

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO PRIMER TRIMESTRE 2011 CAPITULO II 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

Dra. Yuri Fonseca
Profesional de apoyo

Dra. Ana Clara Laverde
Profesional de apoyo

Ing. Shirley Martínez
Profesional de apoyo

Lic. Mónica Ruiz
Coordinadora PAI

Equipo de Salud Pública

Como se menciona en el primer capítulo del presente boletín a continuación se presenta el comportamiento de los sistemas de vigilancia en salud pública (VSP) y otras intervenciones de interés durante el primer trimestre del año 2011, en comparación con el mismo periodo del año anterior, con el fin de conocer el comportamiento de estos periodos y detectar diferencias, que brinden herramientas útiles para la intervención de los eventos de interés en salud pública.

Sumado a esto, se dará un vistazo a la tos ferina, como evento de interés en la localidad, debido a su incidencia. En relación con esta enfermedad se socializará su definición, el protocolo de atención orientado desde el INS y los datos que revelan su comportamiento durante el año 2010.

1

TOS FERINA

La tos ferina es una enfermedad aguda y de origen bacteriano producido principalmente por la bacteria *Bordetella Pertusis*, la cual involucra el aparato respiratorio y se caracteriza por una tos fuerte e incontrolable. Esta enfermedad presenta una duración aproximada de 8 semanas y se desarrolla en 3 fases:

1. Fase catarral: tiene una duración aproximadamente de 2 semanas, se caracteriza principalmente por la inflamación de la mucosa, descarga nasal, lagrimeo, tos leve y fiebre leve o moderada. Estos síntomas comunes dificultan su detección al confundirse comúnmente con un resfriado común.

2. Fase paroxística: se caracteriza por accesos repetidos de tos característicos de la tos ferina, los cuales se presentan aproximadamente en un promedio de 10 golpes de tos, seguidos por una inspiración profunda y ruidosa finalizando con frecuencia en expulsión de mucosidades y una coloración azul en la piel.

La tos puede en ocasiones venir

acompañada con vomito debido al almacenamiento de mucosidad y la irritación de la faringe, además de esto se puede presentar un tono muscular por debajo de la media y ocasionalmente pérdida del conocimiento.

Durante esta fase se presenta la mayoría de complicaciones en donde se destacan las siguientes:

Infecciones bacterianas secundarias, incluyendo la neumonía, siendo esta la causa más frecuente de muerte relacionada con la tos ferina. Otras posibles complicaciones son la otitis media y la sepsis.

Manifestaciones neurológicas

Problemas nutricionales y deshidratación como consecuencia del vomito y a la dificultad en la alimentaciones de los menores

Complicaciones derivadas al aumento de la presión durante los fuertes accesos de tos como hemorragias subconjuntivales, hemorragia nasal, hinchazones blandas

en la cara, hernias, entre otras; en la edad adulta se puede presentar incontinencia urinaria y fracturas costales.

3. Fase de convalecencia: tiene una duración aproximadamente de 2 semanas y se caracteriza por una disminución en la intensidad de los episodios de tos y los demás síntomas desaparecen

Se debe resaltar que la mayoría de casos leves o atípicos ocurre entre los adolescentes y adultos

Esta enfermedad se trasmite de persona a persona mediante las pequeñas gotas de secreciones de las mucosas respiratorias de una persona infectada. Presenta un periodo de incubación, el cual se entiende como el tiempo que transcurre entre el contagio de la enfermedad y el inicio de los síntomas, de 6 a 10 días en promedio, pero en algunos casos puede presentar un rango de 4 a 21 días

En cuanto al periodo de transmisibilidad, entendido como el tiempo en el que se puede contagiar la

enfermedad, se considera que se da en mayor medida en la fase catarral, antes de la tos paroxística, y va disminuyendo paulatinamente durante un promedio de 3 semanas.

Se debe destacar que en los casos que reciben tratamiento de antibióticos el periodo de infección dura alrededor de 5 días o menos una vez iniciado el tratamiento.

La oficina de vigilancia en salud pública (VSP) del hospital de Usme, según lineamientos dados desde el nivel distrital realiza una vigilancia pasiva del evento la cual desarrolla los siguientes pasos: en primer lugar se da la notificación de todo caso probable; en segundo lugar se realiza la oportuna investigación de dicha notificación; en tercer lugar se da la toma de muestra para confirmar o descartar el diagnóstico y cuarto y último se da orientación sobre las medidas de control

Definición clínica de tos ferina

Todo niño menor de 3 meses que presente enfermedad respiratoria

con episodios constantes de tos paroxística o dificultad al respirar acompañada o no de fuertes sonidos al respirar.

Todo niño de 3 meses a 12 meses que presente enfermedad respiratoria con episodios constantes de tos paroxística sostenida durante una o más semanas

Todo niño con episodios constantes de tos paroxística intensa asociada a fuertes sonidos al respirar y una posterior coloración azul en la piel con cualquier tiempo de evolución

Todo niño mayor de 12 años o adulto que presente tos prolongada por al menos dos semanas asociada o no a paroxismos, expectoración y vómito

Tipos de casos y sus características de clasificación

Caso probable: todo caso que cumple los criterios de la definición clínica y que no cuenta con ninguna relación con otros casos de tos ferina confirmado por laboratorio

Caso confirmado por laboratorio: todo caso probable confirmado mediante exámenes de laboratorio

Caso confirmado por nexo epidemiológico: todo caso que cumple los criterios de la definición clínica y que se encuentra relacionado con un caso de tos ferina confirmado por laboratorio

Caso compatible: todo caso probable que no cuenta con una adecuada muestra y no pudo comprobarse una relación con un caso confirmado. (Estos casos representan un error en la vigilancia del evento)

Caso descartado por laboratorio: caso probable cuya muestra fue tomada adecuadamente y el resultado de laboratorio fue negativo

La notificación de los casos de tos ferina a VSP se debe hacer de manera inmediata, una vez se detecte por una UPGD, con el fin de registrar el evento, realizar la intervención pertinente, reportarlo a nivel distrital y por último realizar los ajustes necesarios según el desarrollo de caso

Acciones individuales ante la tos ferina

Se deben realizar acciones inmediatas una vez se detecte un caso probable o confirmado, con el fin de determinar rápidamente las características del evento, la fuente de infección y realizar las acciones de control pertinentes.

Ante un probable evento de tos ferina se debe realizar:

Notificación del evento

Diligenciamiento de la ficha de investigación

Toma de muestra, la cual debe ser en lo posible antes del inicio del tratamiento. En caso de que la muestra sea durante el trabajo de campo, debe ser mediante hisopado nasofaríngeo, si está es tomada a pacientes hospitalizados se debe hacer un aspirado nasofaríngeo con sonda estéril

Investigación epidemiológica de campo realizada por el equipo de VSP local, la cual debe ser realizada en

todos los casos reportados y en las primeras 72 horas hábiles de su notificación, durante esta se debe determinar en lo posible:

La fuente de infección

Lugar de contagio (antecedentes de desplazamiento durante los 21 días anteriores al inicio de síntomas)

Antecedentes de vacunación (numero de dosis DTP recibidas por las personas y los contactos menores de 5 años)

Antecedentes de contacto con otro caso

Compromiso de los contactos cercanos

Individuos susceptibles

Otra información relacionada con la posibilidad de transmisión y características del evento

Manejo de caso ambulatorio u hospitalario según se requiera

Inmunización y vacunas contra la tos ferina

Las personas sin vacunar o con el esquema incompleto deben ser

vacunadas una vez termine la fase de convalecencia

Vacunación contra la tos ferina

El esquema nacional para la vacunación de la tos ferina incluye 5 dosis, las 3 primeras se dan a los 2, 4 y 6 meses la cual recibe el nombre de prevalente e incluye (Difteria, tétanos, **tos ferina**, *Haemophilus influenzae* tipo b, hepatitis B) y las 2 restantes se dan al año de la tercera dosis y a los 5 años llamada DTP (Difteria, tétanos, **tos ferina**)

Acciones colectivas ante la tos ferina

Una vez realiza la intervención individual en las primeras 72 horas después de recibir la notificación se deberá realizar el proceso de barrido, entendido como la visita a la manzana donde reside el caso y a las siguientes 8 a la redonda en busca y seguimientos de contactos cercanos, monitoreo de coberturas de vacunación, búsqueda activa comunitaria, vacunación de susceptibles y quimioprofilaxis de ser requerida

Como contactos cercanos se entiende a toda persona que haya tenido contacto directo con secreciones orales nasales o respiratoria con una persona sintomática o se encontrara con una persona durante un acceso de tos a menos de 60 cm o haya permanecido en un lugar cerrado con esta por un largo periodo

Como individuos susceptibles se incluyen: menores de 7 años con esquema de vacunación incompleto, menos de 5 años próximos a vacunación y niños o adultos con inmunodeficiencia u otras enfermedades respiratorias graves

La EPS deberá involucrarse en el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas ante de la presencia de estos eventos

Se debe realizar inmunización a los contactos menores de 6 años sin vacunación o quienes han recibido menos de 5 dosis de la vacuna iniciando o completando el esquema de vacunación según el caso

La quimioprofilaxis se sugiere

durante 14 días a los contactos cercanos de casos considerados como probables por tos ferina que presenten síntomas una vez garantizada la toma de muestra, así como toda persona cercana de un caso confirmado. Además de esto se debe tener especial cuidado con los menores de 6 años con esquema vacunal incompleto o nulo, según el dictamen médico se puede acompañar la quimioprofilaxis con aislamiento respiratorio al menos los primeros 5 días del tratamiento

Pasos a seguir ante la presencia de un brote de tos ferina

Cuando ocurre un brote, no es necesario confirmar todos los casos por laboratorio, ya que esto se puede hacer por nexo epidemiológico, una vez determinado esto se deben hacer todas las acciones individuales y colectivas citadas anteriormente además de un informe del brote el cual debe incluir:

Definición del territorio epidémico en cuanto a lugar de ocurrencia, sus características y la descripción detallada de la población en riesgo

Difusión temporal y espacial entendida como la descripción detallada de la distribución de los casos en tiempo y lugar

Identificación del caso índice en lo posible y se debe entender como el primer caso del brote y debe ser confirmado por laboratorio

Identificar los nuevos casos mediante búsqueda activa buscando los contactos y las personas susceptibles a adquirir la enfermedad

Conclusiones y recomendaciones

Medidas de control ante la tos ferina

Capacitación al personal de salud relacionado con la detección y diagnóstico de este evento e incentivar la vacunación mediante la socialización de sus beneficios

Educar a la comunidad en general y en especial a los padres que tienen hijos lactantes sobre la importancia de la vacunación y los peligros que puede generar padecer esta enfermedad

Inmunización activa

Incentivar el aislamiento domiciliario de los casos, a todo evento social o contacto con personas susceptibles de adquirir el evento hasta al menos 5 días de iniciado el tratamiento

Toda esta información se encuentra con mayor profundidad en el protocolo de vigilancia de tos ferina, elaborado por el grupo de vigilancia y control de enfermedades transmisibles (eventos inmunoprevenibles) del instituto nacional de salud

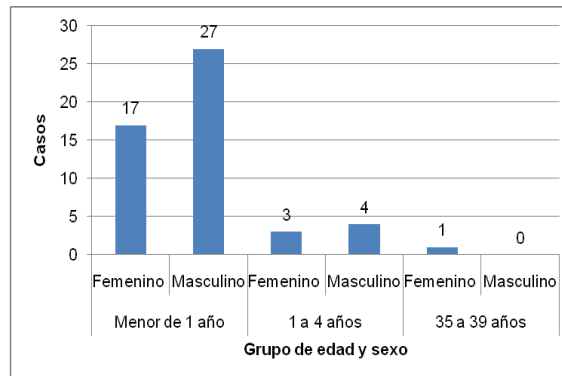
Comportamiento de la tos ferina durante el año 2010

Durante el año 2010 según los datos proporcionados por el nivel central, se notificaron 52 casos en residentes de la localidad de Usme, lo que representa un 5,52% de la notificación total registrada el distrito.

Las UPGD adscritas al Hospital de Usme detectaron 2 casos durante este año, el primero fue una menor de 1 año residente en la localidad de ciudad

bolívar y la segunda una mujer de 37 años residente en Usme.

Grafica 1. Casos notificados por tos ferina distribuidos por grupo de edad y sexo. Usme. 2010



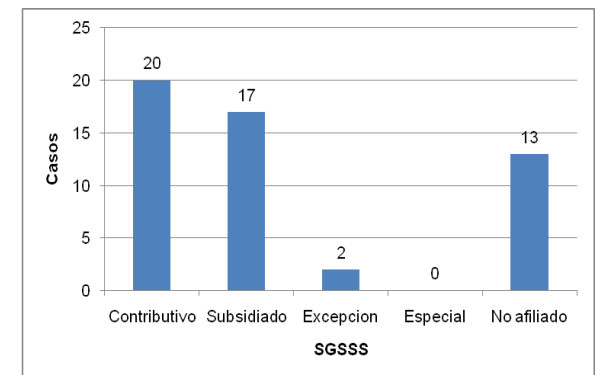
Fuente: Base de datos SIVIGILA SAA, VSP, Secretaria distrital de salud, año 2010

La grafica 1 indica que la gran mayoría de eventos notificados se da en menores de un año con el 84,61% de la notificación y de estos el 61.36% se presento en hombres. El grupo de edad de 1 a 4 años apporto el 13,46% de la notificación total para este año

De los 941 casos notificados a nivel distrital durante 2010 el 86.39% se presento en menores de un año, lo que evidencia que la localidad se comporta

de manera similar a la media distrital en relación a este rango de edad, en cuanto a la distribución por sexo también a nivel distrital se observa una mayor incidencia de casos en los varones con un 57,07% de la notificación de casos en este grupo de edad.

Grafica 2. Casos notificados por tos ferina distribuidos por SGSSS. Usme. 2010



Fuente: Base de datos SIVIGILA SAA, VSP, Secretaria distrital de salud, año 2010

Durante el 2010 su puede evidenciar un comportamiento similar entre los casos pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado representado con un 38,46% 32,69% respectivamente. En cuanto a los casos

que no cuentan con ninguna afiliación se observa que 1 de cada 4 casos se encuentran en este grupo, demostrando un alto porcentaje de personas que aun no hacen parte de ningún régimen de salud.

Estos datos señalan una franca contradicción con el comportamiento distrital, donde el régimen contributivo aporta más de la mitad de los casos con un 55,98%, muy por encima del dato local. En cuanto al régimen subsidiado también se observa una importante diferencia, mientras que a nivel distrital 1 de cada 4 casos pertenece a este régimen, en la localidad de Usme se observa que esta relación se incrementa a 1 de cada 3 casos.

Por último las personas sin afiliación que aportaron el 25% de casos a nivel local, en los datos distritales solo aportan un 15.94% lo que evidencia una tendencia distrital a la afiliación de la personas a algún tipo de régimen en salud

Para el año 2011 se ha continuado con el trabajo alrededor de la atención de eventos de tos ferina en

la localidad de usme, mediante las investigaciones epidemiológicas de campo, las cuales buscan controlar, tratar y disminuir la posibilidad de contagio mediante las estrategias descritas anteriormente.

