



**INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD  
PÚBLICA, CASANARE-COLOMBIA, 2016**

**INFORME ANUAL 2016**

**DAVID FRANCISCO GALLEGO MORENO**  
Secretario de Salud Departamental

**LINA PATRICIA PARRA PÉREZ**  
Directora de Salud Pública

**LILIANA PATRICIA ZULETA DUEÑAS**  
Referente de Vigilancia en Salud Pública

**Departamento de Casanare**  
**Secretaría de Salud de Casanare**  
**Oficina de Vigilancia y Control en Salud Pública**  
**Yopal, 27 de abril 2017**

## TABLA DE CONTENIDO

	pg.
INTRODUCCIÓN.....	24
1. OBJETIVOS.....	27
1.1 Objetivo general.....	27
1.2 Objetivos específicos.....	27
2. MATERIALES Y MÉTODOS.....	28
3. RESULTADOS – COMPORTAMIENTO GENERAL DE LA NOTIFICACIÓN.....	30
3.1 Indicadores de Impacto.....	30
3.1.1.1 Notificación población general.....	30
3.1.1.2 Notificación en menores de 5 años.....	31
3.1.1.3 Mortalidad general.....	31
3.1.1.4 Mortalidad en menores de 1 a 5 años.....	34
3.1.1.5 Mortalidad en menores de 1 año.....	34
3.1.2 Indicadores de persona.....	35
3.1.2.1 Territorios con casos notificados, área de procedencia.....	35
3.1.2.2 Sexo.....	35
3.1.2.3 Grupo poblacional.....	37
3.1.2.4 Grupos de edad.....	39
3.1.2.5 Régimen de seguridad social.....	39
3.1.3 Indicadores de tiempo y lugar.....	40
3.1.3.1 Proporción de notificación de casos.....	40
3.1.4 Indicadores de proceso.....	40
3.1.4.1 Porcentaje de casos según clasificación.....	40
3.1.5 Indicadores de Cumplimiento.....	43
3.1.5.1 Cumplimiento de la entrega de reporte semanal.....	43
3.1.5.2 Cumplimiento acumulado de la notificación.....	43
3.1.5.3 Cumplimiento en la realización de ajustes.....	44
3.1.6 Indicadores de Oportunidad.....	44
3.1.6.1 Oportunidad en la notificación de eventos.....	44
3.1.6.2 Oportunidad en la realización de ajustes.....	45

3.1.6.3	Oportunidad de Acceso a los Servicios de Salud.....	45
4.	RESULTADOS - GRUPO TRANSMISIBLES.....	47
4.1	EVENTOS INMUNO PREVENIBLES.....	47
4.1.1	Parálisis flácida en menor de 15 años (PFA).....	47
4.1.2	Sarampión y Rubéola.....	47
4.1.3	Síndrome de rubeola congénita.....	47
4.1.4	Proporción de notificación de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita.....	47
4.1.5	Tos ferina.....	48
4.1.5.1	Territorios con casos notificados.....	48
4.1.5.2	Proporción de Incidencia en menores de 5 años.....	48
4.1.5.3	Proporción de incidencia en población general.....	48
4.1.5.4	Porcentaje de casos con investigación oportuna.....	48
4.1.6	Meningitis bacterianas agudas.....	49
4.1.6.1	Territorio con casos notificados.....	49
4.1.6.2	Casos según sexo.....	49
4.1.6.3	Grupo poblacional.....	49
4.1.6.4	Régimen de seguridad social.....	49
4.1.6.5	Clasificación según tipo de caso.....	49
4.1.6.6	Mortalidad / Letalidad.....	50
4.1.7	Parotiditis.....	50
4.1.7.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia.....	50
4.1.7.2	Casos según sexo.....	50
4.1.7.3	Grupo poblacional.....	51
4.1.7.4	Régimen de seguridad social.....	51
4.1.7.5	Clasificación según tipo de caso.....	51
4.1.7.6	Mortalidad / Letalidad.....	51
4.1.7.7	Proporción de incidencia en población general.....	51
4.1.7.8	Proporción de incidencia en menores de 5 años.....	51
4.1.8	Varicela.....	52
4.1.8.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia.....	52
4.1.8.2	Casos según sexo.....	53
4.1.8.3	Grupo poblacional.....	53
4.1.8.4	Régimen de seguridad social.....	53
4.1.8.5	Clasificación según tipo de caso.....	53

4.1.8.6	Mortalidad / Letalidad .....	54
4.1.8.7	Proporción de incidencia población general .....	54
4.1.8.8	Proporción de incidencia en menores de 5 años .....	54
4.1.8.9	Seguimiento a brotes .....	55
4.1.9	Difteria .....	55
4.1.10	Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI) ....	55
4.1.10.1	Territorios con casos notificados .....	55
4.1.10.2	Área de procedencia .....	55
4.1.10.3	Casos según sexo.....	55
4.1.10.4	Grupo poblacional .....	56
4.1.10.5	Régimen de seguridad social .....	56
4.1.10.6	Clasificación según tipo de caso .....	56
4.1.10.7	Mortalidad / Letalidad .....	56
4.1.10.8	Porcentaje de casos con investigación de campo: ficha de investigación completa, oportuna y adecuada.....	56
4.1.10.9	Oportunidad en la notificación .....	56
4.1.10.10	Oportunidad en el ajuste de casos.....	56
4.1.10.11	Porcentaje de ESAVI que fueron clasificados .....	56
4.1.10.12	Porcentaje de ESAVI notificados oportunamente .....	57
4.1.11	Infección respiratoria aguda, Enfermedad similar a influenza e Infección respiratoria aguda grave inusitada .....	57
4.1.11.1	Infección respiratoria aguda (IRA) .....	57
4.1.11.2	Porcentaje de casos de hospitalizados .....	57
4.1.11.3	Casos atendidos por consulta externa y urgencias .....	57
4.1.12	Vigilancia de IRAG inusitado .....	58
4.1.12.1	Territorios con casos notificados .....	58
4.1.12.2	Área de procedencia .....	58
4.1.12.3	Casos según sexo.....	58
4.1.12.4	Grupo poblacional .....	58
4.1.12.5	Régimen de seguridad social .....	58
4.1.12.6	Clasificación según tipo de caso .....	59
4.1.12.7	Mortalidad / Letalidad .....	59
4.1.13	Mortalidad por IRA en menores de cinco años .....	59
4.2	MICOBACTERIAS .....	59
4.2.1	Tuberculosis .....	59

4.2.1.1	Territorios con casos notificados .....	59
4.2.1.2	Casos según sexo.....	60
4.2.1.3	Grupo poblacional .....	60
4.2.1.4	Régimen de seguridad social .....	60
4.2.1.5	Clasificación según tipo de caso .....	60
4.2.1.6	Grupos de edad Tuberculosis todas las formas.....	61
4.2.1.7	Porcentaje de casos de tuberculosis, según clasificación de ingreso y antecedente a tratamiento antituberculoso .....	61
4.2.1.8	Porcentaje de casos de acuerdo por tipo de tuberculosis.....	61
4.2.1.9	Incidencia de tuberculosis general y por tipo de tuberculosis .....	61
4.2.1.10	Incidencia de tuberculosis por sexo.....	62
4.2.1.11	Porcentaje de casos, por la condición de ingreso al programa a los que se les realizó cultivo .....	62
4.2.1.12	Porcentaje de casos de tuberculosis que presentaron condición final muerte general	62
4.2.1.13	Porcentaje de casos de coinfección TB /VIH-Sida.....	62
4.2.1.14	Tasa de coinfección tuberculosis /VIH-Sida. ....	62
4.2.2	Tuberculosis farmacorresistente .....	63
4.2.2.1	Territorios con casos notificados .....	63
4.2.2.2	Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente que presentaron condición final vivo o muerto.....	63
4.2.2.3	Porcentaje de casos con tuberculosis farmacorresistente, de acuerdo a tipo de tuberculosis .....	63
4.2.2.4	Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente, de acuerdo al antecedente de tratamiento para tuberculosis .....	63
4.2.2.5	Porcentaje de casos con tuberculosis farmacorresistente, de acuerdo al antecedente de tratamiento y tipo de resistencia .....	63
4.2.2.6	Proporción de casos con tuberculosis farmacorresistente y presencia de factores de riesgo y comorbilidades general y específico. ....	63
4.2.2.7	Porcentaje de coinfección con tuberculosis farmacorresistente / VIH/SIDA....	63
4.2.3	Lepra .....	64
4.2.3.1	Territorios con casos notificados .....	64
4.2.3.2	Proporción de casos nuevos según clasificación bacteriológica (MB o PB)....	64
4.2.3.3	Tasa de detección de casos nuevos .....	64
4.2.3.4	Casos de Lepra con investigación de campo .....	64
4.3	EVENTOS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES .....	65
4.3.1	Enfermedad de Chagas.....	65

4.3.1.1	Territorios con casos notificados casos agudos y crónicos .....	65
4.3.1.2	Área de procedencia casos agudos y crónicos.....	65
4.3.1.3	Casos según sexo casos agudos y crónicos .....	65
4.3.1.4	Grupo de edad .....	66
4.3.1.5	Grupo poblacional casos agudos y crónicos .....	66
4.3.1.6	Régimen de seguridad social casos agudos y crónicos.....	66
4.3.1.7	Clasificación según tipo de caso .....	67
4.3.1.8	Mortalidad / Letalidad casos agudos y crónicos .....	67
4.3.2	Fiebre amarilla.....	67
4.3.3	Leishmaniasis.....	67
4.1.1.1	Proporción de incidencia en población general .....	68
4.1.1.2	Proporción de recaídas después de tratamiento .....	68
4.1.1.3	Porcentaje de casos tratados .....	68
4.3.4	Malaria.....	69
4.1.1.4	Incidencia Parasitaria Anual (IPA).....	69
4.3.5	Dengue.....	69
4.3.5.1	Territorios con casos notificados .....	69
4.3.5.2	Área de procedencia .....	70
4.3.5.3	Casos según sexo.....	70
4.3.5.4	Grupo de edad .....	70
4.3.5.5	Grupo poblacional.....	70
4.3.5.6	Régimen de seguridad social .....	71
4.1.1.5	Proporción de incidencia en población general .....	71
4.1.1.6	Proporción de hospitalizaciones.....	72
4.1.1.7	Porcentaje de aislamientos virales realizados .....	73
4.3.6	Chicungunya.....	73
4.3.6.1	Territorios con casos notificados .....	73
4.3.6.2	Área de procedencia .....	74
4.3.6.3	Casos según sexo.....	74
4.3.6.4	Grupo de edad .....	74
4.3.6.5	Grupo poblacional .....	75
4.3.6.6	Régimen de seguridad social .....	75
4.3.6.7	Clasificación según tipo de caso .....	75
4.3.6.8	Mortalidad / Letalidad.....	75
4.3.7	Enfermedad por virus Zika (ZIKV).....	75

4.3.7.1	Territorios con casos notificados .....	75
4.3.7.2	Área de procedencia .....	76
4.3.7.3	Casos según sexo.....	76
4.3.7.4	Grupo de edad .....	77
4.3.7.5	Grupo poblacional .....	77
4.3.7.6	Régimen de seguridad social .....	77
4.3.7.7	Clasificación según tipo de caso .....	78
4.3.7.8	Mortalidad / Letalidad .....	78
4.3.7.9	Proporción de incidencia en gestantes.....	78
4.3.7.10	Proporción de incidencia .....	79
4.4	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).....	80
4.4.1	Sífilis gestacional .....	80
4.4.1.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	80
4.4.1.2	Grupo de edad .....	80
4.4.1.3	Régimen de seguridad social .....	80
4.4.1.4	Clasificación según tipo de caso .....	81
4.4.1.5	Mortalidad / Letalidad.....	81
4.4.1.6	Razón de prevalencia de sífilis gestacional .....	81
4.4.1.7	Porcentaje de gestantes detectadas en la semana 17 .....	81
4.4.2	Sífilis congénita .....	82
4.4.3	Hepatitis B, C y Coinfección / supra infección hepatitis B-Delta.....	82
4.4.4	VIH/Sida .....	82
4.4.4.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	82
4.4.4.2	Casos según sexo.....	83
4.4.4.3	Grupo poblacional .....	83
4.4.4.4	Régimen de seguridad social .....	83
4.4.4.5	Clasificación según tipo de caso .....	84
4.4.4.6	Prevalencia de notificación de casos confirmados de VIH/SIDA .....	84
4.4.4.7	Mortalidad / Letalidad.....	84
4.4.4.8	Razón de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres embarazadas.....	85
4.4.4.9	Proporción de incidencia de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión. 85	
	EVENTOS DE ZOONOSIS .....	86
4.4.5	Vigilancia integrada de la rabia humana .....	86
4.4.5.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	86

4.4.5.2	Casos según sexo.....	86
4.4.5.3	Grupo poblacional.....	87
4.4.5.4	Régimen de seguridad social.....	87
4.4.5.5	Clasificación según tipo de caso.....	88
4.4.5.6	Mortalidad / Letalidad.....	88
4.4.5.7	Porcentaje de casos según el tipo de exposición.....	88
4.4.5.8	Porcentaje de casos de no exposiciones con aplicación de suero.....	88
4.4.5.9	Porcentaje de casos de exposiciones leves con aplicación de tratamiento....	89
4.4.5.10	Porcentaje de casos de exposiciones graves con aplicación de tratamiento..	90
4.4.6	Accidente ofídico.....	90
4.4.6.1	Territorios con casos notificados.....	90
4.4.6.2	Casos según sexo.....	91
4.4.6.3	Grupo poblacional.....	91
4.4.6.4	Régimen de seguridad social.....	91
4.4.6.5	Clasificación según tipo de caso.....	92
4.4.6.6	Mortalidad / Letalidad.....	92
4.4.6.7	Porcentaje con tratamiento específico.....	92
4.4.6.8	Porcentaje de casos según el agente agresor.....	93
4.4.7	Leptospirosis.....	93
4.4.7.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia.....	93
4.4.7.2	Casos según sexo.....	94
4.4.7.3	Grupo poblacional.....	94
4.4.7.4	Régimen de seguridad social.....	94
4.4.7.5	Clasificación según tipo de caso.....	94
4.4.7.6	Mortalidad / Letalidad.....	95
4.4.8	Encefalitis equina.....	95
4.4.8.1	Territorios con casos notificados.....	95
4.4.8.2	Casos según sexo.....	95
4.4.8.3	Grupo poblacional.....	96
4.4.8.4	Régimen de seguridad social.....	96
4.4.8.5	Clasificación según tipo de caso.....	96
4.4.8.6	Mortalidad / Letalidad.....	96
4.4.9	Brucelosis.....	96
4.4.9.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia.....	96
4.4.9.2	Casos según sexo.....	97



4.4.9.3	Grupo poblacional .....	97
4.4.9.4	Grupos de edad .....	97
4.4.9.5	Régimen de seguridad social .....	98
4.4.9.6	Clasificación según tipo de caso .....	98
4.4.9.7	Mortalidad / Letalidad .....	98
4.5	GRUPO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA) .....	99
4.5.1	Cólera .....	99
4.5.2	Enfermedad transmitida por alimentos (ETA) .....	99
4.5.2.1	Territorios con casos notificados .....	99
4.5.2.2	Casos según sexo .....	99
4.5.2.3	Grupo de edad .....	100
4.5.2.4	Grupo poblacional .....	100
4.5.2.5	Régimen de seguridad social .....	101
4.5.2.6	Clasificación según tipo de caso .....	101
4.5.2.7	Proporción incidencia en población general .....	102
4.5.2.8	Oportunidad en la notificación de brotes .....	102
4.5.2.9	Investigación en la notificación de brote .....	103
4.5.2.10	Estudio de laboratorio en brote .....	103
4.5.3	Hepatitis A * .....	103
4.5.3.1	Territorios con casos notificados .....	103
4.5.3.2	Casos según sexo .....	104
5.1.1.1	Grupo de edad .....	104
4.5.3.3	Grupo poblacional .....	105
4.5.3.4	Régimen de seguridad social .....	105
4.5.3.5	Clasificación según tipo de caso .....	105
4.5.3.6	Mortalidad / Letalidad .....	105
4.5.3.7	Proporción de incidencia en población general .....	105
4.5.4	Mortalidad y morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) .....	106
4.5.4.1	Territorios con casos notificados .....	106
5.1.1.2	Grupo de edad .....	107
4.5.4.2	Mortalidad / Letalidad .....	107
4.6	INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD, RESISTENCIA A LOS MICROBIANOS Y CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS .....	108
4.6.1	Infecciones asociadas a dispositivos (IAD) .....	108
4.6.2	Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos .....	108

4.6.2.1	Territorios con casos notificados .....	108
4.6.2.2	Casos según sexo.....	108
5.1.1.3	Grupo de edad .....	108
4.6.2.3	Grupo poblacional .....	109
4.6.2.4	Régimen de seguridad social .....	109
4.6.2.5	Clasificación según tipo de caso .....	109
4.6.2.6	Mortalidad .....	109
4.6.3	Consumo de antibióticos (CAB).....	109
4.6.4	Resistencia bacteriana (RB) .....	109
4.7	<b>GRUPO FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL .....</b>	<b>110</b>
4.7.1	Intoxicaciones agudas por sustancias químicas .....	110
4.7.1.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	110
4.1.1.1	Casos según sexo.....	110
4.1.1.1	Grupo poblacional .....	111
4.1.1.2	Grupo de edad .....	111
4.1.1.3	Régimen de seguridad social .....	112
4.1.1.4	Clasificación según tipo de caso .....	112
4.1.1.5	Clasificación según tipo de sustancia .....	112
4.1.1.6	Clasificación según tipo de exposición .....	113
4.1.1.7	Mortalidad / Letalidad.....	114
4.1.1.8	Investigación de brotes .....	114
4.1.1.9	Proporción de incidencia en población general .....	114
5.	<b>RESULTADOS – GRUPO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT).....</b>	<b>116</b>
5.2	<b>MATERNIDAD SEGURA .....</b>	<b>116</b>
5.2.1	Mortalidad materna.....	116
5.2.2	Morbilidad Materna Extrema.....	116
5.2.2.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	116
5.2.2.2	Grupo poblacional .....	116
5.2.2.3	Régimen de seguridad social .....	117
5.2.2.4	Razón de Morbilidad Materna Extrema .....	117
5.2.2.5	Porcentaje de gestantes con cuatro o más criterios de Inclusión .....	118
5.2.3	Mortalidad perinatal y neonatal tardía.....	119
5.2.3.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	119
5.2.3.2	Casos según sexo.....	119
5.2.3.3	Régimen de seguridad social .....	120

5.2.3.4	Razón de mortalidad perinatal.....	120
5.2.3.5	Razón de mortalidad neonatal tardía.....	121
5.2.3.6	Correspondencia de la notificación de muerte perinatal Sivigila vs RUAF ....	121
5.3	Grupo de Crónicas .....	122
5.3.1	Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona).....	122
5.3.1.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	122
5.3.1.2	Casos según sexo.....	122
5.3.1.3	Grupo de edad .....	123
5.3.1.4	Grupo poblacional .....	123
5.3.1.5	Régimen de seguridad social .....	123
5.3.1.6	Clasificación según tipo de caso .....	123
5.3.1.7	Mortalidad / Letalidad.....	123
5.3.1.8	Proporción de incidencia .....	123
5.3.2	Vigilancia en salud pública de las violencias de género.....	124
5.3.2.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	124
5.3.2.2	Casos según sexo.....	124
5.3.2.3	Grupo de edad .....	125
5.3.2.4	Grupo poblacional.....	125
5.3.2.5	Régimen de seguridad social .....	125
5.3.2.6	Clasificación según tipo de caso .....	126
5.3.2.7	Mortalidad / Letalidad.....	126
5.3.2.8	Proporción de incidencia .....	126
5.3.3	Cáncer en menores de 18 años.....	127
5.3.3.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	127
5.3.3.2	Casos según sexo.....	127
5.3.3.3	Grupo de edad .....	128
5.3.3.4	Grupo poblacional .....	128
5.3.3.5	Régimen de seguridad social .....	128
5.3.3.6	Clasificación según tipo de caso .....	128
5.3.3.7	Mortalidad / Letalidad.....	129
5.3.3.8	Proporción de incidencia .....	129
5.3.4	Cáncer de mama y cuello uterino .....	129
5.3.5	Defectos congénitos .....	130
5.3.5.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	130
5.3.5.1	Casos según sexo.....	130

5.3.5.2	Régimen de seguridad social .....	131
5.3.5.3	Clasificación según tipo de caso .....	131
5.3.5.4	Mortalidad / Letalidad .....	132
5.3.5.5	Proporción de incidencia .....	132
5.3.6	Vigilancia centinela de la exposición a flúor y en salud bucal .....	133
5.3.6.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	133
5.3.6.2	Casos según sexo.....	133
5.3.6.3	Grupo de edad .....	134
5.3.6.4	Grupo poblacional .....	134
5.3.6.5	Régimen de seguridad social .....	134
5.3.6.6	Mortalidad / Letalidad .....	135
5.3.6.7	Proporción de prevalencia de fluorosis dental en casos notificados anualmente. .....	135
5.3.6.8	Índice comunitario de fluorosis dental .....	135
5.3.7	Vigilancia de enfermedades huérfanas-raras.....	135
5.3.7.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	135
5.3.7.2	Casos según sexo.....	136
5.3.7.3	Grupo de edad .....	136
5.3.7.4	Grupo poblacional .....	136
5.3.7.5	Régimen de seguridad social .....	136
5.3.7.6	Clasificación según tipo de caso .....	136
5.3.7.7	Mortalidad / Letalidad .....	137
5.3.7.8	Proporción de incidencia .....	137
5.3.8	Intento de suicidio.....	137
5.3.8.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	137
5.3.8.2	Casos según sexo.....	138
5.3.8.3	Casos por grupos de edad .....	138
5.3.8.4	Grupo poblacional .....	139
5.3.8.5	Régimen de seguridad social .....	139
5.3.8.6	Clasificación según tipo de caso .....	140
5.3.8.7	Proporción de incidencia .....	140
5.4	VIGILANCIA NUTRICIONAL .....	141
5.4.1	Bajo peso al nacer a término .....	141
5.4.1.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	141
5.4.1.2	Grupo de edad .....	141

5.4.1.3	Régimen de seguridad social .....	142
5.4.1.4	Clasificación según tipo de caso .....	142
5.4.1.5	Mortalidad / Letalidad .....	142
5.4.1.6	Proporción de incidencia .....	142
5.4.1.7	Oportunidad en la notificación semanal.....	143
5.4.1.8	Concordancia Estadísticas Vitales SIVIGILA -RUAF .....	143
5.4.1.9	Oportunidad en el seguimiento a los casos .....	144
5.4.2	Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años.....	144
5.4.2.1	Territorios con casos notificados y área de procedencia .....	145
5.4.2.2	Casos según sexo.....	145
5.4.2.3	Grupo de edad .....	145
5.4.2.4	Grupo poblacional .....	146
5.4.2.5	Régimen de seguridad social .....	146
5.4.2.6	Proporción de incidencia .....	146
6.	DISCUSIÓN / CONCLUSIONES .....	147
7.	RECOMENDACIONES .....	160

## LISTA DE TABLAS

	pg.
Tabla 1. Distribución poblacional por área de residencia, Casanare 2016.....	25
Tabla 2. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, Sivigila-Casanare, 2016 .....	30
Tabla 3. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	35
Tabla 4. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según evento y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	36
Tabla 5. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según municipio de procedencia y grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016 .....	38
Tabla 6. Casos notificados de eventos de interés en salud pública según tipo de seguridad social y municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	40
Tabla 7. Proporción de notificación de casos por cada 100.000 habitantes por evento, Sivigila-Casanare, 2016.....	41
Tabla 8. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según tipo de caso y municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	42
Tabla 9. Porcentaje de cumplimiento en el ajuste de casos sospechosos o probables, Sivigila-Casanare, 2016 .....	44
Tabla 10. Promedio de días en la oportunidad de acceso a los servicios de salud por evento de interés en salud pública, Sivigila-Casanare, 2016 .....	46
Tabla 11. Proporción de la notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Sivigila-Casanare, 2016.....	47
Tabla 12. Proporción de incidencia en menores de 5 años Tos Ferina, Casanare, 2016.....	48
Tabla 13. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes en población genera, Tos ferina, Sivigila-Casanare, 2016 .....	48
Tabla 14. Casos notificados de meningitis bacterianas aguda por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	49
Tabla 15. Casos notificados de parotiditis según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	50
Tabla 16. Casos notificados de varicela por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	52
Tabla 17. Casos notificados de ESAVI por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016. ....	55
Tabla 18. Casos de ESAVI con clasificación definitiva, Sivigila-Casanare, 2016..	57
Tabla 19. Porcentaje de casos hospitalizados por IRA, Sivigila-Casanare, 2016 .	57
Tabla 20. Casos atendidos por consulta externa y urgencias por IRA, Sivigila-Casanare, 2016 .....	57

Tabla 21. Casos de IRAG - inusitado por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	58
Tabla 22. Casos notificados de tuberculosis por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	59
Tabla 23. Casos notificados de Enfermedad de Chagas, Sivigila-Casanare, 2016 .....	65
Tabla 24. Casos notificados de dengue según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	69
Tabla 25. Casos notificados de Chikungunya según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	73
Tabla 26. Casos notificados de Zika según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	76
Tabla 27. Casos notificados de sífilis gestacional según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	80
Tabla 28. Porcentajes de gestantes detectadas en la semana 17, sífilis gestacional, Sivigila-Casanare, 2016.....	82
Tabla 29. Casos notificados de VIH/Sida según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	83
Tabla 30. Razón de prevalencia por 1.000 nacidos vivos de VIH/Sida en gestantes, Sivigila-Casanare, 2016.....	85
Tabla 31. Proporción de incidencia de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión, Casanare, 2016 .....	85
Tabla 32. Casos notificados de vigilancia integrada a rabia humana según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	86
Tabla 33. Casos notificados de vigilancia integrada de la rabia humana según el tipo de exposición, Sivigila-Casanare, 2016 .....	88
Tabla 34. Porcentaje de casos de no exposición con aplicación de suero por municipio, vigilancia integrada a rabia, Casanare, 2016.....	89
Tabla 35. Porcentaje de casos notificados de exposiciones leves con aplicación de tratamiento por municipio, vigilancia integrada a rabia, Casanare, 2016.....	89
Tabla 36. Porcentaje de casos notificados de exposiciones graves con aplicación de tratamiento por municipio, vigilancia integrada a rabia, Casanare, 2016...	90
Tabla 37. Casos notificados de accidente ofídico por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	91
Tabla 38. Porcentaje de tratamientos aplicados, accidente ofídico, Casanare, 2016 .....	92
Tabla 39. Casos notificados de accidente ofídico según el agente agresor, Sivigila-Casanare, 2016.....	93
Tabla 40. Casos notificados de leptospirosis según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	94
Tabla 41. Casos notificados de encefalitis equina por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	95
Tabla 42. Distribución de casos notificados por clasificación inicial, encefalitis equina, Casanare, 2016.....	96

Tabla 43. Casos notificados de brucelosis por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	97
Tabla 44. Casos notificados de brucelosis según tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016.....	98
Tabla 45. Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	99
Tabla 46. Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos por grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016 .....	101
Tabla 47. Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos según tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016 .....	102
Tabla 48. Porcentaje de brotes notificados oportunamente, Casanare 2016.....	103
Tabla 49. Porcentaje de brotes de enfermedad transmitida por alimentos con estudio de laboratorio, Sivigila-Casanare 2016 .....	103
Tabla 50. Casos notificados de Hepatitis A por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	104
Tabla 51. Notificación colectiva de casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) según municipio de procedencia y grupo de edad Sivigila-Casanare, 2016.	107
Tabla 52. Casos notificados de intoxicaciones por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	110
Tabla 53. Casos notificados de intoxicaciones según tipo de caso y municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	112
Tabla 54. Casos notificados de intoxicaciones según tipo de sustancia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	113
Tabla 55. Casos notificados de intoxicaciones según tipo de exposición, Sivigila-Casanare, 2016 .....	113
Tabla 56. Casos notificados de morbilidad materna extrema por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	116
Tabla 57. Distribución de casos notificados por grupo poblacional, Morbilidad Materna Extrema, Casanare, 2016 .....	117
Tabla 58. Porcentaje de gestantes con cuatro o más criterios de Inclusión, Sivigila-Casanare, 2016 .....	118
Tabla 59. Casos notificados de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	119
Tabla 60. Concordancia de la notificación de muerte perinatal Sivigila vs Registro único de afiliados –RUAF-, Sivigila-Casanare 2016 .....	121
Tabla 61. Casos notificados de lesiones por artefactos explosivos según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	122
Tabla 62. Casos notificados de violencia de género según municipio y área de procedencia, Sivigila Casanare, 2016.....	124
Tabla 63. Casos notificados de cáncer en menores de 18 años según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	127
Tabla 64. Distribución de casos notificados por área de procedencia, Defectos Congénitos, Casanare, 2016. ....	130



Tabla 65. Casos notificados de defectos congénitos según clasificación de tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016 .....	132
Tabla 66. Casos notificados de fluorosis dental por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	133
Tabla 67. Casos notificados de enfermedades huérfanas-raras por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	135
Tabla 68. Casos notificados de enfermedades huérfanas-raras según clasificación de tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016.....	136
Tabla 69. Casos notificados de intento de suicidio por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	138
Tabla 70. Casos notificados de bajo peso al nacer a término según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	141
Tabla 71. Tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos de bajo peso al nacer según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	142
Tabla 72. Oportunidad de la notificación de bajo peso al nacer, Sivigila-Casanare, 2016.....	143
Tabla 73. Concordancia Sivigila-RUAF de bajo peso al nacer, Sivigila-Casanare, 2016.....	144
Tabla 74. Casos notificados de bajo peso al nacer con investigación epidemiológica de caso, Sivigila-Casanare, 2016 .....	144
Tabla 75. Casos notificados de desnutrición en menores de 5 años según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	145

## LISTA DE FIGURAS

	pg.
Figura 1. División político administrativa del departamento de Casanare. ....	24
Figura 2. Estructura de la población del departamento de Casanare y sus municipios por sexo y grupo etario según proyecciones DANE para el 2016. 26	26
Figura 3. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, menores de 5 años, Sivigila-Casanare, 2016 .....	32
Figura 4. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, mortalidad y letalidad, Sivigila-Casanare, 2016 .....	33
Figura 5. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, mortalidad en menores de 1 a 5 años, Sivigila-Casanare, 2016 .....	34
Figura 6. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, mortalidad en menores de 1 año, Sivigila-Casanare, 2016 .....	34
Figura 7. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	37
Figura 8. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016.....	37
Figura 9. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016.....	39
Figura 10. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016 .....	39
Figura 11. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016 .....	42
Figura 12. Porcentaje de cumplimiento en la notificación semanal, Unidades Notificadoras Municipales, Sivigila-Casanare, 2016 .....	43
Figura 13. Porcentaje de cumplimiento acumulado de la notificación, Casanare, 2016.....	43
Figura 14. Promedio de días de la oportunidad de la notificación de eventos de interés en salud pública, Sivigila-Casanare, 2016 .....	45
Figura 15. Promedio de días de la oportunidad en la realización de ajustes, Sivigila-Casanare, 2016.....	45
Figura 16. Casos notificados de parotiditis según municipio y sexo, Sivigila- Casanare, 2016 .....	50
Figura 17. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de parotiditis, Sivigila- Casanare, 2016 .....	51
Figura 18. Proporción de Incidencia de parotiditis en menores de 5 años, Casanare, 2016. ....	52
Figura 19. Casos notificados de varicela por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	53

Figura 20. Casos notificados de varicela según el tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016 .....	53
Figura 21. Proporción de Incidencia general de varicela, Sivigila-Casanare, 2016	54
Figura 22. Proporción de incidencia general de varicela en menores de 5 años, Sivigila-Casanare, 2016.....	54
Figura 23. Casos notificados de tuberculosis por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	60
Figura 24. Casos notificados de tuberculosis según tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016.....	60
Figura 25. Casos notificados de tuberculosis por grupos de edad, Sivigila-Casanare, 2016 .....	61
Figura 26. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de tuberculosis, Sivigila-Casanare, 2016.....	61
Figura 27. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de tuberculosis por sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	62
Figura 28. Casos notificados de E. Chagas según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	66
Figura 29. Casos notificados de E. Chagas según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016 .....	66
Figura 30. Casos notificados de E. Chagas según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016 .....	67
Figura 31. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de leishmaniasis según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016 .....	68
Figura 32. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de leishmaniasis según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	68
Figura 33. Casos notificados de dengue según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	70
Figura 34. Casos notificados de dengue según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016.....	70
Figura 35. Casos notificados de dengue, según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016 .....	71
Figura 36. Casos notificados de dengue según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016.....	71
Figura 37. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de dengue según grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	72
Figura 38. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de dengue según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	72
Figura 39. Casos hospitalizados por dengue según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	73
Figura 40. Casos notificados de Chikungunya según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	74
Figura 41. Casos notificados de Chikungunya según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016 .....	74

Figura 42. Casos notificados de Chikungunya según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016 .....	75
Figura 43. Casos notificados de Zika según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	76
Figura 44. Casos notificados de Zika según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016.....	77
Figura 45. Casos notificados de Zika según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016.....	77
Figura 46. Casos notificados de Zika según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016.....	78
Figura 47. Casos notificados de Zika según tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016 .....	78
Figura 48. Proporción de incidencia por 1.000 nacidos vivos de Zika en gestantes por municipio de procedencia .....	79
Figura 49. Proporción de incidencia en gestantes de Zika, Sivigila-Casanare, 2016 .....	79
Figura 50. Casos notificados de sífilis gestacional según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016 .....	81
Figura 51. Razón de prevalencia de sífilis gestacional, Sivigila-Casanare, 2016..	81
Figura 52. Casos notificados de VIH/Sida según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	83
Figura 53. Casos notificados según régimen de seguridad social, VIH/Sida, Casanare, 2016 .....	84
Figura 54. Prevalencia de notificación de casos confirmados de VIH/SIDA, Casanare, 2016 .....	84
Figura 55. Casos notificados de vigilancia integrada de la rabia humana según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	87
Figura 56. Casos notificados de vigilancia integrada de la rabia humana según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016.....	87
Figura 57. Casos notificados de vigilancia integrada de la rabia humana según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016.....	87
Figura 58. Casos notificados de accidente ofídico según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	91
Figura 59. Casos notificados de accidente ofídico según tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016 .....	92
Figura 60. Casos notificados de leptospirosis por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	94
Figura 61. Casos notificados de encefalitis equina según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	95
Figura 62. Casos notificados de brucelosis por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	97
Figura 63. Casos notificados de brucelosis por grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016.....	97

Figura 65. Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	100
Figura 64. Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016.....	100
Figura 66. Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos según tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016.....	101
Figura 67. Proporción de Incidencia de casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	102
Figura 68. Casos notificados de hepatitis A según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	104
Figura 69. Casos notificados de hepatitis A según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016 .....	104
Figura 70. Casos notificados de Hepatitis A según tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016.....	105
Figura 71. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de Hepatitis A por grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	106
Figura 72. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de Hepatitis A por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	106
Figura 73. Notificación colectiva de casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016 .....	107
Figura 74. Casos notificados de infecciones asociadas a la atención en salud por grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016.....	108
Figura 75. Casos notificados de intoxicaciones por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	111
Figura 76. Casos notificados de intoxicaciones según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016 .....	111
Figura 77. Casos notificados de intoxicaciones según el grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016 .....	111
Figura 78. Casos notificados de intoxicaciones según tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016.....	112
Figura 79. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes por intoxicaciones según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	114
Figura 80. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de intoxicaciones según grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	115
Figura 81. Casos notificados de morbilidad materna extrema según tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016.....	117
Figura 82. Razón de morbilidad materna extrema por 1. 000 nacidos vivos, Sivigila-Casanare, 2016.....	118
Figura 83. Casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare 2016.....	119
Figura 84 Casos notificados de mortalidad perinatal y neonatal tardía por tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016.....	120

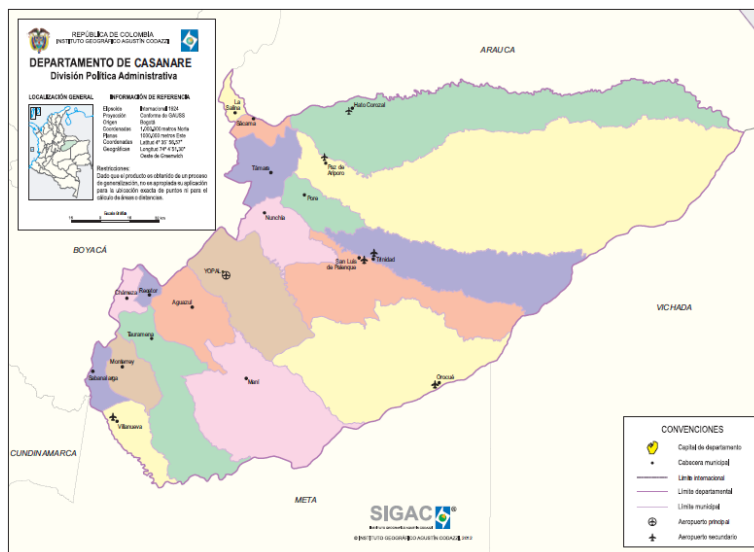
Figura 85. Razón de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, Sivigila-Casanare, 2016 .....	120
Figura 86. Razón de mortalidad neonatal tardía, Sivigila-Casanare, 2016 .....	121
Figura 87. Casos notificados de lesiones por artefactos explosivos según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	122
Figura 88. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de lesiones por artefactos explosivos según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	123
Figura 89. Casos notificados de violencia de género según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	124
Figura 90. Casos notificados de violencia de género según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016 .....	125
Figura 91. Casos notificados de violencias de género según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016.....	125
Figura 92. Casos notificados de violencias de género según tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016.....	126
Figura 93. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de violencias de género por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	126
Figura 94. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de violencia de género, según grupo etario y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	127
Figura 95. Casos notificados de cáncer en menores de 18 años según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	128
Figura 96. Casos notificados de cáncer en menores de 18 años por tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016.....	128
Figura 97. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de cáncer en menores de 18 años en población general por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	129
Figura 98. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de cáncer en menores de 18 años por grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	129
Figura 99. Casos notificados de defectos congénitos según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare 2016 .....	131
Figura 100. Casos notificados de defectos congénitos según el tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016.....	131
Figura 101. Tasa de mortalidad por 100.000 menores de un año de defectos congénitos por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	132
Figura 102. Proporción de incidencia por 100.000 menores de un año de defectos congénitos, Sivigila-Casanare, 2016. ....	133
Figura 103. Casos notificados de fluorosis dental por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	134
Figura 104. Casos notificados de fluorosis dental por grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016 .....	134
Figura 105. Casos notificados de fluorosis dental según tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016.....	135

Figura 106. Casos notificados de enfermedades huérfanas según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016.....	136
Figura 107. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016 .....	137
Figura 108. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes por grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	137
Figura 109. Casos notificados de intento de suicidio según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	138
Figura 110. Casos notificados de intento de suicidio según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016 .....	139
Figura 111. Casos notificados de intento de suicidio según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016.....	139
Figura 112. Casos notificados de intento de suicidio según tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016.....	139
Figura 113. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de intento de suicidio según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.....	140
Figura 114. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de intento de suicidio según grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016.....	140
Figura 115. Casos notificados de bajo peso al nacer según el grupo de edad de la madre, Sivigila-Casanare, 2016.....	141
Figura 116. Casos notificados de bajo peso al nacer según tipo de seguridad social de la madre, Sivigila-Casanare, 2016.....	142
Figura 117. Proporción de incidencia por 1.000 nacidos vivos de bajo peso al nacer, Sivigila-Casanare, 2016.....	143
Figura 118. Casos notificados de desnutrición en menores de 5 años según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016 .....	145
Figura 119. Casos notificados de desnutrición aguda en menores de 5 años según el tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016 .....	146
Figura 120. Proporción de incidencia de desnutrición aguda moderada y severa, Sivigila-Casanare, 2016.....	146

## INTRODUCCIÓN

El departamento de Casanare está situado en el oriente del país, en la región de la Orinoquía, localizado entre los 04°17'25" y 06°20'45' de latitud norte y los 69°50'22" y 73°04'33" de longitud oeste, tiene una superficie de 44.640 km<sup>2</sup> la cual corresponde a 3,9% del área nacional y un poco menos de 1/5 de la región de la Orinoquía (17,5%). Limita al norte y oriente con Arauca, al sur oriente y sur con Vichada y Meta y al occidente con Boyacá. Salvo una angosta e interrumpida faja occidental correspondiente a las estribaciones de la cordillera oriental, el resto del territorio casanareño es plano o suavemente ondulado. Política y administrativamente, el departamento está dividido en 19 municipios: Yopal, Aguazul, Chámeza, Hato Corozal, La Salina, Maní, Monterrey, Nunchía, Orocué, Paz de Ariporo, Pore, Recetor, Sabanalarga, Sácama, San Luis de Palenque, Támara, Tauramena, Trinidad y Villanueva ([figura 1](#)).

**Figura 1.** División político administrativa del departamento de Casanare.



**Fuente.** Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

El territorio del departamento de Casanare está constituido por tres conjuntos fisiográficos denominados vertiente oriental de la cordillera Oriental de los andes Colombianos, piedemonte y llanura aluvial. La parte montañosa en el occidente comprende áreas desde el límite con el piedemonte hasta los 4.000 m sobre el nivel del mar; se caracteriza por sus cumbres montañosas, con pajonales y frailejones y vertientes abruptas fuertemente disecadas, cubiertas por bosque



húmedo tropical. Su altura promedio sobre el nivel del mar es de 350 metros, con una temperatura promedio de 26°C. La distancia entre la capital del departamento, Yopal, y la capital de Colombia, Bogotá, es de 387 km.

La población proyectada para el 2016 por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) correspondió a 362.721 habitantes; hombres 183.874 (50,7%) y mujeres 178.847 (49,3%); en el área urbana 270.189 (74,5%) y rural 32.509 (25,5%), ([tabla 1](#)). Su economía se basa principalmente en la producción ganadera y agrícola; y, en la explotación petrolera.

**Tabla 1.** Distribución poblacional por área de residencia, Casanare 2016

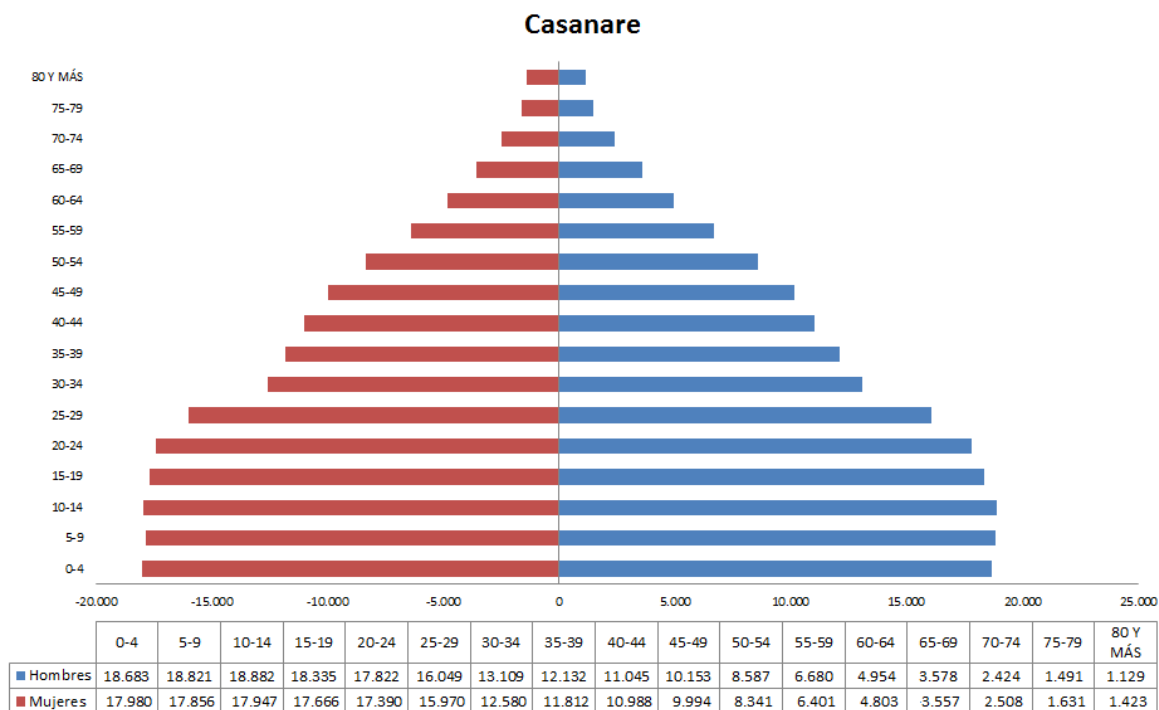
Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Yopal	127.748	47,3	15.234	16,5	142.982	39,4
Aguazul	30.075	11,1	9.569	10,3	39.644	10,9
Chameza	1.660	0,6	851	0,9	2.511	0,7
Hato Corozal	5.447	2,0	6.917	7,5	12.364	3,4
La Salina	621	0,2	813	0,9	1.434	0,4
Maní	7.534	2,8	3.596	3,9	11.130	3,1
Monterrey	12.697	4,7	2.323	2,5	15.020	4,1
Nunchía	2.139	0,8	6.728	7,3	8.867	2,4
Orocué	5.286	2,0	3.062	3,3	8.348	2,3
Paz de Ariporo	19.236	7,1	7.298	7,9	26.534	7,3
Pore	3.980	1,5	3.937	4,3	7.917	2,2
Recetor	1.555	0,6	2.667	2,9	4.222	1,2
Sabanalarga	1.495	0,6	1.448	1,6	2.943	0,8
Sácama	1.449	0,5	585	0,6	2.034	0,6
San Luis de Palenque	2.320	0,9	5.490	5,9	7.810	2,2
Támara	2.336	0,9	4.700	5,1	7.036	1,9
Tauramena	15.233	5,6	7.493	8,1	22.726	6,3
Trinidad	8.634	3,2	6.466	7,0	15.100	4,2
Villanueva	20.744	7,7	3.332	3,6	24.076	6,6
<b>Casanare</b>	<b>270.189</b>	<b>100,0</b>	<b>92.509</b>	<b>100,0</b>	<b>362.698</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Proyecciones de población 2005-2020 municipales por área, 2016

La pirámide poblacional del departamento de Casanare es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2016 comparado con el año 2005, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios y a medida que se avanza, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del

descenso en la mortalidad. Se proyecta que para el año 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas ([figura 2](#)).

