



**GOBERNACIÓN
VALLE DEL CAUCA**

Secretaría de Salud

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

INFORME I SEMESTRE 2017

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

María Cristina Lesmes Duque

Secretario Departamental de Salud del Valle

Luisa Fernanda Reina González

Subsecretaria de Salud Pública

2017

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE

María Cristina Lesmes Duque

Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca

Luisa Fernanda Reina González

Subsecretaria Técnica Salud Pública

Elisa María Pinzón Gómez

María Constanza Victoria García

Coordinación Vigilancia en Salud Pública Departamental

María Beatriz Olaya González

Coordinadora Laboratorio de Salud Pública Departamental

Helmer de Jesús Zapata Ossa

Coordinador Comité Departamental de Estadísticas Vitales

RESPONSABLES DE INFORME

Alba Lucía Rodríguez Niampira, Enfermera Magister en Epidemiología.

Diana Carolina Pineda, Enfermera- Especialista En Epidemiología

Diana Marcela Cruz Mora, Trabajadora Social- Especialista En Epidemiología

Diana Paola Moreno, Enfermera, Maestrante en Epidemiología

Elisa María Pinzón Gómez, Odontóloga Magister en Epidemiología.

Freddy Córdoba, Biólogo, Especialista en Epidemiología

Juan Fernando Millán Hurtado, Coordinador Operativo – CRUE.

Julián Andrés Peláez F. Fisioterapeuta, Maestrante en Epidemiología

María Eugenia Ortiz Carrillo, Terapeuta Respiratoria Magister en Epidemiología.

Nubia Esperanza Rengifo García, Bacterióloga. Especialista en Epidemiología,

Sandra Carrillo Lasso, Enfermera Magister en Epidemiología.

Viviana Alejandra Ortiz Ortega, Psicóloga, Maestrante en Epidemiología

Víctor Hugo Muñoz Villa, Psicólogo, Magister en Epidemiología

Yanira Mosquera, Enfermera, Especialista en Gerencia Servicios.

EQUIPO DE APOYO

Diana Marcela Hoyos Ocampo. Ingeniera Informática Esp. Admón. en Salud, Maestrante en Epidemiología

Elba Gladis Gómez, Trabajadora Social

Erasmus Correa Riascos – Estadístico

Giovanna Andrea Torres. Ingeniera de Sistemas

Guillermo Llanos Ramos. Técnico

Isabel Cristina González Ospina. Ingeniera de Sistemas

Juan Carlos Gutiérrez Millán. Estadístico

Luis Eduardo Martínez, Técnico

Nelly Yulisa Rivas, Socióloga con Magister en Estudios Latinoamericanos

Paola Andrea Unigarro Saa, Comunicadora. Esp. Administración Pública.

Raúl Orozco. Ingeniero de Sistemas. Esp Admón en Salud

Correo electrónico: mvictori@valledelcauca.gov.co , elisamariapinzon@gmail.com, vigilanciavalle@gmail.com ,
sivigilavalle@gmail.com , gllanos@valledelcauca.gov.co

Celular: 3113071980 - 3206903383

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 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



La estructura de los informes de eventos de interés en salud pública será: título, responsable del informe y datos de contacto, introducción, objetivo, metodología, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y bibliografía.

- **Título:** Debe incluir el departamento o distrito y el periodo considerado.
- **Responsable del informe y datos de contacto:** Debe mencionar las personas y su cargo involucradas en la construcción del informe, así como el correo electrónico y el teléfono institucional de contacto.
- **Introducción:** En la introducción se debe incluir el contexto regional relacionado con la salud pública y una breve descripción de la población.
- **Objetivos:** Describir los objetivos del informe como insumo para el seguimiento a los procesos de la vigilancia en salud pública. Los objetivos más frecuentes se suelen relacionar con la caracterización de la población y su situación de salud, la medición de morbilidad y mortalidad, la identificación de factores de riesgo, protectores y determinantes sociales, el seguimiento a indicadores y la evaluación de programas, proyectos y actividades.
- **Metodología:** debe describir los métodos utilizados para recolección, sistematización y análisis de los datos, las fuentes de información y los programas informáticos utilizados para estos procesos.
- **Resultados:** En este componente se debe describir el comportamiento de los eventos y sus indicadores.

Los grupos de eventos a considerar son:

1. Comportamiento de la notificación a través del Sivigila.
2. Comportamiento de los eventos de Inmunoprevenibles.
3. Comportamiento de eventos de micobacterias.
4. Comportamiento de los eventos de factores de riesgo ambiental
5. Comportamiento de los eventos de infecciones de transmisión sexual
6. Comportamiento de los eventos de zoonosis.
7. Comportamiento de los eventos de vectores.
8. Comportamiento de los eventos de crónicas no transmisibles.
9. Comportamiento de la mortalidad materna y perinatal.
10. Comportamiento de Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibióticos.
11. Comportamiento de eventos de vigilancia departamental.

Para cada evento se debe incluir:

- La descripción del evento teniendo en cuenta las variables persona (grupos de edad en quinquenios cuando el evento así lo amerite), lugar y tiempo.
- El comportamiento de los indicadores propios de la vigilancia de cada evento, sus indicadores trazadores y/o de impacto y su tendencia, con cortes a periodos 3, 6 y 9 y anual acumulados, estos indicadores se registran en una tabla, desagregando el valor del indicador para cortes trimestrales manteniendo el comportamiento histórico, registrando el valor de la meta para cada indicador



Después de los resultados de cada grupo de eventos se debe realizar el análisis de los datos que incluye la discusión, las conclusiones y las recomendaciones:

- **Discusión:** Es la explicación de los resultados obtenidos, esta explicación puede incluir:
 - Una breve descripción que resalte los hallazgos más relevantes.
 - La comparación del estado de los indicadores con las metas departamentales, nacionales y el comportamiento en otros periodos.

La explicación en el contexto regional de los resultados que se presentaron. Este contexto puede relacionarse con las características de la población, el comportamiento histórico, la historia natural y social de los eventos, las decisiones tomadas en el departamento etc.

- Las dificultades que se presentaron en el proceso de vigilancia de cada grupo de eventos.
- **Conclusiones:** Problemas evidenciados y acciones tomadas por el departamento para mejorar la vigilancia y lograr prevención y control de los eventos y el impacto de estas medidas. Las tendencias más importantes en el comportamiento de los eventos.
- **Recomendaciones:** deben mostrar los aspectos que deben fortalecerse para el mejoramiento del proceso, deben ser viables con los recursos disponibles, preferiblemente deben enfocarse en grupos con mayores riesgos, pueden incluir la realización de estudios epidemiológicos, la implementación de políticas de salud pública, la supervisión o la creación de programas y proyectos etc

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 2017, de acuerdo con la proyección censo DANE de 2005, es de 4.707.890 habitantes. Tiene una superficie total de 21.195 km², 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 este con los departamentos de Quindío y Tolima, en una longitud de 105 Km. y 108 Km. respectivamente, al oeste con el Océano Pacífico en una longitud de 218 Km (Ver mapa 1). El departamento tiene una extensión de 21.195 Km.² 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 41 municipios y un distrito en su división político-administrativa.

NIT: 890399029-5
Palacio de San Francisco – carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11·
Teléfono: 6200000 ex : 1659
mvictori@valledelcauca.gov.co
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



De acuerdo a las cifras de proyección de población del DANE se tiene estimado que para el año 2017 el Departamento del Valle cuenta 4.707.890 habitantes, a continuación, se encuentra la proyección por municipio y según sexo.

Tabla 1. Población proyectada para el año 2017 según sexo. Departamento del Valle del Cauca

Municipios	Total	Hombres	Mujeres
Cali	2.420.013	1.156.787	1.263.226
Alcalá	22.244	11.177	11.067
Andalucía	17.756	8.642	9.114
Ansermanuevo	19.350	10.037	9.313
Argelia	6.389	3.262	3.127
Bolívar	13.131	6.704	6.427
Distrito Buenaventura	415.640	202.123	213.517
Guadalajara de Buga	114.807	56.250	58.557
Bugalagrande	21.070	10.715	10.355
Caicedonia	29.628	14.835	14.793
Calima	15.822	7.981	7.841
Candelaria	84.120	41.304	42.816
Cartago	133.652	64.305	69.347
Dagua	36.654	19.023	17.631
El Águila	11.162	6.026	5.136
El Cairo	10.116	5.183	4.933
El Cerrito	58.025	28.426	29.599
El Dovio	8.321	4.142	4.179
Florida	58.556	28.806	29.750
Ginebra	21.430	10.733	10.697
Guacarí	35.084	17.301	17.783
Jamundí	124.586	60.513	64.073
La Cumbre	11.614	6.016	5.598
La Unión	39.005	19.181	19.824
La Victoria	13.081	6.374	6.707
Obando	15.141	7.652	7.489
Palmira	308.671	148.967	159.704
Pradera	56.538	28.060	28.478
Restrepo	16.329	8.079	8.250
Riofrío	14.259	7.285	6.974

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





Roldanillo	32.404	15.542	16.862
San Pedro	18.636	9.632	9.004
Sevilla	44.590	22.222	22.368
Toro	16.525	8.478	8.047
Trujillo	17.987	9.440	8.547
Tuluá	216.604	104.044	112.560
Ulloa	5.383	2.765	2.618
Versalles	7.020	3.718	3.302
Vijes	11.279	5.840	5.439
Yotoco	16.417	8.273	8.144
Yumbo	122.718	61.581	61.137
Zarzal	46.133	22.355	23.778
total	4.707.890	2.279.779	2.428.111

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.





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 la 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 primer semestre del año 2017.

METODOLOGÍA

El informe fue elaborado con la información de los registros de la base de datos de SIVIGILA del primer semestre del año 2017 (corte 17 junio semana 24). En relación con las bases de datos de nacimientos y defunciones estas bases fueron descargadas con corte al 17 de junio de 2017

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 2014, para los demás años esta información es preliminar.

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 referente de eventos 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.

INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN A TRAVÉS DEL SIVIGILA I SEMESTRE AÑO 2017

*Giovanna Torres Arango. Ingeniera de Sistemas
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 41 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 el primer semestre del 2017.

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 2017 Versión 1.2.

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 780 de 2016 en el título 8 se define el sistema de vigilancia 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. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO

a. Cumplimiento en la entrega del reporte Semanal

Indicador	Meta	Valor Indicador a semana 24 año 2015	Valor Indicador a semana 24 año 2016	Valor Indicador a semana 24 año 2017
Cumplimiento de la entrega del reporte semanal	UNM: 95%	83 %	98%	93%

En el cumplimiento de la entrega del reporte semanal para el primer semestre de 2017 se obtiene que el 93% UNM del departamento cumplieron con la entrega del reporte semanal, queriendo decir que en este proceso se notificó al menos un evento EISP, además se incumple con la meta estimada por el INS de UNM: 95%. Disminuyendo en la entrega de reporte semanal en un 5% con respecto a la semana 24 del año 2016.

b. Cumplimiento acumulado de la notificación

Indicador	Meta	Valor Indicador a semana 24 año 2015	Valor Indicador a semana 24 año 2016	Valor Indicador a semana 24 año 2017
Cumplimiento acumulado de la notificación	UNM: 95%	84,64 %	88.16%	91%

En el cumplimiento acumulado de la notificación se tiene como resultado que del total (41 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 24 y el 91,16% 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. Se aclara que para este año 2017 no se tiene en cuenta el municipio de Buenaventura por estar calificado como Distrito. El cumplimiento acumulado tuvo un incremento del 3% con respecto al año 2016.

c. Cumplimiento en el ajuste de casos

Indicador	Meta	Valor Indicador a semana 24 año 2015	Valor Indicador a semana 24 año 2016	Valor Indicador a semana 24 año 2017



Cumplimiento en el ajuste de casos	100%	17,04 %	4,77%	49%
------------------------------------	------	---------	-------	-----

En el cumplimiento de ajuste de casos notificados el 49% de los casos fueron ajustados por el departamento en el subsistema de información valor muy por debajo de la meta nacional la cual es el 100%.

eventos	% cumplimiento
EVENTO SIN ESTABLECER	100
FIEBRE AMARILLA	100
LEISHMANIASIS VISCERAL	100
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	100
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	100
RUBEOLA	100
SARAMPION	100
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	100
TETANOS ACCIDENTAL	100
TIFUS EPIDEMICO TRANSMITIDO POR PIOJOS	100
ZIKA	72
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	69
CHAGAS	67
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	67
MORTALIDAD POR DENGUE	67
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	63
LEPTOSPIROSIS	61
CHIKUNGUNYA	55
TOS FERINA	53
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	52
DENGUE GRAVE	50
MENINGITIS	36
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	33
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	30
DEFECTOS CONGENITOS	26
DENGUE	18
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	12

1.2 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.

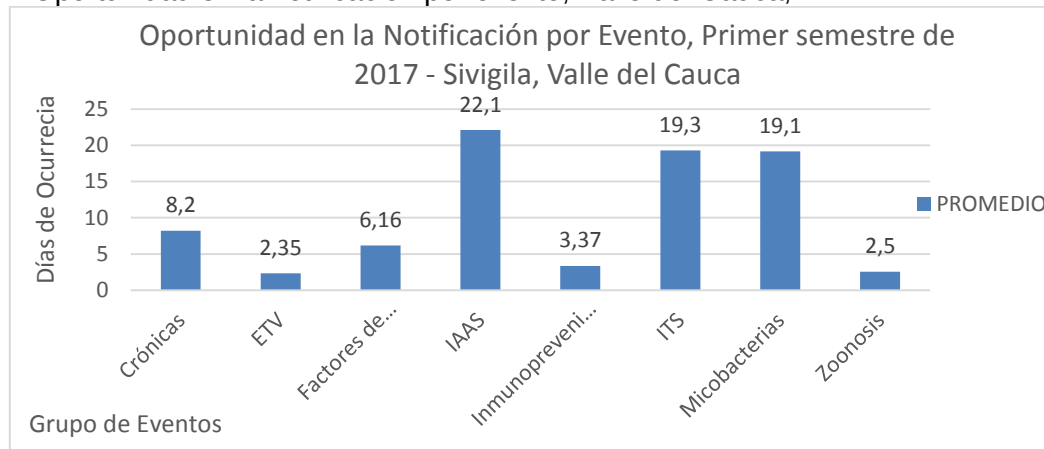


a. Oportunidad en la notificación por evento

Indicador	Meta	Valor Indicador a semana 24 año 2015	Valor Indicador a semana 24 año 2016	Valor Indicador a semana 24 año 2017
Oportunidad en la notificación por evento	1 día para eventos en eliminación, erradicación y control internacional y 8 días para el resto de eventos.	2 días	1,17 días	10,38

El departamento del Valle reportó al Sivigila la ocurrencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública en promedio a los **10,38** días después de haber sido captados.

Grafico1. Oportunidad en la notificación por evento, Valle del Cauca,



Fuente: Sivigila, Departamental

b. Proporción de casos notificados oportunamente

Indicador	Meta	Valor Indicador a semana 24 año 2015	Valor Indicador a semana 24 año 2016	Valor Indicador a semana 24 año 2017
Proporción de casos notificados oportunamente	100%	90,20%	91,06%	87,48%

El 87.48% de los casos reportados se ingresaron al sistema de forma oportuna. Del total de UNM del departamento del Valle del Cauca, el 99,64% notificó la presencia o no de por lo menos un evento objeto de vigilancia en salud pública en la semana correspondiente.



c. Oportunidad en el ajuste de casos

NOMBRE DE EVENTOS	(INDICADOR 1) Días Promedio
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	35
CHAGAS	13
CHIKUNGUNYA	52
DEFECTOS CONGENITOS	76
DENGUE	54
DENGUE GRAVE	28
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	22
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	33
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	49
EVENTO SIN ESTABLECER	91
FIEBRE AMARILLA	19
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	20
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	68
LEISHMANIASIS VISCERAL	15
LEPTOSPIROSIS	12
MENINGITIS	25
MORTALIDAD POR DENGUE	63
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	35
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	37
RUBEOLA	86
SARAMPION	62
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	94
TETANOS ACCIDENTAL	50
TIFUS EPIDEMICO TRANSMITIDO POR PIOJOS	29
TOS FERINA	37
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	33
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	22
ZIKA	56
Total general	43
NOMBRE EVENTOS	(INDICADOR 2) % CASOS NOTIFICADOS
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	59
CHAGAS	100
CHIKUNGUNYA	53
DEFECTOS CONGENITOS	0
DENGUE	60
DENGUE GRAVE	60
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	75
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	77
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	29
EVENTO SIN ESTABLECER	0
FIEBRE AMARILLA	100
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	100
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	13
LEISHMANIASIS VISCERAL	100
LEPTOSPIROSIS	94
MENINGITIS	71
MORTALIDAD POR DENGUE	0
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	0
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	0
RUBEOLA	0



SARAMPION	67
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	0
TETANOS ACCIDENTAL	0
TIFUS EPIDEMICO TRANSMITIDO POR PIOJOS	100
TOS FERINA	50
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	71
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	71
ZIKA	30
Total general	64

El departamento del Valle del Cauca ajustó el **64%** de casos como máximo a los 30 días de su notificación al sistema.

1.3 Otros indicadores para la evaluación del proceso de notificación

a. Porcentaje de silencio epidemiológico

Indicador	Meta	Valor Indicador a semana 24 año 2015	Valor Indicador a semana 24 año 2016	Valor Indicador a semana 24 año 2017
Porcentaje de silencio epidemiológico	0%	14,28%	16%	8%

En la semana epidemiológica #24 del Valle del Cauca, las UNM obtuvieron el 17% de silencio epidemiológico para la semana en mención. Quedando en un riesgo MEDIO. El promedio de silencio epidemiológico para las UNM quedó en un 8%, quedando en un riesgo BAJO

Rango % de UNM en silencio	Convención	Riesgo
0		Ninguno
>0% a >10%	8%	Bajo
De 10% a 20%	17%	Medio
Mayor a 20%		Alto

b. Porcentaje de notificación negativa

Indicador	Meta	Valor Indicador a semana 24 año 2015	Valor Indicador a semana 24 año 2016	Valor Indicador a semana 24 año 2017
Porcentaje de notificación negativa	0%	10,89%	14%	14%

El indicador de porcentaje de notificación negativa el **14%** de las UPGDs del departamento quedó en riesgo por notificación negativa en el periodo 6, quedando en riesgo **Medio** según tabla de rango de porcentaje para UNM en riesgo por notificación negativa de sus UPGD. El indicador continúa igual con respecto al año inmediatamente anterior



Rango % de UNM en riesgo por notificación negativa de sus UPGD	Convención	Riesgo
0		Ninguno
>0% a >10%		Bajo
De 10% a 20%	14%	Medio
Mayor a 20%		Alto

2. INDICADORES GENERALES

A continuación, se exponen indicadores generales para el análisis de los eventos de interés en salud pública.

2.1 Porcentaje de casos por grupo poblacional

Los pacientes notificados por el departamento del Valle del Cauca pertenecen al grupo poblacional, según tabla:

Discapacitados	Desplazados	Migrante	Carcelario	Gestacional	Indígena	Población ICBF	Madre Comunitaria	Desmovilizados	Psiquiátrico	Victima Violencia	OTROS
0,20	0,48	0,11	1,05	4,54	0,42	0,12	0,03	0,06	0,21	0,28	93,44

Del total de casos notificados para los diferentes eventos, corresponde al grupo poblacional según tabla:

NOMBRE EVENTO	DISCAPACITADOS	DESPLAZADOS	MIGRANTE	CARCELARIO	GESTACIONAL	INDIGENA	POBLACION ICBF	MADRE COMUNITARIA	DESMOVLIZADOS	PSIQUIATRICO	VICT. VIOLENCIA	OTROS
Accidente Ofídico	171	405	93	883	3807	350	100	29	52	174	231	78300
Bajo Peso Al Nacer	11	26	6	56	243	22	6	6	3	11	15	5005
Cáncer De La Mama Y Cuello Uterino	11	25	6	56	239	22	6	6	3	11	15	4923
Cáncer En Menores De 18 Años	60	142	33	309	1333	123	35	35	18	61	81	27405
Chagas	2400	5667	1300	12367	53300	4900	1400	1400	733	2433	3233	1096200
Chikungunya	54	127	29	277	1193	110	31	31	16	54	72	24542
Consumo De Sustancias Psicoactivas Inyectadas	1029	2429	557	5300	22843	2100	600	600	314	1043	1386	469800
Defectos Congénitos	23	54	12	118	508	47	13	13	7	23	31	10440
Dengue	2	4	1	9	39	4	1	1	1	2	2	798



GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

Dengue Grave	360	850	195	1855	7995	735	210	210	110	365	485	164430
Desnutrición Aguda En Menores De 5 Años	13	31	7	68	292	27	8	8	4	13	18	6012
Difteria	7200	17000	3900	37100	159900	14700	4200	4200	2200	7300	9700	3288600
Endometritis Puerperal	1200	2833	650	6183	26650	2450	700	700	367	1217	1617	548100
Enfermedad Diarreica Aguda Por Rotavirus	7200	17000	3900	37100	159900	14700	4200	4200	2200	7300	9700	3288600
Enfermedad Transmitida Por Alimentos O Agua (Eta)	20	47	11	103	445	41	12	12	6	20	27	9160
Enfermedades Huérfanas - Raras	12	29	7	64	275	25	7	7	4	13	17	5660
Esi - Irag (Vigilancia Centinela)	9	21	5	45	195	18	5	5	3	9	12	4020
Evento Adverso Seguido A La Vacunación.	189	447	103	976	4208	387	111	111	58	192	255	86542
Evento Sin Establecer	800	1889	433	4122	17767	1633	467	467	244	811	1078	365400
Exposición A Flúor	17	40	9	88	379	35	10	10	5	17	23	7793
Fiebre Amarilla	7200	17000	3900	37100	159900	14700	4200	4200	2200	7300	9700	3288600
Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea	720	1700	390	3710	15990	1470	420	420	220	730	970	328860
Hepatitis A	176	415	95	905	3900	359	102	102	54	178	237	80210
Hepatitis B, C Y Coinfección Hepatitis B Y Delta	70	165	38	360	1552	143	41	41	21	71	94	31928
Infecciones Asociadas A Dispositivos - Individual	19	45	10	97	419	38	11	11	6	19	25	8609
Infección Respiratoria Aguda Grave Irag Inusitada	29	68	16	148	637	59	17	17	9	29	39	13102
Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico	655	1545	355	3373	14536	1336	382	382	200	664	882	298964
Intento De Suicidio	6	13	3	29	126	12	3	3	2	6	8	2585
Intoxicaciones	5	12	3	25	110	10	3	3	2	5	7	2257
Leishmaniasis Cutánea	85	200	46	436	1881	173	49	49	26	86	114	38689
Leishmaniasis Visceral	7200	17000	3900	37100	159900	14700	4200	4200	2200	7300	9700	3288600
Lepra	313	739	170	1613	6952	639	183	183	96	317	422	142983
Leptospirosis	18	43	10	94	406	37	11	11	6	19	25	8347
Lesiones De Causa Externa	9	22	5	48	208	19	5	5	3	10	13	4288

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

Lesiones Por Artefactos Explosivos (Pólvora Y Minas Antipersonal)	58	137	31	299	1290	119	34	34	18	59	78	26521
Malaria	10	24	5	52	222	20	6	6	3	10	13	4568
Meningitis	94	221	51	482	2077	191	55	55	29	95	126	42709
Morbilidad Materna Extrema	7	16	4	35	150	14	4	4	2	7	9	3091
Mortalidad Materna	480	1133	260	2473	10660	980	280	280	147	487	647	219240
Mortalidad Perinatal Y Neonatal Tardía	20	47	11	102	438	40	12	12	6	20	27	9010
Mortalidad Por Dengue	600	1417	325	3092	13325	1225	350	350	183	608	808	274050
Mortalidad Por Desnutrición	800	1889	433	4122	17767	1633	467	467	244	811	1078	365400
Mortalidad Por Eda 0-4 Años	1440	3400	780	7420	31980	2940	840	840	440	1460	1940	657720
Mortalidad Por Ira	424	1000	229	2182	9406	865	247	247	129	429	571	193447
Parálisis Flácida Aguda (Menores De 15 Años)	3600	8500	1950	18550	79950	7350	2100	2100	1100	3650	4850	1644300
Parotiditis	25	60	14	130	561	52	15	15	8	26	34	11539
Rubeola	7200	17000	3900	37100	159900	14700	4200	4200	2200	7300	9700	3288600
Sarampión	2400	5667	1300	12367	53300	4900	1400	1400	733	2433	3233	1096200
Sífilis Congénita	87	205	47	447	1927	177	51	51	27	88	117	39622
Sífilis Gestacional	17	41	9	90	386	36	10	10	5	18	23	7943
Síndrome De Rubeola Congénita	7200	17000	3900	37100	159900	14700	4200	4200	2200	7300	9700	3288600
Tétanos Accidental	7200	17000	3900	37100	159900	14700	4200	4200	2200	7300	9700	3288600
Tifus Epidémico Transmitido Por Piojos	7200	17000	3900	37100	159900	14700	4200	4200	2200	7300	9700	3288600
Tos Ferina	57	135	31	294	1269	117	33	33	17	58	77	26100
Tuberculosis	6	14	3	30	129	12	3	3	2	6	8	2644
Tuberculosis Farmacorresistente	153	362	83	789	3402	313	89	89	47	155	206	69970
Varicela Individual	2	4	1	8	36	3	1	1	0	2	2	732
Vigilancia En Salud Pública De Las Violencias De Género	1	3	1	7	30	3	1	1	0	1	2	621
Vigilancia Integrada De Rabia Humana	1	3	1	7	28	3	1	1	0	1	2	582
Vih/Sida/Mortalidad Por Sida	7	17	4	38	165	15	4	4	2	8	10	3383
Zika	9	20	5	45	193	18	5	5	3	9	12	3962

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





2.2 Porcentaje de casos por grupos de edad

Los casos corresponden a pacientes con edades según la tabla, en donde la mayor notificación se da en el rango de edades: 0 A 4; 15 A 19; 20 A 24; 25 A 29

Edad agrupada	Total
0 A 4	13,19
5 A 9	8,90
10 A 14	9,64
15 A 19	10,88
20 A 24	11,39
25 A 29	10,12
30 A 34	7,43
35 A 39	5,91
40 A 44	4,24
45 A 49	3,73
50 A 54	3,51
55 A 59	2,96
60 A 64	2,30
65 A 69	1,77
70 A 74	1,37
75 A 79	1,16
80 Y MÁS	1,49
Total general	100,00

Del total de casos notificados para los diferentes eventos, estos presentan edades entre los diferentes rangos de edades, los cuales están dados entre días, años y meses.

nom_eve	edad agrupada	%
ACCIDENTE OFIDICO	10 A 14	4,76
	15 A 19	9,52
	20 A 24	11,90
	25 A 29	11,90
	30 A 34	7,14
	35 A 39	9,52
	40 A 44	9,52
	5 A 9	2,38
	50 A 54	7,14
	55 A 59	9,52
	60 A 64	4,76
	65 A 69	7,14
	75 A 79	4,76
	10 A 14	1,23
BAJO PESO AL NACER	15 A 19	23,77
	20 A 24	26,70
	25 A 29	24,69
	30 A 34	12,04



	35 A 39	8,80
	40 A 44	2,62
	45 A 49	0,15
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	15 A 19	0,15
	20 A 24	1,22
	25 A 29	3,04
	30 A 34	4,56
	35 A 39	9,12
	40 A 44	9,12
	45 A 49	8,66
	50 A 54	12,31
	55 A 59	11,09
	60 A 64	11,09
	65 A 69	10,03
	70 A 74	8,05
	75 A 79	5,78
	80 Y MÁS	5,78
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	0 A 4	32,50
	10 A 14	22,50
	15 A 19	17,50
	5 A 9	27,50
CHAGAS	40 A 44	33,33
	60 A 64	66,67
CHIKUNGUNYA	0 A 4	7,46
	10 A 14	3,73
	15 A 19	2,99
	20 A 24	11,19
	25 A 29	15,67
	30 A 34	10,45
	35 A 39	10,45
	40 A 44	6,72
	45 A 49	8,21
	5 A 9	2,99
	50 A 54	5,22
	55 A 59	4,48
	60 A 64	5,22
	65 A 69	2,99
	70 A 74	1,49
	75 A 79	0,75
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS INYECTADAS	10 A 14	14,29
	15 A 19	14,29
	20 A 24	14,29
	25 A 29	28,57
	35 A 39	14,29
	55 A 59	14,29



