INFORME DE COMPORTAMIENTO DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER, VIGENCIA 2016

WILLIAM VILLAMIZAR LAGUADO
Gobernador

JUAN ALBERTO BITAR MEJIA
Director IDS

NOHORA ERLINDA CADENA
P.E Coordinadora Grupo Salud Pública

SANDRA MILENA CORREDOR BLANCO
P.U Responsable Vigilancia en Salud Pública

RUTH MARLENE HERNANDEZ CABARICO
P.U SIVIGILA
DARIO ALFONSO CASTRO MARTINEZ
P.U SIVIGILA
YESENIA MAIRUTH QUINTERO CARRASCAL
P.E VSP
HEIDDY PATRICIA VARGAS RAMIREZ
P.E VSP
RAIZA ISABEL VALCARSER
P.U VSP
ELIDA VERA VILLAMIZAR
P.U VSP
OLGA ROJAS
P.U VSP
CLAUDIA HERNÁNDEZ MOGOLLÓN
P.U VSP
NIDIA CÁCERES
Epidemióloga
JUANA AMADO GODOY
Técnico Administrativo
ANGELICA JÁCOME
P.U VSP
JESSIKA SALON
P.U VSP

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
NORTE DE SANTANDER
ABRIL 2017

INTRODUCCION

El Grupo de Vigilancia en Salud Pública de Norte de Santander recopila, analiza e interpreta la información generada por el Sistema de información - SIVIGILA. La vigilancia Departamental se ha fortalecido en áreas funcionales mediante la implementación de regionales (6) las cuales recopilan y retroalimentan de forma oportuna a los diferentes actores del sistema para emprender acciones de prevención, control oportuno y eficaz, sobre diferentes eventos de interés en salud.

Este documento contiene el análisis de los eventos de interés en salud pública reportados al sistema de información SIVIGILA durante la vigencia 2016 en el Departamento Norte de Santander, de acuerdo a la metodología brindada en la reunión Nacional de Vigilancia en Salud Pública.

OBJETIVOS

Apoyar el proceso de planificación, ejecución y evaluación de la política de salud pública emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social y los lineamientos dados por el Instituto Nacional de Salud con el propósito de mantener actualizada la situación de salud pública del Departamento Norte de Santander.
Contribuir a determinar las necesidades de investigación en salud pública en los Municipios del Norte de Santander.
Fortalecer las acciones de Vigilancia en salud Pública de los eventos prioritarios en salud y los de interés internacional.
Dar cumplimiento a lo establecido en los lineamientos 2017 con referencia al envío del informe 2016 luego de cerrada la base de datos SIVIGILA.

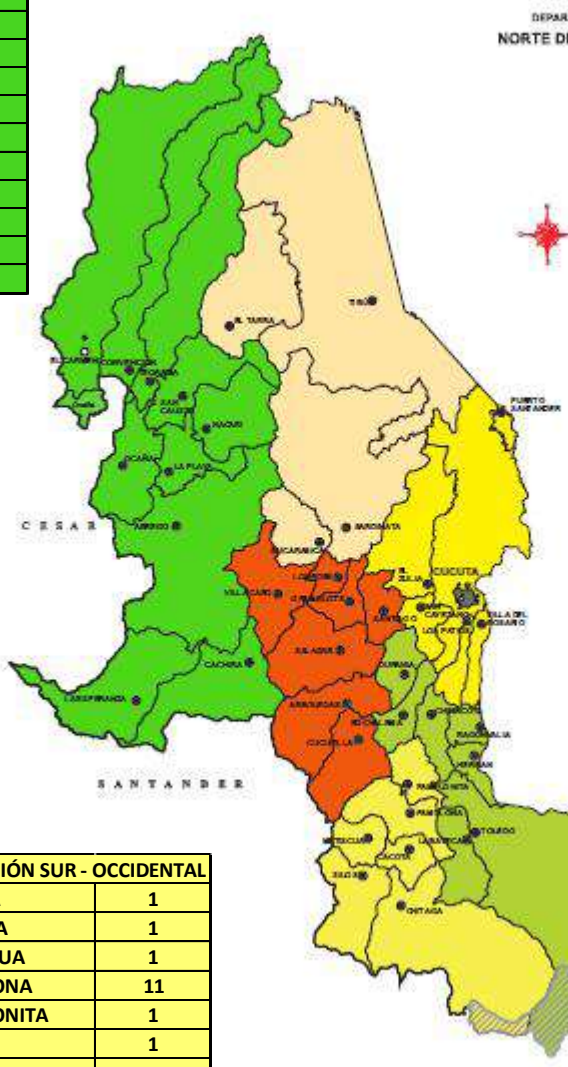
METODOLOGÍA

La recolección de los datos e información se llevó a cabo a través del software SIVIGILA Versión 2016, la cual fue tabulada, consolidada y procesada estableciendo un análisis descriptivo de la información por los siguientes componentes: inmunoprevenibles, mico-bacterias, factores de riesgo ambiental, eventos de Salud Sexual, zoonosis, enfermedades transmitidas por vectores y eventos departamentales. La evaluación de los datos e información de las intervenciones planteadas se encuentra desarrollada de acuerdo a las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona, a través de un análisis descriptivo.

Comportamiento de la Notificación a través del SIVIGILA correspondiente a la semana 1 a la 52 de 2016

SUBREGIÓN OCCIDENTAL	
ABREGO	2
CACHIRA	2
CONVENCION	1
EL CARMEN	2
HACARI	2
LA ESPERANZA	2
LA PLAYA	1
OCAÑA	23
SAN CALIXTO	1
TEORAMA	2
Total	38

SUBREGIÓN NORTE	
BUCARASICA	1
EL TARRA	1
SARDINATA	3
TIBU	7
Total	12



SUBREGIÓN CENTRO	
ARBOLEDAS	1
CUCUTILLA	1
GRAMALOTE	1
LOURDES	1
SALAZAR	2
SANTIAGO	1
VILLA CARO	1
Total	8

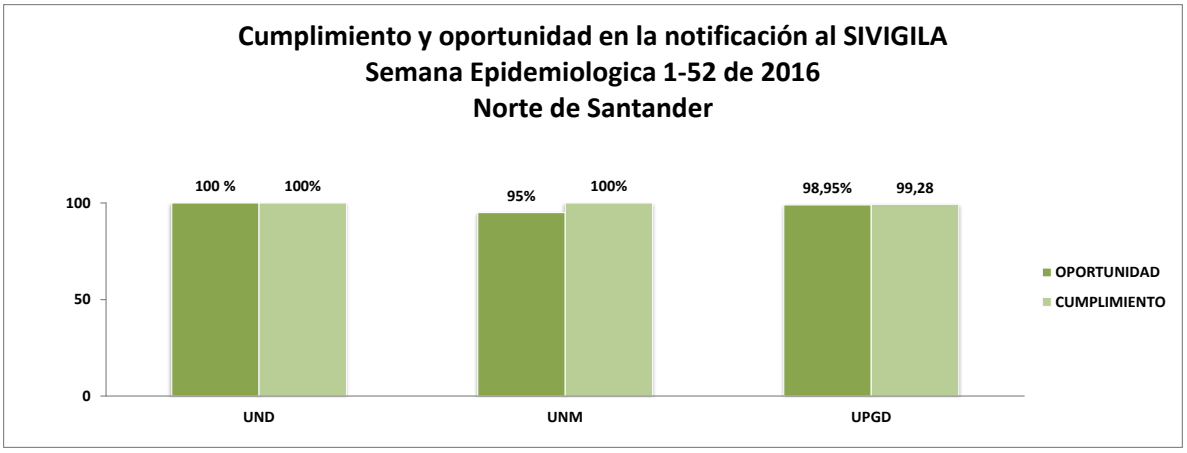
SUBREGIÓN ORIENTAL	
CUCUTA	114
EL ZULIA	2
LOS PATIOS	4
PUERTO SANTANDER	1
SAN CAYETANO	2
VILLA DEL ROSARIO	7
Total	130

SUBREGIÓN SUR - OCCIDENTAL	
CACOTA	1
CHITAGA	1
MUTISCUA	1
PAMPLONA	11
PAMPLONITA	1
SILOS	1
Total	16

SUBREGIÓN SUR- ORIENTAL	
BOCHALEMA	1
CHINACOTA	1
DURANIA	1
HERRAN	1
LABATECA	1
RAGONVALIA	1
TOLEDO	4
Total	10

La red de Vigilancia de Norte de Santander está conformada por 214 Unidades Primarias Generados de Datos (UPGD) y 227 Unidades Informadoras (UI), abarcando los 40 municipios del departamento, en el período correspondiente a la semana epidemiológica 1-52 de 2016.

El Departamento de Norte de Santander cumplió la meta del 100% en la entrega de la notificación semanal al Instituto Nacional de Salud.

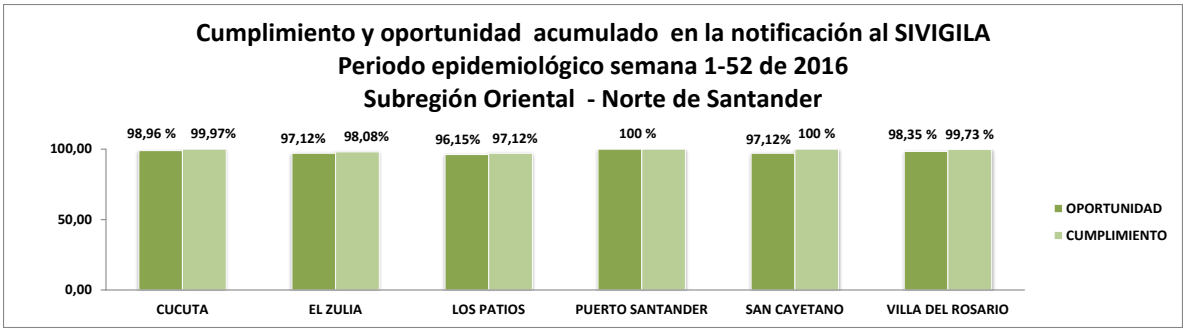


Los municipios que integran al Departamento Norte de Santander cumplieron con la meta del 100% en la entrega del reporte semanal al Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, en la semana 23 y 47 los municipios de El Tarra y Labateca notificaron solo eventos departamentales y realizaron ajustes.

El porcentaje acumulado de cumplimiento semanalmente en la entrega de la información por parte de las UPGD corresponde al 99.28 % y con una oportunidad del 98.95%.

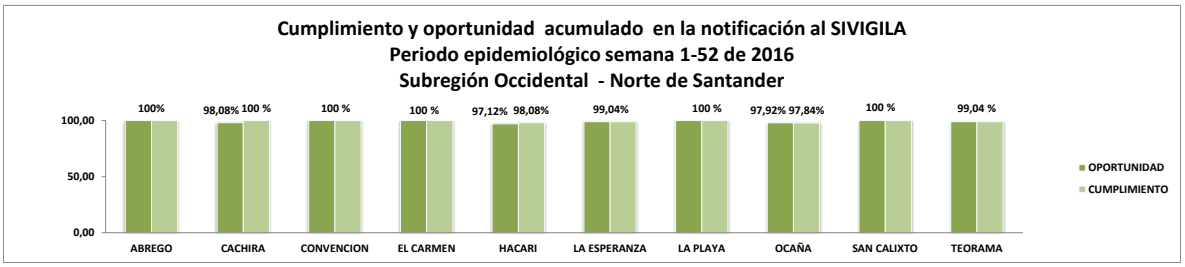
A continuación se detalla el reporte de notificación semanal de cada una de las seis Sub regiones en que se encuentra dividido el Departamento.

La Subregión Oriental comprende los municipios de Cúcuta, El Zulia, Los Patios, Puerto Santander, Villa del Rosario y San Cayetano.



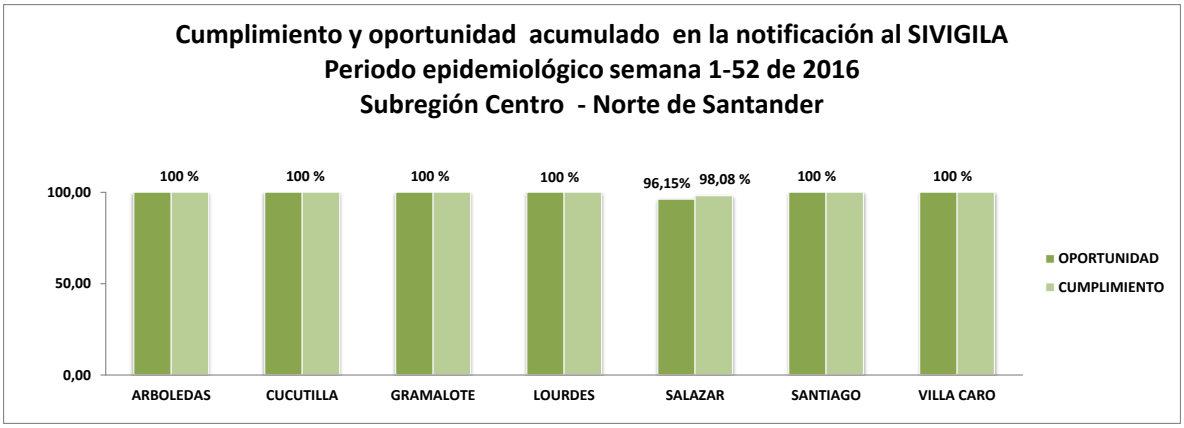
Los municipios que cubren Subregión Oriental cumplen semanalmente con el 100% en la entrega de la información al nivel departamental, conformada por un total de 130 UPGD activas y 133 unidades informadoras, cuyo porcentaje acumulado de estas UPGD se observa la anterior imagen.

La Subregión Occidental representada por 10 municipios, Ocaña donde está ubicada la sede de la Regional, Abrego, Convención, Cáchira, Hacarí, El Carmen, La Esperanza, La Playa, San Calixto y Teorama.



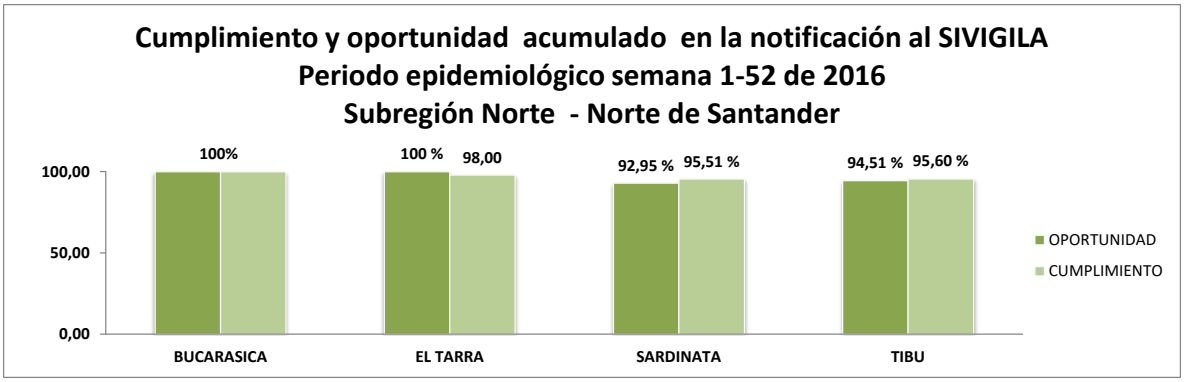
Presenta un cumplimiento y oportunidad respectivamente en la entrega de la información por parte de los municipios del 100%, en cuanto al cumplimiento acumulado de la semana epidemiológica 1 - 52 del año 2016 correspondiente a las 38 UPGD y 49 unidades informadoras se describe en el gráfico.

La Subregión Centro conformada por los municipios de Arboledas, Gramalote, Lourdes, Santiago, Villa Caro, Salazar y Cucutilla.



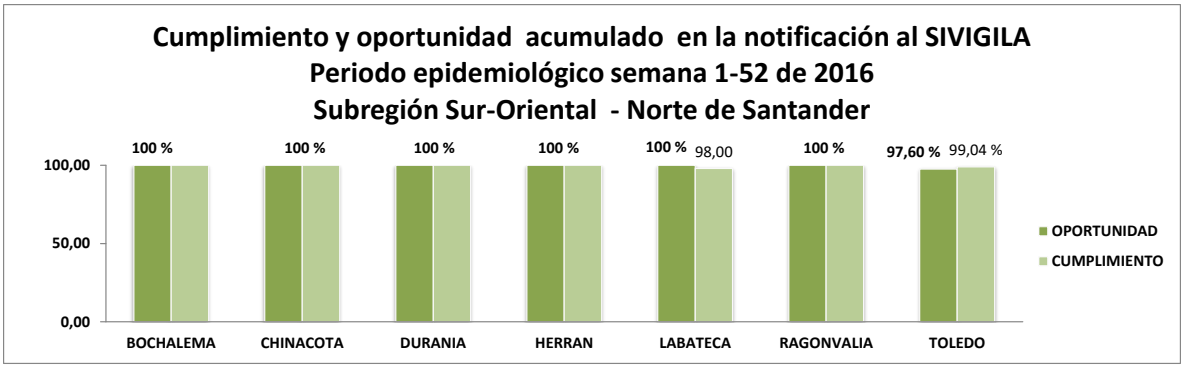
Semanalmente cumplen con la entrega oportuna de los planos de sus 8 UPGD y 11 UI por parte de cada uno de sus municipios, representados en el 100%. El cumplimiento y la oportunidad acumulada de sus UPGD para la semana 1-52 de 2016, se describen en el anterior gráfico.

La regional Norte abarca un área de gran extensión y cubre los municipios de Tibú, El Tarra, Sardinata y Bucarasica.



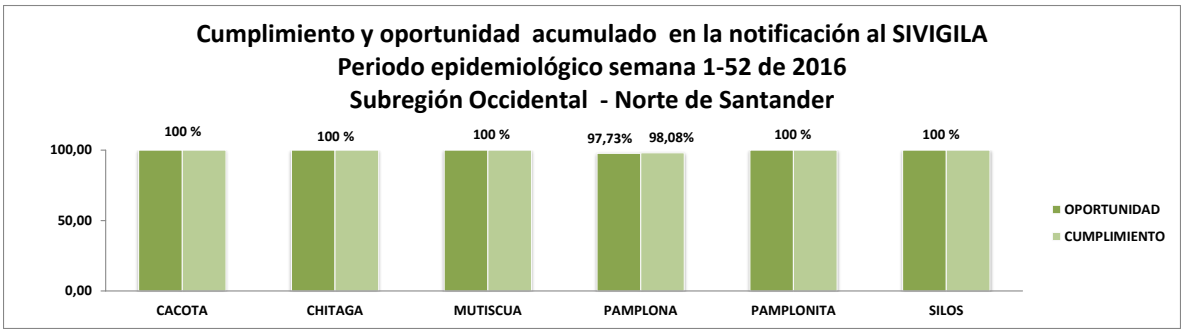
El cumplimiento y oportunidad de la notificación es del 100% para todos los municipios, cuenta con 12 UPGD y 8 unidades informadoras, el cumplimiento acumulado de las UPGD se observa en el anterior gráfico.

La Subregión Suroriental comprende los municipios de Bochalema, Chinácota, Durania, Herrán, Labateca, Ragonvalia y Toledo.



Cumplimiento yoportunidad semanalmente en la entrega de la información es del 100% en cada uno de sus siete municipios, cuentan con 10 UPGD y 12 unidades informadoras, el porcentaje acumulado de sus UPGD correspondiente a la semana epidemiológica 1 a la 52 de 2016 se observa en el gráfico anterior.

La Subregión Sur Occidental, cubre los municipios de Cácota, Chitaga, Mutiscua, Silos, Pamplonita y Pamplona.



Su cumplimiento y oportuna entrega del reporte semanal de los planos por parte de cada uno de sus municipios es del 100%, esta subregión tiene un total de 16 UPGD y 14 unidades informadoras; el cumplimiento acumulado de sus UPGD se refleja en el gráfico anterior.

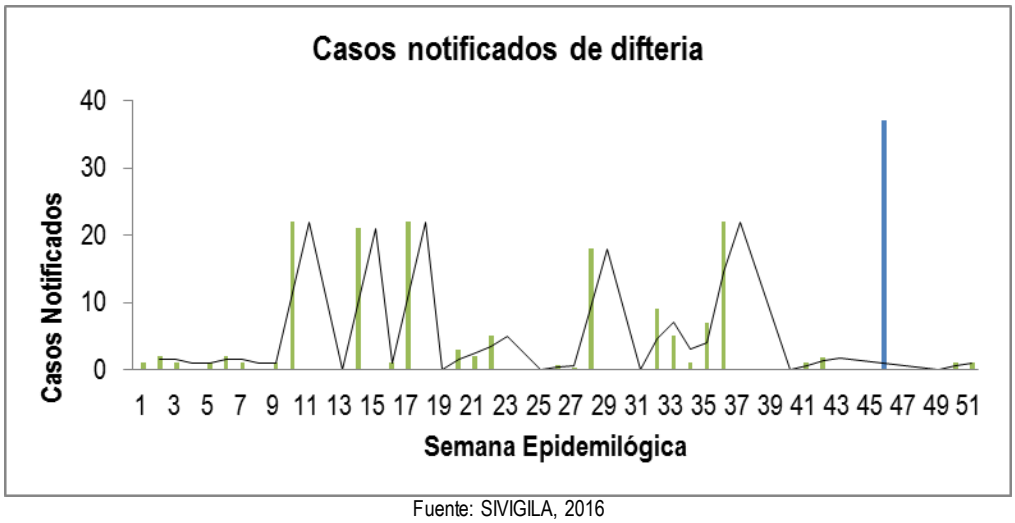
1. COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE INMUNOPREVENIBLES

DIFTERIA

Comportamiento de la notificación

A periodo epidemiológico XIII de 2016, ingresaron al Sivigila 3 casos probables de Difteria, los cuales se descartaron por laboratorio

Casos notificados de difteria. Norte de Santander 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Los municipios de procedencia de los casos fueron Cúcuta, Pamplona.

Casos de difteria notificados por municipio de procedencia, Norte de Santander 2016

Municipio procedencia	Descartados
Cúcuta	2
Pamplona	1
Total general	3

Fuente: SIVIGILA, 2016

Magnitud en lugar y persona

El 66,7 % de los casos correspondió al sexo es masculino. El 33,3 % afiliado al régimen contributivo 33,3 % al régimen especial, 33,3 % al régimen subsidiado. Según pertenencia étnica, el 100 % se reportó en "otros" grupos. El 100 % provienen de cabecera municipal.

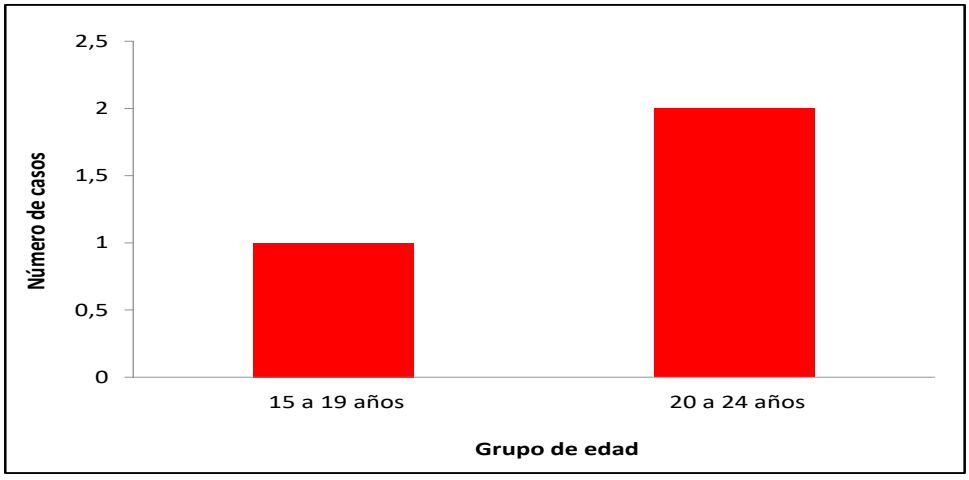
Comportamiento demográfico y social de los casos probables de difteria, Norte de Santander, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
sexo	Femenino	1	33,3%
	Masculino	2	66,7%
Tipo de Regimen	Contributivo	1	33,3%
	Especial	1	33,3%
	Subsidiado	1	33,3%
Pertenencia étnica	Indígena	0	0
	ROM(gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	0	0
	Otro	3	100%
Área de procedencia	Cabecera municipal	3	100%
	Centro poblado	0	0
	Rural Disperso	0	0%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Según la edad, el 66,70 % de los casos se notificaron en el grupo de 20 a 24 años, seguido por el grupo de 15 a 19 años con el 33,3 %.

Casos de difteria notificados por grupo de edad. Norte de Santander, 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de otras variables de interés

Según el lugar de captación de los casos se identificó el 66,7 % de los casos en el servicio de Hospitalización, el 33,3 % de los casos en el servicio de Consulta externa.

Lugar de captación de los casos de difteria notificados. Norte de Santander, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
lugar de identificación del caso	Consulta externa	1	33,3%
	Urgencias	0	0,0%
	Hospitalización	2	66,7%
	Búsqueda comunitaria	0	0,0%
total		3	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Los signos y síntomas más comunes en los cuadros clínicos de los casos notificados fueron faringitis y presencia de membranas en el 100% de los casos, seguido por fiebre, amigdalitis, laringitis con el 66,7 % cada uno de los casos respectivamente.

Signos y síntomas presentes en casos probables de difteria notificados. Norte de Santander, 2016

Datos clínicos	Casos	%
Fiebre	2	66,7%
Amigdalitis	2	66,7%
Faringitis	3	100,0%
Laringitis	2	66,7%
Presencia de membranas	3	100,0%
total	3	

Fuente: SIVIGILA, 2016

De acuerdo a la distribución de casos notificados como probables se encontró que de los 3 adultos, solo 1 (33,3 %) tenían algún antecedente vacunal contra difteria.

Descripción de casos probables de difteria. Norte de Santander, 2016

Caso	Semana de notificación	Sexo	Edad	Municipio de residencia	Antecedente de vacunas DPT	Hisopado Faringeo	Diagnóstico de clasificación final	Claisificación final
1	14	M	21	CUCUTA	0	Si	Amigdalitis	Descartado
2	42	M	22	PAMPLONA	0	Si	Abceso	Descartado
3	44	F	17	CUCUTA	1 dosis de DPT	Si	Bronconeumonia	Descartado

Fuent

Fuente: SIVIGILA, 2016

Todo caso de difteria requiere la generación de intervenciones individuales y colectivas dentro de las primeras 72 horas garantizando el control de la enfermedad.

Durante el año 2016 no se confirmaron casos de difteria en el Departamento Norte de Santander.

Indicadores de los casos de difteria notificados, Norte de Santander, 2016

Indicador	Descripción	Resultado
Proporción de casos con ficha de investigación completa	# de casos con ficha de investigación de campo completa / # de	(3/3)X100=100%
Proporción de incidencia	# de casos confirmados de difteria/ Proyección población DANE por 100.000	0
Letalidad	de casos de muerte confirmados de difteria/ # total de casos de	0
Porcentaje de casos probables descartados por laboratorio.	# de casos de difteria descartados por laboratorio o Número / # total de casos notificados como	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN

Comportamiento de la notificación

En el período epidemiológico XIII de 2016 se notificaron 37 casos a través de archivos planos al software Sivigila; 2 casos se descartan por errores de digitación, para un total de 35 casos sospechosos de ESAVI.

El 37,1% (13 casos) de los casos notificados se clasifican inicialmente como casos graves; requirieron hospitalización posterior a la administración de la vacuna y 62,9 % (22 casos) de los casos notificados se clasifican como leves.

Para el período epidemiológico XIII de 2015 se notificaron 19 casos de ESAVI, haciendo comparación con el comportamiento de la notificación del período epidemiológico XIII de 2016 con 35 casos, donde se observa una diferencia significativa en la notificación de los casos sospechosos de ESAVI.

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

a. Variables de lugar

Los municipios que notificaron casos graves fueron Cúcuta con 8 casos, Sardinata 2 casos, Villa Caro, Ocaña, Los Patios con 1 caso respectivamente.

Clasificación de ESAVI por entidad de procedencia. Norte de Santander, 2016

Municipio procedencia	Casos Graves	Casos Leves	Total	Porcentaje
Cúcuta	7	13	20	57%
El Carmen		1	1	3%
Los Patios	1	2	3	9%
Ocaña	1	1	2	6%
Sabana de Torres	1		1	3%
San Cayetano		1	1	3%
Sardinata	2	2	4	11%
Toledo		1	1	3%
Villa Caro	1		1	3%
Villa del Rosario		1	1	3%
Total general	13	22	35	

Fuente: SIVIGILA, 2016

En relación con el área de ocurrencia de los casos de ESAVI, 32 casos (91,4. %) se presentaron en cabecera municipal, 2 en área rural dispersa y 1 en centros poblados.

Casos de ESAVI por área de ocurrencia. Norte de Santander, 2016

Area de Ocurrencia	Casos graves	casos leves	Total	Porcentaje
Cabecera Municipal	11	21	32	91,4%
Centro/poblado	1		1	2,9%
Rural disperso	1	1	2	5,7%
Total general	13	22	35	

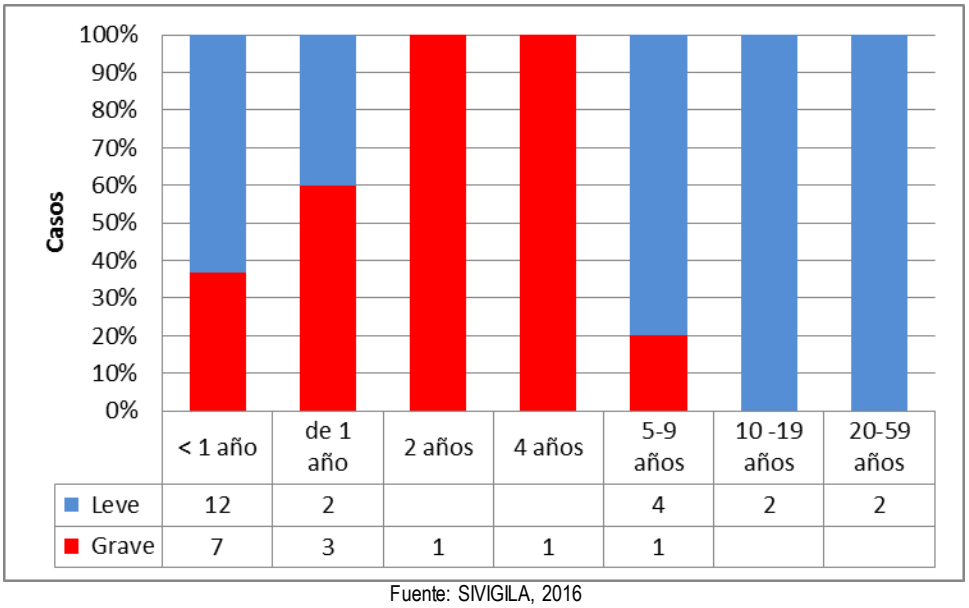
Fuente: SIVIGILA, 2016

b. Variables de persona

La población que en mayor proporción se beneficia del programa, es la de los niños menores de cinco años, grupo de edad en el que se reportó el 74,2 % (26/35) de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización.

En relación con las personas mayores de cinco años, a quienes se les administra una cantidad menor de biológicos se esperarían bajas tasas de reacción ante la administración de estos mismos, sin embargo, se tuvo una notificación del 34,6 % (9/35).

Casos de ESAVI por grupo de edad, Norte de Santander, 2016



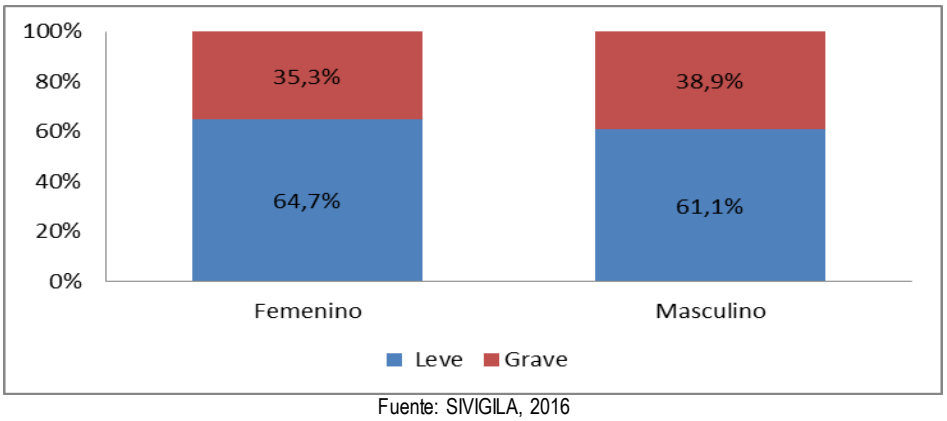
	< 1 año	de 1 año	2 años	4 años	5-9 años	10 -19 años	20-59 años
Leve	12	2			4	2	2
Grave	7	3	1	1	1		

Fuente: SIVIGILA, 2016

Según la clasificación de los casos por grupo poblacional, el 100. % de los casos se presentó en otros grupos poblacionales.

Los casos de ESAVI notificados hasta período epidemiológico XIII, afectaron en mayor porcentaje al sexo masculino con 51,4. % (18 casos) y el 48,6. % (17 casos) al sexo femenino.

Casos de ESAVI por sexo según clasificación inicial, Norte de Santander, 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

El 97,1 % de los casos de ESAVI notificados a período epidemiológico XIII de 2016 se encuentran afiliados al sistema de seguridad social en salud. El mayor número de casos notificados pertenecía al régimen subsidiado con 45,7. %, seguido del régimen contributivo con 34,3 %, el régimen de excepción con 17,1 %; en estos dos grupos se concentró el 80% % de la notificación para el evento.

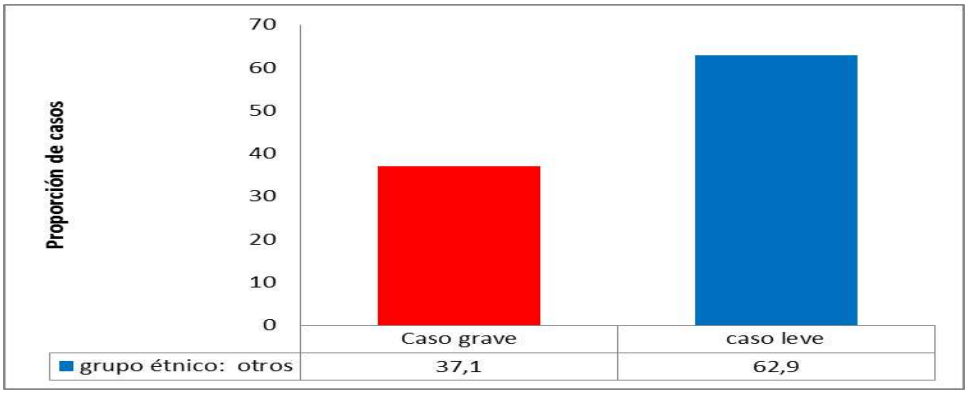
Casos de ESAVI por tipo de seguridad social en salud, según clasificación inicial. Norte de Santander, 2016

SGSSS	Caso grave	caso leve	Total	Proporción
Contributivo	3	9	12	34,3%
Excepción	1	5	6	17,1%
No asegurado	0	1	1	2,9%
Subsidiado	9	7	16	45,7%
Total	13	22	35	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

En relación con la clasificación de los casos según la pertenencia étnica, el mayor número de casos correspondió al de “otros” con el 100 % de los casos.

Casos de ESAVI por pertenencia étnica, según clasificación inicial Norte de Santander, 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

a. Vacuna implicada

Las reacciones adversas pueden presentarse para cualquiera de los componentes de los biológicos, viéndose implicados algunos más que otros en la aparición de ESAVI. Hasta período epidemiológico XIII de 2016 las vacunas que tuvieron una mayor aparición en la notificación de casos sospechosos, fue la vacuna polio oral con 25,7 % de los casos, Pentavalente en el 22,9% de los casos y BCG con 11,4.% de los casos.

La vacuna pentavalente combina cinco antígenos, bacterias muertas de Bordetellapertusis, toxoides tetánico y diftérico, antígeno de superficie del virus de la hepatitis B y polisacárido capsular purificado de *Haemophilusinfluenzae*tipo b.

Vacunas relacionada en ESAVI, Norte de Santander, 2016

Vacunas	Porcentaje grave	Porcentaje Leve	Porcentaje total
Antimeningococo	2,9%	0,0%	2,9%
Antineumococo	0,0%	2,9%	2,9%
Antipolio Inyectable	2,9%	0,0%	2,9%
Antipolio Oral	14,3%	11,4%	25,7%
BCG	5,7%	5,7%	11,4%
DPT	0,0%	8,6%	8,6%
HB	2,9%	0,0%	2,9%
Influenza	2,9%	0,0%	2,9%
Pentavalente	2,9%	20,0%	22,9%
Td/TD	0,0%	8,6%	8,6%
Triple oral	2,9%	5,7%	8,6%

Fuente: SIVIGILA,2016

b. Casos graves: Relación vacuna implicada por edad.

En el grupo de menores de cinco años se notificaron un total de 13 casos graves, en el cual el biológico reportado en la mayoría de los casos fue antipolio oral con 38,5. % de los casos, 15,4. % con BCG.

Vacuna relacionada en ESAVI grave, en menores de 5 años, Norte de Santander, 2016

Vacunas	Casos	Razon
Antimeningococo	1	7,7%
Antipolio inyectable	1	7,7%
Antipolio oral	5	38,5%
BCG	2	15,4%
HB	1	7,7%
Influenza	1	7,7%
Pentavalente	1	7,7%
Triple viral	1	7,7%

Fuente: SIVIGILA, 2016

En el grupo de mayores de cinco años no se notificaron casos graves.

C. Datos clínicos

Las manifestaciones clínicas más informadas fueron fiebre en el 40. %, celulitis en el 31,4.% de los casos, absceso en el 20.%, urticaria en el 17,1.%, febrícula en el 8,6.% , signo de infección , llanto persistente con 5,7.%., respectivamente.

Manifestaciones clínicas en ESAVI, Norte de Santander, 2016

Datos Clínicos	Casos	Porcentajes
Fiebre	14	40,0%
Celulitis	11	31,4%
Abceso	7	20,0%
Urticaria	6	17,1%
Febrícula	3	8,6%
Con signo infección	2	5,7%
Llanto persistente	2	5,7%
Hipotonía	1	2,9%

Fuente: SIVIGILA, 2016

D. Clasificación final

El 28,6. % de los casos fue clasificado como evento relacionado con el programa, 25,7.% relacionados con la vacuna, 22,9.% pendiente, 20,0.% caso no coincidente, el 2,9% caso no concluyente.

Clasificación Final de casos de ESAVI, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

Clasificación Final ESAVI	Evento grave	%	Evento leve	%	Total general	
caso coincidente	5	71,4%	2	28,6%	7	20,0%
caso no concluyente	0	0,0%	1	100,0%	1	2,9%
Evento relacionado con la vacuna	4	44,4%	5	55,6%	9	25,7%
Pendiente	2	25,0%	6	75,0%	8	22,9%
Relacionado con programa	2	20,0%	8	80,0%	10	28,6%
Total	13	37,1%	22	62,9%	35	100,0%

Fuente: SIVIGILA, 2016

E. Casos graves relacionados con la vacuna

De los 35 casos sospechosos de ESAVI notificado hasta semana epidemiológicos 52, 4 casos tienen como clasificación final graves relacionados con la vacuna.

Los casos sospechosos en los cuales el evento ha sido descrito como una reacción esperada posterior a la administración del biológico, debido a sus propiedades o componentes cumpliendo con criterios de causalidad, se tiene en mayor proporción la vacuna triple Viral en el 40,0% del total de los casos relacionados con la vacuna, DPT, Antipolio inyectable en el 20,0 % respectivamente.

Casos de ESAVI relacionados con la vacuna, Norte de Santander,2016

Vacunas	Razón
Antipolio inyectable	20,0%
DPT	20,0%
Triple viral	40,0%

Fuente: SIVIGLIA, 2016

De los casos relacionados con el programa, todos presentaron abscesos o celulitis posterior a la administración de vacunas intramusculares, subcutáneas o intradérmicas; algunos casos requirieron hospitalización y tratamiento antibiótico, se tiene en mayor proporción la vacuna pentavalente en el 30,0 % del total de los casos relacionados con el programa.

Casos de ESAVI relacionados con el programa, Norte de Santander, 2016

Vacunas	Razón
Antimeningococo	10%
Antineumococo	10%
Antipolio oral	10%
BCG	10%
HB	10%
Pentavalente	30%
Td/Td	10%
Triple viral	10%

Fuente: SIVIGILA, 2016

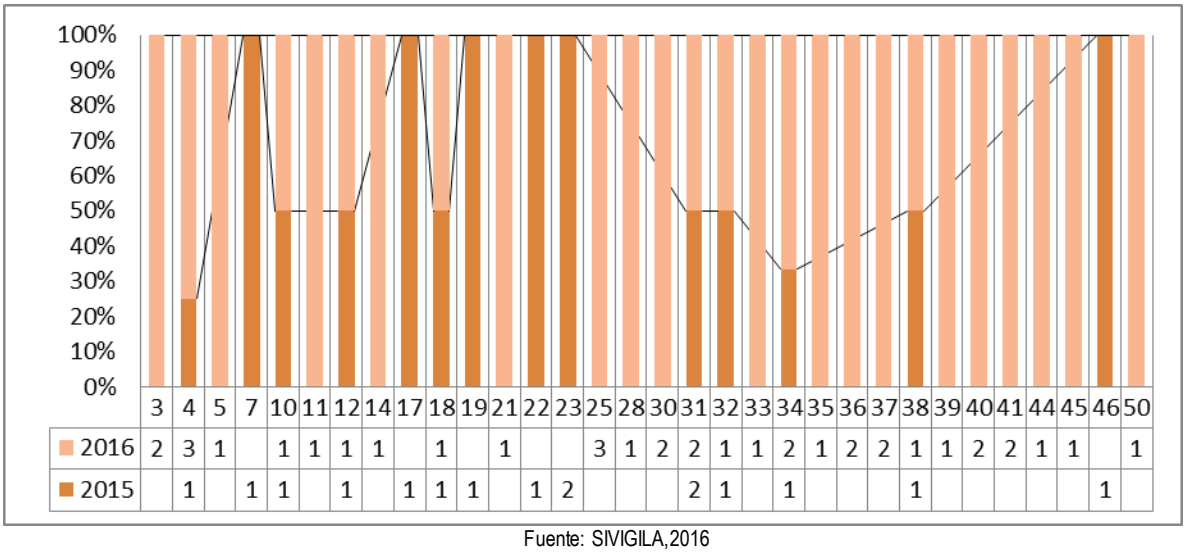
F. Casos de mortalidad reportados

No se ha notificado casos de fallecimiento dentro de las cuatro semanas posteriores a la administración de vacunas.

G. Tendencia del evento

La notificación de casos sospechosos de ESAVI hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 (35 casos) muestra un aumento en la notificación del evento con respecto al 2015 con 19 casos.

Comportamiento en la notificación de los casos sospechosos de ESAVI, Norte de Santander 2016



Fuente: SIVIGILA,2016

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Se tiene el 77,1. % de los casos sospechosos de ESAVI con clasificación final (27 casos), pero pendientes de clasificar8 casos.

El municipio que no cumplió con este indicador al presentar un porcentaje bajo en la clasificación final es: el municipio del Carmen.

Clasificación final de ESAVI por entidad territorial notificadora, Norte de Santander, 2016

Municipio Notificador	Evento relacionado con la vacuna	Relacionado con programa	caso coincidente	caso no concluyente	Pendiente	Total Casos	Casos Ajustados	% Ajuste
ABREGO	0	1	0	0	0	1	1	100%
CUCUTA	7	7	7	1	3	25	25	100%
EL CARMEN	1	0	0	0	0	1	0	0%
LOS PATIOS	0	1	0	0	0	1	1	100%
OCAÑA	0	0	0	0	1	1	1	100%
SAN CAYETANO	1	0	0	0	0	1	1	100%
SARDINATA	0	1	0	0	2	3	3	100%
TOLEDO	0	0	0	0	1	1	1	100%
VILLA DEL ROSAR	0	0	0	0	1	1	1	100%
Total general	9	10	7	1	8	35	34	97,14%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Proporción de Errores Programáticos.

De 35 casos de ESAVI notificados al Sivigila a período epidemiológico XIII de 2016 el 28,6 .% (10 casos) fueron relacionados con el programa.

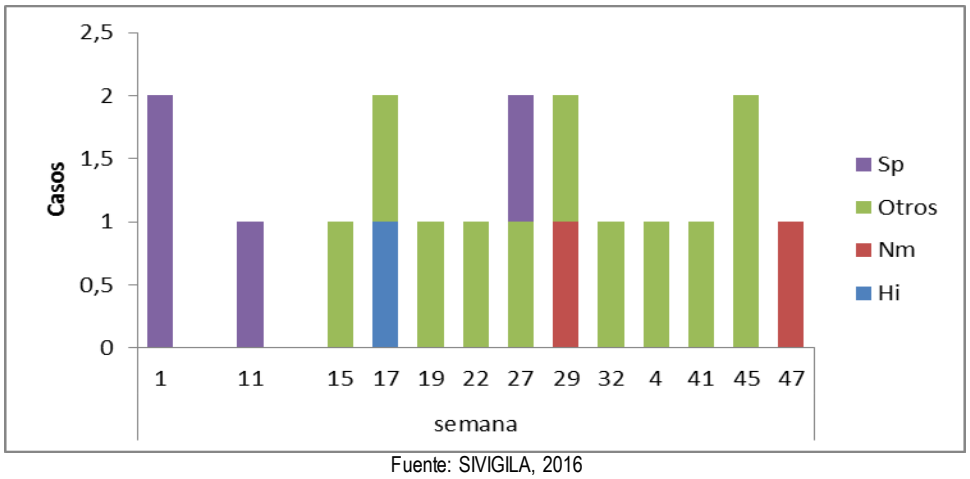
Los entes territoriales que notificaron el 5,7. % de los casos de ESAVI clasificados como error programático fueron Cúcuta con 2casos.

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Comportamiento de la notificación

Hasta periodo epidemiológico XIII de 2016, se han notificado al Sivigila 20 casos de meningitis bacterianas, el 55 % por otros agentes, el 25 % *S. pneumoniae, el 15 % N. meningitidis*, el 5 % por *H. influenzae* (ver Gráfica No 2). El promedio semanal de casos notificados fue de 10 casos.

Casos probables de meningitis notificados según agente etiológico, Norte de Santander , 2016

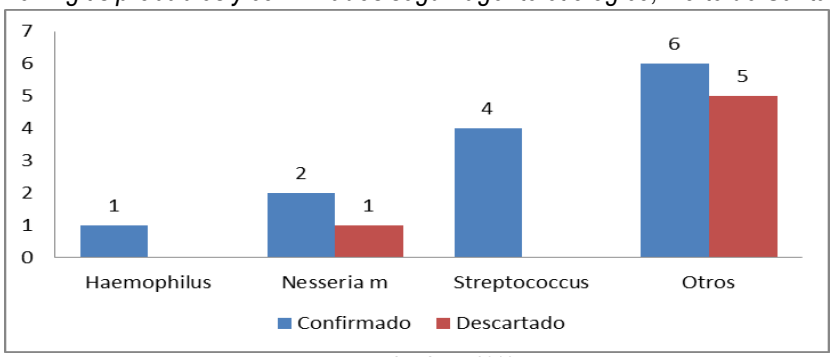


Fuente: SIVIGILA, 2016

Según la clasificación final de casos, el 35 % (7) están confirmados por laboratorio, el 60% (12) casos están como probables, de estos probables el 30%(6) de los casos fueron confirmados, y el otro 30 % (6) casos se han descartado.

De acuerdo al agente causal, en los casos confirmados el 7,7 % (1/13) de las meningitis bacterianas notificadas corresponde a meningitis por *Haemophilusinfluenzae*, el 15,4 % (2/13) a meningitis por *Neisseriameningitidis*, el 30,8 % (4/13) a meningitis por *Streptococcuspneumoniae* y el 46,2 % (6/13) a meningitis por otros agentes.

Casos de meningitis probables y confirmados según agente etiológico, Norte de Santander, 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Por procedencia Cúcuta, Abrego, Pamplona, Villa del Rosarios notificaron el 63,1 % de los casos (ver Tabla No 1). El 80 % (8/10) de las entidades territoriales notificaron casos al Sivigila hasta el periodo XIII de 2016 y se reportaron 2 casos procedentes del exterior, confirmados por laboratorio; y un caso procedente de otro departamento confirmado, y un caso de error de digitación.

Casos de meningitis bacteriana aguda según entidad territorial de procedencia.Norte de Santander, 2016

Municipio de Procedencia	Probable	%	Confirmado	%	Descartado	%	Total	%
Abrego	2	100%	1	50%	1	50%	2	10,5%
Convención	1	100%		0%	1	100%	1	5,3%
Cúcuta	3	50%	5	83%	1	17%	6	31,6%
El tarra		0%	1	100%		0%	1	5,3%
Los patios	1	100%	1	100%		0%	1	5,3%
Ocaña		0%	1	100%	1	100%	1	5,3%
Pamplona	2	100%		0%	2	100%	2	10,5%
Rio de oro		0%	1	100%		0%	1	5,3%
Venezuela	2	100%	2	100%		0%	2	10,5%
Villa del rosario	1	50%	1	50%		0%	2	10,5%
Total	12	63,2%	13	68%	6	32%	19	100%

Fuente: SIVIGILA 2016

La distribución de la notificación de casos de meningitis bacteriana por sexo es mayor en hombres con el 60%; de acuerdo a su lugar de residencia el 75 % de los casos se ubicaron en cabecera municipal; el 65 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado y el 20 % al régimen contributivo. El 100 % tiene pertenencia étnica “otros”.

Características demográficas y sociales de los casos de meningitis bacteriana aguda, Norte de Santander, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	8	40%
	Masculino	12	60%
Área	Cabecera municipal	15	75%
	Centro /poblado	2	10%
	Rural disperso	3	15%
Tipo de régimen	Contributivo	4	20%
	Especial	1	5%
	Excepción	1	5%
	No asegurado	1	5%
	Subsidiado	13	65%
Pertenencia étnica	Otro	20	100%

Por grupo de edad, el 15 % de los casos notificados fue en menores de un año, y los de 55 a 59 años.

Comportamiento por grupo de edad de los casos de meningitis, Norte de Santander, 2016

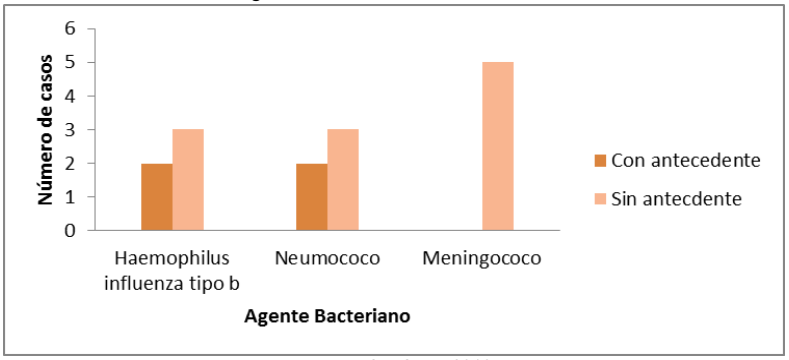
Grupo Edad	Casos notificados	%
menores de 1 año	3	15%
55 a 59 años	3	15%
1 a 4 años	2	10%
20 a 24 años	2	10%
35 a 39 años	2	10%
50 a 54 años	2	10%
5 a 9 años	1	5%
10 a 14 años	1	5%
15 a 19 años	1	5%
40 a 44 años	1	5%
60 a 64 años	1	5%
65y mas	1	5%
Total general	20	100%

Fuente:SIVIGILA 2016

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Dentro de los casos notificados como casos de meningitis se encuentran 5 menores de seis años de los cuales se verificó antecedente de vacunación. Para el año 2016, el 40 % de los casos en menores de seis años de edad refieren antecedente vacunal para alguno de los agentes bacterianos en estudio; el 40 % (2/5) de los casos notificados en menores de seisaños tienen vacuna anti-Hib, el 40 % (2/5) tiene vacuna anti-neumococo y el 100 % (5/5) no tienen antecedente vacunal anti-meningococo.

Antecedente vacunal de casos de meningitis notificaos en menores de seis años, Norte de Santander, 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

De acuerdo al registro de hospitalización el 94,7 % (18/19) de los casos notific ados fueron hospitalizados; la mayor proporción se observó en los casos probables de MBA por otro tipo agente con 100 % de hospitalizaciones.

Hospitalización de los casos de meningitis bacteriana notificados, Norte de Santander, 2016

Hospitalización /Agente	Si	%	No	%	Total
Haemophilusinfluenzae	1	100,0%	0	0	1
Meningococo	2	66,7%	1	33,3%	3
Otros	11	100,0%	0	0	11
Neumococo	4	100,0%	0	0	4
Total	18	94,7	1	5,2	19

Fuente: SIVIGILA,2016

Los signos y síntomas más comunes en los casos reportados fueron la fiebre con 78,9%, alteración del estado de conciencia con 42,1 %, rigidez de nuca con 31,6 % y signos de irritación meníngea con 36,8 %. La presencia de rashen 5,6 casos probables de meningitis por meningococo.

Signos y síntomas registrados de los casos de meningitis bacteriana notificados, Norte de Santander, 2016

Signosy Síntomas	Haemophilus Influenza tipo b		Meningococo		Neumococo		Otros		Total	
	si	%	si	%	si	%	si	%	Si	%
Fiebre	1	100%	3	100,0%	3	75%	8	72,7%	15	78,9%
Alteración de la conciencia	1	0%	1	33,3%	3	75%	3	27,3%	8	42,1%
Rigidez de nuca	1	100%	1	33,3%	1	25%	3	27,3%	6	31,6%
Signos de irritación meníngea	1	100%	1	33,3%	2	50%	3	27,3%	7	36,8%
Rash	0	0%	1	0,0%	0	0%	0	0,0%	1	5,3%
Abombamiento de Fontanela	1	100%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	1	5,3%
Denominador	1		3		4		11		19	

Fuente: SIVIGILA 2016

De acuerdo al uso de antibióticos el 31,7 % (6/19) de los casos de meningitis bacterianas notificados tienen antecedente de uso de tratamiento antibiótico previo; por agente causal el 50 % (3/4) de los casos por *Streptococcuspneumoniae* el 33,3%de los casos por otros agentes, El 16,7% (1/3) de los casos por*Neisseriameningitidis*.

Antecedente de uso de antibiótico en casos de meningitis bacteriana notificados, Norte de Santander, 2016

Uso antibiótico/ Agente bacteriano	Si	%	No	%	Total
Haemophilusinfluenzae	0	0,0%	1	7,7%	1
Neisseriameningiditis (meningococcica)	1	16,7%	2	15,4%	3
Otros	2	33,3%	9	69,2%	11
Streptoccoccuspneumoniae	3	50,0%	1	7,7%	4
Total general	6	31,7	13	68,4	19

Fuente: SIVIGILA, 2016

El Gold standard para la identificación del agente causal de meningitis es el cultivo de LCR con 73,6%(14/19) En los aislamientos reportados por el laboratorio 1 casos de Neiseria Meningiditis, el 21% (4/19) a otro agente.

Aislamiento en casos de meningitis, Laboratorio microbiología INS, Norte de Santander, 2016

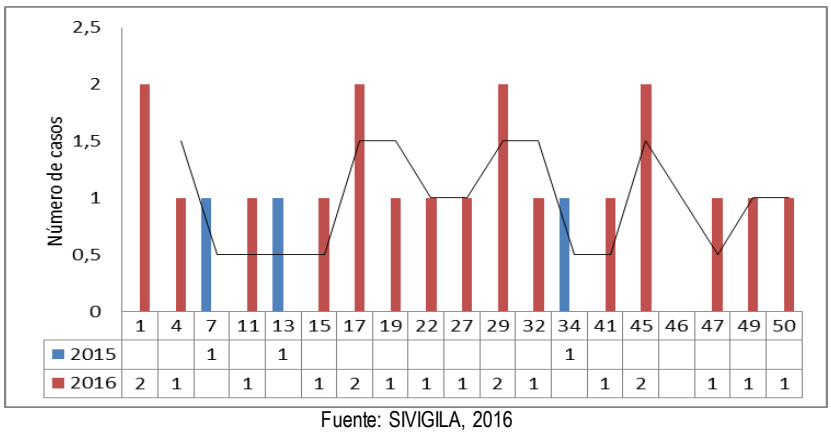
Tipo agente	Haemophilusinfluenzae	Neiseriameningiditis	Otro	Streptooccuspneumoniae	Total
Tipo muestra					
LCR	1	2	8	4	15
Sangre total			2	2	4
tipo Prueba					
Aislamiento		1			1
Coloración Gram			4		4
Cultivo	1	1	6	6	14

Fuente: Laboratorio de Microbiología, Instituto Nacional de Salud, 2016

Tendencia del evento

La notificación de casos de meningitis bacterianas hasta periodo epidemiológico XIII, muestra un aumento del 16 con respecto al año 2015.

Tendencia de la notificación de meningitis bacteriana aguda, Norte de Santander, 2015-2016)



Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Letalidad

De los casos notificados hasta periodo epidemiológico XIII, se registraron 3muertes por meningitis, de las cuales el 33,3 % (1/3) fueron confirmadas por laboratorio, el 66,6% (2/3) están probables, de estos probables 1 caso se descartó por laboratorio.

Según los casos confirmados, la tasa de letalidad observada para Norte de Santander en el año 2016 fue de 30 %. La letalidad más alta observada en población general ocurrió en Ocaña con 100%, Cúcuta 40,0%.

La letalidad por agente fue de 100 % (3/33) para otro tipo de agente.

Incidencia

La tasa de incidencia de meningitis bacterianas hasta periodo epidemiológico XIII a nivel departamento para la población general fue de 0,7 casos por cada 100 000 habitantes. Las incidencias más elevadas se observaron en el Tarra con 9,1, Abrego con 2,6, y Villa Rosario con 2,1 casos por 100 000 habitantes.

Indicadores incidencia de los casos de meningitis por agente etiológico,Norte de Santander, 2016

Entidades Territoriales	Población	Confirmado por laboratorio	Casos	Incidencia	Tasa
	General		Mortales	x 100000 hab. población general	letalidad
Cúcuta	656.380	5	2	0,8	40,0
Abrego	38.363	1	0	2,6	0

Arboledas	8.972	0	0	0	0
Bochalema	7.020	0	0	0	0
Bucarasica	4.570	0	0	0	0
Cácota	1.873	0	0	0	0
Cachirá	11.008	0	0	0	0
Chinácota	16.513	0	0	0	0
Chitagá	10.391	0	0	0	0
Convención	13.296	0	0	0	0
Cucutilla	7.625	0	0	0	0
Durania	3.735	0	0	0	0
El Carmen	13.790	0	0	0	0
El Tarra	10.974	1	0	9,1	0
El Zulia	23.107	0	0	0	0
Gramalote	5.512	0	0	0	0
Hacarí	10.722	0	0	0	0
Herrán	4.006	0	0	0	0
Labateca	5.876	0	0	0	0
La Esperanza	12.123	0	0	0	0
La Playa	8.553	0	0	0	0
Los Patios	77.474	1	0	0	0
Lourdes	3.362	0	0	0	0
Mutiscua	3.747	0	0	0	0
Ocaña	98.992	1	1	1	100,0
Pamplona	57.803	0	0	0	0
Pamplonita	4.945	0	0	0	0
Puerto Santander	10.421	0	0	0	0
Ragonvalia	6.897	0	0	0	0
Salazar	8.942	0	0	0	0
San Calixto	13.631	0	0	0	0
San Cayetano	5.537	0	0	0	0
Santiago	2.844	0	0	0	0
Sardinata	22.620	0	0	0	0
Silos	4.366	0	0	0	0
Teorama	21.978	0	0	0	0
Tibú	36.708	0	0	0	0
Toledo	17.284	0	0	0	0
Villa Caro	5.204	0	0	0	0
Villa del Rosario	90.544	1	0	1,1	0
Total Departamental	1.367.708	10	3	0,7	30

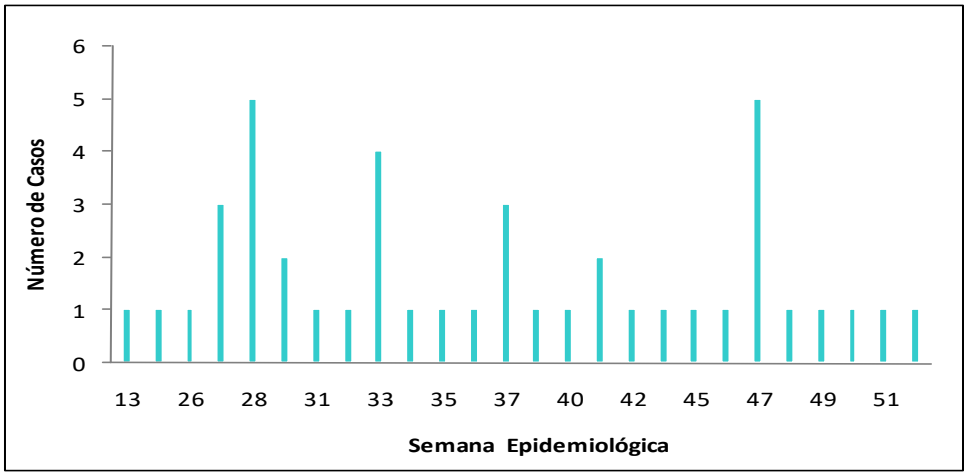
Fuente: SIVIGILA, 2016

SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Comportamiento de la notificación

Hasta la semana epidemiológica 52 del 2016 se notificaron al Sivigila individual un total de 43 casos sospechosos de SRC. Las semanas de mayor reporte fueron la 47 con 5 casos, la 28 con 5 casos, la semana 27 y 37 con 3 casos, el promedio semanal de casos es de 1,6.

Notificación de casos sospechosos de SRC según semana epidemiológica, Norte de Santander, 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

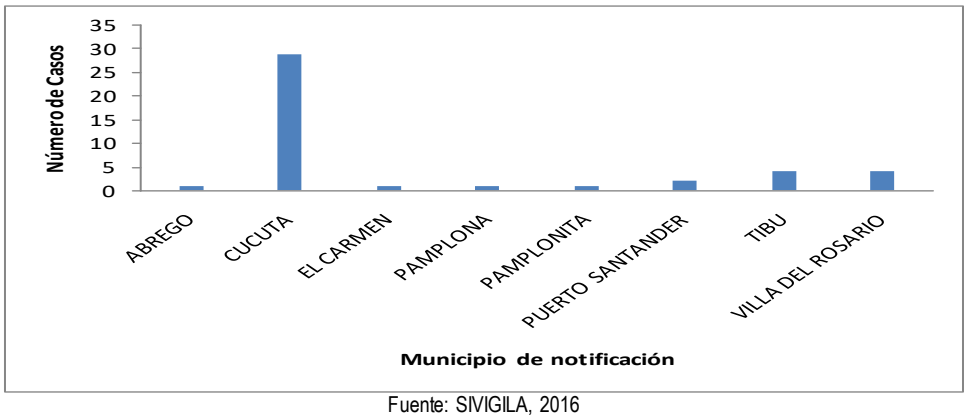
Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Según entidad que notificó, el 100 % (43/43) de los casos fueron notificados por el municipio de Cúcuta.

Casos sospechosos de SRC por municipio que notifica, Norte de Santander, 2016

Fuente: SIVIGILA, 2016

Según entidad de procedencia, el 20 % (8/43) de los municipios notificaron casos, de los 43 casos notificados 2 casos de procedencia extranjera. El 67,4 % (29/43) son de Cúcuta, el 9,3 % (4/43) de Tibú, el 9,3 % (4/43) de Villa Rosario, el 4,6% (2/43) Puerto Santander.



Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El promedio de la edad de los casos notificados fue de 3,2 días de nacido El 28,1 % son de sexo femenino, el 48,8 % pertenecen al régimen Subsidiado, el 100% de pertenecen étnica a otro, el 76,7% de los casos pertenecen a la cabecera municipal.

Características socio-demográficas de casos sospechosos de SRC, Norte de Santander,2016

Variable	Categoría	Casos	%
sexo	Femenino	25	58,1%
	Masculino	18	41,9%
Total		43	100%
Seguridad social	Contributivo	16	37,2%
	Escpecial	1	2,3%
	No afiliado	5	11,6%
	Subsidiado	21	48,8%
Total		43	100%
Pertenencia étnica	Otro	43	100%
Total		43	100%
Área ocurrencia caso	Cabecera municipal	33	76,7%
	Centro poblado	4	9,3%
	Rural disperso	6	14,0%
Total		43	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Historia materna

La mediana de la edad materna es de 25años (con promedio de 27,5 años; con edad mínima de 16 y máximo de 29). La mediana del número de embarazos es de 2 (con promedio de dos mínimo uno y máximo 4).

Datos clínicos

El 93% % de los casos fueron hospitalizados. La mediana del peso al nacer fue de 2550 gramos (promedio de 2420 gramos; con mínimo de 1350 gr y máximo de 3490 gr). El 74,4 % fueron pequeños para la edad gestacional y el 55,8 % no tenían bajo peso al nacer.

Con respecto a los signos presentados por los casos notificados al Sivigila, los más frecuentes fueron microcefalia con 97,4 %, bajo peso al nacer 44,2%, otros síntomas con el 11,6%, cataratas con el 2,3%.

Signos presentes en pacientes sospechosos de SRC notificados al Sivigila, Norte de Santander 2016

Signos y Síntomas	Si	No	Desconocido SD	Total	Si	No	Desconocido SD
Microcefalia	37	1	0	38	97,4%	2,6%	0,0%
Bajo peso Nacer	19	24	0	43	44,2%	55,8%	0,0%
Otro	5	36	2	43	11,6%	83,7%	4,7%
Cataratas	1	41	1	43	2,3%	95,3%	2,3%
Glaucoma	0	41	2	43	0,0%	95,3%	4,7%
Retinopatia	0	41	2	43	0,0%	95,3%	4,7%
Otro ojo	0	41	2	43	0,0%	95,3%	4,7%
Otro cardiopatía	0	41	2	43	0,0%	95,3%	4,7%
Otro anomalía auditiva	0	41	2	43	0,0%	95,3%	4,7%
Purpura	0	41	2	43	0,0%	95,3%	4,7%
Hepatomegalia	0	41	2	43	0,0%	95,3%	4,7%
Ictericia nacimie	0	41	2	43	0,0%	95,3%	4,7%
Esplenomegalia	0	41	2	43	0,0%	95,3%	4,7%
Menigoencefalitis	0	41	2	43	0,0%	95,3%	4,7%
Persistencia del conducto arterioso	0	40	3	43	0,0%	93,0%	7,0%
Estenosis arteria pulmonar	0	40	3	43	0,0%	93,0%	7,0%
Sordera	0	40	3	43	0,0%	93,0%	7,0%
Retraso desarrollo psicomotc	0	40	3	43	0,0%	93,0%	7,0%
Osteopatia Radio	0	40	3	43	0,0%	93,0%	7,0%

Fuente: SIVIGILA, 2016

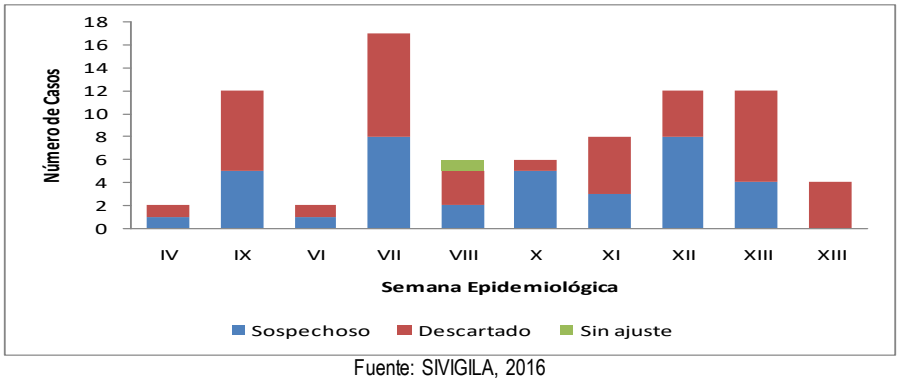
Mortalidad

Hasta la semana 52 de 2016 se reportaron 1 caso fallecido:

Un caso de la semana 28, de 19 días de edad, la localidad Villa del Rosario, notificado por Cúcuta, ingresó por microcefalia, con diagnóstico final desconocido, descartado por laboratorio.

El 86 % de los casos ingresaron al sistema de vigilancia como casos sospechosos de SRC, el 9,3% por clínica, 3 casos fueron por duplicidad,97,8%de los casos están descartados por laboratorio, 2,3% no se ajustó.

Clasificación final de casos sospechosos de SRC por periodo epidemiológico, Norte de Santander 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) a 14 aseguradoras están afiliados los casos sospechosos. La lista la encabeza Cafesalud EPS, Coosalud ESS EPS-S, No afiliados, Cafesalud Subsidiado y NUEVA EPS con el 97,7 % de los casos.

Casos sospechosos de SRC notificados por asegurador, Norte de Santander, 2016

Código de Aseguradora	Nombre Aseguradora	Número de casos	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
EPS003	CAFESALUD E.P.S. S.A.	10	23,3%	23,3
ESS024	COOSALUD ESS EPS-S	5	11,6%	34,9%
	No afiliado	5	11,6%	46,5%
EPSS03	CAFESALUD SUBSIDIADO	4	9,3%	55,8%
ESS091	ECOOPSOS	3	7,0%	62,8%
EPSS33	SALUDVIDA	3	7,0%	69,8%
ESS133	COMPARTA	2	4,7%	74,4%
EPSS37	NUEVA EPS	2	4,7%	79,1%
EPSC03	CAFESALUD MOVILIDAD CONTRIBUTIV	1	2,3%	81,4%
EPSM03	CAFESALUD EPS	1	2,3%	83,7%
CCF049	COMFAORIENTE	1	2,3%	86,0%
EMP021	COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVI	1	2,3%	88,4%
ESS118	COMPARTA	1	2,3%	90,7%
EPS016	COOMEVA	1	2,3%	93,0%
RES003	FUERZAS MILITARES	1	2,3%	95,3%
EPS037	NUEVA EPS	1	2,3%	97,7%
EPS005	SANITAS E.P.S. S.A.	1	2,3%	100,0%
	Total	43	100,00%	

Fuente: SIVIGILA, 2016

Un total de 5 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) reportan casos sospechosos, el 93,3 % por ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, Clínica Santa Ana, Clínica San José.

Casos sospechosos de SRC notificados por UPGD, Norte de Santander de 2016

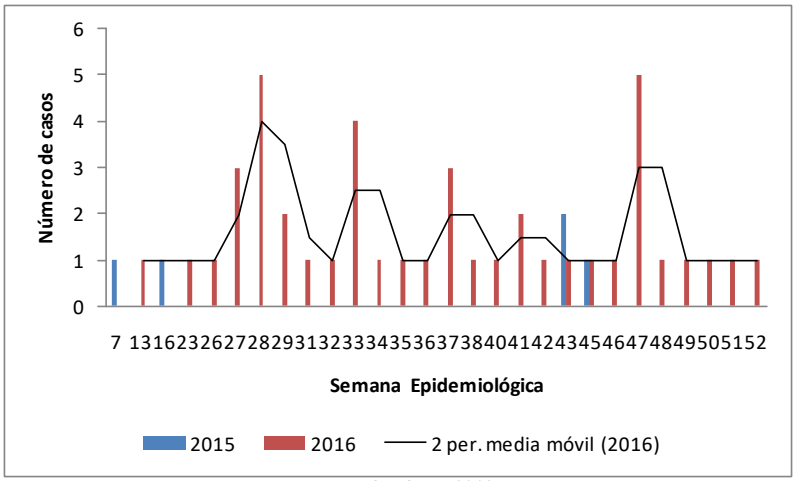
Nombre UPGD	Ciudad	Número de Casos	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CLINICA ESIMED LA SALLE	Cúcuta	1	2,2%	2,2%
CLINICA MEDICAL DUARTE	Cúcuta	7	15,6%	17,8%
CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA SA	Cúcuta	2	4,4%	22,2%
CLINICA SANTA ANA SA SEDE NORTE	Cúcuta	5	11,1%	33,3%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO E	Cúcuta	27	60,0%	93,3%
(en blanco)	Cúcuta	3	6,7%	100,0%
Total General		45	100,0%	

Fuente: SIVIGILA, 2016

Tendencia del evento

La notificación de casos sospechosos mostró un aumento del38 casos con respecto al mismo periodo del año 2015 cuando se reportaron 5 casos.

Notificación de casos sospechosos de SRC por semana epidemiológica, Norte de Santander 2015-2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

La tasa de notificación nacional de casos sospechosos de SRC fue de 21,3 por 10 000 nacidos vivos. 34 municipios están silenciosos para la notificación de SRC.

Tasa de notificación de casos sospechosos de SRC por 10 000 nacidos vivos por municipio de procedencia, Norte de Santander 2016.

Municipio de Notificación	Número de Casos	Población nacido vivos	Tasa por 10000 nacidos vivos
ABREGO	1	414	24,10%
CUCUTA	29	10657	27,21%
EL CARMEN	1	156	64,10%
PAMPLONA	1	592	16,89%
PAMPLONITA	1	60	166,00%
PUERTO SANTANDER	2	179	111%
TIBU	4	886	45%
VILLA DEL ROSARIO	4	937	43%
ARBOLEDAS	0	94	0%
BOCHALEMA	0	80	0%
BUCARASICA	0	41	0%
CÁCHIRA	0	21	0%
CÁCOTA	0	22	0%
CHINÁCOTA	0	164	0%
CHITAGÁ	0	95	0%
CONVENCIÓN	0	224	0%
CUCUTILLA	0	69	0%
DURANIA	0	39	0%
EL TARRA	0	265	0%
EL ZULIA	0	349	0%
GRAMALOTE	0	37	0%
HACARÍ	0	94	0%
HERRÁN	0	27	0%
LA ESPERANZA	0	15	0%
LA PLAYA	0	91	0%
LABATECA	0	47	0%
LOS PATIOS	0	891	0%
LOURDES	0	36	0%
MUTISCUA	0	36	0%
OCAÑA	0	2300	0%
RAGONVALIA	0	35	0%
SALAZAR	0	76	0%
SAN CALIXTO	0	89	0%
SAN CAYETANO	0	69	0%
SAN PABLO	0	1	0%
SANTIAGO	0	34	0%
SARDINATA	0	267	0%
SILOS	0	59	0%
TEORAMA	0	158	0%
TOLEDO	0	124	0%
VILLA CARO	0	54	0%
(en blanco)	0	98	0%
Total	43	20131	21,30%

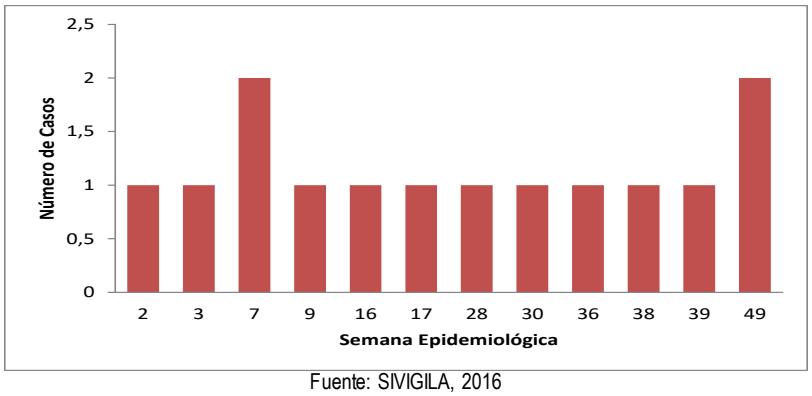
Fuente: SIVIGILA, 2016

PARALISIS FLÁCIDA AGUDA

Comportamiento de la notificación

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron al Sivigila individual un total de 15 casos probables, de los cuales 1 caso se descartaron de la base de datos por error de notificación (código D) de Arauca,sobre los 14 casos restantes, el promedio semanal de casos fue de 1,1. Según fecha de inicio de parálisis, la semana con mayor número de casos fue la 7 y la 49 con 2 casos.

Casos de Parálisis Flácida Aguda notificados por semana epidemiológica Norte de Santander, 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Según municipio de procedencia, el 42,9% (6/14) son de Cúcuta, de los 14 casos notificados 1 es de procedencia extranjera, y 2 casos de otro departamento.

Casos probables de PFA según municipio de procedencia. Norte de Santander 2016

Municipio Procedencia	Número de Casos	Porcentaje
Abrego	1	7,1%
Chitagá	1	7,1%
Cúcuta	6	42,9%
Los Patios	1	7,1%
Ocaña	1	7,1%
Tibú	1	7,1%
*Arauca	1	7,1%
*Santander	1	7,1%
*Venezuela	1	7,1%
Total	14	

Fuente: SIVIGILA, 2016

Según entidad que notifica, el 100 % (14/14) de los municipios informaron casos en el Sivigila individual. El 78,6 % de los casos los notifica el municipio de Cúcuta, seguido de 14,3% sin dato de municipio, los cuales corresponden a otro departamento, Ocaña 7,1% de los casos notificados.

Casos de PFA según entidad territorial que notifica, Norte de Santander 2016

Municipio de Notificación	Casos	Porcentaje
CUCUTA	11	78,6%
OCAÑA	1	7,1%
(en blanco)	2	14,3%
	14	100,00%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Según régimen de afiliación, el 64,3 % de los casos reportados se encuentra afiliado al régimen subsidiado y el 28,6 al contributivo.

Casos probables de PFA notificados por régimen de afiliación, Norte de Santander 2016

Tipo de Regimen		Total	Porcentaje
Tipo de Regimen	Contributivo	4	28,6%
	No afiliado	1	7,1%
	Subsidiado	9	64,3%
	Total	14	100,00%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Según Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) el 85,6, % de los casos probables se notifican por 4 UPGD.

Casos probables de PFA notificados según UPGD, Norte de Santander 2016

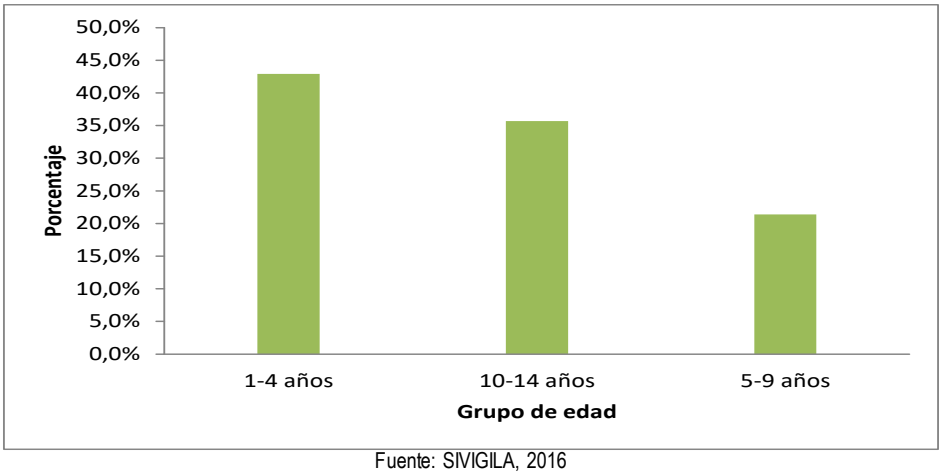
Nombre UPGD	Número de Casos	Porcentaje
CLINICA ESIMED LA SALLE	1	7,1%
CLINICA SANTA ANA SA	1	7,1%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO E	9	64,3%
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZAREZ	1	7,1%
SD	2	14,3%
Total	14	

Fuente: SIVIGILA, 2016

Edad y sexo

En cuanto a la edad, el 42,9 % de los casos probables se notifican en el grupo de 1-4 años y el 35,7 % en el grupo de 10-14 años.

Casos de PFA notificados por grupos de edad, Norte de Santander 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Características socio-demográficas

De acuerdo a las características generales de los casos probables se observa que el 57,1 % de los casos probables son de sexo femenino, el 71,4 % residen en cabecera municipal; en cuanto al grupo étnico el 100 % se reportan en otros grupos étnicos El 100 % de los casos fue hospitalizado (ver Tabla 9). El 100 % tiene como condición final vivo.

Distribución de las características generales de los casos probables de PFA. Norte de Santander 2016

Características		Casos	Porcentaje
Área	Cabecera municipal	10	71,4%
	centro poblado	1	7,1%
	Rural disperso	3	21,4%
Sexo	Femenino	8	57,1%
	Masculino	6	42,9%
Pertenencia Étnica	Otro	14	100%

Hospitalización	Si	14	100%
Condición Final	Vivo	14	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Casos fallecidos

No hay notificación de casos fallecidos

Datos clínicos

De los 14 casos probables, el 35,7 % presentó fiebre y de fiebre inicio parálisis, el 28,6 % dolor muscular, el 21,4 % síntomas digestivo y el 21, % síntomas respiratorio. En cuanto a la progresión de la parálisis, en el 64,3 % esta fue ascendente y en el 21,4 % de los casos la instalación de la parálisis duró entre uno y cinco días.

Datos clínicos de casos probables de PFA, Norte de Santander, semana 01-52 de 2016

Signos y Síntomas		Casos	Porcentaje
Dolor muscular	Si	10	71%
	No	4	28,60%
	Total	14	100%
Fiebre Inicio parálisis	Si	5	35,7%
	no	9	64,3%
	Total	**14**	**100%**
Fiebre	Si	5	35,7%
	No	9	64,3%
	Total	14	100,0%
Digestivo	si	3	21,4%
	no	11	78,6%
	Total	**14**	**100,0%**
Respiratorio	si	3	21,4%
	no	11	78,6%
	Total	**14**	**100,0%**
Signo meningeo	no	13	92,9%
	desconocido	1	7,1%
	Total	**14**	**100,0%**
Progresión de la Parálisis	Ascendente	9	64,3%
	Desecendente	3	21,4%
	indeterminada	2	14,3%
	Total	**14**	**100,0%**
Instalación de la parálisis	1-5 días	11	78,6%
	6-10 días	3	21,4%
	Total	**14**	**100,0%**

Fuente: SIVIGILA, 2016

Diagnóstico de ingreso

Con respecto al diagnóstico de ingreso de los casos probables, según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10), se observa que el 42,9 % ingresaron como Síndrome Guillain-Barré y el 14,3 % como Polineuropatías sin especificar.

Diagnóstico de ingreso de casos probables de PFA según Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, Norte de Santander 2016

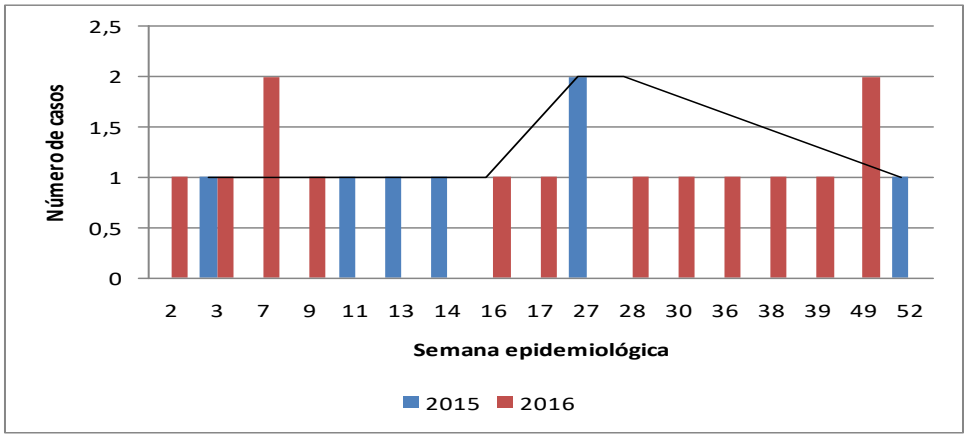
COD-CIE10	Diagnóstico	Total	Porcentaje
A86X	Encefalitis viral, no especificada	1	7,1%
G610	Sindrome Guillan Barré	6	42,9%
G619	Polineuropatía inflamatoria sin especificar	2	14,3%
G629	Polineuropatías sin especificar	2	14,3%
G820	Paraplejía flácida	1	7,1%
R298	Otros síntomas y signos que involucran los	1	7,1%
SD	SD	1	7,1%
Total		14	100,00%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Tendencia del evento

Se observa un aumento del 50 % en la notificación de casos probables con respecto al mismo periodo del año 2015.

Tendencia de la notificación de casos probables de PFA, Norte de Santander 2015-2016



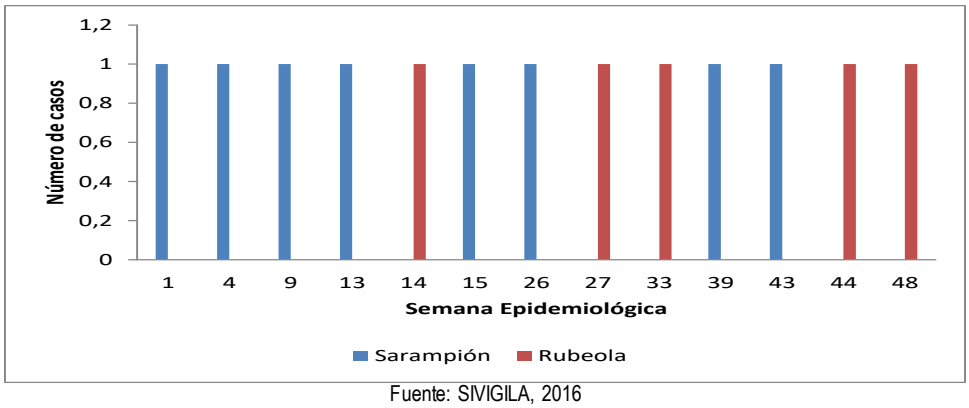
Fuente: SIVIGILA, 2016

SARAMPION Y RUBÉOLA

Comportamiento de la notificación

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron al Sivigila individual un total de 13 casos sospechosos, de los cuales 8 fueron de sarampión y 5 casos de rubéola. No se observa semana con mayor número de casos de sarampión y rubéola, en cada notificación solo se presentó caso por (Gráfica No 1). El promedio semanal de casos notificados fue de 1 caso.

Notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola según semana epidemiológica, Norte de Santander 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

De los 5municipios, notificaron casos sospechosos de sarampión el 60% (4/5) y de rubéola el 40, % (2/5). El 100 % de los casos de sarampión notificados proceden de: Cúcuta, Pamplona, Silos, Teorama,(Tabla 1), mientras que en rubéola el 80,0 % de los casos notificados reportados proceden de Cúcuta, 20% de Bochalema.

Casos sospechosos de sarampión notificados por municipio procedencia, Norte de Santander, 2016

Municipio Procedencia	Número de casos	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CUCUTA	5	62,5%	62,5%
PAMPLONA	1	12,5%	75,0%
SILOS	1	12,5%	87,5%
TEORAMA	1	12,5%	100,0%
Total	8	100%	

Fuente: SIVIGILA, 2016

Casos sospechosos de rubéola notificados por departamento de procedencia, Norte de Santander, 2016

Municipio Procedencia	Número de casos	Porcentaje	Porcentaje acumulado
BOCHALEMA	1	20,0%	20,0%
CUCUTA	4	80,0%	100,0%
Total	5	100%	

Fuente: SIVIGILA, 2016

Según Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), el 100 % (8/8) de los casos sospechosos de sarampión están afiliados a 8 EAPB: Comfaoriente CCF, Cafesalud EPS, Sanitas EPS, Nueva EPS, Cafesalud Movilidad contributivo, Asmet Salud ESS, Comparta, Fuerzas militares.

Casos sospechosos de sarampión notificados por EAPB de afiliación, Norte de Santander, 2016

Código Aseguradora	Nombre Administradora de Planes de Beneficios	Número de casos	%
CCF049	CCF COMFAORIENTE	1	12,5%
EPS003	CAFESALUD E.P.S. S.A.	1	12,5%
EPS005	SANITAS E.P.S. S.A.	1	12,5%
EPS037	NUEVA EPS	1	12,5%
EPSC03	CAFESALUD MOVILIDAD CONTRIE	1	12,5%
ESS062	ASMET SALUD ESS	1	12,5%
ESS133	COMPARTA	1	12,5%
RES003	FUERZAS MILITARES	1	12,5%
	Total	8	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

En los casos de rubéola, el 100 % (5/5) pertenecen a 4 EAPB: Suramericana medicina prepgada, Coomeva EPS, Coosalud ESE-EPS-S.

Casos sospechosos de rubeola notificados por EAPB de afiliación, Norte de Santander, 2016

Código Aseguradora	Nombre Administradora de Planes de Beneficios	Número de casos	%
EMP021	COMPAÑIA SURAMERICANA SU SALUD MEDICINA PREPAGADA	1	20,0%
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	1	20,0%
ESS024	COOSALUD ESS EPS-S	2	40,0%
ESS133	COMPARTA	1	20,0%
	Total	5	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Según Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) el 75% de los casos sospechosos de sarampión se notifican por 6 UPGD, dos sin dato de UPGD, mientras en rubéola el 100 % de los casos los reportan 5 UPGD.

Casos sospechosos de sarampión notificados según UPGD, Norte de Santander, 2016

Unidad Primaria Generadora de Datos que notifica el caso	Municipio	Número de casos	%
BATALLON DE CABALLERIA MECANIZADO NO 5 GR HERMOGE	CUCUTA	1	12,5%
CENTRO DE SALUD SILOS	SILOS	1	12,5%
CENTRO MEDICO DE URGENCIAS SAN RAFAEL LTDA	CUCUTA	1	12,5%
COMFAORIENTE IPS	CUCUTA	1	12,5%
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA	PAMPLONA	1	12,5%
UBA TEORAMA	TEORAMA	1	12,5%
SD	CUCUTA	2	25,0%
Total		8	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Casos sospechosos de rubeola notificados según UPGD, Norte de Santander, 2016

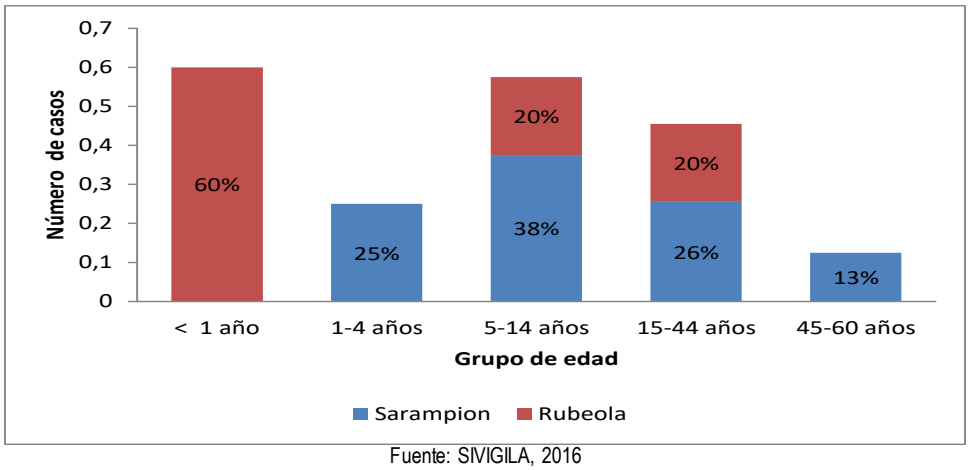
Unidad Primaria Generadora de Datos que notifica el caso	Municipio	Número de casos	%
CLINICA NORTE SA	CUCUTA	1	20,0%
CLINICA SANTA ANA SA	CUCUTA	1	20,0%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO E	CUCUTA	1	20,0%
PUESTO DE SALUD LA DON JUANA	BOCHALEMA	1	20,0%
SALUD SOCIAL INTERVENCION DEL RIESGO	CUCUTA	1	20,0%
Total		5	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Edad y sexo

En cuanto a la edad, el 38 % de los casos sospechosos de sarampión se notifican en grupo de 5-44 años, mientras que en rubéola 60 % se reportan en menores de 1 año, (Gráfica No 2). El 60,0%% de los casos sospechosos de rubéola son de sexo femenino, mientras que en sarampión lo son el 62,5%.

Casos sospechosos de sarampión y rubéola notificados por grupos de edad, Norte de Santander 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Características socio-demográficas

De acuerdo a las características generales de los casos sospechosos de sarampión-rubéola se observa que el 90,0 % residen en cabecera municipal y el 55 % pertenecen al régimen subsidiado. En cuanto al grupo étnico el 100 % se reportan en otros grupos étnicos (Tabla 7). El 40 % (2 casos) de los casos sospechosos de rubéola y el 100 % (8 casos) de los casos sospechosos de sarampión no fue hospitalizado.

Distribución de las características generales de los casos sospechosos de Sarampión- Rubéola, Norte de Santander 2016.

