



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

*Secretaría de Salud*

**INFORME ANUAL 2015**

**VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**

**María Cristina Lesmes Duque**

Secretario Departamental de Salud del Valle

**Paula Cristina Bermúdez Jaramillo**

Subsecretaria de Salud Pública

**2015**

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

*Secretaría de Salud*

**SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE**

**María Beatriz Olaya**

Coordinadora Laboratorio de Salud Pública Departamental

**Helmer de Jesus Zapata**

Coordinador Comité Departamental de Estadísticas Vitales

**RESPONSABLES DE INFORME**

Elisa María Pinzón Gómez, Odontóloga Magister en Epidemiología  
Nubia Esperanza Rengifo, Bacterióloga. Especialista en Epidemiología  
Alba Lucía Rodríguez Niampira García, Enfermera Magister en Epidemiología  
Yanira Mosquera Palacios, Enfermera Especializada  
Diana Marcela Cruz Mora, Trabajadora Social- Candidata a Esp. En Epidemiología  
María Eugenia Ortiz Carrillo, Terapista Respiratoria Magister en Epidemiología  
Lillian Adriana Beltrán Barrera- Fisioterapeuta - Candidata a Esp. En Epidemiología  
Sandra Leonor Carrillo Lasso– Enfermera Magister en Epidemiología  
Ángela María Hernández Flórez - Enfermera Especialista en Epidemiología  
María Mercedes Burgos Rodríguez, Enfermera Especialista en Epidemiología  
Víctor Hugo Muñoz Villa, Psicólogo, Magister en Epidemiología

**EQUIPO DE APOYO**

María Constanza Victoria García - Ingeniera de Sistemas  
Giovanna Andrea Torres Arango- Ingeniera de Sistemas  
Rafael Antonio Restrepo Mafla. -Ingeniero de sistemas  
Juan Carlos Gutiérrez Millán. – Estadístico  
Guillermo León Llanos Ramos - Técnico

**COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.**

María Constanza Victoria García

Ingeniera de Sistemas

Correo electrónico: [mvictori@valledelcauca.gov.co](mailto:mvictori@valledelcauca.gov.co) , [coni1240@gmail.com](mailto:coni1240@gmail.com)

Celular: 3012737767

Edificio de Gobernación, piso 10

Fijo 6200000 ext. 1659 -1662 - 1663

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



## **INTRODUCCION**

### **Caracterización territorial del Departamento del Valle del Cauca**

El Valle del Cauca, está localizado en el suroccidente del país, en el centro de la región pacífico, entre el flanco occidental de la cordillera central y el océano pacífico, ubicado geográficamente en Latitud 4° 35´ 56.57" y longitud 74° 4´ 51.30", con una altitud de 1.079,5 metros sobre el nivel del mar.

Su población para el año 2015, de acuerdo con la proyección censo DANE de 2005, es de 4.613.684 habitantes. Tiene una superficie total de 21.195 km<sup>2</sup>, que representa el 1.5% del territorio nacional se encuentra dividido en 41 municipios y el Distrito de Buenaventura. Su capital, Santiago de Cali, acoge al 51% de su población total. Se extiende por uno de sus extremos sobre la costa del mar pacífico, en una extensión de 218 kilómetros, donde se encuentra ubicado el puerto de Buenaventura, el más importante del país y una de las zonas económicas especiales de exportación.

El Valle del Cauca limita al norte con los departamentos de Chocó en una longitud de 979 Km. y con el departamento de Risaralda en una longitud de 70 Km., al sur con el departamento del Cauca en una longitud de 200 Km., al oriente con los departamentos de Quindío y Tolima, en una longitud de 105 Km. y 108 Km. respectivamente, al occidente por el Océano Pacífico en una longitud de 218 Km (Ver mapa 1). El departamento tiene una extensión de 21.195 Km.<sup>2</sup> que constituye el 1.95% del territorio nacional y su temperatura oscila entre un mínimo promedio de 19° C y un máximo promedio de 34° C y una temperatura media de 26° C, el Departamento del Valle del Cauca, está constituido por 42 municipios en su división político-administrativa.

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

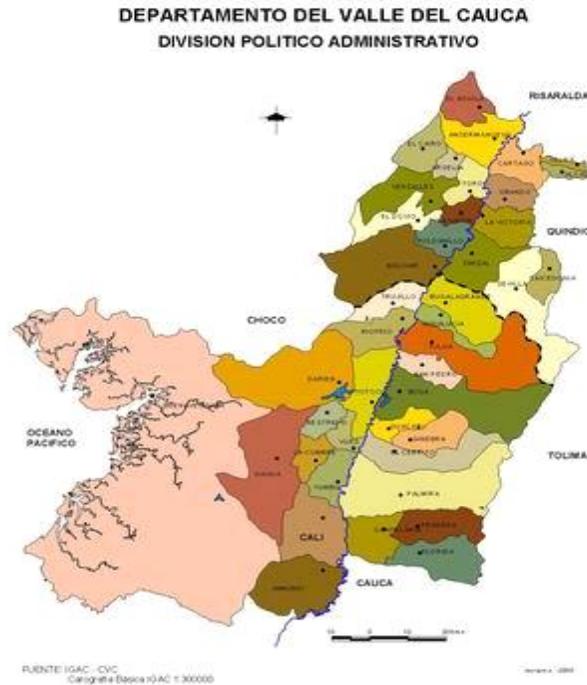
*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Mapa No. 1. Departamento del Valle División Política



Fuente: Sistema de información geográfica para la planeación y el ordenamiento territorial (SIGOT)

NIT: 890399029-5  
Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·  
Teléfono: 6200000 ext: 1659  
sivigilavalle@gmail.com  
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

De acuerdo a las cifras de proyección de población del DANE se tiene estimado que para el año 2015 el Departamento del Valle cuenta 4.613.684 habitantes, a continuación, se encuentra la proyección por municipio y según sexo.

**Tabla 1. Población proyectada para el año 2015 según sexo. Departamento del Valle del Cauca**

Municipios	Hombres	Mujeres	Total
Cali	1.132.918	1.236.903	2.369.821
Alcalá	10.767	10.597	21.364
Andalucía	8.684	9.131	17.815
Ansermanuevo	10.148	9.415	19.563
Argelia	3.303	3.139	6.442
Bolívar	6.910	6.570	13.480
Buenaventura	194.424	205.340	399.764
Guadalajara de Buga	56.461	58.773	115.234
Bugalagrande	10.748	10.423	21.171
Caicedonia	15.003	14.827	29.830
Calima	7.965	7.798	15.763
Candelaria	40.221	41.479	81.700
Cartago	63.580	68.669	132.249
Dagua	18.901	17.505	36.406
El Águila	5.989	5.090	11.079
El Cairo	5.129	4.855	9.984
El Cerrito	28.250	29.214	57.464
El Dovio	4.245	4.263	8.508
Florida	28.651	29.478	58.129
Ginebra	10.566	10.481	21.047
Guacarí	17.054	17.471	34.525
Jamundí	58.143	61.423	119.566
La Cumbre	5.961	5.553	11.514
La Unión	18.525	19.186	37.711
La Victoria	6.466	6.787	13.253
Obando	7.591	7.387	14.978
Palmira	147.242	157.493	304.735
Pradera	27.391	27.756	55.147
Restrepo	8.072	8.160	16.232
Riofrío	7.550	7.175	14.725
Roldanillo	15.772	17.009	32.781
Municipios	Hombres	Mujeres	Total

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

San Pedro	9.354	8.779	18.133
Sevilla	22.537	22.606	45.143
Toro	8.402	7.990	16.392
Trujillo	9.484	8.619	18.103
Tuluá	101.693	109.895	211.588
Ulloa	2.810	2.645	5.455
Versalles	3.813	3.402	7.215
Vijes	5.708	5.310	11.018
Yotoco	8.211	8.056	16.267
Yumbo	58.774	58.382	117.156
Zarzal	21.937	23.297	45.234
total	2.235.353	2.378.331	4.613.684

Fuente: Proyecciones de Población DANE

La vigilancia de los eventos de interés en salud pública es el proceso mediante el cual se identifican, notifican, analizan la aparición y comportamiento de los eventos. Al ser detectados por el sistema de Vigilancia, dichos eventos son notificados desde la Unidad Primaria Generadora de Datos a la Unidad Notificadora Municipal y posteriormente a la Unidad Departamental y al nivel nacional; realizándose la investigación de caso y de campo, la identificación de oportunidades de mejora en la Ruta de la vida de la población en la cual se presentaron dichos eventos en caso de mortalidades y se definen unos planes de mejoramiento a los cuales se les realiza seguimiento y cierre de compromisos, asegurando una mejora continua en el proceso de vigilancia epidemiológica.

A partir de este análisis es posible la toma más oportuna de decisiones que prevengan y eviten complicaciones en la ocurrencia de estos eventos en la población. Adicionalmente con el análisis de la información de los eventos se facilita el monitoreo y la declaración de alertas tempranas ante la posibilidad de ocurrencia de brotes o epidemias. Existen diversos factores que influyen en la presentación de los eventos de interés en salud pública; algunos son intervenibles y mediante el funcionamiento adecuado del sistema de vigilancia se facilita realizar las intervenciones.

De manera complementaria en el departamento se vienen desarrollando actividades de acuerdo a lo dispuesto en el decreto **3518 de 2006** art. 28 con el Laboratorio Departamental de Salud Pública quien debe garantizar las pruebas especiales para el estudio de eventos de interés en salud pública que se requieren en el desarrollo de la vigilancia según requerimientos establecidos en los protocolos para diagnóstico y/o confirmación de los eventos y en las normas que regulan su realización.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



En el decreto **2323 de 2006** art. 16 se estipulan las competencias del Laboratorio de Salud Pública, entre ellas: 1) Desarrollar por el laboratorio de salud pública en los procesos encaminados a su integración funcional de la Red de Laboratorios y al cumplimiento de sus funciones de manera coordinada y articulada con las instancias técnicas de la dirección territorial de salud afines con sus competencias. 2) Realizar exámenes de laboratorio de interés en salud pública en apoyo a la vigilancia de los eventos de importancia en salud pública, vigilancia y control sanitario. 3) Adoptar e implementar el sistema de información para la Red Nacional de Laboratorios establecido por el nivel nacional en los temas de su competencia. 4) Adoptar e implementar en su jurisdicción el sistema de monitoreo y evaluación de la Red Nacional de Laboratorios acorde con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social. 5) Recopilar, procesar, analizar y difundir oportunamente datos y resultados de los análisis de laboratorio de interés en salud pública, con el fin de apoyar la toma de decisiones para la vigilancia y control sanitario. 6) Implementar el sistema de gestión de la calidad para garantizar la oportunidad, confiabilidad y veracidad de los procedimientos desarrollados. 7) Participar en los programas nacionales de evaluación externa del desempeño acorde con los lineamientos establecidos por los laboratorios nacionales de referencia. 8) Vigilar la calidad de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública desarrollados por los laboratorios del área de influencia. 9) Implementar los programas de bioseguridad y manejo de residuos, de acuerdo con la normatividad nacional vigente. 10) Cumplir con los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la remisión, transporte y conservación de muestras e insumos para la realización de pruebas de laboratorio. 11) Realizar los análisis de laboratorio en apoyo a la investigación y control de brotes, epidemias y emergencias. 12) Realizar y participar activamente en investigaciones de los principales problemas de salud pública, según las directrices nacionales y las necesidades territoriales. 13) Brindar capacitación y asistencia técnica a los municipios y a otras entidades dentro y fuera del sector salud en las áreas de sus competencias. 14) Participar en el sistema de referencia y contra referencia de muestras biológicas, ambientales e insumos de acuerdo con los lineamientos nacionales y 15) Realizar análisis periódicos de la demanda y oferta de exámenes de laboratorio de interés en salud pública.

## **OBJETIVO DEL INFORME**

Describir el comportamiento de los eventos de interés en salud pública en el Valle del Cauca para el seguimiento a los procesos de vigilancia en salud pública y plantear procesos de intervención para su control durante el año 2016.

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



## **METODOLOGÍA**

El informe fue elaborado con la información de los registros de la base de datos de SIVIGILA del 2015 (ajustes hasta el 29 de febrero de 2016). En relación con el módulo de nacimientos y defunciones estas bases fueron descargadas con corte al 20 de enero de 2016

Otra fuente importante para análisis de información es la brindada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas la cual es importante para el cálculo de algunos indicadores de la vigilancia epidemiológica. Es importante mencionar que existe base de datos oficiales hasta el año 2013, para el que del año 2014 a 2015 esta información se obtuvo para el informe a corte del 20 de enero de 2016

Adicionalmente se utilizó la información obtenida de bases de datos del Laboratorio de Salud Pública Departamental, Programa de tuberculosis entre otros con los cuales también se realizó correlación.

### **Fuentes de información**

- SIVIGILA
- Estadísticas Vitales ND
- RIPS
- Registro de Laboratorio de Salud Pública Departamental
- Medicina Legal
- Observatorios
- Bases de datos de programas

### **Análisis de los Datos**

La información de la base SIVIGILA es depurada por el ingeniero de sistemas que administra el SIVIGILA y adicionalmente es revisada por el epidemiólogo quién obtiene la base de datos final para el análisis.

Para la construcción del presente informe se realizó el análisis exploratorio de los eventos de interés en salud pública estratificados por las variables de tiempo lugar, persona y por variables de interés particular. También se estiman los indicadores según las metas en salud pública y características de interés propias del evento los cuales se encuentran descritos en los protocolos de cada evento.

Se utilizó para el análisis de información el SIVIGILA, el aplicativo EXCELL, Software Stata 12 y el aplicativo SIGEPI.

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



**INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA  
COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN A TRAVÉS DEL SIVIGILA  
AÑO 2015**

*Giovanna Torres Arango. Ingeniera de Sistemas  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

**OBJETIVO:**

El presente informe es con el fin de mostrar el estado en el cual se encuentra los 42 municipios del Departamento del Valle del Cauca en cuanto al cumplimiento e incremento de UPGD y cuales han sido los eventos con mayor incremento en la notificación durante todo el año del 2015.

**METODOLOGÍA**

El proceso realizado para el cargue de la notificación semanal al sistema de información, es descargar de manera individual los archivos planos que han sido generados por las DLS o las UPGD que hacen las labores de vigilancia epidemiológica, posterior a esto de descomprimen los archivos con alguna de las herramientas que se utilizan para realizar este proceso como lo son WinZip/Winrar que son generalmente las más conocidas por los usuarios luego son cargados al sistema Sivigila 2015 Versión 1.3.

Después de ser cargados los planos de los municipios en el sistema se genera la semana epidemiológica y se envía el archivo plano mediante correo electrónico y por el link de cargue de notificación Web, otorgado por el Instituto Nacional de Salud. A continuación, se genera la Retroalimentación semanal para los municipios para que estos analicen la información cargada en sus sistemas; este proceso es generado por el mismo sistema de información el cual tiene una herramienta encargada para realizar este paso.



## Resultados

Tomando como base el decreto 3518 de 2006 se define la notificación obligatoria como: La notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad (semanal o inmediata) y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, y veracidad de la información notificada.

Para evaluación del cumplimiento se definen cuatro grupos de indicadores: Cumplimiento en la entrega del reporte semanal, cumplimiento acumulado de la notificación, cumplimiento en el ajuste de casos, cumplimiento en envío de muestras de laboratorio

### 1. Cumplimiento en la entrega del reporte semanal

Nombre del indicador	Cumplimiento de la entrega del reporte semanal
Definición	Corresponde al seguimiento a las entidades territorial de forma semanal, de la entrega del reporte de notificación los días miércoles hasta las 3 pm, a través del Sivigila, sin exceptuar los festivos
Periodicidad	Semanal
Propósito	Identificar entidades territoriales en silencio epidemiológico. Evaluar el cumplimiento de las funciones establecidas en el decreto 3518 de 2006 en sus artículos 9 y 10. Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.
Definición operacional	<u>Nivel Departamental</u> • Numerador: UNM que cumplieron con la notificación semanal los días establecidos ( <b>35 UNM</b> ). Denominador: Número de UNM del departamento ( <b>42 UNM</b> ) <u>Nivel Municipal</u> • Numerador: UPGD que cumplieron con la notificación semana los días establecidos. (330) Denominador: Número de UPGD del departamento. (391)
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Registro de recepción de reportes por entidad territorial Archivos planos recibidos, en los cuales se determina a que UND pertenece y las UNM y UPGD que contiene.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

<b>Interpretación del resultado</b>	El <b>83,3%</b> de las UNM realizaron algún tipo de notificación al Sivigila a la semana <b>52</b> . El <b>84,4</b> % de las UPGD realizaron algún tipo de notificación al Sivigila en la semana <b>52</b> .
<b>Nivel</b>	Nacional, departamental, municipal.
<b>Meta</b>	UPGD: 86%; UNM: 95%; Nacional: 100%
<b>Aclaraciones</b>	Se tiene en cuenta que la entidad territorial envíe cualquier tipo de reporte de forma semanal, independientemente de si este corresponde o no a la semana inmediatamente anterior, o si es positiva o negativa. El análisis del cumplimiento de las UPGD y UNM, debe ser realizado por cada departamento y/o distrito debido a que son ellos quienes conocen con certeza la fecha de llegada de la notificación individual, en el INS solo se tiene conocimiento de que efectivamente llegaron sin importar el día.

En el cumplimiento de la entrega del reporte semanal para el último semestre de 2015 se obtiene 83,3% (UNM) y el 84,4% (UPGD) del departamento cumplieron con la entrega del reporte semanal queriendo decir que en este proceso se notificó al menos un evento EISP más sin embargo no se cumple con la meta estimada por el INS de UPGD: 86%; UNM: 95%; Nacional: 100%

## 2. Cumplimiento acumulado de la notificación

Nombre del Indicador	Cumplimiento acumulado de la notificación
<b>Definición</b>	Se considera cumplimiento acumulado, la notificación positiva o negativa de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública en la semana epidemiológica de estudio. <ul style="list-style-type: none"><li>• En el ámbito nacional se evalúan los departamentos que realizan la notificación, en la semana epidemiológica, sobre las 36 entidades territoriales.</li><li>• En el ámbito departamental se evalúa así:<ul style="list-style-type: none"><li>· Número de semanas epidemiológicas en las cuales la UND notificó, de las semanas en estudio.</li><li>· Número de unidades notificadoras municipales que realizan el reporte descrito, en la semana epidemiológica, sobre el total de municipios de la entidad territorial evaluada.</li></ul></li></ul> En el ámbito municipal y distrital, se evalúa como el número de unidades primarias generadoras de datos (UPGD) que realizan el reporte descrito, en la semana epidemiológica, sobre el total de UPGD caracterizadas y activas para esa entidad territorial.
<b>Periodicidad</b>	Semanal



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

<b>Propósito</b>	<p>Evaluar el cumplimiento de las funciones establecidos en el decreto 3518 de 2006 en sus artículos 9 y 10. Identificar sitios con baja notificación e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento. Identificar entidades territoriales, municipios y UPGD en silencio epidemiológico.</p>
<b>Definición operacional</b>	<p><b>Nivel Nacional</b> <u>Según Departamentos</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Numerador: Número de entidades territoriales que realizan el reporte negativo o positivo de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública para la semana epidemiológica ____.</li></ul> <p>Denominador: Total de entidades territoriales (36).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Numerador: Número de semanas epidemiológicas para las cuales la UND realizó el reporte negativo o positivo de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública (<b>52 Sem</b>).</li></ul> <p>Denominador: Número de semanas epidemiológicas en estudio (<b>52 Sem</b>).</p> <p><u>Según Municipios</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Numerador: Número de unidades notificadoras municipales que realizan el reporte negativo o positivo de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública para la semana epidemiológica</li></ul> <p>Denominador: Total de municipios del país (1122).</p> <p><u>Según UPGD</u></p> <p><b>Nacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Numerador: Número de UPGD que realizan el reporte negativo o positivo de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública para la semana epidemiológica ____.</li></ul> <p>Denominador: Total de UPGD caracterizadas en el país.</p> <p><b>Departamental</b></p> <p>Numerador: Número de unidades notificadoras municipales que realizan el reporte negativo o positivo de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública para la semana epidemiológica (<b>42 UNM</b>).</p> <p>Denominador: Total de municipios de la entidad territorial evaluada (<b>42 Mpios</b>).</p> <p><b>Municipal</b></p> <p>Numerador: Número de UPGD de la entidad territorial evaluada que realiza el reporte negativo o positivo de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública para la semana epidemiológica (<b>330 UPGD</b>).</p> <p>Denominador: Total de UPGD caracterizadas de la entidad territorial evaluada (<b>391 UPGD</b>).</p>
<b>Coficiente de multiplicación</b>	100

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

<b>Fuente de información</b>	Archivos planos del reporte por semana epidemiológica según entidad territorial, Sivigila INS. Número de municipios por departamento fuente DANE. Sivigila.
<b>Interpretación del resultado</b>	Del total de unidades notificadoras del departamento __, el ____ % notificó la presencia o no de por lo menos un evento objeto de vigilancia en salud pública para la semana epidemiológica ____. Nota: la interpretación depende del nivel para el cual se realiza el análisis.
<b>Nivel</b>	Nacional, departamental, municipal y por UPGD.
<b>Meta</b>	UPGD: 86%; UNM: 95%; Nacional: 100%
<b>Aclaraciones</b>	Se tienen en cuenta la notificación positiva o negativa de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública para la semana de estudio, independientemente de si esta se realiza de forma oportuna o no. Incluyen ajustes a semanas anteriores. Este indicador es variable dependiendo de la fecha en la cual es calculado, debido a que las UPGD, UNM y UND reportan constantemente eventos de semanas anteriores lo cual cambia el acumulado de esa semana.

En el cumplimiento acumulado de la notificación se tiene como resultado que del total (42 UNM) de unidades notificadoras del departamento, el 100% notificó la presencia o no de por lo menos un evento objeto de vigilancia en salud pública para la semana epidemiológica 52 y el 84,4% a nivel de UPGD del departamento, notificó la presencia o no de por lo menos un evento objeto de vigilancia en salud pública para la semana epidemiológica en mención.

### 3. cumplimiento en el ajuste de casos

<b>Nombre del Indicador</b>	<b>Cumplimiento en el ajuste de casos</b>
<b>Definición</b>	Para los eventos que son notificados al Sivigila como probables o sospechosos, se debe definir su clasificación final, posteriormente a la investigación realizada por la entidad territorial notificadora, esta clasificación puede ser confirmación, descarte por laboratorio o unidad de análisis, descarte por error de digitación.
<b>Periodicidad</b>	Por periodo epidemiológico
<b>Propósito</b>	Evaluar el cumplimiento de las funciones establecidos en el decreto 3518 de 2006 en sus artículos 9 y 10. Reducir a cero el número de casos probables o sospechosos de los diferentes eventos y establecer datos reales sobre la incidencia y prevalencia de los mismos en los territorios nacionales. Identificar sitios con alto número de casos sin ajustar y establecer medidas de mejoramiento
<b>Definición operacional</b>	<b>Nacional</b>

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

	<p>Numerador: Número de casos ajustados del evento Denominador: Total casos notificados del evento probable o sospechoso.</p> <p><b>Departamental y distrital</b></p> <p><u>Indicador 1:</u> Numerador: Número de casos ajustados por la entidad territorial. Denominador: Total eventos notificados por la entidad territorial con tipo de caso inicial sospechoso o probable.</p> <p><u>Indicador 2:</u> Numerador: Número de casos ajustados del evento ____. Denominador: Total casos notificados del evento con tipo de caso inicial sospechoso o probable</p>
<b>Coficiente de multiplicación</b>	100
<b>Fuente de información</b>	Archivos planos del reporte por semana epidemiológica según entidad territorial, Sivigila INS.
<b>Interpretación del resultado</b>	Del total de casos del evento DENGUE notificados por la entidad territorial____, el ____% han sido ajustados en el subsistema de información.
<b>Nivel</b>	Nacional, departamental, según evento.
<b>Meta</b>	<b>100%</b>
<b>Aclaraciones</b>	Se tiene en cuenta el ajuste final a los casos independientemente del momento en el cual se realicen. Aplica para los casos notificados cuya clasificación inicial sea sospechoso o probable No aplica su construcción para violencia de género. El ajuste 7 no se considera un cambio en la clasificación inicial de caso, por lo tanto, solo se tienen en cuenta los ajustes 3,4,5,6,D

En el cumplimiento de ajuste de casos del total de eventos notificados solo diez eventos (Difteria, EDA, Fiebre Amarilla, Meningitis Meningococcica, PFA, Rubeola, Sarampión, Síndrome de Rubeola Congénita, Tétano Accidental, ESI IRAG) fueron ajustados en el subsistema de información cumpliendo la meta nacional la cual es el 100%



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Evento	%
DIFTERIA	100
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR ROTAVIRUS	100
FIEBRE AMARILLA	100
MENINGITIS MENINGOCOCCICA	100
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	100
RUBEOLA	100
SARAMPION	100
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	100
TETANOS ACCIDENTAL	100
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	99,3
TOS FERINA	93,2
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	78,7
CHAGAS	75
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	70
MENINGITIS	70
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	64,3
DEFECTOS CONGENITOS	62,5
DENGUE GRAVE	55,6
MORTALIDAD POR DENGUE	52,4
ENFERMEDADES DE ORIGEN PRIONICO	50,0
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	50
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	46,2
MALARIA	46,2
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	41,7
LEPTOSPIROSIS	35,3
DENGUE	22,8
ZIKA	18,2
CHIKUNGUNYA	14,9
CÁNCER INFANTIL	0
EVENTO SIN ESTABLECER	0
LEISHMANIASIS VISCERAL	0
TETANOS NEONATAL	0
ACCIDENTE OFIDICO	
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	
BAJO PESO AL NACER	
EXPOSICIÓN A FLÚOR	
HEPATITIS A	

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	
INTOXICACION POR MEDICAMENTOS	
INTOXICACION POR METANOL	
INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	
INTOXICACION POR SOLVENTES	
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
INTOXICACIONES	
LEISHMANIASIS CUTANEA	
LEISHMANIASIS MUCOSA	
LEPRA	
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL)	
MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	
MALARIA COMPLICADA	
MALARIA FALCIPARUM	
MALARIA VIVAX	
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	
MORTALIDAD MATERNA	
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	
MORTALIDAD POR IRA	
PAROTIDITIS	
SIFILIS CONGENITA	
SIFILIS GESTACIONAL	
TUBERCULOSIS	
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	
VARICELA INDIVIDUAL	
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## Indicadores de oportunidad

La oportunidad está definida como la notificación de la ocurrencia o no de eventos objeto de vigilancia en salud pública, dentro de los tiempos establecidos en los protocolos de vigilancia.

Nombre del Indicador	Oportunidad en la notificación por evento
<b>Definición</b>	Se realizará el seguimiento por eventos de acuerdo a los tiempos establecidos en los protocolos. Mide el promedio de días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso al Sivigila.
<b>Periodicidad</b>	Por periodo epidemiológico
<b>Propósito</b>	Evaluar el cumplimiento de las funciones establecidos en el decreto 3518 de 2006 en sus artículos 9 y 10. Identificar sitios con notificación inoportuna y establecer estrategias de mejoramiento y seguimiento Evaluar la gestión de las instituciones en relación a la vigilancia en salud pública. Evaluar la aplicación de lineamientos Nacional de vigilancia en salud pública
<b>Definición operacional</b>	Numerador: $\sum$ (Fecha de notificación- fecha de consulta) Denominador: Total eventos notificados Nota: el indicador aplica por grupo de eventos
<b>Coficiente de multiplicación</b>	No aplica
<b>Fuente de información</b>	Reporte por semana epidemiológica según entidad territorial. Sivigila INS, variables fecha de consulta y fecha de notificación de datos básicos por evento.
<b>Interpretación del resultado</b>	La entidad territorial reportó al Sivigila la ocurrencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública en promedio a los ___ días después de haber sido captados.
<b>Nivel</b>	Nacional, departamental, según evento.
<b>Meta</b>	1 día para eventos en eliminación, erradicación y control internacional y 8 días para el resto de eventos.
<b>Aclaraciones</b>	Se realiza la sumatoria del resultado de la diferencia de los días comprendidos entre la consulta del paciente y la notificación del evento, sobre el total de eventos notificados. Es importante aclarar que la meta varía de acuerdo al evento analizado. Los eventos de notificación inmediata deben ingresarse al sistema y reportarse a través de archivos planos el mismo día en que son captados, puede también considerarse como notificado los casos que se reciben via fax o telefónica, sin embargo es necesario su ingreso al sistema para que sea conocido en el nivel siguiente del flujo de información a través de la notificación rutinaria



### Indicador de proporción de casos notificados oportunamente

Nombre del Indicador	Proporción de casos notificados oportunamente
<b>Definición</b>	Se refiere a la notificación individual de los eventos objeto de vigilancia en salud pública rutinaria, los días miércoles hasta las 3 pm., a través del Sivigila. Tiene en cuenta que los casos se reporten máximo 8 días después de haber sido captado, para los eventos de notificación inmediata el reporte debe hacerse el mismo día
<b>Periodicidad</b>	Semana
<b>Propósito</b>	Evaluar el cumplimiento de las funciones establecidos en el decreto 3518 de 2006 en sus artículos 9 y 10. Identificar sitios con bajo cumplimiento oportuno e implementar estrategias de mejoramiento y seguimiento
<b>Definición operacional</b>	Numerador: Diferencia entre la fecha de la consulta y la fecha de notificación reportada en el Sivigila. <b>Nacional</b> Numerador: Número de casos reportados al sistema hasta los 8 días de su captación (para notificación rutinaria) Denominador: total casos reportados por el Departamento o Distrito <b>Según Municipios</b> Numerador: Número de casos reportados al sistema hasta los 8 días de su captación (para notificación rutinaria) Denominador: total casos reportados por el Municipio <b>Según UPGD</b> Numerador: Número de casos reportados al sistema hasta los 8 días de su captación (para notificación rutinaria) Denominador: total casos reportados por la UPGD
<b>Coeficiente de multiplicación</b>	100
<b>Fuente de información</b>	Reporte por semana epidemiológica según entidad territorial. Sivigila INS. Número de municipios por departamento fuente DANE.
<b>Interpretación del resultado</b>	El 90.20% de los casos reportados se ingresaron al sistema de forma oportuna Del total de UND / UNM / UPGD de la entidad territorial __, el __ % notificó la presencia o no de por lo menos un evento objeto de vigilancia en salud pública en la semana correspondiente.
<b>Nivel</b>	Nacional, departamental, según evento.
<b>Meta</b>	100%
<b>Aclaraciones</b>	Para el cálculo del indicador en los eventos de notificación inmediata la medición debe realizarse definiendo como oportunos los casos reportados el mismo día en que fueron captados por la UPGD o UND

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



Los casos reportados se ingresaron al sistema de forma oportuna.

### Indicador de oportunidad en el ajuste de casos

Nombre del Indicador	Oportunidad en el ajuste de casos
<b>Definición</b>	Los eventos que son notificados al Sivigila como probables o sospechosos, deben ser investigados para definir su clasificación y ser ajustados al sistema dentro de las 4 semanas siguientes a su notificación. La aplicación del indicador debe ser por evento.
<b>Periodicidad</b>	Por periodo epidemiológico
<b>Propósito</b>	Evaluar el cumplimiento de las funciones establecidos en el decreto 3518 de 2006 en sus artículos 9 y 10. Reducir a cero el número de casos probables o sospechosos de los diferentes eventos y establecer datos reales sobre la clasificación final (ocurrencia) de los mismos en los territorios nacionales. Identificar respuestas tardías ante la presencia de casos objeto de vigilancia en salud pública y establecer medidas de mejoramiento
<b>Definición operacional</b>	Indicador 1 (Fecha de ajuste- fecha de notificación) Indicador. Numerador: casos ajustados hasta 30 días después de su notificación Denominador: Total casos del evento ajustados por la entidad territorial
<b>Coeficiente de multiplicación</b>	No aplica
<b>Fuente de información</b>	Archivos planos del reporte por semana epidemiológica según entidad territorial, Sivigila INS. Variables fecha de ajuste y fecha de notificación en datos básicos.
<b>Interpretación del resultado</b>	Indicador 1: Los casos del evento _____ notificados por la entidad territorial ____, en promedio han sido ajustados a los ___ días Indicador 2: el ___% de los casos ajustados se ajustaron máximo a los 30 días de su notificación al sistema
<b>Nivel</b>	Nacional, departamental, según evento.
<b>Meta</b>	30 días



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

<b>Aclaraciones</b>	El indicador debe ser evaluado por evento, se tiene en cuenta el cambio de estado en la variable ajuste y los casos reportados como tipo de caso 1 ó 2, No aplica su construcción para casos con ajuste 7, teniendo en cuenta que este no cambia la clasificación inicial del caso
---------------------	--

EVENTO	PROMEDIO-DIAS
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	10,2
CHAGAS	3,6
CHIKUNGUNYA	10,0
DEFECTOS CONGENITOS	7,5
DENGUE	10,2
DENGUE GRAVE	10,0
DIFTERIA	8,9
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR ROTAVIRUS	6,0
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	10,0
ENFERMEDADES DE ORIGEN PRIONICO	8,3
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	10,0
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	10,0
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	6,7
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	10,0
LEPTOSPIROSIS	10,0
MALARIA	8,3
MENINGITIS	9,4
MENINGITIS MENINGOCOCCICA	2,7
MORTALIDAD POR DENGUE	9,4
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	3,5
RUBEOLA	8,8
SARAMPION	10,0
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	5,1
TOS FERINA	10,0
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	7,6
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	8,9
ZIKA	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>8,0</b>

Fuente: SIVIGILA, SDS VALLE

El 2,60% de los casos ajustados se ajustaron máximos a los 30 días de su notificación al sistema y el 97,4% no cumplió con el indicador de oportunidad en el ajuste



**Indicador de porcentaje de silencio epidemiológico**

Nombre del Indicador	Porcentaje de silencio epidemiológico																																
<b>Definición operacional</b>	<p><b>Nivel nacional</b>            Numerador: Total de Unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) que no enviaron reporte el miércoles de cada semana a las 3:00 pm o antes.            Denominador: 36 entidades territoriales</p> <p><b>Nivel departamental</b>            Numerador: Total de unidades notificadoras municipales (UNM) que no enviaron reporte el martes de cada semana, máximo a las tres pm. (6UNM)            Denominador: Total de UNM de cada departamento (42 UNM)</p> <p><b>Nivel municipal</b>            Numerador: Total de Unidades primarias generadoras de datos (UPGD) que no enviaron reporte el lunes de cada semana, máximo a las tres pm.            Denominador: Número de UPGD de cada municipio</p>																																
<b>Periodicidad</b>	<b>Semanal</b>																																
<b>Coficiente de multiplicación</b>	<b>100</b>																																
<b>Fuente de información</b>	Reporte por semana epidemiológica según entidad territorial. Sivigila INS planos. Número de municipios por departamento fuente DANE																																
<b>Interpretación del resultado</b>	El % de las UND quedaron en silencio epidemiológico para la semana ____. El <b>16,66</b> % de las UNM quedaron en silencio epidemiológico para la semana 23. El ____ % de las UPGD quedaron en silencio epidemiológico para la semana _____.																																
<b>Nivel</b>	Nacional, departamental y municipal																																
<b>Meta</b>	0%																																
<b>Aclaraciones</b>	Silencio: ausencia de notificación positiva y negativa para la semana en estudio. El riesgo se calcula según los siguientes rangos y convenciones: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Rango % de UND en silencio</th> <th>Convención</th> <th>Riesgo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td style="background-color: green;"></td> <td>Ninguno</td> </tr> <tr> <td>&gt;0% a &gt;10%</td> <td style="background-color: yellow;"></td> <td>Bajo</td> </tr> <tr> <td>De 10% a 20%</td> <td style="background-color: orange;"></td> <td>Medio</td> </tr> <tr> <td>Mayor a 20%</td> <td style="background-color: red;"></td> <td>Alto</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Rango % de UNM en silencio</th> <th>Convención</th> <th>Riesgo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td style="background-color: green;"></td> <td>Ninguno</td> </tr> <tr> <td>&gt;0% a &gt;10%</td> <td style="background-color: yellow;"></td> <td>Bajo</td> </tr> <tr> <td>De 10% a 20%</td> <td style="background-color: orange;"></td> <td>Medio</td> </tr> <tr> <td>Mayor a 20%</td> <td style="background-color: red;"></td> <td>Alto</td> </tr> </tbody> </table>			Rango % de UND en silencio	Convención	Riesgo	0		Ninguno	>0% a >10%		Bajo	De 10% a 20%		Medio	Mayor a 20%		Alto	Rango % de UNM en silencio	Convención	Riesgo	0		Ninguno	>0% a >10%		Bajo	De 10% a 20%		Medio	Mayor a 20%		Alto
Rango % de UND en silencio	Convención	Riesgo																															
0		Ninguno																															
>0% a >10%		Bajo																															
De 10% a 20%		Medio																															
Mayor a 20%		Alto																															
Rango % de UNM en silencio	Convención	Riesgo																															
0		Ninguno																															
>0% a >10%		Bajo																															
De 10% a 20%		Medio																															
Mayor a 20%		Alto																															



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

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

- Se aceptan como notificación los reportes semanales que contengan registros de eventos captados en cualquiera de las semanas epidemiológicas, así no correspondan a la semana que se reporta.
- No se admiten como notificación los reportes que solo lleven uno o más eventos que se vigilen exclusivamente en el nivel departamental o municipal, la notificación negativa se tendrá en cuenta como reporte temporalmente, para evaluar la pertinencia de reclasificar las UPGD que reporten semanalmente con este código como unidades informadoras.
- En el nivel nacional, también se presenta con periodicidad semanal el indicador municipal, usando como denominador el total nacional de UNM.
- El total de UPGD se ajusta cada mes, según el total de Prestadoras caracterizadas al final de cada periodo, sin incluir las clasificadas como unidades informadoras.
- Para calcular el indicador y presentarlo en los informes que se generan por periodo epidemiológico y los anuales:
  - ✓ Para el silencio de UND y UNM (proporción de municipios que notificaron por semana), se promedian los porcentajes de silencio obtenidas en todas las semanas en estudio.
  - ✓ Para analizar el riesgo de silencio epidemiológico de cada UNM, por periodo epidemiológico, se toma como fuente el tablero de control o matriz de alertas tempranas con corte al periodo a analizar, usando la siguiente clasificación y convenciones, según la cantidad de semanas que no notificó:

Numero de semanas en silencio	Convención	Riesgo
0		Ninguno
1		Bajo
3		Medio
4		Alto
  - ✓ Para el nivel de UPGD, la fuente de los datos es el reporte positivos, negativos y silencios (PNS), generado a partir del aplicativo Sivigila, con la notificación realizada hasta la fecha de corte a la que se va a presentar, esto implica que en la base de datos existirán reportes positivos y negativos de algunas UPGD que a la fecha de corte se pusieron al día con la entrega de registros de semanas anteriores a la fecha de corte, por lo tanto, este es un reporte que genera datos de la notificación acumulada.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

En el indicador de silencio epidemiológico para las UNM se tiene que El **17,92 %** en promedio de las UNM quedaron en silencio epidemiológico para la semana 52 y según el cuadro de rango de porcentaje de silencio epidemiológico para las UNM se encuentra el departamento en un riesgo **Medio**.

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

## Indicador de porcentaje de notificación negativa

Nombre del Indicador	Porcentaje de notificación negativa
<b>Definición operacional</b>	<b>Nivel nacional</b> Numerador: Total de unidades primarias generadoras de datos (UPGD) del país, que presentaron riesgo por notificación negativa durante el periodo en estudio. Denominador: Total de UPGD en el país <b>Nivel departamental</b> Numerador: Total de unidades primarias generadoras de datos (UPGD) del departamento, que presentaron riesgo por notificación negativa durante el periodo en estudio. Denominador: Total de UPGD de cada departamento <b>Nivel municipal</b> Numerador: Total de unidades primarias generadoras de datos del país (UPGD), que presentaron riesgo por notificación negativa durante el periodo en estudio. Denominador: Número de UPGD de cada municipio
<b>Periodicidad</b>	<b>Semanal</b>
<b>Coficiente de multiplicación</b>	<b>100</b>
<b>Fuente de información</b>	Reporte positivos, negativos y silencios (PNS), generado a partir del aplicativo Sivigila, con la notificación realizada hasta la fecha de corte a la que se va a presentar el informe
<b>Interpretación del resultado</b>	El % de las UPGD del país quedaron en riesgo por notificación negativa para el periodo. El __ % de las UPGD del departamento quedaron en riesgo por notificación negativa para el periodo. El % de las UPGD del municipio quedaron en riesgo por notificación negativa para el periodo.
<b>Nivel</b>	Nacional, departamental y municipal

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



Meta	0%		
<b>Aclaraciones</b>	El riesgo se calcula según los siguientes rangos y convenciones:		
	<b>Rango % de UNM en riesgo por notificación negativa de sus UPGD</b>	<b>Convención</b>	<b>Riesgo</b>
	0		Ninguno
	>0% a >10%		Bajo
	De 10% a 20%		Medio
	Mayor a 20%		Alto
	<b>Rango % de UPGD en riesgo por notificación negativa</b>	<b>Convención</b>	<b>Riesgo</b>
	0		Ninguno
	>0% a >10%		Bajo
	De 10% a 20%		Medio
Mayor a 20%		Alto	
El total de UPGD se ajusta cada mes, según el total de Prestadoras caracterizadas al final de cada periodo, sin incluir las clasificadas como unidades informadoras			

El indicador de porcentaje de notificación negativa el **61,42%** de las UPGDs del departamento quedó en riesgo por notificación negativa en el periodo 12, quedando en riesgo **Alto** según tabla de rango de porcentaje para UNM en riesgo por notificación negativa de sus UPGD.

### Comportamiento de la notificación a través del SIVIGILA

Durante el año 2015 (periodos 1-12), se obtuvo el cumplimiento departamental acumulado de 92%. De manera individual siete municipios se encuentran por debajo del indicador 84% de notificación semanal. Ver Tabla 2.

**Tabla 1.** Indicadores de operación del subsistema de información – Lineamientos 2015. Semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2015. Departamento del Valle del Cauca.

INDICADOR		META	DEPARTAMENTO
Cumplimiento en la entrega del reporte semanal	Unidades Primarias Generadoras de Datos	Mínimo el 86%	84 %
	Unidades Notificadoras Municipales	Mínimo el 95%	92%
	Unidades Notificadoras Departamentales	100%	100%



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

**Tabla 2.** Cumplimiento de la notificación al SIVIGILA. Semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2015. Departamento del Valle del Cauca.

MUNICIPIO	CUMP. SEM 52	CUMPL. ACUM SEM 52
ALCALA	100	100
ANDALUCIA	100	99
ANSERMANUEVO	100	100
ARGELIA	100	100
BOLIVAR	50	89
BUENAVENTURA	65	91
BUGA	86	97
BUGALAGRANDE	100	98
CAICEDONIA	100	97
CALI	79	89
CANDELARIA	100	99
CARTAGO	100	99
DAGUA	100	100
DARIEN	100	97
EL AGUILA	100	100
EL CAIRO	100	100
EL CERRITO	100	98
EL DOVIO	100	100
FLORIDA	100	99
GINEBRA	100	100
GUACARI	100	90
JAMUNDI	67	88
LA CUMBRE	100	100
LA UNION	67	87
LA VICTORIA	100	88
OBANDO	100	100
PALMIRA	95	98
PRADERA	60	76
RESTREPO	50	99
RIOFRIO	100	100
ROLDANILLO	78	84
SAN PEDRO	100	100
SEVILLA	75	98
TORO	50	97
TRUJILLO	100	100
TULUA	81	90
ULLOA	100	100
VERSALLES	100	100
VIJES	100	100
YOTOCO	100	100
YUMBO	94	96
ZARZAL	100	95
<b>Total general</b>	<b>84</b>	<b>92</b>

Fuente: SIVIGILA, SDS VALLE



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Para el primer semestre del año, el Departamento del Valle del Cauca cuenta con 42 Unidades Notificadoras Municipales, 394 Unidades Primarias Generadoras de Datos y 668 Unidades Informadoras.

Nombre Municipios	UPGD	UI
Alcalá	1	1
Andalucía	2	5
Ansermanuevo	1	1
Argelia	4	6
Bolívar	4	4
Buenaventura	16	42
Buga	14	34
Bugalagrande	10	11
Caicedonia	6	10
Cali	165	321
Candelaria	13	12
Cartago	20	30
Dagua	3	7
Darién	3	0
El Águila	1	2
El Cairo	1	5
El Cerrito	4	12
El Dovio	1	1
Florida	4	1
Ginebra	2	0
Guacarí	9	4
Jamundí	8	8
La Cumbre	1	1
La Unión	4	1
La Victoria	2	3
Obando	1	4
Palmira	22	47
Pradera	6	3
Restrepo	2	0
Riofrio	1	1
Roldanillo	8	24
San Pedro	2	3
Sevilla	8	4
Toro	2	1
Trujillo	1	2
Tuluá	15	20
Ulloa	1	1
Versalles	1	1
Vijes	1	2
Yotoco	1	17
Yumbo	14	7
Zarzal	9	9
<b>TOTAL</b>	<b>394</b>	<b>668</b>

Fuente: SIVIGILA, SDS VALLE



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud Departamental del Valle abordó una estrategia de gestión de conocimiento permanente con las Direcciones Locales de Salud y las Unidades Primarias Generadoras de Datos, para mejorar el cumplimiento y la calidad de la información en el sistema de información de Vigilancia en Salud Pública. Durante el periodo del primer semestre del año 2015 se realizaron un total de 23 visitas de Asistencia Técnica presenciales, además se realizaron un total de 52 asistencias técnicas virtuales a Direcciones Locales de Salud, Unidades Primarias Generadoras de Datos y Unidades Informadoras para mejorar el indicador de cumplimiento a nivel municipal y departamental.

El departamento del Valle realiza semanalmente la retroalimentación a las Direcciones locales de Salud, UES Departamental, Laboratorio Departamental, esto para que cada actor del sistema tenga acceso a la información y realizar una adecuada gestión del dato en cuanto a los ajustes de los casos probables o sospechoso reportados por el SIVIGILA con oportunidad y calidad. Esto mejora la calidad del dato y el seguimiento a pacientes por parte de los municipios.

Desde el mes de Julio del año 2013 se ha realizado seguimiento y acompañamiento a la Direcciones Locales de Salud que presentan potenciales UPGD y UI siendo 36 municipios que entran en la Ampliación de Red Notificadora al sistema de información SIVIGILA. Teniendo como potenciales UPGD 764 de las cuales quedaron aptas para ser caracterizadas en el Sistema de Información 57 UPGD; para el primer semestre del año 2015 entraron al sistema 15 UPGD más para un total de 72, de las potenciales quedaron 260 UI que también entrarían al SIVIGILA. Ver Tabla 3.

**Tabla 3.** clasificación de la red potencial de operadores del sistema de vigilancia

<b>POTENCIALES UPGD</b>	<b>764</b>
UPGD	57
<b>Unidades informadoras</b>	<b>260</b>
No criterios	298
<b>No existe</b>	<b>61</b>
Ya registradas	57

Fuente: SIVIGILA, SDS VALLE

Dando un cubrimiento del 99% de las UPGD revisadas del departamento. En lo relacionado con las Potenciales Unidades Informadoras se tenían 807 UI de las cuales quedaron 0 UPGD, 50 no cumplen criterios para hacer parte del Sistema de Información SIVIGILA, 40 no existen en las direcciones establecidas en el listado de habilitados del departamento y 16 faltan por ingresar al sistema. Para el primer semestre del año 2015 entraron al sistema 366 UI más para un total de 382 Ver Tabla 4.



**Tabla 4.** Clasificación de la red potencial de operadores del sistema de vigilancia

Potenciales UI	807
UPGD	0
No Criterios	50
NO Existe	40
Ya Registradas	20
Por ingresar al sistema	16

Fuente: SIVIGILA, SDS VALLE

Todo lo anterior se concluye con la siguiente tabla donde se muestran los totales de los pendientes por cumplir por municipio en lo relacionado con el proyecto de Ampliación de Red Notificadora al sistema de información SIVIGILA. Ver Tabla 5.

NOMBRE MUNICIPIO	NUEVA UI	NUEVA UPGD
Cartago	1	
Cali	15	
Guadalajara de Buga	1	
Tuluá	1	
Total general	18	0

Fuente: SIVIGILA, SDS VALLE

### Notificación de eventos de interés en Salud Pública

Durante el presente año (semana epidemiológica 52), en el Valle del Cauca se han notificado **70.918** casos de eventos de interés en salud pública; entre los primeros eventos con mayor frecuencia se destaca: Dengue (26,5%) del total de los casos notificados, seguido por Chikungunya (16,1%), Vigilancia Integrada de Rabia Humana (12,1%). Ver Tabla 5.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

**Tabla 5.** Eventos de interés en salud pública notificados en lo corrido del primer semestre de 2015.

<b>NOMBRE EVENTO</b>	<b>Total</b>	<b>PORCENTAJE</b>
DENGUE	18797	26,5
CHIKUNGUNYA	11423	16,1
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	8560	12,1
VARICELA INDIVIDUAL	8353	11,8
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	7915	11,2
MALARIA	2424	3,4
INTOXICACIONES	1976	2,8
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	1459	2,1
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	1170	1,6
EXPOSICIÓN A FLÚOR	1040	1,5
BAJO PESO AL NACER	936	1,3
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	935	1,3
TUBERCULOSIS	802	1,1
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	768	1,1
SIFILIS GESTACIONAL	636	0,9
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	588	0,8
LEPTOSPIROSIS	493	0,7
DEFECTOS CONGENITOS	424	0,6
PAROTIDITIS	407	0,6
LEISHMANIASIS CUTANEA	249	0,4
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL)	176	0,2
SIFILIS CONGENITA	156	0,2
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	138	0,2
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	136	0,2
ACCIDENTE OFIDICO	110	0,2
DENGUE GRAVE	106	0,1
MALARIA VIVAX	104	0,1
HEPATITIS A	100	0,1
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	72	0,1
INTOXICACION POR MEDICAMENTOS	68	0,1
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	50	0,1
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	43	0,1
MORTALIDAD MATERNA	34	0,0
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	30	0,0
ZIKA	26	0,0
INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	25	0,0
TOS FERINA	25	0,0
LEPRA	23	0,0
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	20	0,0
MORTALIDAD POR DENGUE	19	0,0
MALARIA FALCIPARUM	15	0,0
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	13	0,0

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

MENINGITIS	13	0,0
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	12	0,0
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	11	0,0
MORTALIDAD POR IRA	11	0,0
CÁNCER INFANTIL	4	0,0
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	4	0,0
INTOXICACION POR SOLVENTES	4	0,0
MALARIA COMPLICADA	4	0,0
CHAGAS	3	0,0
LEISHMANIASIS MUCOSA	2	0,0
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	2	0,0
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR ROTAVIRUS	1	0,0
EVENTO SIN ESTABLECER	1	0,0
LEISHMANIASIS VISCERAL	1	0,0
TETANOS NEONATAL	1	0,0
Total general	70918	100

Fuente: Sivigila, SDS Valle del Cauca

## BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL

MUNICIPIO	1trimestre	2 trimestre	3 trimestre	4trimestre
Alcalá				
Andalucía				
Ansermanuevo				
Argelia				
Bolívar				
Buenaventura				
Bugalagrande				
Caicedonia				
Cali				
Calima				
Candelaria				
Cartago				
Dagua				
El Águila				
El Cairo				
El Cerrito				
El Dovio				
Florida				
Ginebra				
Guacarí				
Guadalajara de Buga				
Jamundí				
La Cumbre				
La Unión				
La Victoria				

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Obando				
Palmira				
Pradera				
Restrepo				
Riofrio				
Roldanillo				
San Pedro				
Sevilla				
Toro				
Trujillo				
Tuluá				
Ulloa				
Versalles				
Vijes				
Yotoco				
Yumbo				
Zarzal				

Fuente: SIVIGILA - SIANIESP, SDS VALLE

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ Debido a que el 88% de las Unidades Notificadoras Municipales y el 75% de las UPGDs del departamento realizan su reporte en el horario establecido por los lineamientos 2015, se requiere realizar acciones por parte de los entes administrativos donde las actividades que se le delegan al funcionario encargado de la notificación no interfiera en el proceso de cargue, consolidación y notificación; además de asegurar que la persona que realiza este proceso sea continua puesto que el permanente cambio del personal se ve reflejado en los procesos de notificación y así poder tener un cumplimiento acorde con los lineamientos.
- ✓ Si bien el departamento a través de diferentes herramientas virtuales y de visitas asistenciales a las UNM y a las UPGDs con el fin de mitigar el incumplimiento en la notificación en los diferentes niveles.
- ✓ Es importante también que quien se designe para este proceso (Notificación), lo realice a conciencia puesto que del cumplimiento en los horarios y el buen reporte del sistema y ajuste de casos es fundamental para poder tener una aproximación real a los indicadores que permitirán tener claridad de la problemática de los eventos y lograr intervenciones de manera oportuna y correcta.
- ✓ En la claridad de los conceptos de las diferentes variables que hacen parte de la ficha de caracterización de la UPGDs, depende la clasificación de las Unidades Notificadoras para así poder tener con exactitud y claridad la cantidad exacta de instituciones que hacen parte del sistema.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA  
COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE INMUNOPREVENIBLES  
AÑO 2015**

*Alba Lucia Rodríguez N, Enfermera Epidemióloga  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

## **Introducción**

Los eventos inmunoprevenibles, son aquellos que se pueden prevenir mediante el uso de vacunas, estas enfermedades son de obligatoria notificación, siendo esta notificación de competencia de los médicos en ejercicio independiente de su ámbito de trabajo, sea público o privado.

Las vigilancias de estos eventos contribuyen a contribuye a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a las metas Nacionales y Distrital de los planes de gobierno. Adicionalmente es parte fundamental en el seguimiento de eventos en eliminación y erradicación junto con eventos en control de alto impacto. Esta vigilancia involucra el seguimiento de 20 eventos en general de los cuales 1 evento en erradicación (PFA), 6 en eliminación (Sarampión, Rubeola, Síndrome de Rubeola Congénita, Tétanos neonatales, Tétanos accidentales, Difteria), y 13 en control (Varicela, Parotiditis, Tosferina, Meningitis Meningococcica, meningitis por Haemophilus influenzae, meningitis por neumococo, Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización, hepatitis A, Vigilancia centinela de la EDA por rotavirus, morbilidad por EDA, Mortalidad por EDA, Cólera, Fiebre tifoidea y paratifoidea).

## **Metodología**

Como fuente de los casos se utilizó el SIVIGILA, departamental, se tomaron todos los casos de vigilancia en inmunoprevenibles que fueron notificados, cuyo código fuera 535 (Meningitis), 620 (Parotiditis), 710 (Rubeola), 730 (Sarampión), 770 (Tétanos Neonatal), 760 (Tétanos Accidental), 800 (Tosferina), 831 (Varicela Individual), 298 (Eventos adversos seguidos a vacunación), 610 (Parálisis Flácida), Difteria (230) y 720 (Rubeola Congénita).

La población necesaria para el cálculo de las tasas de incidencia, se tomó de la "población DANE proyectada para el año 2015. Los canales endémicos del departamento, se representan en series semanales de los casos observados en el año 2015, el promedio histórico de las semanas epidemiológicas (de 2009 a 2014) y los límites de su intervalo de confianza del 95%, se utiliza la media geométrica.



## Descripción y análisis de los casos

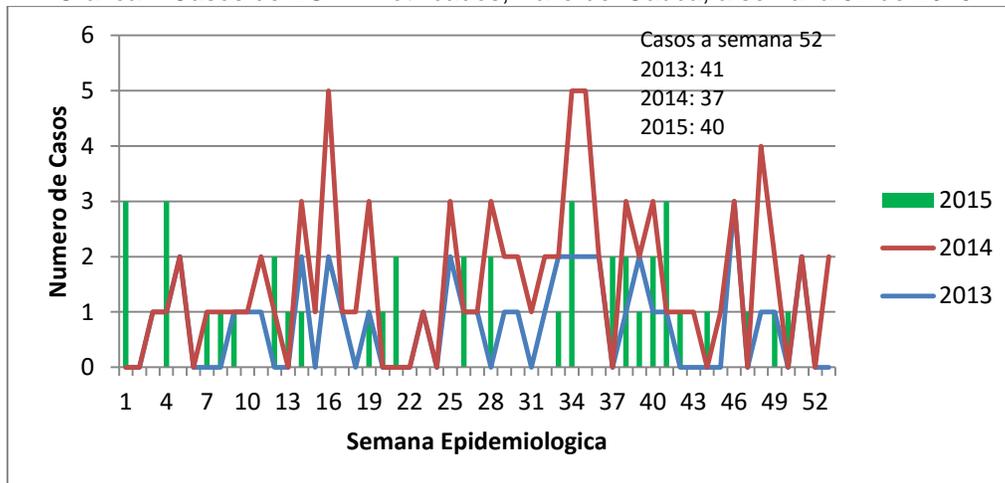
### Difteria

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se ha notificado un caso probable de difteria; procedente del municipio de Cali, este caso fue notificado en semana 13, el cual se descarta por laboratorio.

### ESAVI

A la semana epidemiológica 52 de 2015 se ha notificado 48 casos sospechosos de ESAVI, de los cuales se descartaron 8 casos, 6 casos graves fueron descartados en la base, y fueron clasificados como relacionados con las vacunas (5) y el programa (1), dos casos fueron descartados pero no se realizó clasificación final y dos casos no se les realizó clasificación y ajuste, para un total de 40 casos, La notificación de casos de ESAVI a semana epidemiológica 52 muestra un incremento del 7 % con respecto al 2014, en el cual se había reportado en el periodo 37 casos. (Ver gráfica 1).

Grafica1: Casos de ESAVI notificados, Valle del Cauca, a semana 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle

A nivel nacional el valle aporta el 6,1 % de los casos del país, ocupando el cuarto lugar en notificación, después de Bogotá, Bolívar y Antioquia.

Los municipios con mayor número de casos de Esavi notificados fueron en su orden: Cali (40%), Tuluá (27,5%) y Guacari (5%). (Ver tabla 1).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

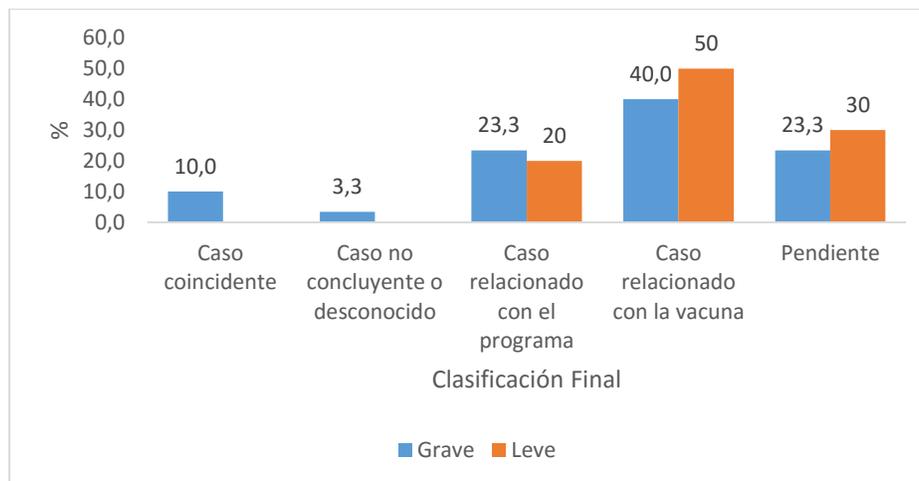
Secretaría de Salud

Tabla 1. Porcentaje de procedencia de los casos sospechosos de ESAVI, Valle, a semana epidemiológica 52 de 2015

nmun_proce	Grave	Leve	Total general	%
CALI	15	1	16	40
TULUA	9	2	11	27,5
GUACARI	2		2	5
ANDALUCIA	1		1	2,5
BUGA	0	1	1	2,5
CAICEDONIA	0	1	1	2,5
DARIEN	0	1	1	2,5
EL DOVIO	1		1	2,5
JAMUNDI	1		1	2,5
LA UNION	0	1	1	2,5
PALMIRA	0	1	1	2,5
RIOFRIO	0	1	1	2,5
ROLDANILLO	0	1	1	2,5
ZARZAL	1		1	2,5
Total general	30	10	40	100

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle

Grafico 2. Porcentaje de los casos de ESAVI según clasificación final, Valle, a semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle

Del total de casos notificados el 75 % (30 casos) se clasifica inicialmente como casos graves; de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento 12 (40%) casos se relacionan con la vacuna, 7 (23,3%) casos se relacionan con el programa de vacunación, 1 (3,3%) caso no fue concluyente, 3 (10%) casos coincidentes y 7 (23,3%) casos se encuentran pendientes de clasificar.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

El 25 % (10 casos) de los casos notificados se clasificaron como leves, de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento, 5 (50%) casos se relacionan con la vacuna y son reacciones esperadas posterior a la administración de vacunas, se presentan dentro de las primeras 48 a 72 horas tienen un pronóstico benigno, 2 (20 %) casos se relacionan con el programa de vacunación y tres (30%) casos se encuentran pendiente por clasificar.

Los biológicos con mayor número de casos reportados de ESAVI grave son en su orden: DPT, BCG, Influenza y pentavalente.

El 47,5 % de los casos de ESAVI se registró en el sexo masculino, el 50 % pertenecen al régimen contributivo, el 92 % en etnia Otros, el 50 % de los casos están en el grupo de edad de menores de un año (ver tabla 2).

**Tabla 2. Frecuencia de casos ESAVI, según características sociodemográficas semanas epidemiológicas 1 a 52. Valle del Cauca 2015**

Variable	Categoría	Total	%
Sexo	F	21	52,5
	M	19	47,5
Regimen de Seguridad Social	Contributivo	20	50
	Especial	2	5
	Excepción	2	5
	No asegurado	3	7,5
	Subsidiado	13	32,5
Pertenencia Étnica	Indígena	1	2,5
	Negro-Mulato-Afrocolombiano	2	5
	Otro	37	92,5
Grupo Edad	Menor de 1	20	50
	1 a 4	11	27,5
	5 a 9	2	5
	10 a 14	1	2,5
	15 a 19	1	2,5
	20 a 24	1	2,5
	25 a 29	2	5
	55 a 59	1	2,5
mas de 65	1	2,5	

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle

En lo que va corrido del año se han notificado en el SIVIGILA 1 muerte por ESAVI, en la semana 21 notificado por el municipio de Cali, el cual está se clasifico como coincidente.



**OTROS INDICADORES**

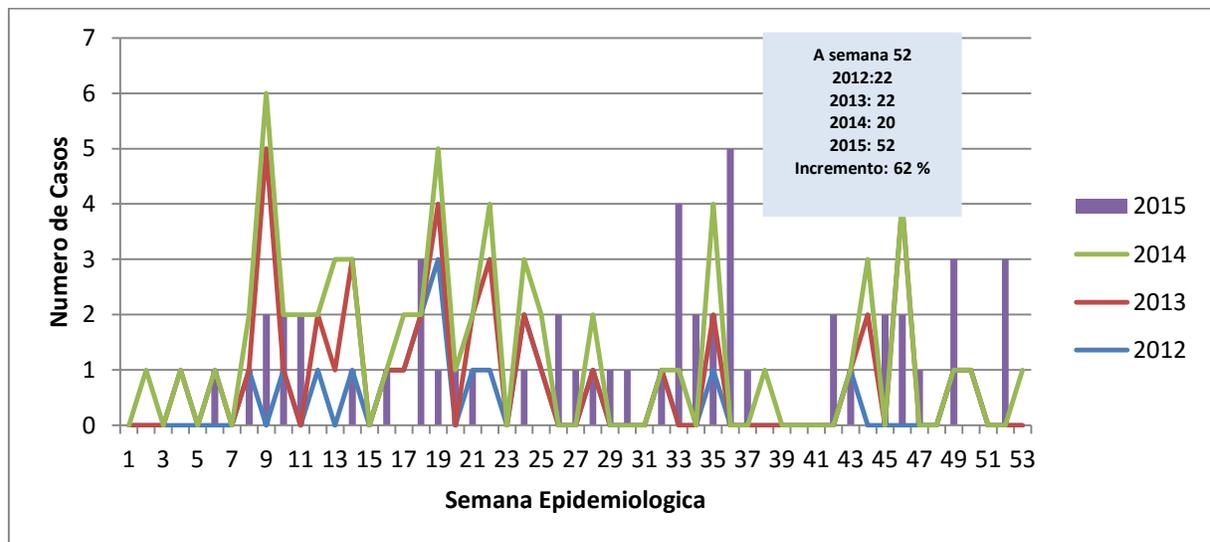
Indicador	Meta	Año 2015
Porcentaje de ESAVI notificados oportunamente	100%	62,5 %
% de Esavi que fueron clasificados	80%	82,5 %
Proporción de errores programáticos	50%	22,5%
Porcentaje de casos con investigación adecuada	100%	27 %

**Meningitis**

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 fueron notificados al Sivigila 72 casos de meningitis bacteriana aguda, de los cuales 64 tenían como departamento de procedencia Valle, de estos 12 (18,7%) casos descartados por laboratorio quedando un total de 52 casos.

De estos 52 casos, 21 (40,3%) corresponden a casos probables, 28 (53%) corresponden a casos confirmados por laboratorio. La notificación de casos de meningitis bacterianas a semana epidemiológica 52 muestra un aumento del 62 % en la notificación con respecto al 2014, en el cual se había reportado 20 casos. (Ver gráfica 1).

Grafica1: Casos de Meningitis Bacteriana notificados, Valle del Cauca, a semana 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle



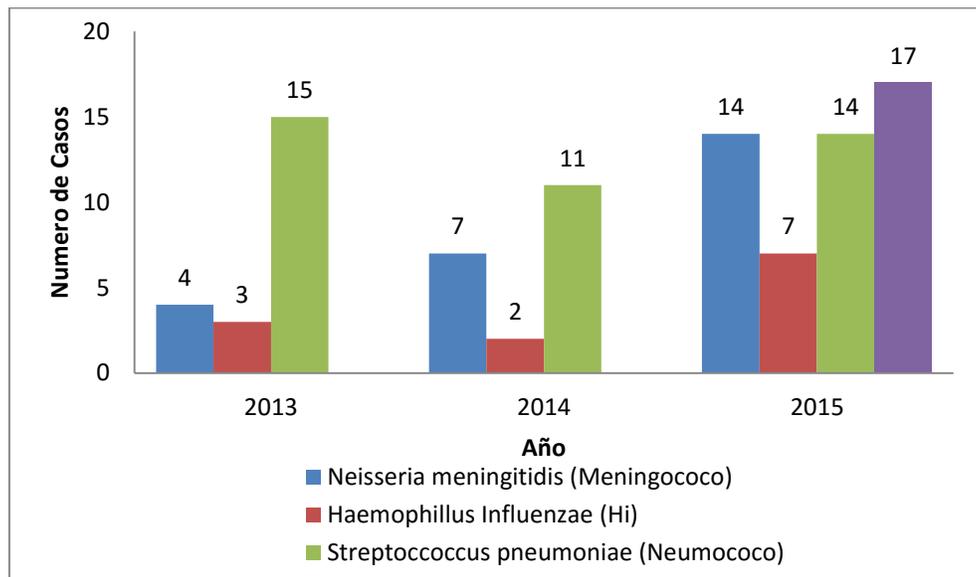
## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

A nivel nacional el valle aporta el 10.4 % de los casos del país, ocupando el tercer lugar en notificación, después de Antioquia y Bogotá, La incidencia nacional de meningitis a semana epidemiológica 52 de 2015 es de 0,87 casos por 100 000 habitantes y para el Valle del Cauca la incidencia es de 1,14 casos por 100.000 habitantes.

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas como probables y confirmadas a semana epidemiológica 52 de 2015 es: meningitis por *Neisseria meningitidis* 14 (27 %), meningitis por *Streptococcus pneumoniae* 14 (27 %), meningitis por *Haemophilus influenzae* 7 (13 %) y meningitis por otros agentes 17 (33 %) (Ver gráfica 1).

Gráfica 2. Distribución de casos de meningitis bacteriana aguda según agente bacteriano, Valle a semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle

Los municipios de procedencia con el mayor número de casos notificados son Cali, Palmira, Tuluá y Buenaventura; meningitis por otros agentes, meningitis por *Neisseria meningitidis* (Meningococo) y meningitis por *Streptococcus pneumoniae* son los que registran el mayor número de casos. ( Ver Tabla 1 )



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 1. Distribución de casos confirmados y probables de meningitis por municipio de procedencia, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52 de 2015.

Municipio-Procedencia	Haemophilus Influenzae (Hi)			Neisseria meningitidis (Meningococo)				Otros				Streptococcus pneumoniae (Neumococo)			Total Notificados	Total Meningitis Conf+Probable	Tasa por 100.000 hab	%
	Conf_Lab	Desc	Probable	Conf_Lab	Desc	Confirmado Nexo Epidemio	Probable	Conf_Lab	Conf. Clínica	Desc	Probable	Conf_Lab	Desc	Probable				
ANSERM ANUEVO				1											1	1	5,1	1,9
BUENAVENTURA	0	0	1	1	0	1	0	0		0	1	0	0	0	4	4	1,0	7,7
CALI	1	0	4	8	1		0	3		5	8	7	0	2	39	33	1,4	63,5
CARTAGO							1								1	1	0,8	1,9
EL CERRITO										1					1	0	0,0	0,0
FLORIDA	0	0	0	0	0		1	0		0	1	0	0	0	2	2	3,4	3,8
JAMUNDI												1			1	1	0,8	1,9
PALMIRA	1	0	0	0	0		0	0	1	3	1	2	0	0	8	5	1,6	9,6
ROLDANILLO					1										1	0	0,0	0,0
SAN PEDRO										1					1	0	0,0	0,0
TULUA	0	0	0	1	0		0	0		0	1	2			4	4	1,9	7,7
VIJES											1				1	1	9,1	1,9
TOTAL	2	0	5	11	2	1	2	3	1	10	13	12	0	2	64	52	1,1	100,0
Otros Deptos					1					2	2	3			8	5		
Total Notificado	2	0	5	11	3	1	2	3	1	12	15	15	0	2	72	57		

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle

El 53% de los casos de meningitis se registró en el sexo masculino, el 53,8 % pertenecen al régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado con un 32 %, el 92,3 % en población con etnia otro, el 38,5 % de los casos están en el grupo de edad de menores de cinco años (ver tabla 2).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 2: Comportamiento demográfico y social de los casos de meningitis, Valle del Cauca, semana epidemiológica 52, 2015

Variable	Categoría	Haemophilus Influenzae (Hi)		Neisseria meningitidis (Meningococo)		Otros		Streptococcus pneumoniae (Neumococo)		Total	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Sexo	F	3	42,9	9	60	8	31	9	64,3	29	46,2
	M	4	57,1	7	40	18	69	6	35,7	35	53,8
Régimen de Seguridad Social	Contributivo	0	0	11	73,3	17	59	7	50	35	53,8
	Especial	1	14,3	0	0	0	0	0	0	1	1,5
	No Asegurado	2	28,6	1	6,7	2	10	3	14,3	8	12,3
	Subsidiado	4	57,1	4	20	7	31	5	35,7	20	32,3
Etnia	Indígena	0	0	0	0	1	3	0	0	1	1,5
	Negro Mulato	1	14,3	1	0	2	10	0	0	4	6,2
	Otro	6	85,7	15	100	23	86	15	100	59	92,3
Grupo Edad	Menor de 1 año	3	42,9	2	13,3	10	38	1	7,1	16	26,2
	1 a 4	3	42,9	4	26,7	1	3	0	0	8	12,3
	5 a 9	0	0	3	13,3	1	7	0	0	4	6,2
	10 a 14	0	0	2	13,3	1	3	1	7,1	4	6,2
	15 a 19	1	14,3	1	6,7	3	10	1	7,1	6	9,2
	20 a 24	0	0	0	0	1	3	2	14,3	3	4,6
	25 a 29	0	0	2	13,3		3	3	14,3	5	7,7
	30 a 34	0	0	0	0	1	3	0	0	1	1,5
	35 a 39	0	0	1	6,7	1	3	0	0	2	3,1
	40 a 44	0	0	1	6,7	1	3	0	0	2	3,1
	45 a 49	0	0	0	0	1	3	2	14,3	3	4,6
	50 a 54	0	0	0	0	1	3	1	7,1	2	3,1
	55 a 59	0	0	0	0	1	3	3	21,4	4	6,2
	60 a 64	0	0	0	0	2	7	0	0	2	3,1
Más de 65 años	0	0	0	0	1	3	1	7,1	2	3,1	

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

En el 2015 se notificaron al SIVIGILA 16 casos de mortalidad probable por Meningitis Bacteriana, de las cuales 14 procedían del Departamento del Valle: 1 muerte por *Neisseria Meningitidis* procedente del municipio de Buenaventura, notificada en semana 52, 7 muertes confirmadas por meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, con los siguientes municipios de procedencia Cali (3 casos, Palmira (2 casos) y Tuluá 2 casos (1 caso en semana 33 y 1 en semana 46 no ajustado en la base como muerto) ) y cuatro casos de mortalidad por otros agentes bacterianos notificados por Palmira ( 1 caso), Cali ( un caso en semana 36, descartado), Florida ( uno en semana 45, notificado por Cali ), San Pedro ( uno notificado en semana 46 por Tuluá ), y un caso por *Haemophilus Influenzae* (Hi) notificado por Palmira en semana 32 no ajustado en la base como muerto.

Tabla 3. Casos de Mortalidad por Meningitis Bacteriana a semana 52 de 2015.

nmun_proce	Haemophilus Influenzae (Hi)			Neisseria meningitidis (Meningococo)				Otros				Streptococcus pneumoniae (Neumococo)			TOTAL, NOTIFICADO	total, Mortalidad por Meningitis
	Conf_Lab	Desc	Probable	Conf_Lab	Desc	Probable	Nexo Epidemiológico	Conf_Lab	Confirmado Clínica	Desc	Probable	Conf_Lab	Desc	Probable		
BUENAVENTURA							1								1	1
CALI				1						1		3			5	4
FLORIDA											1				1	1
PALMIRA	1								1			2			4	4
SAN PEDRO									1						1	1
TULUA												2			2	2
TOTAL, VALLE	1	0	0	1	0	0	1	0	2	1	1	7	0	0	14	13
Otros Deptos.										1	1				2	1
TOTAL, NOTIFICADO	1	0	0	1	0	0	1	0	2	2	2	7	0	0	16	14

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle



Otros Indicadores

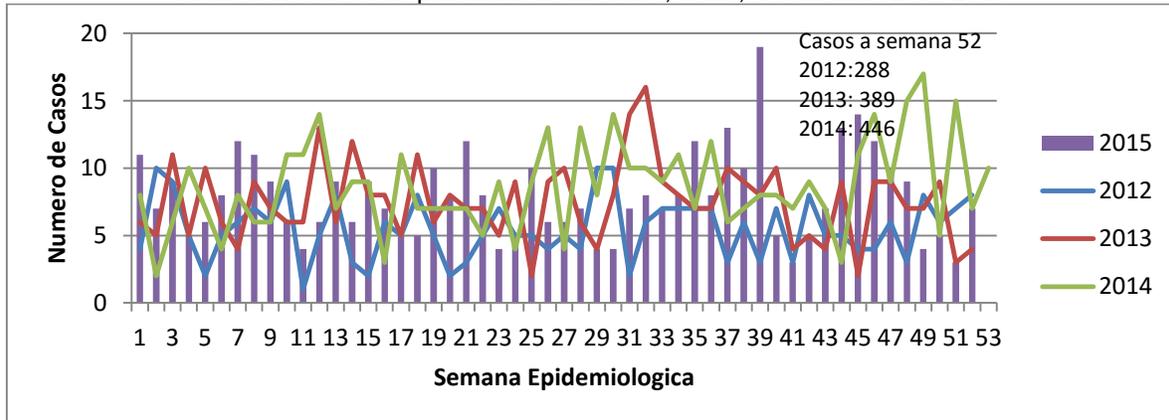
Indicador	Meta	Año 2015
Porcentaje de Muestras con LCR Adecuada	80%	94%
Incidencia de Hib en Menores de 5 años	0%	$6/722300 * 100000 = 0,8$ Casos por 100.000 niños menores de 5 años
Incidencia de Meningitis por neumococo en menores de 5 años	0%	$1/722300 * 100000 = 0,13$ casos por 100000 hab
Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococo pneumoniae (Spn), Neisseria meningitidis (Nm) en población general	0%	1,1 Casos por 100.000 hab
Proporción de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi) con relación a las meningitis bacterianas en total.	NA	13%
Proporción de meningitis por Streptococcus pneumoniae (Spn) con relación a las meningitis bacterianas en total.	NA	23%
Proporción de meningitis por Neisseria meningitidis (Nm) con relación a las meningitis bacterianas en total.	NA	26%
Porcentaje de casos configurados	NA	$38/65 * 100 = 58,4\%$
Porcentaje de casos con investigación adecuada (48 horas posterior a la notificación)	100%	11%



## Parotiditis

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron al Sivigila 430 casos de parotiditis, de los cuales 412 proceden del Valle, de estos 4 (1 %) fueron casos descartados por error de digitación quedando 408 (99%) casos confirmados por clínica. Con relación al año 2014, se evidencia una disminución del 9 %, ya que para la misma semana epidemiológica se había reportado 446 casos, comparando con los últimos tres años se observa un aumento súbito de casos en semana 39, el municipio que presento aumento en la notificación fue Cali, el barrio que presenta el mayor número de Casos es Nápoles, seguido de Siloe. Se reportó un brote en Cali en Sanidad militar desde la semana 2 hasta la semana 28, con un total de 30 casos, y en las semanas 38 y 46 el hospital Militar regional de Occidente reporta en estas semanas un caso. (Ver gráfica 1).

Grafica 1. Casos de parotiditis notificados, Valle, a semana 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle

El 72,8 % de los casos tenían como municipio de procedencia Cali, Seguido de Palmira (4.9 %), Yumbo (3.4%), Buenaventura (2.9) y Zarzal (2.7 %).

A nivel nacional el valle aporta el 5,8 % de los casos del país, ocupando el cuarto lugar en notificación, después de Bogotá, Antioquia y Cundinamarca, la tasa de incidencia nacional es de 13.18 casos por 100.000 habitantes; la tasa de incidencia en el Valle es de 8,8 casos por 100.000 habitantes.

Los grupos de edad con mayor porcentaje de casos están en el rango de 1 a 9 años (45,6 %), la tasa de incidencia en menores de 5 años es de 28 casos por 100.000 menores de 5 años ( meta esperada 0 ), los municipios que presentaron las tasas de incidencia más altas en este grupo de edad son: Yotoco (161 casos por 100.000 menores de 5 años), La Cumbre ( 114 casos por 100.000 menores de 5 años), La Unión (97,3 casos por 100.000 menores de 5 años, y Obando ( 68,2 casos por 100.000 hab) ; otros municipios que presentan casos en menores de 5 años son: Yumbo, Florida, Roldanillo, Cali, Dagua, Candelaria, Zarzal, Buga, Palmira, Buenaventura, Tuluá, y Cartago. (Ver tabla 1).

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 1. Casos de parotiditis notificados según entidad territorial de procedencia, Valle, a semana epidemiológica 52 de 2015

nmun_proce	Total Casos	Tasa por 100.000 hab	Casos Menores de 5 años	Tasa por 100000 menores de 5 años	%
CALI	297	12,5	67	38,0	72,8
PALMIRA	20	6,6	5	23,8	4,9
YUMBO	14	11,9	6	64,5	3,4
BUENAVENTURA	12	3,0	5	11,7	2,9
ZARZAL	11	24,3	1	27,4	2,7
CANDELARIA	5	6,1	2	32,6	1,2
LA CUMBRE	5	43,4	1	114,0	1,2
LA UNION	5	13,3	3	97,3	1,2
JAMUNDI	4	3,3	0	0,0	1,0
BUGA	3	2,6	2	25,2	0,7
FLORIDA	3	5,2	3	58,2	0,7
PRADERA	3	5,4	0	0,0	0,7
TULUA	3	1,4	1	6,2	0,7
YOTOCO	3	18,4	2	161,0	0,7
ALCALA	2	9,4	0	0,0	0,5
DAGUA	2	5,5	1	33,2	0,5
EL AGUILA	2	18,1	0	0,0	0,5
EL CAIRO	2	20,0	0	0,0	0,5
ROLDANILLO	2	6,1	1	38,1	0,5
VERSALLES	2	27,7	0	0,0	0,5
BUGALAGRANDE	1	4,7	0	0,0	0,2
CARTAGO	1	0,8	1	10,0	0,2
EL DOVIO	1	11,8	0	0,0	0,2
GINEBRA	1	4,8	0	0,0	0,2
OBANDO	1	6,7	1	68,2	0,2
RIOFRIO	1	6,8	0	0,0	0,2
VIJES	1	9,1	0	0,0	0,2
* VALLE. MUNICIPIO DESCONOCIDO	1		0		0,2
TOTAL	408	8,8	102	28,0	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle

Un total de 27 municipios reportaron casos de parotiditis hasta la semana epidemiológica 52.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

El 54,2 % de los casos de Parotiditis se registró en el sexo masculino, el 66,9 % pertenecen al régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado con un 15 %, el 95,3 % en población con etnia otro, el 45,3 % de los casos están en el grupo de edad de menores de diez años (ver tabla 2).

Tabla 2: Comportamiento demográfico y social de los casos de Parotiditis, Valle del Cauca, semana epidemiológica 52, 2015

Variable	Categoría	Total	%
Sexo	F	187	45,8
	M	221	54,2
Seguridad Social	Contributivo	273	66,9
	Especial	20	4,9
	Excepción	42	10,3
	No Asegurado	12	2,9
	Subsidiado	61	15,0
Etnia	Indígena	3	0,7
	Negro, Mulato, Afro Americano	15	3,7
	Otro	389	95,3
	Rom, Gitano	1	0,2
Grupo De Edad	Menor de 1 año	5	1,2
	1 a 4	97	23,8
	5 a 9	83	20,3
	10 a 14	33	8,1
	15 a 19	43	10,5
	20 a 24	25	6,1
	25 a 29	15	3,7
	30 a 34	15	3,7
	35 a 39	21	5,1
	40 a 44	8	2,0
	45 a 49	12	2,9
	50 a 54	8	2,0
	55 a 59	9	2,2
	60 a 64	12	2,9
Mas de 65	22	5,4	
Total general		408	100

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

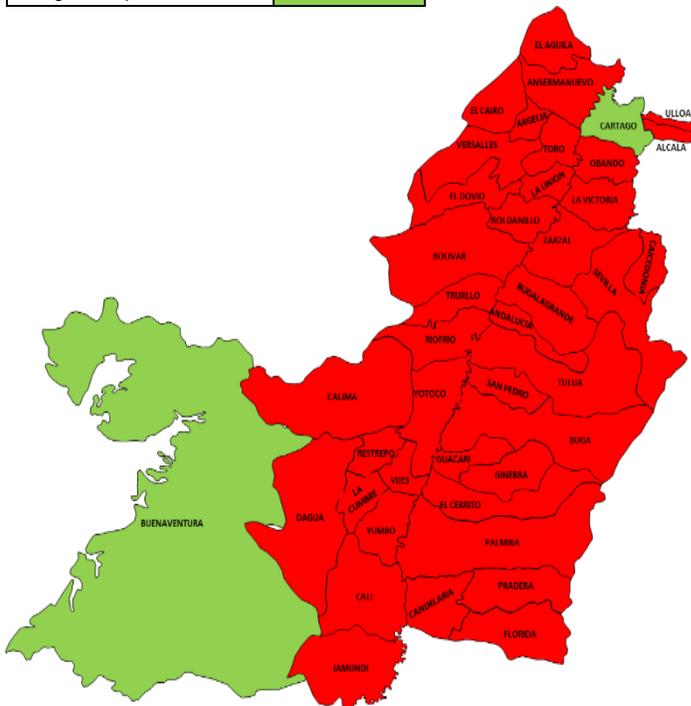
Secretaría de Salud

## **Parálisis flácida aguda (PFA)**

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se ha notificado al Sivigila 2 casos probables de parálisis flácida aguda, esta Notificación muestra una disminución del 350% con respecto al año 2014 en el cual se había notificado 9 casos. La tasa de notificación del Departamento del Valle del Cauca a la semana 52 es de 0,18 casos por 100.000 menores de 15 años, mucho menor que la tasa para el país, la cual es de 1.07 caso por 100.000 menores de 15 años (la tasa esperada a la semana epidemiológica 52 es de 1 caso por 100.000 menores de 15 años). (Ver mapa 1).

Mapa 1. Cumplimiento de la tasa de notificación por Municipio, Valle, Semana epidemiológica 52 de 2015

Convenciones	
No han reportado casos	Red
< 1 por 100.000 hab	Amarillo
> o igual a 1 por 100.000 hab	Verde



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle

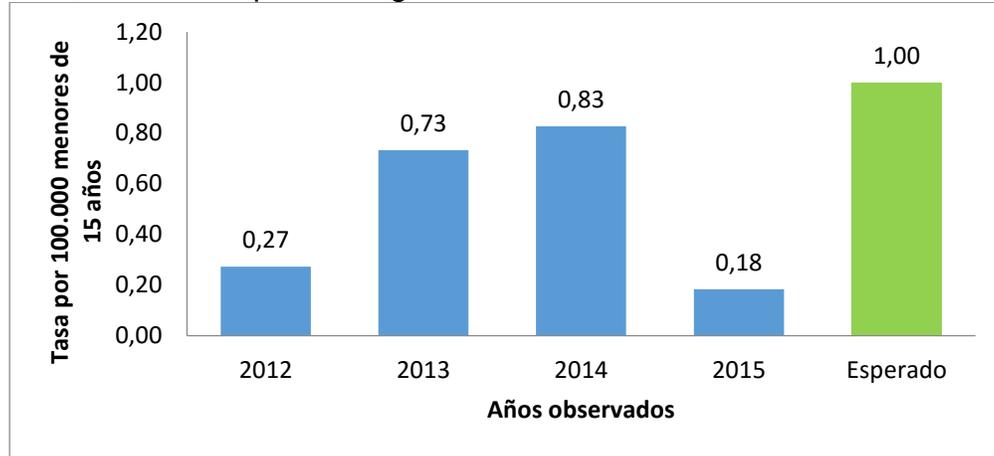
A la semana epidemiológica 52 de 2015 la tasa de notificación observada en el Sivigila es de 0,18 casos por 100.000 menores de 15 años, de manera que NO se cumple a nivel Departamental con la tasa esperada (ver gráfica 1).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Gráfica 1. Tasa de notificación de casos probables de PFA esperada contra la tasa observada, a semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle

## OTROS INDICADORES

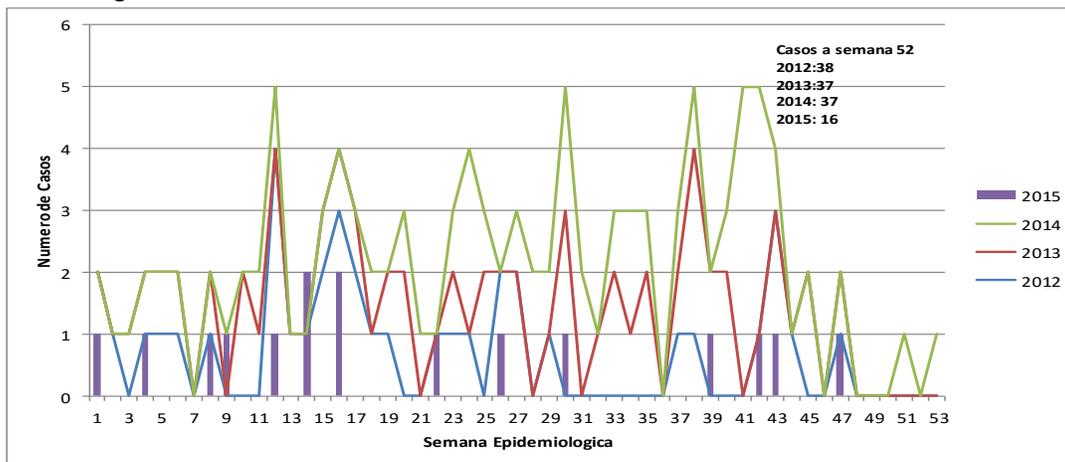
Indicador	Meta	Año 2015
Porcentaje de casos investigados dentro de las primeras 48 horas siguientes a su notificación	80 %	50%
Porcentaje de casos con muestra de heces oportuna recolectada en los primeros 14 días de iniciada la parálisis.	80%	100%
Porcentaje de muestras recibidas al INS en forma oportuna	100%	100%
% Muestras procesadas INS oportuna	100%	100%
% Cumplimiento en la notificación	Más del 90%	90%



- **Sarampión y rubéola**

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se reportaron 16 casos sospechosos de sarampión. La notificación muestra un descenso del 56 % con respecto al 2014, en el cual se reportaron 37 casos, se observa una disminución del 56 % con respecto al año 2013 y una caída del 57,8 % con relación al reporte del año 2012 (ver gráfica 1).