DEFECTOS CONGENITOS	0 A 4	100,00
DENGUE	0 A 4	10,88
	10 A 14	8,73
	15 A 19	7,92
	20 A 24	9,12
	25 A 29	8,73
	30 A 34	7,63
	35 A 39	6,77
	40 A 44	5,06
	45 A 49	5,43
	5 A 9	9,78
	50 A 54	4,91
	55 A 59	4,62
	60 A 64	2,54
	65 A 69	2,22
	70 A 74	1,96
	75 A 79	1,47
	80 Y MÁS	2,22
DENGUE GRAVE	10 A 14	5,00
	20 A 24	5,00
	30 A 34	5,00
	35 A 39	5,00
	45 A 49	10,00
	50 A 54	10,00
	60 A 64	25,00
	65 A 69	20,00
	70 A 74	5,00
	75 A 79	10,00
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	0 A 4	100,00
DIFTERIA	0 A 4	100,00
ENDOMETRITIS PUERPERAL	15 A 19	33,33
	20 A 24	16,67
	25 A 29	16,67
	30 A 34	16,67
	35 A 39	16,67
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR ROTAVIRUS	0 A 4	100,00
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	0 A 4	6,15
	10 A 14	6,98
	15 A 19	5,59
	20 A 24	16,48
	25 A 29	13,69
	30 A 34	11,17
	35 A 39	7,82



GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

	40 A 44	4,75
	45 A 49	5,59
	5 A 9	8,38
	50 A 54	4,47
	55 A 59	2,79
	60 A 64	3,35
	65 A 69	0,56
	70 A 74	0,28
	75 A 79	0,56
	80 Y MÁS	1,40
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	0 A 4	20,53
	10 A 14	14,16
	15 A 19	9,38
	20 A 24	5,13
	25 A 29	3,89
	30 A 34	4,96
	35 A 39	4,42
	40 A 44	2,48
	45 A 49	2,65
	5 A 9	14,51
	50 A 54	3,72
	55 A 59	2,83
	60 A 64	3,01
	65 A 69	2,65
	70 A 74	1,95
	75 A 79	1,95
	80 Y MÁS	1,77
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	0 A 4	58,18
	10 A 14	3,44
	15 A 19	1,97
	20 A 24	1,35
	25 A 29	0,86
	30 A 34	1,48
	35 A 39	0,98
	40 A 44	1,48
	45 A 49	1,48
	5 A 9	8,61
	50 A 54	1,60
	55 A 59	2,71
	60 A 64	2,09
	65 A 69	2,09
	70 A 74	3,57
	75 A 79	3,57
	80 Y MÁS	4,55
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA	0 A 4	63,16

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

VACUNACION.	20 A 24	5,26
	25 A 29	5,26
	45 A 49	2,63
	5 A 9	23,68
EVENTO SIN ESTABLECER	0 A 4	66,67
	10 A 14	11,11
	45 A 49	11,11
	80 Y MÁS	11,11
EXPOSICIÓN A FLÚOR	10 A 14	33,41
	15 A 19	36,97
	5 A 9	29,62
FIEBRE AMARILLA	35 A 39	100,00
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	15 A 19	40,00
	20 A 24	20,00
	25 A 29	10,00
	30 A 34	10,00
	55 A 59	10,00
	80 Y MÁS	10,00
HEPATITIS A	10 A 14	2,44
	15 A 19	9,76
	20 A 24	14,63
	25 A 29	19,51
	30 A 34	4,88
	35 A 39	9,76
	40 A 44	9,76
	45 A 49	4,88
	5 A 9	7,32
	50 A 54	7,32
	55 A 59	2,44
	60 A 64	4,88
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	80 Y MÁS	2,44
	0 A 4	2,02
	15 A 19	3,03
	20 A 24	9,09
	25 A 29	18,18
	30 A 34	9,09
	35 A 39	14,14
	40 A 44	7,07
	45 A 49	4,04
	5 A 9	1,01
	50 A 54	6,06
	55 A 59	3,03
	60 A 64	4,04
	65 A 69	3,03
	70 A 74	7,07

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





	75 A 79	5,05
	80 Y MÁS	4,04
IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL	0 A 4	19,95
	10 A 14	1,31
	15 A 19	3,15
	20 A 24	4,72
	25 A 29	2,36
	30 A 34	2,36
	35 A 39	2,89
	40 A 44	1,57
	45 A 49	2,89
	5 A 9	0,79
	50 A 54	3,94
	55 A 59	6,56
	60 A 64	9,19
	65 A 69	8,92
	70 A 74	7,35
	75 A 79	10,76
	80 Y MÁS	11,29
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	0 A 4	39,27
	10 A 14	1,62
	15 A 19	1,21
	20 A 24	1,21
	25 A 29	5,67
	30 A 34	3,24
	35 A 39	2,83
	40 A 44	2,43
	45 A 49	4,45
	5 A 9	1,62
	50 A 54	4,05
	55 A 59	6,48
	60 A 64	3,64
	65 A 69	2,43
	70 A 74	5,67
	75 A 79	5,26
	80 Y MÁS	8,91
INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO	25 A 29	18,18
	50 A 54	9,09
	55 A 59	9,09
	60 A 64	27,27
	65 A 69	27,27
	80 Y MÁS	9,09
INTENTO DE SUICIDIO	10 A 14	13,56
	15 A 19	30,70
	20 A 24	17,30



GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

	25 A 29	11,32
	30 A 34	7,81
	35 A 39	5,58
	40 A 44	3,83
	45 A 49	3,19
	5 A 9	0,32
	50 A 54	2,39
	55 A 59	1,52
	60 A 64	0,96
	65 A 69	0,80
	70 A 74	0,32
	80 Y MÁS	0,40
INTOXICACIONES	0 A 4	9,92
	10 A 14	7,51
	15 A 19	23,42
	20 A 24	14,74
	25 A 29	10,81
	30 A 34	8,75
	35 A 39	5,85
	40 A 44	3,86
	45 A 49	3,51
	5 A 9	2,13
	50 A 54	3,72
	55 A 59	1,93
	60 A 64	1,24
	65 A 69	1,17
	70 A 74	0,41
	75 A 79	0,14
	80 Y MÁS	0,90
LEISHMANIASIS CUTANEA	0 A 4	3,61
	10 A 14	2,41
	15 A 19	8,43
	20 A 24	20,48
	25 A 29	24,10
	30 A 34	7,23
	35 A 39	9,64
	40 A 44	6,02
	45 A 49	6,02
	5 A 9	3,61
	50 A 54	4,82
	55 A 59	1,20
	65 A 69	1,20
	75 A 79	1,20
LEISHMANIASIS VISCERAL	0 A 4	100,00
LEPRA	25 A 29	8,70

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

	30 A 34	8,70
	40 A 44	8,70
	45 A 49	8,70
	50 A 54	34,78
	55 A 59	8,70
	60 A 64	4,35
	65 A 69	8,70
	70 A 74	4,35
	80 Y MÁS	4,35
LEPTOSPIROSIS	0 A 4	11,96
	10 A 14	11,20
	15 A 19	8,14
	20 A 24	8,91
	25 A 29	8,65
	30 A 34	4,83
	35 A 39	6,87
	40 A 44	4,07
	45 A 49	6,87
	5 A 9	5,85
	50 A 54	5,34
	55 A 59	3,31
	60 A 64	4,07
	65 A 69	3,31
	70 A 74	2,54
	75 A 79	2,54
	80 Y MÁS	1,53
LESIONES DE CAUSA EXTERNA	0 A 4	2,35
	10 A 14	2,87
	15 A 19	9,91
	20 A 24	15,65
	25 A 29	16,17
	30 A 34	10,95
	35 A 39	11,73
	40 A 44	7,30
	45 A 49	5,61
	5 A 9	1,56
	50 A 54	4,82
	55 A 59	4,56
	60 A 64	2,35
	65 A 69	1,04
	70 A 74	2,09
	75 A 79	0,39
	80 Y MÁS	0,65
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS)	10 A 14	18,55
	15 A 19	10,48

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

ANTIPERSONAL)	20 A 24	12,10
	25 A 29	12,10
	30 A 34	15,32
	35 A 39	7,26
	40 A 44	4,84
	45 A 49	4,03
	5 A 9	9,68
	50 A 54	1,61
	55 A 59	2,42
	60 A 64	1,61
MALARIA	0 A 4	2,81
	10 A 14	10,38
	15 A 19	12,20
	20 A 24	18,23
	25 A 29	9,68
	30 A 34	7,71
	35 A 39	7,01
	40 A 44	5,19
	45 A 49	6,17
	5 A 9	6,31
	50 A 54	5,05
	55 A 59	3,65
	60 A 64	1,96
	65 A 69	1,40
	70 A 74	0,70
	75 A 79	1,26
	80 Y MÁS	0,28
MENINGITIS	0 A 4	27,27
	10 A 14	6,49
	15 A 19	7,79
	20 A 24	1,30
	25 A 29	3,90
	30 A 34	1,30
	35 A 39	6,49
	40 A 44	2,60
	45 A 49	1,30
	5 A 9	11,69
	50 A 54	6,49
	55 A 59	6,49
	60 A 64	3,90
	65 A 69	3,90
	70 A 74	2,60
	75 A 79	2,60
	80 Y MÁS	3,90
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	10 A 14	0,67

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





	15 A 19	15,27
	20 A 24	25,00
	25 A 29	25,57
	30 A 34	17,08
	35 A 39	11,45
	40 A 44	4,48
	45 A 49	0,48
MORTALIDAD MATERNA	15 A 19	20,00
	20 A 24	26,67
	25 A 29	13,33
	30 A 34	20,00
	35 A 39	20,00
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	10 A 14	1,45
	15 A 19	18,26
	20 A 24	26,38
	25 A 29	22,61
	30 A 34	13,33
	35 A 39	11,88
	40 A 44	5,22
	45 A 49	0,58
	5 A 9	0,29
MORTALIDAD POR DENGUE	5 A 9	8,33
	50 A 54	25,00
	60 A 64	16,67
	65 A 69	8,33
	70 A 74	25,00
	80 Y MÁS	16,67
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	0 A 4	100,00
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	0 A 4	100,00
MORTALIDAD POR IRA	0 A 4	100,00
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	0 A 4	50,00
	5 A 9	50,00
PAROTIDITIS	0 A 4	21,40
	10 A 14	10,53
	15 A 19	7,72
	20 A 24	8,07
	25 A 29	7,72
	30 A 34	2,46
	35 A 39	4,21
	40 A 44	1,40
	45 A 49	2,81
	5 A 9	18,95
	50 A 54	3,51
	55 A 59	4,91
	60 A 64	1,40

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

	65 A 69	1,05
	70 A 74	1,40
	75 A 79	1,40
	80 Y MÁS	1,05
RUBEOLA	0 A 4	100,00
SARAMPION	0 A 4	66,67
	5 A 9	33,33
SIFILIS CONGENITA	0 A 4	100,00
SIFILIS GESTACIONAL	10 A 14	0,77
	15 A 19	23,65
	20 A 24	26,99
	25 A 29	24,16
	30 A 34	14,14
	35 A 39	7,71
	40 A 44	2,57
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	0 A 4	100,00
TETANOS ACCIDENTAL	15 A 19	100,00
TIFUS EPIDEMICO TRANSMITIDO POR PIOJOS	45 A 49	100,00
TOS FERINA	0 A 4	96,03
	10 A 14	1,59
	5 A 9	1,59
	65 A 69	0,79
TUBERCULOSIS	0 A 4	2,77
	10 A 14	0,42
	15 A 19	3,61
	20 A 24	9,41
	25 A 29	12,27
	30 A 34	8,57
	35 A 39	6,89
	40 A 44	6,55
	45 A 49	8,24
	5 A 9	0,92
	50 A 54	7,82
	55 A 59	7,98
	60 A 64	7,48
	65 A 69	6,13
	70 A 74	3,03
	75 A 79	3,19
	80 Y MÁS	4,71
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	15 A 19	6,67
	20 A 24	6,67
	25 A 29	4,44
	30 A 34	6,67
	35 A 39	8,89

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

	40 A 44	13,33
	45 A 49	15,56
	50 A 54	11,11
	55 A 59	8,89
	60 A 64	2,22
	65 A 69	2,22
	70 A 74	4,44
	75 A 79	2,22
	80 Y MÁS	6,67
VARICELA INDIVIDUAL	0 A 4	19,17
	10 A 14	17,92
	15 A 19	12,12
	20 A 24	10,26
	25 A 29	6,72
	30 A 34	4,21
	35 A 39	2,89
	40 A 44	1,81
	45 A 49	0,90
	5 A 9	22,31
	50 A 54	0,83
	55 A 59	0,27
	60 A 64	0,27
	65 A 69	0,13
	70 A 74	0,11
	80 Y MÁS	0,09
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	0 A 4	7,00
	10 A 14	15,21
	15 A 19	12,11
	20 A 24	14,45
	25 A 29	13,14
	30 A 34	9,90
	35 A 39	6,67
	40 A 44	4,41
	45 A 49	2,78
	5 A 9	7,53
	50 A 54	2,43
	55 A 59	1,24
	60 A 64	1,10
	65 A 69	0,68
	70 A 74	0,42
	75 A 79	0,29
	80 Y MÁS	0,65
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	0 A 4	10,19
	10 A 14	10,10
	15 A 19	7,52

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

	20 A 24	7,89
	25 A 29	6,81
	30 A 34	5,69
	35 A 39	4,91
	40 A 44	4,82
	45 A 49	5,19
	5 A 9	12,89
	50 A 54	5,21
	55 A 59	5,00
	60 A 64	4,11
	65 A 69	3,07
	70 A 74	2,38
	75 A 79	1,95
	80 Y MÁS	2,29
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	0 A 4	0,52
	10 A 14	0,10
	15 A 19	6,39
	20 A 24	18,45
	25 A 29	18,66
	30 A 34	12,89
	35 A 39	10,06
	40 A 44	9,43
	45 A 49	8,91
	5 A 9	0,21
	50 A 54	5,24
	55 A 59	4,19
	60 A 64	2,52
	65 A 69	1,15
	70 A 74	0,31
	75 A 79	0,63
	80 Y MÁS	0,31
ZIKA	0 A 4	9,48
	10 A 14	4,37
	15 A 19	6,20
	20 A 24	12,76
	25 A 29	16,04
	30 A 34	13,00
	35 A 39	9,36
	40 A 44	7,53
	45 A 49	4,74
	5 A 9	4,50
	50 A 54	4,98
	55 A 59	3,77
	60 A 64	1,58
	65 A 69	0,85

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





	70 A 74	0,36
	75 A 79	0,24
	80 Y MÁS	0,24

2.3 Porcentaje de casos por régimen de seguridad social

Los pacientes notificados por el departamento del Valle del Cauca, pertenecen según tabla al régimen de seguridad social.

C: Contributivo	E: Especial	I: Indeterminado	N: No Asegurado	P: Excepción	S: Subsidiado
52,04	2,15	1,30	5,04	1,94	37,45

La totalidad de casos notificados de los diferentes eventos pertenecen según tabla al régimen de seguridad social.

NOMBRE EVENOS	Contributivo	E: Especial	I: Indeterminado	N: No Asegurado	P: Excepción	S: Subsidiado
Accidente Ofídico	14	0	0	10	2	74
Bajo Peso Al Nacer	46	0	0	2	1	45
Cáncer De La Mama Y Cuello Uterino	57	1	1	4	0	36
Cáncer En Menores De 18 Años	51	2	1	1	2	44
Chagas	33	0	0	0	33	33
Chikungunya	89	0	1	0	1	10
Consumo De Sustancias Psicoactivas Inyectadas	29	0	0	0	0	71
Defectos Congénitos	55	0	3	3	3	36
Dengue	72	1	0	3	2	23
Dengue Grave	45	0	0	0	0	55
Desnutrición Aguda En Menores De 5 Años	24	0	1	11	0	63
Difteria	100	0	0	0	0	0
Endometritis Puerperal	17	0	0	0	17	67
Enfermedad Diarreica Aguda Por Rotavirus	100	0	0	0	0	0
Enfermedad Transmitida Por Alimentos O Agua (Eta)	61	1	23	5	2	8
Enfermedades Huérfanas - Raras	71	2	1	2	3	21
Esi - Irag (Vigilancia Centinela)	53	2	1	5	3	37
Evento Adverso Seguido A La Vacunación.	53	8	0	3	8	29
Evento Sin Establecer	67	0	0	0	0	33
Exposición A Flúor	21	0	0	1	0	77
Fiebre Amarilla	100	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea	70	0	0	0	10	20
Hepatitis A	68	0	0	5	0	27



GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

Hepatitis B, C Y Coinfección Hepatitis B Y Delta	45	0	1	7	0	46
Iad - Infecciones Asociadas A Dispositivos - Individual	44	1	0	5	1	49
Infección Respiratoria Aguda Grave Irag Inusitada	66	2	0	2	3	26
Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico	27	0	0	9	0	64
Intento De Suicidio	44	3	0	7	3	44
Intoxicaciones	45	3	1	6	1	44
Leishmaniasis Cutánea	16	10	0	10	35	30
Leishmaniasis Visceral	100	0	0	0	0	0
Lepra	61	0	0	9	0	30
Leptospirosis	48	2	1	6	1	42
Lesiones De Causa Externa	50	16	20	5	0	9
Lesiones Por Artefactos Explosivos (Pólvora Y Minas Antipersonal)	40	0	1	7	2	50
Malaria	29	4	2	19	6	41
Meningitis	48	8	0	5	3	36
Morbilidad Materna Extrema	55	1	1	3	2	39
Mortalidad Materna	33	0	0	0	0	67
Mortalidad Perinatal Y Neonatal Tardía	46	0	1	4	1	48
Mortalidad Por Dengue	42	8	0	0	0	50
Mortalidad Por Desnutrición	33	11	0	22	0	33
Mortalidad Por Eda 0-4 Años	0	0	0	20	0	80
Mortalidad Por Ira	47	0	0	0	0	53
Parálisis Flácida Aguda (Menores De 15 Años)	50	0	0	0	0	50
Parotiditis	68	2	1	1	2	24
Rubeola	100	0	0	0	0	0
Sarampión	33	0	0	0	0	67
Sífilis Congénita	20	0	1	14	2	61
Sífilis Gestacional	28	1	1	9	1	61
Síndrome De Rubeola Congénita	0	0	0	0	0	100
Tétanos Accidental	100	0	0	0	0	0
Tifus Epidémico Transmitido Por Piojos	100	0	0	0	0	0
Tos Ferina	43	2	1	4	0	51
Tuberculosis	34	7	0	10	1	48
Tuberculosis Fármacorresistente	40	2	0	16	0	42
Varicela Individual	61	1	1	2	3	32
Vigilancia En Salud Pública De Las Violencias De Género	42	1	1	7	2	47
Vigilancia Integrada De Rabia Humana	51	3	1	5	2	39
Vih/Sida/Mortalidad Por Sida	47	3	0	8	1	42
Zika	94	0	0	0	0	5

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



**INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
COMPORTAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS
INMUNOPREVENIBLES
I SEMESTRE AÑO 2017**

*Diana Carolina Pineda Valencia, Enfermera Esp. Epidemiología
Equipo Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

INTRODUCCIÓN

Los eventos inmunoprevenibles, son aquellos que se pueden prevenir mediante la inmunización; estas enfermedades son de obligatoria notificación a los entes territoriales y municipales, siendo ésta, competencia de las UPGD.

La prevención de las enfermedades infecciosas mediante la inmunización, es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación costo-beneficio. Prevé las epidemias causadas por muchas enfermedades prevenibles que podrían reaparecer y llevar a un aumento en el número de casos de enfermedades debilitantes, discapacidades y muertes (1).

Sin las vacunas no se salvarían millones de vidas cada año y no se lograría transformar las vidas de millones de niños, al brindarles la oportunidad de crecer sanos, ir a la escuela y mejorar sus perspectivas de futuro (1).

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

Siguiendo la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, los ministros de salud de las Américas acordaron en 1994 la meta de erradicación del sarampión para el año 2000. Desde entonces, el Ministerio de Salud de Colombia, mediante la acción coordinada del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la Oficina de Epidemiología del Ministerio, la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública y el Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud (INS), las Direcciones Territoriales de Salud del país y Organismos internacionales de cooperación han trabajado intensamente para el logro de esta meta. Más recientemente, en el año 2003 se estableció la meta de eliminación de la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en toda la Región (2).



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

La vigilancia de estos eventos contribuye a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas Nacionales y Departamentales 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 existe un evento en erradicación (PFA), 6 en eliminación (Sarampión, Rubeola, Síndrome de Rubeola Congénita, Tétanos neonatal, Tétanos accidental, Difteria), y 13 en control (Varicela, Parotiditis, Tosferina, Meningitis Meningococcica, Meningitis por H. 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).

OBJETIVOS

1. Describir el comportamiento de los eventos inmunoprevenibles en el territorio departamental durante el primer semestre del año 2017.
2. Identificar posibles factores y/o grupos poblacionales de riesgo relacionados con la presencia de eventos inmunoprevenibles.
3. Medir el cumplimiento mediante la aplicación de los indicadores para cada evento inmunoprevenibles específico.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó análisis de tipo descriptivo retrospectivo de los datos encontrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Valle del Cauca con corte a la semana 24 correspondiente a los 6 períodos epidemiológicos del año 2017. Como fuente de los casos se utilizó el SIVIGILA, se analizaron las bases de datos de notificación de los eventos inmunoprevenibles que fueron notificados por las UPGD y direcciones locales de salud, cuyo código 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 2020. Las tendencias se representan en series semanales de los casos observados notificados hasta la semana 24 de 2017, que corresponde al primer semestre del año, comparado con el 2016.

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACION

Nota: en el análisis de los siguientes eventos no se incluye el distrito de Buenaventura; se nombra el número de casos notificados por este distrito y la proyección 2017 de la población utilizada es de 4.292.492 DANE.

Difteria

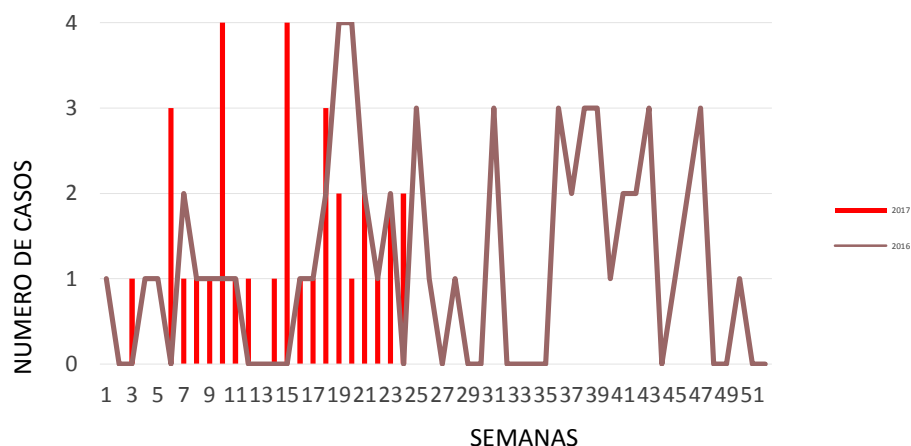
Según boletín epidemiológico a semana 24 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de Salud, a nivel nacional, se han notificado seis casos probables de difteria durante lo recorrido del año, cuatro descartados y dos en estudio. El Valle del Cauca reportó un caso probable de difteria durante la semana 13 de 2017 procedente del municipio de Candelaria, el cual fue descartado por error de digitación; en el año 2016 hasta la semana 24 se habían reportado 4 casos probables de difteria, los cuales fueron descartados posteriormente.

Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI)

Según boletín epidemiológico a semana 24 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de Salud, se han notificado a nivel nacional 313 casos de ESAVI que se encuentran en estudio para su clasificación final. Por procedencia Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Huila, Cauca, Atlántico, Nariño y Barranquilla notificaron el 76,7 % de los casos. El Valle del Cauca, notifica el 9,6 % después de Bogotá y Antioquia.

A semana 24 de 2017, se notifican a nivel departamental 33 casos de ESAVI, 6 de los cuales se encuentran descartados; 21 casos procedentes de Cali. Buenaventura y otros departamentos no reportan casos durante el primer semestre de 2017. A las mismas semanas de 2016, se habían notificado 26 casos, 17 de los cuales fueron descartados. Se observa un aumento en la notificación del 21,2 % con respecto a las mismas semanas del año anterior (Ver gráfica 1).

Grafica 1: Casos de ESAVI notificados, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

La mayor incidencia la tuvo el municipio de Ginebra con 9,3 casos por 100.000 habitantes, seguido de Vijes con 8,9 casos; Cali reporta una incidencia de 0,9 casos y a nivel departamental se reporta una incidencia de 0,7 casos por 100.000 (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de ESAVI según Municipio de Procedencia, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017

Municipio	Población DANE (2017)	No de casos	Incidencia por 100.000 hab
Ginebra	21.433	2	9,3
Vijes	11.276	1	8,9
Darién	15.824	1	6,3
Ansermanuevo	19.355	1	5,2
Caicedonia	29.629	1	3,4
Sevilla	44.590	1	2,2
Jamundí	124.623	2	1,6
Buga	114.798	1	0,9
Cali	2.420.114	21	0,9

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





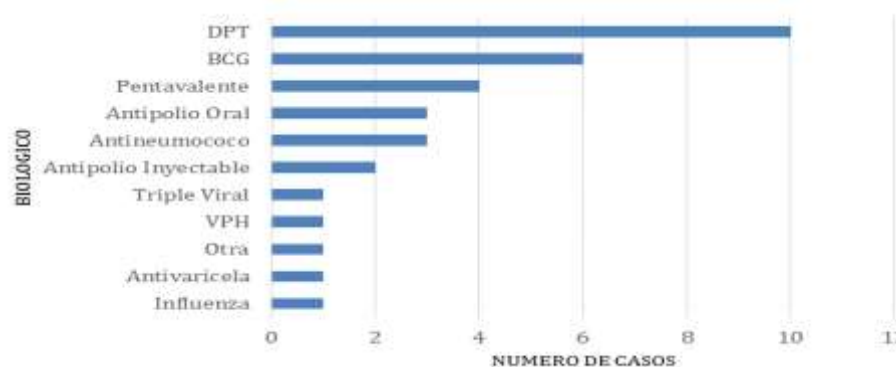
Tuluá	216.619	1	0,5
Palmira	308.669	1	0,3
Total Valle	4.292.492	33	0,7

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

De los casos no descartados, dos se encuentran confirmados por clínica; la totalidad de los casos presentan clasificación final pendiente.

Los biológicos con mayor número de casos notificados de ESAVI en su orden son DPT 10 casos notificados, BCG 6 casos, Pentavalente 4 casos, anti neumococo y Antipolio oral 3 casos respectivamente (Ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de ESAVI notificados según Biológico, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

De los casos 27 que aún se encuentran en proceso de clasificación final, el 66,6 % pertenecen al sexo masculino, 55,6 % al régimen contributivo, 33,3 % menores de 1 año y en esa misma proporción menores entre 1 a 4 años de edad, el 100 % de los casos refieren otra pertenencia étnica y en esa misma proporción son de la cabecera municipal (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento demográfico y social de casos de ESAVI, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	18	66,7
	Femenino	9	33,3
Régimen	Contributivo	15	55,6
	Especial	1	3,7
	Excepción	2	7,4
	Subsidiado	9	33,3
Pertenencia étnica	Otro	27	100,0



Grupos de edad	Menor de 1 mes	1	3,7
	Menor de 1 año	9	33,3
	1 a 4 años	9	33,3
	5 a 9 años	7	25,9
	25 a 29 años	1	3,7
Área	Cabecera municipal	27	100,0

Fuente: SIVIGILA .Secretaría Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

En lo que va corrido del año no se ha notificado ninguna defunción adjudicada a este evento.