Características		Rubeola		Rubeola	
		Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Área	Cabecera municipal	4	80%	8	100%
	Rural disperso	1	20%	0	0
	Total	**5**	**100%**	**8**	**100%**
Sexo	Femenino	3	60%	5	62,5%
	Masculino	2	40%	3	37,5%
	Total	**5**	**100%**	**8**	**100%**
Tipo de régimen	Contributivo	1	20%	3	37,5%
	Especial	1	20%	1	12,5%
	Subsidiado	3	60%	4	50,0%
	Total	**5**	**100%**	**8**	**100%**
Pertenencia étnica	Otro	5	100%	8	100%
	Total	**5**	**100%**	**8**	**100%**
Hospitalizado	No	3	60%	8	100%
	Si	2	40%	0	0
	Total	**5**	**100%**	**8**	**100%**

Fuente: SIVIGILA, 2016

Datos clínicos

Con respecto al diagnóstico de ingreso de los casos sospechosos de sarampión, según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10), se observa que el 62,5% ingresaron como Sarampión sin complicaciones, el 25 % exantema súbito (6ª enfermedad), el 12,5 % con escarlatina.

Diagnóstico de ingreso casos sospechosos de sarampión según Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, Norte de Santander 2016

CODIGO CIE-10	Diagnóstico	N° Casos	Porcentaje
A38X	Escarlatina	1	12,5%
B059	Sarampión sin complicaciones	5	62,5%
B082	Exantema súbito (6a enfermedad	2	25,0%
	Total	8	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

En los casos sospechosos de rubéola, el 40 % se diagnostican como exantema súbito, rubéola sin cumplicaciones el 20 % infección viral no especificada.

Diagnóstico de ingreso de casos sospechosos de rubéola según Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, Norte de Santander 2016

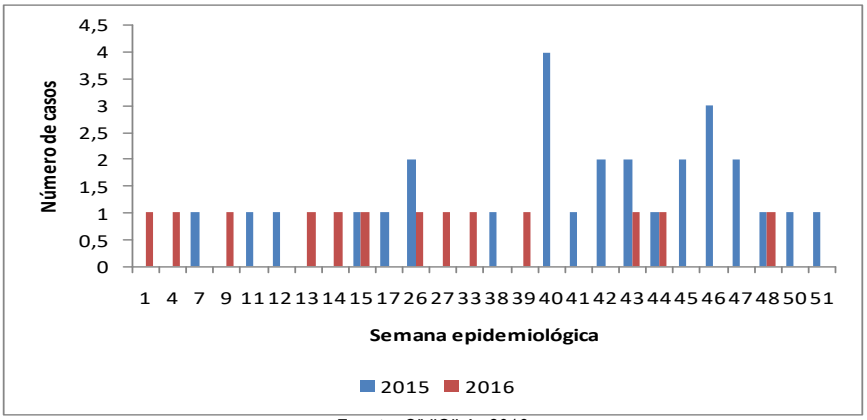
CODIGO CIE-10	Diagnóstico	N° Casos	Porcentaje
B069	Rubéola sin complicaciones	2	40,0%
B082	Exantema súbito (6a enfermedad	2	40,0%
B09X	Infección viral no especificada con lesiones de la piel	1	20,0%
	Total	5	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Tendencia del evento

Se observa disminución del 36,5 % en la notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola con respecto al año 2015 cuando se habían notificado 41 casos, en el 2016 con 13 casos de Sarampión –Rubeola.

Casos sospechosos de sarampión y rubéola notificados por semana epidemiológica Norte de Santander, 2015-2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

De los indicadores rutinarios de la vigilancia integrada de sarampión-rubéola se cumple con cinco de los seis, los cuales son: el porcentaje de casos con muestras de sangre adecuada con un 100 %, porcentaje de UPGD notificando semanalmente con 12,5 %, porcentaje de resultados de laboratorio reportados en menos de cinco días con 100 %, porcentaje de muestras de sangre que llegan al laboratorio en menos de seis días con el 100 % y la tasa de notificación de casos con 1 casos por 100 000 habitantes El único indicador que no se cumple es el de visitas domiciliarias en menos de 48 horas con 80%.

Cumplimiento de indicadores de vigilancia integrada sarampión-rubéola Norte de Santander 2016

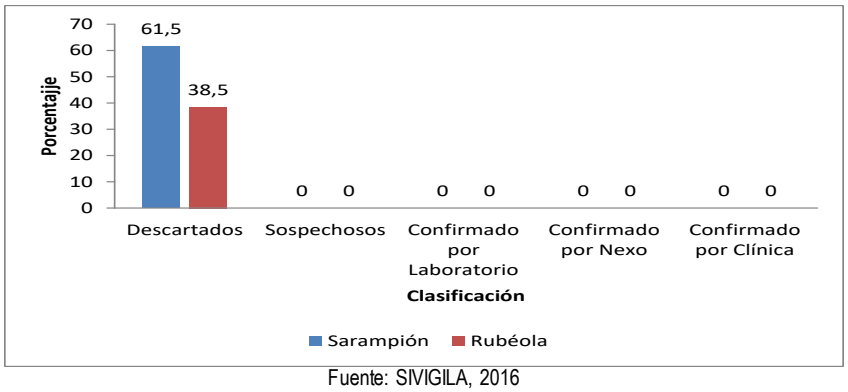
Indicador	2016
Número de casos notificados de S y R	13
% de casos investigados oportunamente	80%
% de casos con muestra de suero adecuada	100%
% de muestras enviadas oportunamente al LDSP	100%
% de muestras procesadas oportunamente	100%
Número de municipios que notifican casos	5

Fuente: SIVIGILA, 2016

Clasificación de los casos.

Del total de casos notificados de Sarampión –Rubéola, el 61,5 % (8) de los casos de Sarampión notificados se han descartado y el 38,5 % (5) de los casos de Rubéola descartados.

Clasificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola notificados. Norte de Santander, 2016



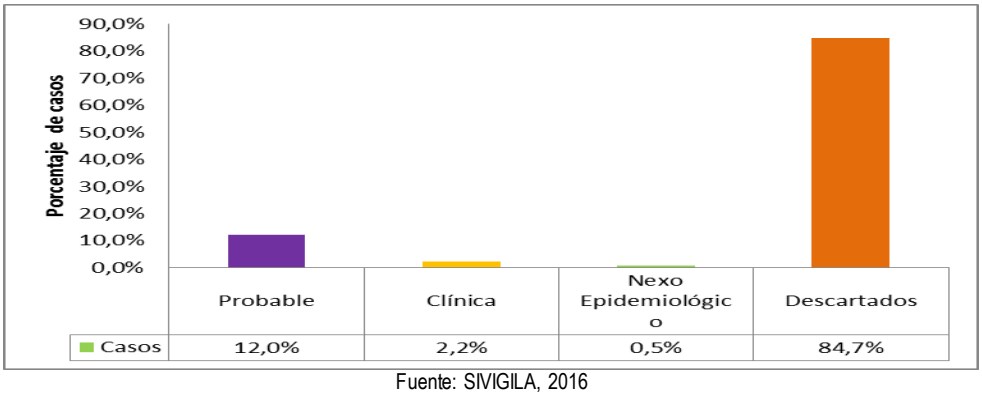
Fuente: SIVIGILA, 2016

TOS FERINA

Comportamiento de la notificación

Hasta el período epidemiológico XIII de 2016, se notificaron al sistema individual del Sivigila un total de 183 casos, los cuales se distribuyen así: continúan probables 12 % (22), confirmados por clínica 2,2 % (4), confirmados por nexo epidemiológico 0,5 % (1) y descartados 84,7 % (155).

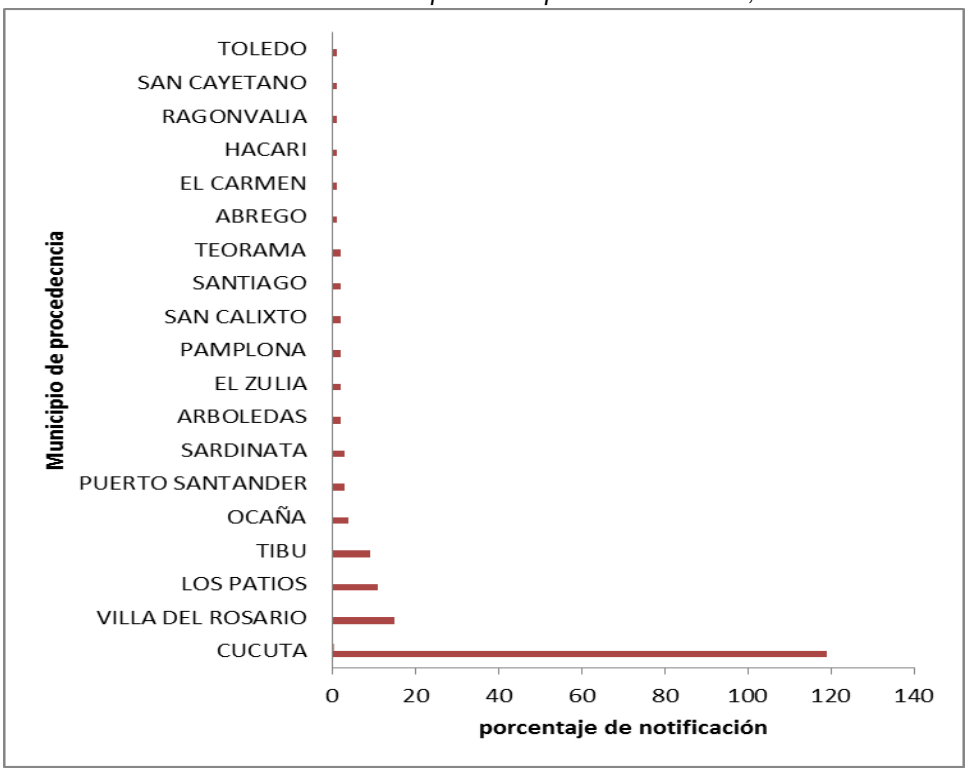
Porcentaje de casos de tos ferina notificados al Sivigila. Norte de Santander



Fuente: SIVIGILA, 2016

Según municipio de notificación, el 65,4% (119 casos) son de Cúcuta, el 8,2% de Villa del Rosario, el 6,0% de los Patios, el 4,9 %de Tibúl, el 2,2% Ocaña, el 1,6% de Puerto Santander, Sardinata, 1,1% Arboledas, El Zulia, Pamplona.

Distribución de casos notificados de tos ferina por municipio de notificación, Norte de Santander 2016



Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Con respecto, a los casos confirmados, los 13 casos se distribuyen en 4 municipios. El municipio que presenta un mayor porcentaje de los casos confirmados con el 76,95 % es Cúcuta, seguido con el 7,7% de los casos por los municipios de Villa del Rosario, San Calixto y Teorama.

Distribución de casos notificados y confirmados de tos ferina municipio de procedencia, Norte de Santander 2016

Municipio de Procecencia	No. de casos notificados	Porcentaje	No. de casos confirmados	Porcentaje
CUCUTA	119	65,4%	10	76,9%
VILLA DEL ROSARIO	15	8,2%	1	7,7%
LOS PATIOS	11	6,0%		
TIBU	9	4,9%		
OCAÑA	4	2,2%		
PUERTO SANTANDER	3	1,6%		
SARDINATA	3	1,6%		
ARBOLEDAS	2	1,1%		
EL ZULIA	2	1,1%		
PAMPLONA	2	1,1%		
SAN CALIXTO	2	1,1%	1	7,7%
SANTIAGO	2	1,1%		
TEORAMA	2	1,1%	1	7,7%
ABREGO	1	0,5%		
EL CARMEN	1	0,5%		
HACARI	1	0,5%		
RAGONVALIA	1	0,5%		
SAN CAYETANO	1	0,5%		
TOLEDO	1	0,5%		
Total	182	100,0%	13	100,0%

Fuente: SIVIGILA, 2016

El grupo en el que más se observa notificación de casos probables de tos ferina esta entre los cero y tres meses con 57,2, los casos confirmados en el grupo 0 a 11 meses con el 92,4 %, seguido del grupo de uno a cuatro años con el 7,7 %.

Distribución de casos confirmados de tos ferina por grupo de edad, Norte de Santander 2016

Edad	No. de casos notificados	Porcentaje	No. de casos confirmados	Porcentaje
0 a 1 mes	54	29,7%	6	46,2%
2 a 3 meses	50	27,5%	3	23,1%
4 a 5 meses	21	11,5%		0,0%
6 a 11 meses	28	15,4%	3	23,1%
1 a 4 años	20	11,0%	1	7,7%
5 a 14 años	5	2,7%		0,0%
15 a 44 años	4	2,2%		0,0%
45 años y más	0	0,0%		0,0%
Total	**182**	**100,0%**	**13**	**100,0%**

Fuente: SIVIGILA, 2016

De los 13 casos confirmados el 61,5 % son hombres, el 29,2 % pertenecen al régimen subsidiado y 23,1 % al contributivo; el 84,6 % residen en cabecera municipal; el 100 % tienen como pertenecen étnica Otro.

Características demográficas y sociales de casos confirmados de tos ferina, Norte de Santander 2016

Características		Casos	Porcentaje
Sexo	Masculino	8	61,5%
	Femenino	5	38,5%
	Total	**13**	**100,0%**
Tipo de Afiliación	Subsidiado	9	69,2%
	Contributivo	3	23,1%
	Particular	1	7,7%
	Total	**13**	**100,0%**
Área de Ocurrencia	Cabecera Municipal	11	84,6%
	Centro Poblado	1	7,7%
	Rural Disperso	1	7,7%
	Total	**13**	**100,0%**
Pertenencia étnica	Otro	13	100%
	Total	**13**	**100**

Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 52,4 % de los casos confirmados estaban es fase catarral, el 100 % de los casos presentan infección respiratoria aguda y de estos el 97,6 % de los casos presentaron tos, los signos y síntomas que se registraron con mayor frecuencia fueron tos paroxística, cianosis, vómito y apnea. Respecto a las complicaciones el 15,3 % registraron alguna complicación la más común fue neumonía con el 10,1 %.

Características clínicas y complicaciones de casos confirmados de tos ferina, Norte de Santander de 2016

Características clínicas		Casos	Porcentaje
Estadío de la enfermedad	Catarral	3	23,1%
	Espasmódica	9	69,2%
	Convaleciente	1	7,7%
Complicacion	Si	1	7,7%
	no	12	92,3%
Tipo de complicación	Convulsión	0	0
	Atelectasia	1	7,7%
	Neumotórax	0	0
	Neumonía	0	0
	Otro	0	0

Fuente: SIVIGILA, 2016

El 61,5 % de los casos se identificaron durante la hospitalización y 38,5 % en urgencias, 100 % fue hospitalizado, el 53,8 % de los casos confirmados no registraron primera dosis de vacuna de DPT, el 30,8 % registraron segunda dosis, el 15,4 % una dosis.

Antecedentes de casos confirmados de tos ferina, Norte de Santander 2016

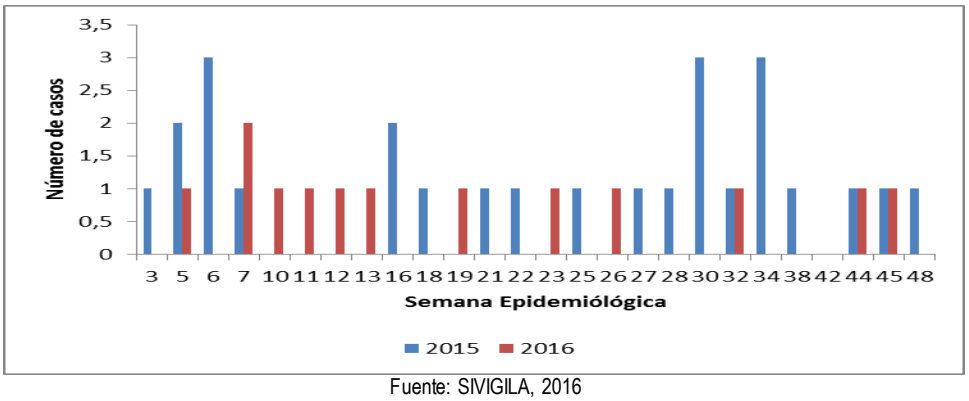
Antecedentes		Casos	Porcentajes
Caso identificado por	Urgencias	5	38,5%
	Hospitalizado	8	61,5%
Hospitalizado	si	13	100
Número de dosis de vacuna antipertussis	Cero	7	53,8%
	Una	2	15,4%
	Dos	4	30,8%
	Tres	0	0
	Primer refuerzo	0	0
	Segundo refuerzo	0	0

Fuente: SIVIGILA, 2016

Tendencia del evento

Con respecto a casos confirmados de tos ferina al Sivigila se observó en el 2016 una disminución del 36,6 % en comparación con el 2015

Notificación de casos de Tosferina según semana epidemiológica, Norte de Santander 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

De los 183 casos notificados al Sivigila, el 100 % de los casos cuentan con investigación de campo en las primeras 72 horas y 100 % de los casos cuentan con fecha de investigación de campo en el Sivigila, el 7,1% de los casos notificados del evento fueron confirmados, el 84,7 % de los casos notificados fueron descartados, se notificaron 13,3 casos nuevos de tosferina por cada 100 000 habitantes. La incidencia de tos ferina en población menor de cinco años fue de 1 caso por 100000 menores de cinco años.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia de tos ferina, Norte de Santander de 2016

Indicadores	2016
Porcentaje de casos de Tos ferina con investigación de campo	100%
Porcentaje de configuración de casos	7,1 84,70%
Proporción de incidencia	13,30%
Letalidad	0
Incidencia de tosferina en menores de 5 años	1

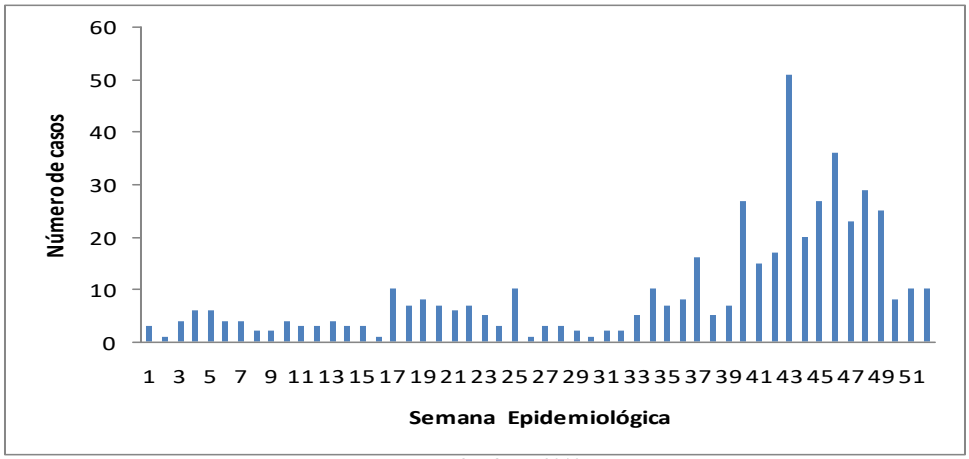
Fuente: SIVIGILA, 2016

PAROTIDITIS

Comportamiento de la notificación

Hasta periodo epidemiológico XIII de 2016, se han notificado al Sivigila486 casos de parotiditis. Las semanas con el mayor número de casos fueron la 43, 46 y 40 con 51, 36 y 271 casos respectivamente y la semana con el menor número de casos notificados fue la 2,16,23 con 1 casos (Ver Gráfica 1). El promedio semanal de casos fue de 6,5.

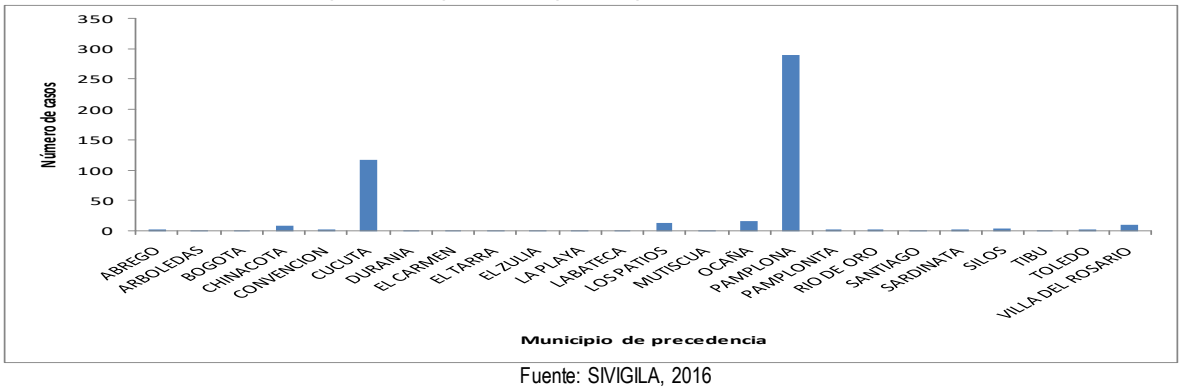
Casos de parotiditis notificados, Norte de Santander, 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Según municipio de procedencia el 59,7 % de los casos son Pamplona, el 24,3 Cúcuta, el 3,5 de Ocaña.

Notificación de parotiditis por municipio de procedencia, Norte de Santander, 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Magnitud en lugar y persona

La distribución de la notificación de casos confirmados de parotiditis por sexo es mayor en hombres con el 58,6 % de los casos confirmados que ingresaron al sistema, en comparación con las mujeres con un 41,4 %(Ver tabla 1).

Los casos notificados al Sistema de Vigilancia en un 48,8 % corresponden a población afiliada al régimen subsidiado y en un 28,84% a población afiliada al régimen contributivo.

En la clasificación por pertenencia étnica se observó que la mayoría de los casos se concentran en el grupo de "otros" con el 99,4 % y el 95,5 % de los casos provienen del área cabecera municipal.

Características demográficas y sociales de los casos de parotiditis, Norte de Santander, 2016

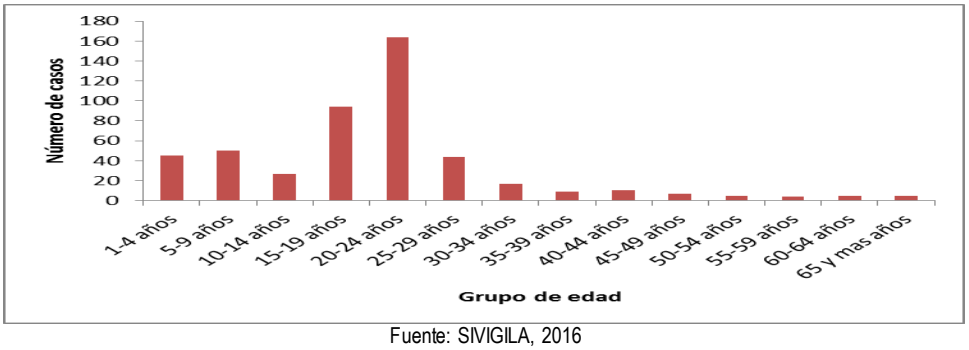
Variable	Categoria	Casos	%
Sexo	Femenino	201	41,4%
	Masculino	285	58,6%
Tipo de régimen	Subsididado	237	48,8%
	Contributivo	138	28,4%
	No afiliado	60	12,3%
	Excepción	26	5,3%
	Especial	15	3,1%
	Indeterminado	10	2,1%
Pertenencia étnica	Otro	483	99,4%
	ROM(gitano)	1	0,2%
	Afrocolombiano	1	0,2%
	Indígena	1	0,2%
	ROM(gitano)	1	0,2%
Área de procedencia	Cabecera municipal	464	95,5%
	Rural disperso	17	3,5%
	centro poblado	5	1,0%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de otras variables de interés

El grupo de edad más afectado es el de 20 a 24 años con 164 casos (33,7 %), seguido del grupo de 15 a 19 años con 94 casos (19,3 %).

Casos de Parotiditis notificados por grupos de edad, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Según hospitalización el 4,3 % de los casos notificados fueron hospitalizados.

Casos de parotiditis hospitalizados, Norte de Santander, 2016

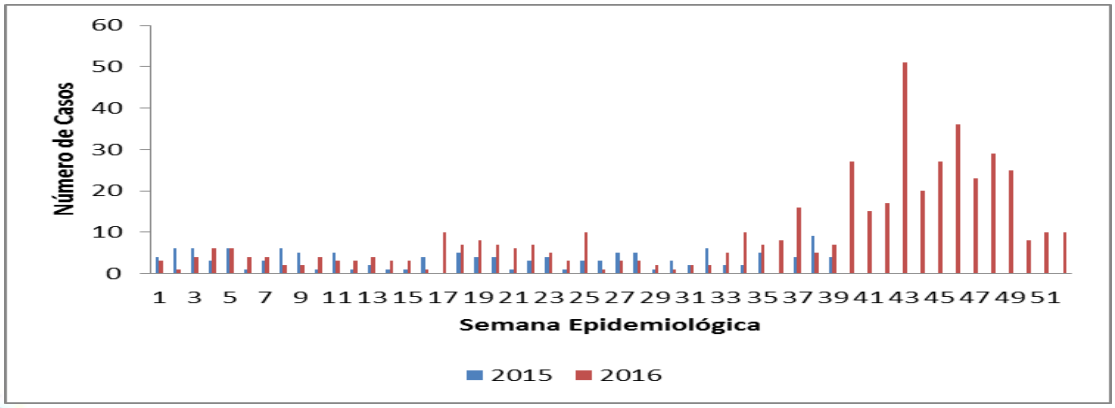
Variable	Categoria	Casos parotiditis	%
Hospitalizados	Si	19	3,9%
	No	467	96,1%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Tendencia del evento

La notificación de casos de parotiditis para el año 2016, muestra un aumento del 57,6 % con respecto a 2015.

Casos de Parotiditis notificados Norte de Santander 2015-2016



Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

La incidencia de parotiditis en Norte de Santander en la población general hasta periodo epidemiológico XII, fue de 35,5 casos por cada 100 000 habitantes, la incidencia nacional de en población menor de 5 años fue de 35,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años; cifras con las que no se cumple la meta nacional propuesta para población general, "no mayor a 20 casos por cada 100 000 habitantes". Al periodo analizado no se notificó caso de muerte atribuida al evento.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia de tos ferina, Norte de Santander de 2016

Indicadores	2016
Proporción de incidencia	35,5%
Letalidad	0
Incidencia de Parotiditis en menores de 5 años	35,6

Fuente: SIVIGILA, 2016

VARICELA

Comportamiento de la notificación

A periodo epidemiológico duodécimo del año 2016, se notificaron al sistema de información individual Sivigila un total de 4872 casos de los cuales 6 se descartaron como error de digitación quedando así 4866 casos confirmados por clínica. Comparando el comportamiento de la notificación del periodo epidemiológico duodécimo del año 2016 contra el mismo periodo del año 2015 (2979 casos), se observa un aumento del 24,02%.

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Variables de lugar

De los 4866 casos de varicela el 57,5 % (2800 casos) de los casos procede de Cúcuta, el 5,9 procede de Villa del Rosario, el 5,7% de Ocaña.

Casos de varicela por municipio de procedencia, Norte de Santander 2016

Municipio de Procedencia	Casos	% Notificación
ARBOLEDAS	9	0,2%
BOCHALEMA	11	0,2%
BUCARASICA	13	0,3%
CACHIRA	17	0,3%
CHINACOTA	36	0,7%
CHITAGA	19	0,4%
CONVENCION	74	1,5%
CUCUTA	2800	57,5%
CUCUTILLA	58	1,2%
DURANIA	27	0,6%
EL CARMEN	43	0,9%
EL ZULIA	111	2,3%
GRAMALOTE	11	0,2%
HERRAN	3	0,1%
LA ESPERANZA	15	0,3%
LA PLAYA	20	0,4%
LABATECA	14	0,3%
LOURDES	32	0,7%
MUTISCUA	16	0,3%
OCAÑA	276	5,7%
PAMPLONA	214	4,4%
PUERTO SANTANDER	4	0,1%
RAGONVALIA	7	0,1%
SAN CALIXTO	5	0,1%
SAN CAYETANO	20	0,4%
SANTIAGO	20	0,4%
SILOS	20	0,4%
TEORAMA	12	0,2%
TIBU	59	1,2%
VILLA CARO	5	0,1%
VILLA DEL ROSARIO	289	5,9%
Otros municipios	23	0,47%
Total	4866	100,00%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Características socio-demográficas

La distribución de la notificación de casos confirmados de parotiditis por sexo es mayor en hombres con el 50,4 % de los casos confirmados que ingresaron al sistema, en comparación con las mujeres con un 49,5 % (Ver tabla 2).

Los casos notificados al Sistema de Vigilancia en un 42,4 % corresponden a población afiliada al régimen subsidiado y en un 42,6% a población afiliada al régimen contributivo.

En la clasificación por pertenencia étnica se observó que la mayoría de los casos se concentran en el grupo de "otros" con el 99, % y el 90,1 % de los casos provienen del área cabecera municipal (Ver tabla 1), Del total de casos notificados por varicela, el 1,5 % es decir 71 casos requirieron hospitalización,

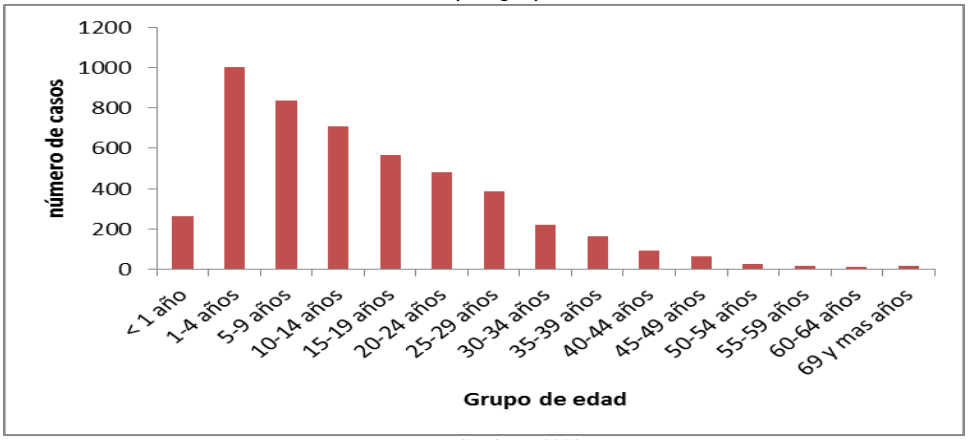
Características demográficas y sociales de los casos de Varicela, Norte de Santander, 2016

Variable	Categoria	Casos	Porcentaje
Sexo	Femenino	2415	49,6%
	Masculino	2451	50,4%
Tipo de régimen	Contributivo	2071	42,6%
	Subsidiado	2063	42,4%
	Excepción	332	6,8%
	No afiliado	204	4,2%
	Especial	144	3,0%
	Indetermnado	52	1,1%
Pertenencia étnica	Otros	4815	99,0%
	Indigena	22	0,5%
	Afrocolombian	13	0,3%
	ROM(gitano)	12	0,2%
	Raizal	3	0,1%
Área procedencia	Cabecera municipal	4386	90,1%
	Rural disperso	378	7,8%
	centro poblado	102	2,1%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Del total de casos notificados por varicela, el grupo de edad más afectadas fue el grupo de uno a cuatro años de edad con el 20,6% seguido del grupo 5- 9 años con el 17,2 %.

Distribución de casos de varicela, por grupo de edad, Norte de Santander

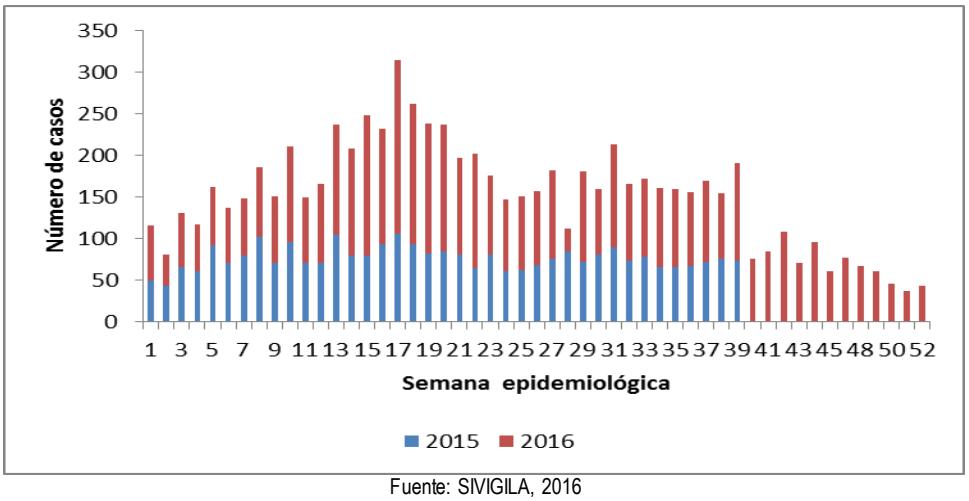


Fuente: SIVIGILA, 2016

Tendencia del evento

En la distribución de casos de varicela notificados al periodo epidemiológico duodécimo, se observa un aumento en la notificación del 24,05 % con 1887 casos de diferencia, pasando de notificar 2979 casos en el año 2015, a notificar 4866 casos en el año 2016 (Gráfica 2).

Casos de varicela notificados a periodo epidemiológico XII de 2012 a 2016, Colombia



Fuente: SIVIGILA, 2016

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

La incidencia de varicela en Norte de Santander en la población general a periodo epidemiológico duodécimo fue de 355,8 casos por cada 100 000 habitantes, la incidencia de varicela en la población menor de cinco años de edad al duodécimo periodo epidemiológico del año 2016 fue de 998,8 casos por cada 100 000 niños menores de cinco años, no se notificó muerte por el evento.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia de Varicela, Norte de Santander de 2016

Indicador	2016
Proporción de incidencia	355,8
Letalidad	0
Incidencia en la población menor de cinco años	998,8

Fuente: SIVIGILA, 2016

RECOMENDACIONES

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de los diferentes eventos, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para medidas de prevención y control de estos mismos.
Verificar el correcto y total diligenciamiento de variables en las fichas de notificación (datos básicos y complementarios) que permitan tener coherencia con los hallazgos de la historia clínica y su manejo, así como la calidad del dato y procesamiento de la información obtenida.

Garantizar la toma del laboratorio oportuna es de vital importancia para dar clasificación al evento, en todos los municipios del departamento se debe garantizar la toma de las muestras de forma adecuada y el envío al laboratorio de referencia.

Realizar las investigaciones de campo en el tiempo establecido y realizar la respectiva notificación de las mismas.

Fortalecer las acciones de BAI de enfermedades inmunoprevenibles haciendo énfasis en aquellos municipios que reporten coberturas bajas de vacunación.

2. MICOBACTERIAS

HALLAZGOS

Con corte a semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron a Sivigila un total de 516 registros; después del proceso de depuración y revisión de calidad del dato se excluyeron el 13,4 % de los registros distribuidos de la siguiente manera:
Casos duplicados: 23 casos
Error de digitación código D: 30 casos
Otros Municipios: 16 casos

Obteniendo un total de **447** casos de tuberculosis todas las formas, los cuales son los registros utilizados para el análisis de este informe de evento

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 se han notificado al Sivigila 447 casos de tuberculosis todas las formas, 401 corresponden a casos nuevos, la incidencia de tuberculosis para Norte de Santander en el año 2016 fue de 29 casos por 100 000 habitantes.

De acuerdo con el lugar de residencia en el Departamento, Puerto Santander registra la mayor incidencia con 58 casos por 100.000 habitantes de tuberculosis Pulmonar, seguidas por Cúcuta 41 casos por 100.000 habitantes, y Tibú 35 casos por 100.000 habitantes. La mayor incidencia de tuberculosis Extrapulmonar se registra en Durania con 27 casos por 100.000 habitantes y Pamplonita con 20 casos por 100.000 habitantes.

Notificación de casos de tuberculosis según formas por Municipio de residencia en Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Municipio de Residencia	Población DANE	Tipo de Tuberculosis				Total	
		Pulmonar		Extrapulmonar			
		Casos	T. Incidencia	Casos	T. Incidencia	Casos	T. Incidencia
Cáchira	11.008	1	9	0	0	1	9
Chinácota	16.513	2	12	0	0	2	12
Chitagá	10.391	1	10	0	0	1	10
Convención	13.296	1	8	0	0	1	8
Cúcuta	656.380	272	41	35	5	307	47
Cucutilla	7.625	1	13	0	0	1	13
Durania	3.735	0	0	1	27	1	27
El Carmen	13.790	2	15	0	0	2	15
El Tarra	10.974	2	18	0	0	2	18
El Zulia	23.107	3	13	0	0	3	13
Hacarí	10.722	2	19	0	0	2	19
La esperanza	12.123	1	8	0	0	1	8
La playa	8.553	0	0	1	12	1	12
Los patios	77.474	12	15	1	1	13	17
Ocaña	98.992	9	9	1	1	10	10
Pamplona	57.803	2	3	0	0	2	3
Pamplonita	4.945	0	0	1	20	1	20
Puerto Santander	10.421	6	58	0	0	6	58
Ragonvalia	6.897	0	0	0	0	0	0
Salazar	8.942	1	11	0	0	1	11
San Calixto	13.631	0	0	0	0	0	0
San Cayetano	5.537	1	18	0	0	1	18
Santiago	2.844	1	35	0	0	1	35
Sardinata	22.620	4	18	0	0	4	18
Tibú	36.708	13	35	1	3	14	38
Villa del rosario	90.544	20	22	3	3	23	25
Norte de Santander	1.367.708	357	26	44	3	401	29

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Respecto al comportamiento demográfico y social el 68,01% de los casos de tuberculosis se registró en el sexo

masculino; el 55,03% pertenecen al régimen subsidiado, seguido por el 21,92% del régimen contributivo. En el grupo de 65 años y más se registraron 20,58%, por pertenencia étnica 11 indígenas (2,46%), 1 Room (0,22%) Y 435 como otros (97,32%).

Comportamiento demográfico y social de los casos de tuberculosis, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 1- 52, 2016

Variable	Categoria	Casos	Proporción
Sexo	F	143	31,99%
	M	304	68,01%
Grupo edad	1-4	8	1,79%
	5-9	4	0,89%
	10-14	2	0,45%
	15-19	22	4,92%
	20-24	45	10,07%
	25-29	50	11,19%
	30-34	44	9,84%
	35-39	31	6,94%
	40-44	20	4,47%
	45-49	28	6,26%
	50-54	35	7,83%
	55-59	35	7,83%
	60-64	31	6,94%
	65 Y +	92	20,58%
Afiliación sss	Contributivo	98	21,92%
	Especial	41	9,17%
	No afiliado	54	12,08%
	Excepción	8	1,79%
	Subsidiado	246	55,03%
Pertenencia Etnica	Indigena	11	2,46%
	Room	1	0,22%
	Otros	435	97,32%
Area	Cabecera Munic	407	91,05%
	Centro Poblado	13	2,91%
	Rural Disperso	27	6,04%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

El comportamiento por grupo poblacional de acuerdo a los registros de Sivigila, presenta su mayor proporción en el denominado otros grupos poblacionales con el 86,4 % de los casos, seguido por población privada de la libertad con el 10,09 % y habitantes de la calle con el 1,32%.

Distribución de casos de Tuberculosis por grupo poblacional, Norte de Santander, semanas epidemiológicas, 01-52, 2016

Grupo Poblacional	Casos de Tuberculosis	%
Otros	394	86,40%
Población privada libertad	46	10,09%
Habitantes de la calle	6	1,32%
Discapacitados	3	0,66%
Desplazados	2	0,44%
Migrantes	1	0,22%
Viíctima de Violencia	0	0,00%
Psiquiatricos	0	0,00%
Gestantes	3	0,66%
Población ICBF	0	0,00%
Desmovilizados	0	0,00%
Madres Comunitarias	1	0,22%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

De los casos de tuberculosis detectados en la población privada de la libertad, (46 casos) de estos el 89,1% de los casos corresponde a tuberculosis pulmonar (41 casos), y el 10,9% (5 casos) a tuberculosis extrapulmonar.

El Municipio de Cúcuta registra el mayor número de casos seguidos de Ocaña y Pamplona, se notificaron 2 casos con condición final muerto al Sivigila; del total de casos de tuberculosis se detectaron 2 casos con coinfección Tuberculosis-VIH, ver tabla Nº 4.

Casos de Tuberculosis en población privada de la libertad, según Municipio de residencia, Norte de Santander, semanas 01-52, 2016

Municipio de Residencia	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total general	Asociacion TB - VIH	Condicion final muerto
Cúcuta	39	5	44	2	2
Ocaña	1	0	1	0	0
Pamplona	1	0	1	0	0
Total general	41	5	46	2	2

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Teniendo en cuenta la notificación realizada al Sivigila con corte a semana epidemiológica 52, se notificaron 6 casos de tuberculosis en población habitante de calle, de los cuales el 100% corresponde a tuberculosis pulmonar. Se evidencia que el Municipio que aporta más casos es Cúcuta con 5 casos equivalente a (83,3%), seguido por Puerto Santander con 1 caso correspondiente a (16,7%)

De acuerdo a la distribución por tipo de caso, el 85,01% (380 casos) ingresaron como confirmados por laboratorio, el 14,32 % (64 casos) por clínica y el 0,67 % (3 casos) por nexo epidemiológico; el 89,93% (402 casos) pertenecen a la forma pulmonar y el 10,07 % (45 casos) a formas extrapulmonares.

Con respecto al diagnóstico por laboratorio de los 380 casos confirmados por laboratorio 79,47% (302 casos) se les realizó baciloscopia, al 16,05 % (61 casos) cultivo y al 23,94% (91 casos) prueba molecular.

Notificación de tuberculosis todas las formas, por tipo de caso, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01 - 52, 2016

	Tuberculosis pulmonar	%	Tuberculosis Extrapulmon	%	Total casos	%
Confirmado por laboratotio	351	78,52%	29	6,49%	380	85,01%
conirmado por Clinica	49	10,96%	15	3,36%	64	14,32%
Conirmado por nexo epidemi	2	0,45%	1	0,22%	3	0,67%
Total casos	402	89,93%	45	10,07%	447	100,00%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Dentro de los casos por tuberculosis extrapulmonar (45 casos), la localización anatómica con mayor porcentaje es pleural con el 51,11 % (23 casos), seguida por la localización meníngea con 17,78 % (8 casos) y la ganglionar con 13,33% (6casos).

Número de casos de Tuberculosis Extrapulmonar de acuerdo a la localización anatómica, semanas 1-52, 2016

Localización anatómica	casos	%
Pleural	23	51,11%
Pericardica	1	2,22%
Cutanea	2	4,44%
Otro	5	11,11%
Meningea	8	17,78%
Ganglionar	6	13,33%
Total general	45	100,00%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

El 89,71% (401 casos) ingresaron como caso nuevo, de los cuales (357 casos) fueron clasificados con tuberculosis pulmonar y (44 casos) con Extrapulmonar. El 10,29% (46 casos) como previamente tratados, de los cuales (45 casos) fueron clasificados con tuberculosis Pulmonar y (1 caso) tuberculosis Extrpulmonar.

Casos de tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Norte de Santander, semanas 01-52, 2016

Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis Extrapulmonar	Total	%
Nuevo	357	44	401	89,71%
Previamente tratado	45	1	46	10,29%
Total general	402	45	447	100%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

De acuerdo a la clasificación de caso basada en historia de tratamiento de tuberculosis en pacientes previamente tratados se evidencia que a la semana epidemiológica 52 se encuentran notificados al Sivigila 46 casos, de estos 20

casos (43,48%) ingresaron como tras recaídas. Los Municipios de residencia de Cúcuta y Tibú aportan el mayor número de casos (ver Tabla N°8)

Distribución número de casos previamente tratados por Municipio de Residencia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Municipio de Residencia	Tras recaída	Tas fracaso	Paciente recuperado tras perdida al seguimiento	Otros pacientes previamente tratados	Total
Chinácota	0	0	1	0	1
Convención	0	0	1	0	1
Cúcuta	15	4	9	2	30
El Zulia	1	0	0	0	1
Los Patios	1	0	0	1	2
Ragonvalia	0	0	0	1	1
Salazar	0	0	1	0	1
San Calixto	0	0	1	0	1
Tibú	3	0	0	2	5
Villa del rosario	0	0	3	0	3
Total	20	4	16	6	46

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Al analizar las variables de laboratorio en la totalidad de pacientes previamente tratados notificados al Sivigila (46 casos) encontramos que el 100% (46 casos) de los casos se les realizó baciloscopia, al 65,56 % (32 casos) cultivo y al 17,39% (8 casos) prueba molecular, según el tipo de prueba molecular más utilizada es el sistema cerrado PCR en tiempo real (ver tabla N°9).

Número de casos previamente tratados a los cuales se les realizó diagnóstico por laboratorio, Norte de Santander, Semanas epidemiológicas 01-52, 2016

	Baciloscopia	%	Cultivo	%	Pruebas moleculares	%
Previamente tratados	46	100%	32	65,56%	8	17,39%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Del total de casos notificados el 87,5 % registra realización de asesoría para prueba diagnóstica para VIH, de los cuales el 95% accedieron a realizarse la prueba diagnóstica de VIH. La asociación TB-VIH a este periodo epidemiológico es de 7,60% (ver tabla N°10).

Distribución de casos de Tuberculosis, según acceso a prueba diagnóstica para VIH y estado serológico, Norte de Santander, semanas 01-52,2016

Tipo de Tuberculosis	Casos con asesoria para VIH	% Casos con asesoría VIH	Casos prueba diagnóstica	% de casos con realización de pba dx en casos con asesoría	Casos Nuevos con coinfecciónTB-VIH	Número de casos coinfección TB-VIH	% Coinfección
Tuberculosis pulmonar	353	87,80%	342	85%	28	30	7,50%
Tuberculosis extrpulmonar	38	84,40%	39	87%	4	4	8,90%
Total	391	87,50%	381	95%	32	34	7,60%

Los Municipios que presentaron mayor proporción de casos para asociación de tuberculosis – VIH son Cùcuta (24 casos), Villa del Rosario (5 casos) y Tibú (2 casos).

Distribución de casos de Tuberculosis, según asociación TB-VIH por Municipio de residencia, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Residencia	Números de casos con coinfección TB-VIH	%
Cúcuta	24	70,59%
El Tarra	1	2,94%
Ocaña	1	2,94%
Salazar	1	2,94%
Tibú	2	5,88%
Villa del Rosario	5	14,71%
Total general	34	100,00%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

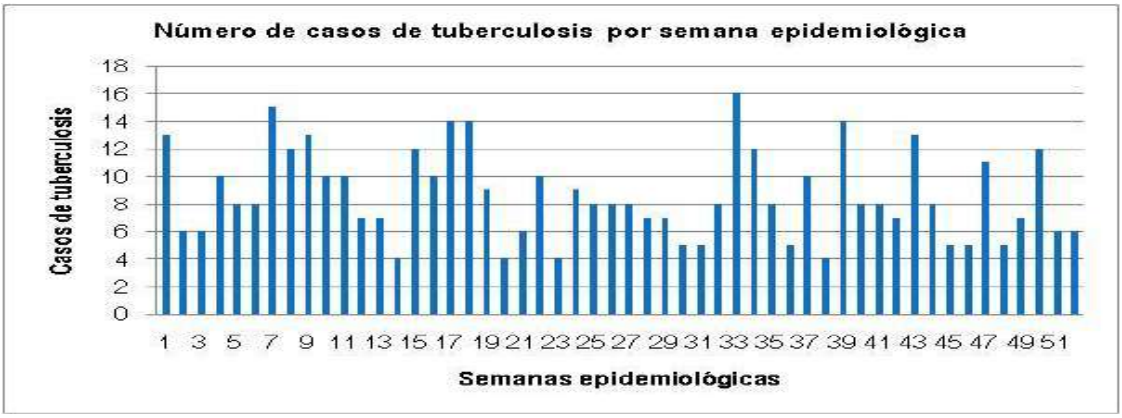
Se registraron 37 casos con condición final de muerte al Sivigila, siendo los Municipios de Cúcuta y Villa del Rosario los que aportan mayor número de casos; del total de casos los mayores de 65 años aportaron el 43 % de las muertes. La tasa de mortalidad a nivel departamental es de 2,7 casos por 100.000 habitantes.

Distribución de casos de tuberculosis con condición final muerte por Municipios de residencia, Norte de Santander, semanas epidemiológicas, 01-52, 2016

Municipio de residencia	Número de casos condición final muerte	%	Población DANE	Tasa de mortalidad x 100.000 Hab.
Cúcuta	31	83,8	656.380	5
Los patios	2	5,4	77.474	3
Ocaña	1	2,7	98.992	1
Villa del rosario	3	8,1	90.544	3
Total Norte de Santander	37	100	1.367.708	2,7

Respecto al número de casos de tuberculosis por semana epidemiológica es variable presentándose un mayor número de casos en las semanas 33, 39 y 43.

Número de casos notificados de tuberculosis por semana epidemiológica en el año 2016



TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE

Se notificaron a SIVIGILA 22 casos de tuberculosis farmacorresistente entre las semanas epidemiológicas 01 a la 52, observándose en la distribución de acuerdo al sexo una mayor proporción en hombres con el 63,64% (14 casos) frente a las mujeres con el 36,36% (8 casos). El 86,35% pertenecen al régimen subsidiado. De acuerdo a la caracterización del grupo étnico, el 100% de los casos se han notificado como otros. La distribución por grupo de edad muestra mayor frecuencia en el grupo de 65 años y más aportando 27,3 % de los casos, seguido por el grupo de 20 a 24 años con el 18,2 %.

Proporción de casos de TB FR según sexo, tipo de aseguramiento al sistema de seguridad social en salud, Norte de Santander, grupos de edad, semana epidemiológica 01 - 52, 2016

Variable	Categoria	Casos	%
Sexo	Masculino	14	63,64%
	Femenino	8	36,36%
Tipo de regimen	Contributivo	1	4,55%
	Especial	1	4,55%
	No afiliado	0	0,00%
	Excepción	1	4,55%
	Subsidiado	19	86,35%
Pertenencia Etnica	Indigena	0	0,00%
	Room	0	0,00%
	Raizal	0	0,00%
	Palanquero	0	0,00%
	Afrocolombiano	0	0,00%
	Otros	22	100,00%
Grupos de edad	1-4	0	0,0%
	5-9	1	4,5%
	15-19	1	4,5%
	20-24	4	18,2%
	25-29	1	4,5%
	35-39	1	4,5%
	50-54	3	13,6%
	55-59	2	9,1%
	60-64	3	13,6%
	65 y más	6	27,3%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Por grupos poblacionales se registraron 19 casos (86,36%) correspondiente a otros grupos poblacionales, 2 (9,09%) desplazados, 2 (9,09%) discapacitados, 2 (9,09%) Carcelario, 2 (9,09%) víctimas de violencia.

Distribución de casos de tuberculosis farmacorresistente por grupo poblacional, Norte de Santander, semana epidemiológica 01-52, 2016

Grupo poblacional	Casos	%
Otros	19	86,36%
Desplazados	2	9,09%
Discapacitados	2	9,09%
Carcelario	2	9,09%
Victimas de violencia	2	9,09%
Migrantes	1	4,55%
Gestantes	1	4,55%
Indigente	1	4,55%
Población ICBF	1	4,55%
Madres comunitarias	1	4,55%
Desmovilizados	1	4,55%
Psiquiatricos	1	4,55%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Del total de casos de tuberculosis farmacorresistente del 2016, en relación a la proporción de casos por Municipio de residencia, Cúcuta aporta el 77,27%, seguida por Tibú con un 9,09% y Los Patios con un 9,09%.

Distribución de casos TB-FR por Municipio de residencia, Norte de Santander, semana epidemiológica 01-52,2016

Municipio Residencia	Casos	%
Cúcuta	17	77,27%
Los Patios	2	9,09%
Tibú	2	9,09%
La Esperanza	1	4,55%
Total	22	100,00%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Del total de casos notificados se registraron con mayor proporción tener otros factores de riesgo con el 9,09 %, con el 9,09 % tratamiento irregular por más de un mes y vivir en áreas de alta carga 9,09 %.

Distribución de caos de tuberculosis farmacorresistente por tipo de factor de riesgo, Norte de Santander, semana epidemiológica 01-52,2016

Factor de Riesgo	Casos	%
Contacto con paciente	1	4,55%
Farmacodependencia	0	0,00%
Vivir áreas de alta carga TBFR	2	9,09%
Tratamiento con menos 3 meses	0	0,00%
Otros factores inmunosupresores	1	4,55%
Tratamiento irregular por mas de 1 mes	2	9,09%
Otros factores de riesgo	2	9,09%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Frente a las comorbilidades el 54,54% registraron presencia de esta variable. La comorbilidad con mayor proporción fue diabetes con un 22,73%, las demás comorbilidades que se presentaron fueron EPOC 9,09%, enfermedad renal4,55%, enfermedad hepática 4,55%, desnutrición 4,55%, VIH 4,55% y otra comorbilidad como hipotiroidismo.4,55%.

Distribución de casos de Tuberculosis farmacorresistente por presencia de comorbilidad, Norte de Santander, semana 01-52, 2016

Comorbilidad	Frecuencia	%
Diabetes	5	22,73%
Silicosis	0	0,00%
Enfermedad renal	1	4,55%
EPOC	2	9,09%
Enfermedad hepática	1	4,55%
Cancer	0	0,00%
Artritis	0	0,00%
Desnutrición	1	4,55%
VIH/SIDA	1	4,55%
Otra comorbilidad	1	4,55%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Tipo de caso

El 95,40% (21 casos) entraron confirmados por laboratorio y el 4,60%(1 caso) confirmado por clínica.

Clasificación de ingreso

De acuerdo a la clasificación de casos notificados con TB-FR según el antecedente de tratamiento, se observa que el 63,63% (14 casos) corresponde a pacientes previamente tratados y el 36,36 % (8 casos) a pacientes nuevos.

Tipo de Tuberculosis

De acuerdo al tipo de tuberculosis 21 casos registrados entre la semana epidemiológica 01 a la 52 se presentaron en la forma pulmonar. De acuerdo al tipo de resistencia se observa que el 63,63% de los casos son monorresistentes, mientras que para MDR la proporción es del 22,72%.

Clasificación de casos según tipo de resistencia, Norte de Santander, Semana epidemiológica 01-52,2016

Tipo de resistencia	Total	%
Monorresistencia	14	63,63%
MDR	5	22,72%
En proceso de clasificación	1	4,54%
Resistencia a rifampicina	2	9,09%
Total general	22	100%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Respecto a la metodología de diagnóstico utilizada y tipo de tuberculosis 17 registros tienen esta variable diligenciada, de estos se observa que la metodología de mayor uso es la prueba Bacte MGIT con un 47,06% (8 casos) y prueba molecular con un 41,18% (7 casos).

Distribución de casos TB FR según metodología de diagnóstico utilizada y tipo de tuberculosis, Norte de Santander, semana epidemiológica 01-52,2016

Metodología utilizada	Casos	%
Nitrato Reductasa	1	5,88%
Proporciones L.J	0	0,00%
Bacte MGIT	8	47,06%
Proporciones en agar	1	5,88%
Prueba molecular	7	41,18%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Del total de casos notificados (22 casos), 95,45% (21 casos) registraron realización de asesoría para prueba voluntaria para VIH, de estos el 95,23% (20 casos) se les realizó la prueba diagnóstica. (ver tabla 8)

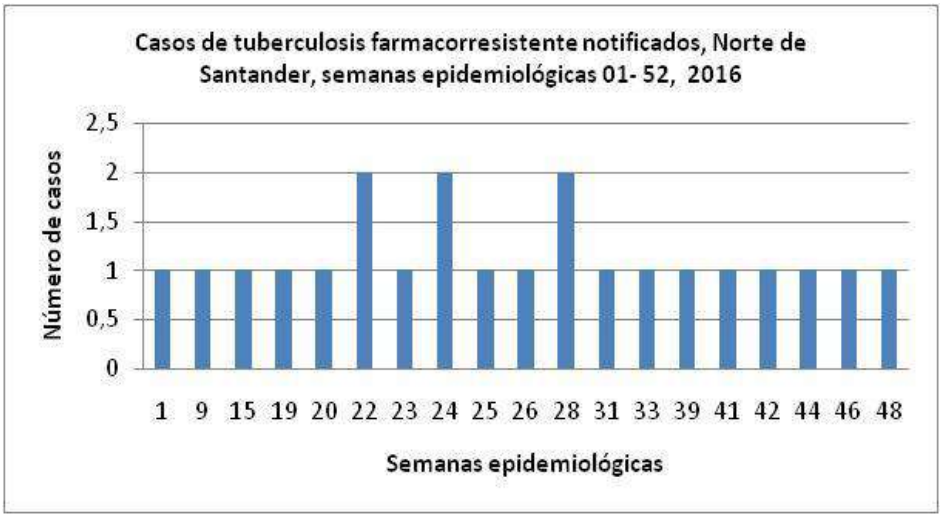
Distribución de casos TB-FR según tipo de tuberculosis

Tipo de tuberculosis	Coinfección TB-VIH	Trimetropin sulfa	Antirretroviral
Tuberculosis Pulmonar	0	1	0
Tuberculosis Extrapulmonar	0	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Se notificaron a SIVIGILA 22 casos de tuberculosis farmacorresistente, en las semanas epidemiológicas 22, 24 y 28 se reportaron el mayor número de casos al sistema de vigilancia, la tasa de incidencia departamental presentada fue de 1,6 por 100.000 habitantes.

Casos de tuberculosis farmacorresistente notificados, Norte de Santander, semana 01-52



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

LEPRA

HALLAZGOS

Con corte a semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron a Sivigila un total de 46 registros; después del proceso de depuración y revisión de calidad del dato se excluyeron el 6,5 % de los registros distribuidos de la siguiente manera:

Casos duplicados: 1 caso
Otros Municipios: 2 casos

Obteniendo un total de **43** casos de Lepra todas las formas, los cuales son los registros utilizados para el análisis de este informe de evento.

Los Municipios que presentaron mayor número de casos notificados de lepra en el Departamento de Norte de Santander, hasta la semana epidemiológica 52 de 2016, fueron Cúcuta 32,56% (14 casos), seguido por abrego18,60% (8 casos), Ocaña 16,28% (7 casos), y Villa del Rosario 9,30% (4 casos).

Casos de Lepra por Municipio de notificación, Norte de Santander, semanas 01-52, 2016

Municipio de Residencia	Casos Notificados	%
Cúcuta	14	32,56%
Abrego	8	18,60%
Ocaña	7	16,28%
Villa del Rosario	4	9,30%
Sardinata	3	6,98%
Teorama	2	4,65%
El Zulia	2	4,65%
Tibú	1	2,33%
Cucutilla	1	2,33%
Los Patios	1	2,33%
Total	43	100,00%

Fuente: Sivigila; Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander; 2016

De acuerdo a lo registrado en el Sivigila, de los 43 casos notificados, el 83,7% corresponden a casos nuevos detectados (36 casos), el 9,3% como reingreso abandono no recuperado (4 casos), el 7% recidivas (3 casos). La tasa de detección de casos nuevos para el Departamento en el año 2016 fue de 2,63 casos por 100.000 habitantes.

El municipio de Cúcuta presentó la mayor tasa de detección de casos nuevos con 0,88 casos por 100.000 habitantes, seguido por Abrego con 0,58 casos por 100.000 habitantes y Ocaña con 0,37 casos por 100.000 habitantes.

Casos de Lepra por Municipio de Residencia, Norte de Santander, semanas epidemiológicas01-52, 2016

Municipio de Residencia	Casos por Residencia	Nuevo	Tasa de detección por 100.000 habitantes	Recidiva	Reingreso
Cúcuta	14	12	0,88	1	1
Abrego	8	8	0,58	0	0
Ocaña	7	5	0,37	2	0
Villa del Rosario	4	4	0,29	0	0
Sardinata	3	3	0,22	0	0
El Zulia	2	2	0,15	0	0
Tibú	1	1	0,07	0	0
Cucutilla	1	1	0,07	0	0
Teorama	2	0	0	0	2
Los Patios	1	0	0	0	1
Total	43	36	2,63	3	4

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander; 2016

Respecto al número de casos registrados durante la semana epidemiológica 01-52 de 2016, el 76,74% (33 casos), corresponde al sexo masculino, el 74,42% de los caos pertenecen al régimen subsidiado y el 13,95 al régimen contributivo. En cuanto a la caracterización por pertenencia étnica, el 100% se han notificado como otros. El grupo de edad con mayor número de casos fue el de 65 años y más con el 25,58% (11 casos) seguido por el de 60-64 años con el 13,95% (6 casos).

Distribución de casos de lepra por sexo, tipo de aseguramiento en salud, pertenencia étnica y grupos de edad, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Variable	Categoría	Casos Lepra	%
Sexo	Femenino	10	23,26%
	Masculino	33	76,74%
Tipo de Régimen	Contributivo	6	13,95%
	Especial	1	2,33%
	No asegurado	4	9,30%
	Subsidiado	32	74,42%
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,00%
	ROM	0	0,00%
	Raizal	0	0,00%
	Palenquero	0	0,00%
	Afrocolombiano	0	0,00%
	Otros	43	100,00%
Grupos de edad	1-4	0	0,00%
	5-9	1	2,33%
	10-14	0	0,00%
	15-19	1	2,33%
	20-24	2	4,65%
	25-29	3	6,98%
	30-34	5	11,63%
	35-39	3	6,98%
	40-44	2	4,65%
	45-49	2	4,65%
	50-54	4	9,30%
	55-59	3	6,98%
	60-64	6	13,95%
	65 y más	11	25,58%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander; 2016

Del total de casos nuevos identificados el 80,56% (29 casos) presentaron lepra multibacilar, lo que indica que no fueron diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad.

Clasificación de los casos nuevos detectados de lepra por Municipio de residencia, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Municipio de Residencia	Casos Nuevos			
	Clasificación Clínica Paucibacilar	%	Clasificación Clínica Multibacilar	%
Abrego	0	0,00%	8	22,22%
Cúcuta	1	2,78%	11	30,56%
Cucutilla	1	2,78%	0	0,00%
El Zulia	1	2,78%	1	2,78%
Ocaña	0	0,00%	5	13,89%
Sardinata	2	5,56%	1	2,78%
Tibú	1	2,78%	0	0,00%
Villa del Rosario	1	2,78%	3	8,33%
Total	7	19,44%	29	80,56%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander; 2016

De los casos detectados bacteriológicamente como paucibacilares (11 casos), el 18,18% (2 casos) presentaron hasta cinco lesiones. Para los casos clasificados multibacilares por métodos bacteriológicos (26 casos), el 34,62% (9 casos) registran de cero a cinco lesiones, lo que indica una mala clasificación del caso. Se observan (6 casos) sin dato en la clasificación bacteriológica.

Clasificación bacteriológica y por número de lesiones de los casos de lepra, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Número de lesiones	Paucibacilares clasificados bacteriologicamente	%	Multibacilares clasificados bacteriologicamente	%	Sin Dato en clasificación Bacteriológica	Total general
Hasta cinco lesiones	2	18,18%	9	34,62%	4	15
Más de cinco lesiones	8	72,73%	17	65,38%	2	27
Total	11	25,60%	26	60,45%	6	43

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander; 2016

Del total de casos (43 casos), el 44,18% (19 casos) se clasificaron de acuerdo al criterio histopatológico, según realización de biopsia de estos casos el 31,57% (6 casos) corresponden a lepra lepromatosa, el 31,57% (6 casos) a lepra tuberculoide, el 26,31% (5 casos) a lepra indeterminada y el 10,52% (2 casos) a lepra dimorfa.

Clasificación de acuerdo a criterio histopatológico de los casos de lepra por Municipio de residencia, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Municipio de Residencia	Clasificación de Lepra de acuerdo al criterio histopatológico						Total
	Indeterminada	Tuberculoide	Dimorfa	Lepromatosa	Neural	Otro diagnóstico	
Abrego	1	0	0	0	0	0	1
Cúcuta	2	2	2	1	0	0	7
Cucutilla	1	0	0	0	0	0	1
El Zulia	0	0	0	0	0	0	0
Los Patios	0	0	0	0	0	0	0
Ocaña	1	3	0	1	0	0	5
Sardinata	0	0	0	2	0	0	2
Teorama	0	0	0	0	0	0	0
Tibú	0	0	0	1	0	0	1
Villa del Rosario	0	1	0	1	0	0	2
Total general	5	6	2	6	0	0	19

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander; 2016

Del total de casos nuevos (36 casos), el 22,22% (8 casos) presentaron discapacidad grado I y el 8,33% (3 casos) presentaron discapacidad grado II. La evaluación de discapacidad del paciente al momento del diagnóstico, permite ver la capacidad de detección y diagnóstico oportuno de la lepra.

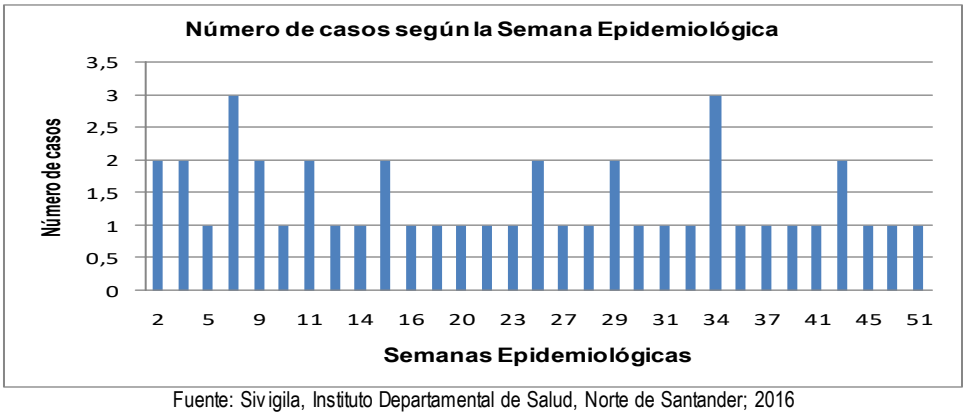
Distribución porcentual de los casos nuevos detectados de acuerdo al grado de discapacidad por Municipio de residencia, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Municipio de Residencia	Casos Nuevos	Casos con discapacidad Grado 0	Casos con discapacidad Grado I	%	Casos con discapacidad Grado II	%
Abrego	8	7	0	0,00%	1	2,78%
Cúcuta	12	9	2	5,56%	1	2,78%
Cucutilla	1	0	1	2,78%	0	0,00%
El Zulia	2	0	2	5,56%	0	0,00%
Ocaña	5	2	2	5,56%	1	2,78%
Sardinata	3	3	0	0,00%	0	0,00%
Tibú	1	1	0	0,00%	0	0,00%
Villa de l Rosario	4	3	1	2,78%	0	0,00%
Total general	36	25	8	22,22%	3	8,33%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander; 2016

En las semanas epidemiológicas 8 y 34 se observa el mayor número de casos de lepra detectados.

Número de casos de lepra según la semana epidemiológica



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander; 2016

RECOMENDACIONES

- Se deben realizar actividades de búsqueda activa de casos de lepra, orientando la búsqueda entre los contactos de los antiguos casos.
- Se debe asegurar la evaluación de la discapacidad al momento del diagnóstico y durante la investigación de campo se deben efectuar acciones de educación y canalización a servicios y programas para la prevención y rehabilitación de la discapacidad en los casos que sea necesario.
- Se debe asegurar la evaluación de la discapacidad al momento del diagnóstico y durante la investigación de campo se deben efectuar acciones de educación y canalización a servicios y programas para la prevención y rehabilitación de la discapacidad en los casos que sea necesario.
- Se recuerda que la investigación de campo para lepra debe efectuarse durante los ocho días siguientes a la notificación del caso.
- Realizar biopsia para clasificación a todo caso de lepra cuando la baciloscopia sea negativa.
- La vacunación con BCG a todos los contactos se debe asegurar, ya que es una herramienta en la prevención de nuevos casos.

3. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS

DENGUE Y DENGUE GRAVE, NORTE DE SANTANDER, SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1 A 52 2016.

La Vigilancia del Dengue, se basa en el conocimiento de la enfermedad, el análisis de las condiciones sanitarias y de la respuesta social organizada de las poblaciones en riesgo.

El presente documento, contiene de forma descriptiva el análisis de los eventos de dengue y dengue grave, permitiendo la orientación para la correcta toma de decisiones con enfoque de riesgo, enfatizando la construcción de escenarios de tipo geográfico (procedencia y área de ocurrencia), sociales (genero, edad, sistema de seguridad social) ya su vez dinámico el cual permite tomar en cuenta factores de riesgo como: flujo de migración de las poblaciones, abastecimiento de agua de consumo humano, presencia y/o dispersión del virus dengue y del vector Aedes aegypti.

METODOLOGÍA:

- ✓ Se realizó la validación de la base de datos con fuente SIVIGILA mediante la depuración de los registros duplicados, verificando variables tales como: nombres, apellidos, números de identificación, procedencia, fecha de inicio de síntomas entre otros, los cuales nos orientan a la toma de decisiones con relación al registro.
- ✓ De los casos del departamento se toma el total de notificados, menos los descartados y con estos datos se realiza el análisis e interpretación del evento.
- ✓ La fuente de información para el análisis es tomada de la base de datos del software SIVIGILA del año 2016.

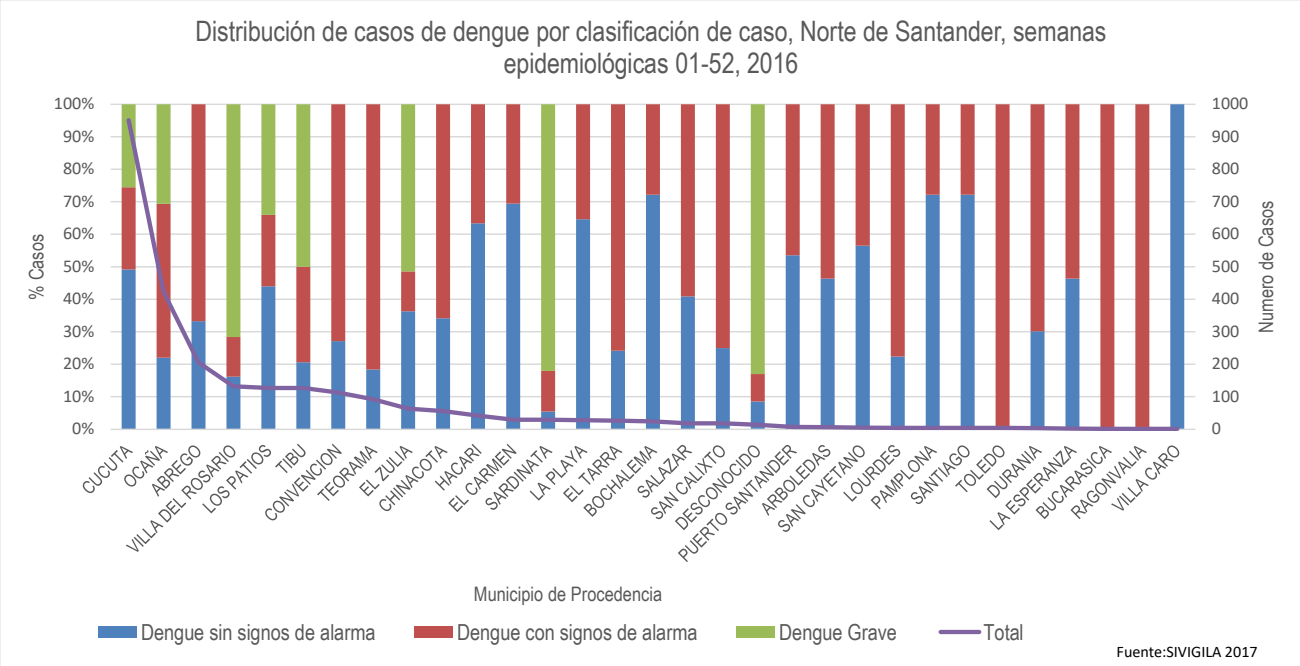
NOTIFICACION DE CASOS AL SIVIGILA

En el 2016 se han notificado en el Sistema de Vigilancia Salud Pública (SIVIGILA): 2610 casos totales de dengue; de los cuales 2589 casos (99.1 %) corresponden a dengue y 21 casos (0,9 %) a dengue grave, notificados con procedencia de otros departamento son 50 caso de dengue 1 caos de dengue grave, de Norte de Santander 2539 caso de dengue y dengue grave 20 casos los cuales se van a tener en cuenta para el análisis de este informe

Departamento de Procedencia	Casos Dengue sin signos de alarma	Casos Dengue con signos de alarma	Casos Dengue Grave	Total
Cesar	3	21		24
Cundinamarca	2	6		8
Santander	2	5		7
Exterior	2	1		3
Antioquia	1	1		2
Santa Marta	1	1		2
Valle	1	1		2
Barranquilla			1	1
Boyaca	1			1
Meta	1			1
Total	**14**	**36**	**1**	**51**

Fuente:SIVIGILA 2017

Distribución de casos de dengue por clasificación de caso, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



Una vez evaluados los ajustes y realizada la depuración de los casos de acuerdo a los criterios plasmados en el protocolo de dengue a tener en cuenta en la definición de caso de dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma (210) y dengue grave (220), quedaron un total de 2559 casos; 1362 casos (43,2) sin signos de alarma; 1177 casos (46,0) con signos de alarma; 20 casos (0,8) de dengue grave. 2.539 de los casos (38,6%) de dengue a nivel general fueron confirmados por laboratorio, para los casos de dengue con signos de alarma la confirmación fue de 650casos (55,2%) y para dengue grave fue de 19 casos (95,0%).

Comportamiento social y demográfico de los casos de dengue y dengue grave, Norte de Santander semanas epidemiológicas 01-52 de 2016.

Variable	Categoria	Casos de Dengue	%	Casos de Dengue grave	%	Total de Casos	%
Sexo	Masculino	1362	53,6%	9	45,0%	1371	53,6%
	Femenino	1177	46,4%	11	55,0%	1188	46,4%
Tipo de Regimen	Subsidiado	1468	57,8%	12	60,0%	1480	57,8%
	Conttibutivo	740	29,1%	6	30,0%	746	29,2%
	No Afiliado	154	6,1%	1	5,0%	155	6,1%
	Excepción	80	3,2%			80	3,1%
	Especial	72	2,8%	1	5,0%	73	2,9%
	Indeterminado	25	1,0%			25	1,0%
Pertenenci Etnica	Otro	2515	99,1%	19	95,0%	2534	99,0%
	Negro, mulato, afro colombiano	11	0,4%			11	0,4%
	Indigena	6	0,2%	1	5,0%	7	0,3%
	Ron, Gitano	4	0,2%			4	0,2%
	Raizal	3	0,1%			3	0,1%
Area Ocurrencia	Cabecera Municipal	2192	86,3%	17	85,0%	2209	86,3%
	Centro Poblado	177	7,0%	1	5,0%	178	7,0%
	Rural	170	6,7%	2	10,0%	172	6,7%
Grupo de Edad	menores de 1 año	114	4,5%			114	4,5%
	1 a 4 años	242	9,5%	3	15,0%	245	9,6%
	10 a 14 años	277	10,9%			277	10,8%
	15 a 19 años	291	11,5%	2	10,0%	293	11,4%
	20 a 24 años	230	9,1%	2	10,0%	232	9,1%
	25 a 29 años	201	7,9%	3	15,0%	204	8,0%
	30 a 34 años	163	6,4%	1	5,0%	164	6,4%
	35 a 39 años	156	6,1%	1	5,0%	157	6,1%
	40 a 44 años	106	4,2%			106	4,1%
	45 a 49 años	92	3,6%	1	5,0%	93	3,6%
	5 a 9 años	251	9,9%	2	10,0%	253	9,9%
	50 a 54 años	102	4,0%			102	4,0%
	55 a 59 años	70	2,8%	2	10,0%	72	2,8%
	60 a 64 años	65	2,6%			65	2,5%
	65 y mas años	179	7,1%	3	15,0%	182	7,1%

Fuente:SIVIGILA 2017

El 53,6 % de los casos de dengue se registró en el sexo masculino; el 57,8 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado; el 24,9 % de los casos de dengue y el 15 % de los casos de dengue grave se registraron en menores de 15 años. Se han notificado 11 casos en negro, mulato, afrocolombiano (el 0,4 %) y 7 casos en indígenas (el 0,3 %).

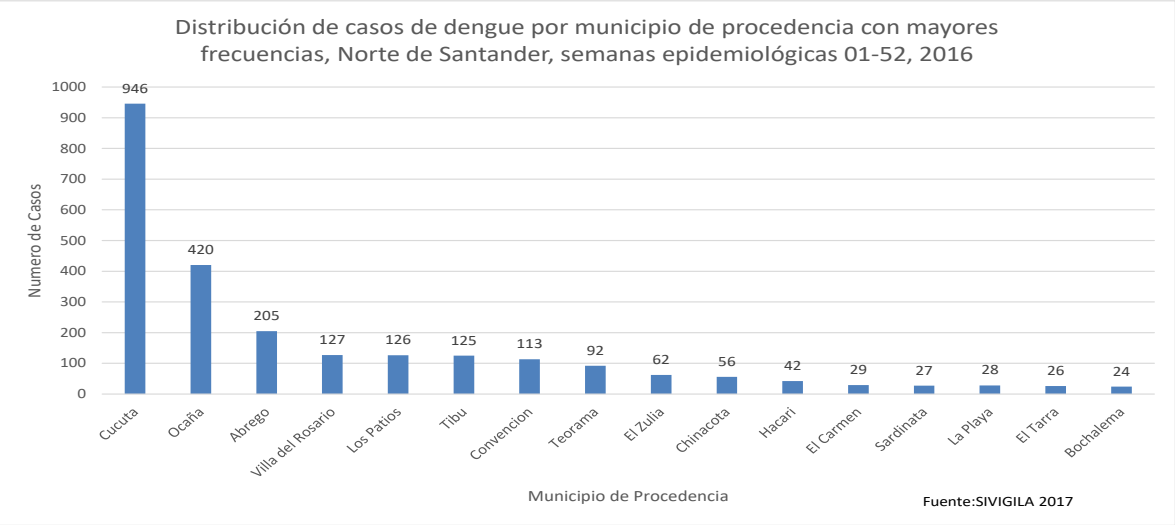
Casos de dengue por municipio procedencia, Norte de Santander semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Municipio	Casos Dengue	%	Casos Dengue Grave	%	Total	%
Cucuta	946	37,3%	5	25,0%	951	37,2%
Ocaña	420	16,5%	3	15,0%	423	16,5%
Abrego	205	8,1%		0,0%	205	8,0%
Villa del Rosario	127	5,0%	5	25,0%	132	5,2%
Los Patios	126	5,0%	1	5,0%	127	5,0%
Tibu	125	4,9%	2	10,0%	127	5,0%
Convencion	113	4,5%		0,0%	113	4,4%
Teorama	92	3,6%		0,0%	92	3,6%
El Zulia	62	2,4%	1	5,0%	63	2,5%
Chinacota	56	2,2%		0,0%	56	2,2%
Hacari	42	1,7%		0,0%	42	1,6%
El Carmen	29	1,1%		0,0%	29	1,1%
Sardinata	27	1,1%	2	10,0%	29	1,1%
La Playa	28	1,1%		0,0%	28	1,1%
El Tarra	26	1,0%		0,0%	26	1,0%
Bochalema	24	0,9%		0,0%	24	0,9%
Salazar	18	0,7%		0,0%	18	0,7%
San Calixto	18	0,7%		0,0%	18	0,7%
Desconocido	17	0,7%	1	5,0%	18	0,7%
Puerto Santander	7	0,3%		0,0%	7	0,3%
Arboledas	6	0,2%		0,0%	6	0,2%
San Cayetano	5	0,2%		0,0%	5	0,2%
Lourdes	4	0,2%		0,0%	4	0,2%
Santiago	4	0,2%		0,0%	4	0,2%
Toledo	4	0,2%		0,0%	4	0,2%
Durania	3	0,1%		0,0%	3	0,1%
La Esperanza	2	0,1%		0,0%	2	0,1%
Bucarisica	1	0,0%		0,0%	1	0,0%
Ragonvalia	1	0,0%		0,0%	1	0,0%
Vill Caro	1	0,0%		0,0%	1	0,0%
Total general	**2539**	100,0%	**20**	100,0%	**2559**	100,0%

Fuente:SIVIGILA 2017

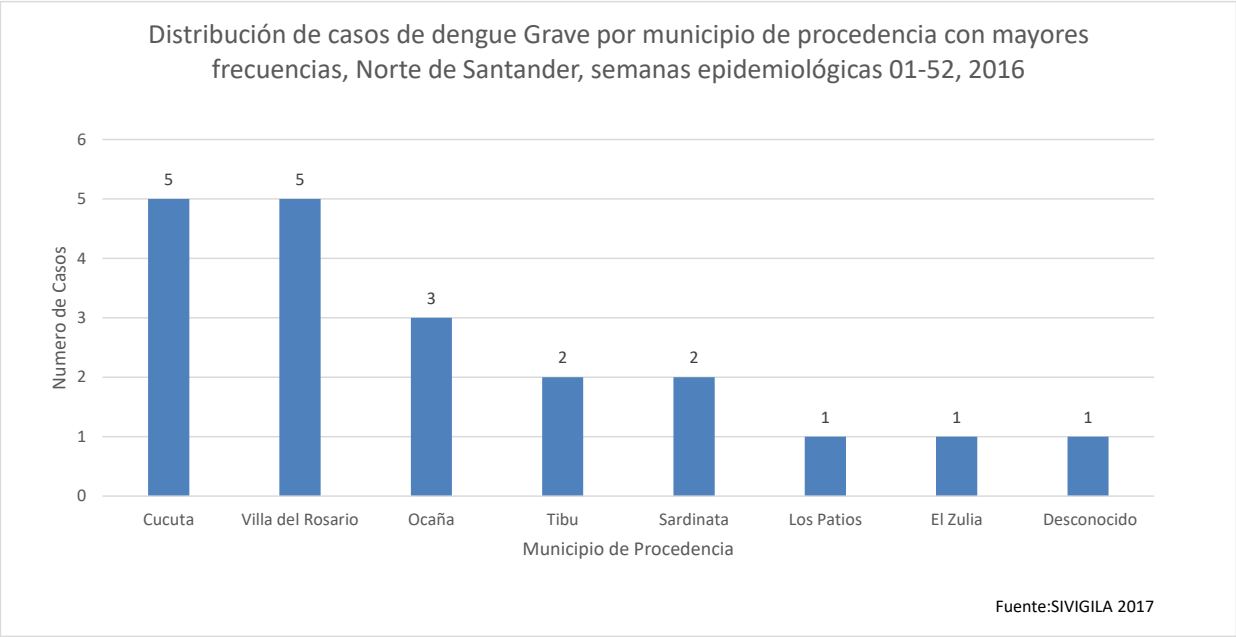
El 89,4 % de los casos de dengue procede de 10 entidades territoriales: Cúcuta 37,2%, Ocaña 16,5%, Abrego 8,0%, Villa del Rosario 5,2%, Los Patios 5,0%, Tibu 5,0%, convención 4,4%, Teorama 3,6%, El Zulia 2,5%, Chinacota 2,2%.

Distribución de casos de dengue por municipio de procedencia con mayores frecuencias, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.



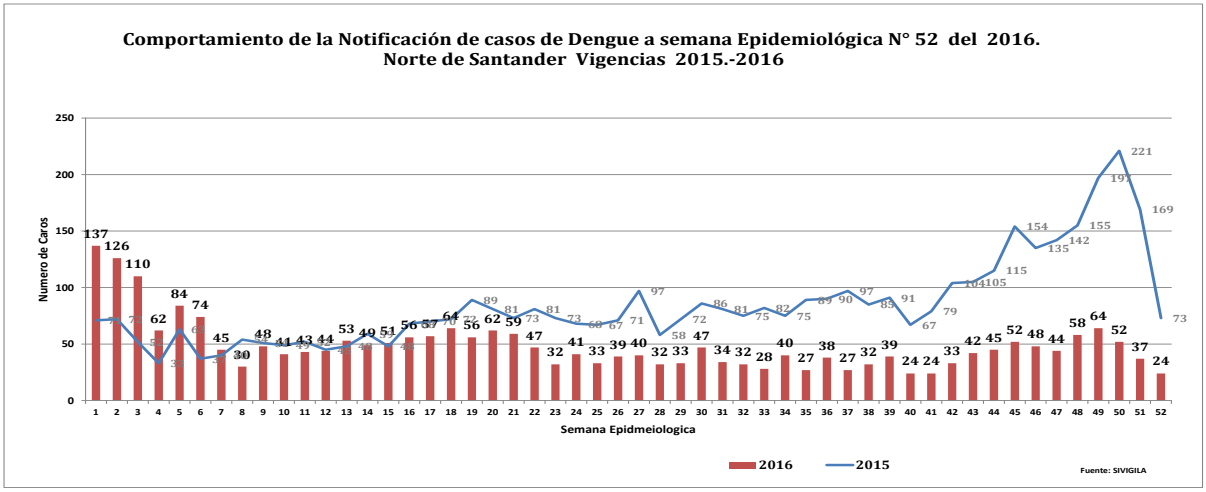
Reportaron casos 30 municipios Cúcuta 37,3%, Ocaña 16,5%, Abrego 8,1%, Villa del Rosario 5,0%, Tibu 4,9%, Convención 4,5%,, Teorama 3,6%, El Zulia 2,4%, Chinacota 2,2%, Hacari 1,7% El Carmen 1,1%, Sardinata 1,1%, La Playa 1,1%, menos del 1% los municipios de El Tarra, Bochalema, Salazar, San Calixto, Puerto Santander, arboledas, San Cayetano, Lourdes, Santiago Toledo, Durania, La Esperanza, Bucarasica, Ragonvalia y Villa Caro.

Distribución de casos para dengue grave por municipio de procedencia. Norte de Santander semanas epidemiológicas 01-52, 2016.



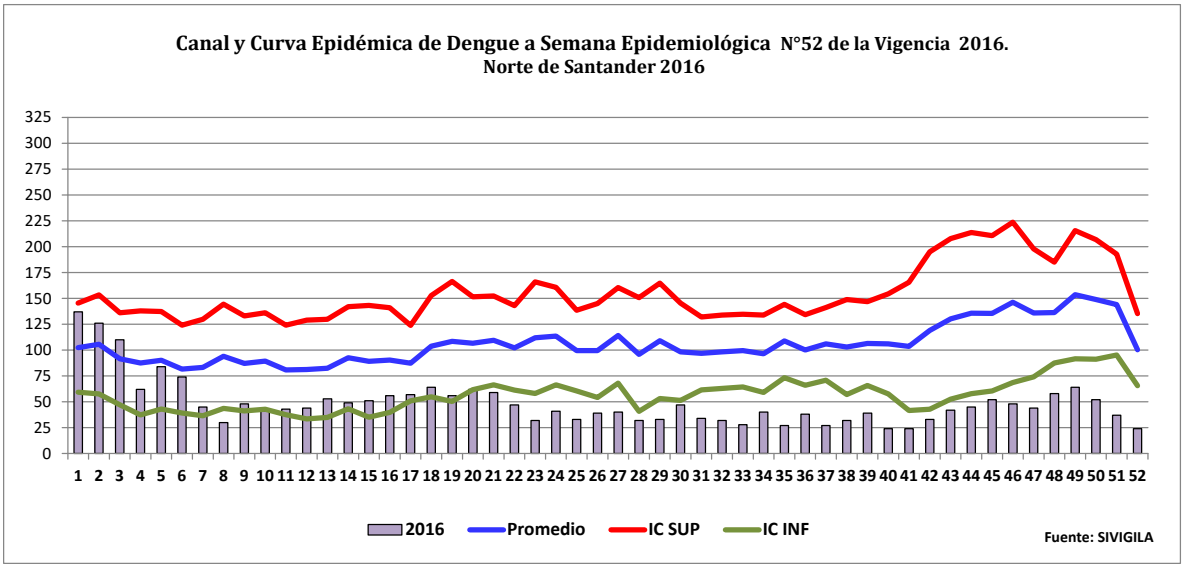
El 50% de los casos de dengue grave corresponde a Cúcuta y villa del rosario, Ocaña con el 15%, Tibu con el 10%, Sardinata 10%, Los Patios 55, El Zulia 5% y un 5% no se determinó el municipio de procedencia.

Tendencia departamental de dengue, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



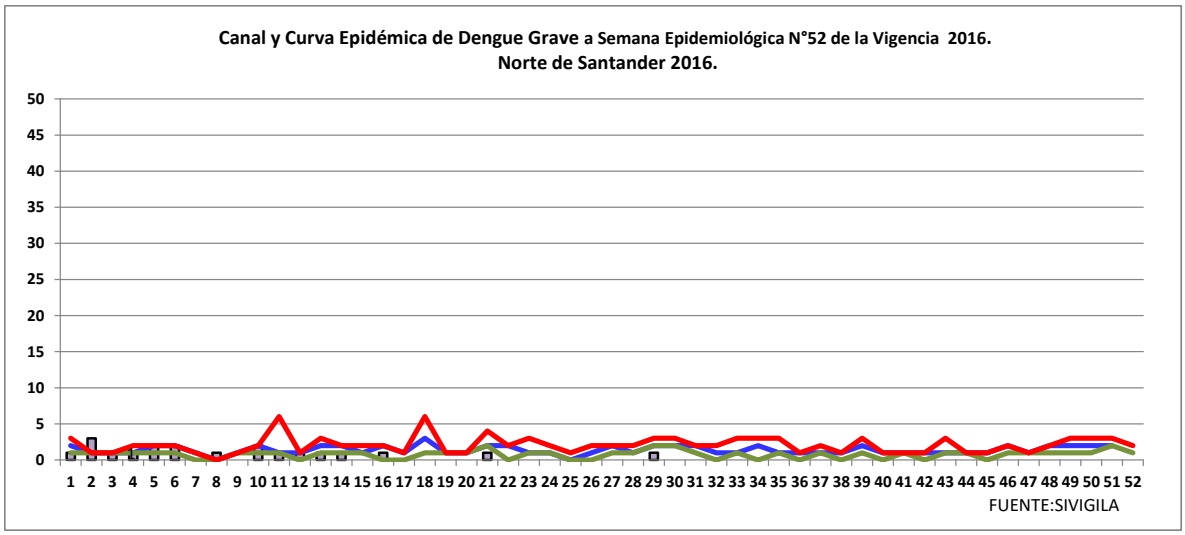
En la vigencia 2016 se han notificado 2539 caso de dengue comparado con el 2015 con 4381 se presenta una disminución de casos. La vigencia 2016 condensa casos probables más confirmados. Al realizar el comparativo entre el año 2015 y 2016 se observa una disminución en número de casos a partir de la semana 5. Teniendo en cuenta que línea azul representa la vigencia 2015 y la línea roja la vigencia 2016.

Canal endémico departamental de dengue, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



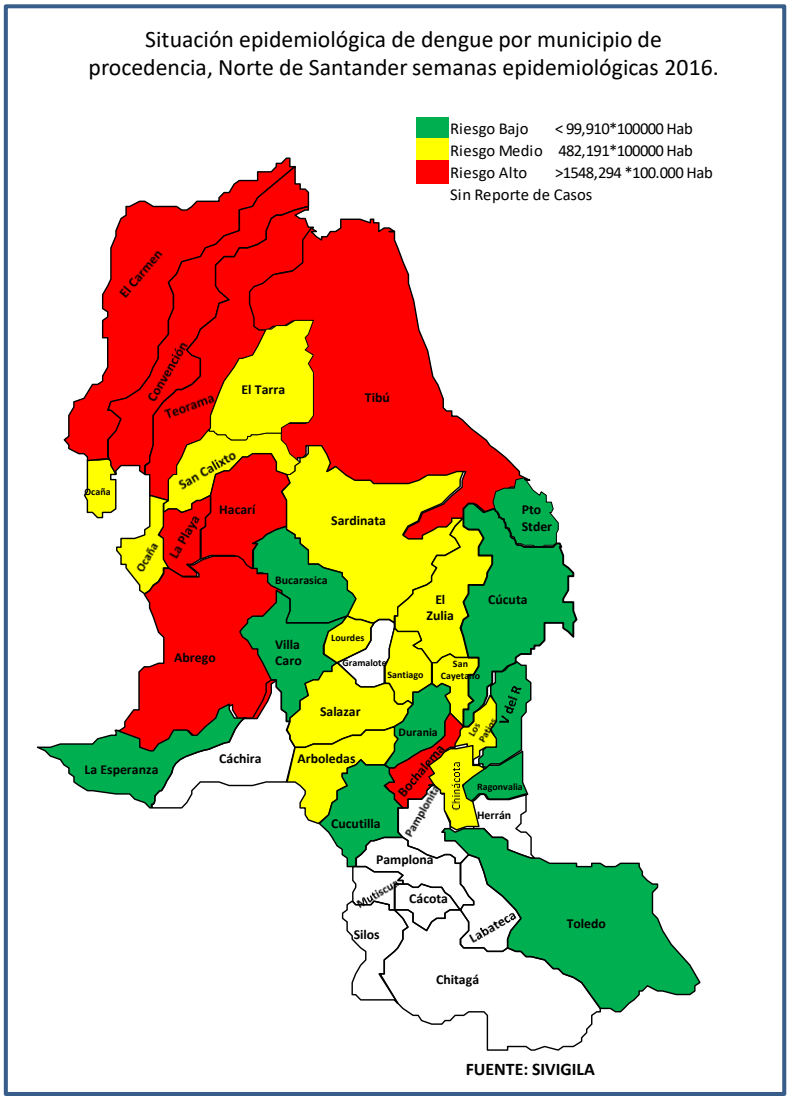
DENGUE: El canal endémico de Norte de Santander a la semana epidemiológica N**°52** en el año 2016, se observa un alto números de casos en la semana 1,2 y 3 con un descenso progresivo de casos a la semana N°52, manteniéndose en la zona de éxito. (Ingresan casos procedentes de Norte de Santander: Probables, Confirmados, Nexo Epidemiológico).

