41. Distribución de los casos nuevos y recaídas notificados según tipo de tuberculosis, semanas epidemiológicas 1-53, Cali 2014 67
Figura 42. Casos nuevos y recaídas de tuberculosis todas las formas por aseguramiento. Cali 2014 68
Figura 43. Distribución de casos nuevos y recaídas de TB-TF según etnia. Cali 2014. 70
De los casos notificados de TB TF en el 59% se informo la ocupación. Las más frecuentes fueron: ama de casa con 161 casos, cesantes 60 casos, estudiantes 56 casos, pensionados 30 casos, conductores 24 casos (taxi 12, buses 6, camionetas 5). En trabajadores del área de la salud se presentaron 23 casos. 72
Figura 44. Distribución de casos de tuberculosis todas formas según edad. Cali 2014 72
Figura 45. Distribución de casos nuevos y recidivas de Lepra notificados, según periodo epidemiológico, Cali, 2013 vs 2014. 76
Figura 46. Casos nuevos y recidivas de Hansen notificados, según grupos de edad, Cali, 2013 vs 2014 77
Figura 47. Distribución de casos nuevos y recidivas de Hansen notificados, según clasificación bacteriológica MB y PB, Cali 2013 vs 2014. 77
Figura 48. Distribución de casos nuevos y recidivas de hansen notificados, según grado de discapacidad, Cali, 2013 vs 2014. 78
Figura 49. Sífilis gestacional por Grupo de edad y grupo étnico. Cali 2014. (n= 350) 80
Figura 50. Distribución de la Sífilis Gestacional por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-53. n= 350 81
Figura 51. Sífilis Congénita por edad al momento del diagnóstico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 133 82
Figura 52. Sífilis Congénita por tipo de aseguramiento y pertenencia étnica. Santiago de Cali(n= 133) 82
Figura 53. Distribución de la Sífilis Congénita por comunas. Santiago de Cali (n= 133) 83
Figura 54. Comportamiento anual Sífilis gestacional y congénita. Cali años 2013 a 2014 84
Figura 55. VIH / SIDA por Edad y Género. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 648 84
Figura 56. VIH / SIDA por Tipo de aseguramiento y Etnia. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 648 85
Figura 57. VIH / SIDA por Mecanismo de Transmisión. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 648 85
Figura 58. VIH / SIDA por Clasificación Clínica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 648 86
Figura 59. VIH / SIDA Enfermedades Oportunistas. Santiago de Cali. (n= 648) 87
Figura 60. Distribución de VIH/SIDA por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53. n= 648 87
Figura 61. VIH /SIDA Por Año 1985-2014 Cali 88
Figura 62. Razón de mortalidad materna. Santiago de Cali. 2000-2014 92

Figura 63. Comportamiento de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 447 93
Figura 64. Distribución por grupos de edad de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 447 94
Figura 65. Distribución por pertenencia étnicas vs régimen de seguridad social en salud de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53. n= 447 94
Figura 66. Distribución de la morbilidad materna extrema C por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53. n= 447 96
Figura 67. Comportamiento de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 341 97
Figura 68. Distribución por grupos de edad de madre la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 341 97
Figura 69. Distribución de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53. n= 441 98
Figura 70. Casos de enfermedad transmitida por alimentos y agua (ETA) años 2013-2014. Cali. 99
Figura 71. Distribución según tipo de cáncer. Cali año 2014. 102
Figura 72. No. De casos nuevos según edad y sexo. Cali año 2014. 102
Figura 73. Distribución de casos de cáncer infantil por UPGD. Cali año 2014. 103
Figura 74. Distribución según Régimen de Seguridad Social 103
Figura 75. Distribución de casos de cáncer según condición final y comuna de residencia 104
Figura 76. Distribución de violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer y violencia sexual por semana, Cali 2014 vs 2013. 106
Figura 77. No. de defunciones por desnutrición. Cali año 2011-2014 111
Figura 78. Defunciones por desnutrición en menor de 5 años por periodos epidemiológicos. Años 2013- 2014 Cali 113
Figura 79 Mapa por comunas de casos de mortalidad por Desnutrición. Cali – Año 2014 114
Figura 80. BPN a término por periodos epidemiológicos 116
Figura 81. BPN a término según edad de la madre. 117
Figura 82. BPN a término por Aseguramiento en salud. Cali año 2014 117
Figura 83. NAV UCI-A Y UCI/I-A 123
Figura 84. ISTU-AC UCI-A Y UCI/I-A 124
Figura 85. ITS-AC UCI-A Y UCI/I-A 126
Figura 86. NAV UCI-P Y UCI/I-P 127
Figura 87. ISTU-AC UCI-P Y UCI/I-P 129
Figura 88. ITS-AC UCI-P Y UCI/I-P 131
Figura 89. IAAS Catéter venoso central UCI NEONATAL. Cali año 2014. 132
Figura 90. IAAS Ventilador mecánico UCI NEONATAL. Cali año 2014. 133
Figura 91. IAAS Torrente Sanguíneo UCI NEONATAL-Intermedio. Cali año 2014. 134
Figura 92. Lesionados por pólvora Cali y Valle. 2011 al 2014 138
Figura 93. Tasa de lesionados por polvora por 100.000 habitantes. 139
Figura 94. Numero acumulado de casos de lesiones por polvora. Cali año 2014. 139

Figura 95. Lesionados por pólvora según sexo y grupo de edad. Cali dic. 2014—ene 2015..... 141
Figura 96. Proporción de menores de 10 años lesionados por pólvora. Cali año 2014. 141
Figura 97. Mapa de lesiones por pólvora en Cali. Año 2014-2015 142
Figura 98. Distribución de casos de lesiones por pólvora según tipo de artefacto..... 143
Figura 99. Distribución de eventos según sitio anatómico afectado. Periodo 2014-2015..... 144

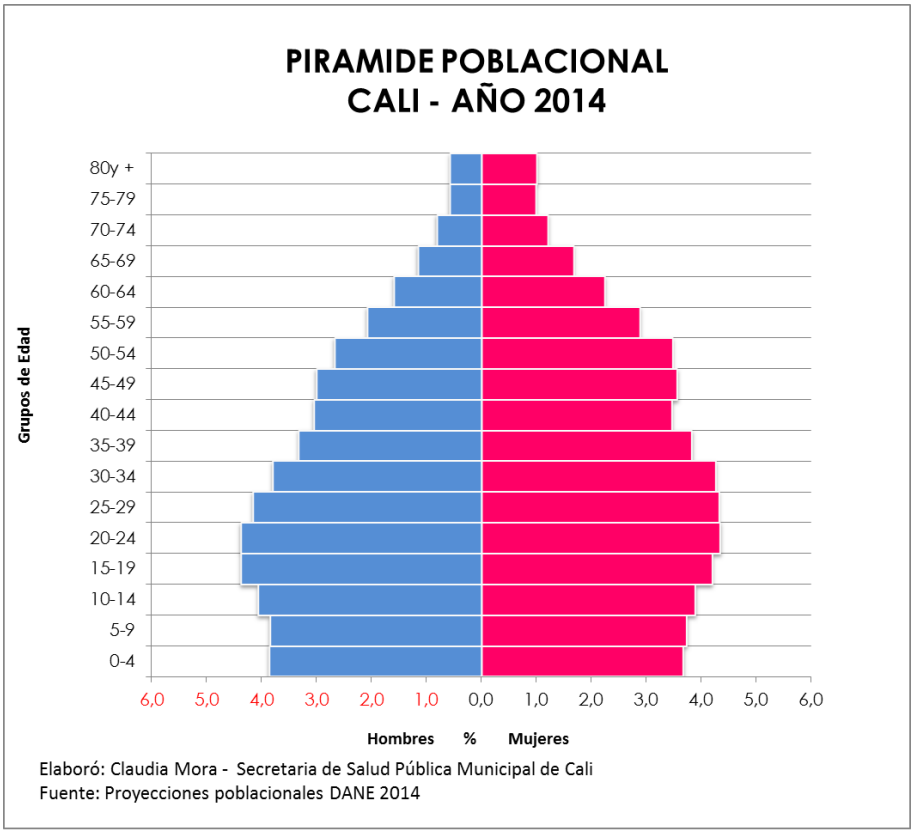
LISTADO DE SIGLAS

CIE 10: Clasificacion internacional de Enfermedades, version 10
CVC: Catéter Venoso Central
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dpto.: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
DD: Días Dispositivo
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ESI: Enfermedad Similar a la influenza
ETA: Enfermedades Trasmitidas por alimentos
ETS: Enfermedades de Trasmisión Sexual
ETV: Enfermedades Trasmitidas por Vectores
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
HTA: Hipertensión Arterial
IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
IC95%: Intervalo de confianza al 95%
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
SISPRO: Sistema Integral de Informacion de la Proteccion Social
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Publica
SVCA: Sistema de Vigilancia de la Calidad del Aire
TB: Tuberculosis
TGF: Tasa Global de Fecundidad
TGF: Tasa Global de Fecundidad
UCI: Unidad de Cuidado Intensivo
UCI-A: Unidad de Cuidado Intensivo Adulto
UCI-P: Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano
VM: Ventilador Mecánico
Violencia intrafamiliar (VIF), Violencia intrafamiliar (VIF) y Violencia sexual (VSX)

1. Descripción socio-demográfica

De acuerdo a las proyecciones poblacionales DANE el municipio de Santiago de Cali tiene una población de 2.344.734 habitantes, con una distribución poblacional de pirámide tipo constrictivo con una mayor concentración de población joven y adulto joven, lo que indica reducción de la natalidad y aumento en la expectativa de vida en los últimos años. Hay una mayor concentración de mujeres a partir de los 35 años en comparación con los hombres.

Figura 1. Pirámide Poblacional Cali – año 2014



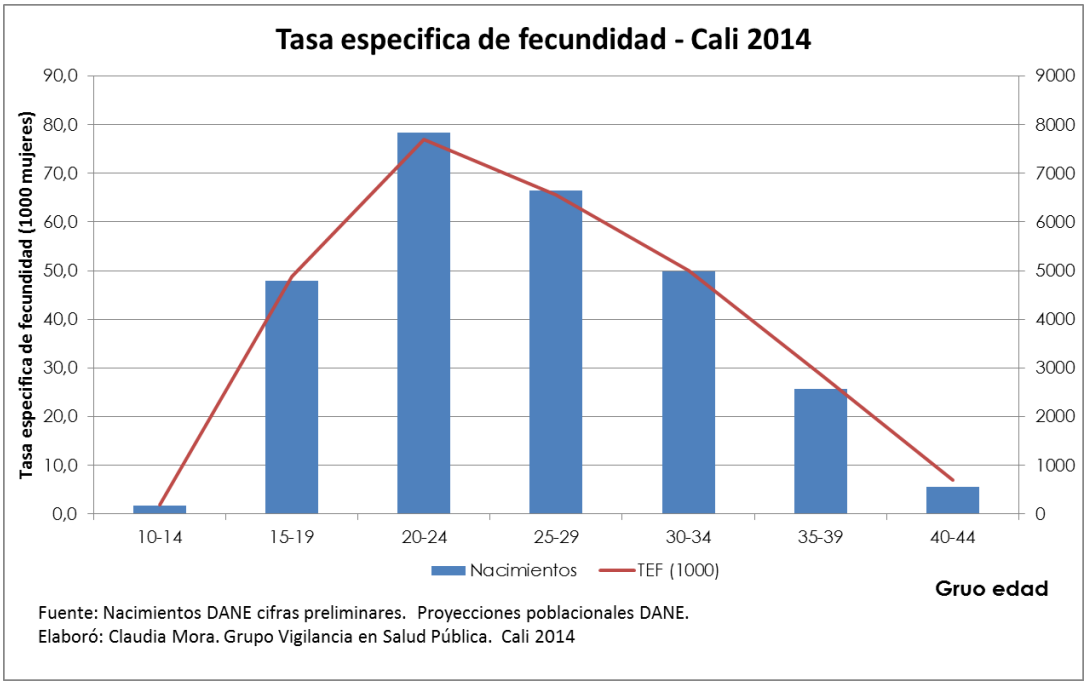
El índice de dependencia general es de 45 personas menores de 15 años o mayores de 65 años por cada 100 personas en edad productiva. El índice de envejecimiento es de 35 adultos mayores por 100 personas menores de 60 años, siendo mayor para las mujeres que para los hombres, tabla No. 1.

Tabla 1. Índices de dependencia Cali – año 2014

Indices de Dependencia			
	Hombres	Mujeres	Total
General	54	52	45
Juvenil	44	41	33
Senil	10	12	12
Envejecimiento	22	28	35

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE – Cali año 2014.

Figura 2. Tasas específicas de fecundidad Cali – año 2014



Fuente: Nacimientos DANE cifras preliminares. Proyecciones poblacionales DANE.
Elaboró: Claudia Mora. Grupo Vigilancia en Salud Pública. Cali 2014

2. Notificación año 2014

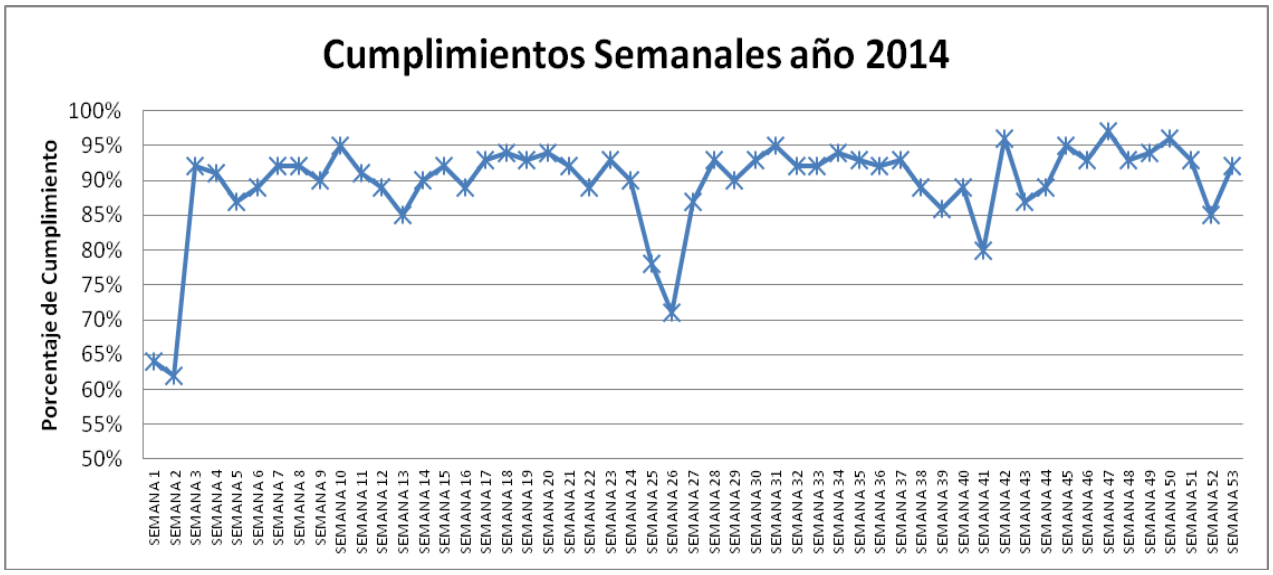
En el inicio del año 2014 la Secretaría de Salud Municipal de Cali tenía 303 UPGD, clasificadas como notificadoras 168 y como informadoras 135. En el transcurso del año ingresaron al SIVIGILA 95 instituciones, todas UPGD informadoras, dando cumplimiento al proyecto de ampliación de la red de notificadores. Cerraron 2 UPGD, Clínica Santiago de Cali y Ser Salud Ferrocarriles, quedando caracterizadas las UPGD:

Tabla 2. Clasificación IPS en notificadora o informadora

Tipo UPGD	Total
Cerradas (instituciones con notificación en el SIVIGILA)	11
informadora	221
notificadora	166

Total general	**398**

Figura 3. Porcentaje de cumplimiento notificación Cali – año 2014



Fuente: Archivos planos notificados a SSD

3. Eventos Inmunoprevenibles

3.1 Parálisis Flácida Aguda:

En el 2014 se notificaron 3 casos probables de parálisis flácida (PFA).

Los casos fueron notificados oportunamente en las semanas epidemiológicas 03, 09 y 23 mediante ficha y archivo plano por la Fundación Clínica Infantil Club Noel, la ESE Hospital Cañaveralejo y la Clínica Saludcoop Cali Norte. Las edades de los casos fueron 5, 8 y 13 años; un hombre y dos mujeres. Residían en la comuna 2 (Altos de Normandía), 18 (Prados del Sur) y 7 (Siete de Agosto); dos pertenecen al régimen subsidiado Emssanar y Coosalud y el restante al contributivo (Saludcoop).

Las muestras tomadas en la ESE Hospital Cañaveralejo y la Clínica Saludcoop Cali Norte fueron tomadas tardíamente; las tres fueron procesadas por el Instituto Nacional de Salud (INS) y el resultado fue negativo.

Dos de los casos fueron investigados en las primeras 48 horas de notificados y se realizó monitoreo rápido de coberturas (MRC) cuyo resultado fue 100%; el caso residente en el barrio Siete de Agosto (ESE Norte) fue investigado tardíamente y no se realizó MRC. En los tres casos se entregó la 1ª valoración neurológica.

Se notificaron 7 casos provenientes de fuera de Cali, 2 de municipios del Valle del Cauca (Buenaventura y Palmira) y 5 de otros departamentos (Cauca (3), Nariño y Putumayo).

Los casos fueron notificados en las semanas 8 – 9 – 13 – 14 – 22 – 25 y 30, por las siguientes UPGD: Corporación Comfenalco Universidad Libre (3), Fundación Valle del Lili (2), Fundación Clínica Infantil Club Noel y Hospital Universitario del Valle (1 c/u).

Las edades de los casos fueron 2 años (2), 6, 8, 11 y 12 años (2); cuatro de los casos se presentaron en mujeres. Cinco de las muestras fueron tomadas oportunamente, todas con resultado de laboratorio negativo y dos pendientes por clasificar. Los casos provenientes de Nariño y Putumayo, notificados en las semanas 13 y 30 aparentemente no se le tomaron muestra de laboratorio.

1.1 Indicadores de Vigilancia:

1. La tasa de PFA para el municipio de Cali fue de **0,55** x 100.000 menores de 15 años, con lo cual no se cumplió con el estándar requerido de notificación mínima de casos (ideal mayor de 1 x 100.000 menores de 15 años).
2. Porcentaje de los casos investigados oportunamente fue del **66,6%** (ideal 80% de los casos investigados en las primeras 48 horas de notificado).
3. Porcentaje de casos con muestra de heces tomada oportunamente fue del **33,3%**, con lo cual no se cumplió con el porcentaje de toma oportuna de muestra (ideal 80% de toma de la muestra en los primeros 14 días de iniciada la parálisis).
4. Porcentaje de muestras recibidas en el INS oportunamente fue del 100% (ideal enviarlo antes de 6 días después de la toma).
5. Porcentaje de muestras procesadas por el INS en menos de 21 días fue del 100% (ideal 80%).
6. Porcentaje de cumplimento de las unidades primarias generadoras de datos fue > 93%.

3.2 Sarampión / Rubéola:

3.1.1 Sarampión:

En 2014 se notificaron 16 casos sospechosos de sarampión. Los casos fueron notificados oportunamente en las siguientes semanas epidemiológicas: 12 (2), 17, 20, 21, 27, 28 (2), 29, 30, 31 (2), 33 (2), 34 y 41.

Los casos fueron reportados por 8UPGD; 7 de ellas pertenecientes a la red privada: Ser salud SA (5), Clínica Versalles SA (4), Servidemic Quirón SAS (2), Centro Médico Imbanaco, Clinisanitas Tequendama, Comfandi Morichal, Comfenalco IPS Centro y Hospital Departamental Mario Correa Rengifo.

El 43,8% (7) de los casos residían en el área de influencia de la ESE Norte: comuna 2 (La Flora), comuna 3 (Santa Mónica), comuna 4 (Popular), comuna 6 (Floralia (3) y San Luis); el 25,0% (4) en el área de influencia

de la ESE Ladea: comuna 1 (Aguacatal y Terrón Colorado), comuna 18 (Pampas del Mirador) y comuna 19 (Santa Barbara); el 18,8% (3) en el área de influencia de la ESE Oriente: comuna 14 (Nueve de Enero), comuna 15 (Ciudad Córdoba) y comuna 21 (Decepaz). El 12,5% (2) restantes son de la ESE Centro: comuna 10 (Santo Domingo) y comuna 11 (El Jardín).

Al sexo masculino pertenecía el 68,8% (11) de los casos y al femenino el 31,2% (5). Las edades eran las siguientes: 7 meses, 9 meses, 10 meses, 11 meses, 1 año (2), 2 años (3), 3 años, 5 años (2), 9 años, 15 años, 33 años y 36 años.

En cuanto a la afiliación al SGSSS, el 93,8% (15) estaban afiliados al régimen contributivo: Comfenalco (10), Coomeva, SOS (2 c/u) y Sanitas; el caso restante estaba afiliado al régimen subsidiado (Coosalud).
Al 100.0% (16) de los casos se les tomó muestra de laboratorio de manera oportuna, examinados por el Laboratorio de Salud Pública Departamental, todos con resultados negativos.

El 56,3% (9) de los casos fueron investigados oportunamente. Las ESE Norte (3), Ladera (2) y Oriente (2) investigaron los casos después de las 48 horas de haberles sido notificados.

El 100% de los casos investigados tenían un esquema adecuado de vacunación de acuerdo a su edad; se realizó Monitoreo Rápido de Cobertura (MRC) al 68,8% (11) de los casos investigados, todos con coberturas > 95%. Las ESE Ladera, Oriente (2 c/u) y Centro (1) no realizaron el MRC.

Todos los casos fueron notificados mediante archivo plano a la SSPM de Cali. Sersalud SA notificó en las semanas 24 y 30 dos casos sospechosos de sarampión, hombres de 13 y 21 años de edad, afiliados a Comfenalco y residentes en el municipio de Palmira; la Clínica Versalles notificó en la semana 37 un caso sospechoso, niño de 2 años, residente en Yumbo y afiliado a Salud Total. Los tres casos fueron descartados por laboratorio.

3.2.2. Rubéola:
Se notificaron 8 casos sospechosos de rubéola. Los casos fueron notificados oportunamente en las siguientes semanas epidemiológicas: 9, 15 (2), 19, 21, 31, 34 y 38.

Los casos fueron reportados por 4 UPGD, ninguna de ellas perteneciente a la red pública: Comfandi IPS Morichal (4), Sersalud SA (2), Colsalud y Comfandi IPS Torres.

El 50,0% (4) de los casos residían en el área de influencia de la ESE Oriente: comuna 15 (Ciudad Córdoba (2), Morichal de Comfandi (2): el 37,5% (3) en el área de influencia de la ESE Norte: comuna 4 (Salomia), comuna 5 (Urbanización Barranquilla, Villa del Prado); el 12,5% restante reside en el área de influencia de la ESE Ladera comuna 19 (Tres de Julio).

Al sexo femenino pertenecía el 75,0% (6) de los casos y al masculino el 25,0% (2). Las edades eran las siguientes: 1 año (2), 2 años (2), 3 años, 9 años, 51 y 54 años.
En cuanto a la afiliación al SGSSS, el 100% (8) estaban afiliados al régimen contributivo: SOS (5), Comfenalco (2) y Coomeva (1).

Al 100% (8) de los casos se les tomó muestra de laboratorio de manera oportuna; todas descartadas por el Laboratorio de Salud Pública Departamental.

El 75,0% (6) de los casos fueron investigados oportunamente. Las ESE Ladera y Norte investigaron dos casos después de las 48 horas de haberle sido notificado.

El 100% (8) de los casos investigados tenían un esquema adecuado de vacunación de acuerdo a su edad; se realizó Monitoreo Rápido de Cobertura (MRC) al 75,0% (6) de ellos con coberturas de vacunación > 95%; dos casos, de la ESE Ladera y Oriente no realizaron MRC.

El 100% de los casos fueron notificados mediante archivo plano a la SSPM de Cali.
La Clínica Versalles notificó en la semana 29 un caso sospechoso de rubéola, hombre de 23 años de edad procedente de Bogotá, afiliado a Comfenalco, el resultado de laboratorio fue negativo.
La tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión/rubeola fue de 1,02 x 100.000 habitantes (ideal igual o superior a 2 casos por 100.000 habitantes).

3.3 Síndrome Rubéola Congénita:

Serinsa Nororiente notificó en la semana 26 un caso sospechoso de síndrome de rubéola congénita, niña de 10 meses de edad, afiliada a Comfenalco, con resultado de laboratorio negativo. La Fundación Valle del Lili notificó en la semana 21 un caso sospechoso de síndrome de rubéola congénita, niño de 3 meses de edad, afiliado a Caprecom, el cual fue negativo por laboratorio.

3.4 Difteria

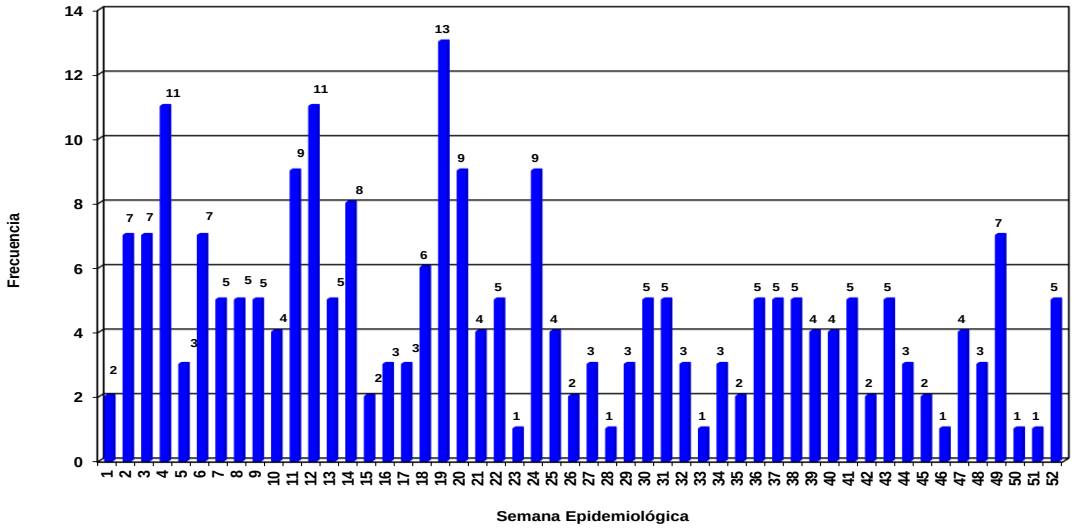
En este año no se notificaron casos probables de difteria.

3.5 Tosferina

En el 2014 se notificaron 242 casos probables de tos ferina.
Los casos fueron notificados en las siguientes semanas epidemiológicas con un promedio de 4,7 casos notificados por semana.

El 54,5% (132) de los casos fueron notificados por la Fundación Clínica Infantil Club Noel, Hospital Universitario del Valle y ESE Hospital Cañaveralejo. El 43,8% (106) de los casos fue notificado por la red pública.

Figura 4. Casos probables de tosferina Cali – año 2014



El 87,6% (212) de los casos fueron notificados mediante ficha epidemiológica. Las siguientes 15 UPGD no realizaron la notificación a través de la ficha epidemiológica:

El 69,0% (167) de los casos notificados tenían menos de 12 meses de edad, 19,0% (46) de 1 a 4 años, 2,5% (6) de 5 a 9 años y 9,5% (23) mayores de 15 años.
El 43,0% (04) de los casos notificados residían en el área de influencia de las ESE Ladera, el 30,2% (73) ESE Oriente, 11,2% (27) ESE Centro, 9,9% (24) ESE Norte, 4,1% (10) ESE Sur Oriente.
El 52,5% (127) de los casos notificados pertenecían al régimen subsidiado, 30,6% (74) al contributivo, 2,1% (5) régimen especial y 12,8% (31) al subsidiado.

El 12,0% (29) de los casos notificados fueron confirmados por laboratorio, el 2,5% (6) confirmados por clínica, el 72,3% (175) fueron descartados por laboratorio, el 7,4% (18) descartado por clínica y el 5,8% (14) de los casos permanecen probables.

Ocho muestras procedentes de la ESE Hospital Cañaveralejo (3), el Centro de Salud Terrón Colorado (2), Corporación Comfenalco Universidad Libre (2) y Clínica Versalles (2) fueron rechazadas.
15 UPGD no tomaron muestra de laboratorio y se presentan en la siguiente tabla.

En total se investigaron el 75,6% (183) de los casos: ESE Ladera (85), Oriente (58), Centro (17), Norte (16) y ESE Sur Oriente (7).

En el 24,4% (59) de los casos no se tiene el informe de la investigación de campo: Ladera (19), Oriente (15), Centro (10), Norte (8), Sur Oriente (3) y sin dirección (4).

Tabla 3. UPGD que notificaron casos probables de Tosferina. Cali 2014

UPGD	No.	%	% Acum.
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	68	28,1	28,1
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	36	14,9	43,0
ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	28	11,6	54,5
CENTRO DE SALUD TERRON COLORADO	14	5,8	60,3
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	13	5,4	65,7
FUNDACION VALLE DEL LILI	12	5,0	70,7
CLINICA VERSALLES SA	8	3,3	74,0
COMFANDI IPS MORICHAL	8	3,3	77,3
CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE	7	2,9	80,2
CLINICA AMIGA	5	2,1	82,2
CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	5	2,1	84,3
CORPORACION COMFENALCO UNIVERSIDAD LIBRE	5	2,1	86,4
CLINICA DE OCCIDENTE	4	1,7	88,0
COMFANDI IPS PASOANCHO	3	1,2	89,3
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO	3	1,2	90,5
COMFANDI IPS CALIPSO	2	0,8	91,3
COMFENALCO VALLE IPS SAS	2	0,8	92,1
SECCIONAL SANIDAD POLICIA NACIONAL	2	0,8	93,0
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE COMFAMILIAR	1	0,4	93,4
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA	1	0,4	93,8
CENTRO DE SALUD MARROQUIN	1	0,4	94,2
CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO	1	0,4	94,6
CENTRO MEDICO IMBANACO	1	0,4	95,0
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	1	0,4	95,5
CLINICA COMFANDI	1	0,4	95,9
CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	1	0,4	96,3
COMFANDI	1	0,4	96,7
CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS CALICENTRO	1	0,4	97,1
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL SA EMI	1	0,4	97,5
HOSPITAL CARLOS CARMONA	1	0,4	97,9
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CALI	1	0,4	98,3
PASOANCHO SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	1	0,4	98,8
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	1	0,4	99,2
SECCIONAL SANIDAD VALLE - ESPAB SATEQ	1	0,4	99,6
sin dato	1	0,4	100,0
Total	242	100	

Tabla 4. Casos de tosferina según afiliación y EPS. Cali 2014.

EPS	SGSSS					Total
	Subsidiado	Contributivo	Especial	Vinculado	sin dato	
EMSSANAR	75					75
COOSALUD	25					25
CAPRECOM	20					20
CAFESALUD	4					4
CAJANAL	2					2
ASMET SALUD	1					1
SOS		35				35
COMFENALCO		13				13
SURA		6				6
SALUD TOTAL		5				5
COOMEVA		4				4
CRUZ BLANCA		3				3
SALUDCOOP		3				3
SANITAS		3				3
NUEVA EPS		1				1
POLICIA NACIONAL			3			3
COLSANITAS			1			1
COOMEVA PREPAGADA			1			1
VINCULADO				31		31
sin dato					6	6
Total	127	74	5	31	6	242

Tabla 5. Casos probables de Tosferina sin toma de muestra de laboratorio. Cali 2014

UPGD	No.	%
ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	6	22,2
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	3	11,1
CENTRO DE SALUD POTRERO GRANDE	2	7,4
CENTRO DE SALUD TERRON COLORADO	2	7,4
CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	2	7,4
CLINICA VERSALLES SA	2	7,4
COMFANDI IPS MORICHAL	2	7,4
CENTRO DE SALUD MARROQUIN	1	3,7
CENTRO MEDICO IMBANACO	1	3,7
COMFANDI IPS PASOANCHO	1	3,7
CORPORACION IPS OCCIDENTE - IPS CALICENTRO	1	3,7
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL SA EMI	1	3,7
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	1	3,7
PASOANCHO SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	1	3,7
SECCIONAL SANIDAD VALLE - ESPAB SATEQ	1	3,7
Total	27	100

En la semana 4 el Hospital Universitario del Valle notificó la muerte de un menor de edad (un mes de nacido), residente en el barrio El Mortiñal – ESE Ladera. Caso confirmado por laboratorio (IFI) y en Unidad de Análisis Municipal.

En el 2014 fueron notificados 45 casos probables de tos ferina, de pacientes residentes en otros municipios, 3 sin ficha de notificación (Fundación Clínica Infantil Club Noel (2), Comfandi IPS Centro (1) y 6 sin archivo plano: Fundación Clínica Infantil Club Noel (5) y Corporación Comfenalco Universidad Libre (1).
De los casos 3 fueron confirmados por laboratorio: Florida, Jamundí y departamento del Cauca.
39 casos fueron negativos por laboratorio: Palmira (7), Jamundí (4), Candelaria, Pradera, Yumbo (3 c/u), Florida (2), Bolívar, Buenaventura, El Dovio y Trujillo (1 c/u); departamento del Cauca 12 y Quindío (1).
3 casos están pendientes por clasificar: Buenaventura, Jamundí y uno del departamento del Cauca.

La incidencia de Tosferina en la población general para el municipio de Cali fue de 1,49 x 100.000 habitantes (35). Lo ideal por lo menos 1 caso x 100.000 habitantes. La incidencia en los menores de 5 años para el municipio de Cali fue de 17,7 x 100.000 habitantes (31). Lo ideal por lo menos 1 caso x 100.000 habitantes.

La tasa de mortalidad en la población general fue de 0.04 y en los menores de 5 años fue de 0.57 (ideal 0).

3.6 Tétanos Neonatal

Silencio epidemiológico.

3.7 Tétanos en Otros Grupos:

En el 2014 se notificaron 5 casos, uno de ellos descartado por error de digitación.

En la semana 7 la Clínica Saludcoop Cali Norte notificó un caso de tétanos accidental. Hombre de 57 años de edad residente en la comuna 21 – Ciudadela del Río Cali (ESE Oriente), afiliado a Saludcoop (régimen contributivo). El caso se presentó secundario a un procedimiento odontológico, se investigo a las 72 horas de la notificación y fue confirmado en la unidad de análisis correspondiente.

El segundo caso se notificó en la semana epidemiológica 10 por Su Vida Santillana. Hombre de 56 años residente también en la comuna 21 – Pízamos (ESE Oriente), afiliado a Caprecom (régimen subsidiado). El caso se presentó secundario a una herida en miembro inferior, confirmado también en la unidad de análisis correspondiente. El caso fue investigado el mismo día de haber sido notificado.

El Hospital Universitario del Valle notificó en la semana 13 un caso de tétanos accidental en una mujer de 61 años de edad residente también en el área de influencia de la ESE Oriente – comuna 15 barrio Mojica 2. Se presentó también secundario a una herida en miembro inferior, confirmado igualmente en la unidad de análisis correspondiente. El caso fue investigado el mismo día de notificado.

En la semana 29 la Corporación Comfenalco Universidad Libre notificó un caso de tétanos accidental. Mujer de 64 años de edad residente en el corregimiento de Pance (ESE Ladera), afiliada a Nueva EPS (régimen contributivo). El caso se presentó secundario a una herida en la región frontal 2ª a una caída desde su propia altura; no se realizó unidad de análisis. El caso fue investigado el mismo día de haber sido notificado.

3.8 Meningitis Bacterianas

3.8.1 Meningitis por Haemophilus Influenzae

En el año 2014 no fueron notificados casos de meningitis por Haemophillus influenzae de residentes en Cali. Se atendieron 2 casos en menores de 1 año, procedentes de los departamentos del Cauca y Choco.

3.8.2 Meningitis por Meningococo:

Fueron notificados 4 casos de meningitis por meningococo, en las semanas 9, 17, 24 y 35 de 50, 3, 25 y 15 años respectivamente; 1 mujer y 3 hombres, afiliados a las EPS SOS, EMSSANAR, CAPRECOM (2); se realizaron en total 36 quimioprofilaxis. El paciente de 15 años es procedente de Yumbo.

3.8.3 Meningitis por Neumococo:

Fueron notificados 8 casos de meningitis por neumococo.
El primer caso fue notificado en la semana epidemiológica 2 por la Clínica San Fernando. Una mujer de 44 años de edad residente en la comuna 20 - ESE Ladera (Siloé), afiliada al régimen contributivo (Nueva EPS). El caso fue investigado a las 24 horas de haber sido notificado por archivo plano, se confirmo por laboratorio; la paciente falleció.
El segundo caso fue notificado por el Hospital Universitario del Valle en la semana epidemiológica 11, niña de 6 años de edad, residente en la comuna 18 - ESE Ladera (Meléndez). Paciente afiliada al régimen subsidiado (Caprecom), caso notificado por archivo plano e investigado a los 17 días; fue confirmado por laboratorio.
El tercer caso fue notificado por el Hospital Universitario del Valle en la semana epidemiológica 13, mujer de 48 años de edad, residente en la comuna 13 - ESE Oriente (Ricardo Balcázar). Paciente afiliada al régimen subsidiado (Coosalud), caso notificado por archivo plano, investigado a los 34 días de haber sido notificado; caso confirmado por laboratorio.
El cuarto caso también fue notificado en la semana 13 por la Fundación Valle del Lili, niño de 7 años de edad, residente en la comuna 22 - ESE Ladera. Paciente afiliado a régimen especial (Coomeva Medicina Prepagada), caso notificado por archivo plano. El caso no fue investigado por la ESE Ladera; caso confirmado por laboratorio.
El quinto caso fue notificado en la semana 19 por la Corporación Comfenalco Universidad Libre, niño de 7 años de edad, residente en la comuna 18 - ESE Ladera (Meléndez). Paciente afiliado a régimen subsidiado (Emssanar), caso notificado por archivo plano. El caso fue investigado cuatro meses después de haber sido notificado; caso confirmado por laboratorio.
El sexto caso fue notificado por la Clínica Colsanitas Sebastián de Belalcazar en la semana epidemiológica 33, mujer de 56 años de edad, residente en la comuna 3 - ESE Ladera (San Pedro). Paciente afiliada al régimen contributivo (Sanitas), caso notificado por archivo plano, investigado a las 48 horas de haber sido notificado; caso confirmado por laboratorio.
El séptimo caso también fue notificado en la semana 38 por la Fundación Clínica Infantil Club Noel, niño de 4 años de edad, residente en la comuna 15 - ESE Oriente. Paciente sin afiliación al SGSSS, caso notificado por archivo plano. El caso investigado a los 32 días de haber sido investigado; caso confirmado por laboratorio.
El último caso fue notificado en la semana epidemiológica 44 por el Hospital Universitario del Valle, niño de 3 años de edad, residente en la comuna 11 - ESE Centro (Ciudad Modelo). Paciente afiliado al régimen contributivo (Salud Total), caso notificado por archivo plano y no fue investigado; caso confirmado por laboratorio.

En la semana 24 el Hospital Universitario del Valle notificó un caso confirmado por laboratorio proveniente de Guapi (departamento del Cauca). Hombre de 38 años de edad afiliado al régimen subsidiado (Salud Vida), se encuentra pendiente la confirmación por laboratorio y el paciente falleció. El caso fue notificado por archivo plano.

3.8.4 Meningitis por Tuberculosis

No fue notificado ningún caso de meningitis por tuberculosis en menores de 5 años.

3.9 Parotiditis

En este año fueron notificados 306 casos; el canal endémico se presenta en la siguiente gráfica.

Figura 5. Canal endémico Parotiditis. Cali año 2014

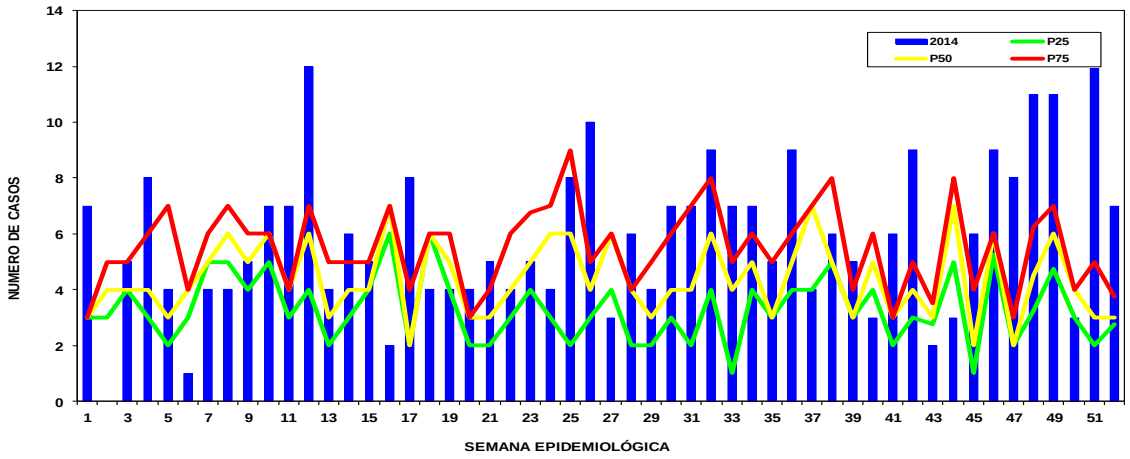
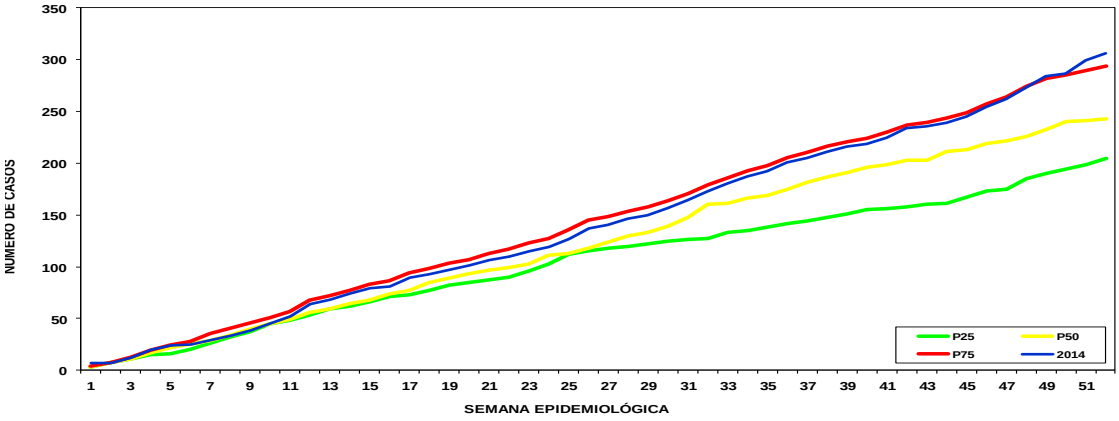


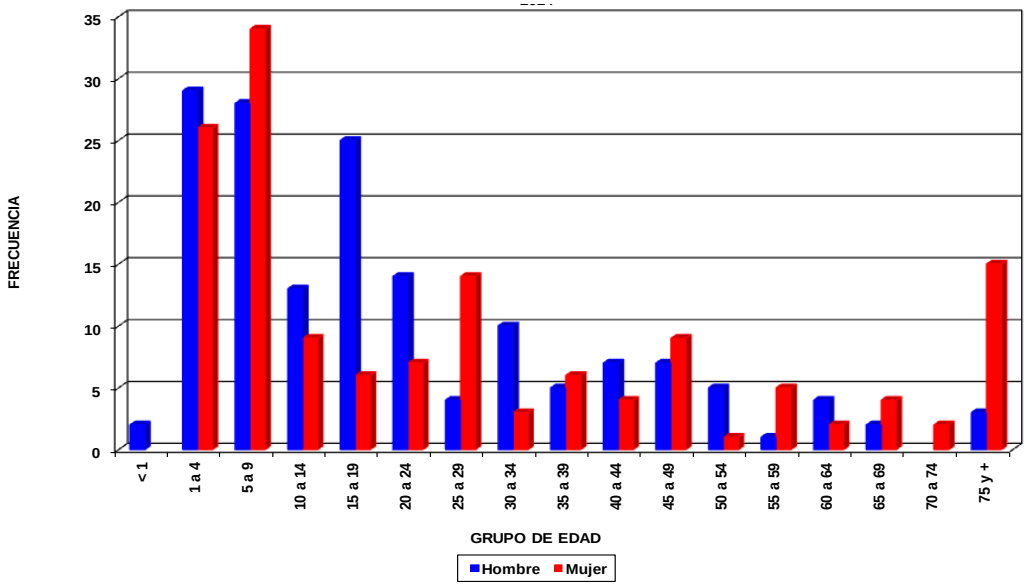
Figura 6. Canal endémico acumulado Parotiditis. Cali año 2014



El 49,7% (152) de los casos fueron notificados por nueve UPGD, todas IPS Privadas. .

El 46,1% (141) de los casos confirmados eran menores de 14 años, siendo los grupos más afectados el de 5 a 9 años con el 20,3% (34) y 1 a 4 con el 18,0% (55); el 52,0% (159) de los casos notificados ocurrieron en hombres y 48,0% (147) en mujeres.