INDICADORES

Indicador	Resultado	Meta
Porcentaje de ESAVI con investigación de campo	27,20%	80 % de cumplimiento
Oportunidad en la notificación del ESAVI	4,3 días (Promedio fecha de notificación –fecha de consulta)	1 día para eventos en eliminación, erradicación y control internacional y 8 días para el resto de eventos.
Oportunidad en el ajuste de casos de ESAVI	15 días (Total días entre fecha de notificación y ajuste de los casos dividido en 33 casos notificados).	28 a 30 días
Porcentaje de ESAVI notificados oportunamente	63,6 % (Notificación inmediata)	80%
Porcentaje de ESAVI que fueron clasificados	18,10%	80%
Proporción eventos adversos relacionados con la vacuna	No definidos aún	NA
Proporción de eventos no concluyentes o desconocidos	No definidos aún	NA

Fuente: SIVIGILA .Secretaría Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Meningitis Bacteriana Aguda

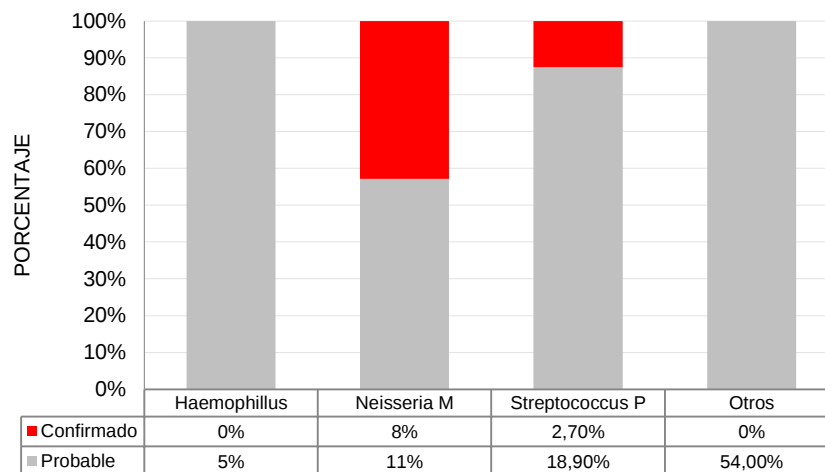
Según boletín epidemiológico a semana 24 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de Salud, a nivel nacional se notifican 351 casos probables de Meningitis Bacteriana Aguda, de los cuales 192 han sido confirmados y 159 se encuentran en estudio para su clasificación final.

El Valle del Cauca notifica 43 de casos probables de meningitis a semana 24 de 2017, 6 de los cuales se encuentran descartados. Buenaventura notifica hasta la fecha 21 casos probables de los cuales 7 se encuentran descartados; son notificados tres casos de otros departamentos, uno de los cuales se encuentra descartado. A semanas 3, 5,14, 17, 18 y 21 se registran seis casos de mortalidad procedentes de Cali, Jamundí y Zarzal, de los cuales uno se encuentra confirmado por laboratorio.

Los tipos de agentes bacterianos causantes fueron Streptococcus Pneumoniae en un 18,9 % para los casos probables y 2,7 % para los

casos confirmados, otros agentes bacterianos en un 54 % para los casos probables de meningitis bacteriana aguda, *Neisseria Meningitidis* 8 % en casos confirmados y 11 % en casos probables, *Haemophilus Influenzae* 5 % en casos probables (Ver gráfica 3).

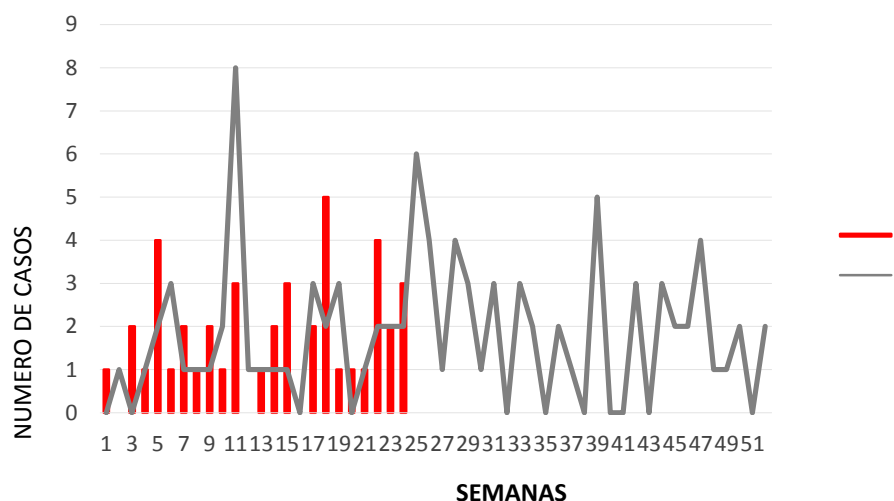
Gráfica 3: Porcentaje de casos Probables y Confirmados por agente causal de Meningitis Bacteriana notificados, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

La notificación de casos de meningitis bacteriana a semana epidemiológica 24 muestra un aumento del 9,3 % con respecto a las mismas semanas del 2016, donde se habían reportado 39 casos, 10 de los cuales fueron descartados y 6 fueron casos de mortalidad. (Ver gráfica 4).

Gráfica 4: Casos de Meningitis Bacteriana Aguda notificados, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

El Municipio de procedencia con la mayor incidencia fue Vijes con 8,87 casos por 100.000 habitantes; la incidencia departamental fue de 1 caso por 100.000 habitantes (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Incidencia de Meningitis Bacteriana Aguda según Municipio de Procedencia, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017

Municipio	Población DANE (2017)	No de casos	Incidencia por 100.000 hab
Vijes	11.276	1	8,87
Alcalá	22.245	1	4,50
Florida	58.555	2	3,42
Guacarí	35.087	1	2,85
Dagua	36.652	1	2,73
Yumbo	122.762	3	2,44
Palmira	308.669	7	2,27



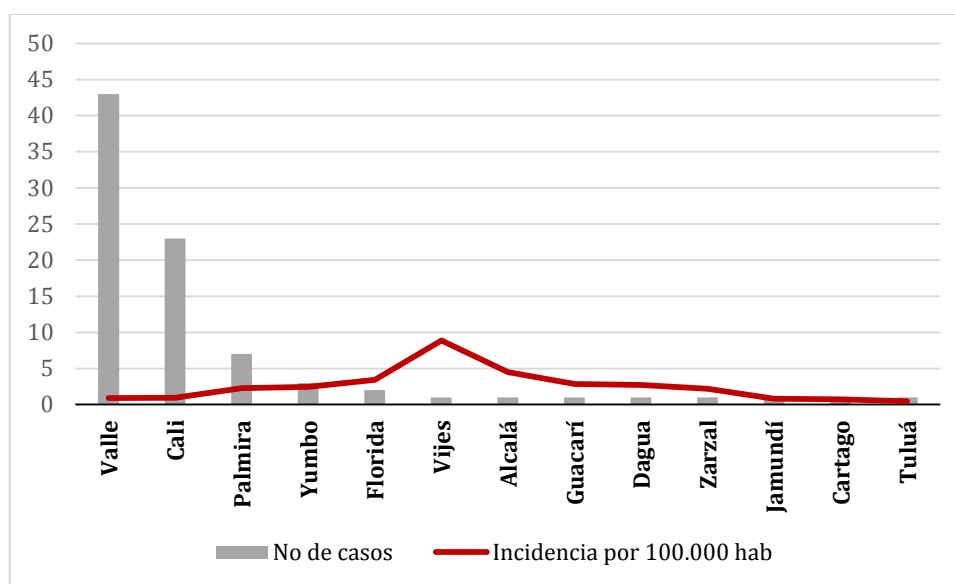
GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

Zarzal	46.140	1	2,17
Cali	2.420.114	23	0,95
Jamundí	124.623	1	0,80
Cartago	133.640	1	0,75
Tuluá	216.619	1	0,46
Total Valle	4.292.492	43	1,00

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Gráfica 5. Incidencia de Meningitis Bacteriana Aguda según Municipio de Procedencia, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Tabla 4. Casos notificados de Meningitis Bacteriana por municipio de procedencia, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017

Municipio	H. Influenzae	N. Meningitidis	S. Pneumoniae	Otros	Total
Cali	2	3	6	11	22
Palmira	0	1	1	3	5
Yumbo	0	0	1	1	2
Cartago	0	1	0	0	1
Dagua	0	0	0	1	1
Florida	0	0	0	1	1
Guacarí	0	0	0	1	1
Jamundí	0	0	0	1	1
Tuluá	0	1	0	0	1
Vijes	0	0	0	1	1

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





Zarzal	0	1	0	0	1
Total	2	7	8	20	37

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Sin tener en cuenta los casos descartados, el 62,2 % de los casos de meningitis se registró en el sexo masculino, el 59,5 % pertenece al régimen contributivo, el 8,1 % no se encontraban asegurados, el 94,6 % pertenecía a otros grupos poblacionales, el grupo de edad más afectado fue el de mayores de 65 años con 21,6 % de ocurrencia seguido del grupo de 50 a 54 años con 10,8; el 94,6 % de los casos pertenecían a la cabecera municipal y fueron hospitalizados el 83,7 % (Ver tabla 5).

Tabla 5. Comportamiento demográfico y social de casos de Meningitis Bacteriana Aguda, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	23	62,2
	Femenino	14	37,8
Régimen	Contributivo	22	59,5
	Especial	3	8,1
	No afiliado	3	8,1
	Excepción	1	2,7
	Subsidiado	8	21,6
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,0
	ROM (gitano)	0	0,0
	Raizal	1	2,7
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	1	2,7
	Otro	35	94,6
Grupos de edad	Menores de un año	3	8,1
	1 a 4 años	1	2,7
	5 a 9 años	2	5,4
	10 a 14 años	3	8,1
	15 a 19 años	3	8,1
	20 a 24 años	0	0,0
	25 a 29 años	2	5,4
	30 a 34 años	1	2,7
	35 a 39 años	2	5,4
	40 a 44 años	2	5,4
	45 a 49 años	1	2,7
	50 a 54 años	4	10,8
	55 a 59 años	3	8,1
	60 a 64 años	2	5,4
	65 y más años	8	21,6
Área	Cabecera municipal	35	94,6
	Rural disperso	1	2,7
	Centro poblado	1	2,7

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

INDICADORES

Indicador	Resultado	Meta
Porcentaje de Muestras con LCR Adecuada	39,5 %	NA
Incidencia de Hib en Menores de 5 años	0,2 casos (1caso/365.719 menores 5 años en el Valle por 100.000 habitantes)	NA
Incidencia de Meningitis por neumococo en menores de 5 años	0 casos	NA
Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococo pneumoniae (Spn), Neisseria meningitidis (Nm) en población general	0,9 casos (43 casos notificados/4.708.262 población del Valle por 100.000)	NA
Proporción de meningitis por H. influenzae con relación a las meningitis bacterianas en total	4,6 % notificados	NA
Proporción de meningitis por S. pneumoniae con relación a las meningitis bacterianas en total	18,6 % notificados	NA
Proporción de meningitis por N. meningitidis con relación a las meningitis bacterianas en total	11,6 % notificados	NA
Porcentaje de casos ajustados	23,2 %	100 %
Porcentaje de casos con investigación de campo	23,2 %	NA

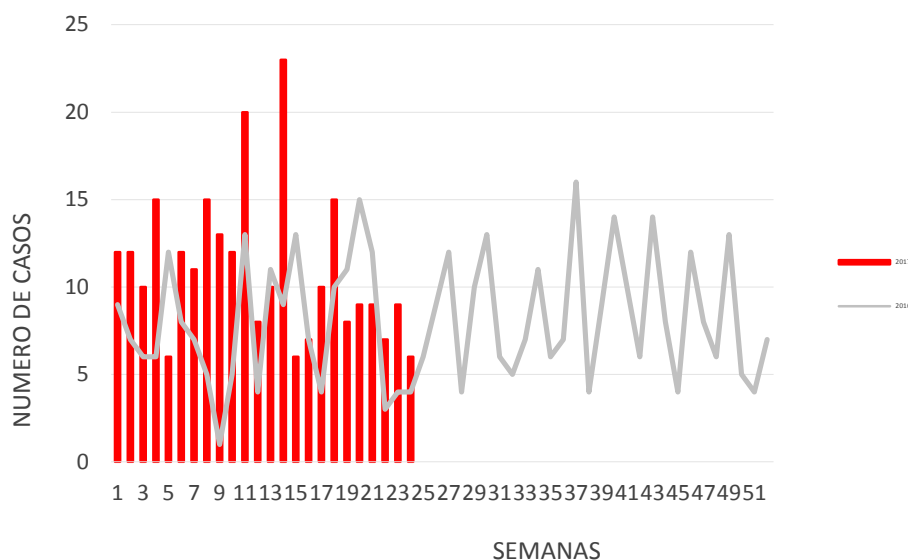
Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Parotiditis

Según boletín epidemiológico a semana 12 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de Salud, a nivel nacional se han notificado 6930 casos de parotiditis. Por procedencia Bogotá, Barranquilla, Antioquia, Sucre, Atlántico y Cundinamarca notificaron el 69,7 % de los casos de parotiditis del país; el Valle del Cauca notifica el 4,1 % de estos casos.

Hasta la semana 24 de 2017, se han notificado 265 casos de parotiditis a nivel departamental, dos casos descartados y los demás confirmados por clínica. Buenaventura notifica 2 casos y otros departamentos 12. Con relación al año 2016, se observa un aumento en la notificación del 30,9 % donde se habían notificado 186 casos (Ver gráfica 6).

Grafica 6: Casos de Parotiditis notificados, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

El Municipio de procedencia con la mayor incidencia fue Pradera con 31,8 casos por 100.000 habitantes; la incidencia departamental fue de 6,1 por 100.000 habitantes (Ver tabla 6).

Tabla 6. Incidencia de Parotiditis según Municipio de Procedencia, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017



Municipio	Población DANE (2017)	No de casos	Incidencia por 100.000 hab
Pradera	56.545	18	31,8
Zarzal	46.140	12	26,0
Versalles	7.017	1	14,3
Andalucía	17.760	2	11,3
El Cairo	10.116	1	9,9
Ginebra	21.433	2	9,3
Alcalá	22.245	2	9,0
El Aguila	11.164	1	9,0
La Cumbre	11.614	1	8,6
Cali	2.420.114	187	7,7
Trujillo	17.983	1	5,6
La Unión	39.011	2	5,1
Bugalagrande	21.075	1	4,7
Palmira	308.669	13	4,2
Yumbo	122.762	5	4,1
Roldanillo	32.412	1	3,1
Cartago	133.640	4	3,0
Dagua	36.652	1	2,7
Tuluá	216.619	5	2,3
Sevilla	44.590	1	2,2
Florida	58.555	1	1,7
Jamundí	124.623	2	1,6
Buga	114.798	1	0,9
Total Valle	4.292.492	265	6,1

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Sin tener en cuenta los casos descartados, el 51,7 % de los casos de parotiditis se registró en el sexo femenino, el 69,2 % pertenece al régimen contributivo, 25,5 % al régimen subsidiado, 1,5 % de los casos no se encontraba asegurado, el 97,3 % pertenecen a otros grupos poblacionales, 95,1 % pertenecían al área urbana y se encontró el mayor número de casos en el grupo de edad de 1 a 4 y 5 a 9 años de edad con 20,2 % respectivamente (Ver tabla 7).

Tabla 7. Comportamiento demográfico y social de casos de Parotiditis, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017



GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	127	48,3
	Femenino	136	51,7
Régimen	Contributivo	182	69,2
	Especial	4	1,5
	Indeterminado	2	0,8
	No afiliado	4	1,5
	Excepción	4	1,5
	Subsidiado	67	25,5
Pertenencia étnica	Indígena	1	0,4
	ROM (gitano)	0	0,0
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	6	2,3
	Otro	256	97,3
Grupos de edad	Menores de un año	2	0,8
	1 a 4 años	53	20,2
	5 a 9 años	53	20,2
	10 a 14 años	29	11,0
	15 a 19 años	18	6,8
	20 a 24 años	21	8,0
	25 a 29 años	17	6,5
	30 a 34 años	6	2,3
	35 a 39 años	12	4,6
	40 a 44 años	4	1,5
	45 a 49 años	7	2,7
	50 a 54 años	10	3,8
	55 a 59 años	14	5,3
	60 a 64 años	3	1,1
	65 y más años	14	5,3
Área	Cabecera municipal	250	95,1
	Rural disperso	7	2,7
	Centro poblado	6	2,3

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

INDICADORES

Indicador	Resultado	Meta
Proporción de incidencia	5,6 casos por 100.000 habitantes en el Valle del Cauca	NA
Letalidad	0 casos	NA
Incidencia en menores de 5 años	15 casos (55 casos/365.719 menores 5 años en el Valle) por 100.000 habitantes	0 %

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Parálisis Flácida Aguda

Según boletín epidemiológico a semana 24 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de Salud, se han notificado a nivel nacional 36 casos probables de parálisis flácida aguda (PFA). El Valle del Cauca notifica a semana 6 un caso probable de PFA procedente de Cali, el cual es descartado posteriormente. El distrito de Buenaventura durante la semana 9 notifica un caso probable; otros departamentos no han notificado casos en lo recorrido del año. En las mismas semanas epidemiológicas del año anterior, se había notificado un caso procedente del distrito de Buenaventura, posteriormente descartado.

INDICADORES

Indicador	Resultado	Meta
Tasa de notificación en menores de 15 años	0,09 (1 caso/1.089.826 menores 15 años en el Valle del Cauca) por 100.000 menores de 15 años	Tasa igual o superior a 1 por 100000 menores de 15 años por año
Porcentaje de casos con muestra de heces oportuna en primeros 14 días	100 %	80 % cumplimiento
Porcentaje de casos investigados antes de 48 horas	0 %	80 % cumplimiento
Porcentaje de muestras de heces procesadas dentro de los primeros 14 días de su recepción	100 %	80 % cumplimiento
Porcentaje de muestras de heces que llegan al laboratorio de virología del INS antes de 6 días después de la toma	100 %	80 % cumplimiento

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Sarampión y Rubéola (RB)

Según boletín epidemiológico a semana 24 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de Salud, a nivel nacional se han notificado 544 casos sospechosos de sarampión y rubéola.

A semana 4, 5 y 22 de 2017 se notifican tres casos probables de sarampión posteriormente descartados, procedentes de Cali, Cartago y Ansermanuevo; a semana 04 se notifica un caso de rubéola procedente del municipio de Guacarí

también descartado; Buenaventura no notifica casos probables hasta la fecha.

En las mismas semanas epidemiológicas del año anterior se habían reportado 3 casos de sarampión procedentes de Darién, Cartago y Dagua y 2 casos de rubeola procedentes de Cali, posteriormente descartados. La tasa de notificación en el Valle del Cauca es de 0,04 casos por 100.000 habitantes.

INDICADORES

Indicador	Resultado	Meta
Proporción de notificación de casos sospechosos	0,08 casos (4 casos por 4.708.262 habitantes en el Valle del Cauca) por 100.000 habitantes	Mayor o igual a 2 casos por 100.000 habitantes
Porcentaje de casos con investigación de campo	75 %	80 %
Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada	75 %	80 %
Porcentaje de muestras de suero recibidas en laboratorio antes de cinco días	75 %	80 %
Porcentaje de muestras procesadas en laboratorio antes de 4 días de recibidas	75 %	80 %

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Síndrome de Rubeola Congénita

Según boletín epidemiológico a semana 24 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de Salud, a nivel nacional se han notificado 201 casos sospechosos de Rubeola Congénita.

Se notifica de manera tardía un caso sospechoso de síndrome de rubeola congénita a semana 6 de 2017 procedente del municipio de Ansermanuevo, el cual fue descartado en el SIVIGILA; a la misma fecha del año anterior, se habían notificado 5 casos los cuales fueron descartados, uno de ellos procedente de otro departamento.

INDICADORES



Indicador	Resultado	Meta
Porcentaje de casos con muestra de suero	100 %	80 %
Proporción de notificación de casos sospechosos	0,48 casos (1 caso sospechoso/ 20.508 nacidos vivos DANE) por 10.000 nacidos vivos	Mayor o igual a un caso por 10.000 nacidos vivos
Porcentaje de casos confirmados por laboratorio con aislamiento viral	100%	80 %
Porcentaje de casos con muestra adecuada para aislamiento viral	100 %	80 %

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Tétanos

Tétanos Neonatal

Según boletín epidemiológico a semana 24 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de Salud, a nivel nacional se ha notificado al SIVIGILA 3 casos de tétanos neonatal, 2 confirmados por clínica y 1 probable. A nivel departamental no se han reportado casos durante lo recorrido del año 2017.

Tétanos Accidental

Según boletín epidemiológico a semana 24 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de Salud, a nivel nacional se han notificado 22 casos de tétanos accidental, 6 probables, 15 confirmados por clínica y 1 descartado.

Durante la semana 16 se notifica un caso de tétanos accidental probable, el cual es descartado posteriormente; a la misma fecha del año anterior, se había notificado 1 caso, el cual no fue ajustado y fue reportado como fallecido.

INDICADORES



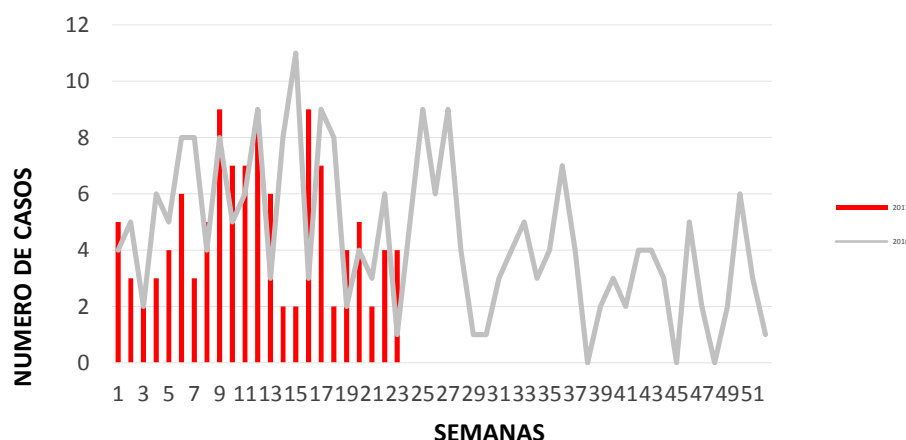
Indicador	Resultado	Meta
Proporción de incidencia	0	Incidencia esperada menor a 1 caso por 100.000 habitantes
Porcentaje de casos con investigación de campo	100 %	80 %
Oportunidad en la notificación	13 días (fecha de notificación – fecha de consulta)	1 día para eventos en eliminación, erradicación y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

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Tos ferina

Según boletín epidemiológico a semana 24 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de Salud, a nivel nacional se han notificado 2561 casos probables de tos ferina, 53 confirmados y 1267 se han descartado por laboratorio. Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Norte de Santander, Santander, Valle del Cauca, Huila, Nariño, Sucre y Huila notificaron el 87,2 % de los casos y cinco del exterior. A semana 24 de 2017 se han notificado 106 casos probables de tosferina en el departamento del Valle del Cauca, 45 de los cuales han sido descartados; Buenaventura notifica 3 casos probable y otros departamentos notifican 5 casos. A las mismas semanas epidemiológicas del año anterior se habían notificado 133 casos, 99 de los cuales fueron descartados, lo que evidencia una disminución en la notificación del 20,3 % (Ver gráfica 7).

Grafica 7: Casos de Tos ferina notificados, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

El Municipio de procedencia con la mayor incidencia fue El Dovio con 12 casos por



100.000 habitantes, superando la incidencia departamental de 2,4 casos por 100. 000 habitantes. (Ver tabla 8).

Tabla 8. Incidencia de Tos ferina según Municipio de Procedencia, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017

Municipio	Población DANE (2017)	No de casos	Incidencia por 100.000 hab.
El Dovio	8.326	1	12,0
San Pedro	18.637	2	10,7
Yotoco	16.418	1	6,1
Jamundí	124.623	6	4,8
Alcalá	22.245	1	4,5
Cali	2.420.114	84	3,5
Florida	58.555	2	3,4
Guacarí	35087	1	2,9
Dagua	36.652	1	2,7
Candelaria	84.129	2	2,4
Pradera	56545	1	1,8
Buga	114.798	1	0,9
Yumbo	122.762	1	0,8
Palmira	308.669	2	0,6
Total Valle	4.292.492	106	2,4

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Sin tener en cuenta los casos descartados, el 54,1 % de los casos de tosferina se registró en el sexo femenino, el 52,5 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado y al contributivo 39,3 %, el 86,9 % son de otra pertenencia étnica y el 100 % pertenecen a otros grupos poblacionales, los menores de 1 año de edad registran el 80,3 % de los casos y 100 % pertenecen a la cabecera municipal. (Ver tabla 9).

Tabla 9. Comportamiento demográfico y social de casos de Tos ferina, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017

Variable	Categoría	Casos	%
----------	-----------	-------	---

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





Sexo	Masculino	28	45,9
	Femenino	33	54,1
Régimen	Contributivo	24	39,3
	Especial	1	1,6
	Indeterminado	1	1,6
	No afiliado	3	4,9
	Excepción	0	0,0
	Subsidiado	32	52,5
Pertenencia étnica	Indígena	2	3,3
	ROM (gitano)	1	1,6
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	5	8,2
	Otro	53	86,9
Grupos de edad	Menores de un año	49	80,3
	1 a 4 años	9	14,8
	5 a 9 años	1	1,6
	10 a 14 años	1	1,6
	65 y más años	1	1,6
Area	Cabecera municipal	61	100,0
	Rural disperso	0	0,0
	Centro poblado	0	0,0

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Sin tener en cuenta los descartados, fueron hospitalizados el 86,8 % de los casos y no se han adjudicado muertes a esta causa.

INDICADORES

Indicador	Resultado	Meta
Porcentaje de casos de Tos ferina con investigación de campo oportuna ficha de investigación completa	1,8 %	80 %
Porcentaje de configuración de casos	42,4 %	80 %
Proporción de incidencia	2,3 casos por 100.000 habitantes en el Valle del Cauca	NA
Letalidad	0 %	NA
Incidencia de Tos ferina en menores de 5 años	15,8 casos(58 casos/365.719 menores 5 años en el Valle por 100.000 habitantes)	0

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Varicela

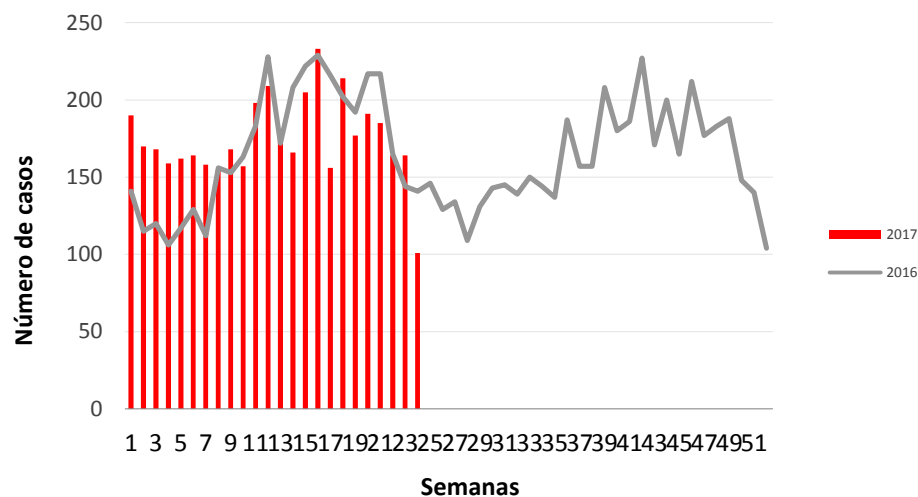
Según boletín epidemiológico a semana 24 de 2017 emitido por el Instituto Nacional de



Salud, a nivel nacional se han notificado 41.225 casos de varicela confirmados por clínica. El Valle del Cauca notifica el 5,5 % de los casos, ubicándose en el cuarto lugar.

Hasta la semana 24 de 2017, se han notificado 4195 casos de varicela a nivel departamental con 13 casos descartados, 4167 de los casos confirmados por clínica y 15 por nexo epidemiológico. Buenaventura notifica 53 casos y otros departamentos 20. Con relación al año 2016, se observa un aumento del 3,5 % donde se habían notificado 4048 casos (Ver gráfica 8).

Gráfica 8: Casos de Varicela notificados, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

El Municipio de procedencia con la mayor incidencia fue El Dovio con 1237 casos por 100.000 habitantes; la incidencia departamental fue de 97,7 casos por 100.000 habitantes (Ver tabla 10).

