Boletín Epidemiológico de Pereira

Secretaría de Salud y Seguridad Social
Oficina de vigilancia en salud pública

Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

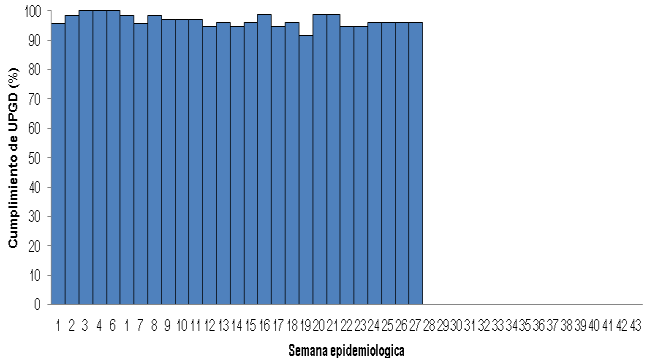
Contenido

CUMPLIMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN SEMANAL 1
EVENTOS INMUNOPREVENIBLES.....3
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES.....6
ENFERMEDADES ZOONÓTICAS.....7
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MICOBACTERIAS 9
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.....9
EVENTOS NO TRANSMISIBLES.....11
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.....13
ANOMALÍAS CONGÉNITAS.....14
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 14

CUMPLIMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN SEMANAL

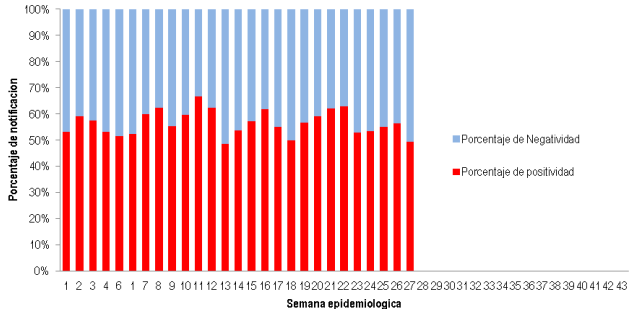
Para este segundo trimestre el cumplimiento en la notificación semanal de eventos de interés en salud pública fue del 97% por parte de las UPGD al área de epidemiologia y un cumplimiento promedio de 90% de cada UPGD en la notificación acumulada. Durante este periodo se presentaron algunas fluctuaciones en el total de UPGD caracterizadas en la ciudad, algunas cerraron sus instalaciones y otras ingresaron al sistema como nuevas o por cambios en su razón social.

Grafico 1. Cumplimiento en la notificación semanal de las UPGD de Pereira.



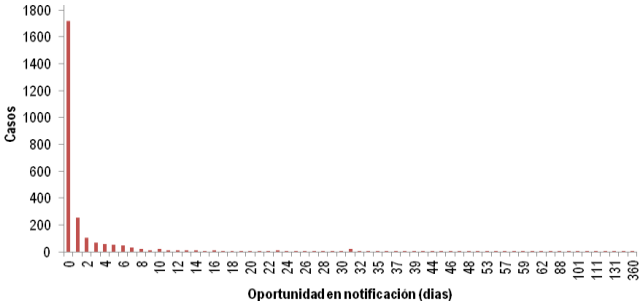
Es importante que las UPGD informen de manera oportuna las dificultades que se puedan presentar con el reporte semanal, debidas a fallo en internet, rotación de personal o daño en los equipos de cómputo donde esté instalado el software sivigila, para evitar el incumplimiento en el reporte.

Grafico 2. Porcentaje de notificación positiva y negativa semanal



Frente al porcentaje de notificación positiva, en promedio ha aumentado a un 53% la proporción de notificación de casos por semana epidemiológica en comparación a las mismas semanas del año 2012, esto podría entenderse como un aumento en el reporte de dichos eventos, con incremento quizá de la sensibilidad del sistema de vigilancia que trasciende en un mejoramiento en la cultura del reporte por parte de las UPGD de la ciudad.

Grafico 3. Promedio de días en la oportunidad de la notificación de evento



La oportunidad en la notificación de los eventos esta en un promedio de 3.2 días, El 90.8% de los casos son notificados en el rango de 7 días cumpliendo con un nivel optimo en la oportunidad de la notificación.

El cumplimiento en el ajuste de los eventos se encuentra en un 72.9% a semana 26 del año 2013. El indicador del proceso de vigilancia es el 100% de eventos ajustados y dentro de las 4 semanas siguientes a su notificación. La oportunidad en el ajuste esta en 39,4 días en promedio no alcanzando la meta según lineamientos de vigilancia de 30 días promedio.

En la siguiente tabla se muestran algunos eventos que requieren ajuste en el tipo de caso de acuerdo al protocolo de vigilancia y los días promedio en que se hizo el ajuste por parte de la UPGD:

Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

Tabla 1. Días promedio en el ajuste de casos notificados

Evento	Días promedio de Ajuste
Dengue	25,9
Dengue grave	5,8
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (eta)	27,0
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	56,5
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	28,0
Leptospirosis	35,5
Leucemia aguda pediátrica linfoide	39,0
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	27,0
Tos ferina	28,3
Total general	**30,97**

Es necesario mejorar la oportunidad en el ajuste de los casos inmediatamente se tengan los resultados de laboratorio para descartar o confirmar cada caso, de esta manera se puede evidenciar un real comportamiento de los eventos en la ciudad.

El evento con una mayor inoportunidad en el ajuste son la infección respiratoria grave inusitada debido al reporte tardío de resultados del laboratorio nacional de referencia del INS.

A continuación se relacionan el total de casos reportados residentes en Pereira por las UPGD durante este primer periodo.

EVENTO	Confirmados	Probables	Descartados	Total
ACCIDENTE OFIDICO	3	0	0	3
AGRESIONES POR ANIMALES	660	0	0	660
ANOMALIAS CONGENITAS	45	0	0	45
BAJO PESO AL NACER	84	0	1	85
CHAGAS	0	1	0	1
DENGUE	71	28	81	180
DENGUE GRAVE	2	0	0	2
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	3	13	0	16
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	0	6	2	8
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	0	0	1	1
EXPOSICIÓN A FLÚOR	3	0	0	3
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	0	0	1
HEPATITIS A	10	0	0	10
HEPATITIS B	9	0	0	9
HEPATITIS C	1	0	0	1
HIPOTIROIDISMO CONGENITO	1	1	1	3
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	0	8	32	40
INTOXICACION POR FARMACOS	40	0	0	40
INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	41	0	0	41
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	26	0	0	26
INTOXICACION POR SOLVENTES	6	0	0	6
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	21	0	0	21
LEISHMANIASIS CUTANEA	57	0	0	57
LEPRA	2	0	0	2
LEPTOSPIROSIS	8	13	63	84
LESIONES POR POLVORA	3	0	0	3
LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	1	0	0	1
MENINGITIS MENINGOCOCCICA	0	1	0	1
MENINGITIS POR NEUMOCOCO	1	0	0	1
MENINGITIS TUBERCULOSA	6	0	0	6
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	23	0	0	23
MORTALIDAD MATERNA	2	0	0	2
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	27	0	1	28
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	0	0	1	1
PAROTIDITIS	20	0	0	20
SIFILIS CONGENITA	21	0	6	27
SIFILIS GESTACIONAL	45	0	0	45
TOS FERINA	12	9	35	56
TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	26	0	0	26
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	1	0	0	1
TUBERCULOSIS PULMONAR	121	0	0	121
VARICELA INDIVIDUAL	372	0	0	372
VCM, VIF, VSX	356	0	0	356
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	88	0	0	88
TOTAL	**2219**	**80**	**224**	**2523**

Tabla 2. Total eventos notificados hasta la semana 26.