Vigilancia en salud pública

La VSP juega un papel determinante al ser el componente encargado de realizar el monitoreo y análisis periódico a los eventos de interés en salud pública, y debe ser quien enciende las alarmas cuando el comportamiento de determinado eventos cambia de manera brusca. Este componente maneja diferentes subsistemas, los cuales se desarrollaran a continuación.

Durante el I trimestre de los años 2010 y 2011 se consolida el equipo de vigilancia en Salud Publica, con el apoyo de un profesional especializado en la coordinación, 4 Epidemiólogos, 2 enfermeras profesionales de apoyo, 5 psicólogos, 4 nutricionistas, 1 psicóloga de VSPC, 3 digitadores, 2 auxiliares de Enfermería, se continua el trabajo que se venía desarrollando del año anterior,

y se da inicio al PIC propuesto para el presente año garantizando un proceso optimo de VSP local.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SIVIGILA SAA

Dentro del sistema de vigilancia en Salud Pública que se desarrolla a nivel institucional para la localidad de Usme, es importante tener en cuenta aspectos importantes relacionados con el tipo de población, ya que se existe una amplia zona rural y por otro lado las instituciones de salud que se encuentran en la localidad corresponden a primer nivel de atención; características que ocasionan una diferencia frente al tipo de eventos que se capturan en el aplicativo del SIVIGILA – SAA y los eventos que se reciben de notificación interlocal para la realización de intervención epidemiológica de campo.

Consolidación de la red de vigilancia en salud pública

Monitoreo mensual de la notificación

Se realiza el seguimiento

7



semanal al comportamiento de la notificación dentro de las 25 UPGDs locales, en dicha medición se observa que con corte a la semana 13 el porcentaje de positividad para el año 2010 fue de 83.3% y para 2011 62%.

Tabla 1. Distribución porcentual de la notificación positiva de las UPGDs activas. Usme. I trimestre 2010 – 2011

Cód.	UPGD	% Positividad	
		2010	2011
1	CAMI Usme	100	100
2	UPA Reforma	75	42
3	UPA Marichuela	75	17
4	CAMI Santa Librada	100	100
5	UPA Yomasa	41,7	42
6	UPA Santa Marta	91,7	67
7	UBA El Destino La Unión	75	8
8	UPA La Fiscala San Camilo	91,7	8
9	UBA La Flora	100	100
10	UBA Lorenzo Alcantuz	100	67
11	UBA San Juan Bautista	75	83
12	UBA Arrayanes	33,3	0
13	UBA Betania	100	67
14	UBA Danubio Azul	41,7	75

15	IPS Juan Bonal	100	92
16	IPS FUNSALUD / ABYSALUD	100	92
17	CONFACUNDI Usme	100	100
18	Cons. Med. Gilberto Castro Corrales	58,3	17
19	Cons. Med. María Teresa Díaz Guevara	83,3	67
20	Cons. Med. Germán Eduardo Rodríguez Bernal	75	8
21	Cons. Med. Dr. Celis	83,3	58
22	Cons. Med. Brasilia	100	75
23	Unidad Medica Santa Pilar	83,3	75
24	Colsubsidio Santa Librada	100	100
25	SERVIMED	100	92
TOTAL		83,3	62

Fuente: Base SIVIGILA SAA, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 - 2011.

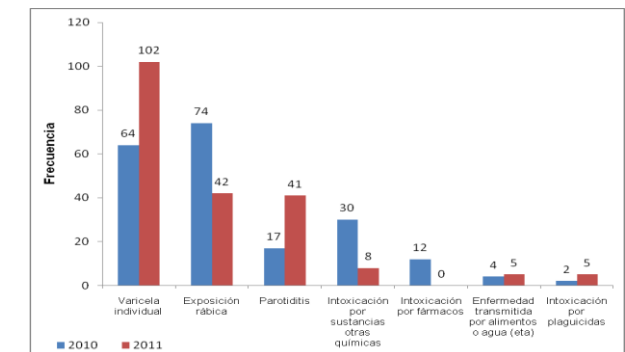
Se evidencia una disminución en la notificación de las UPGDs de la localidad, comparando 2010 con 2011, esto debido a la falta de mantenimientos a finales del año 2010, lo que permitió que las instituciones descuidaran el proceso de notificación de los eventos. Durante este mismo trimestre se han realizado mantenimientos a todas las UPGDs de

la localidad y se ha realizado un plan de mejoramiento donde se comprometen a realizar la notificación de manera oportuna.

Eventos de notificación individual.

Frente a la notificación de eventos individuales, se observa que en el SIVIGILA local durante el I trimestre del año 2010 se notificaron 224 eventos individuales y para 2011, 215.

Gráfica 3. Notificación de Eventos Individuales. Usme. I trimestre 2010 – 2011



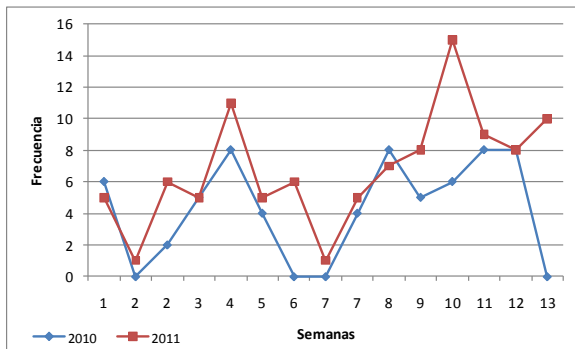
Fuente: Base SIVIGILA SAA, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 - 2011.

Los eventos de mayor notificación en la localidad son los

mismos cuando observamos el primer trimestre de 2010 y 2011.

A continuación se analiza la frecuencia de los tres eventos de mayor notificación de la localidad por semanas epidemiológicas.

Gráfica 4. Frecuencia de varicela por semana epidemiológica. Usme. I trimestre 2010 – 2011

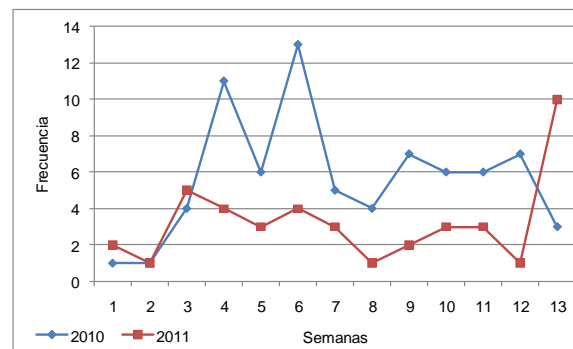


Fuente: Base SIVIGILA SAA, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 - 2011.

La varicela ha presenta un incremento importante comparando con el primer trimestre de 2010 con 2011, se han realizado intervenciones a brotes familiares e institucionales de esta patología, sin embargo, su prolongado periodo de incubación

combinado con la tardía notificación del evento permite que a pesar de las intervención realizada los casos continúen en aumento; lo que muestra la necesidad de realizar acciones más puntuales dirigidas a esta patología, que aunque es de baja complejidad representa largos periodos de inasistencia escolar en niños y en adultos representa inasistencia laboral.

Gráfica 5. Frecuencia de exposición rábica por semana epidemiológica. Usme. I trimestre 2010 – 2011

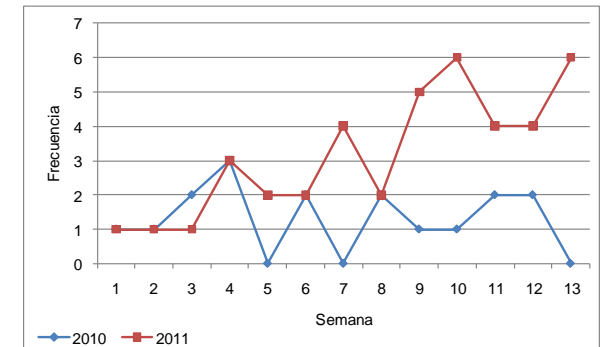


Fuente: Base SIVIGILA SAA, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 - 2011.

La notificación de eventos de exposición rábica han disminuido al comparar el I trimestre de 2010 con

2011, se debe reforzar la capacitación a los médicos con relación a este evento para evitar el subregistro y la inadecuada clasificación de los casos, se ha logrado mejor articulación en el trabajo con medio ambiente, para lograr el ajuste adecuado y oportuno de los casos.

Gráfica 6. Frecuencia de parotiditis por semana epidemiológica. Usme I trimestre 2010- 2011

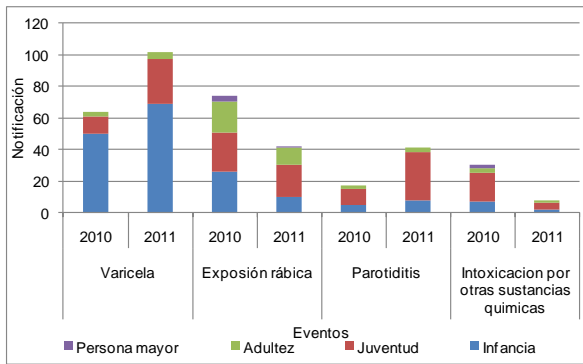


Fuente: Base SIVIGILA SAA, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 - 2011.

La parotiditis muestra un aumento de más del 50% de los casos en la localidad, se han presentado 2 brotes institucionales, la intervención de estos eventos donde se da educación sobre la prevención, el aislamiento y la

desinfección de las áreas, de forma oportuna ha permitido que no aumente el número casos al interior de las instituciones.

Gráfica 7. Notificación por evento y ciclo vital. Usme I trimestre 2010 – 2011

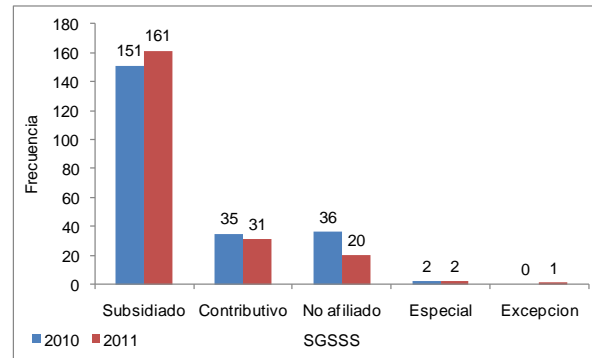


Fuente: Base SIVIGILA SAA, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 - 2011.

Al comparar la notificación de los principales eventos notificados durante el primer trimestre de 2010 y 2011, por grupo etáreo se puede observar que la varicela es el evento de mayor notificación en la localidad y que afecta en mayor medida al ciclo vital infancia, seguido de la adolescencia, esto permite que los brotes institucionales en

la localidad se vean asociados a este evento. La notificación de exposiciones rábicas en la localidad se ha mantenido en el ciclo vital juventud, la notificación de parotiditis se triplico en el ciclo vital juventud.

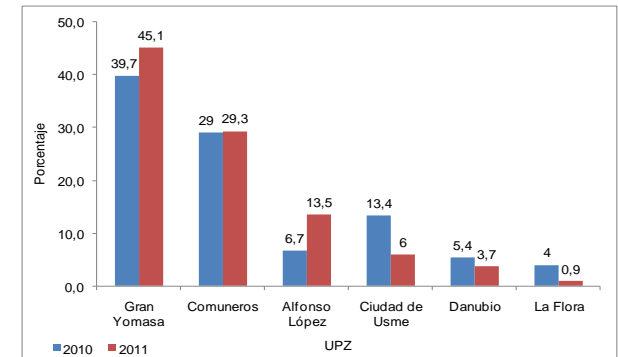
Gráfica 8. Notificación por régimen de afiliación en salud. Usme I trimestre 2010 – 2011



Fuente: Base SIVIGILA SAA, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 - 2011.

Se puede observar que la frecuencia con respecto al régimen de afiliación en salud no se observa diferencia de un año a otro, eso se debe a que las UPGD de mayor notificación son las que atienden al régimen subsidiado, seguido del contributivo y los no afiliados.

Gráfica 9. Notificación por UPZ. Usme. I trimestre 2010 – 2011



Fuente: Base SIVIGILA SAA, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 - 2011.

Se observa que la UPZ de residencia con mayor porcentaje es la de Gran Yomasa, seguido de Comuneros y Alfonso López esto corresponde al tamaño de la UPZ y el número de habitante de la población

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 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.

Durante el primer trimestre de los años 2010 y 2011 en la gestión del sistema de vigilancia epidemiológica y nutricional SISVAN, se trabajó en la consolidación de la red, realizando acompañamiento y asesoría técnica a cada una de las Unidades Primarias Generadoras de Datos UPGD de la localidad como también a los colegios que participan en el SISVAN escolar. De esta forma se trata de garantizar al 100% la oportunidad, veracidad y confiabilidad de la información capturada, permitiendo así un adecuado proceso de sistematización, análisis y retroalimentación, generando de esta forma información pertinente que permita desarrollar intervenciones a nivel individual y colectiva de las personas identificadas con desnutrición.

Se recolectaron 5084 datos durante el primer trimestre de 2010 contra 4321 recogidos durante su similar en el 2011.

El equipo en el primer trimestre del año 2010 estuvo conformado por 4 Nutricionistas, 3 auxiliares de enfermería y un técnico en Sistemas y en el año 2011 el equipo creció gracias al apoyo profesional de 1 Epidemiólogo, 2 Enfermeras, 3 Nutricionistas, 4 auxiliares de enfermería y un técnico de sistemas.

En consonancia y articulación al SIVIGILA Distrital, la gestión y administración del SISVAN como subcomponente de sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional, ordena los procesos y procedimientos propios en cuatro categorías:

Consolidación de la Red de vigilancia en salud pública a través del acompañamiento, asesoría y asistencia técnica a Unidades Primarias Generadoras de Datos UPGDs, Unidades Informadoras y Colegios Centinela.

Ajuste y Mantenimiento del Subsistema de Información garantizando la oportunidad, veracidad, confiabilidad y validez.

Análisis, retroalimentación y divulgación de la información generada por la Vigilancia Nutricional promocionando la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) para mejorar las condiciones individuales y colectivas de la población.

Intervenciones epidemiológicas y nutricionales individuales y colectivas en personas identificadas con malnutrición por el sistema con el fin de caracterizar los determinantes que afectan el estado de salud y nutrición, promocionando intervenciones del sector que contribuyan al mejoramiento de SAN.

Durante el primer trimestre de los años 2010 - 2011 se trabajaron las categorías del subsistema, cuyos resultados se presentan a continuación:

Desarrollo de procesos de operación

El SISVAN cuenta con 19 UPGD, de las 21 asignadas por el lineamiento distrital, dentro de las UPGDs, 14 de ellas son de carácter público conformadas por los centros de atención de la ESE Hospital Usme I Nivel y 5 son de carácter privado, estas unidades notificadoras son las mismas para el primer trimestre de 2010 y 2011.

Durante estos periodos se realizaron los mantenimientos correspondientes y se realizaron revisiones a los equipos antropométricos con los que cuentan los consultorios de Medicina y Enfermería de cada una de ellas, desde los cuales, a su vez, se genera la notificación en cada una de las UPGDs. Para efectos de la notificación, en este periodo no se tiene en cuenta el CAMI Santa Librada, excepto para la notificación de los Recién Nacidos con Bajo Peso. Dentro de las revisiones de los equipos antropométricos se encontraron que tienen un mantenimiento relativamente continuo, pero en algunas UPGDs, específicamente las públicas, algunos

de estos equipos se descalibran con mucha frecuencia, necesitando un mantenimiento más frecuente que el que está estipulado.