Tabla 10. Incidencia de Varicela según Municipio de Procedencia, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017

Municipio	Población DANE (2017)	No de casos	Incidencia por 100.000 hab
El Dovio	8.326	103	1237,1



GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

El Cerrito	10.116	39	385,5
Darién	15.824	57	360,2
Ansermanuevo	19355	35	180,8
Caicedonia	29.629	53	178,9
Ginebra	21.433	38	177,3
Buga	114.798	188	163,8
Vijes	11.276	16	141,9
Florida	58.555	78	133,2
Yumbo	122.762	137	111,6
Palmira	308.669	338	109,5
Cali	2.420.114	2492	103,0
Obando	15.146	14	92,4
Bolívar	13.131	12	91,4
Zarzal	46.140	39	84,5
Guacarí	35.087	29	82,7
Sevilla	44.590	35	78,5
Ulloa	5.387	4	74,3
Jamundí	124.623	89	71,4
San Pedro	18.637	13	69,8
Dagua	36.652	25	68,2
Toro	16.533	11	66,5
La unión	39.011	25	64,1
Pradera	56.545	36	63,7
Restrepo	16.323	10	61,3
Yotoco	16.418	10	60,9
Versalles	7.017	4	57,0
Trujillo	17.983	10	55,6
Alcalá	22.245	12	53,9
El Aguila	11.164	6	53,7
Candelaria	84.129	42	49,9
Bugalagrande	21.075	10	47,4
Tuluá	216.619	102	47,1
Cartago	133.640	57	42,7
El Cairo	10.116	4	39,5
Roldanillo	32.412	12	37,0
Argelia	6.392	1	15,6
Andalucía	17.760	2	11,3
La Cumbre	11.614	1	8,6
Mpio desconocido		6	
Total	4.292.492	4195	97,7

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

Sin tener en cuenta los casos descartados, el 50,9 % de los casos de varicela se registró en el sexo masculino, el 60,6 % pertenece al régimen contributivo, 32,3 % al régimen subsidiado, 2,2 % de los casos no se encontraba asegurado, el 94,2 % no pertenecen a ninguna etnia y el 96 % refiere pertenecer a otros grupos poblacionales; 93,5 % pertenecían a la cabecera municipal y se encontró el mayor número de casos en el grupo de edad de 5 a 9 años con un 22,8 %,



NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

seguido del grupo entre 10 a 14 años registrando el 17,9 % de los casos. El 0,9 % de los casos se presentó en madres gestantes y 2,8 % en grupos carcelarios (Ver tabla 11).

Tabla 11. Comportamiento demográfico y social de casos de Varicela, Valle del Cauca, a SE epidemiológica 24 de 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	2130	50,9
	Femenino	2052	49,1
Régimen	Contributivo	2534	60,6
	Especial	40	1,0
	No afiliado	90	2,2
	Excepción	131	3,1
	Indeterminado	35	0,8
	Subsidiado	1352	32,3
Pertenencia étnica	Indígena	24	0,6
	ROM (gitano)	11	0,3
	Raizal	5	0,1
	Palenquero	1	0,0
	Afrocolombiano	201	4,8
	Otro	3940	94,2
Grupos de edad	Menores de 1 mes	5	0,1
	Menores de un año	129	3,1
	1 a 4 años	670	16,0
	5 a 9 años	952	22,8
	10 a 14 años	748	17,9
	15 a 19 años	510	12,2
	20 a 24 años	424	10,1
	25 a 29 años	270	6,5
	30 a 34 años	177	4,2
	35 a 39 años	114	2,7
	40 a 44 años	75	1,8
	45 a 49 años	36	0,9
	50 a 54 años	36	0,9
	55 a 59 años	12	0,3
	60 a 64 años	10	0,2
	65 y más años	14	0,3
Área	Cabecera municipal	3909	93,5
	Rural disperso	185	4,4
	Centro poblado	88	2,1

Fuente: SIVIGILA .Secretaría Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

El 0,7 % de los casos fueron hospitalizados y no se han adjudicado muertes a esta causa.

INDICADORES



Indicador	Resultado	Meta
Proporción de incidencia	89,1 casos por 100.000 habitantes en el Valle del cauca	NA
Letalidad	0 %	NA

Fuente: SIVIGILA .Secretaria Departamental de Salud – Valle del Cauca 2017

DISCUSIÓN

1. Podemos observar en términos generales inoportunidad en la notificación e investigación de campo para gran parte de los eventos inmunoprevenibles.
2. También se evidencia inoportunidad en la configuración de los casos, realización de unidades de análisis, recolección y envío de muestras de laboratorio específicas para cada evento.
3. Igualmente desconocimiento sobre la ruta de recolección y envío de muestras para confirmación, tiempos de recolección, envío, procesamiento de las muestras y embalaje de las mismas, por parte de algunas IPS y laboratorios particulares, por lo cual, hay un número alto de muestras que no son procesadas.
4. Existe poca adherencia a los protocolos del INS por parte de las IPS y algunos entes municipales, donde no se llevan a cabo las acciones individuales y colectivas de acuerdo al caso.
5. Se observan oportunidades de mejora en lo concerniente al cumplimiento de las metas de notificación par los eventos en erradicación y eliminación, con el fortalecimiento del proceso de Búsqueda Activa Institucional (BAI) mensual en las UPGD.
6. Podemos observar un incremento en la notificación de algunos eventos como Meningitis, Parotiditis, tosferina, ESAVI y varicela.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Para aprovechar las oportunidades de mejora encontradas, es necesario hacer seguimiento estricto a la notificación de los casos y a la Búsqueda Activa Institucional (BAI) en las UPGD y Direcciones locales de salud, de forma que pueda asegurarse la realización de la investigación de campo, recolección y envío de muestras específicas de laboratorio, Búsqueda Activa Comunitaria, Monitoreo rápido de coberturas, unidades de análisis en los casos que correspondan y finalmente configuración del caso en los tiempos establecidos.



2. El seguimiento estricto a la BAI, evita el sub registro en la información por parte de las UPGD; además debe realizarse análisis periódico de concordancia entre las estadísticas vitales y SIVIGILA.
3. Se hace necesario, fortalecer la adherencia a los protocolos del Instituto Nacional de Salud, para la intensificación de la vigilancia de los eventos inmunoprevenibles en eliminación y erradicación, investigando en el tiempo establecido los casos sospechosos en búsqueda de posibles brotes, realizando el diagnóstico oportuno y llevando a cabo las medida de control necesarias, de manera que se lleven a cabo las acciones tanto individuales y colectivas de manera oportuna.
4. Fortalecer actividades de promoción y prevención y las acciones del PAI especialmente en poblaciones vulnerables y territorios con barreras de acceso; donde el equipo de Vigilancia Epidemiológica y el equipo de Plan Ampliado de Inmunizaciones trabajen conjuntamente y así, lograr mayor impacto.
5. 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 evento en eliminación o erradicación y no actuar en forma correcta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública ESAVI. 2014.
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Sarampión y Rubeola y Rubeola Congénita. 2014.
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Meningitis Bacteriana. 2014.
4. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Parotiditis. 2014.
5. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Parálisis flácida aguda. 2014.
6. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Tétanos accidental. 2014.
7. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Tosferina. 2014.
8. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Varicela. 2014.
9. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Difteria. 2014.
10. SIVIGILA. Secretaria Departamental de Salud. Valle del Cauca. 2017

INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA I SEMESTRE AÑO 2017

*Nubia Esperanza Rengifo García, Bacterióloga Esp. Epidemiología
Equipo Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

Introducción

Las enfermedades de transmisión respiratoria emergentes representan un riesgo sustancial para la humanidad debido a su elevado potencial de diseminación; por esta razón a partir de 2012 de acuerdo a recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y cumpliendo con lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y el decreto 3518 de 2006 del Ministerio de Salud en Colombia la infección respiratoria aguda (IRA) se vigila bajo diferentes estrategias de vigilancia.

La vigilancia de Infección respiratoria Aguda es fundamental para implementar medidas de prevención y control de manera oportuna evitando la aparición de situaciones de alerta y/o brotes epidémicos; representa una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la hospitalización y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad. Estas enfermedades afectan a toda la población pero, fundamentalmente, a los menores de cinco años y a las personas de 65 y más años.

1. Comportamiento del evento a nivel mundial

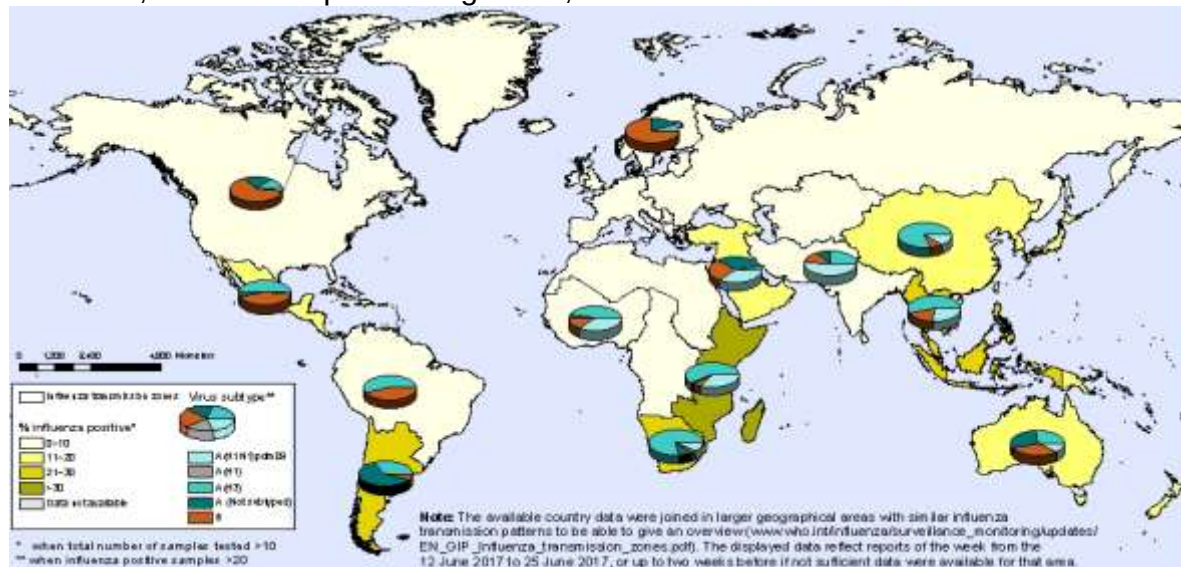
Las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) son un conjunto de enfermedades que afectan el sistema respiratorio y se constituyen en la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en niños y niñas menores de 5 años en todo el mundo, en especial por Infección Respiratoria Aguda (IRA) la cual representa cerca de 2 millones de muertes cada año (1). La población con mayor riesgo de morir por ERA son los niños y niñas, las personas de tercera edad y las que tienen comprometido su sistema inmunológico (1).

Las infecciones respiratorias superiores comúnmente conocidas como resfriado son muy frecuentes, pero rara vez ponen en peligro la vida, en cambio las infecciones respiratorias bajas generalmente producidas por infecciones bacterianas, son responsables de cuadros más graves como la neumonía, las que contribuyen de forma importante a la mortalidad por ERA (1).



Según la información de la Red Global de Influenza, a nivel mundial, ha predominado la circulación de influenza A (H3N2) e influenza B; siendo influenza B el virus que en las últimas semanas se identifica en mayor porcentaje. En los países del hemisferio sur actualmente continúa en general en disminución la circulación de influenza (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de muestras respiratorias positivas para influenza por zonas de transmisión, a semana epidemiológica 24, 2017



http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2017_07_10_influenza_update_293.jpg?ua=1

En los países del hemisferio norte continua en disminución la circulación de influenza, aunque en las últimas semanas ha predominado el virus de influenza B (2). En Europa la circulación de influenza es baja con detección de influenza B con respecto a los virus de influenza A, por debajo de la línea de base se encuentra IRA e IRAG (2). En los países del norte de África se ha mantenido baja la circulación de influenza (2). En el occidente de Asia aunque sigue en disminución la circulación de influenza, predomina influenza B; en los países de Asia central es bajo el número de casos de IRA e IRAG con baja detección de influenza y en el oriente de Asia se ha identificado circulación de influenza A e influenza B (2).

En los países del Caribe y Centroamérica es baja la circulación de influenza (2). En los países tropicales de América del sur se reporta un leve aumento de influenza A con predominio de influenza A (H3N2). En el occidente de África se registra una baja circulación de influenza; en el oriente de África en las últimas semanas se han detectado más casos de influenza A (H3N2) e influenza B (2). En el sudeste asiático es baja la circulación de influenza con detección de influenza A e influenza B (2). En los países del sur de Asia se identifica circulación de influenza A (H1N1) pdm09 en algunos países con esporádicos casos de influenza A (H3N2)





e influenza B en las últimas semanas (2). En los países templados de hemisferio sur el comportamiento de influenza se encuentra entre los niveles esperados (2). Según la Red Global de influenza, es mayor el porcentaje de circulación para el virus de influenza B con predominio del linaje B-Victoria con respecto al linaje B-Yamagata y en la identificación de subtipos de influenza A es mayor la detección del subtipo de influenza A H3N2 (2).

1.2 Comportamiento del evento en América

El comportamiento de Infección Respiratoria Aguda en América, especificando aquellos países que representan la región de manera importante por su densidad poblacional y ubicación geográfica en la Red Global de Influenza:

En América del Norte en el 2016 en el primer semestre del año se presentó un notable aumento de la circulación de influenza, el cual disminuyó a mediados del año manteniéndose en niveles inferiores hasta la semana epidemiológica 38 a partir de la cual inició un ligero aumento de influenza A (H3N2) que fue incrementándose en co-circulación con influenza A (H1N1)pdm09 descendiendo desde la semana epidemiológica 08 de 2017; en cuanto al virus de influenza B, desde la semana epidemiológica 05 de 2017 se ha detectado en mayor proporción superando en las últimas semanas la proporción de influenza A.

En Canadá incrementó ligeramente el número de consultas ambulatorias por IRA. El 69 % de las hospitalizaciones por IRAG se han presentado en el grupo de adultos mayores de 65 años. En general ha disminuido ligeramente la circulación de influenza con respecto a semanas previas predominando el virus de influenza B (3).

En Estados Unidos disminuyeron ligeramente las consultas ambulatorias por IRA encontrándose inferior a la línea de base; en el grupo de adultos mayores de 65 años es mayor la tasa de hospitalización por IRAG. La circulación viral indica que influenza ha disminuido ligeramente predominando influenza B y entre los otros virus respiratorios diferentes a influenza, el VSR presenta la mayor proporción seguido de Parainfluenza (3).

En América central se presentó un leve aumento de influenza A (H1N1)pdm09 hasta la semana epidemiológica 25 con posterior aumento desde la semana epidemiológica 44 en co-circulación con influenza A (H3N2).

En Costa Rica se presenta un aumento en las hospitalizaciones en sala general y UCI por IRAG; en general es baja la circulación de influenza y otros virus respiratorios entre los cuales se ha detectado Adenovirus y Parainfluenza (3). En El Salvador los casos de IRA e IRAG han disminuido y permanecen inferior a la curva epidémica; actualmente se presenta una baja circulación de influenza con





predominio de influenza B y baja detección de virus respiratorios diferentes a influenza (3).

En los países del hemisferio sur en el 2016 aumentó la circulación de influenza predominando el virus de influenza A (H1N1) pdm09 hasta la semana epidemiológica 28 en la que aumentó la circulación de influenza A (H3N2) hasta la semana epidemiológica 40 a partir de la cual disminuyó la circulación y ha continuado así durante las últimas semanas de 2016 hasta la semana epidemiológica 13 de 2017 a partir de la cual se observa un leve aumento.

1.3 Comportamiento del evento en Colombia

En Colombia el comportamiento de IRA se vigila a través de las siguientes estrategias de vigilancia:

- **Vigilancia de la morbilidad por IRA:** en la semana epidemiológica 24 de 2017, en Colombia se notificaron al Sivigila 150 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave, 38 de esta semana y 112 de semanas anteriores, de los cuales 125 (el 83,3 %) corresponden a pacientes con infección respiratoria aguda grave y 25 (el 16,7 %) a pacientes con enfermedad similar a la influenza; en la misma semana de 2016 se notificaron 196 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 3.380 casos de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave mediante la estrategia de vigilancia centinela. Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Caldas Cartagena, Meta Nariño, Norte de Santander Tolima y Valle del Cauca notificaron casos durante la semana epidemiológica 24 acorde a lo establecido en los lineamientos. (10)

En la semana epidemiológica 24 de 2017, en Colombia se notificaron al Sivigila 4 338 registros de hospitalizaciones en sala general por infección respiratoria aguda grave; 3.962 registros de esta semana y 376 de semanas anteriores; en la misma semana de 2016 se notificaron 6.162. A la fecha, se han notificado 115.463 registros de hospitalizaciones en sala general por infección respiratoria aguda grave. Para esta semana la proporción de hospitalizaciones en sala general por infección respiratoria aguda grave del total de hospitalizaciones en sala general por todas las causas es 7,6 %, la semana anterior 7,8 %. Bogotá, Santander y Antioquia notificaron el 48,0 % de las hospitalizaciones en sala general por infección respiratoria aguda grave. La tasa de notificación nacional de hospitalización en sala general por infección respiratoria aguda grave a semana epidemiológica 24 de 2017, es de 23,4 casos por cada 10 000 habitantes; las entidades territoriales de San Andrés, Bogotá, Norte de Santander, Guainía, Quindío, Cesar, Guaviare y Boyacá superan la incidencia nacional.



Para esta semana la proporción de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave del total de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por todas las causas es 9,2 %, la semana anterior 9,7 %. Bogotá, Santander y Cartagena notificaron el 55,5 % de los registros de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave. El 21,0 % de las consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda se registraron en el grupo de 20 a 39 años. El 25,6 % de las hospitalizaciones en sala general y el 47,6 % de las hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave se registraron en el grupo de menores de un año.

- **Vigilancia intensificada de IRAG inusitado:** con corte a la semana epidemiológica 24 de 2017, Colombia registra en Sivigila 808 casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada; no se han identificado virus nuevos o de alta patogenicidad en los casos de infección respiratoria aguda grave inusitada notificados. Para la semana epidemiológica 24 de 2017, se observa un incremento no significativo (razón 1,3) en la notificación de casos de IRAG inusitado en el departamento de Cesar en comparación con lo notificado entre 2013 a 2016.(10).

- **Vigilancia centinela de Enfermedad Similar a Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave (ESI-IRAG):** en la semana epidemiológica 24 de 2017, en Colombia se notificaron al Sivigila 150 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave, 38 de esta semana y 112 de semanas anteriores, de los cuales 125 (el 83,3 %) corresponden a pacientes con infección respiratoria aguda grave y 25 (el 16,7 %) a pacientes con enfermedad similar a la influenza; en la misma semana de 2016 se notificaron 196 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 3380 casos de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave mediante la estrategia de vigilancia centinela. Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Caldas, Cartagena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Tolima y Valle del Cauca notificaron casos durante la semana epidemiológica 24 acorde a lo establecido en los lineamientos. (10).

Vigilancia de la mortalidad por IRA en el grupo de los menores de 5 años: en la semana epidemiológica 24 de 2017, se notificaron nueve muertes por infección respiratoria aguda en menores de cinco años cinco de esta semana y cuatro de semanas anteriores notificadas tardíamente; durante esta semana se descartó un caso por no cumplir con la definición del evento; en la misma semana de 2016 se notificaron 15 muertes. A la fecha se han ingresado al Sivigila 213 muertes por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, las cuales se encuentran en estudio.(10)

En Colombia, los microorganismos más frecuentes de las infecciones respiratorias son los Adenovirus, el Virus Sincitial Respiratorio (VSR); Influenza tipo A, B y C, y el virus de Parainfluenza tipo I, II y III. A pesar de la pandemia registrada por el virus A (H1N1) pmd09, en Colombia el VSR siguen siendo el agente etiológico





con mayor circulación, seguido por los Virus de Parainfluenza y Adenovirus.

Acorde con la actualización regional de la Organización Panamericana de la Salud, en Colombia ha aumentado ligeramente la tasa de IRA similar a lo presentado en el año 2015 y 2016, las hospitalizaciones por IRAG en sala general y en UCI han disminuido ligeramente. La circulación de influenza es baja con mayor detección de influenza A (H3N2); entre los virus respiratorios diferentes a influenza el VSR corresponde al de mayor proporción; sin embargo inferior a lo reportado en el año 2015 y 2016 (3).

1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 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.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente informe, describe el comportamiento de la infección respiratoria aguda en el departamento del Valle del Cauca durante el primer semestre de 2017, teniendo como ejes fundamentales las variables en tiempo, lugar y persona. En cuanto al tiempo, el periodo está comprendido entre las semanas epidemiológicas 01 a 24, de forma acumulada. En la variable de lugar, el análisis se ha realizado de la notificación realizada por los municipios 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. Para la variable persona en las estrategias de notificación individual, el análisis se realiza por edad, régimen de afiliación, área de procedencia, etnia, grupo poblacional y datos clínicos. En este informe también se incluyen los indicadores establecidos para la vigilancia en cada una de las diferentes estrategias. Las fuentes utilizadas, la notificación realizada por los municipios a través del Sivigila, proyecciones poblacionales establecidas por el DANE, datos del Laboratorio de Salud Pública Departamental del Valle del Cauca, Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud. A partir de lo anterior se ha realizado un análisis de las variables contenidas en la herramienta de notificación. La información emitida en este informe se encuentra sujeta a cambios de acuerdo a los ajustes que realizan los municipios.

4. HALLAZGOS

4.1 Vigilancia morbilidad por IRA (código colectivo 995)

4.1.1. Comportamiento de la notificación

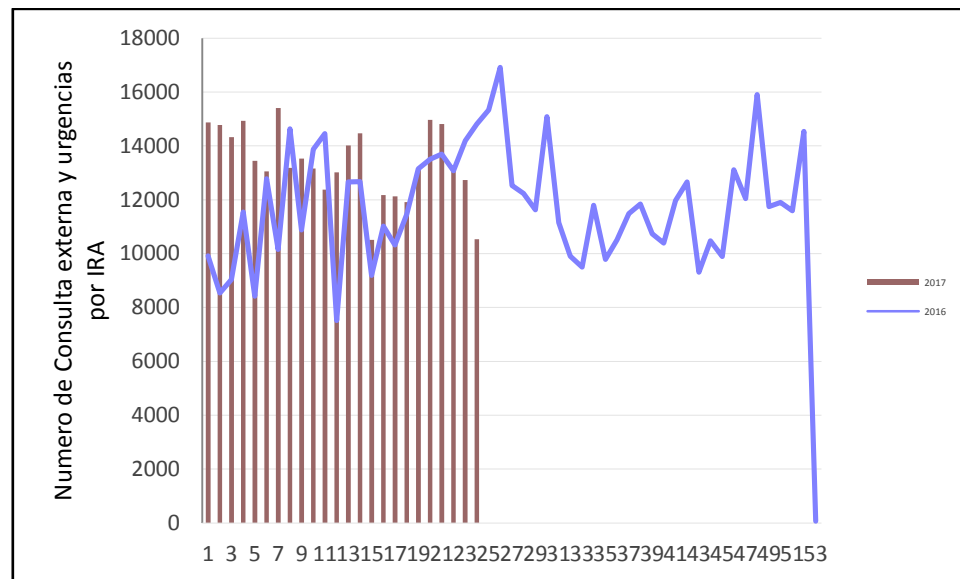
La vigilancia de la morbilidad por IRA se debe realizar en todas las UPGD del territorio nacional caracterizadas en el Sistema Nacional de Vigilancia. La morbilidad por IRA corresponde a la notificación semanal de consultas externas, urgencias, hospitalización general, hospitalización en UCI y muertes de acuerdo a los criterios establecidos en la vigilancia de IRA a partir de Registros Institucionales o individuales de Prestación de servicios en Salud (RIPS).

En la estrategia de la morbilidad por IRA, a semana epidemiológica 24 de 2017 la notificación del Valle del Cauca se compone de un total de 7.364 registros, de los cuales se excluyeron 6 notificaciones con ajuste D y 26 notificaciones de una UPGD del municipio de Cali que aporta datos errados que afectan el comportamiento del evento a pesar de reiteradas solicitudes de ajuste (Virrey Solis IPS San Fernando); obteniendo un total de 7.332 registros para el análisis de los datos. El número de registros se revisa semanalmente debido ajustes y a depuración por calidad del dato.

A semana epidemiológica 24 de 2017, se notificaron 320.657 consultas externas y urgencias por Infección Respiratoria Aguda; comparado con el total de consultas externas y urgencias por todas las causas se obtiene una proporción de Infección Respiratoria Aguda del 6,8 %. En relación con la notificación de la misma semana epidemiológica de 2016 se evidencia un aumento del 13,9 % (281.524 casos). (gráfica 1)



Gráfica 1. Comportamiento de consulta externa y urgencias por Infección Respiratoria Aguda, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: SIVIGILA .– Valle del Cauca 2017

Los municipios con mayor tasa de notificación de consultas externas y de urgencias por Infección Respiratoria Aguda son: Sevilla, Cartago, Cali y Florida; siendo Cali el que aporta el 66,3% de los casos del departamento. (tabla 1).

Tabla 1. Tasa de notificación de consultas externas y urgencias por Infección Respiratoria Aguda, según municipio, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

Municipio	Proyección Dane 2017	Casos	Tasa de notificación por 1000 hab	Proporción
Sevilla	44.590	6083	136,4	1,9
Cartago	133.640	12904	96,6	4,0
Cali	2.420.114	213955	88,4	66,7
Florida	58.555	4901	83,7	1,5
Buga	114.798	9582	83,5	3,0
Bugalagrande	21.075	1758	83,4	0,5
Alcala	22.245	1820	81,8	0,6
Versalles	7.017	571	81,4	0,2
Dagua	36.652	2913	79,5	0,9
Ginebra	21.433	1674	78,1	0,5
Jamundi	124.623	9360	75,1	2,9



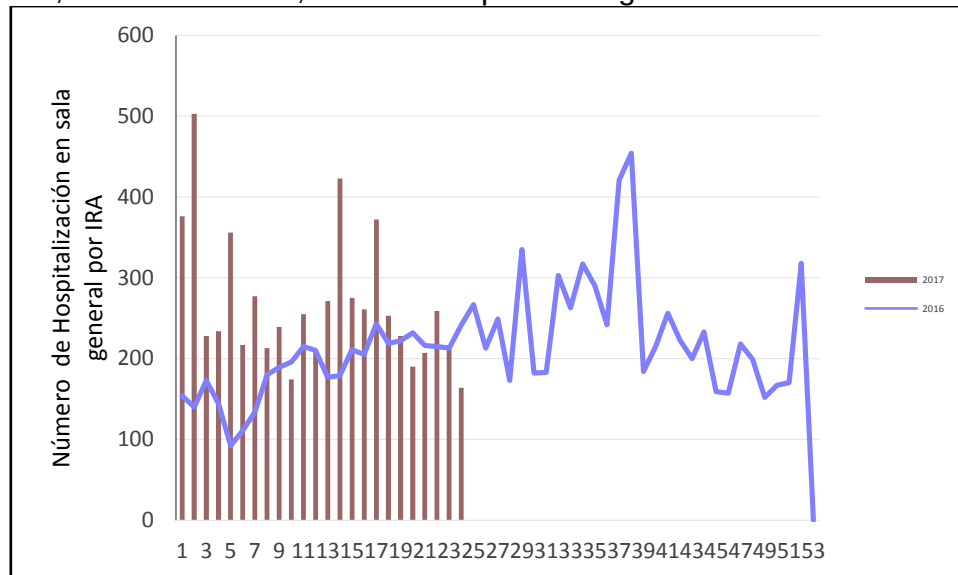
Ansermanuevo	19.355	1441	74,5	0,4
Bolivar	13.131	851	64,8	0,3
Yumbo	122.762	7911	64,4	2,5
Zarzal	46.140	2969	64,3	0,9
Restrepo	16.323	1046	64,1	0,3
Riofrio	14.258	911	63,9	0,3
Caicedonia	29.629	1851	62,5	0,6
Obando	15.146	900	59,4	0,3
Andalucia	17.760	1008	56,8	0,3
Darien	15.824	898	56,7	0,3
La Cumbre	11.614	640	55,1	0,2
Yotoco	16.418	902	54,9	0,3
Roldanillo	32.412	1722	53,1	0,5
El Dovio	8.326	440	52,8	0,1
Ulloa	5.387	263	48,8	0,1
El Cairo	10.116	410	40,5	0,1
Tulua	216.619	8648	39,9	2,7
Palmira	308.669	11650	37,7	3,6
Guacari	35.087	1303	37,1	0,4
Candelaria	84.129	3068	36,5	1,0
Toro	16.533	596	36,0	0,2
San Pedro	18.637	622	33,4	0,2
El Cerrito	58.028	1751	30,2	0,5
La Union	39.011	1167	29,9	0,4
El Aguila	11.164	262	23,5	0,1
Trujillo	17.983	406	22,6	0,1
Vijes	11.276	237	21,0	0,1
Pradera	56.545	1142	20,2	0,4
La Victoria	13.076	121	9,3	0,0
Argelia	6.392	0	0,0	0
Valle del Cauca	4708262	320657	68,1	100

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

La notificación de hospitalizaciones en sala general por Infección Respiratoria Aguda para el periodo evaluado es de 6.397 hospitalizaciones; comparado con el total de hospitalización por todas las causas se obtiene una proporción de 7,1%. En relación con la notificación de la misma semana epidemiológica de 2016 se evidencia un aumento del 41,8 % (4.512 casos). (gráfica 2).