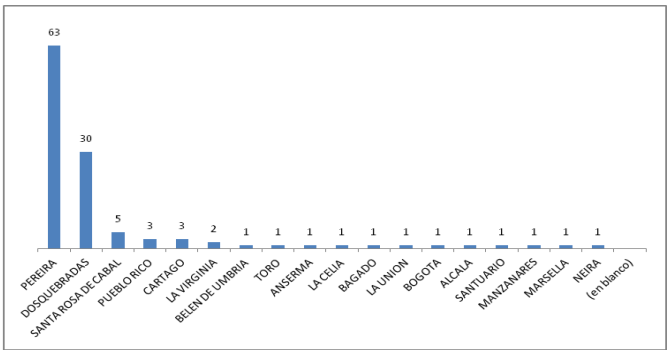
Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

EVENTOS INMUNOPREVENIBLES

Tos ferina

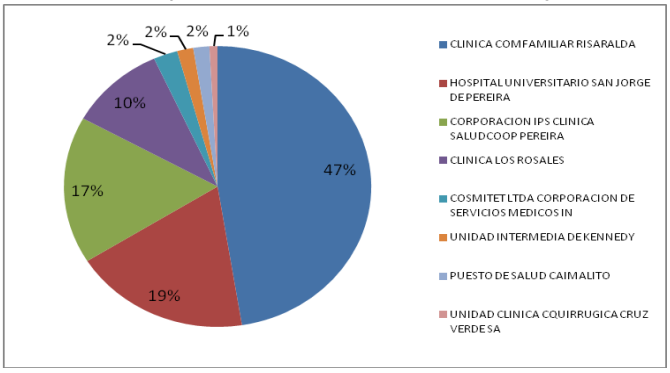
Durante este año 2013 el reporte de casos de tosferina se ha incrementado en un 62% en relación al primer semestre del año anterior. El número de casos reportados por las IPS es de 118 casos de los cuales 53% (63 casos) son residentes del municipio de Pereira.

Grafico 4. Número total de casos reportados por las UPGD según municipio de residencia.



Fuente: SIVIGILA

Grafico 5. Porcentaje de notificación de casos de tos ferina según UPGD

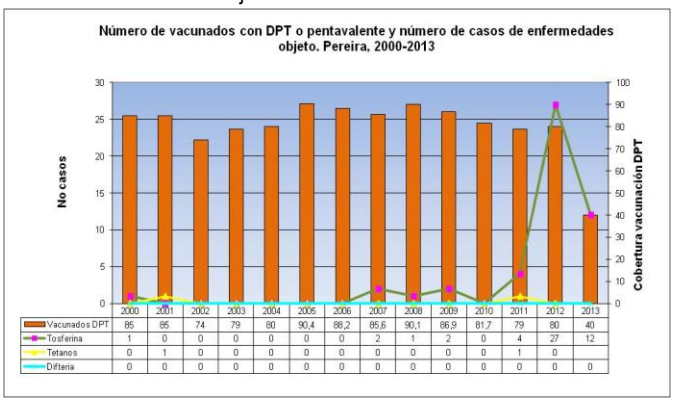


Fuente: SIVIGILA

Durante este segundo trimestre de 2013, se han reportado al sivigila un total de 59 casos de pacientes residentes en Pereira, el 22% (12 casos) están confirmados por laboratorio, 55% (33 casos) están descartados y el 15% restante están pendientes de ajustar a la espera de resultados de laboratorio del Instituto Nacional de Salud.

La tasa de tos ferina del municipio hasta la semana 26 se encuentra en 12.6 X 100.000 habitantes, el 66% de los casos confirmados se presentó en menores de 1 año de edad (entre 2 a 6 meses) y el otro 33% restante en niños (entre 1 y 5 años de edad), todos los menores fueron encontrados con esquema completo de vacunación al momento de la enfermedad.

Grafico 6. Numero de vacunados con DPT o pentavalente y número de casos de enfermedades objeto.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vacunados DPT	85	85	74	79	80	90,4	88,2	85,6	90,1	86,9	81,7	79	80	40
Tosferina	1	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	4	27	12
Tetanos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: SIVIGILA

Todos los casos probables deben ser notificados de forma inmediata, para determinar la presencia de un posible brote o de casos aislados, así como determinar la fuente de infección para focalizar las acciones de control pertinentes y certificar una adecuada vigilancia epidemiológica de la tos ferina.

Las UPGD deben garantizar la toma de muestra antes de la instauración del tratamiento antimicrobiano.

A nivel nacional a semana epidemiológica 24, último boletín emitido por el Instituto Nacional de Salud el número de casos de tos ferina asciende a 8394, casos, distribuidos en: 1691 casos probables, 1390 casos confirmados por laboratorio, 5175 casos descartados, 124 casos confirmados por clínica y 14 casos confirmados por nexo epidemiológico. Para el 2012 a semana 24 se habían notificado 6677 casos.

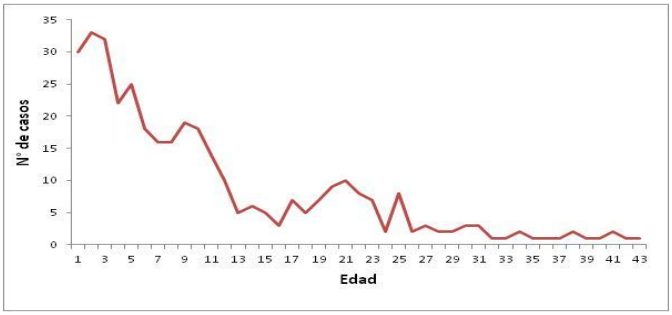
Varicela

En la semana 26, de manera acumulada, se notificaron al SIVIGILA 365 casos de varicela individual con municipio de ocurrencia Pereira y un comportamiento por edad como la muestra el grafico 5.

El 69% de los casos se concentran en el rango de edad menores e iguales a 12 años, con una mayor concentración en los menores de 1 a 4 años de edad. El predominio de afectados son del sexo femenino con un 51.5%.

Grafico 7. Comportamiento de varicela según grupo edad.

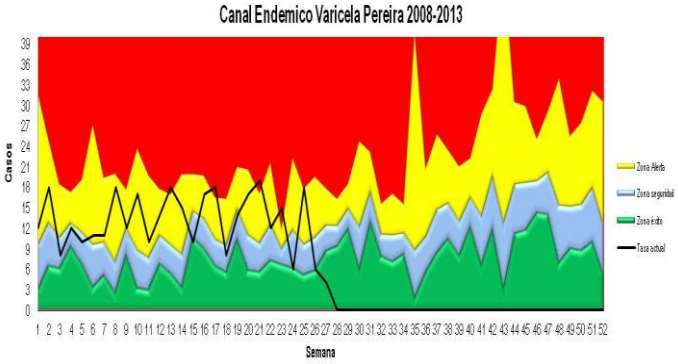
Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26



Fuente: SIVIGILA

En el canal endémico del evento, el comportamiento según semanas epidemiológicas en relación a los últimos 5 años, ha presentado un comportamiento fluctuante entre zona de seguridad y alerta durante este segundo trimestre.

Grafico 8. Canal endémico de varicela a semana epidemiológica 26 de 2013



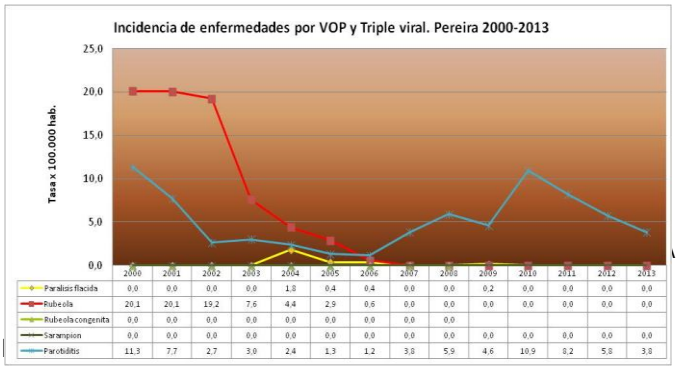
Meningitis bacterianas

Durante este 2013 se han reportado al sivigila 1 caso de meningitis por neumococo en un menor de 18 días de edad confirmado por antigenemia, recibió tratamiento completo y a la fecha dentro de las secuelas se ha identificado disminución de la agudeza auditiva. Y un caso reportado de meningitis por meningococo en una mujer de 22 años, toxicómana, diagnosticada en el postparto en coinfeccion con tuberculosis meníngea.

Parotiditis

Para la semana 26 del 2013 han ingresado 20 casos de parotiditis, concentrándose un 40% en los menores de 10 años. La proporción de incidencia a semana 26 es de 5.5 por 100.000 habitantes.