Grafica 1. Casos sospechosos de sarampión notificados por semana epidemiológica, Valle, Semana 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental.Valle

Según municipio de procedencia, el 87,5 % de los casos sospechosos de sarampión son del municipio de Cali; otras Direcciones locales municipales que notifican casos son Cartago y candelaria con un caso cada uno.

En Colombia se reportó a semana 52, 1277 casos, el Departamento del Valle, ocupa el doceavo lugar en número de casos notificados, en la semana 36 se confirma en el país, un caso notificado por Cartagena procedente de Suiza.

A semana 52, en el Valle se reportaron 17 casos sospechosos de rubeola. La notificación muestra un leve incremento (6%) con respecto al año anterior cuando se había notificado 16 casos, comparado con el 2013 hay un descenso del 34 % y con el 2012 hay incremento del 13 % (ver gráfica 2).

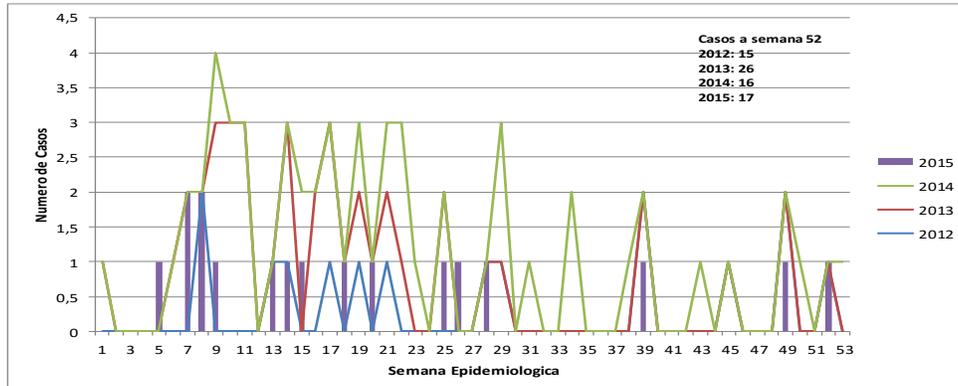
Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015, en Colombia se reportaron 1034 casos de Rubeola, el Departamento del Valle ocupa el quinto lugar en número de casos notificados.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Grafica 1. Casos sospechosos de Rubeola notificados por semana epidemiológica, Valle, Semana 52 de 2015.



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental.Valle

Según municipio de procedencia, el 64.7 % de los casos sospechosos de rubeola son del municipio de Cali; otras entidades que notifican casos son Candelaria, Florida, Jamundí, Palmira, Tuluá, Yumbo, con un caso cada uno

La tasa de notificación en el Valle, es de 0,72 casos por 100.000 habitantes, mucho menor que la nacional (4.8 casos por 100.000 habitantes), e igualmente menor a la tasa de notificación requerida para la semana 52 de 2 casos por 100.000 habitantes.

Solo un municipio cumple con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubeola a la semana 49: Candelaria (2,44 por 100.000 habitantes), No cumplen con la tasa esperada: Florida, Cali, Yumbo, Jamundí, Cartago, Tuluá y Palmira. Un total de treinta y cuatro entidades territoriales no han notificado casos sospechosos (ver tabla 1).

Tabla 1. Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubeola, Valle, semana epidemiológica 52 de 2015

Municipio-Procedencia	No	Población	Tasa de Notificación por 100.000 hab
CANDELARIA	2	81700	2,4
FLORIDA	1	58129	1,7
CALI	25	2369821	1
YUMBO	1	117156	1
JAMUNDI	1	119566	0,8
CARTAGO	1	132249	0,8
TULUA	1	211588	0,5
PALMIRA	1	304735	0,3
TOTAL	33	4613684	0,72

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental.Valle



### Otros Indicadores

Indicador	Meta	Año 2015
Porcentaje de casos investigados dentro de las primeras 48 horas siguientes a su notificación	80 %	19 %
Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada (primeros 30 días ).	80%	88%

### **Síndrome de rubéola congénita**

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 5 casos sospechosos de síndrome de rubeola congénita, 4 procedente del Valle los cuales han sido descartados; comparado con la misma semana de 2014, la notificación de casos muestra un incremento del 100 % cuando no se reportaron casos.

Según procedencia, el 75 % de los casos provienen Cali (3 casos), 25 % de Buenaventura (1 caso), Cuarenta entidades municipales aun no notifican casos sospechosos de SRC en el Sivigila.

### Indicadores

Indicador	Meta	Año 2015
Porcentaje de casos investigados dentro de las primeras 48 horas siguientes a su notificación	80 %	25%
Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada (antes de cumplir el año de edad ).	80%	100%

### **Tétanos**

#### **Tétanos neonatal**

A la semana epidemiológica 52 de 2015 el municipio de Tuluá reporto un caso probable de tétanos neonatal procedente del municipio de El Dovio; comparado con el año anterior se presenta una distribución similar dado que a semana 52 de 2014 se tenía un caso notificado y descartado, en el país en este año se han notificado dos casos, uno de ellos procedente de Barbacoas Nariño.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



### Indicadores

Indicador	Meta	Año 2015
Oportunidad en la investigación de campo	80%	100%
Incidencia de Tétanos Neonatal (casos por 1000 RN)	Menos de 1 caso por 1000 nacidos vivos.	1/52811=0,018

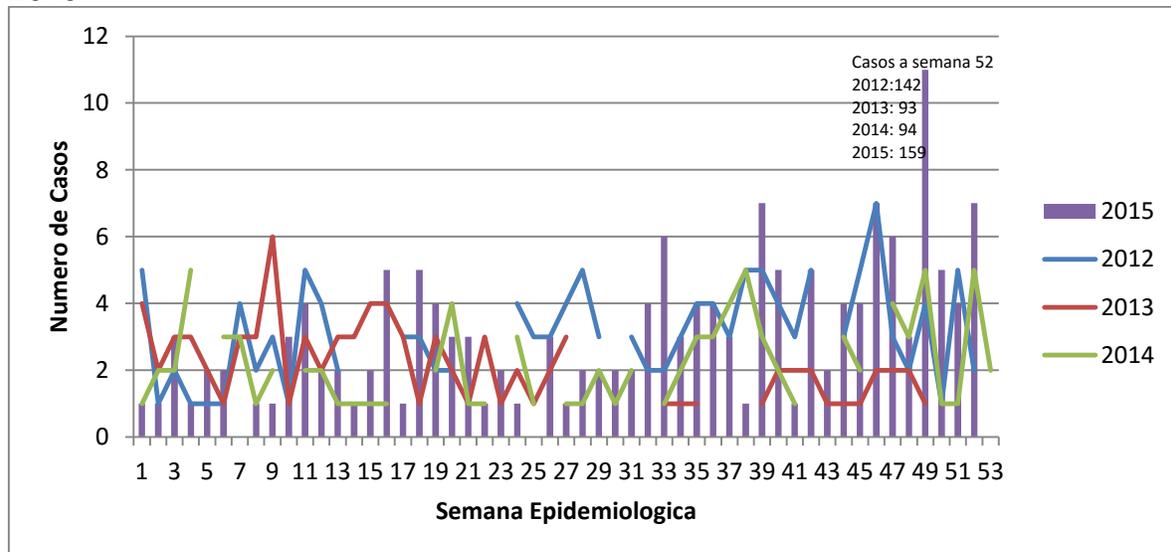
### Tétanos accidental

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 1 caso 1 confirmado por clínica por Cali, procedente del Caquetá. Comparado con el año anterior se había notificado 5 casos y confirmado 4; esto representa una disminución del 400 % en comparación con el año 2014 en el cual se notificaron 5 casos. La incidencia esperada para tétanos accidental es menos de 1 caso por 100.000 hab.

- **Tosferina**

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se ha notificado 347 casos, de los cuales 338 tenían como departamento de procedencia Valle del Cauca, se descartaron 179 casos, 7 casos fueron descartados con resultado positivo, quedando un total de 159 casos, 58 confirmados (26 sin ajuste). Se evidencia un incremento del 40.8 % en la notificación con respecto al 2014, en el cual se reportó un acumulado de 94 casos hasta el mismo periodo epidemiológico (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de tosferina, Valle, a semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental.Valle



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Se observa un incremento en la notificación en la semana 49 (9 casos), 6 proceden de Cali de las comunas 13,14 y 1, 2 de Yumbo y uno de Florida.

El Valle del Cauca aporta el 5.1 % del total de casos del país y ocupa el cuarto lugar en reporte en la nación, la tasa de incidencia del Departamento es de 3.4 casos por 100.000 hab mucho menor que la tasa de incidencia a nivel nacional la cual es de 12 casos por 100.000 hab.

Según entidad municipal de procedencia el 83.6% (133) de los casos se concentran en Cali, seguido de Yumbo 4,4% (7 casos), Palmira 2.5 % (4 casos), Bolívar, Florida, y Jamundí 1,9% (3 casos). (Ver tabla 1).

Tabla 1. Proporción de casos de tosferina notificados según procedencia, Valle, a semana epidemiológica 52 de 2015.

nmun_proce	Total	Tasa por 100.000 hab	Casos Menor de 5 años	Tasa por 100.000 menores de 5 años	%
BOLIVAR	3	22,3	3	230,2	1,9
BUENAVENTURA	1	0,3	1	2,3	0,6
CALI	133	5,6	125	70,8	83,6
CANDELARIA	2	2,4	2	32,6	1,3
CARTAGO	1	0,8	1	10,0	0,6
DAGUA	1	2,7	1	33,2	0,6
FLORIDA	3	5,2	3	58,2	1,9
JAMUNDI	3	2,5	3	30,0	1,9
PALMIRA	4	1,3	3	14,3	2,5
RIOFRIO	1	6,8	1	80,5	0,6
YUMBO	7	6,0	6	64,5	4,4
TOTAL	159	3,4	149	40,9	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental.Valle

La proporción de incidencia en menores de 5 años para el Valle es de: 40,9 por 100000 menores de 5 años, los municipios que presentan tasas altas son: Bolívar 230 casos por 100.000 menores de 5 años, Riofrío 80.5 casos por 100.000 menores de 5 años, Cali 70,8 casos por 100.000 menores de 5 años, Yumbo 64,5 casos por 100.000 menores de 5 años, Florida 58,2 casos por 100.000 menores de 5 años; otros municipios que presentan casos en menores de 5 años son: Dagua, Candelaria, Jamundí, Palmira, Cartago y Buenaventura.

(Meta de Tosferina: Menos de un caso por 100.000 habitantes en menores de 5 años).



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

En lo que va corrido del año se ha notificado en el SIVIGILA 4 casos sospechosos de muerte por Tosferina 3 casos procedentes de Cali: un caso de una niña de 4 meses notificado en semana 27 descartado por Unidad de Análisis, otro caso de niño de 2 meses notificado la semana 30 el cual fue confirmado, un caso notificado en semana 49 y un caso notificado en semana 39 procedente de Corinto Cauca. El 44,7 % de los casos de tosferina se registró en el sexo masculino, el 44 % pertenecen al régimen subsidiado, seguido del régimen contributivo con un 42 %, el 87 % en población con etnia otro, el 93,7 % de los casos están en el grupo de edad de menores de cinco años (ver tabla 2).

Tabla 2: Comportamiento demográfico y social de los casos de Tosferina, Valle del Cauca, semana epidemiológica 52, 2015

Variable	Categoría	Total	%
Sexo	F	88	55,3
	M	71	44,7
Régimen Seguridad Social	Contributivo	68	42,8
	Especial	6	3,8
	Excepción	3	1,9
	No Asegurado	12	7,5
	Subsidiado	70	44,0
Etnia	Indígena	2	1,3
	Negro, Mulato, Afro Americano	17	10,7
	Otro	139	87,4
	Rom, Gitano	1	0,6
Grupo Edad	Menor de 1 año	118	74,2
	1 a 4	31	19,5
	5 a 9	2	1,3
	10 a 14	2	1,3
	15 a 19	2	1,3
	25 a 29	2	1,3
	30 a 34	1	0,6
	35 a 39	1	0,6
Total general		159	100,0

. Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental.Valle



### Otros Indicadores

Indicador	Meta	Año 2015
Porcentaje de casos investigados dentro de las primeras 72 horas siguientes a su notificación	80 %	7%
Porcentaje de casos probables que fueron confirmados o descartados por laboratorio	80%	70.9%

- **Varicela**

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se ha notificado 8564 casos de varicela, de los cuales 8502 tenían como departamento de procedencia Valle del Cauca, 30 fueron descartados, con un total de 8472 casos, esta notificación muestra una disminución del 3,7 % respecto al año anterior, en el cual se había reportado 8787 casos. A semana 52 la incidencia para el valle es de 183.6 casos por 100.000 habitantes, mucho menor que en el país es de 238.9 casos por 100.000 habitantes.

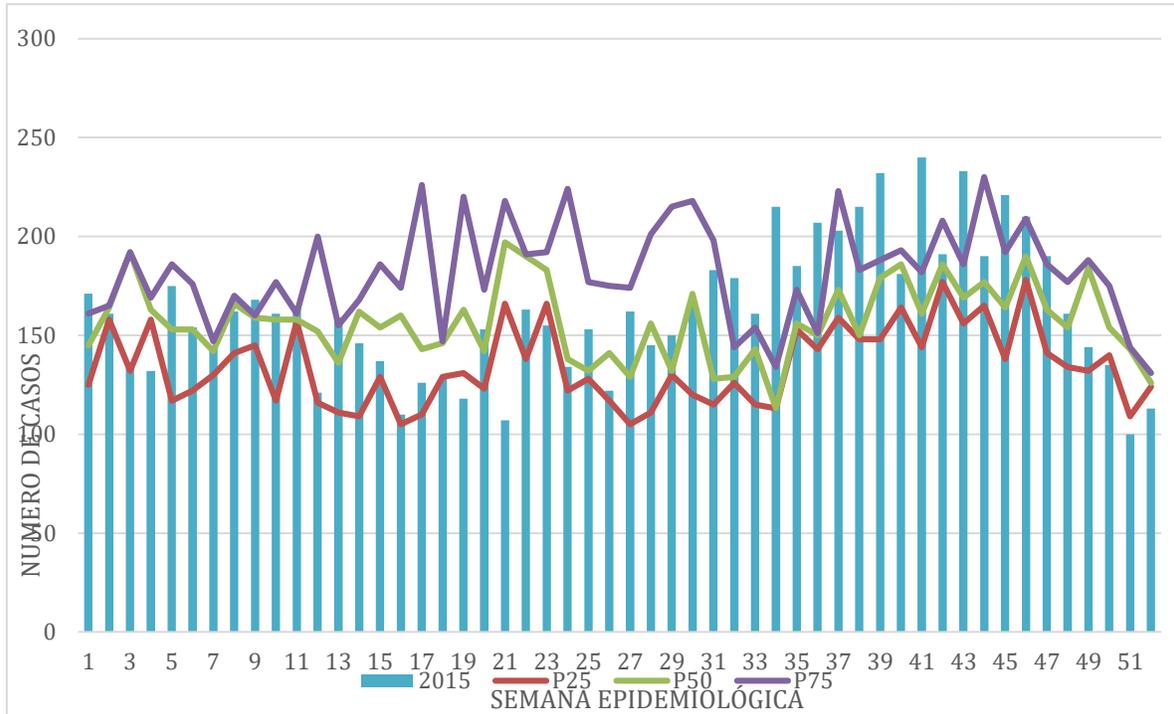
Según el comportamiento en el canal endémico, iniciamos el año en zona de alerta hasta la semana 12, a partir de la semana 31 hasta la 48, el número de casos observado, se encuentra por encima del percentil 75 (brote), a partir de la semana 49 empieza a descender el número de casos reportados, en semana 52 se termina en zona de seguridad probablemente debido a la notificación tardía (Ver gráfica 1).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Gráfica 1. Canal endémico de varicela, Valle, a semana epidemiológica 52 de 2015.



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental.Valle

Los municipios que notificaron el mayor número de casos de varicela a semana epidemiológica 52 de 2015 son: Cali (56,6%), Palmira (7,7 %), Buga (4,7 %), Tuluá (4,3%), Buenaventura (3%), Cartago (2,7%), Florida (2,1%), Yumbo (2 %). Los municipios con la mayor incidencia fueron El Dovio (552 casos por 100.000 hab), Calima (475 casos por 100.000 hab), Buga (338 casos por 100.000 hab), Toro (335 casos por 100.000 hab), Obando (333 casos por 100.000 hab), Florida (258 casos por 100.000 hab), Alcalá (294 casos por 100.000 hab), Pradera (281 casos por 100.000 hab), Roldanillo (277 casos por 100.000 hab). (Ver gráfica 2).

Los municipios que notificaron el mayor número de casos de varicela a semana epidemiológica 52 de 2015 son: Cali (56,8%), Palmira (7,9%), Buga (4,6%), Tuluá (4,3 %). Los municipios con la mayor incidencia fueron El Dovio (552 casos por 100.000 hab), Calima (482 casos por 100.000 hab), Buga (341 casos por 100.000 hab), Toro (335 casos por 100.000 hab), Obando (333 casos por 100.000 hab), Florida (306 casos por 100.000 hab), Alcalá (294 casos por 100.000 hab). (Ver gráfica 2).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 1. Incidencia y número de casos de varicela; Valle del cauca, a semana 52 de 2015

nmun_proce	Total	Tasa por 100.000 hab	%
CALI	4816	203,2	56,8
PALMIRA	666	218,6	7,9
BUGA	393	341,0	4,6
TULUA	362	171,1	4,3
BUENAVENTURA	250	62,5	3,0
CARTAGO	224	169,4	2,6
FLORIDA	178	306,2	2,1
YUMBO	174	148,5	2,1
PRADERA	157	284,7	1,9
CANDELARIA	96	117,5	1,1
ROLDANILLO	94	286,8	1,1
ZARZAL	86	190,1	1,0
DAGUA	83	228,0	1,0
CALIMA	76	482,1	0,9
ALCALA	63	294,9	0,7
JAMUNDI	62	51,9	0,7
BUGALAGRANDE	55	259,8	0,6
TORO	55	335,5	0,6
EL CERRITO	53	92,2	0,6
OBANDO	50	333,8	0,6
LA UNION	48	127,3	0,6
EL DOVIO	47	552,4	0,6
TRUJILLO	47	259,6	0,6
GUACARI	46	133,2	0,5
RESTREPO	33	203,3	0,4
ANSERMANUEVO	30	153,4	0,4
SEVILLA	29	64,2	0,3
YOTOCO	29	178,3	0,3
CAICEDONIA	26	87,2	0,3
GINEBRA	25	118,8	0,3
VIJES	23	208,7	0,3
ANDALUCIA	20	112,3	0,2
SAN PEDRO	19	104,8	0,2
BOLIVAR	16	118,7	0,2
VERSALLES	10	138,6	0,1
LA CUMBRE	8	69,5	0,1
ULLOA	7	128,3	0,1
ARGELIA	1	15,5	0,0
EL CAIRO	1	10,0	0,0
LA VICTORIA	1	7,5	0,0
* VALLE. MUNICIPIO DESCONOCIDO	13		
TOTAL	8472	183,6	

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental.Valle



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Acumulado a la semana 52 se han notificado una muerte asociada a varicela, procedente de Cali (Semana epidemiológica 22), con Aseguradora Nueva EPS, el cual fue descartado.

El 51,3 % de los casos de varicela se registró en el sexo masculino, el 59,9 % pertenecen al régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado con un 32 %, el 90 % en población con etnia otro, el 62,5 % de los casos están en el grupo de edad de menores de quince años (ver tabla 2).

Tabla 2: Comportamiento demográfico y social de los casos de varicela, Valle del Cauca, semana epidemiológica 52, 2015

Variable	Categoría	Total	%
Sexo	F	4127	48,7
	M	4345	51,3
Seguridad Social	Contributivo	5077	59,9
	Especial	170	2,0
	Excepción	208	2,5
	No Asegurado	264	3,1
	Subsidiado	2753	32,5
Etnia	Indígena	77	0,9
	Negro, Mulato, Afro Americano	676	8,0
	Otro	7682	90,7
	Palenquero	4	0,0
	Raizal	17	0,2
	Rom, Gitano	16	0,2
Grupo Edad	Menor de 1 año	364	4,3
	1 a 4	1815	21,4
	5 a 9	1852	21,9
	10 a 14	1260	14,9
	15 a 19	921	10,9
	20 a 24	801	9,5
	25 a 29	544	6,4
	30 a 34	350	4,1
	35 a 39	213	2,5
	40 a 44	138	1,6
	45 a 49	74	0,9
	50 a 54	42	0,5
	55 a 59	39	0,5
	60 a 64	19	0,2
Mas de 65	40	0,5	
Total general		8472	100

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental.Valle



## ACTIVIDADES DE CONTROL

- Capacitación a las UPGD y DLS sobre el manejo de brotes de sarampión y PFA.
- Acompañamiento a las DLS en la atención de brotes.
- Seguimiento diario y semanal de los casos notificados en el sistema.
- Reuniones periódicas con el epidemiólogo de la SSM De Cali, como estrategia de seguimiento.
- Elaboración de boletín epidemiológico semanal para divulgación de información.

## Problemas detectados

Existe demora en la oportunidad de notificación e investigación de campo por algunas DLS.

Deficiencias en el conocimiento sobre la ruta de muestras para confirmación y envío al laboratorio departamental por parte de algunas IPS y laboratorios particulares.

Deficiencias en oportunidad en notificación y ajustes de caso; además de falencia en información respecto a fechas y tomas de laboratorio y acciones colectivas.

No se conocen a profundidad las definiciones, clasificaciones y acciones a realizar con cada uno de los eventos; esto se evidencia en la calidad de la información que no se ve sometida a un proceso de pre crítica en los entes municipales.

Se observa un incremento en la notificación en el último año de los siguientes eventos: Meningitis, Parotiditis y tosferina.

Baja notificación de casos sospechosos de eventos que están en la fase de erradicación y eliminación: Parálisis Flácida Aguda, Sarampión, Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita.

## Conclusiones y recomendaciones

Mejorar la notificación por medio del SIVIGILA en las diferentes UPGD pues existe un posible sub registro en la información dado que históricamente es mayor la proporción de muertes encontradas por estadísticas vitales. Se debe realizar análisis periódico de concordancia entre las estadísticas vitales y SIVIGILA.

Aplicar las recomendaciones dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, para la intensificación de la vigilancia de la morbilidad de Parálisis Flácida aguda, Sarampión y Rubeola monitorizando las tendencias de la notificación de casos, investigando los diferentes brotes que se presenten, y realizando el diagnóstico oportuno en los casos sospechosos.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

---

*Secretaría de Salud*

Fortalecer actividades de promoción y prevención y las acciones de PAI especialmente en poblaciones vulnerables y territorios con barreras de acceso. Realizar unidades de análisis en el 100% de los casos de mortalidad por estos eventos involucrando todos los actores que puedan contribuir en la identificación y solución de las barreras encontradas habitualmente.

El proceso de notificación de eventos inmunoprevenibles demuestra la existencia de puntos críticos que requieren acompañamiento y unos procesos de seguimiento por parte del ente departamental; esto requiere personal de forma continua en el programa entendiendo la importancia y trascendencia de la posibilidad de presentarse un caso de los eventos a eliminación y no actuar en forma correcta.

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



**ESI-IRAG-IRA  
AÑO 2015**

*Daniel Francisco González Materon  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

**INTRODUCCION**

Las enfermedades de transmisión respiratoria emergentes representan un riesgo substancial para la humanidad, debido a su elevado potencial de diseminación.

La infección respiratoria aguda (IRA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, afectando a todas las poblaciones del mundo. El grupo poblacional con mayor riesgo de morir por IRA son los menores de 5 años, las personas que cursan con alguna enfermedad crónica de base, en especial aquellos que cursan con algún tipo de inmunosupresión. Otro grupo altamente vulnerable a las infecciones respiratorias agudas son las personas mayores de 60 años, en el impacto sobre estas personas influyen varios factores, que en ocasiones determinan la evolución de la enfermedad como son: la capacidad funcional (física y mental), el estado nutricional y la presencia de otras enfermedades, entre otros. Los cuadros clínicos que afectan las vías inferiores y el pulmón, presentan los cuadros más severos, siendo las principales causas de mortalidad por IRA.

La etiología de la IRA está dada por un grupo variado de diversos agentes, tanto bacterianos, como virales, que ocasionan enfermedad con sintomatología similar.

Entre las bacterias que causan estas infecciones se pueden mencionar: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Entre el 80 a 90 % de las infecciones del tracto respiratorio se consideran de etiología viral tanto en la población infantil, como en los adultos; son la principal causa de morbilidad en países desarrollados, y la mayor causa de muerte en los países en desarrollo.

Dentro del grupo diverso de virus respiratorios causantes de infecciones respiratorias agudas, se encuentran los llamados virus “clásicos”: es decir, influenza virus tipo A, B y C, parainfluenza tipo 1, 2, 3 y 4; virus sincitial respiratorio humano (hVSR), coronavirus humano OC43 y 229E, adenovirus (AdV), rinovirus (hRV), y algunos enterovirus (EV). Además, en los últimos años se han incluido en este grupo de virus el metapneumovirus humano (hMPV), bocavirus humano (HBoV), algunos mimivirus y nuevos coronavirus humanos (HCoV) como HKU1 (10). Estos virus tienen una distribución mundial y han estado asociados a episodios de morbilidad y mortalidad.



Según la Organización Mundial de la Salud, el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y el virus tipo 3 de la Parainfluenza son las causas principales de infecciones respiratorias agudas en la infancia y en la niñez temprana, causando entre el 45% al 50% de los casos de bronquiolitis y del 20 al 25% de los casos de neumonía.

De acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud, se implementaron 4 estrategias de vigilancia para la Infección Respiratoria Aguda: Centinela ESI IRAG, IRAG inusitada, mortalidad por IRA y Morbilidad por IRAG Semanal.

En el presente boletín se presenta la situación de la IRA en el Departamento del Valle en las semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2014 y comparación de indicadores con 5 años anteriores según disponibilidad de datos.

## **OBJETIVOS**

- Establecer la frecuencia y distribución de la morbilidad y medir la mortalidad registrada por la Infección Respiratoria Aguda en el país.
- Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de IRA.
- Detectar de manera oportuna los casos de IRAG inusitada causada por agentes patógenos respiratorios conocidos o nuevos que tengan potencial epidémico o pandémico.
- Identificar la circulación de agentes etiológicos implicados en la vigilancia centinela de ESI – IRAG.
- Detectar de manera oportuna los casos de IRAG inusitada causada por agentes patógenos respiratorios conocidos o nuevos que tengan potencial epidémico o pandémico

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El informe epidemiológico de la infección respiratoria aguda se fundamenta en la descripción de su comportamiento teniendo como ejes fundamentales las variables de tiempo, lugar y persona.

En cuanto al tiempo, el periodo está comprendido entre las semanas epidemiológicas de la semana 1 hasta la 52 de forma acumulada durante el año 2015. En la variable de lugar el análisis se ha realizado por entidad territorial (municipios) de la notificación realizada en las estrategias de vigilancia de IRA: morbilidad por IRA, vigilancia centinela de ESI - IRAG, IRAG inusitado y mortalidad por IRA en menores de cinco años.



El presente boletín presenta un análisis secundario de datos, de tipo descriptivo de las semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2015; la fuente de información utilizada es la reportada por las UPGD Centinela al SIVIGILA, todas las UPGD del departamento y la base de datos de estadísticas vitales. Según disponibilidad se compara con datos de 2014 a 2015.

### **ESI-IRAG Centinela 345**

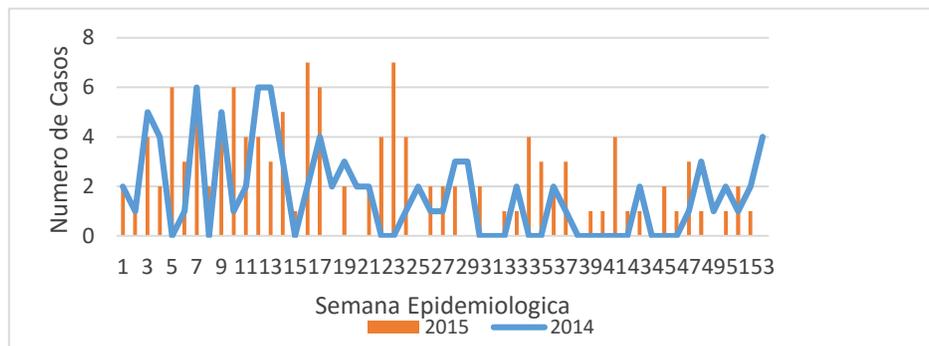
La vigilancia de la Enfermedad similar a influenza (ESI) y de la Infección respiratoria aguda grave (IRAG), continúa siendo de tipo centinela en el Departamento del Valle. Actualmente existen dos Instituciones Centinela: Fundación Valle del Lili de Cali que vigila ESI IRAG y la ESE Ladera de Cali que vigila solo ESI.

### **COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN**

Durante el año 2015 se reportaron al SIVIGILA 723 casos en ficha 345, la cual es solo para vigilancia centinela, de estos casos, 721 fueron reportados por las dos instituciones Centinelas, la Fundación Valle del Lili con 416 casos (57%) y la ESE Ladera con 305 casos (42%), 660 corresponden al Departamento del Valle del Cauca, 535 casos fueron descartados, 121 confirmados por laboratorio y 4 casos sin ajuste, para un total de 125 casos.

Durante el periodo de análisis la notificación ha permanecido muy variable, con un aumento de la notificación en las semanas 5, 11, 17, 23, mayor de 10 casos semanales, sin embargo, se observa el poco cumplimiento con el porcentaje semanal establecido por el instituto nacional de salud para la toma de las muestras, encontrando además, la no notificación en algunas semanas epidemiológicas.

Grafica 1. Descripción de la frecuencia de casos de ESI-IRAG Centinela, semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2015 Valle del Cauca



Fuente: SIVIGILA 2015- Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca

Con relación al municipio de residencia, 95% (277) de los casos notificados eran residentes de Cali.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Según rangos de edad, el mayor porcentaje de casos notificados de ESI-IRAG centinela se presentaron en los menores de 1 a 4 años con 80%, y con 47.2%, principalmente en menores de 1 año de edad, seguido del rango de mayores de 65 años con 5.6%.

Tabla 1. Frecuencia de casos de ESI-IRAG Centinela, según características sociodemográficas semanas epidemiológicas 1 a 52. Valle del Cauca 2015

Variable	Categoría	Total	%
Sexo	F	67	53,6
	M	58	46,4
Seguridad Social	Contributivo	66	52,8
	Especial	31	24,8
	Excepción	3	2,4
	No asegurado	3	2,4
	Subsidiado	22	17,6
Etnia	Negro-Mulato-Afrocolombiano	1	0,8
	Otro	122	97,6
	ROM-Gitano	2	1,6
Grupo Edad	Menor de 1	59	47,2
	1 a 4	41	32,8
	5 a 9	5	4
	10 a 14	2	1,6
	15 a 19	2	1,6
	20 a 24	1	0,8
	25 a 29	1	0,8
	30 a 34	1	0,8
	35 a 39	1	0,8
	40 a 44	2	1,6
	45 a 49	1	0,8
	60 a 64	2	1,6
	Mas de 65	7	5,6

Fuente: SIVIGILA 2015– Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca

### Vigilancia centinela ESI – IRAG

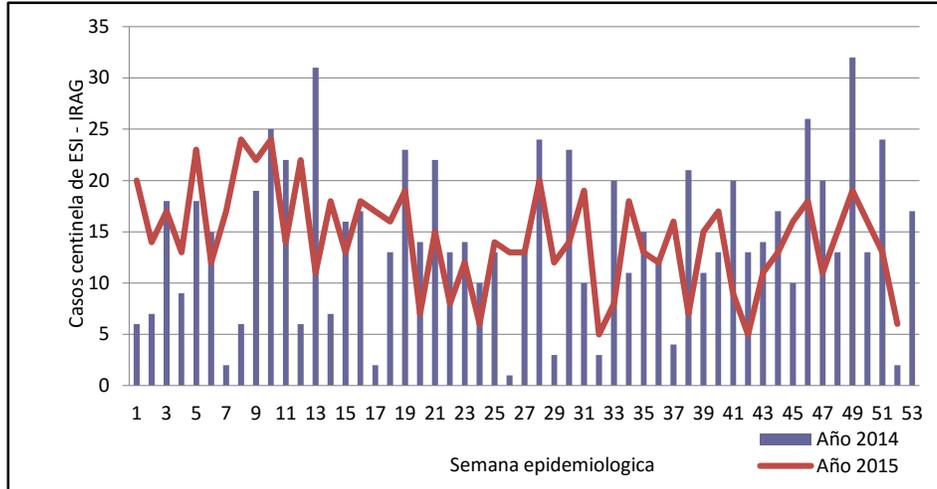
Hasta la semana epidemiológica 52 se notificaron 750 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG (centinela de ESI Centro de Salud Siloé y centinela de IRAG Fundación Valle del Lili); de los cuales 427 casos corresponden a pacientes con IRAG y 323 casos a pacientes con ESI. El comportamiento de la notificación de casos de ESI-IRAG a semana epidemiológica 52 muestra estabilidad en comparación a la misma semana epidemiológica del 2014 (753 casos). (Ver gráfica 2)



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

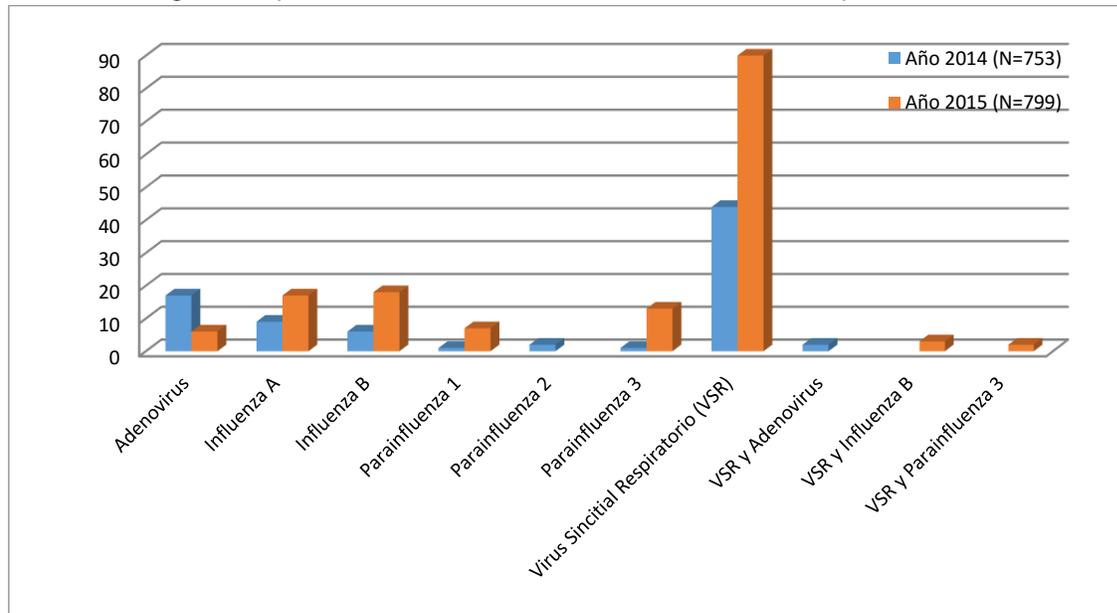
Casos de ESI-IRAG notificados municipio de Cali, a semana epidemiológica 52 de 2015.  
Grafica 2.



Fuente: Fuente: SIVIGILA SDSV – Valle del Cauca 2015

El promedio de envío de muestras semanales al Laboratorio de Salud Pública Departamental se encuentra en 14 muestras por semana, encontrándose acorde a los lineamientos nacionales y permitiendo el cumplimiento del 100% lográndose identificar el comportamiento de la circulación de virus respiratorios. (Ver gráfica 3)

Gráfica 3. Vigilancia por laboratorio Centinela ESI - IRAG municipio de Cali, 2014-2015



Fuente: Fuente: SIVIGILA-SDSV- Valle del Cauca



## **Vigilancia de Influenza y otros Virus Respiratorios**

Según la información consolidada de los resultados de inmunofluorescencia y RT-PCR de las muestras procesadas por el Laboratorio de Salud Pública Departamental o el Laboratorio de Virología del INS, hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se analizaron 80 muestras procedentes de Cali, de las cuales el porcentaje de muestras positivas corresponde al 8,7 % (7); de estas el 28,6 %(2) fueron positivas para influenza A, el 28,6% (2) Virus Sincitial Respiratorio, seguido de Rinovirus (28,6 %) y el 14,3%(1) Coronavirus subtipo OC 43 ( no pandemico).

### **Análisis**

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

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

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



### **IRA GRAVE INUSITADA 348.**

Durante los periodos epidemiológicos 1 a 52 de 2105, se notificaron al SIVIGILA 202 casos de IRAG inusitada, 187 correspondieron a residentes del Departamento del Valle del Cauca, de los cuales 90 cumplieron con el criterio de definición de caso, 97 casos fueron descartados, quedando así, para el análisis final 90 casos de IRAG inusitada.

Con relación a los casos notificados como IRAG Inusitado por municipio de residencia, Cali aporta el mayor número de casos con 115 (61,5%) casos, seguido de Tuluá con 21 (11.3%) y Palmira con 9 (4.8%) casos y Cartago con 5 (2.7%) casos. En el año 2014 se presentaron 8 casos de mortalidad por IRAG Inusitado, presentando Tuluá el 37% (3) de los casos, seguido de Cali, con el 25% (2) de mortalidad del Departamento.

Tabla 2: Casos de IRAG según Entidad Territorial Municipal de Procedencia-Año 2015, Valle del Cauca

nmun_proce	Cumplen	No Cumplen	Total Casos Notificados	%
CALI	46	69	115	61,50
TULUA	11	10	21	11,23
PALMIRA	4	5	9	4,81
CARTAGO	4	1	5	2,67
TRUJILLO	3	2	5	2,67
BUGA	3	1	4	2,14
CANDELARIA	3	1	4	2,14
BUENAVENTURA	2	1	3	1,60
ANDALUCIA	2	0	2	1,07
BUGALAGRANDE	2	0	2	1,07
GUACARI	1	1	2	1,07
JAMUNDI	1	1	2	1,07
SEVILLA	1	1	2	1,07
ZARZAL	1	1	2	1,07
BOLIVAR	1	0	1	0,53
DARIEN	1	0	1	0,53
EL DOVIO	1	0	1	0,53
FLORIDA	0	1	1	0,53
PRADERA	1	0	1	0,53
RIOFRIO	1	0	1	0,53
SAN PEDRO	0	1	1	0,53
YUMBO	0	1	1	0,53
* VALLE. MUNICIPIO DESCONOCIDO	1	0	1	0,53
Total general	90	97	187	100,00

Fuente: SIVIGILA 2015- Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 3. Casos de IRAG Inusitado según condición final por Municipio de residencia semana epidemiológica 1 a 52. Valle del Cauca 2015

nmun_proce	Vivo	Muerto	Total general
* VALLE. MUNICIPIO DESCONOCIDO	1		1
ANDALUCIA	1	1	2
BOLIVAR		1	1
BUENAVENTURA	2		2
BUGA	3		3
BUGALAGRANDE	1	1	2
CALI	42	4	46
CANDELARIA	3		3
CARTAGO	3	1	4
DARIEN	1		1
EL DOVIO	1		1
GUACARI		1	1
JAMUNDI	1		1
PALMIRA	4		4
PRADERA	1		1
RIOFRIO	1		1
SEVILLA	1		1
TRUJILLO	3		3
TULUA	8	3	11
ZARZAL	1		1
Total general	78	12	90

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca

Según los criterios de clasificación el 61,1 % (55) de los casos notificados que cumplen con la definición establecida corresponde a pacientes con deterioro clínico notificados en unidad de cuidados intensivos (UCI), el 13 % corresponde a defunciones por IRA sin etiología establecida, el 13,3% tuvieron contacto con sintomáticos respiratorios, un 1% realizaron viaje internacional. (Ver tabla 2).

Tabla 4. Casos de IRAG inusitado según criterio de clasificación, Valle, semana epidemiológica 52, 2015

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	Casos	%
Criterio de gravedad UCI	55	61,1
Defunción	12	13,3
Contacto con sintomático respiratorio	12	13,3
Viaje internacional	1	1,1
Total	90	100,0

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Respecto a los ajustes se evidencia la falta de claridad y de realización de ajustes por parte de las UPGD, dado aparecen 51 casos como 0=no aplica y este no es un ajuste permitido para este evento.

El sexo femenino presento el mayor porcentaje de casos notificados como IRAG Inusitado, con 58 (64,4%) casos, el mayor número de casos se presentan en menores de 5 años con el 23,3%

Tabla 5. Frecuencia de casos IRAG Inusitado, según características sociodemográficos semanas epidemiológicas 1 a 52. Valle del Cauca 2015

Variable	Categoría	Total	%
Sexo	F	58	64,4
	M	32	35,6
Seguridad Social	Contributivo	52	57,8
	Especial	2	2,2
	Excepción	4	4,4
	No asegurado	3	3,3
	Subsidiado	29	32,2
Etnia	Indígena	3	3,3
	Negro-Mulato-Afrocolombiano	9	10
	Otro	77	85,6
	ROM-Gitano	1	1,1
Grupo Edad	Menor de 1	12	13,3
	1 a 4	9	10,0
	5 a 9	2	2,2
	10 a 14	2	2,2
	15 a 19	4	4,4
	20 a 24	6	6,7
	25 a 29	2	2,2
	30 a 34	6	6,7
	35 a 39	4	4,4
	40 a 44	5	5,6
	45 a 49	5	5,6
	50 a 54	4	4,4
	55 a 59	3	3,3
	60 a 64	3	3,3
Mas de 65	23	100	

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca



### **MORTALIDAD POR IRA EN MENOR DE 5 AÑOS 600**

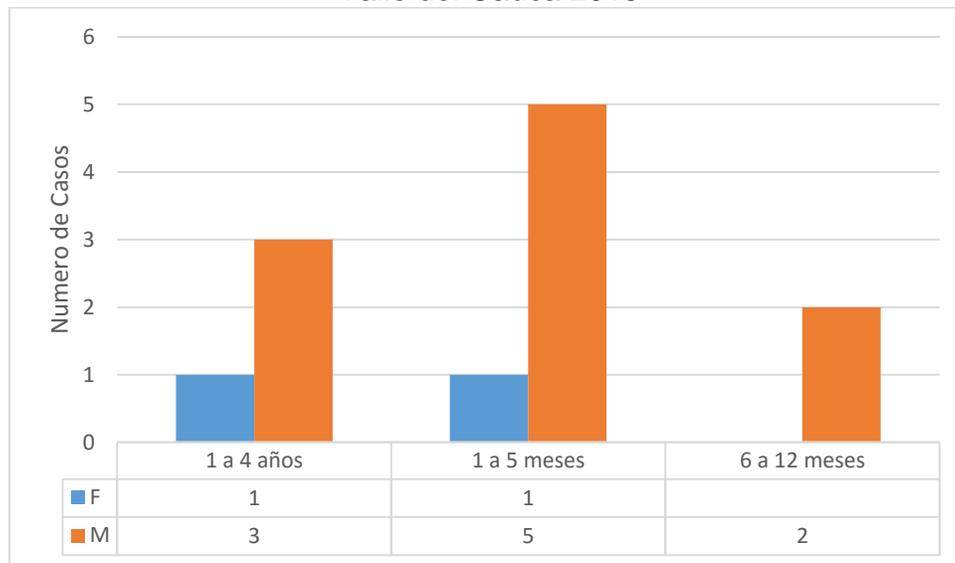
Con relación a la mortalidad por IRA en menores de 5 años, en el año 2015, semanas epidemiológicas 1 a 52 notificaron al SIVIGILA 20 casos, 13 Procedentes del Departamento del Valle, de estos un caso fue descartado, con un total de 12 casos, 7 casos residentes en la ciudad de Cali, un caso en Bolívar, Buenaventura, Cartago, El Águila, y uno en Florida, predominando en el género masculino y en los menores de 5 meses.

Tabla 6. Casos de Mortalidad por IRA en menores de cinco años, por Municipio de residencia semana epidemiológica 1 a 52.  
Valle del Cauca 2015

Municipio_proce.	Total	%
CALI	7	58,3
BOLIVAR	1	8,3
BUENAVENTURA	1	8,3
CARTAGO	1	8,3
EL AGUILA	1	8,3
FLORIDA	1	8,3
Total general	12	100

Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca

Grafica 4. Frecuencia de casos de Mortalidad por IRA en menores de cinco años, según grupos de edad y sexo, semanas epidemiológicas 1 a 52.  
Valle del Cauca 2015



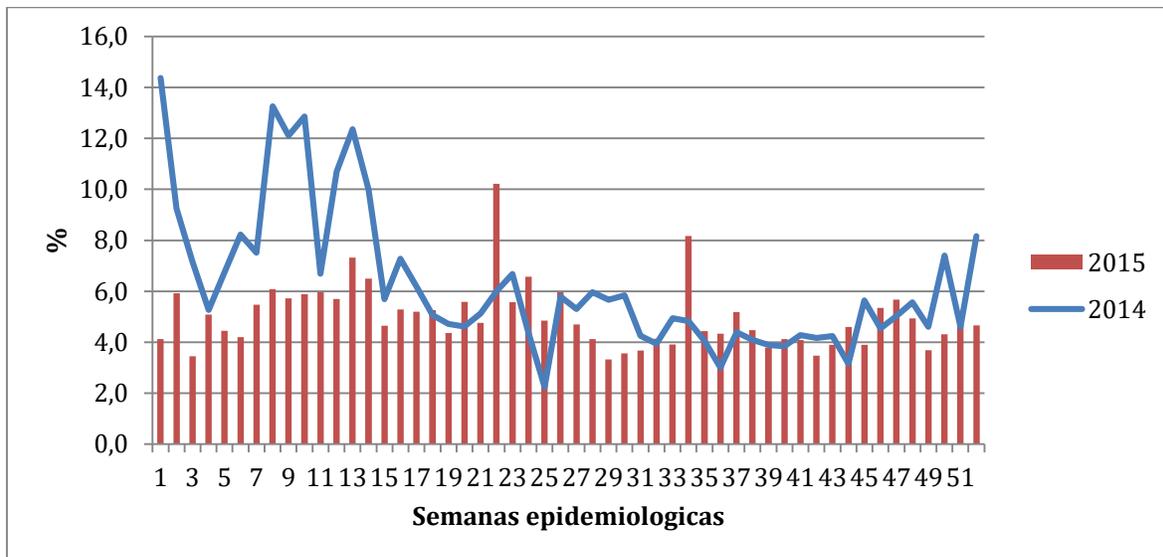
Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca



### **MORBILIDAD POR IRA 995**

Con relación a los porcentajes de casos de notificación colectiva realizado por las UPGD de Morbilidad por IRA en el año 2015 se encontró que del total de hospitalizaciones por todas las causas en las UPGD el mayor porcentaje de los casos hospitalizados que fueron por IRA se presentó en las semanas epidemiológicas 22, 34 y 48; comparado con la notificación de las otras semanas epidemiológicas y con respecto al año 2014 se presentó una disminución de 20.1%.

Grafica 5. Porcentaje de casos de Morbilidad por IRA Hospitalizados, semanas epidemiológicas 1 a 52. Valle del Cauca 2015



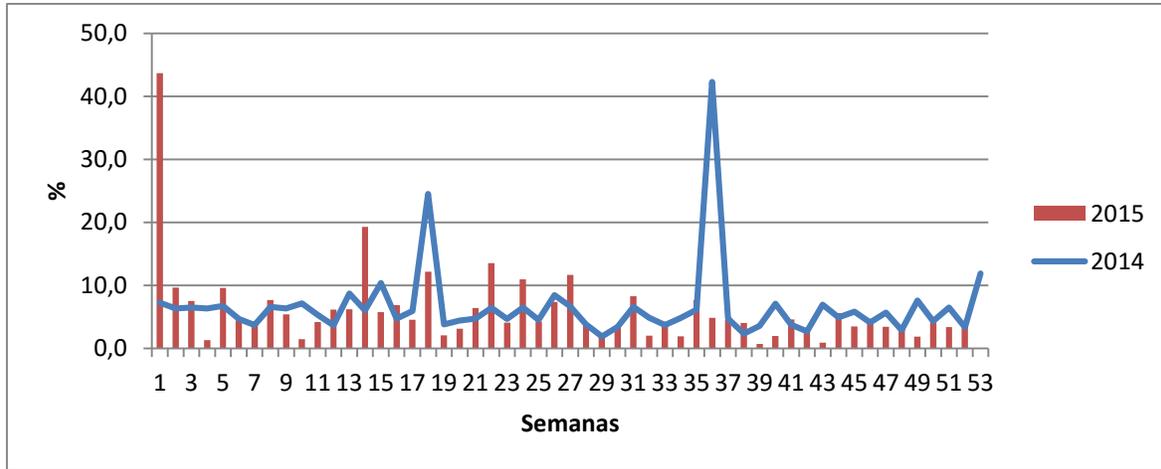
Con relación a los porcentajes de casos de notificación colectiva realizado por las UPGD de Morbilidad por IRA en el año 2015 se encontró que, del total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas en las UPGD, el mayor porcentaje de casos hospitalizados en UCI que fueron por IRAG se presentó en la semana epidemiológica 1 y 14; con una disminución de 4.42% comparado con el año 2014.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

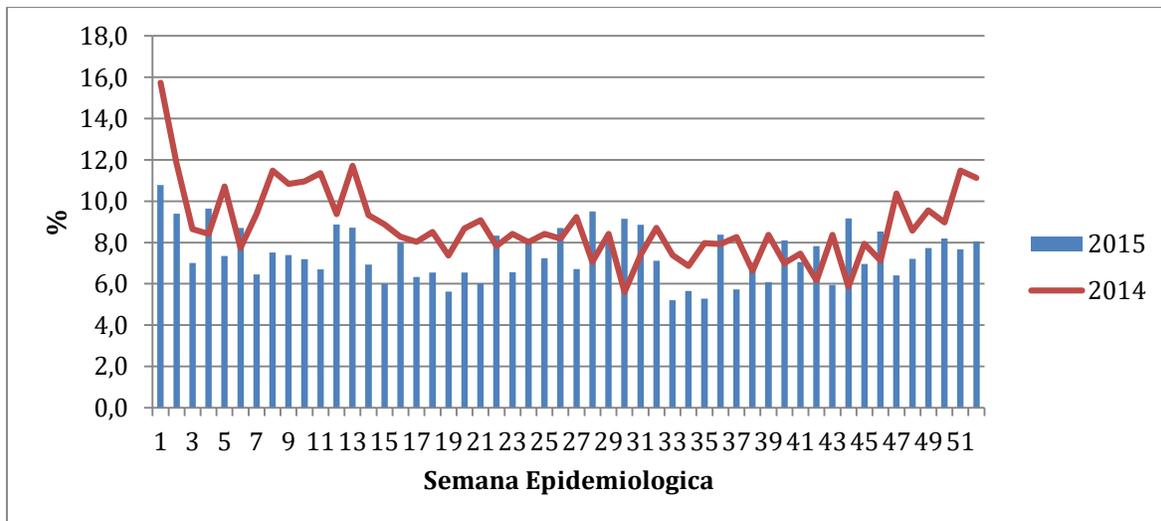
Grafica 6. Porcentaje de casos de Morbilidad por IRAG en UCI, semanas epidemiológicas 1 a 52. Valle del Cauca 2015



Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca

Sin embargo, con relación a los porcentajes de casos de notificación colectiva realizado por las UPGD de Morbilidad por IRA atendidos en consulta externa y urgencias en el año 2015 se encontró que del total de estos casos atendidos por todas las causas en las UPGD el mayor porcentaje se presentó en las semanas epidemiológicas 28, 30 y 42; con una disminución de 14.9% comparado con la notificación de las otras semanas epidemiológicas (2104).

Grafica 7. Porcentaje de casos de Morbilidad por IRA en consulta externa y urgencias, semanas epidemiológicas 1 a 52. Valle del Cauca 2015



Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca



## Indicadores de Vigilancia de Morbilidad por IRA

Tabla 7. Porcentaje de casos de IRA en Consulta Externa y Urgencias, Hospitalización y UCI entre el total de casos en cada uno de los servicios en el Valle del Cauca por grupos de edad años 2014 y 2015

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
% de casos de IRA en con. Ext. Y Urg. entre el total de casos en con. Ext y Urg. por grupos de edad	# de con. Ext. y urg. por IRA en todas las edades.	# de consultas ext. y urg. por todas las causas y todas las edades.	100	
2014	713451	8225198	100	<b>8,6%</b>
2015	647764	8741250	100	<b>7,4%</b>
% de casos de IRA en Hosp. entre el total de casos en Hosp. por grupos de edad	# Hosp. por IRA en todas las edades.	# de Hosp. por todas las causas y todas las edades.		
2014	14600	241829	100	<b>6,0%</b>
2015	8339	166005	100	<b>5,0%</b>
% de casos de IRA en UCI entre el total de casos en Hosp. por grupos de edad	# UCI por IRA en todas las edades.	# de UCI por todas las causas y todas las edades.		
2014	1152	16405	100	<b>7,0</b>
2015	727	10823	100	<b>6,7</b>

Fuente: SIVIGILA y RUAF– Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca

Del total de casos atendidos en el 2015 en consulta externa y urgencias por todas las causas en el departamento del Valle del Cauca, el 7.4% consulta por IRA, disminuye en aproximadamente 13.9% comparado con el año 2014 con un 8.6%, mostrando disminución en el porcentaje de notificación para el año 2015.

Del total de casos atendidos en hospitalización por todas las causas en el departamento del Valle del Cauca en el año 2015, el 5.0% está hospitalizado a causa de IRA, disminuye en aproximadamente 4.2 % comparado con el año 2014 con un 6%, mostrando disminución en el porcentaje de notificación para el 2015.

Del total de casos atendidos en UCI por todas las causas en el departamento del Valle del Cauca en el año 2015, el 6.7 % se hospitaliza por IRA y disminuye en 4.3 % comparado con el año 2014 con un 7%, mostrando una disminución en el porcentaje de notificación para el año 2015.(Tabla 114).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 8. Porcentaje de casos de IRA en Hospitalización entre el total de casos en Hospitalización en municipios del Valle de Cauca por grupos de edad 2015

nmun_notif	Hosp IRA	TOTAL CASOS HOSPITALIZACION	%
ALCALA	26	26	100,0
ANDALUCIA	0	0	0,0
ANSERMANUEVO	12	213	5,6
ARGELIA	0	0	0,0
BOLIVAR	0	112	0,0
BUENAVENTURA	0	0	0,0
BUGA	113	1861	6,1
BUGALAGRANDE	10	130	7,7
CAICEDONIA	74	381	19,4
CALI	5698	137323	4,1
CANDELARIA	0	0	0,0
CARTAGO	347	6195	5,6
DAGUA	55	566	9,7
DARIEN	1	27	3,7
EL AGUILA	0	0	0,0
EL CAIRO	0	114	0,0
EL CERRITO	70	609	11,5
EL DOVIO	0	0	0,0
FLORIDA	179	1061	16,9
GINEBRA	34	229	14,8
GUACARI	0	0	0,0
JAMUNDI	381	1436	26,5
LA CUMBRE	9	9	100,0
LA UNION	0	290	0,0
LA VICTORIA	0	0	0,0
OBANDO	0	3	0,0
PALMIRA	753	8201	9,2
PRADERA	0	0	0,0
RESTREPO	1	171	0,6
RIOFRIO	0	0	0,0
ROLDANILLO	28	692	4,0
SAN PEDRO	0	0	0,0
SEVILLA	214	1446	14,8
TORO	14	189	7,4
TRUJILLO	41	384	10,7
TULUA	0	0	0,0
ULLOA	11	107	10,3
VERSALLES	31	197	15,7
VIJES	0	1	0,0
YOTOCO	7	401	1,7
YUMBO	113	776	14,6
ZARZAL	116	2836	4,1
Valle Municipio Desconocido	1	19	5,3
Total general	8339	166005	5,0

Fuente: SIVIGILA y RUAFA- Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca

\*error denominador más pequeño que numerador.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 9. Porcentaje de casos de IRA en consulta externa y urgencias entre el total de casos en consulta externa y urgencias en municipios del Valle de Cauca por grupos de edad 2015

nmun_notif	IRA Cons Ext y Urg	Tota Cons Ext y Urg	%
ALCALA	2547	2547	100,0
ANDALUCIA	1201	1202	99,9
ANSERMANUEVO	2385	32849	7,3
ARGELIA	0	254	0,0
BOLIVAR	1118	27893	4,0
BUENAVENTURA	17848	118763	15,0
BUGA	15894	206660	7,7
BUGALAGRANDE	3933	60799	6,5
CAICEDONIA	3198	65535	4,9
CALI	430731	5722372	7,5
CANDELARIA	8354	19255	43,4
CARTAGO	19230	404538	4,8
DAGUA	5193	82389	6,3
DARIEN	1115	32455	3,4
EL AGUILA	764	764	100,0
EL CAIRO	868	22224	3,9
EL CERRITO	4024	106716	3,8
EL DOVIO	1106	41205	2,7
FLORIDA	7859	8124	96,7
GINEBRA	1828	31444	5,8
GUACARI	2441	12722	19,2
JAMUNDI	32658	268108	12,2
LA CUMBRE	1221	1221	100,0
LA UNION	4684	40479	11,6
LA VICTORIA	474	474	100,0
OBANDO	549	6442	8,5
PALMIRA	22249	450149	4,9
PRADERA	2765	24436	11,3
RESTREPO	1681	47638	3,5
RIOFRIO	1646	59105	2,8
ROLDANILLO	2932	38965	7,5
SAN PEDRO	938	20117	4,7
SEVILLA	6976	22040	31,7
TORO	1852	46732	4,0
TRUJILLO	572	47025	1,2
TULUA	13648	347676	3,9
ULLOA	425	7566	5,6
VERSALLES	1359	24304	5,6
VIJES	771	19850	3,9
YOTOCO	2139	27860	7,7
YUMBO	12938	133872	9,7
ZARZAL	3613	105558	3,4
Valle Municipio Desconocido	37	923	4,0
Total general	647764	8741250	7,4

Fuente: SIVIGILA y RUAF– Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca

\*error denominador más pequeño que numerador.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



Tabla 10. Porcentaje de casos de IRA en Hospitalización en UCI entre el total de casos en Hospitalización en UCI en municipios del Valle de Cauca por grupos de edad 2015

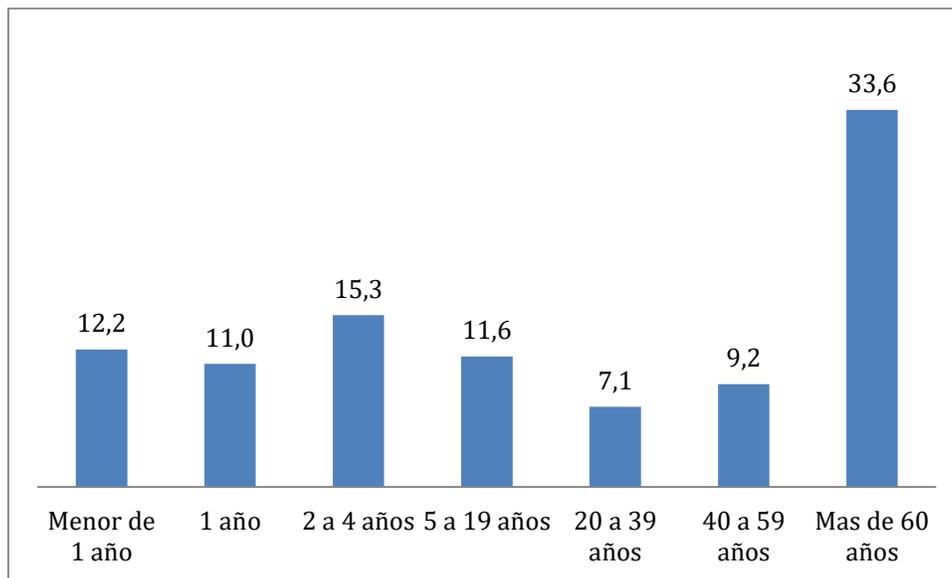
nmun_notif	IRA UCI	TOTAL UCI	%
BUGA	2	19	10,52
CALI	724	10716	6,75
PALMIRA	1	88	1,13
Total general	727	10823	6,71

Fuente: SIVIGILA y RUAF– Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca

### Morbilidad por IRAG en Hospitalización General

Por otro lado, con base a la distribución de casos por grupos de edad respecto al total de casos de IRA en hospitalización, el grupo de edad con mayor notificación corresponde al de >60 años (33.6 %), seguido del grupo de 2-4 años (15.3%); y en menor porcentaje el grupo de 20-39 años (7.1%), (gráfica 147).

Gráfica 8. Distribución porcentual de casos de IRA en Hospitalización General por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica 52 de 2015



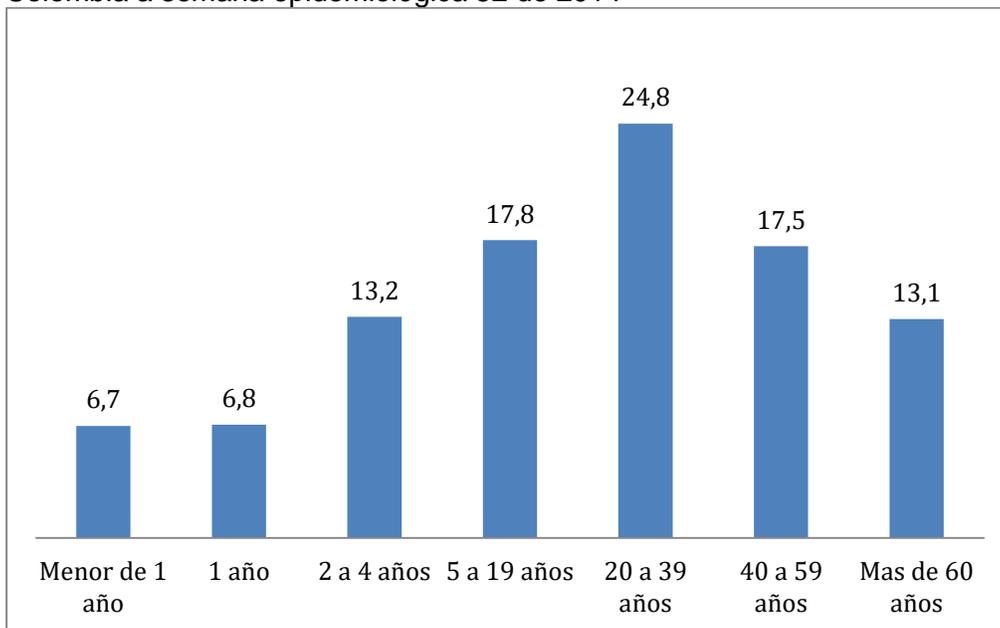
fuentes: SIVIGILA y RUAF– Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca



### Morbilidad por IRAG en Consulta Externa y Urgencias

En el análisis de la morbilidad por IRAG en consulta externa y urgencias por grupos de edad respecto al total por todas las causas, el porcentaje es mayor en el grupo de edad de 20-39 años (24.8 %), seguido del grupo de los menores de 5-19 años (17.8%) y el grupo de 40 a 59 años (17.5%); y el menor porcentaje se evidencia en el grupo de <1 año (6.7%). Grafica 148.

Gráfica 9. Distribución de casos de IRAG en Consulta Externa y Urgencias por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica 52 de 2014



Fuente: SIVIGILA y RUAUF– Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca

### CONCLUSIONES

El comportamiento de la infección respiratoria aguda en el departamento del valle del Cauca, sigue una tendencia es una disminución leve en 13.9% en la consulta por IRA en consulta externa y urgencias en todas las causas; en lo concerniente a a causa de IRA, disminuye en 4.2%; en los casos atendidos en UCI hospitalización por IRA, disminuye en 4.3%: lo anterior comparado con el año 2014.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Llama mucho la atención de incremento de mortalidad en 100% de IRA en menores de 5 años, comparado con el año 2014; por lo anterior se debe reforzar asistencia técnica en capacitación y guías integral de IRA en las IPS primarias, para detección oportuna y garantizar oportunidad, continuidad, referencia y calidad de servicios.

Reforzar el hisopado nasofaríngeo en las diferentes instituciones y en el envío de las muestras que cumplan con el criterio de inclusión y calidad al laboratorio de referencia. Fortalecer la toma de muestras por parte de las UPGDs centinelas.

Garantizar la toma de muestra de tejido de los diferentes órganos, con criterios de seguridad en él envío, para definir claramente la causa básica de mortalidad en los casos sospechosos de muerte por IRAG inusitado, lo que sería una falla de vigilancia de salud pública.

### RECOMENDACIONES

Sigue siendo prioritaria la asistencia técnica a Municipios y UPGDs, y la notificación de ficha epidemiológica de IRA; Morbilidad por IRA: 995; mortalidad por IRA menores de 5 años: 600; ESI-IRA 345; IRAG inusitado: 348.

Se deben generar espacios de educación continuada con el personal médico a fin de mejorar la captación, la notificación y el manejo de los casos, según los protocolos establecidos.

Fortalecer la búsqueda activa, tanto institucional como en estadísticas vitales de la mortalidad que pueda estar relacionada con estos eventos (ESI-IRAG).

Se recomienda revisar en equipo el programa PAI, las coberturas de vacunación relacionadas con estos dos eventos (ESI-IRA).

Vigilancia y seguimiento en casos de mortalidad por IRA e identificar la causa básica, reforzar las Unidades de Análisis en los municipios fuera de Cali y ajuste de cada caso; se recomienda por parte del laboratorio departamental y nacional el reporte oportuno de resultados de biopsias y muestras.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA COMPORTAMIENTO DE EVENTOS DE MICOBACTERIAS AÑO 2015

*Sandra Leonor Carrillo Lasso, Enfermera Magister en Epidemiología  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### Introducción

La tuberculosis (TB) continúa siendo una amenaza y un reto para la salud pública en el mundo y a nivel regional. Según el reporte de la OMS para el 2015, en el mundo se estimaron 9,6 millones de personas con tuberculosis, 5.4 millones en hombres, 3.2 millones en mujeres y 1.0 millón de casos en niños, 12% del total estimado fueron VIH positivo. En el mismo año 1,5 millones de personas murieron a causa de la enfermedad, entre ellos 0,4 millones con VIH positivo y 140000 niños, siendo una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. Con respecto a la tuberculosis MDR, se estima que sólo una tercera parte (123000) de los casos fueron detectados y reportados<sup>1</sup>.

En Colombia para el año 2014 se reportaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), 12.824 casos de TB, de los cuales 2.143 tenían coinfección - TB/VIH- y 339 tenían TB MDR. Sin embargo, se estima que aproximadamente 3.000 personas con la enfermedad aún no han sido diagnosticadas. El departamento del Valle del Cauca hace parte de las 8 entidades territoriales que reporta mayor número de casos a nivel nacional, con un total de 1.639 casos nuevos de tuberculosis de los cuales 1361 fueron tuberculosis pulmonar con una incidencia de 29,8 casos por 100.000 habitantes siendo muy superior al nivel nacional. En el departamento diariamente se diagnostican 4 personas con Tuberculosis y cada dos 2 días muere 1 persona por esta enfermedad.

Para ese mismo año, la tasa de mortalidad por tuberculosis en Colombia fue de 2,0 casos por 100.000 habitantes, mientras que para el Valle del Cauca se estimó en 2,7 por cada 100.000 habitantes, muy por encima de las cifras nacionales, razones por la cuales el Valle sigue siendo un departamento priorizado para el control de la TB desde el nivel nacional.

---

<sup>1</sup> Lewandowski CM, Co-investigator N, Lewandowski CM. WHO Global tuberculosis report 2015;1:1689–99

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



La tuberculosis (TB) y formas resistentes, TB multidrogoresistente (TB MDR) y TB extremadamente resistente (TB XDR), constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes debido a las características intrínsecas del *Mycobacterium tuberculosis* como también las características propias del sistema de salud para la implementación de los diferentes mecanismos propuestos que hacen que esta patología presente complejas condiciones para el control.

Según datos oficiales de la Organización Mundial de Salud, considerando el porcentaje de detección del programa y estimaciones del sub-registro, el número de enfermos podría incrementarse a 10 casos cada día en el Departamento. Es claro que el país y el departamento necesitan reforzar las actividades de vigilancia expandida para mejorar el diagnóstico, la oportunidad y la calidad de la información.

El Valle del Cauca ha alcanzado en forma global la meta de eliminación de la Lepra, desde el 2008 la prevalencia está por debajo de la meta de 1 por 10.000 habitantes. Sin embargo, el análisis territorial evidencia que aún persisten dentro del departamento un municipio que hasta el año 2014 han sostenido la prevalencia por encima de la meta, como resultante se notifican anualmente entre 35 a 39 casos nuevos en el Valle estimándose una tasa de detección para el 2014 de 0,9 casos por 100.000 habitantes, un tercio de éstos casos presentan algún grado de discapacidad. Es conocido que la persistencia de personas infectantes sin tratamiento en la comunidad aumenta el riesgo de mantener la circulación del bacilo e infectar a más personas, por lo cual las acciones de vigilancia son prioritarias para mantener la meta de eliminación a nivel regional.

El presente informe describe el comportamiento de la tuberculosis, tuberculosis farmacorresistente y lepra a través del análisis de los indicadores generales y específicos de la vigilancia para cada evento por periodo epidemiológico año 2015, de forma que permita conocer su tendencia comparada con el año anterior y sirva de retroalimentación a los municipios, así como también permita la toma de decisiones a nivel regional y local para el fortalecimiento las acciones de vigilancia en salud pública en la prevención y el control de las enfermedades.



## **Metodología**

Se realiza un informe de análisis de tipo descriptivo de los hallazgos encontrados por semana epidemiológica, y reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila, laboratorio, programa y Ruaf) del Valle del Cauca con corte a la semana 52 de 2015.

El proceso metodológico para el análisis de la información de la vigilancia implicó la depuración de las bases de datos de Sivigila para los eventos de tuberculosis, tuberculosis farmacorresistente y lepra teniendo en cuenta los casos residentes en el departamento del Valle del Cauca, se extrajeron del análisis los casos ajustados como descartados y con error de digitación, seguidamente se realizó la revisión de los casos repetidos para evitar casos que el sistema no alcanzó a filtrar automáticamente y que correspondían a casos repetidos de acuerdo al evento a analizar.

El proceso de depuración de las bases de datos se realizó también para el Sivigila 2014 para los mismos eventos, para el evento de tuberculosis se requirió unificar la base de datos del Sivigila 2014 consolidando la notificación de los códigos 530, 810, 820 y 815, así poder realizar comparaciones entre años.

Para determinar los casos fallecidos como causa básica se revisó los casos por Sivigila cuya condición final se consideró como mortalidad por tuberculosis.

Para establecer los indicadores se tuvo en cuenta lo estipulado en el protocolo de vigilancia de cada evento y en el instructivo de indicadores del Instituto Nacional de Salud, los periodos para el análisis se determinaron con el calendario epidemiológico.

La estimación de las incidencias y prevalencias por municipio se realizó de acuerdo a la proyección de la población Departamento Administrativo Nacional de Estadística tanto para el año 2014 y 2015. Para la incidencia de tuberculosis y lepra se tuvo en cuenta lo definido en los protocolos de vigilancia teniendo en cuenta el antecedente de tratamiento, por lo cual estas se estimaron con los casos nuevos excluyendo las recaídas y las recidivas de acuerdo al evento.

Para estimar el porcentaje de correlación tanto de tuberculosis como de lepra se revisaron las bases de datos de pacientes del programa control para ambos eventos.



### Informe de vigilancia de Tuberculosis todas las formas año 2015.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis por grupo poblacional, por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en población discapacitada	No aplica	0,8%	0,9%	0,7%	1,2%	0,9%	0,6%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en población desplazada	No aplica	3,2%	0,6%	1,7%	1,0%	1,6%	0,5%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en población migrante	No aplica	0,8%	0,2%	0,5%	0,4%	0,5%	0,2%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en población carcelaria	No aplica	9,3%	6,9%	6,0%	7,8%	7,6%	6,4%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en gestantes	No aplica	0,6%	0,2%	0,2%	0,4%	0,4%	0,2%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en población indigente	No aplica	4,0%	2,6%	3,6%	3,2%	3,4%	2,7%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en Población infantil a cargo del ICBF	No aplica	0,2%	0,0%	0,2%	0,6%	0,3%	0,7%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en madres comunitarias	No aplica	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en población desmovilizada	No aplica	0,2%	0,0%	0,2%	0,6%	0,3%	0,1%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en Centros psiquiátricos	No aplica	0,2%	0,2%	0,7%	0,6%	0,4%	0,1%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en Víctima de violencia armada	No aplica	1,4%	0,0%	0,2%	0,8%	0,6%	0,6%
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas en Otros grupos poblacionales	No aplica	83,2%	89,3%	89,3%	88,0%	87,3%	90,4%

Fuente: Sivigila 2014 - 2015



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Del total de casos (1880) notificados al Sivigila para el año 2015, con mayor reporte según grupo poblacional se observa en su orden: en otros grupos poblacionales 1642 casos para un (87,3%) con una disminución de 3 puntos porcentuales con respecto al año anterior, en población carcelaria se notificaron 142 casos (7,6%) con un incremento 1 punto porcentual con respecto al 2014, en población indigente 63 casos (3,4%), en población desplazada 31 casos (3,4%) y en gestantes 7 casos (0,4%).

La presentación de la enfermedad en poblaciones de alto riesgo como son la población carcelaria e indigente, indica que se deben reforzar y mantener las acciones de vigilancia dada la facilidad para continuar con la cadena de transmisión. La población gestante es otro grupo poblacional que requiere acciones de estricto seguimiento por las complicaciones maternas y la transmisión vertical de la enfermedad.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis por régimen de seguridad social, por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Proporción de casos de TB todas las formas según régimen de excepción	No aplica	1%	2%	1%	2%	1%	2%
Proporción de casos de TB todas las formas según régimen especial		1%	2%	2%	1%	1%	2%
Proporción de casos de TB todas las formas según régimen contributivo		27%	30%	33%	32%	30%	32%
Proporción de casos de TB todas las formas según régimen subsidiado		60%	59%	54%	55%	57%	55%
Proporción de casos de TB todas las formas según régimen no asegurado		12%	8%	10%	10%	10%	10%

Fuente: Sivigila 2014 - 2015

Con relación a los casos de tuberculosis todas las formas reportados según régimen de afiliación a la seguridad social en salud se observa que para el año 2015 de los 1880 casos, 1076 (57%) de ellos pertenecían al régimen subsidiado siendo el régimen donde se presenta el mayor número de pacientes con un incremento de 2% respecto al 2014, 569 (30%) pacientes pertenecían al régimen contributivo con una disminución en 2 puntos porcentuales con respecto al mismo año, (10%) 184 pacientes estaban no asegurados, (1%) 27 pacientes estaban afiliados al régimen de excepción y 24 pacientes (1%) se encontraban en el régimen especial.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis por área de procedencia, por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Proporción de casos de TB todas las formas procedentes del área cabecera municipal	No aplica	92%	92%	91%	93%	92%	93%
Proporción de casos de TB todas las formas procedentes del área centro poblado		3%	3%	4%	3%	3%	4%
Proporción de casos de TB todas las formas procedentes del área rural disperso		5%	5%	5%	3%	5%	3%
Fuente: Sivigila 2014 - 2015							

Con relación a los casos de tuberculosis todas las formas reportados según área de procedencia se encuentra que para el año 2015 de los 1880 casos, 1733 (92%) de ellos procedían de las cabeceras municipales, 60 (3%) pacientes procedían de centros poblados, y 87 pacientes (5%) eran procedentes de áreas rurales de los municipios, comparado con el año 2014 se observa una disminución de 1 punto porcentual para los casos procedentes de áreas cabeceras municipales y un incremento de 2 puntos porcentuales en los casos procedentes de áreas rurales dispersas, lo que indica que las acciones de captación y detección en centros poblados y áreas rurales deben continuarse fortaleciendo.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis según clasificación de ingreso y antecedente a tratamiento antituberculoso por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de casos de tuberculosis nuevos	No tiene	86%	88%	90%	91%	89%	89%
Porcentaje de casos de tuberculosis previamente tratados	No tiene	14%	12%	11%	9%	11%	11%
Porcentaje de casos de TB todas las formas clasificados como recaídas	No tiene	6%	5%	5%	3%	5%	6%
Porcentaje de casos de TB todas las formas clasificados como fracasos	No tiene	0,8%	0,9%	0,0%	0,4%	0,5%	0,3%
Porcentaje de casos de TB todas las formas clasificados con tratamiento después de pérdida al seguimiento	No tiene	6%	5%	4%	2%	4%	5%
Fuente: Sivigila 2014-2015							

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Según los datos del Sivigila en el Valle del Cauca para las semanas epidemiológicas 1 a 52 del año 2015, de todos los casos confirmados (1880) de tuberculosis todas las formas, 89% (1668) corresponden a casos nuevos y 11% (212) a casos previamente tratados, manteniéndose igual con respecto al año 2014.

Con relación a la clasificación según tipo de ingreso de los casos previamente tratados se observa una disminución de 1% en los casos clasificados como recaídas y en pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento con respecto al año anterior relacionado probablemente con la inclusión en la clasificación de otros pacientes previamente tratados. De los 1880 casos confirmados, 5% (89) casos corresponden a casos reportados como recaídas, 0,5% (10) casos con ingreso como fracaso y 4% (75) casos notificados como pacientes en tratamiento después de pérdida al seguimiento.

Tabla. Porcentaje de casos de acuerdo a tipo de tuberculosis por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de casos confirmados de tuberculosis pulmonar	No definida	87%	82%	83%	84%	84%	84%
Porcentaje de casos confirmados de tuberculosis extrapulmonar	No definida	9%	14%	14%	12%	12%	13%
Porcentaje de casos confirmados de tuberculosis meningea	No definida	4%	4%	3%	4%	4%	3%

Fuente: Sivigila 2014-2015

Con respecto al tipo de tuberculosis de los 1880 casos de tuberculosis todas las formas reportadas en el departamento para las semanas epidemiológicas 1 a 52 del año 2015, se encontró que el 84% (1587) corresponden a casos de TB pulmonar, el 12% (226) a casos de TB extrapulmonar, en total se notificaron (67) casos de TB meningea para un 4% del total de los casos, comparado con el año inmediatamente anterior, se observa un aumento de los casos con meningitis tuberculosa en 16 casos. Para el año 2014 se reportaron (51) casos de tuberculosis meningea, 3% del total de tuberculosis todas las formas de los 1847 casos confirmados.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Incidencia de tuberculosis general y de acuerdo al tipo de tuberculosis por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador				
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Incidencia de tuberculosis todas las formas por 100000 habitantes	2015 disminuir 50% la incidencia con respecto a la incidencia de 1990 (ODM). Por Plan estratégico TB Colombia libre de tuberculosis 2010-2015; línea de base 1993: incidencia de 32 casos por 100.000 habitantes.	9,2 x 100000 hab	8,9 x 100000 hab	8,1 x 100000 hab	9,9 x 100000 hab	36,2 x 100000 hab	35,9 x 100000 hab
Incidencia de tuberculosis pulmonar por 100000 habitantes		8,0 x 100000 hab	7,3 x 100000 hab	6,6 x 100000 hab	8,4 x 100000 hab	30,2 x 100000 hab	29,8 x 100000 hab
Incidencia de tuberculosis extrapulmonar por 100000 habitantes		0,9 x 100000 hab	1,3 x 100000 hab	1,2 x 100000 hab	1,3 x 100000 hab	4,6 x 100000 hab	5,0 x 100000 hab
Incidencia de tuberculosis meningea por 100000 habitantes		0,4 x 100000 hab	0,3 x 100000 hab	0,3 x 100000 hab	0,3 x 100000 hab	1,3 x 100000 hab	1,1 x 100000 hab

Fuente: Sivigila 2014-2015

Según los datos del Sivigila del departamento del Valle del Cauca para el 2015, se notificaron un total de (1668) casos nuevos incluyendo todas las formas de tuberculosis con una incidencia de 36,2 x 100.000 habitantes, de los cuales (1395) casos corresponden a TB Pulmonar, con una incidencia de 30,2 x 100.000 hab. (213) casos nuevos corresponden a TB extrapulmonar para una incidencia de 4,6 x 100.000 habitantes y 67 casos fueron notificados como meningitis tuberculosa para una incidencia de 1,3 x 100.000 habitantes, ubicando al departamento en un riesgo alto para esta enfermedad al presentar una incidencia entre 25 a 50 x 100.000 habitantes. Con relación al año 2014 se observa un comportamiento similar de la incidencia para este mismo periodo de tiempo.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Casos según tipo de tuberculosis e incidencia de tuberculosis por 100 mil habitantes todas las formas por municipio de residencia del Valle del Cauca SE 1 a 52 2015.

Nº	Municipios	TB pulmonar	TB extrapulmonar	TB meníngea	TB todas las formas	Incidencia x 100.000 hab TBTF	Población 2015
1	Alcalá	7	0	0	7	32,8	21.364
2	Andalucía	2	0	0	2	11,2	17.815
3	Ansermanuevo	11	1	0	12	61,3	19.563
4	Argelia	3	0	0	3	46,6	6.442
5	Bolívar	2	0	0	2	14,8	13.480
6	Buenaventura	172	19	5	196	49,0	399.764
7	Buga	41	5	1	47	40,8	115.234
8	Bugalagrande	3	1	0	4	18,9	21.171
9	Caicedonia	12	1	0	13	43,6	29.830
10	Cali	797	136	35	968	40,8	2.369.821
11	Calima-Darién	0	0	0	0	0,0	15.763
12	Candelaria	10	1	1	12	14,7	81.700
13	Cartago	40	3	2	45	34,0	132.249
14	Dagua	7	1	1	9	24,7	36.406
15	El Aguila	1	0	0	1	9,0	11.079
16	El Cairo	1	0	0	1	10,0	9.984
17	El Cerrito	7	2	0	9	15,7	57.464
18	El Dovio	3	0	0	3	35,3	8.508
19	Florida	10	0	1	11	18,9	58.129
20	Ginebra	3	0	0	3	14,3	21.047
21	Guacarí	1	1	0	2	5,8	34.525
22	Jamundí	20	1	0	21	17,6	119.566
23	La Cumbre	2	2	0	4	34,7	11.514
24	La Unión	7	1	1	9	23,9	37.711
25	La Victoria	0	0	1	1	7,5	13.253
26	Obando	0	0	0	0	0,0	14.978
27	Palmira	101	14	2	117	38,4	304.735
28	Pradera	10	1	0	11	19,9	55.147
29	Restrepo	1	0	0	1	6,2	16.232
30	Riofrío	3	0	0	3	20,4	14.725
31	Roldanillo	4	2	0	6	18,3	32.781
32	San Pedro	4	0	1	5	27,6	18.133
33	Sevilla	14	3	0	17	37,7	45.143
34	Toro	0	0	1	1	6,1	16.392
35	Trujillo	3	0	0	3	16,6	18.103
36	Tuluá	65	15	4	84	39,7	211.588
37	Ulloa	1	0	0	1	18,3	5.455
38	Versalles	0	0	1	1	13,9	7.215
39	Vijes	2	0	0	2	18,2	11.018
40	Yotoco	2	0	0	2	12,3	16.267
41	Yumbo	16	3	3	22	18,8	117.156
42	Zarzal	7	0	0	7	15,5	45.234
<b>TOTAL 2015</b>		<b>1395</b>	<b>213</b>	<b>60</b>	<b>1668</b>	<b>36,2</b>	<b>4.613.684</b>
<b>TOTAL 2014</b>		<b>1361</b>	<b>230</b>	<b>28</b>	<b>1639</b>	<b>35,9</b>	<b>4.566.875</b>

Fuente: Sivigila 2014-2015



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

De acuerdo a la incidencia estimada el municipio de Ansermanuevo presenta riesgo muy alto para la transmisión de la tuberculosis por presentar una incidencia superior a 50 casos x 100 mil habitantes, 13 de los 42 municipios presentan riesgo alto de transmisión con una incidencia entre 25 y 50 casos x 100 mil habitantes, 9 de ellos con incidencia superior al departamento, en su orden se encuentran Buenaventura, Argelia, Caicedonia, Cali, Buga, Tuluá, Palmira, Sevilla, El Dovio, La Cumbre, Cartago, Alcalá y San Pedro, llama la atención que 8 municipios no han reportados casos de tuberculosis.

Tabla. Incidencia de tuberculosis todas las formas de acuerdo al sexo y la edad por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Proporción de incidencia de tuberculosis en sexo masculino	A 2015 disminuir 50% la incidencia con respecto a la incidencia de 1990 (ODM). Por Plan estratégico TB Colombia libre de tuberculosis 2010-2015; línea de base 1993: incidencia de 32 casos por 100.000 habitantes.	11,9 x 100000 hab	11,8 x 100000 hab	10,0 x 100000 hab	13,3 x 100000 hab	47,0 x 100000 hab	45,0 x 100000 hab
Proporción de incidencia de tuberculosis en sexo femenino		6,6 x 100000 hab	6,3 x 100000 hab	6,4 x 100000 hab	6,7 x 100000 hab	26,0 x 100000 hab	27,3 x 100000 hab
Proporción de incidencia de tuberculosis todas las formas en menores de 15 años		2,5 x 100000 hab	2,1 x 100000 hab	1,8 x 100000 hab	1,7 x 100000 hab	8,2 x 100000 hab	8,6 x 100000 hab
Proporción de incidencia de tuberculosis todas las formas en mayores de 15 años		11,3 x 100000 hab	11,0 x 100000 hab	10,1 x 100000 hab	12,4 x 100000 hab	44,8 x 100000 hab	44,4 x 100000 hab
Proporción de incidencia de tuberculosis meningea en menores de 15 años		No hay casos	No hay casos	0,2 x 100000 hab	No hay casos	0,2 x 100000 hab	0,4 x 100000 hab
Proporción de incidencia de tuberculosis meningea en menores de 5 años		No hay casos	No hay casos	0,5 x 100000 hab	No hay casos	0,5x 100000 hab	0,6 x 100000 hab

Fuente: Sivigila 2014-2015

Para el 2015 en el departamento del Valle en total se reportaron (1050) casos nuevos de tuberculosis todas las formas en personas del sexo masculino para una incidencia de 47 casos por cada 100.000 hombres, mientras que en personas del sexo femenino se reportaron (618) casos nuevos para una incidencia de 26 casos de tuberculosis por cada 100.000 mujeres.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

De los (1668) casos nuevos de tuberculosis, se notificaron (89) casos en menores de 15 años para una incidencia de 8,2 casos de tuberculosis por cada 100.000 menores de 15 años, 2 casos en este grupo se confirmaron como meningitis tuberculosa. Con respecto al año 2014 en este grupo de edad se reportaron 4 casos, 2 de ellos se reportados en menores de 5 años para ambos años con una incidencia de 0,5 casos por 100.000 menores de 5 años.

Con respecto a las personas mayores de 15 años, (1579) de los (1668) casos nuevos se notificaron en este grupo de pacientes para una incidencia de 44,8 casos de tuberculosis por cada 100.000 mayores de 15 años.

Para el presente año el comportamiento de la incidencia es de riesgo alto en el departamento en personas tanto del sexo masculino, femenino y en las personas mayores de 15 años.