Gráfica 2. Comportamiento de hospitalización en sala general por Infección Respiratoria Aguda Grave, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

Los municipios con mayor tasa de notificación de hospitalización en sala general por Infección Respiratoria Aguda Grave son: Versalles, Ulloa, Jamundí, Sevilla y Cali; siendo Cali el que aporta el 74,2% de los casos del departamento. (tabla 2).

Tabla 2. Tasa de notificación de hospitalización en sala general por Infección Respiratoria Aguda Grave, según municipio, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

Municipio	Población Proyección DANE 2017	Casos	Tasa de notificación por 10.000 hab	Proporción
Alcala	22.245	17	7,6	0,3
Andalucia	17.760			
Ansermanuevo	19.355	14	7,2	0,2
Argelia	6.392			
Bolivar	13.131	9	6,9	0,1
Buga	114.798	103	9,0	1,6
Bugalagrande	21.075	7	3,3	0,1
Caicedonia	29.629	21	7,1	0,3
Cali	2.420.114	4749	19,6	74,2
Candelaria	84.129			
Cartago	133.640	103	7,7	1,6



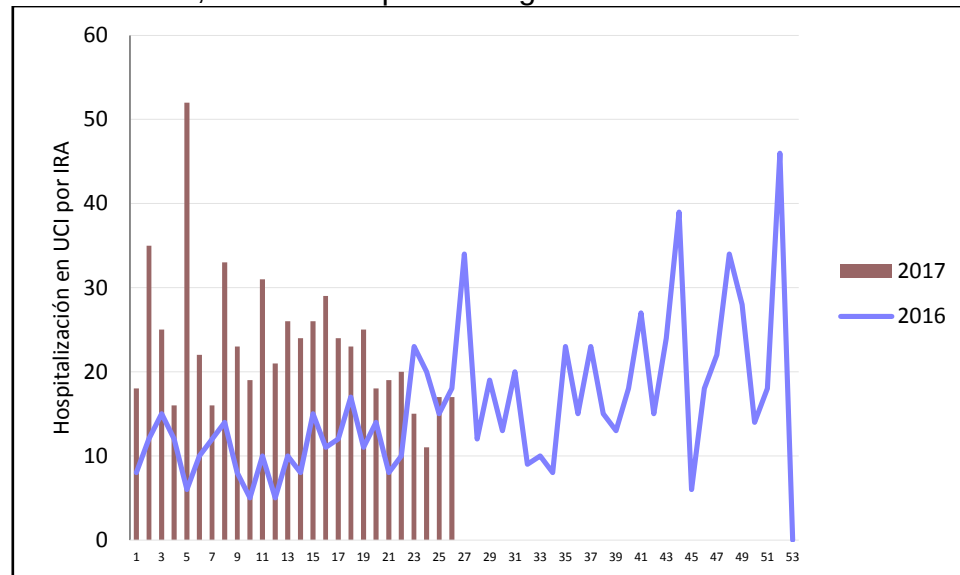
Dagua	36.652	55	15,0	0,9
Darien	15.824			
El Aguila	11.164			
El Cairo	10.116	11	10,9	0,2
El Cerrito	58.028	12	2,1	0,2
El Dovio	8.326			
Florida	58.555	30	5,1	0,5
Ginebra	21.433			
Guacari	35.087			
Jamundi	124.623	280	22,5	4,4
La Cumbre	11.614	3	2,6	0,05
La Union	39.011			
La Victoria	13.076			
Obando	15.146	2	1,3	0,03
Palmira	308.669	580	18,8	9,1
Pradera	56.545			
Restrepo	16.323			
Riofrio	14.258			
Roldanillo	32.412	18	5,6	0,3
San Pedro	18.637			
Sevilla	44.590	96	21,5	1,5
Toro	16.533	6	3,6	0,1
Trujillo	17.983	17	9,5	0,3
Tulua	216.619	98	4,5	1,5
Ulloa	5.387	16	29,7	0,3
Versalles	7.017	24	34,2	0,4
Vijes	11.276			
Yotoco	16.418			
Yumbo	122.762	59	4,8	0,9
Zarzal	46.140	67	14,5	1,0
Valle del Cauca	4708262	6397	13,6	100,0

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

Las hospitalizaciones en sala de UCI por Infección Respiratoria Aguda Grave para el periodo evaluado es de 571 hospitalizaciones; comparado con el total de hospitalización en UCI por todas las causas se obtiene una proporción de 9,5%. En relación con la notificación de la misma semana epidemiológica de 2016 se evidencia un aumento marcada del 107% (276 casos). (gráfica 3).



Gráfica 3. Comportamiento de hospitalización UCI por Infección Respiratoria Aguda Grave, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

El municipio con mayor tasa de notificación de hospitalización UCI por Infección Respiratoria Aguda Grave de los 4 municipios que tienen servicio de unidad de Cuidados Intensivos en el Valle del Cauca es Cali; siendo también el que aporta el 97% de los casos del departamento. (tabla 3).

Tabla 3. Tasa de notificación de hospitalización en UCI por Infección Respiratoria Aguda Grave, según municipio, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

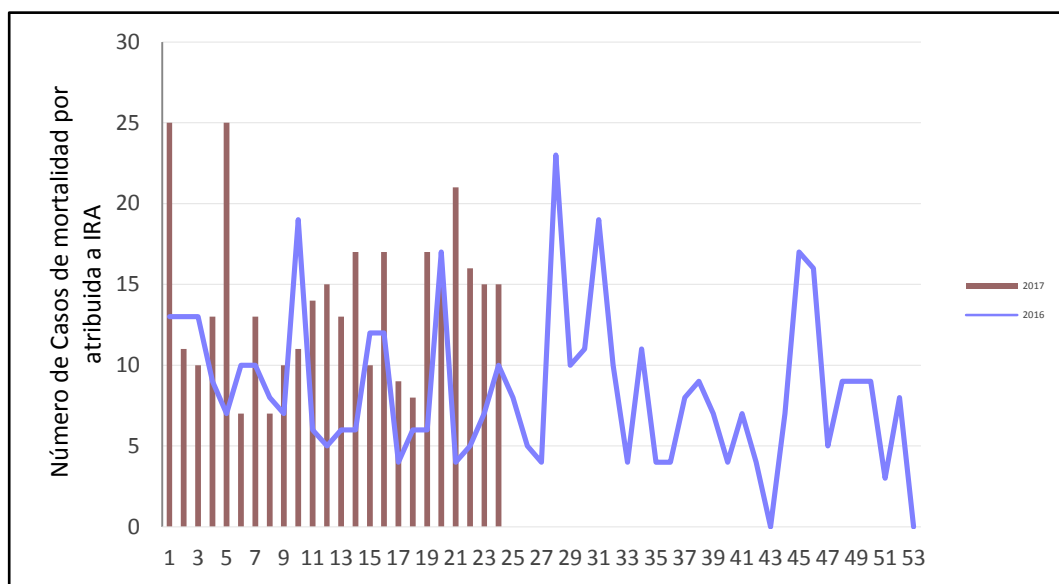
Municipio	Población Proyección DANE 2017	Total	Tasa de notificación por 100.000 hab	Proporción
Cali	2.420.114	554	22,9	97
Palmira	308.669	13	4,2	2,3
Buga	114.798	2	1,7	0,4
Tulua	216.619	2	0,9	0,4
Valle del Cauca	4708262	571	12,1	100

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017



Las muertes atribuida a Infección Respiratoria Aguda para el periodo evaluado es de 334 muertes; comparado con el total de muertes por todas las causas se obtiene una proporción de 9,1 %. En relación con la notificación de la misma semana epidemiológica de 2016 se evidencia un aumento del 55,3% (215 casos) (gráfica 4).

Gráfica 4. Comportamiento de muerte por Infección Respiratoria Aguda, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

El municipio con mayor tasa de notificación de muertes por Infección Respiratoria Aguda Grave de los 41 municipios que notificado son: Caicedonia, Palmira, Ansermanuevo y Buga; siendo Cali el que aporta el 97,6% de los casos del departamento. (tabla 3).

Municipio	Población Proyección DANE 2017	Total	Tasa de notificación por 100.000 hab	Proporción
Cali	2.420.114	326	13,5	97,6
Caicedonia	29.629	3	10,1	0,9
Ansermanuevo	19.355	1	5,2	0,3
Palmira	308.669	3	1,0	0,9
Buga	114.798	1	0,9	0,3
Valle del Cauca	4708262	334	7,1	100

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

4.1.2 Magnitud en lugar y persona

Teniendo en cuenta los registros de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda lo aporta el grupo de 20 a 39 años con 23,8%. El 32,6 % de las hospitalizaciones en sala general por infección respiratoria aguda grave se registraron en el grupo de personas 60 y más años; seguido de los menores de 1 año con 26,4%. El 36,8 % de las hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave se registraron en el grupo de menores de un año y personas de 60 y más años; el 87,1% de las muertes se reportan en personas de 60 y más años. (tabla 4).

Tabla 4. Comportamiento demográfico de los registros de morbilidad por infección respiratoria aguda, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

Variable	Categoría	Consultas externas y urgencias	%	Hospitaliza ciones en sala general	%	Hospitaliza ciones en UCI	%	Muertes IRA	%
Grupos de edad	Menores de 1 año	26.359	8,2	1.315	20,6	124	21,7	3	0,9
	1 año	22.513	7,0	676	10,6	27	4,7	5	1,5
	2 a 4 años	40.789	12,7	748	11,7	22	3,9	1	0,3
	5 a 19 años	57.205	17,8	525	8,2	27	4,7	5	1,5
	20 a 39 años	76.269	23,8	499	7,8	45	7,9	7	2,1
	40 a 59 años	54.220	16,9	550	8,6	59	10,3	22	6,6
	60 y más años	43.302	13,5	2.084	32,6	267	46,8	291	87,1
	Todos los grupos de edad	320.657	100	6.397	100	571	100	334	100

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

4.1.3 Indicadores

- ✓ Porcentaje de casos de IRA en consulta externa y urgencias entre el total de casos de en consulta externa y urgencias de la UPGD por grupos de edad.

La proporción de consultas externas y urgencias por IRA del total de consultas externas y urgencias por todas las causas en el Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 es de 6,8 % (tabla).

Tabla. Proporción de consulta externa y urgencias por IRA por grupos de edad, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24, 2017.

Consultas externas y urgencias	Menores de 1 año	1 año	2 a 4 años	5 a 19 años	20 a 39 años	40 a 59 años	60 y más años	Total
No. Consultas Ext y Urg por IRA	26.359	22.513	40.789	57.205	76.269	54.220	43.302	320.657
No. Consultas Ext y Urg por todas las causas	170.690	125.435	256.997	739.686	1.194.619	1.190.909	1.058.539	4.736.875
Proporción o. Consultas Ext y Urg	15,4	17,9	15,9	7,7	6,4	4,6	4,1	6,8

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

- ✓ Porcentaje de casos de IRA hospitalizados entre el total de hospitalizaciones de la UPGD por grupos de edad.

La proporción de hospitalización por IRAG del total de hospitalizaciones por todas las causas en el Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 es de 7,1 % (tabla).

Tabla. Proporción de hospitalizaciones por IRAG por grupos de edad, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24, 2017.

Hospitalizaciones por IRAG	Menores de 1 año	1 año	2 a 4 años	5 a 19 años	20 a 39 años	40 a 59 años	60 y más años	Total
No. Hospitalizaciones por IRAG	1.315	676	748	525	499	550	2.084	6.397
No. Hospitalizaciones en UCI por todas las causas	5.434	2.223	3.454	9.621	23.813	17.890	28.275	90.710
Proporción hospitalización IRAG	24	30	22	5	2	3	7	7,1

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

- ✓ Porcentaje de casos de IRAG en UCI entre el total de pacientes en UCI de la UPGD por grupos de edad.



La proporción de hospitalizaciones en UCI por IRAG del total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas en el Valle del Cauca a semana epidemiológica 24 es de 9,5 % (tabla).

Tabla. Proporción de hospitalizaciones en UCI por IRAG por grupos de edad, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24, 2017.

Hospitalizaciones en UCI por IRAG	Menores de 1 año	1 año	2 a 4 años	5 a 19 años	20 a 39 años	40 a 59 años	60 y más años	Total
No. Hospitalizaciones UCI por IRAG	124	27	22	27	45	59	267	571
No. Hospitalizaciones en UCI por todas las causas	895	75	100	344	906	1.011	2.678	6.009
Proporción hospitalización UCI IRAG	14	36	22	8	5	6	9,5	9,5

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

- ✓ Porcentaje de muertes por IRA entre el total de muertes de la UPGD por grupos de edad.

La proporción de muertes por IRA del total de muertes por todas las causas en el Valle del Cauca a semana epidemiológica 24 es de 9,1 % (tabla).

Tabla. Proporción de muertes por IRA por grupos de edad, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24, 2017.

Muertes IRA	Menores de 1 año	1 año	2 a 4 años	5 a 19 años	20 a 39 años	40 a 59 años	60 y más años	Total
No. Muertes por IRA	3	5	1	5	7	22	291	334
No. Muerte por todas las causas	84	17	32	94	211	546	2.518	3.690
Proporción muertes por IRA	4	29	3	5	3	4	12	9,1

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

4.2. Vigilancia IRAG inusitado (código 348)

4.2.1 Comportamiento de la notificación

Es importante recordar que los criterios para definir un caso de IRAG inusitado son:

- *Trabajador de la salud o trabajador del sector avícola o porcino que desarrollan IRAG no explicada.*
- *Antecedente de viaje a áreas de circulación de virus de influenza aviar con capacidad demostrada de infectar a humanos.*
- *Muerte por infección respiratoria aguda con cuadro clínico desconocida.*
- *Conglomerados de IRAG o neumonía en entornos familiares, lugares de trabajo o grupos sociales.*
- *Paciente que ingresa con IRAG, con deterioro clínico sin etiología determinada, evolución rápida hasta choque séptico Hasta 72 horas (necesidad de vasopresores) y/o necesidad de ventilación mecánica asistida.*

Se depuró la base de datos de acuerdo a los criterios de inclusión de la definición de caso registrada para las UPGD del Valle del Cauca. Al revisar la base de datos se encuentran casos notificados que no cumplen con la definición. Al final, posterior a toda la depuración se encuentran como válidos 117 registros de IRAG inusitado (ver tabla 5).

Tabla 5. Resultados de la depuración de la base de datos de la notificación de IRAG inusitado, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

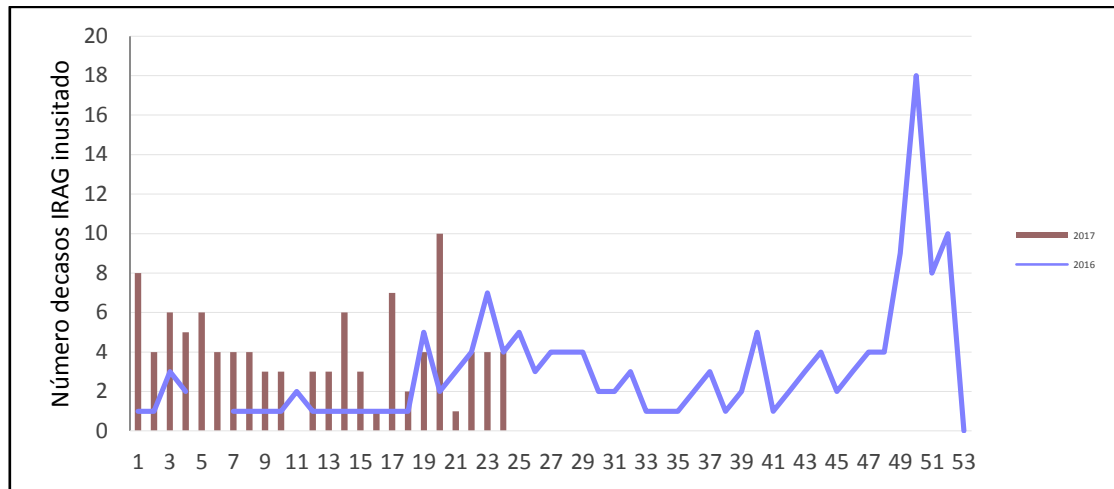
Total registros	216
Depuración por ajuste D	47
Descartados por ajuste 6	41
Ambulatorios	6
Registros sin factores de riesgo	5
Total registros no válidos	99
Total registros válidos	117

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

A semana epidemiológica 24, el Valle del Cauca registra 99 casos de los 117 casos sospechosos de Infección Respiratoria Aguda inusitado, residen en el departamento que cumplen con la definición de caso establecida en el protocolo nacional y los cuales serán la base del análisis del presente informe (gráfica 5).



Gráfica 5. Casos notificados de Infección Respiratoria Aguda Grave inusitada, residentes en Valle del Cauca a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: SIVIGILA . Valle del Cauca 2017

El 57,6%(57) de los casos registrados presentaron deterioro clínico con requerimiento de unidad de cuidados intensivos (UCI), el 28,3%(28) corresponden a defunción por IRA con etiología desconocida, el 10% (10) tuvieron contacto con paciente con Infección Respiratoria Aguda Grave y el 4%(4) contacto con cerdos o porcinos.

Tabla 6. Casos de Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada según municipio, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

Municipio	Proyección Dane 2017	Casos	Tasa de notificación por 100.000 hab
Bolivar	13.131	2	15,2
Restrepo	16.323	1	6,1
Yotoco	16.418	1	6,1
Trujillo	17.983	1	5,6
La Union	39.011	2	5,1
Buga	114.798	5	4,4
Jamundi	124.623	5	4,0
Candelaria	84.129	3	3,6
Tulua	216.619	5	2,3
Dagua	36.652	1	2,7
Cali	2.420.114	65	2,7
Yumbo	122.762	3	2,4
Florida	58.555	1	1,7
Cartago	133.640	1	0,7
Palmira	308.669	3	1,0
Valle del Cauca	4708262	99	2,1

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

De acuerdo con la notificación inicial de los casos, las UPGD tienen cuatro semanas a partir de la fecha de notificación para ajustar el caso o descartarlo de acuerdo con el resultado de laboratorio según los criterios establecidos, este ajuste debe ser realizado en el módulo correspondiente en el Sivigila. Teniendo en cuenta que todos los casos de IRAG inusitado deben tener muestra para detección del agente etiológico solo se tomarán en cuenta los ajustes 3 (confirmado por laboratorio), 6 (descartado por laboratorio) y 5 (confirmado por nexos). A semana epidemiológica 24 no se alcanzó el 100 % del ajuste de los casos probables o notificados.

4.2.2 Magnitud en persona y lugar

Se reportaron 28 defunciones corresponden a pacientes residentes en el municipio de Cali el 78,6% (22 casos), Bolívar el 7,14% (2 casos) y el 17,4% restante, corresponde a Buga, La Unión, Candelaria, Dagua cada uno reportando un caso. El 47,8% (14 defunciones) correspondían a adultos mayores de 65 años los cuales presentaban otras comorbilidades, el 21,4% (6 casos) adultos jóvenes con por lo menos una comorbilidad, 17,8% (5 casos) adultos jóvenes sin comorbilidades registradas y solo el 4,3% (3 caso) corresponde a menores de 5 años. Ocho casos han sido confirmados por RT-PCR positivo para: Adenovirus (2), AH1N1 pdm09 (2), Influenza B /Para influenza 3 (PIV-3), Para influenza tipo 3, Para influenza tipo 4, Rhinovirus y 6 casos fueron negativos para virus respiratorios.

El 59,6% (59) % de los casos de Infección Respiratoria Aguda Inusitada notificados se registraron en el sexo masculino, el 65,7% (65) pertenecen al régimen contributivo, por pertenencia étnica, 2% (2) en población afrocolombiano y 1% (1) mal clasificado como población ROM Gitano. El 98 (97) % residen en la cabecera municipal y el 45,5% corresponde al grupo de menores de 5 años (tabla 7).

Tabla 7. Comportamiento demográfico y social de los casos de Infección Respiratoria Aguda grave inusitada Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24, 2017

Variable	Característica	Casos	%
Sexo	Masculino	59	59,6
	Femenino	40	40,4
Tipo de régimen	Subsidiado	31	31,3
	Contributivo	65	65,7
	Indeterminado		
	No afiliado	1	1,0
	Especial		
Pertenencia étnica	Excepción	2	2,0
	Otro	96	97,0
	Indígena		



	Afrocolombiano	2	2,0
	ROM (gitano)	1	1,0
	Raizal		
Área de residencia	Cabecera Municipal	97	98,0
	Rural disperso	1	1,0
	Centro poblado	1	1,0
Grupo de edad	< 5 años	45	45,5
	5 a 59 años	13	13,1
	> 60 años	41	41,4

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

4.2.3 Características clínicas

De los 99 casos de IRAG inusitado notificados y residentes en el departamento el 80,8 % presentaron tos, el 80,8 % fiebre, el 75,8 % dificultad respiratoria (ver tabla 8).

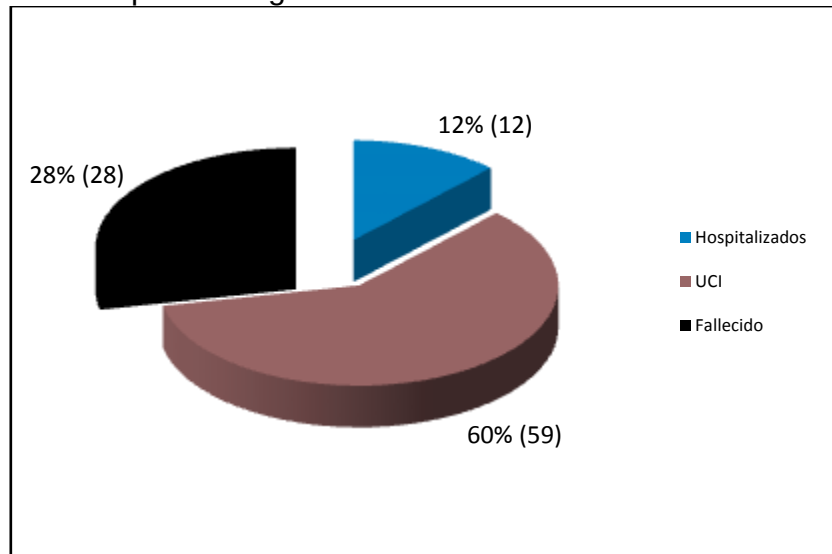
Tabla 8. Criterios clínicos casos IRAG inusitado, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

		Casos	%
Tos	Si	80	80,8
	No	20	20,2
	Total	99	100,0
Fiebre	Si	80	80,8
	No	20	20,2
	Total	99	100,0
Dificultad respiratoria	Si	75	75,8
	No	24	24,2
	Total	99	100,0
Diarrea	Si	5	5,1
	No	94	94,9
	Total	99	100,0

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

Con relación al criterio de gravedad de los casos de IRAG inusitado, en el Valle del Cauca a semana epidemiológica 24, el 59,6 % requirió manejo en unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados intermedios (ver gráfica 6).

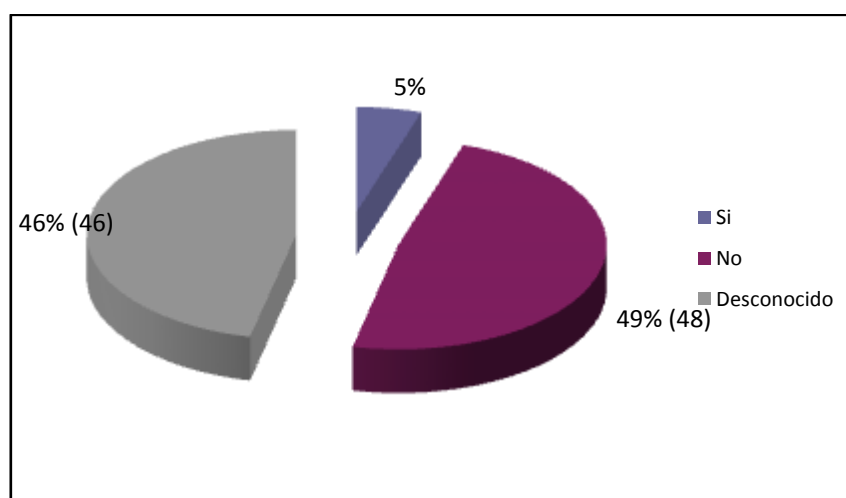
Gráfica 6. Criterio de gravedad de los casos de IRAG inusitado por grupo de edad, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

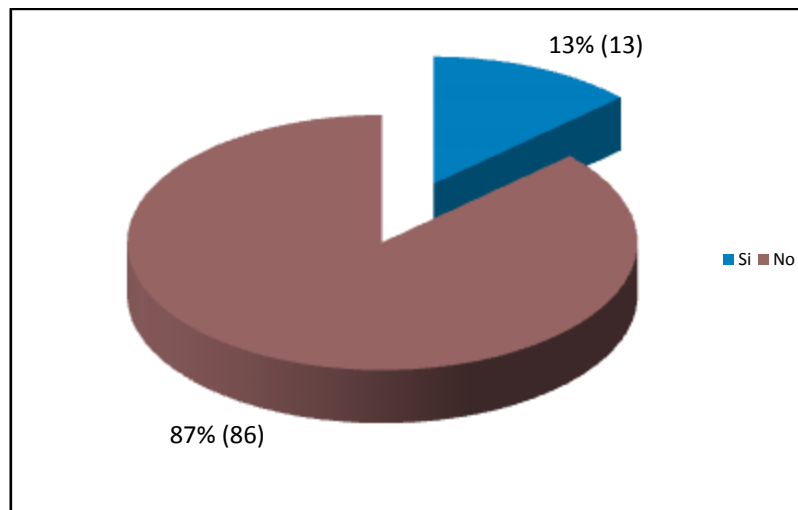
De los 99 casos de IRAG inusitado el 54% cuenta con información sobre antecedente vacunal contra influenza, el 5 % manifiesta haber recibido la vacuna (ver gráfica 7).

Gráfica No 7. Porcentaje vacunación contra influenza en los casos de IRAG inusitado, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017



Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

Gráfica 8. Porcentaje uso de antivirales en los casos de IRAG inusitado, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24, 2017.



Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

4.2.4. Indicadores

No tiene indicadores establecidos por el nivel nacional.

4.3 Vigilancia centinela Enfermedad Similar a Influenza (ESI) – Infección Respiratoria Aguda Grave (código 345)

4.3.1 Comportamiento de la notificación

A semana epidemiológica 24 de 2017, se han notificado 788 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de Enfermedad Similar a Influenza (ESI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

La base de datos se depuró de acuerdo a los criterios de inclusión de la definición de caso registrada para las UPGD del Valle del Cauca. Al revisar la base de datos se encuentran 9 casos notificados que no corresponden a los sitios centinelas asignados que son: Fundación Valle del Lili – vigilancia Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) y Centro de Salud Siloé – vigilancia de Enfermedad Similar a Influenza (ESI). (tabla 9)

Tabla 9. Casos notificados por instituciones no establecidas como Centinela ESI-IRAG establecidos, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24, 2017.