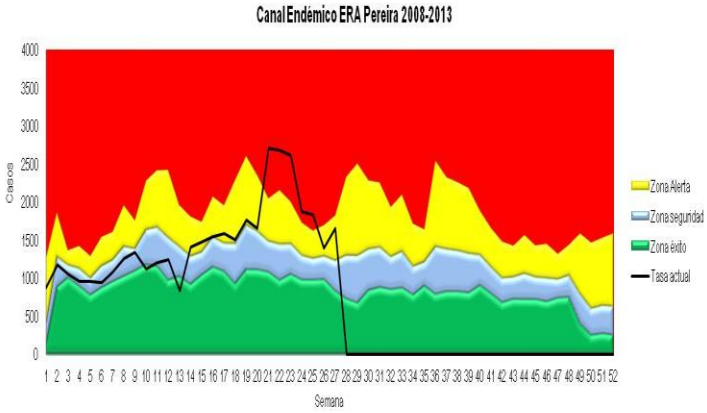
Grafico 9. Incidencia de enfermedades por VOP y triple viral



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Paralisis flacida	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,4	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Rubeola	20,1	20,1	19,2	7,6	4,4	2,9	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rubeola congenita	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0					
Sarampion	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Parotiditis	11,3	7,7	2,7	3,0	2,4	1,3	1,2	3,0	5,9	4,6	10,9	0,2	5,0	3,0

En cuanto a la morbilidad por IRA en consulta externa y urgencias se observa un aumento desde la semana 14 a la 26, para un total de 39.734 casos, según seguimientos de años anteriores al evento de IRA nos encontramos en pico epidemiológico de la enfermedad respiratoria y por tanto se deben fortalecer e intensificar las medidas de seguimiento y mitigación establecidas, para evitar el aumento de complicaciones y muertes por IRA.

Grafico 10. Canal endémico ERA en población general. Pereira a sem 26

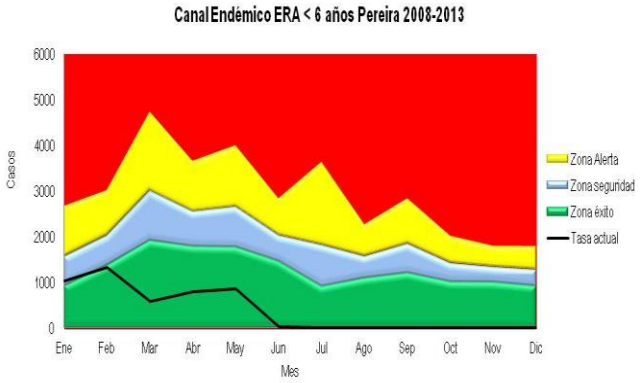


Fuente: SIVIGILA

Dentro de los resultados de la vigilancia del evento 348 IRAG inusitada se han reportado al sivigila 40 casos de los cuales ya se ha descartado el 77.5% (31 casos). En Risaralda se han confirmado solo dos casos para Influenza A H1N1 el primero en un joven de 29 años de edad quien falleció tras un cuadro de 8 días de evolución procedente del municipio de la Virginia. Y el segundo una menor de 6 años de edad procedente de Dosquebradas quien en el momento se encuentra en buenas condiciones de salud, ambos casos fueron atendidos por UPGD del municipio.
En cuanto a la morbilidad por IRA en menores de 6 años se presenta

un menor porcentaje de consultas por el evento en este grupo etareo durante este semestre.

Grafico 11. Canal endémico ERA en menores de 6 años.

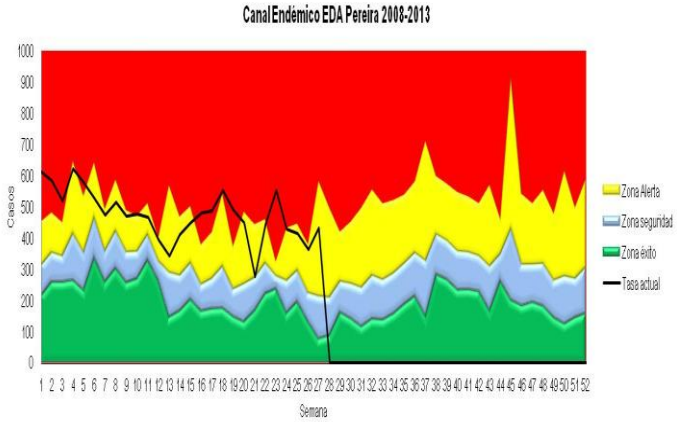


Fuente: SIVIGILA

EDA

A semana 26 del 2013, han ingresado a la notificación colectiva de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) 12.363 casos, según el comportamiento de años anteriores el evento se encuentra oscilando durante todo este semestre de zona de alerta a zona de epidemia; por tanto se deben fortalecer e intensificar las medidas de seguimiento y mitigación establecidas, para evitar el aumento de complicaciones y muertes por EDA.

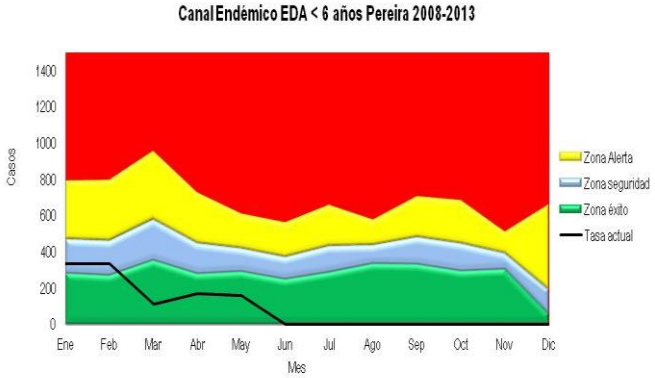
Grafico 12. Canal endémico EDA en población general en Pereira.



Fuente: SIVIGILA

El comportamiento de la morbilidad por EDA en los menores de 6 años según consulta externa y urgencias fue del 8.9% según la notificación al sivigila.

Grafico 13. Canal endémico EDA en población menor de 6 años en Pereira.
.



Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

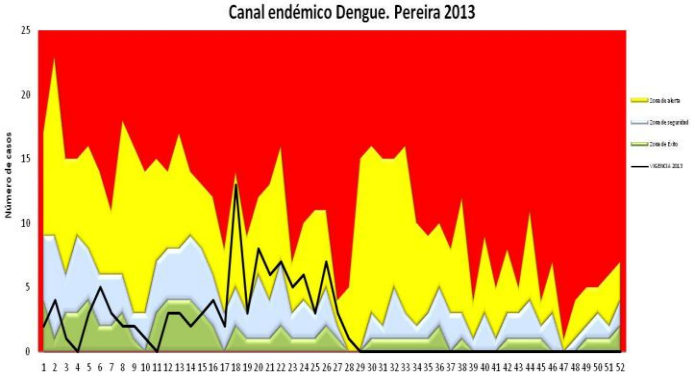
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Dengue

Hasta la semana 26 han ingresado 180 casos probables de dengue de los cuales 2 fueron reportados como dengue grave y se presento un caso de mortalidad por dengue en un señor de 43 años de edad procedente de la vereda Betulia, el caso corresponde a una mortalidad compatible con el evento dado que no se tomaron las muestras respectivas para confirmarlo, pero el cuadro clínico se ajusta a la definición de caso.

En el canal endémico se evidencia un comportamiento ascendente pasando de zona de seguridad a zona de alerta desde la semana 14 hasta la fecha.

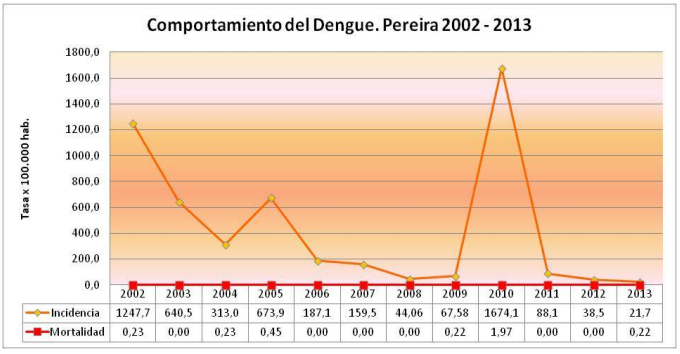
Grafico 14. Canal endémico Dengue hasta sem 26 de 2013



* Incluidos solo casos confirmados y probables* Fuente: SIVIGILA

En relación al ajuste de casos se ha confirmado un 39.4% (71 casos), descartados 45% (81 casos) y queda un 15.5% pendientes por ajustar en el sivigila. Las UPGD deben mejorar la oportunidad en el ajuste de los casos, confirmando o descartando cada uno por medio de los resultados de IgM, con el fin de mejorar el reporte y evidenciar un comportamiento real de la enfermedad en el Municipio.

