

**SECRETARIA DE SALUD  
DEPARTAMENTAL DEL QUINDÍO**

**DEPENDENCIA VIGILANCIA DE  
EVENTOS DE INTERES EN SALUD  
PÚBLICA**

**2016**

**INFORME ANUAL SISTEMA DE VIGILANCIA EN  
SALUD PUBLICA DEPARTAMENTO DEL QUINDIO  
VIGENCIA - 2016**



**Gobernación del Quindío**





**INFORME ANUAL DE LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD  
PÚBLICA DEPARTAMENTO DEL QUINDIO - 2016**

2

**CARLOS EDUARDO OSORIO BURITICA**  
Gobernador del Quindío

**CESAR AUGUSTO RINCON ZULUAGA**  
Secretario de Salud Departamental

**NEBIO JAIRO LONDOÑO BUITRAGO**  
Director de Prevención Vigilancia y Control de Factores de Riesgo

Departamento del Quindío – Abril de 2017



# **INFORME ANUAL DE LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTO DEL QUINDIO - 2016**

3

ELABORO:

**ANA CECILIA LOPEZ VIDAL**

Profesional Especializada  
Secretaria de Salud Departamental del Quindío  
CNE 2012 – 3014587549

PERSONAL DE APOYO

**EQUIPO DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL QUINDIO**

**ROMELIA GONZALEZ QUINTERO**

Ingeniera de Sistemas

**ISABEL CRISTINA VELEZ OCAMPO**

Profesional Universitario de Apoyo

**DAYLIN YORLEDY ANGÉE GALVEZ**

Epidemióloga (Vectores y zoonosis)

**LINA MARCELA QUITIAN HERRERA**

Jefe de Enfermería (ITS, VIH/SIDA/Muerte, Vigilancia Nutricional)

**JULIANA ECHEVERRY SALCEDO**

Jefe de enfermería (Eventos no transmisibles y crónicas)

**ABRIL DE 2017**



## TABLA DE CONTENIDO

1	Introducción	6
1,1	Contexto Territorial	7
1,2	Contexto Demográfico	8
2	Objetivo General	11
2,1	Objetivos Específicos	12
2,2	Metodología	12
3	Comportamiento de la Notificación a través del SIVIGILA	13
4	Eventos Inmunoprevenibles	17
4,1	ESAVI	18
4,2	mMeningitis	19
4,3	PFA en menores de 15 años	21
4,4	Sarampión y Rubeola	23
4,4,1	Rubeola	23
4,4,2	Sarampión	2
4,5	Tosferina	27
4,6	Parotiditis	28
4,7	Varicela	31
5	Micobacterias	37
5,1	Tuberculosis	38
5,2	Tuberculosis Farmacorresistente	45
5,3	Lepra	46
6	Enfermedades Transmitidas por Vectores	47
6,1	Dengue	48
6,2	Chikungunya	57
6,3	Zika	66
6,4	Malaria	73
6,5	Leishmaniasis	80
7	Zoonosis	85
7,1	Vigilancia Integrada de la Rabia Humana	86
7,2	Contacto Traumático con animales ponzoñosos	92
7,3	Accidente Ofidico	95
7,4	Leptospirosis	99
8	Enfermedades Transmitidas por Alimentos	104
8,1	ETA Individual	105
8,1,1	ETA Colectivo	108
9	Riesgo Ambiental	113
9,1	Intoxicacion por Sustancias Químicas	114



10	Maternidad Segura	124
10,1	Morbilidad Materna Extrema	125
10,2	Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía	140
10,3	Embarazo en Adolescentes	175
10,4	Prematuridad	181
10,5	Defecto Congénito	184
11	Vigilancia Nutricional	196
11,1	Bajo Peso al Nacer	197
11,2	Desnutrición Aguda en menores de 5 años	205
11,3	Mortalidad Por y Asociada a desnutrición	211
12	Infecciones de Transmisión Sexual	212
12,1	Sífilis Gestacional	213
12,2	Sífilis Congenita	218
12,3	Hepatitis B, C y coinfección B-Delta	219
12,4	VIH/SIDA y Muerte por SIDA	226
12,5	Acciones del Programa de SSR	233
13	Enfermedades Crónicas No Transmisibles	237
13,1	Diabetes Mellitus	244
13,2	Enfermedad Hipertensiva	246
13,3	Enfermedades isquémicas del corazón	247
13,4	Enfermedad Cerebro Vascular	250
13,5	Ca de mama y cuello uterino	258
13,5,1	Cancer de mama	252
13,5,2	Cancer de cuello uterino	258
13,6	Enfermedades Respiratorias	264
13,7	Cancer en menores de 18 años	268
14	Salud Mental	278
14,1	Lesiones de causa externa	279
14,2	Consumo de Psicoactivos Inyectables	301
14,3	Lesiones por artefactos explosivos	309
14,4	Intento Suicida	319
14,5	Violencia de Genero	330



## INFORME ANUAL DE LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTO DEL QUINDIO - 2016

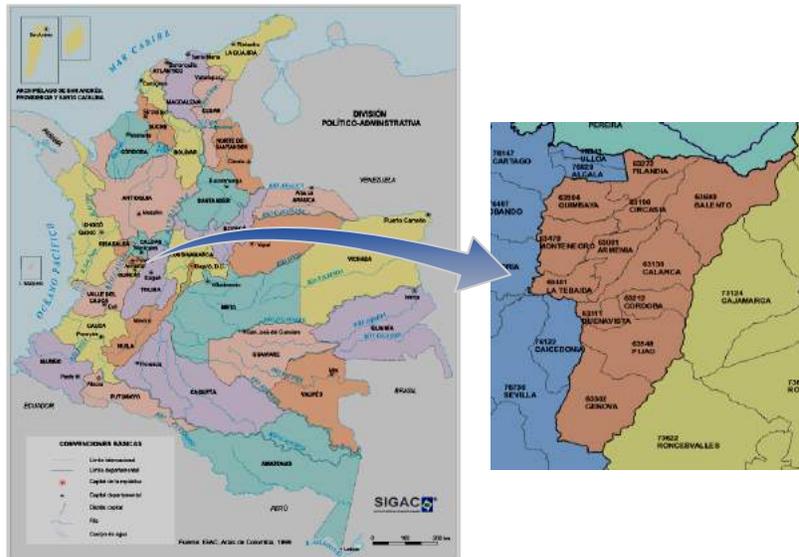
### 1. INTRODUCCION

El Departamento del Quindío, hace parte del territorio Denominado por la UNESCO como Paisaje Cultural Cafetero conformado por los Departamentos de caldas, Risaralda, Valle del Cauca y Quindío, reconocido como patrimonio mundial a partir del año 2011 y más recientemente como la Ruta del Café, lo que ha promocionado la zona a nivel Nacional e internacional, potencializando el turismo, aumentando la afluencia de propios y visitantes, generando ingresos para el sector turístico importantes que aportan al desarrollo del territorio.

Las condiciones climáticas y geográficas con que cuenta el Departamento del Quindío, lo ha convertido en uno de los principales destinos turísticos del País, siendo receptor permanente de población proveniente de otros Departamentos del País y del extranjero, generándose factores de riesgo importante para el ingreso y transmisión de eventos de interés en Salud Pública

Sumado a lo anterior, la fácil proliferación de vectores por las condiciones ambientales propicias que han llevado al Departamento del Quindío a convertirse en endémico para Dengue, por la presencia permanente del el *Aedes aegypti* y el *Aedes Albopictus* vectores transmisores de enfermedades vectoriales , generando un alto riesgo no solo para los visitantes, dada la posibilidad de ingreso de otros eventos vectoriales en alerta como la fiebre amarilla, la cual puede transmitirse por los mismos agentes vectoriales, se puede presentar además el ingreso de población en periodo de incubación de enfermedades de interés o que lleguen sintomáticas, favoreciendo el ingreso de situaciones de riesgo para la Salud de la población, siendo necesario, contar con un conocimiento específico del contexto Territorial, Demográfico y Epidemiológico del Departamento del Quindío, los cuales se exponen en el presente documento.

### 1.1 CONTEXTO TERRITORIAL



Fuente: Mapa política Presidencia de la República; extracción mapa DANE DIVIPOLA.

El Departamento del Quindío está ubicado en la parte centro - occidental del país, localizado entre los 04°44'41" norte y 04°43'18" de latitud sur y entre los 75°23'41" este y 75°53'56" de longitud oeste.

El triángulo que forma Quindío se limita con tres departamentos, Tolima al oriente y sur, sobre las cumbres de la cordillera central, Valle del Cauca al occidente y sur que conforman las estribaciones y planicies que inician el valle del río Cauca y al norte con el departamento de Risaralda, , hay una gran diversidad de pisos climáticos (desde los 1.180 msnm en La Tebaida, hasta los 4.500 msnm en el Parque de los Nevados al norte en Salento) y presencia de variados tipos de paisaje.

La extensión del Departamento es de 1.845 Km<sup>2</sup> que representa el 0.2% del Territorio Nacional. Limita al oeste y sur con el Departamento del Valle del Cauca, al este con el Departamento del Tolima y al norte con el Departamento de Risaralda. Del total de la extensión del Departamento, el 98.05% corresponde al área rural; la densidad poblacional es de 306.40 por Km<sup>2</sup>.

Los 12 municipios que conforman la división política administrativa del departamento, la capital Armenia es el municipio que más relativa área urbana ocupa en el territorio (11.2%), seguida de Córdoba y Circasia. Salento



Cuenta con una malla vial con una longitud total de 2.121 Km, 345 Km forman parte de la red Departamental y 1.654 km por la red municipal. La red vial le permite a todos los municipios comunicarse entre sí y con la ciudad capital, La Red Vial Departamental que comunica a la capital con las cabeceras municipales y las intermunicipales comprende 493 Km. pavimentados y se encuentran en buen estado. El 90% de la red vial municipal es de característica afirmado y consta de 1.512 Km. El Quindío es parte del corredor vial Nacional Calarcá – Ibagué.

Distancia en kilómetros, tiempo de traslado y tipo de transporte básico desde municipios a capital departamental, departamento Quindío.

MUNICIPIOS	DISTANCIA EN KILÓMETROS A LA CAPITAL DEL DEPARTAMENTO	TIEMPO DE LLEGADA A LA CIUDAD CAPITAL DEL DEPARTAMENTO, EN MINUTOS.	TIPO DE TRANSPORTE A LA CIUDAD CAPITAL DEL DEPARTAMENTO
Armenia	0	0.00	Bus público
Buenavista	33.1	76.38	Bus público
Calarcá	5.7	13.15	Bus público
Circasia	11.7	27.00	Bus público
Córdoba	28	64.62	Bus público
Filandia	37	85.38	Bus público
Génova	64.38	148.57	Bus público
La Tebaida	18.2	42.00	Bus público
Montenegro	12	27.69	Bus público
Pijao	34	78.46	Bus público
Quimbaya	22.1	51.00	Bus público
Salento	30.9	71.31	Bus público

Fuente: IGAC, SIGPLAN; Google Earth, sistema de vías.

La accesibilidad a los municipios es buena con tiempos de desplazamiento que en promedio son de 40 minutos en zona sur cordillerana, 20 minutos en las zonas: occidental y norte y la distancia entre Calarcá y Armenia de 10 minutos. Con excepción de los municipios cordilleranos existen varias vías de comunicación intermunicipales en muy buen estado y totalmente transitables.

Los 12 municipios, del Departamento se encuentran cercanos a la ciudad capital Armenia; donde se ubica el tercer nivel de atención en salud y las clínicas que hacen parte de la red prestadora de las EAPB del Departamento, el municipio de Génova es el más lejano, encontrándose a 52 Kmts de Armenia ciudad capital, los demás municipios se encuentran entre los 33 a los 6 Kmts de distancia.

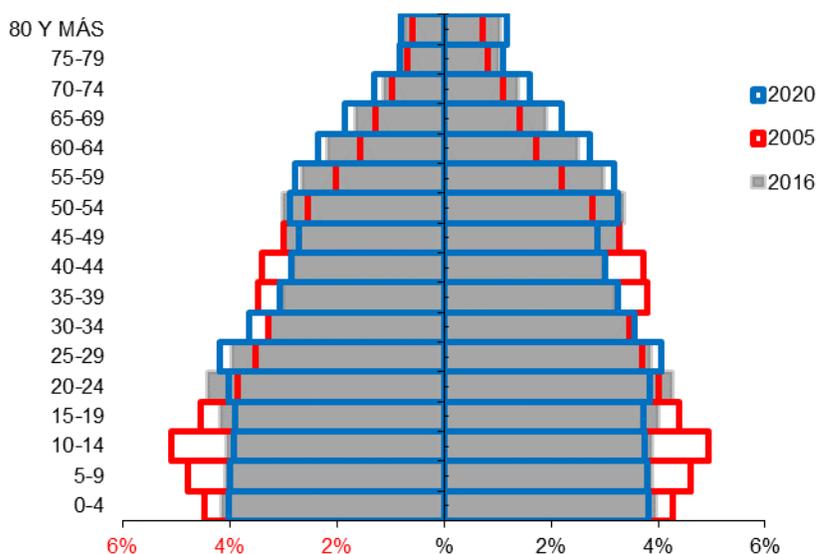
### 1.2 CONTEXTO DEMOGRAFICO



El Departamento tiene categoría 3, contando con una población según proyección DANE para la vigencia 2016 de 568.506 habitantes, correspondiendo al 1.2% del total de la población del País, ubicándose el 87.5% (499.436) en las cabeceras municipales y el 12.5% (69.070) en la zona rural.

Del total de la población el 51% (289.394) corresponde al sexo femenino y el 49% (279.112) al sexo masculino.

Pirámide poblacional por rangos de edad – departamento del Quindío proyección poblacional DANE- 2015



Fuente: DANE, proyecciones poblacionales censo 2005.

La pirámide poblacional muestra, un estrechamiento en la base que corresponde a una disminución de los nacimientos, lo que en forma directa aporta al descenso de las tasas de fecundidad y natalidad Departamentales; situación afectada además por las muertes ocurridas en el proceso de gestación y puerperio; en los rangos de 25 a los 44 años de edad, se evidencia estrechez de la pirámide, situación que se puede relacionar con las altas tasas de desempleo del Departamento, que obligan a la población laboralmente activa a desplazarse a otros Departamentos y especialmente fuera del País, para lograr el sustento necesario para sus familias, además es afectado por la mortalidad por causas externas, en especial para el sexo masculino.

La población a partir de los 50 años, muestra un aumento importante, dado el regreso de la población al Departamento en este rango de edad y se evidencia una tendencia de la población al envejecimiento, gradual, situación que debe generar procesos de preparación desde todas las disciplinas y entidades encargadas de los procesos de atención de la



población de adulto mayor. De igual forma es importante evidenciar, que el Departamento del Quindío, se ha convertido en uno de los puntos más atractivos, para el desarrollo de la vida pensional.

Proyección Poblacional 2015 DANE Departamento del Quindío

MUNICIPIO	POBLACION	PORCENTAJE
ARMENIA	289.199	52.5%
BUENAVISTA	2.805	0.5%
CALARCA	77.987	13.7%
CIRCASIA	30.143	5.2%
CORDOBA	5.296	0.9%
FILANDIA	13.465	2.3%
GENOVA	7.772	1.5%
LA TEBAIDA	43.159	7.1%
MONTENEGRO	41.438	7.4%
PIJAO	6.097	1.1%
QUIMBAYA	35.036	6.2%
SALENTO	7.109	1.3%
QUINDIO	568.506	100%

Fuente: DANE, proyecciones poblacionales censo 2005.

La densidad poblacional del Departamento se concentra en el municipio de Armenia (Ciudad Capital) con el 52%, el segundo municipio en su orden es el municipio de Calarcá, que alcanza el 13.7% de densidad poblacional, en tercer lugar se encuentra el municipio de Montenegro con el 7.4%, cuarto lugar la Tebaida con el 7.1% y el quinto lugar Quimbaya con el 6.2%, estos 5 municipios de Departamento concentran el 86.4% del total poblacional del Departamento del Quindío, los demás Municipios presentan porcentajes poblacionales inferiores, siguiendo en su orden Circasia, Filandia, Génova, Salento y Pijao; siendo el municipio de Buenavista el de menor densidad poblacional con el 0.5%



#### Total Afiliados

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Etiquetas de fila</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Febrero</b>
<b>CONTRIBUTIVO</b>	222.991	226.462	231.811	251.901	260.724	259.075
<b>SUBSIDIADO</b>	247.189	245.276	245.937	243.296	231.814	230.463
<b>EXCEPCION</b>	6.868	6.823	8.368	8.701	9.998	10.029
<b>Total general</b>	<b>477.048</b>	<b>478.561</b>	<b>486.116</b>	<b>503.898</b>	<b>502.536</b>	<b>499.567</b>

FUENTE: Min salud

Para el año 2016, se alcanzó una cobertura de afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud del 87.8%, quedando un 12.2% (68.939) pobladores sin afiliación.

## 2. OBJETIVO GENERAL:

Describir el comportamiento de los eventos clasificados como de interés en Salud Pública y sus determinantes en la Población del Departamento del Quindío, durante la vigencia 2016, brindando una herramienta informativa actualizada y útil, que permita la formulación de políticas, estrategias, y prioridades en salud.



## 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Describir la situación del proceso de notificación para el Departamento del Quindío.
- ✓ Describir el comportamiento de los eventos clasificados como de Interés en Salud pública reportados al SIVIGILA.
- ✓ Evidenciar los factores condicionantes de los eventos.
- ✓ Realizar la medición de indicadores de acuerdo a los protocolos de Vigilancia en Salud pública de los eventos y manual de indicadores del INS.

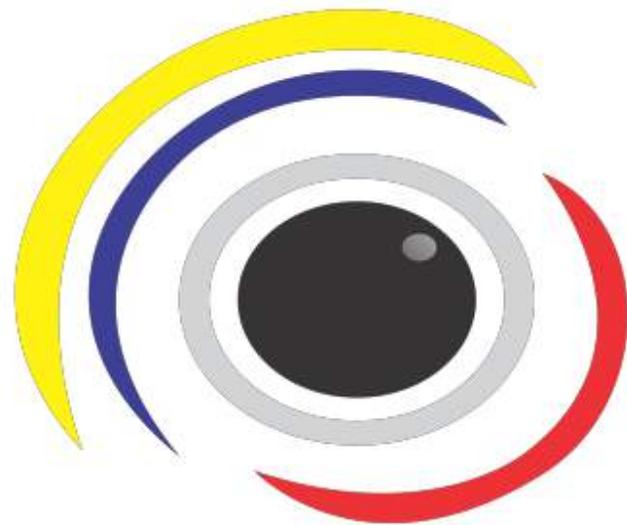
## 2.2. METODOLOGIA

Se utilizó la guía para la realización de informes territoriales, emanada por el Instituto Nacional de Salud y la medición de indicadores según lo descrito en los protocolos de Vigilancia en Salud pública,

Como documentos orientadores, se dispuso del manual de indicadores de Vigilancia en Salud pública y los Protocolos de cada uno de los eventos, para lograr un análisis práctico de la situación y el comportamiento de las enfermedades de mayor afectación en la población.



### 3. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACION A TRAVES DEL SIVIGILA DEPARTAMENTO DEL QUINDIO 2016



# SIVIGILA



## COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACION ATRAVÉS DEL SIVIGILA DEPARTAMENTO DEL QUINDIO VIGENCIA 2016

La Secretaria de Salud Departamental del Quindío, desde la dependencia de Vigilancia de eventos de interés en Salud pública, en coordinación con los 12 municipios del Departamento, ha logrado dar cumplimiento a la caracterización del 100% de las entidades adscritas a la base REPS que cumplen con criterios de caracterización para el reporte semanal de Eventos de Interés en Salud Pública.

Finalizando la vigencia 2016, se logró contar con un total de 74 Unidades Primarias Generadoras de Datos y 121 Unidades Informadoras, las cuales sumadas a las 12 Unidades Notificadoras Municipales y la Unidad Notificadora Departamental, concentran 210 Entidades reportando al Sistema de Vigilancia en Salud Pública en forma rutinaria e inmediata según la situación.

El seguimiento realizado al cumplimiento de la notificación obligatoria, se efectúa en forma continua, con el fin de lograr por medio de capacitación y asistencia técnica, fortalecer la capacidad instalada en los municipios y la permanencia de los procesos a través del tiempo.

Se cuenta con una cobertura del 100% de los Municipios los cuales corresponden a 12 Unidades Notificadoras Municipales y una Unidad Notificadora Departamental; presentando el siguiente comportamiento:

- ✓ La Unidad Notificadora Departamental presentó un cumplimiento en el reporte semanal obligatorio para la vigencia 2016 del 100%.
- ✓ Las Unidades Notificadoras Municipales de los 12 Municipios del Departamento del Quindío, presentaron un cumplimiento en relación a la notificación obligatoria semanal del 100%



Tabla. Porcentajes de cumplimientos obtenidos por las UPGD en la vigencia 2016

MUNICIPIO	No. TOTAL UPGD ACTIVAS	% DE CUMPLIMIENTO O ACUMULADO POR UPGD	No. UPGD EN RIESGO DE NEGATIVIDAD	No. DE UPGD EN RIESGO DE SILENCIO	CUMPLIMIENTO O ACUMULADO DEL REPORTE SEMANAL POR UNM
ARMENIA	38	99%	1	2	100%
BUENAVISTA	1	100%	0	0	100%
CALARCA	11	94,75%	1	0	100%
CIRCASIA	3	98,07%	0	0	100%
CORDOBA	1	100%	0	0	100%
FILANDIA	3	94,87%	0	1	100%
GENOVA	1	100%	0	0	100%
LA TEBAIDA	4	97,59%	0	0	100%
MONTENEGRO	6	93,26%	0	1	100%
PIJAO	1	100%	0	0	100%
QUIMBAYA	4	98.5%	0	0	100%
SALENTO	1	100%	0	0	100%
QUINDIO	74	98%	2	4	100%

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

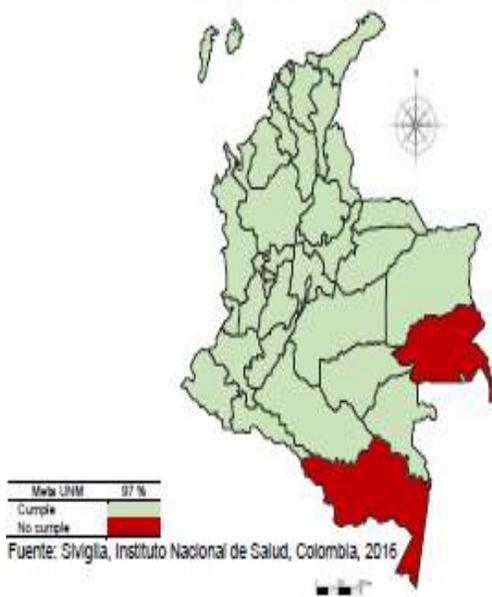
El cumplimiento en relación al reporte semanal obligatorio, se evidencio en forma consolidada para el Departamento del Quindío en un 98% logrando cumplir con el parámetro indicado por el Instituto Nacional de Salud.



Mapa 1. Cumplimiento de la notificación por UND, Colombia, a periodo XI, 2016



Mapa 1  
Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Quindío Unidad Notificadora Departamental 100% de cumplimiento.

Quindío Unidades Notificadoras Municipales 100% de Cumplimiento

Mapa 4  
Riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Mapa 3  
Notificación negativa de los eventos en erradicación, eliminación, control epidemiológico y priorizados por el Instituto Nacional de Salud, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Quindío No. De Municipios en Riesgo de Silencio Epidemiológico 0.

Quindío cumplimiento Notificación semanal negativa de eventos en erradicación y eliminación 100%

% de UNM en silencio	Riesgo	% Silencio	Nº Departamentos	% Silencio nacional	Color	Frecuencia	%
0%	Ninguno	84,4	27	0,4	Green	32	88,5
De 0,1 % a 9,9 %	Bajo	9,4	3		Yellow	5	13,5
10,0 % a 20,9 %	Medio	6,3	2		Orange	0	0,0
21,0 % a 100 %	Alto	0,0	0		Red	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016



# 4. EVENTOS INMUNOPREVENIBLES





#### 4.1 EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACION

De acuerdo a lo descrito en el protocolo de vigilancia del evento, un caso sospechoso de ESAVI, es un evento supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización (ESAVI) se define como cualquier trastorno, síndrome, signo, síntoma o rumor que puede o no ser causado por el proceso de vacunación o inmunización y que ocurre posterior a la aplicación de una vacuna.

18

Sin embargo el caso confirmado que debe ingresarse al aplicativo SIVIGILA, debe cumplir con los siguientes parámetros:

- ✓ Abscesos en el sitio de administración.
- ✓ Eventos que requieren hospitalización
- ✓ Eventos que ponen en riesgo la vida
- ✓ Errores relacionados con el programa
- ✓ Eventos que causan discapacidades
- ✓ Eventos que estén por encima de la incidencia esperada en un conglomerado de personas.
- ✓ Cualquier muerte que ocurra dentro de las 4 semanas siguientes a la administración de una vacuna, y se relacione con el proceso de vacunación o inmunización.
- ✓ Cualquier rumor sobre la seguridad de una vacuna que se genere en medios de comunicación.

De acuerdo a lo anterior, el reporte de los casos viene presentando un descenso importante, dado que los casos se ingresan desde la sospecha, y posterior al análisis realizado a cada uno de ellos se determina si cumple o no con criterios de inclusión por lo que el Departamento del Quindío, para el año 2013, contó con un total de 15 casos reportados, presentando disminución para el año 2014, en el que se reportaron 11 casos, continuándose el descenso para la vigencia 2015 en el que se reportan dos casos, presentándose un descarte por ajuste del 65% del total de casos ingresados al SIVIGILA.



Para el año 2016, se reporta un total de 8 casos, los cuales posterior la verificación de criterios, los casos son descartados en un 100% dado que correspondían a efectos esperados del proceso de vacunación, por lo anterior para la vigencia 2016, el Departamento del Quindío no cuenta con casos de ESAVI.

#### 4.2 MENINGITIS.

La meningitis es un evento infeccioso transmisible, hay diferentes bacterias causantes de esta enfermedad, las más importantes son Haemophilus Influenzae (Hi), Neisseria meningitidis (meningococo) y Streptococcus Pneumoniae (neumococo).

La meningitis de origen bacteriano, representa la forma más letal de la enfermedad, y tanto su distribución, morbilidad y mortalidad están determinadas por las condiciones económicas y sociales de los países y comunidades más pobres del mundo, en donde la vacunación para su prevención como los medicamentos para su control están muy limitados por el nivel de desarrollo económico.

Para la vigencia 2015, de acuerdo a los lineamientos dados por el Instituto Nacional de Salud, se presenta cambio en la codificación del evento, consolidando las meningitis causadas por diferentes agentes patógenos en una sola ficha epidemiológica código 535, lo que permite, realizar el análisis comparativo solo entre las vigencias 2015 y 2016.

Para el año 2016, se reportan en total 8 casos de los cuales posterior al proceso de seguimiento y ajuste, queda un total de 4 casos, el 75% correspondiente al sexo masculino y el 25% restante al sexo femenino, población en edades de 46 a 61 años de edad. 3 de ellos residen en el municipio de Armenia y 1 caso en el municipio de Montenegro; uno de los casos se identifica como habitante de calle.

En relación al agente etiológico, 3 de los casos se confirman con Streptococo Pneumoniae, de estos dos fallecen representando una tasa de letalidad del 66.6% para la vigencia 2016.

Al cuarto caso no se le identifica el agente etiológico, situación que amerita acciones de mejora desde la UPGD, municipio y Departamento.



ENTIDADES TERRITORIALES	Población	Confirmados por Laboratorio	Casos	Incidencia	Tasa
	General		Mortales	x 100000 hab población general	Letalidad
Amazonas	77088	2	0	2,6	0,0
Antioquia	6534764	67	15	1,0	22,4
Arauca	265190	1	0	0,4	0,0
Atlántico	1265742	10	3	0,8	30,0
Barranquilla	1223967	12	3	1,0	25,0
Bogotá	7980001	73	13	0,9	17,8
Bolívar	1108567	12	7	1,1	58,3
Boyacá	1278061	11	0	0,9	0,0
Buenaventura	407539	16	5	3,9	31,3
Caldas	989942	4	1	0,4	25,0
Caquetá	483834	5	1	1,0	20,0
Cartagena	1013454	17	5	1,7	29,4
Casanare	362698	8	1	2,2	12,5
Cauca	1391889	5	1	0,4	20,0
Cesar	1041203	4	3	0,4	75,0
Chocó	505046	6	1	1,2	16,7
Córdoba	1736218	14	2	0,8	14,3
Cundinamarca	2721368	15	3	0,6	20,0
Guainía	42123	3	0	7,1	0,0
Guajira	985498	1	0	0,1	0,0
Guaviare	112621	0	0	0,0	0,0
Huila	1168910	13	3	1,1	23,1
Magdalena	780891	7	3	0,9	42,9
Meta	979683	6	1	0,6	16,7
Nariño	1766008	7	2	0,4	28,6
Norte de Santander	1367716	8	3	0,6	37,5
Putumayo	349537	2	0	0,6	0,0
Quindío	568473	3	2	0,5	66,7
Risaralda	957250	18	6	1,9	33,3
San Andrés	77101	0	0	0,0	0,0
Santander	2071044	15	1	0,7	6,7
Santa Marta	491387	10	4	2,0	40,0
Sucre	859909	5	2	0,6	40,0
Tolima	1412230	11	2	0,8	18,2
Valle del Cauca	4252899	54	15	1,3	27,8
Vaupés	44079	0	0	0,0	0,0
Vichada	73702	1	0	1,4	0,0
Total Nacional	48747632	446	108	0,91	24,2



\*3 casos provenientes del exterior

Fuente población: Proyección DANE 2016. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De acuerdo a la evaluación Nacional, el cumplimiento en relación a la identificación del Agente etiológico fue del 75%, se identifica en 3 casos Streptococo Pneumoniae, de los cuales 2 fallecen, alcanzando una tasa de letalidad del 66.7%



#### 4.3 PARALISIS FLACIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS

La vigilancia de la parálisis flácida aguda en menores de 15 años de edad, se inicia con el fin de garantizar la vigilancia activa de los cuadros clínicos compatibles con polio, evento en eliminación, inmunoprevenible, el cual presenta brotes puntuales en algunos países como Pakistán, Nigeria y Afganistán.

21

La región de las Américas se encuentra certificada como libre de polio, sin embargo el evento aún se clasifica como en eliminación, lo que obliga a mantener y garantizar la vigilancia de los cuadros clínicos compatibles con la definición de caso: Todo individuo menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda no causada por trauma, tumor o degeneración de la neurona motora.

Para el año 2016 se reportaron en el Departamento del Quindío para el evento Parálisis Flácida Aguda un total de 2 casos cumpliendo con la tasa mínima Vigilancia activa requeridas por el Instituto Nacional, logrando un resultado de 2.19 x 100.000 habitantes menores de 15 años de edad. Identificando dos menores de 4 y 13 años respectivamente, ambos de sexo masculino reportados con Municipio de residencia La Tebaida y Armenia. Los casos fueron descartados por laboratorio.

A pesar de cumplir con el mínimo requerido se encuentra que en las Búsquedas Activas Institucionales continúan apareciendo a través de los registros individuales de prestación de servicios casos compatibles con el evento lo que nos permite identificar fallas desde la vigilancia en salud pública frente a la notificación de casos.



Tabla. Cumplimiento de Indicadores para la Vigilancia de PFA en menores de 15 años  
INS

ENTIDAD TERRITORIAL	NUMERO DE CASOS ESPERADOS	NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS	NUMERO DE CASOS CON MUESTRA	% DE MUESTRAS RECOLECTADAS ≤14 DIAS	% DE MUESTRAS ENVADAS ≤ 6 DIAS POSTERIOR A LA RECOLECCION	% DE MUESTRAS PROCESADAS ≤14 DIAS	% CASOS INVESTIGADOS ≤48 HORAS	POBLACION MEJOR DE 15 AÑOS	TASA DE NOTIFICACION EN < 15 AÑOS	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS UPGO
AMAZONAS	1	1	1	0	100	100	100	29189	3,43	82
ANTIOQUIA	16	8	8	88	75	88	88	1585780	0,50	99
ARAUCA	1	3	2	87	100	100	100	98857	3,10	98
ATLANTICO	4	5	4	80	50	100	80	352229	1,42	96
BARRANQUILLA	3	6	6	100	50	100	100	295310	2,03	97
BOGOTA D.C.	18	17	16	88	94	100	82	1808863	0,94	91
BOLIVAR	4	9	9	89	58	89	78	355553	2,53	92
BOYACA	4	9	9	89	89	100	87	339575	2,65	95
BUENAVENTURA	2	3	3	100	87	100	100	123050	2,44	90
CALDAS	3	2	2	50	50	100	50	239489	0,84	97
CAQUETA	2	5	5	80	80	100	80	158582	3,15	98
CARTAGENA	3	6	6	50	87	100	100	258772	2,34	96
CASANARE	2	3	2	87	100	100	100	110189	2,72	95
CAUCA	4	8	8	88	13	100	83	388581	2,08	92
CESAR	4	9	9	87	89	89	78	327793	2,75	91
CHOCO	2	2	1	50	0	100	100	188870	1,08	92
CORDOBA	6	6	5	83	20	100	83	528537	1,14	95
CUNDINAMARCA	8	7	7	100	88	88	43	725700	0,98	95
GUAINIA	1	0	0					15188	0,00	95
GUAVIARE	1	0	0					41317	0,00	96
HUILA	4	3	2	87	100	50	87	338888	0,89	97
LA GUAJIRA	4	1	0	0	NA	NA	0	354579	0,28	91
MAGDALENA	3	9	9	100	44	100	78	287901	3,38	97
META	3	8	8	100	88	100	83	279044	2,87	98
NARIÑO	5	5	5	80	100	100	80	482882	1,01	98
NORTE DE SANTANDER	4	13	13	100	85	100	85	379719	3,42	97
PUTUMAYO	2	3	1	33	100	0	87	115899	2,59	97
QUINDIO	2	2	2	100	100	100	100	138373	1,47	98
RISARALDA	3	1	1	100	100	100	0	227179	0,44	96
SAN ANDRES Y PROVIDE	1	0	0					18997	0,00	74
SANTA MARTA	2	4	3	75	33	100	75	145582	2,75	91
SANTANDER	5	11	11	82	73	100	38	498145	2,21	95
SUCRE	3	6	6	100	33	83	83	250140	2,40	95
TOLIMA	4	10	9	80	87	100	80	381984	2,82	87
VALLE DEL CAUCA	10	2	2	100	100	100	50	984434	0,21	84
VAUPES	1	0	0					18887	0,00	98
VICHADA	1	0	0					28783	0,00	90
PROMEDIO O TOTAL NA	142	187	175	81	89	96	74	12864198	1,45	94

Fuente: PESS y SIVIGILA

Tasa esperada a semana 52 = 1,00 casos por 100 000 menores de 15 años

Fuente: Base de datos PESS y Sivigila individual 2016.



Con corte a la semana epidemiológica No. 52 el Departamento del Quindío cumplió en un 100% con el reporte de los casos esperados de PFA, alcanzando la tasa anual de notificación, logrando además impactar en los indicadores de proceso relacionados con la oportunidad en la toma de la muestra, envío y resultado, logrando además cumplir con la investigación de campo en las primeras 48 horas, con un cumplimiento del 100%, según evaluación realizada por el Instituto Nacional de Salud.

#### 4.4 SARAMPION Y RUBEOLA

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.

##### 4.4.1 RUBEOLA

Durante la vigencia 2016 se reportaron para rubeola un total de 13 casos de los cuales 8 corresponden a menores entre 4 meses y 13 años y dentro de los adultos su rango de edad es de 20 a 65 años.

Con relación al sexo encontramos que 8 (61%) de los casos reportados son varones y 5 corresponden al sexo femenino es decir el 38% de los casos.

Teniendo en cuenta el número de casos reportados, la tasa de notificación se presentó en 2.2 x 100.000 habitantes, logrando alcanzar el comportamiento esperado, que garantiza la continuidad y permanencia de los procesos de búsqueda de casos y reporte de los mismos.



De acuerdo al protocolo del evento, se realizó la toma de muestras con el fin de adelantar con el apoyo del laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud la identificación de la posible circulación del virus de la rubeola, obteniendo resultados negativos en 11 de los casos correspondientes al 84.61%, los cuales fueron descartados con ajuste 6; los dos casos restantes se clasificaron como errores de digitación.

#### 4.4.2 SARAPIÓN

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.

Para el año 2016 se reportaron para este evento solo dos casos incumpliendo con la tasa de notificación que debe cumplir el Departamento dentro de la vigilancia del evento que debe ser de dos a o más casos por 100.000 habitantes, llegando a una tasa departamental de notificación de 0.35 x 100.000 habitantes.

La notificación se da en un adulto de sexo masculino de 24 años y una menor de sexo femenino de 5 meses, se les realizaron las tomas de muestra pertinentes de acuerdo al protocolo de vigilancia epidemiológica del evento, las cuales fueron enviadas al Laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud, obteniendo resultados negativos, siendo descartados los dos casos con ajuste 6.

Tabla 13. Cumplimiento de indicadores de vigilancia integrada sarampión-rubéola según entidad territorial, Colombia, semanas 01-52 de 2016

Región	Dpto	Casos SR Sivigila	Casos SR MESS	Población general	semanas 01-52							
					Tasa (1)	Tasa (1a)	% de UPGD que notifican semanalmente (2)	% casos Investigados oportuna mente (3)	% de casos con muestra de suero adecuada (4)	% de muestras enviadas oportunamente al laboratorio que procesa (5)	% de muestras procesadas oportunamente (6)	No de indicadores cumplidos (sobre 6)
Amazonía	AMA	2	2	77.088	2,59	2,59	82	100	100	100	100	6
	CAQ	4	3	483.846	0,83	0,62	98	0	100	67	100	3
	PUT	0	0	349.537	0,00	0,00	97	...	...	...	...	1
	GUAJ	1	0	42.123	2,37	0,00	95	...	...	...	...	2
	GJAV	0	0	112.621	0,00	0,00	96	...	...	...	...	1
Orinoquía	VAU	2	1	44.079	4,54	2,27	98	100	100	100	100	6
	ARA	5	4	265.190	1,89	1,51	98	75	100	50	100	3
	CAS	8	8	362.721	2,21	2,21	95	25	88	63	100	4
	MET	3	1	979.710	0,31	0,10	96	0	100	100	100	4
	VICH	0	0	73.702	0,00	0,00	90	...	...	...	...	1
Centro Oriente	BOG	1091	1040	7.980.001	13,67	13,03	91	89	97	96	100	6
	BOY	11	10	1.278.107	0,86	0,78	95	50	100	80	100	4
	CUN	83	74	2.721.368	3,05	2,72	95	1	97	92	97	5
	HUI	6	4	1.168.869	0,51	0,34	97	100	100	75	50	3
	NOR	13	12	1.367.708	0,95	0,88	97	42	92	100	83	4
	SAN	18	12	2.071.016	0,87	0,58	95	50	75	92	92	3
	TOL	12	10	1.412.220	0,85	0,71	87	30	100	40	80	3
Occidente	ANT	198	166	6.534.857	3,03	2,54	99	49	95	70	52	3
	CAL	35	35	989.934	3,54	3,54	97	40	100	51	83	4
	QUI	9	6	568.506	1,58	1,06	98	67	100	67	100	3
	RIS	16	7	957.254	1,67	0,73	96	43	100	57	71	2
Pacífico	CAU	4	2	1.391.836	0,29	0,14	92	50	100	0	100	3
	CHO	3	3	505.016	0,59	0,59	92	0	100	100	100	4
	NAR	12	11	1.765.906	0,68	0,62	96	36	100	73	91	3
	BUEN	0	0	407.675	0,00	0,00	90	...	...	...	...	1
	VAL	15	9	4.253.066	0,35	0,21	84	33	100	67	89	3
Atlántico	ATL	10	8	1.265.898	0,79	0,63	96	75	88	50	88	3
	BAQ	27	25	1.223.616	2,21	2,04	97	92	96	36	88	5
	BOL	2	2	1.108.567	0,18	0,18	92	100	100	100	100	5
	CART	1	1	1.013.389	0,10	0,10	96	0	100	0	100	3
	CES	15	14	1.041.204	1,44	1,34	91	93	100	43	93	3
	COR	2	2	1.736.170	0,12	0,12	95	0	100	50	50	2
	GUAJ	1	1	985.452	0,10	0,10	91	0	100	100	100	4
	MAG	0	0	780.907	0,00	0,00	97	...	...	...	...	1
	SMA	1	0	491.535	0,20	0,00	91	...	...	...	...	1
	SAI	9	9	77.101	11,67	11,67	74	78	100	22	89	3
	SUC	8	9	859.913	0,93	1,05	95	56	89	13	88	3
EXT	9	0	NA	NA	NA							
<b>Total</b>		<b>1636</b>	<b>1491</b>	<b>48.747.708</b>	<b>3,36</b>	<b>3,06</b>	<b>94</b>	<b>76</b>	<b>97</b>	<b>88</b>	<b>92</b>	<b>5</b>

... NO ha reportado casos

(1) Tasa esperada a la semana 52 = 2,00 (datos Sivigila)

(1a) Tasa esperada a la semana 52 = 2,00 según (datos MESS)

De los 6 indicadores relacionados con la Vigilancia integrada de Sarampión y Rubéola, se dio cumplimiento efectivo a 3 de ellos en relación a la toma oportuna y procesamiento de



muestras, sin embargo los tres restantes se calificaron con el 67% de cumplimiento dada la inoportunidad para el inicio de las intervenciones de campo, situación directamente relacionada con los procesos contractuales del personal en todos los niveles, identificándose falencias relacionadas con procesos de tipo administrativo, que afectan la intervención del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, en forma directa.

Indicadores para la Vigilancia integrada de Sarampión y rubeola Departamento del Quindío – Corte a semana epidemiológica No. 26 de 2016

TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	VALOR	INTERPRETACION
proceso	Proporción de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola	1,9	En el departamento del Quindío se notificaron 1.9 casos sospechosos de sarampión y rubéola por cada 100.000 habitantes. Meta: ≥ 2 casos por 100 000 habitantes
proceso	Porcentaje de casos de SR con investigación de campo: ficha de investigación completa / oportuna (menos de 48 horas) / adecuada	67%	Del total de casos notificados, el 67% tuvieron investigación de campo oportuna. Meta: 80%
proceso	Proporción de casos con investigación de campo	67%	Del total de casos notificados, el 67 % tuvieron investigación de campo completa. Meta: 80%
proceso	Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada	100%	Del total de casos notificados, el 80 % recolectaron muestra de suero en los primeros 30 días luego de iniciada la erupción. Meta: 80%
proceso	Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días luego de su recolección.	100%	Del total de muestras recibidas en el laboratorio, el 100 % fueron recibidas en los primeros 5 días luego de su recolección. Meta: 80%
proceso	Porcentaje de muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción.	100%	Del total de muestras procesadas en el laboratorio, el 53% fueron procesadas en los primeros 4 días luego de su recepción

FUENTE: SIVIGILA SSDQ



### 4.5 TOSFERINA

Para la vigencia 2016, se reporta un total de 11 casos, en edades entre 1 a 18 años de edad, 9 de ellos en rangos etareos inferiores al año, categorizándose como población susceptible, dado que no han finalizado el esquema de vacunación y se potencializa el riesgo de presentar la enfermedad; el 54% corresponde al sexo femenino y el 46% al sexo masculino.

Posterior al proceso de seguimiento y confirmación de los casos, se realiza la toma de muestra en 9 de ellos, obteniendo por parte del laboratorio del Instituto Nacional de Salud, resultado negativo, siendo descartados del sistema con ajuste 6.

Finalmente quedan pendientes dos casos, en niños de 1 y 2 meses, los cuales no fueron ajustados en el sistema, correspondientes al municipio de Armenia.

Distribución de casos notificados y confirmados de tos ferina por departamento de procedencia, Colombia, periodo epidemiológico XIII de 2016

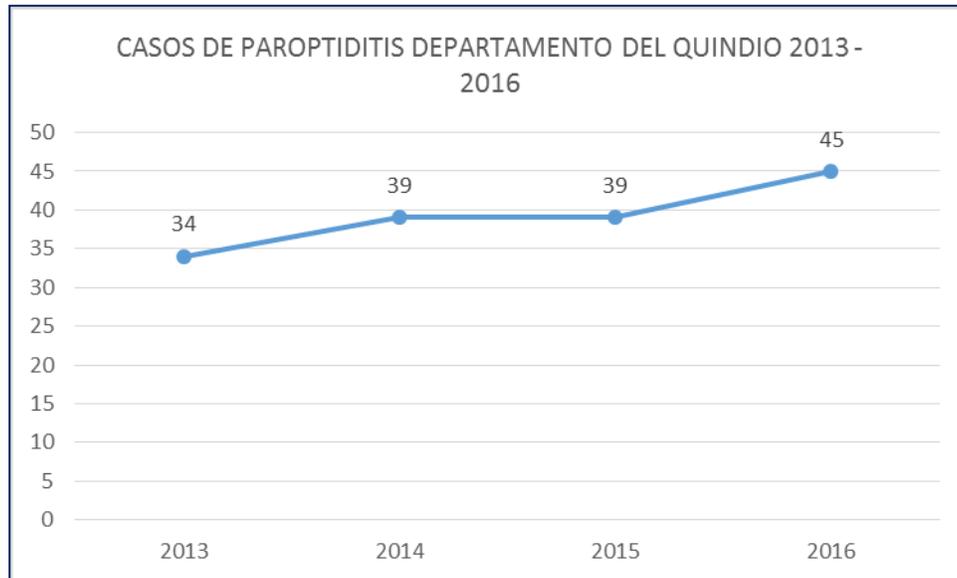
Departamento de procedencia	No casos notificados	Porcentaje	No casos confirmados	Porcentaje
Amazonas	9	0,2	2	0,4
Antioquia	946	16,5	109	20,3
Arauca	103	1,8	8	1,5
Atlántico	14	0,2	1	0,2
Barranquilla	25	0,4	6	1,1
Bogotá	2012	35,0	76	14,2
Bolívar	52	0,9	9	1,7
Boyacá	86	1,5	12	2,2
Buenaventura	4	0,1	1	0,2
Caldas	136	2,4	21	3,9
Caquetá	46	0,8	10	1,9
Cartagena	58	1,0	10	1,9
Casanare	26	0,5	3	0,6
Cauca	71	1,2	15	2,8
Cesar	63	1,1	11	2,1
Chocó	63	1,1	26	4,9
Córdoba	52	0,9	7	1,3
Cundinamarca	353	6,1	25	4,7
Guainía	3	0,1	1	0,2
Guajira	6	0,1	0	0,0
Guaviare	11	0,2	3	0,6
Huila	171	3,0	16	3,0
Magdalena	19	0,3	1	0,2
Meta	73	1,3	5	0,9
Nariño	147	2,6	22	4,1
Norte de Santander	177	3,1	18	3,4
Putumayo	17	0,3	2	0,4
Quindío	9	0,2	1	0,2
Risaralda	40	0,7	10	1,9
San Andrés y Providencia	8	0,1	2	0,4
Santa Marta D.E.	26	0,5	2	0,4
Santander	237	4,1	21	3,9
Sucre	305	5,3	23	4,3
Tolima	154	2,7	23	4,3
Valle del Cauca	207	3,6	30	5,6
Vaupés	0	0,0	0	0,0
Vichada	19	0,3	4	0,7
<b>Total general</b>	<b>5748</b>	<b>100</b>	<b>536</b>	<b>100</b>



Fuente: Sivigila y base de laboratorio de Microbiología de Instituto Nacional de Salud, base de resultados del LSP de Bogotá, Colombia



#### 4.6 PAROTIDITIS

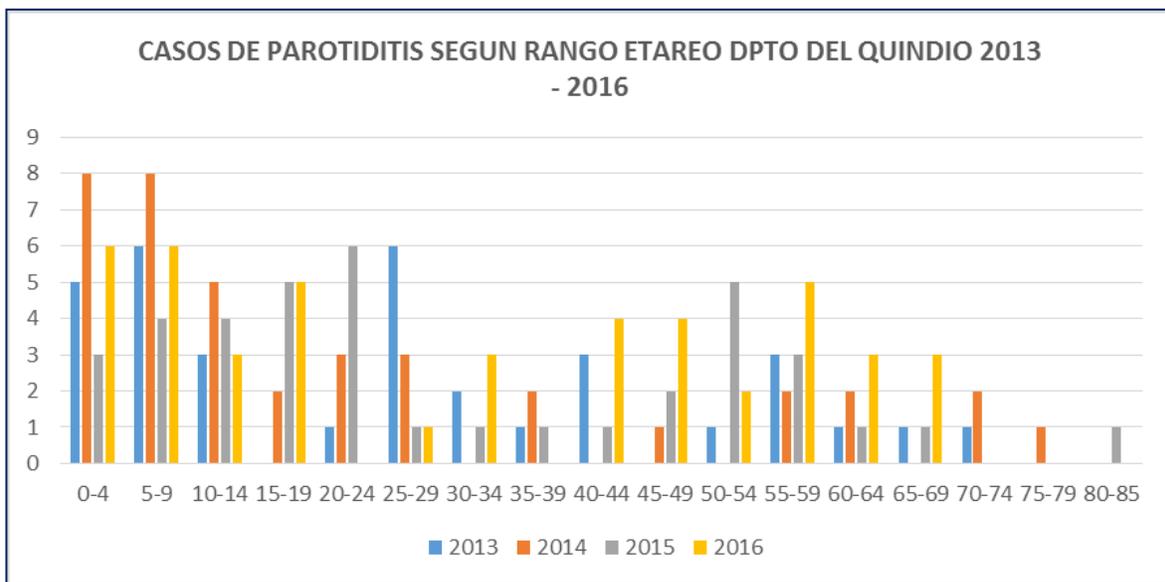


FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Los casos de parotiditis reportados son elevados, sin embargo se vienen adelantando acciones de verificación de los cuadros clínicos, dado el sobre registro del evento, se identificó que en más del 50% de los casos la sintomatología no correspondía al evento bajo vigilancia epidemiológica, motivo por el cual se presentó un aumento en los ajustes, como errores de digitación evidenciados en las bases de datos.

Finalmente los casos de parotiditis reportados, muestran una tendencia clara al aumento, siendo la vigencia 2016 la de mayor comportamiento.

El 62.2% de los casos corresponden al sexo femenino, el 37.8% al sexo masculino.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

El mayor número de casos según la edad de los pacientes se muestra en los rangos de 0 a 9 años de edad, sin embargo es importante evidenciar para la vigencia 2016 el incremento de casos en población adulta a partir de los 44 años, especialmente en el rango de 55 a 59 años de edad.

Tabla. Casos de Parotiditis según Municipio de Residencia 2013 - 2016

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	2013	2014	2015	2016
ARMENIA	13	16	20	27
MONTENEGRO		4	8	8
CIRCASIA		4	7	4
QUIMBAYA	1		1	3
CALARCA	18	5	2	1
FILANDIA		1		1
GENOVA				1
BUENAVISTA		3		
CORDOBA	1		1	
LA TEBAIDA		3		
PIJAO	1	3		
QUINDIO	34	39	39	45

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

El municipio de Armenia, presenta el mayor número de casos correspondiendo para el 2016 al 60% del total de casos reportados para la vigencia analizada, el municipio de



Montenegro en segundo lugar presenta una tendencia estable con relación al año anterior; en tercer lugar se encuentra el municipio de Circasia el cual presenta un descenso importante con relación a la vigencia anterior; en cuarto lugar el municipio de Quimbaya que presenta incremento para el año 2016.

Los municipios de Calarcá, Filandia y Génova reportan 1 caso cada uno de ellos. Los demás municipios no reportan casos de parotiditis.

Proporción de incidencia por entidad territorial de procedencia  
Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

ENTIDADES TERRITORIALES	Población General	Casos	Incidencia x 100000 hab población general	ENTIDADES TERRITORIALES	Población menor de 5 años	Casos	Incidencia x 100000 menores de 5 años
Amazonas	77088	7	9,1	Amazonas	10.443	2	19,2
Antioquia	6534764	719	11,0	Antioquia	535.099	141	26,4
Arauca	265190	26	9,8	Arauca	33.303	4	12,0
Atlántico	1265742	231	18,3	Atlántico	118.903	26	21,9
Barranquilla	1223967	575	47,0	Barranquilla	96.092	63	65,6
Bogotá	7980001	4411	55,3	Bogotá	605.449	348	57,5
Bolívar	1108567	42	3,8	Bolívar	125.047	10	8,0
Boyacá	1278061	486	38,0	Boyacá	107.239	51	47,6
Buenaventura	407539	13	3,2	Buenaventura	43.523	4	9,2
Caldas	989942	153	15,5	Caldas	78.714	21	26,7
Caquetá	483834	77	15,9	Caquetá	54.498	9	16,5
Cartagena	1013454	111	11,0	Cartagena	81.824	12	14,7
Casanare	362698	55	15,2	Casanare	36.663	8	21,8
Cauca	1391889	190	13,7	Cauca	133.977	25	18,7

Cesar	1041203	64	6,1	Cesar	110.597	13	11,8
Chocó	505046	4	0,8	Chocó	65.542	0	0,0
Córdoba	1736218	93	5,4	Córdoba	182.908	12	6,6
Cundinamarca	2721368	607	22,3	Cundinamarca	244.162	70	28,7
Guainía	42123	0	0	Guainía	5.261	0	0,0
Guajira	985498	32	3,2	Guajira	129.675	8	6,2
Guaviare	112621	3	2,7	Guaviare	14.545	0	0,0
Huila	1168910	201	17,2	Huila	114.605	37	32,3
Magdalena	780891	46	5,9	Magdalena	91.954	11	12,0
Meta	979683	138	14,1	Meta	94.792	32	33,8
Nariño	1766008	97	5,5	Nariño	165.094	35	21,2
Norte Santander	1367716	469	34,3	Norte Santander	126.546	42	33,2
Putumayo	349537	28	8,0	Putumayo	39.750	11	27,7
Quindío	568473	51	9,0	Quindío	45.983	9	19,6
Risaralda	957250	84	8,8	Risaralda	75.872	10	13,2
San Andrés	77101	28	36,3	San Andrés	6.408	7	109,2
Santa Marta	491387	19	3,9	Santa Marta	46.556	2	4,3
Santander	2071044	147	7,1	Santander	165.231	31	18,8
Sucre	859909	459	53,4	Sucre	84.585	37	43,7
Tolima	1412230	140	9,9	Tolima	126.847	22	17,3
Valle del Cauca	4252899	399	9,4	Valle del Cauca	321.249	84	26,1
Vaupés	44079	0	0	Vaupés	6.006	0	0,0
Vichada	73702	9	12,2	Vichada	10.209	5	49,0
Exterior		2		Exterior		0	
<b>Total Nacional</b>	<b>48747632</b>	<b>10216</b>	<b>21,0</b>	<b>Total Nacional</b>	<b>3997687</b>	<b>1202</b>	<b>30,1</b>

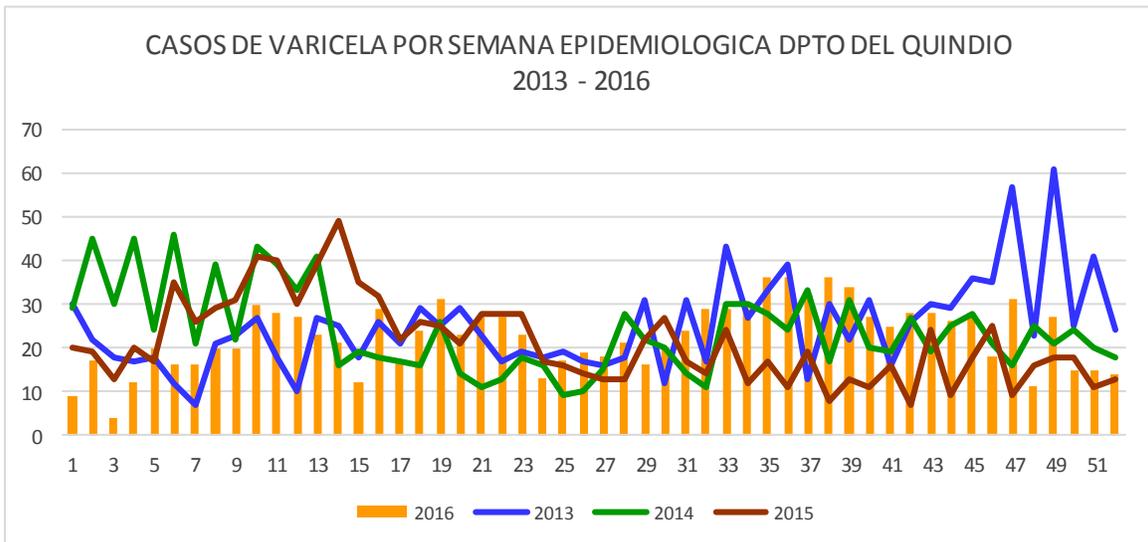


Fuente población: Proyección DANE 2016 Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016



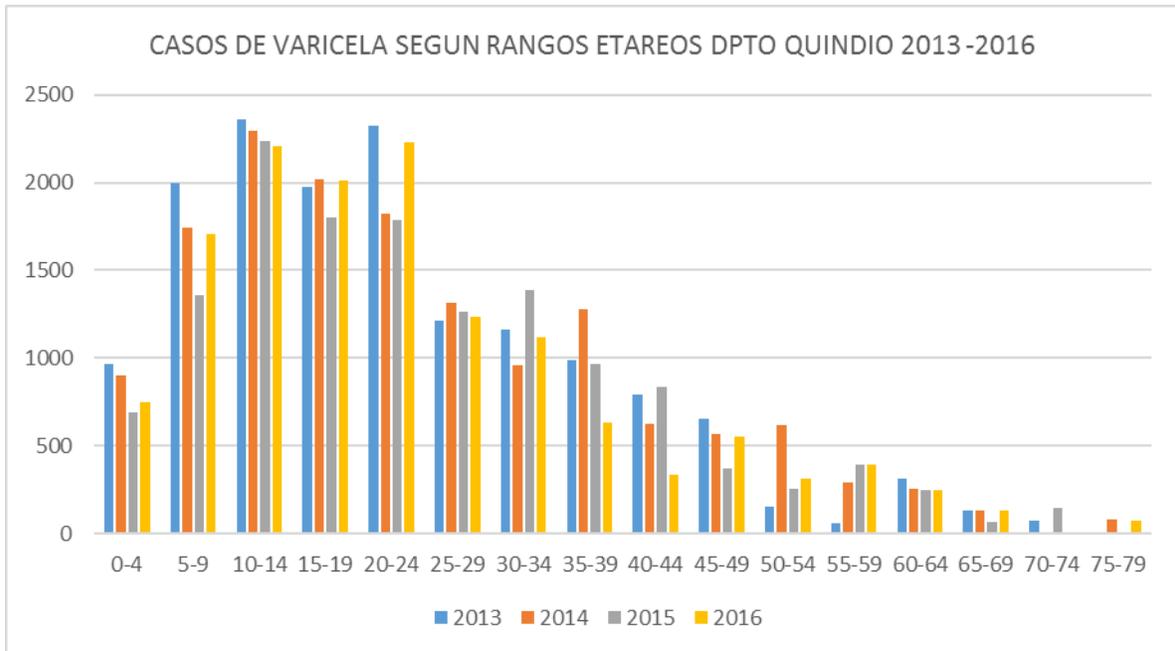
### 4.7 VARICELA

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa ampliamente distribuida en el mundo, producida por el virus varicela-zoster (VVZ), de carácter benigno. Es en la actualidad la infección exantemática más frecuente. Su presentación es endémica con períodos en que se torna epidémica con ciclos de 3-4 años. Prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida, estimándose que más del 90 % de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años, esto porque el VVZ infecta a niños pequeños, con máxima incidencia entre los 2 y los 8 años de edad. El porcentaje de infecciones subclínicas es sólo de 4 %. La inmunidad es generalmente de por vida, aunque en ocasiones puede ocurrir reinfección (caso clínico de varicela) en inmunocompetentes.



FUENTE: SIMIGILA SSDQ

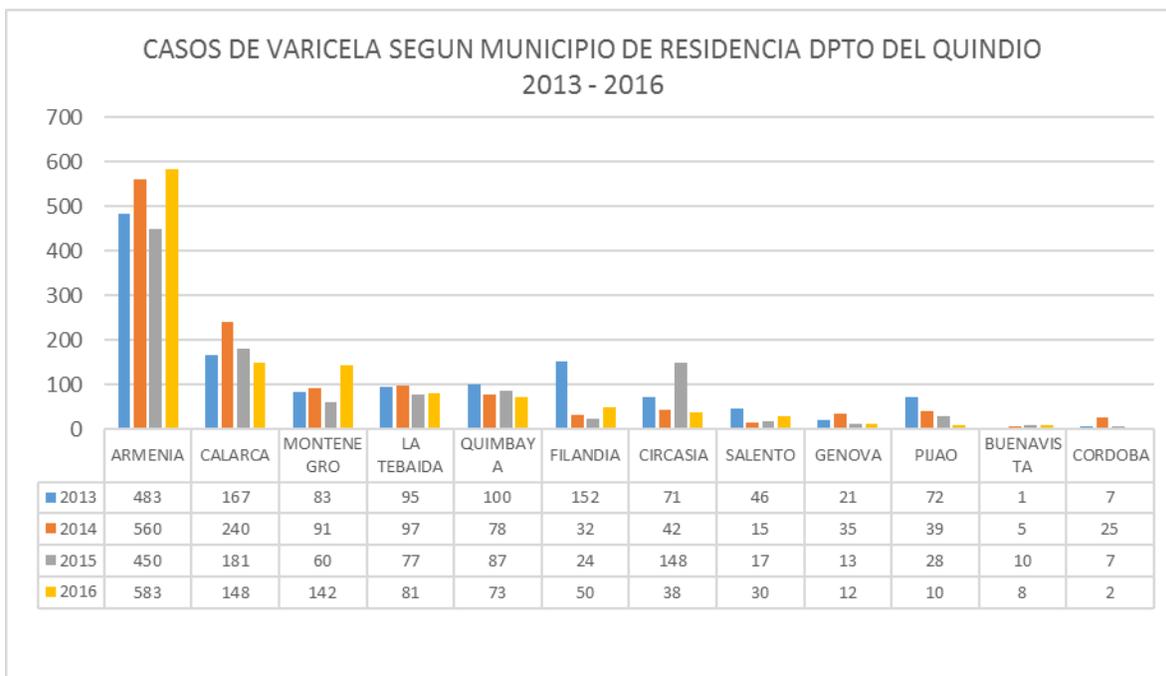
El comportamiento mostrado por los casos de varicela muestra una tendencia similar a la presentada en las vigencias anteriores, sin embargo se supera el comportamiento presentado en el año 2015 a partir de la semana epidemiológica No. 30 hasta la semana No. 49



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

El comportamiento de los casos según edad de los pacientes, muestra que los menores en edad escolar son los más afectados, sin embargo el rango de 20 a 24 años muestra un aumento importante para la vigencia 2016, correspondiendo al rango más afectado.

El sexo masculino es el más afectado y para la vigencia 2016, se reportan 12 gestantes, las cuales fueron incluidas en proceso de seguimiento.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

El comportamiento de los casos de varicela, según municipio de residencia muestra al municipio de Armenia como el de mayor frecuencia, seguido de los municipios de Calarcá, Montenegro, La Tebaida y Quimbaya.

Los municipios de menor comportamiento fueron Pijao, Buenavista y Córdoba.

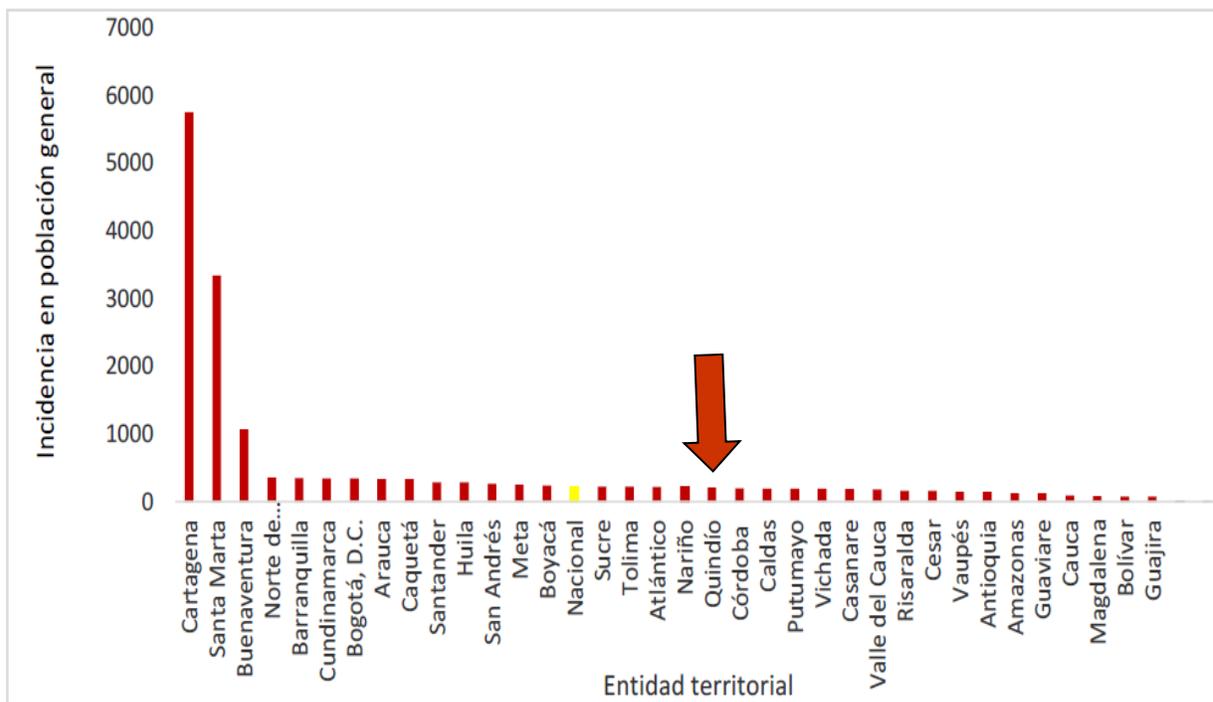
Con referencia al tipo de seguridad social tenemos que el régimen subsidiado aporta el mayor número de casos para el evento de varicela con 552 casos, seguido para el régimen contributivo con 520 casos reportados y ocupa el tercer lugar con 87 casos el régimen especial y finaliza la población pobre no afiliada con un mínimo reporte de 43 casos representado en el 3.5% del total de los eventos reportados.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Dentro de la notificación reportada se encuentra que la EPS con mayor número de reportes es Cafesalud con 262 casos (21%) seguido por asmetsalud con 177 casos (14%), Nueva EPS con 109 casos (9%).

Incidencia de varicela en la población general distribuido por entidad territorial, Colombia, semanas 01-52 de 2016

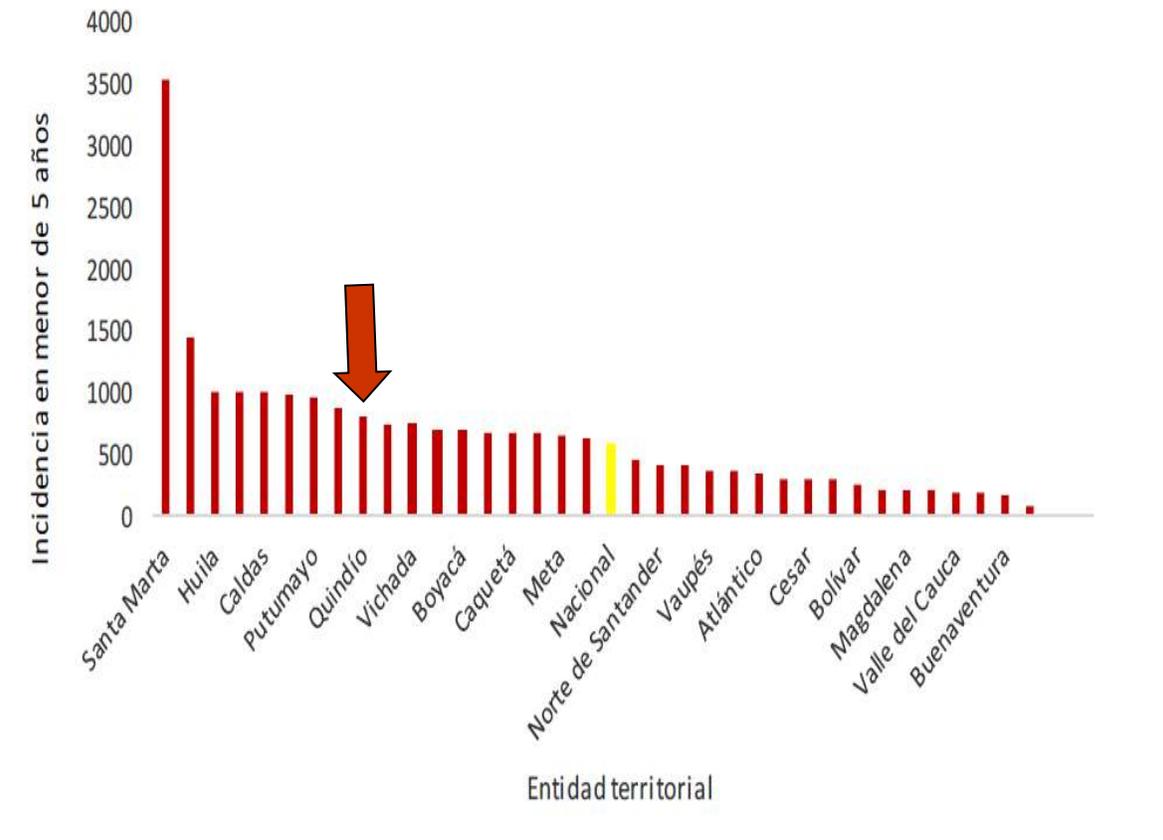


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Colombia



De acuerdo a la tasa de incidencia presentada por el Departamento del Quindío, para la vigencia 2016, ocupó el puesto No. 20 a nivel Nacional, quedando ubicado por debajo de la tasa de incidencia Nacional para la varicela en población general con corte a la semana epidemiológica No. 52 de la vigencia 2016.

Tasa de Incidencia de Varicela en menores de 5 años INS



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Colombia

La Incidencia de los casos de varicela reportados en población menor de 5 años de edad, ubica al Departamento del Quindío en el noveno lugar a nivel Nacional, superando la tasa de Incidencia Nacional, siendo este el grupo poblacional de mayor afectación para el Territorio.



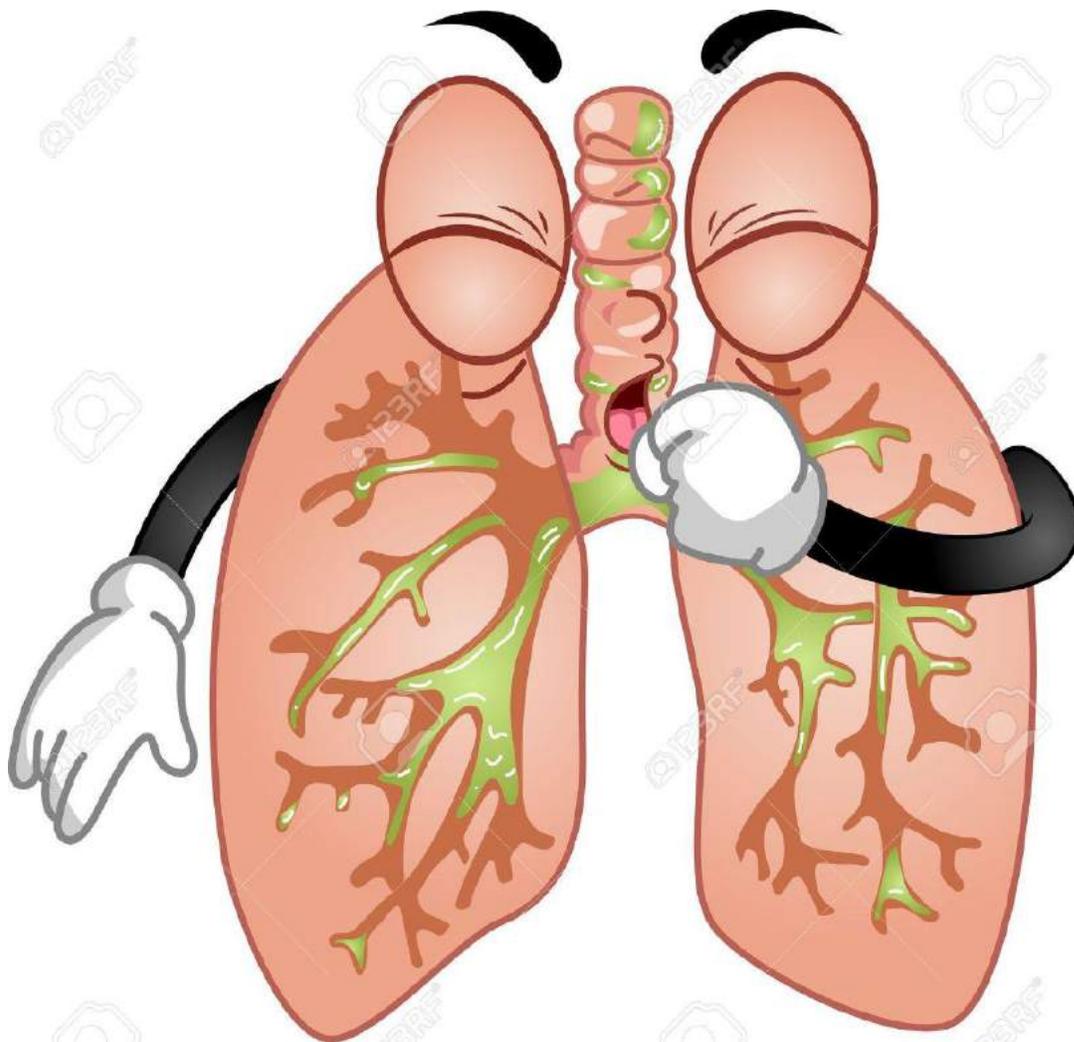
Indicadores nacionales de vigilancia de varicela, Colombia, semanas 01-52 de 2016

Entidad territorial	Incidencia población general	Incidencia menores de cinco años	Incidencia menor de un año	Tasa de letalidad general
Amazonas	123,2	210,7	139,3	0,0%
Antioquia	145,7	673,7	424,8	0,0%
Arauca	328,1	684,6	880,4	0,0%
Atlántico	216,5	338,9	434,4	0,0%
Barranquilla	345,8	705,6	672,0	0,0%
Bogotá, D.C.	341,3	1450,3	837,0	0,0%
Bolívar	76,5	259,1	229,5	0,0%
Boyacá	235,1	695,6	632,2	0,0%
Buenaventura	1063,6	167,7	222,0	0,0%
Caldas	190,0	998,6	666,0	0,0%
Caquetá	327,4	684,4	652,6	0,1%
Cartagena	5759,9	459,5	447,5	0,0%
Casanare	184,2	621,9	489,7	0,0%
Cauca	91,7	310,5	322,2	0,0%
Cesar	161,6	297,5	397,8	0,1%
Chocó	10,3	19,8	15,1	0,0%
Córdoba	196,0	294,7	317,2	0,1%
Cundinamarca	341,6	985,0	745,5	0,0%
Guainía	11,9	19,0	0,0	0,0%
Guajira	75,9	182,0	265,1	0,0%
Guaviare	121,6	220,0	268,9	0,0%
Huila	283,9	1005,2	826,6	0,0%
Magdalena	76,9	215,3	284,9	0,1%
Meta	246,9	645,6	674,4	0,1%
Nariño	214,0	582,7	429,6	0,0%
Norte de Santander	352,4	1005,2	1090,1	0,0%
Putumayo	188,8	404,5	527,0	0,0%
Quindío	205,1	958,5	797,0	0,0%
Risaralda	163,4	813,2	814,0	0,0%
San Andrés	262,0	358,9	307,9	0,0%
Santa Marta	3343,4	82,3	87,9	0,0%
Santander	285,7	3548,4	3509,3	0,0%
Sucre	222,5	400,8	458,1	0,0%
Tolima	220,1	737,9	630,5	0,0%
Valle del Cauca	175,4	863,5	744,9	0,0%
Vaupés	147,5	199,8	239,6	0,0%
Vichada	188,6	372,2	525,3	0,0%
Nacional	228,7	735,5	587,4	7,9%



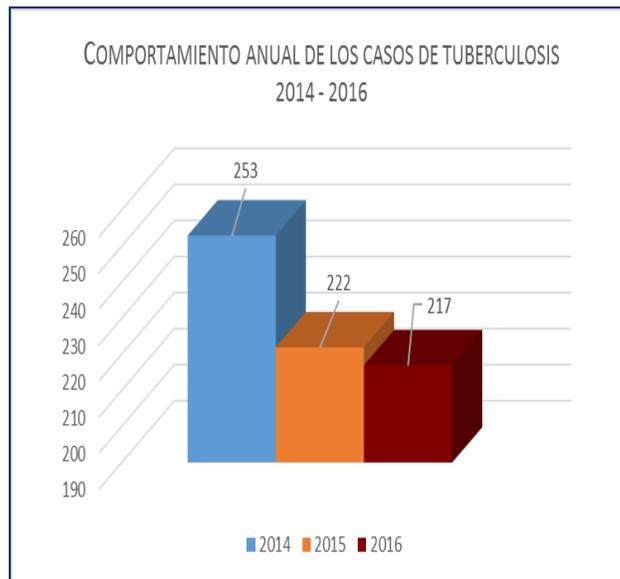
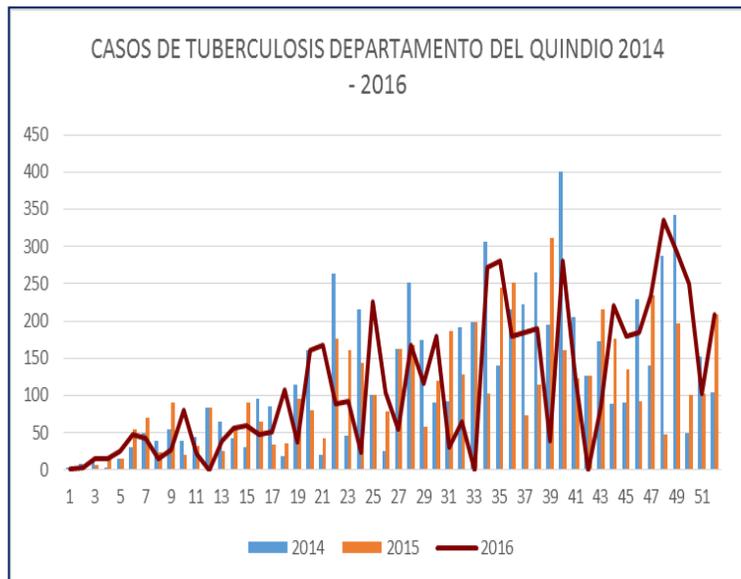


# 5. MICOBACTERIAS



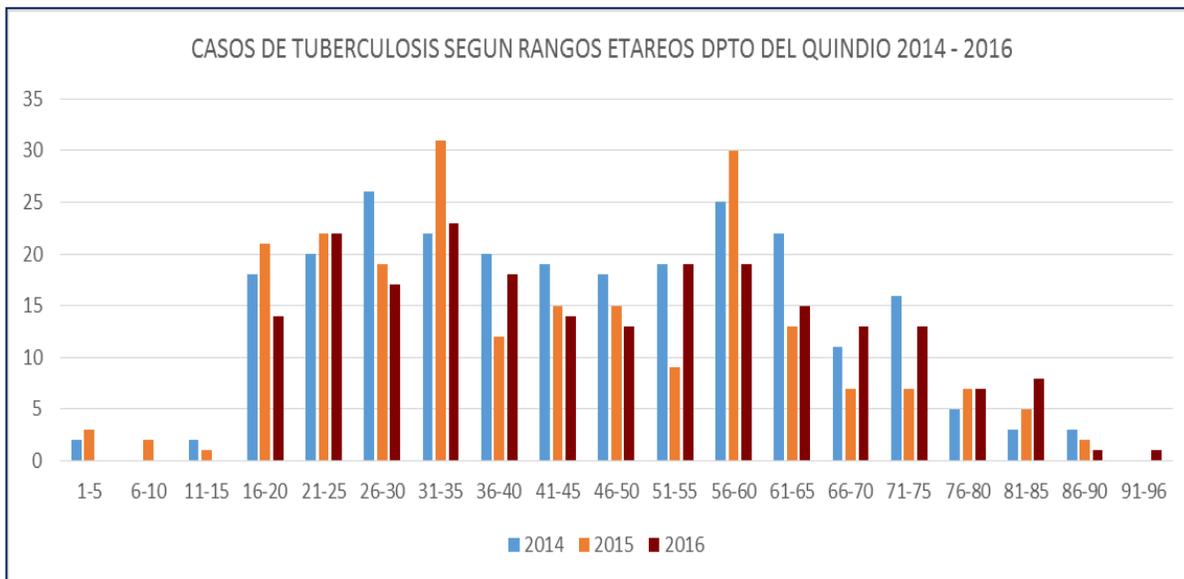


### 5.1 TUBERCULOSIS



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

El comportamiento de los casos de Tuberculosis, muestra una tendencia al descenso, como lo evidenciado en el número de casos anual, presentándose la vigencia 2016, como la de menor comportamiento. Es importante tener en cuenta que los casos referenciados corresponden a los que informan residencia en el Departamento del Quindío,

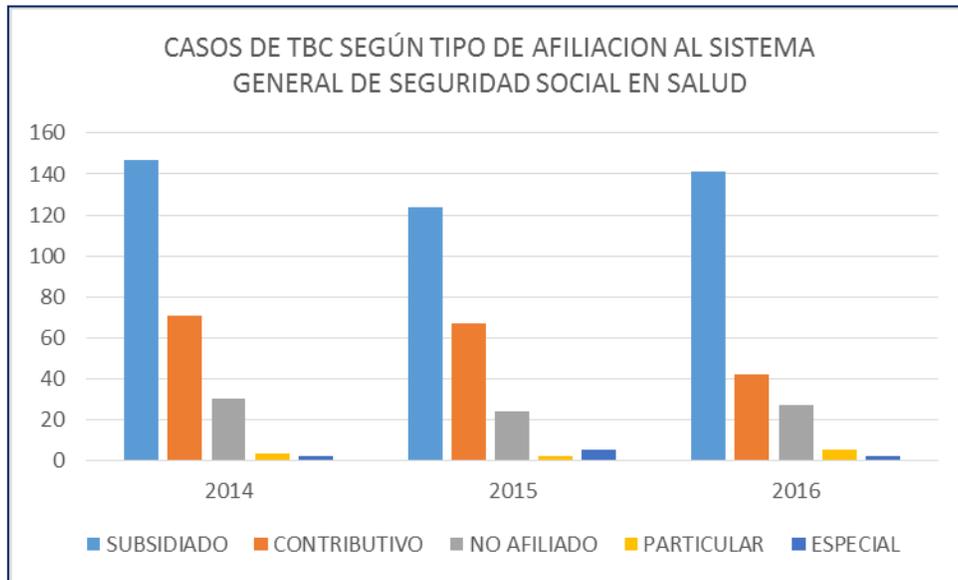


FUENTE: SIVIGILA SSDQ



Los casos de acuerdo a los rangos etareos, muestran, que en el año 2015, los rango entre 31 a 35 años y el rango de 56 a 60 años presentaron comportamientos que superaron las vigencias anteriores siendo la vigencia de mayor comportamiento; para el año 2016 el rango de 31 a 35 años fue el de mayor incidencia, presentando un comportamiento por debajo de las dos vigencias anteriores analizadas.

El sexo masculino es el de mayor incidencia, superando el comportamiento del sexo femenino en un 50% promedio



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

El comportamiento de los casos según el tipo de seguridad social en salud, muestra un comportamiento estable en el tiempo, siendo el régimen subsidiado el de mayor frecuencia, seguido del régimen contributivo, el cual presenta una disminución evidente para la vigencia 2016 y la población No afiliada muestra una tendencia estable en las tres vigencias analizadas

La clasificación por pertenencia étnica, muestra 4 casos en población indígenas y 1 caso en población Afrocolombiano; teniendo en cuenta condiciones de vulnerabilidad, se detecta como circunstancia especial, 19 casos en población indigente, 4 Casos en población psiquiátrica, 3 casos en población penitenciaria, 2 casos en población discapacitada y 1 caso en población desplazada.



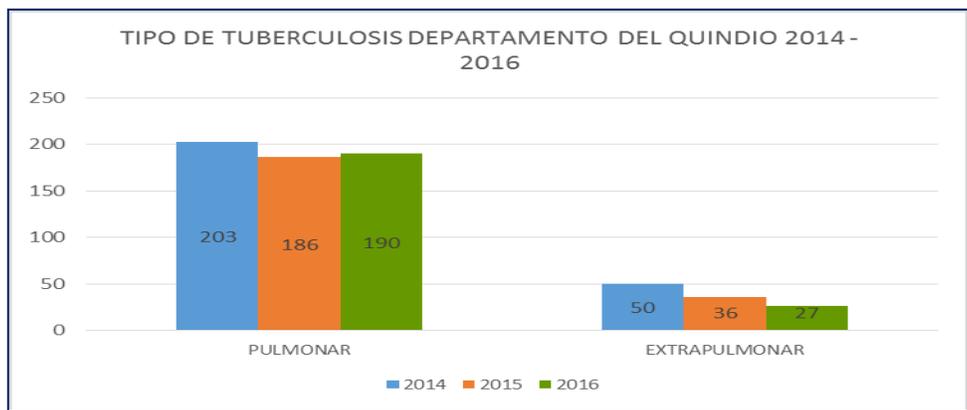
Tabla. Clasificación de los casos de TBC según antecedentes de tratamiento. Dpto de Quindío 2016.

MUNICIPIO	NUEVO	TRAS RECAIDA	TRAS FRACASO	RECUPERADO TRAS PERDIDA DE SEGUIMIENTO	TOTAL
ARMENIA	112	4	14	4	134
CALARCA	22	1	2	0	25
MONTENEGRO	13	0	1	2	16
LA TEBAIDA	13	0	0	1	14
QUIMBAYA	13	0	0	0	13
CIRCASIA	7	0	0	1	8
FILANDIA	3	0	0	0	3
CORDOBA	1	0	0	0	1
GENOVA	1	0	0	0	1
PIJAO	1	0	0	0	1
SALENTO	1	0	0	0	1
QUINDIO	187	5	17	8	217

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

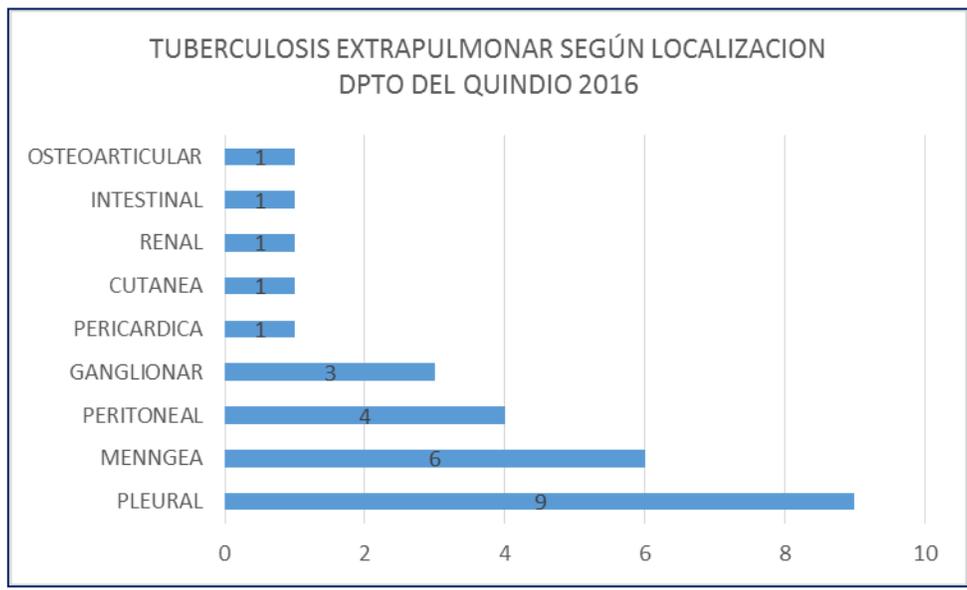
La clasificación de la Tuberculosis según antecedente de tratamiento, muestra que el 86,17% de los casos fueron clasificados como casos nuevos, el 7.8% se clasifica tras fracaso en el tratamiento, el 3.6% fueron recuperados tras pérdida de seguimiento y el 2.3% tras recaída.

Es importante tener en cuenta que el comportamiento anterior, dependen de las situaciones y/o condiciones de vulnerabilidad de la población, como en el caso de la población indigente, la cual es difícil de mantener adherida a un tratamiento dada su situación social y permanente traslado; sumado a lo anterior, por la labor agrícola especialmente cafetera, se cuenta con un número importante de población flotante, que llega al Departamento en temporadas de cosecha y se desplazan en forma continua.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

La Tuberculosis pulmonar, muestra un comportamiento relativamente estable en el tiempo, con un leve aumento para la vigencia 2016; la Tuberculosis Extra pulmonar muestra un comportamiento con tendencia descendente, siendo la vigencia 2016 la de menor reporte.



.FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Los casos de tuberculosis extra pulmonar se clasifican con mayor frecuencia como tuberculosis pleural, siendo la de mayor comportamiento en la vigencia 2016, en segundo lugar se ubica la tuberculosis meníngea y en su orden peritoneal, ganglionar, pericárdica, cutánea, renal Intestinal y osteoarticular.

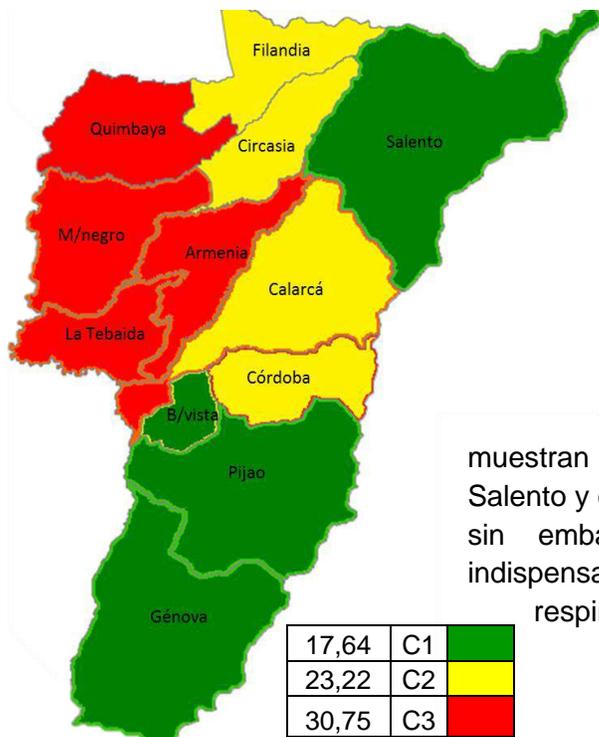


Del total de casos de Tuberculosis reportados en la vigencia 2016, el 29% se asociaron a VIH/SIDA, encontrando en forma específica, que para los casos de Tuberculosis pulmonar la asociación con VIH/SIDA fue del 27%, mientras que para los casos de Tuberculosis extra pulmonar la asociación se evidenció en el 41%.

Los municipios donde se presenta la mayor asociación a VIH son en su orden Armenia, Montenegro, Calarcá, Circasia, Filandia y Quimbaya.

De acuerdo a lo reportado al SIVIGILA, se encuentra un total de 30 fallecimientos, mostrando una tasa de letalidad para el Departamento del Quindío del 14%, los municipios donde se concentran los fallecimientos son Armenia con el 83.3%, La Tebaida con el 6.6% y los municipios de Calarcá y la Tebaida con el 3.3% cada uno.

MUNICIPIO	CASOS NUEVOS DE TBC PULMONAR	TASA DE INCIDENCIA TBC PULMONAR	CASOS NUEVOS DE TBC EXTRAPULM	TASA DE INCIDENCIA	TOTAL CASOS NUEVOS	TASA DE INCIDENCIA GENERAL
ARMENIA	93	31,19	19	6,37	112	37,56
CALARCA	20	25,65	2	2,56	22	28,21
LA TEBAIDA	10	33,18	3	9,95	13	30,12
MONTENEGRO	12	226,59	1	18,88	13	31,37
QUIMBAYA	12	89,12	1	7,43	13	37,10
CIRCASIA	7	90,07	0	0,00	7	23,22
FILANDIA	3	6,95	0	0,00	3	22,28
CORDOBA	1	69,54	0	0,00	1	18,88
GENOVA	1	16,40	0	0,00	1	12,87
PIJAO	1	2,85	0	0,00	1	16,40
SALENTO	0	0,00	1	14,07	1	14,07
QUINDIO	160	28,14	27	4,75	187	32,89



De acuerdo a las tasas de incidencia para tuberculosis, mostradas por cada uno de los municipios del Departamento del Quindío, para la vigencia 216, es importante intensificar la búsqueda de sintomáticos, la captación y tratamiento de los casos en los municipios de Armenia, La Tebaida, Montenegro y La Tebaida, identificados como de mayor riesgo, seguido de los municipios de Córdoba, Calarcá, Circasia y Filandia, los cuales se muestran en un riesgo medio, los municipios de Génova, Pijao, Salento y especialmente Buenavista, se clasifican en riesgo bajo, sin embargo por el comportamiento Departamental es indispensable fortalecer la búsqueda de sintomáticos respiratorios en estos territorios,

### 5.2 TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE

Se reporta para la vigencia 2016, un total de 7 casos de Tuberculosis clasificados como farmacorresistentes, en pacientes entre 44 a 76 años de edad de los cuales el 57% corresponden al sexo masculino y el 42.8% al sexo femenino.

De acuerdo a la clasificación según antecedente de tratamiento, se encuentra que 4 casos se clasifican como nuevos y 3 como previamente tratados, según el tipo de medicamento, el 57% de los casos se reportan como no haber recibido medicamento de primera y segunda línea, 2 casos tratados con medicamentos de primera y segunda línea y un caso tratado con medicamentos de primera línea.

El 100% de los casos es clasificado como resistente a 1 o varios fármacos de acuerdo al resultado de las pruebas de sensibilidad; identificando 3 Mono resistencias, 3 MDR y 1 Poli resistente.



Informe Programa de Tuberculosis – Secretaria de Salud Departamental del Quindío 2016

INFORME TRIMESTRAL DE CASOS Y ACTIVIDADES																
DEPARTAMENTO O DISTRITO	QUINDIO				MUNICIPIO	0				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME:			20/01/2017			
EAPB	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENT.				IPS	0							DD/M/AA			
NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA EL INFORME:		ROSA SALAZAR VIGOYA						TRIMESTRE QUE INFORMA:	CONSOLIDADO			AÑO:	2016			
CASOS NUEVOS DETECTADOS		DISCAPACIDAD						MEDICAMENTOS		DISTRIBUIDOS	DISPONIBLES	SOLICITADOS				
		GRADO 0		GRADO 1		GRADO 2		TOTAL		BLÍSTER MULTIBACILAR	≥ 15 años < 15 años	20	98	0		
		F	M	F	M	F	M	F	M							
MULTIBACILAR	≥ 15 años	1	1	0	0	0	0	1	1	BLÍSTER PAUCIBACILAR	≥ 15 años < 15 años	1	83	0		
	< 15 años	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0			
PAUCIBACILAR	≥ 15 años	0	0	0	0	0	0	0	0	TALIDOMIDA	≥ 15 años < 15 años	90	1870	0		
	< 15 años	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0			
RECIDIVAS		MULTIBACILAR		PAUCIBACILAR		TOTAL		REACCIONES	TIPO 1		TIPO 2		TOTAL		CONTACTOS/CONVIVIENTES	
		F	M	F	M	F	M		F	M	F	M	F	M	CONTACTOS IDENTIFICADOS:	7
		≥ 15 años		0	0	1	0		1	0	≥ 15 años	1	0	0	0	1
< 15 años		0	0	0	0	0	0	< 15 años	0	0	0	0	0	0	CONTACTOS EXAMINADOS:	2
														CONTACTOS ENFERMOS:	0	



Numero de pacientes con lesión única	0
--------------------------------------	---

**INFORME ANUAL: PACIENTES EN PQT AL FINAL DEL AÑO Y COHORTE**

PACIENTES EN PQT AL FINAL DEL TRIMESTRE		REGULAR		IRREGULAR		TOTAL	
		F	M	F	M	F	M
MULTIBACILAR	≥ 15 años	3	2	0	0	3	2
	< 15 años	0	0	0	0	0	0
PAUCIBACILAR	≥ 15 años	0	0	0	0	0	0
	< 15 años	0	0	0	0	0	0

**INFORME ANUAL DE EVALUACIÓN DE COHORTE**

Cohortes de Lepra: Trabajar las cohortes con respecto a los casos reportados en el informe de la parte superior, pero un o dos años después acorde con los casos ha analizar Lepra PB o MB

UN (1) AÑO DESPUES DEL INGRESO

Fecha de elaboración:

2016	TRATAMIENTO FINALIZADO		ABANDONO	FALLECIDO	CONTINUA EN TRATAMIENTO		NO EVALUADO*	TOTAL
	PB (6 blíster en 9 meses)	PB mas de 6 Blíster			Recibe más dosis del esquema	Paciente Irregular		
PB NUEVOS								0
PB RECIDIVAS								0



DOS AÑOS  
DESPUES  
DEL  
INGRESO

Fecha  
de  
elabora  
ción:

2016	TRATAMIENTO O FINALIZADO		ABANDON O	FALLECID O	CONTINUA EN TRATAMIE NTO		NO EVALUADO*	TOTA L
	MB (12 blíst er en 18 mes es)	MB mas de 12 blíster			Recib e más dosis del esque ma	Paci ente Irre gula r		
MB NUEVOS								0
MB RECIDIVAS								0

\* Los casos transferidos se deberá verificar con el lugar al que fue remitido y registrar el egreso respectivo.