**Figura 2.** Estructura de la población del departamento de Casanare y sus municipios por sexo y grupo etario según proyecciones DANE para el 2016.



**Fuente.** Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad, 2016

## 1. OBJETIVOS

### 1.1 Objetivo general

Describir el comportamiento de la notificación de los eventos de interés en salud pública objeto de vigilancia y control al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA del departamento de Casanare y los 19 municipios que lo conforman durante el 2016.

### 1.2 Objetivos específicos

- Establecer el comportamiento general de la notificación de acuerdo con los indicadores de persona, tiempo, lugar e impacto, estructura y proceso.
- Evaluar la gestión realizada por la entidad territorial en el sistema de vigilancia en salud pública en cuanto al cumplimiento y oportunidad de la notificación de los eventos de reporte obligatorio definidos en los protocolos y lineamientos de vigilancia: entrega de reporte semanal, reporte acumulado negativo o positivo de la presencia de eventos objeto de la vigilancia, ajustes de caso; así como, el porcentaje de silencio epidemiológico y el porcentaje de notificación negativa.
- Analizar el comportamiento epidemiológico de los eventos de interés en salud pública por grupo de enfermedades así:
  - Grupo de Transmisibles:
    - Inmunoprevenibles:
    - Micobacterias
    - Enfermedades Transmitidas por Vectores
    - Infecciones de Transmisión Sexual
    - Zoonosis
    - Enfermedades transmitidas por alimentos o Agua
    - Infecciones Asociadas a Dispositivos)
    - Factores de riesgo ambiental
  - Grupo no Transmisibles
    - Maternidad segura
    - Grupo de Crónicas
    - Grupo vigilancia nutricional

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo del comportamiento de la notificación de los eventos de interés en salud pública objeto de vigilancia y control al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del departamento de Casanare y sus 19 municipios durante el 2016, en cumplimiento de los lineamientos nacionales de vigilancia y control en salud pública. A nivel departamental se llevaron a cabo las siguientes actividades:

*Notificación.* Notificación individual, inmediata y semanal de los casos presentados en cada uno de los eventos de interés objeto de la vigilancia y control en salud pública en el departamento de Casanare, previo registro en la ficha de notificación del evento con base en el protocolo de vigilancia del mismo. Diligenciamiento de la ficha de notificación colectiva para la notificación de casos de Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Varicela.

*Confirmación por laboratorio.* Se realizó el diagnóstico por laboratorio de los brotes de eventos de interés en salud pública que lo requirieron y se acudió al Instituto Nacional de Salud (INS) como complementariedad diagnóstica cuando fue requerido. Los procesos de laboratorio de confirmación diagnóstica y control de calidad de los eventos de interés en salud pública, siguieron los lineamientos dados por la Red Nacional de Laboratorios del INS.

*Búsqueda Activa Institucional (BAI).* Se efectuó la BAI a partir de la revisión de historias clínicas y Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de cada UPGD para identificar diagnósticos CIE-10 relacionados, cumplimiento de la definición de caso y recolección de muestra de laboratorio para confirmación del caso e ingreso al SIVIGILA según el evento de interés: Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años, Sarampión-Rubéola, Síndrome Rubéola Congénita, Tétanos Neonatal, Meningitis, Difteria, Varicela, Parotiditis, Tos ferina, Tuberculosis, Lepra, Sífilis gestacional y congénita, VIH, Hepatitis B, Enfermedades transmitidas por alimentos, Fiebre tifoidea/paratifoidea, Hepatitis A, Cólera, Defectos congénitos, Hipotiroidismo congénito, Cáncer Infantil, Agresiones por animal potencialmente trasmisor de Rabia, Accidente ofídico, Muerte perinatal y neonatal tardía, Muertes maternas y Morbilidad Materna Extrema.

La información fue registrada en los formatos disponibles en la página web del INS para la recolección de datos de BAI: a) formato consolidado con diagnósticos

diferenciales UPGD/HC, b) consolidados UPGD por municipio, c) consolidado por departamento,

El análisis de la información se hizo con base en el cumplimiento de las metas establecidas en cada uno de los indicadores definidos para: a) establecer el comportamiento general de la notificación, b) evaluar la gestión realizada en el sistema de vigilancia en salud pública, c) establecer la oportunidad de la notificación dentro de los tiempos establecidos en los protocolos de vigilancia Y d) describir el comportamiento epidemiológico de los eventos de interés en salud pública (EISPO objeto de vigilancia y control en salud pública.

Para el análisis de los indicadores de impacto y cumplimiento de la notificación se tomaron los casos probables, sospechosos y confirmados por clínica, laboratorio y nexos epidemiológicos; y, se eliminaron los casos descartados por error de digitación, descartados por laboratorio, duplicados y repetidos; así mismo, se excluyeron todos los casos procedentes de otros departamentos del país.

Se empleó la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office® y el programa estadístico Epi-Info® 7.2.0.1 para el procesamiento de datos y el análisis de la información mediante el uso de estadística descriptiva. Los resultados obtenidos fueron agrupados en tablas y figuras según el tipo de variable a estudio.

### 3. RESULTADOS – COMPORTAMIENTO GENERAL DE LA NOTIFICACIÓN

#### 3.1 Indicadores de Impacto

##### 3.1.1.1 Notificación población general

Durante el 2016, del total de eventos de interés en salud pública (EISP) objeto de vigilancia, se contó con 13.033 registros de casos notificados, luego del proceso de depuración, fueron descartados 706 (5,4%), de ellos, el 3,1% (22/706) eran de otros departamentos, duplicados 212 (1,6%), repetidos 177 (1,4%), procedentes de otros departamentos 120 (0,9%) y procedentes del departamento de Casanare 11.818 (90,8%), (tabla 2).

**Tabla 2.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, Sivigila-Casanare, 2016

Eventos de interés en salud pública	Frecuencia	%
Accidente ofídico	174	1,5
Bajo peso al nacer	147	1,2
Brucelosis	17	0,1
Cáncer de la mama y cuello uterino	6	0,1
Cáncer en menores de 18 años	20	0,2
Chagas	280	2,4
Chagas - bancos de sangre	1	0,0
Chikungunya	246	2,1
Defectos congénitos	130	1,1
Dengue	975	8,3
Dengue grave	3	0,03
Desnutrición aguda en menores de 5 años	84	0,7
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (eta)	151	1,3
Enfermedades huérfanas - raras	8	0,1
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	6	0,1
Evento adverso seguido a la vacunación.	8	0,1
Evento sin establecer	22	0,2
Exposición a flúor	339	2,9
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	0,0
Hepatitis A	17	0,1
Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y delta	14	0,1
IAD - infecciones asociadas a dispositivos - individual	6	0,1
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	20	0,2
Intento de suicidio	199	1,7
Intoxicaciones	334	2,8
Leishmaniasis cutánea	10	0,1

Eventos de interés en salud pública	Frecuencia	%
Lepra	2	0,02
Leptospirosis	14	0,1
Lesiones de causa externa	29	0,2
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	27	0,2
Malaria	3	0,03
Meningitis	9	0,1
Morbilidad materna extrema	221	1,9
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	70	0,6
Mortalidad por dengue	1	0,01
Mortalidad por EDA 0-4 años	1	0,01
Mortalidad por IRA	2	0,02
Parotiditis	60	0,5
Sífilis congénita	4	0,03
Sífilis gestacional	36	0,3
Síndrome de rubeola congénita	1	0,01
Tos ferina	8	0,1
Tuberculosis	131	1,1
Tuberculosis farmacorresistente	2	0,02
Varicela individual	695	5,9
Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico	1	0,01
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	2061	17,4
Vigilancia integrada de rabia humana	1248	10,6
VIH/Sida/mortalidad por Sida	135	1,1
Zika	3839	32,5
<b>Total</b>	<b>11818</b>	<b>100,0</b>

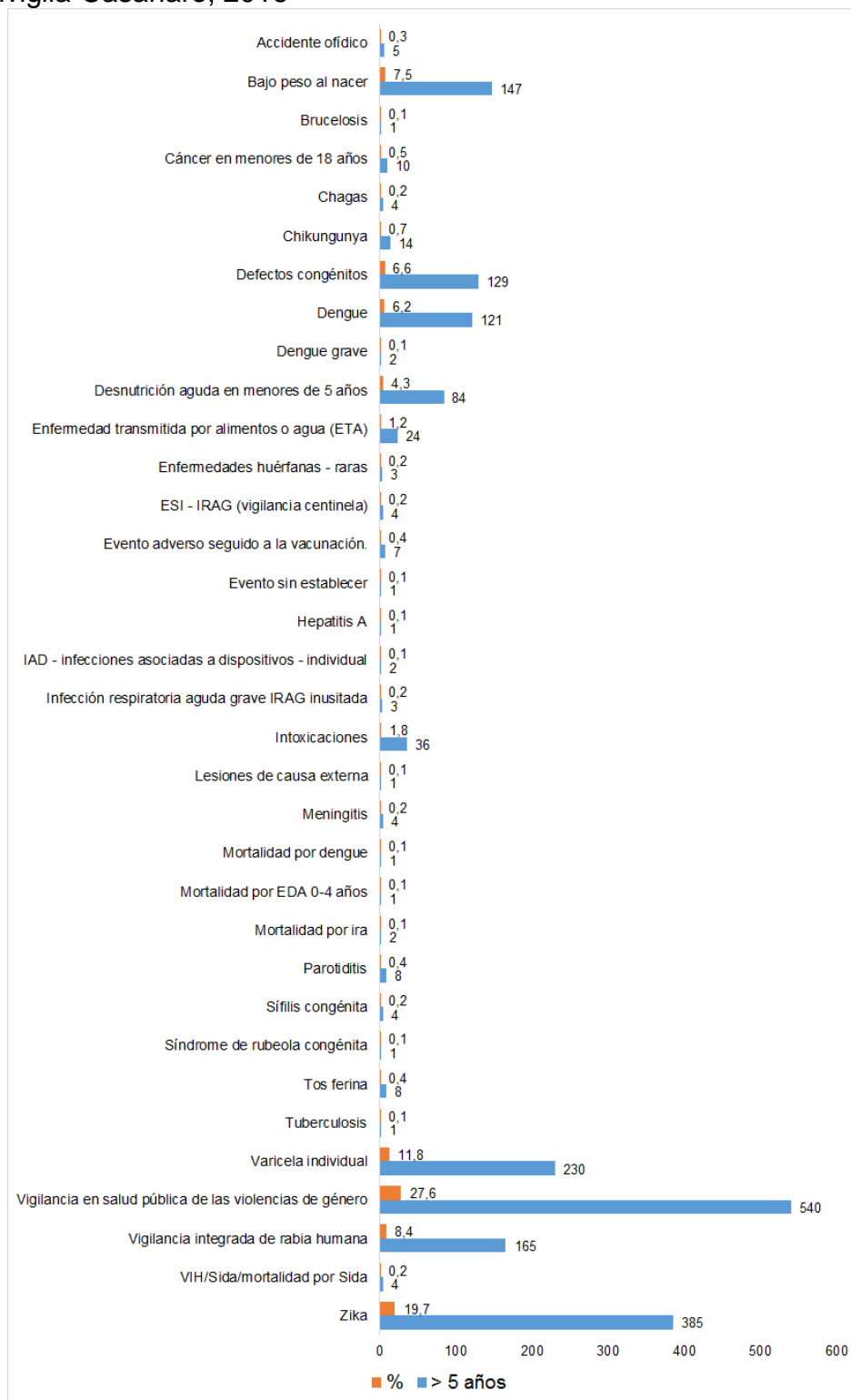
### 3.1.1.2 Notificación en menores de 5 años

El 16,5% (1.953/11.818) de los casos notificados, incluidos el total de 147 menores afectados por el evento de bajo peso al nacer ocurrió en menores de 5 años de edad (figura 3).

### 3.1.1.3 Mortalidad general

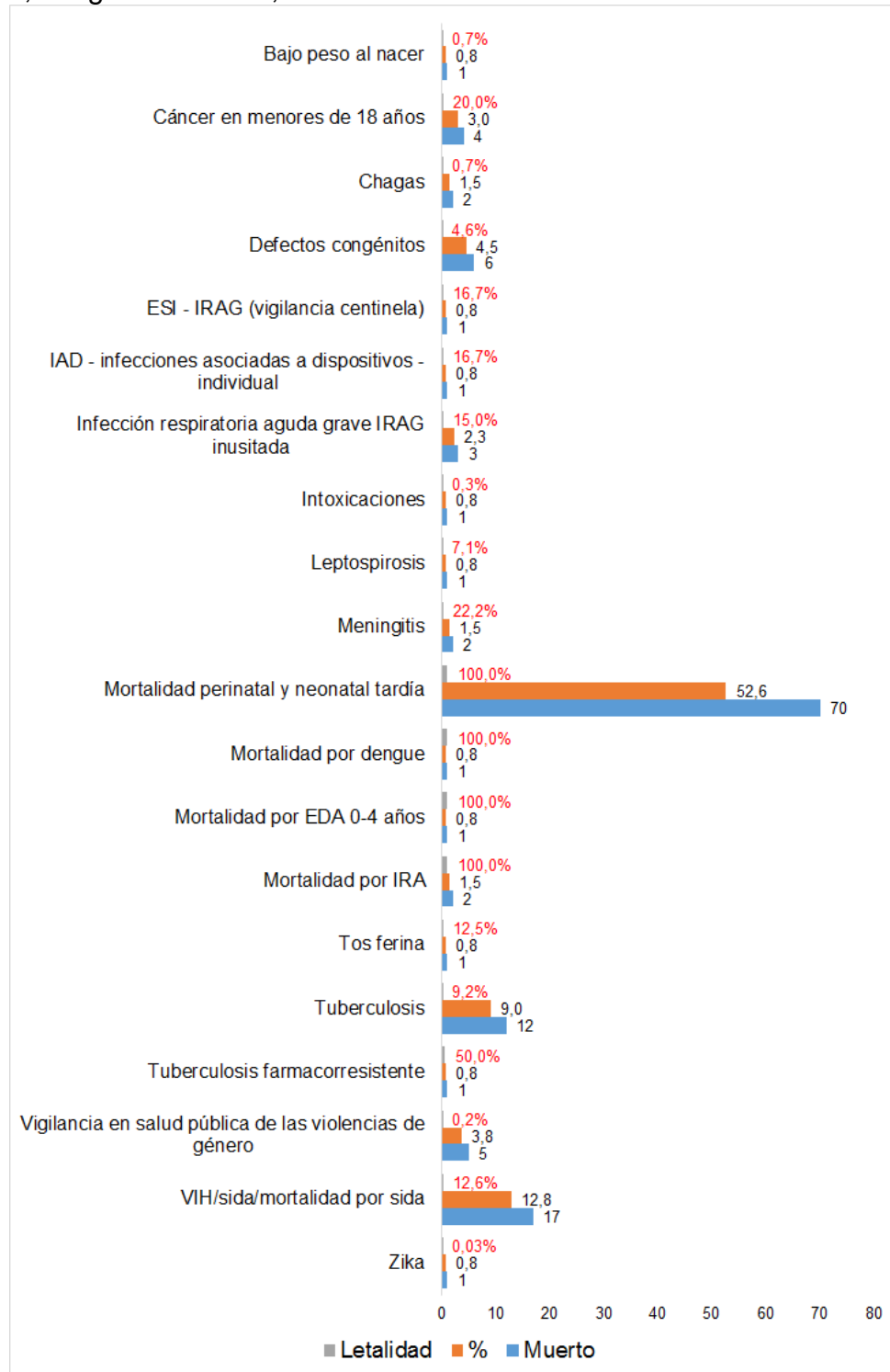
La tasa de letalidad fue de 1,1% (133/11.818), el 65,4% (87/133) de las muertes se concentró en los eventos de mortalidad perinatal y neonatal tardía y VIH/Sida/mortalidad por Sida (figura 4).

**Figura 3. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, menores de 5 años, Sivigila-Casanare, 2016**





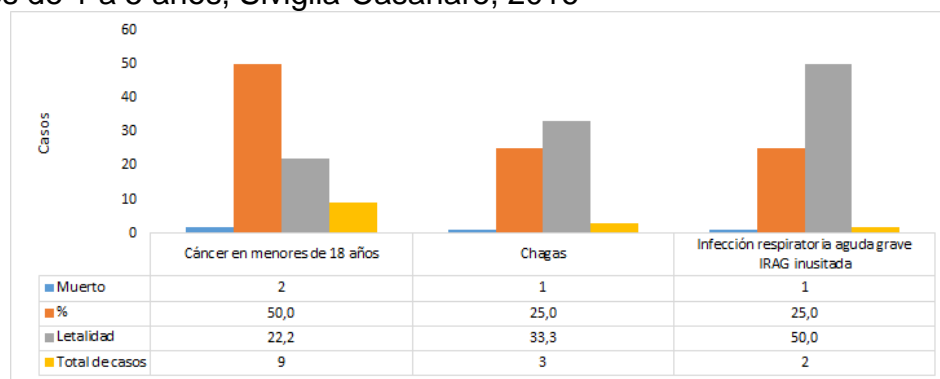
**Figura 4.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, mortalidad y letalidad, Sivigila-Casanare, 2016



### 3.1.1.4 Mortalidad en menores de 1 a 5 años

Del total de casos notificados con condición final muerto, el 3,0% (4/133) ocurrieron en menores de 1 a 5 años de edad, con una letalidad de 0,03% (3/11.818), (figura 5).

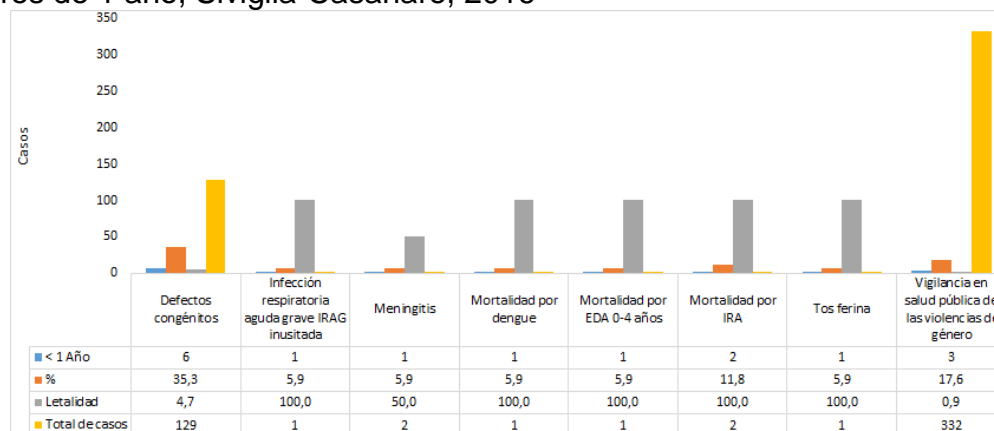
**Figura 5.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, mortalidad en menores de 1 a 5 años, Sivigila-Casanare, 2016



### 3.1.1.5 Mortalidad en menores de 1 año

Del total de casos notificados con condición final muerto, el 12,8% (17/133) ocurrieron en menores de 1 año de edad, con una letalidad de 0,1% (17/11.818), (figura 6).

**Figura 6.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, mortalidad en menores de 1 año, Sivigila-Casanare, 2016



### 3.1.2 Indicadores de persona

#### 3.1.2.1 Territorios con casos notificados, área de procedencia

Del total de casos notificados el 69,9% de la notificación se concentró en los municipios de Yopal, Villanueva, Aguazul y Tauramena, procedentes del área urbana 9.136 (77,3%) y del área rural 2.682 (22,7%), (tabla 3).

**Tabla 3.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	907	9,9	33	1,2	940	8,0
Chameza	15	0,2	214	8,0	229	1,9
Hato Corozal	76	0,8	2	0,1	78	0,7
La Salina	4	0,0	82	3,1	86	0,7
Maní	257	2,8	9	0,3	266	2,3
Monterrey	380	4,2	101	3,8	481	4,1
Nunchía	122	1,3	81	3,0	203	1,7
Orocué	112	1,2	231	8,6	343	2,9
Paz de Ariporo	562	6,2	81	3,0	643	5,4
Pore	189	2,1	169	6,3	358	3,0
Recetor	9	0,1	102	3,8	111	0,9
Sabanalarga	81	0,9	29	1,1	110	0,9
Sácama	8	0,1	17	0,6	25	0,2
San Luis de Palenque	124	1,4	32	1,2	156	1,3
Tamara	75	0,8	110	4,1	185	1,6
Tauramena	556	6,1	128	4,8	684	5,8
Trinidad	192	2,1	251	9,4	443	3,7
Villanueva	944	10,3	107	4,0	1051	8,9
Yopal	4480	49,0	238	8,9	4718	39,9
Desconocido	43	0,5	665	24,8	708	6,0
<b>Total</b>	<b>9136</b>	<b>100,0</b>	<b>2682</b>	<b>100,0</b>	<b>11818</b>	<b>100,0</b>

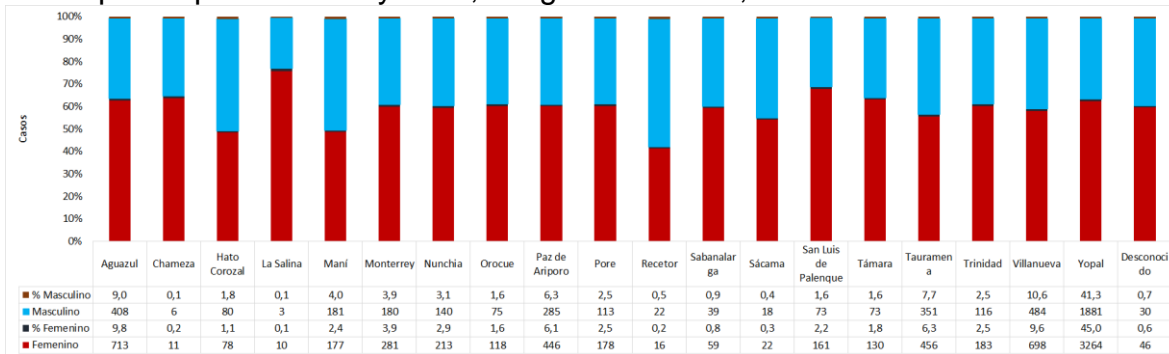
#### 3.1.2.2 Sexo

Del total de casos notificados eran del sexo femenino 7.260 (61,4%), de los cuales, el 57,9% (4.205/7.260) fue aportado por Zika y violencias de género; y, del sexo masculino 4.558 (38,6%), de ellos, el 43,6% (2.004/4.558) fue aportado por Zika y vigilancia integrada de la rabia humana; la razón hombre / mujer fue 3:5, (tabla 4). En la figura 7 se presenta la distribución por municipio de procedencia.

**Tabla 4. Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según evento y sexo, Sivigila-Casanare, 2016**

Eventos de interés en salud pública	Total de casos notificados				Distribución del		Razón		
	Femenino	%	Masculino	%	Femenino %	Masculino %	Razón	hombre	mujer
Accidente ofídico	50	0,7	124	2,7	28,7	71,3	2,5	5	2
Bajo peso al nacer	147	2,0	0	0,0	100,0	0,0			
Brucelosis	4	0,1	13	0,3	23,5	76,5	3,3	10	3
Cáncer de la mama y cuello uterino	6	0,1	0	0,0	100,0	0,0			
Cáncer en menores de 18 años	7	0,1	13	0,3	35,0	65,0	1,9	7	4
Chagas	185	2,5	95	2,1	66,1	33,9	0,5	1	2
Chagas - bancos de sangre	1	0,0	0	0,0	100,0	0,0			
Chikungunya	166	2,3	80	1,8	67,5	32,5	0,5	1	2
Defectos congénitos	62	0,9	68	1,5	47,7	52,3	1,1	8	7
Dengue	463	6,4	512	11,	47,5	52,5	1,1	8	7
Dengue grave	0	0,0	3	0,1	0,0	100,0			
Desnutrición aguda en menores de 5 años	43	0,6	41	0,9	51,2	48,8	1,0	1	1
Enfermedad transmitida por alimentos o agua	65	0,9	86	1,9	43,0	57,0	1,3	5	4
Enfermedades huérfanas - raras	2	0,0	6	0,1	25,0	75,0	3,0	6	2
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	3	0,0	3	0,1	50,0	50,0	1,0	1	1
Evento adverso seguido a la vacunación.	5	0,1	3	0,1	62,5	37,5	0,6	3	5
Evento sin establecer	10	0,1	12	0,3	45,5	54,5	1,2	6	5
Exposición a flúor	174	2,4	165	3,6	51,3	48,7	0,9	7	8
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0,0	1	0,0	0,0	100,0			
Hepatitis A	6	0,1	11	0,2	35,3	64,7	1,8	7	4
Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta	4	0,1	10	0,2	28,6	71,4	2,5	5	2
IAD - infecciones asociadas a dispositivos -	0	0,0	6	0,1	0,0	100,0			
Infección respiratoria aguda grave IRAG	8	0,1	12	0,3	40,0	60,0	1,5	3	2
Intento de suicidio	119	1,6	80	1,8	59,8	40,2	0,7	4	6
Intoxicaciones	163	2,2	171	3,8	48,8	51,2	1,0	1	1
Leishmaniasis cutánea	0	0,0	10	0,2	0,0	100,0			
Lepra	0	0,0	2	0,0	0,0	100,0			
Leptospirosis	2	0,0	12	0,3	14,3	85,7	6,0	6	1
Lesiones de causa externa	13	0,2	16	0,4	44,8	55,2	1,2	6	5
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y	2	0,0	25	0,5	7,4	92,6	12,5	25	2
Malaria	0	0,0	3	0,1	0,0	100,0		7	3
Meningitis	5	0,1	4	0,1	55,6	44,4	0,8	7	9
Morbilidad materna extrema	221	3,0	0	0,0	100,0	0,0			
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	70	1,0	0	0,0	100,0	0,0			
Mortalidad por dengue	0	0,0	1	0,0	0,0	100,0			
Mortalidad por EDA 0-4 años	1	0,0	0	0,0	100,0	0,0			
Mortalidad por ira	0	0,0	2	0,0	0,0	100,0			
Parotiditis	18	0,2	42	0,9	30,0	70,0	2,3	7	3
Sífilis congénita	4	0,1	0	0,0	100,0	0,0			
Sífilis gestacional	36	0,5	0	0,0	100,0	0,0			
Síndrome de rubeola congénita	0	0,0	1	0,0	0,0	100,0			
Tos ferina	4	0,1	4	0,1	50,0	50,0	1,0	1	1
Tuberculosis	50	0,7	81	1,8	38,2	61,8	1,6	8	5
Tuberculosis farmacoresistente	1	0,0	1	0,0	50,0	50,0	1,0	1	1
Varicela individual	329	4,5	366	8,0	47,3	52,7	1,1	8	7
Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/	0	0,0	1	0,0	0,0	100,0			
Vigilancia en salud pública de las violencias de	1673	23,	388	8,5	81,2	18,8	0,2	2	9
Vigilancia integrada de rabia humana	566	7,8	682	15,	45,4	54,6	1,2	7	6
VIH/Sida/mortalidad por Sida	40	0,6	95	2,1	29,6	70,4	2,4	9	4
Zika	2532	34,	1307	28,	66,0	34,0	0,5	1	2
<b>Total</b>	<b>7260</b>	<b>100</b>	<b>4558</b>	<b>100</b>	<b>61,4</b>	<b>38,6</b>	<b>0,6</b>	<b>3</b>	<b>5</b>

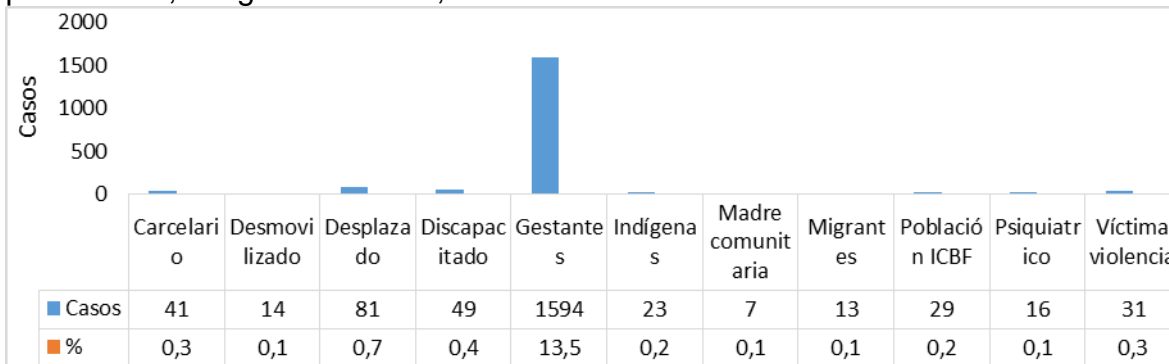
**Figura 7.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



### 3.1.2.3 Grupo poblacional

El 86,1% (10.205/11.818) de los casos notificados se ubicó en otros grupos poblacionales (figura 8). La distribución por municipio de procedencia y grupo poblacional se presenta en la tabla 5.

**Figura 8.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016



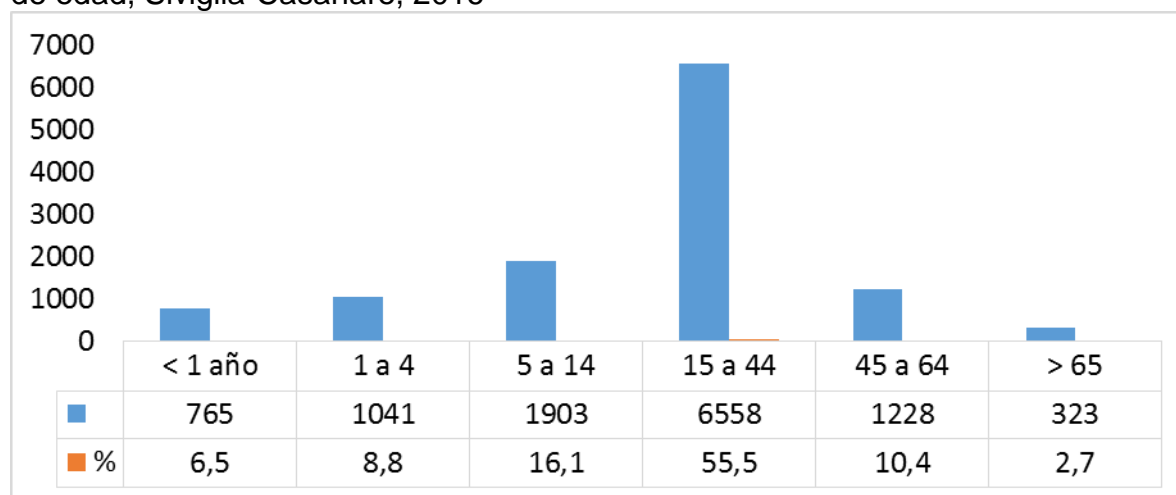
**Tabla 5.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según municipio de procedencia y grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Carcelario		Desmovilizado		Desplazado		Discapacitado		Gestantes		Indígenas		Madre comunitaria		Migrantes		Población ICBF		Psiquiátrica		Víctima violencia		Otros	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Aguazul	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,1	92	5,8	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2	1037	10,2
Chameza	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	2,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	0,1
Hato Corozal	1	2,4	1	7,1	2	2,5	1	2,0	27	1,7	1	4,3	0	0,0	1	7,7	1	3,4	1	6,3	1	3,2	129	1,3
La Salina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,1
Maní	4	9,8	3	21,4	0	0,0	4	8,2	42	2,6	3	13,0	2	28,6	3	23,1	3	10,3	3	18,8	4	12,9	318	3,1
Monterrey	1	2,4	0	0,0	4	4,9	3	6,1	51	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,5	410	4,0
Nunchía	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,1	32	2,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	317	3,1
Orocué	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	39	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	6,3	1	3,2	154	1,5
Paz de Ariporo	11	26,8	2	14,3	4	4,9	5	10,2	136	8,5	1	4,3	1	14,3	1	7,7	3	10,3	2	12,5	2	6,5	586	5,8
Pore	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	2,0	31	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	258	2,5
Recetor	1	2,4	1	7,1	17	21,0	4	8,2	2	0,1	1	4,3	1	14,3	1	7,7	6	20,7	1	6,3	2	6,5	16	0,2
Sabanalarga	1	2,4	1	7,1	1	1,2	2	4,1	5	0,3	1	4,3	1	14,3	1	7,7	1	3,4	1	6,3	1	3,2	94	0,9
Sácama	0	0,0	0	0,0	12	14,8	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	0,3
San Luis de Palenque	1	2,4	1	7,1	2	2,5	1	2,0	26	1,6	1	4,3	0	0,0	1	7,7	1	3,4	1	6,3	4	12,9	209	2,1
Támara	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	8	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	194	1,9
Tauramena	1	2,4	0	0,0	0	0,0	2	4,1	74	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,7	734	7,2
Trinidad	2	4,9	2	14,3	3	3,7	2	4,1	54	3,4	2	8,7	0	0,0	2	15,4	2	6,9	2	12,5	2	6,5	244	2,4
Villanueva	1	2,4	1	7,1	19	23,5	2	4,1	86	5,4	3	13,0	1	14,3	1	7,7	5	17,2	1	6,3	4	12,9	1084	10,6
Yopal	17	41,5	2	14,3	11	13,6	16	32,7	875	54,9	6	26,1	1	14,3	2	15,4	6	20,7	2	12,5	3	9,7	4277	42,0
Desconocido	0	0,0	0	0,0	3	3,7	0	0,0	10	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2	67	0,7
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>1594</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>10179</b>	<b>100,0</b>

### 3.1.2.4 Grupos de edad

La distribución por grupo de edad se presenta en la figura 9.

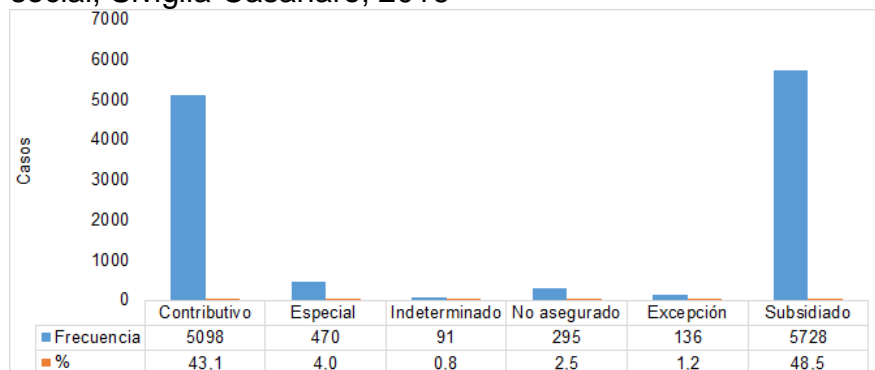
**Figura 9.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



### 3.1.2.5 Régimen de seguridad social

La distribución según el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se presenta en la figura 10 y en la tabla 6 se presenta la distribución por municipio de procedencia.

**Figura 10.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016



**Tabla 6.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública según tipo de seguridad social y municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Contributivo	%	Especial	%	Indeterminado	%	No asegurado	%	Excepción	%	Subsidiado	%
Aguazul	435	8,5	28	6,0	6	6,6	23	7,8	5	3,7	624	10,9
Chameza	5	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,2
Hato Corozal	24	0,5	9	1,9	1	1,1	6	2,0	3	2,2	115	2,0
La Salina	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,2
Maní	116	2,3	9	1,9	3	3,3	16	5,4	0	0,0	214	3,7
Monterrey	170	3,3	11	2,3	3	3,3	7	2,4	0	0,0	270	4,7
Nunchía	28	0,5	8	1,7	0	0,0	4	1,4	11	8,1	302	5,3
Orocué	38	0,7	2	0,4	1	1,1	8	2,7	1	0,7	143	2,5
Paz de Ariporo	149	2,9	37	7,9	6	6,6	26	8,8	5	3,7	508	8,9
Pore	48	0,9	6	1,3	5	5,5	7	2,4	2	1,5	223	3,9
Recetor	14	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	0,4
Sabanalarga	22	0,4	0	0,0	1	1,1	1	0,3	0	0,0	74	1,3
Sácama	11	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	0,5
San Luis de Palenque	46	0,9	4	0,9	6	6,6	4	1,4	0	0,0	174	3,0
Támara	12	0,2	4	0,9	1	1,1	3	1,0	0	0,0	183	3,2
Tauramena	263	5,2	85	18,1	4	4,4	31	10,5	5	3,7	419	7,3
Trinidad	60	1,2	10	2,1	1	1,1	10	3,4	2	1,5	216	3,8
Villanueva	707	13,9	67	14,3	27	29,7	13	4,4	2	1,5	366	6,4
Yopal	2906	57,0	188	40,0	24	26,4	134	45,4	95	69,9	1798	31,4
Desconocido	43	0,8	1	0,2	2	2,2	2	0,7	5	3,7	23	0,4
<b>Total</b>	<b>5098</b>	<b>100,0</b>	<b>470</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>	<b>295</b>	<b>100,0</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>5728</b>	<b>100,0</b>

### 3.1.3 Indicadores de tiempo y lugar

#### 3.1.3.1 Proporción de notificación de casos

En el departamento de Casanare se notificaron 3.259,9 casos por cada 100.000 habitantes (tabla 7).

### 3.1.4 Indicadores de proceso

#### 3.1.4.1 Porcentaje de casos según clasificación

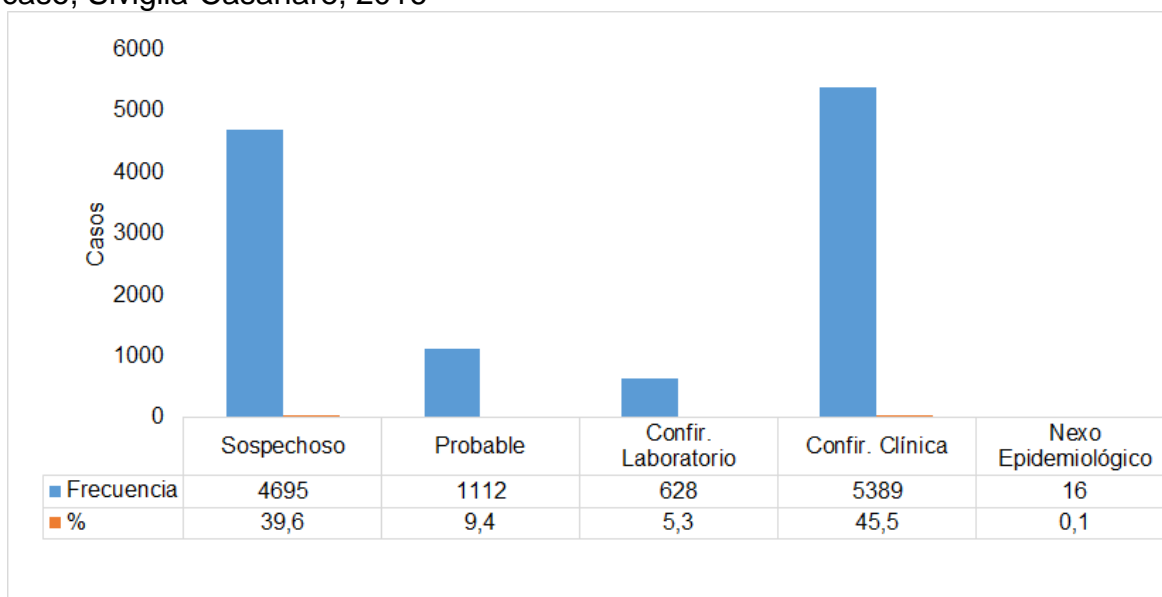
La distribución según la clasificación de caso se presenta en la figura 11



**Tabla 7. Proporción de notificación de casos por cada 100.000 habitantes por evento, Sivigila-Casanare, 2016**

Eventos de interés en salud pública	Casos	Proporción
Accidente ofídico	174	48,0
Bajo peso al nacer	147	40,5
Brucelosis	17	4,7
Cáncer de la mama y cuello uterino	6	1,7
Cáncer en menores de 18 años	20	5,5
Chagas	280	77,2
Chagas - bancos de sangre	1	0,3
Chikungunya	246	67,9
Defectos congénitos	130	35,9
Dengue	975	268,9
Dengue grave	3	0,8
Desnutrición aguda en menores de 5 años	84	23,2
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	151	41,6
Enfermedades huérfanas - raras	8	2,2
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	6	1,7
Evento adverso seguido a la vacunación.	8	2,2
Evento sin establecer	22	6,1
Exposición a flúor	339	93,5
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	0,3
Hepatitis A	17	4,7
Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y delta	14	3,9
IAD - infecciones asociadas a dispositivos - individual	6	1,7
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	20	5,5
Intento de suicidio	199	54,9
Intoxicaciones	334	92,1
Leishmaniasis cutánea	10	2,8
Lepra	2	0,6
Leptospirosis	14	3,9
Lesiones de causa externa	29	8,0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	27	7,4
Malaria	3	0,8
Meningitis	9	2,5
Morbilidad materna extrema	221	61,0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	70	19,3
Mortalidad por dengue	1	0,3
Mortalidad por EDA 0-4 años	1	0,3
Mortalidad por IRA	2	0,6
Parotiditis	60	16,5
Sífilis congénita	4	1,1
Sífilis gestacional	36	9,9
Síndrome de rubeola congénita	1	0,3
Tos ferina	8	2,2
Tuberculosis	131	36,1
Tuberculosis farmacorresistente	2	0,6
Varicela individual	695	191,7
Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico	1	0,3
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	2061	568,5
Vigilancia integrada de rabia humana	1248	344,2
VIH/Sida/mortalidad por Sida	135	37,2
Zika	3839	1.058,9
<b>Total</b>	<b>11818</b>	<b>3.259,7</b>

**Figura 11.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016



**Tabla 8.** Casos notificados de eventos de interés en salud pública, según tipo de caso y municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Sospechoso	%	Probable	%	Confirmado						Total
					Laboratorio	%	Clínica	%	Nexo epidemio	%	
Aguazul	453	9,7	198	17,8	51	8,1	418	7,8	1	6,3	1121
Chameza	7	0,1	0	0,0	1	0,2	9	0,2	0	0,0	17
Hato Corozal	49	1,0	6	0,5	11	1,8	92	1,7	0	0,0	158
La Salina	8	0,2	0	0,0	0	0,0	5	0,1	0	0,0	13
Maní	75	1,6	130	11,7	24	3,8	129	2,4	0	0,0	358
Monterrey	231	4,9	52	4,7	9	1,4	168	3,1	1	6,3	461
Nunchía	124	2,6	21	1,9	23	3,7	185	3,4	0	0,0	353
Orocué	69	1,5	4	0,4	5	0,8	114	2,1	1	6,3	193
Paz de Ariporo	328	7,0	39	3,5	29	4,6	334	6,2	1	6,3	731
Pore	84	1,8	21	1,9	30	4,8	156	2,9	0	0,0	291
Recetor	9	0,2	18	1,6	2	0,3	9	0,2	0	0,0	38
Sabanalarga	52	1,1	10	0,9	4	0,6	32	0,6	0	0,0	98
Sácama	2	0,0	1	0,1	2	0,3	35	0,7	0	0,0	40
San Luis de Palenque	125	2,7	12	1,1	17	2,7	80	1,5	0	0,0	234
Támara	117	2,5	10	0,9	14	2,2	62	1,2	0	0,0	203
Tauramena	208	4,4	84	7,6	23	3,7	492	9,1	0	0,0	807
Trinidad	114	2,4	11	1,0	10	1,6	164	3,0	0	0,0	299
Villanueva	211	4,5	114	10,3	31	5,0	825	15,3	1	6,3	1182
Yopal	2400	51,2	371	33,4	326	52,1	2037	37,9	11	68,8	5145
* Casanare. Municipio	17	0,4	10	0,9	14	2,2	35	0,7	0	0,0	76
<b>Total</b>	<b>4682</b>	<b>100,0</b>	<b>1112</b>	<b>100,0</b>	<b>626</b>	<b>100,0</b>	<b>5381</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>11818</b>

### 3.1.5 Indicadores de Cumplimiento

#### 3.1.5.1 Cumplimiento de la entrega de reporte semanal

El cumplimiento en el reporte de la notificación fue del 100%. Así mismo, las UNM obtuvieron en promedio un cumplimiento en la notificación semanal del 100% (figura 12).

