

ANUARIO EPIDEMIOLÓGICO 2010 HOSPITAL DE USME E.S.E. I NIVEL

CRÉDITOS

Dra. Liliana Paternina Macea
Gerente Hospital de Usme

Dra. Sandra Benavides Zarate
Subgerente de atención en salud

Dra. Fanny Sandoval
Coordinación de Salud Pública – PIC

Lic. Nancy Rodríguez Chaparro
Coordinación VSP

Dr. Guillermo Gutiérrez Torres
Epidemiólogo ASIS – VSP

Lic. Johanna Fuentes
Epidemióloga

Dra. Natalia Calderón
Epidemióloga

Lic. Andrea Sánchez
Profesional de apoyo

Dra. Yerly Flórez
Profesional de apoyo

Dra. Carolina Delgado
Profesional de apoyo

Equipo de Salud Pública

A continuación se realizara un recorrido por los eventos de mayor interés en salud pública, los cuales se encuentran bajo vigilancia, con fin de intervenirlos y controlarlos según el quehacer de cada uno de los sistemas de vigilancia en salud pública (VSP) y demás intervenciones de interés.

Para este fin, se hará una revisión de los eventos de mayor notificación y su distribución en importantes aspectos como los son: el sexo, ciclo vital, unidad de planeación local, territorios de gestión social integral (GSI), grupos de edad, sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), nivel educativo entre otros.

Todo lo anterior con el fin de determinar el comportamiento de los eventos y contar con mayores herramientas al momento de determinar las estrategias de intervención, generando como consecuencia un bienestar en la comunidad de la localidad de Usme.

1

Capital humano VSP

Durante el año 2010 se consolida el equipo de vigilancia en Salud Pública, con el apoyo de un profesional especializado en la coordinación, 3.5 epidemiólogos, 2 enfermeras profesionales de apoyo, 4 nutricionistas, 6 psicólogos, 3 digitadores, 2 auxiliares de enfermería; durante este año se continuo el trabajo que se venía desarrollando del año anterior, y se dio inicio al PIC propuesto para esta vigencia gantizando un proceso optimo de VSP local.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SIVIGILA – SAA

Consolidación de la red de vigilancia en salud pública

La localidad 5 de Usme cuenta actualmente con 25 unidades primarias generadoras de datos (UPGD) activas, de las 29 asignadas por el lineamiento distrital (VSP SDS). Durante este periodo, se realizaron por lo menos 2 visitas de asesoría, asistencia técnica y re inducción a las UPGDs, dentro de las cuales se encuentran: CAMI Santa Librada, CAMI USME, UBA El Destino / La Unión, UPA Betania, UBA La Flora, UPA La Reforma, UPA Lorenzo Alcantuz, UPA Santa Martha, UPA San Juan Bautista, UBA Yomasa, UBA Arrayanes, UPA Danubio Azul, UPA La Fiscala, UPA La Marichuela, Centro De Salud Juan Bonal, Consultorio Medico Dra. Maria Teresa Diaz, Consultorio Medico Santa Pilar, Consultorio Medico Dr. German Rodriguez, Centro Medico Dr. Celis, Centro Medico Brasilia, Abysalud, Comfacundi, Centro Medico Colsubsidio Santa Librada, Servimed y Consultorio Gilberto Castro. Cabe resaltar que en dichas visitas se retroalimenta la información sobre cobertura de notificación presentada por cada unidad para el periodo evaluado y se aplica un tablero de control de evaluación al proceso similar al de la Secretaria Distrital de

Salud para la evaluación del funcionamiento y operación dentro del sistema en la UPGD, además se brinda la asesoría pertinente con respecto a los eventos de Vigilancia o según las inquietudes manifestadas por las personas encargadas de la notificación en cada unidad.

Monitoreo Mensual de la Notificación

Durante el año 2010, se realiza el seguimiento semanal al comportamiento de la notificación dentro de las 25 UPGDs locales, como se observa en la tabla 1, 4 de estas recibieron una calificación excelente al obtener el 100% de positividad, 6 se ubicaron como sobresalientes entre el 90% y 99%, 7 como satisfactoria entre 80% y 89%, 5 recibieron calificación aceptable al obtener resultados entre el 60 y el 79% y las restantes 3 son calificadas como deficientes en 2010 debido a su puntuación inferior al 60%. Los rangos de calificación se encuentran en la tabla 2.

2

Tabla 1. Distribución porcentual de la notificación positiva de UPGD activas para el SIVIGILA-SAA. Usme. 2010.

UPGD	% POSITIVIDA
CAMI Usme	100
CAMI Santa Librada	100
Abysalud	100
Colsubsidio Santa Librada	100
Cons. Med. Brasilia	97,9
Servimed	97,9
UBA La Flora	95,8
UBA Lorenzo Alcantuz	95,8
Caja De Compensación Familiar De Cundinamarca	95,8
IPS Juan Bonal	91,7
UBA San Juan Bautista	89,6

UBA Betania	89,6
Cons. Med. Maria Teresa Diaz Guevara	89,6
Unidad Medica Santa Pilar	89,6
UPA Reforma	83,3
UPA Marichuela	81,3
UPA Santa Marta	81,3
UPA Yomasa	79,2
UBA Danubio Azul	77,1
UPA La Fiscala San Camilo	77,1
Cons. Med. Dr. Celis	70,8
Cons. Med. Gilberto Castro Corrales	66,7
Uba El Destino - La Union	52,1
Cons. Med. German Eduardo Rodriguez Bernal	43,8
UBA Arrayanes	10,4

Fuente: Tableros de control de consolidación de la red de VSP, Hospital de Usme, año 2010

Tabla 2. Categorías de clasificación de los tableros de control para SIVIGILA-SAA. Usme. 2010.

Calificación	Valor
Excelente	100
Sobresaliente:	>=90<100
Satisfactorio:	>=80<90
Aceptable:	>=60<80
Deficiente	< 60%
No Aplica	NA

Fuente: Tableros de control de consolidación de la red de VSP, Hospital de Usme, año 2010

Tabla 3. Resumen de la distribución porcentual de la calificación de los tableros de control por UPGD. Usme. 2010.

Nº	RAZON SOCIAL	EXCELENTE	SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	ACEPTABLE	DEFICIENTE
1	CAMI USME			80		
2	UPA REFORMA			83		
3	UPA MARICHUELA			81		
4	CAMI SANTA LIBRADA			81		
5	UPA YOMASA		92			
6	UPA SANTA MARTA		92			
7	UBA LA UNION -EL DESTINO		88			
8	UPA LA FISCALA SAN CAMILO			77		
9	UBA LA FLORA			80		
11	UBA LORENZO ALCANTUZ			80		
12	UBA SAN JUAN BAUTISTA				70	
13	UBA ARRAYANES					50
14	UBA DANUBIO AZUL		92			
15	IPS JUAN BONAL		91		66	
16	IPS FUNSALUD - ABYSALUD		94			
17	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA		85			
18	CONS. MED. GILBERTO CASTRO CORRALES			76		
19	CONS. MED. MARIA TERESA DIAZ GUEVARA			85		
20	CONS. MED. GERMAN EDUARDO RODRIGUEZ BERNAL	100				
21	CONS. MED. DR. CELIS			81		
22	CONS. MED. BRASILIA				66	
23	UNIDAD MEDICA Y ODONTOLOGICA SANTA PILAR			81		
24	COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA			81		
25	SERVIMED		89			
RESULTADO DEL MONITOREO		RANGOS DE				
NIVEL DE CALIFICACION		RANGOS DE				
Excelente		100%				
Sobresaliente:		85% - 99%				
Satisfactorio:		75% - 84%				
Aceptable:		60% - 74%				
Deficiente		< 60%				

Fuente: Tableros de Control de Consolidación de la Red de VSP, Hospital de Usme, año 2010.

Durante las visitas de asesoría y asistencia técnica, se evidencia un importante fortalecimiento de los procesos de vigilancia en las instituciones visitadas, reflejado en mejoras en la organización de la información, así como un posicionamiento en los procesos de notificación.