Grafico 15. Comportamiento del dengue en Pereira 2002 - 2013

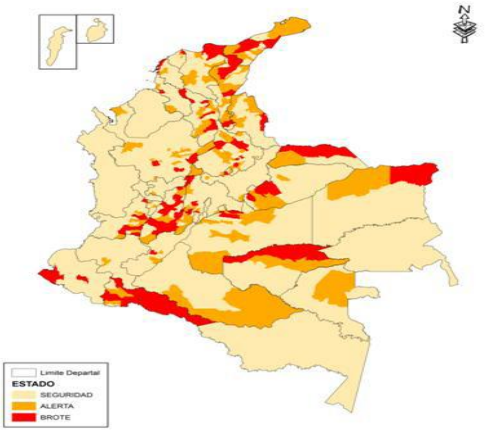


	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Incidencia	1247,7	640,5	313,0	673,9	187,1	159,5	44,06	67,58	1674,1	88,1	38,5	21,7
Mortalidad	0,23	0,00	0,23	0,45	0,00	0,00	0,00	0,22	1,97	0,00	0,00	0,22

La tasa de incidencia para Pereira en dengue a semana 26 es de 21.7 por 100.000 hab, y la letalidad por dengue se encuentra en 0.22 por 100.000 hab, para una letalidad por dengue grave de 50% a nivel municipal.

Según datos del boletín epidemiológico del Instituto nacional de salud el país a semana epidemiológica 26 se encuentra en situación de alerta, los departamentos que tienen las mayores proporciones de incidencia según su población en riesgo son: Putumayo, Casanare, Vichada, Tolima, Meta, Cundinamarca, Norte de Santander, Santander y Arauca. La proporción de incidencia a nivel nacional a semana 24 es de 229,7 casos por 100.000 habitantes. Se han confirmado por unidad de análisis 68 muertes de las 139 probables notificadas. La tasa de letalidad se encuentra en 5.6 % a nivel nacional.

Mapa 1. Distribución de municipios en situación de alarma y brote de dengue a semana epidemiológica 24 de 2013



Fuente: boletín epidemiológico del INS a semana 24 de 2013

A semana 24 se encuentran en situación de brote 81 municipios procedentes de 22 entidades territoriales y 110 municipios presentan aumento de notificación de casos.

Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

Malaria

Para la semana 26 del año en curso, se han notificado 190 casos de paludismo importado, con predominio de infección por *P. vivax* con un 88,4 %. Durante este semestre se han diagnosticado 6 casos de malaria autóctona, 4 de malaria vivax y 2 de falciparum, de los cuales 1 caso es procedente del área urbana perteneciente al barrio el poblado y los 5 restantes del corregimiento de Caimalito.

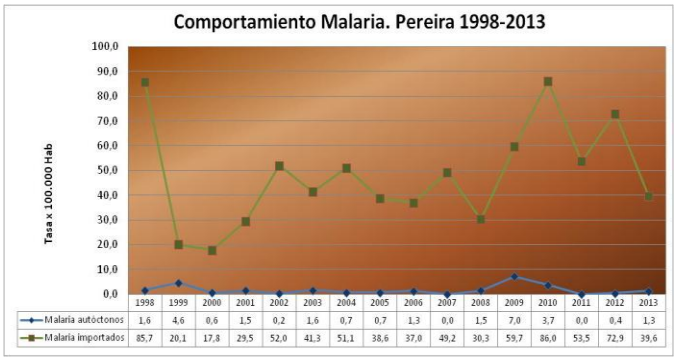
Los sitios de procedencia de los casos estan distribuidos de la siguiente manera, (Tabla 3).

Tabla 3. Tipos de plasmodium Vs Departamento de procedencia.

Procedencia	Vivax	Falciparum	Mixta	Total
Pueblo Rico (Rda)	65	4	1	70
Mistrató (Rda)	4			4
Pereira	4	2		6
La Virginia	0		1	0
Choco	88	6	4	98
Antioquia	5			5
Cauca	2			2
Guainía	1			1
Cundinamarca	1			1
Valle	2			2
total	**172**	**12**	**6**	**190**

Fuente: SIVIGILA

Grafico 16. Comportamiento Malaria. Pereira 1998-2013



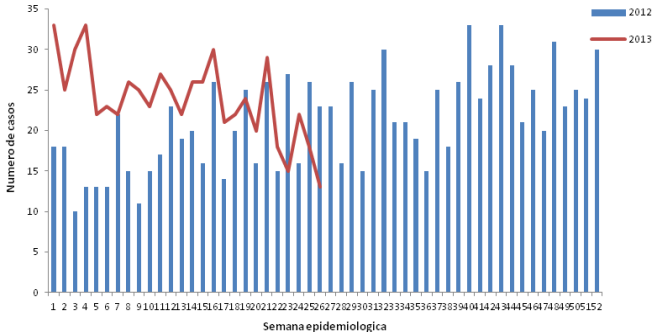
Fuente: SIVIGILA

ENFERMEDADES ZOONÓTICAS

Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

Comparativamente a semana 26 se observó un aumento en la notificación de exposiciones rábicas con respeto al año 2012, con una tendencia hacia la disminución de los casos de la semana 1 a 26 durante el presente año. El 91,9% de las agresiones fueron mordeduras, el resto fueron catalogadas como arañazos. El 45% de los eventos son reportados como No exposición, 47,2% reportadas como exposición leve, 7.4% como exposición grave.

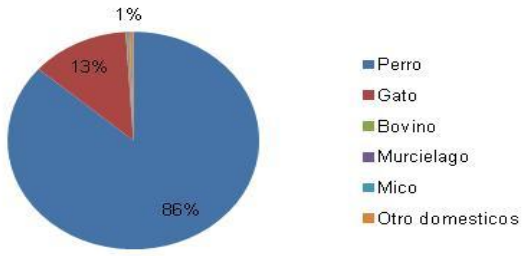
Grafico 17. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia 2012- 2013



Fuente: SIVIGILA

La siguiente grafica muestra la distribución de tratamiento utilizado (vacuna antirrábica y suero antirrábico) en los agredidos según la clasificación hecha a la exposición por quien valora el paciente.

Grafica 18. Distribución del uso de biológico antirrábico en agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia Pereira 2013



Fuente: SIVIGILA

La distribución de la especie animal que generó la exposición, el 86% de las exposiciones se dieron por perros, 13% por gatos y el 1% restante en bovinos, murciélagos, micos y otros domésticos.

Es de anotar que la siguiente información es tomada de las fichas epidemiológicas enviadas por las UPGD del municipio.

Se observa un inadecuado uso del biológico con casos clasificados como no exposición tratados con vacuna, los cuales según protocolo no deben recibirla. En cuanto a las exposiciones leves se realiza un mejor uso del biológico, sin embargo se observan algunos casos tratados con suero lo cual no es lo correcto, para estos casos el

tratamiento es únicamente con vacuna. En exposiciones rábicas graves, se usa en igual cantidad los dos biológicos que según protocolo es lo correcto aunque el uso de suero no se utilizó en 1 caso.

Es de aclarar que la clasificación de la exposición no está únicamente en función de la severidad de la agresión, sino también en el riesgo de posible transmisión de rabia a humanos, por tal motivo debe revalorarse el criterio utilizado para asignar uso de biológicos percibido en las instituciones y se recomienda mayor adherencia al protocolo de vigilancia epidemiológica de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

Leptospirosis

Hasta a la semana 26 se han notificado 77 casos de leptospirosis, de los cuales se han confirmado el 9% (7 casos), 72% se han descartados por laboratorio y permanece un 19% pendientes de ajuste en el sistema. Es necesario hacer los ajustes respectivos de los casos en las primeras 4 semanas de notificado el caso.

Grafico 19. Comportamiento en la notificación, confirmación y descarte de casos probables de leptospirosis Pereira 2013**.**

Fuente: SIVIGILA

El médico tratante está en la obligación de diligenciar las fichas de notificación en su totalidad, con letra clara y legible, y enviarlas al área de epidemiología de la institución para seguir el flujo de la notificación. Es importante tener en cuenta que el evento cuenta con ficha cara A ó de datos básicos y cara B ó de datos complementarios. Además debe solicitar al laboratorio clínico la toma de una muestra para realizar una prueba tamiz para detección de anticuerpos IgM, según la definición de caso.

Finalmente, el profesional de la salud debe iniciar el tratamiento antibiótico bajo la sospecha clínica e informar al paciente sobre la enfermedad, las posibles fuentes de infección, las recomendaciones, cuidados y la necesidad de tomar la segunda muestra 15 a 20 días después de la toma inicial para la confirmación de la infección.