Tabla. Porcentaje de casos de acuerdo a la condición de ingreso al programa a los que se les realizó cultivo por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de casos previamente tratados de TB ( $\Sigma$ casos clasificados como recaídas, fracasos y con tratamiento después de pérdida al seguimiento) a los cuales se les realizó cultivo	100%	70%	80%	57%	39%	63%	50%
Porcentaje de casos de recaídas de TB a los cuales se les realizó cultivo	100%	79%	88%	47%	44%	69%	84%
Porcentaje de casos de fracasos de TB a los cuales se les realizó cultivo	100%	75%	0%	75%	0%	60%	20%
Porcentaje de casos de TB con tratamiento después de pérdida al seguimiento a los cuales se les realizó cultivo	100%	63%	73%	67%	55%	65%	95%

Fuente: Sivigila 2014-2015

En las semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2015 en el Valle del Cauca, de los 212 pacientes reportados como previamente tratados de tuberculosis (recaídas, fracasos y con tratamiento después de pérdida al seguimiento) a 134 de ellos (63%)

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

presentan registro de realización de cultivo, ubicando al departamento con un cumplimiento muy por debajo a lo esperado de 100%, sin embargo se observa un incremento de 13 puntos porcentuales con respecto al 2014 que alcanzó 50% evaluando 103 pacientes de los 208 casos previamente tratados.

Del total de casos confirmados como previamente tratados según clasificación, se encontró que (61) 69% pacientes reportados como recaídas de 89 se les realizó cultivo, de los (10) casos reportados como fracaso a (6) pacientes 60% tenían registro de realización del cultivo y de los 75 pacientes en tratamiento después de pérdida al seguimiento se realizó cultivo a (49) de ellos con 65% de cumplimiento. Con respecto al año 2014 para este mismo periodo de tiempo el cumplimiento fue menor para los casos de fracaso presentando 40% menos.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis que presentaron condición final muerte general y porcentaje de casos que presentaron tuberculosis como causa básica de muerte por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje del total de casos de TB todas la formas confirmados en el periodo que presentaron condición final muerte	No tiene	8%	10%	9%	4%	8%	7%
Porcentaje del total de casos confirmados de tuberculosis que presentaron causa basica de muerte TB.	No tiene	2%	4%	2%	1%	2%	4%

Fuente: Sivigila 2014 - 2015

Con relación a los casos de tuberculosis con condición final de fallecido, para el departamento se encontró por fuente Sivigila para el año 2015 un total (143) 8% de muertes en casos de tuberculosis todas las formas con un incremento de 1% con respecto al año 2014. De estos casos (32) fallecidos 2% correspondieron a casos que presentaron tuberculosis como causa básica de muerte, dato que puedes ser mayor si se registrarán los hallazgos de las unidades de análisis.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Porcentaje de casos de coinfección VIH-Sida/TB todas las formas y por tipo de TB por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Proporción de casos de tuberculosis todas las formas que presentan como comorbilidad VIH/Sida	Por encima de 5% considerar como un valor "alto" Como mínimo mantener estable o disminuir el porcentaje con respecto a años anteriores	18%	14%	18%	16%	16%	19%
Proporción de casos de tuberculosis pulmonar que presentan como comorbilidad VIH/Sida		15%	13%	16%	14%	15%	17%
Proporción de casos de tuberculosis extrapulmonar que presentan como comorbilidad VIH/Sida		27%	17%	24%	19%	21%	26%
Proporción de casos de tuberculosis meningea que presentan como comorbilidad VIH/Sida		58%	32%	43%	53%	46%	45%

Fuente: Sivigila 2014 - 2015

Para el año 2015 en el departamento del Valle, el 16% (309) de los casos de tuberculosis todas las formas confirmadas correspondieron a casos de coinfección TB/VIH, ubicando al Valle del Cauca en un porcentaje alto para este tipo de comorbilidad asociada a la tuberculosis al encontrarse dos veces por encima del valor esperado del 5%.

Con respecto a la coinfección VIH/Sida según tipo de tuberculosis, se encontró que del total de casos (1587) reportados como tuberculosis pulmonar 15% (230) pacientes presentaron coinfección TB/VIH, para los (226) casos reportados como tuberculosis extrapulmonar en 15% (48) pacientes presentaron este tipo de comorbilidad asociada observándose una disminución de 5 puntos porcentuales con respecto al año 2014 donde se registró (65) casos coinfectados TB/VIH de (246) pacientes reportados, por último de los (67) pacientes confirmados de meningitis tuberculosa el 46% (31) de los casos se reportaron con coinfección TB/VIH evidenciándose un aumento de 1% por esta comorbilidad en este grupo de pacientes con respecto al 2014.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Tasa de coinfección TB/VIH-Sida por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Tasa de coinfección TB/VIH en relación a la población general	No tiene	1,9 x 100000 hab	1,5 x 100000 hab	1,6 x 100000 hab	1,7 x 100000 hab	6,7 x 100000 hab	7,6 x 100000 hab

Fuente: Sivigila 2014 -2015

En el año 2015 se registró una tasa de coinfección TB/VIH de 6,7 casos por cada 100.000 habitantes en el departamento del Valle del Cauca con una reducción de 1 caso por 100.000 habitantes con respecto al año 2014.

Tabla. Porcentaje de casos menores de 5 años de meningitis tuberculosa con antecedente de vacunación con BCG por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Proporción de casos de TB meningea en menores 5 años que presentan antecedente de vacunación con BCG	No tiene	No hay casos	No hay casos	50%	No hay casos	50%	100%

Fuente: Sivigila 2014 -2015

Durante el año 2015 se notificaron 2 casos de meningitis tuberculosa en menores de 5 años, 1 de los cuales no reportó antecedente de vacunación con BCG evidenciando en el departamento un incumplimiento de la vacunación con BCG en este grupo de pacientes, donde se ha demostrado que la vacunación con BCG es una medida de prevención de formas graves de TB en menores de 5 años. Para el año inmediatamente anterior 100% de los casos confirmados de meningitis tuberculosa en menores de 5 años presentaban antecedente de vacunación por BCG.



### **Discusión:**

De acuerdo a los hallazgos del análisis de la información del siviigila para el año 2015 se puede evidenciar que la tuberculosis ha tenido un comportamiento estable con respecto al año anterior, con una incidencia de tuberculosis todas las formas por encima del nivel nacional que se estimó en 26,6 casos por 100 mil habitantes, facilitando la cadena de transmisión si la captación de sintomáticos respiratorios, la detección y curación de los casos no se realiza de forma oportuna, el diagnóstico de casos en poblaciones carcelarias e indigentes indica que este grupo debe tener un seguimiento continuo en las acciones de vigilancia desde el nivel departamental, así como también en el grupo gestantes por las complicaciones maternas y la transmisión vertical de la enfermedad.

Con respecto al régimen de afiliación a la seguridad social en salud se encontró que el mayor porcentaje se presentó en pacientes del régimen subsidiado y contributivo alcanzando el 88% del total de los casos, sin embargo, hay 184 pacientes que no tienen aseguramiento en salud por lo cual las direcciones locales deben enfocar sus esfuerzos por garantizar la afiliación en salud de forma prioritaria para estos pacientes. El 92% de los pacientes proceden de las cabeceras municipales, sin embargo, cerca de un 8% proceden de centros poblados y áreas rurales dispersas municipales, lo que indica que se debe prestar atención a las medidas para la captación y detección de pacientes en estas áreas.

De todos los casos de tuberculosis reportados al sistema, 11% (212) correspondían a casos previamente tratados, a estos pacientes se les debe garantizar toma de cultivo y pruebas de susceptibilidad que permita realizar un diagnóstico oportuno de la resistencia al ingreso del tratamiento, a pesar de este lineamiento obligatorio y al seguimiento realizado, se pudo evidenciar un cumplimiento de 63%, lo que puede estar indicando más una falta de ajuste en el sistema que un incumplimiento a la recomendación dada, por lo cual las DLS deben revisar y solicitar este ajuste a cada UPGD.

Con relación a los casos de tuberculosis con condición final de fallecido, para el departamento se encontró por fuente Siviigila un total (143) muertes, la revisar por fuente RUAF se evidencia que no todos los casos reportan la tuberculosis dentro de la causa básica, por lo que cada DLS y UPGD debe revisar ambas fuentes de información y realizar los respectivos ajustes. Así mismo se requiere revisión y



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

*Secretaría de Salud*

solicitud para el cumplimiento a las unidades de análisis de mortalidad por o con tuberculosis en conjunto con VIH/Sida desde las UPGD y direcciones locales de salud lo que permitirá definir la causa básica, determinar la tasa de mortalidad y generar acciones de mejora para disminuir la mortalidad por este evento.

Con respecto a la coinfección TB/VIH en el departamento del Valle, el 16 % (309) de los casos de tuberculosis todas las formas confirmados presentaban este tipo de comorbilidad, ubicando al Valle del Cauca en un porcentaje alto al encontrarse dos veces por encima del valor esperado del 5%. Por lo cual las líneas para el desarrollo del trabajo interprogramático con VIH, deben continuarse trabajando y fortaleciendo para el año 2016 con el fin de garantizar el tamizaje para VIH para todos los pacientes de tuberculosis y la búsqueda de tuberculosis en todos los pacientes de VIH, esto permitiría garantizar de forma oportuna el ingreso a programa VIH y el suministro de la terapia antirretroviral y en pacientes con VIH garantizar la quimioprofilaxis como medida preventiva para el desarrollo de la enfermedad en pacientes con una mayor probabilidad de desarrollarla.

A pesar del seguimiento a las direcciones locales de salud y UPGD se evidencia falta de ajustes al sistema de vigilancia, por lo tanto, las acciones de vigilancia deben estar reforzadas para el año 2016 en este aspecto, lo que permitirá realizar análisis y reportes con información más confiable.



**Informe de vigilancia tuberculosis farmacorresistente SE 52 año 2015.**

Tabla. Porcentaje de casos por entidad territorial de residencia y clasificación inicial del caso por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de casos TBFR de confirmado por laboratorio	Clasificación por laboratorio superior al 95 %	93%	95%	100%	81%	92%	93%
Porcentaje de casos TBFR de confirmado por clínica		7%	5%	0%	19%	8%	5%
Porcentaje de casos TBFR de confirmado por nexos epidemiológico		No hay casos	2%				

Fuente: Sivigila 2014 -2015

En cuanto a los casos de tuberculosis farmacorresistente reportados al Sivigila para el año 2015 según clasificación inicial del caso se encontró que, de los 75 casos notificados, (69) de ellos 92% tenían confirmación bacteriológica al momento del reporte, (6) casos 8% tenían confirmación por clínica y ningún paciente fue confirmado por nexos epidemiológico. Observando un incremento en 3 puntos porcentuales de casos confirmados clínicamente con respecto al año anterior. Se espera que la clasificación por laboratorio sea superior al 95%, por lo que este hallazgo podría indicar falta de ajuste en el resultado de pruebas de laboratorio para este tipo de tuberculosis.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente que presentaron condición final vivo o muerto por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje del total de casos confirmados de TBFR que presentaron condición final vivo	No tiene	89%	95%	67%	94%	88%	93%
Porcentaje del total de casos confirmados de TBFR que presentaron condición final muerte	No tiene	11%	5%	33%	6%	12%	7%

Fuente: Sivigila 2014 -2015



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Para el año 2015 se encontró que de los 75 casos con tuberculosis farmacorresistente reportados al sistema, (9) de ellos 12% presentaron condición final de fallecido con un comportamiento superior en 5% con respecto al 2014 donde fallecieron (3) pacientes 7% de los 41 reportados al sistema de vigilancia.

Tabla. Porcentaje de casos de TB farmacorresistente de acuerdo a tipo de tuberculosis por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de casos de TB FR confirmados de tuberculosis pulmonar	Sin establecer	100%	100%	92%	100%	99%	95%
Porcentaje de casos de TB FR confirmados de tuberculosis extrapulmonar	Sin establecer	0%	0%	8%	0%	1%	5%

Fuente: Sivigila 2014 -2015

Para el año 2015 de los 75 casos confirmados, 74 de ellos (99%) tenían reporte de tuberculosis pulmonar observándose un incremento de 4% comparado con el año 2014, sólo 1 paciente (1%) se reportó como tuberculosis extrapulmonar. La localización anatómica de la tuberculosis extrapulmonar corresponde a meníngea.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente de acuerdo al antecedente de tratamiento por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente en casos nuevos	Se espera que sea mayor la resistencia en casos previamente tratados que en casos nuevos,	59%	65%	75%	56%	63%	46%
Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente en casos previamente tratados.		41%	35%	25%	44%	37%	54%

Fuente: Sivigila 2014 -2015



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Durante el año 2015, de los 75 casos confirmados, el 63% (47) de los casos de tuberculosis farmacorresistente notificados corresponden a casos nuevos con un incremento de 16 puntos porcentuales con respecto al año 2014, 37% (28) corresponden a casos previamente tratados. Se espera que sea mayor la resistencia en casos previamente tratados que en casos nuevos, sin embargo, en el Valle del Cauca este comportamiento puede ser diferente debido a la disponibilidad de pruebas moleculares para la detección oportuna de la resistencia a fármacos antituberculosis en casos nuevos.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente previamente tratados, según condición de ingreso a tratamiento por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador				
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015
Proporción de casos de TBFR clasificados como recaída	No aplica	22%	20%	33%	20%	23%
Proporción de casos con tratamiento después de pérdida al seguimiento	No aplica	56%	20%	33%	20%	36%
Proporción de casos de TBFR clasificados como fracaso	No aplica	22%	60%	33%	60%	41%

Fuente: Sivigila 2015

Con respecto a la condición de ingreso de los casos previamente tratados, se encontró que (5) pacientes 23% se reportaron como recaídas, (8) pacientes 36% como casos con tratamiento después de pérdida al seguimiento y (9) de ellos 41% notificados como fracaso.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Porcentaje de casos de TB FR de acuerdo al antecedente de tratamiento y tipo de resistencia por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Proporción de casos de TBFR nuevos con TB monorresistente	No aplica	19%	50%	33%	44%	35%	37%
Proporción de casos de TBFR nuevos con TB MDR	No aplica	33%	10%	42%	0%	21%	7%
Proporción de casos de TBFR nuevos con TB PLR	No aplica	4%	5%	0%	6%	4%	2%
Proporción de casos de TBFR nuevos con TB XDR	No aplica	0%	5%	0%	0%	1%	0%
Proporción de casos de TBFR nuevos en proceso de confirmación resistencia	No aplica	4%	0%	0%	6%	3%	2%
Proporción de casos de TBFR previamente tratados con TB monorresistente	No aplica	11%	20%	17%	19%	16%	24%
Proporción de casos de TBFR previamente tratados con TB MDR	No aplica	19%	10%	8%	19%	15%	15%
Proporción de casos de TBFR previamente tratados con TB PLR	No aplica	4%	0%	0%	1%	2%	2%
Proporción de casos de TBFR previamente tratados con TB XDR	No aplica	0%	5%	0%	0%	1%	0%
Proporción de casos de TBFR previamente tratados en proceso de confirmación resistencia	No aplica	7%	0%	0%	6%	4%	10%

Fuente: Sivigila 2014 -2015

Con respecto a la proporción de casos nuevos y previamente tratados según tipo de resistencia se encontró para el año 2015 que 35% (26) de casos nuevos de TB FR correspondían a TB Monorresistente, 21% (16) casos de TB FR nuevos corresponden a TB MDR, 4% (3) casos de TB FR nuevos corresponden a TB Polirresistente, no se reportaron casos XDR en pacientes nuevos y (2) casos 3% se encontraban en proceso de confirmación de la resistencia 1 punto porcentual por encima con respecto al año 2014, lo que evidencia falta de ajuste en los resultados de pruebas de susceptibilidad.

De los casos previamente tratados se encontró que 16% (12) de los casos de TB FR corresponden a casos TB Monorresistente, 15% (11) corresponden a casos TB MDR, 1% (1) caso corresponden a TB Polirresistente y (1) caso 1% se reportó como TB XDR mientras que para el año inmediatamente anterior no se presentaron casos por este tipo de resistencia y (3) casos 4% se encontraban en proceso de confirmación de resistencia 5 puntos porcentuales por debajo con respecto al año anterior.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Proporción de casos de TB FR con presencia de factores de riesgo y comorbilidades general y específico por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de factores de riesgo	No aplica	67%	75%	67%	81%	72%	66%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de comorbilidades	No aplica	37%	30%	50%	56%	41%	29%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de factor de riesgo con contacto con pacientes farmacorresistentes	No aplica	28%	7%	25%	15%	19%	19%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de factor de riesgo de farmacodependencia	No aplica	50%	27%	38%	31%	37%	22%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de comorbilidades diabetes	No aplica	20%	50%	17%	22%	26%	8%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de comorbilidades enfermedad renal	No aplica	0%	0%	0%	11%	3%	25%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de comorbilidades VIH/sida	No aplica	20%	17%	0%	33%	19%	33%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de desnutrición	No aplica	40%	33%	17%	22%	29%	25%
Fuente: Sivigila 2014							

Para el año 2015, con respecto a los 75 casos notificados de tuberculosis farmacorresistente con factores de riesgo y comorbilidades se encontró que 54 pacientes (72%) de los casos TB FR tienen factores de riesgo y 31 pacientes (41%) de ellos tienen algún tipo de comorbilidad asociada 12% más con respecto al 2014. Dentro de los 54 casos con factor de riesgo reportado 10 pacientes (19%) presentaban como factor de riesgo ser contacto de paciente farmacorresistente, 20 pacientes (37%) se notificaron con factor de riesgo farmacodependencia 15% por encima con relación al año anterior.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Del total de casos de TB FR notificados con comorbilidades, 8 pacientes (26%) presentaban comorbilidad diabetes 18% por encima con respecto al 2014, el (19%) 6 pacientes presentaron coinfección de VIH con un descenso de 18 puntos porcentuales con respecto al 2014 y 9 pacientes (29%) presentaban desnutrición al momento del reporte.

Tabla. Porcentaje de casos de TB FR asesorados y que aceptan la realización de prueba voluntaria por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Evaluar el porcentaje de pacientes de TB FR que aceptan la realización de prueba voluntaria de VIH. Mide la efectividad de la asesoría realizada	100%	89%	95%	83%	81%	88%	89%
Fuente: Sivigila 2014 -2015							

El 88% (66) de los casos confirmados de TB FR del 2015 fueron asesorados y aceptaron la realización de la prueba voluntaria de VIH, dato similar al año inmediatamente anterior, estando por debajo de lo esperado del 100%.

Tabla. Porcentaje de coinfección TB FR /VIH-SIDA por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Permite evidenciar el comportamiento de la coinfección TB/VIH con diagnóstico nuevo o previo	Alto mayor del 5 %	11%	10%	0%	19%	11%	12%
Fuente: Sivigila 2014 -2015							

En el 2015 la proporción de coinfección TB/VIH en pacientes con diagnóstico previo y nuevo en el Valle del Cauca fue de 11% con un total de 8 pacientes, dato similar al año 2014. Porcentaje alto para el departamento dado que se espera que este porcentaje no supere el 5%.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Porcentaje de correlación información de casos notificados al Sivigila evento TB FR/ LSPD/Programa de control de TB por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de correlación de los datos de casos de tuberculosis farmacorresistente reportados a través del Sivigila en comparación con los datos registrados por el PCT, LSPD	Lograr más del 90% de correlación entre el Sivigila, programa., laboratorio	93%	100%	83%	69%	88%	82%

Fuente Sivigila-Programa TBFR 2014 -20145

Con respecto a la correlación de casos entre el Sivigila y programa de tuberculosis farmacorresistente para el año 2015 en el departamento presentó una concordancia de 88% con un incremento de seis puntos porcentuales comparado con el año 2014 donde la concordancia alcanzó 82%, sin embargo, el departamento presenta un porcentaje inferior al límite esperado del 90%

## Discusión:

Según el análisis de los indicadores para tuberculosis farmacorresistente en el año 2015 se pudo evidenciar que 92% (69) de 75 casos reportados contaban con confirmación bacteriológica con una disminución de 1 punto porcentual de casos confirmados bacteriológicamente con respecto al año anterior, porcentaje debajo de lo esperado superior al 95%, por lo que este hallazgo podría indicar falta de ajuste en el resultado de pruebas de laboratorio, las DLS deben solicitar la revisión y el registro del ajuste de esta variable de acuerdo al resultado de las pruebas genotípicas y fenotípicas, lo que permitirá tener un dato más aproximado confiable de la resistencia a fármacos antituberculosis en el departamento.

Con relación a la mortalidad por tuberculosis farmacorresistente reportados al sistema, 9 de ellos presentaron condición final de fallecido 5 puntos porcentuales por encima respecto al año 2014, como en tuberculosis sensible estos casos deben ser analizados bajo la metodología ruta de la vida con la identificación de demoras, cada DLS y UPGD debe revisar las fuentes de información para garantizar una correlación entre RUAF y Sivigila, realizando las unidades de análisis de mortalidad para definir la causa básica y determinar la los retrasos que llevaron a la muerte de estos pacientes dado que se cuenta con disponibilidad en el tratamiento categoría IV desde el nivel nacional.



Entre los casos nuevos y previamente tratados según tipo de resistencia se observó que en el departamento se reportaron 27 de los 75 casos (36%) con tuberculosis multidrogoresistente superior a lo reportado en el estudio de vigilancia de resistencia realizado en Colombia durante los años 2004 y 2005 donde la de TB MDR fue de 31%, estos casos requieren seguimiento estricto al cumplimiento del manejo programático y de vigilancia dado el riesgo de una tuberculosis extremada y totalmente resistente. Sin embargo, tanto el programa de tuberculosis sensible como resistente requieren de una adecuada implementación de las acciones de control para prevenir resistencia y amplificación de la misma.

Del total de casos de TB FR notificados con comorbilidades, el (19%) 6 pacientes presentan coinfección de VIH, este grupo de pacientes requiere de un manejo especial debido a un mayor riesgo de mortalidad por lo que es de vital importancia que las DLS y UPGD revisen el manejo integral y el fortalecimiento de las acciones interprogramáticas para el fortalecimiento en conjunto frente al control de ambas enfermedades.

Todos los casos de tuberculosis resistente requieren de un manejo integral de acuerdo a la resistencia por lo anterior las DLS y UPGD deben revisar y garantizar el manejo por especialista, así como también preparar los casos para presentación ante el comité de Comité Técnico Regional de Casos Especiales de Tuberculosis dando cumplimiento a lo establecido en el protocolo de vigilancia del evento.



### Informe de vigilancia de Lepra SE 1 a 52 año 2015.

Tabla. Proporción de casos de lepra según clasificación de ingreso por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Proporción de casos nuevos de lepra	No tiene	100%	100%	93%	80%	91%	91%
Proporción de casos recidivas de lepra	No tiene	0%	0%	0%	7%	2%	6%

Fuente: Sivigila 2014 -2015

Para el año 2015 en el departamento del Valle se notificaron en total (43) casos de lepra, 39 (91%) corresponden a casos nuevos, 1 (2%) caso se reportó como recidiva de la enfermedad. Con respecto al año 2014 donde se registraron dos casos de recidivas se presentó un aumento en 4 puntos porcentuales con respecto al presente año.

Tabla. Tasa de detección de casos nuevos por 100 mil habitantes por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Se define como el número de casos nuevos de lepra que se desarrollan en una población	No definida	0,2 x 100000 hab	0,04 x 100000 hab	0,3 x 100000 hab	0,3 x 100000 hab	0,8 x 100000 hab	0,7 x 100000 hab

Fuente: Sivigila 2014 -2015

En el Valle se notificaron para el año 2015, 39 casos nuevos de lepra, analizándolo para la población DANE estimada para el 2015 de 4613684 de habitantes, se estimó una detección de 0,8 casos por 100.000 habitantes, ubicando al Departamento del Valle en un riesgo bajo para enfermedad de Lepra al tener menos de 1 caso por 100.000 habitantes. Con respecto al año 2014 donde se reportaron en total 30 casos nuevos al sistema, la detección aumentó en 9 casos.

Parámetros:

Riesgo bajo: Menor o igual a 1 casos x 100 mil habitantes

Riesgo Medio: 1 a 2,9 casos x 100.000 habitantes

Riesgo Alto: Mayor o igual a 3 casos por 100 mil habitantes

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Tasa de detección de casos de lepra por 100 mil habitantes según municipio de residencia del Valle del Cauca por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015.

TASA DETECCIÓN CASOS DE LEPRO POR MUNICIPIOS VALLE							
AÑO		2014			2015		
Nº	Municipios	Casos nuevos	Población	Incidencia	Casos nuevos	Población	Incidencia
1	Alcalá	1	20930	4,78	0	21364	0,00
2	Andalucía	1	17838	5,61	0	17815	0,00
3	Ansermanuevo	0	19666	0,00	0	19563	0,00
4	Argelia	0	6462	0,00	0	6442	0,00
5	Bolívar	0	13652	0,00	0	13480	0,00
6	Buenaventura	0	392054	0,00	0	399764	0,00
7	Buga	3	115432	2,60	2	115234	1,74
8	Bugalagrande	0	21220	0,00	0	21171	0,00
9	Caicedonia	0	29928	0,00	0	29830	0,00
10	Cali	11	2344734	0,47	13	2369821	0,55
11	Calima-Darién	0	15733	0,00	0	15763	0,00
12	Candelaria	1	80485	1,24	2	81700	2,45
13	Cartago	0	131545	0,00	3	132249	2,27
14	Dagua	1	36282	2,76	1	36406	2,75
15	El Aguila	0	11026	0,00	0	11079	0,00
16	El Cairo	0	9914	0,00	0	9984	0,00
17	El Cerrito	2	57177	3,50	3	57464	5,22
18	El Dovio	0	8597	0,00	0	8508	0,00
19	Florida	2	57911	3,45	2	58129	3,44
20	Ginebra	0	20857	0,00	0	21047	0,00
21	Guacarí	2	34234	5,84	0	34525	0,00
22	Jamundí	0	117117	0,00	1	119566	0,84
23	La Cumbre	0	11464	0,00	0	11514	0,00
24	La Unión	0	37076	0,00	1	37711	2,65
25	La Victoria	0	13341	0,00	0	13253	0,00
26	Obando	2	14911	13,41	1	14978	6,68
27	Palmira	1	302727	0,33	5	304735	1,64
28	Pradera	0	54470	0,00	0	55147	0,00
29	Restrepo	0	16185	0,00	0	16232	0,00
30	Riofrío	0	14957	0,00	0	14725	0,00
31	Roldanillo	0	32963	0,00	0	32781	0,00
32	San Pedro	2	17882	11,18	1	18133	5,51
33	Sevilla	0	45425	0,00	0	45143	0,00
34	Toro	0	16333	0,00	0	16392	0,00
35	Trujillo	1	18158	5,51	0	18103	0,00
36	Tuluá	4	209086	1,91	4	211588	1,89
37	Ulloa	0	5490	0,00	0	5455	0,00
38	Versalles	1	7318	13,66	0	7215	0,00
39	Vijes	0	10886	0,00	0	11018	0,00
40	Yotoco	0	16195	0,00	0	16267	0,00
41	Yumbo	0	114427	0,00	0	117156	0,00
42	Zarzal	2	44787	4,47	0	45234	0,00
<b>TOTAL</b>		<b>37</b>	<b>4566875</b>	<b>0,81</b>	<b>39</b>	<b>4613684</b>	<b>0,85</b>

Fuente: Programa – Sivigila 2014 - 2015

NIT: 890399029-5  
Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·  
Teléfono: 6200000 ext: 1659  
sivigilavalle@gmail.com  
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

De los 42 municipios del Valle, 31%(13) de ellos han reportado casos nuevos de lepra para el año 2015, 11 municipios presentan riesgo alto por esta enfermedad con una incidencia superior a 1 caso por 100.000 habitantes. (Obando, San Pedro y Florida) presentan la tasa de detección más alta del departamento.

Tabla. Detección de casos nuevos de lepra de acuerdo al sexo y la edad x 100 mil habitantes Valle del Cauca por 100 mil habitantes por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015.

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Tasa de incidencia de lepra en hombres	No tiene	0,2 x 100000 hab	0,04 x 100000 hab	0,4 x 100000 hab	0,4 x 100000 hab	1,0 x 100000 hab	0,8 x 100000 hab
Tasa de incidencia de lepra en mujeres	No tiene	0,3 x 100000 hab	0,04 x 100000 hab	0,3 x 100000 hab	0,2 x 100000 hab	0,7 x 100000 hab	0,6 x 100000 hab
Tasa de incidencia de lepra en menores de 15 años	No tiene	No hay casos	No hay casos	No hay casos	No hay casos	No hay casos	No hay casos
Tasa de incidencia de lepra en mayores de 15 años	No tiene	0,3 x 100000 hab	0,06 x 100000 hab	0,4 x 100000 hab	0,3 x 100000 hab	1,1 x 100000 hab	0,9 x 100000 hab

Fuente: Sivigila 2014 -2015

En el departamento del Valle, la incidencia de Lepra según sexo para el año 2015 ajustada por la población Dane de 2378331 mujeres y 2235353 hombres, se calculó en 0,7 casos por 100.000 mujeres y 1,0 caso por 100.000 hombres.

Con relación a la proporción de los casos según sexo, se encontró que de los (39) casos nuevos diagnosticados, 17 casos correspondieron al sexo femenino y 22 de ellos al sexo masculino, lo cual da una proporción de 44% de casos nuevos en mujeres y 56% en hombres.

De los 43 casos nuevos reportados, ningún caso se presentó en menores de 15 años para ambos años. La incidencia para mayores de 15 años se estimó en 1,1 casos por 100.000 habitantes mayores de 15 años.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Porcentaje de casos nuevos según clasificación bacteriológica (MB o PB) por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Proporción de casos de lepra nuevos con clasificación bacteriológica (paucibacilar)	Aumentar la captación de casos paucibacilares	46%	50%	38%	50%	44%	33%
Proporción de casos de lepra nuevos con clasificación bacteriológica (multibacilar)		55%	50%	64%	50%	56%	67%

Fuente: Sivigila 2014 -2015

Para el año 2015 de los (39) casos nuevos diagnosticados, evaluados según grado de bacilaridad, se encontró que (17) casos 44% fueron paucibacilares y (22) de ellos 56% multibacilares, con un incremento de 10% en los casos paucibacilares con respecto al año anterior, sin embargo, este hallazgo continua indicando un diagnóstico tardío por esta enfermedad, se espera una mayor proporción de casos paucibacilares.

Tabla. Porcentaje de casos nuevos de lepra con discapacidad por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de casos nuevos con grado de discapacidad 1	Aumentar a 80% los casos nuevos detectados sin discapacidad, en el año 2010. (Grado 0)	46%	100%	43%	25%	41%	10%
Porcentaje de casos nuevos con grado de discapacidad 2		9%	0%	21%	8%	13%	7%

Fuente: Sivigila 2014 -2015

Durante las semanas epidemiológicas 1 a 2452 de 2015, de los (43) casos nuevos, (16) pacientes 41% presentaron grado de discapacidad 1 con un incremento de 31 puntos porcentuales con respecto al año 2014, 5 pacientes 13% presentó discapacidad grado 2. El departamento para el año 2015 reportó (18) pacientes diagnosticados sin discapacidad muy por debajo de la meta establecida de 80% de casos nuevos detectados sin discapacidad.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Porcentaje de casos notificados que presentaron leproreacción por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de lepro reacción tipo I en casos nuevos de Lepra	No tiene	18%	0%	0%	0%	5%	15%
Porcentaje de lepro reacción tipo II en casos nuevos de Lepra		9%	0%	20%	0%	9%	6%

Fuente: Sivigila 2014 -2015

Con respecto al porcentaje de leproreacciones presentada en los pacientes con diagnóstico de la enfermedad se encontró que (2) pacientes 5% de los 43 casos notificados presentó leproreacción tipo 1, (4) pacientes 9% presentó leproreacción tipo 2, comparado con el 2014 donde se reportaron 5 (15%) pacientes que presentaron leproreacción tipo I y 2 pacientes (6%) leproreacción tipo II, se observa una disminución de 10% en las leproreacciones de tipo I mientras que las de tipo II se observó un incremento de 3%.

Tabla. Prevalencia de Lepra por 10 mil habitantes año 2015. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador
		Año 2015	Año 2014
Se define como el número de casos nuevos y que se encuentran en tratamiento de lepra en una población	Prevalencia menor a un caso por 10.000 habitantes	0,14	0,13

Fuente: Sivigila - Programa control Lepra 2014-2015

En el Valle para el año 2015, 63 casos de lepra se encontraban en tratamiento, analizándolo para la población DANE estimada para el 2015 de 4613684 de habitantes, se estimó una prevalencia de 0,14 casos por 10.000 habitantes, ubicando al Departamento del Valle en control de la enfermedad al tener menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Con respecto al año 2014 donde se reportaron en total 58 casos en tratamiento, la prevalencia se mantiene similar para el presente año.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Prevalencia de lepra x 10 mil habitantes según municipio del Valle del Cauca - año 2015.

PREVALENCIA LEPROSA POR MUNICIPIOS VALLE							
AÑO		2014			2015		
Nº	Municipios	Casos en tto	Población	Prevalencia	Casos en tto	Población	Prevalencia
1	Alcalá	1	20930	0,48	0	21364	0,00
2	Andalucía	1	17838	0,56	0	17815	0,00
3	Ansermanuevo	0	19666	0,00	0	19563	0,00
4	Argelia	0	6462	0,00	0	6442	0,00
5	Bolívar	0	13652	0,00	0	13480	0,00
6	Buenaventura	1	392054	0,03	0	399764	0,00
7	Buga	5	115432	0,43	3	115234	0,26
8	Bugalagrande	0	21220	0,00	1	21171	0,47
9	Caicedonia	0	29928	0,00	0	29830	0,00
10	Cali	29	2344734	0,12	22	2369821	0,09
11	Calima-Darién	0	15733	0,00	0	15763	0,00
12	Candelaria	1	80485	0,12	1	81700	0,12
13	Cartago	0	131545	0,00	3	132249	0,23
14	Dagua	1	36282	0,28	1	36406	0,27
15	El Aguila	0	11026	0,00	0	11079	0,00
16	El Cairo	0	9914	0,00	0	9984	0,00
17	El Cerrito	2	57177	0,35	3	57464	0,52
18	El Dovio	0	8597	0,00	0	8508	0,00
19	Florida	2	57911	0,35	3	58129	0,52
20	Ginebra	0	20857	0,00	0	21047	0,00
21	Guacarí	2	34234	0,58	2	34525	0,58
22	Jamundí	0	117117	0,00	2	119566	0,17
23	La Cumbre	0	11464	0,00	0	11514	0,00
24	La Unión	0	37076	0,00	1	37711	0,27
25	La Victoria	0	13341	0,00	1	13253	0,75
26	Obando	1	14911	0,67	2	14978	1,34
27	Palmira	4	302727	0,13	8	304735	0,26
28	Pradera	0	54470	0,00	0	55147	0,00
29	Restrepo	0	16185	0,00	0	16232	0,00
30	Riofrío	0	14957	0,00	0	14725	0,00
31	Roldanillo	0	32963	0,00	0	32781	0,00
32	San Pedro	2	17882	1,12	2	18133	1,10
33	Sevilla	0	45425	0,00	0	45143	0,00
34	Toro	0	16333	0,00	0	16392	0,00
35	Trujillo	1	18158	0,55	1	18103	0,55
36	Tuluá	3	209086	0,14	6	211588	0,28
37	Ulloa	0	5490	0,00	0	5455	0,00
38	Versalles	1	7318	1,37	0	7215	0,00
39	Víjes	0	10886	0,00	0	11018	0,00
40	Yotoco	0	16195	0,00	0	16267	0,00
41	Yumbo	0	114427	0,00	0	117156	0,00
42	Zarzal	1	44787	0,22	1	45234	0,22
<b>TOTAL</b>		<b>58</b>	<b>4566875</b>	<b>0,13</b>	<b>63</b>	<b>4613684</b>	<b>0,14</b>

Fuente: Sivigila - Programa Control de Lepra 2014- 2015

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Con relación a la prevalencia de lepra para el año 2015 se encontró que el departamento presenta control de la enfermedad al estimarse la prevalencia en 0,14 casos por 10 mil habitantes con 63 pacientes en tratamiento siendo similar al 2014 donde se estimó en 0,13 casos por 10 hab. Para el presente año dos municipios (San Pedro y Obando) presentaron una prevalencia superior a 1 caso por 10 mil habitantes estimándose en 1,34 y 1,10 casos por 10 mil habitantes respectivamente.

Tabla. Porcentaje de correlación información Sivigila y Programa de Control de la lepra por periodo epidemiológico. SE 1 a 52 año 2015.

Indicador	Meta	Valor indicador					
		1 trimestre	2 trimestre	3 trimestre	4 trimestre	Año 2015	Año 2014
Porcentaje de correlación de los datos de casos de lepra reportados a través del Sivigila en comparación con los datos registrados por el programa de control de la lepra	Lograr más del 90% de correlación entre el Sivigila y el Programa	100%	100%	67%	88%	94%	87%

Fuente Sivigila-Programa: 2014-2015

Con respecto a la correlación de casos entre el Sivigila y programa de lepra para el año 2015 en el departamento presentó una concordancia de 94% siendo superior al año 2014 donde la concordancia fue de 87%. El departamento alcanza un porcentaje superior al límite esperado del 90%.

## Discusión

Con relación a la notificación de los casos de lepra para el año 2015, se evidencia un mayor reporte con respecto al año anterior pasando de 33 a 43 casos, a pesar del incremento de casos y de la revisión e informe a los municipios se podría pensar en un subregistro de casos detectados, por lo que las DLS deben continuar realizando seguimiento directo a cada UPGD y evaluar el cumplimiento de la notificación.

Los casos de recidivas para enfermedad de lepra requieren de evaluación para determinar si cumplen con este criterio, por lo tanto, para el caso reportado se solicitó a la dirección local de salud la revisión encontrando que este caso corresponde a un caso nuevo por lo cual se solicitó el respectivo ajuste en el sistema.



El departamento del Valle de acuerdo a la población DANE estimada para el 2015 de 4.613.684 de habitantes, se estimó una detección de 0,8 casos por 100.000 habitantes con un riesgo bajo para enfermedad de Lepra sin embargo, de los 13 municipios que han reportado casos de lepra para el año 2015, 11 municipios presentan riesgo alto por esta enfermedad con una incidencia superior a 1 caso por 100.000 habitantes tanto para el año 2014 como 2015, por lo que se requiere que las DLS revisen el cumplimiento de la investigación epidemiológica de campo y las acciones colectivas de vacunación a convivientes en los municipios con casos reportados.

De los (39) casos nuevos diagnosticados, (56%) 22 pacientes eran multibacilares, con una disminución de 10% con respecto al año anterior, y (21) pacientes (54%) presentaron grado de discapacidad 1 y 2, estos hallazgos continúan indicando un diagnóstico tardío por esta enfermedad dado que se espera una mayor proporción de casos paucibacilares y un 80% de casos nuevos detectados sin discapacidad.

### **Conclusiones y Recomendaciones**

Pese a las múltiples acciones encaminadas para el fortalecimiento de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública en el departamento entre las cuales se encuentran capacitaciones, informes en los diversos escenarios de tuberculosis, tuberculosis farmacorresistente, lepra y VIH y asistencias técnicas en los aspectos de vigilancia y programáticos a las diferentes actores del sistema de salud, el Sivigila continua presentando falencias en la oportunidad de los reportes, ajustes y en la totalidad de la notificación de los casos, dificultando el análisis e informe de algunas variables con datos no confiables, así como también dificultando la realización de datos comparables entre los diferentes periodos y años.

Dentro de las acciones puntuales realizadas por el departamento están la revisión e informe semanal a las direcciones locales para ajuste de los casos desde la unidad primaria generadora de datos, determinando un plazo y seguimiento a los mismos, sin embargo se observa que este proceso se realiza de forma lenta o no se realiza por cada entidad competente, así mismo el Sivigila requiera revisión para determinar la cantidad de variables que hacen que el sistema de vigilancia sea robusto y complejo e incluya variables poco útiles al momento de realizar la notificación al sistema y de realizar los análisis.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Se observa dificultad para las DLS en conocer la totalidad de los casos reportados al sistema por cada uno de los eventos, por lo que en múltiples ocasiones el caso se vuelve a notificar llevando a reprocesos y haciendo más complejo el análisis de la información.

Es claro que la falta de recurso humano idóneo y continuo imposibilita desde el nivel departamental y desde cada actor del sistema mantener y garantizar el adecuado y oportuno registro y ajuste de los datos en el sistema de vigilancia, siendo una necesidad primordial garantizar este recurso, así como también realizar un mayor control y vigilancia desde el nivel municipal y departamental al cumplimiento de la notificación como a las reuniones de evaluación de casos y a los ajustes requeridos de acuerdo al protocolo del evento.

La correlación caso a caso semanal para las variables de interés con fuente de programa es tanto para tuberculosis, tuberculosis farmacorresistente como lepra de vital importancia dado que una información confiable al momento del análisis es de gran utilidad para la toma de decisiones, para la planeación y ejecución de proyectos y actividades en todos los niveles.

Es evidente la falta de notificación y ajuste de casos de mortalidad por tuberculosis y VIH dado que por RUAF es mayor el número de fallecimientos por esta enfermedad, si este aspecto no mejora el nivel nacional debe evaluar si se requiere que la mortalidad por tuberculosis sea de notificación obligatoria.

Es importante garantizar capacitación para el desarrollo de las mismas lo cual permitirá determinar la causa básica de la muerte y la evitabilidad. Es importante además realizar capacitación en el diligenciamiento de los certificados de defunción con un seguimiento continuo al adecuado registro, igualmente se requiere estandarizar los formatos de resumen de historia clínica, acta y plan de mejora, lo cual garantizaría un análisis adecuado del caso y permitiría realizar análisis con una mayor precisión.

Es importante que el departamento garantice la continuidad del equipo de vigilancia que mantenga el seguimiento continuo a las direcciones locales de salud y realice de forma sostenida la revisión al cumplimiento de las recomendaciones dadas.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

*Secretaría de Salud*

Se requiere mantener desde el ente departamental el acompañamiento continuo a las Direcciones Locales de Salud para la implementación de las diferentes acciones de la vigilancia y de programa con un equipo conformado preferiblemente por zonas donde se revisen los diferentes frentes incluyendo la coinfección VIH y la tuberculosis infantil.

Las acciones interprogramáticas deben continuar fortaleciéndose para promover un mejor control de la coinfección TB/VIH en la región con participación conjunta de responsables de ambos programas.

Se recomienda la inclusión en todos los espacios de la comunidad para facilitar el empoderamiento y apoyo fundamental como requisito indispensable para el control de la enfermedad tuberculosa y de lepra.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL AÑO 2015

*Víctor Hugo Muñoz Villa, Psicólogo, Magister en Epidemiología  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS EN EL VALLE DEL CAUCA 2015

#### Introducción

Las intoxicaciones por sustancias químicas son causa de morbilidad y discapacidad importante y se estima que la carga de enfermedad atribuida a exposición ambiental y manejo de ciertas sustancias químicas asciende a 4.9 millones de muertes (8,3% de la carga global de enfermedad), y 86 millones de años de vida ajustados a discapacidad AVADs (5,7% del total). Los productos químicos implicados en las intoxicaciones agudas, y los plaguicidas involucrados en las intoxicaciones voluntarias, contribuyen aproximadamente con 375.000, 240.000 y 186.000 muertes anuales, respectivamente.

La conferencia internacional sobre la Gestión de Productos Químicos – ICCM, llevada a cabo en Dubái en 2006, adoptó y formalizó el Enfoque Estratégico para la Gestión de Sustancias Químicas a nivel Internacional (SAICM), proyecto que tiene básicamente cinco objetivos principales: i) Reducción del riesgo, ii) Conocimiento e información, iii) Gobernanza, iv) Creación de capacidad y cooperación técnica y v) el control del tráfico internacional ilícito.

Desde el año 2003, Colombia cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica para las intoxicaciones por sustancias químicas, el cual fue reglamentado en el año 2006, mediante la creación del Sistema de Vigilancia de Eventos en Salud Pública-Sivigila, definiendo claramente la vigilancia rutinaria de intoxicaciones agudas por plaguicidas. Durante el período del 2010 al 2012 se notificaron al Sivigila 23.844, 27.126 y 27.252 casos de intoxicaciones por sustancias químicas (plaguicidas, medicamentos, metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas), respectivamente.

Se debe mencionar que, dentro de las sustancias químicas, se encuentran grupos muy diversos como son: las sustancias psicoactivas, medicamentos, gases, plaguicidas, solventes, metales pesados, metanol y otras sustancias químicas. Muchas de las intoxicaciones son voluntarias con intencionalidad suicida (entre el 40 y 50%), lo cual obliga a que el control y prevención de las intoxicaciones debe tener un carácter multidisciplinario e intersectorial para así tener mayor efectividad en cualquier acción a desarrollar en este campo.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



Para el 2013, el mayor porcentaje de intoxicaciones por sustancias químicas correspondieron a intoxicaciones por medicamentos (32,13%), seguidos de intoxicaciones por plaguicidas (29,17%) e intoxicaciones por sustancias psicoactivas (16,94%); concentrando el mayor número de eventos en las entidades territoriales de Bogotá, Antioquia, Valle, Nariño y Huila. De forma comparativa en los últimos cinco años, se ha ido incrementando la notificación del número total de eventos de intoxicación por sustancias químicas debido al fortalecimiento del sistema de vigilancia por parte de las entidades territoriales de salud.

El presente informe contiene un análisis de epidemiología descriptiva correspondiente a las intoxicaciones por sustancias químicas ocurridas en el Valle del Cauca (evento 365), durante el año 2015.

### **Metodología**

A continuación, se listan los procedimientos preliminares llevados a cabo para el manejo de la información proveniente del Sivigila aquí presentada:

- Se eliminan los registros duplicados (misma fecha del hecho y misma identificación).
- Se eliminan los casos descartados (letra D en la variable ajuste)
- Se eliminan los registros procedentes de otros departamentos.
- Se eliminan los registros duplicados de personas reincidentes. Es decir, que fueron atendidos más de una vez por un evento similar en el año 2015, en el departamento del Valle del Cauca.
- Para el análisis de las edades, los tipos de edad diferentes de uno (1), es decir a los registros de las personas con días, meses, horas o minutos de nacidos, en la variable edad se coloca el número cero (0), es decir a todos los menores de un año se les asigna el número cero.
- La base de datos en Excel que es proporcionada por los ingenieros que manejan el Sivigila en el departamento, es transferida a el programa Stata 12.
- Se crean etiquetas para los diferentes valores de las variables. Igualmente, se crean rutinas de análisis



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Los resultados que se presentan a continuación abordan inicialmente, el comportamiento en los 4 trimestres del año 2015, según número de casos y porcentajes de los diferentes grupos químicos. Posteriormente, se analiza el comportamiento según las semanas epidemiológicas; para luego presentar el patrón de ocurrencia de los casos y las incidencias por 100.000 habitantes por los diferentes grupos químicos según los municipios del Valle del Cauca. Igualmente, se hace un análisis de la afectación según grupos de edad y sexo, para luego resaltar características particulares de los diferentes grupos poblacionales (personas en situación de discapacidad, desplazamiento, etnias, entre otras.

Finalmente, se analizan los patrones de ocurrencia para cada municipio del Valle, relacionado con la intencionalidad y las vías de exposición.

## Resultados

Para el año 2015 en total se notificaron 2.319 intoxicaciones por sustancias químicas en personas procedentes del Valle del Cauca. Los medicamentos aportan la mayor proporción (35,5%), seguidos por los plaguicidas (32%), Otras Sustancias Químicas (18,8%), sustancias psicoactivas (11,2%), solventes (2,6%), gases (0,9%), metanol (0,7%), metales (0,2%).

En general el tercer trimestre fue el de mayor número (658) y el primer trimestre el de menor número de casos (514). Para el segundo trimestre fueron los plaguicidas los que representaron la mayor cantidad de casos (32,8%), mientras para todos los otros trimestres fueron los medicamentos.

Tabla 1. Intoxicaciones por sustancias químicas según trimestre y grupo de sustancias año 2015. Valle del Cauca

GRUPO QUÍMICO	I TRIM		II TRIM		III TRIM		IV TRIM		TOTAL GENERAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
MEDICAMENTOS	196	38,1	173	30,2	221	33,6	188	32,8	778	33,5
PLAGUICIDAS	168	32,7	188	32,8	208	31,6	179	31,2	743	32,0
OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS	62	12,1	115	20,1	141	21,4	118	20,6	436	18,8
SUSTANCIAS PSICOACTIV	63	12,3	70	12,2	64	9,7	63	11,0	260	11,2
SOLVENTES	17	3,3	15	2,6	15	2,3	14	2,4	61	2,6
GASES	5	1,0	5	0,9	6	0,9	5	0,9	21	0,9
METANOL	2	0,4	5	0,9	2	0,3	7	1,2	16	0,7
METALES	1	0,2	2	0,3	1	0,2	0	0,0	4	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>514</b>		<b>573</b>		<b>658</b>		<b>574</b>		<b>2319</b>	<b>100,0</b>

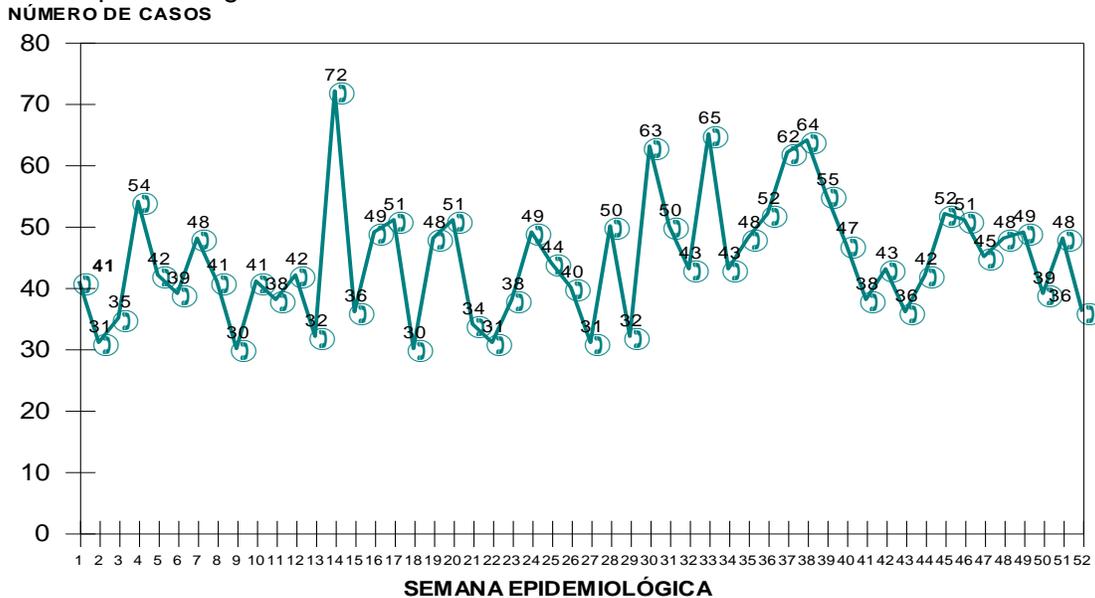
La tendencia según las semanas epidemiológicas permite observar que fue la semana 14 la de mayor incidencia, con un pico de 72 casos; explicado por un brote ocurrido en el mes de abril en el municipio de Argelia, por Otras sustancias químicas, el producto no fue identificado. La semana 9 fue la de menor incidencia con 30 casos.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Gráfica 1. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas en el Valle del Cauca, según semana epidemiológica. Año 2015



Fuente: SIVIGILA

La incidencia del Valle del Cauca por 100.000 habitantes en el año 2015 para el total de intoxicaciones por sustancias químicas es de 50; y es el municipio de Argelia el de mayor incidencia, alcanzando 745 por cada 100.000 habitantes, le siguen Trujillo con 298 y Vijes son 241. Guacarí es el único municipio del Valle que no reportó casos.

La incidencia general del Valle del Cauca para intoxicaciones por medicamentos es 17; siendo la más elevada para El Cairo (100), Roldanillo (70) y Argelia (62). Los plaguicidas causaron en el Valle del Cauca 16 intoxicaciones por cada 100.000 habitantes, pero en Argelia (171), El Águila (136) y Caicedonia (124) estas incidencias son mucho mayores.

Con relación a las intoxicaciones por Otras Sustancias Químicas, se observa que la incidencia general para el Valle fue de 9 por 100.000 habitantes, aunque Argelia (512), Trujillo (149) y Toro (73) están muy por encima de dicha incidencia departamental.

Las sustancias psicoactivas alcanzaron una incidencia de 6 por 100.000 habitantes, aunque Zarzal triplica ampliamente dicho indicador. Igualmente, en Toro y Trujillo (24 y 17 respectivamente) la incidencia es mucho mayor que en el Valle en general. Los solventes presentaron una incidencia de 1,5 por 100.000 habitantes en el Valle del Cauca, pero en Zarzal (8,9), Pradera (7,3) y Sevilla (6,6) son mucho mayores. Ocurrieron 4 casos en municipios desconocidos del Valle del Cauca, que no están referenciados en la Tabla 2.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 2. Casos e incidencia por 100.000 habitantes (ipch) de las intoxicaciones por sustancias químicas en el Valle del Cauca. Año 2015

MUNICIPIO	GASES (0,91%)		MEDICAMENTOS (33,5%)		METALES (0,17%)		METANOL (0,69%)		OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS		PLAGUICIDAS (32,04%)		SOLVENTES (2,63%)		SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (11,21%)		TOTAL GENERAL	
	#	ipch	#	ipch	#	ipch	#	ipch	#	ipch	#	ipch	#	ipch	#	ipch	#	ipch
Argelia	0	0,0	4	62	0	0,0	0	0,0	33	512	11	171	0	0	0	0	48	745
Trujillo	0	0,0	7	39	0	0,0	1	5,5	27	149	16	88	0	0	3	17	54	298
Roldanillo	1	3,1	23	70	0	0,0	0	0,0	20	61	32	98	0	0	3	9	79	241
El Cairo	2	20,0	10	100	0	0,0	0	0,0	5	50	6	60	0	0	0	0	23	231
Toro	0	0,0	3	18	0	0,0	0	0,0	12	73	13	79	1	6	4	24	33	201
Caicedonia	0	0,0	6	20	0	0,0	0	0,0	7	23	37	124	1	3	3	10	54	181
Versalles	0	0,0	3	42	0	0,0	0	0,0	2	28	7	97	0	0	0	0	12	166
El Águila	0	0,0	1	9	0	0,0	0	0,0	1	9	15	136	0	0	0	0	17	154
Restrepo	0	0,0	5	31	0	0,0	0	0,0	1	6	16	99	0	0	0	0	22	136
Vjes	0	0,0	2	18	0	0,0	0	0,0	1	9	10	91	0	0	1	9	14	127
Ansermanuevo	0	0,0	7	36	0	0,0	0	0,0	2	10	14	72	0	0	0	0	23	118
Alcalá	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	5	23	19	89	1	5	0	0	25	117
La Unión	1	2,7	5	13	0	0,0	1	2,7	6	16	28	74	0	0	3	8	44	117
Sevilla	0	0,0	11	24	0	0,0	0	0,0	6	13	23	51	1	2	7	16	48	106
Dagua	0	0,0	8	22	0	0,0	0	0,0	6	16	19	52	3	8	2	5	38	104
Zarzal	0	0,0	6	13	0	0,0	1	2,2	6	13	18	40	1	2	12	27	44	97
Bolívar	0	0,0	1	7	0	0,0	0	0,0	4	30	7	52	0	0	1	7	13	96
Ulloa	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	5	92	0	0	0	0	5	92
Obando	0	0,0	3	20	0	0,0	0	0,0	2	13	6	40	2	13	0	0	13	87
Riofrio	0	0,0	4	27	0	0,0	0	0,0	0	0	8	54	0	0	0	0	12	82
Bugalagrande	0	0,0	2	9	0	0,0	1	4,7	2	9	8	38	1	5	0	0	14	66
Ginebra	0	0,0	7	33	0	0,0	0	0,0	0	0	5	24	0	0	0	0	12	57
Pradera	0	0,0	7	13	0	0,0	0	0,0	6	11	13	24	3	5	2	4	31	56
Andalucía	0	0,0	3	17	0	0,0	3	16,8	0	0	4	22	0	0	0	0	10	56
La Cumbre	0	0,0	2	17	0	0,0	0	0,0	1	9	3	26	0	0	0	0	6	52
Cali	16	0,7	517	22	4	0,2	6	0,3	211	9	257	11	36	2	177	7	1224	52
Tuluá	1	0,5	33	16	0	0,0	1	0,5	9	4	42	20	2	1	14	7	102	48
El Dovio	0	0,0	3	35	0	0,0	0	0,0	0	0	1	12	0	0	0	0	4	47
Jamundí	0	0,0	22	18	0	0,0	0	0,0	7	6	17	14	2	2	5	4	53	44
San Pedro	0	0,0	1	6	0	0,0	0	0,0	1	6	3	17	1	6	1	6	7	39
Cartago	0	0,0	16	12	0	0,0	0	0,0	11	8	13	10	1	1	6	5	47	36
Buga	0	0,0	11	10	0	0,0	0	0,0	10	9	14	12	0	0	1	1	36	31
Yumbo	0	0,0	11	9	0	0,0	0	0,0	9	8	13	11	0	0	3	3	36	31
La Victoria	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	3	23	0	0	0	0	3	23
Yotoco	0	0,0	2	12	0	0,0	0	0,0	0	0	1	6	0	0	0	0	3	18
Florida	0	0,0	3	5	0	0,0	0	0,0	1	2	4	7	0	0	1	2	9	15
Palmira	0	0,0	19	6	0	0,0	2	0,7	9	3	8	3	4	1	4	1	46	15
DARIEN	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	2	13	0	0	0	0	2	13
Candelaria	0	0,0	5	6	0	0,0	0	0,0	4	5	0	0	0	0	1	1	10	12
Buenaventura	0	0,0	4	1	0	0,0	0	0,0	7	2	18	5	1	0	6	2	36	9
El Cerrito	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	1	2	2	3	0	0	0	0	3	5
Guacarí	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL VALLE</b>	<b>21</b>	<b>0,5</b>	<b>777</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>0,1</b>	<b>16</b>	<b>0,3</b>	<b>435</b>	<b>9</b>	<b>741</b>	<b>16</b>	<b>61</b>	<b>1</b>	<b>260</b>	<b>6</b>	<b>2315</b>	<b>50</b>

Fuente: Sivigila

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

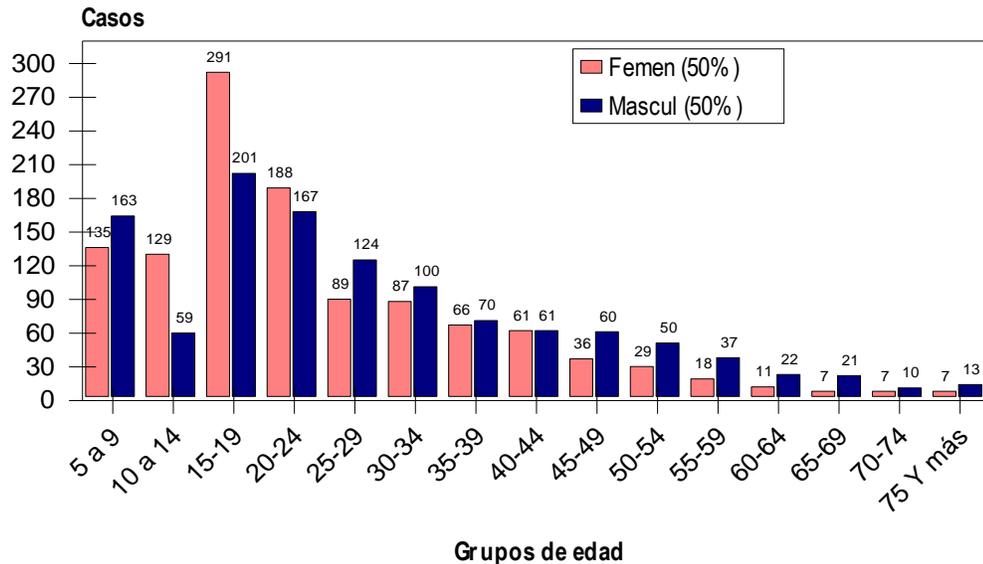


## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

La gran mayoría de los casos de intoxicaciones por sustancias químicas se observó en personas jóvenes, el 57% de los casos en menores de 25 años, observándose un gran número de casos en menores de 10 años (298, 12,8%). El promedio de edad general es de 25,6 años, aunque en las mujeres es 23,6 años y en los hombres 27,5. Una prueba estadística para comparar las edades, permitió concluir que la diferencia de edades entre los sexos es estadísticamente significativa ( $p_{kw}=0.0001$ ).

Gráfica 2. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas en el Valle del Cauca, según edad y sexo. Año 2015



Fuente: Sivigila

A continuación, se resaltan algunas características en algunos grupos de interés de la población. Se notificaron 19 casos en personas indígenas (15 hombres y 4 mujeres), dos (2) personas en situación de discapacidad (1 un hombre y una mujer), 9 personas en situación de desplazamiento (6 mujeres y 3 hombres), 5 casos en población carcelaria (4 hombres y una mujer), 9 mujeres en estado de gestación, 3 indigentes (todos hombres), 3 personas psiquiátricas (2 hombres y una mujer), y un (1) caso de una mujer víctima del conflicto armado.

Un 28% de las personas fueron hospitalizadas (30% en mujeres y 26% en hombres); estas diferencias de proporciones entre los dos sexos son estadísticamente significativas ( $\chi^2=4,74$ ;  $p=0,029$ ).

La vía de exposición más frecuente fue la oral (73,6%), seguido de la respiratoria (15%).

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

La escolaridad más frecuente es la básica secundaria (44,4%), seguida de la básica primaria (25,5%). El 9,5% no tiene escolaridad.

La gran mayoría de las personas afectadas son solteras (63,2%), el 15,7% son casados.

El 83% de las personas reside en cabeceras municipales, aunque este porcentaje varía según el sexo, (88,7% en mujeres y 77,6% en hombres).

El 8,6% no están afiliados al sistema general de seguridad social en salud, el 39,7% pertenecen al régimen contributivo, y 43,5% al subsidiado.

Se encontraron 20 casos de personas que fallecieron (9 mujeres y 11 hombres).

Las seis sustancias que causaron un mayor número de intoxicaciones son en su orden: raticida Campeón (95), Acetaminofén (83), Furadán (80), Cocaína (62), Marihuana (54), Amitriptilina (50). Como se observa, entre las seis sustancias de mayor incidencia se encuentran: 2 medicamentos, 2 sustancias psicoactivas y 2 plaguicidas.

El 46,2% del total de casos tuvieron intencionalidad suicida (59,8% en mujeres y 32,6% en hombres). Un 11,7% de las intoxicaciones fueron de tipo ocupacional (5% de los casos en mujeres y 18% de los casos en hombres).

El análisis de la vía de exposición según los diferentes municipios del Valle del Cauca, permite observar (entre los municipios con más de 30 casos en total) que el 87,5% de los casos ocurridos en Argelia fueron por exposición respiratoria, le sigue La Unión (29,5%), y Sevilla (25%). Las exposiciones de tipo oral alcanzaron su máxima expresión en Yumbo (97,2%), le sigue Palmira con 87% y Buenaventura con 87%. Las exposiciones dérmicas se presentan con mayor frecuencia en Caicedonia (37%), Toro (36,4%) y Roldanillo (15,2%).

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 3. Casos y porcentajes de las intoxicaciones por sustancias químicas en el Valle del Cauca, según vía de exposición. Año 2015

MUNICIPIO	Respiratoria		Oral		Dérmica		Ocular		Desconocida		Parenteral		Otra		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
CALI	123	10,0	979	80,0	27	2,2	49	4,0	31	2,5	14	1,1	1	0,1	1224	52,9
TULUA	10	9,8	86	84,3	6	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	102	4,4
ROLDANILLO	17	21,5	43	54,4	12	15,2	1	1,3	0	0,0	6	7,6	0	0,0	79	3,4
TRUJILLO	8	14,8	40	74,1	1	1,9	5	9,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	2,3
CAICEDONIA	9	16,7	24	44,4	20	37,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	2,3
JAMUNDI	3	5,7	40	75,5	5	9,4	3	5,7	1	1,9	1	1,9	0	0,0	53	2,3
SEVILLA	12	25,0	32	66,7	3	6,3	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	48	2,1
ARGELIA	42	87,5	6	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	48	2,1
CARTAGO	5	10,6	38	80,9	1	2,1	0	0,0	3	6,4	0	0,0	0	0,0	47	2,0
PALMIRA	2	4,3	40	87,0	2	4,3	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	46	2,0
ZARZAL	10	22,7	31	70,5	1	2,3	2	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	44	1,9
LA UNION	13	29,5	25	56,8	6	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	44	1,9
DAGUA	6	15,8	27	71,1	4	10,5	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	1,6
BUENAVENTURA	1	2,8	31	86,1	0	0,0	0	0,0	4	11,1	0	0,0	0	0,0	36	1,6
BUGA	2	5,6	30	83,3	1	2,8	0	0,0	3	8,3	0	0,0	0	0,0	36	1,6
YUMBO	0	0,0	35	97,2	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	1,6
TORO	5	15,2	15	45,5	12	36,4	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	33	1,4
PRADERA	4	12,9	25	80,6	0	0,0	1	3,2	1	3,2	0	0,0	0	0,0	31	1,3
ALCALA	7	28,0	15	60,0	3	12,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	1,1
ANSERMANUEVO	8	34,8	15	65,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	1,0
EL CAIRO	7	30,4	12	52,2	2	8,7	0	0,0	0	0,0	2	8,7	0	0,0	23	1,0
RESTREPO	4	18,2	14	63,6	4	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	1,0
EL AGUILA	8	47,1	6	35,3	3	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	0,7
BUGALAGRANDE	4	28,6	9	64,3	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	0,6
VIJES	2	14,3	9	64,3	3	21,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	0,6
BOLIVAR	5	38,5	6	46,2	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	0,6
OBANDO	6	46,2	6	46,2	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	0,6
GINEBRA	3	25,0	8	66,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,5
RIOFRIO	1	8,3	10	83,3	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,5
VERSALLES	7	58,3	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,5
ANDALUCIA	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,4
CANDELARIA	1	10,0	8	80,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,4
FLORIDA	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,4
SAN PEDRO	2	28,6	4	57,1	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,3
LA CUMBRE	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,3
ULLOA	1	20,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,2
EL DOVIO	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,2
EL CERRITO	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
LA VICTORIA	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
YOTOCO	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
DARIEN	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>347</b>		<b>1704</b>		<b>128</b>		<b>65</b>		<b>47</b>		<b>23</b>		<b>1</b>		<b>2315</b>	

Fuente: Sivigila



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Como se mencionó anteriormente, el tipo de exposición más frecuente es la intencionalidad suicida, que representan el 46,2% del total de casos; aunque algunos municipios presentan un porcentaje mucho más alto; es el caso de Palmira (67%), Tuluá (62%) y Pradera (61%). El 12% de las exposiciones en el Valle son de tipo ocupacional, siendo el municipio de Caicedonia en el que se presenta la mayor proporción (37%), seguido por Toro (36%) y La Unión (34%). La tabla 4 permite apreciar en detalle los casos y los porcentajes en cada uno de los municipios del Valle, según los diferentes tipos de exposición.

Tabla 4. Casos y porcentajes de las intoxicaciones por sustancias químicas en el Valle del Cauca, según tipo de exposición. Año 2015

MUNICIPIO	Ocupacional		Accidental		Suicida		Homicida		Delictiva		Desconocida		Psicoactiva		Automedicación		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
CALI	83	7	272	22	609	50	6	0	54	4	46	4	133	11	20	2	1223	52,9
TULUA	8	8	12	12	63	62	0	0	3	3	3	3	12	12	1	1	102	4,4
ROLDANILLO	23	29	20	25	28	35	0	0	1	1	3	4	2	3	2	3	79	3,4
TRUJILLO	8	15	26	48	16	30	0	0	0	0	0	0	2	4	2	4	54	2,3
CAICEDONIA	20	37	14	26	14	26	1	2	1	2	1	2	3	6	0	0	54	2,3
JAMUNDI	8	15	10	19	24	45	0	0	1	2	3	6	5	9	2	4	53	2,3
SEVILLA	12	25	8	17	18	38	1	2	0	0	3	6	5	10	1	2	48	2,1
ARGELIA	6	13	35	73	5	10	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	48	2,1
CARTAGO	1	2	11	23	26	55	0	0	4	9	1	2	3	6	1	2	47	2,0
PALMIRA	1	2	6	13	31	67	1	2	2	4	2	4	2	4	1	2	46	2,0
LA UNION	15	34	6	14	16	36	0	0	1	2	2	5	3	7	1	2	44	1,9
ZARZAL	5	11	13	30	15	34	0	0	0	0	3	7	8	18	0	0	44	1,9
DAGUA	4	11	12	32	18	47	0	0	1	3	0	0	2	5	1	3	38	1,6
BUENAVENTURA	0	0	7	19	20	56	0	0	1	3	4	11	4	11	0	0	36	1,6
YUMBO	1	3	11	31	20	56	1	3	0	0	2	6	1	3	0	0	36	1,6
BUGA	1	3	14	39	16	44	2	6	0	0	3	8	0	0	0	0	36	1,6
TORO	12	36	8	24	9	27	0	0	0	0	0	0	4	12	0	0	33	1,4
PRADERA	1	3	8	26	19	61	0	0	0	0	0	0	2	6	1	3	31	1,3
ALCALA	8	32	4	16	12	48	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	25	1,1
ANSERMANUEVO	8	35	3	13	12	52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	1,0
EL CAIRO	4	17	9	39	2	9	0	0	0	0	2	9	0	0	6	26	23	1,0
RESTREPO	8	36	3	14	10	45	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	22	1,0
EL AGUILA	9	53	3	18	4	24	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0,7
BUGALAGRANDE	1	7	6	43	6	43	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	14	0,6
VIJES	4	29	3	21	6	43	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0	14	0,6
BOLIVAR	5	38	1	8	3	23	0	0	0	0	1	8	3	23	0	0	13	0,6
OBANDO	1	8	9	69	3	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0,6
GINEBRA	1	8	4	33	6	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	12	0,5
RIOFRIO	0	0	2	17	9	75	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0,5
VERSALLES	2	17	5	42	2	17	1	8	0	0	2	17	0	0	0	0	12	0,5
ANDALUCIA	1	10	2	20	5	50	0	0	0	0	0	0	2	20	0	0	10	0,4
CANDELARIA	1	10	4	40	5	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0,4
FLORIDA	1	11	2	22	4	44	0	0	0	0	0	0	1	11	1	11	9	0,4
SAN PEDRO	0	0	5	71	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14	0	0	7	0,3
LA CUMBRE	1	17	0	0	5	83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0,3
ULLOA	3	60	2	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0,2
EL DOVIO	3	75	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0,2
EL CERRITO	0	0	1	33	2	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,1
LA VICTORIA	1	33	2	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,1
YOTOCO	0	0	1	33	2	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,1
DARIEN	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,1
<b>TOTAL VALLE</b>	<b>271</b>	<b>12</b>	<b>564</b>	<b>24</b>	<b>1069</b>	<b>46</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>71</b>	<b>3</b>	<b>81</b>	<b>4</b>	<b>199</b>	<b>9</b>	<b>44</b>	<b>2</b>	<b>2314</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila



## Conclusiones y recomendaciones

Los medicamentos y plaguicidas son las sustancias que aportan más del 65% del total de intoxicaciones y la mayoría de afectados son personas jóvenes que se encuentran en las etapas más productivas de sus vidas, lo cual tiene repercusiones difíciles de calcular tanto a nivel social y familiar como emocional. El estrés postraumático que acompaña a la mayoría de las lesiones por causas externas debe trabajarse adecuadamente por parte de los prestadores de salud. La recuperación integral de la salud de los afectados debe ser objeto de especial seguimiento por las entidades territoriales de salud.

Los municipios del Norte del Valle se encuentran especialmente en riesgo de intoxicaciones por plaguicidas, esto debido a su ruralidad. Estos municipios deben ser alentados para trabajar en los programas que desde el nivel nacional se implementen como la metodología participativa comunicativa SARAR, entre otras estrategias comunicativas.

Las intoxicaciones autoinfligidas son las de mayor prevalencia, alcanzando su mayor representatividad en las intoxicaciones con medicamentos y con plaguicidas. Con relación a los medicamentos utilizados para tal fin, estos deben ser objeto de un manejo adecuado, se deben hacer campañas de destrucción de medicamentos vencidos, y de manejo adecuado de estos. Igualmente, con relación a los plaguicidas, se debe trabajar de la mano con el área de salud mental y el sector educativo procurando aumentar en la población los niveles de resiliencia, manejo adecuado del estrés y aumento de la autoestima. El consejo seccional de plaguicidas debe ser un aliado importante a la hora de restringir algunos productos plaguicidas sin certificación del Invima como es el plaguicida Campeón, el cual es causante de una proporción importante de los casos con intencionalidad suicida.

Igualmente es importante realizar campañas para que la población que maneja estos productos los tenga bajo llave, pues se sabe que una estrategia probada es restringir el producto y que los potenciales suicidas no los tengan a su alcance fácilmente. Se sabe que muchos de estos intentos de suicidio son impulsivos y la persona al tener que hacer un esfuerzo por conseguir la sustancia puede desistir de su acción y tomar decisiones más saludables.

Los municipios de Argelia, Trujillo y Roldanillo, dado el riesgo que se evidencia en el presente análisis, deben ser priorizados para cualquier acción que se lleve a cabo y que esté relacionada con la prevención, manejo y control de las intoxicaciones químicas.

## Bibliografía

Ministerio de Ambiente y Desarrollo sostenible. Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial. Perfil Nacional de Sustancias Químicas en Colombia 2012.

[http://ccs.org.co/doc\\_static/cisproquim/documentos\\_tecnicos/Perfil\\_Nacional\\_de\\_Sustancias\\_Quimicas\\_en\\_Colombia\\_2012.pdf](http://ccs.org.co/doc_static/cisproquim/documentos_tecnicos/Perfil_Nacional_de_Sustancias_Quimicas_en_Colombia_2012.pdf)

Instituto Nacional de Salud Colombia. Protocolo de Vigilancia de intoxicaciones por sustancias químicas 2015.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## ETA. EDA/AGUA AÑO 2015

*Nubia Rengifo García. Bacterióloga. Especialista en Epidemiología  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### **CÓLERA:**

Durante el año 2015 no se reportó ningún caso sospechoso de cólera en el departamento, pero se continuó la vigilancia activa por laboratorio para este evento como se muestra a continuación:

#### ***Vigilancia por laboratorio cólera.***

Durante el año se tomaron 162 muestras en dos IPS priorizadas de departamento ubicadas en el municipio Cali, todas con resultado negativo para *Vibrio cholerae*. (ver tabla 1).

**Tabla 1. IPS Priorizadas para vigilancia Intensificación ETA – EDA y Cólera, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52 de 2015**

UPGD	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 64	65 y +	Total
Fundación Clínica Valle del Lili	0	2	25	44	41	44	156
Centro Médico Imbanaco	0	0	2	2	0	2	6
Clínica Santa Sofía Btura	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	<b>46</b>	<b>41</b>	<b>48</b>	<b>162</b>

*Fuente: Laboratorio de Salud Pública Departamental – Valle del Cauca 2015*

### Indicadores:

Indicador	Porcentaje
1. Proporción de incidencia	0%
2. Oportunidad en la notificación inmediata de casos sospechosos (meta 100%)	*NA
3. Oportunidad en la investigación epidemiológica de campo. meta 100%)	*NA
4. Oportunidad en la notificación de casos confirmados o serotipificados por el laboratorio de INS a la entidad territorial y grupo factores de riesgo ambiental. meta 100%)	*NA

\*NA: No aplica por qué no se notificaron casos.

### Análisis.

Para el 2015 no se notificaron casos sospechosos de cólera. Llama la atención la sensibilidad de la definición de caso sospechoso del evento de la cual se esperaba que la notificación sea evidente y representativa. Estos aspectos se pueden presentar probablemente debido al desconocimiento de la definición de caso (protocolo de vigilancia) y de los lineamientos actuales para este evento y mortalidad por EDA por parte del personal asistencial que capta los casos.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Se debe re sensibilizar a las UPGD sobre el protocolo de vigilancia de cólera, e implementar estrategias de comunicación encaminados al fortalecimiento del evento en comunidades, establecimientos educativos y personal asistencial (definición de caso, manejo y atención de pacientes con cólera). El laboratorio de Salud Pública Departamental se encuentra retomando y fortaleciendo esta vigilancia en los diferentes sitios centinelas establecidos para esta vigilancia.

## ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

Según boletín semana epidemiológico 52 de 2015 emitido por el Instituto Nacional de Salud, el Valle del Cauca notifica el 7,6% de los casos de ETA del país (Colombia 10.381 casos). Después del proceso de depuración de la información recopilada de Sivigila y los informes de investigación de campo enviados por la UESVALLE y las Direcciones Locales de Salud a la Secretaria Departamental de Salud, a semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron al Sivigila 795 casos individuales, un 3% menos en relación a las mismas semanas epidemiológicas del 2014 en la que se tenían acumulados 819 casos.

Tabla 3. Incidencia de casos de ETA por municipio, Valle del Cauca semana epidemiológica 52 de 2015

Municipio	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 100.000 habitantes	Estimación porcentual
Bugalagrande	21171	45	212,6	5,7
Toro	16392	32	195,2	4,0
Dagua	36406	55	151,1	6,9
Versalles	7215	5	69,3	0,6
La Cumbre	11514	6	52,1	0,8
La Unión	37711	13	34,5	1,6
Argelia	6442	2	31,0	0,3
Roldanillo	32781	10	30,5	1,3
El Cerrito	57464	17	29,6	2,1
Restrepo	16232	4	24,6	0,5
El Dovio	8508	2	23,5	0,3
Riofrio	14725	3	20,4	0,4
Jamundí	119566	24	20,1	3,0
Cali	2369821	487	20,6	61,3
Florida	58129	8	13,8	1,0
Ginebra	21047	3	14,3	0,4
Candelaria	81700	11	13,5	1,4
Yumbo	117156	11	9,4	1,4
Palmira	304735	30	9,8	3,8
Bolívar	13480	1	7,4	0,1
Trujillo	18103	1	5,5	0,1
Buga	115234	6	5,2	0,8
Cartago	132249	6	4,5	0,8
Sevilla	45143	2	4,4	0,3
Buenaventura	399764	10	2,5	1,3
Vijes	11018	1	9,1	0,1
Valle del Cauca	4613684	795	17,2	100

Fuente: SIVIGILA. Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2015

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

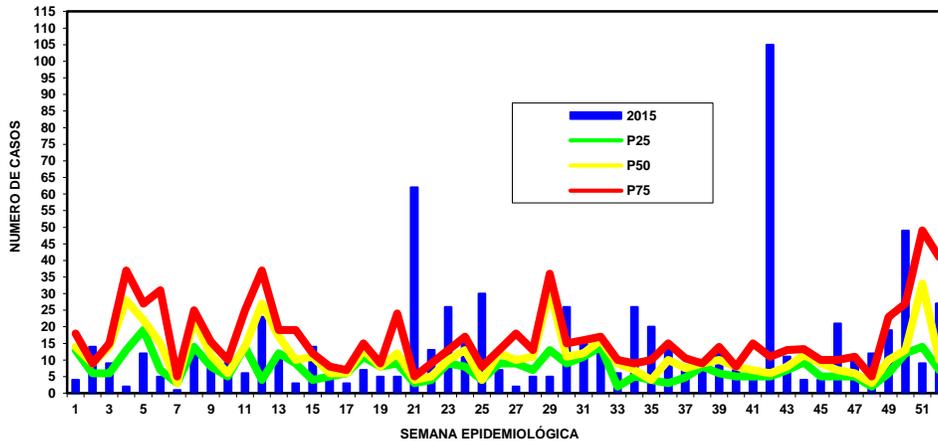
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Gráfica 2. Canal endémico 2010 – 2015 de ETA, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52, 2013-2015



Fuente: SIVIGILA. Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2015

En la semana epidemiológicas 21 se presentó un aumento inusitado de casos debido al reporte de tres brotes de ETA ocurridos en Cali, Roldanillo, La Unión y Bugalagrande; este último involucro 68 personas afectadas. En la semana 22 se reportó un brote en La Unión y otro en Palmira que notifico 13 personas afectadas; en la semana 23 se notificó un brote en Cali y otro en Sevilla que involucró 12 personas afectas; en la semana 25 el municipio de Toro notifico un brote con 24 personas afectas; en la semana 34 se reportaron 2 brotes de ETA en los municipios de Cali con 35 personas afectadas; semana 35 Cali reporta 2 brotes que involucran 7 personas afectadas; en la semana 42 el municipio de Cali reporta un brote donde se involucran 103 casos asociados, en la semana 50 el municipio de Palmira reportó un brote con 15 personas afectadas y en la semana 52 de registra un brote que afecta al municipio de Dagua y Riofrio (ver gráfica 2).

En el análisis por municipio de procedencia, Cali, Dagua, Toro, Palmira y Roldanillo fueron los que presentaron un mayor número de brotes de ETA (ver tabla 4).



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 4. Número de brotes de ETA notificados por municipio, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52 de 2015

Municipio de procedencia	Brotos 2015	%
Cali	36	47,9
Dagua	6	8,2
Toro	4	5,5
Palmira	4	5,5
La Unión	2	2,7
Roldanillo	3	4,1
Sevilla	3	4,1
Florida	3	4,1
Buenaventura	1	1,4
Restrepo	1	1,4
El Dovio	1	1,4
Jamundi	1	1,4
Versalles	1	1,4
Argelia	1	1,4
Bugalagrande	1	1,4
El Cerrito	1	1,4
La Cumbre	1	1,4
Candelaria	1	1,4
Cartago	1	1,4
Riofrio	1	1,4
Yumbo	1	1,4
<b>Valle del Cauca</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIGILA e informe de investigación -Secretaría Departamental de Salud – Valle del Cauca 2015

El 54% (429) de los casos reportados están relacionados con brotes identificados y el 46% (366) se identificaron como casos aislados. Del total de casos notificados individualmente el 58,4% (464) fueron mujeres; el grupo de edad que presentó mayor proporción fue el de 20 a 24 años con el 11,4% (91) casos, seguido del grupo de edad de 25 a 29 años con el 8,8% (70).

El 66,5% (529) de los casos están como confirmados por clínica, el 26,9%(214) como probables, el 1,2%(10) como confirmados por laboratorio y el 5,2%(42) confirmados por nexos epidemiológicos.

A semana epidemiológica 52 de 2015 el Valle del Cauca evidencia una reducción del 25,2% de reporte de brotes en comparación con los casos reportados a la misma semana epidemiológica del año 2014 (99). Se encuentran reportados colectivamente el 100 % (74).

Los alimentos más relacionados en la ocurrencia de los brotes de ETA fueron los alimentos mixtos en un 43,8% (32 alimentos); seguido de las mezclas de arroz en un 31,5% (23 alimentos) y el 24,7% restante corresponde a los demás alimentos. El lugar de consumo de mayor incidencia en la ocurrencia de brotes de ETA fue el hogar 52,1% (38); en establecimientos comerciales o ventas ambulantes 23,3% (17), establecimientos educativos 11% (8), establecimientos del estado 2,7% (2), eventos sociales 6,8%(5), establecimientos religiosos 1,4% (1), y establecimientos militares o penitenciarios 2,7% (2).

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

De los factores de riesgo asociados a ETA, inadecuada conservación de alimentos, inadecuado almacenamiento de alimentos, fallas en la cadena de frío, entre otros, fueron los más comunes que se identificaron en las investigaciones de campo. Los agentes etiológicos detectados en 23 muestras biológicas o de alimentos procedentes de brotes ETA en notificación colectiva fueron: 17,4% *Staphylococcus aureus* coagulasa positiva (4 aislamientos); 8,7% *Proteus spp* (2 aislamientos), 4,3% *Salmonella spp* ( 1 aislamiento) y 69,6% fueron negativos (17 muestras).

### Indicadores:

Indicador	Porcentaje
Proporción de incidencia ETA	17, 2 por cada 100.000 hab.
Letalidad por ETA (meta menor 1%)	0%
% de oportunidad en notificación inmediata de los brotes	62,1%
% de brotes con investigación epidemiológica de campo	66,2%
% de brotes con estudio de laboratorio	29,7%
% de brotes con identificación de agente patógeno en muestras biológicas, alimentos y superficies/ambientales	12,1%
Porcentaje de brotes con plan de mejoramiento.	66,2%
Oportunidad en ajustes	86%

### Análisis.

En el año 2015, se observa una disminución en la notificación colectiva de casos al Sivigila; probablemente debido al subregistro que se ha podido detectar a través del seguimiento a la notificación individual que permite identificar casos asociados a brotes que no sé notificación por parte de las UPGD.

Se debe continuar con la revisión semanalmente la notificación individual (cód. 355), con el fin de establecer si los casos notificados como aislados, realmente lo son, o hacen parte de un brote.

Las Instituciones que prestan servicios de salud que atiendan lo casos de Enfermedad Transmitida por Alimentos asociados a brotes deben continuar enviando en el medio de transporte adecuado y formato de envío al Laboratorio Departamental de Salud Pública, todos los aislamientos positivos de *Salmonella spp*, *Salmonella* Tiphy, *Salmonella* Paratiphy A ó B, *Shigella spp*, *Vibrio cholerae*, *Campylobacter spp*, *Yersinia sp*, *Listeria monocytogenes*, y *E. coli* O157:H7, identificados en brotes de ETA, y a su vez este enviara al Grupo de Microbiología del Laboratorio Nacional de Referencia del INS para la respectiva confirmación, serotipificación, susceptibilidad antimicrobiana y caracterización molecular.

Cuando los laboratorios clínicos no tengan capacidad resolutive para procesar hemocultivo, coprocultivo o muestras de alimentos, podrán solicitar apoyo al Laboratorio de Salud Pública Departamental para ser procesados en el menor tiempo posible.

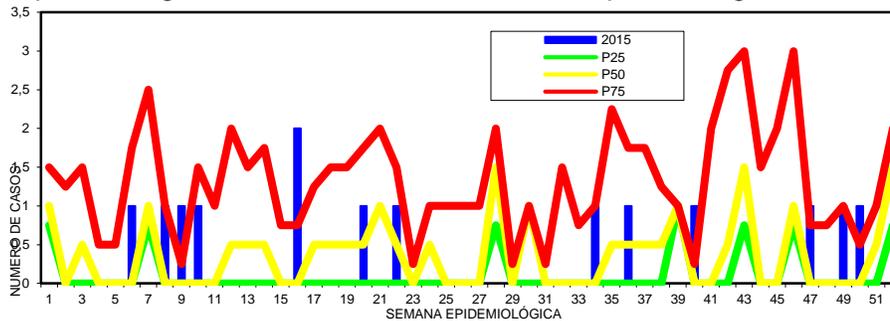


**FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA:**

Según boletín semana epidemiológico 52 de 2015 emitido por el Instituto Nacional de Salud, el Valle del Cauca notifica el 3,8% de los casos de Fiebre tifoidea del país (Colombia 371 casos).

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015, se ha notificado 14 casos de fiebre tifoidea; 11 residentes en el municipio de Cali y los otros procedentes de Buenaventura, Candelaria y Buga. De los casos notificados el 78,6% (11) están como confirmados y el 21,4% restantes están como probables; pero solo el 42,8%(6) de las IPS cumplieron con el protocolo y no remitieron las cepas para confirmación por parte del Laboratorio de Salud Pública Departamental y serotipificación por el Instituto Nacional de Salud. Seis de las muestras confirmadas por el Laboratorio de Salud Pública Departamental como fiebre tifoidea obtuvieron aislamiento positivo para *Salmonella thypi* y dos obtuvieron aislamiento de *Salmonella diferente a typhi/paratyphi*. Además, fueron investigados por la Secretaria de Salud Pública de Cali y la Secretaria de Salud Municipal de Candelaria.