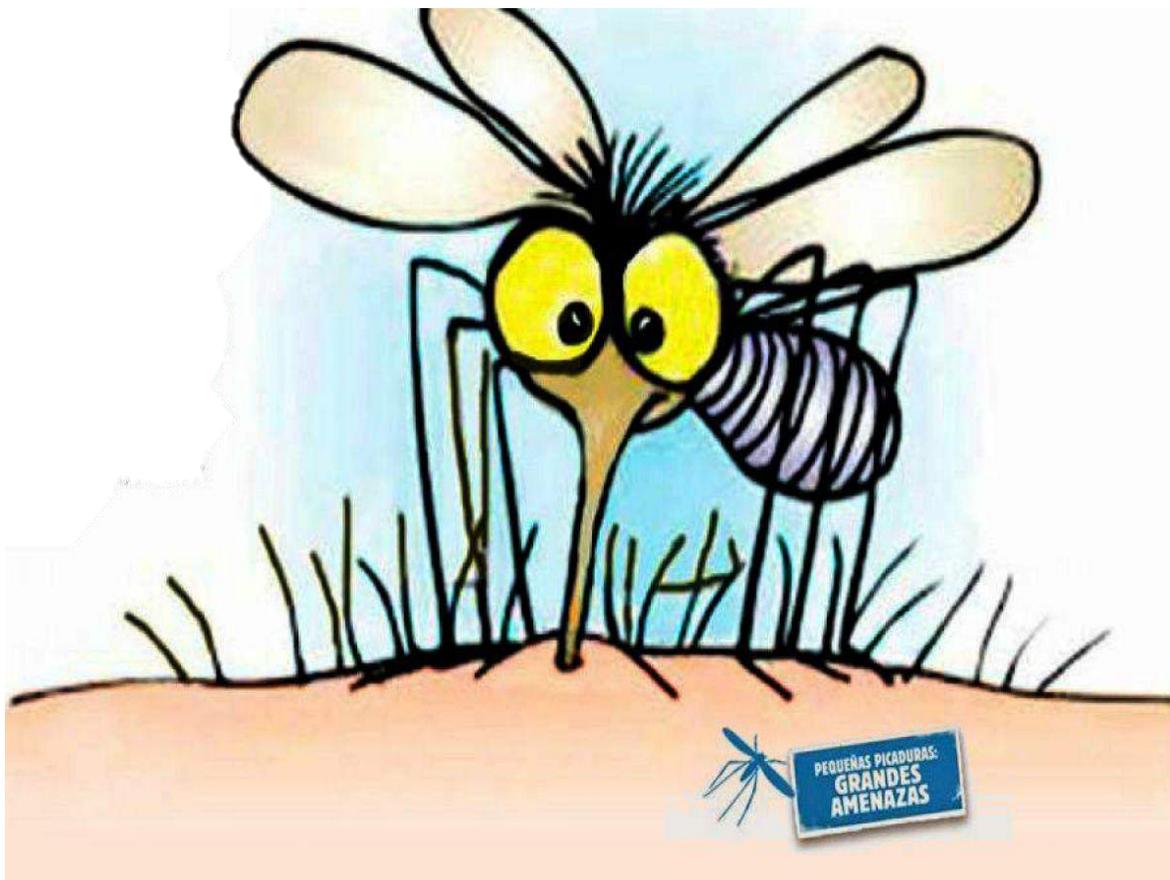
### 5.3 LEPRO

Para la vigencia 016, se reporta un total de 3 casos, el 66.6% corresponde al sexo femenino y 33.3% al sexo masculino, en edades de 31, 75, 76 años de edad, de acuerdo a la situación de ingreso 2 de los casos se clasificaron como nuevos y el tercer caso como Recidiva.

Según la clasificación clínica dos de los casos se informan como multibacilares y un caso paucibacilar, presentan grado de discapacidad 0, de acuerdo al municipio de residencia el 66.6% corresponden al municipio de Armenia y el 33.3% al municipio de Calarcá



# 6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES





### 6.1 DENGUE

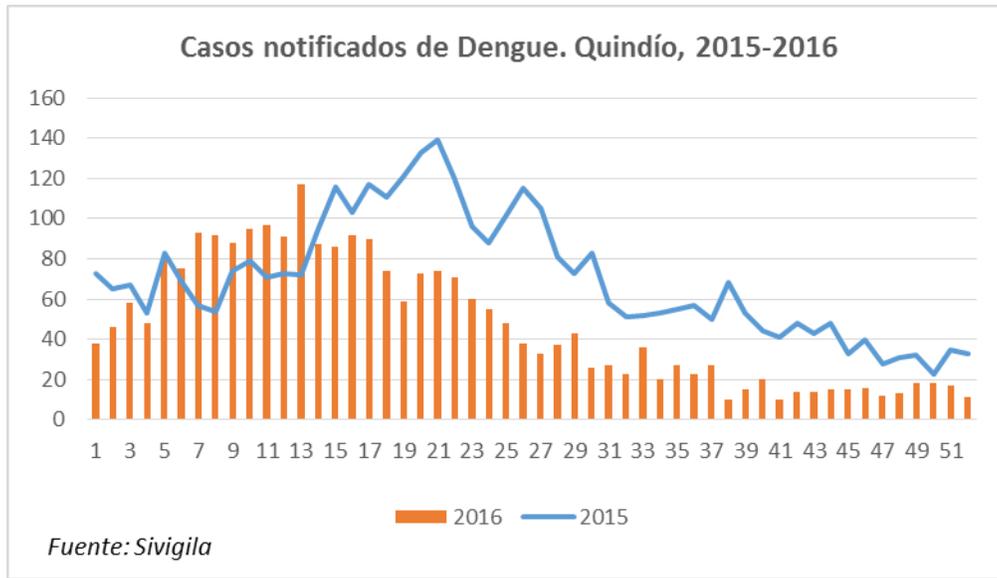
El dengue es una enfermedad viral febril aguda. Se reconoce un espectro de manifestaciones de la enfermedad que va desde procesos asintomáticos hasta cuadros severos; es así como se definen diversas formas clínicas: dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma, y el dengue grave; donde se encuentran incluidos el síndrome de choque por dengue (SCD) y otras complicaciones del dengue como miocarditis, encefalitis, hepatitis las cuales se asocian con mayor mortalidad.

El agente etiológico es el Virus del dengue, familia Flaviviridae, género Flavivirus perteneciente a los arbovirus (virus transmitidos por artrópodos o insectos). El vector principal en la Región de las Américas es el mosquito Aedes aegypti. El virus del dengue tiene 4 serotipos (dengue 1, dengue 2, dengue 3, dengue 4) y la infección con alguno de estos serotipos no produce protección cruzada o prolongada para los otros.

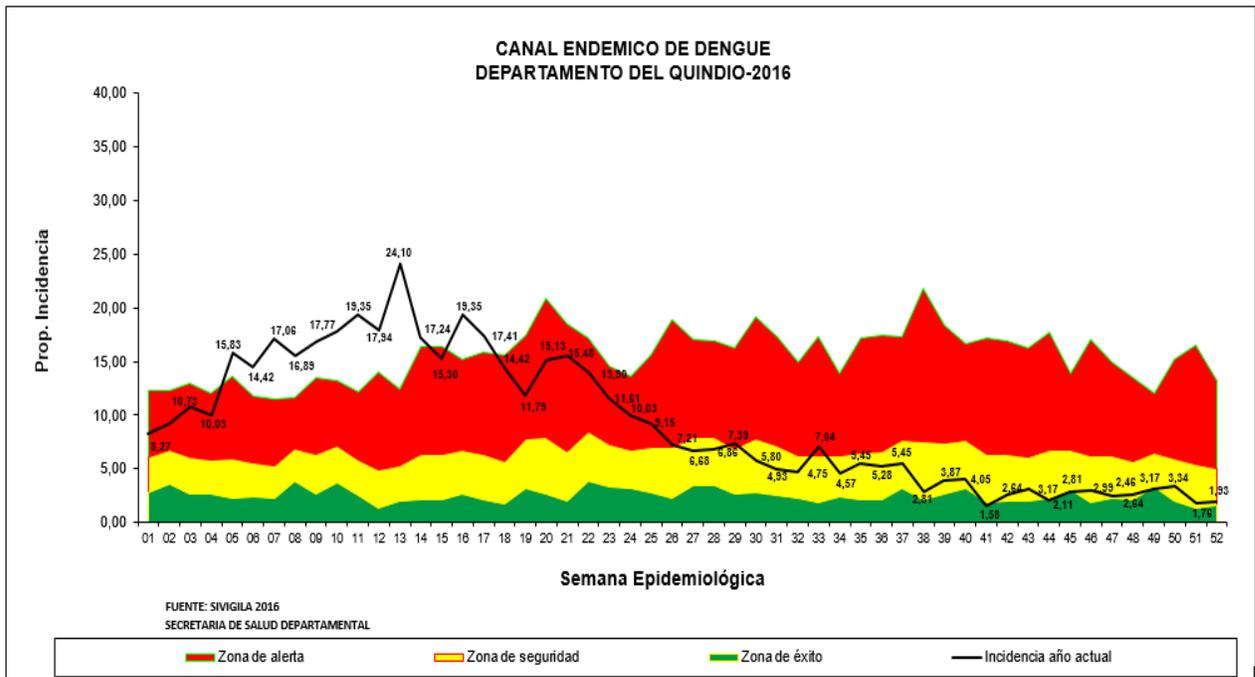
Las características clínicas del dengue dependen a menudo de la edad del paciente. Los niños mayores y los adultos pueden tener una enfermedad febril leve o la clásica enfermedad incapacitante de inicio abrupto, fiebre alta, cefalea intensa, dolor retroorbital, dolores musculares y articulares y erupción cutánea. Es frecuente la leucopenia (recuento de leucocitos <5000) y en ocasiones se observa trombocitopenia. Los lactantes y preescolares pueden sufrir desde una enfermedad febril indiferenciada con erupción maculopapular hasta complicaciones mayores.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016



En el departamento del Quindío durante el año 2016, se notificaron 2507 casos de Dengue. La tendencia del evento en comparación con el año 2015, muestra una disminución a partir de la semana epidemiológica 14. Ingresaron al Sivigila, 1548 (62,9%) casos de Dengue sin signos de alarma, 951 (36,8%) casos de Dengue con signos de alarma y 8 (0,3%) casos de Dengue grave.





El canal endémico de Dengue, ubica el departamento del Quindío en zona de seguridad a partir de la semana epidemiológica 27 de 2016.

Comportamiento epidemiológico de dengue,  
Colombia, semanas epidemiológicas 49-52, 2016

Entidades en situación de éxito y seguridad			Entidades en situación de alarma	Entidades en situación de brote
Sucre	Cartagena	Santa Marta	Risaralda	Boyacá
Meta	La Guajira	Magdalena	Valle del Cauca	Antioquia
Cesar	Caquetá	Vaupés	Nariño	Amazonas
Casanare	Bolívar	San Andres	Chocó	
Córdoba	Buenaventura	Arauca		
Norte Santander	Cundinamarca	Caldas		
Santander	Vichada	Putumayo		
Atlántico	Cauca	Guaviare		
Barranquilla	<b>Quindio</b>	Huila		
Tolima	Guainia			

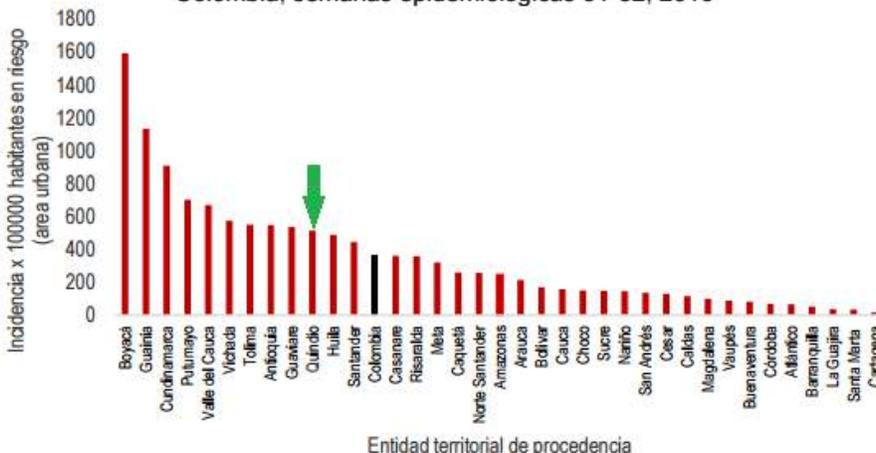
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional De Salud, Colombia, 2016

Casos de Dengue por municipio de procedencia y clasificación. Quindío, SE 01-52, 2016							
Municipio	Población	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Armenia	298.199	1343	53,74%	6	75,00%	1349	53,81%
Calarcá	77.987	357	14,29%	1	12,50%	358	14,28%
Circasia	30.143	287	11,48%	1	12,50%	288	11,49%
Montenegro	41.438	251	10,04%	0	0,00%	251	10,01%
Quimbaya	35.036	106	4,24%	0	0,00%	106	4,23%
La Tebaida	43.159	76	3,04%	0	0,00%	76	3,03%
Córdoba	5.269	30	1,20%	0	0,00%	30	1,20%
Filandia	13.465	20	0,80%	0	0,00%	20	0,80%
Buenavista	2.805	9	0,36%	0	0,00%	9	0,36%
Génova	7.772	9	0,36%	0	0,00%	9	0,36%
Salento	7.109	6	0,24%	0	0,00%	6	0,24%
Pijao	6.097	5	0,20%	0	0,00%	5	0,20%
<b>Total Departamento</b>	<b>568.506</b>	<b>2499</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>2507</b>	<b>100%</b>

Fuente: Sivigila

Teniendo en cuenta la procedencia de los casos, el municipio de Armenia notifica el mayor número de casos de Dengue del departamento, aportando un 53,74% (1349 casos), seguido por Calarcá con un 14,28% (358 casos), Circasia 11,49% (288 casos), Montenegro 10,01% (251 casos) y Quimbaya 4,23% (106 casos).

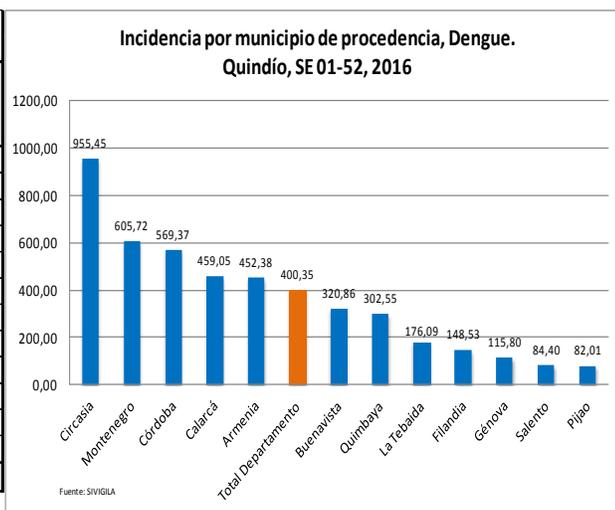
Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



La incidencia departamental es de 440,98 casos por 100.000 habitantes, que comparada con la incidencia Nacional (366,2 casos por 100.000 habitantes) ubica al departamento en el décimo lugar de notificación de casos de Dengue durante el año 2016.

Incidencia por municipio de procedencia, Quindío, SE 01-52, 2016			
Municipio	Población	Casos	Incidencia x 100mil hab
Circasia	30.143	288	955,45
Montenegro	41.438	251	605,72
Córdoba	5.269	30	569,37
Calarcá	77.987	358	459,05
Armenia	298.199	1349	452,38
Buenavista	2.805	9	320,86
Quimbaya	35.036	106	302,55
La Tebaida	43.159	76	176,09
Filandia	13.465	20	148,53
Génova	7.772	9	115,80
Salento	7.109	6	84,40
Pijao	6.097	5	82,01
<b>Total Departamento</b>	<b>568.506</b>	<b>2507</b>	<b>440,98</b>

Fuente: Sivigila

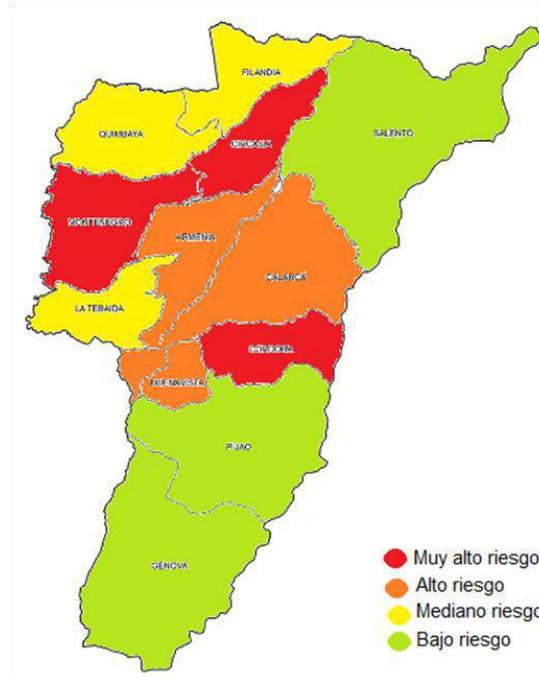


Fuente: SIVIGILA

El municipio con mayor incidencia de dengue fue Circasia con 955,45 casos x 100.000 hab, seguido por Montenegro con 605,72, Córdoba 569,37, Calarcá 459,05, Armenia 452,38, los cuales se ubican por encima del valor de la incidencia departamental.

Al agrupar la incidencia de los municipios por cuartiles, se ubican según el riesgo para la población como se indica en el siguiente mapa:

Mapa de Riesgo para casos de Dengue. Quindío, SE 01-52, 2016



Continuando con la evaluación del riesgo, a continuación, se mencionan los sectores por municipio con mayor número de casos notificados en el Sivigila, teniendo en cuenta la deficiente calidad del dato en la variable de dirección:

- **Armenia:** La Patria, Granada, Centro, La Fachada, Bosques de Pinares, San José, Villa Carolina, Las Acacias
- **Buenavista:** El Dorado.
- **Calarcá:** Llanitos, Versalles, Veracruz, Gaitán, Américas, San José.
- **Circasia:** Las Mercedes, Cooperativo, La Pista, Alto Bonito, Villa Nohemy, Ciudad Libre.
- **Córdoba:** Javier Baquero, San Diego, Centro, Siete de Agosto, El Ensueño.
- **Filandia:** Guillermo León, Estadio, Mirador, Belisario Betancourt, Centro.
- **Génova:** Los Tejares, Los Álamos, Nueva Colombia, La Isla.
- **La Tebaida:** Nueva Tebaida, Centro, El Cantarito, Alfonso López, Alambra.
- **Montenegro:** Ciudad Alegría, Comuneros, Centenario, Centro, La Soledad, Compartir.
- **Pijao:** La Planta, Urbanización la Maizena.
- **Quimbaya:** Ciudadela, El Rocío, Centro, Cincuentenario, Policarpa, José Hilario, Vocacional.
- **Salento:** Villa Carolina, Centro.

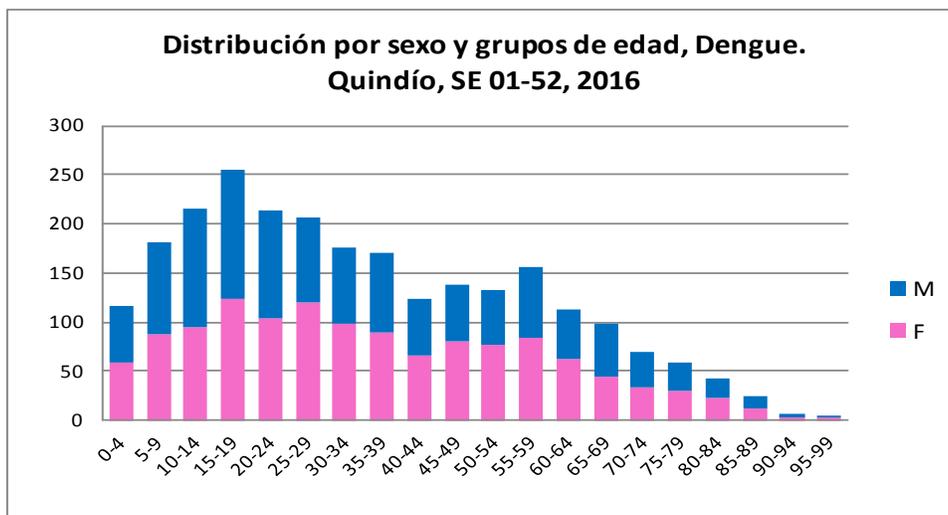


Comportamiento demográfico y social de los casos de Dengue. Quindío, SE 01-52, 2016

VARIABLE	CATEGORIA	DENGUE	%	D. GRAVE	%	TOTAL	%
SEXO	Femenino	1284	51,4%	4	50,0%	1288	51,4%
	Masculino	1215	48,6%	4	50,0%	1219	48,6%
	<b>Total</b>	<b>2499</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>2507</b>	<b>100,0%</b>
TIPO DE REGIMEN	Contributivo	1144	45,8%	6	75,0%	1150	45,9%
	Subsidiado	1033	41,3%	2	25,0%	1035	41,3%
	No afiliado	116	4,6%	0	0,0%	116	4,6%
	Excepción	102	4,1%	0	0,0%	102	4,1%
	Especial	66	2,6%	0	0,0%	66	2,6%
	Indetermina	38	1,5%	0	0,0%	38	1,5%
	<b>Total</b>	<b>2499</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>2507</b>	<b>100,0%</b>
PERTENENCIA ETNICA	Otro	2478	99,2%	8	100,0%	2486	99,2%
	Indígena	12	0,5%	0	0,0%	12	0,5%
	ROM, Gitano	7	0,3%	0	0,0%	7	0,3%
	Afrocolombi	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%
	<b>Total</b>	<b>2499</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>2507</b>	<b>100,0%</b>
GRUPOS DE EDAD	0-4	116	4,6%	1	12,5%	117	4,7%
	5-9	182	7,3%	0	0,0%	182	7,3%
	10-14	215	8,6%	4	50,0%	219	8,7%
	15-19	255	10,2%	1	12,5%	256	10,2%
	20-24	213	8,5%	0	0,0%	213	8,5%
	25-29	207	8,3%	0	0,0%	207	8,3%
	30-34	176	7,0%	0	0,0%	176	7,0%
	35-39	171	6,8%	0	0,0%	171	6,8%
	40-44	123	4,9%	0	0,0%	123	4,9%
	45-49	138	5,5%	0	0,0%	138	5,5%
	50-54	132	5,3%	1	12,5%	133	5,3%
	55-59	156	6,2%	0	0,0%	156	6,2%
	60-64	112	4,5%	1	12,5%	113	4,5%
	> 65 años	303	12,1%	0	0,0%	303	12,1%
	<b>Total</b>	<b>2499</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>2507</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Sivigila

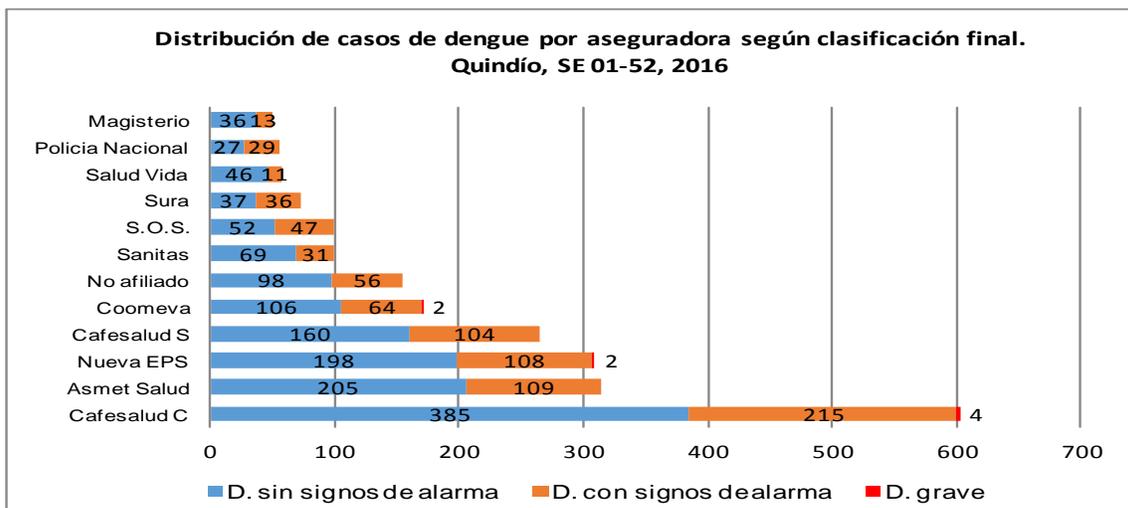
La distribución de los casos de dengue para el año 2016 por sexo fue de 1288(51,4%) casos en el sexo femenino y 1219(48,6%) casos en el sexo masculino. Se notificaron 12(0,5%) casos de dengue en el grupo poblacional indígena, 7(0,3%) en ROM, gitanos, 2(0,1%) casos en afrocolombianos.



FUENTE: SIGILA SSDQ

El grupo de edad con mayor número de casos fue el de 15-19 años con 256(10,2%) casos, seguido por 10-14 años con 219(8,7%) casos, 20-24 años con 213(8,5%) casos, 25-29 años 207(8,3%)) casos, 5-9 años con 182(7,3%) casos, como los más representativos, cabe resaltar que al agrupar los casos con edad mayor de 65 años, representa un 12,1% con 303 casos notificados.

Al revisar el régimen de afiliación de los casos notificados por dengue se encuentra que 1150(45,9%) casos pertenecen al régimen contributivo, 1035(41,3%) casos al régimen subsidiado, 116(4,6%) casos sin afiliación, 102(4,1%) al régimen de excepción, 66(2,6%) casos a régimen especial y 38(1,5%) casos en régimen indeterminado.



FUENTE: SIGILA SSDQ



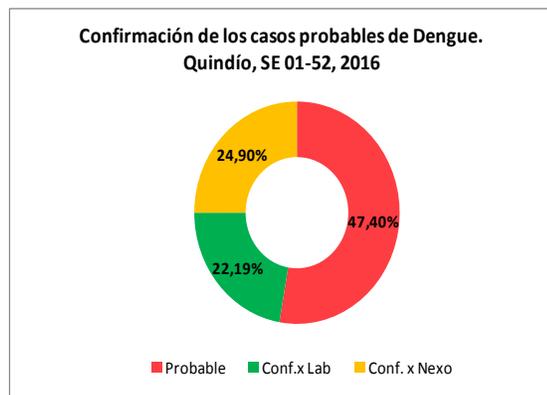
La EAPB con mayor número de afiliados notificados por dengue es Cafesalud con un total de 868(34,6%) casos, de los cuales 604(69,6%) casos pertenecen al régimen contributivo y 264(30,4%) casos al régimen subsidiado, Asmet Salud 314(12,5%) casos, Nueva EPS 308(12,3%) casos, Coomeva 172(6,8%) casos, No afiliados 154(6,1%) casos, representando el 72,3% de los casos notificados para el año 2016. Las otras EAPB tienen una participación menor.

Clasificación final de los casos de Dengue por conducta de manejo. Quindío, SE 01-52, 2016				
	D. sin signos de alarma	D. con signos de alarma	D. grave	Total general
Ambulatorio	1275	229		1504
Hospitalización piso	147	415		562
U.C.I.		12	8	20
Observación	120	224		344
Remisión para hospitalización	6	71		77
<b>Total general</b>	<b>1548</b>	<b>951</b>	<b>8</b>	<b>2507</b>

Fuente: SIVIGILA

Se evidencia el incumplimiento de las Guías de atención y Protocolo de vigilancia en Salud Pública del evento según los datos encontrados de conductas de manejo según la clasificación del caso de dengue, por lo cual se debe realizar procesos de capacitación al personal médico y paramédico de todas las instituciones que atienden los casos.

Confirmación de los casos probales de Dengue. Quindío, SE 01-52, 2016		
Tipo de caso	Casos	%
Probable	1280	52,74
Conf. x Lab	540	22,25
Conf. x Nexd	607	25,01
<b>Total</b>	<b>2427</b>	<b>100</b>



De los 2507 casos de dengue notificados en el año 2016 al Sivigila, 71(2,8%) casos ingresaron confirmados por laboratorio, 1(0,4%) caso ingresó confirmado por nexd epidemiológico y 2427(96,8%) casos ingresaron como probables, de los cuales se realizó confirmación del 47,26%, con un total de 611(24,37%) casos confirmados por laboratorio y 611(24,37%) casos confirmados por nexd epidemiológico.



**INDICADORES:**

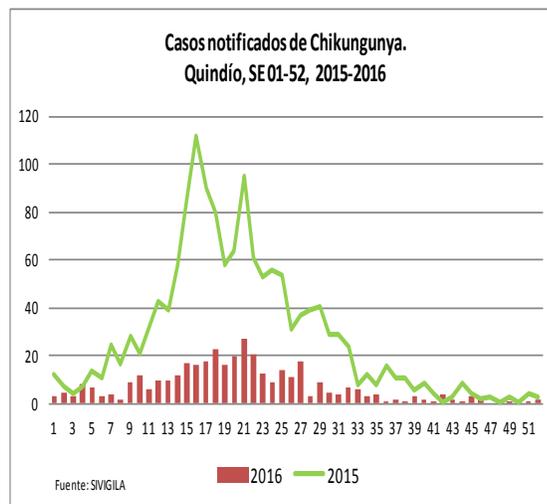
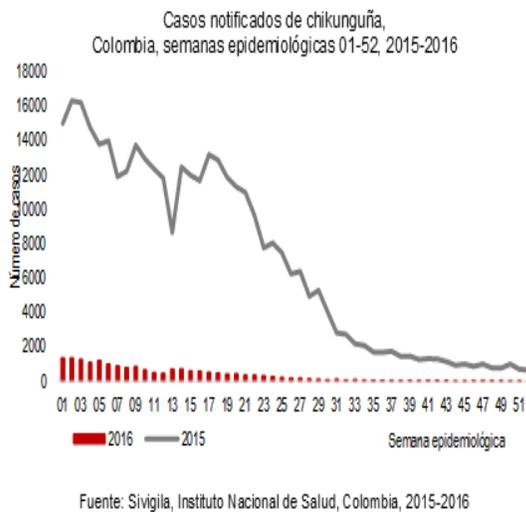
NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	RESULTADO
Porcentaje de casos probables de dengue grave por período epidemiológico	PROCESO	<b>Numerador:</b> número de casos probables de Dengue Grave <b>Denominador:</b> total de casos de Dengue Grave notificados al Sivigila	El <b>53,3%</b> de los casos de dengue grave notificados al Sivigila se encuentran clasificados como probables.
Incidencia de dengue / dengue grave	PROCESO	<b>Numerador:</b> total de casos de dengue / dengue grave <b>Denominador:</b> población a riesgo para dengue	Por cada 100.000 personas en riesgo se notificaron <b>440,98</b> casos de dengue.  Por cada 100.000 personas en riesgo se notificaron <b>319,10</b> casos de dengue grave.
Letalidad por dengue grave	PROCESO	<b>Numerador:</b> Total de casos fatales confirmados por dengue grave <b>Denominador:</b> Total de casos de dengue grave	Por cada 100 casos notificados de dengue grave, se presentaron <b>12,5</b> casos fatales.
Proporción de hospitalizaciones por dengue grave	PROCESO	<b>Numerador:</b> total de casos hospitalizados con diagnóstico dengue grave <b>Denominador:</b> total de casos de dengue grave.	El <b>87,5%</b> de los casos notificados de dengue grave fueron hospitalizados.
Porcentaje de confirmación dengue / dengue Grave	PROCESO	<b>Numerador:</b> Número de casos confirmados por dengue/dengue grave <b>Denominador:</b> Número de casos dengue/dengue grave.	El <b>24,37%</b> de los casos notificados de dengue fueron confirmados.

FUENTE: SIVGILA SSDQ

## 6.2 CHIKUNGUNYA

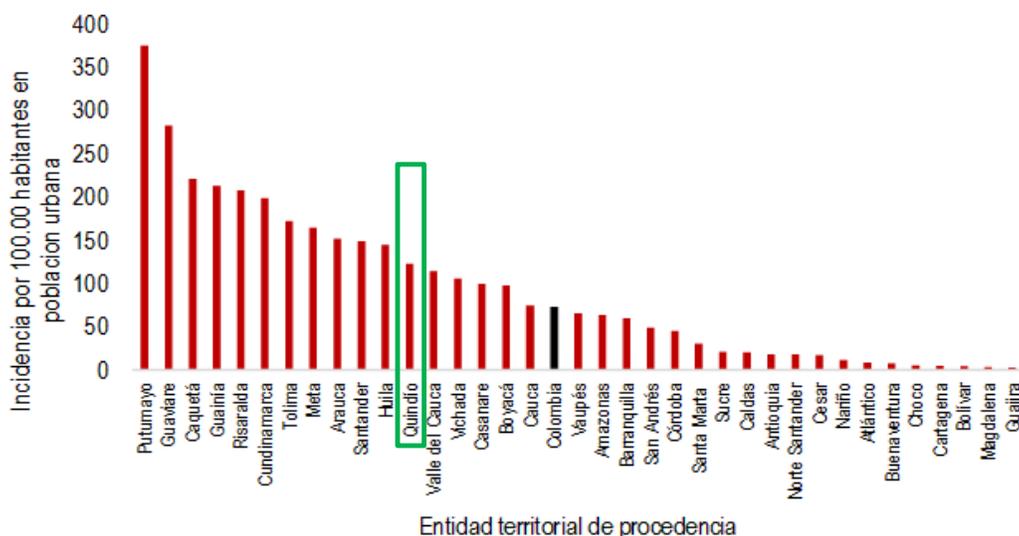
La Fiebre Chikungunya es una enfermedad ocasionada por infección con el virus Chikungunya (CHIKV), el cual es un alfavirus de la familia Togaviridae, transmitido por la picadura de mosquitos hembra *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus* (*Stegomyia aegypti* y *Stegomyia albopicta*, nueva clasificación taxonómica). El período de incubación oscila entre 1 y 12 días, con un promedio de 3 a 7 días. La viremia dura entre 5 a 6 días (incluso hasta 10 días) luego del inicio de la fiebre. Otras formas de transmisión de la enfermedad pueden ocurrir por transfusiones sanguíneas o sus derivados y/o la transmisión madre a hijo, particularmente durante la última semana de gestación.

Los signos clínicos típicos de la enfermedad son: fiebre, artralgia severa o artritis de comienzo agudo, cuadro autolimitado con una duración aproximada de 10 días, el cual evoluciona a la mejoría, aunque en algunos casos puede persistir por semanas o meses. La presentación subaguda de la enfermedad se puede observar 60 a 90 días después del cuadro clínico inicial, con un cuadro reumático (dolor articular, tenosinovitis, en algunos casos trastornos vasculares periféricos transitorios, fatiga, debilidad y en casos extremos llegar a la depresión); la fase crónica se configura cuando la sintomatología persiste por más de tres meses y hasta por 12 meses o más, con síntomas de poliartralgia inflamatoria persistente, fatiga y depresión en algunos casos.



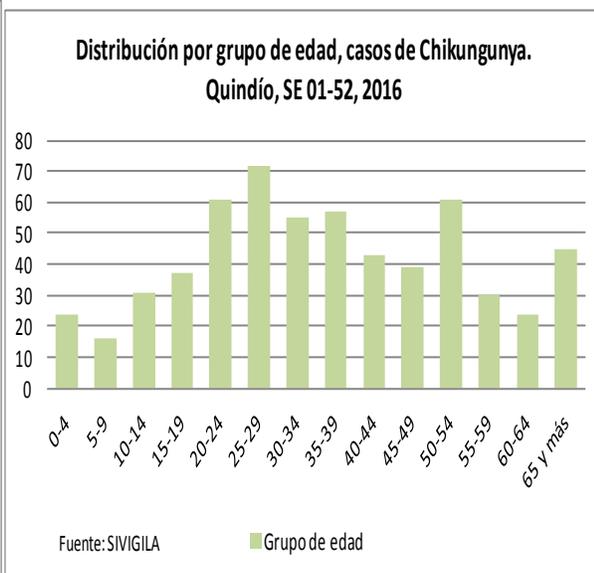
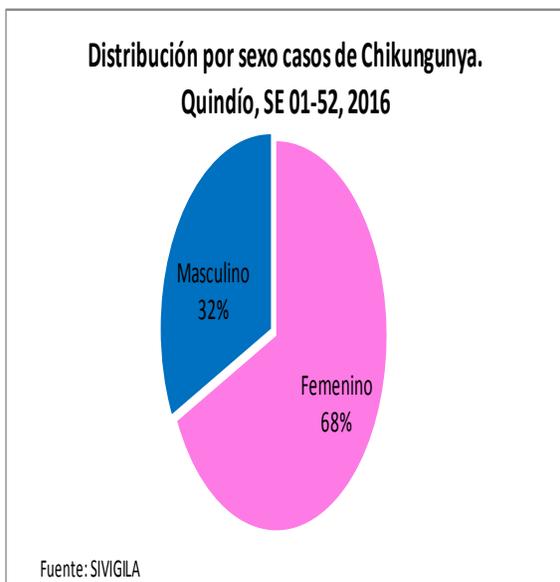
Comparando el año 2016 con el inmediatamente anterior, se evidencia una tendencia a la disminución de la notificación de casos del evento en el departamento, muy similar a la presentada en el territorio Nacional.

**Incidencia chikunguña por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Según notificación al SIVIGILA, durante el año 2016, se notificaron un total de 595 casos residentes en el departamento de Quindío, de los cuales 351(59%) fueron notificados en la ficha 217 y 244(41%) en la ficha 910. La tasa de incidencia para el departamento es de 104,66 casos x 100.000 habs, ubicándose por encima de la tasa de incidencia Nacional: 72,4 casos x 100.000 habs.



**Comportamiento por sexo y grupos de edad, casos de Chikungunya.  
Quindío, SE 01-52,2016**

VARIABLE	CATEGORIA	FICHA DE NOTIFICACION		TOTAL	% TOTAL
		Ficha 910	Ficha 217		
SEXO	Femenino	160	243	403	67,73
	Masculino	84	108	192	32,27
	<b>TOTAL</b>	<b>244</b>	<b>351</b>	<b>595</b>	<b>100,00</b>
GRUPOS DE EDAD	0-4	4	20	24	4,03
	5-9	8	8	16	2,69
	10-14	13	18	31	5,21
	15-19	22	15	37	6,22
	20-24	21	40	61	10,25
	25-29	28	44	72	12,10
	30-34	30	25	55	9,24
	35-39	31	26	57	9,58
	40-44	18	25	43	7,23
	45-49	18	21	39	6,55
	50-54	25	36	61	10,25
	55-59	14	16	30	5,04
	60-64	3	21	24	4,03
	65 y más	9	36	45	7,56
	<b>TOTAL</b>	<b>244</b>	<b>351</b>	<b>595</b>	<b>100,00</b>

Fuente: SIVIGILA

En la distribución por sexo se observa que el femenino presenta mayor reporte de casos con un 68% y el masculino 32%, información posiblemente relacionada con los hábitos intra-domiciliarios del vector y la actividad relacionada con los oficios del hogar de las mujeres.

En la distribución por grupos de edad, el que mayor número de casos presentó es el de 25-29 años con 72(12,10%) casos, seguido por los grupos de 20-24 y 50-54 años, cada uno con 61(10,25%) casos, 35-39 años con 57(9,58%) casos, 30-34 años con 55(9,24%) casos, los cuales representan el 51% de la notificación por grupos de edad del evento.



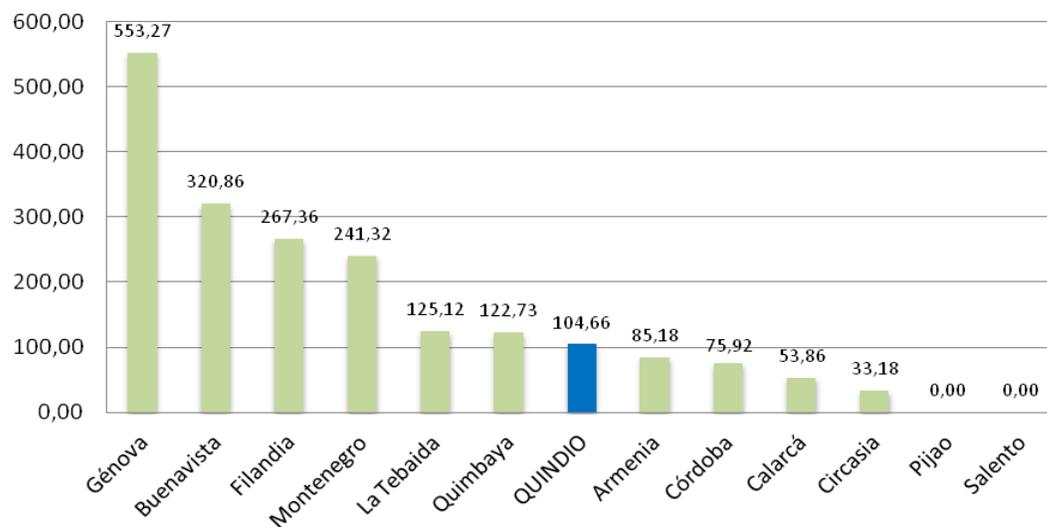
Casos notificados por municipio  
Chikungunya, Quindío, S.E. 01-52, 2016

CHKV	Ficha 910	Ficha 217	Total
Armenia	86	168	254
Montenegro	55	45	100
La Tebaida	31	23	54
Génova	26	17	43
Quimbaya	32	11	43
Calarcá	7	35	42
Filandia	4	32	36
Circasia	1	9	10
Buenavista	1	8	9
Córdoba	1	3	4
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>351</b>	<b>595</b>

Fuente: SMIGILA

Municipio	Población	Casos	Incidencia x 100mil hab
Génova	7.772	43	553,27
Buenavista	2.805	9	320,86
Filandia	13.465	36	267,36
Montenegro	41.438	100	241,32
La Tebaida	43.159	54	125,12
Quimbaya	35.036	43	122,73
Armenia	298.199	254	85,18
Córdoba	5.269	4	75,92
Calarcá	77.987	42	53,86
Circasia	30.143	10	33,18
Pijao	6.097	0	-
Salento	7.109	0	-
<b>Total Departamento</b>	<b>568.506</b>	<b>595</b>	<b>104,66</b>

Tasa de incidencia por municipio de Chikungunya.  
Quindío, SE 01-52, 2016



Fuente: SIVIGILA

Durante el año 2016, el municipio de Armenia notificó 254(42,7%) casos de Chikungunya, seguido por Montenegro 100(16,8%) casos, La Tebaida 54(9,1%) casos, Génova y Quimbaya 43(7,2%) casos cada uno, Filandia 36(7,1%) casos, Circasia 10(1,7%) casos, Buenavista 9(1,5%) casos y Córdoba 4(0,7%) casos.

El municipio con mayor riesgo para el evento es Génova con una tasa de incidencia de 553,27 casos x 100.000 hab., le siguen en su orden por tasa de incidencia Buenavista con 320,86 casos x 100.000 hab, Filandia 267,36 casos x 100.000 hab, Montenegro 241,32 casos x 100.000 hab, La Tebaida 125,12 casos x 100.000 hab y Quimbaya



122,73 casos x 100.000 hab, municipios que cuentan con tasas de incidencia mayores a la departamental.

**INDICADORES:** Para el análisis de los siguientes indicadores se toma como base la información de los 351 casos notificados por la Ficha 217:

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	INTERPRETACION DEL RESULTADO
<b>Porcentaje de casos sospechosos de chikungunya</b>	Número de casos sospechosos de chikungunya / Total de casos de chikungunya notificados en Sivigila	<b>51,28%</b> de los casos notificados de chikungunya en Sivigila se encuentran clasificados como sospechosos.
<b>Proporción de incidencia de chikungunya</b>	Número de casos nuevos / Total de la población	Por cada 100.000 personas en riesgo, se notificaron <b>104,66</b> casos de chikungunya.
<b>Porcentaje de confirmación de chikungunya</b>	Número de casos confirmados de chikungunya / Número de casos de chikungunya notificados al Sivigila	<b>1.13%</b> de los casos de chikungunya fueron confirmados.
<b>Letalidad por chikungunya</b>	Total de casos fatales confirmados por chikungunya / Total de casos confirmados de chikungunya.	Por cada 100 casos notificados de chikungunya, se presentaron <b>25</b> casos fatales.

Casos de Chikungunya por grupos de riesgo. Quindío, S.E. 01-52, 2016					
CHKV	Gestantes	Menor 1 año	Mayor 65 años	Total	%
Conf. x laboratorio	2	0	0	2	3,13
Conf. x clínica	29	4	17	50	78,13
Sospechoso	7	5	0	12	18,75
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIGILA

Al evaluar los grupos de riesgo para el evento encontramos 64 pacientes, de los cuales 2(3,13%) casos fueron confirmados por laboratorio, 50(78,13%) casos confirmados por clínica y 12(18,75%) casos quedaron como sospechosos, los cuales pertenecen a las siguientes aseguradoras:



Gestantes:

- Cafesalud EPS 2 casos
- SURA EPS 2 casos
- Asmet Salud 2 casos
- Policía Nacional: 1 caso

Menores de 1 año:

- Cafesalud EPS 3 casos
- Nueva EPS 1 caso
- No afiliado 1 caso

MORTALIDAD POR CHIKUNGUNYA:

Paciente de sexo femenino, 51 años de edad afiliada a la EPS Salud Vida

Fecha de Atención	Tipo de Atención
14/02/2016 12:01:41 p.m.	Paciente con antecedente de tiroidectomía, ingresa con cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en cefalea frontal, intensa, intermitente, dolor retro ocular, poli artralgiás, náuseas e Hiporexia, sin signos de dificultad respiratoria. Se inicia manejo analgésico, hidratación, se solicita Cuadro Hemático y revalorar. Dx: Infección Viral, No Especificada.
14/02/2016 03:50:38 p.m.	Paciente con diagnóstico de infección viral. Caso probable de dengue refiere mejoría de la cefalea, continua con poliartalgias. Sin picos febriles, sin sangrado.  Con cuadro hemático que reporta plaquetas 63000 con recuento manual 70000. Paciente termodinámicamente estable, con mejoría clínica. Se indica hospitalizar, Acetaminofén y Protección gástrica. Vigilar signos de alarma para dengue, valoración por medicina interna.
14/02/2016 06:12 p.m.	Paciente en aparentes buenas condiciones generales, consciente, alerta, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria, normo céfalo, mucosas húmedas, cuello móvil, sin adenopatías, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, campos pulmonares sin ruidos sobre agregados, abdomen blando depresible sin masas o megalias, extremidades móviles, profundidas, sin edema, neurológico sin déficit motor o sensitivo aparente. Probable caso de dengue, continuar manejo con líquidos endovenosos y acetaminofén.  Hospitalizar, Solicitar IgM para dengue, continuar manejo instaurado en urgencias
Cuadro hemático	Recuento de g. Rojos 4.54 x10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup> 3.8 - 5.2 hemoglobina 14.2 gr/dl 12.3 - 15.3 hematocrito. 39.6% 37.0 - 47.0 recuento de leucocitos 2.6 x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 5.0 - 10.0 Neutrófilos % 57.20 % 40.0 - 74.0 linfocitos % 23.00 % 19.0 - 48.0 recuento diferencial en lámina Neutrófilos % 57 linfocitos % 24 monocitos % 2 Linfocitos variantes % 17 recuento manual de plaquetas 30.000 x mm <sup>3</sup>
15/02/2016 05:31 a.m.	Paciente consiente orientada buen patrón respiratorio nosoplos abdomen blando no dolor no masas osteomusculares sin déficit focal no sangrado.



	<p>Hospitalización: Dieta Corriente Abundantes Líquidos TSH Calcio y CH Diario Dx: Infección Viral, No Especificada. <u>Parcial de Orina:</u> Color ámbar 0.0 - 1.0 aspectoclaro pH 5.0 leucocitos Negativo nitritos negativoproteínas 30 mg/dl glucosa 50 mg/dl cuerpos cetónicos negativo mg/dl 0.0 - 5.0 Bilirrubinas. Negativo sangre Sedimento urinario célulasepiteliales bajas 1-2 x ap Leucocitos 2-4 x ap hematíes 0-1 x ap bacterias ++</p> <p>Acetaminofén 500 mg tableta 1 gr cada 8 horas Omeprazol 40mg polvo para inyección 1 ampolla diluir pasar lento cada 12 horas Sodio cloruro 0.9% bolsa por 500 ml pasar a 150 cc por hora Sodio cloruro 0.9% por 100 ml bolsa Fluconazol 2mg/ml solución inyectable frasco por 100 ml 1 ampolla día</p>
<p>15/02/2016 11:53 a.m.</p>	<p>Paciente de día 1 de hospitalización con diagnostico de hipotiroidismo en manejo con 150mcg Levotiroxina / día tiroidectomía total; dengue, poliartritis asimétrica, candidiasis Oro faríngea. Paciente quien ingresa con cuadro clínico de 3 días de evolución. Cuadro hemático (14-02-2016): hb: 15.3, hto: 43.5, plaquetas: 63.000, leucocitos: 1.800 n: 64%,L: 30%. Paciente de ingreso cursa con leucopenia sin alteración en el diferencial y trombocitopenia. Pendiente reporte de IgG e IgM para dengue. Cuadro hemático del (15-02-2016): hb: 14.2, hto: 39.6, plaquetas: 31.000, leucocitos: 2.600, n: 57%, l: 26%. Se evidencia disminución de plaquetas y persiste con leucopenia. Calcio en suero: 4.5 disminuido. Por cuadro clínico y antecedentes de la paciente se solicitan paraclínicos adicionales, la paciente se encuentra termodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria, muy somnolienta cursa con hipotiroidismo crónico. Iniciar fluconazol 200mg/día y líquidos endovenosos a 150cc/hora., continuar resto de manejo medico instaurado.</p>
<p>15/02/2016 02:13 p.m.</p>	<p>Paciente con hemograma trombocitopenia plaquetas 30000 hb 14.2 hcto 39.6 linfopenia, leucopenia, hipocalcémica, Nitrógeno ureico 7.5 creatinina elevada, bilirrubina total directa elevada, potasio bajo TSH 0.31.</p>
<p>15/02/2016 08:47 p.m.</p>	<p>Paciente con cuadro clínico de 4 días de evolución consistente en astenia, adinamia, diaforesis, somnolencia, artralgias no muy claras, con deterioro progresivo de su estado general, DLH 1199, HBA1 5,5%, rangos estos alterados los cuales podrían ser compatibles con una de las patologías del síndrome febril icterico o sepsis por lo que se decide realizar todas los paraclínicos para descartar síndrome febril icterico, enfermedad autoinmune, descarta VIH, y sepsis, realizo corrección urgente de calcio sérico con 3 ampollas de gluconato de calcio, continuar con una ampolla cada 8 horas, se realiza corrección de hipocalcemia con katrol, solicitud de reactantes de fase aguda.</p> <p>Hospitalizar en pensión. Sesolicita leptospira, hepatitis b, hepatitis c, ELISA para VIH, PCR, procalcitonina, VSG, ecografía hepática y de vías biliares, RX de tórax P-A y lateral, control de electrolitos séricos después de la dosis de carga de calcio. Nistatina oral, recuento manual de plaquetas diario.6. Revalorar con manejo medico instaurado. Suspender administración de metoclopramida, acetaminofén tab 500mg dos tabletas cada 8 horas.</p>



	Hepatitis B antígeno de superficie <b>negativo</b> Hepatitis C anticuerpo <b>negativo</b> SIDA anticuerpos VIH <b>negativo</b> Leptospira IgM <b>negativo</b>
16/02/2016 11:52 a.m.	Paciente día 2 de hospitalización con diagnóstico: síndrome febril icterico en estudio, dengue consigno de alarma, hipotiroidismo en manejo con levotiroxina (tiroidectomía, Hipocloacemia) hiperfosfatemia, poliartritis asimétrica, candidiasis orofaríngea paciente con cuadro clínico de 4 días de evolución consistente en cefalea frontal intensa, dolor retroocular, poliartralgias, náuseas e hiporexia con deterioro progresivo del estado general.  Pruebas de función hepática alterada con reporte de hepatitis b, c y Leptospirosis negativas. Procalcitonina en rango de sepsis por lo que se continua con estudios que esclarezcan el origen de pruebas hepáticas alteradas. Se solicita hemocultivos seriados y urocultivo por sospecha de sepsis y posterior iniciar vancomicina, se solicita parcial de orina, calcio diario, continuar resto de manejo medico instaurado, vigilancia estrecha pendiente: proteínas totales y albumina, Elisa para VIH, ecografía de vías biliares, páncreas y vesícula. Continúa en hospitalización.
16/02/2016 12:23 p.m.	Hospitalización Medicina Interna Especialidad: - Neurocirugía  Se evidencia Alteraciones hidroelectrolíticas, leucocitosis sin alteración en el diferencial y trombocitopenia en Descenso. Hipocalcemia pero con mejoría posterior a administración de gluconato de calcio. Pruebas de función hepática alterada con reporte de hepatitis b, c y leptospirosis negativas. Procalcitonina en rango de sepsis por lo que se continua con estudios que esclarezcan el origen de pruebas hepáticas alteradas. Se continua con ampollas de gluconato de calcio - carbonato de calcio 3 capsulas cada 8 horas. Se solicita hemocultivos seriados y urocultivo por sospecha de sepsis y posterior iniciar vancomicina + meropenem. Se solicita parcial de orina, calcio diario, anticuerpos antimusculo liso, anticuerpos antimitocondriales para estudiar autoinmunidad, procalcitonina en 24 horas, se solicita inter consulta por neurología. Continuar resto de manejo medico instaurado, vigilancia estrecha se solicita valoración por neurocirugía para opinión sobre tac cerebral, solicitamos su opinión ya que no hay disponibilidad de neurología clínica.
16/02/2016 03:05 p.m.	Paciente somnolienta que responde de manera lenta al estímulo verbal, refiere sudoración, astenia y adinamia. Niega dificultad respiratoria, niega otros síntomas asociados, diuresis + y deposiciones diarreicas, permanece con ojos cerrados "porque tienen los ojos cansados". Aun con ojos cerrados responde adecuadamente permaneciendo lucida. Abre los ojos por breve tiempo con motilidad conservada. Paciente con cuadro ictero febril, hipocalcemia e hipocalemia en corrección (tac compatible con hipo pth). Desde que se inició corrección de electrolitos su nivel de conciencia ha mejorado. Actualmente afebril se recomienda continuar igual manejo según evolución nueva valoración debe ser vista por neurología clínica continua en hospitalización.
16/02/2016 06:08 p.m.	Paciente hipotensa diaforética pálida FC 49 TA 161/80 hipoperfundida SO2 95 % paciente con deterioro marcado proteínas Totales, nitritos positivos hemograma de hoy plaquetas 17000 linfocitos variables, leucocitos 13000



	leptospira negativo. Se comenta con UCI no hay disponibilidad de camas.
16/02/2016 07:23 p.m.	Se acude a llamado urgente del servicio, paciente quien presenta 3 deposiciones diarreas explosivas. Examen físico:TA: 178/75, FC: 53, SO2: 97% con fracción inspirada de oxígeno al 21%. Escleras ictericas, con distensión abdominal sin signos de irritación peritoneal. Parcial de orina: color orina rojizo, aspecto ligeramente turbio PH: 6.0. Sedimento urinario: células epiteliales bajas, bacterias: ++, Parcial de orina patológico paciente con IVU. Proteínas totales: 5.2 disminuidas, albumina en suero: 3.0, se calcula el calcio corregido con albumina: 6.4. Paciente cursa con disfunción de órgano evidenciado por trombocitopenia progresiva. Paciente con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica - sepsis grave se solicita cama en UCI o iniciar trámite para remisión de no ser posible su hospitalización dentro de la institución.
16/02/2016 08:30 p.m. 16/02/2016 09:26 p.m.	Se requiere urgente transfundir pool de plaquetas. Remisión a otra institución que cuente con cama en UCI. Hospitalización traslado a UCI
16/02/2016 10:43 p.m.	Se realiza intubación oro traqueal bajo efectos de sedación y relajación, con TOT # 8.0 fijo en 22cm de comisura labial, conector a ventilación mecánica, tomo gases arteriales de control acidosis mixta, trastorno moderado de oxigenación, hiperoxemica.
16/02/2016 11:55 p.m.	Paciente con cuadro cefalea astenia adinamia fiebre y trombocitopenia progresiva severa con movimientos anormales al trasladarla a UCI ingresando estuporosa con pupilas en 4 mm no reactivas, por su alta inestabilidad hemodinámica y soporte vasopresor alto no se traslada a tac cerebral simple diagnóstico de ingreso a UCI *falla respiratoria aguda *trombocitopenia severa con etiología a determinar *hipocalcemia moderada *Dengue grave.  Previo protocolo sedación y relajación para evitar maniobra valsava en paciente y deterioro neurológico se realiza entubación orotraqueal sin complicaciones, ventilación mecánica invasiva, reposición de bicarbonato de sodio, soporte vasopresor, reanimación guiada por metas, pendiente reporte de paraclínicos especializados. Ss tac Cerebral simple (realizar cuando este más estable hemodinamicamente).
17/02/2016 02:15 a.m.	Paciente en muy mal estado bradicardica con episodios de asistolia, se les avisa a familiares estado crítico.
17/02/2016 02:36 a.m.	Paciente quien entra en bradicardia y posterior asistolia sin respuesta a reanimación y fallece a las 02:30 hrs. Por cuadro clínico sin claridad de etiología y evolución rápida se solicita necropsia clínica.

**RESULTADOS DE LABORATORIO:**

IgM Dengue: **Negativo**

IgG Dengue: **Positivo**

Hepatitis B-C: **Negativo**

MUESTRA DE RT-PCR PARA DENGUE EN CORTE DE TEJIDO: **Negativo**



## **MUESTRA DE RT-PCR PARA CHIKUNGUNYA EN CORTE DE TEJIDO: Positivo**

IgM Leptospirosis **Negativo**

### **ACCIONES DE CONTROL DE VECTORES:**

66

Se realiza visita en la vivienda ubicada en el Barrio Corbones, se hace recorrido para detectar posibles factores de riesgo que determinen la presencia de zancudos, se realizan 32 visitas domiciliarias alrededor de la vivienda de la paciente para realizar búsqueda activa de sintomáticos febriles, de las cuales ninguna se encontró positiva a presencia de larvas de *Aedes aegypti*, se inspeccionan tres sumideros de aguas lluvias, los cuales se encontraron secos.

En 9 viviendas se encontró presencia de mosquito adulto, por lo que se realizó intervención química en 3 ciclos de acuerdo al protocolo.

### **CONCLUSIONES:**

Teniendo en cuenta el reporte de laboratorio de RT-PCR positivo para Virus Chikungunya en corte de tejido se concluye que es un caso de mortalidad por Enfermedad por Virus de Chikungunya con manifestaciones clínicas atípicas probablemente por la comorbilidad tiroidea de la paciente y se descarta mortalidad por Dengue.

### **6.3 ZIKA**

La enfermedad por virus Zika es una entidad patológica producida por un flavivirus el cual es transmitido principalmente por la picadura de un mosquito del genero *Aedes* infectado por el virus. En Colombia, las especies *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* se encuentran frecuentemente en los municipios que se encuentran por debajo de los 2.200 metros sobre el nivel del mar.

La enfermedad por virus ZIKA es un evento emergente en el mundo, Desde el año 2007 presentó brotes aislados en algunas islas de la Polinesia y la Micronesia, en el año 2014 se documentó la transmisión vectorial del virus en la región de Las Américas. En poco tiempo la presencia de este nuevo agente afectó a una gran cantidad de países y territorios del continente americano. Colombia inició la fase epidémica de la enfermedad en el mes de octubre de 2015, dadas las condiciones compartidas con otros arbovirus que circulan en el país y las diversas alertas epidemiológicas emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), este evento ingresó al sistema de vigilancia epidemiológica

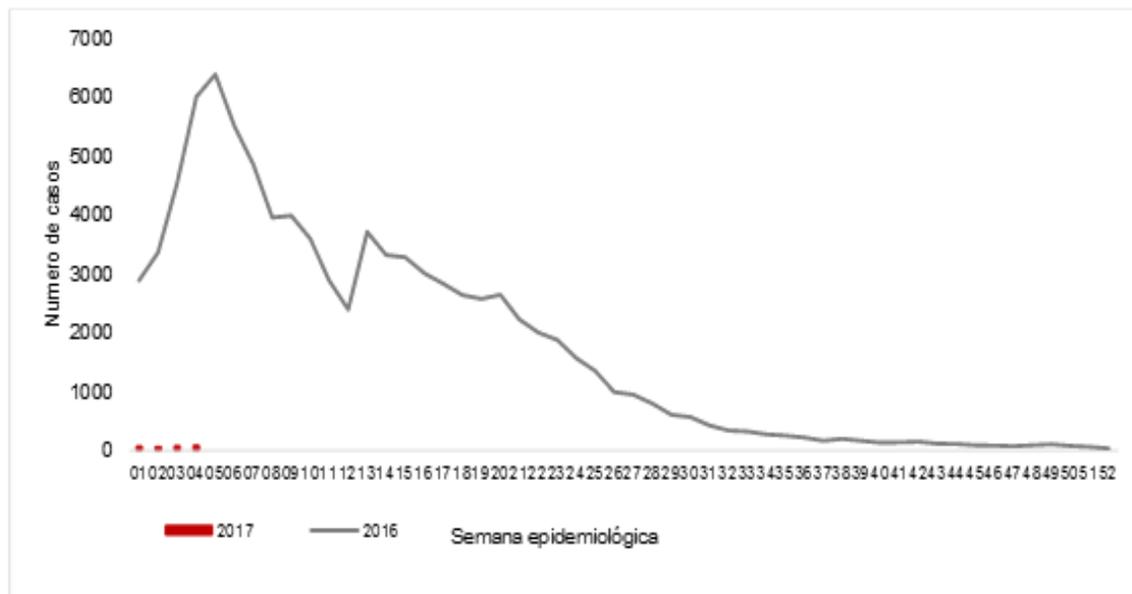


del país bajo la modalidad de vigilancia rutinaria, el cual gestiona el Instituto Nacional de Salud (INS)

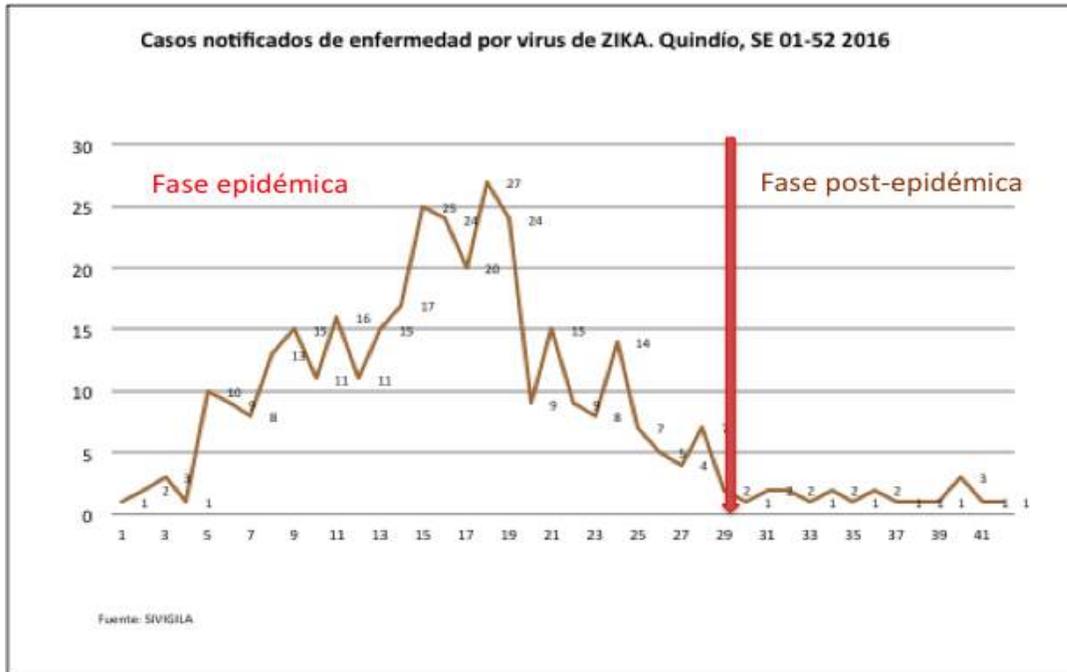
La transmisión de la madre al hijo durante el proceso de gestación, a través de relaciones sexuales y por transfusiones de sangre de personas que se encuentran en su periodo de viremia, también han sido descritas en el humano.

El 25 de julio de 2016, tras permanecer 40 semanas en epidemia de Zika, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud declararon el cierre de la fase epidémica de la enfermedad, anunciando el ingreso del país a la fase de endemia. Desde entonces los informes sobre el comportamiento epidemiológico del evento se presentan haciendo la distinción entre la “fase epidémica” y la “fase posterior al cierre de la fase epidémica”.

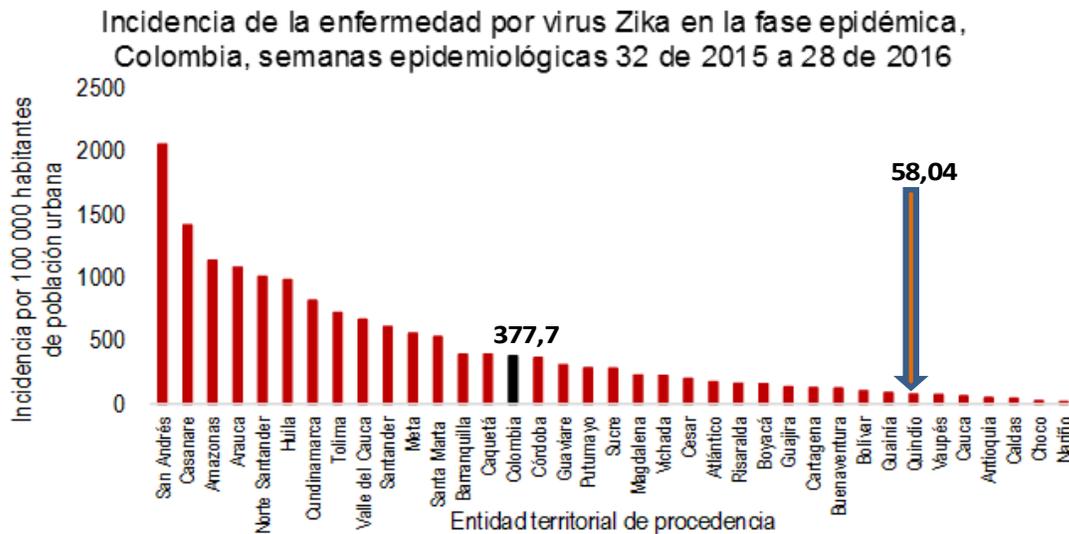
Gráfica 4. Casos notificados de enfermedad por virus Zika, Colombia, semanas epidemiológicas 01-04, 2016-2017



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

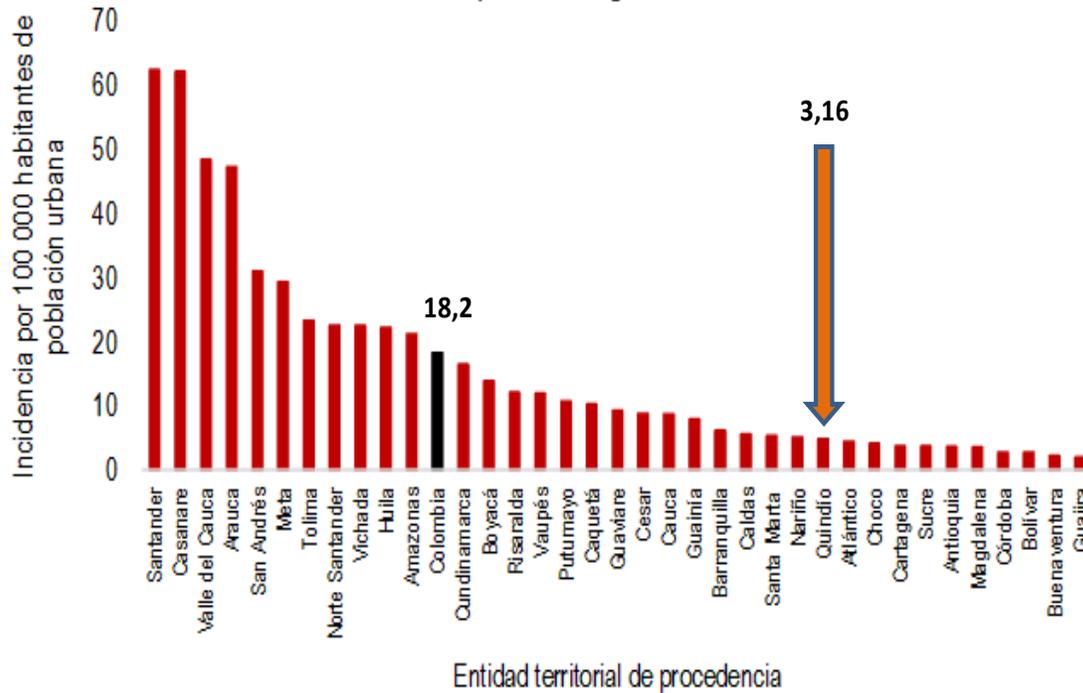


La tendencia del evento muestra un comportamiento muy similar al Nacional tanto en la fase epidémica como post-epidémica de la infección por virus ZIKA, con un pico entre las semanas epidemiológicas 13 y 17 de 2016 y un marcado descenso a partir de la semana epidemiológica 29 del mismo año.



Fuente: Sivigila. Laboratorio de Arbovirus, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

Incidencia de la enfermedad por virus Zika en la fase post - epidémica, Colombia, semanas epidemiológicas 29 a 52 de 2016



Fuente: Sivigila. Laboratorio de Arbovirus, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La tasa incidencia del departamento durante la fase epidémica de la enfermedad es de 58,04 casos x 100.000 hab, la tasa Nacional es de 377,7 casos por 100.000 hab. Para la fase post-epidémica la incidencia departamental es de 3,16 casos x 100.000 hab, y la Nacional de 18,2 casos por 100.000 hab., ubicándose en ambas fases el departamento por debajo de la incidencia Nacional.



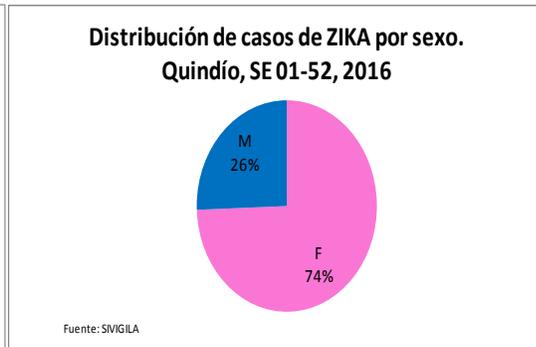
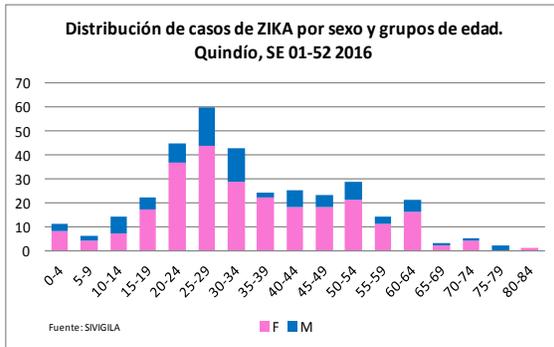
**Comportamiento demográfico y social, casos de infección por virus ZIKA. Quindío, SE 01-52,2016**

VARIABLE	CATEGORIA	TOTAL	% TOTAL
SEXO	Femenino	259	74,43
	Masculino	89	25,57
AREA PROCEDENCIA	Cabecera municipal	305	87,64
	Centro poblado	29	8,33
	Rural disperso	14	4,02
TIPO DE REGIMEN	Contributivo	208	59,77
	Especial	4	1,15
	Indet/Pend	2	0,57
	No afiliado	3	0,86
	Excepcion	7	2,01
	Subsidiado	124	35,63
GRUPOS DE EDAD	0-4	11	3,16
	5-9	6	1,72
	10-14	14	4,02
	15-19	22	6,32
	20-24	45	12,93
	25-29	60	17,24
	30-34	43	12,36
	35-39	24	6,90
	40-44	25	7,18
	45-49	23	6,61
	50-54	29	8,33
	55-59	14	4,02
	60-64	21	6,03
65 y más	11	3,16	

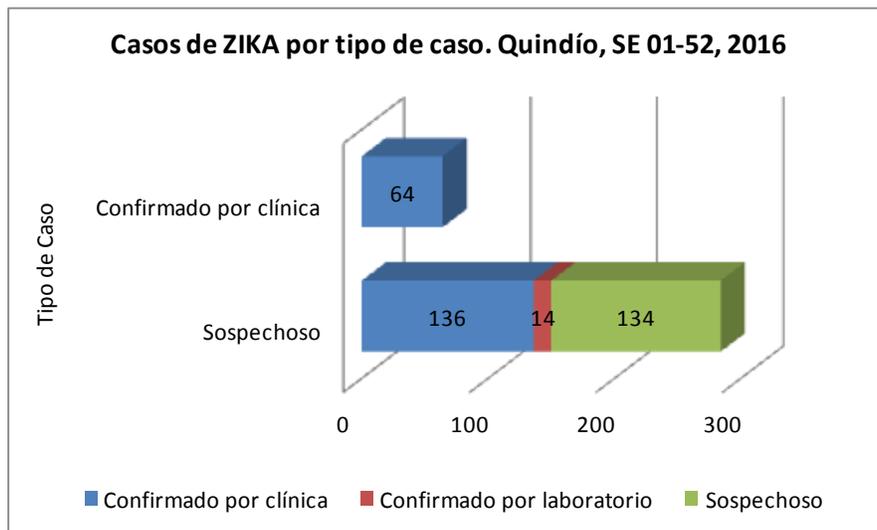
Fuente: SIVIGILA

La distribución de los casos de infección por virus ZIKA notificados en el año 2016, muestra un mayor número de casos en el sexo femenino 259(74,43%) con relación al sexo masculino con 89(25,57%) casos, posiblemente relacionado con los hábitos intradomiciliarios del vector y la actividad relacionada con los oficios del hogar de las mujeres.

De los 348 casos notificados, 208(59,77%) pertenecen al régimen contributivo, 124(35,63%) al régimen subsidiado, 7(2,01%) régimen de excepción, 4(1,15%) régimen especial, 3(0,86%) no afiliados y 2(0,57%) indeterminado/pendiente.

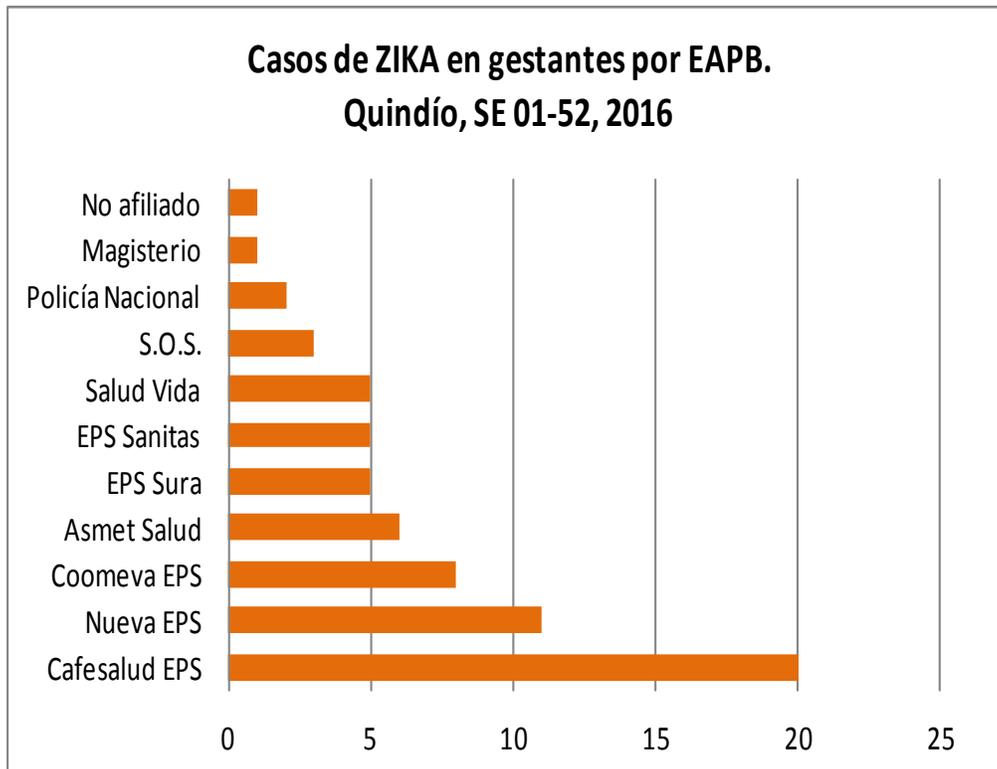


La distribución por grupos de edad presenta mayor número de casos de 20 a 34 años, los cuales concentran 42,58% con 148 casos del total de la población; del grupo de 50 a 54 años se notificaron 29(8,33%) casos, 40 a 44 años 25(7,18%) casos, 35 a 39 años 24(6,90%) casos, 45 a 49 años 23(6,61%) casos, 15 a 19 años 22(6,32%) casos, 60 a 64 años 21(6,03%) casos, 10 a 14 años y 55 a 59 años 14(4,02%) casos cada uno, los grupos de riesgo de menores de un año y mayores de 65 notificaron cada uno 11(3,16%) casos y por último el grupo de 5 a 9 años con 6(1,72%) casos.



De 348 casos notificados, 64(18,4%) ingresaron al SIVIGILA como confirmados por clínica, 284(81,6%) ingresaron como sospechosos, de los cuales se confirmó por pruebas de laboratorio 14(4,3%) casos, 136(47,9%) casos se confirmaron por clínica y los 134(47,8%) casos restantes quedaron sospechosos.

Por lo anterior es muy importante la toma de la muestra de suero para prueba de PCR en los pacientes de grupos de riesgo y recordar que según lineamientos 2017 del INS, los pacientes de la población general que cumplan con la definición de caso, ingresarán al sistema confirmados por clínica.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Se notificaron 69 casos del grupo poblacional gestante, representando 19,8% del total de los casos del evento; 51(74%) de las cuales refiere contar con ecografía obstétrica y 28(40,6%) estar en seguimiento de la gestación por la EAPB.

Del grupo poblacional gestante, se notificaron 20(29%) casos pertenecientes a la EPS Cafesalud, 11(16%) casos de Nueva EPS, 8(11,6%) casos de Coomeva EPS, 6(8,7%) casos de Asmet Salud, 5(7,2%) casos de EPS Sura, Sanitas EPS y Salud Vida respectivamente, 3(4,3%) casos de S.O.S., 2(2,9%) casos pertenecientes a Policía Nacional y 1(1,4%) caso no afiliado., es importante realizar la toma de muestra de suero para prueba de PCR y seguimiento al reporte las gestantes con sintomatología del evento, ya que la infección por el virus Zika durante el embarazo ha sido relacionada con la presentación de microcefalia y otro tipo de defectos congénitos severos del sistema nervioso central en los productos de dichos embarazos, además de otro tipo de eventos adversos al momento del nacimiento como lo son las muertes perinatales.



### 6.4 MALARIA

La malaria es un problema de salud pública en el país, debido a su poder epidémico, las complicaciones que produce y las muertes que puede causar, teniendo en cuenta que es un evento evitable mediante el uso de acciones preventivas y regulares de vigilancia y control como un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

En Colombia la malaria representa un grave problema de salud pública, debido que cerca del 85% del territorio rural está situado por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar y presenta condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas aptas para la transmisión de la enfermedad. Cerca del 60% de la población colombiana se encuentra en área de riesgo para adquirir la enfermedad o morir por esta causa.

Durante el año 2016 se reportaron al SIVIGILA un total de 83 casos de malaria, de los cuales 40(48,2%) casos reportaron procedencia del departamento del Chocó, 10(12%) casos del Valle y Quindío, 3(3,6%) casos de Cauca y Risaralda, 2(2,4%) casos de Amazonas, Caldas, Guaviare, Nariño y Tolima, 1(1,2%) caso del Cesar, Exterior, Guainía, Huila, Meta, Santa Marta y Venezuela.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

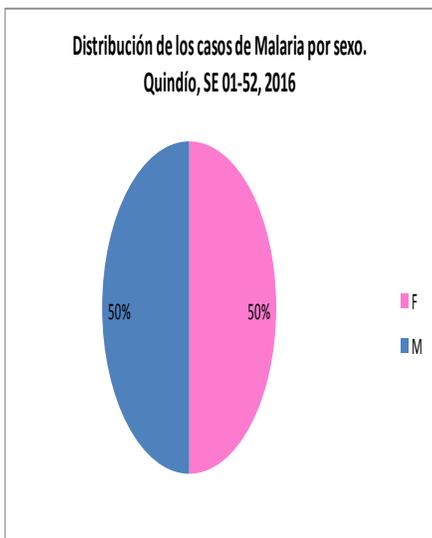
Teniendo como base los 10 casos notificados con procedencia el departamento del Quindío, se realiza la descripción y análisis de la información del evento:



La tasa de incidencia para el año 2016 del departamento fue de 1,76 x 100.000 hab., ubicándose por debajo de la tasa de incidencia Nacional que fue de 2,03 x 100.000 hab.

Comportamiento demográfico y social, casos de Malaria. Quindío, SE 01-52, 2016

VARIABLE	CATEGORIA	TOTAL	% TOTAL
SEXO	Femenino	5	50,00
	Masculino	5	50,00
AREA PROCEDENCIA	Cabecera municipal	9	90,00
	Centro poblado	0	0,00
	Rural disperso	1	10,00
TIPO DE REGIMEN	Contributivo	1	10,00
	Especial	0	0,00
	Indet/Pend	1	10,00
	No afiliado	0	0,00
	Excepcion	0	0,00
	Subsidiado	8	80,00
PERTENENCIA ETNICA	Indígena	0	0,00
	ROM (gitano)	0	0,00
	Raizal	0	0,00
	Palenquero	0	0,00
	Afrocolombiano	1	10,00
	Otros	9	90,00
GRUPOS DE EDAD	0-4	0	0,00
	5-9	3	30,00
	10-14	1	10,00
	15-19	0	0,00
	20-24	2	20,00
	25-29	0	0,00
	30-34	0	0,00
	35-39	0	0,00
	40-44	1	10,00
	45-49	0	0,00
	50-54	1	10,00
	55-59	1	10,00
	60-64	0	0,00
	65 y más	1	10,00



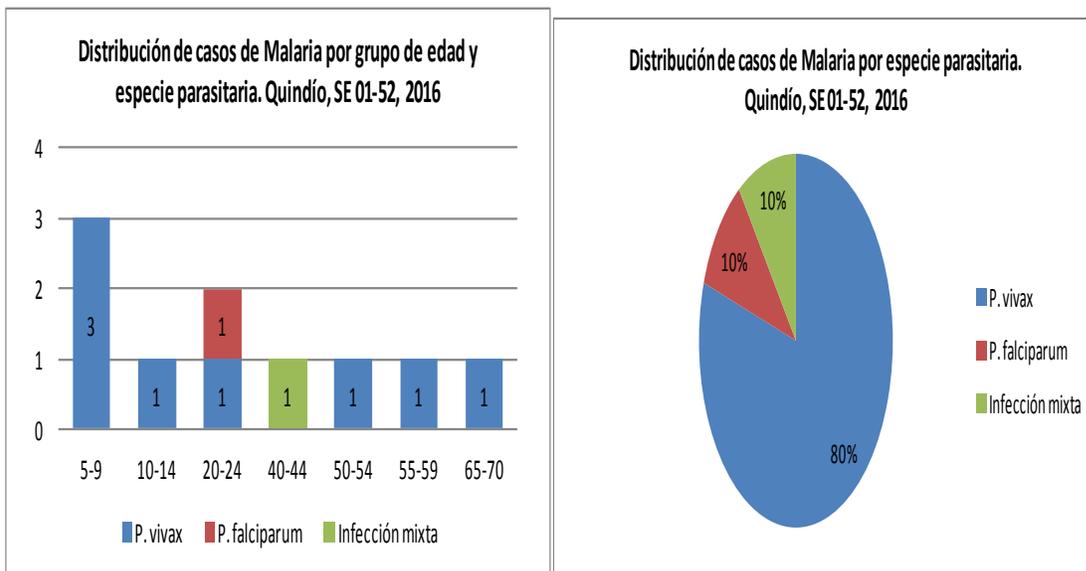
Fuente: SIVIGILA

Se notificaron 5(50%) casos en el sexo masculino y 5(50%) casos en el sexo femenino. Nueve de los casos (90%) procedían de cabecera municipal y un caso de área rural disperso (10%).

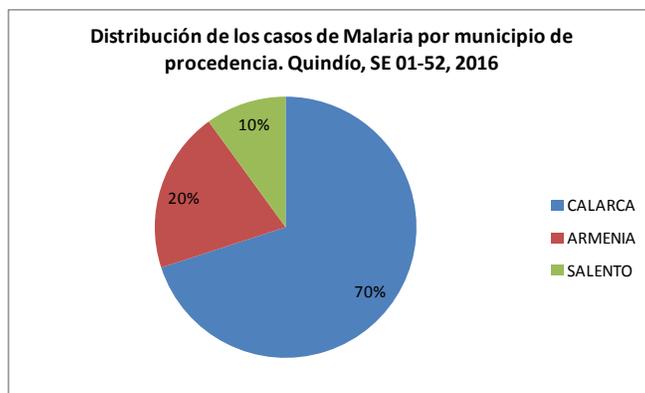
Según el régimen de afiliación, 8(80%) casos corresponde al subsidiado, 1(10%) caso al contributivo y 1(10%) caso indeterminado. La EPS con mayor número de casos notificados fue Asmet Salud con 4 casos, seguido por Cafesalud con 3 casos, Salud Vida 2 casos y Policía Nacional 1 caso.



Para el grupo de edad de 5-9 años se notificaron 3 casos, del grupo de 20-24 años 2 casos y 1 caso para los grupos de 10-14, 40-44, 50-54, 55-59 y mayores de 60 años respectivamente.



La especie parasitaria presentada en el mayor número de casos es *P. vivax* con un 80%, para *P. falciparum* e Infección mixta se presentó 1(10%) caso respectivamente.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

La distribución de los casos por municipio de procedencia, muestra el 70% de los casos concentrados en el municipio de Calarcá, relacionado con un brote autóctono presentado en la SE 12 de 2016, el cual se describe a continuación:



El equipo de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Servicios Sociales y Salud de Calarcá, realizó el día sábado 12/03/2016 investigación de campo correspondiente a situación de brote de malaria por *P. vivax*, por notificación inmediata de tres casos de por la UPGD E.S.E. Hospital La Misericordia. Se encontró que son 3 menores, 2 masculinos de 7 y 9 años hermanos que iniciaron síntomas el mismo día 10/03/2016 y consultaron el 11/03/2016 dirección Asentamiento Invasión Colombia, 1 caso menor femenina de 14 años inició síntomas el día 06/03/2016 y consultó el 12/03/2016 dirección Las Torres de RCN; ninguno de los menores tienen antecedente de viaje, ni han recibido visitas de familiares en su domicilio o contacto con personas con cuadros febriles o con malaria confirmada por gota gruesa; El 16/03/2016 consulta a la E.S.E Hospital La Misericordia 1 caso masculino de 56 años con inicio de síntomas del 12/03/2016 se confirma diagnóstico por gota gruesa de Malaria por *P. vivax*, ocupación recolector de café y 1 caso masculino de 7 años inicio síntomas 16/03/2016 y consulto el 22/03/2016 manejo hospitalario, quien hace 4 meses llegó del Chocó donde vivió 2 años, toda la familia tiene antecedentes de diagnóstico de malaria y al menor le dio cuando tenía 5 años, los dos casos proceden de invasión Colombia y no refieren antecedente de viaje en los últimos 30 días; a la fecha hay un total de 5 casos con una distribución por género de 1 femenino para un 20% y 4 masculinos para un 80%.

Al realizar caracterización y georreferencia de la situación de brote se encuentra que la ubicación de estos domicilios están continuos a la quebrada el Pescador variante vía Armenia invasión Colombia, al realizar una búsqueda de casos en el sistema de información SIVIGILA a partir del 28/10/ 2015 se notifican 5 casos de Malaria por *P.vivax*, todos los casos pertenecen al mismo núcleo familiar; todos con lugar de procedencia Bagado Choco y de residencia asentamiento invasión Colombia ubicado variante vía Armenia.

El día 8 de abril de 2016 se realiza un nuevo seguimiento por parte de la Secretaría Departamental de Salud con el fin de verificar evolución y desplazamientos de los afectados, a la fecha los pacientes manifestaron que terminaron el tratamiento con una nueva toma de muestra de gota gruesa el día 8 de abril de 2016 así como uso de toldillo en las viviendas, los resultados de control de gota gruesa realizados por parte del Hospital La Misericordia de Calarcá registraron reporte negativo para hemoparásitos y se enviaron las placas al Laboratorio departamental para el control de calidad. No se tomaron las muestras de control de gota gruesa a los 7 y 14 días después de iniciado el tratamiento. De igual forma a la entrevista manifestaron que no realizaron desplazamientos dentro o fuera del departamento. Los pacientes registran evolución satisfactoria.

En la recolección de muestras para análisis entomológico realizada el 1 de abril de 2016, se llevó a cabo una nueva inspección de formas inmaduras, se realizó la captura de 15 formas inmaduras en las Coordenadas Lat: 4°32'2" N Long:-75°38'37" W, enseguida de la construcción de la urbanización La Grecia de la Constructora Niño Sánchez Hnos, en un cañón alledaño donde existe un cultivo de café, específicamente contiguo a la salida de Calarcá por la vía que conduce hacia el puente la Florida de la ciudad de Armenia,

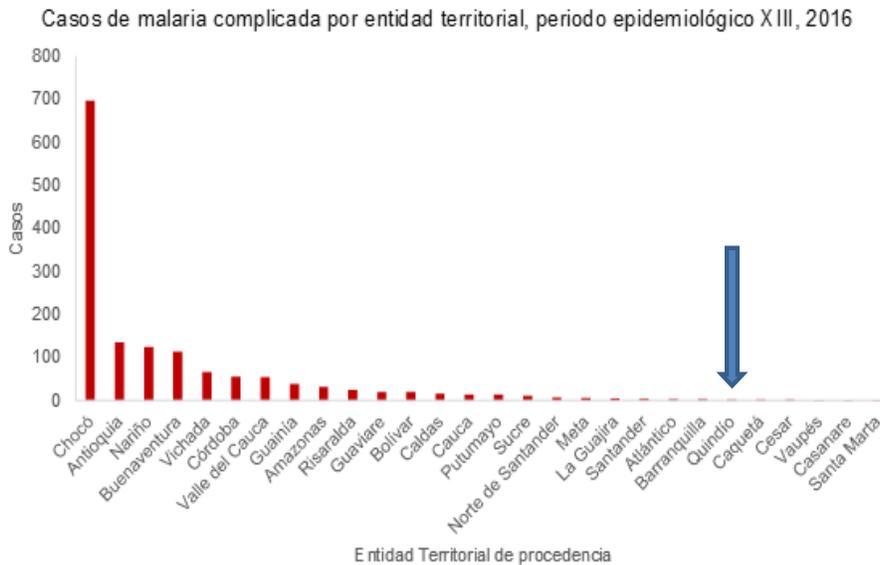


posterior al muestreo se envía el material entomológico al Laboratorio Departamental de Salud Pública, las cuales se clasifican como Larvas de Anopheles pseudopunctipennis el cual es considerado como un vector secundario de Malaria. El criadero Anophelino identificado corresponde a un represamiento artificial de la Quebrada El Pescador ubicado en las coordenadas Geográficas Lat: 4°32'2" N Long:-75°38'37" W. del Municipio de Calarcá Quindío, el estancamiento del agua es utilizado para riego de cultivos, asimismo durante el recorrido realizado para la búsqueda del vector se identificó deterioro de las Quebradas Chaguala y El Pescador las cuales son receptoras de residuos sólidos y de aguas servidas ocasionado por la ruptura de los tubos de alcantarillado del sector. Por lo anterior y como conclusión final a la investigación de campo, la Secretaría Departamental de Salud Del Quindío en reunión programada con la Alcaldía del Municipio de Calarcá realizará la socialización de las actividades realizadas ante el brote autóctono de malaria por P.vivax presentado en el Municipio y se realizará la solicitud formal del reordenamiento ambiental del sector aledaño a las Quebradas Chaguala y El Pescador, las cuales por su grado de contaminación son criaderos potenciales de vectores y un foco de infecciones para la salud pública del Municipio

Casos notificados como probables muertes por malaria, por municipio de procedencia, Colombia, periodo epidemiológico XIII, 2016

Departamento	Municipio	Muertes
Amazonas	La Pedrera (Cd)	2
Antioquia	Arboletes	1
Buenaventura	Buenaventura	5
Cauca	Caloto	1
	* Choco. Municipio Desconocido	1
	Cantón De San Pablo (Managru)	1
	Tadó	1
	Carmen Del Darién	1
Choco	Bagadó	2
	Itsmina	2
	Quibdó	2
	Rioquito	3
	Bojaya (Bellavista)	3
	Lloro	6
Córdoba	Tierralta	1
Exterior	Brasil	1
Quindío	Calarcá	1
Risaralda	Pueblo Rico	2
Valle	Cartago	1
Vichada	Cumaribo	2
<b>Total</b>		<b>39</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Para el departamento del Quindío se notificó un caso de malaria complicada, en paciente femenino de 65 años de edad, consulta el 3 de Junio de 2016, al Hospital La Misericordia de Calarcá por cuadro clínico de 6 días de evolución de astenia, adinamia, mialgias, artralgias, picos febriles, epistaxis y deposiciones diarreicas, refiere haber tomado metocarbamol y meloxicam donde permanece durante 5 días con diagnóstico Malaria por *P. vivax* e inician manejo con cloroquina y primaquina, posterior remisión al hospital San Juan de Dios de Armenia por presentar deterioro progresivo e hipoxia. Paciente que requiere Unidad de Cuidados intensivos y por no disponibilidad de UCI en Armenia, se decide traslado a la Ciudad de Pereira a la UPGD UCIMED.

Paciente con Antecedente de hipertensión arterial crónica manejada con Captopril, con evidencia de adherencia al programa de riesgo Cardiovascular, y gastritis.

Análisis anatómico: cavidad craneana con meninges de aspecto usual sin alteraciones macroscópicas, cerebelo de aspecto normal sin alteraciones macroscópicas, cavidad toraco abdominal se observan órganos in situ vasos sanguíneos sin hallazgos, abundantes secreciones a nivel orotraqueal y bronquial con hepatización multilobar pulmonar y salida de material espumoso, no masas, hígado ligeramente aumentado de tamaño, de aspecto congestivo, vesícula sin presencia de cálculos. En descripción microscópica se observa principal hallazgo tráquea y bronquios con marcado edema y congestión sin proceso inflamatorio o neoplásicos, a nivel de parénquima alveolar daño alveolar difuso con distensión de vasos capilares, infiltrados inflamatorios de tipo polimorfonuclear, sin presencia de fenómenos atípicos. SIN PIGMENTO MALARICO COMO TAMPOCO CAMBIOS QUE SUGIERAN ENCEFALOPATIA POR MALARIA, se descarta muerte por Malaria, se solicita enmienda al certificado de defunción.



Es de aclarar que la Unidad de análisis de este caso no fue realizada en los términos que exige el protocolo de vigilancia ya que no se contó oportunamente con el reporte patológico del Instituto Nacional de Salud.

INDICADORES

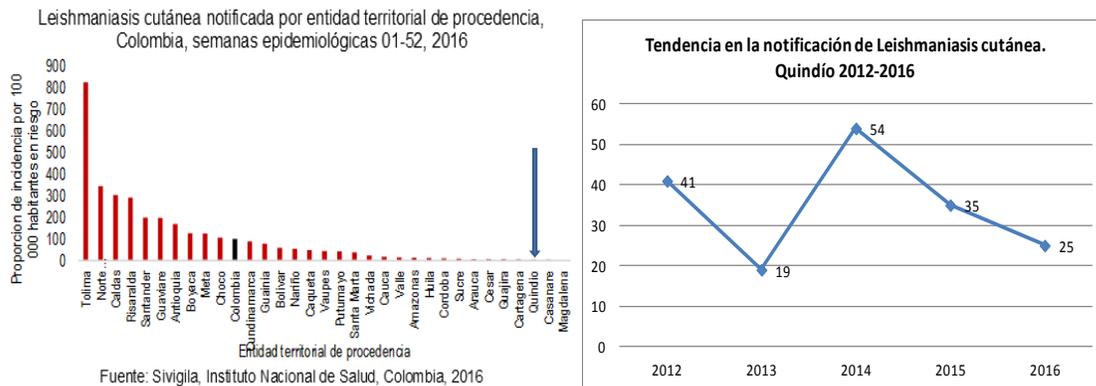
Tipo Indicador	Nombre Indicador	Interpretación de resultados	Meta
Proceso	IPA (Incidencia Parasitario Anual)	Por cada 1.000 habitantes se presentaron 0,017 casos de malaria.	Reducir en 40% la incidencia de Malaria
Proceso	IPA por especie infectante:  IPA ( <i>P. vivax</i> )  IFA ( <i>P. falciparum</i> )	Por cada 1.000 habitantes se presentaron 0,014 casos del <i>P. vivax</i>  Por cada 1.000 habitantes se presentaron 0,0017 casos del <i>P. falciparum</i>	Reducir el índice parasitario (según especie parasitaria que circule en el área)
Proceso	Razón <i>P.vivax/P.falciparum</i>	Por cada caso de malaria por <i>P.falciparum</i> se presentaron 8 casos de malaria por <i>P.vivax</i>	Reducir la circulación de las especies que se presentan en el área
Proceso	Tasa de Malaria complicada	Por cada 1.000 habitantes del territorio, se presentaron 100 casos de malaria complicada	Reducir en 50% la presencia de complicaciones por malaria.

Fuente: SIVIGILA SSDQ

### 6.5 LEISHMANIASIS

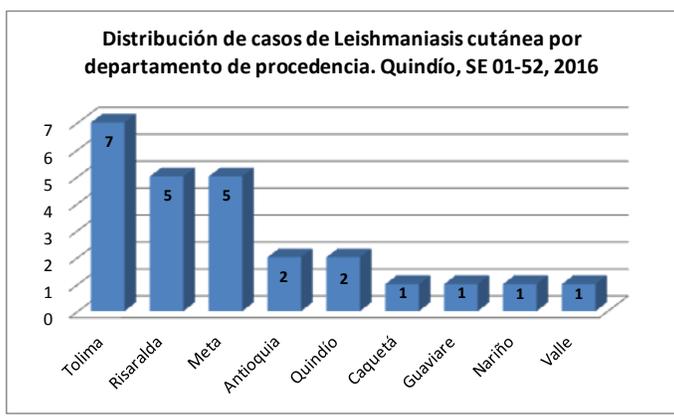
Las leishmaniasis son zoonosis que afectan la piel, las mucosas y las vísceras, resultantes del parasitismo de los macrófagos por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, introducido al organismo por la picadura de un insecto flebotomíneo hembra, que pertenece al género *Lutzomyia*

Las presentaciones clínicas varían de acuerdo con la especie parasitaria, la respuesta inmune del hospedero y el estado evolutivo de la enfermedad. Las formas de presentación clínica de la enfermedad son: La leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa y leishmaniasis visceral, para el departamento del Quindío, los casos notificados son de leishmaniasis cutánea.