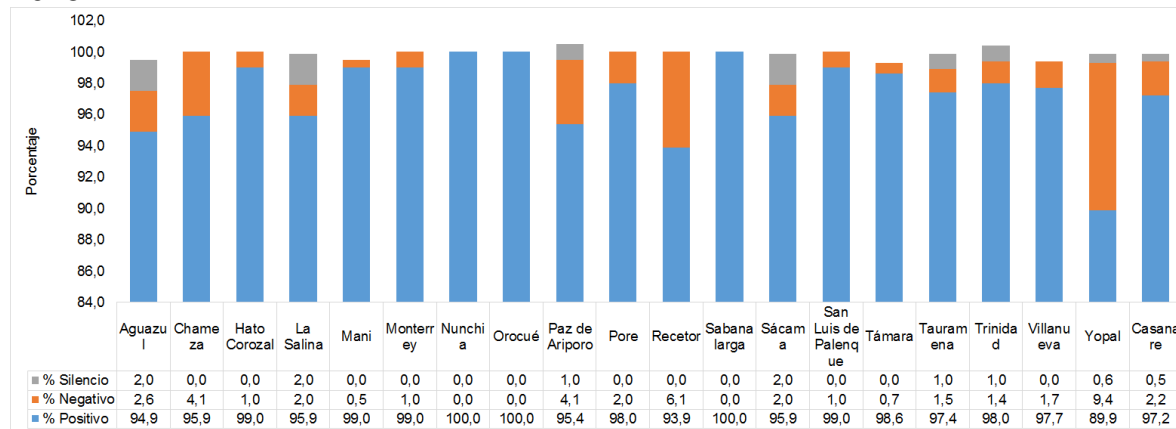
**Figura 12.** Porcentaje de cumplimiento en la notificación semanal, Unidades Notificadoras Municipales, Sivigila-Casanare, 2016



#### 3.1.5.2 Cumplimiento acumulado de la notificación

El promedio de UPGD que notificaron positivo algún evento de interés en salud pública fue de 97% UPGD (figura 13).

**Figura 13.** Porcentaje de cumplimiento acumulado de la notificación, Casanare, 2016.



### 3.1.5.3 Cumplimiento en la realización de ajustes

El 14,1% (878/6.212) de los casos notificados cuya clasificación inicial fue sospechoso o probable fue ajustado (tabla 9).

**Tabla 9.** Porcentaje de cumplimiento en el ajuste de casos sospechosos o probables, Sivigila-Casanare, 2016

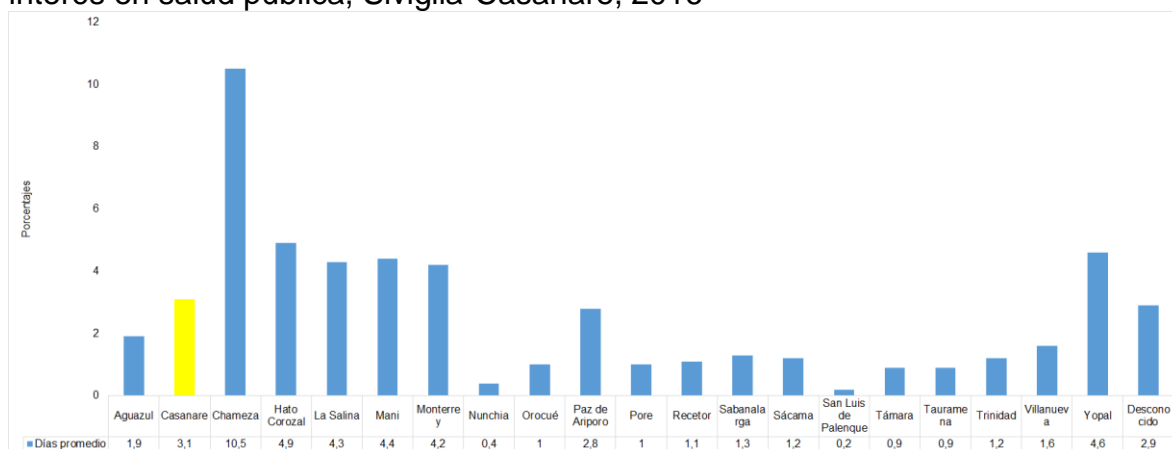
Evento	Casos		% de Ajustes
	Sospechoso	Ajustados	
Brucelosis	14	2	14,3
Cáncer en menores de 18 años	23	19	82,6
Chagas	78	9	11,5
Chikungunya	129	33	25,6
Defectos congénitos	18	4	22,2
Dengue	1053	192	18,2
Dengue grave	2	1	50
Encefalitis del Nilo occidental en humanos	1	0	0
Encefalitis equina del oeste en humanos	1	0	0
Encefalitis equina venezolana en humanos	5	0	0
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (eta)	57	43	75,4
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	12	7	58,3
Evento adverso seguido a la vacunación.	6	4	66,7
Evento sin establecer	47	19	40,4
Fiebre amarilla	2	1	50
Fiebre tifoidea y paratifoidea	3	2	66,7
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	27	10	37
Leishmaniasis visceral	2	2	100
Leptospirosis	11	4	36,4
Malaria	1	0	0
Meningitis	5	4	80,0
Mortalidad por dengue	1	1	100,0
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	3	3	100,0
Rubeola	9	9	100,0
Sarampión	2	2	100,0
Síndrome de rubeola congénita	8	7	87,5
Tos ferina	30	19	63,3
Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico	1	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	2061	0	0
Vigilancia integrada de rabia humana	28	0	0
Zika	2572	497	19,3
<b>Total</b>	<b>6212</b>	<b>878</b>	<b>14,1</b>

### 3.1.6 Indicadores de Oportunidad

#### 3.1.6.1 Oportunidad en la notificación de eventos

El departamento de Casanare reportó de la ocurrencia de EISP al Sivigila, en promedio, a los 3,1 días después de haber sido captados (figura 14).

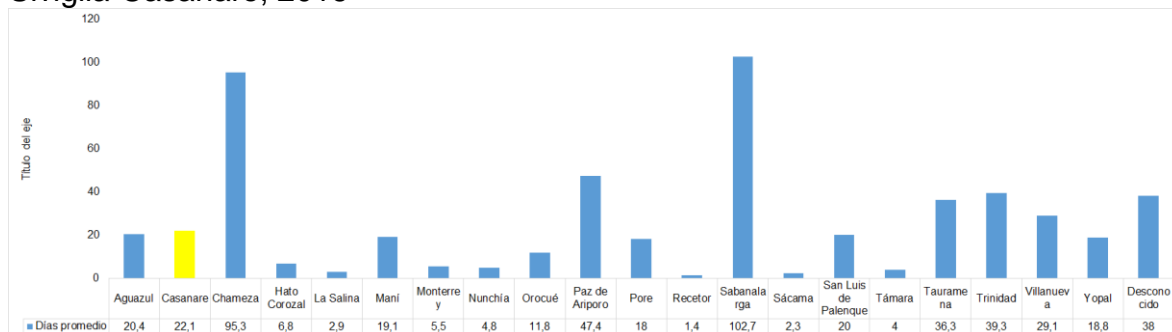
**Figura 14.** Promedio de días de la oportunidad de la notificación de eventos de interés en salud pública, Sivigila-Casanare, 2016



### 3.1.6.2 Oportunidad en la realización de ajustes

En promedio los EISP notificados como probables o sospechosos fueron ajustados a los 22,1 días (figura 15).

**Figura 15.** Promedio de días de la oportunidad en la realización de ajustes, Sivigila-Casanare, 2016



### 3.1.6.3 Oportunidad de Acceso a los Servicios de Salud.

En promedio, los pacientes que presentaron algún evento de interés en salud pública y fueron notificados en el departamento de Casanare, accedieron a los servicios de salud a los 6,7 días después de iniciados los síntomas (tabla 10).

**Tabla 10.** Promedio de días en la oportunidad de acceso a los servicios de salud por evento de interés en salud pública, Sivigila-Casanare, 2016

<b>Eventos</b>	<b>Días promedio</b>
Accidente ofídico	0,1
Bajo peso al nacer	0
Brucelosis	77,1
Cáncer de la mama y cuello uterino	92
Cáncer en menores de 18 años	303
Chagas	27,5
Chagas - bancos de sangre	0
Chikungunya	3,7
Defectos congénitos	4,4
Dengue	3,5
Dengue grave	3,7
Desnutrición aguda en menores de 5 años	4,3
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	0,4
Enfermedades huérfanas - raras	303,3
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	3,3
Evento adverso seguido a la vacunación.	5,4
Evento sin establecer	11,8
Exposición a flúor	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	23
Hepatitis A	14,3
Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y delta	5,5
IAD - infecciones asociadas a dispositivos - individual	15,5
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	11,2
Intento de suicidio	5,7
Intoxicaciones	1,7
Leishmaniasis cutánea	74,2
Lepra	2475,5
Leptospirosis	4
Lesiones de causa externa	3,4
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	0,2
Malaria	9,6
Meningitis	1,6
Morbilidad materna extrema	2,4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	0,3
Mortalidad por dengue	3
Mortalidad por EDA 0-4 años	0
Mortalidad por IRA	13
Parotiditis	3,7
Sífilis congénita	0
Sífilis gestacional	5,2
Síndrome de rubeola congénita	0
Tos ferina	4,8
Tuberculosis	82,7
Tuberculosis farmacorresistente	0
Varicela individual	3,6
Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico	4
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	7,8
Vigilancia integrada de rabia humana	0,6
VIH/sida/mortalidad por sida	21,1
Zika	3,5
<b>Total</b>	<b>6,7</b>

## 4. RESULTADOS - GRUPO TRANSMISIBLES

### 4.1 EVENTOS INMUNO PREVENIBLES

#### 4.1.1 Parálisis flácida en menor de 15 años (PFA)

Fueron descartados 3 casos procedentes de los municipios de Yopal, Paz de Ariporo y Villanueva que ingresaron como casos probables.

#### 4.1.2 Sarampión y Rubéola

Fueron descartados por el Laboratorio del Instituto Nacional de Salud 2 casos de sarampión y 2 casos de rubéola, notificados como sospechosos procedentes del municipio de Villanueva. La proporción de notificación de casos sospechosos de sarampión y de rubéola fue de 0,5 casos por cada 100.000 habitantes respectivamente (tabla 11); el 100,0% de los casos tuvieron investigación de campo oportuna.

**Tabla 11.** Proporción de la notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Proporción de Notificación		Población DANE 2016	Proporción de Notificación	
	Sarampión	Rubéola		Sarampión	Rubéola
Villanueva	2	2	24.078	8,3	8,3
Casanare	2	2	362.721	0,5	0,5

#### 4.1.3 Síndrome de rubeola congénita

El 87,5% (7/8) de los casos notificados fueron descartados; el 12,5% (1/8) sin confirmación porque no se envió la muestra, caso sospechoso, procedente del área urbana del municipio de Maní, del sexo masculino, perteneciente a otros grupos poblacionales, afiliado en el régimen contributivo, condición final vivo, con investigación completa. En el 87,5% (7/8) de los casos, se recolectó muestra de suero de forma oportuna para el diagnóstico; 12,5% (1/8) no se envió muestra al INS.

#### 4.1.4 Proporción de notificación de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita

En Casanare se notificaron 12,6 casos sospechosos de rubéola congénita por cada 10.000 nacidos vivos; en Yopal 22,1 casos sospechosos y en Maní 45,5 casos.

#### 4.1.5 Tos ferina

El 27, 6% (8/26) de los casos notificados fueron confirmados, correspondiente al 0,1% (8/11.818) de la notificación de EISP. .

##### 4.1.5.1 Territorios con casos notificados

Procedentes del municipio de Yopal y Villanueva 3 (37,5%) respectivamente y de Paz de Ariporo y Aguazul 1 (14,3%) cada uno; del área urbana 7 (87,5%) y del área rural 1 (12,5%); del sexo femenino y masculino 4 (50,0%) respectivamente; todos menores de 1 año de edad, clasificación de tipo de caso probable y pertenecen a otros grupos poblacionales; afiliados en el régimen contributivo 5 (62,5%) y subsidiado 3 (37,5%), condición final vivo 7 (87,5%) y muerto 1 (12,5%).

##### 4.1.5.2 Proporción de Incidencia en menores de 5 años

Se notificaron 2,7 casos nuevos de Tos ferina por cada 100.000 menores de 5 años (tabla 12).

**Tabla 12.** Proporción de incidencia en menores de 5 años Tos Ferina, Casanare, 2016

Municipio	Total de Casos Conf. De Tosferina	Población Expuesta	Tasa de Incidencia por 100.000 habitantes
Yopal	1	13223	7,6
Casanare	1	36663	2,7

##### 4.1.5.3 Proporción de incidencia en población general

Se notificaron 0.3 casos nuevos de Tos Ferina por cada 100.000 habitantes población general (tabla 13).

**Tabla 13.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes en población genera, Tos ferina, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Total de Casos Conf. de Tosferina	Población Expuesta	Tasa de Incidencia por 100.000 habitantes
Yopal	1	142979	0,7
Casanare	1	362721	0,3

##### 4.1.5.4 Porcentaje de casos con investigación oportuna

Del total de casos notificados por las UPGD del departamento como probables de Tos ferina el 84,6% fueron investigados oportunamente después de su notificación.



#### 4.1.6 Meningitis bacterianas agudas

Se notificaron 13 casos de Meningitis, confirmado por laboratorio 8 (61,5%) y casos probables 5 (43,5%), de los cuales, se descartaron 4 (80,0%) procedentes de los municipios de Yopal 3 (75,0%) y Aguazul 1(25,0%), para un total de 9 casos.

##### 4.1.6.1 Territorio con casos notificados

En la tabla 14 se presenta la distribución de casos según el municipio de procedencia, eran del área urbana 7 (77,7%) y rural 2 (22,2%).

**Tabla 14.** Casos notificados de meningitis bacterianas aguda por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	2	40,0	5	55,6	7	50,0
Maní	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Orocué	0	0,0	1	11,1	1	7,1
Paz de Ariporo	1	20,0	1	11,1	2	14,3
Tauramena	1	20,0	0	0,0	1	7,1
Villanueva	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yopal	1	20,0	2	22,2	3	21,4
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

##### 4.1.6.2 Casos según sexo

De los casos notificados en Casanare durante el 2016 el 55,6% (5/9) femeninos y el 44,4% (4/9) masculinos.

##### 4.1.6.3 Grupo poblacional

El 100% de los casos notificados durante el 2016 pertenecen a otros grupos poblacionales.

##### 4.1.6.4 Régimen de seguridad social

El 77,7% de los casos notificados pertenecen al régimen subsidiado, el 11,1% al especial y no asegurado respectivamente.

##### 4.1.6.5 Clasificación según tipo de caso

El 88,8% de los casos notificados al Sivigila su clasificación inicial es confirmado por laboratorio y el 11,1% son probables. Los agentes bacterianos de los casos de meningitis reportados en Casanare el 55,0% son otros agentes, el 22,2% *Streptococcus pneumoniae* y el 11,1% *Neisseria meningitidis*.

#### 4.1.6.6 Mortalidad / Letalidad

La proporción de mortalidad a causa de meningitis fue del 22,2%.

#### 4.1.7 Parotiditis

El 0,5% (60/11.818) de la notificación fue por parotiditis, se describe a continuación el comportamiento por cada indicador

##### 4.1.7.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

El 56,7% (34/60) de los caso notificados se concentró en los municipios de Yopal y Nunchía, procedentes del área urbana 42 (70.0%) y del área rural 18 (60,0%), (tabla 15).

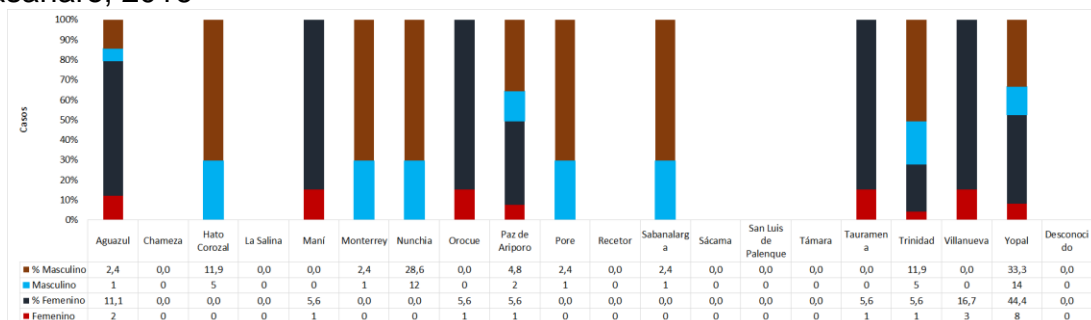
**Tabla 15.** Casos notificados de parotiditis según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	3	7,1	0	0,0	3	5,0
Hato Corozal	5	11,9	0	0,0	5	8,3
Maní	1	2,4	0	0,0	1	1,7
Monterrey	1	2,4	0	0,0	1	1,7
Nunchía	0	0,0	12	66,7	12	20,0
Orocué	0	0,0	1	5,6	1	1,7
Paz de Ariporo	3	7,1	0	0,0	3	5,0
Pore	1	2,4	0	0,0	1	1,7
Sabanalarga	1	2,4	0	0,0	1	1,7
Tauramena	1	2,4	0	0,0	1	1,7
Trinidad	5	11,9	1	5,6	6	10,0
Villanueva	1	2,4	2	11,1	3	5,0
Yopal	20	47,6	2	11,1	22	36,7
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

##### 4.1.7.2 Casos según sexo

El 70,0% (42/60) de los casos notificados por parotiditis son masculinos y el 30% (18/60) femeninos (figura 16).

**Figura 16.** Casos notificados de parotiditis según municipio y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.1.7.3 Grupo poblacional

El 100% de los casos pertenecen a otros grupos poblacionales.

#### 4.1.7.4 Régimen de seguridad social

De los casos notificado de parotiditis el 35% son del régimen subsidiado, 26,6%regimen excepción, 21,6% régimen contributivo, 11,6% régimen especial y 5% no está asegurado.

#### 4.1.7.5 Clasificación según tipo de caso

El 100% de los casos se clasificaron por confirmación clínica.

#### 4.1.7.6 Mortalidad / Letalidad

No se presentaron casos de mortalidad por parotiditis.

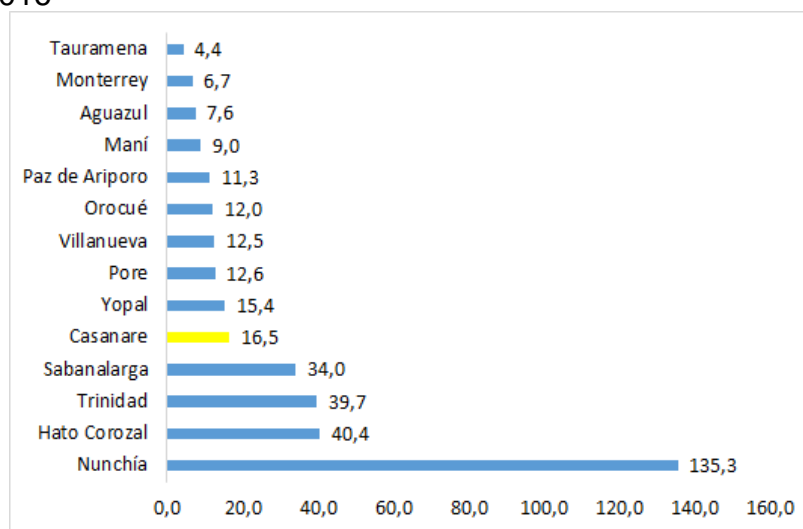
#### 4.1.7.7 Proporción de incidencia en población general

Se notificaron 16,5 casos de parotiditis por cada 100.000 habitantes (figura 17).

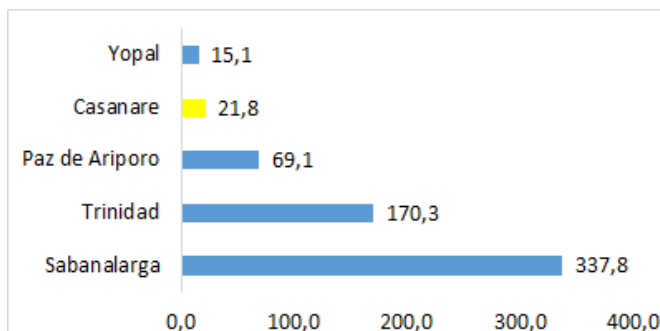
#### 4.1.7.8 Proporción de incidencia en menores de 5 años

Se notificaron 21,8 casos de parotiditis por cada 100.000 habitantes menores de 5 años (figura 18).

**Figura 17.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de parotiditis, Sivigila-Casanare, 2016



**Figura 18.** Proporción de Incidencia de parotiditis en menores de 5 años, Casanare, 2016.



#### 4.1.8 Varicela

El 5,9% (695/11.818) de los casos notificados correspondió a varicela.

##### 4.1.8.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

El 60,0% de los casos notificados procedían de los municipios de Yopal y Villanueva, los municipios de La Salina y Recetor no notificaron casos; el 82,7% (575/695) del área urbana y 13,1% (120/695) del área rural (tabla 16).

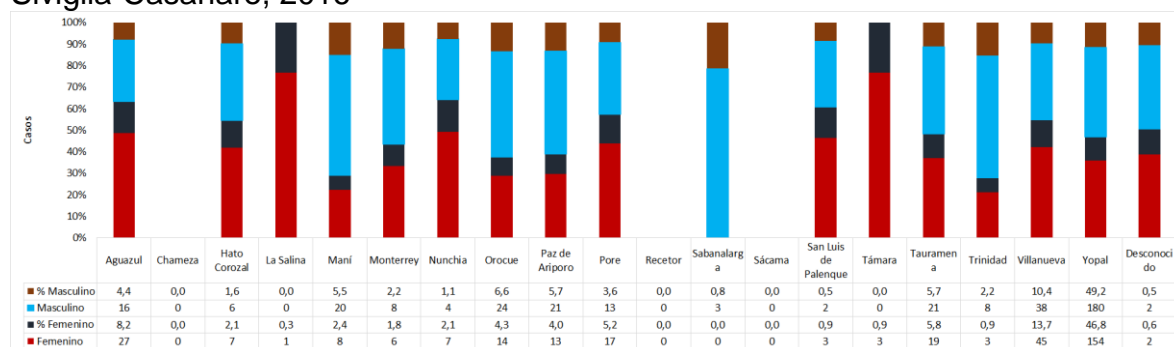
**Tabla 16.** Casos notificados de varicela por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	34	5,9	9	7,5	43	6,2
Chameza	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hato Corozal	7	1,2	6	5,0	13	1,9
La Salina	0	0,0	1	0,8	1	0,1
Maní	25	4,3	3	2,5	28	4,0
Monterrey	10	1,7	4	3,3	14	2,0
Nunchía	4	0,7	7	5,8	11	1,6
Orocué	24	4,2	14	11,7	38	5,5
Paz de Ariporo	32	5,6	2	1,7	34	4,9
Pore	21	3,7	9	7,5	30	4,3
Recetor	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sabanalarga	2	0,3	1	0,8	3	0,4
Sácama	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Luis de Palenque	3	0,5	2	1,7	5	0,7
Támara	1	0,2	2	1,7	3	0,4
Tauramena	29	5,0	11	9,2	40	5,8
Trinidad	10	1,7	1	0,8	11	1,6
Villanueva	70	12,2	13	10,8	83	11,9
Yopal	299	52,0	35	29,2	334	48,1
Desconocido	4	0,7	0	0,0	4	0,6
<b>Total</b>	<b>575</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	<b>695</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.8.2 Casos según sexo

De los casos notificados para varicela el 52,7% (366/695) del sexo masculino y 47,3%(329/695) del sexo femenino (figura 19).

**Figura 19.** Casos notificados de varicela por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



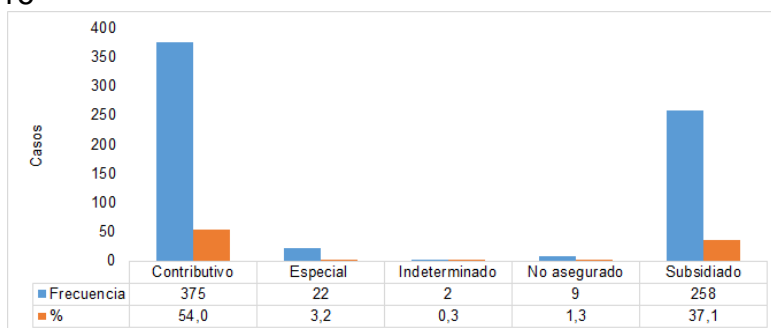
#### 4.1.8.3 Grupo poblacional

Del total de casos de varicela el 96,5% (671/695) pertenecen a otros grupos poblacionales, el 2,2% de los casos son gestantes, el 1,2% de grupo poblacional de cárceles y el 0,1% pertenece al grupo de discapacitados.

#### 4.1.8.4 Régimen de seguridad social

En la figura 20 se presenta la distribución según el tipo de afiliación al SGSSS.

**Figura 20.** Casos notificados de varicela según el tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.1.8.5 Clasificación según tipo de caso

El 98,8% (687/695) de los casos notificados para varicela se clasificó por confirmación clínica y el 1,2% (8/695) por nexos epidemiológico.

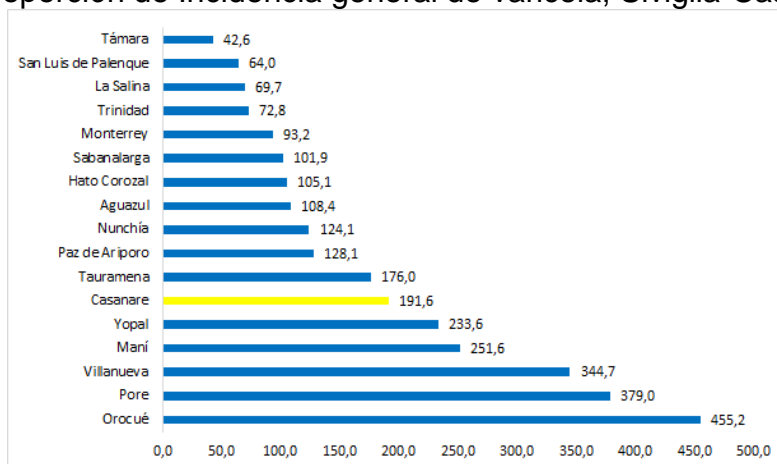
#### 4.1.8.6 Mortalidad / Letalidad

No se notificaron muertes por varicela.

#### 4.1.8.7 Proporción de incidencia población general

La proporción de incidencia fue de 191,6 casos por 100.000 habitantes en población general (figura 21).

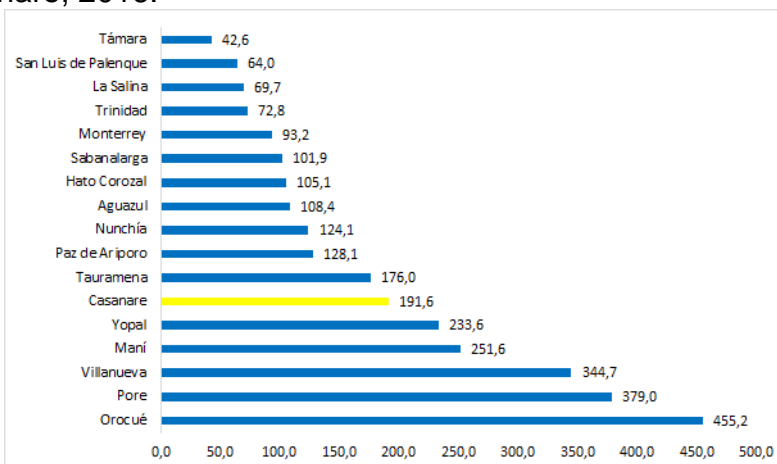
**Figura 21.** Proporción de Incidencia general de varicela, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.1.8.8 Proporción de incidencia en menores de 5 años

La proporción de incidencia de varicela en menores de cinco años fue de 559,1 casos por 100.000 habitantes menores de cinco años (figura .20).

**Figura 22.** Proporción de incidencia general de varicela en menores de 5 años, Sivigila-Casanare, 2016.



#### 4.1.8.9 Seguimiento a brotes

El 100% de los brotes y/o alertas de varicela fueron investigados, se presentaron en los municipios de Sabanalarga, Maní, Villanueva Aguazul, Tauramena y Yopal. Para el 100% (16) de los brotes notificados se establecieron medidas preventivas o sanitarias

#### 4.1.9 Difteria

No se notificaron casos

#### 4.1.10 Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)

Ingresaron 12 casos al sistema, de los cuales fueron descartados 4 (33,3%), con una base final de 8 casos notificados, equivalente al 0,1% de la notificación de todos los EISP.

##### 4.1.10.1 Territorios con casos notificados

En la tabla 15 se presenta la distribución de los casos notificados por municipio de procedencia (tabla 15).

**Tabla 17.** Casos notificados de ESAVI por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016.

Municipios	Frecuencia	%
Tauramena	4	50%
Yopal	3	37,5%
Tamara	1	12,5%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

##### 4.1.10.2 Área de procedencia

El 75% de los casos notificados son procedentes del área urbana y el 25% del área rural disperso.

##### 4.1.10.3 Casos según sexo

El 62,5% de los casos notificados en el 2016 son femeninos y el 37,5% masculinos.

#### **4.1.10.4 Grupo poblacional**

El 100% de los casos notificados en el 2016 para ESAVI pertenecen a otros grupos poblacionales

#### **4.1.10.5 Régimen de seguridad social**

De los casos notificados el 75% son del régimen contributivo, el 12,5% régimen subsidiado y no asegurado respectivamente.

#### **4.1.10.6 Clasificación según tipo de caso**

El 37,5% de casos son sospechosos y el 62,5% casos confirmados por Clínica.

#### **4.1.10.7 Mortalidad / Letalidad**

No se presentó mortalidad relacionada con ESAVI

#### **4.1.10.8 Porcentaje de casos con investigación de campo: ficha de investigación completa, oportuna y adecuada**

El 100% de los casos de ESAVI notificados en 2016 fueron investigados, se realizó la investigación de manera oportuna, completa y adecuada.

#### **4.1.10.9 Oportunidad en la notificación**

Casanare reportó al Sivigila la ocurrencia de ESAVI, objeto de vigilancia en salud pública en promedio a los 2 días después de haber sido captados.

#### **4.1.10.10 Oportunidad en el ajuste de casos**

Los casos del evento ESAVI notificados por Casanare, en promedio han sido ajustados a los 12 días.

#### **4.1.10.11 Porcentaje de ESAVI que fueron clasificados**

El 100% de los ESAVIS notificados al SIVIGILA en 2016 tuvieron clasificación final posterior a la investigación de campo y seguimiento. El 40% de los ESAVI se relacionaron con el programa, el 30% con la vacuna, el 10% fue un caso coincidente y un 20% quedaron pendientes procedentes del municipio de Yopal y Támara (tabla 18).



**Tabla 18.** Casos de ESAVI con clasificación definitiva, Sivigila-Casanare, 2016.

Municipio	Caso relacionado con				Pendiente	%	Total
	Vacuna	%	Programa	%			
Tauramena	-	-	4	50,0%	-	-	4
Yopal	2	25,0%	-	-	1	12,5%	3
Tamara	-	-	-	-	1	12,5%	1
<b>Casanare</b>	<b>2</b>	<b>25,0%</b>	<b>4</b>	<b>50,0%</b>	<b>2</b>	<b>25,0%</b>	<b>8</b>

#### 4.1.10.12 Porcentaje de ESAVI notificados oportunamente

El 100% de los casos notificados en Casanare al SIVIGILA para ESAVI fueron notificados en las primeras 24 horas.

#### 4.1.11 Infección respiratoria aguda, Enfermedad similar a influenza e Infección respiratoria aguda grave inusitada

##### 4.1.11.1 Infección respiratoria aguda (IRA)

El evento ingresa por notificación colectiva al sistema de vigilancia.

##### 4.1.11.2 Porcentaje de casos de hospitalizados

En la tabla 19 se presenta el porcentaje de casos hospitalizados.

**Tabla 19.** Porcentaje de casos hospitalizados por IRA, Sivigila-Casanare, 2016

Grupo de edad	Hospitalización IRAG	Todas las causas	%
< 1 año	80	395	20,3
1 año	29	401	7,2
2-4 años	25	494	5,1
5-19 años	29	1775	1,6
20-39 años	100	5571	1,8
40-59 años	79	1909	4,1
≥ 60 años	84	1549	5,4
<b>Total</b>	<b>426</b>	<b>12094</b>	<b>3,5</b>

##### 4.1.11.3 Casos atendidos por consulta externa y urgencias

En la tabla 20 se presenta la distribución de los casos atendidos por consulta externa y urgencias

**Tabla 20.** Casos atendidos por consulta externa y urgencias por IRA, Sivigila-Casanare, 2016

Grupo de edad	Consulta Externa y	Total todas las	%
< 1 año	3.690	31.088	11,9
1 año	3.398	30.044	11,3
2-4 años	5.575	54.583	10,2
5-19 años	6.389	146.063	4,4
20-39 años	5.204	244.943	2,1
40-59 años	3.688	176.155	2,1
≥ 60 años	2.074	125.685	1,7
<b>Total</b>	<b>30.018</b>	<b>808.561</b>	<b>3,7</b>

#### 4.1.12 Vigilancia de IRAG inusitado

Fueron notificados 30 casos de Infección Respiratoria Aguda Grave IRAG inusitada. De los cuales el 30%(9 casos) fueron descartados y el 10% fueron confirmados por laboratorio.

##### 4.1.12.1 Territorios con casos notificados

En la tabla 21 se presenta la distribución por municipio de procedencia.

**Tabla 21.** Casos de IRAG - inusitado por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipios	Casos	%
Yopal	7	35,0
Trinidad	4	20,0
Paz De Ariporo	2	10,0
Monterrey	2	10,0
Aguazul	1	5,0
Tauramena	1	5,0
Desconocido	1	5,0
Hato Corozal	1	5,0
Orocué	1	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

##### 4.1.12.2 Área de procedencia

De los casos notificados para el 2016 por IRAG- Inusitado el 75% son de procedencia del área urbana y el 25% del área rural.

##### 4.1.12.3 Casos según sexo

En el 2016 de los casos notificados para IRAG – Inusitado en Casanare el 60% son masculinos y 40% femeninos.

##### 4.1.12.4 Grupo poblacional

De los notificados para IRAG- Inusitados el 95% pertenece a otros grupos poblacionales y el 5% a grupo de desplazados.

##### 4.1.12.5 Régimen de seguridad social

De los casos notificado para IRAG – Inusitada el 60% en el régimen subsidiado, 30% están afiliados al régimen contributivo y un 5% excepción y no asegurado.

#### 4.1.12.6 Clasificación según tipo de caso

En el 2016 de los casos notificados para IRAG – Inusitado en Casanare el 90% presenta una clasificación de caso sospechoso y 10% caso confirmado por laboratorio.

#### 4.1.12.7 Mortalidad / Letalidad

La proporción de muertes a causa de IRAG inusitada fue de 17,6% (3/17).

#### 4.1.13 Mortalidad por IRA en menores de cinco años

No se registraron muerte por el evento.

### 4.2 MICOBACTERIAS

#### 4.2.1 Tuberculosis

Fueron notificados 131 casos de tuberculosis, donde el 87% de tuberculosis pulmonar y el 13% de tuberculosis extrapulmonar.

##### 4.2.1.1 Territorios con casos notificados

La tabla 22 presenta la distribución por municipio y área de procedencia.

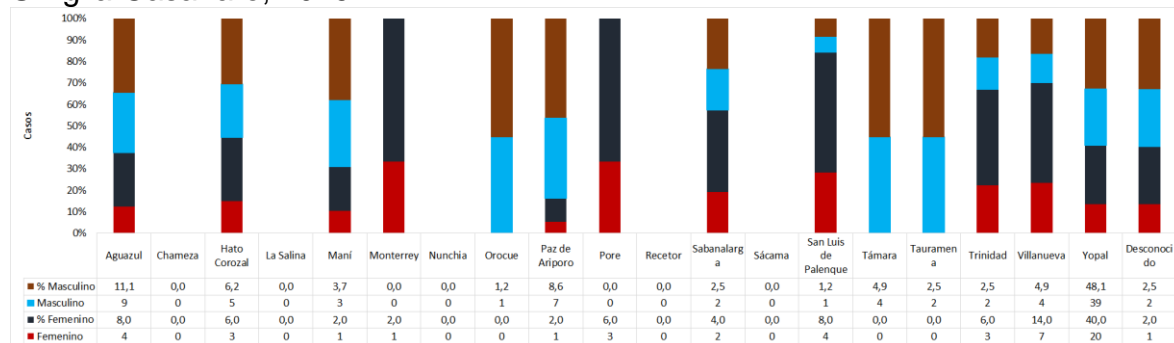
**Tabla 22.** Casos notificados de tuberculosis por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aquazul	11	11,6	2	5,6	13	9,9
Chameza	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hato Corozal	1	1,1	7	19,4	8	6,1
La Salina	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maní	3	3,2	1	2,8	4	3,1
Monterrey	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Nunchía	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Orocué	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Paz de Ariporo	4	4,2	4	11,1	8	6,1
Pore	3	3,2	0	0,0	3	2,3
Recetor	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sabanalarga	4	4,2	0	0,0	4	3,1
Sácama	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Luis de Palenque	2	2,1	3	8,3	5	3,8
Támara	0	0,0	4	11,1	4	3,1
Tauramena	2	2,1	0	0,0	2	1,5
Trinidad	1	1,1	4	11,1	5	3,8
Villanueva	9	9,5	2	5,6	11	8,4
Yopal	51	53,7	8	22,2	59	45,0
Desconocido	2	2,1	1	2,8	3	2,3
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2.1.2 Casos según sexo

La distribución según el sexo masculino 81 (61,8%) y el sexo femenino 50 (38,2%), (figura 23).

**Figura 23.** Casos notificados de tuberculosis por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



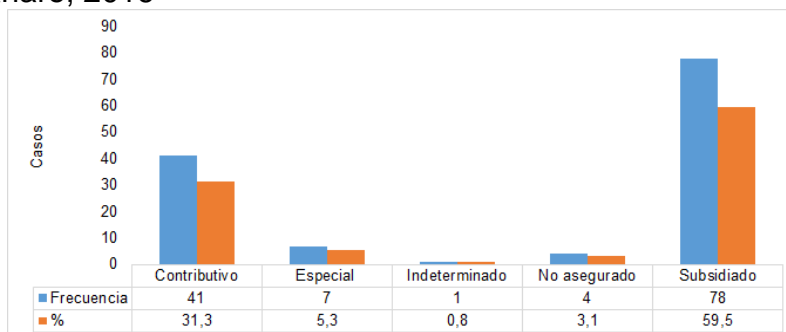
#### 4.2.1.3 Grupo poblacional

El 96,2% pertenecen a otros grupos poblacionales, 2,3% a grupos de indígenas y 1,5% discapacitados.

#### 4.2.1.4 Régimen de seguridad social

En la figura 24 se presenta la distribución según el tipo de afiliación al SGSSS.

**Figura 24.** Casos notificados de tuberculosis según tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016



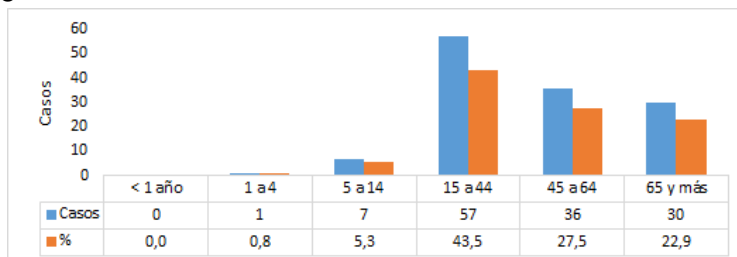
#### 4.2.1.5 Clasificación según tipo de caso

El 73,2% por confirmación de laboratorio, el 26% confirmación clínica y 0,8% por nexos epidemiológico.

#### 4.2.1.6 Grupos de edad Tuberculosis todas las formas.

En la figura 25 se presenta la distribución por grupo de edad.

**Figura 25.** Casos notificados de tuberculosis por grupos de edad, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.2.1.7 Porcentaje de casos de tuberculosis, según clasificación de ingreso y antecedente a tratamiento antituberculoso

El 91,6% de los casos de tuberculosis, todas las formas confirmadas corresponden a casos nuevos. El 8,4% de los casos de tuberculosis, todas las formas confirmadas corresponden a casos previamente tratados de tuberculosis.

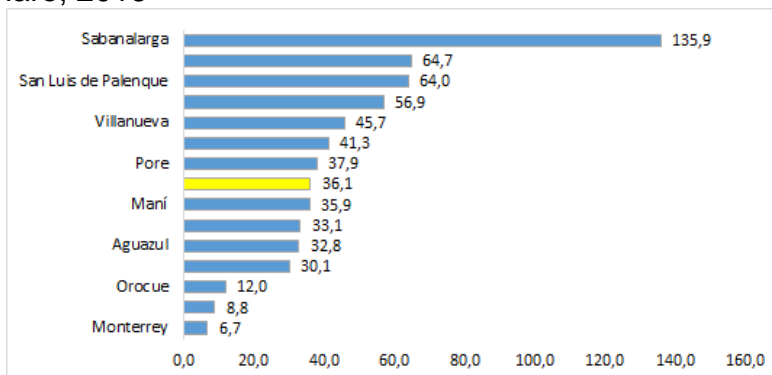
#### 4.2.1.8 Porcentaje de casos de acuerdo por tipo de tuberculosis

El 87% de los casos notificados en 2016 corresponden a tuberculosis pulmonar y el 13% a tuberculosis Extrapulmonar.

#### 4.2.1.9 Incidencia de tuberculosis general y por tipo de tuberculosis

Se notificaron 36,1 casos nuevos de tuberculosis todas las formas; 4,7 casos nuevos de tuberculosis Extrapulmonar; y, 31,4 casos nuevos de tuberculosis pulmonar por cada 100. 000 habitantes.