En el mantenimiento se realiza socialización a los equipos de cada UPGD sobre los resultados de la vigilancia nutricional del periodo en el que se realiza la visita, record de la notificación vs el número de consultas efectuadas o nacimientos atendidos, diligenciamiento correcto de los formatos de captura, reporte de los casos incluidos en el componente de intervención y resultados del proceso de canalización y demás aspectos propios que garanticen la calidad y oportunidad en la notificación.

Tabla 2. Notificación por UPGD de menores de 10 años. Usme. I trimestre 2010 – 2011

UPGD	Menores 2010		Menores 2011	
	Nº	%	Nº	%
UPA Lorenzo Alcantuz	574	11,3	282	6,5

UPA San Juan Bautista	459	9	343	7,9
UPA La Reforma	442	8,7	263	6,1
UPA La Marichuela	419	8,2	340	7,9
UPA Danubio Azul	411	8,1	337	7,8
UPA Santa Martha	383	7,5	270	6,2
CAMI Usme	354	7	311	7,2
UPA Betania	342	6,7	235	5,4
COMFACUNDI	281	5,5	354	8,2
Colsubsidio Santa Librada	244	4,8	438	10,1
UBA La Flora	227	4,5	280	6,5
UPA La Fiscala	222	4,4	216	5
UBA Yomasa	174	3,4	208	4,8
Centro de Salud Juan Bonal	140	2,8	111	2,6
UBA Arrayanes	131	2,6	31	0,7
UBA Destino / Union	114	2,2	88	2
SERVIMED	111	2,2	59	1,4
FUNSALUD / ABYSALUD	29	0,6	155	3,6
UBA Bolonia	27	0,5	0	0
Total	5084	100	4321	100

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Con respecto a los datos de las unidades notificadoras se presenta una disminución del primer trimestre de 2011 en contraste con el primer trimestre de 2010; vale la pena resaltar que 3 de las 5 UPGD privadas aumentaron el número de notificaciones comparándolas con el año 2010. En cuanto a las UPGD de la ESE Hospital Usme I Nivel, la UBA La Flora aumento el número de notificaciones, la UBA Bolonia no tiene comparativo con el primer trimestre de 2011 puesto que para el periodo en mención no se encontraba en funcionamiento

Tabla 3. Notificación por UPGD de gestantes. Usme. I trimestre 2010 – 2011

UPGD	Gestantes			
	2010		2011	
	N°	%	N°	%
UPA San Juan Bautista	222	15,5	141	10,3
UPA Betania	175	12,2	100	7,3
UPA Danubio Azul	153	10,7	145	10,6
UPA La Reforma	140	9,8	128	9,3

UPA Santa Martha	132	9,2	119	8,7
CAMI Usme	122	8,5	68	5
UPA Lorenzo Alcantuz	118	8,2	102	7,4
UPA La Marichuela	79	5,5	72	5,2
UBA La Flora	70	4,9	69	5
Colsubsidio Santa Librada	60	4,2	114	8,3
UPA Fiscala	55	3,8	33	2,4
UBA Yomasa	35	2,4	83	6
UBA Destino / Unión	20	1,4	9	0,7
UBA Arrayanes	19	1,3	4	0,3
SERVIMED	13	0,9	1	0,1
COMFACUNDI	9	0,6	185	13,5
UBA Bolonia	5	0,3	0	0
Centro de Salud Juan Bonal	4	0,3	0	0
FUNSALUD ABYSALUD	1	0,1	0	0
Total	1432	100	1373	100

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Realizando una comparación en la notificación de gestantes, como se observa en la tabla 3, la notificación de 2011 vs 2010 es similar, la UPA Danubio Azul se mantiene con una

notificación constante, un comportamiento similar tienen las UBAS Lorenzo Alcantuz y La Flora y la UPA Marichuela. De las UPGD Privadas las que aumentaron el número de notificaciones con respecto al primer trimestre del año pasado son Colsubsidio Santa Librada y Comfacundi. En cuanto a la UBA Bolonia no se tiene comparativo con el primer trimestre 2011 puesto que para el periodo en mención no se encontraba en funcionamiento.

Dado la disminución de la notificación, se ha encontrado que una de las debilidades es la alta rotación del personal de los centros, por lo que, dentro de los mantenimientos que se les realiza a cada una de las UPGDs se está enfatizando la importancia de la notificación, en cuanto a calidad y oportunidad, estableciendo compromisos para mejorar la misma.

13

Ajuste y mantenimiento del subsistema de información

Depuración, análisis y crítica de las bases de datos de notificación y de Intervenciones epidemiológicas de

Campo por parte de la referente, el epidemiólogo y el técnico de SISVAN. de las bases de datos para gestantes y menores de diez años en la semana anterior a la entrega de Base de datos para cada grupo poblacional, depuración y pre crítica que se realiza por cada una de las variables EPI-INFO.

Gestión de la base de datos de matrícula tanto en el 2010 como en el 2011 y elaboración del cronograma de valoración nutricional en los colegios Centinela en el CADEL; a partir de estas bases de datos se realiza una actualización de los listados por colegio, punto de partida para la preparación del formulario de captura de datos por grupo de cada curso con preparan los formatos de captura de datos, a partir de los listados por curso de la institución, facilitados por el colegio y con las bases de los años anteriores manteniéndose los mismos colegios Centinela en los dos años. Estos Colegios son IED Colegio Eduardo Umaña Mendoza, IED Colegio Ofelia Uribe de Acosta, IED Colegio Eduardo Mora Osejo, Centro Educativo Distrital Don Bosco II.

Se realiza cronograma de operativo de campo para el tamizaje de los colegios centinela conjunto con cada unidad. Proporcionando el tiempo suficiente para que cada colegio se prepare para la realización activa de la actividad.

Envío de base de datos de notificación completamente depurada por los correos con el comportamiento de notificación por UPGD de acuerdo al cronograma de entrega de los productos y envío de bases de datos del componente de intervención depurada mensualmente a la SDS.

Revisión de la base de datos diaria y semanal para sacar el listado de los niños y niñas menores de 2 años con déficit de peso para la edad y gestantes con bajo peso para incluirlos en el componente de intervención.

Búsqueda activa de casos de Mortalidad por desnutrición o asociada con DNT en menores de 5 años y no se encontraron casos en los certificados de defunción ni en la notificación directa de las UPGD.

Análisis analíticos, retroalimentación y divulgación de la información:

Participación en los Comités de Vigilancia Epidemiológica Locales Durante los meses de Febrero y Marzo de 2010 y el 2011 se ha participación en los COVEs Local, se presentan los tableros de control y su análisis sobre la notificación de SISVAN en el año 2010 e inicio del 2011 por cada una de las Unidades Primarias Generadoras de Datos, de manera que permita evidenciar mejoría o no en el proceso de notificación. Se presenta los indicadores nutricionales de las gestantes y menores de diez años notificados e identificar el perfil nutricional de la población.

En esta participación interinstitucional por cada UPGD se da a conocer el estado de la unidad generadora según porcentaje (%) de error al diligenciar los formatos de notificación y los nombres de los profesionales con mayores errores en el diligenciamiento de las notificaciones de niños menores de 10 años y madres gestantes.

14

Participación a las reuniones de las actividades de Transversalidad y al Comité de Seguridad Alimentaria y nutricional local y otras Instituciones de Programas de Apoyo Alimentario:

Intervenciones epidemiológicas y nutricionales individuales y colectivas en personas identificadas con desnutrición.

Las Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) permiten reconocer las problemáticas de la población que puedan estar relacionadas con factores que conlleven al deterioro de la Seguridad Alimentaria (SAN) de la Población y, por ende, afectar el Estado Nutricional de la misma; estas IEC se ejecutan específicamente en tres grupos poblacionales considerados altamente vulnerables: las gestantes con bajo peso, notificadas por las UPGD del SISVAN, los menores de 5 años con bajo peso, reportados por las mismas unidades y los recién nacidos con bajo peso (menor a 2500 gr), reportados generalmente a través de notificación interlocal.

De acuerdo a los hallazgos encontrados en las IEC los casos son canalizados a los servicios de Salud como Crecimiento y Desarrollo y Pediatría en el caso de los menores y RNBP y a Control Prenatal, Medicina General y Vacunación en el caso de las gestantes.

Tabla 4. IEC iniciales de gestantes con bajo peso para la edad gestacional. Usme. I trimestre 2010 – 2011.

Mes	2010	2011	Incremento
	Nº	Nº	%
Enero	11	28	155
Febrero	11	10	0
Marzo	13	49	277

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Entre el primer trimestre del 2010 al 2011 como queda plasmado en la tabla 4, se encontró un incremento significativo en las IEC a las gestantes, esto debido a la reprogramación de la partida económica de SISVAN Escolar 2010 la cual se dirigió al Componente SISVAN, dentro de estas IEC en este

grupo poblacional se refuerza los factores que aseguren la SAN de esta población. En este grupo poblacional se realizó una visita de control para el cierre de caso.

En cuanto a las gestantes, lo que se ha observado en las IEC es que la mayoría de ellas no se alimentan de manera adecuada, dadas las condiciones económicas de algunas de ellas, ya que son dependientes, bien sea de su familia o pareja, en la cual el ingreso no llega al SMLV; otras condiciones que afectan su estado nutricional son las relacionadas con su edad, ya que son adolescentes; otra condición es que son madres con un periodo intergenésico menor de dos años. También se ha encontrado que muchas de ellas presentan dificultades a la hora de acceder a algunos servicios de salud, ya que solo pueden acceder una sola vez al mes al mismo.

Tabla 5. IEC iniciales de recién nacidos con bajo peso al nacer (RNBP). Usme. I trimestre 2010 – 2011.

Mes	2010	2011	Incremento
	N°	N°	%
Enero	8	7	12
Febrero	9	12	33
Marzo	7	12	71

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Se presentó un aumento en las IEC de los RNBP para el primer trimestre del 2011, en este grupo poblacional se realizan dos visitas de control, en las cuáles se les refuerza las ventajas de la lactancia materna exclusiva, alimentación de la madre lactante, importancia de la asistencia a los controles médicos y de crecimiento y desarrollo, al igual que se informan sobre los signos de alarma del Recién Nacido.

En las IEC de los RNBP se ha encontrado que la madre, en la mayoría de ocasiones, tiene antecedentes de Bajo Peso para la edad gestacional.

Tabla 6. IEC Iniciales en menores de 5 años con Bajo Peso. Usme. I trimestre 2010 – 2011.

Mes	2010	2011	Incremento
	N°	N°	%
Enero	16	28	75
Febrero	16	15	0
Marzo	13	70	438

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Durante el mes de marzo de 2011 se presentó un aumento significativo en las IEC a menores, esto debido a que se solicitó aval de la SDS para incrementar las IEC a menores y disminuir las que estaban programadas para gestantes. En este grupo poblacional se realiza una visita de control para cierre de caso.

Al realizar las IEC en este grupo poblacional, se ha encontrado que los factores económico y cultural influyen significativamente en la alimentación del menor, por ejemplo, la creencia de que la sopa es mejor que el seco, que entre más precozmente se introduzca la alimentación complementaria es “mejor”

(antes de los 6 meses); otra creencia extendida es aquella en que los controles de Crecimiento y Desarrollo son solamente para los menores de dos años, y así, solo asisten al Centro de Salud cuando el menor se enferma. El factor económico interviene en la medida en que el dinero destinado a la alimentación se destina a la compra de leguminosas y cereales, pero va en detrimento en la compra de frutas y verduras. En algunos de ellos existen condiciones médicas que afectan también el estado nutricional como lo son las patologías cardiacas.

16

Búsqueda activa de recién nacidos de bajo peso

En comparación con el primer trimestre del año 2010 donde no se presentaron nacimientos de recién nacidos con bajo peso, durante el año 2011 se presentaron 3 casos en los CAMI de la ESE Hospital de Usme I Nivel.

Tabla 7. Búsqueda activa de RNBP dentro y fuera de la Localidad de Usme. I trimestre 2010 – 2011.

UPGD	1 trimestre	
	2010	2011
	N°	N°
CAMI Usme	0	1
CAMI Santa Librada	0	2
Otras localidades	69	114
Total	69	117

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Los RNBP notificados por otras localidades se dan principalmente, por el Hospital Vista Hermosa, a través de su UPGD el Hospital de Meissen, el Hospital del Sur a través de sus Clínica Veraguas y Clínica Roma, el Hospital Rafael Uribe Uribe a través de su UPGD Centro Policlínico del Olaya, el Hospital San Cristóbal, a través de sus UPGD Hospital La Victoria y Hospital San Blas y el Hospital Centro Oriente a través de su UPGD Hospital San José.

Generalmente, las gestantes que tienen complicaciones son remitidas a Hospitales de II y III Nivel, hospitales

con los que no cuenta la localidad de Usme, por ello es que la mayoría de los nacimientos se producen fuera de ella.

Estado nutricional de la población menor de 10 años y gestantes

Estos indicadores se han determinado teniendo en cuenta la notificación dada por parte de las UPGD, públicas y privadas, durante el primer trimestre del año 2010 vs. 2011.

Indicador Peso / Talla para menores de 10 Años en Enero – Marzo del 2010 y 2011.

Tabla 8. Desnutrición Aguda. Usme. I trimestre 2010 – 2011.

Indicadores	2010		2011	
	N°	%	N°	%
Déficit De Peso	177	3.5	136	3.2
Riesgo	777	15.3	604	14.5
Adecuado	3607	71	3356	80.9
Sobrepeso	520	10.2	54	1.3
Total	5081	100	4150	100

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

La prevalencia del déficit de peso para la talla o Desnutrición Aguda se encuentra en 3.2% superior a la ENSIN, El sobrepeso se encuentra en 1.3% inferior a los porcentajes de la ENSIN para este indicador que esta en 7.5 para este grupo de edad. Comparando los datos del 2010 y el 2011 se disminuyo el déficit de peso y el sobrepeso al igual que aumento el porcentaje de adecuados.

Indicador Talla / Edad para Menores de 10 Años en Enero – Marzo del 2010 y 2011. 9

Tabla 9. Desnutrición Crónica. Usme. I trimestre 2010 – 2011.

Indicadores	2010		2011	
	N°	%	N°	%
Retraso en el crecimiento	690	13.6	589	13.7
Riesgo	1559	11.0	1263	29.5
Adecuado	2606	51.3	2312	53.9
Alto	226	3.9	125	2.9
Total	5081	100	4289	100

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

La prevalencia de retraso en talla o crecimiento o Desnutrición Crónica se mantuvo cerca del 13% en los dos periodos, pero el riesgo de retraso aumento al doble comparado con el año anterior.

Indicador Peso / Edad para Menores de 10 Años en Enero – Marzo del 2010 y 2011.

Tabla 10. Desnutrición Global. Usme. I trimestre 2010 – 2011.