La frecuencia de casos nuevos registrados de leishmaniasis cutánea en Colombia es de 100,9 casos por cada 100 000 hab en riesgo, el departamento del Quindío ocupa unos de los últimos lugares en comparación con las demás entidades territoriales del país con una tasa de incidencia de 4,40 casos x 100.000 hab. Sin embargo es importante resaltar departamentos limítrofes como el Tolima, el cual aporta el mayor número de casos notificados por entidad territorial de procedencia, seguido por Caldas y Risaralda.

El comportamiento de los casos de Leishmaniasis cutánea, respecto a años anteriores muestra un descenso, debido a que en la dinámica poblacional se cuenta con factores constantes como la migración, el conflicto armado, comportamiento vectorial, entre otros, que condicionan esta enfermedad con pacientes en su mayoría son hombres, en edad productiva, cuyas actividades son de tipo rural y los llevan a ingresar a zonas selváticas, deforestadas e intervenidas por la actividad humana, con presencia del vector.



La distribución de casos por departamento de procedencia muestra 7(28%) casos procedentes del departamento del Tolima, 5(20%) casos del Meta y Risaralda respectivamente, 2(8%) casos del departamento de Antioquia y Quindío y 1(4%) caso de los departamentos de Caquetá, Guaviare, Nariño y Valle.

**Comportamiento demográfico y social, casos de Leishmaniasis cutánea. Quindío, SE 01-52, 2016**

VARIABLE	CATEGORIA	TOTAL	% TOTAL
SEXO	Femenino	3	12,00
	Masculino	22	88,00
AREA PROCEDENCIA	Cabecera municipal	2	8,00
	Centro poblado	1	4,00
	Rural disperso	22	88,00
TIPO DE REGIMEN	Contributivo	1	4,00
	Especial	1	4,00
	Indet/Pend	0	0,00
	No afiliado	1	4,00
	Excepcion	15	60,00
	Subsidiado	7	28,00
PERTENENCIA ETNICA	Indígena	1	4,00
	ROM (gitano)	0	0,00
	Raizal	0	0,00
	Palenquero	0	0,00
	Afrocolombiano	0	0,00
	Otros	24	96,00
GRUPOS DE EDAD	0-4	1	4,00
	5-9	1	4,00
	10-14	1	4,00
	15-19	1	4,00
	20-24	7	28,00
	25-29	6	24,00
	30-34	4	16,00
	35-39	0	0,00
	40-44	1	4,00
	45-49	1	4,00
	50-54	0	0,00
	55-59	0	0,00
	60-64	1	4,00
65 y más	1	4,00	

Fuente: SIVIGILA

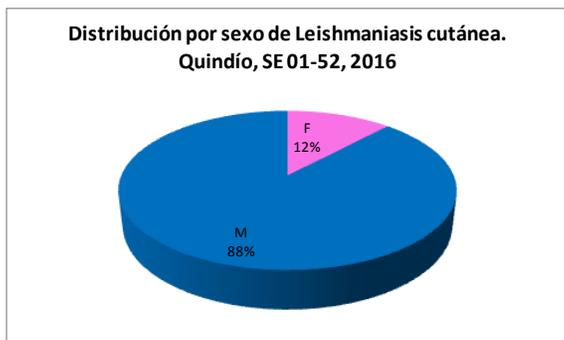
Casos notificados de leishmaniasis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Entidad territorial	Cutánea	%	Mucosa	%	Visceral	%	Total	%
Tolima	3 219	30,5	5	4,1	2	3,3	3 226	30,0
Antioquia	1 733	16,4	18	14,8	2	3,3	1 753	16,3
Norte de Santander	937	8,9	4	3,3	0	0	941	8,8
Santander	705	6,7	6	4,9	0	0	711	6,6
Meta	609	5,8	27	22,1	0	0	636	5,9
Choco	511	4,8	6	4,9	0	0	517	4,8
Risaralda	430	4,0	0	0	0	0	430	4,0
Caldas	297	2,7	7	5,7	0	0	304	2,8
Cundinamarca	296	2,7	6	4,9	0	0	302	2,8
Nariño	296	2,7	1	0,8	2	3,3	299	2,8
Bolívar	250	2,3	0	0	28	46,6	278	2,6
Caquetá	232	2,2	16	13,2	0	0	248	2,3
Guaviare	216	2,0	10	8,3	0	0	226	2,1
Boyacá	144	1,4	8	6,6	0	0	152	1,4
Valle	135	1,3	2	1,6	0	0	137	1,3
Putumayo	117	1,1	1	0,8	0	0	118	1,1
Córdoba	99	0,9	0	0	8	13,3	107	1,0
Cauca	77	0,7	0	0	1	1,7	78	0,7
Huila	48	0,5	1	0,8	4	6,7	53	0,5
Quinia	32	0,3	1	0,8	0	0	33	0,3
Sucre	24	0,2	0	0	7	11,7	31	0,3
La Guajira	23	0,2	0	0	2	3,3	25	0,2
Vaupés	19	0,2	2	1,6	0	0	21	0,2
Arauca	17	0,2	1	0,8	0	0	18	0,2
Cesar	16	0,2	0	0	0	0	16	0,1
Exterior	16	0,2	0	0	0	0	16	0,1
Vichada	16	0,2	0	0	0	0	16	0,1
Desconocido	13	0,1	0	0	1	1,7	14	0,1
Amazonas	10	0,1	0	0	1	1,7	11	0,1
Casanare	9	0,1	0	0	1	1,7	10	0,1
Santa Marta	7	0,1	0	0	1	1,7	8	0,1
Magdalena	4	0,1	0	0	0	0	4	0,1
Cartagena	2	0,1	0	0	0	0	2	0,1
Quindío	2	0,1	0	0	0	0	2	0,1
<b>Total</b>	<b>10 561</b>	<b>100</b>	<b>122</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>10 743</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

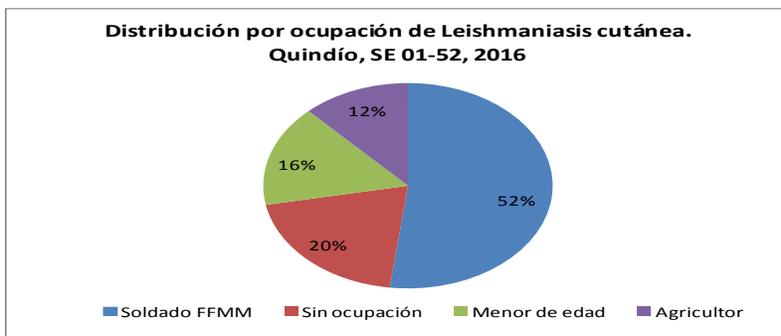


De los 25 casos notificados al SIVIGILA, 22(88%) corresponde al sexo masculino y 3(12%) al sexo femenino. El área de procedencia con mayor número de casos es rural disperso con 22(88%) casos, cabecera municipal 2(8%) y centro poblado 1(4%) caso.



Pertencen al régimen de excepción 15(60%) casos, asociados con la ocupación, 7(28%) al régimen subsidiado y 1(4%) al régimen contributivo y especial respectivamente. Se identifica un caso de pertenencia étnica indígena (4%), el 96% restante no identifica grupo poblacional o pertenencia étnica.

Se notificaron 4(16%) caos en menores de edad, 7(28%) casos de 20-24 años, 6(24%) casos de 25-29 años, 4(16%) casos de 30-34 años y 1(4%) casos respectivamente para los grupos de 40-44, 45-49, 60-64 y mayores de 65 años.



Según la ocupación, se notificaron 13(52%) casos como soldado de las FFMM, 5(20%) casos sin ocupación, 4(16%) menores de edad y 3(12%) agricultores.

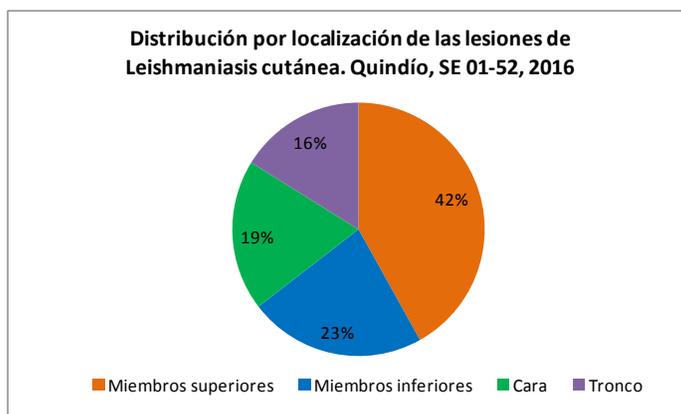


Distribución de casos de Leishmaniasis cutánea por aseguradora. Quindío, SE 01-52, 2016

Aseguradora	Casos	Porcentaje
FFMM	16	64,0
Cafesalud EPS	4	16,0
Asmet Salud	2	8,0
Sanitas	1	4,0
Nueva EPS	1	4,0
No afiliado	1	4,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIGILA

La aseguradora con mayor presencia son las FFMM con 16(64%) casos notificados, seguido por Cafesalud EPS con 4(16%) casos, Asmet Salud 2(8%) casos y 1(4%) caso para Sanitas, Nueva EPS y No afiliación. El 100% de los casos notificados recibió tratamiento por 20 días con un promedio de 64 ampollas aplicadas, un mínimo de 7 y máximo de 103 ampollas.



Por localización de la lesión o lesiones, se notificaron 13(52%) casos en miembros superiores, 7(28%) casos en miembros inferiores, 6(24%) casos en cara y 5(20%) casos en tronco.

Las leishmaniasis continúan siendo un problema creciente en salud pública, dado al cambio en patrones epidemiológicos dados por el proceso de domiciliación del vector con hábitos de picadura intra-domiciliaria y la urbanización del ciclo de transmisión, donde el ciclo selvático puede acercarse a las viviendas humanas y facilitar su interacción con un mayor número de personas, incrementando el riesgo de afectación en mujeres y todos los grupos de edad, ayudado por la facilidad de movilización de un departamento a otro en pocas horas.



## INDICADORES

Nombre del Indicador	Definición operacional	Valor del Indicador
Incidencia por forma clínica	Número de casos confirmados nuevos de leishmaniasis por forma clínica / Población a riesgo	4,40 casos x 100.000 hab de leishmaniasis cutánea.
Porcentaje de casos tratados por forma clínica	Número de tratamientos aplicados / Número de casos diagnosticados	100% de los casos diagnosticados recibieron tratamiento.
Letalidad de leishmaniasis visceral	Número de muertes por leishmaniasis visceral al año / Total de pacientes confirmados con leishmaniasis visceral	N/A
Proporción de casos con coinfección VIH	Número de casos confirmados de leishmaniasis visceral con diagnóstico de VIH / Número total de casos confirmados de leishmaniasis visceral	N/A

FUENTE: SIVIGILA SSDQ



# 7.0 ZONOSIS



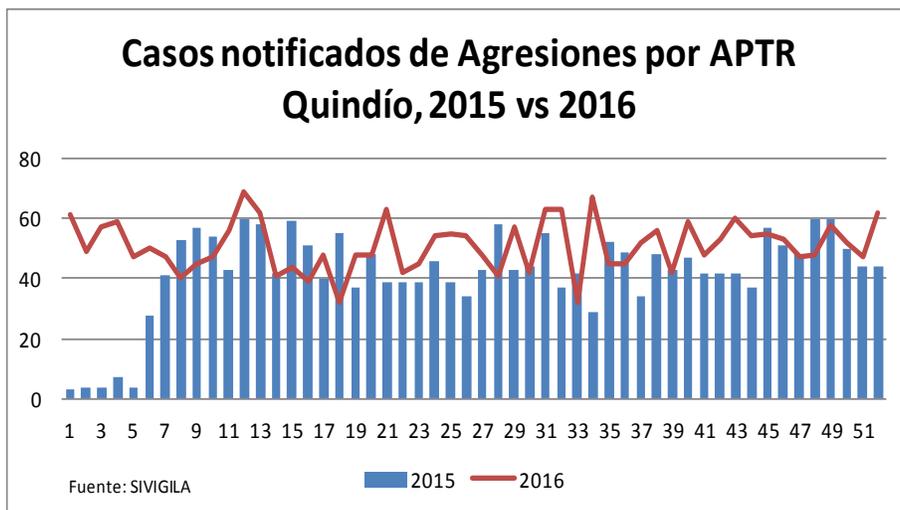


### 7.1 VIGILANCIA INTEGRADA DE LA RABIA HUMANA:

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (APTR), así como los contactos y las exposiciones rábicas son de interés en Salud Pública, debido al riesgo que representan en la trasmisión de la rabia humana y el alto poder letal que tiene esta enfermedad.

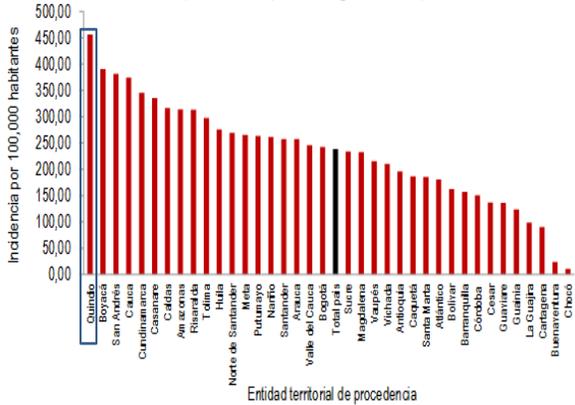
La rabia humana o hidrofobia es una zoonosis fatal, causada por el virus de la rabia La transmisión al humano se produce casi exclusivamente por la mordedura de un animal rabioso, aunque puede suceder por contacto de piel herida y de mucosa intacta con saliva, secreciones o tejidos procedentes de animales rabiosos, o por trasplante de órganos procedentes de individuos infectados con el virus rábico. Se trata de una encefalomiелitis aguda cuya mortalidad es cercana al 100 %. Se estima que tiene una mortalidad de alrededor del 99,99%, con una sobrevivencia del 0,01 %

En la semana epidemiológica 40 de 2015, después de 33 meses sin notificación de casos de rabia humana, se presentó un caso de rabia procedente de la vereda Santa Isabel, municipio El Colegio, departamento de Cundinamarca, en un niño de 9 años de edad, agredido por un gato, con VA, procedente de murciélago hematófago, razón por la cual el INS ha intensificado la vigilancia del evento.



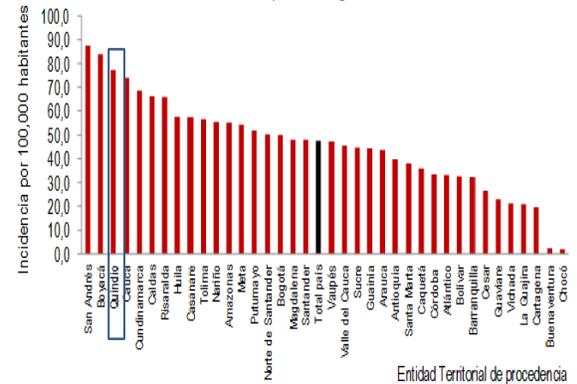
Para el año 2016, la incidencia Nacional de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (APTR) y contactos con el virus de la rabia fue de 238,1 casos x 100.000 hab, el departamento del Quindío se ubicó en el primer lugar de notificación de casos, con una incidencia de 466,31 casos x 100.000 hab.

Incidencia de agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia y de contactos con animales de producción por entidades territoriales de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

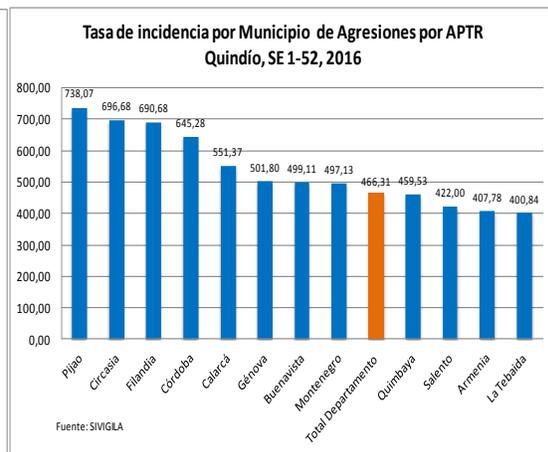
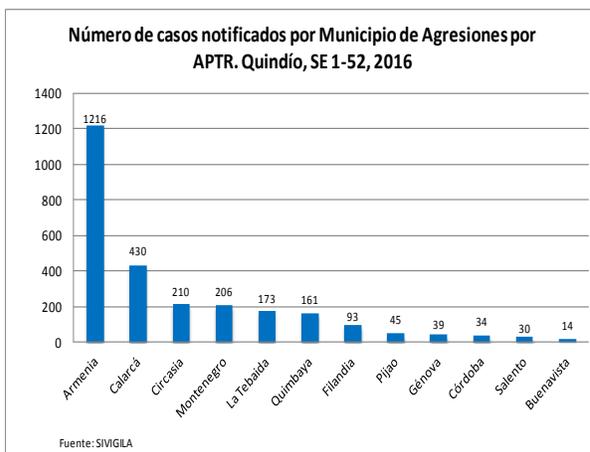
Incidencia de agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia y de contactos con animales de producción por entidades territoriales de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-10, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Para la semana epidemiológica 52 del año 2016, se notificaron al SIVIGILA 2.651 casos en el departamento del Quindío. El municipio con mayor notificación es Armenia con 1.216(45,9%) casos, Calarcá 430(16,2%) casos, Circasia 210(7,9%) casos, Montenegro 206(7,8%) casos, La Tebaida 173(6,5%) casos, Quimbaya 161(6,1%) casos, Filandia 93(3,5%) casos, Pijao 45(1,7%) casos, Génova 39(1,5%) casos, Córdoba 34(1,3%) casos, Salento 30(1,1%) casos y Buenavista 14(0,5%) casos.

Al revisar la tasa de incidencia por municipio, Pijao, Circasia, Filandia, Córdoba, Calarcá, Génova, Buenavista y Montenegro, sobrepasan la tasa de incidencia departamental.



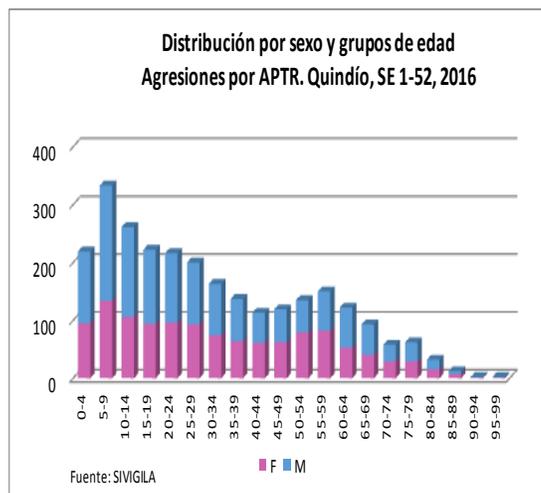
Las agresiones por APTR se presentaron en un 54,17% en el sexo masculino y un 45,83% en el sexo femenino.

La distribución de las agresiones por grupo de edad se comportó de la siguiente manera: 219(8,26%) de 0-4 años, 333(12,56%) de 5-9 años, 261(9,85%) de 10-14 años, 222(8,37%) de 15-19 años, 216(8,15%) de 20-24 años, 200(7,54%) de 25-29 años, 163(6,15%) de 30-34 años, 137(5,17%) de 35-39 años, 113(4,26%) de 40-44 años, 119(4,49%) de 45-49 años, 135(5,09%) de 50-54 años, 150(5,66%) de 55-59 años, 122(4,60%) de 60-64 años y 261(9,85%) mayores de 65 años.

**Comportamiento demográfico y social, casos de Agresiones por APTR. Quindío, SE 01-52, 2016**

VARIABLE	CATEGORIA	TOTAL	% TOTAL
SEXO	Femenino	1215	45,83
	Masculino	1436	54,17
AREA PROCEDENCIA	Cabeceera municipal	2158	81,40
	Centro poblado	141	5,32
	Rural disperso	352	13,28
TIPO DE REGIMEN	Contributivo	1081	40,78
	Especial	53	2,00
	Indet./Pend	28	1,06
	No afiliado	162	6,11
	Excepción	67	2,53
	Subsidiado	1260	47,53
PERTENENCIA ETNICA	Indígena	7	0,26
	ROMI (gitano)	9	0,34
	Raizal	1	0,04
	Palenquero	0	0,00
	Afrocolombiano	2	0,08
	Otros	2632	99,28
GRUPOS DE EDAD	0-4	219	8,26
	5-9	333	12,56
	10-14	261	9,85
	15-19	222	8,37
	20-24	216	8,15
	25-29	200	7,54
	30-34	163	6,15
	35-39	137	5,17
	40-44	113	4,26
	45-49	119	4,49
	50-54	135	5,09
	55-59	150	5,66
	60-64	122	4,60
	65 y más	261	9,85

Fuente: SIVIGILA

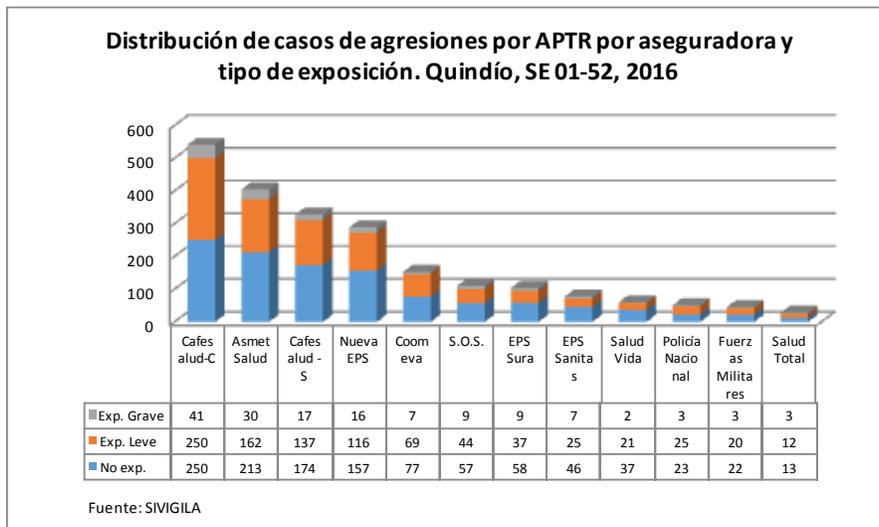


El 47,53% de los casos pertenecen al régimen subsidiado, 40,78% al contributivo, 6,11% población no afiliada, 2% régimen especial, 2,53% excepción y 1,06% indeterminado/pendiente.

El 82,6% de los casos son están distribuidos entre las aseguradoras Cafesalud-C con 541(20,40%) casos, Asmet Salud 405(15,27%) casos, Cafesalud-S 328(12,37%) casos, Nueva EPS 289(10,90%) casos, Coomeva 153(5,77%) casos, S.O.S. 110(4,14%) casos, EPS Sura 104(3,92%) casos, EPS Sanitas 78(2,94%) casos, Salud Vida 60(2,26%) casos,



Policía Nacional 51(1,92%) casos, Fuerzas Militares 45(1,69%) casos y Salud Total 28(1,05%) casos.



La especie agresora que causa el mayor número de agresiones es el perro con 2246(84,7%) agresiones, seguidas por 346( 13,1%) agresiones por gatos, las 59(2,2%) agresiones restantes se distribuyen en otras especies como lo muestra la siguiente tabla, reslatando que 1312(49,5%) agresiones fueron provocadas.

**Distribución del tipo de exposición por especie agresora Quindío, SE 01-52, 2016**

Especie agresora	No exposición	Exp. Leve	Exp. Grave	TOTAL
Perro	1167	957	122	2246
Gato	183	127	38	348
Bovino		1		1
Equino	1	2		3
Porcino	1			1
Murciélagos			9	9
Zorro				0
Mico			3	3
Humano	2			2
Otros domésticos	2	1		3
Otros silvestres			4	4
Ovino-Caprino			1	1
Grandes roedores	1	1		2
Pequeños roedores	21	7		28
<b>TOTAL</b>	<b>1378</b>	<b>1096</b>	<b>177</b>	<b>2651</b>

Fuente: SIVIGILA

Se notificaron 9(0,33%) agresiones por murciélagos clasificadas como graves, 6 notificadas por el municipio de Armenia, una agresión en Calarcá, Montenegro y La Tebaida respectivamente, con localización en manos y dedos, se aplicó esquema de vacunación



en 100% de los casos y aplicación de suero en 80% de los pacientes, lo cual es una falla en el sistema, ya que el murciélago es transmisor del virus de la rabia (APTR). De los dos casos de agresión por murciélago que no recibieron aplicación de suero, uno pertenece a la EPS Compensar el cual fue notificado en el municipio de Montenegro y el otro es no afiliado, notificado por el municipio de Armenia.

Distribución del tipo de exposición por municipio de notificación Quindío, SE 01-52, 2016				
	No exposición	Exp. Leve	Exp. Grave	Total general
Armenia	662	428	126	1216
Calarcá	194	207	29	430
Circasia	108	98	4	210
Montenegro	116	86	4	206
La Tebaida	95	73	5	173
Quimbaya	42	115	4	161
Filandia	42	48	3	93
Pijao	37	7	1	45
Génova	30	9		39
Córdoba	21	13		34
Salento	21	9		30
Buenavista	10	3	1	14
<b>Total general</b>	<b>1378</b>	<b>1096</b>	<b>177</b>	<b>2651</b>

De las 177 exposiciones graves, se ordenó aplicación de esquema de vacunación en 173(97,7%) casos, sin embargo sólo a 127(71,7%) casos se les ordenó aplicar el suero antirrábico.

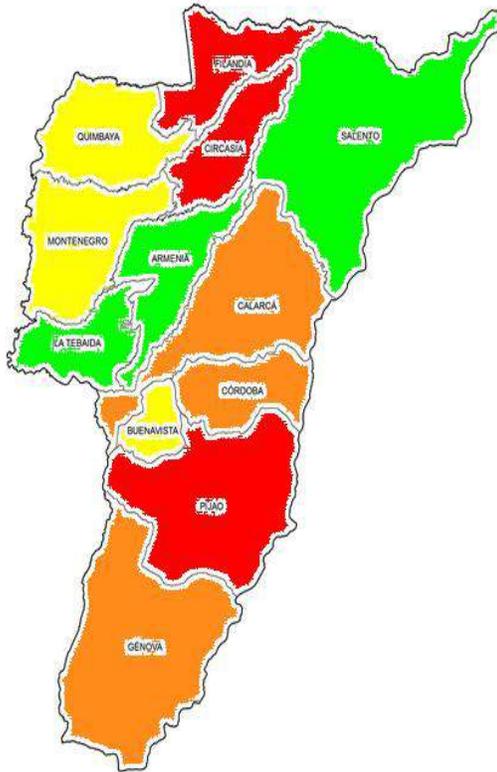
De las 1096 exposiciones leves, se ordenó aplicación de esquema de vacunación en 1016(93%) casos, en 6(0,5%) casos se registra la orden de aplicación de suero antirrábico.

De las 1378 no exposiciones, se ordenó aplicación de esquema de vacunación en 19(1,4%) casos y en un caso se ordena aplicación de suero antirrábico.

Con los anteriores datos se evidencia una falla en el tratamiento de las agresiones, lo cual refleja la falta de conocimiento del Protocolo de Manejo del evento, motivo por el cual se debe continuar capacitando el personal médico y paramédico al respecto.



### Mapa de Riesgo para Agresiones por APTR. Quindío, SE 01-52, 2016



Se realizó la distribución por cuartiles de acuerdo a la Tasa de Incidencia, ubicando los municipios de Armenia, La Tebaida y Salento en el Cuartil 1 (450,14), Buenavista, Montenegro y Quimbaya en el Cuartil 2 (500,45), Génova, Calarcá y Córdoba en el Cuartil 3 (656,63), por último los municipios de Filandia, Circasia y Pijao en el Cuartil 4 (738).

A continuación se presenta los barrios en los cuales se notificó el mayor número de agresiones, aclarando la deficiente calidad del dato en la dirección registrada:

- Armenia: La Fachada, La Patria, Bosques de Pinares, Granada, San José, Centro.
- Buenavista: Centro, Obrero, Mirador.
- Calarcá: Llanitos, Veracruz, Simón Bolívar, Versalles, Gaitán.
- Circasia: Centro, Las Mercedes, Villa Italia, San José, La Pista, La Esmeralda.
- Córdoba: Centro, San Diego.
- Filandia: El Mirador, El Recreo, San José, Santiago López, Los Andes.
- Génova: Centro, Los Alamos, Olaya Herrera, Cooperativo.
- La Tebaida: Cantarito, Centro, Nueva Tebaida, Monterrey, Alfonso López.
- Montenegro: Centro, Comuneros, La Julia, Villa Juliana, Centenario.
- Pijao: Calle Larga, Centro, Casarinas.
- Quimbaya: Ciudadela, El Rocío, Centro, Policarpa, Buenos Aires.
- Salento: Centro

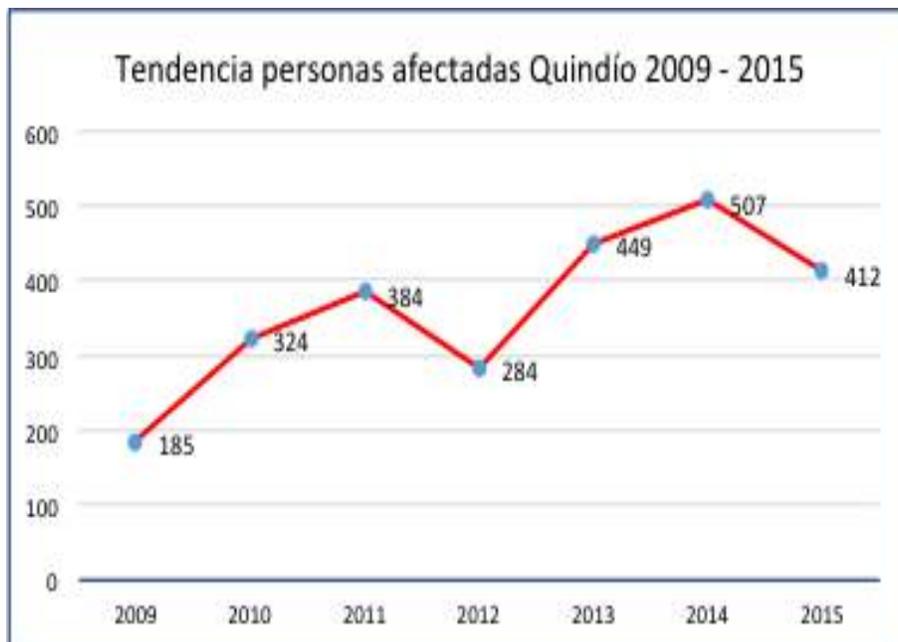


## 7.2 CONTACTO TRAUMÁTICO CON ANIMALES PONZOÑOSOS

Los accidentes por animales ponzoñosos son los causados por arañas, abejas y alacranes (escorpiones), los cuales pueden causar alteraciones leves o graves en la salud de la víctima, inclusive su muerte, dependiendo del tipo de lesión y del sitio de exposición, así como del tamaño y especie de animal causante del evento.

La vigilancia del accidente causado por animal ponzoñoso consiste en la identificación del agente agresor, seguimiento, monitoreo y evaluación de las condiciones ambientales que constituyen riesgo para la salud colectiva, así como el seguimiento, tratamiento, recuperación y rehabilitación del paciente accidentado.

A continuación se muestra la información de la bodega de datos SISPRO del efecto tóxico, mordedura o contacto traumático con animales ponzoñosos.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Diagnósticos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MORDEDURA O PICADURA ARTRÓPODOS NO VENENOSOS	154	262	309	240	353	391	341	154
CONTACTO TRAUMÁTICO CON AVISPONES, AVISPAS Y ABEJAS	11	35	43	24	48	57	42	28
CONTACTO TRAUMÁTICO CON ESCORPIÓN	2	7	6	4	20	29	10	3
EFFECTO TÓXICO DEL CONTACTO CON ANIMALES VENENOSOS	14	2	6	2	5	5	8	3
CONTACTO TRAUMÁTICO CON SERPIENTES Y LAGARTOS VENENOSOS	1	8	5	7	8	5	5	
CONTACTO TRAUMÁTICO CON ARAÑAS VENENOSAS	2	2	5	2	4	8	2	
CONTACTO TRAUMÁTICO CON CENTÍPODOS Y MIRIÁPODOS VENENOSOS		3	4		3	1	2	1
CONTACTO TRAUMÁTICO CON OTROS ARTRÓPODOS VENENOSOS	1	5	6	5	8	11	2	2
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>324</b>	<b>384</b>	<b>284</b>	<b>449</b>	<b>507</b>	<b>412</b>	<b>191</b>

Fuente: Bodega Integrada de Datos - SISPRO (corte 30-03-2017)

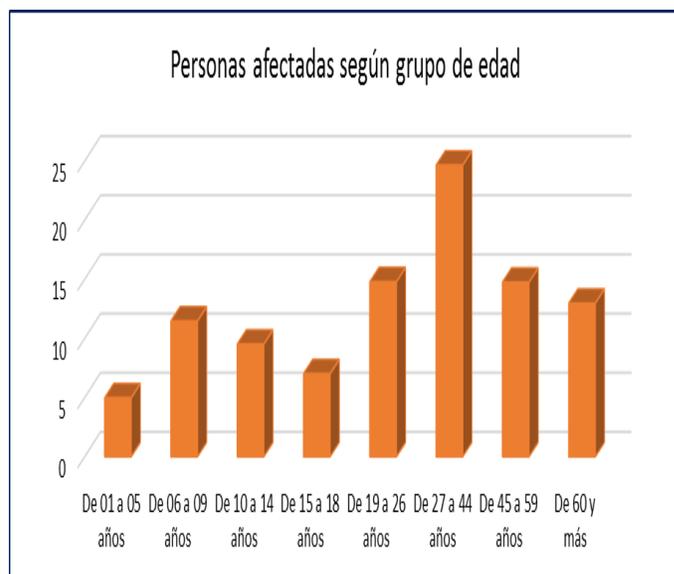
Durante el año 2016 se notificaron 191 contactos traumático con animales ponzoñosos, distribuidos de la siguiente manera: 154(80,62%) casos de mordedura o picadura por artrópodos no venenosos, 28(14,65%) casos de contacto traumático con avispones, avispas y abejas, 3(1,6%) casos de contacto traumático con escorpión y efecto tóxico del contacto con animales venenosos cada uno, 2(1,05%) casos de contacto traumático con artrópodos venenosos y 1(0,5%) caso de contacto traumático con centípodos y miriápodos venenosos.



El sexo mayor afectado fue el masculino con 65% de los casos y 35% para el sexo femenino, posiblemente relacionado con la ocupación laboral.



MUNICIPIO	No.	%
ARMENIA	859	31,4
CALARCA	409	14,9
MONTENEGRO	288	10,5
QUIMBAYA	233	8,5
LA TEBAIDA	215	7,9
GENOVA	182	6,7
CIRCASIA	178	6,5
FILANDIA	146	5,3
CORDOBA	78	2,9
PIJAO	69	2,5
SALENTO	42	1,5
BUENAVISTA	37	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>2736</b>	<b>100,0</b>



De acuerdo a la información analizada, el municipio de Armenia, concentra el mayor número de casos, seguido del municipio de Calarcá, Montenegro y Quimbaya como los de mayor presentación, sin embargo se observan reportes en los 12 municipios del Departamento.

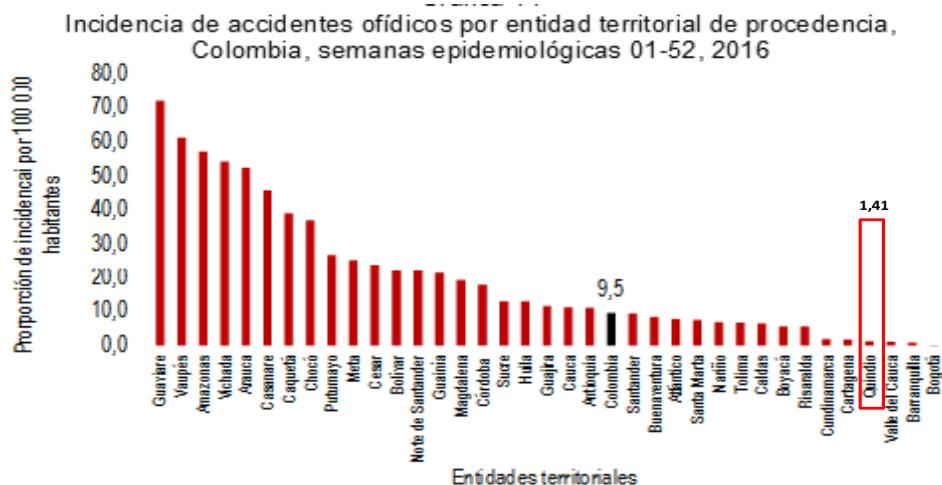
La edad de mayor presentación se presentó en los rangos de 27 a 44 años de edad, en segundo lugar el rango de 19 a 45 años de edad.

Es importante resaltar que según los lineamientos 2017 del INS, aunque los accidentes por picadura de escorpión, mordedura de araña, ataque de abejas, y contacto con miriápodos y centípodidos no hace parte del sistema de vigilancia epidemiológica nacional, el equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis del INS hace de manera trimestral búsqueda activa de accidentes de este tipo a partir de registros individuales de servicios de salud (RIPS). Así mismo con el fin de realizar el análisis respectivo, las entidades territoriales notificarán cualquier muerte por este tipo de accidentes mediante el código 900 (evento sin establecer) y en el correo en el que se envía el archivo aclarar el tipo de animal ponzoñoso causante de la muerte.



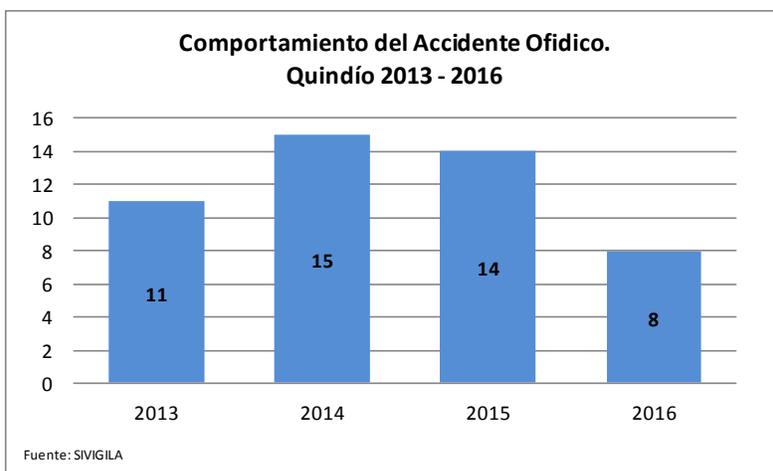
### 7.3 ACCIDENTE OFÍDICO:

El accidente ofídico es una intoxicación producida por la inoculación de veneno a través de la mordedura de una serpiente. Para el sistema de vigilancia en salud pública la importancia es debido principalmente a que las características eco-epidemiológicas, socioculturales y demográficas de nuestro país hacen que la susceptibilidad de la población aumente, tanto en la presentación de eventos mórbidos como en las mortalidades, las cuales, pueden ser evitables con la instauración de tratamiento oportuno y eficaz.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La incidencia de accidentes ofídicos durante el año 2016 para el departamento del Quindío, fue de 1,41 casos x 100.000 hab, la incidencia Nacional fue de 9,5 casos x 100.000 hab, por lo cual el departamento se ubica en uno de los últimos lugares de notificación del país para el evento.



Fuente: SIVIGILA

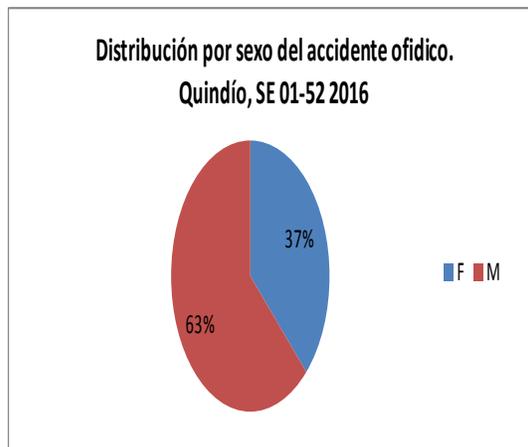


Para el año 2016 se evidencia un descenso en el número de casos de accidente ofídico, con 8 casos notificados. Para los años anteriores se notificaron 14 casos en el 2015, 15 casos en 2014 y 11 casos en 2013.

Comportamiento demográfico y social, casos de Accidente Ofídico. Quindío, SE 01-52, 2016

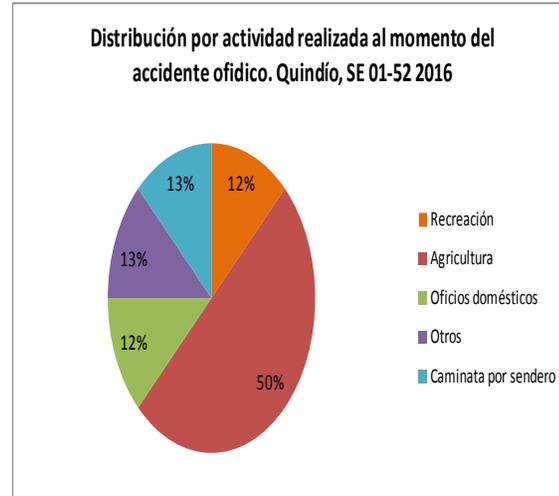
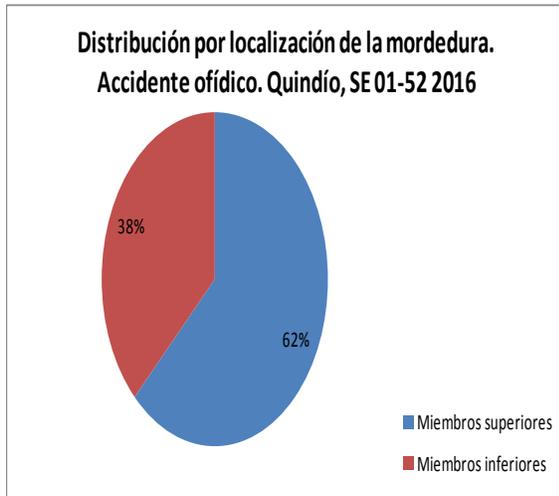
VARIABLE	CATEGORIA	TOTAL	% TOTAL
SEXO	Femenino	3	37,50
	Masculino	5	62,50
AREA PROCEDENCIA	Cabecera municipal	4	50,00
	Centro poblado	0	0,00
	Rural disperso	4	50,00
TIPO DE REGIMEN	Contributivo	2	25,00
	Especial	0	0,00
	Indet/Pend	0	0,00
	No afiliado	1	12,50
	Excepcion	0	0,00
	Subsidiado	5	62,50
PERTENENCIA ETNICA	Indigena	0	0,00
	ROM (gitano)	0	0,00
	Raizal	0	0,00
	Palenquero	0	0,00
	Afrocolombiano	0	0,00
	Otros	8	100,00
GRUPOS DE EDAD	0-4	0	0,00
	5-9	0	0,00
	10-14	0	0,00
	15-19	0	0,00
	20-24	2	25,00
	25-29	0	0,00
	30-34	1	12,50
	35-39	1	12,50
	40-44	0	0,00
	45-49	1	12,50
	50-54	1	12,50
	55-59	1	12,50
	60-64	0	0,00
65 y más	1	12,50	

Fuente: SIVIGILA



El comportamiento demográfico y social de evento muestra que el 62,5% de los accidentes ofídicos se presentaron en el sexo masculino y el 37,5% en el sexo femenino. El 50% de los casos se notificaron con procedencia de cabecera municipal y el 50% restante rural disperso.

Las mordeduras están relacionadas principalmente con actividades de agricultura y su localización más frecuente son las extremidades superiores e inferiores; el 62% de las agresiones fueron localizadas en miembros superiores y 38% en miembros inferiores.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

De los 8 casos notificados, 5(62,5%) pertenecen al régimen subsidiado, 2(25%) al régimen contributivo y un caso sin afiliación (12,5%). Cafesalud EPS es la aseguradora con mayor número de casos notificados 6(75%) y Asmet Salud 1(12,5%) caso notificado, el caso restante no presentaba afiliación al momento de la agresión.

Tasa de Incidencia de Accidentes Ofídicos por municipio. Quindío, SE 01-52, 2016			
Municipio	Población	Casos	Incidencia x 100mil hab
Calarcá	77.987	3	3,85
Armenia	298.199	2	0,67
La Tebaida	43.159	2	4,63
Circasia	30.143	1	3,32
<b>Total Departamento</b>	<b>568.506</b>	<b>8</b>	<b>1,41</b>

Fuente: SIVIGILA

El municipio de Calarcá presentó 3(37,5%) accidentes ofídicos notificados, Armenia y La Tebaida 2(25%) cada uno y Circasia un caso notificado (12,5%) para el año 2016.

De los 8 accidentes ofídicos notificados 6(75%) fueron clasificados por gravedad del accidente como leves, 1(12,5%) como grave y 1(12,5%) como no envenenamiento. Se



encontró huellas de colmillo en 7(87,5%) casos, fueron capturadas el 50% de las serpientes agresoras, siendo identificadas como Rabo de ají, Cazadora, Cabeza de candado y Granadilla según el nombre común.

La prioridad en el tratamiento es el traslado a una institución de salud para la administración del tratamiento específico, se empleó suero antiofídico Polivalente en 5(62,5%) casos de los 8 notificados, con un número total 23 ampollas utilizadas, un promedio de 4,6 ampollas por paciente, un mínimo de 2 y máximo de 9 ampollas aplicadas en hospitalización, sin reacciones en la aplicación registrada en 3(60%) pacientes y reacción generalizada en 2(40%) pacientes.

Del total de casos notificados, el 50% notificados fueron hospitalizados, lo cual puede estar relacionado con el desconocimiento del manejo de los casos y la clasificación.

El siguiente cuadro muestra las manifestaciones locales y sistémicas presentadas en los 8 casos de accidente ofídico notificados para el año 2016:

Manifestaciones locales y sistémicas presentadas en los accidentes ofídicos. Quindío, SE 01-52 2016					
Locales	Número	%	Sistémicas	Número	%
Dolor	7	87,5	Náuseas	3	37,5
Edema	4	50	Dolor abdominal	3	37,5
Eritema	4	50	Vómito	2	25
Hematoma	2	25	Debilidad muscular	2	25
Equimosis	1	12,5	Sialorrea	1	12,5
			Fascies neurotóxica	1	12,5

Fuente: SIVIGILA

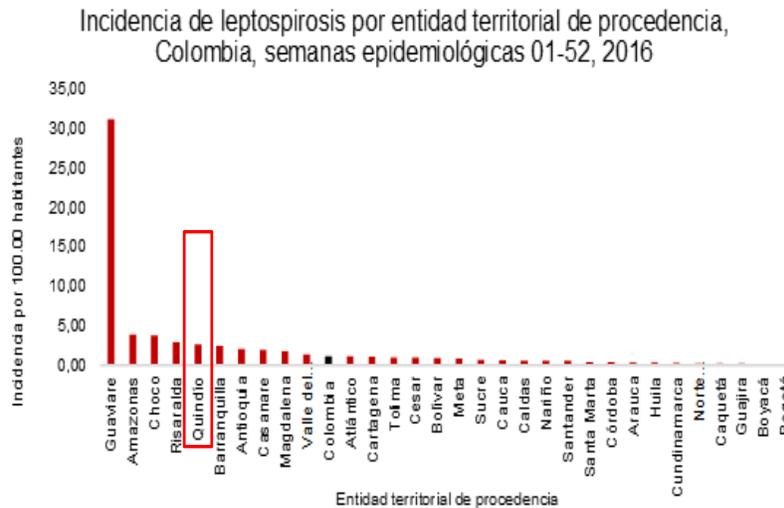
La manifestación local que se presentó con mayor frecuencia fue dolor, presentado en siete pacientes, seguido por edema y eritema, cada uno presentado en cuatro pacientes, dos pacientes presentaron hematoma y equimosis en un paciente.

En cuanto a las manifestaciones sistémicas, las náuseas y el dolor abdominal fueron las más frecuentes, presentándose en tres pacientes cada una, seguidas por vómito y debilidad muscular en dos pacientes cada una y sialorrea y fascies neurotóxica en un paciente respectivamente. No se presentaron complicaciones locales ni sistémicas en los casos notificados.

### 7.4 LEPTOSPIROSIS:

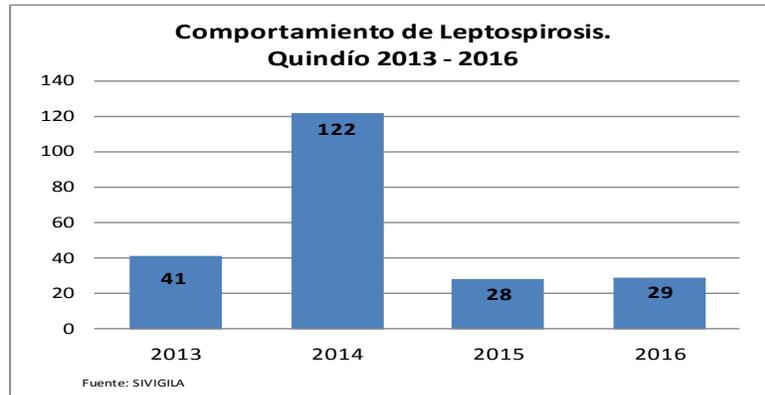
La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial con predominio en las regiones tropicales, producida por una bacteria del género *Leptospira*, que afecta a animales y humanos susceptibles, los cuales adquieren la enfermedad al entrar en contacto con superficies, agua o alimentos contaminados con orina infectada por la bacteria. El hombre es el huésped final. Los reservorios más frecuentes son las ratas, caninos, animales silvestres, vacas y cerdos.

La Leptospirosis presenta una frecuencia estacional, incrementándose con el aumento de lluvias y con ocurrencias de epidemias asociadas con cambios en el comportamiento humano, contaminación del agua con animales o aguas residuales, cambios en la densidad de los reservorios animales, o a partir de un desastre natural como ciclones o inundaciones. En los humanos los síntomas presentan un gran espectro, desde infecciones asintomáticas, cuadros febriles inespecíficos, problemas gástricos, musculares, renales, meníngeos, y en raras ocasiones muertes.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La incidencia Nacional de leptospirosis para el año 2016 fue de 1,15 casos x 100.000 hab., para el departamento del Quindío fue de 5,10 casos x 100.000 hab., ubicándose en el quinto lugar de notificación después de los departamentos de Guaviare, Amazonas, Chocó y Risaralda.



Para el año 2016 fueron notificados por el SIVIGILA 29 casos de leptosirosis, durante el año 2014 se evidencia un brote presentado en la penitenciaría Peñas Blancas del municipio de Calarcá con un total de 65 casos, 9 de ellos confirmados por laboratorio y los restantes confirmados por nexo epidemiológico.

El 75,86% de los casos de leptosirosis se registraron en el sexo masculino y 24,14% en el sexo femenino.

El 55,17% de los casos pertenecen al régimen subsidiado, 34,48%% al régimen contributivo y un caso que representa 3,45% del régimen especial.

En la distribución por grupos de edad se evidencia que no se presentaron casos en los menores de 10 años, posiblemente relacionado con las actividades laborales con exposición a factores de riesgo como contacto o presencia de reservorios de animales, malas condiciones de saneamiento básico y actividades sociales o recreativas en las cuales se tenga contacto con posibles fuentes de infección. Se presentaron 2(6,90%) casos en el grupo de 15-19 años, 14(55,19%) casos en los grupos de edad laboralmente activos (20 – 54 años), 4(13,79%) casos en el grupo de 55-59 años y 7(24,14%) casos en mayores de 60 años

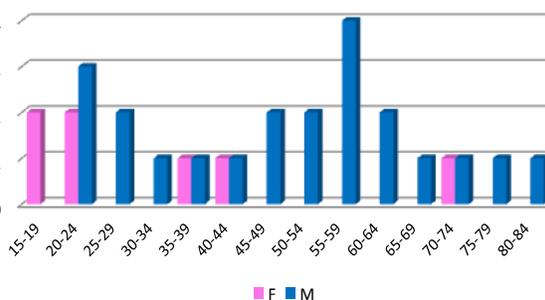


**Comportamiento demográfico y social, casos de Leptospirosis. Quindío, SE 01-52,2016**

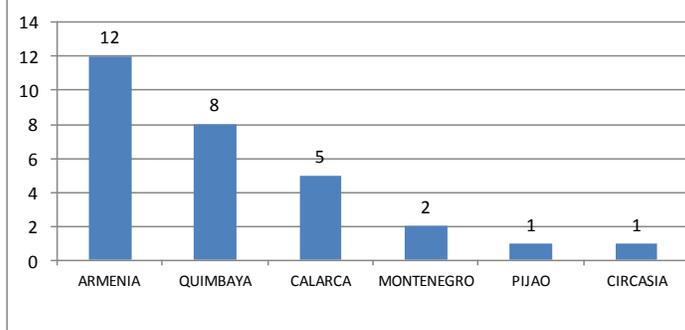
VARIABLE	CATEGORIA	TOTAL	% TOTAL
SEXO	Femenino	7	24,14
	Masculino	22	75,86
AREA PROCEDENCIA	Cabecera municipal	26	89,66
	Centro poblado	2	6,90
	Rural disperso	1	3,45
TIPO DE REGIMEN	Contributivo	10	34,48
	Especial	1	3,45
	Indet/Pend	0	0,00
	No afiliado	2	6,90
	Excepcion	0	0,00
	Subsidiado	16	55,17
PERTENENCIA ETNICA	Indígena	0	0,00
	ROM (gitano)	0	0,00
	Raizal	0	0,00
	Palenquero	0	0,00
	Afrocolombiano	0	0,00
	Otros	29	100,00
GRUPOS DE EDAD	0-4	0	0,00
	5-9	0	0,00
	10-14	0	0,00
	15-19	2	6,90
	20-24	5	17,24
	25-29	2	6,90
	30-34	1	3,45
	35-39	2	6,90
	40-44	2	6,90
	45-49	2	6,90
	50-54	2	6,90
	55-59	4	13,79
	60-64	2	6,90
	65 y más	5	17,24

Fuente: SIVIGILA

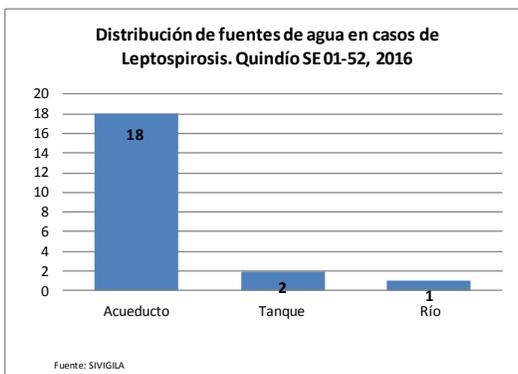
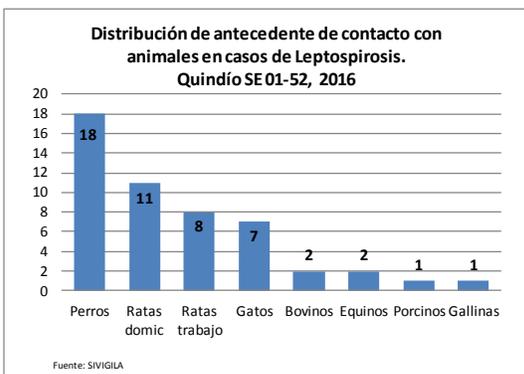
Distribución por sexo y grupos de edad de Leptospirosis. Quindío, SE 01-52 2016.



Número de casos notificados de Leptospirosis por municipio de residencia. Quindío, SE 01-52, 2016



El municipio con mayor número de casos notificados fue Armenia con (41,3%) casos, seguido por Quimbaya 8(27,5%) casos, Calarcá 5(17,2%) casos, Montenegro 2(7,2%) casos, Circasia y Pijao 1(3,4%) caso cada uno.



El factor de riesgo con mayor notificación es la tenencia de perros en la vivienda (62%), seguido por presencia de ratas en el domicilio (38%) y presencia de ratas en el lugar de trabajo (27%). Se notifica un caso de presencia de gallinas en el domicilio, sin embargo se debe tener en cuenta que estos animales no son transmisores de la enfermedad.

En cuanto a condiciones de saneamiento básico, se observa que en tres casos refieren ausencia de servicio de acueducto, lo cual propicia el consumo de agua no potable y su almacenamiento, con mayor probabilidad de contaminación. Ocho casos notificados refieren disposición de residuos sólidos en el peri domicilio, lo cual favorece la reproducción de ratas, animales que son reservorios naturales de la enfermedad.

### INDICADORES

Tipo Indicador	Nombre Indicador	Definición Operacional	Interpretación de resultados
Proceso	Proporción de casos de leptospirosis según clasificación	Total de casos notificados por tipo de clasificación / total de casos notificados	El 86,2% de los casos notificados de leptospirosis fueron clasificados como Sospechosos.  El 13,7% de los casos notificados de leptospirosis fueron clasificados como confirmados por laboratorio.
Proceso	Proporción de incidencia de leptospirosis	Número de casos nuevos / total de la población	Por cada 100.000 personas se notificaron 5,10 casos de leptospirosis
Proceso	Letalidad por leptospirosis	Total de casos fatales confirmados por leptospirosis / Total de casos nuevos confirmados de leptospirosis	Por cada 100 casos notificados de leptospirosis, se presentaron 5,88 casos fatales.  (1/17)



Proceso	Tasa de mortalidad	Número de casos de muerte con diagnóstico confirmado de leptospirosis / total de la población	Se presentaron 0,17 muertes por leptospirosis por cada 100.000 habitantes
---------	--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

**Mortalidad asociada a Leptospirosis:**

Paciente de 55 años de sexo masculino, con cuadro clínico de aproximadamente 8 días de evolución en el cual refiere deposiciones diarreicas sin evidencia de sangre ni moco, asociado a episodios febriles, con decaimiento perdida de la fuerza e inicio de dolor en epigastrio con distensión abdominal y episodios eméticos a repetición. Paciente con poli mialgias, es valorado por internista, ordena hospitalizar, complementa estudios, por sospecha de leptospira ordena inicio de ceftriaxona, y solicita estudios complementarios para descartar cirrosis. Ictericia generalizada, tórax bien ventilado, dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia, edema grado II de MMII. Se realiza remisión por mal estado del paciente al tercer nivel de atención, en donde fallece.

Se realiza prueba para Dengue IgM: Negativo y Leptospira IgM: Positivo

Visita de campo atendida por la hermana quien indica que el paciente trabajaba en el campo, sin embargo no tiene conocimiento exacto del lugar; al momento de la hospitalización el paciente dice haber estado en una finca donde evidenció presencia de roedores, además durante las últimas semanas antes del inicio de síntomas, trabajó con gallinaza y plaguicidas para la fumigación.

Debido a los reportes de laboratorio, el cuadro clínico del paciente y el factor de riesgo del mismo, se confirma la mortalidad por Leptospirosis en UDA.



## 8. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS





## 8.1 ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

Las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) son el síndrome originado por la ingestión de alimentos y/o agua, que contengan agentes etiológicos en cantidades tales que afecten la salud del consumidor a nivel individual o grupos de población. Las alergias por hipersensibilidad individual a ciertos alimentos no se consideran ETA, sin embargo agencias internacionales como la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América, consideran el evento cuando este es debido a una declaración inadecuada de los alérgenos. Estas enfermedades se dividen en Infecciones alimentarias e Intoxicaciones alimentarias. Las Infecciones Alimentarias son las ETA producidas por la ingestión de alimentos y/o agua contaminados con agentes infecciosos específicos tales como bacterias, virus, hongos, parásitos, que en la luz intestinal pueden multiplicarse o lisarse y producir toxinas o invadir la pared intestinal y desde allí alcanzar otros aparatos o sistemas.

105

:

La enfermedad transmitida por alimentos – ETA, es el síndrome originado por la ingestión de alimentos, incluida el agua, que contienen agentes etiológicos en cantidades tales que afectan la salud del consumidor a nivel individual o en grupos de población; las alergias por hipersensibilidad individual no se consideran ETA.

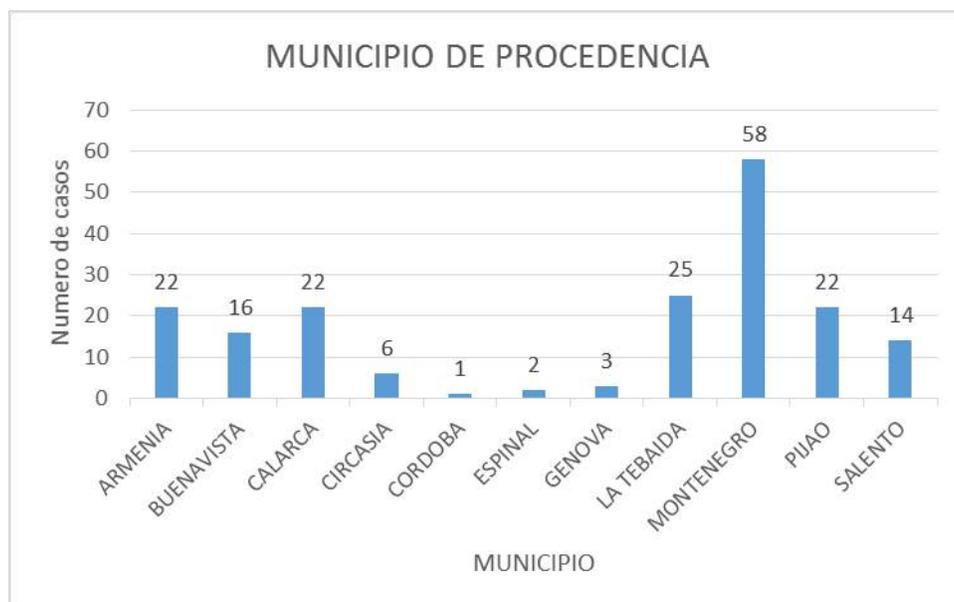
En el Departamento del Quindío por su condición de ser un destino turístico nos pone en riesgo frente a la notificación de enfermedades transmitidas por alimentos ya que para el año 2016 se presentó un reporte de 222 casos notificados de manera individual se tiene la presencia de un número considerable de casos que a través de la configuración de casos se convierten en brotes tanto familiares como de otros tipos.

Para el año 2015 se tiene un reporte de 196 casos con un aumento para el año 2016 de 26 casos.

Con referencia a la distribución por sexo tenemos un reporte muy similar correspondiente a 47% del sexo femenino y un 52% del sexo masculino.



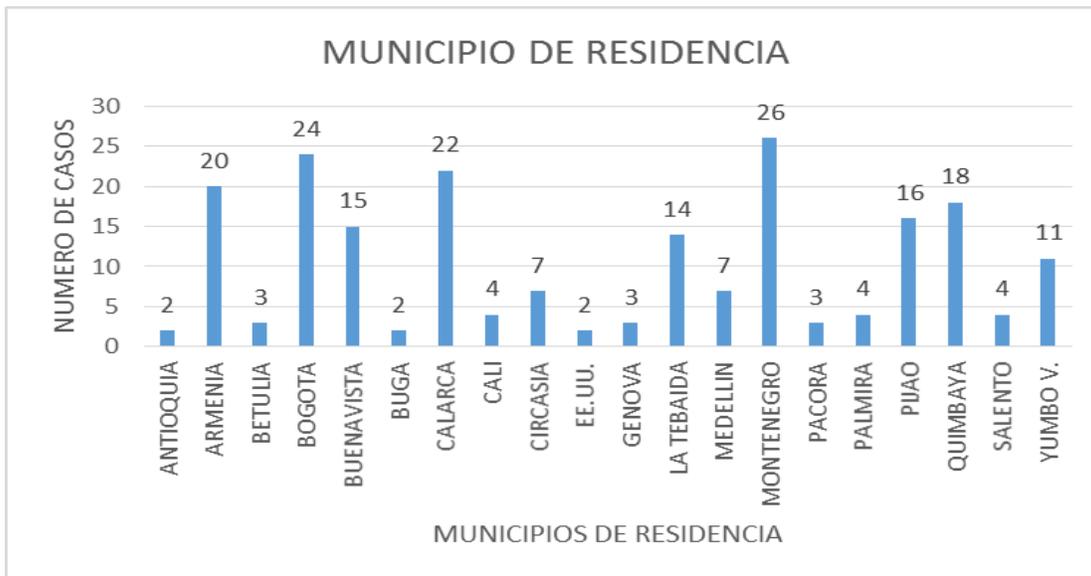
Analizando el Municipio de procedencia encontramos y de acuerdo a lo expresado que un gran numero de casos para este evento lo aportan los turistas y de acuerdo al histórico uno de los Municipios con mayor reporte por su gran afluencia ha sido Montenegro y es el que mayor número de casos reporta con el 26% de la notificación., seguido por La Tebaida con el 11%, Calarcá y Armenia en menor proporción realizan reporte con el 11%.



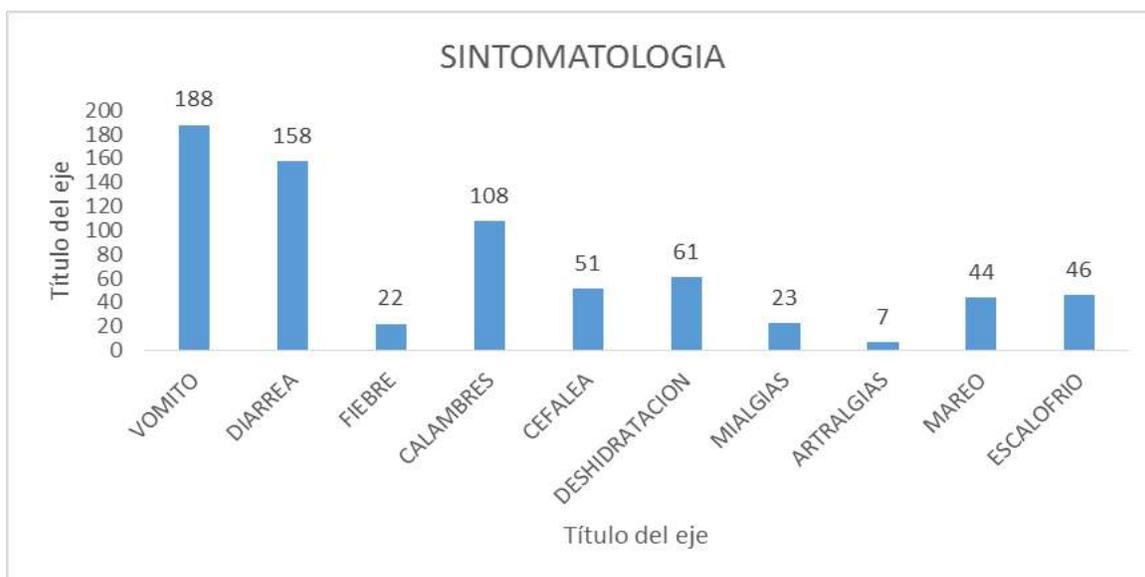
También se encuentra que respecto al municipio de residencia tenemos a Montenegro con el mayor reporte con el 11% de la notificación seguido por la ciudad de Bogotá con el



10% de los casos reportados, Calarcá ocupa el tercer lugar con el 9%, Armenia 9%, Quimbaya reporta el 8% del total de los casos reportados al SIVIGILA. Y se presenta un número considerable de casos con residencia Yumbo Valle (11 casos) y en menor proporción Municipios como Medellín, Betulia Antioquia, Estados Unidos, Buga entreo otros.



En lo concerniente a la sintomatología tenemos que existe gran variedad como se explica a continuación en la siguiente grafica.





El síntoma más presentado fue el vómito con el 84% de los casos notificados, seguido de diarrea con el 71%, los calambres ocupan el tercer lugar con el 48%, la deshidratación con el 27.5%, el escalofrío con el 20%, el mareo con el 19,8 seguido en menor proporción por síntomas como mialgias, otros como dolor abdominal, rash y ocupando el último lugar con 3,2 las artralgias.

### 8.1.1 ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS COLECTIVA

La configuración de brotes es un proceso sistemático que se realiza a partir del análisis de los casos reportados de manera individual los cuales son confirmados por clínica y cuando se configuran los brotes se deben caracterizar por salud pública para lo cual se realiza la toma de los coprocultivos a partir de dos casos notificados que pueden representar un brote, estas muestras se deben enviar al laboratorio de referencia de salud pública Departamental, es de aclarar que quien configura los brotes es el Municipio a partir de la revisión de los casos individuales.

Es muy importante tener en cuenta que la población cautiva como cárceles, guarderías, hogares geriátricos, batallones entre otros son los sitios que debemos tener en cuenta a la hora de realizar una configuración de brote ya que es necesario cortar con la cadena de transmisión e iniciar las acciones de campo a que haya lugar de acuerdo al protocolo así mismo desde el área de saneamiento se requieren acciones que permitan identificar los factores de riesgo ambiental que pudieron influir en la situación de brote, para llevar a cabo este proceso es necesario tomar muestras de los alimentos implicados que nos permita determinar cuál fue el agente causal de la situación.

Para el año 2016 se reportaron al sistema de Vigilancia un total de 22 brotes.

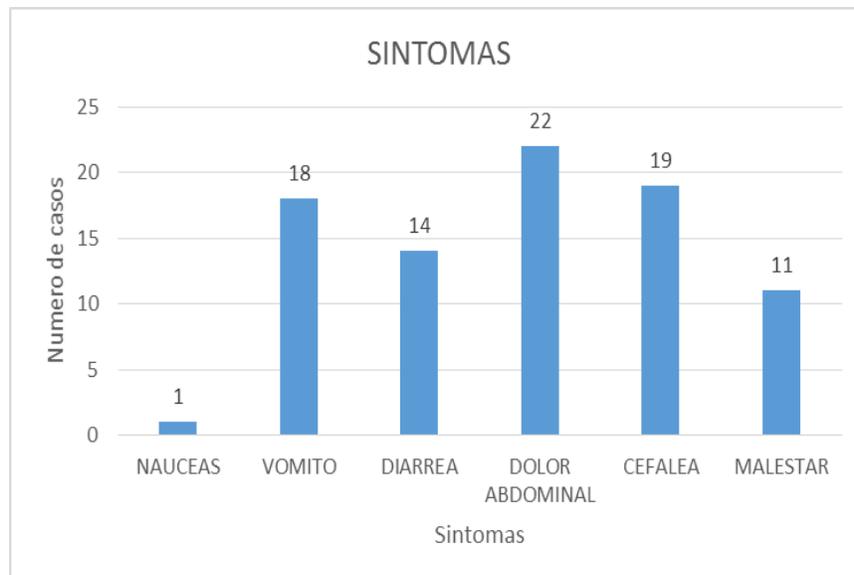
El mayor número de implicados en los brotes fue uno reportado por el Municipio de Pijao donde 22 personas de un grupo de 60 agricultores en el área rural expuestos fueron notificados donde el alimento implicado fue: calentado, arepa, tostada, chocolate y chicharrón.

Y por sexo se tiene que 21 de ellos corresponden al sexo masculino y tan solo una mujer estuvo implicada.

Este brote presentó fallas en el sistema de vigilancia ya que solo se pudieron tomar muestras de alimentos pero no coprocultivos por tener problemas de tipo administrativo la IPS por no contar con personal disponible y capacitado para la toma de la muestra.



La sintomatología presentada dentro de este brote es variada pero va desde el dolor abdominal reportado por el 100% de los implicados pasando por cefalea el cual reporto el 86% de los encuestados seguido por vomito con el 81% y con diarrea el 63% de los intoxicados terminando con 11 personas reportadas con malestar correspondiente al 50% de los casos.

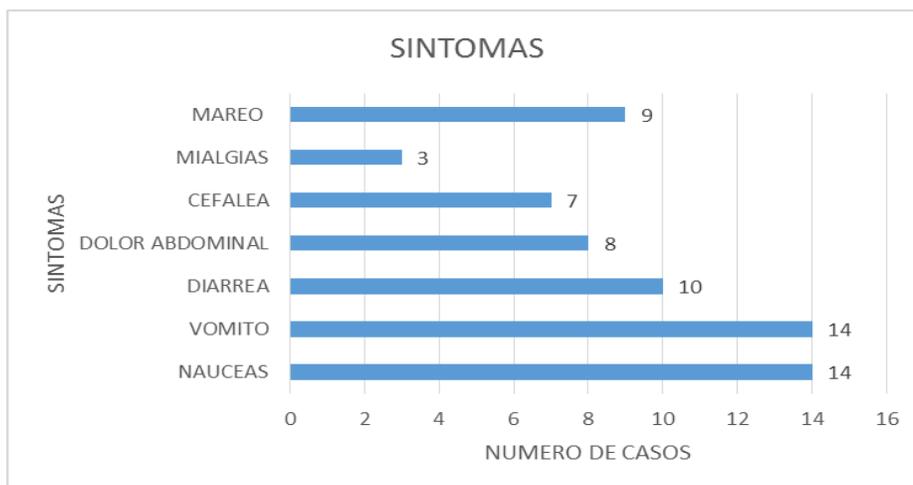


El Municipio de Quimbaya reporta el segundo brote más grande con 14 personas implicadas en el cual el alimento implicado fue un arroz mixto el cual preparo una funcionaria de un parque temático del Municipio y donde los empleados del parque fueron los enfermos, todos tuvieron manejo ambulatorio y la distribución por sexo fue la siguiente.



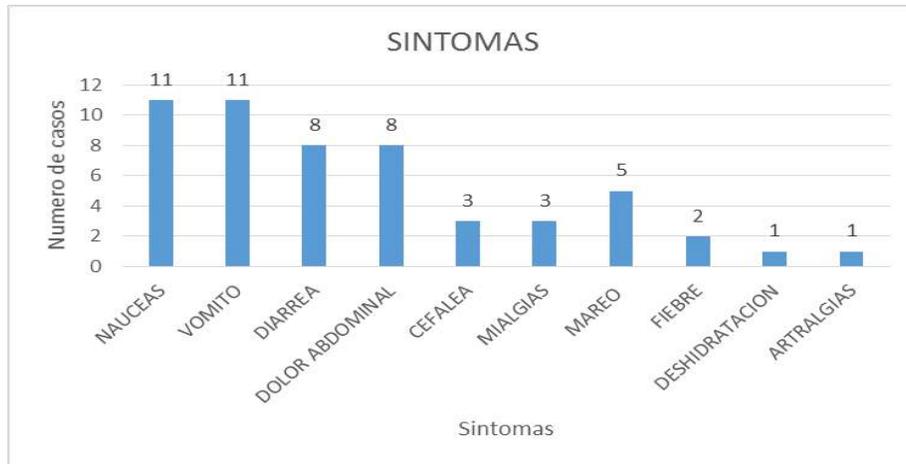
El tercer brote configurado se presento en un hogar infantil en el Municipio de Buenavista en donde el alimento implicado fue pollo, yogurt, huevo y jugo de tomate de árbol.

Con relación a la sintomatología tenemos:

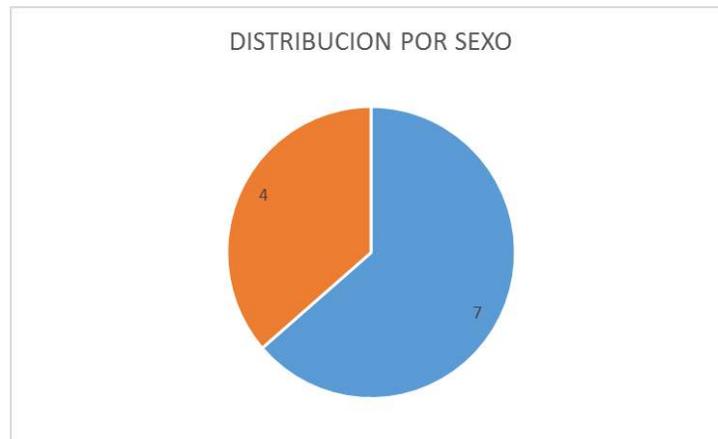


El mayor numero de sintomas estan representados en vomito y nauseas el cual presentaron el 100% de los casos seguido por diarrea con el 71% de los reportes y en menor medida mareo, cefalea y mialgias.

Otro de los brotes representativos se presento en un parque tematico del Municipio de Montenegro donde el alimento implicado fue pollo al paseo, hamburguesa y papas fritas donde se reportaron 11 enfermos de 22 personas expuestos.

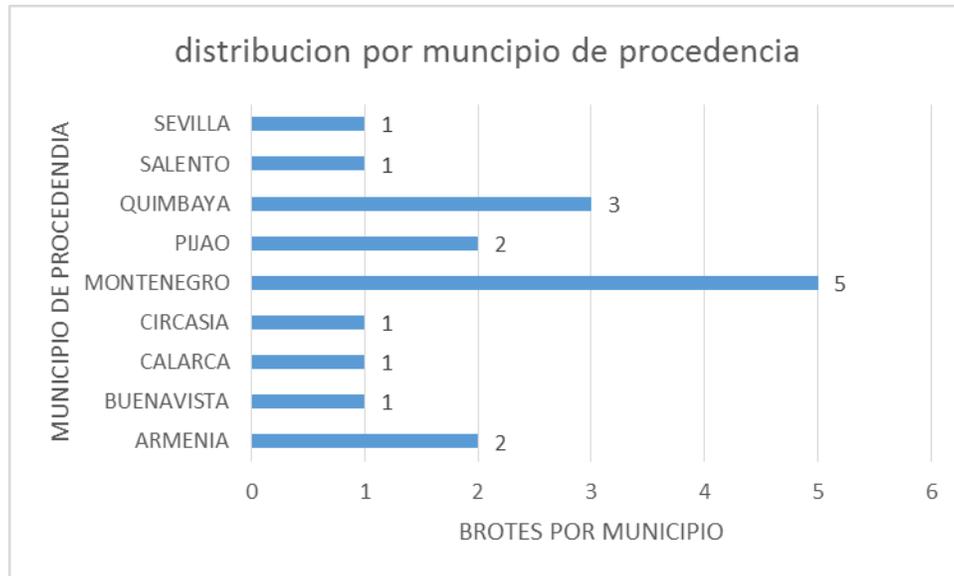


La distribución por sexo la tenemos así:



El 63% corresponden al sexo masculino, mientras que las mujeres representan el 36% de las personas implicadas en esta ETA.

Para el resto de los brotes se tiene que el reporte fue desde 8 casos hasta un brote de dos personas distribuidos por Municipio de procedencia así:



Es necesario aclarar que a pesar que desde el area de vigilancia en salud pública se realizan mesas tecnicas en los Municipios, ademas se realizan COVES que permiten el espacio para la capacitación aun continuan persistiendo problemas que no permiten realizar unas buenas intervenciones a nivel Municipal dentro de estas situaciones se encuentra que el personal asistencial rota mucho y se requiere volver a capacitar asi como la identificación de los agentes a nivel del laboratorio Departamental que no cuenta con una amplia gama de agentes para su identificación.

Es necesario continuar con los procesos de educación para lograr mejorar procesos tan importantes para la salud pública del Departamento.



# 9. RIESGO AMBIENTAL



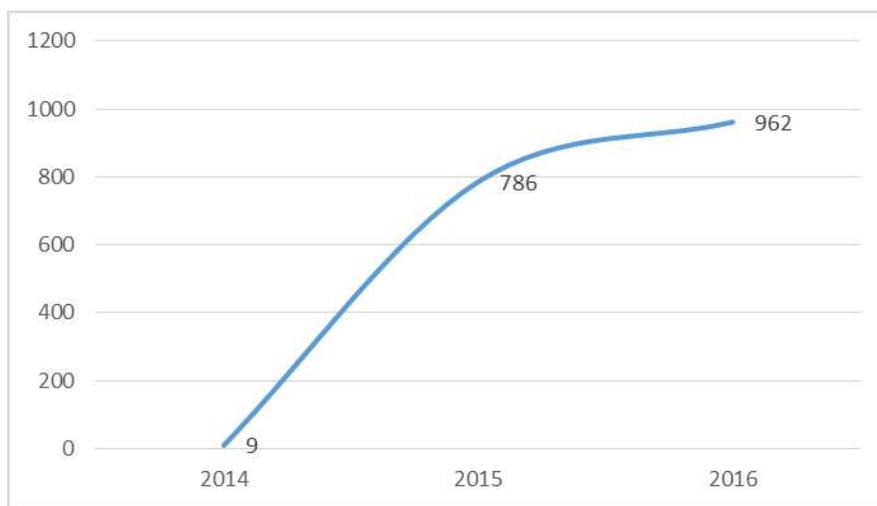


### 9.0 INFORME FINAL DEL EVENTO INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, 2016

Desde el año 2003, Colombia cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica para las intoxicaciones por sustancias químicas, el cual fue reglamentado en el año 2006 mediante la creación del Sistema de Vigilancia de Eventos en Salud Pública-Sivigila, definiendo claramente la vigilancia rutinaria de intoxicaciones agudas por plaguicidas.

En el departamento del Quindío, en el año 2014 se notificaron 9 casos en la ficha 365, para el año 2015 reportan 786 y en el 2016 un total de 962 casos, observándose un aumento en la notificación en los últimos dos años. La tendencia del aumento en el número de casos reportados puede deberse al fortalecimiento y mejora en la notificación al sistema de vigilancia por parte de las entidades territoriales, sin desconocer que dicho aumento también se puede atribuir al incremento en el consumo de plaguicidas en la actividad agroindustrial, al aumento en la cantidad de sustancias disponibles en el mercado para uso industrial y doméstico y a la mejora en la calidad de la vigilancia del evento.

**Comportamiento de las intoxicaciones por sustancias químicas durante 2014 – 2016, Departamento del Quindío, semana epidemiológica 52, 2016.**



Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.



COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN:

Se notificaron al Sivigila un total de 962 casos de Intoxicaciones por Sustancias Químicas discriminados de la siguiente manera según grupo de sustancia.

Número de casos de intoxicaciones por sustancias químicas según grupo de sustancias, Departamento del Quindío, semana epidemiológica 52, 2016

GRUPO DE SUSTANCIAS	CASOS	%
Sustancias psicoactivas	371	39%
Medicamentos	223	23%
Plaguicidas	183	19%
Otras sustancias químicas	141	15%
Solventes	23	2%
Gases	16	2%
Metales pesados	3	0%
Metanol	2	0%
<b>Total</b>	<b>962</b>	<b>100%</b>

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

Las intoxicaciones agudas por sustancias psicoactivas 39%, medicamentos 23% y plaguicidas 19%, fueron los de mayor relevancia, alcanzando en conjunto un 81 % del total de la notificación del grupo de intoxicaciones por sustancias químicas.

Número de casos municipio de residencia e incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

Municipio	Población	Casos	Incidencia x 100mil hab
Armenia	298.199	338	113,35

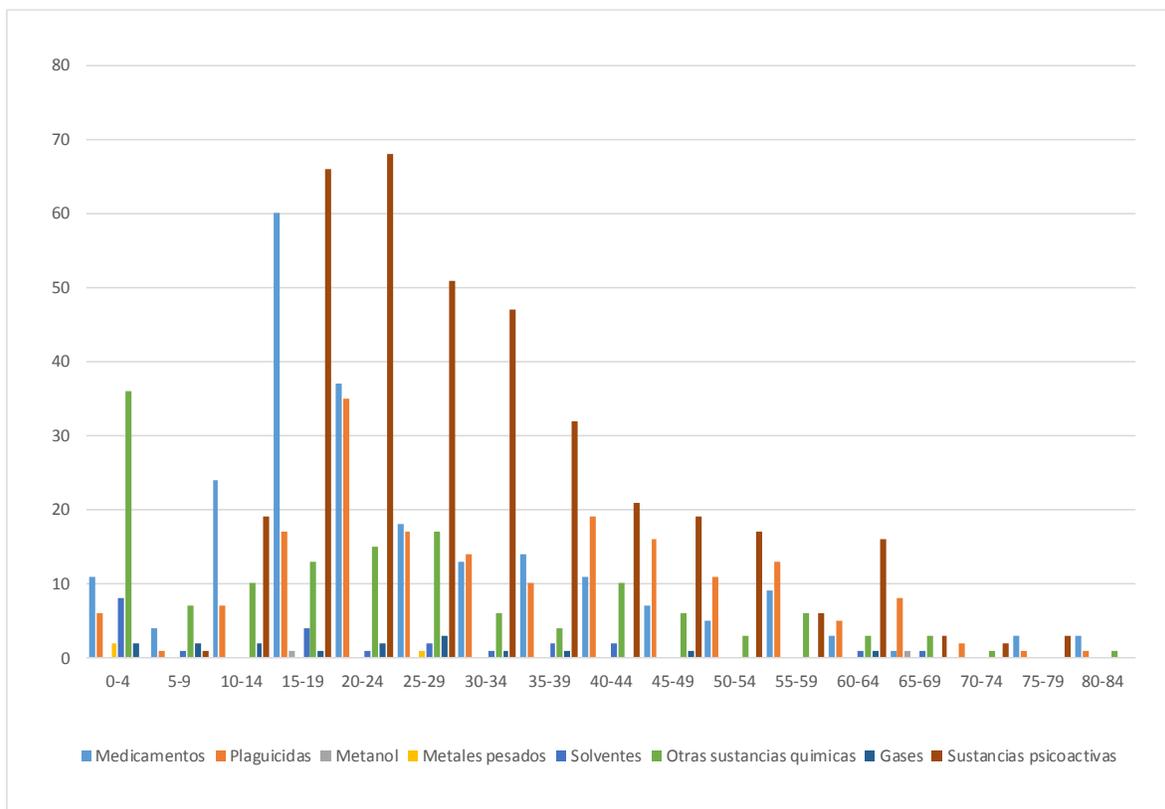


Buenavista	2.805	3	106,95
Calarcá	77.987	245	314,15
Circasia	30.143	26	86,26
Córdoba	5.269	13	246,73
Filandia	13.465	41	304,49
Génova	7.772	19	244,47
La Tebaida	43.159	51	118,17
Montenegro	41.438	154	371,64
Pijao	6.097	16	262,42
Quimbaya	35.036	48	137,00
Salento	7.109	8	112,53
<b>Total Departamento</b>	<b>568.506</b>	<b>962</b>	<b>169,22</b>

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

De acuerdo a la notificación realizada en el Sivigila, los municipios con mayores proporciones de incidencia fueron Montenegro, Calarcá, Filandia, Pijao, Córdoba, Génova, con incidencias superiores a la Departamental 169,2 casos nuevos de intoxicaciones por cada 100 mil habitantes. La incidencia nacional indico que aparecieron 74 casos nuevos de intoxicaciones por cada 100 mil habitantes durante la vigencia 2016.

**Distribución porcentual de las intoxicaciones por sustancias químicas por grupo de edad, Departamento del Quindío, semana epidemiológica 52, 2016**



Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

Se observa en conjunto que el 17% (162 casos) de los casos notificados corresponde al grupo de edad entre 15 a 19 años, seguido del 16% (158 casos) en el grupo entre 20 y 24 años y el 11% (109) en el grupo entre 25 y 29 años. Las principales sustancias que generaron la intoxicación fueron las sustancias psicoactivas, seguido de los medicamentos y los plaguicidas. Otras sustancias químicas fueron las que más se usaron en el grupo de 0 a 4 años con 7% (65 casos), seguido de los medicamentos.

**Comportamiento demográfico y social de los casos de Intoxicaciones por sustancias Químicas, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
SEXO	Masculino	556	58%
	Femenino	406	42%
TIPO DE REGIMEN	Subsidiado	498	52%



	Contributivo	301	31%
	No afiliado	125	13%
	Excepción	16	2%
	Especial	15	2%
	Indeterminado	7	1%
<b>AREA DE OCURRENCIA</b>	Cabecera municipal	772	80%
	Rural disperso	134	14%
	Centro poblado	56	6%
<b>PERTENENCIA ÉTNICA</b>	Otro	955	99%
	Indígena	5	1%
	Rom, gitano	1	0%
	Negro, mulato, afrocolombiano	1	0%
<b>GRUPOS POBLACIONALES</b>	Indigentes	10	1%
	Centro Psiquiátrico	9	1%
	Discapacitados	4	0%
	Carcelario	4	0%
	Gestantes	4	0%
	Desplazados	2	0%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

El mayor número de intoxicaciones por sustancias químicas se presentó en hombres con un 58 % (556 casos) y para las mujeres el 42% (406 casos).

Según el régimen de seguridad social en salud, la mayoría de casos notificados pertenece al régimen subsidiado el 52 % (498 casos), seguido por el régimen contributivo el 31 % (301 casos); el 13 % (125 casos) no presentan ningún tipo de afiliación al sistema seguridad social en salud. Adicionalmente, el 2 % (16 casos) pertenecen a régimen especial y el 1 % (7 casos) al régimen Indeterminado.



Para este periodo se observó que el 80% (772 casos) de los casos notificados se presentaron en cabeceras municipales, seguido por áreas rurales dispersas 14% (134 casos) y en un menor porcentaje de notificación 6% (56 casos) en centros poblados.

En relación con la variable pertenencia étnica, el 1% (5 casos) de los casos corresponde a indígenas y 1 caso en Rom, gitano y negro mulato, afrocolombiano. De acuerdo a los grupos poblaciones, la mayoría de los casos se presentaron en indigentes 10 casos, seguido de población en centros psiquiátricos con 9 casos, 4 casos discapacitados, carcelarios y gestantes y 2 casos en desplazados.

En relación a la notificación de intoxicaciones por sustancias químicas en población gestantes se presentaron 4 casos de los cuales, 2 con intencionalidad suicida relacionada con medicamentos, 1 con sustancias psicoactivas con intencional psicoactivo y 1 accidente con otras sustancias químicas.

A continuación, se mencionan los sectores por municipio en donde más se presentaron casos de intoxicación durante el 2016 en el departamento del Quindío, teniendo en cuenta la deficiente calidad del dato en la variable dirección.

**Sectores según municipio de residencia de los casos de intoxicación por sustancias psicoactivas, Departamento del Quindío, semana epidemiológica 52**

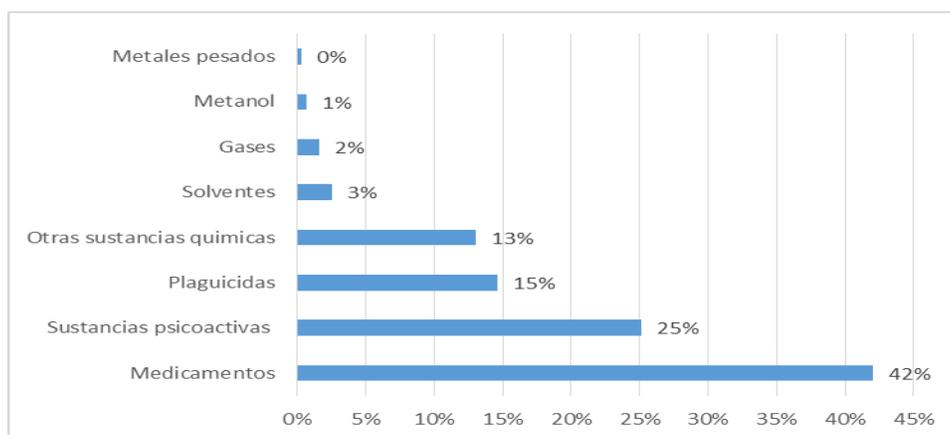
MUNICIPIO	BARRIO	MUNICIPIO	BARRIO
ARMENIA	CENTRO	CORDOBA	CENTRO
	SANTANDER		SANTA ANA
	LA GRECIA		JAVIER BAQUERO
	LA FACHADA	FILANDIA	SANTIAGO LOPEZ
	CORBONES		HORIZONTES
	LA ISABELA	GENOVA	CENTRO
	GRANADA	LA TEBAIDA	NUEVA TEBAIDA
	POPULAR		CENTRO
	BOSQUES DE PINARES		ACCION COMUNAL



	LA PATRIA		EL CANTARITO
<b>BUENAVISTA</b>	MIRADOR	<b>MONTENEGRO</b>	CENTRO
	SANTA ANA		COMPARTIR
<b>CALARCA</b>	BALCONES DE LA VILLA		COMUNEROS
	LLANITOS DE GUALARA		CIUDAD ALEGRIA
	VERSALLES	<b>PIJAO</b>	AV CASURINAS
	URBANIZACION VERACRU		URB NUEVO AMANECER
	LINCON	<b>QUIMBAYA</b>	CENTRO
	CENTRO		CIUADAELA
	LLANITOS PILOTO		LAURELES
	VALDEPEÑAS	<b>SALENTO</b>	SANTA ANA
<b>CIRCASIA</b>	LAS MERCEDES		
	LA PISTA		

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío

Distribución porcentual de las intoxicaciones por sustancias químicas por hospitalización, Departamento del Quindío, con corte semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío



Con respecto a la hospitalización, las intoxicaciones por medicamentos son responsables del mayor porcentaje de hospitalización el 42 % (132 casos), seguidas por las intoxicaciones por sustancias psicoactivas 25% (79 casos) y por plaguicidas 15 % (46 casos).

Número de muertes por intoxicaciones por sustancias químicas, Departamento del Quindío, semana epidemiológica 52, 2016.

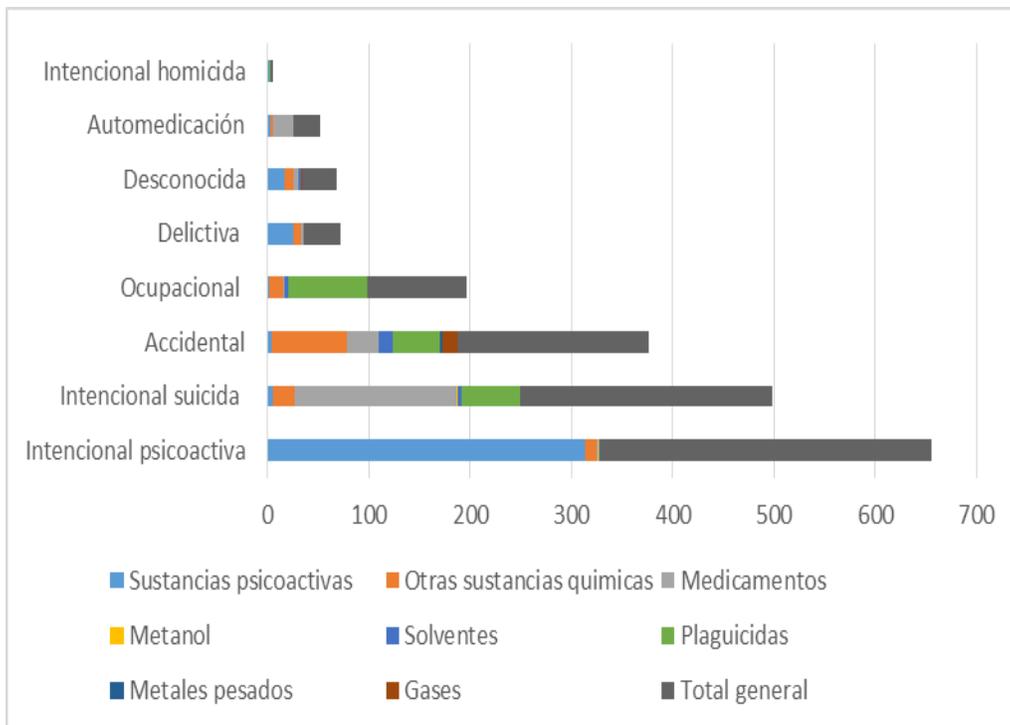
Grupo de Sustancia	Tipo de Exposición			
	Accidental	Intencional Suicida	Desconocida	Intencional psicoactiva/adicción
Medicamentos		2		
Solventes			1	
Otras sustancias químicas		1		
Gases	1			
Sustancias Psicoactivas				2
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Proporción</b>	<b>14%</b>	<b>43%</b>	<b>14%</b>	<b>29%</b>

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

En cuanto a las mortalidades, se notificaron un total de 7 hasta el periodo epidemiológico XIII del año 2016, de las cuales el 43 % (3 casos) fueron de suicidas, seguidos del 29% (2 casos) con intencional psicoactivo/adicción. Con respecto a la sustancia, el mayor número corresponde a las intoxicaciones por medicamentos con 2 casos y a sustancias psicoactivas con 2 casos.



Distribución porcentual por tipo de exposición en intoxicaciones por sustancias químicas, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016



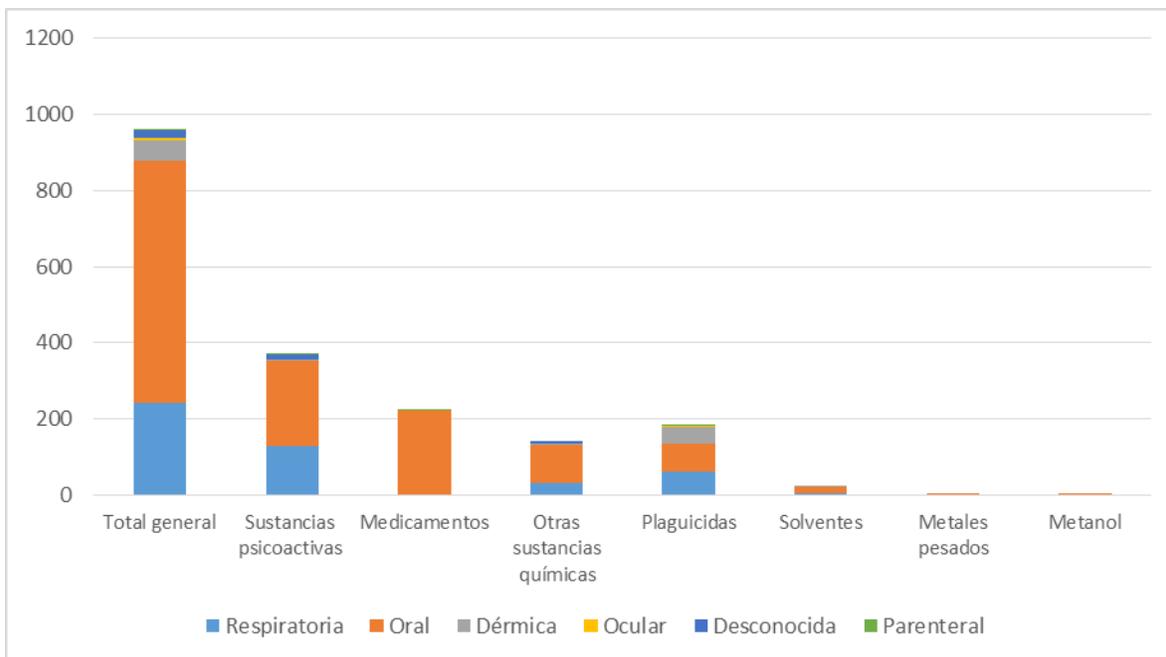
Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

El 34% (328 casos) del total de los casos de intoxicación por sustancias químicas notificados son con intencional psicoactivo. El segundo tipo de exposición más frecuente es el intencional suicida con el 26% (249 casos), dentro de este grupo, los medicamentos, los plaguicidas y otras sustancias químicas, son las más empleadas que han generado la intoxicación. Un 20% fueron accidentes en su mayoría con plaguicidas y otras sustancias químicas. El 10% (98 casos) se originó por exposición ocupacional con plaguicidas y otras sustancias químicas.