Existe reconocimiento por parte de las UPGDs de la localidad frente a las modificaciones y estrategias implantadas para garantizar los procesos en salud pública, como lo son la organización y ejecución del COVE Local, asistencia Técnica y apoyo en los procesos complementarios a la vigilancia como son el traslado oportuno de las muestras al laboratorio del nivel Central en casos necesarios, y la concientización de procesamiento de muestras por las empresas aseguradoras como parte del diagnóstico de los eventos de interés en salud pública.



La socialización de los hallazgos de la notificación a nivel individual y colectivo ha despertado el interés de las UPGDs por tomar medidas correctivas que han fortalecido el proceso evidenciado semana a semana en el proceso de Notificación.

Rectoría sanitaria

El Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), en la localidad de Usme se desarrollo el tercer miércoles de cada mes según la programación establecida para el año en curso. A continuación se describe lo realizado durante los años 2010 en el COVE local:

Tabla 4. Temas desarrollados COVE local. Usme. 2010

MES	TEMA
Febrero	Presentación SIVIGILA SDS
	Actualización Dengue
	Informe gestión SIVIGILA 2009
	Informe SISVAN 2009
Marzo	Informe SISVESO 2009
	Calidad de la notificación
	Inmunoprevenibles
Abril	Búsqueda Activa Institucional
	Sarampión, rubéola, síndrome rubéola congénita y varicela
	Lineamiento jornada de vacunación sarampión – rubéola.
Mayo	Eventos inmunoprevenibles: Parálisis flácida aguda y Meningitis
	Evaluación SIVIGILA local. I Trimestre de 2010
	Evaluación SISVESO. Corte a abril de 2010
Junio	Protocolo de Exposición rábica
	Evaluación DISCAPACIDAD. I Trimestre de 2010
	Evaluación SIVIM. I Trimestre de 2010

	Presentación Comunicación del Riesgo. SDS.
Julio	Socialización evaluación I semestre de 2010, sistemas: VSPC; SIVIGILA; SIVIM; SISVESO; SISVAN.
	Socialización protocolo intoxicaciones e intoxicaciones por medicamentos
Agosto	Socialización protocolo Síndrome de Rubéola Congénita y Anormalidades Congénitas.
	Mes Internacional de la Lactancia Materna
	Taller sobre Sala Situacional de Mortalidad Evitable.
	Diligenciamiento ficha SIVIM y Manejo de los Casos de Violencia
Septiembre	Socialización brote parotiditis.
	Socialización Cove Distrital en vigilancia Comunitaria
	Transmisibles
	Reglas de oro par los comités y reuniones.
Octubre	ESI-IRAG grupo pandemia
	Discapacidad
	Estadísticas vitales
Noviembre	Protocolo mortalidad por DNT
	Toma de muestra y cadena custodia en caso de abuso
	Intervención en salud mental PIC y POS
	Intervención psicosocial en caso de intento de suicidio
Diciembre	Monitoreo rápido de vacunas sarampión- rubéola
	Presentación pólvora
	Intoxicación por alcohol

Fuente: A – Z COVE Local, VSP, Hospital de Usme, año 2010

El COVE dentro de la localidad de Usme ha venido siendo reconocido y apropiado por las UPGDs locales, al considerarlo como el espacio mensual de fortalecimiento del talento humano y de retroalimentación bidireccional de los diferentes lineamientos y protocolos de los

subsistemas de vigilancia en salud pública que conforman al SIVIGILA nacional.

Las temáticas desarrolladas durante el 2010, permitieron tener claridad en el manejo de los eventos de interés en salud pública teniendo en cuenta la dinámica de la localidad,

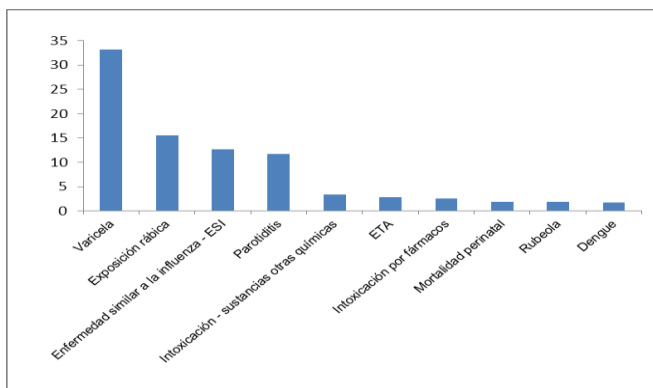
Análisis y retroalimentación de la información

A continuación se analiza la notificación al sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA-SAA, por localidad de residencia, consolidada y entregada por la secretaria distrital de salud SDS.

Eventos de Notificación Individual.

Frente a la notificación de eventos individuales, se observa que en el SIVIGILA local durante el año 2010 se han notificado 3399 eventos individuales. De estos eventos el 51,2% se presentaron en hombres y el 48,8% en mujeres.

Gráfica 1. 10 primeros eventos de notificación individual al SIVIGILA – SAA distrital, Usme, 2010.

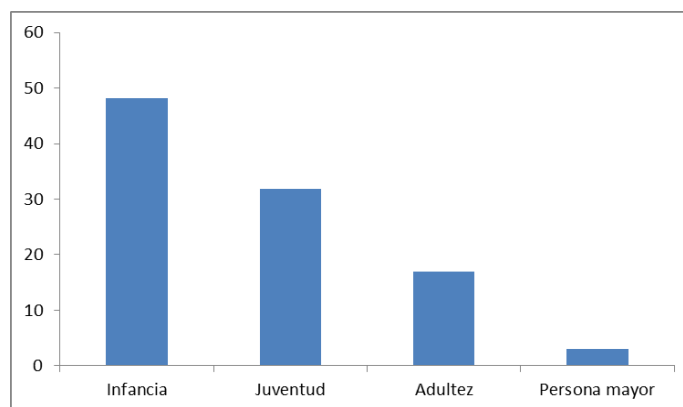


Fuente: Base SIVIGILA - SAA. Secretaria Distrital de salud. Año 2010.

Durante el año 2010 la varicela fue el evento que más se presentó en la localidad de Usme con 1130 casos, seguido de exposición rábica con 526, enfermedad similar a la influenza 432,

parotiditis 400, intoxicación por otras sustancias químicas 115, enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA) 94, intoxicación por fármacos 88, mortalidad perinatal 63, rubeola 62 y dengue 58.

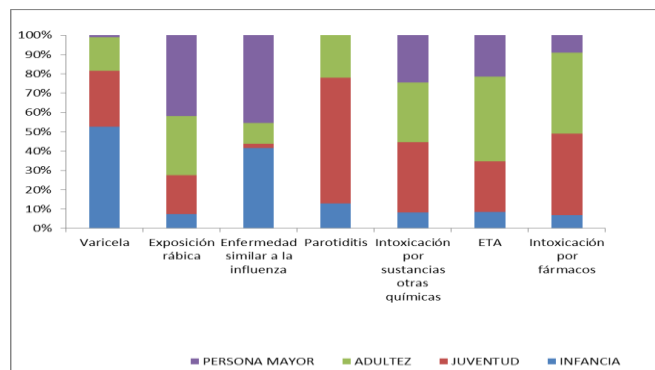
Gráfica 2. Porcentaje de notificación por ciclo vital de eventos individuales al SIVIGILA – SAA distrital. Usme. 2010.



Fuente: Base SIVIGILA - SAA. Secretaria Distrital de salud. Año 2010.

Se observa que la distribución de los eventos se encuentra en mayor porcentaje en el ciclo vital infancia (48.1%), lo que se relaciona con la enfermedad de mayor presentación que es la varicela.