Figura 7. Casos Parotiditis por grupo de edad y sexo. Cali año 2014



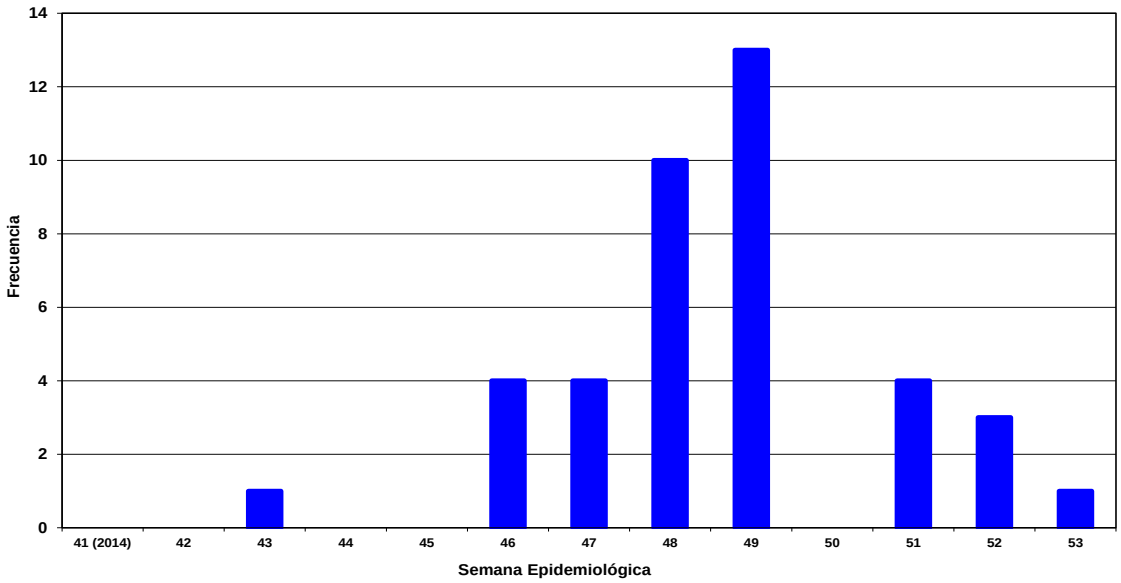
Brote: Desde el 20 de octubre de 2014 (semana epidemiológica 43), se presentó un brote en el Cantón Militar de Nápoles que comprometió a 40 soldados, todos los casos fueron notificados por el Hospital Militar Regional de Occidente.
Las siguientes acciones se realizaron durante la investigación de campo, referidos por los enfermeros de promoción y prevención:

- Incapacidad por 30 días a todos los militares enfermos.
- Aislamiento en casa de todos los militares afectados por el brote, siendo obligatorio la utilización de tapa bocas.
- Utilización de tapa bocas a todos los militares asintomáticos de los dos batallones.
- Desinfección de los sitios de alojamiento y de los utensilios de uso personal con solución de hipoclorito.
- Se cancelaron las visitas a los familiares de los militares de los dos batallones durante dos fines de semana.
- Capacitación a los militares de los dos batallones sobre la enfermedad: modo de transmisión, síntomas, medidas de prevención (jueves 11 y viernes 12 de diciembre).

A dos de los pacientes se les tomó muestra de suero y orina siento el RTPCR positivo para parotiditis.

El 57,5% (23) de los casos se presentaron en las semanas epidemiológicas 48 y 49.

Figura 8. Casos parotiditis según semana epidemiológica. Cali 2014



Cabe aclarar que los casos presentados en las semanas 43, 46 y 47 no fueron notificados a su debido tiempo. El 70,0% (28) de los casos se presentaron en el grupo de 18 a 19 años, siendo el promedio de edad 19.2 años, la mediana 19 años y moda 18 años.

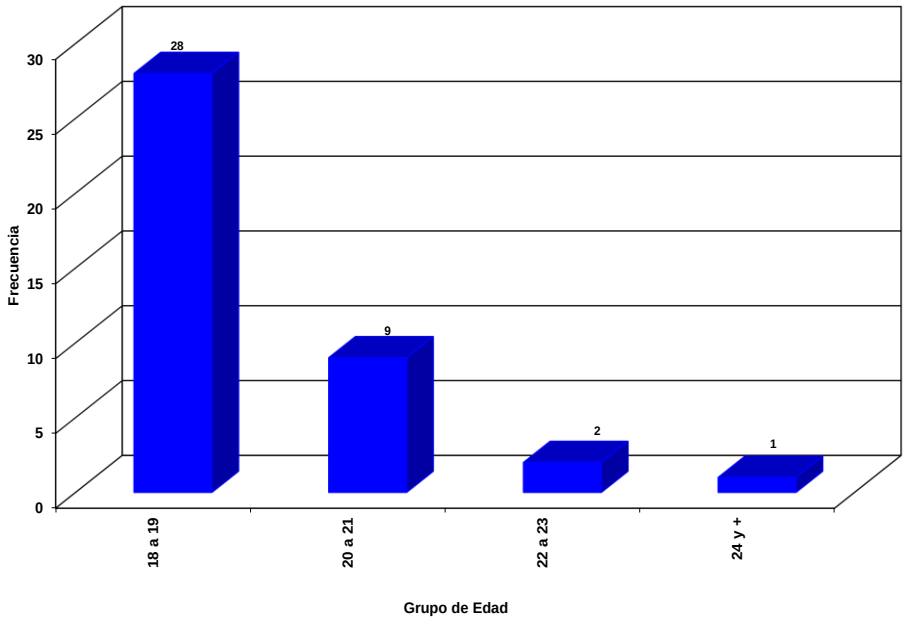
El 50,0% (20) de los afectados pertenecían al Batallón de Policía Militar No. 3 y el 27,5% (11) al Batallón de Infantería No. 8 Pichincha; en otras cinco compañías se presentaron los nueve casos restantes. El primer caso inició sintomatología el 20 de octubre y no hubo más casos hasta el 11 de noviembre cuando consultaron tres pacientes.

Los síntomas más frecuentes fueron dolor local, edema de tejidos blandos, fiebre, sintomatología respiratoria, malestar general y tumefacción.

A 30 de los pacientes atendidos (75%) se les hizo el diagnostico en el momento de la consulta.

El tratamiento instaurado a los pacientes consistió en aislamiento respiratorio, analgésicos y antihistamínicos.

Figura 9. Casos parotiditis según grupo de edad. Cali 2014



8.2 <u>Indicadores de vigilancia:</u>

1. La incidencia de Parotiditis en la población general para el municipio de Cali fue de 13,1 x 100.000 habitantes (ideal por lo menos 1 caso x 100.000 habitantes).

2. La incidencia del evento en los menores de 4 años para el municipio de Cali fue de 23,2 x 100.000 habitantes (ideal por lo menos 1 caso x 100.000 habitantes).

3.10 Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación (ESAVI):

Se notificaron 43 casos de ESAVI.
El 46,5% (20) de los casos, fueron notificados por seis UPGD, el 18,6% (8) de las UPGD que notificaron casos pertenecen a la red pública.

Tabla 4. Casos de ESAVI según UPGD. CALI 2014

UPGD	No.	%	% Acum.
FUNDACION VALLE DEL LILI	5	11,6	11,6
CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	3	7,0	18,6
COMFANDI IPS CALIPSO	3	7,0	25,6
COMFENALCO VALLE IPS SAS	3	7,0	32,6
COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA UBA COOMEV	3	7,0	39,5
PASOANCHO SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	3	7,0	46,5
COMFANDI IPS MORICHAL	2	4,7	51,2
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	2	4,7	55,8
SALUD CENTRO-CS SANTIAGO RENGIFO	2	4,7	60,5
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE CALI	2	4,7	65,1
CENTRO MEDICO IMBANACO	1	2,3	67,4
CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	1	2,3	69,8
CLINICA ORIENTE LTDA SEDE VILLACOLOMBIA	1	2,3	72,1
CLINISANITAS CIUDAD JARDIN	1	2,3	74,4
CLINISANITAS TEQUENDAMA	1	2,3	76,7
COMFANDI IPS EL PRADO	1	2,3	79,1
COMFANDI IPS PASOANCHO	1	2,3	81,4
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA SA	1	2,3	83,7
CS LA RIVERA - ESE NORTE	1	2,3	86,0
CS PUERTO MALLARINO - ESE NORTE	1	2,3	88,4
HOSPITAL CARLOS HOLMES - ESE ORIENTE	1	2,3	90,7
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS PRIMERO DE MAYO	1	2,3	93,0
RED DE SALUD DE LADERA ESE CS SILOE	1	2,3	95,3
SERSALUD SA	1	2,3	97,7
SINERGIA GLOBAL EN SALUD UNICENTRO SAS	1	2,3	100,0
Total	43	100	

El 48,8% (21) de los casos confirmados eran menores de 4 años, 13 de ellos menores de 1 año; el 58,1% (25) de los casos notificados ocurrieron en hombres.

Tabla 5. Casos de ESAVI según grupo de edad. CALI 2014

Grupo Edad	Hombre	Mujer	Total	%	% Acum.
< 1	7	6	13	30,2	30,2
1 a 4	6	2	8	18,6	48,8
5 a 9	1	3	4	9,3	58,1
10 a 14	1	6	7	16,3	74,4
15 a 19	1	1	2	4,7	79,1
20 a 24	1	1	2	4,7	83,7
25 a 29	1	1	2	4,7	88,4
30 a 34	0	0	0	0,0	88,4
35 a 39	0	1	1	2,3	90,7
40 a 44	0	2	2	4,7	95,3
45 a 49	0	1	1	2,3	97,7
50 a 54	0	0	0	0,0	97,7
55 a 59	0	1	1	2,3	100,0
Total	18	25	43	100	

El 74,4% (32) de los casos estaban afiliados al régimen contributivo, 14,0% (6) al subsidiado, 7,0% (3) al régimen especial y 4,7% (2) sin afiliación al SGSSS.

Tabla 6. Casos de ESAVI según asegurador en salud. Cali 2014

EPS	SGSSS				Total
	Contributivo	Subsidiado	Especial	Vinculado	
SOS	12				12
Coomeva	5				5
Sura	5				5
Comfenalco	4				4
Saludcoop	3				3
Sanitas	2				2
Famissanar	1				1
Emssanar		6			6
Coomeva Medicina Prepagada			2		2
Compañía Suramericana de Seguros de Vida			1		1
Vinculado				2	2
Total	32	6	3	2	43

El 65,1% (28) de los casos notificados han sido por los siguientes biológicos: Influenza, anti VPH, pentavalente y DPT.

Tabla 7. Casos de ESAVI según biológico. Cali 2014

Biológico	No.	%	% Acum.
INFLUENZA	9	20,9	20,9
ANTI VPH	8	18,6	39,5
PENTAVALENTE	6	14,0	53,5
DPT	5	11,6	65,1
TD	4	9,3	74,4
ANTINEUMOCOCO	3	7,0	81,4
BCG	3	7,0	88,4
ANTIPOLIO	2	4,7	93,0
ANTIMENINGOCOCO	1	2,3	95,3
FIEBRE AMARILLA	1	2,3	97,7
HEPATITIS A	1	2,3	100,0
Total	43	100	

Los casos se clasificaron de la siguiente manera: El 83,7% (36) leves y el 16,3% (7) graves. Cuatro de los graves estuvieron relacionados con la vacuna, dos fueron no concluyentes y uno fue coincidente.

En la semana 17 el Hospital Carlos Holmes Trujillo ESE Oriente notificó la muerte de una menor de un mes, sin seguridad social; siendo descartado como ESAVI.

3.11 Búsqueda Activa Institucional (BAI):

Tabla 8. BAI Sarampión Rubéola.

Trimestre	Total UPGD reporte mensual	Total UPGD SIVIGILA	Porcentaje de UPGD con BI	Total RIPS realizo busqueda	Eventos encontrados por RIPS	Número de historias clínicas revisadas	Eventos notificados previamente al SIVIGILA	Número de casos con muestra	Porcentaje de concordancia	Porcentaje de UPGD con concordancia > 90%	Clasificación final			Eventos encontrados por laboratorio	Eventos encontrados por estadísticas vitales
											Descartado	Confirmado	Compatible		
Primero	46	169	27	1413904	187	187	1	1	0,5	0	187			0	0
Segundo	55	32.5	1697756	262	262	7	5	5	1,9	0	262			0	0
Tercero	54	32.5	1814149	223	207	12	6	6	50	0	207			0	0
Cuarto	41	32.5	1107233	205	205	0	0	0	0	0	205			0	0

Tabla 9. BAI Parálisis Flácida.

Trimestre	Total UPGD reporte mensual	Total UPGD SIVIGILA	Porcentaje de UPGD con BI	Total RIPS realizo busqueda	Eventos encontrados por RIPS	Número de historias clínicas revisadas	Eventos notificados previamente al SIVIGILA	Número de casos con muestra	Porcentaje de concordancia	Porcentaje de UPGD con concordancia > 90%	Clasificación final			Eventos encontrados por laboratorio	Eventos encontrados por estadísticas vitales
											Descartado	Confirmado	Compatible		
Primero	46	169	27	263963	210	210	0	0			210			0	0
Segundo	55	32.5	1904175	30	30	0	0	0			30			0	0
Tercero	54	32.5	293662	19	19	0	0	0			19			0	0
Cuarto	41	32.5	139803	33	33	0	0	0			33			0	0

Tabla 10. Síndrome de Rubéola Congénita.

Trimestre	Total UPGD reporte mensual	Total UPGD SIVIGILA	Porcentaje de UPGD con BI	Total RIPS realizo busqueda	Eventos encontrados por RIPS	Número de historias clínicas revisadas	Eventos notificados previamente al SIVIGILA	Número de casos con muestra	Porcentaje de concordancia	Porcentaje de UPGD con concordancia > 90%	Clasificación final			Eventos encontrados por laboratorio	Eventos encontrados por estadísticas vitales
											Descartado	Confirmado	Compatible		
Primero	46	169	27	34983	301	301	0	0	0	0	301			0	0
Segundo	55	32.5	42075	153	153	1	1	1	0,7	0	153			0	0
Tercero	54	32.5	43308	120	120	0	0	0	0	0	120			0	0
Cuarto	41	32.5	34312	76	76	0	0	1	0	0	76			0	0

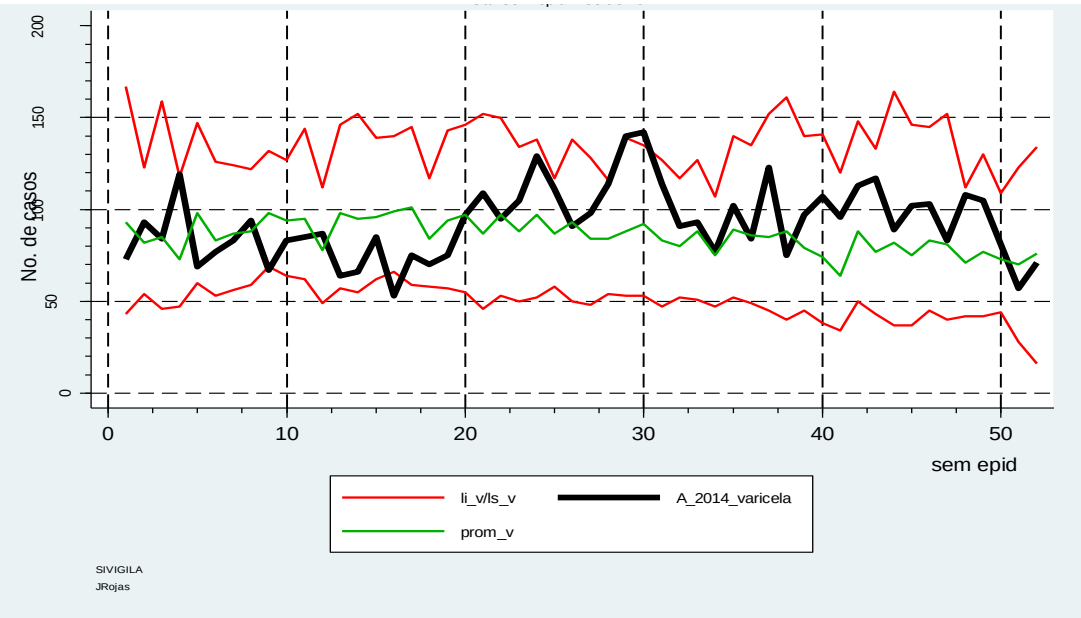
Tabla 11. BAI Tétanos Neonatal.

Trimestre	Total UPGD reporte mensual	Total UPGD SIVIGILA	Porcentaje de UPGD con BI	Total RIPS realizo busqueda	Eventos encontrados por RIPS	Número de historias clínicas revisadas	Eventos notificados previamente al SIVIGILA	Número de casos con muestra	Porcentaje de concordancia	Porcentaje de UPGD con concordancia > 90%	Clasificación final			Eventos encontrados por laboratorio	Eventos encontrados por estadísticas vitales
											Descartado	Confirmado	Compatible		
Primero	46	169	27	13492	204	204	0	0			204			0	0
Segundo	55	32.5	12203	258	258	0	0	0			258			0	0
Tercero	54	32.5	15145	258	258	0	0	0	0		258			0	0
Cuarto	41	32.5	10585	258	258	0	0	0	0		258			0	0

3.12 Varicela

Se reportaron 4870 casos de varicela durante 2014. Desde la semana 16 a 30 se observó un ascenso semanal en el número reportado de casos que sobrepaso la banda de alerta en las semanas 29 y 30; luego su tendencia fue descendente y permaneció en el canal de seguridad.

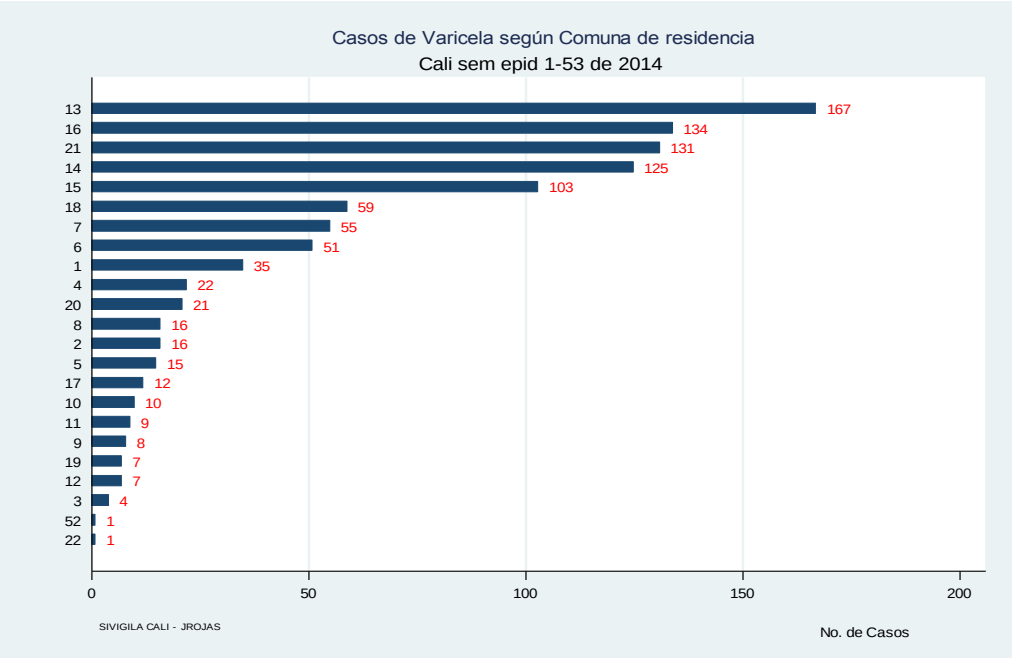
Figura 10. Canal endémico de Varicela. Cali año 2014



Tuvo una moda en el número de casos reportados en el Periodo Epidemiológico (PE) 8, cuando alcanzó 485 casos y continuó descendiendo hasta finalizar el año.

Las comunas 13, 16, 21,14 y 15 de la zona oriental de la ciudad agregaron el 13.6% del total. Son comunas con alta densidad poblacional; de pirámide poblacional de base ancha con alta densidad de población escolar y estrato socioeconómico bajo.

Figura 11. Casos de varicela según comuna de residencia. Cali año 2014



El 51% de los casos correspondió a Hombres. La distribución de edad de los casos de Varicela tanto en hombres como en mujeres es asimétrica positiva con la mediana de edad en hombres de 8 años y en mujeres de 9 años.

4. Infección Respiratoria Aguda Grave

En Colombia por lineamiento del Instituto Nacional de Salud se implementó la vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) mediante las cuatro estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

4.1 Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda

En el año 2014 en el municipio de Cali fueron notificados al SIVIGILA 446.707 casos de Infección Respiratoria Aguda en los servicios de consulta externa y urgencias, presentándose un incremento en el número de casos en el último año del 4.2%; se observa una disminución del 33% en la hospitalización en UCI a la vez que hubo un incremento en la hospitalización general del 28%, tabla 12.

Tabla 12. *Notificación morbilidad por IRA según servicio de salud. Año 2012-2013. Cali*

Tipo de Servicio	2012	2013	2014	Variación
Casos de IRA en Consulta Externa y Urgencias	286.317	428.559	446.707	4,2%
Casos de IRAG en UCI	511	1336	897	-32,9%
Casos de IRAG en Hospitalización General	7991	8692	11110	27,8%

Elaboró: Claudia Patricia Mora A. - V.S.P. Secretaria de Salud

Fuente: SIVIGILA. Ficha 995 - Morbilidad por IRA. Cali año 2014

En el año 2014 de las 216.724 hospitalizaciones reportadas por todas las causas el 5,1% corresponde específicamente a IRAG; el grupo de edad más afectado son los menores de 5 años con el 43.3% del total de hospitalizaciones por IRAG. De las 16.089 hospitalizaciones en UCI reportadas por todas las causas el 5,6% corresponde a IRAG; el grupo de edad más atendido en este servicio son los adultos mayores. De las 5.388.123 consultas externas y por urgencias por todas las causas el 8.3% corresponden a IRA; el grupo de edad que más consultó fueron los adultos entre 20 a 39, tabla 13.

Tabla 13. Morbilidad por IRA según servicio de salud y grupo de edad. Año 2014. Cali

Tipo de servicio	< 5	5 A 19	20 A 39	40 A 59	>=60	Total
Hospitalización por IRAG	4812	1455	1145	961	2737	11110
Todas las causas de hospitalización	22693	25746	57660	47851	62774	216724
% hospitalización por IRA	43,3	13,1	10,3	8,6	24,6	5,1
Hospitalización UCI por IRAG	238	72	59	126	402	897
Todas las causas de hospitalización en UCI	3102	874	1946	2872	7295	16089
% hospitalización por IRA en UCI	26,5	8,0	6,6	14,0	44,8	5,6
Consulta externa y por urgencias IRA	112497	78006	119319	80883	56002	446707
Total consultas externas y urgencias	578066	835193	1503209	1381227	1090428	5388123
% consultas externas y urgencias por IRA	25,2	17,5	26,7	18,1	12,5	8,3

Elaboró: Claudia Mora. Vigilancia en Salud Pública. Secretaria de Salud Municipal

Fuente: SIVIGILA. Ficha: 995 - Morbilidad por IRA (colectiva). Cali Año 2014.

En cuanto a las hospitalizaciones en UCI por IRAG se tuvo un promedio de 17 casos por semana epidemiológica, se observa que los picos epidemiológicos ocurrieron en la semana 3 y 35, figura 12

Se obtuvo un promedio de 210 casos de hospitalización general por IRAG, de la semana 8 a 15 se presentaron los picos epidemiológicos.

La Consulta por IRA en servicios de consulta externa y urgencias fue más frecuente en las IPS Clinisanitas Tequendama, Comfandi Torres, Club Noél agrupando el 23.3% del total del municipio, ver tabla No. 3. La hospitalización general por IRAG fue más frecuente en las IPS Nuestra Señora de Fátima, Fundación Valle del Lili, Comfenalco Universidad Libre, Hospital Carlos Holmes Trujillo y Club Noél, agrupando 62.6% del municipio, ver tabla No. 4. La hospitalización en UCI por IRAG fue más frecuente en Corporación Comfenalco Universidad Libre, Hospital Universitario del Valle, Clínica Rey David, Fundación Valle del Lili, agrupando el 52% del total del municipio, ver tabla No. 5.

Figura 12. Porcentaje de casos de IRA por tipo de servicio y grupo de edad. Cali año 2014

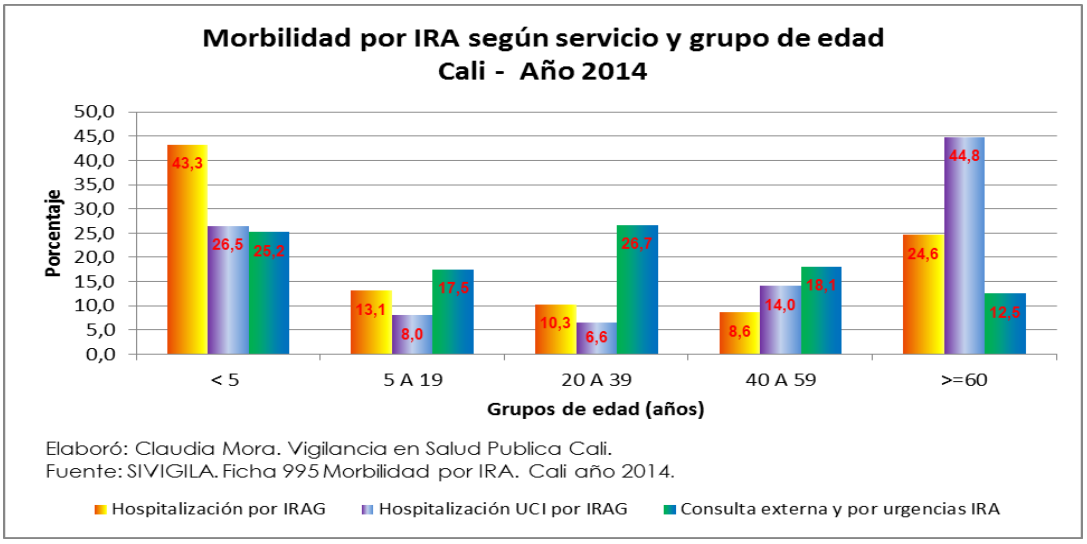


Figura 13. Porcentaje de Hospitalización en UCI por IRAG según grupo de edad y semana epidemiológica Cali - Año 2014

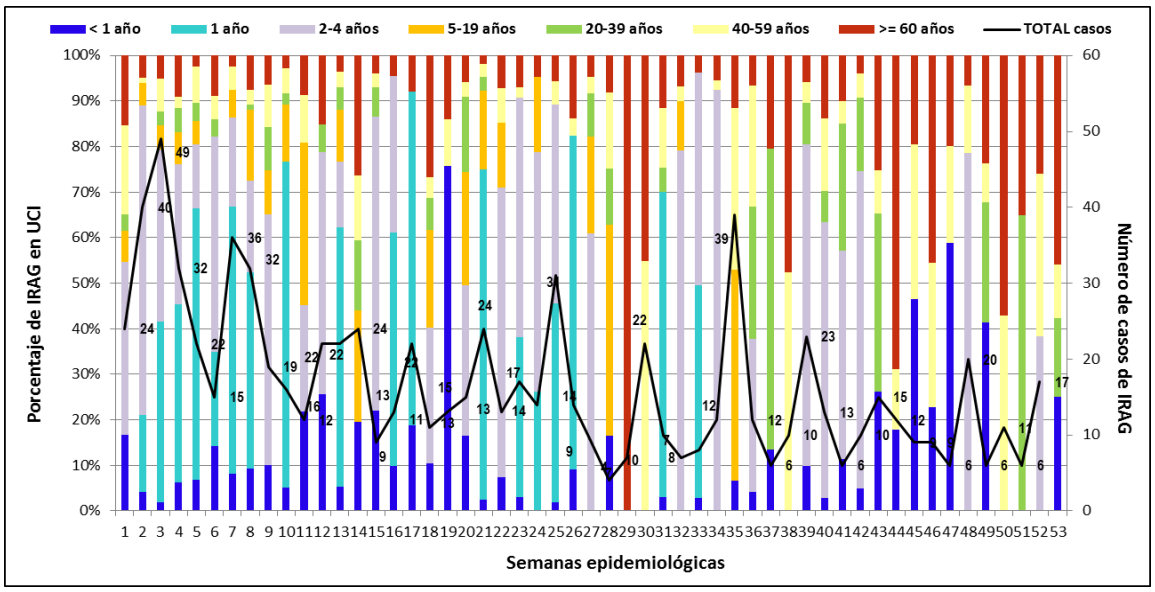
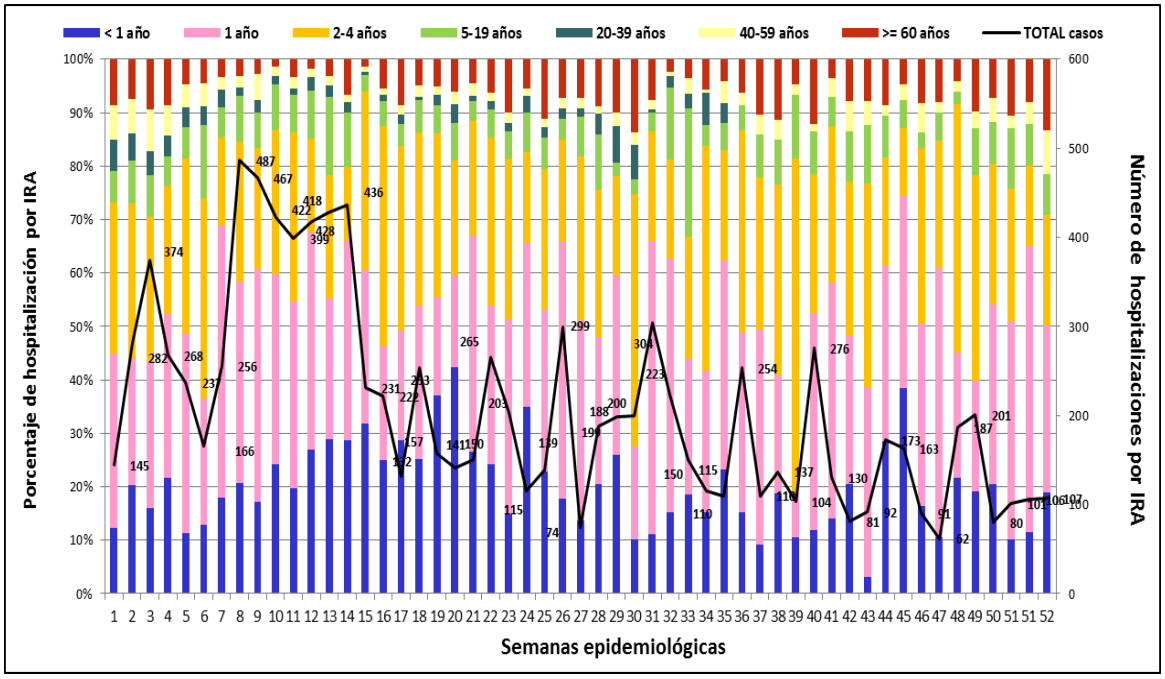


Figura 14. Porcentaje de Hospitalización general por IRA según grupo de edad y semana epidemiológica. Año 2014



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

En el año 2014 se realizaron 23 Unidades de Análisis de mortalidad por IRA; se confirmo en 5 casos como causa básica. Para el municipio se estimó una tasa de mortalidad de 18.2 por cada 100 mil nacidos vivos. Las comunas más afectadas fueron la 13 y 17, ver tabla No. 1. La tasa de mortalidad por IRA es de 4.5 por cada 100 mil menores de 5 años, ver figura No. 1.

De acuerdo al aseguramiento al RGSSS, el 60% de los casos pertenecían al régimen subsidiado; el 40% de EMSSANAR, 20% de CAPRECOM, 20% de SOS y 20% de Comfenalco.

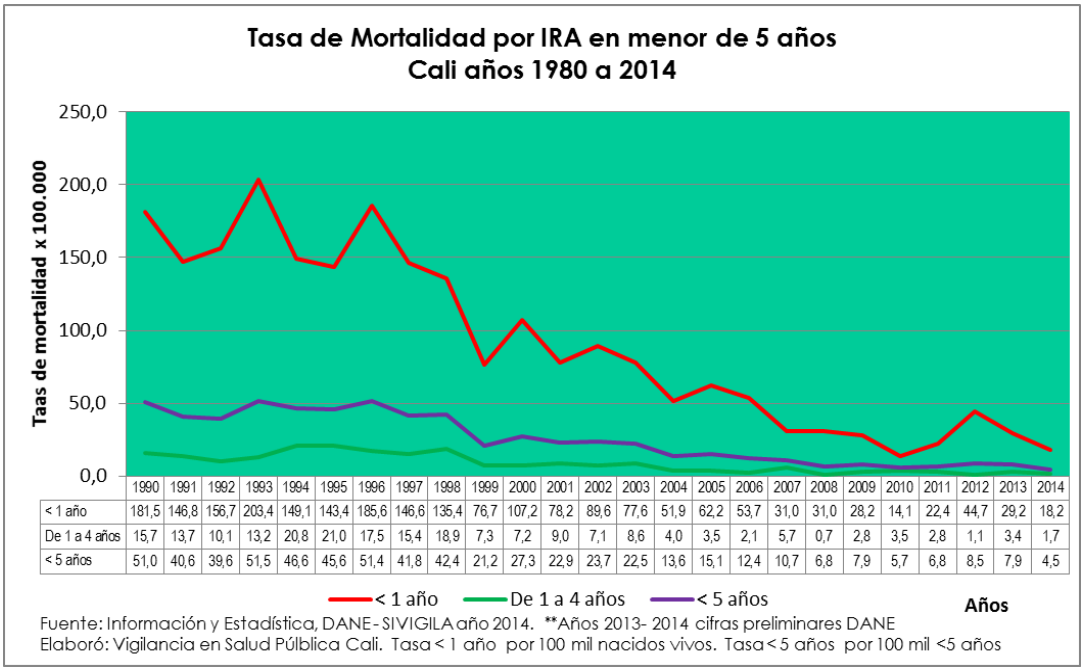
Tabla 14. Tasas de mortalidad por IRA. Cali año 2014.

Comuna	No. Casos	%	Nacidos vivos	Tasa por 100 mil NV
13	2	40,0	2537	78,8
15	1	20,0	2232	44,8
17	1	20,0	1397	71,6
21	1	20,0	1866	53,6
Total	**5**	**100,0**	**27480**	**18,2**

Elaboró: Claudia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA - Ficha 600. Año 2014. Nacidos vivos por comuna área información y estadística Secretaria de Salud Municipal Cali 2013

Figura 15. Tasa de mortalidad por IRA en menor de 5 años



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
< 1 año	181,5	146,8	156,7	203,4	149,1	143,4	185,6	146,6	135,4	76,7	107,2	78,2	89,6	77,6	51,9	62,2	53,7	31,0	31,0	28,2	14,1	22,4	44,7	29,2	18,2
De 1 a 4 años	15,7	13,7	10,1	13,2	20,8	21,0	17,5	15,4	18,9	7,3	7,2	9,0	7,1	8,6	4,0	3,5	2,1	5,7	0,7	2,8	3,5	2,8	1,1	3,4	1,7
< 5 años	51,0	40,6	39,6	51,5	46,6	45,6	51,4	41,8	42,4	21,2	27,3	22,9	23,7	22,5	13,6	15,1	12,4	10,7	6,8	7,9	5,7	6,8	8,5	7,9	4,5

Fuente: Información y Estadística, DANE- SIVIGILA año 2014. **Años 2013- 2014 cifras preliminares DANE
Elaboró: Vigilancia en Salud Púlblica Cali. Tasa < 1 año por 100 mil nacidos vivos. Tasa < 5 años por 100 mil <5 años

Tabla 15. Defunciones según UPGD. Cali año 2014

Nombre UPGD	No. casos	%	% acumulado
Clinica de Occidente	2	40,0	40,0
Fundaciòn Valle del Lili	1	20,0	60,0
Carlos Holmes Trujillo	1	20,0	80,0
Corporación Comfenalco Unilibre	1	20,0	100,0
Total	**5**	100,0	

Elaboró: Claudia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali
Fuente: SIVIGILA - Ficha 348. 1er. Semestre 2014

El 17 de marzo de 2015 posterior al cierre del SIVIGILA año 2014 el Instituto de Medicina Legal realizó enmienda estadística a los certificados de 3 casos en menores de cinco años que tenían causas en estudio, por lo cual no fue posible su notificación oportuna. No tuvieron contacto con los servicios de salud por lo que con historia clínica no fue posible clasificarlos con anterioridad.

4.3 Infección Respiratoria Aguda (IRAG) Inusitada:

En el año 2014 fueron reportados 200 casos sospechosos de IRAG inusitada, de estos finalmente se confirmaron por laboratorio o clínica 69 en personas residentes en Cali, ver tabla No. 1. Ver figura No. 1, tendencia por semana epidemiológica. El 62.3% se presento en mujeres, el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 24 años y en hombres el de 50 a 54 años, ver tabla No. 2.

La comuna más afectada es la 2 con el 20,3% de los casos y una tasa de incidencia de 12.4 por 100 mil habitantes, seguida en número de casos por las comunas 17 y 21 y por tasa de incidencia por las comunas 22 y 3, ver tabla No. 3 y figura No. 2.

De acuerdo al RGSSS el 73% pertenecían al régimen contributivo, 13% al subsidiado, ver tabla No. 4.
La letalidad para este evento fue de 7,2%. Se realizaron 10 Unidades de Análisis de casos sospechosos de IRAG inusitado, confirmando en total 5 casos, ver tabla No. 5.

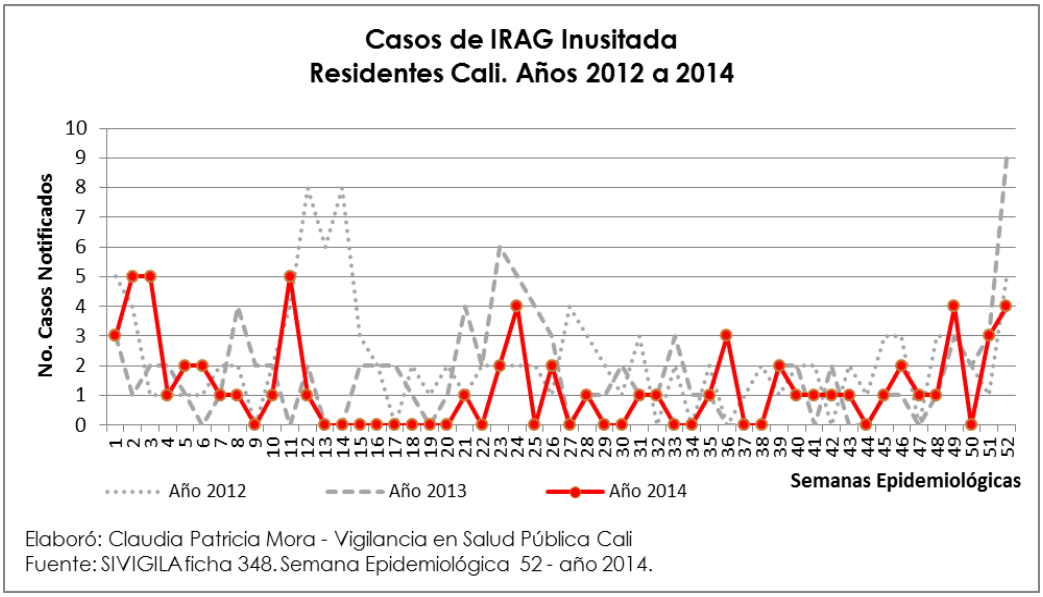
Tabla 16. Distribución de notificación SIVIGILA según tipo de caso.

Clasificación de caso	No. casos	%
Confirmado por laboratorio	19	9,5
Confirmado por Clinica	50	25,0
Descartado	131	65,5
Total	**200**	**100,0**

Elaborado por: Claudia Patricia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA - Ficha 348. Año 2014

Figura 16. Casos confirmados por laboratorio y clínica de IRAG inusitada. Residentes Cali. Año 2012 a 2014



Elaboró: Claudia Patricia Mora - Vigilancia en Salud Pública Cali
Fuente: SIVIGILA ficha 348. Semana Epidemiológica 52 - año 2014.

Tabla 17. Casos confirmados de IRAG Inusitada por laboratorio o clínica Según edad y sexo. Residentes Cali año 2014

Edad	Femenino	Masculino	Total	%
< 5	4	2	6	8,7
5-9	4	2	6	8,7
10-14	1	2	3	4,3
15-19	4	2	6	8,7
20-24	6	0	6	8,7
25-29	3	1	4	5,8
30-34	4	1	5	7,2
35-39	3	3	6	8,7
40-44	3	2	5	7,2
45-49	1	4	5	7,2
50-54	3	5	8	11,6
55-59	3	2	5	7,2
60-64	4	0	4	5,8
Total	43	26	69	100,0
%	62,3	37,7	100,0	

Elaborado por: Claudia Mora. V.S.P. Secretaria de Salud de Cali
Fuente: SIVIGILA ficha 348. Año 2014

Figura 17. Mapa incidencia y defunciones por IRAG inusitado. Año 2014

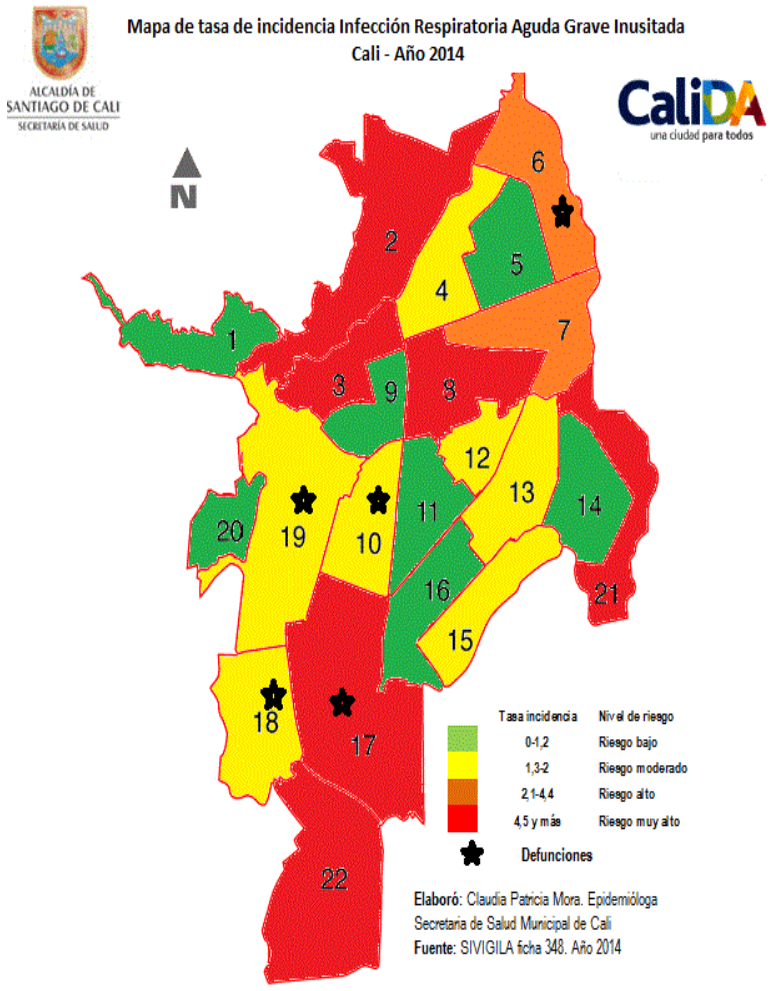


Tabla 18. Casos y tasa de incidencia de IRAG inusitada por Comuna de residencia. Año 2014

Comuna	No. Casos	%	Población	Tasa por 100 mil
1	0	0,0	85569	0,0
2	**14**	**20,3**	**112746**	**12,4**
3	4	5,8	46283	**8,6**
4	1	1,4	53687	1,9
5	1	1,4	111157	0,9
6	4	5,8	188124	2,1
7	2	2,9	71846	2,8
8	5	7,2	102177	4,9
9	0	0,0	45349	0,0
10	3	4,3	110407	2,7
11	1	1,4	106731	0,9
12	1	1,4	67049	1,5
13	3	4,3	177228	1,7
14	2	2,9	170909	1,2
15	3	4,3	156267	1,9
16	1	1,4	106145	0,9
17	**7**	**10,1**	**136428**	**5,1**
18	3	4,3	127752	2,3
19	3	4,3	111989	2,7
20	1	1,4	68980	1,4
21	6	8,7	110332	5,4
22	1	1,4	10868	**9,2**
Rural San Antonio	1	1,4	No dato	
Rural Montebello	2	2,9	No dato	
Total	**69**	**100,0**	**2344734**	**2,9**

Elaboró: Claudia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA - Ficha 348 IRAG Inusitado. Año 2014. Proyecciones poblacionales por comuna área información y estadística Secretaria de Salud Municipal Cali.

Tabla 19. Casos de IRAG inusitada por Aseguramiento en Salud. Residentes Cali. Año 2013

Tipo aseguramiento	No. casos	%
Contributivo	50	72,5
Subsidiado	9	13,0
Otros	7	10,1
No asegurado	3	4,3
Total	**69**	**100,0**

Elaboró: Claudia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA - Ficha 348. Año 2014

La tasa de mortalidad por IRAG inusitada es de 2.9 por 100.000 habitantes y la letalidad de 7.2%.

4.4 Centinela Enfermedad Similar a la Influenza (ESI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

4.4.1. ENFERMEDAD SIMILAR A LA INFLUENZA (ESI):

La Vigilancia Centinela de la Enfermedad Similar a la Influenza (**ESI**) se realiza en el Centro de Salud Siloé y el Centinela para Infección Respiratoria Grave (**IRAG)** en la Clínica Fundación Valle del Lili.

En el año 2014 fueron procesadas 722 muestras por laboratorio duplicando el número de casos reportados en el año 2013. Es de resaltar el compromiso institucional de las dos UPGD que desarrollan la vigilancia Centinela de ESI-IRAG en el municipio. Ver tabla No. 1

Tabla 20. Notificación UPGD Centinela ESI-IRAG. Cali años 2013-2014

	Año 2013		Año 2014		
UPGD CENTINELA	**No. casos**	**%**	**No. casos**	**%**	**Variación**
Fundación Valle del Lili - IRAG	148	44,8	220	30,4	148,6
Hospital Cañaveralejo	182	55,2	504	69,6	276,9
Total	**330**	**100,0**	**724**	**100,0**	**219,4**

Elaboró: Claudia Mora. Secretaria de Salud de Cali.

Fuente: SIVIGILA. Ficha 345. Centinela ESI-IRAG. Cali Año 2014

Vigilancia Centinela – Enfermedad Similar a la Influenza (ESI): En el *año 2014* fueron notificados 504 casos probables de ESI; se confirmaron por laboratorio 33, para Virus Sincitial Respiratorio, Adenovirus, Influenza A y Parainfluenza 1. Todos los casos confirmados se presentaron en niños menores de 2 años, ver tabla No. 2 y figura No. 1.