Gráfica 3. Canal endémico 2010 – 2015 de Fiebre tifoidea/paratifoidea por semana epidemiológica, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52, 2015.



Fuente: SIVIGILA Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2015

Los municipios que superaron la incidencia departamental de Fiebre tifoidea de 0,3 casos por 100.000 habitantes fueron 11,9% (5). (ver tabla 5).

Tabla 5. Incidencia de Fiebre tifoidea/paratifoidea por municipio de procedencia, Valle del Cauca semana epidemiológica 52 de 2015

Municipio	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 100.000 habitantes
Candelaria	81700	1	1,2
Buga	115234	1	0,9
Buenaventura	399764	1	0,25
Cali	2369821	11	0,5
<b>Valle del Cauca</b>	<b>4613684</b>	<b>14</b>	<b>0,3</b>

Fuente: SIVIGILA Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2015



Se reportó una mortalidad de un caso reportado pero la causa básica de muerte se atribuye a falla multiorganica asociada varias comorbilidades y la edad.

Indicadores:

Indicador	Porcentaje
Proporción de incidencia	0,3
Letalidad	7,1*
% de casos confirmados de fiebre tifoidea/paratifoidea con investigación de campo	100%

- Tasa de letalidad alta por presentarse una mortalidad con tan pocos casos confirmados.

### Análisis.

La fiebre tifoidea y paratifoidea es una enfermedad que ha cursado históricamente con dificultades para su notificación y más aún para el diagnóstico por el nivel de complejidad que tiene el cultivo para las UPGD; por lo cual es importante optimizar el proceso de análisis y notificación del evento que permita mejorar las estrategias de intervención, prevención, tratamiento y control de casos o brotes.

Teniendo en cuenta el proceso de depuración y la calidad del dato de los casos notificados como confirmados por laboratorio al Sivigila, un número importante de casos carece de resultados por laboratorio adecuados, considerándose esta la mayor dificultad para la confirmación de casos reales de fiebre tifoidea y paratifoidea. Adicional a este análisis y al seguimiento permanente, la técnica diagnóstica más utilizadas es el antígeno febril, la cual no es específica conllevando a falsos positivos, esto es debido a las diferentes reacciones cruzadas del antígeno somático o, por ello es necesario mencionar que un caso de fiebre tifoidea y paratifoidea solo se puede confirmar con hemocultivo y coprocultivo dependiendo del período de incubación, para así determinar la incidencia real del departamento.

### **HEPATITIS A:**

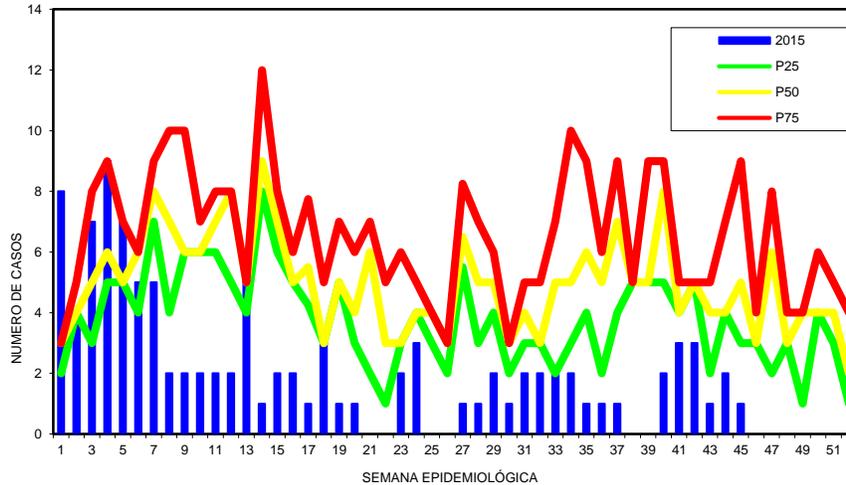
Según boletín semana epidemiológico 52 de 2015 emitido por el Instituto Nacional de Salud, el Valle del Cauca notifica el 8,7% de los casos de hepatitis A del país (Colombia 1.227 casos) y es el segundo departamento que más notifica casos. Hasta la semana 52 se notificaron 104 casos de hepatitis A, lo que evidencia una reducción de 50,5% en comparación con los casos reportados a la misma semana epidemiológica del año 2014 (206 casos). (ver gráfica 4)



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Gráfica 4. Canal endémico 2010 – 2015 de Hepatitis A por semana epidemiológica, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52, 2015.



Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2015

La clasificación de los casos en el Sivigila fue la siguiente: el 53,8 % (56) confirmados por laboratorio, 43,3% (45) por clínica y 2,9% (3) por nexos epidemiológicos. Fueron hospitalizados 31,7% (33) pacientes.

Por grupos de edad, el grupo de 20 a 24 años es el que aporta el mayor valor absoluto con 22 casos y la incidencia más alta de 5 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 15 a 19 años con 12 casos y una incidencia de 3 casos nuevos por cada 100.000 habitantes de ese grupo de edad.

El 35,7% (15) de los municipios notificaron casos, de los cuales el 71,1% (74) proceden de Cali. El 59,6 % (62) pertenecen al régimen contributivo, el 31,7% (33) a subsidiado, el 2,9% (3) no asegurados y el 5,7% (6) de régimen espacial y excepción.

Los municipios que superaron la incidencia departamental de hepatitis A, de 2,3 casos por 100.000 habitantes fueron 26,2% (11). (ver tabla 7).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 7. Incidencia de Hepatitis A por municipio de procedencia, Valle del Cauca semana epidemiológica 52 de 2015

Municipio	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 100.000 habitantes
Argelia	6442	1	15,5
Toro	16392	2	12,2
Calima Darién	15763	1	6,3
Trujillo	18103	1	5,5
Dagua	36406	2	5,5
Bugalagrande	21171	1	4,7
Roldanillo	32781	4	3,5
Cali	2369821	74	3,1
Buga	115234	1	3,1
Cartago	132249	4	3,0
Zarzal	45234	6	2,8
Tuluá	211588	1	2,2
Yumbo	117.156	4	1,3
Palmira	304735	1	0,9
Buenaventura	399764	1	0,3
<b>Valle del Cauca</b>	<b>4613684</b>	<b>104</b>	<b>2,3</b>

Fuente: SIVIGILA. Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2015

De los casos procedentes del departamento, el 58,6% (61) ocurrieron en hombres y 41,3% (43) en mujeres. El 98% (102) pertenecían a otros grupos étnicos y el 2% (2) restantes eran afrocolombianos.

El 90,4% (94) residen en la cabecera municipal, el 8,6% (9) el área rural y el 1% (1) en centro poblado.

No se han reportado brotes ni defunciones adjudicadas a hepatitis A.

Indicadores:

Indicador	Porcentaje
Casos Notificados	104
Proporción de incidencia *100.000 habitantes	2,3
Letalidad	0
Oportunidad en la notificación inmediata de brotes de Hepatitis A	NA
Oportunidad en la notificación inmediata de brotes de Hepatitis A en población cerrada o cautiva.	NA
Porcentaje de brotes de Hepatitis A en población cerrada o cautiva, con análisis virológico en muestras de agua	NA

- NA: No aplica, no se reportaron.



### Análisis.

La vigilancia de la hepatitis A, se encuentra en proceso de transformación y debe asumirse con otra óptica, enfocada más hacia el diagnóstico por laboratorio, detección temprana de brotes y las actividades de prevención entre las cuales se destacan la captura oportuna de situaciones irregulares frente al evento desde el punto de vista ambiental, el adecuado abordaje de brotes mediante la vigilancia semanal del comportamiento del evento, pero principalmente las actividades de seguimiento a la vacunación a las niñas y niños nacidos a partir del primero de enero del año 2012 y quiénes son los beneficiados dentro del PAI del país, generando a futuro una disminución significativa en el número de casos no solo para la población de menores, si no como efecto rebaño hacia otros grupos de edad.

Es necesario sensibilizar a las UPGD, EAPB sobre su responsabilidad en el adecuado diagnóstico de cada caso, más aún cuando la prueba de Ac IgM para hepatitis "A" ya se encuentra dentro del POS, autorizado para primer nivel de complejidad, principalmente si hablamos de pacientes que requieren hospitalización y continúan con diagnóstico de egreso de hepatitis "A" confirmada clínicamente. El régimen contributivo captura el mayor número de casos y es el que tiene la mayor proporción de casos confirmados clínicamente.

Si bien es cierto no todos los casos de hepatitis A se originan en una fuente común, el agua se caracteriza por ser uno de los vehículos principales en la transmisión de la enfermedad y la identificación del virus en fuentes hídricas, indica la presencia de contaminantes fecales y por lo tanto no se considera viable para el consumo humano.

El municipio que es uno de los que más aporta casos del departamento debe mantener actualizado el canal endémico del evento de manera que puedan identificar de forma inmediata cualquier situación irregular que se presente. Es importante realizar la investigación de campo de los brotes de Hepatitis A, siguiendo los pasos definidos para tal fin dentro del protocolo de vigilancia del evento.

Las situaciones de brote que se presenten deben generar un plan de mejoramiento ligado a las fallas detectadas y a los hallazgos relacionados como factores de riesgo, este plan de mejoramiento debe reunir los responsables de su ejecución, ser medible y contar con un cronograma de seguimiento y verificación de cumplimiento.

Es importante tener en cuenta la definición operativa de brote para Hepatitis A, que toma como punto de referencia los casos ocurridos en población cautiva, como aparece en el protocolo de vigilancia para el evento y que es objeto de notificación inmediata y toma de muestra de agua, pero no debemos olvidar la importancia en el seguimiento de las situaciones de brote en comunidad que afectan de manera indiscriminada a diferentes sectores en un mismo momento.

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL AÑO 2015

*Lilian Adriana Beltrán Barrera, Fisioterapeuta. Candidata Magister Epidemiología.  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA

#### INTRODUCCIÓN.

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica exclusiva del humano como único reservorio, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas (1). ésta es una enfermedad que constituye un importante problema de salud pública en nuestro país ya que puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves y un alto costo humano, social y económico para los pacientes (1).

Datos de la OMS revelan que se estima que anualmente 5,6 millones de personas contraen sífilis y hay más de 2 millones de nuevas infecciones que se producen en mujeres embarazadas en América, multiplicando el riesgo de contraer VIH por tres o más veces. Teniendo efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo figurando entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica (2).

La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas. Cada año, la sífilis durante el embarazo provoca aproximadamente unas 305.000 muertes fetales y neonatales, y deja a 215.000 lactantes en grave riesgo de defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal o enfermedad congénita. (3) En Colombia, se estimó que para el 2014 la incidencia de sífilis congénita fue de 1,69 casos por 1000 nacidos vivos, cifra que aumentó con relación a 1998 que se encontraba en 0,9 casos por 1000 nacidos vivos. Situación que responde al no cumplimiento de la meta de eliminación de la sífilis congénita de acuerdo con los objetivos de desarrollo del milenio, y la construcción del plan de eliminación de la transmisión materna infantil del VIH y de la Sífilis Congénita 2011 – 2015.

Situación que preocupa ya que es una enfermedad que puede prevenirse y también tratarse a un muy bajo costo indicando que cada caso que se presenta de sífilis congénita es una falla del sistema por error u omisión.

Por tanto, este informe se propone mostrar la situación actual del departamento del valle del cauca en el año 2015 para los eventos en mención.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la incidencia de sífilis gestacional y congénita, que permita conocer la tendencia del evento a nivel departamental.
- Caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos de sífilis gestacional y congénita ingresados a través del sistema de vigilancia.
- Contribuir a la identificación de casos de sífilis gestacional y congénita para el desarrollo de acciones dirigidas a evitar la aparición de nuevos casos.

## MATERIALES Y MÉTODOS.

Para la elaboración del informe se realizó recolección de información a partir de las fuentes de información principal (SIVIGILA), La información de Sivigila se obtuvo mediante la notificación realizada por las UPGDs a las fichas 740 y 750 en datos básicos y complementarios habiendo seguido el flujo de información establecido para el proceso de notificación.

Se realizó depuración y cruce de información para los periodos de análisis, se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia para el año 2015, y posteriormente se realizó caracterización demográfica, social y clínica de la población. Se realizó revisión al 100% de la información encontrada en la base de datos. Para este informe se toma en consideración el “*departamento y municipio de residencia*” en todos los análisis que involucran la variable lugar, la magnitud de la morbilidad por los eventos, así como los indicadores relacionados con la letalidad.

## HALLAZGOS SÍFILIS GESTACIONAL

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de sífilis gestacional a semana 52 de 2015, una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

- a) Registros de la base de datos original: 695 registros.
- b) Registros repetidos: 45 registros (6,4%).
- c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso (Ajuste 6): 8 registros (1,2%)
- d) Registros descartados desde la UPGD por error de digitación (Ajuste D): 16 registros (2,4 %).
- e) Registros finales en base de datos depurada: 628 registros (90%).



## Comportamiento de la notificación

En los últimos años se muestra una disminución en la notificación de los casos de sífilis gestacional, pasando de una razón de prevalencia de 13,3 casos por 1000 NV en 2012, 10,53 casos por 1000 NV en 2013, 13,2 casos por 1000 NV en 2014.

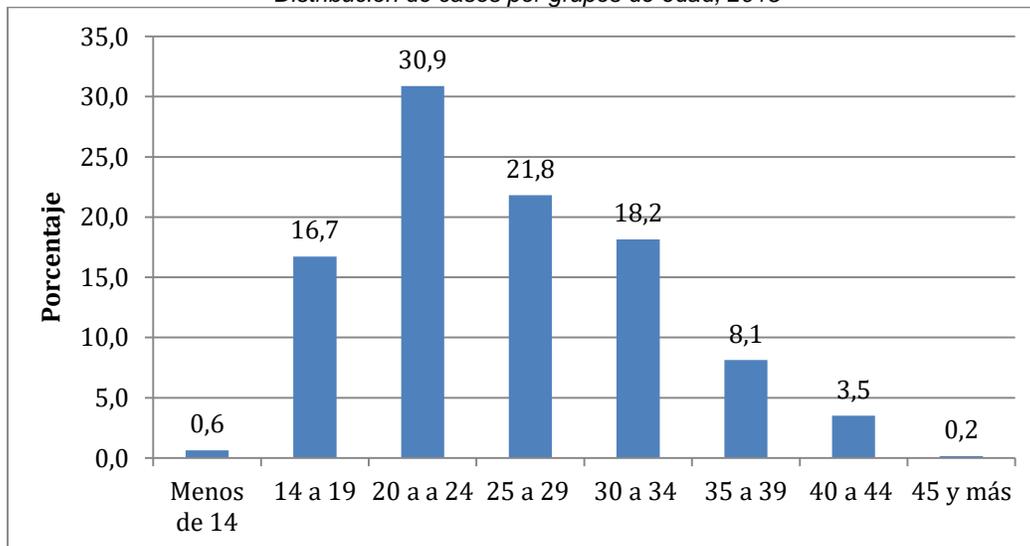
A semana 52 de 2015 los casos confirmados por laboratorio fueron **628** con una razón de prevalencia departamental de 12,3 casos por 1000 nacidos vivos. Es necesario aclarar que la depuración de las bases de datos de sífilis gestacional y de sífilis congénita, se realizó de acuerdo a la directriz del Ministerio de Salud y Protección Social dada el 24 de noviembre de 2015, según la cual “se acuerda dar un plazo del 01 de enero al 30 de septiembre de 2015 como periodo de transición para la implementación de la actualización de la guía 2014.

Teniendo en cuenta dicho periodo de transición, se define incluir en el análisis 2015 todos los casos notificados en el Sivigila que cumplan con la definición de caso de sífilis gestacional y congénita teniendo como marco las definiciones de caso de la Guía de atención de la sífilis congénita del Ministerio de la Protección Social que hace parte de la Resolución 412 de 2000 y de la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita Ministerio de Salud y Protección social 2014.

## Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En el análisis realizado en la notificación individual, se encontró: El 0,6 % (4 casos) son menores de 14 años. Llama la atención el mayor porcentaje de casos (30%) se encuentra entre las mujeres de 20 a 24 años.

Gráfica N° 1.  
Distribución de casos por grupos de edad, 2015

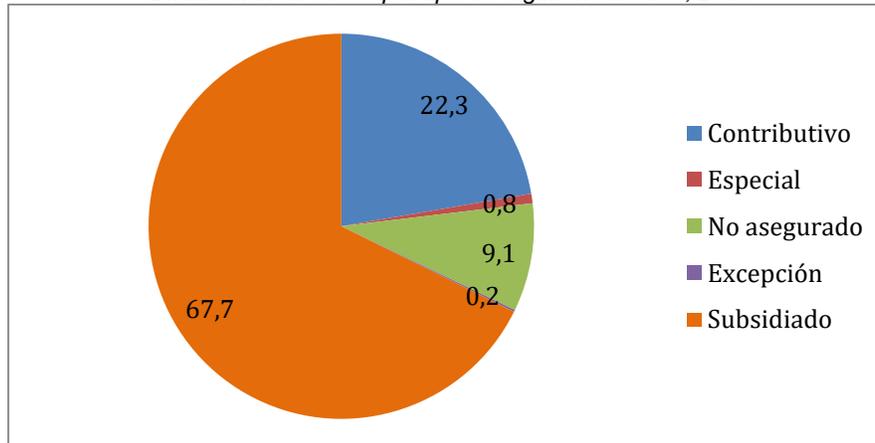


Fuente: Sivigila 2015



El mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado (67%). La distribución por régimen de seguridad social se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica N° 2  
Distribución de casos por tipo de régimen en salud, 2015



Fuente: Sivigila 2015

- Durante el 2015 no se notificaron casos de mortalidad materna atribuible a la infección por sífilis gestacional.

### Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 87,7 % de las gestantes con sífilis notificadas (628 casos) tuvo control prenatal con la siguiente distribución por semana gestacional para el inicio del control y la toma de pruebas de laboratorio.

Tabla N° 1  
Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio, 2015

Edad Gestacional	Inicio de control prenatal		Toma de prueba treponémica		Toma de prueba no treponémica	
	# casos	%	# casos	%	# casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	296	53,7	169	40,4	249	40,8
Segundo trimestre (Sem 14-27)	207	37,6	154	36,8	201	32,9
Tercer Trimestre (Sem 28-42)	48	8,7	95	22,7	160	26,2
Sin dato	0	0,0	0	0,0	1	0,2
<b>Total</b>	<b>551</b>	<b>100</b>	<b>418</b>	<b>100</b>	<b>611</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila 2015

De las gestantes que tuvieron control prenatal, solamente el 53,7 % lo iniciaron en primer trimestre, al 40,4 % se les realizó la prueba treponémica y al 40,8 % la prueba no treponémica en este mismo trimestre.

De las gestantes que cumplen la definición (628 casos), el 93,1% (585 casos) recibió tratamiento.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla N° 2  
Edad gestacional al inicio del Tratamiento, 2015

Edad Gestacional al inicio del tratamiento		
Edad Gestacional	# casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	209	35,7
Segundo trimestre (Sem 14-27)	209	35,7
Tercer Trimestre (Sem 28-42)	167	28,5
Sin dato	0	0,0
<b>Total</b>	<b>585</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila 2015

De 628 casos notificados; 77 (12,2%) gestantes no tuvieron control prenatal registrado y 46 (7,3%) gestantes no recibieron tratamiento. Respecto al manejo de contactos se observa que solamente el 45 % (283 casos) fueron tratados. La situación por municipio es la siguiente:

Tabla N° 3  
Tratamiento de Contactos de Gestantes Diagnosticadas con Sífilis, 2015

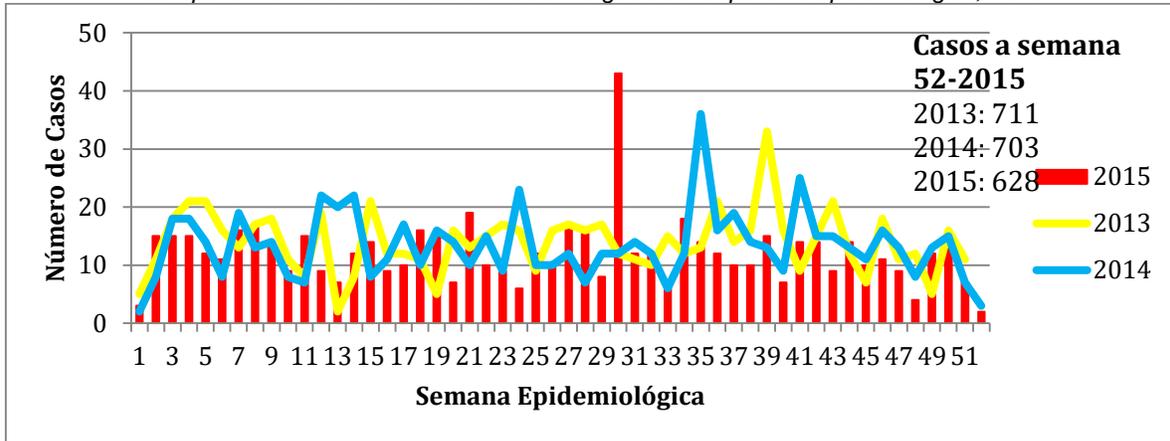
Municipio	# Casos Dx Sífilis Gestacional	Tto Contactos	% Tto Contactos
ANSERMANUEVO	5		0
BOLIVAR	2	1	0,2
BUENAVENTURA	137	49	7,8
BUGA	13	6	1,0
BUGALAGRANDE	2	2	0,3
CAICEDONIA	2		0,0
CALI	315	148	23,6
CANDELARIA	9	7	1,1
CARTAGO	12	4	0,6
DAGUA	5		0,0
EL CERRITO	10	6	1,0
FLORIDA	12	6	1,0
GUACARI	1	1	0,2
JAMUNDI	13	6	1,0
LA UNION	3	1	0,2
PALMIRA	44	22	3,5
PRADERA	6	2	0,3
RESTREPO	2		0,0
SAN PEDRO	3	2	0,3
TORO	2	1	0,2
TULUA	12	6	1,0
VERSALLES	1	1	0,2
YUMBO	14	10	1,6
ZARZAL	3	2	0,3
<b>Total general</b>	<b>628</b>	<b>283</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila 2015



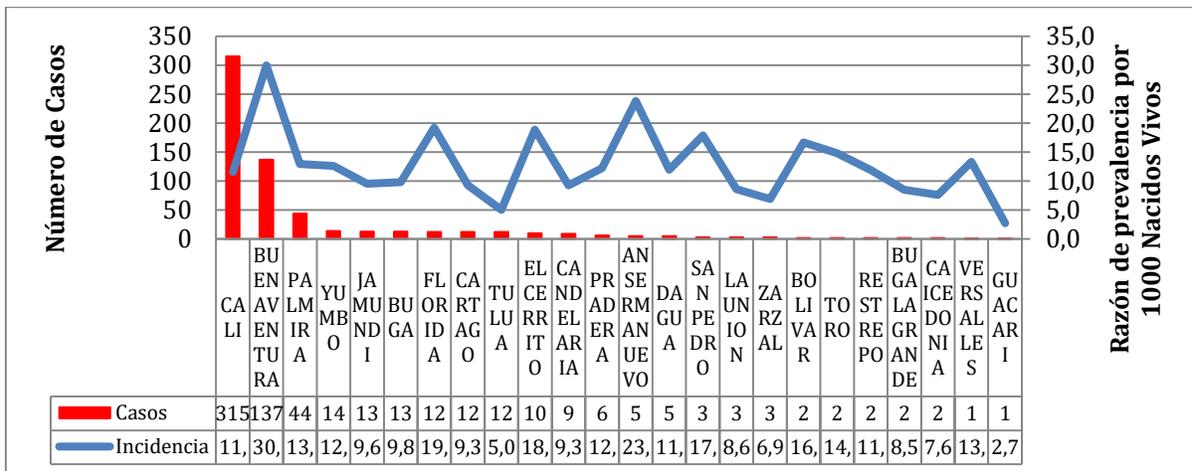
**Tendencia del Evento**

Gráfica N° 3  
Comportamiento de la notificación de sífilis gestacional por año epidemiológico, 2015



Fuente: Sivigila 2013-2015

Gráfica N° 4  
Comportamiento de la Razón de prevalencia por municipio, 2015



Fuente: Sivigila 2015

En la gráfica podemos observar que los municipios con mayor Razón de prevalencia de sífilis gestacional son: Buenaventura, Ansermanuevo; Florida; El Cerrito y San Pedro. Las entidades que más casos notificaron son: Cali (58%), Buenaventura (25%), Palmira (8%), Yumbo (3%) y Buga (2%).



### Razón de prevalencia de Sífilis Gestacional

Por cada 1000 nacidos vivos en el año 2015, se presentaron 12,3 casos de sífilis en gestantes.

*Tabla N° 5*  
*Razón de Prevalencia de VIH/Sida en Mujeres Embarazadas, 2015*

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Razón de prevalencia de Sífilis Gestacional	Número de casos de Sífilis Gestacional notificados	Número de Nacidos vivos DANE	1.000	
2015	628	51026	1.000	12,3

Fuente: Sivigila 2015 – DANE Nacidos Vivos Actualizado a 30 marzo 2016.

### Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de la semana 17 de su actual gestación

El 60,4% de las gestantes notificadas en el 2015 para el Valle del Cauca como casos de sífilis gestacional, fueron diagnosticados antes de la semana 17 de gestación.

*Tabla N° 6*  
*Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de la semana 17 de su actual gestación, 2015*

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de la semana 17 de su actual gestación	Número de casos de Sífilis gestacional con pruebas de Dx antes de semana 17	Número de casos de sífilis gestacional notificados en el periodo.	100	
2015	379	628	100	60,4

Fuente: Sivigila 2015



## HALLAZGOS SÍFILIS CONGÉNITA

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de sífilis congénita a semana 52 de 2015, una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

- a) Registros de la base de datos original: 207 registros.
- b) Registros repetidos: 1 registro (0,0 %).
- c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso (Ajuste 6): 28 registros (13,5 %).
- d) Registros descartados desde la UPGD por error de digitación (Ajuste D): 4 registros (1,9 %).
- e) Registros descartados desde el departamento por no cumplir definición de caso: 20 registros (11,4 %)
- f) Registros finales en base de datos depurada: 152 registros (73,4%).

Al realizar la depuración de la base de datos se identificaron 20 casos que no cumplen con la definición de caso, lo cual puede deberse a deficiencias en la notificación y al desconocimiento de las nuevas definiciones de caso. En el siguiente cuadro se observa la distribución de notificación por municipio de residencia:

**Tabla N° 7**  
**Casos notificados de sífilis congénita, por municipio de notificación, 2015**

MUNICIPIO	No. Casos	%
BUENAVENTURA	12	7,9
BUGA	5	3,3
CALI	106	69,7
FLORIDA	1	0,7
JAMUNDI	1	0,7
PALMIRA	14	9,2
PRADERA	1	0,7
TULUA	7	4,6
YUMBO	1	0,7
ZARZAL	1	0,7
(en blanco)	3	2,0
<b>Total general</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila



### Comportamiento de la notificación

La proporción de incidencia del Valle del Cauca en el 2012 fue de 6,09 casos por 1000 NV y ha venido disminuyendo hasta llegar a 3,3 casos por 1000 NV en el 2014; lo que muestra que, pese a la disminución de los casos, no se han cumplido las metas planteadas en el Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita 2011-2015. Además, vale la pena recordar el cambio de ficha de notificación en el año 2014 en la cual se unificaron las fichas de sífilis congénita y sífilis gestacional.

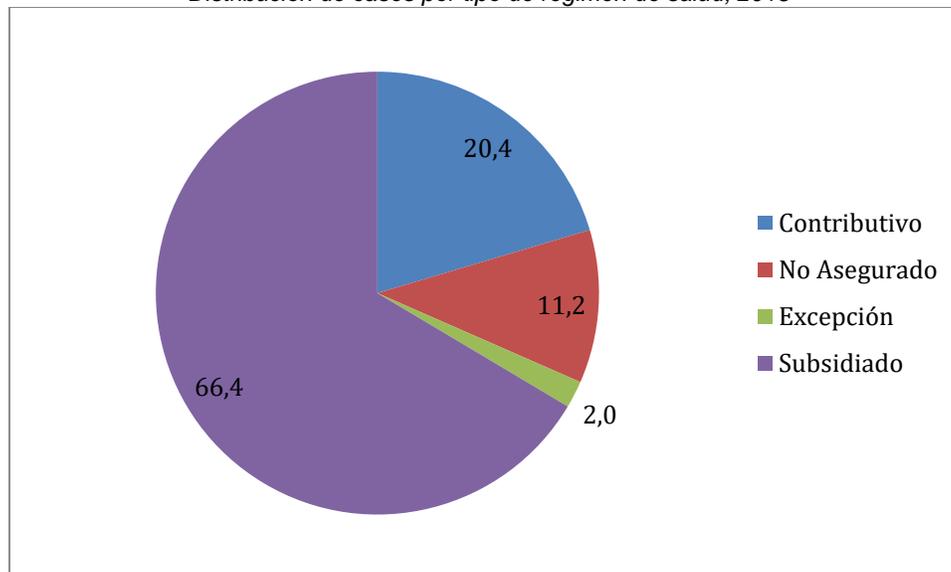
A semana 52 de 2015, los casos notificados fueron **152** con una incidencia para el Valle del Cauca de **3,0** casos por 1000 nacidos vivos. Es importante resaltar el cambio en la definición de caso para este año debido al ajuste de esta, en la nueva Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.

### Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En el análisis realizado en la notificación Individual, se encontró:  
El 52 % (79) de los casos se presentaron en niñas, el 48 % (73) en niños.

El mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado 101 casos (66 %), la distribución por régimen de seguridad social se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica N° 5  
Distribución de casos por tipo de régimen de salud, 2015



Fuente: Sivigila 2015

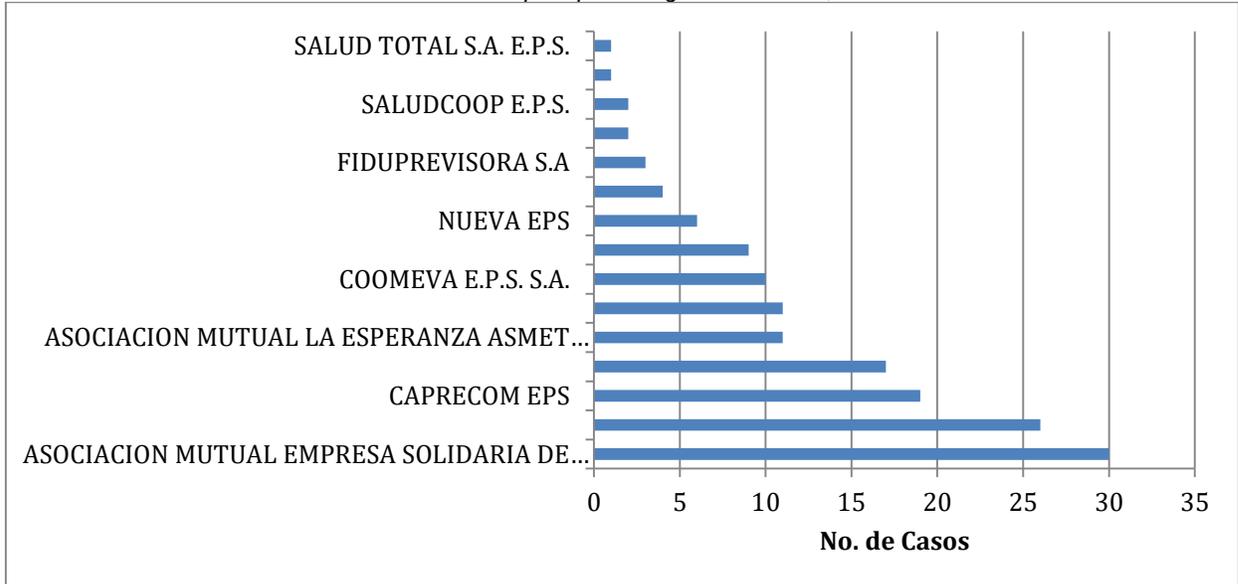


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Los casos fueron notificados en las siguientes aseguradoras.

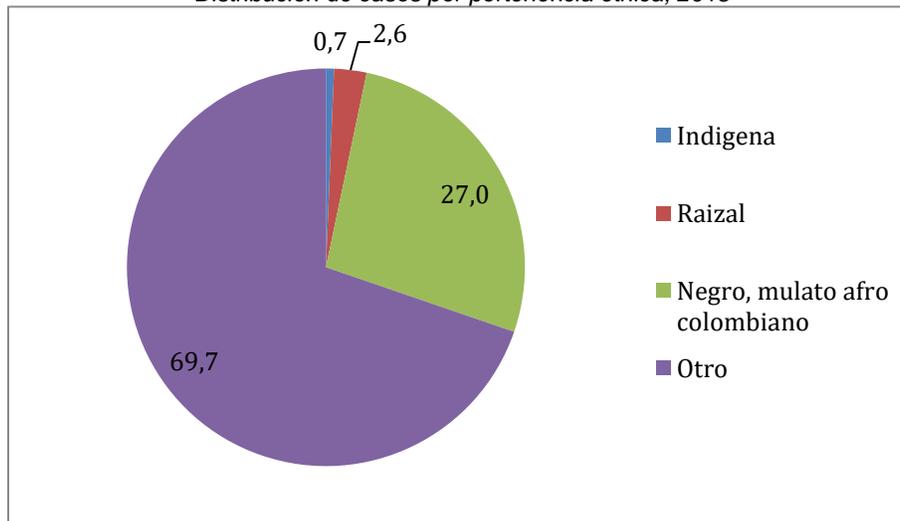
Gráfica N° 5  
Distribución de casos por tipo de régimen de salud, 2015



Fuente: Sivigila 2015

La proporción de casos en la población negra es del 27%, seguida por la población Raizal con un 2,6 %.

Gráfica N° 6  
Distribución de casos por pertenencia étnica, 2015



Fuente: Sivigila 2015

Se reportó un caso de mortalidad con sífilis congénita, el cuál fue analizado y entregado al INS.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Se tomó serología al nacimiento al 86,8 % (132 casos) de los niños. La situación por municipio se observa en la siguiente tabla.

**Tabla N° 8**  
**Toma de serologías al nacimiento en los casos notificados como sífilis congénita por municipio de residencia, 2015**

MUNICIPIO	Serologías Tomadas	Total Casos	% Serología
CALI	73	88	83,0
BUENAVENTURA	13	14	92,9
PALMIRA	10	10	100
JAMUNDI	5	6	83,3
TULUA	5	5	100
YUMBO	5	6	83,3
BUGA	3	3	100
EL CERRITO	3	3	100
FLORIDA	3	3	100
CARTAGO	2	2	100
PRADERA	2	2	100
* VALLE. MUNICIPIO			
DESCONOCIDO	1	1	100
ANDALUCIA	1	1	100
GUACARI	1	1	100
RIOFRIO	1	1	100
ROLDANILLO	1	1	100
SAN PEDRO	1	1	100
SEVILLA	1	1	100
YOTOCO	1	1	100
CAICEDONIA		1	0
ZARZAL		1	0
<b>Total general</b>	<b>132</b>	<b>152</b>	<b>86,8</b>

Fuente: Sivigila 2015

El resultado de las serologías se observa en la siguiente gráfica:

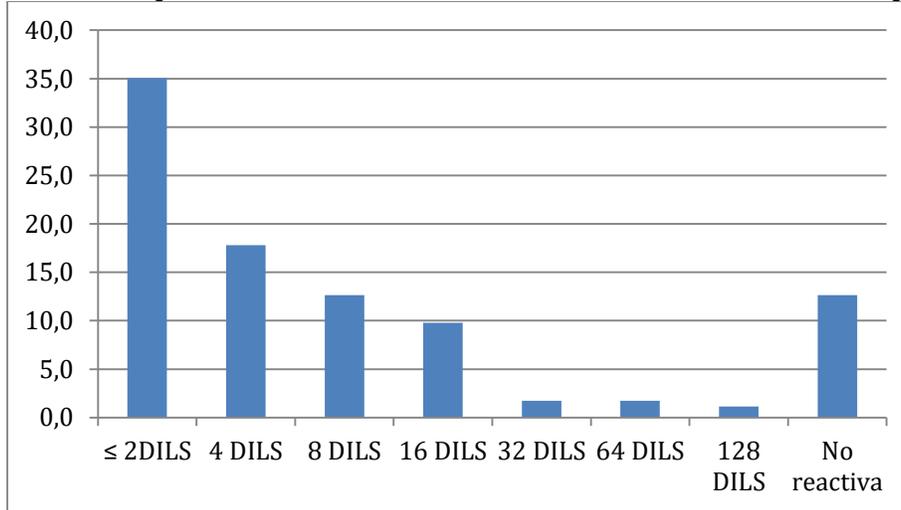


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Gráfica N° 6

Resultado de las serologías realizadas al nacimiento en los casos notificados como sífilis congénita, 2015

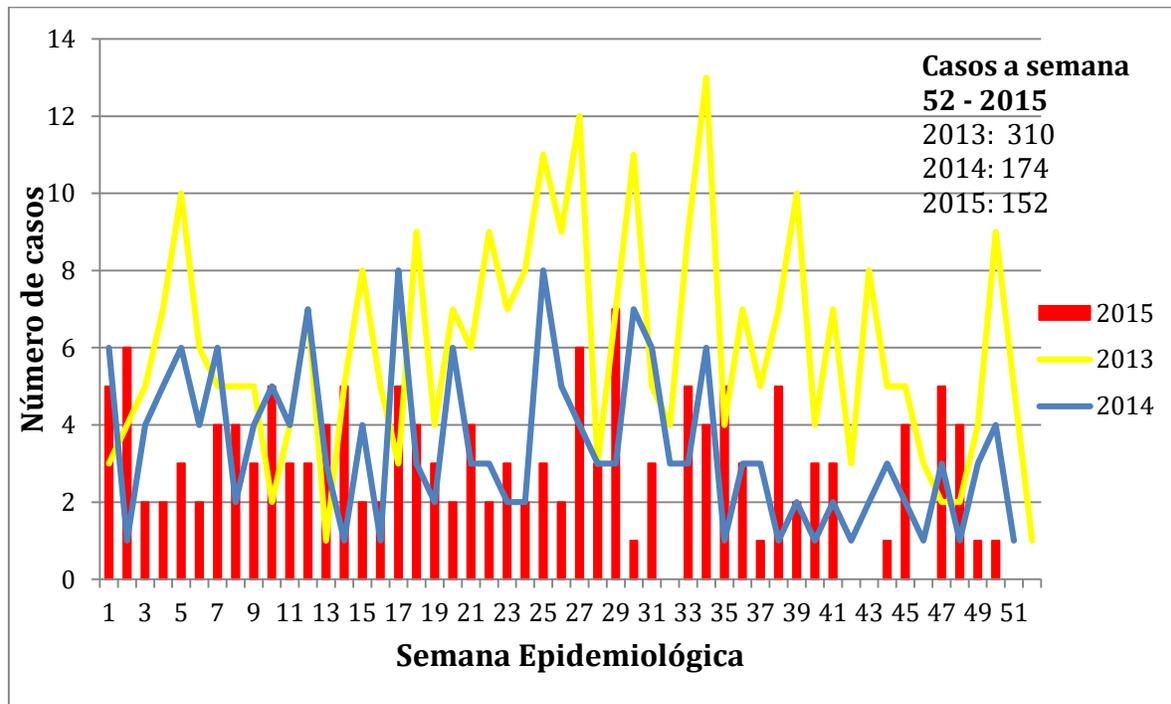


Fuente: Sivigila 2015

## Tendencia del evento

Gráfica N° 7

Comportamiento de la notificación de sífilis congénita por año epidemiológico, Valle del Cauca, 2012-2015



Fuente: Sivigila 2015

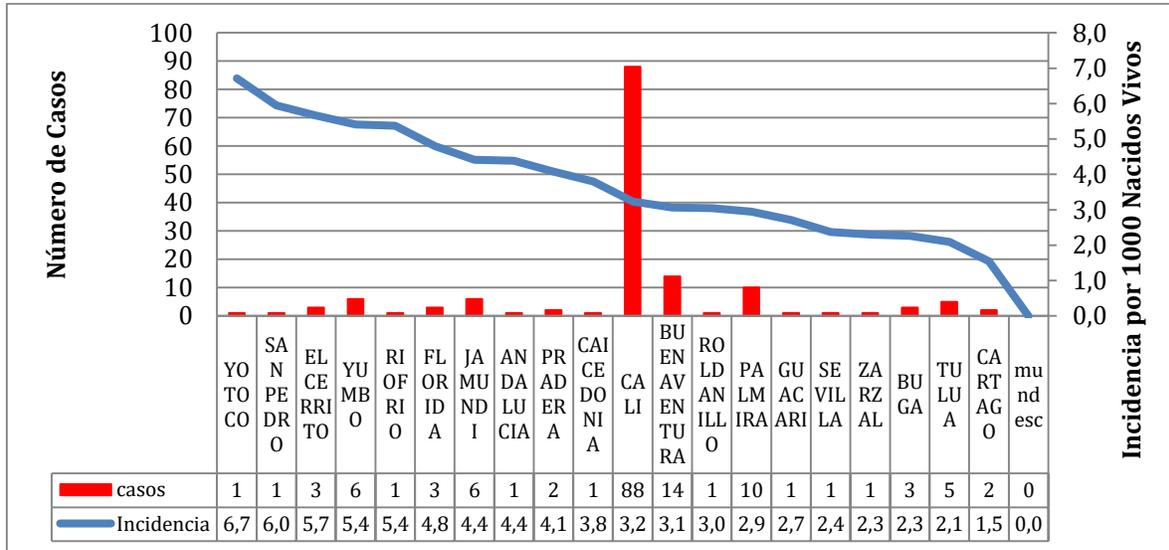


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Grafica N° 7

Incidencia y número de casos de sífilis congénita por municipio de residencia, Valle del Cauca, 2015



Fuente: Sivigila 2015

En la gráfica podemos observar que los municipios con mayor incidencia de sífilis congénita para su población son: Yotoco, San Pedro, El Cerrito, Yumbo y Río Frío; mientras que las entidades que más casos notifican son: Cali (57%), Buenaventura (9,2%), Palmira (6,6%), Yumbo (5,4%) y Jamundí (3,9%).

## Comportamiento de los Indicadores de Vigilancia del Evento. Proporción de incidencia de Sífilis congénita

En el 2015 se notificaron 3,0 casos nuevos de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos.

Tabla N° 5  
Proporción de Incidencia de Sífilis congénita, 2015

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Proporción de incidencia de Sífilis congénita	Número de casos nuevos de Sífilis Congénita notificados	Población expuesta al riesgo de enfermar de esa causa (NV)	1.000	3,0
2015	152	51.026	1.000	3,0

Fuente: Sivigila, DANE 2015 NV. Actualizado a 30 marzo 2016



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Tasa de mortalidad de Sífilis congénita

Por cada 100.000 nacidos vivos del Valle del Cauca. 0,0 mueren a causa de sífilis congénita.

*Tabla N° 6  
Tasa de mortalidad de sífilis congénita, 2015*

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Tasa de mortalidad de Sífilis congénita	Defunciones por la causa	Total de Nacidos Vivos	1.000	
2015	1	51.026	100.000	0,0

Fuente: Sivigila, DANE 2015. Actualizado a 30 marzo 2016

## Letalidad por sífilis congénita

La proporción de muertes a causa de sífilis congénita en el Valle del Cauca es de 0,7 casos.

*Tabla N° 7  
Letalidad por sífilis congénita, 2015*

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Letalidad por sífilis congénita	Defunciones por causa registrada en lugar y tiempo.	Enfermos de esa causa	100	
2015	1	152	100	0,7

Fuente: Sivigila 2015

## Porcentaje de muertes atribuibles a sífilis congénita analizadas

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

*Tabla N° 8  
Porcentaje de muertes atribuibles a sífilis congénita analizadas, 2015*

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Porcentaje de muertes atribuibles a sífilis congénita analizadas	Número de muertes a la que se realizó análisis.	Número de muertes por SC ocurridas	100	
2015	1	1	100	100,0

Fuente: Sivigila 2015



## DISCUSIÓN

El 87,7 % de las gestantes con sífilis notificadas (628 casos) tuvo control por lo tanto se evidencia la necesidad de reforzar el programa de atención prenatal ya que el plan de eliminación de la sífilis congénita, se plantea dentro de los objetivos programáticos la necesidad de aumentar la cobertura de atención prenatal a más del 95 % (4) en el 2015.

Al 40,4 % de las gestantes se les realizó prueba no treponémica en el primer trimestre, pero solamente se le realizó prueba treponémica al 27 % de los casos en ese trimestre, debido al cambio en las definiciones de caso, actualmente es indispensable la realización de las dos pruebas para confirmar el diagnóstico de la gestante; estos resultados nos indican que el diagnóstico está siendo tardío y además nos muestran la no realización de la prueba treponémica simultáneamente con la no treponémica.

Debido a este diagnóstico tardío el tratamiento es inoportuno, iniciando tratamiento en primer trimestre solamente el 35,7% de las gestantes. Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas, la transmisión suele tener lugar entre las semanas 16 y 28 de gestación (4), por esta razón es necesario trabajar para lograr el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y más aun teniendo en cuenta que la sífilis no tratada durante el embarazo, especialmente la sífilis precoz, conlleva riesgo de muerte fetal intrauterina, nacimiento de un mortinato, muerte neonatal y secuelas importantes en los sobrevivientes como ceguera, deformidades óseas y dentarias y déficit neurológico (5), además, que tanto el diagnóstico como el tratamiento son económicos y sencillos.

En el análisis de los datos se evidencian falencias en las bases de datos tales como registros incompletos e incongruentes en diferentes variables, esto puede deberse a deficiencias en el diligenciamiento de las fichas de notificación o fallas en la digitación de dichas fichas o ambas.

Vale la pena mencionar que el cambio en las definiciones de caso para el año 2015 hace que la notificación de este año no sea comparable con la notificación de años anteriores, debido al desconocimiento que muchos profesionales aún tienen, de la nueva Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita; la no disponibilidad de pruebas treponémicas rápidas en todo el territorio nacional y las subsiguientes fallas en la notificación. Esta situación ha llevado a una disminución marcada de los casos de sífilis congénita por incumplimiento de la nueva definición de caso, lo cual no significa una disminución real en la incidencia del evento.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Es necesario aclarar que la depuración de las bases de datos de sífilis gestacional y de sífilis congénita, se realizó de acuerdo a la directriz del Ministerio de Salud y Protección Social dada el 24 de noviembre de 2015, según la cual “se acuerda dar un plazo del 01 de enero al 30 de septiembre de 2015 como periodo de transición para la implementación de la actualización de la guía 2014.

Teniendo en cuenta dicho periodo de transición, se define incluir en el análisis 2015 todos los casos notificados en el Sivigila que cumplan con la definición de caso de sífilis gestacional y congénita teniendo como marco las definiciones de caso de la Guía de atención de la sífilis congénita del Ministerio de la Protección Social que hace parte de la Resolución 412 de 2000 y de la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita Ministerio de Salud y Protección social 2014.

Una vez cumplido el periodo de transición, el INS solamente incluirá en el análisis, los casos notificados que cumplan con la nueva definición de caso de la GPC 2014.”

### CONCLUSIONES

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

Se observa subnotificación de los casos de sífilis congénita sustentada en el escaso reporte de mortinatos.

El análisis de los datos muestra ausencia de control prenatal en un 13 % de los casos de sífilis gestacional, lo que indica deficiencias en la inducción a la demanda en todo el departamento; además se evidencia una proporción significativa de casos en el régimen subsidiado con un 67%.

Además de la no realización del control prenatal, se observa que solo el 53,7 % del total de casos inició control prenatal en el primer trimestre, lo cual nos muestra un inicio tardío en los casos en los que si se realiza dicho control.

Se observa que un 7,0% de las gestantes con sífilis que asistieron a CPN no recibieron tratamiento.

El tratamiento de contactos corresponde solamente al 45,0 %, a pesar de la evidencia existente sobre las consecuencias para el producto de dicho embarazo.



## RECOMENDACIONES

Fortalecer la aplicación y adherencia al protocolo de vigilancia en salud pública para Sífilis Gestacional y Congénita del Instituto Nacional de Salud enfatizando en la definición de caso, con el fin de mejorar la notificación en todos los niveles que reportan.

Capacitar a los profesionales de la salud de todos los niveles, en la nueva Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, publicada en diciembre de 2014, en la cual se ajustaron las definiciones de caso.

Mejorar el análisis de los casos de sífilis congénita para poder garantizar que realmente cumplan con la definición de caso.

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

Continuar trabajando con la ficha unificada de sífilis gestacional (750) y sífilis congénita (740) y en el mediano plazo evaluar el impacto en la notificación y el análisis de los casos.

## Referencias Bibliográficas.

1. OPS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe.. Washington D.C.; 2009.
2. OMS. WHO. Centro de Prensa; 2015.
3. International Agency for Research on Cancer. OMS. [Online].; 2016. Available from: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).
4. OPS.. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Documento conceptual. Organización Panamericana de la Salud. ; (2009).
5. INS. Informe de los eventos sífilis gestacional y sífilis congénita, hasta el periodo epidemiológico XII, Colombia 2015. Instituto Nacional de Salud; 2015.



**VIH-SIDA**  
**AÑO 2015**

**INTRODUCCIÓN.**

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1,2 millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo (OMS, 2016).

EL VIH se encuentra dentro de la clasificación de infecciones de transmisión sexual, el cual en su forma traía es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida Sida, que además de transmitirse por contacto sexual, se puede transmitir durante el embarazo de la madre al hijo, el parto, la lactancia, por transfusiones sanguíneas o en usuarios de drogas intravenosas. El VIH/ SIDA es una infección incurable que actualmente posee tratamiento capaz de atenuar, o modificar los síntomas de la enfermedad y ayudar a prevenir su transmisión.

En Colombia en 1988 se realizó el primer estudio de seroprevalencia y desde entonces se ha puesto en marcha diferentes programas de vigilancia epidemiológica identificando principalmente los grupos de mayor vulnerabilidad.

Datos del Instituto Nacional de Salud INS (Salud, Instituto Nacional de, 2015) muestran que en Colombia en el 2014 para el año 2014 se reportaron 10094 casos, correspondientes a 7693 casos de VIH, 1668 de SIDA Y 726 Muertes, y 7 casos sin dato del estadío clínico. Siendo una epidemia concentrada para el país.

En contraste el valle del cauca para el 2014 se reportaron un total de 1080 casos nuevos de VIH sida, 842 correspondían a VIH; 169 a estadio Sida y 69 muertes (INS, 2014). Con una relación hombre mujer de 2,84. Siendo el mecanismo de trasmisión sexual el de mayor presentación, datos que sugieren que para el departamento la epidemia se mantiene concentrada, presentándose principalmente en grupos de alta vulnerabilidad.

Una de las principales acciones y retos de la lucha contra el VIH/SIDA se centra actualmente en la necesidad de promocionar la prueba voluntaria, que tiene grandes ventajas para la población. Por una parte, quienes resulten positivos porque se benefician de los tratamientos antirretrovirales, y en el caso del resultado negativo, porque la persona va a ser más consciente de la necesidad de tener comportamientos sexuales seguros (Salud, Instituto Nacional de, 2015).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

De acuerdo con lo anterior, el presente informe se propone realizar el seguimiento de la notificación de casos de VIH/SIDA, en concordancia con los procesos establecidos para la notificación al SIVIGILA a fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control.

## MATERIALES Y MÉTODOS.

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

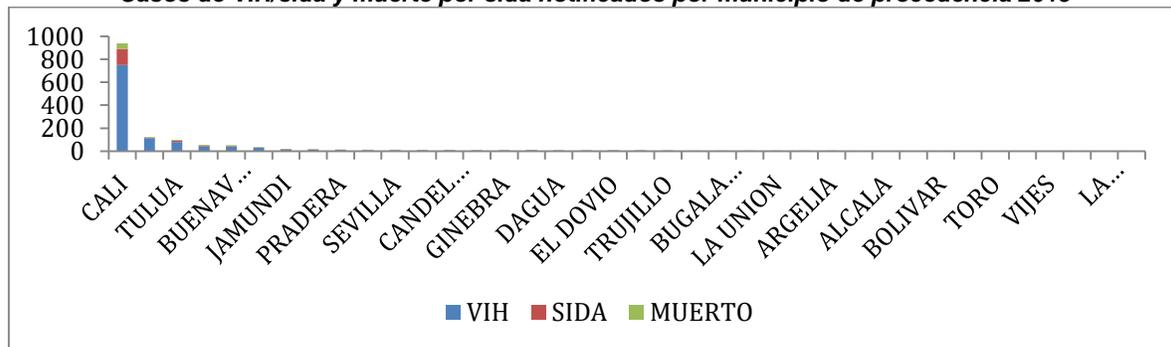
Se realizó depuración y cruce de información para los periodos de análisis, se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia para el año 2015, y posteriormente se realizó caracterización demográfica, social y clínica de la población. Se realizó revisión al 100 % de la información encontrada en la base de datos.

## HALLAZGOS.

### Comportamiento de la notificación por municipios del valle del cauca

En el departamento del valle del Cauca para el año 2015, se reportaron 1491 casos, correspondientes a; 1205 casos de VIH, 191 de Sida y 95 muertes por Sida (ver grafica 1)

**Grafica Nº 1**  
**Casos de VIH/sida y muerte por sida notificados por municipio de procedencia 2015**



Fuente: Sivigila 2015

Al revisar los casos notificados en el 2015 por municipio de procedencia se encontró que los primeros lugares corresponden a los municipios de Cali, Palmira, Tuluá, Buga y al Distrito de Buenaventura.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla N° 1  
Casos de VIH/sida y muerte por sida notificados por Municipio de procedencia. 2015

MUNICIPIO	VIH	SIDA	MUERTO	TOTAL	%
CALI	750	138	51	939	63
PALMIRA	114	4	5	123	8
TULUA	81	12	5	98	7
BUGA	42	5	8	55	4
BUENAVENTURA	37	7	9	53	4
CARTAGO	31	2	2	35	2
JAMUNDI	15	2	1	18	1
YUMBO	14	2	2	18	1
PRADERA	10	1	2	13	1
EL CERRITO	8	2	2	12	1
SEVILLA	9	1	1	11	1
CAICEDONIA	9	1		10	1
CANDELARIA	8	1		9	1
FLORIDA	6	1	1	8	1
GINEBRA	7		1	8	1
OBANDO	7	1		8	1
DAGUA	5	2		7	0
YOTOCO	6	1		7	0
EL DOVIO	4	1	1	6	0
ROLDANILLO	4	1		5	0
TRUJILLO	3	1	1	5	0
ZARZAL	3		2	5	0
BUGALAGRANDE	3		1	4	0
GUACARI	3	1		4	0
LA UNION	4			4	0
SAN PEDRO	3	1		4	0
ARGELIA	2	1		3	0
* VALLE. MUNICIPIO					
DESCONOCIDO	2			2	0
ALCALA	2			2	0
ANSERMANUEVO	2			2	0
BOLIVAR	2			2	0
LA VICTORIA	2			2	0
TORO	2			2	0
VERSALLES	2			2	0
VIJES	2			2	0
ANDALUCIA	1			1	0
LA CUMBRE		1		1	0
RIOFRIO		1		1	0
<b>Total general</b>	<b>1205</b>	<b>191</b>	<b>95</b>	<b>1491</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila 2015

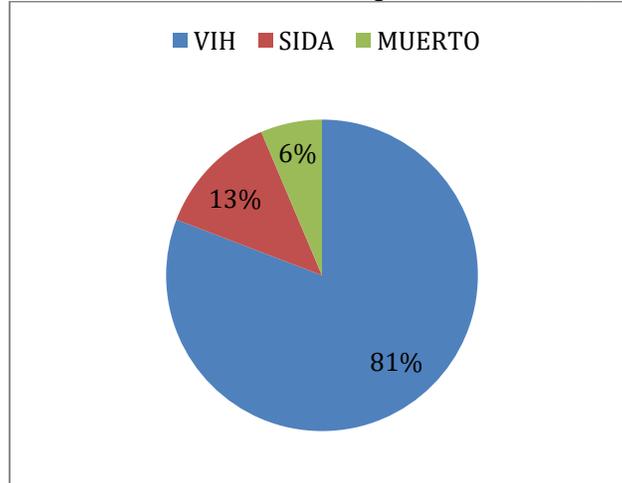


**Magnitud de los eventos en lugar y persona (Datos básicos).**

**Notificación de Casos de VIH; SIDA y muerte por SIDA**

Respecto a la distribución de casos de VIH, sida y mortalidad por sida el 81 % corresponde a VIH; el 13% a Sida y el 6% a muertos por sida.

**Grafica Nº 2**  
**Casos notificados de VIH/SIDA según estadio clínico, 2015**

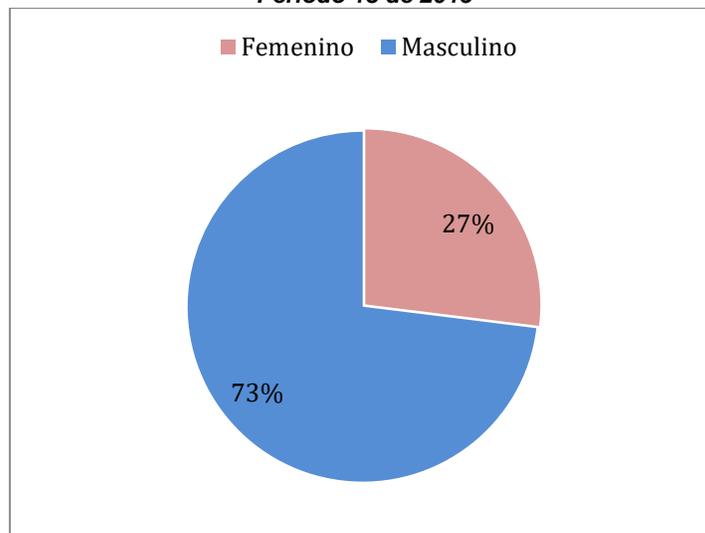


Fuente: Sivigila 2015

**Comportamiento de la notificación según género**

De los 1491 Casos notificados 73,0 % corresponden al género masculino y 27,0 % al femenino

**Grafica Nº 3**  
**Porcentaje de casos notificados de VIH/sida y muerte por Sida por género. Período 13 de 2015**



Fuente: Sivigila 2015

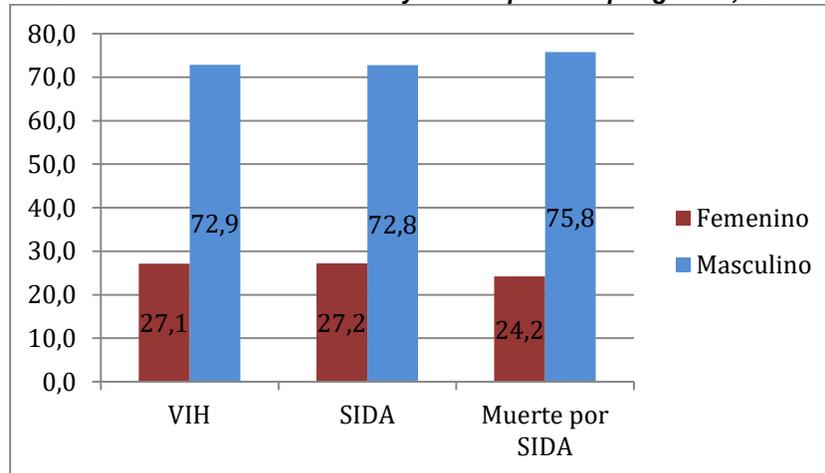


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Se observa que dentro de la notificación de VIH/sida y muerte por sida en hombres el 72,9 % de los casos son notificados como VIH, el 72,8 % como sida y el 75,8 % como muerte por sida. Comparado con la notificación de VIH/sida y muerte por sida en mujeres, el 27,1 % corresponde a VIH, el 27,2 % a sida y el 24,2 % a muertes. Se observa que la notificación en los tres estadios es significativamente superior en los hombres que en las mujeres.

**Grafica N° 4**  
**Casos notificados de VIH/sida y muerte por sida por género, 2015**

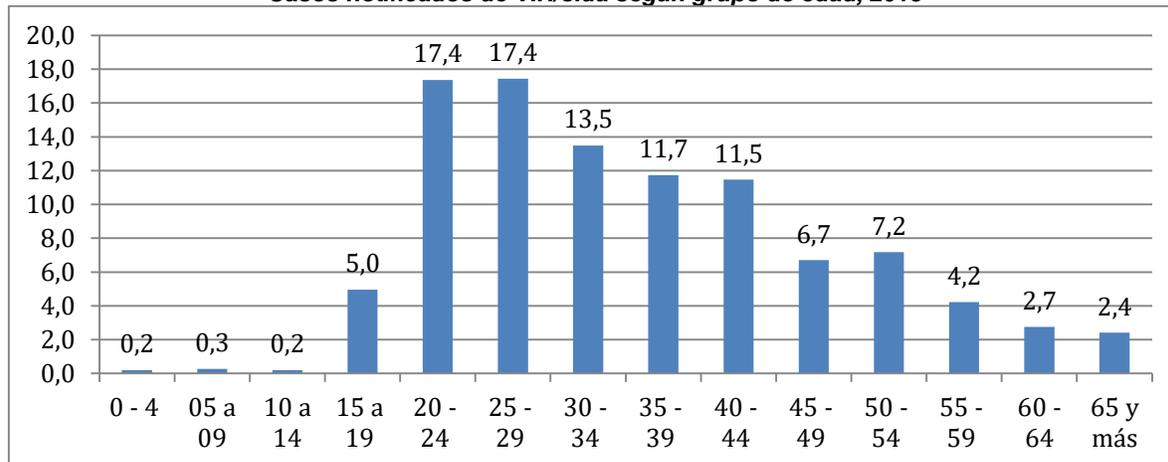


Fuente: Sivigila 2015

## Distribución por grupos de Edad VIH/SIDA y Mortalidad

En la notificación individual se obtienen edades simples, lo cual permite agruparlas de acuerdo a los requerimientos de análisis. En la figura se muestra la distribución por grupos de edad, donde los grupos de 20- 24 y 25-29 años registran el mayor porcentaje de la notificación del evento con 17,4 % seguido por el grupo de 30-34 años con 13,5 % se notificaron 3 casos en menores de 4 años, para un 0,2 %.

**Grafica N° 5**  
**Casos notificados de VIH/sida según grupo de edad, 2015**



Fuente: Sivigila 2015

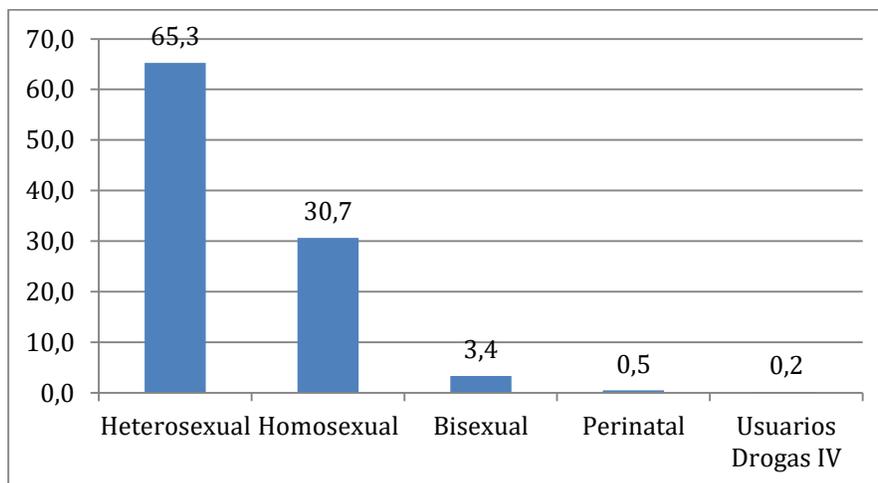


## Comportamiento de otras Variables de Interés (Datos Complementarios).

### Comportamiento de la notificación según mecanismo probable de transmisión.

Para los casos de VIH/sida y el probable mecanismo de transmisión, el mecanismo heterosexual está en el 65,3 %, el homosexual en el 30,7 % y el bisexual en el 3,4 %. Notificaron 7 casos de transmisión perinatal, de los municipios: Ansermanuevo (1); Cali (2); Cartago (1); Palmira (1); Pradera (1); Tuluá (1). Reportaron 3 casos en usuario de drogas intravenosas en los municipios de Cali, Florida y Palmira un caso por municipio respectivamente. 0 casos por transfusión sanguínea y accidente laboral. De los casos reportados por transmisión perinatal se solicitaron las unidades de análisis.

**Grafica N° 6**  
**Casos notificados de VIH/sida según mecanismo probable de transmisión, 2015**



Fuente: Sivigila 2015

### Tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

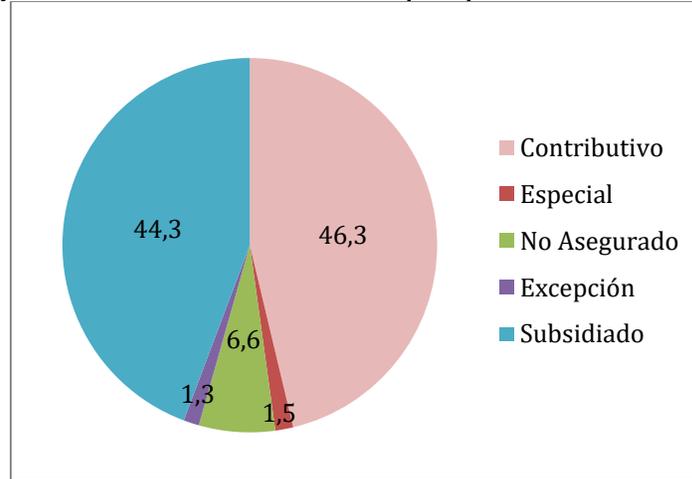
En cuanto al tipo de afiliación de los casos notificados del año 2015 se puede observar que el 46,3 % de los casos pertenecen al régimen contributivo, el 44,3 % al subsidiado y un 6,6 %, se reportó como no asegurado.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

**Grafica N° 7**  
**Porcentaje de casos notificados de VIH/sida por tipo de afiliación al SGSSS, 2015**



Fuente: Sivigila 2015

Al revisar por aseguradoras se observa que Emmsanar E.S.S., SOS, COOMEVA, COOSALUD ESS, y NUEVA EPS, son las Cinco principales Entidades Administradoras y Prestadoras de Beneficios, en la población notificada con VIH/Sida. A continuación, se relacionan las Entidades Administradoras y Prestadoras de Beneficios que prestaron aseguramiento para el total de la población notificada del Departamento en el 2015:

**Tabla N° 2**  
**Casos y Porcentaje de Población de VIH/Sida por Aseguradora, 2015**

NOMBRE DE ASEGURADORA	TOTAL	%
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	298	20,0
S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	147	9,9
COOMEVA E.P.S. S.A.	128	8,6
COOSALUD ESS EPS-S	116	7,8
NUEVA EPS	103	6,9
#N/A	101	6,8
COMFENALCO VALLE E.P.S.	89	6,0
CAPRECOM EPS	80	5,4
CAFESALUD E.P.S. S.A.	64	4,3
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	53	3,6
SALUDCOOP E.P.S.	51	3,4
SURA E.P.S	47	3,2
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	41	2,7



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

SANITAS E.P.S. S.A.	39	2,6
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE	29	1,9
POLICIA NACIONAL	14	0,9
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	13	0,9
FUERZAS MILITARES	13	0,9
CRUZ BLANCA EPS S.A.	9	0,6
DESCONOCIDO-01	9	0,6
COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A		
SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	8	0,5
FIDUPREVISORA S.A	6	0,4
COMPAÑIA SURAMERICANA DE SEGUROS S.A.	5	0,3
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	5	0,3
AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	3	0,2
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	2	0,1
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LA EMPRESA PUERTOS DE COLOMBIA .	2	0,1
ASOCIACION MUTUAL SOLIDARIA	1	0,1
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMACOL, COMFAMILIAR CAMACOL	1	0,1
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	1	0,1
CAPRESOCA EPS	1	0,1
COLPATRIA E.P.S.	1	0,1
COLPATRIA S.A MEDICINA PREPAGADA	1	0,1
COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.	1	0,1
COMPARTA	1	0,1
CONVIDA EPS	1	0,1
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE RISARALDA	1	0,1
ESS ASOCIACION MUTUAL DE SOLIDARIDAD	1	0,1
FAMISANAR E.P.S. LTDA.	1	0,1
FIDUPREVISORA FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	1	0,1
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.	1	0,1
SALUDVIDA EPS S.A.	1	0,1
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1	0,1
<b>Total general</b>	<b>1491</b>	<b>100,0</b>

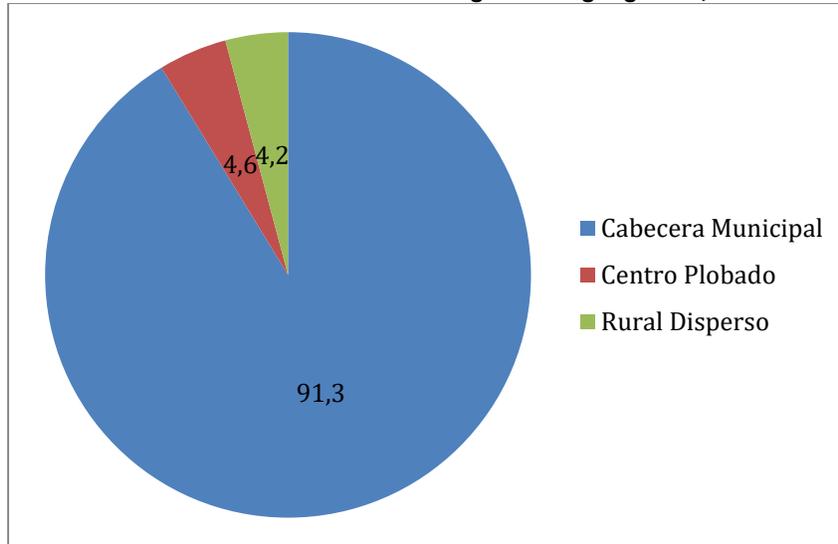
Fuente: Sivigila 2015



### Zona de residencia de los casos notificados de VIH/SIDA.

Al año 2015, de los 1491 casos notificados el 91,3 % tienen como zona de residencia la cabecera municipal, el 4,6% el centro poblado y el 4,2% la zona rural dispersa.

**Grafica N° 8**  
**Casos notificados de VIH/sida según zona geográfica, 2015**



Fuente: Sivigila 2015

### Casos notificados de VIH/SIDA en mujeres embarazadas.

Analizando la base de datos de VIH/SIDA del año 2015, fueron notificadas 70 mujeres gestantes con VIH/SIDA, el 11,4 % estaba en el primer trimestre de embarazo, el 41,4 % de ellas estaban entre la semana 13 a 24 de gestación y el 47,1% entre la semana 25 a 40.

**Tabla N° 3**  
**Casos Notificados de VIH/SIDA en gestantes. 2015**

Trimestre de Embarazo	No. Casos	Porcentaje
Primer Trimestre (Sem 1 - 12)	8	11,4
Segundo Trimestre (Sem 13 - 24)	29	41,4
Tercer Trimestre (Sem 25 - 40)	33	47,1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila 2015



### Enfermedades Oportunistas de los casos notificados de VIH/SIDA

Respecto a las enfermedades oportunistas en los casos notificados; las más frecuentes son: Recuento CD4 menor a 200, síndrome de emaciación, tuberculosis pulmonar, toxoplasmosis cerebral, y neumonía por pneumocystis.

*Tabla N° 4*  
*Enfermedades oportunistas notificadas en los casos de VIH/SIDA, 2015*

<b>Enfermedades Asociadas</b>	<b>No. De casos</b>
Recuento CD4 menor de 200	77
Síndrome de Emaciación	45
Tuberculosos Pulmonar	42
Toxoplasmosis Cerebral	37
Neumonía por pneumocystis	33
Candidiasis Esofágica	27
Neumonía Recurrente	24
Encefalopatía por VIH	22
TB Extrapulmonar	16
Candidiasis Vías Aéreas	15
Otras Micobacterias	15
Sarcoma de Kaposi	14
Linfoma Inmunoblástico	10
Herpes Zoster	9
Histoplasmosis Diseminada	9
Citomegalovirus	8
Criptococosis Extrapulmonar	8
Linfoma de Burkitt	6
Hepatitis B	6
Meningitis	6
Histoplasmosis Extrapulmonar	5
Retinitis por Citomegalovirus	4
Cáncer Cervical Invasivo	3
Isosporidiasis Crónica	3
Criptosporidiasis Crónica	1
Leucoencefalopatía Multifocal	1
Septicemia Recurrente por Salmonella	1
Hepatitis C	1
Coccidiodomicosis	0
<b>Total reportado</b>	<b>448</b>

Fuente: Sivigila 2015



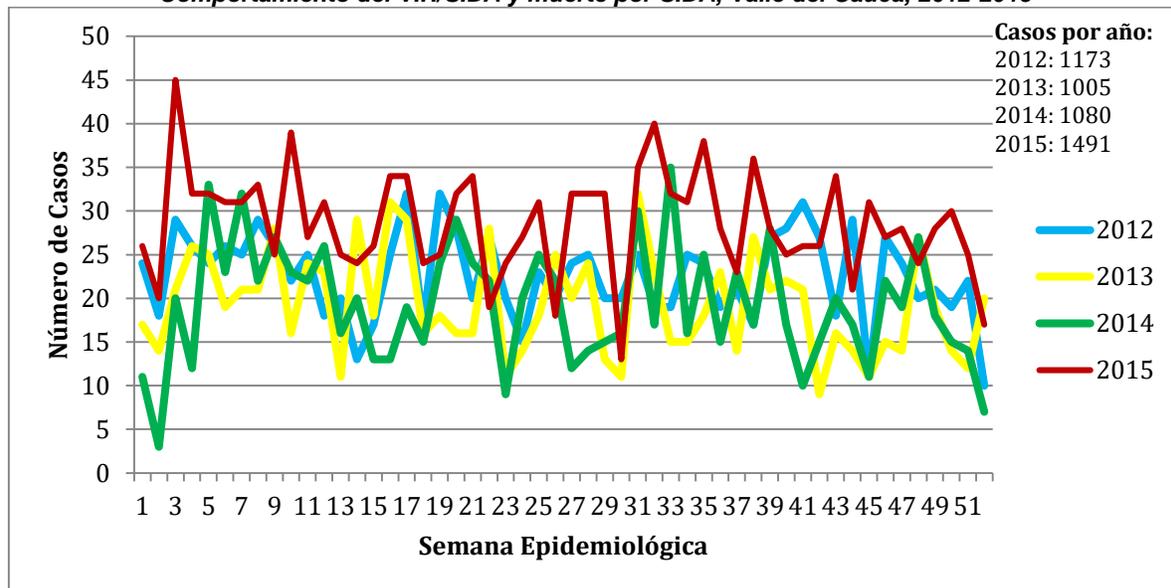
# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Tendencia del Evento.

Al comparar el comportamiento de la notificación de casos de VIH/sida y muerte por sida, entre los años 2012 a 2014, el comportamiento de la notificación fue similar. Para el año 2015, se observó incremento del 27% en la notificación de los casos en 1491, es decir para el año 2014 se había notificado 1080 casos.

**Grafica N° 9**  
**Comportamiento del VIH/SIDA y muerte por SIDA, Valle del Cauca, 2012-2015**



Fuente: Sivigila 2015

## Razón de Prevalencia de VIH/Sida en Mujeres Embarazadas

Por cada 1000 nacidos vivos en el 2015 en el valle del cauca, se presentaron 1,8 casos de VIH/SIDA en gestantes.

**Tabla N° 5**  
**Razón de Prevalencia de VIH/Sida en Mujeres Embarazadas, 2015**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Razón de Prevalencia de VIH/Sida en Mujeres Embarazadas	Número de casos de VIH/sida en mujeres embarazadas	Número total de nacidos vivos	1.000	
2015	70	38271	1.000	1,8

Fuente: Sivigila 2015



### Proporción de Transmisión de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión por uso de drogas psicoactivas en la población.

Del total de casos notificados de VIH/SIDA ocurridos en el Valle del Cauca para el 2015, el 0,2 % fueron infectados por mecanismo probable de transmisión uso de drogas psicoactivas.

**Tabla N° 6**  
*Proporción de Transmisión de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión por uso de drogas psicoactivas en la población, 2015*

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Proporción de Transmisión de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión por uso de drogas psicoactivas en la población	Número de casos notificados al siviigila de VIH/sida por uso de drogas psicoactivas	Número total de casos notificados de VIH/Sida	100	
2015	3	1491	100	0,2

Fuente: Siviigila 2015

### Proporción de Transmisión de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión por accidente laboral

Del total de casos notificados de VIH/SIDA ocurridos en el Valle del Cauca para el 2015, el 0,0% fueron infectados por mecanismo probable de transmisión uso de drogas psicoactivas. Es decir, no se presentaron casos por mecanismo probable de transmisión por accidente laboral.

**Tabla N° 7**  
*Proporción de Transmisión de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión por accidente laboral en la población, 2015*

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Proporción de Transmisión de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión por accidente laboral	Número de casos notificados de VIH/sida por con mecanismo probable de transmisión sanguíneo (accidente de trabajo Biológico) notificado al siviigila	Número total de casos notificados de VIH/Sida	100	
2015	0	1491	100	0,0

Fuente: Siviigila 2015



## Prevalencia de notificación de casos confirmados de VIH/Sida

Por cada 100.000 habitantes del Valle del Cauca en el 2015 se diagnosticaron 32,3 casos de infección por VIH/SIDA.

*Tabla N° 8*

*Proporción de Transmisión de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión por accidente labora en la población, 2015*

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Prevalencia de notificación de casos confirmados de VIH/Sida	Número de casos de VIH/sida confirmados notificados	Población DANE	100.000	
2015	1491	4613684	100	32,3

Fuente: Sivigila 2015

## DISCUSIÓN

En el informe epidemiológico 2015 se registra un aumento en la notificación del evento DE 27% comparada con el año inmediatamente anterior, situación que puede variar aún más, teniendo en cuenta la notificación tardía realizada por parte de las entidades municipales además de las dificultades en la adherencia al algoritmo diagnóstico de acuerdo a las modificaciones realizadas en el protocolo. Del total de casos notificados de VIH/sida y muerte por sida un 73,0 % pertenece al género masculino y un 27,0 % al género femenino, lo que nos indica una razón 2,7:1 hombre/mujer. Similar al comportamiento nacional

Se observa que dentro de la notificación de VIH/sida y muerte por sida en hombres el 72,9 % de los casos son notificados como VIH, el 72,8 % como sida y el 75,8 % como muerte por sida. Comparado con la notificación de VIH/sida y muerte por sida en mujeres, el 27,1 % corresponde a VIH, el 27,2 % a sida y el 24,2 % a muertes. Se observa que la notificación en los tres estadios es significativamente superior en los hombres que en las mujeres.

Se sigue evidenciando la vulnerabilidad de las gestantes en el año 2015 se notificaron 70 mujeres gestantes con VIH/SIDA; y de ellas el 47,1 % se encontraban en el tercer trimestre de gestación, y el 41,4 % en el segundo trimestre, lo que nos indica que un alto porcentaje de las gestantes se están captando de forma tardía. Debemos recordar que el diagnóstico en el primer trimestre de gestación es fundamental para un tratamiento oportuno a la gestante, que permita disminuir la transmisión materna infantil y aportar así al control de la epidemia.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## **CONCLUSIONES**

Se observa que en los últimos años la notificación de los casos de VIH/SIDA, ha sido similar, manteniéndose la relación hombre/mujer de 2,7:1, siendo el mecanismo de transmisión sexual el que aporta el mayor número de casos con un 65 % y por grupo de edad el de 20-29 años con un 35,8 %.

No se ha visto variación en la notificación de casos por municipio siendo Cali, Palmira, Tuluá, Buga y al Distrito de Buenaventura los que reportan el mayor número de casos.

## **RECOMENDACIONES**

Se observan aun inconsistencias en las bases de datos, por lo tanto, es muy importante trabajar en el mejoramiento de la calidad del mismo, desde el diligenciamiento de la ficha hasta la notificación al SIVIGILA, ya que los datos solicitados en la ficha son indispensables para cumplir con los requerimientos de información sobre el evento, y así lograr información veraz para orientar mejor las acciones de prevención.

Es importante seguir reforzando el conocimiento sobre el protocolo en los municipios, teniendo en cuenta los nuevos algoritmos diagnósticos.

Teniendo en cuenta que como meta se tiene previsto la disminución de la transmisión madre hijo de VIH a 2% o menos, es necesario seguir fortaleciendo actividades que permitan una captación temprana de la gestante al control prenatal y una buena asesoría de tal forma que acepte realizarse la prueba de VIH y si es positiva tratarla oportunamente más cuando en este año se observó incremento en la notificación de los casos por este mecanismo de transmisión.

Finalmente, es importante seguir reforzando el desarrollo de las unidades de análisis que establece el lineamiento a fin de establecer si fue la causa real de la transmisión y en los casos de la mortalidad evidenciar los determinantes sociales que están incidiendo.

## **Referencias Bibliográficas.**

INS. (2014). *INFORME FINAL DEL COMPORTAMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN DE VIH-SIDA*. Bogotá: INS.

OMS. (2016). Recuperado el 31 de MARZO de 2016, de OMS:  
[http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)

Salud, Instituto Nacional de. (2015). *INFORME DEL COMPORTAMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN DE VIH-SIDA*. Bogotá: INS.



**HEPATITIS B, C Y CO INFECCIÓN / SUPRA INFECCIÓN HEPATITIS B / DELTA  
AÑO 2015**

**INTRODUCCIÓN.**

Las hepatitis virales son infecciones hepáticas causadas por virus que comparten la característica de tener afinidad particular por el tejido hepático. Existen seis tipos de virus hepatotrópicos: A, B, C, Delta, E y G, los cuales producen un espectro de manifestaciones clínicas muy similares en sus fases agudas de infección. (INS, 2015)

La hepatitis B es una infección hepática potencialmente mortal causada por el virus de la hepatitis B VHB; constituye un problema importante de salud pública mundial ya que puede causar hepatopatía crónica y conllevar a un alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer hepático (OMS, 2015), reporte de la OMS estima que más de 780.000 personas mueren cada año como consecuencia de esta infección, incluido por cirrosis y cáncer hepático, además de ser considerada un importante riesgo laboral para los profesionales de la salud.

Sus mecanismos de transmisión (perinatal, sexual exposición percutánea, o a mucosas, sangre o diferentes líquidos corporales infectados), así como se periodo de incubación y posterior infección hasta manifestaciones de la enfermedad pueden generar alta carga de morbilidad para la población afectada ya que no existe un tratamiento específico contra la hepatitis b aguda, y en los casos de hepatitis b crónica su manejo farmacológico se encamina a ralentizar el avance de la cirrosis y reducir la incidencia de cáncer.

Desde 1982 existe una vacuna disponible la cual tiene una efectividad del 95% en la prevención de la infección por VHB y sus consecuencias crónicas sin embargo su introducción a los países no ha sido homogénea. (INS, 2015)

Colombia a nivel mundial es clasificada en el grupo de baja endemicidad, Sin embargo, estudios realizados antes de la introducción de la vacuna contra el VHB estimaron una tasa total de portadores de 4,7% (17) al tiempo que estudios más recientes han encontrado prevalencias de HBsAg de 5,66%, lo que ubicaría al país en una categoría de endemicidad intermedia, sin desconocer la gran variabilidad epidemiológica y las limitaciones en las disponibilidad de información para el país (INS, 2015).

Respecto a la hepatitis c existe gran variabilidad interregional de la prevalencia de la infección por VHC, en parte explicado por la diversidad poblacional, así como por las distintas metodologías de dicha prevalencia, en Colombia su vigilancia inició desde el 2009 sin embargo su información tuvo considerables fallas de subregistro debido a la ausencia de un protocolo establecido para éste evento.

Es por esto que con la vigilancia de éste evento suministre información útil que pueda orientar la gestión en salud y la formulación de políticas públicas específicas orientadas a la mitigación de esta *epidemia silente*, como la ha denominado la Organización Mundial de la Salud. (INS, 2015).

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer la distribución, frecuencia y características de los casos de Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección Hepatitis B-Delta en las entidades territoriales.
- Estimar la prevalencia de Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección Hepatitis B-Delta que permita conocer el comportamiento del evento a nivel departamental con base en la información ingresada.
- Vigilar y caracterizar la tendencia de casos de Hepatitis B en sus formas aguda, crónica y por transmisión perinatal con particular atención a los grupos poblacionales más afectados por este evento, con el fin de orientar la toma de decisiones en salud y la generación de políticas públicas en relación a los eventos.

## **MATERIALES Y MÉTODOS.**

Para la elaboración del informe se realizó recolección de información a partir de las fuentes de información principal (SIVIGILA), La información de Sivigila se obtuvo mediante la notificación realizada por las UPGDs a la ficha 340 en datos básicos y complementarios habiendo seguido el flujo de información establecido para el proceso de notificación.

Se realizó depuración y cruce de información para los periodos de análisis, se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia para el año 2015, y posteriormente se realizó caracterización demográfica, social y clínica de la población. Se realizó revisión al 100% de la información encontrada en la base de datos.

## **HALLAZGOS.**

### **Comportamiento de la notificación.**

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de Hepatitis B, C y coinfección/supra infección B/Delta del 2015, una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

- a) Registros de la base de datos original: 155.
- b) Registros duplicados: 0
- c) Registros descartados por error de laboratorio (ajuste 6): 2
- d) Registros descartados por error de digitación (ajuste D): 5
- f) Registros finales en base de datos depurada: 148

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

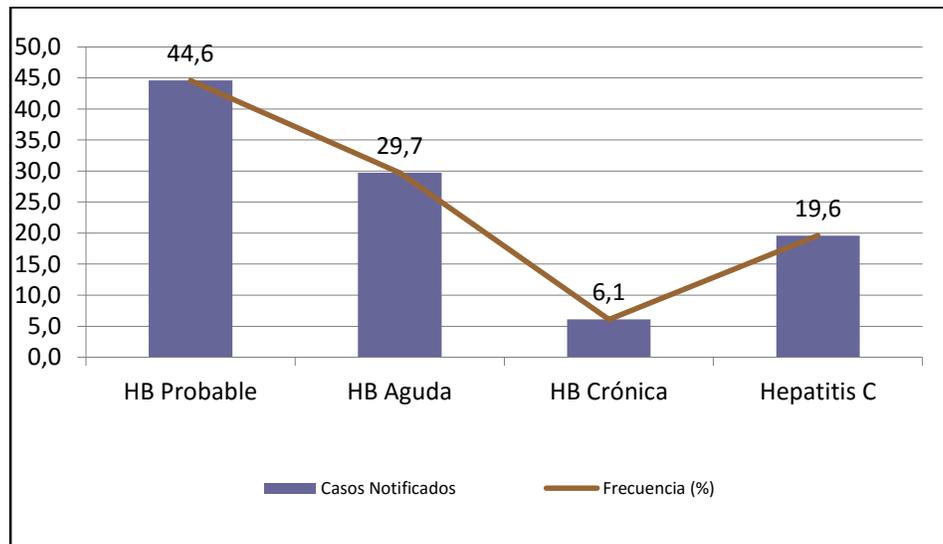
*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



Se verificó el comportamiento de la variable “clasificación del tipo de hepatitis”, encontrando que la distribución de frecuencias de la clasificación final “Hepatitis B probable” muestra un aumento importante alcanzando una proporción del 44,6 % con relación a las demás clasificaciones. Siendo el reflejo de las grandes dificultades del departamento y sus municipios la confirmación de los casos (ver gráfica 1).