Indicadores	2010		2011	
	N°	%	N°	%
Déficit De Peso	452	8.9	353	8.2
Riesgo	1482	29.2	1137	26.5
Adecuado	2894	56.9	2697	62.8
Sobrepeso	242	4.8	104	2.4
Total	5070	100	4150	100

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

El indicador peso / edad tuvo un comportamiento similar en estos periodos, se mantuvo alrededor del 8%. Aumento el porcentaje de niños con un peso adecuado para la edad y

disminuyo el sobrepeso, comparando este indicador con la ENSIN el déficit de peso para la edad es mayor.

Prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva en menores de seis meses.

Tabla 11. Prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva en Menores de 6 meses. Usme. I trimestre 2010 - 2011.

Lactancia Exclusiva	2010		2011	
	N°	%	N°	%
Si	199	72.0	177	64.6
No	21	7.7	97	35.4
SD	53	19.4	0	0
Total	273	100	274	100

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Se ha aumentado la exclusividad en este grupo de edad pero comparando el 2010 con el 2011 se disminuyo en el 2011 el porcentaje en 7.4%. Esto puede verse afectado, en parte, a que la promoción de la Lactancia Materna solo va dirigida a las gestantes, pero no a la población en

general, la cual tiene otras creencias, que van en contra de la LM e influyen para que las madres lactantes tomen decisiones inadecuadas.

Prevalencia de la Lactancia exclusiva en mayores de 6 meses y menores de 24 meses

Tabla 12. Prevalencia de la Lactancia Materna Complementaria en niños mayores de 6 meses. Usme. I trimestre 2010 – 2011.

Lactancia Complementaria	2010		2011	
	N°	%	N°	%
Si	680	52.6	777	81.6
No	288	22.3	175	18.4
SD	282	21.8	0	0
vacías	43	3.3	0	0
Total	1293	100	952	100

Fuente: Base SISVAN, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

La alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses, no se recomienda introducirla antes debido a la maduración del tracto gastrointestinal; sin embargo, de

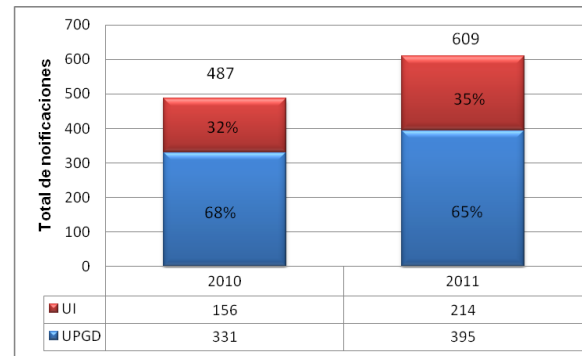
acuerdo al SISVAN los menores comienzan a comer alimentos diferentes a la Leche Materna entre los 4 y 6 meses. Se ha presentado un aumento de la Lactancia Complementaria en un 29%, lo cual es favorable para esta población. Se mejoró la calidad del dato durante el primer trimestre de este año.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SIVIM

El sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual – SIVIM se constituye en la principal fuente de datos en el Distrito Capital sobre dichos eventos. El sistema incluye: el mantenimiento de unidades primarias generadoras del dato (UPGD), de las unidades informadoras (UI) del sistema enunciado, a su vez, el seguimiento de los casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, con énfasis en abuso sexual y casos en riesgo de fatalidad con el fin de facilitar su canalización y atención integral así como la restitución de derechos de los afectados.

El seguimiento de los casos tanto prioritarios como de control se realiza sin distinción de edad, sexo, régimen de afiliación, ubicación geográfica, considerando entre otros factores el riesgo vital, para garantizar la atención oportuna y efectiva de las presuntas víctimas de violencias, bajo parámetros como calidad del dato y oportunidad de la notificación

Grafica 10. Notificación por UPGD y UI. Usme. I trimestre 2010 - 2011



Fuente: Base SIVIM, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2011 fueron notificados a la oficina de Vigilancia Epidemiológica al subsistema SIVIM Usme 609 casos, representando un

incremento trimestral del 20% con respecto al mismo período del año anterior en el cual se captaron 487. Para el presente año se reportaron 395 casos por Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) versus 331 del año 2010 y 214 casos de Unidades Informadoras (UI) versus 156 del mismo período del trimestre anterior.

Así mismo, el trabajo que se ha desarrollado con las diferentes UI que nutren el subsistema, de las cuales el proceso desarrollado por los profesionales de apoyo SIVIM, representan el 70% en la búsqueda activa de casos en toda la localidad.

Los planteles educativos, reportaron en menor medida casos al SIVIM con un 7% de participación como UI para el 2011 versus el 13,4% del mismo período del año anterior, lo cual puede atribuirse a factores como inicio de actividades escolares hacia el mes de febrero, confusión por parte de los centros educativos sobre el aplicativo web de alertas al cual no se cuenta con acceso, dado que aun no han sido entregados los usuarios y claves,

muchos de los planteles no cuentan con equipos de computo y desde el ámbito escolar no se cuenta con un profesional que se encargue de movilizar las rutas de atención en los colegios.

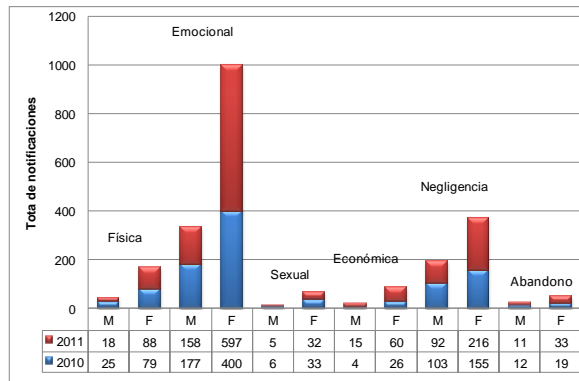
En cuanto a la distribución de casos notificados al subsistema, las UPGD reportaron un 65% del total de la notificación, frente al 35% de las UI como colegios, jardines y los ámbitos de la vida cotidiana como los más relevantes, teniendo en cuenta que se mantiene una proporción similar con respecto al primer trimestre de 2010.

Dentro de las UPGD que reportan en mayor volumen de notificación se encuentran UPA Marichuela, Betania, Reforma, Danubio Azul, Santa Martha y Yomasa con el 76% de la notificación para enero – marzo del presente año. Lo cual se explica principalmente porque son los centros en los cuales se cuenta con atención terapéutica captando un gran número de casos a partir de la consulta con el psicólogo o por la remisión de los demás funcionarios de la institución que se encuentran sensibilizados y comprometidos con el reporte de los

eventos.

Adicionalmente, se mantiene la tendencia histórica de notificación en mayor proporción en los centros con atención terapéutica ubicados en las UPZ Gran Yomasa (Marichuela, Betania y Yomasa) con el 39% de la totalidad de casos reportados, lo cual obedece principalmente a factores como la UPZ de mayor densidad poblacional, mejores rutas de acceso y mejor ubicación de los centros.

Grafica 11. Notificación según tipo de violencia y sexo. Usme. I trimestre 2010 – 2011



Fuente: Base SIVIM, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

A partir del grupo de edad de las presuntas víctimas, se evidenció para los períodos en mención que los eventos en los cuales los menores de 5 años son víctimas representan el 27%, lo cual muestra una leve variación en comparación al mismo periodo del año anterior con el 24%. Siendo más frecuente para estas edades la negligencia con el 36.2% como tipos de violencia notificado en mayor medida dado, que principalmente se detectan en los centros de salud, niños sin registro civil, afiliación a salud, ausencia de controles de crecimiento y desarrollo así como esquema de vacunación incompleto. Por otra parte, se evidencia que existe abandono hacia menores que no cuentan con la correspondiente y obligatoria asistencia alimentaria de parte de alguno de sus padres.

El intervalo de edad de 10 a 20 años presenta el mayor número de eventos registrados en el subsistema SIVIM, con un 30% de la notificación total, cifra similar al año anterior (29%) lo cual se mantiene y representa (junto con los menores de 5 años) uno de los grupos de edad más propensos a ser víctima de maltrato. Como tipos de

violencia con las cuales son vulnerados de manera frecuente se encuentran el maltrato emocional con el 53% y la negligencia con el 25% dentro del total de eventos registrados en el grupo de edad. Éste último se manifiesta principalmente en las gestantes adolescentes, quienes debido a su condición de indefensión e inmadurez física y mental no cuentan con la información necesaria para enfrentarse a la nueva condición de embarazos no planeados lo que genera inicio tardío de controles prenatales, lo que exacerba su estado de alto riesgo y a su vez no cuentan con el apoyo suficiente en cuanto a recursos económicos para garantizar su curso de embarazo dentro de condiciones adecuadas y con los correspondientes seguimientos en salud.

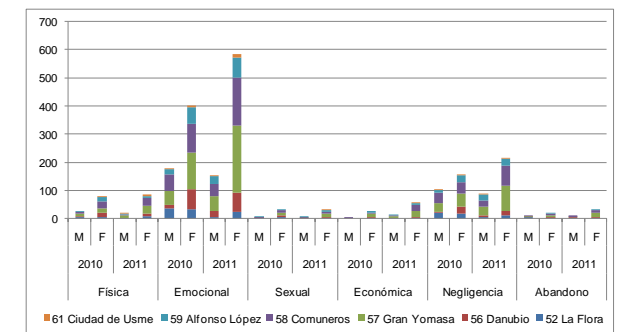
De igual manera, se presentan casos en los cuales las menores en gestación conviven con adultos como pareja, con el consentimiento de los padres como presunto matrimonios serviles, situación que se pone en conocimiento de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para su seguimiento y protección según el caso.

También se identificaron casos de gestantes menores de 14 años, a quienes en compañía de sus acudientes se orientaron en el inicio del proceso legal como presuntos abusos. La violencia sexual representa un 51% del total de esta clase de eventos notificados, siendo las mujeres con 18 casos las principales víctimas frente a 1 caso en hombres.

Para las edades comprendidas entre los 21 y 30 años, con el 15% de la notificación se encuentran el maltrato físico y emocional como principales eventos notificados y cuyas víctimas son mujeres en su mayoría, siendo los agresores generalmente sus cónyuges. En el grupo etario de 31 a 40 años representa el 10% de reportes de eventos de violencia, principalmente emocional y económica, que al igual que el grupo de edades descritos anteriormente son las mujeres quienes en su mayoría son proclives a padecerla, teniendo en cuenta factores de riesgo como uniones tempranas, familias reconstituidas, hijos no deseados, machismos, infidelidad, bajo nivel educativo.

En el grupo etario de 41 en adelante con el 10% restante, se registran como tipos de violencia con mayor presentación el maltrato emocional y económico, cuyos agresores más frecuentes son sus hijos o para las personas mayores también sus cuidadores

Grafica 12. Notificación por UPZ, sexo y tipo de violencia, Usme. I trimestre 2010 – 2011



Fuente: Base SIVIM, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Durante la ejecución enero – marzo de 2011, la distribución de eventos de violencia registrados por el subsistema se hizo desde las 7 UPZ de la localidad, evidenciándose al igual que en el mismo periodo del año anterior el

mayor número de eventos en Gran Yomasa y Comuneros con el 38% y 29%, frente a 30% y 29% respectivamente, dado su ubicación y mayor densidad poblacional entre otros aspectos. Por el contrario y dadas las condiciones de ruralidad y encontrarse en la periferia de la localidad se encuentra Ciudad de Usme con 2%. Lo anterior representa la tendencia que se mantiene a lo largo del año anterior, con similares proporciones de notificación por UPZ considerando que se cuenta con las mismas UI y UPGD.

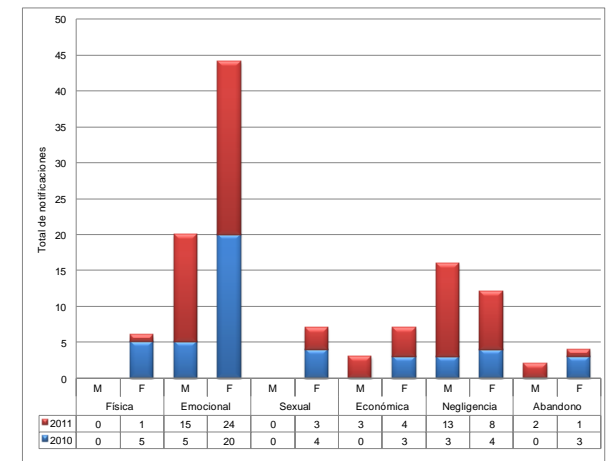
En la UPZ La Flora se detectaron y notificaron un total de 59 eventos, los cuales representan un 4.4% del total del trimestre, con niveles inferiores a lo captado en los mismos meses del año anterior (12.2%). Lo anterior podría explicarse con la baja notificación de parte instituciones educativas que reportaban casos con mayor frecuencia el año anterior, pero dado la dificultad de movilización de la ruta por parte de ámbito escolar y el sistema de alertas se ha disminuido notablemente. Así mismo, la decisión de retirar la atención de psicología en la UBA La Flora justifica el descenso.

Por su parte Danubio Azul, disminuyó su volumen de notificación con el 10% del total general para el periodo frente al 14.5% para el 2010, es importante mencionar que la principal UPGD que reporta eventos es la UBA Danubio que cuenta con la atención a víctimas de violencia, hecho que incentiva el reporte periódico de casos por los diferentes funcionarios del centro.

Como evento a destacar se encuentra la violencia sexual, con un total de 37 eventos para el primer trimestre de 2011 versus 39 de año anterior. Su presencia es reportada en mayor proporción en Gran Yomasa con 14 eventos y el 38% frente a 7 eventos del mismo período de año anterior, Comuneros con 8 aportando el 22% y Alfonso López con 7 y 19%. Durante Enero – Marzo de 2010 las UPZ que reportaron mayores volúmenes de notificación fueron Comuneros con 33%, Danubio con el 23 y Gran Yomasa con 18%. Se debe tener en cuenta el mismo criterio que explica que el mayor volumen de notificación es dado por la ubicación y condiciones de las UPGD y UI que reportan las presuntas

situaciones de violencia del total de 1325. Danubio reporta el 11% de los eventos para el trimestre y en menor medida Flora y Ciudad de Usme 3% cada una

Grafica 13. Notificación por población desplazada, sexo y tipo de violencia. Usme. I trimestre 2010 – 2011



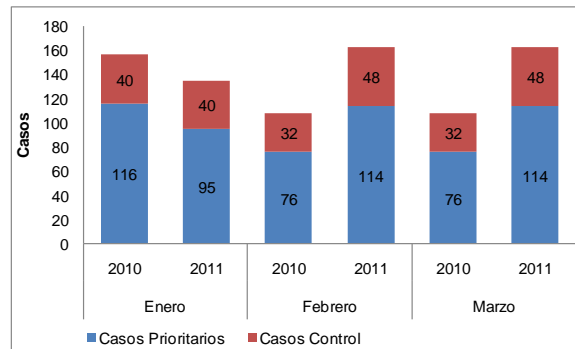
Fuente: Base SIVIM, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Durante el primer trimestre del 2011 se evidenció que fueron notificados 74 eventos de población desplazada víctimas de maltrato infantil,

violencia intrafamiliar y sexual con una representación del 5% del total de notificaciones del periodo, en comparación con el mismo periodo del 2010 en el cual el número de eventos fue de 47 representando un incremento del 36%. En primer lugar se encuentra el maltrato emocional que exacerba las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentra esta población con una representación del 53%. En general el sexo femenino es quien padece directamente las consecuencias de la violencia al interior de las familias, así como de delitos sexuales que sumados a las demás condiciones de vulneración de derechos, facilitan que las condiciones de calidad de vida y salud de las personas en condición y situación de desplazamiento sean deficientes.