Tabla 21. Distribución de la notificación al SIVIGILA del Centinela ESI Hospital Cañaveralejo. Año 2014

Nombre UPGD reporta	*Total*	*%*
Descartado por laboratorio	462	91,7
Confirmado por laboratorio	33	6,5
Descartado no cumple definición caso	9	1,8
TOTAL NOTIFICADO	**504**	**100,0**

Elaborado por: Claudia Patricia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA - Ficha 345 Hospital Cañaveralejo. Año 2014

De los casos confirmados, el 82% fueron en menores de 5 años. Ver tabla No. 3. El 70% pertenecían al régimen subsidiado y los restantes no tenían aseguramiento. .

Figura 18. Circulación viral casos confirmados de ESI. Año 2014.

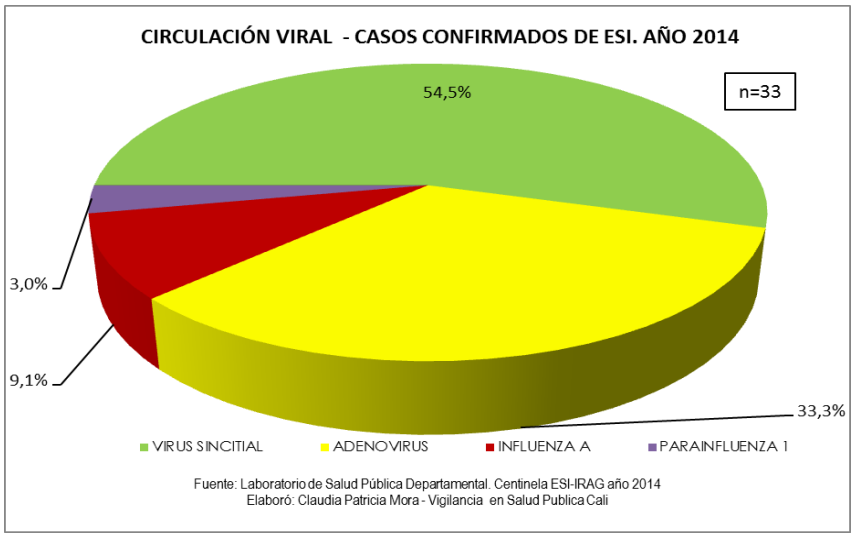


Tabla 22.. Casos confirmados ESI por edad y sexo. Año 2014

Edad	Mujeres	Hombres	Total	%
<1	5	7	12	36,4
1-4	6	9	15	45,5
5-9	2	1	3	9,1
10-14	1	0	1	3,0
15-19	1	0	1	3,0
20-59	0	0	0	0,0
60 y más	1	0	1	3,0
Total	**16**	**17**	**33**	**100,0**
%	**48,5**	**51,5**	**100,0**	

Elaborado por: Claudia Patricia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA. ESI-IRAG centinela. 1er. Semestre año 2014

4.4.2. Vigilancia Centinela Infección Respiratoria Aguda (IRAG)

En cuanto a la Infección Respiratoria Aguda (IRAG) – Centinela fueron notificados al SIVIGILA 220 casos probables de los cuales fueron confirmados por laboratorio 45, 35 residentes en Cali y 10 procedentes de otros municipios. Ver tabla No. 3

Tabla 23. Distribución de la notificación al SIVIGILA del Centinela IRAG –Fundación Valle del Lili. Año 2014

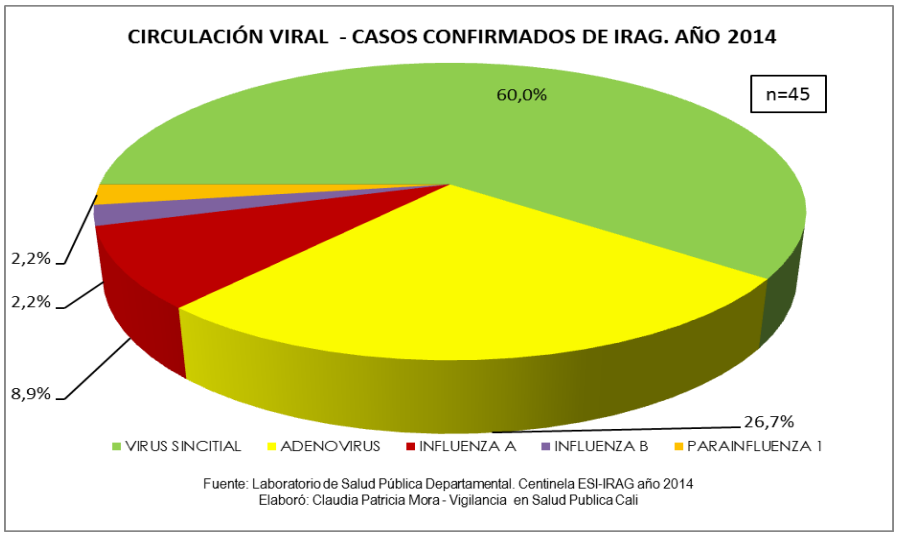
Tipo de caso	No. casos	%
Confirmado por laboratorio	35	15,9
Fuera de Cali confirmados x laboratorio	10	4,5
Confirmado por Clinica	2	0,9
Descartados por laboratorio	111	50,5
Fuera de Cali descartados	62	28,2
Total	220	100,0

Elaboró: Claudia Mora. Secretaria de Salud de Cali.

Fuente: SIVIGILA. Ficha 345. Fundación Valle del Lili. Año 2014

De los casos con infección viral confirmados por laboratorio, el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) 60%, Adenovirus 26.7%, influenza A 8.9%, Influenza B 2.2% y Parainfluenza 1 el 2.2%, ver figura No. 2.

Figura 19. Resultados de laboratorio para virus respiratorios – casos IRAG. Año 2014



De los casos de IRAG residentes en Cali, el 68.6% fueron menores de 5 años y el resto adultos mayores de 65 años, ver tabla No. 4; la comuna 17 fue la más afectada con 11 casos (ver tabla No. 5); el 51.4% pertenecían al régimen Contributivo, 37.1% al régimen especial, 5.7% al subsidiado. El 38.2% afiliados a SOS EPS y el 14.7% a Coomeva Prepagada.

Tabla 24. Casos de IRAG confirmados por laboratorio, residentes Cali. Año 2014

Edad	Mujeres	Hombres	Total	%
<1	6	6	12	34,3
1-4	6	6	12	34,3
65 Y MÁS	7	4	11	31,4
Total	**19**	**16**	**35**	**100,0**
%	**54,3**	**45,7**	**100,0**	

Elaborado por: Claudia Patricia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA. ESI-IRAG centinela. Año 2014

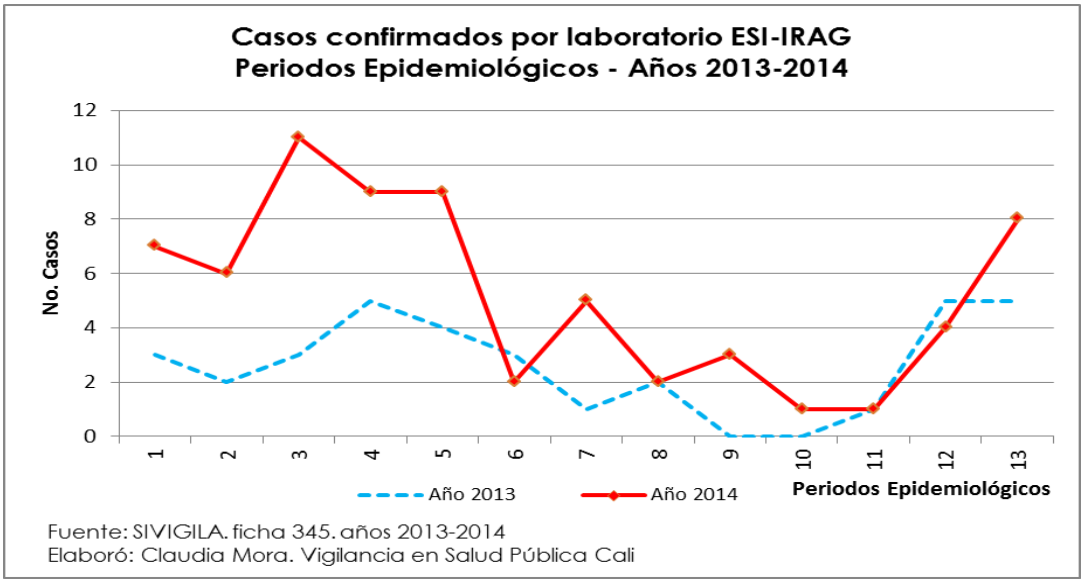
Tabla 25. Casos IRAG confirmados según comuna, residentes Cali 2014

Comuna	No. casos	%
1	0	0,0
2	3	8,6
3	0	0,0
4	0	0,0
5	2	5,7
6	0	0,0
7	1	2,9
8	0	0,0
9	2	5,7
10	3	8,6
11	0	0,0
12	0	0,0
13	2	5,7
14	1	2,9
15	0	0,0
16	1	2,9
17	11	31,4
18	0	0,0
19	3	8,6
20	1	2,9
21	1	2,9
22	2	5,7
Rural	1	2,9
Sin dato	1	2,9
Total	**35**	**100,0**

Elaborado por: Claudia Patricia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA. IRAG Centinela. Año 2014

Figura 20. Casos confirmados por laboratorio de ESI-IRAG.



5. Enfermedad Diarreica Aguda

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa, caracterizada por la deposición tres o más veces al día de heces sueltas o líquidas. En países como Colombia los niños menores de tres años sufren en promedio tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento (OMS, 2009).

En el municipio de Cali para el año 2014 fueron notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) *192.495 casos* en todos los grupos de edad y ambos sexos, con un promedio de 3632 casos semanales; los mayores picos epidemiológicos se presentaron en la semanas 30 y 35 ver figura No. 1. En comparación con el año 2013 hubo un incremento del 11.1% en la notificación; el 98.6% de los casos notificados fueron manejados ambulatoriamente, ver tabla No. 1

El grupo de edad más afectado son los niños menores de 5 años (20%) (Ver tabla No. 2 y figura No. 2). La consulta por EDA fue más frecuente en las IPS Comfandi Torres, Comfandi Calipso, Comfenalco calle 5, Sura, Comfandi El Prado, agrupando el 23.3%, ver tabla No. 3. Las hospitalizaciones por EDA fueron más frecuentes en Clínica Nuestra Señora de Fátima, Hospital Mario Correa Rengifo, Clínica Saludcoop Cali Norte y Club Noel agrupando el 61.3%, ver tabla No. 4.

Figura 21. Casos Notificados de EDA por Semana epidemiológica. Cali año 2012-2013

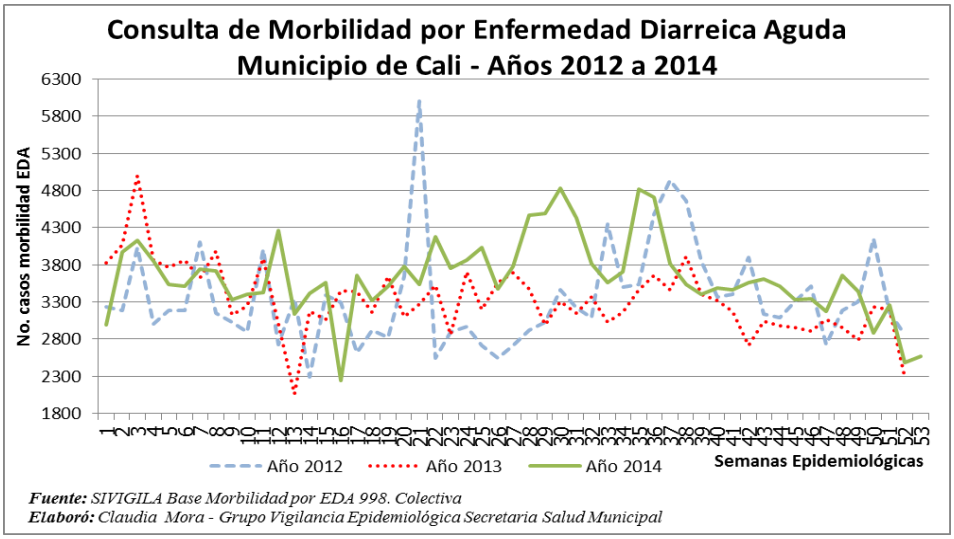


Tabla 26. Casos según servicio Ambulatorio – Hospitalización. Año 2012-2014. Cali

	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Comparativo
Servicio	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%	2013-2014
Ambulatorio	170858	97,9%	169087	97,6%	189756	98,6%	12,2%
Hospitalización	3739	2,1%	4120	2,4%	2739	1,4%	-33,5%
Total	174597	100,0%	173207	100,0%	192495	100,0%	11,1%

Elaboró: Claudia Patricia Mora. Vigilancia Epidemiológica Cali.

Fuente: SIVIGILA. Ficha 998. Años 2012 a 2014

MORTALIDAD POR EDA MENOR DE 5 AÑOS

Definición caso: Muerte de un niño(a) menor de cinco años que haya presentado enfermedad diarreica aguda acompañada de deterioro de la condición general, aumento del grado de deshidratación y la presencia de alguna infección asociada. (Protocolo INS).

En el año 2014 la Secretaría de Salud Municipal por Búsqueda Activa Institucional encontró dos (2) casos probables de mortalidad por EDA en menor de 5 años. En Unidad de Análisis se estableció como causa básica en uno de los casos la desnutrición severa y en el otro la prematurez extrema. El municipio presento por primera vez cero mortalidad en menores de 5 años de causa básica Enfermedad Diarreica Aguda.

Tabla 27. Casos notificados de EDA por grupo de edad. Cali año 2013

Edad (años)	No. casos	%	% Acumulado
< 1	8374	4,4%	4,4%
1 a 4	30218	15,7%	20,0%
5 a 9	13664	7,1%	27,1%
10 a 14	8262	4,3%	31,4%
15 a 19	9376	4,9%	36,3%
20 a 24	22284	11,6%	47,9%
25 a 29	24099	12,5%	60,4%
30 a 34	18956	9,8%	70,3%
35 a 39	12732	6,6%	76,9%
40 a 44	9874	5,1%	82,0%
45 a 49	8304	4,3%	86,3%
50 a 54	7107	3,7%	90,0%
55 a 59	5284	2,7%	92,7%
60 a 64	3923	2,0%	94,8%
65 a 69	3048	1,6%	96,4%
70 a 74	2450	1,3%	97,6%
75 a 79	1941	1,0%	98,6%
80 y más	2599	1,4%	100,0%
TOTAL	***192495***	***100,0%***	

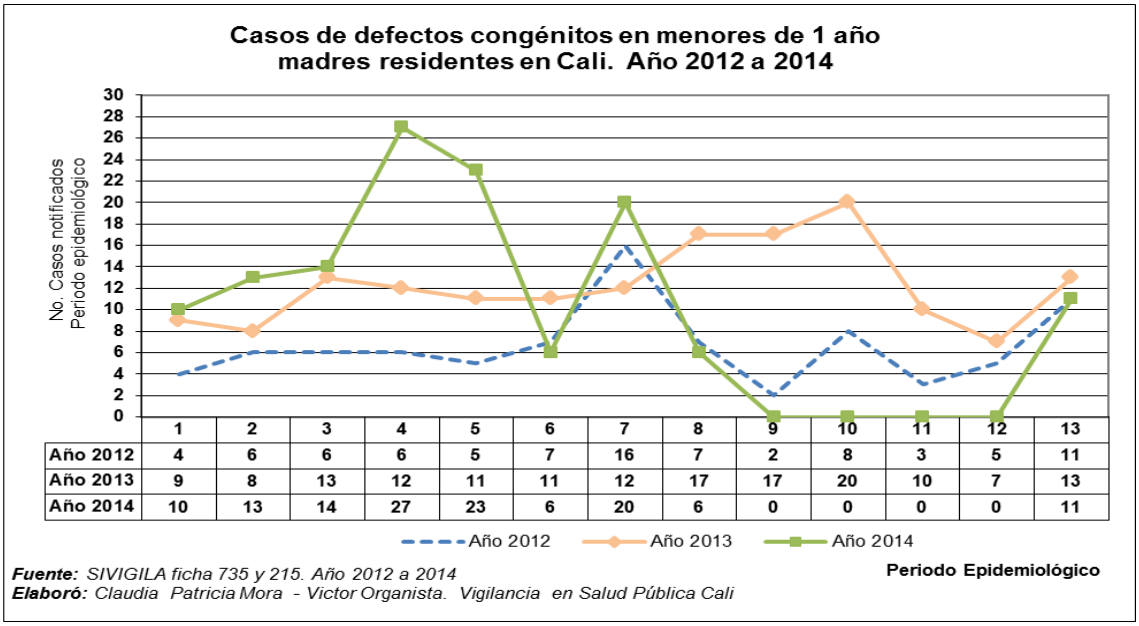
Elaboró: Claudia Patricia Mora A. VSP Sec. Salud
Fuente: SIVIGILA Base 998 EDA. Cali año 2014

6. Defectos Congénitos

La vigilancia de las Anomalías Congénitas por SIVIGILA inicio en el año 2012 y en el 2013 se amplió a Defectos Congénitos. En el año 2014 fueron notificados 130 casos, principalmente anomalías congénitas en hijos de madres residentes en el municipio; 73.1% fueron menores de un mes, 50% de género femenino. El 65% estaban afiliados al Régimen Contributivo. Las comunas que más casos reportaron fueron la 3 y la 15, las ESE Ladera y Centro informaron el 52.3% de los casos. Por etnia, el 99.4% registraron mestiza (ver tabla No. 1).

Las comunas que más casos reportaron fueron la 3 y la 15, las ESE Ladera y Centro informaron el 52.3% de los casos. Las UPGD que notificaron más casos fueron Fundación Valle del Lili, Corporación Comfenalco Unilibre y Centro Médico Imbanaco y por EPS, SOS, EMSSANAR y Comfenalco (ver tabla No. 2).

Figura 22. Notificación por periodo epidemiológico casos de defecto congénito en menores de 1 año. Madres residentes en Cali año 2012 a 2014



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Año 2012	4	6	6	6	5	7	16	7	2	8	3	5	11
Año 2013	9	8	13	12	11	11	12	17	17	20	10	7	13
Año 2014	10	13	14	27	23	6	20	6	0	0	0	0	11

Fuente: *SIVIGILA ficha 735 y 215. Año 2012 a 2014*
Elaboró: *Claudia Patricia Mora - Victor Organista. Vigilancia en Salud Pública Cali*

Se presentaron 4.8 casos de anomalías congénitas por 1000 nacidos vivos. Aunque el mayor número de casos se presentaron en la comuna 17, de la ESE Ladera, las tasas más altas correspondieron a las comunas 22 y 3, ver tabla, ver tabla No. 2.

La primera causa de mortalidad en menores de 5 años en el municipio de Cali son las malformaciones congénitas registrándose 61 en el año 2014 según datos preliminares del DANE; el 34.4% tenían afiliación a la EPS EMSSANAR y el 17% a la EPS SOS.

La vigilancia de este evento es de vital importancia para Cali, considerando que se ha reducido considerablemente la mortalidad por enfermedades infecciosas y en la actualidad la primera causa de mortalidad en los menores de 5 años son los defectos congénitos y en los menores de 1 año son la segunda causa.

Tabla 28. Caracterización sociodemográfica casos anomalías congénitas. Cali -año 2014

Variable Sociodemográficas	*No. casos*	*%*
Edad (meses)		
< 1	95	73,1
1 a 10	35	26,9
Sexo		
Masculino	65	50,0
Femenino	65	50,0
Aseguramiento		
Contributivo	84	64,6
Subsidiado	38	29,2
Especial	7	5,4
No asegurado	0	0,0
Excepción	1	0,8
ESE		
Ladera	36	27,7
Centro	32	24,6
Oriente	25	19,2
Norte	22	16,9
Suroriente	1	0,8
Sin dato	14	10,8
Etnia		
Mestiza	122	93,8
Negra	4	3,1
Indigena	4	3,1
Total	**160**	**100%**

Fuente: SIVIGILA ficha 735 y 215. Año 2014

Elaboró: Claudia Mora. Epidemióloga Salud Infantil

Tabla 29. Distribución de casos de anomalías congénitas según comuna residencia. Cali año 2014

Comuna	No. Casos	%	Nacidos Vivos	Tasa especifica
1	2	1,5	668	3,0
2	9	6,9	976	9,2
3	8	6,2	568	**14,1**
4	0	0,0	786	0,0
5	4	3,1	821	4,9
6	6	4,6	1732	3,5
7	3	2,3	962	3,1
8	8	6,2	1128	7,1
9	8	6,2	530	**15,1**
10	5	3,8	1079	4,6
11	7	5,4	1047	6,7
12	4	3,1	726	5,5
13	8	*6,2*	2424	3,3
14	3	2,3	2538	1,2
15	6	4,6	2150	2,8
16	1	0,8	1331	0,8
17	**12**	9,2	1385	**8,7**
18	3	2,3	1464	2,0
19	7	5,4	939	7,5
20	2	1,5	890	2,2
21	8	6,2	1790	4,5
22	2	1,5	117	**17,1**
Rural	1	0,8	758	1,3
Sin dato	13	10,0		
Total general	130	100,0	26808	4,8

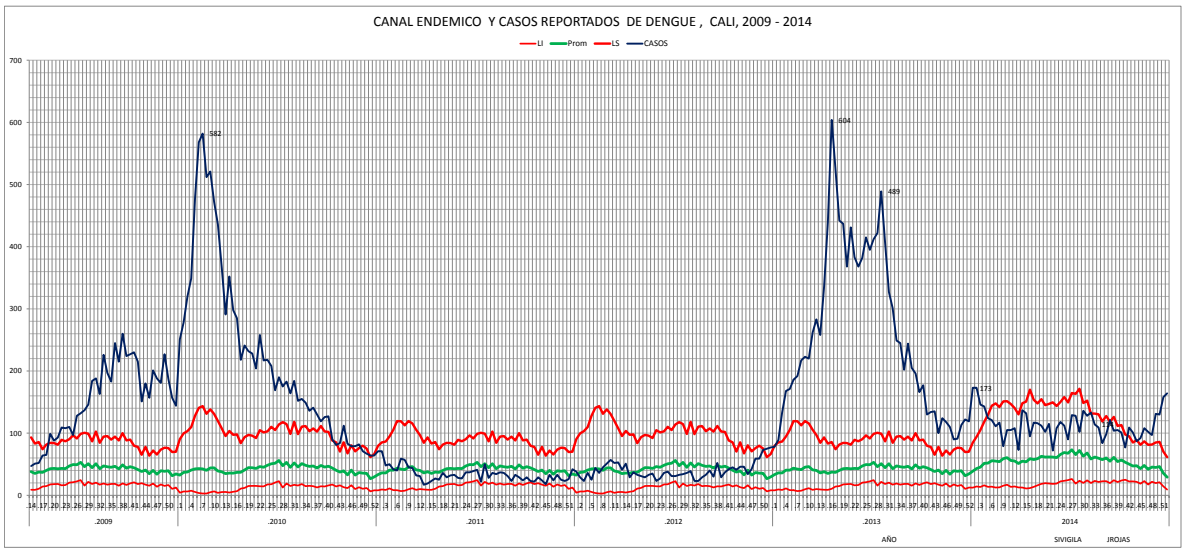
Elaboró: Claudia Mora. Vigilancia en SP Cali.

Fuente: SIVIGILA Ficha 735 y 2015 año 2014

7. Enfermedades Transmisibles por Vectores (ETV)

El Dengue es la principal enfermedad transmitida por mosquitos en el mundo. Cali, tiene un comportamiento endémico con circulación simultáneamente de al menos 3 serotipos y epidemias cada 3 - 5 años relacionadas con acumulo de personas susceptibles y el predominio de un serotipo de lejana circulación. En los últimos 6 años ocurrieron 2 epidemias con más de 10.0000 casos cada una.

Figura 23. Canal endémico Dengue año 2009 a 2014. Cali.



En el año 2014 se encontró una reducción del número de casos de Dengue del 54.6%, comparando con el año 2013. La tendencia desde el 2010 en la proporción de casos graves es al descenso. La tendencia de la letalidad por Dengue respecto a los casos graves es descendente desde 5.1% en 2010 hasta 1.1 % en 2014;

El porcentaje de casos de Dengue y Dengue Grave a quienes se les hace prueba IgM y resulta positiva ha aumentado entre 10 y 12 veces desde 2010.

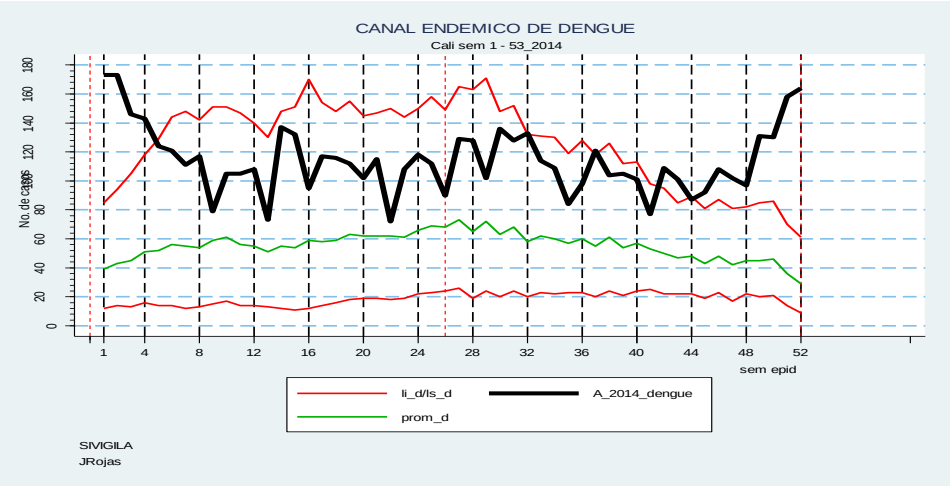
El número de hospitalizaciones de 2013 a 2014 se redujo en 60%.

El porcentaje de hospitalizaciones que evolucionaron a choque aumentó entre 2013 y 2014 de 1.1 a 3.3%,

El porcentaje de casos de Dengue con signos de alarma que evolucionaron a Dengue Grave se cuadruplicó entre 2013 y 2014.

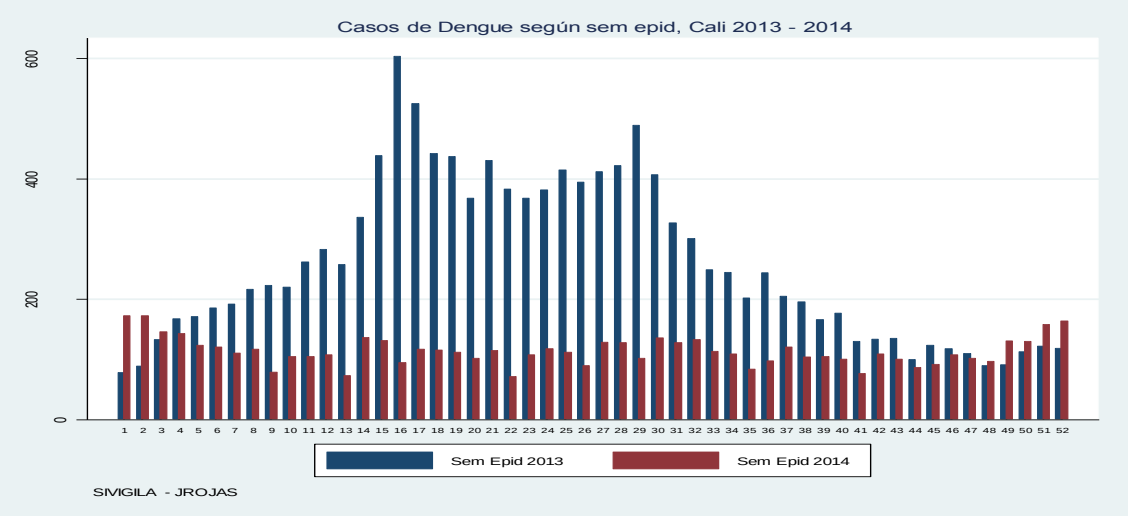
Lo anterior sugiere que se presenta demora en consultar por los usuarios y deficiencias en la calidad de atención, relacionadas con la no identificación de los signos de alarma e inadecuada adherencia a la Guía de manejo con líquidos endovenosos.

Figura 24. Canal endémico Dengue año 2014. Cali



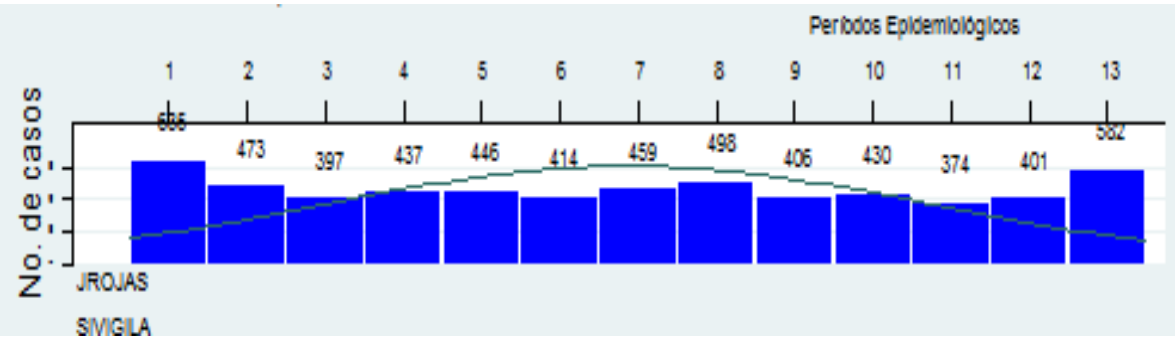
A partir de la semana epidemiológica No.5 y hasta la semana 41 de 2014 el número de casos permaneció en canal de alerta; en la semana 42 salió a la zona de epidemia y permaneció hasta la semana 52. Esto requirió establecer alerta epidemiológica a todas las Instituciones de Salud, para que se adhirieran a las Guías de atención. Aumentar la sospecha de Dengue en los casos febriles, clasificar correctamente la fase de la enfermedad e identificar los signos de alarma que permitan una correcta orientación del manejo en el nivel de atención correspondiente. Además poder intensificar las acciones de vigilancia y control epidemiológico. En la semana 52 se mantiene en zona de epidemia. Se reportaron 6099 casos, de los cuales 5831 (95.6%) fueron Dengue y 268 (4.4%) Dengue Grave.

Figura 25. Casos de dengue por semana epidemiológica. Cali año 2014



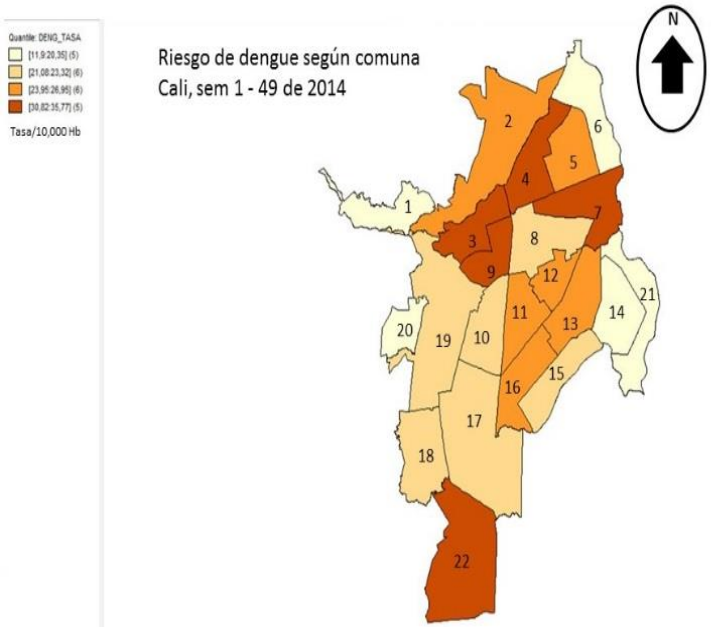
El número de casos desde la semana epidemiológica 4 hasta la semana 47 permaneció inferior a los reportados en el 2013; desde la semana 48 de 2014 (temporada decembrina y de feria) superó los casos reportados en 2013; corresponde al último período epidemiológico. Se reportaron en promedio 460 casos mensuales en el año 2014.

Figura 26. Casos de dengue por periodo epidemiológico. Cali año 2014



Las comunas con el mayor número de casos fueron las 6, 13, 15, 17 y 21 del nororiente de la ciudad, acumularon 21.7% de los casos reportados de Dengue. Ajustadas por población residente en la comuna, las más afectadas fueron las 3, 4, 7, 9 y 22. La mediana de edad en hombres fue 23 años y en mujeres 24 años.

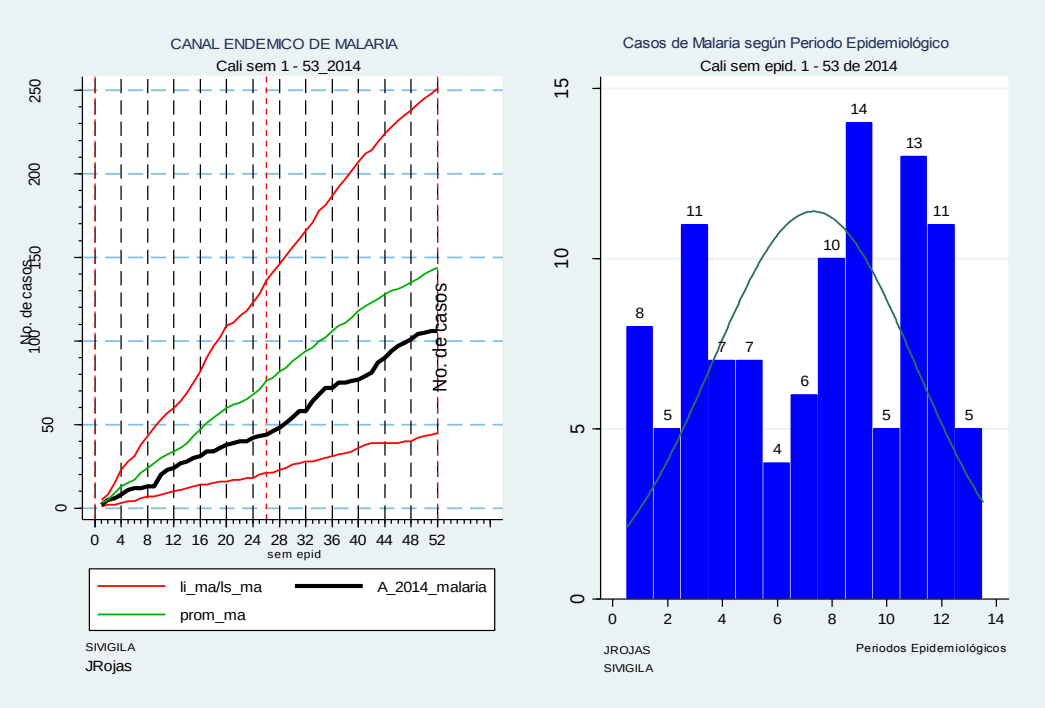
Figura 27. Mapa de riesgo dengue. Cali año 2014.



MALARIA

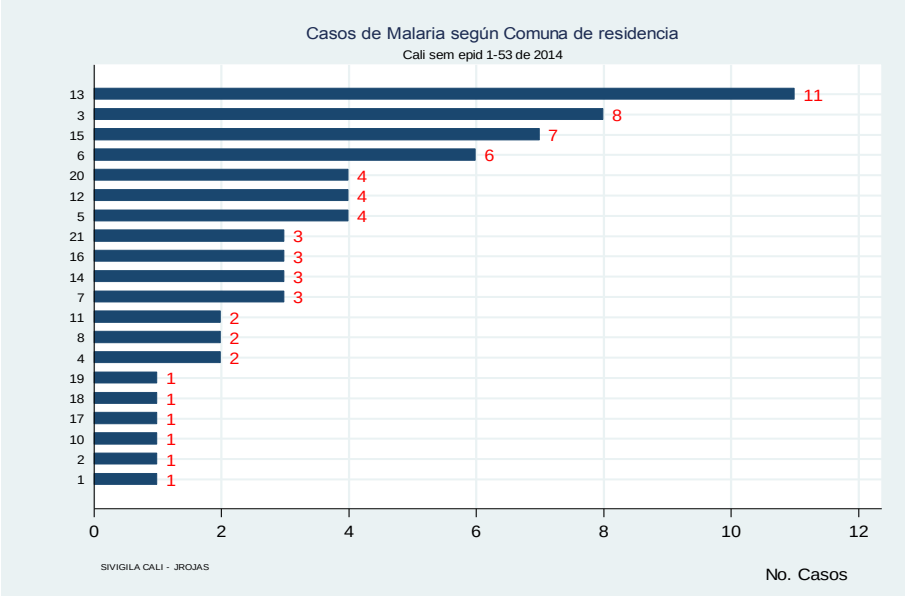
Se reportaron 108 casos de malaria, no autóctonos. El número de casos de Malaria no Complicada fue 83: por Plasmodium falciparum 28; por Plasmodium vivax 54; Malaria mixta 1 caso. Se reportaron 25 casos de Malaria Complicada.

Figura 28. Canal endémico Malaria. Cali año 2014.



La tendencia del reporte de casos de Malaria en Cali es bimodal; la primera moda ocurrió en el período 3 con 11 casos y la segunda moda en el período 9 con 14 casos. Estas modas se relacionan con periodos vacacionales que generan dos oleadas de migración transitoria a la costa pacífica. El aumento en número de casos en el segundo semestre de 2014 sugiere una mayor exploración de antecedentes epidemiológicos de procedencia, mayor sospecha diagnóstica ante la presencia de casos febriles y la investigación por laboratorio ordenando la gota gruesa.

Figura 29. Casos de Malaria según comuna de estadía vacacional. Cali año 2014.



La comunas 13, 3, 15 y 6 de la zona oriente de la ciudad reportaron 29.6 % de los casos.

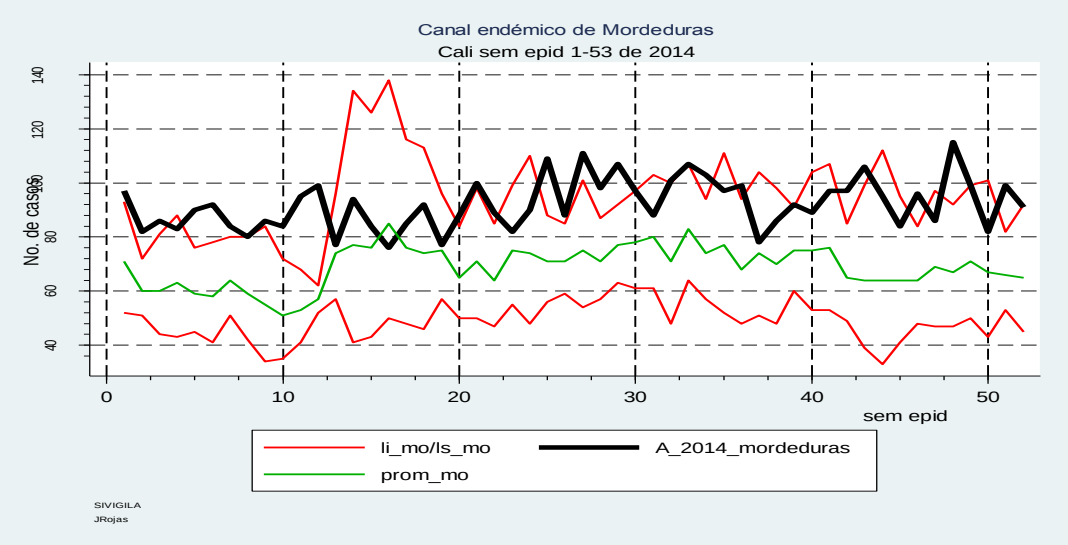
La distribución de los casos por edad es asimétrica positiva con la mediana de edad de 24 años en mujeres y 32 años en hombres.

Los casos de malaria complicada residían principalmente en las comunas 3 y 12 (4 y 3 casos).

8. Vigilancia de Zoonosis

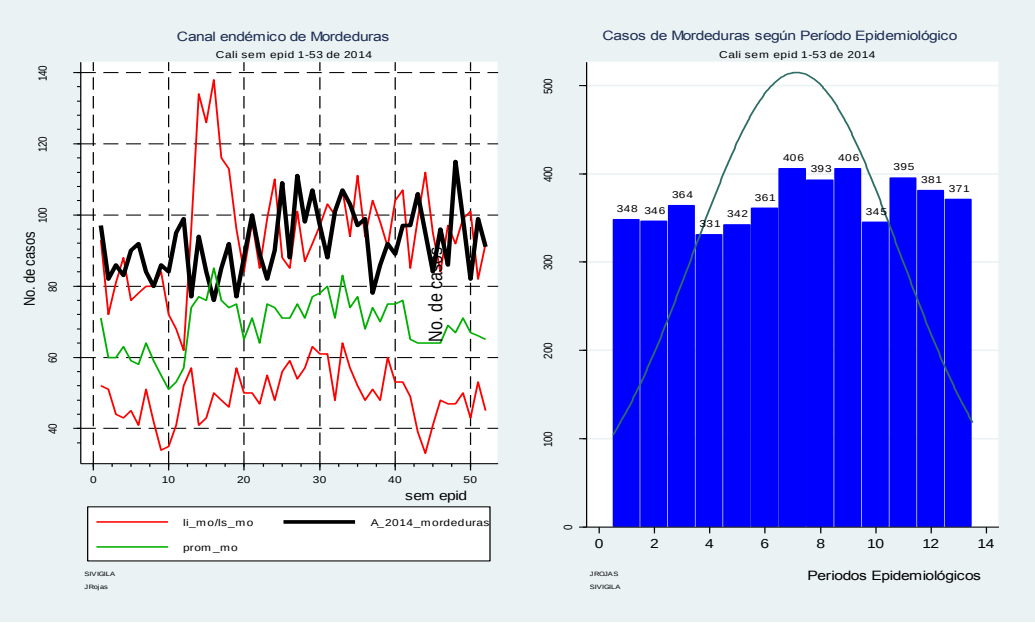
8.1 AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA

Figura 30. Canal endémico de mordeduras por animales potencialmente transmisores de rabia.



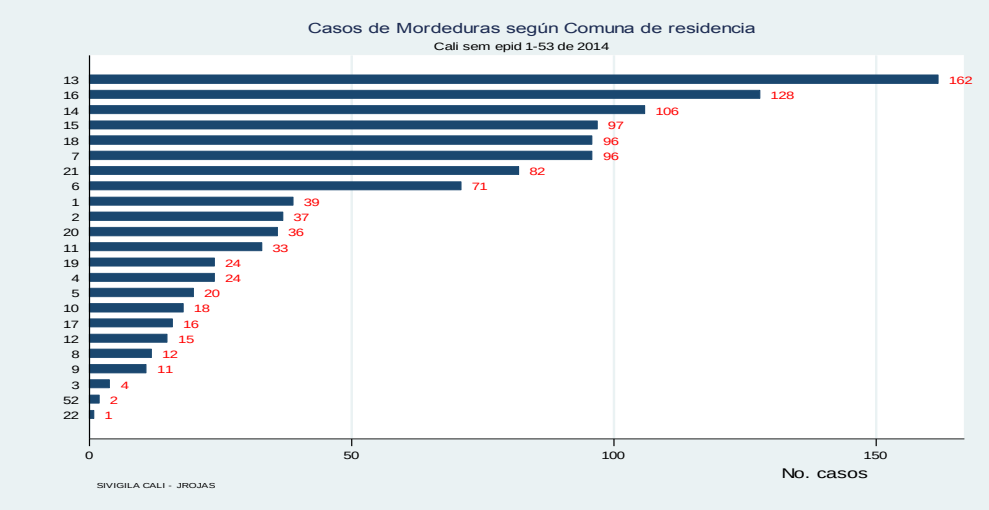
Se reportaron 4861 casos de mordeduras por animal potencial transmisor de rabia, de los cuales 2459 (50.6%) afectaron al sexo femenino. Desde la semana 20 osciló entre la zona de alerta y epidémica.

Figura 31. Canal endémico de mordeduras y casos por periodo epidemiológico.



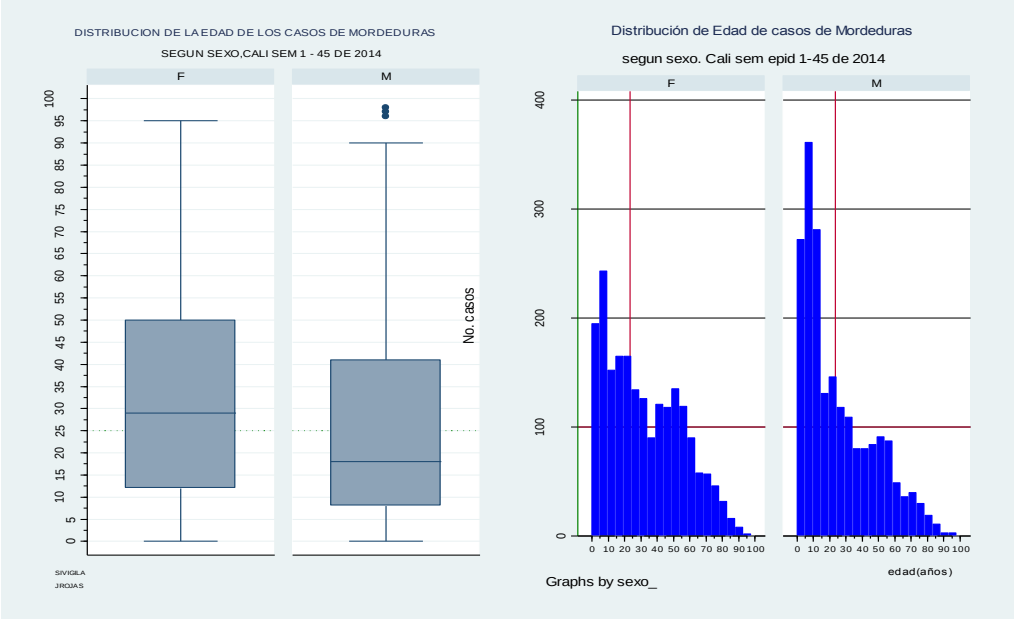
Del periodo 4 al 7 hubo una tendencia al aumento del reporte de casos de mordeduras, seguido por 2 periodos estables para luego mostrar una tendencia al descenso

Figura 32. Casos de mordeduras según comuna de residencia. Cali año 2014.