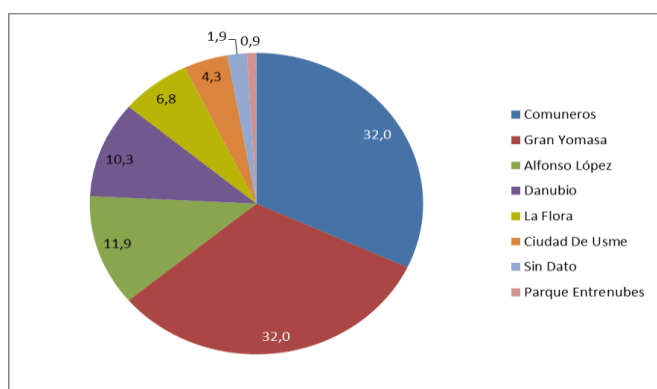
Gráfica 3. Porcentaje de notificación de eventos individuales por ciclo vital al SIVIGILA – SAA distrital. Usme. 2010



Fuente: Base SIVIGILA - SAA. Secretaria Distrital de salud. Año 2010.

Se puede observar que la notificación de la varicela se da en mayor porcentaje en el ciclo vital infancia, la exposición rábica en las personas mayores, la enfermedad similar a la influenza se distribuye en la infancia y las personas mayores y la parotiditis en los adolescentes. La distribución de los eventos por ciclo vital es coherente con las características y presentación de los mismos.

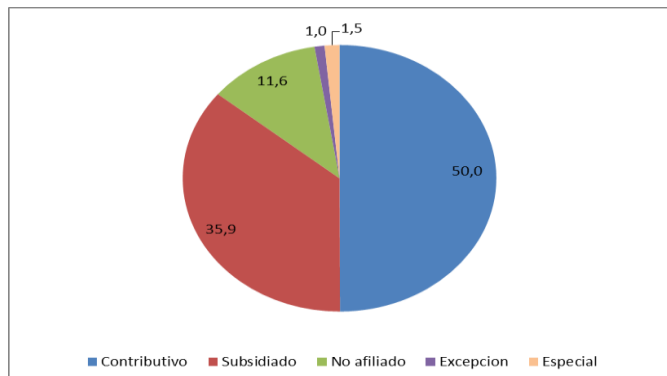
Gráfica 4. Porcentaje de notificación por UPZ al SIVIGILA – SAA distrital, Usme. 2010



Fuente: Base SIVIGILA - SAA. Secretaria Distrital de salud. Año 2010.

Se observa que el 62% de la notificación se concentra en las 2 UPZ que tienen mayor población en la localidad.

Gráfica 5. Porcentaje de notificación por tipo de seguridad social al SIVIGILA – SAA distrital. Usme. 2010

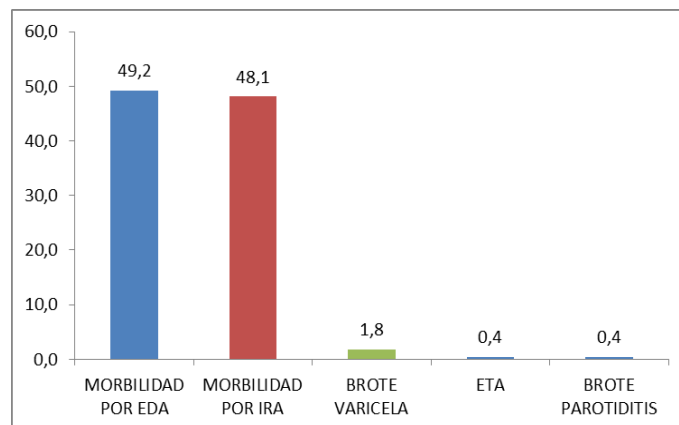


Fuente: Base SIVIGILA - SAA. Secretaria Distrital de salud. Año 2010.

Se observa que el 50% de los eventos se presentaron en personas que pertenecían al régimen contributivo.

Eventos de Notificación Colectiva.

Gráfica 6. Notificación de Eventos colectivos al SIVIGILA – SAA. Usme. 2010



Fuente: Base SIVIGILA – SAA, VSP, Hospital de Usme, año 2010

6

Se encuentra que el evento colectivo con mayor número de notificaciones para el año 2010 es la morbilidad por EDA con 878 casos, mientras que el menor corresponde al Brote de parotiditis y la enfermedad transmitida por alimentos (ETA) cada una con 8 casos notificados.

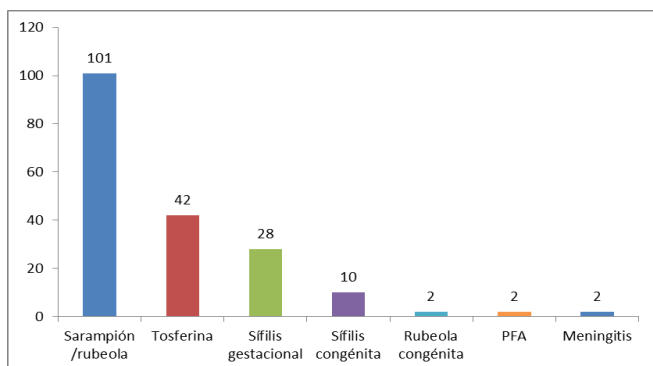
Investigaciones Epidemiológicas de Campo.

Las Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) que se realizan, permiten reconocer las problemáticas de la población afectada por determinado evento, esta actividad también permite profundizar y evaluar no solo los determinantes en salud si no los determinantes sociales en general, de esta manera las IEC son importantes para generar acciones de atención primaria en salud que permiten la educación y fortalecimiento de hábitos y estilos de vida saludables en la comunidad de la localidad V de Usme, y que faciliten la caracterización y contención epidemiológica en las variables de

persona y lugar de forma oportuna y efectiva.

Eventos de alto impacto

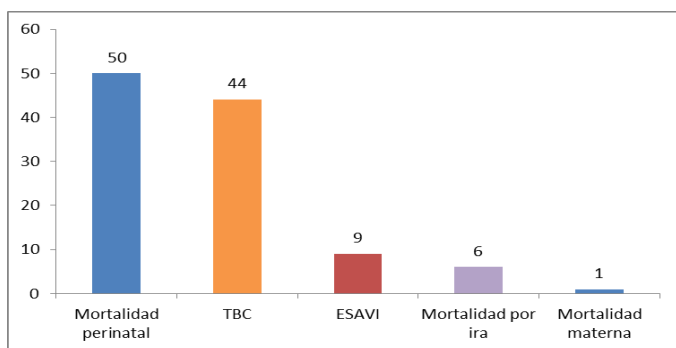
Gráfica 7. Distribución de IEC en eventos de alto impacto, SIVIGILA – SAA. Usme. 2010



Fuente: Base SIVIGILA – SAA, VSP, Hospital de Usme, año 2010

Durante el segundo trimestre de 2010 se realizaron 187 IEC de Alto Impacto de los eventos: Sarampión- Rubeola, Rubeola congénita, Parálisis Flácida, Sifilis Gestacional y Congénita, Tosferina y Meningitis.

Gráfica 8. Distribución de IEC Eventos de control, SIVIGILA – SAA. Usme. 2010



Fuente: Base SIVIGILA – SAA, VSP, Hospital de Usme, año 2010

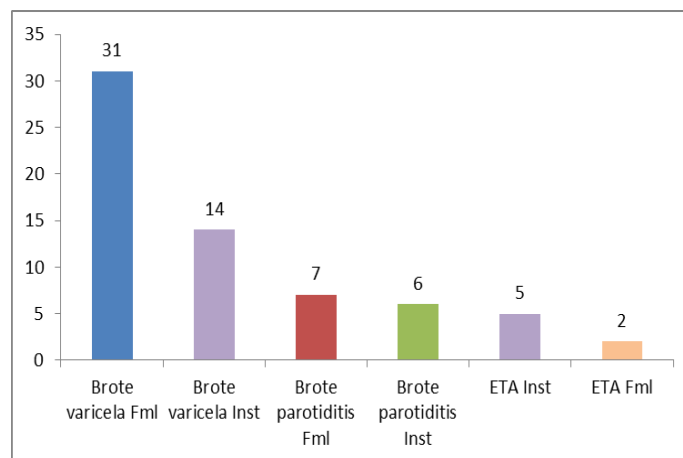
Eventos de control.