En segundo lugar, la negligencia en especial en el sexo masculino con un 28% de reporte de esta población en el 2011 y 15% para el 2010 debido principalmente a dificultades en las afiliaciones a SGSSS lo que ocasiona que no se reciba atención y seguimiento en salud con las correspondientes consecuencias derivadas

Grafica 14. Casos prioritarios y de control atendidos. Usme. I trimestre 2010 – 2011



Fuente: Base SIVIM, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Durante el período comprendido entre enero – marzo de 2010 se realizó de manera oportuna y efectiva la intervención y seguimiento a 372 y en el 2011 a 459 notificaciones de eventos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual por el subsistema, a presuntas víctimas habitantes de la localidad teniendo como objetivo iniciar acciones orientadas a garantizar la restitución de sus derechos.

Para el mes de enero de los años en comparación se contó con un profesional mas para un total de 5

psicólogos para cada periodo, quienes atendieron de manera efectiva 156 y 135 casos para cada año respectivamente, de acuerdo con la meta negociada por techo fijo. Para la adición que dio inicio en el mes de febrero de 2011 y por direccionamiento de nivel central teniendo en cuenta el incremento en la notificación anual se pactó el aumento en la atención de casos contando con un psicólogo adicional para un total de 6, brindando atención a 162 casos para los meses de febrero y marzo.

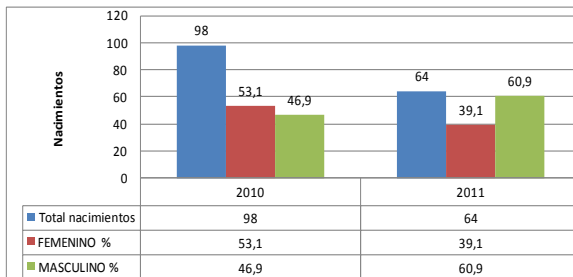
Se resalta durante el primer trimestre de 2010 y 2011 SIVIM tuvo asiento en mesas de participación como el comité de atención a víctimas de violencia sexual, red del buen trato y Comité de Salud Menta

ESTADÍSTICAS VITALES

Comportamiento de los nacimientos certificados por el Hospital de Usme I nivel ESE, durante el primer trimestre 2010 - 2011

Características generales

Grafica 15. Nacimientos certificados por el hospital de Usme, distribuidos según sexo al nacer. I trimestre 2010 – 2010.



Fuente: base de datos nacimientos, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

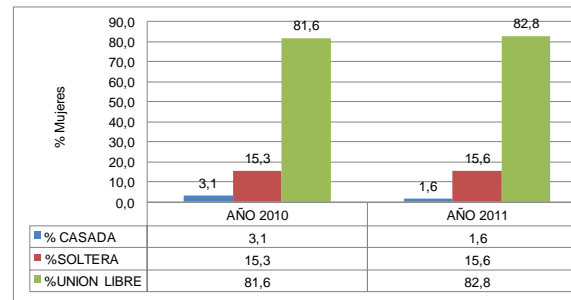
En el primer trimestre del año 2011 el Hospital de Usme certifico un 34,6 % menos de nacimientos con relación al mismo periodo en el año 2010.

En cuanto al sexo de los recién

nacidos, el femenino presenta una variación del 20% del 2010 al 2011; y el sexo masculino una del 16% del año 2011 con respecto al 2010.

En cuanto al ciclo vital en los que se encontraban los padres en el momento del nacimiento, predomina con un 82% el ciclo de juventud para ambos años, seguido por el ciclo de adultez tanto para las madres como para los padres, mostrando un porcentaje significativo del 14.9% de embarazos en madres adolescentes menores de 19 años

Grafica 16. Estado civil de la madre al momento del parto. Usme. I trimestre 2010 – 2011.

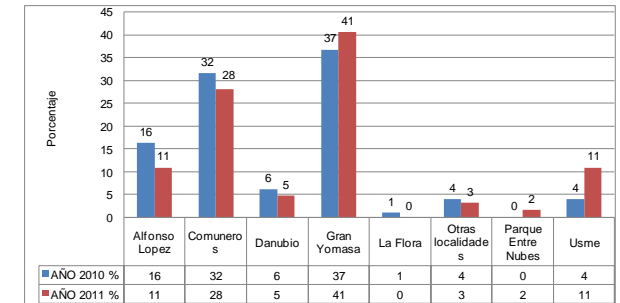


Fuente: base de datos nacimientos, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Con un porcentaje promedio de

84,5% en el primer trimestre del año 2010 y 2011, ocho de cada diez mujeres tenían pareja en el momento del parto, convirtiéndose en un factor protector, teniendo en cuenta que la pareja sería considerada un apoyo emocional y financiero para la gestante

Grafica 17. Porcentaje de nacimientos por UPZ. Usme. I trimestre 2010 – 2011.



Fuente: base de datos nacimientos, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Los nacimientos certificados por el Hospital de Usme para los periodos analizados (primer trimestre del año 2010-2011) se ubican en su mayoría en la UPZ gran yomasa seguidos por comuneros y Alfonso López, en menor proporción las que se encuentran más alejadas de los CAMI santa librada y CAMI Usme; UPZ Danubio, Usme, la

flora y parque entre nubes

El nivel educativo de los padres en el momento del nacimiento es bajo, se encuentra en su mayoría en básica secundaria, seguido por básica primaria y media académica clásica. Los niveles técnicos y profesionales son casi nulos para estos periodos.

En el primer trimestre del año 2010 el 15,3% de las mujeres en el momento del parto solo contaban con básica primaria, en el 2011 para el mismo periodo presento una disminución del 45,9%. En promedio el 76,6% de estas mujeres se encontraba en el ciclo vital de juventud, sin embargo el 6,7% era menor de 19 años en el año 2010 y para el 2011 aumento un 23,3%, y el 100% de sus compañeros tenían el mismo nivel educativo.

Análisis

Bajo peso al nacer

Para los periodos analizados, en el año 2010 el 5.1% de los nacimientos presentaron bajo peso y en el 2011 fue

del 4,7%; De ellos el 50% fueron nacimientos pre termino lo que es un factor predisponente para presentar bajo peso al nacer

Teniendo en cuenta que el control prenatal identifica factores de riesgo tanto para la madre como para la vida que está gestando esta debería acudir por lo menos una vez al mes a su servicio de salud para dicho control; para el año 2010 en el primer trimestre del año las madres que su recién nacido presento bajo peso acudieron en promedio solo a tres controles y para el año 2011 el promedio fue de un solo control. Por lo anterior se infiere que no se pudo identificar a tiempo los posibles factores de riesgo que ocasionaran un parto pre termino y un recién nacido de bajo peso.

El 75% de las mujeres que su recién nacido presento bajo peso vivían en unión libre y 25 % se encontraban solteras

Sin control prenatal

Como ya se menciona el control prenatal es una herramienta

fundamental para prevenir la morbi-mortalidad materna, perinatal y fetal. En el periodo que se tomo como muestra se encontró que: para el año 2010 el 9,2% de las maternas no acudieron a control prenatal y para el mismo periodo en el año 2011 se triplico esta cifra. Producto de lo anterior de visualizo que para ambos años el 11,1 % de los partos fueron pre termino y para el año 2011 el mismo porcentaje nació con bajo peso.

Ser madre adolescente menor de 19 años puede ser un factor predisponente para no acudir a los controles prenatales debido a las características socioculturales que las rodean. De las mujeres que no acudieron al control prenatal el 33,3% en el año 2010 eran menores de 19 años y en 2011 el 11,1%.

Entre otros factores el no tener una red de apoyo y enfrentarse a una gestación sola incrementa la no asistencia a los controles prenatales, para ambos años el 33,3% de las mujeres que no tuvieron controles prenatales eran solteras.

25



Cuando la mujer ya ha tenido una gestación previa y esta concluye en buenos términos, al enfrentarse a una nueva le resta importancia a los controles médicos de su gestación actual. En la muestra seleccionada de las mujeres que no acudieron a control prenatal en promedio el 80% ya tenían hijos previos a esta gestación

Embarazo en adolescentes de 14-19

Para el año 2010 en el primer trimestre del año el 17,3 % de los nacimientos certificados en el hospital correspondían a madres menores de 19 años, y en el año 2011 al 12,5%. De estas menores solo el 17% en promedio tenía un bachiller completo, el restante solo curso hasta noveno grado.

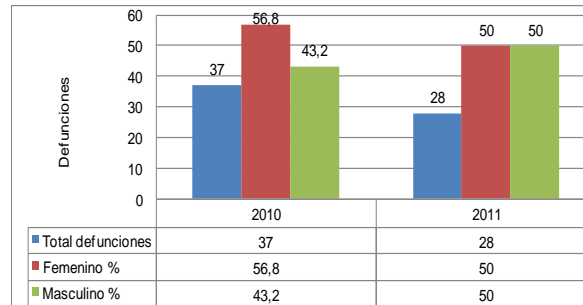
La edad de la madre es un factor que se asocia fuertemente con el posible daño del niño o de la madre (muerte, enfermedad y/o secuela), teniendo en cuenta en las madres adolescentes su inmadurez física, mental y las condiciones socioculturales en las que se desenvuelve. Con un porcentaje del 29,4% una de cada tres mujeres menores de 19 años ya tenía hijos previos a esta gestación en el

primer trimestre del año 2010 y para el 2011 el 50% ya tenían hijos

Comportamiento de las defunciones certificadas por el Hospital de Usme I Nivel ESE, durante primer trimestre 2010 y 2011

Características generales

Grafica 18. Defunciones certificadas por el hospital de Usme distribuidas según sexo. I trimestre 2010 – 2011



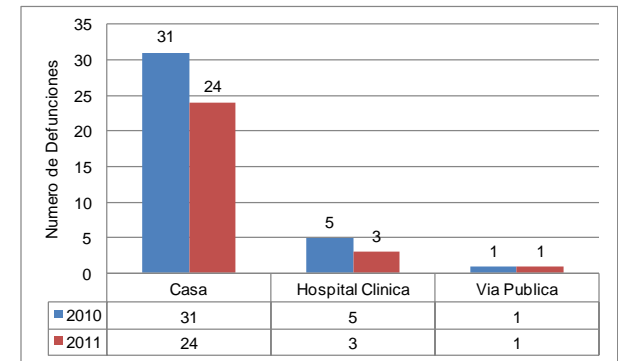
Fuente: base de datos defunciones, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Para el año 2011 disminuyeron un 24,3% las muertes certificadas en el hospital de Usme con respecto al año 2010 en el primer trimestre del año, en cuanto al sexo existió una variación en su comportamiento, disminuyendo el % de mujeres para el 2011 y aumentando

los hombres

Para ambos años (2010 y 2011) en el primer trimestre, el ciclo vital en donde ocurren más del 80% de las defunciones es el de adulto mayor, y concuerda con la expectativa de vida que en promedio es hasta los 77 años a nivel Bogotá

Grafica 19. Lugar de ocurrencia de las defunciones certificadas por el hospital de Usme. I trimestre 2010 – 2011



Fuente: base de datos defunciones, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

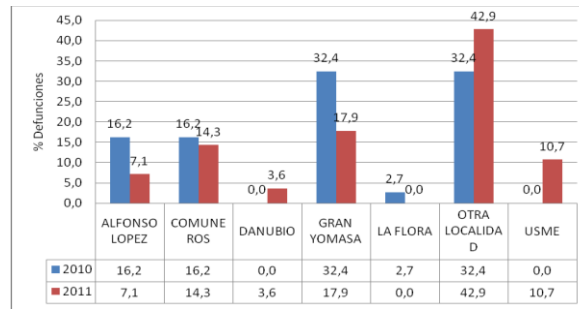
El 100% de las muertes certificadas en el hospital de Usme son por causa natural, es decir que producto

de una enfermedad previa de la persona se produjo la muerte, en Bogotá el hábito de acudir al médico de manera rutinaria o en caso de sentir alguna molestia no es frecuente, sobre todo en los casos en los que se padece de una enfermedad crónica como lo es la hipertensión arterial, diabetes, problemas cardiacos entre otros, se suele acudir a tratamientos caseros en aras de evitar una posible hospitalización. Por lo anterior más del 80% de las muertes naturales certificadas por el hospital de usme en el primer trimestre del año 2010 y 2011 fueron domiciliarias, es decir la persona fallece en su casa y el certificado de defunción lo expide la ambulancia si fue llamada cuando aun la persona estaba viva, o si la persona ya estaba muerta y la escena la reviso previamente la policía lo expide la institución que por última vez atendió al paciente.

El en el ciclo vital adulto mayor las uniones de tipo formal son más frecuentes que en otros ciclos de la vida, y la expectativa de supervivencia es en promedio de 77 años teniendo en cuenta lo anterior el estado civil que predomino para el primer trimestre del

año 2010 y 2011 fue casado(a) y Viudo(a).

Grafica 20. Defunciones certificadas por el Hospital de Usme, distribuidas por UPZ. I trimestre 2010 – 2011



Fuente: base de datos defunciones, VSP, Hospital de Usme, I trimestre año 2010 – 2011

Una de las Upz más grandes y con mayor cantidad de habitantes con la que cuenta la localidad quinta de Usme es Gran yomasa, de las defunciones ocurridas en la localidad y certificadas por el Hospital de Usme nivel en el primer trimestre del año 2010 la Upz con mayor cantidad de defunciones fue gran yomasa con un 32,4% y para el año 2011 con un 17,9%.

Los CAMI del hospital de Umse I nivel, santa librada y usme no son los únicos que certifican las defunciones para el hospital, además de ellos cuenta con tres ambulancias medicalizadas, cabe aclarar que no todas tienen base en la localidad, es decir que tienen asignadas otras zonas de Bogotá para trabajar, por lo anterior la mayor cantidad de defunciones certificadas por el hospital en el primer trimestre del año 2010 y 2011 con un porcentaje del 37,7% pertenecieron a otras localidades.

Análisis

Causas de defunción

Además del deterioro natural del cuerpo a lo largo de la vida humana, las enfermedades crónicas son las que actualmente mas aquejan a la población del ciclo adultez y el deterioro por las mismas se evidencian en el ciclo adulto mayor. Las graves consecuencias a la salud se empeoran por la mala adherencia al tratamiento farmacológico y estilos de vida poco saludables que desencadenan en el fallecimiento de las personas; evidencia de esto en la

muestra que se selecciono para el análisis el 90% de las causas básicas de muerte como falla ventilatoria e infarto agudo al miocardio están asociadas a enfermedades crónicas , tales como EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) asociada al consumo de cigarrillo, e hipertensión arterial asociada al sedentarismo, malos hábitos alimenticios entre otras.

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH)

En el primer trimestre del año tanto para el 2010 como para el 2011, mensualmente sesiono el comité de infecciones intrahospitalarias. En cuanto al plan de inducción y re inducción en infecciones para el mismo periodo no se efectuó, sin embargo dentro de la planeación para el año 2011 quedaron incluidos los temas correspondientes para el plan de inducción y re inducción institucional anual.