3 comunas (13,16 y 14) de la zona Oriente de la ciudad agregan el 8.1% del total de casos y lideran el reporte de casos de mordeduras por animal potencial transmisor de rabia.

Figura 33. Distribución de casos según sexo del agredido. Cali año 2014.



La distribución de edad de los casos tanto en hombres como en mujeres es asimétrica positiva con la mediana de edad en 19 años en hombres y 29 años en mujeres

8.2 LEPTOSPIROSIS

Se reportaron 232 casos probables de Leptospirosis en Cali durante el año 2014. El evento se comportó la mayor parte del año dentro del canal de seguridad, especialmente después de la semana epidemiológica No. 20.

Figura 34. Canal endémico de Leptospirosis. Cali año 2014.

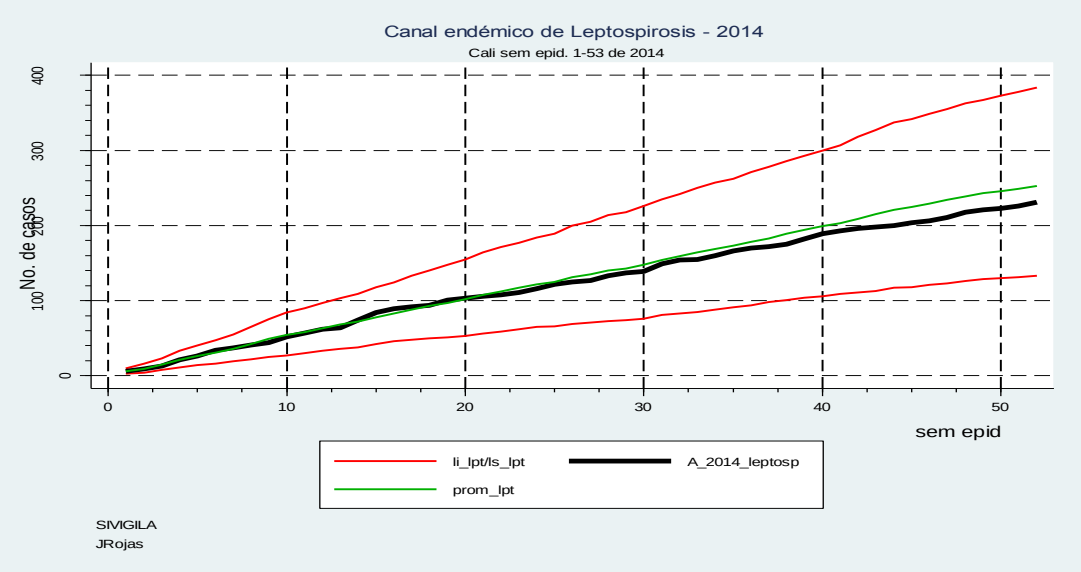
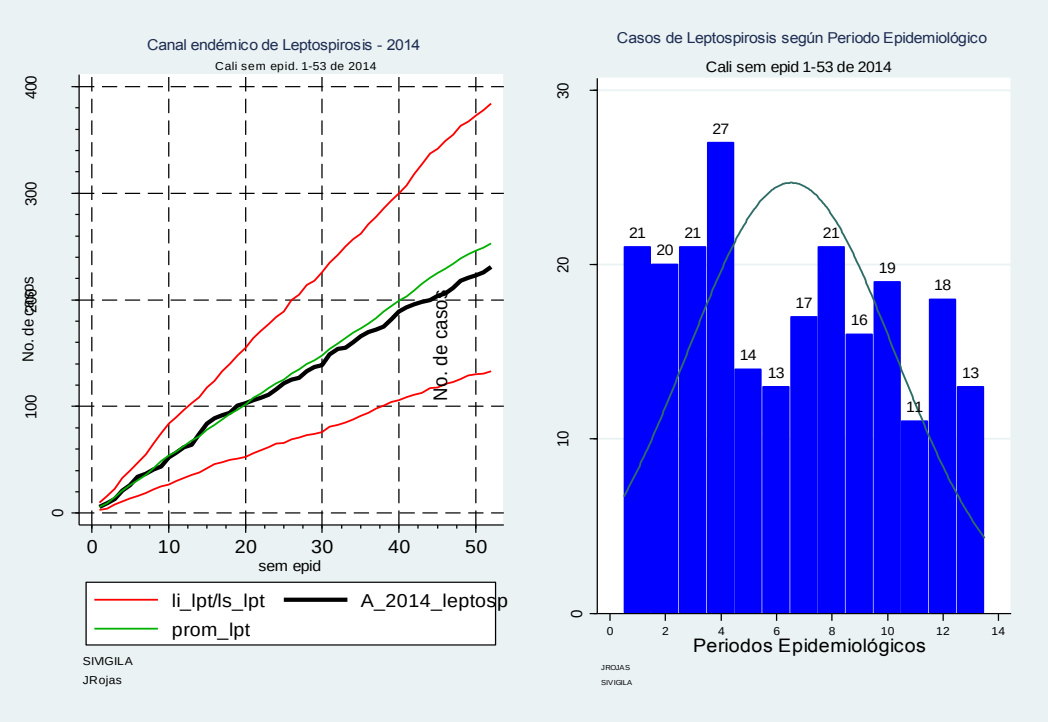


Figura 35. Canal endemico y casos por periodo epidemiológico de Leptospirosis.



Por periodos epidemiológicos se aprecia mucho mejor la tendencia descendente desde el periodo 5º.

133 (57.3%) de los casos notificados correspondieron al sexo masculino.

La distribución de edad de los casos de leptospirosis tanto en hombres como en mujeres es asimétrica positiva con la mediana de edad en hombres de 19 años y en mujeres de 21 años, relación probablemente debida a mayor actividad extra domiciliaria en edades más tempranas de los hombres.

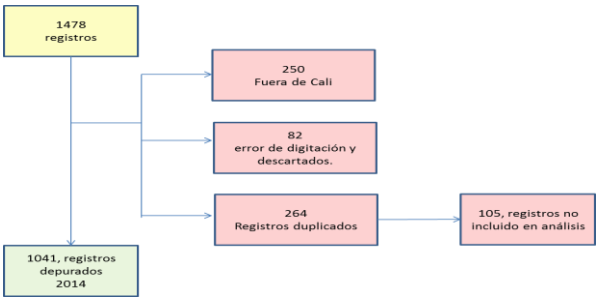
Las comunas más afectadas son la 15,13, 18 y 16 con 14, 12, 10, 7 y 7 casos respectivamente.

9. Enfermedades por Micobacterias

Tuberculosis

Durante el año 2014 fueron notificados 1478 casos, de los cuales 250 no residían en Cali, 82 fueron error de digitación, 6 casos ajustados en el SIVIGILA, 264 registros duplicados; 116 fueron notificados por dos instituciones diferentes y 30 por la misma institución. Se excluyeron 105 casos de los duplicados, los casos fuera de Cali y los descartados, finalmente quedaron 1041 casos para el análisis de la situación de TB en la ciudad. (Figura 36).

Figura 36. Casos notificados de Tuberculosis todas las formas (TB-TF) SIVIGILA



Fuente: SIVIGILA 2014 SSPM Cali

Los casos de residentes en otros municipios que fueron diagnosticados en la ciudad se identificaron por las variables de procedencia y residencia, encontrando 35 y 212 casos respectivamente. De los casos residentes en Cali se revisaron las variables localidad, centro, poblado, dirección y barrio; encontrando *3 casos* con residencia Cali que en localidad registraron otra ciudad. Un total de 250 casos procedían de otros Municipios.

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

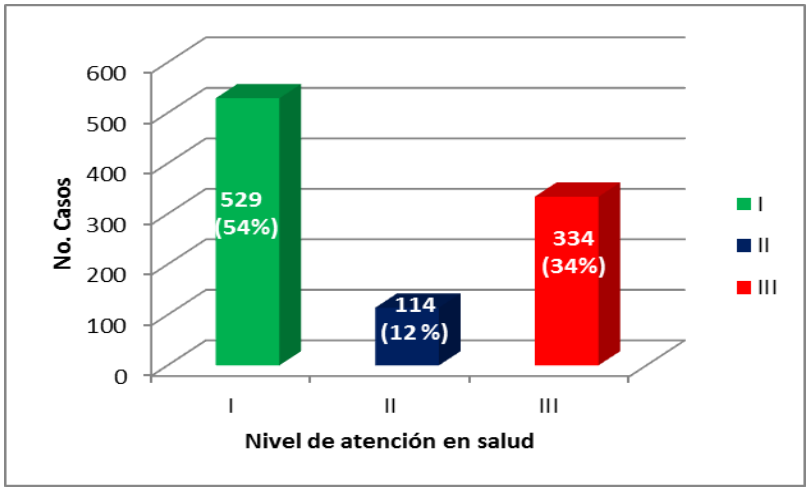
- **Barrio**: De 1041 casos analizados, quedaron sin información de barrio y comuna, 31 casos, que representa un 2.9% de pérdida de datos. En estos registros en la notificación no reportaron dirección.
- **Comuna y zona de residencia**: 17 casos quedaron sin dato de comuna (1.6%)
- **Edad**: se creó una nueva variable de grupo de edad, clasificándola por quinquenios.
- **Ocupación:** en 606 casos (58%) se dispuso de la información; considerando su importancia en TB, se realizó la recodificación según la tabla de ocupaciones que presenta el SIVIGILA.
- **Habitante de calle:** Esta condición fue incluida en los datos básicos de las fichas de notificación. Dado que no en todas las situaciones fueron caracterizados como habitantes de calle en la variable asignada para tal fin, se creó una nueva variable para identificar el total de los habitantes de calle con TB, para lo cual se realizó la búsqueda de los registros en los cuales apareciera "habitante de calle" en la variable

dirección y en la variable ocupación se identificaron a través de la ocupación "mendigo" y "recolectores de basura". Además se realizó cruce de información con Aplicativo TB 2014, identificando un total de 79 habitantes de calle.

- **Nivel de atención de las UPGD:** se creó como nueva variable en la cual se identifica el nivel de atención de cada UPGD que notifica, como nivel I, II y III.
- **Tipo de IPS:** se creó como nueva variable para identificar la naturaleza jurídica de las UPGD que notifican (pública o privada), de esta manera se pretende identificar más fácilmente los casos notificados a SIVIGILA por las Empresas Sociales del Estado y las redes de prestación de servicios de las EPS contributivas y subsidiadas.
- **Zona según IPS que notifica:** ¸se creó como nueva variable y se asigna la ubicación de la IPS de acuerdo a la zona donde se ubica: norte, centro, ladera, oriente y sur oriente; esto de acuerdo a la dinámica de trabajo del equipo de TB de la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSPM), dado que así se logran identificar fácilmente los casos para su seguimiento según las zonas asignadas.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

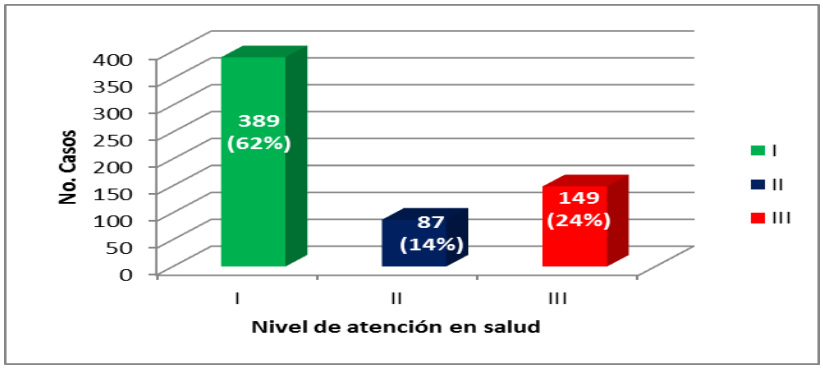
Figura 37. Casos de TB-TF nuevos y recaídas notificados según nivel de atención, semana epidemiológica 1 – 53, Cali 2014 (n= 977)



Fuente: SIVIGILA 2014 SSPM Cali

En el periodo informado se presentaron 980 casos de tuberculosis todas las formas (TB-TF) nuevos y recaídas, de los cuales 625 (64%) correspondieron a casos pulmonares con baciloscopia positiva, de estos 389 (62%) fueron diagnosticados en el nivel I de atención. Según el Plan Operativo Anual de TB en el 2014 se esperaba que el 75% de los casos de TB pulmonar fueran identificados en el nivel primario de salud, como indicador de diagnóstico oportuno. Se deben continuar fortaleciendo las acciones de detección oportuna de los casos de TB pulmonar desde el nivel I de atención.

Figura 38. Casos de TB-Pulmonar nuevos y recaídas Bk positivos notificados según nivel de atención, semana epidemiológica 1 – 53 Cali 2014 (n=625)

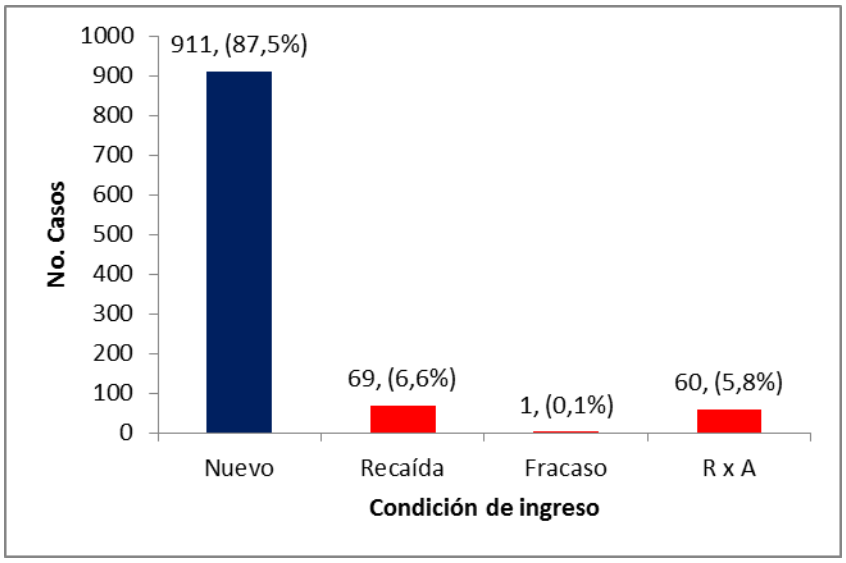


Fuente: SIVIGILA 2014 SSPM Cali

Entre las 7 instituciones de niveles II y III de atención en salud que reportan más de 25 casos se encuentran: el Hospital Universitario del Valle, Hospital San Juan de Dios, Fundación Clínica Valle del Lili, Corporación Comfenalco Unilibre, Clínica Nuestra Señora del Rosario, Hospital Mario Corre Rengifo y Clínica Amiga.

De los 980 casos de TB TF nuevos y recaídas, 448 casos (46%) fueron notificados por los niveles II y III, 362 (37 %) fueron notificados por nivel I de la red pública y 167 (17 %) por el nivel I de la red privada de atención. En la tabla anterior se observa el número de casos notificados por cada ESE y en la siguiente tabla se encuentran las EPS _ IPS de nivel I privadas.

Figura 39. Distribución de casos de TB-TF según condición de ingreso, ss 1-53, Cali 2014

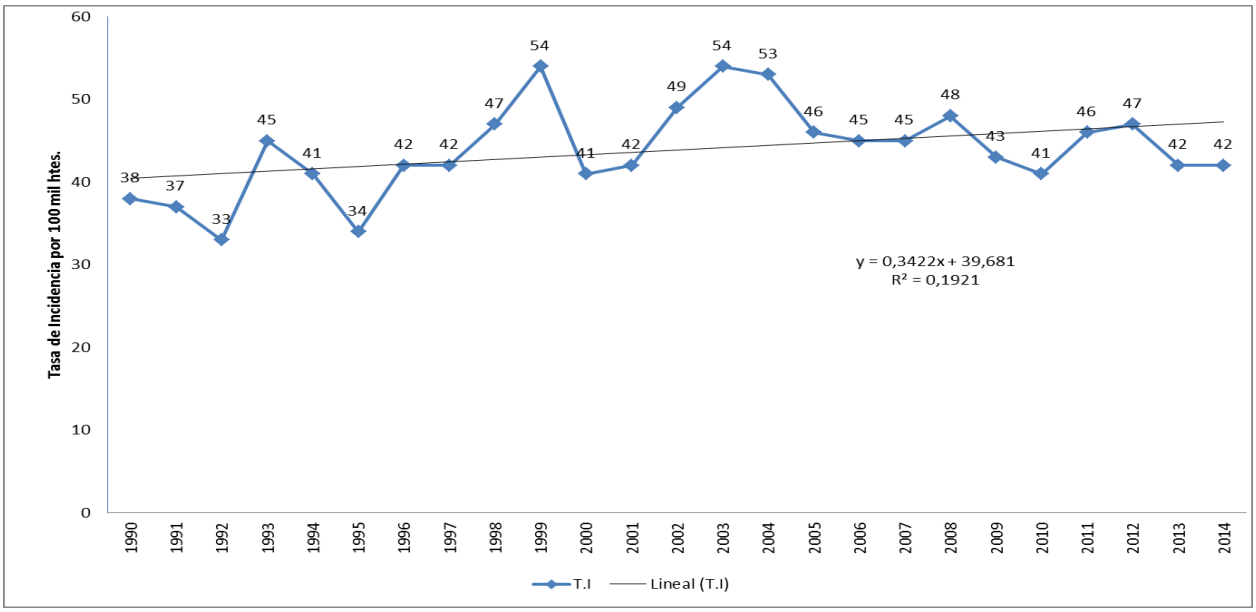


Fuente: SIVIGILA Cali 2014

Entre la semana 1 y 53 del año 2014 el 12.5 % de lo notificado fueron casos previamente tratados (69 recaídas, 60 reingresos de abandono y 1 fracaso), grupo especial de riesgo para vigilancia de farmacorresistencia en TB.

Entre las semanas epidemiológicas 1 a la 53 se registraron 980 casos de TB-TF nuevos y recaídas. En promedio se notificaron 19 casos por semana, 83 casos mes.

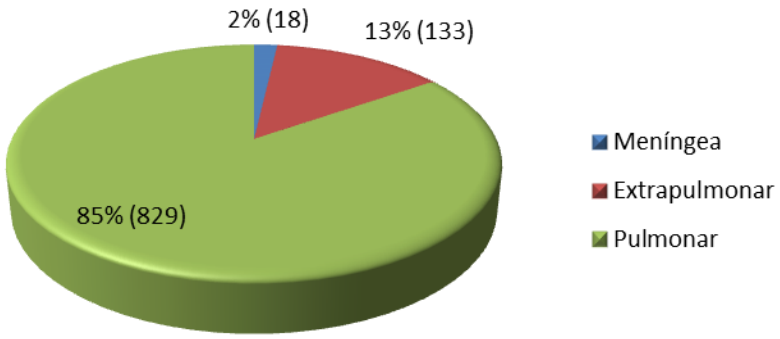
Figura 40. Tasa de incidencia notificada de Tuberculosis todas las formas período 1990-2014, Cali



Fuente: Sivigila TB 2014 SSPM, Cali

Para el cumplimiento de la Meta de los ODM se espera que la incidencia de Tuberculosis en el año 2015 sea la mitad de la incidencia de TB del año 1990. En el municipio de Cali la incidencia en el año 1990 fue de 38 x 100.000 habitantes (636 casos), es decir que lo esperado para el año 2015 es una incidencia de 19 x 100.000 habitantes; sin embargo en el año 2014 la incidencia de TB en el municipio fue de 42 x 100.000 habitantes, clasificándose como región de alta carga de TB.

Figura 41. Distribución de los casos nuevos y recaídas notificados según tipo de tuberculosis, semanas epidemiológicas 1-53, Cali 2014



Fuente: Sivigila Cali, 2014

Tabla 30. Frecuencia de casos nuevos y recaídas según localización de la tuberculosis, Cali 2014

Tipo de TB	No. Casos	%
PULMONAR	829	85
PLEURAL	59	6
GANGLIONAR	25	3
MENINGEA	18	2
MILIAR	9	1
OSTEOARTICULAR	8	1
INTESTINAL	7	1
PERITONEAL	5	1
OTRO	5	1
RENAL	3	0
GENITOURINARIA	3	0
SD	3	0
CUTANEA	3	0

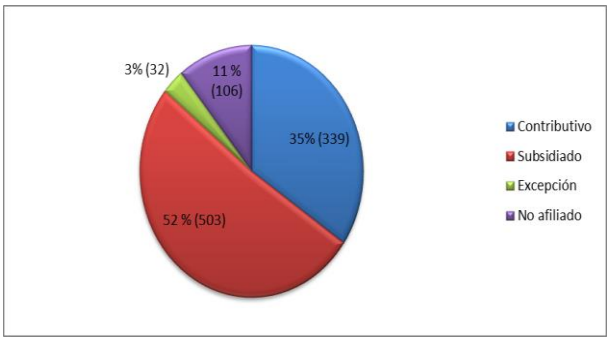
PERICARDICA	3	0
Total general	980	100

Fuente: Sivigila Cali 2014

La forma de tuberculosis más frecuente continúa siendo la pulmonar con un 85 %.

La extrapulmonar se presentó en un 15 %, siendo la pleural, ganglionar y meníngea las formas extrapulmonares más frecuentes.

Figura 42. Casos nuevos y recaídas de tuberculosis todas las formas por aseguramiento. Cali 2014



Fuente: Sivigila Cali 2014

De acuerdo a la afiliacion al RGSSS, se encontro que el 35 % de los casos pertenecian al régimen contributivo, el 52 % al régimen subsidiado, el 11 % a la población pobre no asegurada y el 3 % a los régimenes de excepción. El 89 % de los casos de TB TF tuvieron aseguramiento al sistema de salud.

Tabla 31. Casos nuevos y recaídas de tuberculosis todas las formas según EPS. Cali 2014. (>10 casos)

NOMBRE EPS	No. Casos
EMSSANAR	270
CAPRECOM	131
SSPM	106
SOS	82
COOSALUD	70
COMFENALCO	67
COOMEVA	55
NUEVA EPS	53
SALUD TOTAL	23
SALUDCOOP	19
COSMITET	17
CAFESALUD	14
ASMETSALUD	12
SURA	12

Fuente: Sivigila Cali 2014

Tabla 32. Casos nuevos y recaídas de tuberculosis todas las formas según EPS, Cali 2014 (< = 10 casos)

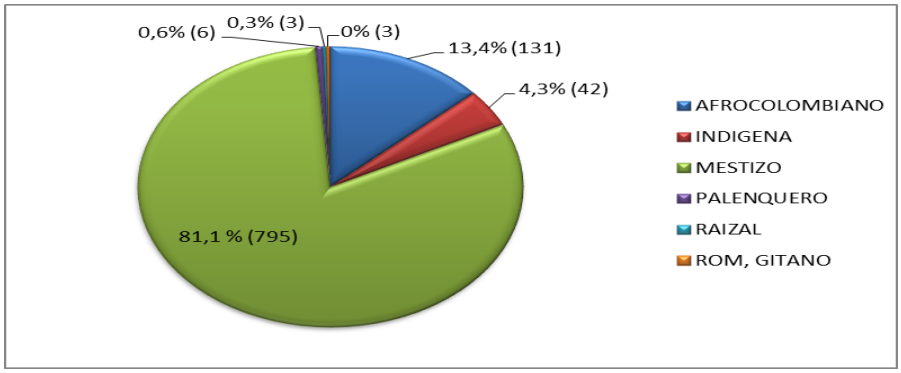
NOMBRE EPS	No. Casos
CRUZ BLANCA	8
POLICIA NACIONAL	7
SANITAS	6
FUERZAS MILITARES	5
COOMEVA PREPAGADA	3
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LA EMPRESA PUERTOS DE COLOMBIA	3
SENA	3
MALLAMAS	2
SALUDVIDA	2
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	2
AIC	2
ECOOPS	1
COLPATRIA PREPAGADA	1
INPEC	1
ALIANSALUD	1
COLSANITAS PREPAGADA	1
Ferrocarriles	1

Fuente: Sivigila Cali 2014

De las EPS del regimen contributivo con el mayor número de casos fueron S.O.S (82 casos), Comfenalco (67 casos), Coomeva (55 casos) y Nueva EPS (53 casos) ; del régimen subsidiado

fueron Emssanar (270 casos), Caprecom (131 casos) y Coosalud (70 casos).

Figura 43. Distribución de casos nuevos y recaídas de TB-TF según etnia. Cali 2014



Fuente: Sivigila Cali 2014

En cuanto a etnia, el 81,1 % de los casos se presentaron en mestizos, 13,4 % en la población afrocolombiana, y el 4,3 % en los indígenas, esta última etnia aumento un 3%, comparado con el año anterior.

Tabla 33. Distribución de casos nuevos y recaídas de TB- TF según grupos vulnerables, ss 1 – 53 , Cali 2014

Grupos Vulnerables	No. Casos	%
Carcelarios (PPL)	79	8,1
Habitantes de calle	63	6,4
Víctimas del conflicto armado	9	0,9
Discapacitados	8	0,8
Desplazados	4	0,4
Gestantes	4	0,4
Migrantes	1	0,1

Fuente: Sivigila Cali 2014

Con respecto a los grupos vulnerables, la población privada de libertad y los habitantes de calle son los que mayor número de casos presentan 79 y 63 casos respectivamente. Los demás grupos tienen una representación del 1.2 %. En población carcelaria en el 2014 se presentaron 49 casos más que en el 2013

y 38 más en habitantes de calle, esto debido a la intensificación de las acciones de búsqueda de TB en estos grupos vulnerables.

Tabla 34 Distribución de casos TBTF nuevos y recaídas en personas en situación de calle por grupos de edad, Cali 2014

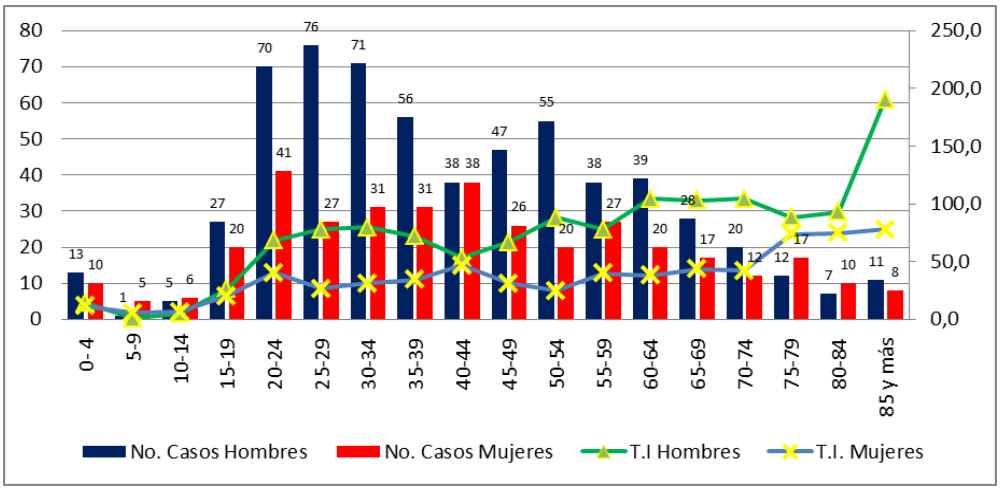
Grupo Edad	# casos	%
20-24	1	2
25-29	6	10
30-34	10	16
35-39	11	17
40-44	4	6
45-49	8	13
50-54	9	14
55-59	5	8
60-64	5	8
65-69	1	2
70-74	2	3
80-84	1	2
TOTAL	63	100

Fuente: Sivigila Cali 2014

Entre enero y diciembre del 2014 fueron notificados 79 casos de TB en personas en situación de calle (62 casos nuevos, 1 recaídas, y 16 reingresos de abandono). El grupo de edad con más casos fue el de 35 a 39 años con 17 casos, le siguen los grupos de edad de 30 a 34 y el de 50 a 54 con 16 y 14 casos respectivamente. El 84 % (66) de casos se presento en hombres y el 16 % (13) en mujeres.

De los casos notificados de TB TF en el 59% se informo la ocupación. Las más frecuentes fueron: ama de casa con 161 casos, cesantes 60 casos, estudiantes 56 casos, pensionados 30 casos, conductores 24 casos (taxi 12, buses 6, camionetas 5). En trabajadores del área de la salud se presentaron 23 casos.

Figura 44. Distribución de casos de tuberculosis todas formas según edad. Cali 2014

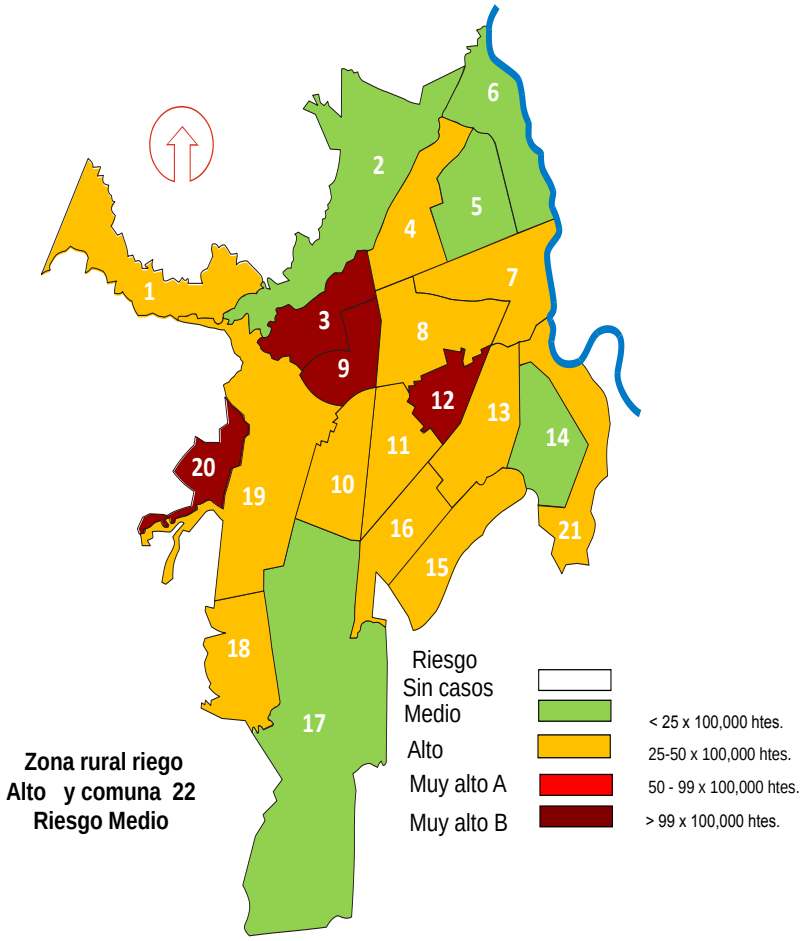


Fuente: Sivigila Cali 2014

Los grupos de edad comprendidos entre los 20 y 59 años, la población económicamente activa, continuan siendo los mas afectados. El 4.1 % de los casos fue reportado en menores de 15 años. El 63 % de los casos notificados se presento en hombres y el 37 % en mujeres.

En todas las comunas de Cali se presentaron casos de TB -TF y pulmonar bacilifera. En las comunas 12, 13, 15, 20, 18, 9, 3, 11 y 6, se concentró el 58% de los casos TBTF.

Mapa 01. Tasa de incidencia de TB-TF por comuna, semanas 1 – 53, Cali 2014



Tasa de incidencia de TB-TF por comuna, Cali 2014

COMUNA	T.I x 100mil
12	141,7
9	123,5
3	114,5
20	104,4
4	48,4
15	47,4
rural	46,4
13	44,6
18	43,8
7	41,8
11	41,2
1	39,7
8	35,2
21	34,4
16	32,0
19	28,6
10	26,3
5	24,3
6	22,3
14	22,2
17	22,0
22	18,4
2	17,7

F uente: SIVIGILA SSPM 2014

TUBERCULOSIS MENÍNGEA

Se presentaron 18 casos de TB meníngea entre nuevos y recaídas; el mayor numero de casos entre los 20 a 34 años, 6 casos. Un caso en menor de 5 años, con la respectiva investigación de campo se descarto para TB Meníngea. En 4 casos (22 %) se encontro coinfeccion TB-VIH. Se deben explorar otras causas por la cuales estas personas presentaron esta forma grave de tuberculosis.

Tabla 35. INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS. Semana 53, 2014

INDICADORES DE INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS	# CASOS	%
% de casos de TB con investigación de campo inicial	416	40
Número de contactos identificados	2437	
Número de contactos SR	665	27%
% de contactos SR que fueron confirmados como casos de TB	42	6,3%

Fuente: SIVIGILA SSPM 2014

- De los 1041 casos de TB TF notificados en 40 % se encontró reporte de visitas epidemiológicas de campo para la identificación de contactos, 8% más que en el año 2013.
- Entre los contactos identificados, el 27 % fueron sintomáticos respiratorios.
- Entre los contactos sintomáticos respiratorios, en 6.3 % de los casos se confirmo TB.
- En las visitas de asistencia técnica realizadas por el PCTB a las Empresas Sociales del Estado y a las IPS privadas, se encontró que la mayoría de casos cuentan con investigación de contactos; se debe continuar el fortalecimiento del flujo de información entre los programas de TB y los responsables de vigilancia en salud pública de las instituciones. La SSPM está desarrollando el Plan de Investigación de Contactos, que busca mejorar la gestión del proceso y el seguimiento a los contactos con riesgo identificados.
-

SITUACIÓN DE COINFECCIÓN TB/VIH

Tabla 36. Indicadores TB/VIH - Sivigila 2014 (semana 53)

INDICADOR	# CASOS	%
Realización de consejería pre-test de VIH	840	90%
Realización de prueba para VIH	827	89%
Diagnóstico VIH de novo (Casos de TB con realización de prueba para VIH positiva)	56/163	34%
Diagnóstico previo de VIH (Casos de TB sin realización de prueba de VIH con reporte de coinfección TB/VIH)	107/163	66%

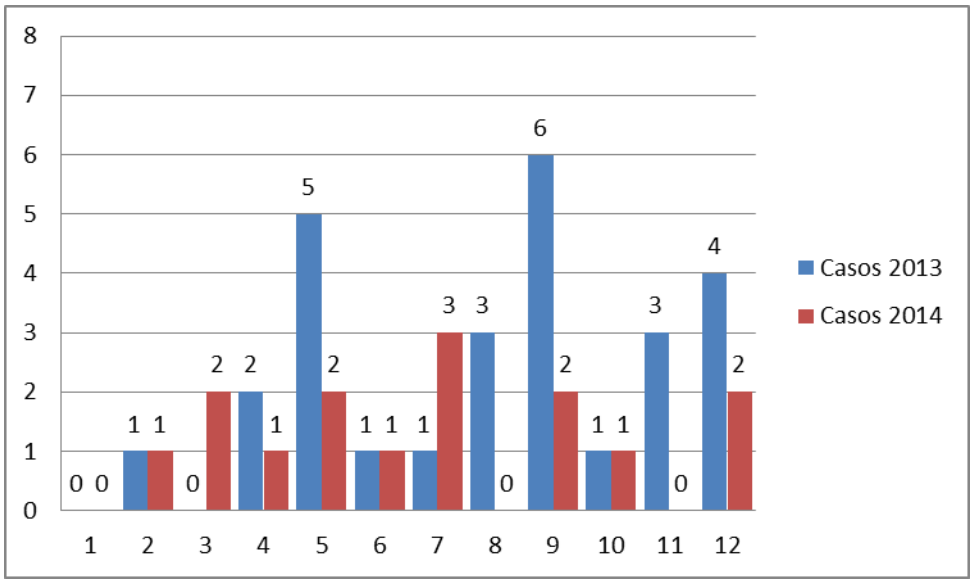
Tabla 37. Asociación TB/VIH

Resultado prueba VIH	Número de casos	%
Positiva	163	15.6 %
Negativa	759	72.9 %
Desconocida	118	11.3 %

Fuente: SIVIGILA SSPM 2013

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPRA

Figura 45. Distribución de casos nuevos y recidivas de Lepra notificados, según periodo epidemiológico, Cali, 2013 vs 2014

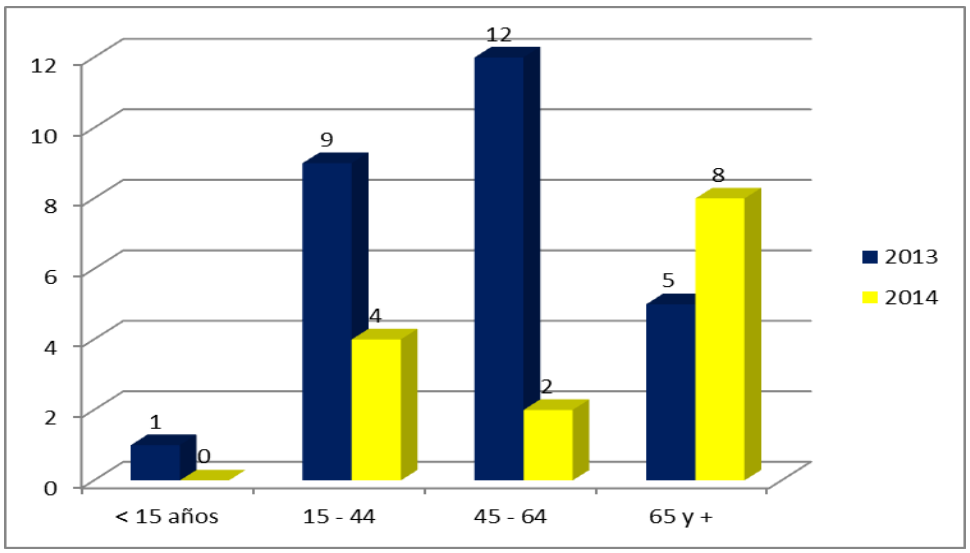


Fuente: Aplicativo Lepra, Sivigila SSPM 2013-2014

Durante el 2014 se presentaron 12 casos menos que en el 2013, con un total de 15 casos. La incidencia para el periodo fue de 0.6 por 100,000 habitantes que ubica al Municipio como zona de riesgo bajo para LEPRA, pero teniendo en cuenta que existen debilidades en las estrategias de búsqueda de casos desde las instituciones de salud es necesario fortalecer las acciones de captación.

La prevalencia en el 2014 fue de 0.2 por 10,000 habitantes, cifra que ubica a Cali dentro del criterio de eliminación de la Lepra, según definición de la OMS.

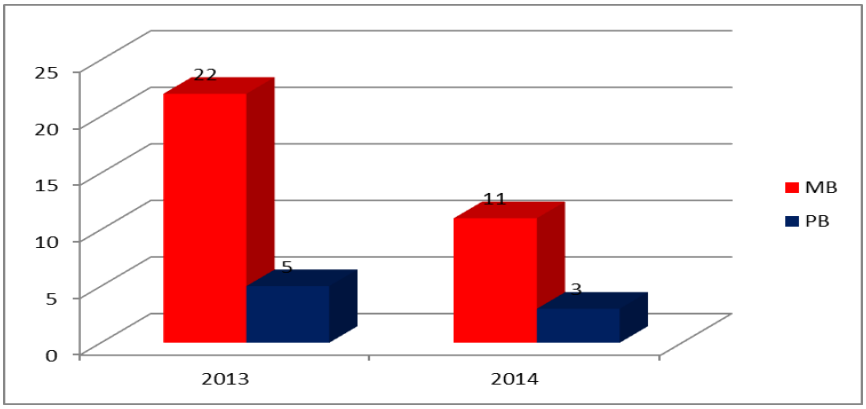
Figura 46. Casos nuevos y recidivas de Hansen notificados, según grupos de edad, Cali, 2013 vs 2014



Fuente: Aplicativo Lepra, Sivigila SSPM 2014

Durante el 2014 no se reportaron casos en menores de 15 años. Se presentó mayor número de casos en el grupo de edad entre 64 y más (8 casos).

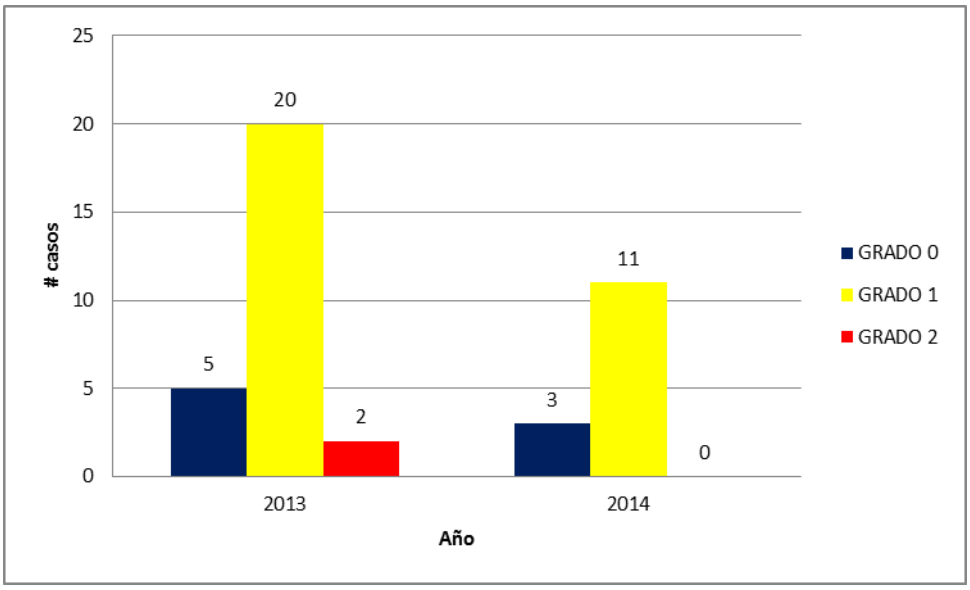
Figura 47. Distribución de casos nuevos y recidivas de Hansen notificados, según clasificación bacteriológica MB y PB, Cali 2013 vs 2014



Fuente: Aplicativo Lepra y SIVIGILA 2014 SSPM

El 79 % de casos nuevos y recidivas notificados durante el 2014, se clasificaron como multibacilares, para el 2013 fueron del 81%.

Figura 48. Distribución de casos nuevos y recidivas de hansen notificados, según grado de discapacidad, Cali, 2013 vs 2014.



Fuente: Aplicativo Lepra y SIVIGILA 2014 SSPM

Durante el 2014 el 79 % de los casos nuevos y recidivas registrados presentaron algún grado de discapacidad.

10. Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS)

La vigilancia en salud pública de los eventos de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y perinatales se define como el proceso por el cual se identifican los eventos que afectan al binomio madre –hijo, detecta las fallas en la atención del sector salud y los determinantes que inciden en la aparición de 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 que influyen en el estado de salud, la conducta reproductiva y la demanda a los servicios de salud.

10.1 Sífilis Gestacional (ficha No 1330) y Congénita (ficha No 740)

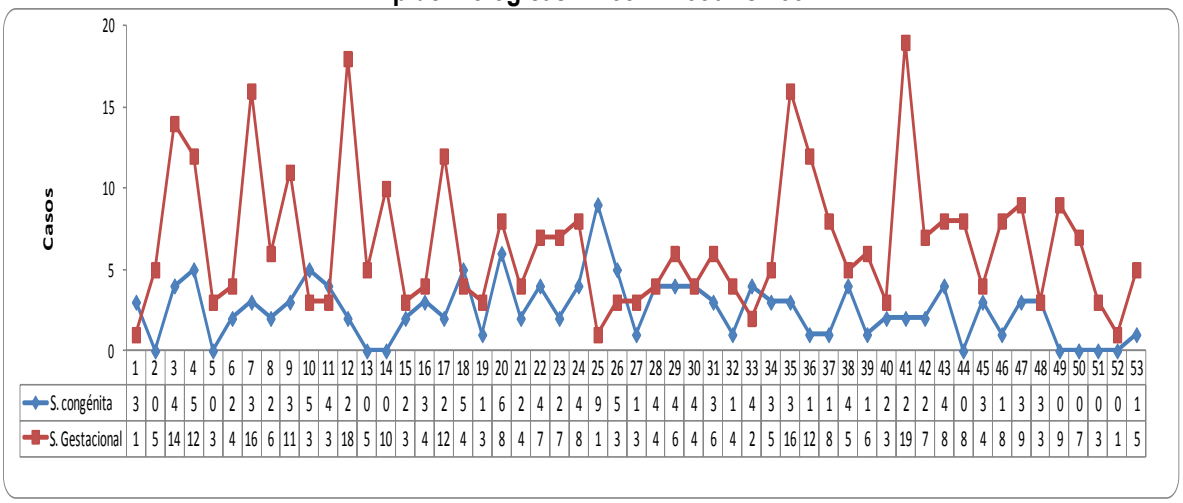
Hasta la semana 53 después de realizar el proceso de depuración, excluyendo los casos repetidos, los casos descartados y los procedentes de otros municipios, se tiene un total de 350 casos notificados al SIVIGILA de Sífilis Gestacional y 133 casos de Sífilis Congénita.

Dentro de las acciones de vigilancia, se brindó asistencia técnica para la realización de las unidades de análisis en las ESE, se solicitaron las unidades de análisis a las instituciones de segundo y tercer nivel y se realizó la coordinación para la confirmación de los casos.

Análisis Temporal

Al analizar el comportamiento se observa que en las semana 41 se presentó la mayor notificación de casos de Sífilis Gestacional (19 casos). Para el evento de Sífilis Congénita el mayor número de casos se presentó en las semana 25 con 9 casos.