El 4% (36 casos) se originaron con intención delictiva en su mayoría con sustancias psicoactivas y en el 4% (36 casos) de la notificación realizada durante este periodo correspondiente a casos en los cuales el tipo de exposición es desconocida por ausencia de información en el momento de la atención o del diligenciamiento de la información a través del Sivigila. El 3% (26 casos) se originaron por automedicación y 3 casos con exposición homicida.



Distribución porcentual de intoxicaciones por sustancias químicas por vía de exposición, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016.



Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

En cuanto a la vía de exposición, se encontró que la vía oral 66 % (638 casos) fue la más prevalente. Dentro de esta vía el grupo de sustancias que presenta mayor porcentaje son las sustancias psicoactivas, seguido de medicamentos, otras sustancias químicas y plaguicidas. Para la vía respiratoria 25% (241 casos), se observó que, según el total de intoxicaciones notificadas para este periodo la mayoría es por intoxicaciones fueron por psicoactivas, en menor proporción plaguicidas y otras sustancias químicas. En menor número de casos se empleó la vía dérmica 6% (53 casos) con plaguicidas.



# 10. MATERNIDAD SEGURA





## 1.1 MORBILIDAD MATERNA EXTREMA.

El enfoque de la Vigilancia en Salud Pública de la morbilidad materna extrema debe entenderse como una estrategia preventiva de la muerte materna y perinatal, a través de la detección de madres con complicaciones obstétricas que puedan llevarlas a la muerte y de esta forma se requiere de un sistema de alerta temprana que permita una identificación e intervención oportuna de los riesgos y un seguimiento efectivo que permita evitar la progresión a la muerte.

125

La tasa de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varió de 4,9 % en América Latina a 5,1 % en Asia y 14,9 % en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tenían tasas que van del 0,8 % en Europa y un máximo de 1,4 % en América del norte .

El proceso de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema en Colombia, inicia en 2012 a través de la notificación individual de casos en el SIVIGILA, año en el cual se notificaron un total de 4692 madres que sobrevivieron a complicaciones graves durante el embarazo, parto y postparto. A partir del año 2015, en donde se notificaron un total de 15 067 casos, el evento de morbilidad materna extrema se notifica de forma inmediata en el momento en que se identifica la complicación. (1) Para el año 2016 en el departamento del Quindío se notificaron 100 casos de MME. (3) En el presente informe se presentan los hallazgos más relevantes del proceso de vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema en el departamento del Quindío en el año 2016, los cuales deben ser un insumo básico para la evaluación, seguimiento y toma de decisiones que impacten en la reducción de las muertes maternas y perinatales en el país y con el fin último de la mejora en la salud materna e infantil.

### Análisis de la información.

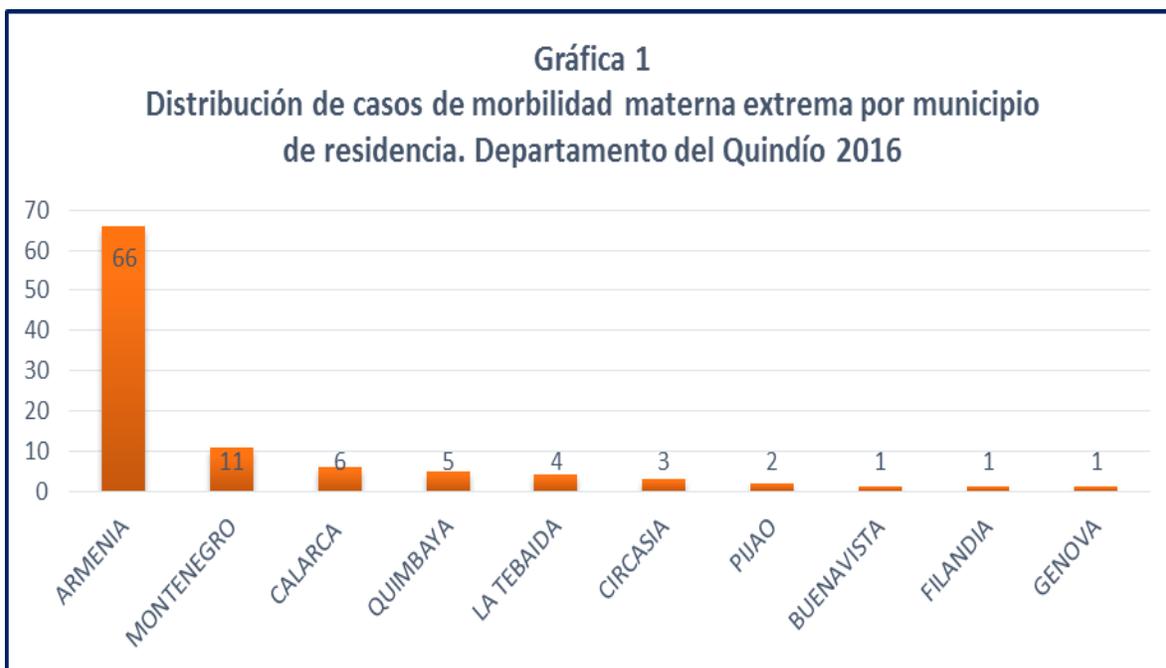
Se realiza a través de la realización de indicadores de proceso establecidos por el protocolo de vigilancia en salud pública, morbilidad materna extrema.

La realización del análisis de casos agrupados será realizada por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), municipios, departamentos y distritos con la totalidad de los casos notificados en la institución.



El presente informe se realiza con un total de 116 casos de morbilidad materna extrema notificados hasta la semana 52 de 2016.

De los 116 casos reportados el año 2016, 100 corresponden por residencia al Departamento del Quindío, siendo el municipio de Armenia el de mayor reporte con el 66% de los casos, seguido del municipio de Montenegro con el 11%, Calarcá con 6%, Quimbaya con el 5%, La Tebaida con 4%, Circasia con el 3%, Pijao con 2% y en los municipios de Buenavista, Génova, y Filandia se presentó solo 1 caso en cada uno; el resto de los municipios no reportan casos para este año (Ver gráfica 1).



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

La notificación de los casos se realiza principalmente en el municipio de Armenia en un 83%, siendo el del Hospital Universitario San Juan de Dios el que presentó el mayor reporte con el 33% del total de los casos, seguido de la Clínica la Sagrada Familia con el 32%, Clínica del Café Dumian Medical con el 13%, Clínica ESIMED con el 5%. También las ESE's Hospital La Misericordia de Calarcá y Hospital Roberto Quintero Villa de Montenegro reportaron 4 casos cada uno, el Hospital Santa Ana de Pijao y el Servicio de Emergencia regional notificaron 2 casos respectivamente y 1 caso del Hospital Sagrado Corazón de Quimbaya. Fueron reportados 4 casos por UPGD del Departamento del Valle del Cauca y Risaralda, los cuales se informan por retroalimentación del instituto Nacional de Salud (Ver tabla 1).



Tabla Casos de morbilidad materna extrema según unidad primaria generadora del dato, Departamento del Quindío. 2016

UPGD	Casos morbilidad materna extrema	%
Ese Hospital Dptal San Juan de Dios	33	33,0
Clínica la Sagrada Familia	32	32,0
Clínica del Café Dumian medical	13	13,0
Estudios e inversiones médicas ESIMED	5	5,0
Ese Hospital La Misericordia	4	4,0
Ese Hospital Roberto Quintero Villa	4	4,0
Ese Hospital Santa Ana	2	2,0
Servicio de emergencia regional	2	2,0
Valle	2	2,0
Risaralda	2	2,0
Ese Hospital Sagrado Corazón de Jesús	1	1,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Es importante resaltar que dentro de las acciones realizadas desde el área de Vigilancia en Salud Pública se revisaron las historias clínicas de aquellos casos que de acuerdo a lo registrado en SIVIGILA no cumplían definición operativa para el evento, arrojando como resultado 15 casos descartados y 2 casos ajustados. El 94% de las gestantes informaron residencia en la zona urbana de los municipios y el 6% reside en área rural; encontrando que 46 de ellas pertenecen al régimen subsidiado, 44 al régimen contributivo, 7 no presentan afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud; y en régimen especial, de excepción y en proceso de aseguramiento se encuentra un caso en cada uno (Ver tabla 2).

Tabla Comportamiento demográfico y social de los casos de morbilidad materna extrema, Departamento del Quindío. 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Tipo de régimen	Subsidiado	46	46
	Contributivo	44	44
	Sin Aseguramiento	7	7
	Especial	1	1
	Excepción	1	1
	Indeterminado	1	1
	Área de residencia	Urbana	94
Rural		6	6

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Entre las EPS se encuentra que Cafesalud subsidiado tiene el mayor número de casos con el 21%, Asmetsalud con el 12%, Cafesalud Contributivo con 9%, Nueva EPS subsidiada y Magisterio con el 9% cada una, población sin aseguramiento 8%, Nueva EPS Contributivo y Sura con el 7% cada una, SOS con el 5%, en menor proporción se presentaron casos en las EPS Saludvida, Salud Total, Sanitas, Policía, Magisterio, Ambuq y Emsanar; estas dos últimas EAPB son de otros departamentos (Ver tabla 3).

Tabla Casos de morbilidad materna extrema según Entidad Promotora de Salud, Departamento del Quindío. 2016

EPS	Casos de morbilidad materna extrema	%
Cafesalud EPS-S	21	21,0
Asmetsalud	12	12,0
Cafesalud EPS-C	10	10,0
Nueva EPS EPS-S	9	9,0
Coomeva Sin aseguramiento	9	9,0
Nueva EPS EPS-C	8	8,0
Sura	7	7,0
SOS	7	7,0
Salud vida	5	5,0
Salud Total	3	3,0
Sanitas	2	2,0
Policía	2	2,0
Magisterio	2	2,0
Ambuq	1	1,0
Emsanar	1	1,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Comportamiento de otras variables de interés.

- ✓ El 97% de los casos se hospitalizaron y se encuentran 3 casos de Mortalidad Materna de acuerdo a la verificación realizada; lo que evidencia el fortalecimiento del proceso de reporte ya que los casos de mortalidad materna fueron reportados en forma inicial como morbilidad materna extrema.
- ✓ Como antecedentes de importancia, se encuentra que en el 70% de los casos las gestantes informan no regularizar su fecundidad por no desearlo, el 8% utiliza otros métodos, otro 8% desconoce los métodos de planificación familiar, el 6%



planifica con métodos hormonales, 4% usa métodos naturales, con métodos de barrera el 2%, el 1% no accede por barreras administrativas al igual que las mujeres con método quirúrgico.

- ✓ El 80% de los casos reportados informan antecedentes como: Cesárea en parto anterior en el 41%, abortos en el 24%, multiparidad los 15%, mortinatos el 9%, embarazos ectópicos en el 5% y embarazo molar en el 1% de las mujeres notificadas para el evento.
- ✓ Respecto a la gestación actual se encuentra que el 74% de las gestantes reportadas contaron con 4 y más controles prenatales, el 20% no ingresaron al control prenatal y el 5% tuvieron menos de 2 controles prenatales. Lo anterior, permite cuestionar el acceso y captación de las mujeres embarazadas a los programas de detección temprana de las alteraciones en el embarazo de acuerdo a la normatividad vigente en el país.
- ✓ De acuerdo al momento de la ocurrencia de la Morbilidad Materna Extrema, se evidencia que el 40% ocurrió antes de la terminación del embarazo, el 21% durante la gestación y el 39% después de la terminación del embarazo.
- ✓ La terminación de la gestación ocurre en un 39% parto por cesárea, 33% parto vaginal, 3% parto instrumentado y el 9% abortos, obteniendo como resultado el 72% de recién nacidos vivos, 3% muertes posteriores al nacimiento. El 16% de los casos reportados continúan en embarazo después de sobrevivir al evento de Morbilidad Materna Extrema.
- ✓ Entre los criterios de inclusión se encontraron como enfermedad específica preeclampsia severa con el 41% de los casos, seguido de choque hipovolémico con el 25%, otras enfermedades con 12%, hematológica 11%, choque séptico con 5%, eclampsia 6%; enfermedad endocrino-metabólica, cardiocerebrovascular y aborto séptico con el 3% cada una; enfermedad renal y gastrointestinal con 2% respectivamente; embarazo ectópico, enfermedad oncológica y eventos tromboembólicos con 1% cada una. Las fallas orgánicas se presentaron de la siguiente manera: vascular con el 27%, hepática con 14%, cardíaca 10%, de la coagulación con el 9%, metabólica con un 7%, renal con el 6%, cerebral con 5% y respiratoria con el 3% de los casos. El manejo específico brindado fue en el 25% de los casos que requirieron ingreso a la unidad de cuidados intensivos, el 23% cirugías adicionales (histerectomía 16 casos, 3 laparotomías, 2 Legrados, apendicectomía y craneotomía 1 caso cada una), un 31% recibió transfusión sanguínea. Se reporta un 1% asociado a lesiones de causa externa y otro 3% de los casos con asociación a otros eventos entre los cuales se encuentran ZIKA y VIH.



- ✓ La estadía hospitalaria oscilo entre los 1 a 78 días y estadía en UCI entre 1 a 8 días, requiriéndose de acuerdo a lo reportado entre 3 a 6 unidades sanguíneas transfusionales

Tabla 4. Criterios de inclusión de los casos de morbilidad materna extrema, Departamento del Quindío. 2016

Variable	Categoría	Nº Casos	%
Enfermedad específica	Preeclampsia severa	41	41
	Choque hipovolémico	25	25
	Otras enfermedades	12	12
	Hematológica	11	11
	Choque séptico	5	5
	Eclampsia	4	4
	Endocrino-metabólica	3	3
	CCV	3	3
	Aborto séptico	3	3
	Renal	2	2
	Gastrointestinales	2	2
	Ectópico	1	1
	Oncológica	1	1
	Tromboembólicos	1	1
Disfunción orgánica	Falla vascular	27	27
	Falla hepática	14	14
	Falla cardíaca	10	10
	Falla coagulación	9	9
	Falla metabólica	7	7
	Falla renal	6	6
	Falla cerebral	5	5
	Falla respiratoria	3	3
Manejo específico	UCI	25	25
	Cirugía	23	23
	Transfusión	31	31
Lesión de causa externa	Accidente	1	1
Otros eventos de interés en salud pública	VIH	1	1
	Zika	2	2

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

De acuerdo a lo reportado en el año 2016, la Morbilidad Materna Extrema de mayor presentación corresponde a trastornos de tipo hipertensivo los cuales abarcan el 45%, de



los casos, seguido las complicaciones hemorrágicas y otras causas con el 23% cada una, y en menor proporción se encuentran la sepsis de origen obstétrico, sepsis de origen no obstétrico, enfermedades preexistentes y complicaciones de aborto. (Ver gráfica 2)



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

La gráfica de tendencia del evento inicia en el año 2012 con 11 casos notificados, con un aumento importante de 34 casos para el año 2013 y se mantiene la tendencia en el año 2014. Para el año 2015 se evidencia un ascenso en la tendencia con un pico de 70 casos, a partir de este año el aumento en el número de casos ha sido significativo, llevando a la notificación en el año 2016 de 100 la más alta desde el año 2010. (Ver gráfica 3).



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Lo anterior, se atribuye al mejoramiento de las acciones de la vigilancia de la salud materna ya que se han realizado cambios en el protocolo desde el nivel nacional con



respecto a la notificación inmediata de los casos; sin embargo se deben fortalecer acciones que permitan identificar de manera temprana aquellos factores que puedan afectar la integridad del binomio madre-hijo.

**Indicadores morbilidad materna extrema departamento del Quindío, 2016.**

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operacional	Resultado
Unidades de análisis de morbilidad materna extrema	Proceso	<b>Numerador:</b> Número de casos de MME analizados en el período. <b>Denominador:</b> Número de casos de MME a analizar en el mismo período X 100	
Porcentaje de casos de MME con seguimiento (aseguradora)	Proceso	<b>Numerador:</b> Número de casos de MME. <b>Denominador:</b> Número de casos de MME por aseguradora X100	
Razón de morbilidad materna extrema	Resultado	<b>Numerador:</b> Número de casos de MME con seguimiento. <b>Denominador:</b> Número de nacidos vivos dentro del mismo periodo X1000	<b>17.4 x 1000 nacidos vivos</b>
Índice de letalidad	Impacto	<b>Numerador:</b> Número casos de muertes maternas. <b>Denominador:</b> Número casos de muerte materna temprana + número de MMEo X100	<b>4.8</b>
Relación MME / MM	Impacto	<b>Numerador:</b> Número de casos de MME. <b>Denominador:</b> Número de casos de muerte materna temprana	<b>25</b>
Porcentaje de gestantes con cuatro o más criterios de inclusión	Resultado	<b>Numerador:</b> Número de casos MME con cuatro o más criterios de inclusión. <b>Denominador:</b> Número total de casos de MME X100	<b>44%</b>
Índice de letalidad por causa principal	Impacto	<b>Numerador:</b> Número de casos muerte materna por una causa específica. <b>Denominador:</b> Número de muertes maternas tempranas más número de MME por la misma causa X1000	<b>43,5</b>
Índice de mortalidad perinatal por MME	Impacto	<b>Numerador</b> Número de muertes perinatales de casos MME. <b>Denominador:</b> Número de casos de MME X100	<b>3%</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



## 1.2 MORTALIDAD PERNATAL Y NEONATAL TARDIA

A pesar del aumento de la atención y las inversiones realizadas en la salud materna, neonatal e infantil, la muerte fetal intrauterina continúa siendo invisible: no se registra en los objetivos de desarrollo del milenio, no recibe seguimiento por parte de la ONU ni se incluye en las mediciones de la carga mundial de morbilidad.

133

En 2008, se calcularon al menos 2,65 millones de casos de muerte fetal intrauterina (rango de incertidumbre entre 2,08 millones y 3,79 millones) en todo el mundo. El 98 % de los casos de muerte fetal intrauterina se producen en los países de ingresos bajos y medios, y las cifras varían de 2 por cada 1000 nacimientos en total, en Finlandia a más de 40 por cada 1000 nacimientos en total en Nigeria y Pakistán. En todo el mundo, el 67 % de los casos de muerte fetal intrauterina ocurren en familias rurales, el 55 % en las áreas rurales de África subsahariana y Asia meridional, donde hay menos participación de profesionales capacitados y se realizan menos cesáreas que en los entornos urbanos. En total, se calcula que cada año se producen 1,19 millones (rango: entre 0,82 millones y 1,97 millones) de casos de muerte fetal intrauterina durante el trabajo de parto. La mayor parte de los casos de muerte fetal intrauterina durante el trabajo de parto están asociados con emergencias obstétricas, mientras que la muerte fetal intrauterina prenatal está asociada con infecciones de la madre y restricción del crecimiento fetal (4). Según información publicada por la OPS-CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano), en América Latina el área geográfica que presenta una mayor razón de mortalidad perinatal es el Caribe latino (52,8 por 1.000 nacidos vivos) conformado por Cuba (4,8%), Haití (70,8%), Puerto Rico (3,23%) y República Dominicana (21,0%). La razón de mortalidad perinatal en la sub región de Sudamérica y México es de 21,4 por cada 1.000 nacidos vivos (5)

De otro lado la muerte neonatal presenta un comportamiento similar según estadísticas del banco mundial 2012 donde Haití es el país con la razón por 1000 nacidos vivos más alta de Latinoamérica con un 25 por 1000 nacidos vivos, seguido por Bolivia y Guyana. En Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010, reporta que la tasa de mortalidad perinatal es 14 por mil embarazos de 7 o más meses de duración. Comparado con cifras obtenidas en años anteriores, la tasa de mortalidad perinatal bajó de 24 en el 2 000 a 17 por mil en el 2 005 y a 14 por mil en el 2 010. A nivel de regiones, los menores niveles de mortalidad se observan en la central. En las otras regiones, la mortalidad perinatal varía entre 13 (Orinoquía-Amazonía) y 16 por mil (Bogotá). Para ese mismo periodo se estimó que los Departamentos con mayores tasas de mortalidad perinatal fueron Choco (39 por mil), San Andrés (25 por mil) y Caldas (25 por mil) (25). La tasa aumenta con la edad materna: menores de 20 y mayores de 40 años, y con periodos intergenésico menores a 15 meses. (6) La tasa de mortalidad neonatal logró una disminución de 9,86 por 1 000 nacidos vivos en el 2 006 a 7,72 en el 2 012 (26). Hasta la semana 48 del periodo epidemiológico 12 de 2 016 se notificaron 8 469 casos. La distribución total de las muertes de acuerdo con el momento de ocurrencia es la siguiente 4 053 casos (47,9 %) corresponden a muertes fetales anteparto, 953 casos (11,3 %) a muertes fetales intraparto, 2 243 casos (26,5 %) neonatales tempranas y 1 220 casos (14,4 %) a neonatales tardías. (7)

Describir el comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el departamento del Quindío, en el año 2016, desde el análisis epidemiológico, clínico, social y demográfico de la población afectada, generando elementos que permitan orientar acciones claras para intervención de la mortalidad perinatal y neonatal tardía desde el análisis agrupado de los periodos perinatales de riesgo.

De acuerdo al comportamiento de los casos reportados al SIVIGILA durante el año 2016, se encuentran un total de 86 casos con residencia en el Departamento del Quindío, concentrándose el 59,3% en el municipio de Armenia con 51 casos reportados, seguido en menor proporción por el municipio de Calarcá con el 12,8% (11 casos), La Tebaida con el 9,3% (8 casos), Circasia con el 7% (6 casos), Montenegro y Quimbaya con el 3,5% cada uno, Filandia con 2,3%, Córdoba y Génova con el 1,2% respectivamente. (Ver gráfica 4). Se presentaron 8 casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía en madres residentes en otros departamentos del país.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Para fines del presente análisis, se tienen en cuenta los 86 casos de mortalidad, de población residente en el Departamento del Quindío, encontrando:

**Factores sociales relacionados a la muerte perinatal y neonatal tardía.**

- ✓ El rango etáreo más afectado con el evento es el de 18 a 23 años de edad con el 34,9% de los casos, seguido del grupo de edad de 30 a 35 años con un 25,6%, de los 24 a 29 años se presenta un 22,1% de los casos, en las edades extremas se encuentran 10 casos en menores de 17 y menos años que corresponden al 11,6% del total de casos, encontrando como rango inferior los 14 años, en el rango



superior se encuentra el 5,8% de los casos en mujeres mayores de 36 años y que el rango etáreo máximo fue de 41 años de edad.

- ✓ El 91,9% reporta residencia en la zona urbana de los municipios del departamento, el 8,1% en área rural.
- ✓ Hay 2 casos reportados en población afrocolombiana y otro caso en población indígena.
- ✓ El 51,2% de los casos corresponden al régimen subsidiado, el 41,9% se encuentran en el régimen contributivo, el 3,5% en régimen de excepción y sin aseguramiento al SGSSS se encuentran el 3,5% de los casos.
- ✓ Teniendo en cuenta lo anterior, se encuentra que la EPS con mayor número de casos es cafesalud subsidiado con el 26,7%, seguida de Cafesalud contributivo con el 23,3%, Asmetsalud con el 22,1%, Sura y Coomeva con el 5,8% cada una, en menor proporción están Nueva EPS contributivo, sin afiliación al SGSSS, SOS, Policía, Cosmitet, Saludvida y Salud Total.
- ✓ El 62,8% de las madres conviven con su cónyuge, el 29,1% con familiares, el 5,8% viven solas y el 2,6% viven con otras personas.
- ✓ El 66,3% de las madres cuentan con educación secundaria, el 25,6% con educación primaria, el 7% no tienen escolaridad y un 1,2% no reporta datos (Ver tabla 5).

Tabla Comportamiento demográfico y social de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, departamento del Quindío 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Grupos de edad	< 17	10	11,6
	18 a 23	30	34,9
	24 a 29	19	22,1
	30 a 35	22	25,6
	> 36	5	5,8
Área de residencia	Urbana	79	91,9
	Rural	7	8,1
Pertenencia étnica	Indígena	1	1,2
	Afrocolombiano	2	2,3
	Otro	83	96,5



Régimen en salud	Subsidiado	44	51,2
	Contributivo	36	41,9
	Excepción	3	3,5
	Sin aseguramiento	2	2,3
	Indeterminado	1	1,2
EAPB	Cafesalud EPS-S	23	26,7
	Cafesalud EPS-C	20	23,3
	Asmetsalud	19	22,1
	Coomeva	5	5,8
	SURA	5	5,8
	Nueva EPS EPS-C	4	4,7
	Sin afiliación	3	3,5
	SOS	2	2,3
	Policía	2	2,3
	Cosmitet	1	1,2
	Salud Vida	1	1,2
	Salud Total	1	1,2
Convivencia	Cónyuge	54	62,8
	Familia	25	29,1
	Sola	5	5,8
	Otro	2	2,3
Educación	Ninguna	6	7,0
	Primaria	22	25,6
	Secundaria	57	66,3
	Superior	0	0,0
	Sin información	1	1,2

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

#### Factores relacionados con la historia gestacional:

- ✓ Frente a la regularización de la fecundidad se encuentra que el 69,8% de las gestantes no usan métodos anticonceptivos porque no lo desean, el 12,8% métodos hormonales, el 7% utiliza otros métodos, no tienen conocimiento de los métodos de planificación familiar o utilizan métodos naturales con el 3,5% cada uno, en menor proporción se encuentran el DIU, métodos quirúrgicos o el no acceso a los métodos de PNF.
- ✓ De acuerdo a lo reportado al SIVIGILA, se encuentra que el 40,7% de las gestantes cursaba por el primer embarazo, el 37,2% por el segundo embarazo, el 7% por el tercer embarazo y el otro 15,1% corresponden a mujeres multigestantes.



- ✓ El 22,1% de los casos reporta antecedentes de abortos en gestaciones anteriores.
- ✓ El 38,4% de los casos no reporta ningún antecedente de riesgo. Los casos restantes registran uno o varios factores de riesgo encontrando antecedentes de recién nacidos pretérmino con el 14%, recién nacidos de bajo peso reporta el 8,1% de los casos, consumo de sustancias psicoactivas e hipertensión con el 5,8% cada uno, obesidad con el 4,7%, trastornos mentales y diabetes con el 3,5% respectivamente, en menor proporción se encuentran período intergénésico corto, incompatibilidad RH, defectos congénitos, cardiopatías, VIH, otras infecciones, el tabaquismo y sífilis.

Tabla. Factores relacionados con la historia gestacional de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, departamento del Quindío 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Regularización de la fecundidad	No uso por desconocimiento	3	3,5
	No uso por acceso	1	1,2
	No uso por qué no deseaba	60	69,8
	Natural	3	3,5
	DIU	1	1,2
	Hormonal	11	12,8
	Barrera	0	0,0
	Quirúrgico	1	1,2
	Otros	6	7,0
Número de gestaciones	1	35	40,7
	2	32	37,2
	3	6	7,0
	> 4	13	15,1
	Antecedente de aborto	19	22,1
Antecedentes de riesgo	Ninguno	33	38,4
	RN pretérmino	12	14,0
	RN bajo peso	7	8,1
	HTA crónica	5	5,8
	SPA	5	5,8
	Obesidad	4	4,7
	Diabetes	3	3,5
	Trastorno mental	3	3,5
	PIG Corto	2	2,3
	RH negativo	2	2,3
	Defectos congénitos	2	2,3
	Cardiopatías	1	1,2
	VIH	1	1,2



Otras infecciones	1	1,2
Tabaquismo	1	1,2
Sífilis	1	1,2
Mola	0	0,0
Macrosómico	0	0,0
DNT Crónica	0	0,0
Alcoholismo	0	0,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Factores de riesgo y complicaciones del embarazo actual:**

- ✓ El 16,3% de los casos reportan RPM, el 10,5% preeclampsia, el 8,1% RCIU y Anomalías congénitas incompatibles con la vida respectivamente, el 7% embarazos no deseados y embarazo múltiple con el 7% de los casos cada uno, el 5,8% corioamnionitis, en menor proporción se encuentran el síndrome de HELLP, eclampsia, IVU, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo y hemorragias en el segundo trimestre.
- ✓ El 23,3% asistió a 3 y menos controles prenatales, el 60,5% accedió a 4 controles prenatales y más, y el 16,3% de los casos no accedió a controles prenatales.
- ✓ El 57% inició controles prenatales en el primer trimestre de gestación, el 22,1% en el segundo trimestre y el 4,7% en el tercer trimestre del embarazo.
- ✓ El parto fue atendido en instituciones de salud en un 98,8%, el 1,2% ocurrió en el domicilio que corresponde a un caso.
- ✓ El 80,2% de los partos fueron atendidos en IPS de III nivel, el 16,3% en nivel II y en menor proporción el 3,5% ocurren en IPS nivel I.
- ✓ La atención del parto fue realizada por obstetra en el 51% de los casos, el 48% por médico general, el 1% por ellas mismas.
- ✓ El 75,6% de los partos fueron vaginales, el 23,3% por cesárea y el 1,2% parto instrumentado.



Tabla Factores de riesgo y complicaciones del embarazo actual de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, departamento del Quindío 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Complicaciones del embarazo actual	RPM	14	16,3
	Preeclampsia	9	10,5
	RCIU	7	8,1
	Anomalía congénita incompatible	7	8,1
	Embarazo no deseado	6	7,0
	Embarazo múltiple	6	7,0
	Corioamnionitis	5	5,8
	Complicación médica que pone en riesgo la vida	3	3,5
	Eclampsia	2	2,3
	Síndrome HELLP	2	2,3
	IVU	2	2,3
	Sepsis	1	1,2
	Hemorragias 2do trimestre	1	1,2
	Enfermedad Autoinmune	1	1,2
	Hipotiroidismo	1	1,2
	Diabetes gestacional	0	0,0
	Hemorragias 1er trimestre	0	0,0
	Hemorragias 3er trimestre	0	0,0
	Gestación producto de violencia sexual	0	0,0
Síntomas depresivos	0	0,0	
Nº Controles prenatales	<3	20	23,3
	>4	52	60,5
	SIN CPN	14	16,3
Ingreso a control prenatal	1 TRIMESTRE	49	57,0
	2 TRIMESTRE	19	22,1
	3 TRIMESTRE	4	4,7
	SIN CPN	14	16,3
Sitio del parto	Institucional	85	98,8
	Domicilio	1	1,2
	Otro	0	0,0
Nivel de atención del parto	Nivel I	3	3,5
	Nivel II	14	16,3
	Nivel III	69	80,2
Parto atendido por	Médico general	41	47,7
	Médico obstetra	44	51,2



	Ella misma	1	1,2
Tipo de parto	Vaginal	65	75,6
	Cesárea	20	23,3
	Instrumentado	1	1,2

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Factores en el momento de la muerte:**

- ✓ Según lo reportado al SIVIGILA, se encuentra que el 39,5% falleció en el anteparto, el 14% en el intraparto, el 34,9% en la prealta en postparto, el 8,1% en post-alta postparto y el 3,5% en el reingreso postparto.
- ✓ La edad gestacional en el momento de la defunción muestra que el 79,1% de los casos fallecieron con menos de 37 semanas de gestación, el 20,9% de los casos ocurren en embarazos a término (37 o más semanas de gestación).
- ✓ Según el peso de los fallecidos, el peso mínimo fue de 350 gr y el peso máximo de 4000 gr.
- ✓ El 43% de los fallecidos correspondió al sexo masculino, el 55,8% al sexo femenino y un 1,2% con sexo indeterminado.
- ✓ Con respecto al sitio de defunción se encuentra el 57% de los casos ocurre en IPS de alta complejidad, el 24% en unidad de cuidados intensivos (UCI), 11,6% en IPS de mediana complejidad, el 5,8% de las muertes se presentan en el domicilio y un 1,2% en IPS de baja complejidad

Tabla 8. Factores en el momento de la muerte de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, departamento del Quindío 2016

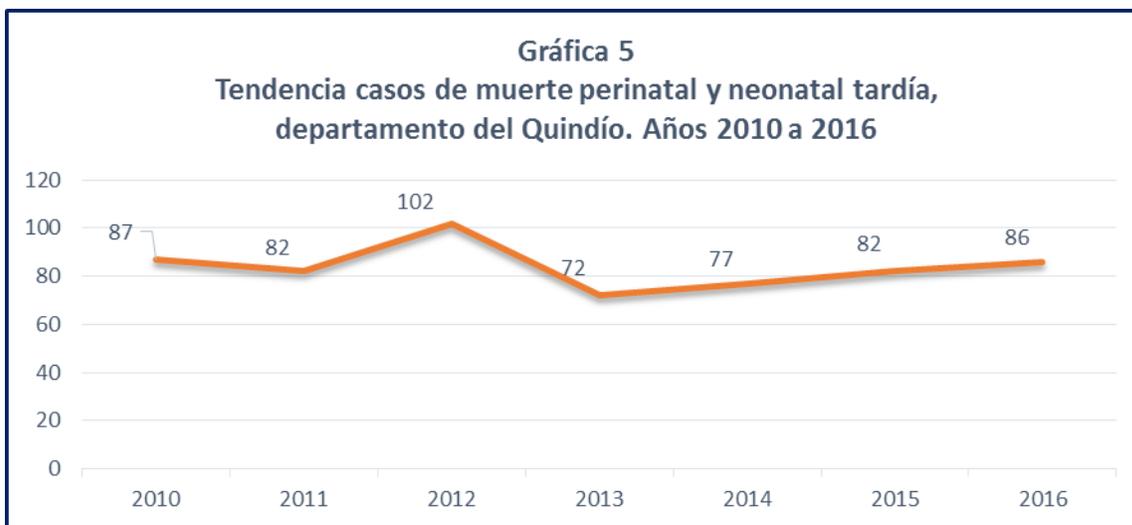
Variable	Categoría	Casos	%
Momento en que ocurrió la muerte respecto al parto	Anteparto	34	39,5
	Intraparto	12	14,0
	Prealta en postparto	30	34,9
	Postalta en postparto	7	8,1
	Reingreso en postparto	3	3,5
	No aplica	0	0,0
Edad gestacional en el momento del parto	<37	68	79,1
	>37	18	20,9
Sexo	Masculino	37	43,0



	Femenino	48	55,8
	Indeterminado	1	1,2
Sitio de defunción	Domicilio	5	5,8
	Baja complejidad	1	1,2
	Mediana complejidad	10	11,6
	Alta complejidad	49	57,0
	UCI	21	24,4
	Traslado institucional	0	0,0

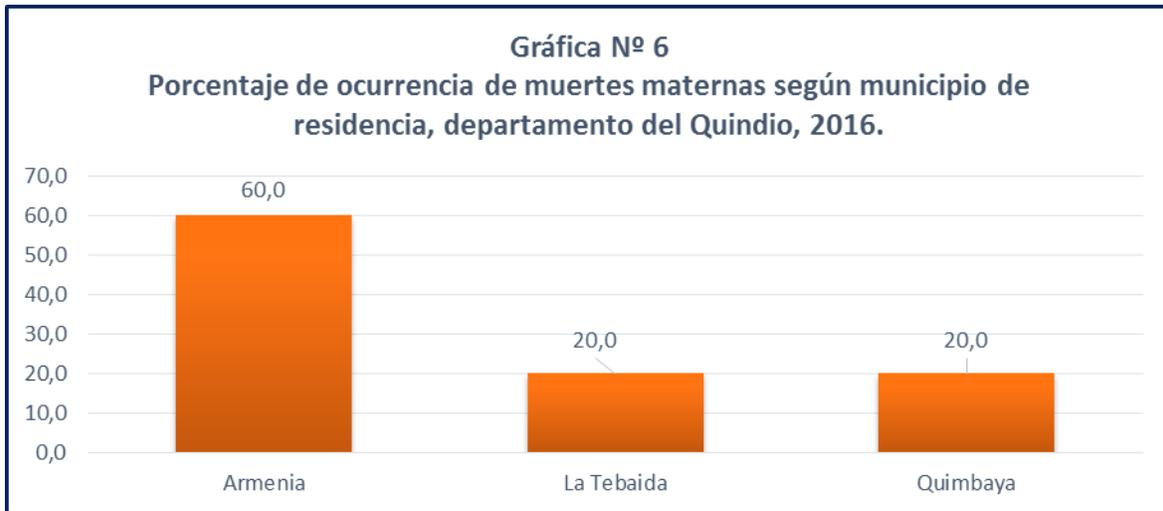
Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

La gráfica de tendencia del evento inicia en el año 2010 con 87 casos notificados, con una disminución de 5 casos para el año 2011, para el año 2012 se evidencia un ascenso en la tendencia con un pico de 102 casos. Para el año 2013 se evidencia una tendencia descendente y se registran 72 casos. En el lapso de tiempo transcurrido entre los años 2014 a 2016 se evidencia un aumento en la tendencia, al cierre del año 2016 con 86 casos.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

De acuerdo a lo reportado al SIVIGILA en el año de 2016, se encuentran 7 casos de mortalidad materna, de los cuales 5 corresponden al departamento del Quindío y dos casos a otros departamentos (Risaralda y Valle). De los 5 de casos notificados con residencia en el departamento, 4 casos corresponden a muertes maternas tempranas (muertes ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días postparto) ,1 tardía (las que ocurres desde el día 43 y hasta un año de terminada la gestación). De acuerdo al municipio de residencia se encuentra que el 60% corresponden al municipio de Armenia, seguido de los municipios de La Tebaida y Quimbaya cada uno con el 20% de los casos. El resto de los municipios no presentan muertes maternas en el 2016. (Ver gráfica 6)



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Factores sociales relacionados a la muerte:**

- ✓ El rango etáreo más afectado con el evento es el de 35 a 39 años de edad con el 40% de los casos, seguido de los grupos de edad de los 25 a 29 años, 30 a 34 años y 15 a 19 años cada uno con el 20% de los casos, se resalta que la mayoría de los casos se presentan en edades extremas, la edad mínima es de 19 años y la máxima fue de 39 años.
- ✓ El 100% de los casos reporta residencia en la zona urbana de los municipios del departamento.
- ✓ El 100% de los casos fueron reportados en otros grupos poblacionales.
- ✓ El 40% de los casos corresponden al régimen subsidiado, otro 40% se encuentran en el régimen contributivo y sin aseguramiento al SGSSS se encuentra el 20%.
- ✓ Teniendo en cuenta lo anterior, se encuentra que las EPS Cafesalud contributivo, Coomeva, Saludvida y Nueva EPS subsidiado reportan cada una un caso, lo que corresponden por cada EAPB al 20% del total de las mujeres fallecidas.
- ✓ El 40% de las mujeres convivían con su cónyuge, el 20% con familiares, 20% viven solas y el 20% restante vivían con otras personas.



- ✓ El 40% de las madres cuentan con educación primaria, el 20% con educación secundaria, el 20% educación superior y el 20% restante no reporta datos.

Tabla. Comportamiento demográfico y social de los casos de mortalidad materna, departamento del Quindío 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Grupos de edad	10 a 14 años	0	0,0
	15 a 19 años	1	20,0
	20 a 24 años	0	0,0
	25 a 29 años	1	20,0
	30 a 34 años	1	20,0
	35 a 39 años	2	40,0
	40 y más años	0	0,0
Área de residencia	Urbana	5	100,0
	Rural	0	0,0
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,0
	Afrocolombiano	0	0,0
	Otro	5	100,0
Régimen en salud	Subsidiado	2	40,0
	Contributivo	2	40,0
	Excepción Sin	0	0,0
	aseguramiento	1	20,0
	Especial	0	0,0
EAPB	Cafesalud		
	EPS-C	1	20,0
	Coomeva	1	20,0
	Salud Vida Nueva EPS	1	20,0
	EPS-S	1	20,0
	Sin afiliación	1	20,0
Convivencia	Cónyuge	2	40,0
	Familia	1	20,0
	Sola	1	20,0
	Otro	1	20,0
Educación	Ninguna	0	0,0
	Primaria	2	40,0
	Secundaria	1	20,0
	Superior	1	20,0
	Sin información	1	20,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



- ✓ Frente a la regularización de la fecundidad se encuentra que el 80% de las mujeres fallecidas no usan métodos anticonceptivos porque no lo deseaban y el 20% restante utilizaban otros métodos.
- ✓ De acuerdo a lo reportado al SIVIGILA, se encuentra que el 40% de los casos corresponden a multigestantes; 20% respectivamente para mujeres que cursaban por el primer, segundo y tercer embarazo. El 40% de los casos reporta antecedentes de abortos en gestaciones anteriores.
- ✓ El 80% de los casos no asistieron a los controles prenatales, sólo 1 caso accedió a 4 controles prenatales y más lo que corresponde a un 20%.
- ✓ El 40% de los casos no reporta ningún antecedente de riesgo. Los casos restantes registran uno o varios antecedentes entre los cuales se encuentran: otros factores con el 40%, obesidad y cardiopatías con un 20% cada uno.
- ✓ Dentro de las complicaciones del embarazo actual se encuentra que el 40% de los casos reporta sepsis, otras complicaciones con 40% y embarazo no deseado en el 20% de las mujeres fallecidas.
- ✓ Según lo reportado al SIVIGILA, se encuentra que el 60% falleció en el puerperio mayor a 24 horas, mientras que 40% restante ocurre durante la gestación.
- ✓ La edad gestacional en el momento de la defunción muestra que el 60% de los casos fallecieron con menos de 37 semanas de gestación y el 40% de los casos ocurren en embarazos a término (37 o más semanas de gestación).
- ✓ El 40% de los partos fueron vaginales, el 20% parto instrumentado y otro 40% no reporta parto (Ver tabla 10).

Tabla. Comportamiento de otras variables de interés de los casos de mortalidad materna, departamento del Quindío

Variable	Categoría	Casos	%
Regularización de la fecundidad	No uso por qué no deseaba	4	80,0
	Otros	1	20,0
Número de gestaciones	1	1	20,0
	2	1	20,0
	3	1	20,0
	> 4	2	40,0



Nº Controles prenatales	Antecedente de aborto	2	40,0
	<3	0	0,0
	>4	1	20,0
	SIN CPN	4	80,0
Antecedentes de riesgo	Ninguno	2	40,0
	Cardiopatías	1	20,0
	Obesidad	1	20,0
	Otros factores de riesgo	2	40,0
Complicaciones del actual embarazo	Sepsis	2	40,0
	Embarazo no deseado	1	20,0
	Otras complicaciones	2	40,0
Momento en que ocurrió la muerte	Gestación	2	40,0
	Parto	0	0,0
	Puerperio < 24 horas	0	0,0
	Puerperio > 24 horas	3	60,0
Edad gestacional al momento de la muerte	<37 semanas	3	60,0
	> 37 semanas	2	40,0
Tipo de parto	Vaginal	2	40,0
	Cesárea	0	0,0
	Instrumentado	1	20,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

La gráfica de tendencia del evento inicia en el año 2010 con 4 casos notificados, con una disminución de 1 caso para el año 2011. En el lapso de tiempo transcurrido entre los años 2010 a 2015 se evidencia una tendencia que se mantiene, pero para el 2016 se presenta un ascenso en la tendencia con un pico de 5 casos para el cierre del año.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Indicadores mortalidad materna departamento del Quindío, 2016.

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operacional	Resultado
Porcentaje de casos dudosos de muerte materna por período epidemiológico.	Proceso	<b>Numerador:</b> número de casos que permanecen dudosos. <b>Denominador:</b> total de casos notificados como dudosos X 100	<b>0</b>
Razón de mortalidad materna de acuerdo a área y lugar de residencia	Resultado	<b>Numerador</b> total de casos de muerte materna <b>Denominador:</b> nacidos vivos X100000	<b>86,9 x 100.000 nacidos vivos</b>
Razón de mortalidad materna temprana de acuerdo a área y lugar de residencia	Resultado	<b>Numerador</b> total de casos de muerte materna <b>Denominador:</b> nacidos vivos X100000	<b>69,5 x 100.000 nacidos vivos</b>
La razón de mortalidad materna en el departamento del Quindío en el año 2016 es alta con respecto a la meta nacional que es de 45 casos por 100.000 nacidos vivos.			
Porcentaje de causas de muerte mal definidas	Proceso	<b>Numerador</b> número de casos de muerte materna notificados al Sivigila con causas de muerte mal definidas. <b>Denominador:</b> número de muertes maternas notificadas por el departamento en el periodo a evaluar X 100	<b>0</b>
Oportunidad en la Notificación semanal de la muerte materna por departamento	Proceso	<b>Numerador</b> número de muertes maternas notificadas al Sivigila nacional en la misma semana de la ocurrencia del caso. <b>Denominador:</b> número de muertes maternas notificadas por el departamento en el periodo a evaluar X 100	<b>100%</b>
Concordancia SIVIGILA/ Estadísticas Vitales (RUAF) en número de casos	Proceso	<b>Numerador</b> Número de casos de Mortalidad Materna notificados al SIVIGILA <b>Denominador:</b> Total de Casos de Mortalidad Materna certificados por estadísticas vitales en el RUAF X 100	<b>100%</b>



Concordancia de certificación de muerte en Estadísticas Vitales (RUAF)/ SIVIGILA en número de casos	Proceso	<b>Numerador</b> Número de casos de Mortalidad Materna con certificado de defunción en RUAF <b>Denominador:</b> Total de casos de mortalidad materna notificados al Sivigila X100	<b>100%</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Indicadores mortalidad perinatal y neonatal tardía departamento del Quindío, 2016.**

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operacional	Resultado
Razón de muerte perinatal y neonatal tardía	Resultado	<b>Numerador:</b> número de casos de muerte perinatal y neonatal tardía en un periodo de tiempo. <b>Denominador:</b> total de nacidos vivos en el mismo periodo de tiempo	<b>15 x 1000 nacidos vivos</b>
Razón de muerte perinatal	Resultado	<b>Numerador:</b> número de casos de muerte perinatal en un periodo de tiempo. <b>Denominador:</b> total de nacidos vivos en el mismo periodo de tiempo	<b>12.2 x 1000 nacidos vivos</b>
Razón de muerte neonatal tardía	Resultado	<b>Numerador:</b> número de casos de muerte neonatal tardía en un periodo de tiempo. <b>Denominador:</b> total de nacidos vivos en el mismo periodo de tiempo	<b>2.8 x 1000 nacidos vivos</b>
Correspondencia entre la notificación obligatoria semanal Sivigila y estadísticas vitales	Proceso	<b>Numerador:</b> Identificar los casos de muertes perinatales y neonatales tardías que aparecen tanto en RUAF como en SIVIGILA. <b>Denominador:</b> Total de casos cargados en RUAF	<b>95,6% (Amarillo)</b>
Proporción de muertes perinatales y neonatales tardías con causa de muerte mal definida en Sivigila	Proceso	<b>Numerador</b> Número de casos de muerte perinatal y neonatal tardía con causa de muerte mal definida o no definida. <b>Denominador:</b> Total de Casos muerte perinatal y neonatal tardía	<b>18.6%</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



## CATEGORÍA MUJER

### HALLAZGOS.

**Grupo de edad:** el grupo de edad con las razones de mortalidad materna más altas, se presentaron en el año 2016 en los rangos de 20 a 34 años con 34.8 casos por cada 100.000 nacidos vivos, esta misma razón se presenta en el rango de edad de mayores de 35 años. En cuanto a morbilidad materna extrema notificada en el departamento del Quindío en el año 2015, tenemos que la razón más alta se encuentra en el grupo de edad de 20 a 34 años de edad con 7.5 casos x 1000 nacidos vivos, seguido del rango de 15 a 19 años de edad. Para el año 2016 la razón más alta se encuentra en el rango de edad de 20 a 34 años de edad con 10.8 casos x 1000 nacidos vivos, seguida de mayores de 35 años. Se evidencia una relación entre las razones más altas de los dos eventos en los años 2016.

148

Tabla Mortalidad materna y morbilidad materna extrema por grupos de edad, departamento del Quindío, 2015-2016

Grupo de edad	Mortalidad materna				Morbilidad materna extrema			
	temprana							
	2015	Razón	2016	Razón	2015	Razón	2016	Razón
Menor de 15 años	0	0,0	0	0,0	2	0,3	1	0,2
15 a 19 años	0	0,0	0	0,0	16	2,7	16	2,8
20 a 34 años	0	0,0	2	34,8	44	7,5	62	10,8
35 y más años	0	0,0	2	34,8	8	1,4	21	3,7
Total	0	0,0	4	69,5	70	11,9	100	17,4

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2015-2016

Durante el año 2015 se reporta un solo caso relacionado con lesión de causa externa asociado a accidente de tránsito en gestante de 30 años de edad, para el 2016 no se reporta casos.

Tabla Mortalidad materna relacionada con el embarazo (lesiones de causa externa) por grupos de edad, departamento del Quindío, 2015-2016

Grupo de edad	Suicidios		Homicidios		Accidentes de tránsito		Otras lesiones	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
	Menor de 15 años	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19 años	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 34 años	0	0	0	0	0	1	0	0
35 y más años	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2015-2016



Frente a los casos de muerte perinatal y neonatal tardía notificada en el departamento en el año 2015, encontramos que en mortalidad perinatal las razones más altas se tienen en el grupo de edad de 20 a 34 años con 6.3 casos por x 1000 nacidos vivos, seguidos del rango de edad de 15 a 19 años, esto se relaciona con los rangos máximos de morbilidad materna extrema presentados en el departamento en el año 2015. Para el año 2016 las razones máximas se encuentran en estos mismos rangos de edad , 8,7 casos x 1000 nacidos vivos en población de 20 a 34 años de edad , seguida de 15 a 19 años de edad con 1.9 casos x 1000 nacidos vivos. En mortalidad neonatal tardía se encuentran para el año 2015 la mayor razón en el grupo poblacional de 20 a 34 años de edad con 1 caso x 1000 nacidos vivos, esto sigue tendiente para el año 2016 donde la razón máxima es de 2.1 casos por x 1000 nacidos vivos.

Tabla Muerte perinatal y neonatal tardía por grupos de edad, departamento del Quindío, 2015-2016

Grupo de edad	Mortalidad perinatal				Morbilidad neonatal tardía			
	2015	Razón	2016	Razón	2015	Razón	2016	Razón
Menor de 15 años	4	0,7	0	0,0	1	0,2	1	0,2
15 a 19 años	21	3,6	11	1,9	4	0,7	2	0,3
20 a 34 años	37	6,3	50	8,7	6	1,0	12	2,1
35 y más años	8	1,4	9	1,6	1	0,2	1	0,2
Total	70	11,9	70	12,2	12	2,0	16	2,8

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2015-2016

En el año 2016 en el departamento del Quindío no se presentaron casos de mortalidad materna temprana en primigestantes, se presentaron 3 casos en pacientes con antecedentes de 2 a 4 gestaciones, 2 de ellos se encontraban en el grupo de edad de 20 a 34 años de edad y 1 caso en mayores de 35 años, en pacientes con más de 5 gestaciones se presentó un caso en mayor de 35 años de edad. Al hablar de morbilidad materna extrema el mayor número de casos notificados se presentó en las primigestantes con 48 casos de los cuales 31 casos se encuentran en grupo de edad de 20 a 34 años, seguido de 13 casos presentados en el rango de 15 a 19 años de edad. Los casos reportados en pacientes con antecedente de 2 a 4 gestaciones se presentaron 41 casos notificados, de los cuales 25 se encuentran en el grupo de edad de 20 a 34 años de edad, 13 fueron notificados en el rango mayor de 35 años, no se presentaron casos en menores de 15 años. Se reportan además 11 casos en pacientes con más de 5 gestaciones como antecedente, 6 de las cuales se encontraban entre 20 y 34 años de edad y 5 mayores de 35 años. En mortalidad perinatal y neonatal tardía se notifican 46 casos, en pacientes con antecedentes de 2 a 4 gestaciones, de los cuales 35 casos pertenecen al rango de 20 a 34 años de edad seguido de 6 casos entre 15 a 19 años de edad. En primigestantes se notificaron 35 casos, 25 de los cuales pertenecen al rango de 20 a 34 años de edad. Se



puede evidenciar que el rango de edad entre 20 y 34 años de edad es el más frecuente dentro del análisis del evento; importante además la relación entre variables analizadas.

Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía por grupo de edad y paridad de los casos, departamento del Quindío. 2016

Grupo de edad	Mortalidad materna			Morbilidad materna			Mortalidad perinatal y		
	Primigestante	2 a 4 gestacio	5 y mas	Primi gesta	2 a 4 gestaci	5 y mas	Primigestante	2 a 4 gestaci	5 y mas gestacio
Menor de 15 años	0	0	0	1	0	0	1	0	0
15 a 19 años	0	0	0	13	3	0	7	6	0
20 a 34 años	0	2	0	31	25	6	25	35	2
35 y más años	0	1	1	3	13	5	2	5	3
Total	0	3	1	48	41	11	35	46	5

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Durante el año 2016 se presentaron 100 casos de morbilidad materna extrema en el departamento, el 56 % de los casos reportados ingresaron con 1 o 2 se encuentran en el grupo de edad de 20 a 34 años de edad, en menores de 15 años encontramos 1 caso, y en el rango de edad entre 15 y 19 años aporta el 11% de los casos al igual que las mayores de 35 años de edad. 42 casos fueron los reportados con 3 a 6 criterios de inclusión de los cuales 27% de los casos se encuentran en el rango de edad entre 20 a 34 años de edad, no se presentaron casos en menores de 15 años y se notificaron 10 casos en mayores de 35 años de edad. El 2% de los casos se notificaron con 7 o más criterios de inclusión en población de 20 a 34 años. (Ver tabla 15)

Tabla Morbilidad materna extrema según grupos de edad y criterios de inclusión, departamento del Quindío. 2016

Grupo de edad	1 a 2 criterios		3 a 6 criterios		7 y más criterios	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Menor de 15 años	1	1	0	0	0	0
15 a 19 años	11	11	5	5	0	0
20 a 34 años	33	33	27	27	2	2
35 y más años	11	11	10	10	0	0
Total	56	56	42	42	2	2

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Ocupación:** Con respecto a la ocupación en los 4 casos notificados como mortalidad materna temprana se encuentra que sólo una de las fallecidas tenía empleo formal, las



otras registran ser ama de casa, desempleada y no aplica. De los 100 casos de morbilidad materna extrema se encuentran 11 mujeres con empleo formal, 2 desempleadas y 87 casos reportan no aplica, esto último se relaciona con la anamnesis realizada en el momento de ocurrencia del evento, donde no se indaga la ocupación. De los 86 casos notificados como mortalidad perinatal y neonatal tardía, 50 casos reportan ser amas de casa, seguido de 8 casos presentados en estudiantes, 7 mujeres registran tener empleo formal, 3 casos ocurren en menores de edad, 1 caso manifiesta no tener empleo y 17 casos tienen registro de no aplica en la variable de ocupación. (Ver tabla 16)

Tabla Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía según ocupación, departamento del Quindío. 2016

Ocupación	Mortalidad materna temprana	Morbilidad materna extrema	Mortalidad perinatal y neonatal tardía
Ama de casa	1	0	50
Desempleada	1	2	1
Estudiante	0	0	8
Menor de edad	0	0	3
Vendedores y demostradores de tiendas, almacenes y afines	1	0	0
Directores departamento personal	0	0	1
Profesora	0	0	1
Mesera	0	0	1
Cajera	0	0	1
Auxiliar de enfermería/odontología	0	0	2
Guardián prisión	0	0	1
Organización, admón, análisis financiero	0	1	0
Profesionales del derecho	0	1	0
Profesionales en ciencias económicas, sociales y humanas	0	1	0
Instructores de educación no formal, vocacional y afines	0	1	0
Empleados de servicios de información a clientes	0	2	0



Personal de servicios de restaurantes, alimentos y bebidas	0	1	0
Trabajadores de los cuidados personales y afines	0	2	0
Vendedores y demostradores de tiendas, almacenes y afines	0	1	0
Mensajeros, porteros, conserjes, vigilantes y afines	0	1	0
No aplica	1	87	17

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Nivel educativo:** El nivel de escolaridad más frecuente en los 4 casos notificados como mortalidad materna temprana es primaria con 2 casos, 1 caso pertenece al nivel superior, y no se cuenta con la información de una de las notificadas. De los 86 casos notificados como mortalidad perinatal y neonatal tardía, 57 casos reportan un nivel de escolaridad secundaria, seguido de 22 casos con nivel primario, no se cuenta con casos en nivel superior y se tiene un caso sin registro de información. Es común que la frecuencia de casos aumente en población con bajo nivel de escolaridad. Esta información arrojada por el departamento coincide con las cifras de informe nacional del evento donde el nivel de escolaridad más frecuente es la secundaria con el 41%, seguido del nivel primario con el 22.5%. El evento de morbilidad materna extrema no tiene incluido el nivel educativo en la configuración del evento para la vigencia 2016, por lo tanto no fue posible su interpretación.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



**Pertenencia étnica:** Al realizar la revisión de la pertenencia étnica con la mortalidad materna temprana, encontramos que en otros grupos poblacionales tenemos 69.5 casos x 100000 nacidos vivos, se muestra además que este mismo grupo poblacional tiene el mayor rango en morbilidad materna extrema con 17 casos x 1000 nacidos vivos, además de 14,4 casos en mortalidad perinatal y neonatal tardía. En morbilidad materna extrema tenemos una razón de 0.3 casos x 1000 nacidos vivos en población afrodescendiente. En mortalidad perinatal y neonatal tardía, se presentaron 0.2 casos x 1000 nacidos vivos en población indígena y 0.3 casos en población afrodescendiente.

Tabla Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía según pertenencia étnica, departamento del Quindío. 2016

Pertenencia étnica	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Indígena	0	0	0	0,0	1	0,2
Afrodescendiente	0	0	2	0,3	2	0,3
Raizal	0	0	0	0,0	0	0,0
ROM	0	0	0	0,0	0	0,0
Otras	4	69,5	98	17,0	83	14,4
Total	4	69,5	100	17,4	86	15,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Regulación de la fecundidad:** Frente a los motivos de no uso de métodos de planificación familiar se encuentra que para los tres eventos en el 2016 predomina el no uso por no deseo de la mujer con un 75% en los casos de mortalidad materna temprana, 79% en las mujeres con morbilidad materna extrema y el 74,4% en mortalidad perinatal y neonatal tardía, en menor proporción se encuentran las mujeres que no usaban métodos por desconocimiento con el 8% para los casos de morbilidad materna extrema y 3,5% para mortalidad perinatal y neonatal tardía, finalmente se reporta el no uso por acceso en un 1% en morbilidad materna extrema y 1,2% de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía.

Tabla Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía y motivos de no uso de métodos de regulación de la fecundidad, departamento del Quindío. 2016

Motivos de no uso	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
No uso por desconocimiento	0	0,0	8	8,0	3	3,5
No uso por acceso	0	0,0	1	1,0	1	1,2
No uso porque no deseaba	3	75,0	70	70,0	60	69,8
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>75,0</b>	<b>79</b>	<b>79,0</b>	<b>64</b>	<b>74,4</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Con respecto a los métodos de regulación de la fecundidad se encuentra predominan las mujeres que planificaban con otros métodos presentado un 25% en los casos de mortalidad materna temprana, 8% en morbilidad materna extrema y el 7% en mortalidad perinatal y neonatal tardía, en menor proporción se encuentran las mujeres que usaban métodos hormonales con el 12,8% para los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía y 6% en morbilidad materna extrema. El uso de métodos naturales se presenta en un 4% en casos de morbilidad materna extrema y 3,5% en mortalidad perinatal y neonatal tardía. Con menos frecuencia son utilizados el DIU, métodos de barrera y quirúrgicos.

Tabla Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía según método de regulación de la fecundidad, departamento del Quindío. 2016

Métodos	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Naturales	0	0,0	4	4,0	3	3,5
DIU	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Hormonales	0	0,0	6	6,0	11	12,8
Barreras	0	0,0	2	2,0	0	0,0
Quirúrgico	0	0,0	1	1,0	1	1,2
Otro	1	25,0	8	8,0	6	7,0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>25,0</b>	<b>21</b>	<b>21,0</b>	<b>22</b>	<b>25,6</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



**CATEGORÍA FAMILIA**

**HALLAZGOS.**

**Tipo de convivencia:** En los casos notificados como se encuentran que las mujeres convivían es primaria con 2 casos, 1 caso pertenece al nivel superior, y no se cuenta con la información de una de las notificadas. De los 86 casos notificados como mortalidad perinatal y neonatal tardía, 54 casos reportan convivir con el cónyuge, seguido de 25 casos que viven con la familia, 5 casos viven solas y 2 casos viven con otras personas. Para el evento de mortalidad materna temprana se distribuye en la misma proporción la convivencia con cónyuge, familia, otras personas o sola con un 25% cada uno. El evento de morbilidad materna extrema no tiene incluida el tipo de convivencia en la configuración del evento para la vigencia 2016, por lo tanto no fue posible su interpretación.

Tabla Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía según tipo de convivencia, departamento del Quindío, 2016

Tipo de convivencia	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Cónyuge	1	25,0	0	0,0	54	62,8
Familia	1	25,0	0	0,0	25	29,1
Sola	1	25,0	0	0,0	5	5,8
Otros	1	25,0	0	0,0	2	2,3
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Hijos huérfanos:** respecto a los casos de mortalidad materna que reportan hijos huérfanos se encuentra que hubo un caso para el 2016 en una primigestante con clasificación de muerte materna tardía por causa indirecta. No se presentan más casos en la vigencia. (Ver tabla 21)

Tabla 21.

Hijos vivos huérfanos resultantes de los casos de muerte materna, departamento del Quindío, 2016

Nº gestaciones	Mortalidad materna temprana	Mortalidad materna tardía	Lesiones de causa externa	Lesiones de causa externa	Total
Primigestantes	0	1	0	0	1
2 a 4	0	0	0	0	0



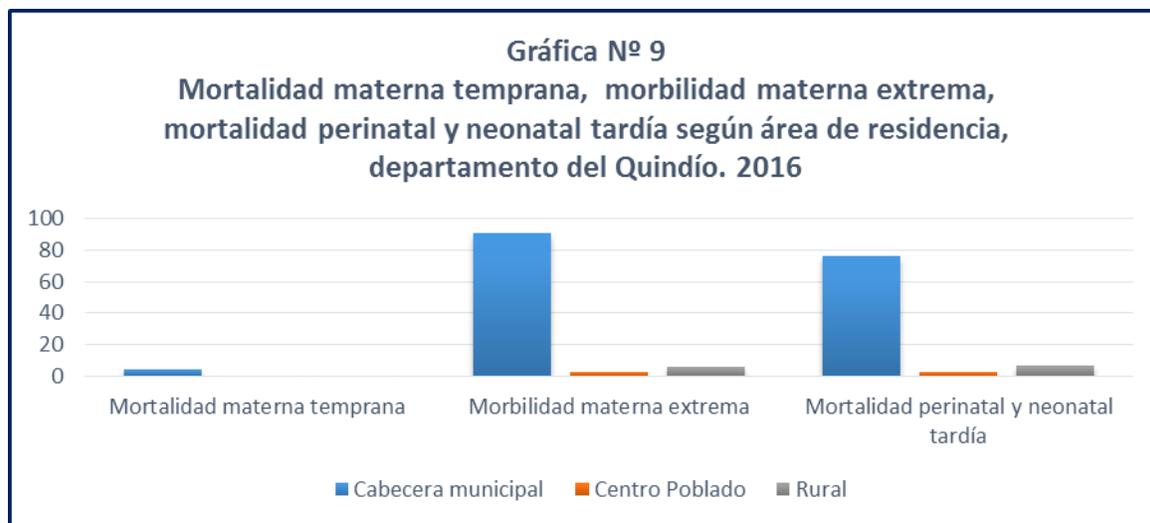
gestaciones 5 y más gestaciones	0	0	0	0	0
---------------------------------------	---	---	---	---	---

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental del Quindío, 2016

### CATEGORÍA COMUNIDAD

### HALLAZGOS

**Municipio de residencia:** el área de residencia urbana se reporta en mayor proporción para los tres eventos, encontrando los casos 4 de mortalidad materna temprana, 91 casos en morbilidad materna extrema y 76 casos en mortalidad perinatal y neonatal tardía; los casos en centro poblado son 3 tanto para morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía, finalmente en área rural viven 6 casos de morbilidad materna extrema y 7 casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía reportan vivir en zona urbana,



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental del Quindío, 2016

Frente a los casos de mortalidad materna temprana notificada en el departamento en el año 2016 se encuentra que la razón más alta por municipio de residencia es de 446,4 casos x 100.000 nacidos vivos en La Tebaida, seguido del municipio de Quimbaya con 292,4 casos x 100.000 nacidos vivos y para Armenia es de 61,8 casos por 100.000 nacidos vivos. La razón para el departamento es de 69,5 casos por 100.000 nacidos vivos.



Tabla Mortalidad materna temprana, según área y municipio de residencia, departamento del Quindío, 2016

Municipio	Urbano		Urbano	
	Casos	Razón	Casos	Razón
Armenia	2	61,8	0	0,0
La Tebaida	1	446,4	0	0,0
Quimbaya	1	292,4	0	0,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

La razón para los casos de morbilidad materna extrema de acuerdo al área y municipio de residencia para el 2016 se encuentran que predominan los casos en área urbana y en menor proporción en área rural, la razón departamental es de 17,4 casos x 1000 nacidos vivos; sin embargo los municipios que presentan una razón por encima del departamento son: Buenavista la razón en área rural es de 47,6 casos x 1000 nacidos vivos y no se registran casos en área urbana, Pijao con 27 casos x 1000 nacidos vivos tanto para área urbana como para zona rural, Montenegro con 27,2 casos x 1000 nacidos vivos en área urbana y no registran casos en área rural, en Armenia la razón es de 19,8 en área urbana y de 0,6 casos x 1000 nacidos vivos en área rural.

Los municipios que tienen una razón por debajo de la reportada para el departamento son: Quimbaya con 14,6 casos x 1000 nacidos vivos y no se registran casos en área rural, Génova con 12,7 casos x 1000 nacidos vivos en área rural y no se reportan casos en zona urbana, Circasia con 11,3 casos x 1000 nacidos en área urbana y no se registran casos en zona rural, La Tebaida con 9,4 casos x 1000 nacidos vivos en área urbana y no hay casos en área rural, en Filandia la razón en área rural es de 11,1 casos x 1000 nacidos vivos y no se registran casos en área urbana, en Calarcá se presenta una razón de 4,1 casos x 1000 nacidos vivos tanto para área urbana como para zona rural.

Tabla Morbilidad materna extrema, según área y municipio de residencia, departamento del Quindío, 2016

Municipio	Urbano		Rural	
	Casos	Razón	Casos	Razón
Armenia	64	19,8	2	0,6
Buenavista	0	0,0	1	47,6
Calarcá	3	4,1	3	4,1
Circasia	3	11,3	0	0,0
Filandia	0	0,0	1	11,1
Génova	0	0,0	1	12,7
La Tebaida	4	9,4	0	0,0
Montenegro	11	27,2	0	0,0
Pijao	1	27,0	1	27,0
Quimbaya	5	14,6	0	0,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



La razón para la mortalidad perinatal y neonatal tardía de acuerdo al área y municipio de residencia para el 2016 se encuentran que predominan los casos en área urbana y en menor proporción en área rural, la razón departamental es de 15 casos x 1000 nacidos vivos; sin embargo los municipios que presentan una razón por encima del departamento son: Circasia con una razón es de 18,9 casos x 1000 nacidos vivos en área urbana y 3,8 casos en área rural, seguido de Filandia con 11,1 casos x 1000 nacidos vivos tanto para área urbana como para zona rural, La Tebaida con 16,5 casos x 1000 nacidos vivos en área urbana y 2,4 casos en zona rural, en Córdoba todos los casos se presentan en área rural con 16,9 x 1000 nacidos vivos y Armenia con 15,8 casos x 1000 nacidos vivos únicamente en área rural. Los municipios que tienen una razón por debajo de la reportada para el departamento son: Calarcá con una razón de 12,2 casos x 1000 nacidos vivos en área urbana y 2,7 casos x 1000 nacidos vivos en zona rural, Génova con 12,7 casos x 1000 nacidos vivos en área rural y no se reportan casos en zona urbana, Quimbaya con 8,8 casos x 1000 nacidos vivos y no se registran casos en área rural, Circasia con 11,3 casos x 1000 nacidos en área urbana y no se registran casos en zona rural y Montenegro con 7,4 casos x 1000 nacidos vivos únicamente en área urbana.

Tabla Mortalidad perinatal y neonatal tardía según área y municipio de residencia de la madre, departamento del Quindío, 2016

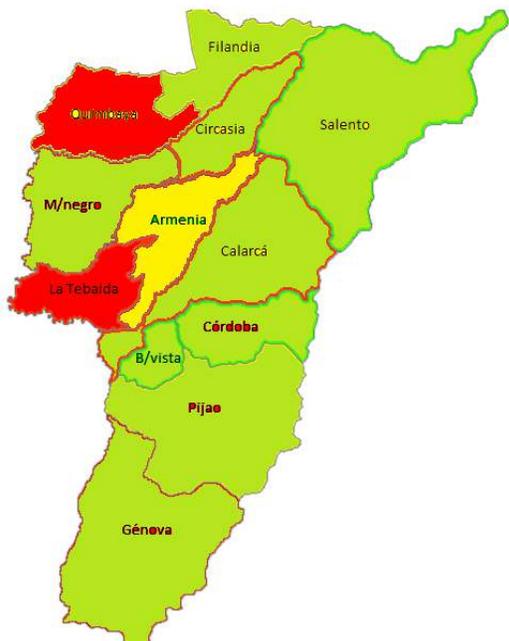
Municipio	Urbano		Rural	
	Casos	Razón	Casos	Razón
Armenia	51	15,8	0	0,0
Buenavista	0	0,0	0	0,0
Calarcá	9	12,2	2	2,7
Circasia	5	18,9	1	3,8
Córdoba	0	0,0	1	16,9
Filandia	1	11,1	1	11,1
Génova	0	0,0	1	12,7
La Tebaida	7	16,5	1	2,4
Montenegro	3	7,4	0	0,0
Quimbaya	3	8,8	0	0,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Mapas de frecuencia mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal, Quindío 2016.

Mapa Razón mortalidad materna temprana, departamento del Quindío, 2016.



Muy alto riesgo de mortalidad materna temprana	
Alto riesgo de mortalidad materna temprana	
Riesgo de mortalidad materna temprana	
Bajo riesgo de mortalidad materna extrema	

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

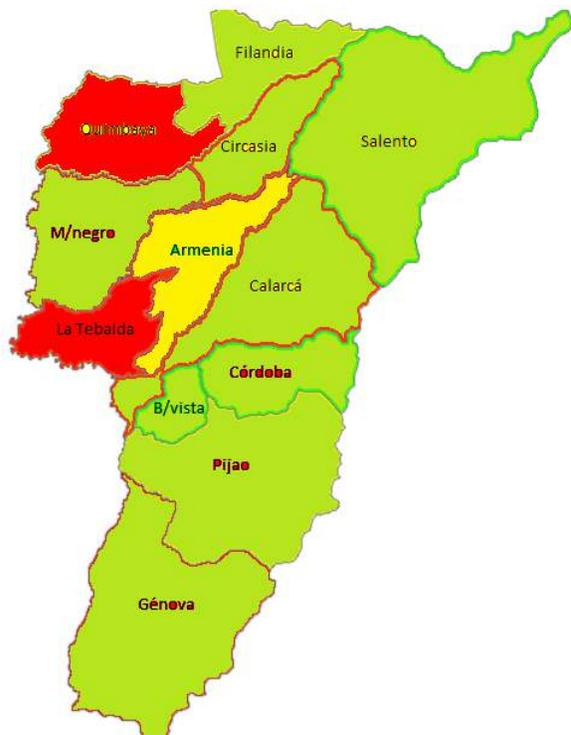
Mapa Frecuencia morbilidad materna extrema, departamento del Quindío, 2016



Muy alto riesgo de mortalidad materna temprana	
Alto riesgo de mortalidad materna temprana	
Riesgo de mortalidad materna temprana	
Bajo riesgo de mortalidad materna extrema	

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Anexo 3. Mapa de frecuencia mortalidad perinatal y neonatal, departamento del Quindío, 2016



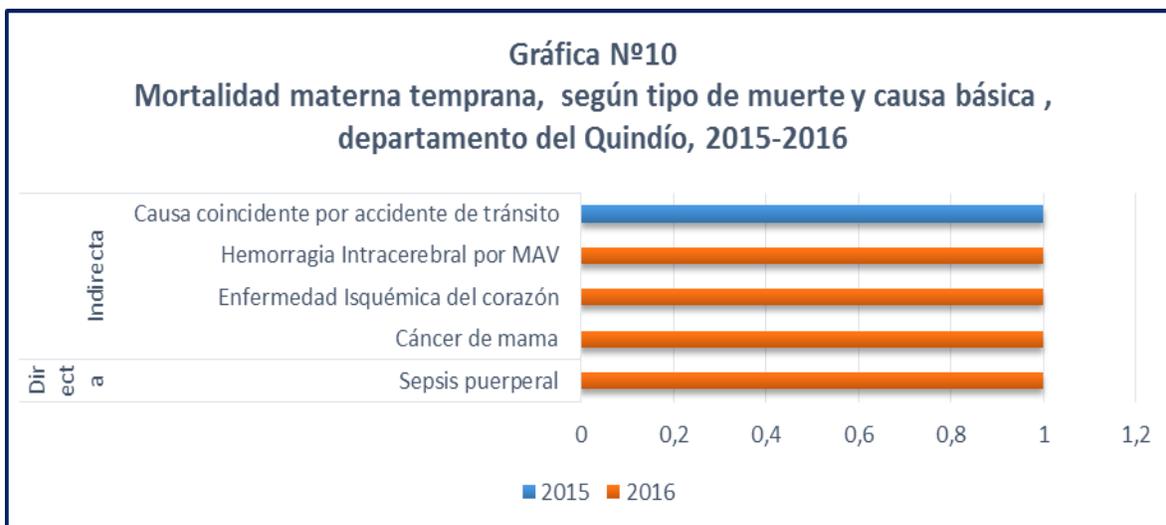
Muy alto riesgo de mortalidad materna temprana	
Alto riesgo de mortalidad materna temprana	
Riesgo de mortalidad materna temprana	
Bajo riesgo de mortalidad materna extrema	

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

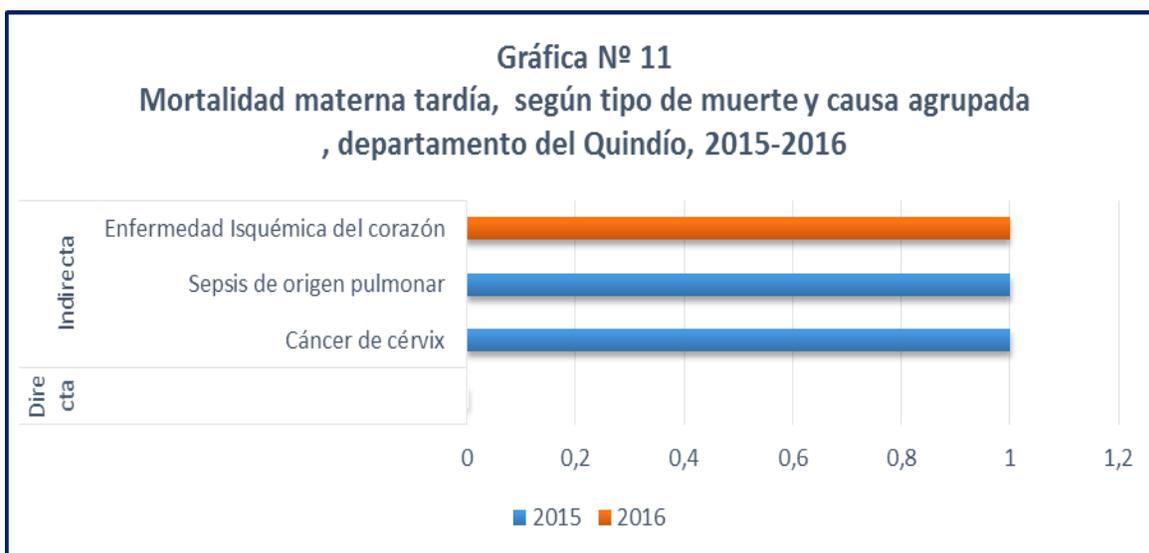
### CATEGORIA SISTEMAS DE SALUD

**Causas agrupadas:** en relación a las causas de muerte materna temprana presentadas en el año 2015, el 100% de los casos corresponden a causas indirectas, 1 caso por accidente de tránsito. (Ver gráfica N10). Para las muertes materna tardías, tenemos como principales causas sepsis de origen pulmonar (1 caso) y cáncer de cérvix (1 caso).

De las causas indirectas presentadas en el año 2016, las más frecuentes en mortalidad materna temprana, son hemorragia intracerebral por MAV, enfermedad isquémica del corazón, cáncer de mama, toda con 1 caso respectivamente. Al hablar de mortalidad materna tardía encontramos un caso de enfermedad isquémica del corazón clasificado como causa indirecta.



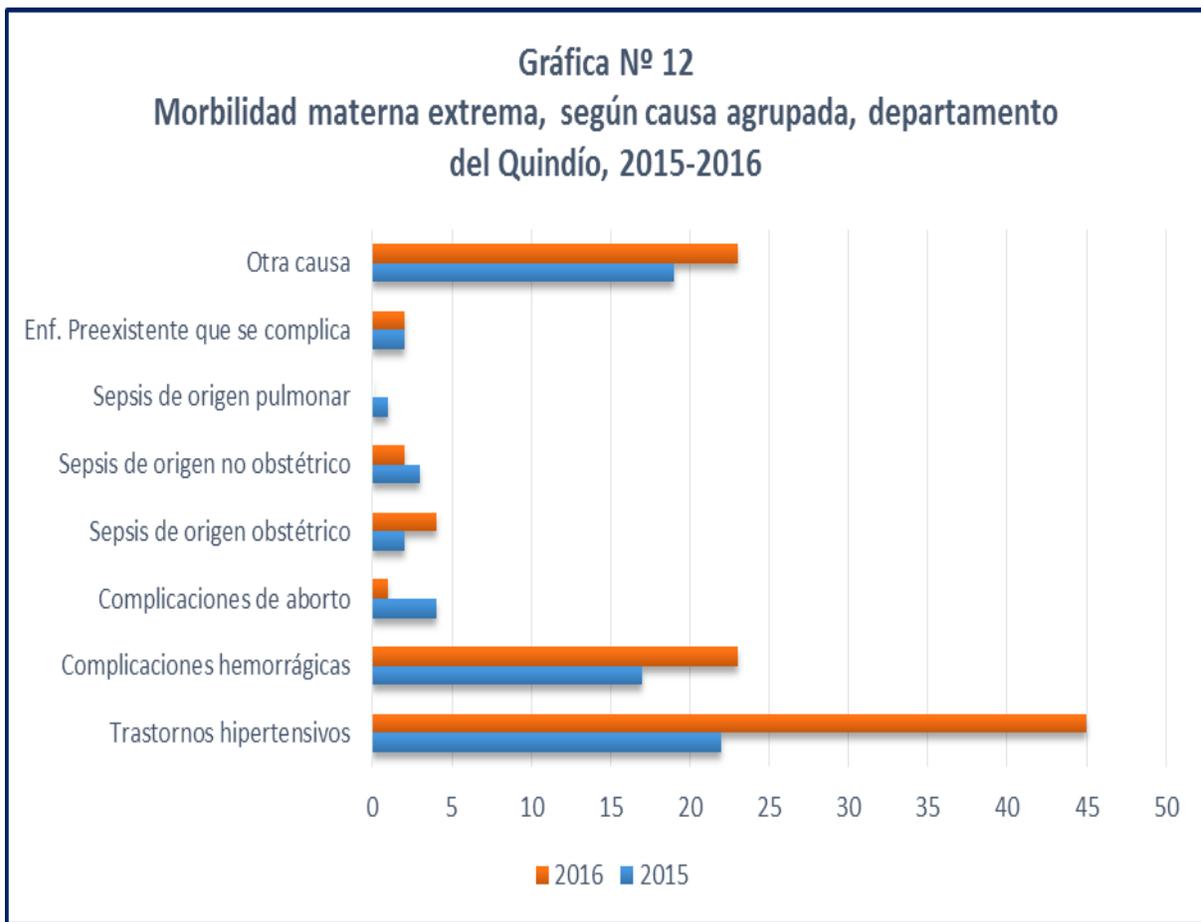
Fuente: SIVIGILA- RUAF, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Fuente: SIVIGILA- RUAF, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Las principales causas agrupadas presentadas en morbilidad materna extrema entre 2015 y 2016, corresponden a trastornos hipertensivos con 67 casos, seguido de complicaciones hemorrágicas con 40 casos, además de ello se evidencian 42 reportes por otras causas. La sepsis de origen obstétrico reporta 6 casos y la no obstétrica 5 casos. El departamento tiene relación con los datos arrojados por el informe del evento de mortalidad materna, periodo epidemiológico XIII 2016 del INS,

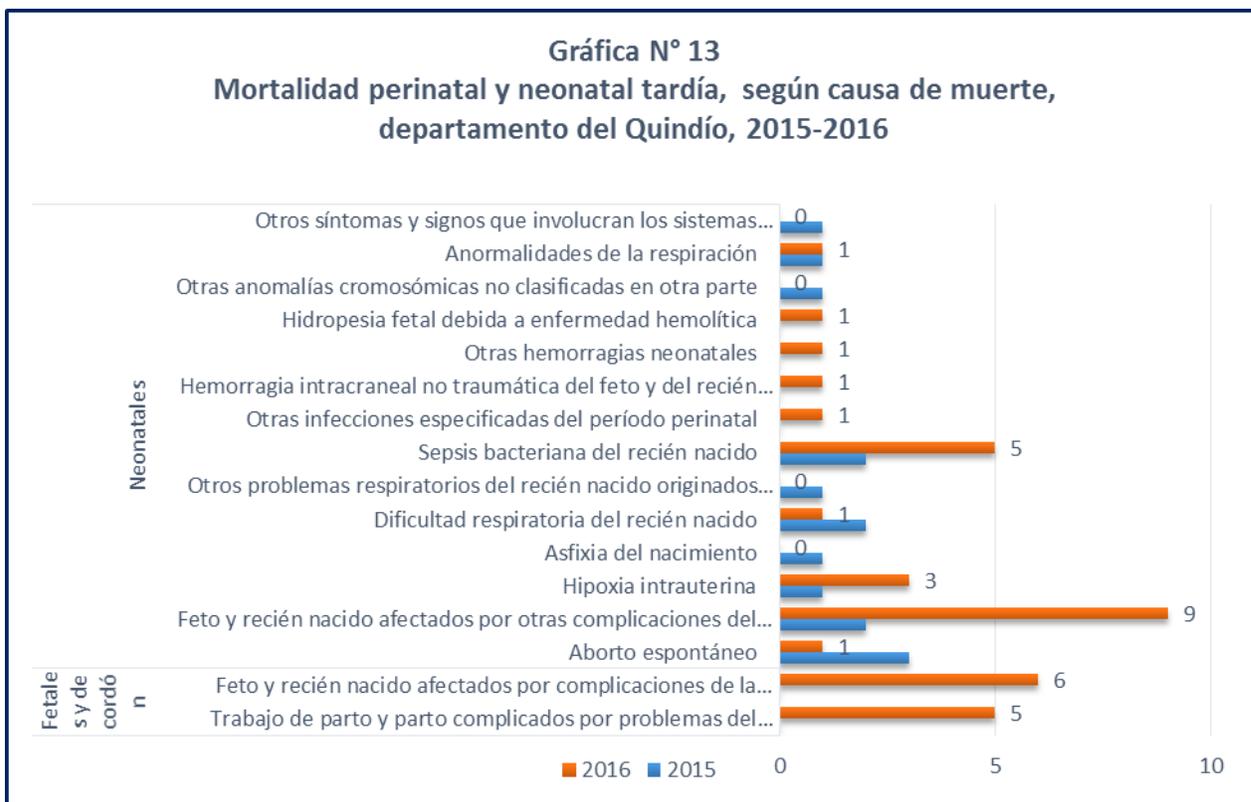
Donde las principales causas agrupadas hasta la semana epidemiológica 52 de 2016, corresponden a trastornos hipertensivos en primer lugar, seguido de las complicaciones hemorrágicas y sepsis obstétrica; este mismo orden se presentó en el departamento del Quindío por número de casos. (Ver grafica N12).



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Respecto a la mortalidad perinatal y neonatal tardía para el año 2015, las principales causas neonatales notificadas fueron, abortos espontáneos con 3 casos, continua la hipoxia intrauterina con 2 casos al igual que la dificultad respiratoria del recién nacido, y la sepsis bacteriana del recién nacido. Para este periodo no se notificaron muertes por causas fetales o de cordón umbilical.

Para el año 2016 se presentó un aumento de casos reportados, donde el mayor número de casos notificados corresponden a causas neonatales, el aborto espontaneo con 9 casos, seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido y de hipoxia intrauterina con 3 casos; como causas fetales y de cordón umbilical se identificaron 6 casos complicaciones en la placenta y 5 casos por trabajo de parto complicado por problemas con cordón umbilical.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Aseguramiento:** De acuerdo a las características demográficas y de afiliación, de los casos de mortalidad materna temprana en el año 2016, se evidencia que los 4 casos notificados registran ser residentes del área urbana, 2 casos pertenecen al régimen contributivo de las cuales 1 es asociada a causa directa de muerte materna y la otra a una causa indirecta, 1 al régimen subsidiado por muerte indirecta y se notifica 1 sin afiliación con causa de muerte materna indirecta. Todos los casos notificados no presentaron controles prenatales.

Tabla Mortalidad materna temprana según tipo de aseguramiento, área de residencia y características de la atención, departamento del Quindío, 2016.

Tipo de aseguramiento	Casos de muerte materna	Rural	Urbano	Causas de muerte materna	Casos sin control prenatal	Puntos críticos identificados en el control prenatal	Puntos críticos identificados en la atención del parto	Puntos críticos identificados en la atención del puerperio y post-puerperio
Subsidiado	1	0	1	IN	1			
Contributivo	2	0	2	1D-	2			



				1IN				
Especial	0	0	0		0			
Excepción	0	0	0		0			
Sin afiliación	1	0	1	IN	1			

IN: Causa indirecta D: Causa directa

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

El mayor número de casos de morbilidad materna extrema notificados para el año 2016, residen en el área urbana en total 89 casos comparado con área rural donde se notificaron 11 casos, frente al tipo de aseguramiento 46 casos pertenecen al régimen subsidiado, seguido por régimen contributivo y por población sin afiliación. Del total de casos notificados, 20 registran como casos sin control prenatal, 9 de ellas pertenecen al régimen contributivo, 7 al régimen subsidiado y 4 se encuentran sin afiliación. (Ver Tabla 26). En relación a mortalidad perinatal y neonatal tardía, 71 casos proceden del área urbana, 44 casos pertenecen al régimen subsidiado, 36 al régimen contributivo y solo 3 se encuentra sin afiliación. Del total de casos notificados en el departamento, 14 no realizaron controles prenatales.

Nota: No se reporta las causas de muerte materna en esta tabla ya que no es coherente con morbilidad materna extrema, ni con mortalidad perinatal y neonatal tardía.

Tabla Morbilidad materna extrema según tipo de aseguramiento, área de residencia y características de la atención, departamento del Quindío, 2016.

Tipo de aseguramiento	Casos de morbilidad materna extrema	Rural	Urbano	Causas de muerte materna	Casos sin control prenatal	Puntos críticos identificados en el control prenatal	Puntos críticos identificados en la atención del parto	Puntos críticos identificados en la atención del puerperio y
Subsidiado	46	5	41		7			
Contributivo	44	2	42		9			
Especial	1	1	0		0			
Excepción	1	1	0		0			
Sin afiliación	8	2	6		4			

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Tabla Mortalidad perinatal y neonatal tardía según tipo de aseguramiento, área de residencia y características de la atención, departamento del Quindío, 2016.

Tipo de aseguramiento	Casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía	Rural	Urbano	Causas de muerte materna	Casos sin control prenatal	Puntos críticos identificados en el control prenatal	Puntos críticos identificados en la atención del parto	Puntos críticos identificados en la atención del puerperio y post-puerperio
Subsidiado	44	6	38		10			
Contributivo	36	4	32		3			
Especial	0	0	0		0			
Excepción	3	0	1		0			
Sin afiliación	3	0	0		1			

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Para el año 2016 en el departamento del Quindío, tenemos que el mayor número de población de mujeres en edad fértil se encuentra afiliada al régimen subsidiado Cafesalud EPS, esto relacionado al mayor número de eventos notificados en donde los casos de mortalidad perinatal llegan a 19, importante resaltar la proporción presentada por la LNEPS EPS-S, donde la población de mujeres en edad fértil registrada es de 434 en todo el departamento y presentó 1 muerte materna temprana. En el régimen contributivo el grueso de la población de mujeres en edad fértil, se encuentra afiliada a EPS cafesalud seguida de Coomeva, tenemos que 14 afiliadas a Cafesalud EPS-C, fueron notificados como casos de mortalidad perinatal, y 6 casos como mortalidad neonatal tardía.

Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía según EPS de afiliación, departamento del Quindío. 2016

Aseguradora		Población de mujeres en edad fértil	Nº Casos de muerte materna temprana	Nº Casos de muerte materna tardía	Nº Casos de morbilidad materna extrema	Nº Casos de mortalidad perinatal	Nº Casos de mortalidad neonatal tardía
Subsidiado	Cafesalud	51366	1	0	21	19	4
	Asmetsalud	44963	0	0	12	16	3
	Nueva EPS	434	1	0	9	0	0
	Salud vida	9716	0	1	3	1	0
Contributivo	Cafesalud	35725	0	0	10	14	6
	Nueva EPS	16202	0	0	7	3	1
	Coomeva	20790	1	0	9	4	1
	SOS	14187	0	0	5	2	0
	Sura	9723	0	0	7	4	0
	Salud total	2892	0	0	2	1	0
	Sanitas	7550	0	0	2	0	0
Excepción	Cosmitet	4489	0	0	1	1	0
	Policía	4489	0	0	2	1	1
Sin aseguramiento	Sin afiliación		1	0	8	0	0

Fuente: SIVIGILA - SISPRO, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Tabla Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía según acceso a consulta preconcepcional, departamento del Quindío. 2016

Evento	Con consulta preconcepcional		Sin consulta preconcepcional	
	Casos	%	Casos	%
Mortalidad materna temprana				
Mortalidad materna tardía				
Morbilidad materna extrema				
Mortalidad perinatal				
Mortalidad neonatal tardía				
Total				

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Institución prestadora de servicios de salud (IPS):** el departamento del Quindío cuenta 6 instituciones prestadoras de servicios de III nivel de atención, de las cuales tenemos que el Hospital San Juan de Dios de Armenia como central de referencia departamental, presenta el mayor número de nacidos vivos 1838, en el año 2016 se notificó 1 muerte materna tardía, 33 casos de morbilidad materna extrema, 21 casos de mortalidad perinatal y 3 casos de mortalidad neonatal tardía. Se cuenta además con 1 IPS de segundo nivel de atención, Hospital La misericordia de Calarcá Quindío, que reporta según RUAF 535 nacidos vivos, se notifican al Sivigila 4 casos de morbilidad materna extrema y 7 casos de mortalidad perinatal. Todos los demás municipios del departamento cuentan con IPS de primer nivel de atención. (Ver tabla 30).

Tabla Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía según IPS de ocurrencia, departamento del Quindío. 2016

Institución prestadora de servicios de salud (IPS)		N° de nacidos vivos	N° Casos de muerte materna temprana	N° Casos de muerte materna tardía	N° Casos de morbilidad materna extrema	N° Casos de mortalidad perinatal	N° Casos de mortalidad neonatal tardía
III nivel	ESE Hospital Universitario San Juan de Dios	1838	0	1	33	21	3
	Clínica del Café Dumian medical	734	2	0	13	9	4
	Estudios e inversiones ESIMED	998	0	0	5	14	3
	Clínica La Sagrada Familia	1350	2	0	32	6	0



	Meintegral	0	0	0	0	5	3
II nivel	ESE Hospital La Misericordia	535	0	0	4	7	0
I nivel	ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús	78	0	0	1	1	0
	ESE Hospital Santa Ana	15	0	0	2	0	0
	ESE Hospital Roberto Quintero Villa	81	0	0	4	1	0
	Servicio de emergencia regional	0	0	0	2	0	0

Fuente: SIVIGILA, DANE, RUAF Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

### Análisis por períodos perinatales de riesgo. (Matriz BABIES)

Tabla . Mortalidad perinatal y neonatal tardía según períodos perinatales de riesgo, departamento del Quindío, 2016.

Grupos de peso	Fetales ≥ 22 semanas gestación	Neonatal temprana (0-7)			Neonatal tardía (>7)		Total muertes por peso	Nacidos Vivos*	Total nacidos + muertos	Tasa MP por 1000 NV específica
	Anteparto (1)	Intraparto (2)	Prealta (3)	Postalta (5)	Prealta (3)	Postalta (5)				
500 a 999 g	18		4			1	23	20	43	1150,0
1000 a 1499 g	5	1	6	1	1	3	17	42	59	404,8
1500 a 2499 g	3		2	4	3	4	16	385	401	41,6
2500 a 3999 g	12		3	2	1	3	21	5070	5091	4,1
4000 g o más	1						1	229	230	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>78</b>	<b>5746</b>	<b>5824</b>	<b>1605</b>
										<b>13,4</b>

40	Salud materna	51,3%
16	Cuidados prenatales	20,5%
0	Atención del parto	0,0%
9	Atención del recién nacido intrahospitalario	11,5%
13	Atención del neonato extrahospitalario	16,7%
78	Tasa de muerte perinatal y neonatal	13,4

Fuente: RUAF, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Según la matriz BABIES, la salud materna es el principal contribuyente para el evento mortalidad perinatal y neonatal tardío (concentración de casos en casillas azules). Según estado del arte del evento presentado en estudios nacionales e internacionales; la mortalidad se asocia a condiciones preexistentes en la salud de la mujer, jugando un papel importante los malos hábitos adquiridos, tales como el tabaquismo, alcoholismo, y alimentarios que lleven a procesos de obesidad y de desnutrición; además a enfermedades crónicas y edad de la mujer gestante.

Importante además resaltar las causas o condiciones socioculturales que afectan el bienestar de la población, pertenencia étnica, bajo nivel educativo, desempleo, bajo nivel socioeconómico, y la pobreza. El 51.3% de las muertes presentadas en el departamento para el año 2016, son relacionadas con la salud materna.

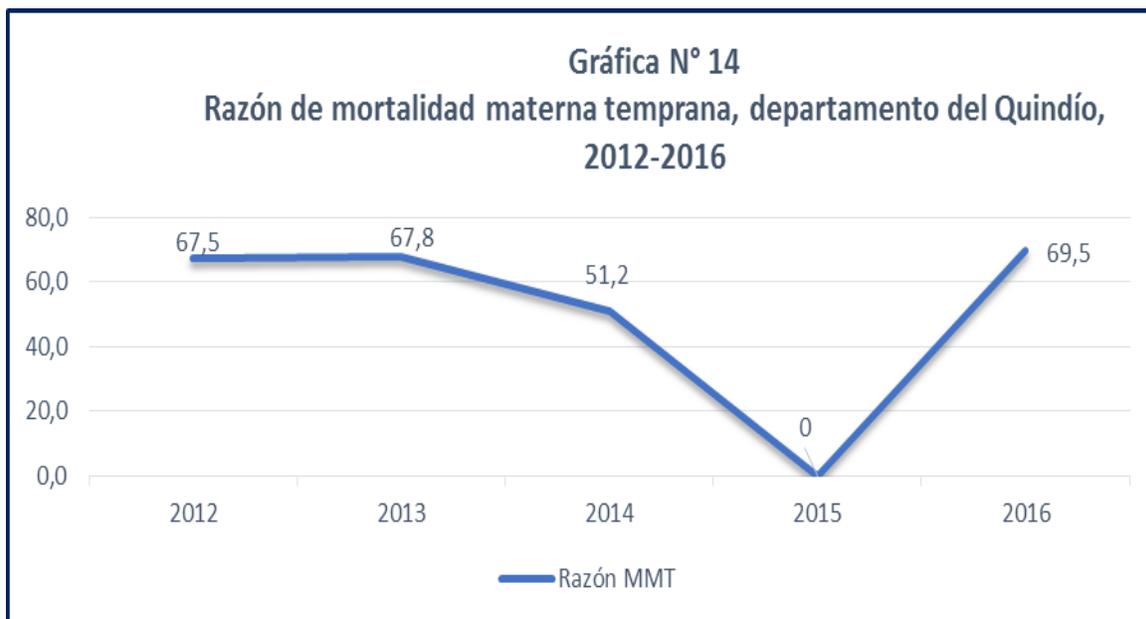


Las muertes ocurridas antes del inicio de trabajo de parto representan el 20.5% del total de las muertes perinatales y neonatales tardías del departamento, para el año 2016, esto la ocupa en el segundo lugar de ocurrencia; éstas se encuentran relacionadas con el manejo y los cuidados prenatales (color naranja).

Los controles prenatales insuficientes, no permiten identificar de manera oportuna estados claves en la clínica de la gestante como por ejemplo el estado nutricional, ésta deficiencia también aplica en la realización de la anamnesis de la gestante en donde no se indagan condiciones crónicas y/o infecciosas, antecedentes entre otros, datos que permiten identificar de manera oportuna eventos que puedan llegar a ser causas de mortalidad.

En tercer lugar, las muertes ocurridas en atenciones del neonato de manera extrahospitalaria (color morado), se encuentran relacionadas con problemas derivados de atenciones de parto fuera del ámbito hospitalario. Para el año 2016 el 16,7% de muertes se presentaron debido a esta situación. **Tendencia del evento de mortalidad materna temprana.**

La tendencia de la razón de mortalidad materna temprana fue variable para el periodo analizado; del año de inicio al 2013 se mantiene la tendencia en 67.5 casos x 100000 nacidos vivos, para el año 2014 se mostró una tendencia a la baja, llegando a 0 casos x 100000 habitantes. Para el año 2016 se muestra un incremento alcanzando su nivel más alto 69.5 casos.