Las búsquedas activas institucionales se realizaron en ambos años para el mismo periodo a través de los rips, y las búsquedas de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS)

en las mujeres posparto y sus recién nacidos no se efectuaron, sin embargo en el comité que sesiono el mes de febrero del año 2011 se aprobó formato para realizar las búsquedas activas a través de llamadas telefónicas, dicho formato se implemento desde el mes de abril del presente año.

En el primer trimestre del año 2011 al igual que para el mismo periodo del año 2010, no se notifico ni se encontró en las búsquedas activas ninguna IACS, , por tal motivo no se realizo seguimiento a la integralidad de la ficha de notificación.

Pese a que la búsqueda activa no arrojo ninguna IACS, para el primer trimestre del año 2011 se realizo seguimiento al proceso y se encontró que el talento humano relacionado desconocía los criterios diagnósticos y la ficha de notificación, razon por la cual en el comité de marzo del año 2011 se capacito a los miembros del comité en criterios diagnósticos de infecciones asociadas al cuidado de la salud y el correcto diligenciamiento de la ficha de notificación de las IACS. En cuanto al informe de IACS, para el primer

trimestre del año 2010 se radico mensualmente en la Secretaria Distrital de Salud, para el mismo periodo del año 2011 se envió por correo electrónico como lo estipulo la Secretaria Distrital de Salud.

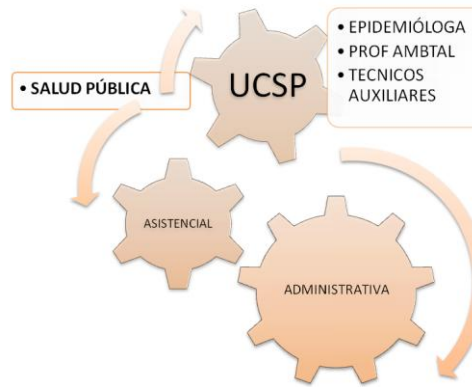
En cuanto a los mecanismos implementados por la institución en uso prudentes de antibióticos desde el comité de infecciones intrahospitalarias, en los años 2010 y 2011 en el primer trimestre no se efectuaron. No obstante desde el mes de octubre del año 2010 se está trabajando con el Químico Farmacéutico del hospital en la construcción de la ficha técnica de la capacitación de uso prudente de antibióticos y desde el mes de marzo del presente año el proceso lo está liderando la coordinación de calidad del Hospital, para dar cumplimiento a la guía establecida por la Secretaria Distrital de Salud

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS

A partir del año 2011 la atención a eventos de salud pública está a cargo de las Unidades Comando en Salud Pública (UCSP), quienes asumen el manejo operativo de las emergencias, urgencias, brotes o eventos en salud pública en la localidad quinta. La respuesta oportuna ante una emergencia y muy especialmente las emergencias con impacto en la salud pública, contribuye en forma significativa, a la mitigación del posible impacto en la salud y el ambiente.

En el siguiente informe se presenta las acciones adelantadas para el primer trimestre del 2011 relacionado con la atención a emergencias y urgencias, así como otras intervenciones para promover la prevención y mitigación del riesgo mediante el trabajo mancomunado con la comunidad. Por otro lado se articulan las actividades de la línea con las respuestas integradoras en la gestión de la información, ASIS y consolidación de la red

Figura 1. Organización UCSP 2011



A diferencia del año 2010, donde el sistema estaba representado por un solo profesional, actualmente la intervención de la línea se fortalece con el apoyo organizado y estructurado de diferentes profesionales, que junto con la articulación con otras líneas o ámbitos de salud pública y el apoyo de la parte asistencial y de la parte administrativa, se garantiza la atención de cada evento de modo integral y efectivo

Proceso de la línea de urgencias y emergencias en salud pública primer trimestre 2010-2011

Para velar por la atención de eventos de interés en salud pública, durante el primer trimestre del 2010 y en el año 2011 se diligenció el prototipo de la base de datos que incluye georreferenciación de cada uno de los mismos como brotes de varicela, parotiditis, atendidos y documentados directamente por el equipo de SIVIGILA por medio de los informes epidemiológicos que son entregados por el área de Vigilancia Epidemiológica. En cuanto a la intervención a eventos o emergencias por Ola Invernal, cabe mencionar que ésta se activa en el momento en que la Coordinación y Asistencia Técnica del Comité Local de Emergencias- CLE- en el caso la Alcaldía Local y el Departamento para la atención y prevención de Emergencias –DPAE- se comunica con la referente y/o personal del Hospital Local en solicitud de la atención respectiva.

Sin embargo, el subsistema contribuye con la prevención del riesgo

mediante capacitaciones y asesorías a comunidad para la identificación de factores de riesgo relacionados con eventos en salud pública, fomentando habilidades para la gestión del riesgo en la comunidad que directamente puede ser afectada pero que a su vez debe identificarse con su entorno y reconocerse como inductor y actor principal del mismo

Durante el año 2010 el grupo comunitario que mas recibió capacitaciones fue el que se encontraba en las diferentes fundaciones ubicadas en la localidad, esto cambio para el año 2011, durante el cual los miembros de las asociaciones de jardines del ICBF fueron quienes más se capacitaron. La formación que se brinda en relación a la gestión del riesgo reviste gran interés en la localidad, mas aun teniendo en cuenta las emergencias ocurridas en la localidad y en el distrito en general debido a la ola invernal que se ha presentado.

Por otro lado las asesorías sobre elaboración de planes de emergencia, para el 2010, los jardines infantiles de bienestar familiar fueron los

establecimientos con mayor numero de asesorías recibidas así como en el primer trimestre del 2011, teniendo en cuenta la necesidad presentada por las madres comunitarias en el cumplimiento de la exigencia realizada por las entidades de control en la presentación del documento.

En cuanto al protocolo de disponibilidad, se realiza articulación con los coordinadores de vigilancia en salud pública y personal de Medio Ambiente con el fin de realizar notificación de eventos de interés en salud pública. Para el primer trimestre tanto de 2010 como el de 2011, la comunicación y reporte se realizo por medio de Avanteles siguiendo la cadena de llamadas inmersa dentro del protocolo de disponibilidad de la Secretaria Distrital de Salud, para la activación, reporte y atención de eventos.

Durante el mes de marzo de 2011 se procedió al decomiso de 803 bolsas de leche que tenían ingredientes tóxicos en su contenido, según activación de SDS. Los productos decomisados fueron destruidos en cada

establecimiento, generando las evidencias y soportes en el desarrollo de la actividad. (Actas y registro fotográfico)

Fotografía 1. Decomiso bolsas de leche marca La Nueva Leche. Usme. 2011



Fuente: Oficina Medio Ambiente, Salud Pública, Hospital de Usme, año 2011

Fotografía 2. Decomiso bolsas de leche marca La Nueva Leche. Usme. 2011



Fuente: Oficina Medio Ambiente, Salud Pública, Hospital de Usme, año 2011

En las actividades desarrolladas dentro de la línea de urgencias y emergencias se tiene como prioridad la atención a aquellos eventos que puedan afectar la salud de la comunidad, para el caso de la comunidad local, y para lo cual se desarrollan actividades de prevención con el fin de fomentar habilidades y reconocimiento de los factores de riesgo locales y así cada persona realice diagnóstico de su nivel de riesgo en su entorno, considerando los aspectos a nivel ambiental, social, económico que finalmente interactúan en el momento de toma de decisiones

para la prevención, mitigación del mismo como una forma de identificación y apropiación de las problemáticas latentes además del sostenimiento de corresponsabilidad y autonomía en la gestión del riesgo en el tiempo

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

Como parte de los programas de interés en salud pública, el programa ampliado de inmunizaciones, ha sido uno de los programas considerado históricamente como bandera tanto por su responsabilidad en la disminución de la morbi mortalidad infantil como por su costo efectividad.

El desarrollo del Programa PAI, se basa en una organización, planeación y programación que va desde el nivel Nacional hasta el nivel Local en el cual interactúan varios componentes para así lograr la reducción de la morbi-mortalidad y contribuir a la eliminación y erradicación de enfermedades inmunoprevenibles para lo cual es necesario tener cobertura útiles sobre el 95% en cada uno de los biológicos del programa.

Biológicos aplicados primer trimestre 2010 – 2011

Al comparar el comportamiento del número de inmunobiológicos administrados durante los primeros trimestres del año 2010 y 2011, se puede determinar una disminución importante en su aplicación durante el último año. Durante el primer trimestre 2011 se aplicaron 27.476 dosis, mucho menos que las aplicadas en el mismo periodo de 2010, evidenciando una disminución del 51.9%.

Biológicos trazadores para el programa permanente o regular

Para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es medido por biológicos trazadores los que le dan a los niños la inmunidad y reducir el riesgo de contraer una enfermedad inmunoprevenible.

Terceras dosis de polio

La estrategia implementada para erradicación de polio en las Américas, adoptada a nivel mundial comprende los siguientes aspectos

Alcanzar y mantener una cobertura de vacunación superior al 95%, con al menos tres dosis de polio oral en niños menores de 1 año.

Desarrollar sistemas sensibles de seguimiento epidemiológico y de laboratorio para parálisis flácida aguda.

Tabla 13. Distribución de la tercera dosis de polio por IPS. Usme. I trimestre 2010

IPS	META ANUAL POLIO 3ras	META MES	ENERO		FEBRERO		MARZO		ACUMULADO 2010	
			INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.
			MARICHUELA	687	57	55	96%	49	85%	49
FLORA	230	19	22	115%	21	110%	22	115%	65	28,26
DESTINO	30	3	4	160%	3	120%	1	40%	8	26,67
USME	180	15	19	127%	16	107%	20	133%	55	30,56
YOMASA	390	33	33	102%	34	105%	31	95%	98	25,13
BETANIA	370	31	31	101%	31	101%	32	104%	94	25,41
REFORMA	580	48	51	106%	39	81%	54	112%	144	24,83
SANTA MARTA	325	27	27	100%	27	100%	27	100%	81	24,92
LORENZO	324	27	27	100%	18	67%	20	74%	65	20,06
SAN JUAN	401	33	38	114%	38	114%	37	111%	113	28,18
ARRAYANES	110	9	2	22%	10	109%	5	55%	17	15,45
DANUBIO	412	34	43	125%	43	125%	44	128%	130	31,55
FISCALA	110	9	11	120%	9	98%	8	87%	28	25,45
EXTRAMURAL	1040	87	54	62%	72	83%	109	126%	235	22,60
JUAN BONAL	20	2	1	60%	6	300%	1	60%	8	40,00
COLSUBSIDIO	400	33	49	147%	37	111%	52	156%	138	34,50
UNICAJAS	40	3	5	150%	7	210%	0	0%	12	30,00
ARTILLERIA	110	9	7	76%	9	98%	14	153%	30	27,27
SERVIMED	20	2	7	420%	0	0%	2	120%	9	45,00
TOTAL	5779	482	486	101%	469	97%	528	110%	1483	25,66

Fuente: SIS-151 enero-marzo de 2010

Tabla 14. Distribución de la tercera dosis de polio por IPS. Usme. I trimestre 2011

IPS	META ANUAL POLIO TERCERAS	META MES	ENERO		FEBRERO		MARZO		ACUMULADO 2011	
			INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.
			MARICHUELA	776	59	53	90	48	81%	50
FLORA	252	21	16	76	21	100%	18	86%	55	21,8%
DESTINO	43	4	4	100	2	50%	2	50%	8	18,4%
USME	222	19	17	89	13	68%	15	79%	45	20,3%
YOMASA	414	35	24	69	22	63%	34	97%	80	19,3%
BETANIA	395	33	31	94	33	100%	35	106%	99	25,1%
REFORMA	637	46	40	87	42	91%	41	89%	123	19,3%
SANTA MARTA	339	26	21	81	24	92%	31	119%	76	22,4%
LORENZO	337	27	27	100	29	107%	28	104%	84	24,9%
SAN JUAN	435	35	32	91	19	54%	25	71%	76	17,5%
ARRAYANES	112	9	7	78	11	122%	11	122%	29	25,9%
DANUBIO	475	40	19	48	27	68%	42	105%	88	18,5%
FISCALA	137	11	2	18	8	73%	14	127%	24	17,5%
EXTRAMURAL	683	78	62	79	36	46%	33	42%	131	19,2%
JUAN BONAL	37	3	5	167	2	67%	1	33%	8	21,6%
COLSUBSIDIO	481	40	27	68	48	120%	35	88%	110	22,9%
UNICAJAS	54	5	4	80	5	100%	8	160%	17	31,6%
ARTILLERIA	122	9	10	111	12	133%	10	111%	32	26,2%
SERVIMED	34	2	1	50	1	50%	0	0%	2	5,9%
TOTAL	5986	499	402	81	403	81%	433	87%	1238	20,7%

Fuente: SIS-151 enero-marzo de 2011

En las tablas anteriores se evidencia las coberturas logradas durante el primer trimestre en la localidad de Usme para las terceras dosis de polio; observando que en el 2010 se logro alcanzar una cobertura sobre el 95%, mientras que en el 2011 solo se logra tener una cobertura de 83%. Teniendo en cuenta que cada mes es proporcional al 8,3% dando un resultado trimestral acumulado de

24,9%, cobertura que no se ha logrado en el 2011.

Segundas dosis de rotavirus

La vacuna contra el rotavirus con segundas dosis confiere protección de más del 70% de nuevos episodios de diarrea y de cerca del 100% de cuadros de diarrea grave.