Figura 49. Sífilis Congénita vs Gestacional por semana epidemiológica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53. n= 350 vs 133



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
S. congénita	3	0	4	5	0	2	3	2	3	5	4	2	0	0	2	3	2	5	1	6	2	4	2	4	9	5	1	4	4	4	3	1	4	3	3	1	1	4	1	2	2	2	4	0	3	1	3	3	0	0	0	0	1
S. Gestacional	1	5	14	12	3	4	16	6	11	3	3	18	5	10	3	4	12	4	3	8	4	7	7	8	1	3	3	4	6	4	6	4	2	5	16	12	8	5	6	3	19	7	8	8	4	8	9	3	9	7	3	1	5

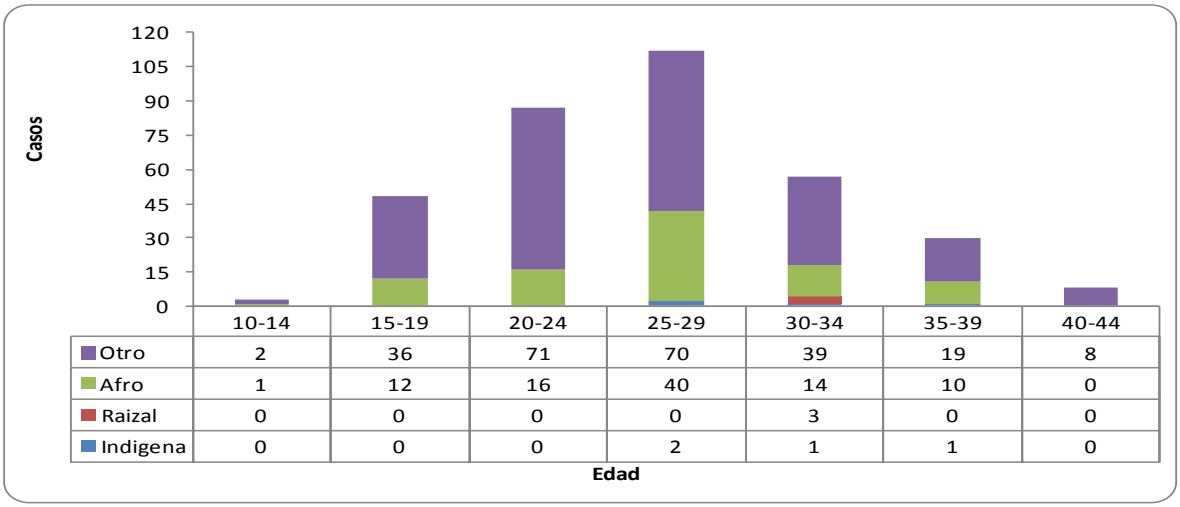
FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

Análisis de las variables socio demográficas

En el análisis de las variables socio demográficas se tuvo en cuenta aquellas que podrían direccionar acciones desde lo local que repercutieran en la salud de la gestante y del recién nacido.

Al analizar los casos por edad y etnia, encontramos que el problema se concentro en las mujeres jóvenes en mayor proporción en el grupo de edad de 25-29 años con el 32%. El 70% en el grupo étnico otros, lo que demuestra que la población mestiza es la más afectada en el municipio.

Figura 49. Sífilis gestacional por Grupo de edad y grupo étnico. Cali 2014. (n= 350)



	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Otro	2	36	71	70	39	19	8
Afro	1	12	16	40	14	10	0
Raizal	0	0	0	0	3	0	0
Indigena	0	0	0	2	1	1	0

FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

En cuanto a la seguridad social el 86% (302) de los casos pertenece a una Administradora de Planes de Beneficios tanto del régimen contributivo como del subsidiado. La Secretaría de Salud Pública Municipal, viene desarrollando estrategias para mejorar la notificación y el análisis de los casos por parte de las IPS de segundo y tercer nivel, sin embargo es importante la participación de las EPS del régimen subsidiado en el análisis de los casos, la implementación de planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos, sobre todo para intervenir los retrasos tipo I y II los cuales tienen que ver con el desconocimiento del problema y la oportunidad en la toma de decisiones.

El 40% (140 casos) inició el control prenatal en el primer trimestre de embarazo. Desde el Comité de Maternidad Segura se viene trabajando para mejorar el acceso al ingreso al control prenatal en el primer trimestre de gestación. Pese a todas las acciones realizadas se observa que las gestantes se están re infectando en el tercer trimestre de gestación, esto se debe a la falta de adherencia por parte de la pareja en el tratamiento de la sífilis gestacional y a la no identificación de las conductas de riesgo por parte de la gestante. Se ha hecho énfasis para que a la gestante le sean entregados condones como medio de protección ante los comportamientos de riesgo, pero al indagar sobre su uso, este generalmente no es aceptado por la pareja.

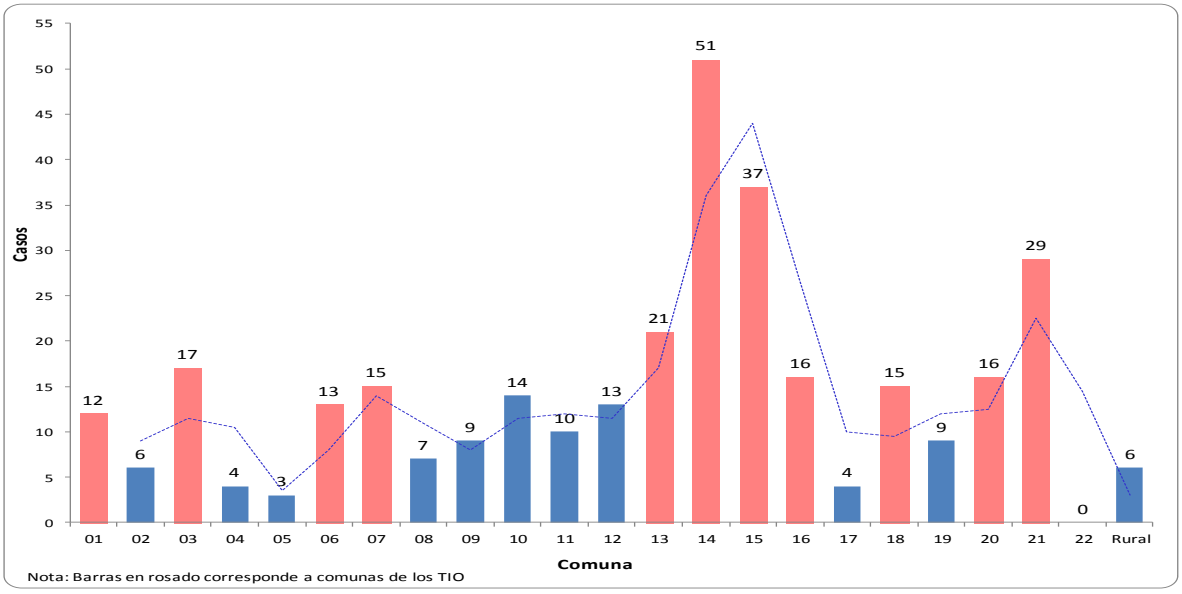
En cuanto al incremento en la notificación de casos de Sífilis Gestacional en el tercer trimestre o en el momento del parto por las instituciones del Nivel II y III de atención, esto se debe a que las gestantes son remitidas a estos niveles por complicaciones obstétricas y en el proceso de atención no presentan o no tienen la historia clínica prenatal, razón por la cual estas instituciones notifican los casos como nuevos de sífilis gestacional. Se han dado recomendaciones a las instituciones de nivel II y III para que realicen la notificación de toda gestante con serología reactiva en el momento del parto sin control prenatal evidenciado.

La notificación se concentró principalmente en el HUV, Hospital Carlos Holmes Trujillo, Hospital San Juan de Dios, Red de Salud Norte, CS Marroquín, Comfandi IPS-San Nicolás, Hospital Cañaveralejo acumulando el

54.3% de los casos. Las instituciones de primer nivel captan y tratan las gestantes pero se reinfectan en el tercer trimestre, esto se debe posiblemente a la no participación de las parejas en el tratamiento.

Más del 50% de los casos pertenecieron al régimen subsidiado, especialmente a las aseguradoras Emssanar, Caprecom y Coosalud. La comuna 14 presento el 15% de los casos del municipio. Al realizar las unidades de análisis se encontró que las gestantes que viven en sectores de vulnerabilidad social son las más afectadas, contribuyendo a esta situación la no adherencia de sus parejas al tratamiento

Figura 50. Distribución de la Sífilis Gestacional por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53. n= 350

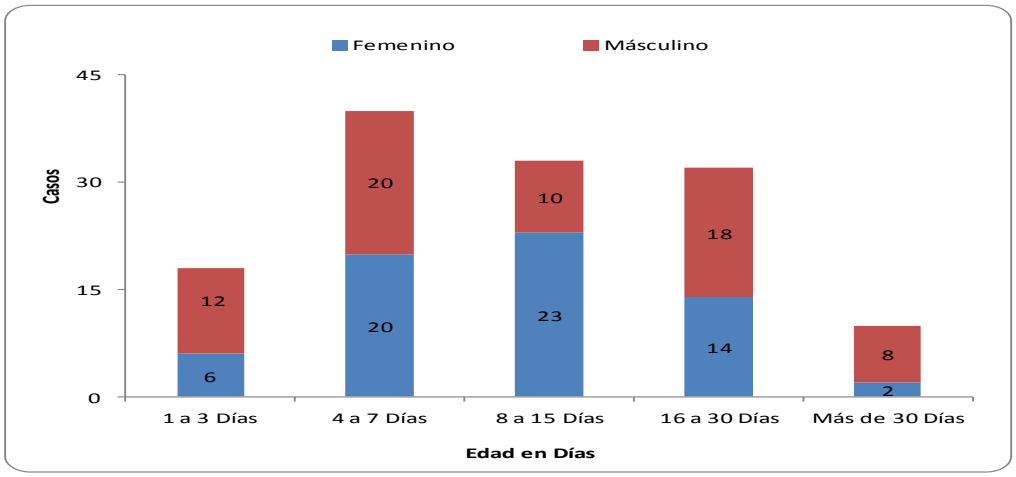


FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

10.2. Comportamiento Sífilis Congénita

Del total de casos de Sífilis Congénita el 30% (40) fueron notificados durante los 4 a 7 días de hospitalización. Se realizo unidad de análisis al 56% y se encontró reducción del número de casos con relación al año anterior. Se espera aprovechar la implementación dentro de la política de maternidad segura del monitoreo de la gestante de alto riesgo para seguir también dentro de este modelo a las gestantes con diagnostico de Sífilis Gestacional que son remitidas a los niveles II y III para atención del parto. .

Figura 51. Sífilis Congénita por edad al momento del diagnóstico. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 133

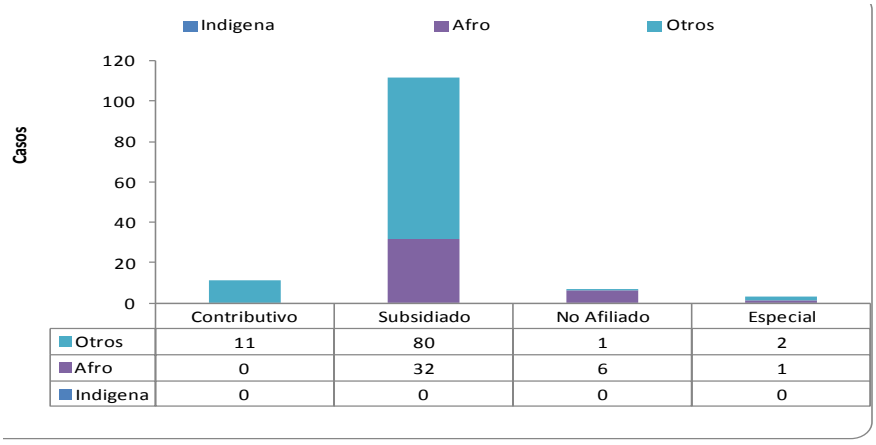


FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

En relación a la etnia la población más afectada es la mestiza con el 70% de los casos, seguida de la afrocolombiana.

El 84% (112 casos) pertenecen al régimen subsidiado y el 8% (11 casos) son población pobre no asegurada. Se requiere entonces determinar qué condiciones socioculturales comparten estos grupos poblacionales para diseñar estrategias que permitan intervenciones acordes con su estilo de vida y poder así incidir en la disminución del número de casos. Igualmente hay que trabajar en mejorar la calidad del control prenatal y el acceso al mismo en el primer trimestre de gestación.

Figura 52. Sífilis Congénita por tipo de aseguramiento y pertenencia étnica. Santiago de Cali(n= 133)



	Contributivo	Subsidiado	No Afiliado	Especial
Otros	11	80	1	2
Afro	0	32	6	1
Indigena	0	0	0	0

FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

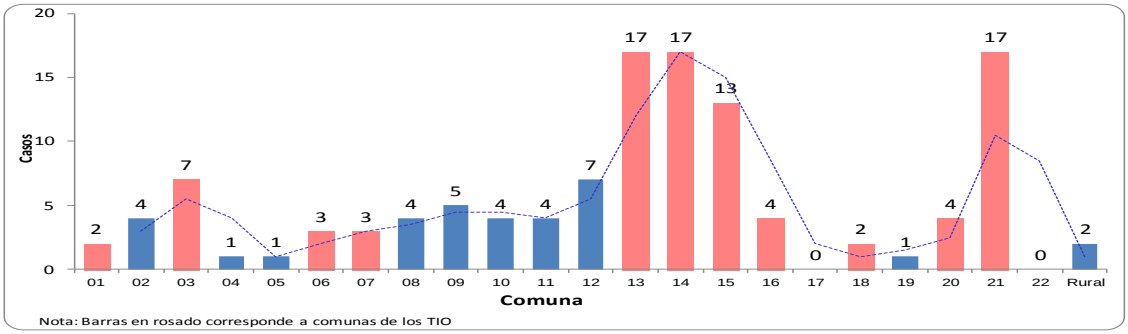
El 97% de los casos fueron atendidos por una institución de alta o mediana complejidad, lo que evidencia la dificultad en cumplir con los lineamientos establecidos para controlar la Sífilis Congénita, pues estos niveles no realizan la contrareferencia a las instituciones de baja complejidad.

El 38% de los casos pertenecieron a Emssanar, el 18% a Caprecom. Se observa con preocupación que pese a que la Sífilis Congénita es un evento adverso, ni las IPS ni las EPS están realizando de manera oportuna el análisis de los casos y la implementación de los planes de mejoramiento correspondientes.

Distribución espacial

Al analizar la distribución de los casos de Sífilis Congénita se observa que en las comunas 13 y 14 se presenta el 25% de los casos del municipio.

Figura 53. Distribución de la Sífilis Congénita por comunas. Santiago de Cali (n= 133)



FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

Tabla N°6: Indicadores Epidemiológicos de Sífilis Congénita. Santiago de Cali (n= 133).

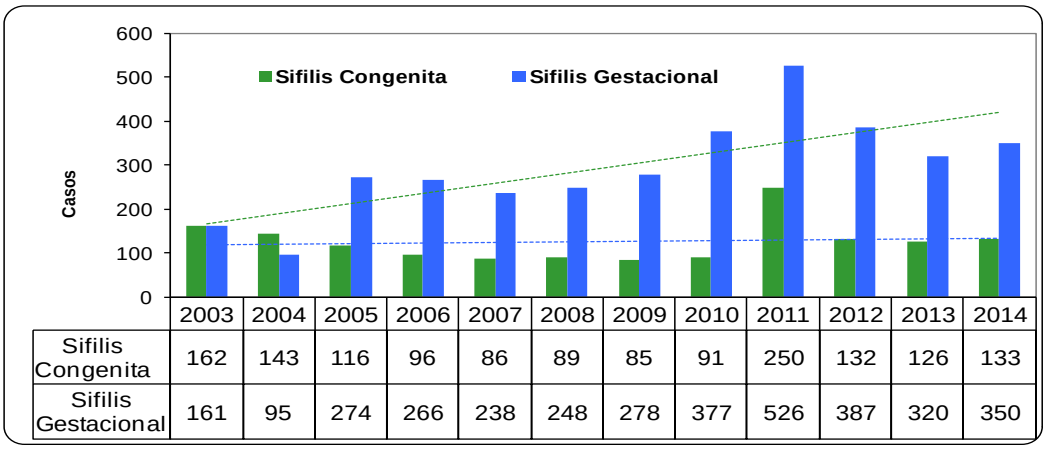
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Razón de incidencia sífilis congénita	Número de casos de sífilis congénita en el año	Numero de nacidos vivos	1000	
AÑO 2014	133	29.080	1000	4.6

FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

Análisis de tendencias

Al analizar las incidencias de Sífilis Congénita y teniendo en cuenta el Plan para la Eliminación de la Sífilis Congénita, adaptado del plan propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que tiene como propósito reducir la incidencia de la enfermedad para el año 2015 a 0.5 por 1000 nacidos vivos por medio de la detección y el diagnóstico precoz y el suministro de tratamiento adecuado y oportuno a las mujeres gestantes infectadas y la reducción de la prevalencia de sífilis en mujeres en edad fértil. Pese a todos los esfuerzos la incidencia más baja que ha registrado el municipio fue de 2.8 por 1000 nacidos vivos. El incremento del 2011 obedeció a las fallas en el proceso de referencia y contra referencia; la información del tratamiento de la Sífilis Gestacional no estaba disponible en el momento del parto. En el año 2014 se observó igual comportamiento que en los años anteriores.

Figura 54. Comportamiento anual Sífilis gestacional y congénita. Cali años 2013 a 2014



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sifilis Congenita	162	143	116	96	86	89	85	91	250	132	126	133
Sifilis Gestacional	161	95	274	266	238	248	278	377	526	387	320	350

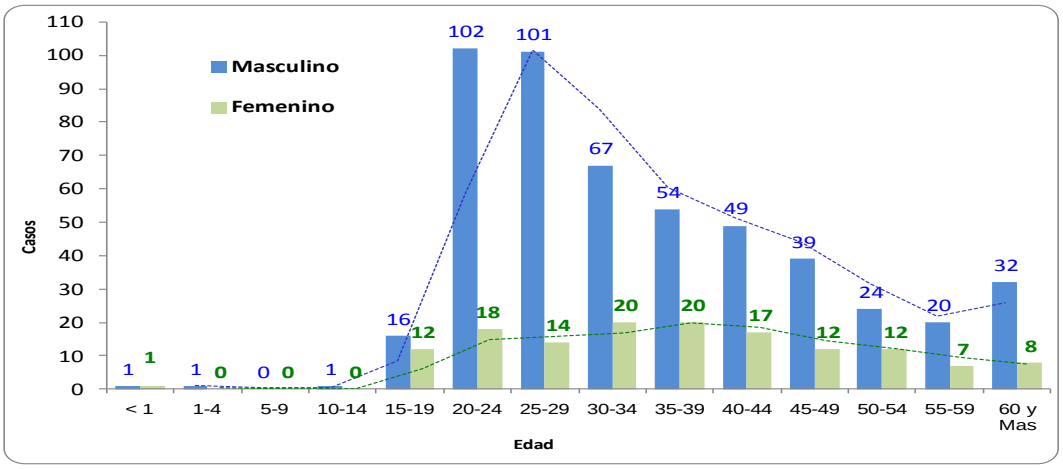
FUENTE: Vigilancia en Salud Pública de los eventos de SSyR

10.3. VIH/SIDA (ficha No 850)

En total se notificaron 508 casos nuevos como VIH, 108 casos de SIDA y 32 muertes.

El 78% (507 casos) se presenta en hombres, de estos el 18% en edades entre los 25-29 años, en las mujeres se observo que el mayor número de casos esta entre los 25-29 años; más del 95% de los casos corresponde a edades reproductivas fértiles. Los casos en menores de un año correspondieron a transmisión perinatal, estos se analizaron y se encontró que eran hijos de mujeres habitantes de la calle y farmacodependientes.

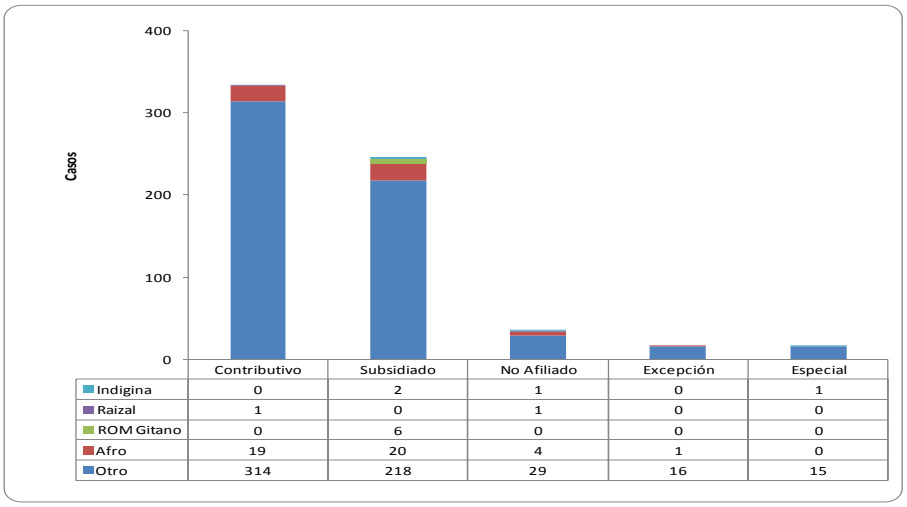
Figura 55. VIH / SIDA por Edad y Género. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 648



FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

El 95% de los casos (613) estaban afiliados al SGSSS, el 5% (35) fueron población pobre no asegurada. El 91% (592) correspondieron a la etnia otros (mestizos).

Figura 56. VIH / SIDA por Tipo de aseguramiento y Etnia. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 648

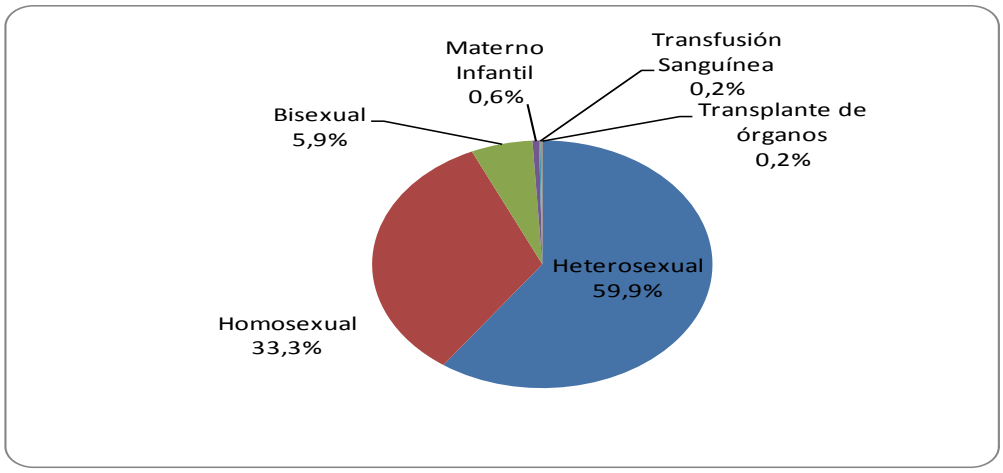


	Contributivo	Subsidiado	No Afiliado	Excepción	Especial
Indigina	0	2	1	0	1
Raizal	1	0	1	0	0
ROM Gitano	0	6	0	0	0
Afro	19	20	4	1	0
Otro	314	218	29	16	15

FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

En cuanto al mecanismo probable de transmisión, se encontró que en el 60% de los casos (388) el mecanismo probable fue transmisión heterosexual. Durante este año se hizo énfasis en determinar el mecanismo probable de transmisión, sin embargo no se pudo descartar un caso de transfusión sanguínea y otro de trasplante de órganos, lo que llevo a la programación de más asistencias técnicas a las instituciones que notificaron casos.

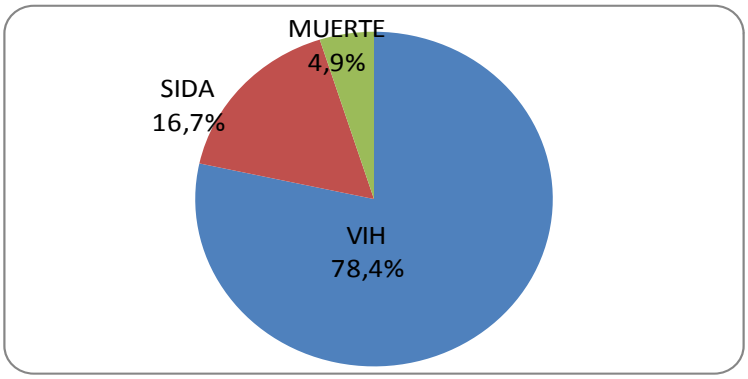
Figura 57. VIH / SIDA por Mecanismo de Transmisión. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1-53 n= 648



FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

El 78% de los casos (508) conviven con VIH, frente a un 17% (108) que presentan SIDA. Fueron notificadas 24 gestantes con VIH. Por la estrategia se identificaron más casos, para lo cual se hizo gestión para que se notificaran al SIVIGILA.

Figura 58. VIH / SIDA por Clasificación Clínica. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 648



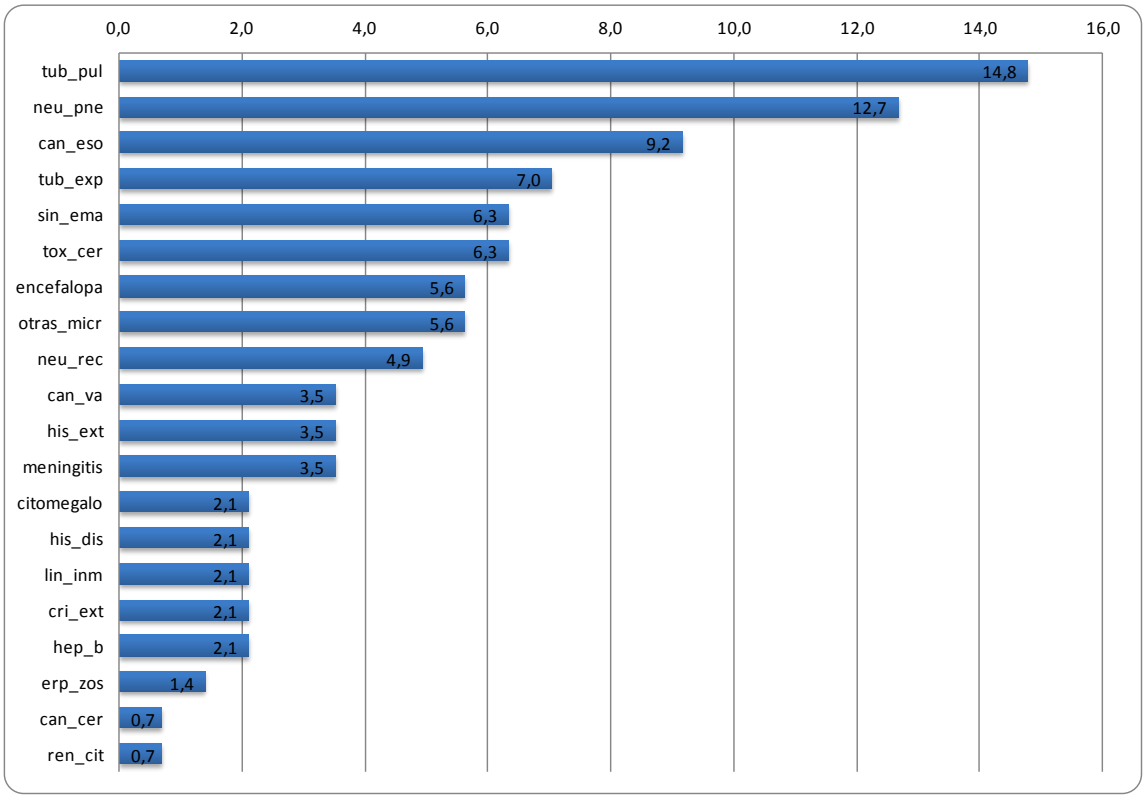
FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

La Tuberculosis pulmonar fue la primera infección oportunista en las personas registradas con VIH/SIDA, 21 casos 15%, seguida por la neumonía por Pneumocystis 13%.

El 11% de los casos (71) fueron reportados por el Hospital Universitario del Valle, seguido de Comfenalco Valle que informo el 7% (45).

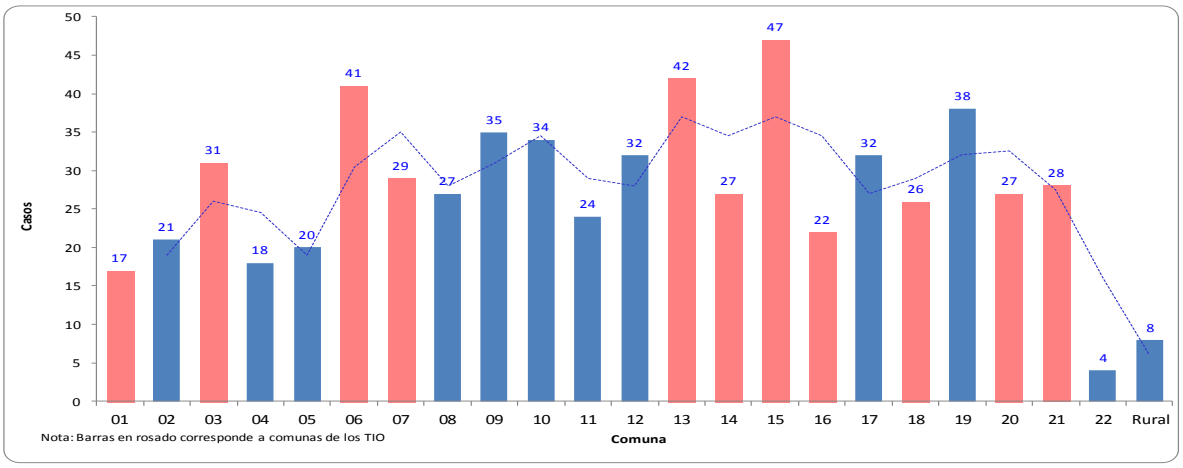
El mayor número de casos estaban afiliados a Emssanar, 17%, a SOS el 14%. La comuna 15 presento el mayor número de casos del l municipio, 47 (7%).

Figura 59. VIH / SIDA Enfermedades Oportunistas. Santiago de Cali. (n= 648)



FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

Figura 60. Distribución de VIH/SIDA por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53. n= 648

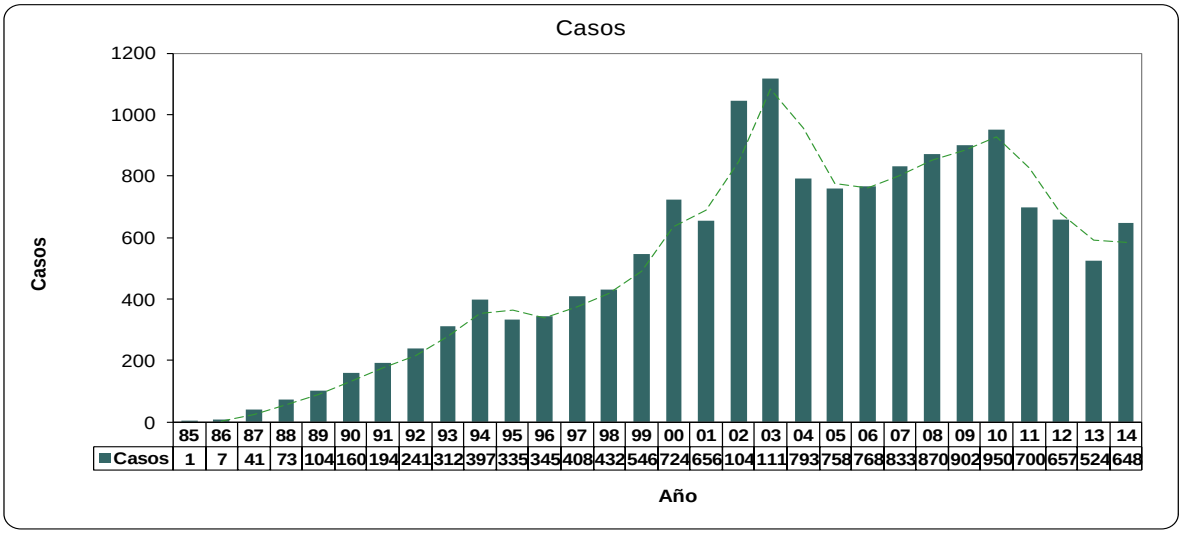


FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

Análisis de tendencias

Al analizar la incidencia de VIH/SIDA se observa que hay una tendencia hacia la disminución del número de casos, sin embargo hay que tener en cuenta que la información parte del registro histórico de VIH/SIDA del mu nicipio y no del proceso de vigilancia, pues este se ha venido fortaleciendo en los últimos años.

Figura 61. VIH /SIDA Por Año 1985-2014 Cali



FUENTE: Vigilancia en Salud Pública de los eventos de SSyR

10.4. Mortalidad materna

Hasta la semana 53 se presentaron un total de **8** casos notificados al SIVIGILA en la ficha 550 que corresponde a Mortalidad Materna y residentes en el municipio de Santiago de Cali . Según las definiciones dadas por el Instituto Nacional de Salud en el protocolo de mortalidad materna se clasifican así:

Defunción Materna: La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier
causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Para un total de **8** notificaciones.

Defunción materna tardía: Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo. Para un total de **5** notificaciones.

La mortalidad relacionada con el embarazo: que incluye las muertes de causa incidental y las violentas (homicidios y suicidios), se recuerdan que las muertes relacionadas con el embarazo serán objeto de notificación al sistema de información SIVIGILA. Para un total de **3** notificaciones.

Tabla 38. Comportamiento de la mortalidad en mujeres gestantes. Cali año 2014

EVENTO	FRECUENCIA	%
MORTALIDAD MATERNA (HASTA 42 DIAS POST PARTO)	8	17,4
MORTALIDAD MATERNA TARDIA (HASTA 365 DIAS)	5	10,9
MUERTES DE MUJERES EN EMBARAZO POR CAUSAS EXTERNA	3	6,5
MORTALIDAD MATERNA OTROS MUNICIPIOS	24	52,2
TOTAL	**40**	**100**

FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

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

Análisis Temporal.

Al analizar el comportamiento por semana epidemiológica se observo que las semanas 34 y 41 fueron las de mayor número de casos (2).

Análisis de las variables socio demográficas.

Para el análisis de las variables socio demográficas se tuvieron en cuenta aquellas que podían direccionar el análisis de los determinantes biológicos, sociales y del sistema de salud. En el siguiente análisis se tuvieron en cuenta las muertes maternas hasta los 42 días post parto y tardías las cuales fueron en total 13.

La distribución por grupos de edad de la mortalidad materna se ubica en las mujeres económicamente activas en edades entre los 20 y 40 años. El 62% de los casos de Mortalidad Materna estaban afiliadas al régimen contributivo. Se observo una disminución de casos en el régimen subsidiado. Las muertes maternas se presentaron en instituciones de nivel 2 y 3.

Tabla 39.: Mortalidad Materna por UPGD. Cali – año 2014 (n= 13)

NOMBRE UPG	FRECUENCIA MORTALIDAD MATERNA	FRECUENCIA MORTALIDAD MATERNA TARDIA
HOSPITAL UNIVERSIATARIO	3	0
FUNDACION VALLE DEL LILI	0	2
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	1	0
CLINICA OCCIDENTE	1	1
CLINICA COLOMBIA	0	1
CLINICA SALUDCOOP	1	0
CLINICA VERSALLES	2	0
CLINICA AMIGA	0	1
TOTAL	**8**	**5**

FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

El 50% de las muertes maternas se debieron a causas directas. En el Comité de Maternidad Segura se incentivo a trabajar en pro de los derechos sexuales y reproductivos, IVE y manejos de hemorragias.

Tabla 40: Causas de Mortalidad Materna. Santiago de Cali. (n= 8)

TIPO DE CAUSA	FRECUENCIA	%
DIRECTA	**4**	**50,0**
ABORTO SEPTICO	1	12,5
DISECCION CORONARIA ESPONTANEA POSTPARTO	1	12,5
HEMORRAGIA POR ATONIA UTERINA	2	25,0
INDIRECTA	**4**	**50,0**
VIRUS HEPATOTROPICO HEMORRAGICO	1	**12.5**
MENINGITIS AGUDA	**1**	**12,5**
PANCREATITIS NO BILIAR SEVERA	**1**	**12,5**
TUBERCULOSIS MENINGEA	**1**	**12,5**
TOTAL	**8**	

FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

En cuanto a la mortalidad materna tardía el 100% fueron de causa indirecta.

Tabla 41. *Causas de Mortalidad Materna Tardía. Santiago de Cali. (n= 5)*

TIPO DE CAUSA	FRECUENCIA	%
DIRECTA	**0**	**0,0**
INDIRECTA	**5**	**100,0**
LINFOMA HODGKIN	1	**20,0**
MUTACION TETRAHIDROFOLATO REDUCTASA (RUPTURA AORTICA)	1	**20,0**
ANEURISMA CEREBRAL	1	**20,0**
HIPERTENSION ENDOCRANEAL (EVENTO ADVERSO)	**1**	**20,0**
SINDROME ANTICUERPO ANTIFOSFOLIPIDO ASOCIADO A LUPUS	**1**	**20,0**
TOTAL	**5**	

FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

En cuanto a los tipos de retraso se encontró retraso tipo IV; no identifican el riesgo de una mujer en edad reproductiva fértil con enfermedad de base, no aplicación de protocolos para el control prenatal de alto riesgo y ausencia de planificación familiar en mujeres con patologías.

Las aseguradoras del régimen contributivo fueron las que registraron más casos de mortalidad materna. La EPS SOS notifico cuatro casos de mortalidad tardía.

Tabla 42. Mortalidad Materna por aseguradora. Santiago de Cali. (n= 13)

ASEGURADORA	MORTALIDAD MATERNA	MORTALIDAD MATERNA TARDIA
SANITAS EPS	**1**	**0**
EMSSANAR	**1**	**0**
S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	**0**	**4**
NUEVA EPS	**1**	**0**
COMFENALCO EPS	**1**	**0**
SALUD TOTAL	**1**	**0**
COODSALUD	**1**	**0**
SALUDCOOP	**1**	**0**
ASMET SALUD	**1**	**0**
SURA EPS	**0**	**1**
Total	**8**	**5**

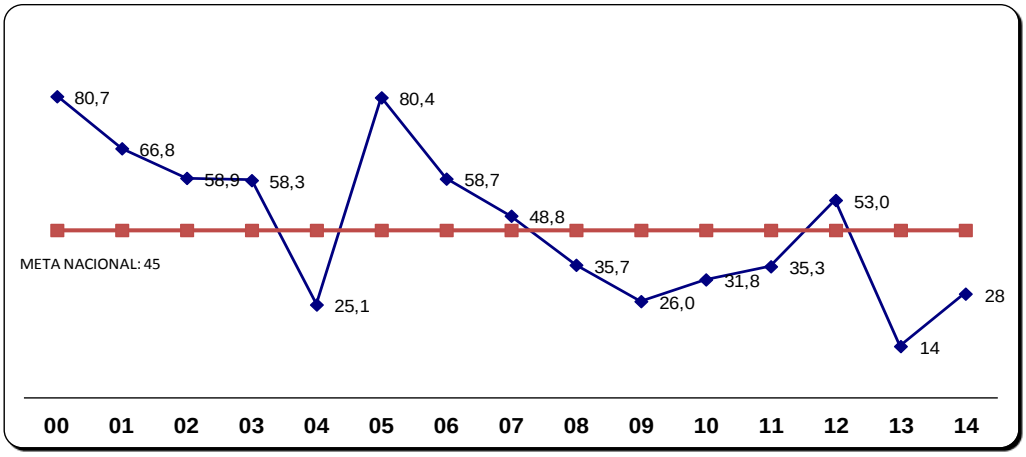
FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

Distribución espacial

Al analizar la distribución de los casos de mortalidad materna se observa que en las comunas 2, 6, 18 y 21 se presentó el 62% de los casos del municipio.

Análisis de Tendencia. Cali presentaba una tendencia hacia la disminución de la mortalidad materna desde el año 2006 alcanzando la meta nacional en el 2008; sin embargo desde el 2010 se observó un incremento en la razón de mortalidad materna y en el año 2012 estuvo por encima de lo esperado, sobrepasando la meta nacional; por este motivo se implementó un Plan de Choque Municipal, lo que llevó a la reducción, siendo en el año 2014 de 28.8 por 100 mil nacidos vivos.

Figura 62. Razón de mortalidad materna. Santiago de Cali. 2000-2014



FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

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

10.5. Morbilidad materna extrema

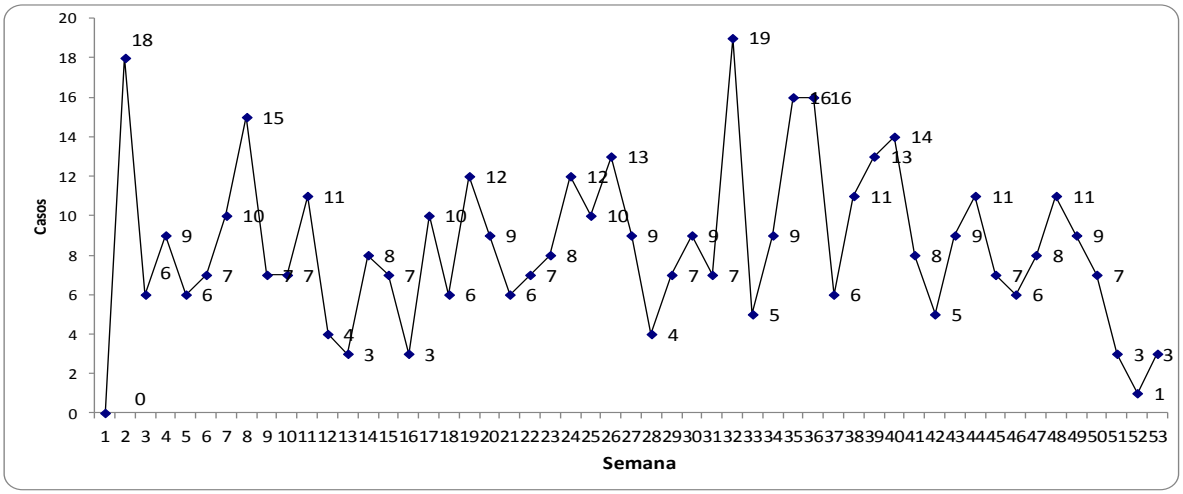
Hasta la semana 53 se presentó un total de 447 casos de Mortalidad Materna, notificados al SIVIGILA, residentes en el municipio de Santiago de Cali.

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

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

Análisis Temporal. Al analizar el comportamiento se observa que en la semana 32 se presentaron el mayor el número de casos de morbilidad materna extrema (con 19 casos).

Figura 63. Comportamiento de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 447



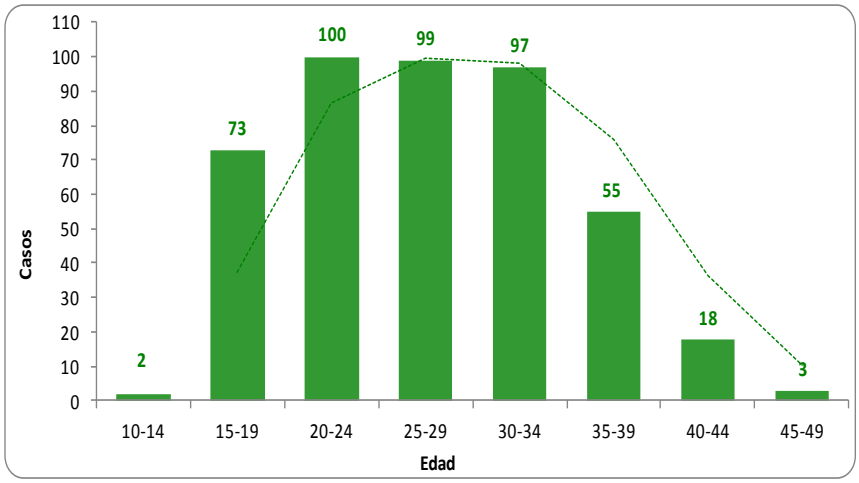
FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

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

La distribución por grupos de edad de la morbilidad materna extrema se ubica con mayor número de casos en el grupo de 20-24 años con el 22%. Se observa con preocupación la presencia de casos en el grupo de 10-19 años a pesar de las acciones que se realizan a nivel municipal para evitar el embarazo en la población adolescente.

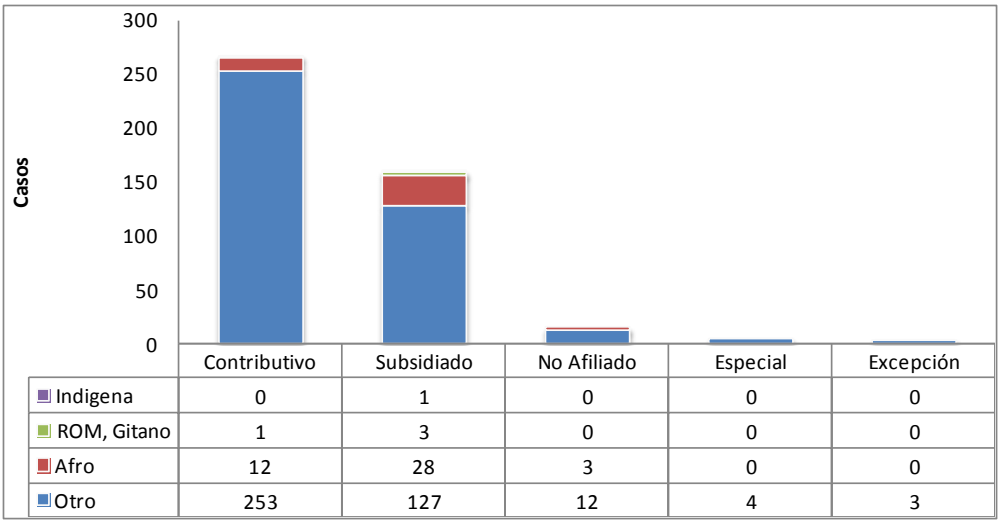
El 60% de los casos de morbilidad materna extrema presentaban afiliación al régimen contributivo, situación similar se encontró en la mortalidad materna. Se realizó la gestión para que las instituciones públicas reportaran la morbilidad materna extrema, logrando un 36% de reporte de casos pertenecientes al régimen subsidiado.

Figura 64. Distribución por grupos de edad de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 447



FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

Figura 65. Distribución por pertenencia étnicas vs régimen de seguridad social en salud de la morbilidad materna extrema. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53. n= 447



	Contributivo	Subsidiado	No Afiliado	Especial	Excepción
Indigena	0	1	0	0	0
ROM, Gitano	1	3	0	0	0
Afro	12	28	3	0	0
Otro	253	127	12	4	3

FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

La Fundación Valle del Lili registro el mayor número de casos con el 24%, el Hospital Universitario del Valle el 21%, y la Corporación Comfenalco Unilibre el 17%.