Gráfica N° 1

Clasificación final de tipo de hepatitis viral según las definiciones de caso del protocolo de vigilancia, 2015



Fuente: Sivigila 2015

### Magnitud de los eventos en lugar y persona (datos básicos)

Para todas las clasificaciones de Hepatitis hepatitis B (incluyendo los casos de transmisión materno-infantil y los casos de coinfección hepatitis B-Delta) se tiene un consolidado de 148 casos notificados. Los municipios de los cuales procedieron la mayor el mayor número de casos correspondieron a Cali (63,5 %), Tuluá (8,1%), Buenaventura (4%), Buga (4%) y Candelaria (3,3%) los cuales, en conjunto, representan el 83 % de los casos notificados hasta semana 52 del año 2015.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

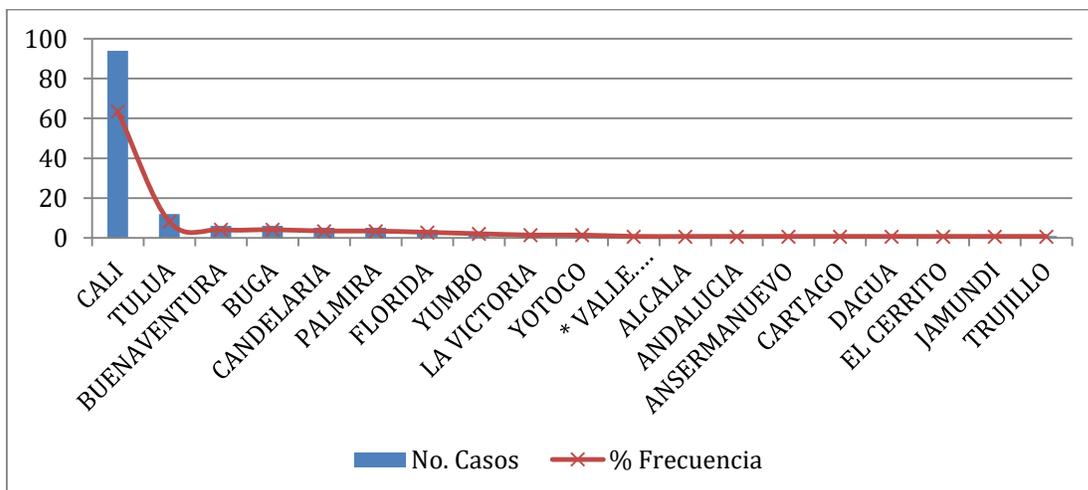
Secretaría de Salud

Tabla N° 1  
Número de casos y frecuencia de hepatitis municipio de procedencia, Valle del Cauca, 2015

Municipio de Procedencia	No. Casos	% Frecuencia
CALI	94	63,51
TULUA	12	8,11
BUENAVENTURA	6	4,05
BUGA	6	4,05
CANDELARIA	5	3,38
PALMIRA	5	3,38
FLORIDA	4	2,70
YUMBO	3	2,03
LA VICTORIA	2	1,35
YOTOCO	2	1,35
*VALLE. MUNICIPIO DESCONOCIDO	1	0,68
ALCALA	1	0,68
ANDALUCIA	1	0,68
ANSERMANUEVO	1	0,68
CARTAGO	1	0,68
DAGUA	1	0,68
EL CERRITO	1	0,68
JAMUNDI	1	0,68
TRUJILLO	1	0,68
<b>Total general</b>	<b>148</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Sivigila 2015

Gráfica N°2  
Casos notificados de hepatitis B según municipio de procedencia, Valle del Cauca 2015



Fuente: Sivigila 2015



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

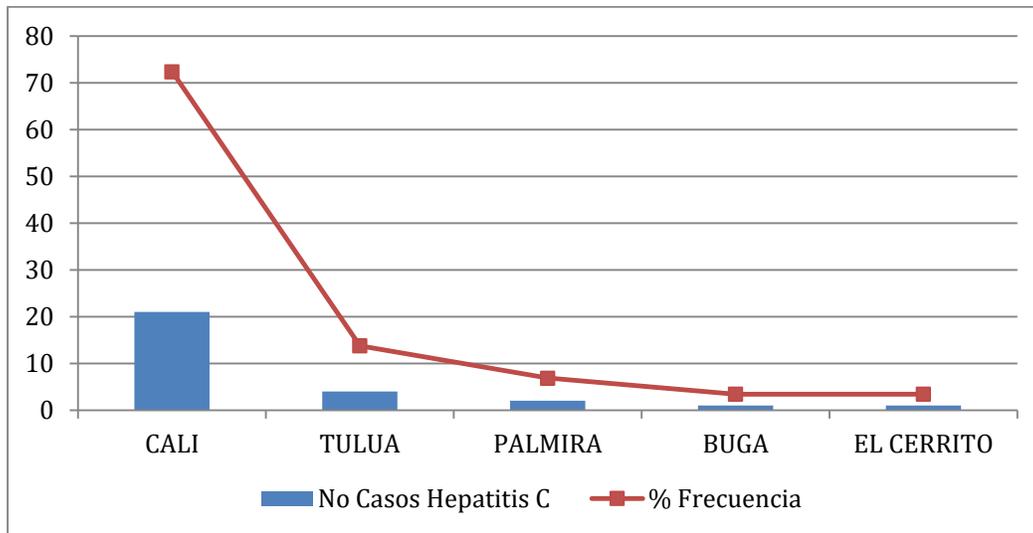
En relación con el evento hepatitis C se notificaron 29 casos en 4 de las 42 entidades territoriales del departamento. Los municipios que reportaron fueron: Cali (72,4%), Tuluá (13,8%), Palmira (6,9%), Buga (3,4 %) y El Cerrito (3.4%).

Tabla N° 2  
Número de casos y frecuencia de hepatitis C por municipio de procedencia, Valle del Cauca, 2015

Municipio de Procedencia	No Casos Hepatitis C	% Frecuencia
CALI	21	72,4
TULUA	4	13,8
PALMIRA	2	6,9
BUGA	1	3,4
EL CERRITO	1	3,4
<b>Total general</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila 2015

Gráfica N°3  
Casos notificados de hepatitis C según municipio de procedencia, Valle del Cauca 2015



Fuente: Sivigila 2015

En el 2015 para el Departamento se evidenció un predominio en la proporción de sexo masculino (56%) y para el sexo femenino de (43%).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla N° 3  
Número de casos de hepatitis por sexo según, 2015

Clasificación	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Hepatitis B a Clasificar	28	18,9	38	25,7	66	44,6
Hepatitis B Aguda	14	9,5	30	20,3	44	29,7
Hepatitis B Crónica	6	4,1	3	2,0	9	6,1
Hepatitis C	17	11,5	12	8,1	29	19,6
<b>Total general</b>	<b>65</b>	<b>43,9</b>	<b>83</b>	<b>56,1</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila 2015

De acuerdo con la clasificación y los grupos de edad en los que más casos se notificaron fue en el grupo de 30 a 34 años, lo cual se relaciona con el comportamiento de hepatitis B a clasificar y hepatitis b aguda, demostrando la necesidad de realizar la confirmación de los casos como probables a fin de obtener mejor calidad en el dato a analizar.

Tabla N° 4  
Distribución de casos de hepatitis según clasificación y grupos de edad, 2015

Grupos de edad	Hepatitis B a Clasificar	Hepatitis B Aguda	Hepatitis B Crónica	Hepatitis C	Total	%
0 a 4	0	0	0	0	0	0
5 a 9	0	0	0	0	0	0
10 a 14	0	0	0	0	0	0
15 a 19	1	1		1	3	2,0
20 a 24	7	4	3		14	9,5
25 a 29	14	8		2	24	16,2
30 a 34	22	13		3	41	27,7
35 a 39	6	3	3		12	8,1
40 a 44	9	4	1	2	16	10,8
45 a 49	2	2		2	6	4,1
50 a 54	6	9	1	3	19	12,8
55 a 59	3	3			6	4,1
60 a 64	2	1		3	6	4,1
65 y más	3	3	1	14	21	14,2
<b>Total general</b>	<b>66</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila 2015

En hepatitis para todas las clasificaciones se observó pertenencia étnica en la categoría “otros grupos poblacionales” con un porcentaje de 86%. El 12,8 % en población afrocolombiana y el 0,7 % en Palenquero.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla N° 5

Distribución de los casos notificados de hepatitis por clasificación y grupo étnico de pertenencia, 2015

Pertenencia Étnica	Hepatitis B a Clasificar	Hepatitis B Aguda	Hepatitis B Crónica	Hepatitis C	Total general	%
4. Palenquero		1			1	0,7
5. Negro, Mulato, Afrocolombiano	14	2	3		19	12,8
6. Otro	52	41	6	29	128	86,5
<b>Total general</b>	<b>66</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila 2015

En relación a la distribución de casos según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la notificación de casos de hepatitis es superior en los regímenes de Contributivo 48% y Subsidiado 39%, en comparación con los grupos no asegurado 5,4%, especial 4% y excepción 3%

Tabla N° 6

Comparación de la notificación de casos de hepatitis por régimen de afiliación, 2015

Régimen de Afiliación	Hepatitis B a Clasificar	%	Hepatitis B Aguda	%	Hepatitis B Crónica	%	Hepatitis C	%	Total general	%
Contributivo	29	43,9	23	52,3	6	66,7	13	44,8	71	47,973
Especial	1	1,5	2	4,5		0,0	3	10,3	6	4,054
No Asegurado	4	6,1	2	4,5		0,0	2	6,9	8	5,405
Excepción	3	4,5		0,0	2	22,2		0,0	5	3,378
Subsidiado	29	43,9	17	38,6	1	11,1	11	37,9	58	39,189
<b>Total general</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila 2015

Con relación al aseguramiento se observa que Emmsanar E.S.S., SOS, COOMEVA, COOSALUD ESS, y CAFESALUD, son las Cinco principales Entidades Administradoras y Prestadoras de Beneficios, en la población notificada con Hepatitis. A continuación, se relacionan las Entidades Administradoras y Prestadoras de Beneficios que prestaron aseguramiento para el total de la población notificada del Departamento en el 2015:

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla N° 7  
Comparación de la notificación de casos de hepatitis por EAPB, 2015

Nombre de Aseguradora	Hepatitis B a Clasificar	Hepatitis B Aguda	Hepatitis B Crónica	Hepatitis C	Total general	%
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	11	6		5	22	14,9
S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.	6	8	2	2	18	12,2
COOMEVA E.P.S. S.A.	6	4		2	12	8,1
COOSALUD ESS EPS-S	6	3		2	11	7,4
CAFESALUD E.P.S. S.A.	2	5	1	2	10	6,8
NUEVA EPS	1	1	3	4	9	6,1
#N/A	4	2		2	8	5,4
CAPRECOM EPS	3	3		1	7	4,7
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	5	2			7	4,7
COMFENALCO VALLE E.P.S.	3	3			6	4,1
DESCONOCIDO-05	5				5	3,4
SALUDCOOP E.P.S.	1	3		1	5	3,4
SURA E.P.S	2	1	1	1	5	3,4
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE	3			1	4	2,7
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	3				3	2,0
FIDUPREVISORA S.A			2	1	3	2,0
FUERZAS MILITARES COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	3				3	2,0
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.						
COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A	1				1	0,7
SUSALUD MEDICINA PREPAGADA				1	1	0,7
CRUZ BLANCA EPS S.A.		1			1	0,7
DESCONOCIDO-01	1				1	0,7
DIVISION DE SERVICIO MEDICO DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI.		1			1	0,7
GENERALI COLOMBIA VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1			1	0,7
SANITAS E.P.S. S.A.				1	1	0,7
SEGUROS COLPATRIA S.A.				1	1	0,7
<b>Total general</b>	<b>66</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila 2015



### Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

En el análisis del comportamiento de los modos de transmisión del virus de la hepatitis llama la atención la persistencia en el aumento del reporte de casos por transmisión horizontal (54,7%). La transmisión parental /percutánea representa el 23,0% de los casos, La transmisión sexual representa el 20,9% de los casos, siendo contradictorio ya que la OMS reporte que el mecanismo sexual debería ser el más prevalente.

Tabla N° 8  
Comparación de la notificación de casos de hepatitis por Modo de Transmisión, 2015

Modo de Transmisión más Probable	Hepatitis B a Clasificar	Hepatitis B Aguda	Hepatitis B Crónica	Hepatitis C	Total general	%
1. Perinatal			2		2	1,4
2. Horizontal	37	23	4	17	81	54,7
3. Parental/Percutánea	11	14		9	34	23,0
4. Sexual	18	7	3	3	31	20,9
<b>Total general</b>	<b>66</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila 2015

Finalmente, en la descripción de las poblaciones de riesgo, fue evidente que en el total de los casos notificados de hepatitis B, los factores de riesgo más prevalentes fueron tener múltiples parejas sexuales (34,5 %) y ser hijo de madre portadora de HBsAg (25,3 %), a continuación, la tabla muestra las frecuencias relacionadas con los grupos a riesgo.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla N° 9  
Comparación de la notificación de casos de hepatitis por Grupos de Riesgo, 2015

Población a Riesgo	Hepatitis B a Clasificar	Hepatitis B Aguda	Hepatitis B Crónica	Hepatitis C	Total general	%
Hijo de madre HBsAg(+)	16	4	1	1	22	25,3
Múltiples parejas sexuales	15	14	1		30	34,5
Antecedente de Transfusión de hemoderivados				2	2	2,3
Usuario de hemodiálisis		1	1	1	3	3,4
Trabajador de la Salud	1	1	1	2	5	5,7
Usuario de drogas inyectables	1			1	2	2,3
Conviviente con portador de HBsAG	2	2			4	4,6
Contacto sexual con portador HBsAG	6	4	2	2	14	16,1
Población Cautiva	3	1		1	5	5,7
<b>Total general</b>					<b>87</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila 2015

## Tendencia del evento

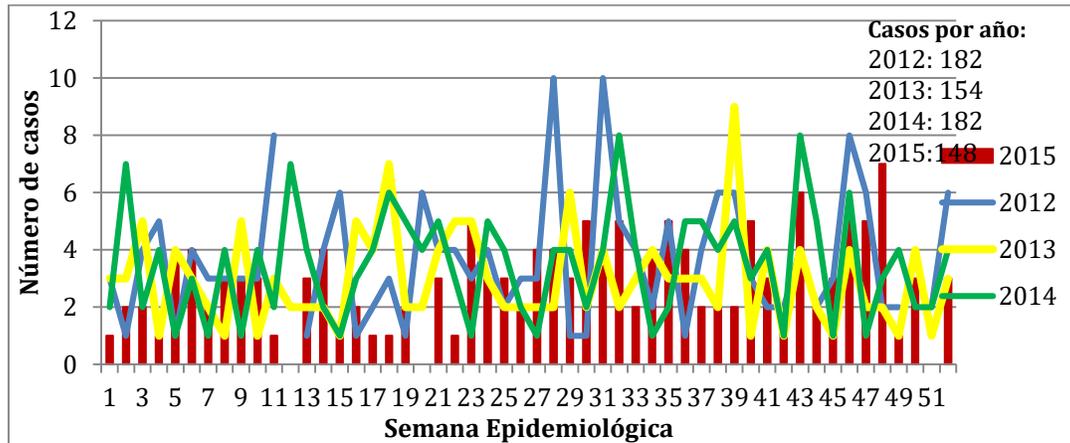
En los últimos años se ha mantenido en un crecimiento lineal en la notificación de casos de hepatitis, esto a expensas del mayor ingreso de casos al sistema de vigilancia, también como consecuencia del mayor conocimiento del protocolo de vigilancia del evento y de la diversificación y expansión de las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

Sin embargo, en el 2015 se aprecia una discreta disminución en la notificación de hepatitis con relación al año anterior.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud



Fuente: Sivigila 2015

## Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento.

### Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis

Por cada 100000 habitantes, se notificaron al Sivigila 3,2 casos de Hepatitis. Se genera este indicador debido a la alta proporción de casos en clasificación probable.

Tabla N° 10  
 Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis, 2015

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis	Número de casos de Hepatitis notificados	Población DANE proyectada en el año	100.000	
2015	148	4613684	100.000	3,2

Fuente: Sivigila 2015

### Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis B

Por cada 100000 habitantes, se notificaron al Sivigila 1,1 casos de Hepatitis B.

Tabla N° 11  
 Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis B, 2015

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis B	Número de casos de Hepatitis B notificados	Población DANE proyectada en el año	100.000	
2015	53	4613684	100.000	1,1

Fuente: Sivigila 2015



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

Por cada 100000 habitantes menores de 5 años, se notificaron al Sivigila 0, casos de hepatitis B en menores de 5 años. Es decir, no se presentaron casos en el departamento.

Tabla N° 12  
Proporción de Incidencia de Casos notificados de Hepatitis B en menores de 5 años, 2015

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Proporción de Incidencia de casos notificados de Hepatitis B en menores de 5 años	Número de casos de Hepatitis B menores de 5 años notificados al Sivigila	de Población DANE en menor de 5 Años proyectada en el año	100.000	
2015	0	435.822	100.000	0,0

Fuente: Sivigila 2015

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Porcentaje de casos analizados de Hepatitis B en menores de 5 años	Número de casos de hepatitis B en menores de 5 años que son investigados y analizados	Número total de casos de hepatitis B en menores de 5 años.	100	
2015	0	0	100	0,0

Fuente: Sivigila 2015

## Razón de Prevalencia de Hepatitis B en mujeres gestantes

En el valle del Cauca para el año 2015 se presentaron 0,4 casos de hepatitis B en mujeres gestantes por cada 1000 nacidos vivos.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla N° 13  
Razón de Prevalencia de Hepatitis B en mujeres Gestantes, 2015

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Razón de Prevalencia de Hepatitis B en mujeres gestantes	Número de casos de gestantes en diagnóstico de Hepatitis B notificados al sivigila	de en con de nacidos vivos en el año según DANE	1.000	
2015	14	38.271	1.000	0,4

Fuente: Sivigila 2015

## Mortalidad por Hepatitis B

La probabilidad de morir a causa de Hepatitis b en el Valle del Cauca es de 1,4 %.

Tabla N° 14  
Mortalidad por Hepatitis B, 2015

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Mortalidad por Hepatitis B	Número de muertes atribuibles a Hepatitis B.	de Número total de casos confirmados de Hepatitis B notificados en el año	100	
2015	2	53	100	3,8

Fuente: Sivigila 2015

## DISCUSIÓN

Los casos que han sido notificados en el transcurso del año 2015 tanto para hepatitis B (que incluye los casos de transmisión materno infantil como los casos de coinfección B-Delta) como para hepatitis C, mantienen una tendencia a la disminución en la notificación en comparación con el año anterior.

Se observan mejoras en el proceso de notificación en el marco del nuevo protocolo de vigilancia, Sin embargo, estas mejoras aún no permiten evidenciar grandes avances en cuanto al subregistro y confirmación de casos que se debería realizar para el departamento, lo que ubicaría al departamento en un nivel de endemidad intermedia (3,2%), si se llegasen a confirmar todos los casos probables. No obstante, con el dato actual de casos confirmados el departamento se encuentra en clasificación de endemidad baja.

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



Es de resaltar el aumento de la notificación de casos con mecanismo de transmisión horizontal, situación que debe verificarse a la luz de la interpretación del protocolo de vigilancia.

La mayor concentración de los casos en población de 30 a 34 años, llama la atención sobre la transmisión sexual y probablemente parenteral, toda vez que sigue aumentando el uso de drogas intravenosas, además al considerar la posible cronicidad de la infección y carga de enfermedad a futuro en esta población.

Se pueden reflejar logros con la introducción en la vacuna en los grupos de edades más jóvenes del departamento ya que no se han presentado casos en menores de 5 años.

## CONCLUSIONES

- Respecto al comportamiento de los indicadores se observa una tendencia a la disminución en la notificación de casos a la observada en el año anterior en el mismo período.
- La incidencia de infección por hepatitis B al año 2015 fue menor que la calculada para el año 2014.
- Para el 2015, el comportamiento de la infección de hepatitis B por grupos de edad muestra mayor concentración en el grupo de 30 a 34 años, revelando la necesidad de autocuidado en la población adulta joven
- El reporte de casos de hepatitis C muestra mejoras en la identificación y notificación del evento.

## RECOMENDACIONES

Mejorar el proceso de confirmación de las hepatitis virales a la hora de notificarlos al sistema a fin de que el porcentaje de "Hepatitis B a clasificar" disminuya dando cumplimiento a las definiciones de caso contempladas en el protocolo de vigilancia.

Realizar asistencias técnicas y acompañamiento a las direcciones territoriales de salud a fin de fortalecer la vigilancia de las ITS en general, haciendo énfasis en las de transmisión vertical y perinatal de la hepatitis B con el fin de optimizar la prevención y detección precoz de esta enfermedad que tiene un alto riesgo de cronificación a largo plazo.

## Referencias Bibliográficas.

INS. (2015). *Informe Final Hepatitis B y C, Colombia 2014*. Bogotá: INS.

OMS. (2015). *Hepatitis B*. Ginebra: Organización mundial de la salud.



**INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA  
COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE ZONOSIS  
AÑO 2015**

*Elisa María Pinzón Gómez, Odontóloga Magister en Epidemiología  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

## **ACCIDENTE OFIDICO**

### **INTRODUCCIÓN (Tomado del protocolo del INS)**

La ofidiotoxicosis o accidente ofídico, se define como la mordedura de serpientes venenosas que inoculan al organismo de la víctima sustancias tóxicas, las que lesionan los tejidos y/o causan un cuadro clínico característico, provocando alteraciones fisiopatológicas locales o sistémicas. La frecuencia y gravedad del evento hacen que tengan importancia para la salud pública.

Aquellas poblaciones que habitan principalmente en zonas rurales, son las más vulnerables a los accidentes ofídicos, especialmente por tener una orientación laboral enfocada a actividades agrícolas, muchas veces con dificultades de acceso a los servicios de salud y que por cultura ancestral se promueve el uso de prácticas no médicas o atención prehospitalaria inadecuadas.

Estos accidentes son considerados una emergencia médica, por lo cual debe darse un tratamiento adecuado y oportuno basado en el suministro de suero antiofídico, que evite o reduzcan las complicaciones en el paciente, generando incapacidad en algunos casos, y en otros más graves, incluso la muerte.

Dado que Colombia es un país tropical, rico por la diversidad de pisos térmicos y condiciones apropiadas para la supervivencia de las serpientes venenosas, unido a la forma de vida de las poblaciones urbanas y principalmente las rurales, en donde se desarrollan actividades agropecuarias que aumentan el riesgo a sufrir agresiones y envenenamientos por estos ofidios que incrementan la morbilidad y sin una atención oportuna y adecuada, facilitan la complicación de los cuadros clínicos, discapacidad y muerte; se hace necesario la vigilancia del evento y el seguimiento de su frecuencia, mortalidad y todos los posibles factores de riesgo que se puedan contener y permitan desarrollar acciones para generar políticas de mejoramiento dirigidas a las entidades territoriales sobre la prevención y control del evento.



## METODOLOGIA

Se realiza un informe de análisis de tipo descriptivo de los hallazgos encontrados por semana epidemiológica, y reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (del Valle del Cauca con corte a la semana 52 de 2015). Se realiza análisis del comportamiento acorde a los objetivos contenidos en el protocolo y el comportamiento del accidente ofídico por municipio. El análisis se realiza con base en las variables que contemplan las fichas de notificación para estos eventos, previa revisión de las variables frente a la calidad de los datos reportados identificando los errores de digitación, los errores de consistencia de la información, identificaron los campos vacíos y duplicados. Para el cálculo de las tasas de incidencia se usó la "población DANE proyectada para el año 2012 - 2015.

## RESULTADOS

Finalmente se obtuvieron 96 casos notificados, Lo anterior eliminando agresiones notificadas más de una vez y 10 casos de la procedencia fuera del Valle

Teniendo en cuenta los objetivos se realiza el siguiente análisis

- 1. Caracterizar la morbilidad de las agresiones causadas por serpientes venenosas según las variables sociodemográficas, cuadro clínico y manejo hospitalario.**

### Comportamiento ofídico por grupo de edad y sexo

Grupos de edad	F	M	Total general
Menores de 10	2	5	8
10-29años	12	31	46
30-44 años	3	14	21
45-60años	2	14	18
Mayores 60 años	4	9	13
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>73</b>	<b>96</b>

Fuente: SIVIGILA Departamental

76.04% de los afectados son hombres siendo la población económicamente activa la más afectada en por estas agresiones.



### Otras características sociodemográficas

Variables	No	%
<b>Etnia</b>		
Indigenas	4	3,8
Afrocolombianos	24	22,6
Otros	68	64,2
<b>Seguridad Social</b>		
Contributivo	14	13,2
Excepción - Especial	5	4,7
No asegurados	15	14,2
Subsidiado	62	58,5
<b>Area de residencia</b>		
Cabecera municipal	28	26,4
Centro poblado	15	14,2
Rural disperso	53	50,0

Fuente: SIVIGILA Departamental

El 22.6% de la población notificada se reconocen como afrocolombianos, la mitad de los casos ocurrieron en zona rural y para el 58,5% de la población el aseguramiento a salud estaba a través del régimen subsidiado.

En la siguiente tabla podemos observar que la población de Buenaventura es la más afectada, El 31.25% de los casos se concentraron en el Distrito. 25 de los 41 municipios del Valle reportaron casos

### Distribución de los casos de accidente ofídico por municipio de procedencia

<b>Municipio de Procedencia</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
BUENAVENTURA	30	31,9
CALI	9	9,6
TULUA	8	8,5
PALMIRA	5	5,3
SEVILLA	4	4,3
BUGA	3	3,2
DAGUA	3	3,2
EL AGUILA	3	3,2
GINEBRA	3	3,2
TRUJILLO	3	3,2
BOLIVAR	2	2,1
CANDELARIA	2	2,1
DARIEN	2	2,1
FLORIDA	2	2,1
LA UNION	2	2,1
SAN PEDRO	2	2,1
VERSALLES	2	2,1
ANSERMANUEVO	1	1,1
ARGELIA	1	1,1
EL DOVIO	1	1,1
JAMUNDI	1	1,1
OBANDO	1	1,1
RIOFRIO	1	1,1
ULLOA	1	1,1
VIJES	1	1,1
YUMBO	1	1,1

Fuente: SIVIGILA Departamental

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## 2. Manifestaciones clínicas, género de las serpientes venenosas agresoras, severidad del cuadro y uso de suero

### Manifestaciones locales presentadas por las personas agredidas

<i>Manifestaciones locales</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
Dolor	74	77,1
Edema	68	70,8
Eritema	32	33,3
Parestesia	15	15,6
Equimosis	6	6,3
Hematoma	5	5,2
Flictena	1	1,0

Fuente: SIVIGILA Departamental

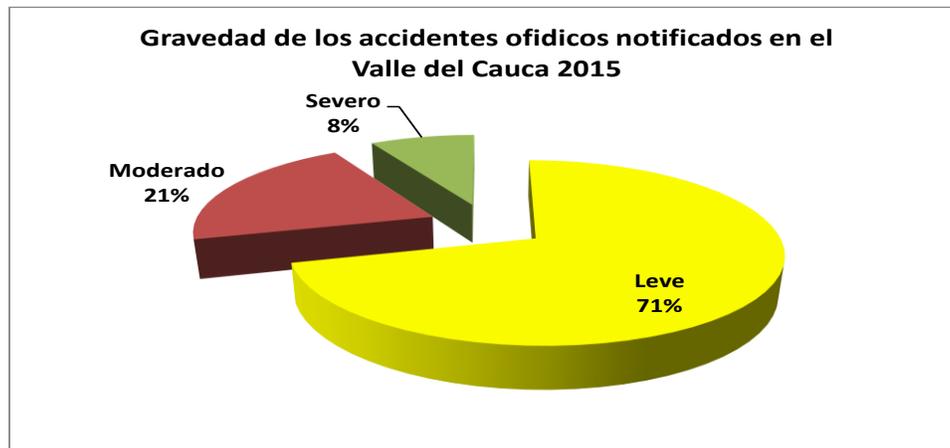
Las manifestaciones locales más frecuentes fueron dolor, edema, eritema y parestesia. Las manifestaciones sistémicas más comunes son náuseas, debilidad muscular, gingivorrea y vomito.

Dentro de las complicaciones locales, el 18,75% presentó celulitis, 2% absceso y fasciitis como únicas complicaciones registradas. A nivel sistémico tres pacientes presentaron anemia aguda, 2 shock hipovolémico y un paciente presentó IRA.

### Genero de las serpientes venenosas

En relación con el género del agente agresor el 43,75 se identificaron como Bothrops y el 33,3% Sin identificar.

### Gravedad de las lesiones



Fuente: SIVIGILA Departamental

Del 29% de los accidentes ofídicos fueron clasificados como moderados y graves sin embargo no se tiene investigación de campo por parte de la DLS.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Manejo Hospitalarios del paciente acorde a UPGD

Nombre UPGD	Paciente Hospitalizado		Total
	Si	No	
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO	10	7	17
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	12		12
HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ		5	5
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA		4	4
ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN	2	2	4
ESE HOSPITAL RAUL HOREJUELA BUENO SEDE SAN VICENTE	1	2	3
ESE HOSPITAL SANTA CRUZ		3	3
HOSPITAL NAVAL BAHIA MALAGA		3	3
ESE HOSPITAL DEL ROSARIO		2	2
ESE HOSPITAL JOSÉ RUFINO VIVAS		2	2
ESE HOSPITAL SAN NICOLAS		2	2
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	1	1	2
FUNDACION ONG MISION POR COLOMBIA		2	2
HOSPITAL DPTAL TOMAS URIBE URIBE	1	1	2
HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO		2	2
HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		2	2
BATALLÓN DE INGENIEROS N° 3 CR AGUSTÍN CODAZZI		1	1
BENJAMIN BARNEY GASCA		1	1
CLINICA AMIGA		1	1
CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL	1		1
CLINICA PALMIRA SA		1	1
COMFANDI IPS BUGA		1	1
COMFENALCO VALLE	1		1
ESE - HOSPITAL LOCAL		1	1
ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO		1	1
ESE HOSPITAL LOCAL DE OBANDO		1	1
ESE HOSPITAL SAN JORGE		1	1
FUNDACION VALLE DEL LILI	1		1
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA		1	1
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE		1	1
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	1		1
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	1		1
HOSPITAL KENNEDY ESE		1	1
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE		1	1
HOSPITAL LOCAL DE VIJES		1	1
HOSPITAL PIO XII ESE		1	1
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1		1
HOSPITAL SANTA ANA		1	1
HOSPITAL SANTA ANA DE LOS CABALLEROS		1	1
HOSPITAL SANTA LUCIA ESE DE EL DOVIO VALLE		1	1
IPS CLINICA SALUD FLORIDA SA		1	1
PUESTO DE SALUD PRIMAVERA		1	1
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	1		1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>60</b>	<b>94</b>

Fuente: SIVIGILA Departamental

El tratamiento en todos los casos de accidente ofídico debe ser realizado idealmente en condiciones hospitalarias. Se fundamenta de forma específica en la administración de suero antiofídico para neutralizar el veneno circulante y el que se está liberando en el sitio de la inoculación, además del tratamiento de soporte para las manifestaciones locales y sistémicas. Solo el 36.17% son manejados hospitalariamente y recibieron suero antiofídico.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Aplicación de suero -antiofídico por UPGD en pacientes

Nombre UPGD	Suero antiofídico		Total
	Si	No	
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO	15	2	17
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	9	3	12
HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ		5	5
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA		4	4
ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN	2	2	4
ESE HOSPITAL RAUL HOREJUELA BUENO SEDE SAN VICENTE		3	3
ESE HOSPITAL SANTA CRUZ		3	3
HOSPITAL NAVAL BAHIA MALAGA	3		3
ESE HOSPITAL DEL ROSARIO		2	2
ESE HOSPITAL JOSÉ RUFINO VIVAS		2	2
ESE HOSPITAL SAN NICOLAS		2	2
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	1	1	2
FUNDACION ONG MISION POR COLOMBIA		2	2
HOSPITAL DPTAL TOMAS URIBE URIBE		2	2
HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCON QUINTERO		2	2
HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		2	2
BATALLÓN DE INGENIEROS N° 3 CR AGUSTÍN CODAZZI		1	1
BENJAMIN BARNEY GASCA		1	1
CLINICA AMIGA		1	1
CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL	1		1
CLINICA PALMIRA SA		1	1
COMFANDI IPS BUGA		1	1
COMFENALCO VALLE	1		1
ESE - HOSPITAL LOCAL		1	1
ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO		1	1
ESE HOSPITAL LOCAL DE OBANDO		1	1
ESE HOSPITAL SAN JORGE		1	1
FUNDACION VALLE DEL LILI	1		1
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA		1	1
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE		1	1
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS		1	1
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO		1	1
HOSPITAL KENNEDY ESE		1	1
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE		1	1
HOSPITAL LOCAL DE VIJES		1	1
HOSPITAL PIO XII ESE		1	1
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL		1	1
HOSPITAL SANTA ANA		1	1
HOSPITAL SANTA ANA DE LOS CABALLEROS		1	1
HOSPITAL SANTA LUCIA ESE DE EL DOVIO VALLE	1		1
IPS CLINICA SALUD FLORIDA SA		1	1
PUESTO DE SALUD PRIMAVERA		1	1
RED DE SALUD DEL NORTE ESE		1	1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>60</b>	<b>94</b>

Fuente: SIVIGILA Departamental



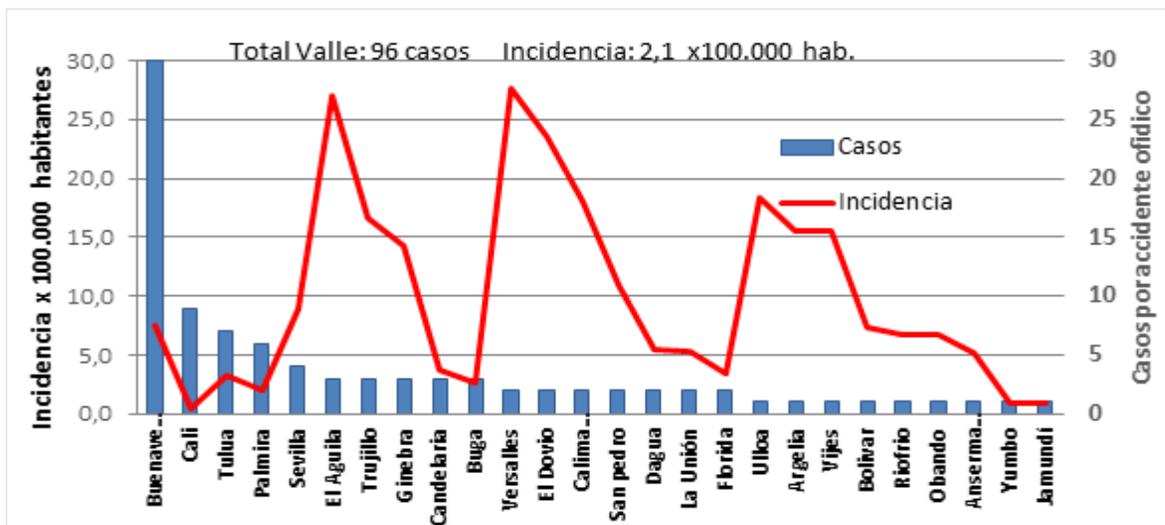
**Manejo de suero antiofídico por aseguradora**

<i>Aseguradora</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
ESS118	8	12	20
PPNA	12	4	15
EPS003	1	12	13
EPS020	2	7	9
ESS062	1	6	7
ESS024	2	4	6
EPS018	1	4	5
EPS016		3	3
14-23	2		2
EPS013		2	2
EPSI03	1	1	2
EPSS03		2	2
ESS076	1	1	2
RES003	1	1	2
EPS002		1	1
EPS012	1		1
EPS037		1	1
EPSI05	1		1
RES001		1	1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>62</b>	<b>96</b>

Fuente: SIVIGILA Departamental

**3. Análisis del comportamiento por municipio**

Gráfica 1. Comportamiento de Incidencia y casos de Accidente ofídico según municipios del Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52 de 2015.



Fuente: SIVIGILA Departamental

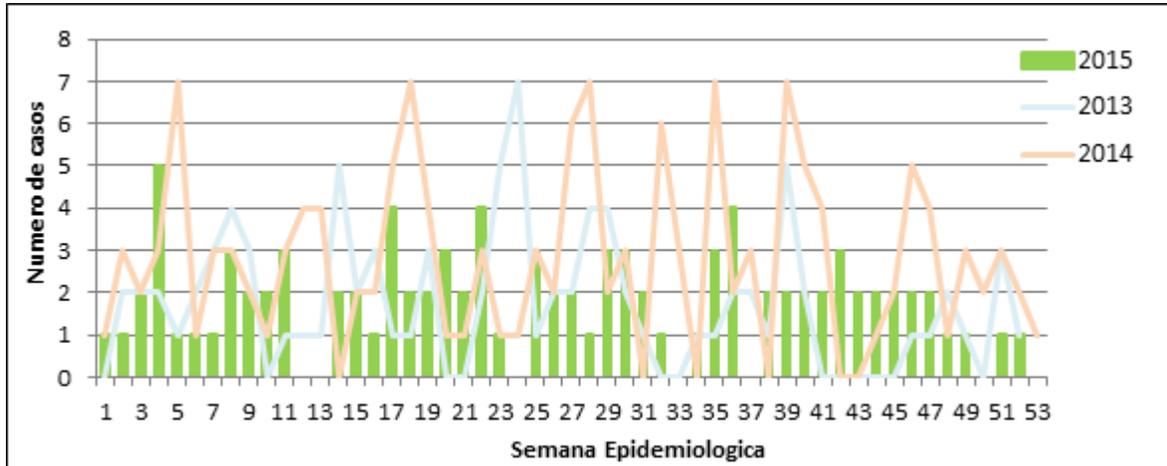


## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

El municipio con mayor número de casos reportados en Buenaventura la tasa de incidencia más alta está en el municipio de Versalles y el Aguila con 27,1 por cada 100.000 habitantes.

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de accidente ofídico, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52 de 2015



- 4. Comportamiento de las defunciones ocurridas:** No se presentó mortalidad durante el 2015.

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ El tratamiento antiofídico está relacionado con clasificación y la gravedad, específicamente se identifican dificultades para establecer esta clasificación.
- ✓ Un bajo porcentaje de los afectados está siendo manejado intrahospitalariamente y brindándose la aplicación del suero antiofídico.
- ✓ Las IPS, direcciones locales de salud y las administradoras de servicios de salud (EPS, ARS, ARP), deben investigar y verificar el evento, administrar el tratamiento, hacer seguimiento a los accidentados, sobre todo si se presentan incapacidades permanentes, y corregir las anomalías que se puedan presentar durante la atención, principalmente con el suministro oportuno de insumos: antivenenos y medicamentos complementarios. Se hace imperativo el seguimiento a esta situación.



## **LEPTOSPIROSIS**

### **INTRODUCCION (Tomado del Protocolo INS)**

La leptospirosis es una enfermedad bacteriana causada por bacterias patógenas del género *Leptospira* que afecta humanos y animales, y se constituye como una de las zoonosis de distribución mundial, sin embargo, afecta con mayor frecuencia países tropicales.

No es posible conocer la carga mundial de la leptospirosis, dado que en varios países no se dispone de sistemas de vigilancia y estadísticas para esta enfermedad. Según la OMS, la incidencia de la enfermedad puede variar de 0.1 a 1 caso por cada 100.00 habitantes en climas templados, y de 10 a 20 casos por 100.000 habitantes en climas tropicales.

La incidencia de leptospirosis en América se ha estimado en 12.5 casos por 100.000 habitantes, y se reportan casos de leptospirosis principalmente en Brasil.

En Colombia de acuerdo con la información del Sistema Nacional de Vigilancia en salud Pública 2013 cinco entidades territoriales por procedencia con mayor proporción de casos confirmados Antioquia, Valle del Cauca, Cartagena, Atlántico y Barranquilla.

De acuerdo con la normatividad vigente, el decreto 2257 de 1986, en su artículo 28 establece que la leptospirosis debe notificarse por períodos epidemiológicos, teniendo en cuenta que nos encontramos en una zona tropical, y reconociendo que esta enfermedad es endémica en ciertas regiones del país, se hace necesario mantener un sistema de vigilancia epidemiológica que permita conocer la circulación de la *Leptospira* en Colombia, analizar aumento de los casos para predecir brotes, y generar estrategias intersectoriales de prevención y control.

### **METODOLOGIA**

Se realiza un informe de análisis de tipo descriptivo de los hallazgos encontrados por semana epidemiológica, y reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Valle del Cauca de la semana epidemiológica 1 a 52 de 2015). Se realiza análisis del comportamiento acorde a los objetivos contenidos en el protocolo y el comportamiento de la notificación de leptospirosis por municipio. El análisis se realiza con base en las variables que contemplan las fichas de notificación para estos eventos, previa revisión de las variables frente a la calidad de los datos reportados identificando los errores de digitación, los errores de consistencia de la información, identificaron los campos vacíos y duplicados. Para el cálculo de las tasas de incidencia se usó la “población DANE proyectada para el año 2012 - 2015.

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



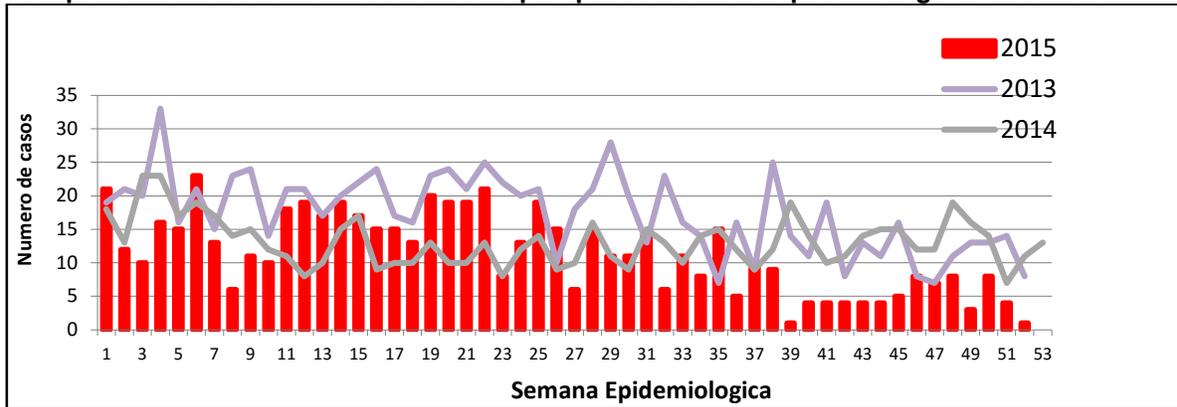
# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## RESULTADOS

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han reportado al Sivigila 636 casos, de los cuales 590 casos son de procedencia del Valle del Cauca sobre los que se analizara la información. Es importante tener en cuenta que este análisis no incluye los 235 casos descartados. Para la misma semana epidemiológica del año anterior se habían notificado 698 casos, lo que implica una disminución en la notificación de 15.47%.

### Comportamiento de la notificación de Leptospirosis semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: SIVIGILA Departamental

Los casos proceden de 32 municipios del Valle del Cauca, el 71.01% de los reportes se concentraron en 4 municipios con la siguiente distribución: Cali (46.5%), Tuluá (16.25%), Buenaventura (7,93%), Buga (7,18%) En relación con la tasa de incidencia los municipios con mayor afectación son Vijes (62.1), Yotoco (55,3), Guacari (43.4) y Bugalagrande (42.5). En el Valle del Cauca la tasa de incidencia fue de 12.8 por cada 100.000 habitantes.

### Comportamiento de Incidencia y casos de leptospira según municipio de procedencia del Valle del Cauca, semana epidemiológica 52.



Fuente: SIVIGILA Departamental

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**Comportamiento de leptospira por municipio de procedencia. 2015**

Municipio	Casos	Incidencia	Población 2015
Cali	254	10,72	2369821
Tuluá	85	40,17	211588
Buenaventura	42	10,51	399764
Buga	38	32,98	115234
Palmira	19	6,23	304735
Cartago	16	12,10	132249
Guacari	15	43,45	34525
Jamundí	12	10,04	119566
Florida	11	18,92	58129
Candelaria	10	12,24	81700
Bugalagrande	9	42,51	21171
Yotoco	9	55,33	16267
El Cerrito	8	13,92	57464
Yumbo	8	6,83	117156
Andalucía	5	28,07	17815
Dagua	5	13,73	36406
Bolívar	4	29,67	13480
Caicedonia	4	13,41	29830
Ginebra	4	19,01	21047
Vijes	4	62,09	6442
Pradera	3	5,44	55147
Versalles	3	41,58	7215
Zarzal	3	6,63	45234
Alcalá	2	5,30	21364
La Unión	2	5,30	37711
Riofrio	2	13,58	14725
San Pedro	2	11,03	18133
Argelia	1	15,52	6442
Darien	1	6,34	15763
Restrepo	1	6,16	16232
Roldanillo	1	3,05	32781
Sevilla	1	2,22	45143

Fuente: SIVIGILA Departamental

En relación con la edad y el sexo se evidencia un comportamiento similar para hombres (54.7%) y mujeres (45.3%), en relación con la edad el rango se encuentra entre 1 y 92 años, la moda es en niños de 1 año con 29 casos. 27.1% de la población con leptospira se reconoce como negra, 56.7% de la mitad de la población está afiliada a salud a través del régimen subsidiado y 29.6% del régimen contributivo

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## Seguimiento a la clasificación de los casos

Acorde al protocolo caso confirmado es todo paciente con signos o síntomas compatibles con el caso sospechoso que sea confirmado por alguno de los siguientes criterios de laboratorio:

- Seroconversión en muestras pareadas mediante microaglutinación (MAT).
- Títulos de MAT iguales o mayores a 1:400 en la primera muestra en los casos fatales.

Es importante mencionar que para el departamento del Valle del Cauca el análisis de muestras pareadas mediante MAT no se está llevando a cabo debido a la no contratación de este análisis con instituciones externas desde el año 2014. Por tanto los casos de leptospirosis que tienen como clasificación final confirmado por laboratorio o descartado se realiza a través de la prueba IgM ELISA.

De los casos notificados, el 91.18% se encuentran sospechosos. Este análisis elimino los descartados (235 casos). A fin de realizar seguimiento a las pruebas de laboratorio que deben ser garantizadas por las UPGD tenemos

## Letalidad

Acorde al SIVIGILA departamental se registran 9 pacientes notificados con clasificación final “Muerto”, específicamente de los municipios de Buga, Cali, El Cerrito y Guacarí.

## INDICADORES

**Nombre del indicador**

**Proporción de casos de leptospirosis según clasificación**

**Definición operacional**

*Numerador: total por tipo de clasificación*  
*Denominador: total de casos notificados*

<b>Clasificación de casos</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Sin ajustar	536	91,6
Confirmado por Laboratorio	39	6,7
Otro ajuste	10	1,7
<b>Total</b>	<b>585</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIGILA Departamental



**Nombre del indicador**

**Proporción de incidencia de leptospirosis**

**Definición operacional**

*Numerador: número de casos nuevos con diagnóstico confirmado de leptospirosis*  
*Denominador: población proyectada DANE*

$$41 / 4.613.502 = 0,0000089$$

**La Proporción de incidencia de leptospirosis para el Valle del Cauca es 0.84 x 100.000 habitantes**

**Nombre del indicador**

**Mortalidad por leptospirosis**

**Definición operacional**

*Numerador: número de casos de muerte con diagnóstico confirmado de leptospirosis*  
*Denominador: población proyectada DANE*

$$9 \text{ Mortalidades confirmadas por laboratorio} / 4.613.502 \text{ habitantes proyectados 2016}$$

**La mortalidad por leptospirosis es de 0.19 x cada 100.000 habitantes**



## **Conclusiones y recomendaciones**

- ✓ Debido a que el 91.6% de los casos se quedaron sin confirmación, se requiere realizar intervenciones con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios a fin de garantizar la realización de las pruebas de diagnóstico necesarias para la confirmación de los casos, de acuerdo a lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud (POS), donde se define que los costos de estos procedimientos deben ser asumidos por la EPS.
- ✓ Si bien el departamento a través del Laboratorio de salud pública a realizado capacitaciones y emitido circulares en el primer semestre se hace necesario enfatizar en la solicitud de la prueba tamiz para detección de anticuerpos IgM, y hacer nfasis en la necesidad de tomar una segunda muestra entre los 10 a 15 días posteriores a la primera toma para lograr la confirmación del diagnóstico.
- ✓ La realización de las mismas, el reporte al sistema y ajuste de los casos es fundamental a fin de poder tener una aproximación real a los indicadores los cuales son fundamentales para tener claridad de la problemática y lograr intervenciones de manera oportuna.
- ✓ Dentro de los municipios a priorizar teniendo en cuenta la frecuencia, tasas de incidencia y mortalidad esta Buga y Guacarí. Por tanto, es necesario que estas Direcciones Locales de Salud u las demás revisen semanalmente la notificación del evento, con el fin de hacer seguimiento de la toma de muestras y confirmación de diagnóstico, y retroalimentar a la IPS para los ajustes respectivos. Adicionalmente todas las demás acciones que permitan dar cumplimiento a los lineamientos de vigilancia para este evento.



## **RABIA EN HUMANOS PERROS Y GATOS**

### **INTRODUCCION (Tomado del INS)**

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

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

Según la OPS/OMS, por rabia cada año se vacunan 100.000 personas en Europa, 7'000.000 en Asia y 500.000 en las Américas; en el mundo cada hora se tratan 1.000 personas; muere una persona cada 15 minutos y 55.000 cada año, de las cuales el 80% proceden de zonas rurales de países en vías de desarrollo y de población infantil y joven, por ejemplo: en Asia mueren 35.000 pacientes y en África 10.000.

Desde la década de los 70s, con la implementación del Programa de Vigilancia, Prevención y Control de la Rabia Urbana, para su eliminación, la tendencia de este evento ha sido constante hacia el descenso en el número de casos, tanto de perros como de humanos.

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



## METODOLOGIA

Se realiza un informe de análisis de tipo descriptivo de los hallazgos encontrados por semana epidemiológica, y reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo la ficha No 307 2015. Se realiza análisis del comportamiento acorde a los objetivos contenidos en el protocolo y el comportamiento de la notificación de leptospirosis por municipio. El análisis se realiza con base en las variables que contemplan las fichas de notificación

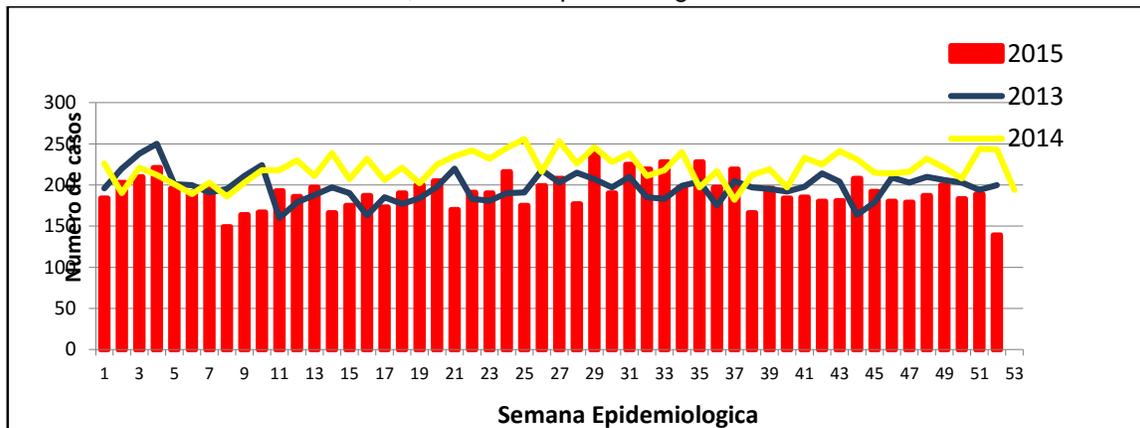
Para estos eventos, previa revisión de las variables frente a la calidad de los datos reportados identificando los errores de digitación, los errores de consistencia de la información, identificaron los campos vacíos y duplicados.

Para el cálculo de indicadores se tuvo en cuenta la información de las bases de datos correspondientes a las fichas 300 y 307 adicionalmente la población DANE proyectada para el año

## Resultados

Con corte a la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron al SIVIGILA 10.070 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, para el presente análisis no se tuvo en cuenta 99 casos de personas procedentes de departamentos diferentes al Valle del Cauca. En total para el Valle del Cauca se notificaron 9.971 casos con un promedio de 191.75 casos semanales. Se evidencia una disminución de 14.53% en la notificación de los casos para este año, lo cual representa 1.696casos

Comportamiento de la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, a semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: SIVIGILA Departamental

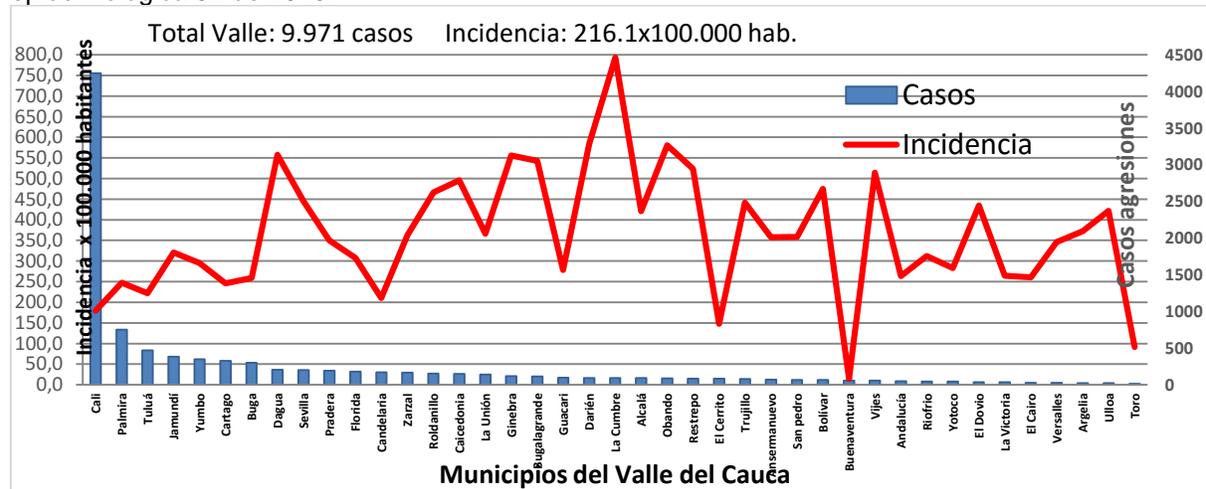


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Todos los 41 municipios del Valle y el distrito notificaron casos, La mayor frecuencia por procedencia de casos se encuentran en Cali, Palmira, Tuluá, Jamundí, Yumbo y Cartago. Estos municipios acumulan el 65.4% de la notificación del Valle del Cauca. Sin embargo es importante tener en cuenta que once municipios durante el 2015 notificaron menos de un caso promedio semanal, En orden descendente se presentan (Andalucía, Riofrio, Yotoco, El Dovio, La Victoria, Cairo, Versalles, Argelia, Ulloa, Toro, El águila).

Comportamiento de Incidencia y casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia según municipios del Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52 de 2015.



En relación con la tasa de incidencia los municipios con mayor afectación son La Cumbre (793.8) El Darién (583.6), Obando (580.9). En el Valle del Cauca la tasa de incidencia fue de 216.1 por cada 100.000 habitantes.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Comportamiento de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según municipio de procedencia. 2015

Municipio	Casos	Incidencia	Población 2015
Cali	4248	179,3	2369821
Palmira	753	247,1	304735
Tuluá	469	221,7	211588
Jamundí	383	320,3	119566
Yumbo	346	295,3	117156
Cartago	325	245,7	132249
Buga	298	258,6	115234
Dagua	203	557,6	36406
Sevilla	201	445,3	45143
Pradera	193	350,0	55147
Florida	179	307,9	58129
Candelaria	172	210,5	81700
Zarzal	164	362,6	45234
Roldanillo	153	466,7	32781
Caicedonia	148	496,1	29830
La Unión	138	365,9	37711
Ginebra	117	555,9	21047
Bugalagrande	115	543,2	21171
Guacari	96	278,1	34525
Darién	92	583,6	15763
La Cumbre	91	793,8	11464
Alcalá	90	421,3	21364
Obando	87	580,9	14978
Restrepo	85	523,7	16232
El Cerrito	85	147,9	57464
Trujillo	80	441,9	18103
Ansermanuevo	70	357,8	19563
San pedro	65	358,5	18133
Bolívar	64	474,8	13480
Buenaventura	58	14,5	399764
Vijes	56	514,4	10886
Andalucía	47	263,8	17815
Riofrio	46	312,4	14725
Yotoco	46	282,8	16267
El Dovio	37	434,9	8508
La Victoria	35	264,1	13253
El Cairo	26	260,4	9984
Versalles	25	346,5	7215
Argelia	24	372,6	6442
Ulloa	23	421,6	5455
Toro	15	91,5	16392
El Aguila	14	126,4	11079

Fuente: SIVIGILA Departamental

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



La siguiente información corresponde al análisis de los datos contenidos en la ficha No 307

En relación con la distribución por edad y sexo se evidencia que los menores de 10 años son los más afectados, La moda son los 8 años con 293 casos. En cuanto al sexo, la distribución porcentual es similar hombres y mujeres (50.6% y 49.4% respectivamente).

En relación con aseguramiento 52.98% fueron del régimen contributivo y 37.24% régimen subsidiado. En relación con el auto reconocimiento étnico 94.5% se clasificaron como otros, seguido por el 4.6% de población negra.

De cada 10 agresiones, 9.31 son mordedura, 59.9% de las personas mencionaron que era una agresión no provocada, 69.2% de las lesiones fueron clasificada como única y 82,3% superficiales. El 97.3% de las agresiones o contactos son causados por perros y gatos, específicamente 82,7% y 14.6% respectivamente.

Se clasificaron como no exposiciones 4.304 casos de agresiones (49,2%), como exposiciones leves 3.516 casos (40,2%), como exposiciones graves 933 casos (10.6%); por tanto, del total de casos de pacientes agredidos por animales potencialmente transmisores de rabia, el 50.8% estuvieron expuestos al virus.

Con relación al manejo de los casos acorde a la clasificación encontrada en la ficha, se encuentran pacientes con necesidad de vacuna (468 personas) y necesidad de suero antirrábico (133 personas) a los que no se les aplico la inmunización. No menos importante 264 personas con tratamiento sin necesidad acorde a la clasificación dada por el médico, específicamente 186 sueros y 78 vacunas.

## INDICADORES

### 1. Proporción de tratamientos completos aplicados a pacientes agredidos por animales potencialmente transmisores de rabia clasificados como exposición leve

Numerador: número de pacientes con esquema de vacunación antirrábica post exposición completa clasificados como exposición leve.

Denominador: número de pacientes agredidos clasificados como exposición leve.

*Este indicador no es posible calcularlo a través de la ficha 307 Vigilancia integrada de la rabia humana dado que esta variable no la contiene Adicionalmente en la fuente del indicador se menciona ficha única de notificación de agresiones por animal potencialmente transmisores de rabia.*

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**2. Proporción de tratamientos completos aplicados a pacientes agredidos por animales potencialmente transmisores de rabia clasificados como exposición grave**

Numerador: número de pacientes con esquema de vacunación antirrábica postexposición completa y suero antirrábico, clasificados como exposición grave.

Denominador: número de pacientes agredidos clasificados como exposición grave

*Este indicador no es posible calcularlo a través de la ficha 307 Vigilancia integrada de la rabia humana dado que esta variable no la contiene Adicionalmente en la fuente del indicador se menciona ficha única de notificación de agresiones por animal potencialmente transmisores de rabia.*

**3. Proporción de pacientes agredidos por animales potencialmente transmisores de rabia, expuestos al virus de la rabia**

Numerador: número de pacientes agredidos clasificados como exposición leve y grave: **4.449**

Denominador: número total de pacientes agredidos por un animal potencialmente transmisor de rabia: **8.753**

***Del total de casos de pacientes agredidos por animales potencialmente transmisores de rabia, el 50.8% estuvieron expuestos al virus***

**4. Proporción de incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia**

Numerador: número de casos nuevos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en Valle: 8.753

Denominador: población total DANE proyectada: 4.613.502

***Se presentan 189.7 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia por cada 100.000 habitantes del Valle del Cauca***

**5. Proporción de municipios que notifican agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia**

Numerador: número de municipios que notifican agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia: 42

Denominador: total de municipios: 42

***Del total de municipios del departamento del Valle del Cauca, el 100% notificaron agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.***



### **INDICADORES DE VIGILANCIA DE RABIA HUMANA Y ANIMAL**

1. Número de casos nuevos de rabia en humanos
2. Proporción de incidencia de rabia en humanos
3. Proporción de incidencia de rabia en perros
4. Proporción de incidencia de rabia en gatos

Dado que no se presentaron casos de rabia humana y animal (perros y gatos) no se realizan indicadores de la vigilancia de Rabia humana y animal

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Se evidencio una disminución del 14,53% de los casos comparados con el año 2014. Lo anterior puede obedecer al cambio de la ficha epidemiológica que se realizó en el transcurso del año pasando de la 300 a 307; sin embargo, esto evidencia la necesidad de enfatizar en la notificación de este evento.

El 70.8% de los perros y gatos son observables lo que demanda una logística importante a nivel de seguimiento. Es necesaria la retroalimentación de estos casos que permita finalmente definir la necesidad de inmunización por parte de las personas agredidas.

Si bien en el departamento existe un problema de baja cobertura de felinos y caninos, en este análisis también se pudo corroborar este fenómeno anudado a una tenencia irresponsable de mascotas si se tiene en cuenta la no disponibilidad de carne.

Es necesario realizar seguimiento a la clasificación de estos casos basados en los criterios establecidos en el protocolo y solicitar el seguimiento a los casos que permita en caso de ser necesario la posibilidad de recibir tratamiento oportuno. Dado que el promedio de casos notificados de manera semanal es alto se requiere que esta responsabilidad quede en los coordinadores de vigilancia de las UPGD y entes municipales

No obstante, dentro de las grandes dificultades se encuentran pacientes con necesidad de vacuna (468 personas) y necesidad de suero antirrábico (133 personas) a los que no se les aplico la inmunización. No menos importante tenemos 264 personas con tratamiento sin necesidad acorde a la clasificación dada por el médico, específicamente 186 sueros y 78 vacunas. Lo anterior acorde a lo registrado en el sistema de vigilancia.

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



Lo anterior denota la necesidad de realizar seguimiento por las DLS de la notificación semanal garantizando de esta manera el tratamiento oportuno para estos pacientes al igual que la optimización de las inmunoglobulinas a fin de que sean distribuidas en quien realmente las necesita mejorando la costoefectividad del sistema.

## **OTRAS ZONOSIS**

Durante el año epidemiológico 2015 no se notificaron al sistema casos de

### **Brucelosis**

**Encefalitis Aguda** (Del Nilo Occidental, Equina del Oeste, Equina Venezolana).  
Fichas de notificación No 250, 270, 290

### **Rickettsiosis**

**Peste.** Ficha de notificación 630.

**Carbunco:** Ficha de notificación 235



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE VECTORES AÑO 2015

*María Eugenia Ortiz Carrillo, Terapista Respiratoria Magister en Epidemiología  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### Introducción

Los eventos de interés en salud pública relacionados con salud ambiental se encuentran clasificados según factores de riesgo ambiental, enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis. En los factores de riesgo ambiental comprende las enfermedades transmitidas por vectores incluyen la Fiebre amarilla, Dengue, Chikungunya, Zika, Malaria, Leishmaniasis y Chagas.

La presente información pretende describir la situación de enfermedades transmitidas por vectores a semana epidemiológica 52 o periodo epidemiológico XIII de 2015, de forma que sirva como retroalimentación a los municipios, para la toma de decisiones a nivel Departamental y local, fortalecimiento las acciones de vigilancia en salud pública para así lograr reducir la incidencia de enfermedades transmitidas por vectores reconociendo las zonas alto riesgo, disminuir las complicaciones y la mortalidad por estas enfermedades.

### Metodología:

Se realiza un informe de análisis de tipo descriptivo de los hallazgos encontrados por semana epidemiológica, y reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Valle del Cauca con corte a la semana 52 de 2015. Se realiza análisis del comportamiento de las enfermedades transmitidas por vectores. El análisis se realiza con base en las variables que contemplan las fichas de notificación para estos eventos, previa revisión de las variables frente a la calidad de los datos reportados identificando los errores de digitación, los errores de consistencia de la información, identificando los campos vacíos y duplicados. Para el cálculo de las tasas de incidencia se usó la "población DANE proyectada para el año 2015.



## Chagas

En el Valle del Cauca, para la semana epidemiológica 52 de 2015, se notificaron 11 casos de Chagas, 1 procedente de Casanare, 1 de Guainía y 9 procedentes del Valle, de los cuales se notificaron 2 casos agudos, 1 caso de Cali en la semana 9 con 38 años de edad, el cual fue descartado con pruebas parasitológicas y serológicas negativas, el siguiente caso procedente de Ginebra notificado en la semana 31 de 52 años de edad con solo un resultado de Elisa IgG Chagas positivo sin evidencia clínica presente, el cual permanece probable en el Sivigila.

En el Valle del Cauca, para la semana epidemiológica 52 de 2015, se notificaron 9 casos de Chagas crónico, dos de ellos son procedentes de fuera del Valle uno de Casanare y otro de Guainía ambos de 45 años de edad, solo uno de ellos con una prueba positiva Elisa IgG Chagas, los restantes 7 casos son procedentes del Valle, dos casos de Cali que fueron descartados con pruebas serológicas negativas, dos de Buenaventura con 30 y 53 años de edad sin manifestaciones clínicas crónicas presentes, un caso con una prueba positiva y otro con dos pruebas serológicas diferentes positivas. Los siguientes tres casos probables uno de Yumbo 26 años sin manifestaciones clínicas presentó una sola prueba positiva, el otro caso de Palmira 44 años con manifestaciones clínicas de falla cardiaca con solo una prueba positiva y el último caso procedente del municipio de Ulloa de 39 años residente en Bogotá tuvo dos pruebas serológicas positivas y sintomatología de falla cardiaca conforme al lineamiento nacional. Todo medio de transmisión por vía vectorial.

Tabla. Indicadores Enfermedad de Chagas a semana epidemiológica 52  
Valle del Cauca, 2015

Indicador	No.
Casos Notificados Chagas agudo procedentes del Valle	2
Casos Notificados Chagas crónico procedentes del Valle	7
Porcentaje casos agudos confirmados.	(1/2 casos) 50%
Porcentaje casos crónicos confirmados.	(2/7 casos) 29%
Porcentaje casos agudos tratados.	0
Letalidad por Chagas agudo.	0

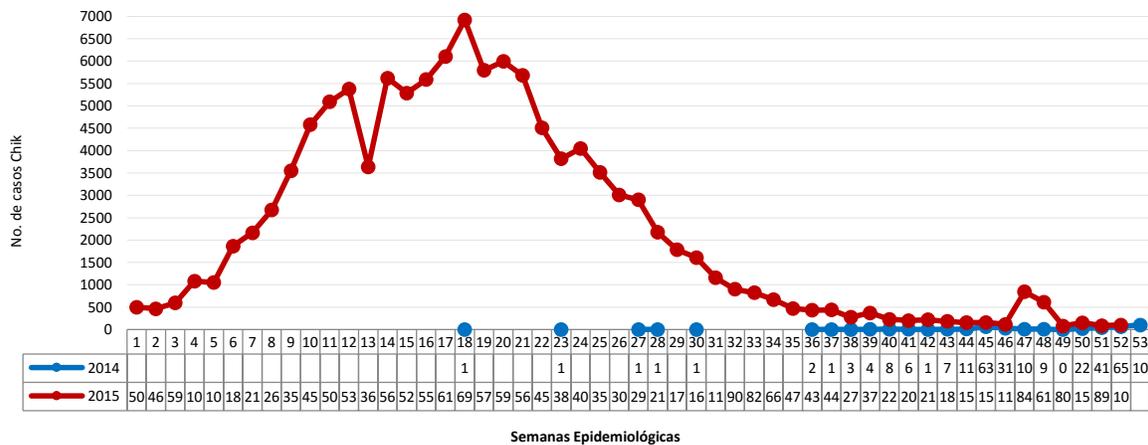
Fuente: SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca 2015



## Chikungunya

Durante el año 2015 y hasta la semana epidemiológica 52 se notificaron 115.688 casos, con 12.458 casos de población a riesgo notificados. En la siguiente gráfica muestra la curva endémica de Chikungunya y como a partir de la primera semana epidemiológica del año 2015 comenzó la fase endémica de Chikungunya alcanzando la mayor notificación entre las semanas 14 a 21 con un pico epidemiológico en la 17 y 18 semana epidemiológica, llegando la notificación hasta 6923 casos de Chikungunya en la semana 18. Identificando en la semana 13 una falta de notificación por la celebración de la semana santa y tiempo de vacaciones, comparando con los casos de Chikungunya notificados en el año 2014 que fueron aproximadamente 400 casos durante todo el año por ingreso del virus al Departamento.

Gráfica 1. Casos de Chikungunya comparado con Dengue a semana epidemiológica 52 en el Valle del Cauca, 2015



Fuente: Sivigila Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

Los municipios que aportan el mayor número de casos de Chikungunya en el Valle del Cauca en población de alto riesgo (menores de un año, gestantes, pacientes de 65 y más años y con comorbilidades) y de g bajo riesgo, son Cali aportando el 40% de los casos, en segundo lugar, Cartago aportando el 6,9%, tercer y cuarto lugar Palmira y Buga aportando el 6,7%, quinto lugar Yumbo con el 5,3% y Buenaventura con 3,5% de la notificación del Valle.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 1. Casos de Chikungunya por municipio de procedencia a semana epidemiológica 52, Valle del Cauca, 2015

MUNICIPIO PROCEDENCIA	CASOS POBLACIÓN DE ALTO RIESGO	CASOS EN POBLACIÓN BAJO RIESGO	TOTAL	PROPORCIÓN
CALI	1989	44722	46711	40,4
CARTAGO	582	7410	7992	6,9
PALMIRA	388	7395	7783	6,7
BUGA	404	7377	7781	6,7
YUMBO	350	5778	6128	5,3
BUENAVENTURA	159	3878	4037	3,5
TULUA	524	3301	3825	3,3
ZARZAL	432	3063	3495	3,0
ROLDANILLO	3059	75	3134	2,7
BUGALAGRANDE	246	2508	2754	2,4
LA VICTORIA	285	2102	2387	2,1
JAMUNDI	712	1456	2168	1,9
ANDALUCIA	27	1765	1792	1,5
OBANDO	291	1394	1685	1,5
TORO	58	1451	1509	1,3
CANDELARIA	32	1447	1479	1,3
LA UNION	163	1210	1373	1,2
YOTOCO	145	957	1102	1,0
EL CERRITO	593	368	961	0,8
FLORIDA	69	877	946	0,8
ANSERMANUEVO	96	833	929	0,8
GINEBRA	47	802	849	0,7
PRADERA	184	583	767	0,7
CAICEDONIA	104	587	691	0,6
VIJES	15	639	654	0,6
ALCALA	51	474	525	0,5
DAGUA	405	30	435	0,4
SEVILLA	2	330	332	0,3
GUACARI	196	87	283	0,2
BOLIVAR	238	0	238	0,2
RIOFRIO	224	0	224	0,2
ULLOA	24	190	214	0,2
TRUJILLO	137	32	169	0,1
SAN PEDRO	72	0	72	0,1
VERSALLES	1	47	48	0,0
EL AGUILA	33	5	38	0,0
EL DOVIO	37	0	37	0,0
RESTREPO	34	0	34	0,0
ARGELIA	1	26	27	0,0
DARIEN	25	0	25	0,0
EL CAIRO	11	0	11	0,0
LA CUMBRE	2	0	2	0,0
MNPO DESCONOCIDO	11	31	42	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>12458</b>	<b>103230</b>	<b>115688</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

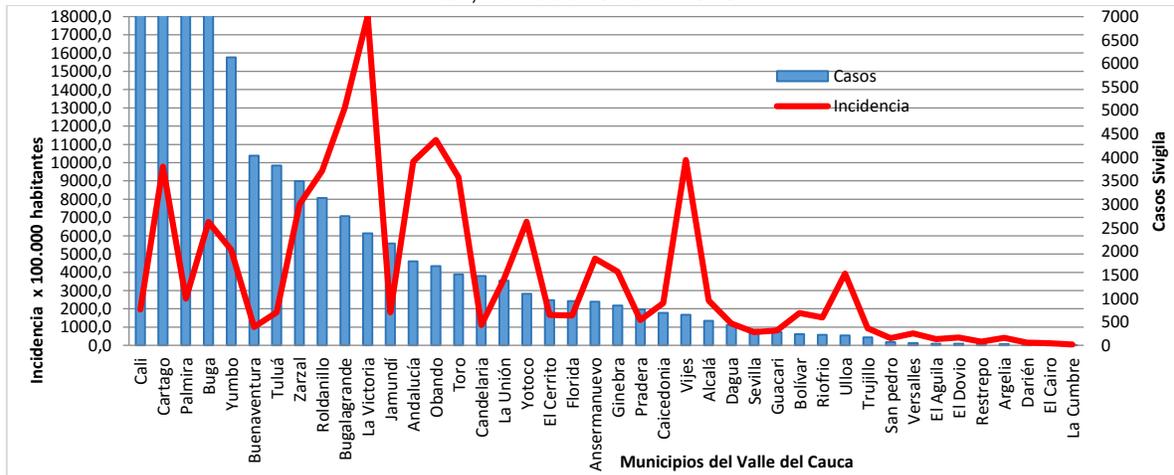
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de Chikungunya por municipio a semana epidemiológica 52, Valle del Cauca 2015.



Fuente: Sivigila Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

El Valle del Cauca a semana epidemiológica 52 de 2015 presenta una tasa de Chikungunya de 2507,5 casos por 100.000 habitantes por debajo de la incidencia nacional (1342x100.00hab), aportando el 32,1% de los casos notificados en el País. Los cinco municipios que tienen las tasas más altas de Chikungunya en el Departamento son: La Victoria 17965,7 x100.000 hab, seguido de Bugalagrande con una tasa de 13003 x100.000 hab, en tercer lugar, Obando con una tasa de 11216 x100.000 habitantes, Vijes con 10152 x100.000 habitantes y Andalucía con 10059 x100.000 habitantes.

Con relación a las características sociodemográficas, la proporción de casos de Chikungunya en las mujeres es de 55% y en los hombres de 45%, el rango de edad que mayor notificación colectiva e individual son las edades económicamente productivas entre 20 a 39 años que suman casi el 44% de los casos.

## Casos de muerte por Chikunguña

Por el sistema de vigilancia nacional SIVIGILA se notificaron 88 muertes por Chikunguña en el país, según el lineamiento del protocolo de vigilancia de Chikunguña la confirmación de las muertes se realiza mediante una unidad de análisis conformada por los grupos funcionales de enfermedades transmitidas por vectores, laboratorio de virología área de arbovirus, grupo de patología y grupo de entomología del INS Según la evaluación de esta unidad de análisis 54 muertes fueron confirmadas, 25 descartadas y 9 permanecen en estudio. La letalidad por Chikunguña para Colombia año 2 015 es de 0,02 (54/359 991) Este indicador se calcula con las muertes confirmadas por departamento procedencia, sobre el total de casos de Chikunguña confirmados.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



En el Valle del Cauca a semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron 9 casos de mortalidad por Chikunguña de los cuales el INS definió 5 casos positivos, dos descartados y dos casos pendientes, adicionalmente se identificaron 11 casos de Chikunguña por RUAF y Laboratorio de muestras enviadas al laboratorio de Virología del INS de pacientes fallecidos, de los cuales hay 1 más confirmado y dos casos más pendientes, los restantes 8 casos tuvieron resultados negativos de laboratorio INS. En total para el Valle hay 6 casos confirmados de mortalidad como causa básica Chikunguña 1 caso procedente del municipio de Versalles y 5 casos de Cali, pendientes 4 casos.

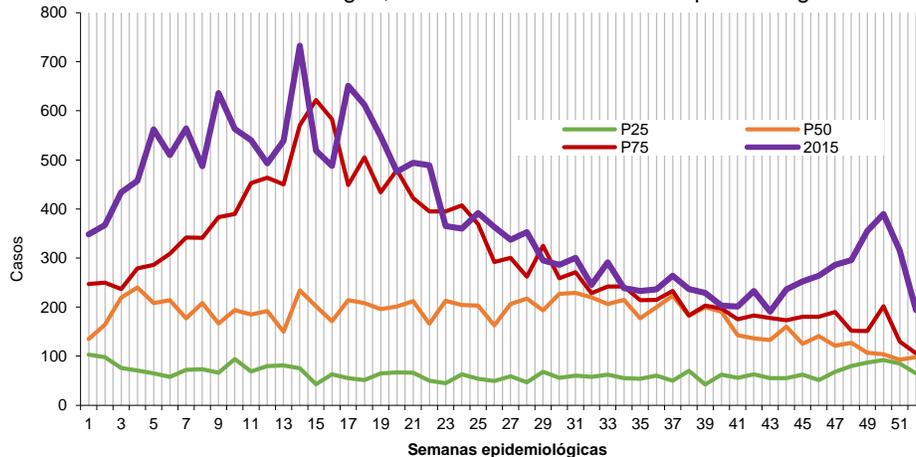
### Dengue y Dengue Grave:

En el Valle del Cauca a semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron 20.067 casos de dengue procedentes del Valle del Cauca, de los cuales el 99,3% (19933) corresponden a Dengue y 0,7% (134) a Dengue Grave.

Según ajuste al Sivigila probables 18188 casos, confirmados por laboratorio 1236 casos, nexo epidemiológico 643. Incidencia de Dengue de 435 x100.000 habitantes, y de Dengue grave de 2,9x100.000 habitantes.

El canal endémico para dengue en el Valle del Cauca se ha ubicado en zona de brote durante el 88,5% (46/52) y en zona de alarma 11,5% (6/52). La metodología utilizada corresponde a la de medianas e incluye los casos reportados entre los años 2009 a 2014 (ver gráfica).

Gráfica 3. Canal endémico de Dengue, Valle del Cauca a semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015.

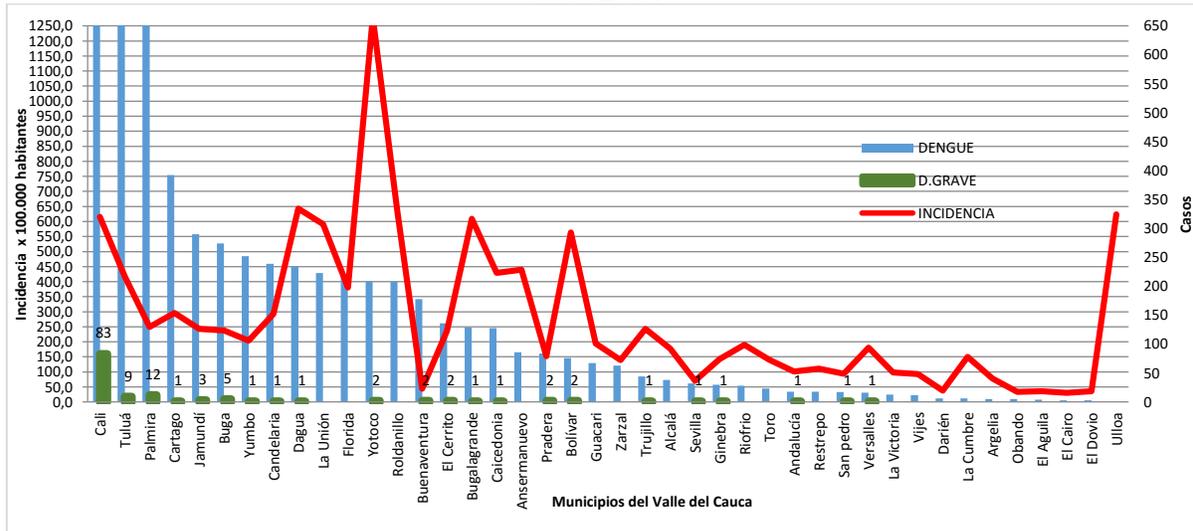


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

A semana epidemiológica 52 de 2015, el 52% de los casos de Dengue y Dengue grave se presentaron en hombres y el 48% en las mujeres, el 76,7% de los casos de Dengue y Dengue Grave se presentó en el régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado con el 18%. Con relación a la pertenencia étnica, las otras razas o mestizos aportan el 95,6% de los casos, seguido de los afrocolombianos, negros y mulatos. La mayor proporción de casos de dengue se encuentran entre las edades de 20 a 34 años aportando el 30%.

Gráfica 4. Incidencia y número de casos de Dengue por municipio a semana epidemiológica 52, Valle del Cauca 2015.



En el Valle del Cauca a semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron 34 casos de mortalidad por Dengue, de los cuales se descartaron 12 casos, 15 confirmados, 5 compatibles, y 2 pendientes, adicional por RUAF y Laboratorio se identificaron 4 casos de los cuales fueron descartados. La letalidad por Dengue para el Valle del Cauca es de 15% (20/134).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Casos de Dengue, Dengue grave, Tasa y letalidad por municipio a semana epidemiológica 52, Valle del Cauca, 2015

MUNICIPIO PROCEDENCIA	DENGUE	D.GRAVE	TOTAL	INCIDENCIA X 100.000HAB.	MORTALIDAD	LETALIDAD
Alcalá	38	0	38	177,9	0	0
Andalucía	17	1	18	101,0		0
Ansermanuevo	86		86	439,6		0
Argelia	5		5	77,6		0
Bolívar	74	2	76	563,8		0
Buenaventura	176	2	178	44,5		0
Buga	269	5	274	237,8	1	20
Bugalagrande	128	1	129	609,3	0	0
Caicedonia	127	1	128	429,1		0
Cali	14497	83	14580	615,2	9	10,8
Candelaria	238	1	239	292,5	2	200
Cartago	391	1	392	296,4		0
Dagua	233	1	234	642,8	2	200
Darién	6		6	38,1		0
El Aguila	4		4	36,1		0
El Cairo	3		3	30,0		0
El Cerrito	134	2	136	236,7		0
El Dovio	3		3	35,3		0
Florida	221		221	380,2	1	0
Ginebra	29	1	30	142,5		0
Guacari	67		67	194,1	1	0
Jamundí	287	3	290	242,5		0
La Cumbre	6		6	150,3		0
La Unión	223		223	591,3		0
La Victoria	13		13	98,1		0
Obando	5		5	33,4		0
Palmira	747	12	759	249,1	3	25
Pradera	82	2	84	152,3		0
Restrepo	18		18	110,9		0
Riofrio	28		28	190,2		0
Roldanillo	208		208	634,5		0
San pedro	16	1	17	93,8		0
Sevilla	31	1	32	70,9		0
Toro	23		23	140,3		0
Trujillo	43	1	44	243,1		0
Tuluá	875	9	884	417,8	1	11,1
Ulloa	0		0	293,3		0
Versalles	15	1	16	166,3		0
Vijes	12		12	3244,3		0
Yotoco	207	2	209	1549,1		0
Yumbo	251	1	252	53,8		0
Zarzal	63		63	139,3		0
Mnpo desconocido	34	0	34	0,0		0
<b>VALLE DEL CAUCA</b>	<b>19933</b>	<b>134</b>	<b>20067</b>	<b>435</b>	<b>20</b>	<b>14,9</b>

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

El siguiente cuadro muestra un comparativo de los indicadores para Dengue a semana epidemiológica 52 de 2014 y 2015, observando incremento en algunos indicadores para el año 2015 como es el caso de la morbilidad y Letalidad por Dengue, el porcentaje de casos que no se han confirmado y continúan como probables y el porcentaje de hospitalizaciones que continúa siendo bajo.

Tabla. Indicadores de Dengue a semana epidemiológica 52, Valle del Cauca, 2014 - 2015

Indicadores Dengue Grave	2014	2015
Dengue Grave	280	134
Incidencia de Dengue Grave (100.000hab.)	6,1	2,9
Muertes	17	20 (15confirmadas+5compatibles)
Letalidad (Meta < 2 %)	6,1	15%
% Hospitalizaciones de Dengue Grave (100 %)	83%	92,5%

Fuente: SIVIGILA – Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2015

### Fiebre Amarilla

En el Valle del Cauca a semana epidemiológica 52 de 2015 no se presentaron casos de fiebre amarilla en el Valle durante el año 2015. Se notificaron dos casos de fiebre amarilla, uno procedente de Panamá SE 38 el cual fue descartado y otro caso de la SE 48 venia de Nariño fue notificado como error de digitación.

### Leishmaniasis Cutánea, Mucosa y Visceral

En el Valle del Cauca a semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron 122 casos de Leishmaniasis Cutánea, 1 caso de Leishmaniasis Mucosa (Cali) y 1 caso de Leishmaniasis Visceral (Palmira) procedentes del Valle, de los cuales el 87,80% de los casos son hombres y 12,19% mujeres, con mayor notificación de los casos en las semanas epidemiológicas 1, 9, 28 y 35.

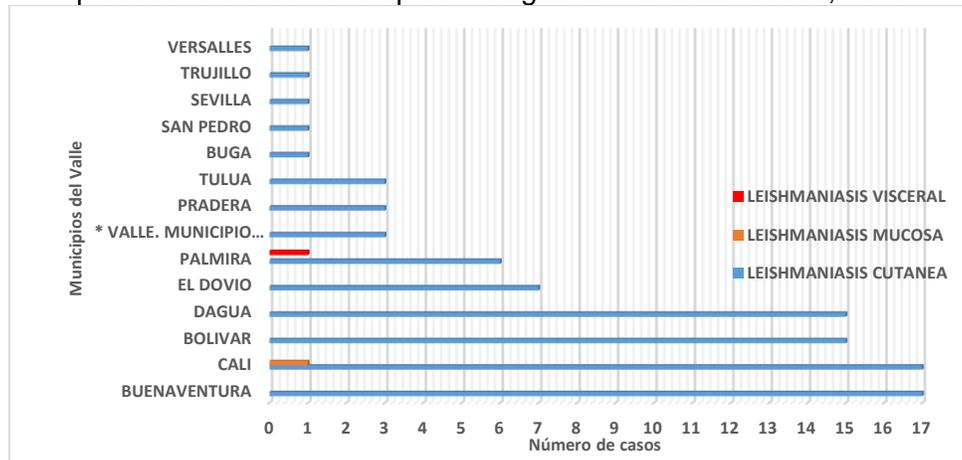
La mayor proporción de los casos de Leishmaniasis los tiene Buenaventura con 39 casos (31,96%), seguido de Cali con 25 casos (20,49%), en tercer lugar, el municipio de Bolívar con 15 casos (12,29%), con 15 casos Dagua (11,3%) y el Dovio (5,73%) y Palmira (5,73%) con 7 casos cada uno.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Gráfica 3. Casos de Leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral por municipio de procedencia a semana epidemiológica 52 Valle del Cauca, 2015

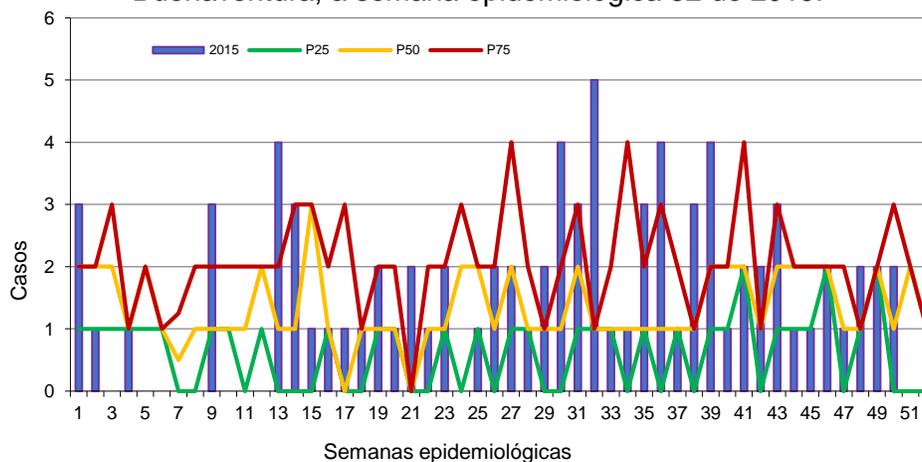


Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015.

Con relación al rango de edad y el sexo, se presentan mayor número casos de Leishmaniasis en los hombres de edad entre los 15 a 32 años, mientras que las mujeres entre los 15 a 55 años.