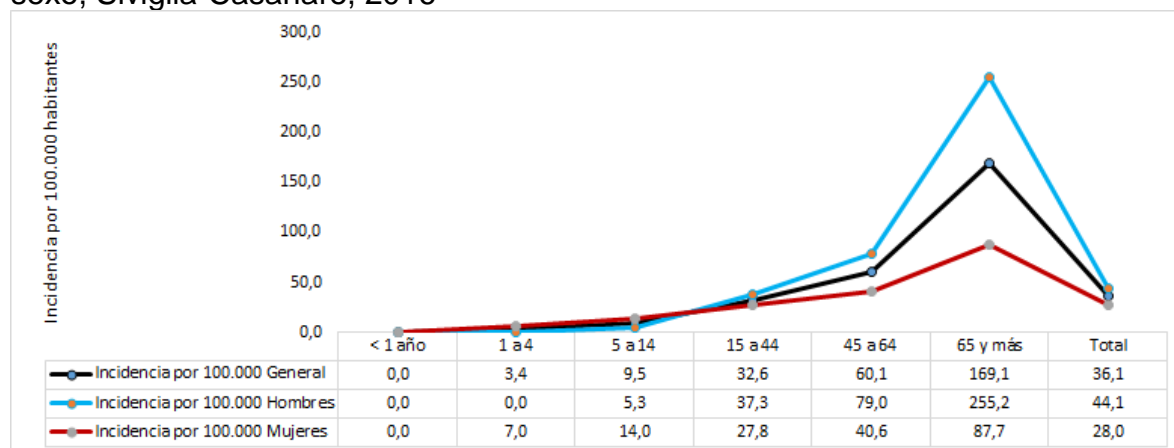
**Figura 26.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de tuberculosis, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.2.1.10 Incidencia de tuberculosis por sexo

La incidencia fue de 43,5 casos de tuberculosis en hombres por cada 100.000 habitantes; y, de 28,5 casos de tuberculosis en mujeres por cada 100.000 habitantes.

**Figura 27.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de tuberculosis por sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.2.1.11 Porcentaje de casos, por la condición de ingreso al programa a los que se les realizó cultivo

El 81% de los casos de tuberculosis nuevos notificados se les realizó cultivo.

#### 4.2.1.12 Porcentaje de casos de tuberculosis que presentaron condición final muerte general

El 12% de los casos de tuberculosis todas las formas, corresponden a casos fallecidos.

#### 4.2.1.13 Porcentaje de casos de coinfección TB /VIH-Sida

El 19% de los casos de tuberculosis todas las formas confirmadas corresponden a casos de coinfección tuberculosis/VIH. El 15% de los casos de tuberculosis pulmonar confirmados y 47% de los casos de tuberculosis extrapulmonar confirmados corresponden a casos de coinfección tuberculosis /VIH.

#### 4.2.1.14 Tasa de coinfección tuberculosis /VIH-Sida.

La tasa de coinfección tuberculosis/VIH es 6,9 casos por cada 100.000 habitantes.

## **4.2.2 Tuberculosis farmacorresistente**

### **4.2.2.1 Territorios con casos notificados**

Se notificaron 2 casos de tuberculosis farmacorresistente procedentes del municipio de Yopal, del área urbana y del área rural respectivamente, uno femenino y otro masculino, pertenecientes a otros grupos poblacionales, según el tipo de afiliación al SGSSS, uno en el régimen contributivo y otro en el subsidiado, ambos casos confirmados por laboratorio.

### **4.2.2.2 Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente que presentaron condición final vivo o muerto.**

El 50% de los casos de tuberculosis farmacorresistente confirmados corresponden a casos que presentaron condición final muerte, y 50% vivo.

### **4.2.2.3 Porcentaje de casos con tuberculosis farmacorresistente, de acuerdo a tipo de tuberculosis**

El 100% corresponden a casos de tuberculosis farmacorresistente pulmonar.

### **4.2.2.4 Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente, de acuerdo al antecedente de tratamiento para tuberculosis**

El 100% corresponden a casos nuevos de tuberculosis farmacorresistente.

### **4.2.2.5 Porcentaje de casos con tuberculosis farmacorresistente, de acuerdo al antecedente de tratamiento y tipo de resistencia**

El 100% de los casos son resistente a múltiples medicamentos.

### **4.2.2.6 Proporción de casos con tuberculosis farmacorresistente y presencia de factores de riesgo y comorbilidades general y específico.**

El 100% de los casos no presentan factores de riesgo; el 50% de los casos presentan comorbilidades. Del total de casos con tuberculosis farmacorresistente notificados con comorbilidades, el 50% presenta diabetes, enfermedad renal y desnutrición.

### **4.2.2.7 Porcentaje de coinfección con tuberculosis farmacorresistente / VIH/SIDA**

La proporción de coinfección TB farmacorresistente/VIH fue del 50%

### **4.2.3 Lepra**

#### **4.2.3.1 Territorios con casos notificados**

Casanare durante el 2016 se notificó 2 casos de Lepra procedentes del municipio de Yopal y Trinidad. El 100% de los casos son del área urbana, del sexo masculino, pertenecientes a otros grupos poblacionales, según el tipo de afiliación al SGSSS uno en el régimen contributivo y otro en el subsidiado, confirmados por laboratorio y condición final vivos.

#### **4.2.3.2 Proporción de casos nuevos según clasificación bacteriológica (MB o PB).**

El Departamento de Casanare en el 2016 no presenta casos nuevos de Lepra

#### **4.2.3.3 Tasa de detección de casos nuevos**

Casanare en el 2016 no presento casos nuevos.

#### **4.2.3.4 Casos de Lepra con investigación de campo**

El 50% de los casos notificados de lepra en Casanare durante el 2016 presentan investigación de campo.



## 4.3 EVENTOS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

### 4.3.1 Enfermedad de Chagas

El 2,4 (280/11.818) de los casos notificados correspondió a E. Chagas, de ellos, casos agudo 274 (97,8%) y casos crónicos 6 (2,2%).

#### 4.3.1.1 Territorios con casos notificados casos agudos y crónicos

El 84,2% (16/19) de los municipios notificaron casos de E. Chagas (tabla 23).

**Tabla 23.** Casos notificados de Enfermedad de Chagas, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Crónicos	%	Agudos	%	Total	%
Aguazul	23	8,4	0	0,0	23	8,2
Hato corozal	3	1,1	0	0,0	3	1,1
Maní	8	2,9	0	0,0	8	2,9
Monterrey	5	1,8	0	0,0	5	1,8
Nunchía	23	8,4	1	16,7	24	8,6
Orocué	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Paz de Ariporo	10	3,6	0	0,0	10	3,6
Pore	26	9,5	0	0,0	26	9,3
Sabanalarga	3	1,1	0	0,0	3	1,1
Sácama	1	0,4	0	0,0	1	0,4
San Luis de Palenque	8	2,9	3	50,0	11	3,9
Támara	10	3,6	0	0,0	10	3,6
Tauramena	12	4,4	0	0,0	12	4,3
Trinidad	2	0,7	1	16,7	3	1,1
Villanueva	4	1,5	0	0,0	4	1,4
Yopal	134	48,9	1	16,7	135	48,2
Desconocido	1	0,4	0	0,0	1	0,4
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>97,9</b>	<b>6</b>	<b>2,1</b>	<b>280</b>	<b>100,0</b>

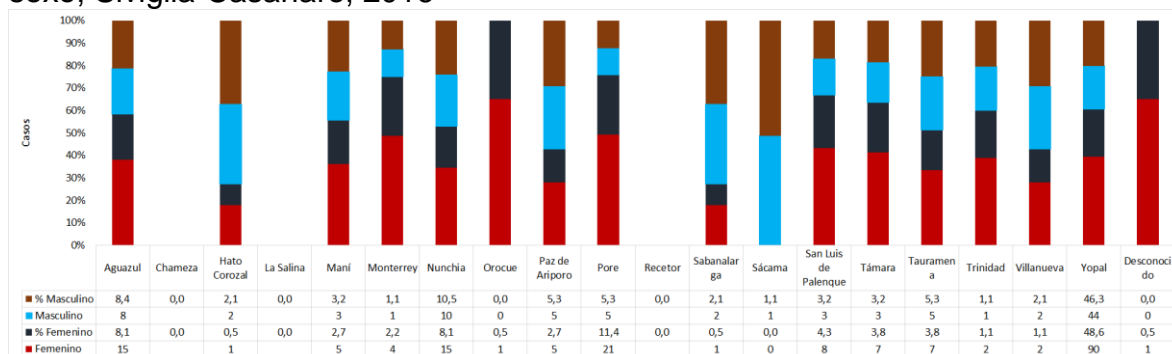
#### 4.3.1.2 Área de procedencia casos agudos y crónicos

Del total de casos notificados de E. Chagas según el área de procedencia, del área urbana 145 (51,8%) y del área rural 135 (48,2%).

#### 4.3.1.3 Casos según sexo casos agudos y crónicos

Del sexo femenino 186 (66,4%) y el sexo masculino (33,6%). La distribución según el municipio de procedencia se presenta en la figura 28.

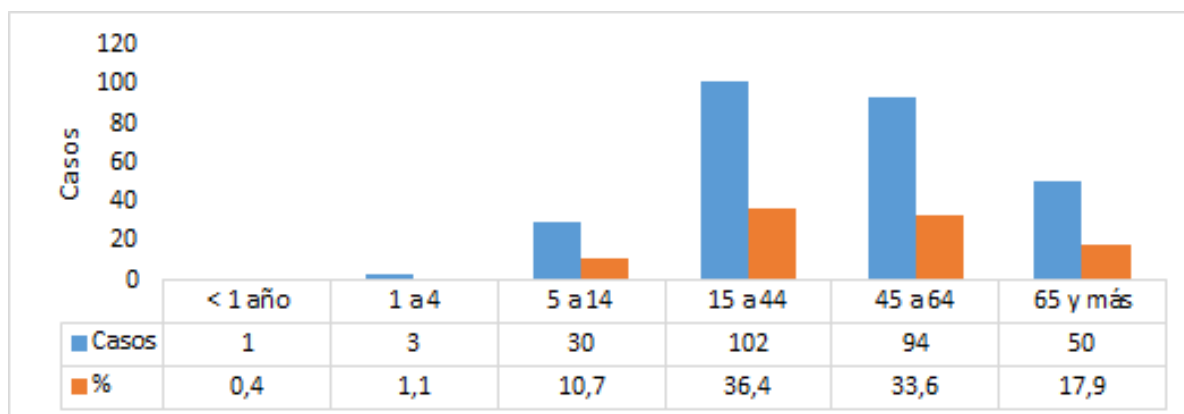
**Figura 28.** Casos notificados de E. Chagas según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.1.4 Grupo de edad

La distribución según el grupo de edad se presenta en la figura 23.

**Figura 29.** Casos notificados de E. Chagas según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.1.5 Grupo poblacional casos agudos y crónicos

Según el grupo poblacional, carcelario 13 (4,6%), desplazados 2 (0,7%), discapacitados 1 (0,4%), gestantes 23 (8,2%), víctima de la violencia 2 (0,7%) y otros grupos poblacionales 257 (91,8%).

#### 4.3.1.6 Régimen de seguridad social casos agudos y crónicos

En la figura 24 se presenta la distribución según el tipo de afiliación al SGSSS.

**Figura 30.** Casos notificados de E. Chagas según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.1.7 Clasificación según tipo de caso

Según la clasificación inicial de tipo de caso, probable 73 (26,1%) y confirmado por laboratorio 207 (73,3%).

#### 4.3.1.8 Mortalidad / Letalidad casos agudos y crónicos

Del total de casos notificados tuvieron condición final muerto 2 (0,7%) procedentes del municipio de San Luis de Palenque –brote familiar de E. Chagas agudo por probable transmisión oral en el cual se presentaron 3 enfermos-; con una letalidad de 66,6% (2,3). Según el grupo de edad, 1 en el grupo de 1 a 4 años con una letalidad de 33,3% (1/3); y, otro en el grupo de 15 a 44 años, con una letalidad de 1,0% (1/102); con base en el total de casos agudos, la letalidad fue de 33,3% (2/6).

#### 4.3.2 Fiebre amarilla

No se notificaron casos.

#### 4.3.3 Leishmaniasis

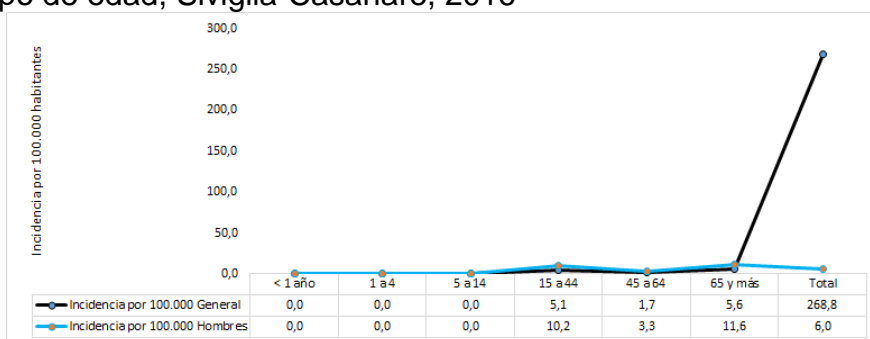
El 0,1% (11/11.818) de los casos notificados correspondieron a leishmaniasis cutánea, en el departamento no se notificaron casos de leishmaniasis mucosa ni visceral, de acuerdo con la forma clínica de la enfermedad. Procedentes de los municipios de Yopal 3 (27,3%), Maní y Villanueva 2 (18,2%) respectivamente, Sácamá, San Luis de Palenque, Támara y municipio desconocido 1 (9,1%) cada uno; del área urbana 3 (27,3%) y de la rural 8 (72,7%); todos del sexo masculino, en el grupo de edad de 15 a 44 años 9 (81,8%), de 45 a 64 años y de 65 y más años 1 (9,1%) respectivamente; según el tipo de seguridad social, en el régimen contributivo y de excepción 3 (27,3%) respectivamente, en el régimen subsidiado 4

(36,4%) y no afiliados 1 (9,1%); todos los casos confirmados por laboratorio, pertenecientes a otros grupos poblacionales y condición final vivo.

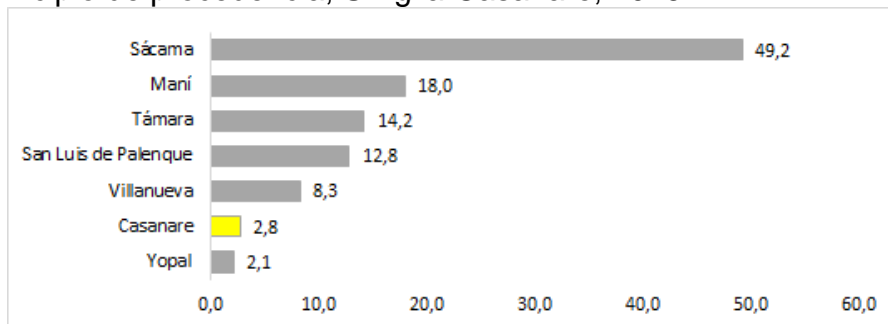
#### 4.1.1.1 Proporción de incidencia en población general

La proporción de incidencia fue de 2,8 por cada 100.000 habitantes. En la figura 25 se presenta la incidencia por grupo de edad y en la figura 26 la incidencia por municipio de procedencia.

**Figura 31.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de leishmaniasis según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



**Figura 32.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de leishmaniasis según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.1.1.2 Proporción de recaídas después de tratamiento

No se presentaron recaídas después del tratamiento.

#### 4.1.1.3 Porcentaje de casos tratados

Del total de casos notificados del evento el 100% recibieron tratamiento; el caso procedente del municipio de San Luis de Palenque se negó a continuar el tratamiento.

#### 4.3.4 Malaria

Del total de casos notificados el 0,03% (3/11.818) correspondió a malaria, procedentes del municipio de Maní, 1 en el área urbana y 2 en el área rural (rural disperso), todos los casos eran del sexo masculino, en el grupo de edad de 15 a 44 años, pertenecientes a otros grupos poblacionales, afiliados en el régimen contributivo. Los tres casos fueron confirmados por laboratorio y se clasificaron como malaria por *Plasmodium Vivax*. No se presentaron casos de mortalidad por malaria.

##### 4.1.1.4 Incidencia Parasitaria Anual (IPA)

El riesgo epidemiológico de malaria hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 fue de 0,1 casos por cada 1 000 habitantes en riesgo (población del área rural).

#### 4.3.5 Dengue

Del total de casos notificados el 8,2% (975/11.818) correspondieron a dengue.

##### 4.3.5.1 Territorios con casos notificados

En la tabla 24 se presenta la distribución de casos de dengue por municipio de procedencia.

**Tabla 24.** Casos notificados de dengue según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Frecuencia	%
Aguazul	193	19,8
Hato Corozal	5	0,5
Maní	119	12,2
Monterrey	54	5,5
Nunchía	15	1,5
Orocué	3	0,3
Paz de Ariporo	34	3,5
Pore	22	2,3
Recetor	1	0,1
Sabanalarga	7	0,7
San Luis de Palenque	6	0,6
Támara	7	0,7
Tauramena	38	3,9
Trinidad	10	1,0
Villanueva	105	10,8
Yopal	344	35,3
Desconocido	12	1,2
<b>Total</b>	<b>975</b>	<b>100,0</b>

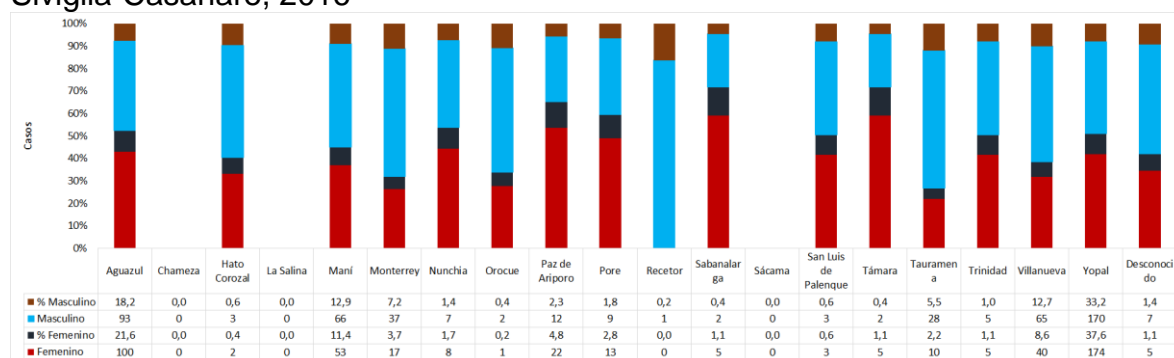
#### 4.3.5.2 Área de procedencia

Procedentes del área urbana 790 (81,0%) y del área rural 185 (19,0%).

#### 4.3.5.3 Casos según sexo

Del sexo femenino 463 (47,5%) y del sexo masculino 515 (52,5%). La distribución según el municipio de procedencia se presenta en la figura 33.

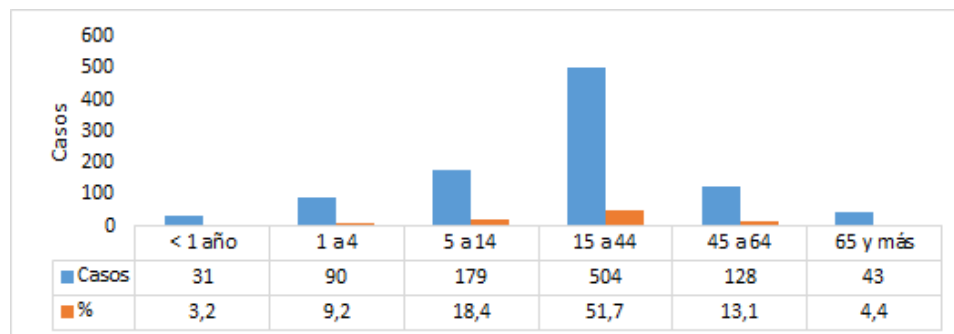
**Figura 33.** Casos notificados de dengue según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.5.4 Grupo de edad

La distribución según el grupo de edad se presenta en la figura 34.

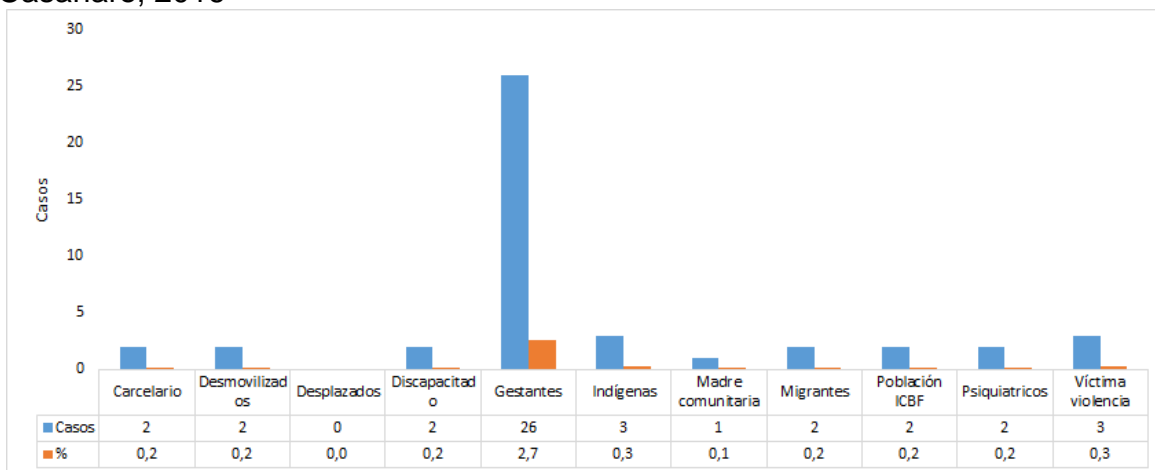
**Figura 34.** Casos notificados de dengue según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.5.5 Grupo poblacional

El 97,3% (949/975) pertenecen a otros grupos poblacionales. La distribución por grupos poblacionales se presenta en la figura 35.

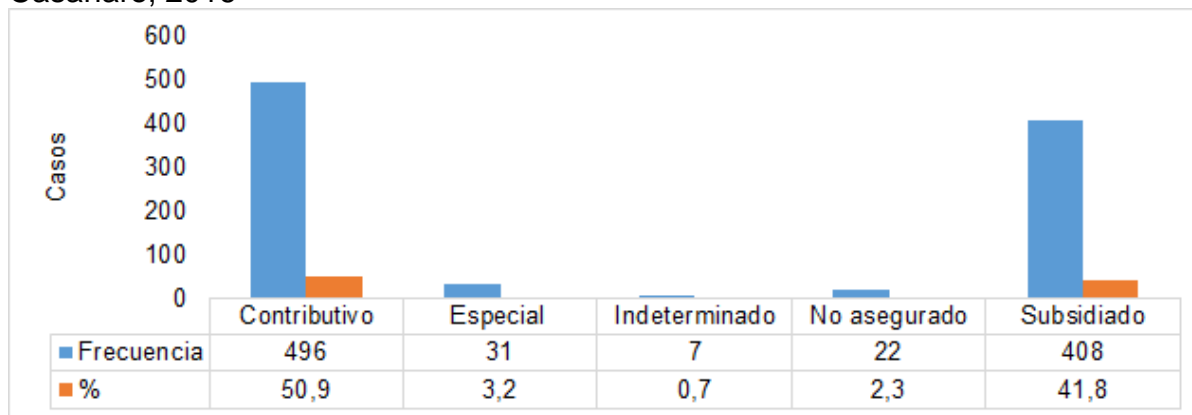
**Figura 35.** Casos notificados de dengue, según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.5.6 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 36.

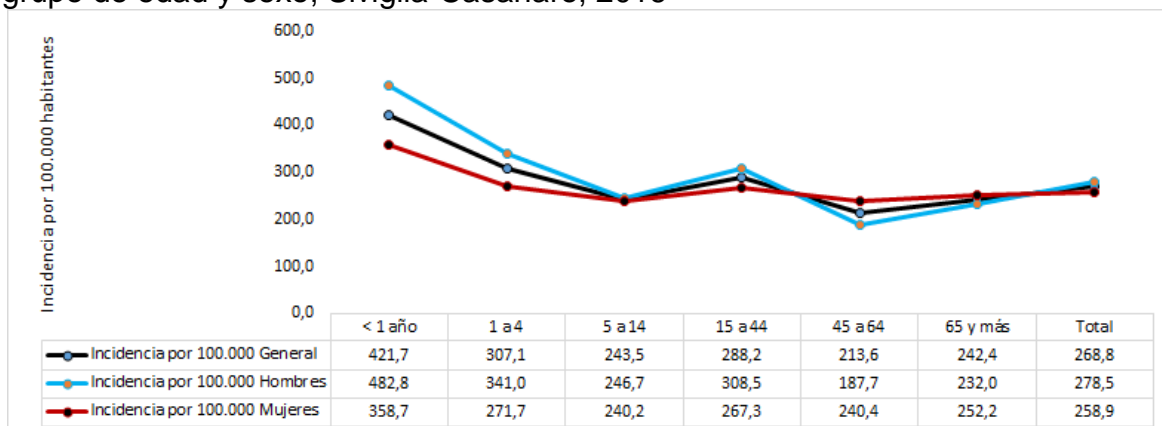
**Figura 36.** Casos notificados de dengue según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016



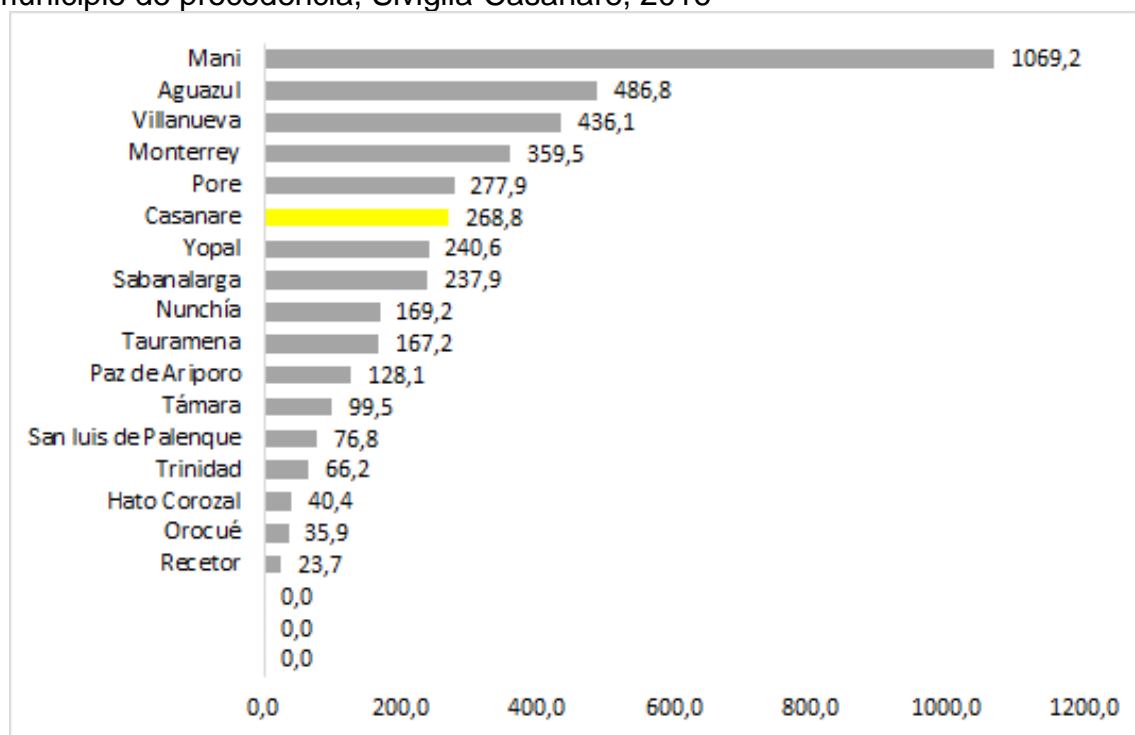
#### 4.1.1.5 Proporción de incidencia en población general

La proporción de incidencia en población general fue de 268,8 casos por cada 100.000 habitantes en población general, en hombres fue de 278,5 y en mujeres de 258,9 (figura 37), la proporción de incidencia por municipio de procedencia se presenta en la figura 38.

**Figura 37.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de dengue según grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



**Figura 38.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de dengue según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

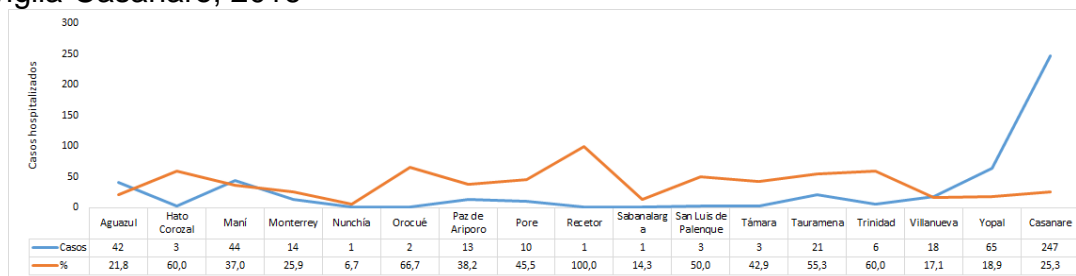


#### 4.1.1.6 Proporción de hospitalizaciones

La proporción de hospitalización por dengue con signos de alarma fue de 75,2% (173/230); en la figura 39 se presenta la proporción de hospitalización por municipio de procedencia.



**Figura 39.** Casos hospitalizados por dengue según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.1.1.7 Porcentaje de aislamientos virales realizados

No se cuenta con información para el cálculo del indicador.

#### 4.3.6 Chicungunya

El 2,1% (246/11.818) de los casos notificados correspondieron a Chikungunya, con una disminución de 98,3% respecto al 1015 en que se notificaron 14.632 casos.

##### 4.3.6.1 Territorios con casos notificados

No se notificaron casos de Chikungunya en los municipios de La Salina y Recetor (tabla 25).

**Tabla 25.** Casos notificados de Chikungunya según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Frecuencia	%
Aguazul	26	10,6
Chameza	1	0,4
Hato Corozal	3	1,2
La Salina		0,0
Maní	9	3,7
Monterrey	10	4,1
Nunchía	12	4,9
Orocué	2	0,8
Paz de Ariporo	7	2,8
Pore	11	4,5
Recetor		0,0
Sabanalarga	12	4,9
Sácama	1	0,4
San Luis de Palenque	1	0,4
Támara	4	1,6
Tauramena	5	2,0
Trinidad	12	4,9
Villanueva	33	13,4
Yopal	93	37,8
Desconocido	4	1,6
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>

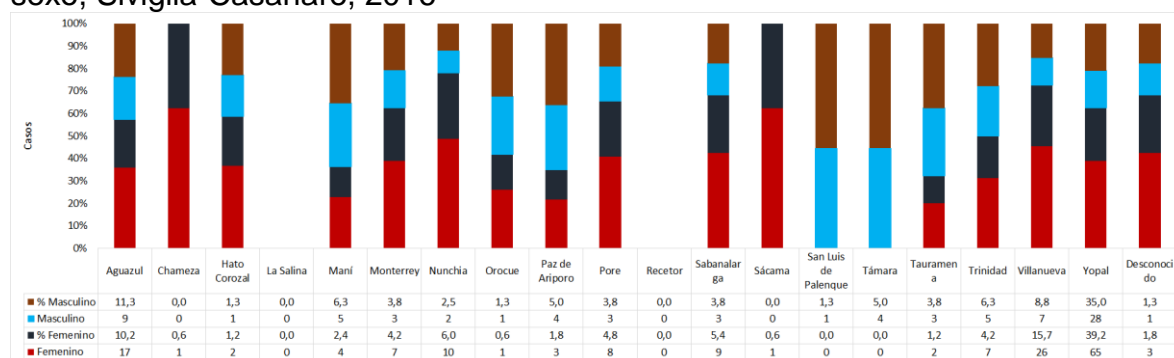
#### 4.3.6.2 Área de procedencia

Procedentes del área urbana 204 (82,9%) y del área rural 42 (17,1%).

#### 4.3.6.3 Casos según sexo

Del sexo femenino 166 (67,5%) y del sexo masculino 80 (32,5%). La distribución según el municipio de procedencia se presenta en la figura 40.

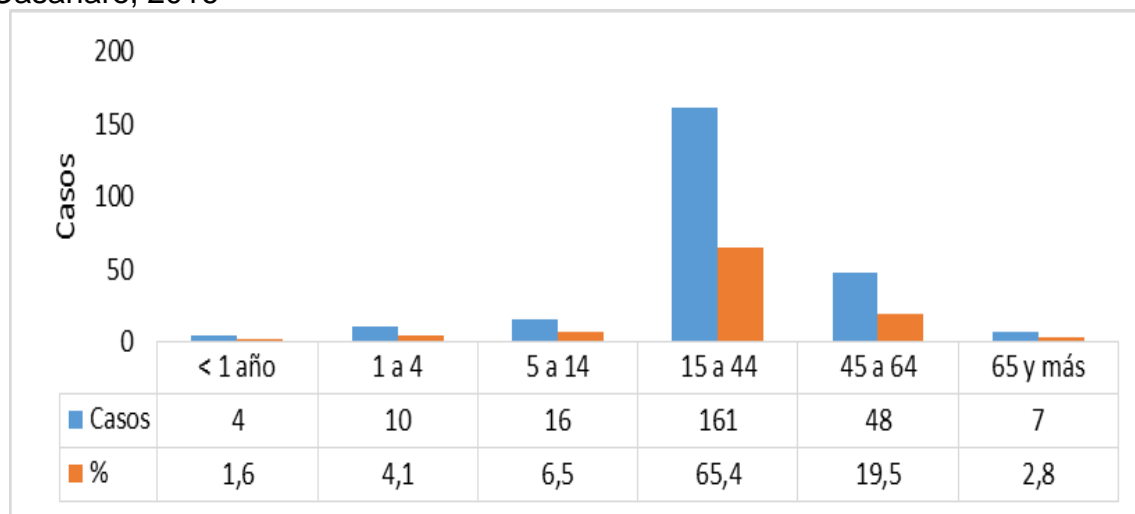
**Figura 40.** Casos notificados de Chikungunya según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.6.4 Grupo de edad

La distribución por grupo de edad se presenta en la figura 41.

**Figura 41.** Casos notificados de Chikungunya según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



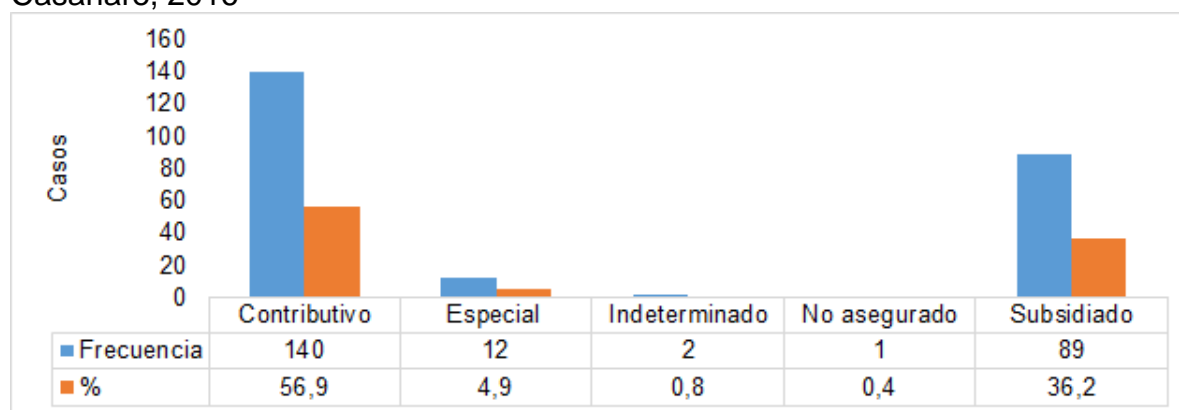
#### 4.3.6.5 Grupo poblacional

Pertencientes a otros grupos poblacionales 228 (92,7%), gestantes 17 (6,9%), desplazados 2 (0,8%) y discapacitados 1 (0,4%).

#### 4.3.6.6 Régimen de seguridad social

En la figura 42 se presenta la distribución según el tipo de afiliación al SGSSS.

**Figura 42.** Casos notificados de Chikungunya según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.6.7 Clasificación según tipo de caso

Según la clasificación de caso, sospechosos 119 (48,4%) y confirmado por clínica 127 (51,6%).

#### 4.3.6.8 Mortalidad / Letalidad

No se presentaron casos de muerte por Chikungunya.

#### 4.3.7 Enfermedad por virus Zika (ZIKV)

El 32,5%(3.839/11.818)de los casos notificados correspondió a Zika.

##### 4.3.7.1 Territorios con casos notificados

En la tabla 26 se presenta la distribución según el municipio de procedencia, los municipios La Salina y Sácama no notificaron casos de Zika.

**Tabla 26.** Casos notificados de Zika según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Frecuencia	%
Aguazul	333	8,6
Chameza	5	0,1
Hato Corozal	9	0,2
Maní	14	0,4
Monterrey	213	5,5
Nunchía	41	1,1
Orocué	21	0,5
Paz de Ariporo	169	4,4
Pore	57	1,5
Recetor	1	0,0
Sabanalarga	44	1,1
San Luis de Palenque	111	2,9
Tamara	7	0,2
Tauramena	329	8,5
Trinidad	68	1,8
Villanueva	364	9,4
Yopal	2059	53,3
Desconocido	15	0,4
<b>Total</b>	<b>3860</b>	<b>100,0</b>

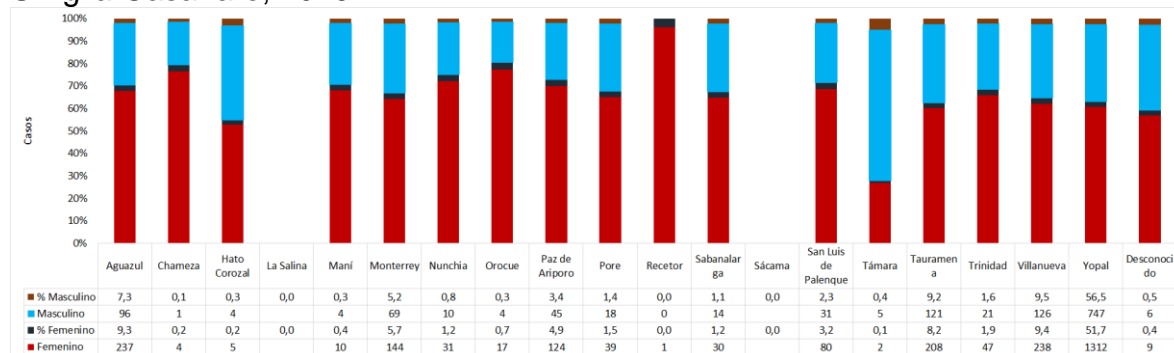
#### 4.3.7.2 Área de procedencia

Procedentes del área urbana 3.462 (89,7%) y del área rural 398 (10,3%).

#### 4.3.7.3 Casos según sexo

La distribución según el sexo femenino 2.538 (65,8%) y el sexo masculino 1.322 (34,2%). En la figura 37 se presenta la distribución según el municipio de procedencia.

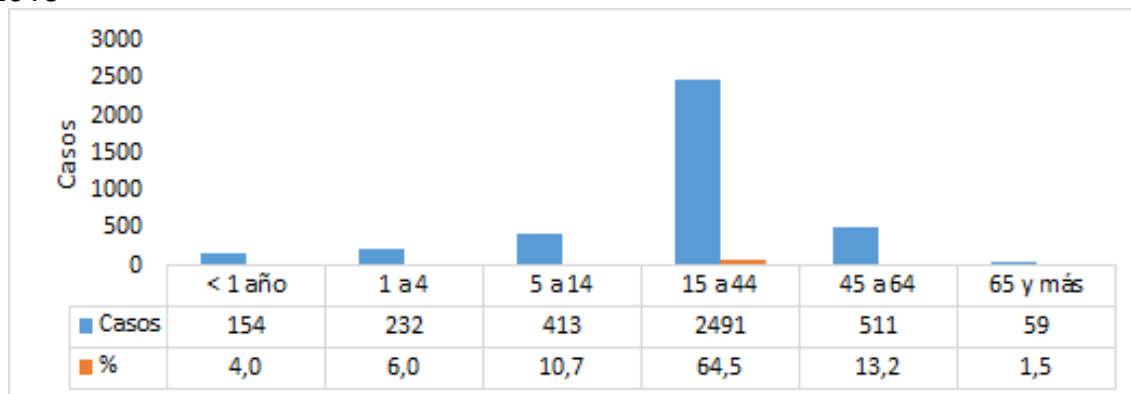
**Figura 43.** Casos notificados de Zika según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.7.4 Grupo de edad

La distribución según el grupo de edad se presenta en la figura 44.

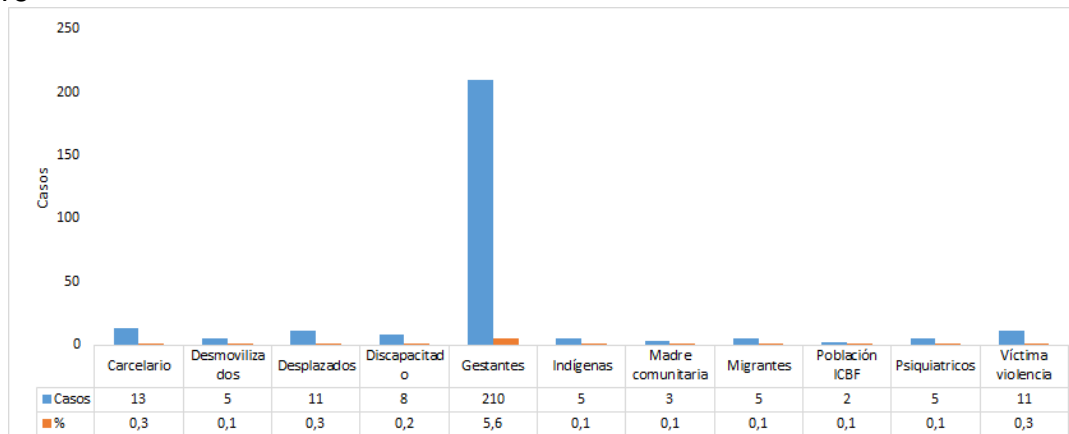
**Figura 44.** Casos notificados de Zika según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.7.5 Grupo poblacional

El 92,6% pertenecen a otros grupos poblacionales. La distribución por grupo poblacional se presenta en la figura 45.

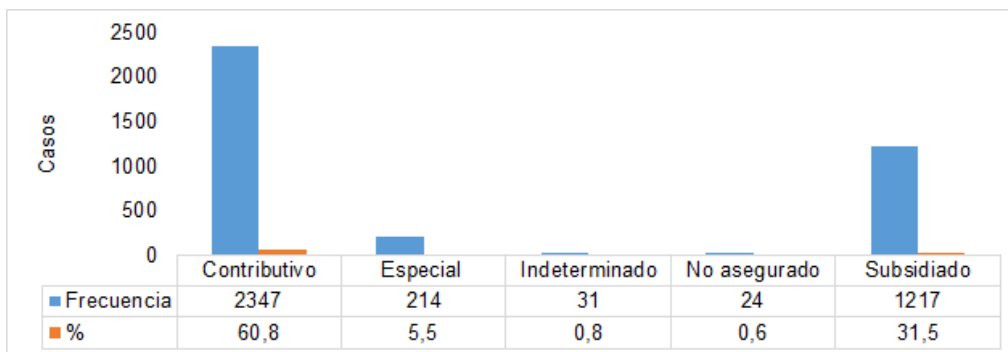
**Figura 45.** Casos notificados de Zika según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.7.6 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 46.

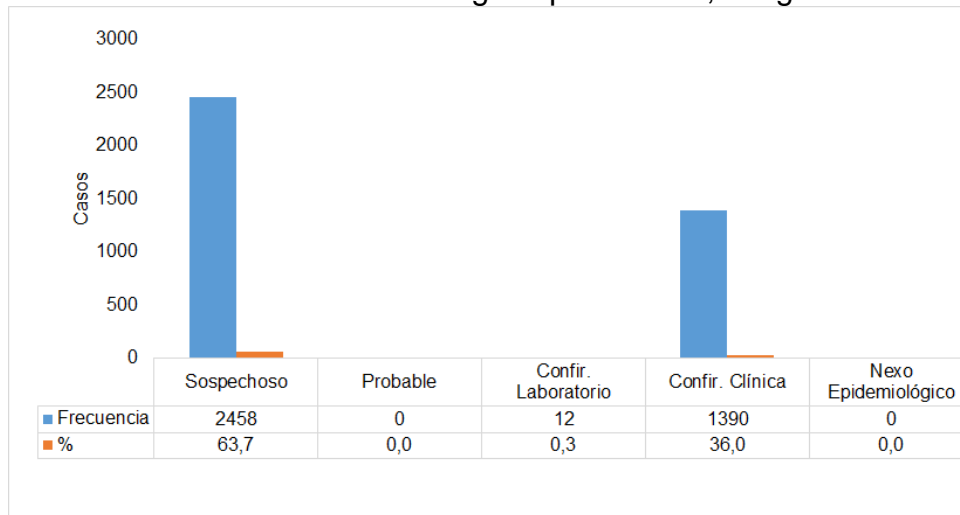
**Figura 46.** Casos notificados de Zika según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.3.7.7 Clasificación según tipo de caso

La clasificación según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 47.