UPGD notificadora	Total
Unidad Médica y de Diagnostico SA	3
ESE Hospital Divino Niño (Buga)	1
Fundación Clínica Infantil Club Noel	1
Hospital Kennedy ESE	1
Fabilu Ltda - Clínica Colombia ES	1
Clínica Comfandi Palmira	1
Estudios E Inversiones Medicas SA – ESIMED SA	1
Total general	9

Fuente: Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

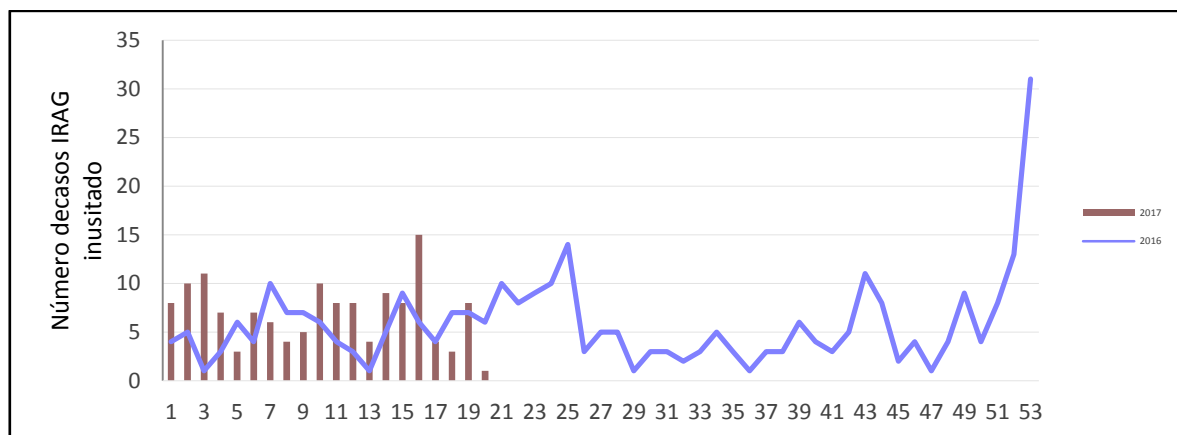
Al final, posterior a toda la depuración se encuentran como válidos 779 registros, los cuales serán la base del análisis del presente informe.

El Centro de Salud Siloé (ESI) registra 239 casos y Fundación Valle del Lili (IRAG) registra 540 casos, de los cuales el 49,8% (388) se han descartado por resultado negativo y el 0,9% (7) se descartaron con ajuste D; de los 384 (51,9%) restantes, el 60% (230) continúan como probables y el 40% (154) han sido confirmados por laboratorio.

El promedio de envío de muestras semanales al Laboratorio de Salud Pública Departamental, se encuentra en 32 muestras por semana, encontrándose la vigilancia de IRAG acorde a los lineamientos nacionales. La vigilancia centinela de ESI no registra casos en las semanas epidemiológicas 6, 7, 10, 13, 19 y 20 (gráfica 9).



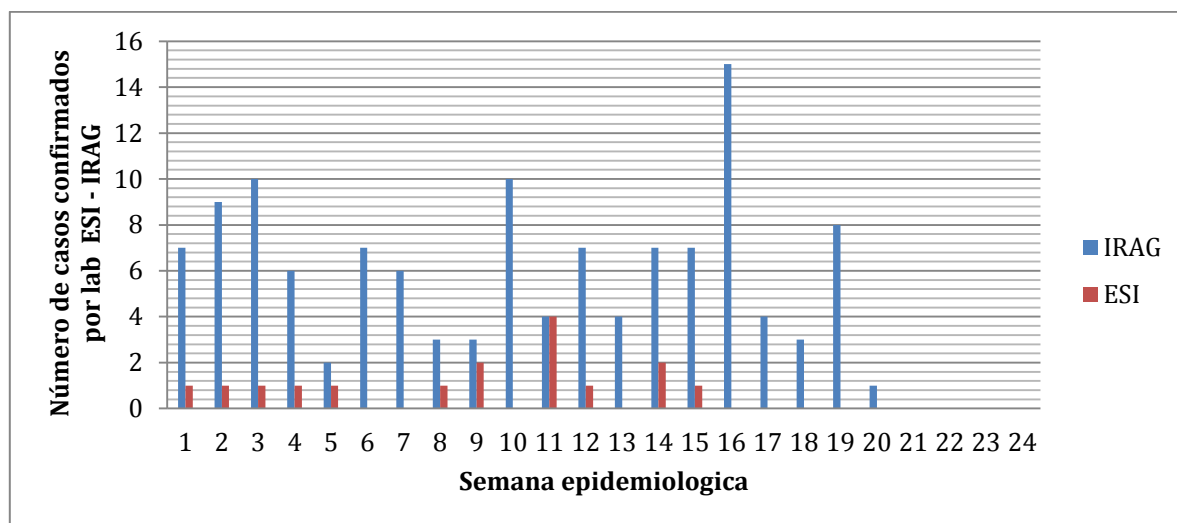
Gráfica 9. Casos de ESI – IRAG por semana epidemiológica, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: SIVIGILA– Valle del Cauca 2017

El comportamiento de la notificación de casos confirmados por laboratorio de ESI-IRAG a semana epidemiológica 24, residentes en el Valle del Cauca. (gráfica 10)

Gráfica 10. Casos de ESI-IRAG notificados y residentes en el Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: SIVIGILA– Valle del Cauca 2017

De acuerdo con la notificación inicial de los casos como sospechosos y probables (ESI-IRAG respectivamente), las UPGD tienen cuatro semanas a partir de la fecha de notificación para ajustar el caso o descartarlo de acuerdo con el

resultado de laboratorio, según los criterios establecidos, este ajuste debe ser realizado en el módulo correspondiente en el Sivigila. A semana epidemiológica 24 de 2017 se encuentra pendiente el ajuste del 40 % de los casos que todavía se encuentran como probables

4.3.2 Magnitud en persona y lugar

El 53,1 % de los casos de la vigilancia centinela de ESI-IRAG notificados se registraron en el sexo femenino, el 64,1% pertenecen al régimen contributivo, por pertenencia étnica, el 2% en población afrocolombiano y el 1,6% mal clasificados como ROM Gitano. El 98,7% residen en la cabecera municipal y el 70,1% corresponde al grupo de menores de 5 años (tabla 10).

Tabla 10. Comportamiento demográfico y social de los casos de la vigilancia centinela ESI-IRAG, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

Variable	Característica	Casos	%
Sexo	Masculino	180	46,9
	Femenino	204	53,1
Tipo de régimen	Subsidiado	99	25,8
	Contributivo	246	64,1
	Indeterminado	1	0,3
	No afiliado	15	3,9
	Especial	10	2,6
	Excepción	13	3,4
	Otro	377	98,2
Pertenencia étnica	Indígena		
	Afrocolombiano	1	2,0
	ROM (gitano)	6	1,6
	Raizal		
Área de residencia	Cabecera Municipal	379	98,7
	Rural disperso	5	1,3
	Centro poblado		
Grupo de edad	< 5 años	269	70,1
	6 a 59 años	66	17,2
	> 60 años	49	12,8

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

4.3.3 Características clínicas

De los 426 casos de vigilancia centinela de ESI - IRAG notificados el 79,4 % presentaron fiebre, el 81 % tos, el 72,2 % dificultad respiratoria. (tabla 11).

Tabla 11. Criterios clínicos casos vigilancia centinela de ESI-IRAG, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

		Casos	%
Tos	Si	412	140,6
	No	14	4,8
	Total	426	145,4
Fiebre	Si	420	143,3
	No	6	2,0
	Total	426	145,4
Cefalea	Si	13	4,4
	No	413	141,0
	Total	426	145,4
Dificultad respiratoria	Si	249	85,0
	No	177	60,4
	Total	426	145,4

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

4.3.4. Indicadores

- ✓ Porcentaje de cumplimiento en la notificación de ESI – IRAG por UPGD de la red centinela por periodo epidemiológico.

El indicador de cumplimiento en la notificación para las dos instituciones centinela es del 100% ya que en ninguna se evidencio silencio epidemiológico.

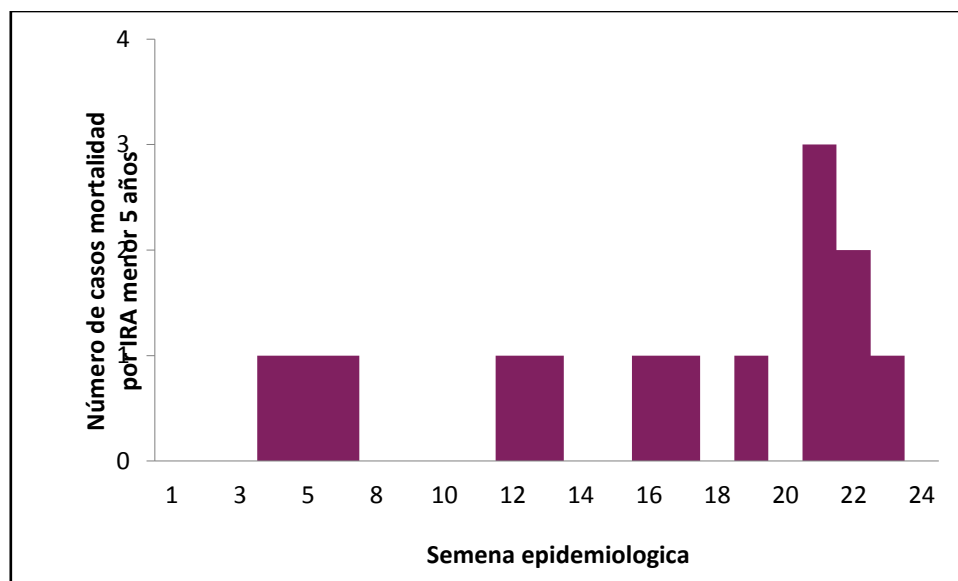
4.4 Vigilancia mortalidad por IRA en menores de cinco años (código 600)

4.4.1 Comportamiento de la notificación

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2017 el departamento del Valle del Cauca ha notificado 17 casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años; 2 casos residentes en el departamento de Cauca y 1 en Nariño. Se identificaron 3 registros descartados con ajuste 6, quedando un total de 11 casos de mortalidad por IRA residentes en el departamento del Valle del Cauca.

Es importante anotar que durante el mismo periodo del 2016 se habían notificado 11 mortalidades, sin embargo para este año entre las semanas epidemiológicas 21 a 23 se evidencia un conglomerado de casos. (gráfica 11).

Gráfica 11. Muertes por IRA en menores de cinco años, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

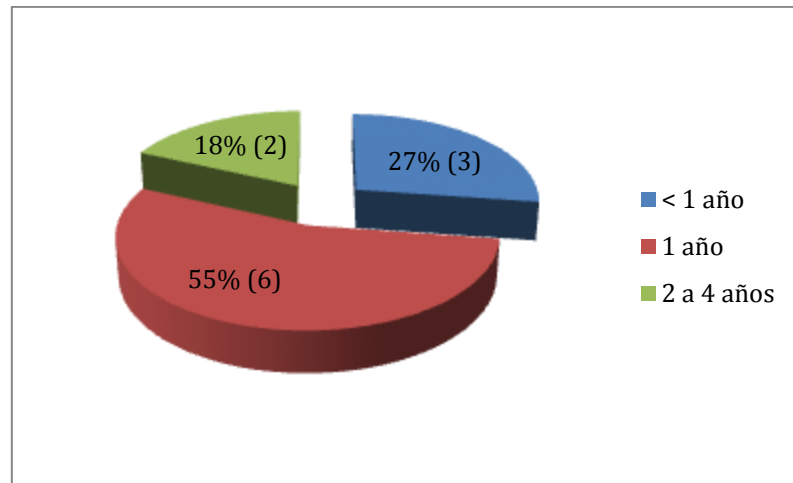


Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

4.4.2 Magnitud en persona y lugar

En la distribución por sexo de los casos notificados de muerte por IRA en menores de cinco años el 72,7 % (8) son de sexo masculino. En cuanto a la edad, el 55% (6) de los casos se notificaron en menores de un año (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Muertes por IRA en menores de cinco años notificadas por grupos de edad, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

Gráfica 13. Muertes por IRA en menores de cinco años notificadas por grupos de edad, Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.

	Antecedente de desnutrición					Esquema de vacunación completo					Vive en hacinamiento					Vivienda con humedad				
	Si	%	No	%	Casos	Si	%	No	%	Casos	Si	%	No	%	Casos	Si	%	No	%	Casos
Ansermanuevo			1	100	1	1	100			1			1	100	1			1	100	1
Caicedonia			1	100	1	1	100			1			1	100	1			1	100	1
Cali	1	16,7	5	83	6	4	66,7	2	33,3	6	1	16,7	5	83,3	6	1	16,7	5	83,3	6
Candelaria			1	100	1	1	100			1	1	100			1			1	100	1
Dagua	1	100			1			1	100	1			1	100	1	1	100			1
Florida			1	100	1	1	100			1			1	100	1	1	100			1
Total general	2	18	9	82	11	8	72,7	3	27,3	11	2	18,2	9	81,8	11	3	27,3	8	72,7	11

Fuente: SIVIGILA – Valle del Cauca 2017

4.4.1 Indicadores

- ✓ Tasa de defunciones por IRA en menores de cinco años que presenta la entidad territorial.

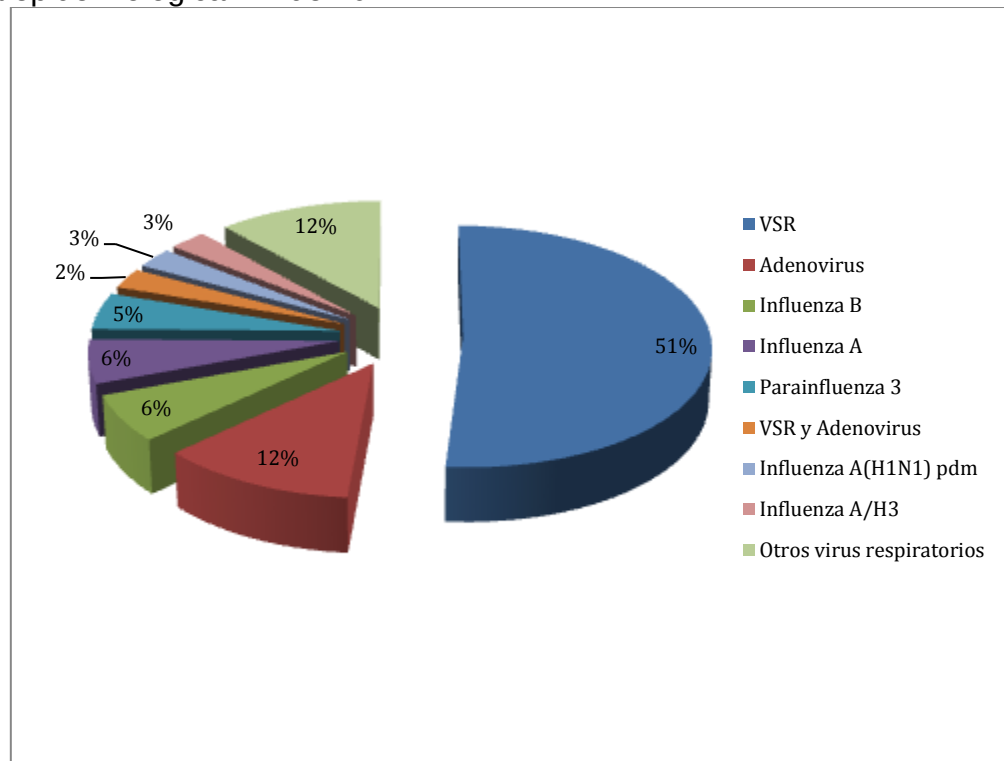
A semana epidemiológica 24 la mortalidad del departamento del Valle del Cauca es de 3 por cada 100 000 menores de cinco años, el municipio con la mayor mortalidad por IRA en menores de cinco años con el 54,5% (6).

4.5 Vigilancia de Influenza y otros Virus Respiratorios

Según la información consolidada de los resultados de inmunofluorescencia y RT-PCR de las muestras procesadas por los el Laboratorio de Salud Pública Departamental y el Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud, a semana epidemiológica 24 de 2017 se han analizado 909 muestras para las estrategias de vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitado y vigilancia Centinela de ESI-IRAG muestra.

El 67%(608) fueron negativas para virus respiratorios, el 8,7% (79) excedían los 7 día entre el inicio y toma de muestra y el 24,4% (222) fueron positivas para virus respiratorios; de estas el 51% (114) positivas para Virus Sincitial Respiratorio; 12% (26) positivas para Adenovirus; 6% (13) positivas para Influenza A; 6,0% (14) positivas para Influenza B; y llama la atención que el 1,7% (16) se presento coinfección viral y el 4,3% (39) % correspondea otros virus respiratorios.(gráfica 13)

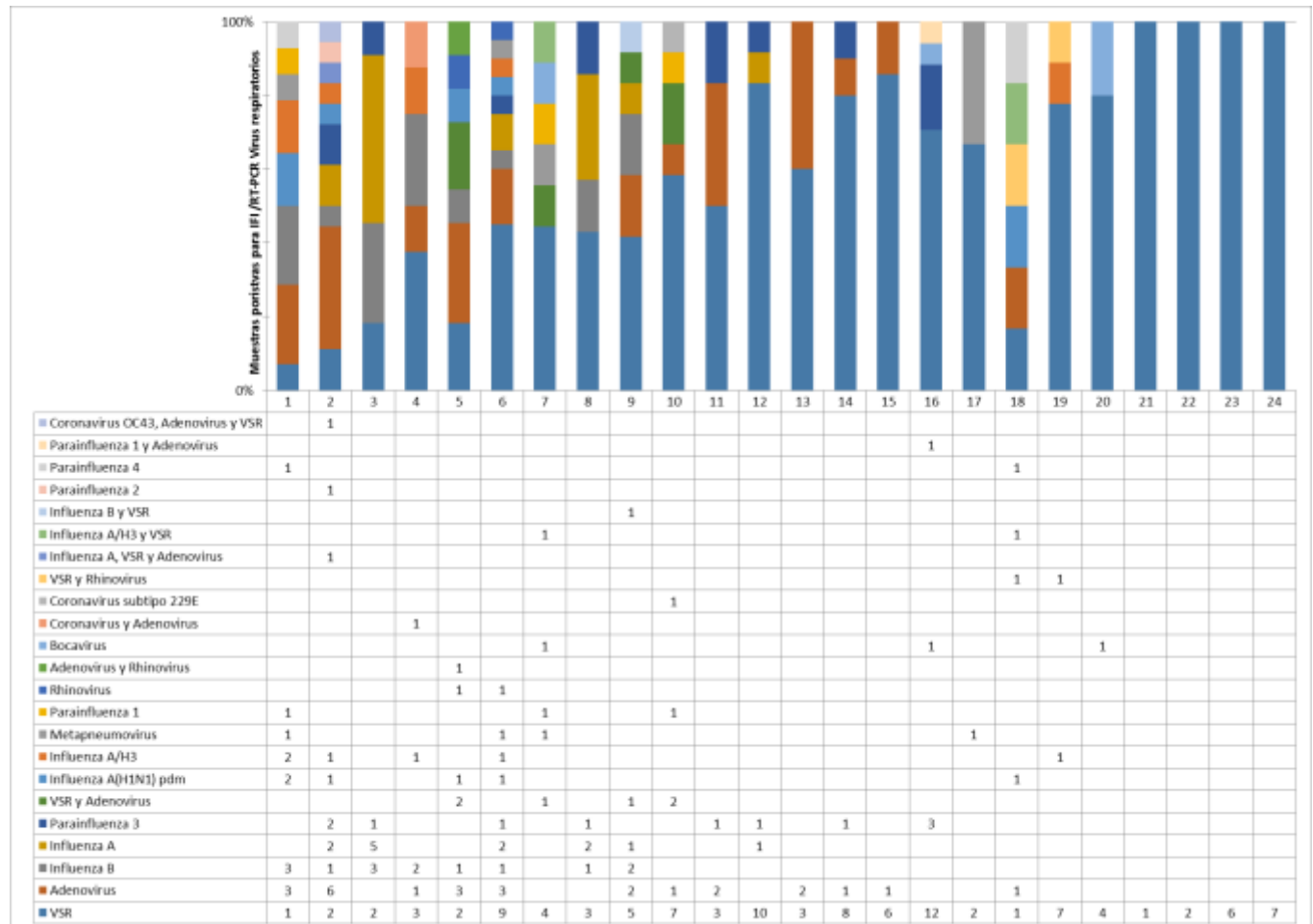
Gráfica 13. Porcentaje de Virus Respiratorios identificados en el Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: Laboratorio de Virología INS – LSPD Valle 2017



Gráfica 14. Virus Respiratorios identificados en el Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24 de 2017.



Fuente: Laboratorio de Virología INS – LSPD Valle 2017

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.

4.6 Brotes y situaciones de emergencia

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2017 se han notificado la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, las siguientes situaciones de emergencia las cuales se presentan a continuación (tabla 12).

Tabla 12. Brotes y situaciones de emergencia notificados a la Secretaria Departamental del Salud del Valle del Cauca, a semana epidemiológica 24, 2017

Municipio	Evento de Brote o emergencia sanitaria	Resumen del brote o emergencia sanitaria	Fecha de notificación
Palmira	Muerte por IRAG inusitado	Se realiza seguimiento a muerte por IRAG inusitado en menor de 7 años procedente de Palmira	Enero 11
Tuluá	Muertes por IRAG inusitado	Se realiza seguimiento a muertes por IRAG inusitado en adultos mayores institucionalizados	Febrero 16

Fuente: Reportes e informes de DLS – SDS Valle 2017



5. DISCUSIÓN

A semana epidemiológica 24 de 2017 en comparación con el año 2016 se registra un aumento de 13,9% de las consultas externas y urgencias por IRA, de 41,8% en la hospitalización en sala general por IRAG, de 107% en UCI por IRAG y un aumento del 55,3% en la mortalidad en general por IRA todos los grupos de edad. La mayor proporción de consultas externas y urgencias por IRA se registró en el grupo de 20 a 39 años (24%); las hospitalizaciones en sala general se registra 33% para el grupo de 60 y más años seguido del 31% que aportan los menores de un año; y en la hospitalización en UCI por IRAG se registró el 47,2% para el grupo de 60 y más años seguido del 26% que aportan los menores de un año.

Cada vez es más frecuente en los cuadros de IRAG que el agente etiológico no solo sea de origen viral sino viral y bacteriano; en los cuadros de origen viral los antibióticos no debería ser prescritos aunque en la práctica es muy frecuente su uso. Cuando se conoce la etiología de la infección respiratoria en pacientes hospitalizados es más frecuente la suspensión del uso de antibióticos (4).

El grupo de menores de cinco años, principalmente los menores de dos años actualmente tienen una mayor proporción de IRAG en comparación con otros grupos de edad, siendo el VSR el agente etiológico más frecuente. Debido a las limitaciones de los anticuerpos policlonales humanizados se comenzó con el desarrollo de anticuerpos monoclonales humanizado, entre los que se tiene en la actualidad al Palivizumab aprobado por la FDA en 1998, para niños con enfermedad de alto riesgo el cual es costoso.(5).

En la notificación de la estrategia IRAG inusitado se ha identificado que el 46 % de los casos no cumplen con la definición establecida en el protocolo nacional, lo cual induce a pérdida de la especificidad del sistema de vigilancia para captar casos que puedan desencadenar en el país una situación de alerta por IRAG de connotación epidémica generando un riesgo para la población.

Según los criterios para la clasificación de los casos de IRAG inusitado notificados la mayor proporción (59,6%) corresponde a personas con deterioro clínico en unidad de cuidados intensivos, una posible explicación a este comportamiento corresponde al ingreso en la notificación de personas menores de cinco años y mayores de 60 años, puesto que en estos grupos de edad las complicaciones generadas por este evento requieren hospitalización y manejo en unidades de mayor complejidad.

Según las características del manejo de los casos de IRAG inusitado el 13% de los pacientes notificados recibieron antivirales, lo que refleja bajo conocimiento de las guías clínicas y debilidades en el cumplimiento de lo establecido en la circular 055 de 2010 del Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual las



Direcciones Locales de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios deben fortalecer las estrategias de capacitación al personal de salud encargado de la notificación y manejo de estos pacientes.

Otro grupo de edad afectado principalmente por los cuadros de IRAG son las personas mayores de 60 años (41,4%), en quienes condiciones como la edad avanzada y la presencia de comorbilidades como enfermedades respiratorias crónicas, inmunosupresión, obesidad y enfermedades cardiovasculares se han asociado a mayor probabilidad de ingreso a unidades de cuidados intensivos o de mayor complejidad (7).

La identificación de estos grupos de riesgo permite la implementación de estrategias de prevención como la vacunación disminuyendo de esta manera la población susceptible a enfermar y por consiguiente la probabilidad de presentar cuadros respiratorios graves agudizados por diferentes comorbilidades en estos grupos de edad.

Al analizar otras variables de interés en este evento, se encontró que 54 % cuenta con información sobre antecedente vacunal contra influenza por lo cual es importante reforzar en las UPGD el diligenciamiento de esta variable al momento de la entrevista al paciente.

En la vigilancia centinela de ESI - IRAG a semana epidemiológica 24, el 70,1% de los casos corresponden al grupo de edad de menores de cinco años; a nivel mundial, las enfermedades respiratorias agudas en la infancia constituyen la causa más frecuente de mortalidad y morbilidad, incluyendo un elevado número de consultas en la edad pediátrica, con un claro componente estacional relacionado principalmente con los meses de frío; la mayor frecuencia de infecciones respiratorias agudas durante la infancia, se debe además de diferentes factores sociales y demográficos a factores de tipo anatómico, puesto que los mecanismos de defensa se encuentran inmaduros, así como la presencia de alguna enfermedad de base (6).

En Colombia el mayor número de casos de ESI-IRAG fueron notificados por la Fundación Valle del Lili en Valle del Cauca seguido de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul en Antioquia; a nivel departamental el porcentaje de cumplimiento en la notificación por las entidades centinelas fue del 100 %.

La Organización Mundial de la Salud resalta las condiciones individuales y ambientales a las cuales se exponen principalmente los niños, entre las cuales se han identificado la contaminación atmosférica, el humo del cigarro, las deficiencias nutricionales, el bajo peso al nacer, la lactancia artificial, las deficiencias nutricionales y el hacinamiento. Este indicador está directamente relacionado con los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Declaración del



Milenio, que establece reducir la mortalidad infantil (Objetivo 4). Para lograr esta meta y disminuir las brechas, el sistema sanitario debe garantizar un acceso a una salud eficiente y oportuna.

Se estima que anualmente ocurren en el mundo 4 millones de muertes en menores de cinco años por infecciones respiratorias agudas bajas y alrededor del 70 % de estas muertes ocurre en los menores de un año, confirmando de esta manera la importancia de centrar las estrategias de diagnóstico precoz en este grupo de edad como lo recomiendan la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (9).

Se presentan limitaciones en el envío oportuno por parte de los municipios de las unidades de análisis de las muertes por IRA, así como las investigaciones de campo de los casos de IRAG inusitado, lo que dificulta la clasificación, el cierre y la implementación inmediata de acciones de control ante los casos notificados.

La mortalidad por IRA en menores de cinco años es de 3 por cada 100.000 menores, la entidad con la mayor mortalidad es el municipio de Cali con 6 casos (54,5%) del total de los casos residentes en el departamento.

6. CONCLUSIONES

Se puede determinar el aumento de casos notificados, puede estar ligado a todas las actividades realizadas por la Secretaria Departamental de Salud y Laboratorio de Salud Pública del Valle del Cauca, enfocado hacia la sensibilización y adherencia a los lineamientos de vigilancia, control y prevención de IRA dirigido a los actores responsables de las DLS, ESE, IPS y EAPB, programa de inducción a profesionales de la salud que inician Servicio Social Obligatorio y las asistencias técnicas realizadas a las instituciones que presentaban dificultades en la adecuada clasificación y toma de muestra de los casos que cumplen con la definición de caso.

Como actividades complementarias, desde el año 2016 se viene trabajando arduamente en el cumplimiento de la correlación entre SiviGila y las diferentes fuentes de información como RUAF y Laboratorio, se publica el boletín epidemiológico por periodo epidemiológico, donde se analiza comportamiento de los eventos de interés en salud pública y periódicamente se remite la solicitud de ajustes e informes pendientes por las Direcciones Locales de Salud.

Los municipios categoría 4, 5 y 6, están recibiendo acompañamiento del equipo de vigilancia en salud pública de la Secretaria Departamental de Salud, para fortalecimiento de las acciones de vigilancia municipales, en los cuales se contemplan apoyo en la realización de Unidades de Análisis, COVE,





Comité de Estadísticas Vitales y COVECOM en los cuales se incluye la vigilancia de eventos de interés en salud pública y según lo establecido en el Decreto 0780 de 2016.