Tabla 15. Distribución de la segunda dosis de rotavirus por IPS. Usme. I trimestre 2010

IPS	META ANUAL ROTAVIRUS SEGUNDAS	META MES	ENERO		FEBRERO		MARZO		ACUMULADO 2010	
			INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.
			MARICHUELA	687	57	72	126%	62	108%	62
FLORA	230	19	32	167%	15	78%	29	151%	76	33,04
DESTINO	30	3	3	120%	3	120%	2	80%	8	26,67
USME	180	15	24	160%	14	93%	12	80%	50	27,78
YOMASA	390	33	34	105%	32	98%	33	102%	99	25,38
BETANIA	370	31	35	114%	31	101%	18	58%	84	22,70
REFORMA	580	48	61	126%	42	87%	46	95%	149	25,69
SANTA MARTA	325	27	24	89%	16	59%	30	111%	70	21,54
LORENZO	324	27	33	122%	30	111%	16	59%	79	24,38
SAN JUAN	401	33	45	135%	30	90%	50	150%	125	31,17
ARRAYANES	110	9	5	55%	11	120%	3	33%	19	17,27
DANUBIO	412	34	45	131%	31	90%	29	84%	105	25,49
FISCALA	110	9	11	120%	10	109%	7	76%	28	25,45
EXTRAMURAL	1040	87	54	62%	49	57%	87	100%	190	18,27
JUAN BONAL	20	2	3	180%	1	60%	7	420%	11	55,00
COLSUBSIDIO	400	33	50	150%	47	141%	36	108%	133	33,25
UNICAJAS	40	3	3	90%	5	150%	3	90%	11	27,50
ARTILLERIA	110	9	14	153%	14	153%	7	76%	35	31,82
SERVIMED	20	2	2	120%	3	180%	2	120%	7	35,00
TOTAL	5779	482	550	114%	446	93%	479	99%	1475	25,52

Fuente: SIS-151 enero-marzo de 2010

Tabla 16. Distribución de la segunda dosis de rotavirus por IPS. Usme. I trimestre 2011

IPS	META ANUAL ROTA SEGUNDAS	META MES	ENERO		FEBRERO		MARZO		ACUMULADO 2011	
			INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.
MARICHUELA	776	59	47	80%	53	90%	64	108%	164	21,1%
FLORA	252	21	18	86%	25	119%	19	90%	62	24,6%
DESTINO	43	4	2	50%	1	25%	2	50%	5	11,5%
USME	222	19	12	63%	18	95%	17	89%	47	21,2%
YOMASA	414	35	26	74%	25	71%	17	49%	68	16,4%
BETANIA	395	33	26	79%	36	108%	33	100%	95	24,1%
REFORMA	637	46	34	74%	49	107%	40	87%	123	19,3%
SANTA MARTA	339	26	31	119%	28	106%	24	92%	83	24,5%
LORENZO	337	27	14	52%	18	67%	20	74%	52	15,4%
SAN JUAN	435	35	20	57%	30	86%	35	100%	85	19,6%
ARRAYANES	112	9	12	133%	5	56%	6	67%	23	20,5%
DANUBIO	475	40	42	105%	27	68%	26	65%	95	20,0%
RSCALA	137	11	7	64%	7	64%	6	55%	20	14,6%
EXTRAMURAL	683	78	41	53%	32	41%	28	36%	101	14,8%
JUAN BONAL	37	3	3	100%	1	33%	1	33%	5	13,5%
COLSUBSIDIO	481	40	35	88%	45	113%	40	100%	120	25,0%
UNICAJAS	54	5	8	160%	7	140%	6	120%	21	39,1%
ARTILLERIA	122	9	9	100%	9	100%	12	133%	30	24,6%
SERVIMED	34	2	1	50%	4	200%	1	50%	6	17,6%
TOTAL	5986	499	388	78%	420	84%	397	80%	1205	20,1%

Fuente: SIS-151 enero-marzo de 2011

De igual forma el comportamiento en las coberturas logradas durante el primer trimestre en la localidad de Usme para las segundas dosis de Rotavirus; observando que en el 2010 se logro alcanzar una cobertura sobre el 95%, mientras que en el 2011 solo se logra tener una cobertura de 80,3%. Teniendo en cuenta que cada mes es proporcional al 8,3% dando un

resultado trimestral acumulado de 24,9%, cobertura que no se ha logrado en el 2011.

Triple viral en niños de 12 meses

La vacuna de sarampión, rubéola y parotiditis – SRP - tiene una eficacia del 95% contra el sarampión y parotiditis y 98% para la rubéola aplicada a los 12 meses de edad, por lo que se espera un alto grado de inmunización en la población vacunada.

Tabla 17. Distribución de la vacuna SRP por IPS. Usme. I trimestre 2010

IPS	META ANUAL TV	META MES	ENERO		FEBRERO		MARZO		ACUMULADO 2010	
			INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.
MARICHUELA	662	55	64	110%	54	98%	33	60%	151	22,81
FLORA	246	21	22	107%	16	78%	13	63%	51	20,73
DESTINO	36	3	1	33%	3	100%	0	0%	4	11,11
USME	188	16	14	89%	13	83%	20	128%	47	25,00
YOMASA	384	32	31	97%	28	88%	19	59%	78	20,31
BETANIA	380	32	31	98%	32	101%	33	104%	96	25,26
REFORMA	602	50	35	70%	44	88%	33	66%	112	18,60
SANTA MARTA	354	30	28	95%	27	92%	22	75%	77	21,75
LORENZO	346	29	22	76%	27	94%	14	49%	63	18,21
SAN JUAN	429	36	32	90%	30	84%	29	81%	91	21,21
ARRAYANES	120	10	5	50%	5	50%	3	30%	13	10,83
DANUBIO	440	37	29	79%	35	95%	24	65%	88	20,00
RSCALA	115	10	10	104%	10	104%	7	73%	27	23,49
EXTRAMURAL	1451	121	132	109%	140	118%	157	130%	429	29,57
JUAN BONAL	20	2	3	180%	6	360%	1	60%	10	50,00
COLSUBSIDIO	342	29	33	118%	24	84%	32	112%	89	26,02
UNICAJAS	23	2	3	157%	5	261%	4	209%	12	52,17
ARTILLERIA	110	9	7	76%	12	131%	9	98%	28	25,45
SERVIMED	18	2	0	0%	1	67%	0	0%	1	5,56
TOTAL	6266	522	502	96%	512	98%	453	87%	1467	23,41

Fuente: SIS-151 enero-marzo de 2010

Tabla 18. Distribución de la vacuna SRP por IPS. Usme. I trimestre 2011

IPS	META ANUAL TV	META MES	ENERO		FEBRERO		MARZO		ACUMULADO 2011	
			INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.
MARICHUELA	729	52	43	83	47	90%	50	96%	140	19,2%
FLORA	260	21	24	114	25	119%	26	124%	75	28,8%
DESTINO	45	3	3	100	5	167%	1	33%	9	20,0%
USME	220	18	23	128	16	89%	24	133%	63	28,6%
YOMASA	410	30	27	90	26	87%	34	113%	87	21,2%
BETANIA	410	33	33	100	34	103%	34	103%	101	24,6%
REFORMA	600	42	39	93	50	119%	50	119%	139	23,2%
SANTA MARTA	400	30	23	77	29	97%	25	83%	77	19,3%
LORENZO	320	25	29	116	28	112%	27	108%	84	26,3%
SAN JUAN	450	35	42	120	33	94%	25	71%	100	22,2%
ARRAYANES	110	9	7	78	3	33%	9	100%	19	17,3%
DANUBIO	470	39	30	77	40	103%	43	110%	113	24,0%
RSCALA	145	11	9	82	10	91%	9	82%	28	19,3%
EXTRAMURAL	980	117	85	73	79	68%	52	44%	216	22,0%
JUAN BONAL	45	3	3	100	1	33%	5	167%	9	20,0%
COLSUBSIDIO	450	38	27	71	41	108%	26	68%	94	20,9%
UNICAJAS	60	4	2	50	5	125%	8	200%	15	25,0%
ARTILLERIA	125	10	8	80	8	80%	7	70%	23	18,4%
SERVIMED	30	2	2	100	3	150%	2	100%	7	23,3%
TOTAL	6259	522	459	88	483	93%	457	88%	1399	22,4%

Fuente: SIS-151 enero-marzo de 2011

En las tablas anteriores se evidencia las coberturas logradas durante el primer trimestre en la localidad de Usme para la triple viral de 12 meses; observando que en el 2010 se logro alcanzar una cobertura sobre el 93,6%, mientras que en el 2011 solo se logra tener una cobertura de 90%. Teniendo en cuenta que cada mes es proporcional al 8,3% dando un resultado trimestral acumulado de

33



24,9%, cobertura que no se logro el primer trimestre del 2011.

Refuerzo de neumococo en niños de 1 años

Tabla 19. Distribución de la vacuna neumococo por IPS. Usme. I trimestre 2010

IPS	META ANUAL NEUMOCOCCO REFUERZO	META MES	ENERO		FEBRERO		MARZO		ACUMULADO 2010	
			INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.
MARICHUELA	662	55	46	83%	60	109%	32	58%	138	20,8%
FLORA	246	21	14	68%	23	112%	13	63%	50	20,33
DESTINO	36	3	1	33%	3	100%	0	0%	4	11,11
USME	188	16	14	89%	13	83%	18	115%	45	23,94
YOMASA	384	32	23	72%	23	72%	16	50%	62	16,15
BETANIA	380	32	26	82%	36	114%	32	101%	94	24,74
REFORMA	602	50	23	46%	48	96%	31	62%	102	16,94
SANTA MARTA	354	30	27	92%	26	88%	18	61%	71	20,06
LORENZO	346	29	18	52%	27	94%	11	38%	56	16,18
SAN JUAN	429	36	32	90%	33	92%	26	73%	91	21,21
ARRAYANES	120	10	5	50%	5	50%	3	30%	13	10,83
DANUBIO	440	37	20	55%	33	90%	23	63%	76	17,27
FISCALA	115	10	8	83%	8	83%	7	73%	23	20,00
EXTRAMURAL	1451	121	132	109%	143	118%	157	130%	432	29,77
JUAN BONAL	20	2	3	180%	6	300%	1	50%	10	50,00
COLSUBSIDIO	342	29	30	105%	25	88%	29	102%	84	24,56
UNCAJAS	23	2	3	157%	5	261%	3	157%	11	47,83
ARTILLERIA	110	9	4	44%	10	109%	6	65%	20	18,18
SERVIMED	18	2	0	0%	0	0%	0	0%	0	-
TOTAL	6266	522	429	82%	527	101%	426	82%	1382	22,06

Fuente: SIS-151 enero-marzo de 2010

En las tablas 19 y 20 se evidencia las coberturas logradas durante el primer trimestre en la localidad de Usme para el Refuerzo de Neumococo; observando que en el

2010 se logro alcanzar una cobertura sobre el 88,3%, mientras que en el 2011 solo se logra tener una cobertura de 88,6%. Teniendo en cuenta que cada mes es proporcional al 8,3% dando un resultado trimestral acumulado de 24,9%, cobertura que no se ha logro en el años 2010 y en el 2011.

Tabla 20. Distribución de la vacuna neumococo por IPS. Usme. I trimestre 2011

IPS	META ANUAL REF. NEUMO	META MES	ENERO		FEBRERO		MARZO		ACUMULADO 2011	
			INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.	INMUNIZ	% CUM.
MARICHUELA	729	54	43	80%	46	85%	51	94%	140	19,2%
FLORA	260	20	24	120%	25	125%	24	120%	73	28,1%
DESTINO	45	3	3	100%	5	167%	1	33%	9	20,0%
USME	220	16	22	138%	16	100%	23	144%	61	27,7%
YOMASA	410	30	27	90%	26	87%	33	110%	86	21,0%
BETANIA	410	32	33	103%	34	106%	34	106%	101	24,6%
REFORMA	600	47	38	81%	48	102%	52	111%	138	23,0%
SANTA MARTA	400	28	25	89%	29	104%	25	89%	79	19,8%
LORENZO	320	28	29	104%	28	100%	27	96%	84	26,3%
SAN JUAN	450	34	43	126%	29	85%	24	71%	96	21,3%
ARRAYANES	110	10	7	70%	2	20%	9	90%	18	16,4%
DANUBIO	470	36	34	94%	38	106%	42	117%	114	24,3%
FISCALA	145	10	8	80%	10	100%	9	90%	27	18,6%
EXTRAMURAL	980	134	86	84%	79	59%	54	40%	219	22,3%
JUAN BONAL	45	2	4	200%	1	50%	5	250%	10	22,2%
COLSUBSIDIO	450	34	28	82%	40	118%	25	74%	93	20,7%
UNCAJAS	60	4	2	50%	6	150%	8	200%	16	26,7%
ARTILLERIA	125	9	5	56%	12	133%	7	78%	24	19,2%
SERVIMED	30	2	2	100%	2	100%	0	0%	4	13,3%
TOTAL	6259	522	463	89%	476	91%	453	87%	1392	22,2%

Fuente: SIS-151 enero-marzo de 2010

MEDIO AMBIENTE

Alimentos sanos y seguros

Durante el primer trimestre del 2010 la línea de Alimentos Sanos y seguros realizó 786 visitas de inspección, vigilancia y control, según lo programado en el plan de acción. Las medidas sanitarias aplicadas se concentraron principalmente en los operativos de alimentos y licores donde se realizaron decomisos y destrucción de productos en los operativos de semana santa. El pescado fresco y el seco fueron los productos sobre los cuales se aplicaron las medidas, debido principalmente a estar alterados o en malas condiciones de almacenamiento.

Las actividades educativas fueron 8 con un total de 200 capacitados.

Durante el mismo periodo del año 2011 se desarrollaron 1760 actividades programas previamente. Las medidas sanitarias aplicadas se concentraron principalmente en los operativos de alimentos y licores

Las actividades educativas fueron 39 con un total de capacitados de 621.

Las visitas de inspección, vigilancia y control realizadas en el primer trimestre del 2011 son mayores en un 44.76% en comparación con el mismo periodo del año 2010.

Las actividades educativas también aumentaron el 2011 en un 79% comparado con el año anterior. Todo esto se debe al incremento de presupuesto para la realización de actividades.

Seguridad química

Durante el primer trimestre del año 2010 la Línea de Industria y Ambiente desarrollo 139 visitas de IVC a igual número de establecimientos distribuidas en los siguientes puntos críticos: Industria extractiva:6, Depósitos de materiales: 14, Fábricas de pinturas: 1, Procesos de textiles: 2, Tintorerías de textiles: 1, Fábricas de colchones: 2, Fabricas que utilizan como materia prima el cuero: 6, Fábricas que utilizan como materia

prima la madera: 10, Fábricas que utilicen como materia prima el plástico, fibra de vidrio o caucho: 2, Fábricas que utilicen como materia prima el metal: 11, Fundiciones de metal: 1, Estaciones de servicio: 4, Talleres de mecánica ventas y cambio de aceites: 15, Salas de belleza: 52, Lavanderías de ropa: 9, PYMES: 3, y por último se dictó una capacitación en normatividad, higiene y seguridad industrial.

Durante el primer trimestre del año 2011 la Línea de Seguridad Química desarrollo 197 visitas de IVC a igual número de establecimientos distribuidas en los siguientes puntos críticos: Industria extractiva:6, Depósitos de materiales: 28, Fábricas de pinturas: 0, Procesos de textiles: 3, Tintorerías de textiles: 1, Fábricas de colchones: 1, Fabricas que utilizan como materia prima el cuero: 7, Fábricas que utilizan como materia prima la madera: 14, Fábricas que utilicen como materia prima el plástico, fibra de vidrio o caucho: 3, Fábricas que utilicen como materia prima el metal: 15, Fundiciones de metal: 2, Estaciones de servicio: 9, Talleres de mecánica ventas y cambio de aceites: 15, Salas

de belleza: 75, Centros de estética corporal: 2, Lavanderías de ropa: 13, PYMES: 5, y por último se dictó una capacitación en normatividad, higiene y seguridad industrial.

La diferencia entre el número de visitas desarrolladas en el mismo período de tiempo se debe a que las visitas ejecutadas en el mes de enero de 2010, 75 en total, fueron costeadas con un recurso de glosas y para el presente informe no se tuvieron en cuenta, en caso contrario la cantidad de visitas se mantendría en un número más o menos igual, con una diferencia calculada de 17 visitas, lo cual se debe a que la asignación de recursos por parte de la SDS ha disminuido mínimamente.

35

Eventos transmisibles

Accidentes por agresión animal: Observamos que hay una disminución de los accidentes realizados este año comparado con los del año anterior, esto se presume debido a que las notificaciones que recibimos en la oficina de ambiente están llegando con rastrazo y a su vez

que las fichas de notificación no son legibles y en algunos casos mal diligenciadas por los médicos, lo que dificulta la búsqueda exitosa del animal.