Fuente: SIVIGILA-DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Tendencia del evento de morbilidad materna extrema.

La gráfica de tendencia del evento, muestra claramente el aumento anual de casos notificados de morbilidad materna extrema, esto se atribuye al mejoramiento de las acciones de vigilancia de la salud materna, lo que lleva a una adecuada adherencia a protocolos y a proceso de notificación. Esta tendencia prende las alarmas frente a la activación de mecanismos de respuestas, orientación de acciones para mejorar la calidad de los servicios y disminuir las complicaciones en la población objeto



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Tendencia del evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía.

El año de inicio de esta tendencia 2012 ha sido el pico de las razones de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el departamento, al año 2013 se disminuyó la tendencia, desde este periodo la tendencia se ha mantenido con un leve aumento entre 2015 y 2016



Fuente: SIVIGILA- DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



## COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VIGILANCIA DEL EVENTO

### Indicadores de vigilancia de mortalidad materna

- ✓ Indicadores de Proceso

170

Se encuentra que los casos notificados para el evento de mortalidad materna en el año 2016, tienen la causa de muerte definida, por lo tanto el cumplimiento en la calidad del dato es óptimo en los municipios que reportan casos.

Tabla Cumplimiento en la calidad del dato de causa básica de muerte materna por municipio de notificación, departamento del Quindío, 2016

Municipio	Casos notificados por entidad territorial	MM por territorial	Casos notificados SIVIGILA por causa muerte definida	MM al % de cumplimiento en la calidad del dato
Armenia	3		0	0%
La Tebaida	1		0	0%
Quimbaya	1		0	0%
<b>Total Quindío</b>	<b>5</b>		<b>0</b>	<b>0%</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

El 100% de los casos de mortalidad materna fueron notificados de manera oportuna en el departamento durante el año 2016.

Tabla Cumplimiento en la oportunidad de la notificación de caso de muerte materna por municipio de notificación, departamento del Quindío, 2016

Entidad territorial	Casos notificados en la misma semana de ocurrencia del caso	MM en la semana de ocurrencia	Casos notificados en el período a evaluar	MM en el período a evaluar	% cumplimiento de la notificación de cada caso
Armenia	3		3		100%
La Tebaida	1		1		100%
Quimbaya	1		1		100%
<b>Total Quindío</b>	<b>5</b>		<b>5</b>		<b>100%</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



La concordancia SIVIGILA/RUAF y RUAF/SIVIGILA para el departamento del Quindío en el año 2016 es del 100%, además no se encuentran casos clasificados como dudosos en el periodo evaluado.

Tabla Concordancia de información de muertes maternas entre SIVIGILA/RUAF, departamento del Quindío, 2016

Entidad territorial	Casos notificados SIVIGILA	MM al estadísticas vitales en el RUAF	Casos MM certificados por RUAF	% concordancia SIVIGILA/RUAF
Quindío	5	5		100%

Fuente: SIVIGILA-DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Tabla Concordancia de información de muertes maternas entre RUAF/SIVIGILA, departamento del Quindío, 2016

Entidad territorial	Casos notificados certificado de defunción RUAF	MM con de RUAF	Casos notificados SIVIGILA	MM al RUAF/SIVIGILA	% concordancia RUAF/SIVIGILA
Quindío	5	5			100%

Fuente: SIVIGILA-DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Tabla indicadores de cumplimiento “casos cerrados” de mortalidad materna en el tiempo establecido en el protocolo de vigilancia para el evento, departamento del Quindío, 2016.

Entidad territorial	# Muertes materna notificadas al SIVIGILA con las actas de las unidades de análisis que contengan información completa (entrevista familiar, atención médica, (historia clínica completa), autopsia verbal (si se indicó), y plan de mejoramiento coherente con el caso, que fueron recepcionados en el INS en un plazo máximo de 45 días después de notificado el caso por entidad territorial.	# MM notificados al SIVIGILA por departamento en el periodo a evaluar, excepto MM por accidentes y homicidios.	% MM que han completado el ciclo de vigilancia epidemiológica en el tiempo establecido.
Quindío		5	

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Tabla Casos notificados como dudosos a la fecha, departamento del Quindío, 2016.

Entidad territorial	Total casos	de	Total de casos notificados como dudosos	Número de casos que permanecen dudosos a la fecha	%
Quindío	5	0	0	0	0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

✓ Indicadores de Resultado

La razón de muerte materna temprana para el departamento fue de 69,5 casos x 100.000 nacidos vivos, se encuentra que los municipios de La Tebaida con 446,4 casos x 100.000 nacidos vivos y Quimbaya con 292,4 casos x 100.000 nacidos vivos se ubican por encima de la razón departamental, mientras que Armenia tiene 61,8 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos.

Tabla Indicadores de vigilancia de mortalidad materna por municipio, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	# casos	%	# vivos	RN	# temprana	MM	Casos MM tardías	Razón muerte materna temprana
Armenia	3	60%	3234	2	1	1	61,8	
La Tebaida	1	20%	224	1	0	0	446,4	
Quimbaya	1	20%	342	1	0	0	292,4	
<b>Quindío</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>5752</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>69,5</b>	

Fuente: SIVIGILA-DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Frente a la razón de muerte materna temprana se presenta en primer lugar los casos ocurridos en centros poblados con 446,4 casos x 100.000 nacidos vivos, seguidos de área rural dispersa con 292,4 casos x 100.000 nacidos vivos y finalmente la cabecera municipal con 38 casos x 100.000 nacidos vivos.

Tabla Indicadores de vigilancia de mortalidad materna según lugar y área de residencia, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	# casos	%	# vivos	RN	# temprana	MM	Casos MM tardías	Razón muerte materna temprana
Cabecera municipal	5	100%	5258	2	1	1	38,0	
Centro poblado	0	0%	122	1	0	0	446,4	
Rural disperso	0	0%	372	1	0	0	292,4	



<b>Quindío</b>	5	100%	5752	4	1	<b>69,5</b>
----------------	---	------	------	---	---	-------------

Fuente: SIVIGILA-DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Indicadores de vigilancia de morbilidad materna extrema**

- ✓ Indicadores de Proceso

Tabla Cumplimiento en la realización de unidades de análisis individuales para casos de morbilidad materna extrema por municipio, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	Casos notificados en SIVIGILA	Casos a analizar según protocolo	Casos analizados	% de cumplimiento del análisis de caso
Armenia	66	66		
Buenavista	1	1		
Calarcá	6	6		
Circasia	3	3		
Córdoba	0	0		
Filandia	1	1		
Génova	1	1		
La Tebaida	4	4		
Montenegro	11	11		
Pijao	2	2		
Quimbaya	5	5		
<b>Quindío</b>	<b>100</b>	<b>100</b>		

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Tabla Oportunidad en el cumplimiento de envío de información de análisis individuales para casos de morbilidad materna extrema por municipio, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	Casos notificados en SIVIGILA	Casos a analizar según protocolo	Casos analizados	% de cumplimiento del análisis de caso
Armenia	66	66		
Buenavista	1	1		
Calarcá	6	6		
Circasia	3	3		



Córdoba	0	0		
Filandia	1	1		
Génova	1	1		
La Tebaida	4	4		
Montenegro	11	11		
Pijao	2	2		
Quimbaya	5	5		
<b>Quindío</b>	<b>100</b>	<b>100</b>		

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

✓ Indicadores de Resultado

En el departamento del Quindío durante el año 2016 se presentaron 5 muertes maternas de las cuales sólo una fue clasificada como tardía y por causa indirecta; para el evento de morbilidad materna extrema se registraron 100 casos.

La razón de morbilidad materna extrema para el departamento es de 17,4 casos x 1.000 nacidos vivos, sin embargo hay municipios que se encuentran por encima de la razón departamental los cuales son: Pijao con 54,1 casos x 1.000 nacidos vivos, seguido de Buenavista con 47,6, Montenegro con 27,2 y Armenia con 20,4, el resto de los municipios tienen el indicador por debajo del departamento, siendo el municipio de Calarcá el que registra 8,1 casos x 1.000 nacidos vivos.

El índice de mortalidad para el departamento es de 4,8, este indicador solo se reporta en los municipios que notificaron casos de mortalidad materna: La Tebaida con 20, Quimbaya con 16,7 y Armenia con 4,3. Se encuentra una relación departamental de 20 casos de morbilidad materna extrema por cada caso de muerte materna, en los municipios que notificaron casos de mortalidad materna: Armenia con 22, Quimbaya con 5 y La Tebaida con 4.

El 44% de los casos notificados en el departamento para morbilidad materna extrema presentaron 3 o más criterios de inclusión para el evento y el promedio de criterios es de 2,8.

Tabla Indicadores de la vigilancia de la morbilidad materna extrema por municipio, departamento del Quindío, 2016.



Municipio	Nacidos vivos	# de MM	Casos de MME	Razón MME (MME/NV*100)	Índice de mortalidad (MM/MM+MME*100)	Relación MME:MM (MME/MM)	Porcentaje de gestantes con 3 o mas criterios de inclusión		Promedio de criterios por caso
							Casos	%	
Armenia	3234	3	66	20,4	4,3	22	31	47,0	2,8
Buenavista	21	0	1	47,6	0,0	0	1	100,0	3
Calarcá	739	0	6	8,1	0,0	0	2	33,3	2,7
Circasia	265	0	3	11,3	0,0	0	1	33,3	2,3
Filandia	90	0	1	11,1	0,0	0	1	100,0	3,0
Génova	79	0	1	12,7	0,0	0	0	0,0	0,0
La Tebaida	424	1	4	9,4	20,0	4	1	25,0	1,8
Montenegro	404	0	11	27,2	0,0	0	5	45,5	2,7
Pijao	37	0	2	54,1	0,0	0	1	50,0	2,5
Quimbaya	342	1	5	14,6	16,7	5	1	20,0	3,4
<b>Quindío</b>	<b>5752</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>17,4</b>	<b>4,8</b>	<b>20</b>	<b>44</b>	<b>44,0</b>	<b>2,8</b>

Fuente: SIVIGILA-DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

El índice de mortalidad por causa específica para el año 2016 arroja como resultado para el grupo de sepsis de origen obstétrico con un 20% y para otras causas 11,5%.

Tabla Indicadores de la vigilancia de la morbilidad materna extrema por municipio según causa principal agrupada, departamento del Quindío, 2016.

Causas	Número de MMT	Casos de MME	Índice de mortalidad por causa (MMT/MMT+MME*100)	Relación MME/MM
Trastornos hipertensivos	0	45	0,0	0
Complicaciones hemorrágicas	0	23	0,0	0
Complicaciones del aborto	0	1	0,0	0
Sepsis de origen obstétrico	1	4	20,0	4
Sepsis de origen no obstétrico	0	2	0,0	0
Sepsis de origen pulmonar	0	0	0,0	0
Enf preexistente que se complica	0	2	0,0	0
Otra causa	3	23	11,5	8
Sin dato	0	0	0	0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



**Indicadores de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía**

- ✓ Indicadores de Proceso

La concordancia SIVIGILA/RUAF en el departamento del Quindío durante el año 2016 es del 95,6%, encontrando 4 casos que no fueron ingresados al SIVIGILA con residencia en los municipios de Calarcá, Armenia y Quimbaya.

Tabla Concordancia SIVIGILA estadísticas vitales (RUAF) de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	Casos SIVIGILA	Casos RUAF	Casos sin notificar al SIVIGILA que aparecen en RUAF	Casos sin RUAF notificados en SIVIGILA	Casos concordantes	% de concordancia
Armenia	51	52	1	0	51	98,1
Calarcá	11	13	2	0	11	84,6
Circasia	6	6	0	0	6	100,0
Córdoba	1	1	0	0	1	100,0
Filandia	2	2	0	0	2	100,0
Génova	1	1	0	0	1	100,0
La Tebaida	8	8	0	0	8	100,0
Montenegro	3	3	0	0	3	100,0
Quimbaya	3	4	1	0	3	75,0
<b>Quindío</b>	<b>86</b>	<b>90</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>86</b>	<b>95,6</b>

Fuente: SIVIGILA-DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Tabla Porcentaje de cumplimiento de envío de información de análisis individuales (45 días) para casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	Casos notificados en SIVIGILA	Casos analizados y enviados oportunamente	% de cumplimiento de análisis y envío de casos
Armenia	51		
Calarcá	11		
Circasia	6		
Córdoba	1		
Filandia	2		
Génova	1		



La Tebaida	8	
Montenegro	3	
Quimbaya	3	
<b>Quindío</b>	<b>86</b>	

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Durante el año 2016 se registra en el departamento el 18,6% de los casos notificados para el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía con causa de muerte mal definida, donde por municipio de residencia se encuentra mayor proporción en Quimbaya con el 33,3% del total de casos reportados en el SIVIGILA, seguido de Armenia con 21,6%, Calarcá con 18,2, Circasia con 16,7% y La Tebaida con el 12,5%. Lo anterior, se atribuye con la asociación de causas maternas en lugar de las causas perinatales o neonatales que se relacionan con la muerte del producto de la gestación.

Tabla Porcentaje de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía con causa de muerte mal definida por municipio, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	Casos con causa mal definida notificados al SIVIGILA	Total casos SIVIGILA	% de casos con causa de muerte mal definida
Armenia	11	51	21,6
Calarcá	2	11	18,2
Circasia	1	6	16,7
Córdoba	0	1	0,0
Filandia	0	2	0,0
Génova	0	1	0,0
La Tebaida	1	8	12,5
Montenegro	0	3	0,0
Quimbaya	1	3	33,3
<b>Quindío</b>	<b>16</b>	<b>86</b>	<b>18,6</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

✓ Indicadores de Resultado

En el departamento se registra una razón de mortalidad perinatal de 12,2 casos x 1.000 nacidos vivos y para mortalidad neonatal tardía de 2,8 y un acumulado para el evento de 15 casos x 1.000 nacidos vivos.

Por encima del indicador departamental se encuentran los municipios de Circasia con 22,6 casos x 1.000 nacidos vivos donde el número mayor de muertes son perinatales, seguido de Filandia con 22,2 donde se presenta el mismo número de muertes perinatales



y neonatales tardía, La Tebaida con 18,9 donde el número mayor de muertes son perinatales, Córdoba con 16,9 donde todos los casos son muertes perinatales y Armenia con 15,8 donde el número mayor de muertes son perinatales. El resto de los municipios registran razones por debajo del indicador del departamento. (Ver tabla 47)

Tabla Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía	Razón de mortalidad perinatal	Razón de mortalidad neonatal tardía
Armenia	15,8	12,7	3,1
Calarcá	14,9	14,9	99,9
Circasia	22,6	15,1	7,5
Córdoba	16,9	16,9	0,0
Filandia	22,2	11,1	11,1
Génova	12,7	12,7	0,0
La Tebaida	18,9	14,2	4,7
Montenegro	7,4	5,0	2,4
Quimbaya	8,8	8,8	0,0
<b>Quindío</b>	<b>15,0</b>	<b>12,2</b>	<b>2,8</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

### 1.3 CAPITULO EMBARAZO EN ADOLESCENTES

#### Tendencia del evento de embarazo en adolescentes

La tendencia de nacimiento en adolescentes de 10 a 19 años en el departamento del Quindío inicia en el año 2012 con 1548 casos, durante los 5 años evaluados se observa una disminución notoria de la tendencia inicial al año 2016 con 354 casos menos.



Fuente: DANE, Colombia, 2012- 2016



**Área de residencia:** Con respecto al área de residencia se encuentra que la mayor proporción de embarazo en adolescentes de 10 a 19 años en el departamento del Quindío para el 2016 es en la cabecera municipal con el 87,2% de los casos, seguido de área rural dispersa con el 9,9% y centro poblado con el 2,9% del total de casos. Es importante resaltar que el 6,6% de los casos corresponden a muertes fetales.

Tabla Embarazo en adolescentes según estadísticas vitales por área de residencia, departamento del Quindío, 2016.

Área de residencia	Nacimiento edad de la madre de 10 a 19 años		Defunciones fetales edad de la madre de 10 a 19 años		Total embarazo en adolescentes	Proporción de embarazo en adolescentes	# RN vivos
	# total casos	%	# total casos	%			
Cabecera municipal	1043	81,6	72	5,6	1115	87,2	5258
Centro poblado	31	2,4	6	0,5	37	2,9	122
Rural disperso	120	9,4	6	0,5	126	9,9	372
<b>Quindío</b>	<b>1194</b>	<b>93,4</b>	<b>84</b>	<b>6,6</b>	<b>1278</b>	<b>100,0</b>	<b>5752</b>

Fuente: DANE, Colombia, 2016

En el departamento del Quindío para el año 2016 se encuentra que el municipio con mayor proporción de embarazo en adolescentes es Génova con el 43% de los casos, seguido de Filandia con el 32,2%, Calarcá con 28,4%, La Tebaida con 28,3%, Pijao con 27%, Circasia con el 26%, Salento con 25,9%, Montenegro con el 25,7%, Córdoba con 25,4%, Quimbaya con el 21,1%, Buenavista con 19% y en último lugar Armenia con el 18,4% del total de los casos, siendo este último municipio el que registra mayor número de nacidos vivos y defunciones fetales en el año 2016.

Tabla Embarazo en adolescentes según estadísticas vitales por municipio de residencia, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	Nacimientos	Defunciones fetales	Total embarazo en adolescentes	Proporción de embarazo en adolescentes
Armenia	3234	168	596	18,4
Buenavista	21	2	4	19,0
Calarcá	739	81	210	28,4
Circasia	265	13	69	26,0
Córdoba	59	3	15	25,4
Filandia	90	4	29	32,2
Génova	79	5	34	43,0



La Tebaida	424	25	120	28,3
Montenegro	404	20	104	25,7
Pijao	37	3	10	27,0
Quimbaya	342	22	72	21,1
Salento	58	4	15	25,9
<b>Quindío</b>	<b>5752</b>	<b>350</b>	<b>1278</b>	<b>22,2</b>

Fuente: DANE, Colombia, 2016

La mayor proporción de embarazo en adolescentes de 10 a 19 años en el departamento del Quindío en el 2016 ocurre en mujeres afiliadas al régimen subsidiado con el 68,5% de los casos, seguido del régimen contributivo con 26,6%, gestantes sin afiliación al sistema general de seguridad social en salud el 3,4%, régimen de excepción con 1,3% y especial con el 0,1% de los casos. Es importante resaltar que las muertes fetales ocurren en mayor proporción en el régimen subsidiado en un 5,1% al igual que los nacimientos en adolescentes con el 63,5%.

Tabla Embarazo en adolescentes según estadísticas vitales por régimen de afiliación, departamento del Quindío, 2016.

Régimen de afiliación	Nacimiento edad de la madre de 10 a 19 años		Defunciones fetales edad de la madre de 10 a 19 años		Total embarazo en adolescentes	Proporción de embarazo en adolescentes	# RN vivos
	# casos	total %	# casos	total %			
Contributivo	328	25,7	12	0,9	340	26,6	2513
Subsidiado	811	63,5	65	5,1	876	68,5	2797
Excepción	15	1,2	2	0,2	17	1,3	215
Especial	1	0,1	0	0,0	1	0,1	8
Sin afiliación	39	3,1	5	0,4	44	3,4	219
<b>Quindío</b>	<b>1194</b>	<b>93,4</b>	<b>84</b>	<b>6,6</b>	<b>1278</b>	<b>100,0</b>	<b>5752</b>

Fuente: DANE, Colombia, 2016

El embarazo en adolescentes en el departamento del Quindío en el 2016 ocurre en el 81,6% de los casos en primigestantes, sin embargo se encuentra que el 0,5% (7 casos) tienen 4 o más gestaciones y el 17,8% entre 2 y 3 gestaciones.

Tabla Embarazo en adolescentes por número de gestaciones, departamento del Quindío, 2016.

Número de gestaciones	Casos	Porcentaje
Primigestantes	1043	81,6
Entre 2 y 3 gestaciones	228	17,8



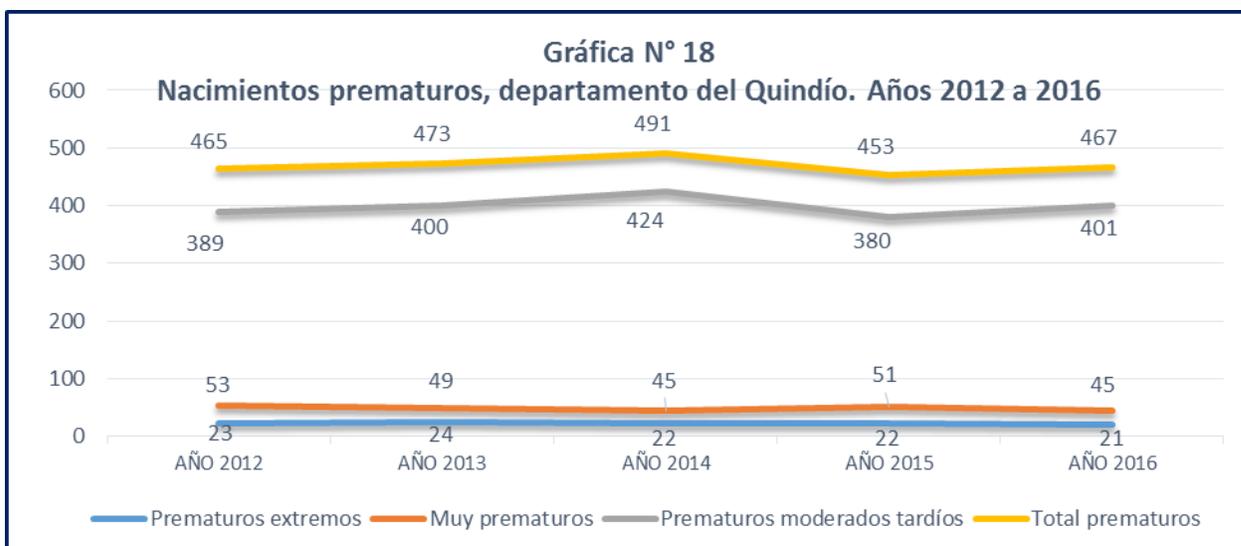
4 o más gestaciones	7	0,5
<b>Total</b>	<b>1278</b>	<b>100</b>

Fuente: DANE, Colombia, 2016

### 1.4 PREMATURIDAD

#### HALLAZGOS

La tendencia de nacimientos prematuros inicia en el año 2012 con 465 casos, durante los 5 años evaluados se observa un aumento de la tendencia en los años 2013 y 2014, en el año 2015 hay una disminución de casos con un registro de 453, y se presenta un aumento en la tendencia al cierre del año 2016 con 467 casos.



Fuente: DANE, Colombia, 2012- 2016

Frente al área de residencia se encuentra que la mayor proporción de nacimientos prematuros en el departamento del Quindío en el 2016 es en la cabecera municipal con el 91,6% de los casos, seguido de área rural dispersa con el 7,1% y centro poblado con el 1,3% del total de casos.

Es importante resaltar que el 4,5% de los casos corresponden a recién nacidos prematuros extremos, el 9,6% a muy prematuros y en mayor proporción con un 85,9% a prematuros moderados tardíos.



Tabla Nacimientos prematuros por área de residencia, departamento del Quindío, 2016.

Área de residencia	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados tardíos		Total prematuros	Proporción de nacimientos prematuros
	# total casos	%	# total casos	%	# total casos	%		
Cabecera municipal	19	4,1	44	9,4	365	78,2	428	91,6
Centro poblado	1	0,2	0	0,0	5	1,1	6	1,3
Rural disperso	1	0,2	1	0,2	31	6,6	33	7,1
<b>Quindío</b>	<b>21</b>	<b>4,5</b>	<b>45</b>	<b>9,6</b>	<b>401</b>	<b>85,9</b>	<b>467</b>	<b>100,0</b>

Fuente: DANE, Colombia, 2016

En el departamento del Quindío en el año 2016 se encuentra que el municipio con mayor proporción de nacimientos prematuros Armenia con el 56,5% de los casos, seguido de Calarcá con 10,3%, La Tebaida con 8,8%, Montenegro con 8,1%, Quimbaya con el 6,2%, Circasia con el 3,9%, el resto de los municipios presentan menor número de casos.

Tabla Nacimientos prematuros por municipio de residencia, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	Prematuros extremos	Muy prematuros	Prematuros moderados tardíos	Total prematuros	Proporción de nacimientos prematuros
Armenia	10	28	226	264	56,5
Buenavista	0	0	2	2	0,4
Calarcá	4	2	42	48	10,3
Circasia	2	1	15	18	3,9
Córdoba	0	1	6	7	1,5
Filandia	0	1	5	6	1,3
Génova	1	1	7	9	1,9
La Tebaida	2	6	33	41	8,8
Montenegro	2	3	33	38	8,1
Pijao	0	0	2	2	0,4
Quimbaya	0	2	27	29	6,2
Salento	0	0	3	3	0,6
<b>Quindío</b>	<b>21</b>	<b>45</b>	<b>401</b>	<b>467</b>	<b>100,0</b>

Fuente: DANE, Colombia, 2016

La mayor proporción de nacimientos prematuros en el departamento del Quindío en el 2016 ocurre en mujeres afiliadas al régimen subsidiado con el 46,7% de los casos, seguido del régimen contributivo con 44,5%, gestantes sin afiliación al sistema general de seguridad social en salud el 4,7% y régimen de excepción con 4,1% de los casos.



Tabla 54. Nacimientos prematuros por régimen de afiliación, departamento del Quindío, 2016.

Régimen de afiliación	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados tardíos		Total prematuros	Proporción de nacimientos prematuros
	# total casos	%	# total casos	%	# total casos	%		
Contributivo	11	2,4	19	4,1	178	38,1	208	44,5
Subsidiado	9	1,9	18	3,9	191	40,9	218	46,7
Excepción	0	0,0	5	1,1	14	3,0	19	4,1
Especial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sin afiliación	1	0,2	3	0,6	18	3,9	22	4,7
<b>Quindío</b>	<b>21</b>	<b>4,5</b>	<b>45</b>	<b>9,6</b>	<b>401</b>	<b>85,9</b>	<b>467</b>	<b>100,0</b>

Fuente: DANE, Colombia, 2016

De acuerdo a la edad de la madre se encuentra que la mayor proporción se encuentra en el grupo etáreo de 20 a 24 años con el 27,8% de los casos, se encuentra que en las edades de riesgo se muestran cifras importantes de los 15 a 19 años con el 20,3% del total de nacimientos prematuros, seguido de mujeres de 35 a 49 años con el 11,1%, en los rangos de 10 a 14 años y de 40 y más años reportan el 1,5% de los casos cada una.

Tabla Nacimientos prematuros por edad de la madre, departamento del Quindío, 2016.

Edad de la madre	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados tardíos		Total prematuros	Proporción de nacimientos prematuros
	# total casos	%	# total casos	%	# total casos	%		
10 a 14 años	1	0,2	0	0,0	6	1,3	7	1,5
15 a 19 años	1	0,2	9	1,9	85	18,2	95	20,3
20 a 24 años	7	1,5	17	3,6	106	22,7	130	27,8
25 a 29 años	3	0,6	9	1,9	89	19,1	101	21,6
30 a 34 años	7	1,5	7	1,5	61	13,1	75	16,1
35 a 39 años	2	0,4	3	0,6	47	10,1	52	11,1
40 y más años	0	0,0	0	0,0	7	1,5	7	1,5
<b>Quindío</b>	<b>21</b>	<b>4,5</b>	<b>45</b>	<b>9,6</b>	<b>401</b>	<b>85,9</b>	<b>467</b>	<b>100,0</b>

Fuente: DANE, Colombia, 2016



### 10.5 DEFECTOS CONGÉNITOS, DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, 2016.

Los defectos congénitos forman un grupo heterogéneo de trastornos de origen prenatal que pueden obedecer a la presencia de un solo gen defectuoso, a alteraciones cromosómicas, a una combinación de factores hereditarios, a teratógenos presentes en el medio ambiente, a carencias de micronutrientes y otras alteraciones se deben a causa del desenlace de la gestación como la hipoxia y anemia perinatales, carencias nutricionales o enzimáticas en cualquier parte del proceso gestante e incluso por posiciones anómalas o contactos con otros tejidos, cómo no siempre es clara la diferencia entre los diversos grupos de anomalías.

Las malformaciones congénitas constituyen una de las diez primeras causas mortalidad infantil y en países latinoamericanos ocupa el segundo lugar como causa de muerte en menores de un año de edad y explican del 2% al 27% de la mortalidad infantil (9). Se considera que, en la mayoría de las poblaciones, las malformaciones congénitas presentan una frecuencia aproximada al 3% en recién nacido vivos y de 10% a 15% en recién nacidos muertos. La OMS calcula que cada año 270 000 recién nacidos fallecen durante los primeros 28 días de vida debido a estas causas (10). En Colombia, según el informe preliminar del evento para el año 2016, se notificaron 5112 casos de defectos congénitos, de los cuales el 7.7% de la notificación correspondió a defectos metabólicos, el 0,5% a defectos sensoriales y el 91,8% a malformaciones congénitas. La proporción de prevalencia a nivel nacional para el total de defectos que se notifican a través de la ficha 215 fue de 73,0 por cada 10 000 nacidos vivos para el año 2016 según informe.

Para 2016 se notificaron un total de 63 casos de Defectos Congénitos con corte a semana epidemiológica 52 de 2016 para el Departamento del Quindío. Al revisar la tendencia de notificación del evento, desde 2014 que inicia el reporte en la ficha actualmente aplicada, se observa un aumento en la notificación del 48% en el 2015 con respecto al 2014 y una disminución del 31% en el 2016 con respecto al 2015.(Ver grafica 19)



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Hasta el periodo trece de 2016 se notificaron semanalmente un promedio de 2 casos a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, entre las semanas 37 y 47 de 2015 se notificaron el mayor número de casos entre 3 y 5 casos por semana. En el 2016 también se observa el aumento en la notificación en semanas similares a las de la vigencia anterior, 39 y 43 con 3 a 5 casos en promedio. (ver grafica 20)



Fu

ente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

De acuerdo a las características demográficas y sociales, con corte a semana epidemiológica 52 de 2016, los defectos congénitos afectan en mayor proporción a menores de un año de sexo femenino 52% (33 casos), afiliados al régimen en salud subsidiado 49%, seguido del contributivo 37%. Se reporta 1 niño con pertenencia étnica Indígena y 1 caso de población infantil a cargo del ICBF. (Ver tabla 56)

Tabla Comportamiento demográfico y social defectos congénitos, Quindío 2016

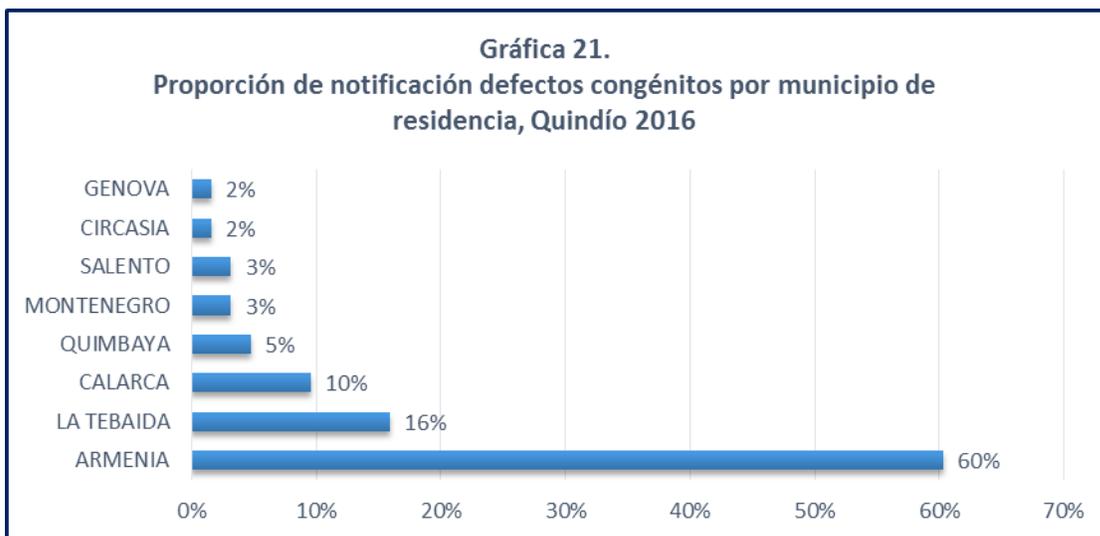
VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
<b>SEXO</b>	Femenino	33	52%
	Masculino	28	44%
	Indeterminado	2	3%
<b>TIPO DE REGIMEN</b>	Subsidiado	31	49%
	Contributivo	23	37%
	Indeterminado	5	8%



	No afiliado	4	6%
<b>PERTENENCIA ETNICA</b>	Indígena	1	2%
<b>GRUPOS POBLACIONALES</b>	Población infantil a cargo del ICBF	1	2%

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

De los 12 municipios del Departamento del Quindío, 8 reportan casos de defectos congénitos, Armenia con la mayoría de los casos con un 60% (38 casos), seguido de La Tebaida con 16% (10 casos) y Calarcá con 10% (6 casos).



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

En la tabla anterior se pueden observar los sectores priorizados donde se presentan la mayoría de los casos de defectos congénitos por municipio de residencia, siendo para Armenia los barrios Patio Bonito y Villa Alejandra, para Calarcá el barrio Llanitos de Gualará, en La Tebaida es la Nueva Tebaida, Circasia en la zona centro, Génova El Porvenir, Montenegro el Centenario y Colon, Quimbaya Vicente López y Salento fue La nueva Floresta y Nueva Esperanza.



Tabla Sectores según municipio de residencia de los casos de defectos congénitos, Departamento del Quindío, 2016

MUNICIPIO	SECTOR
ARMENIA	Patio Bonito
	Villa Alejandra
CALARCA	Llanitos de Gualará
LA TEBAIDA	Nueva Tebaida
CIRCASIA	Centro
GENOVA	El porvenir
	Centenario
MONTENEGRO	Colon
	Vicente López
QUIMBAYA	La Nueva Floresta
	Nueva Esperanza

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Según los datos notificados, la aseguradora con mayor número de casos reportados por Defectos Congénitos en menores de 1 años es Cafesalud con un 35% (19 casos), seguido de Asmet Salud 35% (19 casos) y Sura 11% (6 casos).

Tabla Proporción de casos con Defecto Congénito por asegurador, departamento del Quindío, 2016

EAPB	CASOS	%
Cafesalud	19	35%
Asmet Salud	19	35%
Sura	6	11%
Sanitas	2	4%



Salud Vida	2	4%
Nueva EPS	2	4%
Medicina Prepagada Suramericana	1	2%
Salud Total	1	2%
Coomeva	1	2%
Magisterio	1	2%

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

El 99% de la notificación correspondió a malformaciones congénitas y el 1% a defectos funcionales metabólicos, que corresponde a 1 caso de Trastorno del metabolismo de las bilirrubinas. No se presentaron casos de defectos funcionales sensoriales. (Ver tabla 59). La prevalencia por 10 000 nacidos vivos para malformaciones congénitas fue de 123,44 para el departamento del Quindío con corte a semana epidemiológica 52. Con corte a semana 36 la prevalencia nacional estaba en 64,9 casos por 10.000 NV. Para esta medición se tuvo en cuenta que hay 9 casos que presentan más de un defecto congénito, para un total de 71 malformaciones congénitas. La prevalencia departamental de los defectos funcionales metabólicos por 10.000 nacidos vivos fue de 1,74. Con corte a semana epidemiológica 36, la prevalencia nacional estaba en 7,7 casos por 10.000 NV

**Tabla Distribución de los defectos funcionales metabólicos, sensoriales y congénitos. Quindío, 2016**

TIPO	CASOS	%	TASA DE PREVALENCIA POR 10.000 NV (5.752)
Malformaciones congénitas	71	99%	123,44
Defectos funcionales metabólicos	1	1%	1,74
Defectos funcionales sensoriales	0	0%	0
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>	<b>125,17</b>

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío. DANE, Nacidos Vivos, Dpto. Quindío.

Las malformaciones congénitas que se presentaron en mayor proporción fueron las del sistema osteomuscular con el 38% (27 casos) como la deformidad congénita de los pies 6 casos, craneosinostosis 4 casos, hernia diafragmática 4 casos y polidactilia 3 casos. Seguidas de las malformaciones congénitas del sistema circulatorio con el 20% (14 casos) como defectos en el tabique aurículo ventricular 5 casos y síndrome hipoplásico del corazón 2 casos.



Las malformaciones congénitas del sistema nervioso con un 17% (12 casos) como hidrocefalo congénito 5 casos y microcefalia 3 casos. El diagnóstico prenatal de los defectos congénitos reportados se realizó en el 33% (21 casos). El 47% (10 casos) ocurrió en el 2 trimestre del embarazo y el 38% (8 casos) en el tercer trimestre.

En el 11% (7 casos) de las madres, se realizaron Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), el 71% (5 casos) se realizaron en el segundo trimestre del embarazo. En los demás trimestres 1 caso en cada uno. Las principales causas de las IVE fueron por malformaciones del sistema nervioso central con el 43% y las malformaciones y deformidades del sistema osteomuscular el 29% de los casos. (Ver tabla 60).

Tabla Distribución de malformaciones congénitas por sistemas. Quindío, 2016

MALFORMACIONES CONGENITAS AGRUPACIONES CIE 10	CASOS	%
<b>Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular (Q65-Q79)</b>	27	38%
<b>Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q20-Q28)</b>	14	20%
<b>Malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q09X)</b>	12	17%
<b>Fisura del paladar y labio leporino (Q35-Q38)</b>	6	8%
<b>Malformaciones congénitas del sistema urinario (Q60-Q79)</b>	4	6%
<b>Malformaciones congénitas del sistema digestivo (Q39-Q45)</b>	3	4%
<b>Anomalías cromosómicas (Q90-Q99)</b>	3	4%
<b>Malformaciones congénitas del ojo, del oído de la cara y cuello (Q10-Q18)</b>	2	3%
<b>Total</b>	71	100%

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Frente a la indagación de consumo de ácido fólico por parte de las madres, se registró que el 66% si lo hizo, de estas madres el 7,9% lo consumió en la etapa preconcepcional. En la etapa prenatal, en el primer trimestre fue donde más refirieron haberlo consumido con el 35%, seguido del segundo trimestre 24%.



El 4,7% de las madres consumieron alcohol, el 3,1% tabaco, el 1,5% sustancias psicoactivas y el 3,1%% estuvieron expuestas a algún agente teratógeno. La toma de muestra STORCH se realizó en el 1,5% de los casos notificados, con resultados negativos.

En el departamento del Quindío se reportaron un total de 20 casos fallecidos, 7 de los cuales fueron IVE. De los 13 casos restantes se puede decir que el 69% de los fallecidos por defectos congénitos eran del sexo femenino, el 77% residían en el municipio de Armenia. Los defectos que más se presentaron en los casos que fallecieron fueron las malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular en un 62% (8 casos) seguido de las malformaciones congénitas del sistema circulatorio 31% (4 casos).

Tabla Defectos congénitos en donde se realizó el procedimiento de IVE 2016.

MALFORMACIÓN CONGÉNITA	CASOS	%
Malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q09X)	3	43%
Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular (Q65-Q79)	2	29%
Malformaciones congénitas del sistema urinario (Q60-Q79)	1	14%
Anomalías cromosómicas (Q90-Q99)	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Indicadores defectos congénitos, departamento del Quindío, 2016.

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	RESULTADO
Resultado	Proporción de incidencia semestral de notificación de defectos congénitos en menores de 1 año.	63/ 5752*100.000=1,09 Por cada 100.000 nacidos vivos en el departamento del Quindío, 1,09 nacen con alguna malformación congénita.



<b>Resultado</b>	Incidencia anual de casos notificados con diagnóstico de anencefalia, encefalocele y espina bífida.	3/5752*100.000=52,1  Por cada 100.000 nacidos vivos en el Quindío, 52,1 nacen con diagnóstico de anencefalia, encefalocele y espina bífida.
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Nota: No se realizó medición de los indicadores de Hipotiroidismo congénito ya que en el 2016 solo se notificó 1 caso que fue descartado por laboratorio.

### DISCUSION

El comportamiento actual de la notificación de la morbilidad materna extrema, tiene una tendencia al aumento comparado con el año de inicio 2012, esto es significativo para el proceso de vigilancia del departamento y es clave además para impactar indicadores de mortalidad materna, ya que permite la identificación de complicación de manera oportuna.

El municipio de Armenia y Calarcá, reportan el mayor número de casos de muertes perinatales y neonatales, dado al número de población, y a sus servicios de salud ya que cuentan con las IPS de II y III nivel del departamento. Estos municipios cuentan con adecuadas características demográficas, cercanía, buenas vías de acceso lo que disminuye las barreras de acceso permitiendo mejorar la calidad de la atención.

En la notificación del evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía, encontramos reporte de 10 casos en menores de 17 y menos años que corresponden al 11,6% del total de casos, encontrando como rango inferior los 14 años, en el rango superior se encuentra el 5,8% de los casos en mujeres mayores de 36 años, continua siendo un factor de riesgo gestacional (partos pretérminos, bajo peso al nacer además de riesgos psicosociales para las adolescentes, esto sumado al aumento de patologías propias de la gestación en las mayores de 36 años) las edades extremas de la vida reproductiva

La Ruptura Prematura de Membranas-RPM, es un problema obstétrico que ocurre antes del término del embarazo, y sus consecuencias son negativas para el desenlace maternofetal porque puede generar sepsis puerperal y/o neonatal, prematuridad e incremento de la morbilidad neonatal derivado de la inmadurez. (13).



La preeclampsia constituye uno de los estados patológicos de la enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) con altas repercusiones de morbilidad materna, perinatal y neonatal (14), en este informe ocupa el segundo lugar después de la RPM en los factores de riesgo y complicaciones del embarazo con el 10,5% de los casos reportados. En donde las edades extremas juegan un papel importante en este diagnóstico.

La atención hospitalaria del parto, se está convirtiendo en la mejor elección por parte de los usuarios, donde el manejo por medicina general es el más realizado, seguido del manejo especializado en la atención del parto, donde no supera la mitad de los nacimientos según este informe; los hospitales de I nivel de atención cada día atienden menos partos.

La mortalidad perinatal y neonatal son eventos adversos de las bajas condiciones socioeconómicas, bajos niveles educativos y pobre educación en servicios de salud, deberes y derechos de aseguramiento.

Los servicios de salud, deberán seguir trabajando en los programas de promoción y prevención fortaleciendo la atención preconcepcional, prenatal, atención del parto y del postparto bajo el enfoque de atención continua a través del curso de vida, posibilitando el empoderamiento de la mujer para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como estrategia para el desarrollo humano del país.

## CONCLUSIONES

Hasta la semana 52 del periodo epidemiológico 13 de 2 016 se notificaron 86 casos de muertes perinatales y neonatales tardías. De acuerdo con el momento de ocurrencia de la muerte tenemos, muertes fetales anteparto 34 casos, muertes fetales intraparto 12 casos, prealta en el postparto 30 casos y postalta en postparto 7, además se tuvieron 3 en reingresos. Las muertes fetales anteparto están relacionadas a la salud de madre, factores de riesgo tales como edad, alcoholismo, sedentarismo, entre otras. Todas las instituciones de II y III nivel de complejidad del departamento notificaron casos al SIVIGILA.

De las 5 muertes maternas reportadas en el departamento, 4 fueron muertes maternas tempranas, mortalidades presentadas en edades extremas, residentes en área urbana. El 40% de las mujeres reportadas tenían nivel educativo primaria, y el 80% de los casos no planificaban ya que no lo deseaban, el 40% tenían antecedentes de aborto, mientras el



80% de los casos no tenían controles prenatales, el 20% reportan embarazo deseado, el 60% de los casos fallecen en el puerperio mediato. El 60% de los casos fallecen antes de la semana 37 de gestación. Los estudios a nivel nacional coinciden con los datos arrojados por este informe, las bajas condiciones socioeconómicas, bajos niveles educativos, los antecedentes de riesgo, la calidad de controles prenatales, la poca adherencia a los programas preconcepcionales y de planificación familiar se convierten en la principal amenaza para la mortalidad materna.

La tasa de incidencia nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía para Colombia a semana epidemiológica 52 de 2016 fue de 13,6 casos por cada mil nacidos vivos, el departamento del Quindío se ubica por encima de la media nacional con 15 casos por cada mil nacidos. La salud materna y la calidad de controles prenatales juegan un papel importante en esta incidencia.

El rango etéreo más afectado con el evento es el de 18 a 23 años de edad con el 34,9% de los casos, seguido del grupo de edad de 30 a 35 años con un 25,6%, de los 24 a 29 años se presenta un 22,1% de los casos, en las edades extremas se encuentran 10 casos en menores de 17 y menos años que corresponden al 11,6% del total de casos, encontrando como rango inferior los 14 años, en el rango superior se encuentra el 41 años de edad.

El 91,9% reporta residencia en la zona urbana de los municipios del departamento, el 8,1% en área rural. Hay 2 casos reportados en población afrocolombiana y otro caso en población indígena. El 51,2% de los casos corresponden al régimen subsidiado, el 41,9% se encuentran en el régimen contributivo, el 3,5% en régimen de excepción y sin aseguramiento al SGSSS se encuentran el 3,5% de los casos. El mayor porcentaje de casos de muerte perinatal y neonatal tardía se presenta en madres con escolaridad secundaria, alcanzando un 66.3 % del total de los casos, seguido de las madres con escolaridad primaria las cuales representan un 25,6 % de los casos y sin escolaridad un 1,2 %.

La EPS con mayor número de casos notificados es cafesalud subsidiado, para el año 2016 cuentan con 51.366 mujeres en edad fértil afiliadas; no se cuenta con prestadores que den cobertura a la demanda, sumado a esto la demora en autorización de servicios y de oportunidad en citas especializadas con las IPS contratadas.

En relación a los antecedentes de riesgo, un 38,4 % del total de casos no registra la presencia de algún antecedente de riesgo. Dentro de los cinco primeros antecedentes de riesgo que se encuentran en el departamento tenemos: Parto prétermino, recién nacido con bajo peso, Hipertensión crónica, consumo de sustancias psicoactivas y obesidad.



Frente a los métodos de regularización de la fecundación, el 74,4% no usaba ningún método, si analizamos por grupos de edad de riesgo encontramos que el 27,9% de esta población pertenecen a edades extremas. El grupo de edad de mayores de 35 años reportan el mayor uso de métodos naturales (20,4 %), seguido de los hormonales (8,9%), otros métodos (7,0 %), de barrera (1,3 %), DIU (1,3 %), y por último el quirúrgico (0,3%)

Respecto a la información de antecedentes prenatales, se observa que el mayor número de casos ocurren en el periodo perinatal, el 16.3% de las reportadas no realizaron controles prenatales, el 23% tuvieron 3 o menos controles prenatales. Esta información de cuidados prenatales está directamente relacionado con el periodo perinatal de mayor riesgo identificado a través de la matriz BABIES, que reporta las mayores tasas de incidencia de mortalidad en la salud materna y cuidados prenatales, los cuales se asocian a condiciones preexistentes en la salud de la mujer como la desnutrición, obesidad, tabaquismo, enfermedades crónicas, tabaquismo entre otras. La calidad del control prenatal es una herramienta de vital importancia para la detección temprana de las alteraciones en las gestantes, impactando el número de casos de mortalidad.

Frente a la calidad de datos, en la codificación CIE 10 están registrando causas maternas en lugar de causas perinatales y neonatales al momento de la notificación del evento.

Al momento de la mortalidad, cuando no se tiene causa básica definida, se deberá solicitar la realización de necropsia clínica, en ocasiones la familia se niega al procedimiento y por lo tanto no se cuenta con causa básica, es importante recordar que son eventos de interés en salud pública que no requieren consentimiento u autorización. Es necesario mejorar la capacidad instalada de las instituciones que atienden partos tanto de bajo como de alto riesgo, es importante los procesos de inducción y de reinducción del personal además de los procesos de capacitación y actualización de protocolos y guías de manejo.

## RECOMENDACIONES

Articulación de programa maternidad segura con el área de vigilancia en salud pública del departamento.

Continuidad en las visitas de asistencia técnica, en las UPGD donde se notifican casos relacionados con los eventos de maternidad segura fortaleciendo los procesos de capacitación en cuanto a los procesos de vigilancia y monitoreo de los eventos con el fin de mejorar los procesos y realizar planes de mejora en situaciones especiales

Realizar cruce de RUAF y SIVIGILA en cada periodo epidemiológico.



Implementación de políticas de vigilancia, inspección y control por parte de la secretaria de salud departamental de salud, con el fin de fortalecer la atención preconcepcional, prenatal, atención del parto, encaminadas a mitigar el número de eventos.

Se debe contar con equipos de atención interdisciplinarios que posibilite la valoración integral para la detección oportuna, la promoción de conductas saludables y benéficas para el binomio, así como la prevención de alteraciones asociadas con el embarazo y la adecuada adherencia de la norma técnica de detección de alteraciones de la gestante.

195

Potencializar la formación y capacitación del profesional sanitario para lograr la vigilancia y monitoreo de los eventos, así como la notificación oportuna de los casos siendo un mecanismo de retroalimentación y de mejora para las Instituciones de salud del país.

Fortalecer la calidad de los controles prenatales y la participación de la gestante y su familia en el proceso con el fin de tomar conciencia de situaciones problemáticas que pueden llegar a complicar el estado. La demanda inducida, las valoraciones de riesgo, la adecuada anamnesis, el ingreso a cursos psicoprofilácticos, espacios amigos de la lactancia materna entre otros.

Se deben guiar los esfuerzos a mejoramiento de los programas de atención, preparando y evaluando a los equipos de salud frente a la atención del parto, reanimación cardiopulmonar, intervención quirúrgica de emergencia, calidad y oportunidad en la atención obstétrica y neonatal entre otras.



# 2. VIGILANCI A NUTRICION AL



### 11.1 BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO

El bajo peso al nacer suele estar asociado con situaciones que interfieren en la circulación placentaria por alteración del intercambio madre - placenta - feto y, como consecuencia, con una malnutrición intrauterina.

De acuerdo a la Definición Operativa del Caso, el Bajo peso se define:



**BAJO PESO AL NACER:** Se considera bajo peso al nacer (BPN) al neonato cuyo peso es igual o menor a 2.499 gramos, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa

**MUY BAJO PESO AL NACER:** Recién nacido con peso igual o menor de 1499 gramos.

Adicionalmente se considera la categoría de peso deficiente = recién nacido con peso entre 2500 y 2999 gramos; peso normal = mayor o igual a 3000 gramos.

**CASO CONFIRMADO:** Recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea =2499 gr. Caso que debe notificarse al SIVIGILA.

En el caso de nacimiento domiciliario o diferente a institucional, durante la atención médica en el primer mes de nacido, el profesional, mediante criterios clínicos definirá si el niño o niña cumple la definición de caso para su notificación obligatoria.

**PESO DEFICIENTE:** Recién nacido cuyo peso al nacer registrado se encuentra entre 2500 y 3000gr.

El reporte por el SIVIGILA de los casos identificados con bajo peso al nacer a término, se inicia a partir del año 2012, logrando el registro de los eventos con el fin de fortalecer las acciones de intervención, por medio de acciones de seguimiento y monitoreo.

El comportamiento de los casos de bajo peso al nacer a término en el departamento del Quindío en el 2016, muestra que los meses de mayor reporte son Agosto y Octubre.

Tabla . Casos de bajo peso al nacer a término según mes de notificación, Departamento del Quindío. 2016

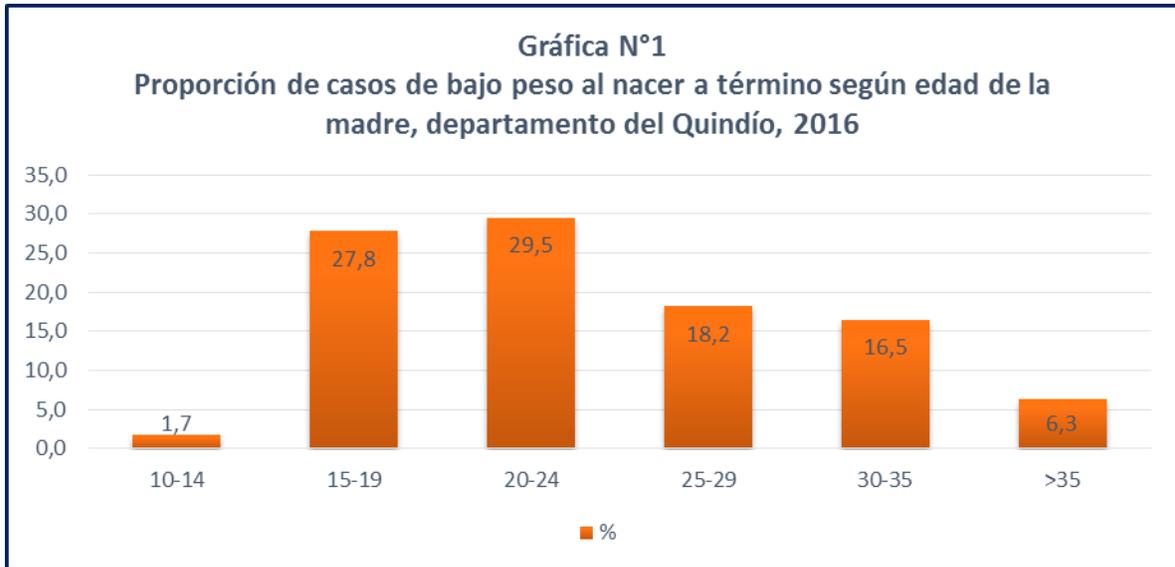
Variable	Categoría	Casos	%
Mes	Enero	14	8,0
	Febrero	13	7,4
	Marzo	9	5,1
	Abril	14	8,0
	Mayo	11	6,3
	Junio	11	6,3
	Julio	14	8,0
	Agosto	17	9,7
	Septiembre	23	13,1
	Octubre	17	9,7
	Noviembre	18	10,2
	Diciembre	15	8,5



Total	176	100
-------	-----	-----

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

De acuerdo a la edad de la madre, los casos se presentan en mayor proporción en el rango entre 20 a 24 años con el 29,5% de los casos, seguido de grupo entre los 15 a 19 años con el 27,8%, 25 a 29 con el 18,2%, de 30 a 35 años con 16,5%, disminuyendo el comportamiento en edades de mayor riesgo. La edad mínima fue de 13 años y la máxima de 44 años.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

De acuerdo a las características sociodemográficas se encuentra que el 54% de los recién nacidos con bajo peso al nacer a término son de sexo femenino y el 46% masculino.

El 90,3% del total de casos notificados tienen residencia en la zona urbana y el 9,7% en área rural. Frente a la pertenencia étnica se encuentran que el 2,3% corresponde a población indígena.

El 55,1% de los casos corresponden al régimen subsidiado, el 35,2% al régimen contributivo, el 5,7% a población sin afiliación, el 2,8% a régimen de excepción, mientras que al régimen especial e indeterminado con el 0,6% cada una.

La EPS Cafesalud subsidiado aporta el 24,4% de los casos, seguida de Asmetsalud con el 20,5%, Cafesalud contributivo con el 15,9%, Nueva EPS subsidiado y contributivo con el 5,1% cada una, Coomeva y SOS con el 4,5% respectivamente, en menor proporción se encuentran Sanitas, saludvida, Sura, Cosmitet, Sanidad militar, Salud total, Sanidad Policía y además hay 3 casos con EPS de otros departamentos.



Tabla . Características sociodemográficas casos de bajo peso al nacer a término, Departamento del Quindío. 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	95	54,0
	Masculino	81	46,0
Área de residencia	Urbana	159	90,3
	Rural	17	9,7
Etnia	Indígena	4	2,3
	Otros	172	97,7
Régimen de seguridad social	Contributivo	62	35,2
	Subsidiado	97	55,1
	especial	1	0,6
	No afiliado	10	5,7
	Excepción	5	2,8
	Indeterminado	1	0,6
EAPB	Cafesalud S	43	24,4
	Asmetsalud	36	20,5
	Cafesalud Cont	28	15,9
	Sin		
	aseguramiento	11	6,3
	Nueva EPS Sud	9	5,1
	Nueva EPS		
	Cont	9	5,1
	Coomeva	8	4,5
	SOS	8	4,5
	Sanitas	5	2,8
	Saludvida	5	2,8
	Sura	4	2,3
	Magisterio	3	1,7
	Ejército	2	1,1
	Salud Total	1	0,6
	Policía	1	0,6
Coosalud	1	0,6	
AIC Epsi	1	0,6	
Capital Salud	1	0,6	

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Los factores sociodemográficos como la edad materna en edades extremas (menos de 20 años y entre los periodos de 35 a 40) aumenta la probabilidad de recién nacidos con bajo peso al nacer, de acuerdo a los casos reportados este riesgo se registra en el 31,3% de la población afectada, sumado lo anterior a condiciones socioeconómicas menos favorables,



ya que las mujeres de estrato 1 y 2 abarcan el 80,1% de los casos y adicional se encuentra que el 3,4% reportan no tener escolaridad y el 16,5% con primaria; lo anterior puede considerarse como factores que influyen para la presencia de casos de bajo peso al nacer a término.

Dentro de los riesgos médicos anteriores al embarazo se muestra la primigestación como factor proximal con un 43,2% de los casos. Los riesgos médicos durante el embarazo registran las Infecciones de vías urinarias en primer lugar con un 25,6% de ocurrencia entre los casos reportados, seguido del sobrepeso/obesidad con un 11,4%, HTA con un 10,8%, la amenaza de parto pretérmino con un 8,0%, periodo intergenésico menor a 2 años con el 7,4%, síndrome anémico con 5,7% y desnutrición con un 4,5% del total de los casos notificados para el evento.

Respecto a los cuidados prenatales se encuentra que el 5,7% no realizaron controles prenatales, el 10,8% de los casos iniciaron controles prenatales en forma tardía en el tercer trimestre de gestación y el 10,8% de las gestantes no consumieron micronutrientes durante el embarazo actual.

Además se encuentran que los factores ambientales y de conducta se informan en un 5,7% de las gestantes con consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias y otro 3,4 reportan realizar actividades diarias que implicaban esfuerzo físico.

Tabla Variables proximales de casos de bajo peso al nacer a término, Departamento del Quindío. 2016

Variable		Categoría	Casos	%	
Factores sociodemográficos	Edad	Menor de 20 años	52	29,5	
		Mayor de 40 años	3	1,7	
	Estrato socioeconómico	1	47	26,7	
		2	94	53,4	
		3	23	13,1	
		4	5	2,8	
		5	2	1,1	
		Sin dato	5	2,8	
	Nivel educativo	Primaria	29	16,5	
		Secundaria	94	53,4	
		Técnico o Superior	44	25,0	
		Ninguna	6	3,4	
		Sin dato	3	1,7	
	Riesgo médicos anteparto		Primigestantes	76	43,2
			Antecedente de hijos con BPN	6	3,4
Riesgos médicos durante el embarazo		IVU	45	25,6	
		Sobrepeso/Obesidad	20	11,4	



		Hipertensión arterial	19	10,8
		Amenaza de parto pretérmino	14	8,0
		Período intergenésico < 2 años	13	7,4
		Síndrome anémico	10	5,7
		Desnutrición	8	4,5
Cuidados prenatales	Inicio de CPN	Primer trimestre	88	50,0
		Segundo trimestre	59	33,5
		Tercer trimestre	19	10,8
		Sin CPN	10	5,7
	# de CPN	<4 CPN	7	4,0
		de 4 a 6 CPN	39	22,2
		>7 CPN	120	68,2
	Consumo de micronutrientes	Si	157	89,2
No		19	10,8	
Factores ambientales y de conducta		Consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias	10	5,7
		Esfuerzo físico	6	3,4

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Los casos clasificados como muy bajo peso al nacer, se concentran en un 61,3% en el municipio de Armenia, seguido de La Tebaida con el 11,3%, Calarcá con 8,1%, Montenegro con 6,5%, en menor proporción se encuentran Circasia, Quimbaya, Córdoba, Filandia y Génova, el resto de los municipios no registran casos. En el Departamento del Quindío se encuentran 62 casos lo que corresponde al 1,1% del total de nacidos vivos.

Los casos de bajo peso se miden sin tener en cuenta la edad de gestación en el momento del nacimiento sumando para el Departamento del Quindío un total de 386 (No se cuentan los casos clasificados como muy bajo peso al nacer), nuevamente el municipio de Armenia presenta el mayor número de casos (57%), seguido de los municipios de Calarcá (10,9%), Quimbaya (7,5%), La Tebaida (7,5%), Montenegro (6%), Circasia (5,2%), en el resto de los municipios se presentan entre 1 y 8 casos. En el Departamento del Quindío se encuentran 386 casos lo que corresponde al 6,7% del total de nacidos vivos.

Con respecto a los recién nacidos con peso deficiente se encuentran 1627 casos en el Departamento del Quindío lo que corresponde al 28,3% del total de nacidos vivos, donde el municipio de Armenia reporta 55,9 del total de los casos. Finalmente, los casos que cumplen criterio para el evento de bajo peso al nacer a término corresponden al 3,1% del total de nacidos vivos registrados en el RUAF en el año 2016 en el departamento del Quindío.

Tabla . Casos de bajo peso al nacer según clasificación y municipio de residencia, departamento del Quindío. 2016

MUNICIPIO	MUY BAJO PESO AL NACER (Igual o menor a 1499 gr)	% MUY PESO BAJO AL NACER	PESO BAJO AL NACER (igual o menor a 2499 gr)	% PESO BAJO AL NACER	PESO DEFICIENTE (Entre 2500 a 3000 gr)	% PESO DEFICIENTE	CASO CONFIRMADO (37 semanas o más de gestación peso)	CASO CONFIRMADO (37 semanas o más de gestación peso)
Armenia	38	61,3	220	57,0	910	55,9	104	59,1
Buenavista	0	0,0	2	0,5	8	0,5	0	0,0
Calarcá	5	8,1	42	10,9	208	12,8	17	9,7
Circasia	3	4,8	20	5,2	76	4,7	10	5,7
Córdoba	1	1,6	8	2,1	18	1,1	5	2,8
Filandia	1	1,6	4	1,0	28	1,7	2	1,1
Génova	1	1,6	6	1,6	19	1,2	2	1,1
La Tebaida	7	11,3	29	7,5	111	6,8	11	6,3
Montenegro	4	6,5	23	6,0	118	7,3	8	4,5
Pijao	0	0,0	2	0,5	14	0,9	2	1,1
Quimbaya	2	3,2	29	7,5	104	6,4	15	8,5
Salento	0	0,0	1	0,3	13	0,8	0	0,0
<b>Total Quindío</b>	<b>62</b>	<b>1,1</b>	<b>386</b>	<b>6,7</b>	<b>1627</b>	<b>28,3</b>	<b>176</b>	<b>3,1</b>

203

Fuente: SIVIGILA - DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**Mapa de evaluación de coherencia de los casos de bajo peso al nacer a término entre SIVIGILA – RUAF**

MUNICIPIO	% COHERENCIA SIVIGILA - RUAF
Armenia	104,0%
Buenavista	100,0%
Calarcá	106,3%
Circasia	90,9%
Córdoba	125,0%
Filandia	100,0%
Génova	100,0%
La Tebaida	110,0%
<b>Montenegro</b>	<b>80,0%</b>
Pijao	100,0%
Quimbaya	93,8%
Salento	100,0%
<b>Total Quindío</b>	<b>101,70%</b>



Fuente: SIVIGILA - DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

La gráfica de tendencia del evento en el departamento, inicia en el año 2011 con 21 casos notificados, para el año 2012 hay un aumento de la tendencia y se observa un pico en el año 2013 de 151 casos. Para el año 2014 hay un descenso significativo con una reducción de 32 casos. En el lapso de tiempo transcurrido entre los años 2015 a 2016 se evidencia un aumento en la tendencia, al cierre del año 2016 con 176 casos



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

• **Indicadores bajo peso al nacer a término departamento del Quindío, 2016.**

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operacional	Resultado
Oportunidad en la notificación semanal del bajo peso al nacer a término por departamento	Proceso	<b>Numerador:</b> total de casos notificados en la misma semana del nacimiento. <b>Denominador:</b> total de casos notificados por el departamento en el periodo a evaluar.	<b>El 90,3% de los recién nacidos con bajo peso fueron notificados oportunamente, lo que ubica al departamento del Quindío en un desempeño alto según la semaforización estipulada en el protocolo</b>
Correspondencia SIVIGILA / Estadísticas Vitales (RUAF) en número de casos	Proceso	<b>Numerador:</b> Correspondencia SIVIGILA / Estadísticas Vitales (RUAF) en número de casos <b>Denominador:</b> total de casos de bajo peso certificados por estadísticas vitales en el RUAF o en los certificados en físico que cumplen con la definición de caso.	<b>Hay una correspondencia entre la notificación entre SIVIGILA y estadísticas vitales (RUAF) de 101,7%, lo anterior se debe a que en RUAF el departamento y municipio de residencia no son acordes a los casos reportados en SIVIGILA.</b>
Oportunidad en el seguimiento a casos	Proceso	<b>Numerador:</b> Número investigaciones de casos que cumplen con criterio realizadas al mes de nacimiento <b>Denominador:</b> Número de casos notificados que cumplen criterio de	<b>El 50 % de recién nacidos con bajo peso notificados que cuentan con seguimiento oportuno, es importante</b>



		investigación de caso	resaltar que una proporción importante de casos recibió visita de investigación de campo pero esta no se dio en el tiempo estipulado en el protocolo, lo anterior, permite evidenciar la no adherencia al protocolo por parte de los Planes Locales o Secretarías Municipales de Salud a causa de desconocimiento del mismo o dificultades para la contratación del personal de vigilancia en salud pública.
--	--	-----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: SIVIGILA - DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

### 11.2 DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE 5 AÑOS

Este evento ingresa para la vigencia 2016 en el país.

En el año 2016 se reportan 76 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales el 35,2% se corresponden al municipio de Calarcá, seguido de Armenia con 32,9%, Circasia con 15,8%, Filandia 6,6%, La Tebaida y Salento con 2,6% cada uno, Pijao, Quimbaya y Córdoba con el 1,3% respectivamente.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

La distribución de los casos se presenta en niños de 1 año con el 32,9% de los casos, en menores de 1 año el 28,9%, niños y niñas de 2 años con el 14,5%, de 3 años con el 17,1% y el 6,6% se evidencia el grupo de 4 años de edad. Del total de los casos, el 59,2% corresponden al sexo femenino y el 40,8% al sexo masculino.

Con respecto al aseguramiento se observa que el 84,2% pertenece al régimen subsidiado, el 3,9% al régimen contributivo, el 10,5% son menores sin afiliación al SGGSS y un 1,3% con aseguramiento en régimen especial. Los casos se presentan en un 50% en Cafesalud subsidiado, seguido de Asmetsalud con el 25%, Saludvida con 6,6%, Cafesalud contributivo y Nueva EPS con el 2,6% cada uno, SOS y Policía cada una con 1 caso.

Del total de los casos el 7,9% fueron hospitalizados. Es importante resaltar que la condición final de los menores notificados es estado vivo.

Tabla . Características sociodemográficas casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, Departamento del Quindío. 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Edad	< 1 año	22	28,9
	1 año	25	32,9
	2 años	11	14,5
	3 años	13	17,1
	4 años	5	6,6
Sexo	Femenino	45	59,2
	Masculino	31	40,8



Régimen de seguridad social en salud	Contributivo	3	3,9
	Subsidiado	64	84,2
	Sin aseguramiento	6	7,9
	Especial	1	1,3
	Indeterminado	2	2,6
	EAPB	SOS	1
	Cafesalud S	38	50,0
	Cafesalud C	2	2,6
	Nueva EPS	2	2,6
	Salud Vida	5	6,6
	Asmetsalud	19	25,0
	Policia	1	1,3
	Sin afiliar	8	10,5
Hospitalización	Si	6	7,9
	No	70	92,1
Condición final	Vivos	76	100

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Dentro de los factores que pueden influir en el estado nutricional de los menores se encuentra que el 65,8% de los casos son de estrato socioeconómico 1, 27,6% a estrato 2 y 6,6% a estrato 3. Las madres de los menores tienen nivel educativo de básica secundaria en un 63,2%, primaria con un 17,1%, sin escolaridad el 10,5%, el 6,6% con estudios técnicos y 2,6% con formación universitaria.

Se observa que el 17,1% de los niños tuvo bajo peso al nacer y el 11,8% fueron prematuros.

Con respecto a la lactancia materna se encuentra que el 13,2% de los casos no recibió, el 26,3% la tuvo hasta antes de los 6 meses de edad, el 40,8% recibió hasta el año de edad y el 2,6% fue lactado hasta después de los 2 años.

El 96,1% de todos los menores se encuentran inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo, el 93,4% tienen esquema de vacunación completo, pero solo el 56,6% aportan carné de vacunación que certifique la aplicación de las vacunas.

Tabla . Factores que influyen en los casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, Departamento del Quindío. 2016

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



Estrato	1	50	65,8
	2	21	27,6
	3	5	6,6
Nivel educativo madre	Primaria	13	17,1
	Secundaria	48	63,2
	Técnica	5	6,6
	Universitaria	2	2,6
	Ninguno	8	10,5
Peso al nacer	<2500 gramos	13	17,1
	entre 2500 y 3000 gramos	28	36,8
	>3000 gramos	29	38,2
	Sin dato	6	7,9
Edad gestacional al nacer	< 37 semanas	9	11,8
	> 37 semanas	62	81,6
	Sin dato	5	6,6
Tiempo de lactancia materna	< 6 meses	20	26,3
	6 a 12 meses	31	40,8
	13 a 24 meses	13	17,1
	>24 meses	2	2,6
	No recibió lactancia materna	10	13,2
Edad de inicio de alimentación complementaria	< 6 meses	25	32,9
	> 6 meses	42	55,3
	No ha iniciado	9	11,8
Crecimiento y Desarrollo	Si	73	96,1
	No	3	3,9
Esquema de vacunación completo	Si	71	93,4
	No	2	2,6
	Desconocido	3	3,9
Carné de vacunación	Si	43	56,6
	No	33	43,4

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental del Quindío, 2016

Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentra que el 64,5% presenta delgadez, el 18,4% de los casos tienen evidencia de piel reseca, el 6,6% tiene hipo o hiperpigmentación, el 9,2% con lesiones en el cabello y el 23,7% con anemia detectada por palidez palmar o de mucosas. Se activa ruta de atención en el 96,1% de los casos. (Ver tabla 7)



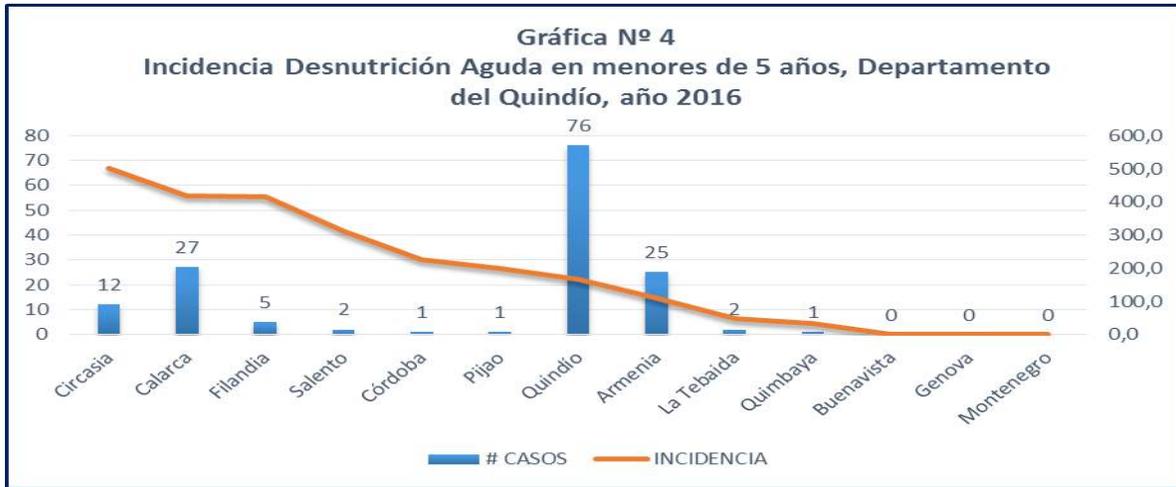
Tabla 7. Manifestaciones clínicas en los casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, Departamento del Quindío. 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Edema	Si	0	0,0
	No	76	100,0
Delgadez	Si	49	64,5
	No	27	35,5
Piel reseca	Si	14	18,4
	No	62	81,6
hipo o hiperpigmentación	Si	5	6,6
	No	71	93,4
Lesiones del cabello	Si	7	9,2
	No	69	90,8
Anemia/Palidez de mucosas	Si	18	23,7
	No	58	76,3
Activación ruta de atención	Si	73	96,1
	No	3	3,9

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

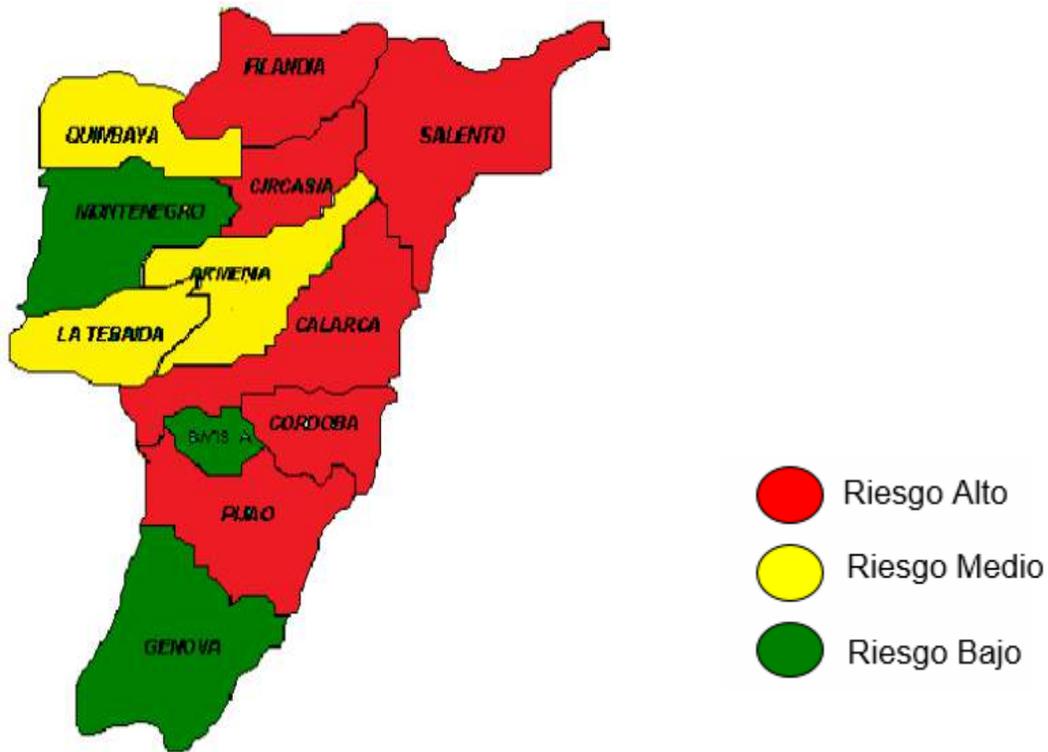
Es importante resaltar que el 19,7% de los casos no cumplen criterio para el evento, se aclara que desde el área de vigilancia en salud pública y desde el programa de seguridad alimentaria y nutricional se desarrollaron acciones articuladas de capacitaciones y asistencias técnicas en todos los municipios del departamento, pero se evidencia la no adherencia al protocolo establecido por el INS y a la resolución 2465 de Junio de 2016.

Finalmente la incidencia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años para el departamento del Quindío para el año 2016 es de 165,3 casos por cada 100.000 habitantes menores de 5 años. Los municipios que se clasifican en Alto Riesgo por estar por encima de la tasa departamental son: Circasia con 501,7 casos, seguido de Calarcá con 418,7 casos, Filandia con 415,3 casos, Salento con 313 casos, Córdoba con 227, 3 casos y Pijao con 198 casos. Clasificados con Riesgo Medio se encuentran Armenia con 109,7 casos x 100.000 habitantes menores de 5 años, La Tebaida con 47,9 casos y Quimbaya con 34,2 casos. Los municipios de Buenavista, Génova y Montenegro no reportan casos para el evento, por lo que se consideran de riesgo bajo



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Mapa de Riesgo para desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, Quindío, 2016



Fuente: SIVIGILA - DANE, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**MORTALIDAD POR Y ASOCIADA A DESNUTRICION EN MENORES DE 5 AÑOS**

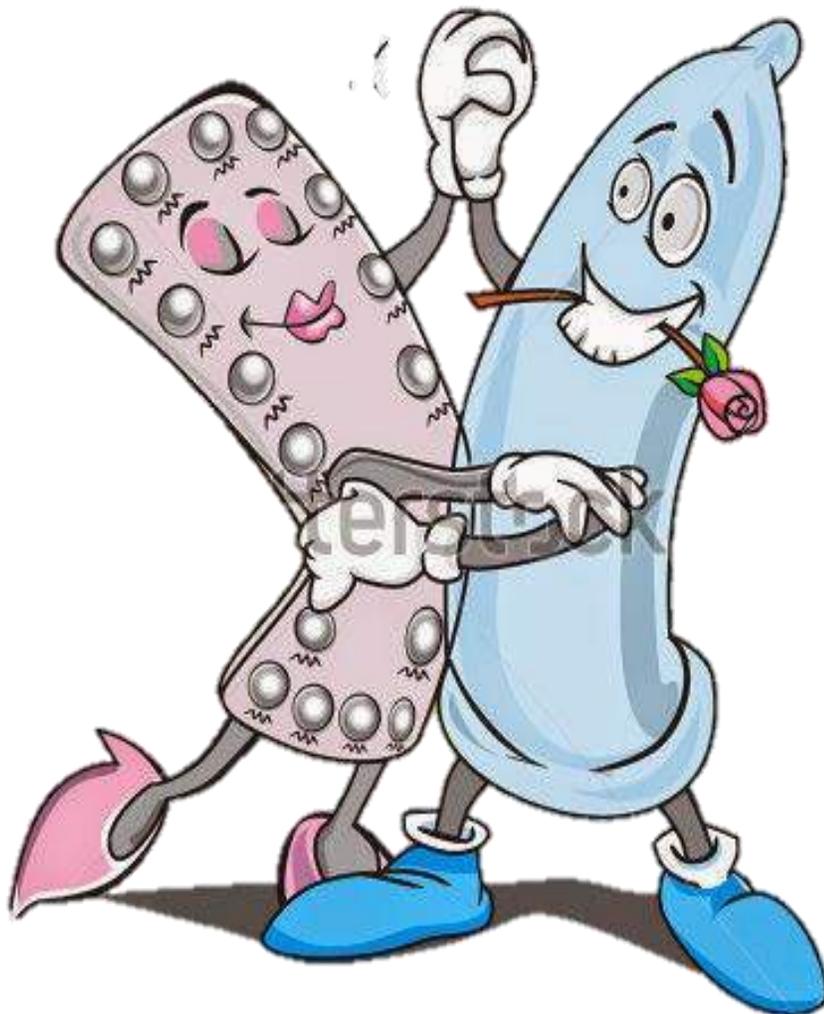


En el año 2016 se reportan dos caso de mortalidad en menores de cinco años por y/o asociada a desnutrición con residencia en el Departamento del Tolima. Desde el año 2012 no se presentan casos para el evento en el Departamento del Quindío.

No se encuentran casos relacionados en la base de datos generada por el RUAF.



# 12. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL



### 12.1 SIFILIS GESTACIONAL

Para el año 2016 se reportan un total de 83 casos de sífilis gestacional en el departamento del Quindío. Por municipio de residencia, Armenia, Montenegro y Quimbaya notificaron el 75 % de los casos. Circasia, Calarcá, La Tebaida, Córdoba y Salento notificaron el 25% restante. En el resto de los municipios del departamento no se reportan casos para este año.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

El grupo de edad que registró la mayor proporción de casos de sífilis gestacional fue el de 20 a 24 años de edad con el 25,3%, seguido del rango de 25 a 29 años con 20,5 %, la menor proporción la presenta el grupo de edad de 10 a 14 años. En los casos de sífilis gestacional notificados se encontró una edad mínima de 14 años y una máxima de 42 años de edad.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



El 67% de los casos pertenecen al régimen subsidiado, Cafesalud con 24 seguido de asmetsalud con 17 casos notificados. El 15,7% de los casos notificados son población no asegurada al SGSSS. Mientras el 16% pertenece al régimen contributivo, encabeza la aseguradora SOS con 4 casos, Nueva EPS con 3 casos, cafesalud y Coomeva con 2 casos respectivamente. Mientras el régimen de excepción aporta el 1,2 % de los casos.

**Nota:** La clasificación del tipo de aseguramiento se presenta de manera errónea en algunos de los casos.

Tabla 1. Casos de sífilis gestacional según Entidad Promotora de Salud, Departamento del Quindío. 2016

EPS	Casos de sífilis gestacional	%
Cafesalud EPS-S	24	28,9
Asmetsalud	17	20,5
No Asegurado	13	15,7
Nueva EPS EPS-S	8	9,6
Saludvida	5	6,0
SOS	4	4,8
Nueva EPS-C	4	4,8
Cafesalud EPS-C	2	2,4
Coomeva	2	2,4
Famisanar	1	1,2
Ejército	1	1,2
Emsanar	1	1,2
AIC EPSI	1	1,2

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**OTROS DATOS:**

- ✓ Respecto al grupo poblacional, se encuentran dos gestantes clasificadas como habitantes de calle, primer caso de 22 años de edad y 14 semanas de gestación al diagnóstico; segundo caso de 18 años de edad y 39 semanas. Frente a la condición de las gestantes al momento del diagnóstico, se tiene que el 90,4 % de los casos se encuentra en periodo de gestación con 75 casos, el 3,6% corresponde a casos captados en el momento del parto con 3 casos, el 6% de los casos fueron diagnosticados durante el puerperio y post-aborto.



- ✓ De los 83 casos notificados como sífilis gestacional en el departamento del Quindío para el año 2016, encontramos 19 casos en los cuales no se habían realizado controles prenatales en el embarazo actual. Mientras el 47 % de la población diagnosticada iniciaron de manera temprana en primer trimestre y el 5% con inicio registrado en III trimestre de gestación.
- ✓ Respecto a la realización de la primera prueba diagnóstica se encuentra que el 61.4% (51 casos) obtuvo el resultado dentro de las primeras 16 semanas de gestación, siendo importante evidenciar que 15 casos fueron captados después de la semana 30 de gestación, entre los que se encuentran 3 casos al momento de parto, los cuales por edad gestacional corresponden a sífilis congénita.
- ✓ Se presentaron en total 83 casos con resultado de serologías reactivas entre 2 y 256 diluciones, sin embargo solo el 88% reportan realización de prueba treponémica con reporte positivo, lo que evidencia la poca adherencia de las Instituciones Prestadoras de Salud al protocolo de vigilancia, frente al diagnóstico de los casos de sífilis gestacional. Es de resaltar que se cuenta con procesos continuos de capacitación por parte del equipo de vigilancia epidemiológica departamental.
- ✓ De la población diagnosticada con sífilis gestacional, en el departamento del Quindío durante el año 2016, el 25,3% fueron clasificados como sífilis temprana con 21 casos, el 2,4% de los casos pertenecen a sífilis tardía, y el 71,1% de los casos fueron de duración desconocida, se tiene además 1 caso donde no se tiene el dato registrado.
- ✓ El 96,4% de las gestantes diagnosticadas recibieron tratamiento, encontrando que el 31.3% (25 casos) de los casos recibieron al menos 1 dosis de Penicilina benzatínica, el 1.3% con 1 caso recibió 2 dosis de Penicilina benzatínica, y el 67.5% recibió 3 dosis de tratamiento de elección de manejo. Se reportaron 3 casos sin tratamiento. Se observa además que el 9.6% de las gestantes diagnosticadas, recibieron tratamiento tardío, con un promedio de 2.5 semanas para inicio de tratamiento. En el 48.2% de los casos se reporta tratamiento a los contactos.

La gráfica de tendencia del evento inicia en el año 2010 con 111 casos notificados, con un aumento de 3 casos para el año 2011, se evidencia una tendencia descendente hasta el año 2014, de modo que en tal lapso de tiempo se mostró un descenso de 39 casos para colocarse en 75 diagnosticados en el año 2014.



Durante los años 2015 y 2016 se ha mantenido la tendencia con una disminución de 5 casos al cierre del año 2016.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

• **Indicadores sífilis gestacional departamento del Quindío, 2016.**

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operacional	Resultado
Razón de prevalencia de sífilis gestacional	Impacto	<b>Numerador:</b> Número de casos de sífilis gestacional notificados en el periodo <b>Denominador:</b> Nacidos vivos DANE X 1.000	<b>14.4 x 1000 nacidos vivos</b>
Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de la semana 17	Impacto	<b>Numerador:</b> Número de casos de sífilis gestacional con pruebas de diagnóstico realizadas antes de la semana 17. <b>Denominador:</b> Número de casos de sífilis gestacional notificados en el periodo.	<b>61.4%</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

### 12.2 SIFILIS CONGÉNITA

Durante el año 2016 Se reportaron en el departamento del Quindío un total de 20 casos, donde después de hacer la verificación de la información se encuentran 7 casos con ajuste D, dos casos que corresponden a otros departamentos (Risaralda y Cauca). Teniendo en cuenta lo anterior, el número total de casos para el departamento fueron 11, de los cuales Armenia notifico el 81.8% con 9 casos, seguidos de Montenegro y Salento municipios que notificaron 1 caso respectivamente.



El 73% de los casos de sífilis congénita se registró en el sexo femenino, el 45% es población no asegurada al SGSSS, al régimen subsidiado corresponde el 36%, donde Cafesalud tiene el 18.2% seguido de Asmetsalud y saludvida con 9.1%; en el 100% de los casos el diagnostico se dio en menores de 1 mes de edad.

Tabla 2. Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita, departamento del Quindío 2016

Variable	Categoría	Casos de Sífilis congénita	%
Sexo	Femenino	8	73
	Masculino	3	27
Tipo de régimen	Subsidiado	4	36
	No asegurado	5	45
	Excepción	1	9
	Indeterminado	1	9
Grupos de edad	< 1 mes	11	100

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

**OTROS DATOS:**

- ✓ Se observa que frente a la condición de la madre al momento del diagnóstico, el 36% de los casos se presentaron durante la gestación con 4 casos, al momento del parto con el 27% con un total de 3 casos. En el puerperio fueron 4 casos para un porcentaje de 36. El 64% de las gestantes no asistieron a controles prenatales.
- ✓ El 90.9 % que corresponde a 10 casos fueron clasificados por nexo epidemiológico, mientras tanto se registra 1 caso confirmado por laboratorio, el cual es un dato erróneo ya que no cumplía criterios para esta clasificación, pero ingresa por nexo epidemiológico.
- ✓ En el 50% de los casos, las gestantes iniciaron controles prenatales en el primer trimestre del embarazo, 25% en el segundo trimestre y el otro 25% en el tercer trimestre de gestación.
- ✓ Respecto a la realización de la primera prueba diagnóstica a la gestante, se encuentra que el 100% obtuvo el resultado después de la semana 30 de gestación, lo que clasifica de manera inmediata para el evento.



- ✓ Se presentaron en total 11 casos con resultado de serologías reactivas entre 2 y 256 diluciones, de los cuales el 63.6% reportan realización de prueba treponémica con resultado positivo.
- ✓ En el 100% de los casos recibieron tratamiento, de las cuales solo el 18% recibieron las 3 dosis de penicilina benzatinica.
- ✓ De la población diagnosticada con sífilis congénita, en el departamento del Quindío durante el año 2016, el 36% fueron clasificados como sífilis temprana y el 64% de los casos fueron de duración desconocida.
- ✓ En el momento del parto le fueron realizadas pruebas no treponémicas al 100% gestantes, de las cuales el 45.5% tuvieron resultados menor a 2 diluciones, el 27.3% con resultados de 4 diluciones y el 9.1% 256 diluciones.
- ✓ De los recién nacidos el 60% (5 casos) tuvieron resultado de serología No reactiva, el 18,2% (2 caso) con 2 diluciones y otro 27,3% con 4 diluciones.

La gráfica de tendencia del evento inicia en el año 2010 con 41 casos notificados, con un aumento de 4 casos para el año 2011, se evidencia una tendencia descendente hasta el año 2016, de modo que en tal lapso de tiempo se mostró un descenso de 21 casos para colocarse en 11 diagnosticados en el año 2016. Durante los años 2015 y 2016 se ha mantenido la tendencia con una disminución de 11 casos al cierre del año 2016.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Indicadores sífilis congénita departamento del Quindío, 2016.

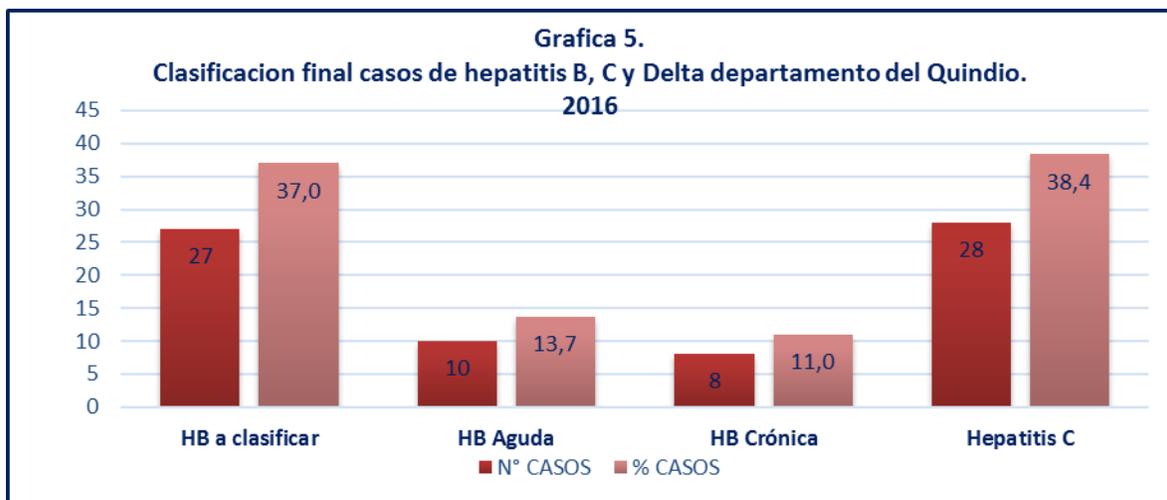
Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operacional	Resultado
Proporción de incidencia de sífilis congénita	Resultado	<b>Numerador:</b> Número de casos nuevos de sífilis congénita notificados en el periodo. <b>Denominador:</b> Población expuesta al riesgo de enfermar de esa causa en el periodo (nacidos vivos).	En el año 2016 se notificaron 1.9 casos nuevos de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos.
La incidencia en el departamento del Quindío en el años 2016 es alta con respecto a la meta nacional que es de 0.5 casos por 1000 nacidos vivos.			
Tasa de mortalidad de sífilis congénita	Impacto	<b>Numerador:</b> Defunciones por la causa registradas en un lugar en periodo de tiempo dado. <b>Denominador:</b> Total de nacidos vivos en el lugar	0
Letalidad por sífilis congénita	Resultado	<b>Numerador:</b> Defunciones por una causa registrada en un lugar en periodo de tiempo dado <b>Denominador:</b> Enfermos de esa causa en ese lugar en tiempo dado.	0

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental del Quindío, 2016

12.3 HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN /SUPRAINFECCIÓN B-DELTA

✓ Hepatitis B, coinfección /suprainfección B-Delta

Para el año 2016 se notificaron 45 casos de hepatitis B en el departamento del Quindío, de acuerdo a la clasificación final el 37% de casos que corresponden a 27 casos ingresan como Hepatitis B a clasificar, el 13.7% (10 casos), como Hepatitis B aguda, 11 % (8 casos) como hepatitis B crónica y el 38.4% como Hepatitis C .



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

El 75.6% de los casos de hepatitis B se registraron en el sexo masculino; el 47,7 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado; el 17,8 % se registraron en el grupo de edad entre 40 a 44 años, no se registran casos en menores de 1 año y el 8.8% de los casos reportados son mayores de 60 años de edad.

Tabla 3. Comportamiento demográfico y social de los casos de hepatitis B, departamento del Quindío, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	11	24.4
	Masculino	34	75.6
Tipo de régimen	Contributivo	17	37.8
	Subsidiado	21	46.7
	Excepción	1	2.2
	Sin Aseguramiento	6	13.3
Grupos de edad	Menores de 1 año	0	0
	De 5 a 9 años	0	0
	De 10 a 14 años	0	0
	De 15 a 19 años	2	4.4
	De 20 a 24 años	2	4.4
	De 25 a 29 años	7	15.6
	De 30 a 34 años	3	6.7
	De 35 a 39 años	9	20
	De 40 a 44 años	8	17.8
	De 45 a 49 años	8	17.8
	De 50 a 54 años	2	4.4
	De 55 a 59 años	0	0
60 años y mas	4	8.8	

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



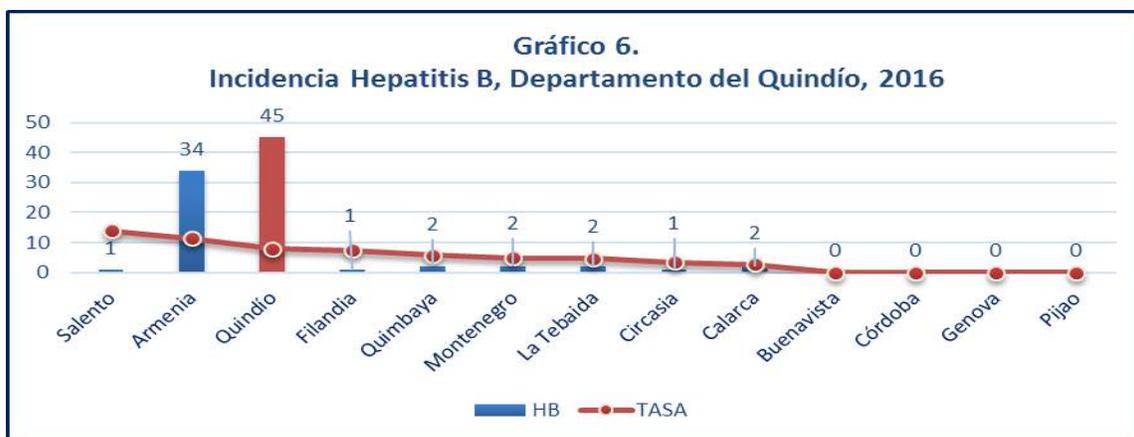
Para hepatitis B se tiene un consolidado de 45 casos notificados en el año 2016. El municipio de Armenia cuenta con la mayor densidad de casos notificados de hepatitis B con 34 casos lo que corresponde al 75.6%

Tabla 4. Número de casos y frecuencia de hepatitis B por municipio de procedencia, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	Nº Casos	%
Armenia	34	75,6
Calarcá	2	4,4
Circasia	1	2,2
Filandia	1	2,2
La Tebaida	2	4,4
Montenegro	2	4,4
Quimbaya	2	4,4
Salento	1	2,2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

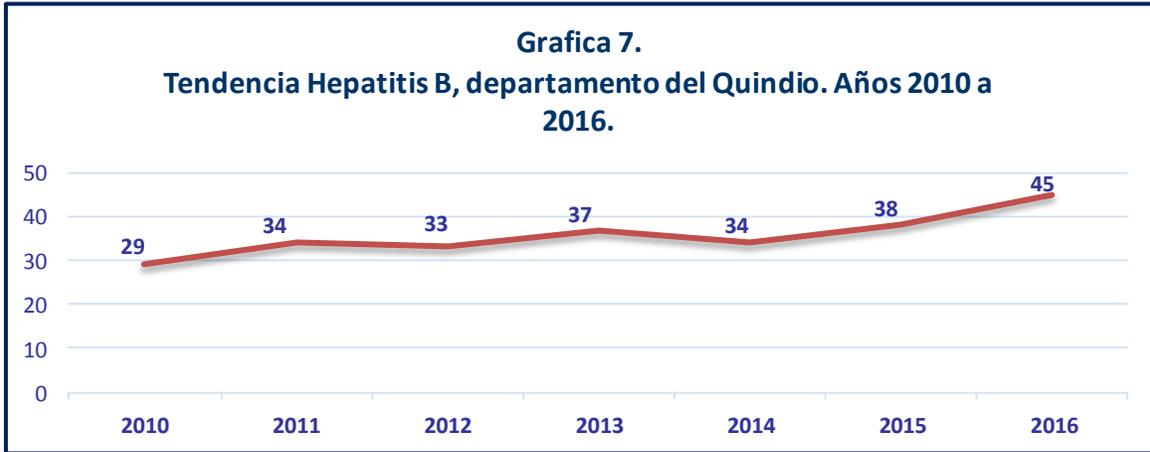
Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

La incidencia de Hepatitis B en el departamento del Quindío en el año 2016 es de 7.9 casos por 100.000 habitantes. Los municipios que se clasifican en Alto Riesgo por estar por encima de la tasa departamental son: Armenia con el 11.4 casos x 100.000 habitantes y Salento con 13.9 casos. Clasificado como Riesgo Medio se encuentra Filandia con 7.43 casos por 100.000 habitantes, Quimbaya con 5.71, Montenegro con 4.83 al igual que el municipio de la Tebaida. El municipio de Circasia presenta una incidencia de 3.32 casos x 100.000 habitantes lo que se considera como riesgo bajo al igual que el municipio de Calarcá con 2.57 casos x 100.000 habitantes. El resto de los municipios se consideran de riesgo bajo ya que no reportan casos en el año 2016.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

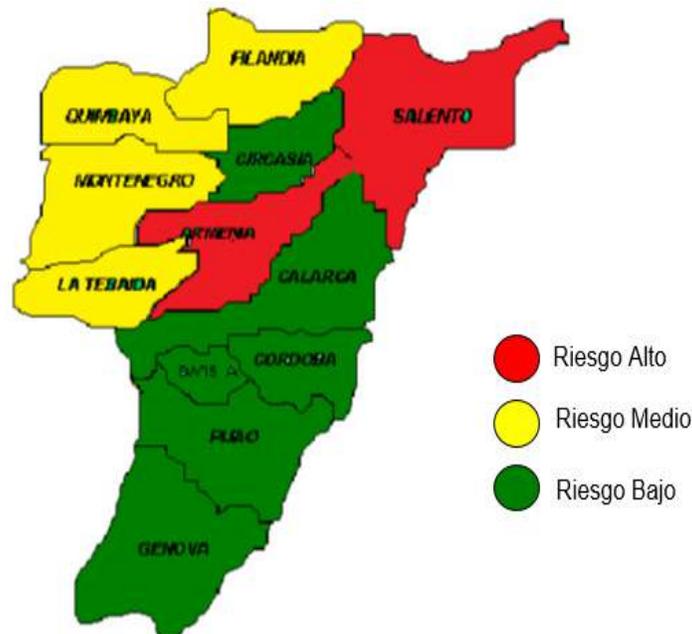
La gráfica de tendencia del evento inicia en el año 2010 con 29 casos notificados, con un aumento de 5 casos para el año 2011, donde se ha mantenido la tendencia hasta el año 2013 donde se presenta un aumento de 4 casos. En el lapso de tiempo transcurrido entre los años 2014 a 2016 se evidencia un aumento en la tendencia, al cierre del año 2016 con 45 casos.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Para el año 2016 en el departamento del Quindío, no se presentan casos de hepatitis con coinfección/suprainfección B Delta.