En cuanto al número de criterios por los cuales se ha reportado la morbilidad materna extrema, el 19% de las gestantes tenían 5 o más criterios, lo que indica lo gravemente enfermas que están llegando a los servicios de salud.. Sin embargo hay que destacar que las instituciones están aplicando los protocolos de emergencias

obstétricas adecuadamente para las crisis hipertensivas, pues es la primera causa de morbilidad y no se registraron casos de mortalidad materna por este motivo.
Al revisar las unidades de sangre transfundidas se observó que el 1% de las gestantes con morbilidad materna extrema recibieron más de 10.
La principal causa de morbilidad materna extrema fue la preeclampsia con el 32% de los casos, al comparar con la mortalidad materna, en el municipio no se han presentaron casos por esta patología.

Tabla 43. Causas de Morbilidad Materna Extrema. Santiago de Cali-2014. (n= 447)

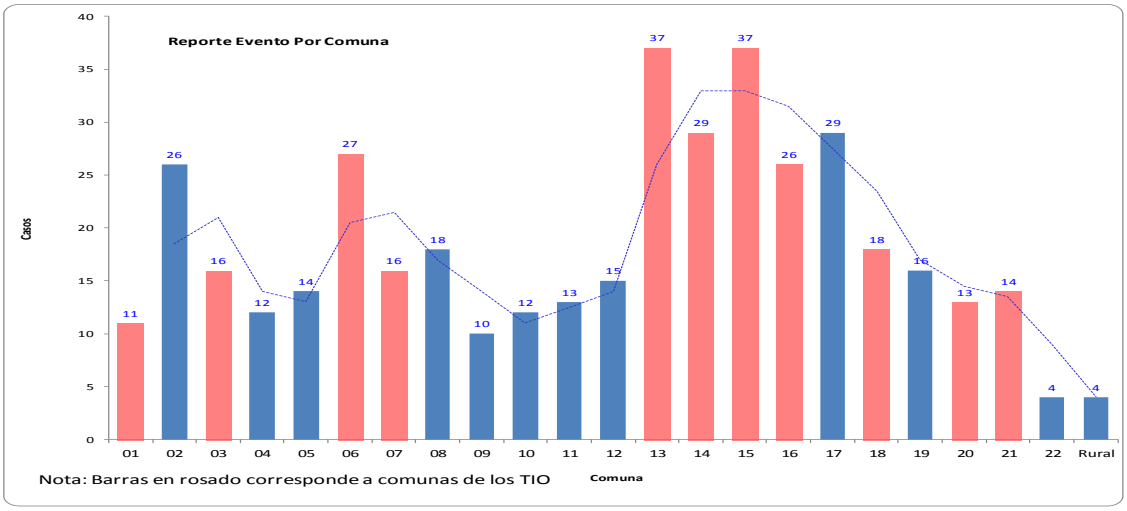
					Acum
1	O141	PREECLAMPSIA SEVERA	143	32,0	32,0
2	O13X	HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	37	8,3	40,3
3	O150	PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO	15	3,4	43,6
4	O16X	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA	13	2,9	46,5
5	O149	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA	12	2,7	49,2
6	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	9	2,0	51,2
7	R571	CHOQUE HIPOVOLEMICO	9	2,0	53,2
8	O722	HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA	6	1,3	54,6
9	O85X	SEPSIS PUERPERAL	5	1,1	55,7
10	O441	PLACENTA PREVIA CON HEMORRAGIA	4	0,9	56,6
SUBTOTAL			253	56,6	
OTRAS CAUSAS			176	39,4	
SIN CAUSA PRINCIPAL			18	4,0	
TOTAL GENERAL			447	**100,0**	

FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

En las unidades de análisis de morbilidad materna extrema se identificó de manera común retraso tipo IV; no se identifica el riesgo de enfermar, no aplicación correcta de protocolos, no seguimiento adecuado a la gestante.
Las aseguradoras que más casos presentaron fueron: SOS con el 21%, Emssanar con el 20%, Comfenalco 6.3%, Saludcoop 6.3%. Coosalud 5.6%, el resto de aseguradoras tienen menos del 5% cada una.

Al analizar la distribución de los casos de la morbilidad materna extrema se observó que en las comunas 13 y 15 se presentó el 16% de los casos del municipio.

Figura 66. Distribución de la morbilidad materna extrema C por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53. n= 447



FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

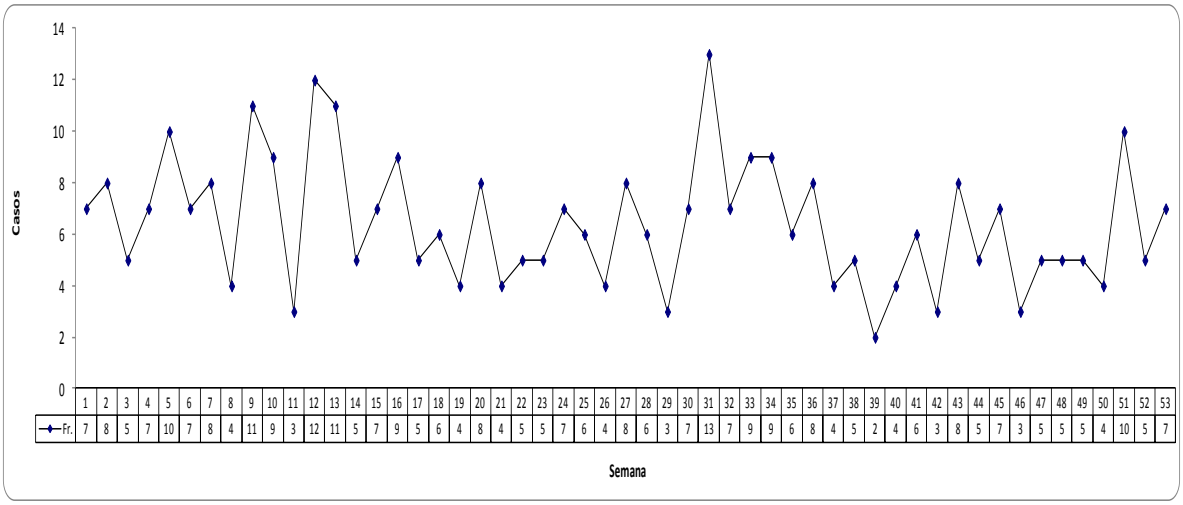
La razón de morbilidad materna extrema fue de 16.1 por cada 1000 nacidos vivos y el índice de mortalidad materna de 1.8%

10.6. Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Hasta la semana 53 se presento un total de 341 casos notificados al SIVIGILA de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía residentes en el municipio de Santiago de Cali.

Al analizar el comportamiento se observo que en las semanas 9 y 12 se presento el mayor número de casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía (10).

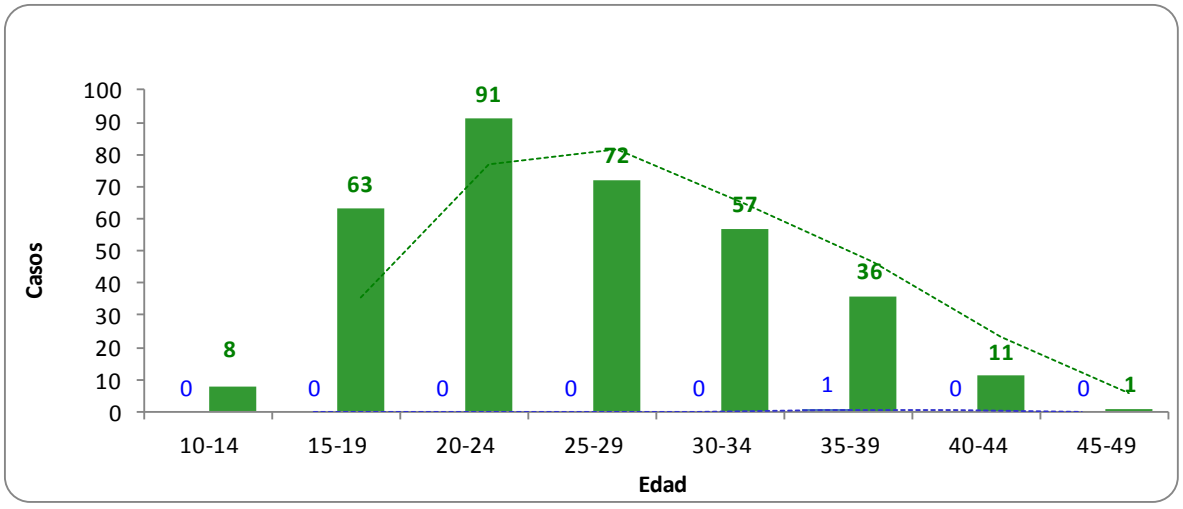
Figura 67. Comportamiento de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 341



FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

La distribución por grupos de edad de la Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía se ubica con mayor número de casos en el grupo de gestantes de 20-24 años.

Figura 68. Distribución por grupos de edad de madre la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53 n= 341



FUENTE: SIVIGILA 2014 SSPM

El 52% de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía estaban afiliados al régimen contributivo. Las entidades públicas aumentaron la notificación de los casos afiliados al régimen subsidiado, logrando notificar el 43% de los casos.

El 19% de los casos se presentaron en el Hospital Universitario del Valle, 14.4% en la Clínica Versalles, 11.7% en la FVL, 10.6% en Comfenalco Unilibre y 7.6% en la Clínica farallones.

En distribución de los casos por aseguradores, el 19% de los casos perteneció a Emssanar, a SOS el 17% de los casos, a Comfenalco el 8.5% y a Coomeva el 7.9%.

Al analizar la distribución de los casos de la morbilidad materna extrema se observa que en la comuna 13 se presentó el 9% de los casos del municipio.

Figura 69. Distribución de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por comunas. Santiago de Cali. Semanas Epidemiológicas 1- 53. n= 441

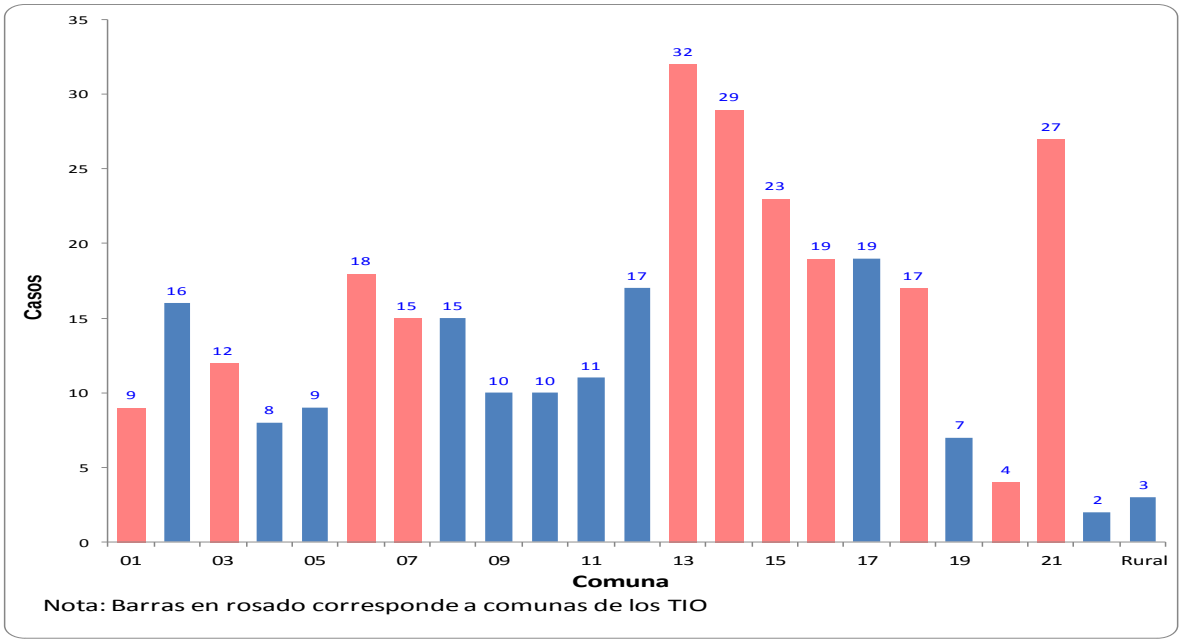
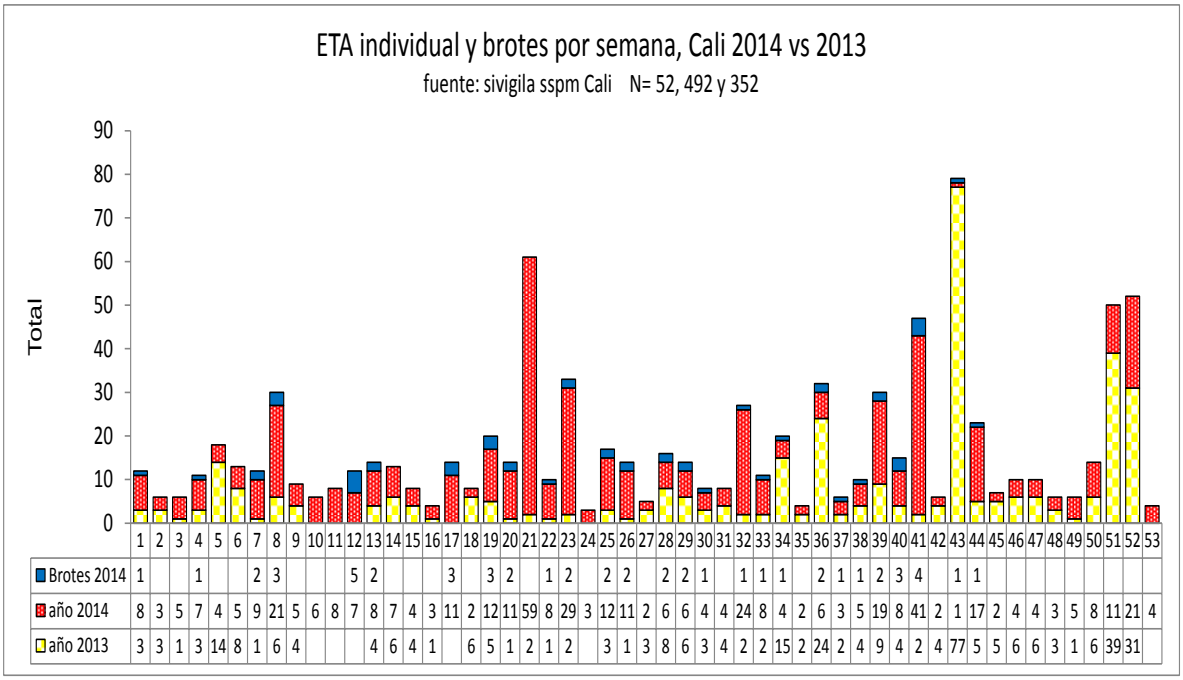


Tabla 44. Indicadores Epidemiológicos la de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Cali-2014 (n= 341)

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía	Número de muertes certificadas en el periodo	Numero de nacidos vivos dentro del mismo periodo	1.000	
AÑO 2014	341	29.080	1.000	11.7

11. Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA)

Figura 70. Casos de enfermedad transmitida por alimentos y agua (ETA) años 2013-2014. Cali.



Durante el año de 2014 se notificaron 492 casos de ETA, un 40% más que durante el año 2013. En promedio se notificaron 9 casos y 2 brotes por semana epidemiológica. La semana con mayor número de casos fue la semana 21, con 59 casos y la semana con mayor número de brotes fue la semana 12 con 5 brotes. No se evidencia una tendencia en el número de casos y brotes durante el año 2014, sólo se puede observar dos picos, uno en la semana 21 y otro en la semana 41; mientras que para el año 2013, se puede ver que el número de casos se aumentan a partir de la semana 36, figura 1.

Tabla 45. Casos de ETA por grupo etario. Cali – 2014.

Grupo etario	Total	%
< 1 año	3	1
1 a 4 años	34	7
5 a 9 años	68	14
10 a 14 años	41	8
15 a 19 años	41	8
20 a 24 años	55	11
25 a 29 años	55	11
30 a 34 años	54	11
35 a 39 años	41	8
40 a 44 años	30	6
45 a 49 años	22	4
50 a 54 años	20	4
55 a 59 años	8	2
60 a 64 años	11	2
65 a 69 años	2	0,4
70 a 74 años	2	0,4
75 a 79 años	1	0,2
80 y mas	4	1
Total	**492**	**100**

fuente: sivigila sspm Cali

Las personas notificadas durante el año 2014 se caracterizan por ser jóvenes, aproximadamente el 50% de los casos son menores de 25 años de edad y el grupo etario más afectado están entre los 5 a 9 años. La distribución por sexo es similar entre hombres y mujeres (razón de 1), figura 2. El 62% se encuentra en el régimen contributivo. La mayor proporción (95%) pertenece a la etnia Otros. El 11% de los pacientes fueron hospitalizados y los síntomas más frecuentes son: diarrea (77%), vómito (70%), naúseas (69%) y dolor abdominal (40%); el alimento implicado en el 33% de los casos contenía pollo; Aproximadamente la mitad (49%) de los casos están asociados a brotes, mientras que el 45% le tomaron y procesaron muestras biológicas. Los agentes patógenos aislados en mayor proporción son: Salmonella spp (2%), Escherichia coli, Salmonella Typhi y Complejo Entamoeba histolytica/dispar (0,4% cada una).

Con relación a los brotes, encontramos que sólo el 64% tiene muestras biológicas y el 10% muestras de alimentos; el promedio de personas afectadas por brote es de 6. El 6% de las personas fueron hospitalizadas, ninguna fallecida y las tasas de ataque oscilan entre 68% y 100%. En el 55% de los casos, los alimentos fueron consumidos en el hogar y en el 96% se sospecha que el factor de riesgo es la inadecuada conservación del alimento y en el 82% el inadecuado almacenamiento. La educación es la medida sanitaria más aplicada en los brotes investigados.

Teniendo en cuenta la variable lugar, encontramos que el 95% de los casos ocurren en la cabecera municipal, las comunas con mayor número de casos son: comuna 3, 15 y 7 (44, 33 y 24 casos, respectivamente) y las de mayor riesgo son: comuna 3, 22 y 7 (95, 55 y 33 casos por cada 100 mil habitantes), figura 3. Los casos se encuentran distribuidos relativamente homogéneos en los diferentes barrios, pero se destacan los siguientes

barrio que concentran el 25% de la totalidad de los casos: Terrón Colorado, Morichal de Comfandi, Alfonso López I, Ciudad Córdoba, La Base, San Luís I, Siloé, Los Chorros, República de Israel, Antonio Nariño, Belisario Caicedo, La Flora, Pal Mercedes, Parcelaciones Pance y Ciudad Jardín. Por último tenemos, que el 50% de la notificación durante el año 2014 fue realizada por las siguientes UPGD: Fundación Valle de Lili (16%), Caja de Compensación Familiar del Valle Comfamilia (7%), Hospital Cañaveralejo – ESE Ladera y Clínica Nuestra Señora de los Remedios (6% cada una), Clínica San Fernando, Clínica Amiga y Centro Médico Imbanaco (5% cada una).

Indicadores

Incidencia: Durante el año 2014, se notificaron 13 casos por cada 100.000 habitantes.

Letalidad: Durante el año 2014 no se notificaron fallecimientos por ETA.

Oportunidad en la notificación inmediata de brotes: El 81% de los brotes de ETA se notificaron en los tiempos establecidos.

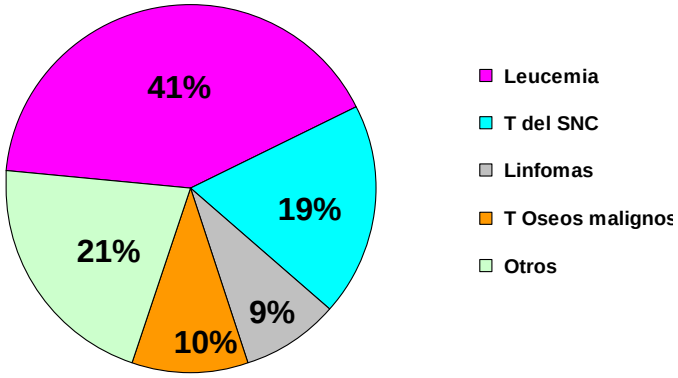
12. VIGILANCIA DE CÁNCER INFANTIL EN CALI

En el primer trimestre del año 2014 se hizo el seguimiento de los casos de muerte por leucemia pediátrica lo cual representa alrededor del 50% de las muertes por cáncer infantil. En el segundo trimestre de 2014 el INS indico que la vigilancia se hiciera a todos los tipos de cáncer y también se incluyera a todos los menores de 18 años de edad. Se inició entonces el seguimiento a este grupo más amplio de casos pero en vista de que antes no se hacía no hay forma de comparar con años anteriores puesto que solo se incluía hasta los 14 años y no se vigilaba los otros tipos de cáncer en niños; entonces los análisis comparativos solo podrán incluirse a partir del año 2016.

Durante el año 2014 se registró en la ciudad de Cali la ocurrencia de 68 eventos correspondientes a cáncer Infantil; 40% de estos corresponde a fallecimientos de pacientes notificados tanto en el 2014 como en los años anteriores, la mayoría durante el año 2013.

Según los datos de población estimados por el DANE, la tasa de Incidencia de cáncer Infantil en la ciudad de Cali para el año 2014 sería de 11 casos por cada 18 menores de 18 años. 8 por 100 mil en Mujeres y 12 por 100 mil en hombres. Respecto a las muertes, la tasa de mortalidad por cáncer fue de 25 muertes por cada millón en mujeres menores de 18 años y de 57 por cada millón entre los hombres menores de 18. Estos datos no son concluyentes, pues solo representan los resultados del año 2014 y no hay aun datos disponibles para hacer comparaciones con el nivel nacional.

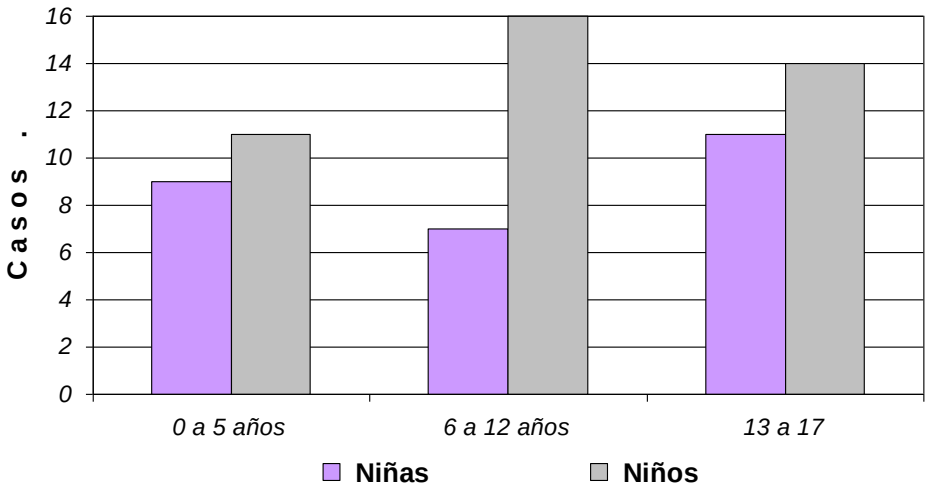
Figura 71. Distribución según tipo de cáncer. Cali año 2014.



Fuente: SIVIGILA – Cáncer infantil

Las leucemias son el tipo de cáncer más frecuente, constituyen el 41% de los casos, siguen los tumores óseos, los tumores de SNC y luego los linfomas. No se apreció diferencia estadísticamente significativa en la distribución de tipo de cáncer con respecto al sexo ni a la edad.

Figura 72. No. De casos nuevos según edad y sexo. Cali año 2014.



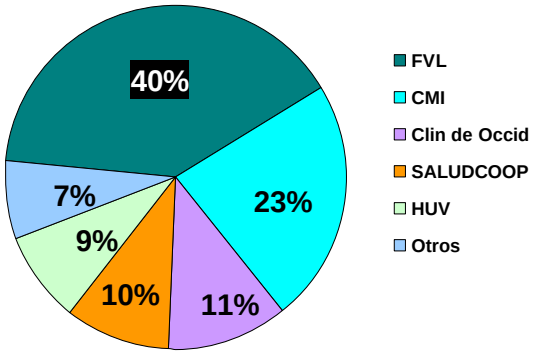
Fuente: SIVIGILA – Cáncer infantil

Aunque gráficamente se aprecia alguna diferencia en la distribución de casos según edad y sexo, esta diferencia no es importante pues no es estadísticamente significativa. Tampoco hay diferencia en la distribución de las leucemias; los 28 casos de leucemia se distribuyeron uniformemente en cuanto a edad y sexo.

El tiempo promedio de sobrevida de los niños que murieron por causas asociadas al cáncer infantil en el año 2014 fue de 1 año, con un rango de unos pocos días a 3 ½ años. Entre los niños que fallecieron en el 2014 solo 20% tuvieron sobrevida entre 17 y 42 meses. La sobrevida parece ser mayor en las niñas; para éstas el tiempo de sobrevida fue 50% mayor que en los niños. La mayor edad es un factor de riesgo en cuanto a los niños con leucemia. En estos casos en efecto se encontró un mayor tiempo de sobrevida en los niños menores. El tiempo medio de sobrevida entre los niños hasta los 6 años de edad que fallecieron en el 2014 fue de 13,2 meses y de 11,7 meses entre los niños de 6 a 12 años.

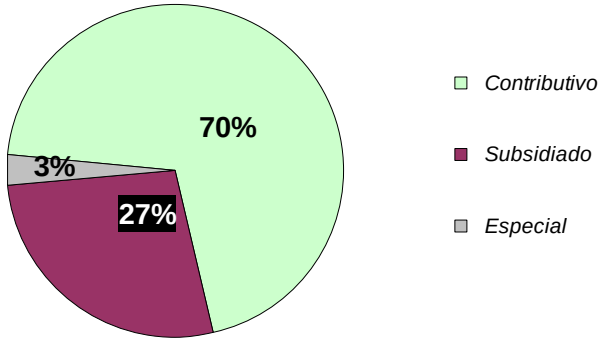
Distribución según UPGD. La Fundación Valle del Lili y el Centro Médico Imbanaco fueron las instituciones que atendieron el mayor número de casos, 2 de cada 3 pacientes, debido al desarrollo alcanzado en la realización de trasplantes de medula ósea y otros procedimientos en atención oncológica. El Hospital Universitario del Valle que era el segundo centro en atención de pacientes pediátricos oncológicos, en el año 2014 ocupo el quinto lugar.

Figura 73. Distribución de casos de cáncer infantil por UPGD. Cali año 2014.



Fuente: Vigilancia de cáncer infantil

Figura 74. Distribución según Régimen de Seguridad Social



Fuente: Vigilancia de cáncer infantil

El 70% de los casos estaban afiliados al régimen contributivo y 27% al Subsidiado. Al HUV acudieron pacientes del régimen contributivo. La FVL, el CMI y la Clínica de Occidente atendieron pacientes de

régimen contributivo y subsidiado. No hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la participación según el régimen de afiliación.

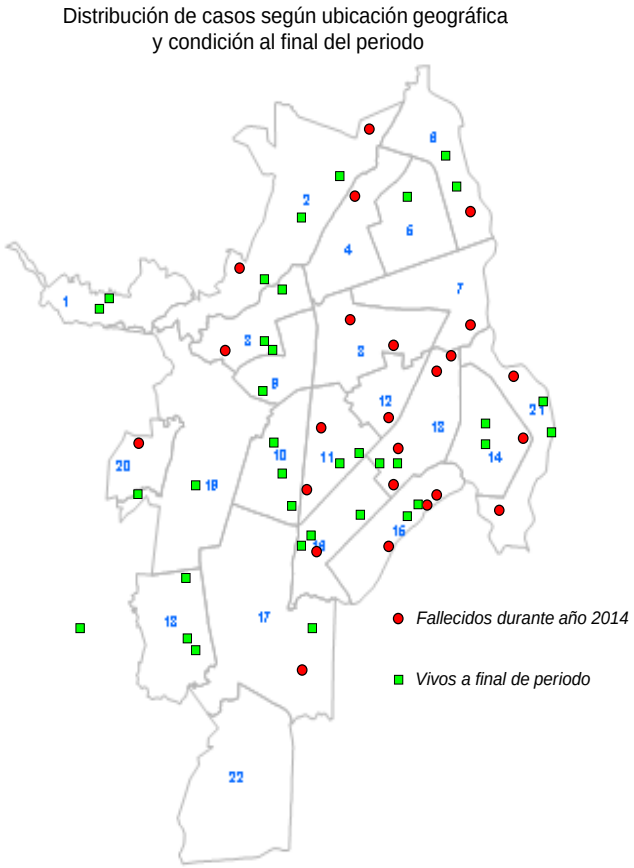
Condición a Final de Periodo y su relación con el Régimen de Seguridad Social

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la condición final vivo/muerto con relación al régimen de seguridad social. Fue mayor la proporción de muertes en pacientes afiliados al régimen subsidiado; al final del año había fallecido el 68% de los pacientes, mientras que en el régimen contributivo falleció el 28%.

Tabla 46. Casos por régimen de seguridad social en salud

Régimen de Seg. Social	Condición a final de Periodo		Total
	Vivos	Fallecidos	
Contributivo	34 72%	13 28%	49
Subsidiado	6 32%	13 68%	19
Reg. Especial	1 50%	1 50%	2
Total	42	28	70

Figura 75. Distribución de casos de cáncer según condición final y comuna de residencia



Análisis Espacial

El mapa muestra los casos de eventos relacionados con cáncer infantil ocurridos durante el año 2014. En color rojo se ubican las muertes por los diferentes tipos de cáncer y en color verde los casos aún vivos al terminar el año. Algunos casos no son ubicables porque la dirección parece no existir y podrían corresponder a casos que en realidad residen en otros municipios.

Se aprecia cierto patrón de agrupación en los símbolos de color rojo, correspondientes a fallecimientos, hacia el oriente y centro de la ciudad donde existe la mayor proporción de familias de estrato 1 y 2.

Los casos aún vivos, representados en color verde, se dispersan más sin mostrar la agrupación que presentan las muertes. Podría considerarse cierta relación entre la condición socioeconómica y el pronóstico de la enfermedad. En el seguimiento a los casos de muerte se encontró que en algunas EPS del régimen subsidiado se presentaron más barreras de tipo administrativo.

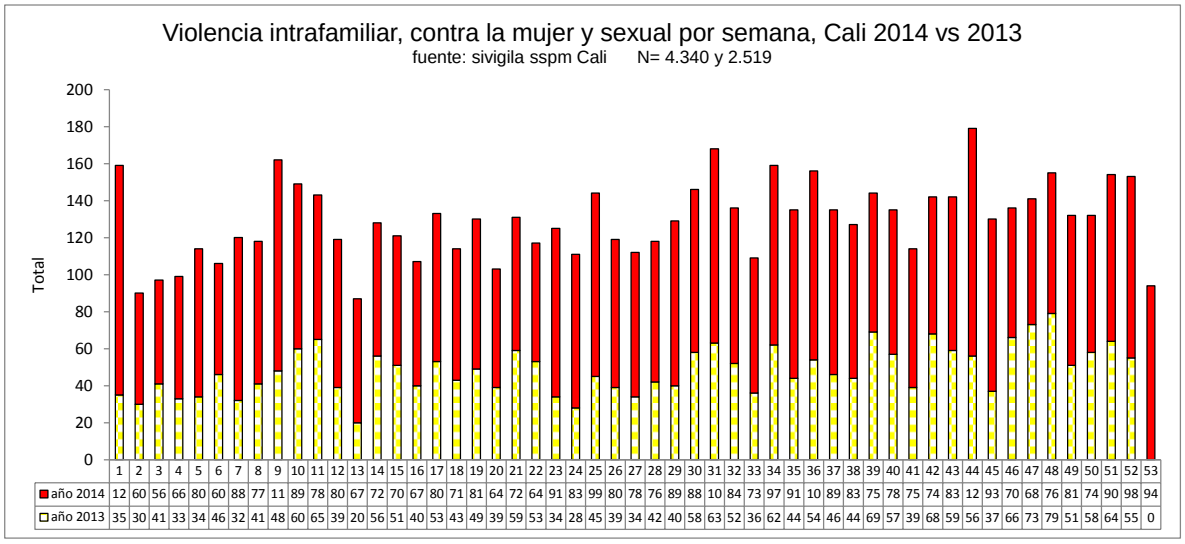
13. VIGILANCIA DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO

Durante el año 2014 fueron notificados 4.340 casos de violencia, las cuales se distribuyeron de la siguiente forma: violencia intrafamiliar (88%), violencia contra la mujer (79%) y violencia sexual (28%), datos muy similares a los del año 2013 (85%, 81% y 30% respectivamente). Los porcentajes no suman un total de 100%, porque una misma persona puede tener los tres eventos al mismo tiempo (ejemplo: mujer violentada sexualmente por un familiar). El número de casos durante el año 2014 aumentó un 72%, comparado con lo notificado durante el mismo periodo en el año 2013; este aumento se debió a la mayor adherencia de las UPGD al protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual (Resolución 459 de 2012) y al protocolo de violencia intrafamiliar, sexual y contra la mujer (SIVIGILA).

El promedio de casos notificados por semana fue de 81, aproximadamente el doble que lo notificado por semana durante el año 2013 (47 casos). La semana con el mayor número de casos notificados fue la semana 1 con 124 casos, mientras que en el año 2013 la semana 48 fue la de mayor número de casos notificados (79). La notificación de casos de violencia por semana, no muestra una tendencia específica, es fluctuante semana a semana, manteniendo un promedio de 81 casos, figura 1.

El 50% de todos los casos de violencia se presenta en menores de 20 años de edad, siendo el grupo etario de 10 a 14 años el más afectado (16%). En cuanto a la distribución por sexo, son más afectadas las mujeres (4 mujeres por cada hombre), incrementándose más esta diferencia en violencia sexual en NNA (niños, niñas y adolescentes), donde se violentaron 17 niñas por cada niño. De manera particular los NNA entre 10 y 14 años son afectados en mayor proporción por violencia sexual (36%), que para los otros tipos de violencia (intrafamiliar y contra la mujer), figura 2. El 87% de las personas violentadas se encuentran en el régimen de seguridad social en salud subsidiado y contributivo (49% y 38% respectivamente).

Figura 76. Distribución de violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer y violencia sexual por semana, Cali 2014 vs 2013.



De acuerdo a la pertenencia étnica, el 86% pertenece a la clasificación Otro y el 11% a Negro, Mulato, Afrocolombiano. El 11% de las mujeres violentadas se encontraba en embarazo; el 18% de las personas es población psiquiátrica; el 6% requirió hospitalización, aumentando esta cifra a 34% cuando se trata de violencia sexual, en el 10% fue sometida mediante el efecto de una sustancia química y en dos casos la condición final fue muerto (un hombre y una mujer).

Los tipos de violencia más frecuentes fueron la violencia física (49%) y violencia sexual (28%), en concordancia con lo observado en la distribución de violencia sexual por edad, donde son más afectadas NNA menores de 15 años. En cuanto a la escolaridad de la víctima encontramos que el 41% curso secundaria y siendo violentadas 10 mujeres por cada hombre de escolaridad técnica. El 17% tiene antecedente de haber sido violentado (a), siendo esta cifra mayor en violencia intrafamiliar (19%).

El agresor (a) se caracteriza por ser hombre en el 77% de los casos, tener promedio de 31 años de edad, haber cursado secundaria (39%) y ejerce la violencia física y sexual como principal mecanismo de violencia (54% y 35% respectivamente) y en el primer caso utiliza un arma contundente/ cortocontundente (26% de los casos). Teniendo en cuenta la relación familiar que tiene el agresor con la víctima encontramos que la madre es la que causa mayor violencia intrafamiliar (16%), mientras que el esposo y compañero permanente causa la mayor proporción de violencia contra la mujer (28%); mientras que en violencia sexual, es el novio, primo, padre y padrastro (28%) los que causan en mayor proporción este tipo de violencia y en el 49% se convive con el agresor, bajando esta cifra en el caso de violencia sexual, donde sólo el 15% de las personas violentadas vive con el agresor, pero de alguna forma tiene contacto con la persona agredida.

Tabla 47. Distribución de casos de violencias: intrafamiliar, contra la mujer y sexual, por edad

VIF, VCM y VSX por edad, Cali 2014												
Grupos etarios	**VIF**					**VCM**		**VSX**				
	Hombre	**Mujer**	**Total**	**%**	**Razón M/H**	**mujer**	**%**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**	**Razón M/H**
< 1 año	65	56	121	3	1	59	2	2	9	11	1	5
1 a 4 años	217	226	443	12	1	256	7	41	118	159	13	3
5 a 9 años	173	205	378	10	1	238	7	63	162	225	19	3
10 a 14 años	115	454	569	15	4	548	16	24	415	439	36	17
15 a 19 años	54	318	372	10	6	413	12	15	138	153	13	9
20 a 24 años	27	429	456	12	16	491	14	6	85	91	8	14
25 a 29 años	41	397	438	11	10	433	13	3	48	51	4	16
30 a 34 años	28	305	333	9	11	339	10	2	36	38	3	18
35 a 39 años	24	177	201	5	7	192	6	0	13	13	1	
40 a 44 años	12	127	139	4	11	137	4	2	10	12	1	5
45 a 49 años	9	95	104	3	11	104	3	2	6	8	1	3
50 a 54 años	9	64	73	2	7	68	2	0	3	3	0,2	
55 a 59 años	8	50	58	2	6	53	2	0	2	2	0,2	
60 a 64 años	7	32	39	1	5	35	1	0	2	2	0,2	
65 a 69 años	6	23	29	1	4	23	1	1	1	2	0,2	1
70 a 74 años	7	20	27	1	3	23	1	1	2	3	0,2	2
75 a 79 años	6	13	19	0,5	2	14	0,4	0	0	0	0,0	
80 años y mas	5	16	21	1	3	18	1	0	0	0	0,0	
Total general	**813**	**3.007**	**3.820**	**100**	**4**	**3.444**	**100**	**162**	**1050**	**1.212**	**100**	**6**
fuente: sivigila sspm Cali												

Las comunas que concentran el 50% de todos los casos notificados de violencia son: comunas 13 y 16 (8% cada una), comunas 21 y 28 (7% cada una), comunas 14 (6%), comuna 15 (5%) y comunas 18 y 1 (4% cada una). Las comunas con mayor número de casos en violencia intrafamiliar son: comunas 16 y 13 (346 y 320 casos respectivamente); las de mayor casos de violencia contra la mujer son: comunas 13 y 21 (301 y 237 casos respectivamente) y las comunas con mayor número de casos de violencia sexual son: 13 y 14 (124 y 83 casos respectivamente); en contraste con las de mayor riesgo para violencia intrafamiliar tenemos: comunas 16 y 8 (tasa de 326 y 289 casos por cada 100 mil habitantes, respectivamente); las de mayor riesgo para violencia contra la mujer son las comunas: 21 y 8 (tasas de 215 y 208 casos por cada 100 mil habitantes, respectivamente) y las de mayor riesgo para violencia sexual son las comunas: 3 y 13 (86 y 70 casos por 100 mil habitantes, respectivamente). De manera particular, las comunas con mayor número de casos y mayor riesgo para VIF, VCM y VSX son: 13, 16 y 21. Montebello es el corregimiento con mayor número de casos de VIF, VCM y VSX (15, 16 y 9 casos respectivamente) y El Saladito es el de mayo riesgo para VIF, VCM y VSX (427, 427 y 107 casos por cada 100 mil habitantes, respectivamente), figura 3. El 95% de los casos notificados ocurre en la cabecera municipal. La casa es el escenario donde ocurren en mayor proporción los casos de VIF (82%), VCM (76%) y VSX (67%), seguido por la vía pública en un 13% en promedio.

El 50% de la notificación se concentra en las siguientes UPGD: Hospital Primitivo Iglesias (9%), Hospital Carlos Holmes Trujillo y Hospital Carlos Carmona (8%), Clínica Amiga, Hospital Universitario del Valle, Hospital San Juan de Dios y Red de Salud del Norte (4% cada una), Comfandi IPS Torres, Centro de Salud Diego Lalinde – Ese Centro y Centro de Salud Marroquín – ESE Oriente (3% cada una). De acuerdo a la atención brindada por las diferentes instituciones de salud, encontramos que el 61% tuvo atención por Psicología, incrementándose a 82% cuando se trata de personas con violencia sexual. Al 31% de las personas atendidas por violencia sexual le realizaron profilaxis para infecciones de transmisión sexual y el 24% recibió orientación para la interrupción voluntaria del embarazo.

Tabla 48. Distribución de violencias intrafamiliar, contra la mujer, sexual, por comuna. Cali.

VIF, VCM y VSX por comuna y corregimiento, Cali 2014						
comuna	**VIF**	**Tasa VIF x 100 mil hab.**	**VCM**	**Tasa VCM x 100 mil hab.**	**VSX**	**Tasa VSX x 100 mil hab.**
comuna 1	152	178	141	165	32	37
comuna 2	63	56	60	53	24	21
comuna 3	100	216	96	207	40	86
comuna 4	65	121	62	115	20	37
comuna 5	49	44	47	42	11	10
comuna 6	132	70	130	69	40	21
comuna 7	88	122	90	125	37	51
comuna 8	295	289	213	208	40	39
comuna 9	82	181	74	163	26	57
comuna 10	114	103	96	87	27	24
comuna 11	153	143	129	121	38	36
comuna 12	147	219	126	188	33	49
comuna 13	320	181	301	170	124	70
comuna 14	233	136	229	134	83	49
comuna 15	192	123	179	115	74	47
comuna 16	346	326	216	203	37	35
comuna 17	82	60	78	57	25	18
comuna 18	153	120	151	118	61	48
comuna 19	49	44	51	46	11	10
comuna 20	61	88	66	96	24	35
comuna 21	288	261	237	215	78	71
comuna 22	2	18	4	37	1	9
felidia	1	72	1	72		
hormiguero	1	26				
la buitrera	6	91	7	106	4	60
montebello	15	166	16	177	9	99
pance	1	66	1	66		
saladito	4	427	4	427	1	107
sin datos	626		639		312	
Total	**3.820**	**166**	**3.444**	**150**	**1.212**	**53**
Fuente: sivigila sspm Cali						

Indicadores

Porcentaje de registros con información completa: 72%

Porcentaje de personas atendidas por VCM, VIF y VSX con identificación de los principales factores de riesgo como reincidencia en la agresión: 17%.

Porcentaje de personas atendidas por VCM, VIF y VSX con sospecha de alto riesgo: 16%.

Porcentaje de mujeres atendidas por violencia sexual a quien se le aplica anticoncepción de emergencia: 16%.

Porcentaje de mujeres atendidas por violencia sexual a quien se le aplica profilaxis: 30%.

*Porcentaje de mujeres atendidas por violencia sexual a quien se les practica IVE: 24%.

*Nota: para este indicador se toma la información de la variable "orientación a IVE" de la ficha epidemiológica código 875, por lo tanto se está midiendo el porcentaje de mujeres a las que les orientó para IVE, mas no se tiene la certeza a cuales de estas se les ha practicado IVE.

Conclusiones:

- La VIF, VSX y VCM aumentó un 72% durante el año 2014, debido a las asistencias técnicas y capacitaciones en el protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual (Resolución 459 de 2012) y protocolo de violencia intrafamiliar, sexual y contra la mujer (SIVIGILA), que se realizaron a las UPGD durante el año.
- El 50% de todos los casos de violencia se presentó en menores de 20 años de edad y el grupo etario más afectado por violencia sexual estuvo entre los 10 a 14 años.
- Las mujeres fueron las más afectadas por las VSX, VCM y VIF (4 mujeres por cada hombre), e incrementándose esta diferencia en NNA entre 10 y 14 años en violencia sexual, 17 niñas por cada niño.
- Las niñas, niños y adolescentes (NNA) entre 10 y 14 años fueron afectados en mayor proporción por violencia sexual, que por otros tipos de violencia.
- El tipo de violencia más frecuente fue la violencia física y sexual y el tipo de arma más utilizada fueron los objetos contundentes/cortocontundentes.
- El 6% de los pacientes fueron hospitalizados, aumentando esta cifra a 34% cuando se trato de violencia sexual.
- Los miembros de la familia que más causaron violencia contra la mujer fueron los esposos, compañeros permanentes (28%) y para violencia sexual, fueron los novios, primos, padres y padrastros (28%).
- El 77% de los casos de violencia ocurrió en la vivienda.
- Las comunas con mayor número de casos y riesgo para violencia intrafamiliar, contra la mujer y sexual fueron las comunas 13, 16 y 21.

Recomendaciones:

- Continuar con las asistencias técnicas a las UPGD para la aplicación del protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual (Resolución 459 de 2012) y el diligenciamiento de la ficha epidemiológica.
- Realizar evaluación trimestral de la calidad del registro (fichas epidemiológicas), en el componente de atención en salud a víctimas de violencia sexual.

- Seguimiento a las victimas sospechosas de alto riesgo, con énfasis a lo NNA menores de 14 años y embarazadas.

14. EVENTOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD ALIMENATRIA Y NUTRICIONAL

Desde el año 2012 ingresaron al SIVIGILA los eventos Mortalidad por o asociada a la desnutrición en menor de 5 años y Bajo Peso al Nacer a término, vigilancia que ha permitido avanzar en diseñar estrategias tendientes a reducir la morbi-mortalidad evitable en este grupo poblacional:

14.1.MORTALIDAD POR O ASOCIADA A LA DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS

En el año 2014 se confirmaron siete (7) *Mortalidades con causa básica Desnutrición proteico calórica en menor de 5 años* residentes en Cali, presentando un descenso del 42% en el número de casos en comparación con el año 2013,figura 77; este descenso pudo deberse a la sensibilización y capacitación del personal de salud, la puesta en marcha de la ruta intersectorial para el manejo del niño con desnutrición, el fortalecimiento del equipo de profesionales en las Empresas Sociales del Estado (ESE) Oriente, la orientación de los servicios en las ESE Norte, Ladera, Centro y Suroriente, sin embargo, para abordar esta compleja problemática de ciudad se requiere de la intervención de otros actores sociales como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Secretaría de Bienestar Social, la Secretaría de Educación, la Defensoría del Pueblo, las ONG, entre otros.