Canal endémico departamental de dengue Grave, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



DENGUE GRAVE: En Dengue Grave el comportamiento del evento se ha mantenido en la Zona de éxito. Con solo un aumento de número de casos en la semana 2 (3 casos), con una misma tendencia de casos hasta semana 21, no se registra notificación en las semanas 7,9, 12 a la 15,17 a la 20 y partir de la 22 a la 52(Ingresan casos Probables y Confirmados)

Mapa De Riesgo De Dengue Departamento Norte De Santander Semanas Epidemiológicas N° 1-52 Año 2016.

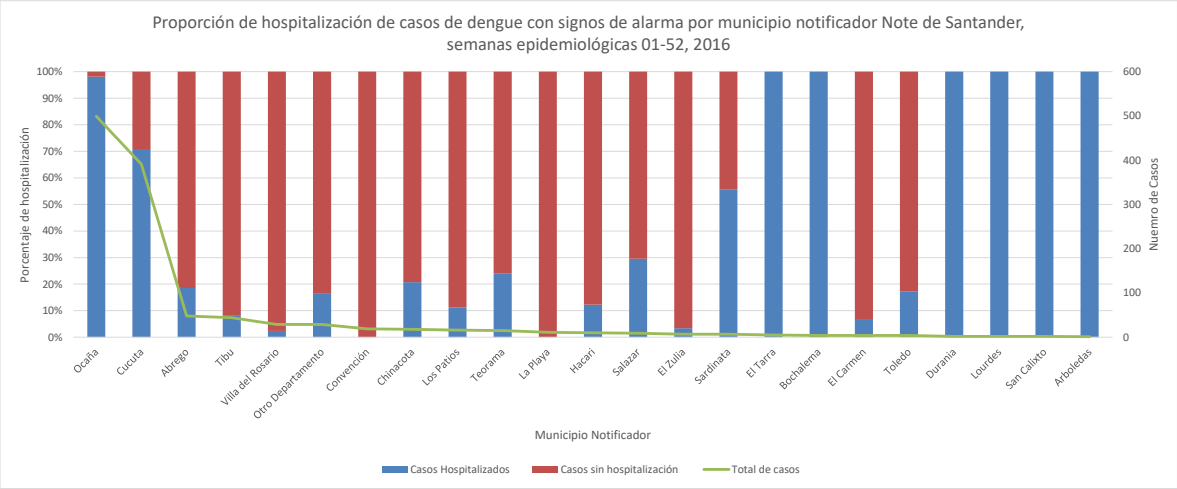


Con referencia a la situación epidemiológica por municipio de procedencia, 8 municipios tienen riesgo alto para el 2016 Tibu, Bochalema, Abrego, El Carmen, Convención, Teorama, Hacari y la Playa de acuerdo a la tasa por 100.000 habitantes.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

La incidencia de dengue es de 254,1 casos por 100 000 habitantes en riesgo (población de área urbana). Tibu, Bochalema, Abrego, El Carmen, Convención, Teorama, Hacari y la Playa, registran las mayores incidencias.

Porcentaje de hospitalización dengue con signos de alarma y dengue grave



La hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue Ocaña 51,1%, Cúcuta 37,0%, Abrego 2,6%, Tibu 1,3%, Chinacota 1,0%, otras departamento notificaron casos de Norte de Santander peor hospitalizaron el 1,4%.
En dengue grave el 95% de los casos fueron hospitalizados el caso que no fue hospitalizado fue notificado por otro departamento.

Mortalidades registradas en el departamento probablemente por dengue semanas epidemiológicas 1-52 año 2016

En total se han notificado 10 casos de mortalidad por Dengue, 3 casos confirmados de Norte de Santander y 7 casos descartados.
Por unidad de análisis se han confirmado 3 casos, según procedencia: 1 caso de Ocaña, 1 caso de Cúcuta y 1 caso de Sardinata.

PROCEDENCIA	CONFIRMADO	DESCARTADO	Total
DESCONOCIDO		1	1
BARRANQUILLA		1	1
CUCUTA	1	2	3
OCAÑA	1	1	2
SARDINATA	1		1
TIBU		1	1
VENEZUELA		1	1
Total	**3**	**7**	**10**

Letalidad

La letalidad por dengue grave a nivel nacional fue de 15 % (3/20).

VIGILANCIA CENTINELA LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO

Serotipos circulando en el Departamento Norte de Santander: DENV1, DENV2, DENV3 Y DENV4.

ENFERMEDAD CHIKUNGUNYA

Los casos notificados en el Sivigila en el año 2016 son 149 casos de chikunguña; 137 casos confirmados por clínica (92 %), 2 casos (1,3 %) confirmados por laboratorio y 10 casos (6.7 %) sospechosos.

Total de casos notificados, Norte de Santander, semana epidemiologia 01-52, 2016

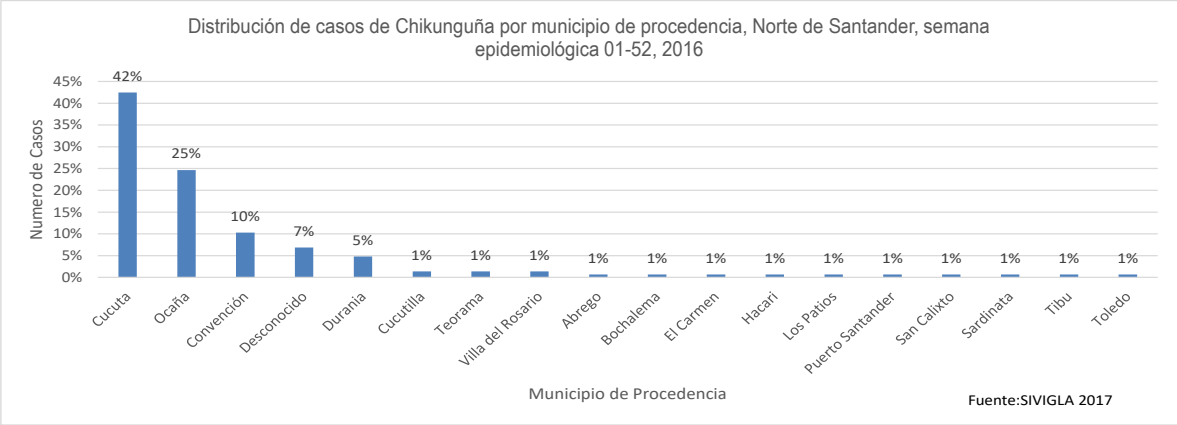
Confirmado por clinica	Confirmado por laboratorio	Sospechosos	Total
137	2	10	149

Fuente:SIVIGILA 2017

Casos sospechosos y confirmados de chikunguña por entidad municipio de procedencia, Norte de Santander, semana epidemiológica 01-52, 2016.

Municipio de Procedencia	Casos Confirmado por clinica	%	Casos Confirmado por laboratorio	%	Casos Sospechosos	%	Total	%
Cucuta	55	41%			7	70%	62	42%
Ocaña	34	25%			2	20%	36	25%
Convención	15	11%					15	10%
Desconocido	9	7%					9	6%
Durania	7	5%					7	5%
Cucutilla	2	1%					2	1%
Teorama	2	1%					2	1%
Villa del Rosario	2	1%					2	1%
Abrego	1	1%					1	1%
Bochalema	1	1%					1	1%
Chitaga	1	1%					1	1%
El Carmen		0%			1	10%	1	1%
Hacari	1	1%					1	1%
Los Patios	1	1%					1	1%
Puerto Santander	1	1%					1	1%
San Calixto	1	1%					1	1%
Sardinata		0%	1	50%			1	1%
Tibu		0%	1	50%			1	1%
Toledo	1	1%					1	1%
Total	**134**	100%	**2**		**10**	100%	**146**	100%

Fuente:SIVIGILA 2017



Fuente:SIVIGLA 2017

El 42 % de los casos de chkungunya procede del municipio de Cúcuta, el 25% el municipio de Ocaña, el 10% convención el caso que registra de Chitaga fue notificado por otro departamento de procedencia.

Casos de chikungunya, notificados de otro departamento semanas epidemiológicas 01 -52, Norte de Santander, 2016.

Departamento de Procedencia	Casos Confirmado por clinica	Total	%
Santander	2	2	67%
Exterior	1	1	33%
Total	**3**	**3**	100%

Fuente:SIVIGILA 2017

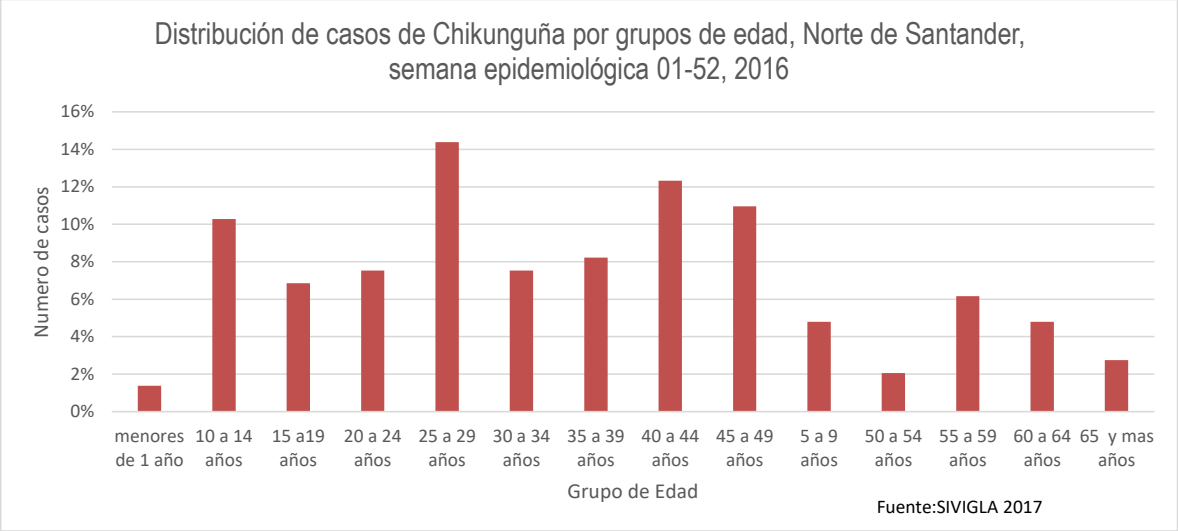
Características demográficas y sociales de los casos de Chikungunya, Norte de Santander semanas epidemiológicas 01 – 52, de 2016.

Variables	Categoria	Total Casos	%
Sexo	Femenino	96	66%
	Masculino	50	34%
Tipo de Regimen	Contributivo	81	55%
	Subsidiado	42	29%
	Excepción	16	11%
	Especial	5	3%
	Indeterminado	1	1%
	No Afiliado	1	1%
Grupo de Edad	menores de 1 año	2	1%
	10 a 14 años	15	10%
	15 a19 años	10	7%
	20 a 24 años	11	8%
	25 a 29 años	21	14%
	30 a 34 años	11	8%
	35 a 39 años	12	8%
	40 a 44 años	18	12%
	45 a 49 años	16	11%
	5 a 9 años	7	5%
	50 a 54 años	3	2%
	55 a 59 años	9	6%
	60 a 64 años	7	5%
	65 y mas años	4	3%

Fuente:SIVIGILA 2017

De las características demográficas y sociales en chikungunya el 66% de los casos se registró en el sexo femenino, el régimen de afiliación el 55%contributivo, el área la cabecera municipal el 75%, los grupos de edad, de 25 a 29 años son los as afectados.

La incidencia de chikunguña es de 13,56 casos por 100 000 habitantes en población urbana. Los cinco municipios con el mayor número de casos, Cúcuta, Ocaña, Convención, Durania y Cucutilla.

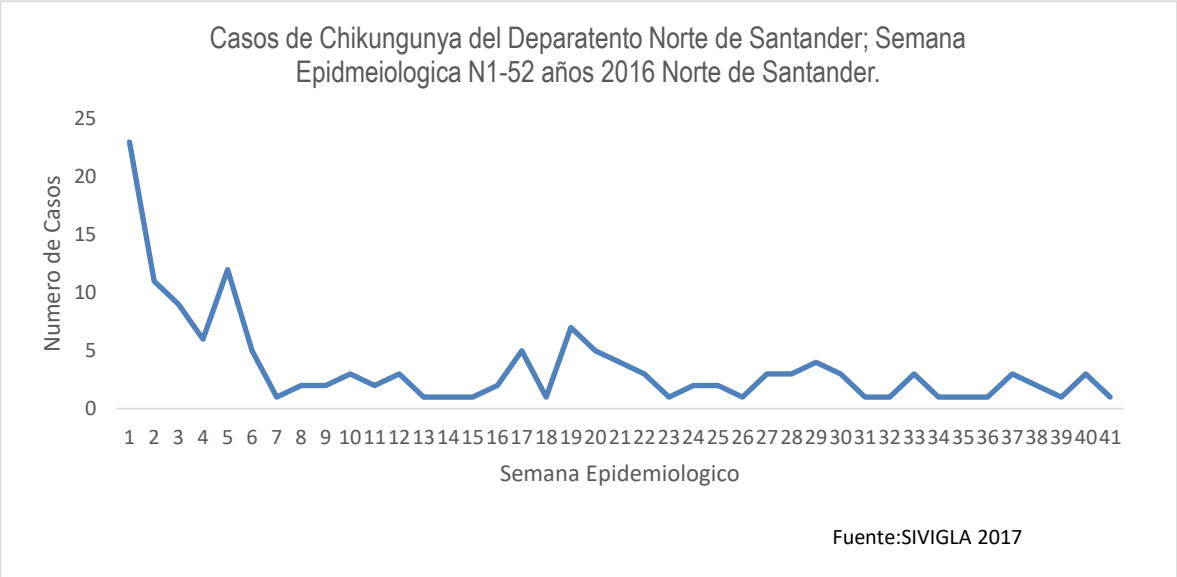


En cuanto a la distribución de los casos de chikunguña por grupo de edad podemos ver que el grupo de edad más afectado es el de 25 a 29 años con el 14 % seguido por el grupo de 40 a 44 años con el 12% El 1 % de la notificaciones ha sido en menores de un año y en el grupo de 65 o más años 3,0 %

Casos de muertos por Chikungunya

En total se han notificado 1 casos de como condición final 2 el departamento Norte de Santander. Por unidad de análisis se ha descartado el caso el cual es procedente del municipio de Sardinata.

Tendencia del evento



Se demostró circulación viral desde la semana N° 35 del 2014 en el municipio de Cúcuta, para el Año 2015 la 2da semana se registró un descenso progresivo en la notificación de casos con un total de cero casos notificados. En la anterior grafica se observa que hay una disminución de casos debido a la dinámica de transmisión del virus de Chikungunya, el cual depende de interacciones entre el ambiente, población susceptible a la enfermedad y la presencia del vector en el municipio.

Nota: Se condensa en la gráfica casos individuales, colectivos y se excluyen los casos descartados del Departamento de Norte de Santander.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Para el análisis se tendrán en cuenta 38 casos notificados Procedentes de Norte de Santander, que corresponden a 2 casos en fase aguda y 36 casos crónicos.

Casos de Chagas en fase aguda y crónica, municipio de procedencia semanas epidemiológicas 01 -52, Norte de Santander, 2016.

Municipio de Procedencia	Agudo	%	Cronico	%	Total	%
Tibu			13	36%	13	34%
Cucuta			12	33%	12	32%
Desconocido			3	8%	3	8%
Los Patios	2	100%	1	3%	3	8%
El Tarra			2	6%	2	5%
Cachira			1	3%	1	3%
El Zulia			1	3%	1	3%
Pamplona			1	3%	1	3%
San Cayetano			1	3%	1	3%
Sardina			1	3%	1	3%
Total	**2**	**100%**	**36**	**100%**	**38**	**100%**

Fuente: SIVIGILA, 2017

El 100 % de los casos de Chagas Agudo fueron procedentes del mucnipio de Los Patios. El 34 % de los casos de Chagas crónicos procede del municipio de Tibú y el 32% de Cúcuta, un 3% registrar del municipio de pamplona que es un caso el cual fue notificado por otro departamento de procedencia.

Casos de Chagas en fase crónica, notificados de otro departamento semanas epidemiológicas 01 -52, Norte de Santander, 2016.

Departamento de Procedencia	Cronico	Total	%
Santander	2	2	33%
Arauca	1	1	17%
Boyaca	1	1	17%
Cartagena	1	1	17%
Cesar	1	1	17%
Total	**6**	**6**	**100%**

Fuente: SIVIGILA, 2017

Se notificaron 6 casos de otros departamento el 33% corresponden a Santander.

Características demográficas y sociales de los casos de Chagas en fase aguda y crónico, Norte de Santander semanas epidemiológicas 01 – 52, de 2016.

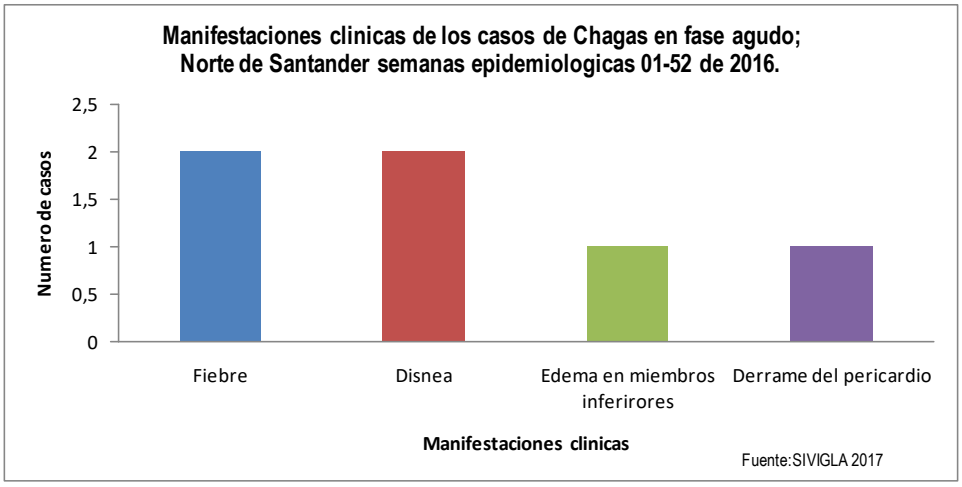
Variables	Categoria	Agudo	%	Cronico	%	Total	%
Sexo	Femenino	2	100%	17	47%	19	50%
	Masculino		0%	19	53%	19	50%
Tipo de Regimen	Contributivo	2	100%	13	36%	15	39%
	Especial		0%	3	8%	3	8%
	Indeterminado		0%	1	3%	1	3%
	Subsidiado		0%	19	53%	19	50%
Area de Procedencia	Cabecera Municipal	2	100%	22	61%	24	63%
	Centro Poblado		0%	6	17%	6	16%
	Rural Disperso		0%	8	22%	8	21%
Pertenencia Etnica	Otros	2	100%	36	100%	38	100%
Grupo de Edad	menor 1 año	1	50%		0%	1	3%
	30 a 34 años		0%	1	3%	1	3%
	35 a 39 años	1	50%	4	11%	5	13%
	40 a 44 años		0%	4	11%	4	11%
	45 a 49 años		0%	6	17%	6	16%
	50 a 54 años		0%	10	28%	10	26%
	55 a 59 años		0%	2	6%	2	5%
	60 a 64 años		0%	5	14%	5	13%
	mayor 65 años		0%	4	11%	4	11%

Fuente: SIVIGILA, 2017

De las características demográficas y sociales en Chagas agudo el 100% de los casos se registró en el sexo femenino, el régimen de afiliación el 100%contributivo, el área la cabecera municipal el 100%, por pertenencia étnica el 100% a otros, los casos son menores de un año y de 35 a 39 años.

En fase crónica el 53% de los casos se registró en el sexo masculino, el régimen subsidiado el 53%, fueron registrados en el área de la cabecera municipal 61%, el grupo más afectado de 50 a 54 años con el 26%.

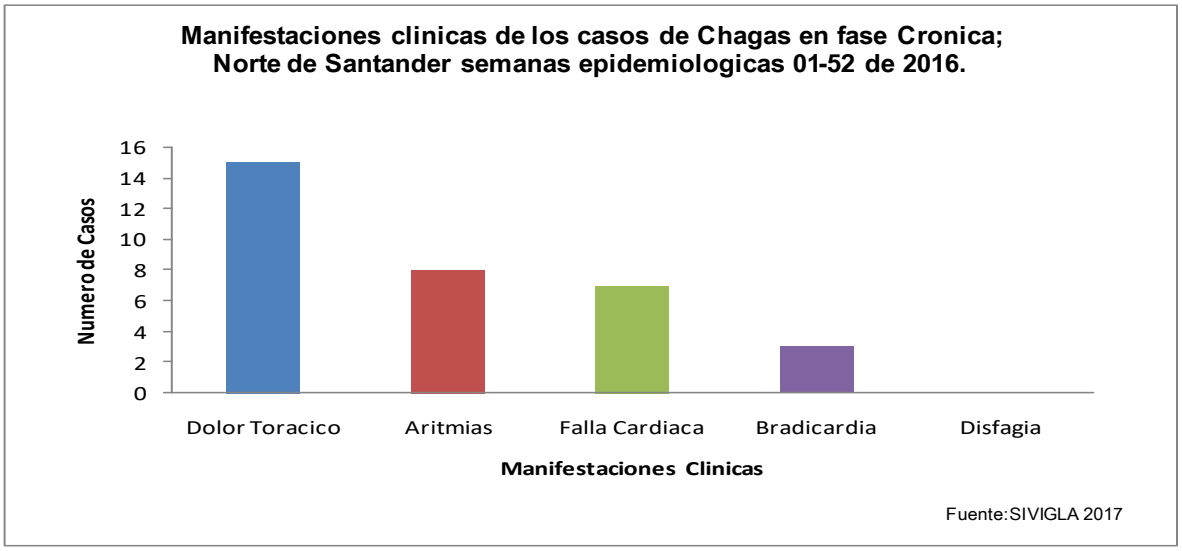
Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios) Chagas en fase aguda



El 100 % de los casos fueron hospitalizados y recibieron tratamiento. Las manifestaciones clínicas registradas son: fiebre en un 100% de los casos, disnea 100%, las otras manifestaciones presentadas fueron edema en miembros inferiores y derrame pericardio el 50%, los demás síntomas no se presentaron.

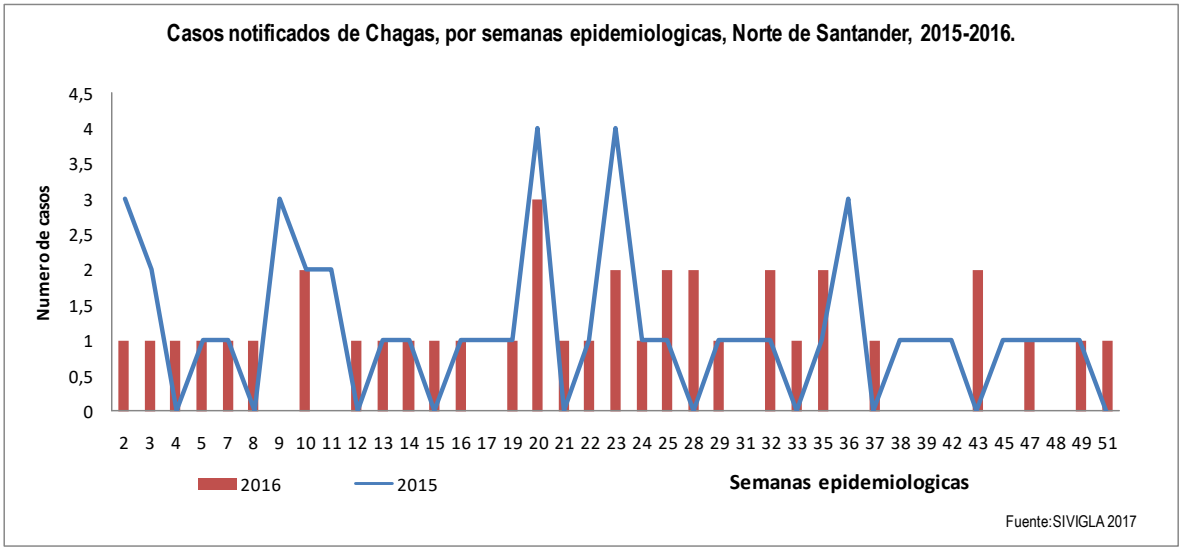
Chagas en fase crónica

El 14 % de los casos fueron hospitalizados. Solo un 47 % de los casos confirmados recibieron tratamiento. Las manifestaciones clínicas registradas son: dolor torácico en un 45%,arritmias cardiacas en un 24%, falla cardiaca en un 21 %, 18,9 %, bradicardia en un 9 % y no se presentaron síntomas de disfagia.



Tendencia del evento

A la semana epidemiológica 52 del 2015 se habían notificado 44 casos de Chagas en sus dos fases, el año 2016, presenta una disminución del 16% de casos con respecto al año anterior.



Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

A continuación se analizan los indicadores contenidos en el Protocolo de la enfermedad de Chagas del INS:

a. Número de casos de Chagas totales confirmados:

Del total de casos notificados de la enfermedad de Chagas (agudos y crónicos) se ha confirmado por laboratorio el 97,3% (37/38) de los casos, conforme a lo establecido en el protocolo nacional. El caso que no se logró confirmar ser un paciente flotante.

b. Proporción de casos de Chagas agudo confirmados

Se notificaron 2 casos en fase aguda de la enfermedad de Chagas, en el 2016 y se confirmaron el 100%.

c. Porcentaje de casos agudos tratados

Del total de casos de Chagas en fase aguda confirmado el 100 % tienen tratamiento.

d. Letalidad por Chagas agudo

No se notificaron mortalidad para este evento.

LEISHMANIASIS

Para el análisis se tendrán en cuenta 1056 casos notificados Procedentes de Norte de Santander, que corresponden a 1054 casos leishmaniasis cutánea y 4 leishmaniasis mucosa.

Casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, municipio de procedencia semanas epidemiológicas 01 -52, Norte de Santander, 2016.

Municipio de procedencia	Casos L. Cutanea	%	Casos L. Mucosa	%	Total	%
Arboledas	158	15%			158	15%
Cucutilla	144	14%			144	14%
Chinacota	127	12%	1	25%	128	12%
Salazar	96	9%			96	9%
Pamplonita	76	7%			76	7%
Bochalema	65	6%			65	6%
Tibu	51	5%			51	5%
Gramalote	50	5%			50	5%
Cachira	43	4%			43	4%
Durania	33	3%			33	3%
El Zulia	22	2%			22	2%
Santiago	20	2%			20	2%
La Esperanza	18	2%			18	2%
Cucuta	17	2%			17	2%
Ragonvalia	17	2%			17	2%
Lourdes	15	1%			15	1%
Sardinata	15	1%			15	1%
Desconocido	11	1%	2	50%	13	1%
Los Patios	12	1%			12	1%
Toledo	11	1%			11	1%
Villa Caro	10	1%	1	25%	11	1%
El Tarra	7	1%			7	1%
Herran	7	1%			7	1%
Abrego	6	1%			6	1%
EL Carmen	5	0%			5	0%
Ocaña	4	0%			4	0%
Hacari	3	0%			3	0%
Convención	2	0%			2	0%
Labateca	2	0%			2	0%
Villa del Rosario	2	0%			2	0%
Bucarasica	1	0%			1	0%
Puerto Santander	1	0%			1	0%
Teorama	1	0%			1	0%
Total	**1052**	**100%**	**4**	**1**	**1056**	**100%**

Fuente:SIVIGILA 2017

Los casos de leishmaniasis cutánea se concentraron en los municipios de Arboledas, Cucutilla, Chinacota, Salazar, Pamplonita, Bochalema, Tibu, Gramalote, Cachira y Durania con el 80% de los casos. En lesihmaniasi mucosa se presentaron solo en los municipios de Chinacota, Villa Caro y 2 casos no se lograron identificar la procedencia de los casos.

Casos de leishmanisiscutánea, notificados de otro departamento semanas epidemiológicas 01 -52, Norte de Santander, 2016.

Departamento de	Casos L. Cutanea	Total	%
Meta	11	11	17%
Exterior	10	10	16%
Nariño	9	9	14%
Santander	6	6	10%
Caqueta	5	5	8%
Tolima	5	5	8%
Choco	4	4	6%
Antioquia	3	3	5%
Cesar	3	3	5%
Arauca	2	2	3%
Guaviare	2	2	3%
Bolivar	1	1	2%
Putumayo	1	1	2%
Vaupes	1	1	2%
Total	**63**	**63**	**100%**

Fuente:SIVIGILA 2017

Se notificaron 63 casos de otros departamento el 57% corresponden de los departamento de Meta, Exterior, Nariño y Santander.

Características demográficas y sociales de los casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, Norte de Santander semanas epidemiológicas 01 – 52, de 2016.

Variable	Categoria	Casos L.cutanea	%	Casos L. mucosa	%	Total	%
Sexo	Masculino	643	61%	3	75%	646	61%
	Femenino	409	39%	1	25%	410	39%
Tipo de Regimen	Subsidiado	810	77%	1	25%	811	77%
	Contributivo	114	11%	1	25%	115	11%
	Excepción	65	6%	1	25%	66	6%
	No Afiliado	46	4%	1	25%	47	4%
	Especial	13	1%			13	1%
	Indeterminado	4	0%			4	0%
Pertenencia Etnica	Otros	1045	99%	4	100%	1049	99%
	Raizal	3	0%			3	0%
	Ron, Gitano	2	0%			2	0%
	Negro, Mulato	2	0%			2	0%
Area	Rural disperso	846	80%	3	75%	849	80%
	Cabecera Municipal	143	14%			143	14%
	Centro Poblado	63	6%	1	25%	64	6%
Grupos de Edad	Menor de 1 año	4	0%			4	0%
	1 a 4 años	39	4%			39	4%
	10 a14 años	109	10%			109	10%
	15 a 19 años	148	14%			148	14%
	20 a 24 años	114	11%	1	25%	115	11%
	25 a 29 años	80	8%	2	50%	82	8%
	30 a 34 años	71	7%			71	7%
	35 a 39 años	63	6%			63	6%
	40 a 44 años	65	6%			65	6%
	45 a 49 años	43	4%	1	25%	44	4%
	5 a 9 años	99	9%			99	9%
	50 a 54 años	50	5%			50	5%
	55 a 59 años	46	4%			46	4%
	60 a 64 años	45	4%			45	4%
	65 y mas años	76	7%			76	7%

Fuente:SIVIGILA 2017

Para leishmaniasis cutánea el 61 % de los casos se registró en el sexo masculino, el 77 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado; el 80% pertenecen al área rural, el 14 % de los casos se registraron en pacientes entre 15 y 19 años. El 1 % de los casos se han notificado en etnia raizal, ron gitano, negro mulato.

Comportamiento de otras variables de interés en Leishmaniasis cutánea y mucosa.

Variable	Categoria	Casos de L.Cutanea	%	Casos de L.mucosa	%	Total	%
Ocupación	Estudiante	271	26%			271	26%
	Hogar (ama de casa)	207	20%	1	25%	208	20%
	Agricultores de cultivos transitorios	151	14%			151	14%
	Agricultores de cultivos permanentes (plantacio	118	11%			118	11%
	Soldados de las fuerzas militares. Militares	39	4%	1	25%	40	4%
	Menor de edad	47	4%			47	4%
	Mineros y canteros	10	1%			10	1%
	Cesante o sin ocupación o desempleado	7	1%			7	1%
	Recepcionistas, empleados de informacion y servicio al cliente		0%	1	25%	1	0%
	Otros	202	19%	1	25%	203	19%
Hospitalización	SI	24	2%			24	2%
	NO	1028	98%	4	100%	1032	98%
Recibio Tratamiento anteriormente	SI	222	12%	2	50%	224	21%
	NO	930	88%	2	50%	932	88%
Coinfeccion con VIH	SI	10	1%	0		10	1%
	NO	701	67%	1	25%	702	66%
	SIN INFORMACIÓN	341	32%	3	75%	344	33%
Localizacion de lesion L.Cutanea	Cara	120	11%			120	11%
	Tronco	182	17%			182	17%
	Miembros superiores	389	37%			389	37%
	Miembros inferiores	491	47%			491	46%

Las principales frecuencias relativas de las ocupaciones de los casos de Leishmanaisis cutánea corresponden a estudiantes en un 26%, hogar (ama de casa) representaron el 20%, agricultores de cultivos transitorios 14% y agricultores de cultivos permanentes (plantaciones de árboles y arbustos) 11%, los porcentajes más bajos se registraron en soldados de las fuerzas militares y menores de edad (4%), miliar, mineros y canteros y cesantes sin ocupación o desempleados (1%)

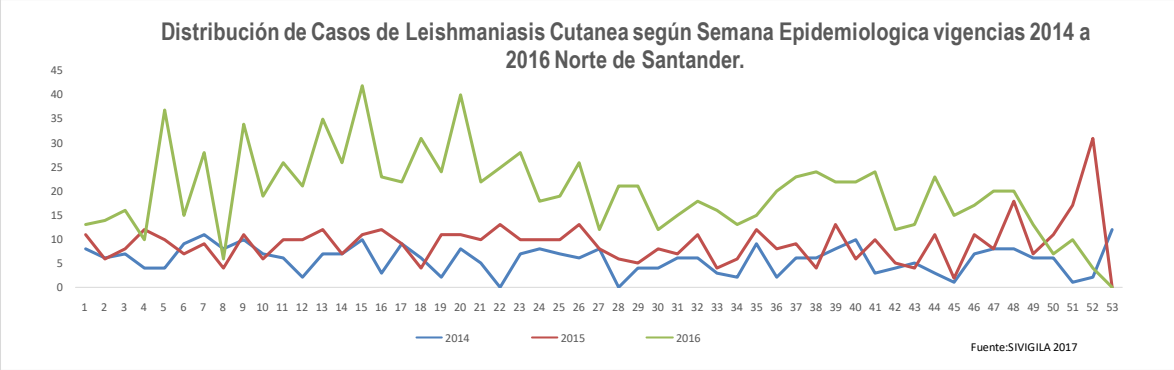
Con referencia a los antecedentes de hospitalización, solo el 2% lo requirió, mientras que 98 % de los casos no fueron hospitalizados.

El 88% refieren no haber sido tratados anteriormente, con un 12 % de casos que si tienen antecedentes de haber tomado tratamiento.

Las lesiones de leishmaniasis cutánea en mayor porcentaje se ubicaron en miembros inferiores (47%), mientras que en menor porcentaje situadas en cara (11%).

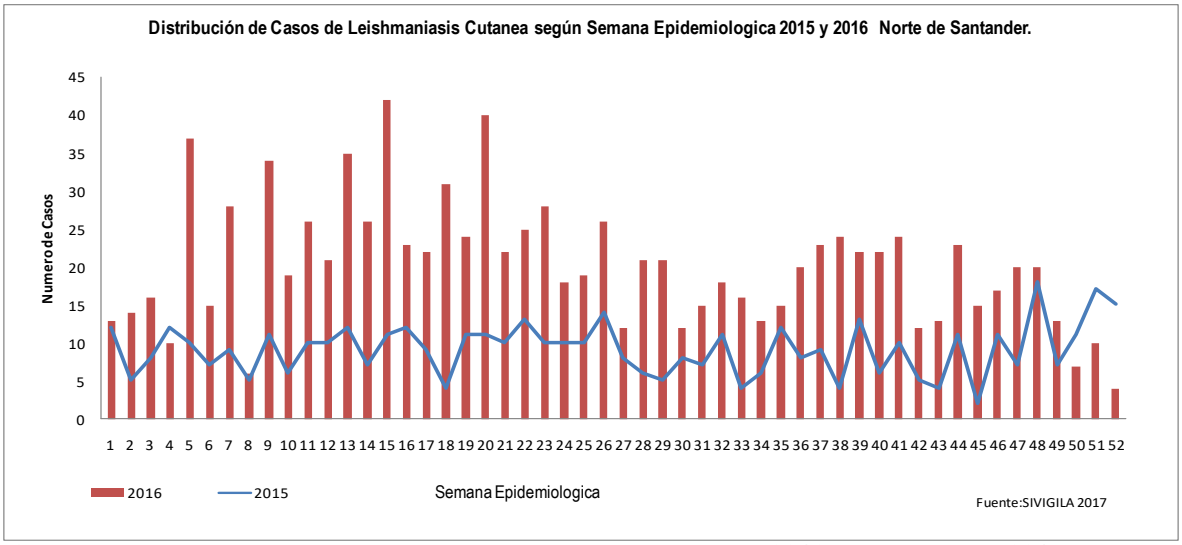
En Leihsmaniasis mucosa los casos tienen ocupación de hogar, soldados recepcionista.

Tendencia de leishmaniasis cutánea, Norte de Santander, semanas epidemiológicas vigencias 2014 a 2016.



Según la notificación realizada al sistema de información Sivigila, en el año 2014 se informaron 307 casos, para el 2015, 489 casos y para el 2016 un total de 1052 casos confirmados de L. cutánea, presentando un aumento de casos en el año 2016, por la activación de focos.

Casos de leishmaniasis cutánea notificados, Norte de Santander semanas epidemiológicas 2015-2016



Según la línea de tendencia del comportamiento del evento en el año 2016 respecto al año 2015, se presentó un incremento del 76%. El incremento de los casos obedece a la reactivación de focos de los municipios de Bochalema, Cáchira, Pamplonita, Arboledas en situación de brote desde el año 2014 y la reemergencia en municipios como Herrán y Villa Caro.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Incidencia por forma Clínica

La frecuencia de casos nuevos de leishmaniasis cutánea en el año 2016, es de 38.4 por cada 10 mil habitantes expuestos al riesgo (área rural) y respecto al total de la población del departamento fue de 8,09 por cada 10 mil habitantes. Casos concentrados en los municipios de Arboledas, Cucutilla, Chinacota, Cachira, Bochalema y Pamplonita.

La frecuencia de casos nuevos registrados de leishmaniasis mucosa en Norte de Santander es de 0,14 casos por 10 000 habitantes en riesgo (población del área rural).

Letalidad para leishmaniasis Visceral

En el 2016 la letalidad por L. visceral es de 0 %.

Porcentaje de casos tratados
El porcentaje de casos tratados para todas las formas de leishmaniasis conforme a lo registrado en Sivigila es: 100 % para leishmaniasis cutánea, 100 % para los casos de leishmaniasis mucosa

Proporción de casos con confección con VIH

Se refiere coinfección con el virus de inmunodeficiencia humano – VIH- en 10 casos (0,9 %) de leishmaniasis cutánea solamente.

ENFERMEDAD DE MALARIA:

Para el análisis se tendrán en cuenta 181 casos notificados Procedentes de Norte de Santander, que corresponden a 180 casos malaria vivax y 1 malaria malariae este último caso fue notificado por otro departamento.

Casos de malaria por especie parasitaria, municipio de procedencia semanas epidemiológicas 01 -52, Norte de Santander, 2016.

Municipio de procedencia	Casos malaria vivax	%	Casos malaria malariae	%	Total	%
Tibu	147	81,7%			147	81%
Teorama	17	9,4%			17	9%
Cucuta	8	4,4%			8	4%
El Tarra	3	1,7%			3	2%
Desconocido	1	0,6%	1	100%	2	1%
Arboledas	1	0,6%			1	1%
Bochalema	1	0,6%			1	1%
Convención	1	0,6%			1	1%
Villa del Rosario	1	0,6%			1	1%
Total	**180**	100%	**1**		**181**	**100%**

Fuente:SIVIGILA 2017

Los casos de malaria vivax se concentraron en los municipios de Tibu y Teorama el 91% de los casos. En malaria malarariae se presentó un solo casos el cual fue notificado por otro departamento el cual no registra municipio de procedencia.

Casos de malaria por especie parasitaria, notificados de otro departamento semanas epidemiológicas 01 -52, Norte de Santander, 2016.

Departamento de procedencia	Casos malaria vivax	%	Casos malaria Falciparum	%	Casos malaria asociada (Mixta)	%	Total	%
Exterior	24	53,3%	3	23,1%	6	85,7%	33	50,8%
Choco	9	20,0%	1	7,7%			10	15,4%
Valle	2	4,4%	6	46,2%			8	12,3%
Nariño	2	4,4%	3	23,1%	1	14,3%	6	9,2%
Antioquia	2	4,4%					2	3,1%
Bolivar	2	4,4%					2	3,1%
Arauca	1	2,2%					1	1,5%
Cesar	1	2,2%					1	1,5%
Guainia	1	2,2%					1	1,5%
Vichada	1	2,2%					1	1,5%
Total	**45**	**100%**	**13**	**100%**	**7**	**100%**	**65**	100%

Fuente:SIVIGILA 2017

Se notificaron 65 casos de otros departamento el 50,8% corresponden de los departamento del Exterior.

Características demográficas y sociales de los casos malaria por especie parasitaria, Norte de Santander semanas epidemiológicas 01 – 52, de 2016.

Variable	Categoria	Casos malaria vivax	%	Casos malaria malariae	%	Total	%
Sexo	Masculino	118	65,6%			118	65%
	Femenino	62	34,4%	1	100%	63	35%
Tipo de Regimen	Subsidiado	101	56,1%			101	56%
	No Afiliado	63	35,0%			63	35%
	Contrbutivo	11	6,1%	1	100%	12	7%
	Excepción	4	2,2%			4	2%
	Especial	1	0,6%			1	1%
Pertenencia Etnica	Otros	159	88,3%	1	100%	160	88%
	Indigena	20	11,1%			20	11%
	Ron , Gitano	1	0,6%			1	1%
Area	Rural disperso	116	64,4%	1	100%	117	65%
	Centro Poblado	41	22,8%			41	23%
	Cabecera municipal	23	12,8%			23	13%
Grupo de Edad	menor de 1 año	3	1,7%	1	100%	4	2%
	1 a 4 años	8	4,4%			8	4%
	10 a 14 años	15	8,3%			15	8%
	15 a19 años	28	15,6%			28	15%
	20 a 24 años	26	14,4%			26	14%
	25 a 29 años	16	8,9%			16	9%
	30 a34 años	15	8,3%			15	8%
	35 a 39 años	14	7,8%			14	8%
	40 a 44 años	11	6,1%			11	6%
	45 a 49 años	12	6,7%			12	7%
	5 a 9 años	16	8,9%			16	9%
	50 a 54 años	5	2,8%			5	3%
	55 a 59 años	5	2,8%			5	3%
	60 a 64 años	2	1,1%			2	1%
	65 y mas años	4	2,2%			4	2%

Fuente:SIVIGILA 2017

Para malaria vivax el 65,6 % de los casos se registró en el sexo masculino, el 56,1 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado; el 64,4% pertenecen al área rural, el 15,9 % de los casos se registraron en pacientes entre 15 y 19 años. El 11,1 % de los casos se han notificado como indígena.

Los casos de malaira malariae fue notificado por otro departamento el cual refiere que es un menor de 1 año del régimen contributivo.

Comportamiento de otras variables de interés casos malaria por especie parasitaria

.

Variable	Categoria	Casos malaria vivax	%	Casos malaria malariae	%	Total	%
ocupacion	No aplica	113	63%	1	100%	114	63%
	Agricultores de cultivos	18	10%			18	10%
	Estudiante	12	7%			12	7%
	Agricultores de cultivos permanentes (plantaciones de arboles y arbustos)	10	6%			10	6%
	Hogar (ama de casa)	9	5%			9	5%
	Militar	3	2%			3	2%
	Agentes de la policia nacional	2	1%			2	1%
	Otros	14	8%				0%
Vigilancia activa	SI	155	86%			155	86%
	NO	25	14%	1	100%	26	14%
Sintomatico	SI	176	98%			176	97%
	NO	4	2%	1	100%	5	3%
Clasificación según origen	Autoctono	148	82%			148	82%
	Importado	32	18%	1	100%	33	18%
Nuevo	SI	164	91%			164	91%
	NO	16	9%	1	100%	17	9%
Recrudescencia	SI	27	15%			27	15%
	NO	153	85%	1	100%	154	85%

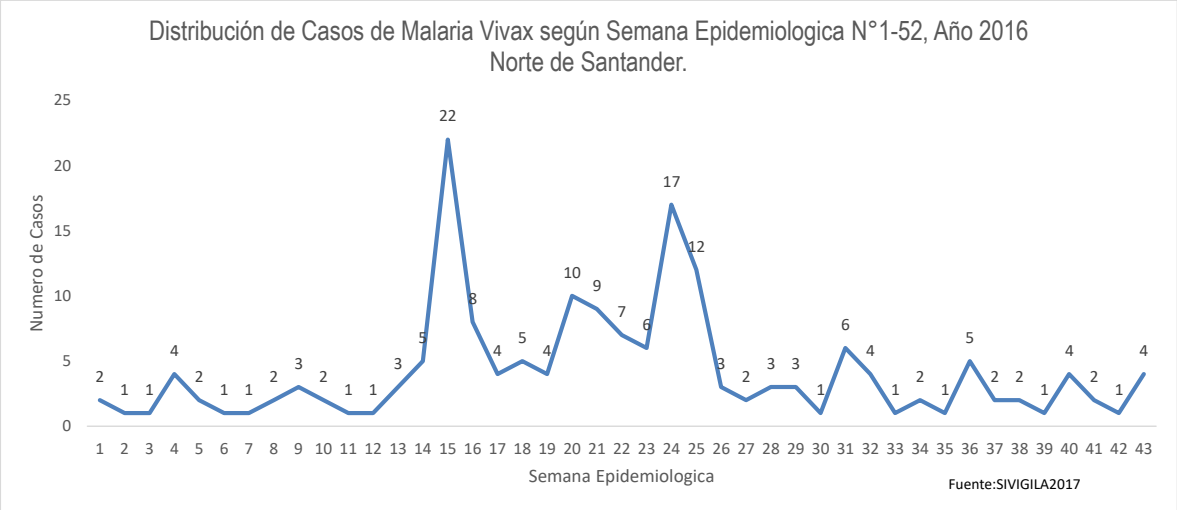
Fuente:SIVIGILA 2017

Las principales frecuencias relativas de las ocupaciones de los casos de malaria vivax el 63 % de los casos no refieren la ocupación ylos demás corresponden a agricultores con 10%, estudiantes 7%, agricultores de cultivos permanentes 6%. Hogar ama de casa 5% militares 2% policía nacional 1% y otros el 8%

Con referencia a la detección de los casos el 86% por vigilancia activa, el 98% de los casos estaban sintomáticos.

El 82% refieren ser autóctonos según el origen investigado y el 185 importados. El 94% son caso nuevo y 15% son recrudescencia.

Tendencia de malaria Vivax, Norte de Santander semanas epidemiológicas 01 – 52, de 2016.



Según la línea de tendencia del comportamiento del evento en el año 2016 se presentó un pico en la semana epidemiológica número 15 con 22 caso y la semana 24 con 17 caso. Los casos que se han notificado se han ubicado según la fecha de los síntomas por consiguiente la última semana se observa una disminución de casos.

Mortalidad

No se han presentado caso de mortalidad para el evento de malaria.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

El comportamiento del índice parasitario anual en Norte de Santander para el periodo epidemiológico trece de 2016 fue de 0,6 casos por 1000 habitantes (riesgo medio), IPA que ha estado subiendo permanentemente.

ZIKA

Para el análisis de los eventos en mención se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, se tomaron los datos del sistema de notificación vigencia 2015-2016 con el fin de detallar, según las variables persona, lugar y tiempo de los eventos bajo vigilancia. Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de zika, síndromes neurológicos asociados a zika, morbilidad materna extrema, vigilancia centinela del síndrome febril ictérico hemorrágico y vigilancia del virus zika por parte del LDSP, se procede a realizar un cruce de información para lograr obtener todos los casos por cada una de las fuentes, se procede a depurar y analizar la base donde se identificó lo siguiente referente a la población en general:

Comportamiento epidemiológico según la clasificación final de los casos por municipio de procedencia, semanas 24 de 2015 a 01-52 de 2016, Norte de Santander

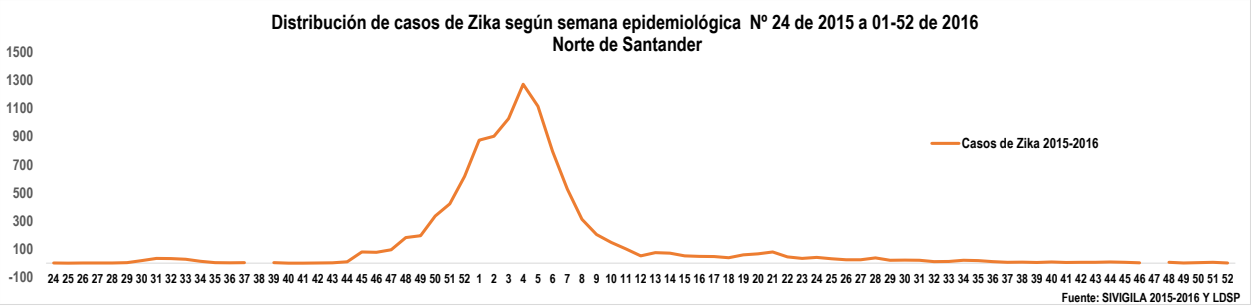
MUNICIPIO	CONFIRMADO POR CLINICA	%	CONFIRMADO POR LABORATORIO	%	DESCARTADO POR LABORATORIO	%	SOSPECHOSO	%	Total	%
CUCUTA	4762	61,0	922	63,0	236	65,2	865	70,3	6785	62,5
LOS PATIOS	670	8,6	90	6,1	22	6,1	117	9,5	899	8,28
VILLA DEL ROSARIO	580	7,4	114	7,8	14	3,9	55	4,5	763	7,03
OCAÑA	405	5,2	74	5,1	40	11,0	22	1,8	541	4,98
EL ZULIA	152	1,9	71	4,8	8	2,2	17	1,4	248	2,28
TIBU	159	2,0	42	2,9	3	0,8	11	0,9	215	1,98
SARDINATA	161	2,1	19	1,3	4	1,1	2	0,2	186	1,71
BOCHALEMA	138	1,8	4	0,3	2	0,6	2	0,2	146	1,34
CHINACOTA	122	1,6	14	1,0	2	0,6	1	0,1	139	1,28
SANTIAGO	94	1,2	4	0,3	3	0,8	30	2,4	131	1,21
SALAZAR	90	1,2	9	0,6	2	0,6	7	0,6	108	0,99
DURANIA	67	0,9	8	0,5		0,0		0,0	75	0,69
ARBOLEDAS	53	0,7	6	0,4	5	1,4	3	0,2	67	0,62
PUERTO SANTANDER	18	0,2	34	2,3	1	0,3	3	0,2	56	0,52
ABREGO	41	0,5	6	0,4	4	1,1	2	0,2	53	0,49
HACARI	8	0,1		0,0	1	0,3	39	3,2	48	0,44
CUCUTILLA	45	0,6	1	0,1	1	0,3		0,0	47	0,43
TEORAMA	41	0,5	3	0,2	2	0,6		0,0	46	0,42
SAN CAYETANO	18	0,2	6	0,4	2	0,6	16	1,3	42	0,39
EL TARRA	30	0,4	1	0,1	1	0,3	5	0,4	37	0,34
EL CARMEN	18	0,2	5	0,3		0,0	4	0,3	27	0,25
GRAMALOTE	19	0,2	2	0,1	2	0,6	3	0,2	26	0,24
RAGONVALIA	21	0,3	3	0,2	1	0,3	1	0,1	26	0,24
LABATECA	21	0,3	1	0,1		0,0	2	0,2	24	0,22
LA PLAYA	21	0,3	1	0,1		0,0		0,0	22	0,2
LA ESPERANZA	6	0,1	2	0,1		0,0	5	0,4	13	0,12
TOLEDO	3	0,0	3	0,2	3	0,8	2	0,2	11	0,1
CONVENCION	2	0,0	3	0,2		0,0	2	0,2	7	0,06
PAMPLONITA	6	0,1	1	0,1		0,0		0,0	7	0,06
BUCARASICA	3	0,0		0,0		0,0	3	0,2	6	0,06
PAMPLONA	4	0,1	1	0,1		0,0	1	0,1	6	0,06
CACHIRA	2	0,0		0,0	1	0,3	2	0,2	5	0,05
HERRAN	1	0,0	2	0,1	2	0,6		0,0	5	0,05
LOURDES	3	0,0		0,0		0,0	1	0,1	4	0,04
SAN CALIXTO	1	0,0		0,0		0,0	2	0,2	3	0,03
VILLA CARO	1	0,0	2	0,1		0,0		0,0	3	0,03
CHITAGA	1	0,0		0,0		0,0		0,0	1	0,01
DESCONOCIDO	17	0,2	10	0,7		0,0	6	0,5	33	0,3
Total	**7804**	**100,0**	**1464**	**100,0**	**362**	**100,0**	**1231**	**100,0**	**10861**	**100**

Fuente: SIVIGILA 2015-2016 y LDSP

En la anterior tabla se encuentra el total de casos identificados por la notificación rutinario de los diferentes eventos mencionados como por la vigilancia del grupo de virología del LDSP, tenemos un total de 10.861 casos los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 7.804 casos confirmados por clínica, 1.464 casos confirmados por laboratorio, 1.231 casos sospechosos y 362 casos descartados por laboratorio. Los municipios con mayor frecuencia fueron: Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario.

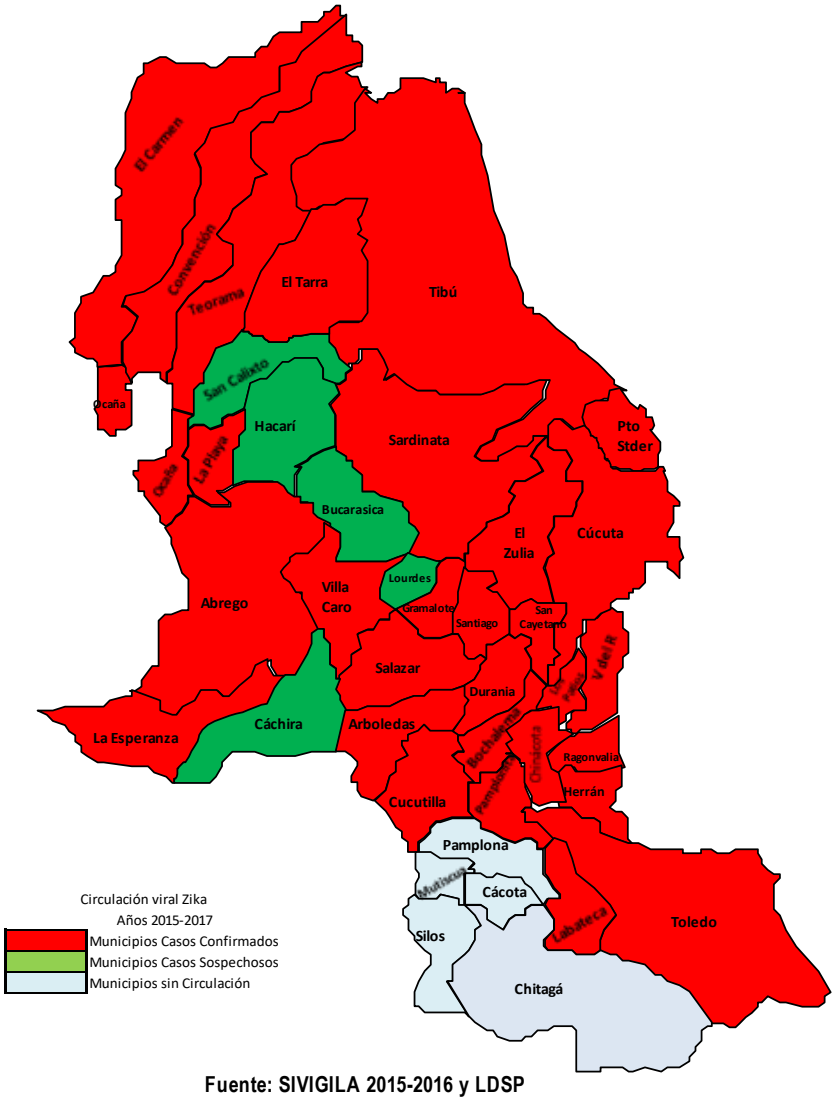
A continuación los siguientes análisis solo se tendrán en cuenta los casos confirmados por clínica, sospechosos y confirmados por laboratorio.

Comportamiento de los casos según semana epidemiológica, semanas 24 de 2015 a 01-52 de 2016, Norte de Santander



Los primeros casos reportes con RT-PCR positivos para zika corresponden a la semana epidemiológica Nº 24 del año 2015 por medio de la vigilancia centinela del síndrome febril ictérico hemorrágico de procedencia del municipio de Puerto Santander y el Zulia. Como se puede observar la fase epidémica de la enfermedad por virus zika empieza a partir de la semana 44 del año 2015 con un aumento progresivo de casos hasta la semana epidemiológica Nº 4 del año 2016 con un total de 1.271 casos para esta semana.

Circulación viral por municipio de procedencia, semanas epidemiológicas 24 de 2015 a 01-52 de 2016, Norte de Santander.



Fuente: SIVIGILA 2015-2016 y LDSP

Se han confirmado circulación viral en el Departamento de Norte de Santander en 30 municipios durante las vigencias 2015-2016, los municipios de Cáchira, San Calixto, Lourdes, Hacarí y Bucarásica aún permanece sin realizar la confirmación viral para virus zika.

Comportamiento demográfico y social de los casos de zika semanas 24 de 2015 a 01-52 de 2016, Norte de Santander

Variable	Categoria	Casos	%
Sexo	Femenino	7331	69,8
	Masculino	3168	30,2
Tipo de Afiliación	Contributivo	5376	51,2
	Subsidiado	3399	32,4
	Excepción	1097	10,4
	No Asegurado	275	2,6
	Sin Dato	176	1,7
	Especial	144	1,4
	Indeterminado	32	0,3
Pertenencia Etnica	Otros	10274	97,9
	Sin Dato	176	1,7
	Rom-Gitano	17	0,2
	Indígena	14	0,1
	Negro,Mulato,Afrocolombiano	9	0,1
	Raizal	8	0,1
	Palenquero	1	0,0
Grupo de Edad	Manor de 1 Año	450	4,3
	1 a 4 Años	589	5,6
	5 a 9 Años	443	4,2
	10 a 14 Años	404	3,8
	15 a 19 Años	885	8,4
	20 a 24 Años	1457	13,9
	25 a 29 Años	1603	15,3
	30 a 34 Años	1299	12,4
	35 a 39 Años	860	8,2
	40 a 44 Años	608	5,8
	45 a 49 Años	531	5,1
	50 a 54 años	432	4,1
	55 a 59 Años	339	3,2
	60 a 64 Años	236	2,2
	65 y Màs	363	3,5

Fuente: SIVIGILA 2015-2016 y LDSP

El 69,8 % de los casos confirmados y sospechosos de enfermedad por virus Zika se registró en el sexo femenino; el 51,2% y el masculino con 3,2%, según al régimen de afiliación el 51,2% pertenecen al régimen contributivo, seguido del 32,4% del régimen subsidiado; el 15,3 % corresponden al grupo de edad entre los 25 a 29 años,

seguido de 30 a 34 años con el 12,4%, el 4,3 % se registró en menores de un año y el 3,5 % en adultos de 65 y más años. Por pertenencia étnica se ha notificado el 0,2 % en Rom-gitano.

Los casos correspondientes a Sin Dato pertenecen a la vigilancia de virus zika por parte del LDSP por ende no se obtuvieron estas variables.

Población Gestante con diagnóstico de enfermedad por virus Zika

Desde el inicio de la notificación de casos de zika en gestantes hasta la semana epidemiológica 52 del año 2016, se han confirmado 2.433 casos y se han notificado 299 casos sospechosos en gestantes que refieren haber tenido en algún momento síntomas compatibles con enfermedad por virus Zika, de los cuales 2.728 casos proceden de municipios donde se confirmó circulación del virus Zika (sospechosos por clínica) y 4 casos de municipios donde no se han confirmado casos, el municipio con mayor notificación de caos corresponde a: Cúcuta con el 69,6%, seguido del municipio de Villa del Rosario 8,0%, Los Patios con el 7,2% sumando el 84,4% del total de la notificación.

MUNICIPIO	CONFIRMADO POR CLINICA	%	CONFIRMADO POR LABORATORIO	%	SOSPECHOSO	%	TOTAL	%
CUCUTA	1124	72,1	543	62,06	235	78,6	1902	69,6
VILLA DEL ROSARIO	121	7,8	82	9,37	15	5,0	218	8,0
LOS PATIOS	105	6,7	73	8,34	20	6,7	198	7,2
OCAÑA	28	1,8	60	6,86	3	1,0	91	3,3
TIBU	41	2,6	27	3,09	3	1,0	71	2,6
EL ZULIA	35	2,2	13	1,49	5	1,7	53	1,9
SARDINATA	17	1,1	13	1,49	1	0,3	31	1,1
CHINACOTA	12	0,8	9	1,03		0,0	21	0,8
PUERTO SANTANDER	12	0,8	8	0,91		0,0	20	0,7
SALAZAR	6	0,4	7	0,80	3	1,0	16	0,6
EL TARRA	12	0,8	1	0,11	1	0,3	14	0,5
SAN CAYETANO	8	0,5	5	0,57		0,0	13	0,5
ABREGO	6	0,4	3	0,34	2	0,7	11	0,4
SANTIAGO	6	0,4	3	0,34	1	0,3	10	0,4
BOCHALEMA	5	0,3	4	0,46		0,0	9	0,3
DURANIA	2	0,1	6	0,69		0,0	8	0,3
EL CARMEN		0,0	3	0,34	3	1,0	6	0,2
ARBOLEDAS	4	0,3		0,00		0,0	4	0,1
GRAMALOTE	2	0,1	1	0,11	1	0,3	4	0,1
LA ESPERANZA	1	0,1	2	0,23	1	0,3	4	0,1
TOLEDO	2	0,1	2	0,23		0,0	4	0,1
DESCONOCIDO		0,0	1	0,11	2	0,7	3	0,1
TEORAMA	1	0,1	2	0,23		0,0	3	0,1
BUCARASICA	1	0,1		0,00	1	0,3	2	0,1
CONVENCION		0,0	1	0,11	1	0,3	2	0,1
LABATECA	1	0,1	1	0,11		0,0	2	0,1
PAMPLONITA	1	0,1	1	0,11		0,0	2	0,1
VILLA CARO	1	0,1	1	0,11		0,0	2	0,1
CUCUTILLA		0,0	1	0,11		0,0	1	0,0
HACARI		0,0		0,00	1	0,3	1	0,0
HERRAN		0,0	1	0,11		0,0	1	0,0
LA PLAYA	1	0,1		0,00		0,0	1	0,0
LOURDES	1	0,1		0,00		0,0	1	0,0
PAMPLONA	1	0,1		0,00		0,0	1	0,0
RAGONVALIA		0,0	1	0,11		0,0	1	0,0
SAN CALIXTO	1	0,1		0,00		0,0	1	0,0
TOTAL	**1558**	**100,0**	**875**	**100,00**	**299**	**100,0**	**2732**	**100,0**

Fuente: SIVIGILA 2015-2016 y LDSP

Vigilancia intensificada de Microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central, Norte de Santander, a semana epidemiológica 52 de 2016

Entre las semanas epidemiológicas 01 a la 52 de 2016 se han notificado un total de 79 casos de malformaciones del SNC de estos como Microcefalia un total de 49 casos los cuales se encuentra en estudio: 17 casos se han

descartado microcefalia como defecto, 15 casos se han asociado a infección por virus zika, 7 casos se ha descartado asociación a infección prenatal por virus zika, y se encuentran en estudio 10 casos.

DESCRIPCION MALFORMACIONES	TOTAL
MICROCEFALIA	49
HIDROCEFALIA CONGENITA Y OTROS HIDROCEFALOS	14
ANENCEFALIA	8
ENCEFALOCELE FRONTAL, OCCI Y NO ESP	6
ESPINA BIFIDA	3
HOLOPROSENCEFALIA	2
MIELOMENINGOCELE	1
TOTAL	**79**

Fuente: SIVIGILA 2015-2016 y LDSP

Vigilancia especial de los Síndromes Neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika

Desde la semana epidemiológica Nº 36 de 2015 y con corte a la semana epidemiológica 52 de 2016 se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 81 casos de síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatías ascendentes, entre otras afecciones neurológicas similares) con antecedente de enfermedad febril compatible con infección por virus Zika, de los cuales solo 80 casos tienen residencia en el Departamento, Cúcuta genero el 76,3% de los casos seguido de Villa del Rosario 7,5%, Los Patios 5,0%, El Zulia 3,8%, Ocaña 2,5%, Tibú 2,5%, Sardinata 1,3% y Villa Caro 1,3%.

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	CASOS	%
CUCUTA	61	76,3
VILLA DEL ROSARIO	6	7,5
LOS PATIOS	4	5,0
EL ZULIA	3	3,8
OCAÑA	2	2,5
TIBU	2	2,5
SARDINATA	1	1,3
VILLA CARO	1	1,3
TOTAL	**80**	**100,0**

Fuente: SIVIGILA 2015-2016 y LDSP

Según grupo de edad, se observa una amplia distribución de Síndromes neurológicos con una mayor frecuencia entre las edades de 25 a 29 Años, 30 a 35 años con el 12,5% respectivamente.

Grupo de Edad	Femenino	%	Masculino	%	Casos	%
1 a 4 Años		0,0	1	2,4	1	1,3
5 a 9 Años	1	2,6		0,0	1	1,3
10 a 14 Años	1	2,6	1	2,4	2	2,5
15 a 19 Años	2	5,1	3	7,3	5	6,3
20 a 24 Años	4	10,3	4	9,8	8	10,0
25 a 29 Años	4	10,3	6	14,6	10	12,5
30 a 34 Años	4	10,3	6	14,6	10	12,5
35 a 39 Años	5	12,8	3	7,3	8	10,0
40 a 44 Años	5	12,8	3	7,3	8	10,0
45 a 49 Años	5	12,8	3	7,3	8	10,0
50 a 54 años	2	5,1	5	12,2	7	8,8
55 a 59 Años	1	2,6	2	4,9	3	3,8
60 a 64 Años	2	5,1		0,0	2	2,5
65 y Màs	3	7,7	4	9,8	7	8,8
Total general	**39**	**100,0**	**41**	**100,0**	**80**	**100,0**

Fuente: SIVIGILA 2015-2016 y LDSP

Mortalidades según municipio de procedencia semanas epidemiológica 01-52 de 2016:según RT_PCR para Zika 7 casos tiene positivo y corresponde la mayoría a casos de mortalidad perinatal y Síndrome de Guillain Barre.

MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	CONFIRMADO POR CLINICA	CONFIRMADO POR LABORATORIO	DESCARTADO POR LABORATORIO	TOTAL
CUCUTA	1	3	2	6
ABREGO			1	1
EL ZULIA		1		1
OCAÑA		1		1
TIBU		1		1
VILLA CARO		1		1
VILLA DEL ROSARIO	1			1
TOTAL	**2**	**7**	**3**	**12**

Fuente: SIVIGILA 2015-2016 y LDSP

ENCEFALITIS

En el año 2016 se notificaron al SIVIGILA 4 casos probables de Encefalitis sin especificar procedente de los municipios de Chitaga, Ocaña, Pamplona y Venezuela, 3 de sexo masculino y 1 Femenino, los cuales se ajustaron en el sistema como descartados.

Municipio de Procedencia	Total	Porcentaje
CHITAGA	1	25,0
OCAÑA	1	25,0
PAMPLONA	1	25,0
VENEZUELA	1	25,0
Total	4	100 %

Fuente: SIVIGILA

Municipio de Procedencia	Sexo	Edad	Ajuste
Chitaga	Masculino	1	Descartado
Ocaña	Masculino	5	Descartado
Pamplona	Femenino	6	Descartado
Venezuela	Masculino	2	Descartado

Fuente: SIVIGILA

ACCIDENTE OFÍDICO

Al sistema de información SIVIGILA se han notificado 318 casos de accidentes ofídicos

Casos notificados de accidente ofidico por Municipio de procedencia, Norte de Santander 2016.

Municipio de Procedencia	Total	Porcentaje
Tibú	42	13,2
El Tarra	31	9,7
Teorama	28	8,8
El Carmen	21	6,6
Convención	20	6,3
Cúcuta	20	6,3
Sardinata	19	6,0
Ocaña	16	5,0
Hacarí	15	4,7
Salazar	15	4,7
El Zulia	13	4,1
Abrego	12	3,8
Resto de Municipios	66	20,8
Total	**318**	**100%**

Fuente: SIVIGILA

Se han notificado para el departamento Norte de Santander 318 casos de los municipios de Tibú 13.2%, El Tarra 9.7%, Teorama 8.8%, El Carmen 6.6%, Convención 6.3%, Cúcuta 6.3%, Sardinata 6.0%, Ocaña 5%, Hacarí 4.7%, Salazar 4.7%, El Zulia 4.1 Abrego 3.8%, Resto de municipios el 20.8 %

Comportamiento demográfico y social de los caso de accidente ofídico, Norte de Santander 2016.

Variable	Categoria	Accidente Ofidico	%
Sexo	Masculino	259	79%
	Femenino	59	21%
Tipo de régimen	Subsidiado	238	88%
	No Afiliado	49	11%
	Contributivo	31	2%
Pertenencia étnica	Otros	318	100%
Area de procedencia	Rural	318	100%
Grupos de edad	10 a 14 años	12	4%
	15 a19 años	9	2%
	20 a 24 años	11	3%
	25 a 29 años	12	4%
	30 a 34 años	84	30%
	35 a 39 años	90	36%
	40 a 44 años	42	9%
	45 a 49 años	40	8%
	5 a 9 años	8	2%
	50 a 54 años	7	1.5%
	55 a 59 años	6	1.7%
	60 a 64 años	2	1.2%
	65 años y mas	1	0.9%

Fuente: SIVIGILA

El 79 % de los casos de accidente ofídico se registró en el sexo masculino; el 88 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado yun 11% refieren no afiliación; el 75 % de los casos de accidente ofídico se registraron en las edades productivas laboralmente de 15 a 49 años. Todos los casos notificados pertenecen a una etnia, el área de ocurrencia más afectada es el área rural con el 99%.

Tipo de Serpiente					Total
Botrops	Sin identificar	Crotalus	Micrurus	Lachesis	
234	72	9	2	1	318
73,6	22,6	2,8	0,6	0,3	100,0

Tipo de Suero Aplicado			Total
Polivalente	Monovalente	Coral	
314	1	1	318
99,4	0,3	0,3	100,0

Reacciónpor Aplicación de Suero			Total
Ninguna	Localizada	Generaliza	
311	4	3	318
97,8	1,3	0,9	100,0

La serpiente más comprometida en este tipo de mordeduras es la Bothrops con un 73.6%, seguida de la serpiente Crótalos con un 2.8%, la Micrurus con un 0.6%, la Coral con un 0.3%, quedando un 22.6 % sin identificar. El suero antiofídico más utilizado es el Polivalente con un 99.4%; en cuanto a la reacción por aplicación de suero antiofídico podemos observar que solo 1.3% es Localizada y un 0.9% es generalizada.

VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA

Casos notificados de vigilancia integrada de rabia humana por Municipio de procedencia, Norte de Santander 2016.

Municipios de Procedencia	No. De Casos	%
Cúcuta	1791	46,4
Villa del Rosario	304	7,9
Ocaña	291	7,5
Pamplona	285	7,4
Los Patios	268	6,9
El Zulia	101	2,6
Tibú	76	2,0
Toledo	69	1,8
Chinacota	61	1,6
Chitaga	58	1,5
Abrego	52	1,3
Resto de Municipios	501	13,0
Total	3857	100,0

Fuente: SIVIGILA 2017

En el año 2016 se han notificado al SIVIGILA 3.857 casos de Vigilancia Integrada de Rabia Humana (agresiones por APTR), de los cuales Cúcuta notificó EL 46.4%, Villa del Rosario el 7.9%, Ocaña el 7.5%, Pamplona el 7.4%, Los Patios el 6.9 %, El Zulia el 2.6%, Tibú el 2.%, Toledo el 1.8%, Chinácota el 1.6%, Chitagá el 1.5%, Abrego 1.3% y los demás municipios notificaron un 13% de los casos

Comportamiento demográfico y social de los caso de vigilancia integrada de rabia humana, Norte de Santander 2016.

Sexo		Total
Masculino	Femenino	
1972	1885	3857
51,1	48,9	100,0

Tipo de Seguridad Social						Total
Subsidiado	Contributivo	No Asegurado	Excepción	Especial	Indeterminado	
2154	1184	260	120	109	30	3857
55,8	30,7	6,7	3,1	2,8	0,8	100,0

Pertinencia Etnica					Total
Otro	ROM Gitano	Negro	Raizal	Indigena	
3840	8	6	2	1	3857
99,6	0,2	0,2	0,1	0,0	100,0

Area de Procedencia			Total
Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	
3338	101	418	3857
86,5	2,6	10,8	100,0

Grupos de Edad						Total
< 1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	> 60 años	
35	293	1112	1426	549	442	3857
0,9	7,6	28,8	37,0	14,2	11,5	100,0

Fuente: SIVIGILA 2017

El 51.1 % de los casos vigilancia integrada de rabia humana se registró en el sexo masculino; el 55.8 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado y un 6.7% se encuentran como No Asegurados; en cuanto a Pertinencia Étnica el grupo Otro representa el 99.6% y el área donde más se presentan agresiones por APTR esta en la cabecera Municipal de cada municipio con un porcentaje de 86.5%; el 37 % de los casos de vigilancia integrada de rabia humana se registraron en las edades productivas laboralmente de 15 a 44 años.

Especie de Animal Agresor								Total
Perro	Gato	Bovinos	O.Silv.	Equinos	Micos	O.Dom.	Murcielagos	
3090	578	71	47	28	23	13	6	3857
80,1	15,0	1,8	1,2	0,7	0,6	0,3	0,2	100,0

Estado del Animal Agresor		Total
Sin Signos de Rabia	Desconocido	
3250	607	3857
84,4	15,7	100,0

Ubicación			Total
Observable	Perdido	Muerto	Total
3062	779	16	3857
79,4	20,2	0,4	100,0

El animal doméstico más comprometido en este tipo de agresiones es el perro con un 80.1% de las mordeduras, seguido por el gato con un 15%, los Bovinos con 1.8% cuando las personas entran en contacto con estos animales enfermos de Rabia Bovina; referente al estado del animal agresor se observa que un 84.4% no presenta signos de Rabia y un 15.7 % se desconoce haciendo referencia al animal callejero o perdido; en cuanto a la ubicación del animal agresor podemos ver que el 79.4% de estos animales se pueden observar, el 20.2% de estos agresores se dan como callejeros o pedidos y un 0.4 se reportaron como muertos en el 2016

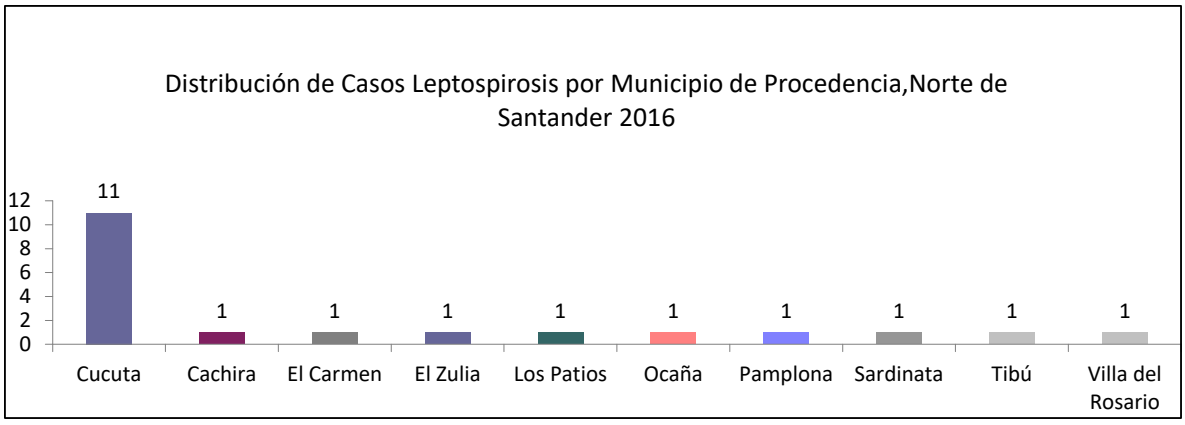
Tipo de Exposición			Total
No Exposición	Leve	Grave	
2701	1013	143	3857
70,0	26,3	3,7	100,0

Aplicación de Vacuna a Agresiones Leves		Total
Si	No.	
941	83	1024
91,9	8,1	100,0

Aplicación de Suero Agresiones Graves		Total
Si	No	
115	28	143
80,4	19,6	100,0

En cuanto al tipo de Exposición causada por el animal agresor tenemos que el 70% se clasifica como una No Exposición, teniendo en cuanta que al animal se le hace seguimiento cuando se conoce al propietario y Dirección para determinar si el animal está sano; un 26.3 se clasifica como Leve por que la agresión se da por animal callejero y 3.7% se clasifica como Grave porque es ocasionada por un animal Silvestre (mico, zorro); en cuanto a la inmunización de las personas encontramos que a un 91.9 se le aplico vacuna y un 80.4% se le aplico suero antirrábico, quedando un 19.6% sin aplicar debido a que la persona agredida no asiste al centro de vacunación.

LEPTOSPIROSIS



En el año 2016 se notificaron 20 casos de Leptospirosis: Cúcuta notifico 11 casos y los 9 restantes fueron notificados por Cáchira, El Carmen, El Zulia, Los Patios, Ocaña, Pamplona Sardinata, Tibú y Villa del Rosario.

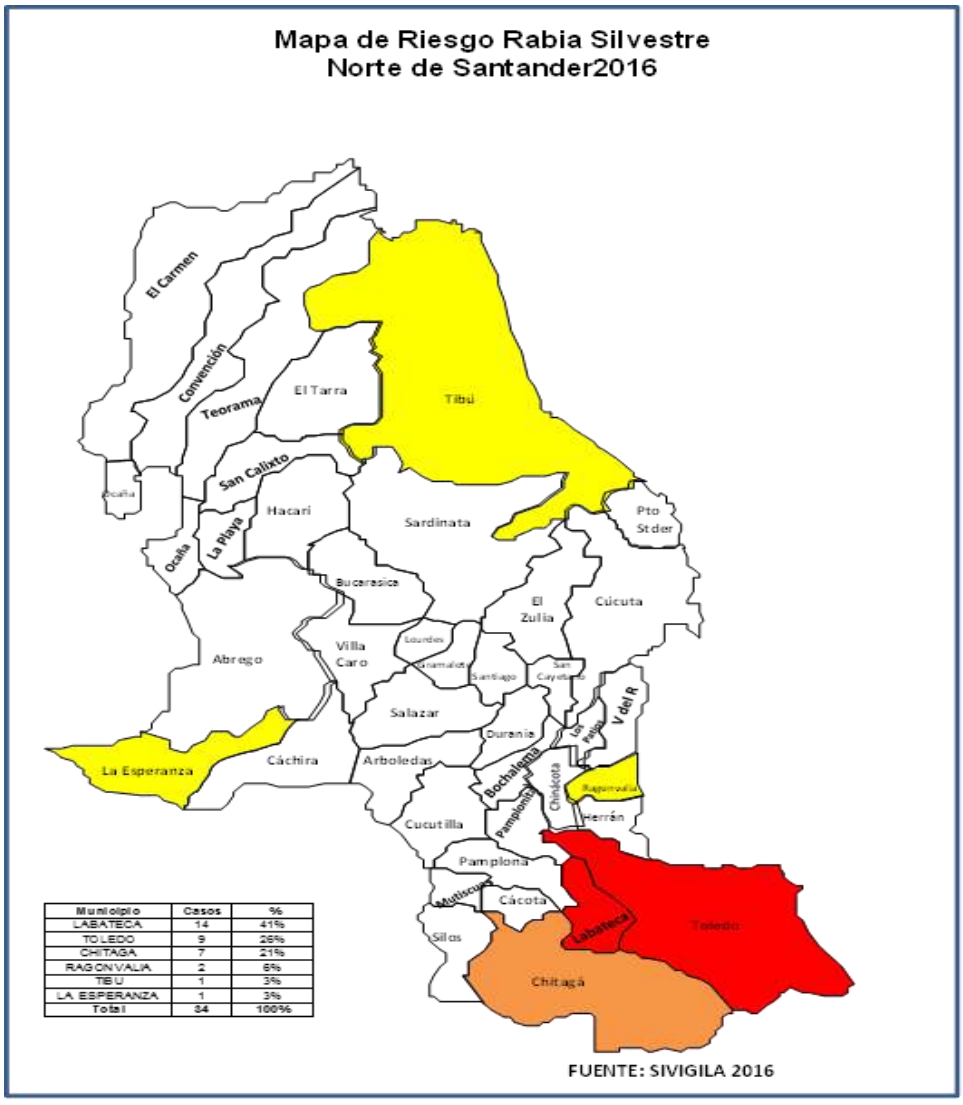
Sexo	No. De Casos	Porcentaje
Femenino	10	50,0
Masculino	10	50,0
Total	20	100%

Grupos de Edad	No.	Porcentaje
5 a 14 años	2	10%
15 a 44 años	10	50%
45 a 59 años	5	25%
>60	3	15%
Total	20	100%

Clasificación Final	No. De Casos	Porcentaje
Probable	8	40,0
Confirmado por Lab.	1	5,0
Descartados	11	55,0
Total	20	100%

Podemos observar que este evento se puede presentar en ambos sexos por igual y el grupo de edad más comprometido es de 15 a 44 años con un 50% de los casos; en cuanto a la clasificación final del evento el 55% de los casos se descartaron, un 5% se confirmó, quedando el 40% como probable ya que las personas se toman la primera muestra para análisis por laboratorio y no vuelven a tomarse la segunda muestra.

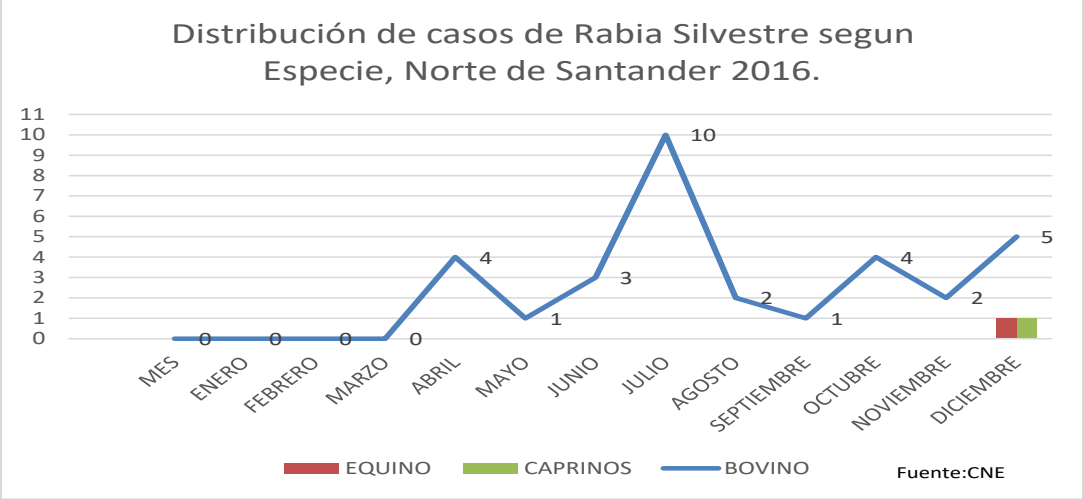
RABIA BOVINA



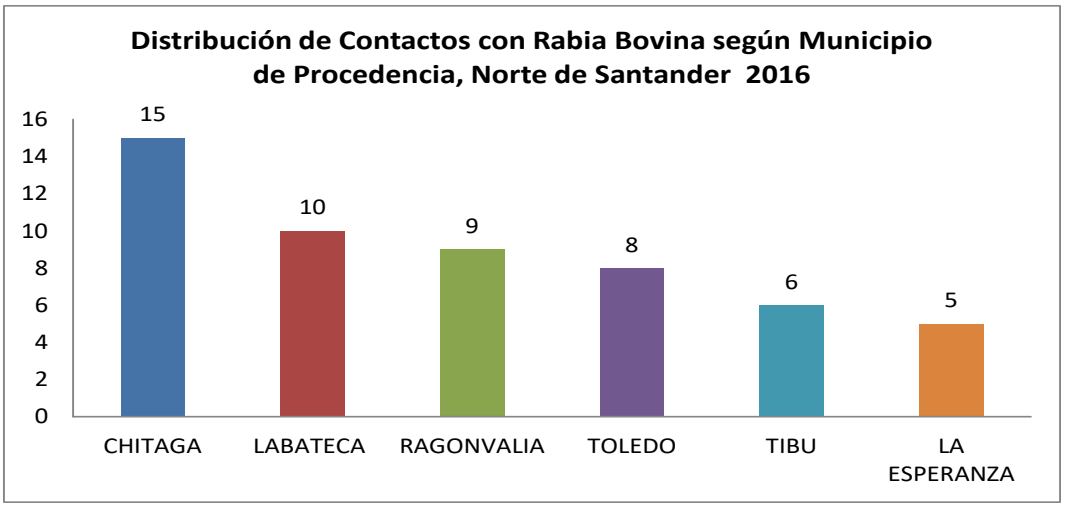
Municipio	Casos	%
LABATECA	14	41%
TOLEDO	9	26%
CHITAGA	7	21%
RAGONVALIA	2	6%
TIBU	1	3%
LA ESPERANZA	1	3%
Total	34	100%

El Mapa de Riesgo de rabia silvestre del Departamento Norte de Santander se observa que los municipios con presencia de casos de Rabia Bovina son Labateca con 12 brotes, Toledo 8 brotes, Chitaga 5 brotes, Ragonvalia 2 brotes, Tibú 1 brote, La Esperanza 4 brotes para un total de 32 brotes de Rabia Bovina .

Distribución de casos de Rabia Silvestre según Especie; Norte de Santander 2016.



En la gráfica se puede observar que el pico más alto de Rabia Bovina se presentó en el mes de Julio, tuvo un descenso hasta el mes de Septiembre y volvió en ascenso en el mes de Diciembre.



Con relación a los contactos con animales enfermos de Rabia Bovina o Silvestre el municipio que tuvo mas contactos fue Chitagá con 15 personas, seguido de Labateca con contactos, Ragonvalia con 9 contactos, Toledo 8 contactos, Tibú 6 contactos y La Esperanza con 5 contactos.

4. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de sífilis gestacional a semana 52 de 2016, una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

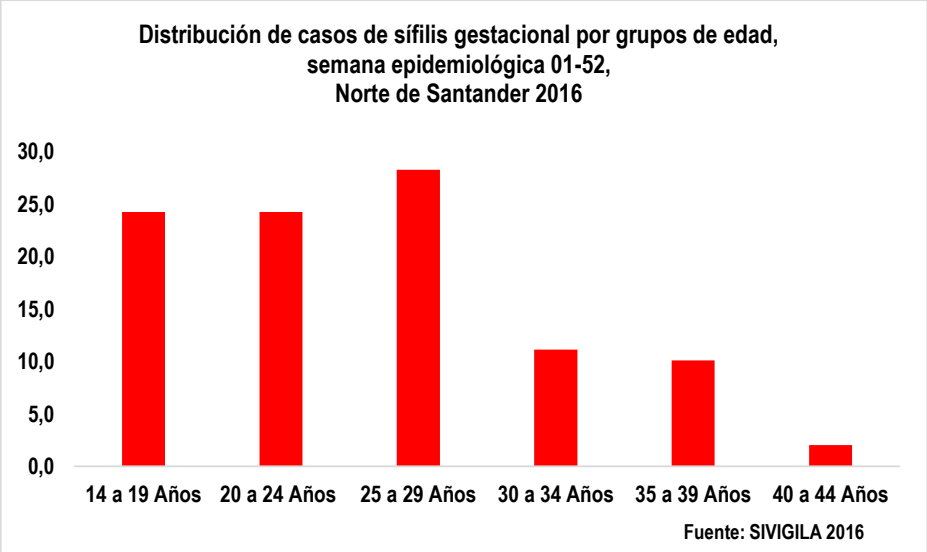
SIFILIS GESTACIONAL

a) Registros de la base de datos original: 106 registros.
b) Registros repetidos: 2 registros con ajuste D
c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso, que corresponde al ajuste 6: 1 registro
d) Registros descartados desde el ids por no cumplir definición de caso: 3 registros.
e) Registros de otras residencias: 1 registro
f) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con las definiciones de caso: 99 registros

Es importante mencionar que en esta clasificación ingreso 1 caso que fue descartados por la UPGD, pero que sí cumplen definición de caso según la información ingresada en el Sivigila y no entro en el análisis 1 caso residente y procedente del Departamento de Arauca.

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En el análisis realizado en la notificación individual, se encontró: El 0,2 % (2 casos) son en el grupo de edad 40 a 44 años y el grupo de edad que registró la mayor proporción de casos fue el de 25 a 29 años con el 28,3 % con 28 casos.