Frente a los eventos de Control, para el mismo periodo de tiempo se atendieron 110 IEC de los ventos: Mortalidad Perinatal, Mortalidad por IRA,

ESAVI, Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar.

Atención de brotes.

Gráfica 9. Distribución de IEC en brotes Usme. 2010

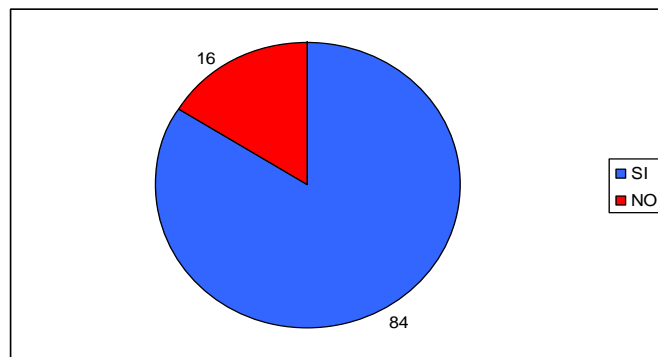


Fuente: Base SIVIGILA – SAA, VSP, Hospital de Usme, año 2010

Finalmente, durante año 2010 se realizo la atención de 65 Brotes, de los cuales 40 correspondían a eventos domiciliarios y 25 institucionales.

Búsqueda activa institucional (BAI)

Gráfica 10. Porcentaje reporte oportuno de BAI. Usme. 2010.



Fuente: Base SIVIGILA – SAA, VSP, Hospital de Usme, año 2010

La búsqueda activa institucional es una de las estrategias utilizadas en la vigilancia en salud pública, en la cual los encargados del sistema de vigilancia o nodo articulador solicitan la información determinada a los encargados de su generación inicial o acuden a la fuente primaria de los datos para su confirmación y para el mejoramiento de la sensibilidad del sistema.

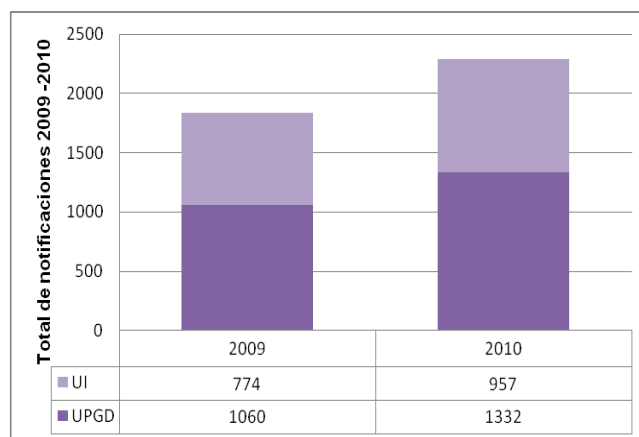
La BAI debe ser reportada por cada UPGD local activa en el SIVIGILA – SAA, los primeros 5 días de cada mes, y la correlación de la información se verifica durante las visitas de asesoría y asistencia técnica que se realizan mensualmente. El 16% de las UPGDs no enviaron la BAI en ninguno de los meses del año.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SIVIM

Realiza acciones de recepción, depuración, intervención y análisis de los eventos notificados por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI) por parte del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM), cuyo objetivo principal es garantizar dentro de las posibilidades de acceso y recursos con que se cuenta, el inicio de acciones que restituyan los derechos de las presuntas víctimas habitantes de la localidad.

Con el fin de garantizar la atención oportuna y efectiva de las presuntas víctimas de violencias, se realiza el seguimiento a los casos prioritarios y de control, sin limitaciones como aseguramiento en salud, sexo, edad o etnia, teniendo en cuenta la calidad y oportunidad con que se notifiquen a la oficina de Vigilancia en Salud Pública.

Grafica 11. Notificación de casos por UPGD y UI. Usme. 2009 – 2010



Fuente Base SIVIM, VSP, Secretaría distrital de salud, año 2009 - 2010

Durante el año 2009 se registraron 1834 eventos de violencia intrafamiliar, sexual y maltrato infantil en contraste con el año 2010 con 2289 lo cual representa un incremento del 20%, sobrepasando la meta distrital del 10% como incremento en la notificación anual. El total de notificación por año evidencia que las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de la localidad son la principal fuente de reporte de eventos representando para el 2009 el 58% y para el 2010 el 58%.

Adicionalmente, se evidencia que los centros que mayor notificación le aportan al SIVIM son los que, además de tener servicio de psicología, se encuentran ubicados dentro del territorio con mayor densidad poblacional: UPZ Gran Yomasa, siendo Marichuela, Betania, Yomasa, San Juan Bautista y CAMI Santa Librada, con el 46% de la notificación total por UPGD durante el 2009. Así mismo, en el 2010 se registraron como las UPGD con mayor volumen de notificación con el 43% las mismas instituciones adicionándole SERVIMED y Colsubsidio Santa Librada ubicadas en la misma UPZ.

Por otra parte algunos centros de salud

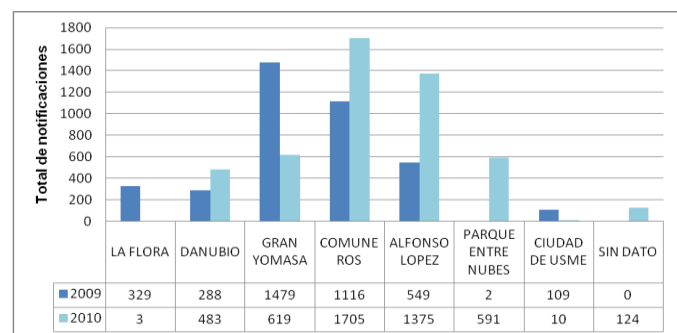


pertenecientes al Hospital de Usme y otras Instituciones de carácter privado ubicadas con factores como ubicación en la periferia de la localidad, baja densidad poblacional de la zona, rotación de personal de manera continua son las que presentan de manera histórica los índices más bajos de notificación como UPA La Fiscala, UBA La Flora, UBA Arrayanes, UBA El Destino, Centro Médico Juan Bonal.

Las instituciones educativas se han constituido como una de las principales Unidades Informadoras durante el transcurso del año, sin embargo existen periodos en los cuales la notificación de las mencionadas instituciones disminuye considerablemente, atribuyéndose principalmente a factores como los recesos escolares en los meses de enero, junio y diciembre.

Para el 2009 se realizó la atención efectiva de 1518 casos de los 1834 notificados, y para el 2010 se realizó el seguimiento a 1196 casos de los 2289 que ingresaron al subsistema. El porcentaje de cumplimiento en el seguimiento de casos varía en la medida en que se tiene en cuenta que aumentó el volumen de notificación entre 2009 y 2010 y la capacidad de atención a su vez depende de la negociación de la meta anual.

Grafica 12. Notificación de eventos por UPZ. Usme 2009 – 2010



Fuente Base SIVIM, VSP, Secretaria distrital de salud, año 2009 - 2010

Para el período comprendido entre enero – diciembre de 2009 los eventos de violencia notificados se distribuyeron en las 7 UPZ con que cuenta la localidad, resaltando que la UPZ Parque entre nubes por su ubicación es la que presenta el menor número de eventos notificados, debido a los deficientes datos de ubicación, difíciles rutas de acceso y ausencia de UPGD y UI ubicadas dentro de la UPZ.

En el 2010 se distribuye de igual manera en todas las UPZ de la localidad siendo Ciudad de Usme y Flora con el menor registro de eventos. Se evidencia en los dos periodos que las notificaciones se concentran en Gran Yomasa, Comuneros y Alfonso López, con el 81% para el 2009 y el 75% en el 2010. Dado que son las zonas con ubicación central en el territorio por ende cuentan con mayor densidad poblacional y a su vez cuenta con un mayor número de UPGD y UI.