El canal endémico de Leishmaniasis cutánea en el Valle del Cauca sin Buenaventura a semana epidemiológica 52, se ha ubicado en zona de epidémica en el 23,07% (12/52) de los casos, en el 13,46% (7/52) de los casos en zona de alerta y en zona de seguridad en el 15,38% (8/52). Las demás en zona de éxito. La metodología utilizada corresponde a la de medianas e incluye los casos reportados entre los años 2009 a 2014 (ver gráfica).

Gráfico 4. Canal endémico para Leishmaniasis cutánea en el Valle del Cauca sin Buenaventura, a semana epidemiológica 52 de 2015.



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla. Casos e incidencia de Leishmaniasis Cutánea – Mucosa y Visceral a semana epidemiológica 52, Valle del Cauca 2015

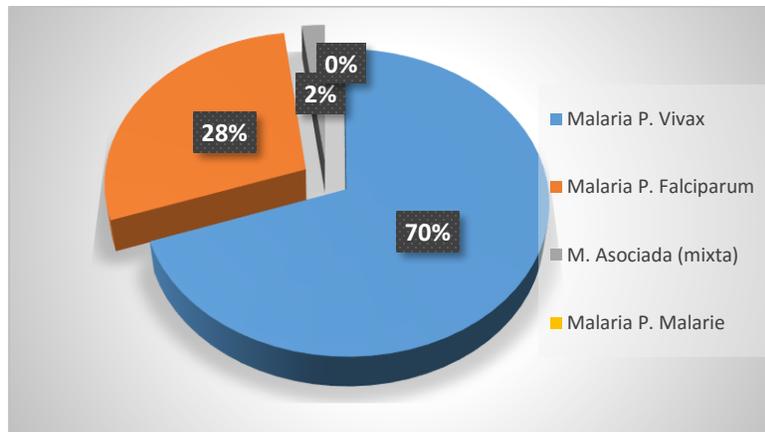
Tipo de Leishmaniasis	casos	Incidencia
Leishmaniasis cutánea	122	2,6
Leishmaniasis mucosa	1	0,02
Leishmaniasis visceral	1	0,02
<b>Total Valle</b>	<b>124</b>	<b>2,7</b>

Fuente: SIVIGILA Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca 2015

### Malaria

En el Valle del Cauca a semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron 1978 casos procedentes del Valle, 1377 casos diagnosticados con Malaria P. Vivax (69,61%), 561 casos de Malaria P. Falciparum (28,50%), 40 casos de Malaria asociada (2,03%) y cero casos de Malaria Malarie.

Gráfica 5. Proporción de casos de malaria por especie parasitaria, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 52 de 2015

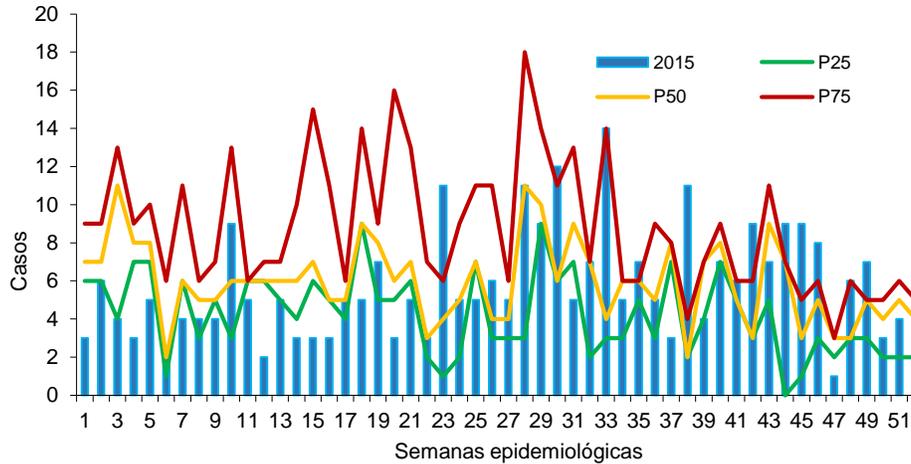


Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015.

En el Valle del Cauca el canal endémico para Malaria de todas las especies sin Buenaventura a semana epidemiológica 52, se ubicó en zona de brote en el 13,46% (7/52) de los casos, en zona de alarma en 7,69% (4/52), en zona de seguridad en 17,30% (9/52) y las restantes semanas epidemiológicas en zona de éxito.



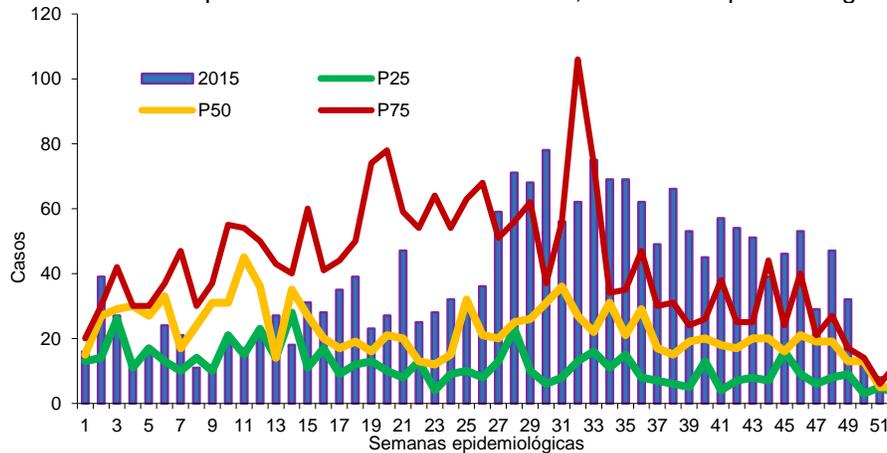
Grafico 4. Canal endémico para Malaria, Valle sin Buenaventura, a semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015.

El canal endémico de Malaria de todas las especies con Buenaventura se ubicó en zona de brote en 31,46% (20/52), en zona de alarma en 25% de los casos (13/52), en zona de seguridad en 5,76% (3/52) y las restantes en zona de éxito.

Grafico 4. Canal endémico para Malaria con Buenaventura, a semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015.

Según la distribución social y demográfica, se notificaron mayor proporción de casos de malaria en hombres, el grupo de edad más afectado corresponde a los jóvenes de 15 a 29 años, la mitad de los casos en la población afrocolombiana.

Los 1978 casos notificados de Malaria proceden de 25 municipios del Valle del Cauca, los primeros municipios son Buenaventura que aporta mayor proporción 84,9% (1681), Cali 7,22% (143), Tuluá 1,46% (29).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla 3. Casos de Malaria, por municipio de procedencia a semana epidemiológica 52, Valle del Cauca, 2015

MNPO. PROCEDENCIA	FALCIPARUM	MIXTAS	VIVAX	TOTAL
BUENAVENTURA	486	11	1184	1681
CALI	36	22	85	143
TULUA	5		24	29
DAGUA	2	1	20	23
BUGA	2		15	17
CARTAGO	6	1	10	17
PALMIRA	6	1	4	11
FLORIDA	6	1	3	10
GUACARI	2		2	4
JAMUNDI	2		2	4
YUMBO	2		2	4
ANDALUCIA			3	3
BUGALAGRANDE			2	2
EL CERRITO	1		1	2
RIOFRIO			2	2
ROLDANILLO		1	1	2
SEVILLA	1		1	2
TORO			2	2
YOTOCO			2	2
ZARZAL	1		1	2
ALCALA			1	1
ANSERMANUEVO			1	1
CAICEDONIA			1	1
CANDELARIA	1			1
EL CAIRO			1	1
EL DOVIO	1			1
GINEBRA	1			1
PRADERA		1		1
SAN PEDRO			1	1
TRUJILLO		1		1
VIJES			1	1
<b>Total general</b>	<b>561</b>	<b>40</b>	<b>1377</b>	<b>1978</b>

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015.

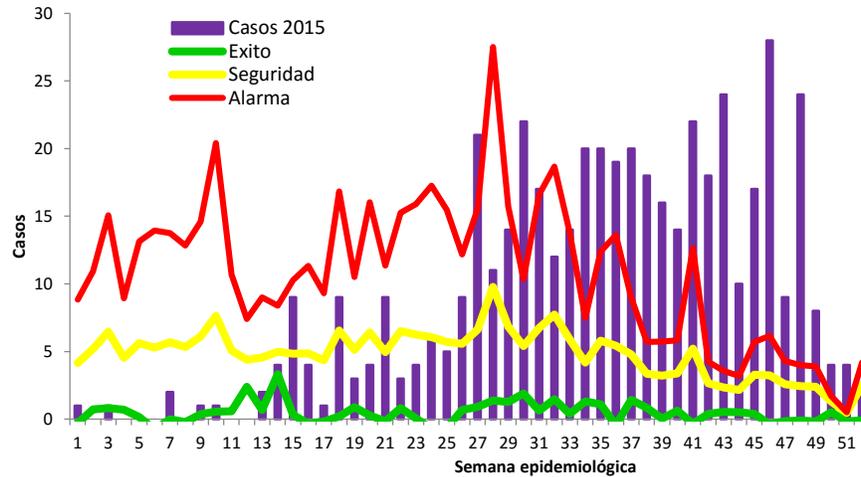
Al observar el canal endémico por especie en Buenaventura, se identificó que el canal endémico de Malaria por *P. Falciparum* en Buenaventura a semana epidemiológica 52, se ubicó en zona de brote en el 40,38% de (21/52), en zona de alarma en 15,38% de los casos (8/52), y en zona de seguridad 30,7% (16/52); con un incremento de 594,3% comparado con el año anterior a semana epidemiológica 52 en esta especie de *Plasmodium*.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

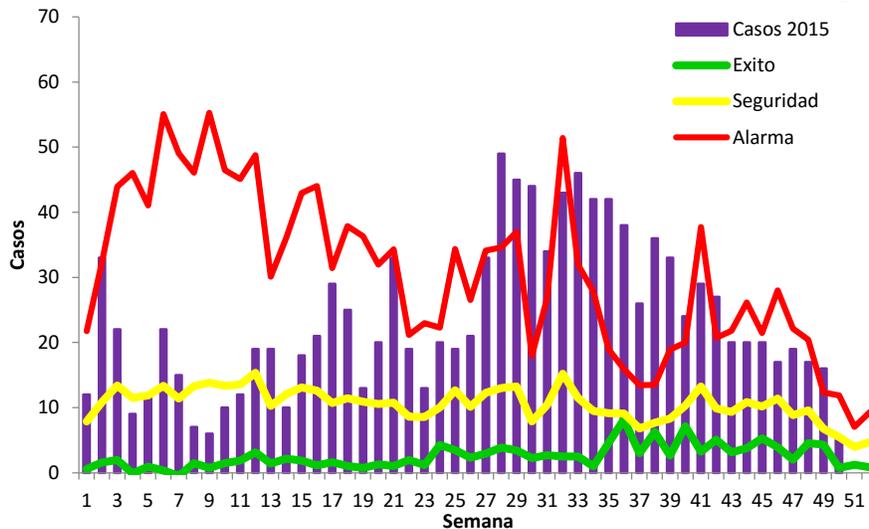
Grafico 4. Canal endémico para Malaria por P. Falciparum, Buenaventura, a semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

El canal endémico de Malaria por P. Vivax en Buenaventura se ubicó en zona de brote en 28,8% de (15/52), en zona de alarma en 50% de los casos (26/52), en zonas de seguridad 15,38% (8/52); con un incremento de 381,3% comparado con el año anterior a semana epidemiológica 50 en esta especie de Plasmodium.

Grafico 5. Canal endémico para Malaria por P. Vivax, Buenaventura, a semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

Mortalidad por Malaria en el Valle del Cauca en el 2015 se identificaron 4 casos de mortalidad por Malaria, el primer caso procedente de Palmira que fue descartado y los siguientes tres casos 2 procedentes de Cali y 1 caso procedente de Choco residente en Tuluá fueron confirmados mortalidad por malaria Falciparum.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Zika

En el valle del Cauca a semana epidemiológica 52 se han confirmado 5 casos de virus Zika (4 procedentes de Cali y 1 de Tuluá), 10 casos confirmados por clínica en municipios ya autóctonos y 8 casos sospechosos. En la primera semana epidemiológica del año 2016 se confirmó un caso con el virus Zika en una gestante con 17 semanas precedente del municipio de Buga mediante la prueba RT-PCR procesada por el INS con inicio de sintomatología en la semana 50 de 2015.

La Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca atendiendo lineamientos nacionales de la enfermedad del virus del Zika en el año 2015 se emitieron tres circulares, la primera circular No. 0091 el 26 de octubre del año 2015 acerca de la creación del evento en el Sivigila y las instrucciones para la vigilancia, atención, prevención y control frente a la introducción del virus en el Valle del Cauca, posteriormente el 23 de noviembre mediante oficio se confirma la presencia de 4 casos de virus Zika en el Departamento y finalmente en diciembre 9 se emite nueva circular No. 299 con el fin de alertar sobre la presencia de síndromes neurológicos durante los brotes de Zika en otros países.

El 8 de enero de 2016 se emite alerta amarilla en el Valle por virus Zika en gestantes y su relación con síndromes neurológicos.

## CONCLUSIONES

La Secretaria de Salud Departamental desde agosto del año 2014 y el año 2015 conformó un equipo interdisciplinario Equipo de Respuesta Inmediata ERI, conformado por médicos, salubristas y epidemiólogos, distribuidos en cuatro zonas del Departamento, con el fin de realizar diversas actividades enfocadas en Dengue y Chikungunya, dado los brotes que se podían presentar por la introducción del nuevo virus al país y al Departamento del Valle, se fortalecieron a las DLS, EPS, EAPB; IPS en la elaboración y ejecución de un plan de contingencia para Dengue y Chikungunya.

Se dio capacitaciones en enfermedades transmitidas por vectores, especialmente dirigidas a la comunidad acerca del Dengue y Chikungunya, sus diferencias y semejanzas, la identificación de signos de alarma para evitar tratamiento inadecuado, automedicación, diagnóstico tardío en el caso de un dengue grave que puede ser fatal, control vectorial, entre otros temas.

Dado que el personal administrativo y de salud rota en sus instituciones, es necesario asistencia técnica permanente, sin embargo, a pesar de acciones realizadas, persisten errores en la notificación, en reconocer los signos de alarma y



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

en la falta de ajuste a las 4 semanas, como lo establece el protocolo posterior a la confirmación o descarte del caso.

Posterior a las unidades de análisis y auditorías de historias clínicas para dengue, los médicos mejoraban el diagnóstico y el seguimiento a los pacientes a riesgo y con manifestaciones de alarma o graves del dengue.

En las últimas semanas aumentó la presencia de los casos de dengue y dengue grave, encontrándose el Departamento en zona de epidémica para dengue, realizaron capacitaciones por todo el Departamento y la importancia de no descuidar dengue frente a la presencia del incremento de los casos de Chikungunya.

Aunque la letalidad por Dengue se incrementó en el año 2015 por la menor notificación de los casos de dengue grave y en incremento en las mortalidades, el grupo ERI está trabajando de la mano con las DLS, EAPB, ESE e IPS, para el fortalecimiento del personal de salud, el diagnóstico oportuno del dengue, el reconocimiento de signos de alarma o presencia de dengue grave para una rápida hospitalización, el cumplimiento con el protocolo y la guía de manejo para dengue y dengue grave; igualmente el equipo ERI ha realizado en el año 2015 algunas auditorías de historias clínicas de pacientes con dengue y dengue grave para evaluar la atención del paciente y la correcta clasificación del caso, si fue hospitalizado y cumplieron con el protocolo y análisis a algunas IPS de los 41 municipios y el Distrito de Buenaventura, así como también el análisis de las mortalidades ocurridas por enfermedades transmitidas por vectores y el seguimiento a los planes de mejoramiento.

### RECOMENDACIONES

Continuar el grupo ERI con la asistencia técnica a las DLS de los 41 Municipios y un Distrito, a las EAPB y a las UPGDs para mejorar el cumplimiento en los lineamientos de vigilancia en salud pública, como es el caso de la oportunidad en la notificación, el ajuste de los casos, que a pesar de las múltiples capacitaciones, comunicación permanente, es necesario el apoyo directo especialmente a los municipios pequeños que no cuentan con personal idóneo o con experiencia en el aplicativo Sivigila y con personal rotante.

Es importante continuar y fortalecer los canales de comunicación de manera permanente con las DLS y UPGDs, para dar apoyo, resolver dudas, disminuir las barreras que surgen en el proceso de notificación, ajuste, realización de la BAI y BAC, así como el oportuno cumplimiento de los lineamientos de vigilancia en salud pública.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA  
COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
AÑO 2015**

*Diana Marcela Cruz Mora, Trabajadora Social- Candidata a Esp. En Epidemióloga  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

## **INTRODUCCIÓN**

En el Valle del Cauca, durante el 2015, se continuó con la vigilancia rutinaria de las leucemias agudas mieloide y linfoide; evento que a partir del 11 de junio del 2014 amplía su espectro y aumenta 12 categorías e incorpora la ficha código 459 y posteriormente para el 2015 el número 115. Dicho evento presenta una notificación total de xxx casos en menores de 18 años, 132 registros con el Valle del Cauca como departamento de residencia y 47 de otros departamentos, datos que permiten la generación de información oportuna para el cumplimiento de la normatividad vigente.

Es importante mencionar que en el mundo el cáncer infantil es poco frecuente entre las neoplasias malignas en población general y pediátrica, con tasas de incidencia estandarizadas por edad que oscilan entre 106 a 203 por millón de personas-año<sup>2</sup>. Para la región de las Américas, el 65% de los casos de cáncer infantil se producen en América Latina y el Caribe, donde se diagnostican 17.500 nuevos casos cada año, y se registran más de 8.000 muertes a causa de esta enfermedad<sup>3</sup>

En Colombia durante los años 2000-2006 se presentaron cerca de 70.887 casos nuevos de cáncer por año: 32.316 en hombres y 38.571 en mujeres, registrando durante el años 2010, 33.450 defunciones por este diagnóstico representaron así el 16.9% del total de defunciones<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Automated Cancer Childhood Information System, ACCIS: 2003. [Internet]. International Agency for Research on Cancer; Disponible en: <http://acciss.iarc.fr>. Acceso 22/Septiembre 2012

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud. El cáncer infantil en las Américas.2008.

<sup>4</sup> Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE.



Por su parte, el cáncer infantil es un diagnóstico que no representa más de 3% de los casos nuevos en Colombia, a pesar de la baja incidencia tiene altas tasas de mortalidad, encontrando que entre el 2005 y 2006 por cada millón de niños y niñas menores de 15 años murieron 46,6 niños y 42,6 en niñas respectivamente <sup>5</sup>

De 2004 a 2009, la tasa de incidencia general de cáncer en niños de hasta 14 años se incrementó ligeramente en un 0,5% al año; una tendencia que ha sido constante desde 1975. La tasa de muerte por cáncer infantil ha disminuido en más de la mitad en las últimas 3 décadas, de 4,9 por 100.000 en 1975, a 2,1 en 2008<sup>6</sup>.

La tasa de supervivencia relativa a 5 años para todos los cánceres combinados, mejoraron de 58% de los niños diagnosticados entre 1975 y 1977 al 83% para los diagnosticados entre 2002 y 2008. Según datos del centro de investigaciones epidemiológicas de la Universidad Industrial de Santander, la tasa anual de incidencia de leucemias en niños y niñas en Colombia es de 5,6 y 6 por 100.000 respectivamente, y la tasa de mortalidad de 4,5 y 4,2 por 100.000 niños y niñas- al año<sup>7</sup>

## OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Estimar sospecha, incidencia y mortalidad por cáncer en menores de 18 años.
- Determinar la oportunidad de atención de los menores de 18 años con cáncer notificados a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

## INDICADORES

- Tiempo de definición de diagnóstico probable
- Tiempo de definición de diagnóstico definitivo
- Tiempo en instaurar manejo específico
- Tasa de incidencia
- Mortalidad

---

<sup>5</sup> Chatenoud L, Bertuccio P, Bosetti C, Levi F, Negri E, La Vecchia C. Childhood cancer mortality in America, Asia, and Oceania, 1970 through 2007. *Cancer*. 2010; 116(21):5063-74.

<sup>6</sup> Bethesda, MD: Instituto Nacional del Cáncer, División de Control del Cáncer y Ciencias de la Población, SEER, 1969-2008; septiembre de 2011.

<sup>7</sup> Castro M, Orozco L, Rueda E, Suárez A. Epidemiología de la leucemia linfoblástica aguda en pediatría: incidencia, mortalidad y asociaciones causales: Centro de investigaciones epidemiológicas. Universidad Industrial de Santander 2007 pg. 116 - 123



## **PROPÓSITO**

Describir el comportamiento de leucemia aguda pediátrica y cáncer infantil durante el año 2015

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó análisis de tipo descriptivo retrospectivo de los datos encontrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Valle del Cauca con corte a la semana 52 correspondiente a los 13 períodos epidemiológicos en el 2015.

Información obtenida mediante las bases de datos generadas a través de las fichas 459 y 115 cáncer infantil, posterior a la estandarización se calcularon medidas de tendencia central de las principales variables del evento, al igual que la tasa de incidencia, discriminada por género, la variación por periodo epidemiológico comparando con el año anterior, así como el análisis de vulnerabilidad mediante indicadores de demoras.

Para tal fin se realizó revisión de la calidad de los datos, mediante la verificación de cada una de las variables identificando los errores de digitación y de consistencia de la información. Se identificaron campos vacíos, se verificó el tipo de documento con la edad, el sexo con el nombre del paciente, la fecha de defunción con el certificado y el código CIE10.

## **RESULTADOS**

### **Comportamiento de la notificación**

Hasta la semana epidemiológica 52 se notificaron al Sivigila 283 casos en menores de 18 años atendidos en el Valle del Cauca, 208 (73.24%) que residían en el departamento al momento del diagnóstico, es importante mencionar que durante los dos años el departamento del Cauca reporte una notificación del 18,28% y 18,73% respectivamente siendo el departamento con más número de casos atendidos no residentes en el Valle. Ver tabla 1



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

**Tabla # 1. Número de casos según departamento de residencia reportados al SIVIGILA, Valle del Cauca 2015**

Departamento	Años	Número de casos	%
Barranquilla	2015	1	0,35
	2014		0,00
Bogotá	2015	1	0,35
	2014	1	0,54
Caldas	2015	2	0,71
	2014	1	0,54
Cartagena	2015	1	0,35
	2014		0,00
Cauca	2015	53	18,73
	2014	34	18,28
Cesar	2015	1	0,35
	2014		0,00
Huila	2015	1	0,35
	2014	1	0,54
Meta	2015	1	0,35
	2014		0,00
Nariño	2015	4	1,41
	2014	7	3,76
Norte Santander	2015	0	0,00
	2014	1	0,54
Putumayo	2015	2	0,71
	2014	1	0,54
Quindío	2015	3	1,06
	2014	1	0,54
Risaralda	2015	4	1,41
	2014	4	2,15
Tolima	2015	1	0,35
	2014	1	0,54
Valle	2015	208	73,50
	2014	134	72,04
Total general	2015	283	100,00
	2014	186	100,00

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2014 y 2015

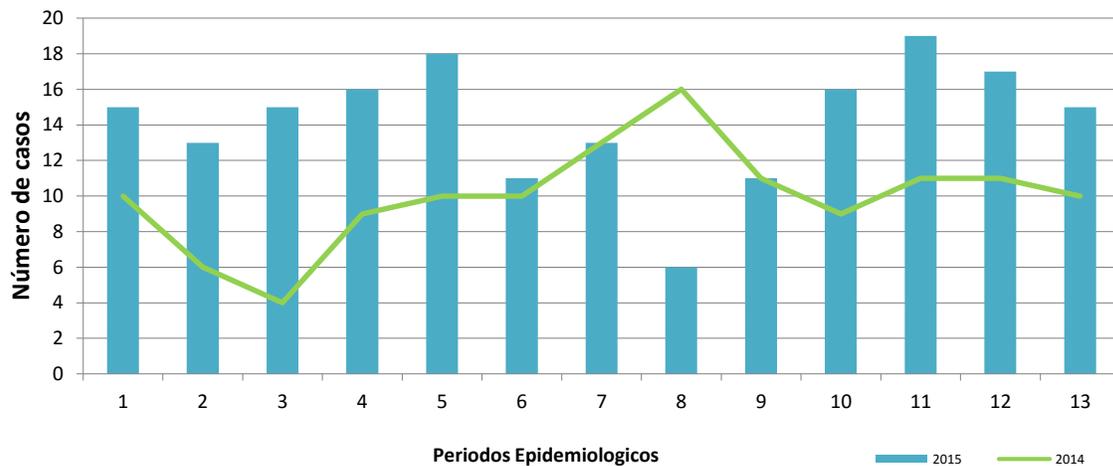


## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

De los 208 casos reportados al SIVIGILA 23 fueron descartados por eliminación desde su origen, duplicación o error de digitación, quedando un total de 185 casos. A 2014 se habían notificado 130 casos posteriores a ajustes. Durante el año 2015 se evidencia un aumento en la notificación de los casos con dos picos en los periodos 5 y 11, es relevante mencionar que durante el año 2014 se presentó el mayor número de casos en periodo 8 siendo este el de más baja notificación en 2015.

Grafica 1. Comportamiento de la notificación de cáncer infantil por periodo epidemiológico, Valle del Cauca de 2014 y 2015



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2014 y 2015

Durante los años 2014 y 2015 los cuatro diagnósticos con mayor número de reportes fueron las Leucemias Linfoides, los Tumores del sistema nervioso central, los Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales y Tumores óseos malignos representado más del 60% de la notificación durante los dos años. (ver tabla # 2)



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

**TABLA # 2. Número de casos por diagnóstico y periodo epidemiológico Valle del Cauca 2014-2015**

Diagnostico	Año	Periodo epidemiológico													Total	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Leucemias Linfoide	2015	4	5	8	5	9	6	6	2	2	8	3	8	2	68	36,76
	2014	3		2	3	4	3	4	6	2	3	6	5	4	45	34,62
Leucemia Mieloide	2015	1	1	1		1				1		3		2	10	5,41
	2014	3		1	1	1	3				1	1	1	1	13	10,00
Otras leucemias	2015					1				1		1	2	1	6	3,24
	2014			1		2			1			1			5	3,85
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	2015	2	1		1	2	1		1	2		1		2	13	7,03
	2014		2			1		1		1		1	1		7	5,38
Tumores del sistema nervioso central	2015	1	6	1	4	1	1	3	2	1	3	4	2	2	31	16,76
	2014	2			1	1	2	2	5	4	1	1	1	3	23	17,69
Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas per	2015	1		1	1	1		1			1	2		2	10	5,41
	2014							1						1	2	1,54
Retinoblastoma	2015			1			1	2	1	1	1				7	3,78
	2014											1			1	0,77
Tumores renales	2015			1	1	1	1	1			1	1			7	3,78
	2014				1			1					2	1	5	3,85
Tumores hepáticos	2015												1		1	0,54
	2014		2					1	1		1				5	3,85
Tumores óseos malignos	2015	4			2	1	1			1		1	1	1	12	6,49
	2014	2			1	1		2	2	3	2	1			14	10,77
Sarcomas de tejidos blandos y extraóseos	2015	1		1		1				1		1	1	1	7	3,78
	2014							1	1						2	1,54
trofoblásticos y otros gonadales	2015	1								1		2	1		5	2,70
	2014		1		1										2	1,54
Tumores epiteliales malignos y melanomas	2015														0,00	
	2014				1										1	0,77
Otras neoplasias malignas no específicos	2015			1	2						2		1	2	8	4,32
	2014		1				2			1			1		5	3,85
<b>Total general</b>	2015	15	13	15	16	18	11	13	6	11	16	19	17	15	185	100,0
	2014	10	6	4	9	10	10	13	16	11	9	11	11	10	130	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2014 y 2015

De los 185 casos procedentes del Valle del Cauca, el 62,7% (116) eran hombres y 37.30% (69) mujeres, calculando una relación de 1.7 casos en niños por cada niña; el 57,30 % (106) de los casos ocurrieron en los menores de 1 a 9 años, La distribución por grupo de edad y sexo de estos casos es la siguiente:



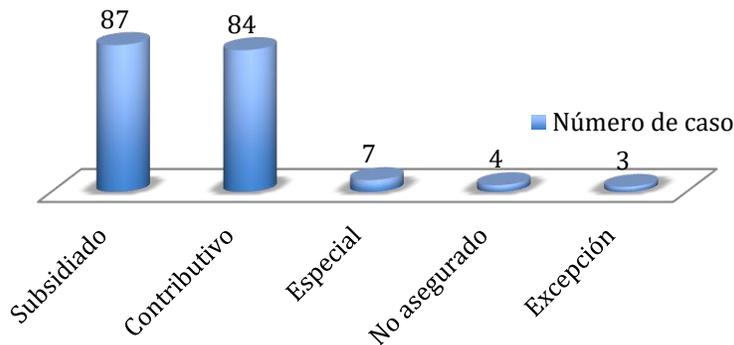
**Tabla # 3. Casos de Cáncer infantil según edad y sexo, Valle del Cauca 2015**

Grupo edad	Sexo		T	%
	M	F		
< 1	8	4	12	6,49
1 a 4	34	18	52	28,11
5 a 9	33	21	54	29,19
10 a 14	22	14	36	19,46
15 <	19	12	31	16,76
Total	116	69	185	100,00

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

47,03% de los casos reportados pertenecen al régimen subsidiado, seguido del régimen contributivo con el 45.41%, es necesario resaltar que se evidencia cuatro casos de no aseguramiento al sistema de seguridad social al momento del diagnóstico.

**Grafica # 2. Casos de cáncer infantil según tipo de régimen de aseguramiento Valle del Cauca 2015.**



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

Por otro lado, en cáncer infantil se presentaron 57 casos de mortalidad en el departamento, es necesario mencionar que durante el año 2015 se evidenciaron dificultades en la notificación de los niños con diagnósticos anteriores al año en curso, por lo tanto, el sistema no permitía la notificación de los mismo, el 71,93% corresponden a fuente Sivigila y el 28,07% RUAF.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

**Tabla # 4. Mortalidad por cáncer en menores de 18 años Valle del cauca  
2014**

Municipio	F	M	Total general	%
BOLIVAR	1	1	2	3,51
BUENAVENTURA	3	3	6	10,53
CALI	17	15	32	56,14
Candelaria	2		2	3,51
CARTAGO	1		1	1,75
FLORIDA	2		2	3,51
JAMUNDI	1	1	2	3,51
LA UNION	1		1	1,75
PALMIRA	2	1	3	5,26
PRADERA	1		1	1,75
RIO FRIO	1		1	1,75
SEVILLA		1	1	1,75
TULUA	1	1	2	3,51
VERSALLES	1		1	1,75
Total	34	23	57	100,0

Fuente: Sivigila-RUAF, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

## INDICADORES PARA CÁNCER INFANTIL

Al analizar todos los tipos de cáncer incluidas las leucemias en menores de 18 años, se constataron 185 casos, los cinco municipios con mayor número de casos en orden descendente fueron Cali con 115 casos, Palmira con 10, Jamundí, Cartago con 9 y buenaventura con 8; al estimar la prevalencia de las entidades territoriales se encontró a Versalles con 9,69 casos por 100.000 menores de 18 años, seguido el Dovia con 3,67 casos por 100.000 menores de 18, a su vez las menores tasas se encontraron en Pradera, Buenaventura, el cerrito y Tuluá. (Ver tabla N°4).



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

**Tabla# 5 Comportamiento de la notificación de la Cáncer en menores de 18 años según entidad territorial de origen, periodo epidemiológico 13. Colombia, 2015.**

Municipio de residencia	Población	Casos	Prevalencia por 100 mil
Versalles	2065	2	9,69
El Dovio	2722	1	3,67
Trujillo	5694	2	3,51
Vijes total	2933	1	3,41
Jamundí	36005	9	2,50
Cartago	36035	9	2,50
Bolívar	4311	1	2,32
Yumbo	33533	7	2,09
San pedro	4998	1	2,00
Ginebra	5321	1	1,88
Cali	657428	115	1,75
Bugalagrande	5769	1	1,73
Ansermuevo	6292	1	1,59
Candelaria	21525	3	1,39
Palmira	78129	10	1,28
Caicedonia	8280	1	1,21
Florida	17954	2	1,11
Dagua	10106	1	0,99
Zarzal	12942	1	0,77
Guadalajara de Buga	29126	2	0,69
Tuluá	58454	4	0,68
El cerrito	15479	1	0,65
Buenaventura	145370	8	0,55
Pradera	18363	1	0,54
Total	1218834	185	1,52

Fuente: Sivigila-RUAF, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

En leucemias se encontraron 76 casos de los cuales, estableciéndose los tres con mayor prevalencia: Trujillo con 3,51 por 100.000 menores, Vijes con 3,41 por 100.000 menores, San pedro con 2,00 por 100.000 menores, de igual forma 12 municipios se encuentra por encima de la prevalencia nacional 4,5 (ver tabla # 6).



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

**Tabla # 6. Comportamiento de la notificación de la leucemia según municipio de residencia a periodo epidemiológico 13. Valle del cauca 2015**

Municipio de residencia	Población	Casos	Prevalencia por 100 mil
Trujillo	5694	2	3,51
Vijes total	2933	1	3,41
San pedro	4998	1	2,00
Bugalagrande	5769	1	1,73
Ansermanuevo	6292	1	1,59
Jamundí	36005	5	1,39
Cartago	36035	5	1,39
Candelaria	21525	2	0,93
Yumbo	33533	3	0,89
Cali	657428	47	0,71
El cerrito	15479	1	0,65
Palmira	78129	5	0,64
Guadalajara de Buga	29126	1	0,34
Tuluá	58454	1	0,17
Buenaventura	145370	2	0,14
Total	1136770	76	0,67

Fuente: Sivigila-RUAF, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

La **tasa de incidencia mortalidad**, por cáncer infantil para el año 2015 fue del 0,43 por cada 10.000 niños menores de 18 años superando la tasa nacional de 2,3.

**Tabla # 7. Tasa de incidencia de mortalidad en cáncer infantil, Valle del Cauca 2015**

Menores de muertos con diagnóstico de <b>cáncer</b>	*	57	* 10000 = 0,43
Población para la edad Valle del Cauca, fuente Dane	10000	1317573	



**Definición de diagnóstico probable**, para este indicador se tiene en cuenta el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas en relación a la fecha en que se reporta el resultado de hemograma con Blastos positivo para leucemias y el resultado de otras pruebas diagnósticas para los otros cánceres, evidenciando que el 6,38% presentaron una baja oportunidad.

**Tabla # 8. Indicador de diagnóstico probable en Cáncer infantil, Valle del Cauca 2015.**

Oportunidad	Días	Total	%
Alta	< 2 días	101	71,63
Media	3 a 10 días	31	21,99
Baja	> 10 días	9	6,38
Total	NA	141	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

**Tiempo de definición de diagnóstico definitivo**, este indicador parte de la diferencia en días entre la fecha de inicio de síntomas con relación a la fecha en que el resultado de médula ósea con Blastos es reportado positivo en los casos de leucemias, y el resultado de otras pruebas diagnósticas para los otros cánceres encontrando que 8,33 % tiene una baja oportunidad para la definición del diagnóstico.

**Tabla # 9. Tiempo de definición de diagnóstico definitivo Cáncer infantil, Valle del Cauca 2015.**

Oportunidad	Días	Total	%
Alta	< 8 días	123	73,21
Media	9 a 15 días	27	16,07
Baja	> 16 días	14	8,33
Sin dato	NA	4	2,38
Total	NA	168	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015



### **Conclusiones**

- Dentro del proceso de notificación se evidenció que de la totalidad de los casos atendidos por las UPGD de Valle del Cauca 51 de estos (27,96%) corresponden a otros departamentos a nivel nacional, esto muestra la necesidad de la articulación de trabajo interdepartamental que apunten a mejorar la calidad de atención de los menores, al igual que a la disminución de la sub-notificación por falta de datos de obligatorio diligenciamiento en las fichas establecidas por el INS.
- Se evidencia con relación al tipo de vinculación al sistema de seguridad social, que el 97,84% de los menores diagnosticados con cáncer, se encontraban vinculados a unos de los dos regímenes al momento del diagnóstico, sin embargo, esto evidencia que en la actualidad a pesar de los avances en la cobertura aún no hay vinculación del 100% de la población al sistema de seguridad social.
- Es necesario hacer énfasis en los resultados arrojados mediante el análisis de los datos con relación a los indicadores de oportunidad de la atención, el 71,63% y el 73,21 de los menores presentaron alta oportunidad en la presunción del diagnóstico y en el diagnóstico definitivo respectivamente. Situación que evidencia que aun a pesar de las acciones realizadas se presentan vulneración de los derechos de los niños diagnosticados con cáncer.
- Con relación a la notificación y calidad de los datos, se encontró notificación casos tardíos, el no diligenciamiento de la totalidad de los datos solicitados al igual que información no acorde con los casos y el no ajuste de los casos por parte de la UPGD.

### **Recomendaciones**

- Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con relación a la atención de los niños, niñas y adolescentes
- Generar acciones de socialización de las rutas de atención de presunción diagnóstica en cáncer infantil en los diversos tipos.
- Desarrollar acciones de capacitación y actualización del personal en temas relacionados presunción diagnóstica y atención integral de los menores y sus familias.
- Incrementar la oportunidad de la notificación al SIVIGILA de los casos de cáncer infantil, mediante capacitación, monitoreo y asistencia técnica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Direcciones Locales de Salud y EAPB.
- Fortalecer las acciones de seguimiento por parte de las Direcciones Locales de Salud a las Instituciones Prestadoras de Salud y EPS.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**MORTALIDAD POR O ASOCIADA POR DESNUTRICION EN MENORES DE 5 AÑOS  
AÑO 2015**

*Yanira Mosquera Palacios, Enfermera Especializada  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

**Introducción: (Tomado del protocolo de INS)**

La desnutrición contribuye a la muerte de 5,6 millones de niños y niñas menores de cinco; se sabe que es la consecuencia más directa del hambre y tiene efectos negativos en la salud, en la educación y a lo largo del tiempo en la productividad y el crecimiento económico de un país. Aumenta la vulnerabilidad a distintas enfermedades que afectan la sobrevivencia y a su vez, depende de condiciones sociales y económicas determinadas por las inequidades, ejerciendo un efecto negativo principalmente en países de ingresos medios y bajos, en poblaciones rurales, urbano marginales, etnias indígenas y afrodescendientes.

Se calcula que el retardo en el crecimiento, la desnutrición grave y la restricción en el crecimiento intrauterino, conjuntamente, contribuyen por año con 2,2 millones de muertes y 91 millones de años de vida saludables perdidos (AVISA); esto representa un 21% del total en el caso de niños menores de 5 años, además, son responsables del 7% de la carga total de enfermedad a nivel general, lo que sitúa a los problemas nutricionales como factores de riesgo muy importantes y con gran peso como determinantes de la carga total de enfermedad en el ámbito mundial. En el 2005, el 20% de los niños menores de 5 años tenían bajo peso; la mayor prevalencia se observó en el centro y sur de Asia y en África oriental con un 33% y 28% respectivamente.

La desnutrición humana tiene características particulares como enfermedad: está extraordinariamente difundida en los países llamados del “Tercer Mundo”, en los que constituye la patología más frecuente. Es de diagnóstico fácil, de tratamiento eficaz y barato, y es quizás la

causa más importante de mortalidad, cuya erradicación aumentaría la esperanza de vida de la población. El número exacto de personas con desnutrición y su peso cuantificado en mortalidad se desconoce, aunque se reconoce que es enorme; las causas que la provocan han sido estudiadas muy superficialmente desde el punto de vista epidemiológico, privándose así a las sociedades de un conocimiento de la estructura de este evento, de forma que permita la génesis de “intervenciones” para modificar su evolución.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Aunque se ha avanzado considerablemente en la reducción de la mortalidad infantil, esta sigue presentando en niveles inaceptables en todo el mundo. Esto es reflejo, de la transición demográfica en la cual están inmersos los países de América latina donde las tasas de natalidad, fecundidad y mortalidad vienen disminuyendo. En el año 2007 La ONU presentó un informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-, partiendo del hecho que las tablas de sobrevivencia de los menores de cinco años presentan una lenta mejoría lo cual podría reflejar un retraso en el cumplimiento del objetivo 4, definido en el CONPES 140 de 2011 “reducir en dos terceras partes la mortalidad en los menores de cinco años entre 1990 y 2015”. Los niveles más altos están en África subsahariana, Asia meridional, y Asia, donde la tasa disminuyó en el periodo 1990 - 2005 de 185 a 166 en el primero, de 126 a 82 en el segundo y de 83 a 73 en los dos últimos.

Los factores, acontecimientos o características que pueden afectar en alguna medida el estado nutricional, se enmarcan en el análisis de diversas causas en función de la orientación de las intervenciones y en el análisis de la seguridad alimentaria y nutricional. Es así como se obtiene una “cadena de causas” que ponen en evidencia unas causas que son generalmente una insuficiencia cuantitativa y cualitativa de la ración alimentaria y de enfermedad, la cual es principalmente de origen infeccioso y estos casos a su vez, son relacionados con otras causas.

Postergar la muerte prevenible es uno de los principales objetivos de la salud pública, al reducir la mortalidad evitable y prematura.

Los indicadores de mortalidad evitable se han utilizado para evaluar y mejorar los servicios de salud, ya que ellos sugieren el efecto de las intervenciones sanitarias destinadas a mejorar la salud de la población y alertan sobre los problemas en la prestación de los servicios de salud, Se pretende aportar información que permitirá priorizar acciones que se deben vigilar e intervenir y así contribuir a evitar otra muerte que se hubiese podido evitar. Es de anotar que la vigilancia de este evento responde al propósito expuesto en alianzas público-privadas por la seguridad alimentaria y nutricional del acuerdo para la prosperidad No. 29 de la alta Consejería para las Regiones y la Participación Ciudadana de abril de 2011.

### Objetivo

Describir el comportamiento de la mortalidad por y asociada a desnutrición, generando una línea de base que oriente las acciones de prevención y control de este evento.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Metodología:

Se realizó un análisis descriptivo univariado correspondiente a la información ingresada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la semana 1 a la 52 de 2015. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD-, fueron las responsables de captar y notificar de forma inmediata en los formatos y estructura establecidos, de acuerdo con las definiciones de caso argumentadas en el protocolo.

**Tabla 4. Definición de caso de mortalidad por o asociada a desnutrición**

Definición de Caso	Características de la Clasificación
Caso de mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años	Toda defunción de un niño o niña menor de cinco años cuya causa o causas de muerte incluyan la <b>desnutrición y/o deficiencias nutricionales</b> . Se excluye de nro de esta clasificación las muertes en la que la <b>desnutrición se presenta como patología secundaria</b> . Se deben determinar los casos a partir de de la historia natural de la enfermedad, teniendo en cuenta la información disponible en historia clínica, certificado de defunción y entrevista domiciliaria, entre otros
Caso confirmado de muerte por desnutrición	Es el caso cuya <b>causa básica</b> de muerte es la <b>desnutrición y/o deficiencias nutricionales</b> .
Caso confirmado de muerte asociada a la desnutrición	Caso cuya <b>causa de muerte es una enfermedad asociada a la desnutrición</b> y en la que la <b>desnutrición es una causa antecedente de muerte u otro estado patológico importante</b> relacionada con la causa básica. Caso en el cual se diagnostica la desnutrición y alguna de sus enfermedades asociadas y no hay información suficiente para considerar cuál de éstas fue previa para definirla como causa básica de muerte.
Caso descartado (desnutrición secundaria o por otras causas)	Caso en el que se comprueba la ausencia de desnutrición o la presencia de ésta como consecuencia de una enfermedad de base o de causa secundaria o que no está relacionada con la causa básica de muerte.

Los datos son ingresados al sistema de vigilancia en salud pública generando posteriormente unos archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la

notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta información fue sistematizada de manera semanal y se realiza correlación con la base de datos del RUAF modulo mortalidad a partir de la variable documento de la madre.

Posterior al análisis univariado, se hicieron cálculo de los indicadores definidos para el evento teniendo en cuenta numerador y denominador establecidos.

## Resultados

Durante el año 2015 se notificaron al RUAF Departamental 18 casos de Mortalidad por o asociada a desnutrición en menores de 5 años. De los cuales se descartan siete casos por no cumplir con la definición de caso, ya que estos pacientes padecen enfermedades congénitas.

Para el análisis que se realizará en el presente documento se excluyen aquellos casos que corresponden al 2013 y que fueron notificados por el municipio de



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Cali como parte del plan de mejoramiento de esa vigencia, por tanto, el número de casos notificados fueron 11.

Para el 2015 en el departamento del Valle del Cauca se notificaron 11 casos, de muerte por o asociada a desnutrición, de los cuales el 82 % de los casos ocurrió en pacientes menores de 1 año, de los cuales el 67% corresponden a sexo masculino y el 33% a sexo femenino.

Del 100 % de los casos notificados tenían como sitio de residencia el departamento del Cauca, por tanto, fueron sacados del numerador y denominador.

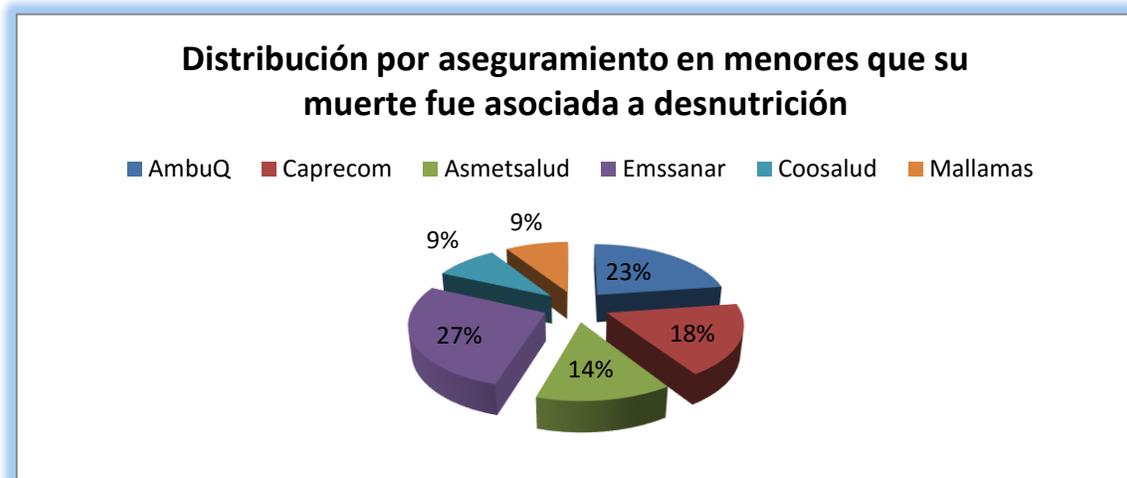
## Tabla Definición de caso de mortalidad por o asociada a desnutrición Protocolo 2014

Definición de Caso	Características de la Clasificación
<b>Caso de mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años</b>	Toda defunción de un niño mayor de 28 días y menor de cinco años cuya <b>causa o causas de muerte</b> estén relacionado con la <b>desnutrición y/o deficiencias nutricionales</b> . Se excluye dentro de esta clasificación las muertes en la que la desnutrición se presenta como patología secundaria (Ej: cáncer, malformación congénita, otros) Se deben determinar los casos a partir de de la historia natural de la enfermedad, teniendo en cuenta la información disponible en historia clínica, certificado de defunción y entrevista domiciliaria, entre otros

El caso de Jhon Joani Gómez ocurrió en la semana 36 pero fue notificado en la semana 39.

En relación con el aseguramiento los casos notificados se concentran en las EPS de Asmetsalud, Emssanar, Caprecom, Coosalud y Barrios Unidos de Quibdo (AMBUQ) y Mallamas

### Grafico No.



Fuente: Ruaf 2015 y Sivigila 2015

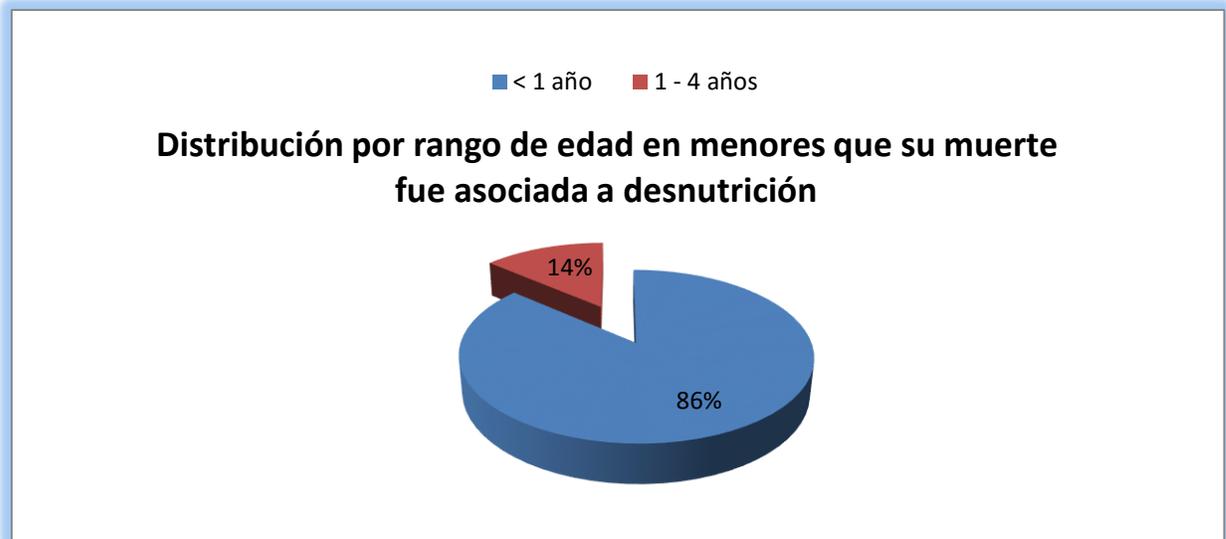


## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Teniendo en cuenta el aseguramiento de los casos notificados en muerte por desnutrición en menores de 5 años, encontramos que el 100% de los casos corresponden a régimen subsidiado, las Eps con mayor representatividad es Emssanar con un 27 %, en segundo lugar AmbuQ con un 23% y en tercer lugar Caprecom con un 18%

### Grafico No.



Fuente: Ruaf 2015 y Sivigila 2015

El 86 % de los menores que fallecieron tenían menos de un año, es entonces en los primeros 365 días de vida es donde se presenta levemente un mayor riesgo.

### Grafico No.



Fuente: Ruaf 2015 y Sivigila 2015



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Se evidencia que de los casos de mortalidad por o asociado a desnutrición según el municipio de residencia su mayor concentración estuvo en el municipio de Buenaventura con un 41 %, seguido del municipio de Cali con un 32 % y luego Palmira con un 14 % de los casos.

**Tabla No. Manifestaciones clínicas en menores que fallecieron por o asociada a desnutrición**

<b>Manifestaciones clínicas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Piel reseca	6	60
Palidez	4	40
lesión de Cabello	1	10
Edema	4	40
Hiperpigmentación	1	10
Delgadez	10	100
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila 2015

Acorde a la ficha epidemiológica el 100% presentaban signos y síntomas relacionados con la delgadez, seguido de un 60% relacionados con la piel, (Resequedad), continua edema y palidez cada uno con un 40%, adicionalmente la lesión del cabello e hiperpigmentación, se presentaron en menor porcentaje.

### Indicadores

#### 1. Oportunidad en la Notificación semanal de la muerte por y asociada a desnutrición en menores de cinco años por Departamento.

**Numerador:** número de muertes notificadas oportunamente al SIVIGILA nacional:  
**7**

**Denominador:** número de muertes notificadas por el departamento en el periodo a evaluar: **11**

**Cabe anotar que por el Sivigila solo se notificaron 11 casos, los demás casos fueron verificados por Ruaf y la fecha de notificación corresponde a la fecha de defunción**

*De los casos de muerte por o asociada a desnutrición notificados por el Sivigila (11 casos) El 70% fueron notificadas oportunamente. La oportunidad de notificación al SIVIGILA durante el primer semestre del año 2015 fue aceptable.*



## 2. Concordancia SIVIGILA / Estadísticas Vitales (RUIAF) en número de casos.

**Numerador:** total de muertes notificadas al SIVIGILA en un periodo determinado: 3

**Denominador:** total de muertes ingresadas por estadísticas vitales (RUIAF) por el departamento en el periodo a evaluar: 11.

*Hay una concordancia entre la notificación entre SIVIGILA y estadísticas vitales (RUIAF) de 27.2% la cual es baja.*

**Numerador:** total de muertes notificadas y ajustadas en el SIVIGILA 0

**Denominador:** total de muertes notificadas por el departamento en el periodo a evaluar. 11

*El 0 % de los casos fueron ajustados de acuerdo con resultados del acta de unidad de análisis.*

## 3. Tasa bruta de mortalidad infantil por desnutrición.

**Numerador:** total de muertes en menores de un año con causa básica desnutrición y/o deficiencias nutricionales: 9

**Denominador:** total de nacidos vivos en el periodo a evaluar 24.448

*La tasa de mortalidad infantil por desnutrición es de 0.37 por 1000 nacidos vivos*

## 4. Tasa bruta de mortalidad en la niñez por desnutrición.

**Numerador:** total de muertes en menores de un año a cinco años con causa básica desnutrición y/o deficiencias nutricionales: 2

**Denominador:** total de población de uno a cuatro años en el periodo a evaluar: 363.944

*La tasa de mortalidad en la niñez por desnutrición es de 0,54 por 100.000*

## Conclusiones y recomendaciones

Para el año 2015, teniendo en cuenta los casos notificados en el SIVIGILA, hubo una disminución de 8 casos con respecto al 2014, lo cual tiene un impacto importante en la tasa bruta de mortalidad infantil por desnutrición y en la tasa bruta de mortalidad en la niñez por este mismo evento.

Específicamente si se analiza la tasa bruta de mortalidad infantil por desnutrición, para el año 2014 0.21 x 1000 NV mientras que el 2015 fue de 0.37 x 1000 NV. Es



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

necesario continuar de manera permanente con la correlación entre RUAF-SIVIGILA que logre una aproximación real a la problemática.

Los signos clínicos son básicos en el diagnóstico de la desnutrición, especialmente para la identificación temprana de los mismos, con la información obtenida a través del SIVIGILA en el año 2015 se puede evidenciar que la pérdida de peso ocupó un 100%; seguido de piel reseca con un 60 %, luego la palidez y edema con un 40% en el total de los casos, adicionalmente las lesiones en cabello son otros signos claves en la mortalidad por desnutrición en el Valle de Cauca.

Para este como para los demás eventos de mortalidad, existen dificultades importantes en relación con la causa básica, causas antecedentes y causa directa de muerte registradas en el RUAF, lo anterior teniendo en cuenta el uso de signos o síntomas como diagnósticos, el uso de siglas o la poca información que se registra en el sistema oficial, torpedeando la búsqueda activa realizada por este medio. Sin embargo, esta dificultad es compartida para todos los eventos de interés en salud pública que registran mortalidad.

Es necesario generar medidas de choque que permitan realizar los ajustes necesarios al sistema de vigilancia que será la fuente oficial de la información de mortalidad por o asociada a desnutrición, la cual se considera un indicador sensible y de desarrollo, estos ajustes no solo estarán encaminados a la confirmación de los mismos teniendo como apoyo los resultados de las unidades de análisis si no también la concordancia SIVIGILA – RUAF 100%.

Dentro de las acciones a desarrollar y/o fortalecer desde el departamento estará la gestión y apoyo a los análisis de caso, realización de planes de mejoramiento, clasificación y ajuste de los mismos en el sistema y fortalecer la vigilancia de este evento, adicionalmente se hace necesario socializar en espacios de COVE departamental los hallazgos y resultados del análisis del evento y finalmente hacer seguimiento y verificación de las acciones de mejora resultantes de los análisis de caso.

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



## BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO AÑO 2015

*Juan Carlos Gutiérrez Millán. Estadístico  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### **Introducción (Tomado del Protocolo del INS)**

De acuerdo con la publicación que realizó en el 2008 la UNICEF “Estado Mundial de la Infancia”, el bajo peso al nacer –BPN- que se registra en un año a nivel mundial es de aproximadamente 20 millones de niños y niñas. Estos niños y niñas tienen un mayor riesgo de morir durante los primeros meses y años de vida y los que sobreviven están propensos a sufrir alteraciones del sistema inmunológico y en el futuro pueden presentar alguna de las enfermedades crónicas.

Más del 96% de los nacimientos con bajo peso al nacer ocurren en los países en desarrollo, lo cual establece una relación directa de este fenómeno con las condiciones de pobreza de un país. También se asocia con las condiciones de las madres gestantes y características de los países en vías de desarrollo tales como una dieta deficiente, condiciones sanitarias que favorecen el hecho de contraer infecciones y tasas altas de embarazos en población adolescente.

El bajo peso al nacer representa un mayor riesgo de morir durante los primeros años de vida, de padecer un retraso en el crecimiento físico y cognitivo durante la infancia, de tener capacidades reducidas para trabajar y obtener ingresos en la etapa adulta y en el caso de las mujeres de dar a luz a recién nacidos con insuficiencia ponderal. En comparación con los lactantes normales, el riesgo de muerte neonatal es cuatro veces mayor en los lactantes que pesan menos de 2,5 kilogramos al nacer y 18 veces mayor en los que pesan menos de 2 kilogramos. Los lactantes con bajo peso al nacer también sufren tasas notablemente más elevadas de malnutrición y retraso del crecimiento en la etapa superior de la infancia y en la edad adulta.

A nivel departamental y de distritos, Cundinamarca y Bogotá presentan las proporciones de bajo peso al nacer más altas del país, la cual se estimó para Bogotá cerca del 13% en el 2010 que puede estar relacionado por factores como una mejor calidad en el registro del certificado de nacido vivo. Ahora bien, el departamento de Chocó, junto con los nombrados anteriormente se encuentra por encima de la proporción nacional, seguido de departamentos como Valle del Cauca, Antioquia y Boyacá principalmente, donde las proporciones se encuentran por encima del 9%.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Aunque el Valle ha presentado un comportamiento inestable en siete años, igual se observa para este periodo un incremento de casos, pasando de 2.044 casos en el 2004 a 2,131 eventos registrados en el 2010, esta información representa el 9% de los nacidos vivos encontrándose levemente por encima del promedio nacional.

Para el 2010, en reunión nacional con las entidades territoriales, entidades del orden nacional y las entidades territoriales en salud del país, se definieron 5 eventos a vigilar, de tal manera que se abordara como una primera fase el estado nutricional, mientras se avanza en procesos efectivos que permitan de manera intersectorial dar cuenta del componente alimentario que dada su naturaleza requiere la articulación de sectores adicionales al de salud para monitorear la seguridad alimentaria.

Los eventos definidos deberían tener una secuencia que permitiera a la vez, hacer vigilancia e ir implementando acciones en beneficio de la situación nutricional de la población, por tal motivo se seleccionaron los siguientes: 1. Vigilancia nutricional de la gestante, 2. Bajo peso al nacer, 3. Mortalidades por y asociada a desnutrición en menores de 5 años, 4 y 5. Desnutrición y sobrepeso en diferentes grupos de edad.

De acuerdo a los resultados obtenidos a lo largo de dos años de implementación del evento se encuentra necesario continuar con la vigilancia al bajo peso al nacer para que en cada una de las entidades territoriales se realice el seguimiento pertinente en calidad y oportunidad para revertir la condición, además las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deben garantizar la atención y recuperación nutricional de los recién nacidos con bajo peso a fin de lograr un óptimo crecimiento y desarrollo y disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional.

Es de anotar que la vigilancia de este evento responde al propósito expuesto en alianzas público-privadas por la seguridad alimentaria y nutricional del acuerdo para la prosperidad No. 29 de la alta Consejería para las Regiones y la Participación Ciudadana de abril de 2011

### **Objetivos**

- ✓ Monitorear el comportamiento del bajo peso al nacer a fin de establecer su tendencia como evento trazador del estado nutricional y de salud de los nacidos vivos.
- ✓ Establecer los determinantes y factores de riesgo asociados para orientar las intervenciones basadas en la normatividad vigente en beneficio de la prevención y control del bajo peso al nacer y como línea base para orientar la política pública de la salud infantil.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Metodología:

Se realizó un análisis descriptivo univariado correspondiente a la información ingresada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la semana 1 a 52 de 2015. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD-, fueron las responsables de captar y notificar de forma inmediata en los formatos y estructura establecidos, de acuerdo con las definiciones de caso argumentadas en el protocolo.

Definición de Caso	Características de la Clasificación
Peso bajo al nacer	Recién nacido con peso igual o menor de 2499 gramos (14)
Muy bajo peso al nacer	Recién nacido con peso igual o menor de 1499 gramos (14)

Tipo de Caso	Características de la Clasificación
Caso Confirmado *	Recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea $\leq 2499$ gr.

Los datos fueron ingresados al sistema de vigilancia en salud pública generando posteriormente unos archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta información fue sistematizada de manera semanal y se realizó la correlación con la base de datos del RUAF modulo nacidos vivos a partir de la variable documento de la madre.

Posterior al análisis univariado, se hicieron cálculo de los indicadores definidos para el evento teniendo en cuenta numerador y denominador establecidos.

## Resultados

Fueron notificados durante la semana 1 a 52 del 2015, 1209 casos al sistema de vigilancia en salud pública, de los cuales se tuvieron en cuenta que se habían descartado 4. A continuación se presenta la descripción de las principales variables.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla No 1 Distribución de casos de BPN a término según municipio de residencia de madre.

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
CALI	668	55,62
BUENAVENTURA	111	9,24
PALMIRA	62	5,16
TULUA	55	4,58
BUGA	33	2,75
YUMBO	23	1,92
CARTAGO	15	1,25
JAMUNDI	13	1,08
SEVILLA	12	1,00
FLORIDA	10	0,83
PRADERA	10	0,83
CANDELARIA	8	0,67
DAGUA	7	0,58
ROLDANILLO	7	0,58
ALCALA	6	0,50
RIOFRIO	6	0,50
BUGALAGRANDE	6	0,50
GINEBRA	6	0,50
CAICEDONIA	6	0,50
ZARZAL	6	0,50
GUACARI	6	0,50
EL CERRITO	5	0,42
LA UNION	5	0,42
EL DOVIO	5	0,42
CALIMA (DARIEN)	4	0,33
EL CAIRO	3	0,25
RESTREPO	3	0,25
TORO	3	0,25
BOLIVAR	3	0,25
ULLOA	2	0,17
LA CUMBRE	2	0,17
YOTOCO	2	0,17
Sin Informacion	2	0,17
EL AGUILA	2	0,17
ANSERMANUEVO	2	0,17
ANDALUCIA	2	0,17
LA VICTORIA	1	0,08
VERSALLES	1	0,08
SAN PEDRO	1	0,08
VJES	1	0,08
TRUJILLO	1	0,08
OBANDO	1	0,08
Total general	1127	93,84
Fuera del Valle	74	6,16
Total Notificados	1201	100,00

Fuente: SIVIGILA Semana 1 a 52 del 2015-Evento 110

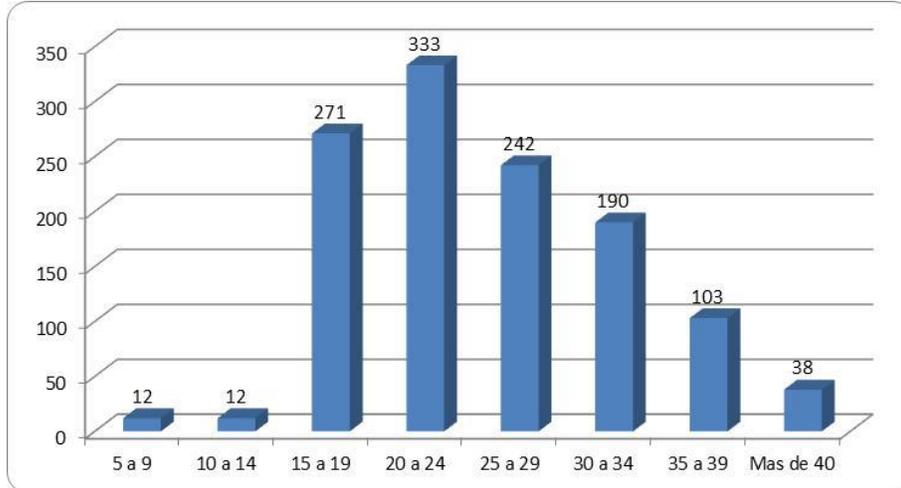
El 77,35% de los casos reportados acorde al municipio de residencia de la madre se concentran en 5 municipios que son Cali, Buenaventura, Palmira, Tulua, y Buga.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

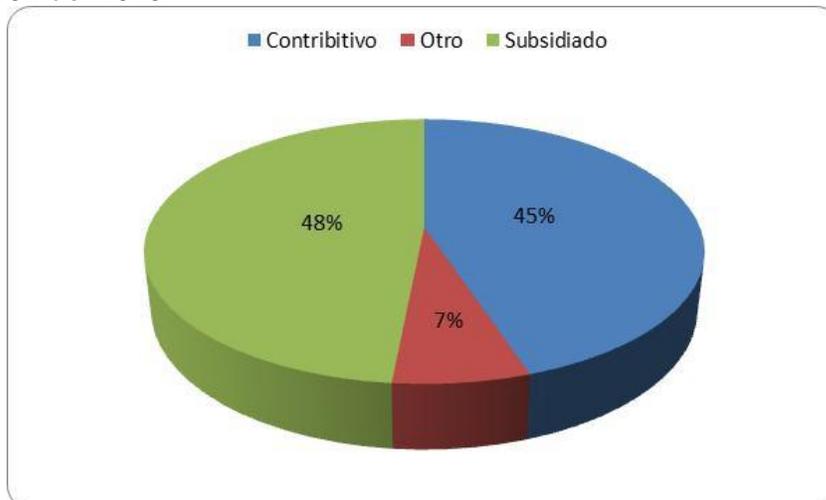
Grafico No 1 Distribución del BPN a Terminó a la Edad de la Madre, Semana 1 a 26 del 2015



Fuente: SIVIGILA Semana 1 a 52 del 2015-Evento 110

En la gráfica anterior se observa que la mayoría de casos de bajo peso al nacer a término ocurre en gestantes jóvenes, específicamente entre los 15 y 24 años, posterior a esta edad se presenta un descenso de los mismos. Se presentaron 12 casos entre 5 a 9 años lo que obedece un error en la digitación, Lo anterior puede explicarse debido a que aún algunas UPGD confunden la información de los datos básicos de la ficha incorporando información del menor y no de la madre.

Grafico No 2 Distribución del BPN por Régimen de Seguridad Social, Semana 1 a 52 del 2015



Fuente: SIVIGILA Semana 1 a 52 del 2015-Evento 110

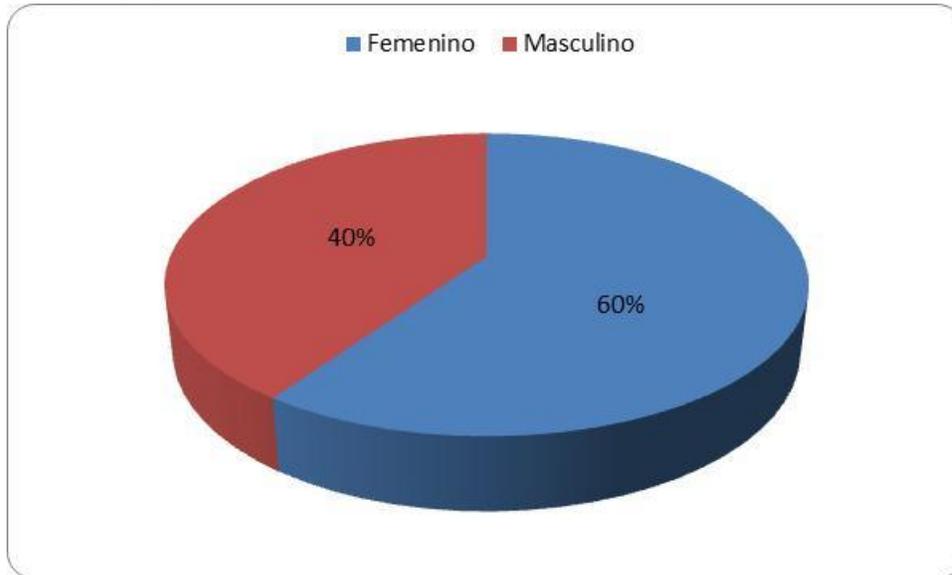


## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

En relación con seguridad social se evidencian 3 puntos porcentuales de diferencias entre el régimen Subsidiado y contributivo. Llama notablemente la atención que el 45% de las gestantes con bajo peso al nacer tiene un régimen contributivo, lo cual es preocupante, pues no están realizando el debido manejo de las gestantes, como por ejemplo la incorporación de programas prenatales entre otros.

Grafico No 3 **Distribución del BPN Según Genero del Recién Nacido. Semana 1 a 52 del 2015**



Fuente: SIVIGILA Semana 1 a 52 del 2015-Evento 110

Al analizar la distribución del bajo peso al nacer por el género, el género más afectado es el femenino con el 60%

Tabla No 2 **Clasificación del bajo peso acorde a la semana de gestación de nacimiento.**

Clasificación del Bajo Peso	Semanas de Gestacion							Total general
	37	38	39	40	41	42	43	
Bajo Peso al Nacer ( 1500-2499 Gr)	628	310	175	69	14	1	1	1198
Muy Bajo Peso al Nacer ( Menor de 1499 Gr)	2	1						3
Total general	630	311	175	69	14	1	1	1201

Fuente: SIVIGILA Semana 1 a 52 del 2015-Evento 110

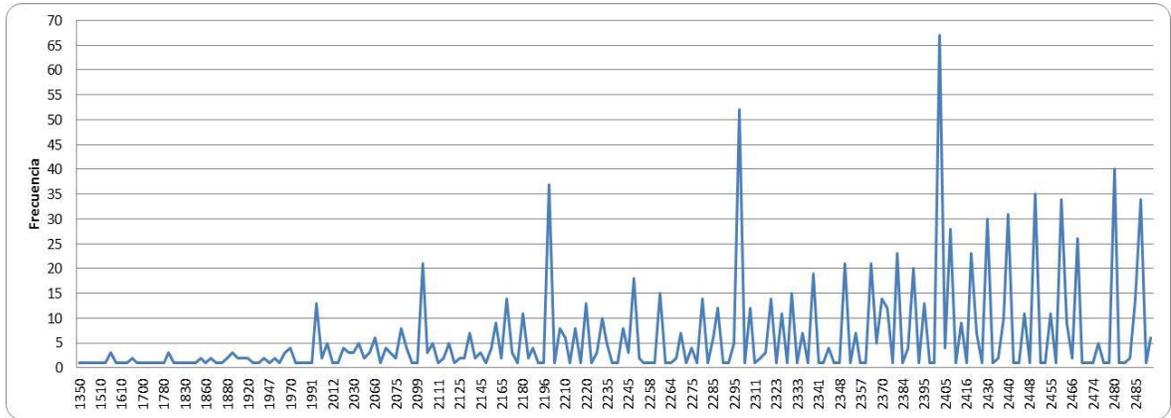
En la tabla anterior se observa que se presentaron 3 casos de muy bajo peso al nacer en gestantes a término. En relación con el peso bajo al nacer se evidencia acorde a la frecuencia que a medida que aumentan las semanas de gestación, disminuyen los casos pasando entonces de 628 a semana 37 a 1 casos en la semana 41 de gestación.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

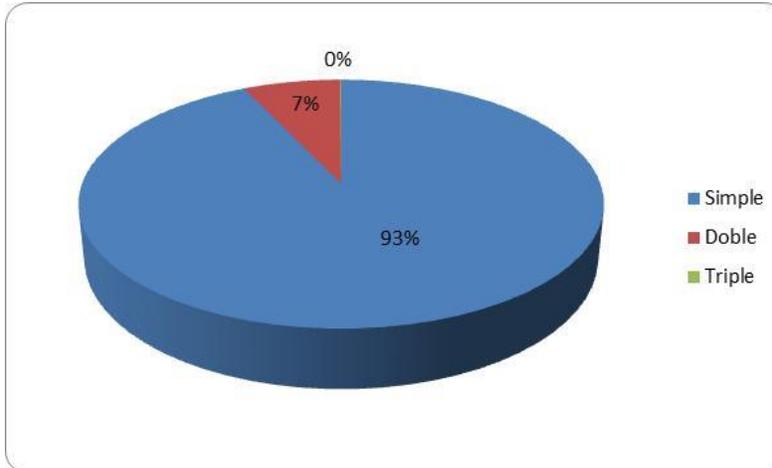
Grafico No 4. Distribución de Casos Acorde al Peso al Nacer



Fuente: SIVIGILA Semana 1 a 52 del 2015-Evento 110

En la gráfica 4 se evidencia la distribución de los casos acorde al peso al nacer, donde la clasificación muy bajo peso se presentó con 3 casos y el resto están entre el rango de los 1500gr y 2499gr. En bajo peso tiene su mayor concentración de los casos desde los 2200 gramos.

Grafico No 5 Distribución del BPN a Término Acorde a la Multiplicidad



Fuente: SIVIGILA Semana 1 a 52 del 2015-Evento 110

De los casos presentados con bajo peso en el periodo 2015, el 93% corresponde a multiplicidad simple y el 7% a partos dobles. Se tiene solo un caso con una multiplicidad triple, lo cual podría ser un error de digitación. Al ver que la mayor concentración de los partos es simple, este no se podría ver como un factor de riesgo para el evento.



Tabla No 3. **Número de controles prenatales realizados**

Número de controles Prenatales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0	53	4,41	4,41
1	15	1,25	5,66
2	32	2,66	8,33
3	48	4,00	12,32
4	102	8,49	20,82
5	128	10,66	31,47
6	193	16,07	47,54
7	183	15,24	62,78
8	217	18,07	80,85
9	121	10,07	90,92
10	60	5,00	95,92
11	17	1,42	97,34
12	18	1,50	98,83
13	5	0,42	99,25
14	2	0,17	99,42
15	2	0,17	99,58
16	2	0,17	99,75
20	2	0,17	99,92
30	1	0,08	100,00
Total general	1201		

Fuente: SIVIGILA Semana 1 a 52 del 2015-Evento 110

El 20,82% de las gestantes con productos con bajo peso al nacer a término tuvieron 4 o menos controles prenatales que puede explicar la no detección del riesgo. La mayor frecuencia de los controles prenatales fue entre los 5 a 9 Controles Prenatales.

### Otros datos importantes

- ✓ Las madres que no recibieron Calcio (11,15%), sulfato ferroso (12,49%) ni ácido fólico, el 14,40% les dio anemia.
- ✓ 6,24% presentó un periodo intergenesico menor a 2 años, 30,80% eran primigestantes; de las 370 mujeres que ya habían tenido hijos, 5,4% tenían antecedentes de BPN.
- ✓ 14,40% presentaron hipertensión, 12% amenaza parto pretermino, 3,16% manifestó consumo de alcohol en el embarazo, 4,24% manifestaron haber realizado en el último trimestre esfuerzo físico.
- ✓ De las gestantes, el 19,81% presentó Infecciones de Vías Urinarias (IVU) y el 9% presentó sobrepeso u obesidad durante el embarazo y en estado de desnutrición fue de 4,82%.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla No 6 **Nivel Educativo de las Gestantes con Productos de Bajo Peso al Nacer a Término**

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	648	53,96
Técnico o Superior	226	18,82
Primaria	131	10,91
Sin Dato	112	9,33
No Sabe o Sin Información	70	5,83
Ninguna	14	1,17
Total general	1201	

Fuente: SIVIGILA Semana 1 a 52 del 2015-Evento 110

El 72,77% de las gestantes tienen como nivel educativo máximo alcanzado la secundaria seguido por el nivel técnico/profesional. Un aspecto de relevancia es la variable sin datos que llega al 10%

Grafico No 7 **Estrato Socioeconómico de Gestantes con Producto BPN a Término**

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	675	56,20
Medio	275	22,90
Sin Dato	134	11,16
No sabe o sin información	104	8,66
Alto	13	1,08
Total general	1201	

Fuente: SIVIGILA Semana 1 a 52 del 2015-Evento 110

El bajo peso al nacer a término presenta relación con el estrato socioeconómico, específicamente hay una concentración en el estrato bajo. Es preocupante el 11% de registros sin Datos, se debe ser rigurosos con el diligenciamiento de las fichas.

## Indicadores de la vigilancia

### 1. Oportunidad en la notificación semanal del bajo peso al nacer a término por departamento

**Numerador:** Número de recién nacidos a término con bajo peso notificados al SIVIGILA en la misma semana del nacimiento. **(860)**

**Denominador:** Número de recién nacidos a término con bajo peso notificadas por el departamento en el periodo a evaluar. **(1201)**

$$860/1201 = 71,60\%$$

*El 71.60% de los recién nacidos con bajo peso fueron notificados oportunamente. Acorde a la semaforización este resultado es Medio.*



## 2. Concordancia SIVIGILA / Estadísticas Vitales (RUAF) en número de casos

**Numerador:** número de casos de bajo peso al nacer a término notificados: (1201)

**Denominador:** total de casos de bajo peso al nacer a término certificados por estadísticas vitales en el RUAF o en los certificados en físico para aquellas entidades territoriales que aún no cuentan con el sistema: (1345)

$$1201/1345= 89,22\%$$

*Hay una concordancia entre la notificación entre SIVIGILA y estadísticas vitales (RUAF) de 89.22%. Acorde a la semaforización este resultado es Medio.*

## 3. Oportunidad en el seguimiento a casos

**Numerador:** Número de recién nacidos a término con bajo peso al nacer notificados al SIVIGILA que tienen seguimiento durante las dos primeras semanas de nacido: 135

**Denominador:** Número de recién nacidos a término con bajo peso notificadas por el departamento en el periodo a evaluar: 1201

$$48/ 549=0.1124$$

*De los recién nacidos con bajo peso el 11.24 % cuentan con seguimiento oportuno.*

## Conclusiones y recomendaciones

1. 77,35% del bajo peso al nacer a término se concentra en los municipios de Cali, Buenaventura, Palmira, Tuluá, y Buga; por tanto, la intervención a las madres gestantes en estos municipios, debe ser desde la etapa preconcepcional y el control prenatal, es fundamental para lograr un impacto adecuado en el departamento del Valle del Cauca, Por esto la interdisciplinaria es fundamental y la asociación de nutrición a otras dimensiones como salud sexual y reproductiva.
2. Es evidente la debilidad en la calidad de la información que ingresa al sistema de vigilancia que genera ruido en la descripción de las variables. Po ejemplo los numero de identificación, fundamentales para realizar cruces en las bases de datos, en la base del evento se presentaron 14 registros con formato diferente al del número de identificación. La Edad de la madre es fundamental en los análisis y se encontraron 12 niñas menores de 9 años, lo cual es un evidente error de digitación.
3. Actualmente la vigilancia de BPN a término se pudiese realizar a través de RUAF modulo nacidos vivos, como se ha planteado desde el Instituto Nacional de Salud para mortalidad.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

4. La identificación del bajo peso al nacer se logra a través de controles prenatales con calidad, sin embargo, llama la atención que el 20.82% realizó 4 o menos controles prenatales siendo esto un factor de riesgo; lo anterior evidencia la necesidad del fortalecimiento de actividades con demanda inducida y gestión real del riesgo.
5. Dentro de las variables que en el análisis univariado pudiesen sugerir algún tipo de explicación con el fenómeno se encuentra ser madre adolescente, producto de sexo femenino, infección de vías urinarias y el estrato socioeconómico bajo. Características como el aseguramiento no evidenciaron diferencias porcentuales importantes. El apoyar estas hipótesis con análisis bivariados y multivariados permitiría identificar factores de riesgos o probabilidades a través de bases estadísticas que logran establecer actividades puntuales para lograr costo efectividad en las intervenciones.
6. El seguimiento oportuno a los casos priorizados está clasificado como bajo para el departamento del Valle del Cauca, sin embargo, se estima un subregistro en la información dado que para ingresar al SIVIGILA requiere ser realizado por la UPGD notificadora, sin embargo, por competencia la visita está a cargo de las entidades territoriales del municipio de residencia de la paciente. Lo anterior no facilita la operatividad del sistema de vigilancia en términos de eficacia, oportunidad y calidad.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## **ANOMALIAS CONGENITAS** **AÑO 2015**

*Diana Marcela Cruz Mora, Trabajadora Social- Candidata a Esp. En Epidemióloga*  
*Referente evento*  
*Equipo Vigilancia en Salud Pública*  
*Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### **INTRODUCCION**

Las anomalías congénitas ó defectos de nacimiento se definen como un trastorno que puede ser estructural y/o funcional. Forman un grupo heterogéneo de trastornos de origen prenatal que pueden obedecer a la presencia de un solo gen defectuoso, a alteraciones cromosómicas, a una combinación de factores hereditarios, teratógenos presentes en el medio ambiente o a carencias de micronutrientes.

La Organización mundial de la salud (OMS) reporta que las anomalías congénitas afectan a uno de cada 33 lactantes y causan 3,2 millones de discapacidad al año. También se calcula que cada año se presentan 270000 muertes perinatales debido a las anomalías congénitas (1). Se asocian factores genéticos, infecciones maternas, el estado nutricional de la madre, factores ambientales y socioeconómicos como determinantes de la prevalencia de las anomalías congénitas.

En Colombia, las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), reportan que en el año 2006 las malformaciones congénitas fueron la segunda causa de mortalidad en menores de un año y fueron responsables del 20,8% de las muertes. Un porcentaje de estas anomalías no es prevenible, su diagnóstico temprano y seguimiento permiten tener un mejor conocimiento de sus factores etiológicos y, por lo tanto, plantear estrategias para disminuir la morbimortalidad y la discapacidad que ellas generan. Convirtiéndose en un problema de salud pública puesto que con el probable aumento de la prevalencia en malformaciones y sus complicaciones asociadas se incrementa a su vez el número de niños que necesitan mayor acceso a servicios de atención en salud y genética en el país. Por tanto, este informe se propone describir el comportamiento del evento hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 en el departamento del Valle del Cauca.

### **OBJETIVO**

- Estimar la frecuencia de los defectos congénitos que se detecten desde la etapa prenatal hasta los doce meses de vida en el territorio departamental.
- Identificar posibles factores y/o grupos poblacionales de riesgo relacionados con la presencia de defectos congénitos.



## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó análisis de tipo descriptivo retrospectivo de los datos encontrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Valle del Cauca con corte a la semana 52 correspondiente a los 13 períodos epidemiológicos en el 2015. Información obtenida mediante la ficha 215 Defectos congénitos.

Se calcularon medidas de tendencia central de las principales variables del evento, al igual que la tasa de incidencia, discriminada por género, así como el análisis de las mortalidades. Para tal fin se realizó revisión de la calidad de los datos, mediante la verificación de cada una de las variables identificando los errores de digitación y los errores de consistencia de la información.

## RESULTADOS

Los presentes resultados corresponden al análisis de la información de las fichas número 215 correspondiente a los eventos defectos congénitos, con un total de 562 casos, aproximada mente el 98% de los casos están distribuidos entre el Valle del Cauca (82,03%), Cauca (11,57), Nariño (1,60%), Caldas (1,25%) ver tabla 1.

**Tabla # 1 Número de casos de defectos congénitos reportados al SIVIGILA, Semana epidemiológica 52, Valle del Cauca 2015.**

Departamento	Casos	%
Tolima	1	0,18
Bolívar	2	0,36
Exterior	2	0,36
Arauca	3	0,53
Putumayo	3	0,53
Quindío	3	0,53
Risaralda	6	1,07
Caldas	7	1,25
Nariño	9	1,60
Cauca	65	11,57
Valle	461	82,03
Total	562	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

Con el objetivo de realizar el comparativo entre los casos notificados de defectos congénitos a la semana 52 del 2015, se tomó la información reportados en la ficha 215 (Defectos congénitos) para los años 2014 y 2015 a igual que Hipotiroidismo, **defectos y malformaciones congénitas** para en 2014. Se aclara que dado el cambio de las variables solo fue posible comparar algunas variables no modificadas en la agrupación de los eventos.

Encontrado que a nivel del Valle del Cauca para el año 2014 -2015 a la semana epidemiológica 52 se notificaron un total 362 y 458 caso respectivamente,

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

evidenciado a nivel general un aumento en el reporte de casos del 26,52%; Santiago de Cali represento en la notificación el 67,13% en 2014 y el 71,18% en 2015, con un aumento a nivel municipal del 34,16% de los casos, siendo la capital del valle por estos dos años el municipio con mayor concentración de número de menores diagnosticados. (Ver tabla #2)

**Tabla # 2 Número de casos defectos congénitos por municipio, Valle del Cauca  
2014-2015 a semana epidemiológica número 52**

Municipio	2014	%	2015	%
Ansermanuevo	1	0,28	1	0,22
Bolívar	1	0,28	1	0,22
Buenaventura	26	7,18	21	4,59
Buga	6	1,66	6	1,31
Bugalagrande	1	0,28	0	0,00
Caicedonia	1	0,28	0	0,00
Cali	243	67,13	326	71,18
Candelaria	6	1,66	3	0,66
Cartago	7	1,93	9	1,97
Dagua	3	0,83	1	0,22
Darién	1	0,28	0	0,00
El Águila	0	0,00	1	0,22
El Cairo	1	0,28	1	0,22
El Cerrito	1	0,28	6	1,31
El Dovio	2	0,55	0	0,00
Florida	5	1,38	2	0,44
Ginebra	0	0,00	2	0,44
Guacarí	1	0,28	1	0,22
Jamundí	6	1,66	11	2,40
La Victoria	1	0,28	0	0,00
La Unión	0	0,00	1	0,22
Obando	3	0,83	1	0,22
Palmira	13	3,59	13	2,84
Pradera	2	0,55	4	0,87
Riofrio	0	0,00	1	0,22
Roldanillo	0	0,00	1	0,22
San Pedro	0	0,00	1	0,22
Sevilla	6	1,66	6	1,31
Toro	1	0,28	1	0,22
Trujillo	1	0,28	1	0,22
Tuluá	13	3,59	23	5,02
Versalles	1	0,28	1	0,22
Yotoco	0	0,00	1	0,22
Yumbo	6	1,66	6	1,31
Zarzal	1	0,28	4	0,87
Sin Dato	0	0,00	1	0,22
<b>Total general</b>	<b>362</b>	<b>100,0</b>	<b>458</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

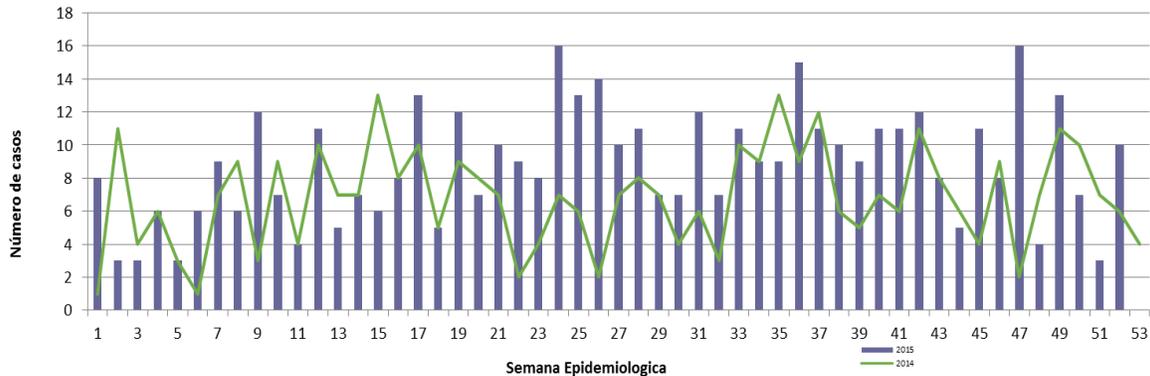


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Con relación al comportamiento de las malformaciones congénitas según semana epidemiológico, durante el 2015 se evidencia un aumento en el número de casos con relación al año 2014, con picos de notificación en la semana 24, 26, 36 y 47 (ver grafica #1)

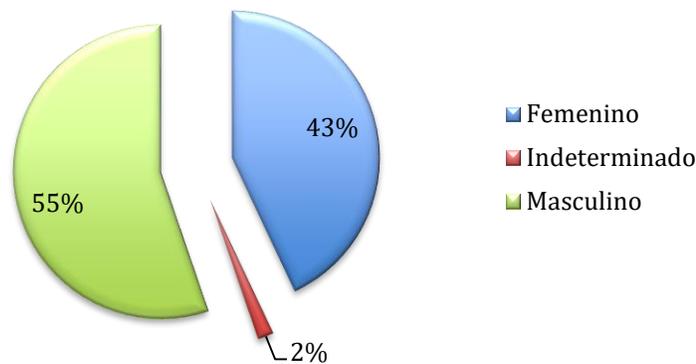
**Grafica #1 Número de casos de anomalías congénitas por semana epidemiológica, Valle del Cauca 2014-2015**



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

Del total de los casos reportados con relación a la pertenencia poblacional, se encontraron dos casos, uno de madre en condición de desplazamiento y otra de discapacidad. A nivel étnico el 3,49% (16) se reconocen como población negra, mulata afro colombiana y 0,87% (4) Rom o Gitana; con relación al a distribución por sexo del producto, el 43,01% (197) son femeninos, 55,24% (253) masculinos y el 1,75% (8) indeterminados, con una razón de 1.3 hombres por cada mujer. (Ver grafica #2)

**Grafica #2. Número casos de defectos congénitos según sexo, Valle del Cauca, 2015 semana epidemiológica 52**



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Con relación al tipo de vinculación al sistema de seguridad social, el 96.94 % de los casos al momento de la notificación se encuentran afiliados algunos de los cuatro regímenes del sistema, sin embargo, se evidencia un 3,06% (14) sin aseguramiento. (ver tabla # 2)

**Tabla 3. Número casos de defectos congénitos según régimen de seguridad social, Valle del cauca 2015 a semana 52.**

Tipo de aseguramiento	Afiliados	%
Contributivo	291	63,54
Subsidiado	134	29,26
Especial	10	2,18
No asegurado	14	3,06
Excepción	9	1,97
Total general	458	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

Del total de los menores con defectos congénitos a la semana 52, se evidenciaron 13 (2,84%) y 3(0,66%) menores con diagnóstico de defectos congénitos de dos y tres subgrupos respectivamente, de igual forma se encontró que en la categoría de malformaciones congénitas aproximadamente el 40,0% de los diagnósticos fueron durante la gestación.