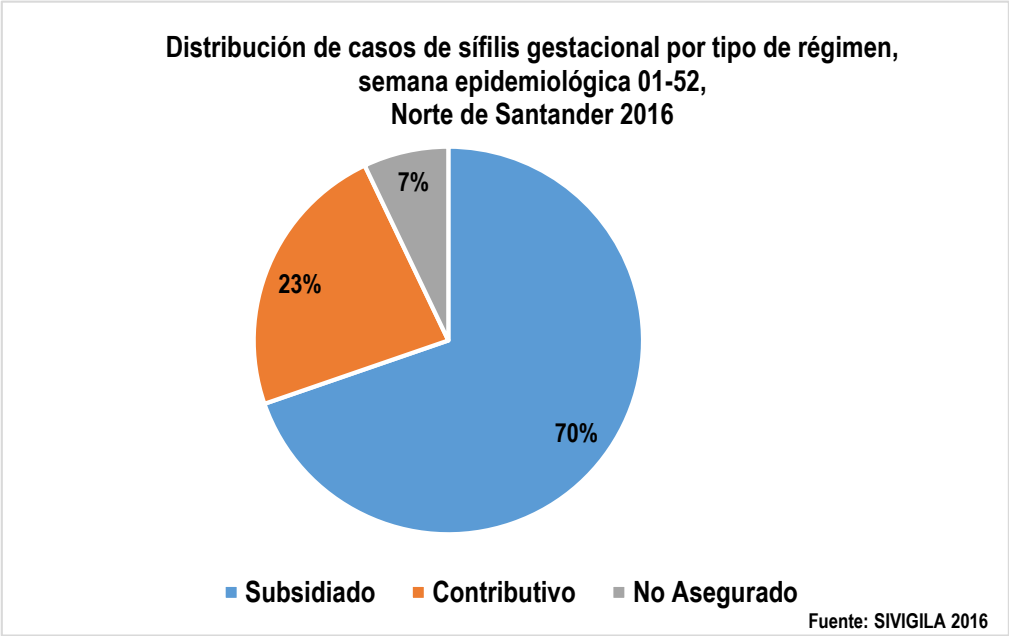
El 85,8 % de los casos de sífilis gestacional notificados a semana 52 de 2016 residen en la cabecera municipal, seguido de rural disperso con 10,1% y centro poblado con el 4,04%

Distribución de casos de sífilis gestacional por área de ocurrencia, semanas epidemiológicas 01-52, Norte de Santander

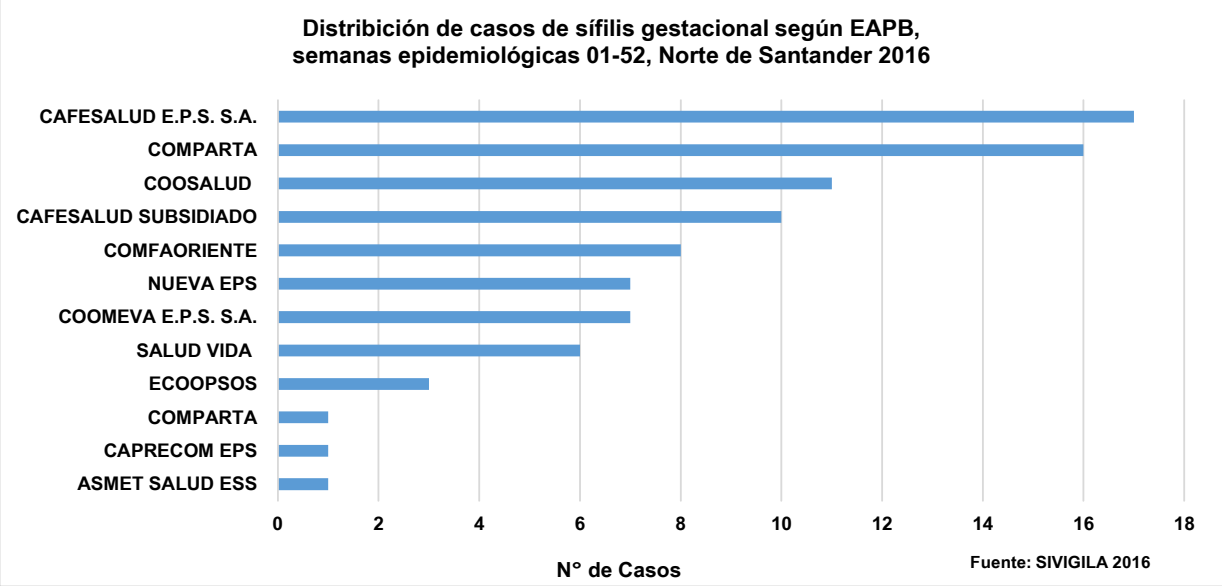
Area	N° de Casos	%
Cabecera Municipal	85	85,86
Rural Disperso	10	10,10
Centro Poblado	4	4,04
Total	**99**	**100,00**

Fuente: Sivigila 2016

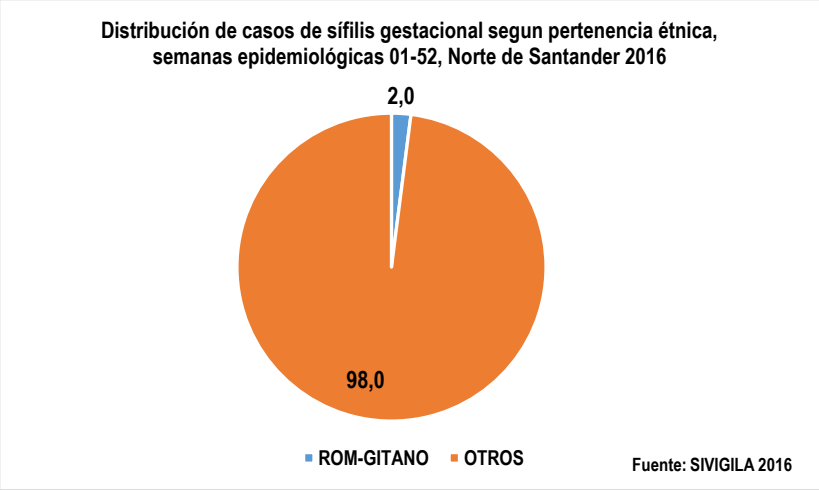
El mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado con el 70 % (69) de los casos. La distribución por régimen de seguridad social se encuentra distribuida de la siguiente manera:



Las siguientes 12 aseguradoras reúnen el 100 % de los casos de sífilis gestacional notificados, cafesalud contributivo genera 17% casos, seguido de Comparta 16% y Coosalud con el 11%.

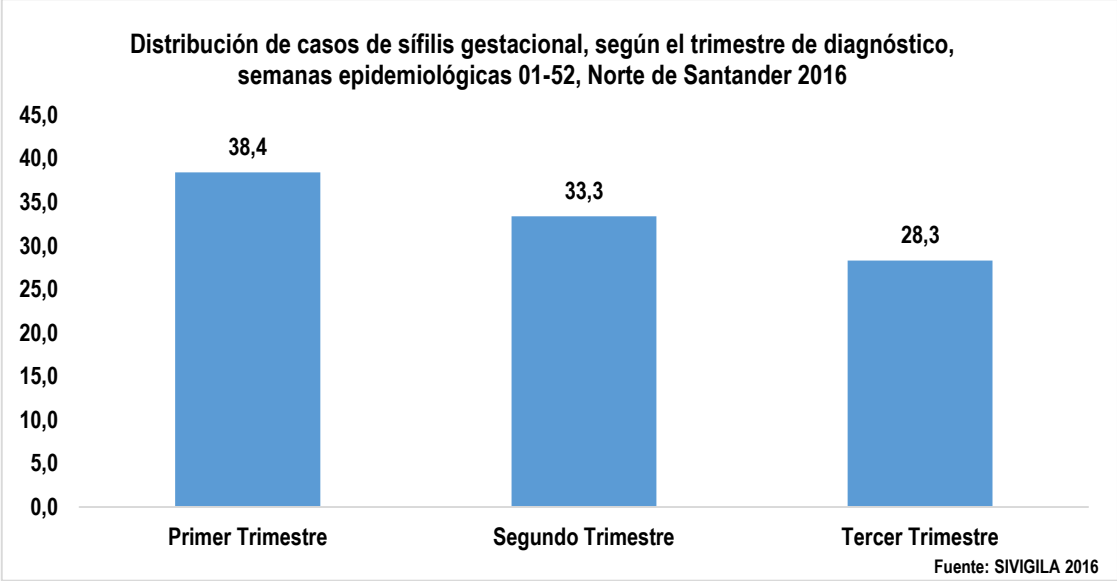


Por pertenencia étnica, Otros genera el 98% del total de casos notificados seguido de Ron Gitano con el 2%.



Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Del total de gestantes que cumplen con definición de casos de sífilis gestacional del Departamento de Norte de Santander, el trimestre de gestación de su diagnóstico fue el primer trimestre con el 38,4%, seguido del segundo trimestre con el 33,3% y tercer trimestre con el 28,3, considerándose una falla en el sistema.



Según la condición al momento del diagnóstico: El 89,9 % de los casos (89) fueron diagnosticados durante el embarazo, el 5,1 % (234) en el parto, el 4,0 % (4) en el puerperio y el 1,0 % (1) en el post aborto.

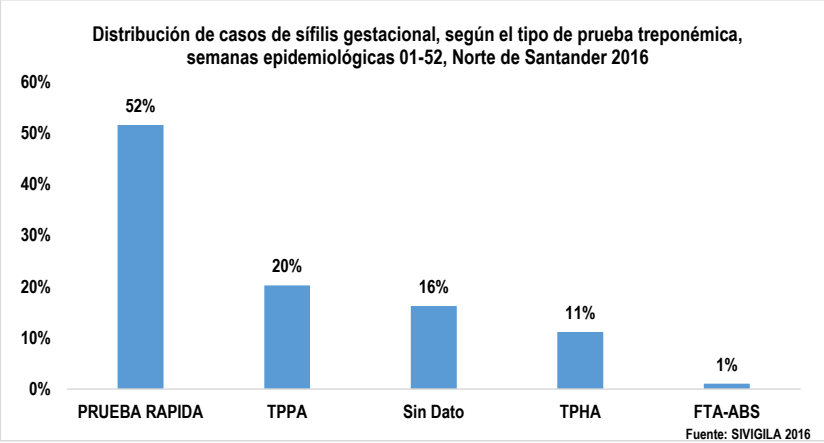
De las gestantes que tuvieron control prenatal, solamente el 43,0 % lo iniciaron en primer trimestre, seguido del 36% en el segundo trimestre y el 20,9% en el tercer trimestre, los casos utilizados para el análisis se les realizo en un 100% tanto la prueba treponémica como la no treponémica.

Edad gestacional al inicio del CPN de casos de sífilis gestacional, semana epidemiológica 01-52, Norte de Santander 2016

Edad gestacional	No	%	si	%	Total	%
Primer Trimestre (1-13)	1	7,7	37	43,0	38	38,4
Segundo Trimestre (14-27)	2	15,4	31	36,0	33	33,3
Tercer Trimestre (28-42)	10	76,9	18	20,9	28	28,3
Total	**13**	**100,0**	**86**	**100,0**	**99**	**100,0**

Fuente: SIVIGILA 2016

En 1 % de los casos (1) practicaron FTA-Abs como prueba treponémica y en el 52 % (51) se emplearon pruebas rápidas.



De las 91 gestantes que tuvieron control prenatal, el 100% (91 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. La edad gestacional al inicio del tratamiento se muestra en la siguiente tabla

Edad Gestacional al inicio del tratamiento

Edad Gestacional	Total	%
Primer Trimestre	35	38,5
Segundo Trimestre	29	31,9
Tercer Trimestre	27	29,7
Total	**91**	**100**

Fuente: SIVIGILA 2016

De las 91 gestantes que recibieron tratamiento, el 57,1% (52 casos) recibieron el número adecuado de dosis de penicilina benzatínica de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad, mientras que el 12,2 % (12) recibieron menos dosis de las que necesitaban, lo cual significa que recibieron un tratamiento incompleto.

Dosis de tratmiento según estadio Clínico

Estadio Clínico	1 dosis	2 dosis	3 dosis	Total	%
Sifilis Temprana	14	3	35	52	57,1
Sifilis desconocida	9		23	32	35,2
Sifilis tardia	3	1	2	6	6,6
Sin Dato			1	1	1,1
Total	**26**	**4**	**61**	**91**	**100,0**

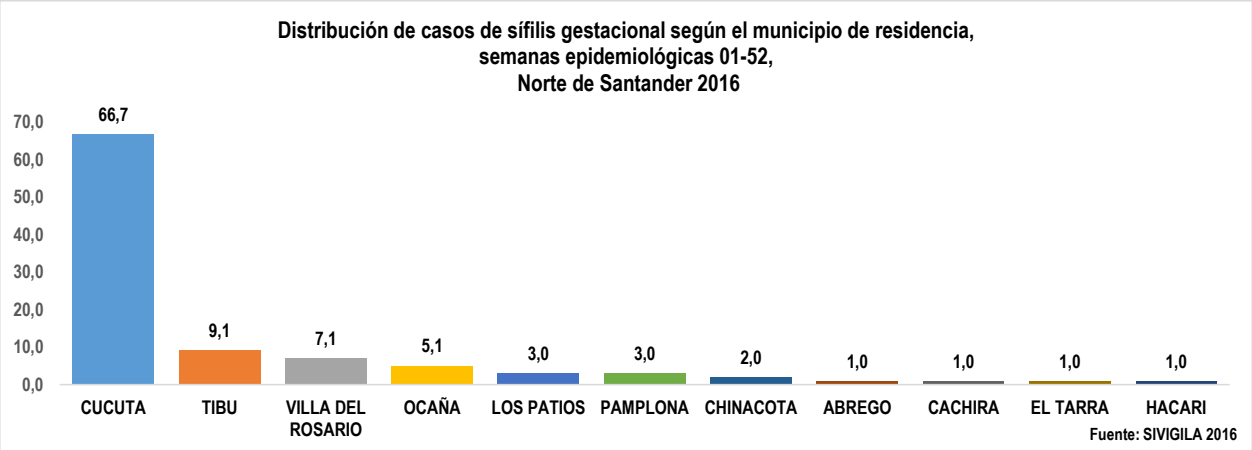
Fuente: SIVIGILA 2016

- Al 28,7 % (26) de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 4,3 % (4) dos dosis y al 67,0 % (61) tres dosis.

- De las 86 gestantes que tuvieron CPN, el 8,1% no recibió tratamiento

- Solamente al 48,4 % (48) de los contactos sexuales de las 99 gestantes notificadas con sífilis, se les administró tratamiento para sífilis.

La situación por municipio de residencia es la siguiente: Cúcuta genera el 65,7% del total de casos notificados seguido del municipio de Tibú con el 9,1%, Villa del Rosario 7,1%, Ocaña 5,1%, Los Patios y Pamplona 3,0%, Chinacota 2,0% y Abrego, Cáchira, el Tarra y Hacarí con el 1% respectivamente.



ANALISIS DE INDICADORES DE VIGILANCIA

Razón de prevalencia de sífilis gestacional: Por cada 1000 nacidos vivos en el año 2016 en el departamento de Norte de Norte de Santander, se presentaron 4,8 casos de sífilis en gestantes.

Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17: El 38,8% de las gestantes notificadas como casos de sífilis gestacional, fue diagnosticado antes de la semana 17 de gestación durante la vigencia 2016 en el departamento de Norte de Santander.

SIFILIS CONGENITA

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de sífilis congénita a semana 52 de 2016, una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

a) Registros de la base de datos original: 23 registros.
b) Registros repetidos: 2registros
c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso, que corresponde al ajuste 6: 3 registros
d) Registros descartados desde la UPGD por error de digitación, que corresponde al ajuste D: 0 registros
e) Registros que no cumplen con la definición de caso por no realización de la prueba treponémica a la madre, pero que dichas madres tienen diluciones altas en las pruebas no treponémicas (lo que permite dudar que sean falsos positivos) y cumplen con las demás condiciones de la definición de caso: 2 registros.
f) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con las definiciones de caso: 16 casos.

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

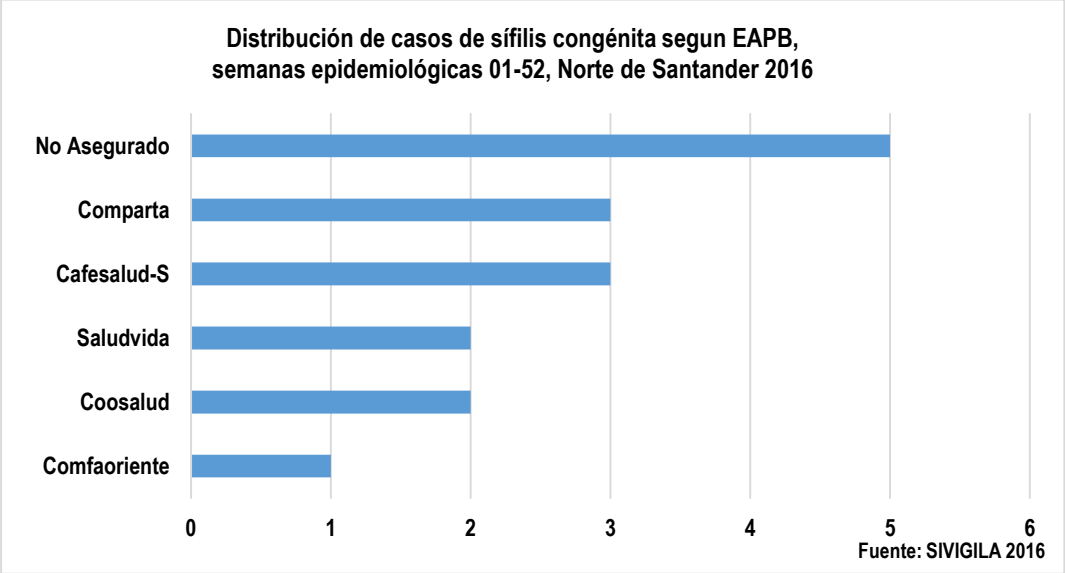
Comportamiento sociodemográfico de los casos de sífilis congénita, semanas epidemiológicas 01-52 de 2016 en el Departamento de Norte de Santander.

Variable	Categoria	Casos	%
Sexo	Femenino	10	62,5
	Masculino	6	37,5
Area de Ocurrencia	Cabecera Municipal	13	81,3
	Riral Disperso	2	12,5
	Centro Poblado	1	6,3
Tipo de Afiliación	Subsidiado	11	68,8
	No Asegurado	5	31,3

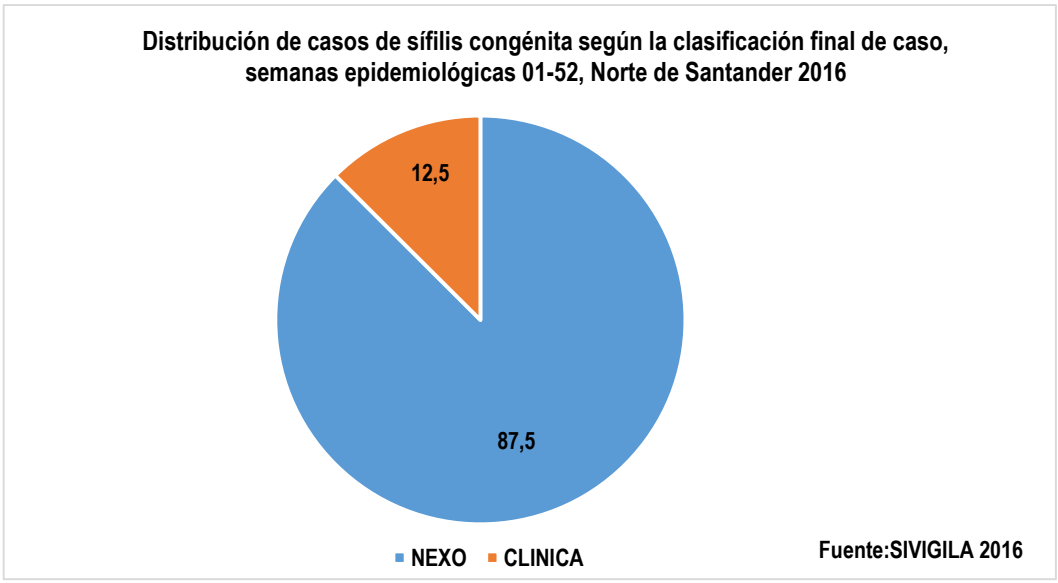
Fuente: SIVIGILA 2016

Según el sexo se obtuvo la frecuencia más alta en el sexo femenino con el 62,5%, por área de ocurrencia de los casos cabecera municipal representa el 81,3%, seguido de rural disperso con el 12,5% y centro poblado con el 6,3%, según el tipo de afiliación, el régimen subsidiado obtuvo el 68,8% seguido del 31,3% en No asegurado. Por tipo de étnica el 100% pertenecen a otros.

Según el tipo de administradora de planes de beneficios se distribuyen de la siguiente manera: No asegurado 31,2%, Comparta 18,7%, Cafesalud subsidiado 18,7%, Saludvida y Coosalud 12,5% respectivamente para cada EAPB y Comfaoriente 6,2%.



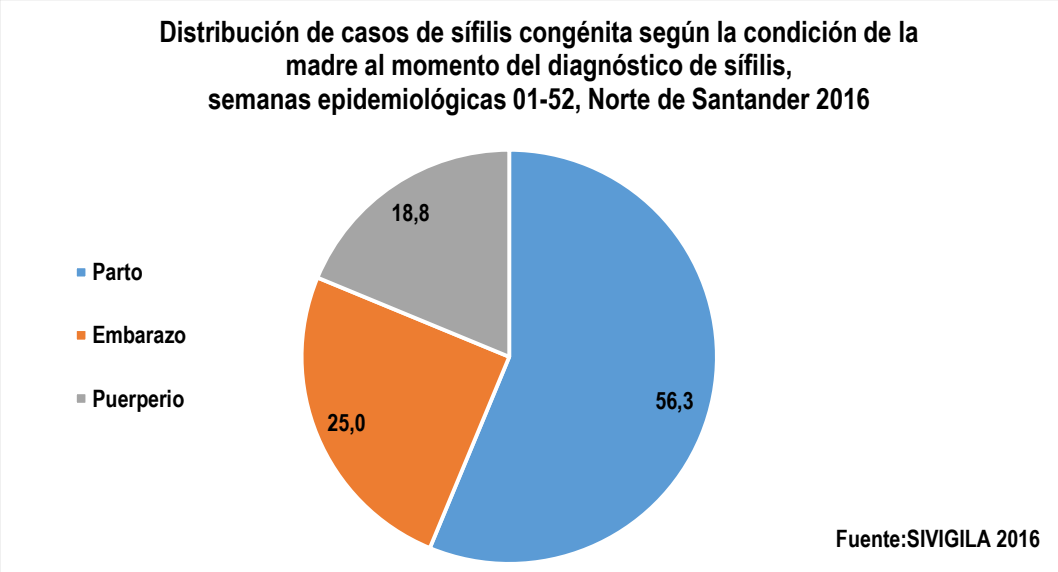
El 87,5% del total de casos notificados fueron clasificados como casos confirmados por nexo epidemiológico y 2 casos confirmados por clínica.



De los 16 casos notificados no se reportaron mortalidades.

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 56,3 % de los casos fueron diagnosticados durante el parto, el 25,0% en embarazo y el 18,8% en el puerperio.



De las madres de los 16 casos notificados como sífilis congénita, el 50% iniciaron control prenatal quedando los otros 50% de los casos sin inicio de control prenatal.

De las madres de casos de sífilis congénita que tuvieron control prenatal, solamente el 37,5 % lo iniciaron en primer trimestre, el 12,5% en el segundo trimestre y 50,0% durante el tercer trimestre. Así mismo se observa que el 50% de los casos de sífilis congénita se realizó su diagnóstico en el tercer trimestre, seguido del primer trimestre con el 37,5 y segundo trimestre con el 12,5%

Edad Gestacional	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Total
Total	3	1	4	8
%	37,5	12,5	50	100

Fuente: SIVIGILA 2016

De las 12 madres que tuvieron control prenatal, solo el 75,0% % recibió tratamiento con penicilina benzatínica. La edad gestacional al inicio del tratamiento se muestra en la siguiente tabla:

Edad gestacional al inicio del tratamiento

Edad Gestacional	N° de Casos	%
Primer Trimestre	1	8,3
Segundo Trimestre	1	8,3
Tercer Trimestre	10	83,3
Total general	**12**	**100,0**

Fuente: SIVIGILA 2016

Al 25,0 % (3) de las madres de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 8,3 % (1) dos dosis y al 66.6% (12) tres dosis. Así mismo se realizó en la mayoría de los casos tratamiento en el tercer trimestre de gestación.

Dosis de Penicilina según la Edad Gestacional

Edad Gestacional	1	2	3	Total	%
Primer Trimestre			1	1	8,3
Segundo Trimestre			1	1	8,3
Tercer Trimestre	3	1	6	10	83,3
Total	**3**	**1**	**8**	**12**	**100,0**

Fuente: SIVIGILA 2016

No se realizó tratamiento a contactos según la notificación de los casos.

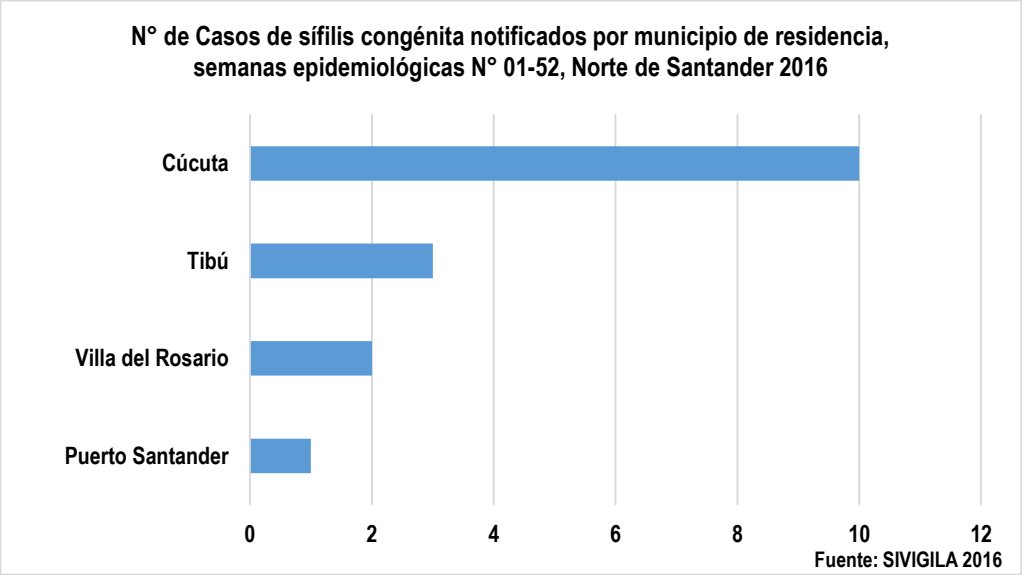
Según la edad gestacional al momento del parto: el 81,25% fue a término es decir entre las 37 a 42 semanas, seguido de prematuros con el 18,75%.

Edad Gestacional al Nacimiento

Edad gestacional	N° de Casos	%
A término	13	81,25
Prematuro	3	18,75
Total general	**16**	**100**

Fuente: SIVIGILA 2016

Por municipio de residencia el comportamiento de la notificación de los casos se observa: El municipio de residencia con mayor frecuencia de casos en el municipio de Cúcuta con el 62,5%, Tibú con el 18,75%, Villa del Rosario con el 12,5% y Puerto Santander con el 6,5%



COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VIGILANCIA 2016

Proporción de incidencia de sífilis congénita: En el periodo 2016 se notificaron 1.13 casos nuevos de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos en el departamento de Norte de Santander. Catalogando este indicador como alta incidencia: mayor 0,7 casos de sífilis congénita por mil nacidos vivos.

Tasa de Mortalidad por sífilis congénita: Por cada 100000 nacidos vivos en el Departamento de Norte de Santander durante la vigencia 2016, el 0% mueren a causa de sífilis congénita. No se presentaron mortalidades por sífilis congénita.

Letalidad por sífilis congénita: La probabilidad de morir a causa de sífilis congénita en el departamento de Norte de Santander durante la vigencia 2016 es del 0%.

Porcentaje de muertes atribuibles a sífilis congénita analizadas: No Aplica.

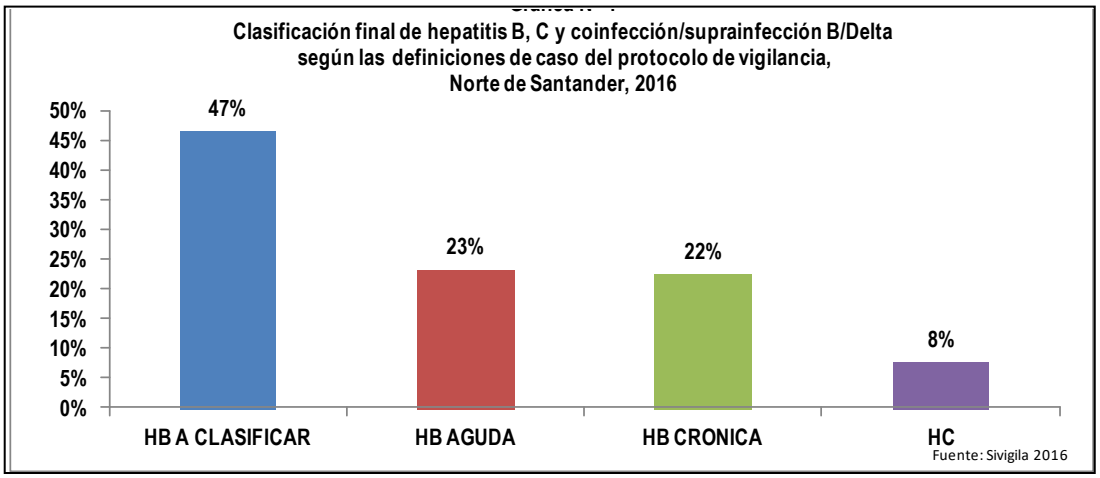
HEPATITIS B

Para el análisis de los eventos en mención se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, se tomaron los datos del sistema de notificación vigencia 2016 con el fin de detallar, según las variables persona y lugar, los eventos bajo vigilancia. Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de hepatitis b, Hepatitis C y coinfección/supra-infección Hepatitis B-delta, una vez depurada y analizada la base se identificó lo siguiente:

Comportamiento de la Notificación

En función de garantizar el pleno cumplimiento de las definiciones de caso contenidas en el protocolo de vigilancia de las hepatitis virales distintas a la tipo "A", desde la referencia técnica del evento se toma la determinación de clasificar el tipo de hepatitis según el resultado del paraclínico que se haya consignado en el módulo de laboratorios.

Teniendo en cuenta este contexto, la distribución de frecuencias de la clasificación final del tipo de hepatitis viral presenta una tendencia de notificación como "hepatitis a clasificar" en un 47% reflejando grandes dificultades en los municipios con el proceso de confirmación de los casos, seguido de Hepatitis B Aguda con 23%, Hepatitis Crónica 22% y Hepatitis C 8%.



HEPATITIS B, COINFECCION/SUPRAINFECCION B/DELTA

Magnitud de los eventos en lugar y persona (datos básicos)

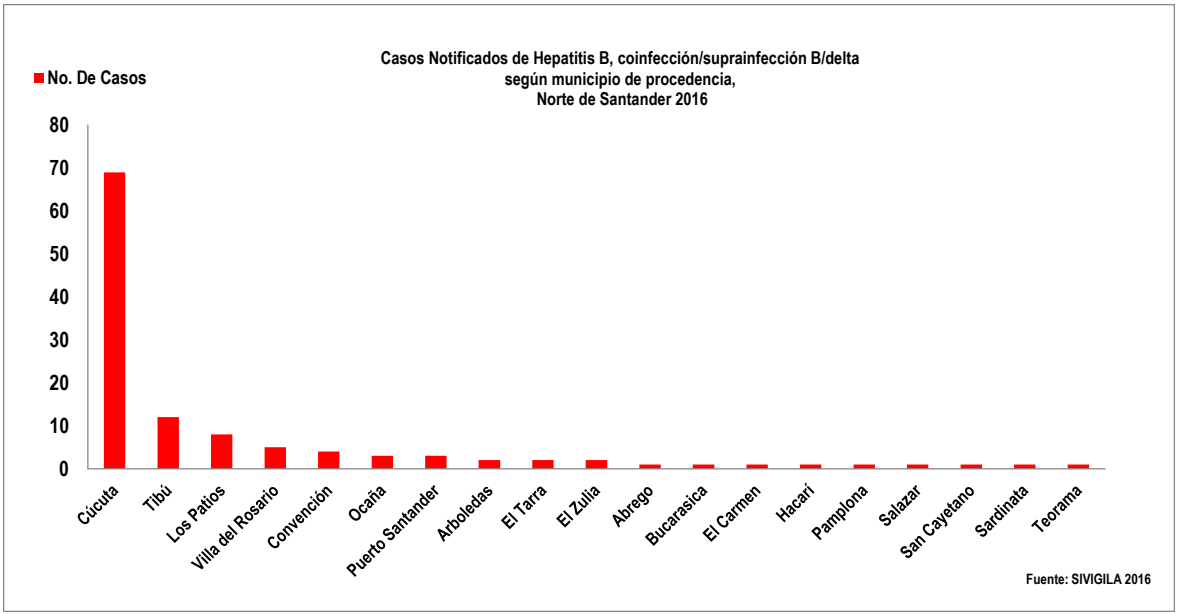
Para hepatitis B se tiene un consolidado de 119 casos notificados, los municipios que procedieron la mayor densidad de casos de hepatitis B correspondieron a: El municipio de Cúcuta con 58%, Tibú 10,1%, Los Patios 6,7%, Villa del Rosario 4,2%, Convención 3,4%, Ocaña y Puerto Santander 2,5%, Arboledas, El Tarra y el Zulia 1,7% generando el 92,4% de la notificación total de casos.

Número de casos y frecuencia de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta, Norte de Santander 2016

Municipio	Casos	%
Cúcuta	69	58,0%
Tibú	12	10,1%
Los Patios	8	6,7%
Villa del Rosario	5	4,2%
Convención	4	3,4%
Ocaña	3	2,5%
Puerto Santander	3	2,5%
Arboledas	2	1,7%
El Tarra	2	1,7%
El Zulia	2	1,7%
Abrego	1	0,8%
Bucarasica	1	0,8%
El Carmen	1	0,8%
Hacarí	1	0,8%
Pamplona	1	0,8%
Salazar	1	0,8%
San Cayetano	1	0,8%
Sardinata	1	0,8%
Teorama	1	0,8%
Total	**119**	**100,0%**

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2016

De los 40 municipios de Departamento, 19 notificaron casos de hepatitis B: Cúcuta, Tibú, Los Patios entre otros.



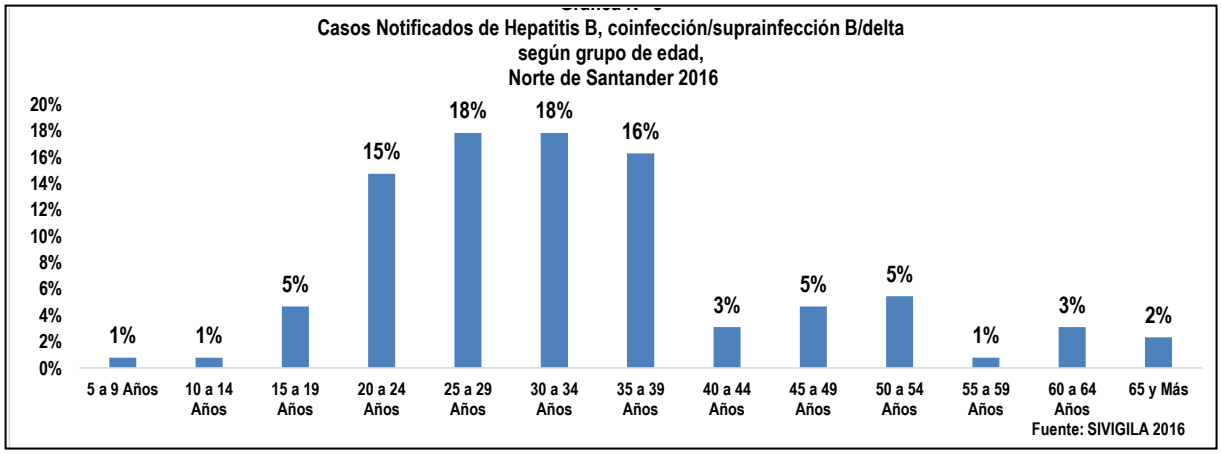
A nivel departamental vigencia 2016 respecto a hepatitis B, se observa un predominio en la proporción del sexo masculino (66 %) sin embargo estas proporciones por sexo varían según los municipios .

Número de casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta por sexo
según municipio de procedencia,Norte de Santander 2016

Municipio	Mujer	% Mujer	Hombre	% Hombre	Total	% Total
Cúcuta	29	50,0%	40	66%	69	58,0%
Tibú	9	15,5%	3	5%	12	10,1%
Los Patios	4	6,9%	4	7%	8	6,7%
Villa del Rosario	2	3,4%	3	5%	5	4,2%
Convención	3	5,2%	1	2%	4	3,4%
Ocaña		0,0%	3	5%	3	2,5%
Puerto Santander	1	1,7%	2	3%	3	2,5%
Arboledas	1	1,7%	1	2%	2	1,7%
El Tarra	2	3,4%		0%	2	1,7%
El Zulia		0,0%	2	3%	2	1,7%
Abrego	1	1,7%		0%	1	0,8%
Bucarasica	1	1,7%		0%	1	0,8%
El Carmen	1	1,7%		0%	1	0,8%
Hacarí	1	1,7%		0%	1	0,8%
Pamplona		0,0%	1	2%	1	0,8%
Salazar	1	1,7%		0%	1	0,8%
San Cayetano		0,0%	1	2%	1	0,8%
Sardinata	1	1,7%		0%	1	0,8%
Teorama	1	1,7%		0%	1	0,8%
Total	58	100,0%	61	100%	119	100,0%

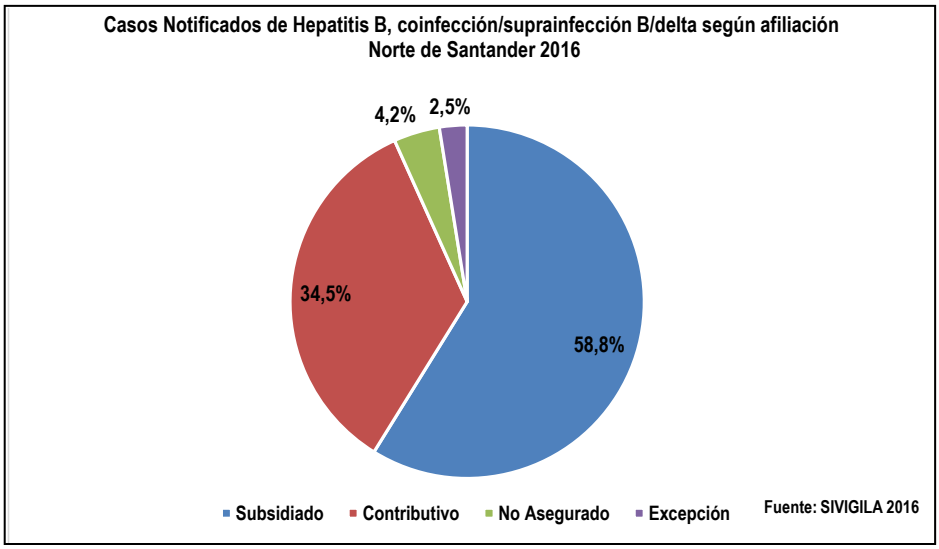
Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2016

Respecto a la distribución de los casos de hepatitis B por edad, la mayor proporción fue de 18% para las poblaciones con edades entre 25 a 34 años de los casos notificados, seguido de 35 a 39 años con el 16%, así mismo se reporta 1 caso notificado de un menor de 9 años.

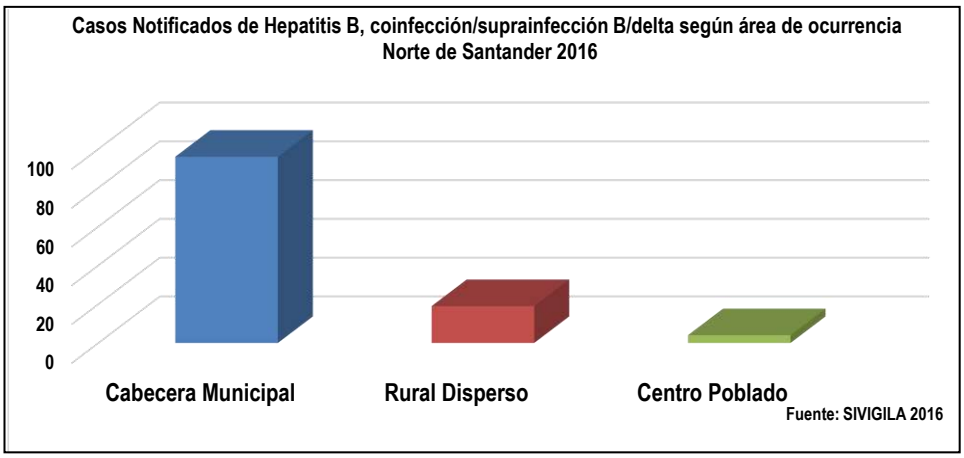


En relación a la distribución de casos según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la notificación de casos de hepatitis B se distribuyó de la siguiente forma: subsidiado 58.8 %, contributivo 34,5, no 4,2 %, excepción 2,5 %.

En hepatitis B la pertenencia étnica mostró en la categoría "otros grupos poblacionales" un porcentaje de 99 %, y 1% para población ROM-Gitano.

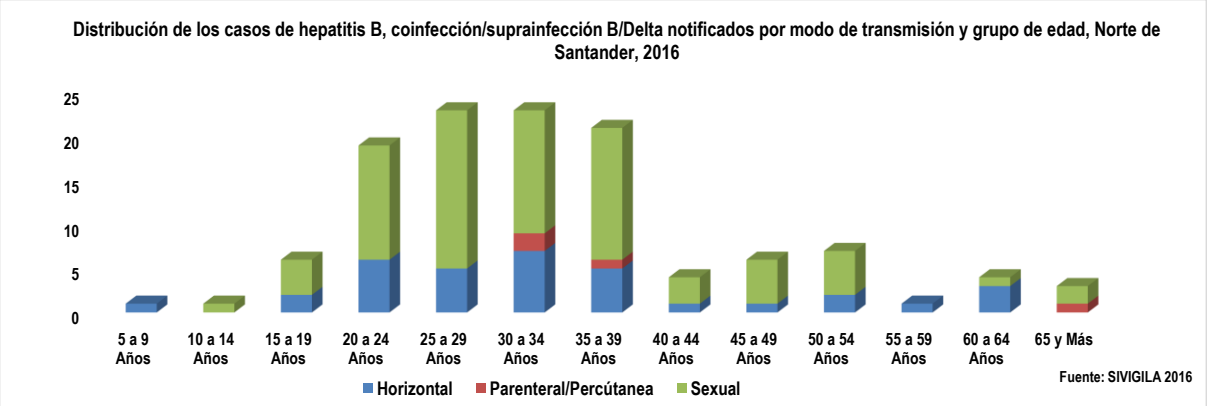


Al examinar en referencia al área de ocurrencia se aprecia que en las cabeceras municipales se concentró la mayor cantidad de casos con el 80,7%, seguido de Rural disperso con 16% y Centro Poblado 3,4.



Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

En el análisis del comportamiento de los modos de transmisión del virus de la hepatitis B, la transmisión sexual representa el 68,1 % de los casos, seguido de transmisión horizontal con el 28,6% y parenteral/percútanea 3,4%



En la caracterización de la variable “hospitalización”, el 41,2 % de los pacientes notificados durante la vigencia 2016 requirieron manejo intrahospitalario, siendo la proporción de hospitalización por edades entre 25 a 29 años y 30 a 34 años de edad las más altas con un 19,3% respectivamente para cada quinquenio. En este punto cabe mencionar que el análisis de esta variable se dificulta por el diligenciamiento incompleto de las otras variables relacionadas, entre las que se destaca signos, síntomas y complicaciones.

Distribución de casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta según hospitalización y quinquenios de edad, Norte de Santander, 2016

Grupo Edad	Hospitalizado	% Hospitalizado	No Hospitalizado	% No Hospitalizado	Total	% Total
5 a 9 Años	1	2,0%		0,0%	1	0,8%
10 a 14 Años		0,0%	1	1,4%	1	0,8%
15 a 19 Años	3	6,1%	3	4,3%	6	5,0%
20 a 24 Años	10	20,4%	9	12,9%	19	16,0%
25 a 29 Años	8	16,3%	15	21,4%	23	19,3%
30 a 34 Años	7	14,3%	16	22,9%	23	19,3%
35 a 39 Años	12	24,5%	9	12,9%	21	17,6%
40 a 44 Años	1	2,0%	3	4,3%	4	3,4%
45 a 49 Años	2	4,1%	4	5,7%	6	5,0%
50 a 54 Años	1	2,0%	6	8,6%	7	5,9%
55 a 59 Años		0,0%	1	1,4%	1	0,8%
60 a 64 Años	2	4,1%	2	2,9%	4	3,4%
65 y Más	2	4,1%	1	1,4%	3	2,5%
Total general	49	100,0%	70	100,0%	119	100,0%

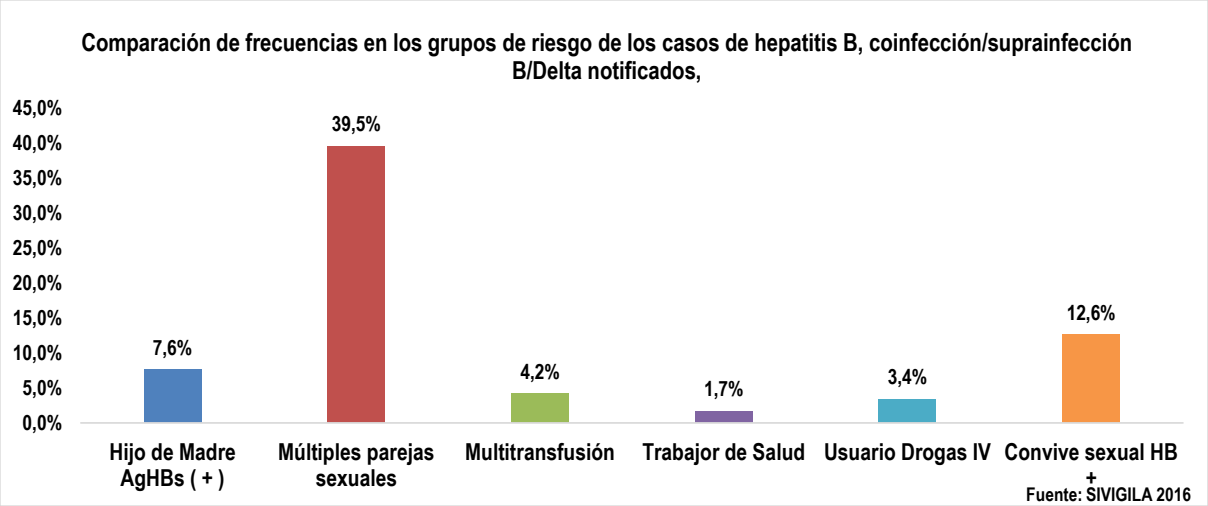
Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2016

Se identificaron 5 personas con la condición de “donantes de sangre” en la notificación vigencia 2016, con hepatitis B, procedentes de: Cúcuta y pamplona. Esta información será compartida con la Red de Hemovigilancia del Laboratorio de Vigilancia en Salud Pública con el fin de verificar si ya fueron identificados a través de los procesos de tamización de productos sanguíneos.

Distribución de casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta por condición donante de sangre y municipio de procedencia, Norte de Santander, 2016

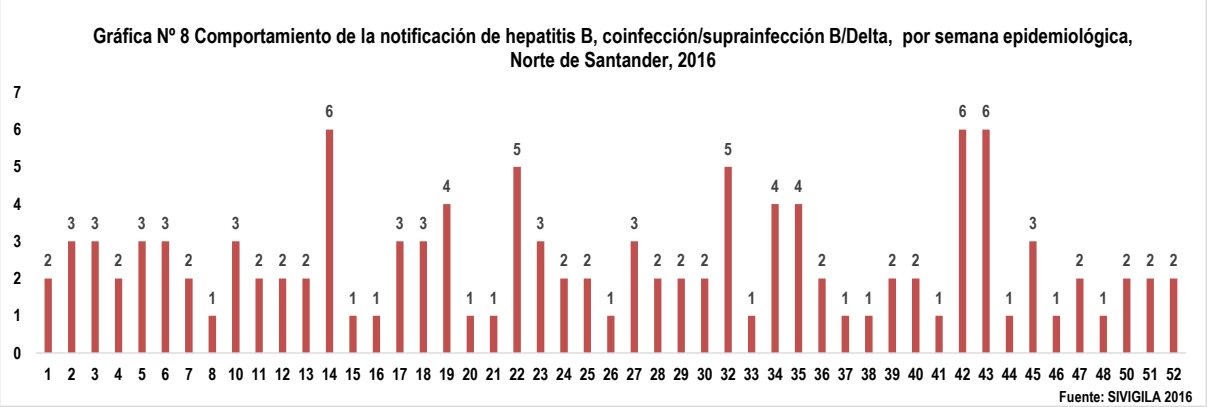
Municipio	Donante	% Donante	No Donante	% No Donante	Total	% Total
Cúcuta	4	80,0%	65	57,0%	69	58,0%
Tibú		0,0%	12	10,5%	12	10,1%
Los Patios		0,0%	8	7,0%	8	6,7%
Villa del Rosario		0,0%	5	4,4%	5	4,2%
Convención		0,0%	4	3,5%	4	3,4%
Ocaña		0,0%	3	2,6%	3	2,5%
Puerto Santander		0,0%	3	2,6%	3	2,5%
Arboledas		0,0%	2	1,8%	2	1,7%
El Tarra		0,0%	2	1,8%	2	1,7%
El Zulia		0,0%	2	1,8%	2	1,7%
Abrego		0,0%	1	0,9%	1	0,8%
Bucarasica		0,0%	1	0,9%	1	0,8%
El Carmen		0,0%	1	0,9%	1	0,8%
Hacarí		0,0%	1	0,9%	1	0,8%
Pamplona	1	20,0%		0,0%	1	0,8%
Salazar		0,0%	1	0,9%	1	0,8%
San Cayetano		0,0%	1	0,9%	1	0,8%
Sardinata		0,0%	1	0,9%	1	0,8%
Teorama		0,0%	1	0,9%	1	0,8%
Total general	**5**	**100,0%**	**114**	**100,0%**	**119**	**100,0%**

Según los factores de riesgo el 39,5 % de los casos de hepatitis B se registraron en pacientes con múltiples parejas sexuales, el 12,6% en pacientes que tuvieron contacto sexual con portadores de HBsAg (+) y el 7,6% con Hijos de madres con AgHBs + entre otros.



Comportamiento del evento por semana epidemiológica

El comportamiento de la notificación de casos de Hepatitis B, se evidencia una notificación constante semana a semana con un aumento de casos en la semana 14, 22, 32,42 y 43.



Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento.

Incidencia de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta por municipio de procedencia,Norte de Santander,

Municipio	Casos	Incidencia x 100,000 Habitantes
Cúcuta	69	5,04
Tibú	12	0,88
Los Patios	8	0,58
Villa del Rosario	5	0,37
Convención	4	0,29
Ocaña	3	0,22
Puerto Santander	3	0,22
Arboledas	2	0,15
El Tarra	2	0,15
El Zulia	2	0,15
Abrego	1	0,07
Bucarasica	1	0,07
El Carmen	1	0,07
Hacarí	1	0,07
Pamplona	1	0,07
Salazar	1	0,07
San Cayetano	1	0,07
Sardinata	1	0,07
Teorama	1	0,07
Total	**119**	**8,70**

Proporción de Incidencia de hepatitis B: La incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 8,7 casos por cada 100.000 habitantes en el Departamento Norte de Santander durante la vigencia 2016, se reportan incidencia elevada en el municipio de Cúcuta

Proporción cobertura vacunación en casos notificados: Del total de casos notificados de hepatitis B para el año 2016, se reportó como antecedente de vacunación completa previa en 9 casos (7,6 %), y vacunación completa con 3 dosis del 6,7% lo que en principio representa un porcentaje bajo que amerita ser contrastado con las respectivas coberturas de vacunación en el Departamento

Proporción de vacunados contra hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta por rango de edad , Norte de Santander, 2016

Rango de Edad	Si	No	Total	≥ 3 Dosis	% Vacunas	% Vacuna Completa
5 a 9 Años		1	1		0,0%	0,0%
10 a 14 Años	1		1	1	0,8%	0,8%
15 a 19 Años		6	6		0,0%	0,0%
20 a 24 Años		19	19		0,0%	0,0%
25 a 29 Años		23	23		0,0%	0,0%
30 a 34 Años	2	21	23	2	1,7%	1,7%
35 a 39 Años	2	19	21	1	1,7%	0,8%
40 a 44 Años		4	4		0,0%	0,0%
45 a 49 Años	3	3	6	3	2,5%	2,5%
50 a 54 Años	1	6	7	1	0,8%	0,8%
55 a 59 Años		1	1		0,0%	0,0%
60 a 64 Años		4	4		0,0%	0,0%
65 y Más		3	3		0,0%	0,0%
Total general	**9**	**110**	**119**	**8**	**7,6%**	**6,7%**

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2016

La proporción de incidencia de hepatitis B en menores de 5 años: Por cada 100.000 habitantes menores de 5 años, se notificaron al SIVIGILA 0 casos de Hepatitis B en menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander durante la vigencia 2016

Porcentaje de casos analizados de Hepatitis B en menores de 5 años: Del total de casos de Hepatitis B en menores de 5 años el 0% fueron analizados en el Departamento Norte de Santander durante la vigencia 2016

Razón de prevalencia de Hepatitis B en mujeres gestantes: Se presentan 2,04 casos de Hepatitis B en mujeres gestantes por cada 1.000 nacidos vivos en el Departamento Norte de Santander durante la vigencia 2016.

Razón de prevalencia de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta en gestantes por municipio de procedencia, Norte de Santander, 2016*

Municipio	Gestante	Total casos	% Gestantes	NV DANE 2016 (p)	Razon de Prevalencia
Cúcuta	15	69	12,6%	10430	0,99
Tibú	4	12	3,4%	157	0,26
Los Patios	2	8	1,7%	763	0,13
Villa del Rosario	0	5	0,0%	42	0,00
Convención	2	4	1,7%	35	0,13
Ocaña	0	3	0,0%	2592	0,00
Puerto Santander	0	3	0,0%	8	0,00
El Tarra	2	2	1,7%	74	0,13
Bucarasica	1	1	0,8%	6	0,07
El Carmen	1	1	0,8%	35	0,07
Hacarí	1	1	0,8%	4	0,07
Salazar	1	1	0,8%	8	0,07
Sardinata	1	1	0,8%	48	0,07
Teorama	1	1	0,8%	12	0,07
El Zulia	0	2	0,0%	39	0,00
Arboledas	0	2	0,0%	14	0,00
Abrego	0	1	0,0%	73	0,00
Pamplona	0	1	0,0%	647	0,00
San Cayetano	0	1	0,0%	4	0,00
Total	**31**	**119**	**26,1%**		**2,04**

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander. 2016

Mortalidad por Hepatitis B: La probabilidad de morir a causa de Hepatitis B en el Departamento Norte de Santander es de 3,3% para el año 2016, teniendo en cuenta lo anterior estamos por encima del indicador nacional con una meta de letalidad <1%, ubicándonos en el rango de 1-5%

HEPATITIS C

Magnitud de los eventos en lugar y persona (datos básicos) : En relación con el evento hepatitis C se notificaron 10 casos en 4 de los 40 municipios del Departamento, la mayor densidad de casos correspondieron a Cúcuta (60,0%), Los Patios (20,0 %), Chinacóta (10,0%) y Puerto Santander (10,0 %) representando el 100% de los casos.

Número de casos y frecuencia de hepatitis C por municipio de procedencia, Norte de

Municipio	Total	%
Cúcuta	6	60,0
Los Patios	2	20,0
Chinacóta	1	10,0
Puerto Santander	1	10,0
Total general	**10**	**100,0**

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander. 2016

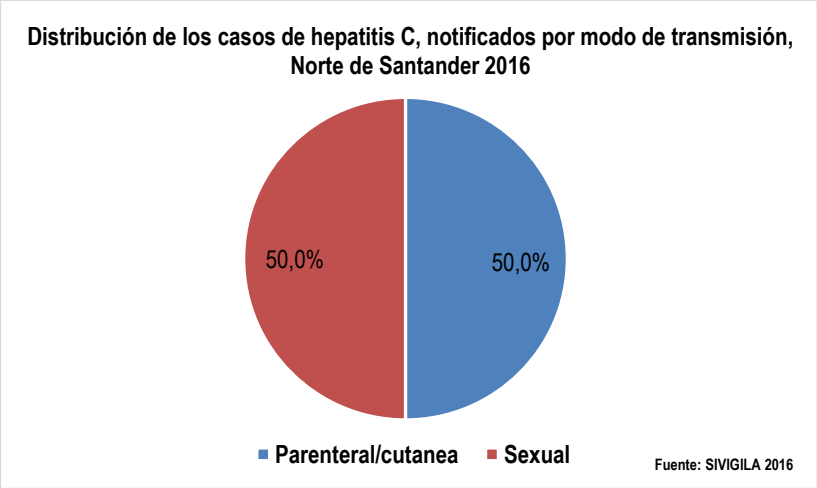
Comportamiento sociodemográfico: Referente al análisis de estas variables el sexo masculino genera el 90%, por área de ocurrencia el 100% de la notificación de casos de HC proceden de cabecera municipal, según el tipo de afiliación el régimen subsidiado represento la mayor notificación con el 60% de los casos, seguido del régimen contributivo con el 40%, por rango de edad el 20% lo genera el quinquenio de 20 a 24 años y 25 a 29 años.

Variable	Clasificación	Casos	%
Sexo	Masculino	9	90,0
	Femenino	1	10,0
Area de Ocurrencia	Cabecera Municipal	10	100,0
Tipo Afiliación	Subsidiado	6	60,0
	Contributivo	4	40,0
Rango de Edad	10 a 14 Años	1	10,0
	15 a 19 Años	1	10,0
	20 a 24 Años	2	20,0
	25 a 29 Años	2	20,0
	30 a 34 Años	2	20,0
	40 a 44 Años	1	10,0
	50 a 54 Años	1	10,0

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander. 2016

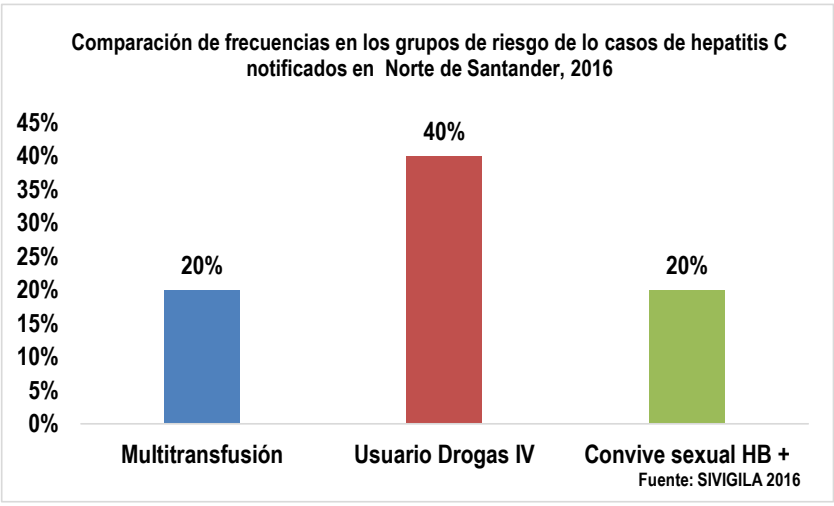
Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

En el análisis del comportamiento de los modos de transmisión del virus de la hepatitis C la transmisión sexual representa el 50,0 % de los casos, seguido de la transmisión parenteral/percutánea 50,0 %



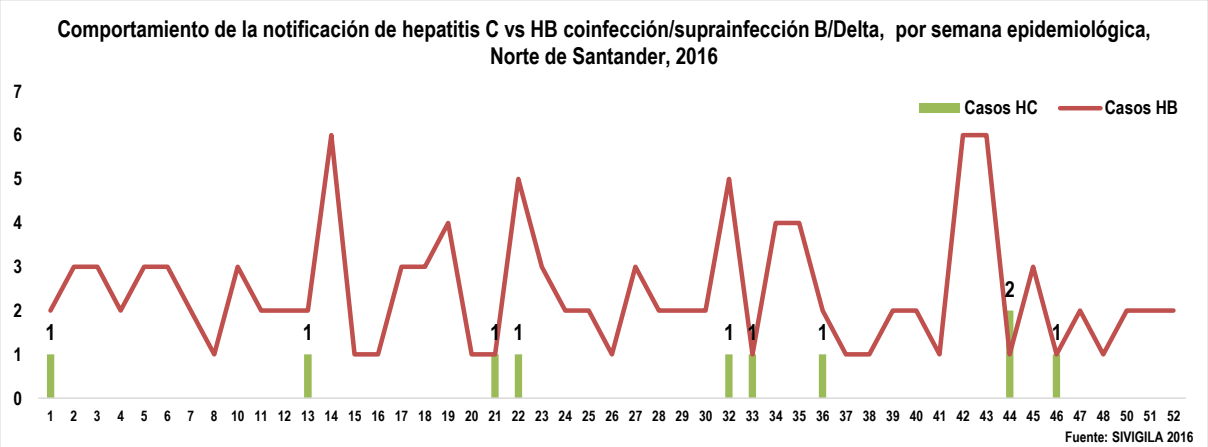
En la caracterización de la variable "hospitalización", solo el 1% requirió hospitalización. Y solo el 1% fue donante de sangre, esta información será compartida con la Red de Hemovigilancia del Laboratorio de Vigilancia en Salud Pública con el fin de verificar si ya fueron identificados a través de los procesos de tamización de productos sanguíneos.

Según los factores de riesgo el 39,5 % de los casos de hepatitis C se registraron en pacientes con multitransfusión en un 20 %, usuarios de drogas IV 40% y contacto sexual con persona portador de HB+ 20% el resto no presento otros factores de riesgo.



Comportamiento de HC vs HB por semana epidemiológica

El comportamiento de la notificación de casos de Hepatitis C, se da solo en 9 semanas epidemiológicas, con tan solo 1 casos para cada a excepción de la semana 44 con la notificación de 2 casos.



Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento.

3.1.1 Proporción de Incidencia de hepatitis C: La incidencia de hepatitis C a la fecha 0,73 casos por cada 100.000 habitantes en el Departamento Norte de Santander durante la vigencia 2016, se reportan incidencia elevada en el municipio de Cúcuta.

Incidencia de hepatitis C, por municipio de procedencia,Norte de Santander, 2016

Municipio	Casos	Incidencia x 100,000 Habitantes
Cúcuta	6	0,44
Los Patios	2	0,15
Puerto Santander	1	0,07
Chinacóta	1	0,07
Total	**10**	**0,73**

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander. 2016

La proporción de incidencia de hepatitis C en menores de 5 años: Por cada 100.000 habitantes menores de 5 años, se notificaron al SIVIGILA 0 casos de Hepatitis C en menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander durante la vigencia 2016

Porcentaje de casos analizados de Hepatitis C en menores de 5 años: Del total de casos de Hepatitis C en menores de 5 años el 0% fueron analizados en el Departamento Norte de Santander durante la vigencia 2016

Razón de prevalencia de Hepatitis C en mujeres gestantes: Se presentan 0 casos de Hepatitis C en mujeres gestantes por cada 1.000 nacidos vivos en el Departamento Norte de Santander durante la vigencia 2016.

Mortalidad por Hepatitis C: La probabilidad de morir a causa de Hepatitis C en el Departamento Norte de Santander es de 0% para el año 2016, teniendo en cuenta lo anterior estamos por encima del indicador nacional con una meta de letalidad <1%.

VIH/SIDA

MATERIALES Y MÉTODOS

- ✓ Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de VIH/SIDA, notificados de forma semanal en el Sivigila durante la semana epidemiológica 1 a la 52 de 2016
- ✓ Los datos se obtienen a través de fuente secundaria, por medio de la notificación Individual semanal de casos al SIVIGILA del Sistema de Vigilancia en Salud Pública del evento 850 VIH7SIDA, realizada por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a nivel Departamental.

HALLAZGOS

A período 13 semana epidemiológica de 1 a la 52 del año 2016, según Municipio de residencia se han reportado 387 casos en total, siendo Cucuta con mayor número de casos equivalentes a 72.9% de (282 casos), seguido de Villa del Rosario con 7.5 % de(29 casos), Ocaña 4.7% de(18 casos), Los Patios con el 4.4%(17 casos), Tibu con 1.6% para (6 casos), Puerto Santander con 1.3 de (5 casos), Los demás Municipios con menor proporción.

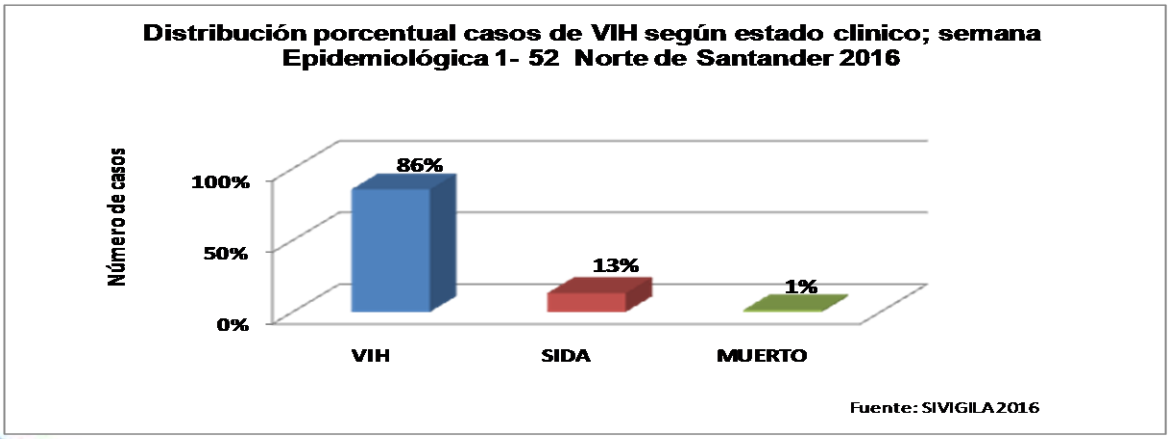
Casos de VIH/sida y muerte por sida notificados por Municipio según Residencia semana epidemiológica de 1-52 Norte de Santander 2016

Recidencia	casos	%
CUCUTA	282	72,9%
VILLA DEL ROSARIO	29	7,5%
OCAÑA	18	4,7%
LOS PATIOS	17	4,4%
TIBU	6	1,6%
PUERTO SANTANDER	5	1,3%
EL ZULIA	4	1,0%
PAMPLONA	4	1,0%
EL CARMEN	3	0,8%
CHINACOTA	2	0,5%
TOLEDO	2	0,5%
SARDINATA	2	0,5%
EL TARRA	2	0,5%
ARBOLEDAS	2	0,5%
BOCHALEMA	1	0,3%
CONVENCION	1	0,3%
GRAMALOTE	1	0,3%
HACARI	1	0,3%
LA PLAYA	1	0,3%
PAMPLONITA	1	0,3%
SALAZAR	1	0,3%
SANTIAGO	1	0,3%
SILOS	1	0,3%
Total	387	100,0%

Fuente SIVIGILA2016

Magnitud de los eventos en lugar y persona

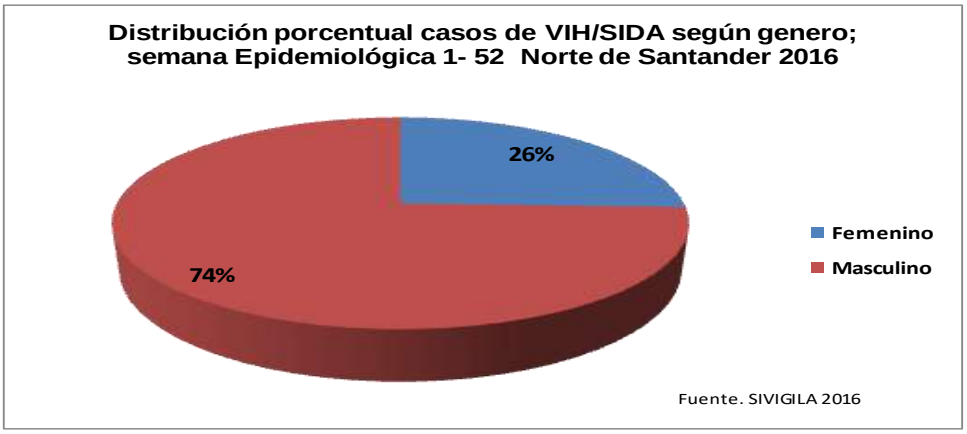
Notificación de casos de VIH, SIDA y muerte por SIDA a semana epidemiológica 52 de 2016



Respecto a la distribución de casos de VIH, sida y mortalidad por sida el 86% de (331 casos) corresponde a VIH, seguido del 13% de (51 casos) de SIDA, y 1% de (5 casos) son muertes.

Comportamiento de la notificación según género.

Porcentaje de casos notificados de VIH/sida y muerte por Sida por género semana epidemiológica 52 de 2016



Se evidencia que de los 387 casos notificados el al SIVIGILA a semana Epidemiológica de 1- a 52 el 74% corresponden al género masculino el cual tiene mayor proporción y un 26 % al femenino en menor proporción de casos de VIH, sida.

Porcentaje de casos notificados de VIH/sida y muerte por Sida por género semana epidemiológica 52 de 2016

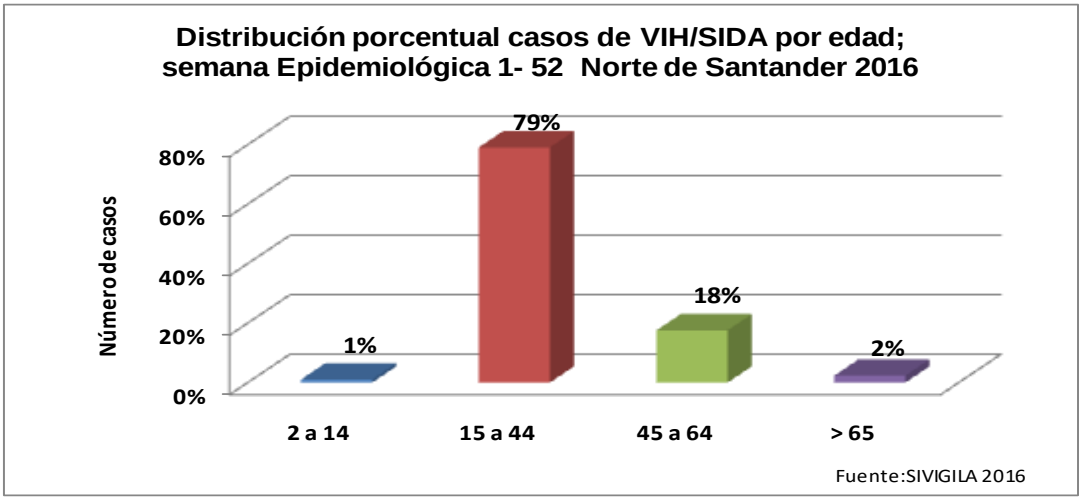
Genero	Estado Clinico	Total	Porcentaje
Femenino	VIH	91	92,0%
	SIDA	7	7,0%
	MUERTES	1	1,0%
Total		99	100%
Genero	**Estado Clinico**	**Total**	**Porcentaje**
Maculino	VIH	240	83%
	SIDA	44	15%
	MUERTES	4	1%
Total		288	100%

Fuente SIVIGILA2016

Se observa que dentro de la notificación de VIH/sida y muerte por sida en mujeres el 92% de los casos son notificados como VIH, el 7% como sida, el 1% como muerte y Comparado con la notificación de VIH/sida y muerte por sida en hombres, el 83% corresponde a VIH, el 15% a sida y el 1 % a Se observa que la notificación de VIH y muertes por VIH, es Ligeramente mayor en el género masculino.

Distribución por grupos de edad VIH/SIDA

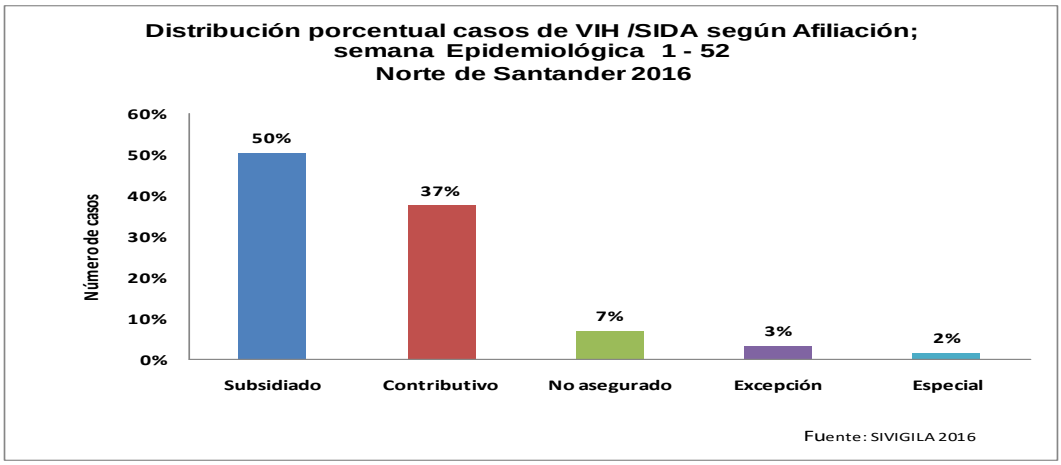
Casos notificados de VIH/sida según grupo de edad a semana epidemiológica 52 del 2016



En la notificación individual se obtienen edades simples, lo cual permite agruparlas de acuerdo a los requerimientos de análisis. En la gráfica se muestra la distribución por grupos de edad, donde el grupo de 15 a 44 años registra el mayor porcentaje de la notificación del evento con 79% de (306 casos), seguido por el grupo de 45 a 64 años con 18 %, de (68 casos) mayores de 65 años con un 2% con (9 casos), se notificaron casos en menores 2 a 14 años con 1% para 4 casos.

Comportamiento de otras Variables de Interés (Datos Complementarios).

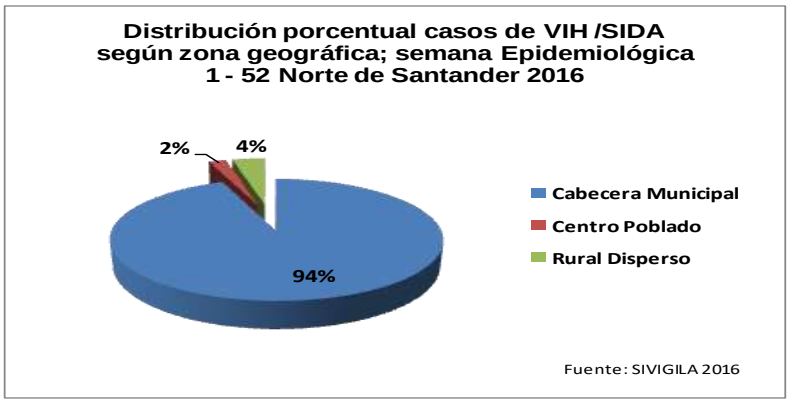
Porcentaje de casos notificados de VIH/sida por tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud a semana 52 de 2016



En cuanto al tipo de afiliación de los casos notificados a semana epidemiológica 1 a la 52 del año 2016 se puede observar que el 50, % de (195 casos) pertenecen al régimen subsidiado, el 37% de (145 casos) al contributivo, el 7% de (27 casos) al no asegurado, 3% de (13 casos) excepción y el 2% de (6 casos) y el especial.

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

Casos notificados de VIH/sida según zona geográfica a semana epidemiológica 52 de 2016



Se evidencia que a la semana epidemiológica de 1 a la 52 del año 2016, de los 387 casos notificados el 94% de (364 casos) tienen como zona de residencia la cabecera municipal, el 4% de (15 casos) la zona rural dispersa, y el 2% de (8 casos) el centro poblado.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Tasa de VIHS/IDA del departamento de Norte de Santander es de 2.8 por 10000 habitantes.

Casos Notificados de VIH/SIDA en gestantes. Semana epidemiológica 1 a la 52 de 2016

Trimestre de Embarazo	Nº casos	Porcentaje
Primer trimestre	3	13%
Segundo trimestre	8	33%
Tercer trimestre	13	54%
total	24	100%

Fuente SIVIGILA2016

Analizando la base de datos de VIH/SIDA a semana epidemiológica 1 a la 52 del año 2016, a periodo 13 fueron notificadas 24 mujeres gestantes con VIH/SIDA, el 13 % de ellas están entre la semana 1 a 12 de gestación, el 33 % entre la semana 13 a 24, y el 54% entre la semana 25 a la 40, es importante mencionar que el seguimiento a la gestante infectada antes y después del parto y al recién nacido es fundamental para conocer si se está manejando de forma óptima y oportuna los lineamientos de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH.

Se Evidencia según Municipio de residencia se han reportado reportado 387 casos en total, siendo Cucuta con mayor número de casos equivalentes a 72.9% de (282 casos), seguido de Villa del Rosario con 7.5 % de (29 casos), Ocaña 4.7% de(18 casos), Los Patios con el 4.4%(17 casos), Tibu con 1.6% para (6 casos), Puerto Santander con 1.3 de (5 casos), Los demás Municipios con menor proporción

Respecto a la distribución de casos de VIH, sida y mortalidad por sida el 86% de (331 casos) corresponde a VIH, seguido del 13% de (51 casos) de SIDA, y 1% de (5 casos) son muertes.

Se observa que dentro de la notificación de VIH/sida y muerte por sida en mujeres el 92% de los casos son notificados como VIH, el 7% como sida, el 1% como muerte y Comparado con la notificación de VIH/sida y muerte por sida en hombres, el 83% corresponde a VIH, el 15% a sida y el 1 % a Se observa que la notificación de VIH y muertes por VIH, es Ligeramente mayor en el género masculino.

En cuanto a edades En la notificación individual se obtienen edades simples, lo cual permite agruparlas de acuerdo a los requerimientos de análisis. En la gráfica se muestra la distribución por grupos de edad, donde el grupo de 15 a 44 años registra el mayor porcentaje de la notificación del evento con 79% de (306 casos), seguido

por el grupo de 45 a 64 años con 18 %, de (68 casos) mayores de 65 años con un 2% con (9 casos), se notificaron casos en menores 2 a 14 años con 1% para 4 casos.

Según l tipo de afiliación de los casos notificados a semana epidemiológica 1 a la 52 del año 2016 se puede observar que el 50, % de (195 casos) pertenecen al régimen subsidiado, el 37% de (145 casos) al contributivo, el 7% de (27 casos) al no asegurado, 3% de (13 casos) excepción y el 2% de (6 casos) y el especial.

Se evidencia que a la semana epidemiológica de 1 a la 52 del año 2016, de los 387 casos notificados el 94% de (364 casos) tienen como zona de residencia la cabecera municipal, el 4% de (15 casos) la zona rural dispersa, y el 2% de (8 casos) el centro poblado

5. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA) Y ENFERMEDADES DE RIESGO AMBIENTAL

Hallazgos

Comportamiento de la notificación – Sivigila

A semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron de manera colectiva 28 brotes, siendo afectadas 229 personas.

Magnitud en lugar y persona

En el año 2016, de las 229 personas afectadas por brotes de ETA, el 59,4% se registró en el sexo masculino y el 40,6% en el sexo masculino, el grupo de edad que presenta la mayor proporción es el de 25-29 años con el 16,6% de los casos, lo cual está condicionado directamente a los lugares de ocurrencia de los brotes presentados.

Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedades transmitidas por alimentos, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 1-52 de 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	93	40,6
	Masculino	136	59,4
Grupos de edad	Menores de un año	2	0,9
	1 a 4 años	34	14,8
	5 a 9 años	28	12,2
	10 a 14 años	32	14,0
	15 a 19 años	13	5,7
	20 a 24 años	20	8,7
	25 a 29 años	38	16,6
	30 a 34 años	16	7,0
	35 a 39 años	17	7,4
	40 a 44 años	6	2,6
	45 a 49 años	5	2,2
	50 a 54 años	3	1,3
	55 a 59 años	4	1,7
	60 a 64 años	4	1,7
	65 y más años	7	3,1

Fuente: Sivigila 2016, Instituto Departamental de Salud

De los 40 municipios el 22,5 % notificó brotes de ETA de manera colectiva al Sivigila; por procedencia los municipios de Cúcuta y Pamplona aportan el 57,2% de los casos.

Casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos por municipio de procedencia, Norte de Santander, 2016

Municipio/ Departamento	Brotes	%	Casos	%
Cúcuta	13	46,4%	73	31,9%
El Carmen	1	3,6%	2	0,9%
El Zulia	4	14,3%	25	10,9%
Gramalote	1	3,6%	4	1,7%
Hacarí	1	3,6%	10	4,4%
Pamplona	3	10,7%	58	25,3%
San Calixto	3	10,7%	13	5,7%
Silos	1	3,6%	40	17,5%
Tibú	1	5,0%	4	1,7%
Norte de Santander	**28**	**100%**	**229**	**100%**

Fuente: Sivigila 2016, Instituto Departamental de Salud

Comportamiento de otras variables de interés

Los brotes de Enfermedad Transmitida por Alimentos notificados en el 46,4% (13 brotes) han ocurrido principalmente en el hogar. Así mismo es importante mencionar que en otros lugares de ocurrencia como establecimientos educativos, militares y penitenciarios se realiza la respectiva notificación inmediata y el seguimiento oportuno de acuerdo con el protocolo de vigilancia para el evento.

Porcentaje de brotes de ETA notificados en colectivo según lugar de ocurrencia, Norte de Santander, Semanas epidemiológicas 1-52 de 2016

Lugar de Consumo del alimento implicado	Nº de Brotes	%
Hogar	13	46,4%
Establecimiento educativo	3	10,7%
Establecimiento militar	3	10,7%
Establecimiento penitenciario	3	10,7%
Club social	1	3,6%
Otro	5	17,9%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Los factores de riesgo identificados en los 28 brotes de ETA presentados son debidos principalmente a inadecuada conservación (7), inadecuado almacenamiento (6), fallas en la higiene personal del manipulador de alimentos (5). En 9 de los brotes se aplicaron medidas sanitarias, principalmente medidas preventivas, como educación en manipulación de alimentos por parte de los técnicos del área de salud.

Porcentaje de brotes de ETA notificados en colectivo según factores de riesgo, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 1-52 de 2016

Factor de Riesgo	Nº de Brotes
Fallas en cadena de frío	1
Inadecuada conservación	7
Inadecuado almacenamiento	6
Fallas en la cocción	2
Higiene personal	5
Contaminación cruzada	1
Fallas limpieza utensilios	3
Malas condiciones ambientales	2
Fuente no confiable	3
Agua potable	2
Mal descongelamiento y cocción	1
Fallas de abastecimiento de agua	1

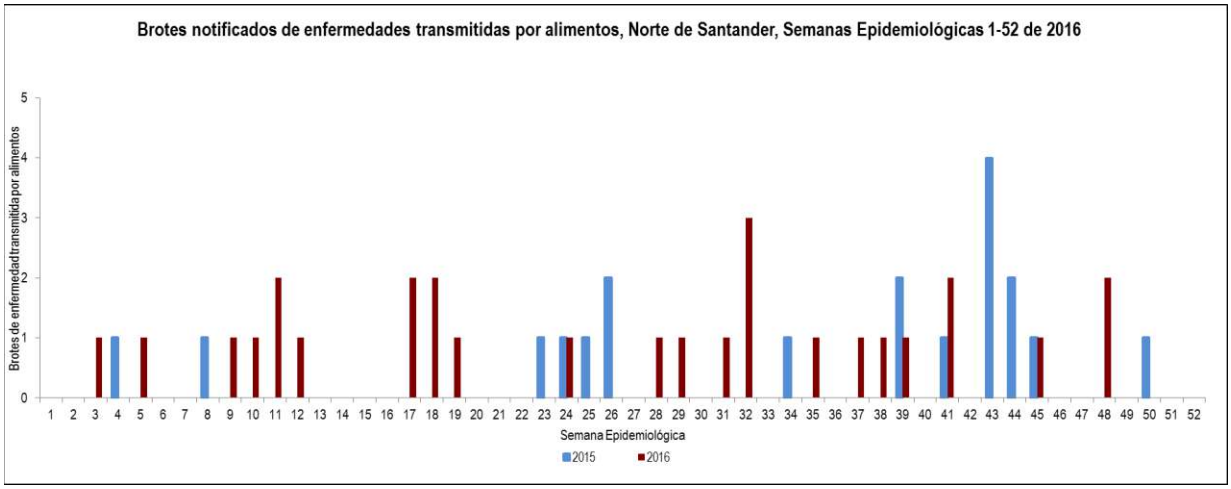
Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Se han identificado agentes patógenos en muestras de alimentos, dentro de ellos se encuentran *Escherichia coli y Staphylococcus aureus.*

Tendencia del Evento

Teniendo en cuenta los brotes de ETA por semana epidemiológica presentados en el año 2016, se observa un aumento del 47,4% con respecto a los brotes presentados en el año 2015.

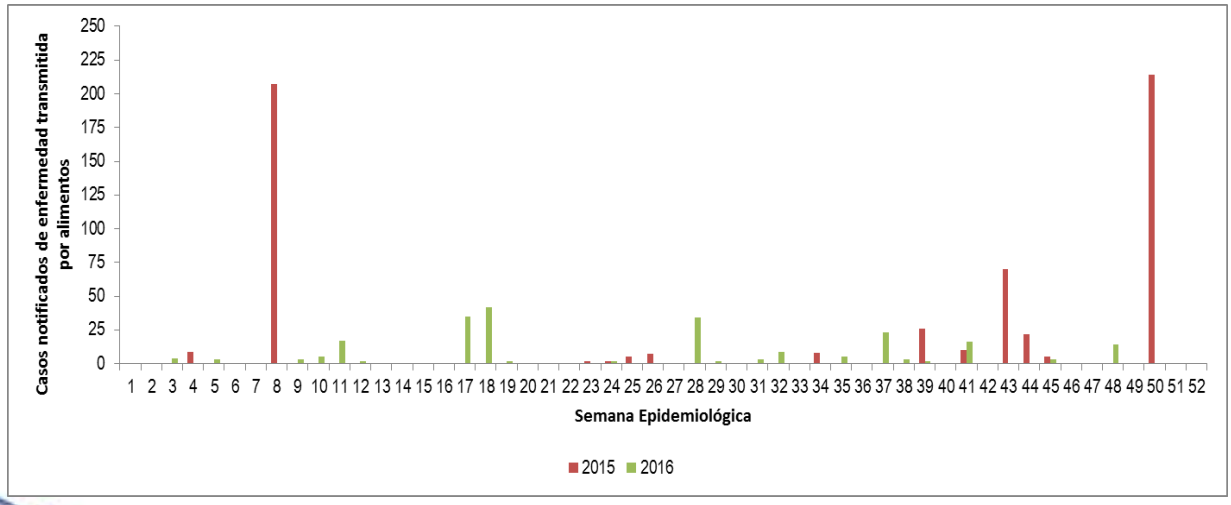
Brotes notificados de enfermedades transmitidas por alimentos, Norte de Santander
Semanas epidemiológicas 1-52, 2 015 – 2 016



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2015-2016

Teniendo en cuenta los casos involucrados en brotes de ETA, en las semanas epidemiológicas 1-52 de 2016, se evidencia una disminución del 61% con respecto a los casos involucrados en el año 2015, lo que indica que se presentaron mayor número de brotes con menos personas afectadas.

Casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos, Norte de Santander, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2015-2016

La tasa departamental de morbilidad de Enfermedades Transmitidas por Alimentos fue de 25,5 casos por 100.000 habitantes.

Se notifica una mortalidad por enfermedad transmitida por alimentos, cuya procedencia es del municipio de Durania, donde el alimento fue el vehículo para ingestión del tóxico.

Conclusiones

- En el año 2016 se notificaron al Sivigila 229 casos de ETA, involucrados en 28 brotes.
- El grupo de edad que presentó mayor proporción fue el de 25 a 29 años.
- Los municipios de Cúcuta y Pamplona aportan el 57,2% de los casos notificados.
- El lugar de consumo implicado en la mayoría de brotes fue el hogar y el principal factor de riesgo fue inadecuada conservación.
- En cuanto a la notificación de brotes en el año 2016, se observa una aumento del 47,4% con respecto al año 2015.
- La tasa departamental de morbilidad de Enfermedades Transmitidas por Alimentos fue de 25,5 casos por 100 000 habitantes.

Recomendaciones

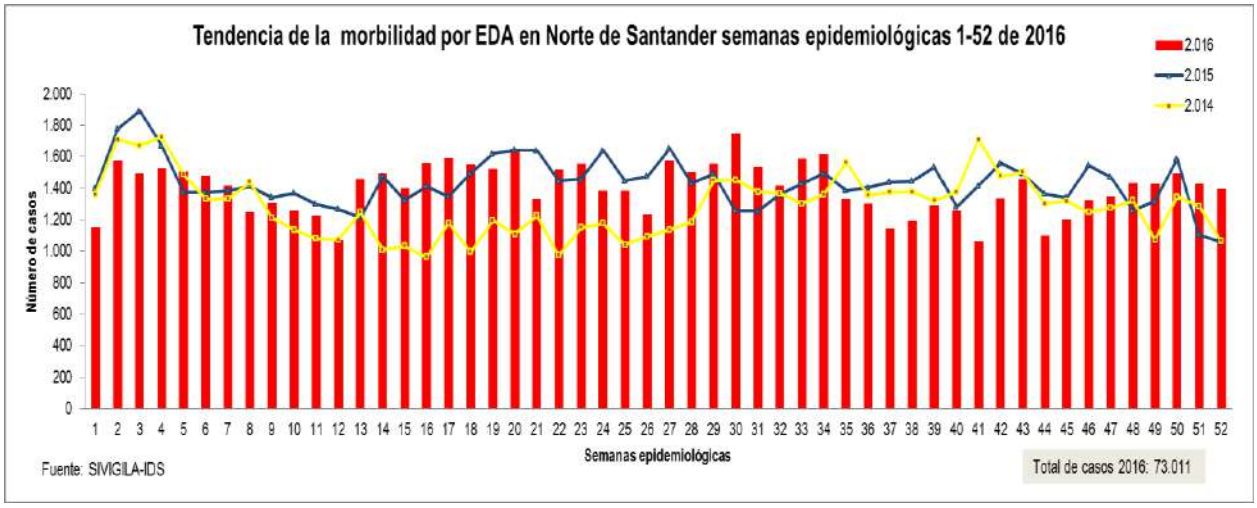
- La revisión semanal de la notificación individual permite establecer la configuración de brotes en casos que hayan sido notificados como aislados.
- La realización de BAI, de eventos asociados a ETA, contribuye en la disminución del subregistro del evento.
- La caracterización de feriados municipales, pueden indicar la influencia en la ocurrencia de brotes de ETA.

MORBILIDAD POR ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA

Durante el año 2016, se notificaron un total de 73.011 casos por enfermedad diarreica aguda incluye todos los grupos de edad). Estos fueron reportados por los 40 municipios del departamento. El mayor número de casos

entre las semanas 30 (1.751 casos). El menor número de casos ocurrió en la semana 12 (1.069 casos). El comportamiento durante el año se mantuvo dentro de estos dos rangos.

Tendencia de la EDA en Norte de Santander, semanas epidemiológicas 1-52 de 2016



Al comparar el comportamiento del evento en el año 2016 respecto a los años 2014 y 2015 se observa en general un comportamiento similar respecto a los dos años anteriores. Para el caso del año 2015 (casos acumulados a semana epidemiológica 48 2 830 154), se observa una leve disminución de casos en el año 2016 con respecto al 2015 en un 2% (1.623 casos menos).

Casos y proporción de incidencia de enfermedad diarreica aguda por grupos de edad, Norte de Santander 2016.

Grupos de edad	Población DANE	Casos	Incidencia
< 1 año	25685	5.908	23.002
1 a 4 años	100861	15.809	15.674
5 a 9 años	124771	6.409	5.137
10 a 14 años	128402	4.308	3.355
15 a 19 años	135295	4.263	3.151
20 a 24 años	124937	5.199	4.161
25 a 29 años	111186	4.845	4.358
30 a 34 años	98724	4.094	4.147
35 a 39 años	85690	3.431	4.004
40 a 44 años	76757	2.856	3.721
45 a 49 años	76418	2.742	3.588
50 a 54 años	72110	2.580	3.578
55 a 59 años	60740	2.592	4.267
60 a 64 años	47693	2.430	5.095
65 a 69 años	35922	1.678	4.671
70 a 74 años	25391	1.348	5.309
75 a 79 años	18547	1.156	6.233
80 y más años	18579	1.363	7.336
Norte de Santander	**1.367.708**	**73.011**	**5.338**

Fuente: SIVIGILA-IDS

La enfermedad diarreica aguda es un evento se ha presentado en todos los grupos de etarios en la población Nortesantandereana. El grupo que presenta el mayor número de casos es el de 1 a 4 años con 15.809 casos. Sin embargo la mayor incidencia se observa el grupo de menores de un año 23.002 por cada 100. 000 habitantes. La incidencia departamental se encuentra en 5.338 por cada 100.000.

En los grupos de personas mayores de 60 años, se incremental los casos presentando un leve aumento por encima de los demás grupos poblacionales.

Incidencia morbilidad por enfermedad diarreica aguda por municipio de procedencia, Norte de Santander, 2016.

Municipio	Número de casos notificados	Porcentaje	Población DANE	Incidencia * 100000 habitantes
Cúcuta	46.785	64,1%	656.380	7.128
Ocaña	6.788	9,3%	98.992	6.857
Villa del Rosario	3.527	4,8%	90.544	3.895
Pamplona	3.051	4,2%	57.803	5.278
Los Patios	2.436	3,3%	77.474	3.144
Tibú	1.988	2,7%	36.708	5.416
El Zulia	1.308	1,8%	23.107	5.661
Sardinata	1.197	1,6%	22.620	5.292
Convención	754	1,0%	13.296	5.671
Abrego	630	0,9%	38.363	1.642
Chinácota	518	0,7%	16.513	3.137
Puerto Santander	384	0,5%	10.421	3.685
Teorama	302	0,4%	21.978	1.374
La Esperanza	277	0,4%	12.123	2.285
Salazar	251	0,3%	8.942	2.807
Lourdes	240	0,3%	3.362	7.139
La Playa	239	0,3%	8.553	2.794
El Carmen	226	0,3%	13.790	1.639
Hacarí	225	0,3%	10.722	2.098
El Tarra	208	0,3%	10.974	1.895
San Cayetano	182	0,2%	5.537	3.287
Bochalema	158	0,2%	7.020	2.251
Ragonvalia	151	0,2%	6.897	2.189
Cáchira	143	0,2%	11.008	1.299
Toledo	143	0,2%	17.284	827
San Calixto	136	0,2%	13.631	998
Arboledas	132	0,2%	8.972	1.471
Durania	119	0,2%	3.735	3.186
Santiago	101	0,1%	2.844	3.551
Villa Caro	91	0,1%	5.204	1.749
Chitagá	83	0,1%	10.391	799
Bucarasica	74	0,1%	4.570	1.619
Pamplonita	47	0,1%	4.945	950
Gramalote	36	0,05%	5.512	653
Cucutilla	32	0,04%	7.625	420
Silos	21	0,03%	4.366	481
Herrán	12	0,02%	4.006	300
Mutiscua	7	0,01%	3.747	187
Cacota	6	0,01%	1.873	320
Labateca	3	0,00%	5.876	51
Norte de Santander	**73.011**	**100%**	**1.367.708**	**5.338**

Fuente: SIVIGILA-IDS

En todo lo largo y ancho del departamento Norte de Santander, se notificaron casos de enfermedad diarreica aguda. Los municipios que presentaron mayor incidencia, fueron: Lourdes con una tasa de incidencia de 7.139 por cada 100.000 Habitantes (240 casos). A este le sigue el municipio de Cúcuta con 7.128 por cada 100.000 Habitantes (46.785 casos) y en tercer lugar tenemos a Ocaña con 6.857 por cada 100.000 Habitantes (6.788 casos).