Se realizaron capacitaciones regionales para fortalecer la vigilancia de Meningitis e IRA, se realizó COVE departamental Meningitis e IRA que contó con la participación de la Dra Natalia Restrepo - Neonatóloga y se inició la solicitud de los planes de contingencia a todas las EAPB, DLS, IPS, ESE del departamento, con el propósito de dar respuesta oportuna y adecuada a la Oleada Invernal declarada por el departamento.

La Secretaria Departamental con el apoyo del Instituto Nacional de Salud, Laboratorio de Salud Pública Departamental y Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali, realizó asistencias técnicas a las instituciones que presentaban mayor notificación de casos de IRAG inusitado del municipio de Cali, con el objetivo de detectar dificultades y fortalecer la adecuada clasificación de casos de IRAG.

6. RECOMENDACIONES

Se debe continuar fortalecer los procesos de notificación, recolección y verificación de la calidad de los datos correspondientes a este evento en todas las estrategias de notificación establecidas.

Se debe fortalecer la realización de búsqueda activa institucional con el fin de verificar los registros de ingreso para evaluar la calidad en el dato en la vigilancia de la morbilidad por IRA.

Se debe continuar con la verificar la recolección de muestras respiratorias en los casos notificados individualmente para la identificación de agentes etiológicos que están circulando y causando cuadros de IRA.

Se debe dar continuidad a las actividades de intensificación de las acciones en salud pública frente a la vigilancia, prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda, según lo establecido en la circular 032 del 08 de junio de 2016 y la circular externa 004 de 2017.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda Comunitaria. 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Actualización Influenza No. 236 (04 de mayo, 2015).
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Regional epidemiológica 28,2015. Influenza y otros virus respiratorios (06 de mayo, 2015).
4. ESQUIVEL, Hugo Antonio Mezarina, et al. Características clínicas y epidemiológicas de la infección respiratoria aguda grave por virus sincitial respiratorio en menores de 5 años. *Revista Horizonte Medico*, 2017, vol. 16, No 3.
5. REINA, Jordi; MURILLAS, Javier; LEYES, María. Características clínicas de las infecciones respiratorias agudas causadas por los virus parainfluenza 1-4 en adultos. *Medicina Clínica*, 2017.
6. Asociación Mexicana de Infectología Pediátrica. Manual de infecciones del aparato respiratorio. 2014.
7. Peralta, P, García, M, Sánchez, A, Prado, J, del Amo, I, Moros, M. Casos de infección por gripe pandémica (H1N1) 2009 hospitalizados en cuidados intensivos en España: factores asociados a riesgo de muerte, abril 2009-enero 2010. *Rev Esp Salud Pública*, 84(5), 547- 567.
8. Secretaría de Planeación Distrital (2013). Boletín No. 50. Pobreza oculta en Bogotá, D.C
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de la neumonía. En línea (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/08-053348/es/>).
10. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semana 24 de 2017, Bogotá.

**INFORME EPIDEMIOLOGICO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
COMPORTAMIENTO DE TUBERCULOSIS – TUBERCULOSIS
FARMACORESISTENTE Y LEPROSA
I SEMESTRE AÑO 2017**

*Sandra Leonor Carrillo, Enfermera Mg Epidemiología
Rossy Marieth Meza, Enfermera
Equipo Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad reemergente que por su asociación con VIH y la resistencia antiTB plantean 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 reportadosⁱ.

En Colombia para el año 2016 se reportaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), 12222 casos de tuberculosis todas las formas nuevos, para una incidencia de 25,3 casos x 100 mil habitantes; de los 13626 casos confirmados de tuberculosis todas las formas; el 83,2 % (11 338 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 16,8 % (2 288 casos) a formas extrapulmonares, entre las que se registraron 418 casos con localización meníngeaⁱⁱ. El Valle del Cauca es el segundo departamento después de Antioquia con mayor reporte de casos nuevos de tuberculosis por lo que es una de las entidades territoriales con alto riesgo de transmisión de la enfermedad a nivel nacional, con un total de 1.548 casos nuevos de tuberculosis de los cuales 1292 fueron tuberculosis pulmonar y 256 tuberculosis extrapulmonar con una incidencia de TBTF de 36 casos por 100.000 habitantes siendo muy superior al nivel nacional.

Para ese mismo año, la tasa de mortalidad por tuberculosis en Colombia fue de 1,6 casos por 100.000 habitantes dato preliminar DANE, mientras que para



el Valle del Cauca se estimó en 2,4 por cada 100.000 habitantes (3), 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.

La tuberculosis (TB) y formas resistentes, TB multidrogorresistente (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.

La multidrogoresistencia es creciente y aunque es más frecuente en hombres, es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años(3).

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 2015 ha sostenido la prevalencia por encima de la meta, anualmente se notifican entre 37 a 39 casos nuevos en el Valle estimándose una tasa de detección para el 2015 y 2016 de 0,9 casos por 100.000 habitantes, más de una tercera parte de éstos casos presentaron 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 que comprende de la 1 a la 24 semanas epidemiológicas de 2017, de forma que permita conocer su tendencia comparada con el mismo periodo del 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 en las primeras 24 semanas epidemiológicas de 2017 reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Valle del Cauca.

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 2016 para los mismos eventos. Para hacer comparaciones entre el año 2016 y 2017 se excluyeron los casos de Buenaventura por ser distrito quedando el departamento con 41 municipios dentro del informe. 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 del año 2016 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 tasas de incidencias y discapacidad para el departamento y por municipio se realizó de acuerdo a la proyección de la población Departamento Administrativo Nacional de Estadística tanto para el año 2016 y 2017, excluyendo para el departamento la población estimada para Buenaventura. 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.

Informe de vigilancia de Tuberculosis todas las formas I semestre año 2017.

Durante las semanas epidemiológicas 1 a 24 de 2017 en el departamento del Valle del Cauca se notificaron en total 1190 casos de tuberculosis todas las formas, de los cuales 55 correspondían a otros departamentos, 41 se reportaron como descartados o por error de digitación, y 168 como repetidos, quedando en total 926 registros objeto de análisis para el presente informe.

El 64% de los casos de tuberculosis todas las formas se registraron en el sexo masculino y 36% en el sexo femenino; el grupo de edad de 65 y más años presentó el mayor porcentaje con 18%, con respecto al área de procedencia 94% procedían de la cabecera municipal; según tipo de régimen de seguridad social en salud 45% pertenecían al régimen subsidiado, 36% al régimen contributivo; 10,6% se notificaron como afrocolombianos, seguida de la etnia indígena con 1%; en relación a poblaciones especiales, se reportaron 11% en población carcelaria y 5% en población indigente.

Tabla. Total casos y proporción de tuberculosis todas las formas, SE 1 a 24 año 2017. Valle del Cauca.

Variable	Categoría	Casos de TBTF	%
Sexo	Femenino	331	35,7
	Masculino	595	64,3
Grupos edad	Menores de un año	4	0,4
	1 a 4 años	19	2,1
	5 a 9 años	10	1,1
	10 a 14 años	3	0,3
	15 a 19 años	29	3,1
	20 a 24 años	85	9,2
	25 a 29 años	110	11,9
	30 a 34 años	76	8,2
	35 a 39 años	65	7,0
	40 a 44 años	63	6,8
	45 a 49 años	76	8,2
	50 a 54 años	75	8,1
	55 a 59 años	77	8,3
	60 a 64 años	69	7,5
	65 y más años	165	17,8
Área de procedencia	Cabecera municipal	869	94
	Centro poblado	26	3



	Rural disperso	31	3
Tipo de régimen	Contributivo	335	36,2
	Especial	81	8,7
	Indeterminado	0	0,0
	No asegurado	84	9,1
	Excepción	6	0,6
	Subsidiado	420	45,4
Pertenencia étnica	Indígena	10	1,1
	ROM, gitano	2	0,2
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	2	0,2
	Afrocolombiano	98	10,6
	Otros	814	88
Poblaciones especiales	Discapacitados	5	0,5
	Desplazados	1	0,1
	Migrantes	2	0,2
	Carcelarios	103	11,1
	Gestantes	4	0,4
	Indigentes	49	5,3
	ICBF	1	0,1
	Madres comunitarias	0	0,0
	Desmovilizados	1	0,1
	Psiquiátrica	1	0,1
	Víctimas viol. armada	2	0,2
	Otros	800	86,4

Fuente: Sivigila 2017

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis por grupo poblacional, por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Proporción de casos de TBTF en población discapacitada	No aplica	0,4%	0,7%			0,5%	1,0%
Proporción de casos de TBTF en población desplazada		0,2%	0,0%			0,1%	1,2%
Proporción de casos de TBTF en población migrante		0,4%	0,0%			0,2%	0,5%
Proporción de casos de TBTF en población carcelaria		11,5%	10,7%			11,1%	9,5%
Proporción de casos de TBTF en gestantes		0,8%	0,0%			0,4%	0,1%

Proporción de casos de TBTF en población indigente	5,8%	4,6%			5,3%	5,0%
Proporción de casos de TBTF en Población infantil a cargo del ICBF	0,2%	0,0%			0,1%	0,4%
Proporción de casos de TBTF en madres comunitarias	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%
Proporción de casos de TBTF en población desmovilizada	0,2%	0,0%			0,1%	0,1%
Proporción de casos de TBTF en en Centros psiquiátricos	0,2%	0,0%			0,1%	0,3%
Proporción de casos de TBTF en en Víctima de violencia armada	0,2%	0,2%			0,2%	0,1%
Proporción de casos de TBTF en en Otros grupos poblacionales	86,7%	86,0%			86,4%	87,8%

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

Del total de casos (926) notificados al Sivigila para las primeras 24 semanas epidemiológicas del 2017, con mayor reporte según grupo poblacional se observa en su orden: en otros grupos poblacionales 800 casos para un (86%) con un comportamiento similar respecto al año anterior, seguido de la población carcelaria donde se notificaron 103 casos (11,5%) con un aumento de 1,6 puntos porcentuales con respecto al 2016 y en población indigente 49 casos (5,3%) sin presentar fluctuación con respecto al mismo periodo del año 2016.

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.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis por grupo de edad, por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Proporción de casos de TBTF < de 1 año	No aplica	0,2%	0,7%			0,4%	0,0%
Proporción de casos de TBTF de 1 a 4 años		2,3%	1,7%			2,1%	1,8%
Proporción de casos de TBTF de 5 a 9 años		1,4%	0,7%			1,1%	1,2%
Proporción de casos de TBTF de 10 a 14 años		0,4%	0,2%			0,3%	0,4%
Proporción de casos de TBTF de 15 a 19 años		4,5%	1,5%			3,1%	4,3%

Proporción de casos de TBTFde 20 a 24 años	9,2%	9,2%			9,2%	10,4%
Proporción de casos de TBTF de 25 a 29 años	10,7%	13,3%			11,9%	12,2%
Proporción de casos de TBTF de 30 a 34 años	8,0%	8,5%			8,2%	10,6%
Proporción de casos de TBTFde 35 a 39 años	7,4%	6,5%			7,0%	8,2%
Proporción de casos de TBTF de 40 a 44 años	5,7%	8,2%			6,8%	7,5%
Proporción de casos de TBTFde 45 a 49 años	8,0%	8,5%			8,2%	6,4%
Proporción de casos de TBTFde 50 a 54 años	8,2%	8,0%			8,1%	7,1%
Proporción de casos de TBTF de 55 a 59 años	8,6%	8,0%			8,3%	7,2%
Proporción de casos de TBTF de 60 a 64 años	7,2%	7,7%			7,5%	6,7%
Proporción de casos de TBTF de 65 y más años	18,3%	17,2%			17,8%	16,0%

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

Con relación a los grupos de edad que presentan mayor reporte de casos de tuberculosis todas las formas para el I semestre del año 2017 se encuentran en su orden el grupo de 65 y más años con 165 casos 17,8% con un incremento de 1,8 puntos porcentuales con respecto al 2016, seguido de los grupos de 25 a 29 con 11,9% con un comportamiento similar al 2016; seguido el grupo 20 a 24 años con 9,2%, 1 punto porcentual por debajo del 2016.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis por régimen de seguridad social, por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Proporción de casos de TBTF según régimen contributivo	No aplica	37,2%	34,9%			36,2%	33,9%
Proporción de casos de TBTF según régimen especial		9,2%	8,2%			8,7%	0,3%
Proporción de casos de TBTF según régimen indeterminado		0,0%	0,0%			0,0%	0,5%
Proporción de casos de TBTF según régimen no asegurado		9,7%	8,2%			9,1%	12,2%
Proporción de casos de TBTF según régimen de excepción		0,6%	0,7%			0,6%	1,2%



Proporción de casos de TB TF según régimen subsidiado		43,3%	47,9%			45,4%	51,9%
---	--	-------	-------	--	--	-------	-------

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

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 I semestre año 2017 de los 926 casos, 420 de ellos 45,4% pertenecían al régimen subsidiado siendo el régimen donde se presenta el mayor número de pacientes con una disminución de 6,5% respecto al 2016, 335 casos 36,2% pertenecían al régimen contributivo con un incremento en 2 puntos porcentuales con respecto al año 2016, 84 casos 9,1% estaban no asegurados con una disminución en 3 puntos porcentuales para el mismo periodo del año 2016, 8,2% pertenecían al régimen especial 9,2% con un incremento en 8,4% con respecto al 2016 comportamiento dado por la notificación realizada en población carcelaria y 0,6% 6 casos estaban afiliados al régimen de excepción.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis por área de procedencia, por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Proporción de casos de TBTF procedentes del área cabecera municipal	No aplica	94,7%	92,7%			94%	95%
Proporción de casos de TBTF procedentes del área centro poblado		2,1%	3,6%			3%	3%
Proporción de casos de TBTF procedentes del área rural disperso		3,1%	3,6%			3%	2%

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

Con relación a los casos de tuberculosis todas las formas reportados según área de procedencia se encuentra que para las semanas epidemiológicas 1 a 24 de 2017 de los 926 casos, la mayoría de los casos 869 (94%) procedían de las cabeceras municipales, 26 (3%) pacientes procedían de centros poblados, y 31 casos (3%) eran procedentes de áreas rurales de los municipios, comparado con el año 2016 se observa un comportamiento similar para todos los casos procedentes de las diferentes áreas.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis según clasificación de ingreso y antecedente a tratamiento antituberculoso por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Porcentaje de casos de tuberculosis nuevos	No tiene	85,6%	88,1%			87%	86%
Porcentaje de casos de tuberculosis previamente tratados	No tiene	14,4%	11,9%			13%	14%

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

Según los datos del Sivigila en el Valle del Cauca para el I semestre del año 2017, de todos los casos confirmados (926) de tuberculosis todas las formas, 87% (803) corresponden a casos nuevos y 13% (103) a casos previamente tratados, con un comportamiento similar con respecto al mismo periodo de tiempo para el 2016.

Tabla. Porcentaje de casos de acuerdo a tipo de tuberculosis por periodo epidemiológico SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Porcentaje de casos confirmados de tuberculosis pulmonar	No definida	85,2%	82,6%			84%	85%
Porcentaje de casos confirmados de tuberculosis extrapulmonar	No definida	14,8%	17,4%			16%	15%

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

Con relación al tipo de tuberculosis de los 926 casos de tuberculosis todas las formas reportados en el departamento para las primeras 24 semanas epidemiológicas, se encontró que el 84% (778) corresponden a casos de TB pulmonar, el 16% (148) a casos de TB extrapulmonar, comparado con el año inmediatamente anterior, se observa un comportamiento similar, con variación en aumento o descenso en 1 punto porcentual respectivamente.

Tabla. Incidencia de tuberculosis general y de acuerdo al tipo de tuberculosis por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Incidencia de tuberculosis todas las formas por 100000 habitantes	2015 disminuir 50% la incidencia	10,2x 100000 hab	8,5 x 100000 hab			18,7x 100000 hab	16,0 x 100000 hab

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





Incidencia de tuberculosis pulmonar por 100000 habitantes	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.	8,5 x 100000 hab	6,9 x 100000 hab			15,4x 100000 hab	13,5 x 100000 hab
Incidencia de tuberculosis extrapulmonar por 100000 habitantes		1,7x 100000 hab	1,6 x 100000 hab			3,3 x 100000 hab	2,5x 100000 hab

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

Según los datos del Sivigila del departamento del Valle del Cauca para el I semestre del año 2017, se notificaron un total de (803) casos nuevos de todas las formas de tuberculosis con una incidencia de 18,7 casos x 100.000 habitantes, de los cuales 663 casos corresponden a TB Pulmonar, con una incidencia de 15,4 casos x 100.000 hab y 140 casos nuevos corresponden a TB extrapulmonar para una incidencia de 3,3 casos x 100.000 habitantes. Con relación al año 2016 las incidencias estuvieron 2,7 casos por 100.000 hab por encima para tuberculosis todas las formas, 1,9 casos por 100.000 hab para tuberculosis pulmonar, mientras que para tuberculosis extrapulmonar el comportamiento fue similar con relación al 2016.

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 24 año 2017. Valle del Cauca.

Municipios	TB pulmonar	Incidencia x 100.000 hab TB pulmonar	TB Extrapulmonar	Incidencia x 100.000 hab TB extrapulmonar	TB todas las formas	Incidencia x 100.000 hab TBTF	Población 2017
Alcalá	1	4	0	0	1	4	22245
Andalucía	0	0	2	11	2	11	17760
Ansermanuevo	3	15	0	0	3	15	19355
Argelia	0	0	0	0	0	0	6392
Bolívar	0	0	0	0	0	0	13131
Buga	23	20	6	5	29	25	114798
Bugalagrande	1	5	0	0	1	5	21124
Caicedonia	4	14	0	0	4	14	29629
Cali	448	19	84	3	532	22	2420114
Calima-Darién	0	0	0	0	0	0	15824
Candelaria	7	8	1	1	8	10	84129
Cartago	34	25	4	3	38	28	133640
Dagua	3	8	1	3	4	11	36652

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud

El Aguila	0	0	0	0	0	0	11164
El Cairo	0	0	0	0	0	0	10116
El Cerrito	4	7	3	5	7	12	58028
El Dovio	3	36	1	12	4	48	8326
Florida	9	15	0	0	9	15	58555
Ginebra	3	14	0	0	3	14	21433
Guacarí	0	0	2	6	2	6	35087
Jamundí	17	14	1	1	18	14	124623
La Cumbre	1	9	0	0	1	9	11614
La Unión	1	3	0	0	1	3	39011
La Victoria	2	15	1	8	3	23	13076
Obando	0	0	0	0	0	0	15146
Palmira	46	15	17	6	63	20	308669
Pradera	5	9	0	0	5	9	56545
Restrepo	1	6	0	0	1	6	16323
Riofrío	2	14	2	14	4	28	14258
Roldanillo	1	3	0	0	1	3	32412
San Pedro	2	11	1	5	3	16	18637
Sevilla	3	7	0	0	3	7	44590
Toro	0	0	0	0	0	0	16533
Trujillo	1	6	0	0	1	6	17983
Tuluá	23	11	12	6	35	16	216619
Ulloa	1	19	0	0	1	19	5387
Versalles	1	14	0	0	1	14	7017
Vijes	1	9	0	0	1	9	11276
Yotoco	2	12	0	0	2	12	16418
Yumbo	8	7	2	2	10	8	122766
Zarzal	2	4	0	0	2	4	46140
Valle	663	15	140	3	803	19	4292545

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

De acuerdo a la incidencia estimada de tuberculosis todas las formas los municipios que se encuentran con incidencias por encima del departamento de 19 casos por 100 mil hab, se encuentran 7 municipios siendo en su orden el municipio de El Dovio que presenta la incidencia más alta del departamento con 48 casos x 100 mil hab, seguido Cartago y Riofrío con 28 casos x 100 mil hab, respectivamente, Buga con 25 casos x 100 mil hab, La Victoria con 23 casos x 100 mil hab, Cali con 22 casos x 100 mil hab y Palmira con 20 casos x 100 mil hab, Para este periodo de tiempo 7 municipios no han reportados casos nuevos de tuberculosis siendo Argelia, Bolívar, Calima-Darién, El Aguila, Obando, El Cairo y Toro.

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





Tabla. Incidencia de tuberculosis todas las formas de acuerdo al sexo y la edad por periodo epidemiológico SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
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.	12,2 x 100000 hab	10,3 x 100000 hab			22,5x 100000 hab	20,2x 100000 hab
Proporción de incidencia de tuberculosis en sexo femenino		6,6 x 100000 hab	5,4 x 100000 hab			11,9 x 100000 hab	12,0x 100000 hab
Proporción de incidencia de tuberculosis todas las formas en menores de 15 años		12,0 x 100000 hab	1,1x 100000 hab			3,1x 100000 hab	2,7 x 100000 hab
Proporción de incidencia de tuberculosis todas las formas en mayores de 15 años		11,5 x 100000 hab	9,7 x 100000 hab			21,3x 100000 hab	19,9x 100000 hab

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

Para el I semestre del año 2017 en el departamento del Valle en total se reportaron 513 casos nuevos de tuberculosis todas las formas en personas del sexo masculino para una incidencia de 22,5 casos por cada 100.000 hombres con 2,3 casos x 100 mil hab por encima con respecto al mismo periodo del 2016, mientras que en personas del sexo femenino se reportaron 290 casos nuevos para una incidencia de 11,9 casos de tuberculosis por cada 100.000 mujeres con igual comportamiento al año inmediatamente anterior.

De los 803 casos nuevos de tuberculosis, se notificaron 34 casos en menores de 15 años para una incidencia de 3,1 casos de tuberculosis por cada 100.000 menores de 15 años. Con respecto al mismo periodo de tiempo en el año 2016 en este grupo de edad se reportaron 26 casos con una incidencia similar al año 2016.

En relación a las personas mayores de 15 años, 769 pacientes de los 803 casos nuevos se notificaron en este grupo para una incidencia de 21,3 casos

de tuberculosis por cada 100.000 mayores de 15 años con un incremento en 1,4 casos por 100.000 hab, por encima con respecto al mismo periodo del 2016 .

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 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Porcentaje de casos previamente tratados de TB (Σ casos clasificados como recaídas, fracasos y con tratamiento después de pérdida al seguimiento) a los cuales se les realizó cultivo	100%	52,7%	44,9%			49,6%	50,5%

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

En las semanas epidemiológicas 1 a 24 de 2017 en el Valle del Cauca, de los 123 casos reportados como previamente tratados de tuberculosis (recaídas, fracasos y con tratamiento después de pérdida al seguimiento) a 61 de ellos (49,6%) presentaron registro de realización de cultivo, ubicando al departamento con un cumplimiento muy por debajo a lo esperado de 100%, observándose una disminución de 1% con respecto al 2016 que alcanzó 50,5% evaluando 48 casos de los 95 reportados como previamente tratados.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis que presentaron condición final muerte general por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Porcentaje del total de casos de TB todas la formas confirmados en el periodo que presentaron condición final muerte	No tiene	5,3%	5,8%			5,5%	11,7%

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

Con relación a los casos de tuberculosis con condición final de fallecido, para el departamento se encontró por fuente Sivigila para las primeras 24 semanas epidemiológicas un total de 51 casos reportados con esta condición 5,5% de muertes

en casos de tuberculosis todas las formas con una disminución de 6,2% con respecto al año 2016.

Tabla. Porcentaje de casos de coinfección VIH-Sida/TB todas las formas y por

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	periodo 9	periodo 13	Año 2017	Año 2016
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	8,4%	4,1%			6,5%	15,7%
Proporción de casos de tuberculosis pulmonar que presentan como comorbilidad VIH/Sida		6,6%	3,8%			5,4%	15,2%
Proporción de casos de tuberculosis extrapulmonar que presentan como comorbilidad VIH/Sida		18,4%	5,6%			19,0%	12,2%

tipo
de
TB
por
peri
odo
epi
de
mio
lógica.
SE
1 a
24
año

2017. Valle del Cauca.

Fuente: Sivigila 2016 – 2017



Para las primeras 24 semanas epidemiológicas de 2017 en el departamento del Valle, el 6,5% 60 de los casos de tuberculosis todas las formas confirmados correspondieron a casos de coinfección TB/VIH, 9 puntos porcentuales por debajo del 2016, ubicando al Valle del Cauca en un porcentaje medio para este tipo de comorbilidad asociada a la tuberculosis al encontrarse por encima del valor esperado de 5%.

Con respecto a la coinfección VIH/Sida según tipo de tuberculosis, se encontró que del total de casos 778 reportados como tuberculosis pulmonar 5,4% 42 casos presentaron coinfección TB/VIH, para los 148 casos reportados como tuberculosis extrapulmonar en 19% 18 pacientes presentaron este tipo de comorbilidad asociada observándose un incremento de 6,8 puntos porcentuales con respecto al año 2016 donde se registró para este tipo de tuberculosis 22 casos coinfectados TB/VIH de 116 pacientes reportados.

Tabla. Tasa de coinfección TB/VIH-Sida por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Tasa de coinfección TB/VIH en relación a la población general	No tiene	1,0x 100000 hab	0,4 x 100000 hab			1,4x 100000 hab	2,9x 100000 hab

Fuente: Sivigila 2016 – 2017

Para el primer semestre del año 2017 se registró una tasa de coinfección TB/VIH de 1,4 casos por cada 100.000 habitantes en el departamento del Valle del Cauca con un comportamiento descendente con respecto al mismo periodo del año 2016.

Porcentaje de correlación información de casos notificados al Sivigila evento TB/Programa de control de TB. I Trimestre año 2017. Valle del Cauca.

La correlación para el I trimestre del año 2017 entre los casos tuberculosis notificados en SIVIGILA y los registrados en el programa fue de 81%, se espera que el porcentaje de correlación sea mayor o igual a 90%, clasificando al departamento con un resultado no óptimo, sin embargo este dato puede mejorar una vez se correlacione con todos los casos registrados en programa para el II trimestre de 2017.



Discusión:

De acuerdo a los hallazgos del análisis de la información del Sivigila para el I semestre de 2017 se puede evidenciar que la tuberculosis ha tenido un comportamiento hacia el incremento con 2,7 casos por encima de la incidencia estimada para el año 2016 y contrario a la incidencia de tuberculosis todas las formas estimada para el nivel nacional que ha mostrado un comportamiento con una discreta disminución. 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 continua indicando que estos grupo debe tener un mayor estudio y seguimiento de las acciones de vigilancia desde el nivel departamental y estrategias a nivel municipal que faciliten su control.

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 80,5% del total de los casos, con un incremento de los casos para el régimen contributivo, sin embargo hay 9% de los pacientes que no tienen aseguramiento en salud y a pesar que tuvo un descenso de 3 puntos porcentuales con respecto al 2016 no alcanza el cubrimiento de aseguramiento esperado, por lo cual las direcciones locales deben enfocar sus esfuerzos por garantizar la afiliación al sistema de salud. El 95% de los pacientes proceden de las cabeceras municipales y solo 5% proceden de centros poblados y áreas rurales dispersas municipales, lo que indica que la mayoría de los pacientes pueden tener acceso a tratamiento y seguimiento continuo hasta la curación.

De todos los casos de tuberculosis reportados al sistema, 13% 123 casos correspondían a pacientes previamente tratados, a quienes se les debe garantizar toma de cultivo y pruebas de susceptibilidad y pruebas moleculares que permita realizar un diagnóstico oportuno de la resistencia al reingreso del tratamiento, pese a este lineamiento obligatorio, a las capacitaciones y seguimiento realizado, se pudo evidenciar un cumplimiento por debajo de 50%.

Con relación a los casos de tuberculosis con condición final de fallecido, para el departamento se encontró por fuente Sivigila un total 51 muertes, al 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 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 6,5% 60 de los casos de tuberculosis todas las formas confirmados presentaban este tipo de comorbilidad, ubicando al Valle del Cauca en un porcentaje medio al encontrarse por encima del valor esperado de 5%, para el presente año se observa una disminución de 9 puntos porcentuales los que puede estar indicando un ajuste de estos casos desde cada UPGD por municipio y mejor cumplimiento de las acciones colaborativas descritas en la circular 007 de 2015 sin embargo se siguen presentando limitaciones en la integración de estos dos programas. De acuerdo a lo establecido en el plan estratégico post 2015 del nivel nacional se debe a 2025 cumplir la meta de diagnosticar y tratar al 90% de o más de los casos de coinfección TB/VIH, por lo tanto las líneas para el desarrollo del trabajo interprogramático con VIH, deben continuarse trabajando y fortaleciendo 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 realizar de forma oportuna el ingreso a programa VIH y el suministro de la terapia antirretroviral y en pacientes con VIH suministrar la quimioprofilaxis como medida preventiva para el desarrollo de la enfermedad .