**Figura 47.** Casos notificados de Zika según tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016



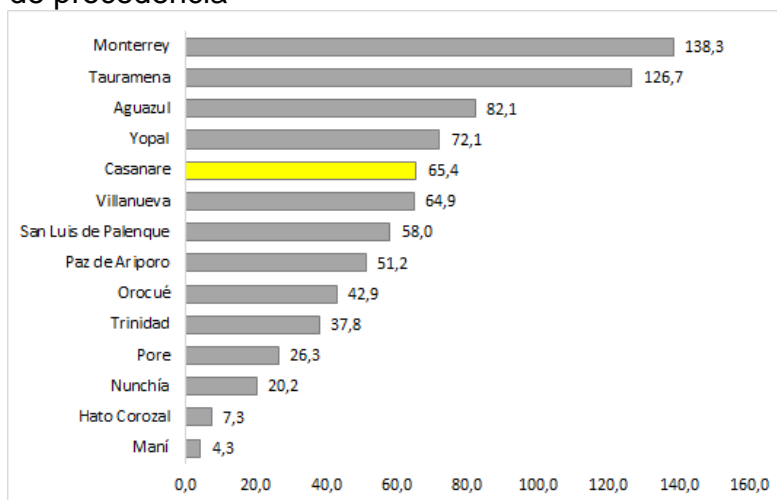
#### 4.3.7.8 Mortalidad / Letalidad

El 0,03% (1/3.860) de los casos presentó condición final muerte, un niño de menos de 1 año de edad procedente del municipio de Yopal. La tasa de mortalidad por entre los niños con menos de 1 año de edad fue de 13,6 y entre la población general fue de 0,3 por cada 100.000 habitantes.

#### 4.3.7.9 Proporción de incidencia en gestantes

La proporción de incidencia en gestantes fue de 65,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos (figura 48).

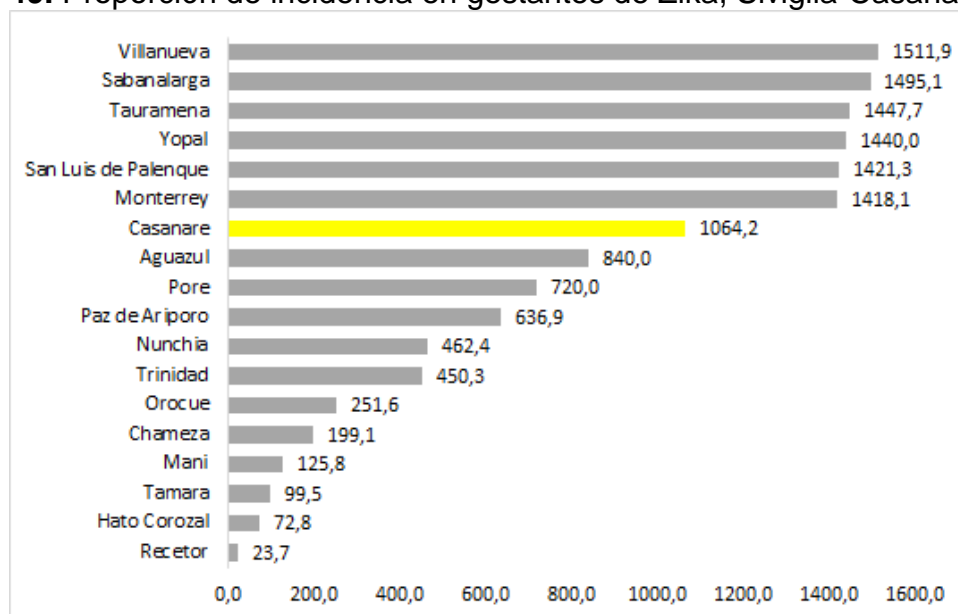
**Figura 48.** Proporción de incidencia por 1.000 nacidos vivos de Zika en gestantes por municipio de procedencia



#### 4.3.7.10 Proporción de incidencia

La proporción de incidencia en población general fue de 1.064,2 casos por cada 100.000 habitantes (figura 49).

**Figura 49.** Proporción de incidencia en gestantes de Zika, Sivigila-Casanare, 2016



## 4.4 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

### 4.4.1 Sífilis gestacional

En 2016 fueron notificados 50 casos como procedentes del departamento, luego del seguimiento a los casos se determinó que fueron descartados con ajuste 6 casos, por resultados de laboratorio 8 casos y con descarte D error de digitación 6 casos; por lo anterior, para el análisis de la información se tomaron 36 casos equivalente al 0,3% de la notificación por todos los EISP.

#### 4.4.1.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

En la tabla 27 se presenta la distribución de los casos por municipio, procedentes del área urbana 33 (91,7%) y del área rural 3 (8,3%).

**Tabla 27.** Casos notificados de sífilis gestacional según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	2	6,1	0	0,0	2	5,6
Maní	2	6,1	0	0,0	2	5,6
Monterrey	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nunchía	1	3,0	0	0,0	1	2,8
Orocué	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Paz de Ariporo	2	6,1	0	0,0	2	5,6
Pore	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Recetor	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Luis de Palenque	0	0,0	1	33,3	1	2,8
Tauramena	1	3,0	1	33,3	2	5,6
Trinidad	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Villanueva	3	9,1	0	0,0	3	8,3
Yopal	22	66,7	1	33,3	23	63,9
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.1.2 Grupo de edad

Todas en el grupo de edad de 15 a 44 años.

#### 4.4.1.3 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 50.



**Figura 50.** Casos notificados de sífilis gestacional según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.4.1.4 Clasificación según tipo de caso

Todos los casos ingresaron confirmados por laboratorio.

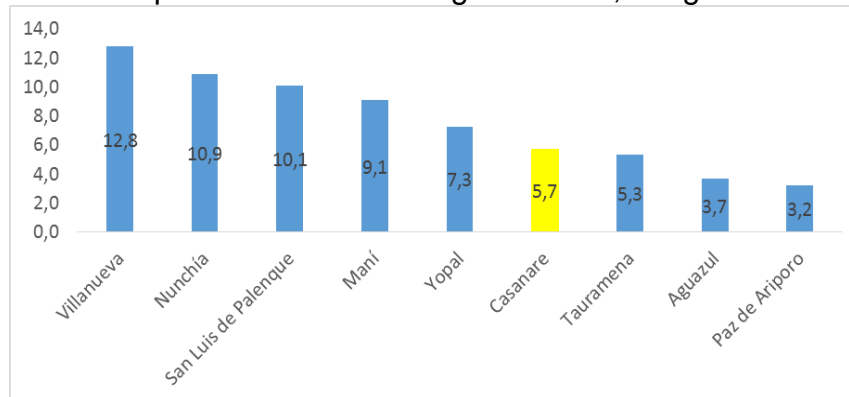
#### 4.4.1.5 Mortalidad / Letalidad

Todos los casos presentaron condición final vivo.

#### 4.4.1.6 Razón de prevalencia de sífilis gestacional

Por cada 1.000 nacidos vivos en 2016, se presentaron 5,7 casos de sífilis en gestantes (figura 51).

**Figura 51.** Razón de prevalencia de sífilis gestacional, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.4.1.7 Porcentaje de gestantes detectadas en la semana 17

El 50,0% (18/36) fueron diagnosticadas antes de la semana 17 (tabla 29).

**Tabla 28.** Porcentajes de gestantes detectadas en la semana 17, sífilis gestacional, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Casos detectados antes de semana 17	Total de casos	% de casos detectados antes de semana 17
Nunchía	1	1	100,0
Paz de Ariporo	1	2	50,0
Tauramena	2	2	100,0
Villanueva	2	3	66,7
Yopal	12	23	52,2
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>36</b>	<b>50,0</b>

#### 4.4.2 Sífilis congénita

Después del proceso de depuración de la base de datos de los 6 casos notificados fueron descartados 2 casos, para un total de 4 casos confirmados del evento, equivalente al 0,03% de la notificación de todos los EISP; procedentes del municipio de Yopal 3 y de Villanueva 1; del área urbana 3 y del área rural 1; todos del sexo femenino; pertenecientes a otros grupos poblacionales, afiliados en el régimen contributivo 3 y en subsidiado 1; confirmados por laboratorio y por clínica 2 casos respectivamente; todos con condición final vivo. La tasa de incidencia del evento fue de 0,6 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

#### 4.4.3 Hepatitis B, C y Coinfección / supra infección hepatitis B-Delta

Fueron notificados 18 casos del evento, luego de proceso de depuración fueron descartados 4 casos, para un total de 14 casos notificados, todos procedentes del municipio de Yopal, del área urbana 13 (92,9%) y del área rural 1 (7,1%); del sexo masculino 10 (71,4%) y del sexo femenino 4 (28,6%); clasificados como otros grupos poblacionales 12 (85,7%) y gestantes 2 (4,3%); afiliados en el régimen contributivo 8 (57,1%), en el régimen especial 1 (7,1%) y en el subsidiado 5 (35,7%); todos confirmados por laboratorio y condiciona final vivos. La proporción de incidencia para el municipio de Yopal fue de 9,8 y para el departamento fue de 3,9 casos por cada 100.000 habitantes; y, la razón de prevalencia para el municipio de Yopal fue de 0,6 y para el departamento fue de 0,3 por cada 1.000 nacidos vivos.

#### 4.4.4 VIH/Sida

El 1,1% de la notificación de EISP correspondió a VIH/Sida.

##### 4.4.4.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

La distribución según el municipio y área de procedencia se presenta en la tabla 29.

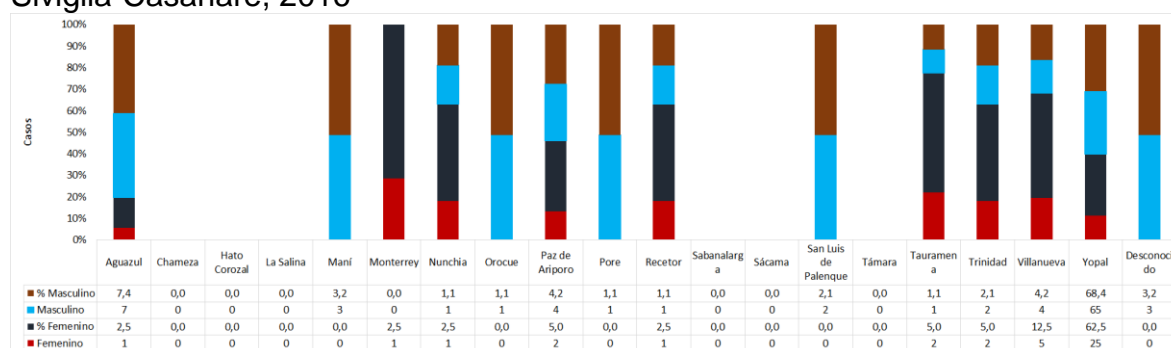
**Tabla 29.** Casos notificados de VIH/Sida según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	7	5,8	1	7,1	8	5,9
Maní	3	2,5	0	0,0	3	2,2
Monterrey	1	0,8	0	0,0	1	0,7
Nunchía	2	1,7	0	0,0	2	1,5
Orocué	0	0,0	1	7,1	1	0,7
Paz de Ariporo	6	5,0	0	0,0	6	4,4
Pore	1	0,8	0	0,0	1	0,7
Recetor	1	0,8	1	7,1	2	1,5
San Luis de Palenque	2	1,7	0	0,0	2	1,5
Tauramena	1	0,8	2	14,3	3	2,2
Trinidad	2	1,7	2	14,3	4	3,0
Villanueva	7	5,8	2	14,3	9	6,7
Yopal	86	71,1	4	28,6	90	66,7
Desconocido	2	1,7	1	7,1	3	2,2
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.4.2 Casos según sexo

Del sexo masculino 95 (70,4%) y del sexo femenino 40 (29,6%), (figura 52).

**Figura 52.** Casos notificados de VIH/Sida según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



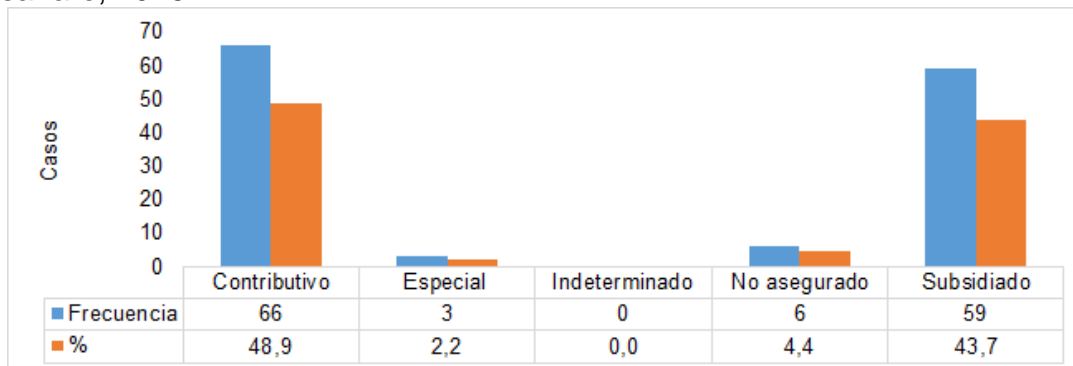
#### 4.4.4.3 Grupo poblacional

Según el grupo poblacional, gestantes 7 (5,1%) y otros grupos poblacionales (94,9%).

#### 4.4.4.4 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 53.

**Figura 53.** Casos notificados según régimen de seguridad social, VIH/Sida, Casanare, 2016



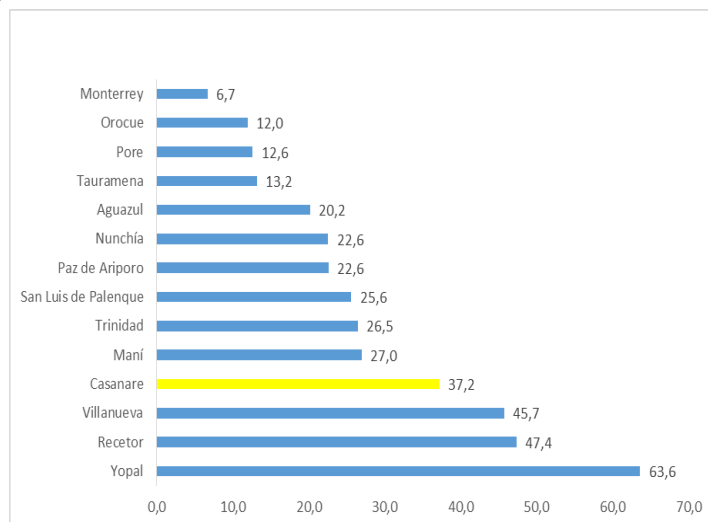
#### 4.4.4.5 Clasificación según tipo de caso

Todos los casos notificados ingresaron confirmados por laboratorio.

#### 4.4.4.6 Prevalencia de notificación de casos confirmados de VIH/SIDA

Por cada 100.000 habitantes de Casanare se diagnosticaron 37,2 casos de infección por VIH/Sida (figura 54)

**Figura 54.** Prevalencia de notificación de casos confirmados de VIH/SIDA, Casanare, 2016



#### 4.4.4.7 Mortalidad / Letalidad

La tasa de letalidad fue de 12,6% (17/135) y la tasa de mortalidad de 4,4 por cada 100.000 habitantes.

#### 4.4.4.8 Razón de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres embarazadas

Por cada 1.000 nacidos vivos en 2016, se presentaron 1,1 casos de VIH/Sida en gestantes (tabla 30).

**Tabla 30.** Razón de prevalencia por 1.000 nacidos vivos de VIH/Sida en gestantes, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Casos	Nacidos Vivos	Razón de prevalencia
Yopal	3	3165	0,9
Trinidad	2	198	10,1
Villanueva	2	235	8,5
<b>Casanare</b>	<b>7</b>	<b>6361</b>	<b>1,1</b>

#### 4.4.4.9 Proporción de incidencia de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión.

Del total de casos notificados de VIH/Sida ocurridos en Casanare en 2016, el 68,1% fue por mecanismo probable de transmisión heterosexual, el 21,5% transmisión de tipo homosexual (tabla 34).

**Tabla 31.** Proporción de incidencia de VIH/Sida por mecanismo probable de transmisión, Casanare, 2016

Municipio	Heterosexual	%	Homosexual	%	Bisexual	%	Materno Infantil	%	Accidente de trabajo	%
Yopal	59	64,8	26	28,6	5	5,5	1	1,1	0	0,0
Villanueva	9	81,8	2	18,2		0,0		0,0	0	0,0
Aguazul	5	62,5	1	12,5	2	25,0		0,0	0	0,0
Paz de Ariporo	4	66,7	0	0,0	1	16,7	1	16,7	0	0,0
Trinidad	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maní	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tauramena	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nunchía	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
Recetor	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
San Luis de Palenque	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Monterrey	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Orocué	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Pore	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>68,1</b>	<b>29</b>	<b>21,5</b>	<b>9</b>	<b>6,7</b>	<b>4</b>	<b>3,0</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>

## EVENTOS DE ZONOSIS

### 4.4.5 Vigilancia integrada de la rabia humana

El 10,5% (1.248/11.818) de la notificación de EISP correspondió a vigilancia integrada de la rabia humana.

#### 4.4.5.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

En la tabla 32 se presenta la distribución de casos por municipio y área de procedencia.

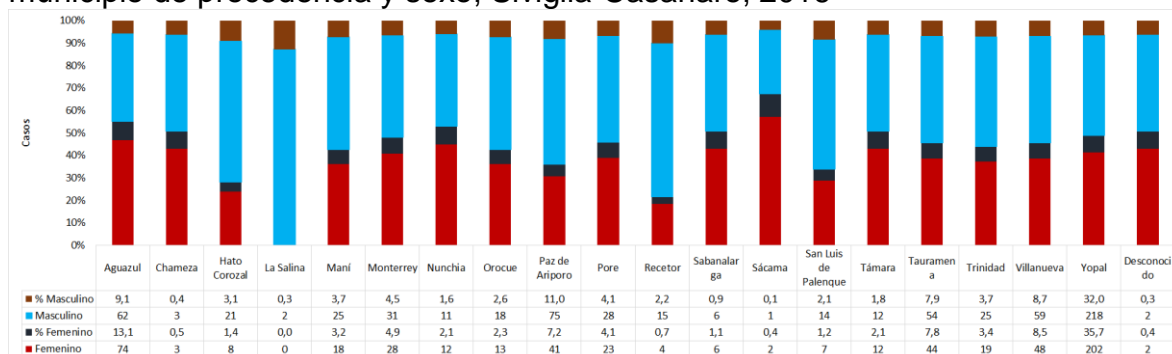
**Tabla 32.** Casos notificados de vigilancia integrada a rabia humana según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	109	11,7	27	8,5	136	10,9
Chameza	6	0,6	0	0,0	6	0,5
Hato Corozal	17	1,8	12	3,8	29	2,3
La Salina	1	0,1	1	0,3	2	0,2
Maní	30	3,2	13	4,1	43	3,4
Monterrey	46	4,9	13	4,1	59	4,7
Nunchía	10	1,1	13	4,1	23	1,8
Orocué	23	2,5	8	2,5	31	2,5
Paz de Ariporo	85	9,1	31	9,8	116	9,3
Pore	33	3,5	18	5,7	51	4,1
Recetor	2	0,2	17	5,4	19	1,5
Sabanalarga	7	0,8	5	1,6	12	1,0
Sácama	1	0,1	2	0,6	3	0,2
San Luis de Palenque	6	0,6	15	4,7	21	1,7
Támara	13	1,4	11	3,5	24	1,9
Tauramena	78	8,4	20	6,3	98	7,9
Trinidad	29	3,1	15	4,7	44	3,5
Villanueva	74	7,9	33	10,4	107	8,6
Yopal	360	38,6	60	19,0	420	33,7
Desconocido	2	0,2	2	0,6	4	0,3
<b>Total</b>	<b>932</b>	<b>100,0</b>	<b>316</b>	<b>100,0</b>	<b>1248</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.5.2 Casos según sexo

La distribución de los casos notificados según el sexo masculino 682 (54,6%) y sexo femenino 566 (45,4%), (figura 55).

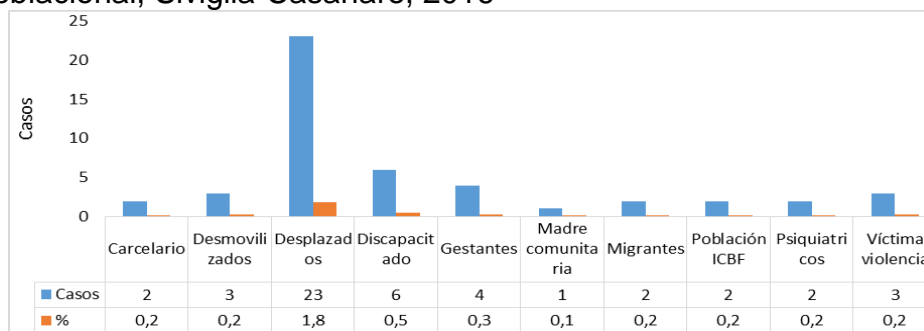
**Figura 55.** Casos notificados de vigilancia integrada de la rabia humana según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.4.5.3 Grupo poblacional

El 97,7% (1219/1248) correspondió a otros grupos poblacionales (figura 56).

**Figura 56.** Casos notificados de vigilancia integrada de la rabia humana según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.4.5.4 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 57.

**Figura 57.** Casos notificados de vigilancia integrada de la rabia humana según tipo de afiliación, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.4.5.5 Clasificación según tipo de caso

De acuerdo con la clasificación inicial el 100% de los casos ingresaron confirmados por clínica.

#### 4.4.5.6 Mortalidad / Letalidad

Durante el 2016 en el departamento de Casanare no se registraron muertes por el evento.

#### 4.4.5.7 Porcentaje de casos según el tipo de exposición

De acuerdo al total de los casos notificados según el tipo de exposición y de acuerdo a la clasificación, correspondieron a no exposición 794 (63,6%), exposiciones leves 310 (24,8%) y exposiciones graves 144 (11,5%), (tabla 33).

**Tabla 33.** Casos notificados de vigilancia integrada de la rabia humana según el tipo de exposición, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	No Exposición	%	Exposición Leve	%	Exposición Grave	%
Aguazul	94	11,8	30	9,7	12	8,3
Chameza	1	0,1	3	1,0	2	1,4
Hato Corozal	19	2,4	4	1,3	6	4,2
La Salina	0	0,0	2	0,6	0	0,0
Maní	28	3,5	9	2,9	6	4,2
Monterrey	23	2,9	34	11,0	2	1,4
Nunchía	14	1,8	6	1,9	3	2,1
Orocué	15	1,9	10	3,2	6	4,2
Paz de Ariporo	70	8,8	29	9,4	17	11,8
Pore	19	2,4	26	8,4	6	4,2
Recetor	1	0,1	2	0,6	16	11,1
Sabanalarga	6	0,8	5	1,6	1	0,7
Sácama	3	0,4	0	0,0	0	0,0
San Luis de Palenque	16	2,0	3	1,0	2	1,4
Tamara	11	1,4	11	3,5	2	1,4
Tauramena	72	9,1	23	7,4	3	2,1
Trinidad	24	3,0	12	3,9	8	5,6
Villanueva	59	7,4	33	10,6	15	10,4
Yopal	317	39,9	68	21,9	35	24,3
Desconocido	2	0,3	0	0,0	2	1,4
<b>Total</b>	<b>794</b>	<b>100,0</b>	<b>310</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.5.8 Porcentaje de casos de no exposiciones con aplicación de suero

Del total de los casos de no exposiciones al 0,4% (3/794) se le aplicó suero antirrábico (tabla 34).



**Tabla 34.** Porcentaje de casos de no exposición con aplicación de suero por municipio, vigilancia integrada a rabia, Casanare, 2016

Municipio	Con Aplicación de	%	Sin Aplicación de	%	Total
Yopal	1	0,32	316	99,7	317
Aguazul	-	-	94	100,0	94
Tauramena	-	-	72	100,0	72
Paz de Ariporo	-	-	70	100,0	70
Villanueva	2	3,45	58	96,7	60
Maní	-	-	28	100,0	28
Trinidad	-	-	24	100,0	24
Monterrey	-	-	23	100,0	23
Hato Corozal	-	-	19	100,0	19
Pore	-	-	19	100,0	19
San Luis de Palenque	-	-	16	100,0	16
Orocúe	-	-	15	100,0	15
Nunchía	-	-	14	100,0	14
Támara	-	-	11	100,0	11
Sabanalarga	-	-	6	100,0	6
Sácama	-	-	3	100,0	3
Casanare desconocido	-	-	2	100,0	2
Chameza	-	-	1	100,0	1
Recetor	-	-	1	100,0	1
<b>Total general</b>	<b>3</b>	<b>3,76</b>	<b>792</b>	<b>99,6</b>	<b>795</b>

#### 4.4.5.9 Porcentaje de casos de exposiciones leves con aplicación de tratamiento

De acuerdo a la notificación del total de los casos de exposiciones leves no tienen tratamiento 13 (4,19%) con suero antirrábico (tabla 35).

**Tabla 35.** Porcentaje de casos notificados de exposiciones leves con aplicación de tratamiento por municipio, vigilancia integrada a rabia, Casanare, 2016

Municipio	Con Aplicación	%	Sin Aplicación	%	Total
Yopal	-	-	68	100,0	68
Monterrey	2	5,88	32	94,1	34
Villanueva	1	3,03	32	97,0	33
Aguazul	-	-	30	100,0	30
Paz de Ariporo	1	3,45	28	96,6	29
Pore	2	7,69	24	92,3	26
Tauramena	-	-	23	100,0	23
Trinidad	-	-	12	100,0	12
Támara	2	18,18	9	81,8	11
Orocúe	1	10,00	9	90,0	10
Maní	-	-	9	100,0	9
Nunchía	3	50,00	3	50,0	6
Sabanalarga	-	-	5	100,0	5
Hato Corozal	-	-	4	100,0	4
San Luis de Palenque	-	-	3	100,0	3
Chameza	-	-	3	100,0	3
Recetor	-	-	2	100,0	2
La Salina	1	-	1	50,0	2
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>4,19</b>	<b>297</b>	<b>95,8</b>	<b>310</b>

#### 4.4.5.10 Porcentaje de casos de exposiciones graves con aplicación de tratamiento

Del total de los casos de exposiciones graves tienen tratamiento antirrábico 129 (89,6%), (tabla 36).

**Tabla 36.** Porcentaje de casos notificados de exposiciones graves con aplicación de tratamiento por municipio, vigilancia integrada a rabia, Casanare, 2016

Municipio	Con Aplicación de Suero	%	Sin Aplicación de Suero	%	Total General
Yopal	34	97,1	1	2,9	35
Paz de Ariporo	17	100,0	-	-	17
Recetor	15	93,8	1	2,9	16
Villanueva	7	46,7	8	22,9	15
Aguazul	12	100,0	-	-	12
Trinidad	7	87,5	1	2,9	8
Hato Corozal	6	100,0	-	-	6
Maní	6	100,0	-	-	6
Orocué	5	83,3	1	2,9	6
Pore	5	83,3	1	2,9	6
Nunchía	3	100,0	-	-	3
Tauramena	3	100,0	-	-	3
Chameza	1	50,0	1	2,9	2
San Luis de Palenque	2	100,0	-	-	2
Desconocido	2	100,0	-	-	2
Támara	1	50,0	1	2,9	2
Monterrey	2	100,0	-	-	2
Sabanalarga	1	100,0	-	-	1
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>89,6</b>	<b>15</b>	<b>10,42</b>	<b>144</b>

#### 4.4.6 Accidente ofídico

Durante el 2016 y después de la depuración y validación de la base de datos se encuentra que se han notificado 174 casos de accidente ofídico procedentes de los municipios del departamento de Casanare.

##### 4.4.6.1 Territorios con casos notificados

El 94,7% (18/19) de los municipios del departamento notificaron por lo menos un caso de accidente ofídico durante el 2016, procedentes del área urbana 38 (21,8%) y del área rural 136 (78,2%), (tabla 37).

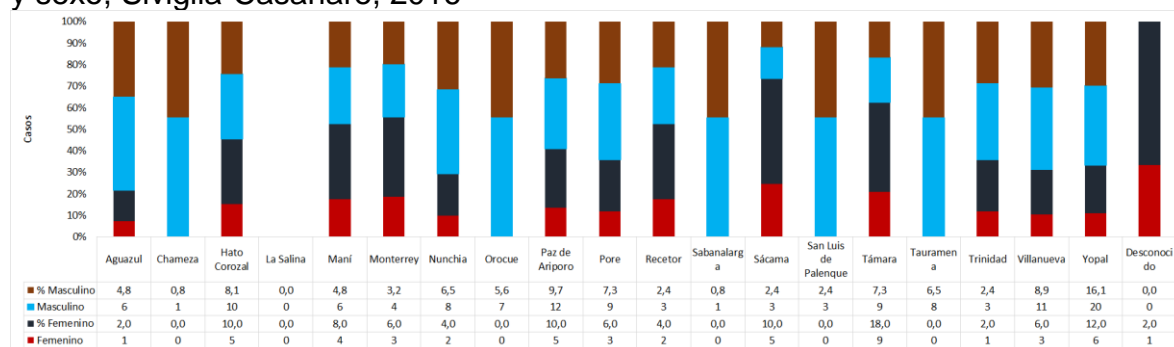
**Tabla 37.** Casos notificados de accidente ofídico por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	3	7,9	4	2,9	7	4,0
Chameza	0	0,0	1	0,7	1	0,6
Hato Corozal	0	0,0	15	11,0	15	8,6
Maní	1	2,6	9	6,6	10	5,7
Monterrey	5	13,2	2	1,5	7	4,0
Nunchía	0	0,0	10	7,4	10	5,7
Orocué	1	2,6	6	4,4	7	4,0
Paz de Ariporo	2	5,3	15	11,0	17	9,8
Pore	0	0,0	12	8,8	12	6,9
Recetor	1	2,6	4	2,9	5	2,9
Sabanalarga	1	2,6	0	0,0	1	0,6
Sácama	1	2,6	7	5,1	8	4,6
San Luis de Palenque	0	0,0	3	2,2	3	1,7
Támara	1	2,6	17	12,5	18	10,3
Tauramena	4	10,5	4	2,9	8	4,6
Trinidad	0	0,0	4	2,9	4	2,3
Villanueva	12	31,6	2	1,5	14	8,0
Yopal	6	15,8	20	14,7	26	14,9
Desconocido	0	0,0	1	0,7	1	0,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>174</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.6.2 Casos según sexo

Del sexo masculino 124 (71,3%) y el sexo femenino 50 (28,7%) casos (figura 58).

**Figura 58.** Casos notificados de accidente ofídico según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



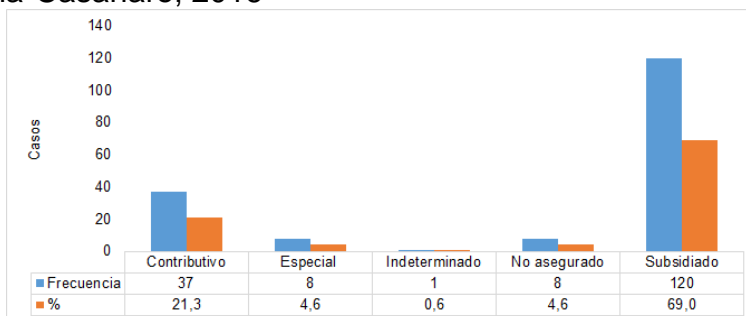
#### 4.4.6.3 Grupo poblacional

El 92,5% (161/174) pertenecientes a otros grupos poblacionales, el 6,3% (11/174) indígenas, y el 0,5% (1/174) a desplazados y población ICBF respectivamente.

#### 4.4.6.4 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 59.

**Figura 59.** Casos notificados de accidente ofídico según tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.4.6.5 Clasificación según tipo de caso

De acuerdo con la clasificación inicial el 100% de los casos ingresaron confirmados por clínica.

#### 4.4.6.6 Mortalidad / Letalidad

No se presentaron casos de mortalidad por accidente ofídico

#### 4.4.6.7 Porcentaje con tratamiento específico

Del total de pacientes mordidos por serpiente venenosa el 88,5% (154/174) recibió tratamiento específico (tabla 38).

**Tabla 38.** Porcentaje de tratamientos aplicados, accidente ofídico, Casanare, 2016

Municipio	Si	%	No	%	Total
Aguazul	7	4,5	0	0,0	7
Chameza	1	0,6	0	0,0	1
Hato Corozal	12	7,8	3	15,0	15
La Salina	0	0,0	0	0,0	0
Maní	10	6,5	0	0,0	10
Monterrey	6	3,9	1	5,0	7
Nunchía	9	5,8	1	5,0	10
Orocué	6	3,9	1	5,0	7
Paz de Ariporo	17	11,0	0	0,0	17
Pore	11	7,1	1	5,0	12
Recetor	5	3,2	0	0,0	5
Sabanalarga	1	0,6	0	0,0	1
Sácama	8	5,2	0	0,0	8
San Luis de Palenque	3	1,9	0	0,0	3
Támara	18	11,7	0	0,0	18
Tauramena	6	3,9	2	10,0	8
Trinidad	4	2,6	0	0,0	4
Villanueva	8	5,2	6	30,0	14
Yopal	21	13,6	5	25,0	26
Desconocido	1	0,6	0	0,0	1
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>174</b>

#### 4.4.6.8 Porcentaje de casos según el agente agresor

El 75,3% (131/174) de los casos según el agente agresor fueron ocasionados por el género agresor *Bothrops*; en el 16,7% (29/174) de los casos no se identificó el género de la serpiente (tabla 39).

**Tabla 39.** Casos notificados de accidente ofídico según el agente agresor, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Bothrops	%	Crotalids	%	Micrurus	%	Otro	%	Colúbrido	%	Sin identificar	%
Aguazul	4	3,1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	10,3
Chameza	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hato Corozal	14	10,7	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-
Maní	9	6,9	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-
Monterrey	4	3,1	-	-	-	-	2	28,6	-	-	1	3,4
Nunchía	10	7,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orocué	6	4,6	-	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-
Paz de Ariporo	14	10,7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	10,3
Pore	10	7,6	-	-	-	-	-	-	1	50,0	1	3,4
Recetor	5	3,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sabanalarga	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sácama	2	1,5	-	-	-	-	1	14,3	-	-	5	17,2
San Luis de Palenque	2	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Támara	16	12,2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6,9
Tauramena	6	4,6	-	-	1	33,3	-	-	-	-	1	3,4
Trinidad	3	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Villanueva	7	5,3	2	100,0	1	33,3	1	14,3	1	50,0	2	6,9
Yopal	16	12,2	-	-	-	-	1	14,3	-	-	9	31,0
Desconocido	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.7 Leptospirosis

Después de la depuración y validación de la base de datos se encuentra que el 0,1% (14/11.818) de los casos notificados eran de leptospirosis.

##### 4.4.7.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

El 36,8% (7/19) de los municipios del departamento notificaron un caso de leptospirosis durante el 2016, procedentes del área urbana 8 (57,1%) y del área rural 6 (42,9%), (tabla 40).

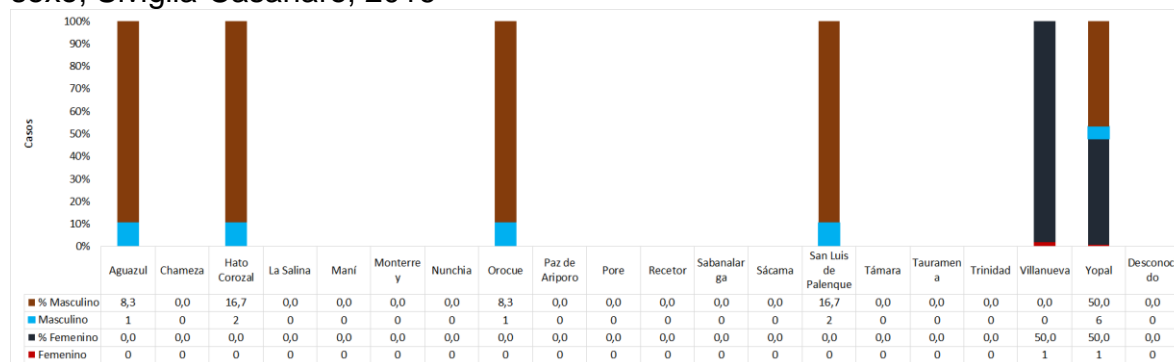
**Tabla 40.** Casos notificados de leptospirosis según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	1	12,5	0	0,0	1	7,1
Hato Corozal	2	25,0	0	0,0	2	14,3
Orocué	0	0,0	1	16,7	1	7,1
San Luis de Palenque	0	0,0	2	33,3	2	14,3
Támara	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tauramena	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trinidad	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Villanueva	1	12,5	0	0,0	1	7,1
Yopal	4	50,0	3	50,0	7	50,0
Desconocido	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.7.2 Casos según sexo

Al sexo masculino corresponden 12 (80%) de los casos notificados de Leptospirosis (figura 60).

**Figura 60.** Casos notificados de leptospirosis por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.4.7.3 Grupo poblacional

El 100,0% de los casos se concentró en otros grupos poblacionales.

#### 4.4.7.4 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS en el régimen contributivo 96 (42,9%), especial 1 (7,1%), excepción 2 (14,3%) y subsidiado 5 (35,7%).

#### 4.4.7.5 Clasificación según tipo de caso

El 50,0% (7/14) ingreso confirmado por laboratorio y como caso sospechosos respectivamente.

#### 4.4.7.6 Mortalidad / Letalidad

Tuvieron condición final vivo 13 (92,9%), con una letalidad de 7,1% (1/14).

#### 4.4.8 Encefalitis equina

Se notificaron 49 casos de encefalitis equina procedente de los municipios del departamento de Casanare

##### 4.4.8.1 Territorios con casos notificados

El 36,8% (7/19) de los municipios del departamento notificaron al menos un caso de encefalitis equina; el 83,7% (41/49) procedentes del área rural (tabla 41).

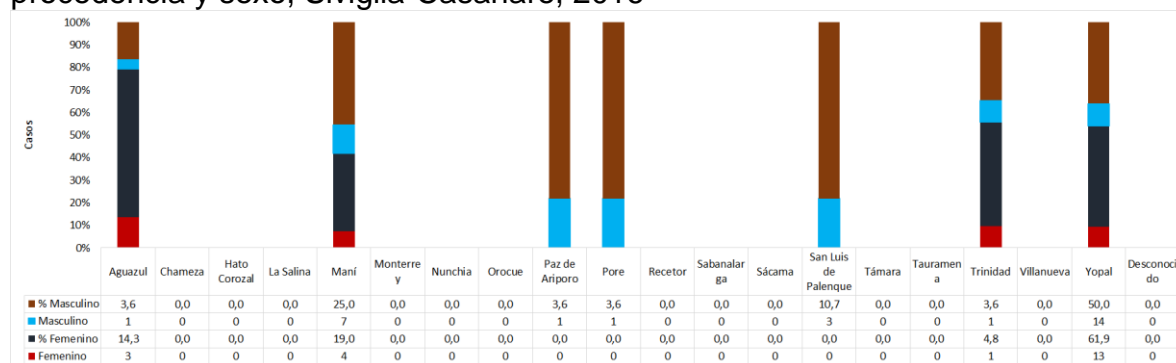
**Tabla 41.** Casos notificados de encefalitis equina por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	0	0,0	4	9,3	4	8,2
Maní	0	0,0	11	25,6	11	22,4
Paz de Ariporo	0	0,0	1	2,3	1	2,0
Pore	0	0,0	1	2,3	1	2,0
San Luis de Palenque	0	0,0	3	7,0	3	6,1
Trinidad	0	0,0	2	4,7	2	4,1
Yopal	6	100,0	21	48,8	27	55,1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

##### 4.4.8.2 Casos según sexo

La distribución según el sexo masculino 28 (57,1%) y femenino 21 (42,9%) casos (figura 61).

**Figura 61.** Casos notificados de encefalitis equina según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.4.8.3 Grupo poblacional

La distribución por grupo poblacional del total de los 49 casos notificados se concentró el 100% en Otros grupos poblacionales.

#### 4.4.8.4 Régimen de seguridad social

Del total de casos notificados pertenecen al régimen contributivo 18 (36,7%), régimen subsidiado 29 (59,1%), no afiliado 2 (4,0),

#### 4.4.8.5 Clasificación según tipo de caso

De acuerdo con la clasificación inicial sospechosos 48,9% (24/49), probables el 46,9% (23/49) y confirmado por clínica 1 (2,0%), (tabla 42).

**Tabla 42.** Distribución de casos notificados por clasificación inicial, encefalitis equina, Casanare, 2016

Municipio	Sospechoso	%	Probable	%	Confirmado			
					Laboratorio	%	Clínica	%
Aguazul	0	0,0	4	17,4	0	-	-	-
Maní	1	4,2	10	43,5	0	-	-	-
Paz de Ariporo	0	0,0	0	0,0	0	-	1	100,0
Pore	1	4,2	0	0,0	0	-	-	-
San Luis de Palenque	3	12,5	0	0,0	0	-	-	-
Trinidad	1	4,2	1	4,3	0	-	-	-
Yopal	18	75,0	8	34,8	1	100,0	-	-
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.8.6 Mortalidad / Letalidad

No se presentaron casos de mortalidad.

#### 4.4.9 Brucelosis

El 0,1% (17/11.818) de los EISP notificados fue por brucelosis.

##### 4.4.9.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

El 47,3% (9/19) de los municipios del departamento notificaron al menos un caso de brucelosis durante el 2016, del área urbana 8 (47,1%) y del área rural 9 (52,9%), (tabla 43).



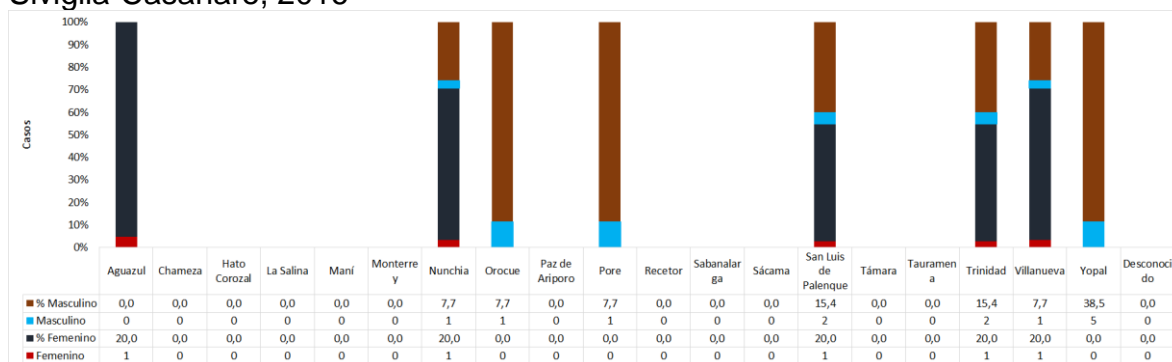
**Tabla 43.** Casos notificados de brucelosis por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	0	0,0	1	11,1	1	5,9
Nunchía	2	25,0	0	0,0	2	11,8
Orocué	0	0,0	1	11,1	1	5,9
Pore	1	12,5	0	0,0	1	5,9
San Luis de Palenque	0	0,0	3	33,3	3	17,6
Trinidad	0	0,0	2	22,2	2	11,8
Villanueva	1	12,5	1	11,1	2	11,8
Yopal	4	50,0	1	11,1	5	29,4
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.9.2 Casos según sexo

Del sexo masculino 28 (57,1%) de los casos notificados de brucelosis (figura 62).

**Figura 62.** Casos notificados de brucelosis por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



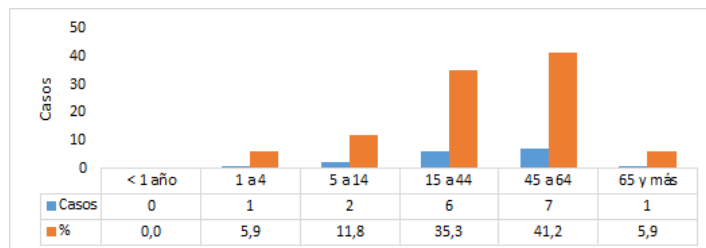
#### 4.4.9.3 Grupo poblacional

El 100,0% de los casos se concentró en otros grupos poblacionales.