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

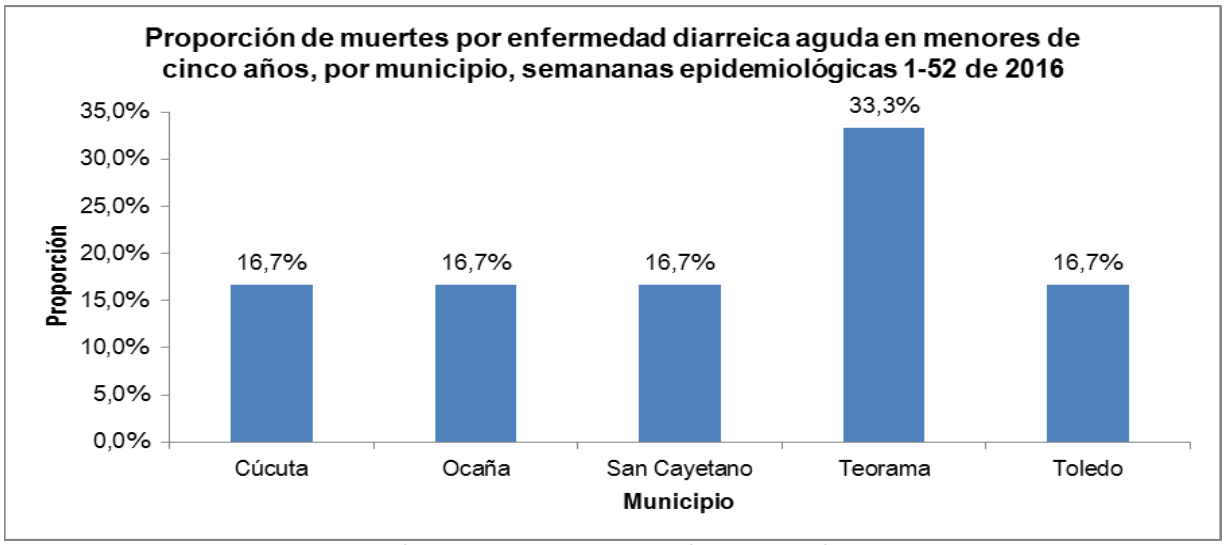
Hallazgos

Comportamiento de la notificación – Sivigila

A semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron 9 muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco (5) años, se realizó ajuste D en dos (2) casos luego de la definición de la causa de muerte discutida en la unidad de análisis, un (1) caso no se realizó el ajuste D requerido sin embargo para efecto del análisis se toma como descartado, por lo tanto se tendrán en cuenta seis (6) muertes por enfermedad diarreica agua en menores de 5 años (evento código 590).

Teniendo en cuenta la notificación en el año 2015, se observa un aumento del 66,6% en los casos registrados del año 2016.

Mortalidad por EDA en menores de 5 años, Norte de Santander 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander

De acuerdo con los casos notificados, la tasa de mortalidad por municipio de residencia muestra para el año 2016 que el municipio de San Cayetano presenta la mayor tasa de mortalidad 173,9 casos por cada 100.000 habitantes. Encontrándose por encima de la tasa departamental al igual que los municipios de Ocaña, Teorama y Toledo.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años según municipio de residencia, Norte de Santander, Semanas Epidemiológicas 1-52 de 2016 2016.

Municipio	Número de Casos	Población estimada menores de 5 años, (Censo DANE 2005, Proyecciones 2016)	Mortalidad por 100000 menores de cinco años
Cúcuta	1	55.993	1,8
Ocaña	1	8.650	11,6
San Cayetano	1	575	173,9
Teorama	2	2.968	67,4
Toledo	1	1.728	57,9
Norte de Santander	**6**	**126.546**	**4,7**

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander

Magnitud en lugar y persona

En el año 2016, para los menores de un año la tasa de mortalidad es de 7,8 casos por 100.000 menores de 5 años, en el grupo de uno a cuatro años es de 4,0 casos por cada 100.000 menores.

Tabla Mortalidad enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años por grupo de edad, Norte de Santander 2016.

Grupo de edad < 5 años	Número de Casos Semanas epidemiológicas 1-52 de 2016	Población estimada menores de 5 años, (Censo DANE 2005, Proyecciones 2016)	Mortalidad por 100000 menores de cinco años
< 1 año	2	25.685	7,8
1-4 años	4	100861	4,0
Total Norte de Santander	**6**	**126.546**	**4,7**

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander

Respecto la variable sexo, el 50% de los casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años se presentó en el sexo femenino y el 50% en el sexo masculino. De acuerdo al régimen de afiliación el 100% corresponden a menores vinculados al régimen subsidiado.

De las 6 muertes en menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda notificados en el año 2016, el 83,3% de los casos requirió hospitalización.

Teniendo en cuenta el área de ocurrencia de los casos el 66,7% pertenecen a área rural dispersa, y cabecera municipal y centro poblado con el 16,7% cada uno.

Tabla Distribución porcentual muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años por pertenencia étnica, Norte de Santander 2016.

Pertenencia Étnica	Número de casos	Porcentaje
Indígena	2	33,3%
Otro	4	66,7%
Total	**6**	**100%**

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander

Comportamiento de otras variables de interés

Se identifica que en el 50% de los casos no se cuenta con información acerca del esquema de vacunación de los menores, el 33,3% no presentaba esquema de vacunación completo para la edad y el 16,7% si lo presentaba, siendo éste dato de importancia dado que dicha condición incide en la vulnerabilidad y por ende en la probabilidad de morir.

Un factor de riesgo importante para el evento es la fuente de abastecimiento de agua, para lo cual se identifica que el 33.3% se abastecen de pozo y ríos respectivamente y con el 16,7% acueducto y manantiales cada uno. La disposición de excretas muestra una proporción igual 33,3% para alcantarillado, cielo abierto y relleno sanitario.

Teniendo en cuenta los factores que determinan el riesgo de muerte por enfermedad diarreica aguda, se identifica que condiciones de hacinamiento y viviendas con pisos de tierra estaban presente en el 66.7% de los casos.

Tabla Factores de riesgo identificados en muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, Norte de Santander 2016

Factor de Riesgo	Número de Casos	Porcentaje
Desnutrición	2	33,3%
Hacinamiento	4	66,7%
Hábitos inadecuados	2	33,3%
Piso de Tierra	4	66,7%
Insectos	3	50,0%
Inadecuada manipulación de alimentos	1	16,7%

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander

Se identifica que el 83,3% de los padres y/o cuidadores cuentan con educación básica primaria y el 16,7% educación secundaria.

Distribución porcentual muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años por determinantes, Norte de Santander, 2016.

	Reconoció signos de alarma	Recibió Sales de Rehidratación Oral SRO	Reconoce diarrea como enfermedad grave	Busco ayuda	Fácil transporte	Terapia no convencional	Atención oportuna	Dificultad administrativa para acceder al servicio
Si	83,3%	50,0%	83,3%	100,0%	50,0%	50,0%	66,7%	16,7%
No	16,7%	50,0%	16,7%	0%	33,3%	50,0%	33,3%	83,3%
Desconocido	0%	0%	0%	0%	16,7%	0%	0%	0%

Fuente: Sivigila 2016, Instituto Departamental de Salud

Tendencia del evento

Los 6 casos de muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años fueron notificados en las semanas epidemiológicas, 21, 22, 30, 31, 42, 49.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años, Norte de Santander Semanas Epidemiológicas 1-52 de 2016

Se notificaron 6 muertes de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, correspondiendo a una mortalidad por ésta causa en menores de 5 años de 4,7 muertes por cada 100000 menores de cinco años.

Porcentaje de casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años analizados en comité de mortalidad.

Se realiza unidad de análisis al 100% de casos reportados. Se realizó un total de nueve casos al sistema; mediante las unidades de análisis se descartan dos que se ajustan en el SIVIGILA con ajuste D.

LETALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Letalidad por enfermedad diarreica aguda según municipio de procedencia, Norte de Santander, 2016.

Municipio	Número de casos por EDA en menores de 5 años	Número de muertes por EDA en menores de 5 años	Letalidad
Cúcuta	13.357	1	0,01
Ocaña	2.588	1	0,04
San Cayetano	75	1	1,33
Teorama	121	2	1,65
Toledo	74	1	1,35
Norte de Santander	**21.717**	**6**	**0,03**

Fuente: SIVIGILA-IDS

Los municipios del departamento que reportaron muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, tenemos la mayor tasa en Teorama con una letalidad de 16,53* 1.000 < de 5 años. La menor la presentó el municipio de Cúcuta con 0,07 * 1.000 < de 5 años. La tasa departamental para este año fue de 0,28 * 1.000 < de 5 años

Recomendaciones

- Las acciones de búsqueda activa de casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda a través de registros individuales de prestación del servicio y certificados de defunción son fundamentales para el seguimiento del evento.

- Intensificar las acciones basadas en la estrategia AIEPI de la OMS/OPS, en los planes de prevención y control de la enfermedad diarreica aguda, principalmente en su componente comunitario.

- Evaluar los avances de la implementación de la estrategia de entornos saludables, estrategia AIEPI y acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (relacionadas con la promoción, prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda), en cada entidad territorial con el objeto de identificar los avances en la mejora de los hábitos, conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la afectación positiva de los factores de riesgo relacionados con la enfermedad diarreica aguda, la identificación de signos de alarma y peligro de muerte y la demanda oportuna de servicios de salud.

HEPATITIS A

Se realizó un informe de tipo descriptivo sobre la notificación realizada al Sivigila y los resultados del Laboratorio Departamental de Salud Pública – vigencia 2016, presentando el comportamiento, incidencia y tendencia de los casos de hepatitis A en tiempo, lugar y persona (variables demográficas y sociales) y criterios de confirmación diagnóstica.

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de hepatitis A, vigencia 2 .016, una vez depurada y analizada la base se identificó lo siguiente:

- Registros de la base de datos original: 122 registros
- Registros repetidos: 11 registros
- Registros con ajuste tipo "D" (error de digitación): 1 registro
- Registro de casos de otras procedencias: 4 registros
- Registros finales en base de datos depurada: 106 registros

Magnitud en lugar y persona

Durante la vigencia 2.016 se notificaron 106 casos de hepatitis A, 79 casos fueron confirmados por laboratorio y 27 casos confirmados por clínica. Por procedencia, Cúcuta, Convención, Ocaña, Villa del rosario, Los Patios, Tibú y El Carmen notificaron el 93 % de los casos.

Tabla 1
Casos de hepatitis A notificados por municipio de procedencia, Norte de Santander 2016

Municipio	Confirmados por Clinica	Confirmados por Laboratorio	Total	%
Cúcuta	3	26	29	27%
Convención	13	15	28	26%
Ocaña		20	20	19%
Villa del Rosario	6	7	13	12%
Los Patios	3	1	4	4%
Tibú		3	3	3%
El Carmen		2	2	2%
Abrego		1	1	1%
Cachira	1		1	1%
El Tarra		1	1	1%
Hacarí		1	1	1%
La Bateca	1		1	1%
San Calixto		1	1	1%
Teorama		1	1	1%
Total	**27**	**79**	**106**	**100%**

Indicadores de Vigilancia del Evento

Incidencia Casos Hepatitis A: Amazonas, Caquetá, Guaviare, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Vaupés han permanecido en silenciosas en las primeras 48 semanas epidemiológicas del año para este evento. La incidencia nacional de hepatitis A es de 2,10 casos por 100 000 habitantes. Vichada, Norte de Santander, Antioquia, Caldas, Quindío, Casanare y Guainía registran incidencias mayores que la nacional.

Tabla 2
Incidencia de Hepatitis A,
Norte de Santander 2016

Municipio	Total	Incidencia
Cúcuta	29	2,1
Convención	28	2,0
Ocaña	20	1,5
Villa del Rosario	13	1,0
Los Patios	4	0,3
Tibú	3	0,2
El Carmen	2	0,1
Abrego	1	0,1
Cachira	1	0,1
El Tarra	1	0,1
Hacarí	1	0,1
La Bateca	1	0,1
San Calixto	1	0,1
Teorama	1	0,1
Total	**106**	**7,8**

Fuente: Sivigila, IDS Norte de Santander 2016

Durante la vigencia 2016 se notificaron 7,8 casos nuevos del evento por cada 100.000 habitantes o personas en riesgo

Letalidad: La proporción de muertes a causa de hepatitis A en el departamento de Norte de Santander es 0 por cada 100 casos de Hepatitis A.

Oportunidad en la notificación inmediata de botes de Hepatitis A en población cerrada o cautiva: No se presentaron brotes de notificación inmediata en población cautiva durante la vigencia 2016

Porcentaje de brotes de Hepatitis A en población cerrada o cautiva, con análisis virológico en muestras de agua: No se presentaron brotes de notificación inmediata en población cautiva durante la vigencia 2016

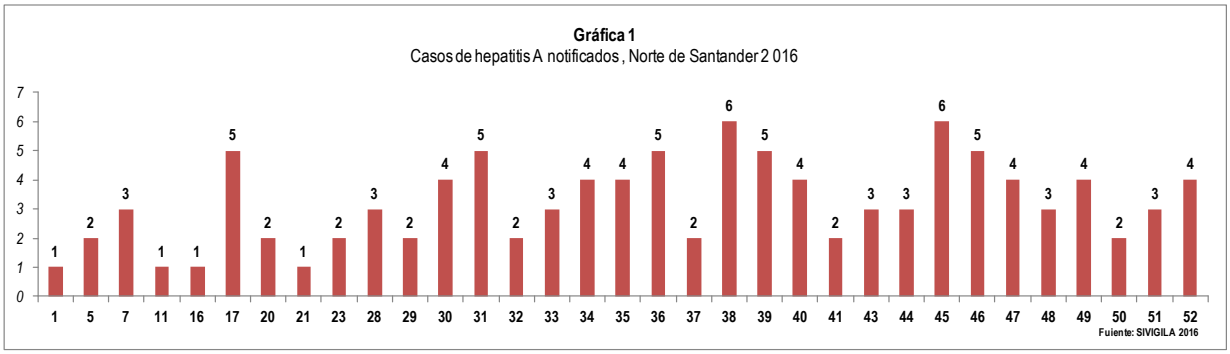
Análisis Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento: Se presento un brote durante el segundo semestre del año 2016 con un total de 24 casos residentes en el municipio de Convención afectando a la población joven y estudiante, solo se analizaron un total de 5 muestras de Agua de este brote dando positivo 4 casos para el virus de Hepatitis A.

Comportamiento Sociodemográfico casos de Hepatitis A: En cuanto a las características sociales y demográficas, el 58 % de los casos de hepatitis A se registró en el sexo masculino, el 70% están afiliados al régimen subsidiado. Por pertenencia étnica otros ocupo el 100% del total de la notificación; los grupos de edad más afectados fueron los de 10 a 14 años (10 %) seguido por 5 a 9 años (17%) El 67 % ocurrieron en la cabecera municipal, el 42 % fueron hospitalizados (ver tabla 3).

Tabla 3
Comportamiento Demográfico y Social de los Casos de Hepatitis A, Norte de Santander 2016

Variable	Categoría	2016	%
Sexo	Masculino	61	58%
	Femenino	45	42%
Tipo de Régimen	Subsidiado	74	70%
	Contributivo	17	16%
	No Asegurado	9	8%
	Excepción	3	3%
	Indeterminado	2	2%
	Especial	1	1%
Pertenencia Etnica	Otro	106	100,0%
Área de Ocurrencia	Cabecera Municipal	71	67%
	Rural Disperso	28	26%
	Centro Poblado	7	7%
Grupo Edad	Menores de 1 Año	0	0%
	1 a 4 Años	3	3%
	5 a 9 Años	18	17%
	10 a 14 Años	23	22%
	15 a 19 Años	17	16%
	20 a 24 Años	17	16%
	25 a 29 Años	8	8%
	30 a 34 Años	3	3%
	35 a 39 Años	2	2%
	40 a 44 Años	3	3%
	45 a 49 Años	0	0%
	50 a 54 Años	2	2%
	55 a 59 años	2	2%
	60 a 64 Años	1	1%
	65 Años y Más	7	7%
Hospitalización	No	62	58%
	Si	44	42%

Comportamiento epidemiológico de la notificación de casos de Hepatitis A por semana epidemiológica vigencia 2016: Durante esta vigencia la notificación de casos empieza en la primera semana epidemiológica, logrando un aumento en número de casos en las semanas 17-31-38 y 45.



FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Realizar la notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea oportunamente.
- ✓ Realizar la investigación de todo caso probable durante las primeras 48 horas después de la notificación.
- ✓ Tomar las muestras adecuadas para confirmación o descarte del diagnóstico utilizando los métodos diagnósticos de laboratorio recomendados por Lineamientos.
- ✓ Orientar la toma de decisiones y las medidas de control a través de un análisis oportuno y completo de la información.

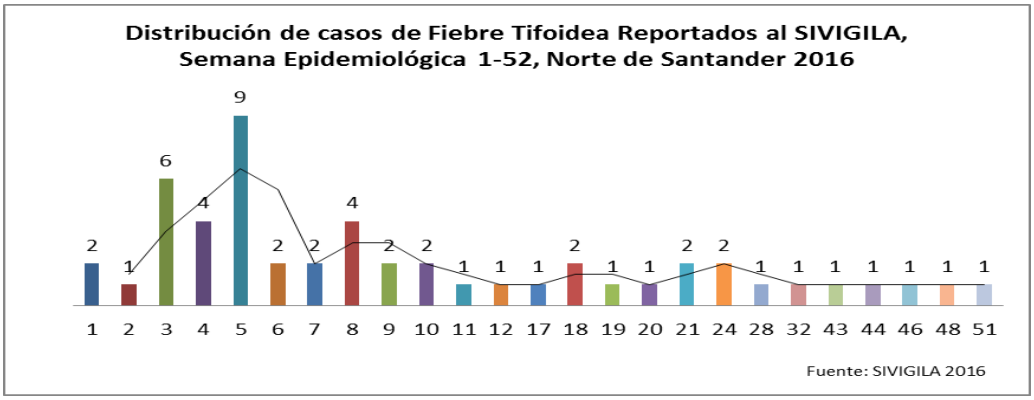
MATERIALES Y MÉTODOS

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento.

HALLAZGOS

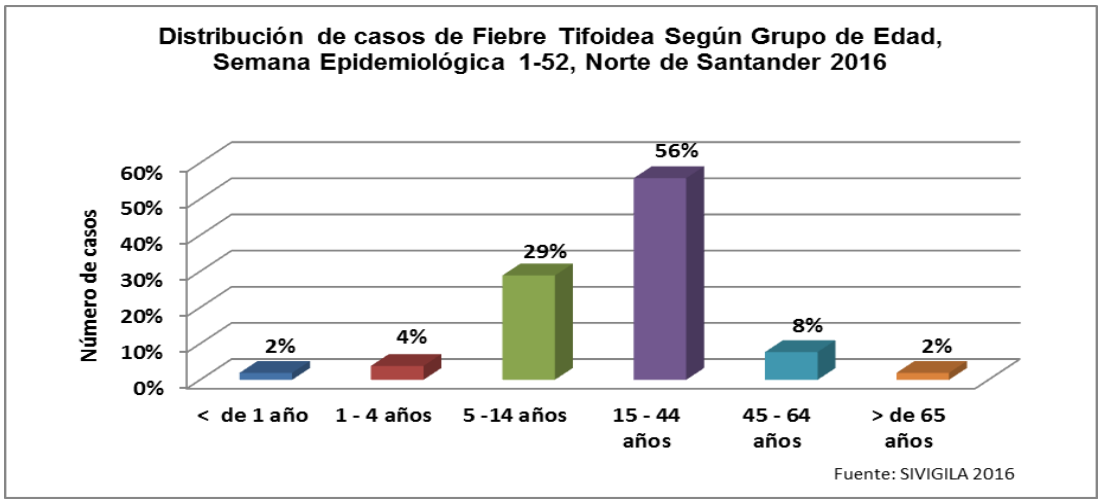
Se notificaron al SIVIGILA 52 casos de fiebre tifoidea, todos pertenecen al Departamento Norte de Santander

Grafica N° 1
Casos de Fiebre Tifoidea según, semana epidemiológico 1-52, de 2016



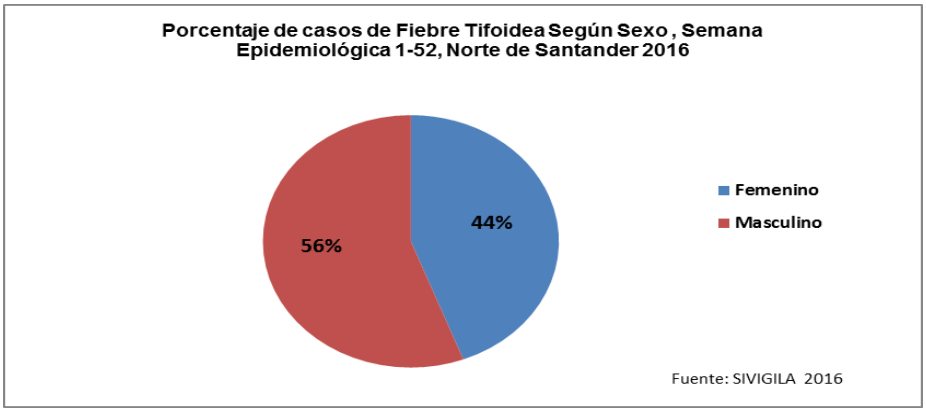
El promedio de notificación por semana epidemiológica fue de 2,1 casos, con una mínima de 1 caso y una máxima de 9 casos en la semana epidemiológica 5. La tasa de incidencia departamental es de 3.8 casos por 100.000 habitantes.

Casos de Fiebre Tifoidea según edad, semana epidemiológico 1-52, de 2016



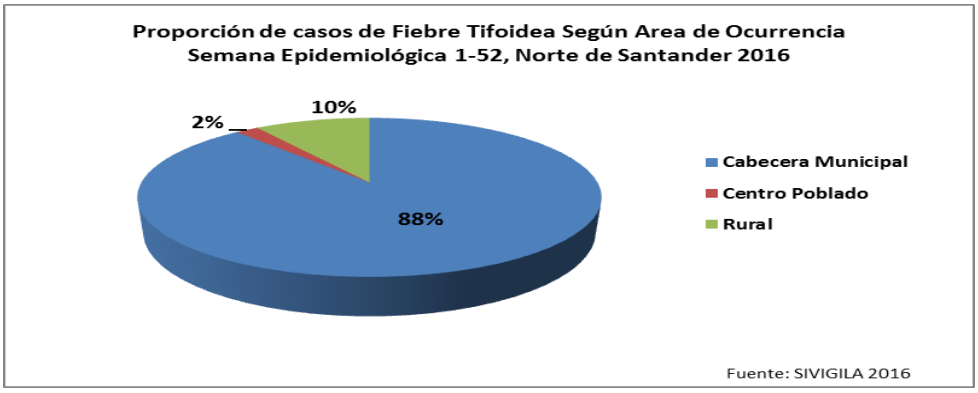
De acuerdo al grupo de edad el más afectado es el de 15-44 años con un 56%, seguido del grupo de 5-14 años con el 29%, grupo de 45-64 años con el 8%, el grupo de 1-4 años con 4%, en menor proporción en menores de 1 año y mayores de 65 años con un 2% cada grupo de edad.

Grafica N° 3
Casos de Fiebre Tifoidea según sexo, semana epidemiológico 1-52, de 2016



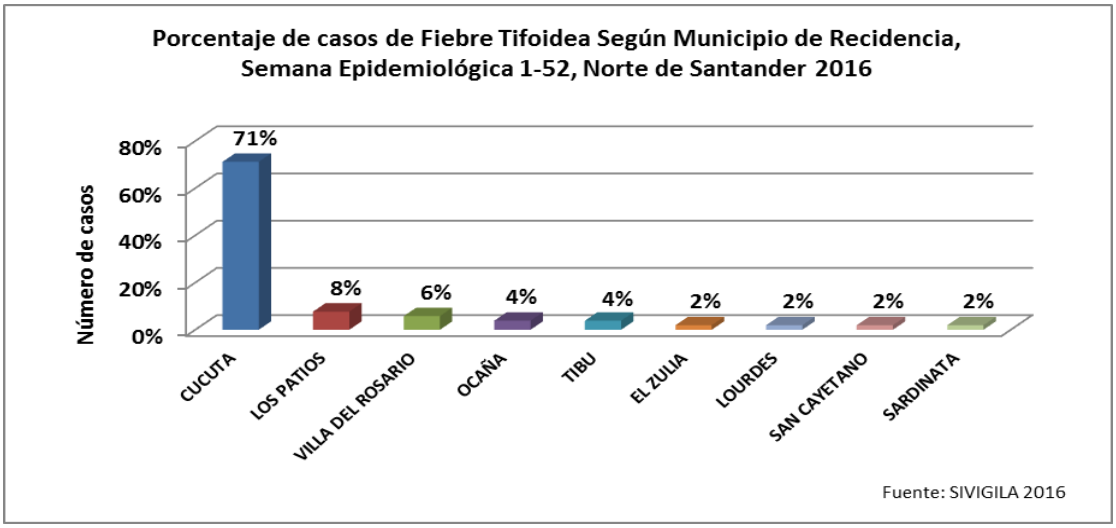
Se evidencia que de los 52 casos notificados el al SIVIGILA a semana Epidemiológica de 1- a 52 el 56% corresponden al género masculino el cual tiene mayor proporción y un 44 % al femenino en menor proporción de casos de Fiebre Tifoidea.

Casos de Fiebre Tifoidea según área de ocurrencia, semana epidemiológico 1-52, de 2016



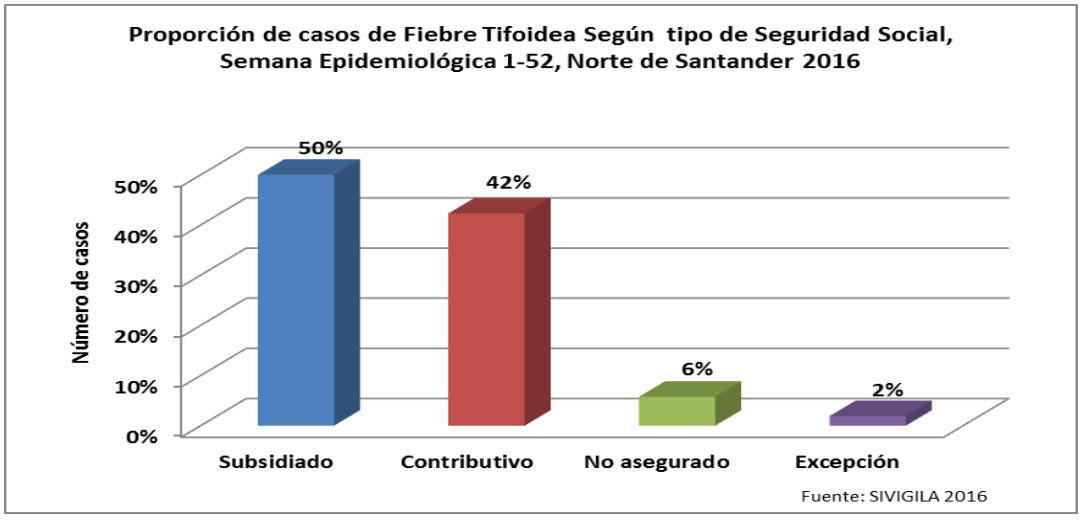
En lo relacionado a área de ocurrencia la cabecera municipal se encuentra afectada en un 88% siendo en esta área donde se encuentra conglomerada la mayor cantidad de población y el 10% afecta al rural disperso.

Casos de Fiebre Tifoidea según Residencia, semana epidemiológico 1-52, de 2016



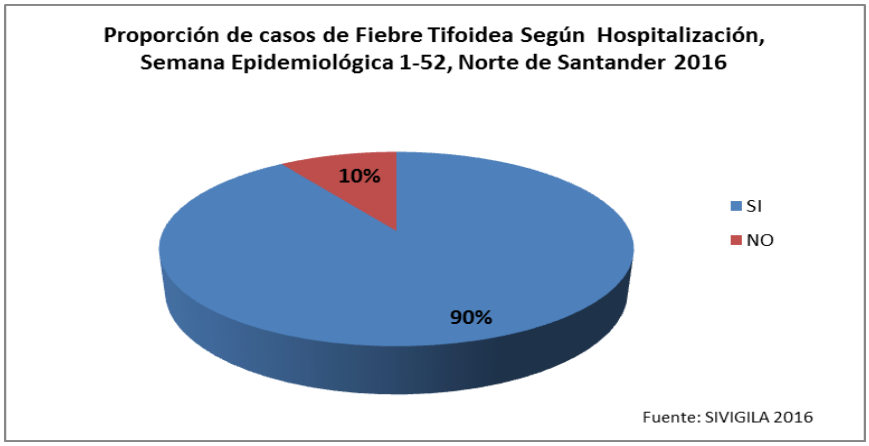
Por municipio de Residencia el más afectado es Cúcuta con el 71%. Los municipios del Departamento que se encuentran afectados son: los patios con el 8%, villa del rosario 6%, Ocaña y Tibú con un 4% cada uno y demás en menor proporción.

Casos de Fiebre Tifoidea según Seguridad Social, semana epidemiológico 1-52, de 2016



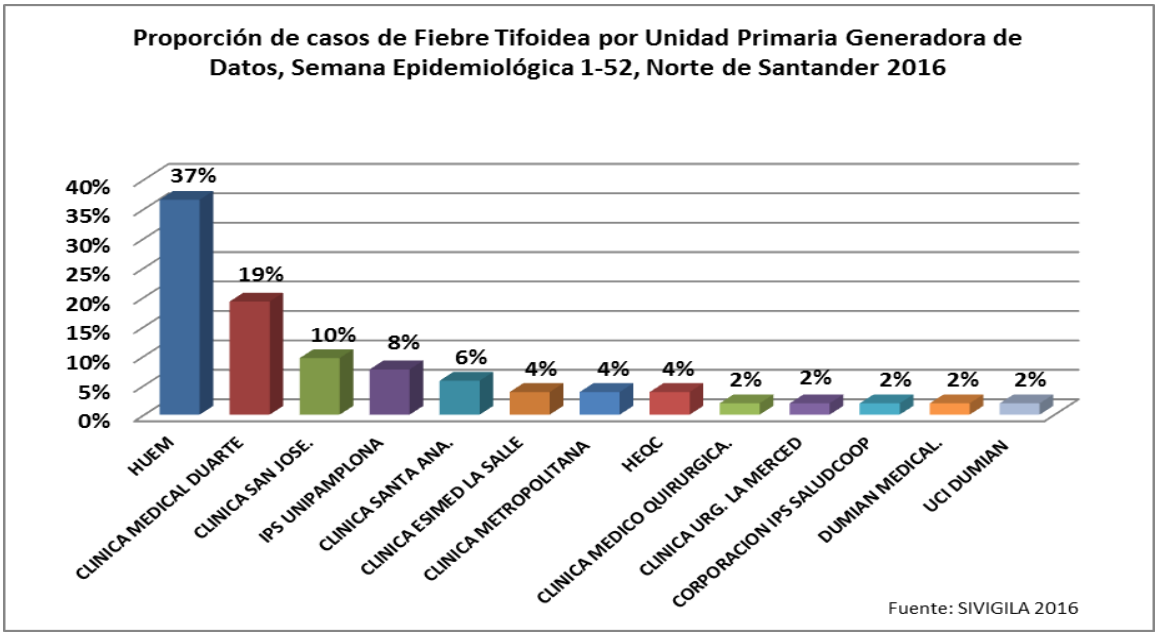
De los casos notificados el 50% corresponden al régimen subsidiado, 42% al contributivo, 6% No asegurado, y el 2% pertenecen al régimen de Excepción.

Casos de Fiebre Tifoidea según Hospitalización, semana epidemiológico 1-52, de 2016



Del 100% de casos notificados al SIVIGILA el 90% requirieron del servicio de hospitalización y el 10% no requirió del servicio

Casos de Fiebre Tifoidea según UPGD, semana epidemiológico 1-52, de 2016



La mayor proporción de casos de fiebre tifoidea por UPGD corresponden al HUEM hospital de III nivel de atención con el 37%, seguido de la clínica medical duarte con el 19% y la clínica san José con el 10%, los demás en menor proporción.

INTOXICACIONES AGUDAS POR SUSTANCIAS QUÍMICAS

El uso, comercio y la gran variedad de productos químicos disponibles en el mercado (plaguicidas, medicamentos, metales pesados, solventes, productos para el hogar, psicoactivos) destinados a aumentar la producción de alimentos, proteger la salud y facilitar la vida diaria, se constituyen en riesgo para la salud pública, incrementando la ocurrencia de intoxicaciones agudas y crónicas.

Los grupos de sustancias químicas notificados por el evento 365 son: medicamentos plaguicidas, metanol, metales, solventes, otras sustancias químicas, gases, sustancias psicoactivas.

Hallazgos

Comportamiento de la notificación – Sivigila

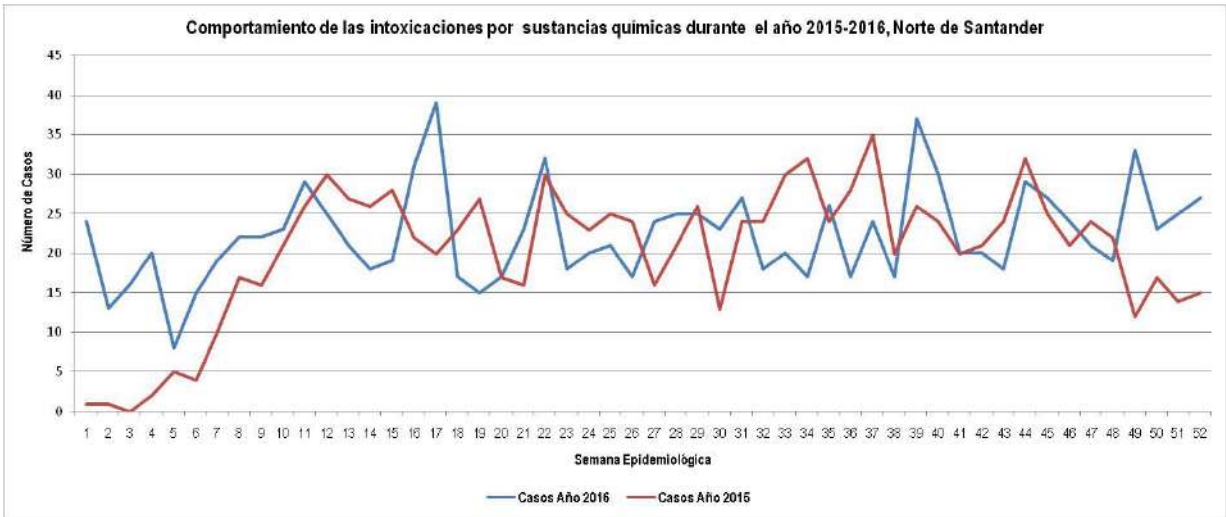
La base de datos notificados de intoxicaciones por sustancias químicas en el año 2016; presentó las siguientes características:

a. Registro de la base de datos original: 1405
b. Registros duplicados: 215
c. Registros descartados: 3
d. Registros descartados por error de digitación: 8
e. Registros con otras procedencias: 19
f. Registros finales en la base de datos depurada: 1160

A semana epidemiológica 52 del 2016 la notificación de casos de intoxicaciones por sustancias químicas presentó 1160 casos en total, los cuales de acuerdo a la definición de casos corresponden a casos confirmados por laboratorio, clínica y nexo epidemiológico.

Comportamiento de las intoxicaciones por sustancias químicas en el año 2016, Norte de Santander

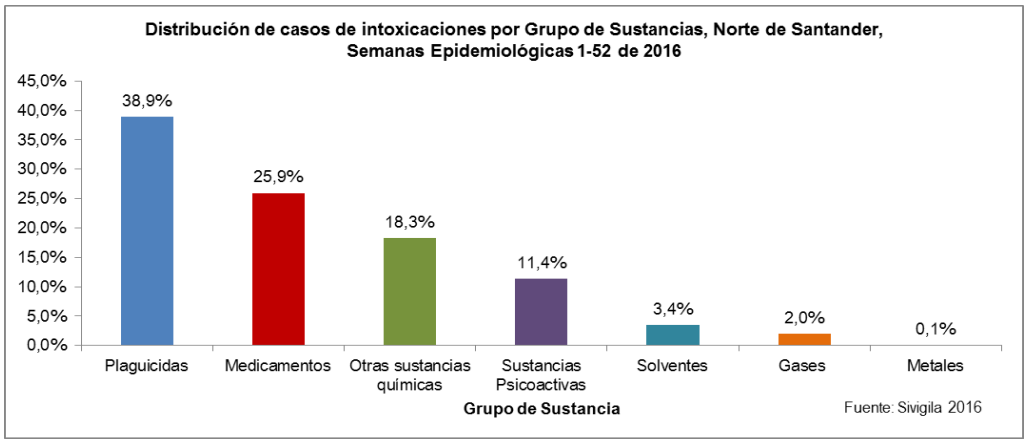
En Norte de Santander en el año 2015 se notificaron 1056, mientras en el año 2016 se notificaron 1160 casos, se evidencia un aumento en la notificación, que puede asociarse con el fortalecimiento de la notificación por parte de las UPGD municipales al SIVIGILA, así como también al incremento del uso de sustancias químicas en las actividades diarias del ser humano en diferentes ámbitos. El comportamiento de la notificación de intoxicaciones por sustancias químicas durante el año 2016 muestra un comportamiento variable, con picos epidemiológicos en las semanas epidemiológicas 17 y 39.



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, 2015-2016

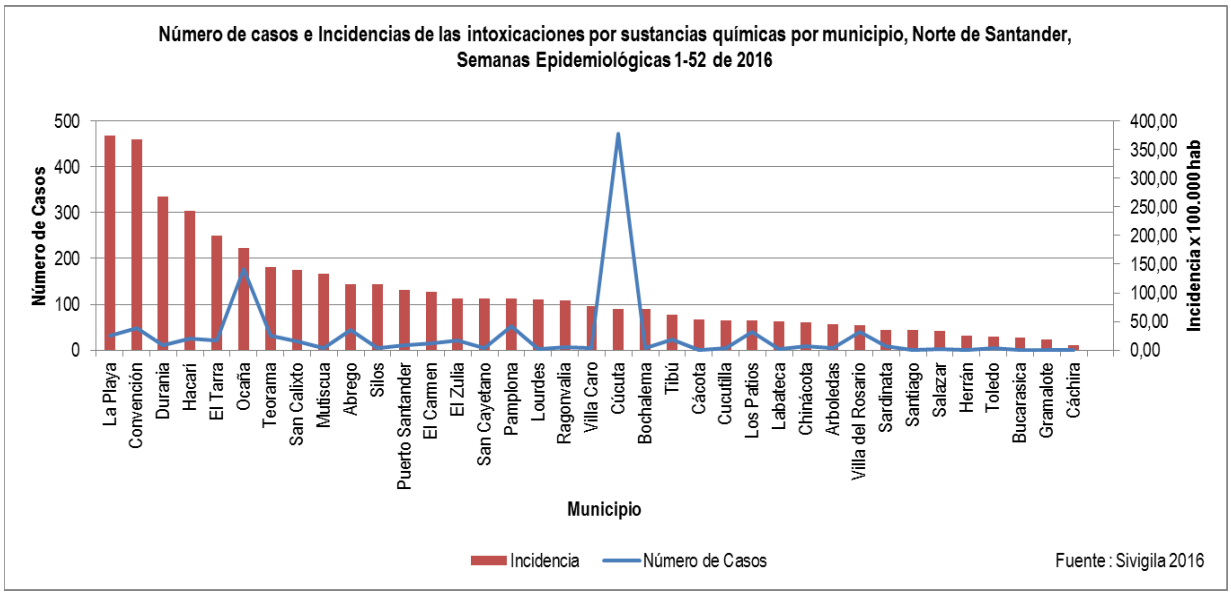
Comportamiento de la notificación – Análisis

Según el grupo de sustancia notificado, las intoxicaciones por sustancias químicas, para el período epidemiológico presentan el siguiente comportamiento:



Las intoxicaciones por plaguicidas aportan el 38.9% de los casos, los productos con implicados en el mayor número de casos son: campeón, furadan, gramoxone, neguvón, sicario. El grupo de medicamentos representa el

25.9%, otras sustancias químicas 18.47%, el producto implicado en el mayor número de casos es el hipoclorito de sodio, seguido de productos de uso doméstico como el varsol, estos tres grupos de sustancias representan el 83,1% del total de la notficación para el evento. Los municipios que presentan el mayor número de casos son Cúcuta, Ocaña, Pamplona, Convención, Ábrego, Los Patios y Villa del Rosario.



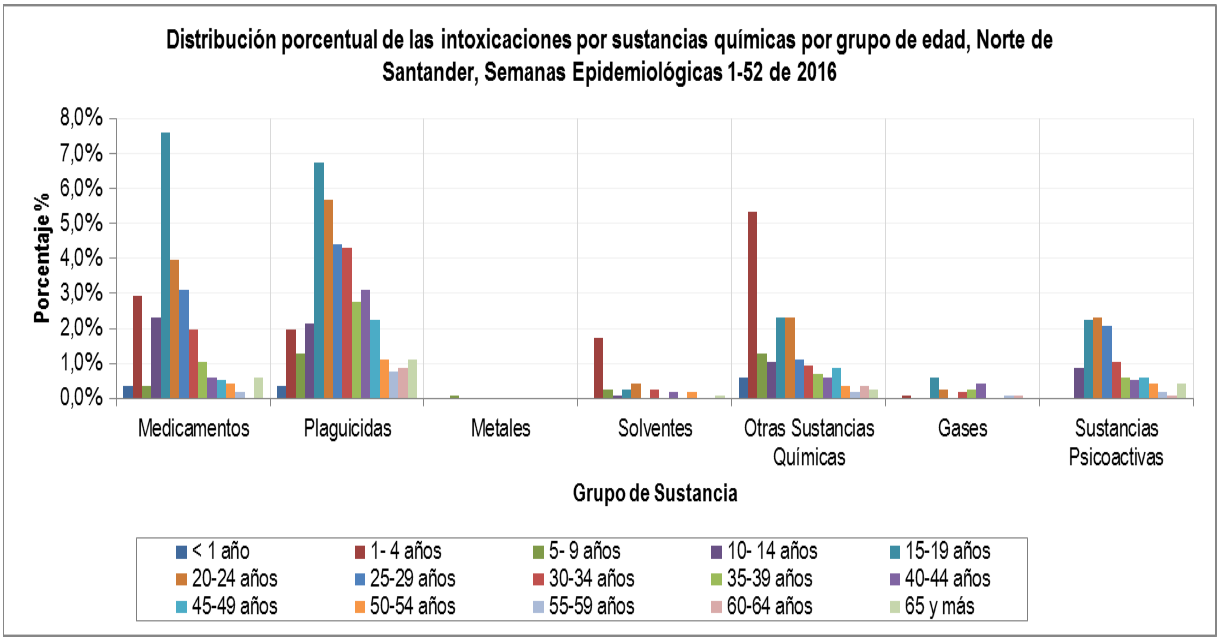
La incidencia departamental indica que aparecieron 84,8 casos nuevos de intoxicaciones por cada 100.000 habitantes durante el año 2016. Los municipios con mayores proporciones de incidencia fueron La Playa, Convención, Durania, Hacarí, El Tarra, Ocaña, Teorama, siendo relevante dichos municipios pertenecen la mayor parte a la región occidental.

Magnitud en lugar y persona

El 67.2% (780 casos), de los casos notificados en todos los eventos, pertenece a la edad entre los 1-29 años, principalmente para el grupo de sustancias de plaguicidas, medicamentos y otras sustancias químicas.

Para el grupo de edad de 0-4 años se evidencia que el 38% de las intoxicaciones presentadas en este grupo pertenecen al grupo de otras sustancias químicas, siendo ocasionadas principalmente por otras sustancias químicas (productos de uso doméstico) y solventes, se intuye son presentadas por falla de los cuidadores, inadecuado almacenamiento (lugares no adecuados, envases no rotulados), siendo un factor determinante para la ocurrencia de intoxicaciones de tipo accidental.

Las intoxicaciones por sustancias psicoactivas el 75% se presentan en grupo de edad entre los 10-34 años.



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, 2016

Teniendo en cuenta el régimen de salud de los casos de intoxicaciones presentados, la mayor cantidad de casos notificados pertenece al régimen subsidiado con el 63,4% (736 casos), pertenecientes al régimen contributivo el 19,1 % (222 casos); el 11,8 % (137 casos) no presentan ningún tipo de afiliación al sistema seguridad social en salud. Así mismo, el 2,7% (31 casos) pertenecen a régimen especial y el 1,6 % (18 casos) pertenecen a regímenes de excepción.

Distribución de casos de intoxicaciones por sustancias químicas por régimen de salud, Norte de Santander, Semanas Epidemiológicas 1-52 de 2016

Grupo de Sustancia	Régimen de Aseguramiento											
	Contributivo		Especial		Independiente/pendiente		No asegurado		Excepción		Subsidiado	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Medicamentos	66	5,7%	13	1,1%	5	0,4%	28	2,4%	5	0,4%	184	15,9%
Plaguicidas	64	5,5%	3	0,3%	4	0,3%	56	4,8%	2	0,2%	322	27,8%
Metales	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
Solventes	12	1,0%	2	0,2%	1	0,1%	6	0,5%	2	0,2%	17	1,5%
Otras sustancias químicas	45	3,9%	7	0,6%	4	0,3%	20	1,7%	4	0,3%	132	11,4%
Gases	3	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,4%	0	0,0%	15	1,3%
Sustancias Psicoactivas	32	2,8%	6	0,5%	2	0,2%	22	1,9%	5	0,4%	65	5,6%
Total general	**222**	**19,1%**	**31**	**2,7%**	**16**	**1,4%**	**137**	**11,8%**	**18**	**1,6%**	**736**	**63,4%**

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

En relación con la variable pertenencia étnica, el 99,7% (1157 casos) son de otro grupo poblacional y el 0,3% (3 casos), pertenecen al grupo poblacional Romano, gitano.

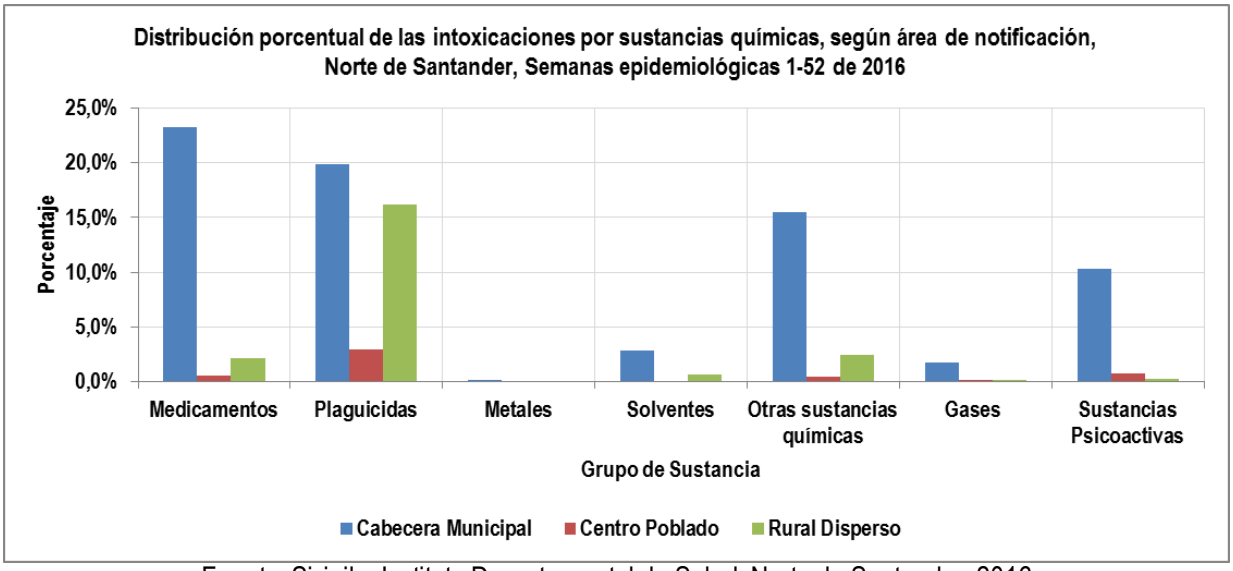
Frecuencia de intoxicaciones por grupos de sustancias químicas y pertenencia étnica, Norte de Santander, Semanas Epidemiológicas 1-52 de 2016

Grupo de Sustancias	Pertenencia Étnica			
	Romano, Gitano		Otro	
	Casos	%	Casos	%
Medicamentos	1	0,1%	300	25,9%
Plaguicidas	1	0,1%	450	38,8%
Metales		0,0%	1	0,1%
Solventes		0,0%	40	3,4%
Otras sustancias químicas	1	0,1%	211	18,2%
Gases		0,0%	23	2,0%
Sustancias Psicoactivas		0,0%	132	11,4%
Total	**3**	**0,3%**	**1157**	**99,7%**

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

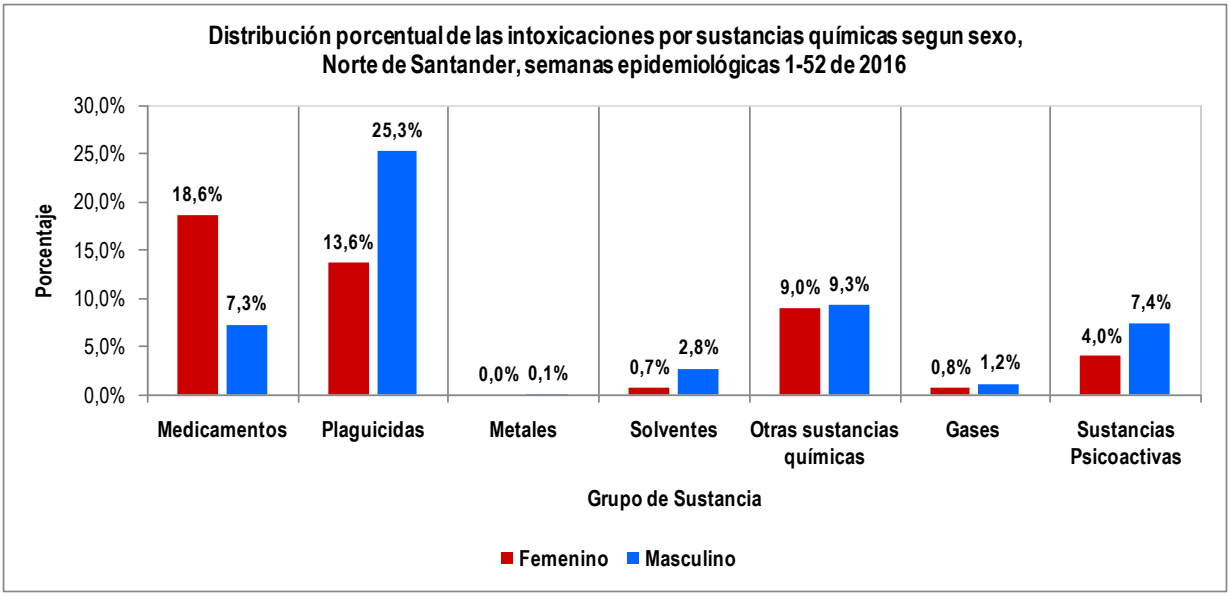
En el año 2016, las intoxicaciones por sustancias químicas en el Departamento Norte de Santander se presentaron principalmente en cabecera municipal con el 73,5% (853 casos), se destaca que los medicamentos, plaguicidas, otras sustancias químicas y sustancias psicoactivas son los grupos de sustancias que ocasionaron la intoxicación en ésta zona. La ocurrencia de intoxicaciones por sustancias químicas en área rural dispersa aporta el 21,7% (252 casos), principalmente ocasionados por plaguicidas, los cuales son utilizados frecuentemente para el control de plagas debido a la presencia de cultivos en éstas zonas. El 4,7% (55 casos) de las intoxicaciones

ocurrieron en centro poblado, siendo el 2.9% de los casos ocasionados por el grupo de los plaguicidas en ésta área de ocurrencia.



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

El mayor número de intoxicaciones por sustancias químicas se presentó en hombres con un 53,4 % (619 casos), siendo mayor su distribución en los grupos de plaguicidas, otras sustancias químicas, sustancias psicoactivas y medicamentos; en la mujeres se presentaron el 46,6% (541 casos) predominando las del grupo de los medicamentos.



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

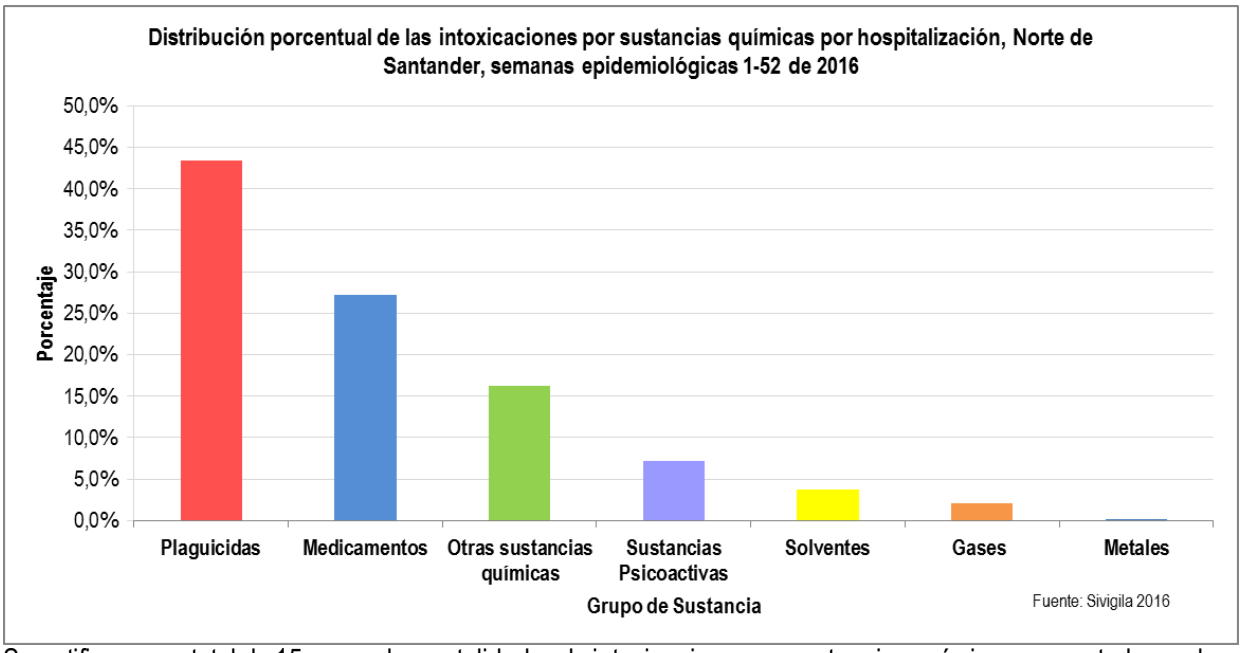
El 99.1% (1149 casos) se notifican por confirmación clínica, 0.9% (10 casos) confirmados por laboratorio y un (1) caso Confirmado por nexo epidemiológico.

Distribución de las intoxicaciones por sustancias químicas por tipo caso, Norte de Santander, Semanas Epidemiológicas 1-52 de 2016

Grupo de sustancias	Confirmado por laboratorio		Confirmado por clínica		Confirmado por nexo epidemiológico	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Medicamentos	2	0,2%	298	25,7%	1	0
Plaguicidas	7	0,6%	444	38,3%	0	0
Metales	0	0,0%	1	0,1%	0	0
Solventes	1	0,1%	39	3,4%	0	0
Otras sustancias químicas	0	0,0%	212	18,3%	0	0
Gases	0	0,0%	23	2,0%	0	0
Sustancias Psicoactivas	0	0,0%	132	11,4%	0	0
Total	**10**	**0,9%**	**1149**	**99,1%**	**1**	**0,0**

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Con respecto a la hospitalización, el 57,8 (670 casos) requirieron hospitalización, siendo las intoxicaciones por plaguicidas las del mayor porcentaje con el 43,4% (291 casos), seguidas por las intoxicaciones por medicamentos con 27,2% (182 casos), otras sustancias químicas 16,3% (109 casos), tal como se muestra en la siguiente figura.



Se notificaron un total de 15 casos de mortalidades de intoxicaciones por sustancias químicas presentadas en las semanas 1-52 de 2016 en Norte de Santander, siendo el grupo de los plaguicidas el que aporta el 73,3% (11 casos), lo que indica que las intoxicaciones de éste grupo son más letales. El caso notificado por medicamentos corresponde a tratamiento con Glucantime, el cual de acuerdo al direccionamiento del nivel nacional corresponde a reacción adversa del medicamento. El 66,7% (10 casos) corresponde a casos de exposición intencional suicida, el 20% (3 casos) exposición accidental, el 13,3% (2 casos) exposición desconocida.

Número de muertes por intoxicaciones por sustancias químicas, Norte de Santander, Semanas epidemiológicas 1-52 de 2016

Grupo de Sustancia	Número de Casos	%
Plaguicidas	11	73,3%
Otras sustancias químicas	2	13,3%
Medicamentos	1	6,7%
Solventes	1	6,7%
Total	**15**	**100%**

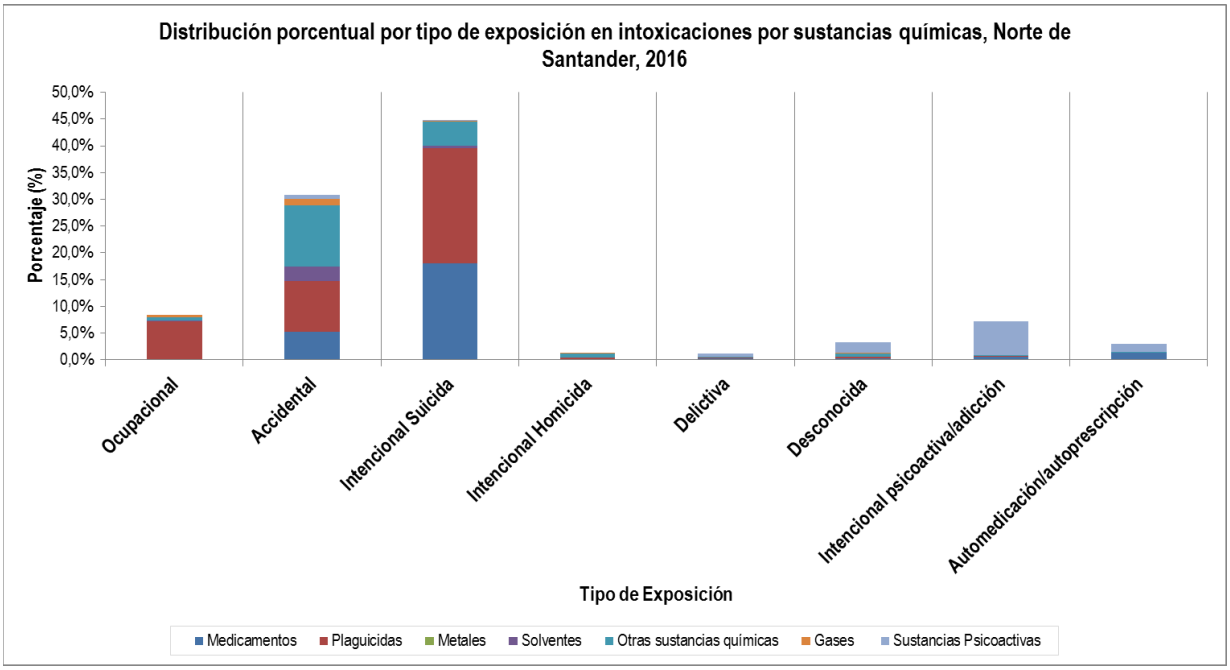
Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Comportamiento de otras variables de interés

Teniendo en cuenta el tipo de exposición, el 44,8% (520 casos) de las intoxicaciones por sustancias químicas son intentos de suicidio, siendo el grupo de plaguicidas el grupo de sustancias más representativo con el 21,6% (250 casos), así mismo los medicamentos con el 18% (209 casos), y menor proporción otras sustancias químicas con 4,6% (53 casos), solventes 0.4% (5 casos), sustancias psicoactivas 0,2% (2 casos), gases 1% (1 caso).

El tipo de exposición accidental representa el 30.9% (358 casos), del total de intoxicaciones notificadas, para dicha exposición el grupo otras sustancias químicas con 11.4% (132 casos) es el más representativo, siendo relevante las intoxicaciones por productos de uso doméstico y presentadas en el hogar. La exposición ocupacional representa el 8,4% (97 casos), el grupo de sustancia con la mayor proporción corresponde a los plaguicidas de lo cual se infiere que son presentadas en población agricultora.

Así mismo el 7,2% (84 casos) son de tipo intencional psicoactiva/adicción, el 3,3% (38 casos) son de tipo desconocido, 2.9% (34 casos) automedicación/autoprescripción, intencional homicida 1,3% (15 casos), delictiva 1,2% (14 casos).

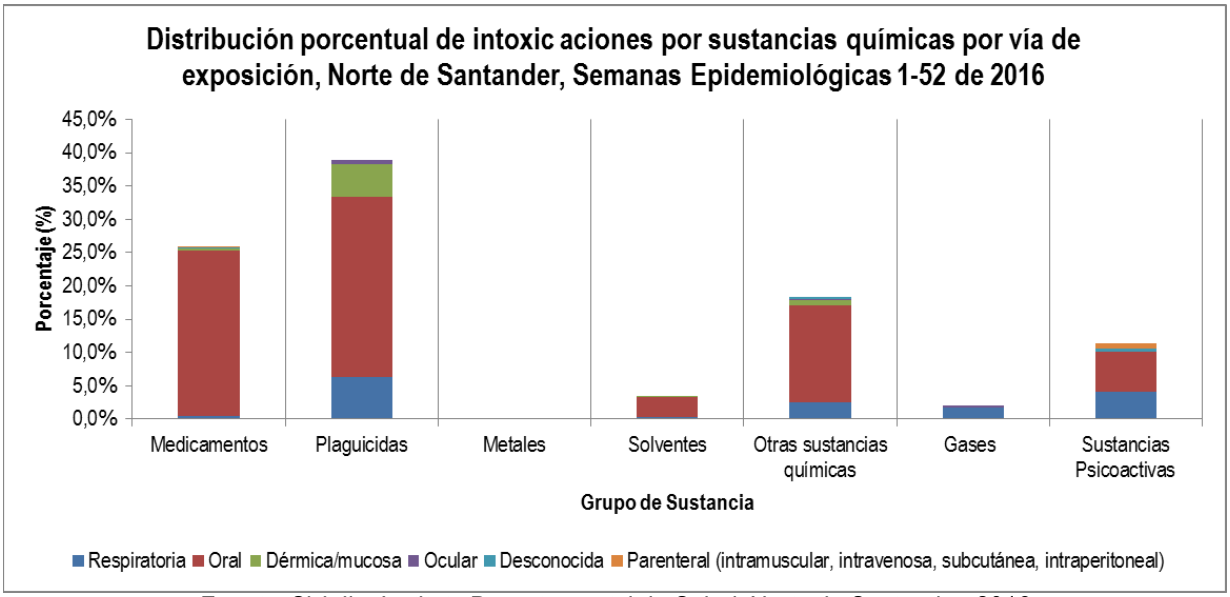


Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

La vía de exposición con mayor prevalencia es la vía oral, la cual representa el 75,9% (880 casos), los grupos de sustancias con mayor número de casos son los plaguicidas, medicamentos, otras sustancias químicas y sustancias psicoactivas principalmente.

La vía respiratoria representa el 15,3% (178 casos) de las intoxicaciones por sustancias químicas notificadas, los plaguicidas, sustancias psicoactivas y otras sustancias químicas son en su orden las mayor proporción.

El 6,1% de las intoxicaciones notificadas se dan por vía dérmica/mucosa con el 6,1%, principalmente por el grupo de los plaguicidas, el principal factor de riesgo identificado para la ocurrencia de dichas intoxicaciones es el uso de dichas sustancias sin elementos de protección personal siendo intoxicaciones de tipo accidental.



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

El 78,6% (912 casos) de las intoxicaciones por sustancias químicas se presentaron en el hogar, principalmente las ocasionadas por el grupo de los plaguicidas 29,2% (339 casos), medicamentos 24% (278 casos), información que es concordante con el tipo de exposición intencional suicida que es la de mayor proporción como se mencionó anteriormente.

Las intoxicaciones presentadas en el lugar de trabajo proporcionan el 11.8% (137 casos), principal mente el grupo de plaguicidas con 9,1% (106 casos), siendo en el mayor de los casos intoxicaciones de exposición ocupacional. Para las intoxicaciones presentadas en vía pública 4,1% (48 casos), en mayor proporción son por sustancias psicoactivas 2,2% (26 casos).

Es importante resaltar que el 35,1 % (407 casos) se presentaron en personas con escolaridad básica primaria, seguida de básica secundaria con un 33,3 % (386 casos).

Reincidencias

A semana epidemiológica 52 se han notificado 9 personas que presentan reincidencias de intoxicación por sustancias químicas; de éstas, 8 son reincidentes en dos oportunidades y 1 es reincidente en tres oportunidades El principal tipo de exposición de dichas reincidencias fue ocupacional e intencional suicida.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento
Los indicadores del evento de intoxicaciones por sustancias químicas son (ver tabla):

Tasa de incidencia intoxicaciones por sustancias químicas: Se define como el número de casos nuevos de intoxicaciones agudas por sustancias químicas que se presentaron en una población durante un periodo de tiempo determinado. Para el año 2016, la tasa de incidencia del departamento Norte de Santander fue de 84,8 por cada 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad intoxicación por sustancias químicas: Evaluar el impacto del evento intoxicaciones por sustancias químicas en la población general, en términos de mortalidad, la tasa para el año 2016 fue de 0,1 por 10.000 habitantes.

Tasa de letalidad intoxicación por sustancias químicas: Determina la probabilidad de morir a causa de las intoxicaciones por sustancias químicas. La tasa de letalidad para el Departamento en el año 2016 fue de 1,3.

Indicadores de vigilancia de las intoxicaciones por sustancias químicas, Norte de Santander, Semanas Epidemiológicas 1-52 de 2016

Municipio	Población 2016	Medicamentos		Plaguicidas		Metales		Solventes		Otras sustancias químicas		Gases		Sustancias Psicoactivas		Total de casos	Total (%)	Total Tasa de Incidencia	Muertes	Tasa de Mortalidad * 10.000 hab	Tasa de Letalidad
		Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia						
Abrego	38.363	10	26,1	24	62,6	0	0	1	2,6	7	18,2	0	0,0	2	5,2	44	3,8%	114,7	2	0,5	4,5
Arboledas	8.972	1	11,1	2	22,3	0	0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	4	0,3%	44,6	1	1,1	25,0
Bochalema	7.020	1	14,2	2	28,5	0	0	0	0,0	1	14,2	0	0,0	1	14,2	5	0,4%	71,2	0	0,0	0,0
Bucarasica	4.570	0	0,0	1	21,9	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1%	21,9	0	0,0	0,0
Cáchira	11.008	0	0,0	1	9,1	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1%	9,1	0	0,0	0,0
Cacota	1.873	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	1	53,4	0	0,0	0	0,0	1	0,1%	53,4	0	0,0	0,0
Chinácota	16.513	0	0,0	5	30,3	0	0	0	0,0	3	18,2	0	0,0	0	0,0	8	0,7%	48,4	0	0,0	0,0
Convención	13.296	7	52,6	29	218,1	0	0	2	15,0	9	67,7	0	0,0	2	15,0	49	4,2%	368,5	1	0,8	2,0
Cúcuta	656.380	160	24,4	114	17,4	0	0	22	3,4	88	13,4	14	2,1	74	11,3	472	40,7%	71,9	4	0,1	0,8
Cucutilla	7.625	0	0,0	4	52,5	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,3%	52,5	0	0,0	0,0
Durania	3.735	0	0,0	6	160,6	0	0	0	0,0	1	26,8	0	0,0	3	80,3	10	0,9%	267,7	1	2,7	10,0
El Carmen	13.790	1	7,3	9	65,3	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	29,0	14	1,2%	101,5	0	0,0	0,0
El Tarra	10.974	3	27,3	15	136,7	0	0	1	9,1	2	18,2	1	9,1	0	0,0	22	1,9%	200,5	1	0,9	4,5
El Zulia	23.107	2	8,7	13	56,3	0	0	1	4,3	4	17,3	0	0,0	1	4,3	21	1,8%	90,9	0	0,0	0,0
Gramalote	5.512	0	0,0	1	18,1	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1%	18,1	0	0,0	0,0
Hacarí	10.722	1	9,3	25	233,2	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	2,2%	242,5	1	0,9	3,8
Herrán	4.006	0	0,0	0	0,0	0	0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1%	25,0	0	0,0	0,0
La Playa	8.553	3	35,1	24	280,6	0	0	1	11,7	3	35,1	0	0,0	1	11,7	32	2,8%	374,1	0	0,0	0,0
Labateca	5.876	0	0,0	2	34,0	0	0	0	0,0	1	17,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3%	51,1	0	0,0	0,0
Los Patios	77.474	6	7,7	12	15,5	0	0	0	0,0	13	16,8	0	0,0	9	11,6	40	3,4%	51,6	0	0,0	0,0
Lourdes	3.362	1	29,7	1	29,7	0	0	0	0,0	1	29,7	0	0,0	0	0,0	3	0,3%	89,2	0	0,0	0,0
Mutiscua	3.747	2	53,4	1	26,7	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	53,4	5	0,4%	133,4	0	0,0	0,0
Ocaña	98.992	52	52,5	52	52,5	0	0	6	6,1	48	48,5	1	1,0	18	18,2	177	15,3%	178,8	1	0,1	0,6
Pamplona	57.803	22	38,1	10	17,3	0	0	1	1,7	8	13,8	3	5,2	8	13,8	52	4,5%	90,0	0	0,0	0,0
Puerto Santander	10.421	4	38,4	3	28,8	0	0	0	0,0	4	38,4	0	0,0	0	0,0	11	0,9%	105,6	0	0,0	0,0
Ragonvalia	6.897	1	14,5	5	72,5	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,5%	87,0	0	0,0	0,0
Salazar	8.942	0	0,0	2	22,4	0	0	0	0,0	0	0,0	1	11,2	0	0,0	3	0,3%	33,5	0	0,0	0,0
San Calixto	13.631	3	22,0	15	110,0	0	0	0	0,0	1	7,3	0	0,0	0	0,0	19	1,6%	139,4	0	0,0	0,0
San Cayetano	5.537	1	18,1	3	54,2	0	0	0	0,0	1	18,1	0	0,0	0	0,0	5	0,4%	90,3	0	0,0	0,0
Santiago	2.844	0	0,0	1	35,2	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1%	35,2	0	0,0	0,0
Sardinata	22.620	1	4,4	4	17,7	0	0	0	0,0	1	4,4	0	0,0	2	8,8	8	0,7%	35,4	0	0,0	0,0
Silos	4.366	1	22,9	2	45,8	0	0	0	0,0	2	45,8	0	0,0	0	0,0	5	0,4%	114,5	0	0,0	0,0
Teorama	21.978	1	4,6	26	118,3	0	0	3	13,7	1	4,6	1	4,6	0	0,0	32	2,8%	145,6	0	0,0	0,0
Tibu	36.708	2	5,4	15	40,9	0	0	1	2,7	4	10,9	0	0,0	1	2,7	23	2,0%	62,7	1	0,3	4,3
Toledo	17.284	0	0,0	2	11,6	0	0	0	0,0	1	5,8	1	5,8	0	0,0	4	0,3%	23,1	1	0,6	25,0
Villa Caro	5.204	1	19,2	3	57,6	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,3%	76,9	0	0,0	0,0
Villa del Rosario	90.544	13	14,4	16	17,7	1	1,1	0	0,0	5	5,5	1	1,1	4	4,4	40	3,4%	44,2	1	0,1	2,5
*Norte de Santander Municipio Desconocido	0	1	NA	1	NA	0	NA	0	NA	1	NA	0	NA	0	NA	3	0,3%	NA	0	NA	0,0
Total	**1.367.708**	**301**	**22,0**	**451**	**33,0**	**1**	**0,1**	**40**	**2,9**	**212**	**15,5**	**23**	**1,7**	**132**	**9,7**	**1160**	**100,0%**	**84,8**	**15**	**0,1**	**1,3**

Recomendaciones

Es imprescindible la articulación con la dimensión de Salud Mental como grupo funcional dado que la exposición intencional suicida aporta el mayor número de casos, así como el seguimiento de la población reincidente.

La promoción y prevención se debe abordar a todos los grupos poblacionales, la sensibilización a comunidad, fabricantes, distribuidores y medios publicitarios para que se enfatice en el conocimiento del riesgo químico al estar en contacto con sustancias potencialmente peligrosas que son de libre venta, de bajo precio y pueden ser letales si no se les da el manejo adecuado.

En los espacios comunitarios se deben realizar acciones de prevención y control de intoxicaciones por sustancias químicas (intervenir propiciar cambios en los hábitos-conductas humanas, el autocuidado), evitar la contaminación ambiental de tal manera que se fortalezcan los ecosistemas estratégicos saludables y la producción limpia.

Es importante el fortalecimiento en el manejo del paciente intoxicado para mejorar la oportunidad de atención y así disminuir la incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

MATERNIDAD SEGURA

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación de los casos de mortalidad materna.
- ✓ Describir el comportamiento de la mortalidad materna hasta el semana epidemiológico 52 del año 2016 frente a magnitud, tendencia y algunas variables sociales y demográficas de acuerdo al reporte de casos al SIVIGILA en cumplimiento de la vigilancia rutinaria establecida para este evento.
- ✓ Identificar el cumplimiento de la notificación de los casos de mortalidad materna en hasta la semana epidemiológica 52 de 2016.
- ✓ Determinar los indicadores de seguimiento del evento durante el año 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

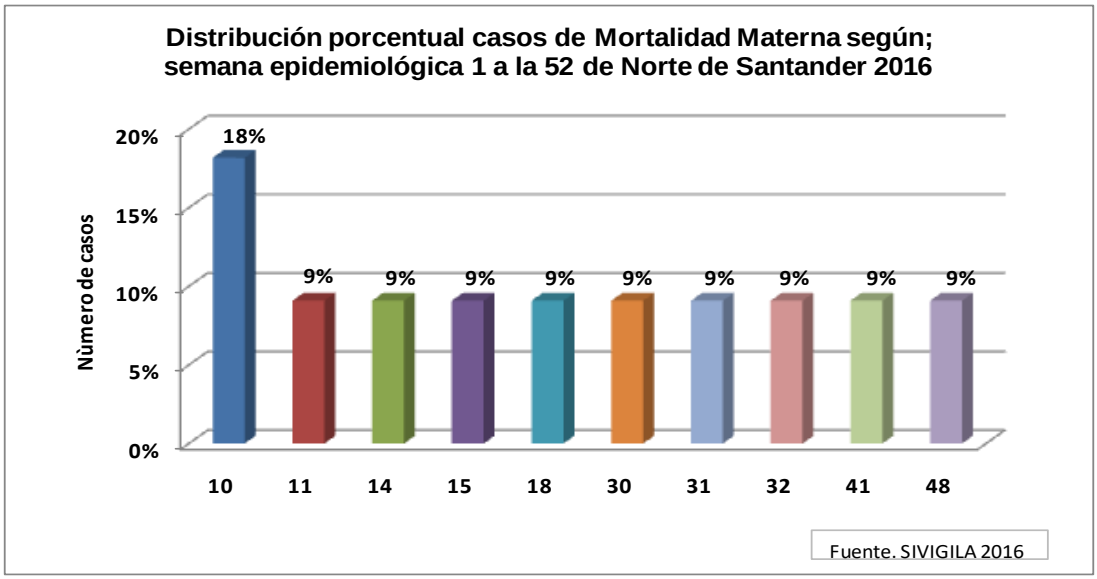
Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de mortalidad materna notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA mediante el código 550, hasta la semana epidemiológico 52 de 2016.

La notificación del evento de Mortalidad Materna se realiza de forma semanal de casos confirmado con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA y por otra parte, búsqueda activa institucional (BAI) en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) mediante el Sistema de Información de Apoyo a la Notificación e Investigación de Eventos en Salud Pública (SIANIESP) del mismo con el uso de los códigos C del CIE 10, este año se depura cruzando los datos para su análisis. Para el caso de SIVIGILA se continúa la vigilancia por medio de la ficha de notificación como un componente de búsqueda activa de casos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), con notificación desde probable y seguimiento hasta su confirmación o descarte.

1. **HALLAZGOS**

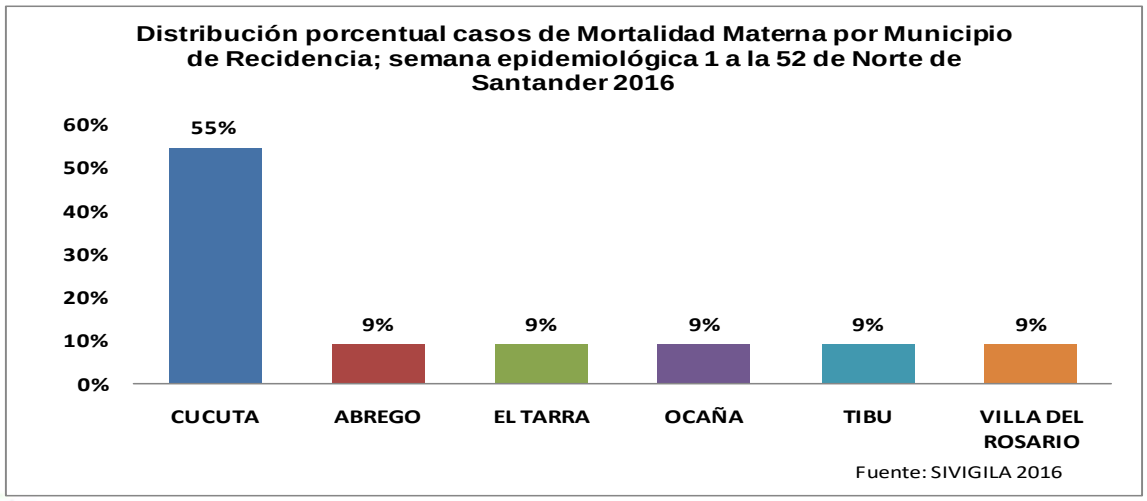
MORTALIDA MATERNA:
Hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 fueron notificadas SIVIGILA de Mortalidad Materna 11 casos de Norte de Santander) los cuales pertenece a los 40 municipios **"UNM"** del departamento, notificados a través de las UPGD activas y 2 casos de Venezuela y 1 casos de Santa Rosa del Sur – (Bolívar).

Casos de mortalidad materna según, semana epidemiológico 1-52, de 2016



De los casos notificados hasta la semana 52 de 2016, el mayor porcentajes corresponde a las semanas epidemiológicas 10, con el 18% del total de (2 casos) las demás semana 11, 14, 15, 18, 30, 31,32, 41 Y 48 con el 9%(con 1 caso) cada uno.

Casos de mortalidad materna según; municipio de residencia, semana epidemiológico 1-52, de 2016



La razón de mortalidad materna de Norte de Santander es de 54.6 casos por 100.000 nacidos vivos

Del total de muertes maternas según residencia notificadas hasta semana epidemiológico 52 de 2016, el mayor porcentaje es Cucuta con el 55% de (6 casos), los demás Municipios en menor proporción; teniendo en cuenta el momento o tipo de muerte, se observa que el 60% (6 casos) presentaron muertes maternas tempranas y el otro 40% (5 casos) muertes maternas tardías.

Comportamiento demográfico y social de los casos de mortalidad materna, Norte de Santander semana epidemiológicos 1- 52, de 2016.

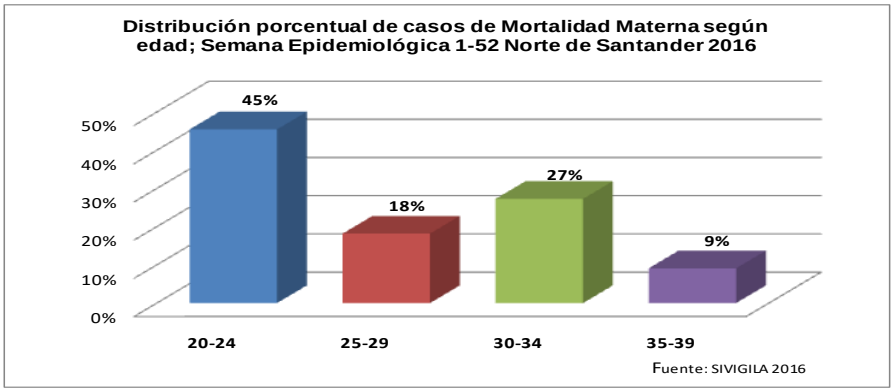
Variable	Categoria	Casos	%
Area de Recidencia	Urbano	9	82%
	Rural	2	18%
Tipo de Regimen	Subsidiado	8	73%
	Contributivo	2	18%
	No asegurado	1	9%
Pertenencia étnica	Otros	11	100%

De acuerdo a las características demográficas y sociales, de los casos de mortalidad materna a semana epidemiológica 52, periodo trece de 2016, se evidencia que el 82.% de (9 casos) de mortalidad materna se registró en mujeres residentes en el área cabecera municipal; y un 18% de (2 casos) en área rural disperso por 100.000 nacidos vivos; la mayor razón se presentó en la población régimen subsidiado con 73% de (8 casos) muertes maternas por 100.000 nacidos vivos ; el 18% de(2 casos) se registró en régimen Contributivo; seguido del régimen no asegurado con el 9% de (1 caso).

La mayor razón se encontró en las mujeres de pertenencia étnica otros con 100% de (11 casos) muertes maternas.

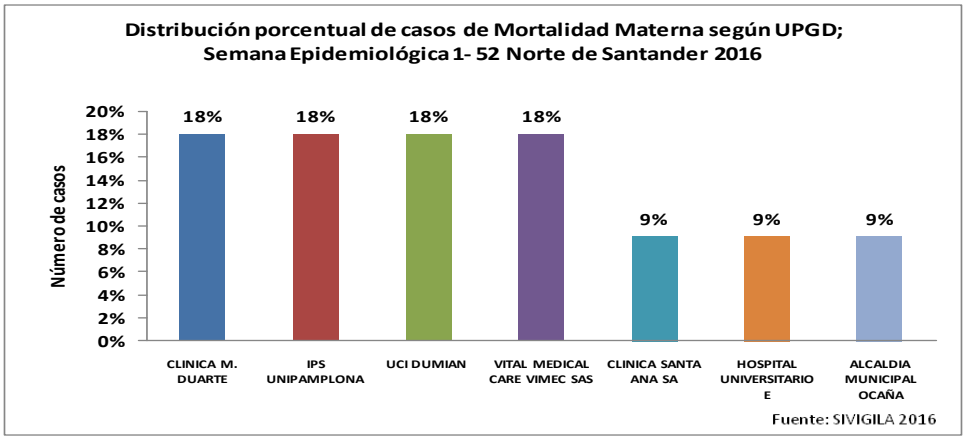
Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Casos de mortalidad materna según; edad, semana epidemiológico 1-52, de 2016



Las muertes maternas según edad más afectada con el 45% de (5 casos) se notificó en las mujeres de 20 a 24 años; seguido con el 27% de (3 casos) en edades de 30 a 34 años, los demás en menor proporción.

Casos de mortalidad materna según; entidades, semana epidemiológico 1-52, de 2016



Se evidencia que las UPGD que notificaron al SIVIGILA, como la Clínica Medical Duarte, IPS Unipamplona, UCI Dumian y Vital Medical Care corresponden cada una con el 18 % de (2 casos) de Mortalidad Materna al sistema, los demás en menor proporción.

Mortalidad materna por tipo y causa principal agrupada, semana epidemiológica de 1 – 52 Norte de Santander 2016

Tipo	Causas agrupadas	casos	%
Directas	Preeclapsia severa	2	18%
	Choque Cardiogenico	2	18%
	Sarcoma Mieloide	1	9%
	Embolia consecutiva al aborto, Embarazo ectopico	1	9%
	Tumor Benigno del Encefalo Supratentorial	1	9%
	Paro Cardiaco no Especificado	1	9%
Indirectas	Sepsis renal y pulmonar	1	9%
	Enfermedad renal cronica	1	9%
	Sindrome de Rta. Inflamatoria Sistemica 2ria. A Sepsis x Malaria	1	9%
total		11	100%

Fuente SIVIGILA2016

En relación a las causas de muerte materna hasta la semana epidemiológica 52, corresponde a causas directas la Preeclampsia severa con el 18% de (2 casos) y causas Indirectas como Sepsis renal y pulmonar, Enfermedad Renal Crónica Y Sepsis por Malaria con un 9% cada una de estas mortalidades maternas.

De los 11 casos de mortalidad materna notificados al SIVIGILA, ya se realizaron las unidades de análisis a nivel departamental.

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El nivel de escolaridad más frecuente en el total de mujeres fallecidas hasta semana epidemiológica 52 de 2016 es el nivel secundaria con el 45% de (4 casos) y sin informacion con un 36% de (4 casos) y en menor proporción esta el nivel primaria y Nivel educativo superior con un 9% de (1 caso) cada uno de muertes maternas.

En cuanto a la indagación acerca del método regulación de la fecundidad que usaban las mujeres fallecidas, sobresale que el embarazo al parecer si era deseado dado que el mayor Porcentaje se presenta en las mujeres que no usaban ningún método donde el 36 % de (4 casos) era porque no deseaba, otras razones para el no uso de métodos de regulación de la fecundidad es por desconocimiento con un 18% de (2 casos) y otros métodos con 18% de (2 casos), método natural, por Acceso y Barrera con un 9% de (1 caso) cada uno de las mujeres que fallecieron durante el embarazo, parto o hasta los 42 días postparto.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Según los datos notificados al Sivigila en el evento de Mortalidad Materna se observa que como la Clínica Medical Duarte, IPS Unipamplona, UCI Dumian y Vital Medical Care corresponden cada una con el 18% de Mortalidad Materna al sistema y donde el total de muertes maternas según residencia notificadas hasta semana epidemiológico 52 de 2016, el mayor porcentaje es Cucuta con el 55% de (6 casos), los demás Municipios en menor proporción; teniendo en cuenta el momento o tipo de muerte, se observa que el 55% (6 casos) presentaron muertes maternas tempranas y el otro 45% (5 casos) muertes maternas tardías; De las muertes

maternas según edad más afectada con el 45%de (5 casos) se notificó en las mujeres de 20 a 24 años; seguido con el 27% de (3 casos) en edades de 30 a 34 años, los demás en menor proporción; En relación a las causas de muerte materna hasta la semana epidemiológica 52, corresponde a causas directas la Preeclampsia severa con el 18% de (2 casos) y causas Indirectas como Sepsis renal y pulmonar, Enfermedad Renal Crónica Y Sepsis por Malaria con un 9% cada una de estas mortalidades maternas.

Se evidencio que es preciso fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva dando un énfasis especial a la prevención de embarazos no deseados, ya que la indagación acerca del método regulación de la fecundidad que usaban las mujeres fallecidas, sobresale que el embarazo al parecer si era deseado dado que el mayor Porcentaje se presenta en las mujeres que no usaban ningún método donde el 36 % de (4 casos) era porque no deseaba , otras razones para el no uso de métodos de regulación de la fecundidad es por desconocimiento y por otros métodos con 18% de (2 casos) cada uno y método natural ,no uso método por acceso, por Barrera con un 9%,de (1 caso) cada uno.

MORTALIDAD PERINATAL NEONATAL TARDIA

OBJETIVOS

- ✓ Identificar el cumplimiento de la notificación, seguimiento y clasificación de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, a periodo 13, semana epidemiológica 1 a la 52, de 2016
- ✓ Determinar las características socio demográficas de la población afectada por la mortalidad perinatal y neonatal tardía
- ✓ Determinar los indicadores de seguimiento del evento durante el año 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, notificados de forma semanal en el Sivigila durante la semana epidemiológica 1 a la 52, de 2016

Los datos se obtienen a través de fuente secundaria, por medio de la notificación Individual semanal de casos al SIVIGILA del Sistema de Vigilancia en Salud Pública del evento 560 mortalidad perinatal y neonatal tardía, realizada por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a nivel Departamental.

Se realiza la validación y depuración de los datos, casos notificados con ajustes 6 y D, Casos repetidos en donde se tuvo en cuenta el registro de la institución que registro la Muerte en RUAF

La notificación del evento de Mortalidad Perinatal Neonatal Tardía se realiza de forma semanal de casos confirmado con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA y por otra parte, búsqueda activa institucional (BAI) en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) mediante el Sistema de

Información de Apoyo a la Notificación e Investigación de Eventos en Salud Pública (SIANIESP) del mismo con el uso de los códigos C del CIE 10, este año se depura cruzando los datos para su análisis. Para el caso de SIVIGILA se continúa la vigilancia por medio de la ficha de notificación como un componente de búsqueda activa de casos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), con notificación desde probable y seguimiento hasta su confirmación o descarte.

HALLAZGOS

Comportamiento de la notificación Mortalidad Perinatal.

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 fueron notificadas SIVIGILA de Mortalidad Perinatal 303 casos de Norte de Santander, los cuales pertenece a los 40 municipios **"UNM"** del departamento, notificados a través de las UPGD activas. Quedando una base de los casos para su respectivo análisis Y 16 casos de otros Departamentos.

Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según residencia a semana epidemiológica de 1 – 52 Norte de Santander 2016

Municipio de Recidencia	casos	%
CUCUTA	154	50,8%
VILLA DEL ROSARIO	18	5,9%
OCAÑA	15	5,0%
LOS PATIOS	15	5,0%
TIBU	11	3,6%
TEORAMA	10	3,3%
EL ZULIA	9	3,0%
ABREGO	7	2,3%
PAMPLONA	7	2,3%
CHINACOTA	5	1,7%
SAN CALIXTO	5	1,7%
TOLEDO	5	1,7%
EL TARRA	5	1,7%
N/S MUNICIPIO DESCONOCIDO	4	1,3%
BOCHALEMA	3	1,0%
SARDINATA	3	1,0%
BUCARASICA	2	0,7%
CACHIRA	2	0,7%
CHITAGA	2	0,7%
CONVENCION	2	0,7%
HACARI	2	0,7%
LA ESPERANZA	2	0,7%
MUTISCUA	2	0,7%
PUERTO SANTANDER	2	0,7%
SALAZAR	2	0,7%
ARBOLEDAS	2	0,7%
BUCARAMANGA	1	0,3%
LA PLAYA	1	0,3%
LOURDES	1	0,3%
SAN CAYETANO	1	0,3%
SANTIAGO	1	0,3%
SILOS	1	0,3%
VILLA CARO	1	0,3%
Total	**303**	**100%**

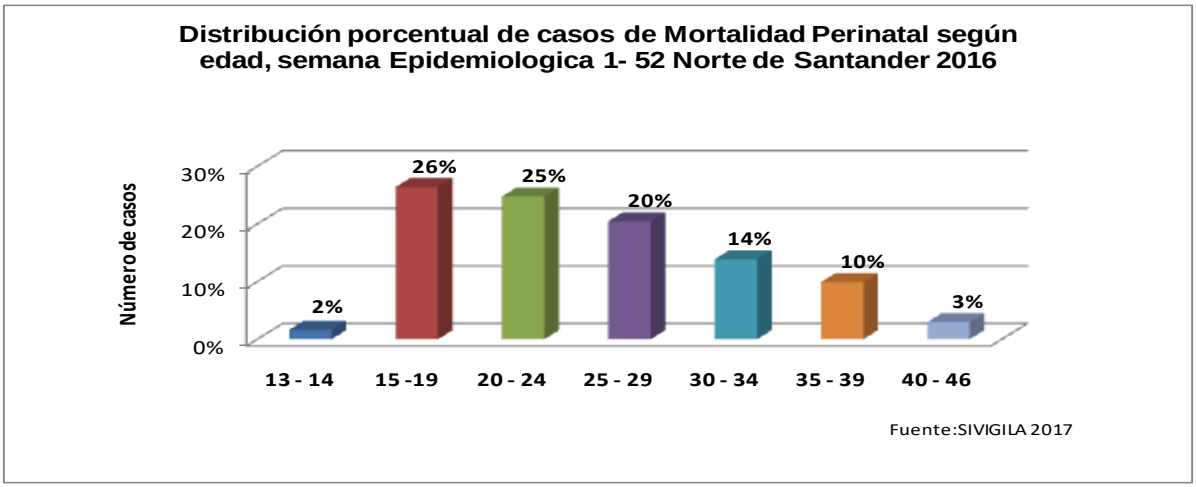
Fuente SIVIGILA2016

Los Municipios que notificaron la mayor proporción de muertes hasta a la semana 52 son: Cúcuta con un 50.8%, de (154 casos), Villa del Rosario 5.9.% de (18 casos), los Patios y Ocaña con un 5.% de (15 casos) cada uno, Tibú 3.6% de (11 casos) , Teorama con 3.3% de (10 casos), el Zulia 3% de (9 casos), Pamplona y Abrego 2.3 de (7 casos) cada uno, y los demás Municipio en menor proporción.

La tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía para Norte de Santander a semana epidemiológica 52 de 2016 fue de 15.1 casos por cada mil nacidos vivos.

Magnitud en lugar y persona

Relación entre casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según grupo de edad de la madre, semana epidemiológico 1-52, de 2016



De acuerdo a la edad de las madres con muertes perinatales o neonatales (tempranas y tardías), la mínima fue de 13 años la máxima de 45 años; donde se evidencia un 26% de (80 casos) corresponde a mujeres en edades de 15 a 19, el grupo de de 20 a 24 años se concentra el 25% de (75 casos), seguidamente en edades de de 25 a 29 años con el 20% de (62 caso), en mayores de 30 a 34 con el 14% de (42 casos) y en edades de 35 a 39 con 10% con (30caso), y demás edades en menor proporción.

Condiciones sociales y demográficas de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Norte de Santander semanas epidemiológicas 1 a la 52 de 2016

Variable	Categoria	Caso	%
Area de recidencia	cabecera municipal	239	79%
	centro poblado	21	7%
	rural	43	14%
	Total	298	100%
Tipo de regimen	Contributivo	65	21%
	Especial	2	1%
	No asegurado	20	7%
	Indeterminado	5	2%
	Excepcion	4	1%
	Subsidiado	207	68%
	Total	298	100%
Pertenencia étnica	Indigena	3	1%
	Rom, Gitano	5	2%
	Otros	295	97%
	Total	298	100%

El 78% de (239 casos) de mortalidad perinatal y neonatal tardía se registró en la cabecera municipal, 99.2 de los casos tienen algún tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, donde el 68% de (207 casos) se registró en el régimen subsidiado; el 97 % de (295 casos) se registró en la pertenencia étnica “otros”.

Principales EAPB con casos reportados de muertes perinatales y neonatales tardías, según régimen de afiliación subsidiado y contributivo, semana epidemiológica 1 a la 52 de 2016, Norte de Santander

Regimen de Afiliación	Total	%
Comparta	85	28,5%
Comfaoriente	27	9,1%
No Asegurado	25	8,4%
Cafesalud EPS/ S.	21	7,0%
Coosalud E.S.S.	21	7,0%
Coomeva EPS.S.A.	17	5,7%
Saluvida C.	17	5,7%
Nueva EPS .C.	20	6,7%
Saludvida S.	13	4,4%
Empresa Coperativa solidadria de Salud Ecoopsos	12	4,0%
ASMET Salud .E.S.S	9	3,0%
Nueva EPS S.	14	4,7%
Ecoopsos	5	1,7%
Fidiprevisora	4	1,3%
Sanitas EPS.S.A.	3	1,0%
Cafesalud C.	3	1,0%
Coomeva EPS.	1	0,3%
Sanitas	1	0,3%
Fondo de Solidadridad y Garantia M. de S.	1	0,3%
Universidad del Valle	1	0,3%
Fuerzas Militares	1	0,3%
Fondo de Prestaciones Sociales del Ministerio	1	0,3%
Caja de compensacion familiar	1	0,3%
Total	303	100,0%

Fuente SIVIGILA2016

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) del régimen de Afiliación con mayor proporción son: Comparta con, 28.5% (85 casos), seguida de Comfaoriente con 9,1%(27 casos), el No Asegurado con 8.4 % de (25 casos), Cafesalud EPS. S. con 7,0% de (21 casos), y Coosalud subsidiado con 7,0% (21 casos), los demás en menor proporción para régimen de afiliación

Comportamiento de otras variables de interés

Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía teniendo en cuenta el Uso de métodos de regulación de la fecundidad a semana 1-52 Norte de Santander 2016

Uso de metodos de regulacion	casos	%
No uso metodo por desconocimiento	16	5%
No uso metodo por acceso	10	3%
No uso metodo porque no deseaba	172	57%
Natural	27	9%
Dispositivo Intrauterino	52	17%
Barrera	10	3%
Otros.	16	5%
Total geral	303	100%

Fuente SIVIGILA2016

Frente al análisis sobre el uso de métodos de regulación de la fecundidad un 57% no usaba métodos de regulación de la fecundidad porque no deseaba, un 17% usaba el Dispositivo intrauterino, 9% fue Natural, seguido de 5% el cual No uso método por desconocimiento y por otros métodos con un 5% de (16 casos), los demás en menor proporción.

El mayor porcentaje de casos de muerte perinatal y neonatal tardía, se presenta en madres con escolaridad secundaria, alcanzando un 61% de (185 casos), seguido de las madres con escolaridad primaria las cuales representan un 33% de (99 casos) y sin escolaridad un 3 % de (10 casos), sin información un 2% de (5 casos) y escolaridad superior con 1% de (4 casos).

Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía teniendo en cuenta el momento en que ocurrio la muerte respecto al parto a semana epidemiológica de 1 – 52 Norte de Santander 2016

Momento en que ocurrio la muerte respecto al parto	Total	%
Anteparto	133	45%
Intraparto	26	9%
Prealta en posparto	109	37%
Posalta en posparto	31	10%
Reingreso en posparto	2	1%
No aplica, nunca fue a institucion de salud en posparto	2	1%
Total geral	303	100%

Fuente SIVIGILA2016

La distribución total de las muertes de acuerdo con el momento de ocurrencia es la siguiente 133 casos (45 %) corresponden a muertes fetales anteparto, 109 casos (37%) a Prealta en Posparto, 26 casos (9%) a Posalta en posparto, 26 casos (9%) a intraparto y 2 casos equivalentes a 1% de Reingreso en posparto y no aplica, nunca asistió a la institución de salud en posparto con un 2% de dos casos.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

La tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía para Norte de Santander a semana epidemiológica 52 de 2016 fue de 15.1 casos por cada mil nacidos vivos

Teniendo en cuenta el análisis por Municipio de residencia, los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía se han notificado en el 100 % siendo Cucuta con un 50.8%, de (154 casos), Villa del Rosario 5.9.% de (18 casos), los Patios y Ocaña con un 5.% de (15 casos) cada uno, Tibú 3.6% de (11 casos) , Teorama con 3.3% de (10 casos), el Zulia 3% de (9 casos), Pamplona y Abrego 2.3 de (7 casos) cada uno, y los demás Municipio en menor proporción

De acuerdo a la edad de las madres con muertes perinatales, se evidencia un 26% de (80 casos) corresponde a mujeres en edades muy tempranas de 15 a 19, el grupo de de 20 a 24 años se concentra el 25% de (75 casos), seguidamente en edades de de 25 a 29 años con el 20% de (62 caso), en mayores de 30 a 34 con el 14% de (42 casos) y en edades de 35 a 39 con 10% con (30 caso), y demás edades en menor proporción.

Dado por sus características de dispersión geográfica, que aumentan las barreras de acceso a servicios de salud, limitando la atención y el seguimiento prenatal, atención del parto y del recién nacido, así como en la etapa neonatal y Relacionado con lo anterior, la tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía más alta se reporta con El 78% de (239 casos) de mortalidad perinatal y neonatal tardía se registró en la cabecera municipal, 99.2 de los casos tienen algún tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, donde el 68% de (207 casos) se registró en el régimen subsidiado; el 97 % de (295 casos) se registró en la pertenencia étnica “otros”.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) del régimen de Afiliación con mayor proporción son: Comparta con, 28.5% (85 casos), seguida de Comfaoriente con 9,1%(27 casos), el No Asegurado con 8.4 % de (25 casos), Cafesalud EPS. S. con 7,0% de (21 casos), y Coosalud subsidiado con 7,0% (21 casos), los demás en menor proporción para régimen de afiliación

Siendo necesario continuar implementando políticas, programas y acciones interinstitucionales e intersectoriales, con compromiso gubernamental dirigidos a población urbana y rural siendo los mas afectados, con el propósito de fortalecer 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.

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia que:

- ✓ En varias ocasiones analizados se evidencia la no clasificación del riesgo en el primer control prenatal.
- ✓ Ingreso tardío de gestantes a control prenatal.
- ✓ Falta de demanda inducida por parte de la IPS de primer nivel y EAPB.

- ✓ No hay adherencia a protocolos y guías de atención.
- ✓ Incumplimiento de lineamientos en cuanto a notificación de eventos de interés en salud pública
- ✓ Información incompleta del are prestadora por arte de a EAPB lo que dificulta la conclusión de casos
- ✓ En la mayoría de las historias clínicas no se evidencia la oferta en cuanto a la sentencia C355 (Interrupción voluntaria del embarazo).
- ✓ Situación socioeconómica de gestantes dificulta el acceso oportuno a los servicios de salud.
- ✓ Sistema de referencia y contra referencia adecuado.

DEFECTOS CONGÉNITOS

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un informe descriptivo retrospectivo de los hallazgos encontrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del evento de defectos congénitos en Norte de Santander con corte a semana 52 correspondiente al período epidemiológico trece de 2016.

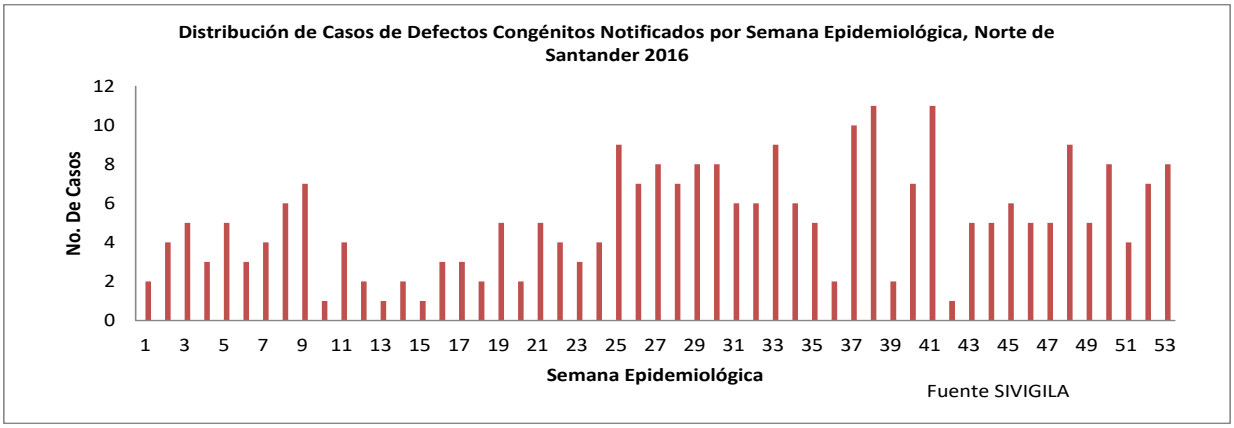
Las variables de estudio incluyeron las definidas en la ficha de datos básicos del Sivigila y otras incluidas en la ficha de datos complementarios.

HALLAZGOS

Comportamiento de la notificación

Durante el año 2016 se notificó un total de 345 casos de defectos congénitos al Sivigila, de los cuales se eliminaron 30 registros que presentaban ajuste 6 (descartado) o D (error de digitación), 35 registros repetidos, quedando 246 casos para el análisis.

Hasta el periodo trece de 2016 se notificaron semanalmente un promedio de 4,7 casos a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, desde las semanas 25 a 41 se presentaron el mayor número de casos.



Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

De acuerdo a las características demográficas y sociales de los casos de defectos congénitos, metabólicos y sensoriales para el 2016 se vieron afectados en igual proporción a menores de un año de sexo masculino y femenino, al régimen en salud subsidiado con el 61,4% y niños y niñas de pertenencia étnica "otro" con el 99,2%. El área de ocurrencia más frecuente corresponde a la cabecera municipal con el 76% de los casos.

Comportamiento demográfico y social de los defectos congénitos. Norte de Santander, 2016

Variable	Categoria	Casos	Porcentaje
Sexo	Masculino	118	48,0%
	Femenino	118	48,0%
	Indeterminado	10	4,1%
Tipo de Régimen	Subsidiado	151	61,4%
	Contributivo	55	22,4%
	No Afiliado	19	7,7%
	Indetermindado	15	6,1%
	Particular	5	2,0%
	Especial	1	0,4%
Pertenencia Étnica	Otras	244	99,2%
	Indígena	2	0,8%
Área de Ocurrencia	Cabecera Municipa	187	76,0%
	Rural Disperso	38	15,4%
	Centro poblado	21	8,5%

Fuente SIVIGILA

Por municipio de residencia notificaron 32 municipios concentrándose la mayor cantidad de casos en Cúcuta con el 52,4% de los casos, seguido de Ocaña y los Patios en menor proporción con 8,5% y 5,3% respectivamente.

Municipio de Residencia	No. de Casos	Porcentaje
Cúcuta	129	52,4%
Ocaña	21	8,5%
Los Patios	13	5,3%
Tibú	10	4,1%
Villa del Rosario	8	3,3%
El Zulia	7	2,8%
Abrego	6	2,4%
Sardinata	5	2,0%
Teorama	5	2,0%
El Tarra	4	1,6%
Pamplona	4	1,6%
Puerto Santander	4	1,6%
Convención	3	1,2%
Chinácota	2	0,8%
Bochalema	2	0,8%
Cácota	2	0,8%
Chitagá	2	0,8%
Durania	2	0,8%
Hacarí	2	0,8%
Salazar	2	0,8%
San Cayetano	2	0,8%
Arboledas	1	0,4%
Bucarasica	1	0,4%
Cáchira	1	0,4%
El Carmen	1	0,4%
Gramalote	1	0,4%
Herrán	1	0,4%
La Esperanza	1	0,4%
La Playa	1	0,4%
Mutiscua	1	0,4%
Pamplona	1	0,4%
Toledo	1	0,4%
Total	**246**	**100,0%**

Fuente SIVIGILA

Fueron notificados 61 casos con condición final muerto (22,51%), estos casos procedían de los municipios que se muestran en la siguiente tabla:

Distribución de notificación de casos fallecidos por defectos congénitos por municipio de residencia. Norte de Santander, 2016

Municipio de Residencia	No. de Casos	Porcentaje
Cúcuta	29	47,54%
Los Patios	5	8,20%
Chinácota	3	4,92%
El Zulia	3	4,92%
Sardinata	3	4,92%
Tibú	3	4,92%
Villa del Rosario	3	4,92%
Pamplona	2	3,28%
Abrego	1	1,64%
Bucarasica	1	1,64%
Durania	1	1,64%
El Tarra	1	1,64%
Hacarí	1	1,64%
Mutiscua	1	1,64%
Ocaña	1	1,64%
Puerto Santander	1	1,64%
San Cayetano	1	1,64%
Teorama	1	1,64%
Total	**61**	**100,00%**

Fuente SIVIGILA

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 8,5% de la notificación correspondió a defectos metabólicos, el 0% a defectos sensoriales y el 91,5% 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 122 por cada 1.0000 nacidos vivos.

Distribución de los defectos funcionales metabólicos, sensoriales y congénitos. Norte de Santander, 2016

Tipo	Casos	Porcentaje
Defectos funcionales metabólicos	21	8,5%
Defectos funcionales sensoriales	0	0,0%
Malformaciones congénitas	225	91,5%
Total	**246**	**100,0%**

Fuente SIVIGILA

Las malformaciones congénitas que se presentaron en mayor proporción fueron la microcefalia, el síndrome de Down no especificado y la polidactilia no especificada, la prevalencia de malformaciones congénitas para Norte de Santander en el año 2016 es de 122,15 por 10.000 NV.

Distribución de notificación de las cinco principales malformaciones congénitas. Norte de Santander, 2016

Malformaciones Congénitas	Casos	Porcentaje
Microcefalias	49	19,9%
Malformaciones congénitas corazón	20	8,1%
Deformidad congenita en pies	19	7,7%
Hidrocefalia congénita y otros hidrocefalos	14	5,7%
Síndrome de Down	12	4,9%

Fuente SIVIGILA

El diagnóstico prenatal de los defectos congénitos reportados se realizó en el 24,79% de los casos, en el 6% (14) de los casos se realizó interrupción voluntaria del embarazo (IVE), el 4,7% de las IVE se realizó en el primer trimestre del embarazo, el 78,5% de las IVE se realizó durante el segundo trimestre y el 21,4% restante durante el tercer trimestre de embarazo.

Las principales causas de las IVE se relacionan a continuación

Malformación Congénita	Casos	Porcentaje
ANENCEFALIA	2	14,3%
MICROCEFALIA	2	14,3%
ADENOMATOIDE QUISTICA PULMONAR TIPO III	1	7,1%
ARTOGRIPOSIS MULTIPLE CONGENITA	1	7,1%
CROMOSOMOPATIA	1	7,1%
ENCEFALOCELE OCCIPITAL	1	7,1%
HIDROCEFALOS CONGENITOS NO ESPECIFICADO	1	7,1%
HOLOPROSENCEFALIA	1	7,1%
OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS	1	7,1%
TRISOMIA 18	1	7,1%
TRISONOMIA 21	1	7,1%

Fuente SIVIGILA

Frente al consumo de ácido fólico por parte de las madres, se registró que el 60,6% si lo hizo, de estas madres el 24,8% lo consumió en la etapa preconcepcional. El 3,3% de las madres consumieron alcohol, el 1,2% tabaco, el 0,8% sustancias psicoactivas y el 1,5% estuvieron expuestas a algún agente teratógeno.

La toma de muestra STORCH se realizó en el 34,9% de los casos notificados que corresponde a 86 casos, se identificaron 1 caso con anticuerpo de rubeola IGM positivo, 72 casos de IGM positivo para toxoplasma, 1 caso de IGM positivo para citomegalovirus, 1 caso de IGM positivo para Herpes virus y 1 IGM con serología positiva para sífilis.

El 22,51% de los casos notificados presentaron condición final muerto, lo que puede estar explicado porque muchos de los defectos congénitos no son compatibles con la vida.

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

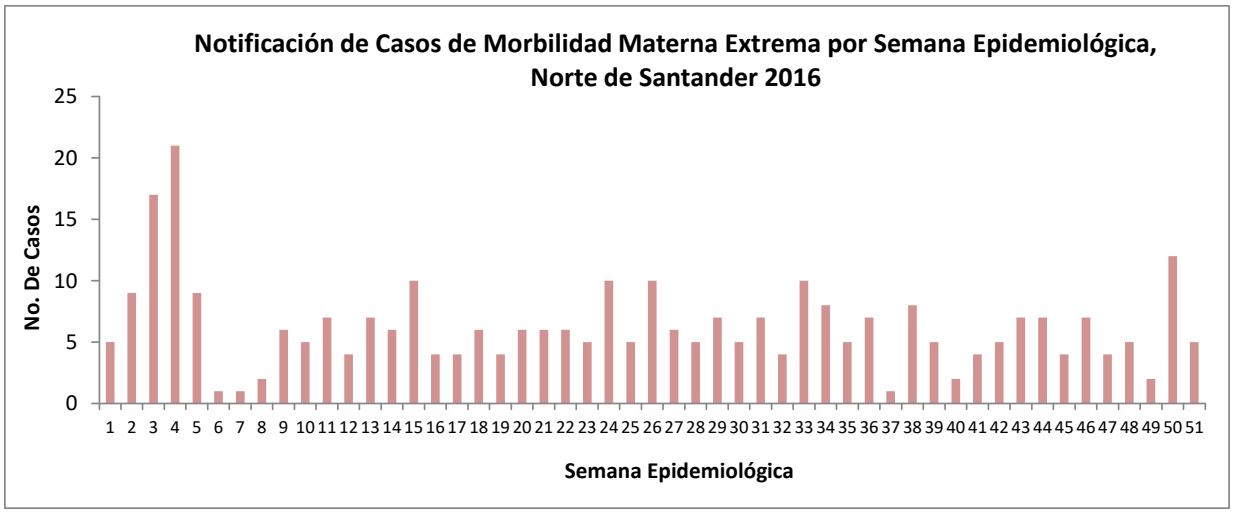
MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo el cual caracteriza la situación epidemiológica de la morbilidad materna extrema en Norte de Santander para el año 2016. La población objeto fue los casos de morbilidad materna extrema notificados al sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA hasta la semana 52 de 2016.

HALLAZGOS

Comportamiento de la notificación

El presente informe se realiza con un total de 318 casos de morbilidad materna extrema. De los casos notificados hasta la semana 52 de 2016, el mayor porcentaje se notificó en las semanas 4 con 6,6%, la semana 3 con 5,3% y la semana 51 con 3,8 % del total de los casos del periodo. En promedio en 2016 se han notificado 6,2 casos por semana epidemiológica.



Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Los casos han sido notificados por las UPGD del departamento. Los municipios con mayor número de casos según residencia fueron Cúcuta con el 46,9% (149 casos) seguido de Tibú con el 9,7% (31 casos), Ocaña con el 9,1% (29 casos) y Villa del Rosario con 5,0% (16 casos). En menor proporción se encuentran los municipios de Bucarasica, Cucutilla, La Playa, Pamplona, Salazar, San Calixto y Teorama.

Municipio de Residencia	No. de Casos	Porcentaje
Cúcuta	149	46,9%
Tibú	31	9,7%
Ocaña	29	9,1%
Villa del Rosario	16	5,0%
Los Patios	11	3,5%
Pamplona	8	2,5%
Abrego	7	2,2%
El Tarra	7	2,2%
Sardinata	7	2,2%
Convención	6	1,9%
Puerto Santander	6	1,9%
Chinácota	5	1,6%
Arboledas	4	1,3%
Toledo	4	1,3%
Chitagá	3	0,9%
El Carmen	3	0,9%
Gramalote	3	0,9%
Silos	3	0,9%
Villa caro	3	0,9%
Cáchira	2	0,6%
El Zulia	2	0,6%
La Esperanza	2	0,6%
Bucarasica	1	0,3%
Cucutilla	1	0,3%
La Playa	1	0,3%
Pamplona	1	0,3%
Salazar	1	0,3%
San Calixto	1	0,3%
Teorama	1	0,3%
Total	**318**	**100,0%**

Fuente SIVIGILA

La razón de morbilidad materna extrema nacional preliminar es de 30,4 casos por 1.000 nacidos vivos y para el departamento de Norte de Santander durante el año 2016 fue de 7,9 casos por 1.000 nacidos vivos.

La mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema a semana epidemiológica 52 de 2016, se ha notificado en mujeres residentes en la cabecera municipal con 82,1%; el 69,2% de los casos se ha notificado dentro del régimen subsidiado seguido del régimen contributivo con 24,8%. Por pertenencia étnica, el 93 % de los casos se registró en las mujeres con pertenencia étnica "otros".

Por grupos de edad, el 21,4 % de los casos se notificó en las mujeres de 15 a 19 años seguido del grupo de 20 a 24 años con 21,1%.

Comportamiento demográfico y social de los casos de morbilidad materna extrema. Norte de Santander, 2016

Variable	Categoria	No. Casos	Porcentaje
Área de Ocurrencia	Cabecera municipal	261	82,1%
	Rural disperso	38	11,9%
	Centro poblado	19	6,0%
Tipo de Régimen	Subsidiado	220	69,2%
	Contributivo	79	24,8%
	No Afiliado	11	3,5%
	Especial	5	1,6%
	Particular	2	0,6%
Pertenencia étnica	Indeterminado	1	0,3%
	Indígena	1	0,3%
	Otra	317	99,7%
Grupo de Edad	10 a 14 Años	4	1,3%
	15 a 19 Años	68	21,4%
	20 a 24 Años	67	21,1%
	25 a 29 Años	64	20,1%
	30 a 34 Años	48	15,1%
	35 a 39 Años	47	14,8%
	40 Años y más	20	6,3%

Fuente SIVIGILA

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Según los antecedentes de embarazos en las mujeres, el 45,9 % cursaban por su primera gestación, las pacientes con antecedentes de dos o tres gestaciones alcanzaron el 41,2% y las pacientes multíparas con cuatro o más gestaciones alcanzan el 12,9%. En casos correspondientes al 50,7 % se encontró antecedente de cesárea y en 61 casos correspondiente al 19,81 % se presentó antecedente de aborto.

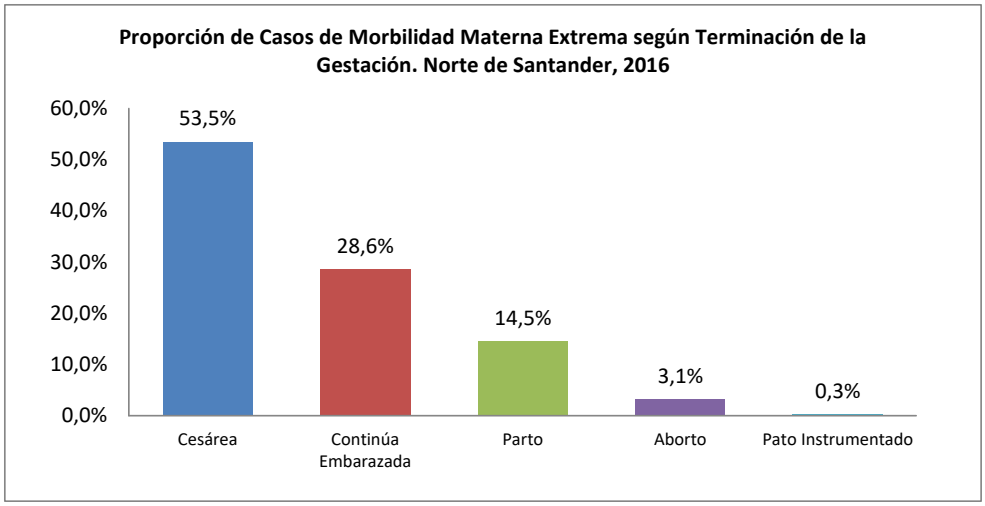
Morbilidad materna extrema y número de gestaciones. Norte de Santander, 2016

Número de Gestaciones	Casos	Porcentaje
Primera Gestación	146	45,9%
Entre 2 y 3 gestaciones	131	41,2%
4 ó más gestaciones	41	12,9%
Total	**318**	**100**

Fuente SIVIGILA

Frente al momento de ocurrencia de evento con relación a la terminación de la gestación el evento se presentó "antes" de la terminación de la gestación en el 18,7% de los casos, "durante" en el 77,3% y "después" en el 4% de los casos.

Del total de casos que terminaron la gestación, bien sea por parto o cesárea, el 64,2% de los recién nacidos terminaron vivos y el 31,8% terminaron muertos, en 101 (31,8%) de los casos no se cuenta con información en esta variable. Por otra parte, el 53,5 % terminó la gestación en cesárea, el 28,6% continuó embarazada y el 14,5% terminó en parto.



En relación con los criterios de inclusión, el número de criterios que tuvo cada una de las pacientes nos puede dar un indicador de la severidad del evento obstétrico por el que cursó la paciente, el 44,3% presentaron uno o dos criterios de inclusión y el 55,7% presentó tres o más criterios, indicando que fueron pacientes gravemente enfermas con un riesgo mucho mayor de muerte frente a las pacientes con uno o dos criterios de inclusión.

En el grupo de los criterios relacionados con el manejo específico tiene el mayor peso el criterio de ingreso a unidad de cuidado intensivo, notificado en 127 pacientes correspondientes al 39,9%. En el grupo de criterios por falla orgánica el mayor peso lo tiene la falla vascular presentándose en 88 casos correspondientes al 27,6%, seguido en menor proporción por la falla vascular con 83 casos correspondientes al 26,1%.

Finalmente, de los criterios de inclusión relacionados con enfermedad específica en 75 casos correspondiente a 55% se reportó preeclampsia severa, en 36 casos correspondientes al 11,3% se reportó hemorragia obstétrica severa y en 35 casos correspondiente al 11% se reportó eclampsia.

De acuerdo a las causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta el periodo epidemiológico 13 de 2016, la mayor proporción corresponden a trastornos hipertensivos con el 66,7 % de los casos, seguido por complicaciones hemorrágicas con 14,5 % y otras causas con 9,2 %.

Distribución de casos de morbilidad materna extrema por causa principal agrupada. Norte de Santander, 2016

Causas Agrupadas	Casos	Porcentaje
Trastornos hipertensivos	186	58,5%
Complicaciones hemorrágicas	38	11,9%
Complicaciones de aborto	2	0,6%
Sepsis de origen obstétrico	5	1,6%
Sepsis de origen no obstétrico	6	1,9%
Sepsis de origen pulmonar	3	0,9%
Enf. Preexistente que se complica	4	1,3%
Otra causa	74	23,3%
Total	318	100,0%

Fuente SIVIGILA

Frente a la estancia hospitalaria de las pacientes derivada de su complicación, el 19,2 % tuvo una hospitalización de un día y 53,8% de las pacientes tuvo una hospitalización entre dos y cinco días. Con respecto a la estancia en unidad de cuidado intensivo el 33,3% de las pacientes requirieron manejo en UCI y el 17,3% permanecieron un día y el 20,1% permanecieron entre dos y cinco días.

7. ENFERMEDADES CRÓNICAS

CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO

MATERIALES Y MÉTODOS

Con la base de datos del evento 155 - cáncer de mama y cuello uterino, recibida en el aplicativo del sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) del Instituto Departamental de Salud, se realizó depuración del enero a diciembre de 2016.

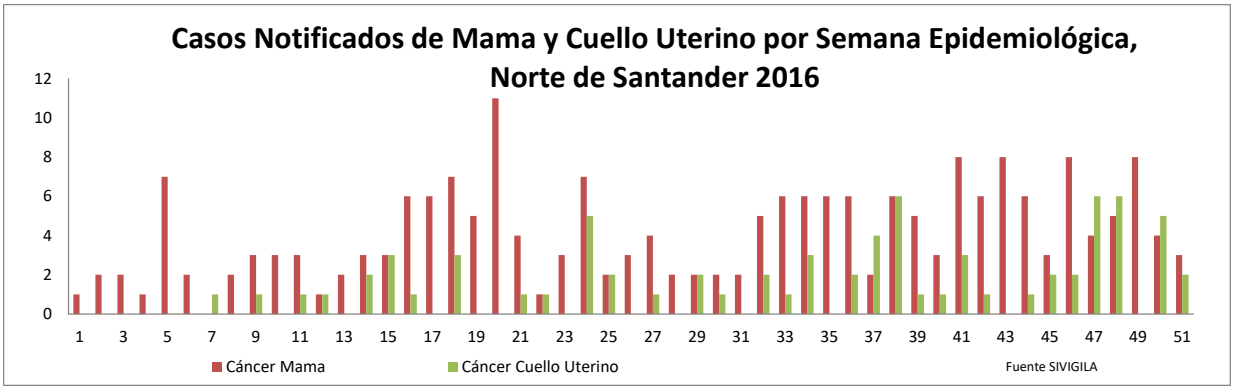
Se realizó un informe de análisis de tipo descriptivo de la situación actual de la notificación de cáncer de mama y cuello uterino en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), hasta la semana 52 de 2016.

El análisis describe el comportamiento del evento, la magnitud en persona y lugar de los tipos de cánceres, el comportamiento de la notificación, la caracterización del evento en persona y lugar, teniendo en cuenta, las variables de sexo, edad, régimen de afiliación, pertenencia étnica, grupos poblacionales y EAPB.

HALLAZGOS

El evento de código Sivigila 155 inicia su vigilancia en el año 2016; a periodo epidemiológico 13 de 2 016 se notificaron al Sivigila 332 casos confirmados de los dos cánceres, de los cuales se retiraron 47 registros repetidos y con mala calidad del dato, 4 caso con error D y 1 caso con ajuste 6 para un total de 277 casos confirmados.

Comportamiento de la notificación



Hasta la semana epidemiológica 52 de 2 016 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 277 casos confirmados de los dos cánceres, 202 casos de cáncer de mama y 75 casos de cáncer de cuello uterino.

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

CÁNCER DE MAMA

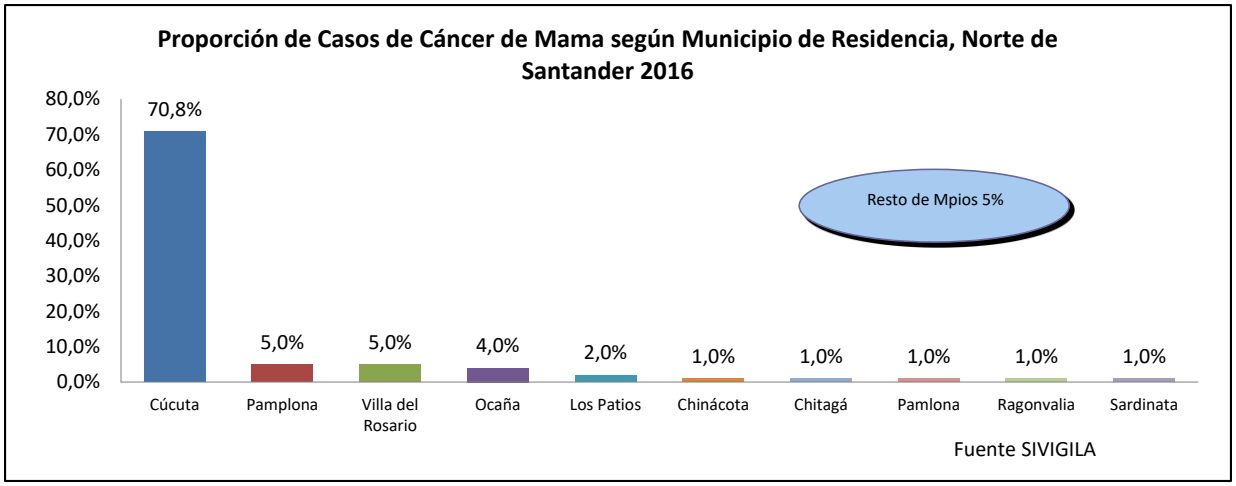
El 49,5% de los casos de cáncer de mama se registraron en el régimen contributivo y el 43,6 en el régimen subsidiado; el 95% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica el 99% pertenence a otras etnias. La edad mínima fue 21 años y la máxima 86 años; concentrando la mayor cantidad de casos en los grupos de edad de 55 a 59 años con el 15,3%, seguido del grupo de 45 a 49 años con 14,4% y 70 años y más con 13,4% de los casos.

Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer de mama notificados. Norte de Santander, 2 016

Variable	Categoria	Casos	Porcentaje
Tipo de Régimen	Contributivo	100	49,5%
	Subsidiado	88	43,6%
	Indeterminado	6	3,0%
	Especial	5	2,5%
	No Afiliado	3	1,5%
Área de Ocurrencia	Cabecera Municipal	192	95,0%
	Rural Diperso	8	4,0%
	Centro Pobaldo	2	1,0%
Grupo de Edad	20 a 24 Años	0	0,0%
	25 a 29 Años	2	1,0%
	30 a 34 Años	10	5,0%
	35 a 39 Años	17	8,4%
	40 a 44 Años	25	12,4%
	45 a 49 Años	29	14,4%
	50 a 54 Años	21	10,4%
	55 a 59 Años	31	15,3%
	60 a 64 Años	22	10,9%
	65 a 69 Años	18	8,9%
	70 Años y más	27	13,4%

Fuente SIVIGILA

La notificación según municipio de residencia de cáncer de mama, la encabeza Cúcuta con el 70,8% (143 casos), seguido por Pamplona y Villa del Rosario con el 5% cada uno de ellos (10 casos), Ocaña con el 4% (8 casos), y Los Patios con el 2% (4 casos) y Nariño con el 5,1% (128 casos).



CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Para el cáncer de cuello uterino, el 50,7% de los casos se registraron en el régimen subsidiado y el 44% en el régimen contributivo, el 92% de los casos tuvo como área de ocurrencia la cabecera municipal. Por pertenencia étnica el 99% de los casos se presentó en otras etnias y solo el 1% en población indígena; la edad mínima fue de 21 años y la máxima de 83 años.

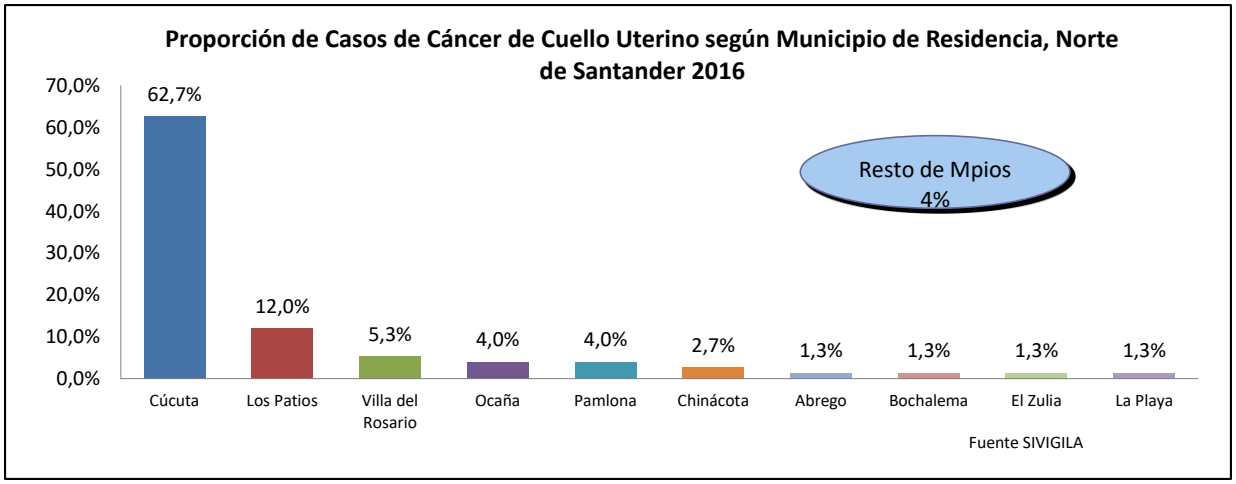
Los grupos de edad más afectados fueron de 50 a 54 años, 55 a 59 años y 70 años y más con el 12,0% cada uno seguido de los grupos de edad de 30 a 34 años, 35 a 39 y 60 a 64 años con el 10,7% para cada grupo de edad.

Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer de cuello uterino notificados. Norte de Santander, 2 016

Variable	Categoria	Casos	Porcentaje
Tipo de Régimen	Subsidiado	38	50,7%
	Contributivo	33	44,0%
	No Afiliado	3	4,0%
	Especial	1	1,3%
	Indeterminado	0	0,0%
Área de Ocurrencia	Cabecera Municipal	69	92,0%
	Rural Diperso	4	5,3%
	Centro Pobaldo	2	2,7%
Grupo de Edad	20 a 24 Años	4	5,3%
	25 a 29 Años	3	4,0%
	30 a 34 Años	8	10,7%
	35 a 39 Años	8	10,7%
	40 a 44 Años	5	6,7%
	45 a 49 Años	6	8,0%
	50 a 54 Años	9	12,0%
	55 a 59 Años	9	12,0%
	60 a 64 Años	8	10,7%
	65 a 69 Años	6	8,0%
	70 Años y más	9	12,0%

Fuente SIVIGILA

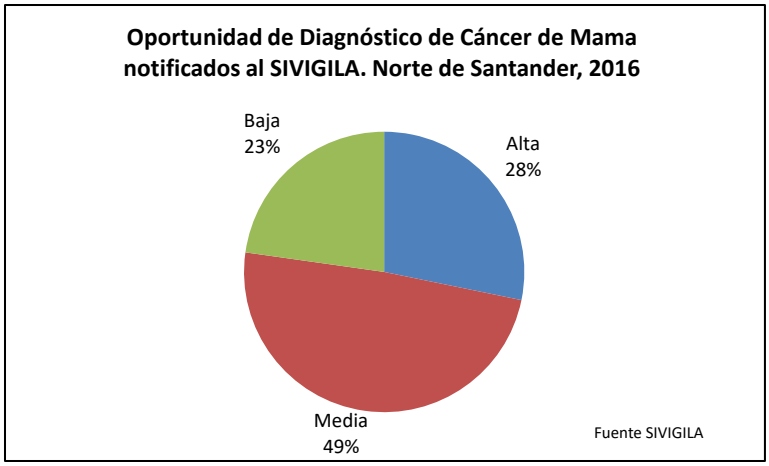
La notificación según área de residencia de cáncer de cuello uterino, la encabeza Cúcuta con el 62,7% (47 casos), seguido por Los Patios con el 12% (9 casos) y Villa del Rosario con el 5,3% (4 casos) y Ocaña y Pamplona con con el 4% (3 casos).



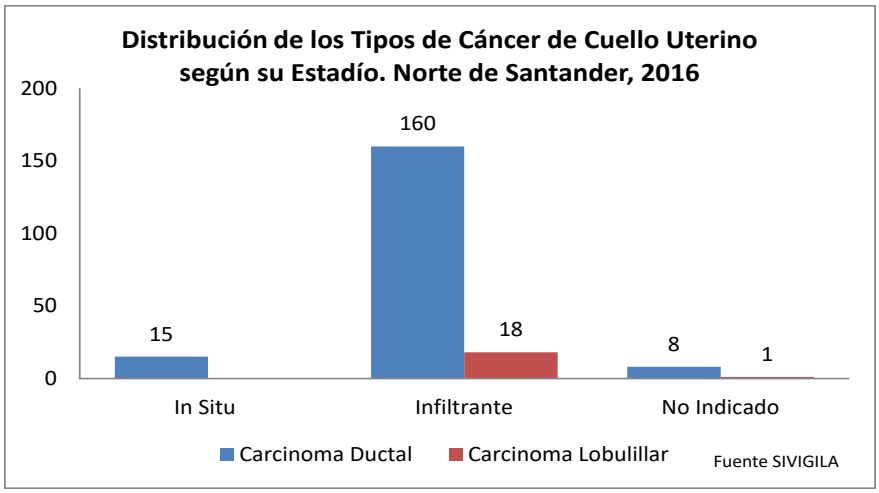
Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

CÁNCER DE MAMA

El promedio de días para el diagnóstico entre la toma y el resultado de la biopsia para cáncer de mama fue de 13 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 223 días. La entrega del resultado después de la toma de la muestra es de oportunidad alta cuando es menor a siete días, oportunidad media entre siete a 15 días y "baja" cuando es mayor a 15 días; el 28,2% de los casos registraron una oportunidad alta.



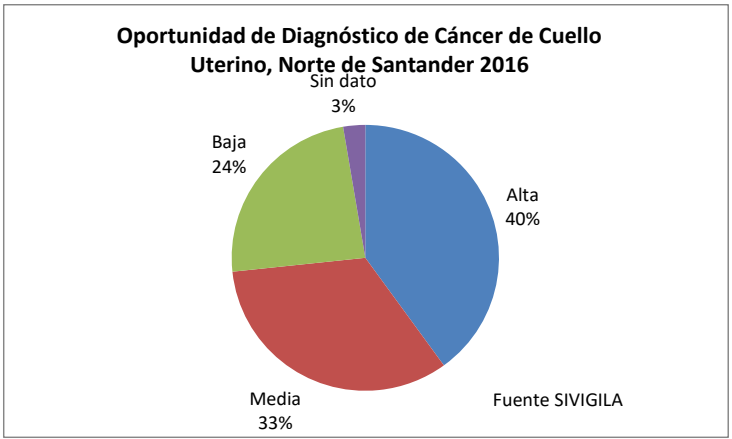
El carcinoma ductal en estadio infiltrante registró el mayor número de casos, concentrando el 79,2% (160 casos) de la notificación, seguido por el carcinoma ductal insitu con el 7,4% (15 casos).



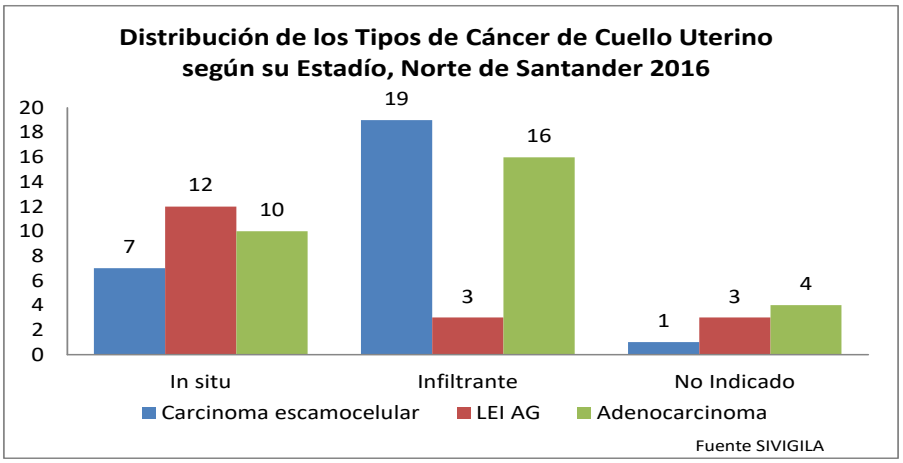
El promedio en días para iniciar tratamiento desde el diagnóstico para cáncer de mama fue de 2 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 1462 días. El inicio de tratamiento antes de 30 días se considera una oportunidad "alta", entre 30 y 45 días "media" y más de 45 días "baja"; el 13,8 % de los casos notificados con inicio de tratamiento registran una oportunidad alta; los casos que no tienen dato no se tuvieron en cuenta para el análisis de este indicador.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El promedio de días para el diagnóstico entre la toma y el resultado de la biopsia para cánc er de cuello uterino fue de 12 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 98 días. La entrega del resultado después de la toma de la muestra es de oportunidad alta cuando es menor a siete días, oportunidad media entre siete a 15 días y "baja" cuando es mayor a 15 días; el 40% de los casos registraron una oportunidad alta, el 33% oportunidad media y el 24% oportunidad baja.



El carcinoma escamocelular infiltrante registró la mayor cantidad de casos concentrando el 25% (19 casos), seguido por el Adenocarcinoma infiltrante con el 21% de los casos (16) y la Lesión intraepitelial de alto grado in situ con el 16% (12 casos).



El promedio en días para iniciar tratamiento desde el diagnóstico para cáncer de cuello uterino fue de 51 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 830 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 5,3% de los casos notificados con inicio de tratamiento registran una oportunidad alta; los casos que no tienen dato fueron excluidos del análisis para este indicador.

CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un informe de análisis de tipo descriptivo de la situación actual de la notificación de cáncer en menores de 18 años en Norte de Santander, detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), hasta la semana 52 de 2016.

La notificación del evento se realiza de forma semanal de casos probables y confirmados de cáncer en menores de 18 años de edad, con ajuste por periodo epidemiológico a través del SIVIGILA y por otra parte, búsqueda activa institucional (BAI) en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) mediante el Sistema de Información de Apoyo a la Notificación e Investigación de Eventos en Salud Pública (SIANIESP) del mismo con el uso de los códigos C del CIE 10. La base de datos de la ficha de datos complementarios 115 vigente este año se depura cruzando los datos para su análisis. Para el caso de SIVIGILA se continúa la vigilancia por medio de la ficha de notificación como un componente de búsqueda activa de casos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), con notificación desde probable y seguimiento hasta su confirmación o descarte.

HALLAZGOS

La información recibida por el programa SIVIGILA hasta el periodo epidemiológico No. 13 (semana epidemiológica 52), pertenece a los 40 municipios **"UNM"** del departamento**,** notificados a través de las UPGD activas. Se notificaron un total de 59 casos a semana cincuenta y dos, con 4 ajustes pendientes a la base de datos procedentes de la ficha 115 para la variable de clasificación inicial. Además se retiraron nueve registros repetidos y tres registros del exterior, quedando una base de 44 casos para su respectivo análisis.

Los tipos de tumor confirmados por laboratorio, que se notificaron con mayor frecuencia son: Leucemia linfoide aguda con 17 casos (38,6%), seguido de tumores óseos malignos con 5 casos (11,4%) y Leucemias mieloides agudas con 5 casos (11,4%).

Porcentaje de casos de cáncer confirmados en menores de 18 años según tipo de tumor a período epidemiológico trece. Norte de Santander, 2016.

Tipo de Cáncer	2016	
	No. de Casos	Porcentaje
Leucemia linfoide aguda	17	38,6%
Tumores Oseos malignos	5	11,4%
Leucemia mieloide aguda	5	11,4%
Tumores del sistema nervioso central	4	9,1%
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	4	9,1%
Sarcomas de tejidos blancos y extra óseos	3	6,8%
Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas	0	0,0%
Tumores germinales trofoblásticos y otros gonadales	2	4,5%
Tumores epiteliales malignos y melanoma	2	4,5%
Otras neoplasias malignas no específicas	1	2,3%
Tumores renales	1	2,3%
Otras leucemias	0	0,0%
Tumores hepáticos	0	0,0%
Retinoblastoma	0	0,0%
Total	**44**	**100,0%**

Fuente SIVIGILA

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Según edad de los menores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer notificados al Sivigila; el 34,1% (15) de los casos corresponden al grupo de edad de 1 a 4 años, el 29,5% (13) casos al grupo de 5 a 9 años, el 18,2% (8) casos a los grupo de 10 a 14 años y 15 a 17 años para cada uno de ellos. En menores de 1 año no se presentaron casos.

Porcentaje de casos de cáncer confirmados en menores de 18 años según tipo de tumor a período epidemiológico 13. Norte de Santander, 2016.

Grupo de Edad	2016	
	No. de Casos	Porcentaje
Menor de 1 año	0	0,0%
1 a 4 Años	15	34,1%
5 a 9 Años	13	29,5%
10 a 14 Años	8	18,2%
15 a 17 Años	8	18,2%
Total casos	**44**	**100,0%**

Fuente SIVIGILA

El 61,4% (27) de los casos confirmados por laboratorio notificados pertenecen al sexo masculino y el 38,6% (17) casos al sexo femenino; según tipo de afiliación al régimen de salud el 61,4% (27) se encuentran afiliados al régimen subsidiado, el 25% (11) afiliados al régimen contributivo, la proporción restante 13,7% (6) se distribuyen en los regímenes: especial y no asegurado.

Porcentaje de casos de cáncer confirmados en menores de 18 años según sexo y tipo de afiliación a período epidemiológico 13. Norte de Santander, 2016.

Sexo	2016	
	No. de Casos	Porcentaje
Masculino	27	61,4%
Femenino	17	38,6%
Total casos	**44**	**100,0%**

Fuente SIVIGILA

Tipo de Afiliación	2016	
	No. de Casos	Porcentaje
Subsidiado	27	61,4%
Contributivo	11	25,0%
No Afiliado	5	11,4%
Régimen Especial	1	2,3%
Total casos	**44**	**100,0%**

Fuente SIVIGILA

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Se realizó una evaluación específica de las leucemias en menores de 15 años, debido a que esta patología se venía vigilando desde 2008; encontrándose un total de 22 casos para el departamento de Norte de Santander.

Comportamiento de la notificación de la leucemia en menores de 15 años a período epidemiológico diez. Norte de Santander, 2016.

Población menor de 15 años Norte de Santander	Frecuencia	Prevalencia (x 100.000 Hab.)
379.719	22	5,8%

Fuente SIVIGILA

Prevalencia

Se notificaron 44 casos confirmados de cáncer en personas menores de 18 años (incluidas las leucemias linfoide y mieloide agudas en menores de 15 años). Se calculó la tasa de prevalencia (preliminar) para Norte de Santander, encontrando una prevalencia de 5,8% casos por 100.000 menores de 18 años en el departamento.

Comportamiento de la notificación de cáncer en menores de 18 años a periodo epidemiológico diez. Norte de Santander, 2016.

Población menor de 18 años Norte de Santander	Frecuencia	Prevalencia (x 10.000 Hab.)
461.201	44	1,0%

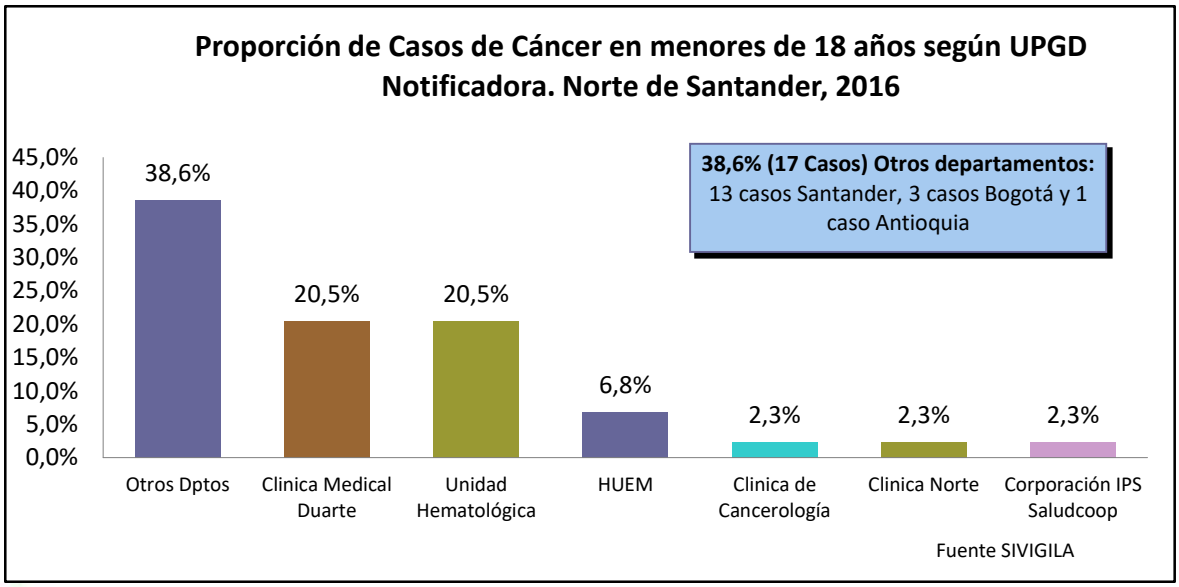
Fuente SIVIGILA

Según municipio de residencia Cúcuta aporta el mayor porcentaje de casos con el 52,3% de los casos, seguido de los municipios Ocaña con el 18,2%, Villa del Rosario con 6,8% y Los Patios con 4,5%. Las semanas epidemiológicas donde más se presentaron casos fueron las semana 3 y 27 con tres casos cada una, seguida de la semana 12,16,18 y 38 con dos casos cada una.

Municipio de Residencia	2016		Tasa de Prevalencia 2016
	No. de Casos	Porcentaje	
Cúcuta	23	52,3%	1,1%
Ocaña	8	18,2%	**2,5%**
Villa del Rosario	3	6,8%	1,0%
Los Patios	2	4,5%	0,8%
Tibú	2	4,5%	1,3%
Labateca	1	2,3%	**4,6%**
Lourdes	1	2,3%	**8,3%**
Pamplona	1	2,3%	0,6%
Puerto Santander	1	2,3%	**2,8%**
Sardinata	1	2,3%	1,1%
Toledo	1	2,3%	**1,7%**
Silos	0	0,0%	0,0%
Convención	0	0,0%	0,0%
Cucutilla	0	0,0%	0,0%
El Carmen	0	0,0%	0,0%
Total casos	**44**	**100,0%**	**1,0%**

Fuente SIVIGILA

Las UPGD que notificaron el mayor número de casos corresponde a otro departamento (Santander) con el 44,1% de los casos; seguido de la Clínica Medical Duarte y Unidad Hematológica con 17,6%, el HUEM con 8,8% y la Clínica de Cancerología, la Clínica Norte y Corporación IPS Saludcoop con el 2,9% de los casos cada uno.



El 76,5% de los casos ha sido hospitalizado para su manejo. El mayor número de casos notificados proviene de la cabecera municipal.

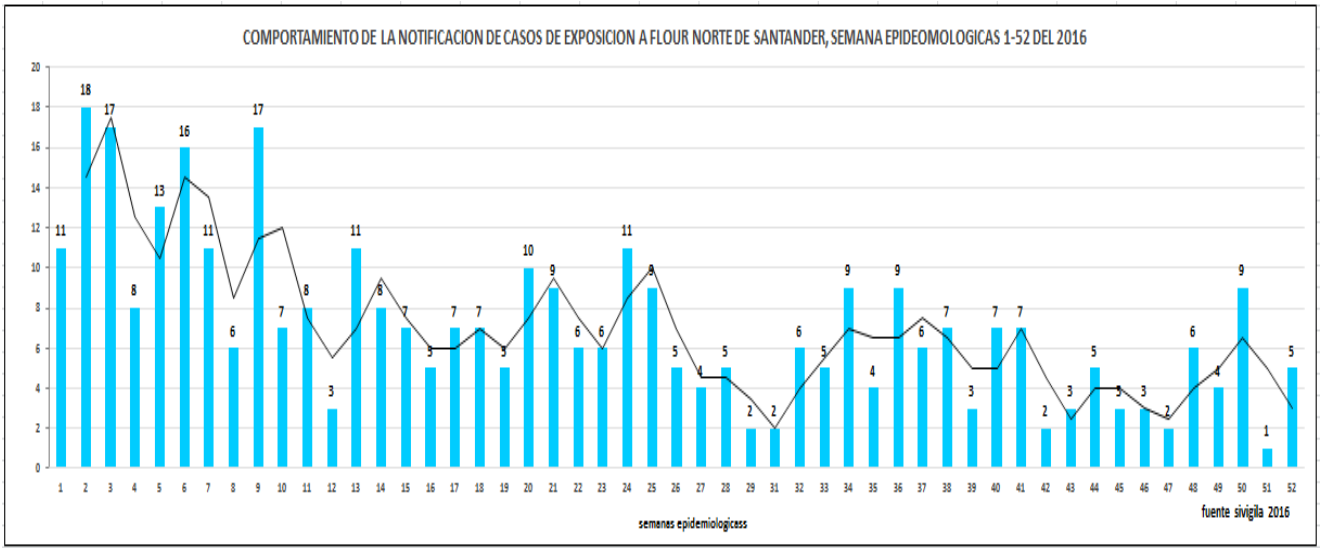
A semana epidemiológica No. 52 se notificaron 8 casos de mortalidad por cáncer en menores de 18 años de departamento de residencia Norte de Santander.

De los 8 casos de mortalidad notificados a período epidemiológico 10, se realizaron 7 unidades de análisis a nivel departamental.

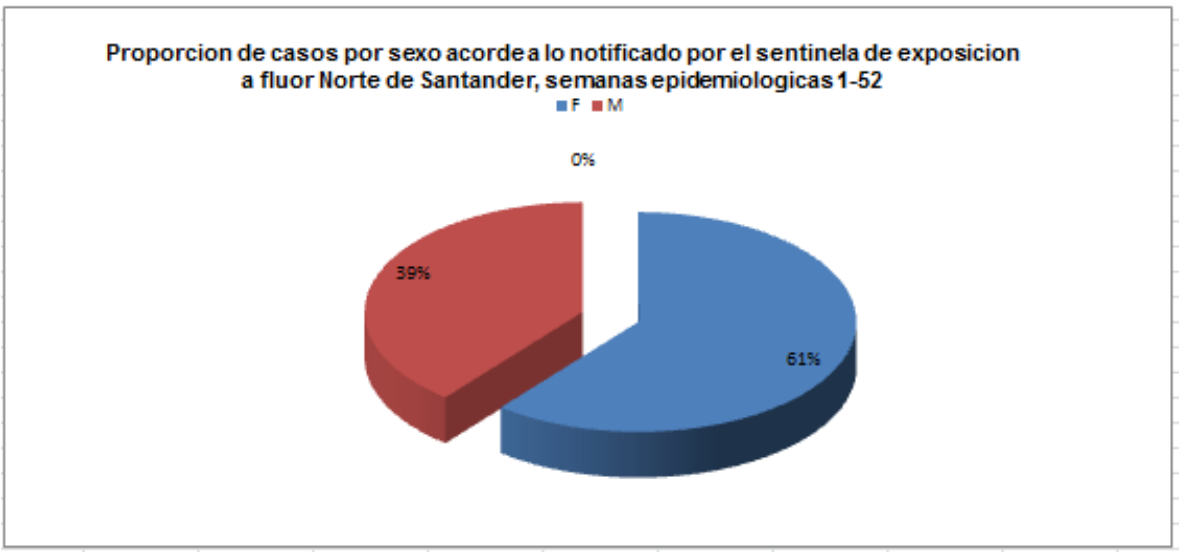
EXPOSICIÓN A FLUOR

La fluorosis dental es una hipomineralización del esmalte producida como respuesta a la ingesta de flúor por un periodo prolongado de tiempo durante la formación del esmalte. La severidad de la fluorosis dependerá de la cantidad o concentración del flúor ingerido, de la duración de la exposición, del nivel de desarrollo del diente, de la edad en la que se está expuesto a cantidades excesivas de fluoruro y a la variación individual o susceptibilidad.

El flúor es utilizado para la prevención y control de la progresión de la caries dental dado su efecto remineralizante sobre los tejidos dentales.

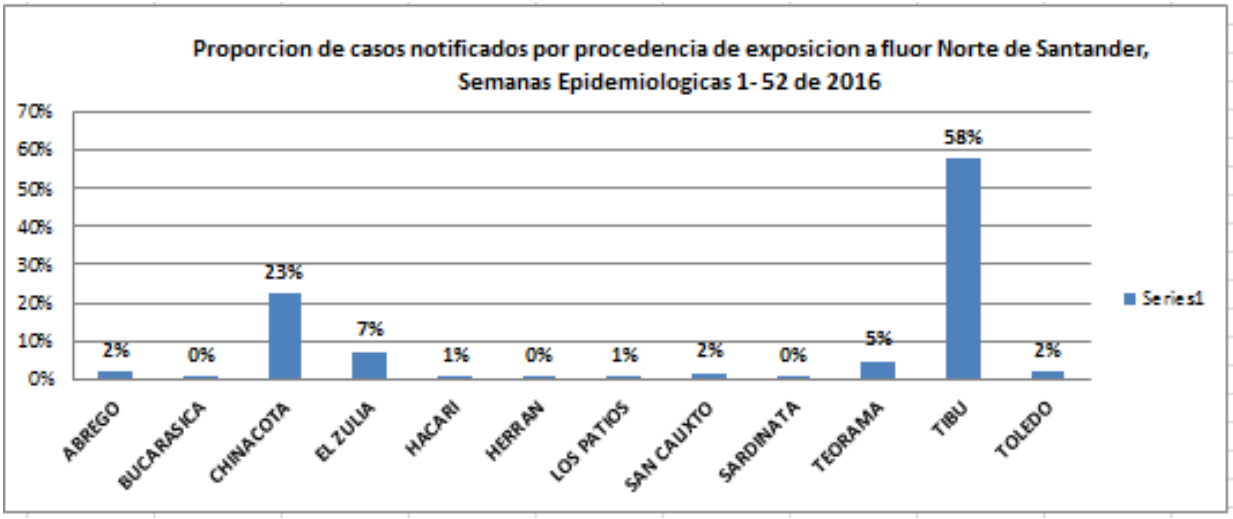


Es relevante señalar que el promedio de notificación por semana fue de 6.92 casos, con una mínima de reporte de un caso por semana y una máxima de 18 casos como se registró en las semanas 2, 3 y 9 superando la frecuencia máxima esperada de casos. La mediana registrada en el siguiente análisis fue de 6.5 y una moda de 7 en la vigencia 2016.

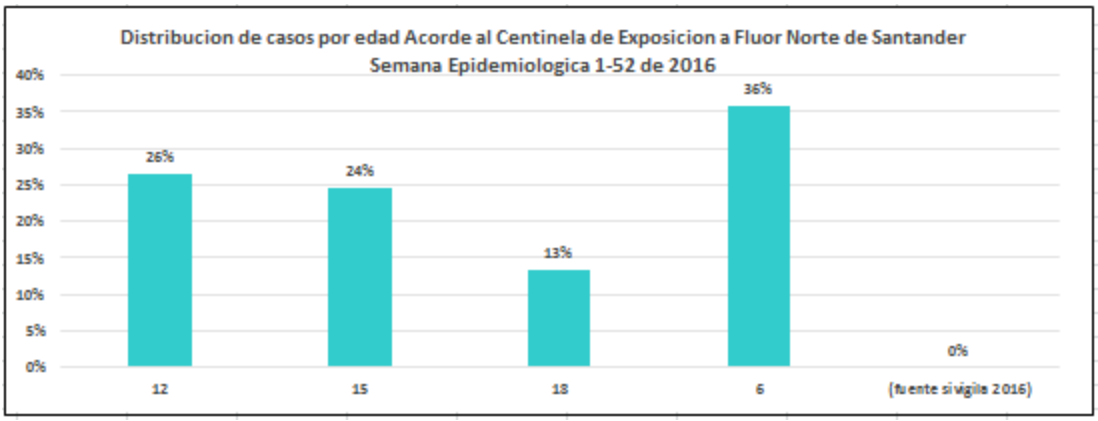


Se evidencia que la mayor proporción de casos de fluorosis se presenta en el género femenino con una proporción de 219 casos que equivalen al 61% y el masculino con una proporción de 141 casos que equivalen al 39%.

Por municipio de procedencia Tibu, Chinacota, y el Zulia aportan al sistema el 88% de los casos.

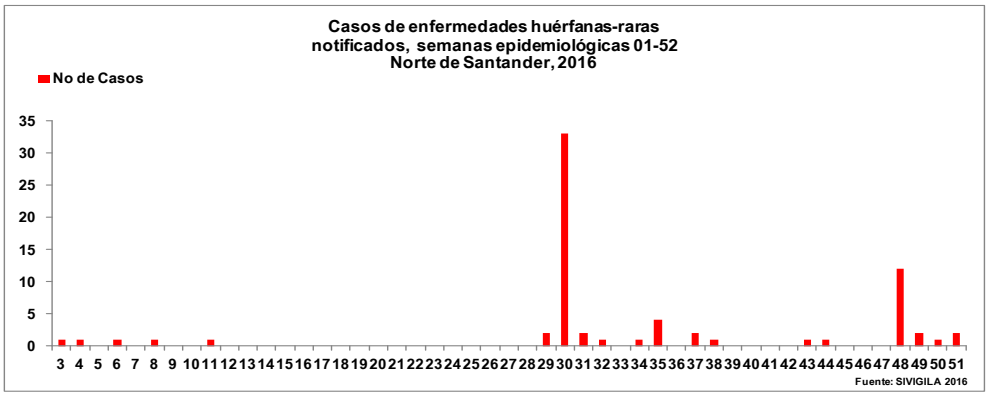


La edad mas afectada por esta eventualidad son de 6 años equivalente al 36%, el evento de vigilancia ingresa al Sivigila en todos los casos de personas de 6,12, 15, y 18 años con exposicion al fluor ; los casos entraron como confirmados por clinica y cumplen con la definicion operativa de caso con sus caracteristicas clinicas de las opacidades difusas del esmalte.



ENFERMEDADES HUÉRFANAS-RARAS

Comportamiento de la notificación: Fueron notificados 83 casos desde la semana epidemiológica 01 a la semana 52 de 2016, todos confirmados por clínica, de estos eliminaron para el informe: 6 casos por duplicidad, 7 casos de otras residencias, quedando un total de 70 casos. Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Fueron notificados 39 casos de enfermedades huérfanas-raras en personas de sexo masculino (55,7 %), el aseguramiento en salud se presentó en mayor proporción en el régimen subsidiado con el (57,1%), seguido del régimen contributivo con (27,1%), no asegurado (8,6%), especial (4,3%) y excepción (2,9%) la pertenencia étnica en la clasificación "otro" registró el 100 %; de los casos según grupo de edad el (11,4%) está entre 35 a 39 años, seguido de 40 a 44 años y 45 a 49 años con el (10,0%) respectivamente para cada grupo.

Comportamiento demográfico y social de las enfermedades huérfanas-raras, semanas epidemiológicas 01-52 Norte de Santander, 2016

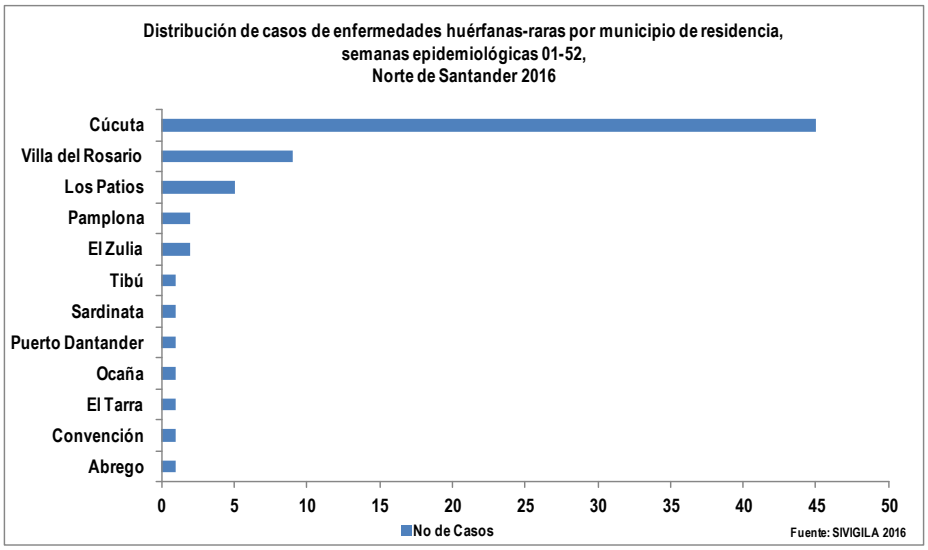
Variable	Categoria	Casos	%
Sexo	Femenino	39	55,7
	Masculino	31	44,3
Tipo de régimen	Subsidiado	40	57,1
	Contributivo	19	27,1
	No asegurado	6	8,6
	Especial	3	4,3
	Excepción	2	2,9
Grupo de Edad	0 a 4 Años	2	2,9
	5 a 9 Años	1	1,4
	10 a 14 Años	2	2,9
	15 a 19 Años	4	5,7
	20 a 24 Años	4	5,7
	25 a 29 Años	8	11,4
	30 a 34 Años	3	4,3
	35 a 39 Años	8	11,4
	40 a 44 Años	7	10,0
	45 a 49 Años	7	10,0
	50 a 54 Años	9	12,9
	55 a 59 Años	4	5,7
	65 y Más	11	15,7

Según tipo de EAPB: De los 70 casos afiliados a algún régimen de seguridad social en salud, 57 pertenecían a Cafesalud Subsidiado 8 casos, Cafesalud Contributivo y Comparta 7 casos respectivamente.

Frecuencia de notificación de casos de enfermedades huérfanas-raras por Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

EAPB	FRECUENCIA	%
CAFESALUD SUBSIDIADO	8	11,4
CAFESALUD E.P.S. S.A.	7	10,0
COMPARTA	7	10,0
COOSALUD ESS EPS-S	6	8,6
NO ASEGURADO	6	8,6
COOMEVA E.P.S. S.A.	5	7,1
EMPRESA COOPERATIVA SOLIDARIA DE SA	5	7,1
SALUDVIDA EPS S.A.	5	7,1
ASMET SALUD ESS	2	2,9
CCF COMFAORIENTE	2	2,9
FIDUPREVISORA S.A RES	2	2,9
NUEVA EPS	2	2,9
NUEVA EPSS	2	2,9
POLICIA NACIONAL	2	2,9
SALUDVIDA	2	2,9
SANITAS E.P.S. S.A.	2	2,9
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	1	1,4
COOSALUD ESSC	1	1,4
ECOPETROL	1	1,4
EMDISALUD ESS	1	1,4
SALUDCOOP E.P.S.	1	1,4
TOTAL	**70**	**100,0**

Distribución de casos por municipio de residencia: Notificaron 12 de 40 municipios, para una cobertura departamental de notificación del 4,8%; el municipio que mas notificó casos fue Cúcuta con el 64,3%, seguido de Villa del Rosario con el 12,9% y Los Patios con 7,1%.



Distribución de casos por municipio de residencia y tipo de enfermedad: Según el tipo de enfermedad el Síndrome de Guillain Barré se encuentra ampliamente distribuido entre los diferentes municipios notificados para el evento, seguido de polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica y síndrome de Van der Woude.

Notificacion de casos de enfermedades huérfanas-raras por municipio de residencia y tipo de enfermedad, semanas epidemiológicas 01-52, Norte de Santander 2016

Municipio	Nombre Enfermedad	Casos
Cúcuta	Sindrome de Guillain-Barre	43
Villa del Rosario	Sindrome de Guillain-Barre	9
Los Patios	Sindrome de Guillain-Barre	5
El Zulia	Sindrome de Guillain-Barre	2
Pamplona	Sindrome de Guillain-Barre	2
	Polineuropatia desmielinizante inflamatoria cronica	1
	Sindrome de Van Der Woude	1
Abrego	Sindrome de Guillain-Barre	1
Convención	Sindrome de Guillain-Barre	1
Cúcuta	Polineuropatia desmielinizante inflamatoria cronica	1
	Sindrome de Van Der Woude	1
El Tarra	Sindrome de Guillain-Barre	1
Ocaña	Sindrome de Guillain-Barre	1
Puerto Santander	Sindrome de Guillain-Barre	1
Sardinata	Sindrome de Guillain-Barre	1
Tibú	Sindrome de Guillain-Barre	1
	Total	**70**

Casos de Mortalidad: Durante la vigencia 2016 se presentaron 2 casos de mortalidad, residentes de los municipios de Abrego y Villa del Rosario, así mismo presentan notificación por enfermedad por virus zika.

Casos de Mortalidad según el municipio de residencia y tipo de enfermedad, Norte de Santander, 2016

Municipio	Sindrome de Guillain-Barre	Total
Abrego	1	1
Villa del Rosario	1	1
Total	**2**	**2**

Fuente: SIVIGILA 2016

Comportamiento de otras variables de interés (Datos Complementarios)

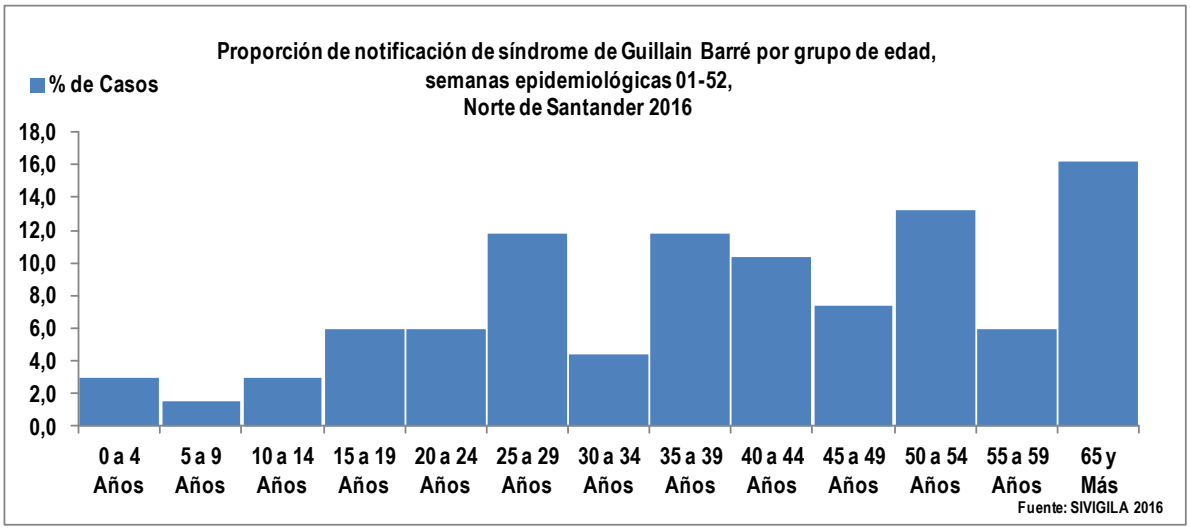
El 4,3 % de los casos notificados no tenían ningún nivel educativo, los mayores de edad en su mayoría habían cursado básica primaria.

Proporción de casos según nivel educativo de enfermedades huérfanas-raras, semanas epidemiológicas 01-52, Norte de Santander 2016

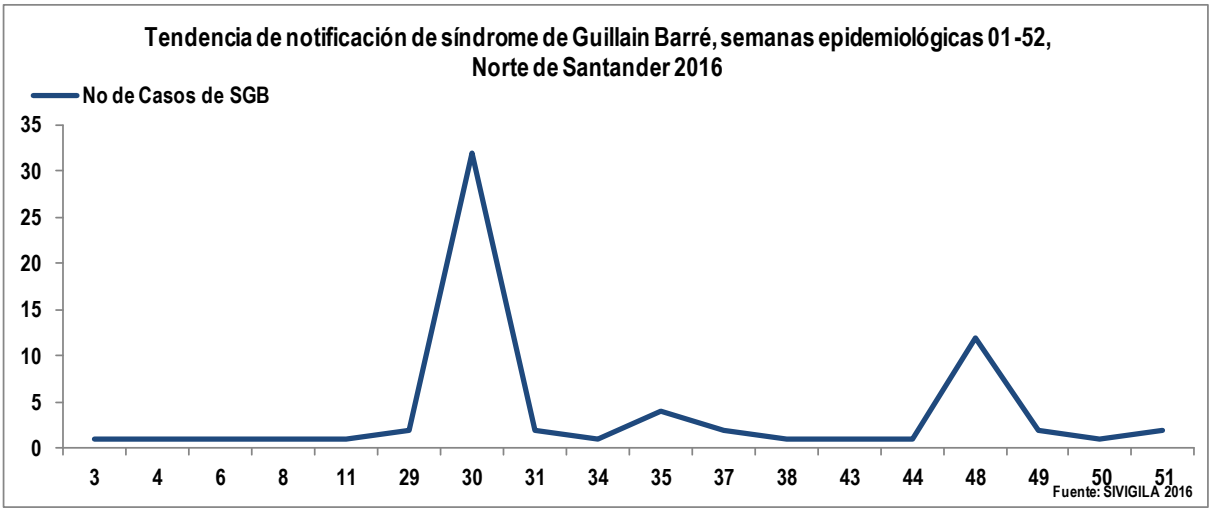
Nivel educativo	Menor de edad	%	Mayor de edad	%	Total	%
Básica Primaria	2	25	36	58,1	38	54,3
Básica Secundaria	3	37,5	11	17,7	14	20,0
Media Académica		0	4	6,5	4	5,7
Media Técnica	1	12,5	3	4,8	4	5,7
Ninguno	2	25	1	1,6	3	4,3
Normalista		0	1	1,6	1	1,4
Profesional		0	3	4,8	3	4,3
Técnica Profesional		0	2	3,2	2	2,9
Tecnológica		0	1	1,6	1	1,4
Total	**8**	**100**	**62**	**100,0**	**70**	**100,0**

Fuente: SIVIGILA 2016

En cuanto a Síndrome de Guillain Barré, de los 68 casos notificados, el 16,2 % fueron notificados en mayores de 65 años, observándose una amplia distribución entre los diferentes grupos de edad.



De acuerdo a la tendencia de los casos notificados de SGB. El mayor número de casos de Síndrome de Guillain Barré se notificó durante la semana epidemiológica 30.



Por inicio de síntomas se observa que solo se presentó 1 caso de diciembre de 2015.

Mes de Inicio de síntomas	Año 2015	Año 2016	Total
Enero		31	31
Febrero		16	16
Marzo		7	7
Abril		2	2
Mayo		3	3
Agosto		2	2
Septiembre		3	3
Octubre		1	1
Diciembre	1	2	3
Total	**1**	**67**	**68**

Fuente: SIVIGILA 2016

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Prevalencia de enfermedades huérfanas-raras en población general: La prevalencia de enfermedades huérfanas-raras en Norte de Santander a periodo epidemiológico trece de 2016 fue 5,12 por 100.000 habitantes, donde el municipio de Cúcuta presenta la mayor prevalencia con 3,29.

Prevalencia de enfermedades huérfanas-raras por municipio de residencia, semanas epidemiológicas 01-52, Norte de Santander 2016

Municipio	Casos	Prevalencia x 100.000 hab
Cúcuta	45	3,29
Villa del Rosario	9	0,66
Los Patios	5	0,37
El Zulia	2	0,15
Pamplona	2	0,15
Abrego	1	0,07
Convención	1	0,07
El Tarra	1	0,07
Ocaña	1	0,07
Puerto Santander	1	0,07
Sardinata	1	0,07
Tibú	1	0,07
Total general	**70**	**5,12**

Fuente: SIVIGILA 2016

La incidencia de enfermedades huérfanas-raras en población general: a periodo epidemiológico trece de 2016 fue de 5,12 por 100.000 habitantes, debido que solo se ha presentado la notificación por este evento en la vigencia 2016 por ende no tenemos casos antiguos.

Tasa cruda de mortalidad por enfermedades huérfanas-raras en población general: tasa cruda de mortalidad por enfermedades huérfanas-raras en Norte de Santander a periodo epidemiológico trece de 2016 fue de 0,15 por 100 000 habitantes.

Tasa cruda de mortalidad por de enfermedades huérfanas-raras por municipio de residencia, semanas epidemiológicas 01-52, Norte de Santander 2016

Municipio	Casos	Tasa de Mortalidad x 100.000
Abrego	1	0,07
Villa del Rosario	1	0,07
Total	**2**	**0,15**

8. EVENTOS DE SALUD MENTAL Y LESIONES DE CAUSA EXTERNA

LESIONES DE CAUSA EXTERNA

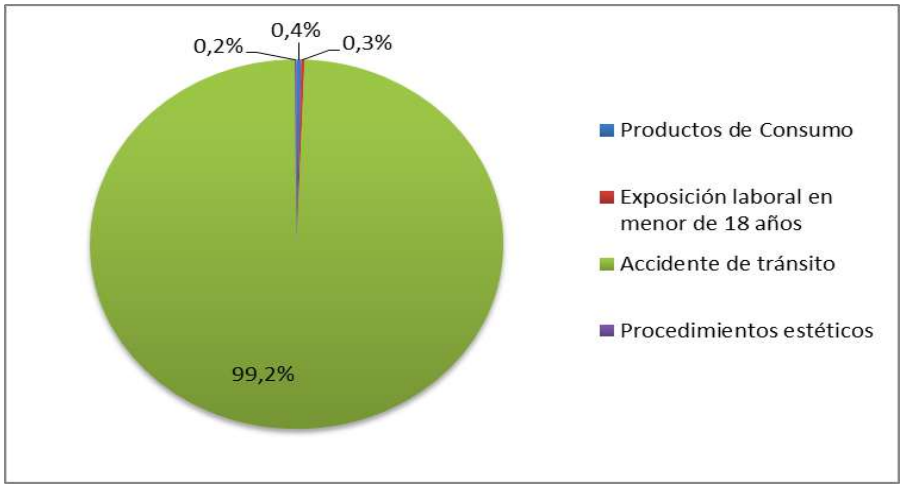
Las lesiones de causa externa (LCE) son definidas como el daño o lesión en una persona en forma intencional o de manera no intencional.

Hallazgos

A semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron al Sivigila 4062 casos de lesiones de causa externa, de los cuales se encontraron 71 registros duplicados, 7 con ajuste D, 69 procedentes de otros departamentos, por lo que el presente informe se realiza con un total de 3915 casos.

Comportamiento de la notificación

A semana epidemiológica 52, se notificaron un total de 3915 casos, el 99.2% (3885 casos) corresponden a lesiones secundarias a accidente de tránsito, el 0.4% (14 casos) lesiones asociadas a productos de consumo, el 0.3% (10 casos) lesiones ocasionadas por exposición laboral en menores de 18 años y 0.2% (6 casos) a lesiones ocasionadas por procedimientos estéticos. El comportamiento de la notificación en la siguiente figura:



Magnitud en lugar y persona

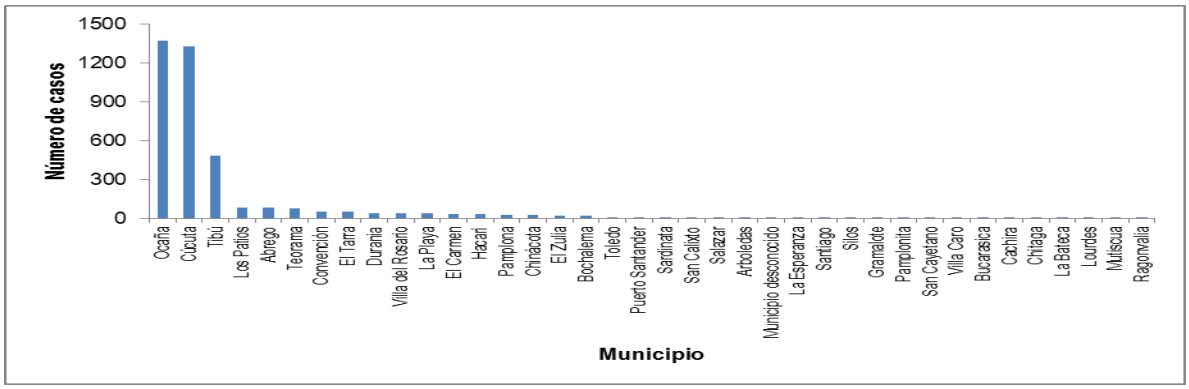
El 67,1% de los casos notificados corresponden al sexo masculino; el 64,9% de los casos registran como no afiliado, sin embargo se deduce que por ser principalmente casos notificados por accidente de tránsito son cubiertos por el SOAT, el 19,5% se registró en el grupo de los 20 a 24 años. Por pertenencia étnica el 99.7% pertenece a otros grupos.

Comportamiento demográfico y social de las lesiones de causa externa notificadas, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	1289	32,9
	Masculino	2626	67,1
Tipo de régimen	Subsidiado	395	10,1
	Contributivo	787	20,1
	No afiliado	2542	64,9
	Excepción	7	0,2
	Indeterminado	16	0,4
	Especial	168	4,3
Pertenencia étnica	Indígena	4	0,1
	ROM (gitano)	8	0,2
	Raizal	1	0,0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	0	0,0
	Otros	3902	99,7
Grupos de edad	Menores de un año	14	0,4
	1 a 4 años	93	2,4
	5 a 9 años	129	3,3
	10 a 14 años	145	3,7
	15 a 19 años	557	14,2
	20 a 24 años	762	19,5
	25 a 29 años	563	14,4
	30 a 34 años	419	10,7
	35 a 39 años	344	8,8
	40 a 44 años	246	6,3
	45 a 49 años	178	4,5
	50 a 54 años	141	3,6
	55 a 59 años	109	2,8
	60 a 64 años	80	2,0
	65 y más años	135	3,4

A semana epidemiológica 52, los municipios que registran el mayor número de casos son Ocaña 35,1%, Cúcuta con el 34,0%, Tibú 12,4%, dichos municipios aportan el 81.5% del total de casos notificados.

Casos notificados de lesiones de causa externa por municipio de procedencia, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Comportamiento de otras variables de interés

Por lugar de ocurrencia, el mayor número de lesiones de causa externa notificadas a semana epidemiológica 52 es la calle y avenida principal con el 100,5% de los casos.

Lugar de ocurrencia de las lesiones de causa externa notificados, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 1-52, 2016

Lugar de ocurrencia del evento	Casos	%
Calle	2862	73,1
Avenida principal	1071	27,4
Hogar	18	0,5
Centro estético	3	0,1
Industria	2	0,1
IPS	2	0,1
Zona comercial	1	0,0
Total	3959	101,1

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Según el tipo de lesión ocasionada, el mayor número se registró por trauma leve, aplastamiento, aprisionamiento con 1453 casos (el 37,1%), es importante resaltar que un paciente puede tener más de una lesión.

Lesiones de causa externa según el tipo de lesión ocasionada, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

Tipo de lesión	Casos	%
Trauma leve, aplastamiento, aprisionamiento	1453	37,1
Politraumatismo	1426	36,4
Herida, laceración, cortes	990	25,3
Fractura, esguince y luxación	690	17,6
Quemaduras	44	1,1
Hemorragia	23	0,6
Amputación o enucleación	16	0,4
Asfixia o ahogamiento	5	0,1
Intoxicación, alergias	3	0,1
Infección	3	0,1
Perforación	3	0,1
Necrosis	2	0,1
Embolia	2	0,1
Sepsis	1	0,0
Depresión respiratoria	1	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Según la parte del cuerpo afectada, el mayor número de lesiones se registraron en las piernas con 1478 casos (el 37,8%), cabe anotar que un paciente puede tener más de una lesión.

Parte del cuerpo afectada en las lesiones de causa externa, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 1-52, 2016

Parte del cuerpo afectada	Número de casos	%
Piernas	1478	37,8
Cráneo	806	20,6
Brazo	707	18,1
Antebrazo	599	15,3
Pies	550	14,0
Cara	489	12,5
Tórax anterior	453	11,6
Mano	425	10,9
Pélvis – Perineo	224	5,7
Piel	186	4,8
Abdomen	155	4,0
Dedos de la mano	138	3,5
Muslos	131	3,3
Tórax posterior	124	3,2
Boca – Dientes	87	2,2
Cuello	84	2,1
Nariz	75	1,9
Dedos de los pies	65	1,7
Ojos	55	1,4
Orejas	25	0,6
Genitales	12	0,3
Órganos internos	8	0,2
Mamas	3	0,1
Glúteos	2	0,1

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Según el elemento que ocasionó la lesión, el mayor número de casos los aportan medios de trasporte y sus accesorios con 3852 casos (el 98,4%).

Elemento que ocasionó la lesión, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 1-52, 2016

Elemento que ocasionó la lesión	Número de casos	%
Medios de transporte o sus accesorios	3852	98,4
Productos químicos	5	0,1
Belleza, cuidado personal e higiene	5	0,1
Máquinas o motores	3	0,1
Equipos de construcción, ferretería, iluminación y eléctricos	3	0,1
Muebles, electrodomésticos y accesorios para el hogar y cocina	3	0,1
Animales	2	0,1
Aparatología de uso estético	2	0,1
Equipos biomédicos	2	0,1
Vestimenta, accesorios y calzado	1	0,0
Equipos de comunicación y tecnología	1	0,0
Medicamentos	1	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

A semana epidemiológica 52 se notificaron 12 muertes por lesiones de causa externa, asociadas a lesiones secundarias a accidentes de tránsito, el municipio con el mayor número de muertes Ocaña.

Muertes ocasionadas por lesiones de causa externa, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-49, 2016

Municipio de notificación	Productos de consumo	Exposición laboral en menor de 18 años	Accidentes de tránsito	Procedimientos estéticos	Número de casos	%
Abrego	0	0	2	0	2	16,7
Cúcuta	0	0	2	0	2	16,7
El Tarra	0	0	1	0	1	8,3
Los Patios	0	0	1	0	1	8,3
Ocaña	0	0	4	0	4	33,3
Teorama	0	0	2	0	2	16,7

Fuente: Sivigila, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Recomendaciones

- Fortalecer el conocimiento del protocolo del evento, con el fin de mejorar la calidad del dato.

- Articular con la Superintendencia de Industria y Comercio para el caso de lesiones ocasionadas por productos de consumo.
- Articular con la dimensión salud ambiental la promoción y prevención en materia vial.

INTENTO DE SUICIDIO

INTRODUCCIÓN

El suicidio es considerado la cuarta forma de muerte violenta en el País. Se evidencia que desde el año 2006 el número de casos ha tenido un aumento, considerándose importante la toma de acciones por parte de salud pública (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), anualmente se reporta cerca de un millón de personas con una tasa global de 16 por 100.000 habitantes, de la misma forma afirma que durante los últimos 45 años se ha incrementado los casos de suicidios alrededor de 60% (2).

Comportamiento del evento en Norte de Santander

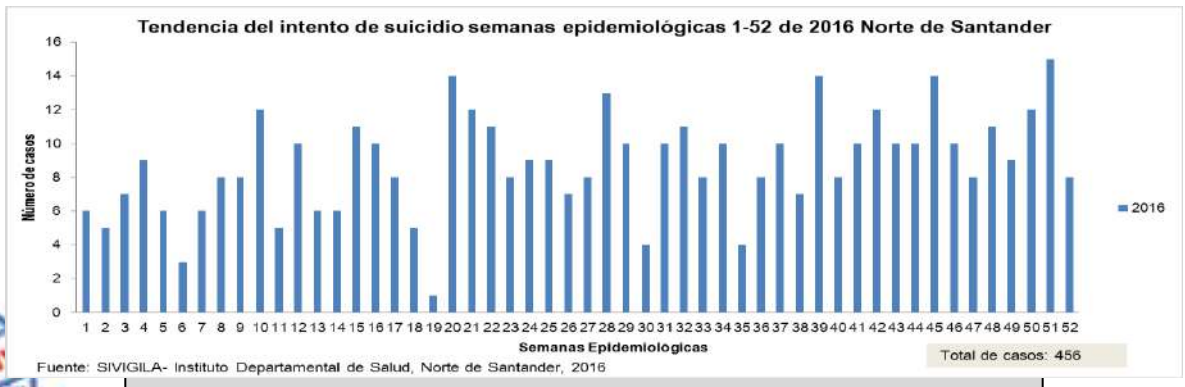
Para el año 2013 según la información estadística del Departamento, se reportaron 59 casos de suicidio entre hombres y mujeres en Norte de Santander, siendo más alta la tasa de suicidio correspondiente a hombres con una tasa de 4,4 (3).