9

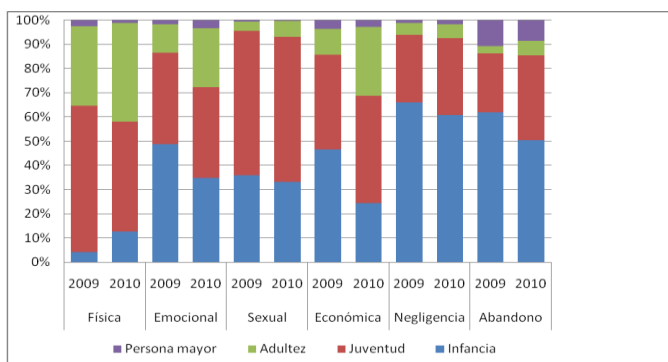
Las UPZ La Flora, Danubio, Parque entre nubes y comparten características similares en cuanto a densidad poblacional, ubicación en la periferia de la localidad e inseguridad, lo cual sumado a baja cantidad de UPGD y UI y el temor a represalias generan una baja notificación con respecto a la general proporcionando entre las dos un 19% para el 2009 y 22% para el 2010 aproximadamente.

Para el 2009 la violencia sexual se presenta con 80 eventos para Gran Yomasa y 57 para Alfonso López. En el 2010 se observan 86 eventos en Alfonso López y 81 para Comuneros. Se considera importante mencionar que las instituciones educativas son quienes detectan y notifican este evento con mayor frecuencia y son las mismas quienes durante los recesos escolares disminuyen de manera significativa la tendencia en la notificación que se mantiene durante el resto del año.



Para el año 2010 como evento extraordinario, se presentó en la UPZ Comuneros un evento de violencia sexual masivo, en el cual se encontraron involucrados 16 adolescentes pertenecientes a la IED Eduardo Amaña, con quienes se realizaron las correspondientes IEC, garantizando la restitución de sus derechos.

Grafica 13. Notificación de eventos por ciclo vital y sexo. Usme. 2009 – 2010



Fuente Base SIVIM, VSP, Secretaria distrital de salud, año 2009 - 2010

Tomando en consideración la distribución de los eventos de violencia notificados al subsistema SIVIM por ciclo vital, se evidencia que los ciclos vitales Infancia y Juventud reportan eventos de violencia en mayor proporción representando el 88% en el 2009 y 77% en el 2010 de la notificación total de eventos.

De acuerdo con lo anterior, se pone de manifiesto que los ciclos vitales expuestos a situaciones de violencia de manera constante son los que se encuentran constituidos por menores de edad dada su condición de vulnerabilidad frente a padres y cuidadores, quienes en su mayoría ejercen eventos de violencia dadas las condiciones de dependencia económica y afectiva de niños y jóvenes.

Es importante tener en cuenta, que dentro del ciclo vital juventud son las mujeres con el 82% en el 2009 y 79% para el 2010 quienes presentan mayor número de eventos, al igual

que en otros ciclos quienes, dentro de las cuales se incluyen gestantes, quienes inician de manera temprana relaciones sexuales y de pareja, a su vez son altamente vulnerables a enfrentar embarazos no planeados y para los cuales no están preparados ni física ni emocionalmente en la mayoría de los casos, lo que ocasiona inicio tardío de controles prenatales y exámenes clínicos que permitirían mejorar las condiciones del embarazo si se realizaran de manera consciente y oportuna.

El ciclo vital adultez representó para el 2009 el 10%(406 eventos) y en el 2010 un 20% (990 eventos) de la notificación total. Esta situación se debe en gran medida a las condiciones propias de la localidad como: bajo nivel educativo, condiciones de hacinamiento, entre otros factores que generar relaciones de pareja conflictivas y agresivas en donde aproximadamente el 80% de las víctimas son mujeres en relación a eventos de violencia física, emocional, sexual, económica, negligencia y abandono. Los eventos de violencia sexual en mujeres son realizados en su mayoría por parte de personas diferentes a su pareja al igual que los eventos de violencia en personas en condición de discapacidad son ejercidos por padres, hermanos o cuidadores.

El ciclo vital de la persona mayor representa para el 2009 y 2010 el 2% y 3% respectivamente de la notificación total. Estos eventos de violencia son realizados en la mayor parte de los casos por sus hijos y/o cuidadores quienes son responsables por ellos. Esta situación desmejora las condiciones de las víctimas debido a la dependencia afectiva y económica que se da la mayoría de los casos, dificultando la canalización de los casos a los entes judiciales correspondientes, lo cual trae como consecuencia la continuidad de estos eventos vulnerando el ejercicio de su autonomía.

10



Tabla 5. Notificación de eventos por grupo de edad y sexo. Usme. 2009 – 2010

GRUPO DE EDAD	Física		Emocional		Sexual		Económica		Negligencia		Abandono	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
< 1 año	4	6	220	215	1	1	3	12	220	187	5	26
1 a 5 años	54	51	546	479	34	38	8	17	416	352	38	31
6 a 10 años	83	88	300	302	47	55	3	9	99	142	24	24
11 a 15 años	55	83	276	369	68	104	0	11	76	138	14	23
16 a 20 años	41	71	229	338	20	36	4	27	118	132	4	14
21 a 25 años	54	64	185	190	18	9	4	18	76	34	3	11
26 a 30 años	25	70	93	194	7	14	3	13	39	25	1	0
31 a 35 años	23	44	55	147	1	13	1	11	13	15	1	3
36 a 40 años	20	40	40	114	1	4	1	9	5	11	0	1
41 a 45 años	10	21	32	86	0	0	0	3	3	4	1	0
46 a 50 años	15	20	24	71	3	0	0	2	0	4	0	1
51 a 55 años	6	17	20	58	0	0	0	8	3	8	0	1
56 a 60 años	2	4	8	31	1	1	0	1	0	2	0	4
> 60 años	7	8	32	87	0	0	1	3	14	18	11	12
TOTAL	399	587	2060	2681	201	275	28	144	1082	1072	102	151

Fuente Base SIVIM, VSP, Secretaria distrital de salud, año 2009 - 2010

Teniendo en cuenta lo consignado en la tabla 5, se puede observar que el grupo de edad de las presuntas víctimas, comprendido por los menores de 5 años durante el 2009 aportó el 40% de la notificación total. Caso diferente se presentó durante el 2010 donde este grupo de edad evidenció una importante disminución en su incidencia, al aportar un 28% de la notificación total incluyendo todos los eventos de notificación.

El maltrato emocional ocupa el primer lugar dentro de los eventos en los cuales este grupo de edad es víctima con mayor frecuencia con el 49% en el 2009 y 2010 seguido del maltrato por negligencia con 41% y 38% para los mismos periodos. Se tomar en cuenta como una de los principales factores predisponentes la completa dependencia de sus padres y cuidadores, quienes en la mayoría de los casos son los agresores y quienes deberían

velar por el cumplimiento de las necesidades básicas de los más pequeños, así como de velar por el bienestar emocional y salud mental de los menores.

El rango de edad de 6 a 10 años presentó un 14% y 20% de la notificación total para los periodos en mención, el evento de violencia más frecuente para este rango de edad es la violencia emocional con el 54% y 49% y seguido del maltrato por negligencia con el 19% y 23% para cada año.

El incremento en la notificación de casos de maltrato emocional año a año se puede atribuir a la importancia que ha ido cobrando la salud mental como parte fundamental en el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, sumado a la importancia que se ha dado a incentivar la notificación y detección de todo tipo de eventos, incluyendo la violencia emocional,



en los instituciones de salud y educativas.

El rango de edad de los 11 a los 15 años presentó a la violencia emocional para el año 2009 con un 56% y 2010 con 51%, como el tipo de evento que se presenta con mayor frecuencia, siendo consecuente con los datos y posibles causas atribuibles de los anteriores rangos de edad. Así mismo, se debe tomar en consideración las condiciones propias de la adolescencia donde se inicia la independencia y las relaciones con pares que a su vez generan dependencia emocional al grupo y dificultades en núcleo familiar dada las pobres habilidades de afrontamiento y resolución de conflictos con que cuentan los padres.