Mapa de Riesgo para Hepatitis B, Departamento del Quindío, 2016.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



✓ **Hepatitis C.**

Para el año 2016 se notificaron 28 casos de hepatitis B en el departamento del Quindío. Por procedencia los municipios de Armenia, Calarcá y Montenegro notificaron el 100% de los casos de hepatitis C en el departamento del Quindío. Se evidencia un predominio en la proporción del sexo masculino con 27 casos (96.4 %).

Tabla 5. Número de casos de hepatitis C por sexo según municipios de procedencia, departamento del Quindío, 2016.

Municipio	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Armenia	25	89,3	1	3,6	26	92,9
Calarcá	1	3,6	0	0,0	1	3,6
Montenegro	1	3,6	0	0,0	1	3,6
Total	27	96,4	1	3,6	28	100,0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

El 75% de los casos notificados de Hepatitis C en el departamento, pertenecen al régimen subsidiado; el 32.1% de los casos se registraron en población de 25 a 29 años, se presentaron el 7.1% de los casos en población de adolescente de 15 a 19 años de edad, no se presentaron casos en menores de 14 años, mientras tanto se notificaron 3 casos en población mayor de 60 años.

Tabla 6. Casos notificados de Hepatitis C según grupo de edad y régimen de afiliación. Departamento del Quindío, 2016.

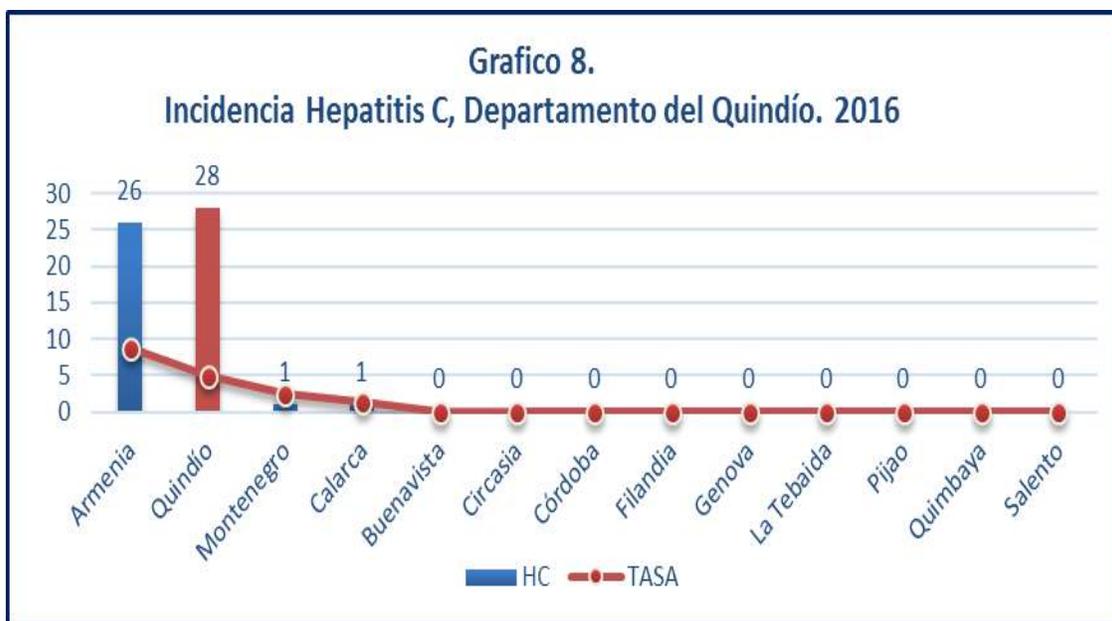
Variable	Categoría	Casos	%
Tipo de régimen	Contributivo	4	14.3
	Subsidiado	21	75
	Indeterminado	1	3.6
	Sin Aseguramiento	2	7.1
Grupos de edad	Menores de 1 año	0	0
	De 5 a 9 años	0	0
	De 10 a 14 años	0	0
	De 15 a 19 años	2	7.1
	De 20 a 24 años	3	10.7
	De 25 a 29 años	9	32.1
	De 30 a 34 años	5	17.9



De 35 a 39 años	3	10.7
De 40 a 44 años	1	3.6
De 45 a 49 años	2	7.1
De 50 a 54 años	0	0
De 55 a 59 años	0	0
60 años y mas	3	10.7

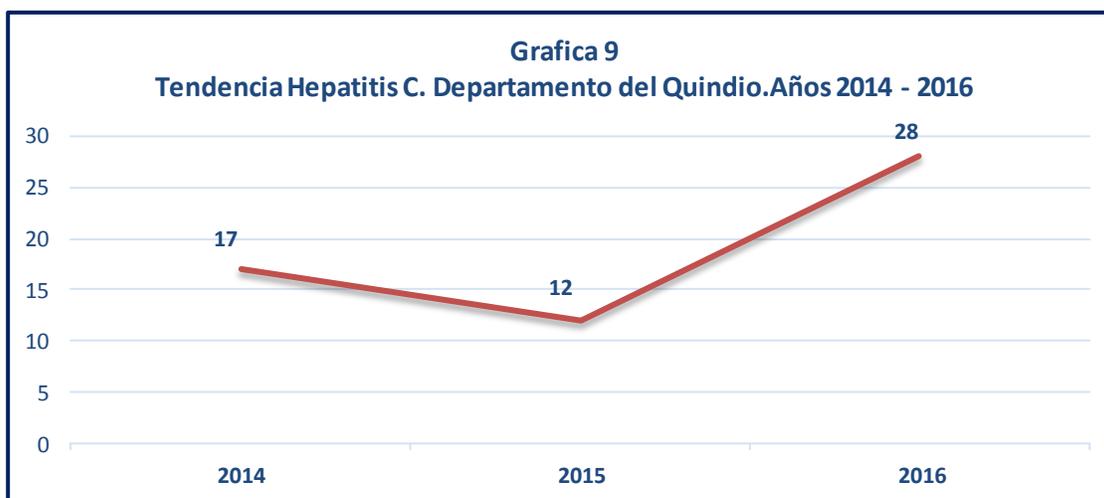
Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

La incidencia de Hepatitis C en el departamento del Quindío en el año 2016 es de 4.93 casos por 100.000 habitantes. Los municipios que se clasifican en Alto Riesgo por estar por encima de la tasa departamental son: Armenia con el 8.72 casos x 100.000 habitantes y Montenegro con 2.41 casos. El resto de los municipios se consideran de riesgo bajo ya que no reportan casos de hepatitis C en el año 2016.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

La gráfica de tendencia de hepatitis C en el departamento del Quindío inicia en el año 2014 con 17 casos notificados, para el año 2015 se evidencia una disminución de los casos, pero para el cierre del año 2016 se cuenta con un aumento significativo de 16 casos para un total año de 28 notificados por hepatitis C en el departamento.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

- **Indicadores hepatitis B, C y coinfección/suprainfección B-Delta departamento del Quindío, 2016.**

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operacional	Resultado
Proporción de incidencia de casos notificados de Hepatitis B	Resultado	<b>Numerador:</b> Número de casos de hepatitis B notificados al Sivigila por periodo epidemiológico por entidad territorial de procedencia. <b>Denominador:</b> Población DANE proyectada en el año	Por cada 100000 habitantes, se notificaron al Sivigila 7.9 casos de hepatitis B.
Proporción de incidencia de casos notificados de Hepatitis B en menores de 5 años	Resultado	<b>Numerador:</b> Número de casos de hepatitis B en menores de 5 años notificados al Sivigila <b>Denominador:</b> Población DANE menor de 5 años proyectada en el año.	No se notifican casos en menores de 5 años en el año 2016
Porcentaje de casos analizados de hepatitis B en menores de 5 años	Proceso	<b>Numerador:</b> Número de casos de hepatitis B en menores de 5 años que son investigados y analizados. <b>Denominador:</b> Número total de casos de hepatitis B en menores de 5 años.	No aplica para la vigencia 2016
Razón de prevalencia de Hepatitis B en mujeres	Impacto	<b>Numerador:</b> Número de casos en gestantes con diagnóstico de hepatitis B con diagnóstico de Hepatitis B notificados al Sivigila en	Cero (0) casos en gestantes. En el año 2016 fueron notificadas 5 gestantes



gestantes		el año. <b>Denominador:</b> Número de nacidos vivos en el año según DANE.	con hepatitis B, sin embargo se hizo revisión de todos los casos y se evidenciaron pruebas clasificatorias negativas y se concluye que todos los casos fueron falsos positivos, por lo tanto se descartan los casos para el evento. Se resalta que el proceso se hizo con asesoría del INS.
Mortalidad por Hepatitis B	Resultado	<b>Numerador:</b> Número de muertes atribuibles a hepatitis B <b>Denominador:</b> Número total de casos confirmados de hepatitis B notificados en el año	<b>Cero (0)</b>

### 12.4 VIH/SIDA Y MUERTE POR SIDA.

En el departamento del Quindío para el año 2016 se reportaron 443 casos, de los cuales 248 corresponden a VIH, 128 casos a estadio SIDA y 67 casos corresponden a muerte por SIDA.

Por procedencia, Armenia, Calarcá, y el municipio de la Tebaida notificaron el 76,7 % de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida. Mientras los municipios de Córdoba y Pijao notificaron el 0.4%. Es importante resaltar que el comportamiento de la patología en el municipio de Armenia y Calarcá muestra una mayor proporción de casos en fase SIDA lo que aumenta el riesgo de mortalidad por VIH el 2.5 % de los casos notificados pertenecen a otros departamentos.

Tabla 7. Casos de VIH/SIDA y muerte por SIDA notificados por municipio de procedencia. Quindío, 2016.

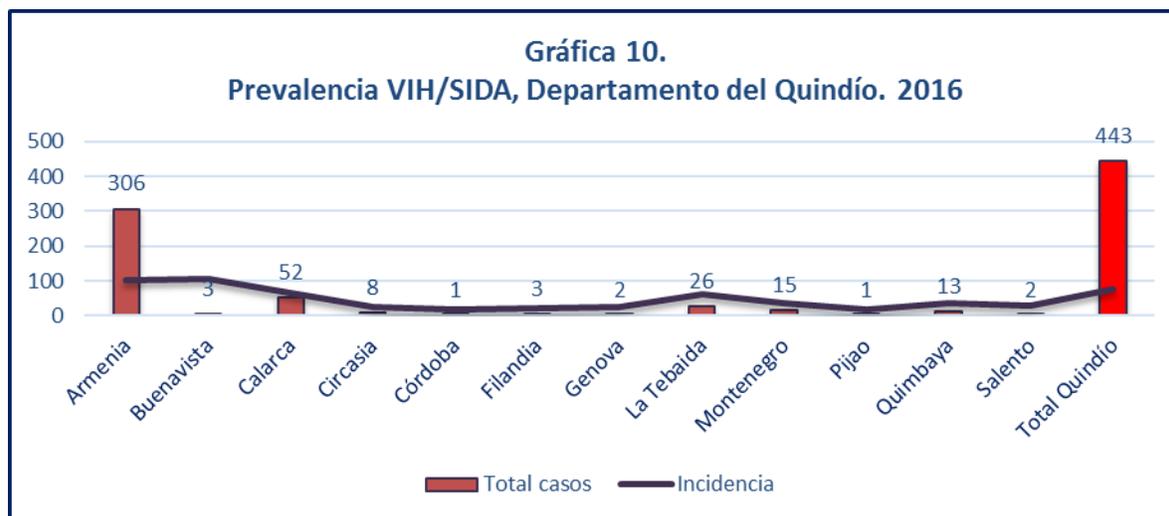
Municipio de Procedencia	VIH	%	SIDA	%	Muertes	%	TOTAL
Armenia	171	55,9	91	29,7	44	14,4	306 69,1
Buenavista	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3 0,7
Calarcá	29	55,8	16	30,8	7	13,5	52 11,7
Circasia	5	62,5	3	37,5	0	0,0	8 1,8



Córdoba	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Filandia	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	0,7
Génova	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	0,5
La Tebaida	16	61,5	4	15,4	6	23,1	26	5,9
Montenegro	8	53,3	3	20,0	4	26,7	15	3,4
Pijao	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	0,2
Quimbaya	7	53,8	4	30,8	2	15,4	13	2,9
Salento	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	0,5
Otros Dptos	9	81,8	2	18,2	0	0,0	11	2,5
<b>Total Quindío</b>	<b>248</b>	<b>56,0</b>	<b>128</b>	<b>28,9</b>	<b>67</b>	<b>15,1</b>	<b>443</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

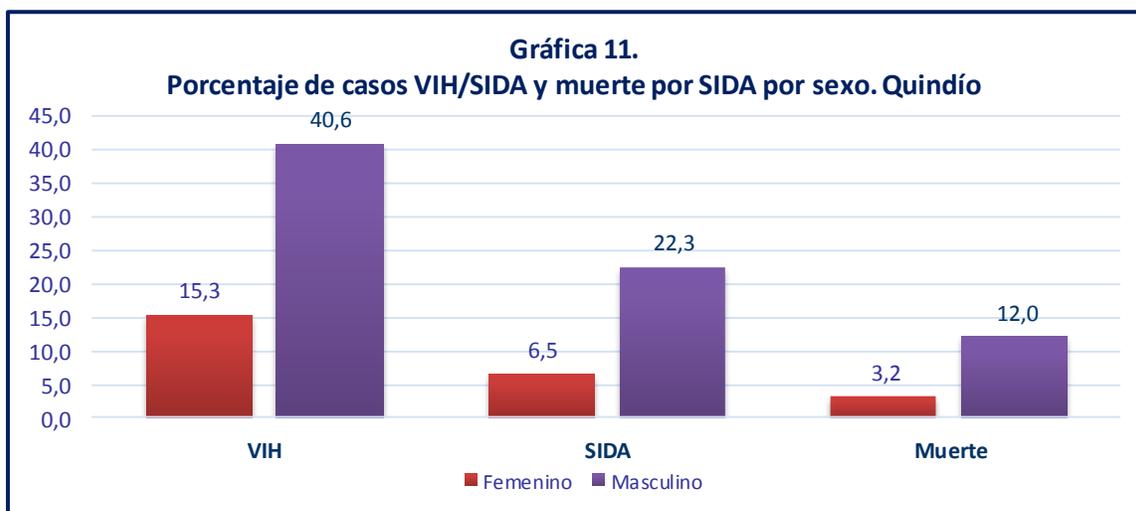
La prevalencia de VIH/SIDA en el departamento del Quindío en el año 2016, es de 77.9 casos por 100.000 habitantes. Los municipios que se clasifican en Alto Riesgo por estar por encima de la tasa departamental son: Clasificado como Riesgo Medio se encuentra Calarcá con 66.68 casos x 100.000 habitantes, La Tebaida con 60.24 casos, Montenegro con 36.20 casos y Quimbaya con 37.10 casos. El resto de los municipios del departamento se consideran de riesgo bajo donde Salento cuenta con 28.13 casos por 100000 habitantes, seguido del municipio de Circasia con 26.54 casos por 100000 y por Génova con 25.73 casos. Los municipios de Córdoba, Filandia y Pijao presentan menos de 25 casos por 100000 habitantes.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

De acuerdo a la distribución de casos por estadio clínico de la enfermedad; el 56% (248 casos) corresponde a VIH; 29 % (128 casos) a estadio SIDA, el 15% (67)

muerres por SIDA. El 74.9% de los casos de VIH/SIDA y muerte por SIDA se registraron en el sexo masculino.



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

En la notificación individual del evento se obtienen edades simples, lo cual permite agruparlas de acuerdo a los requerimientos de análisis. En la tabla 8 se muestra la distribución por grupos de edad, donde el grupo de 30 a 34 años registra el mayor porcentaje de la notificación del evento con 14%, seguido por el grupo de 25 a 29 años con 13.5 %, de 20 a 24 años con 10.4% y de mayores de 60 años con 10.4% de casos notificados. Se presentó un caso en grupo población entre 1 y 4 años de edad. El promedio de edad de los casos notificados fue de 44 años, la edad mínima de 4 años, la máxima 76 años y la edad más frecuente 26 años.

Para los casos de VIH/SIDA y muertes por SIDA, el probable mecanismo de transmisión notificado con mayor porcentaje es el contacto heterosexual el cual está en el 79.9%, seguido del contacto homosexual en el 14.7 %, seguido del bisexual en el 4.3%. Además encontramos la transmisión materna infantil (TMI) con 0.7% correspondiente a 3 casos, el Uso de Sustancias Inyectables (UDI) y/o accidente laboral UDI presenta 2 casos para un porcentaje de 0.5.

En cuanto al tipo de afiliación de los casos notificados en el año 2016, se puede observar que el 49,9 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado, el 26,6 % al régimen contributivo, un 14% no tienen afiliación al SGSSS, el régimen de



excepción aporta el 7.9% de los casos. El 95.9% de los casos notificados residen en área urbana con 425 casos.

Tabla 8. Comportamiento demográfico y social de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida, Quindío, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Grupos de edad	1 a 4	1	0,2
	10 a 14	2	0,5
	15 a19	15	3,4
	20 a 24	46	10,4
	25 a 29	60	13,5
	30 a 34	62	14,0
	35 a 39	44	9,9
	40 a 44	41	9,3
	45 a 49	42	9,5
	50 a 54	42	9,5
	55 a 59	42	9,5
	> 60	46	10,4
Mecanismo probable de transmisión	Heterosexual	354	79,9
	Homosexual	65	14,7
	Bisexual	19	4,3
	TMI	3	0,7
	UDI	2	0,5
Tipo de régimen	Subsidiado	221	49,9
	Contributivo	118	26,6
	Sin Aseguramiento	62	14,0
	Especial	6	1,4
	Excepción	35	7,9
	Indeterminado	1	0,2
Área de residencia	Urbana	425	95,9
	Rural	18	4,1

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Dentro de las enfermedades oportunistas más frecuentes reportadas en el año 2016 en el departamento del Quindío encontramos en los cinco primeros lugares al: Síndrome de emanciación con 42 casos, neumonía recurrente con 35 casos, seguido de la toxoplasmosis cerebral con 30 casos, TB pulmonar con 27 casos, y en quinto lugar candidiasis esofágica con 23 casos.



Se tiene coherencia del 55% entre la información de tuberculosis asociación VIH y VIH asociación Tuberculosis. No se cumple con la coherencia, debido a que no se realiza el ingreso al SIVIGILA, cuando hay cambio de estadio a fase SIDA. Desde el departamento se ha realizado asistencia técnicas a las diferentes unidades generadoras de datos con el fin de mejorar la calidad del proceso.

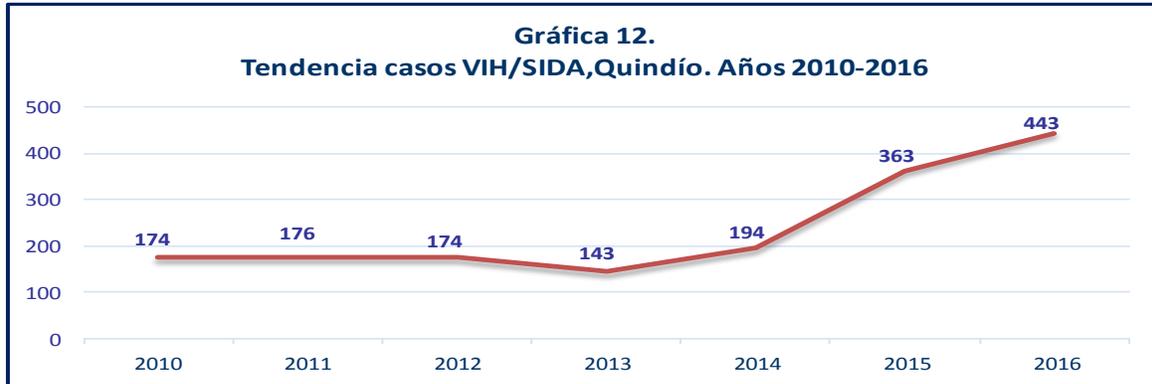
Tabla 9. Enfermedades oportunistas notificadas en los casos VIH/SIDA, Quindío 2016.

Enfermedades oportunistas	Nº Casos
Síndrome de emanciación	42
Neumonía Recurrente	35
Toxoplasmosis Cerebral	30
TB Pulmonar	27
Candidiasis Esofágica	23
CD4 < 200	14
Encefalopatía	12
Cáncer Cervical Invasivo	11
Neumonía por Pneumocystis	11
Linfoma inmunoblástico	8
Otras Micobacterias	7
Histoplasmosis Extrapulmonar	7
Criptosporidiasis	7
Herpes Zóster	6
Meningitis	6
TB Extrapulmonar	5
Linfoma de Burkitt	4
Citomegalovirus	3
Criptococosis Extrapulmonar	3
Sarcoma de Kaposi	3
Candidiasis vía aérea	2
Histoplasmosis Diseminada	2
Hepatitis B	2
Isosporidiasis Crónica	1
Septicemia Recurrente	1
Hepatitis C	1
Coccidiomicosis	0
Retinitis por CMV	0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

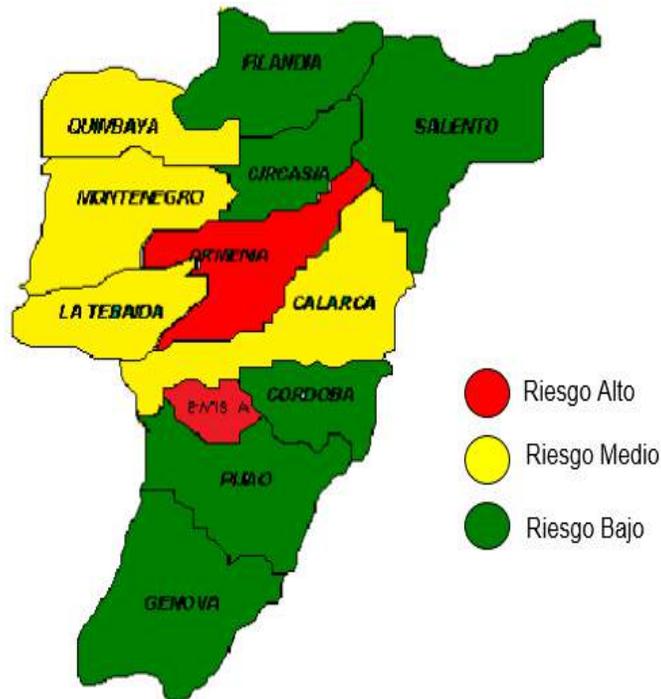
La gráfica de tendencia del evento en el departamento, inicia en el año 2010 con 174 casos notificados, manteniéndose esta tendencia por dos años, para el año 2013 se presenta un descenso de 31 casos con respecto al año 2010. Para el año

2014 se evidencia un ascenso en la tendencia con un pico de 194 casos, a partir de este año el aumento en el número de casos ha sido significativo, llevando a la notificación en el año 2016 de 443 la más alta desde el año 2010



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016

Mapa de Riesgo para VIH/SIDA/MUERTE Quindío, 2016



Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



Indicadores VIH/SIDA departamento del Quindío, 2016.

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operacional	Resultado
Razón de prevalencia VIH/SIDA en mujeres embarazadas	Impacto	Numerador: Número de casos de VIH/SIDA en mujeres embarazadas por unidad de tiempo y lugar notificados al SiviGila. Denominador: Número total de nacidos vivos por unidad de tiempo y lugar	<b>1.2 casos x 1000 nacidos vivos.</b>
Proporción de transmisión de VIH/SIDA por mecanismo probable de transmisión por uso de drogas psicoactivas	Impacto	Numerador: Número de casos notificados de VIH/SIDA por uso de drogas psicoactivas por unidad de tiempo y lugar notificados al SiviGila. Denominador: Número total de casos notificados de VIH/SIDA ocurridos por unidad de tiempo y lugar.	<b>Del total de casos notificados de VIH/SIDA ocurridos en el departamento del Quindío en el año 2016, el 0,5% fueron infectados por mecanismo probable de transmisión uso de drogas psicoactivas</b>
Prevalencia de notificación de casos confirmados de VIH/SIDA	Impacto	Numerador: Número de casos de VIH/SIDA confirmados notificados por unidad de tiempo y lugar notificados al SiviGila. Denominador: Población DANE proyectada por unidad de tiempo y lugar	<b>Por cada 100.000 habitantes del departamento del Quindío se diagnosticaron 77.9 casos de infección por VIH/SIDA en el año 2016</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental del Quindío, 2016



### ACCIONES DESARROLLADAS DESDE LA DIMENSIÓN DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

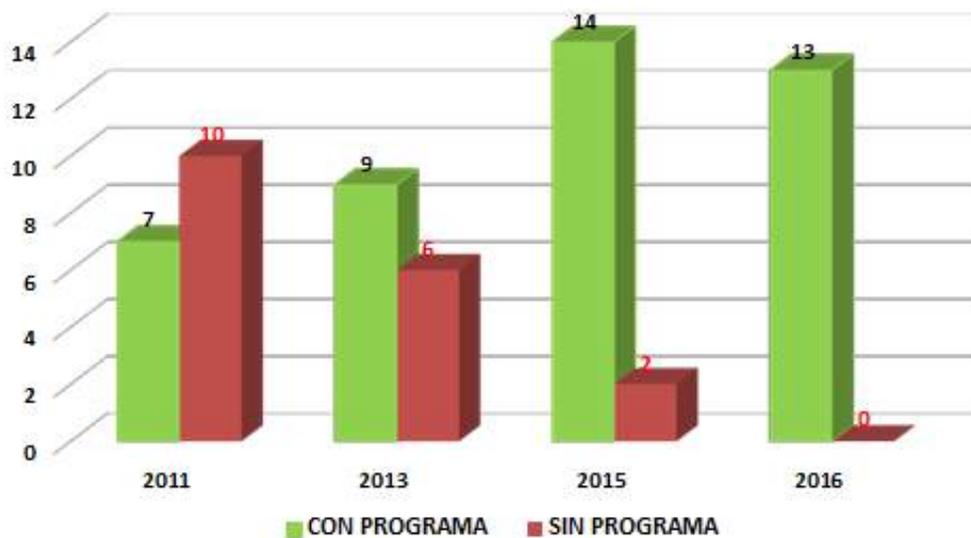
Durante la vigencia 2016 se realizaron visitas de verificación a las EAPB e IPS de programa regular, en cuanto a la atención integral de las personas que viven con VIH, los instrumentos de verificación fueron diseñados según el Modelo de gestión programática de IVH, guía de práctica clínica y normatividad vigente.

233

Los Resultados obtenidos Corresponden a 12 EPS, las cual se toma este número como 100%: incluyen EPS del Régimen Subsidiado: AsmetSalud, Salud Vida; del Contributivo/Subsidiado: Cafesalud, Nueva EPS; Regímenes de excepción: Cosmitet Magisterio, Sanidad Policía y Batallón Baser8; del régimen Contributivo: Coomeva, Sura, Sanitas, SOS, Salud Total.

La Dirección Territorial de Salud, responsable de la atención de los usuarios “Vinculados” del departamento, se visita y no se obtiene información, por cambios administrativos en la oficina y para la supervisión del Contrato # 014: Vinculados en el Quindío.

Evolucion de EPS con Programa de Atencion PPV QUINDIO 2011-2016

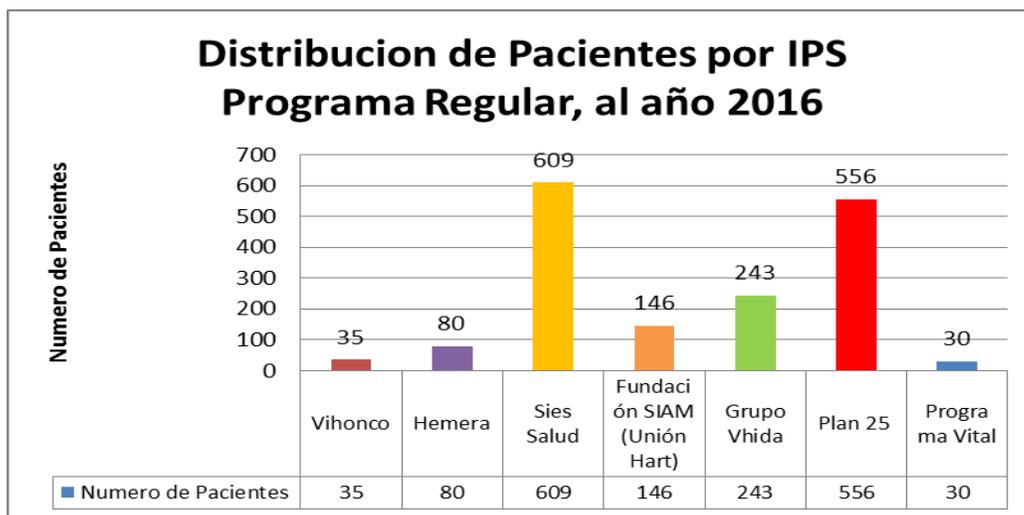


Para el 2016, el 100% de las EPS cuentan con un programa para la atención integral de las personas con VIH; algunas de estos programas se encuentran en procesos de estructuración o reestructuración, como es el caso de Cosmitet Magisterio y Cafesalud, respectivamente.



PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ATENCION REGULAR PVV						
QUINDIO 2016						
N°	EPS	Planeación	Información	Monitoreo	TOTAL %	Nivel de gestión
1	SALUDVIDA-S	100%	64%	29%	64%	Deficiente
2	ASMETSALUD-S	100%	100%	86%	95%	Buena Gestión
3	NUEVA EPS	86%	75%	100%	87%	Adecuada Gestión
4	COOMEVA-C	100%	94%	71%	88%	Adecuada Gestión
5	SURA-C	71%	50%	40%	54%	Deficiente
6	COLSANITAS-C	86%	58%	40%	61%	Deficiente
7	SOS-C	86%	67%	80%	78%	Adecuada Gestión
8	CAFESALUD-C/S	57%	31%	39%	42%	Incipiente
9	COSMITET MAGISTERIO	86%	58%	25%	56%	Deficiente
10	SANIDAD POLICIA	71%	83%	100%	85%	Adecuada Gestión
11	BASER8	86%	58%	80%	75%	Adecuada Gestión
12	DTSQ				0%	SD %
13	SALUD TOTAL	86%	58	80%	75%	Adecuada Gestión

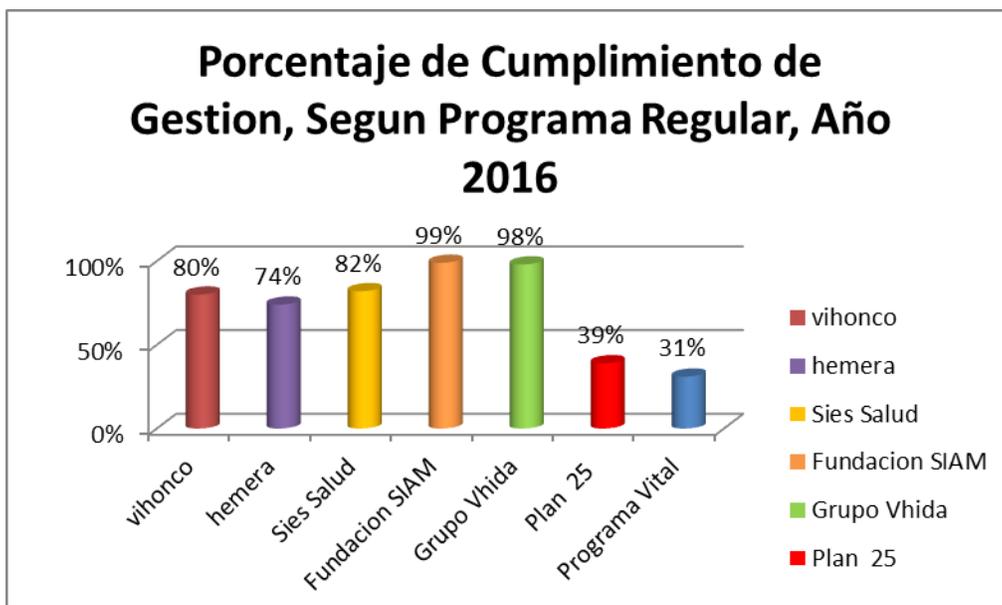
Cada uno de los programas regulares cuenta con bases de datos de los pacientes que tienen dentro del programa, distribuidos de la siguiente manera:



Fuente: Instrumento de evaluación para la atención de personas viviendo con VIH.



En cuanto del nivel de gestión de los programas regulares se programaron el 100% de estas, según el consolidado y revisando el porcentaje obtenido, el nivel de atención oscila entre 91% - 100% como Buena Gestión, de 71% a 90% Adecuada Gestión, 51% a 70% como Deficiente Gestión y menos de 50% Muy Deficiente.



Fuentes: Instrumento de evaluación para la atención de personas viviendo con VIH.

El Departamento del Quindío hasta el mes de agosto contaba con 6 IPS de programa regular que brindan atención integral a las personas que viven con VIH. Durante el mes de Septiembre la IPS Vihonco cerro sus servicios, lo que genera que la EPS Sanitas contratara con la IPS Sies Salud, de igual forma Plan 25 que atendía población Cafesalud cierra sus servicios, quedando estos a la espera de una nueva contratación.

Al momento en el Departamento se tiene 5 IPS programa regular, durante el último trimestre del año se realizó seguimiento a los planes de mejoramientos establecidos en las primeras visitas, cada programa fue visitado y evaluado según el plan de mejoramiento en donde todas las IPS cumplieron con el 100% de los hallazgos identificados, así mismo se realizó visita de vigilancia en las IPS Sanidad Militar, Comistet y Sinergia IPS, con el fin de revisar la ruta de atención de los usuarios.

De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia con gran preocupación que la EPS Cafesalud e IPS Clínica Esimed son las instituciones con menor porcentaje de cumplimiento; por lo anterior se envía informe a nivel Nacional para dar a conocer la problemática presente en el Departamento.



**EPS SUBSIDIADO:** PVV TOTAL: 300 Hombres: 208 - Mujeres: 92  
GESTANTES: 1 (20 semanas)  
Menores de 18 años: Hombres: 5 Mujeres: 1  
Mayor edad: Hombre: 1 de 81 años

**EPS CONTRIBUTIVO:** PVV TOTAL: 248 Hombres: 200 - Mujeres: 48  
GESTANTES: 0 - RN Expuesto: 2  
Menores de 18 años: Hombres: 2 - Mujeres: 1 de 5 años  
Mayor edad: Hombres: 2 de 75 años

236

Los Hallazgos identificados fueron de acuerdo a cada componente fueron:

Planeación, la EPS cumple 4/7 ítems; de los no cumplidos se destacan:

- ⊗ Si bien están contratados los Servicios, no se especifica los tiempos estipulados para las valoraciones de PVV.
- ⊗ Para la prestación de servicios a PVV, se evidencia contratos diferentes y no especifica los servicios que presta la IPS.
- ⊗ Para la captación oportuna de las PVV al programa de atención regular, no cuentan con una fuente de información oficial que la garantice.
- ⊗ Para seguimiento a inasistentes por programa: No cuentan con herramientas desde el nivel nacional para hacer gestión de riesgo y tampoco reciben retroalimentación desde el nivel nacional.
- ⊗ La EPS subsidiado no cuenta con Plan de capacitación en P y P para personal de la Red de Servicios y los Usuarios.
- ⊗ Fallas importantes en la entrega de medicamentos ARV, en cuanto al acceso y oportunidad de la entrega

Información, la EPS cumple 5/16 ítems, de los cuales no hay evidencia de

- ⊗ Un registro del proceso de entrega de preservativos a personas que viven con VIH (PVV), con observación cuando no sea aceptado por el usuario
- ⊗ La EPS no cuenta con Estrategias para ofrecer y promocionar la APV a pacientes y usuarios en general.
- ⊗ No se evidencia auditoria médica y/o Jefes asumiendo los roles
- ⊗ Base de Datos de PVV + TB: la IPS no cuentan con matriz para el seguimiento; además, no hay claridad en la entrega de preservativos a los pacientes con TB

Monitoreo, la EPS cumple 2/7 ítems; no hay evidencia de:

- ⊗ La EPS no cuenta con una Cuenta de Alto Costo de PVV, existe a nivel nacional sin retroalimentarlos. El Análisis debe ser cuali-cuantitativo de PVV según la Cuenta de Alto Costo (todas las variables), frente a la Gestión del Riesgo.



- ⊗ De la 4505 no están haciendo retroalimentación nacional para hacer seguimiento a la Gestión del Riesgo y por ello, la EPS montó un nuevo formato para poder realizarlo
- ⊗ La EPS no realiza seguimiento a la Atención Regular de las PVV, (basado en MGP), tampoco a la oportunidad de los Controles, Tratamiento, Laboratorios, etc.
- ⊗ La EPS no realiza seguimiento a IPS en la realización de UDA – Unidades de Análisis de casos que lo amerite.

Luego de validar el acta con la EPS, se reenvía escaneada el acta final con lista de chequeo y registro de asistencia, a las profesionales que recibieron la visita:

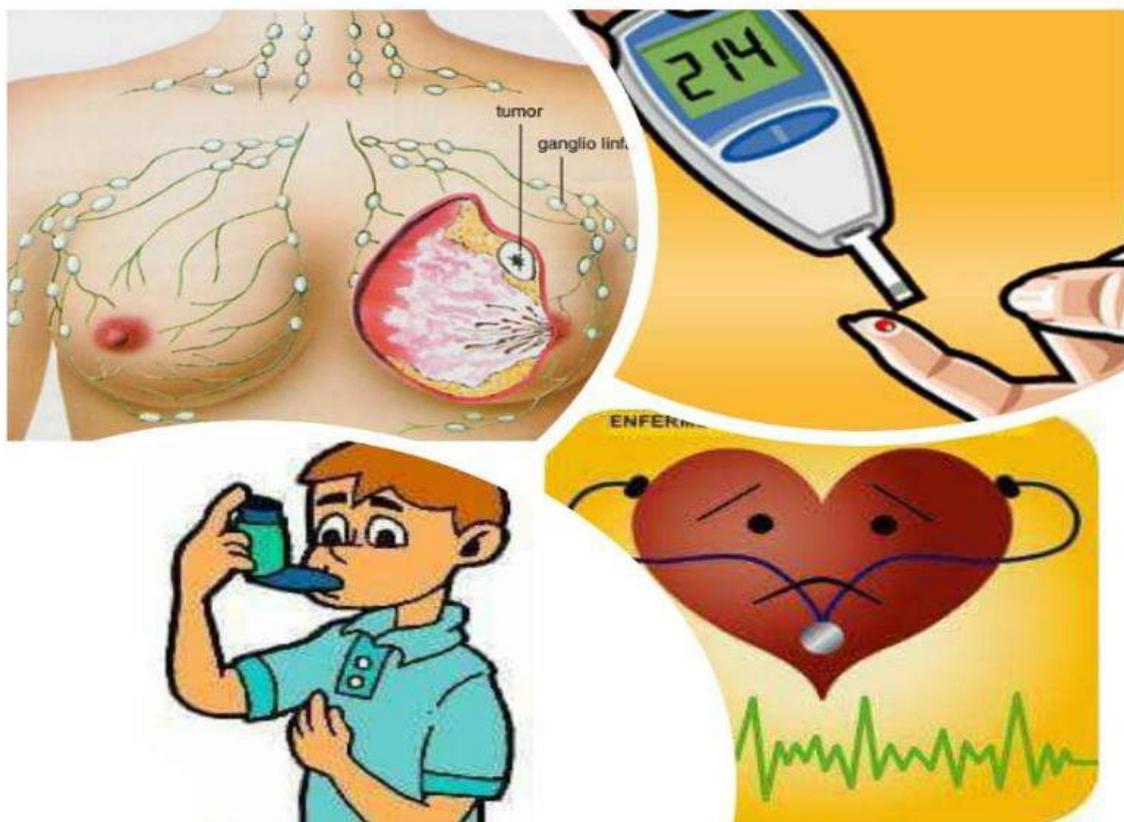
- ⊗ Jefe Diana Marcela Franco - Coordinadora P y P - EPS Cafesalud Subsidiado - 3004863273
- ⊗ Jefe Johanna Jiménez Mosquera, Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud, Analista Regional de Programas Para la Salud - EPS Cafesalud Contributivo - 3015848747

#### CONCLUSIONES:

1. Porcentaje de Cumplimiento de la EPS Cafesalud 39% corresponde a INCIPIENTE GESTION en el proceso de atención a PVV.
2. Porcentaje de Cumplimiento de la IPS ESIMED 39% corresponde MUY DEFICIENTE GESTION en el proceso de atención a PVV.
3. La IPS no está realizando valoraciones inicial ni de control a los usuarios, lo que conlleva a que los usuarios lleven más de tres meses sin valoraciones del grupo multidisciplinario y no se realice al entrega de medicamento.
4. La Red Prestadora de servicios a PVV, está totalmente fraccionada frente a los servicios de autorizaciones, entrega de medicamentos, toma de paraclínicos, valoraciones por especialistas, entrega de fórmulas lácteas, valoración por enfermería.
5. Fallas graves en la entrega de medicamentos ARV (promedio de 30-40 días), lo que se sugiere que la EPS nacional, realice un cambio en la Red para la entrega oportuna de medicamentos.
6. No hay herramientas apropiadas para el seguimiento de la Gestión del Riesgo
7. El Recurso Humano es insuficiente para el desarrollo de las actividades que a EPS le corresponde
8. Se sugiere que la EPS nacional, realice cambio en la Red para la entrega oportuna de los medicamentos ARV a las PVV usuarios de Cafesalud Subsidiado y Contributivo.



# 12. ENFERMEDADES CRÓNICAS





### 13.1 ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades crónicas no transmisibles son aquellas para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo de fármacos o la modificación de estilos de vida. En la actualidad son las causantes de la mayoría de muertes y discapacidades mundiales. Es por esto que el objetivo es determinar la prevalencia de dichas enfermedades en el departamento del Quindío, para poder orientar medidas para la prevención y promoción de la salud.

El siguiente informe se realiza según lo solicitado en los lineamientos 2017 del Instituto Nacional de Salud, a través de la búsqueda activa institucional del consolidado de los RIPS del año 2016 del departamento.

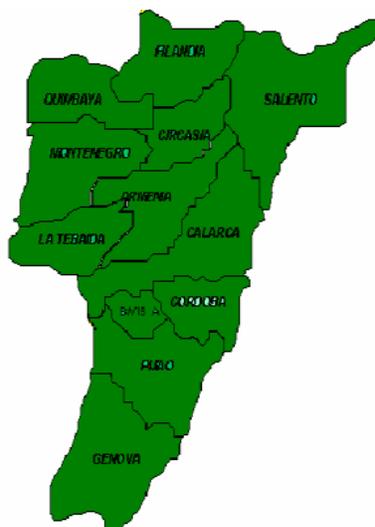
CODIGO	DESCRIPCION GRUPOS
E10 – E14	Diabetes Mellitus
I10 – I15	Enfermedades Hipertensivas
I20 – I25	Enfermedades Isquémicas del Corazón
I50	Insuficiencia Cardíaca
I60 – I69	Enfermedades Cerebro Vasculares
J41 – J42	Bronquitis Crónica
J43	Enfisema pulmonar
J44	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
J45 – J46	Asma
J47	Bronquiectasias

Fuente: Lineamientos INS 2017

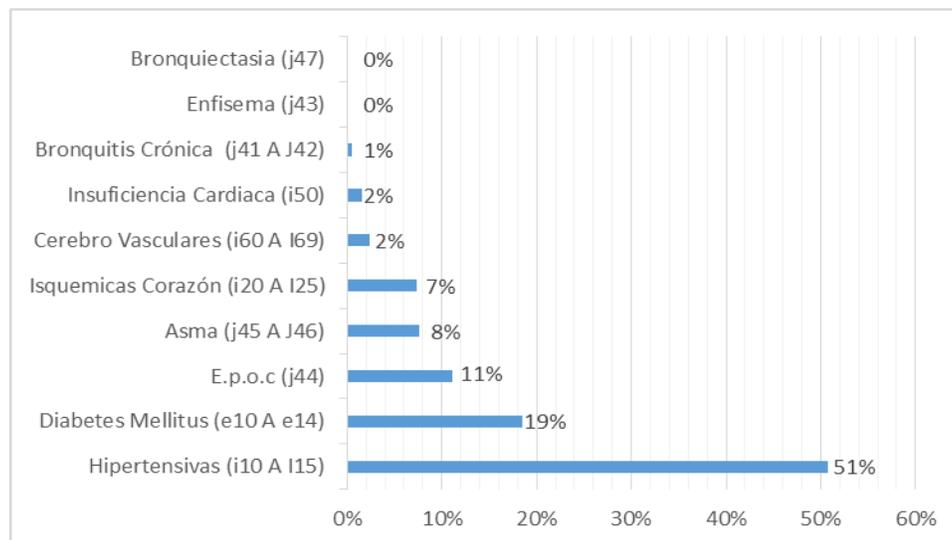
Durante el año 2016 se generaron un total de 38.001 RIPS de casos con los diagnósticos anteriormente mencionados en el Departamento del Quindío. Posterior a la depuración de duplicados queda un total de 36.285 casos de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

#### ✓ PROPORCION DE MUNICIPIOS QUE REMITEN INFORMACION DE ECNT AL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, AÑO 2016.

Se consolidaron Rips enviados del 100% de los municipios del Departamento del Quindío. (12 municipios).



✓ PROPORCIÓN DE CASOS ATENDIDOS POR GRUPO DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, AÑO 2016



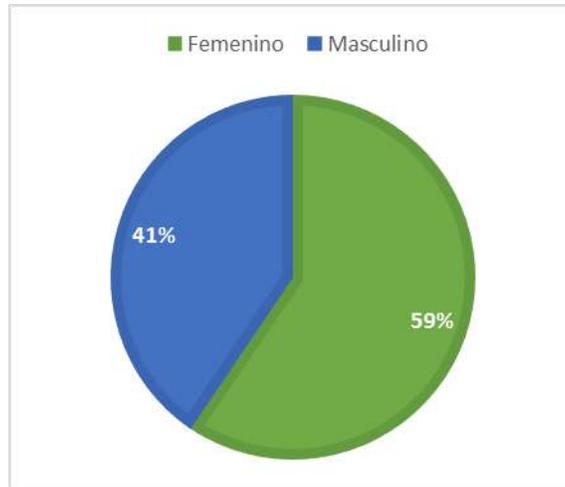
Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

Durante el año de 2016, se generaron un total 36.285 RIPS de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, de los cuales el 51% (18.423) corresponden a Enfermedades Hipertensivas, siendo las más prevalentes en el Departamento del Quindío, seguidas de la Diabetes Mellitus con un 19% (6.723), (dentro de este grupo se contemplan la Diabetes no especificada, Diabetes, Insulinodependientes y No insulinodependientes), el 11% (4.051) de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, el 8% (2.770) de Asma, el 7% (2.687) de Enfermedades Isquémicas del Corazón, el 2% (844) de Enfermedades Cerebro Vasculares, el 2% (566) de Insuficiencia Cardiaca y en menor proporción enfermedades



del sistema respiratorio como la Bronquitis Crónica con el 1%, Enfisema pulmonar con 14 casos y Bronquiectasias con 5 casos.

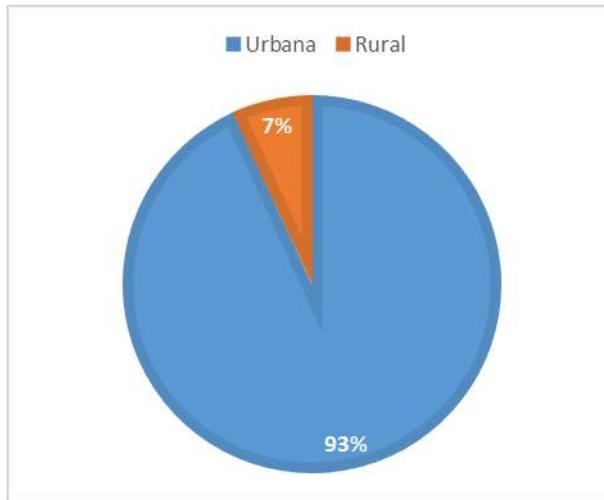
✓ **PROPORCIÓN DE CASOS ATENDIDOS SEGÚN SEXO, EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, AÑO 2016.**



Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

Según el total de los casos atendidos por Enfermedades Crónicas no Transmisibles durante el año 2016, el 59% se presentaron en la población de sexo femenino y el 41% en el sexo masculino.

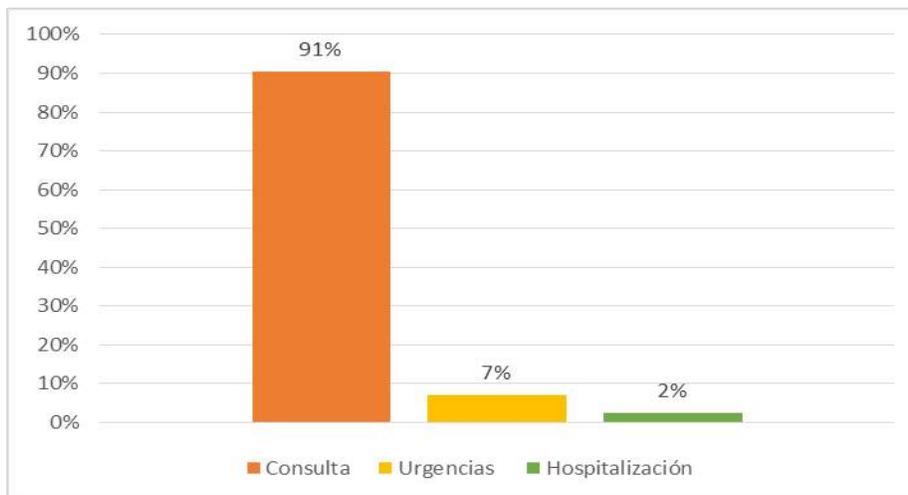
✓ **PROPORCIÓN DE CASOS ATENDIDOS SEGÚN ÁREA DE PROCEDENCIA, EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, AÑO 2016.**



Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

Se evidencia en la gráfica anterior que la mayoría de los casos de ECNT atendidos en el departamento, proceden del área urbana con un 93%, mientras que un 7% del área rural.

✓ **PROPORCIÓN DE CASOS ATENDIDOS SEGÚN RIPS (urgencias, hospitalización y consulta externa) EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, AÑO 2016.**



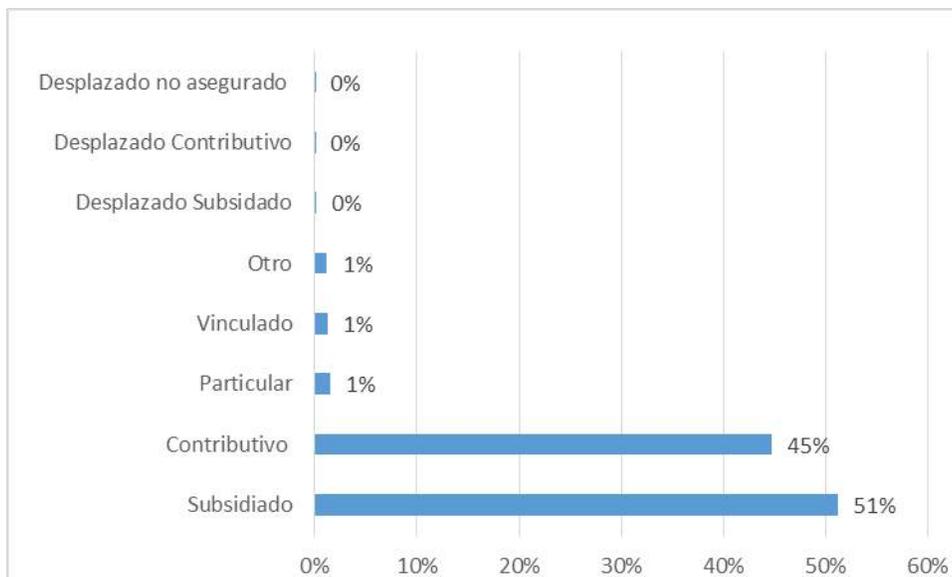
Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

Los casos atendidos de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el departamento durante el año 2016, el 91% fueron por la Consulta Externa, el 7% en Urgencias y solo el 2% requirieron Hospitalización. Lo que evidencia que la mayoría de estos pacientes se captaron en las consultas de los programas para el control de dichas patologías y una



pequeña proporción de estos pacientes tuvieron una reagudización que requirió manejo por urgencias u hospitalización.

✓ PROPORCION DE CASOS ATENDIDOS SEGÚN TIPO DE AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, AÑO 2016.



Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

El mayor número de casos atendidos de ECNT pertenecen al régimen Subsidiado 51%, seguido de usuarios del régimen Contributivo 45% y con un menor número de casos de pacientes vinculados, desplazados y otros tipos de afiliación.

13.1 DIABETES MELLITUS - E10 – E14

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
GRUPO ECNT	No Insulinodependientes (e11)	4879	73%
	Insulinodependientes (e10)	1196	18%
	Diabetes No Especificada (e14)	565	8%
	Otras Diabetes (e13)	83	1%
	Total	6723	100%
MUNICIPIOS	Armenia	3925	58%
	Calarcá	648	10%
	Quimbaya	546	8%
	Montenegro	435	6%



	Circasia	319	5%
	La Tebaida	248	4%
	Filandia	202	3%
	Génova	106	2%
	Córdoba	105	2%
	Pijao	88	1%
	Salento	71	1%
	Buenavista	30	0%
<b>SEXO</b>	Femenino	4379	65%
	Masculino	2344	35%
<b>AREA DE PROCEDENCIA</b>	Rural	6312	94%
	Urbano	411	6%
<b>ATENCIONES</b>	Consulta	6360	95%
	Urgencias	269	4%
	Hospitalización	94	1%
<b>TIPO DE AFILIACION</b>	Subsidiado	3346	50%
	Contributivo	3102	46%
	Particular	96	1%
	Vinculado	75	1%
	Otro	69	1%
	Desplazado Subsidiado	14	0%
	Desplazado Contributivo	5	0%

Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

Dentro de este grupo se encuentran los siguientes subgrupos:

- Diabetes No insulino dependientes
- Diabetes Insulino dependientes
- Diabetes no especificada
- Otras diabetes
- 

En el departamento del Quindío se presentaron un total de 6.723 casos de Diabetes Mellitus, con una disminución de 49 casos comparado con la vigencia anterior donde se generaron 6.772 Rips con estos diagnósticos. La más prevalente dentro del grupo, es la Diabetes No insulino dependiente presente en un 73% (4.879) de los casos, seguida de la Diabetes Insulino dependiente 18% (1.196), Diabetes no especificada 8% (565) y Otras Diabetes 1%(83).

Según el municipio de procedencia, como se observa en la tabla, se concentran la mayoría de casos, en los municipios más grandes del departamento, presentando



Armenia el mayor número de casos con el 58%, seguido de Calarcá con el 10%, Quimbaya con el 8%, Montenegro con el 6% y Circasia con el 5%.

Esta patología se presentó con mayor proporción en población de sexo femenino con un 65% (6.723) seguido del sexo masculino 35% (2.344)

Con respecto al área de procedencia, continúa la tendencia del grupo en general, encontrándose la mayoría de los casos en el área urbana con un porcentaje del 94% frente al 6% para el área rural.

De las Diabetes Mellitus atendidas durante el año 2016, el 95% fueron mediante la consulta externa, solo un 4% se atendieron por urgencias por posible descompensación y el 1% necesitó hospitalización. Con respecto al grupo en general de las Enfermedades Crónicas No transmisibles (Diabetes Mellitus, Cardiovasculares y Respiratorias Crónicas), las Diabetes Mellitus ocupan el segundo lugar en la causa de consulta externa, la quinta causa de hospitalización y la cuarta en consulta por urgencias.

Según el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, se presenta un comportamiento similar entre los dos principales regímenes, teniendo el subsidiado un 50% de la población con Diabetes Mellitus, seguido de un 46% de contributivo y en una menor proporción los demás regímenes.

13.2 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS I10-I15

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
GRUPO ECNT	Enfermedades Hipertensivas	18423	100%
MUNICIPIO	Armenia	10051	55%
	Calarcá	2346	13%
	Quimbaya	1683	9%
	Montenegro	1360	7%
	Circasia	775	4%
	La Tebaida	723	4%
	Filandia	512	3%
	Génova	365	2%
	Pijao	242	1%



	Córdoba	175	1%
	Salento	131	1%
	Buenavista	59	0%
<b>SEXO</b>	Femenino	11733	64%
	Masculino	6690	36%
<b>AREA DE PROCEDENCIA</b>	Urbana	17082	93%
	Rural	1341	7%
<b>ATENCIONES</b>	Consulta	17594	96%
	Urgencias	702	4%
	Hospitalización	127	1%
<b>TIPO DE AFILIACION</b>	Subsidiado	9181	50%
	Contributivo	8619	47%
	Particular	231	1%
	Otro	181	1%
	Vinculado	152	1%
	Desplazado Subsidiado	23	0%
	Desplazado Contributivo	5	0%
	Desplazado no asegurado	1	0%

Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

Las Enfermedades Hipertensivas hacen parte del grupo de Enfermedades Cardiovasculares, siendo las más prevalentes dentro de éste. En el departamento del Quindío durante el año 2016 se presentaron un total de 18.423 casos. Con respecto a la vigencia anterior, se registraron 543 casos menos, es decir, disminuyeron en un 3%.

De acuerdo al sexo, las Enfermedades Hipertensivas se presentaron en un 64% de la población femenina, frente a un 36% de la población masculina.

Según el área de procedencia, el área urbana presenta la mayoría de los casos con un porcentaje del 93% y el área rural un 7%.

Continúa un comportamiento similar al de la Diabetes Mellitus con presencia de la mayoría de población residente en Armenia con el 55%, seguido de Calarcá con el 13%, Quimbaya con el 9%, Montenegro con el 7%, Circasia y La Tebaida con el 4%, como se observa en la tabla anterior.



Durante el año 2016, fueron atendidas mediante consulta externa el 96% de las Enfermedades Hipertensivas, por urgencias el 4% y solo un 1% necesitaron hospitalización. En el grupo en general de las ECNT, las Enfermedades Hipertensivas ocupan el primer lugar de la causa de la consulta externa y por urgencias y la tercera en hospitalización.

Para este grupo continua la tendencia de las ECNT, presentando el mayor número de casos el régimen subsidiado 50%, seguido por el contributivo 47% y con menos frecuencia los demás regímenes.

### 13.3 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON I20 – I25

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
<b>GRUPO ECNT</b>	Enfermedades Isquémicas del Corazón	2687	100%
<b>MUNICIPIO</b>	Armenia	1556	58%
	Calarcá	316	12%
	Montenegro	206	8%
	Circasia	148	6%
	Quimbaya	146	5%
	La Tebaida	106	4%
	Génova	64	2%
	Filandia	62	2%
	Pijao	37	1%
	Córdoba	28	1%
	Salento	10	0%
<b>SEXO</b>	Masculino	1549	58%
	Femenino	1137	42%
<b>AREA DE PROCEDENCIA</b>	Urbana	2515	94%
	Rural	172	6%
<b>ATENCIONES</b>	Consulta	2254	84%
	Urgencias	251	9%
	Hospitalización	182	7%
<b>TIPO DE AFILIACION</b>	Contributivo	1305	49%
	Subsidiado	1215	45%
	Otro	63	2%
	Particular	60	2%
	Vinculado	36	1%
	Desplazado Subsidiado	5	0%

Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016



Las Enfermedades Isquémicas del Corazón hacen parte del grupo de Enfermedades Cardiovasculares. En el departamento del Quindío durante el año 2016 se presentaron un total de 2.687 casos, aumentando en un 45% comparado con los casos reportados durante el 2015, donde se presentaron un total de 1.470 casos.

El municipio de procedencia con mayor número de casos fue Armenia con el 58%, seguido de Calarcá con el 12%, Montenegro con el 8%, Circasia con el 6% y Quimbaya con el 5%.

Con respecto al sexo, en las Enfermedades Isquémicas del Corazón, cambia el comportamiento con respecto a las ya analizadas, presentándose con mayor proporción en la población masculina con un 58% frente a un 42% de la población femenina.

Continúa siendo mayor el porcentaje según la zona de procedencia del área urbana con un 94% y del área rural un 6%.

Las Enfermedades Isquémicas del Corazón, la mayoría fueron atendidas por consulta externa con un porcentaje del 84%, consultas por urgencias con un 9% y hospitalización 7%. Esta cifra nos indica que la mayoría de los pacientes que ingresan por urgencias, requieren de hospitalización. Ocupan el primer lugar en las causas por consulta externa y hospitalización y por urgencias el quinto puesto.

Según el régimen de afiliación de los casos de Enfermedades Isquémicas del Corazón, cambia el comportamiento, presentando mayor número de casos afiliados al régimen contributivo con un 49%, al régimen Subsidiado el 45% y en menor proporción los demás regímenes.

**INSUFICIENCIA CARDIACA  
150**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
<b>GRUPO ECNT</b>	Insuficiencia Cardiaca	566	100%
<b>MUNICIPIO</b>	Armenia	273	48%
	Calarcá	113	20%
	Montenegro	36	6%
	Quimbaya	36	6%
	Circasia	28	5%
	La Tebaida	28	5%



	Filandia	16	3%
	Pijao	10	2%
	Génova	9	2%
	Buenavista	6	1%
	Córdoba	6	1%
	Salento	5	1%
<b>SEXO</b>	Masculino	305	54%
	Femenino	261	46%
<b>AREA DE PROCEDENCIA</b>	Urbana	526	93%
	Rural	40	7%
<b>ATENCIONES</b>	Consulta externa	461	81%
	Urgencias	64	11%
	Hospitalización	41	7%
<b>TIPO DE AFILIACION</b>	Subsidiado	335	59%
	Contributivo	191	34%
	Vinculado	24	4%
	Particular	9	2%
	Otro	4	1%
	Desplazado Subsidiado	1	0%

Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

La Insuficiencia Cardíaca es una patología que hace parte del grupo de Enfermedades Cardiovasculares, dentro de este la menos frecuente. En el Quindío durante el año 2016 se presentaron 566 casos, 72 casos más que el año anterior.

Se presenta con mayor frecuencia en el municipio de Armenia con el 48%, seguido de Calarcá el 20%, Montenegro el 6%, Quimbaya el 6%, Circasia y La Tebaida el 5%.

Con respecto al sexo, la Insuficiencia Cardíaca, se presenta de manera similar en ambos sexos, siendo más frecuente en los hombres con un 54% frente a un 46% de la población femenina.

El área de procedencia continúa presentando el mismo comportamiento, con la mayoría de la población en el área urbana con un 93% del total de la población y solo un 7% en el área rural.

Por motivo de Insuficiencia Cardíaca fueron atendidas por consulta externa el 81% frente a un 11% de atenciones por urgencias y Hospitalización 7%. Este estado patológico, ocupa el mismo puesto (séptimo) en las atenciones por consulta externa, hospitalización y



urgencias. El comportamiento varía en este grupo y puede deberse a la fisiopatología, ya que las descompensaciones requieren de varios días para su compensación, por lo tanto, los usuarios que consulten por urgencias, en su mayoría van a requerir hospitalización.

Los casos de Insuficiencia Cardíaca en su mayoría pertenecen al régimen subsidiado 59%, seguidos por el régimen contributivo 34%. En muy poca proporción hubo casos de vinculados, particulares y otros tipos de afiliación.

**13.4 ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES I60 – I69**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
<b>GRUPO ECNT</b>	Enfermedades cerebrovasculares	844	100%
<b>MUNICIPIO</b>	Armenia	503	60%
	Calarcá	110	13%
	Montenegro	59	7%
	Quimbaya	42	5%
	La Tebaida	36	4%
	Circasia	28	3%
	Filandia	25	3%
	Génova	16	2%
	Pijao	12	1%
	Córdoba	6	1%
	Salento	4	0%
	Buenavista	3	0%
<b>SEXO</b>	Masculino	425	50%
	Femenino	419	50%
<b>AREA DE PROCEDENCIA</b>	Urbana	802	95%
	Rural	42	5%
<b>ATENCIONES</b>	Consulta	645	76%
	Urgencias	102	12%
	Hospitalización	97	11%
<b>TIPO DE AFILIACION</b>	Subsidiado	441	52%
	Contributivo	347	41%
	Otro	20	2%
	Vinculado	19	2%
	Particular	16	2%

Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016



Las Enfermedades Cerebro vasculares hacen parte del grupo de Enfermedades Cardiovasculares. En el departamento del Quindío durante el año 2016 se presentaron un total de 844, con una disminución de 38 casos con relación a la vigencia anterior.

De acuerdo el municipio de procedencia, donde se presentaron la mayoría de los casos de Enfermedades Cerebro Vasculares fueron Armenia con el 60%, Calarcá el 13%, Montenegro el 7% y Quimbaya el 5%.

251

Según el sexo, las Enfermedades Cerebro Vasculares se presentan en proporciones iguales tanto en la población femenina como en la masculina con un 50% para ambas.

Con respecto al área de procedencia, continúa siendo mayor el porcentaje del área urbana para esta patología, con un 95% frente a un 5% de población rural.

Las Enfermedades Cerebrovasculares fueron atendidas la mayoría por Consulta Externa con un porcentaje del 76% y con un comportamiento similar la consulta por urgencias con el 12% y el 11% de los usuarios requirieron hospitalización.

Para las Enfermedades Cerebrovasculares continua el comportamiento de los regímenes de afiliación de las ECNT, presentando el mayor número de casos el régimen subsidiado 52%, seguido por el contributivo 41% y con menor frecuencia los demás regímenes.

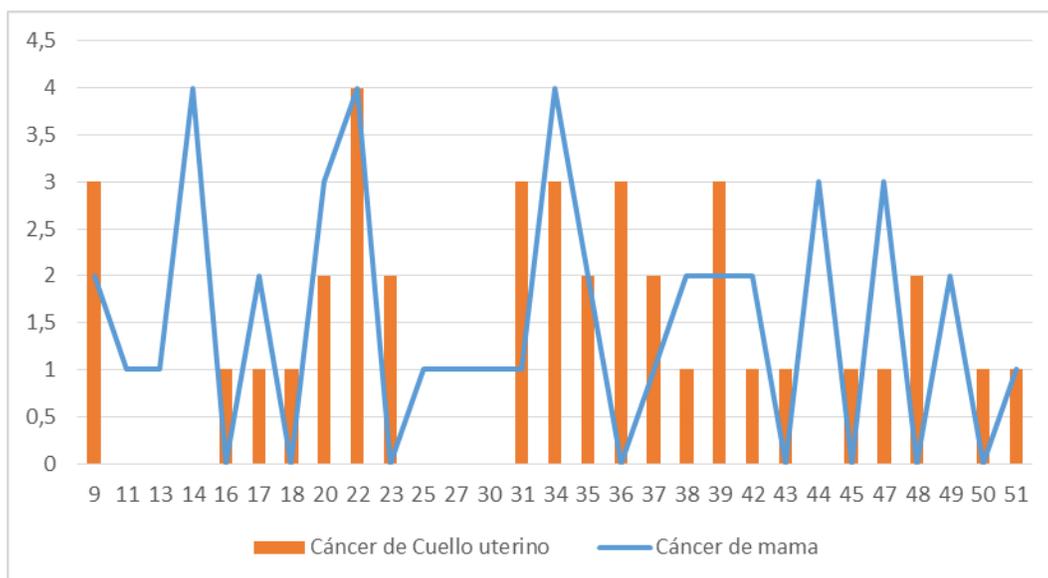
### **13.5 CANCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO, DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, AÑO 2016**

En Colombia, el cáncer es un problema de salud pública creciente. Las estimaciones en el periodo de 2000 – 2006, presentaron 70.887 casos nuevos de cáncer por año, de los cuales, el 45% (32.316) se presentaron en la población masculina, siendo la tasa de incidencia ajustada para todos los cánceres (excepto cáncer de piel) fue de 186,6 por 100.000 habitantes y para las mujeres fue de 196,9 por 100.000 habitantes. Los principales tipos de cáncer para las mujeres fueron mama, cuello del útero, tiroides, estomago, colon, recto y ano.



Cáncer de mama y cáncer de cuello uterino son eventos nuevos que iniciaron su vigilancia bajo el código Sivigila 155, en la semana epidemiológica 01 del año 2016. Hasta la semana epidemiológica 52, se notificaron al aplicativo del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) un total de 82 casos para el departamento del Quindío durante el 2016.

Casos notificados de cáncer de mama y cuello uterino, Departamento del Quindío, semanas epidemiológicas 01 – 52, 2016



Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 82 casos confirmados de los dos cánceres en el departamento del Quindío, 43 de cáncer de mama y 39 de cáncer de cuello uterino.

13.5.1 CANCER DE MAMA

En el departamento del Quindío con corte a semana epidemiológica 52 se notificaron 43 casos de Cáncer de mama. El 100% de los casos se presentaron en población del sexo femenino, el 47% de los casos se registraron en el régimen contributivo, no se reportaron casos con alguna pertenencia étnica o perteneciente a grupos poblacionales especiales. El 88% proceden de la cabecera municipal.



La edad mínima que se reporto fue de 27 años y la máxima de 91 años, concentrando la mayor cantidad de casos en los grupos de edad de 57 a 61 años, 62 a 66 años y 72 a 76 años con el 14% (6 casos) en cada grupo, tal como se muestra en la siguiente tabla.

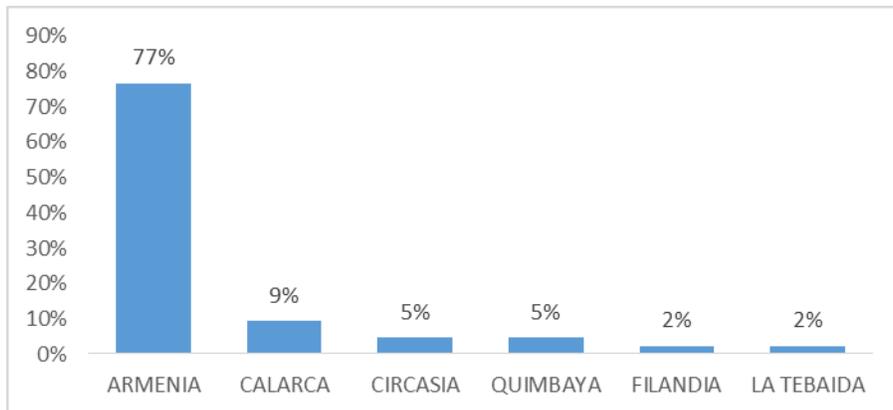
**Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer de mama, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
TIPO DE REGIMEN	Contributivo	20	47%
	Subsidiado	19	44%
	Especial	2	5%
	Indeterminado	2	5%
AREA DE OCURRENCIA	Cabecera municipal	38	88%
	Rural disperso	3	7%
	Centro poblado	2	5%
GRUPOS DE EDAD	27-31	1	2%
	32-36	1	2%
	42-46	5	12%
	47-51	2	5%
	52-56	4	9%
	57-61	6	14%
	62-66	6	14%
	67-71	5	12%
	72-76	6	14%
	77-81	2	5%
	82-86	2	5%
	87-91	3	7%

Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío



Casos notificados de cáncer de mama por municipio de residencia, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016.



Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

Se reportaron casos de 6 municipios del departamento del Quindío, registrando la mayor notificación el municipio de Armenia con un 77% (33 casos), seguido de Calarcá con el 9% (4 casos) y en menor proporción Circasia, Quimbaya, Filandia y La Tebaida.

Proporción de casos de cáncer de mama por asegurador, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52 del 2016

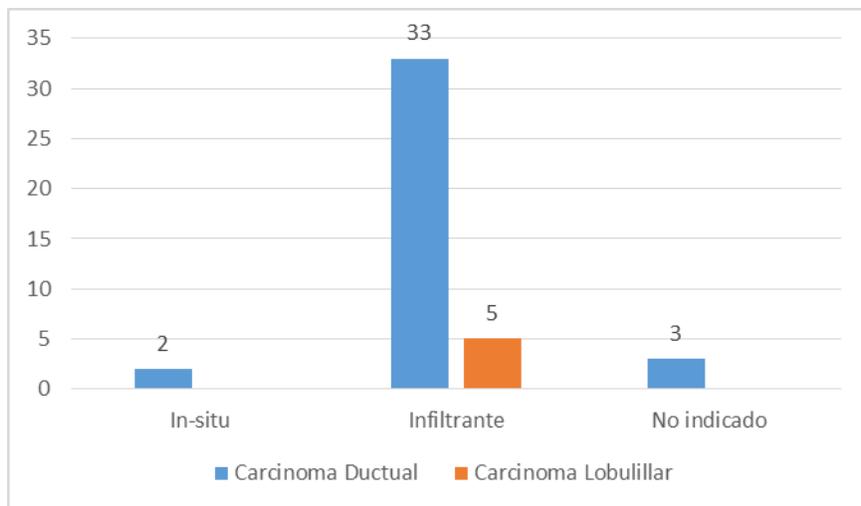
EAPB	CASOS	%
Cafesalud	12	29%
Nueva EPS	10	24%
Asmet Salud	9	22%
Coomeva	5	12%
Policía Nacional	2	5%
Universidad del Valle	2	5%
Salud Vida	1	2%

Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío



Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) como Cafesalud E.P.S 29%, Nueva EPS 24%, Asmet Salud 22% y Coomeva E.P.S 12% son las que tienen el mayor número de afiliadas con cáncer de mama.

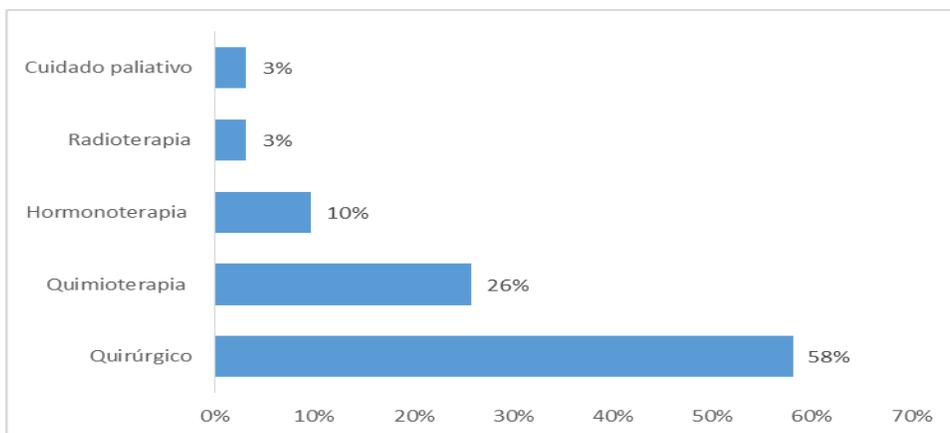
Distribución de los tipos de cáncer de mama y su estadio según la notificación, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

El carcinoma ductal en estadio infiltrante registró el mayor número de casos, concentrando el 77% (33casos) de la notificación, seguido por el carcinoma lobulillar infiltrante con el 11% (5 casos).

Tipo de tratamiento instaurado de los casos notificados con cáncer de mama, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío



Del total de casos notificados con Cáncer de Mama, el 60% (26 casos) han recibido algún tipo de tratamiento en el momento del reporte, siendo el manejo quirúrgico el que han tenido el 58% de los casos, seguido de la Quimioterapia con un 26% y en menor proporción la Hormonoterapia con un 10%.

Proporción de casos sin inicio de tratamiento según asegurador, departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

EAPB	CASOS	%
Cafesalud	9	53%
Coomeva	4	24%
Nueva EPS	2	12%
Indeterminado	1	6%
Policía Nacional	1	6%

Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

De los casos notificados al SIVIGILA con diagnostico confirmado de cáncer de mama, 17 no reportan haber iniciado tratamiento. Cafesalud es la EAPB que tiene el mayor número de usuarios afiliados sin recibir tratamiento para el cáncer de mama con un 53% (9 casos), seguido de Coomeva con 24% (4 casos) y Nueva EPS con el 12%.

Casos de mortalidad por cáncer de mama en el Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

MUNICIPIOS	EDAD	RESULTADO BIOPSIA	GRADO HISTOLÓGICO	TRATAMIENTO
ARMENIA	28	Carcinoma ductual	Infiltrantes	Quimioterapia
ARMENIA	77	Carcinoma ductual	Infiltrantes	Quimioterapia
CALARCA	89	Carcinoma ductual	Infiltrantes	Hormonoterapia

Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

En el departamento del Quindío se reportaron en el 2016, 3 casos de mujeres fallecidas por cáncer de mama, con edad mínima de 28 años y edad máxima de 89. Todos los casos reportan un carcinoma ductual infiltrante, 2 iniciaron tratamiento con quimioterapia y

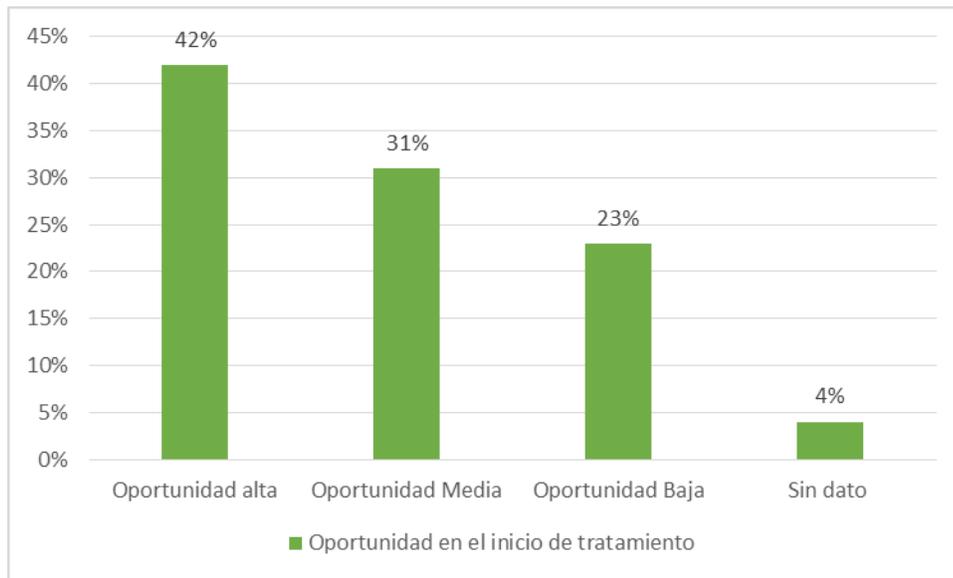


1 caso con hormonoterapia. 2 casos residían en el municipio de Armenia y 1 caso en Calarcá.

COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VIGILANCIA DEL EVENTO

- Oportunidad para implantar el tratamiento de cáncer de mama y cuello uterino:

Oportunidad de diagnóstico del cáncer de mama, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

El promedio en días para iniciar tratamiento desde el diagnóstico para cáncer de mama fue de 47 días (promedio nacional 52 días), con un mínimo de cero días y un máximo de 347 días. El inicio de tratamiento antes de 30 días se considera una oportunidad "alta", entre 30 y 45 días "media" y más de 45 días "baja"; el 42% de los casos notificados con inicio de tratamiento registran una oportunidad alta, el 31% una oportunidad media y el 23% una oportunidad baja. Solo 1 caso no registra fecha de reporte de patología, por lo que no se pudo tener en cuenta para la medición del indicador.



### 13.5.2 CANCER DE CUELLO UTERINO

En el departamento del Quindío con corte a semana epidemiológica 52 de 2016, se notificaron 39 casos de Cáncer de cuello uterino. El 67% de los casos se registraron en el régimen subsidiado, no se reportaron casos con alguna pertenencia étnica o de grupos poblacionales especiales. El 92% proceden de la cabecera municipal.

La edad mínima que se reporto fue de 22 años y la máxima de 71 años, concentrando la mayor cantidad de casos en los grupos de edad de 42 a 46 años con un 21% (8 casos), seguido de 27 a 31 años con un 15% (6 casos) y 52 a 56 años con un 13% (5 casos), tal como se muestra en la siguiente tabla.

#### Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer de Cuello Uterino notificados, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

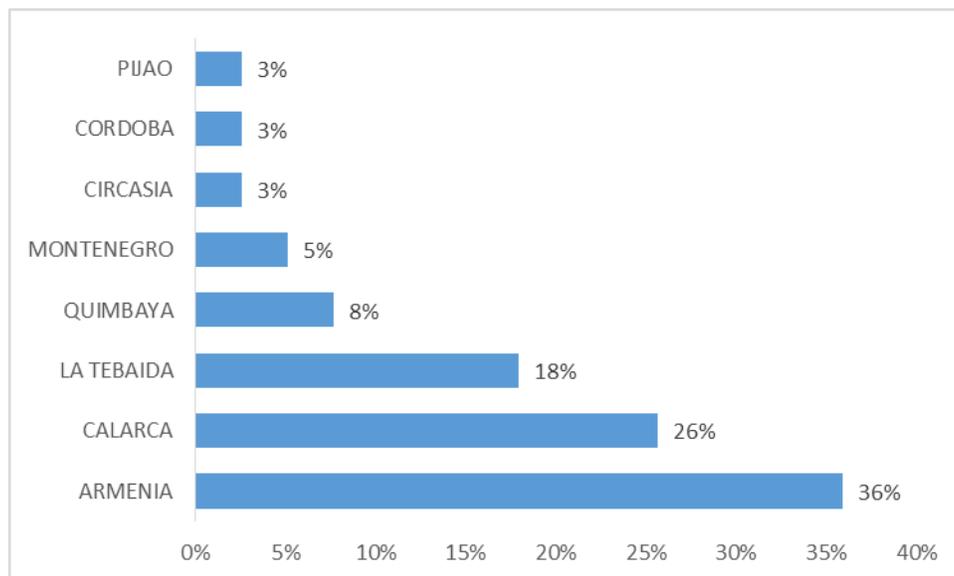
VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
TIPO DE REGIMEN	Subsidiado	26	67%
	Contributivo	7	18%
	No afiliado	4	10%
	Indeterminado	2	5%
AREA DE OCURRENCIA	Cabecera municipal	36	92%
	Rural disperso	2	5%
	Centro poblado	1	3%
GRUPOS DE EDAD	22-26	4	10%
	27-31	6	15%
	32-36	2	5%
	37-41	2	5%
	42-46	8	21%
	47-51	3	8%



	52-56	5	13%
	57-61	3	8%
	62-66	2	5%
	67-71	1	3%
	72-76	1	3%
	82-86	2	5%

Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

Casos notificados de cáncer de Cuello Uterino por municipio de residencia, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016.



Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

Se reportaron casos de 8 municipios del departamento del Quindío, registrando la mayor notificación el municipio de Armenia con un 36% (14 casos), seguido de Calarcá con el 26% (10 casos) y La Tebaida 18% (7 casos). En menor proporción Quimbaya, Montenegro, Circasia, Córdoba, Pijao.



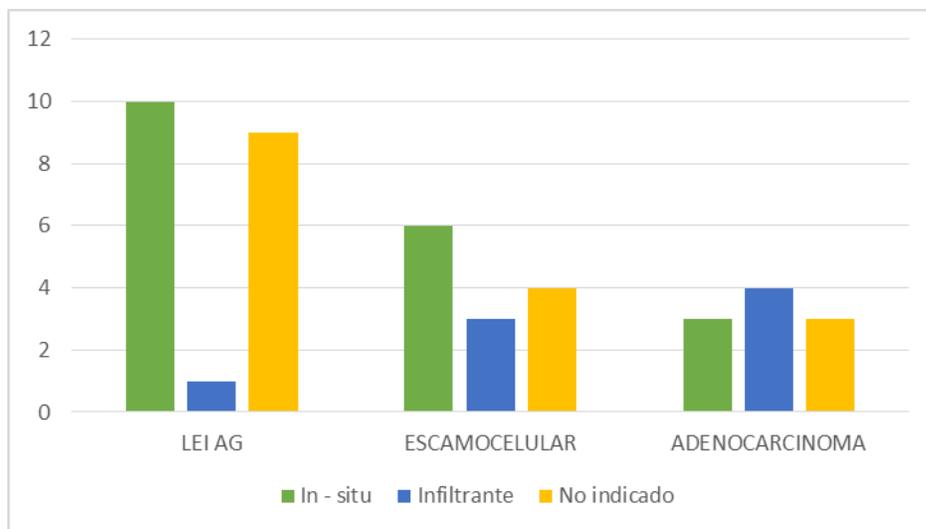
Proporción de casos de cáncer de Cuello Uterino por asegurador, departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52 del 2016

EAPB	CASOS	%
Cafesalud	19	58%
Asmet Salud	11	33%
Nueva EPS	3	9%

Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

La Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) que más reporta afiliados con cáncer de cuello uterino es Cafesalud con el 58% (19 casos), seguido de Asmet Salud 33% (11 casos) y la Nueva EPS 9% (3 casos).

Distribución de los tipos de cáncer de Cuello Uterino y su estadio, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

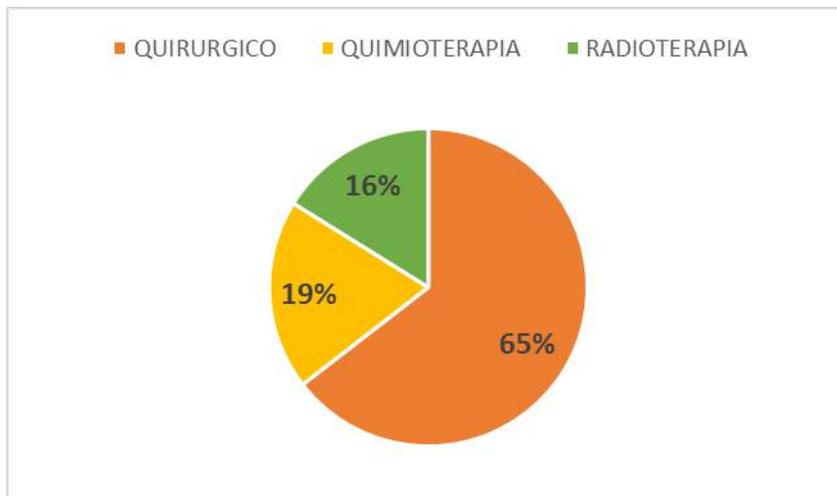


Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

La lesion escamosa intraepitelial de algo grado (LEI AG) en estadio infiltrante registro la mayor cantidad de casos concentrando el 26% (10 casos), seguido por el estadio no indicado 23% (9 casos). El carcinoma escamocelular In-situ también reporta una cifra importante con el 15% (6 casos) y el adenocarcinoma en menor proporción, sin embargo, el infiltrante es el que más se presentó 10% (4 casos).



Tipo de tratamiento instaurado de los casos notificados con cáncer de Cuello Uterino, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

Del total de casos notificados con Cáncer de Cuello Uterino, el 66% (26 casos) han recibido algún tipo de tratamiento en el momento del reporte, siendo el manejo quirúrgico el que han tenido el 65% de los casos, seguido de la Quimioterapia con un 19% y en menor proporción la Radioterapia con un 16%. Ninguno de los casos recibió hormonoterapia o cuidados paliativos.

Proporción de casos de Cáncer de Cuello Uterino sin inicio de tratamiento por asegurador, departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

EAPB	CASOS	%
Cafesalud	7	58%
Asmet Salud	4	33%
Nueva EPS	1	8%

Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

De los casos notificados al SIVIGILA con diagnostico confirmado de cáncer de Cuello Uterino, 13 no reportan haber iniciado tratamiento. Cafesalud es la EAPB que tiene el mayor número de usuarios afiliados sin recibir tratamiento para el cáncer de cuello uterino



con un 58% (7 casos), seguido de Asmet Salud con un 33% (4 casos) y la Nueva Eps con 1 caso.

Casos de mortalidad por cáncer de Cuello Uterino en el Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

MUNICIPIOS	EDAD	RESULTADO BIOPSIA	GRADO HISTOLÓGICO	TRATAMIENTO
CALARCA	86	Escamo celular	Infiltrante	Quirúrgico y Quimioterapia
ARMENIA	60	Adenocarcinoma	Infiltrante	Quirúrgico y Quimioterapia
LA TEBAIDA	53	Escamo celular	Infiltrante	Quirúrgico y Radioterapia
ARMENIA	53	LEI AG	In-situ	Radioterapia y Quimioterapia
CALARCA	22	Adenocarcinoma	No indicado	No reporta inicio de tratamiento

Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

En el departamento del Quindío se reportaron en el 2016, 5 casos de mujeres fallecidas por cáncer de Cuello Uterino, con edad mínima de 22 años y edad máxima de 86 años. Dos de los casos de fallecidas reportan Carcinoma escamocelular infiltrante con tratamiento quirúrgico y Quimioterapia, dos casos con adenocarcinomas infiltrante y un caso con estadio no indicado. Uno de los casos recibió tratamiento quirúrgico y radioterapia y el otro caso no reporta haber iniciado tratamiento, el cual reportan como asegurador Asmet Salud. Solo se presentó 1 caso con lesión escamosa intraepitelial de alto grado In-situ que fue tratado con Radioterapia y Quimioterapia.

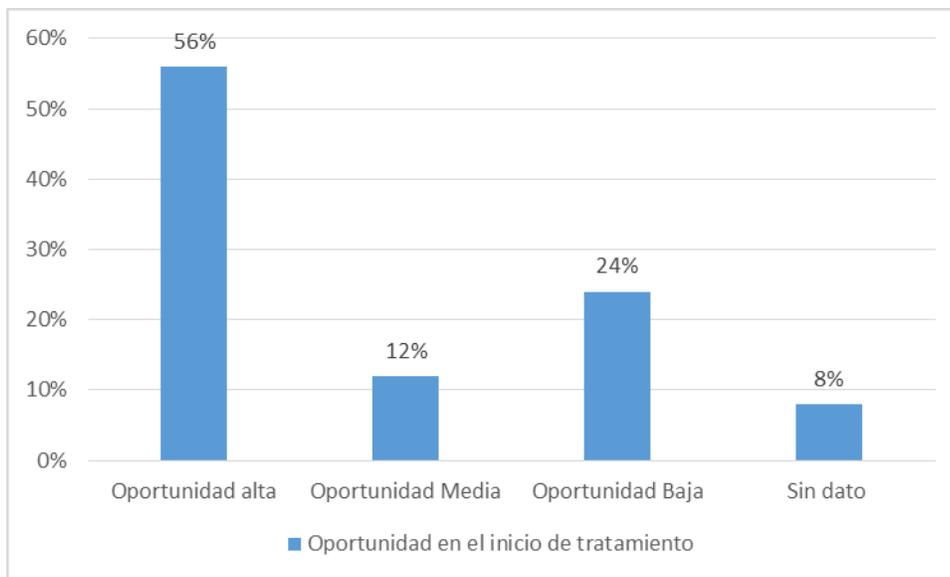
2 casos residían en el municipio de Armenia, 2 a Calarcá y 1 caso a La Tebaida.

COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VIGILANCIA DEL EVENTO

- Oportunidad para implantar el tratamiento de cáncer de mama y cuello uterino:



### Oportunidad de diagnóstico del cáncer de cuello uterino, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016



263

Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío

El promedio en días para iniciar tratamiento desde el diagnóstico para cáncer de cuello uterino fue de 28,4 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 193 días. El inicio de tratamiento antes de 30 días se considera una oportunidad “alta”, entre 30 y 45 días “media” y más de 45 días “baja”; el 56% de los casos notificados con inicio de tratamiento registran una oportunidad alta, el 12% una oportunidad media y un 24% una oportunidad baja. Se reportaron 3 casos con errores en las fechas de notificación por lo que no se tuvieron en cuenta para la medición del indicador.

- **Proporción de incidencia de cáncer de cuello uterino y por grado histopatológico (in situ e infiltrante) en mujeres mayores de 18 años**

TIPO DE INDICADOR	PROCESO	RESULTADO
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Proporción de incidencia trimestral de notificación de cáncer de cuello uterino y por grado histológico (in situ e infiltrante) en mujeres mayores de 18 años	$39 / 209.395 * 100.000 =$ En el departamento del Quindío, por cada 100 mil mujeres mayores de 18 años, 18,6 presentaron tumores malignos (infiltrante e in situ) de cuello uterino. La proporción de incidencia ajustada por edad a nivel nacional fue 19,7 por 100.000 mujeres



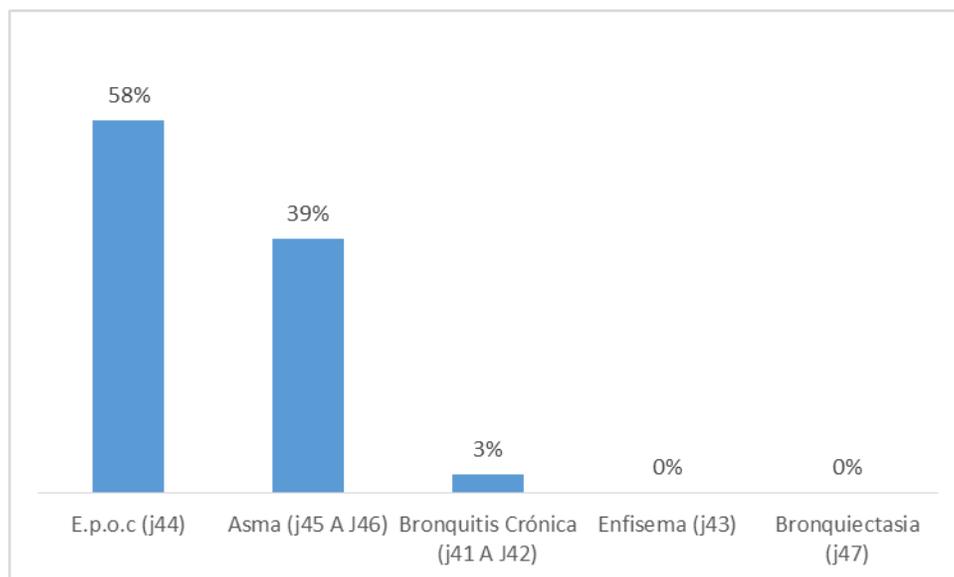
### 13.6 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS J41 – J47

El análisis de este grupo de patologías se realiza en conjunto, ya que algunas de ellas como se observa en la siguiente gráfica, se presentan en muy poca proporción para ser analizadas de manera individual. En el departamento del Quindío durante el 2016 hubo 7.042 casos de Enfermedades Respiratorias Crónicas, presentando un aumento de 113 casos, es decir del 1,6%, con respecto al año anterior. En este grupo se incluyen las siguientes patologías:

264

- Bronquitis crónica J41 – J42
- Enfisema Pulmonar J43
- EPOC J44
- Asma J45 – J46
- Bronquiectasias J47

#### ✓ PROPORCION DE CASOS ATENDIDOS POR GRUPO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, AÑO 2016.

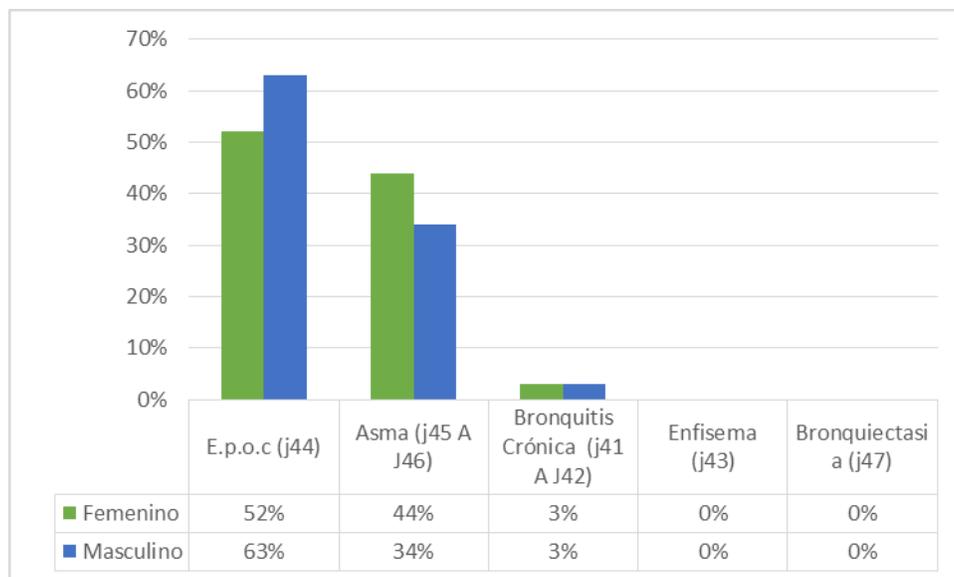


Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

Según la gráfica anterior se puede observar que de las Enfermedades Crónicas Respiratorias, las de mayor prevalencia es la Enfermedad Pulmonar Obstrucciona Crónica EPOC con 58% de los casos, seguida por Asma con un 39%, Bronquitis Crónica 3% y 0% para Enfisema Pulmonar y Bronquiectasias (con menos de 20 casos cada una)



✓ PROPORCION DE CASOS ATENDIDOS POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS SEGUN SEXO, DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, AÑO 2016



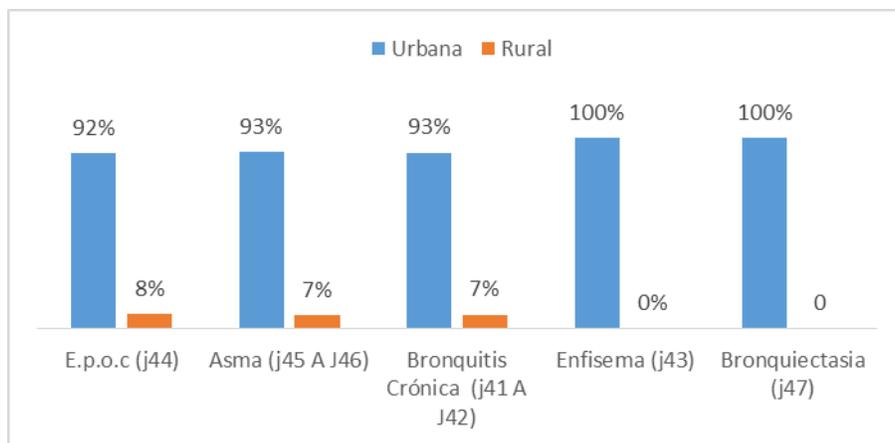
Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

Según la gráfica anterior, se muestra la proporción de los casos por sexo discriminados por cada Enfermedad Respiratoria crónica y se puede concluir lo siguiente: el Epec presenta la mayoría de casos en los hombres con un 63%, los casos de Asma ocurrieron más en la población femenina con un porcentaje de 44% y la Bronquitis se presentó en iguales proporciones en mujeres y hombres. De los 14 casos de Enfisema pulmonar, 8 fueron en población femenina, y de 5 los casos de Bronquiectasias, 4 fueron en mujeres.