**Tabla # 4 Número de casos según tipo de defecto congénito y momento diagnóstico Valle del Cauca, 2015 semana epidemiológica 52**

Tipo de defectos	n	Pre-Natal	%	Pos-Natal	%
Funcionales y Metabólicos	39	8	20,51	31	79,49
Sensoriales	4	1	25,00	3	75,00
Malformaciones congénitas	416	167	40,14	249	59,86
Sin información	17	7	41,18	11	64,71

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

El diagnóstico prenatal del o los defectos congénitos reportados se realizó en el 38,65% de los casos, la condición final de los casos en el momento de la notificación es vivo en el 84%. Del total de los casos diagnosticados en el periodo prenatal el 18,64% (n=177) realizó interrupción voluntaria del embarazo (IVE), el 09,9% de las IVE en el primer trimestre del embarazo, el 84,85% en el segundo trimestre hasta las 22 semanas de gestación, se encontró un caso a semana 33 y otro sin dato. Para efectos de la vigilancia el INS estableció una agrupación de los principales

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



defectos congénitos, seleccionados con base en su frecuencia, impacto en la salud, el grupo con mayor número de casos fue el de malformaciones congénitas(ver tabla#4), dentro de estas se encontró que los subgrupos con mayor porcentaje fueron: Malformaciones congénitas del sistema nervioso (35,29%), Anomalías cromosómicas no clasificadas en otra parte (23,53%), Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (14,71%) y Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular (8,82)

**Tabla # 5 Número de casos donde se realizó el procedimiento de IVE, según tipo de categoría**  
**Valle del Cauca, 2015 semana epidemiológica 52**

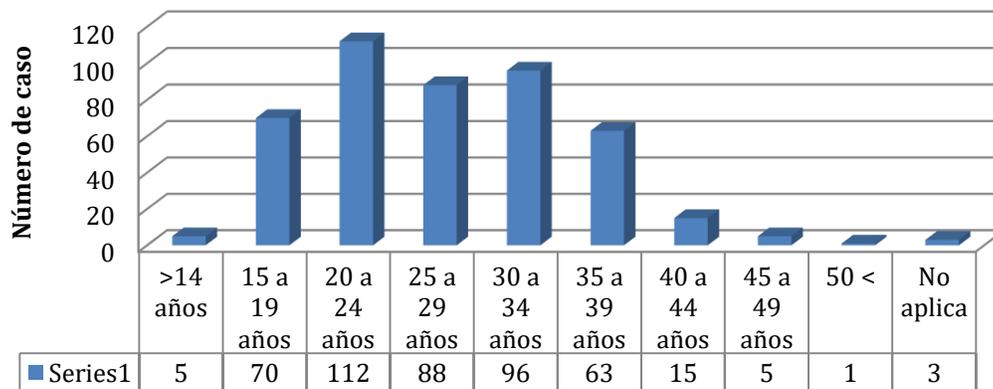
Tipo de defectos	n	%
Funcionales y Metabólicos	0	0
Sensoriales	0	0
Malformaciones congénitas	31	91,18
Sin información	3	8,82
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

### Información materna

Del total de casos notificados para el evento defectos congénitos, se encontró que los grupos de edad más frecuente entre las maternas eso de 20 a 24 años (23, 53 %) y de 30 a 34 años (20,96 %). (Ver grafica #3)

**Grafica # 3 Edad de la madre por quinquenios, Valle del Cauca 2015 semana epidemiológica 52**



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

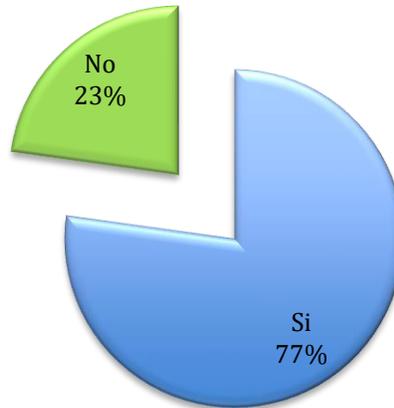
sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



De igual forma se evidencio que del total de las gestantes con menores diagnosticados algún tipo de defecto congénito el 23 % (105) no consumieron ácido fólico durante el periodo de gestación.

**Consumo de ácido Fólico durante la gestación  
Valle del Cauca 2015 a semana epidemiológica 52**



Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

Se pudo evidencia del total de las gestantes se realizaron exámenes laboratorio para Sífilis con el 96,7% con 2,4% casos positivos, Toxoplasmosis y Rubeola con el 91,92% respectivamente y el 91,48% para Citomegalovirus y Herpes (ver tabla)

**Tabla #6 Resultados de exámenes paraclínicos realizados a la madre durante el periodo de gestación, Valle el cauca 2015 semana epidemiológica 52**

Agente	Resultado	n	%
ACS IgM Toxoplasmosis	Positivo	3	0,66
	Negativo	382	83,41
	Indeterminado	36	7,86
	sin dato	37	8,08
	Total	458	100,0
ACS IgM Citomegalovirus	Positivo	1	0,22
	Negativo	378	82,5
	Indeterminado	40	8,73
	sin dato	39	8,52
	Total	458	100,0
ACS IgM Virus Herpes	Positivo	1	0,22
	Negativo	377	82,3
	Indeterminado	40	8,73
	Sin dato	39	8,52
	Total	458	100,0

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Toma de serología para sífilis	Positivo	11	2,40
	Negativo	397	86,68
	Indeterminado	32	6,99
	Sin dato	18	3,93
	Total	458	100,0
ACS IgM Rubeola	Positivo	2	0,44
	Negativo	377	82,31
	Indeterminado	42	9,17
	Sin dato	37	8,08
	Total	458	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaria de Salud Departamental, Valle del Cauca 2015

## Indicadores propios del evento

Para el Valle del Cauca la **tasa de incidencia** a semana epidemiológica 52 de defectos congénitos, fue del 844,0 por cada 100.000 niños. Esto quiere decir que, por cada 100.000 niños recién nacidos hasta un año de edad, aproximadamente 844 son diagnosticados con alguna anomalía o malformación congénita.

### Tasa de incidencia a semana epidemiológica 52 de malformaciones congénitas Valle del Cauca 2015

Menores con defectos congénitos	* 10000	445	* 100000	=	844,0
<hr/>		<hr/>			
Nacidos vivos Fuente DANE		52728			

Para el Valle del Cauca la **tasa de incidencia** a semana epidemiológica 52 de casos notificados con diagnóstico de anencefalia, encefalocele y espina bífida, fue del 58,8 por cada 100.000 niños. Esto quiere decir que, por cada 100.000 niños recién nacidos hasta un año de edad, aproximadamente 58 son diagnosticados con alguna anomalía o malformación congénita.

### Incidencia a semana epidemiológica 52 de casos notificados con diagnóstico de anencefalia, encefalocele y espina bífida, Valle del Cauca 2015.

casos notificados con diagnóstico de anencefalia, encefalocele y espina bífida	100000	31	* 100000	=	58,8
<hr/>		<hr/>			
Nacidos vivos, Fuente DANE		52728			



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Para el Valle del Cauca la **proporción de incidencia** a semana epidemiológica 52 de casos notificados con diagnóstico de hipotiroidismo, fue del 22,8 por cada 100.000 niños. Esto quiere decir que, por cada 100.000 niños recién nacidos hasta un año de edad, aproximadamente 22 son diagnosticados con hipotiroidismo.

### **Proporción de incidencia epidemiológica 52 de casos notificados con diagnóstico de anencefalia, encefalocele y espina bífida, Valle del Cauca 2015.**

$$\frac{\text{casos notificados con diagnóstico de anencefalia, encefalocele y espina bífida}}{\text{Nacidos vivos, Fuente DANE}} \times 100000 = \frac{12}{52728} * 100000 = 22,8$$

La **tasa de incidencia de mortalidad**, con anomalías congénitas a semana epidemiológica 24 fue del 102,26 por cada 100.000 niños de madres residentes en el Valle del Cauca. Esto quiere decir que, por cada 100.000 niños recién nacidos hasta un año de edad de madres residentes en el valle del cauca, aproximadamente 102 fallecen con diagnóstico de anomalía congénita, de igual forma se puede interpretar que por 1000 nacidos vivos fallece un niño con igual diagnóstico.

### **Tasa de incidencia de mortalidad con anomalías. Valle del Cauca 2015 semana epidemiológica 24**

$$\frac{\text{Menores muertos con diagnóstico de defectos congénitos}}{\text{Población para la edad, fuente DANE}} * 100000 = \frac{25}{24.448} * 100000 = 102,26$$

Con relación a la **letalidad**, se evidencio que por cada 100 niños recién nacidos hasta un año de edad y diagnosticados con malformaciones congénitas de madres residentes en el Valle del Cauca fallecen aproximadamente 28.

### **Letalidad de defectos congénitos, Valle del Cauca 2015 semana epidemiológica 24**

$$\frac{\text{Menores muertos con diagnóstico de defectos congénitos}}{\text{Número de casos notificados}} * 100 = \frac{131}{458} * 100 = 28,70$$



## **Conclusiones**

- Dentro del proceso de notificación se evidenció que de la totalidad de los casos atendidos por las UPGD de Valle del Cauca 17,7% de estos corresponden a otros departamentos a nivel nacional, esto muestra la necesidad de la articulación de trabajo interdepartamental que apunten a mejorar la calidad de atención del binomio madre e hijo.
- Con relación al tipo de vinculación al sistema de seguridad social se evidencia que el 96,94% de los casos se encontraban vinculados al régimen contributivo o subsidiado, sin embargo, no se alcanza el 100% de cobertura esperado por el sistema general de seguridad social.
- A nivel de atención a la gestante se encontró que más del 60% de casos se encuentra en entre los 20 y 34 años, con relación al consumo de ácido fólico durante la gestación se encontró que un 23% de las gestantes no realizaron esta práctica, evidenciando la necesidad de fortalecer las acciones para el consumo de ácido fólico antes y durante los primeros 3 meses de embarazo, como una estrategia para la prevención de defectos congénitos.
- Con relación a la notificación y calidad de los datos, se observan la persistencia en notificación tardía de casos y el incorrecto diligenciamiento de fichas de notificación.

## **Recomendaciones**

- Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con relación a la atención de las mujeres en edad reproductiva al igual que el binomio madre e hijo.
- Desarrollar acciones de capacitación y actualización del personal en temas relacionados presunción diagnóstica y atención integral de los menores y sus familias.
- Incrementar la oportunidad de la notificación al SIVIGILA de los casos mediante capacitación, monitoreo y asistencia técnica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Direcciones Locales de Salud y EAPB.
- Fortalecer las acciones de seguimiento por parte de las Direcciones Locales de Salud a las Instituciones Prestadoras de Salud y EPS.
- Realizar alianzas estratégicas con la academia con la finalidad de desarrollar estudios epidemiológicos sobre el tema.

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



## **VIOLENCIA DE GÉNERO** **AÑO 2015**

*Víctor Hugo Muñoz Villa, Psicólogo, Magister en Epidemiología*  
*Referente evento*  
*Equipo Vigilancia en Salud Pública*  
*Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### **Introducción**

La violencia es considerada un problema de salud pública y fundamental a nivel mundial y la violencia intrafamiliar y contra la mujer es una de sus manifestaciones más frecuentes. Se trata de un problema social, una violación de los derechos humanos y con costos socioeconómicos importantes, tanto para las personas que la padecen, como para los servicios públicos y privados que deben atenderla y que deben invertir múltiples recursos en su atención y prevención. Otros aspectos y consecuencias sobresalientes son: ausencias en el trabajo, no asistencia a la escuela, disminución de la capacidad de trabajo de las personas víctimas de maltrato, las secuelas psicológicas (baja autoestima entre otras) para quienes la padecen tanto como para quienes la ejercen, replicación de la violencia en otros etc. A partir de julio del año 2012 en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) fueron incluidas algunas formas de violencia como son la violencia intrafamiliar, la violencia sexual y la violencia contra la mujer (evento 875).

### **Metodología**

A continuación, se listan los procedimientos preliminares llevados a cabo para el manejo de la información proveniente del Sivigila aquí presentada:

- Se eliminan los registros duplicados (misma fecha del hecho y misma identificación).
- Se eliminan los casos descartados (letra D en la variable ajuste)
- Se eliminan los registros procedentes de otros departamentos.
- Se eliminan los registros duplicados de personas reincidentes. Es decir, que fueron atendidos más de una vez por un evento similar en el año 2015, en el departamento del Valle del Cauca.
- Para el análisis de las edades, los tipos de edad diferentes de uno (1), es decir a los registros de las personas con días, meses, horas o minutos de nacidos, en la variable edad se coloca el número cero (0), es decir a todos los menores de un año se les asigna el número cero.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

- La base de datos en Excel que es proporcionada por los ingenieros que manejan el Sivigila en el departamento, es transferida a el programa Stata 12.
- Se crean etiquetas para los diferentes valores de las variables. Igualmente, se crean rutinas de análisis

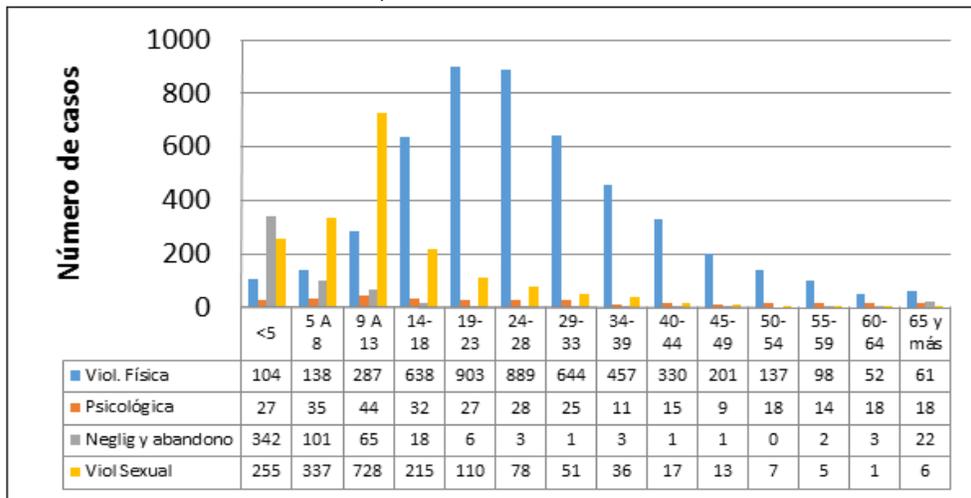
## Resultados

En el año 2015 se notificaron 7.993 casos de violencia, eliminando los 105 procedentes fuera del Valle y los registros reincidentes, quedan 7.687. De estos, el 82,62% (6.353/7.687) se presentó en mujeres y el resto en hombres (razón de 4,86). El 17,42% (1.339/7.687) de la violencia fue en niños y niñas menores de 10 años, el 26,37% (2.027/7.687) en adolescentes de 10 a 19 años y el 56,21% en población mayor de 19 años (4.321/7.687).

De los 7.687 casos de violencia de género, el 64,23% (4.939/7.687) fueron por violencia física, el 24,20% (1.861/7.687) por violencia sexual, 7,39% (568/7.687) por negligencia y abandono y el 4,17% (321/7.687) por violencia psicológica.

El grupo de edad de menores de cinco años presentó el mayor número de casos en cuanto a negligencia y abandono; la violencia física se observó con mayor frecuencia en los grupos de 19 a 28 años y la violencia sexual en el grupo de 5 a 13 años. Gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución de los tipos de violencia de género según grupos de edad, Procedencia Valle del Cauca, año 2015





## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

En la tabla 1 se observa la incidencia de la violencia por 100.000 habitantes según grupos vitales, encontrándose que la mayor incidencia la tienen las mujeres de 10 a 19 años (466,9 por 100.000 habitantes), seguidas por las mujeres del grupo de 20 años y más (232,4 por 100.000 habitantes). Las mujeres menores de 10 años tienen 46% mayor probabilidad de ser víctimas de violencia en comparación con los hombres de esa misma edad. Igualmente, las mujeres de 10 a 19 años tienen una probabilidad casi 5 veces mayor de ser víctimas de violencia en comparación con los hombres de esa misma edad. Pero la mayor diferencia entre hombres y mujeres se observa en el grupo de 20 años y más, en el cual las mujeres tienen una probabilidad 6,33 veces mayor de ser víctimas de violencia en comparación con los hombres de ese mismo grupo de edad. Todos los riesgos mencionados tienen significancia estadística, pues el intervalo de confianza cubre el estimador (RR) y no pasa por el 1. Tabla 1

Tabla1. Incidencia de violencia de género por sexo y edad, procedencia Valle del Cauca, año 2015

GRUPOS DE EDAD (años)	MUJERES		HOMBRES		RR	IC 95%
	n	Incidencia por 100.000 habitantes	n	Incidencia por 100.000 habitantes		
0 a 9	779	221,1	560	151,6	1,46	1,35 - 1,56
10 a 19	1722	466,9	305	79,5	5,87	5,59 - 6,15
20 y más	3851	232,4	470	31,7	7,33	7,10 - 7,56
<b>Total general</b>	<b>6352</b>	<b>267,1</b>	<b>1335</b>	<b>59,7</b>	<b>4,47</b>	<b>4,36 - 4,58</b>

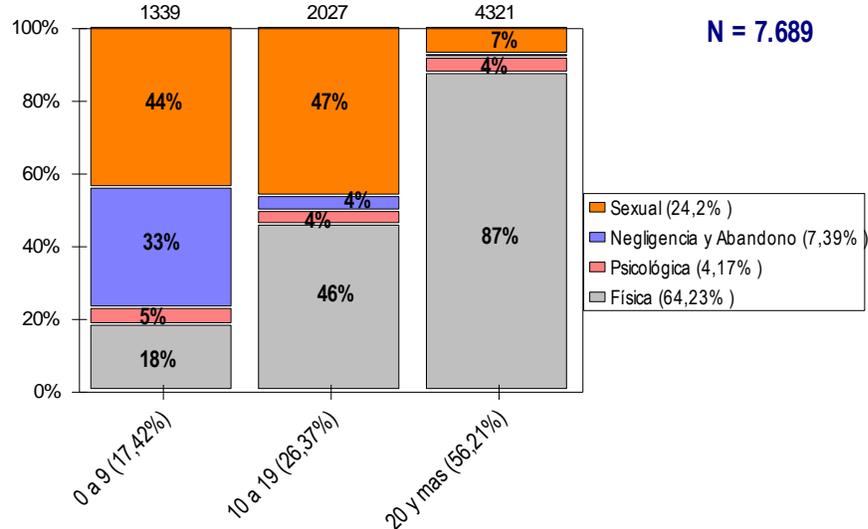
Un análisis de las proporciones de los diferentes tipos de violencia por ciclos vitales, permite corroborar que la violencia más frecuente en los niños y niñas menores de 10 años es la sexual, alcanzando un 44% del total de casos, seguida por la negligencia y el abandono (33%) y la violencia física (18%). Para el grupo de 10 a 19 años también es la violencia sexual la de mayor prevalencia (47%), seguida por la violencia física (46%). Para el grupo de personas de 20 años y más es la violencia física la que claramente alcanza la mayor prevalencia (87%), seguida por la violencia sexual (7%). Gráfica 2



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

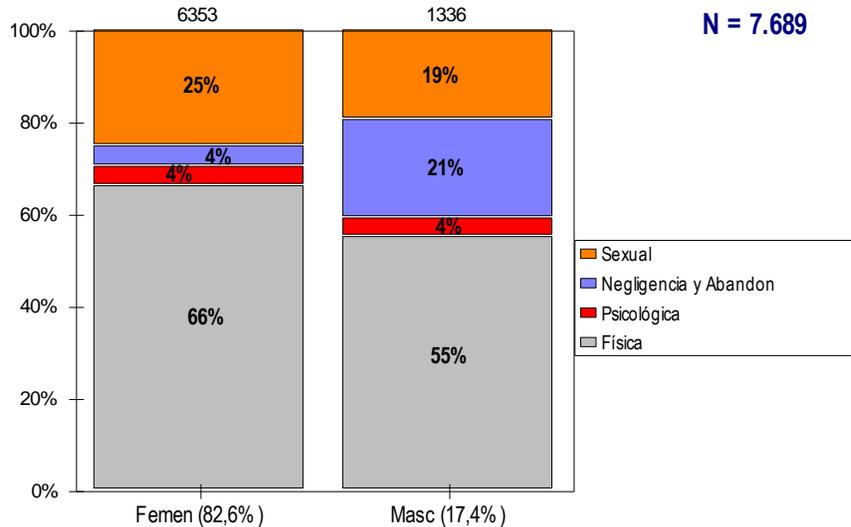
Gráfica 2. Distribución porcentual de los tipos de violencia de género según grupos de edad, Procedencia Valle del Cauca, año 2015



Fuente: SIVIGILA

Del total de casos ocurridos en mujeres, el 66% corresponde a violencia física, el 25% a violencia sexual, y un 4% respectivamente a negligencia y violencia psicológica respectivamente. Gráfica 3

Gráfica 3. Distribución porcentual de los tipos de violencia de género según sexo, Procedencia Valle del Cauca, año 2015



Fuente: SIVIGILA

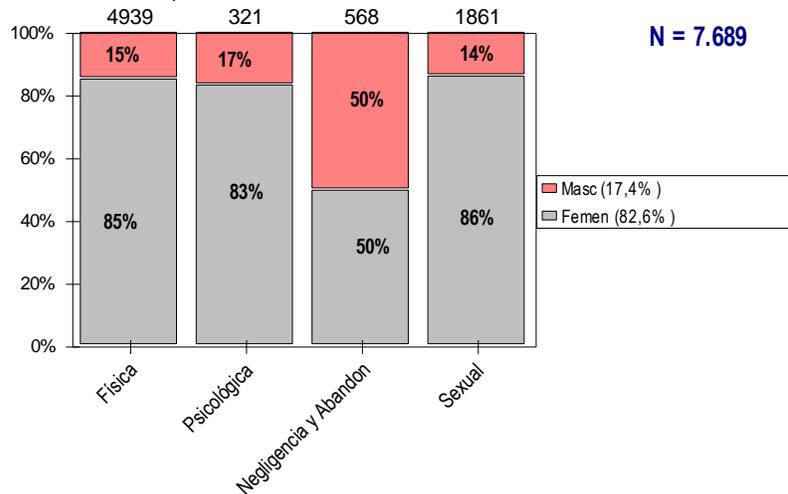


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Otra mirada de como la violencia afecta a las personas de diferentes sexos, deja ver que del total de casos de violencia física el 85% ocurre en mujeres, mientras del total de casos de negligencia y abandono el 50% ocurre respectivamente en cada sexo. Gráfica 4

Gráfica 4. Distribución porcentual de los tipos de violencia de género según sexo, Procedencia Valle del Cauca, año 2015



Fuente: SIVIGILA

La violencia física es la más frecuente para cada una de las semanas epidemiológicas, alcanzando su pico máximo en la semana 33 (123 casos), y la de menor incidencia la semana 15 con 68 casos. En promedio se notificaron 94 casos semanales o 13 casos diarios.

La violencia sexual tuvo dos picos, uno en la semana 9 (64 casos) y el otro en la semana 5 (59 casos), en promedio se presentaron 52 casos semanales o 7 casos diarios.

La negligencia y el abandono presentó su punto más alto en la semana 7 (19 casos), siendo el promedio semanal de 11 casos. Por último, la violencia psicológica, alcanza el pico máximo en la semana 35 con 17 casos y el promedio semanal fue de 6 casos.

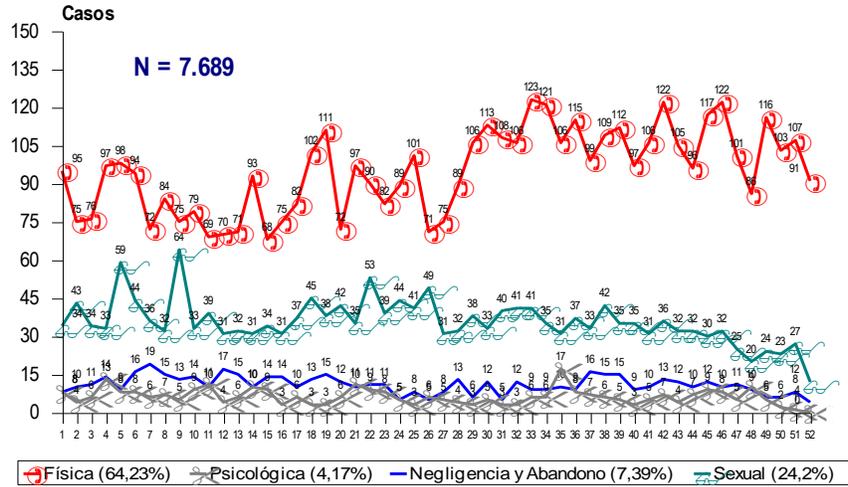
La gráfica 5 permite apreciar en detalle la distribución por semana epidemiológica



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

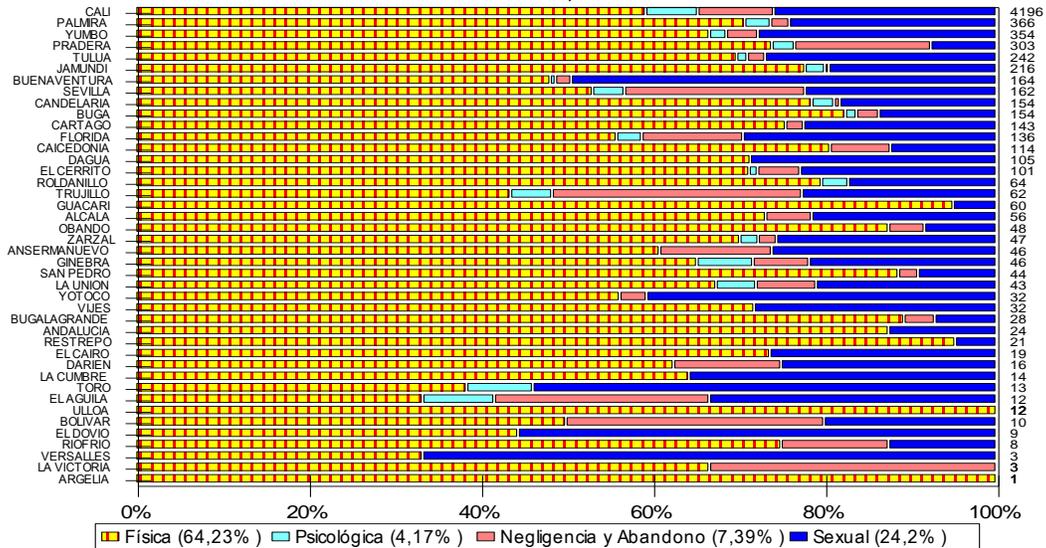
Gráfica 5. Distribución de los tipos de violencia de género según semana epidemiológica, Procedencia Valle del Cauca, año 2015



Fuente: SIVIGILA

Los municipios del Valle del Cauca, tienen diferentes afectaciones según los tipos de violencia, observándose que el distrito de Buenaventura presenta una alta proporción de violencia sexual, más del 50% de los casos corresponde a este tipo de violencia. En Guacarí la violencia física aporta más del 90% del total de casos; en Trujillo la negligencia y el abandono representa más del 30% del total de casos.

Gráfica 6. Distribución de los tipos de violencia de género según municipio, Procedencia Valle del Cauca, año 2015



Fuente: SIVIGILA

**N = 7.689**

NIT: 890399029-5  
Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·  
Teléfono: 6200000 ext: 1659  
sivigilavalle@gmail.com  
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

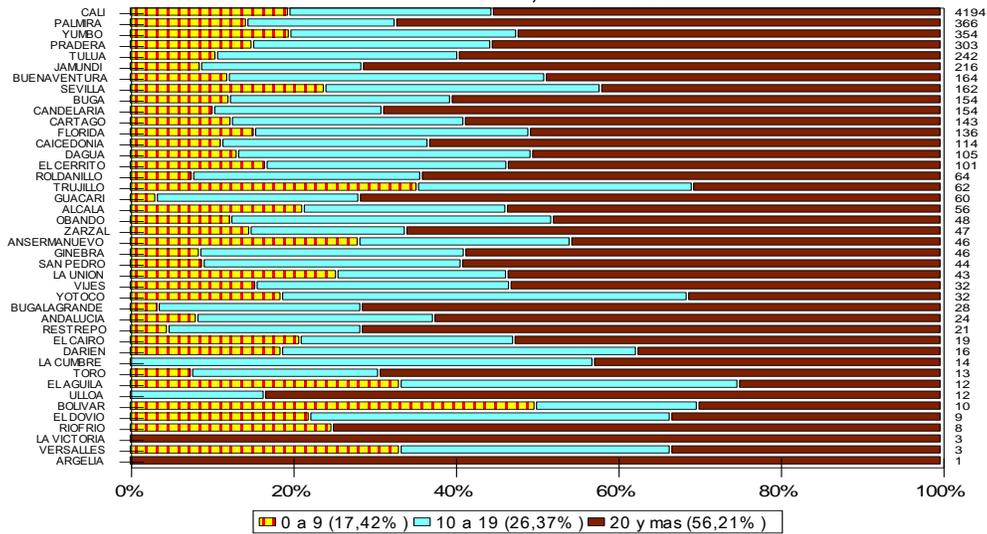


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Los municipios tienen comportamientos diferenciales según las edades, en Trujillo más del 35% de los casos son menores de 10 años; en Jamundí el 70% son personas mayores de 19 años. Gráfica 7

Gráfica 7. Distribución de la violencia de género según municipio y edad, Procedencia Valle del Cauca, año 2015

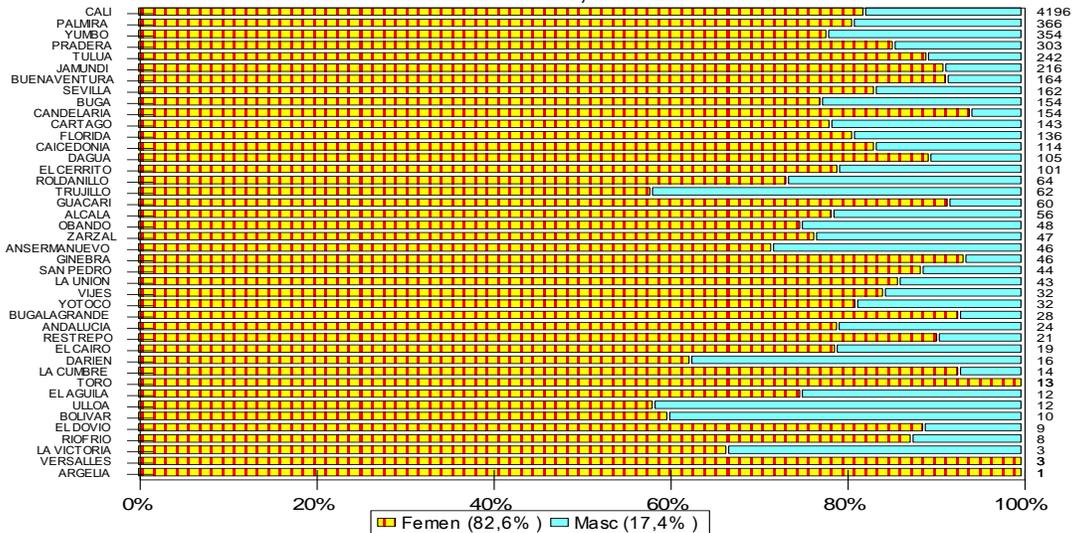


Fuente: SIVIGILA

N = 7.689

La afectación por sexos también es diferencial según los diferentes municipios del Valle del Cauca, llamando la atención que en Trujillo más del 40% de los afectados corresponde al sexo masculino y en Ansermanuevo un 30%. Gráfica 8

Gráfica 8. Distribución de la violencia de género según municipio y sexo, Procedencia Valle del Cauca, año 2015



Fuente: SIVIGILA

N = 7.689

NIT: 890399029-5  
 Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·  
 Teléfono: 6200000 ext: 1659  
 sivilavalle@gmail.com  
 Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

En el Valle del Cauca el 42% de las personas afectadas por violencia pertenecen al régimen contributivo (en el contributivo se incluyen los de excepción y especiales), un 51% al subsidiado, y un 8% son no asegurados. En Palmira casi el 80% de los casos de violencia ocurren en personas del régimen contributivo, en Cartago el 15% de las personas afectadas no tienen aseguramiento en salud y en Sevilla el 80% pertenecen al régimen subsidiado. Gráfica 9

Gráfica 9. Distribución de la violencia de género según municipio y RSSS, Procedencia Valle del Cauca, año 2015



Fuente: SIVIGILA

**N = 7.689**

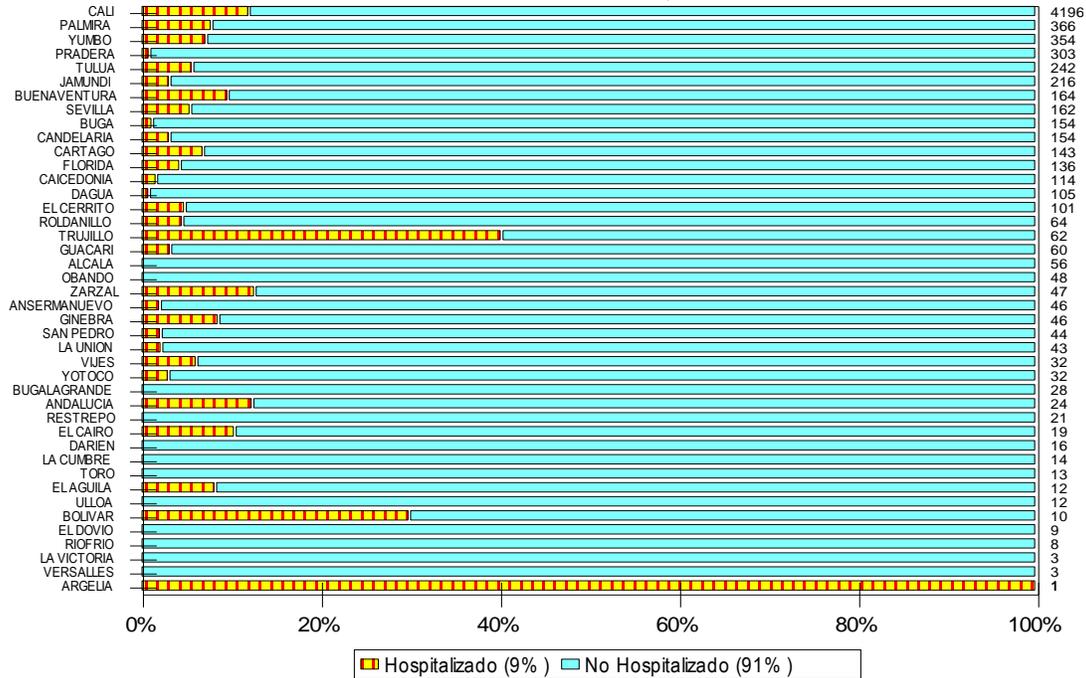
El 9% de las personas afectadas en el Valle del Cauca fueron hospitalizadas producto del acto violento, pero en Trujillo más del 40% y en Buga menos del 3%. Gráfica 10



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Gráfica 10. Distribución de la violencia de género según municipio y hospitalización, Procedencia Valle del Cauca, año 2015



Fuente: SIVIGILA

**N = 7.689**

En el año 2015 se notificaron en 3 municipios, 7 casos de violencia física donde el mecanismo utilizado fueron sustancias corrosivas (ácido, álcalis) con tipo de lesión quemadura. Tres de estos casos fueron hacia menores de edad, un caso en Cali, Caicedonia y El cerrito respectivamente. Tabla 2

Tabla 2. Casos de violencia física con sustancia corrosiva por municipio de procedencia y sexo Valle del Cauca, año 2015

Municipio de Procedencia	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
CALI	3	2	5
CAICEDONIA	0	1	1
EL CERRITO	0	1	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

Durante el año 2015 el análisis de algunos poblacionales de interés permite observar lo siguiente: 45 personas en situación de discapacidad fueron víctimas de violencia, 70 personas en situación de desplazamiento, 10 migrantes, 7 personas de población carcelaria, 272 mujeres en estado de gestación, 21 indigentes, 9 madres comunitarias, 5 desmovilizados, 13 personas psiquiátricas, 41 personas de población LGTBI, 96 consumidores de sustancias psicoactivas, 26 trabajadoras

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



sexuales, 121 campesinos, 575 mujeres cabeza de familia, 1.800 amas de casa, 27 niños, niñas o adolescentes población ICBF y 34 víctimas del conflicto armado.

Se lleva acumulado un total de 12 casos sospechosos de muertes, de los cuales 11 de ellos fueron en un contexto de violencia física no sexual y el restante por negligencia y abandono. Las muertes ocurrieron en: Buenaventura (1), Caicedonia (1), Cali (6), Dagua (1), El Águila (1), Pradera (1) y Sevilla (1). Ocho casos ocurrieron en personas de sexo masculino y cuatro en el sexo femenino. Igualmente, cinco (5) casos en menores de edad, estos ocurrieron en: Buenaventura, Dagua, Sevilla, Cali y El Águila.

## 1. Conclusiones y recomendaciones

La notificación de la violencia es un proceso relativamente nuevo (casi 4 años) y la resistencia histórica que tuvo el sector salud a considerarla como un problema de salud pública, apenas está empezando a ser superada. La priorización de acciones de seguimiento para casos de mal pronóstico que se ha venido proponiendo basándose en 5 o 6 criterios<sup>8</sup> no ha funcionado, pues casi ningún municipio respondió en su momento<sup>9</sup>. Es claro que la sumatoria de todas esas variables cobijaba una proporción muy grande de casos (entre el 40 y el 50% del total) y dado que este es el segundo o tercer evento con mayor número de casos notificados de todos los de notificación obligatoria, es casi imposible cumplir a cabalidad. En el protocolo 2016 no aparece dicho lineamiento por lo tanto se recomienda que el INS brinde nuevos lineamientos, pero con un proceso metodológico claro, con definiciones operacionales claras y además acorde a la realidad de los municipios y su personal.

La naturaleza en si misma de la violencia, y el contexto en el que se da en nuestro país, la hace un evento diametralmente diferente del resto de notificación obligatoria y deben pensarse estrategias que sean discutidas con las personas de los territorios que vienen trabajando en este tema desde hace ya varios años. Los lineamientos pensados desde el nivel central hay veces no concuerdan con los contextos de cada departamento, por lo cual debe pensarse en respuestas consensuadas.

La importante cantidad de datos que arroja el evento 875 debe ser aprovechada, esto permite llevar a cabo ejercicios de análisis con discriminaciones por combinaciones de múltiples variables. Se recomienda en próximos análisis incluir ejercicios, por ejemplo, de regresión logística incluyendo variables relevantes. Una de las fortalezas importantes de la ficha la constituyen las variables que contiene pues permite acercarse a la realidad del evento en sus múltiples esferas.

Es importante el número de casos de maltrato hacia niñas y niños en edades infantiles, esto se constituye en un desprecio de los derechos humanos hacia seres

---

<sup>8</sup> Gestantes, violencia sexual en menores de 14 años, uso de armas cortantes o de fuego, reincidencias, hospitalizaciones

<sup>9</sup> Para lo cual se enviaron comunicados etc



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

*Secretaría de Salud*

más pequeños e indefensos por parte de adultos en su mayoría. La opinión pública debe ser informada por medio de la difusión de este tipo de análisis, para ejercer presión hacia todos los sectores. Pero más importante aún con estrategias poblacionales de prevención que sean probadas con medicina basada en la evidencia como los metaanálisis y por supuesto que dichas estrategias sean sostenidas en el tiempo, pues de lo contrario los pocos recursos que se invierten no tienen impacto real alguno.

Es importante mencionar los casos de quemaduras con ácido, este tipo de violencia debe generar medidas de toda la sociedad en su conjunto para enfrentarla.

Se debe llamar la atención hacia algunos municipios, es el caso de Buenaventura que presenta una muy alta prevalencia de violencia sexual. Trujillo presenta una afectación notoria de niños y niñas menores de 10 años. La alta proporción de personas no afiliadas al sistema de salud en el municipio de Cartago

### **Bibliografía**

Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de violencia de género 2016.  
Ministerio de Salud. Observatorio Nacional de violencias. Determinantes sociales y económicos de la violencia basada en género en Colombia 2010 – 2013. Año 2014



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL AÑO 2015

Ángela María Hernández Flórez - Enfermera Especialista en Epidemióloga  
*Referente evento*  
*Equipo Vigilancia en Salud Pública*  
*Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### Introducción

Para el análisis de la información de mortalidad materna se tienen diferentes fuentes de información como lo es SIVIGILA, Estadísticas Vitales RUAF y resultado de las unidades de análisis individual de casos.

Se realiza la recolección de la información por dos fuentes principales: A través de la revisión semanal de los certificados de defunción de mujeres en edad fértil (10 - 54 años) obtenidos en el RUAF departamental y los documentos que ingresan a estadísticas vitales, desde el nivel institucional, municipal y departamental en búsqueda de casos probables de mortalidad materna, mortalidad materna tardía y mortalidad relacionada con el embarazo y la notificación de los casos al SIVIGILA.

Y el cruce de información semestral de las bases de datos de estadísticas vitales, certificados de defunción de mujeres en edad fértil (10 – 54 años) frente a certificados de nacidos vivos y con el objeto de detectar muertes maternas que no hayan sido identificadas oportunamente en los certificados de defunción y a través de la notificación rutinaria.

Todo esto integrado a los análisis obtenidos de cada uno de los pasos del análisis de los casos con los insumos del sistema de vigilancia epidemiológica como son: la visita domiciliaria, la autopsia verbal y la autopsia académica junto con las unidades de análisis institucionales, municipales y departamentales, apoyado por el grupo de expertos.

### Metodología

Para la elaboración del informe se realizó recolección de información a partir de las fuentes de información principales (SIVIGILA y RUAF), La información de Sivigila se obtuvo mediante la notificación realizada por las UPGDs a la ficha 560 en datos básicos y complementarios habiendo seguido el flujo de información establecido para el proceso de notificación.



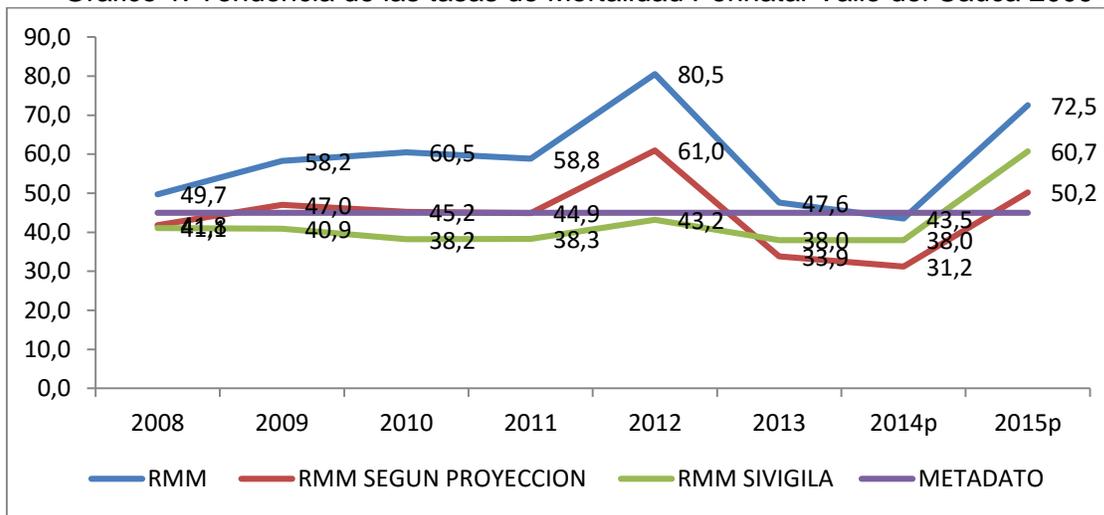
# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Se realizó depuración y cruce de información para los periodos de análisis, se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia, del periodo comprendido entre los años 2009 a 2015, y posteriormente se realizó caracterización clínica, demográfica y social de la población.

Se utilizaron otras fuentes de información como las actas de las unidades de análisis de los casos de mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad neonatal temprana y neonatal tardía. Se realizó revisión al 100 % de la información encontrada en la base de datos.

Grafico 1. Tendencia de las tasas de Mortalidad Perinatal-Valle del Cauca 2009-2015.



Fuente: Sivigila – Dane.

La RMM en el 2015 muestra un aumento en las diferentes fuentes de información, a pesar de las acciones implementadas desde el ente territorial, el Departamento del Valle en el 2015 según información preliminar no aporta un buen indicador al nivel Nacional para el cumplimiento de los ODM en la meta No 5.

1. Comportamiento de la notificación de por lo menos los últimos cinco años, fuente SIVIGILA para mortalidad materna y perinatal. (comparar concordancia con las estadísticas vitales).

EVENTO	FUENTE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MORTALIDAD MATERNA	SIVIGILA de MM para la RMM	30	31	30	32	22	20	31
	RUAF	34	33	33	45	25	23	37



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Análisis del comportamiento de la mortalidad materna, la fuente oficial es DANE muestra un aumento respecto al SIVIGILA, pero uno de los inconvenientes frente a ello es que el DANE no retroalimenta con datos nominales y por lo tanto desde el nivel departamental no es posible realizar el cruce de acuerdo a los ajustes que se realizan desde el DANE al validar la información.

## Categorías Mujer Familia y Comunidad

### 3.1 Mujer

- Edad:(Análisis por edades simples edad mínima y máxima, mediana para mortalidad materna, perinatal y morbilidad materna extrema) y análisis por grupos de edad.

Tabla 1. Comportamiento de las muertes maternas y MME por grupos de edad 2014 – 2015

GRUPOS DE EDAD	Mortalidad materna				Morbilidad materna extrema	
	2014	%	2015	%	2015	%
Menor de 15 años	0	0	0	0	13	1
15 a 19 años	3	9	4	11	169	17
20 a 34 años	22	63	25	68	621	63
35 y más años	10	28	8	22	177	18
Total	35	100	37	100	980	100

Fuente: SIVIGILA

Según los datos notificados al SIVIGILA la edad que presentan el mayor porcentaje de MM es de 20 a 34 años de las mortalidades maternas se encuentra dentro del grupo de 20 a 34 años en ambos periodos analizados, en el Valle del Cauca en los últimos 2 años no se han presentado casos de mortalidad materna en adolescentes, sin embargo, si se presentan morbilidades maternas extremas y en estas menores de 15 años corresponde al 1% de los casos.

Tabla 2. Comportamiento de las muertes relacionadas con el embarazo por grupos de edad, 2014 – 2015

GRUPOS DE EDAD	Muertes relacionadas con el embarazo							
	SUICIDIOS		HOMICIDIOS		ACCIDENTES DE TRANSITO		OTRAS LESIONES	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Menor de 15 años								
15 a 19 años			1					1
20 a 34 años		1	1				1	2
35 y más años								1
Total			2				1	4

Fuente: SIVIGILA

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

En el 2014 y 2015 no se presentaron casos de mortalidad materna por accidentes de tránsito, en el 2015 se confirmó una mortalidad materna por suicidio, de acuerdo al análisis realizado por la SSPM de Cali donde participo un psiquiatra se concluyó que la MM no estuvo relacionada ni influenciada por el evento obstétrico. En otras causas fueron MM tardías que no estaban relacionadas con el embarazo parto o puerperio ni por secuelas de los mismos.

**Tabla 4. Comportamiento de las muertes maternas y MME por grupos de edad y paridad de los casos. 2014 – 2015**

GRUPOS DE EDAD	Mortalidad materna			Morbilidad materna extrema		
	primigestantes	2 – 4 gestaciones	5 y más gestaciones	primigestantes	2 – 4 gestaciones	5 y más gestaciones
Menor de 15 años	0	0	0	13	0	0
15 a 19 años	3	1	0	138	30	1
20 a 34 años	10	11	4	263	329	29
35 y más	1	3	4	41	97	39
Total	14	15	8	455	456	69

Fuente: SIVIGILA

Respecto a la paridad de las mortalidades maternas 14 de ellas es decir el 38% estaban embarazadas por primera vez y el 41% tenían entre 2 y 4 gestaciones, el 22%. El total de huérfanos en el Valle del Cauca es de 51.

**Tabla 5. Grupos de edad casos MME y criterios de inclusión – 2015**

Grupos de edad MME	1 - 2 criterios	3 - 6 criterios	7 y mas criterios
10 a 14 años	4	9	0
15 a 19	75	88	6
20 a 34	219	365	37
35 y más	78	86	13
Total	376	548	56

Fuente: SIVIGILA

El 56% de los casos reportados presentan entre 3 a 6 criterios de inclusión de morbilidad materna extrema, el 67% tiene entre 20 a 34 años. Casi el 6% de los casos notificados presentan entre 7 y más criterios de inclusión.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

- Ocupación: describir en frecuencias y porcentajes el tipo de ocupación de los casos de mortalidad materna, perinatal neonatal extrema y morbilidad materna de acuerdo a lo identificado en el reporte de la notificación y entrevistas de campo.

Tabla 6. Frecuencia Y Porcentaje por Ocupación Mortalidad Materna -Valle del Cauca-2015

Ocupación	Frecuencia	%
Abogados	1	2,7
Técnicos, postsecundarios no universitarios y asistentes de servicios administrativos y afines	1	2,7
Recepcionistas, empleados de información y servicio al cliente	1	2,7
Artesanos de los tejidos, el cuero y materiales similares	1	2,7
Código no existe en CIUO	21	56,8
Sin dato	12	32,4
Total	37	100

Fuente: SIVIGILA

La variable de ocupación en algunos casos no es diligenciada por las instituciones notificadoras y el personal de salud en algunos casos no indaga acerca de la actividad laboral que desempeña la gestante. El 32% no tiene dato de ocupación y el 56% está mal clasificado por código.

- **Nivel educativo:**

Tabla 9. Nivel educativo casos muertes maternas 2015.

Nivel educativo	Mortalidad materna	Morbilidad materna extrema
Ninguno	1	
Primaria	4	
Secundaria	17	
Superior *	4	
Sin Información	11	
Total	37	

Fuente: SIVIGILA \* Incluye nivel técnico y universitario



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

De las 37 mortalidades maternas registradas en el SIVIGILA el 46% cursaron secundaria, el 11% un nivel superior y el 30% no reporta ninguna información y/o ningún nivel de escolaridad.

Tabla 10. Pertenencia Étnica, 2015

EVENTO	Indígena*	Afrodescendientes	Raizal	ROM	Otras
Mortalidad Materna	1	12	0	0	24
Morbilidad materna extrema	9	134	3	8	826

Fuente: SIVIGILA\*Para población indígena describir nombre de la etnia

Por etnia, el mayor número de casos de mortalidad materna se observó en gestantes de clasificación otras, seguido de afrodescendientes, igual ocurre en MME.

### Regulación de la fecundidad

Tabla 11. Regulación de la fecundidad casos de muertes maternas y mortalidades maternas tardías 2015.

Uso de métodos de regulación para la fecundidad	Muertes maternas	Muertes maternas tardías
No Uso Por Desconocimiento	2	0
No Uso Por Acceso	1	0
No Uso Porque No Deseaba	14	3

Fuente: SIVIGILA

El 76% del total de mortalidades maternas tempranas notificadas reportan que no usaban ningún método anticonceptivo porque no deseaban, es decir que posiblemente deseaban quedar embarazadas y fueron embarazos planeados.



Tabla 12. Métodos usados para regulación de la fecundidad casos de muertes maternas y mortalidades maternas tardías 2015

Métodos usados casos	Muertes maternas	Muertes maternas tardías
Naturales	5	0
DIU	1	0
Quirúrgico		0
Hormonales	4	0
Barrera		0
Otro	6	1

Fuente: SIVIGILA

En los métodos usados para regulación de la fecundidad los casos de muertes perinatales y neonatales tardías que más prevalecieron se ubicaron en el reporte de uso de métodos naturales, seguido de los hormonales.

### **3.2 Familia**

- Tipo de convivencia

Tabla 13. Tipo de convivencia casos de muertes maternas y mm tardías 2015

Tipo de convivencia	Muertes maternas	Muertes maternas tardías
Cónyuge	18	2
Familia	11	2
Sola	2	0
Otro	2	0

Fuente: SIVIGILA

El tipo de convivencia que más casos presento fue de quienes conviven con su cónyuge seguido de mujeres que conviven con su familia.

Tabla 14. Hijos huérfanos de acuerdo a la paridad de casos muertes maternas 2015.

Casos muertes materna de acuerdo a la paridad	No de hijos huérfanos
Primigestantes	23
2 – 4 gestaciones	32
5 y más gestaciones	5
Total	60

Fuente: SIVIGILA

El número de huérfanos registrados es de 60 niños y niñas.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## 3.3 Comunidad

Tabla 15: Muertes maternas por área y municipio de residencia 2015

Municipio de residencia	Muertes maternas		Muertes maternas tardías		Morbilidad materna Extrema	
	Urbano	Rural	urbano	rural	urbano	rural
DESCONOCIDO						
ANDALUCIA					1	1
ALCALA					2	
ANSERMANUEVO						
BOLIVAR					2	
BUENAVENTURA	9	4			72	3
BUGA			1		18	2
BUGALAGRANDE					2	
CAICEDONIA					3	
CALI	9		1		625	9
CANDELARIA					14	3
CARTAGO	3				11	2
DAGUA					4	4
DARIEN					1	
EL AGUILA					2	
EL CAIRO					3	
EL CERRITO					6	2
EL DOVIO						1
FLORIDA					11	1
GINEBRA					3	2
GUACARI	1				4	
JAMUNDI					18	5
LA CUMBRE						
LA UNION					3	1
LA VICTORIA					1	1
PALMIRA	1			1	48	7
PRADERA	1				6	
RESTREPO					4	
RIOFRIO					1	1
ROLDANILLO					5	
SAN PEDRO					2	
SEVILLA					2	1
TORO						
TRUJILLO					1	
TULUA	2				33	1
ULLOA						
VERSALLES					1	
VIJES					3	
YOTOCO						
YUMBO	3				13	1
ZARZAL					5	
TOTAL	29	4	2	1	932	48

Fuente: SIVIGILA



En el 2015 se registró 4 mortalidades maternas en el área rural de Buenaventura en estos casos ambos casos de acuerdo a los análisis realizados su lugar de residencia fue una barrera que intervino en la calidad de la atención de las mujeres, el 4,8% de los casos de morbilidad materna extrema ocurrieron en mujeres residentes en el área rural.

### 3.4 Sistemas de salud

- Tabla 17: Causas básicas de muerte materna 2014 comparadas con 2015

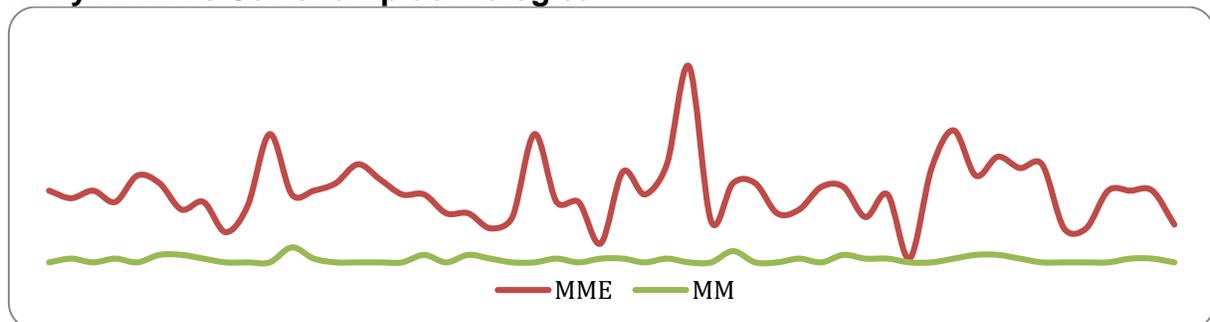
CAUSA BASICA	AÑO 2014		2015	
	Temprana	Tardía	Temprana	Tardía
Trastornos hipertensivos	1	4	5	
Complicaciones hemorrágicas	2		6	
Abortos			2	
Sepsis Obstetrica	1			
Sepsis No obstetrica	1	1	1	
Sepsis respiratoria				
Patologías preexistentes	4		8	3
Otras causas Obstetricas			2	
Otras causas no obstetricas	8	5	4	
Indeterminada		1	1	
En Estudio	3	4	6	
TOTAL	20	15	34	3

Unidades de Análisis – MM SDS Valle.

En el 2014 y 2015 los trastornos hipertensivos, complicaciones hemorrágicas y las enfermedades preexistentes son las principales causas de mortalidad materna, por lo anterior se espera fortalecer el acceso y calidad de la consulta preconcepcional, promover la planificación familiar. Por otro lado, los trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas son causas evitables y los equipos de salud deben de estar entrenados en atención de emergencias obstétricas y colapso materno.

Tabla 19: Causas básicas de Morbilidad Materna Extrema, 2015

### MM y MME Vs Semana Epidemiológica

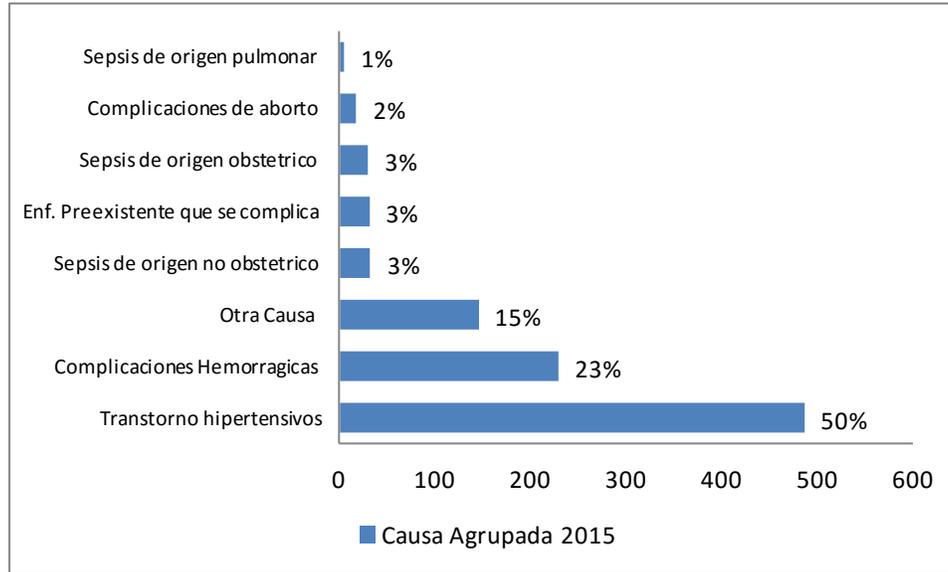


Fuente: SIVIGILA 2015



En el 2014 por cada mortalidad materna se presentaron 37 morbilidades maternas extremas.

Causa Agrupada de MME 2015, en el Valle del Cauca.



Fuente: SIVIGILA 2015

**Tabla 20. Indicadores de Morbilidad materna extrema 2015**

Indicador	Total	Trastornos hipertensivos	Complicaciones hemorrágicas	Abortos	Sepsis Obstétrica	Sepsis No obstétrica	Sepsis no obstétrica	Patologías preexistentes	Otras causas	Otras causas no
MM	33	6	5	2	2	4	0	11	0	3
MME	980	487	230	18	30	33	5	31	0	146
Total criterios de inclusión casos de MME	3173	1404	230	62	121	133	15	117	0	393
Casos de MME con 3 o más criterios de inclusión	604	270	183	10	25	24	4	21	0	67
Índice de mortalidad	3	1	2	10	6	11	0	26	0	3

Fuente: SIVIGILA 2015.

Índice de mortalidad general depende de la calidad de la atención, la meta del indicador es menor o igual a 4%



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

Análisis por regímenes de afiliación

Tabla 21. Muertes maternas de acuerdo a tipo de aseguramiento, 2015

Tipo de aseguramiento	MM	MUNICIPIOS RESIDENCIA	RURAL	URBANO	CAUSAS DE MUERTES MATERNA	Nº CASOS DE MM SIN CONTROL PRENATAL	PUNTOS CRITICOS IDENTIFICADOS EN EL CONTROL PRENATAL	PUNTOS CRITICOS IDENTIFICADOS EN LA ATENCION DEL PARTO	PUNTOS CRITICOS IDENTIFICADOS EN LA ATENCION DEL PUERPERIO Y POSTPUERPERIO
<u>SUBSIDIADO</u>	19	BUENAVENTURA	4	7	Directa: 5 Indirecta: 1 Indeterminada: 1 En Estudio: 3	2	Identificación del riesgo. Conducta interdisciplinario Manejo Remisión oportuna Demanda Inducida deficiente, Desconocimiento de los derechos y deberes en salud, Falta de consulta preconcepcional y conducta para generar factores protectores en la MEF.	No activación de código rojo, No seguimiento o en el posparto inmediato No adherencia a Guías de atención y protocolos.	Consulta posparto deficiente, No seguimiento de patologías preexistentes en el posparto temprano y tardío. Deficiencias en la demanda inducida en Planificación familiar
		CALI	0	4	Directa: 4	0			
		CARTAGO	0	2	En estudio: 2	0			
		ANSERMANUEVO	0	1	Indirecta: 1	0			
		PALMIRA	0	2	Indirecta: 1 Directa: 1	0			
		TULUA	0	2	Directa: 2	0			
		YUMBO	0	1	Directa: 1	0			
<u>CONTRIBUTIVO</u>	11	BUENAVENTURA	0	2	Directa: 1 En estudio: 1	0			
		CALI	0	5	Directa: 1 Indirecta: 3 En Estudio: 1	2			
		BUGA	0	1	Indirecta: 1	0			
		GUACARI	0	1	Indirecta	0			
		PRADERA	0	1	En estudio: 1	0			
		YUMBO	0	1	Indirecta: 2	0			

Fuente: SIVIGILA

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

Tabla 22. Morbilidad Materna Extrema de acuerdo a tipo de aseguramiento

Tipo de aseguramiento	MME	MUNICIPIOS RESIDENCIA	RURAL	URBANO	CAUSAS BASICAS DE MME	Nº CASOS DE MM SIN CONTROL PRENATAL	PUNTOS CRITICOS IDENTIFICADOS EN EL CONTROL PRENATAL	PUNTOS CRITICOS IDENTIFICADOS EN LA ATENCION DEL PARTO	PUNTOS CRITICOS IDENTIFICADOS EN LA ATENCION DEL PUERPERIO Y POSTPUERPERIO
SUBSIDIADO	383	* VALLE. MUNICIPIO DESCONOCIDO	1	1	Otra Causa	2	Describir puntualmente	Describir puntualmente	Describir puntualmente
		ALCALA		1	Transtorno hipertensivos	1			
		ANDALUCIA		2	Transtorno hipertensivos	2			
		BOLIVAR	2		Transtorno hipertensivos	2			
		BUENAVENTURA	5	14	Transtorno hipertensivos	19			
			2	12	Complicaciones Hemorragicas	14			
				1	Complicaciones de aborto	1			
			1	1	Sepsis de origen obstetrico	2			
			1		Sepsis de origen no obstetrico	1			
			1	1	Enf. Preexistente que se complica	2			
1	6	Otra Causa	7						
BUGA		2	Transtorno hipertensivos	2					

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

		1	2	Complicaciones Hemorrágicas 3				
			1	Complicaciones de aborto 1				
			2	Otra Causa 2				
	BUGALAGRANDE		2	Transtorno hipertensivos 2				
	CAICEDONIA		1	Transtorno hipertensivos 1				
			1	Complicaciones Hemorrágicas 1				
	CALI		79	Transtorno hipertensivos 79				
		2	40	Complicaciones Hemorrágicas 42				
			5	Complicaciones de aborto 5				
			6	Sepsis de origen obstétrico 6				
		1	7	Sepsis de origen no obstétrico 8				
			1	Sepsis de origen pulmonar 1				
			7	Enf. Preexistente que se complica 7				
			57	Otra Causa 57				
	CANDELARIA		7	Transtorno hipertensivos 7				
			1	Complicaciones Hemorrágicas 1				
			1	Otra Causa 1				

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

	CARTAGO		2	Transtorno hipertensivos 2				
	DAGUA		2	Transtorno hipertensivos 2				
		2		Complicaciones Hemorragicas 2				
			1	Otra Causa 1				
	DARIEN		1	Sepsis de origen pulmonar 1				
	EL AGUILA		1	Complicaciones Hemorragicas 1				
	EL CAIRO		1	Complicaciones Hemorragicas 1				
	EL CERRITO		4	Transtorno hipertensivos 4				
	EL DOVIO		1	Otra Causa 1				
	FLORIDA		1	Sepsis de origen obstetrico 1				
		1		Enf. Preexistente que se complica 1				
			5	Otra Causa 5				
	GINEBRA		1	Transtorno hipertensivos 1				
			1	Complicaciones Hemorragicas 1				
	JAMUNDI	1	7	Transtorno hipertensivos 8				
			3	Complicaciones Hemorragicas 3				
		1		Complicaciones de aborto 1				
			1	Sepsis de origen no obstetrico 1				
			1	Otra Causa 1				

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

	LA UNION	1	1	Transtorno hipertensivos 2			
	LA VICTORIA		1	Transtorno hipertensivos1			
			1	Complicaciones Hemorragicas 1			
	PALMIRA		7	Transtorno hipertensivos 7			
			5	Complicaciones Hemorragicas 5			
			3	Sepsis de origen obstetrico 3			
			2	Sepsis de origen no obstetrico 2			
			1	Enf. Preexistente que se complica 1			
			4	Otra Causa 4			
	PRADERA		3	Transtorno hipertensivos 3			
	RESTREPO	1	3	Transtorno hipertensivos 4			
	RIOFRIO	1		Otra Causa 1			
	ROLDANILLO		1	Transtorno hipertensivos 1			
				1	Complicaciones Hemorragicas 1		
	SAN PEDRO		1	Transtorno hipertensivos 1			
	SEVILLA	1		Complicaciones Hemorragicas 1			
				1	Otra Causa 1		
	TRUJILLO		1	Transtorno hipertensivos 1			

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

		TULUA	1	7	Trastorno hipertensivos 8					
				2	Complicaciones Hemorragicas 2					
				1	Enf. Preexistente que se complica 1					
				2	Otra Causa 2					
				VERSALLES		1	Complicaciones Hemorragicas 1			
				VIJES	1		Transtorno hipertensivos 1			
				VIJES	1		Transtorno hipertensivos 1			
					1	Complicaciones Hemorragicas 1				
					1	Otra Causa 1				
				YUMBO		1	Transtorno hipertensivos 1			
			2		Complicaciones Hemorragicas 2					
			1		Sepsis de origen pulmonar 1					
		ZARZAL		3	Transtorno hipertensivos 3					
<u>CONTRIBUTIVO</u>	<u>523</u>	ALCALA		1	Complicaciones Hemorragicas 1					
		BUENAVENTURA		14	Transtorno hipertensivos 14					
				2	Complicaciones Hemorragicas 2					
				2	Enf. Preexistente que se complica 2					
				4	Otra Causa 4					
		BUGA		8	Transtorno hipertensivos 8					

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

			1	Complicaciones Hemorragicas 1			
			1	Sepsis de origen no obstétrico 1			
		1	1	Otra Causa 2			
	CALI	1	209	Transtorno hipertensivos 210			
			95	Complicaciones Hemorragicas 95			
			5	Complicaciones de aborto 5			
			11	Sepsis de origen obstetrico 11			
			11	Sepsis de origen no obstétrico 11			
			2	Sepsis de origen pulmonar 2			
			14	Enf. Preexistente que se complica 14			
			31	Otra Causa 31			
	CANDELARIA		3	Transtorno hipertensivos 3			
			3	Complicaciones Hemorragicas 3			
			2	Otra Causa 2			
	CARTAGO		2	Transtorno hipertensivos 2			
			2	Complicaciones Hemorragicas 2			
			1	Complicaciones de aborto 1			
			2	Sepsis de origen obstetrico 2			

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

		1	Sepsis de origen no obstétrico 1	
DAGUA		1	Transtorno hipertensivos 1	
		1	Complicaciones Hemorragicas 1	
		1	Transtorno hipertensivos 1	
EL AGUILA		1	Otra Causa 1	
EL CAIRO		4	Transtorno hipertensivos 4	
EL CERRITO		2	Transtorno hipertensivos 2	
		3	Complicaciones Hemorragicas 3	
FLORIDA		2	Transtorno hipertensivos 2	
		1	Sepsis de origen no obstétrico 1	
GINEBRA		3	Transtorno hipertensivos 3	
	1	3	Transtorno hipertensivos 4	
GUACARI		4	Complicaciones Hemorragicas 4	
		2	Transtorno hipertensivos 2	
JAMUNDI		18	Transtorno hipertensivos 18	
		4	Complicaciones Hemorragicas 4	
		1	Complicaciones de aborto 1	
		1	Sepsis de origen no obstétrico 1	
LA UNION				
PALMIRA				

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

			1	Enf. Preexistente que se complica 1				
			1	Otra Causa 1				
		PRADERA	1	Transtorno hipertensivos 1				
			1	Complicaciones Hemorragicas 1				
		RIOFRIO	1	Transtorno hipertensivos 1				
		ROLDANILLO	3	Transtorno hipertensivos 3				
		SAN PEDRO	1	Transtorno hipertensivos 1				
		SEVILLA	1	Complicaciones Hemorragicas 1				
		TULUA	12	Transtorno hipertensivos 12				
			5	Complicaciones Hemorragicas 5				
			1	Sepsis de origen obstetrico 1				
			1	Otra Causa 1				
		YUMBO	6	Transtorno hipertensivos 6				
			1	Complicaciones Hemorragicas 1				
			2	Sepsis de origen no obstétrico 2				
			1	Otra Causa 1				
		ZARZAL	1	Transtorno hipertensivos 1				
<u>EXCEPCIÓN</u>	<u>13</u>	BUENAVENTURA	1	Transtorno hipertensivos 1				
				1	Otra Causa 1			

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

				3	Transtorno hipertensivos 3			
		CALI		3	Complicaciones Hemorragicas 3			
				1	Sepsis de origen obstetrico 1			
				1	Otra Causa 1			
		GUACARI		1	Complicaciones Hemorragicas 1			
		PALMIRA		1	Transtorno hipertensivos 1			
				1	Sepsis de origen no obstetrico 1			
		PRADERA		1	Otra Causa 1			
<u>REGIMEN DE ESPECIAL</u>	<u>21</u>			6	Transtorno hipertensivos 6			
		CALI		6	Complicaciones Hemorragicas 6			
				2	Complicaciones de aborto 2			
				1	Enf. Preexistente que se complica 1			
				3	Otra Causa 3			
		PALMIRA		1	Sepsis de origen no obstetrico 1			
		TULUA		1	Transtorno hipertensivos 1			
		ZARZAL		1	Complicaciones Hemorragicas 1			
<u>NO ASEGURADO</u>	<u>39</u>	BUENAVENTURA		1	Transtorno hipertensivos 1			
			1	1	Complicaciones Hemorragicas 2			

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

Secretaría de Salud

			1	Sepsis de origen obstetrico 1				
			1	Otra Causa 1				
	CAICEDONIA		1	Otra Causa 1				
	CALI		8	Transtorno hipertensivos 8				
			4	Complicaciones Hemorragicas 4				
			1	Complicaciones de aborto 1				
			1	Sepsis de origen obstetrico 1				
			1	Sepsis de origen no obstetrico 1				
			1	Enf. Preexistente que se complica 1				
			8	Otra Causa 8				
	CARTAGO		1	Complicaciones Hemorragicas 1				
	DAGUA		1	Complicaciones Hemorragicas 1				
	EL CAIRO		1	Complicaciones Hemorragicas 1				
	JAMUNDI		1	Complicaciones Hemorragicas 1				
	PALMIRA		2	Transtorno hipertensivos 2				
			1	Sepsis de origen obstetrico 1				
			1	Sepsis de origen no obstetrico 1				
	TULUA		1	Otra Causa 1				

Fuente: SIVIGILA

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



Tabla 24. Nombre EAPB, con casos de mortalidad materna y MME

Nombre aseguradoras del régimen subsidiado	No casos muertes maternas (hasta los 42 días posparto por causas directas e indirectas)	No casos muertes maternas tardías	No casos Morbilidad materna extrema	Población de mujeres en edad fértil afiliadas por EAPB en 2015.
ASMETSALUD EPS	1		43	
Asociación Mutua Barrios Unidos de Quibdo E.S.S	2			
Cafesalud EPS	1		46	
Caprecom EPS	1		55	
COOSALUD EPS	4	1	54	
EMSSANAR E.S.S	10	1	164	
MALLAMAS EPS	1			
PPNA	2			
Nombre Aseguradoras del régimen contributivo				
Coomeva EPS	1		103	
EPS S.O.S S.A	2		161	
NUEVA EPS	4		48	
Salud Total S.A E.P.S	1		15	
Saludcoop EPS	1	1	52	
Cruz Blanca EPS	2			
Comfenalco				
Otras EPS			110	

Fuente: SIVIGILA

Las aseguradoras con mayor número de casos de mortalidad del régimen subsidiado fueron: Emssanar y Coosalud. En el régimen contributivo fueron: Nueva EPS Y SOS, en otros regímenes no se reportaron casos.

En el 2014, El mayor número de casos de mortalidad perinatal se presentaron durante la gestación, y en la edad neonatal temprana, las mayores tasas de mortalidad se presentan en los recién nacidos con peso inferior a 1000 gramos, se logra asociar la salud materna y los cuidados prenatales y la atención del recién nacido intrainstitucional como los principales determinantes de la mortalidad perinatal, neonatal temprana y neonatal tardía.



## **2. Conclusiones y recomendaciones**

- Se debe mejorar la oportunidad en el reporte de casos a SIVIGILA y RUAF estadísticas vitales y fortalecer las acciones de Búsqueda Activa Institucional y sensibilizando a los equipos de vigilancia y médico-asistencial en la oportunidad en la notificación y el impacto que esto genera para la toma de decisiones.
- Las unidades de análisis es un trabajo conjunto que debe ser liderado por la Dirección Local con la participación de la EPS e IPS que intervienen en la prestación del servicio. Los municipios categoría en el último presentaron baja entrega de la información requerida para las unidades de análisis situación que dificulta un adecuado análisis y toma de decisiones frente al adecuado manejo de la mortalidad perinatal.
- El desarrollo de asistencias técnicas requiere de permanencia constante del personal a cargo de la vigilancia y control de los eventos de interés en salud pública y la rotación de los mismos que no permite la continuidad en los procesos.
- El mayor número de mortalidad perinatal, ocurre durante el anteparto involucrando los procesos de control y cuidado de la madre antes y durante el periodo de gestación además del acceso a los servicios de salud.
- El régimen de afiliación que presenta mayor número de casos de mortalidad perinatal es el subsidiado unido a bajo nivel educativo reportado y edades tempranas de embarazo con desenlace en mortalidad perinatal sugieren la necesidad de intervenir en las diferentes esferas de la mujer gestante, la educación en familia y promoción de la salud sexual.
- Se requiere de mayor capacitación y entrenamiento a los profesionales de la salud en los niveles de baja complejidad a fin de prever los desenlaces de mortalidad perinatal, situación que lleva al alto reporte en las instituciones de alta complejidad y complicaciones posteriores para la madre.
- Sí bien las principales causas de mortalidad materna están asociadas a procesos mórbidos de las mujeres en edad fértil, es decir que son enfermedades preexistentes que se complican con el embarazo, desde el departamento se espera fortalecer y promover la consulta preconcepcional en las mujeres en edad fértil y de esta forma crear factores protectores en estas mujeres y prevenir una posible morbilidad materna extrema o mortalidad materna. Lo anterior se refleja en el índice de mortalidad que no



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

debe superar el 4% en este aspecto y se encuentra en el 23%, es decir que el 23% de las mujeres que presentan una alteración en su patología de base fallecen por esta causa.

- En las unidades de análisis se observa que algunas mujeres solicitan una consulta preconcepcional o manifiestan el deseo de embarazarse y el personal de salud no responde ante este requerimiento. Quizás una de las razones es el desconocimiento del protocolo o las barreras administrativas para la realización de pruebas diagnósticas.
- Se observa la desarticulación de los servicios de salud, aun con las EPS que cuentan con IPS exclusivas de su red de atención, presentando deficiencias en el seguimiento de casos, referencia y contrareferencia de pacientes, lo anterior sin importar el régimen de aseguramiento.
- Se evidencia en el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora falta de compromiso institucional por algunas UPGD que además de ello atienden la mayor carga de enfermedad en el distrito de Buenaventura, tales como Clínica Santa Sofía y el Hospital Luis Ablanque de la Plata y es el distrito quien aportó el 17% de la mortalidad materna del departamento con 6 (MM) y en los primeros 4 meses del presente año ya supera esta cifra.
- En el 2016 la meta a cumplir de Mortalidad Materna es de 45 por 100.000 nacidos vivos, por lo tanto, se espera que los determinantes sociales y de pobreza, la calidad en la prestación de los servicios de salud, la capacidad instalada institucional, las acciones de promoción y prevención de las enfermedades crónicas mejoren y el Departamento aporte a la construcción de la meta de este indicador Nacional.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## **BIBLIOGRAFIA**

1. GUIA DE MANEJO DE LA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA. Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia.
2. Laura Kann P, Emily O'Malley Olsen M, Tim McManus M, Kinchen S, David Chyen M, William A. Harris M, et al. Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among Students in Grades 9–12 — Youth Risk Behavior Surveillance, Selected Sites, United States, 2001–2009: CDC2011.
3. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010 (ENDS 2010). 2010; 1:552.
4. Protocolo de vigilancia y control de sífilis gestacional y congénita. Vigilancia y control en salud pública, INS.
5. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010 (ENDS 2010), 2010; 1:552.
6. < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/> > Fecha de Consulta: Marzo 31 de 2013.
7. [www.who.int/pmnch/activities/sintesis\\_situacionmortalidad\\_en\\_alc.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf).
8. 2010 WHO. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).2010.
9. Alison M. Spitz MS, M.P.H. (1), Stephanie J. Ventura AM, Lisa M. Koonin MN, M.P.H. (1), Lilo T. Strauss MA, Alice Frye MPH, Robert L. Heuser MA, et al. Surveillance for Pregnancy and Birth Rates Among Teenagers, by State -- United States, 1980 and 1990. MMWR 12/17/1993; 42(SS-6);1-27:1-27.
10. Protocolo Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Extrema INS.
11. Estadísticas Vitales Departamental – RUAF. - Departamento de Nacional de Estadística DANE



## MORTALIDAD PERINATAL AÑO 2015

Alba Lucía Rodríguez Niampira, Enfermera Magister en Epidemiología  
*Referente evento*  
*Equipo Vigilancia en Salud Pública*  
*Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### Introducción

El período neonatal (especialmente inmediatamente después del nacimiento) representa el momento más vulnerable y crítico del primer año de vida. En el mundo la mayoría de los fallecimientos neonatales se deben a partos prematuros, asfixias durante el parto (incapacidad para respirar en el momento del parto) e infecciones. Desde el final del período neonatal hasta los cinco años, las principales causas de muerte son la neumonía, la diarrea, y el paludismo. La malnutrición es una causa subyacente que contribuye a más de un tercio del total de las muertes, ya que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves.

En general, se han logrado progresos considerables para lograr el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4. Entre 1990 y 2011, la tasa de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido de 87 a 51 por 1 000 nacidos vivos. Cada año mueren más de 3 millones de lactantes durante su primer mes de vida, y el número de mortinatos es similar. Durante el primer mes, entre una cuarta parte y la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida, y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del recién nacido. Es en este período cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y el niño para evitar y tratar enfermedades.<sup>10</sup>

Según datos de la OPS 2007, para América Latina y el Caribe se calcula que la mortalidad neonatal en ALC es 15 por 1,000 nacidos vivos. Cada año nacen cerca de 12.000.000 de niños y niñas en ALC y cada año mueren 400.000 de ellos antes de los cinco años de edad, 270.000 antes de un año de edad y de estos últimos, 180.000 fallecen durante su primer mes de vida. Estas muertes son en su mayoría prevenibles a través de intervenciones costo efectivas y basadas en la evidencia. (OPS/OMS, Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en América Latina y el Caribe. Un consenso estratégico interagencial. Marzo 2007)

---

<sup>10</sup> (OMS. Reducción de la Mortalidad En la Niñez, Centro de Prensa, Nota descriptiva No 178, Septiembre de 2012



## **Métodos de vigilancia**

El presente boletín se presenta a partir de un análisis secundario de datos de tipo descriptivo, que utiliza como fuente de información la información por semana epidemiológica, reportada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA, DATOS DE LABORATORIO y RUAF) del Valle del Cauca con corte a la semana 52 de 2015; de la información reportada por las diferentes instituciones prestadoras de salud del departamento del Valle del Cauca con corte a la semana 52 de 2015 para el mortalidad perinatal, El análisis se realiza con base en las variables que contemplan las fichas de notificación para estos eventos, previa revisión de las variables frente a la calidad de los datos reportados identificando los errores de digitación, los errores de consistencia de la información, identificaron los campos vacíos y duplicados.

Igualmente Se realizó búsqueda activa institucional de los casos reportados en RIPS y RUAF y seguimiento de los casos reportados en el SIVIGILA y en laboratorio Departamental.

## **Descripción y análisis de los casos**

En Colombia a semana 52 del 2015, se notificaron 9232 casos de muertes perinatales y neonatales tardías. Con corte a la misma semana de 2014, se habían notificado 4.288 casos lo que representa un decremento del 0,6% (en el 2015 frente al 2014).

En el Valle a semana 52, se notificaron en el SIVIGILA 899 casos, de los cuales 62 proceden del Cauca, 11 de Nariño, 6 de Risaralda, 4 de Caldas, 3 de Bogotá, 2 de Putumayo, 2 del Quindío, 1 de Antioquia, 1 de Caquetá, 1 de Choco y 1 de Tolima y 805 tienen como procedencia Valle, de los cuales 8 casos fueron descartados, en total se notificaron 797 casos, que corresponden al 8,6 % del país.

La tasa de mortalidad perinatal en el Departamento a semana 52 por fuente SIVIGILA fue de 14,9 casos por 1000 nacidos vivos, la cual es muy similar a lo encontrado en el año 2014 (14,53 casos por 1000 nv); el porcentaje de incremento reportado en el SIVIGILA frente al año del 2014 fue del 25%, revisando la mortalidad por RUAF se encuentra un aumento en el número de casos comparado con el SIVIGILA, la tasa de mortalidad perinatal por RUAF es del 18,24 por 1000 nacidos vivos, más alta que la encontrada en el 2014: 16,3 por 1000 nacidos vivos, el porcentaje de incremento de los casos notificados del RUAF frente al 2014 es del 7%

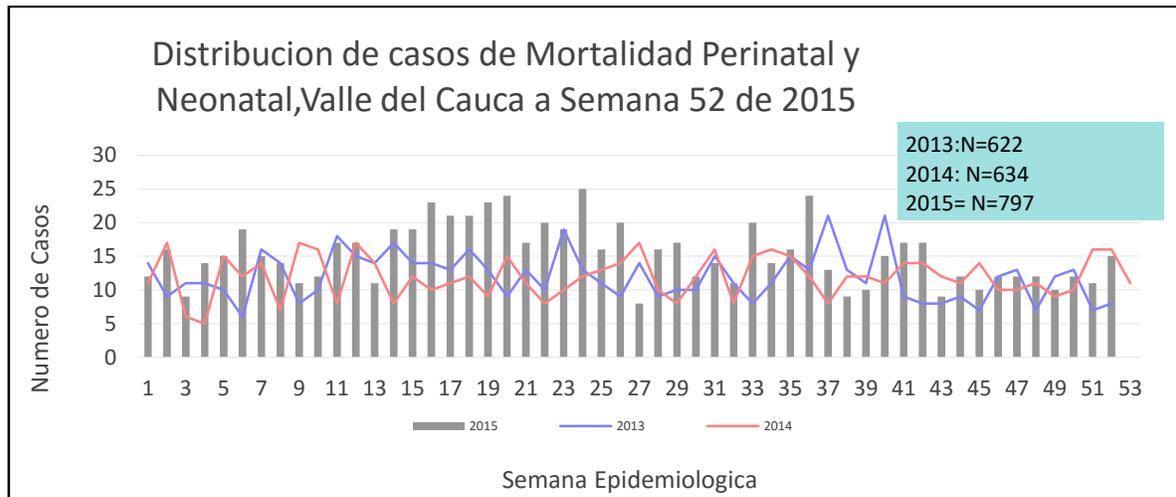


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

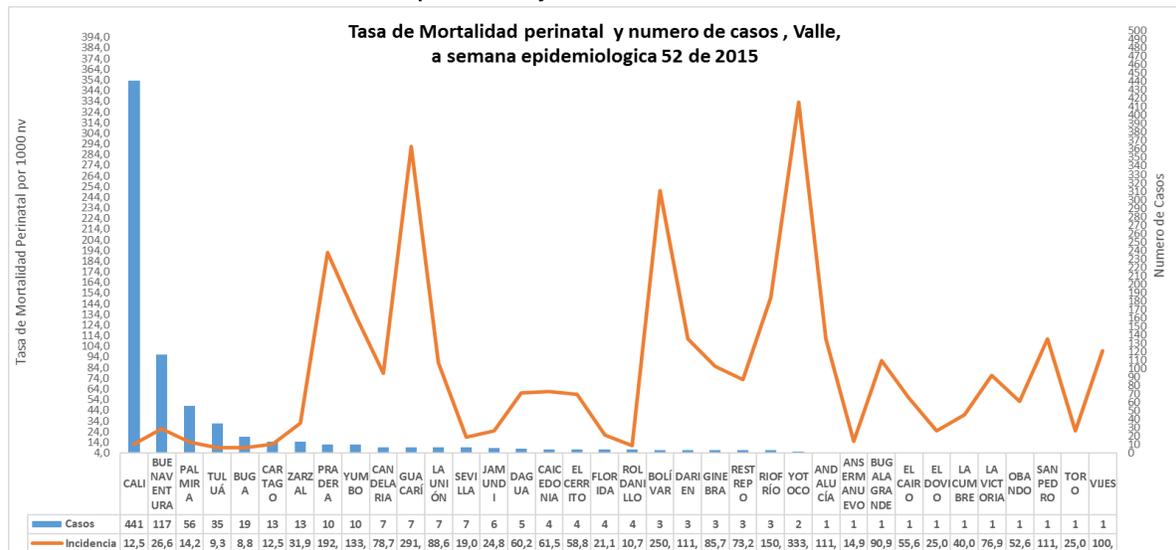
El comportamiento de la notificación de los casos en el presente una tendencia variable en todo lo año, con un comportamiento cíclico, con dos periodos ascendentes a partir de la primera semana hasta la semana 20 y posterior incremento en la semana 32 a 36, superando el número de casos reportados en el 2013 y 2014.