#### 4.4.9.4 Grupos de edad

La figura 63 presenta la distribución por grupo de edad.

**Figura 63.** Casos notificados de brucelosis por grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.4.9.5 Régimen de seguridad social

Del total de casos notificados pertenecen al régimen contributivo 4 (23,5%), especial 1 (5,9%), subsidiado 10 (58,8%) y no asegurado 2 (11,8).

#### 4.4.9.6 Clasificación según tipo de caso

De acuerdo con la clasificación inicial sospechosos 70,6% (12/17), probables el 1% (1/17), confirmados por clínica 23,5 % (4/17) (tabla 44).

**Tabla 44.** Casos notificados de brucelosis según tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Sospechoso	%	Probable	%	Confirmados por clínica	%
Aguazul	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Nunchía	2	16,7	0	0,0	0	0,0
Orocué	1	8,3	0	0,0	0	0,0
Pore	1	8,3	0	0,0	0	0,0
San Luis de Palenque	2	16,7	1	100,0	0	0,0
Trinidad	1	8,3	0	0,0	1	25,0
Villanueva	0	0,0	0	0,0	2	50,0
Yopal	5	41,7	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.9.7 Mortalidad / Letalidad

No se presentaron casos de mortalidad por brucelosis en el departamento en el año 2016

## 4.5 GRUPO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA)

### 4.5.1 Cólera

No se notificaron casos.

### 4.5.2 Enfermedad transmitida por alimentos (ETA)

#### 4.5.2.1 Territorios con casos notificados

En el 76,4% (13/19) de los municipios del departamento se presentó por lo menos un caso de enfermedad transmitida por alimentos durante el 2016, procedentes del área urbana 52 (34,4%) y del área rural 99 (65,6%), (tabla 45).

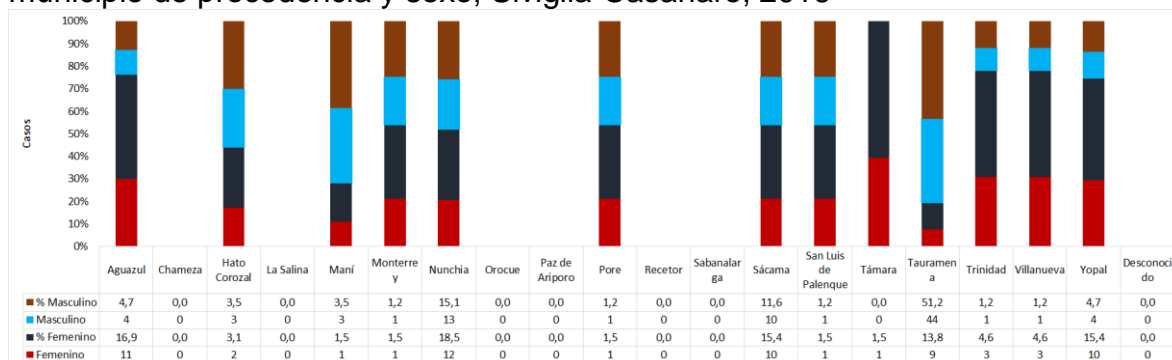
**Tabla 45.** Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbano	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	14	26,9	1	1,0	15	9,9
Hato Corozal	0	0,0	5	5,1	5	3,3
Maní	1	1,9	3	3,0	4	2,6
Monterrey	0	0,0	2	2,0	2	1,3
Nunchía	2	3,8	23	23,2	25	16,6
Pore	2	3,8	0	0,0	2	1,3
Sácama	5	9,6	15	15,2	20	13,2
San Luis de Palenque	1	1,9	1	1,0	2	1,3
Támara	0	0,0	1	1,0	1	0,7
Tauramena	9	17,3	44	44,4	53	35,1
Trinidad	2	3,8	2	2,0	4	2,6
Villanueva	4	7,7	0	0,0	4	2,6
Yopal	12	23,1	2	2,0	14	9,3
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.2.2 Casos según sexo

El 57,0% (86/151) de los casos de enfermedad transmitida por alimentos ocurrieron en el sexo masculino y el 43,0% (65/151) en el sexo (figura 65).

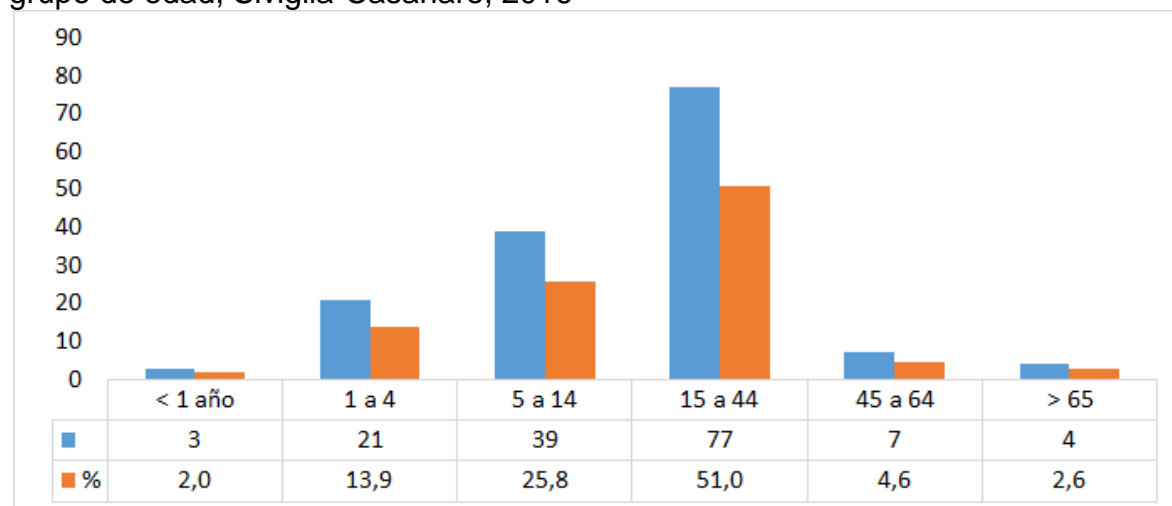
**Figura 64.** Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.5.2.3 Grupo de edad

La distribución de los casos notificados por grupo de edad se presenta en la figura 64.

**Figura 65.** Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.5.2.4 Grupo poblacional

El 94,0% (142/151) de los casos se concentró en otros grupos poblacionales, el 5,3% (8/151) en desplazados y el 0,7% (1/151) en gestantes (tabla 46).

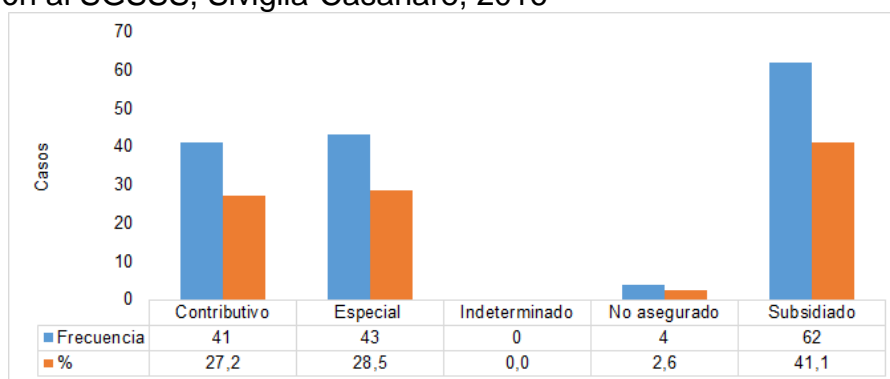
**Tabla 46.** Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos por grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Desplazado	%	Gestante	%	Otro grupo	%
Aguazul	0	0,0	0	0,0	15	10,6
Hato Corozal	0	0,0	0	0,0	5	3,5
Maní	0	0,0	0	0,0	4	2,8
Monterrey	0	0,0	0	0,0	2	1,4
Nunchía	0	0,0	1	100,0	24	16,9
Pore	0	0,0	0	0,0	2	1,4
Sácama	8	100,0	0	0,0	12	8,5
San Luis de Palenque	0	0,0	0	0,0	2	1,4
Tamara	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Tauramena	0	0,0	0	0,0	53	37,3
Trinidad	0	0,0	0	0,0	4	2,8
Villanueva	0	0,0	0	0,0	4	2,8
Yopal	0	0,0	0	0,0	14	9,9
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.2.5 Régimen de seguridad social

La distribución de casos según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 66.

**Figura 66.** Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos según tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.5.2.6 Clasificación según tipo de caso

El 62,9% (95/151) de los casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos fueron confirmados por clínica y el 37,1% (56/151) casos probables (tabla 47).

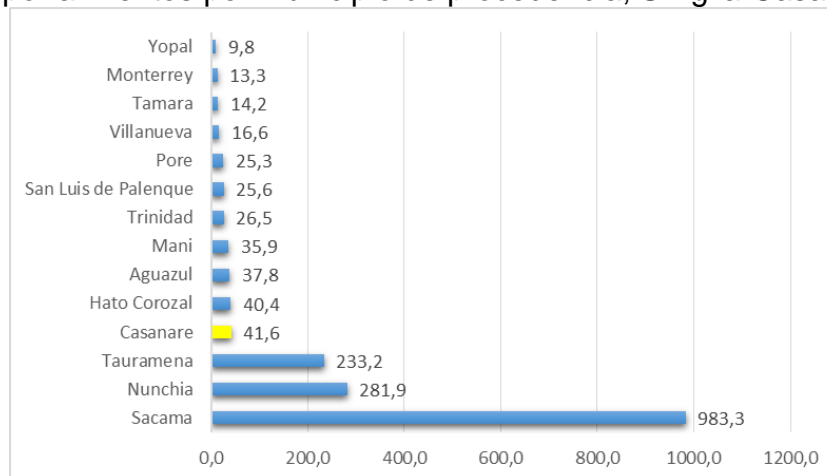
**Tabla 47.** Casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos según tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Probable	%	Confirmado Clínica	%	Total
Aguazul	0	0,0	15	15,8	15
Hato Corozal	1	1,8	4	4,2	5
Maní	4	7,1	0	0,0	4
Monterrey	0	0,0	2	2,1	2
Nunchía	1	1,8	24	25,3	25
Pore	0	0,0	2	2,1	2
Sácama	0	0,0	20	21,1	20
San Luis de Palenque	1	1,8	1	1,1	2
Támara	1	1,8	0	0,0	1
Tauramena	43	76,8	10	10,5	53
Trinidad	0	0,0	4	4,2	4
Villanueva	2	3,6	2	2,1	4
Yopal	3	5,4	11	11,6	14
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	<b>151</b>

#### 4.5.2.7 Proporción incidencia en población general

En Casanare, se notificaron 41,6 casos de enfermedad transmitidas por alimentos por cada 100.000 habitantes. El municipio con la incidencia más alta es Sácama con 983,3 casos por 100.000 habitantes (figura 67).

**Figura 67.** Proporción de Incidencia de casos notificados de enfermedad transmitida por alimentos por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.5.2.8 Oportunidad en la notificación de brotes

El 53,3% de los brotes de enfermedad transmitida por alimentos fueron notificados oportunamente durante las primeras 24 horas de ocurrido el evento.

#### 4.5.2.9 Investigación en la notificación de brote

El 53,3% (8/15) de los brotes de enfermedad transmitida por alimentos fueron notificados oportunamente (tabla 48).

**Tabla 48.** Porcentaje de brotes notificados oportunamente, Casanare 2016

Municipio	Total de Brotes	Notificación oportuna	%
Yopal	4	1	25,0
Tauramena	3	3	100,0
Sácama	2	1	50,0
Trinidad	2	0	0,0
Hato Corozal	1	0	0,0
Nunchía	1	0	0,0
Pore	1	0	0,0
Monterrey	1	1	100,0
Aguazul	1	1	100,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>53,3</b>

#### 4.5.2.10 Estudio de laboratorio en brote

El 53,3% (8/15) de los brotes de enfermedad transmitida por alimentos se les hizo estudio de laboratorio (tabla 49).

**Tabla 49.** Porcentaje de brotes de enfermedad transmitida por alimentos con estudio de laboratorio, Sivigila-Casanare 2016

Municipio	Total de Brotes	Laboratorio	%
Yopal	4	1	25,0
Tauramena	3	3	100,0
Sácama	2	1	50,0
Trinidad	2	0	0,0
Hato Corozal	1	0	0,0
Nunchía	1	0	0,0
Pore	1	1	100,0
Monterrey	1	1	100,0
Aguazul	1	1	100,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>53,3</b>

#### 4.5.3 Hepatitis A \*

El 0,1% (917/11.818) de los casos notificados por EISP correspondió a hepatitis A.

##### 4.5.3.1 Territorios con casos notificados

En la tabla 50 se presenta la distribución de casos por municipio de procedencia, del área urbana 12 (70,6%) y del área rural 5 (29,4%).

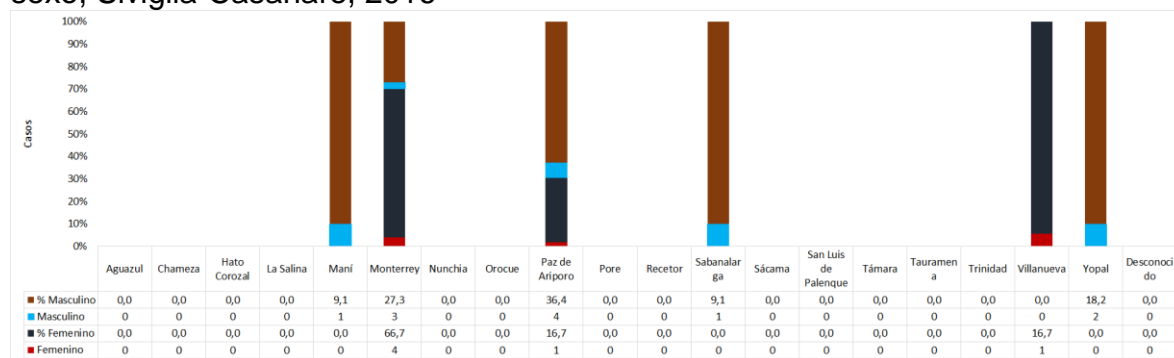
**Tabla 50.** Casos notificados de Hepatitis A por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Maní	0	0,0	1	20,0	1	5,9
Monterrey	6	50,0	1	20,0	7	41,2
Paz de Ariporo	5	41,7	0	0,0	5	29,4
Sabanalarga	0	0,0	1	20,0	1	5,9
Villanueva	1	8,3	0	0,0	1	5,9
Yopal	0	0,0	2	40,0	2	11,8
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.3.2 Casos según sexo

Del sexo femenino 6 (35,3%) y del sexo masculino 11 (67,7%), en la figura 68.

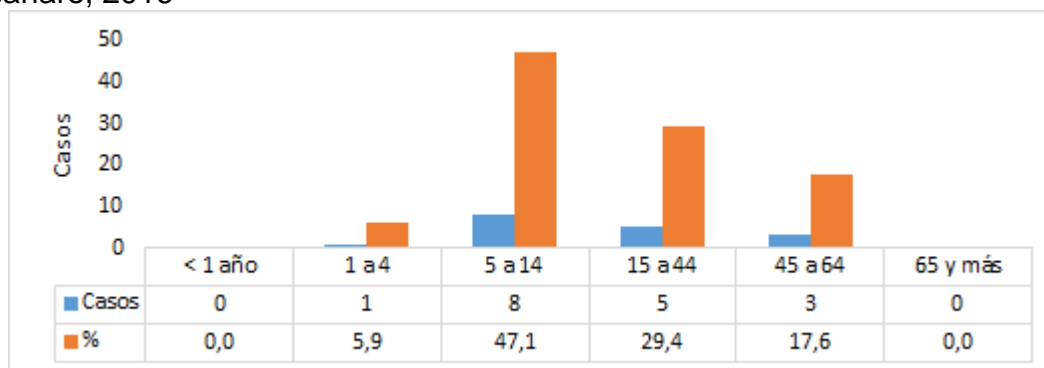
**Figura 68.** Casos notificados de hepatitis A según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 5.1.1.1 Grupo de edad

En la figura 51 se presenta la distribución por grupo de edad.

**Figura 69.** Casos notificados de hepatitis A según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016





#### 4.5.3.3 Grupo poblacional

Todos los casos pertenecen a otros grupos poblacionales.

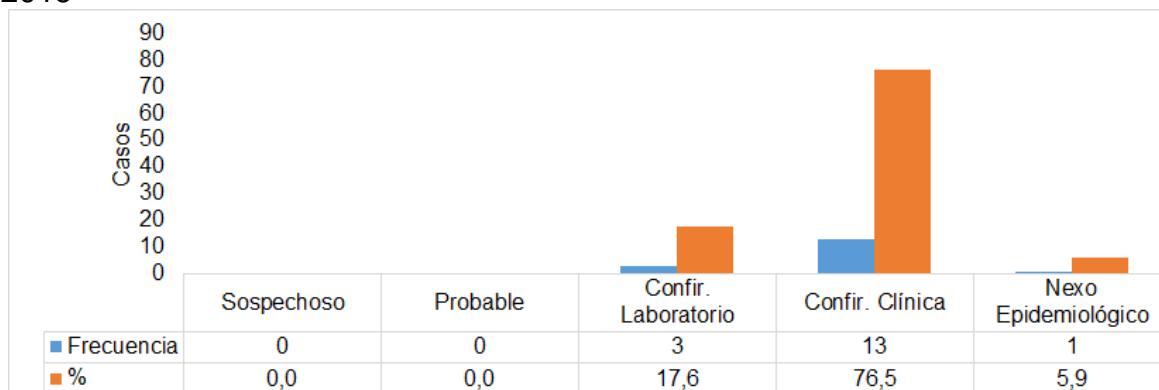
#### 4.5.3.4 Régimen de seguridad social

Pertenecientes al régimen contributivo 5 (29,4%), régimen de excepción 2 (11,7%) y régimen subsidiado 10 (58,8%).

#### 4.5.3.5 Clasificación según tipo de caso

En la figura 70 se presenta la distribución por tipo de caso.

**Figura 70.** Casos notificados de Hepatitis A según tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016



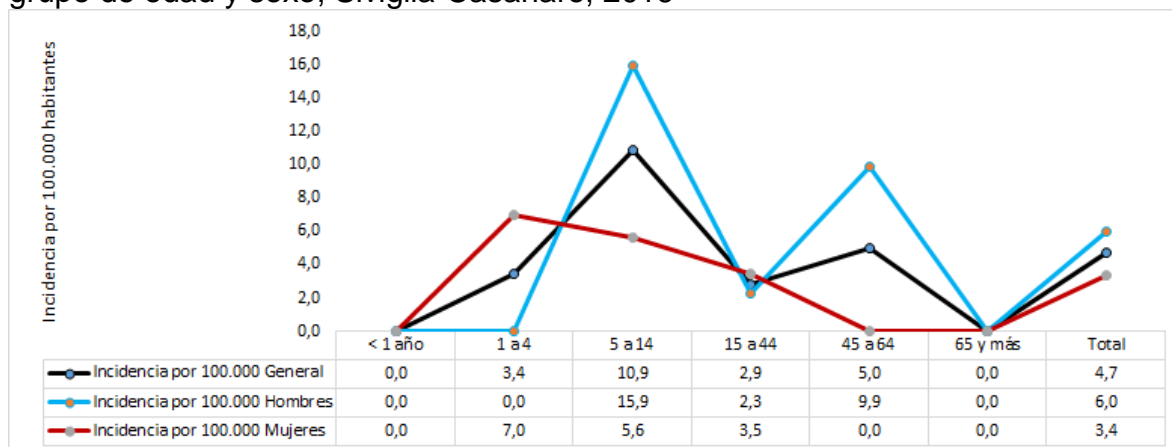
#### 4.5.3.6 Mortalidad / Letalidad

No se presentó mortalidad por el evento.

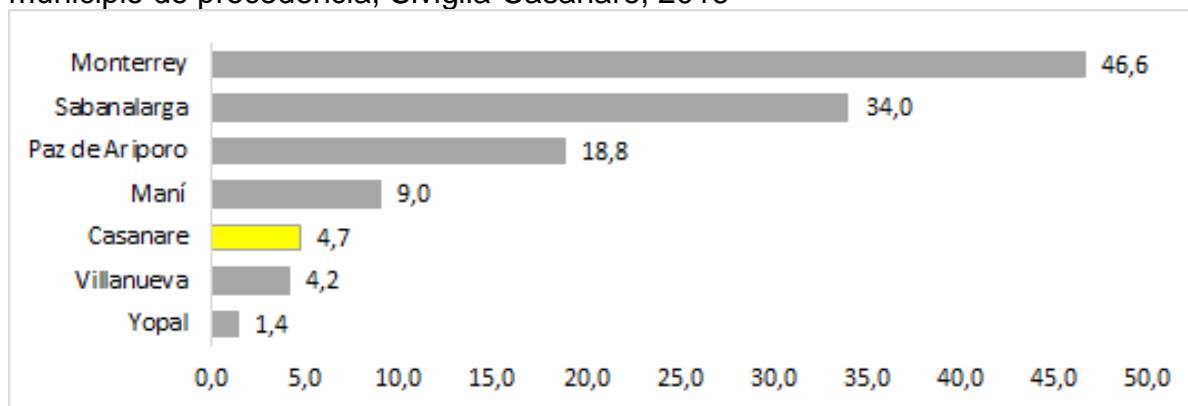
#### 4.5.3.7 Proporción de incidencia en población general

La proporción de incidencia fue de 4,4 por 100.000 habitantes, la incidencia por grupo de edad se presenta en la figura 71 y la incidencia por municipio de procedencia en la figura 72.

**Figura 71.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de Hepatitis A por grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



**Figura 72.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de Hepatitis A por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.5.4 Mortalidad y morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA)

Por notificación colectiva ingresaron 17.200 casos con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda.

##### 4.5.4.1 Territorios con casos notificados

La distribución por municipio de procedencia y grupo de edad se presenta en la tabla 51.

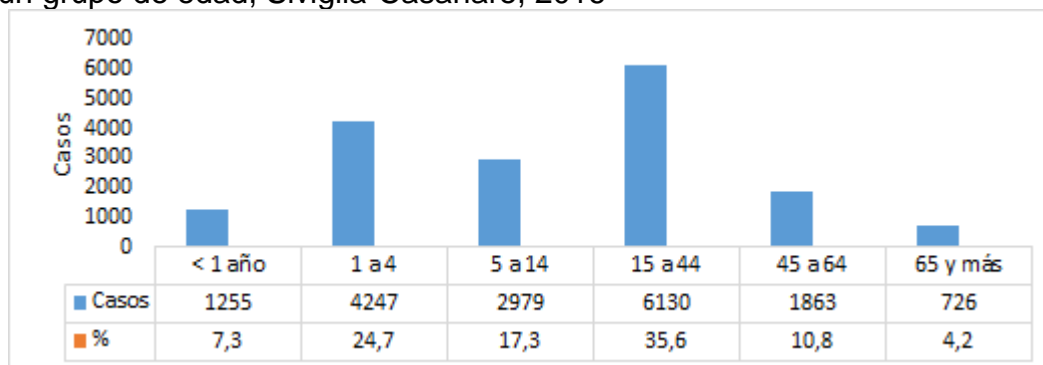
**Tabla 51.** Notificación colectiva de caos de enfermedad diarreica aguda (EDA) según municipio de procedencia y grupo de edad Sivigila-Casanare, 2016

Municipios	<1	%	1-4	%	5-14	%	15-44	%	45-64	%	≥ 65+	%	Total	%
Aguazul	75	6,0	309	7,3	208	7,0	448	7,3	171	9,2	80	11,0	1291	7,5
Chameza	7	0,6	25	0,6	16	0,5	25	0,4	8	0,4	1	0,1	82	0,5
Hato Corozal	43	3,4	100	2,4	74	2,5	69	1,1	26	1,4	15	2,1	327	1,9
La Salina	14	1,1	25	0,6	24	0,8	13	0,2	3	0,2	3	0,4	82	0,5
Maní	55	4,4	135	3,2	67	2,2	165	2,7	60	3,2	20	2,8	502	2,9
Monterrey	63	5,0	317	7,5	328	11,0	384	6,3	101	5,4	62	8,5	1255	7,3
Nunchía	30	2,4	83	2,0	52	1,7	43	0,7	19	1,0	12	1,7	239	1,4
Orocué	30	2,4	71	1,7	62	2,1	84	1,4	29	1,6	14	1,9	290	1,7
Paz de Ariporo	146	11,6	399	9,4	279	9,4	516	8,4	224	12,0	55	7,6	1619	9,4
Pore	27	2,2	94	2,2	69	2,3	112	1,8	38	2,0	18	2,5	358	2,1
Recetor	5	0,4	14	0,3	10	0,3	12	0,2	5	0,3	5	0,7	51	0,3
Sabanalarga	12	1,0	34	0,8	38	1,3	35	0,6	25	1,3	10	1,4	154	0,9
Sácama	13	1,0	15	0,4	22	0,7	55	0,9	21	1,1	3	0,4	129	0,8
San Luis de Palenque	19	1,5	39	0,9	51	1,7	91	1,5	23	1,2	11	1,5	234	1,4
Támara	5	0,4	47	1,1	70	2,3	63	1,0	22	1,2	5	0,7	212	1,2
Tauramena	93	7,4	301	7,1	214	7,2	446	7,3	108	5,8	46	6,3	1208	7,0
Trinidad	36	2,9	51	1,2	40	1,3	62	1,0	19	1,0	14	1,9	222	1,3
Villanueva	144	11,5	473	11,1	448	15,0	901	14,7	278	14,9	110	15,2	2354	13,7
Yopal	438	34,9	1715	40,4	907	30,4	2606	42,5	683	36,7	242	33,3	6591	38,3
<b>Total</b>	<b>1255</b>	<b>100,0</b>	<b>4247</b>	<b>100,0</b>	<b>2979</b>	<b>100,0</b>	<b>6130</b>	<b>100,0</b>	<b>1863</b>	<b>100,0</b>	<b>726</b>	<b>100,0</b>	<b>17200</b>	<b>100,0</b>

### 5.1.1.2 Grupo de edad

La distribución por grupo de edad se presenta en la figura 73.

**Figura 73.** Notificación colectiva de casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



### 4.5.4.2 Mortalidad / Letalidad

La proporción de mortalidad fue de 5,8 por 100.000 habitantes.

## 4.6 INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD, RESISTENCIA A LOS MICROBIANOS Y CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS

### 4.6.1 Infecciones asociadas a dispositivos (IAD)

La vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud relacionadas a los dispositivos médicos invasivos (catéter urinario, catéter central, ventilación mecánica), los cuales son utilizados para el tratamiento adecuado y oportuno de los pacientes hospitalizados en las diferentes Unidades de Cuidado Intensivo, se encuentra en proceso de implementación por ser un evento reciente.

### 4.6.2 Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos

Se notificaron 6 casos de infecciones asociadas dispositivos (IAAD), según el tipo de Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), UCI Adulto 5 casos, UCI Neonatal 1 caso y UCI Pediátrica 1 caso.

La distribución por tipo de IAAD fue: Neumonía asociada a ventilador (NEUV) 2 casos, infecciones sintomáticas del tracto urinario asociadas a catéter (ISTU AC) 4 casos.

#### 4.6.2.1 Territorios con casos notificados

Procedentes del municipio de Yopal 5 casos y de Maní 1 caso, del área urbana 5 y rural 1 caso

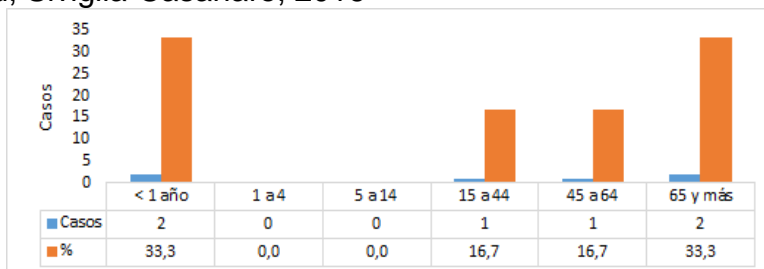
#### 4.6.2.2 Casos según sexo

El 100% de los casos notificados son del sexo masculino

#### 5.1.1.3 Grupo de edad

La distribución por grupo de edad se presenta en la figura 74.

**Figura 74.** Casos notificados de infecciones asociadas a la atención en salud por grupo de edad, Siviigila-Casanare, 2016



#### **4.6.2.3 Grupo poblacional**

Todos pertenecientes a otros grupos poblacionales.

#### **4.6.2.4 Régimen de seguridad social**

Afiliados en el régimen contributivo 4, subsidiado 1 y especial 1.

#### **4.6.2.5 Clasificación según tipo de caso**

Del total de casos 4 confirmados por el laboratorio y 2 confirmados por clínica.

#### **4.6.2.6 Mortalidad**

Se presentó un caso con condición final muerto con una letalidad de 16,7% (1/6); la tasa de mortalidad en población general fue de 0,28 por 100.000 habitantes.

#### **4.6.3 Consumo de antibióticos (CAB)**

No se notificaron casos del evento.

#### **4.6.4 Resistencia bacteriana (RB)**

No se notificaron casos del evento.

## 4.7 GRUPO FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL

### 4.7.1 Intoxicaciones agudas por sustancias químicas

Durante el año epidemiológico 2016 la notificación de casos de intoxicaciones por sustancias químicas presentó un consolidado de 370 casos en total; se realizó la depuración de casos aislando duplicados, descartados y los casos por error de digitación para un consolidado final de 334 casos notificados que corresponden al 2,8% de la notificación de EISP.

#### 4.7.1.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

El 15,8% (3/19) de los municipios del departamento no notificaron casos de intoxicaciones agudas por sustancias químicas, procedentes del área urbana 256 (76,6%) y del área rural 78 (23,4%), (tabla 52).

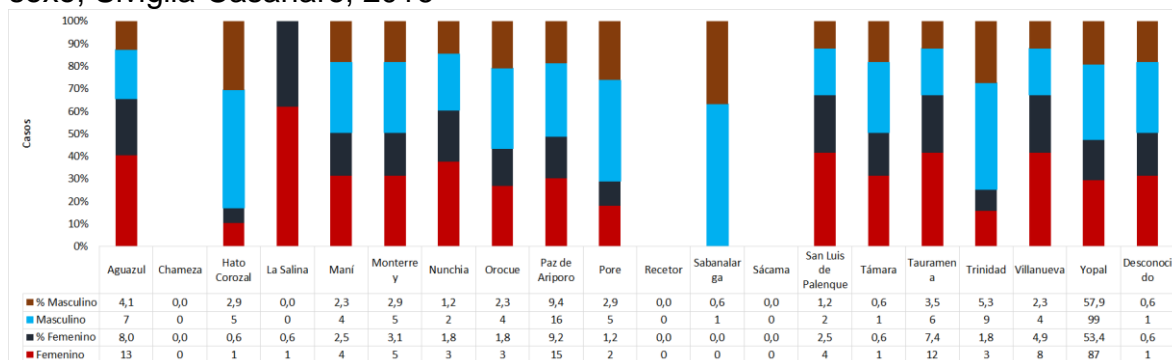
**Tabla 52.** Casos notificados de intoxicaciones por municipio y área de procedencia, Siviigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	12	4,7	8	10,3	20	6,0
Hato Corozal	3	1,2	3	3,8	6	1,8
La Salina	0	0,0	1	1,3	1	0,3
Maní	7	2,7	1	1,3	8	2,4
Monterrey	7	2,7	3	3,8	10	3,0
Nunchía	3	1,2	2	2,6	5	1,5
Orocué	6	2,3	1	1,3	7	2,1
Paz de Ariporo	27	10,5	4	5,1	31	9,3
Pore	3	1,2	4	5,1	7	2,1
Sabanalarga	1	0,4	0	0,0	1	0,3
San Luis de Palenque	3	1,2	3	3,8	6	1,8
Támara	1	0,4	1	1,3	2	0,6
Tauramena	13	5,1	5	6,4	18	5,4
Trinidad	7	2,7	5	6,4	12	3,6
Villanueva	8	3,1	4	5,1	12	3,6
Yopal	154	60,2	32	41,0	186	55,7
Desconocido	1	0,4	1	1,3	2	0,6
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.1.1 Casos según sexo

La distribución de casos según el sexo masculino 171 (51,2%) y femenino 163 (48,8%), (figura 75).

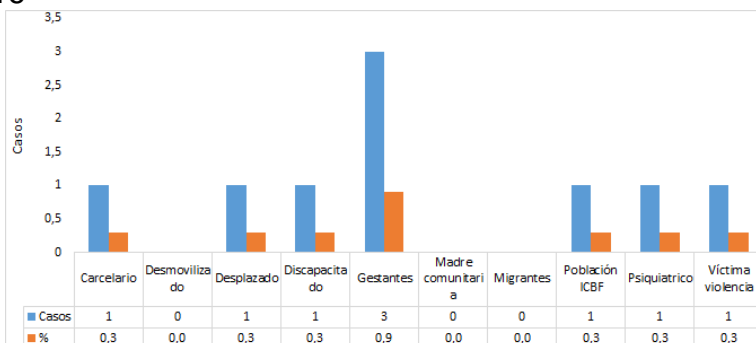
**Figura 75.** Casos notificados de intoxicaciones por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.1.1.1 Grupo poblacional

El 97,3% (325/334) se concentró en otros grupos poblacionales, en la figura 76 se presenta diversos grupos poblacionales.

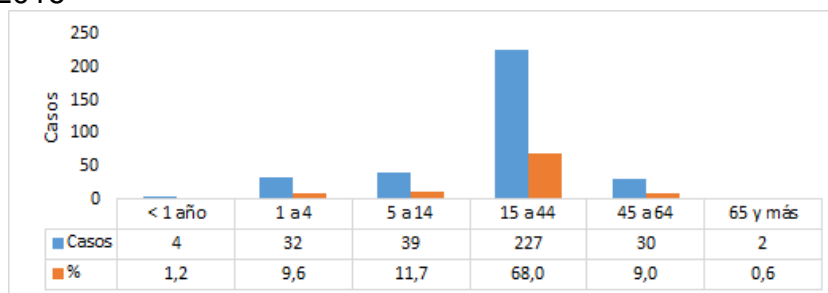
**Figura 76.** Casos notificados de intoxicaciones según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.1.1.2 Grupo de edad

La distribución por grupo de edad se presenta en la figura 77.

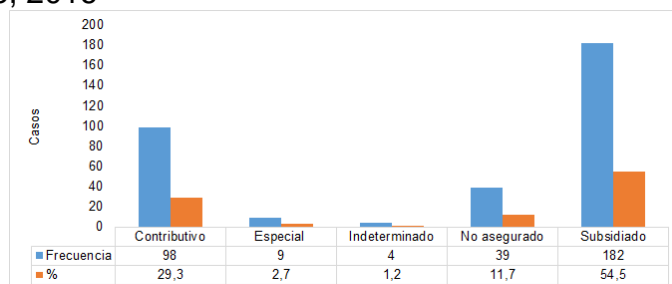
**Figura 77.** Casos notificados de intoxicaciones según el grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.1.1.3 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 78.

**Figura 78.** Casos notificados de intoxicaciones según tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016



#### 4.1.1.4 Clasificación según tipo de caso

En la tabla 76 se presenta la distribución según tipo de caso y municipio de procedencia.

**Tabla 53.** Casos notificados de intoxicaciones según tipo de caso y municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Confirmado					
	Laboratorio	%	Clínica	%	Nexo epid	%
Aguazul	0	0,0	20	6,0	0	0,0
Hato Corozal	0	0,0	6	1,8	0	0,0
La Salina	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Maní	0	0,0	8	2,4	0	0,0
Monterrey	0	0,0	10	3,0	0	0,0
Nunchía	0	0,0	5	1,5	0	0,0
Orocué	0	0,0	7	2,1	0	0,0
Paz de Ariporo	0	0,0	31	9,3	0	0,0
Pore	0	0,0	7	2,1	0	0,0
Sabanalarga	0	0,0	1	0,3	0	0,0
San Luis de Palenque	0	0,0	6	1,8	0	0,0
Támara	0	0,0	2	0,6	0	0,0
Tauramena	0	0,0	18	5,4	0	0,0
Trinidad	0	0,0	12	3,6	0	0,0
Villanueva	1	100,0	11	3,3	0	0,0
Yopal	0	0,0	185	55,7	1	100,0
Desconocido	0	0,0	2	0,6	0	0,0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>332</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.1.5 Clasificación según tipo de sustancia

La distribución según el tipo de sustancia fue por plaguicidas 142 (42,5%), sustancias psicoactivas 61 (29,3%), medicamentos 79 (23,7%), otras sustancias 37 (11,1%), solventes 12 (3,6%) y gases 3 (0,9%), (tabla 54).



**Tabla 54.** Casos notificados de intoxicaciones según tipo de sustancia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Medicamentos		Plaguicidas		Solventes		Otras sustancias		Gases		Sust. Psicoactivas	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aguazul	8	10,1	11	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
Hato Corozal	0	0,0	3	2,1	0	0,0	2	5,4	0	0,0	1	1,6
La Salina	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maní	1	1,3	5	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3
Monterrey	3	3,8	4	2,8	0	0,0	2	5,4	0	0,0	1	1,6
Nunchía	0	0,0	4	2,8	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0
Orocué	0	0,0	5	3,5	0	0,0	2	5,4	0	0,0	0	0,0
Paz de Ariporo	6	7,6	18	12,7	1	8,3	2	5,4	0	0,0	4	6,6
Pore	1	1,3	4	2,8	0	0,0	1	2,7	0	0,0	1	1,6
Sabanalarga	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0
San Luis de Palenque	0	0,0	4	2,8	0	0,0	2	5,4	0	0,0	0	0,0
Támara	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0
Tauramena	3	3,8	10	7,0	2	16,7	2	5,4	0	0,0	1	1,6
Trinidad	0	0,0	10	7,0	0	0,0	1	2,7	0	0,0	1	1,6
Villanueva	4	5,1	7	4,9	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yopal	53	67,1	54	38,0	8	66,7	20	54,1	3	100,0	49	80,3
Desconocido	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.1.6 Clasificación según tipo de exposición

La distribución según el tipo de exposición fue, intencional suicida 148 (44,3%), accidental 84 (25,1%), intencional sicoactiva 48 (14,4%), ocupacional 21 (6,3%), desconocida 15 (4,5%), delictiva 8 (2,4%), automedicación 7 (2,1%) e intencional homicida 3 (0,9%), (tabla 55).

**Tabla 55.** Casos notificados de intoxicaciones según tipo de exposición, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Ocupacional		Accidental		Int. suicida		Int. homicida		Delictiva		Desconocida		Int. psicoact		Automedicac.	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aguazul	4	19,0	1	1,2	12	8,1	2	66,7	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Hato Corozal	2	9,5	2	2,4	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0
La Salina	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maní	2	9,5	0	0,0	4	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,2	0	0,0
Monterrey	0	0,0	3	3,6	3	2,0	0	0,0	1	12,5	1	6,7	1	2,1	1	14,3
Nunchía	0	0,0	1	1,2	3	2,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0
Orocué	0	0,0	2	2,4	5	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Paz de Ariporo	2	9,5	8	9,5	18	12,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,3	0	0,0
Pore	2	9,5	2	2,4	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Sabanalarga	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Luis de Palenque	1	4,8	2	2,4	3	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Támara	0	0,0	1	1,2	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tauramena	0	0,0	5	6,0	9	6,1	0	0,0	2	25,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0
Trinidad	4	19,0	3	3,6	4	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Villanueva	0	0,0	1	1,2	10	6,8	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yopal	4	19,0	5	60,7	72	48,6	0	0,0	5	62,5	11	73,3	38	79,2	6	85,7
Desconocido	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.1.7 Mortalidad / Letalidad

Se notificó un caso con condición final muerto con una letalidad de 0,3%, perteneciente al grupo de sustancias psicoactivas, tipo de exposición desconocida.

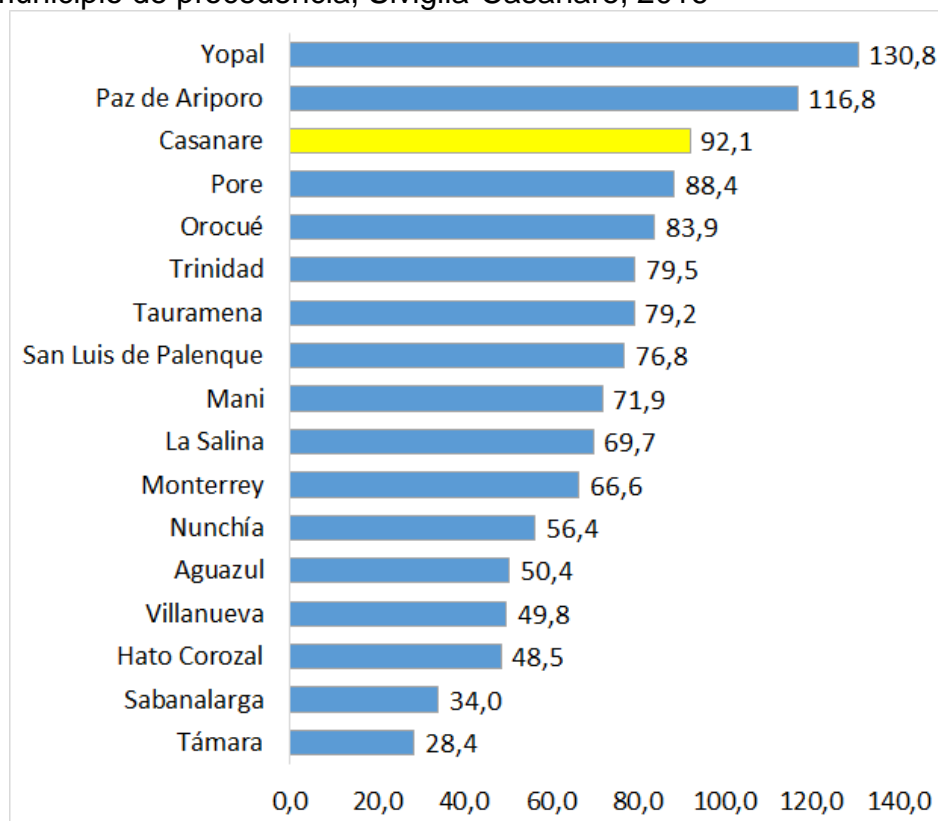
#### 4.1.1.8 Investigación de brotes

Se presentaron dos brotes en los municipios de Yopal y Trinidad, en las semana 9 y 27 respectivamente, donde se vieron involucrados tres menores de edad con el producto denominado CARBAMAZEPINA; y, tres adultos en el municipio de Trinidad con el herbicida PROPANIL TRUST 500 EC de tipo accidental.

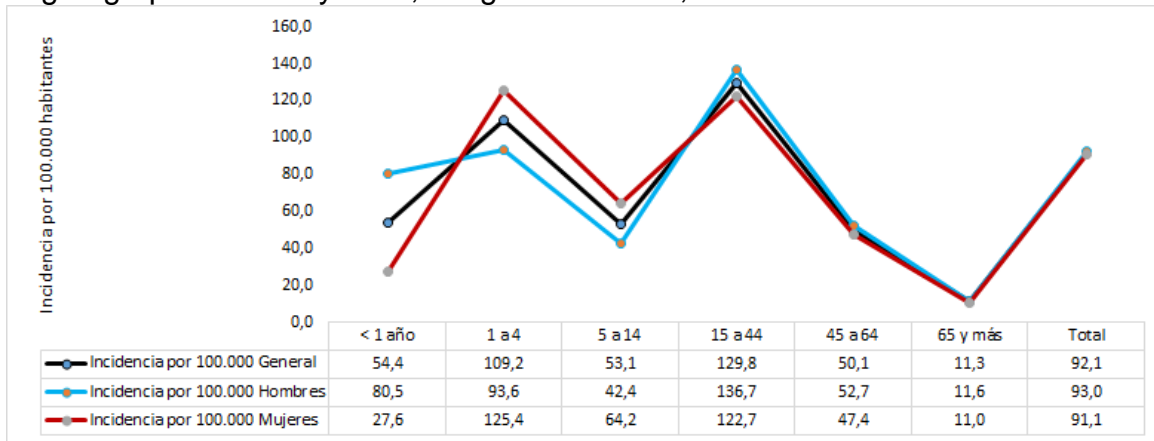
#### 4.1.1.9 Proporción de incidencia en población general

La proporción de incidencia por intoxicaciones en población general para el departamento fue de 91,0 por cada 100.000 habitantes (figura 79). En la figura 80 se presenta la proporción de incidencia por grupo de edad y sexo.