A pesar del seguimiento y retroalimentación a las direcciones locales de salud y UPGD se evidencia falta de ajustes al sistema de vigilancia e incumplimiento en las acciones de vigilancia como son las UA de mortalidad, IEC y reporte de casos al sistema, por lo tanto las estrategias y acciones de mejora deben ser implementadas y tener seguimiento sistemático.

Informe de vigilancia tuberculosis farmacorresistente, I Semestre 2017

A la semana epidemiológica 24 del año 2017 se ha notificado un total de 48 casos de tuberculosis farmacorresistente (TB FR) en el departamento del Valle del Cauca, posterior al respectivo proceso de depuración de los registros y exclusión de los casos de Buenaventura, quedaron en total 31 casos que son el objeto de análisis del presente informe.



Tabla. Total casos y proporción de tuberculosis farmacorresistente, I Semestre año 2017 Valle del Cauca.

Variable	Categoría	Casos de TBFR	%
Sexo	Femenino	9	29
	Masculino	22	71
Grupos edad	Menores de un año	0	0
	1 a 4 años	0	0
	5 a 9 años	0	0
	10 a 14 años	0	0
	15 a 19 años	3	10
	20 a 24 años	3	10
	25 a 29 años	2	6
	30 a 34 años	3	10
	35 a 39 años	2	6
	40 a 44 años	3	10
	45 a 49 años	4	13
	50 a 54 años	3	10
	55 a 59 años	3	10
	60 a 64 años	1	3
	65 y más años	4	13
Área de procedencia	Cabecera municipal	31	100
	Centro poblado	0	0
	Rural disperso	0	0
Tipo de régimen	Contributivo	13	42
	Especial	1	3
	Indeterminado	0	0
	No asegurado	4	13
	Excepción	0	0
	Subsidiado	13	42
Pertenencia étnica	Indígena	1	3
	ROM, gitano	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	4	13
	Otros	26	84
Poblaciones especiales	Discapacitados	0	0
	Desplazados	0	0
	Migrantes	0	0
	Carcelarios	1	3
	Gestantes	0	0
	Indigentes	2	6
	ICBF	0	0
	Madres comunitarias	0	0
	Desmovilizados	0	0
	Psiquiátrica	0	0
	Víctimas violencia armada	0	0
	Otros	28	90

Fuente: Sivigila 2017

El 71% de los casos de tuberculosis farmacorresistente notificados se registraron en el sexo masculino y 29% en el sexo femenino. Durante el primer trimestre del año 2017 el grupo de edad de 65 y más años y de 45 a 49 años



presentaron el mayor porcentaje con el 13% cada uno, seguido de los grupos de edad de 15 a 19 años, 20 a 24 años, 30 a 34 años, 40 a 44 años, 50 a 54 y 55 a 59 años con el 10% cada uno. En relación al área de procedencia el 100% procedían de la cabecera municipal. Según tipo de régimen de seguridad social en salud, el 42% de los casos con TB FR pertenecen al régimen subsidiado y en esta misma proporción al régimen contributivo, el 13% son no asegurados al momento del diagnóstico y un 3% corresponden al régimen especial. El 84% se reportaron con pertenencia étnica “otros”, el 13% se registraron con pertenencia étnica afrocolombiana y un 3% como población indígena. El 90% de los de los casos se clasificaron en la categoría “otros” en la variable poblaciones especiales, 6% “indigentes” y 3% población carcelaria.

Tabla. Porcentaje de casos según clasificación inicial del caso por periodo epidemiológico, I Semestre año 2017 Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	Año 2017	Año 2016
Porcentaje de casos TBFR de confirmado por laboratorio	Clasificación por laboratorio superior al 95 %	93%	87%	90%	100%
Porcentaje de casos TBFR de confirmado por clínica		7%	13%	10%	0%
Porcentaje de casos TBFR de confirmado por nexo epidemiológico		0%	0%	0%	0%

Fuente: Sivigila 2016-2017

Todos los casos farmacorresistentes deben ser notificados al SIVIGILA como casos confirmados, esta confirmación puede ser por laboratorio, por clínica o por nexo epidemiológico. De los 31 casos notificados 90% tenían confirmación bacteriológica al momento del reporte y 10% fueron confirmados por clínica. Se observa una disminución de 10 puntos porcentuales de los casos confirmados por laboratorio respecto al año anterior, no alcanzándose la meta en la que se establece que debe ser superior al 95%.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente que presentaron condición final vivo o muerto por periodo epidemiológico, I Semestre año 2017. Valle del Cauca.



Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	Año 2017	Año 2016
Porcentaje del total de casos confirmados de TBFR que presentaron condición final vivo	No tiene	100%	88%	94%	88%
Porcentaje del total de casos confirmados de TBFR que presentaron condición final muerte	No tiene	0%	12%	6%	12%

Fuente: Sivigila 2016-2017

Para el primer semestre de año 2017 se encontró que de los 31 casos con tuberculosis farmacorresistente reportados al SIVIGILA, 2 fueron registrados con condición final “muerto” equivalente al 6% del total de casos notificados, 6 puntos porcentuales menos que el año anterior en donde el porcentaje de pacientes fallecidos notificados fue de 12%.

Tabla. Porcentaje de casos de TB farmacorresistente de acuerdo a tipo de tuberculosis por periodo epidemiológico, I Semestre año 2017. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	Año 2017	Año 2016
Porcentaje de casos de TB FR confirmados de tuberculosis pulmonar	Sin establecer	73%	81%	77%	94%
Porcentaje de casos de TB FR confirmados de tuberculosis extrapulmonar	Sin establecer	27%	19%	23%	6%

Fuente: Sivigila 2016-2017

De acuerdo al tipo de tuberculosis, de los 31 casos notificados al sistema, 24 de ellos 77% fueron diagnosticados con tuberculosis pulmonar observándose una disminución de 17 puntos porcentuales comparados con el año 2016 y 7 casos equivalente al 23% con tuberculosis extrapulmonar. La localización anatómica de los casos de tuberculosis extrapulmonar es a nivel osteoarticular 2 casos, ganglionar, meníngea, gastrointestinal, peritoneal y pleural 1 caso de cada tipo.

Tabla. Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente de acuerdo al antecedente de tratamiento por periodo epidemiológico, I Semestre año 2017. Valle del Cauca.



Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	Año 2017	Año 2016
Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente en casos nuevos	Se espera que sea mayor la resistencia en casos previamente tratados que en casos nuevos, parámetro sin establecer	40%	50%	45%	75%
Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente en casos previamente tratados.		60%	50%	55%	25%

Fuente: Sivigila 2016-2017

Durante el primer semestre del año 2017, de los 31 casos confirmados, el 45% de los casos fueron nuevos, se observa una disminución de 30 puntos porcentuales respecto al año 2016 donde el 75% de los pacientes fueron clasificados como nuevos. El 55% restante corresponden a casos previamente tratados, 30 puntos porcentuales más comparados con el año 2016.

Tabla. Porcentaje de casos de TB FR según tipo de resistencia por periodo epidemiológico, I Semestre año 2017. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	Año 2017	Año 2016
Proporción de casos de TBFR con TB MNR	No aplica	60%	44%	52%	44%
Proporción de casos de TBFR con TB PLR	No aplica	0%	0%	0%	6%
Proporción de casos de TBFR con TB múltiples resistencia a medicamentos	No aplica	27%	19%	23%	38%
Proporción de casos de TBFR nuevos con TB XDR	No aplica	0%	0%	0%	0%
Proporción de casos de TBFR nuevos con TB RR	No aplica	7%	13%	10%	13%
Proporción de casos de con resultado en proceso	No aplica	7%	25%	16%	0%

Fuente: Sivigila 2016-2017

En relación a la proporción de casos de tuberculosis farmacorresistente según tipo de resistencia, en el año 2017 a la semana epidemiológica 24, el 52% 16 casos correspondían a TB Monorresistente (MNR) 8 puntos porcentuales más comparado con el año 2016, el 23% 7 pacientes fueron clasificados como Multidrogoresistentes (MDR) mientras que en el año 2016 el porcentaje de MDR fue del 38%, el 10% 3 casos correspondían a TB Resistente a Rifampicina y el 16% 5 pacientes aun aparecen en proceso de clasificación.



Tabla. Proporción de casos de TB FR con presencia de factores de riesgo y comorbilidades general y específico por periodo epidemiológico, I Semestre año 2017, Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	Año 2017	Año 2016
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de factores de riesgo	No aplica	67%	50%	58%	56%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de comorbilidades	No aplica	53%	25%	39%	44%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de factor de riesgo con contacto con pacientes farmacorresistentes	No aplica	20%	0%	10%	13%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de factor de riesgo de farmacodependencia	No aplica	13%	25%	19%	6%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de factor de riesgo con otros factores inmunosupresores	No aplica	33%	13%	23%	25%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de factor de riesgo haber vivido en áreas de alta carga de TB Farmacorresistente	No aplica	0%	19%	10%	0%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de factor de riesgo de tratamiento irregular por más de un mes	No aplica	7%	6%	6%	13%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de factor de riesgo de menos de 3 medicamentos	No aplica	7%	0%	3%	0%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de otro factor de riesgo	No aplica	13%	6%	10%	13%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de comorbilidades diabetes	No aplica	13%	0%	6%	19%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de comorbilidades enfermedad renal	No aplica	7%	0%	3%	6%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de comorbilidades EPOC	No aplica	0%	0%	0%	0%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de comorbilidades enfermedad hepática	No aplica	7%	0%	3%	0%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de desnutrición	No aplica	13%	0%	6%	0%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de comorbilidades VIH/sida	No aplica	20%	13%	16%	25%
Porcentaje de casos de TB FR con presencia de otra comorbilidad	No aplica	7%	13%	10%	6%

Fuente: Sivigila 2016-2017

En relación a la presencia o no de factores de riesgo y comorbilidades, de los casos notificados en SIVIGILA durante el primer semestre del año 2017, se encontró que el 58% 18 presentaban algún factor de riesgo, 2% más que el año 2016 y el 39% 12

presentaba alguna comorbilidad, 5 puntos porcentuales menos respecto al año 2016.

Del total de casos en los que se identificó factores de riesgo, el 23% presentaba otros factores inmunosupresores, el 19% fueron registrados como farmacodependientes, el 10% es contacto de un caso farmacorresistente, y en esta misma proporción se registraron pacientes que habían vivido en áreas de alta carga de TB FR y aquellas que referían “otro factor de riesgo”, el 6% recibió tratamiento irregular por más de 1 mes y el 3% fue tratado con menos de 3 medicamentos.

De los 12 casos de TB FR notificados con comorbilidades, el 16% presentaban comorbilidad VIH es decir un disminución del 9% respecto al periodo 3 y periodo 6 del primer semestre del año 2016, el 10% fueron registrados con “otra comorbilidad” (embarazo, HTA, Neurocisticercosis), 6% presentaron diabetes y en una misma proporción DNT y un 3% presentaron enfermedad renal y enfermedad hepática correspondientemente.

Tabla. Porcentaje de coinfección TB FR /VIH-SIDA I Semestre año 2017 Valle del

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	Año 2017	Año 2016
Porcentaje de la coinfección TB/VIH con diagnóstico nuevo o previo	Alto mayor del 5 %	27%	13%	19%	31%

Cauca.

Fuente: Sivigila 2016-2017

En el primer semestre del año 2017 la proporción de coinfección TB/VIH en pacientes con diagnóstico previo y nuevo en el Valle del Cauca fue de 19% un total de 6 pacientes con coinfección TB FR/VIH, considerándose un porcentaje alto dado que se espera que no sea superior al 5%.

Porcentaje de correlación información de casos notificados al Sivigila evento TB FR/ LSPD/Programa de control de TB año 2016

La correlación a la semana 24 del año 2017 entre los casos TB FR notificados en SIVIGILA y los registrados en programa es de 91%, se espera que el porcentaje de

correlación sea mayor o igual a 90% por lo anterior el departamento se clasifica con un resultado óptimo.

Indicador	Meta	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador	Valor indicador
		periodo 3	periodo 6	Año 2017	Año 2016
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	94%	89%	91%	73%

Fuente: Sivigila 2016-2017

Discusión:

En relación al comportamiento demográfico y social de la Tuberculosis farmacorresistente durante el I semestre del año 2017 se observa que 13 % de los casos se encuentran en el grupo de edad de 65 años y más, condición preocupante debido a que este tipo de población regularmente tiene asociadas otras comorbilidades, haciendo aún más complejo el manejo de la tuberculosis farmacorresistente y aumentándose el riesgo de morir.

En relación a la notificación de casos de Tuberculosis farmacorresistente (TB FR) en SIVIGILA, en el primer semestre del año 2017 se observa un mayor número de casos notificados comparado con el I semestre del año 2016, este aumento es del 94% 15 casos más respecto al año anterior en el que se habían notificado 16 casos confirmados para este mismo periodo. Este comportamiento inicialmente se relacionó con un represamiento en la notificación de pacientes que fueron diagnosticados con TB FR finalizando el mes de diciembre de 2016 y no por un aumento de los casos, sin embargo el número de pacientes notificados sí ha ido incrementando, comportamiento que puede estar relacionado con una mayor oferta de pruebas de susceptibilidad moleculares en laboratorios como Imbanaco, Laboratorio Ángel, Fundación Valle del Lili y Hospital Universitario del Valle que actualmente realiza la prueba molecular Genexpert de Abbott que identifica resistencia a Rifampicina e Isoniazida en muestras pulmonares y extrapulmonares dando una mayor oportunidad de diagnóstico de casos nuevos farmacorresistentes. Adicionalmente en el Hospital Carlos Holmes Trujillo se están realizando pruebas de susceptibilidad fenotípicas que permiten conocer si hay



resistencia a los medicamentos de primera línea para el tratamiento de la tuberculosis (Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol).

En este primer semestre de 2017 el porcentaje de casos con confirmación por laboratorio fue del 90% no alcanzándose la meta en la que se establece que debe ser superior al 95% sin embargo al revisar los 3 casos confirmados por clínica se encuentra que si cuentan con prueba de susceptibilidad que confirman el diagnóstico de fármacorresistencia evidenciando la falta de ajuste al sistema.

La mortalidad por tuberculosis farmacorresistente en el primer semestre del año 2017 fue de 6% es decir 6 puntos porcentuales por debajo del porcentaje de mortalidad del año 2016 para este mismo periodo que fue del 12%, sin embargo se debe continuar fortaleciendo aspectos como el diagnóstico oportuno a través de pruebas moleculares e inicio temprano de tratamiento teniendo en cuenta que los medicamentos del esquema estandarizado son suministrados por el Ministerio de Salud de manera gratuita desde el año 2013, para lograr este objetivo debe haber un trabajo articulado entre todos los actores del SGSSS.

Debido a que la principal causa de fármacorresistencia es la exposición inadecuada a medicamentos, se espera que sea mayor el porcentaje de casos previamente tratados que el porcentaje de casos nuevos, sin embargo en el Valle del Cauca durante los últimos años este comportamiento ha sido diferente, en el año 2016 el porcentaje de casos nuevos fue del 75% y 25% previamente tratados y aunque en el año 2017 el número de casos previamente tratados es mayor que los casos nuevos la diferencia solo es 10 puntos porcentuales (3 casos), situación que evidencia la necesidad de mejorar el cumplimiento de la investigación epidemiológica de campo y en el estudio de contactos, intervenciones que realizadas de manera correcta y oportuna, permitiría cortar oportunamente la cadena de transmisión de cepas resistentes.

De los 31 casos notificados al sistema 7 casos equivalente al 23% corresponden a casos con tuberculosis extrapulmonar 6 casos más que en el año 2016 en el que solo se diagnosticó un paciente con tuberculosis osteoarticular. De los 7 casos el 57% 4 casos fueron diagnosticados en el Hospital Universitario del Valle utilizando el Genexpert de Abbott que permite identificar resistencia a Rifampicina e Isoniazida en muestras no solo pulmonares sino también extrapulmonares dando una mayor oportunidad de diagnóstico.

El 16% de los casos de acuerdo a lo registrado en SIVIGILA aún tienen en proceso de clasificación el tipo de resistencia sin embargo 4 de los 5 pacientes sí cuentan con prueba de susceptibilidad molecular que permite definir el diagnóstico. El porcentaje de coinfección TB/VIH con diagnóstico nuevo o previo se considera alto si es $>$ al 5%, el departamento del Valle del Cauca en el primer semestre del año 2017 fue del 19%, evidenciándose que se requiere de manera prioritaria la intensificación de las actividades colaborativas TB/VIH con el fin de disminuir la carga de VIH en los pacientes con TB activa o sospecha de TB y a su vez disminuir la carga de TB en los pacientes con VIH teniendo en cuenta que según la OMS la TB es una de las principales causas de muerte en personas infectadas por el VIH. De acuerdo a los Lineamientos de manejo programático todos los casos de tuberculosis resistente requieren integralidad de la atención, lo que implica la articulación de un equipo multidisciplinario de profesionales sensibilizados que con adecuados procesos de referencia - contra referencia y una articulación con aseguradores y responsables de los programas de control de tuberculosis consideren al paciente un individuo bio-psico-social.

Informe de vigilancia de Lepra I semestre año 2017. Valle del Cauca.

Para el I semestre del año 2017 en el departamento del Valle del Cauca se notificaron en total 19 casos lepra, de los cuales 1 caso correspondía a otro departamento y 18 a casos nuevos, durante este periodo no se notificaron recidivas ni reingresos de abandono recuperado, por lo tanto los 18 registros fueron objeto de análisis para el presente informe.

Tabla 1. Total y proporción de casos nuevos de lepra. SE 1 a 24 año 2017. Valle del Cauca.

Variable	Categoría	Casos de lepra	%
Sexo	Femenino	12	67
	Masculino	6	33
	25 a 29 años	1	6
	30 a 34 años	2	11
	35 a 39 años	0	0
	40 a 44 años	2	11
	45 a 49 años	1	6



	50 a 54 años	7	39
	55 a 59 años	2	11
	60 a 64 años	1	6
	65 y más años	2	11
Área de procedencia	Cabecera municipal	16	89
	Centro poblado	2	11
	Rural disperso	0	0
Tipo de régimen	Contributivo	10	56
	Especial	0	0
	No asegurado	1	6
	Excepción	0	0
	Subsidiado	7	39
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	0	0
	Otros	18	100
Poblaciones especiales	Carcelarios	0	0
	Otros	18	100

Fuente: Sivigila 2016-2017

El 67% de los casos de lepra se registraron en el sexo femenino y 33% en el sexo masculino; el grupo de edad de 50 a 54 años presentó el mayor porcentaje con 39%; con respecto al área de procedencia 89% procedían de la cabecera municipal y 11% del centro poblado; el 39% pertenecían al régimen subsidiado, 56% al régimen contributivo y 1% corresponde a no asegurados; 100% todos los casos se reportaron con otra pertenencia étnica y otros grupos poblacionales. (ver tabla 1).

Tabla. Porcentaje de casos nuevos según clasificación bacteriológica (MB o PB) por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Proporción de casos de lepra nuevos paucibacilar	Aumentar la captación de casos paucibacilares	13%	60%			39%	20%
Proporción de casos de lepra nuevos multibacilar		88%	40%			61%	80%

Fuente: Sivigila 2016-2017

Para el primer semestre del año 2017 de los 18 casos nuevos diagnosticados, evaluados según grado de bacilaridad, se encontró que 7 casos 13% fueron paucibacilares y 11 de ellos 61% multibacilares, con una reducción de 19 puntos porcentuales en los casos multibacilares con respecto al año anterior, pese al incremento en la captación de los casos paucibacilares, se continua



presentando un diagnóstico tardío por esta enfermedad, donde se espera una mayor proporción de casos paucibacilares.

Tabla. Tasa de detección de casos nuevos por 100 mil habitantes por periodo epidemiológico SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Se define como el número de casos nuevos de lepra que se desarrollan en una población	No definida	0,2 x 100000 hab	0,2x 100000 hab			0,4 x 100000 hab	0,4 x 100000 hab

Fuente: Sivigila 2016-2017

En el Valle se notificaron para el I semestre del año 2017, 18 casos nuevos de lepra, analizándolo para la población DANE estimada para el 2017 de los 41 municipios de 4292545 de habitantes, se estimó una detección de 0,4 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 mismo periodo para el año 2016 donde se reportaron en total 15 casos nuevos al sistema, la tasa de detección permaneció estable.

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

Tabla. Tasa de detección de casos de lepra por 100 mil habitantes según municipio de residencia del Valle del Cauca. SE 1 a 24 año 2017.

AÑO		2016			2017		
N°	Municipios	Casos nuevos	Población	Incendencia	Casos nuevos	Población	Incendencia
1	Cali	8	2394925	0,3	9	2420114	0,4
2	Candelaria	1	82908	1,2	0	84129	0,0
3	Cartago	0	132959	0,0	2	133640	1,5
4	Dagua	1	36524	2,7	0	36652	0,0
5	El Cerrito	1	57747	1,7	1	58028	1,7
6	Florida	0	58343	0,0	1	58555	1,7
7	Jamundí	0	122071	0,0	1	124623	0,8

NIT: 890399029-5

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

Teléfono: 6200000 ex : 1659

mvictori@valledelcauca.gov.co

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



8	Obando	1	15062	6,6	0	15146	0,0
9	Palmira	1	306706	0,3	3	308669	1,0
10	Pradera	1	55842	1,8	1	56545	1,8
11	Tuluá	1	214095	0,5	0	216619	0,0
TOTAL		15	4253066	0,4	18	4292545	0,4

Fuente: Sivigila 2016-2017

De los 41 municipios del Valle, 17% 7 de ellos han reportado casos nuevos de lepra para el I semestre del año 2017, 4 municipios presentan riesgo alto por esta enfermedad con una incidencia superior a 1 caso por 100.000 habitantes siendo Cartago, El Cerrito, Florida y Pradera que presenta la tasa de detección más alta del departamento con 1.8 casos por 100.000 habitantes. Durante las primeras 24 semanas epidemiológicas del presente año los municipios de Pradera y El Cerrito mostraron el mismo comportamiento con respecto al año 2016 mientras que Cartago y Florida mostraron un incremento en la detección.

Tabla. Porcentaje de casos nuevos de lepra con discapacidad por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. Valle del Cauca.

Indicador	Meta	Valor indicador periodo 3	Valor indicador periodo 6	Valor indicador periodo 9	Valor indicador periodo 13	Valor indicador Año 2017	Valor indicador Año 2016
Porcentaje de casos nuevos con grado de discapacidad 1	Aumentar a 80% los casos nuevos detectados sin discapacidad, en el año 2010. (Grado 0)	63%	10%			33%	60%
Porcentaje de casos nuevos con grado de discapacidad 2		13%	10%			11%	7%

Fuente: Sivigila 2016-2017

Durante las primeras 24 semanas epidemiológicas de 2017, de los 18 casos nuevos, 6 de ellos 33% presentaron grado de discapacidad 1 con una disminución de 27 puntos porcentuales con respecto al año 2016, y 2 casos 11% se reportaron con discapacidad grado 2. El departamento para el mismo periodo de tiempo en el año 2016 reportó 1 caso 7% con discapacidad grado II. A pesar que se evidencia una reducción de 23% en la detección de casos con discapacidad, el departamento aún no logra

alcanzar la meta del 80% de detección esperada de casos sin discapacidad.

Tabla. Tasa de discapacidad grado 2 en casos nuevos por 100 mil habitantes por periodo epidemiológico. SE 1 a 24 año 2017. 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 2017	Año 2016
Tasa de discapacidad grado II	No definida	0,02 x 100000 hab	0,02 x 100000 hab			0,05 x 100000 hab	0,02 x 100000 hab

Fuente: Sivigila 2016-2017

En el Valle se notificaron para el I semestre del año 2017, 2 casos nuevos de lepra con discapacidad grado II, analizándolo para la población DANE estimada para el 2017, se estimó una tasa de discapacidad de 0,05 casos por 100.000 habitantes, con respecto al año 2016 el comportamiento mostró un incremento en la tasa de discapacidad al detectar 1 caso más con este grado de discapacidad.

Discusión

Con relación a la notificación de los casos nuevos de lepra para el I semestre del año 2017, se evidencia que se reportaron 2 casos más con respecto al año anterior, con incremento en la detección de casos paucibacilares y una reducción en de los casos con discapacidad grado I. De otro lado entre los municipios el comportamiento fue fluctuante con una disminución o aumento de la detección como ocurrió en los municipios de Florida y Cartago con un incremento y Dagua y Obando sin detección de casos.

Para el presente año no se notificaron casos de recidivas para enfermedad de lepra, pudiendo indicar una mejor capacitación del recurso humano que maneja el programa de lepra.

En el departamento del Valle de acuerdo a la población DANE estimada para el 2017, se estimó una detección de 0,4 casos por 100.000 habitantes con un riesgo bajo para enfermedad de Lepra, sin embargo, de los 7 municipios que han



reportado casos nuevos de lepra para el presente año 4 de ellos 57% presentan riesgo alto por esta enfermedad con una incidencia superior a 1 caso por 100.000 habitantes, Pradera presentó la mayor detección para el departamento con reporte de 1 caso en el 2016 y 2017 y los municipios de Florida y Cartago reportaron casos nuevos para esta enfermedad, 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 18 casos nuevos diagnosticados, 61% 11 casos eran multibacilares y 8 pacientes 44% presentaron grado de discapacidad 1 o 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

A pesar que el departamento del Valle continua reforzando y fortaleciendo de forma continua las acciones para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública a todas las DLS y realiza capacitaciones en conjunto con el INS, así como también COVE, mesa departamental de transmisibles, CERCET y talleres en los diversos espacios de reuniones con EAPB, DLS e IPS 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 sistema de vigilancia continua presentando muchas falencias en la oportunidad de los reportes, ajustes y en la totalidad de la notificación de los casos, dificultando el análisis con datos no confiables, así como también la realización de datos comparables entre los diferentes periodos y años.

Dentro de las acciones puntuales realizadas por el departamento para el presente año se encuentran la asistencia técnica a las entidades territoriales municipales con la asignación de epidemiólogos del departamento para apoyo y cumplimiento a las acciones de vigilancia, la realización de boletines por periodo epidemiológico, la realización de cuadro resumen de eventos de interés en salud pública para seguimiento al comportamiento y cumplimiento de acciones y la correlación de casos entre el programa, Sivigila y laboratorio para identificar oportunamente casos para notificación y seguimiento.



El Sivigila es una herramienta efectiva para notificación y correlación de casos con otras fuentes de información, sin embargo requiere revisión para determinar la cantidad de variables que hacen que el sistema de vigilancia sea robusto y complejo al momento de realizar la notificación al sistema y de realizar los análisis de la información.

Dada las múltiples acciones de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública como son unidades de análisis de morbilidad y mortalidad, informes, IEC y ajustes al sistema entre otros, las direcciones locales deben reforzar y mejorar la capacidad de respuesta.

Es claro que la falta de recurso humano idóneo y continuo imposibilita desde el nivel departamental y desde cada actor del sistema garantizar el cumplimiento a todas las acciones de la vigilancia de los EISP.

La correlación nominal semanal 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, investigaciones y actividades en todos los niveles.

Es importante garantizar capacitación para el desarrollo de las unidades de análisis de mortalidad y en el diligenciamiento de los formatos lo cual permitirá determinar la causa básica de la muerte y la evitabilidad.

Es importante que el departamento garantice la continuidad del equipo de vigilancia que mantenga el seguimiento directo a las direcciones locales de salud y realice de forma sostenida la revisión al cumplimiento de todos los lineamientos de la vigilancia de los eventos transmisibles.

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 y la tuberculosis en poblaciones vulnerables y se implementen todas las acciones de las tres líneas estratégicas del plan post 2015 hacia el fin de la tuberculosis.

Las acciones interprogramáticas deben continuar fortaleciéndose para promover un mejor control de la coinfección TB/VIH y garantizar un



manejo integral 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. Así como también promover la investigación operativa que permita conocer la dinámica propia y establecer medidas o estrategias para el mejoramiento a nivel de cada localidad y la implementación de iniciativas y herramientas innovadoras que apoyen el control de la enfermedad.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lewandowski CM, Co-investigador N, Lewandowski CM. WHO Global tuberculosis report 2015;1:1689–9
2. INS, Boletín epidemiológico semana epidemiológica 52, 2016
3. DANE, defunciones departamento de residencia, 2016p
4. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. Geneva, World Health Organization, 2015. [Consultado el 20 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es.