Grafico Distribución de casos de mortalidad perinatal y neonatal, Valle del Cauca, semana 1 a 52 de 2015



Fuente: Sivigila

Grafico\_\_\_ Tasa de Mortalidad perinatal y numero de casos, Valle a semana 52 e 2015.



Fuente: SIVIGILA-DANE Nacidos Vivos

NIT: 890399029-5  
Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·  
Teléfono: 6200000 ext: 1659  
sivigilavalle@gmail.com  
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Por momento de ocurrencia, por RUAF y SIVIGILA se observa que tasas de mortalidad perinatal más altas son la mortalidad neonatal temprana y la mortalidad fetal, en el último año se observa una disminución en la notificación de mortalidad neonatal tardía.

36 Municipios reportaron casos de mortalidad perinatal al SIVIGILA, los municipios con mayor número de casos fueron: Cali, Buenaventura y Palmira, los municipios que presentan las tasas más altas de mortalidad perinatal fueron: Yotoco, Guacari, Bolívar, Pradera y Riofrio.

Es importante anotar que si bien se ve una disminución de casos posible subregistro hace que la tasa disminuya

Tabla: \_\_\_\_ Momento de Ocurrencia, casos de mortalidad perinatal, Valle, a semana 52 de 2015

Tipo	RUAF				SIVIGILA			
	2014		2015		2014		2015	
	No	TM por 1000 nv	No	TM por 1000 nv	No	TM por 1000 nv	No	TM por 1000 nv
Mortalidad Fetal	385	6,95	464	8,72	324	5,85	388	7,29
Neonatal temprana	362	6,53	322	6,05	299	5,40	388	7,29
Neonatal tardía	157	2,83	187	3,52	11	0,20	21	0,39
Total general	904	16,31	973	18,29	634	11,44	797	14,98
Total Recien Nacido	55413		53193		55413		53193	

Fuente: SIVIGILA-ESTADISTICAS VITALES DANE

### Concordancia de la Mortalidad Perinatal Sivigila-Ruaf-Valle del Cauca

Realizando correlación con los casos notificados por RUAF, se encontró un porcentaje de concordancia RUAF-SIVIGILA del 81,9 %, encontrándose un mayor número de casos notificados por RUAF (973 Casos), con una diferencia de 176 casos que no fueron reportados en el SIVIGILA, con este número la tasa de mortalidad perinatal aumentaría a 18,2 casos por 1000 nacidos vivos.

Evaluando la concordancia RUAF-SIVIGILA de los casos por momento de ocurrencia se encuentra mayor concordancia en las mortalidades fetales y neonatales tempranas y muy baja concordancia en la neonatal tardía.



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla \_\_ Concordancia en la notificación de mortalidad perinatal SIVIGILA-RUAF por momento de ocurrencia del evento, Valle del Cauca, semana 1 a 52 de 2015

Tipo	Fuente	2015
Mortalidad Fetal (a partir de las 22 semanas de gestación)	SIVIGILA	388
	RUAF	464
	% DE Conc	83,6
Neonatales Tempranas (nacimiento hasta el 7º día de vida)	SIVIGILA	388
	RUAF	322
	% DE Conc	83
neonatal tardía (después del 7º día de vida hasta el 28avo día)	SIVIGILA	21
	RUAF	187
	% DE Conc	11,2
TOTAL	SIVIGILA	797
	RUAF	973
	% DE Conc	81,9

Fuente: SIVIGILA-RUAF-ESTADISTICAS VITALES

Por municipio se observa que se presentaron casos de mortalidad en 38 municipios, con una diferencia de 2 municipios que reportaron casos en el RUAF, pero no notificaron al SIVIGILA.

Los municipios que no reportaron casos de mortalidad perinatal en el periodo comprendido entre la semana 1 a 52 de 2015 fueron: Alcalá y El Águila

Para el 2014, los municipios que no reportaron casos fueron: Alcalá, Andalucía, Bugalagrande, Candelaria, Darién, El Águila, El Cairo, La Cumbre, La Unión, Restrepo, Rio Frio, Toro, Ulloa, Versalles, Vijes, Yotoco.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla \_\_ Concordancia en la notificación de mortalidad perinatal SIVIGILA-RUAF por municipio, Valle del Cauca, semana 1 a 52 de 2015

nmun_proce	SIVIGILA	RUAF	% Concordancia
ALCALA	0	1	0
ANDALUCÍA	1	2	50,00
ANSERMANUEVO	1	1	100,00
BOLÍVAR	3	6	50,00
BUENAVENTURA	117	144	81,25
BUGA	19	20	95,00
BUGALAGRANDE	1	1	100,00
CAICEDONIA	4	4	100,00
CALI	441	504	87,50
CANDELARIA	7	20	35,00
CARTAGO	13	6	46,15
DAGUA	5	11	45,45
DARIEN	3	3	100,00
EL AGUILA	0	1	0,00
EL CAIRO	1		0,00
EL CERRITO	4	10	40,00
EL DOVIO	1	3	33,33
FLORIDA	4	14	28,57
GINEBRA	3	1	33,33
GUACARÍ	7	11	63,64
JAMUNDI	6	19	31,58
LA CUMBRE	1	1	100,00
LA UNIÓN	7	6	85,71
LA VICTORIA	1	2	50,00
OBANDO	1	3	33,33
PALMIRA	56	75	74,67
PRADERA	10	9	90,00
RESTREPO	3	3	100,00
RIOFRÍO	3	3	100,00
ROLDANILLO	4	4	100,00
SAN PEDRO	1	2	50,00
SEVILLA	7	4	57,14
TORO	1	1	100,00
TULUÁ	35	48	72,92
VIJES	1	1	100,00
YOTOCO	2	3	66,67
YUMBO	10	12	83,33
ZARZAL	13	14	92,86
Total general	797	973	81,91

Fuente: SIVIGILA-RUAF-ESTADISTICAS VITALES



### Caracterización Socio-Demográfica

El mayor número de casos reportados, la madre tiene una edad comprendida entre los 20 a 34 años, el 50 % de las embarazadas son primigestantes, Por momento de ocurrencia el mayor número de casos son perinatales.

Es importante resaltar que, en el último año, comparado con el 2014, el comportamiento de la mortalidad perinatal fue levemente similar, en todos los grupos de edad, en la mortalidad neonatal tardía se presentó un descenso en el grupo de menores de 15 años, y un incremento en las mujeres de 20 a 34 años y más de 35 años.

Tabla: Descripción de los casos por grupo de edad y momento de ocurrencia, Valle a semana 52 de 2015.

GrupoEdad	Mortalidad Perinatal				Mortalidad Neonatal Tardia			
	2014		2015		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Menor de 15	16	2,3	23	3,0	2	12,5	0	0
15 a 19	154	21,9	169	21,8	5	31,25	4	19,0
20 a 34	436	62,0	483	62,2	6	37,5	9	42,9
35 y mas	97	13,8	101	13,0	3	18,75	8	38,1
Total general	703	100,0	776	100,0	16	100	21	100

Fuente: Sivigila

Tabla: Descripción de los casos por grupo de edad y paridad, Valle a semana 52 de 2015.

Grupo Edad	Primigestante	2 a 4	5 y mas	Total general	%
Menor de 15	18	4	1	23	2,9
15 a 19	139	34		173	21,7
20 a 34	216	249	27	492	61,7
35 y mas	25	67	17	109	13,7
Total general	398	354	45	797	100,0
%	49,9	44,4	5,6		

Fuente: Sivigila

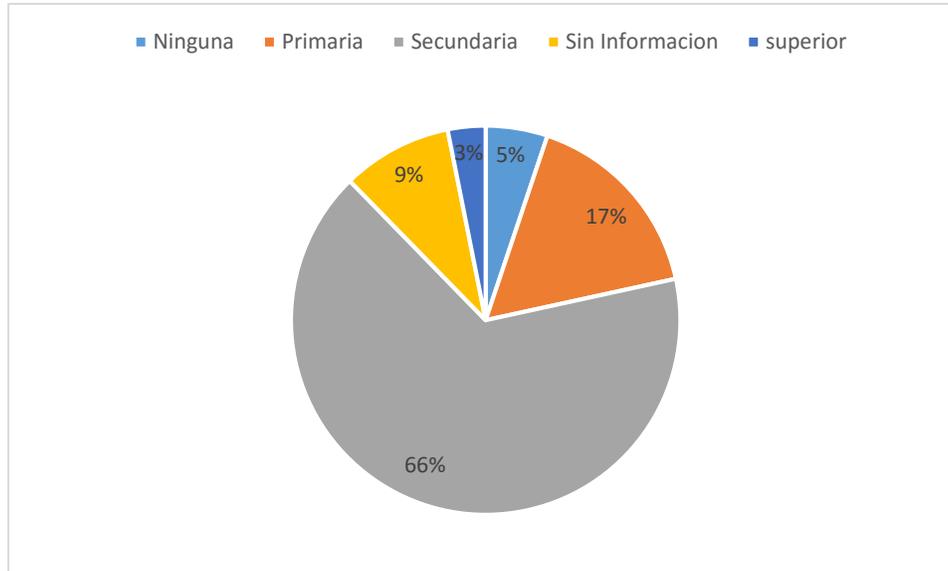
El 66 % de los casos de mortalidad perinatal, la gestante tenía educación secundaria, seguida de educación primaria en un 17 %.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Grafica\_\_Distribución porcentual de casos de mortalidad perinatal por nivel educativo, Valle del Cauca, Semana 1 a 52 de 2015



Fuente: SIVIGILA

Por área geográfica se observa que el 95 % de los casos proceden del área urbana; 17 municipios reportan casos en el área rural, el municipio que mayor número de casos rurales notifica es Buenaventura, Seguido de Cali y Zarzal. La etnia que más predomina en los casos es otro (Mestiza) y negra,

Tabla: Descripción de los casos por etnia y área geográfica, Valle a semana 52 de 2015.

PertEtnica	U	R	Total	%
Indigena	7	4	11	1,38
Negro, Mulato, Afro Americano	148	20	168	21,08
Otro	591	17	608	76,29
Palenquero	1		1	0,13
Raizal	3		3	0,38
Rom, Gitano	6		6	0,75
Total general	756	41	797	100,00

Fuente: Sivigila



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla: Descripción de los casos por Municipio y área geográfica, Valle a semana 52 de 2015.

nmun_proce	U	R	TOTAL	%
ANDALUCIA	1		1	0,13
ANSERMANUEVO	1		1	0,13
BOLIVAR	2	1	3	0,38
BUENAVENTURA	100	17	117	14,68
BUGA	18	1	19	2,38
BUGALAGRANDE	1		1	0,13
CAICEDONIA	4		4	0,50
CALI	438	3	439	55,08
CANDELARIA	6	1	7	0,88
CARTAGO	13		13	1,63
DAGUA	5		5	0,63
DARIEN	2	1	3	0,38
EL CAIRO	1		1	0,13
EL CERRITO	4		4	0,50
EL DOVIO	0	1	1	0,13
FLORIDA	3	1	4	0,50
GINEBRA	2	1	3	0,38
GUACARI	6	1	7	0,88
JAMUNDI	4	2	6	0,75
LA CUMBRE	1		1	0,13
LA UNION	7		7	0,88
LA VICTORIA	1		1	0,13
OBANDO	1		1	0,13
PALMIRA	54	2	56	7,03
PRADERA	10		10	1,25
RESTREPO	2	1	3	0,38
RIOFRIO	2	1	3	0,38
ROLDANILLO	4		4	0,50
SAN PEDRO	1		1	0,13
SEVILLA	5	2	7	0,88
TORO	1		1	0,13
TULUA	33	2	35	4,39
VIJES	1		1	0,13
YOTOCO	2		2	0,25
YUMBO	10		10	1,25
ZARZAL	10	3	13	1,63
Total general	756	41	797	100,00

Fuente: Sivigila

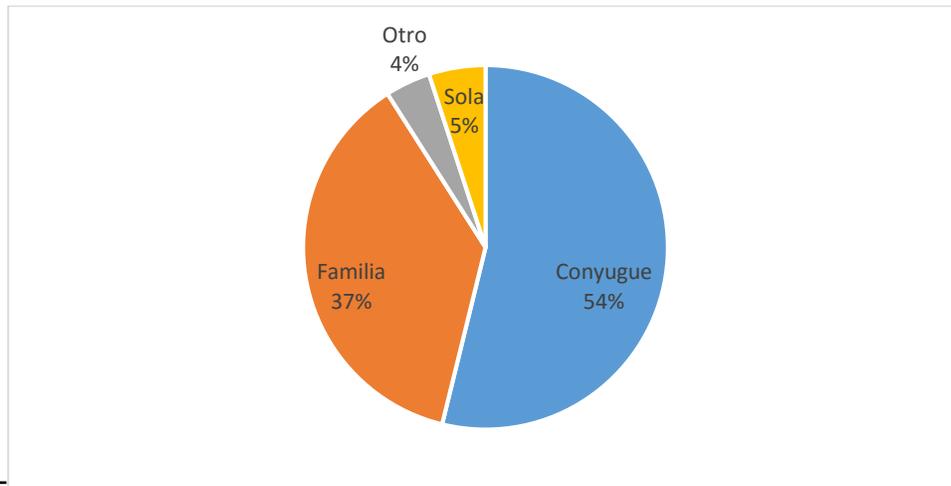


# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

El 54% de las gestantes conviven con el conyugue, El 53,5 % de las gestantes no utilizaban métodos de planificación, de las cuales el 40,3 % manifestaba no desear el uso de métodos de planificación, el 10,9% desconocía los métodos y el 2 % tenía problemas de acceso; los métodos de planificación más utilizados fueron otros métodos de planificación, los Métodos naturales y hormonales.

Grafica\_\_ Distribucion porcentual de casos de mortalidad perinatal por tipo de convivencia de la gestante, Valle, Semana 1 a 52 de 2015



Fuente: SIVIGILA

Tabla\_\_ Métodos usados para regulación de la fecundidad casos de muertes perinatales, Valle, semana 1 a 52 de 2015

RegulaFecu	Ninguna	Primaria	Secundaria	superior	Sin Informacion	Total general	%
Barrera	1	1	10		1	13	1,63
Diu		1	4		1	6	0,75
Hormonal	1	10	44	2		57	7,15
Natural	4	15	53	6	8	86	10,79
No uso Acceso		5	11			16	2,01
No Uso Desc	16	13	47	2	9	87	10,92
No Uso No deseaba	11	43	239	13	17	323	40,53
Otro	8	42	119	2	37	208	26,10
SD		1				1	0,13
Total general	41	131	527	25	73	797	100,00

Fuente: Sivigila



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Evaluando antecedentes de riesgo en la gestante, para mortalidad perinatal, 244 casos describieron estos antecedentes, de los cuales el 29 % de los casos tenían antecedente de parto pretermino, seguido de otras infecciones (20%), bajo peso (13%), Deficiencias socio económicas (11%)

Tabla\_\_ Descripción del antecedente de riesgo en la gestante con caso de muerte perinatal, Valle, semana 1 a 52 de 2015, N=244

Antecedentes de Riesgo	No	%
Parto Pretermino	73	29,92
Otras Infecciones	51	20,90
Bajo Peso	32	13,11
Deficiencias socio económicas	29	11,89
Obesidad	23	9,43
Diabetes	14	5,74
Intergenesi menor de 2 años	13	5,33
Tabaquismo	9	3,69
Feto Macrosomico	8	3,28
Uso de sustancias Psicoactivas	7	2,87
RH Negativo	6	2,46
ITS Distintas a VIH, Sífilis y HB	5	2,05
Alcohol	5	2,05
Sífilis	5	2,05
Desnutrición	2	0,82
VIH	2	0,82
Trastorno Mental	1	0,41
Hepatitis B	1	0,41

Fuente: Sivigila

579 gestantes (72,6%), presentaban algún tipo de complicación en el embarazo, la complicación con mayor porcentaje encontrado en la madre de los casos de mortalidad perinatal fue preclampsia (20.2%), Anomalía Congénita incompatible con la vida (14%) y rotura prematura de membranas (11,1%).



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla\_\_ Complicaciones del Embarazo actual casos de Mortalidad Perinatal, Valle a Semana 52 de 2015, N= 579

Complicaciones	No	%
Preclampsia	117	20,2
Anomalía congénita incomp con la vida	81	14,0
Rotura de Memb	64	11,1
Corioamnionitis	47	8,1
IVU	42	7,3
RCIU	40	6,9
Emb No deseado	29	5,0
Hem 3 Trim	27	4,7
Embarazo Múltiple	26	4,5
S. Hellp	19	3,3
Eclampsia	16	2,8
Sepsis	15	2,6
Hem 2 Trim	15	2,6
Comp Med con Riesgo de Vida de la Madre	15	2,6
Síntomas Depresivos	5	0,9
Hem 1 Trim	4	0,7
Hipotiroidismo	4	0,7
Desproporción Cefalo Pelv	3	0,5
Enferm Auto	3	0,5
Violencia	3	0,5
Gest Producto Violencia Sexual	3	0,5
Malaria	1	0,2
Total	579	

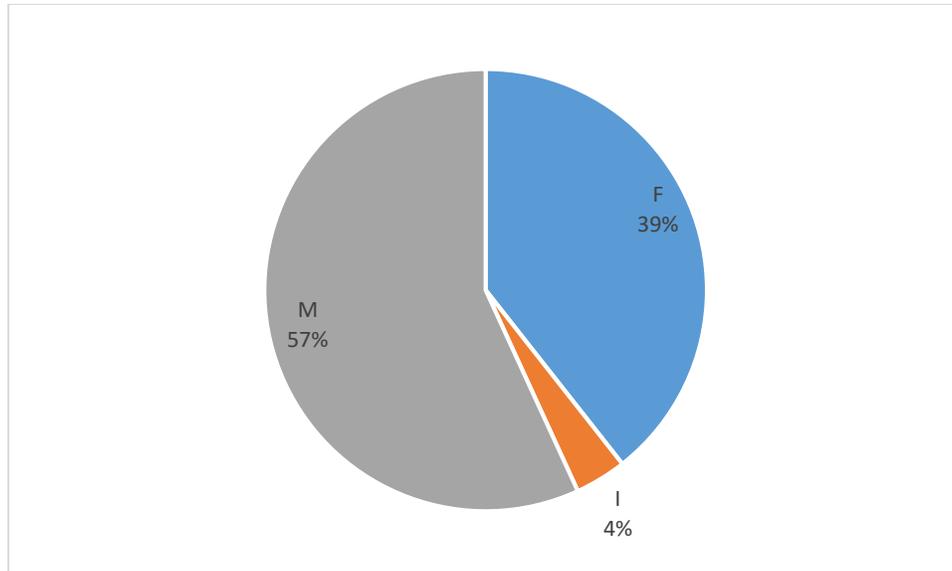
Fuente: SIVIGILA



### Caracterización de los casos de mortalidad perinatal

El 57 % de los casos de mortalidad perinatal son del género masculino y un 4 % de los casos son indeterminados.

Grafico Porcentaje de casos de Mortalidad perinatal por genero del producto, Valle Semana 1 a 52 de 2015



Fuente: Sivigila

### Causa Básica de Muerte

Para consolidar la información de causa básica de mortalidad, se utilizó la lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad

Evaluando la causa básica de mortalidad perinatal, se encuentra que el 30 % de los casos presentan mal definición de la causa de muerte (Desconocida), la principal causa de muerte, siendo este porcentaje alto de acuerdo a lo esperado (Menos del 20 %); las principales causas agrupadas de mortalidad perinatal son: Embarazo, Parto y Puerperio (15%), Todas las demás afecciones originadas en el periodo perinatal 15%, Trastornos respiratorios específicos en el periodo perinatal 13%, Retardo del Crecimiento Fetal 9%, malformaciones congénitas 7,6%, Infecciones específicas del periodo perinatal 3,6%.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla: Causa básica de Defunción Mortalidad perinatal-Valle, Semana 1 a 52 de 2015

Mortalidad Agrupada	Total	%
Desconocido	240	30,11
Embarazo, parto y puerperio	120	15,06
Todas las demás afecciones originadas en el período perinatal	106	13,30
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	73	9,16
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	69	8,66
Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	61	7,65
Infecciones específicas del período perinatal	29	3,64
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	27	3,39
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	20	2,51
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	12	1,51
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	9	1,13
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	5	0,63
Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	3	0,38
Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	3	0,38
Todas las demás formas de enfermedad del corazón	3	0,38
Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	2	0,25
Nacido Muerto, Único	2	0,25
Neumonía	2	0,25
Septicemia	2	0,25
Trastornos de los órganos genitales	2	0,25
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1	0,13
Enfermedades Endocrinas y Nutricionales	1	0,13
Hipertensión Esencial Primaria	1	0,13
Insuficiencia renal	1	0,13
Leucemia	1	0,13
Reacción de incompatibilidad a grupo ABO	1	0,13
Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1	0,13
Total general	797	100,00

Fuente: SIVIGILA

Las causas más frecuentes de mortalidad perinatal, por Embarazo, parto y puerperio son aborto, parto prematuro, preclampsia y desprendimiento prematuro de placenta.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla\_\_\_ Causa básica de Defunción Mortalidad perinatal por Embarazo, Parto y Puerperio-Valle, Semana 1 a 52 de 2015

Dx	Total
Aborto	26
Parto prematuro	15
Pre eclampsia	11
Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación	9
Atención materna por muerte intrauterina	6
Placenta previa con hemorragia	5
Ruptura Prematura de las membranas	5
Atención materna por signos de hipoxia fetal	4
Trabajo de parto y parto complicados	4
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican	4
Falla de la inducción médica del aborto, complicado por embolia	3
Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	3
Oligohidramnios	3
Otros trastornos especificados del líquido amniótico y de la membrana	3
Atención materna por otras (presuntas) anomalías y lesiones fetales	2
Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria si	2
Ruptura del Útero	2
Atención materna por (presunta) anomalía cromosómica en el feto	1
Atención materna por otros problemas fetales especificados	1
Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación	1
Eclampsia en el embarazo	1
Embarazo doble	1
Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de un feto o m	1
Hemorragia ante parto, no especificada	1
Hipertensión secundaria preexistente que complica el embarazo, el parto	1
Muerte por secuelas de causas obstétricas directas	1
Otro aborto completo o no especificado, sin complicación	1
Otros trastornos placentarios	1
Poli hidramnios	1
Trastorno de la placenta, no especificado	1
Total general	120

Fuente: SIVIGILA



## Periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES

Esta metodología se fundamenta en el riesgo como una medida que refleja la probabilidad de ocurrencia de un evento o daño a la salud – una enfermedad, la complicación de la Misma o la muerte en un periodo de tiempo.

El peso y la edad al momento de la muerte son datos vitales para hacer correlación con factores determinantes relacionados con la salud de la materna o con los cuidados de la materna y el recién nacido.

El CDC ha elaborado una matriz para este análisis: una tabla de 16 celdas, cada una de las cuales representa dos aspectos de la salud perinatal:

1. Resultados perinatales (mortalidad específica según edad al morir dentro o fuera del Útero y según peso al nacer).
2. Determinantes de estos resultados: salud materna, atención materna – neonatal - Infantil.

En lo observado en la Matriz BABIES Periodos perinatales de riesgo, en el Departamento las muertes perinatales institucionales en el periodo se dan por determinantes como es la salud materna (57,2%) y el cuidado prenatal (21,6 %), el mayor número de casos presenta peso inferior a los 1000 gr.

Tabla\_\_ Periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES Institucionales, Valle del Cauca, Semana 1 a 52 de 2015

Grupos de Peso	Anteparto (Fetales =>22 semanas de gestación)	Intraparto	Neonatal temprana		Neonatal tardía	Total Muertes por peso	Total Nacidos Vivos y Muertos	Tasa de MPN específica por grupos de peso
			Muertes ocurridas en menos de 24 horas después del nacimiento (Día 0)	Muertes entre el día 1 al 6 después del nacimiento				
500-999 gr	170	69	80	12	10	341	439	776,77
1000-1499 gr	41	11	38	4	1	95	411	231,14
1500-2499 gr	81	14	44	8	3	150	3793	39,55
2500-3999 gr	79	7	66	10	3	165	46453	3,55
4000 o más gr	5	2	1	1	1	10	2097	4,77

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Salud Materna		436
Cuidados Prenatales		165
Atención del parto		23
Atención del recién nacido		130
Atención del Neonato AIEPI		7

Fuente: Sivigila

36 casos presentaron parto por fuera de la institución de salud, analizando la matriz BABIES, Por fuera de las instituciones, se observa que el 58% de las mortalidades perinatales se dan en la salud materna, seguido de la atención al recién nacido en un 25%

Tabla Matriz para cálculo razones por periodos perinatales de riesgo – Muertes por fuera de las instituciones de salud

Grupos de Peso	Anteparto (Fetales =>22 semanas de gestacion )	Intraparto	Neonatal temprana		Neonatal tardia
			Muertes occurridas en menos de 24 horas despues del nacimiento (Dia 0)	Muertes entre el dia 1 al 6 despues del nacimiento	
500-999 gr	8	5	4	0	2
1000-1499 gr	1		1		
1500-2499 gr	2		2		1
2500-3999 gr	1	2	5	2	
4000 o mas gr					

Salud Materna		21
Cuidados Prenatales		3
Atencion del parto		2
Atencion del recién nacido		9
Atencion del Neonato AIEPI		1

Fuente: SIVIGILA

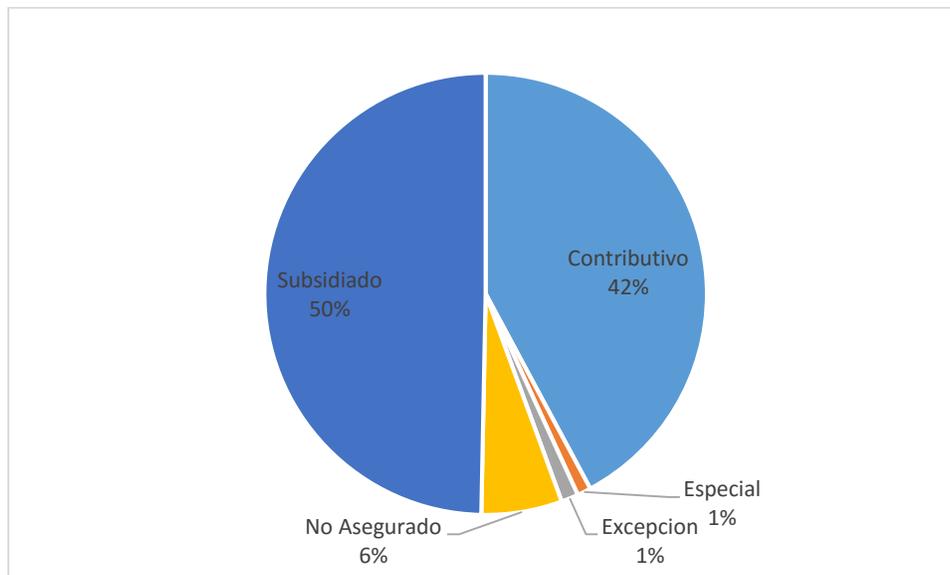


### Sistema General de Seguridad Social en Salud UPGD y EPS

El 50 % de los casos de mortalidad perinatal son del régimen subsidiado y el 42 % al régimen contributivo.

Las EPS con mayor porcentaje de casos de mortalidad perinatal son: Emssanar (19,5%) y SOS, con el 11,4 %, seguido de Coomeva (9,8%), Coosalud (7,5%) Asmet Salud (7,2 %), Caprecom (6.6%) y Cafesalud (6,1%).

Gráfica:\_\_\_ Porcentaje de casos de mortalidad perinatal, por régimen de aseguramiento, Valle, Semana 1 a 52 de 2015



Fuente: SIVIGILA



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla\_\_ Porcentaje de casos de mortalidad perinatal por EAPB, Valle del Cauca, semana 1 a 52 de 2015.

EPS	Total	%
EMSSANAR	155	19,4
SERVICIOS DE OCCIDENTE DE SALUD SOS	91	11,4
COOMEVA	78	9,8
COOSALUD	60	7,5
ASMET SALUD	57	7,2
CAPRECOM	53	6,6
CAFESALUD	49	6,1
PPNA	47	5,9
COMFENALCO	39	4,9
SALUDCOOP	35	4,4
NUEVA EPS	24	3,0
SURA	16	2,0
BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO EPS AMBUQ -ESS	14	1,8
EPS SANITAS	11	1,4
SALUD TOTAL	10	1,3
CRUZ BLANCA	8	1,0
FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	8	1,0
ASOCIACION DE INDIGENAS DEL CAUCA- AIC- EPS INDIGENA	7	0,9
COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	4	0,5
POLICIA NACIONAL	4	0,5
SALUD COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	4	0,5
DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE	3	0,4
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA	2	0,3
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	2	0,3
ECOOPSOS EMPRES SOLIDARIA DE SALUD	2	0,3
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	1	0,1
SALUDVIDA S.A. EPS	1	0,1
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA "COMFAMA"	1	0,1
COMFASUCRE EPS - CCF DE SUCRE	1	0,1
COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.	1	0,1
DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO	1	0,1
DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE RISARALDA	1	0,1
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	1	0,1
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	1	0,1
ESS COMPARTA	1	0,1
FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. - FIDUPREVISORA S.A.	1	0,1
Fondo de Pasivo Social de la Empresa Puertos de Colombia.	1	0,1
FUERZAS MILITARES	1	0,1
SALUD VIDA EPS	1	0,1
Total general	797	100,0

Fuente: SIVIGILA

NIT: 890399029-5  
Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·  
Teléfono: 6200000 ext: 1659  
sivigilavalle@gmail.com  
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

45 IPS reportaron casos de mortalidad perinatal, 15 (33 %) de estas son de nivel 1, Las UPGD que mayor número de casos de mortalidad perinatal reportan son: Hospital Universitario del Valle (15%), Fundación Valle de Lili (12,5%) y Clínica Santa Sofía del Pacífico (11,2%)

Tabla\_\_Porcentaje de IPS por nivel que reportan casos de mortalidad PN, Valle del Cauca, semana 1 a 52 de 2015.

Nivel	Total	%
1	15	33,3
2	19	42,2
3	11	24,4
Total	45	100,0

Fuente: SIVIGILA

Tabla\_\_Porcentaje de casos de mortalidad perinatal por UPGD, Valle del Cauca, semana 1 a 52 de 2015.

nom_upgd	Total general	%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	127	15,9
FUNDACION VALLE DEL LILI	101	12,7
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO	89	11,2
CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	53	6,6
CLINICA VERSALLES SA	40	5,0
CLINICA FARALLONES S A	39	4,9
CLINICA PALMA REAL	38	4,8
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	29	3,6
CORPORACIÓN COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	27	3,4
CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL	25	3,1
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	25	3,1
CENTRO MEDICO IMBANACO	23	2,9
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	22	2,8
CLINICA COMFENALCO	16	2,0
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES	15	1,9
CLINICA DE OCCIDENTE SA	13	1,6
CLINICA SAN FRANCISCO SA	13	1,6
ESE HOSPITAL RAUL HOREJUELA BUENO SEDE SAN VICENTE	13	1,6

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - ESE ORIENTE	11	1,4
CLINICA REY DAVID - COSMITET LTDA	10	1,3
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	7	0,9
COMFENALCO VALLE IPS SAS	5	0,6
HOSPITAL DPTAL TOMAS URIBE URIBE	5	0,6
COMFENALCO VALLE	3	0,4
CLINICA PALMIRA SA	2	0,3
CUIDADO INTEGRAL AL RECIEN NACIDO SA CUIDAR S	2	0,3
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA	2	0,3
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	2	0,3
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENJIFO	2	0,3
SALUD CENTRO-HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	2	0,3
BENJAMIN BARNEY GASCA	1	0,1
CLINICA COMFANDI PALMIRA	1	0,1
CLINICA VERSALLES SA SEDE SAN MARCOS	1	0,1
COMFANDI IPS TORRES	1	0,1
ESE - HOSPITAL LOCAL	1	0,1
ESE HOSPITAL PILOTO JAMUNDI	1	0,1
ESE HOSPITAL SAN JOSE	1	0,1
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA - ESIMED SA	1	0,1
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA	1	0,1
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO	1	0,1
HOSPITAL SANTA LUCIA ESE DE EL DOVIO VALLE	1	0,1
IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO	1	0,1
RED DE SALUD DE LADERA ESE HOSPITAL CAÑAVERALEJO	1	0,1
RED DE SALUD DEL NORTE ESE	1	0,1
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	1	0,1
sd	21	2,6
Total general	797	100,0

Fuente: Sivigila

## Oportunidad en el cumplimiento en envío de información a los 45 días de notificación del caso.

El Departamento del Valle, frente al número de casos reportados, tiene una oportunidad en el cumplimiento de envío de información por parte del municipio baja (5.9%), a la fecha de corte de la semana 24, 4 municipios enviaron una unidad de análisis en el primer semestre.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Tabla\_\_ Oportunidad en el cumplimiento en envió de información a los 45 días de notificado, Valle del Cauca, Semana 1 a 24 de 2015

nmun_proce	Casos	% casos	Total, Casos a evaluar	Número de casos de Mp Analizados y enviados oportunamente	Oportunidad en el cumplimiento en envío de información a los 45 días de notificado
CALI	257	25%	64,25	1	1,6
BUENAVENTURA	59	70%	41,3	0	0
PALMIRA	36	100%	36	1	2,8
TULUA	21	100%	21	0	0,0
BUGA	11	100%	11	0	0,0
CANDELARIA	9	100%	9	0	0,0
JAMUNDI	8	100%	8	0	0,0
ZARZAL	6	100%	6	1	16,7
LA UNION	5	100%	5	1	20,0
ROLDANILLO	5	100%	5	0	0,0
YUMBO	4	100%	4	0	0,0
DAGUA	3	100%	3	0	0,0
FLORIDA	3	100%	3	0	0,0
EL CERRITO	2	100%	2	0	0,0
EL DOVIO	2	100%	2	0	0,0
GUACARI	2	100%	2	0	0,0
PRADERA	6	100%	6	0	0,0
YOTOCO	2	100%	2	0	0,0
ANSERMANUEVO	1	100%	1	0	0,0
BOLIVAR	2	100%	2	0	0,0
BUGALAGRANDE	1	100%	1	0	0,0
CAICEDONIA	1	100%	1	0	0,0
CARTAGO	5	100%	5	0	0,0
DARIEN	2	100%	2	0	0,0
GINEBRA	2	100%	2	0	0,0
LA CUMBRE	1	100%	1	0	0,0
LA VICTORIA	1	100%	1	0	0,0
OBANDO	1	100%	1	0	0,0
SAN PEDRO	1	100%	1	0	0,0
TORO	1	100%	1	0	0,0
EL CAIRO	1	100%	1	0	0,0
SEVILLA	2	100%	2	0	0,0
Total general	449	15%	67,35	4	5,9

Fuente: Sivigila-Ruaf



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Actividades de control

Realización de asistencia técnica en el 100 % de los municipios del Departamento.

## Problemas detectados.

- Departamento con alto porcentaje de casos respecto al país.
- No concordancia de los casos notificados en el SIVIGILA, frente al RUAF.
- Se observa un alto número de casos de mortalidad neonatal temprana
- Un alto número de casos de muertes perinatales perinatales en el periodo se dan por determinantes como es la salud materna (57,2%) y el cuidado prenatal (21%), el mayor número de casos presenta peso inferior a los 1000gr.
- Bajo cumplimiento en la oportunidad de envío de información de las unidades de análisis municipales de los casos de mortalidad perinatal.

## Conclusiones y recomendaciones

### EAPB

- garantizar la evaluación de la calidad de los servicios y análisis de los casos de su red prestadora

### DLS

- Investigación de los casos de mortalidad perinatal de acuerdo al lineamiento dado por el Instituto Nacional de Salud.
- Realización trimestral del comité de vigilancia comunitaria (COVECOM) municipal con el acompañamiento del departamento o distrito.
- Monitoreo semanal de los eventos de interés en salud pública materno perinatales, intervenciones realizadas, sus determinantes, brechas, puntos críticos y demoras y matriz babies para la revisión, análisis diferencial por grupos afectados y georreferenciado, monitorización y evaluación de las acciones de mejoramiento en torno a la salud materno – perinatal a nivel Municipal.
- Realizar jornadas de capacitación a los profesionales de salud de su área de influencia

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

sivigilavalle@gmail.com

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

### IPS

- Mejorar la atención de los servicios de atención prenatal
- Fortalecimiento de los servicios de planificación familiar, proporcionando información y servicios a las mujeres que desean utilizar métodos de planificación familiar, con esta intervención se tiene la posibilidad de reducir la mortalidad neonatal, pues se ha observado que los nacimientos muy seguidos afectan la supervivencia del siguiente hijo.
- Garantizar la calidad adecuada del servicio de emergencias obstétricas (quirúrgica y servicios médicos para tratar la sepsis, la eclampsia, la hemorragia y el trabajo de parto obstruido)
- Garantizar la calidad adecuada de los servicios de atención para los recién nacidos
- Funcionamiento de sistemas de comunicación y transporte para reducir las demoras en el acceso para atención de la madre y del recién nacido.
- Realizar Unidad de análisis al 100 % de los casos de mortalidad perinatal ocurridas en la institución y matriz periodos perinatales de riesgo (babies)
- Fortalecer la vigilancia, notificación, seguimiento y análisis del evento en todos los niveles.

### SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

- Continuar con la Asistencia técnica y la capacitación permanente a los responsables de la vigilancia de los municipios en el protocolo y los lineamientos para la vigilancia de Mortalidad perinatal.
- Garantizar el seguimiento oportuno de los casos reportados.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA COMPORTAMIENTO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD, RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS Y CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS AÑO 2015

*Yanira Mosquera Palacios, Enfermera Especializada  
Referente evento  
Equipo Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### INTRODUCCION

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) se definen como un proceso localizado o sistémico resultado de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o sus toxinas que no estaba presente, ni incubándose al ingreso de una institución y que cumple con una serie de criterios específicos. En donde algunos contextos se conocen como infecciones hospitalarias o nosocomiales. La mayoría de estas infecciones son de difícil manejo debido a que están asociadas en su mayoría a microorganismos altamente resistentes a la acción de los antimicrobianos. Este tipo de infecciones ocurren en cualquier ámbito de atención, incluyendo, pero no limitándose en centros de atención ambulatoria, sitios de cuidado crónico, centros de rehabilitación y hospitales. Su importancia se reconoce por ser una de las causas de enfermedades y muertes potencialmente prevenibles. Las IAAS son consideradas un tema prioritario en salud pública debido a que están asociadas con un incremento de la morbilidad, la mortalidad y en general los costos relacionados con la atención en salud, al igual que están catalogadas como el evento adverso más frecuente en Latinoamérica. El riesgo de adquirir una IAAS es significativamente mayor en Unidades de Cuidados Intensivo (UCI) ya que la población internada en este servicio es considerada de alto riesgo por su condición clínica y por los múltiples procedimientos invasivos a los que están expuestos.

Para abordar esta problemática el Ministerio de Salud Protección Social (MSPS) y el Instituto Nacional de Salud (INS) desde el año 2010 han articulado acciones para el diseño e implementación del Subsistema Nacional de Vigilancia de IAAS, que contempla la monitorización de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAD), Resistencia a los Antimicrobianos (RA) y Consumo de Antibióticos (CAB) en el ámbito hospitalario.

El MSPS en desarrollo de su labor de rectoría y asistencia técnica territorial mediante la circular 045 del 29 de Agosto del 2012, insta a las entidades territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios, entidades responsables de regímenes especiales e instituciones prestadoras de servicios de



salud, a promover la movilización de recursos con el fin de reducir al mínimo la aparición y la propagación de esta problemática mediante la Implementación obligatoria y gradual en el sector salud a nivel Nacional de la estrategia de vigilancia en salud pública mediante la aplicación informática y de acuerdo a los protocolos que para tal fin tiene dispuesto el INS.

## **ANTECEDENTES**

### **Comportamiento del evento en América**

La experiencia en la región muestra que algunos países tienen una vigilancia adecuada de las IAAS en sus servicios con datos institucionales y nacionales, sin embargo, existen también países

que a pesar que tener una vigilancia adecuada en los servicios no cuenta con datos nacionales y otros no tienen vigilancia estructurada. Esta variedad de situaciones no permite evaluar el impacto de las IAAS en la Región

En América, países como Argentina, Chile, Uruguay, Estados Unidos y Canadá han logrado incorporar la vigilancia de IAAS en el ámbito hospitalario, sin embargo, las definiciones, metodologías e indicadores varían entre países.

En estudios puntuales realizados en algunos países de la región en vía de desarrollo, se documentó la incidencia de IAD en 55 UCI, donde se identificó que entre las IAAS la neumonía fue la infección más frecuente con una tasa de 24,1 casos por 1.000 días ventilador, seguida por las infecciones asociadas a catéteres centrales con 12,5 casos por 1.000 días catéter y las

### **Comportamiento del evento en Colombia**

En Colombia, se han generado esfuerzos desde la academia y los grupos de investigación los cuales han realizado estudios puntuales para estimar el impacto de las IAAS. En el año 2007 el Grupo Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Unidades de Cuidados Intensivos de Colombia (GRUVECO), inicio el seguimiento de 24 UCI en instituciones del país para determinar la epidemiología de las infecciones en estos servicios. Este estudio incluyó un total de 5654 pacientes (mayores de 16 años), y determino que la IAD más frecuente era la neumonía asociada a ventilador (NAV) 51.2 %, seguida de las Infecciones sintomáticas del tracto urinario (ITU) 29% y Bacteriemia asociada a catéter central 18.4% (20)

A nivel público se resalta el esfuerzo de la implementación del Subsistema de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud que en la actualidad incorpora aproximadamente 86 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Bogotá, que desde el año 1998 ha monitorizado y estimado el

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



## DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

comportamiento de las IAAS en esta región del país. En el boletín epidemiológico 2012-2013 se encuentra que para el segundo nivel de complejidad hubo un ligero aumento en el total de los casos de infecciones asociada a la atención en salud. Para el año 2012 hubo un predominio de las infecciones de las infecciones del sitio quirúrgico 59.6% (superficial) y 10,6 % para la profunda seguida por la infección sintomática del tracto urinario asociada y no asociada a catéter (8,5%) en el 2013 siguió predominando las infecciones de sitio quirúrgico y la infección del tracto urinario asociado a catéter.

En cuanto a los aislamientos se encuentra para el año 2013 que para las infecciones del sitio quirúrgico predominó el *S. aureus* 39,4% y para las infecciones sintomáticas del tracto urinario predominó *E. coli* 80%. Para el año 2014 se encuentra que la infección sintomática del tracto urinario el microorganismo más frecuente fue la *E. Coli* con 44.4 % en cuanto a infección del sitio quirúrgico se encontró una frecuencia de 19.6 %. En cuanto al III nivel de complejidad se observó un incremento de los casos de IAAS notificados ya que en el año 2013 hubo 5852 casos y en el año 2014 6376 casos.

Las principales infecciones asociadas a catéter fueron la infección sintomática del tracto urinario asociada a catéter con 16,1 % en 2013 y 19,6 en el 2014; la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter con 13.7 % en el 2013 y 14,9 en el 2014; las neumonías

asociadas a ventilador mecánico reporta para el 2013 el 3.3 % y 6,8 en 2014. En cuanto a la UCI el boletín del departamento del Valle del cauca documentó que para el año 2014 la tasa de Neumonías asociadas a ventilador mecánico para el año 2014 fue de 6,5 por 1000 días de ventilador en segundo lugar se encuentra infección del torrente sanguíneo con 4,7 casos por 1000 días de catéter y en tercer lugar en las infecciones urinarias asociadas a sonda vesical con una tasa de 2,9 casos por 1000 días de catéter.

Como antecedentes de importancia se encuentra los avances que llevaron a la creación de la vigilancia nacional de las IAAS priorizando aquellas asociadas a dispositivos, resistencia bacteriana y consumo de antibióticos. En el 2011 el INS ejecutó una prueba piloto de estos eventos en hospitales de alta complejidad en donde se integró la vigilancia hospitalaria al Sistema Nacional de Vigilancia. Este estudio se realizó en 10 instituciones de salud de Antioquia (10 UCI), Valle del Cauca (18 UCI) y Bogotá (6 UCI) entre mayo y diciembre de 2011.

Hubo un diseño de protocolos apoyados en consenso formal de expertos para la definición de eventos y estrategias de vigilancia implementadas en las instituciones por profesionales de salud entrenados. La vigilancia de las IAD se realizó de manera activa en UCI (adulto, pediátrico, neonatal) aplicando criterios de definición de caso de neumonía asociada a ventilador, infección del torrente sanguíneo asociada a catéter e infección urinaria asociada a catéter.

*NIT: 890399029-5*

*Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.*

*Teléfono: 6200000 ext: 1659*

*sivigilavalle@gmail.com*

*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

Para el periodo del primer semestre de 2014 la información se recolectó a partir de 226 UCI a nivel nacional, las cuales pertenecen a 13 entidades territoriales. Del total de UCI, el 43% corresponde a UCI neonatal, 18% a UCI intermedio de adultos y el 17% a UCI de adultos. En el primer semestre se notificaron un total de 2666 casos de IAD, 823.278 días dispositivo y 653.248 días pacientes. Se observó que las UCI que comparten espacio físico con intermedio (UCI/I) presentaron tasas más altas y menor porcentaje de uso de dispositivo que las de UCI, comportamiento identificado en los años 2012 y 2013. Al analizar la información por tipo de infección se observó amplia variabilidad en el comportamiento de estos eventos, así mismo se identificó que las NAV ocuparon el primer lugar de incidencia en UCI adultos y las ITS-AC para los servicios de pediatría, siendo superiores a las reportadas por Estados Unidos en la Red Nacional de Seguridad en Salud; en cuanto a los agentes causales se identificó que los Gram negativos son los principales responsables de las NAV y los Gram positivos de las ITS-AC (26). Los datos presentados a partir del inicio de la vigilancia desde el 2011 con la prueba piloto corresponden a una aproximación del evento de todo el país, sin embargo, muestran de manera parcial el impacto de las IAAS, resistencia y consumo de antibióticos. Actualmente desde el INS se continúa en el proceso de implementación de la vigilancia nacional, ampliación de la cobertura y fortalecimiento de la vigilancia, ya que actualmente se entra como directriz lo estipulado como meta en el documento del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

## OBJETIVO

Describe el comportamiento de las infecciones asociadas a dispositivos y agentes causales asociados, en las Unidades Primarias Generadoras de (UPGD) con unidades de cuidados intensivos (UCI) que notificaron en el año 2015 al sistema de vigilancia de Salud Pública, con el fin de generar información válida y oportuna que oriente la toma de decisiones.

## METODOLOGIA

El presente informe es de tipo descriptivo a través de la vigilancia epidemiológica activa prospectiva y permanente se realizó el seguimiento a los pacientes y al uso de dispositivos (Ventilador mecánico, catéter central, catéter urinario) en UCI y aquellas que comparten espacio físico con intermedio (UCI/I) adulto, pediátrica o neonatal, de las UPGD de Cali, Palmira, Buga, Tuluá y Cartago durante el periodo de enero a diciembre del 2015. La detección y caracterización de los casos de IAD y sus agentes causales asociados estuvo a cargo de profesionales de la salud de las UPGD entrenados en la aplicación de definiciones contenidas en el protocolo de Vigilancia de IAD en UCI del INS. Los casos confirmados de IAD, agentes causales asociados, los días dispositivos y días pacientes fueron notificados de manera colectiva y mensual por las UPGD mediante un aplicativo web diseñado para tal fin. La información tuvo un proceso de auditoría y validación. Por parte de las entidades territoriales y de la Secretaría Departamental de Salud.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11.

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



## HALLAZGOS

### Comportamiento de la notificación

En el marco de la implementación de la estrategia de vigilancia de IAD para el territorio nacional, durante enero a diciembre de 2015 notificaron 22 UPGD del municipio de Cali, 3 UPGD del municipio de Buga, 3 UPGD en el municipio de Palmira, 2 UPGD en el municipio de Tuluá y una UPGD del municipio de Cartago, con al menos una UCI adulto, pediátrica o neonatal.

Dentro de los hallazgos relevantes en el proceso de verificación de los datos notificados por las instituciones, solo se tienen datos de la notificación de los meses de enero – Mayo ya que por los tiempos de notificación en el aplicativo Web versión 2.0 solo se cuenta con esos meses a esta fecha.

Con respecto a las UCI vigiladas, se observó mayor representatividad en UCI adulto con un 55,1 % seguido de UCI neonatal con un 27,5 % y por último la UCI pediátrica con un 17,2%.  
(cuadro No. 1)

**Cuadro N°1. Distribución de IPS notificadoras Enero a Junio 2015**

Entidad Territorial	UPGD con UCI*			UPGD con UCI INTERMEDIO**			
	Adulto	Pediátrica	Neonatal	Adulto	Pediátrica	Neonatal	
Cali	14	4	3		12	5	11
Buga	2	-	-	1	-		1
Cartago	-		-		-		-
Palmira	-	-	-	3	-		1
Tuluá	2	1	1	-	-		1
Total	18	5	4	16	5		14

\* Institución Prestadora de Servicios de Salud con al menos una Unidad de Cuidado Intensivo

\*\* Institución Prestadora de Servicios de Salud con al menos una Unidad de Cuidado Intensivo y que comparte espacio físico con intermedio



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

**Cuadro No. Cuadro de la distribución de las UPGD por municipio por nombre**

Ítems	Nombre de las UPGD municipio CALI	Nombre de las UPGD municipio Buga	Nombre de las UPGD municipio Palmira	Nombre de las UPGD municipio Tuluá	Nombre de UPGD municipio Cartago
1	Centro Médico Imbanaco	Hospital san José de Buga	Clínica Palmira	Clínica San Francisco	UCIMED
2	Recuperar S.A. IPS	UCI RIO	Clínica Palma Real	Clínica Mariangel	
3	Clínica Colombia	UCI Fátima	UCI Dumian		
4	Clínica Sebastián de Benalcázar				
5	Clínica Comfandi Amiga				
6	Clínica de Occidente				
7	Clínica Comfenalco IPS SAS				
8	Clínica Farallones				
9	Clínica de los Remedios				
10	Clínica Salucoop Cali Norte				
11	Clínica Salucoop la Novena				
12	Clínica Versalles				
13	Fundación Valle del Lili				
14	Hospital Universitario del Valle				
15	Hospital Infantil Club Noel				
16	COSMITET LTDA Corporación Comfenalco				
17	Universidad Libre				
18	SIRAD				
19	Clínica Santillana su Vida				
20	Clínica Nuestra Señora del Rosario				
21	UCI Cuidar				
22	Dime				
23	Desa				
24	UCI Dumian los Chorros				
25	Clínica Provida				

## Tendencia del evento

La vigilancia de este evento se encuentra implementado en el Valle del Cauca, desde el año 2012, en el cual solo notificaban 7 UPGD del municipio de Cali y 1 UPGD del municipio de Buga, y cada año se realiza ampliación de cobertura a diciembre del 2015 ya se encuentran el 100 % de las UPGD objeto de la vigilancia capacitadas, pero pese a esto por diferentes factores el número de instituciones que notifican varía por mes, por lo cual no se realizará tendencia del evento. Al realizar comparaciones entre los meses de enero a diciembre del 2014-2015 podemos decir que La notificación de las Infecciones Asociadas a la atención en salud en el año 2014 se encontraban notificando el 88 % de las UPGD de Cali y el 100% de las UPGD de Buga, y el 100% de las UPGD de Cartago, el 100% de las UPGD de Palmira y el 100% de las UPGD de Tuluá. Cabe anotar que el 12% de las UPGD de Cali que se encuentran notificando en el año 2015, no se encontraban notificando en el año 2014.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

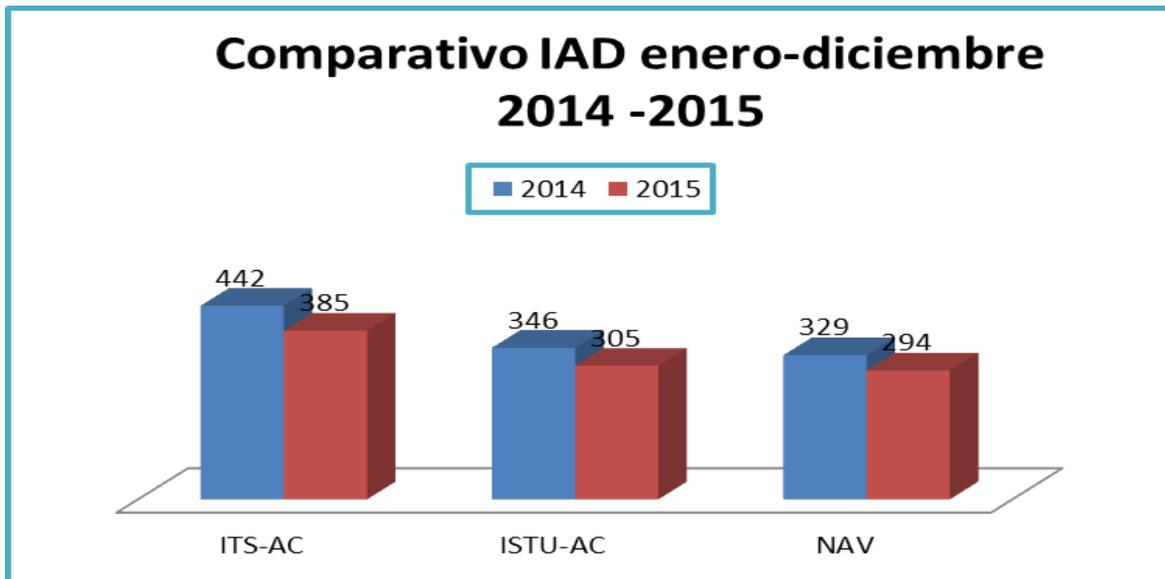
Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



En cuanto a Neumonías Asociadas a ventilador mecánico, Infecciones del torrente sanguíneo y las infecciones sintomáticas del tracto urinario en UCI A, UCI P y UCI N Se nota un notable disminución de los casos notificados en los meses de enero-diciembre con respecto al año 2014, esto puede deberse a que está mejorando la vigilancia y la implementación de programas de prevención, vigilancia y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, pese a que el número de las UPGD que notificaron en el año 2015 fueron mayores que en el año 2014.



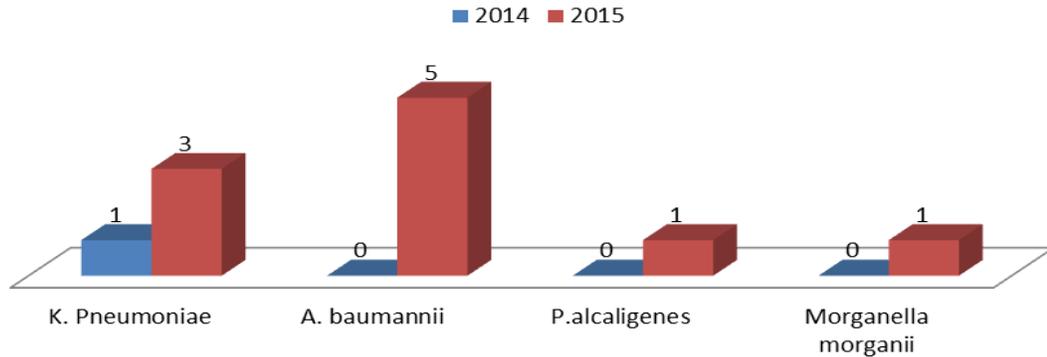
Fuente: Aplicativo Web versión 2.0

Por otro lado en el año 2014 se presentó un caso de NDM correspondiente a un aislamiento de *Klebsiella Pneumoniae* en una muestra de orina, en el año 2015 se presentaron un total de 10 casos correspondientes a 5 aislamientos de *A. baumannii* 1 en muestras de orina y 4 en sangre, un aislamiento de *Pseudomonas alcaligenes* en muestra de orina, 3 de *Klebsiella pneumoniae* en muestra de orina y una *Morganella morganii* en muestra de orina.

Los casos fueron conocidos por que fueron enviados al LDSP y estos a su vez al laboratorio del INS (los aislamientos corresponden a bacterias gram negativas productoras de carbapenemasas del tipo New Delhi metalo-B-lactamasa).



### Casos notificados de NDM productoras de carbapenemasas del tipo New Delhi metalo-B-lactamasa) año 2014-2015



Fuente: Archivos red de Laboratorios INS

### INFECCION DEL TORRENTE SANGUINEO ASOCIADO A CATETER (ITS-AC)

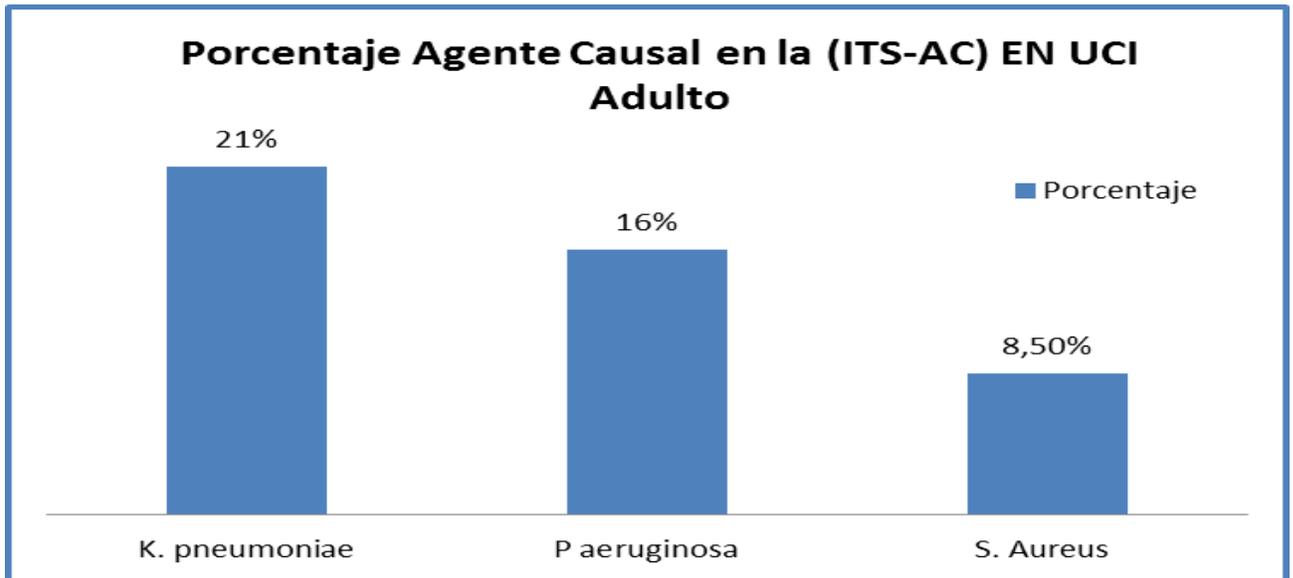
Durante el periodo vigilado se observó amplia variabilidad en el comportamiento de las tasas y porcentajes de uso para los servicios de UCI y aquellos que comparten espacio físico con intermedio (UCI/I) adulto, pediátrica y neonatal.

#### ➤ Unidad de Cuidado Intensivo Adulto

En el año 2015 en estos servicios se reportaron un total de 293 casos de ITS-AC de los cuáles el 58 % (170 casos) correspondieron a UCI y el 42 % (123 casos) correspondió a UCI A/I.

En cuanto a los microorganismos asociados a ITS-AC en adultos, Los microorganismos aislados más comunes fueron *K. pneumoniae*, con un 21,2 %; correspondiente a 62 aislamientos, seguido de *P aeruginosa*, con un 16 %. Correspondiente a 47 casos y en tercer lugar *S. Aureus* con 8,5 % que corresponde a 25 casos.

Cabe anotar que de todos los casos de ITS – AC el 75 % (219) corresponden al municipio de Cali, el 12.9 % (38) corresponde al municipio de Tuluá, el 4,7 % (14) corresponden al municipio de Cartago, el 4,0% (12) corresponde al municipio de Buga y el 3,4 % (10) corresponde al municipio de Palmira.



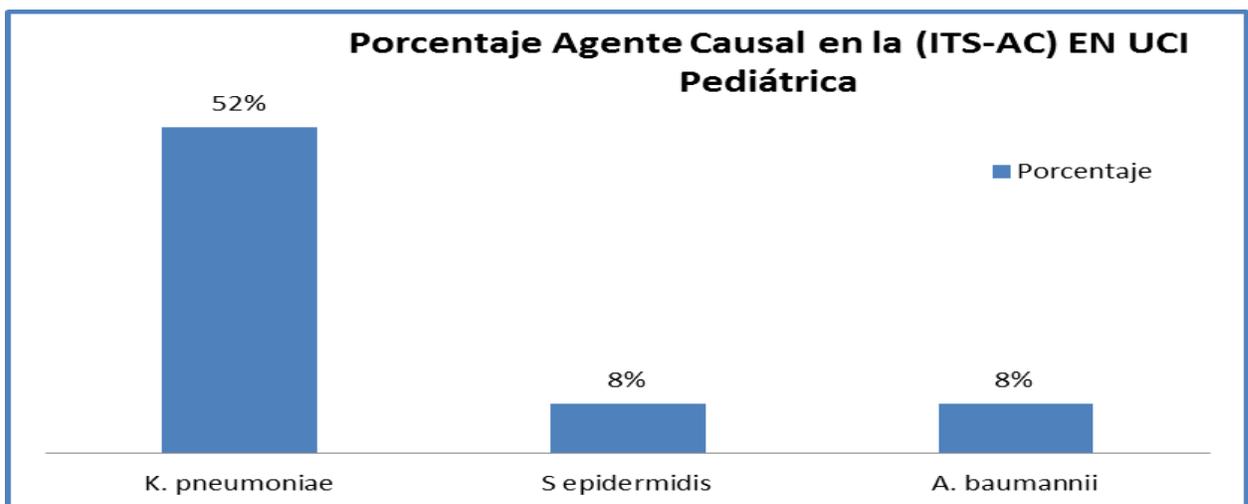
Fuente: Aplicativo Web versión 2.0

#### ➤ Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica

En el año 2015 se notificaron 38 casos en total de los cuales el 61 % (23 casos) corresponden a UCI P y el 39 % (15 casos) corresponde a UCI P Intermedio.

De los microorganismos aislados el más común fue *K. pneumoniae* con un 52,2 % (12 casos), le sigue el *Sepidermidis*, *A. baumannii*, *C. parasilosis*, cada uno con un 7.9% (3 casos cada microorganismo) todos tuvieron el mismo porcentaje, los demás microorganismos todos tuvieron un solo caso.

Cabe anotar que todos los aislamientos corresponden al municipio de Cali.



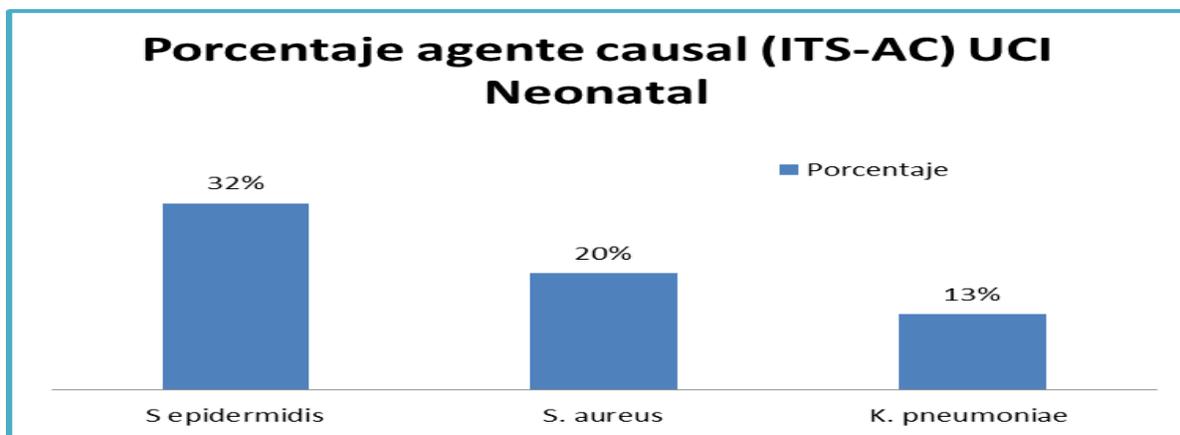
Fuente: Aplicativo Web versión 2.0



➤ **Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal**

En el año 2015 se notificaron 54 casos en total de los cuáles el 7,4 % (4 casos) fueron notificados en UCI Neonatal y el 92,6% (50) casos fueron reportados en UCI N/I. De los microorganismos aislados el mayor aislamiento corresponde a *S. Epidermidis* con un 31,5 % (17 casos) y en segundo lugar *S. aureus* con un 20 % (11 casos) y en tercer lugar *K. pneumoniae* con un 13 % (7 casos)

De los casos reportados el 96 % (54 casos) corresponde al municipio de Cali y el 4 % corresponde a Buga y Palmira cada municipio con un caso.



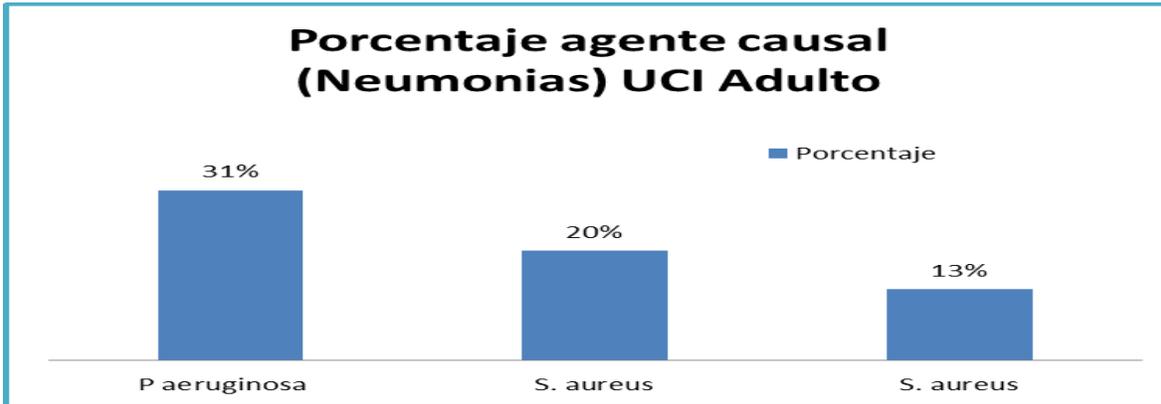
**NEUMONIAS ASOCIADAS A VENTILADOR MECANICO ASOCIADO A VENTILADOR (NAV)**

➤ **Unidad de Cuidado Intensivo Adulto**

En el año 2015 en estos servicios se reportaron un total de 260 casos de NAV asociada a ventilador mecánico de los cuáles el 69,2 % correspondieron a UCI - A y el 30,8 % (80 casos) correspondió a UCI A/I.

En cuanto a los microorganismos asociados aislados más comunes en fueron *P aeruginosa* con un 22,3 % (58 casos), le sigue *K. pneumoniae* con un 18,1 %. (47 casos) y en tercer lugar corresponde a *S. aureus* con 10,8% (28 casos)

De todos los casos reportados el 82.3 % (214 casos) corresponden al municipio de Cali, le sigue el municipio de Tuluá con 14 casos correspondiente al 5,4% continua el municipio de Palmira con un 5,4% (14 casos) y en último lugar con 3,8 % (10 casos) corresponde al municipio de Buga.



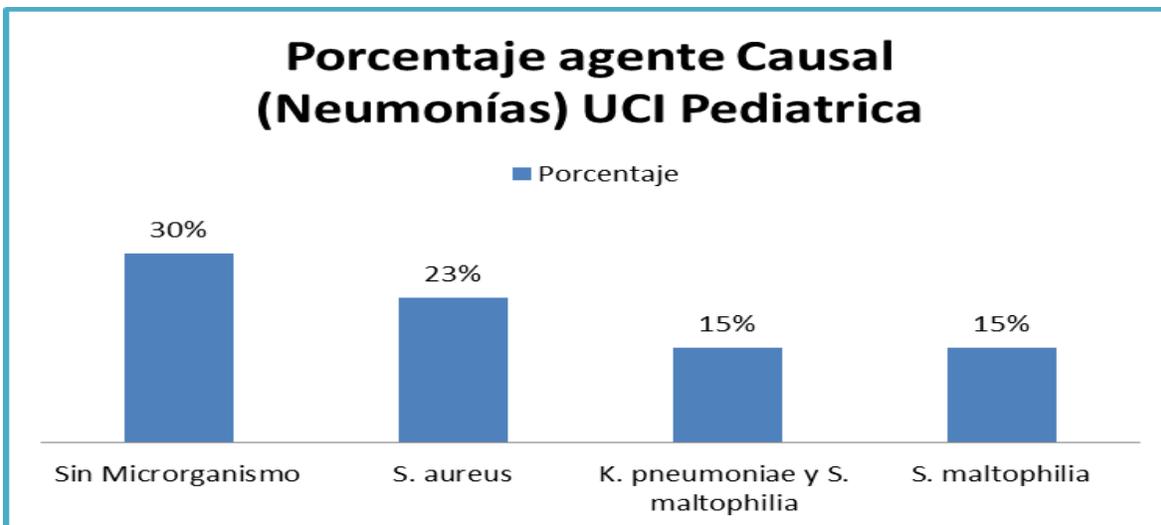
Fuente: Aplicativo Web versión 2.0

#### ➤ Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica

En el año 2015 se notificaron (13 casos) en total de los cuales el 53,8 % corresponden a UCI P y el 46,2% (6 casos) corresponden a UCI Intermedio Pediátrico

De los casos de neumonías encontrados el 30,8% (4 casos) son sin microorganismos, en segundo lugar, encontramos microorganismos aislados el *S. aureus* con un 23,1% (3 casos) en tercer lugar se encuentra *K. pneumoniae* y *S. maltophilia* cada uno con un 15,4% (2 casos cada microorganismo)

*Todos los casos notificados corresponden al municipio de Cali.*



Fuente: Aplicativo Web versión 2.0

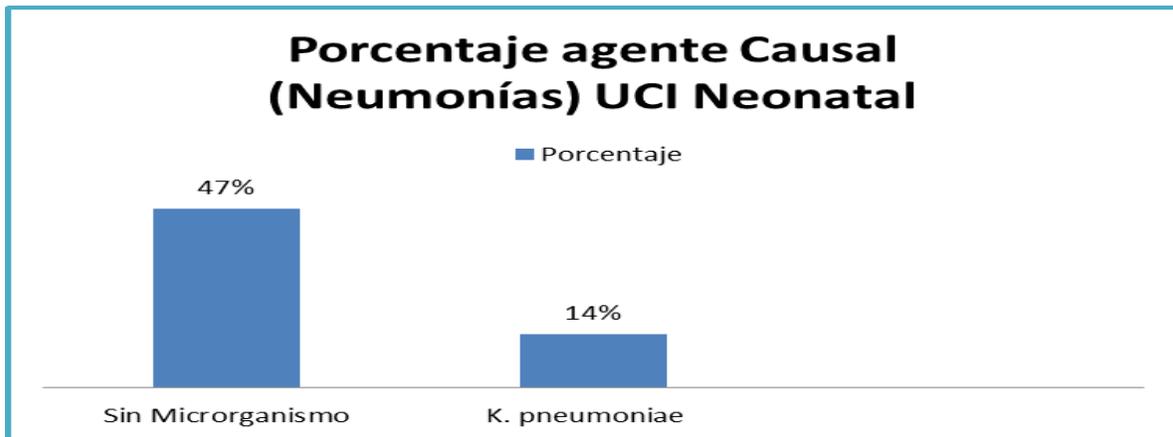


➤ **Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal**

En el año 2015 se notificaron 21 casos en total de los cuáles el 85,7 % (18 casos) fueron notificados en UCI Neonatal Intermedio y el 14,3% (4 casos) fueron notificados en UCI Neonatal.

De los casos de neumonía encontrados el 47,6% (10 casos) son sin microorganismos, en segundo lugar, encontramos *K. pneumoniae* con un 14,3% (3 casos) el resto de los microorganismos aislados todos tuvieron el mismo comportamiento ya que cada caso correspondió a un microorganismo diferente.

De todos los casos reportados el 95,2% (20 casos) corresponden al municipio de Cali y el 4,8% (1 caso) corresponde al municipio de Tuluá.



Fuente: Aplicativo Web versión 2.0

**INFECCIONES SINTOMATICAS DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A CATETER (ISTU –AC)**

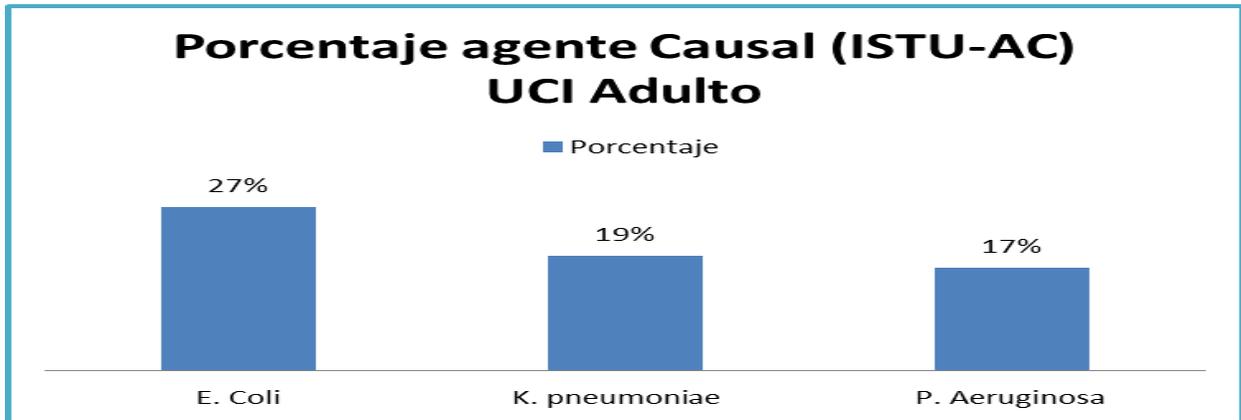
➤ **Unidad de Cuidado Intensivo Adulto**

En el año 2015 en estos servicios se reportaron un total de 289 casos de ISTU-AC de los cuáles el 70,9 % (205 casos) correspondieron a UCI - A y el 29,1 % (84 casos) correspondió a UCI A/Intermedio.

En cuanto a los microorganismos asociados a ISTU-AC en adultos, Los más comunes fueron *E. Coli* con un 27 % (78 casos) le sigue *K. pneumoniae*, con un 19,7 %. (57 aislamientos) y en tercer lugar tenemos *P. aeruginosa* con un 17,6% (51 casos)



Del total de los casos notificados el 79,9% (231 aislamientos) corresponde al municipio de Cali, el 8,7 % (25 aislamientos) al municipio de Tuluá, el 5,9% (17 aislamientos) al municipio de Buga, el 5,2% (15 aislamientos) corresponden al municipio de Palmira y el 0,3% (un aislamiento) corresponde al municipio de Cartago.



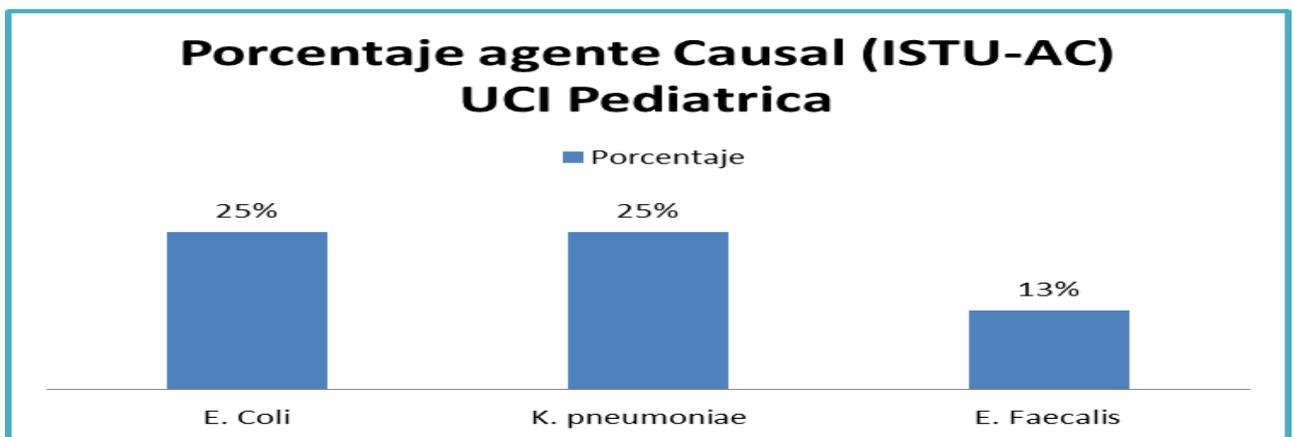
Fuente: Aplicativo Web versión 2.0

#### ➤ Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica

En el año de 2015 se notificaron 16 casos en total, de los cuales el 81,3% (13 casos) corresponde a UCI Intensivo Pediátrica y el 18,8% (3 casos) corresponde a UCI Intermedio pediátrica.

De los microorganismos aislados el más común fue *E. Coli* y *K. pneumoniae* con un 25% cada microorganismo (4 casos cada uno) le sigue *E. Faecalis* con un 12,5 % (2 aislamientos)

Del total de los casos notificados el 100 % corresponden al municipio de Cali.



Fuente: Aplicativo Web versión 2.0



### Neumonías Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)

Tabla No. Tasas de Neumonías Asociados a Ventilador y porcentaje de utilización en UCI adulto del año 2015

Tipo y N° de UCI	No. casos nuevos	N° Días dispositivo	N° Días paciente	Tasa IAD 1000	% UD
UCI (18)	180	53.519	127.438	3.6	42.4
UCI/I (17)	80	28.098	75.661	6,1	34.9

UCI: Unidad de Cuidado Intensivo

UCI/I: Unidad de Cuidado Intensivo que comparte espacio físico con intermedios

Tabla No. Tasas de Neumonías Asociados a Ventilador y porcentaje de utilización en UCI Pediátrica año 2015

Tipo y N° de UCI	No. casos nuevos	N° Días dispositivo	N° Días paciente	Tasa IAD 1000	% UD
UCI (5)	7	4.981	14.107	1.8	31.3
UCI/I (5)	6	3.488	12.311	3.1	25.9

UCI: Unidad de Cuidado Intensivo

UCI/I: Unidad de Cuidado Intensivo que comparte espacio físico con intermedios

Tasa de Neumonías y porcentaje de uso en UCI Neonatal año 2015

Tipo y N° de UCI	No. casos nuevos	N° Días dispositivo	N° Días paciente	Tasa IAD 1000	% UD
<= 750 g	1	267	878	1,5	17,02
751-1000 g	1	493	1.085	0,6	29,4
1001-1500 g	0	534	1.192	0	26,02
1501-2500 g	0	706	2.048	0	38,6
>2500 g	1	469	2.324	3,5	31,8

Tasa de Neumonías y porcentaje de uso en UCI Intermedio Neonatal año 2015

Tipo y N° de UCI	No. casos nuevos	N° Días dispositivo	N° Días paciente	Tasa IAD 1000	% UD
<= 750 g	4	2.173	4.409	0,4	28,7
751-1000 g	6	1.918	5248	0,6	22,6
1001-1500 g	3	1.448	9.628	0,4	13,4
1501-2500 g	1	1.789	15.092	0,1	10,5
>2500 g	4	2.210	23.344	0,7	8,5



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## Infecciones Torrente Sanguíneo Asociadas a Catéter

Tabla No. Tasas de ITS AC y utilización en UCI Adulto año 2015

Tipo y N° de UCI	No. casos nuevos	N° Días dispositivo	N° Días paciente	Tasa IAD 1000	% UD
UCI (18)	170	63.665	127.438	3.1	46.7
UCI/I (17)	123	32.020	75.661	10,9	39,4

UCI: Unidad de Cuidado Intensivo

UCI/I: Unidad de Cuidado Intensivo que comparte espacio físico con intermedios

Tabla No. Tasas de ITS AC y utilización en UCI Pediátrica año 2015

Tipo y N° de UCI	No. casos nuevos	N° Días dispositivo	N° Días paciente	Tasa IAD 1000	% UD
UCI (5)	23	8,688	14.107	1.8	47,25
UCI/I (5)	15	6.170	12.311	1,5	44,7

Tasa de ITS AC y porcentaje de uso en UCI Neonatal año de 2015

Tipo y N° de UCI	No. casos nuevos	N° Días dispositivo	N° Días paciente	Tasa IAD 1000	% UD
<= 750 g	0	552	878	0	29,4
751-1000 g	0	768	1.085	0	42,75
1001-1500 g	2	820	1.192	1,4	43,9
1501-2500 g	1	1.366	2.048	0,3	61,5
>2500 g	1	969	2.324	0,3	53,25

Tasa de ITS AC y porcentaje de uso en UCI Intermedio Neonatal de enero – junio 2015

Tipo y N° de UCI	No. casos nuevos	N° Días dispositivo	N° Días paciente	Tasa IAD 1000	% UD
<= 750 g	8	2.153	4.409	0,9	29,8
751-1000 g	10	2.357	5248	3,7	33,4
1001-1500 g	10	4.091	9.628	2,5	38,7
1501-2500 g	11	4.426	15.092	1,7	27,4
>2500 g	11	4.160	23.344	2,1	16,6

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·

Teléfono: 6200000 ext: 1659

[sivigilavalle@gmail.com](mailto:sivigilavalle@gmail.com)

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



### Infecciones Sintomáticas del tracto Urinario (ISTU-AC) en Unidad de Cuidados Intensivos Adultos

Tabla No. Tasa de ISTU AC y porcentaje de uso en UCI Adulto año 2015

Tipo y N° de UCI	No. casos nuevos	N° Días dispositivo	N° Días paciente	Tasa IAD 1000	% UD
UCI (18)	205	80.072	127.438	2,7	62,3
UCI/I (17)	84	43.561	75.661	12,3	54,8

Tasa de ISTU AC y porcentaje de uso en UCI Pediátrica año 2015

Tipo y N° de UCI	No. casos nuevos	N° Días dispositivo	N° Días paciente	Tasa IAD 1000	% UD
UCI (5)	13	4.647	14.107	1,7	24,7
UCI/I (5)	3	2.680	12.311	0,4	16,4

### RESISTENCIA BACTERIANA

En cuanto a Resistencia Bacteriana se ha notado una gran variabilidad en cuanto a las siglas del diccionario de tipo de muestra lo cual fue reportado al INS quienes están en proceso de mejorar la estandarización de este diccionario para evitar los inconvenientes presentados.

El INS emitió la circular 0021 de mayo 2014 la cual complementa la circular 043 de 2013 que habla de los aislamientos que deben ser confirmados por el laboratorio Departamental de Salud Pública, las UPGD tenían muchas dudas acerca de esta circular las cuales fueron aclaradas en capacitación realizada por el Laboratorio Departamental de Salud, al igual que los sitios donde se pueden conseguir los reactivos para las pruebas complementarias de EDTA, ACIDO BORINICO y TEST DE HOGDE por lo cual se han aumentado la notificación de casos de NDM en el Valle del Cauca.

En cuanto a la notificación existe un inconveniente con algunas UPGD como son el municipio de Tuluá que no han podido iniciar la notificación debido a problemas técnicos y de personal de las instituciones. Además, algunas instituciones no están realizando pruebas complementarias a perfiles que lo ameritan de acuerdo a la circular 021.

Todavía existen muchas falencias en cuanto a la concordancia entre las BD whonet y lo notificado en el aplicativo WEB además se presentan muchos errores en los tipos de muestras.



# DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA GOBERNACIÓN

Secretaría de Salud

## CUMPLIMIENTO EN LOS TIEMPOS DE NOTIFICACION

En cuanto a la notificación En estos momentos ya tenemos notificando 24 UPGD de tercer nivel del municipio del Cali, 3UPGD del municipio de Palmira, 2 UPGD del municipio de Tuluá, 3 UPGD del municipio de Buga y 1 UPGD del municipio de Cartago todo lo concerniente a Infecciones asociadas a dispositivos, consumo de antibióticos y 19 UPGD del municipio de Cali, 3 UPGD del municipio de Buga y 3 UPGD del municipio de Palmira notificando resistencia bacteriana

En cuanto a los tiempos establecidos por los protocolos en cuanto a IAD y CAB no se están cumpliendo los tiempos de notificación por falta de Referente de Infecciones de la secretaria de salud Departamental (solo estuvo contratada por 3 meses y medio). Además, las instituciones se están adaptando a los nuevos tiempos de notificación los cuales fueron reducidos notablemente.

Pese a esto se han cumplido con los tiempos establecidos por el INS

### Notificación de vigilancia de IAD – CAB y Resistencia Bacteriana en el ámbito hospitalario Valle del Cauca 2015

Municipio	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Santiago de Cali						
Buga						
Cartago						
Tuluá						
Palmira						

	No había iniciado vigilancia
	Completas
	Pendiente de Ajuste
	Sin información



## AMPLIACION DE COBERTURA

En el año 2014 se realizó ampliación de cobertura en todas las UPGD del Valle del Cauca, este año solo se prestará apoyo a las UPGD que presente inconvenientes con la notificación, además han ingresado al sistema de vigilancia de IAAS todas las instituciones que han abierto servicios de unidades de cuidados intensivos en el municipio de Cali fueron 3 instituciones (clínica DESA, Nueva Rafael Clínica Rafael Uribe Uribe y UCI Dumian los chorros)

### Cobertura de la vigilancia de IAD y CAB en UCI A, Pediátrica y Neonatal en el Valle del Cauca 2013

Municipios	Total UPGD con UCI	Total UPGD UCI Capacitadas	Total de UCI Notificando
Cali	24	24	24
Buga	3	3	3
Palmira	3	3	3
Tuluá	2	2	2
Cartago	1	1	1
Total	33	33	33

Nota: Hay 4 UPGD que no están notificando Resistencia Bacteriana.

## CONCLUSION

Los datos consolidados en este informe reflejan la necesidad de continuar con el proceso de fortalecimiento de la vigilancia de estos eventos.

De las UPGD capacitadas el 100% están notificando IAD Y CAB y el 80% están notificando resistencia bacteriana lo cual es un porcentaje ideal dentro de lo esperado.

En el departamento del Valle en donde las UCI que comparten espacio físico con intermedios (UCI/I) representan una gran proporción de servicios vigilados, se hace necesario continuar con la vigilancia en estas áreas y promover el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de IAD.

Realizar acciones que conlleven al cumplimiento de los lineamientos para la vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención en salud.

Se hace necesario crear un instrumento o estrategia de control de calidad de la información notificada ya que hay instituciones que están notificando en cero lo cual existe la duda si este dato es real o se está ocultando información por parte de la UPGD.



## **RECOMENDACIONES**

Continuar con el proceso de fortalecimiento de las estrategias de vigilancia de IAD en el departamento del Valle del Cauca, con el fin de contar con información más cercana a la realidad.

Promover la creación de procesos de capacitación a los actores del sistema que contribuyan a la mejora en la toma de decisiones relacionadas al manejo de brotes de las IAAS en el ámbito hospitalario y a los procesos de prevención y control.

Articular con el sector académico para fortalecer un adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presenten patologías infecciosas y así disminuir la morbilidad y mortalidad frente a estos eventos.

Impulsar a las Direcciones Locales de Salud para que estas a su vez motiven a las UPGD para que estas cumplan con los tiempos establecidos de notificación.

Motivar a las Direcciones Locales y Departamentales de Salud para que contraten a personal con el perfil adecuado para el manejo de este evento.