La violencia sexual tiene mayor presencia en este grupo de edad con 68 eventos en 2009 y 104 en el 2010 siendo las mujeres las principales víctimas con un promedio de 93%, incluyendo las gestantes menores de 14 años, quienes en ocasiones tienen relaciones sexuales consentidas, pero debido a su edad se considera un presunto abuso sexual. Estos datos también incluyen a los menores víctimas de actos sexuales abusivos y acceso carnal detectados por los centros de las UPGD y las diferentes Unidades Informadoras.

Para el rango de edad entre los 16 y 20 años muestran ser presuntas víctimas de eventos de violencia en un 11% y 13% manteniéndose con porcentajes similares para los años 2009 y 2010. Desde los 20 años en adelante se observa un descenso de la detección y notificación de eventos de violencia ocurridos en la localidad esto se debe en parte a la capacidad de generar independencia económica y afectiva, la presión social negativa que genera el denunciar o acusar a un agresor y el buscar ayuda de funcionarios, otra posible explicación es el desinterés de las diferentes instituciones teniendo en cuenta el paso a la adultez.

Continúa la tendencia con los otros grupos de edad en la notificación de eventos de maltrato emocional para los años en análisis con un 44% y 58% respectivamente, seguido de un 22% y 10% de maltrato por negligencia atribuido como causa más frecuente a controles prenatales tardíos debido a embarazos no planeados.

Dentro de los grupos de edad ubicados entre los 21 y 59 años se registra en su totalidad el 22% y 24% de los eventos de violencia. La mayoría de víctimas de estas edades son mujeres siendo los principales agresores sus parejas debido a aspectos como uniones tempranas, familias reconstituidas, hijos no deseados, machismos, infidelidad, bajo nivel educativo entre otros aspectos que generan relaciones tensionan tés entre las parejas trayendo como consecuencia el maltrato emocional y/o físico entre ellos.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ¹² SISVAN

De acuerdo al Lineamiento de la SDS, la vigilancia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN es un proceso continuo y ordenado de recolección, análisis, interpretación y difusión de información sobre indicadores de factores relacionados con la SAN, con el propósito de señalar sobre la o las situaciones que puedan estar afectando las condiciones de seguridad alimentaria en una región específica, en este caso de la Localidad V de Usme, y facilitar la toma de decisiones dirigidas a la acción, con el fin de mejorar el nivel alimentario y nutricional o prevenir su deterioro.

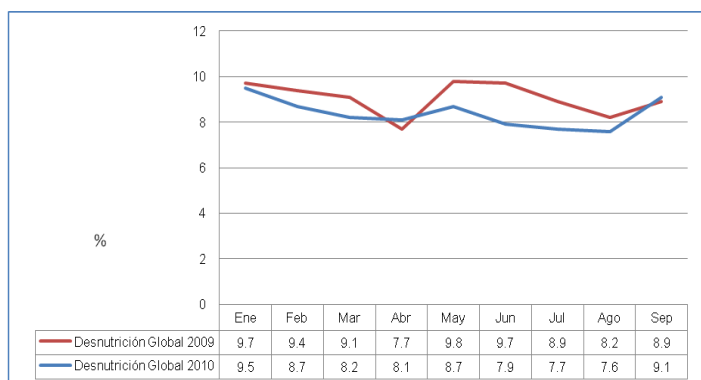
Estado Nutricional en menores de 10 años según Indicadores Nutricionales

El estado nutricional de una persona es el resultado del equilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto energético sumado a



factores ambientales, culturales, sociales, económicos y fisiológicos del ser humano. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, con los nuevos patrones de crecimiento publicados en el año 2006, se confirmó que todos los niños y las niñas tienen el mismo potencial de crecimiento si reciben una atención óptima desde el comienzo de sus vidas.

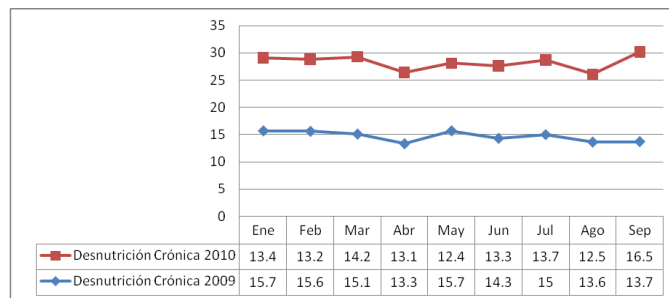
Gráfica 14. Desnutrición Global en menores de 10 años. Usme. Enero – septiembre 2009 – 2010.



Fuente: Base SISVAN Hospital de Usme, depurada por secretaria distrital de salud, enero a septiembre, año 2009 – 2010.

En la gráfico 14 se observa el comportamiento del déficit de peso para la edad, y se evidencia que disminuyo en el 2010 con respecto al año 2009, sin embargo se encuentra por encima de la meta distrital (7.5%), este resultado debe llevar a realizar una revisión de las acciones en salud que se están llevando a cabo en la primera infancia.

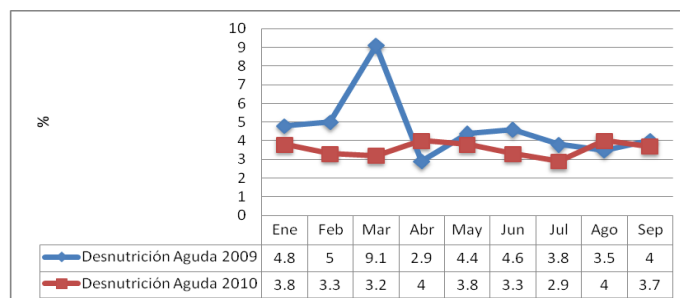
Gráfica 15. Desnutrición crónica en menores de 10 años. Usme. Enero – septiembre 2009 – 2010



Fuente: Base SISVAN Hospital de Usme, depurada por secretaria distrital de salud, enero a septiembre, año 2009 – 2010.

En la Gráfica 15 se evidencia que la prevalencia del déficit de talla para la edad ha aumentado del año 2010 con respecto al año 2009, este indicador demuestra que durante un tiempo prolongado se ha presentado una o varias circunstancias que influyen en la utilización de nutrientes por parte del organismo limitando su crecimiento; esta situación lleva a revisar las acciones que se están desarrollando para detectar de forma temprana las alteraciones en el crecimiento y además, revisar las iniciativas que se están ejecutando desde otros entes territoriales que apuntan a garantizar la seguridad alimentaria y nutricional del menor de 5 años

Gráfica 16. Desnutrición Aguda en menores de 10 años. Usme 2009 – 2010.

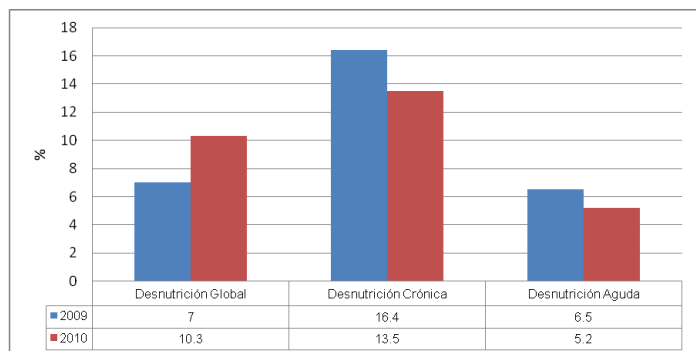


Fuente: Base SISVAN Hospital de Usme, depurada por secretaria distrital de salud, enero a septiembre, año 2009 – 2010.



La grafica 16 evidencia un déficit de peso para la talla ha mostrado una tendencia a la disminución del año 2010 con respecto al año 2009, esto puede reflejar la mejora en el acceso a la alimentación en los últimos años gracias a los diferentes programas de seguridad alimentaria existentes; el peso es un indicador cuya mejoría se puede evidenciar en menor tiempo.

Gráfica 17. Comportamiento de los indicadores nutricionales en menores de 10 años. Usme. Enero – septiembre 2009 – 2011.