El laboratorio clínico debe tomar y procesar las muestras de suero para detección de anticuerpos IgM mediante la pruebas tamiz e informar el resultado al médico tratante y al área de vigilancia epidemiológica de la institución. Además, estas muestras deben ser remitidas al Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) para el proceso de control de calidad. En caso de que el paciente no acuda a la toma de la segunda muestra el laboratorio debe dar conocimiento de la situación al grupo de epidemiología de la institución para hacer seguimiento y captación del caso para garantizar la recolección de la segunda muestra.

En caso de fallecimiento de un paciente con impresión diagnóstica de leptospirosis, es obligatorio realizar autopsia clínica según lo establecido en el Decreto 786 de 1990, con el fin de enviar muestras de tejidos (riñón, hígado, pulmón y cerebro) al Laboratorio Departamental de Salud Pública. Además es necesario realizar un comité de vigilancia epidemiológica para identificar los determinantes y factores asociados a este caso de mortalidad y enviar el informe a la secretaria local o municipal de salud. Estos casos deberán ser notificados de forma inmediata al área de epidemiología.

Dentro del protocolo de vigilancia epidemiológica se tienen las siguientes opciones para confirmación y descarte de casos:

- Resultado positivo de anticuerpos IgM por técnica de ELISA en muestras pareadas.
- Seroconversión en muestras pareadas mediante microaglutinación (MAT).
- Títulos de MAT iguales o mayores a 1:400 en la primera muestra en los casos fatales.

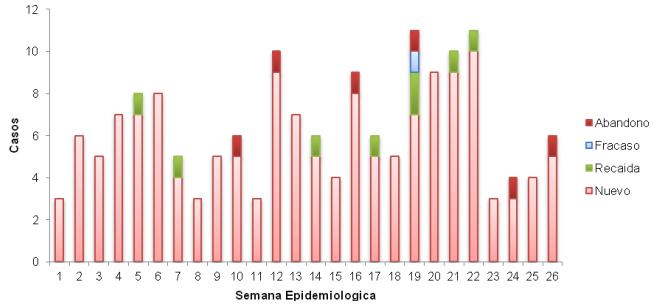
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MICOBACTERIAS

Tuberculosis

A semana 26 se han notificado 164 casos de tuberculosis pulmonar al SIVIGILA, 121 confirmados por laboratorio, 40 casos por clínica, 3 por nexo epidemiológico. 149 casos (90,8%) con la condición de ingreso de nuevos, 8 casos (4,8%) como recaídas, 1 caso como fracaso (0.06%) y 6 casos (3,7%) notificados como abandonos. El 16% de los casos presentan coinfeccion con VIH.

La grafica 20 Muestra el comportamiento en la notificación de casos de TB, según la condición de ingreso, este comportamiento es variable en el tiempo, mostrando una notificación constante de casos de TB al sistema.

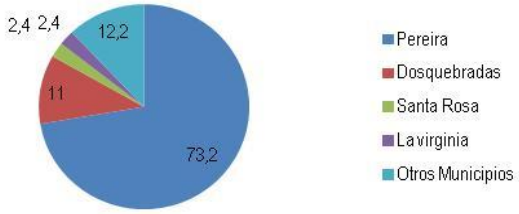
Grafico 20. Comportamiento Semanal de la notificación de casos de TB según condición de ingreso.



Fuente: SIVIGILA

En cuanto a TB Extrapulmonar, se han notificado al sistema 41 casos, 41.1% de los mismos confirmados por laboratorio, 56% con confirmación por clínica y el 2,4% por nexo epidemiológico. El 17% de los casos extra pulmonares presentan coinfección con VIH.

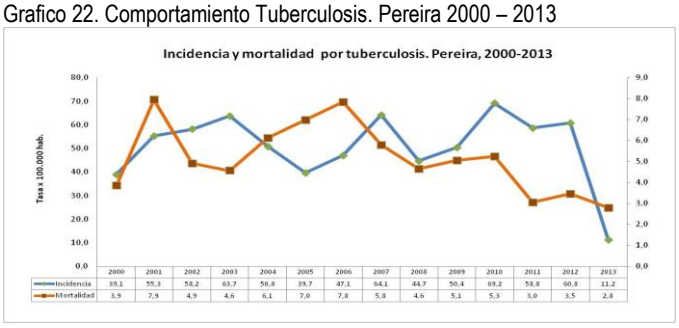
Grafico 21. Distribución de casos TB Pulmonar según municipio de residencia atendidos en Pereira.



Ingresó durante el primer trimestre un caso de TB Multidrogoresistente, con resistencia demostrada bajo pruebas de sensibilidad a fármacos de primera línea (Estreptomicina e Isoniazida), el caso es confirmado en un paciente con coinfeccion en VIH. La incidencia acumulada de Tuberculosis reportada para el año 2013 hasta la semana epidemiológica 26 es de 11.2 casos x 100.000 hab.

Se han identificado 13 fallecidos con diagnóstico de tuberculosis dando lugar a una tasa de mortalidad de 2.3 x 100.000 hab y 6 muertes más asociados a infección por VIH del municipio de Pereira.

Grafico 22. Comportamiento Tuberculosis. Pereira 2000 – 2013



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Incidencia	39,1	55,3	58,2	63,7	50,8	39,7	47,1	64,1	44,7	50,4	69,2	58,8	60,8	11,2
Mortalidad	3,9	7,9	4,9	4,6	6,1	7,0	7,8	5,8	4,6	5,1	5,3	3,0	3,5	2,8

Fuente: SIVIGILA

Según datos del boletín epidemiológico del Instituto Nacional de Salud a semana 24 de 2013 las entidades territoriales con las proporciones de incidencia más altas para tuberculosis (casos nuevos notificados) son: Amazonas (57,7 por 100.000 habitantes), Chocó (24 por 100.000 habitantes), Risaralda (21,6 por 100.000 habitantes), y Barranquilla (18,6 por 100.000 habitantes), la proporción de incidencia para el país es de 10,3 por 100.000 habitantes.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

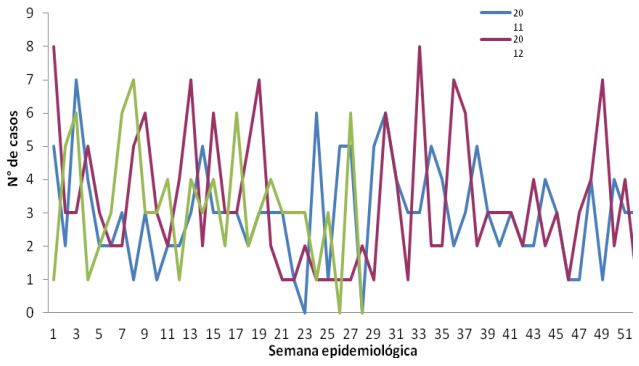
Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

VIH/SIDA

Durante este primer periodo a semana epidemiológica 26 se reportaron un total de 83 casos de VIH/SIDA, con una razón Hombre - Mujer de 2:1, con un promedio (±desviación estándar) de edad de 36.3 años, el 74% de los casos fueron reportados como transmisión heterosexual, el 18% homosexual y un 8% bisexual.

En cuanto al estadío clínico el 54% se encuentran en VIH, el 38% en estadío SIDA y el resto fallecidos.

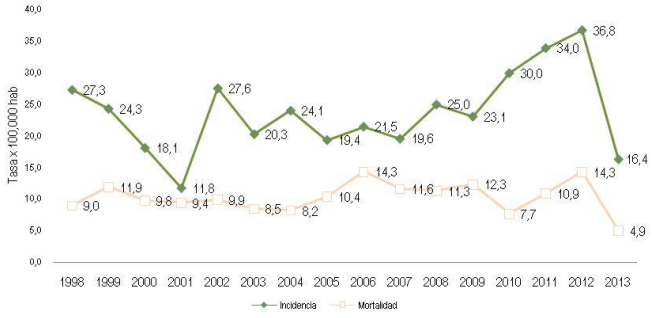
Grafico 23. Comportamiento del VIH/SIDA en Pereira 2011-2013.



Fuente: SIVIGILA

La prevalencia de VIH/SIDA para el año 2013 es de 17.9 casos x 100.000 hab, y la tasa de mortalidad acumulada a la fecha es de 5.2 casos x 100.000 hab, con 24 muertes registradas durante este periodo.