Actividad educativa mascotas:

Se evidencia un leve aumento en los cursos de tenencia adecuada de mascotas, esto debido a un mayor presupuesto y también a la necesidad de sensibilizar y capacitar cada vez más gente de nuestra localidad en cuanto al manejo que deben tener con sus mascotas, a su responsabilidad frente a la comunidad y al manejo que se debe tener en caso de ser agredidos por un animal.

Recolección canina y

Esterilizaciones: Para estas dos actividades observamos que no hubo una variación significativa, ya que generalmente se manejan en predio esos valores.

Tenencia inadecuada de

animales: Este ítem se observa que aumento casi el doble este año, esto debido primero al presupuesto para la línea y segundo al aumento de quejas por parte de la comunidad en cuanto a

situaciones que se presenten donde se involucren tanto pequeños como grandes animales.

Vectores en interiores: Aunque se observe un aumento para este año, el promedio es muy parecido, lo que aumento el número de vectores de este año fue los realizados en la adición de enero.

Vacunación canina y felina: Se ve un aumento en el número de animales vacunados con respecto al año anterior. La meta para este año aumento, llama la atención ya que el censo de animales para la localidad sigue igual, sin olvidar que el fuerte en vacunación se da en el último trimestre del año con la jornada distrital de vacunación, donde se espera cubrir cerca del 50% de la población de la localidad.

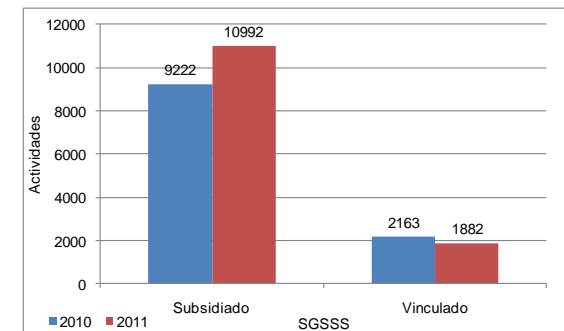
Desratización y

Desinfectación: En estas dos actividades si se observa una marcada disminución en el numero de metros cuadrados a cubrir, algo que es llamativo ya que en la localidad la problemática con las plagas es algo que

la gente evidencia y expone con mucha frecuencia manifestándolo con todas las solicitudes que recibimos en la oficina de ambiente, quedando un poco limitados ya que la actividad demanda un poco mas de cobertura

SALUD ORAL

Grafica 21. Actividades de control y remoción de placa bacteriana por SGSSS. Usme. I Trimestre 2010 – 2011



Fuente: Estadística, Hospital Usme, I trimestre, año 2010 – 2011

En la actividad de control de placa bacteriana e instrucciones de higiene oral durante 2011, se realizaron 160 actividades más comparadas con las realizadas en el año 2010 lo que

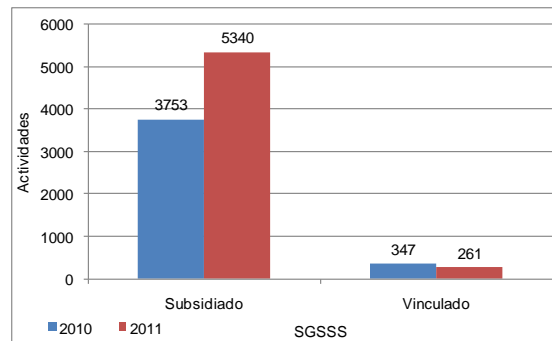
equivale a un aumento del 12%.

En el año 2010 el porcentaje de actividades realizadas en el régimen subsidiado es de 86,8% y en vinculados es de 13,2%, en año 2011 el porcentaje de actividades realizadas en el régimen subsidiado es de 89,5% y en vinculados es de 10,5%.

Disminuyendo las actividades realizadas a la población vinculada en un 2,7% teniendo en cuenta que la población vinculada migra al régimen subsidiado por el proceso de libre elección de EPS/S.

En la grafica 22 se puede observar la actividad de aplicación de tópica de flúor como se observa en la grafica 22, se puede evidenciar que durante el año 2011 se realizaron 1501 actividades más comparadas con las realizadas en el año 2010 lo que equivale a un aumento del 26,8%.

Grafica 22. Actividades aplicación de flúor por SGSSS. Usme. I Trimestre 2010 – 2011

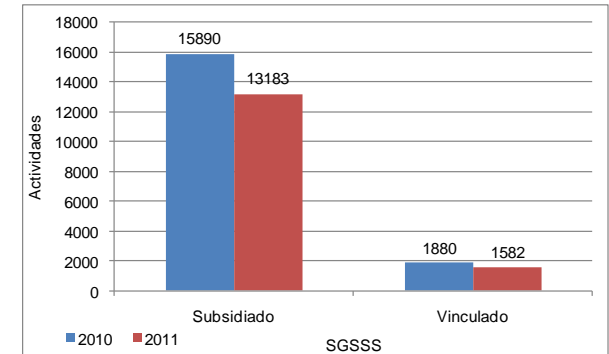


Fuente: Estadística, Hospital Usme, I trimestre, año 2010 – 2011

En el año 2010 el porcentaje de actividades realizadas en el régimen subsidiado es de 91,5% y en vinculados es de 8,5%, en año 2011 el porcentaje de actividades realizadas en el régimen subsidiado es de 95,3% y en vinculados es de 4,7%.

Disminuyendo las actividades realizadas a la población vinculada en un 3,8% teniendo en cuenta que la población vinculada migra al régimen subsidiado por el proceso de libre elección de EPS/S.

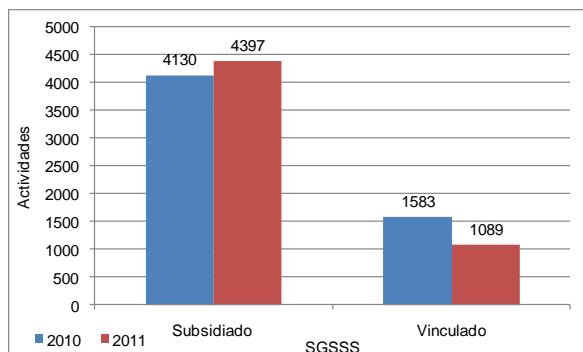
Grafica 23. Actividades aplicación de Sellantes por SGSSS. Usme. I Trimestre 2010 – 2011



Fuente: Estadística, Hospital Usme, I trimestre, año 2010 – 2011

En la actividad de aplicación de sellantes en fasetas y fisuras en el año 2011 se realizaron 2707 actividades menos comparadas con las realizadas en el año 2010 lo que equivale a una disminución del 17,1% esto corresponde a la disminución de actividades extramurales realizadas en las Instituciones Educativas teniendo en cuenta la sobre ejecución de la meta establecida para esta actividad en el régimen subsidiado durante los años 2009 y 2010.

Grafica 24. Actividades aplicación de detartraje supragingival. Usme. I Trimestre 2010 – 2011



Fuente: Estadística, Hospital Usme, I trimestre, año 2010 – 2011

En la actividad de detartraje supragingival en el año 2011 se realizaron 227 actividades menos comparadas con las realizadas en el año 2010 lo que equivale a una disminución del 3,9% esto corresponde a la disminución de actividades extramurales realizadas en las Instituciones Educativas teniendo en cuenta la sobre ejecución de la meta establecida para esta actividad en el régimen subsidiado durante los años 2009 y 2010.

Tabla 21. Centros de atención odontológica distribuidos por territorio GSI. Usme.

Territorios GSI	Centros de atención	No. De consultorios odontológicos
Alfonso López	UPA Reforma	3
	UPA Danubio	1
Danubio	UPA Fiscala	1
	UPA Santa Marta	2
	UPA Betania	3
Gran Yomasa	UPA Marichuela	5
	UPA San Juan Bautista	3
	UPA Yomasa	3
La Flora	UBA Arrayanes	1
	UBA La Flora	1
	CAMI Usme	2
Usme Ancestral	UBA Destino-Union	1
	Upa Lorenzo Alcantuz	2
Total general		28

Fuente: Estadística, Hospital Usme, I trimestre, año 2010 – 2011

En el territorio Gran Yomasa se realiza el 50% de actividades de promoción y prevención en Salud Oral ya que se encuentra ubicados cuatro (4) centros de atención con un total de catorce (14) consultorios odontológicos.

En el territorio Usme Ancestral se realiza el 17,8% de actividades de promoción y prevención en Salud Oral ya que se encuentra ubicados tres (3) centros de atención con un total de cinco (5) consultorios odontológicos.

En el territorio Danubio se realiza el 14,2% de actividades de promoción y prevención en Salud Oral ya que se encuentra ubicados tres (3) centros de atención con un total de cuatro (4) consultorios odontológicos.

En el territorio La Reforma se realiza el 10,7% de actividades de promoción y prevención en Salud Oral ya que se encuentra ubicado un (1) centro de atención con un total de tres (3) consultorios odontológicos.

En el territorio La Flora se realiza el 7,3% de actividades de promoción y prevención en Salud Oral ya que se

encuentra ubicado un (1) centro de atención con un total de tres (3) consultorios odontológicos.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SISVESO

Este sistema busca analizar la información generada desde el área de salud oral con el fin de fortalecer su operación dentro de la red pública

Con relación a la notificación positiva durante el primer trimestre de 2010 y 2011 se evidencio que el comportamiento es favorable ya que siempre se ha notificado los eventos encontrados en la consulta por primera vez.

Higiene oral por ciclo vital

Durante los primeros tres meses de los años 2010 y 2011, en relación y con la higiene oral se observa un comportamiento en términos generales.

En primer lugar se encuentra el ciclo vital juventud, seguido por el de adultez, como los ciclos con mayores conductas inadecuadas de higiene oral.

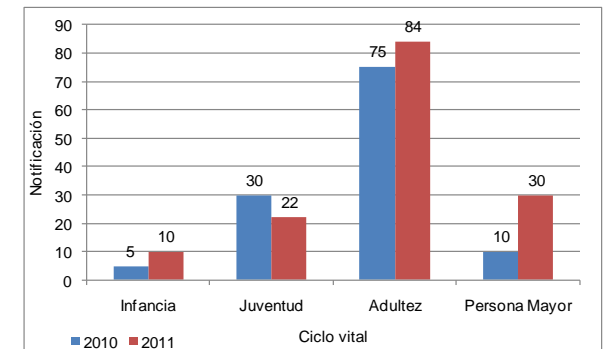
Uno de los factores que pueden influir es el nivel socioeconómico de estos grupos de edad, este hecho genera una seria dificultad en relación con el acceso a los elementos necesarios para la buena higiene oral.*

Otro factor a tener en cuenta, según los datos obtenidos, es que la mayor parte de las notificaciones con higiene oral deficiente se encuentran en edad productiva, este hecho puede estar relacionado a los malos hábitos orales, debido a extensas jornadas de trabajo, que pueden dificultar cumplir con el número mínimo de cepillados.

En términos generales, según los datos obtenidos, la higiene oral en la localidad continua siendo deficiente o regular. En relación al sexo de los pacientes, se observa de manera consistente que las mujeres son quienes cuentan con mayores conductas deficientes de higiene oral

Lo anterior al menos en parte puede estar relacionado con factores económicos y culturales, los cuales dificultan las prácticas adecuadas de higiene oral en la localidad.

Grafica 25. Frecuencia de asistencia por primera vez al servicio odontológico por ciclo vital. Usme. I trimestre 2010 – 2011



Fuente: base SISVESO, VSP, Hospital de Usme I trimestre año 2010 – 2011

En la grafica 25, se puede observar que en los periodos de enero a marzo de los años 2010 y 2011, el ciclo vital juventud fueron los que más acudieron a consulta, seguido por el ciclo infancia. Esto puede explicarse debido a la importancia que ha tomado las estrategias de promoción y prevención llevada a los jardines y colegios.

CONCLUSIONES

Las familias no realizan buenas prácticas de higiene oral, la técnica de cepillado y frecuencia no es la adecuada, ya que solo lo hacen una o máximo dos veces al día, según lo encontrado en los trimestres.

En las intervenciones domiciliarias se observaron cepillos en mal estado, no utilizan la seda dental, ni enjuague, aunque si utilizan la crema dental. Los baños en muchos casos no tienen buena iluminación y carecen de espejos para observar el resultado final del cepillado de dientes.

Las personas acceden a los servicios odontológicos solo cuando presentan dolor en cavidad oral, de lo contrario no asisten a consulta porque no lo consideran necesario.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA A LA DISCAPACIDAD

La discapacidad es una condición humana que incluye deficiencias o alteraciones en órganos o

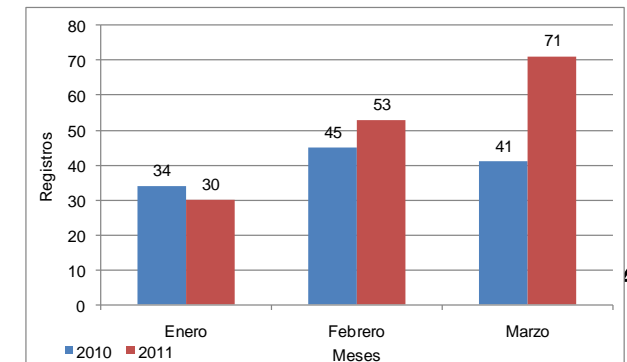
funciones del cuerpo, limitaciones o dificultades para el desarrollo de actividades de la vida diaria y restricciones o problemas para participar en la sociedad; esta condición se puede presentar en cualquier momento de la vida, sin importar la edad, el sexo, la condición socio-económica o la ubicación geográfica.

La construcción de conocimiento alrededor de esta condición permite orientar líneas de trabajo y acción dentro del sector salud y favorecer la identificación de estrategias articuladas con otros sectores tales como el laboral, el de protección social, el de educación y el de desarrollo urbano, entre otros.

Para el año 2011 se proyecta dar continuidad a las estrategias desarrolladas dentro del proceso (Registro de discapacidad, gratuidad en salud y análisis en Discapacidad). El desarrollo de este componente generará información para la planificación, ejecución y evaluación de las políticas, planes y estrategias desarrolladas para el favorecimiento de la calidad de vida de las personas en condición de discapacidad, así como

para la prevención de las deficiencias que llevan.*

Grafica 26. Personas registradas al sistema de discapacidad. Usme. I trimestre. 2010 – 2011



Fuente: base discapacidad, VSP, Hospital de Usme I trimestre año 2010 – 2011

En la grafica 26, se puede observar que durante el primer trimestre de 2010, se logro registrar y caracterizar 120 personas con discapacidad, en comparación con el mismo periodo de 2011 donde se dio un aumento de 34 personas, evidenciando un incremento del 28,33%.

En relación a las diferencias por sexo, se puede observar que son las

* Vigilancia Salud Pública y Gestión del conocimiento en Discapacidad. Ficha técnica PIC 2010

mujeres quienes con mayor frecuencia acuden al registro. Esto se explica en parte por la mayor densidad poblacional de este género en la localidad y también por un mayor tiempo libre de las mujeres para la realización de este trámite según la información registrada en los formularios de inscripción

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