**Figura 79.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes por intoxicaciones según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



**Figura 80.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de intoxicaciones según grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



## 5. RESULTADOS – GRUPO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

### 5.2 MATERNIDAD SEGURA

#### 5.2.1 Mortalidad materna

No se notificaron casos de mortalidad materna.

#### 5.2.2 Morbilidad Materna Extrema

Se notificaron 261 casos de Morbilidad Materna Extrema procedentes del departamento de Casanare, fueron descartados por error de digitación 35 casos, y se encontraron 8 casos duplicados, por lo anterior para el análisis de la información se tomaron 218 casos

##### 5.2.2.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

En la tabla 58 se presenta la distribución de casos notificados de morbilidad materna extrema por municipio de procedencia, distribuidos en el área urbana 165 (75,7%) y en el área rural 53 (24,3%), (tabla 56).

**Tabla 56.** Casos notificados de morbilidad materna extrema por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	10	6,1	2	3,8	12	5,5
Hato Corozal	4	2,4	3	5,7	7	3,2
Maní	7	4,2	2	3,8	9	4,1
Monterrey	4	2,4	3	5,7	7	3,2
Nunchía	2	1,2	3	5,7	5	2,3
Orocué	4	2,4	3	5,7	7	3,2
Paz de Ariporo	9	5,5	5	9,4	14	6,4
Pore	5	3,0	2	3,8	7	3,2
Sabanalarga	1	0,6	0	0,0	1	0,5
San Luis de Palenque	3	1,8	3	5,7	6	2,8
Támara	0	0,0	1	1,9	1	0,5
Tauramena	8	4,8	0	0,0	8	3,7
Trinidad	6	3,6	6	11,3	12	5,5
Villanueva	6	3,6	4	7,5	10	4,6
Yopal	89	53,9	16	30,2	105	48,2
Desconocido	7	4,2	0	0,0	7	3,2
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100,0</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

##### 5.2.2.2 Grupo poblacional

El 71,6% (156/218) de los casos fueron clasificados como grupo poblacional gestantes y el 28,4% (62/218) pertenecen a otros grupos poblacionales (tabla 57).

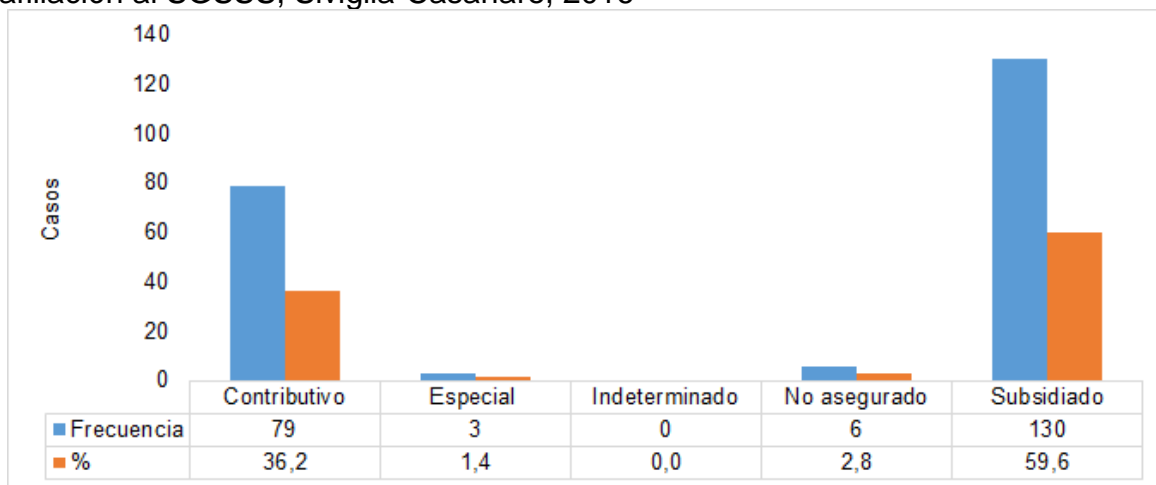
**Tabla 57.** Distribución de casos notificados por grupo poblacional, Morbilidad Materna Extrema, Casanare, 2016

Municipio	Gestantes	%	Otros Grupos poblacionales	%
Yopal	79	75,2	26	24,8
Paz de Ariporo	10	71,4	4	28,6
Aguazul	6	50,0	6	50,0
Trinidad	9	75,0	3	25,0
Villanueva	7	70,0	3	30,0
Maní	8	88,9	1	11,1
Tauramena	4	50,0	4	50,0
Hato Corozal	5	71,4	2	28,6
Monterrey	5	71,4	2	28,6
Orocué	4	57,1	3	42,9
Pore	5	71,4	2	28,6
San Luis de Palenque	5	83,3	1	16,7
Nunchía	3	60,0	2	40,0
Sabanalarga	1	100,0	-	0,0
Támara	1	100,0	-	0,0
Desconocido	4	57,1	3	42,9
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>71,6</b>	<b>62</b>	<b>28,4</b>

### 5.2.2.3 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 81.

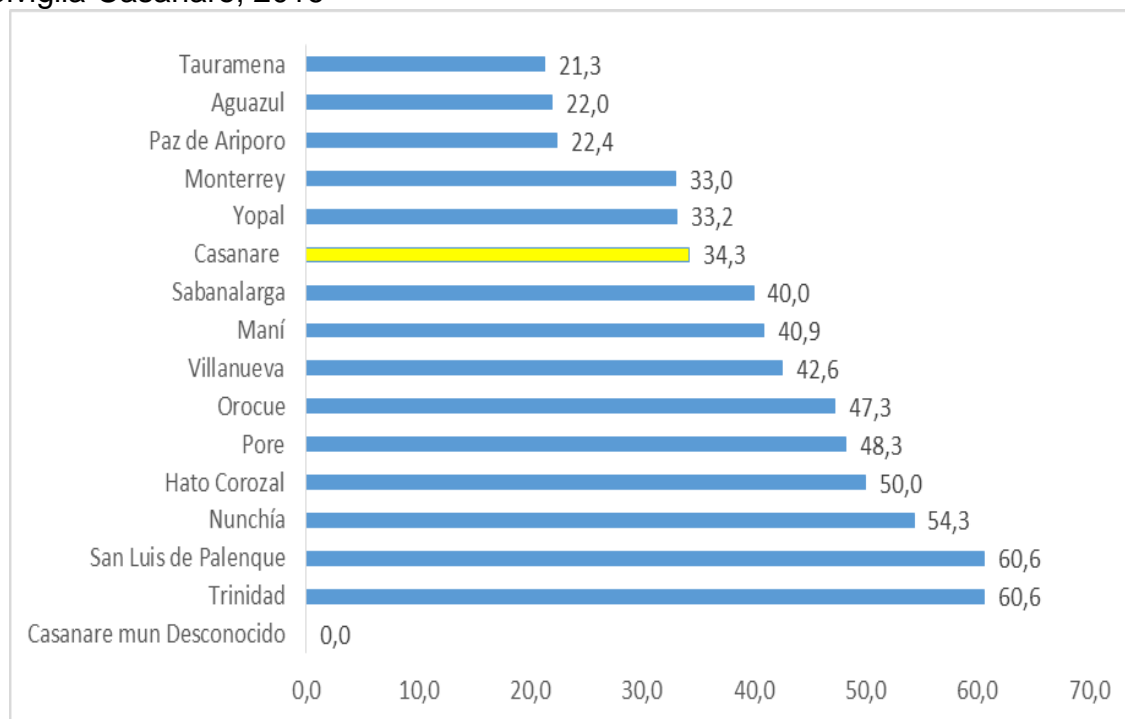
**Figura 81.** Casos notificados de morbilidad materna extrema según tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.2.2.4 Razón de Morbilidad Materna Extrema

Por cada 1.000 nacidos vivos en Casanare se presentan 34,3 casos de MME (figura 82).

**Figura 82.** Razón de morbilidad materna extrema por 1. 000 nacidos vivos, Sivigila-Casanare, 2016



#### 5.2.2.5 Porcentaje de gestantes con cuatro o más criterios de Inclusión

El 17,9% de las gestantes presentaron cuatro o más criterios para Morbilidad Materna Extrema (tabla 62).

**Tabla 58.** Porcentaje de gestantes con cuatro o más criterios de Inclusión, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	4 crit	5 crit	6 crit	7 crit	8 crit	Total casos con 4	Total casos	% con 4 o más
Aguazul	1	-	-	-	-	1	12	8,3
Hato Corozal	-	1	-	-	-	1	7	14,3
Maní	-	1	-	-	-	1	9	11,1
Monterrey	2	-	-	-	-	2	7	28,6
Nunchía	-	-	-	-	-	-	5	0
Orocúe	-	1	-	1	-	2	7	28,6
Paz de Ariporo	4	1	-	-	-	5	14	35,7
Pore	1	-	1	-	-	2	7	28,6
Sabanalarga	-	-	-	-	-	-	1	0
San Luis de Palenque	1	-	-	-	-	1	6	16,7
Támara	-	-	-	-	-	-	1	0
Tauramena	1	-	-	-	-	1	8	12,5
Trinidad	1	2	-	-	-	3	12	25
Villanueva	-	1	-	-	-	1	10	10
Yopal	9	6	3	-	1	19	105	18,1
Desconocido	-	-	-	-	-	-	7	0,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>39</b>	<b>218</b>	<b>17,9</b>

### 5.2.3 Mortalidad perinatal y neonatal tardía

El 63,6% (70/110) de todos los casos notificados para Mortalidad correspondió a Mortalidad perinatal y neonatal tardía, de los cuales el 88,5% (62/70) fue por mortalidad perinatal y el 11,5% (8/70) casos fue por mortalidad neonatal tardía

#### 5.2.3.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

El 84,2% de los municipios del departamento notificó casos de mortalidad perinatal (tabla 63), procedentes del área urbana 53 (75,7%) y del área rural 17 (24,3%).

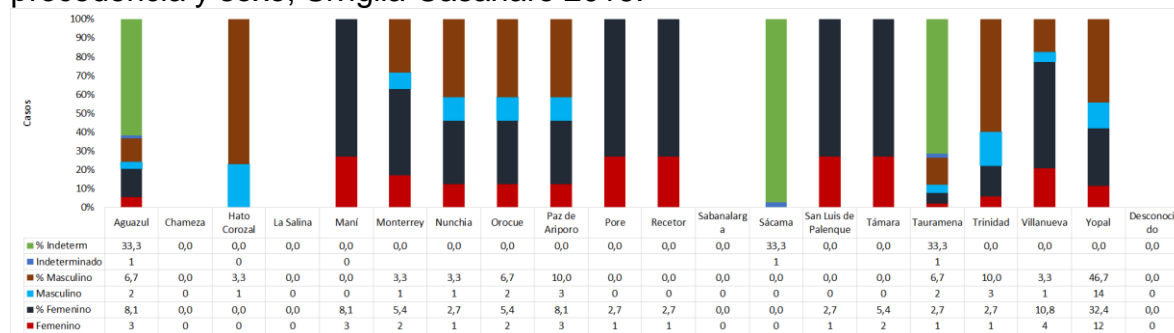
**Tabla 59.** Casos notificados de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	6	11,3	0	0,0	6	8,6
Hato Corozal	1	1,9	0	0,0	1	1,4
Maní	2	3,8	1	5,9	3	4,3
Monterrey	3	5,7	0	0,0	3	4,3
Nunchía	1	1,9	1	5,9	2	2,9
Orocué	2	3,8	2	11,8	4	5,7
Paz de Ariporo	4	7,5	2	11,8	6	8,6
Pore	1	1,9	0	0,0	1	1,4
Recetor	1	1,9	0	0,0	1	1,4
Sácama	0	0,0	1	5,9	1	1,4
San Luis de Palenque	1	1,9	0	0,0	1	1,4
Tamara	1	1,9	1	5,9	2	2,9
Tauramena	4	7,5	0	0,0	4	5,7
Trinidad	2	3,8	2	11,8	4	5,7
Villanueva	3	5,7	2	11,8	5	7,1
Yopal	21	39,6	5	29,4	26	37,1
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

#### 5.2.3.2 Casos según sexo

El 52,9% (37/70) de los casos notificados correspondió al sexo femenino, el 42,9% (30/70) al sexo masculino y el 4,3% (3/70) sin identificar el sexo (figura 83).

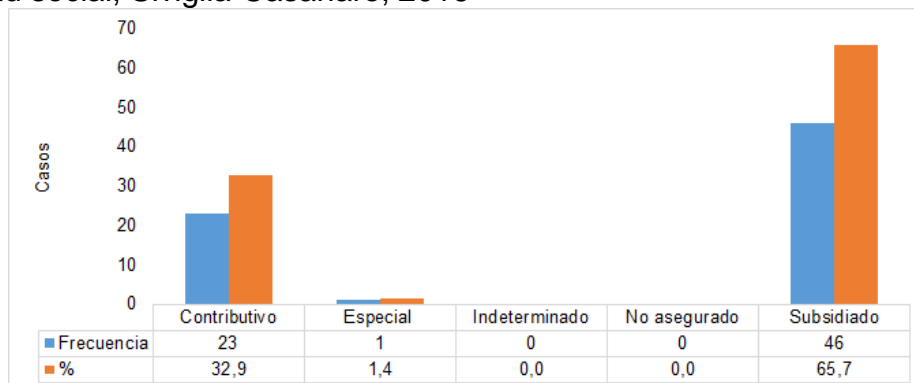
**Figura 83.** Casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare 2016.



### 5.2.3.3 Régimen de seguridad social

En la figura 84 se presenta la distribución según el tipo de afiliación al SGSSS.

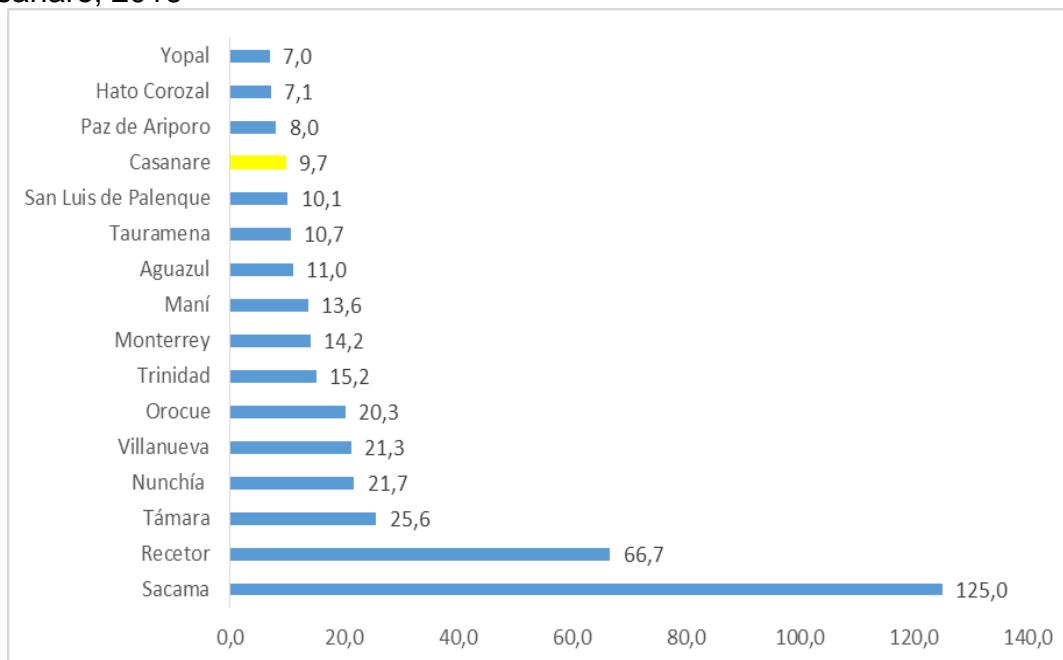
**Figura 84** Casos notificados de mortalidad perinatal y neonatal tardía por tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.2.3.4 Razón de mortalidad perinatal

La tasa de incidencia de Muerte Perinatal para Casanare fue de 9,7 casos por cada 1.000 nacidos vivos (figura 85).

**Figura 85.** Razón de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, Sivigila-Casanare, 2016

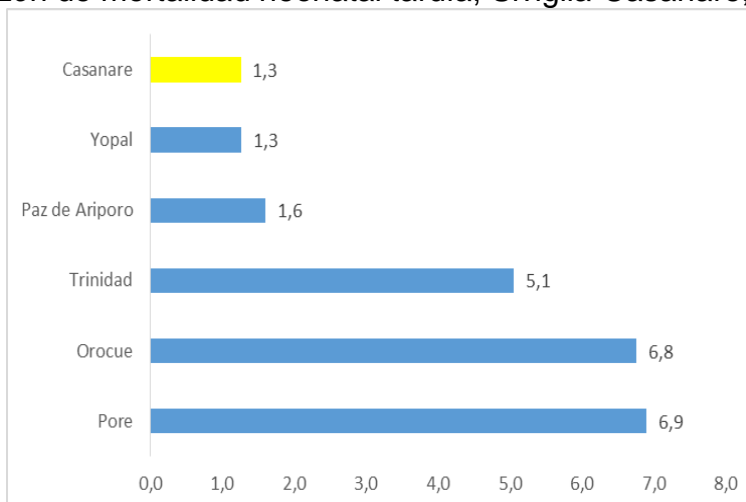




### 5.2.3.5 Razón de mortalidad neonatal tardía

La tasa de mortalidad neonatal tardía fue de 1,3 casos por 1000 nacidos vivos (figura 86).

**Figura 86.** Razón de mortalidad neonatal tardía, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.2.3.6 Correspondencia de la notificación de muerte perinatal Sivigila vs RUAF

El porcentaje de correspondencia de casos entre las fuentes RUAF y Sivigila fue del 91,9% (tabla 67).

**Tabla 60.** Concordancia de la notificación de muerte perinatal Sivigila vs Registro único de afiliados –RUAF–, Sivigila-Casanare 2016

Municipio	Casos RUAF	Casos RUAF y Sivigila	Correspondencia Sivigila-RUAF
Aguazul	1	1	100
Hato Corozal	1	1	100
Maní	1	1	100
Nunchía	1	1	100
Orocué	4	4	100
Paz de Ariporo	5	5	100
Sácama	1	1	100
San Luis de Palenque	1	1	100
Tauramena	3	2	66,7
Trinidad	3	3	100
Villanueva	1	1	100
Yopal	15	13	86,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>34</b>	<b>91,9</b>

### 5.3 Grupo de Crónicas

#### 5.3.1 Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)

El 0,2% (27/11.818) de los eventos de interés en salud pública correspondió a lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona).

##### 5.3.1.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

En la tabla 68 se presenta la distribución por municipio de procedencia, del área urbana 5 (18,5%) y del área rural 22 (81,5%).

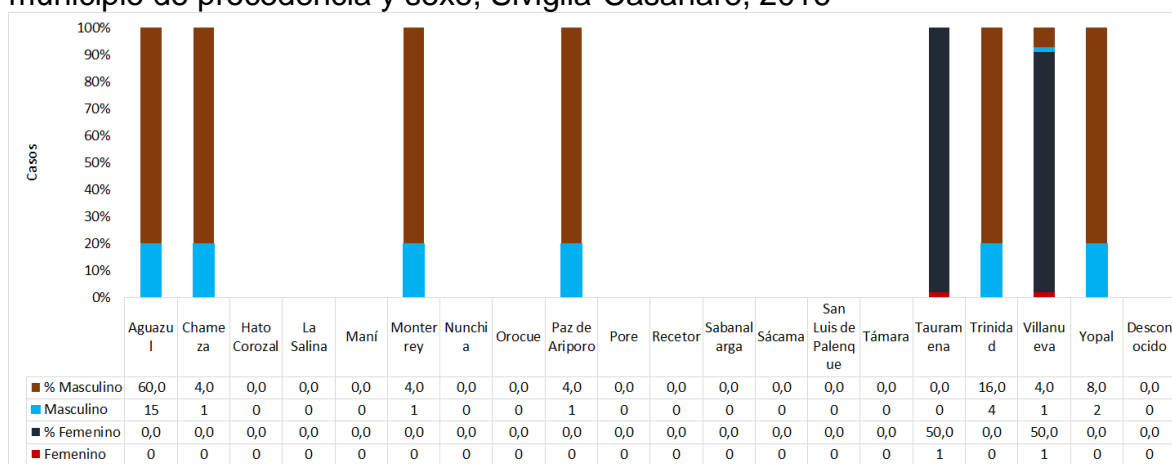
**Tabla 61.** Casos notificados de lesiones por artefactos explosivos según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	0	0,0	15	68,2	15	55,6
Chameza	1	20,0	0	0,0	1	3,7
Monterrey	0	0,0	1	4,5	1	3,7
Paz de Ariporo	0	0,0	1	4,5	1	3,7
Tauramena	1	20,0	0	0,0	1	3,7
Trinidad	1	20,0	3	13,6	4	14,8
Villanueva	2	40,0	0	0,0	2	7,4
Yopal	0	0,0	2	9,1	2	7,4
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

##### 5.3.1.2 Casos según sexo

Del sexo femenino 2 (7,4%) y del sexo masculino 25 (92,6%), (figura 87).

**Figura 87.** Casos notificados de lesiones por artefactos explosivos según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.1.3 Grupo de edad

Según el grupo de edad, de 5 a 14 años 4 (14,8%), de 15 a 44 años 21 (77,8%) y de 45 a 64 años 2 (7,4%).

### 5.3.1.4 Grupo poblacional

Todos pertenecientes a otros grupos poblacionales.

### 5.3.1.5 Régimen de seguridad social

Afiliados en el régimen contributivo 2 (7,4%), en el régimen especial 16 (59,3%) y en el régimen subsidiado 9 (33,3%).

### 5.3.1.6 Clasificación según tipo de caso

Todos los casos fueron confirmados por clínica.

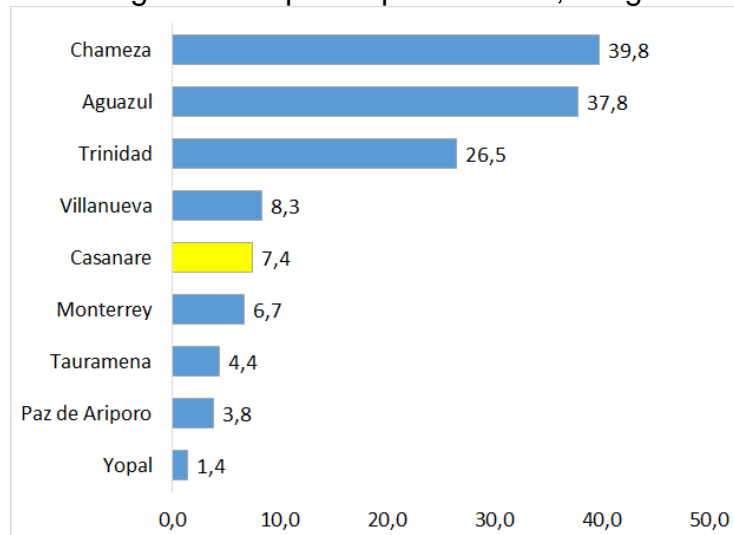
### 5.3.1.7 Mortalidad / Letalidad

No se presentaron muertes por el evento.

### 5.3.1.8 Proporción de incidencia

La proporción de incidencia fue de 7,44 por cada 100.000 (figura 68).

**Figura 88.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de lesiones por artefactos explosivos según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.2 Vigilancia en salud pública de las violencias de género

El 17,4% (2.061/11,818) de los caso notificados de EISP correspondió a vigilancia en salud pública de las violencias de género.

#### 5.3.2.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

Todos los municipios del departamento notificaron casos de violencia de género procedentes del área urbana 1.378 (66,9%) y del área rural 683 (33,1%), (tabla 62).

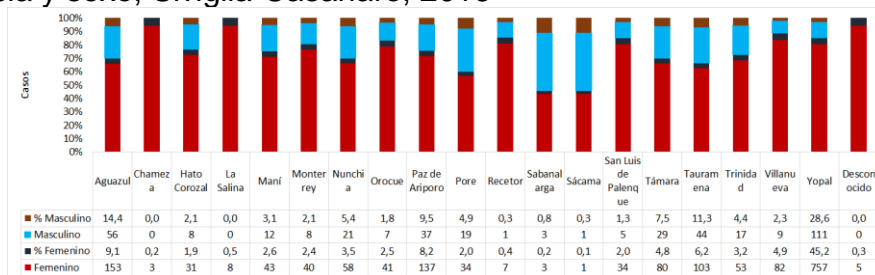
**Tabla 62.** Casos notificados de violencia de género según municipio y área de procedencia, Sivigila Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	162	11,8	47	6,9	209	10,1
Chameza	2	0,1	1	0,1	3	0,1
Hato Corozal	23	1,7	16	2,3	39	1,9
La Salina	3	0,2	5	0,7	8	0,4
Maní	37	2,7	18	2,6	55	2,7
Monterrey	33	2,4	15	2,2	48	2,3
Nunchía	26	1,9	53	7,8	79	3,8
Orocué	24	1,7	24	3,5	48	2,3
Paz de Ariporo	110	8,0	64	9,4	174	8,4
Pore	29	2,1	24	3,5	53	2,6
Recetor	2	0,1	6	0,9	8	0,4
Sabanalarga	4	0,3	2	0,3	6	0,3
Sácama	0	0,0	2	0,3	2	0,1
San Luis de Palenque	12	0,9	27	4,0	39	1,9
Támara	40	2,9	69	10,1	109	5,3
Tauramena	88	6,4	59	8,6	147	7,1
Trinidad	36	2,6	34	5,0	70	3,4
Villanueva	69	5,0	22	3,2	91	4,4
Yopal	676	49,1	192	28,1	868	42,1
Desconocido	2	0,1	3	0,4	5	0,2
<b>Total</b>	<b>1378</b>	<b>100,0</b>	<b>683</b>	<b>100,0</b>	<b>2061</b>	<b>100,0</b>

#### 5.3.2.2 Casos según sexo

Distribuidos según el sexo masculino 388 (18,8%) y el sexo femenino 1.673% (81,2%), (figura 89).

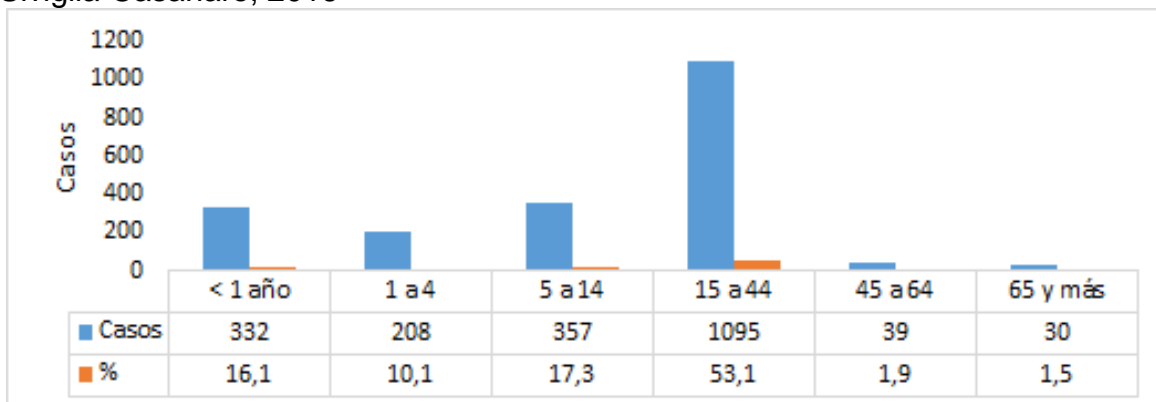
**Figura 89.** Casos notificados de violencia de género según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.2.3 Grupo de edad

La distribución por grupo de edad se presenta la figura 90.

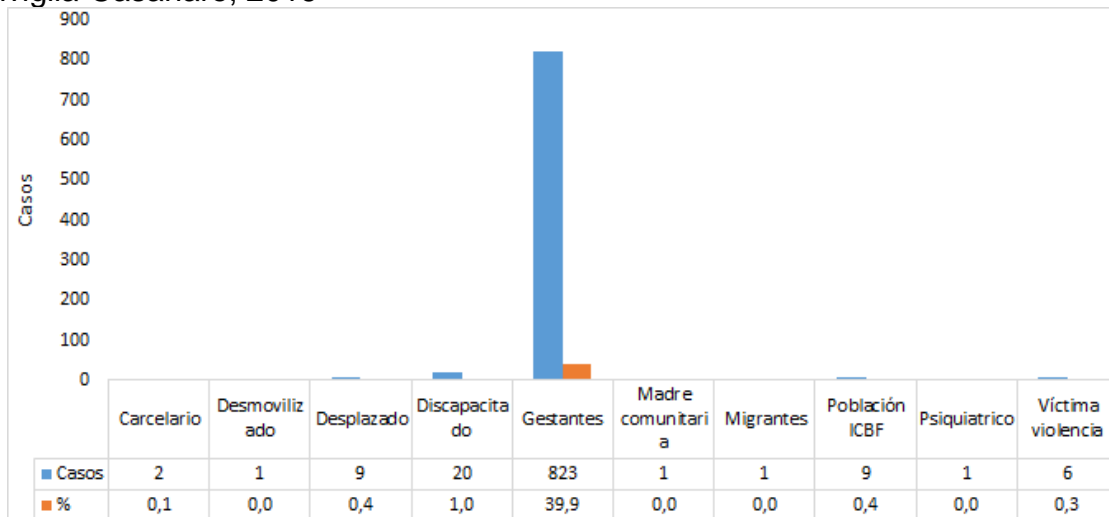
**Figura 90.** Casos notificados de violencia de género según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.2.4 Grupo poblacional

Según el grupo poblacional el 61,2% (1.261/2.061) correspondieron a otros grupos poblacionales (figura 91).

**Figura 91.** Casos notificados de violencias de género según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.2.5 Régimen de seguridad social

La distribución por tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 92.

**Figura 92.** Casos notificados de violencias de género según tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.2.6 Clasificación según tipo de caso

El 100,0% de los casos se clasifican como casos sospechosos.

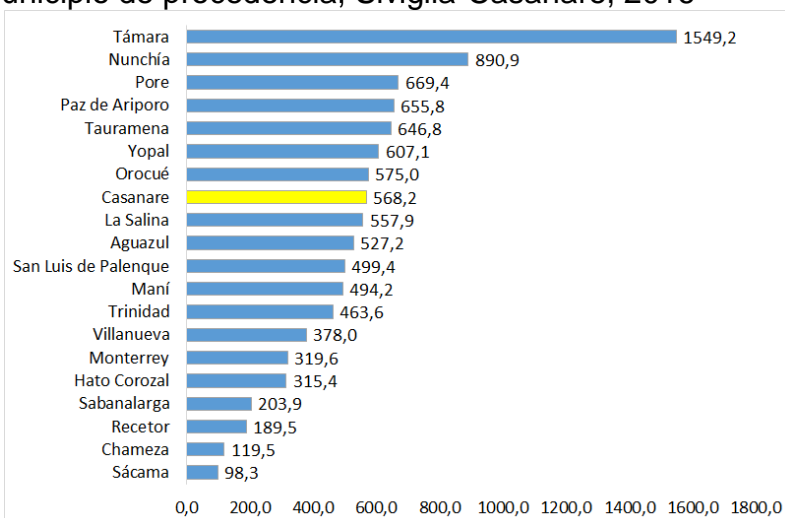
### 5.3.2.7 Mortalidad / Letalidad

Según la condición final, vivos 2.053 (99,6%), sin determinar 3 (0,1%) y muertos 5 (0,2%), de los cuales, en menores de 1 año de edad 3 (60,0%), procedentes del municipio de Nunchía 1 niña y del municipio de Yopal 2 niños; y, del grupo de edad de 15 a 44 años 2 (40,0%) mujeres procedentes del municipio de Yopal.

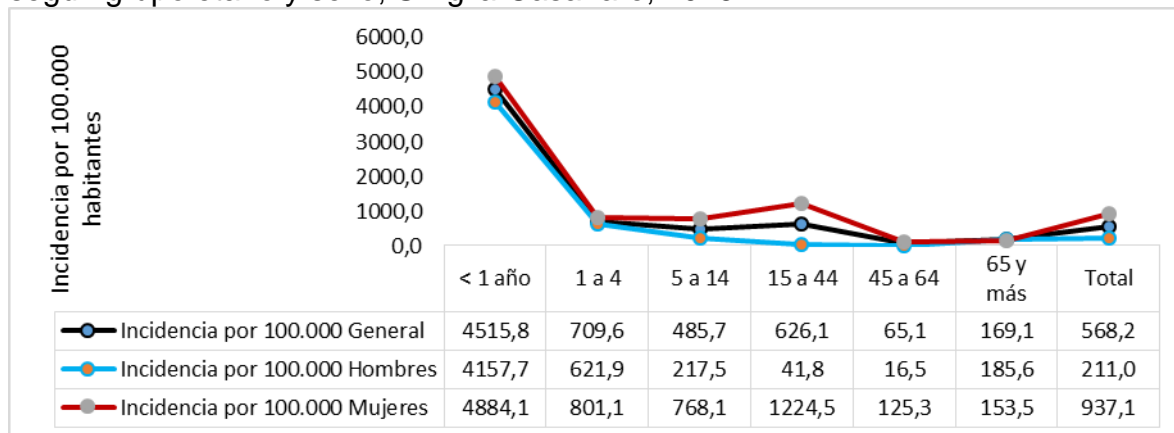
### 5.3.2.8 Proporción de incidencia

La proporción de incidencia fue de 568,2 casos por cada 100.000 habitantes para el departamento (figura 93). En la figura 94 se presenta la tasa de incidencia por grupo de edad y sexo.

**Figura 93.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de violencias de género por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



**Figura 94.** Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de violencia de género, según grupo etario y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.3 Cáncer en menores de 18 años

El 0,2% (20/11.818) de la notificación de EISP correspondió a cáncer en menores de 18 años.

#### 5.3.3.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

En la tabla 63 se presenta la distribución por municipio, del área urbana 11 (55,0%) y del área rural 9 (45,0%).

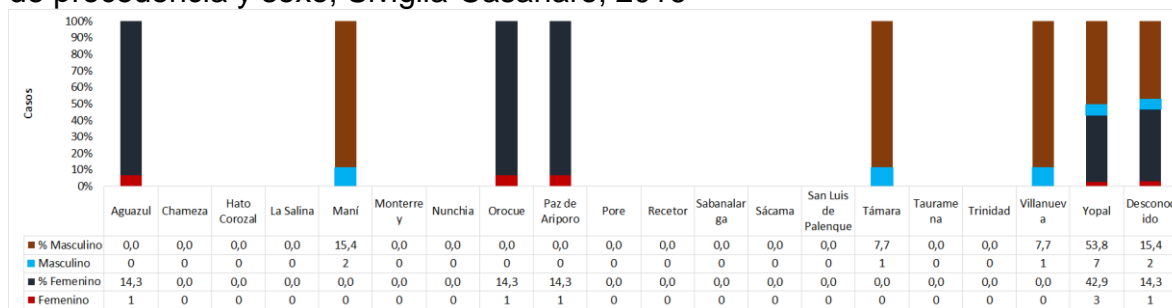
**Tabla 63.** Casos notificados de cáncer en menores de 18 años según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	0	0,0	1	5,6	1	2,5
Orocué	0	0,0	1	5,6	1	2,5
Paz de Ariporo	0	0,0	1	5,6	1	2,5
Támara	1	4,5	0	0,0	1	2,5
Maní	0	0,0	2	11,1	2	5,0
Villanueva	1	9,1	0	0,0	1	5,0
Yopal	6	54,5	4	44,4	10	50,0
Desconocido	3	27,3	0	0,0	3	15,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

#### 5.3.3.2 Casos según sexo

Del total de casos notificados eran del sexo femenino 7 (35,0%) y masculino 13(65,0%), (figura 95)

**Figura 95.** Casos notificados de cáncer en menores de 18 años según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.3.3 Grupo de edad

Distribuidos según el grupo de edad, < 1 año 1 (5,0%) caso, de 1 a 4 años 9 (45,0%), de 5 a 14 años 7 (35,0%) y de 15 a 18 años 3 (15,0%).

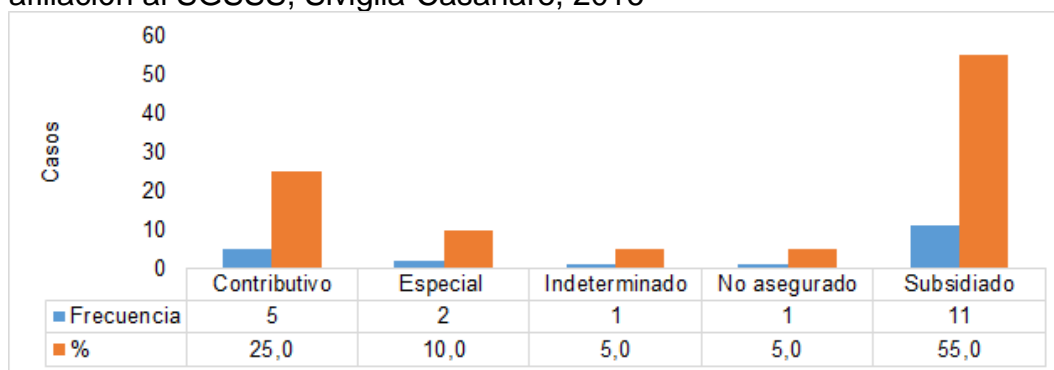
### 5.3.3.4 Grupo poblacional

Todos pertenecientes a otros grupos poblacionales

### 5.3.3.5 Régimen de seguridad social

En la figura 96 se presenta la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud; la proporción de incidencia fue de 14,4 por cada 100.000 menores de 18 años.

**Figura 96.** Casos notificados de cáncer en menores de 18 años por tipo de afiliación al SGSSS, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.3.6 Clasificación según tipo de caso

Según el tipo de caso probables 6 (30,0%) y confirmados por laboratorio 14 (70,0%).



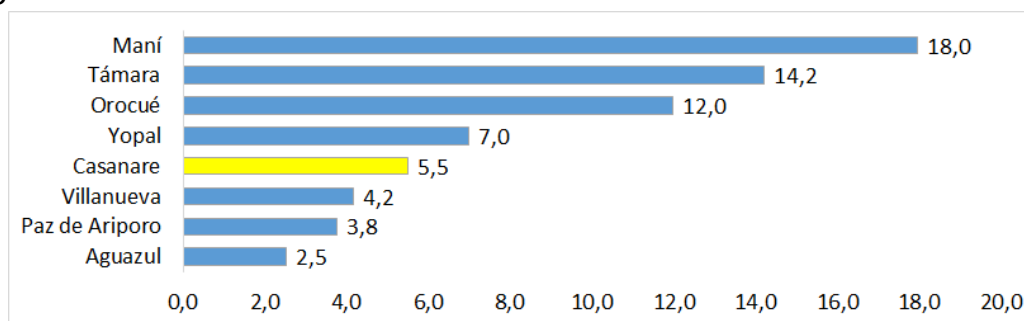
### 5.3.3.7 Mortalidad / Letalidad

Presentaron condición final muerta 4 (20,0%), de ellos, en el grupo de 1 a 5 años 2 (50,0%), con una letalidad de 22,2% (2/9), en el grupo de 5 a 14 años 1 (5,0%), con una letalidad de 14,3% (1/7) en este grupo de edad y en el grupo de 15 a 18 años 1 (5,0%), con una letalidad de 33,3% (1/3).

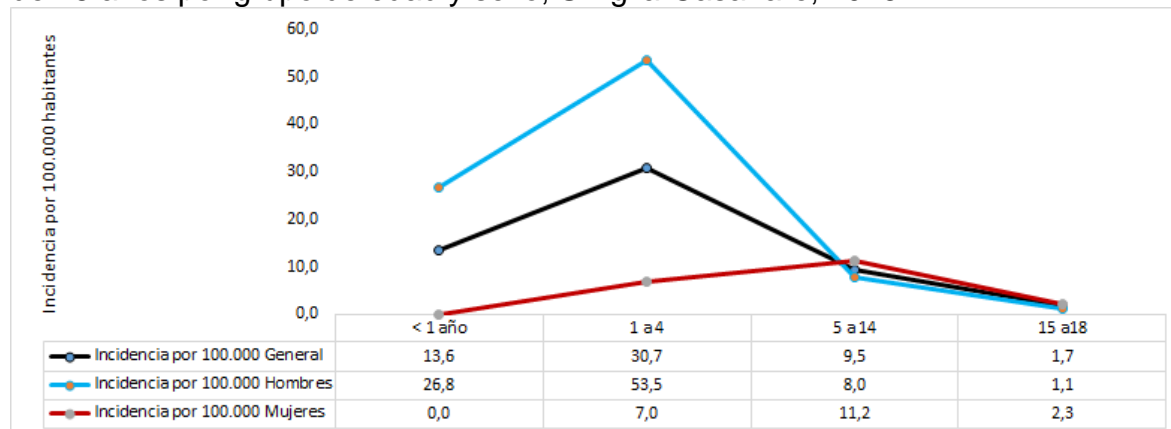
### 5.3.3.8 Proporción de incidencia

La tasa de incidencia fue de 5,5 casos por cada 100.000 habitantes en población general (figura 97). La tasa de incidencia por grupo de edad y sexo se presenta en la figura 98.

**Figura 97.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de cáncer en menores de 18 años en población general por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



**Figura 98.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de cáncer en menores de 18 años por grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.4 Cáncer de mama y cuello uterino

Procedentes del municipio de Yopal 4 casos y municipio desconocido 2, del área urbana 3 y rural 3; distribuidos según el grupo de edad, 3 casos en el grupo de 15

a 44 años, 1 caso en el grupo de 45 a 64 años y 2 casos en el grupo de 65 y más años; procedentes de los municipios, > 65; todas pertenecientes a otros grupos poblacionales; afiliadas en el régimen contributivo 3, especial 2 y subsidiado 2; según el tipo de caso, todos confirmados por laboratorios; y, condición final vivos. La proporción de incidencia fue de 17,4 por cada 100.000 habitantes.

### 5.3.5 Defectos congénitos

El 1,1% (130/11.818) de los casos notificados de EISP correspondió a defectos congénitos.

#### 5.3.5.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

En la tabla 64 se presenta la distribución por municipio, el 69,2% (90/130) procedentes del área urbana y el 30,8% (40/130) del área rural.

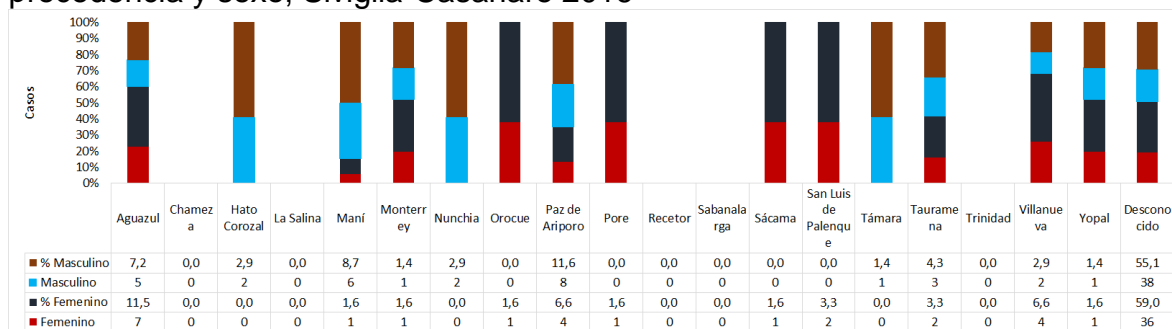
**Tabla 64.** Distribución de casos notificados por área de procedencia, Defectos Congénitos, Casanare, 2016.

Municipio	Urbano	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	10	11,1	2	5,0	12	9,2
Hato Corozal	1	1,1	1	2,5	2	1,5
Maní	5	5,6	2	5,0	7	5,4
Monterrey	2	2,2		0,0	2	1,5
Nunchía	0	0,0	2	5,0	2	1,5
Orocué	0	0,0	1	2,5	1	0,8
Paz de Ariporo	7	7,8	5	12,5	12	9,2
Pore	0	0,0	1	2,5	1	0,8
Sácama	0	0,0	1	2,5	1	0,8
San Luis de Palenque	1	1,1	1	2,5	2	1,5
Támara	0	0,0	1	2,5	1	0,8
Tauramena	4	4,4	1	2,5	5	3,8
Trinidad	3	3,3	3	7,5	6	4,6
Villanueva	1	1,1	1	2,5	2	1,5
Yopal	56	62,2	18	45,0	74	56,9
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

#### 5.3.5.1 Casos según sexo

El 53,1% (69/130) de los casos corresponden al sexo masculino y el 46,9 (61/130) al sexo femenino (figura 99).