Grafico 24. Prevalencia y mortalidad del VIH/SIDA en Pereira 1998-2013.



Fuente: SIVIGILA- Estadísticas vitales

Sífilis gestacional

Durante este primer trimestre se han notificado al sivigila un total de 45 gestantes, la condición diagnóstica en el 80% de los casos fue durante el embarazo, la edad gestacional promedio (±Desviación estándar) de diagnóstico es de 20 semanas, el 56% de los casos antes de las 17 semanas de gestacion y un 19% diagnosticados durante el parto y postparto, con un porcentaje muy significativo representado en mujeres habitantes de calle y mujeres que no realizaron ningún control prenatal.

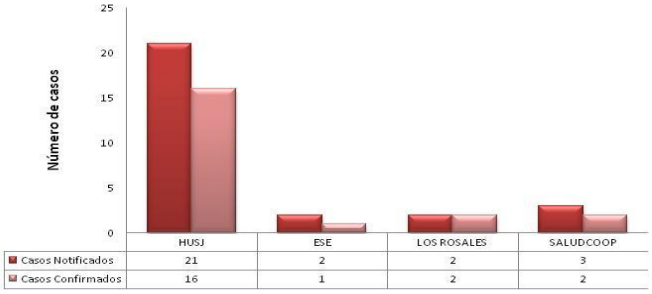
Grafico 25. Comportamiento de sífilis gestacional y congénita en Pereira 2006 - 2013.

Fuente: SIVIGILA

Sífilis congénita

Durante este primer semestre se han notificado al sivigila un total de 28 casos de sífilis congénita, los cuales ingresaron a seguimiento clínico y serológico logrando descartar a la fecha 7 casos de infección perinatal, quedando confirmados por nexo epidemiológico 21 menores.

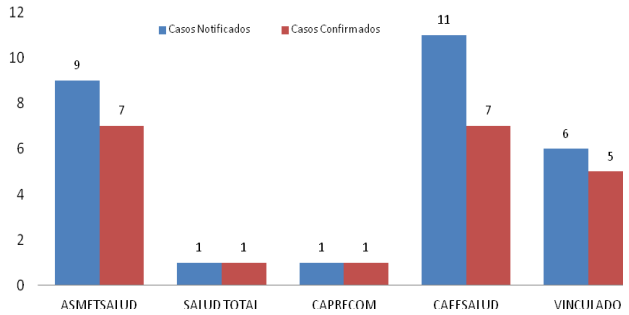
Grafico 26. Casos Notificados VS Confirmados por IPS Pereira primer semestre de 2013



Fuente: SIVIGILA

Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

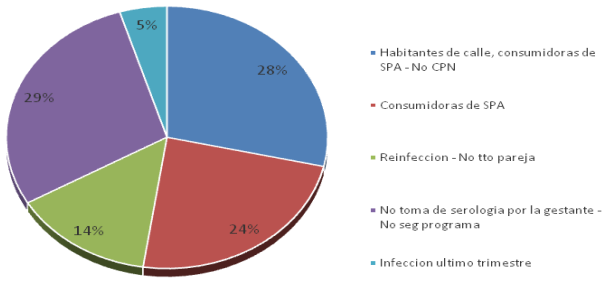
Grafico 27. Casos Notificados VS Casos Confirmados por EPS Pereira primer semestre de 2013



Fuente: SIVIGILA

Las causas encontradas en los análisis de los casos de los menores encontramos los siguientes hallazgos: gestantes que no asisten a controles prenatales, realización de serologías tardíamente, reinfecciones, habitantes de calle y consumidoras de sustancias psicoactivas.

Grafico 28. Factores asociados a infección congénita por sífilis



Fuente: SIVIGILA

EVENTOS NO TRANSMISIBLES

Mortalidad materna

Durante este primer semestre de 2013 se han reportado al sivigila 4 casos de mortalidad materna, de las cuales 2 residían en Pereira, de acuerdo al análisis de cada caso se han clasificado de la siguiente forma.

Tabla 5. Mortalidad materna Pereira 2013

Orden	Fecha defuncion	Edad	Procedencia	Causa basica	Tipo de causa
1	19/01/2013	29	pereira	Diabetes mellitus	Tardia - indirecta
2	21/01/2013	27	pereira	Lupus eritematoso sistemico	Tardia - indirecta
3	13/02/2013	43	Choco	Pendiente necropsia	Pendiente resultado
4	05/06/2013	23	Santa Rosa	Preclampsia severa	Temprana - Directa

Fuente: SIVIGILA, RUAF

Dos de las muertes maternas se clasificaron como tardías indirectas, es decir no relacionadas con el embarazo (No se incluirán en la tasa de mortalidad) una más que permanece en estudio por el Instituto de Medicina legal y la ultima muerte directamente relacionada con el embarazo.

Se han identificado dentro de los análisis de casos todos los tipos de demoras, en mayor proporción la de tipo 1 en el reconocimiento de signos y síntomas por parte de las gestantes y demoras en la calidad de atencion relacionada con la prestación del servicio de salud.

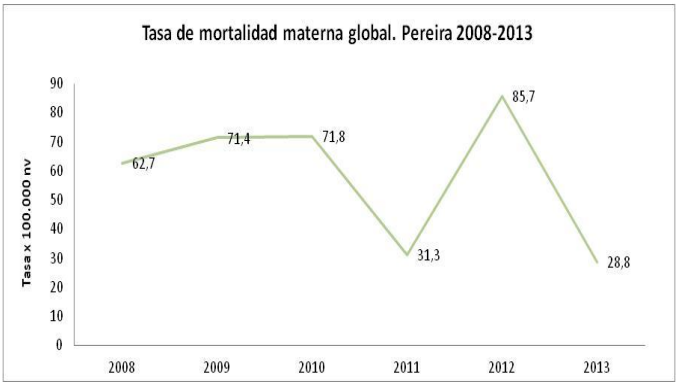
Tabla 6. Indicadores mortalidad materna en Pereira 2008-2013

Indicador		2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasa de mortalidad materna	Muertes maternas directas e indirectas.	4	5	5	2	4	0
Tasa x 100.000 nv		62,7	71,4	71,8	31,3	57,1	0,0
Tasa de mortalidad materna global	Total de las muertes maternas más las muertes maternas tardías.	4	5	5	2	6	2
Tasa x 100.000 nv		62,7	71,4	71,8	31,3	85,7	28,8
Tasa de mortalidad obstetrica directas	Causas obstétricas directas	4	1	1	0	1	0
Tasa x 100.000 nv		62,7	14,3	14,4	0,0	14,3	0,0
Nacidos vivos proyeccion DANE		6378	7004	6961	6391	7000	6942

Fuente: SIVIGILA, RUAF.

La tasa de mortalidad materna global acumulada hasta la semana epidemiológica 13 es de 28.8 x 100.000 NV y la tasa de mortalidad materna por causas directas esta en cero.

Grafico 29. Tasa de mortalidad materna global Pereira 2008 - 2013



Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

Fuente: SIVIGILA, RUAF.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

En relación a la mortalidad perinatal durante el 2013 han ingresado al SIVIGILA un total de 26 casos, destacándose dentro de las causas de muerte con un 26% la muerte fetal de causa no especificada, 23% los trastornos respiratorios y cardiovasculares, 11% feto y recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, 11% infección del periodo perinatal, 7% inmaturidad extrema y 7% malformaciones congénitas.

Tabla 7. Causas de mortalidad perinatal agrupadas a sem 26

Causa agrupada	N°
Muerte fetal de causa no especificada	7
Trastornos respiratorios y cardiovasculares	6
Feto y recien nacido afectados por complicaciones de la placenta	3
Infeccion del periodo perinatal	3
Inmaturidad extrema	2
Malformaciones congenitas	2
Sepsis bacteriana del recien nacido	1
Alteraciones metabolicas neonatales	1
Trastornos del tono muscular	1
Total	**26**

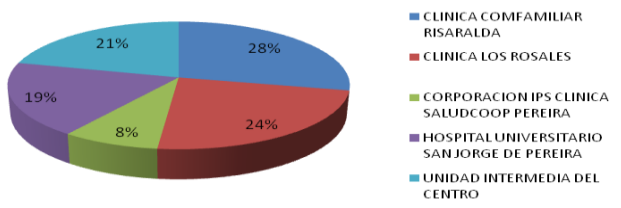
La tasa de mortalidad perinatal hasta la fecha es de 3.7 x 1000nv.