El 86% de las defunciones ocurrieron en niños menores de 1 año de edad; el 86% fueron menores de sexo femenino; el 86% de los menores estaban afiliados al régimen subsidiado; el 71.4% su EPS era EMSSANAR, el 14,3% CAPRECOM y 14,3% SOS, en cuanto a ESE de referencia el 71.4% (5 casos) ocurrieron en zona de influencia de la ESE Oriente, 14.3% en zona de la ESE Ladera (1 caso) y el resto en la zona de la ESE Centro, el 57% son de etnia negra. La comuna más afectada es la 15 con el 43% de los casos, figura 79.

Figura 77. No. de defunciones por desnutrición. Cali año 2011-2014

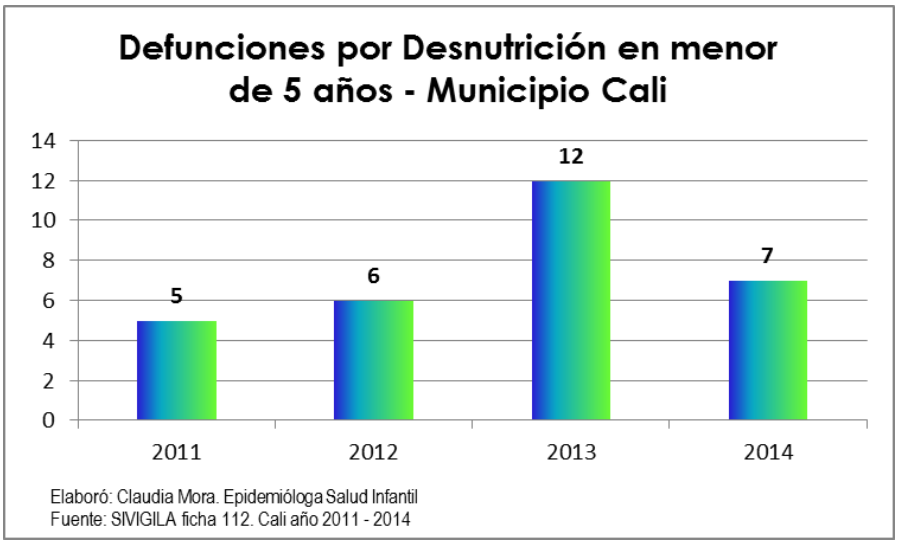


Tabla 49. Caracterización sociodemográfica casos de mortalidad por desnutrición. Cali año 2013

	Año 2013		Año 2014	
Variable Sociodemográficas	***No.***	***%***	***No.***	***%***
Edad (años)				
< 1	2	15,4	6	85,7
1	8	61,5	1	14,3
2	0	0,0	0	0,0
3	1	7,7	0	0,0
4	1	7,7	0	0,0
Sexo				
Masculino	9	69,2	1	14,3
Femenino	3	23,1	6	85,7
Aseguramiento				
Subsidiado	9	69,2	6	85,7
No asegurado	2	15,4	0	0,0
Contributivo	1	7,7	1	14,3
ESE				
Oriente	8	61,5	5	71,4
Ladera	2	15,4	1	14,3
Centro	1	7,7	1	14,3
Norte	1	7,7	0	0,0
Etnia				
Negra	5	41,7	4	57,1
Indigena	1	8,3	0	0,0
Mestiza	6	50,0	3	42,9
Total	**12**	**100%**	**7**	**100%**

Fuente: SIVIGILA ficha 112. Años 2013 - 2014
Elaboró: Claudia Mora. Epidemióloga Salud Infantil

Con relación a los antecedentes prenatales en los casos de mortalidad, el 86% de los casos fueron bebes a término, sin embargo, el 71,4% tuvieron pesos inferiores a los 2500 gramos al nacer y el 56% sin controles prenatales o con un número inferior al normado, este resultado coincide con lo descrito en la literatura existe 3.9 veces mayor riesgo de morir en recién nacidos que no tuvieron control prenatal (p-valor=0.000)[1], ver tabla No. 2.

Tabla 50. Antecedentes prenatales mortalidad por desnutrición. Cali año 2014

Variables Prenatales	*No. casos*	%
Edad Gestacional		
< 37 semanas	1	14,3
> 37 semanas	6	85,7
Peso al Nacer (gramos)		
< 2500	5	71,4
2500 a 3000	1	14,3
> 3000	1	14,3
No. controles prenatales		
0	2	28,6
< 4	2	28,6
4 y más	3	42,9
Total	**7**	100,0

Elaboró: Claudia Mora. Epidemióloga Salud Infantil
Fuente: DANE - Nacimientos. Año 2014

El 43% de las madres eran adolescentes (< 20 años), el 29% tenía entre 20 a 24 años, es decir, son hijos de mujeres muy jóvenes; predomina una escolaridad baja el 14.3% primaria, el 57.1% secundaria incompleta; en cuanto a la gravidez predominan las primigestantes, el 27% y las de dos hijos 18.2%, ver tabla No. 3.

Tabla 51. Características de la madre

Variables de la madre	*No. casos*	%
Edad (años)		
< 20	3	42,9
De 20 a 24	2	28,6
25 y más	2	28,6
Escolaridad		
Primaria	1	14,3
Secundaria Incompleta	4	57,1
Secundaria Completa	2	28,6
Gravidez		
1	3	27,3
2	2	18,2
3	0	0,0
4	2	18,2
Total	**7**	**100%**

Elaboró: Claudia Mora. Epidemióloga Salud Infantil
Fuente: DANE. Nacimientos RUAF-ND. Año 2014

[1] Tang M. Factores Asociados a la mortalidad neonatal en el hospital José María Benítez- La Victoria Estado Aragua. Comunidad y Salud vol.8 no.1 Maracay jun. 2010.

Figura 78. Defunciones por desnutrición en menor de 5 años por periodos epidemiológicos. Años 2013- 2014 Cali

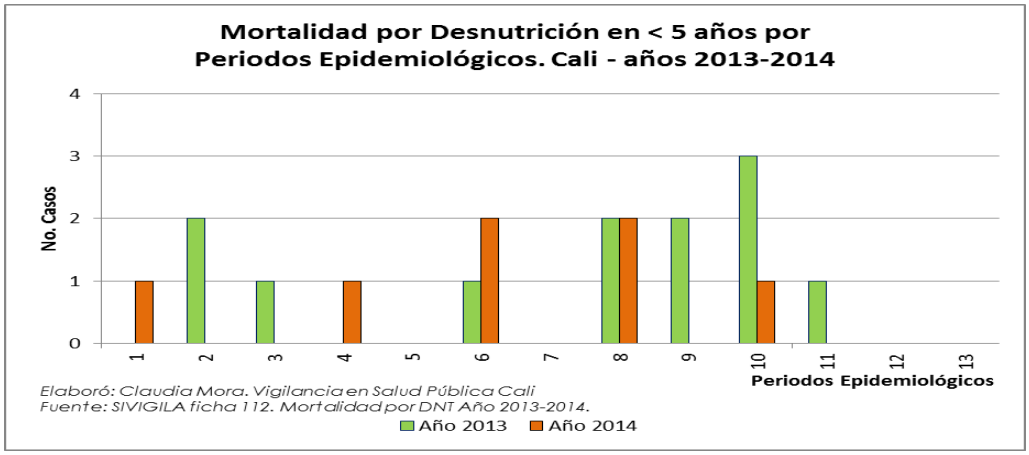


Tabla 52. Distribución de casos según entidad notificadora

Entidad que notifica	No. casos	%
CLINICA DE OCCIDENTE SA	1	14,3
CORPORACIÓN COMFENALCO VALLE -UNILIBRE	1	14,3
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	1	14,3
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO	1	14,3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO	1	14,3
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE CALI	2	28,6
TOTAL	7	100,0

Elaboró: Claudia Mora - Vigilancia Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA ficha 112. Año 2014

Tabla No. 53. Distribución de casos de Mortalidad por DNT por EPS.

Nombre asegurador	No. casos	%
Emssanar	5	71,4
Caprecom	1	14,3
S.O.S.	1	14,3
TOTAL	**7**	**100,0**

Elaboró: Claudia Mora - Vigilancia Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA ficha 112. Año 2014

Figura 79 Mapa por comunas de casos de mortalidad por Desnutrición. Cali – Año 2014

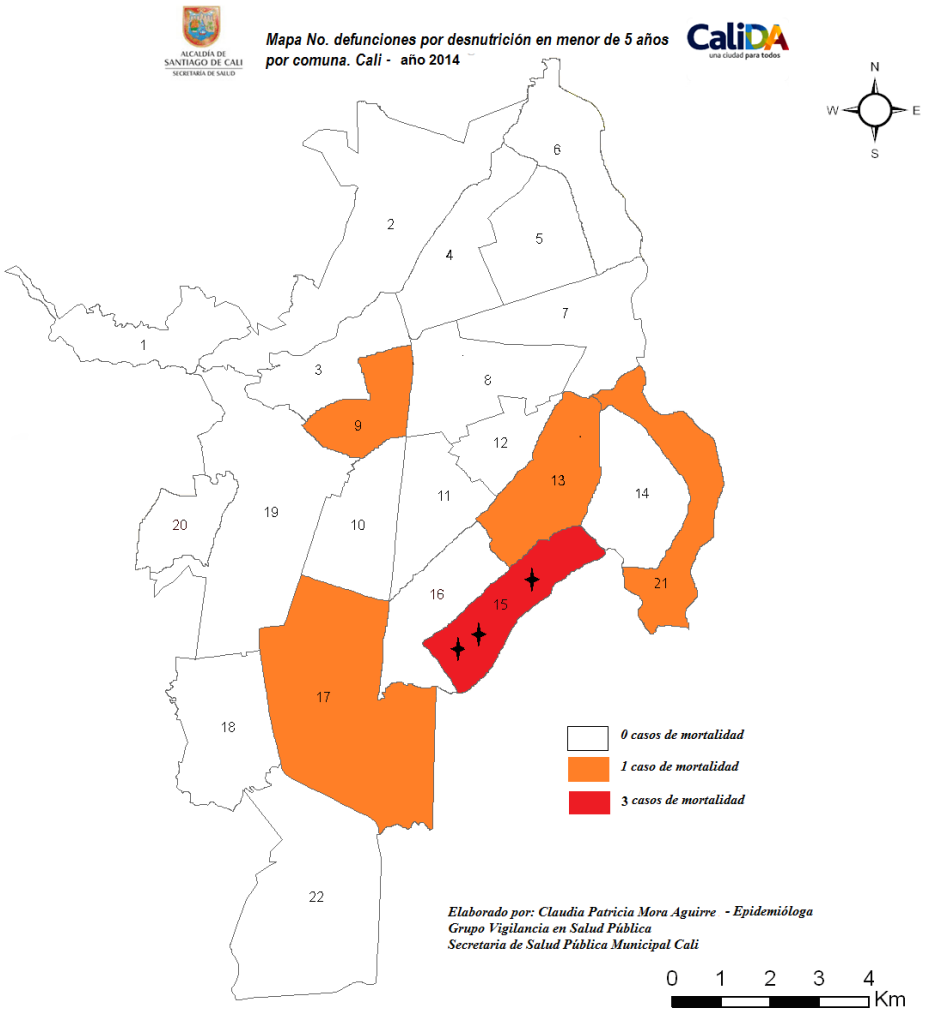


Tabla 54.. Indicadores de Vigilancia en Salud Pública Mortalidad por Desnutrición

No.	Nombre indicador	Valor Indicador	Descripción Cálculo	Meta 2014
1.	% de casos de mortalidad por DNT con Unidad de Analisis Municipal	100%	No. casos de mortalidad por desnutrición analizados / Total casos de mortalidad por desnutrición notificados al SIVIGILA *100 (7/7 *100)	100%
2.	% de casos de mortalidad por DNT con Investigación de Campo	43%	No. de Investigaciones Epidemiológicas de Campo o entrevista domiciliaria / Total casos de mortalidad por desnutrición notificados al SIVIGILA. (7/7 *100)	100%
3.	% de de certificados de defunción que requirieron enmienda estadística posterior a Unidad de Analisis Municipal	86%	No. de casos que requieren enmienda estadistica/ total casos de mortalidad por Desnutrición confirmados en unidades de analisis municipales	
4.	% de casos de mortalidad por DNT encontrados por Búsqueda Activa Institucional de la Secretaria de Salud	100%	No. casos identificados en RUAF que se confirmaron en Unidad de Analisis municipal / total casos notificados al SIVIGILA *100	

Fuente: SIVIGILA ficha 112. Mortalidad por DNT. Cali año 2014. Nacimientos RUAF-ND DANE.

14.2. BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO

El evento Bajo Peso al Nacer a término fue incluido como evento de interés en Salud Pública dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) a partir del año 2012, con la notificación individual en la ficha epidemiológica 110.

En el año 2014 se notificaron al SIVIGILA 555 casos de madres residentes en el municipio de Cali, la concordancia obtenida entre el SIVIGILA y el Sistema de Estadísticas Vitales del DANE (RUAF-ND) fue de 75,1%, superando lo alcanzado en los años anteriores, mostrando así un aumento en la adherencia a la notificación de este evento, esto gracias a la sensibilización de los profesionales de salud en asistencias técnicas y en Comités de Vigilancia Municipales y al monitoreo permanente del sistema.

Tabla 54. Notificación anual según SIVIGILA y RUAF DANE.

Fuente	Año 2012	Año 2013	Año 2014
No. de casos en SIVIGILA	288	582	555
No. de casos en RUAF-ND	1205	912	739
% concordancia SIVIGILA-RUAF	23,9	63,8	75,1

Elaboró: Claudia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali.

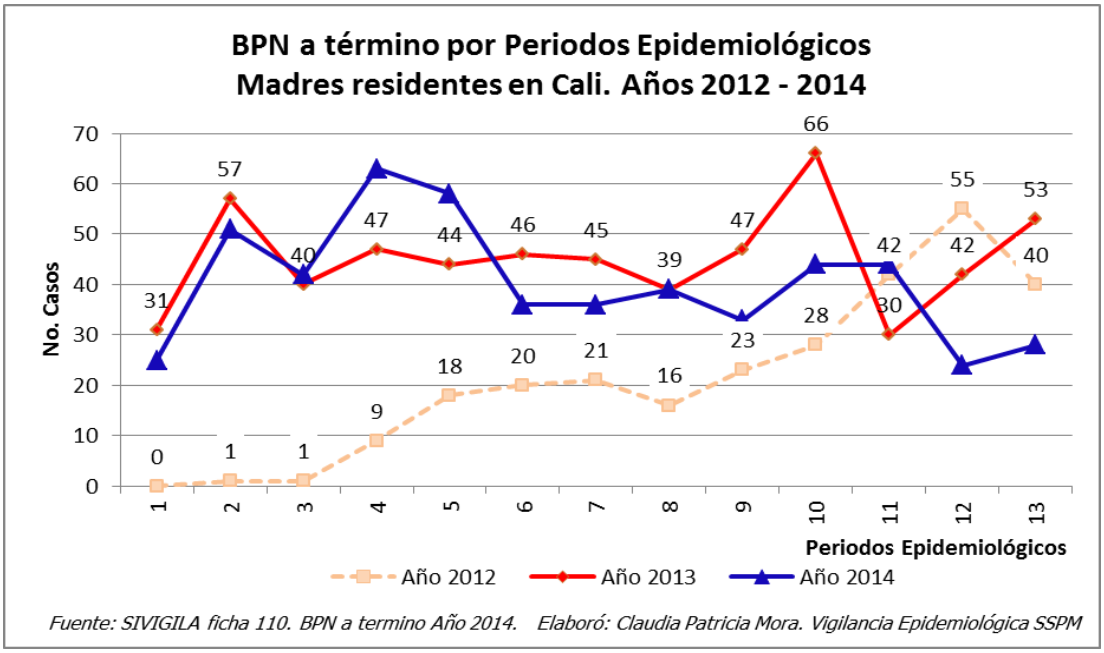
Fuente: RUAF-ND DANE consultado Marzo 2015. SIVIGILA ficha 110 Bajo Peso al Nacer a termino

De los 555 casos reportados al SIVIGILA los periodos epidemiológicos 4 y 5 fueron los que mayor reporte de casos tuvieron (ver figura No.1); en cuanto a la edad de la madre la más frecuente fue de 20 a 24 años, el 50% de los casos ocurrieron en madres menores de 25 años, figura No. 2; las UPGD que mayor número de

casos notificaron en el año 2014 fueron: Clínica Versalles, Hospital Universitario del Valle – Evaristo García, y Comfenalco Unilibre, tabla No. 2.

Con relación a la afiliación al RGSSS, el 56% fueron del régimen contributivo, el 40% del subsidiado y disminuyó en número de madres no aseguradas, de 7,3% en el año 2013 a 2,9% en el año 2014 (ver figura No. 3); las EPS con mayor frecuencia de casos fueron Emssanar, SOS, Comfenalco y Caprecom, tabla No. 2. La comuna más afectada en cuanto al número de casos fue la 13, sin embargo, al revisar la relación con los nacidos vivos la incidencia de BPN a término es alta en las comunas 3, 5 y 11 (ver tabla No. 4). Se presentaron 770 casos en madres residentes en zona rural.

Figura 80. BPN a término por periodos epidemiológicos



Fuente: SIVIGILA ficha 110. BPN a termino Año 2014. Elaboró: Claudia Patricia Mora. Vigilancia Epidemiológica SSPM

Figura 81. BPN a término según edad de la madre.

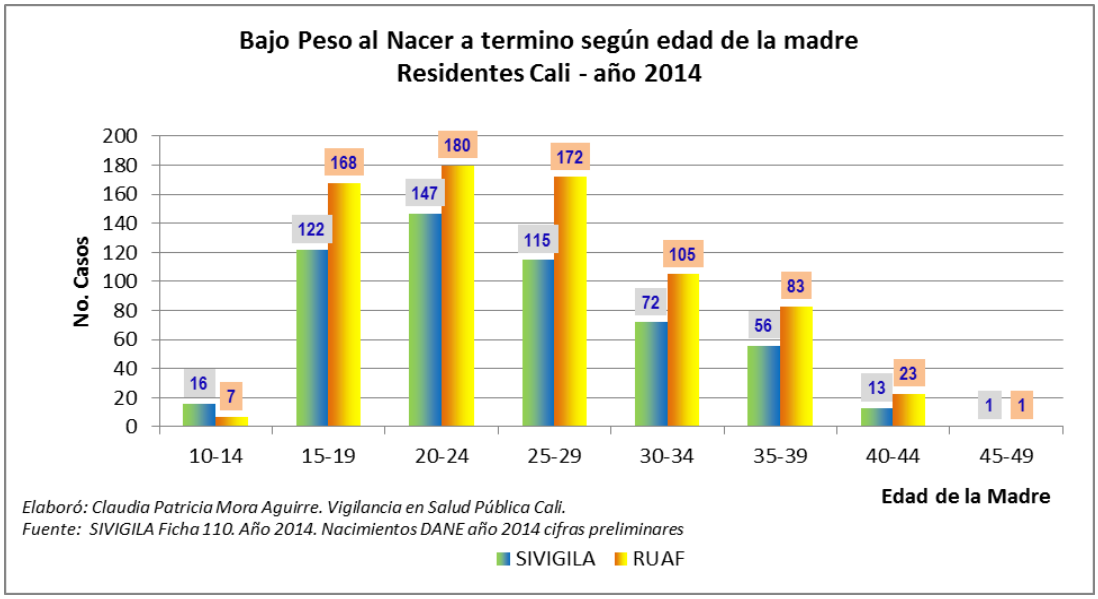


Figura 82. BPN a término por Aseguramiento en salud. Cali año 2014

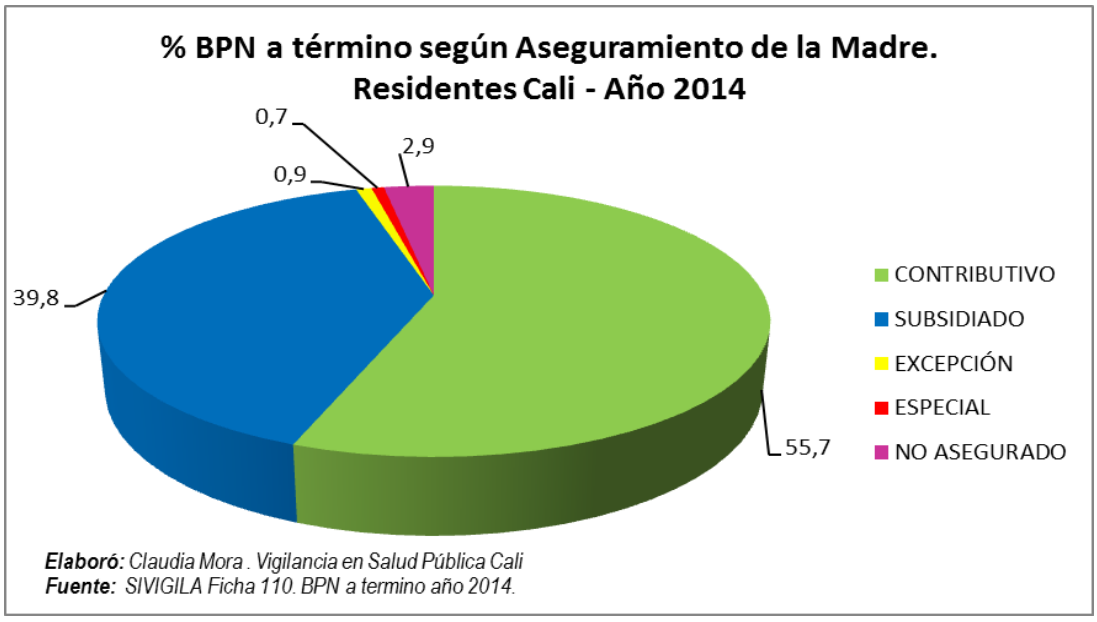


Tabla 55. Distribución de casos de BPN a término por UPGD.

Nombre de UPGD	*No. BPN*	*%*
CLINICA VERSALLES SA	110	19,8
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARC	89	16,0
CORPORACIÓN COMFENALCO VALLE UNILIBRE	59	10,6
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	49	8,8
COMFENALCO VALLE IPS SAS	40	7,2
FUNDACION VALLE DEL LILI	32	5,8
CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	28	5,0
CLINICA FARLLONES S A	25	4,5
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	20	3,6
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	18	3,2
CENTRO MEDICO IMBANACO	15	2,7
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	14	2,5
CLINICA DE OCCIDENTE SA	14	2,5
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	14	2,5
CLINICA REY DAVID - COSMITET LTDA	13	2,3
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERAL	6	1,1
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	3	0,5
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	3	0,5
CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	2	0,4
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	1	0,2
TOTAL	555	100,0

Elaboró: Claudia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA Ficha 110. BPN a termino año 2014

Tabla 56. Distribución de casos de BPN a término por EPS.

Nombre de EPS	*No. BPN*	*%*
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD	114	20,5
S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	101	18,2
COMFENALCO VALLE E.P.S.	64	11,5
CAPRECOM EPS	41	7,4
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE	28	5,0
COOMEVA E.P.S. S.A.	26	4,7
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD E	24	4,3
SALUDCOOP E.P.S.	19	3,4
NUEVA EPS	19	3,4
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	17	3,1
No Afiliado	16	2,9
SURA E.P.S	16	2,9
SANITAS E.P.S. S.A.	16	2,9
CAFESALUD E.P.S. S.A.	7	1,3
CRUZ BLANCA EPS S.A.	6	1,1
OTRAS	41	7,4
TOTAL	555	100,0

Elaboró: Claudia Mora. - Vigilancia en Salud Pública Cali

Fuente: SIVIGILA Ficha 110. BPN a termino año 2014

Tabla 57. Distribución de casos de BPN a término por Comuna. Cali – Año 2014

Comuna	*No. BPN*	*%*	Nacidos Vivos	Tasa especifica	*ESE*
1	13	2,3	697	18,7	Ladera
2	**22**	**4,0**	**993**	**22,2**	**Norte**
3	**18**	**3,2**	**603**	**29,9**	**Ladera**
4	11	2,0	796	13,8	Norte
5	**24**	**4,3**	**829**	**29,0**	**Norte**
6	33	5,9	1760	18,8	Norte
7	17	3,1	983	17,3	Norte
8	24	4,3	1137	**21,1**	Centro
9	14	2,5	540	**25,9**	Centro
10	16	2,9	1084	14,8	Centro
11	**30**	**5,4**	**1064**	**28,2**	**Centro**
12	15	2,7	733	**20,5**	Centro
13	**57**	**10,3**	**2537**	**22,5**	**Oriente**
14	46	**8,3**	2636	17,5	Oriente
15	36	**6,5**	2232	16,1	Oriente
16	28	5,0	1338	20,9	Suroriente
17	22	4,0	1397	15,7	Ladera
18	32	**5,8**	1497	**21,4**	Ladera
19	16	2,9	946	16,9	Ladera
20	13	2,3	925	14,1	Ladera
21	40	7,2	1866	21,4	Oriente
22	2	0,4	117	17,1	Ladera
La Sirena	4	0,7			
Montebello	2	0,4			
La Reforma	2	0,4			
Correg. Pance	2	0,4			
La Buitrera	1	0,2			
El Hormiguero	1	0,2			
Pueblo Nuevo	1	0,2			
San Antonio	1	0,2			
Golondrinas	1	0,2	Rural: 770		
Sin dato	11	2,0			
Total	555	100,0	27480	20,2	

Elaboró: Claudia Mora. Vigilancia en Salud Pública Cali.

Fuente: SIVIGILA ficha 110 año 2014. Nacidos Vivos DANE año 2013 - cifras preliminares sujetas a cambios.

Tabla 58. Indicadores de Vigilancia Epidemiológica BPN a Término

No.	Nombre indicador	Valor Indicador	Descripción Cálculo	Meta 2014
1.	Porcentaje de Concordancia SIVIGILA/ Estadísticas Vitales (RUAF) casos de BPN a término	75%	No. de casos de bajo peso al nacer a término notificados al SIVIGILA / No. casos registrados en RUAF-ND DANE. (555/739*100)	>70%
2.	% de casos BPN a término con Investigación Epidemiológica de Campo	60%	No. de recién nacidos a término con bajo peso notificados al SIVIGILA que tuvieron IEC efectiva e inefectiva / No. de IEC en recién nacidos a término con bajo peso que debe desarrollar el municpio según criterios de priorización protocolo de Vigilancia del INS *100. (94/156 *100)	> 50%
3.	Oportunidad en el seguimiento a los casos de bajo peso al nacer a término a las 2 semanas	19%	No. de recién nacidos a término con bajo peso notificados al SIVIGILA que tienen seguimiento durante las cuatro primeras semanas de nacido/ No. de recién nacidos a término con bajo peso que tuvieron IEC por el municipio. (18/94 *100)	>50%
4.	Oportunidad en el seguimiento a los casos de bajo peso al nacer a término a las 8 semanas	29%	No. de recién nacidos a término con bajo peso notificados al SIVIGILA que tienen seguimiento durante las 8 primeras semanas de nacido/ No. de recién nacidos a término con bajo peso que tuvieron IEC por el municipio. (27/94 *100)	>70%

Fuente: SIVIGILA ficha 110. Bajo peso a nacer a termino. Cali año 2014. Nacimientos RUAF-ND DANE.

15. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)

INTRODUCCIÓN

Las IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta. Asimismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. Las IAAS son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria y ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IAAS. La carga de IAAS es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.

La vigilancia de las IAAS en el Municipio de Santiago de Cali siguiendo los lineamientos del Instituto Nacional de Salud de alcanzar la meta de cobertura del 100% de las instituciones que cuenten con Unidades de Cuidado Intensivo en el año 2015, incorporo en junio de 2014 a 9 nuevas UPGD cubriendo la totalidad de 22 instituciones sanitarias de la ciudad que durante el año 2014 tenían habilitadas los servicios UCI.

De acuerdo a la caracterización que realizaron las UPGD en el Subsistema IAAS del SIVIGILA en junio de 2014, las UPGD que tienen UCI Adulto son: Recuperar IPS, Clínica Sebastián de Belalcazar, Clínica de Occidente, Clínica Farallones, Clínica SaludCoop Cali Norte, Clínica SaludCoop la Novena, Clínica Rey David, Clínica Rafael Uribe Uribe, Clínica Neurocardio vascular DIME, Fundación ESENSA, Fundación Valle del Lili, Hospital Universitario del Valle y UCI SIRAD.

Las UPGD caracterizadas con UCI Intermedio Adultos (Comparten espacio físico y recurso humano de Cuidado Intermedio con Intensivo) son: Centro Médico Imbanaco, Clínica Colombia, Clínica Amiga, Clínica Nuestra Señora de los Remedios, Clínica SaludCoop Cali Norte, Clínica Versalles, Clínica Comfenalco IPS SAS, Clínica Rafael Uribe Uribe, Clínica Nuestra Señora del Rosario y Clínica Su Vida.

Tienen UCI Pediátrica: Clínica Saludcoop Cali Norte, Clínica Rafael Uribe Uribe, Fundación Valle del Lili y Hospital Universitario del Valle. Cuentan con UCI Intermedia Pediátrica: Centro Médico Imbanaco, Clínica de Occidente, Clínica Farallones, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Clínica Rey David.

Las UPGD que tienen UCI Neonatal son: Hospital Universitario del Valle, Clínica Saludcoop Cali Norte, Clínica Rey David. Tienen UCI Intermedia Neonatal: Centro Médico Imbanaco, Clínica Colombia, Clínica Sebastián Belalcazar, Clínica de Occidente, Clínica Farallones, Clínica Nuestra Señora de los Remedios, Clínica Versalles, Clínica Comfenalco IPS SAS, Clínica Rafael Uribe Uribe y la Fundación Valle del Lili.

Se realizo la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a Dispositivos IAD con sus tres componentes: Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico NAV, Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central ITS-AC e Infección Sintomática del Tracto Urinario asociada a Catéter urinario ISTU-AC. Se describen a continuación los resultados del año 2014.

Tabla 59. Neumonía asociada a ventilador mecánico UCI – ADULTO

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
14	200	Enero	8	2461	3,3	44,5
13	200	Febrero	9	2001	4,5	40,1
13	200	Marzo	8	1974	4,1	34,4
14	216	Abril	8	2761	2,9	45,7
15	236	Mayo	13	2817	4,6	43,0
20	326	Junio	14	3544	4,0	41,7
21	338	Julio	13	3586	3,6	39,0
21	338	Agosto	14	3717	3,8	41,2
21	336	Septiembre	16	3302	4,8	38,4
21	347	Octubre	12	3476	3,5	37,6
21	347	Noviembre	9	3946	2,3	42,8
21	347	Diciembre	20	3627	5,5	39,3
			144	**37212**	**3,87**	**40,49**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS.

Se registraron un Total de 144 casos de NAV en las UCI-A durante el año 2014, ocurriendo el mayor número de casos en el mes de diciembre. Con una Tasa de Incidencia Total de 3,87 x 1000 Días Dispositivo. El porcentaje de uso de Ventilador Mecánico fue de 40.49%.

Del total de casos de NAV, en 111 casos se obtuvo aislamiento microbiológico, de los cuales el 27% correspondió a Staphylococcus aureus, el 22% a Klebsiella pneumoniae, el 18 % a Pseudomonas aeruginosa y el 13 % a Acinetobacter baumannii. El 20 % restante de aislamientos corresponden a Escherichia coli, Enterobacter cloacae, Enterobacter aerogenes, Burkoldheria cepacea y Candida albicans.

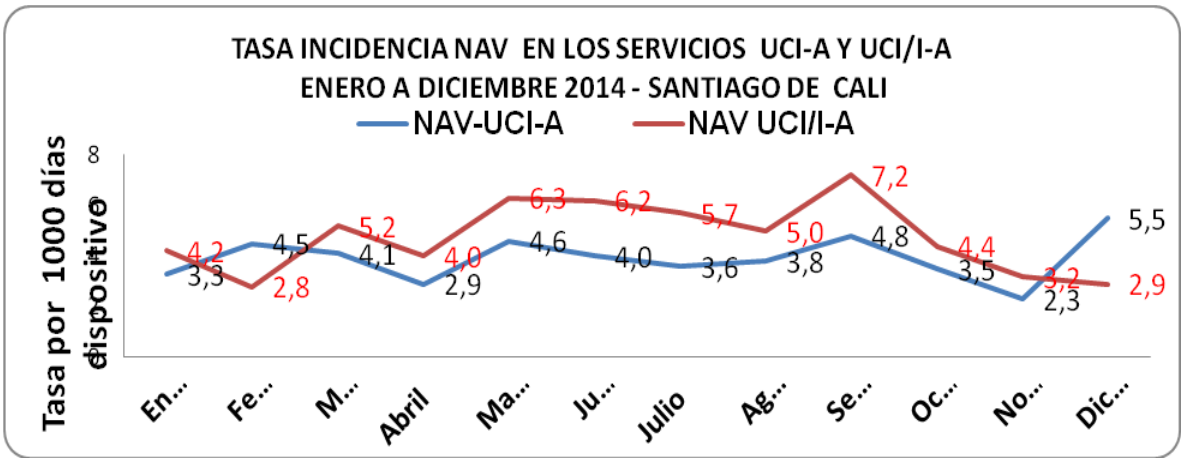
Tabla 60. Neumonía asociada a ventilador UCI-INTERMEDIO - ADULTO

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
9	158	Enero	6	1417	4,2	32,8
10	178	Febrero	4	1452	2,8	37,1
10	178	Marzo	8	1542	5,2	33,6
10	178	Abril	6	1489	4,0	34,1
9	197	Mayo	11	1741	6,3	32,5
11	227	Junio	13	2095	6,2	36,1
10	217	Julio	12	2089	5,7	35,3
10	217	Agosto	11	2214	5,0	38,8
10	216	Septiembre	14	1953	7,2	33,5
10	206	Octubre	8	1812	4,4	32,3
10	208	Noviembre	6	1863	3,2	33,7
10	208	Diciembre	7	2374	2,9	41,1
			106	**22041**	**4,81**	**35,13**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Se presentaron un Total de 106 casos de NAV, de los cuales 38 fueron caracterizadas como Neumonía 1 (por hallazgos clínicos y radiológicos). La Tasa de Incidencia fue 4,81 x 1000 Días Dispositivo. Del Total de 68 aislamientos microbiológicos, 28 % correspondieron a Klebsiella pneumoniae, 21% a Pseudomonas aeruginosa, 21 % a Acinetobacter baumannii y 7 % a Staphylococcus aureus. El porcentaje Total de uso de VM fue de 35,13%.

Figura 83. NAV UCI-A Y UCI/I-A



FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Tabla 61. Infección Sintomática del tracto urinario asociada a catéter UCI-ADULTO

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
14	200	Enero	14	3632	3,9	65,6
13	200	Febrero	7	3339	2,1	66,9
13	200	Marzo	7	3198	2,2	55,7
14	216	Abril	9	3508	2,6	58,0
15	236	Mayo	9	3533	2,5	53,9
20	326	Junio	14	4583	3,1	53,9
21	338	Julio	18	5167	3,5	56,1
21	336	Agosto	11	5266	2,1	58,4
21	347	Septiembre	10	4743	2,5	55,1
21	347	Octubre	10	5479	1,8	59,3
21	347	Noviembre	11	5608	2,0	60,8
21	347	Diciembre	22	5681	3,9	61,6
			142	**48056**	**2,95**	**52,27**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Las Infecciones Sintomáticas del Tracto Urinario Asociadas a Catéter suman un Total de 142 casos, para una Tasa de Incidencia de 2,95 x 1000 Días Dispositivo. El Porcentaje Total de uso de Catéter Urinario fue de 52,27%. Los microorganismos más asociados fueron: Escherichia coli 33%, Klebsiella pneumoniae 27%, Pseudomonas aeruginosa 8%.

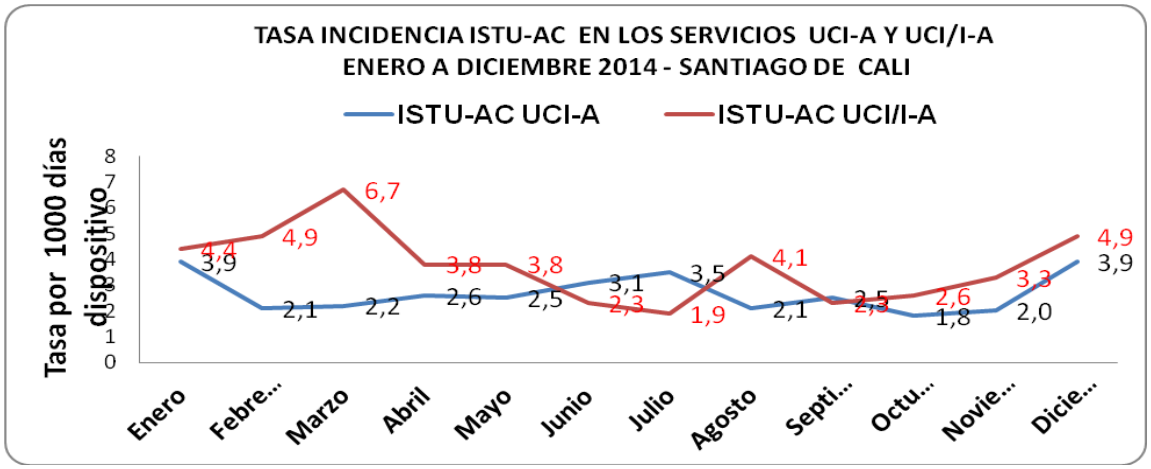
Tabla 62. Infección sintomática del tracto urinario asociado a catéter – UCI- intermedio adulto

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
9	158	Enero	10	2255	4,4	52,3
10	178	Febrero	10	2033	4,9	51,9
10	178	Marzo	17	2527	6,7	55,0
10	178	Abril	10	2628	3,8	60,1
9	197	Mayo	12	3144	3,8	58,7
11	227	Junio	8	3543	2,3	61,1
10	217	Julio	7	3611	1,9	61,1
10	217	Agosto	14	3383	4,1	59,3
10	216	Septiembre	8	3417	2,3	58,6
10	206	Octubre	8	3065	2,6	54,6
10	208	Noviembre	11	3374	3,3	60,8
10	208	Diciembre	17	3483	4,9	60,2
			132	**36463**	**3,62**	**58,12**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Las UCI/I-A registraron un Total de 132 casos de Infecciones urinarias sintomáticas asociadas a catéter urinario, con una Tasa de Incidencia del 3,62 x 1000 Días Dispositivo y con un porcentaje de uso de catéter urinario del 58,12%. Los gérmenes asociados fueron Escherichia coli 34%, Klebsiella pneumoniae 19%, Pseudomonas aeruginosa 17% y hongos del genero Candida 10%.

Figura 84. ISTU-AC UCI-A Y UCI/I-A



FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Tabla 63. Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central UCI-ADULTO.

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
14	200	Enero	15	2846	5,3	51,4
13	200	Febrero	12	2467	4,9	49,4
13	200	Marzo	11	2600	4,2	45,3
14	216	Abril	8	2669	3,0	44,1
15	236	Mayo	11	2906	3,8	44,3
20	326	Junio	13	3523	3,7	41,4
21	338	Julio	12	3936	3,0	42,8
21	336	Agosto	18	4231	4,3	46,9
21	347	Septiembre	13	3822	3,4	44,4
21	347	Octubre	11	4098	2,7	44,4
21	347	Noviembre	14	4294	3,3	46,5
21	347	Diciembre	15	4054	3,7	43,9
			153	**41446**	**3,69**	**45,09**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Se presentaron 153 Infecciones del Torrente Sanguíneo Asociadas a Catéter Venoso Central, con una Tasa de Incidencia de 3,69 x 1000 Días Dispositivo y un porcentaje de uso de CVC de 45,09%. De los 153 aislamientos microbiológicos Klebsiella pneumoniae 28%, Staphylococcus aureus 14%, Pseudomonas aeruginosa 12%, Acinetobacter baumannii 6% y hongos del genero Candida 9%.

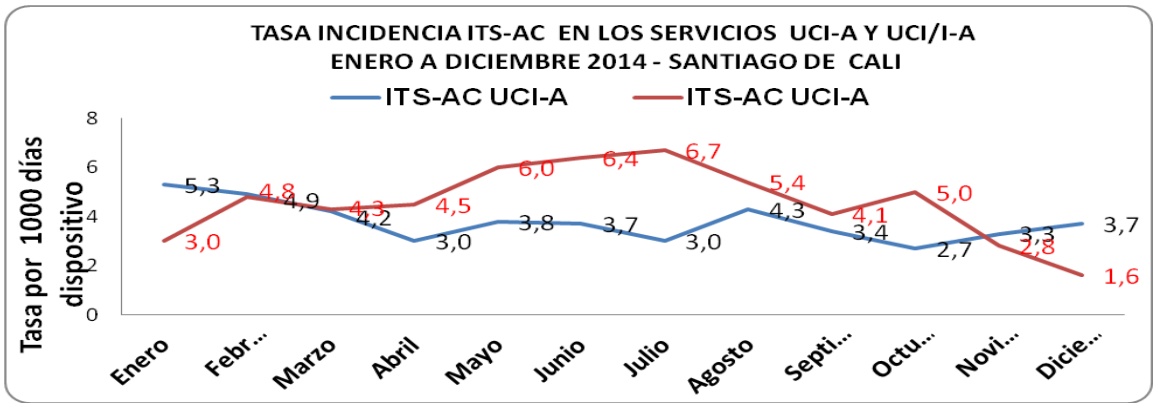
Tabla 64. Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central UCI-INTERMEDIO adulto.

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
9	158	Enero	5	1643	3,0	38,1
10	178	Febrero	8	1675	4,8	42,8
10	178	Marzo	8	1882	4,3	41,0
10	178	Abril	8	1793	4,5	41,0
9	197	Mayo	14	2319	6,0	43,3
11	227	Junio	16	2482	6,4	42,8
10	217	Julio	17	2533	6,7	42,9
10	217	Agosto	15	2771	5,4	48,5
10	216	Septiembre	10	2444	4,1	41,9
10	206	Octubre	11	2198	5,0	39,1
10	208	Noviembre	7	2472	2,8	44,7
10	208	Diciembre	4	2513	1,6	43,5
			123	**26725**	**4,60**	**42,60**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

En las UCI/I-A se registraron 123 casos nuevos de ITS-AC en el año 2014, con una Tasa de Incidencia de 4,60 x 1000 Días Dispositivo y un porcentaje de uso de CVC de 42,60%. Los gérmenes aislados fueron Klebsiella neumoníae 24%, Pseudomonas aeruginosa 14%, Staphylococcus aureus 9%, Staphylococcus coagulasa negativo 7,3% y Acinetobacter baumannii 7,3%.

Figura 85. ITS-AC UCI-A Y UCI/I-A



FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Tabla 65. Neumonía asociada a ventilador mecánico UCI-PEDIATRICA

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
3	37	Enero	0	359	0,0	36,2
3	38	Febrero	0	363	0,0	37,9
3	37	Marzo	1	340	2,9	33,5
3	37	Abril	0	349	0,0	35,8
3	37	Mayo	2	340	5,9	33,1
4	44	Junio	1	416	2,4	38,0
4	44	Julio	0	500	0,0	44,3
4	44	Agosto	1	343	2,9	32,5
4	44	Septiembre	3	369	8,1	33,5
4	44	Octubre	1	374	2,7	39,0
4	44	Noviembre	1	404	2,5	33,5
4	44	Diciembre	1	429	2,3	35,5
			11	**4586**	**2,40**	**36,05**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

En las UCI-Pediátricas se presentaron 11 casos de NAV con una Tasa de Incidencia de 2,40 x 1000 Días Dispositivo y un porcentaje de uso de dispositivo de 36,05%. El germen más frecuentemente aislado fue Staphylococcus aureus, 3 aislamientos, 27% del total de microorganismos encontrados. En 6 casos de NAV no se logro aislamiento Microbiológico y se caracterizaron por hallazgos clínicos y radiológicos como Neumonía 1.

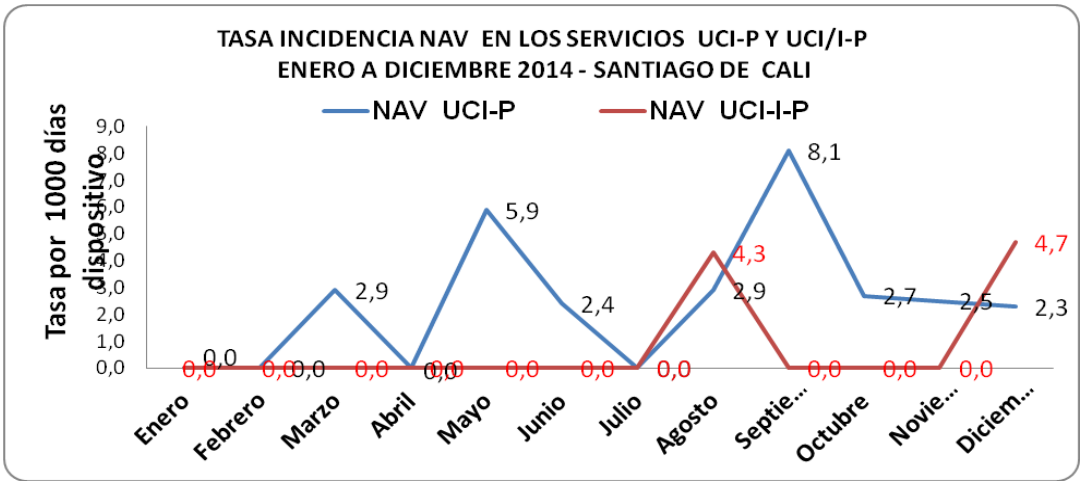
Tabla 66. NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADORMECANICO UCI/I-P

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
3	23	Enero	0	115	0,0	23,5
3	23	Febrero	0	133	0,0	26,7
3	23	Marzo	0	178	0,0	32,2
3	23	Abril	0	166	0,0	29,7
3	23	Mayo	0	156	0,0	28,1
5	39	Junio	0	197	0,0	23,0
5	42	Julio	0	222	0,0	26,7
5	40	Agosto	1	233	4,3	32,2
5	40	Septiembre	0	307	0,0	37,6
5	77	Octubre	0	243	0,0	32,0
5	40	Noviembre	0	249	0,0	27,7
5	40	Diciembre	1	211	4,7	24,8
			2	**2410**	**0,83**	**28,71**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Se presentaron 2 casos de NAV en las UCI/I-P, PARA UNA tasa de Incidencia de 0,83 x 1000 Días Dispositivo y un porcentaje de uso de VM de 28,71%. Los gérmenes aislados fueron 1 Staphylococcus aureus 50% y 1 Pseudomonas aeruginosa 50%.