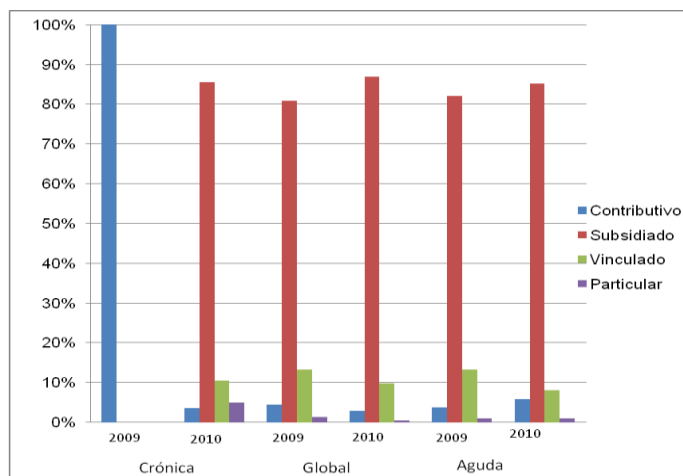
Fuente: Base SISVAN Hospital de Usme, depurada por secretaria distrital de salud, enero a septiembre, año 2009 – 2010.

El 3.5% de los menores atendidos en las diferentes UPGD corresponden a menores que residen en zonas rurales; los indicadores nutricionales en este grupo poblacional y en esta zona de residencia se encuentran por encima del promedio establecido; por ello es importante establecer alianzas estratégicas que conlleven a mejorar la seguridad alimentaria de esta población.

En todos los indicadores, las UPZ 57 (Gran Yomasa) y UPZ 58 Comuneros, son las zonas de donde se reporta el mayor número de casos de Desnutrición (Global, Aguda y Crónica), seguidas por las UPZ 52 (La Flora) y UPZ 56 (Danubio). En la UPZ 57 se reporta casi cerca del 30% de los casos de déficit de peso, talla o ambos, esta zona es densamente poblada y

cuenta con aparente accesibilidad a servicios de toda índole, por lo que es necesario revisar las situaciones que pueden estar afectando el estado nutricional de la población menor de 10 años.

Gráfica 18. Distribución de los casos de desnutrición crónica, global y aguda de acuerdo a la afiliación al SGSSS. Usme. Enero – septiembre 2009 – 2011.



Fuente: Base SISVAN Hospital de Usme, depurada por secretaria distrital de salud, enero a septiembre, año 2009 – 2010.

En la gráfica 18 se observa que los casos de desnutrición en general se encuentran en los afiliados al régimen subsidiado seguidos por los afiliados al régimen vinculado, esta población tiene un comportamiento fluctuante en cuanto a sus condiciones socioeconómicas, lo que influye en las condiciones de acceso a la seguridad alimentaria de los menores incluidos en el grupo familiar afiliado.

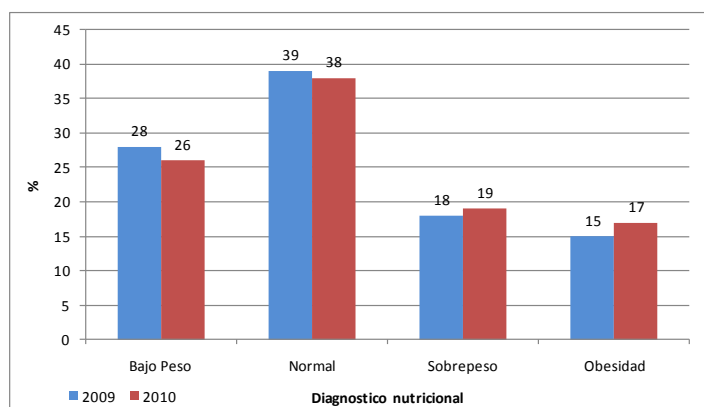
Lactancia materna

La leche materna es el alimento por excelencia para el menor de 6 meses, no solo por sus ventajas nutricionales e inmunológicas, sino también por los beneficios ambientales y sociales que conlleva. En los menores de 6 meses tanto en los años 2009 y 2010 el



porcentaje de lactancia materna exclusiva no es del 100%, y específicamente en el año 2010, el 53% de este grupo de edad ya estaba consumiendo otros alimentos. Es importante reforzar las estrategias relacionadas con la Promoción de la Lactancia Materna, no solo a intramural y dirigida a la madre, sino extramural y dirigida a la población en general

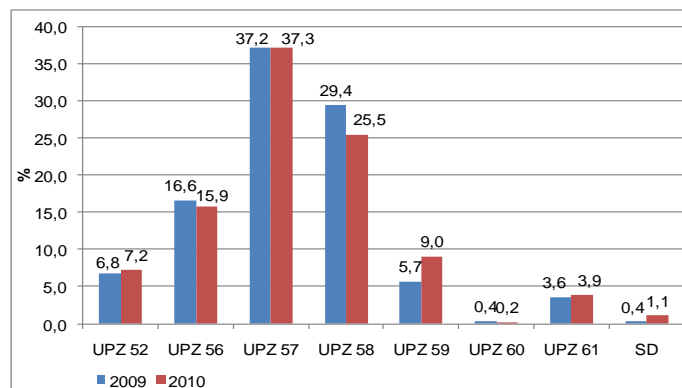
Gráfica 19. Distribución porcentual del diagnóstico nutricional en Gestantes. Usme. Enero – septiembre 2009 – 2011



Fuente: Base SISVAN Hospital de Usme, depurada por secretaria distrital de salud, enero a septiembre, año 2009 – 2010.

En la gráfica 19, se observa que el porcentaje de gestantes que tienen un estado nutricional adecuado es menos del 50%, el restante porcentaje se encuentra en los extremos, bien sea por exceso o por déficit, este último es un factor de riesgo, que, puede afectar negativamente el curso de la gestación. El porcentaje de bajo peso presentó un comportamiento similar en el año 2009 y 2010. Este resultado puede relacionarse con varios factores, entre estos la ausencia de preparación antes de la gestación, la inseguridad alimentaria, el estado de salud, entre otros, por ello es importante crear mecanismos que aseguren el control periódico de la gestación, para poder realizar un seguimiento adecuado y detectar tempranamente alteraciones.

Gráfica 20. Distribución porcentual de los casos de Gestantes de Bajo Peso por UPZ. Usme. Enero – septiembre 2009 – 2011.



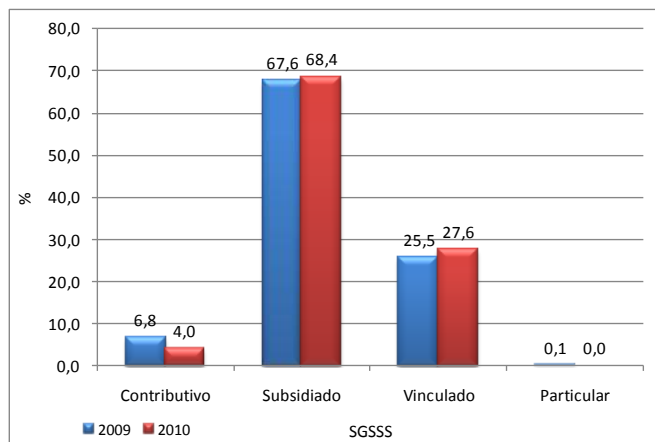
Fuente: Base SISVAN Hospital de Usme, depurada por secretaria distrital de salud, enero a septiembre, año 2009 – 2010.

Los casos de gestantes de bajo peso se presentan en las UPZ 57 y 58, seguidas de las UPZ 56 y 59 (Alfonso López); uno de los factores que pueden afectar el estado nutricional de las gestantes es el acceso a los alimentos y la disponibilidad a los mismos, por ello es conveniente determinar en la consulta prenatal y en las investigaciones de campo la presencia de estos factores para así mismo, poder crear mecanismos que disminuyan su impacto y, poder evaluar la retroalimentación de casos a otros entes territoriales que tengan programas efectivos de seguridad alimentaria.