Grafico 30. Comportamiento de la mortalidad perinatal. Pereira 1997- 2012

Bajo peso al nacer a termino

Hasta la semana 26 de 2013, se han reportado al SIVIGILA un total de 85 casos de bajo peso al nacer, el 61.1% del sexo femenino, con un peso promedio de 2280 g, con talla promedio de 46cm y un promedio de edad gestacional de 38 semanas.

Gráfico 31. Porcentaje de notificación de casos de Bajo peso al nacer residentes en Pereira por Institución.



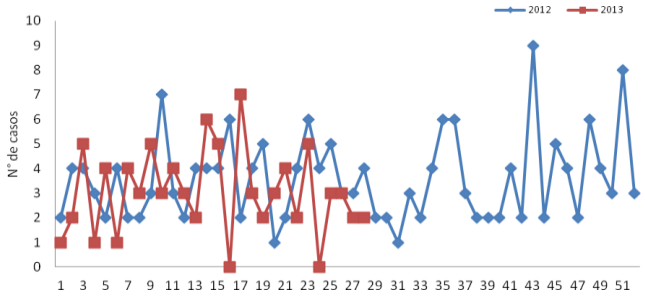
Fuente: SIVIGILA

Se revisaron los certificados de nacimiento por RUAF de este primer trimestre, logrando una concordancia del 96% con los casos reportados por el SIVIGILA, los casos pendientes por reportar se seguirán enviando a cada institución para su respectiva notificación al sistema.

Se han identificado casos en los cuales al hacer la revisión con el certificado de nacido vivo no cumplen con los criterios de "a término" (37 semanas) o el peso es diferente al registrado en el SIVIGILA, los cuales se han ajustado tanto en el sivigila como en el RUAF.

Los criterios de la definición de caso para bajo peso al nacer a término es de recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea ≤2499 gr.

Grafico 32. Comportamiento de la notificación bajo peso al nacer a término. Pereira 2012-2013



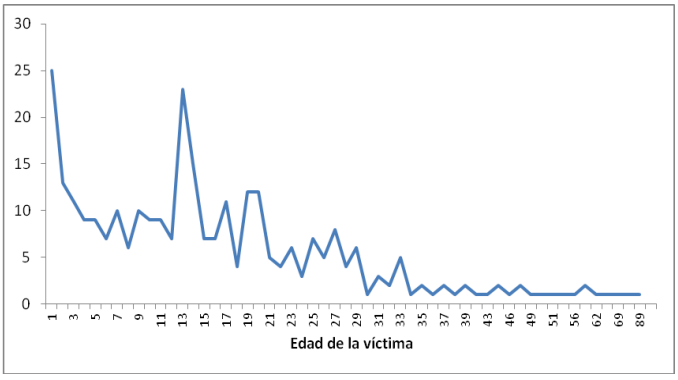
La Secretaria de Salud a través del programa de Nutrición continúa realizando las investigaciones de campo y el seguimiento de todos los casos reportados con bajo peso al nacer menor o igual a 2000gr o si la madre del niño es menor de 20 años de edad (independiente el peso del niño) dado que estos casos tienen mayor riesgo de morbimortalidad y dificultades para el amamantamiento.

Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.

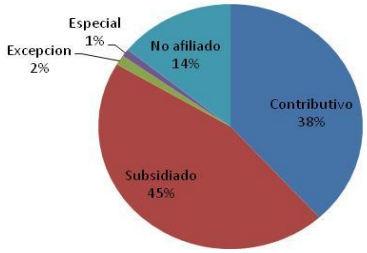
Durante este semestre fueron reportados al SIVIGILA un total de 339 casos con el código 875, correspondiente a violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual, de acuerdo a las características demográficas el 73% de los casos fueron en mujeres con edad promedio de 18 años, 67% en menores de 18 años, y de estos el 10% (36 casos) ocurrió en menores de 1 año de edad, 32% en menores de 10 años (110 casos), concentrándose el mayor número de afectados en población menores de 18 años. El 38% de los casos pertenecen al régimen contributivo y 44% al régimen subsidiado y el 16% al no afiliado.

Grafico 33. Edad de la víctima. Pereira 2012-2013



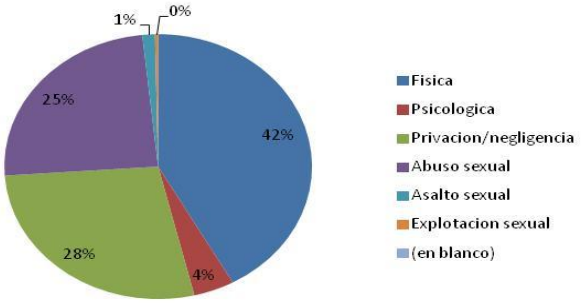
Fuente: SIVIGILA

Grafico 34. Porcentaje de la notificación de violencia según régimen de afiliación.



Fuente: SIVIGILA

Grafico 35. Naturaleza de la violencia en casos de violencia sexual e intrafamiliar SIVGILA Pereira 2013.



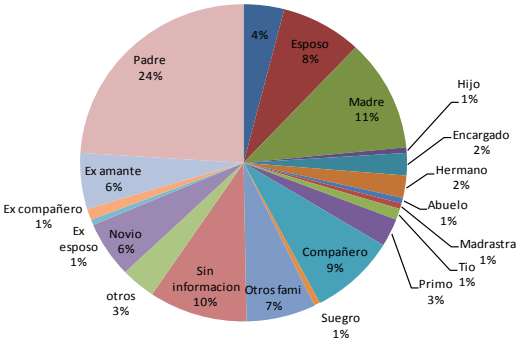
Fuente: SIVIGILA

En relación a la naturaleza de la violencia se resalta la física y la privación/negligencia como las formas más frecuentes de agresión con una proporción del 35%, seguido del abuso sexual con un 24% y la violencia psicológica en un 5% de todos los casos.

Según datos del agresor, la edad promedio es de 28 años, el 64% fueron hombres y en relación al parentesco del agresor con la víctima, se destaca el padre con un 24%, y la madre en un 11%, relacionados con negligencia o privación.

En cuanto a la convivencia el 57% viven con el agresor, el 9,2% de estas agresiones fueron realizadas bajo el efecto de sustancias psicoactivas.

Grafico 36. Parentesco del agresor con la víctima. Pereira 2013

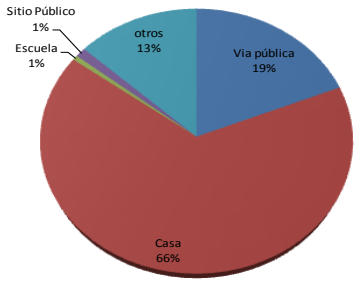


Fuente: SIVIGILA

Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

En cuanto al escenario donde se presentó la agresión el 66% fueron en casa, un 19% registrado en vía pública y un 13% en otros sitios.

Grafico 37. Escenario donde se presento la agresión. Pereira 2013



Fuente: SIVIGILA

ANOMALÍAS CONGÉNITAS

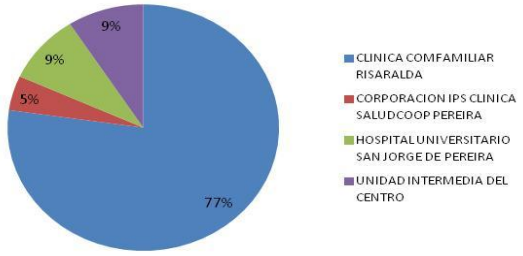
En el 2013 se ha reportaron 45 casos de anomalías congénitas, su distribución de acuerdo a las UPGD que reportan casos se muestra en la grafica 38, es necesario reforzar la búsqueda de casos en las instituciones de salud para mejorar el reporte del evento al sivigila.