HALLAZGOS

Comportamiento de la notificación

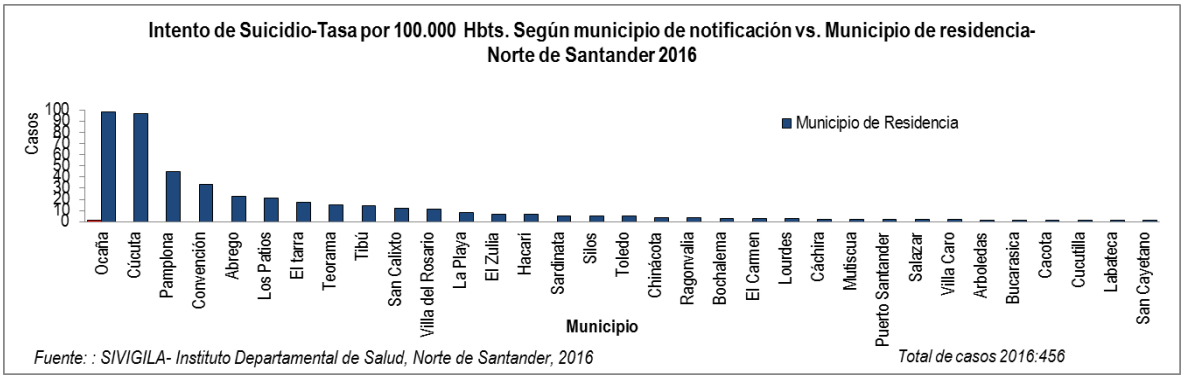
Durante el año 2016, se inició la vigilancia del intento de suicidio y se publicó el protocolo para la vigilancia del evento por parte del Instituto Nacional de Salud, el cual fue adaptado por el departamento. Como resultado de este proceso, hasta el periodo epidemiológico XIII se notificaron al SIVIGILA 456 casos de intento de suicidio desde la semana epidemiológica 01 a la semana 52 de 2016, de los cuales, se identificaron 61 casos repetidos, y se descartan 16 casos con residencia fuera del departamento, para un total de 533 casos de intento de suicidio.

Casos notificados de intento de suicidio, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016



En el departamento Norte de Santander el evento se presentó con variabilidad durante todas las semanas epidemiológicas, evidenciándose el mayor pico en la semana epidemiológica 51 con un total de 15 casos, seguido de las semanas 20, 39 y 45 con un total de 14 casos de intento de suicidio cada una.

Casos notificados de intento de suicidio por municipio de residencia, Norte de Santander, 2016.



Se notificaron casos en 33 de los 40 municipios existentes. Por procedencia, Ocaña, Cúcuta y Pamplona son los municipios con mayor número de casos, obteniendo 98, 97 y 45 casos de intento de suicidio respectivamente.

Comportamiento demográfico y social de los casos de intento de suicidio, Norte de Santander, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	F	250	55%
	M	206	45%
Área de procedencia	Cabecera Municipal	340	75%
	Centro Poblado	24	5%
	Rural Disperso	92	20%
Pertenencia étnica	Raizal	1	0%
	Negro, mulato afroamericano	2	1%
	Otro	453	99%
Grupo de edad	De 5 a 9	2	0.44%
	De 10 a 14	40	9%
	De 15 a 19	138	30%
	De 20 a 24	85	19%
	De 25 a 29	64	14%

De 30 a 34	41	9%
De 35 a 39	18	4%
De 40 a 44	20	4%
De 45 a 49	19	4%
De 50 a 54	10	2%
De 55 a 59	9	2%
De 60 a 64	3	1%
De 65 o más años	7	2%

Fuente: SIVIGILA, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

El 55% de los casos de intento de suicidio se registró en el sexo femenino; el 75% proceden de las cabeceras municipales, el 30% se registraron en el grupo de 15 a 19 años. Por pertenencia étnica, 453 casos (el 99%) se notificó en Otro, y tan solo dos pertenecen a negro, mulato afroamericano (1% restante).

Reporte de casos de intento de suicidio por grupos poblacionales, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Grupos poblacionales	Casos	%
Centros psiquiátricos	2	0,44%
Carcelarios	6	1,32%
Gestantes	7	1,54%
Desplazados	0	0,00%
Discapacitados	2	0,44%
Población Infantil a cargo de ICBF	0	0,00%
Víctima de violencia	1	0,22%
Migrantes	0	0,00%
Indigentes	0	0,00%
Desmovilizados	0	0,00%
Madres comunitarias	211	46,27%

Fuente: SIVIGILA, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Durante el periodo analizado, para intento de suicidio resulta particularmente preocupante el reporte de 211 casos (el 46,27%) en Madres Comunitarias, seguido de siete casos de Gestantes (1,54%) y en población carcelaria a cargo del INPEC se reportaron seis casos (el 1,32%) (Ver tabla 2).

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Factores asociados al intento de suicidio, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Factores asociados	Casos	%
Conflictos recientes con la pareja	162	35,53%
Síntomas depresivos	0	0,00%
Problemas económicos, legales o sociales recientes	138	30,26%
Pérdida de lazos afectivos	55	12,06%
Ideación suicida persistente	36	7,89%
Consumo de SPA	20	4,39%
Pacto Suicida	7	1,54%
Antecedente personal de trastorno psiquiátrico	20	4,39%
Asociado a antecedentes de violencia intrafamiliar	19	4,17%

Otros síntomas psiquiátricos	16	3,51%
Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos	12	2,63%
Historia familiar de conducta suicida	19	4,17%
Victima violencia	8	1,75%
Enfermedad grave en un familiar	0	0,00%
Asociado antecedente de abuso sexual	4	0,88%
Enfermedad grave dolorosa o incapacitante	9	1,97%

Fuente: SIVIGILA, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

De los casos de intento de suicidio notificados al SIVIGILA y al Instituto Departamental de Salud el 35,53% corresponden a conflictos recientes con la pareja, otros factores comúnmente identificados fueron los problemas económicos, legales o sociales recientes (los pacientes pueden tener más de un factor relacionado) con un 30,26% y la pérdida de lazos afectivos con 12,06%.

Trastornos psiquiátricos asociados al intento de suicidio, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Trastornos psiquiátricos asociados	Casos	%
Trastorno depresivo	126	27,63%
Otros trastornos afectivos	0	0,00%
Abuso de SPA	0	0,00%
Otros trastornos psiquiátrico	20	4,39%
Esquizofrenia	6	1,32%
Trastornos bipolares	8	1,75%

Fuente: SIVIGILA, Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

De los casos reportados a SIVIGILA y al Instituto Departamental de Salud por intento de suicidio, 95 casos (el 20,83%) reportan intentos previos de suicidio. Se recibió notificación de 518 casos (el 35,09%) con diagnósticos previos de enfermedad mental, siendo el más común el trastorno depresivo con el 27,63% (los pacientes pueden tener más de un diagnostico psiquiátrico).

Intentos de suicidio por método utilizado y sexo, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Método utilizado	Femenino	Masculino	Total	%
Intoxicaciones	204	130	334	73,25%
Arma Corto punzante	43	47	90	19,74%
Ahorcamiento	4	12	16	3,51%
Lanzamiento al vacío	4	7	11	2,41%
lanzamiento a vehículo	2	1	3	0,66%
Arma de fuego	3	3	6	1,32%
Otros	6	5	11	2,41%

El mecanismo más usado para el intento de suicidio en ambos sexos fue la intoxicación con el 73,25%, seguido de las lesiones con elementos corto punzantes con el 19,74%. Entre los casos reportados como otros mecanismos de suicidio, se registraron casos de Ingesta de medicamentos, ingesta de vidrio, inmersión y quemaduras.

CONCLUSIONES

- Los municipios donde se presentan mayores proporciones de notificación de casos de suicidio son: Ocaña, Cúcuta y Pamplona.
- El mayor número de intentos de suicidio se registró en el sexo femenino.
- Dentro de los grupos poblacionales, resulta alarmante el reporte de 211 casos (el 46,27%) en Madres Comunitarias, lo que hace necesario determinar con mayor precisión el comportamiento de este evento en estas poblaciones y desarrollar intervenciones específicas para este grupo.
- El intento de suicidio, es el predictor para un próximo evento, por lo que la vigilancia y acompañamiento precoz se hace fundamental para evitar muertes relacionadas con este fenómeno.

RECOMENDACIONES

Es necesario sensibilizar oportunamente sobre la importancia de la notificación precoz por parte de las UPGD, el acompañamiento y vigilancia de los casos de intento de suicidio que permitan la prevención de muertes por este evento.

Coordinar actividades de salud pública, con el fin de divulgar información basada en la promoción de una salud mental adecuada.

VIOLENCIA DE GÉNERO

INTRODUCCION

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, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo, privaciones o muerte."

De acuerdo con el informe de la Organización Mundial de la Salud (2010), no existe un factor que explique por sí solo la razón del comportamiento violento de una persona. En el análisis realizado en dicho Informe sobre la violencia y la salud se ha recurrido a un modelo ecológico que tiene en cuenta numerosos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en la violencia, el modelo consta de cuatro niveles: el individual, el relacional, el comunitario y el social, dicha teoría se hace con el fin de poder identificar las causas del comportamiento de la persona agresora.

Es por ello que es necesario prevenir la violencia de género aplicando el trabajo conjunto de gobiernos, instituciones y sociedad civil en general, para identificar precozmente los factores que desencadenan la violencia y poder llegar a evitarlos

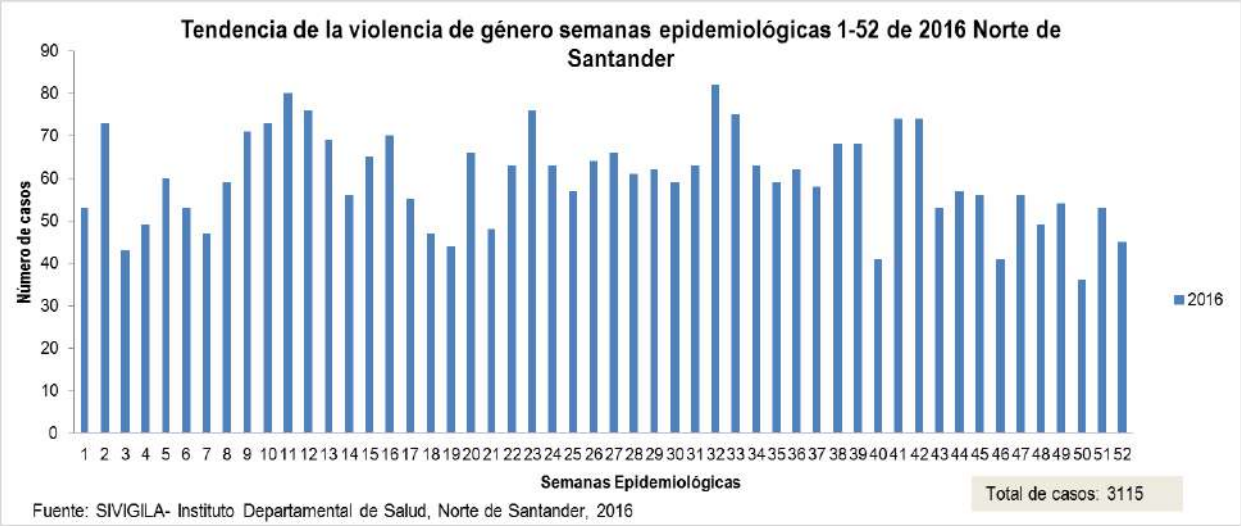
HALLAZGOS

Comportamiento de la notificación

Desde el año 2012, se inició la vigilancia de la violencia de género y se publicó el protocolo para el evento por parte del Instituto Nacional de Salud, el cual fue adaptado por el departamento. Como resultado de este proceso, hasta el periodo epidemiológico XIII de 2016 se notificaron al SIVIGILA 3.352 casos de violencia de género de los cuales se identificaron 140 casos repetidos, y se descartan 97 casos con residencia fuera del departamento, para un total de 3.115 casos de violencia de género. De estos 1.427 fueron violencia física, 1.146 casos de negligencia y abandono, 398 abuso sexual, 96 casos de violencia psicológica, 18 de acoso sexual, 17 casos de violación, nueve casos reportados como actos sexuales con uso de la fuerza y cuatro casos de otro tipo de violencia.

Se observó un cumplimiento de notificación del 95% por parte de 38 de los 40 municipios a nivel departamental. El promedio semanal de casos de violencia de género fue de 60.

Tendencia de la violencia de género, semana epidemiológica 1- 52 en Norte de Santander, 2016



En el departamento Norte de Santander el evento se presentó con variabilidad durante todas las semanas epidemiológicas, evidenciándose el mayor pico en la semana epidemiológica 32 con un total de 82 casos, seguido de las semana 11 con un total de 80 casos de violencia de género, seguido de la semanas 12 y 23 con un total de 76 casos cada una.

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Tabla 1 Caracterización de los casos de violencia de género, Norte de Santander, 2016

Variables	Categoría	Casos de Violencia	Porcentaje	Incidencia*100.000 Habitantes
Sexo	Femenino	1976	63,4%	286
	Indeterminado	1	0,0%	
	Masculino	1138	36,5%	168
Tipo de régimen	Subsidiado	2004	64,3%	
	Contributivo	618	19,8%	
	No afiliado	343	11,0%	
	Especial	70	2,2%	
	Particular	42	1,3%	
	Indeterminado	38	1,2%	
Pertenencia étnica	Otro	3090	99%	
	Indígena	13	0,4%	
	ROM/Gitano	8	0,3%	
	Afrocolombiano	4	0,1%	
Grupos de edad	0-4	656	21,1%	
	5-9	453	14,5%	
	10-14	446	14,3%	
	15-19	305	9,8%	
	20-24	270	8,7%	
	25-29	258	8,3%	
	30-34	227	7,3%	
	35-39	161	5,2%	
	40-44	115	3,7%	
	45-49	73	2,3%	
	50-54	64	2,1%	
	55-59	34	1,1%	
	60-64	20	0,6%	
	65 y +	33	1,1%	

Fuente: SIVIGILA-IDS

De las violencias de género definidas en el protocolo se reportan: 1427 casos de violencia física, 1146 casos de negligencia y abandono y 398 abuso sexual, afectando principalmente a la mujeres que a los hombres con una proporción de 63,4%. Al revisar los datos de notificación correspondientes al tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), se observó que la mayor distribución porcentual de los casos notificados, se registró en el régimen subsidiado con el 64,3%; el 21,1% de los casos se registró en el grupo de 0 a 4 años. Por pertenencia étnica, 3090 casos (99%) fueron notificados en otros, 13 (0,4%) en indígenas y 8 (0,3%) en ROM, y 4 fueron notificados en Afrocolombiano (0,1).

Distribución de los casos de violencia de género, por área de ocurrencia, notificados en Norte de Santander, 2016

Área de Ocurrencia	Casos	%	Incidencia por 100.000 hab.
Cabecera municipal	2576	82,70%	
Centro poblado	132	4,24%	
Rural disperso (resto)	407	13,06%	
Total	3115	100%	228

Fuente: SIVIGILA-Instituto Departamental de Salud

De acuerdo con el área de ocurrencia, la categoría que tuvo la mayor representatividad en frecuencia de distribución porcentual fue la cabecera municipal con 82,70%, seguido del rural disperso con 13,06 % y por último el centro poblado con 4,24 %.

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

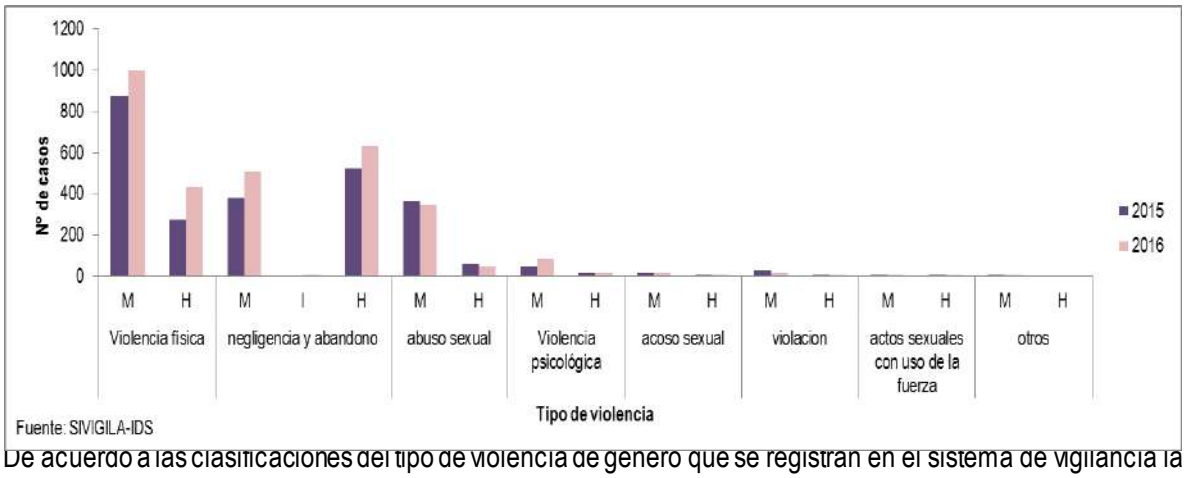
Distribución de la violencia de género por grupo poblacional y/o actividad en Norte de Santander, periodo XIII, 2016

Grupo Poblacional	Sexo			Total general	%
Otros grupos	1773	1	1122	2896	93%
Gestantes	189	0	0	189	6,1%
Víctimas Violencia	30	0	4	34	1%
Desplazados	9	0	1	10	0,3%
Discapacitados	6	0	2	8	0,3%
Población ICBF	4	0	2	6	0,2%
Carcelarios	0	0	5	5	0,2%
Indigentes	1	0	1	2	0,1%
Migrantes	1	0	0	1	0,0%
Madres Comunitarias	0	0	0	0	0,0%
Desmovilizados	0	0	0	0	0,0%
Psiquiátricos	0	0	0	0	0,0%
Total	2013	1	1137	3115	100%
%	65%	0,03%	37%	100%	

Fuente: SIVIGILA-IDS

Es necesario precisar que en relación con los grupos poblacionales una persona puede tener criterio para estar en más de uno de estos. De esta manera el 93% pertenece a Población otros grupos, y resulta alarmante el 6,1% que pertenece a Gestantes, seguido del 1% de víctimas de violencia.

Comparación de los hechos de violencia de género según tipo de violencia en Norte de Santander, 2 016



De acuerdo a las clasificaciones del tipo de violencia de genero que se registran en el sistema de vigilancia la que mayor daño ha causado a la víctima en el momento de la atención en salud, fue según su orden de frecuencia la de tipo físico con el 46%, seguida de la negligencia y abandono con el 37%, violencia por abuso sexual con el 13%, psicológica con el 3%, acoso sexual con el 0,58%, violación con el 0,55%, actos sexuales con uso de la fuerza con 0,29% y por último otros tipos de violencia con el 0,13%.

Se observó un incremento de la notificación al mismo periodo con respecto al año inmediatamente anterior del 19% pasando de 2610 casos en el 2015 a 3115 casos para el 2016 en Norte de Santander.

Distribución de las violencias de género por sexo y grupo de edad, notificadas en Norte de Santander, 2 016

Grupo de edad	Violencia fisica				Negligencia y abandono				Abuso sexual				Psicologica				Acoso sexual				Violación				Actos sexuales con uso de la fuerza				Otros				Total	%
	F	M	Ttl	%	F	M	Ttl	%	F	M	Ttl	%	F	M	Ttl	%	F	M	Ttl	%	F	M	Ttl	%	F	M	Ttl	%	F	M	Ttl	%		
<1	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0%
1 a 4	10	11	21	1%	276	299	575	50%	41	15	56	14%	1	0	1	1%	2	1	3	11%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	41	15	56	14%	712	20%
5 a 9	21	18	39	3%	108	204	312	27%	65	20	85	21%	4	4	8	8%	3	1	4	14%	1	2	3	18%	1	1	2	22%	65	20	85	21%	538	15%
10 a 14	44	44	88	6%	59	106	165	14%	163	8	171	43%	4	3	7	7%	5	0	5	18%	4	0	4	24%	2	1	3	33%	166	8	174	43%	617	17%
15 a 19	130	59	189	13%	31	18	49	4%	43	5	48	12%	7	0	7	7%	3	0	3	11%	8	0	8	47%	1	0	1	11%	43	5	48	12%	353	10%
20 a 24	175	55	230	16%	10	3	13	1%	15	1	16	4%	8	1	9	9%	0	0	0	0%	1	0	1	6%	1	0	1	11%	15	1	16	4%	286	8%
25 a 29	179	50	229	16%	7	0	7	1%	6	1	7	2%	13	1	14	14%	0	0	0	0%	1	0	1	6%	0	0	0	0%	6	1	7	2%	265	7%
30 a 35	184	45	229	16%	7	0	7	1%	8	1	9	2%	18	2	20	20%	1	0	1	4%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	8	1	9	2%	275	8%
35 a 39	103	42	145	10%	2	0	2	0%	2	0	2	1%	9	0	9	9%	11	0	11	39%	0	0	0	0%	1	0	1	11%	2	0	2	0%	172	5%
40 a 44	77	30	107	7%	2	1	3	0%	3	0	3	1%	2	0	2	2%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	3	0	3	1%	118	3%
45 a 49	38	26	64	4%	0	0	0	0%	1	0	1	0%	7	1	8	8%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	1	0	1	0%	74	2%
50 a 54	28	26	54	4%	1	0	1	0%	0	0	0	0%	7	1	8	8%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	63	2%
55 a 59	20	9	29	2%	0	2	2	0%	1	0	1	0%	2	0	2	2%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	1	0	1	0%	35	1%
60 a 64	7	12	19	1%	1	0	1	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	20	1%
65 y mas	4	14	18	1%	4	3	7	1%	0	0	0	0%	3	1	4	4%	1	0	1	4%	0	0	0	0%	1	0	1	11%	0	0	0	0%	31	1%
Total	1.020	441	1.461	100%	508	636	1.144	100%	348	51	399	100%	85	14	99	100%	26	2	28	100%	15	2	17	100%	7	2	9	100%	351	51	402	100%	3.559	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Cuando se hace el análisis por cada una de las violencias se observa que la violencia física afecta principalmente al grupo de 20 a 35 años, con respecto a la violencia por negligencia y abandono resulta afectado el grupo de 1 a 9 años, a la violencia por abuso sexual el grupo de 1 a 14 años, para la violencia psicológica el grupo de edad de 25 a 35 años de edad, la violencia por acoso sexual para el grupo de edad de 35 a 39 años, para violación las edades entre 5 a 19 años, Actos sexuales con uso de la fuerza en el grupo de 5 a 14 años, para Otros en el grupo de 10 a 19 años; y en la población en general el grupo de 1 a 14 años es el más afectado. En general continúan mayormente afectados los grupos de edad de 1 a 19 años de edad.

Distribución de las violencias de género por sexo y pertenencia étnica, notificadas en Norte de Santander, 2 016

Tipo de violencia	Otro					Indigena				ROM/Gitano				Afrocolombiano				Total	%
	F	I	M	Total	%	F	M	Total	%	F	M	Total	%	F	M	Total	%		
Violencia fisica	992	0	428	1420	46%	2	1	3	21%	1	1	2	25%	1	2	3	75%	1428	46%
Negligencia y abandono	501	1	630	1132	36%	5	4	9	64%	2	1	3	38%	1	0	1	25%	1145	37%
Abuso sexual	344	0	50	394	13%	1	0	1	7%	2	1	3	38%	0	0	0	0%	398	13%
Psicologica	81	0	14	95	3%	1	0	1	7%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	96	3%
Acoso sexual	16	0	2	18	1%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	18	1%
Violación	15	0	2	17	1%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	17	1%
Actos sexuales con uso de la fuerza	7	0	2	9	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	9	0%
Otros	3	0	1	4	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	4	0%
Total	1959	1	1129	3089	100%	9	5	14	100%	5	3	8	100%	2	2	4	100%	3115	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Para todas las pertenencias étnicas la violencia con mayor registro fue la Negligencia y abandono , excepto la etnia de Afrocolombiano, donde la más afectada fue la violencia física.

Actividad de vulnerabilidad en los casos de violencia de género por tipo de violencia para mujeres notificadas en Norte de Santander, 2 016

	Situación o condición de vulnerabilidad- Mujeres (n=1976)																			
Actividad	Física	%	Negligencia/ abandono	%	Abuso Sexual	%	Psicológica	%	Acoso Sexual	%	Violación	%	Actos sexuales uso de la	%	Otro	%	Total general	%
Otro	820	41%	469	24%	192	10%	70	4%	7	0%	5	0%	5	0%	2	0%	1570	79%
Estudiante	115	6%	37	2%	150	8%	9	0%	9	0%	10	1%	1	0%	0	0%	331	17%
Trabajadora domestica	43	2%	3	0%	5	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	53	3%
Sin dato	18	1%	0	0%	0	0%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	20	1%
Ama de casa	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%	2	0%
Total general	996	50%	509	26%	347	18%	82	4%	16	1%	15	1%	7	0%	4	0%	1976	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

La actividad de vulnerabilidad en la agresión a las mujeres se documentó en el 63,43% de los casos. Se halla en primer lugar otro, seguido de Estudiante y Trabajadora doméstica.

Actividad de vulnerabilidad en los casos de violencia de género por tipo de violencia para hombres notificados en Norte de Santander, 2 016

	Situación o condición de vulnerabilidad- Hombres (n=1138)															
Actividad	Negligencia y abandono	%	Física	%	Abuso sexual	%	Psicológica	%	Acoso sexual	%	Actos sexuales con uso de la fuerza	%	Violación	%	Total general	%
Estudiante	10	1%	508	45%	2	0%	30	3%	321	28%	1	0%	0	0%	242	21%
Otro	3	0%	126	11%	0	0%	18	2%	92	8%	1	0%	2	0%	872	77%
Trabajadora doméstica	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%	16	1%	0	0%	0	0%	6	1%
Sin dato	1	0%	2	0%	0	0%	1	0%	2	0%	0	0%	0	0%	18	2%
Total general	636	56%	431	38%	51	4%	14	1%	2	0%	2	0%	2	0%	1138	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

La actividad de vulnerabilidad en la agresión a los hombres se documentó en el 36,57% de los casos. Se halla en primer lugar Estudiante, seguido de Otro y Trabajadora doméstica.

Distribución de los casos hospitalizados por violencia de género según tipo de violencia, Norte de Santander, 2 016

Tipos de violencia	Hospitalización 32,78% (1021/3115)					
	Mujeres		Hombres		Total	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
negligencia y abandono	303	60%	402	78%	705	69%
Violencia fisica	98	19%	97	19%	195	19%
abuso sexual	96	19%	14	3%	110	11%
violación	4	1%	1	0%	5	0%
Violencia psicologica	3	1%	1	0%	4	0%
acoso sexual	1	0%	0	0%	1	0%
otros	1	0%	0	0%	1	0%
Actos sexuales con uso de la fuerza	0	0%	0	0%	0	0%
Total	506	100%	515	100%	1021	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

La asociación entre el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas a la ocurrencia de las agresiones por parte de la víctima del hecho violento se encuentra suficientemente documentada y su consideración como factores de riesgo se acepta universalmente. El 0,58% de las víctimas registró haber estado bajo el efecto de alcohol, condición que las pone en vulnerabilidad. El 0,64% (20/3115) de los casos se notificaron con antecedentes previos de violencia, de los cuales 1427 casos fueron por violencia física, 1146 por negligencia y abandono, 398 por abuso sexual, 96 por violencia psicológica, 18 casos por acoso sexual, 17 por violación, 9 por

actos sexuales con uso de la fuerza y 4 otros tipos de violencia. En el 59,29% (1847/3115) de las víctimas se documentó convivencia con el agresor.

El 32,78% de los casos requirió hospitalización siendo el 49,56% de estas mujeres y el 50,44 % restante hombres.

Muerte según el tipo de violencia en los casos notificados en Norte de Santander, 2016

Grupo de edad	Violencia fisica	%	negligencia y abandono	%	total	%
Menores de un año	0	0%	0	0%	0	0%
1 a 4	0	0%	5	71%	5	71%
5 a 9	0	0%	0	0%	0	0%
10 a 14	1	14%	0	0%	1	14%
15 a 19	0	0%	0	0%	0	0%
20 a 24	0	0%	0	0%	0	0%
25 a 29	1	14%	0	0%	1	14%
30 a 34	0	0%	0	0%	0	0%
35 a 39	0	0%	0	0%	0	0%
40 a 44	0	0%	0	0%	0	0%
45 a 49	0	0%	0	0%	0	0%
50 a 54	0	0%	0	0%	0	0%
55 a 59	0	0%	0	0%	0	0%
60 a 64	0	0%	0	0%	0	0%
66 y mas	0	0%	0	0%	0	0%
Total general	2	29%	5	71%	7	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Hasta este periodo analizado se han registrado al sistema 7 muertes de las cuales el 85% ocurrieron en niños, niñas y adolescentes.

Distribución de los casos de violencia de género según agresor o responsable familiar en Norte de Santander, 2 016

Parentesco	Violencia fisica	%	negligencia y abandono	%	abuso sexual	%	Violencia psicologica	%	Acoso sexual	%	Violación	%	Actos sexuales con el uso de fuerza	%	Otros	%	total	%
Sin dato	1334	43%	83	3%	386	12%	83	3%	16	1%	17	1%	9	0,3%	1	0,0%	1929	62%
Ex pareja	0	0%	983	32%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	0,0%	984	32%
Padre	48	2%	79	3%	10	0%	9	0%	2	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	148	5%
Madre	45	1%	0	0%	2	0%	4	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	51	2%
Pareja	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%	2	0,1%	2	0%
Familiar	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0%
Ninguno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
Total	1427	46%	1146	37%	398	13%	96	3%	18	1%	17	1%	9	0,3%	4	0,1%	3115	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Las agresiones con mayor reporte fueron aquellas que no tenían dato sobre el tipo de familiar agresor correspondiendo a un 62%, siguiendo con la ex pareja con el 32%, el padre con el 5%, la madre con el 2%. Para todos los tipos de violencia los agresores familiares en su mayoría no poseen dato (62%) exceptuando la Negligencia y abandono quien en su mayoría el agresor fue la Ex pareja.

Distribución de los casos de violencia de género según agresor no familiar en Norte de Santander, 2 016

Parentesco	Física	%	Negligencia y abandono	%	Abuso sexual	%	Psicológica	%	Acoso sexual	%	Violacion	%	Actos sexuales con uso de la	%	Otros	%	Total	%
Sin dato	890	29%	1122	36%	234	8%	94	3%	6	0%	7	0%	7	0,22%	4	0,1%	2364	76%
Desconocido	233	7%	3	0%	38	1%	0	0%	4	0%	4	0%	1	0,03%	0	0%	283	9%
Otro	76	2%	9	0%	30	1%	1	0%	1	0%	3	0%	0	0%	0	0%	120	4%
Vecino	68	2%	1	0%	23	1%	1	0%	4	0%	1	0%	0	0%	0	0%	98	3%
Conocido (a) sin ningún trato	61	2%	3	0%	31	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	95	3%
Amigo	34	1%	4	0%	25	1%	0	0%	1	0%	2	0%	0	0%	0	0%	66	2%
Jefe	15	0%	2	0%	4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	21	1%
Servidor publico	20	1%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	21	1%
Compañero de estudio	15	0%	0	0%	5	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,03%	0	0%	21	1%
Profesor	8	0%	1	0%	6	0%	0	0%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	17	1%
Compañero de trabajo	7	0%	0	0%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	9	0%
Total general	1427	46%	1146	37%	398	13%	96	3%	18	1%	17	1%	9	0,3%	4	0,1%	3115	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Se encontró que el 76% fueron ocasionadas por agresores no familiares sin dato, seguido por desconocido con el 9% y Otro con el 4%.

Distribución de los casos de violencia de género según elemento causal en Norte de Santander, 2 016

Mecanismo utilizado para la agresión en la violencia física (n=3115)								
Mecanismo	Femenino	%	Masculino	%	ıdeterminad	%	Total	%
Sin dato	993	32%	711	23%	1	0,03%	1705	55%
Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación	65	2%	9	0%	0	0%	74	2%
Proyectil arma fuego	12	0%	9	0%	0	0%	21	1%
Quemadura por fuego o llama	1	0%	4	0%	0	0%	5	0%
Quemadura por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas	3	0%	0	0%	0	0%	3	0%
Quemadura con líquido hirviente	4	0%	2	0%	0	0%	6	0%
Otros mecanismos	114	4%	36	1%	0	0%	150	5%
Caídas	42	1%	7	0%	0	0%	49	2%
Contundente / cortocondundente	688	22%	285	9%	0	0%	973	31%
Cortante / cortopunzante / Punzante	54	2%	75	2%	0	0%	129	4%
Total general	1976	63%	1138	37%	1	0,03%	3115	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Con relación al elemento usado en la agresión física el mayor porcentaje se encuentra en los que no reportaron dato con el 55%, seguido por elemento contundente/corto contundente con el 31%, otros mecanismos con el 5%, elemento cortante, corto punzante y punzante con el 4 %, Ahorcamiento/estrangulamiento/sofocación y caídas con el 2% cada una.

De los 3 casos notificados de violencia de género que fueron agredidos por sustancias corrosivas, que tuvieron quemadura, se observa que el sitio anatómico más comprometido fue la cara seguido del cuello, en cuanto al grado las más frecuentes fueron las de segundo grado y en su mayoría con una extensión del 6% al 14%.

Distribución de los casos de violencia de género según escenario de ocurrenci a en Norte de Santander, 2 016

Escenario	Violencia fisica	%	Negligencia y abandon	%	Abuso sexual	%	Violencia psicológica	%	acoso sexual	%	Violación	%	Actos sexuales con uso de la	%	Otros	%	Total	%
Vivienda	784	25%	974	31%	280	9%	83	3%	9	0,3%	8	0,3%	6	0,2%	4	0,1%	2148	69%
Via pública	517	17%	114	4%	39	1%	7	0%	4	0,1%	3	0,1%	1	0,0%	0	0,0%	685	22%
Otro	37	1%	29	1%	51	2%	5	0%	1	0,0%	3	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	126	4%
Centros educativos	18	1%	4	0%	10	0%	0	0%	2	0,1%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	35	1%
Espacios terrestres al aire libı	14	0%	19	1%	13	0%	1	0%	1	0,0%	3	0,1%	1	0,0%	0	0,0%	52	2%
Establecimiento comercial	37	1%	4	0%	0	0%	0	0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	42	1%
Lugares de esparcimiento con expendio de alcohol	12	0%	1	0%	5	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	18	1%
Oficina	8	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	0%
Total	1427	46%	1146	37%	398	13%	96	3%	18	0,6%	17	0,5%	9	0,3%	4	0,1%	3115	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Al evaluar el escenario de ocurrencia de los tipos de violencia podemos observar que en la vivienda ocurre la mayor frecuencia de casos seguido de la vía pública y en tercer lugar otro tipo de escenario.

Distribución de los casos de violencia de género por naturaleza de la violencia según municipio del hecho, notificados en Norte de Santander, 2 016

Municipio	Población DANE	Violencia física	Negligencia y abandono	Abuso sexual	Psicológica	Acoso sexual	Violación	Actos sexuales con uso de la fuerza	Otros	Total
Cáchira	1.873	1	57	0	0	0	0	0	0	58
Ocaña	98.992	310	327	26	0	2	0	0	1	666
Convención	13.296	10	57	13	1	1	2	0	0	84
La Playa	8.553	4	41	3	0	0	0	0	0	48
Silos	4.366	7	5	6	0	0	0	0	0	18
Hacarí	10.722	3	30	3	0	1	1	0	0	38
Puerto Santan	10.421	18	12	2	0	0	0	0	0	32
Tibú	36.708	31	48	22	8	0	1	0	1	111
Bochalema	7.020	19	1	1	0	0	0	0	0	21
Durania	3.735	6	2	2	1	0	0	0	0	11
Pamplonita	4.945	6	7	1	0	0	0	0	0	14
El Carmen	13.790	15	21	3	0	0	0	0	0	39
Pamplona	57.803	91	23	13	3	0	3	2	0	135
Villa Del Rosa	90.544	139	32	18	8	1	0	2	0	200
El Tarra	10.974	5	16	2	0	0	0	0	0	23
El Zulia	23.107	21	12	13	0	0	0	0	1	47
Cúcuta	656.380	616	310	209	65	8	7	3	0	1.218
Santiago	2.844	1	2	2	0	0	0	0	0	5
Los Patios	77.474	69	31	14	8	3	1	1	0	127
Labateca	5.876	4	3	2	0	0	0	0	0	9
Teorama	21.978	7	25	0	0	0	0	0	1	33
La Esperanza	12.123	4	12	0	1	0	1	0	0	18
Chitagá	10.391	7	8	0	0	0	0	0	0	15
Abrego	38.363	7	29	13	0	0	0	0	0	49
Cucutilla	7.625	0	4	4	0	1	0	0	0	9
San Cayetano	5.537	4	0	2	0	0	0	0	0	6
Toledo	17.284	6	8	3	1	0	0	0	0	18
Chinácota	16.513	1	2	11	0	0	1	0	0	15
Lourdes	3.362	2	0	0	0	0	0	1	0	3
Mutiscua	3.747	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Arboledas	8.972	1	6	0	0	0	0	0	0	7
Sardinata	22.620	3	7	5	0	0	0	0	0	15
Villa Caro	5.204	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Cacota	11.008	2	2	1	0	1	0	0	0	6
Salazar	8.942	0	2	2	0	0	0	0	0	4
Bucarasica	4.570	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Ragonvalia	6.897	1	0	2	0	0	0	0	0	3
Gramalote	5.512	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Herrán	4.006	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Calixto	13.631	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1.367.708	1.427	1.146	398	96	18	17	9	4	3.115

Fuente: SIVIGILA-IDS

Frente al reporte de tipo de caso del evento violencia de género se presentó registro en el 95% de los casos. Por municipio de residencia los que presentaron mayor frecuencia fueron en su orden Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario y Tibú que en conjunto representan el 67% del total de la notificación del departamento.

Proporción de incidencia por tipo de violencia para cada municipio de la violencia de género en Norte de Santander, 2 016

Naturaleza de la violencia, según municipio del hecho

Municipio	Población DANE	Violencia física	Negligencia y abandono	Abuso sexual	Psicológica	Acoso sexual	Violación	Actos sexuales con uso de la fuerza	Otros	Total	Incidencia x 100.000 hab.
Cáchira	1.873	1	57	0	0	0	0	0	0	58	3.097
Ocaña	98.992	310	327	26	0	2	0	0	1	666	673
Convención	13.296	10	57	13	1	1	2	0	0	84	632
La Playa	8.553	4	41	3	0	0	0	0	0	48	561
Silos	4.366	7	5	6	0	0	0	0	0	18	412
Hacarí	10.722	3	30	3	0	1	1	0	0	38	354
Puerto Santander	10.421	18	12	2	0	0	0	0	0	32	307
Tibú	36.708	31	48	22	8	0	1	0	1	111	302
Bochalema	7.020	19	1	1	0	0	0	0	0	21	299
Durania	3.735	6	2	2	1	0	0	0	0	11	295
Pamplonita	4.945	6	7	1	0	0	0	0	0	14	283
El Carmen	13.790	15	21	3	0	0	0	0	0	39	283
Pamplona	57.803	91	23	13	3	0	3	2	0	135	234
Villa Del Rosario	90.544	139	32	18	8	1	0	2	0	200	221
El Tarra	10.974	5	16	2	0	0	0	0	0	23	210
El Zulia	23.107	21	12	13	0	0	0	0	1	47	203
Cúcuta	656.380	616	310	209	65	8	7	3	0	1.218	186
Santiago	2.844	1	2	2	0	0	0	0	0	5	176
Los Patios	77.474	69	31	14	8	3	1	1	0	127	164
Labateca	5.876	4	3	2	0	0	0	0	0	9	153
Teorama	21.978	7	25	0	0	0	0	0	1	33	150
La Esperanza	12.123	4	12	0	1	0	1	0	0	18	148
Chitagá	10.391	7	8	0	0	0	0	0	0	15	144
Abrego	38.363	7	29	13	0	0	0	0	0	49	128
Cucutilla	7.625	0	4	4	0	1	0	0	0	9	118
San Cayetano	5.537	4	0	2	0	0	0	0	0	6	108
Toledo	17.284	6	8	3	1	0	0	0	0	18	104
Chinácota	16.513	1	2	11	0	0	1	0	0	15	91
Lourdes	3.362	2	0	0	0	0	0	1	0	3	89
Mutiscua	3.747	3	0	0	0	0	0	0	0	3	80
Arboledas	8.972	1	6	0	0	0	0	0	0	7	78
Sardinata	22.620	3	7	5	0	0	0	0	0	15	66
Villa Caro	5.204	2	1	0	0	0	0	0	0	3	58
Cacota	11.008	2	2	1	0	1	0	0	0	6	55

Salazar	8.942	0	2	2	0	0	0	0	0	4	45
Bucarasica	4.570	1	1	0	0	0	0	0	0	2	44
Ragonvalia	6.897	1	0	2	0	0	0	0	0	3	43
Gramalote	5.512	0	2	0	0	0	0	0	0	2	36
Herrán	4.006	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Calixto	13.631	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1.367.708	1.427	1.146	398	96	18	17	9	4	3.115	228

Fuente: SIVIGILA-IDS

En cuanto a la proporción de incidencia de la notificación de casos de violencia por 100.000 habitantes, se encontró que los municipios con este indicador más alto fueron Cáchira, Ocaña y Convención.

Municipios con este indicador más alto fueron Cúcuta, Ocaña, Los Patios y Tibú para la violencia física, Negligencia y abandono los municipios de Ocaña, Cúcuta, Convención y Tibú, Cúcuta y Tibú para Abuso sexual, y Cúcuta para Acoso Sexual, Violación y Actos Sexuales con uso de la fuerza. La proporción de incidencia departamental general del evento fue de 228 x 100.000 habitantes.

Comportamiento de otras variables de interés en violencia sexual

Distribución de los casos por tipo de violencia sexual y grupo de edad, Norte de Santander, 2 016

Violencia Sexual (442/3115=14%)

Grupo de edad	Abuso sexual	%	Acoso sexual	%	Violación	%	Actos sexuales con uso de la fuerza	%	Total	%
< 1 año	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
1 a 4	56	14%	3	17%	0	0%	0	0%	59	13%
5 a 9	85	21%	4	22%	3	18%	2	22%	94	21%
10 a 14	171	43%	5	28%	4	24%	3	33%	183	41%
15 a 19	48	12%	3	17%	8	47%	1	11%	60	14%
20 a 24	16	4%	0	0%	1	6%	1	11%	18	4%
25 a 29	7	2%	0	0%	1	6%	0	0%	8	2%
30 a 34	8	2%	0	0%	0	0%	0	0%	8	2%
35 a 39	2	1%	2	11%	0	0%	1	11%	5	1%
40 a 44	3	1%	0	0%	0	0%	0	0%	3	1%
45 a 49	1	0,3%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
50 a 54	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
55 a 59	1	0,3%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
60 a 64	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
65 o mas	0	0%	1	6%	0	0%	1	11%	2	0%
Total	398	100%	18	100%	17	100%	9	100%	442	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Con respecto a la violencia sexual se han notificado al sistema 442 casos de los cuales el 90,04% fueron por abuso, el 4,07% fueron por Acoso sexual, 3,84% violaciones y 2,03% actos sexuales violentos. El 89% de las violencias sexuales fueron en niños, niñas y adolescentes.

Incidencia de la violencia sexual, por sexo y grupo de edad, Norte de Santander, 2016

Violencia Sexual por ciclo vital (442/3115=14%)

Grupos de edad (Años)	Mujeres		Hombres			Total	
	n	Incidencia * 100.000 Hbts.	n	Incidencia * 100.000 Hbts.	Total	Incidencia * 100.000 Hbts
Niños (0 a 9)	113	92	40	31	153	61
Adolescentes (10 a 19)	229	177	14	10	243	92
Adultos (>20)	43	10	3	1	46	5
Total	385	56	57	8	442	32

Fuente: SIVIGILA-IDS

En la violencia sexual se ven afectados 61 niños/as de 0 a 9 años por cada 100 000 habitantes.

Distribución de profilaxis para enfermedades de transmisión sexual en paciente con riesgo biológico en la violencia de género en Norte de Santander, 2 016

Riesgo biológico n=128/Violencia sexual n= 442

Riesgo biológico n=128	Mujeres (n=385)		Hombres (n=57)		Total	%
	n	%	n	%		
Profilaxis VIH	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
Profilaxis Hepatitis B	103	26,8%	17	29,8%	120	27%
Otras profilaxis	93	24,2%	21	36,8%	114	26%
Total	196	50,9%	38	66,7%	234	53%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Con relación a la violencia sexual no se contempla riesgo biológico en los casos de acoso sexual y acto sexual violento, por lo que de los 442 casos el 19% (128 casos) están en riesgo, Dentro de este contexto la mayor profilaxis aplicada fue para hepatitis B, seguido por otras profilaxis, visualizándose esta estrategia en menos de la tercera parte de los casos. Se debe tener en cuenta que de estos casos 398 fueron notificados como abuso sexual en donde la atención no cumple con los criterios establecidos en el protocolo de atención y normatividad vigente o ya con estados de embarazo.

Anticoncepción de emergencia en mujeres en edad fértil con riesgo biológico en la violencia de género en Norte de Santander, 2 016

Violencia sexual n=442			
Mujeres n=109 con riesgo biologico			
Mujeres con riesgo biológico en edad reproductiva de 10 a 49 años n=84			
Grupo de edad	Riesgo biológico	Anticoncepción de emergencia	Porcentaje
10 a 14	30	21	34%
15 a 19	27	19	31%
20 a 24	15	12	19%
25 a 29	5	5	8%
30 a 34	3	2	3%
35 a 39	1	1	2%
40 a 44	2	2	3%
45 a 49	1	0	0%
Total	84	62	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

En el caso de violencia contra la mujer se contemplan acciones de anticoncepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo (IVE), la cual para este informe se contempla la edad reproductiva a partir de los 10 hasta los 49 años teniendo 84 mujeres a riesgo. El 74% recibieron anticoncepción de emergencia, viéndose mayor frecuencia entre los 10 y 19 años y visualizándose esta estrategia en menos de la tercera parte de los casos. Se debe tener en cuenta que de estos casos, 398 fueron notificados como abuso sexual en donde la atención no cumple con los criterios establecidos en ruta de atención y normatividad vigente o ya con estados de embarazo.

Distribución de la prestación de servicio de salud mental en violencia sexual por sexo y grupo de edad en Norte de Santander, 2 016

Violencia sexual atendidos en Salud Mental (n=442)								
Grupo de edad	Mujeres			Hombres			Total	%
	n	Casos atendidos	Porcentaje	n	Casos atendidos	Porcentaje		
< 1 año	0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0%
1 a 4	43	32	7,2%	16	8	1,8%	59	13%
5 a 9	70	51	11,5%	24	19	4,3%	94	21%
10 a 14	174	90	20,4%	9	6	1,4%	183	41%
15 a 19	55	40	9,0%	5	4	0,9%	60	14%
20 a 24	17	15	3,4%	1	1	0,2%	18	4%
25 a 29	7	7	1,6%	1	0	0,0%	8	2%
30 a 34	7	3	0,7%	1	1	0,2%	8	2%
35 a 39	5	1	0,2%	0	0	0,0%	5	1%
40 a 44	3	3	0,7%	0	0	0,0%	3	1%
45 a 49	1	1	0,2%	0	0	0,0%	1	0%
50 a 54	0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0%
55 a 59	1	1	0,2%	0	0	0,0%	1	0%
60 a 64	0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0%
65 o mas	2	1	0,2%	0	0	0,0%	2	0%
Total	385	245	55,4%	57	39	8,8%	442	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Con relación a la atención médica y puntualizando con el apoyo por el área especializada de salud mental por grupos de edad de las personas afectadas en ambos sexos, en el evento de violencia sexual, se brindó atención en salud mental en el 55,4% de las mujeres y en 8,8% de los hombres.

Distribución de la información a la autoridad competente en violencia sexual por sexo y grupo de edad en Norte de Santander, 2 016

Casos reportados a la autoridad competente
Violencia sexual (n=442)

Grupo de edad	Mujeres			Hombres			Total		
	Casos VS	Casos atendidos	%	Casos VS	Casos atendidos	%	Casos VS	Casos atendidos	%
< 1 año	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
1 a 4	43	35	9%	16	11	19%	59	46	10%
5 a 9	70	58	15%	24	17	30%	94	75	17%
10 a 14	174	99	26%	9	8	14%	183	107	24%
15 a 19	55	39	10%	5	5	9%	60	44	10%
20 a 24	17	16	4%	1	1	2%	18	17	4%
25 a 29	7	6	2%	1	1	2%	8	7	2%
30 a 34	7	4	1%	1	1	2%	8	5	1%
35 a 39	5	3	1%	0	0	0%	5	3	1%
40 a 44	3	3	1%	0	0	0%	3	3	1%
45 a 49	1	1	0,3%	0	0	0%	1	1	0%
50 a 54	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
55 a 59	1	1	0,3%	0	0	0%	1	1	0%
60 a 64	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
65 o mas	2	2	1%	0	0	0%	2	2	0%
Total	385	267	69%	57	44	77%	442	311	70%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Con relación a las medidas de protección por grupos de edad de las personas afectadas en ambos sexos, en el evento de violencia sexual, el 69% de las mujeres y el 77% de los hombres fueron remitidos a protección.

Distribución de medidas de protección en violencia sexual por sexo y grupo de edad en Norte de Santander, 2 016

Casos reportados a la autoridad competente
Violencia sexual (n=442)

Grupo de edad	Mujeres			Hombres			Total		
	Casos VS	Casos atendidos	%	Casos VS	Casos atendidos	%	Casos VS	Casos atendidos	%
< 1 año	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
1 a 4	43	31	8%	16	16	28%	59	47	11%
5 a 9	70	49	13%	24	14	25%	94	63	14%
10 a 14	174	76	20%	9	5	9%	183	81	18%
15 a 19	55	30	8%	5	4	7%	60	34	8%
20 a 24	17	13	3%	1	1	2%	18	14	3%
25 a 29	7	5	1%	1	0	0%	8	5	1%
30 a 34	7	2	1%	1	0	0%	8	2	0%
35 a 39	5	0	0%	0	0	0%	5	0	0%
40 a 44	3	3	1%	0	0	0%	3	3	1%
45 a 49	1	1	0,3%	0	0	0%	1	1	0%
50 a 54	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
55 a 59	1	1	0,3%	0	0	0%	1	1	0%
60 a 64	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
65 o mas	2	1	0,3%	0	0	0%	2	1	0%
Total	385	212	55%	57	40	70%	442	252	57%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Con relación a las medidas de protección por grupos de edad de las personas afectadas en ambos sexos, en el evento de violencia sexual, el 55% de las mujeres y el 70% de los hombres fueron remitidos a protección.

Distribución de los casos de violencia sexual con riesgo biológico y evidencia médico legal por sexo y grupo de edad en Norte de Santander, 2 016

Violencia sexual (n=442)								
	Mujeres			Hombres				
Grupos de edad	Total casos	Evidencia médica	Porcentaje	Total Casos	Evidencia médica	Porcentaje	Total	Porcentaje
<1 año	0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0%
1 a 4	43	29	6,6%	16	5	1,1%	59	13%
5 a 9	70	18	4,1%	24	13	2,9%	94	21%
10 a 14	174	30	6,8%	9	7	1,6%	183	41%
15 a 19	55	23	5,2%	5	3	0,7%	60	14%
20 a 24	17	17	3,8%	1	1	0,2%	18	4%
25 a 29	7	7	1,6%	1	0	0,0%	8	2%
30 a 34	7	7	1,6%	1	0	0,0%	8	2%
35 a 39	5	5	1,1%	0	0	0,0%	5	1%
40 a 44	3	3	0,7%	0	0	0,0%	3	1%
45 a 49	1	1	0,2%	0	0	0,0%	1	0%
50 a 54	0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0%
55 a 59	1	0	0,0%	0	0	0,0%	1	0%
60 a 64	0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0%
65 y más	2	1	0,2%	0	0	0,0%	2	0%
Total	385	141	31,9%	57	29	6,6%	442	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Con relación a los 442 casos de violencia sexual el 29% presentan riesgo biológico (128 casos) se observó que al 31,9% de las mujeres y el 6,6% de los hombres se les tomó evidencia médico legal, se aclara que probablemente no todos los casos cumplen con los tiempo establecidos para la toma de evidencia médico legal según "El

reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual" de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Indicadores de violencia contra la mujer, niñas, niños y adolescentes en Norte de Santander, 2016

Indicadores	General	Indicadores	Mujeres (>20 años)	Indicadores	Niños, Niñas y adolescentes (< 19 años)
Incidencia Departamental (3115/1367708*100000)	228	Incidencia Departamental (1976/437626*100000)	452	Incidencia Departamental (1535/252368*100000)	351
Tasa de Letalidad (3/3115*100)	0,1	Tasa de Letalidad (3/1976*100)	0,0	Tasa de Letalidad (3/1535*100)	0,2
Tasa de mortalidad (7/1367708*100000)	0,5	Tasa de mortalidad (0/437626*100000)	0,0	Tasa de Mortalidad (3/252368*100000)	1,2

Fuente: SIVIGILA-IDS

En cuanto al comportamiento de los indicadores de la violencia contra mujeres, niños, niñas y adolescente en Norte de Santander durante el 2016 encontramos la mayor incidencia en mujeres, la mayor letalidad por su parte se concentra en los niños niñas y adolescentes (< de 19 años).

Comportamiento de la violencia ocurrida en centros educativos como escenario

A continuación se describe las violencias que ocurrieron en centros educativos como jardines, colegios de primaria y secundaria, universidades, centros de formación académica etc.

Es importante aclarar que estas violencias no se constituyen como acoso escolar sino describen la utilización de los centros educativos como escenarios para llevar a cabo la violencia. Se registraron 35 casos de los cuales el 51% fueron por violencia física, 29% por abuso sexual, 11% por negligencia y abandono, 6% por acoso sexual, y por último 3% por Actos sexuales con uso de la fuerza.

Distribución de los casos de Violencia con lugar de ocurrencia centros educativos por grupos de edad en Norte de Santander, 2 016

Violencia en centros educativos N=34/3115

Grupos de edad	violencia física	%	Negligencia y abandono	%	Abuso sexual	%	Acoso sexual	%	Actos sexuales con uso de la fuerza	%	Total	%
1 a 4	2	6%	1	3%	6	17%	0	0%	0	0%	9	26%
5 a 9	2	6%	1	3%	3	9%	1	3%	1	3%	8	23%
10 a 14	9	26%	2	6%	1	3%	0	0%	0	0%	12	34%
15 a 19	4	11%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	5	14%
20 a 24	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
25 a 29	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%
30 a 34	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
35 a 39	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
40 a 44	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
45 a 49	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
50 a 54	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
55 a 59	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
60 a 64	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
65 y más	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	18	51%	4	11%	10	29%	2	6%	1	3%	35	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

CONCLUSIONES

De acuerdo a las clasificaciones del tipo de violencia que se registran en el sistema de vigilancia, la que mayor daño ha causado a la víctima en el momento de la atención en salud, fueron en orden: violencia física, negligencia y abandono, abuso sexual, violencia psicológica, acoso sexual, violación, actos sexuales con uso de la fuerza y otro tipo de violencia.

La actividad de vulnerabilidad en la agresión a las mujeres se halla en primer lugar otro, seguido de Estudiante y Trabajadora doméstica, en los hombres se encuentra en primer lugar Estudiante, seguido de Otro y Trabajadora doméstica.

Las agresiones con mayor reporte fueron aquellas que no tenían dato sobre el tipo de familiar agresor, seguido con la ex pareja, el padre y la madre. Para todos los tipos de violencia los agresores familiares en su mayoría no poseen dato, exceptuando la Negligencia y abandono quien en su mayoría el agresor fue la Ex pareja.

Al evaluar el escenario de ocurrencia de los tipos de violencia podemos observar que en la vivienda ocurrió la mayor frecuencia de casos seguido de la vía pública.

Se encontró que en cuanto a la proporción de incidencia de la notificación de casos de violencia por 100.000 habitantes, se encontró que los municipios con este indicador más alto fueron Cáchira, Ocaña y Convención.

RECOMENDACIONES

Es necesario que las entidades territoriales fortalezcan los procesos de recolección de información y notificación del evento 875, estableciendo estrategias locales de análisis donde cuente con participación de todas las instituciones involucradas para la ruta de atención y la sociedad civil en general.

Debido a que la violencia de género continua siendo un estigma en la sociedad actual, es necesario sensibilizar a la población para que continúen reportando y notificando los casos, con el fin de plantear nuevas estrategias para minimizar secuelas y prevenir complicaciones derivadas del evento.

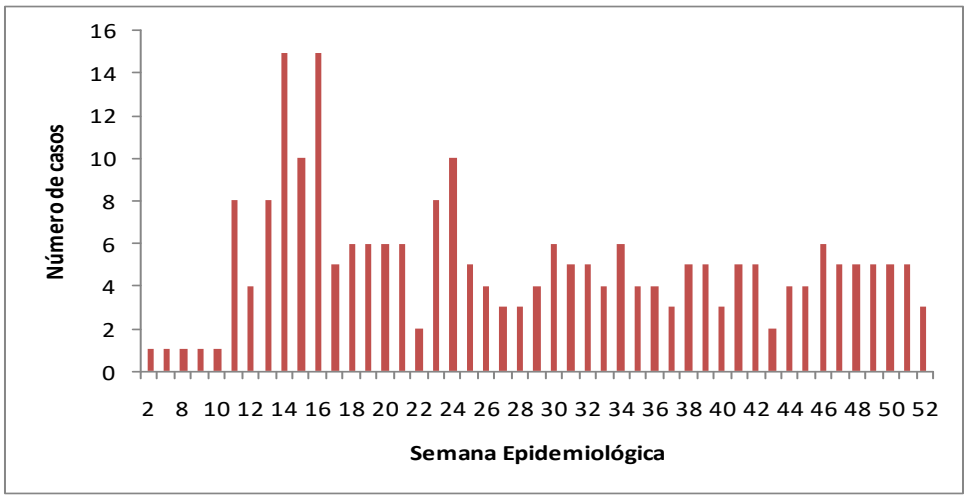
9. VIGILANCIA NUTRICIONAL

DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE CINCO AÑOS

Comportamiento de la notificación

Al treceavo periodo epidemiológico se han notificado un total de 237 casos, de estos casos, 7 con error de digitación, y un caso con ajuste d, 229 casos que cumplen con la definición establecida, para un promedio semanal de casos de 2 casos.

Distribución de casos por semana, Norte de Santander 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

La distribución inicial de casos por municipio de residencia, el 75,5 % de los casos pertenecen a Cúcuta, el 2,6 % El Carmen, el 0,9 corresponden a casos de Venezuela.

Porcentaje de casos por municipio de procedencia, Norte de Santander 2016

Municipio procedencia	Casos	%
ABREGO	1	0,4%
BOCHALEMA	1	0,4%
CACOTA	1	0,4%
CHITAGA	1	0,4%
CONVENCION	11	4,8%
CUBARA	1	0,4%
CUCUTA	173	75,5%
CUCUTILLA	4	1,7%
EL CARMEN	6	2,6%
EL ZULIA	1	0,4%
LA PLAYA	1	0,4%
LOS PATIOS	3	1,3%
PAMPLONA	1	0,4%
SAN CALIXTO	3	1,3%
SAN CAYETANO	2	0,9%
TEORAMA	1	0,4%
TIBU	7	3,1%
TOLEDO	4	1,7%
VENEZUELA - SIN ESPECIFICACI(	2	0,9%
VILLA DEL ROSARIO	5	2,2%
Total	229	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

Magnitud en lugar y persona

De acuerdo con los resultados sociodemográficos, el mayor porcentaje de casos notificados corresponde a menores de uno a cuatro años; la desnutrición aguda es ligeramente mayor en el sexo femenino; el 67,2% residen en la cabecera municipal y el 27,9% residen en áreas rurales dispersas, el 4,8% centro poblado. La mayor parte de los niños están asegurados al régimen subsidiado y registran en su mayoría como pertenencia étnica otro seguido de la población indígena. El mayor porcentaje de las madres de los niños pertenecen al estrato socioeconómico uno y predomina el nivel educativo de primaria y secundaria.

Desnutrición aguda en menores de cinco años según datos demográficos, Norte de Santander 2016

Característica		No. Casos	%
Edad	< 1 año	51	22,3%
	1-4 años	178	77,7%
Sexo	Femenino	149	65,1%
	Masculino	80	34,9%
Área residencia	Cabecera municipal	154	67,2%
	Centro poblado	11	4,8%
	Rural disperso	64	27,9%
Tipo de régimen	Contributivo	22	9,6%
	Excepción	6	2,6%
	Indeterminado	1	0,4%
	No afiliado	16	7,0%
	Subsidiado	184	80,3%
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	1	0,4%
	Indigena	8	3,5%
	Otro	220	96,1%
Escolaridad de la madre	Primaria	78	34,1%
	Secundaria	119	52,0%
	Técnica	12	5,2%
	Universitaria	19	8,3%
	sd	1	0,4%
Estrato	1	192	83,8%
	2	31	13,5%
	3	5	2,2%
	4	1	0,4%

Fuente: SIVIGILA, 2016

En la distribución de casos por empresas administradoras de beneficio, en primer lugar se encuentra a Cafesalud Subsidiado, Cafesalud EPS, Coosalud EPS-S (ver tabla No. 3).

Distribución de casos por EAPB, Norte de Santander 2016

EAPB	N°	%
CAFESALUD E.P.S. S.A.	31	13,5%
CAFESALUD MOVILIDAD CONTRIBUTIVO	1	0,4%
CAFESALUD SUBSIDIADO	36	15,7%
CCF COMFAORIENTE	22	9,6%
COMPARTA	19	8,3%
COMPARTA ESSC	6	2,6%
COOMEVA E.P.S. S.A.	2	0,9%
COOSALUD ESS EPS-S	23	10,0%
COOSALUD ESSC	16	7,0%
ECOOPSOS ESSC	1	0,4%
ECOPETROL	1	0,4%
ECOOPSOS	9	3,9%
FUERZAS MILITARES	4	1,7%
NUEVA EPS S.A. - SUBSIDIADO	2	0,9%
NUEVA EPS	4	1,7%
POLICIA NACIONAL	2	0,9%
SALUD VIDA EPS	5	2,2%
SALUD VIDA S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	0,4%
SALUDVIDA	16	7,0%
SALUDVIDA EPS S.A.	11	4,8%
(en blanco)	17	7,4%

Fuente: SIVIGILA, 2016

BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO

Comportamiento de la notificación

El total de casos notificados 435; de forma comparativa con el año 2015 se encuentra una variación del disminución de 0,7%. En promedio se notifican 8,5 casos por semana epidemiológica.

Magnitud en lugar y persona

Según municipio de procedencia el 50,6 % de los nacimientos con bajo peso al nacer Cúcuta con el 50,6% de los casos, seguid Ocaña con 8,7%, el 6,7 de los Patios, el 1,6% procedente del exterior (Tabla 1)

Porcentaje de casos por municipio de procedencia, Norte de Santander 2016

Municipio procedencia	Casos	%
ABREGO	8	1,8%
ARBOLEDAS	3	0,7%
BOCHALEMA	3	0,7%
BUCARAMANGA	1	0,2%
CACOTA	1	0,2%
CHINACOTA	4	0,9%
CHITAGA	9	2,1%
CONVENCION	1	0,2%
CUCUTA	220	50,6%
EL CARMEN	2	0,5%
EL TARRA	3	0,7%
EL ZULIA	11	2,5%
HACARI	1	0,2%
LA ESPERANZA	1	0,2%
LA PLAYA	2	0,5%
LABATECA	2	0,5%
LOS PATIOS	29	6,7%
OCAÑA	38	8,7%
PAMPLONA	17	3,9%
PAMPLONITA	2	0,5%
PUERTO SANTANDER	2	0,5%
RAGONVALIA	1	0,2%
SALAZAR	5	1,1%
SANTIAGO	1	0,2%
SARDINATA	6	1,4%
SILOS	3	0,7%
TEORAMA	1	0,2%
TIBU	25	5,7%
TOLEDO	4	0,9%
VENEZUELA - SIN ESPEC	7	1,6%
VILLA DEL ROSARIO	22	5,1%
Total	435	100,0%

Fuente: SIVIGILA, 2016

El mayor porcentaje de casos notificados en el periodo de referencia son hijos de mujeres con edad entre los 20 a 34 años, seguidos de las madres con edades entre los 15 a 19 años.

Porcentaje de casos por municipio de procedencia, Norte de Santander 2016

Grupo edad madre	N° Casos	%
< 15 años	4	0,9%
15-19 años	104	23,9%
20-34 años	267	61,4%
35 y mas	52	12,0%
sd	8	1,8%
TOTAL	435	100%

Fuente: SIVIGILA, 2016

La proporción de bajo peso a término es mayor en las niñas que en los niños, donde el 54,5% de los casos son de sexo femenino; el mayor porcentaje de casos pertenecen a la cabecera municipal; hasta el treceavo periodo epidemiológico la distribución de casos por régimen de seguridad social en salud prepondera en el régimen subsidiado con el 57,7 % de los casos, seguido muy de cerca del régimen contributivo; el grupo poblacional predominante de las madres corresponde a “otros” grupos poblacionales, 99,3%. El 58,4 % de las madres tienen secundaria como nivel educativo y el mayor porcentaje de casos registran estrato socioeconómico 1 y 2, representando el 82,3 % de los casos.

El 99,3 % de los casos notificados nacieron en instituciones de salud. La clasificación de la condición de bajo peso al nacer muestra que el 98,9 % de los casos notificados presentaron un peso entre 1400 y 2495 gramos, el 0,6 % (111 casos) tuvieron cifras menores a 1500 gramos (muy bajo peso al nacer). El mayor porcentaje de casos registran embarazos simples con un 90,8 %, el 42,5% tenía una edad gestacional de 37 semanas.

Características demográficas bajo peso al nacer a término, XIII periodo epidemiológico, Colombia 2016

CARACTERISTICA		No. CASOS	%
Sexo del recién nacido	Femenino	237	54,5%
	Masculino	198	45,5%
Área residencia	Cabecera municipal	366	84,1%
	centro poblado	21	4,8%
	rural disperso	48	11,0%
Tipo de régimen en salud	Contributivo	148	34,0%
	Especial	4	0,9%

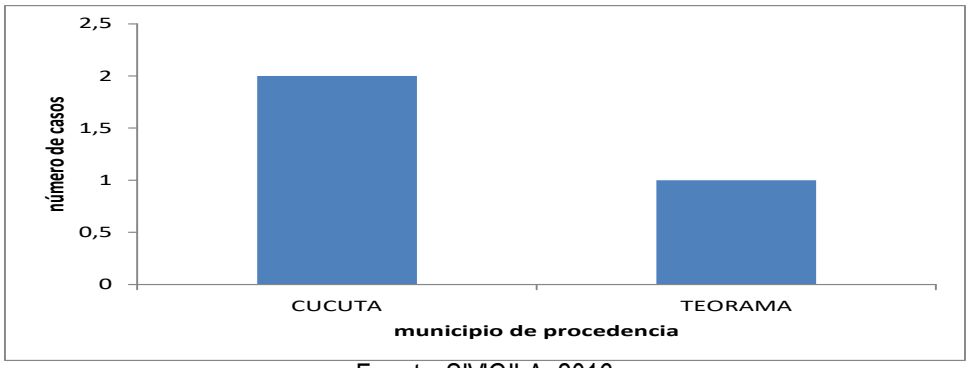
	Excepción	7	1,6%
	Indeterminado	4	0,9%
	No afiliado	21	4,8%
	Subsididado	251	57,7%
Pertenencia étnica	afrocolombiano	1	0,2%
	indígena	1	0,2%
	Otro	432	99,3%
	Rom (gitano)	1	0,2%
Escolaridad de la madre	Ninguna	6	1,4%
	Primaria	93	21,4%
	Secundaria	256	58,9%
	Técnico superior	76	17,5%
	(en blanco)	4	0,9%
Estrato	1	180	41,4%
	2	178	40,9%
	3	41	9,4%
	4	3	0,7%
	Sd	33	7,6%
Clasificación del bajo peso	Bajo peso al nacer	430	98,9%
	muy bajo peso al nacer	5	1,1%
Sitio atención parto	Domicilio	2	0,5%
	institución de salud	432	99,3%
	Otro	1	0,2%
Multiplicidad	Doble	40	9,2%
	Simple	395	90,8%

Fuente: SIVIGILA, 2016

MORTALIDAD POR Y ASOCIADA A DESNUTRICION EN MENORES DE CINCO AÑOS

A semana epidemiológica No. 52 del 2016 se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Departamental de Salud 3 casos de municipio de procedencia y residencia Cúcuta con 2 casos, y un caso de Teorama.

Porcentaje de casos por municipio de procedencia, Norte de Santander 2016



Fuente: SIVIGILA, 2016

Del total de casos notificados el 100 % corresponden al grupo de 1-4 años, el 66,7% de sexo masculino, el 66,7% % residían en cabeceras municipales y el 33,3 % en área rural dispersa, el 100 % de los fallecidos estaban en el régimen contributivo; El 66,7 % tenían como pertenencia étnica otros (ver tabla No. 3).

Mortalidad en menores de cinco años con desnutrición según datos demográficos, Norte de Santander 2016

Características		Casos	%
sexo	F	1	33,3%
	M	2	66,7%
edad	1-4 años	3	100,0%
Área	Cabecera municipal	2	66,7%
	Rural disperso	1	33,3%
Tipo régimen	Subsididado	3	100,0%
Nivel educativo madre	Primaria	3	100,0%
Pertenencia étnica	Indígena	1	33,3%
	Otro	2	66,7%

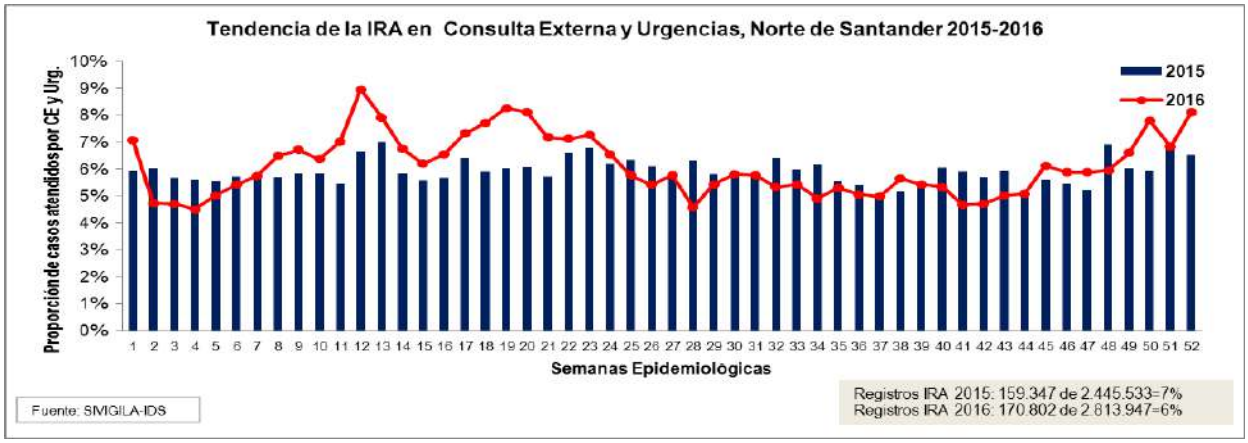
Fuente: SIVIGILA, 2016

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA NORTE DE SANTANDER 2016

Proporción de consultas externas y urgencias por IRA, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01 - 52, 2015-2016

La vigilancia de la morbilidad por IRA se realizar desde todas las UPGD de Norte de Santander, con periodicidad semanal, a través del código 995 del SIVIGILA. Como resultado de esta estrategia de vigilancia, se registraron a la semana epidemiológica 52 de 2016 un total 180.153 registros, con la base de datos depurada, de un total de 2.813.947 consultas externas y urgencias por todas las causas obteniendo una proporción del 6%. Durante el periodo epidemiológico XIII de 2016 se incrementó la notificación de consultas externas y urgencias por IRA comparada con el mismo periodo del 2015.

Proporción de consultas externas y urgencias por IRA, en Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52 de 2016

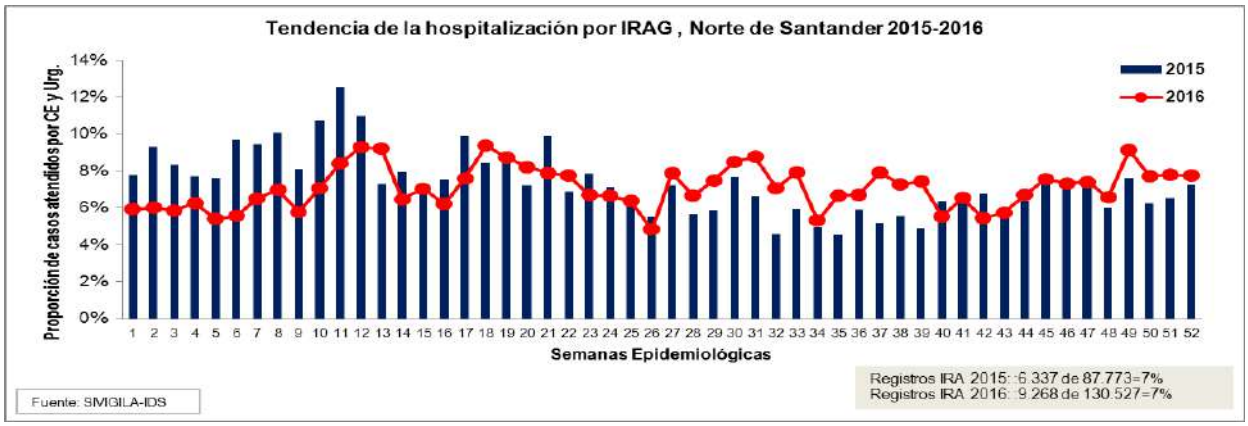


Durante el 2016, se notificaron 170.802 consultas externas y urgencias por IRA de un total de 2´813.947 consultas externas y urgencias por todas las causas obteniendo para una proporción por IRA del 6 %. Durante el periodo epidemiológico cinco de este año se registró la mayor la notificación de casos, con relación al mismo periodo de 2015.

Porcentaje de consultas externas y urgencias por IRA por municipios de Norte de Santander, 2016.

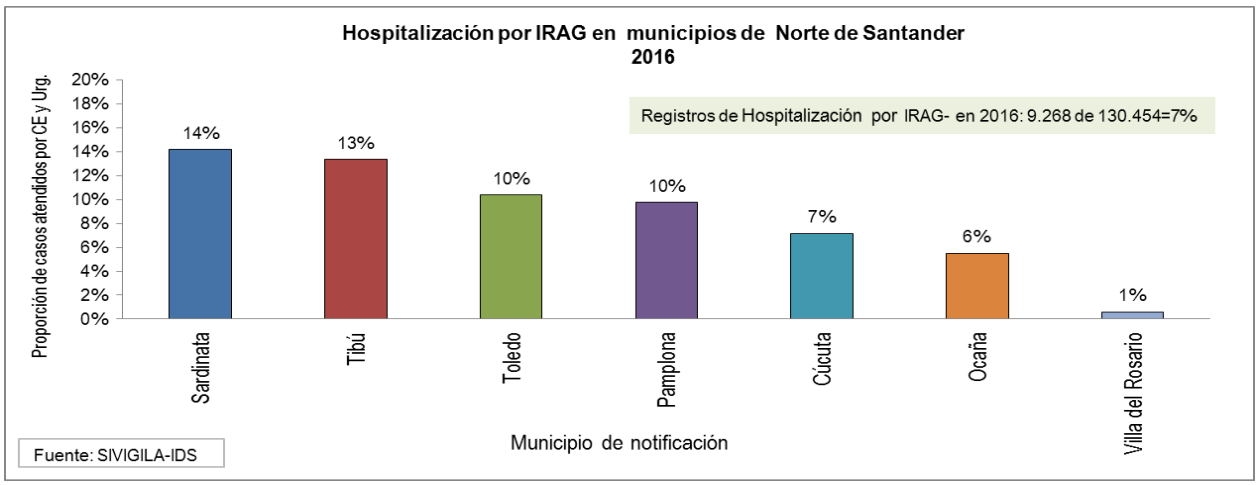
El mayor porcentaje de notificación de consultas externas y urgencias por IRA se presenta en los municipios de El Tarra y Cúcuta.

Proporción Hospitalización en Sala General por IRAG en Norte de Santander, semanas epidemiológicas 1-52 de 2016



Han sido notificados 6.337 registros de hospitalizaciones en sala general por IRAG de un total de 87.773 hospitalizaciones por todas las causas para una proporción del 7 %. En el periodo epidemiológico tres (3) se presentaron la mayor proporción de notificación de hospitalizaciones por IRAG en comparación con el año 2015.

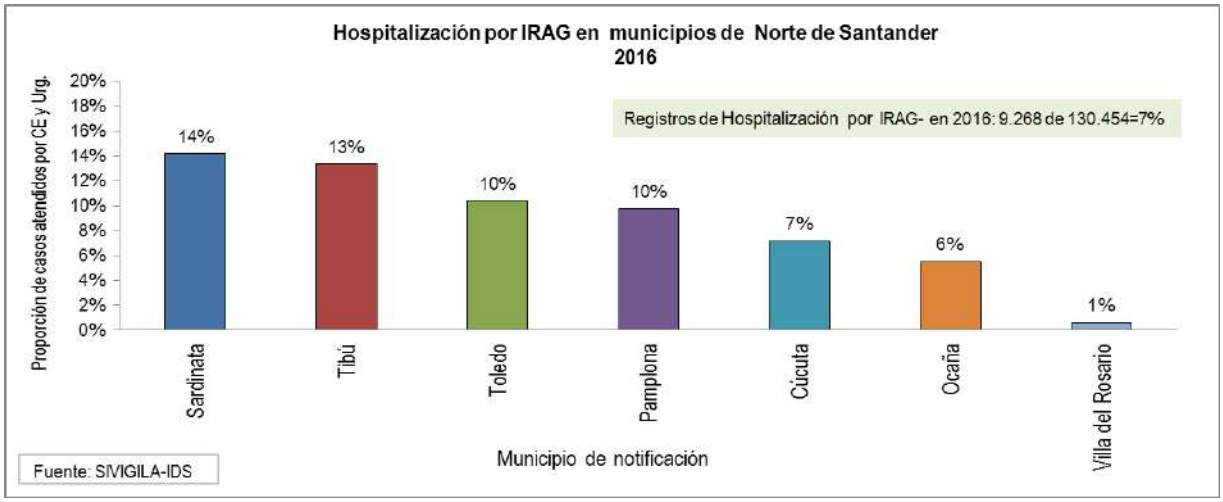
Proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG por municipios de Norte de Santander, 2016



En Norte de Santander, el municipio con mayor proporción de casos de hospitalización por IRAG es el municipio de Sardinata seguido del municipio de Tibú. Durante el año 2016 un total de 9.268 hospitalizaciones en sala general por IRAG de 130.527 hospitalizaciones por todas las causas, para una proporción del 7 %.

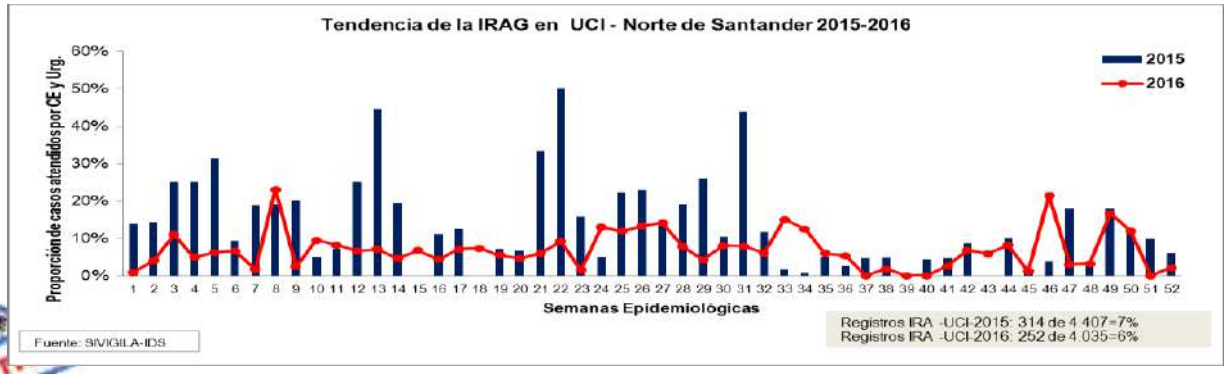
En comparación con el año 2015, se registraron un total de 6.337 hospitalizaciones por IRAG de 87.773 hospitalizaciones por todas las causas, para un 7% de Hospitalización por esta causa. No mostró ninguna variación en la proporción de hospitalizaciones respecto al año anterior 2015.

Proporción Hospitalización en Sala General por IRAG, por municipio Norte de Santander, semanas epidemiológicas 1-52 de 2016



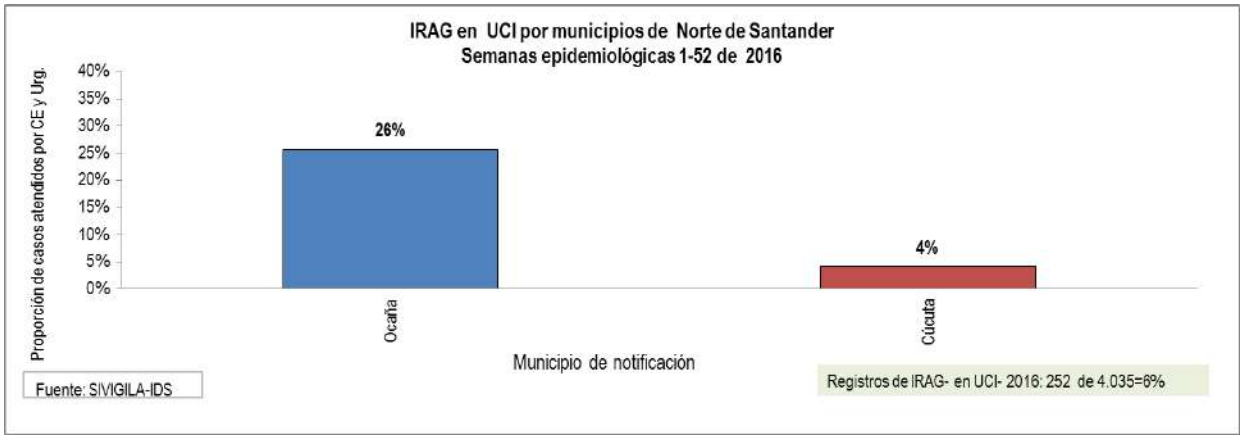
El mayor porcentaje de notificación de hospitalizaciones en sala general por IRAG lo reporta el municipio de Sardinata con un 14% (59 hospitalizaciones por IRA de 416 hospitalizaciones por todas las causas). A este le sigue el municipio de Tibú con un 13% (384 hospitalizaciones por IRA de 2.878 hospitalizaciones por todas las causas).

Hospitalización por IRAG en UCI en Norte de Santander, semanas epidemiológicas 1-52 de 2015-2016



En Norte de Santander se notificaron durante el año 2016 un total de 252 hospitalizaciones en UCI por IRAG de 4.035 hospitalizaciones UCI por todas las causas, para una proporción del 6%. En comparación con el año 2015, se registraron un total de 314 hospitalizaciones por IRAG en UCI de 4.407 hospitalizaciones en UCI por todas las causas, para un 7% de Hospitalización por esta causa. Esta proporción muestra una reducción de hospitalizaciones respecto al año anterior 2015.

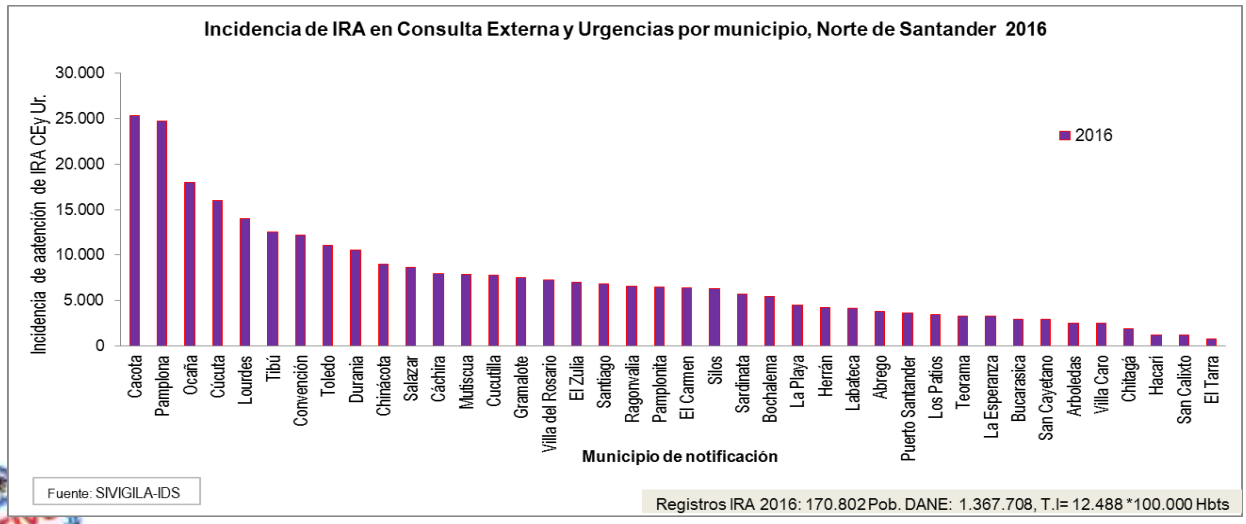
Hospitalización por IRAG en UCI en Norte de Santander, por municipio de notificación 2016



El mayor porcentaje de casos de IRAG hospitalizados en UCI en Norte de Santander para el 2016 lo presenta el municipio de Ocaña con una proporción de 26% (103 ingresos a UCI por IRAG de 402).

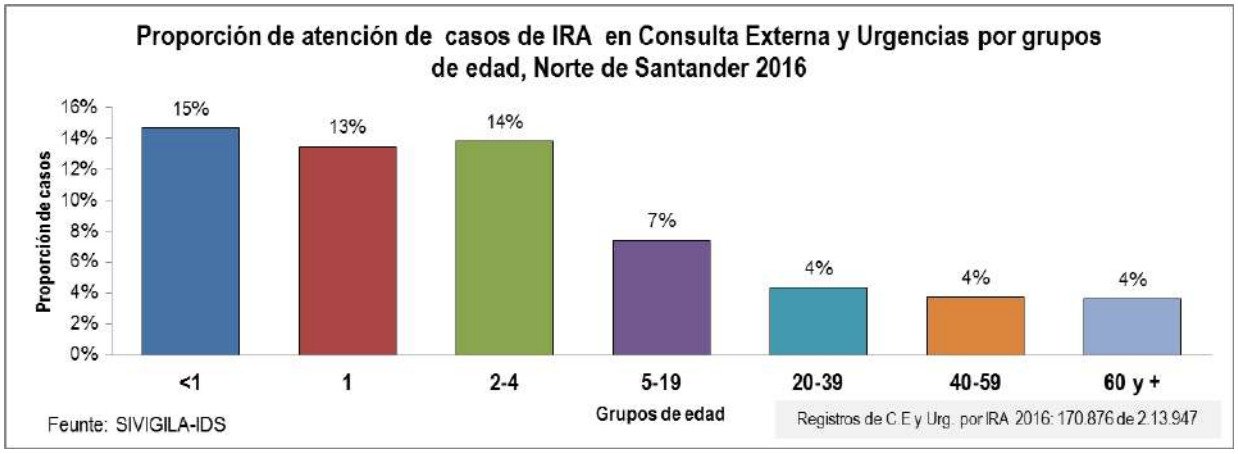
Magnitud de lugar y persona

Incidencia de IRA en consulta externa y urgencias por municipios de Norte de Santander, 2016



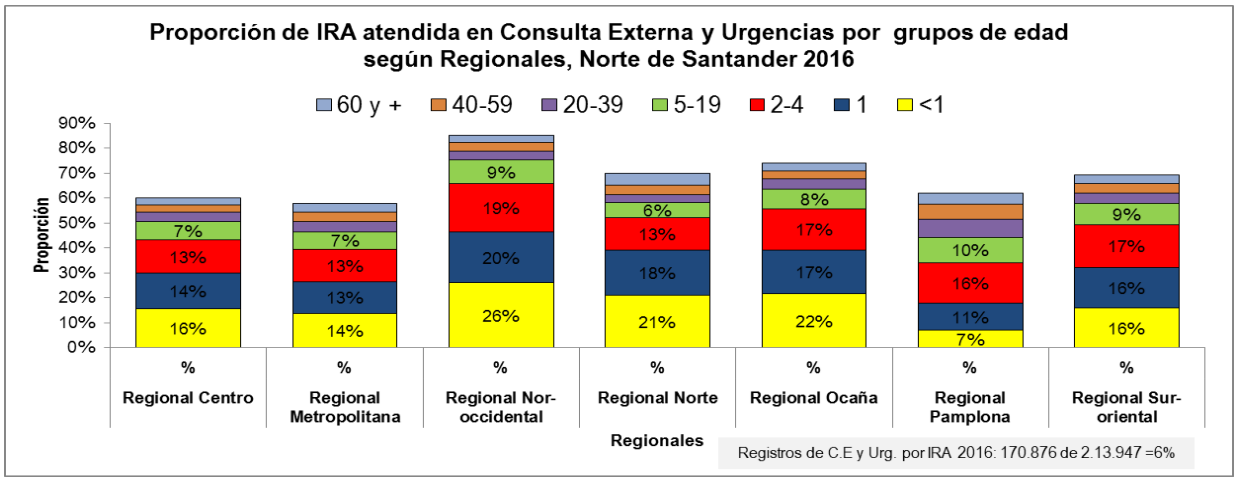
De acuerdo a los registros de consultas externas y urgencias por IRA, generados en Norte de Santander, la tasa de incidencia de la morbilidad por IRA a semana epidemiológica 52 de 2016 es de 12,488 * 1 00.000 Hbts.

Porcentaje de consultas externas y urgencias por IRA por grupos de edad, Norte de Santander, 2016.



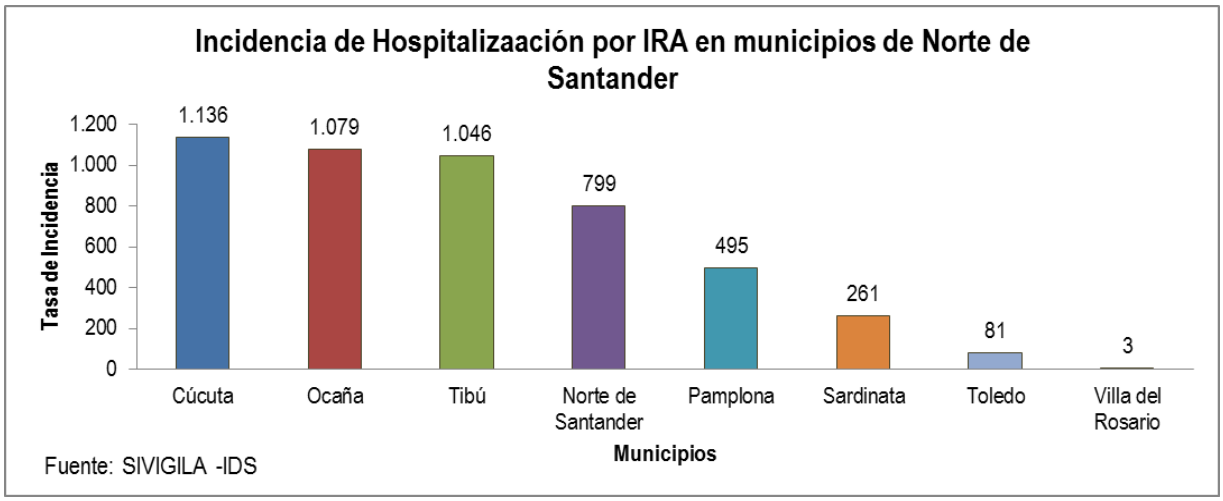
En el análisis de la morbilidad es mayor el porcentaje de consulta externa y urgencias por IRA en el grupo de menores de un año con un 15%(17.522 de 119305 casos de atención en Consulta Externa y urgencias) seguido del grupo de dos a cuatro años con un 14% (16.519 casos de IRA en C.E y Urgencias de 122.508 Casos atendidos en C.E y urgencias por todas las causas). La menor proporción se presentó a partir de los 20 años.