Se puede concluir que las Enfermedades Respiratorias Crónicas se presentaron con mayor frecuencia en las mujeres con un 52% frente a un 48% de casos de población masculina.



✓ PROPORCION DE CASOS DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS SEGUN AREA DE PROCEDENCIA, DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, AÑO 2016

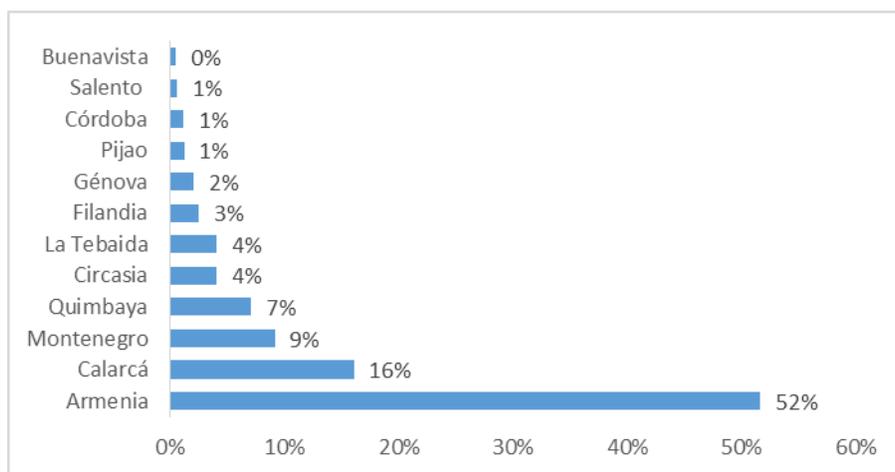


266

Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2015

En la proporción de casos atendidos por área de procedencia de las Enfermedades Respiratorias Crónicas, se mantiene la tendencia de los demás grupos y patologías en el departamento, encontrándose la mayoría de los casos en el área urbana, EPOC con un 92%, Asma con 93% Bronquitis Crónica con un 93%, Enfisema y Bronquiectasias con un 100%.

✓ PROPORCION DE CASOS POR MUNICIPIOS DE RESIDENCIA, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, AÑO 2016.

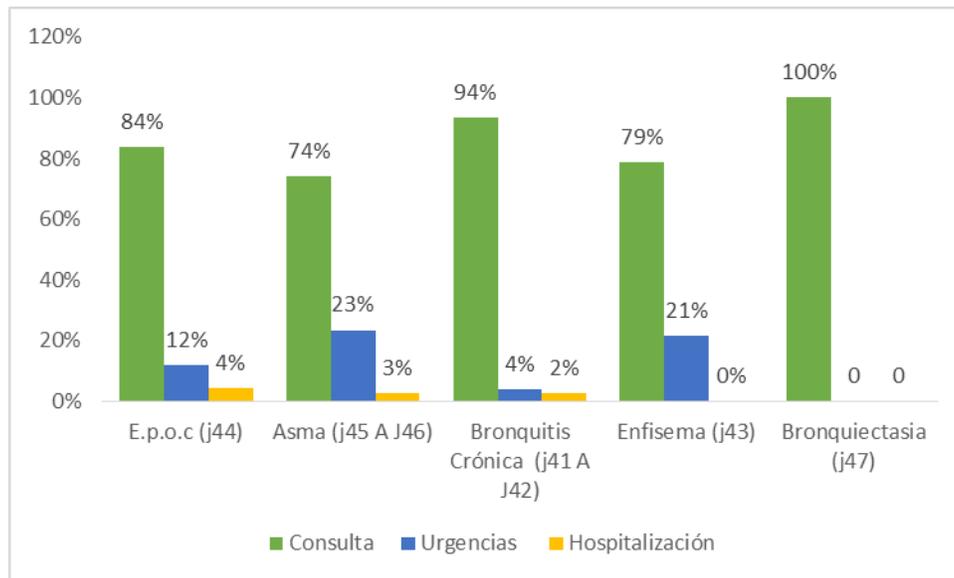


Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2015



Los municipios donde más se presentan patologías respiratorias en el departamento fueron Armenia con el mayor número de casos 52%, seguido de Calarcá 16%, Montenegro el 9% y Quimbaya el 7%.

✓ PROPORCION DE CASOS ATENDIDOS POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS SEGUN RIPS, DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, AÑO 2016.



Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

Por otra parte, las Enfermedades Respiratorias Crónicas, siendo solo aproximadamente el 20% del total de las Enfermedades Crónicas tenidas en cuenta para este informe, ocupan el segundo lugar en atención de urgencias, siendo la E.P.O.C y el asma las primeras causas de consulta para este evento.

Como se puede observar en la gráfica, la mayoría de los casos fueron captados por la consulta externa. El asma y el enfisema fueron las patologías más reportadas por urgencias y la EPOC la que más requirió hospitalizaciones.

El 57% de los casos de Asma se presentó en población menor de 18 años. Con respecto al régimen de afiliación, continua el comportamiento del grupo en general, con la mayor población el régimen Subsidiado, seguido del Contributivo y en menor proporción los demás.



### 13.7 CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

El cáncer es la segunda causa más común de muerte entre los niños de 1 a 14 años en los Estados Unidos, sólo superada por los accidentes; 1.320 niños murieron de cáncer en 2008. La leucemia representa un tercio de todos los cánceres, incluidos los tumores benignos de cerebro diagnosticados en niños (edades de 0 a 14 años), el 77% de los cuales son las leucemias linfocíticas agudas. Los cánceres del cerebro y otras del sistema nervioso son el segundo tipo de cáncer más común (25%), seguido de los sarcomas de tejidos blandos (7%, la mitad de los cuales son el rabdomiosarcoma), neuroblastoma (6%), los tumores renales (Wilms) (5%) y linfomas de Hodgkin y linfomas no Hodgkin (4% cada uno).

A partir de estudios realizados por prestigiosas instituciones, encuentran que las leucemias agudas constituyen el grupo de neoplasias más frecuentes en la edad pediátrica, es por esto que, en el segundo semestre del 2008, el Instituto Nacional de Salud inicia el proceso de vigilancia del evento y la meta era ampliarlo a todos los tipos de cáncer en menores de 18 años de edad. Se inició la notificación como Leucemias Pediátricas mediante las fichas 456 (Leucemia Linfoide Aguda), 457 (Leucemia Mieloide Aguda).

#### SITUACION EN EL QUINDIO

AÑO	NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS	
2013	LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA	4
	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	0
2014	CANCER INFANTIL	10
2015	CANCER INFANTIL	14

Fuente: Sivigila, Dpto. Quindío.

El comportamiento del departamento tubo un aumento progresivo a medida que se fue a dando a conocer los protocolos, excepto en el 2013 que disminuyó la notificación en un 50% aproximadamente.

En el 2014, se implementa la ficha de notificación 115, donde se incluyen todos los tipos de cáncer en menores de 18 años, por lo que se evidencia aumento nuevamente en los casos notificados. En el 2015 se reportan un total de 14 casos, de los cuales 13 casos fueron a través de la ficha 115 y 1 caso en la ficha 459. Lo que nos indica es que el



proceso de notificación está siendo más efectivo, ya que cada vez se fortalecen más las unidades notificadoras para la adherencia de protocolos y se realiza un proceso de vigilancia epidemiológica más riguroso.

La siguiente información describe los casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del evento de Cáncer en menores de 18 años, durante el año 2016, en el Departamento del Quindío, con corte a la semana epidemiológica 52, se notificaron un total de 26 casos.

269

Ingresan 3 casos como probables los cuales son ajustados posteriormente confirmándolos por laboratorio y los 23 casos restantes ingresan como confirmados por laboratorio.

La siguiente tabla muestra el número de casos notificados por municipio de residencia. Las entidades territoriales municipales que notifican el mayor número de casos son en su orden, Armenia que notifica el 54% (14) de los casos a nivel departamental, seguida de Calarcá y La Tebaida que notifican el 19% (5) y el 15 % (4) respectivamente.

**Distribución de casos de cáncer en menores de 18 años por municipio de residencia, Departamento del Quindío, semana epidemiológica 52, 2016**

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	CASOS	%
Armenia	14	54%
Calarcá	5	19%
La Tebaida	4	15%
Circasia	2	8%
Filandia	1	4%
<b>Total general</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío

**Prevalencia de casos por tipo de cáncer en menores de 18, departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52 del 2016**



Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío

Todos los tipos de cáncer reportados durante el 2016 fueron confirmados por laboratorio. Se notificaron con mayor frecuencia: Leucemia linfoide aguda con 12 casos (46%), seguido de tumores óseos malignos, Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales con 3 casos (12%) cada uno, Leucemia Mieloide Aguda y Tumores del sistema nervioso central con 2 casos (8%) cada uno y 2 o menos casos de los demás tipos de tumores.

**Distribución del cáncer en menores de 18 años según grupo de edad y tipo de tumor. Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016.**

TIPO DE TUMOR	EDAD EN AÑOS			
	1-5	6-10	11-15	16-20
Leucemia linfoide aguda	4	5	1	2
Tumores óseos malignos		1	1	1
Sarcoma de tejidos blandos y extras óseos				1
Otras neoplasias malignas no especificadas		1		
Leucemia mieloides aguda	2			
Linfoma y neoplasias reticuloendoteliales	1	1	1	
Tumores del sistema nervioso central	1		1	
Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	1			



Tumores renales				1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Proporción</b>	<b>35%</b>	<b>31%</b>	<b>15%</b>	<b>19%</b>

Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío

Según edad de los menores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer notificados al Sivigila; el 35 % (9) de los casos corresponden al grupo de edad de uno a cinco años, el 31 % (8) al grupo de 6 a 10 años, el 15 % (4) al grupo de once a quince años y el 19 % (5) al grupo de 16 a 17 años.

En los tipos de tumor notificados con mayor frecuencia se observa el siguiente comportamiento; los casos confirmados de leucemia linfocítica aguda fueron notificados con mayor número de casos en los grupos de uno a cinco años, seis a diez años y dieciséis a diecisiete años (4, 5 y 2 casos respectivamente) y la leucemia mieloide aguda en el grupo de uno a cinco años con 2 casos. Los demás tipos de tumores presentaron solo 1 caso en los diferentes grupos de edades.

**Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer en menores de 18 años según, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
<b>SEXO</b>	Masculino	15	58%
	Femenino	11	42%
<b>TIPO DE RÉGIMEN EN SALUD</b>	Contributivo	15	58%
	Subsidiado	10	38%
	Especial	1	4%
<b>GRUPOS POBLACIONALES</b>	Población infantil a cargo del ICBF	1	4%

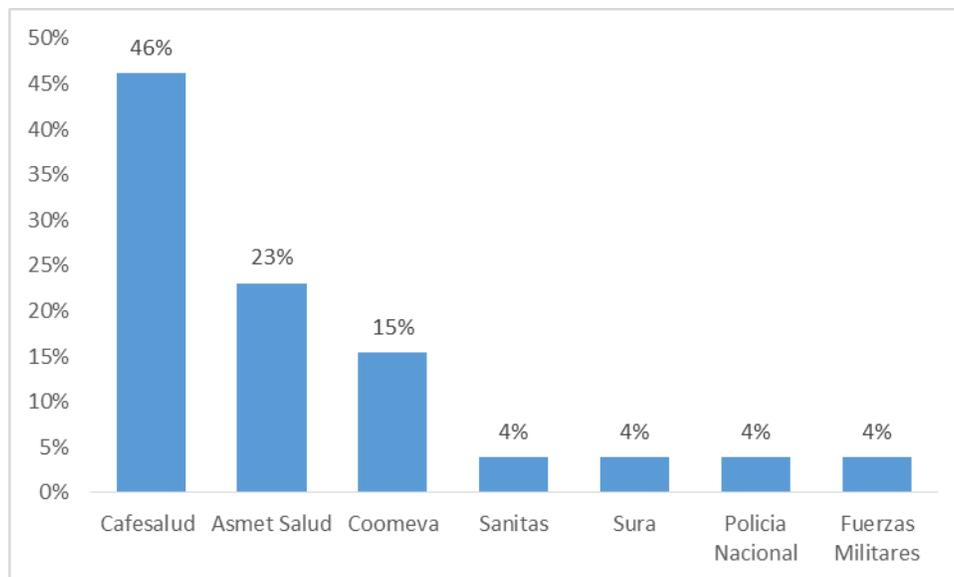
Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío

El 58 % (15) de los casos notificados pertenecen al sexo masculino; según tipo de afiliación al régimen de salud el 58% (15) se encuentran afiliados al régimen contributivo,



el 38 % (10) afiliados al régimen subsidiado y 1 solo caso al régimen Especial. Ninguno reporta pertenencia étnica y hay 1 caso que está a cargo del ICBF.

Proporción de casos de cáncer en menores de 18 por asegurador, departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52 del 2016



Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío

Según los datos notificados la aseguradora con mayor número de casos reportados por Cáncer en menores de 18 años es Cafesalud con un 46% (12 casos), seguido de Asmet Salud 23% (3 casos), Coomeva 15% (4 casos) y en igual proporción, Sanitas, Sura, Policía Nacional y Fuerzas Militares con 1 caso cada una.

Prevalencia de cáncer en menores de 18 en el departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

AÑO	DEPARTAMENTO	Población <18 años	Frecuencia	Prevalencia por 100.000
2015	Quindío	164.796	11	6,7
2016	Quindío	163.850	26	15,9



Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío, DANE: Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005 - 2020).

Según informe anual 2015 del evento, elaborado por el Instituto Nacional de Salud, la prevalencia nacional fue de 9,7 casos por 100.000 menores de 18 años en el país. El departamento para la vigencia anterior estuvo por debajo de dicho valor, sin embargo, con base en esa medición, en el 2016 la prevalencia departamental fue del doble con 15,9 casos por 100.000 menores de 18 años.

Proporción de casos de cáncer en menores de 18 años que presentaron segunda neoplasia o recaídas, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

TIPO DE TUMOR	SEGUNDA NEOPLASIA	RECAIDAS
Leucemia linfoide aguda		4
Tumores óseos malignos	1	1
Sarcomas de tejidos blandos y extra óseos		
Otras neoplasias malignas no especificadas		
Leucemia mieloide aguda		
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales		1
Tumores del sistema nervioso central		1
Neuroblastomas y otros tumores de células nerviosas periféricas		1
Tumores renales		
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>Proporción</b>	<b>3,8%</b>	<b>31%</b>

Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío

De los casos confirmados de cáncer infantil que se notificaron en el 2016, solo 1 reporta que presenta una segunda neoplasia, siendo un tumor óseo maligno el primario.



El 31% (8 casos) presentaron recaídas, siendo la leucemia linfocítica aguda el tipo de cáncer donde más menores recayeron con un total de 4 casos. Otros tipos de tumor como los óseos malignos, linfomas, tumores del sistema nervioso central y neuroblastomas, presentaron 1 caso con recaída.

**Mortalidad por cáncer en menores de 18 años según municipio de notificación y Asegurador, Departamento del Quindío, semana epidemiológica 52, 2016**

Etiquetas de fila	CAFESALUD	COOMEVA	ASMET SALUD	Total general
Armenia	2		1	3
Calarcá	2		1	3
Circasia	1			1
La Tebaida		1		1
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>8</b>

Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío

Se notificaron durante 2016, 8 mortalidades en casos confirmados de cáncer en menores de 18 años. Los municipios que notifican los casos de mortalidad son: Armenia 3 casos, Calarcá 3 casos y Circasia y La Tebaida con 1 caso cada uno.

La EAPB que presenta el mayor número de casos de mortalidad es Cafesalud con 5 casos que corresponden al 42 % del total de sus pacientes notificados, seguida de Asmet Salud con 2 casos de mortalidad que corresponden al 33% de sus casos y Coomeva con 1 caso (25 % de sus casos).

**Tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años, Departamento del Quindío, semana epidemiológica 52, 2016**

AÑO	DEPARTAMENTO	Población <15 años	Frecuencia	Prevalencia por 100.000
2015	Quindío	164.796	2	1,2
2016	Quindío	163.850	8	4,8

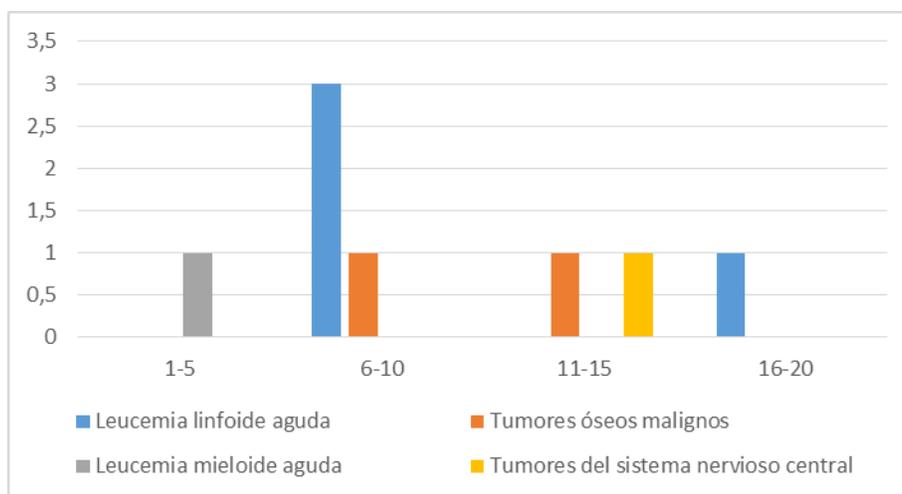
Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío. DANE: Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005 - 2020).



La tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años (incluye leucemia linfóide y mieloide aguda en menores de 15 años) es de 2,2 casos por 100 000 menores de 18 años en el país para el 2015.

En el departamento del Quindío la tasa de mortalidad para el 2015 fue de 1,2 casos por 100.000 menores de 18 años, sin embargo, en el 2016, se eleva muy por encima de la tasa nacional con 4,8 casos por 100.000 menores de 18 años.

**Mortalidad por tipo de tumor según grupo de edad. Departamento del Quindío, corte a semana epidemiológica 52, 2016**



Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío.

La mayor proporción de casos de mortalidad corresponden a personas del grupo de 6 a 10 años de edad con el 50 % (4/8), seguido del grupo de 11 a 15 años con el 25% (2/8) y los grupos de restantes con 1 fallecido respectivamente. Según tipo de tumor, la mayor proporción de casos de mortalidad se encuentra en personas con diagnóstico de leucemia linfóide aguda 50 % (4/8) con edades de 6 a 10 años, seguido de las personas con diagnóstico de tumores óseos malignos con edades entre los 6 y 15 años.

**COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VIGILANCIA DEL EVENTO**

**Oportunidad en la presunción del diagnóstico:** Mide el tiempo transcurrido entre la fecha de la consulta inicial y la fecha de resultado de pruebas diagnósticas que sugieran

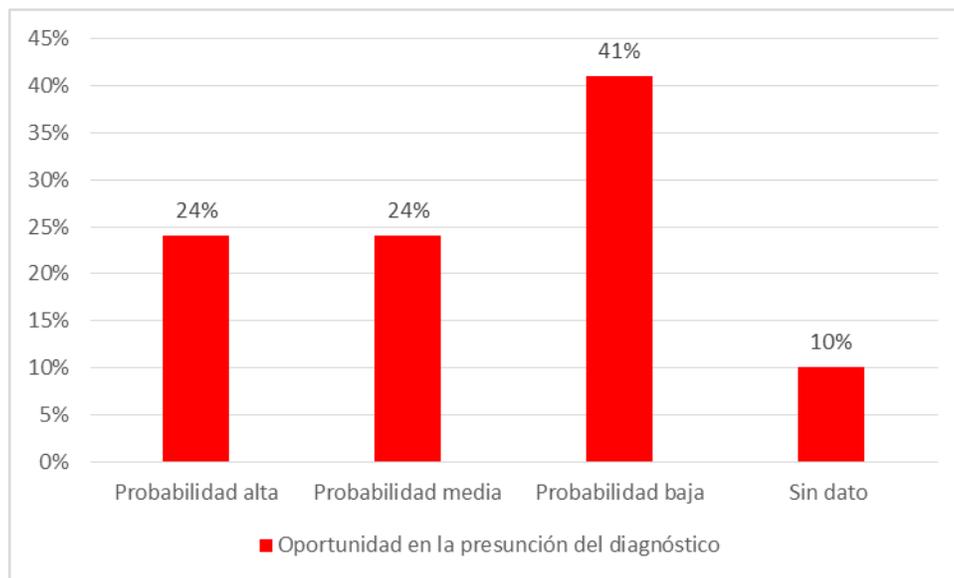


al médico tratante la probabilidad de cáncer. La oportunidad es alta cuando el tiempo transcurrido es de máximo dos días, media de tres a 10 días y baja cuando es mayor a 10 días. El 24% (7 casos) presentaron oportunidad alta y media para la presunción del diagnóstico y la mayoría de los casos presentaron una oportunidad baja con el 41% (12 casos).

El promedio en días entre la fecha de consulta inicial y la fecha de resultado de pruebas diagnósticas para cáncer infantil fue de 49,2 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 248 días.

No se pudo establecer la oportunidad en la presunción del diagnóstico en el 10% (3 casos) de los casos por errores en la calidad del dato que impidieron realizar la medición del indicador.

**Oportunidad en la presunción del diagnóstico cáncer en menores de 18 años. Departamento del Quindío, semana epidemiológica 52, 2016.**



Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío.

**Oportunidad en la confirmación del diagnóstico:** Mide el tiempo transcurrido entre la fecha de resultado de la prueba diagnóstica que sugiere al médico tratante la probabilidad de cáncer y la fecha de resultado de la prueba diagnóstica con la que se confirma el diagnóstico. La oportunidad es alta cuando el tiempo transcurrido es de máximo ocho

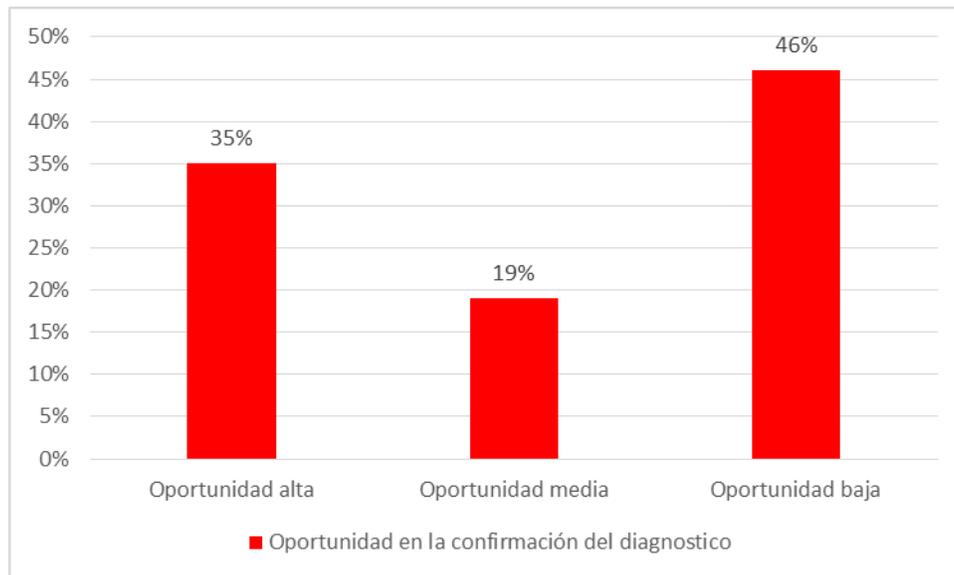


días, media de nueve a 15 días y baja cuando es mayor a 15 días. El cálculo de este indicador se realizó para los 26 casos confirmados de cáncer en menores de 18 años.

En el 35% (9 casos) tuvieron la oportunidad en la confirmación del diagnóstico alta, es decir menos de 8 días. El 19% (5 casos) tuvo oportunidad media y 46% (12 casos) oportunidad baja desde la presunción del diagnóstico hasta la confirmación del mismo.

El promedio en días fue de 20,1 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 102 días.

**Oportunidad en la confirmación del diagnóstico de cáncer en menores de 18 años, Departamento del Quindío, semana epidemiológica 52, 2016**

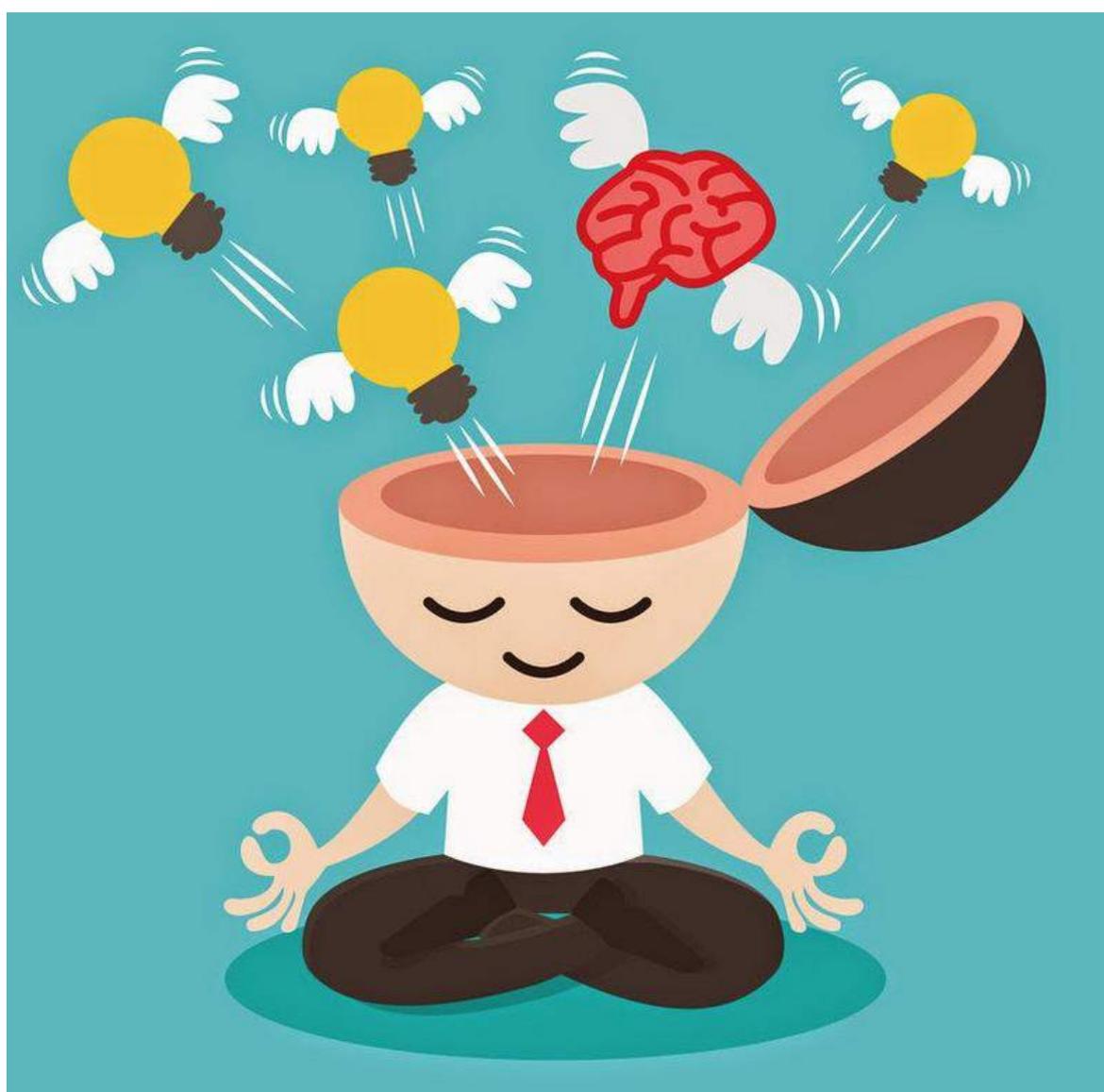


Fuente: Sivigila 2016. Dpto. Quindío.



## 14. EVENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL

278





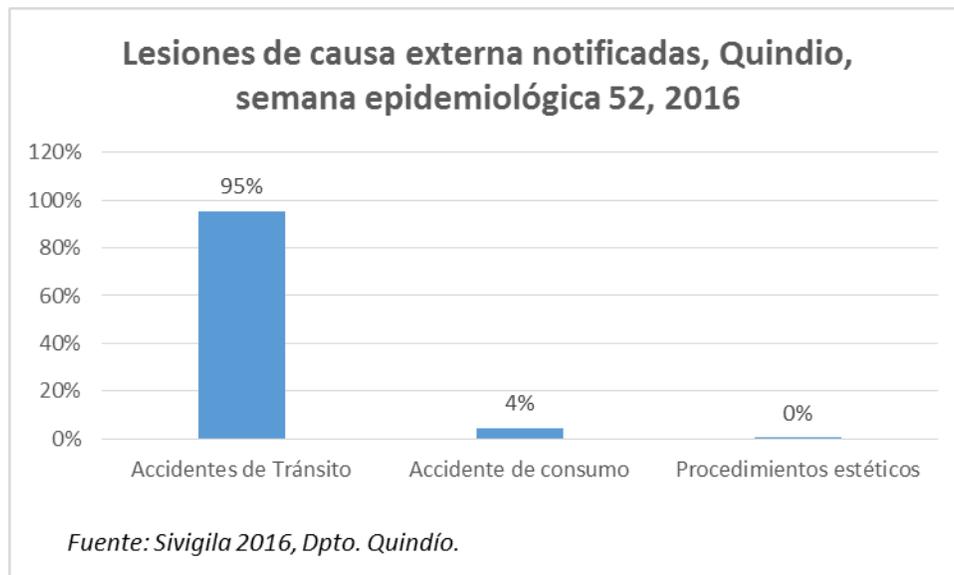
### 14.1 LESIONES DE CAUSA EXTERNA, CON CORTE A SEMANA EPIDEMIOLOGICA 52, QUINDIO, 2016.

Las lesiones de causa externa (LCE) son definidas como el daño o lesión en una persona en forma intencional o de manera no intencional. Esta lesión o daño puede originarse por un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc., puede ser mortal (lesión fatal) o no conducir a la muerte (lesión no fatal).

279

Son consideradas desde hace dos décadas como un problema sanitario a nivel mundial. Según datos de la OMS, aproximadamente 5,8 millones de personas mueren por año por estas causas, representando cerca del 10% del total de las muertes que se registran en el mundo.

En el departamento del Quindío, con corte a la semana epidemiológica 52 de 2016, se notificaron al sistema nacional de vigilancia en salud pública un total de 1259 lesiones de causa externa. 56 casos (4%) corresponden a accidentes de consumo, no se presentaron casos de lesiones en menor trabajador, 1201 (95%) corresponden a lesiones secundaras a accidentes de tránsito y 2 casos (0%) a lesiones ocasionadas por procedimientos estéticos.





Comportamiento demográfico y social de los casos de Lesiones de causa externa, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
SEXO	Masculino	765	61%
	Femenino	494	39%
ÁREA DE PROCEDENCIA	Cabecera municipal	1042	83%
	Rural disperso	175	14%
	Centro poblado	42	3%
TIPO DE RÉGIMEN	Especial	606	48%
	Contributivo	262	21%
	Indeterminado	192	15%
	Subsidiado	137	11%
	Excepción	32	3%
	No afiliado	30	2%
GRUPO DE EDADES	0-4	19	2%
	5-9	31	2%
	10-14	28	2%
	15-19	167	13%
	20-24	238	19%
	25-29	191	15%
	30-34	125	10%
	35-39	135	11%
	40-44	77	6%
	45-49	79	6%



	50-54	59	5%
	55-59	36	3%
	60-64	29	2%
	65-69	17	1%
	70-74	13	1%
	75-79	7	1%
	80-84	3	0%
	85-89	3	0%
	90-94	1	0%
	100-105	1	0%

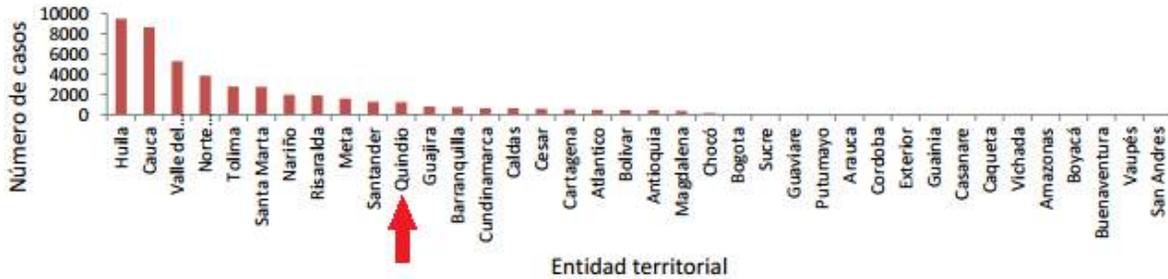
Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío

El 61 % de las lesiones de causa externa se registraron en la población de sexo masculino y el 39% en el sexo femenino. Con respecto al régimen de seguridad social en salud, el 48% pertenecen al régimen Especial, por ser la mayoría de reportes accidentes de tránsito, seguido del régimen Contributivo con el 21%.

El 19 % se registró en el grupo de 20 a 24 años, el 15% en el grupo 25 a 29 años y el 13% de 15 a 19 años. Por pertenencia étnica, 3 casos se notificaron en indígenas y 1 en Rom, gitanos. Según grupos poblacionales especiales, se reportaron 2 casos de personas discapacitadas y 2 gestantes en accidentes de tránsito. En los demás grupos solo se notificó 1 caso en cada clasificación.



Casos notificados de lesiones de causa externa por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Con respecto a la notificación nacional, el departamento ocupa el puesto número 11 en el evento de lesiones de causa externa. Haciendo claridad que se notificaron accidentes de tránsito hasta la semana 46, donde se expidió una circular departamental para hacer adherencia al protocolo de vigilancia para el evento, donde contempla la notificación de los accidentes de tránsito por fuentes secundarias.

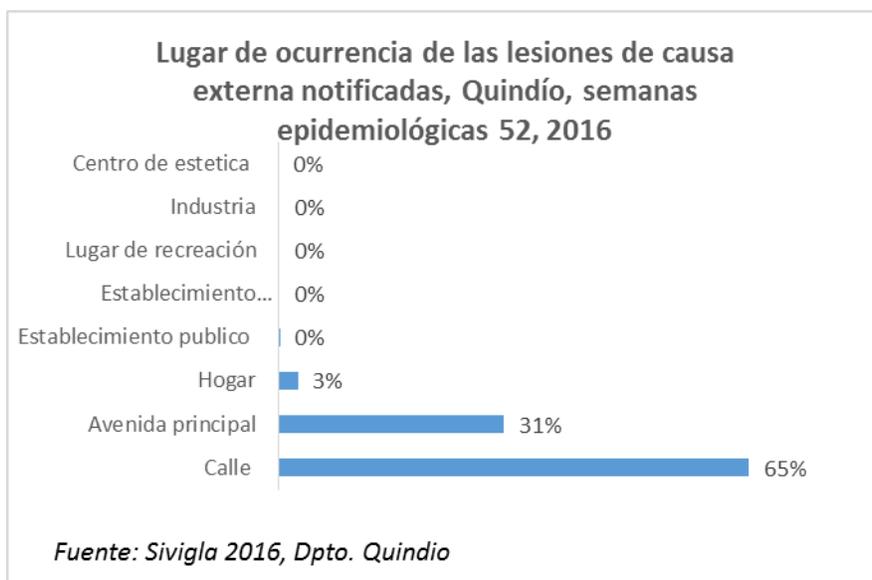
Casos notificados de Accidentes de tránsito por municipio de residencia, Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

MUNICIPIO	CASOS	%
ARMENIA	694	55%
MONTENEGRO	310	25%
CALARCA	65	5%
QUIMBAYA	41	3%
LA TEBAIDA	40	3%
CIRCASIA	30	2%
SALENTO	30	2%
PIJAO	20	2%
GENOVA	12	1%
CORDOBA	11	1%
FILANDIA	6	0%



Fuente: Sivigila 2016, Dpto Quindío.

El municipio de Armenia notifico el 55% de los casos, seguido de Montenegro con el 25%. Los demás municipios reportan menos del 10%.



Por lugar de ocurrencia, el mayor número de lesiones de causa externa notificadas a semana epidemiológica 52 en el departamento del Quindío es la calle, con 837 casos (65 %) y la avenida principal con 401 casos (31%).

**Lesiones de causa externa según el tipo de lesión ocasionada, Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016**

TIPO DE LESION	CASOS	%
Trauma leve, aplastamiento, aprisionamiento	688	47%
Herida, laceración, cortes	478	32%
Fractura, esguince y luxación	152	10%
Politrauma	85	6%



<b>Asfixia</b>	18	1%
<b>Quemaduras</b>	16	1%
<b>Amputación</b>	10	1%
<b>Hemorragia</b>	8	1%
<b>Embolia</b>	5	0%
<b>Perforación</b>	4	0%
<b>Necrosis</b>	4	0%
<b>Intoxicación, alergias</b>	2	0%
<b>Infección</b>	1	0%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto Quindío.

Según el tipo de lesión ocasionada, el mayor número se registró por trauma leve, aplastamiento, aprisionamiento con 688 casos (el 47 %), seguido de heridas, laceraciones o cortes con 478 (el 32%) y fractura, esguince, luxación 152 (el 10%), cabe anotar que un paciente puede tener más de una lesión.

**Parte del cuerpo afectada en las lesiones de causa externa, Quindío, semanas epidemiológicas 52, 2016**

<b>PARTE DEL CUERPO AFECTADA</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>Piernas</b>	500	22%
<b>Antebrazo</b>	276	12%
<b>Pies</b>	237	10%
<b>Piel</b>	227	10%
<b>Mano</b>	175	8%
<b>Brazo</b>	170	7%



Cráneo	124	5%
Tórax anterior	101	4%
Cara	99	4%
Muslos	64	3%
Pelvis	61	3%
Cuello	47	2%
Dedos de la mano	40	2%
Tórax posterior	38	2%
Abdomen	30	1%
Boca dientes	22	1%
Ojos	13	1%
Nariz	13	1%
Dedos pies	13	1%
Órganos internos	12	1%
Orejas	7	0%
Genitales	6	0%
Glúteos	1	0%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto Quindío

De acuerdo a las partes del cuerpo afectadas, el mayor número de lesiones se registraron en las piernas con el 22%, seguido de Antebrazos con el 12% y los pies y la piel con el 10%, cabe anotar que un paciente puede tener más de una lesión en diferentes partes del cuerpo.

**Elemento que ocasionó la lesión, Quindío, semanas epidemiológicas 52, 2016**



ELEMENTO QUE OCASIONÓ LA LESION	CASOS	%
Medios de transporte	1176	97%
Máquina	11	1%
Muebles, electrodomésticos y accesorios para el hogar y cocina	7	1%
Productos químicos	5	0%
Juguetes	5	0%
Vestimenta, accesorios y calzado	5	0%
Equipos deportivos y de ocio	2	0%
Animales	1	0%
Equipos de construcción, ferretería, iluminación y eléctricos	1	0%
Materiales escolares	1	0%
Equipos de comunicación y tecnología	1	0%
Belleza, cuidado personal e higiene	1	0%
Aparatología de uso estético	1	0%

Según el elemento que ocasionó la lesión, el mayor número de casos los aportan medios de transporte y sus accesorios con el 97% y en menor proporción máquinas y electrodomésticos.

Hasta el período epidemiológico XIII se notificaron 3 muertes por lesiones de causa externa secundarias a accidentes de tránsito, de los cuales 2 son de sexo masculino de 87 y 63 años y 1 de sexo femenino de 27 años. Según el régimen de afiliación en salud que tenía, 1 caso era no afiliado, 1 caso subsidiado perteneciente a la EPS Asmet Salud y 1 caso se registra con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Presentaron heridas, politraumatismos y hemorragias en cráneo, cara, tórax, abdomen, miembros superiores e inferiores, las heridas fueron causadas por medios de transporte, los accidentes ocurrieron en la calle y avenidas principales. 2 casos residían en Armenia y 1 en el municipio de Córdoba.



### LESIONES DE CAUSA EXTERNA SECUNDARIAS A CONSUMO DE PRODUCTO

En el departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, se notificaron un total de 56 casos de lesiones de causa externa, secundarias a producto de consumo, el 4% del total de reportes del evento.

#### Proporción de producto involucrado en las lesiones secundarias a producto de consumo, Quindío, semana epidemiológica 52, 2016

PRODUCTO INVOLUCRADO	CASOS	%
Maquina	11	20%
Muebles y accesorios de hogar y cocina	7	13%
Producto Químico	5	9%
Juguetes	5	9%
Vestimenta, accesorio y calzado	5	9%
Medios de transporte	4	7%
Equipo deportivo	2	4%
Animales	1	2%
Equipo de construcción	1	2%
Materiales escolares	1	2%
Equipo de comunicación y tecnología	1	2%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

Con respecto a la proporción de producto involucrado, la mayor proporción de lesiones las generaron las maquinas con el 20%, seguido de muebles y accesorios para el hogar y



cocina con el 13% y productos químicos, juguetes, vestimenta, accesorios y calzado el 9%.

**Proporción del tipo de lesión relacionada con consumo de producto, Quindío, semana epidemiológica 52, 2016**

TIPO DE LESION	CASOS	%
Herida	21	38%
Quemaduras	10	18%
Fractura	6	11%
Trauma	5	9%
Amputación	4	7%
Intoxicaciones	2	4%
Hemorragia	1	2%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

Las heridas, laceración y cortes, son el tipo de lesiones que se presentan en mayor proporción secundarias a consumo de productos, con un 38%, seguido de quemaduras 18%, Fracturas 11% y Trauma 9%, entre otras.

**Proporción de parte del cuerpo lesionada secundaria a consumo de productos, Quindío, semana epidemiológica 52, 2016.**

PARTE DEL CUERPO LESIONADA	CASOS	%
Cara	9	16%
Mano	9	16%
Dedos mano	7	13%
Cráneo	6	11%



Abdomen	6	11%
Órganos internos	6	11%
Boca, dientes	4	7%
Piernas	4	7%
Ojos	3	5%
Cuello	3	5%
Brazo	3	5%
Antebrazo	3	5%
Tórax anterior	3	5%
Nariz	2	4%
Orejas	2	4%
Tórax posterior	2	4%
Genitales	2	4%
Pies	2	4%
muslos	1	2%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

De acuerdo a la parte del cuerpo que resultó lesionada por consumo de producto, la cara y las manos fueron las de mayor proporción con el 16% cada una, seguida de dedos de la mano con un 13% y cráneo, abdomen y órganos internos con el 11% cada uno.

### LESIONES DE CAUSA EXTERNA SECUNDARIAS A EXPOSICIÓN LABORAL EN MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

Con corte a semana epidemiológica 52, no se notificaron casos de lesiones secundarias a exposición laboral en menores de 18 años, en el departamento del Quindío.

### LESIONES DE CAUSA EXTERNA SECUNDARIAS A PROCEDIMIENTOS ESTETICOS.



Con corte a semana epidemiológica 52 en el departamento del Quindío, se presentaron 2 casos de lesiones de causa externa secundarias a procedimientos quirúrgicos estéticos. Los cuales corresponden a dos mujeres de 20 y 30 años, con afiliación al régimen Contributivo 1 caso y el otro sin afiliación. Residentes en el municipio de Armenia.

Ambas pacientes fueron hospitalizadas. La mujer de 20 años la notifican con una embolia que afecta su cara, miembros superiores e inferiores, debido a un procedimiento quirúrgico en un centro estético. Requirió hospitalización en la UCI.

Y la mujer de 30 años con una infección en los glúteos ocasionada por elementos de belleza en procedimiento quirúrgico.

No se reportaron casos de mortalidad por este tipo de lesión de causa externa.

290

## LESIONES DE CAUSA EXTERNA SECUNDARIAS A ACCIDENTES DE TRANSITO

De acuerdo con el informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2013 de la Organización Mundial de la Salud OMS, las lesiones causadas por accidentes de tránsito se han convertido en la octava causa mundial de muerte y se han constituido en la primera causa de muerte en el rango de 15 a 29 años. Las tendencias actuales indican que, si no se toman medidas urgentes, los accidentes de tránsito se convertirán en 2030 en la quinta causa de muerte.

En Colombia, para el año 2014 y de acuerdo con la investigación realizada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF, la tasa de muertes por lesiones por Accidente de Tránsito por 100.000 habitantes fue de 13,43. Que, comparada con las tasas de los últimos diez años, es la tercera más alta, sólo superada por las presentadas en los años 2007 y 2008.

Para el análisis de los accidentes de tránsito que ocurrieron durante el 2016 en el departamento del Quindío, se emplearon las bases de datos suministradas por el Instituto Nacional de Medicina Legal, sede Quindío, de los lesionados y la información estadística del DANE para los fallecidos.

En el departamento del Quindío, se registraron en el 2016 un total de 1151 casos de lesionados por accidentes de tránsito y 89 fallecidos por la misma causa, con una disminución del 5,5% con respecto al año inmediatamente anterior en cuanto al número de víctimas de lesiones no fatales y una disminución del 8,7% con relación a las víctimas fatales de los accidentes de tránsito.

## LESIONADOS Y MUERTES POR ACCIDENTE DE TRANSITO SEGÚN MUNICIPIO DE OCURRENCIA DEL EVENTO



QUINDIO 2015 Y 2016

MUNICIPIO	2015		2016	
	LESIONADOS	MUERTOS	LESIONADOS	MUERTOS
ARMENIA	908	57	858	52
BUENAVISTA	1			
CALARCA	116	16	144	15
CIRCASIA	25	7	33	3
CÓRDOBA	1	1	1	2
FILANDIA	17		10	
GÉNOVA	1	4	3	
LA TEBAIDA	35	12	37	8
MONTENEGRO	43	8	41	1
PIJAO	1	1	1	1
QUIMBAYA	32	3	24	2
SALENTO	3	1	11	
<b>Total general</b>	<b>1183</b>	<b>111</b>	<b>1151</b>	<b>84</b>

Fuente: Medicina Legal

De acuerdo al municipio de ocurrencia del hecho, Armenia es el municipio donde más se presentaron accidentes de tránsito con el 75% de lesionados y el 61% de los fallecidos, seguido de Calarcá con el 12,5% de lesionados y el 18% de fallecidos, Montenegro con el 3,5% de víctimas no fatales, sin embargo, con 1 solo caso fallecido. La Tebaida con un 3,2% de lesionados y un mayor porcentaje en cuanto a víctimas fatales por accidentes de tránsito con un 9,5%.

Se reportaron 49 casos con residencias en otros departamentos como Antioquia, Cundinamarca, Caldas, Meta, Nariño, Risaralda, Tolima y Valle del Cauca. Los demás casos si reportan como residencia el departamento del Quindío.

**Sectores según municipio del hecho de los accidentes de tránsito. Quindío, semana epidemiológica 52, 2016**

MUNICIPIO	BARRIO	MUNICIPIO	BARRIO
ARMENIA	CENTRO	FILANDIA	CENTRO



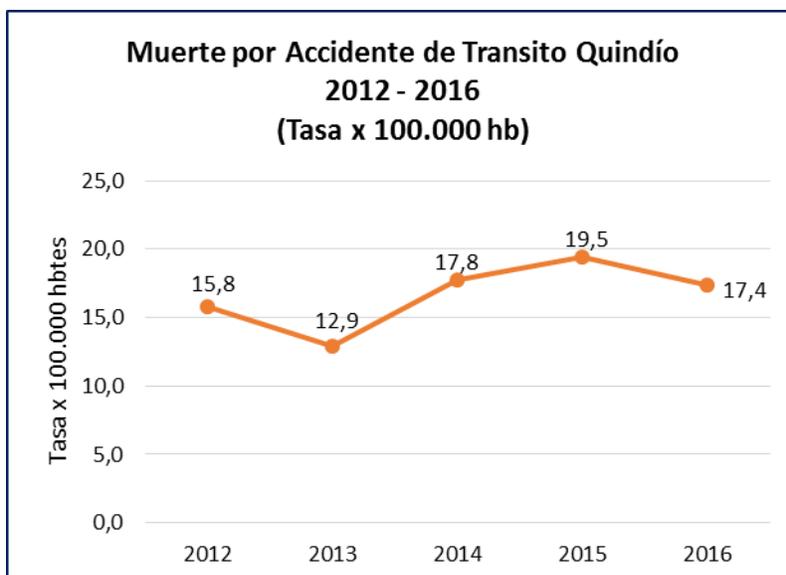
	AVENIDA BOLIVAR		VIA FILANDIA-QUIMBAYA
	GRANADA		VIA ARMENIA - PEREIRA
	SAN JOSE		EL RECREO
	VIA A TEBAIDA		VEREDAS
	AVENIDA CENTENARIO	<b>GENOVA</b>	CENTRO
	CARRERA 19		VÍA ARMENIA-GÉNOVA
	LAS AMERICAS		VEREDAS
	LA CEJITA	<b>LA TEBAIDA</b>	CENTRO
	VIA A PEREIRA		VIA LA PAILA ARMENIA
	VIA A MONTENEGRO		VIA ARMENIA
	GALAN		ACCION COMUNL
	VIA AL CAIMO		LA NUEVA TEBAIDA
	ESTADIO CENTENARIO		VIA LA TEBAIDA
<b>BUENAVISTA</b>	VEREDA LOS BALSOS	<b>MONTENEGRO</b>	CENTRO
<b>CALARCA</b>	CENTRO		VIA MONTENEGRO-PUEBLO TAPAO
	VEREDAS		VILLA JULIANA
	VIA CALARCA-ARMENIA		VIA MONTENEGRO-ARMENIA
	AVENIDA COLON		LA CANCHA
	BARCELONA		VIA MONTENEGRO - QUIMBAYA
	VIA CALARCA BARCELONA		VIA A MONTENEGRO
	VIA LA URIBE		<b>PIJAO</b>
GUADUALES LA ISLA	<b>QUIMBAYA</b>	CENTRO	
<b>CIRCASIA</b>		CENTRO	VIA MONTENEGRO FILANDIA
		VIA CIRCASIA PEREIRA	VÍA RURAL QUIMBAYA FILANDIA
	VÍA MONTENEGRO	VEREDAS	



	VIA A CIRCASIA		VIA PANACA
	LA PILASTRA	<b>SALENTO</b>	VÍA PEREIRA - ARMENIA
<b>CORDOBA</b>	VÍA PIJAO		VEREDAS

Fuente: Medicina Legal 2016

En la tabla anterior, se mencionan los sectores por municipio donde ocurrieron los accidentes de tránsito durante el 2016 en el departamento del Quindío, teniendo en cuenta la deficiente calidad del dato en la variable dirección.



La tasa de muertes por 100.000 habitantes en el departamento del Quindío para el 2016 fue de 17,4 notándose una disminución con respecto al año inmediatamente anterior donde se presentó la tasa más alta (19,5) de muertes por accidentes de tránsito en el último quinquenio.

**Comportamiento demográfico y social de Accidentes de tránsito. Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
----------	-----------	-------	---



<b>SEXO</b>	Hombre	727	62%
	Mujer	454	38%
<b>TIPO DE REGIMEN</b>	Régimen contributivo	610	52%
	Régimen subsidiado	456	39%
	No afiliado	57	5%
	Régimen de excepción	49	4%
	Sin información	9	1%
<b>PERTENENCIA ETNICA</b>	Sin pertenencia étnica	1151	97%
	Sin información	22	2%
	Negro/Afrodescendiente	6	1%
	Indígena	2	0%
<b>ESCOLARIDAD</b>	Secundaria	749	63%
	Primaria	221	19%
	Universitario	96	8%
	Técnico-Tecnólogo	59	5%
	Sin información	33	3%
	Transición	9	1%
	No aplica	9	1%
	Post grado	4	0%
	Diplomados, cursos	1	0%
<b>OCUPACION</b>	Oficios varios	273	29%
	Estudiante	224	24%
	Ama de casa / Encargado (a) del hogar	93	10%
	Oficiales y operarios de la construcción	76	8%



Agentes comerciales y corredores	53	6%
Ninguna	51	5%
Agricultores y trabajadores forestales, pecuarios y pesqueros	39	4%
Pensionados / Jubilados	26	3%
Vigilantes y celadores	22	2%
Médicos, profesionales en ciencias de la salud y afines	21	2%
Vendedores ambulantes	19	2%
Miembros de las Fuerzas Armadas y de Policía	19	2%
Vendedores a domicilio y por teléfono	17	2%
Otras ocupaciones no clasificadas	15	2%

Fuente: Medicina legal 2016

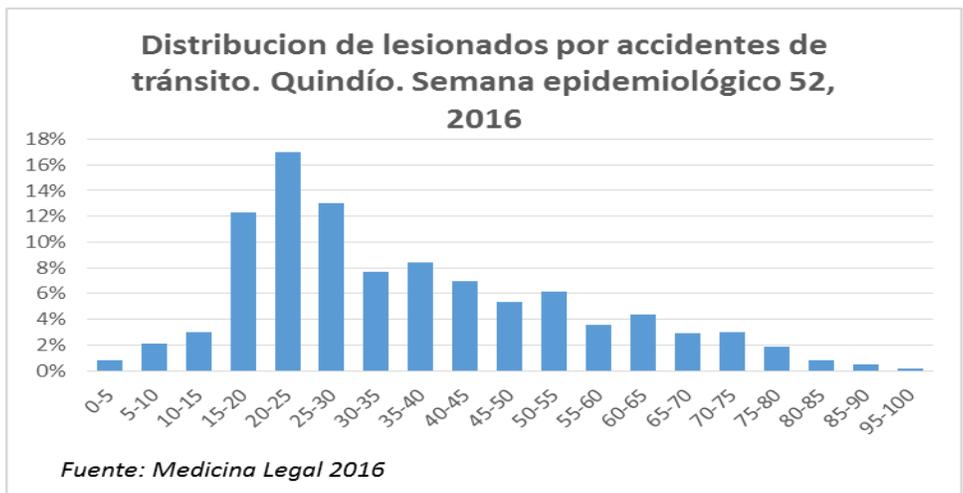
Con respecto al sexo de los lesionados por accidentes de tránsito durante el 2016, se puede observar como la mayor población corresponde al sexo masculino con el 62% (727 casos) y al sexo femenino 38% (454 casos).

Según el régimen de seguridad social en salud, el 50% se encuentran afiliados al Régimen Contributivo con un 52%, seguido del Régimen Subsidiado 39%, No Afiliados 5% y Régimen de Excepción 4%.

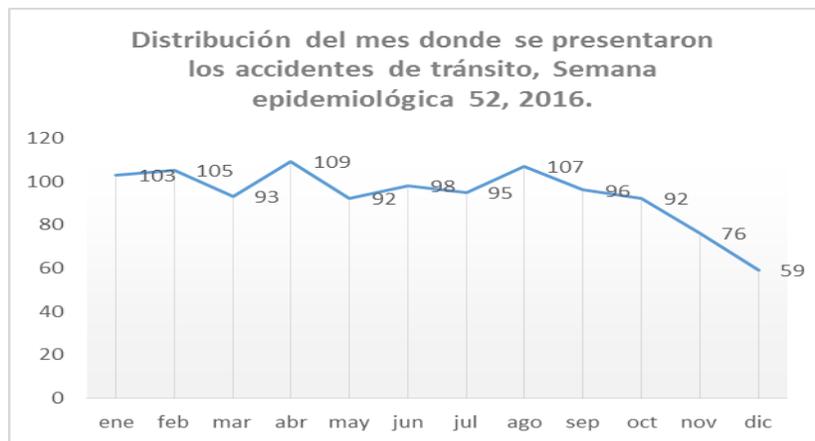
Por las poblaciones especiales o con algún tipo de vulnerabilidad según clasificación de Medicina Legal, 2 casos se presentaron en población indígena, 6 fueron afrodescendientes, 2 casos se reportaron con discapacidad auditiva y física.



De acuerdo al nivel de escolaridad de las personas lesionadas, el 63% de la población estudiaron hasta la secundaria o la están cursando en el momento del accidente. Seguido de la primaria con un 19% y Universitario 8%. Este comportamiento coincide con la profesión de la mayoría de lesionados por accidentes de tránsito que corresponde a oficios varios en un 29%, seguido de estudiantes 24% y ama de casa o encargado del hogar el 10%.

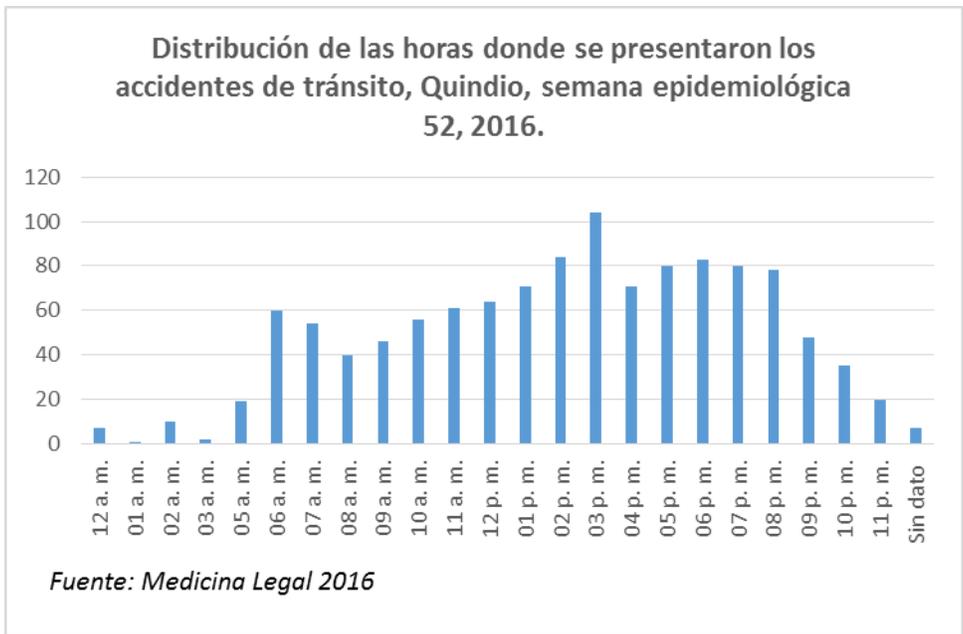


Con respecto a la edad de los lesionados por accidentes de tránsito durante el 2016, se puede observar el grupo de edad donde más se presentan esta entre los 20 y 25 años, seguido del grupo de 25 a 23 y 15 a 20, con casos en edades extremas mínima de menores de 1 año y máxima 97 años.

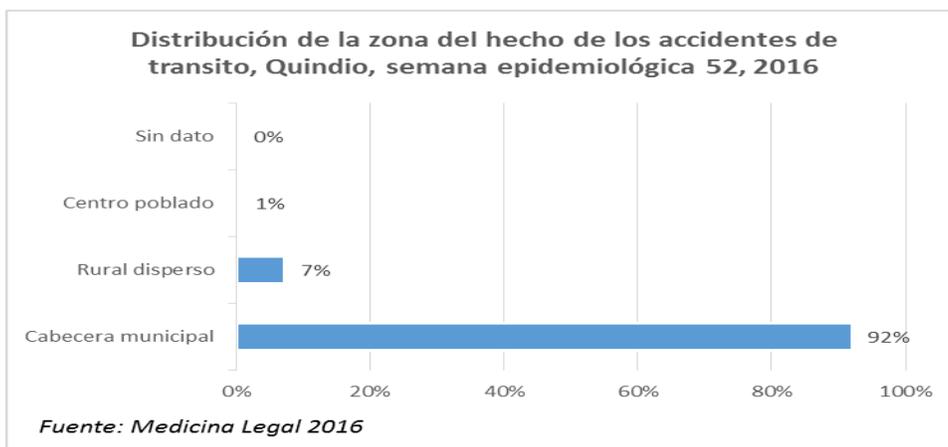




Con respecto al mes donde ocurrieron los accidentes de tránsito, se observa un comportamiento similar desde enero a octubre con un promedio de 93,7 casos mensuales. En temporada de fin de año, se presentó una disminución en el número de casos de 16 en noviembre y 33 en el mes de diciembre.



Según la hora en que ocurren los accidentes de tránsito donde han resultado personas lesionadas, se puede observar que el mayor número de casos ocurrió en las “horas pico”, donde las personas generalmente salen de sus trabajos hacia los hogares o viceversa. En la mañana de 6 am a 7 am, al medio día iniciando el aumento de casos desde las 11 am, presentando el mayor pico a las 3 pm y nuevamente aumentado de 5pm a 8 pm.



De acuerdo a la zona del hecho donde ocurrieron los accidentes de tránsito, el 92% se presentaron en la cabecera municipal, seguida de una menor proporción en rural disperso 7%.

**Escenario y actividad durante los accidentes de tránsito. Quindío, semana epidemiológica 52, 2016.**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
ESCENARIO DEL HECHO	Calle (Autopista, Avenida, dentro de la ciudad)	972	82%
	Carretera (Fuera de la ciudad)	172	15%
	Vía pública (Anden, Puente peatonal, Paradero, Zona verde, Etc.)	29	2%
	Área y/o establecimiento deportivo	4	0%
	Sin información	2	0%
	Espacios terrestres al aire libre (Bosque, Potrero, Montaña, Playa, Etc.)	1	0%
	Estacionamientos y parqueaderos	1	0%
ACTIVIDAD DURANTE EL HECHO	Actividades de desplazamiento de un lugar a otro.	1149	97%
	Actividades relacionadas con el trabajo remunerado	21	2%
	Actividades relacionadas con la asistencia a eventos culturales, de entretenimiento y/o deportivos	4	0%
	Actividades relacionadas con el cuidado no pagado de	3	0%



	miembros del hogar		
	Otra	3	0%
	Actividades relacionadas con los deportes y el ejercicio físico.	1	0%

Fuente: Medicina legal

El escenario que más reporto casos de accidentes de tránsito fue la Calle, se refiere a las Autopistas y Avenidas dentro de la Ciudad con un 82%, seguido de las Carreteras con un 15% que son las carreteras fuera de la ciudad y en menor proporción con un 2% en la Vía Pública, Paradero, Zona verde. En otras zonas como áreas recreativas, establecimiento deportivo, estación de buses, parqueaderos, fincas, granja y hacienda, se presentó 1 caso en cada una.

Según las actividades que se encontraban realizando las personas lesionadas en los accidentes de tránsito, las dos principales causas fueron con el 97% (1149 casos) actividades de desplazamiento de un lugar a otro y un 2% (21 casos) se encontraban haciendo actividades relacionadas con el trabajo remunerado, las demás actividades que se presentaron en una menor proporción se observan en la tabla anterior.

**Descripción de la información sobre el vehículo y tipo de accidentes de tránsito, Quindío, semana epidemiológica 52, 2016.**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
TIPO DE ACCIDENTE DE TRANSITO	Choque	876	74%
	Atropello	218	18%
	Caída del ocupante	65	6%
	Volcamiento	11	1%
	Lesión dentro de vehículo	10	1%
	Caída del vehículo a un precipicio	1	0%
VEHICULO	Motocicleta	783	66%
	Sin dato	217	18%
	Bicicleta	57	5%



	Automóvil	52	4%
	Bus	48	4%
	Buseta	8	1%
	Campero	8	1%
	Camioneta	5	0%
	Camión - Furgón	1	0%
	Motocarro	1	0%
	Motociclo	1	0%
<b>SERVICIO DEL VEHICULO</b>	Particular	882	75%
	Sin dato	217	18%
	Público	68	6%
	Oficial	8	1%
	Escolar	3	0%
	No reportado	3	0%
<b>CONDICION DEL LUGAR</b>	Normal	1098	93%
	Sin información	41	3%
	Lluvia	36	3%
	Otro	3	0%
	Viento	2	0%
	Granizo	1	0%

Fuente: Medicina legal 2016

De acuerdo a la tabla anterior, el choque es el tipo de accidente que más se presenta en el departamento del Quindío con un 74%, seguido del atropello con un 18% y en menor proporción caída del ocupante, volcamiento, caída y lesión dentro del vehículo.

El vehículo que más reporta accidentes de tránsito es la motocicleta con un 66% y un gran número de casos (18%) no presenta información sobre el vehículo involucrado. La



bicicleta, el automóvil y el bus también reportan una alta cantidad de accidentes de tránsito, generando un promedio de 52 de estos cada uno.

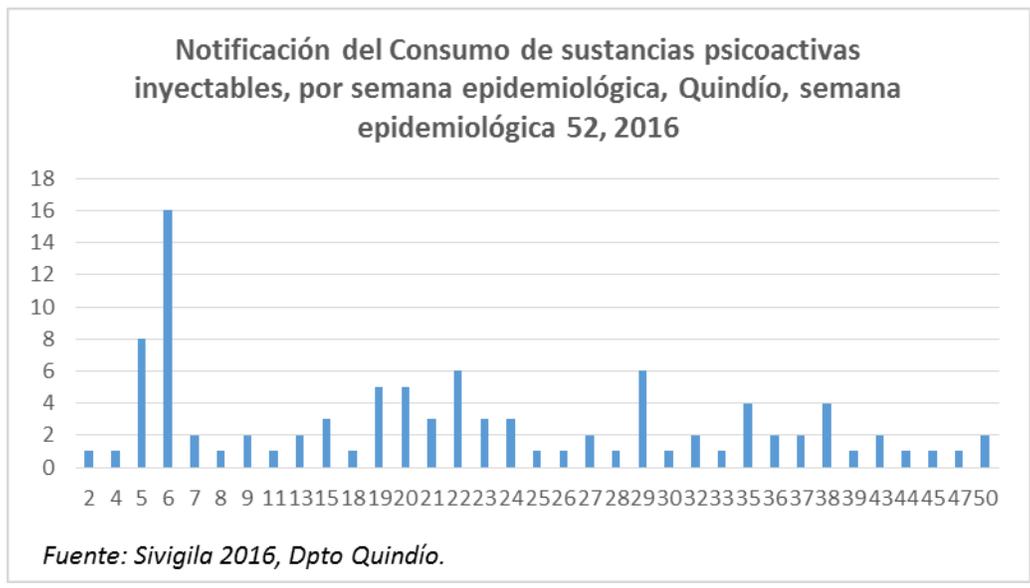
Según el servicio del vehículo la mayoría eran particulares, en un 75% de los casos. Igualmente se presenta la misma situación que en la variable vehículo, el 18% (217 casos) no registran información. Los vehículos de servicio público presentaron un 6% de accidentes.

La mayor proporción del lugar donde ocurrieron los accidentes de tránsito reportaron condiciones normales 93%, seguido de 3% sin información. En 36 casos las condiciones fueron lluviosas.

### 14.2 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFASIS EN SUSTANCIAS INYECTABLES

En Colombia, el consumo de sustancias psicoactivas tiene una alta prevalencia, en particular en lo que se refiere a las drogas ilegales donde el estimado de personas con posible abuso y dependencia es de 297.940 personas (Colombia, 2008).

En el departamento del Quindío, con corte a la semana epidemiológica 52, se notificaron al Sivigila un total de 98 casos, de los cuales 9 casos presentan dos registros que, por fecha de consulta, no corresponden al mismo episodio. Teniendo en cuenta esto, quedarían 89 casos de personas que utilizan las sustancias psicoactivas inyectables notificadas durante el 2016.





Hasta el periodo 13 de 2016 se notificaron 98 casos, el promedio semanal es de 2,8 casos a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Los mayores números de casos se presentaron durante las semanas 05, 06, 19, 20, 22, 29, 35, 38 respectivamente.

Comportamiento demográfico y social de los casos de Consumo de sustancias psicoactivas. Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
SEXO	Masculino	85	87%
	Femenino	13	13%
TIPO DE REGIMEN	Subsidiado	86	88%
	No afiliado	7	7%
	Contributivo	5	5%
GRUPOS POBLACIONALES	Centro psiquiátricos	19	19%
	Indigente	5	5%
	Víctimas de Violencia armada	1	1%
GRUPO DE EDADES	15-19	7	7%
	20-24	21	21%
	25-29	41	42%
	30-34	19	19%
	35-39	7	7%
	40-44	1	1%
	45-50	2	2%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.



El mayor número de personas que consumen sustancias psicoactivas inyectables, se presentó en hombres con un 87% (85 casos) y para las mujeres el 13% (13 casos)

Según el régimen de seguridad social en salud, la mayoría de casos notificados pertenece al régimen subsidiado el 88 % (86 casos), seguido por la población no afiliada con el 7% (7 casos) y por último el régimen contributivo con el 5 % (5 casos); el 13 % (125 casos) no presentan ningún tipo de afiliación al sistema seguridad social en salud.

El 100% casos notificados proceden de cabeceras municipales. Ninguno pertenece a una etnia.

De acuerdo a los grupos poblaciones, la mayoría de los casos se presentaron en población de centros psiquiátricos 19 casos (19%) en indigentes 5 casos (5%) y 1 caso en víctima de violencia armada.

El grupo de edad que más presenta número de casos, es el comprendido entre 25 a 29 año con el 42%, seguido de 20 a 44 años con el 21% y de 30 a 34 años el 19%. Edad mínima reportada 18 años y máxima 50 años.

**Número de casos por municipio de residencia de Consumo de sustancias psicoactivas inyectables, Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016**

MUNICIPIO	CASOS	%
ARMENIA	93	95%
CALARCA	2	2%
CIRCASIA	1	1%
LA TEBAIDA	1	1%
MONTENEGRO	1	1%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

De acuerdo a la notificación realizada en el Sivigila, el municipio con mayor número de casos fue Armenia, concentrado el 95% (93 casos) de los casos con consumo de sustancias psicoactivas inyectables, Calarcá con 2 casos y Circasia, La Tebaida Montenegro con 1 caso cada uno.



Edad y tipo de droga con que inicio el consumo de sustancias psicoactivas, Quindío, Semana epidemiológica 52, 2016

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
EDAD INICIO DE CONSUMO DE SPA	10-14	56	57%
	15-19	35	36%
	5-9	5	5%
	20-24	1	1%
	30-34	1	1%
DROGA CON QUE INICIO	Marihuana	75	77%
	Cocaína	8	8%
	Heroína	4	4%
	Tabaco	3	3%
	Basuco	3	3%
	Sustancias inhalables	2	2%
	Alcohol	2	2%
	Otras drogas	1	1%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío.

Según la edad de inicio de drogas, entre los 10 a 14 años iniciaron el 57% (56 casos), seguido del 36% que inicio entre los 15 y 19 años. Como se puede observar, el inicio del consumo de sustancias psicoactivas se está presentando en edades muy tempranas.

Edad y tipo de droga con que inicio el consumo de sustancias psicoactivas inyectas, Quindío, Semana epidemiológica 52, 2016

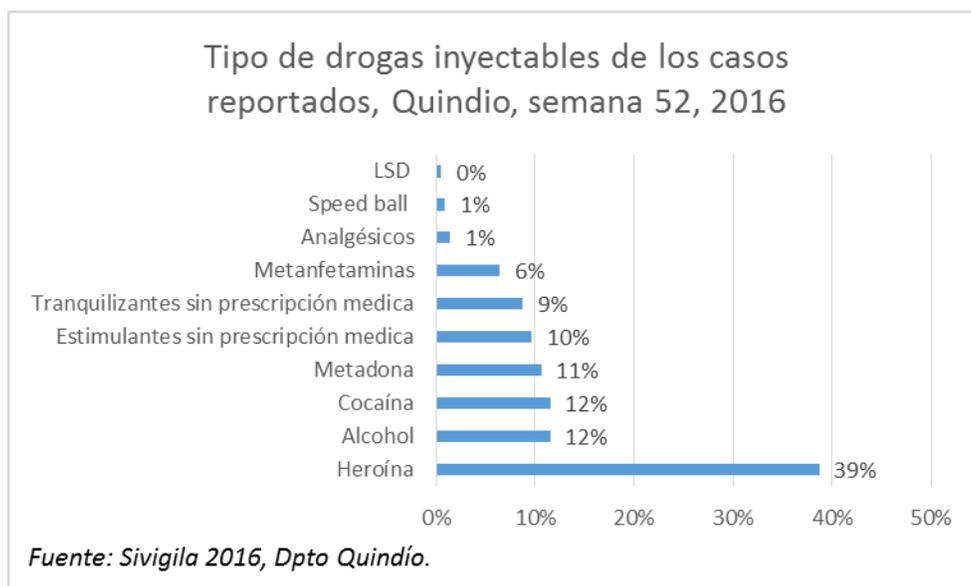
VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
----------	-----------	-------	---



<b>EDAD INICIO DROGA INYECTABLE</b>	10-14	6	6%
	15-19	39	40%
	20-24	35	36%
	25-29	11	11%
	30-34	4	4%
	35-40	3	3%
<b>DROGA CON QUE INICIO EL CONSUMO POR VIA INYECTADA</b>	Heroína	97	99%
	Metanfetamina	1	1%

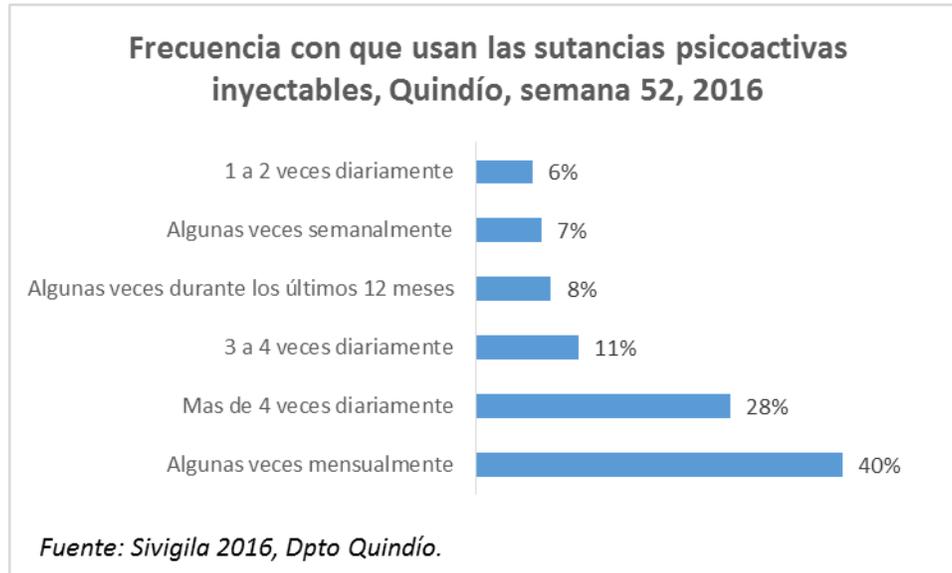
Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío

Con respecto a la edad de inicio de drogas inyectadas, el 40% (39 casos) lo hizo entre los 15 y 19 años, seguido entre los 20 y 24 años con el 36% y entre el 25 y 29 años el 11%. Un promedio de 5 años posterior al inicio de consumo de sustancias psicoactivas para el uso de drogas inyectadas. Y según la droga con que inicio el consumo de drogas por vía inyectada, el 99% iniciaron con heroína.





Según el tipo de droga inyectable que usaron los casos actualmente, la heroína es más utilizada con el 29%. Igualmente, usaron otros tipos de droga como la cocaína y el alcohol con un 12% y metadona el 11%.



De acuerdo a la frecuencia con que usan las sustancias psicoactivas inyectables, el 40% las usa algunas veces mensualmente, sin embargo, hay un gran porcentaje de la población, que las usa muy frecuentemente, más de 4 veces diariamente 28%, lo que evidencia el alto grado de adicción que genera este tipo de drogas. El 11% las usa 3 a 4 veces diariamente, el 8% algunas veces durante los últimos 12 meses.

En relación a las conductas de riesgo, la que ha tenido el 71% de la población que usa drogas inyectadas, refiere haber tenido relaciones sexuales sin preservativo cuando consume drogas por vía inyectada o a causa del consumo de drogas por vía inyectada.

Además, el 56% de los casos, ha compartido material utilizado en la inyección? (jeringas, filtro, cucharas, agua, torniquetes).

Con respecto a las sobredosis por uso de drogas inyectadas, el 10,2% tuvo una sobredosis en el último año y el 3% la tuvo durante el último mes.



COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VIGILANCIA DEL EVENTO

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	RESULTADO		
Impacto	Consumo de sustancias psicoactivas según grupos de edad	<b>Numerador:</b> Número de casos notificados en el período por grupo de edad <b>Denominador:</b> Número total de casos notificados	15-19	7	7%
			20-24	21	21%
			25-29	41	42%
			30-34	19	19%
			35-39	7	7%
			40-44	1	1%
			45-50	2	2%
			Hasta el período XIII se notificaron los siguientes casos de consumo de sustancias psicoactivas inyectables por grupos de edad: -15 a 19 años: 7 por cada 100 casos reportados. -10 a 24 años: 21 por cada 100 casos reportados. -25 a 29 años: 41 por cada 100 casos reportados. -30 a 34 años: 19 por cada 100 casos reportados. -35 a 39 años: 7 por cada 100 casos reportados. -40 a 44 años: 1 por cada 100 casos reportados. -45 a 50 años: 2 por cada 100 casos		

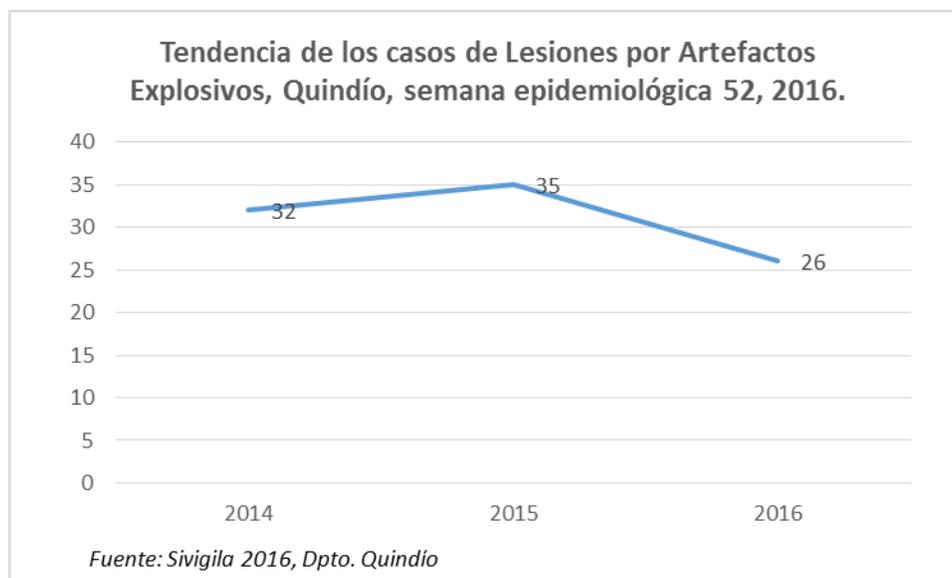


			reportados.
<b>Resultado</b>	Promedio de la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactiva según sexo.	<b>Numerador:</b> sumatoria de las edades de inicio de consumo por sexo <b>Denominador:</b> Número total de casos notificados por sexo	<b>MUJERES:</b> 181/13: 13,9 <b>HOMBRES:</b> 1200/85: 14,1  La edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres es de 13,9 años.  La edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas en los hombres es de 14, 1 años.
<b>Impacto</b>	Proporción de individuos notificados que consumen Sustancias por vía endovenosa por sexo	<b>Numerador:</b> Número de casos notificados que registran consumo de sustancias psicoactivas por sexo <b>Denominador:</b> Número total de casos notificados por sexo	<b>Mujeres:</b> 13/98=0,13 <b>Hombres:</b> 85/98=0,89  Con corte a semana epidemiológica 52, se notificaron 0,13 mujeres consumidoras de drogas inyectadas por cada 100 casos reportados.  Con corte a semana epidemiológica 52, se notificaron 0,89 hombres consumidores de drogas inyectadas por cada 100 casos reportados.



### 14.3 LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (PÓLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL). QUINDIO, CON CORTE A SEMANA EPIDEMIOLOGICA 52, 2016

Las lesiones por artefactos explosivos incluidas las minas antipersonal constituyen un problema de salud pública según la quincuagésima primera asamblea mundial de la salud reconociendo que la OMS debe contribuir a las actividades coordinadas del sistema de naciones unidas en contra de las minas antipersonal mediante el desarrollo de programas de salud pública para la prevención y el control de lesiones por minas antipersonal y declara que el daño causado por las minas antipersonal es un problema de salud pública e insta a los estados miembros a que presten la debida atención en los aspectos de salud pública de la convención y proporcionar los recursos necesarios para apoyar la aplicación del plan de acción de la OMS sobre las minas antipersonal ,teniendo en cuenta la necesidad de un enfoque integrado y sostenible.



Hasta el XIII periodo epidemiológico del 2016 se notificaron 26 casos de lesionados por Artefactos explosivos (MAP, MUSE y otro tipo de artefactos como: arma trampa, medios de lanzamiento, cilindro), con relación al año anterior, se observa una disminución de 9 casos.

Con respecto a la notificación nacional, el departamento del Quindío se ubica en el puesto número 15 según los casos notificados durante el 2016, como se observa en la siguiente tabla.

**Lesionados por pólvora, por entidad territorial de procedencia, y grupo de edad, Colombia, periodo XIII, 2016**

Lesiones por pólvora (n=972)				
Entidad territorial de procedencia	Mayor de 18 años	Menor de edad	Total	%
Antioquia	91	61	152	15,6
Valle Del Cauca	61	28	89	9,2
Cauca	35	30	65	6,7
Nariño	37	21	58	6,0
Cundinamarca	29	22	51	5,2
Bogota	24	24	48	4,9
Caldas	24	19	43	4,4
Tolima	23	20	43	4,4
Norte De Santander	24	14	38	3,9
Boyacá	20	13	33	3,4
Risaralda	12	18	30	3,1
Córdoba	9	20	29	3,0
Cesar	20	8	28	2,9
Magdalena	11	16	27	2,8
Quindío	13	13	26	2,7
Sucre	12	14	26	2,7
Huila	16	8	24	2,5
Atlántico	12	11	23	2,4
Bolívar	7	16	23	2,4
Santander	12	6	18	1,9
Barranquilla	12	5	17	1,7
La Guajira	9	8	17	1,7
Meta	2	13	15	1,5
Cartagena	8	5	13	1,3
Buenaventura	2	7	9	0,9
Putumayo	5	2	7	0,7
Santa Marta	2	4	6	0,6
Casanare	3	1	4	0,4
Amazonas	1	2	3	0,3
Arauca	2	0	2	0,2
Guaviare	1	1	2	0,2
Caquetá	1	0	1	0,1
Choco	1	0	1	0,1
Exterior	0	1	1	0,1
<b>Total general</b>	<b>541</b>	<b>431</b>	<b>972</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2016.

**Comportamiento demográfico y social de los casos de Lesiones por Artefactos Explosivos. Quindío, con corte a semana epidemiológica 52, 2016**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
SEXO	Masculino	21	81%
	Femenino	5	19%
AREA DE PROCEDENCIA	Urbana	26	100%



<b>TIPO DE REGIMEN</b>	Contributivo	13	50%
	Subsidiado	12	46%
	Excepción	1	4%
<b>GRUPO DE EDAD</b>	5-9	1	4%
	10-14	9	35%
	15-19	6	23%
	20-24	3	12%
	25-29	1	4%
	30-34	1	4%
	35-39	1	4%
	40-44	1	4%
	45-49	2	8%
	50-54	1	4%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío

De los casos notificados durante el 2016 de Lesionados por Artefactos Explosivos, el 81% (21 casos) fue población de sexo masculino y el 19% (5 casos) de sexo femenino. El 100% de la población procede del área urbana.

El 50% (13 casos) pertenecían al régimen Contributivo, el 46% (12 casos) al régimen Subsidiado y el 4% (1 caso) al de excepción.

La mayor frecuencia de casos de lesionados por Pólvora se observó en el grupo de edad de 10 a 14 años con 35%, seguido del grupo de 15 a 19 años el 23%.

No se reportaron casos con alguna pertenencia étnica ni de grupos poblacionales especiales.



A continuación, se mencionan los sectores por municipio en donde más se presentaron casos de intoxicación durante el 2016 en el departamento del Quindío, teniendo en cuenta la deficiente calidad del dato en la variable dirección.

**Sectores según municipio de residencia de los casos de Lesionados por artefactos explosivos. Quindío, semana epidemiológica 52, 2016**

MUNICIPIO	BARRIO
ARMENIA	7 DE AGOSTO
	ARMENIA QUINDIO
	AURORA
	BOSQUES DE GIBRALTAR
	FACHADA
	GIBRALTAR
	LA CASTELLANA
	LA FACHADA
	LA ISABELA
	LA MILAGROSA
	LA PATRIA
	LA VIRGINIA
	LAS ACACIAS
	LAS COLINAS
	POPULAR
SIMON BOLIVAR	
URBANIZACIÓN CHILACO	
VILLA LILIANA	
GENOVA	CENTRO
LA TEBAIDA	EL CANTARITO
	NUEVA TEBAIDA



MONTENEGRO	VILLA JERUSALEN
QUIMBAYA	CIUDADELA

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío

**Proporción de lesionados por Artefactos explosivos según grupo de edad por municipio. Quindío, semana epidemiológica 52, 2016**

MUNICIPIO	MENORES DE 18 AÑOS	MAYORES DE 18 AÑOS	TOTAL	%
ARMENIA	12	9	21	81%
LA TEBAIDA	2		2	8%
GENOVA		1	1	4%
MONTENEGRO		1	1	4%
QUIMBAYA		1	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío

Hasta la semana epidemiológica 52, las entidades territoriales con mayor frecuencia de casos de lesionados por pólvora fueron: Armenia con el 81% de los casos (21), La Tebaida con el 8% (2 casos), Génova, Montenegro y Quimbaya con 1 caso cada uno.

En relación al grupo de edad, Armenia tuvo la mayor proporción de lesionados menores de edad con 12 casos (46%), seguido de La Tebaida con 2 casos (7,6%).

**Proporción de casos de cáncer de mama por asegurador, Departamento del Quindío, con corte a semana epidemiológica 52 del 2016**

EAPB	CASOS	%
Cafesalud	7	27%
Nueva EPS	7	27%



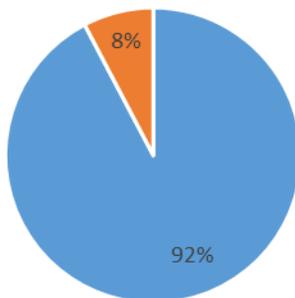
Asmet salud	6	23%
SOS	2	8%
Caprecauca	1	4%
Sanitas	1	4%
Coomeva	1	4%
Policía Nacional	1	4%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) como Cafesalud E.P.S 27%, Nueva EPS 27%, Asmet Salud 23% y SOS 8% son las que tienen el mayor número de afiliados que tuvieron lesiones por artefactos explosivos durante el 2016 en el departamento del Quindío.

### Distribución del tipo de artefacto que produjo la lesión. Quindio, semana epidemiológica 52, 2016

■ Artefacto pirotécnico ■ Otros materiales explosivos



Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío



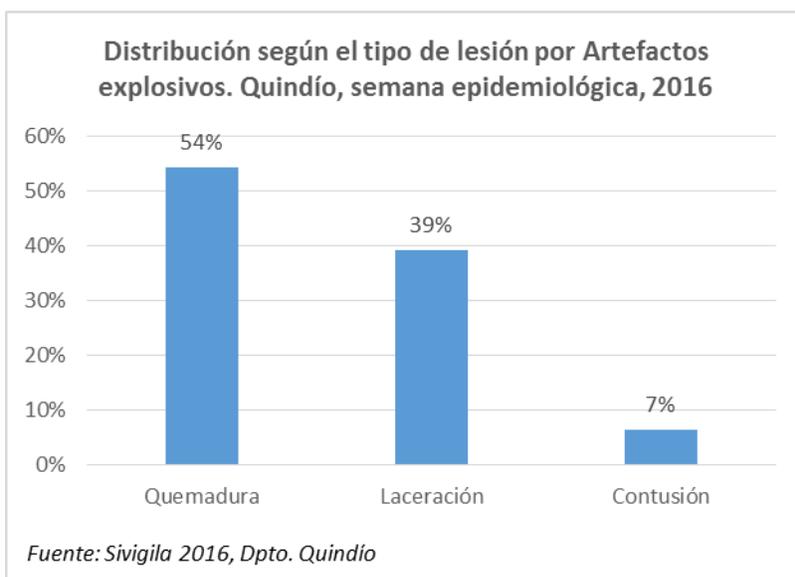
Según el tipo de artefacto que produjo la lesión de los casos notificados al Sivigila, el 92% (24 casos) fue ocasionada por artefactos pirotécnicos y el 8% (2 casos) fue debido a otros materiales explosivos.

**Distribución de las lesiones por pólvora por actividad en la que se presentó el evento y el tipo de artefacto pirotécnico. Quindío, semana epidemiológica 52, 2016**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
ACTIVIDAD EN QUE SE PRESENTO EL EVENTO	Manipulación	15	63%
	Otro	5	21%
	Observador	4	17%
TIPO DE ARTEFACTO PIROTÉCNICO	Otro	11	46%
	Totes	4	17%
	Cohetes	3	13%
	Volcanes	3	13%
	Pito	1	4%
	Voladores	1	4%
	Sin dato	1	4%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío

En las lesiones por pólvora el 63 % se presentaron durante la manipulación de artefactos explosivos, seguido de otro tipo de actividades con el 21% y el 17% como observador. De acuerdo al tipo de artefacto pirotécnico que ocasionó la lesión, otros que hace referencia a papeletas, sirenas y pitos, fueron los más utilizados en el 46% de los casos, seguido de totes en el 17% y cohetes y volcanes con el 13%.



Teniendo en cuenta que las lesiones por Artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) usualmente no son de carácter único, en las características clínicas de los casos notificados se encontró que la lesión más frecuente fue la quemadura con el 54%, seguida de la Laceración 39% y contusión 7%.

**Distribución de lesiones por pólvora según el sitio, grado y extensión de las quemaduras, Quindío, semana epidemiológica, 2016**

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
<b>SITIO DE LA QUEMADURA</b>	Mano	19	68%
	Cara	5	18%
	Pliegues	1	4%
	Tronco	1	4%
	Miembro superior	1	4%
	Miembro inferior	1	4%
<b>GRADO DE LA QUEMADURA</b>	Primer grado	7	28%
	Segundo grado	15	60%
	Tercer grado	3	12%



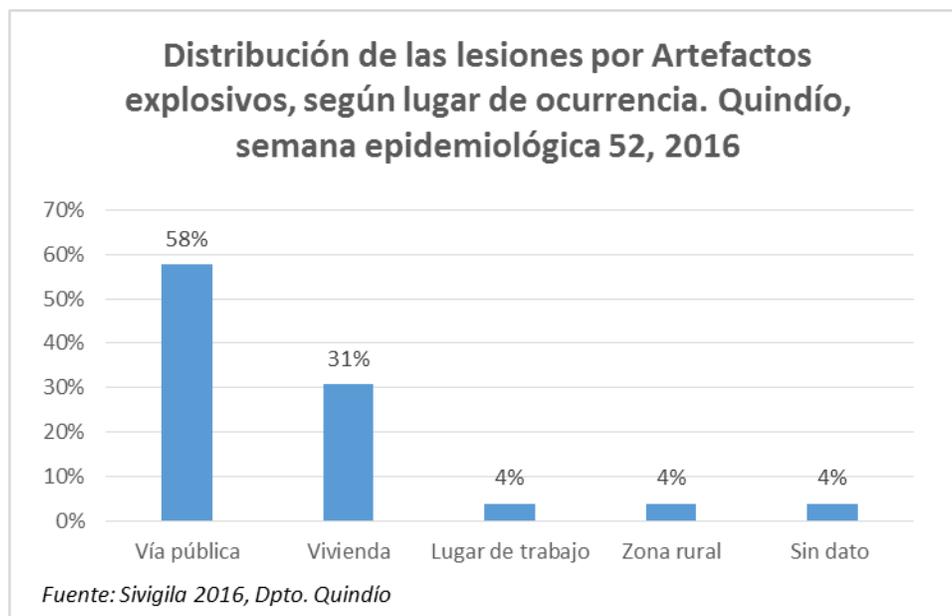
<b>EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA</b>	< o igual a 5	21	84%
	6% al 14%	3	12%
	> o igual 15	1	4%

Fuente: Sivigila 2016, Dpto. Quindío

De los 25 casos notificados de lesionados por Artefactos explosivos, con tipo de lesión quemadura, se observa que el sitio anatómico más comprometido fue la mano con el 68% (19 casos), seguido de la cara con un 18% (5 casos). En cuanto al grado de la quemadura las más frecuentes fueron las de segundo grado 60% (15 casos) y en menor proporción primer grado 28% (7 casos) y en la mayoría casos con una extensión menor o igual al 5%.

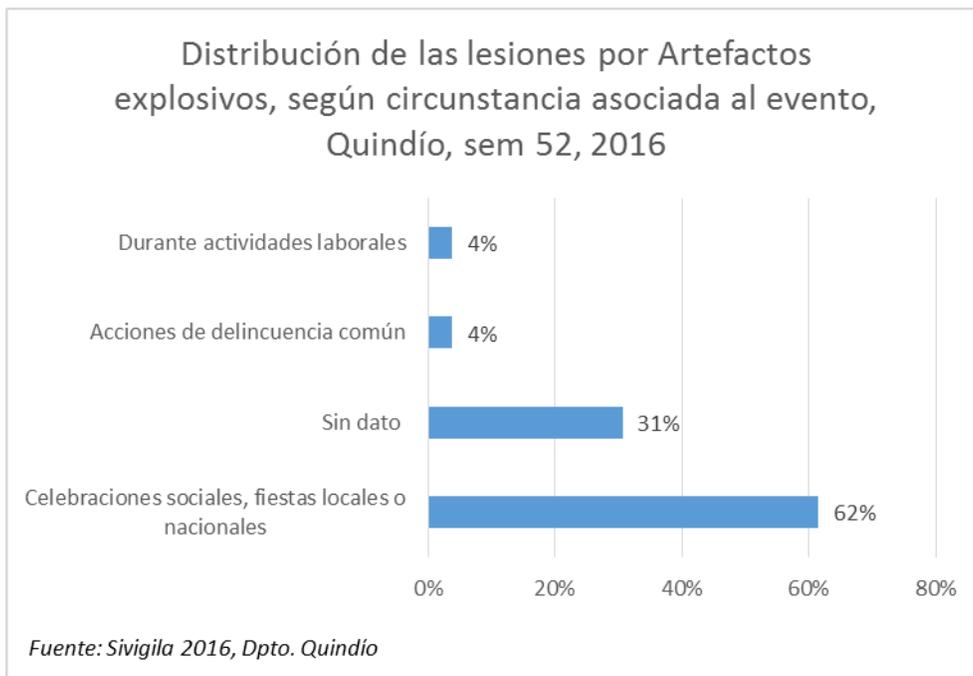
De acuerdo a otros tipos de lesión, solo reportan 1 caso con amputación en dedos de la mano, debido a la manipulación de un cohete. Con daño ocular notifican 3 casos, ocasionados por manipulación de artefactos pirotécnicos como papeletas, totes y pitos y 1 caso que refiere otro tipo de lesión como onicectomía por manipulación de una papeleta, los hechos anteriormente mencionados, ocurrieron durante celebraciones sociales.

Igualmente se presentó 1 caso con fractura de hueso del mano causado por otros materiales explosivos en la zona rural, que no corresponde a la vigilancia intensificada en temporada decembrina.





De los 26 casos notificados de Lesiones por Pólvora el 58 % ocurrieron en la vía pública, seguido de la vivienda con el 31 %. De los casos que se presentaron por lesiones de otros materiales explosivos, 1 de ocurrió en el lugar de trabajo y otro en zona rural.



En cuanto a las circunstancias asociadas al evento el 62 % se registraron en celebraciones sociales, fiestas locales o nacionales, seguido de sin dato con el 31% y en menor proporción acciones de delincuencia común 4% y durante actividades laborales 4%.

No se presentaron casos de mortalidad en el departamento del Quindío, durante el 2016 para el evento.

**COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VIGILANCIA DEL EVENTO**

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RESULTADO
<b>Incidencia</b>	Número de casos por departamento/ total población departamento	$26/568.506 * 100.000 = 4,6$



	*100.000 habitantes	<p>Durante el 2016 se presentaron 4,6 casos de lesionados por artefactos explosivos por cada 100.000 habitantes en el Departamento del Quindío.</p> <p>La incidencia nacional general del evento es de 3,4 por cada 100 000 habitantes.</p>
--	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

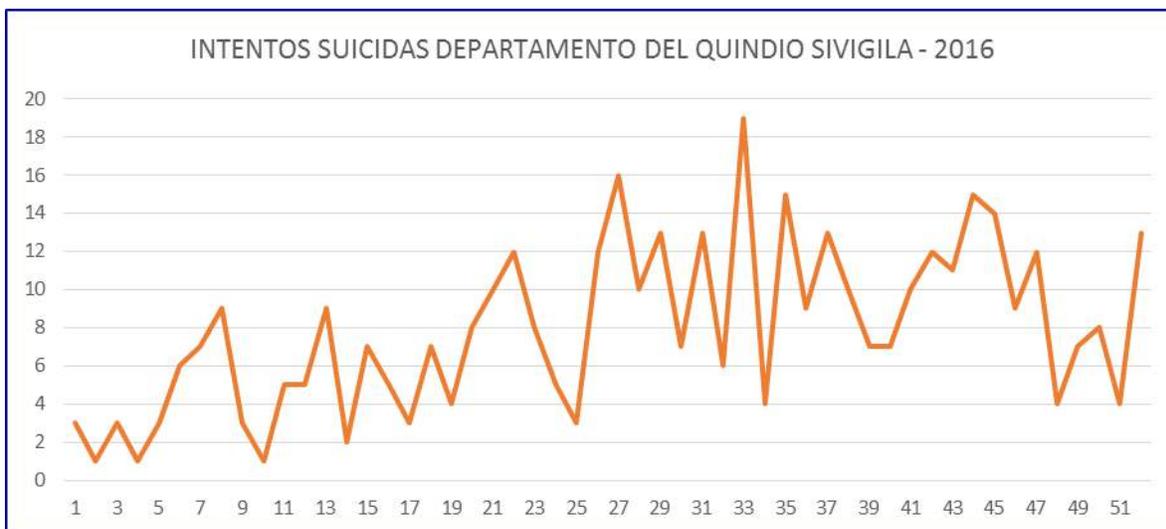
### INTENTOS SUICIDAS DEPARTAMENTO DEL QUINDIO 2016

El monitoreo del Intento Suicida por parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, se inicia a partir de la vigencia 2016, momento en el que se genera la ficha de reporte y el protocolo de Vigilancia Epidemiológica pertinente, por parte del Instituto Nacional de Salud; con el fin de establecer su tendencia y factores determinantes, logrando una herramienta informativa que permita el desarrollo de políticas, estrategias de prevención y control en el territorio.