Tabla 8. Anomalías congénitas frecuentemente reportadas, Pereira 2013

Anomalía reportada	N°
Cardiopatía	8
Fistula preauricular	6
Apéndice preauricular	5
Fisura oral	4
Ano imperforado	3
Hipospadia	3
Polidactilia	3
Reducción de miembros	3
Anomalías oculares	2
Anotia	2
Criptorquidia	2
Defectos de pared	2
Hipoplasia	2
Microcefalia	2
Anencefalia	1
Atresia esofágica	1
Displasia esquelética	1
Hidrocefalia	1
Hipotonía	1
Polimalformado	1
Total	**53**

En algunos casos se presentan varias malformaciones sobre el mismo individuo

Grafico 38. Parentesco del agresor con la víctima. Pereira 2013



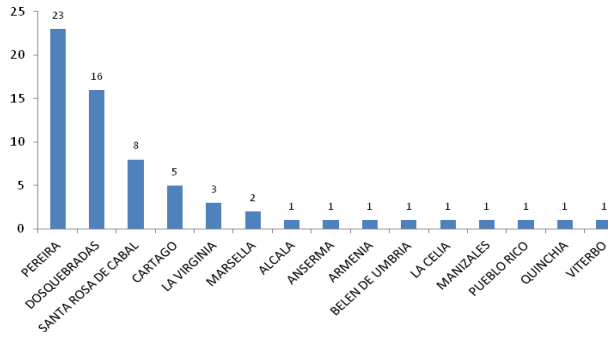
Fuente: SIVIGILA

De las anomalías congénitas registradas la cardiopatía, fistula preauricular, apéndice preauricular, fisura oral representan la mayor concentración de las anomalías reportadas.

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Se han notificado 66 casos de morbilidad materna extrema por las UPGD del municipio de Pereira durante el transcurso de 2013, el mayor porcentaje de las gestantes atendidas son procedentes del municipio de Pereira, Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal.

Grafico 39. Procedencia de las gestantes atendidas con MMM a Sem 26

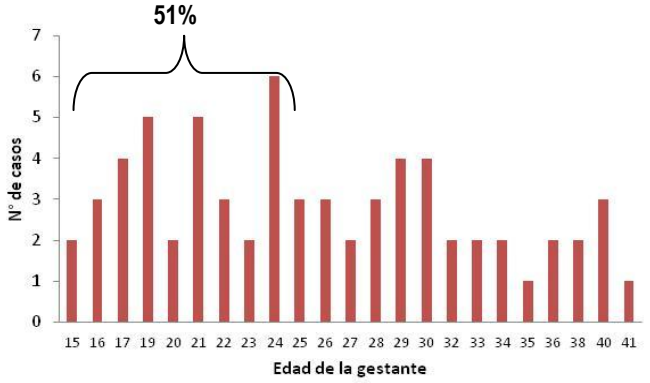


Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26

Fuente: SIVIGILA

De acuerdo a la edad de los casos notificados en lo corrido del 2013; la edad mínima fue de 15 años la máxima de 41, la mediana 25 años, la moda 24 años, frente a grupos de edad el primer lugar corresponde al grupo de 15 a 24 años (34 casos) con el 51%.

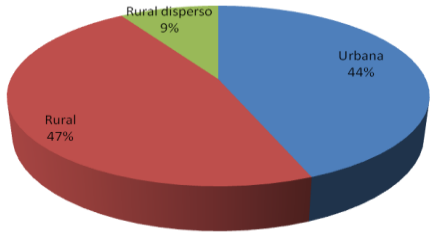
Grafico 40. Edad de las gestantes atendidas con MMM a Sem 26



Fuente: SIVIGILA

El área de residencia de los casos de morbilidad materna extrema es principalmente el área rural con un 47%, seguido de los residentes en el área urbana con un 44% y en rural disperso 9%.

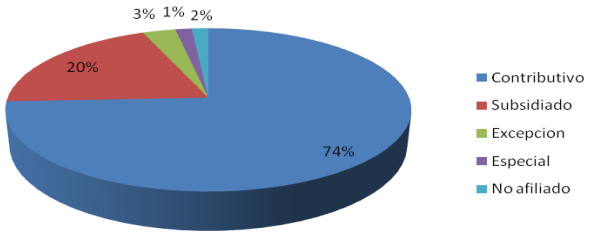
Grafico 41. Porcentaje de casos notificados según zona de residencia



Fuente: SIVIGILA

En cuanto a la afiliación a seguridad social, está en primer lugar la afiliación al régimen contributivo con 49 casos (74%), seguido del régimen subsidiado con 13casos (20%), mientras que hay 1 caso de no afiliado y 3% al régimen especial o excepción (FFMM, Policía, Magisterio y otros)

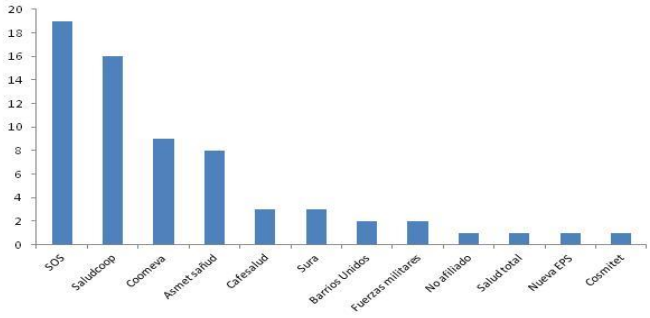
Grafico 42. Porcentaje de casos notificados por régimen de afiliación a sem 26 de 2013.



Fuente: SIVIGILA

Con respecto a las EAPB que agrupan la mayor cantidad de casos de morbilidad materna extrema reportadas al SIVIGILA 2013, encabeza la lista SOS con el 28.7% de los casos, seguido por EPS Saludcoop, Coomeva, Asmet salud y cafesalud entre otros.

Grafico 43. Número de casos notificados según EPS a sem 26 de 2013

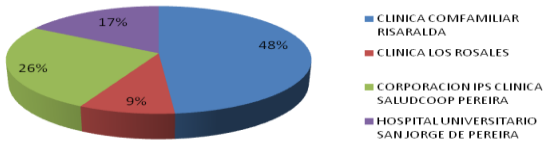


Fuente: SIVIGILA

Las UPGD que están reportando casos a semana 26 son: Clínica Comfamiliar ha notificado el mayor número de casos con un porcentaje del 48%, seguido de la clínica Saludcoop con 26%, el Hospital Universitario San Jorge con 17% y la Clínica Los Rosales con 9%.

Grafico 44. Comparación de la notificación de MME por UPGD

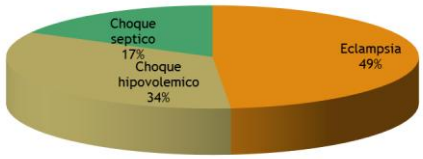
Comportamiento de los eventos de interés en salud pública segundo trimestre de 2013.
Corte a semana epidemiológica N°26



Fuente: SIVIGILA

Hasta semana epidemiológica 26 de 2013 de los 66 casos notificados el 49% fueron ingresadas por eclampsia, 34% por choque hipovolémico y el 17% restante por choque séptico.

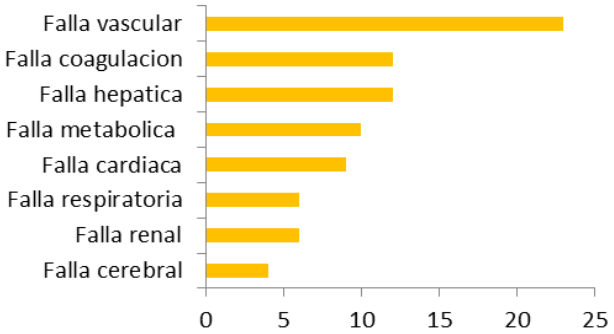
Grafico 45. Porcentaje de casos de MME ingresadas con enfermedad especifica



Fuente: SIVIGILA

De los 66 casos reportados a semana 26 que fueron ingresadas según criterio de falla orgánica las principales causas son la falla vascular, de coagulación y hepática.

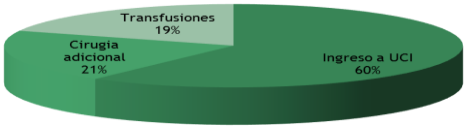
Grafico 46. Número de casos de MME que presentaron falla orgánica.



Fuente: SIVIGILA

Y de los 66 casos de MME que fueron ingresados y que requirieron algun manejo especifico esta el ingreso a UCI con un 60%, las que requirieron aguna cirugia adicional e 21% y necesidad de transfusio de hemoderivados 19%.

Grafico 47. Porcentaje de casos que requirieron algun manejo.



Fuente: SIVIGILA

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
Oficina de vigilancia en salud pública

Julián Mauricio Trejos Hernández.
Secretario de salud y seguridad social
Lina María Hincapié Montoya.
Directora operativa de salud pública

Elaboración y diseño
Diana María Zapata Blandón.
Epidemióloga
Jorge Mario Estrada Álvarez.
Epidemiólogo
Rosalba Lorena González Arias.
Enfermera Vigilancia Epidemiológica