Distribución de consultas externas y urgencias por IRA por grupos de edad en las regiones de Norte de Santander, 2016



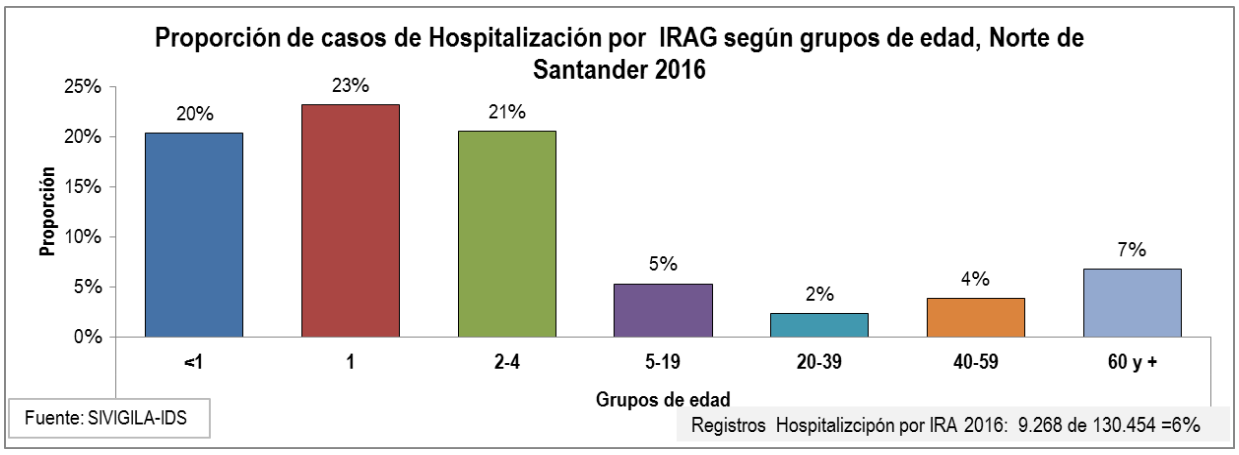
En la distribución de consultas externas y urgencias por IRA por grupos de edad según regionales de Norte de Santander, se identifica un mayor porcentaje en la regional Nor-occidental en el grupo de menores de un año con un (21 %), en la regional Ocaña prevalece el grupo de menores de un año (22%) seguido de la regional Norte que continúa teniendo en primer lugar a los menores de un año con un (21%).

Incidencia de IRA en hospitalización general por municipios de Norte de Santander, 2016



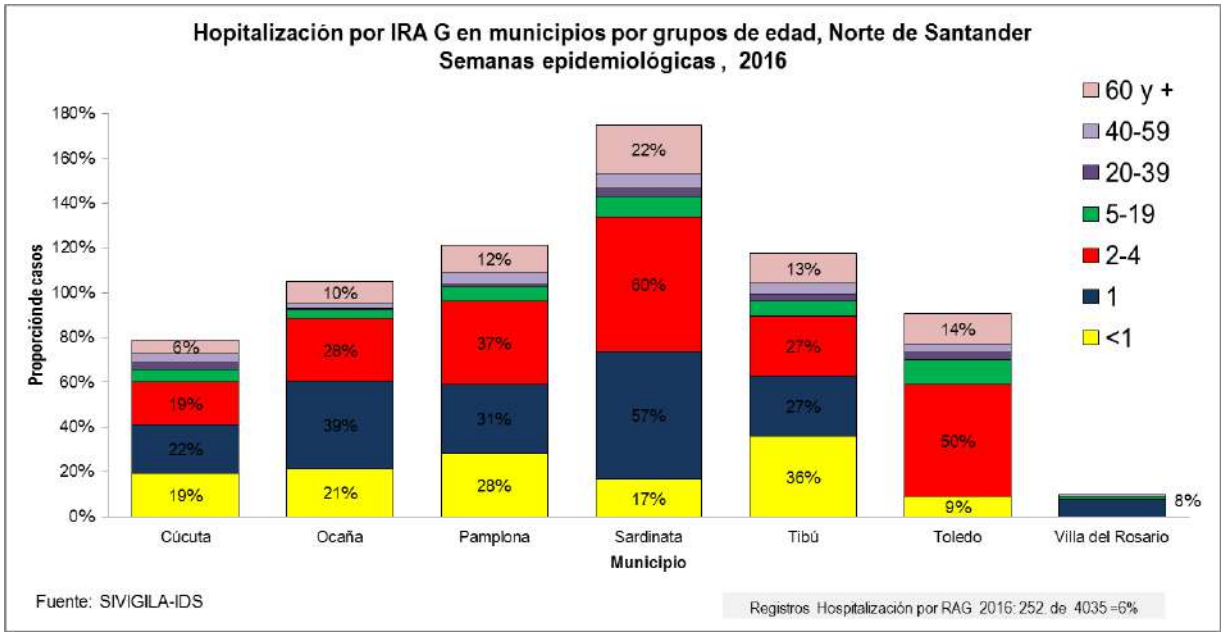
En Norte de Santander la tasa de incidencia de la morbilidad por IRAG a semana epidemiológica 52 de 2016 es de 799 por 100.000 Hbts. El municipio con mayor tasa de incidencia en este servicio fue Cúcuta con una T. Incidencia de 1.138 hospitalizaciones por cada 100.000 Hbts. mayor a la tasa departamental.

Proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG por grupos de edad, Norte de Santander, 2016



En el análisis de la morbilidad por IRAG en hospitalización general es mayor el porcentaje en el grupo de un año (23 %) seguido por el grupo de dos a cuatro años con un (21 %). El menor porcentaje lo presentó el grupo de 20 a 39 años (2 %).

Distribución de hospitalizaciones en sala general por IRA por grupos de edad en municipios de Norte de Santander, 2016



En la distribución de hospitalizaciones en sala general por IRAG por grupos de edad en municipios de Norte de Santander, se identifica un mayor porcentaje en el municipio de Sardinata en el grupo de un año (57 %), seguido de Pamplona en el grupo de personas de 2 a 4 años con (37 %), en el municipio de Tibú la mayor proporción la refleja el grupo de menores de un años con un (36%). El municipio de menor proporción fue Villa del Rosario con un (8%) en el grupo de un año.

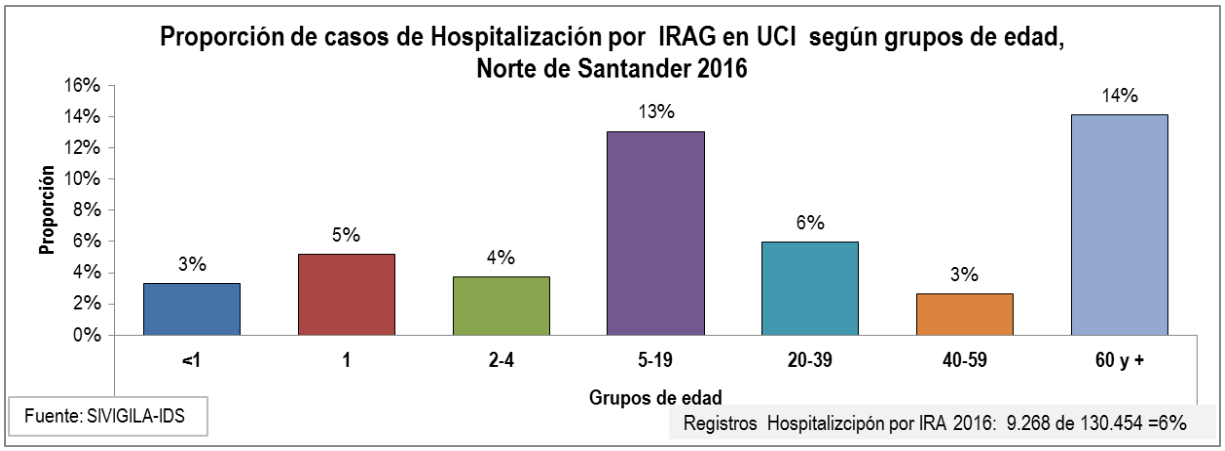
Incidencia de IRAG en hospitalización en UCI por municipios de Norte de Santander, 2016

Municipio de notificación	2016				
	Población DANE	Casos IRA-UCI	Total UCI	%	T. Incidencia
Ocaña	98.992	103	402	26%	104
Cúcuta	656.380	149	3.633	4%	23
N de Sder	1.367.708	252	4.035	6%	18

Fuente: SIVIGILA-IDS

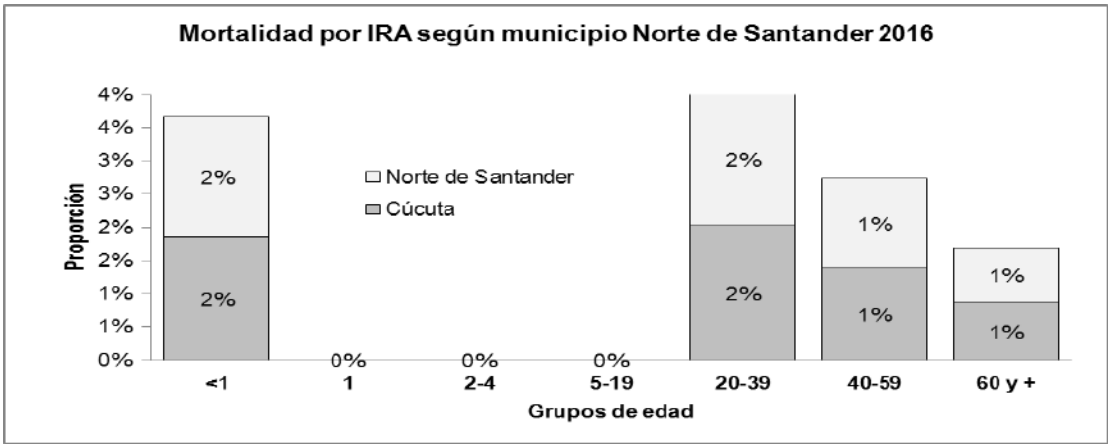
La mayor tasa de incidencia de hospitalización en UCI por IRAG es para el municipio de Ocaña con 104*100.000 Hbts. La tasa par Norte de Santander durante el 2016 es de 18*100.000 Hbts.

Porcentaje de hospitalizaciones en UCI por IRA por grupos de edad, Norte de Santander, 2016



El mayor el porcentaje de hospitalización por morbilidad con IRAG en UCI se dio en las personas de 60 y más años (14 %) seguido del grupo de 5 a a19 años (13 %) y en menor porcentaje se presentó en el grupo de menores de un año y de 40 a 59 años (3 %) cada uno.

Proporción de muertes por IRA por grupos de edad, Norte de Santander, 2016.



En la distribución de muertes por IRA por grupos de edad según municipio de Norte de Santander, se puede observar de acuerdo a los registros que estos fallecimientos solo se presentaron en el municipio de Cúcuta, con un mayor porcentaje de muertes en las personas de 20 a 39 años y menores de un año.

VIGILANCIA CENTINELA ESI – IRAG (código 345)

Tabla. Instituciones que participan de la estrategia de Vigilancia Centinela para ESI-IRAG en Norte de Santander.

Municipio	Nombre de la UPGD	Estrategia de Vigilancia para IRA 2016
Cúcuta	Hospital Erasmo Meoz	IRAG
	Policlíno de Atalaya	ESI

Fuente: Vigilancia en Salud Pública/IDS-Norte de Santander

Para la vigilancia centinela en Norte de Santander, se tiene en cuenta solo al municipio de Cúcuta, con 2 UPGD autorizadas, desde el 2012 para la vigilancia de ESI-IRAG, por cumplir con los criterios de capacidad técnica y compromiso con la vigilancia además de ser puntos estratégicos de la entrada al departamento y la prestación de servicios.

Comportamiento de la notificación de ESI-IRAG

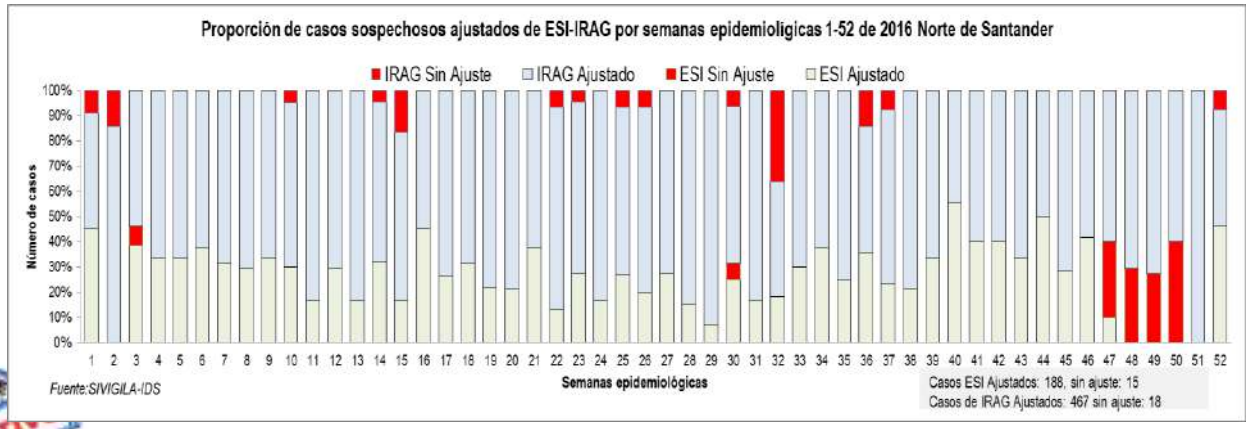
El promedio semanal de los casos de ESI-IRAG fue de 13casos. El 70% (485) corresponden a pacientes que cumplen con la definición de IRAG y el 30 % (203) a pacientes que cumplen con la definición de ESI.

Clasificación inicial de los casos de ESI – IRAG, Norte de Santander, 2016

Estrategia	Nombre de la UPGD	Clasificación de los casos									
		Sin Ajuste		Confirmado por Lat		Descartado Lab.		Otros ajustes		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
ESI	Policlínico de Atalaya	15	48%	7	5%	181	34%	0	0%	203	30%
IRAG	ESE Hospital Erasmo Meoz	16	52%	121	95%	346	66%	2	100%	485	70%
Total general		31	100%	128	100%	527	100%	2	100%	688	100%

Fuente: SIVIGILA

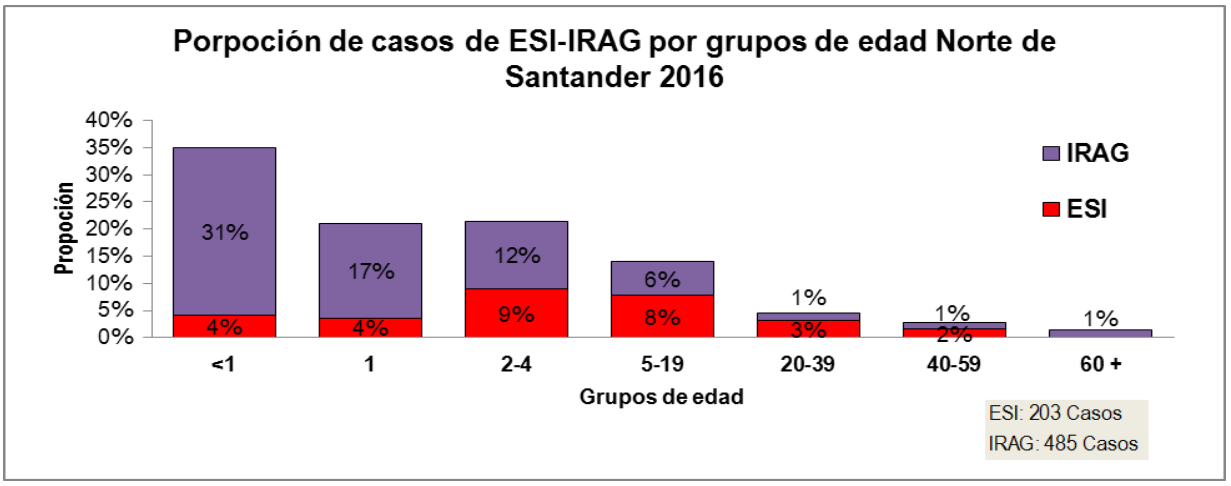
Porcentaje de ajuste casos probables o sospechosos de ESI – IRAG, Norte de Santander, 2016



Teniendo en cuenta el objetivo y proceso de la vigilancia centinela de ESI-IRAG, se tomaron en cuenta los ajustes 3 (confirmado por laboratorio) y 6 (descartado por laboratorio); a semana epidemiológica 52 de 2016 no se alcanzó el 100 % del ajuste de los casos probables o sospechosos notificados en Norte de Santander.

Magnitud en persona y lugar

Casos de ESI - IRAG por grupos de edad, Norte de Santander, 2016



En cuanto a la edad, el 61% (417) de los casos de IRAG y el 17 % (115) de los casos de ESI se notifican en menores de cinco años. Siendo la mayor proporción en el grupo de menores de un año con un 35% que corresponde a 31% (213 casos) de IRAG y 4% (28 casos) de ESI.

Principales características de los casos de ESI- IRAG, Norte de Santander, 2016

Características		ESI		IRAG		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Sexo	F	93	14%	218	32%	311	45%
	M	110	16%	267	39%	377	55%
	Total	203	30%	485	70%	688	100%
Aarea de residencia	Urbana	203	30%	443	64%	646	94%
	Centro Poblado	0	0%	11	2%	11	2%
	Rural	0	0%	31	5%	31	5%
	Total general	203	30%	485	70%	688	100%
Seguridad Social	Subsidiado	187	27%	372	54%	559	81%
	No afiliado	15	2%	78	11%	93	14%
	Contributivo	1	0%	18	3%	19	3%
	Indeterminado	0	0%	10	1%	10	1%
	Especial	0	0%	6	1%	6	1%
	Excepción	0	0%	1	0%	1	0%
	Total general	203	30%	485	70%	688	100%
Étnia	Indigena	0	0%	6	0,9%	6	1%
	Room	0	0%	2	0,3%	2	0,3%
	Raizal	0	0%	1	0,1%	1	0,1%
	Negro	0	0%	1	0,1%	1	0,1%
	Otro	203	30%	475	69%	678	99%
	Total general	203	30%	485	70%	688	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

De acuerdo con las características generales del total de centinela para la estrategia ESI-IRAG, se encuentra el 45% (311 casos de ESI-IRAG de un total de 688 casos) son de sexo femenino. Mientras que el 55% % (377 casos de ESI-IRAG de un total de 688 casos) son de sexo masculino.

Respecto al área de residencia el 94% (646 casos de ESI-IRAG de un total de 688 casos) ubican su residencia en el área urbana, un 2% (11 casos de ESI-IRAG de un total de 688 casos) y el resto que es un 5% (31 casos de ESI-IRAG de un total de 688 casos) la ubican en el área rural.

El 81% (559 casos de ESI-IRAG de un total de 688 casos) pertenecen al régimen subsidiado en salud. En cuanto a la pertenencia étnica, tenemos que un 99% (688 casos de ESI-IRAG de un total de 688 casos) se identifican en otros grupos étnicos, sin embargo tenemos a un 1% (6 casos de ESI-IRAG de un total de 688 casos) que se identificaron como indígenas.

Características clínicas

Sígno/Síntoma		ESI		IRAG	
		Casos	%	Casos	%
Tos	Sí	203	100%	485	100%
	No	0	0%	0	0%
	Total	203	100%	485	100%
Fiebre	Sí	203	100%	485	100%
	No	0	0%	0	0%
	Total	203	100%	485	100%
Dolor de garganta	Sí	199	98%	0	0%
	No	4	2%	485	100%
	Total	203	100%	485	100%
Rinorrea	Sí	202	100%	0	0%
	No	1	0%	485	100%
	Total	203	100%	485	100%
Conjuntivitis	Sí	12	6%	0	0%
	No	191	94%	485	100%
	Total	203	100%	485	100%
Cefalea	Sí	62	31%	0	0%
	No	141	69%	485	100%
	Total	203	100%	485	100%
Dificultad respiratoria	Sí	11	5%	479	99%
	No	192	95%	6	1%
	Total	203	100%	485	100%
Diarrea	Sí	1	0,5%	2	0,4%
	No	202	99,5%	483	99,6%
	Total	203	100%	485	100%

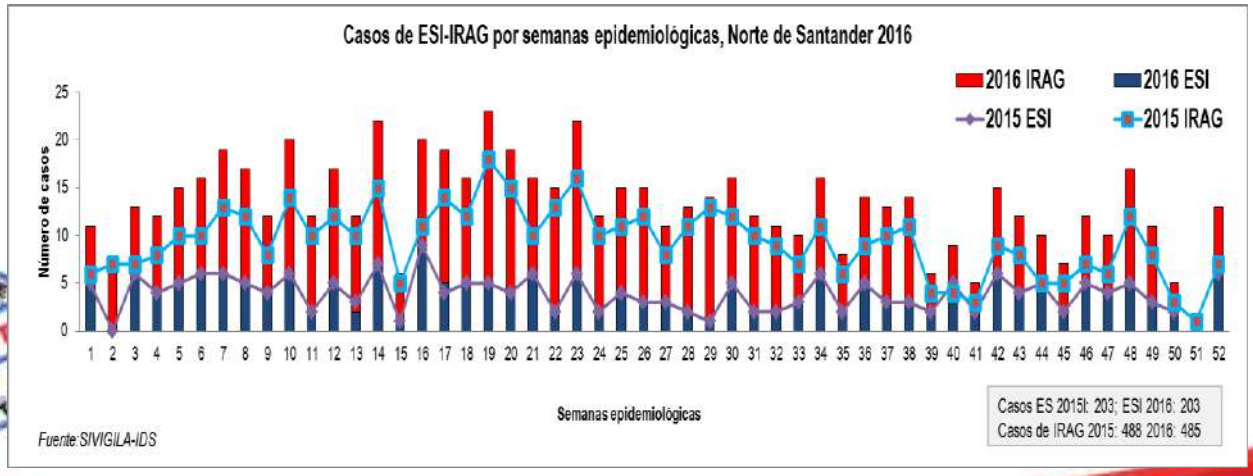
Fuente: SIVIGILA-IDS

De los 485 casos notificados por de IRAG el 100 % presentaron fiebre y tos y el 99 % dificultad respiratoria. En los casos de ESI, de los 203 casos presentaron como signos más frecuentes tos y fiebre y Rinorrea en el 100% y dolor de garganta en el 98 %.

En relación a la condición final de los casos de ESI-IRAG a semana epidemiológica 52 de 2016 no se notificaron mortalidades reportadas por esta estrategia centinela.

Tendencia del evento

Gráfica Tendencia de casos de IRAG, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2015-2016



La estrategia IRAG durante el 2016 aunque tuvo un comportamiento similar en el número de casos, presentó picos en las semanas epidemiológicas 14, 19 y la semana 23.

VIGILANCIA DE IRAG INUSITADO (Código 348)

Comportamiento de la notificación

En Norte de Santander se notificaron al SIVIGILA, 55 casos de IRAG de posible origen inusitado. Los criterios tenidos en cuenta para la definición de caso de IRAG inusitado son:

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

Al realizar la depuración de la base de datos de acuerdo a los criterios de inclusión de la definición de caso, encontramos lo siguiente:

Tabla Resultados de la depuración de la base de datos de la notificación de IRAG inusitado, Norte de Santander, 2016.

Depuración por	Nº casos
Ajuste D	2
Ambulatorios	2
Registros sin factores de riesgo	0
Duplicados	50
Total registros no válidos	54
Total registros válidos	52
Total de registros	160

Fuente: SIVIGILA

Se encuentran como válidos 52 registros de IRAG inusitado, los cuales serán la base del análisis del presente informe

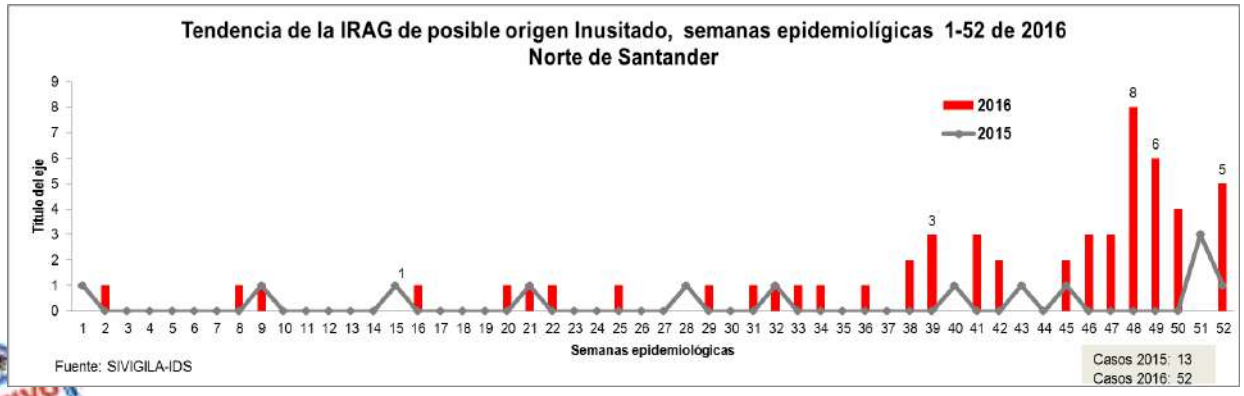
Tabla Criterios de selección de los casos IRAG inusitado, Norte de Santander 2016

Criterio clasificación IRAG inusitado	Casos	Porcentaje
Deterioro clínico UCI	48	92%
Defunción	13	25%
Contacto con sintomático respiratorio	0	0%
Contacto con aves o cerdos	0	0%
Trabajador de Salud	3	6%
Viaje internacional	9	17%
Total	52	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

De acuerdo a lo criterio para selección de los casos de IRAG inusitado notificados el 92 % corresponde a personas con deterioro clínico en unidad de cuidados intensivos, seguido por el 25 % de defunciones por IRA sin etiología establecida, también contaban con el criterio de ser trabajadores de salud y 17% realizaron un viaje internacional.

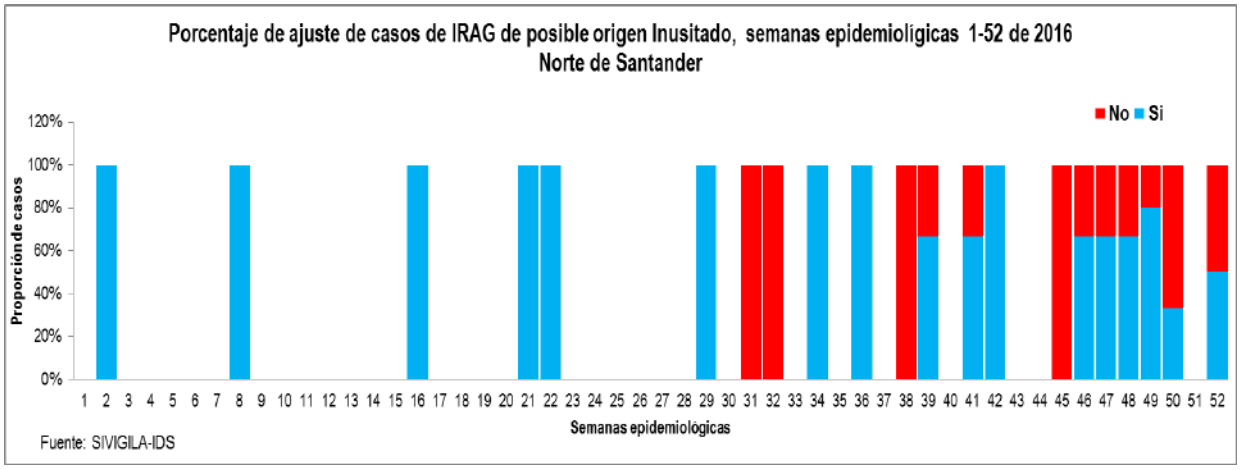
Gráfica Casos de IRAG inusitado, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2015- 2016



A semana epidemiológica 52 del 2016 se notificaron 52 casos que cumplen con la definición establecida de IRAG inusitado, con un promedio de 34,1 casos semanales de un (1) caso semanal.

Acorde con los lineamientos para notificación inicial de los casos, se cuenta con cuatro semanas a partir de la fecha de notificación para ajustar el caso o descartarlo de acuerdo con el resultado de laboratorio en el Sivigila.

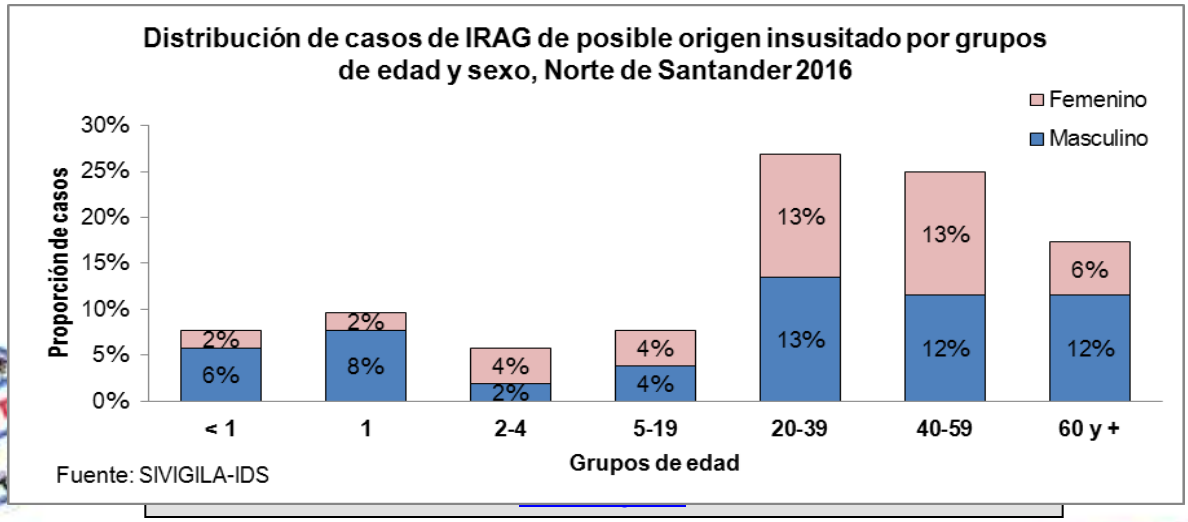
Gráfica Porcentaje de ajuste casos probables de IRAG inusitado, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



Solo se tomarán en cuenta los ajustes 3 (confirmado por laboratorio), 6 (descartado por laboratorio), 5 (confirmado por nexo). A semana epidemiológica 52 no se alcanzó el 100 % del ajuste de los casos probables o sospechosos notificados

Magnitud en persona y lugar

Gráfico Distribución por grupo de edad de los casos de IRAG inusitado, Norte de Santander 2016



Según la distribución por grupo de edad de los casos de IRAG inusitado el 27 % corresponden al grupo de edad de 20 a 39 años (14 casos), seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 25 % en tercer lugar tenemos el grupo de 60 y más años con un 17% (9 casos). El 44% (23 casos) corresponde al sexo femenino y el 56% (29 casos) corresponde al sexo masculino.

Tabla Principales características de los casos de IRAG inusitado, Norte de Santander 2016

Características		IRAG-I	
		Casos	%
Sexo	F	23	44%
	M	29	56%
	Total	52	100%
Aarea de residencia	Urbana	44	85%
	Centro Poblado	3	6%
	Rural	5	10%
	Total general	52	100%
Seguridad Social	Subsidiado	30	58%
	Contributivo	15	29%
	No afiliado	3	6%
	Especial	3	6%
	Excepción	1	2%
	Total general	52	100%
Pertenencia Éticaa	Indigena	3	6%
	Otro	49	94%
	Total general	52	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Entre las características generales de los casos de IRAG de posible origen inusitado, el 85% (44 casaos) residen en la cabecera municipal, el 58% (30 casaos) pertenecen al régimen subsidiado. Con respecto a la pertenencia étnica el 94 % (49 casaos) se reportan en otros y un 6% (3 casaos) registran pertenecer a grupos indígenas.

Tabla Distribución de casos de IRAG inusitado, por municipio de notificación, Norte de Santander, 2016

Departamento de Notificación	Municiío de Notificación	N° Casos	%	% Acumulado
Norte de Santander	Cúcuta	39	87%	86,67%
Norte de Santander	Ocaña	4	9%	95,56%
Norte de Santander	Pamplona	2	4%	100,00%
Santander	Bucaramanga	1	2%	88,46%
Santander	Floridablanca	2	4%	92,31%
Arauca	Saravena	3	6%	98,08%
Cesar	Aguachica	1	2%	100,00%
Total general		52	100%	

Fuente: SIVIGILA

El 87 % (39 casos) de los casos fue notificado por el municipio de Cúcuta, seguido de Ocaña con un 9% (4 casos) y Pamplona con un 4 % (2 casos).

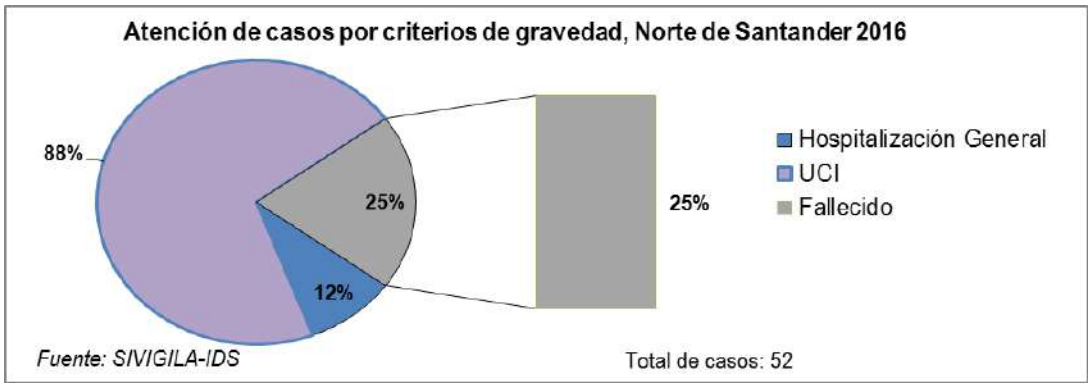
Características clínicas

Sígno/Síntoma		IRAG	
		Casos	%
Tos	Sí	41	79%
	No	11	21%
	Total	52	100%
Fiebre	Sí	41	79%
	No	11	21%
	Total	52	100%
Dolor de garganta	Sí	13	25%
	No	39	75%
	Total	52	100%
Rinorrea	Sí	14	27%
	No	38	73%
	Total	52	100%
Conjuntivitis	Sí	2	4%
	No	50	96%
	Total	52	100%
Cefalea	Sí	16	31%
	No	36	69%
	Total	52	100%
Dificultad respiratoria	Sí	46	88%
	No	6	12%
	Total	52	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

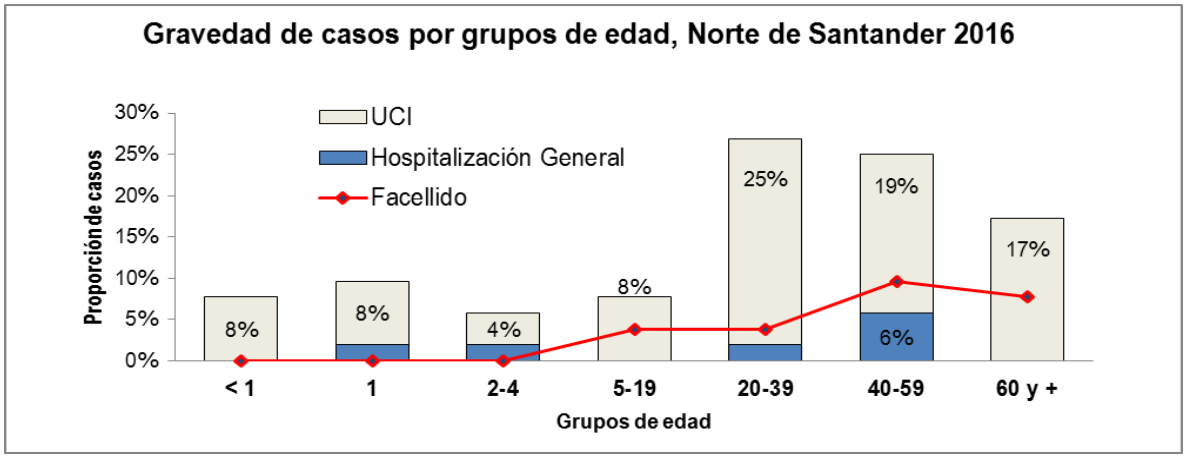
Las características clínicas de los 52 casos de IRAG inusitado notificados fueron las siguientes, presentaron tos el 79 %; fiebre el 79 %; dolor de garganta el 25%; Rinorrea el 27%; conjuntivitis el 4%, cefalea el 31%; dificultad respiratoria el 88%,y

Gráfica Criterio de gravedad de los casos de IRAG inusitado Norte de Santander, 2016



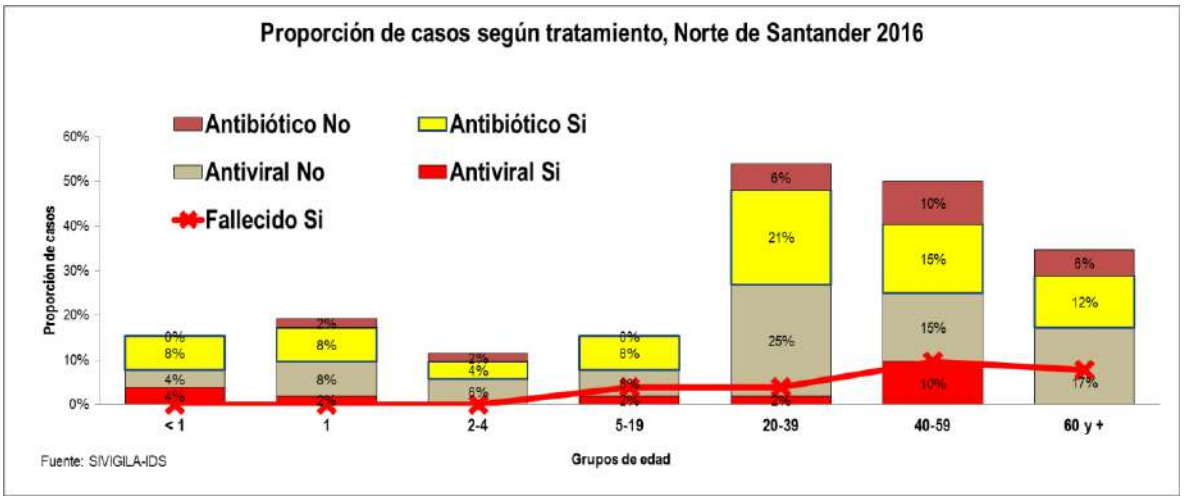
De los casos os casos de IRAG inusitado notificados, en Norte de Santander durante el 2016, el 71 % (46 casos) requirió manejo en unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados intermedios, el 9% (6 casos) requirió hospitalización general y el 25% (13 casos)) falleció.

Gráfica Porcentaje de hospitalización en UCI de los casos de IRAG de posible origen inusitado por grupo de edad, Norte de Santander, 2016



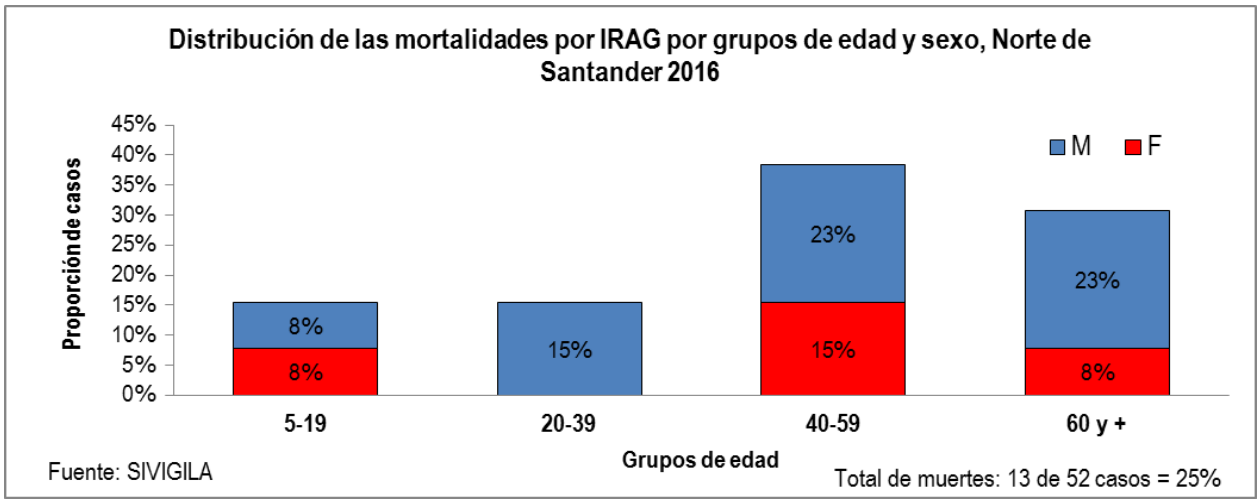
Según el grupo de edad, el 27% (14 casos) de IRAG inusitado notificados se encontró en el grupo de menores 20 a 39 años, seguido del grupo de 40 a 59 años con un 25 % (13 casos) en tercer lugar tenemos a los mayores de 60 años con un 17% (9 casos). La mayor proporción de fallecimientos, se presentó en el grupo de 40 a 59 años con cinco (5 casos), seguido del grupo de 60 y más años con cuatro casos (4), en los grupos de 5 a 19 y de 20 a 39 años, se presentan dos fallecimientos en cada uno de estos.

Gráfica Porcentaje uso de antivirales en los casos de IRAG inusitado por grupo de edad, Colombia, semanas epidemiológicas 01-40, 2016



De acuerdo al manejo de los casos de IRAG de posible origen inusitado en Norte de Santander, se usó antiviral en el 12% de los pacientes notificados; el grupo de edad con más uso de antiviral es el de 40 a 59 años, seguido por el grupo de menor de un año con un 4%. Solo se registra antecedente de vacunación con influenza en el 3,8% (2 casos) los 52 casos registrados.

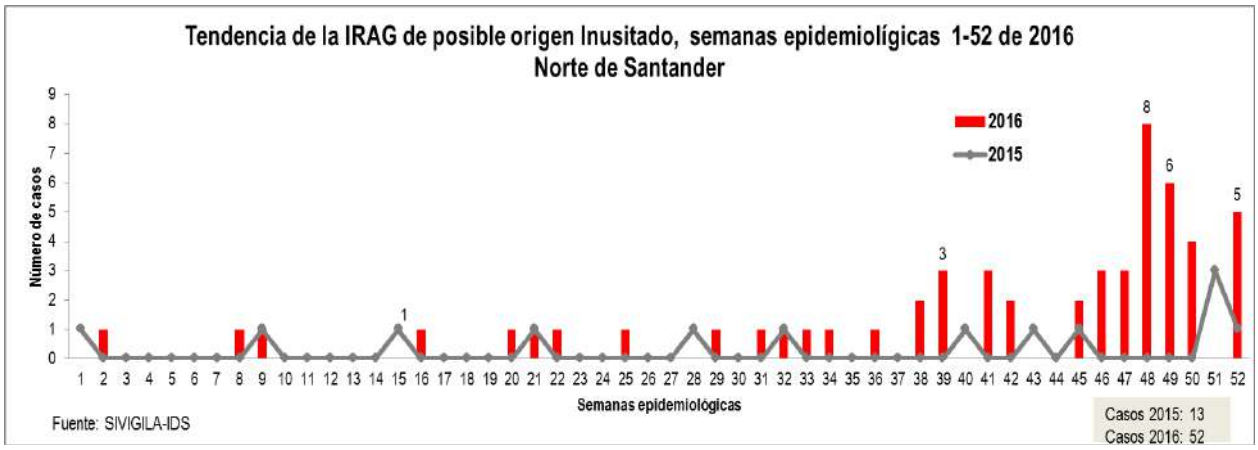
Gráfica Distribución de muertes por IRAG de posible origen inusitado, Norte de Santander, 2016



De acuerdo a la condición final de los casos de IRAG de posible origen inusitado en Norte de Santander durante el 2016 se notificaron 13 muertes (25 %), de estos el 69 % son de sexo masculino, según el grupo de edad, el 38 % de los fallecimientos se presentó en personas de 40 a 59 años, seguido por el grupo de mayores de 60 años con el 31%.

Tendencia del evento

Gráfico, comportamiento de la IRAG de posible origen inusitado, en Norte de Santander 2015-2016



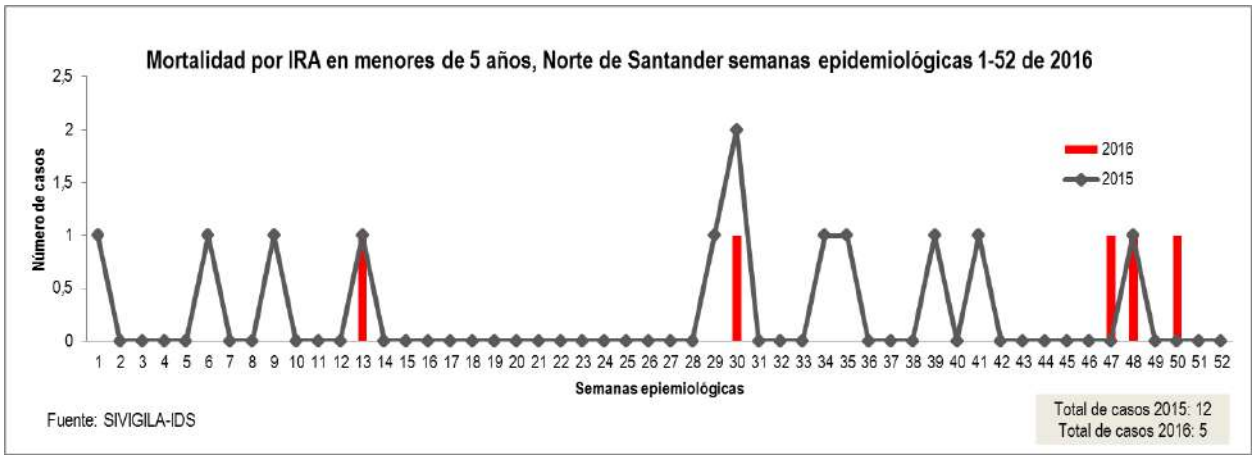
Se presenta un aumento del 323 % (42 casos) en la notificación de IRAG inusitado con respecto al año 2015.

MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE CINCO AÑOS

Comportamiento de la notificación

Durante el 2016 se notifican al Sivigila en Norte de Santander con el código 600 (mortalidad por IRA en menores de cinco años) ingresan ocho (8) registros, de los cuales se descartaron tres (3 casos) con ajuste 6, con lo cual quedan 5 registros de mortalidad por el evento, se revisaron además las bases acumuladas de los eventos 345 y 348 con el fin de identificar muertes en menores de cinco años, pero no se identificó ningún caso.

Gráfica No 40. Muertes por IRA en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01-40, 2016



Durante el 2016, se notificaron 5 muertes por IRA en menores de cinco años, mediante la ficha 600, con un promedio de 0,2 casos por semana. Se disminuyó en un 58% (7 casos) con respecto al 2015.

Magnitud en persona y lugar

Gráfica Muertes por IRA en menores de cinco años por grupos de edad, Norte de Santander, 2016

En la distribución por sexo de los casos notificados de muerte por IRA en menores de cinco años el 60% son de sexo femenino. En cuanto a la edad, el 80% (4) de los casos se notificaron en menores de un año.

Tabla. Principales características de las muertes por IRA en menores de cinco años, Norte de Santander, 2016.

Características		Mortalidad por IRA < 5 años	
		Casos	%
Sexo	F	4	80%
	M	1	20%
	Total	5	100%
Aarea de residencia	Urbana	3	60%
	Centro Poblado	0	0%
	Rural	2	40%
	Total general	5	100%
Seguridad Social	Subsidiado	4	80%
	No afiliado	0	0%
	Contributivo	1	20%
	Indeterminado	0	0%
	Especial	0	0%
	Excepción	0	0%
	Total general	5	100%
Pertenencia Étnica	Indigena	1	20%
	Room	0	0%
	Raizal	0	0%
	Negro	0	0%
	Otro	4	80%
	Total general	5	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

De la caracterización de la mortalidad por IRA en menores de cinco años, encontramos que el 80% (4 casos) eran de sexo femenino. Un 60% (3 casos) tenían registrada como lugar de procedencia la cabecera municipal y el 40 % (2 casos) del área rural disperso. Según el régimen de afiliación de los casos notificados el 80% (4 casos) eran afiliados al régimen subsidiado, y el 20 % (1 caso) al régimen contributivo. En cuanto a la pertenencia étnica el 80% (4 casos) pertenecían a otros grupos étnicos, y a la población indígena el 20% (1 caso).

Tabla Muertes por IRA en menores de cinco años por municipio de notificación y de procedencia, Norte de Santander, 2016

Municipio	Mpio. De Notificación	%	Mpio. De Procedencia	%
Cúcuta	3	60%	1	20%
Sardinata	1	20%	1	20%
Saravena	1	20%	0	0%
Chitagá	0	0%	1	20%
Pamplona	0	0%	1	20%
Villa del Rosario	0	0%	1	20%
Total general	5	100%	5	100%

Fuente: SIVIGILA-IDS

De los cinco (5 casos) de muertes por IRA en menores de cinco años notificados, con residencia en Norte de Santander, la mayor proporción de casos 60%(3 casos), fueron notificados por el municipio de Cúcuta, 20% (un caso) fue notificado por el municipio de Sardinata y el 20% restante (un caso) fue notificado por el municipio de Saravena, en el departamento de Arauca.

Teniendo en cuenta la procedencia, los cinco casos provenían de los siguientes municipios, Chitagá, Cúcuta, Sardinata, Pamplona, Villa del Rosario, cada uno con un caso.

Tabla Factores de riesgo identificados en las muertes por IRA en menores de cinco años municipio de Residencia, Norte de Santander, 2016.

Municipio de notificación	Factores de riesgo											
	Si tiene antecedente Desnutrición	Si tenía esquema de vacunación completo para la edad	Si vivía en hacinamiento	Tenía poca ventilación	Si hay humedad en la vivienda	Sí se fuma en la vivienda	Con que se cocina en la vivienda					
							Leña		Gasolina		Gas	Electricidad
Cúcuta	0%	20%	20%	20%	0%	0%	0%		0%		20%	0%
Pamplona	0%	20%	0%	0%	20%	0%	0%		0%		20%	0%
Sardinata	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%		20%		0%	0%
Toledo	0%	0%	20%	0%	20%	20%	20%		0%		20%	0%
Villa del Rosario	20%	20%	0%	0%	20%	0%	0%		0%		0%	0%
Total general	20%	80%	40%	20%	60%	20%	20%		20%		60%	0%

Fuente: SIVIGILA-IDS

Total de casos: 5

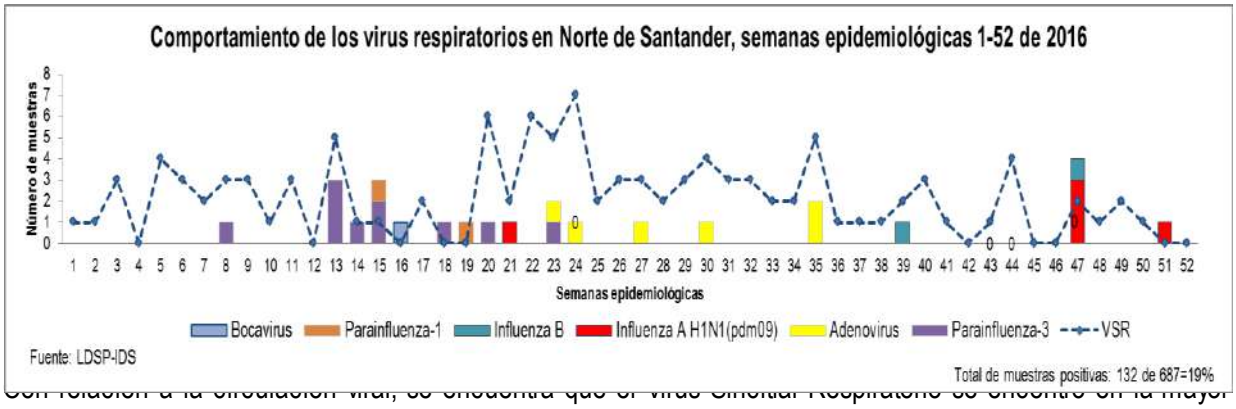
Entre los factores de riesgo identificados, los que tienen mayor proporción, son: La presencia de humedad en la vivienda en el 60% (3) de los casos. A este factor le sigue vivir en condiciones de hacinamiento en el 40% (2) de los casos. Un caso no contaba con esquema de vacunación para la edad. En uno de los casos se fumaba dentro de la vivienda y en uno de los casos se cocinaba con leña.

CIRCULACIÓN VIRUS RESPIRATORIOS

De acuerdo a los resultados de inmunofluorescencia (IFI) y RT -PCR de muestras procesadas por los Laboratorios de Salud Pública Departamentales y el Laboratorio de Virología del INS, durante el 2.016 se analizaron 687

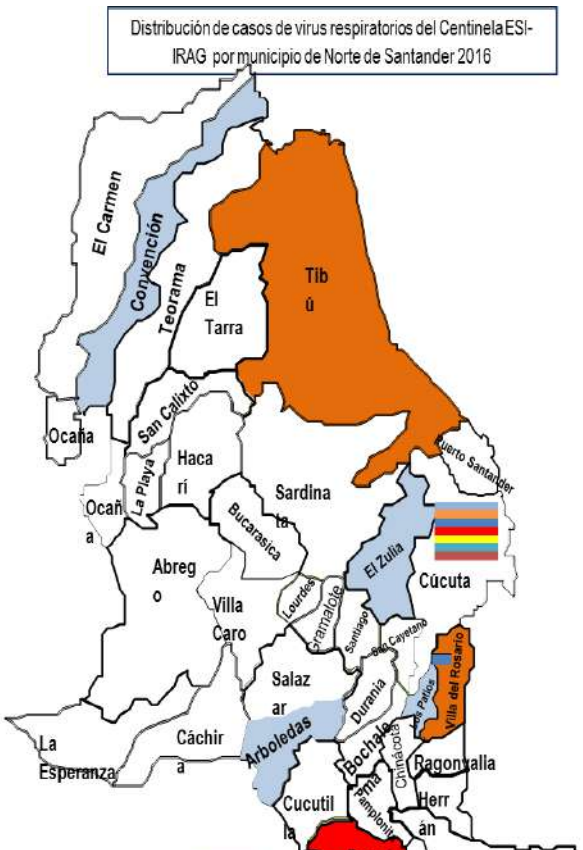
muestras, el 19 % (132muestras) fueron positivas para virus respiratorios. De las muestras positivas, el 4 % (5muestras) fueron positivas para Virus Influenza A H1N1 pdm09, el 96% (128 muestras) fueron positivas para para otros virus respiratorios.

Gráfica. Distribución de virus respiratorios, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



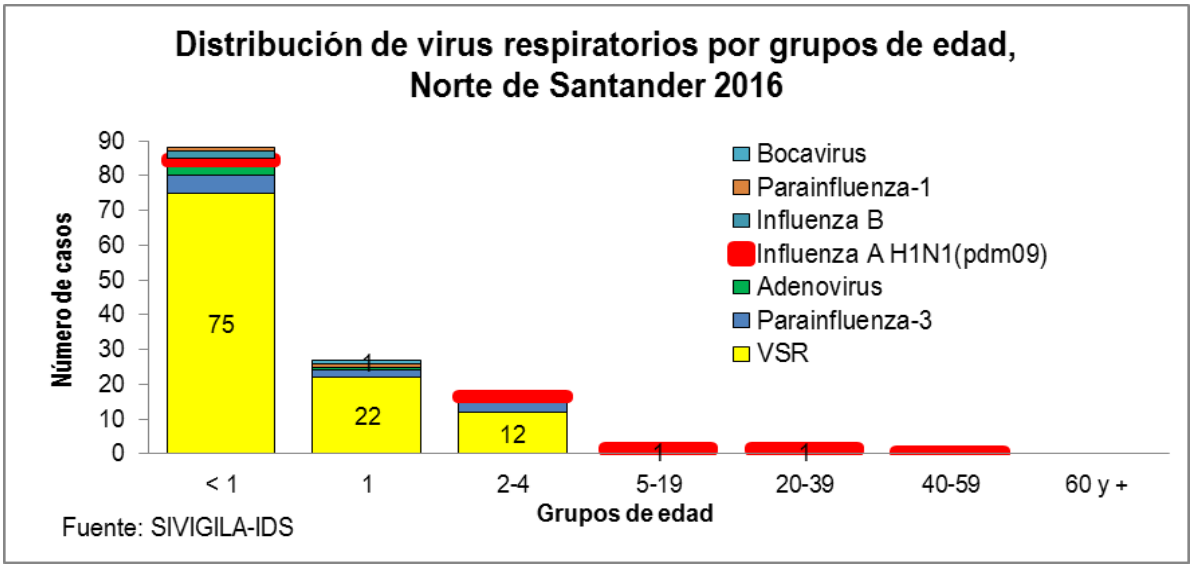
Con relación a la circulación viral, se encontró que el virus Sincitial Respiratorio se encontró en la mayor proporción de muestras analizadas con un 84 % (111 muestras), con aumento de su detección a partir de la semana 20, con 6 casos, y se disminuyó en las últimas semanas epidemiológicas. A este le sigue el Parainfluenza-3 con un 8 % (10 muestras), en tercer lugar se identificó Adenovirus con el 5 %, (6 muestras), le sigue el virus Influenza A H1N1 pdm09 con el 4% (5 muestras), luego de este se encontraron: Influenza B, Parainfluenza-1 y Bocavirus con un 2% (2 muestras) cada uno.

Figura . Distribución de virus respiratorios por la Estrategia ESI-IRAG, Norte de Santander, 2016



Los municipios con circulación de virus respiratorios, son: Cúcuta, en el que circulan varios virus respiratorios como: VSR, Parainfluenza-3, Influenza B, Influenza AH1N1 pdm09; Bocavirus y Adenovirus; en los municipios de Villa del Rosario y Tibú, circuló Virus SR y Parainfluenza-3, en los demás municipios como Los Patios, El Zulia, Arboledas, Convención, Pamplona, Salazar y Santiago, solo se identicó por laboratorio el VSR.

Gráfica No 45. Distribución de virus respiratorios en pacientes con ESI-IRAG por grupo de edad, Norte de Santander, 2016



Según el grupo de edad, de los casos notificados como ESI-IRAG el VSR representa el 68 % de los virus identificados, seguido por el Parainfluenza-3 con el 5 %; La mayor proporción de VRS se concentra en los menores de 5 años. El virus de Influenza a N1N1 pdm09 se encuentra presente en casi todos los grupos de edad.

COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VIGILANCIA DEL EVENTO

Para la vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) se tienen en cuenta seis indicadores:

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

UPGD- Centinela	Periodo epidemiológico 2016													Total
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	
ESE-HUEM	28	45	44	41	58	49	42	43	32	29	25	30	19	485
%	140%	225%	220%	205%	290%	245%	210%	215%	160%	145%	125%	150%	95%	187%
Policlínico de Atalaya	15	22	17	19	19	16	12	10	16	13	17	16	11	203
%	75%	110%	85%	95%	95%	80%	60%	50%	80%	65%	85%	80%	55%	78%
Total general	43	67	61	60	77	65	54	53	48	42	42	46	30	688
%	108%	168%	153%	150%	193%	163%	135%	133%	120%	105%	105%	115%	75%	132%

Fuente: SIVIGILA-IDS

- Para el cálculo de este indicador, se tienen en cuenta el número de casos notificados por periodo epidemiológico, con base en la notificación de mínimo cinco casos por semana, se considera como cumplimiento mínimo 20 casos por periodo epidemiológico para cada una de las estrategias de ESI-IRAG. Para este informe se evalúan 10 periodos epidemiológicos. Para un porcentaje de cumplimiento del 100 % se debe tener 10 periodos epidemiológicos con cumplimiento.

UPGD- Centinela	N Periodos epidemiológicos con cumplimiento	Periodos epidemiológicos programados	% Cumplimiento
ESE-HUEM	12	10	120%
Policlínico de Atalaya	1	10	10%
Total	13	20	65%

Fuente: SIVIGILA-IDS

- Porcentaje de casos de IRA hospitalizados entre el total de hospitalizaciones de la UPGD por grupos de edad.
- Porcentaje de casos de IRAG en UCI entre el total de pacientes en UCI de la UPGD por grupos de edad.
- Porcentaje de casos de IRA en consulta externa y urgencias entre el total de casos de en consulta externa y urgencias de la UPGD por grupos de edad.

Servicio	Grupos de edad							Total
	<1	1	2-4	5-19	20-39	40-59	60 y +	
CE y Urgen/IRA	17.522	16.519	27.210	35.046	30.885	24.028	19.668	170.876
Total de CE y Urg.	119.305	122.508	196.972	472.673	714.753	639.996	547.740	2.813.947
Proporción	15%	13%	14%	7%	4%	4%	4%	6%
Hospt IRA	1.950	1.282	1.542	1.210	1.012	771	1.501	9.268
Total de Hospt.	9.561	5.530	7.505	22.774	43.002	19.846	22.236	130.454
Proporción	20%	23%	21%	5%	2%	4%	7%	7%
IRA-UCI	46	10	16	29	27	15	109	252
Total UCI	1.396	194	427	222	452	573	771	4.035
Proporción	3%	5%	4%	13%	6%	3%	14%	6%

Fuente: SIVIGILA-IDS

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

Municipio	Mpio. De Procedencia	Tasa de defunción por IRA*100.000 < de 5 años
Cúcuta	1	1,8
Sardinata	1	36
Chitagá	1	94
Pamplona	1	24
Villa del Rosario	1	12
Total general	5	4,0

Fuente: SIVIGILA-IDS

BROTES Y SITUACIONES DE EMERGENCIA

Durante el 2016 no se notificaron brotes, ni situaciones de emergencia por IRA en el departamento Norte de Santander.

DISCUSIÓN

Durante el 2016 se evidencia un incremento de la proporción de atención de la IRA en consulta externa y urgencias, durante el periodo epidemiológico tres, cinco y periodo 13 en relación con el año anterior 2.015. La mayor proporción de casos se presentó en el grupo de menores de un año con un 15%.

La hospitalización por IRAG, mostró un incremento en el periodo ocho y 10 y el grupo de un año presenta la mayor proporción de hospitalizaciones por IRAG con un 23%.

En cuanto a los ingresos por IRAG a UCI, se presentó una mayor proporción en el periodo epidemiológico nueve y dice. El grupo de edad que mayor proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI tuvo, fue el grupo de personas de 60 y más años.

El mayor porcentaje de muertes por IRA se presentó en el grupo de personas de menores de un año y de 20 a 39 años. Cúcuta fue el municipio con mortalidades por IRA. Como municipio de frontera, con población flotante que ingresa por puntos legales e ilegales, tiene los factores de riesgo ambientales y sociales para la mortalidad por IRA en los grupos más vulnerables, mayores de 60. Sin embargo el segundo grupo con mayor mortalidad por IRA se encontró en el grupo de 5 a19 años.

En Norte de Santander la mayor proporción de muestras para el centinela de ESI-IRAG, se tomó en el período cuatro y cinco y el grupo de edad en el que se tomó muestras, fue el de menores de cinco años.

En el departamento como a nivel nacional y mundial, las enfermedades respiratorias agudas en la infancia constituyen la causa más frecuente de mortalidad y morbilidad, de las que forman parte las consultas pediátricas, posiblemente debido al incremento de lluvias estacionales.

Consistente con los determinantes sociales de tipo estructural que se presumen a nivel nacional contribuyen a la mayor frecuencia de infecciones respiratorias agudas durante la infancia, se cuenta las anomalías anatómicos, en los menores de cinco años, en lo que su sistema inmunitario se encuentran aún en una fase inmadura, y a esta condición se le debe sumar la presencia de alguna patología de base.

En este departamento, solo deben reportar casos de IRAG la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, UPGD que cumplió y superó su cuota de muestras durante el 2016, para ESI la UPGD Policlínico de Atalaya de la ESE IMSALUD, no cumplió con el número de muestras recomendadas desde el nivel nacional para vigilancia centinela de enfermedad similar a influenza, solo cumplió el indicador en el periodo epidemiológico 2 durante el cual tomó 22 muestras, con lo que logró superar la meta del periodo que consiste en 20 muestras (cinco muestras semanales).

De acuerdo a los criterios para la clasificación de casos de IRAG de posible origen inusitado, la mayor proporción corresponde al criterio: persona con deterioro clínico que requiere cuidados intensivos con un 92% de casos. una posible explicación sugiere que este comportamiento se podría deber al ingreso en la notificación de personas menores de cinco años y mayores de 60 años, que son los grupos de edad en los que son frecuentes los ingresos a UCI, sin embargo durante el 2016, el segundo grupo con mayor proporción de ingresos a UCI correspondió al grupo de 20 a 39 años, con un 13% de los casos, lo que podría significar un aumento en la circulación de virus respiratorio del tipo Influenza A H1N1 pdm09, con lo que podemos también estar alerta ante el ingreso de un virus con potencial pandémico nuevo.

CONCLUSIONES

- La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por infección respiratoria aguda en el departamento durante el 2016, se presentó en los niños de un año y para UCI en los mayores de 60 años.
- La mayor proporción de notificación de consultas ambulatorias por IRA en el departamento se presentó durante el periodo epidemiológico tres. Mientras que las hospitalizaciones por IRAG se presentaron en mayor proporción durante el periodo epidemiológico ocho.
- Los municipios con mayor tasa de incidencia en consultas externas y urgencias por IRA correspondieron a Cácota y Pamplona, que presentan pisos térmicos fríos en su geoubicación.
- Los con mayor tasa de incidencia en hospitalización en sala general por IRAG correspondieron a Cúcuta, Ocaña y Tibú.
- El municipio con mayor incidencia de hospitalización en UCI por IRAG fue el municipio de Ocaña.
- En Norte de Santander durante el 2016, en la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG la mayor proporción de casos de IRAG se notificó en el grupo de menores de un año; en los casos de ESI la mayor notificación se presentó en el grupo de 2 a 4 años.

- Para la estrategia de IRAG de posible origen inusitado durante el 2016 se aumentó el comportamiento en la notificación del evento con respecto al año 2015.

- La tasa de defunción por IRA en menores de cinco años para Norte de Santander es de 4 por cada 100.000 menores de cinco años, menor a la nacional.

- El municipio con mayor tasa de defunción en este grupo de edad fue Chitagá con una tasa de 94*100.000 menores de cinco años

- Entre los factores de riesgo que más se identificaron en las mortalidades asociadas a IRA o por IRA, se encontró: Vivir en condiciones de hacinamiento, presencia de humedad en la vivienda y cocinar con leña.

UNIDADES DE ANÁLISIS CASOS DE MORTALIDAD VIGENCIA 2016

Durante los meses de mayo a diciembre del año 216 se convocaron a 347 unidades de análisis a todos los actores involucrados a los Profesionales de la Salud del área asistencial y del área administrativa de ESEs, IPS y EPS del Departamento y del municipio donde procedía o residía el caso.

Las Jornadas de análisis de la ruta de atención de los casos se realizaron en los diferentes salones de IDS el auditorio, salón Blanco, Salón Azul, sede vectores y el municipio de Ocaña se realizaron 8 jornadas en el cual siempre se trasladó el médico y profesional de apoyo o técnico en vigilancia en salud publica.

Distribución de Casos de Mortalidad Eventos de Interés en Salud Pública, Norte de Santander 2016

EVENTO	CASOS DE MORTALIDAD PRESENTADOS	UNIDADES DE ANÁLISIS PROGRAMADAS	UNIDADES DE ANÁLISIS NO PROGRAMADO	% CUMPLIMIENTO
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	280	138 (Indicador por INS 77casos N. d S.)	0	179%
SUICIDIO	10	10		100%
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	8	8		100%
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG	7	7	2	100%
MORTALIDAD POR DENGUE	7	7		100%
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS	7	7		100%
ZIKA	6	6		100%
MENINGITIS	4	4	1	100%
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA	4	4		100%
BAJO PESO AL NACER	3	3		100%
ACCIDENTE DE TRABAJO	2	2		100%
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	2	2		100%
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	2	2		100%
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	2	2		100%
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	1	1		100%
CHIKUNGUNYA	1	1		100%
ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE EN HUMANOS	1	1		100%
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	1	1		100%
INTENTO DE SUICIDIO	1	1		100%
INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	1	1		100%
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	1	1		100%
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	1	1		100%
DEFECTOS CONGENITOS	56	53	3	95%
TUBERCULOSIS	35	33	2	94%
INTOXICACIONES	15	14	1	93%
LESIONES DE CAUSA EXTERNA	11	10	1	91%
MORTALIDAD MATERNA	10	9	1	90%
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	7	6	1	86%
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	16	9	7	56%
MORTALIDAD POR IRA	6	3	3	50%
ACCIDENTE OFIDICO	1	0	1	0%
Total	**510**	**347**	**23**	

Se realizaron 347 unidades de análisis de casos de eventos de mortalidad de 510 casos que se presentaron en el departamento Norte de Santander a semana 49 del 2016.En el evento de Mortalidad perinatal se realizaron 138 casos cumpliendo con la meta ya que por lineamientos de Nivel Nacional se debían realiza 77 casos.

En los eventos que no se cumplió con el 100% son casos que se presentaron después de la programación que se realizó para el mes de diciembre después de la semana 49, en excepción para el eventos de VIH que los ajuste de condición final se realizaron tardíamente por la UPGD del HUEM y son de las semanas anteriores por lo anterior no se cumplió con lo establecido para este evento.

Indicadores de Mortalidad de Eventos de Interés en Salud Pública Norte de Santander 2016.

Razón:

- ✓ Mortalidad Materna: 52.8 por cada 100.000 Nacidos vivos.

Tasa:

- ✓ Mortalidad Perinatal: 15.1 por 1000 Nacidos Vivos.
- ✓ VIH: 2.6 por cada 10.000 habitantes.
- ✓ Letalidad de Mortalidad por Dengue 0.15 x100 15.7

Distribución de Casos de Morbilidad de Eventos de Interés en Salud Pública, Norte de Santander 2016.

Los casos no programados de ESAVI corresponden a eventos notificados posterior programación de Unidades de Análisis del mes de diciembre.

EVENTO	CASOS DE MORBILIDAD PRESENTADOS	UNIDADES DE ANÁLISIS PROGRAMADAS	UNIDADES DE ANÁLISIS NO PROGRAMADO	% CUMPLIMIENTO
Morbilidad Materna	342	66 (Indicador por INS 52 casos N. d S.)	0	100%
Chagas Agudo	2	2	0	100%
Defectos Congenito Vigilancia Intensificada	10	10	0	100%
ESAVI	35	33	2	94%
Total	**389**	**111**	**2**	

Los análisis de casos para eventos de morbilidad se realizan según lineamientos y protocolos dados por el Instituto Nacional de Salud.

Cumplimiento Municipio asistencia a Unidades de Análisis de Casos de Eventos de Interés en Salud Pública, Norte de Santander 2016.

MUNICIPIO	CASOS MORTALIDAD - MORBILIDAD	UNIDADES DE ANÁLISIS PROGRAMADAS	ASISTENCIA	INASISTENCIA	% DE CUMPLIMIENTO
Subregión Centro					
Salazar	3	1	1		100%
Villacaro	2	2	2		100%
Arboledas	5	5	4	1	80%
Lourdes	2	2	1	1	50%
Cucutilla	0				*
Gramalote	0				*
Santiago	1				*
Subregión Norte					
Sardinata	10	7	7		100%
Tibú	23	19	18	1	95%
El Tarra	10	9	7	2	78%
Bucarasica	3				*
Subregión Occidental					
Abrego	17	12	12		100%
Convención	4	4	4		100%
La Esperanza	4	2	2		100%
Ocaña	41	18	18		100%
San Calixto	7	5	5		100%
Teorama	13	5	5		100%
Hacarí	5	3	2	1	67%
La Playa	0				*
El Carmen	1				*
Cáchira	2				*
Subregión Oriental					
El Zulia	10	8	8		100%
Los Patios	25	19	19		100%
Puerto Santander	6	3	3		100%
Villa del Rosario	29	18	18		100%
San Cayetano	5	2	2		100%
Cúcuta	266	192	191	1	99%
Subregión Suroccidental					
Pamplona	15	9	9		100%
Mutiscua	3	2	2		100%
Chitagá	2	2	2		100%
Silos	1	1		1	0%
Pamplonita	0				*
Cácota	0				*
Subregión Suroriental					
Bochalema	4	1	1		100%
Chinácota	11	5	5		100%
Toledo	7	4	4		100%
Durania	1				*
Herrán	0				*
Ragonvalia	0				*
Labateca	0				*
Desconocido/Otros	7	7			

UN NORTE PRODUCTIVO PARA TODOS

Cumplimiento de las EAPB asistencia a Unidades de Análisis de Casos de Eventos de Interés en Salud Pública, Norte de Santander 2016.

EAPB	UNIDADES DE ANÁLISIS PROGRAMADAS	ASISTENCIA	INASISTENCIA	% DE CUMPLIMIENTO
Cafesalud Contributivo	41	41	0	100%
Nueva EPS	22	22	0	100%
Coomeva	12	12	0	100%
Ecoopsos	8	8	0	100%
Cafesalud Subsidiado	54	52	2	96%
Saludvida	48	46	2	96%
Comfaoriente	29	27	2	93%
Comparta	50	46	4	92%
Otros	5	4	1	80%
Fuerzas Militares	4	3	1	75%
Policia Nacional	4	3	1	75%
Sanitas	3	2	1	67%
Asmet Salud	8	5	3	63%
Coosalud	28	15	13	54%
Fiduprevisora	5	2	3	40%
Comfenalco Antioquia	1	0	1	0%
Caprecom	1	0	1	0%
No Afiliados	24	*	*	*

Cumplimiento IPS asistencia a Unidades de Análisis de Casos de Eventos de Interés en Salud Pública, Norte de Santander 2016.

UPGD	UNIDADES DE ANÁLISIS PROGRAMADAS	ASISTENCIA	INASISTENCIA	% DE CUMPLIMIENTO
UCI DUMIAN HUEM	53	51	2	96%
Clinica Medical Duarte	73	70	3	96%
Hospital San Juan de Dios Pamplona	12	11	1	92%
Clinica San José	10	9	1	90%
IPS/SALUDCOOP/CAOBOS/ SAN RAFAEL/LLERAS/ EL PARQUE	37	34	3	92%
Imsalud	72	59	13	82%
Hospital San Juan de Dios Arboledas	4	3	1	75%
Clinica Metropolitana	6	4	2	67%
Centro de Salud San Cayetano	4	2	2	50%
Sanidad Ponal	2	1	1	50%
Centro de Salud El Tarra	3	1	2	33%

Cumplimiento IPS asistencia a Unidades de Análisis de Casos de Eventos de Interés en Salud Pública, Norte de Santander 2016.

UPGD	UNIDADES DE ANÁLISIS PROGRAMAD	ASISTENCIA	INASISTENCIA	% DE CUMPLIMIENTO
HUEM	161	161		100%
HEQC Ocaña	39	39		100%
IPS Unipamplona	23	23		100%
Clinica Santa Ana	22	22		100%
Hospital de Tibú	21	21		100%
Clinica Esimed La Salle	15	15		100%
Hospital Jorge Cristo Sahium	14	14		100%
Vital Medical Care	14	14		100%
Dumian SAS	11	11		100%
COOMEVA/SINERGIA/ALIADOS	10	10		100%
Hospital Suroriental Chinácota	9	9		100%
Clinica Medico Quirúrgica	8	8		100%
Hospital Los Patios	8	8		100%
Hospital Regional Noroccidente Abrego	8	8		100%
Clinica de Pamplona	7	7		100%
Hospital San Martin Sardinata	7	7		100%
Unidad Hematologica	7	7		100%
Clinica Norte	5	5		100%
Hospital Juan Luis Londoño Zulia	5	5		100%
Centro de Salud Bochalema	3	3		100%
Hospital Pedro Antonio Villamizar Toledo	3	3		100%
IPS San Pablo	3	3		100%
VIHONCO NUEVA EPS	3	3		100%
COORPORACION IPS NORTE	2	2		100%
IPS Convención	2	2		100%
IPS La Esperanza	2	2		100%
Puesto de Salud Chitagá	2	2		100%
UBA Hacarí	2	2		100%
UBA San Calixto	2	2		100%
Centro de Salud La Gabarra	1	1		100%
Centro de Salud Lourdes	1	1		100%
Centro de Salud Samoré	1	1		100%
Centro Salud Villa Caro	1	1		100%
FUERZAS MILITARES	1	1		100%
Hospital de Mutiscua	1	1		100%
Hospital Isabel Celis Yáñez	1	1		100%
Hospital Nuestra Señora de Belén Salazar	1	1		100%
Inpec	1	1		100%
IPS LADMEDIS	1	1		100%
IPS Puerto Santander	1	1		100%
IPS Serinsa	1	1		100%
UBA TEORAMA	1	1		100%
UBA Guamalito	1	1		100%

Calidad de la Presentación y del Acta de la unidad de Análisis de Casos de Eventos de Interés en Salud Pública, Norte de Santander 2016.

Calidad de la Presentación y del Acta de la unidad de Analisis	
EAPB	
Coomeva	100%
Cafesalud C	100%
IPS	
Coomeva/Sinergia/ Aliados	100%
IPS Cafesalud Corporación	90%
Clinica Santa Ana	95%
Hospital San Juan de Dios	95%
Medico Quirurgica	95%
UCI DUMIAN	95%
IPS Unipamplona	80%
Medical Medical Duarte	80%
HUEM	70%

De igual forma refieren observaciones o sugerencias como:

- Autorizaciones tardías por parte de la EAPB para prestación de servicios
- Falta de adherencia a protocolos y guías de manejo para los eventos Dengue, Tuberculosis de Salud Pública por parte de las IPS.
- Falta de identificación de signos y síntomas de alarma.
- Falencias en el primer nivel para realizar un adecuado diagnóstico con estudios complementarios y emitir un diagnóstico claro y preciso.
- Remisiones de pacientes críticos a otro nivel de complejidad sin acompañamiento médico.
- Historias clínicas de todas las complejidades incompletas, ilegibles y de baja calidad.
- Reanimaciones de pacientes que no ameritan.
- No se realizan las necropsias clínicas por parte de la UPGD para los eventos de interés de Salud Pública.
- Captación tardía en el programa de control prenatal y falta de demanda inducida por parte de las IPS y EAPB.
- Diligenciamiento inapropiado en el certificado de defunción de la causa directa, causas antecedentes otros factores patológicos.

- Solo se cuenta con el servicio de toxicología en la ESE HUEM, lo que dificulta los manejos de las intoxicaciones en las demás instituciones.
- No se cuenta con la red prestadora integral para atención de pacientes con cáncer infantil en el departamento.
- Fallas en la técnica de aplicación de inmunóbiologicos.
- Retraso para toma de decisiones en cuanto a remisiones, valoraciones por especialistas y paraclínicos de mayor nivel de atención.
- Demora por parte de la EAPB en autorización de estudios y medicamentos para tratamiento de TBC como Genexpert y la entrega total de la levofloxacina (Casos Farmacorresistentes)
- En algunos casos no se garantiza la toma de cultivo de acuerdo a la normatividad (Circular 058/2009) en casos especiales: habitante de calle, casos de VIH, gestantes, Menores de 5 Años , Indígenas, Población carcelaria. Remitido.
- Inhaderencia al Tratamiento de Tuberculosis (influye factores económicos).
- Elevado número de casos de pacientes de bajo nivel socioeconómico, con alto riesgo biopsicosocial y falta de conocimiento para identificar el problema de manera oportuna.
- Calidad en toma y reporte de ecografías no confiables, lo que conlleva a demoras en la toma de decisiones.
- Falta de articulación entre EPS, IPS y Especialistas tratante (Red prestadora de servicios)
- Instituciones de salud con atención a gestantes limitada solo a control por enfermería.
- No se realiza en algunos casos el respectivo análisis en IPS y EAPB previos a análisis en el nivel departamental
- Anamnesis incompleta en los programa de p y p.

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y DEFECTOS CONGÉNITOS

DEBILIDADES

- En varios casos analizados se evidencia la no clasificación del riesgo en el primer control prenatal
- Ingreso tardío de gestantes a control prenatal
- Falta de demanda inducida por parte de la IPS de primer nivel y EAPB
- No hay adherencia a protocolos y guías de atención
- Incumplimiento de lineamientos en cuanto a notificación de eventos de interés en salud pública
- Desconocimiento de criterios de inclusión para notificación de casos de morbilidad materna extrema
- Información incompleta de la red prestadora por parte de la EAPB lo que dificulta la conclusión de casos
- En la mayoría de las historias clínicas no se evidencia la oferta en cuanto a la sentencia C355 (Interrupción voluntaria del embarazo)
- Situación socioeconómica de gestantes dificulta el acceso oportuno a los servicios de salud.
- Sistema de referencia y contrareferencia adecuado

FORTALEZAS

- Manejo integral de la paciente una vez identificado el riesgo
- Contratación de red prestadora de servicios oportuna, adecuada y eficiente por parte de algunas EPS

CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS

DEBILIDADES

- No hay búsqueda de diagnósticos diferenciales en pacientes reconsultantes en primer nivel con signos sospechosos a neoplasias.
- Instituciones de tercer nivel que hospitalizan pacientes con diagnóstico de cáncer infantil sin servicios habilitados de oncología pediátrica; lo que representa demoras en el inicio del tratamiento.

- No hay prioridad en el proceso de autorización de servicios para pacientes con diagnósticos de cáncer infantil en algunas EAPB.
- Desconocimiento de la ruta de atención por parte de algunas instituciones de salud.

FORTALEZAS

- Profesionales idóneos y comprometidos en el manejo de pacientes con diagnóstico de cáncer.
- Acompañamiento permanente de Oncólogo pediatra en las unidades de análisis del departamento.
- Pruebas diagnósticas de alta calidad
- Apoyo permanente del Comité Departamental Asesor de Cáncer Infantil para el seguimiento de casos diagnosticados en el departamento.
- Debilidades
- Envío de información previa a la unidad de análisis departamental.
- Remitir información faltante de los casos por parte de la UPGD, EAPB y Alcaldía Municipal posterior desarrollo de la unidad de análisis.
- Inasistencia de algunas IPS y EAPB a las unidades de análisis.
- Seguimiento a los planes de mejoramiento.
- Resultados de patología tardíos por parte del Instituto Nacional de Salud de los casos que lo requieran para conclusión de casos.

COMPROMISOS

IPS

- ✓ Garantizar que su red de prestadores cumplan con las consultas, servicios y exámenes clínicos de laboratorio, imágenes diagnósticas, muestras patológicas y de autopsia requeridos en el estudio de caso.
- ✓ Socialización y evaluación de protocolos y guías de manejo de control prenatal entre enfermeras y médicos de IPS de atención de la gestante.

- ✓ Garantizar los procesos adecuados de vigilancia en salud pública para el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía, estableciendo flujos de información y comunicación eficaz entre la red y la EAPB para que se garantice la respuesta requerida inmediata a las madres y familias.

- ✓ Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.

- ✓ Acompañamiento del profesional médico de las IPS a las Unidades de Análisis departamentales.

- ✓ Hacer ajustes de casos después de concluir la Unidad de Análisis departamental.

EAPB

- ✓ Dar cumplimiento al Decreto 780 de mayo de 2016 en cuanta autorización oportuna de los servicios solicitados por los usuarios para la atención adecuada y tratamiento integral.

- ✓ Seguimiento a eventos de interés en salud pública notificados por el SIVIGILA.

- ✓ Garantizar la ruta de atención de los casos a analizar a nivel departamental para su socialización

MUNICIPIO

- ✓ Presentación de unidades de análisis en formato establecido por el nivel nacional de forma completa y oportuna.

- ✓ 100% de visitas de campo a los eventos de interés en salud pública notificados casos de mortalidad y solicitud oportuna de ajuste al nivel departamental en caso que el evento no proceda ni resida en el municipio.

- ✓ Asistencia a las unidades de análisis convocadas por el departamento.

Instituto Departamental de Salud

- Realizar una auditoría tanto a las EPS como IPS y los servicios de ginecología (materno infantil).
- Realizar las unidades de análisis de acuerdo a la metodología de nivel nacional según lineamientos del INS.

- Realizar jornadas de fortalecimiento al personal médico de las IPS de primer nivel en protocolos y guías de atención.

- Enviar actas departamentales de unidades de análisis a las instituciones involucradas en la atención de los casos.

- Solicitar al INS la revisión de indicadores para diagnóstico probable y definitivo de los casos de cáncer en menores de 18 años específicamente en tumores.

Información de casos de Mortalidad Eventos de Interés de Salud públicas semana Epidemiológica 51, Norte de Santander 2016.

Distribución de casos por Grupo de Edad según Eventos de Interes de Salud Publica, semana Epidemiologica 51 Norte de Santander 2016							
Eventos	< 1 Año	1 a 5 Años	6 a 14 Años	15 a 44 Años	45 a 64 Años	> 65 Años	Total
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA			6	283	1		290
DEFECTOS CONGENITOS	58						58
TUBERCULOSIS				8	7	14	29
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA				11	4		15
INTOXICACIONES		1		6	4	3	14
LESIONES DE CAUSA EXTERNA		1		6	3	2	12
SUICIDIO				7	3	2	12
MORTALIDAD MATERNA				10			10
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS		1	4	3			8
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA		1		4	1	2	8
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	1	4	2	1			8
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	3	4					7
MORTALIDAD POR IRA	4	1					5
ZIKA	2			1	1	1	5
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS				2	2		4
BAJO PESO AL NACER				3			3
MENINGITIS	1		1		1		3
MORTALIDAD POR DENGUE			1			2	3
ACCIDENTE DE TRABAJO				2			2
ACCIDENTE OFIDICO			1		1		2
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS		1				1	2
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA					1	1	2
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN		2					2
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO						1	1
CHIKUNGUNYA			1				1
ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA EN HUMANOS		1					1
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)						1	1
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)						1	1
INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO				1			1
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE						1	1
Total	**69**	**17**	**16**	**348**	**29**	**32**	**511**

Distribución de casos según Grupo de Edad por Municipio, semana Epidemiologica 51 Norte de Santander 2016.							
MUNICIPIO	**< 1 Año**	**1 a 5 Años**	**6 a 14 Años**	**15 a 44 Años**	**45 a 64 Años**	**> 65 Años**	**Total**
CUCUTA	31	4	7	172	12	20	246
OCAÑA	1	5	1	25	3	4	39
LOS PATIOS	5			17	1	1	24
TIBU	3	1	1	17			22
TEORAMA	2	2		8	1		13
CHINACOTA	3	1		6			10
VILLA DEL ROSARIO	2	1	2	20	2	2	29
SARDINATA	3		2	3		1	9
PUERTO SANTANDER	3		1	2			6
PAMPLONA	3			11			14
EL ZULIA	3			7			10
SAN CAYETANO	1	1		2			4
EL TARRA	2		1	5	1		9
CHITAGA	1	1		3			5
ABREGO	1	1		11	2	2	17
TOLEDO	1			4	1		6
MUTISCUA	1			2			3
HACARI	1			2	2		5
DURANIA	1					1	2
BUCARASICA	1			2			3
DESCONOCIDO			1	3			4
ARBOLEDAS				2	1		3
BOCHALEMA				4			4
CACHIRA				2			2
CONVENCION				1	3		4
LA ESPERANZA				2		1	3
LOURDES				1			1
SALAZAR				3			3
SAN CALIXTO				7			7
SANTIAGO				1			1
SILOS				2			2
VILLA CARO				1			1
Total	**69**	**17**	**16**	**348**	**29**	**32**	**511**

Información de casos de Mortalidad Eventos de Interés de Salud pública menores de 5 años semana Epidemiológica 51, Norte de Santander 2016

Distribución de casos menores de 5 años según Eventos de Interes de Salud Publica, semana Epidemiologica 51 Norte de Santander 2016.							
Evento	**< 1 Año**	**1 Año**	**2 Años**	**3 Años**	**4 Años**	**5 Años**	**Total**
DEFECTOS CONGENITOS	58						58
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	3	3	1				7
MORTALIDAD POR IRA	4			1			5
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	1	3	1				5
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN		2					2
ZIKA	2						2
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS					1		1
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS			1				1
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA						1	1
INTOXICACIONES		1					1
LESIONES DE CAUSA EXTERNA		1					1
MENINGITIS	1						1
Total	**69**	**10**	**3**	**1**	**1**	**1**	**85**

Información de casos de Mortalidad Eventos de Interés de Salud pública menores de 5 años según Municipio semana Epidemiológica 51, Norte de Santander 2016

Distribución de casos menores de 5 años según Municipio, semana Epidemiologica 51 Norte de Santander 2016.							
Muncipio	**< 1 Año**	**1 Año**	**2 Años**	**3 Años**	**4 Años**	**5 Años**	**Total**
CUCUTA	31	3			1		35
OCAÑA	1	2	2			1	6
LOS PATIOS	5						5
TIBU	3	1					4
TEORAMA	2	2					4
CHINACOTA	3	1					4
VILLA DEL ROSARIO	2			1			3
SARDINATA	3						3
PUERTO SANTANDER	3						3
PAMPLONA	3						3
EL ZULIA	3						3
SAN CAYETANO	1	1					2
EL TARRA	2						2
CHITAGA		1					1
ABREGO	1		1				2
TOLEDO	1						1
MUTISCUA	1						1
HACARI	1						1
DURANIA	1						1
BUCARASICA	1						1
Total	**68**	**11**	**3**	**1**	**1**	**1**	**85**

Información de casos de Mortalidad Eventos de Interés de Salud pública menores de 5 años semana Epidemiológica 51, Norte de Santander 2016

Distribución de casos menores de 5 años según Eventos y Municipio, semana Epidemiologica 51 Norte de Santander 2016.							
MUNICIPIO/EVENTO	< 1 Año	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	5 Años	Total
CUCUTA	**31**	**3**			**1**		**35**
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS					1		1
DEFECTOS CONGENITOS	28						28
INTOXICACIONES		1					1
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN		1					1
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS		1					1
MORTALIDAD POR IRA	1						1
ZIKA	2						2
OCAÑA	**1**	**2**	**2**			**1**	**6**
DEFECTOS CONGENITOS	1						1
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA						1	1
LESIONES DE CAUSA EXTERNA		1					1
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS			1				1
VIOLENCIAS DE GÉNERO		1	1				2
LOS PATIOS	**5**						**5**
DEFECTOS CONGENITOS	5						5
TIBU	**3**	**1**					**4**
DEFECTOS CONGENITOS	3						3
VIOLENCIAS DE GÉNERO		1					1
TEORAMA	**2**	**2**					**4**
DEFECTOS CONGENITOS	1						1
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN		1					1
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	1	1					2
CHINACOTA	**3**	**1**					**4**
DEFECTOS CONGENITOS	3						3
VIOLENCIAS DE GÉNERO		1					1
VILLA DEL ROSARIO	**2**			**1**			**3**
SARDINATA	**3**						**3**
DEFECTOS CONGENITOS	2						2
MORTALIDAD POR IRA	1						1
PUERTO SANTANDER	**3**						**3**
DEFECTOS CONGENITOS	1						1
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	1						1
VIOLENCIAS DE GÉNERO	1						1
PAMPLONA	**3**						**3**
DEFECTOS CONGENITOS	2						2
MORTALIDAD POR IRA	1						1
EL ZULIA	**3**						**3**
DEFECTOS CONGENITOS	3						3
SAN CAYETANO	**1**	**1**					**2**
DEFECTOS CONGENITOS	1						1
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS		1					1
EL TARRA	**2**						**2**
DEFECTOS CONGENITOS	1						1
MENINGITIS	1						1
CHITAGA	**1**	**1**					**1**
MORTALIDAD POR IRA	1						1
ABREGO	**1**		**1**				**2**
DEFECTOS CONGENITOS	1						1
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS			1				1
TOLEDO	**1**						**1**
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	1						1
MUTISCUA	**1**						**1**
DEFECTOS CONGENITOS	1						1
HACARI	**1**						**1**
DEFECTOS CONGENITOS	1						1
DURANIA	**1**						**1**
DEFECTOS CONGENITOS	1						1
BUCARASICA	**1**						**1**
DEFECTOS CONGENITOS	1						1
Total	**69**	**11**	**3**	**1**	**1**	**1**	**85**

UN NORTE PRODUCTIVO PARA TODOS