Figura 86. NAV UCI-P Y UCI/I-P



FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Tabla 67. Infección sintomática del tracto urinario asociado a catéter UCI-P

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
3	37	Enero	2	309	6,5	31,1
3	38	Febrero	2	302	6,6	31,5
3	37	Marzo	3	253	11,9	25
3	37	Abril	1	317	3,2	32,5
3	37	Mayo	1	291	3,4	28,3
4	44	Junio	2	255	7,8	23,3
4	44	Julio	2	373	5,4	33
4	44	Agosto	0	277	0,0	26,2
4	44	Septiembre	0	247	0,0	22,4
4	44	Octubre	3	273	11,0	28,5
4	44	Noviembre	1	374	2,7	31,0
4	44	Diciembre	1	394	2,5	32,6
			18	**3665**	**4,91**	**28,81**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Tabla 68. Infección sintomática del tracto urinario asociada a catéter UCI-INTERMEDIO pediátrico.

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
3	23	Enero	0	111	0,0	22,7
3	23	Febrero	0	116	0,0	23,3
3	23	Marzo	0	171	0,0	30,9
3	23	Abril	0	122	0,0	21,8
3	23	Mayo	0	157	0,0	28,2
5	39	Junio	0	159	0,0	18,6
5	42	Julio	0	207	0,0	24,9
5	42	Agosto	1	169	5,9	23,3
5	40	Septiembre	0	250	0,0	30,6
5	77	Octubre	0	131	0,0	17,2
5	40	Noviembre	0	196	0,0	21,8
5	40	Diciembre	0	196	0,0	23
			1	**1985**	**0,50**	**23,65**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

En 5 UCI-P se presentaron 18 casos de Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociadas a Catéter Urinario, con una Tasa de Incidencia de 4,91 x 1000 Días Dispositivo y un porcentaje de Uso de Catéter urinario del 28,81%. Los aislamientos correspondieron, 10 a Escherichia coli 55,55%, 3 a Klebsiella pneumoniae 16%, 3 a Candida 16%, 1 a Pseudomonas aeruginosa 0,5% y 1 a Enterococcus faecalis 0,5%.

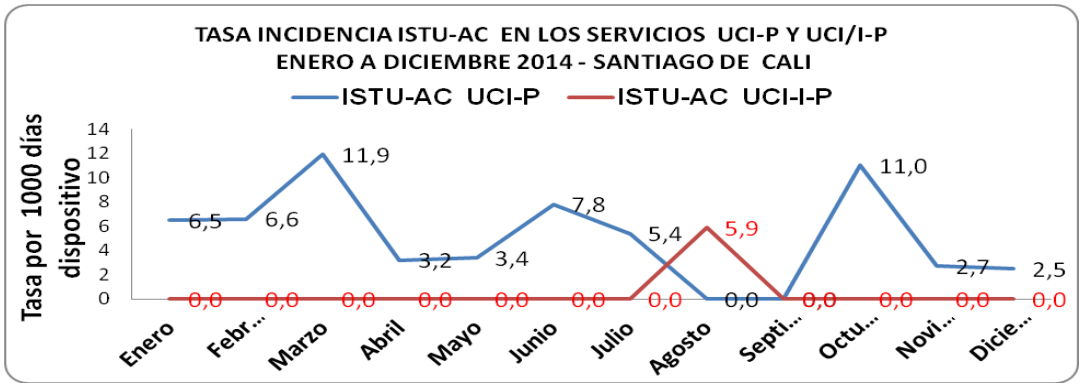
En las UCI/I-P se registró 1 caso de ISTU-AC polimicrobiano por Escherichia coli y Enterococcus faecalis, con una Tasa de Incidencia de 0,50 x 1000 Días Dispositivo y un porcentaje de uso de catéter urinario de 23,65%.

De las Infecciones Asociadas a Catéter Venoso Central se presentaron en 4 UCI-P un Total de 14 casos, con una Tasa de Incidencia de 1,84 x 1000 Dias Dispositivo y un porcentaje de uso de CVC de 59,85%. Los microorganismos aislados, 4 Staphylococcus aureus 29 %, 4 Candida varias especies 29%, 2 Klebsiella pneumoniae 14%, 1 Enterococcus faecalis 7%, 1 Serratia marcescens 7%.

Se presentaron 4 casos de ITS-AC en las UCI-P, para una Tasa de Incidencia de 0,84 x 1000 Dias Dispositivo y un porcentaje de uso de CVC de 56,72%. Los gérmenes aislados fueron: 1 Klebsiella pneumoniae 25%, 1 Achromobacter spp 25%, 1 Citrobacter freundii 25% y 1 Enterobacter cloacae 25%.

En 3 UCI Neonatales de Cuidado Intensivo se registro 1 caso de NAV en la categoría de 1501 a 2500 gr en el año 2014, con aislamiento microbiológico de Acinectobacter baumannii, para una Tasa de Incidencia de 15,2 x 1000 Dias Dispositivo. El porcentaje de uso de dispositivo fue 62,3% para esta categoría de peso al nacer.

Figura 87. ISTU-AC UCI-P Y UCI/I-P



FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Tabla 69. Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central UCI-Pediátrico.

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
3	37	Enero	1	637	1,6	64,2
3	38	Febrero	4	624	6,4	65,1
3	37	Marzo	1	621	1,6	61,2
3	37	Abril	0	587	0,0	60,2
3	37	Mayo	0	640	0,0	62,3
4	44	Junio	1	628	1,6	57,4
4	44	Julio	0	719	0,0	63,7
4	44	Agosto	0	605	0,0	57,3
4	44	Septiembre	3	611	4,9	55,4
4	44	Octubre	1	529	1,9	55,2
4	44	Noviembre	1	686	1,5	56,9
4	44	Diciembre	2	727	2,8	60,1
			14	**7614**	**1,84**	**59,85**

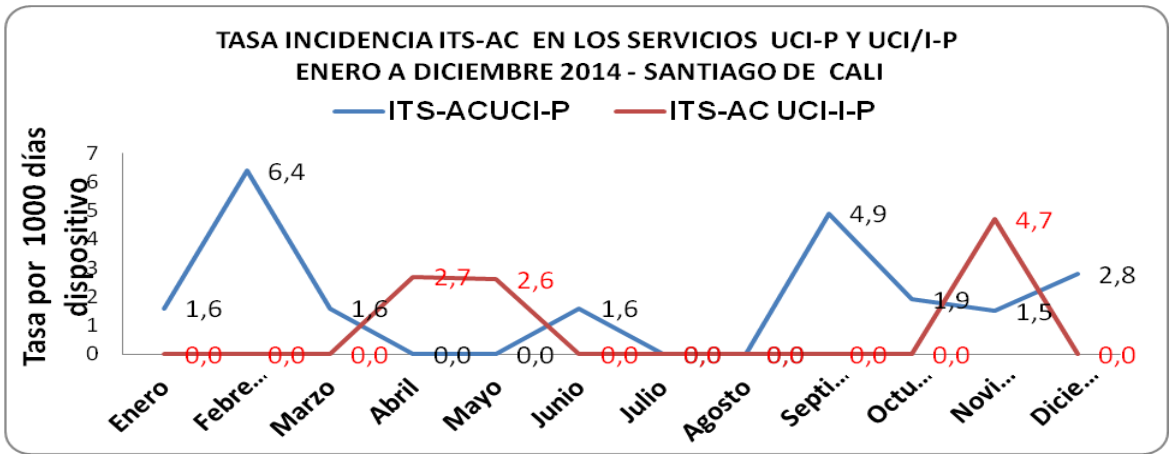
FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Tabla 70. Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central UCI-INT. PEDIATRICO

No. UCI	No. CAMAS	MES	No. DE CASOS NUEVOS	No. DIAS DISPOSITIVO	TASA INCIDENCIA	% USO DISPOSITIVO
3	23	Enero	0	259	0,0	53,0
3	23	Febrero	0	360	0,0	72,3
3	23	Marzo	0	396	0,0	71,6
3	23	Abril	1	365	2,7	65,3
3	23	Mayo	1	388	2,6	69,8
5	39	Junio	0	527	0,0	61,6
5	42	Julio	0	468	0,0	56,2
5	40	Agosto	0	397	0,0	54,8
5	40	Septiembre	0	432	0,0	52,9
5	77	Octubre	0	369	0,0	48,6
5	40	Noviembre	2	427	4,7	47,6
5	40	Diciembre	0	373	0,0	43,8
			4	**4761**	**0,84**	**56,72**

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Figura 88. ITS-AC UCI-P Y UCI/I-P



FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Tabla 71. Neumonía asociada a ventilador mecánico en UCI neonatal

Tasa de Incidencia x 1000 Días VM por categoría de peso al nacer

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
<=750g	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
751-1000g	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1001-1500g	0,0	0,0	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1501-2500g	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,2	0,0	0,0	0,0	0,0
>2500g	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

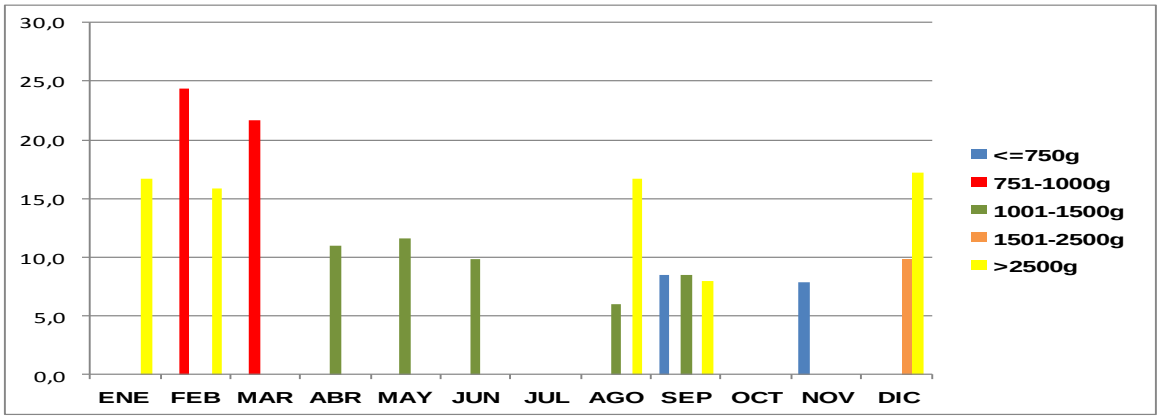
Tabla 72. Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central UCI neonatal.

Tasa de Incidencia x 1000 Días CVC

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
<=750g	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,5	0,0	7,9	0,0
751-1000g	0,0	24,4	21,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1001-1500g	0,0	0,0	0,0	11,0	11,6	9,9	0,0	6,0	8,5	0,0	0,0	0,0
1501-2500g	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,9
>2500g	16,7	15,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	8,0	0,0	0,0	17,2

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Figura 89. IAAS Catéter venoso central UCI NEONATAL. Cali año 2014.



FUENTE: SIVIGILA - IAAS

De las Infecciones del Torrente Sanguíneo Asociadas a Catéter Venoso Central en las UCI-Neonatales de 3 UPGD se presentaron un Total de 15 casos. Las categorías de peso al nacer de 1001 a 1500 gr y mayores de 2500 gr registraron el mayor número de casos, 5 en cada una. Las Tasas de Incidencia están registradas en el cuadro superior. Los gérmenes asociados fueron Klebsiella pneumoniae 4 casos 27 % y Staphylococcus aureus 3 casos 20 %.

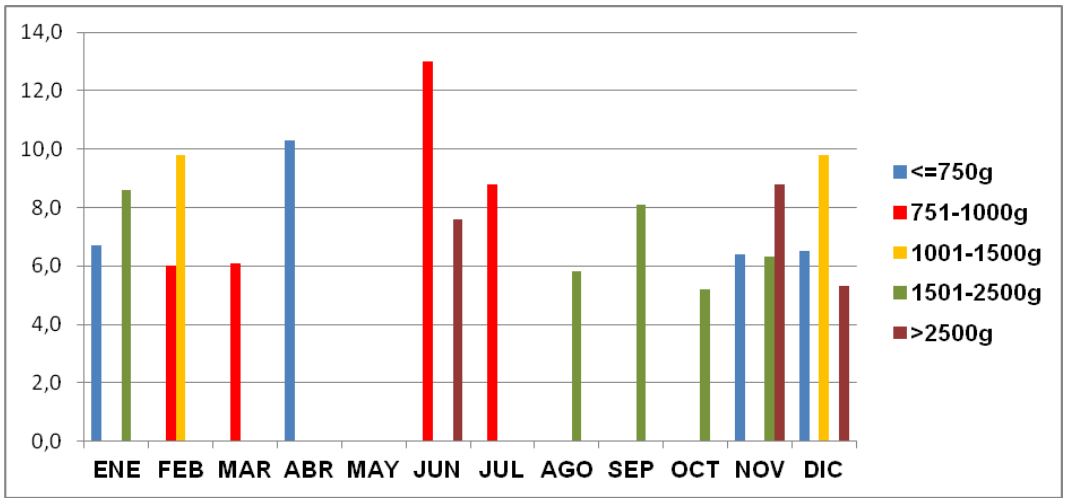
Tabla 73. Neumonía asociada a ventilador mecánico UCI-INTERMEDIO Neonatal.

TASA DE INCIDENCIA X 1000 Días VM POR CATEGORIA DE PESO AL NACER

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
<=750g	6,7	0,0	0,0	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4	6,5
751-1000g	0,0	6,0	6,1	0,0	0,0	13,0	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1001-1500g	0,0	9,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,8
1501-2500g	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,8	8,1	5,2	6,3	0,0
>2500g	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,6	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	5,3

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Figura 90. IAAS Ventilador mecánico UCI NEONATAL. Cali año 2014.



FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Se registraron NAV en todas las categorías de peso al nacer en las UCI-Intermedio Neonatales de 10 UPGD, pero en el rango de 1501 a 2500 gr se presentó el mayor número de casos, 5 de 18, 28%. En el cuadro superior se discriminan las Tasas de Incidencia por categorías de peso al nacer. Se obtuvo aislamiento microbiológico en 9 casos y los gérmenes más frecuentes fueron Serratia marcescens 3, 33%, Staphylococcus aureus 2, 22%.

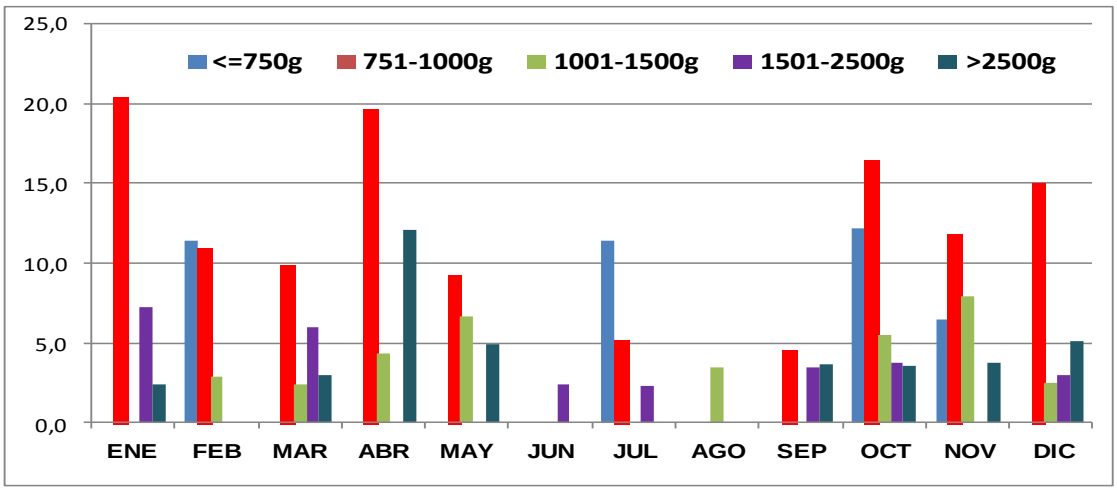
Tabla 74. Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter UCI intemedio neonatal

Tasa de Incidencia x 1000 Días CVC por categoría de peso al nacer

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
<=750g	0,0	11,4	0,0	0,0	0,0	0,0	11,4	0,0	0,0	12,2	6,5	0,0
751-1000g	20,4	10,9	9,9	19,6	9,3	0,0	5,2	0,0	4,5	16,4	11,8	15,0
1001-1500g	0,0	2,9	2,4	4,3	6,7	0,0	0,0	3,5	0,0	5,5	7,9	2,5
1501-2500g	7,2	0,0	6,0	0,0	0,0	2,4	2,3	0,0	3,5	3,8	0,0	3,0
>2500g	2,4	0,0	3,0	12,1	4,9	0,0	0,0	0,0	3,7	3,6	3,8	5,1

FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Figura 91. IAAS Torrente Sanguíneo UCI NEONATAL-Intermedio. Cali año 2014.



FUENTE: SIVIGILA - IAAS

Se presentaron 37 casos de ITS-AC en las UCI Intermedio Neonatales, con mayor número de casos en la categoría de peso al nacer de 751 a 1000 gr. Las Tasas de Incidencia están descritas por categoría de peso al nacer en el cuadro superior. Los gérmenes más frecuentemente asociados fueron: Staphylococcus epidermidis 62,16%, genero Candida varias especies 27%, Klebsiella pneumoniae 21.62%, Staphylococcus aureus 16%.

Tabla No. 75. Consumo de antibióticos UCI Adulto Cali - AÑO 2014

MESES	No. De camas UCI-A	No. Total de dias - cama disponible	No Total de dias - cama ocupada	Proporcion de ocupacion UCI-A	DDD CRO	DDD IMP	DDD MEM	DDD TZP	DDD VAN
ENERO	360	10803	9832	0.91	8,1	0,0	33,2	12,9	10,8
FEBRERO	360	9867	8654	0,87	4,0	0,0	29,6	9,2	11,4
MARZO	380	11780	10380	0,88	3,8	0,0	24,2	10,0	10,0
ABRIL	374	11220	9670	0,86	4,4	0,1	26,0	10,3	10,8
MAYO	437	13333	12122	0,91	4,3	0,1	23,9	11,1	10,0
JUNIO	546	16009	14286	0,89	5,3	0,2	29,4	10,2	10,5
JULIO	546	16699	15105	0,90	3,4	0,1	27,0	11,6	8,8
AGOSTO	537	16565	15004	0,91	2,9	0,7	25,1	10,3	10,1
SEPTIEMBRE	544	15507	13919	0,90	3,5	0,0	24,3	10,0	10,1
OCTUBRE	544	16799	14750	0,88	3,9	0,1	24,0	10,9	8,9
NOVIEMBRE	546	16333	15111	0,93	2,8	0,1	26,7	10,4	8,6
DICIEMBRE	559	17137	14936	0,87	4,0	0,2	27,1	9,4	10,1
TOTAL ANUAL				0,89	4,1	0,10	26,7	10,6	10,0

Antibióticos: CRO: ceftriaxona, IPM: imipenem, MEM: meropenem, TZP: piperacilina tazobactam, VAN: vancomicina

Tabla 76. Consumo de antibióticos en servicios de hospitalización adulto Cali-año 2014

MESES	Total de camas serv. Hosp. Adulto	No. Total de dias -cama disponible	No Total de dias -cama ocupada	Proporcion de ocupacion UCI-A	DDD CRO	DDD CIP	DDD IMP	DDD MEM	DDD TZP	DDD VAN
ENERO	1986	61011	56659	0,93	4,5	3,1	0,0	6,8	4,5	3,0
FEBRERO	2027	56512	52080	0,92	4,7	3,9	0,0	5,0	3,4	3,1
MARZO	2037	61333	57789	0,94	4,3	3,0	0,1	5,8	3,8	3,1
ABRIL	2006	59567	56351	0,95	5,0	8,2	0,0	5,6	3,3	3,2
MAYO	2148	65783	61390	0,93	5,2	3,5	0,1	6,5	4,7	3,3
JUNIO	2609	76524	71130	0,93	4,4	5,4	0,0	7,1	4,0	3,9
JULIO	2613	79159	72734	0,92	4,2	3,4	0,0	6,2	4,8	2,7
AGOSTO	2541	77379	63374	0,82	4,4	4,6	0,1	7,4	4,9	3,5
SEPTIEMBRE	2656	78596	66605	0,85	4,9	3,8	0,0	7,4	5,4	3,4
OCTUBRE	2677	73820	64587	0,87	4,5	7,0	0,1	7,0	5,7	3,8
NOVIEMBRE	2656	78485	69801	0,89	4,4	4,8	0,0	6,8	5,2	3,2
DICIEMBRE	2622	80382	68074	0,85	4,9	4,8	0,1	6,8	5,3	3,9
TOTAL ANUAL				0,9	4,6	4,17	0,05	6,6	4,62	3,3

Antibióticos: CRO: ceftriaxona, CIP: ciprofloxacina, IPM: imipenem, MEM: meropenem, TZP: piperacilina tazobactam, VAN: vancomicina

Tabla 77. Consumo de antibióticos UCI ADULTOS Cali años2013 - 2014

ANTIBIOTICO	DDD 2013	DDD 2014
CRO	5,91	4,1
IMP	0,34	0,1
MEM	33,37	26,7
TZP	14,9	10,6
VAN	15,7	10

Tabla 78. Consumo de antibióticos servicios de hospitalización adultos. Cali años 2013- 2014

ANTIBIOTICO	DDD 2013	DDD 2014
CRO	8,6	4,6
CIP	8,44	4,17
IMP	0,21	0,05
MEM	9,0	6,6
TZP	6,9	4,62
VAN	6,2	3,3

Conclusiones. En junio del año 2014 se amplió la cobertura de UPGD para la vigilancia de las IAAS a la totalidad de instituciones de salud que tenían habilitados los servicios de Unidades de Cuidado Intensivo, con 13 UPGD que tienen UCI-A, 10 UPGD con UCI/I-A, 4 UPGD con UCI-P, 5 UPGD con UCI/I-P, 3 UPGD con UCI-N y 10 UPGD con UCI/I-N.

El comportamiento de las Infecciones Asociadas a Dispositivos IAD (NAV, ITS-AC, ISTU-AC) mostro que la Tasa de Incidencia más alta de infección correspondió a la NAV tanto en las UCI-A como en las UCI/I-A (3,87 X 1000 DD y 4,81 x 1000 DD) seguida por las ITS-AC tanto en UCI-A como en UCI/I-A (3.69 x1000 DD y 4,6 x 1000 DD).

Se encontró que las Tasas de Incidencia para NAV, ISTU.AC e ITS-AC en las UCI/I-A son respectivamente más altas que las que se presentaron en las UCI-A.

Los gérmenes más frecuentemente asociados a las IAD en las UCI-A y UCI/I-A fueron en las NAV y las ITS-AC: Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus y Pseudomonas aeruginosa. En las ISTU-AC Escherichia coli.

En las UCI Pediátricas la mayor Tasa de Incidencia se presentó en las ISTU-AC, 4,91 x 1000 DD. Las Tasas de Incidencia en las UCI/I-P para NAV, ISTU-AC e ITS-AC fueron inferiores a 1,0 x 1000 DD. .

En las UCI-N y UCI/I-N las tasas de incidencia más altas se presentaron en las ITS-AC, 24,4 X 1000 DD y 20,4 x 1000 DD respectivamente.

En relación al comportamiento de las IAD se encontró reducción de las Tasas de Incidencia de los tres tipos de infección en las UCI-A en el año 2014 frente a las presentadas en el año 2013. La Tasa de NAV en las UCI-A de 5,18 x 1000 DD bajo a 3,87 x 1000 DD. La Tasa de incidencia de ISTU-AC en UCI-A bajo de 3,02 x 1000 DD a 2,95 x 1000 DD. La ITS-AC bajo de 5,04 x 1000 DD a 3,69 x 1000 DD. Igual comportamiento se observó en las IAD de las UCI/I-A, con reducción de las Tasas de incidencia de la NAV y la ISTU-AC en el año 2014. Esta reducción de las IAD en las UCI-A y UCI/I-A se debió a las medidas de control implementadas por las UPGD, como son: Vigilancia de la adherencia al Protocolo de Higiene de manos, aplicación de las listas de chequeo para el uso de los dispositivos, colocación de los dispositivos con técnica aséptica, monitoreo del uso del Ventilador mecánico por Fisioterapeutas, monitoreo del CVC por enfermeras profesionales, aislamiento y cohortizacion de los pacientes con infecciones, el realizar toma de muestras de rastreo a los pacientes trasladados a UCI procedentes de otras instituciones y el uso de digluconato de clorhexidina al 2% en la higiene oral de los pacientes con ventilador mecánico.

Para conocer el comportamiento del Consumo de Antibióticos en las UCI-A y en los Servicios de Hospitalización Adultos se aplicó la formula indicada por el Protocolo del INS para sacar las DDD de cada uno de los antibióticos bajo vigilancia. Se encontró que las DDD más altas en las UCI-A corresponden al Meropenem y a la Piperacilina-Tazobactam, 26,7 y 10,6 respectivamente. En los servicios de Hospitalización adultos se presentó igual relación, siendo las DDD más altas las de Meropenem y Piperacilina-Tazobactam, 6,6 y 4,62. Cuando comparamos el Consumo de Antibióticos en UCI-A y Servicios de Hospitalización Adultos se observó reducción de las DDD de todos los antibióticos en ambos tipos de servicio en el año 2014, esto probablemente se debe a que después de dar conocer en las UPGD los resultados de la Vigilancia del CAB del año 2013, se esté realizando un mayor control en el uso de los antibióticos que están en vigilancia.

16.LESIONES ASOCIADAS A LA POLVORA

Periodo diciembre 1 de 2014 - enero 17 de 2015
El presente informe epidemiológico se desarrolló a partir de los registros recogidos a través de la notificación obligatoria de las lesiones por pólvora durante los 48 días de la vigilancia intensificada mediante la cual las IPS hicieron los reportes diarios respondiendo a los lineamientos establecidos en la circular conjunta 066 de Noviembre 19 de 2014 emitida por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud.

METODOLOGÍA: Cada día se revisó la notificación de las diferentes IPS que atendieron casos en la ciudad de Cali. Algunos provienen de otros municipios del Valle o norte del Cauca con lesiones sufridas en sus lugares de procedencia y por lo tanto no pertenecen a Cali. Los reportes recogidos se enviaron a primera hora al CRUE Valle, allí consolidaban los datos de todos los municipios del Valle para enviarlos al INS y nos enviaban también la información, la cual podía incluir reportes al CRUE que no fueron notificados a la Secretaría Municipal de Salud de Cali. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar hizo seguimiento a los casos en menores de edad y podían detectar niños lesionados no detectados por las IPS; estos casos fueron presentados a las Direcciones de Salud para los ajustes pertinentes. .

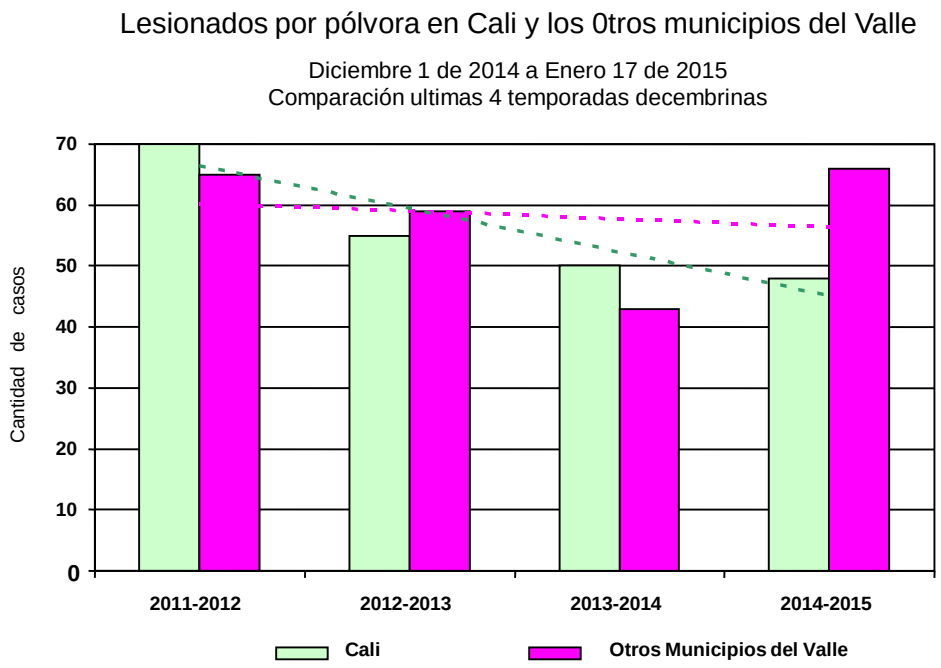
Para el cálculo de las tasas de incidencia se tomó como referencia la población proyectada por el DANE para el año 2015. La comparación con otras regiones se hizo con los datos que el INS reportó en su boletín diario. Algunas ciudades o departamentos no notificaron.

RESULTADOS: Al día de cierre de la vigilancia, 17 de enero de 2015, se completó un total de 48 personas lesionadas por artefactos pirotécnicos en la ciudad de Cali; 2 menos que en la anterior temporada. La ciudad logra así una reducción de 4% en el número de casos con respecto al año 2013. A nivel país, no se redujo el número de casos y por el contrario al 17 de enero de 2015 el INS reporta 5% más personas lesionadas que en la temporada anterior.

De los demás municipios del Valle que reportaron casos, no se encontró mejoría en sus indicadores con respecto al anterior periodo, pues en ellos ocurrió un incremento de 53%. 23 municipios con poblaciones entre 11 mil y 400 mil habitantes presentaron tasas de incidencia entre 2,2 y 26 por cada 100 mil habitantes, mientras que la ciudad de Cali con 2.370.000 habitantes tuvo 2 personas lesionadas por pólvora por cada 100 mil.

En los últimos 4 años la ciudad de Cali ha presentado reducción en el número de casos; pero esta reducción es cada vez menor, como si se estuviera llegando al mínimo nivel posible. En el resto del Valle el comportamiento no fue óptimo. La grafica 1 muestra estas diferencias.

Figura 92. Lesionados por pólvora Cali y Valle. 2011 al 2014



Fuente: Vigilancia Intensificada de la lesiones por pólvora

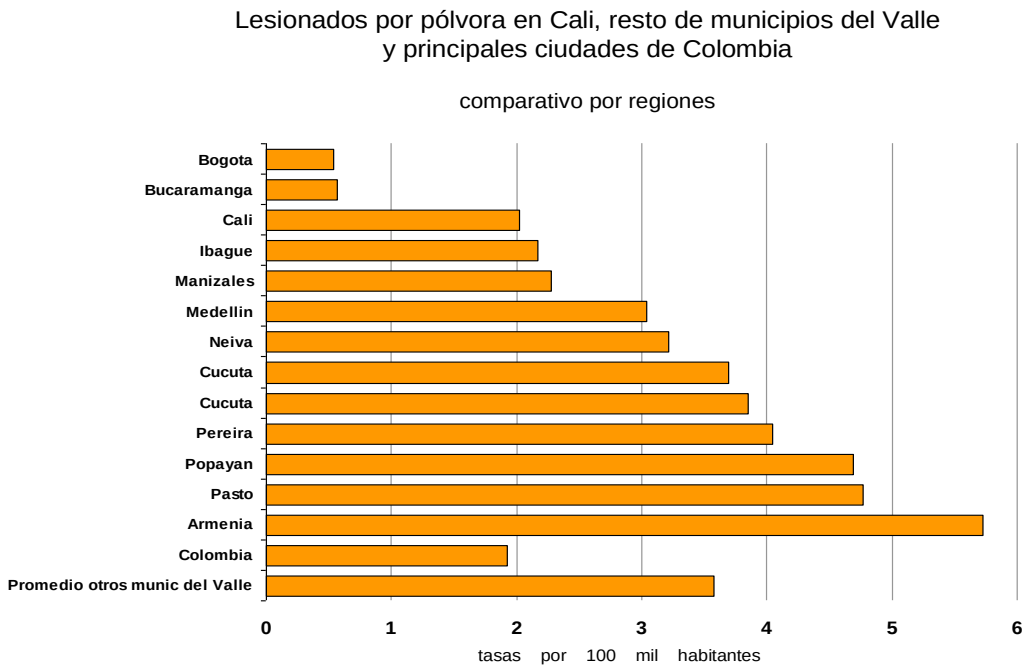
Comparación con otras regiones

La comparación por regiones muestra a Cali como una de las ciudades con mejores indicadores a nivel nacional y también cuando se le compara con otros municipios del Valle y otras ciudades capitales de departamento.

Las ciudades de Bogotá y Bucaramanga presentaron mejores indicadores que la ciudad de Cali, que tuvo una tasa de incidencia de 2 casos de lesionados por cada 100 mil habitantes, similar a la del promedio nacional. Los otros municipios del Valle que reportaron casos y otras principales ciudades del país tuvieron mayores tasas de incidencia.

Analisis temporal: Los casos ocurren con diferente frecuencia según la fecha. La grafica 3 muestra que los primeros días no se presentaron casos y luego estos suceden gradualmente de modo que hasta el día 31 de diciembre a 1 mes de iniciada la jornada de vigilancia habían ocurrido el 52% de los casos, (en promedio menos de 1 caso por cada día).

Figura 93. Tasa de lesionados por polvora por 100.000 habitantes.



Fuente: Vigilancia Intensificada de las lesiones por pólvora

Figura 94. Numero acumulado de casos de lesiones por polvora. Cali año 2014.



Fuente: Vigilancia intensificada de las Lesiones por Pólvora

El número de lesionados se incremento en la noche de 31 de Diciembre-1 de Enero, durante esas horas ocurrieron 22 casos, (46% del total de casos de toda la temporada). La grafica 3 muestra que a partir del 2 de enero no ocurrieron más casos.

Se identifican 3 fechas críticas en las que en conjunto ocurre el 70% de los casos, siendo esta una situación que las diferentes regiones comparten.

- Noche del alumbrado
- Noche de Navidad
- Noche de llegada de Año Nuevo

La vigilancia realizada en los últimos años ha mostrado que las noches de celebración de llegada del nuevo año son fechas especialmente críticas, pues es cuando ocurre la mayoría de casos de todo el periodo de vigilancia, (alrededor de 50%). La tabla 1 compara las respectivas fechas.

Tabla 79. Distribución de casos según fechas celebraciones y festividades.

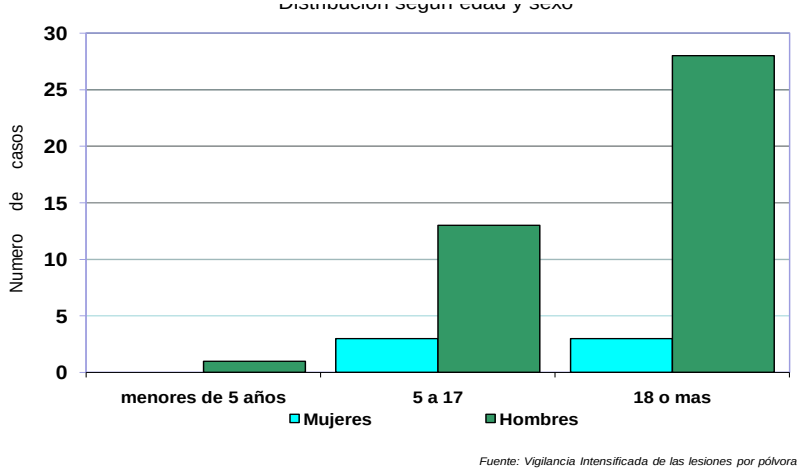
FECHAS	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
7 y 8 dic	20%	24%	18%	6%
24 y 25 dic	12%	18%	12%	19%
31-1 de Ene	**29%**	**22%**	**56%**	**46%**
Otros días	39%	36%	14%	29%

El seguimiento durante los últimos 4 periodos ha mostrado para la ciudad de Cali disminución persistente en el número de casos pero el comportamiento de las noches de 31 de diciembre ha sido atípico. Estas noches han mostrado siempre gran actividad de quema de pólvora incrementándose el riesgo y en consecuencia mayor número de personas lesionadas. En esta fecha se lesionan casi la misma cantidad de personas que se queman durante los otros 47 días de la temporada. También a nivel de país, aunque es menor la proporción de lesionados con respecto a las demás fechas, la noche de año nuevo es la fecha más crítica pues ocurrieron 20% de las lesiones de todo el periodo.

Caracterización según personas afectadas.

Las edades de los afectados se encuentran en el rango de 3 a 69 años con un promedio de 24 años, igual comportamiento que en los años anteriores. Similar a como ocurre con los demás hechos violentos o accidentes son los hombres los más afectados; 7 hombres lesionados por cada mujer. Se conserva la misma relación de los periodos previos, pues alrededor del 85% de lesionados corresponde al sexo masculino.

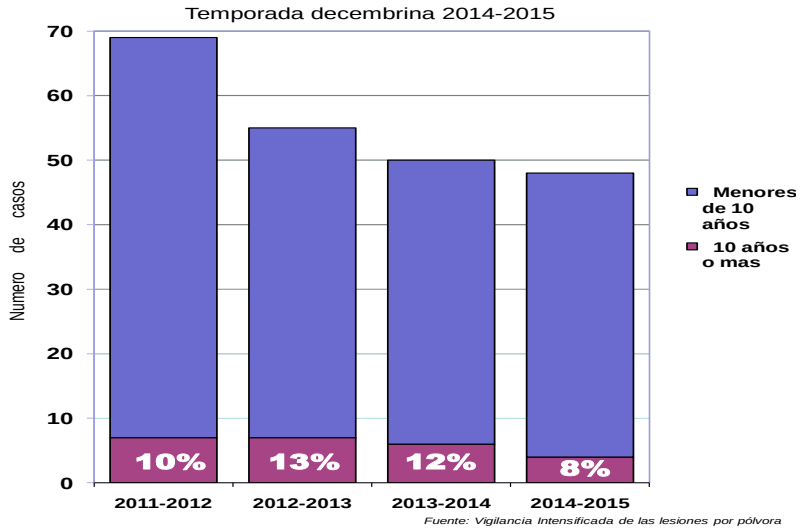
Figura 95. Lesionados por pólvora según sexo y grupo de edad. Cali dic. 2014—ene 2015



Fuente: Vigilancia Intensificada de las lesiones por pólvora

En la gráfica 5 se muestra la disminución que ha venido ocurriendo en el número de casos y también la proporción de niños lesionados menores de 10 años. En los años anteriores resultaban

Figura 96. Proporción de menores de 10 años lesionados por pólvora. Cali año 2014.



Fuente: Vigilancia Intensificada de las lesiones por pólvora

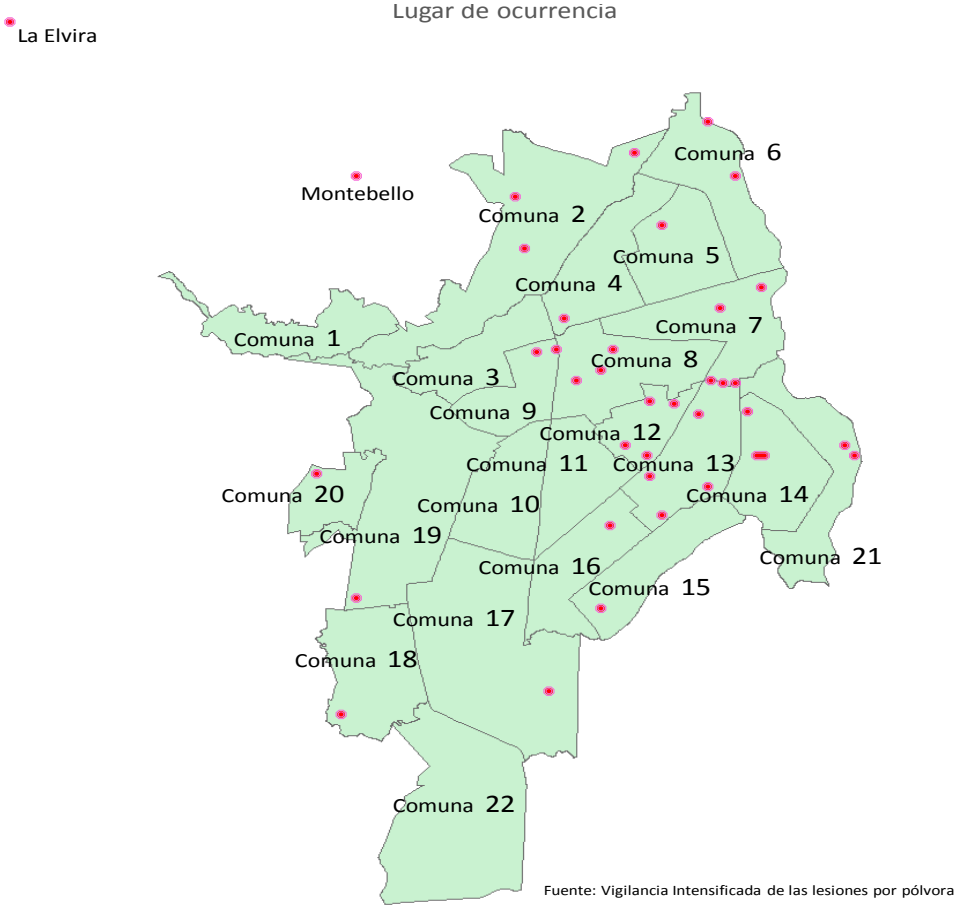
Afectados 7 y 6 niños en cada temporada y la actual el número se redujo a 4 lo que da una proporción de 8%, cuando anteriormente 12% de los afectados eran menores de 10 años.

Georreferenciación

El análisis que se realice sobre ubicación espacial respecto al sitio de ocurrencia no alcanza a ser 100% preciso por cuanto no en todos los casos se obtuvo dato de dirección confiable. Esta falencia ocurrió por diversos motivos, entre ellos dificultades para que el paciente o acudientes den bien el dato. En algunos registros se obtuvo el dato del barrio pero no la dirección. El mapa 1 muestra la ubicación de ocurrencia de

los casos a partir de 81% de casos en los que se obtuvo ya sea la dirección o de dato de barrio. Aunque parece haber cierta concentración de casos hacia las comunas 8, 12 y 13 que tienen mayor densidad de población y son habitadas por personas de estratos 3 y menos también se aprecian algunos casos en las comunas 2, 17 y 19 de barrios de estrato 4 y superiores. El mapa no muestra casos en 6 comunas de Cali pero se aclara que en 9 de los registros no se obtuvo el dato de sitio de ocurrencia.

Figura 97. Mapa de lesiones por pólvora en Cali. Año 2014-2015



Tipo de artefacto que ocasiona la lesión

Los totes estuvieron involucrados en 33% de las lesiones y continúan en frecuencia las petacas y papeletas como artefactos de más riesgo; les siguen los cohetes (9%) y en menor medida los volcanes, las chispitas y los tronantes. En 25% de los casos no se logró establecer cuál fue el artefacto, algunos de ellos porque la persona sufrió la lesión en forma sorpresiva por objeto pirotécnico que alguien le arrojó y no alcanzó a identificarlo.

Figura 98. Distribución de casos de lesiones por pólvora según tipo de artefacto.

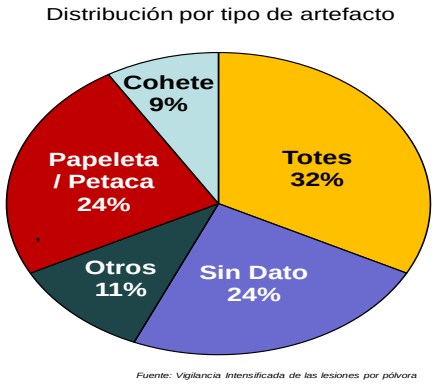


Tabla 80. Circunstancia en la que ocurrió la lesión

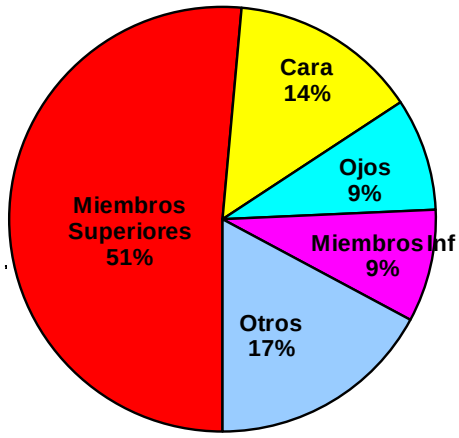
Tipo de circunstancia	%
Manipulación	**60%**
Observador	**24%**
Peatón/Accidental	**9%**
Sin Dato	**7%**

Aproximadamente 2 de cada 3 personas se lesionaron por manipulación del artefacto pirotécnico. 1 de cada 4 se lesionaron mientras observaban y 1 de cada 10 personas resultó ser un peatón a quien le cayó o le arrojaron algún artefacto. No se encontró relación estadística entre la circunstancia y el tipo de artefacto ni tampoco con el sexo ni grupo de edad.

Sitios anatómicas afectados

La mayoría de las lesiones ocurren cuando manipulan la pólvora, lo que explica que en el 50% las quemaduras se presentan en los miembros superiores y sigan en frecuencia las lesiones en diferentes partes de la cara, seguidas de lesiones en miembros inferiores y los ojos. Tórax y abdomen son afectados en menor frecuencia.

Figura 99. Distribución de eventos según sitio anatómico afectado. Periodo 2014-2015.



Fuente: Vigilancia Intensificada de las lesiones por pólvora

Es clara la relación estadística encontrada entre la circunstancia de la lesión y el sitio anatómico más afectado. En 76% de las personas, (3 de cada 4) que se lesionaron manipulando artefactos pirotécnicos el sitio afectado fueron los miembros superiores. En los peatones que se lesionaron accidentalmente la parte afectada fueron los miembros inferiores.