De acuerdo a la afiliación de los casos de bajo peso registrados en la grafica 21, se reportan en mayor porcentaje en el régimen subsidiado, seguido del vinculado, y en menor porcentaje del contributivo; la presencia del bajo peso esta relacionado con el acceso a los alimentos, el cual es inestable en las familias afiliadas a este régimen. De igual manera, es importante fortalecer el componente de atención prenatal e identificación temprana de la gestante, para así poder atender lo más pronto posible las alteraciones que se presenten en esta etapa

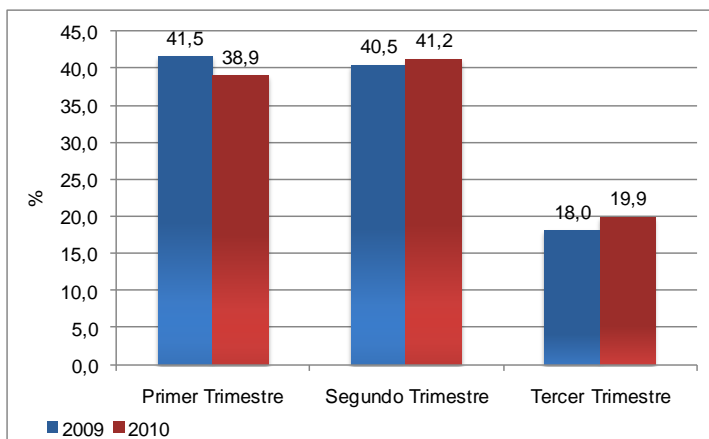


Gráfica 21. Distribución porcentual de los casos de gestantes de bajo peso por SGSSS. Usme. Enero – septiembre 2009 – 2011



Fuente: Base SISVAN Hospital de Usme, depurada por secretaria distrital de salud, enero a septiembre, año 2009 – 2010.

Gráfica 22. Edad gestacional de asistencia al primer control prenatal. Usme. Enero – septiembre 2009 – 2011

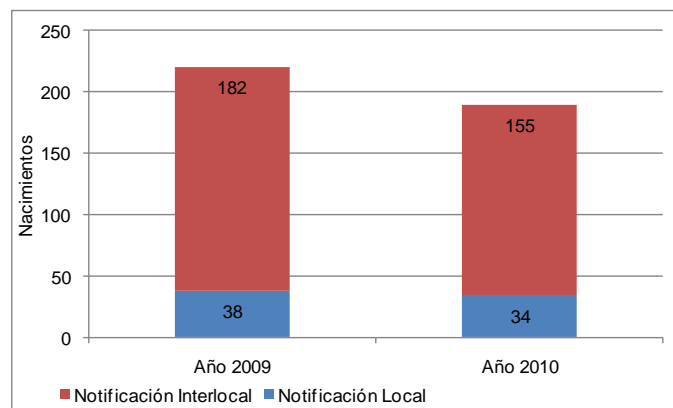


Fuente: Base SISVAN Hospital de Usme, depurada por secretaria distrital de salud, enero a septiembre, año 2009 – 2010.

Se evidencia de acuerdo a la gráfica 22, que aproximadamente el 30% de las gestantes asisten de forma temprana a su primer control de gestación, sin embargo existe un porcentaje similar que asiste en el segundo trimestre, y un porcentaje cerca del 12% que asiste después de las 28 semanas de gestación. Es necesario

reforzar las actividades con ámbitos como Salud a su Casa o Salud al Colegio que permitan la detección temprana y canalización efectiva a los servicios de salud para la atención oportuna de las gestantes.

Gráfica 23. Notificación de recién nacidos con bajo peso al nacer (RNBP) local e interlocal. Usme Enero – septiembre 2009 – 2011



Fuente: Reporte de la Notificación de BPN Semanal a través de sisvandcbpn@googlegroups.com. Hospital de Usme E.S.E.

Los RNBP que nacieron en la localidad de Usme fueron 38 en el 2009 y 34 en el 2010, evidenciando una disminución en la prevalencia, un comportamiento similar presentaron los RNBP con residencia en la localidad pero que nacieron en otros hospitales o clínicas, los cuales fueron 182 en el 2009 y 155 en el 2010. Esto evidencia que se han realizado acciones como identificación de factores de riesgo que eviten el aumento de estos casos.

Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

Durante los años 2009 y 2010 no se presentaron casos de mortalidad por o asociada a Desnutrición, se realizan acciones en salud y otros campos para evitar llegar a estos casos.

GLOSARIO

Brote: Es la ocurrencia de más de dos eventos de enfermedad en una comunidad, en un tiempo determinado.

CAMI: Centro de atención médica inmediata

Caracterización: Se le denomina a la aplicación de la encuesta del programa salud a su casa para saber las características en la situación de salud familiar.

CARIES CAVITACIONAL: Enfermedad crónica que afecta los tejidos duros del diente, inicialmente afecta el esmalte del diente (mancha blanca), al avanzar destruye el tejido dentinario (dentina) pudiendo afectar también la pulpa (tejido Blando),

COVE: Comité de vigilancia epidemiológica

COVECOM: comité de vigilancia epidemiológica comunitario

DANE: Departamento administrativo nacional de estadísticas

EDA: Enfermedad diarreica aguda.

ESI: Enfermedad similar a la influenza

Evento: Suceso que puede modificar o incidir en la dinámica social de la comunidad, afectando su salud.

Eventos de interés en salud pública: Aquellos eventos considerados importantes para la salud colectiva, que tienen en cuenta comportamientos epidemiológicos y que se asumen con medidas de salud pública.

FLUROSIS: Es una intoxicación crónica por flúor, es decir que se alcanza a dañar un poco el esmalte dental y aumento de la porosidad del mismo.

GINGIVITIS: La enfermedad gingival es la enfermedad periodontal más común en todas las edades, y se da como resultado de la localización de placa bacteriana en el margen gingival, por lo que la enfermedad comienza en este lugar

GSI: Gestión social integral

IIH: Infección intra hospitalaria

INS: Instituto nacional de salud

IRA: Conjunto de patologías que afectan el sistema respiratorio, siendo causa muy frecuente de mortalidad en los infantes.

IRAG: Infección respiratoria aguda grave

LESION MANCHA BLANCA: Opacidad del esmalte que es visible en superficie oclusal del diente.

LESION MANCHA CAFÉ: Opacidad del esmalte que es visible en superficie oclusal del diente.

PAI: Programa ampliado de inmunizaciones

PDA: Proyecto de desarrollo de autonomía.

PERIODONTITIS: Ataca los tejidos de sostén de los dientes (Encías- Hueso). El proceso se inicia a nivel de los tejidos blandos mostrando cambios de coloración (encías rojas) que pueden presentar inflamación o sangrado al cepillarse o espontáneamente.

Micro territorio: Se denomina micro territorio a la zona donde el programa tiene caracterizadas 1200 familias.

Morbilidad: Enfermedad.

Mortalidad: Muerte.

SAA: Sistema alerta acción

SDS: Secretaria distrital de salud

SGSSS: Sistema general de seguridad social en salud

Sintomático respiratorio (SR): Persona que presenta tos por más de 15 días con expectoración.

SISVAN: Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional

SIVIGILA: Sistema de vigilancia en salud pública

SIVIM: Sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual

SISVESO: Sistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral.

Territorialización: Se denomina a la delimitación de la zona en la cual intervendrá el programa salud a su casa.

Tuberculosis: Enfermedad bacteriana producida por el Mycobacterium tuberculosis, afecta principalmente los pulmones pero puede

diseminarse a otros órganos

UEL: Unidades ejecutoras locales

UBA: Unidad básica de atención

UPA: Unidad primaria de atención

UPZ: Unidad planeación zonal

UPGD: Unidad primaria generadora de datos, es la entidad pública o privada que capta los eventos de interés en salud pública, generando información útil para el sistema de vigilancia en salud pública

VSP: Vigilancia en salud pública

VSPC: Vigilancia en salud pública Comunitaria