Por lo anterior se categoriza como caso confirmado; la conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe la evidencia implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

(Instituto Nacional de Salud, 2016)

Gráfico. Comportamiento semanal de los Intentos suicidas reportados al SIVIGILA – Dpto. del Quindío 2016.

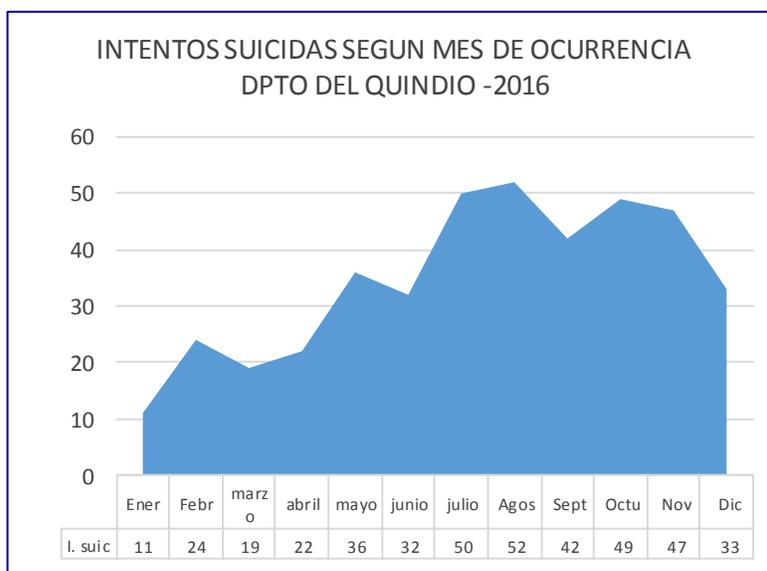


FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

El grafico anterior muestra el comportamiento de los casos reportados por semanas epidemiológicas, evidenciándose una tendencia inestable, siendo la semana epidemiológica No. 33, la de mayor comportamiento, seguida de la semana epidemiológica No. 27. Mostrando un incremento significativo en el comportamiento a partir del mes de julio de 2016.

Es importante tener en cuenta para el presente análisis, que siendo un evento que ingresa nuevo para la vigencia 2016, pueden presentarse comportamientos de este tipo, debido a la implementación y capacitación dada al personal encargado del proceso de reporte.

Grafica. Intentos Suicidas por mes de ocurrencia Dpto. del Quindío 2016



El comportamiento presentado por los Intentos Suicidas, según mes de ocurrencia, evidencia que los meses de Julio y Agosto de 2016, fueron los de mayor comportamiento, seguido de los meses de Octubre y noviembre de la misma vigencia.

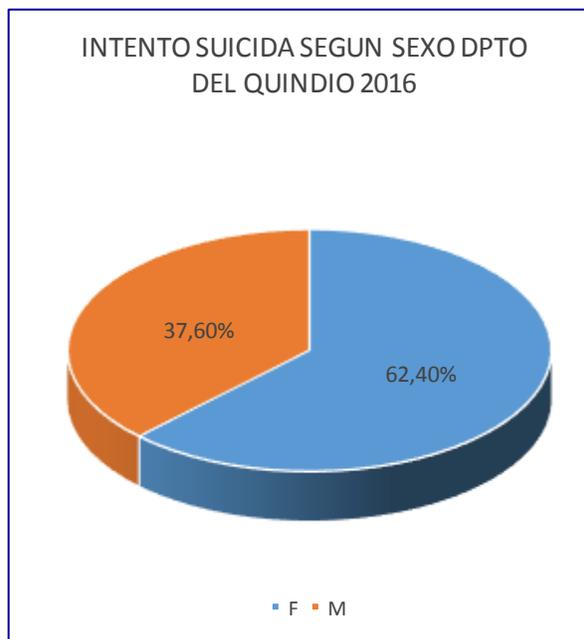


Como situación de interés, se evidencia un descenso en el mes de diciembre de 2016.

FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

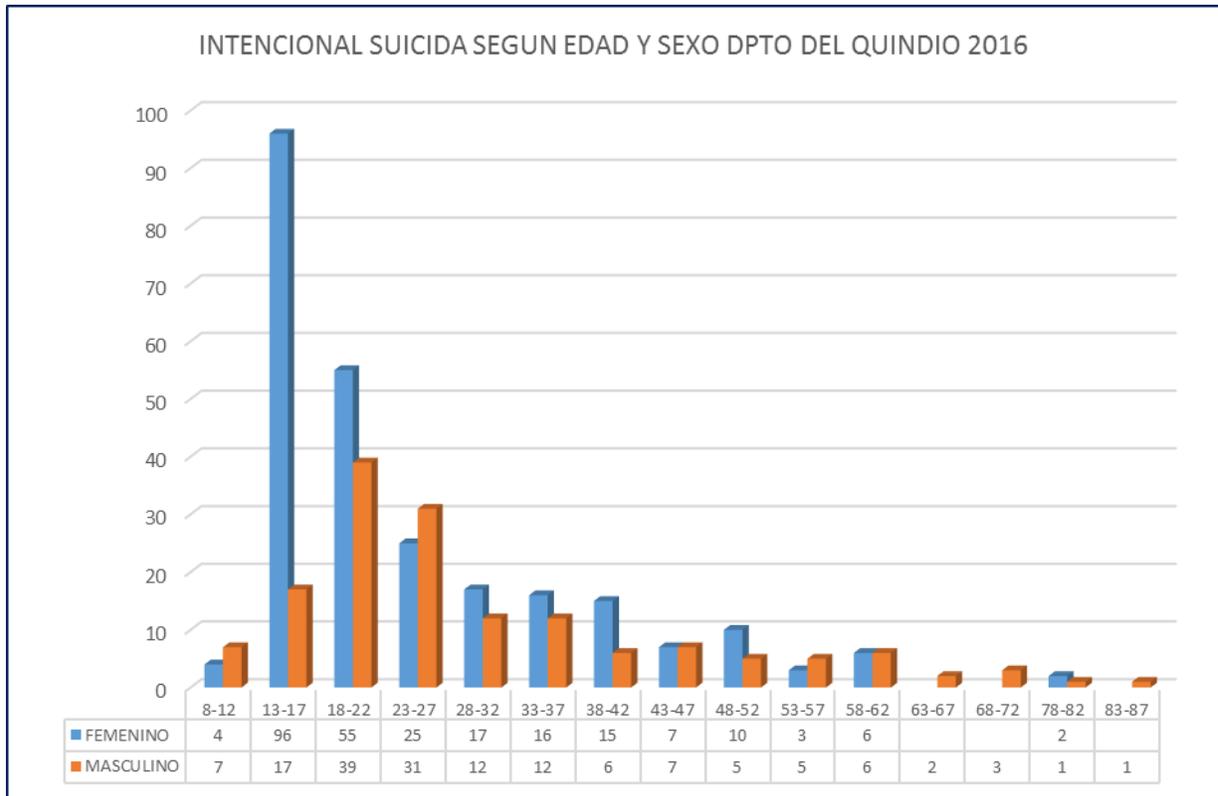
Gráfica. Intentos Suicidas según sexo, Dpto. del Quindío 2016

La intencionalidad suicida de acuerdo a lo reportado al SIVIGILA, se presenta en un 62.4% en el sexo femenino, correspondiendo al mayor número de casos y el sexo masculino se muestra con un 37.6%



FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

Gráfica. Intentos Suicidas según sexo y edad de los casos. Dpto. del Quindío 2016



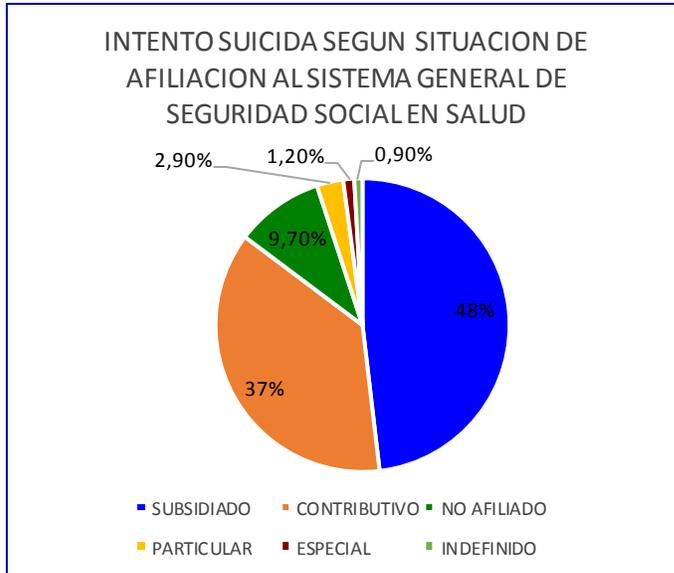
FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

El rango etareo de mayor incidencia, corresponde a la población de 13 a 17 años de edad, siendo evidente que el sexo femenino es el de mayor causalidad, superando en forma significativa el comportamiento evidenciado en los demás rangos, en segundo lugar se encuentran los intentos suicidas en la población de 15 a 22 años de edad, en el rango de 23 a 27 años de edad, a diferencia de los demás rangos evaluados, se identifica que el sexo masculino, supera en número al sexo femenino.

Es importante además tener en cuenta los casos reportados en los rangos etareos extremos, encontrando como edad mínima los 8 años de edad, siendo el rango de 8 a 12 años el de mayor impacto social, evidenciando mayor comportamiento en el sexo masculino, otro grupo de impacto son los de 63 y más años, en los que es evidente la afectación del sexo masculino, encontrando como rango máximo los 84 años de edad. Lo anterior muestra la necesidad de instaurar acciones de prevención de las enfermedades mentales y promoción de estilos de vida saludables acordes a los ciclos vitales afectados.



Grafica. Intencional Suicida según Situación de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dpto. del Quindío 2016

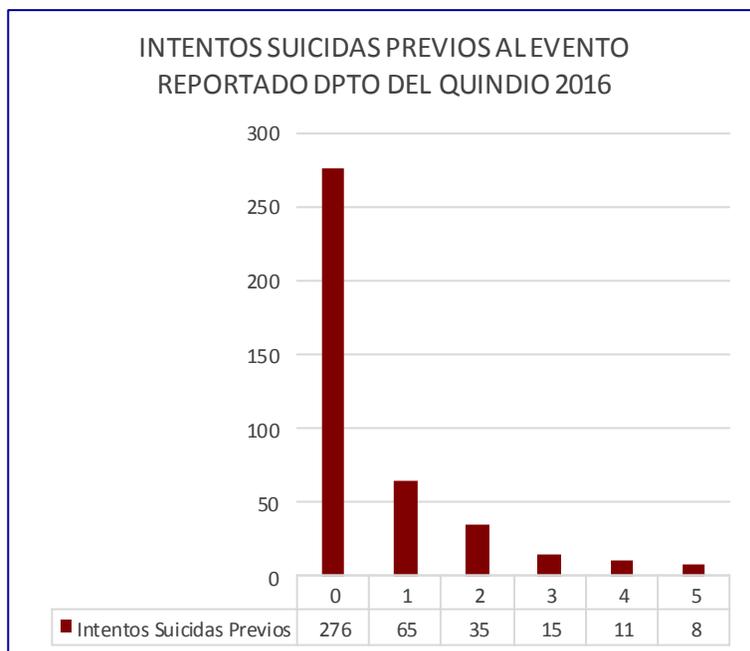


El 48% de los casos reportados pertenecen al régimen subsidiado en salud, el 37% al régimen contributivo, el 9.7% corresponde a población No afiliada, se clasifica el 2,9% como régimen particular, el 1,2% régimen especial y finalmente el 0.9% se clasifica como Indefino, dado que no se encuentran identificados en las bases de aseguramiento dispuestas a nivel Nacional.

FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

Gráfica. Intentos Suicidas previos al evento reportado Quindío - 2016

El 67,3% de los casos reportados en la vigencia 2016, informan el evento notificado como su única situación, El 32,7% del total de casos reportados (134) presentan intentos de suicidio previos, encontrando que el 16% informa un intento previo, el 8,5% cuentan con dos intentos previo, lo que aumenta su clasificación de riesgo, el 3,6% tres intentos previos, el 2,7% cuenta con 4 intentos previos y el 1,9% refieren 5 intentos previos.

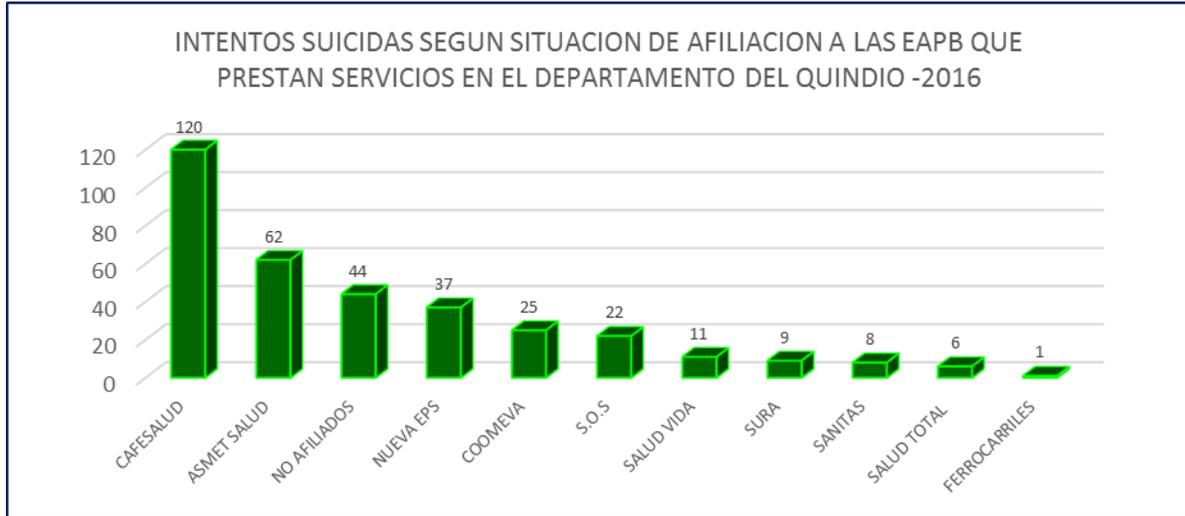


De acuerdo a los análisis realizados a nivel Nacional

entre más aumente el número de intentos previos, el riesgo vital es mucho mayor.



FUENTE: SIVIGILA – SSDQ



324

FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

Es importante conocer el comportamiento de los Intentos Suicidas, según las EAPB correspondientes que prestan Servicios en el Departamento del Quindío, dada la necesidad de generar acciones encaminadas al mejoramiento de la atención integral de los pacientes que requieren intervenciones en Salud Mental en coordinación con las entidades aseguradoras responsables de la oferta de servicios relacionados a sus afiliados de acuerdo a la normatividad vigente.

Es así, que CAFESALUD aporta el mayor número de casos, seguido de Asmet Salud, situación relacionada en forma directa al número de usuarios que acogen, lo que las obliga a tener programas de promoción de la salud mental y prevención de la Intencionalidad Suicida fortalecidos, garantizando una cobertura efectiva, en tercer lugar se encuentra la población No afiliada, que cuenta con una importante presencia en la causalidad del evento, dada la necesidad de proyectar acciones desde el ente Departamental de Salud a este respecto, continua Nueva EPS, COOMEVA, S.O.S. Salud Vida, SURA SANITAS, SALUD TOTAL y FERROCARRILES, entidades que a pesar de presentar un número menor de casos requieren adelantar acciones en pro de la garantía de la salud mental de sus afiliados.

Tabla. Factores Desencadenantes, Intentos de Suicidio Dpto. del Quindío 2016

FACTOR DESENCADENANTE	CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE
-----------------------	-------	------------	------------



			ACUMULADO
Conflictos con pareja o expareja	145	35,4%	35,4%
Problemas jurídicos	85	20,73%	56.13%
Enfermedad crónica o discapacitante	14	3,41%	59.64%
Sin identificación	166	40,48%	100%

FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

Del total de casos de Intento de Suicidio reportados, el 59,64% cuenta con identificación de Factores Desencadenantes, siendo los conflictos de pareja, el de mayor incidencia, seguido de problemas de tipo jurídico y finalmente Enfermedades crónicas o discapacitantes. Es importante establecer acciones de mejoramiento, que aporten a la identificación de factores desencadenantes en un mayor porcentaje.

Tabla. Factores de Riesgo Identificados – Intentos Suicidas Dpto. Quindío 2016

FACTORES DE RIESGO	CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Trastornos Psiquiátricos (Depresivos)	184	44,9%	44,9%%
Consumo de Sustancias Psicoactivas	62	15,1%	60%%
Ideación Suicida	49	11,9%	72%%
Bipolaridad	19	4,6%	77%
Esquizofrenia	6	1,7%	79%
Antecedentes fliares de Conducta Suicida	4	1%	80%
Pacto suicida	1	0.2%	80,2%
Sin Identificación	85	20,7%	100%

FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

Entre los factores de riesgo identificados, se encuentran los trastornos depresivos alcanzando el 45%, los cuales unidos a la ideación suicida y enfermedades como la bipolaridad y la esquizofrenia,



cubren el 63% del total, siendo los trastornos mentales los de mayor presencia dentro de los riesgo identificados, posteriormente se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas, situación que muestra tendencias crecientes, los antecedentes familiares en menor porcentaje marcan una pauta para los comportamientos cíclicos, finalmente se encuentra un caso en el que se identifica un pacto suicida, no relacionado con otros eventos, lo que genera el riesgo de nuevas situaciones relacionadas, siendo necesaria una intervención directa.

Entre los factores de riesgo, no se identifican antecedentes de violencia o abuso en el contexto de la violencia de género, sin embargo 16 casos de Intento Suicida fueron reportados en la vigencia 2016, como víctimas de violencia de género, situación considerada como de alto riesgo para la ocurrencia de nuevos casos.

Tabla. Mecanismos utilizados para los Intentos Suicidas Dpto. del Quindío 2016

MECANISMO	CASOS	PORCENTAJE
INTOXICACION	283	69,02%
ARMA CORTOPUNZANTE	95	23,17%
AHORCAMIENTO	23	5,60%
LANZAMIENTO VEHÍCULO	7	1,70%
LANZAMIENTO AL VACIO	3	0,73%
ARMA DE FUEGO	2	0,48%
LANZAMIENTO AL AGUA	1	0,24%
CONSUMO DE VIDRIO MOLIDO	1	0,24%
PRENDR FUEGO CON GASOLINA	1	0,24%

FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

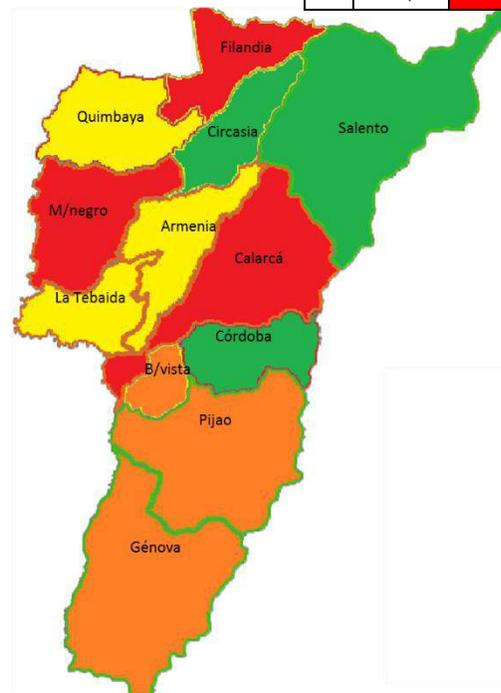
Entre los mecanismos utilizados para los intentos suicidas reportados en la vigencia 2016, las intoxicaciones fueron las de mayor presentación cubriendo el 69%, siendo importante evidenciar que el uso de medicamentos fue el de mayor incidencia, seguido de la utilización de plaguicidas, como segundo mecanismo, se reporta el uso de armas corto punzantes, siendo un método más agresivo que el anteriormente expuesto, el tercer mecanismo fue el ahorcamiento, seguido de lanzamiento a vehículos, arma de fuego y en menor proporción se encuentran situaciones extremas como el lanzamiento al vacío. Consumo de vidrio molido y prender fuego con gasolina.



De acuerdo al compromiso vital identificado, el 53.41% (219 casos) fueron clasificados en Bajo Riesgo, el 32.19% (132 casos) en Riesgo Medio y el 14.39%(59 casos) en Riesgo Alto

C1	51,45	Green
C2	66,50	Yellow
C3	91,08	Orange
C4	125,66	Red

MPIO DE RESIDENCIA	CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO	TASA DE INCIDENCIA
ARMENIA	184	44,87%	44,87%	61,70
CALARCA	98	23,90%	68,77%	125,66
MONTENEGRO	39	9,51%	78,28%	94,12
LA TEBAIDA	24	5,85%	84,13%	55,61
QUIMBAYA	19	4,63%	88,76%	54,23
FILANDIA	14	3,41%	92,17%	103,97
CIRCASIA	13	3,17%	95,34%	43,13
GENOVA	7	1,70%	97,04%	90,07
PIJAO	5	1,21%	98,25%	82,01
BUENAVISTA	2	0,48%	98,73%	71,30
CORDOBA	2	0,48%	99,21%	37,76
SALENTO	2	0,48%	100,00%	28,13
QUINDIO	410	100%		72,12



FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

Teniendo en cuenta la tasa de incidencia presentada por cada municipio, se encuentra que los municipios de Calarcá, Filandia y Montenegro se clasifican como muy alto riesgo para la ocurrencia de Intentos Suicidas, los municipios de Génova, Pijao y Buenavista se clasifican como Riesgo Alto y, los municipios de Armenia, La Tebaida y Quimbaya se encuentran en riesgo medio y los municipios de Salento, Circasia y Córdoba, clasificados como municipios de Bajo Riesgo.

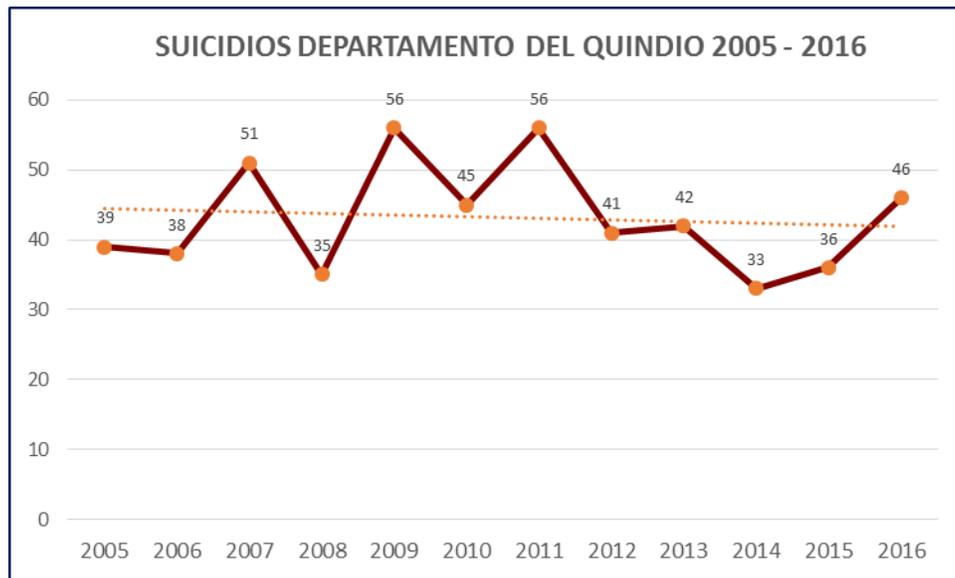
MUNICIPIO	SECTORES PRIORIZADOS
ARMENIA	La Fachada
	Santander



	Sector Centro
	Ciudad Dorada
BUENAVISTA	Mirador
CALARCA	Llanitos de Guarala
	Balcones de la Villa
	Llanitos Piloto
	Laureles
	Montecarlo
CIRCASIA	La Plancha
	La Fachada
	San José
CORDOBA	José María Córdoba
FILANDIA	Cacique
	Centenario
GENOVA	La Isla
	Los Tejares
	Olaya Herrera
LA TEBAIDA	Nueva Tebaida
	Acción Comunal
	La Alambra
	Turbay Ayala
MONTENEGRO	Centro
	Compartir
	Goretty



	Ciudad Alegria
PIJAO	Causarias
QUIMBAYA	Ciudadela
	Laureles
	Grisales
SALENTO	Cooperativo
	Boquia



FUENTE: SIVIGILA SSDQ



## 14.5 VIOLENCIA DE GÉNERO

### ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEPARTAMENTO DEL QUINDIO

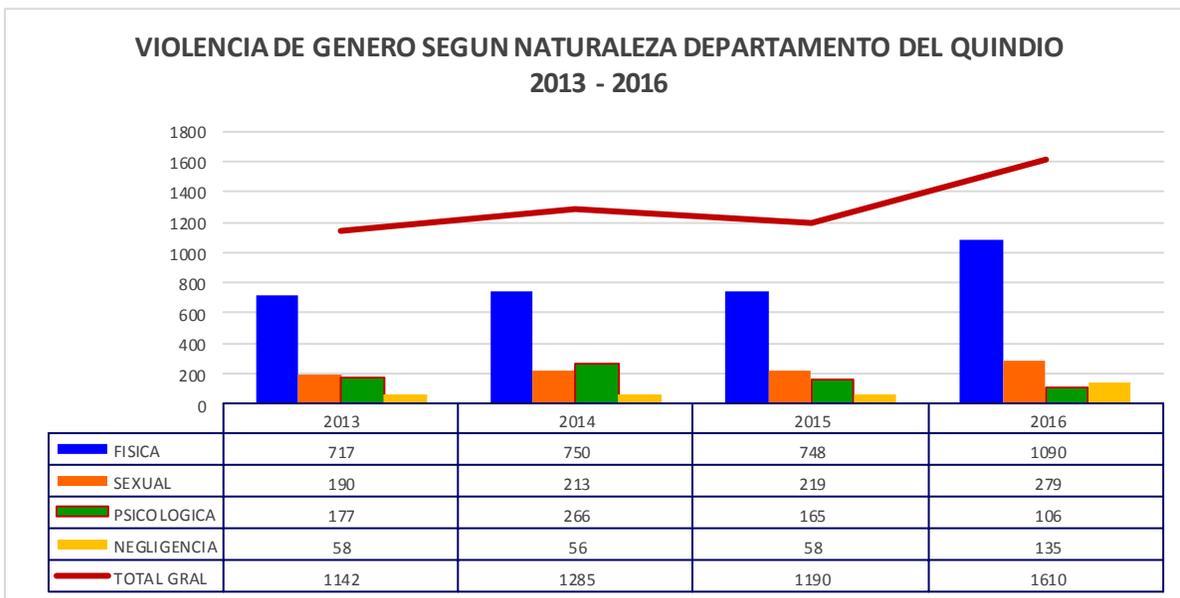
330

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo, privaciones o muerte”

En Colombia, según el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el Sistema de vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) recepciona información relacionada con la violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual; con el propósito de realizar monitoreo continuo y sistemático de los parámetros establecidos para la vigilancia de la violencia de género con el fin de contribuir al diseño de las políticas públicas para la prevención y la intervención oportuna de sus consecuencias.

La definición de caso, de la **Violencia de género**: “ Es Cualquier acción, omisión, conducta o amenaza que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico y/o patrimonial a la persona, y/o afectaciones a las familias o las comunidades, asociada a un ejercicio de poder fundamentado en relaciones asimétricas y desiguales entre hombres y mujeres, donde se produce una sobrevaloración de los masculino en detrimento de lo femenino, tanto en el ámbito público como en el privado, para mantener condiciones de desigualdad y discriminación” (Instituto Nacional de Salud , 2015).

Teniendo en cuenta que la Violencia de Género se clasifica entre los eventos de mayor prioridad para el Departamento del Quindío, se vienen adelantando acciones de fortalecimiento y mejoramiento en relación a la calidad de la información ingresada al sistema, obteniendo los siguientes Resultados:



FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

En un análisis retrospectivo (Vigencias 2013 – 2016), el comportamiento de la Violencia de género, muestra una clara tendencia al aumento, siendo el año 2016 el de mayor reporte (Aumento en el 31,3%); comportamiento este, que muestra una relación directa con el significativo incremento de la violencia física, que entre la clasificación por naturaleza de las violencias ocupa el principal lugar.

La violencia sexual aunque en menor proporción, presentó un comportamiento relativamente estable entre las vigencias 2013 al 2015, para el año 2016, el aumento en el número de casos es significativo, ocupando el segundo lugar en relación a la naturaleza de la violencia. (Incremento del 21,5%)

La violencia por grave negligencia ocupa el tercer lugar, pasando de una tendencia completamente estable entre las vigencias 2013 a 2015 a un incremento del 57% para el año 2016, siendo un aumento que genera la necesidad de verificar las situaciones relacionadas con este comportamiento

En cuarto lugar en relación a la naturaleza de la violencia se encuentra, la Violencia Psicológica, la cual presenta su mayor pico comportamental en el año 2014, superando el comportamiento de la violencia sexual para esta vigencia, posteriormente, para el año 2015, muestra un descenso significativo, continuándose para el 2016 (Disminución del 36%) momento en el que se reporta el menor comportamiento de la cohorte de tiempo analizada.



Tabla. Violencia de genero según relación familiar con el agresor Departamento del Quindío 2013 – 2016

AGRESOR FAMILIAR	2013	2014	2015	2016	% Agresor
COMPAÑERO PERM	219	227	202	258	21,3
ESPOSO	178	165	158	184	16,1
MADRE	97	92	80	164	10,2
EX COMPAÑERO	68	88	90	91	7,9
HIJO	57	76	45	66	5,7
HERMANO	40	72	59	65	5,6
NOVIO	55	59	54	62	5,4
PADRE	59	65	52	62	5,6
EX ESPOSO	45	41	43	57	4,4
OTROS FLIARES	27	35	21	44	3,0
PADRASTRO	23	32	22	37	2,7
TIO	22	23	14	25	2,0
EX NOVIO	22	23	19	23	2,0
PRIMO	16	12	11	21	1,4
ABUELO	14	16	11	16	1,3
CUÑADO	8	13	14	15	1,2
AMANTE	2	2	8	6	0,4
SUEGRO	3	2	2	5	0,3
ENCARGADO DEL NNAJ - ADULTOM	3	2	7	4	0,4
MADRASTRA	2		2	2	0,1
EX AMANTE	5	4	8	1	0,4
SIN INF	0	98	3		2,4
<b>TOTAL GENERAL</b>	965	1147	925	1208	100,0

La Violencia Intrafamiliar incluye toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico o síquico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar

La violencia de género en el contexto intrafamiliar, según la relación entre el agresor y la víctima, muestra que el 81.2% en promedio corresponde a situaciones en las que el agresor es un miembro de la familia.

El compañero permanente y el esposo, se muestran como los principales agresores, siendo la violencia de pareja la de mayor presentación teniendo en cuenta las parejas actuales y exparejas, correspondiendo en total al 58% del total de situaciones reportadas.

Otro de los escenarios que muestra un comportamiento importante es la violencia cometida de los padres a los hijos con el 18.6%, entorno propicio además para las agresiones entre hermanos, que muestra un 5.6% de incidencia, siendo evidente el comportamiento cíclico de la violencia, dado que este comportamiento se muestra de los hijos hacia sus padres, conducta que representa el 5,7% del total.

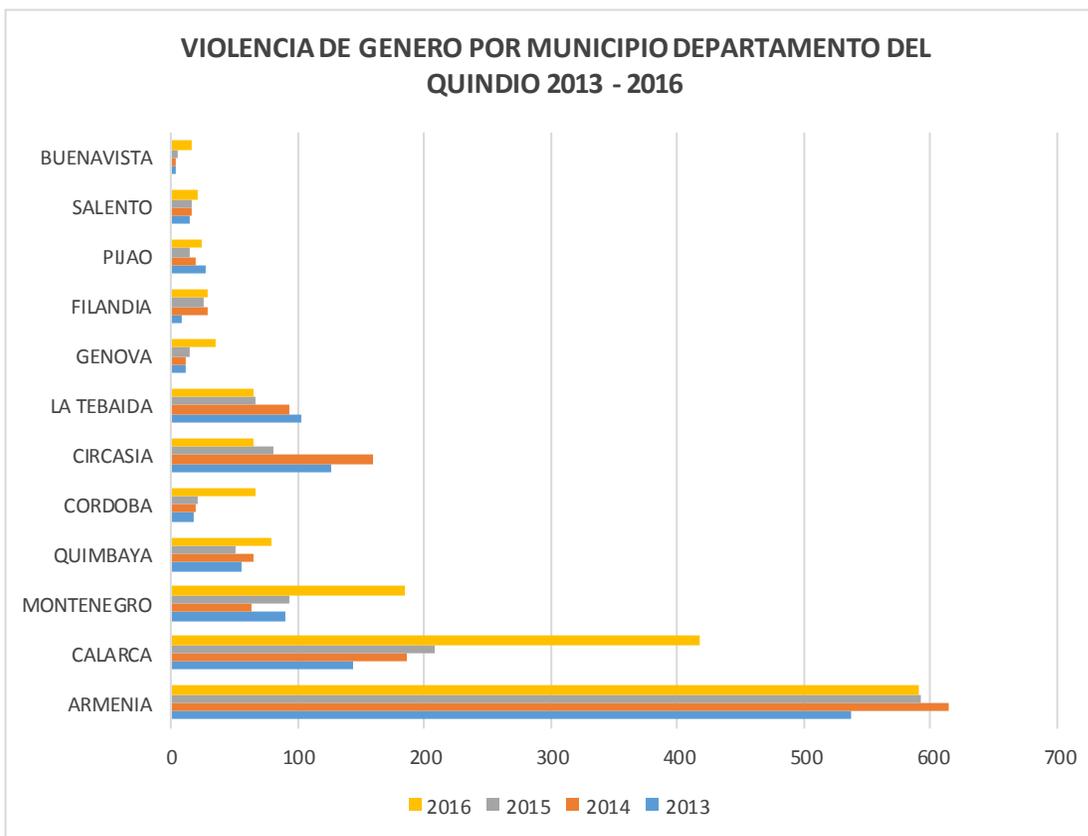
En menores proporciones otros



miembros de la familia se ven involucrados en estos círculos de violencia como los tíos, primos, cuñados, suegro, etc. Alcanzando el 12% en relación al total de casos reportados al SIVIGILA

El 52% de las víctimas convive con sus agresores.

La violencia de género, en la que el agresor **NO** pertenece al círculo familiar, corresponde al 19%, del total de casos reportados, evidenciándose de acuerdo a lo analizado que los agresores no informados o desconocidos representan el mayor comportamiento, representando el 37% , el segundo contexto muestra los vecinos como agresores con el 21%, los conocidos sin trato con el 14.4% , los amigos muestran el 14.4%, como agresores en menor proporción, se muestran los compañeros de estudio, profesores, compañeros de trabajo y custodios.



FUENTE: SIVIGILA – SSDQ



MUNICIPIO DE RESIDENCIA	2013	2014	2015	2016	Tasa de incidencia
ARMENIA	537	614	592	591	198,2
CALARCA	144	187	208	418	536,0
MONTENEGRO	91	64	93	184	444,0
QUIMBAYA	55	65	51	79	225,5
CORDOBA	17	20	21	66	1246,2
CIRCASIA	126	160	81	65	215,6
LA TEBAIDA	103	94	67	65	150,6
GENOVA	12	11	15	35	450,3
FILANDIA	8	29	25	29	215,4
PIJAO	28	20	15	24	393,6
SALENTO	15	16	16	21	295,4
BUENAVISTA	4	3	5	16	570,4

Los casos de violencia de genero reportados al SIVIGILA en las vigencias 2013 al 2016, en relación a la residencia de las víctimas, evidencian aumentos comportamentales como el mostrado por el municipio de Calarcá, que para la vigencia 2016 presenta el mayor pico comportamental, al igual que el municipio de Montenegro, Quimbaya, Córdoba, Génova y Buenavista, los municipios de Circasia y La Tebaida, presentaron descenso en el número de casos para la vigencia 2016, los demás municipios mostraron comportamientos similares a las vigencias anteriores.

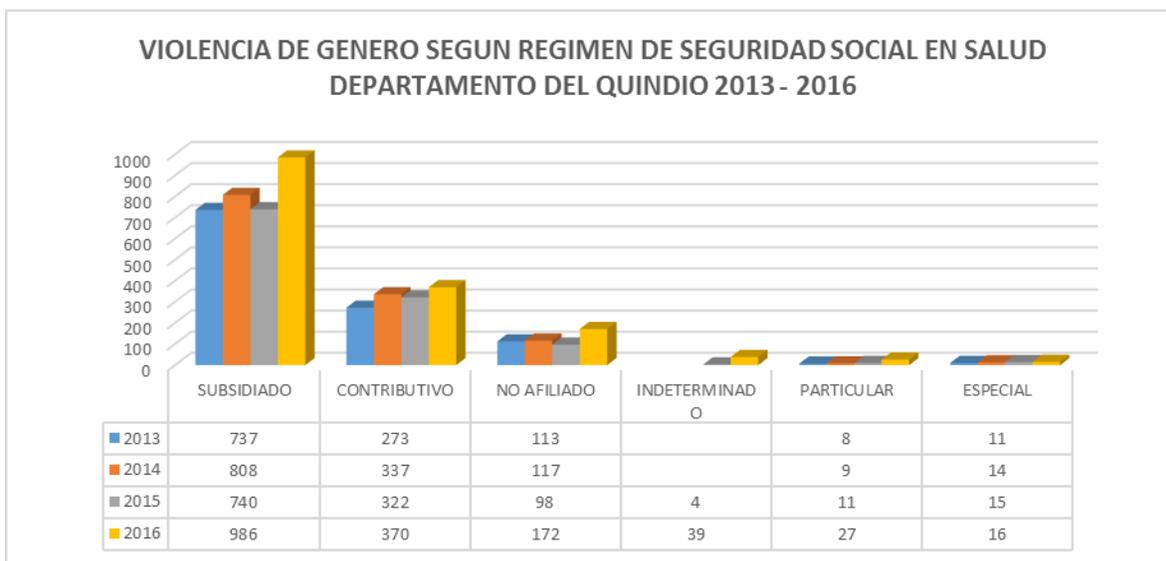
Casos reportados de violencia de genero Dpto. del Quindío 2013 – 2016. Tasa de incidencia de la violencia de genero 2016 Mapa de Riesgo.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ



Para la vigencia 2016, la tasa de incidencia de la violencia de genero para el Departamento del Quindío evidencia que por cada 100.000 pobladores del Departamento del Quindío, 283 fueron víctimas de violencia de género, mostrándose el municipio de Córdoba como el de mayor impacto, clasificándose como el de riesgo muy alto, para la presencia de casos de violencia de género (Color Rojo), en Alto riesgo se encontraron los municipios de: Montenegro, Calarcá, Buenavista y Génova (Color Naranja), en riesgo medio, los municipios de Pijao, Salento y Quimbaya y en bajo riesgo Filandia, Circasia, Armenia y LA Tebaida.



FUENTE: SIVIGILA

Las víctimas de violencia de genero reportadas, corresponden en mayor proporción al régimen subsidiado, evidenciando, para la vigencia 2016 un aumento significativo en el número de casos, superando las vigencias anteriores; para el régimen contributivo, se presenta una tendencia estable entre las vigencias 2014 y 2015, mostrando un aumento para el 2016, sin embargo en menor proporción que el subsidiado.

La población clasificada como No afiliada muestra el tercer lugar en el comportamiento relacionado con el tipo de Seguridad Social, siendo evidente el aumento el número de casos para la vigencia 2016.



Los porcentajes presentados por los regímenes particular y especial, presentan comportamientos bajos,

Lo antes expuesto indica, la necesidad de instaurar programas y acciones de intervención desde cada una de las Empresas Administradoras de los Planes de Beneficios, en pro de fortalecer la atención integral de la población víctima de la violencia de género en el Departamento, así como la implementación de programas y estrategias encausadas en la promoción de la salud mental y la Prevención de futuros casos de violencia de género en el territorio.

Tabla: Violencia de Genero según Aseguradoras con presencia en el Departamento del Quindío 2013 -2016.

CODIGO ASEGURADOR	NOMBRE ASEGURADOR	2013	2014	2015	2016
ESS 062	ASMET SALUD	183	232	208	289
EPS 003	CAFESALUD	303	341	263	287
EPS 016	COOMEVA	53	42	50	54
EPS 033	SALUD VIDA	19	28	35	47
EPS 037	NUEVA EPS	33	53	35	47
EPS 018	S.O.S	34	45	42	41
EPS 010	SURA	8	21	26	34
EPS 005	SANITAS	8	17	18	22
EPS 002	SALUD TOTAL	4	15	6	10
EAS 027	FERROCARRILES	0	0	1	1
RES 002	ECOPETROL	0	0	0	0
NA	NO AFILIADO	113	117	98	172

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

De acuerdo al número de casos de violencia de genero reportados según su afiliación a las Empresas Administradoras de Planes de beneficios que hacen presencia en el Departamento del Quindío, incluyendo la Secretaria de Salud Departamental como aseguradora de la población No afiliada; se encuentra que ASMET SALUD presenta el mayor número de casos, con un incremento importante para la vigencia 2016, seguido de CAFESALUD con una tendencia similar, la población No afiliada aumenta en número para el 2016, superando la vigencia anterior en un 44%.

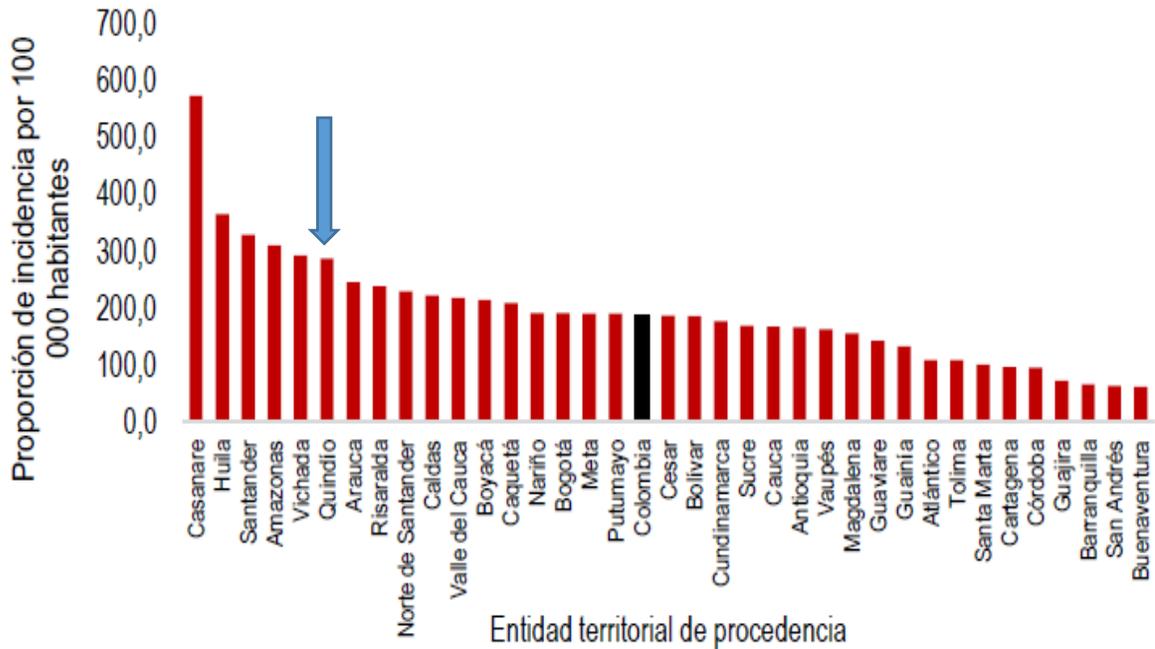
Comeeva presenta un comportamiento inferior a las anteriores, sin embargo se encuentra una tendencia estable en el tiempo, seguida de Salud Vida y la Nueva EPS con un



comportamiento similar con tendencia al aumento, las EAPB SO.S, SURA, SANITAS, SALUD TOTAL Y FERROCARRILES, muestran comportamientos en un porcentaje inferior sin embargo para la vigencia 2016, mostraron aumento en su comportamiento.

Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de promoción de la Salud Mental, Prevención de la violencia y el mejoramiento en relación a la red de prestación de servicios de salud para la atención integral a las víctimas de la violencia de genero afiliadas a sus instituciones.

Incidencia de violencia de género por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016.

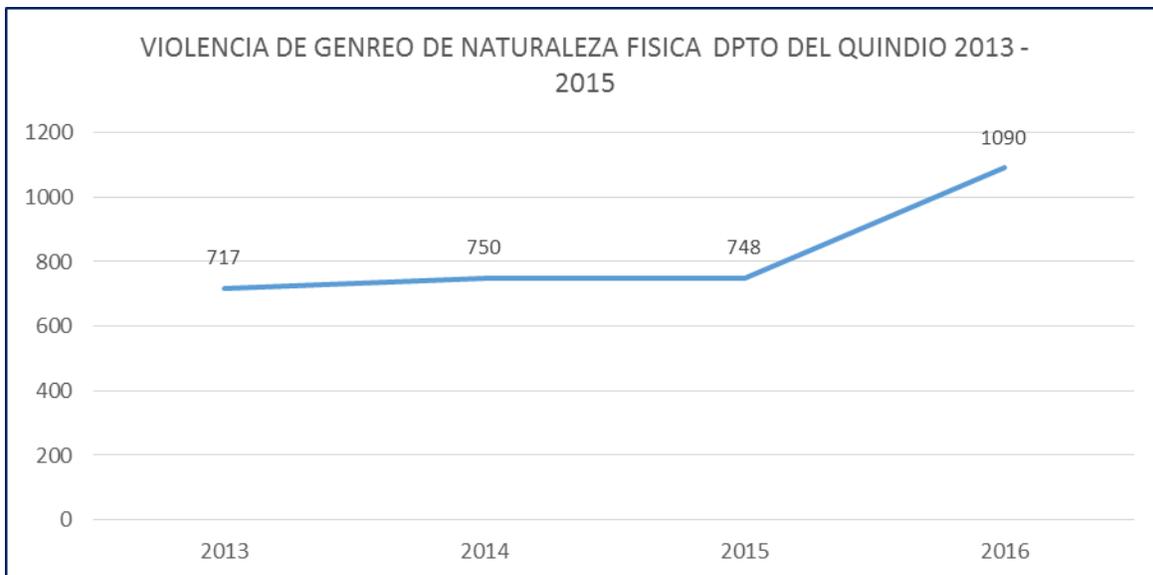
De acuerdo al comportamiento Nacional para la vigencia 2016, el Departamento del Quindío con corte a la semana epidemiológica No. 52, sobrepaso en forma significativa la tasa Nacional, ubicándose en el sexto lugar de incidencia después de Casanare, Huila, Santander, Amazonas y Vichada.



De acuerdo a lo anterior la tasa Departamental presentada, supero además a los Departamentos de Risaralda y Caldas, siendo el de mayor vulnerabilidad en el eje cafetero.

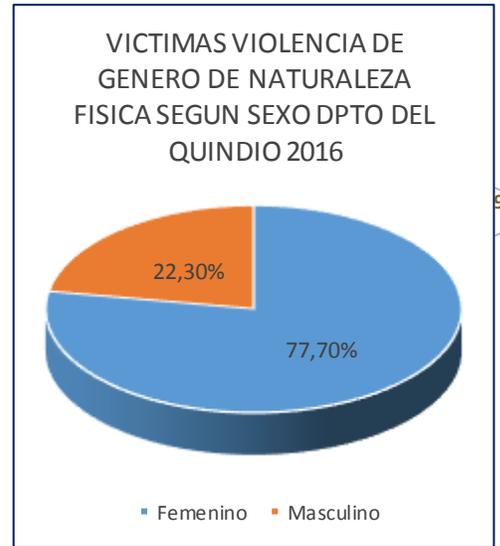
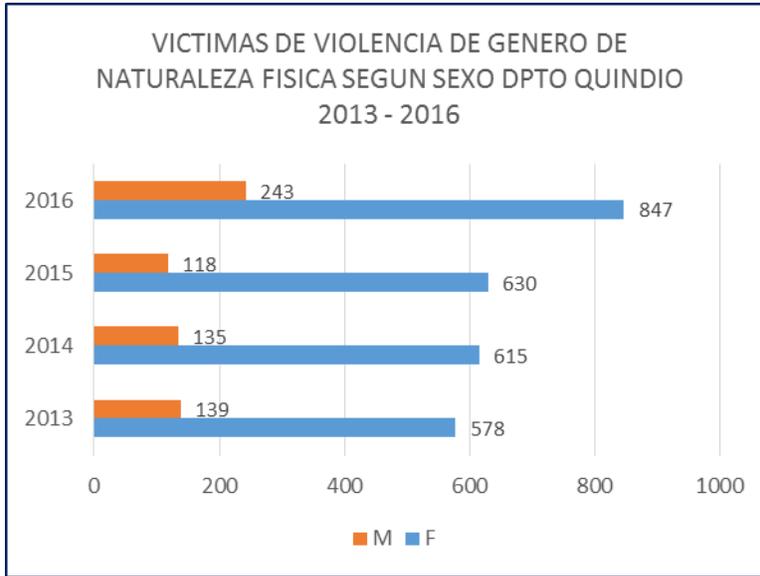
### VIOLENCIA FISICA

Es la violencia que ocasiona riesgo o disminución de la integridad corporal. Dentro de este tipo de violencia se incluyen las golpizas, empujones, bofetadas, intento de asfixiar, cortadas, quemaduras, heridas con proyectil balar, o usar armas, agresiones con ácidos, álcalis o sustancias corrosivas , privación de las necesidades básicas reflejadas en daño físico o cualquier otro acto que dé lugar a dolor, molestias o lesiones. (Instituto Nacional de Salud , 2015)



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

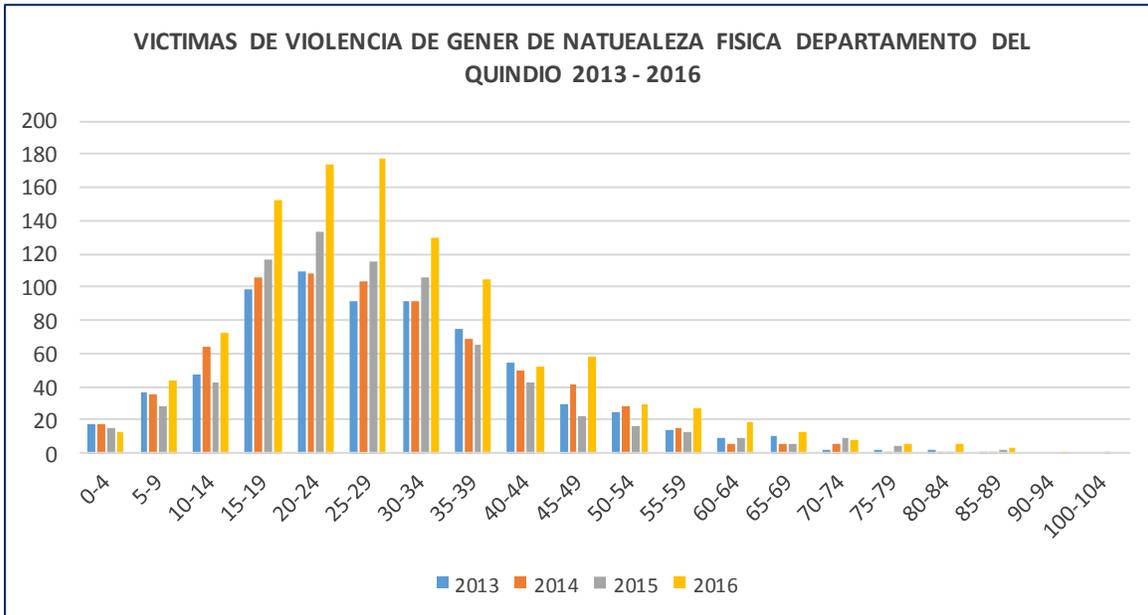
La violencia de naturaleza física muestra una tendencia relativamente estable entre as vigencias 2013 al 2015, presentándose un incremento importante para la vigencia 2016, en la que se supera la vigencia anterior en un 31,2% , situación que se presenta como el mayor aumento medido desde que el evento ingresa al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

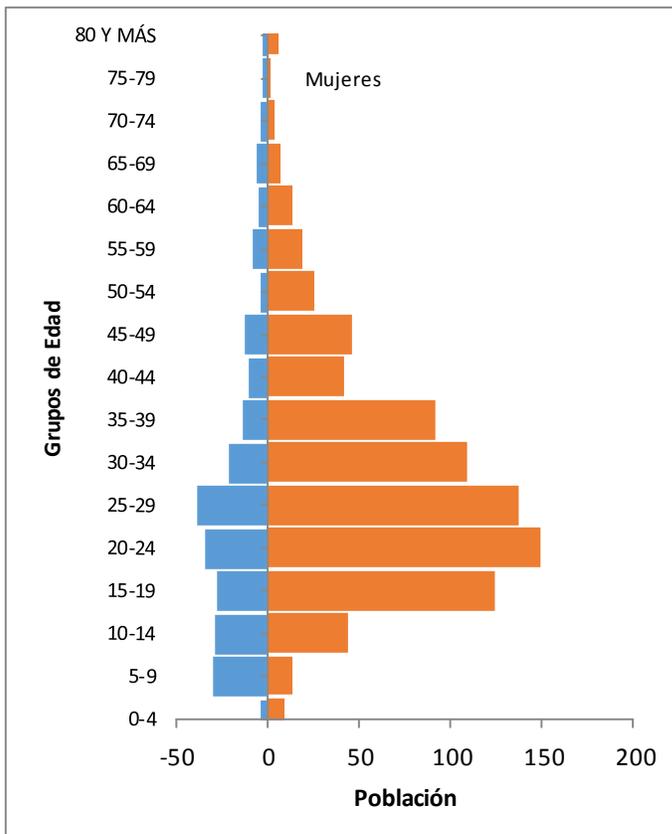
La violencia de género de naturaleza física, muestra como principal víctima la perteneciente al sexo femenino, presentándose un incremento importante en el número de casos reportados para la vigencia 2016, con un incremento del 26% en relación a la vigencia 2015; presentándose además un aumento en el número de víctimas de violencia de género de naturaleza física en el sexo masculino, el cual muestra un incremento del 51,4% en relación con la vigencia 2016

Para el año 2016, las víctimas de violencia física de sexo femenino correspondieron al 77,7% y las de sexo masculino al 23,3%.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

El comportamiento histórico de la violencia de genero de naturaleza física muestra como principales las reportadas en los rangos de 15 a 29 años de edad, sin embargo para el 2016, el comportamiento supera evidentemente las vigencias anteriores, generándose picos comportamentales en los rangos de 5 a 39 años de edad, con un incremento además en el rango de 45 a 49 años.



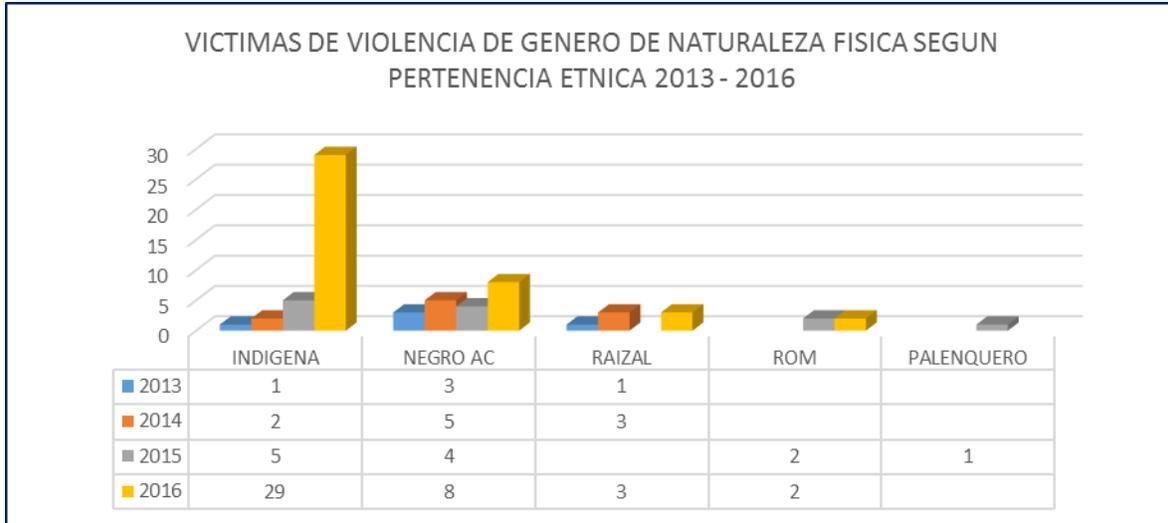
Pirámide poblacional de las víctimas de violencia de genero de naturaleza física Dpto. del Quindío 2016

La grafica muestra, la afectación perpetrada en mayor porcentaje para la población de sexo femenino, con un ensanchamiento evidente a partir de los 15 años de edad hasta los 39, siendo importante evidenciar comportamientos altos elevados como el rango de 45 a 49 años de edad, sin dejar de analizar la situación en población vulnerable como la presentada en los rangos de 0 a 14 años de edad y en el el rango de 80 y más.



Llama la atención para la vigencia 2016, el incremento mostrado por el sexo masculino como víctima, siendo evidente que en los rangos inferiores como el de 5 a 9 años es el hombre la mayor víctima, superando los casos reportados en el sexo femenino.

Para el sexo masculino los rangos de mayor comportamiento son los de 20 a 29 años de edad.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Es importante evidenciar, que el 90,8% de las víctimas residen en la zona urbana, en el Rural disperso vive el 5,1% y en Centro poblado 4%, Según la pertenencia étnica de las víctimas, se evidencia un aumento significativo para la vigencia 2016, de las víctimas pertenecientes a la población indígena mostrando un incremento con relación a la vigencia 2015 del 82.7%, la población afrocolombiana, presenta aunque en menor proporción un aumento del 50% en relación a la vigencia anterior, lo que puede responder a un mejoramiento en la clasificación étnica por parte del personal a cargo del diligenciamiento de las fichas epidemiológicas, sin dejar de lado el hecho de que para la vigencia 2016, el incremento de la población indígena víctima de violencia de género se debe intervenir en forma integral desde los sectores con competencia en el proceso.

Tabla. Víctimas de Violencia Física según Vulnerabilidad Dpto del Quindío 2016

VULNERABILIDAD	2013	2014	2015	2016
GESTANTES	15	18	28	32



DESPLAZADOS	4	16	17	13
INDIGENTES		5	2	8
CARCELARIOS		5	1	5
POBLICBF		5	1	5
PSIQUIATRICOS		8	1	5
DESMOVLIZADOS		5	1	3
DISCAPACITADOS	2	8	2	2

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Las víctimas de violencia física identificadas con situaciones de vulnerabilidad preexistente muestran que las gestantes representan el mayor grupo, con un aumento importante para la vigencia 2016, periodo en el que se muestra el mayor comportamiento para este grupo poblacional, en segundo lugar se encuentra la población Desplazada, mostrándose un descenso para el año 2016, en relación a la vigencia anterior, en tercer lugar población indigente, que se reporta como víctima de violencia física, población Carcelaria, población en protección del ICBF y Psiquiátricos presentan un comportamiento similar, seguido de la población clasificada como desmovilizados y Discapacitados.

Tabla. Víctimas de Violencia física según relación con el Agresor Dpto. del Quindío 2016

RELACION FLIAR CON LA VICTIMA	2013	2014	2015	2016
OTROS FLIARES	18	10	142	287
COMPAÑERO P	158	165	157	228
ESPOSO	139	129	137	166
EX COMPAÑERO	50	46	58	78
HERMANO	32	56	41	55
EX ESPOSO	42	34	40	50
HIJO	24	33	23	44
PADRE	37	32	33	42



MADRE	43	47	27	41
NOVIO	22	19	22	20
EX NOVIO	14	17	15	16
TIO	13	13	5	14
PADRASTRO	8	16	14	11
CUÑADO	6	9	11	11
PRIMO	7	6	2	8
ABUELO	4	5	3	6
SUEGRO	3	1		5
AMANTE	2	1	4	5
ENCARGADO NNAJ-ADULTOM	3		2	1
MADRASTRA	2		1	1
EX AMANTE	4	3	3	1
<b>AGRESOR NO FAMILIAR</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
OTRO		8	27	66
VECINO	5	13	31	55
CONOCIDO SIN TRATO	2	11	14	46
DESCONOCIDO		7	26	41
AMIGO		7	23	25
COMPAÑERO DE ESTUDIO	1	7	10	14
PROFESOR		1	5	5
COMPAÑERO DE		2		3



TRABAJO				
TOTAL				

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

De acuerdo a los casos de violencia física reportados al SIVIGILA, se evidencia que las situaciones de violencia física se presentan principalmente en el núcleo familiar, siendo los principales agresores los esposos y/o compañeros permanentes, situación que motiva la violencia entre los demás integrantes de la familia, hermanos, padres e hijos, convirtiéndose en un proceso cíclico generador de más situaciones de violencia.

En segunda instancia están los otros familiares que presentan una cifra importante y suman a estos círculos de violencia intrafamiliar que generan consecuencias sociales de mayor impacto; es importante evidenciar que para la vigencia 2016, se presenta un aumento en el reporte de las agresoras femeninas, situación relacionada en forma directa con el aumento de víctimas masculinas entre los 20 a los 29 años de edad;



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de las situaciones de violencia se presentan al interior de las familias, se encuentra que el 50% de las víctimas convive con su agresor, situación evidenciada en el reporte a repetición de casos de violencia física.

Tabla. Mecanismo utilizado para ejercer la violencia física. Departamento del Quindío 2013 - 2016

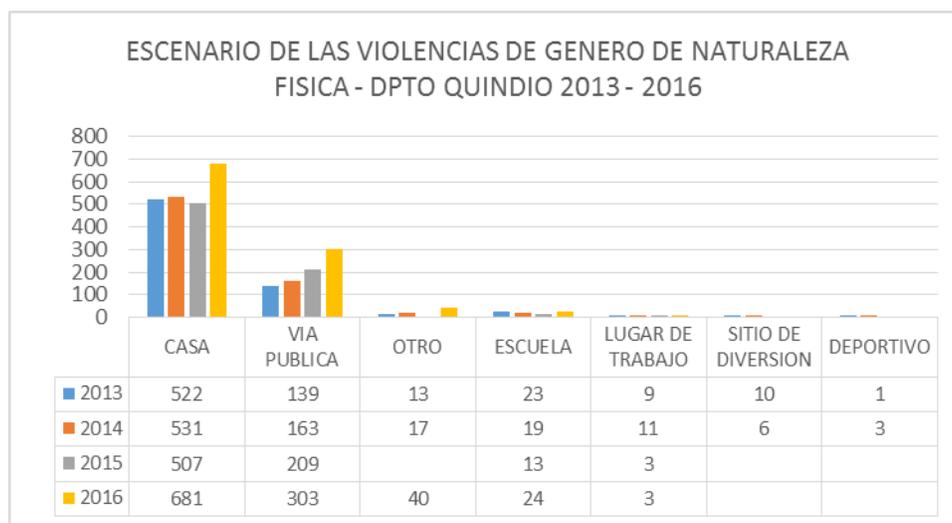
ARMAS	2013	2014	2015	2016
-------	------	------	------	------



CONTUNDENTE	329	428	476	580
OTRO	190	135	116	296
CORTOPUNZANTE	38	44	53	87
AHORCAMIENTO	80	82	57	61
CAIDAS	61	51	22	28
PROYECTIL ARMA DE FUEGO		1	3	8
QUEMADURA POR FUEGO	1	1		4
QUEMADURA POR SOLIDOS, LIQUIDOS O GASES	2	1	1	4
QUEMADURA POR QUIMICO	2		2	1
MORDEDURA	7	4	1	
ELECTROCUCION	1			
SUMERSION	1	1		
INTOXICACION	1	1		
MINAS ANTIPERSONA	1			

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

El mecanismo utilizado es el contundente, en mayor proporción con el propio cuerpo, con un incremento evidente para la vigencia 2016, en segundo lugar se observan otros no definidos, se presenta un importante aumento en las agresiones con objeto corto punzante, ahorcamientos, caídas y por arma de fuego, situación que aumenta el riesgo de presentarse situaciones fatales relacionadas con la violencia de genero.

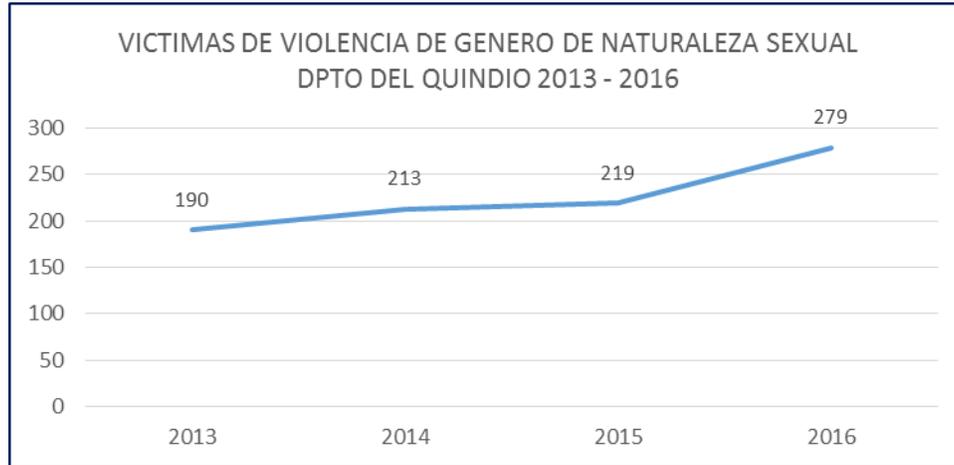


FUENTE: SIVIGILA SSDQ

CODIGO ASEGURADOR	NOMBRE ASEGURADOR	2013	2014	2015	2016
EPS 003	CAFESALUD	203	213	169	188
ESS 062	ASMET SALUD	113	130	123	167
EPS 016	COOMEVA	39	34	28	39
EPS 033	SALUD VIDA	11	17	26	33
EPS 037	NUEVA EPS	18	24	26	33
EPS 010	SURA	5	13	20	27
EPS 018	S.O.S	25	27	28	23
EPS 005	SANITAS	7	14	11	13
EPS 002	SALUD TOTAL	2	12	3	7
EAS 027	FERROCARRILES	0	0	1	1
RES 002	ECOPETROL	0	0	0	0

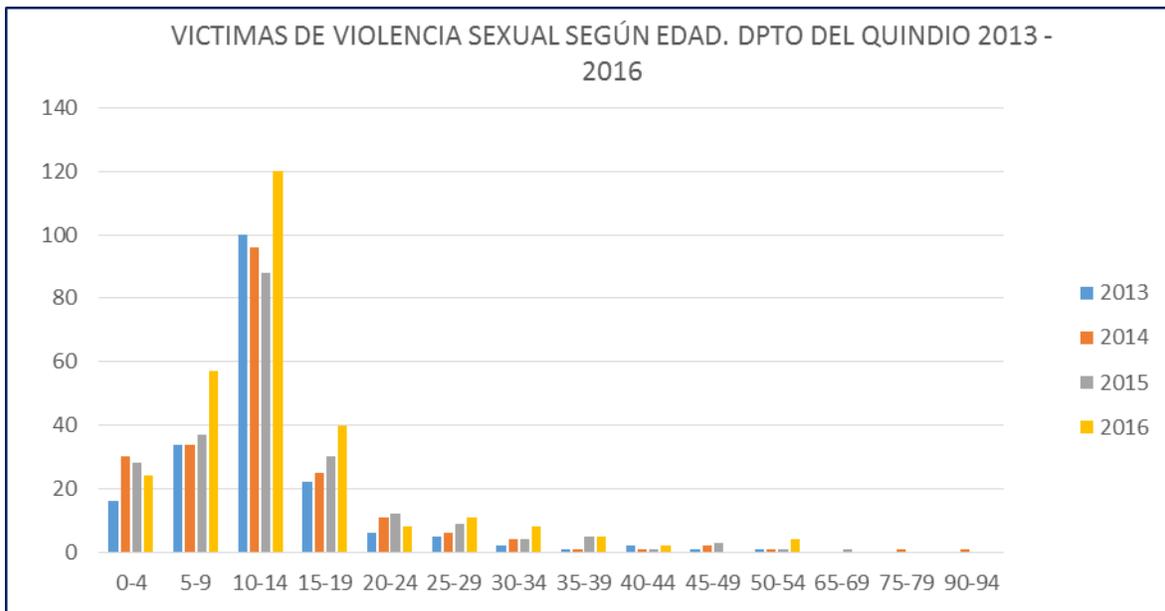
### VIOLENCIA SEXUAL

Violencia sexual: Toda acción consistente en obligar a una persona a tener contacto físico o verbal de tipo sexual o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

La tendencia de los casos reportados por violencia sexual al SIVIGILA, muestra que la vigencia 2016, es la de mayor incidencia, mostrando un aumento significativo del 22% en relación a la vigencia 2015.

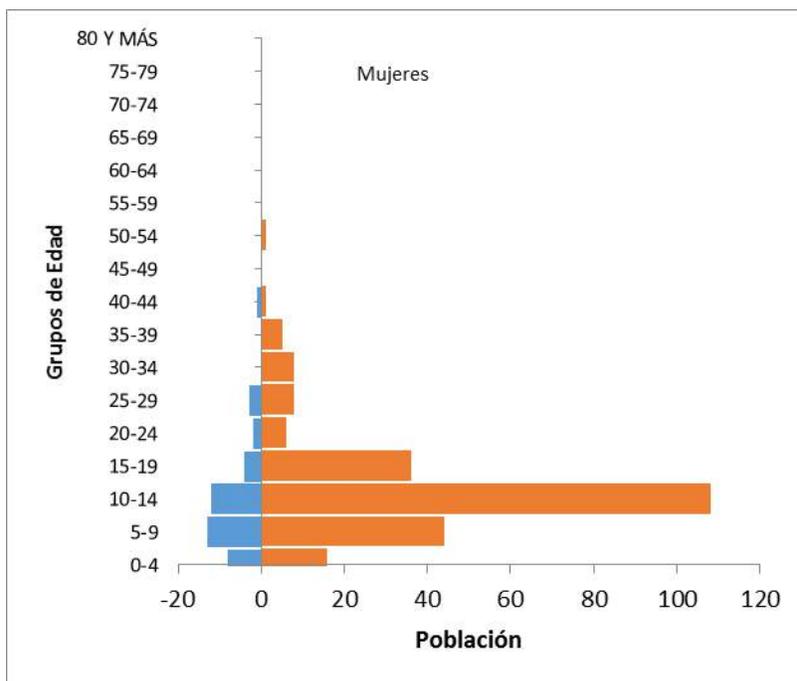


FUENTE: SIVIGILA SSDQ



Según la edad de las víctimas, se evidencia que el rango de 10 a 14 años de edad es el más afectado, situación históricamente demostrada, con un aumento evidente para la vigencia 2016, el segundo rango es el de 5 a 9 años de edad, con un aumento en el número de casos de importancia para la vigencia analizada, en tercer lugar el rango de 15 a 19 años de edad y en cuarto lugar los niños de 0 a 4 años que a pesar de reportar un leve descenso para el 2016, el número de afectados impacta en forma negativa al Departamento del Quindío.

Grafico. Víctimas de violencia sexual según edad y sexo Dpto. del Quindío 2016



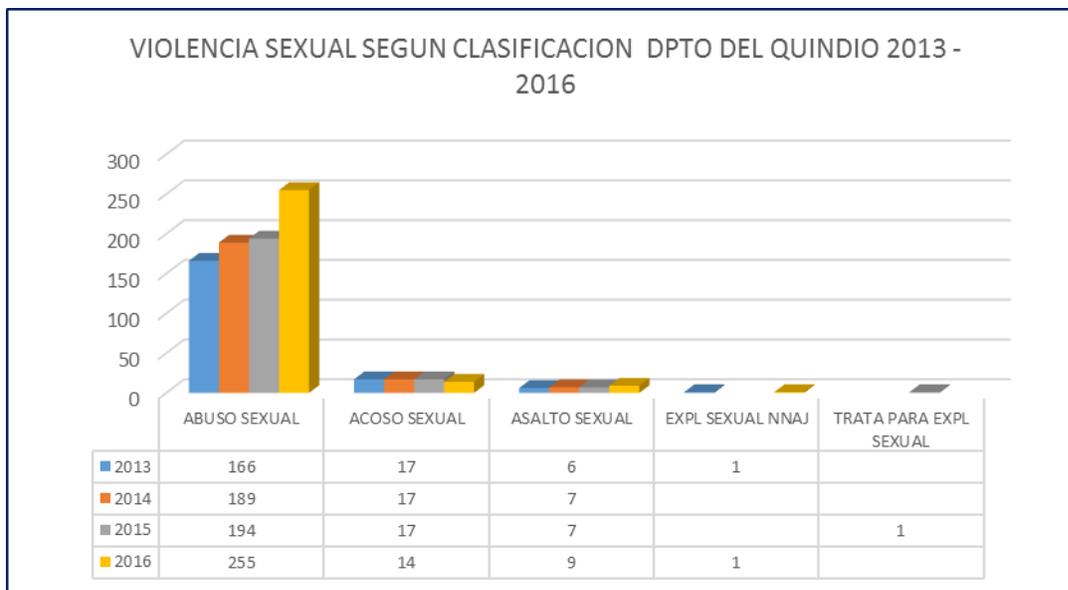
FUENTE: SIVIGILA SSDQ

El sexo femenino es el de mayor afectación, siendo el rango de 10 a 14 años de edad el de mayor afectación, sin desestimar el comportamiento en el rango de 5 a 9 años y de 0 a 4 años de edad.

Para el sexo masculino la afectación por la violencia sexual se muestra en un porcentaje superior al 85% en la población de 0 a 14 años de edad, en una proporción muy inferior a la mostrada por el sexo femenino.



Grafico. Violencia de género según clasificación del tipo de violencia



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Según la clasificación del tipo de violencia sexual, para el Departamento del Quindío la forma de violencia sexual más frecuente es el **Abuso sexual**, el cual tiene que ver con el aprovechamiento del agresor, de circunstancias que le dan ventaja frente a la víctima, aprovechándose de una situación de vulnerabilidad pre-existente en la víctima, puede ser del orden de la “superioridad manifiesta” o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agresor, víctima menor de 14 años); poder o autoridad (Jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, policía, etc.); por la condición de discapacidad (discapacidad física, psicológica o cognitiva de la víctima). También en el abuso sexual el agresor no utiliza ningún medio para someter a la víctima, sino que ésta ya se encuentra en una condición de inconsciencia o incapacidad preexistente (Por ejemplo, cuando una mujer se emborracha por si misma o se encuentre drogada o ha sufrido un desmayo o tiene una condición de inferioridad psicológica frente a la posición y conocimiento del agresor, entre otras).

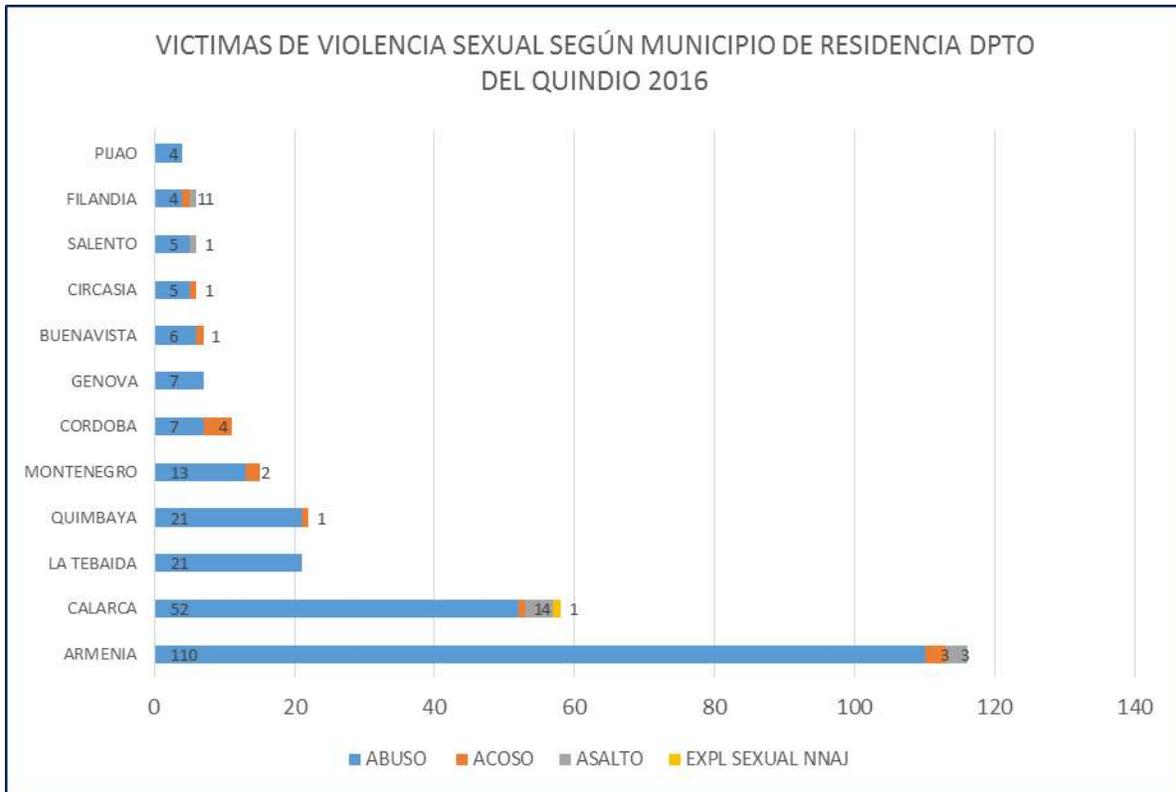
En proporciones muy inferiores se evidencia en segundo lugar el acoso sexual y en un tercer lugar el asalto sexual, para la vigencia 2016, se reporta un solo caso de explotación sexual en NNAJ.

Tabla. Violencia sexual según Municipio de residencia de la víctima Departamento Quindío 2013 -2016



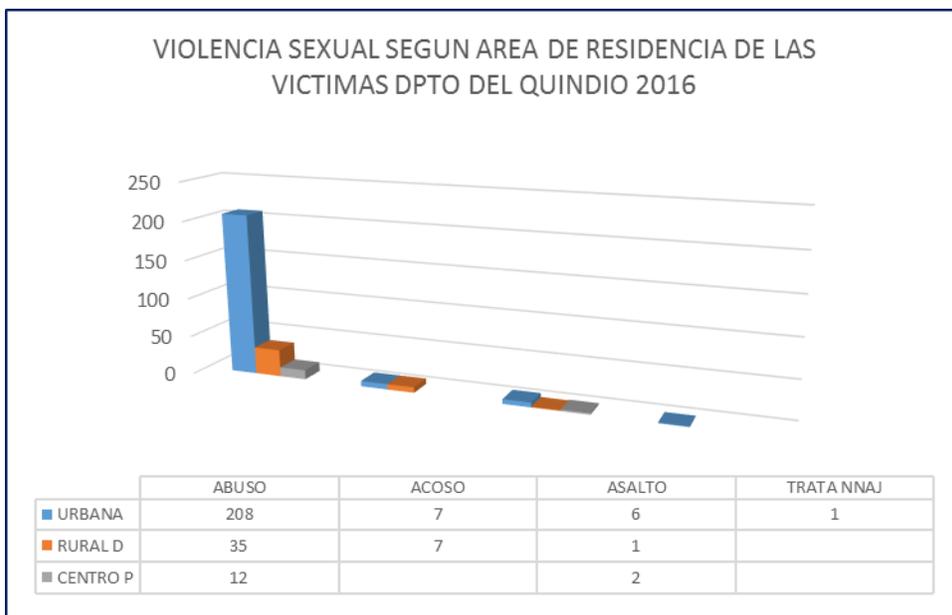
MUNICIPIO	ABUSO	ACOSO	ASALTO	EXPL SEXUAL NNAJ
ARMENIA	110	3	3	
CALARCA	52	1	4	1
LA TEBAIDA	21			
QUIMBAYA	21	1		
MONTENEGRO	13	2		
CORDOBA	7	4		
GENOVA	7			
BUENAVISTA	6	1		
CIRCASIA	5	1		
SALENTO	5		1	
FILANDIA	4	1	1	
PIJAO	4			
<b>Total general</b>	<b>255</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

FUENTE: SIVIGILA SSDQ



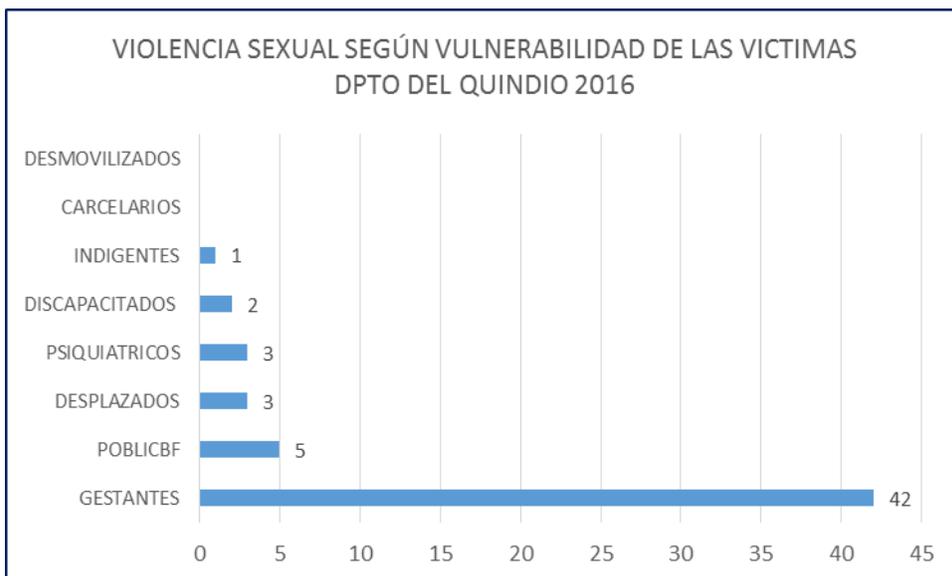
FUENTE: SIVIGILA SSDQ

La relación en número de casos ubica a los municipios de mayor densidad poblacional como los de mayor frecuencia como son en su orden: Armenia, Calarcá, La Tebaida, Quimbaya y Montenegro, sin embargo es importante tener en cuenta el comportamiento mostrado por el municipio de Córdoba, uno de los municipios cordilleranos de menor densidad poblacional, el cual reporta un número significativo de casos que lo ubica dentro de los de mayor aporte a la situación Departamental.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Los casos de violencia sexual reportados ubican especialmente las situaciones en la zona urbana de los Municipios, donde se concentra más del 85% del total de casos reportados seguido del rural disperso, siendo el acoso sexual el de mayor presentación.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ



Según la vulnerabilidad presentada por las víctimas de violencia sexual, se encuentran las gestantes como las de mayor frecuencia, situación directamente relacionada con el embarazo en adolescentes de 10 a 14 años de edad, se encuentra además población en protección por el ICBF, Desplazados, Psiquiátricos, Discapacitados e indigentes como situaciones que agravan el hecho violento.

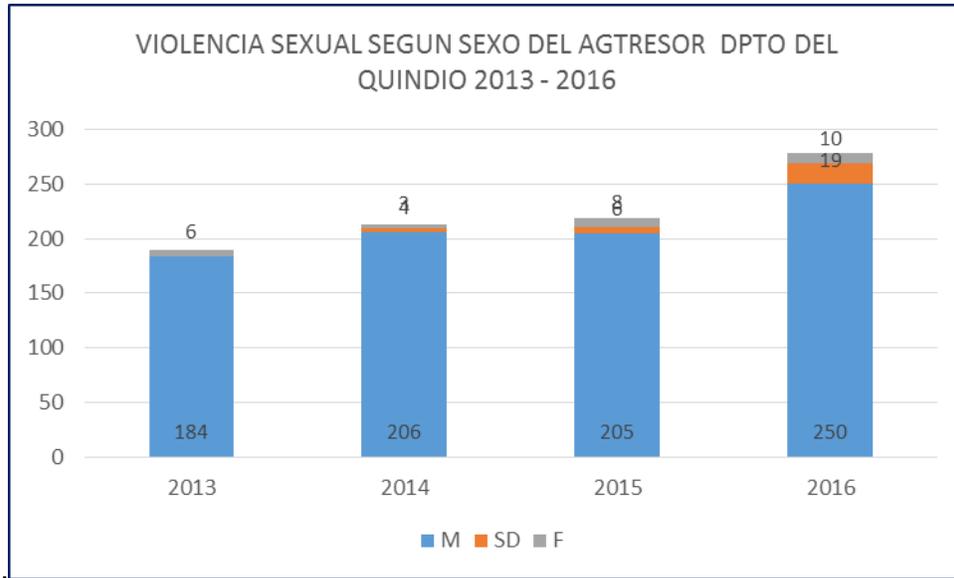
Según la pertenencia étnica, se reportan 5 casos en población Afro Colombiana, 2 en población indígena.

Tabla. Violencia sexual según EAPB del Departamento del Quindío.

CODIGO ASEGURADOR	NOMBRE ASEGURADOR	2013	2014	2015	2016
ESS 062	ASMET SALUD	29	50	49	71
EPS 003	CAFESALUD	57	58	48	56
EPS 018	S.O.S	2	8	6	11
EPS 033	SALUD VIDA	4	4	6	9
EPS 037	NUEVA EPS	3	5	6	9
EPS 016	COOMEVA	5	2	15	7
EPS 005	SANITAS	0	1	1	6
EPS 010	SURA	2	4	3	3
EPS 002	SALUD TOTAL	0	2	2	1
EAS 027	FERROCARRILES	0	0	0	0
RES 002	ECOPETROL	0	0	0	0

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

De acuerdo a lo analizado ASMET SALUD y CAFESALUD son las que más usuarios reportan afectados por la violencia sexual en el Departamento del Quindío, sin embargo es necesario que todas aquellas que cuentan con reportes en el tiempo, garanticen rutas de atención efectivas.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

El 93,18% de los agresores pertenecen al sexo masculino y el 6,8% al sexo femenino, evidenciándose un leve aumento para la vigencia 2016, de agresoras femeninas, las cuales agreden en especial menores de edad; el Hombre continua siendo el mayor agresor. La edad mínima del agresor para la vigencia 2016 fue de 10 años y la máxima 89 años.

RELACION FAMILIAR CON LA VICTIMA	2013	2014	2015	2016
OTROS FLIARES	5	7	109	139
NOVIO	33	38	27	37
PADRASTRO	11	16	8	23
COMPAÑERO P	18	9	20	13
PADRE	8	16	9	13
PRIMO	9	6	7	12
TIO	8	10	8	10
EX NOVIO	5	4	3	7
ABUELO	5	2	5	6



ESPOSO	1	1	1	4
CUÑADO	1	1	3	4
MADRE	1			2
HERMANO	3	3	6	2
EX COMPAÑERO	2	1	3	2
HIJO				1
ENCARGADO NNAJ-ADULTOM		1	1	1
AMANTE		1		1
EX ESPOSO				1
MADRASTRA			1	
SIN INF	43	48	2	

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

RELACION NO FAMILIAR	2013	2014	2015	2016
OTRO		5	14	38
DESCONOCIDO	2	4	21	22
PROFESOR		1	17	17
AMIGO	1	15	22	17
VECINO		12	21	15
CONOCIDO SIN TRATO	2	6	11	14
COMPAÑERO DE TRABAJO				3
COMPAÑERO DE ESTUDIO		1	1	2

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

Las violencias sexuales muestran que entre los agresores pertenecientes a la familia, los Otros fliares presentan el mayor comportamiento, seguido del novio, compañero permanente como los de mayor presentación.

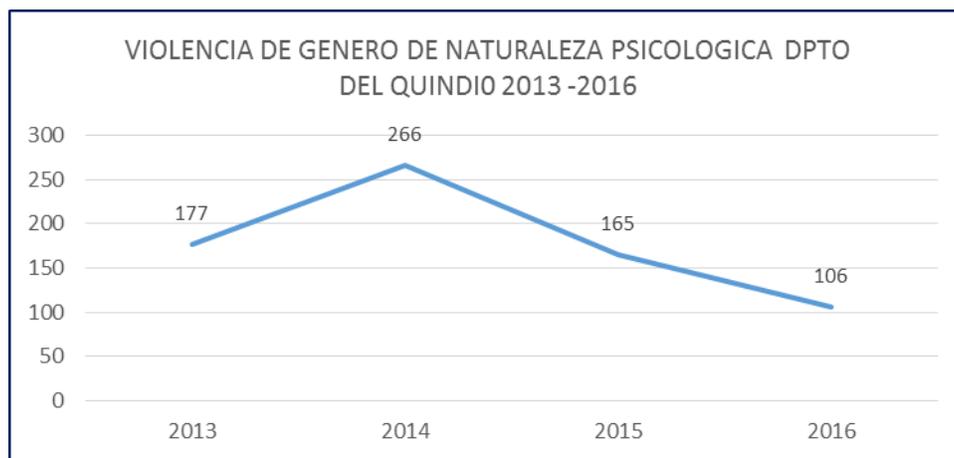


Entre los agresores NO familiares se clasifican Otros, como los de mayor frecuencia, seguido de profesor, personaje que muestra un comportamiento similar entre el 2015 y el 2016, amigo y vecino como los de mayor presentación.

El 25% de las víctimas de violencia sexual, conviven con el agresor.

### VIOLENCIA PSICOLÓGICA

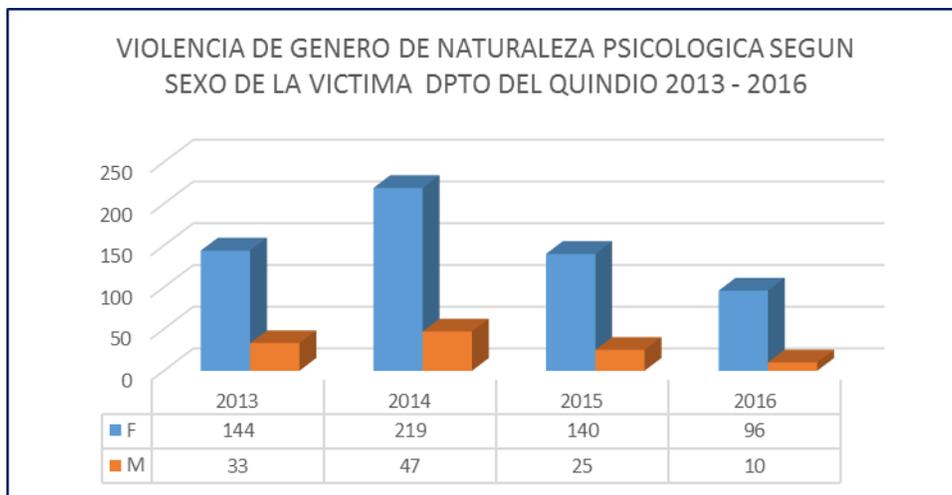
La violencia psicológica se ejerce mediante insultos, improperios o violencia verbal dirigida a descalificar a la víctima, chantajes,, degradaciones, insultos, amenazas de violencia física o sexual, celos excesivos, acusación de infidelidad, limitar contactos con familia y amigos, insistencia de saber en dónde está, vigilar como gasta el dinero, no le consulta para tomar decisiones, entre otras.. También cuando se somete a la víctima a silencios prolongados o indiferencia como método de control, aleccionamiento o castigo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Negligencia o abandono: Son acciones u omisiones realizadas por parte de quienes son responsables del cuidado de niños, niñas, adolescentes, personas mayores o personas con discapacidad cuando no atienden ni satisfacen sus necesidades básicas, como: físicas, psicológicas, intelectuales, las cuales incluyen entre otras, . Tales como: salud, protección, educación, nutrición, recreación, soporte emocional, higiene.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

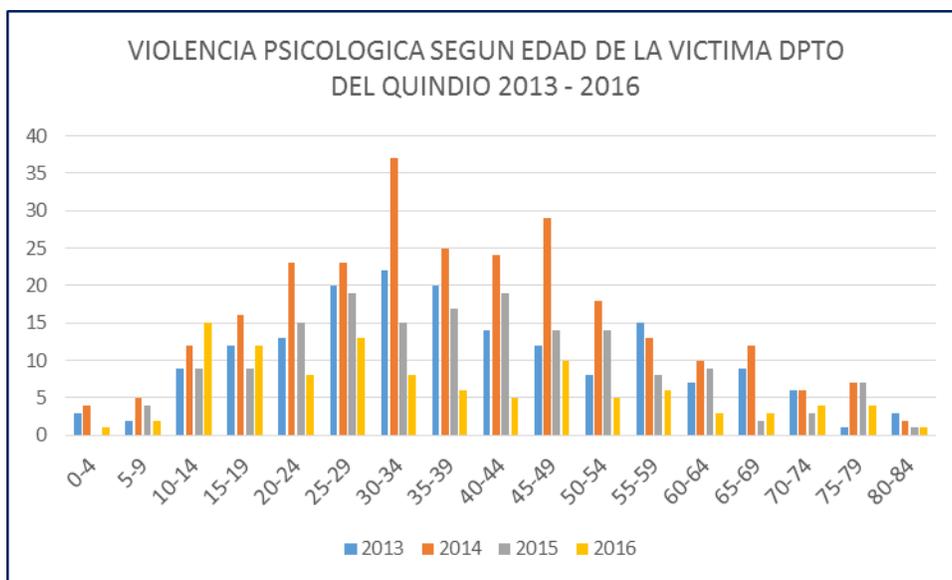


La violencia Psicológica, viene presentando una tendencia clara al descenso, siendo preocupante el hecho de posibles subregistros y/o fallas en la captación de los casos, dado el incremento evidenciado en las demás formas de violencia de género.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

La violencia Psicológica, muestra como mayor víctima al sexo femenino, siendo la vigencia 2014, la de mayor reporte, evidenciándose una disminución para el 2015, situación que se continua para el 2016, siendo esta la vigencia de menor reporte.



FUENTE: SIVIGILA SSDQ



Según la edad de las víctimas de violencia psicológica, el rango etareo más afectado es el de 20 a 4 años de edad, relacionados con problemáticas especialmente de pareja,, sin embargo para el 2016, se muestra un aumento con relación a las vigencias anteriores del rango etareo de 10 a 14 años de edad y de 15 a 19 años.

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	2013	2014	2015	2016
ARMENIA	103	205	134	53
CALARCA	32	21	17	17
CIRCASIA	8	21	5	11
GENOVA			1	5
CORDOBA			1	3
FILANDIA	2	1	1	3
LA TEBAIDA	6	1		3
QUIMBAYA	19	9	3	2
BUENAVISTA			1	1
PIJAO	2			1
SALENTO	2	3	1	1
MONTENEGRO	2	5	1	
QUINDIO	177	266	165	106

FUENTE SIVIGILA SSDQ

De acuerdo al número de casos, los municipios de Armenia, Calarcá y Circasia, presentan e mayor número de casos seguido de los municipios de Génova y Córdoba.

Tabla. Violencia Psicológica según EAPB Departamento del Quindío

CODIGO ASEGURADOR	NOMBRE ASEGURADOR	2013	2014	2015	2016
EPS 003	CAFESALUD	36	48	35	27
ESS 062	ASMET SALUD	35	40	23	15
EPS 005	SANITAS	1	2	5	3
EPS 010	SURA	0	4	3	3
EPS 002	SALUD TOTAL	0	1	0	2
EPS 016	COOMEVA	8	6	4	2
EPS 018	S.O.S	6	10	6	2
EPS 033	SALUD VIDA	2	4	0	2
EPS 037	NUEVA EPS	10	24	0	2
EAS 027	FERROCARRILES	0	0	0	0
RES 002	ECOPETROL	0	0	0	0

FUENTE: SIVIGILA SSDQ



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Informes por eventos Instituto Nacional de Salud , Colombia, 2016.
2. Tunçalp, Ö., Hindin, M. J., Souza, J. P., Chou, D., & Say, L. (2012). The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(6), 653-661.
3. Secretaria de salud departamental del Quindío. Informe final del evento de vigilancia de morbilidad materna extrema, 2016. Colombia, 2017.
4. Banco Mundial, indicadores 2013 disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/sh.dyn.nmrt> consultado en febrero de 2014.
5. CLAP. MORTALIDAD FETAL, NEONATAL y PERINATAL (Países de la Región de las Américas y Caribe con población de más de 1 millón de habitantes, Canadá y Estados Unidos) (Actualización: mayo 2003) Consultado en: [http://www.clap.opsoms.org/web\\_2005/estadisticas%20de%20la%20region/index](http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/index).
6. Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). 2010
7. Instituto nacional de salud. Informe preliminar del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, periodo epidemiológico xiii, Colombia, 2016.
8. Organización Mundial de la Salud. 63. a Asamblea mundial de la salud A63/10 Punto 11.7 del orden del día provisional 1 de abril de 2010. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_10-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_10-sp.pdf).
9. Hernández R, Alvarenga C. (2001). Frecuencia de Malformaciones congénitas externas en recién nacidos de la unidad materno infantil del Hospital Escuela. Factores de riesgo. *Rev Med. Post. INAH*. 6(2): 148-153
10. Organización Mundial de la salud. Nota descriptiva 370. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>
11. Ministerio de la protección social. Indicadores básicos 2011 Situación de Salud en Colombia [Internet]. Colombia, 2011. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/indicadoresbasicosp.aspx>
12. Instituto Nacional de Salud. Cuevas E. Informe final del evento defectos congénitos hasta el periodo epidemiológico 13 del año 2015. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/Paginas/informes-de-evento.aspx>.
13. Ganfong E, et al. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales: Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2007 Agos; 33( 2 ).
14. Barreto S. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome hellp: características maternas y resultado neonatal. Unidad de Cuidados Intensivos Maternos. Instituto Materno Perinatal. Lima, Perú 1999-2000. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*. 2002; 21 (1): 17-22.