**Figura 99.** Casos notificados de defectos congénitos según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare 2016



### 5.3.5.2 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS en salud se presenta en la figura 100.

**Figura 100.** Casos notificados de defectos congénitos según el tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.5.3 Clasificación según tipo de caso

De acuerdo a la clasificación del caso, 86,2% (112/130) de los casos ingresaron al sistema confirmados por clínica, el 12,3% (16/130) ingresaron como probables y el 1,5% (2/130) fueron confirmados por laboratorio (tabla 65).

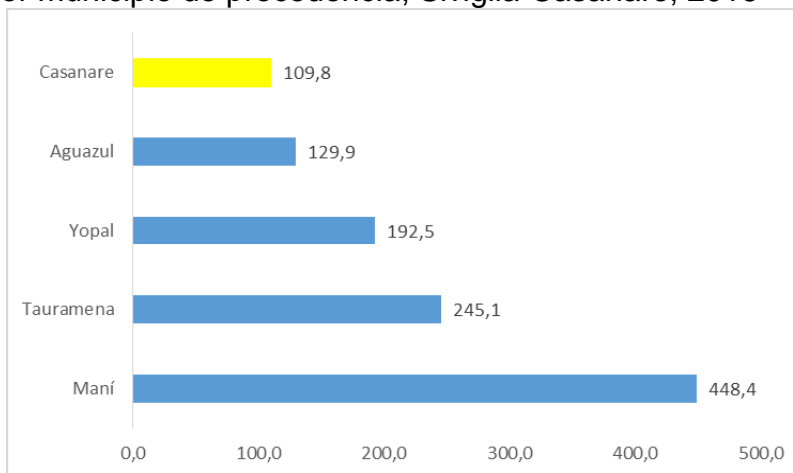
**Tabla 65.** Casos notificados de defectos congénitos según clasificación de tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Probable	%	Confirmado			
			Laboratorio	%	Clínica	%
Aguazul	1	6,3	0	0,0	11	9,8
Hato Corozal	1	6,3	0	0,0	1	0,9
Maní		0,0	0	0,0	7	6,3
Monterrey		0,0	0	0,0	2	1,8
Nunchía		0,0	0	0,0	2	1,8
Orocué		0,0	0	0,0	1	0,9
Paz de Ariporo	2	12,5	0	0,0	10	8,9
Pore		0,0	0	0,0	1	0,9
Sácama	1	6,3	0	0,0		0,0
San Luis de Palenque	2	12,5	0	0,0		0,0
Támara		0,0	0	0,0	1	0,9
Tauramena	1	6,3	1	50,0	3	2,7
Trinidad	1	6,3	0	0,0	5	4,5
Villanueva	0	0,0	0	0,0	2	1,8
Yopal	7	43,8	1	50,0	66	58,9
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

#### 5.3.5.4 Mortalidad / Letalidad

Por cada 100.000 niños menores de un año mueren 109,8 por Defectos Congénitos.

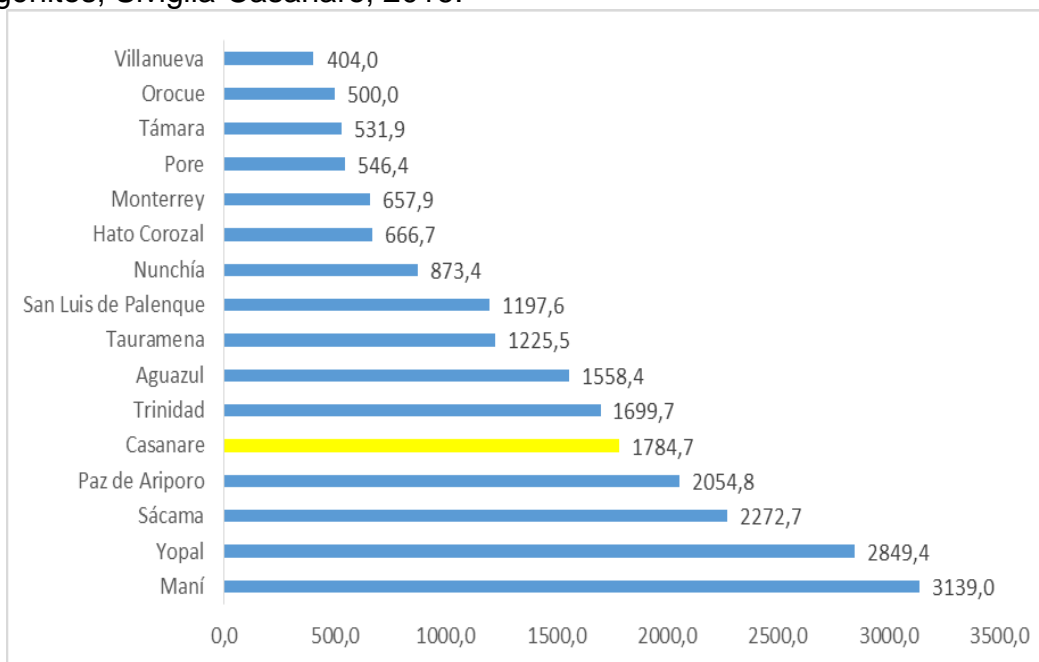
**Figura 101.** Tasa de mortalidad por 100.000 menores de un año de defectos congénitos por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



#### 5.3.5.5 Proporción de incidencia

La proporción de incidencia por cada 100.000 niños menores de un año es de 1.784,7 (figura 102).

**Figura 102.** Proporción de incidencia por 100.000 menores de un año de defectos congénitos, Sivigila-Casanare, 2016.



### 5.3.6 Vigilancia centinela de la exposición a flúor y en salud bucal

El 2,9% (339/11.818) de los casos notificados de EISP correspondió a fluorosis dental.

#### 5.3.6.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

En la tabla se presenta los casos notificados por municipio procedentes del área urbana 246 (72,6%) y del área rural 93 (27,4%), (tabla 66).

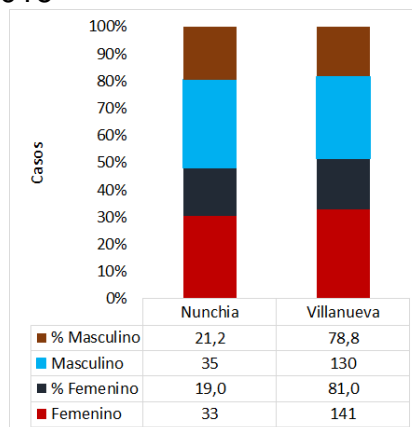
**Tabla 66.** Casos notificados de fluorosis dental por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbano	%	Rural	%	Total	%
Nunchía	24	9,8	44	47,3	67	19,8
Villanueva	222	90,2	49	52,7	271	79,9
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>339</b>	<b>100,0</b>

#### 5.3.6.2 Casos según sexo

Distribuidos según el sexo femenino 173 casos (51,0%) y masculino 166 casos (49,0%), (figura 103).

**Figura 103.** Casos notificados de fluorosis dental por municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



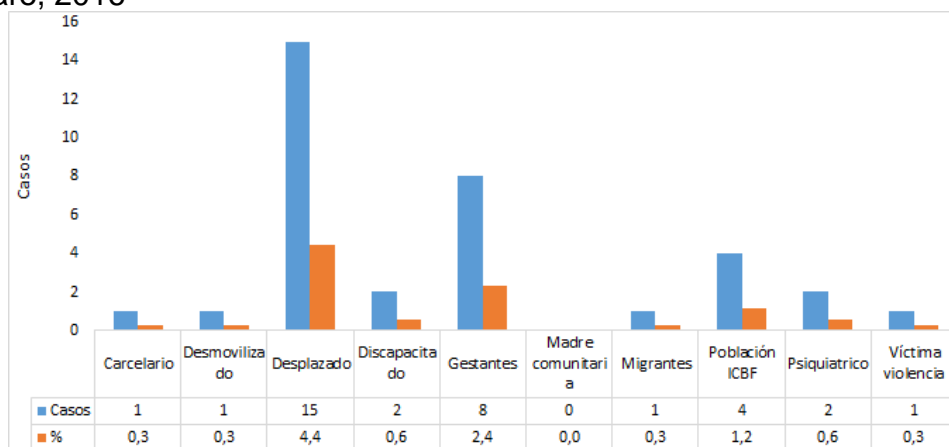
### 5.3.6.3 Grupo de edad

Distribuidos según el grupo de edad en el de 5 a 14 años 201 (59,3%) y en el de 15 a 18 años 138 (40,7%).

### 5.3.6.4 Grupo poblacional

Pertencientes a otros grupos poblacionales 316 (93,2%), (figura 104).

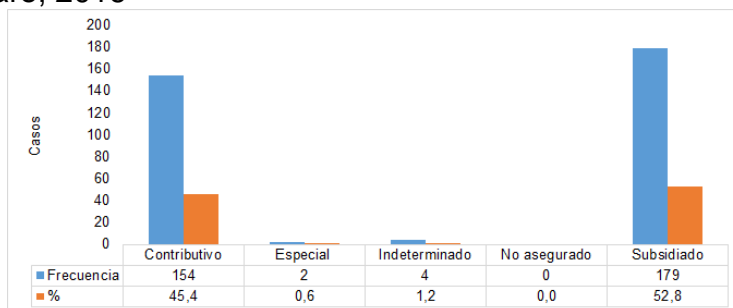
**Figura 104.** Casos notificados de fluorosis dental por grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.6.5 Régimen de seguridad social

En la figura 105 se presenta la distribución según el tipo de seguridad social.

**Figura 105.** Casos notificados de fluorosis dental según tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.6.6 Mortalidad / Letalidad

No se presentaron casos de mortalidad de exposición a flúor para Casanare.

### 5.3.6.7 Proporción de prevalencia de fluorosis dental en casos notificados anualmente.

El departamento tiene una prevalencia de fluorosis dental de 27,0%.

### 5.3.6.8 Índice comunitario de fluorosis dental

El índice de fluorosis dental es de 0,1 indicando que no es un problema de salud pública para Casanare

### 5.3.7 Vigilancia de enfermedades huérfanas-raras

El 0,1% (8/11.818) de los casos notificados de EISP correspondieron a la vigilancia de enfermedades huérfanas-ras.

#### 5.3.7.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

En la tabla se presenta la distribución por municipio y área de procedencia.

**Tabla 67.** Casos notificados de enfermedades huérfanas-raras por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbano	%	Rural	%	Total	%
Tauramena	1	20,0	2	66,7	3	37,5
Yopal	4	80,0	0	0,0	4	50,0
Desconocido	0	0,0	1	33,3	1	12,5
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>

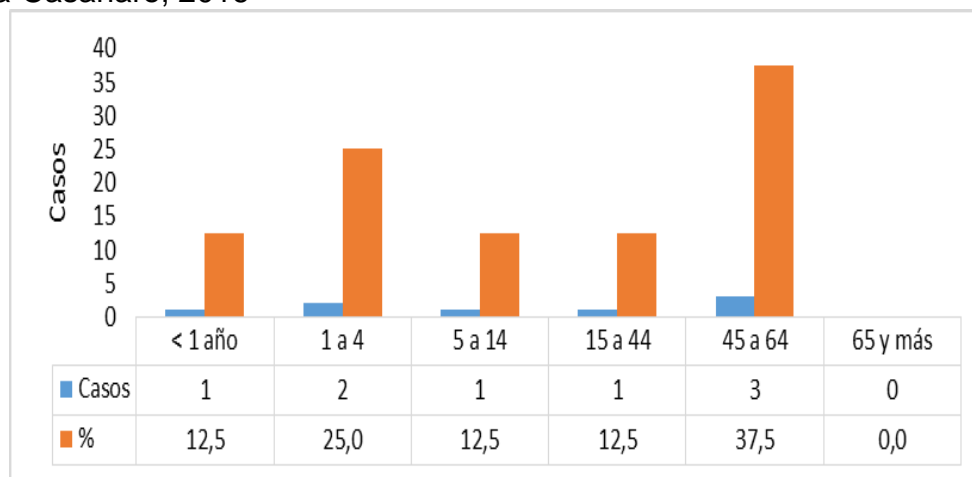
### 5.3.7.2 Casos según sexo

Del sexo femenino 2 (25,0%) y del sexo masculino 4 (75,0%).

### 5.3.7.3 Grupo de edad

En la figura 106 se presenta la distribución por grupo de edad.

**Figura 106.** Casos notificados de enfermedades huérfanas según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.7.4 Grupo poblacional

El 100,0% perteneciente a otros grupos poblacionales.

### 5.3.7.5 Régimen de seguridad social

Según el tipo de afiliación al SGSSS en el régimen contributivo 7 (87,5%) y no afiliado 1 (12,5%).

### 5.3.7.6 Clasificación según tipo de caso

La clasificación según el tipo de caso se presenta en la tabla 68.

**Tabla 68.** Casos notificados de enfermedades huérfanas-raras según clasificación de tipo de caso, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Confirmado			
	Laboratorio	%	Clínica	%
Tauramena	0	0,0	3	42,9
Yopal	1	100,0	3	42,9
Desconocido	0	0,0	1	14,3
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>



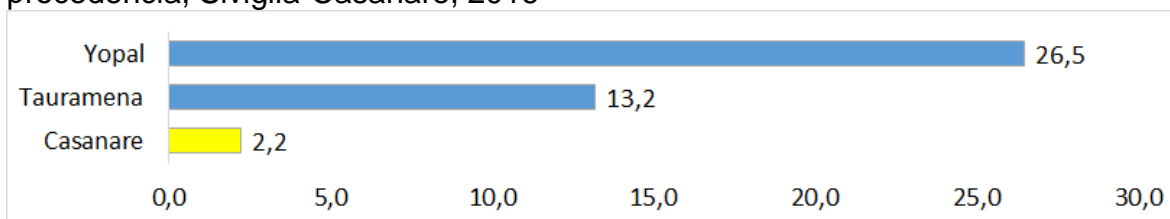
### 5.3.7.7 Mortalidad / Letalidad

No se presentaron muertes por el evento.

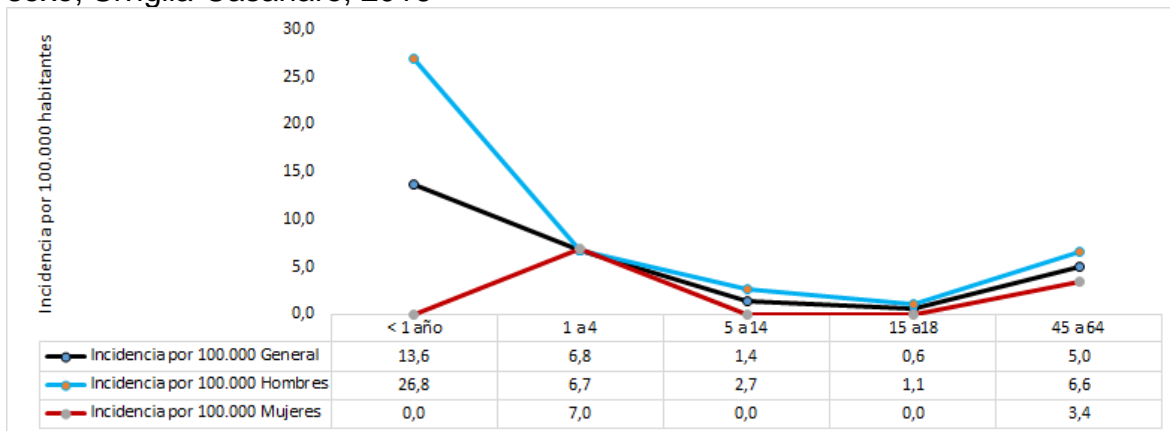
### 5.3.7.8 Proporción de incidencia

La proporción de incidencia del departamento fue de 2,3 por cada 100.000 habitantes (figura 107). En la figura 108 se presenta la proporción de incidencia por grupo de edad y sexo.

**Figura 107.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes por municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



**Figura 108.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes por grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.8 Intento de suicidio

El 1,9% de los casos notificados por EISP correspondió a intento de suicidio.

#### 5.3.8.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

El 78,9% (15/119) de los municipios del departamento notificaron casos de intento de suicidio, procedentes del área urbana 119 (82,9%) y del área rural 80 (17,1%), (tabla 69).

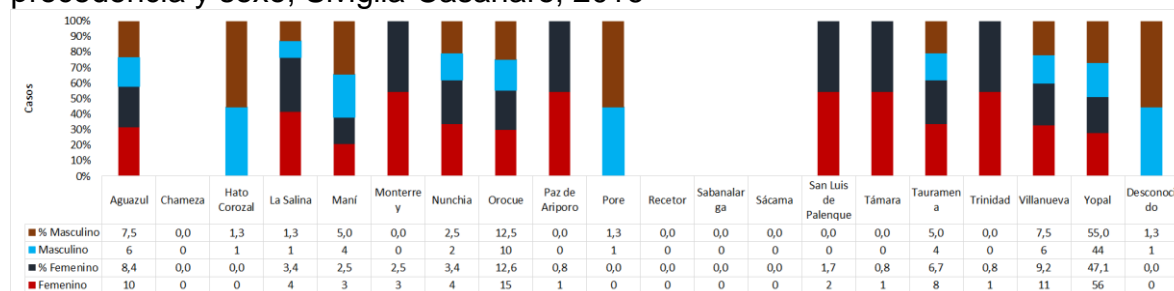
**Tabla 69.** Casos notificados de intento de suicidio por municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	13	7,9	3	8,8	16	8,0
Hato Corozal	0	0,0	1	2,9	1	0,5
Maní	5	3,0	0	0,0	5	2,5
Monterrey	4	2,4	3	8,8	7	3,5
Nunchía	2	1,2	1	2,9	3	1,5
Orocué	6	3,6	0	0,0	6	3,0
Paz de Ariporo	22	13,3	3	8,8	25	12,6
Pore	0	0,0	1	2,9	1	0,5
Recetor	0	0,0	1	2,9	1	0,5
San Luis de Palenque	2	1,2	0	0,0	2	1,0
Támara	1	0,6	0	0,0	1	0,5
Tauramena	10	6,1	2	5,9	12	6,0
Trinidad	1	0,6	0	0,0	1	0,5
Villanueva	14	8,5	3	8,8	17	8,5
Yopal	85	51,5	15	44,1	100	50,3
Desconocido	0	0,0	1	2,9	1	0,5
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>

### 5.3.8.2 Casos según sexo

Distribuidos según el sexo masculino 80 (40,2%) y el sexo femenino 119 \*59,8%), (figura 109).

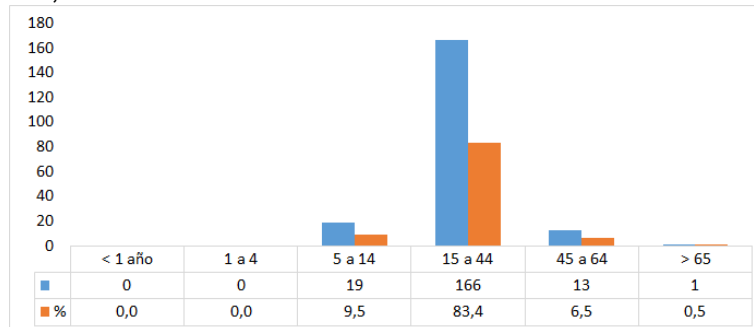
**Figura 109.** Casos notificados de intento de suicidio según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.3.8.3 Casos por grupos de edad

La distribución por grupo de edad se presenta en la figura 110.

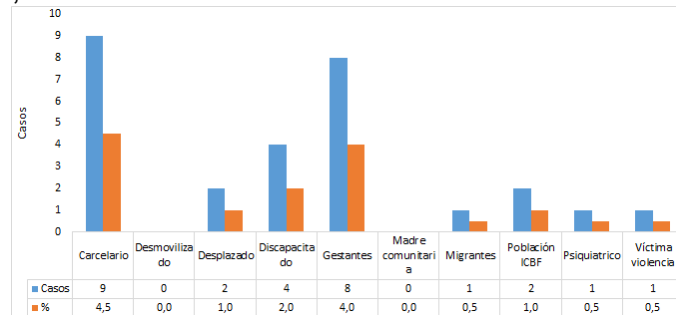
**Figura 110.** Casos notificados de intento de suicidio según grupo de edad, Sivigila-Casanare, 2016



#### 5.3.8.4 Grupo poblacional

El 94,0% /187/199) se agruparon en otros grupos poblacionales (figura 111).

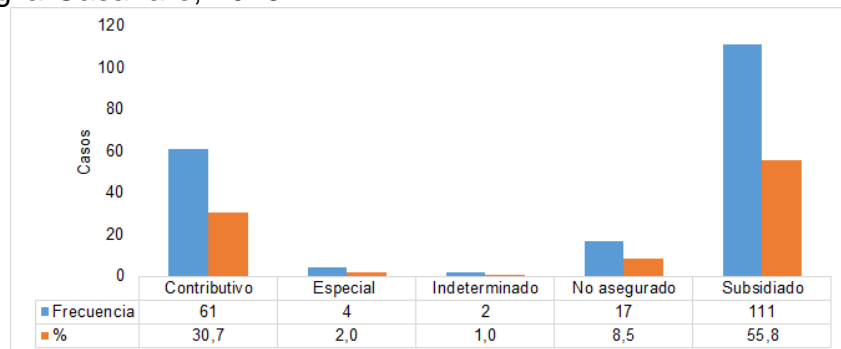
**Figura 111.** Casos notificados de intento de suicidio según grupo poblacional, Sivigila-Casanare, 2016



#### 5.3.8.5 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS se presenta en la figura 112.

**Figura 112.** Casos notificados de intento de suicidio según tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016



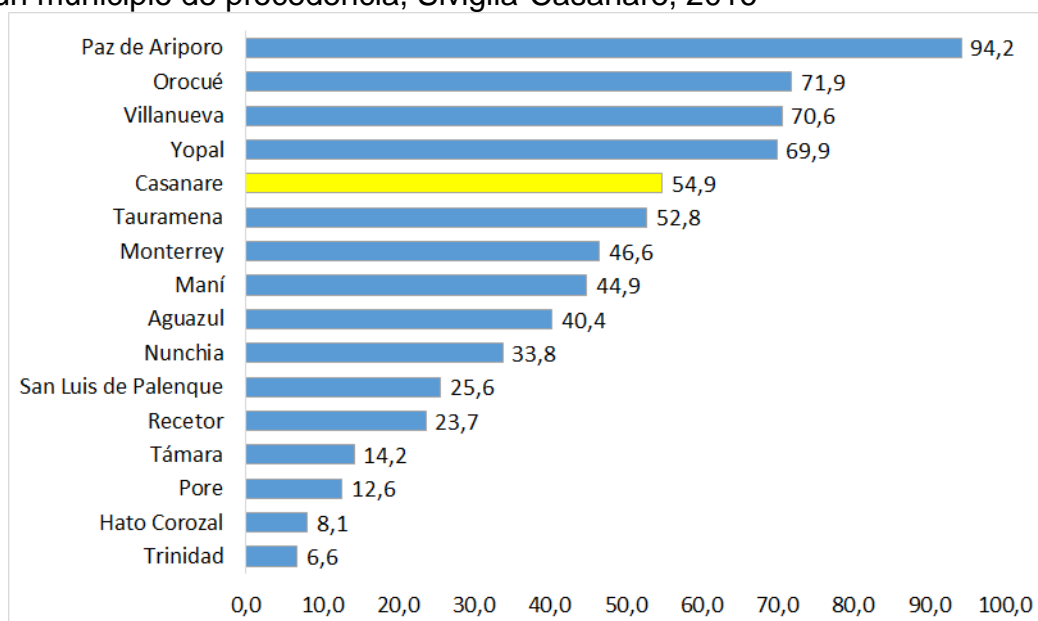
### 5.3.8.6 Clasificación según tipo de caso

Todos los casos ingresaron confirmados por clínica.

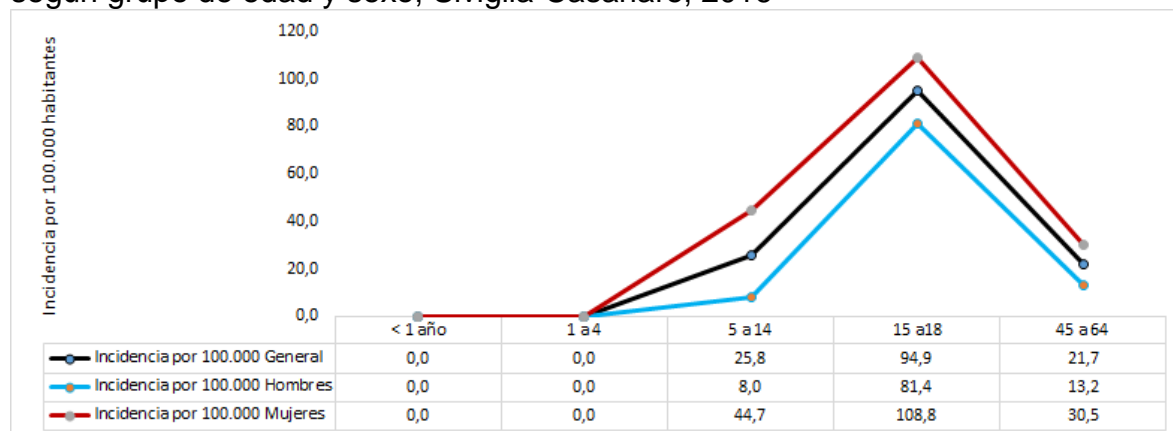
### 5.3.8.7 Proporción de incidencia

La proporción de incidencia por intento de suicidio fue de 54,9 por cada 100.000 habitantes (figura 113). En la figura 114 se presenta la proporción de incidencia según grupo de edad y sexo.

**Figura 113.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de intento de suicidio según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016



**Figura 114.** Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de intento de suicidio según grupo de edad y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



## 5.4 VIGILANCIA NUTRICIONAL

### 5.4.1 Bajo peso al nacer a término

El 1,2% de los casos notificados de EISP correspondió a bajo peso al nacer a término.

#### 5.4.1.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

El 73,7% (14/19) de los municipios del departamento notificaron casos de bajo peso al nacer procedentes del área urbana 101 (74,4%) y del área rural 42 (28,6%), (tabla 70).

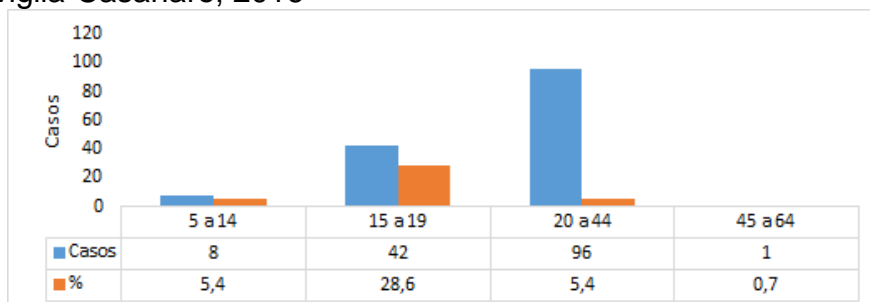
**Tabla 70.** Casos notificados de bajo peso al nacer a término según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	7	6,7	2	4,8	9	6,1
Maní	3	2,9	1	2,4	4	2,7
Monterrey	3	2,9	2	4,8	5	3,4
Nunchía	1	1,0	3	7,1	4	2,7
Orocué	4	3,8	5	11,9	9	6,1
Paz de Ariporo	14	13,3	4	9,5	18	12,2
Pore	0	0,0	3	7,1	3	2,0
Sabanalarga	1	1,0	0	0,0	1	0,7
San Luis de Palenque	1	1,0	3	7,1	4	2,7
Támara	0	0,0	5	11,9	5	3,4
Tauramena	3	2,9	4	9,5	7	4,8
Trinidad	7	6,7	2	4,8	9	6,1
Villanueva	5	4,8	1	2,4	6	4,1
Yopal	55	52,4	7	16,7	62	42,2
Desconocido	1	1,0	0	0,0	1	0,7
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>

#### 5.4.1.2 Grupo de edad

En la figura 115 se presenta la distribución según el grupo de edad de la madre.

**Figura 115.** Casos notificados de bajo peso al nacer según el grupo de edad de la madre, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.4.1.3 Régimen de seguridad social

La distribución según el tipo de afiliación al SGSSS en salud se presenta en la figura 116.

**Figura 116.** Casos notificados de bajo peso al nacer según tipo de seguridad social de la madre, Sivigila-Casanare, 2016



### 5.4.1.4 Clasificación según tipo de caso

Todos los casos ingresaron confirmados por clínica.

### 5.4.1.5 Mortalidad / Letalidad

Según la condición final muerto 1 (0,7%), con una tasa de mortalidad de 0,2 por cada 1.000 nacidos vivos (tabla 71).

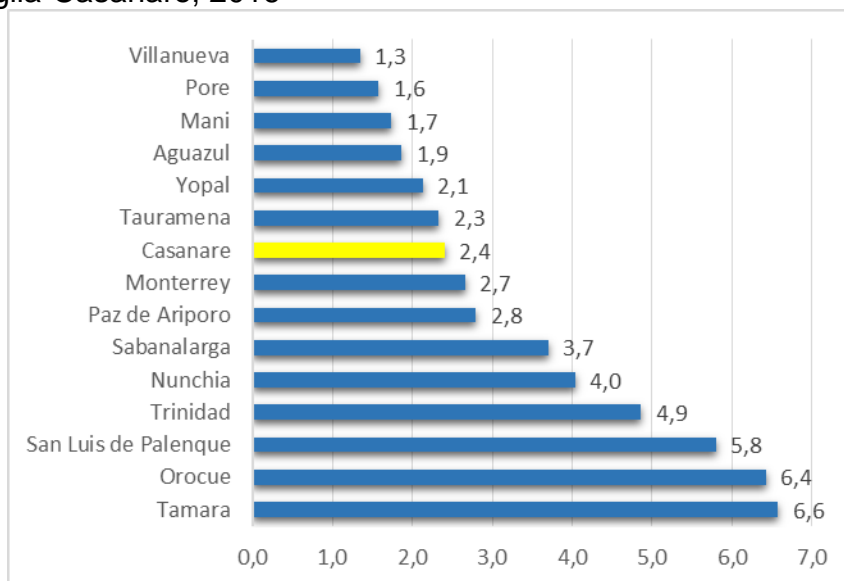
**Tabla 71.** Tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos de bajo peso al nacer según municipio de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Defunciones Bajo Peso	Total Nacidos	Tasa defunciones
Tamara	1	76	13,2
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>6240</b>	<b>0,2</b>

### 5.4.1.6 Proporción de incidencia

En Casanare, se notificaron 2,4 casos de bajo peso al nacer a término por cada 1.000 nacidos vivos (figura 117).

**Figura 117.** Proporción de incidencia por 1.000 nacidos vivos de bajo peso al nacer, Sivigila-Casanare, 2016



#### 5.4.1.7 Oportunidad en la notificación semanal

Del total de 147 casos de bajo peso presentados en el Departamento, 134 fueron notificados por entidades territoriales de Casanare, con un 85,8% (115/134) de casos notificados oportunamente, donde Yopal fue quien presentó un 81,2% de oportunidad (tabla 72).

**Tabla 72.** Oportunidad de la notificación de bajo peso al nacer, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Casos Notificados Oportunamente	Total Casos	% Oportunidad
Yopal	82	101	81,2
Paz de Ariporo	9	9	100,0
Orocué	5	5	100,0
Nunchía	4	4	100,0
Pore	4	4	100,0
Támara	4	4	100,0
Villanueva	3	3	100,0
Trinidad	2	2	100,0
Aguazul	1	1	100,0
San Luis de Palenque	1	1	100,0
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>134</b>	<b>85,8</b>

#### 5.4.1.8 Concordancia Estadísticas Vitales SIVIGILA -RUAF

El 93,3% (125/134) de los casos de bajo peso de recién nacido vivo a término nacidos en Casanare, fueron registrados en estadísticas vitales según el porcentaje de concordancia (tabla 73).

**Tabla 73.** Concordancia Sivigila-RUAF de bajo peso al nacer, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Sivigila	RUAF	% Concordancia
Yopal	101	97	96,0
Paz de Ariporo	9	7	77,8
Orocué	5	3	60,0
Nunchía	4	4	100,0
Pore	4	4	100,0
Támara	4	4	100,0
Villanueva	3	3	100,0
Trinidad	2	2	100,0
Aguazul	1	1	100,0
San Luis de Palenque	1	0	0,0
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>125</b>	<b>93,3</b>

#### 5.4.1.9 Oportunidad en el seguimiento a los casos

Al 57,1% de los casos de bajo peso presentados en el departamento se les realizó investigación epidemiológica de campo (tabla 74).

**Tabla 74.** Casos notificados de bajo peso al nacer con investigación epidemiológica de caso, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Casos	Casos con IEC	% Realización
Yopal	62	49	79,0
Paz de Ariporo	18	5	27,8
Aguazul	10	1	10,0
Orocué	9	6	66,7
Trinidad	9	4	44,4
Tauramena	7	5	71,4
Villanueva	6	4	66,7
Monterrey	5	0	0,0
Támara	5	2	40,0
Nunchía	4	4	100,0
Maní	4	0	0,0
San Luis de Palenque	4	2	50,0
Pore	3	2	66,7
Sabanalarga	1	0	0,0
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>84</b>	<b>57,1</b>

#### 5.4.2 Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años

El 0,7% (84/11.818) de los casos notificados de EISP correspondió a desnutrición en menores de 5 años.



#### 5.4.2.1 Territorios con casos notificados y área de procedencia

El 63,2% (12/19) de los municipios del departamento notificaron casos de desnutrición en menores de 5 años, procedentes del área urbana 59 (70,2%) y del área rural 25 (29,8%), (tabla 75).

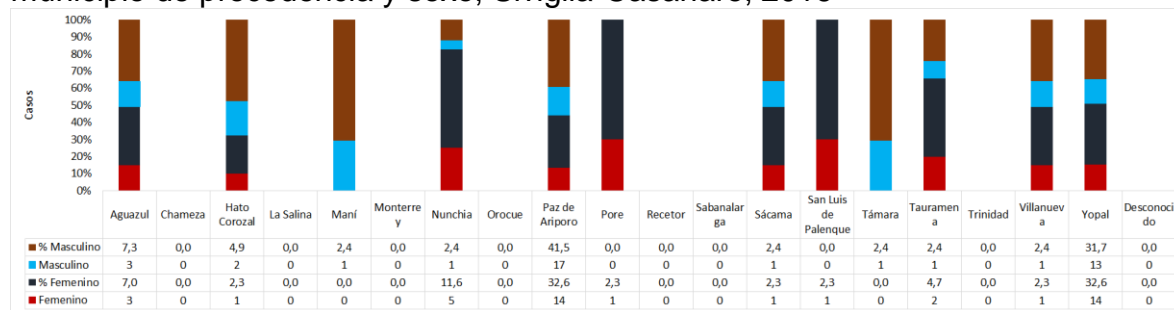
**Tabla 75.** Casos notificados de desnutrición en menores de 5 años según municipio y área de procedencia, Sivigila-Casanare, 2016

Municipio	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Aguazul	4	6,8	2	8,0	6	7,1
Hato Corozal	0	0,0	3	12,0	3	3,6
Maní	1	1,7	0	0,0	1	1,2
Nunchía	1	1,7	5	20,0	6	7,1
Paz de Ariporo	24	40,7	7	28,0	31	36,9
Pore	1	1,7	0	0,0	1	1,2
Sácama	0	0,0	2	8,0	2	2,4
San Luis de Palenque	1	1,7	0	0,0	1	1,2
Támara	0	0,0	1	4,0	1	1,2
Tauramena	3	5,1	0	0,0	3	3,6
Villanueva	1	1,7	1	4,0	2	2,4
Yopal	23	39,0	4	16,0	27	32,1
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>

#### 5.4.2.2 Casos según sexo

Distribuidos según el sexo masculino 41 (48,8%) y el sexo femenino 43 (51,2%), (figura 117).

**Figura 118.** Casos notificados de desnutrición en menores de 5 años según municipio de procedencia y sexo, Sivigila-Casanare, 2016



#### 5.4.2.3 Grupo de edad

En el grupo de menores de 1 año 36 (42,9%) y de 1 a 4 años 48 (57,1%).

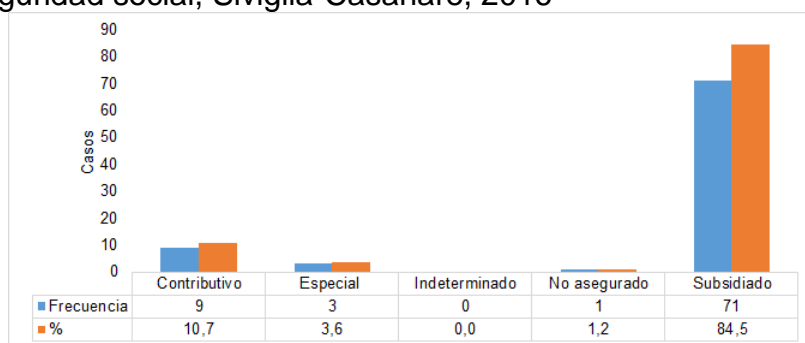
#### 5.4.2.4 Grupo poblacional

El 96,4% (81/84) de los casos notificados se agrupó en otros grupos poblacionales, indígena, desplazados y carcelario 1 (1,6%) respectivamente.

#### 5.4.2.5 Régimen de seguridad social

En la figura 118 se presenta la distribución según el tipo de afiliación al SGSSS.

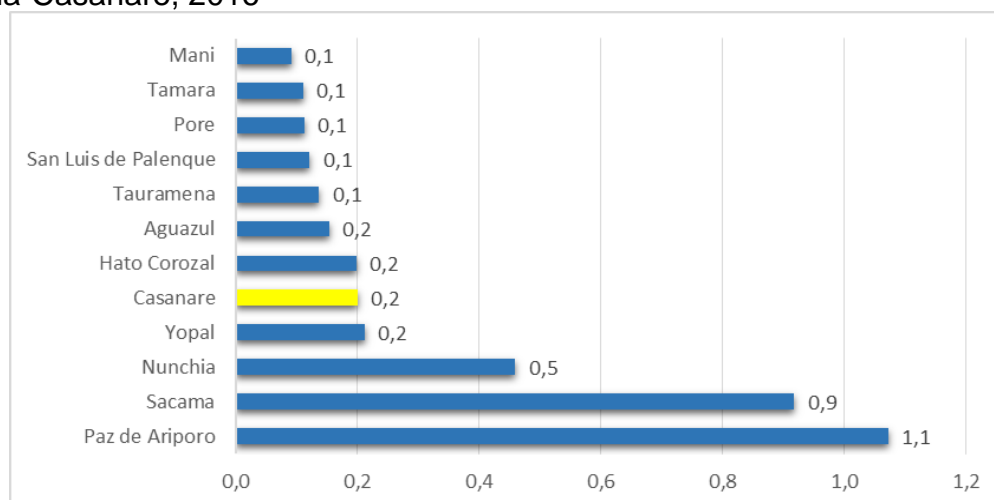
**Figura 119.** Casos notificados de desnutrición aguda en menores de 5 años según el tipo de seguridad social, Sivigila-Casanare, 2016



#### 5.4.2.6 Proporción de incidencia

La proporción de incidencia fue de 0,2 por cada 1.000 menores de cinco años (figura 120).

**Figura 120.** Proporción de incidencia de desnutrición aguda moderada y severa, Sivigila-Casanare, 2016



## 6. DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

### *Comportamiento general de la notificación*

Del total de eventos de interés en salud pública objeto de vigilancia en Colombia, en el departamento de Casanare no se notificaron casos de difteria, fiebre amarilla, cólera, consumo de antibióticos y resistencia bacteriana. Los 10 eventos con que aportaron el mayor número de casos notificados y las tasas de incidencia más altas en población general fueron: zika, vigilancia en salud pública de las violencias de género, vigilancia integrada de rabia humana, dengue, varicela individual, exposición a flúor, intoxicaciones, enfermedad de Chagas, Chikungunya y morbilidad materna extrema. Es de aclarar que la mitad de la notificación se concentró en los eventos zika y violencias de género, los cuales a su vez representaron las tasa de incidencia más alta en población general.

Los eventos en los que se notificó menos de 5 casos fueron: sífilis congénita, dengue grave, malaria, lepra, mortalidad por IRA, tuberculosis farmacorresistente, Chagas - bancos de sangre, fiebre tifoidea y paratifoidea, mortalidad por dengue, mortalidad por EDA 0-4 años, síndrome de rubeola congénita y vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico

El comportamiento de la notificación en menores de 5 años indicó que el mayor número de casos es aportado por el evento de violencias de género con un poco más de la cuarta parte de la notificación, seguido en su orden, por zika, varicela individual, vigilancia integrada de rabia humana, bajo peso al nacer, defectos congénitos, dengue, desnutrición aguda, intoxicaciones y enfermedad transmitida por alimentos. Entre los menores de 1 año de edad. Se resalta que en violencia de género al discriminar la ocurrencia del evento entre menores de 1 año y de 1 a 4 años de edad, la mayor proporción es aportada por los menores de 1 año de edad (61,5%).

En 20 de los 50 EISP objeto de vigilancia en salud pública en el departamento, se presentó al menos un caso con condición final muerto, entre los cuales, un poco más de la mitad de los casos se concentró en el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía, seguida por VIH/sida/mortalidad por sida con un poco más de la décima parte y tuberculosis con casi la décima parte de los casos; en su orden, le siguen, defectos congénitos, vigilancia en salud pública de las violencias de género, cáncer en menores de 18 años, infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada, mortalidad por IRA, meningitis y enfermedad de Chagas.

Entre los menores de 1 a 5 años de edad, la mayor letalidad fue por evento de infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada, seguida por enfermedad de Chagas y cáncer en menores de 18 años. Un poco más de la décima parte de los casos con condición final muerto fue aportada por el grupo de menores de 1 año de edad, a causa de defectos congénitos –con la mayor proporción de casos– seguido por violencias de género, mortalidad por IRA, infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada, mortalidad pro EDA, mortalidad por dengue, meningitis y tos ferina.

Casi las tres cuartas partes de la notificación se concentró en los municipios de Yopal, Villanueva, Aguazul y Tauramena, procedentes del área rural. Es de aclarar que el 40% de la notificación corresponde al municipio de Yopal, capital del departamento de Casanare, en el que se concentra la mayor distribución poblacional. Los municipios de Sabanalarga, La Salina, Hato Corozal y Sácama aportaron menos del 1% de la notificación de EISP. Así mismo, según el área de procedencia, más de las tres cuartas partes de la notificación se concentró en el área urbana de los municipios.

La distribución según el sexo se concentró en el sexo femenino, donde el mayor número de casos fue aportado por zika y violencias de género, donde la razón hombre/mujer indicó que por cada 3 hombres hay 5 mujeres afectadas. Al mirar esta relación por evento, se evidencia que para lesiones por artefactos explosivos por cada 25 hombres hay 2 mujeres afectadas, mientras que para violencias de género por cada 2 hombres hay 9 mujeres afectadas y por intento de suicidio, por cada 4 hombres hay 6 mujeres que intentan suicidarse; llama la atención que para los eventos de intoxicaciones, ESI-IRAF (vigilancia centinela), tos ferina, tuberculosis farmacorresistente y desnutrición aguda en menores de 5 años, la relación es uno a uno, es decir, por cada hombre hay una mujer afectada por el evento.

Según el grupo poblacional, la mayoría de los casos se concentran en otros grupos poblacionales; seguido por gestantes con un poco más de la décima parte de los casos notificados, mientras que las demás agrupaciones representan menos del 3% de los casos notificados, entre los cuales, la mayor proporción es aportada por el grupo poblacional de discapacitados, seguida por el carcelario y víctimas de la violencia. En cuanto al grupo de edad, un poco más de la mitad de los casos se concentró en la población económicamente activa entre 15 y 44 años de edad, seguida por los menores de 14 años con el 31% de la notificación; afiliados en una proporción similar en su mayoría, en los regímenes contributivo y subsidiado. Es de llamar la atención que aun cuando es baja la proporción, se

encuentran personas no aseguradas concentrada en los municipios de Yopal, Tauramena, Paz de Ariporo y Aguazul; o, cuyo tipo de afiliación es indeterminado, los cuales se concentran en Yopal y Villanueva.

La proporción de la notificación indica que por cada 100.000 habitantes, 3.260 personas son afectadas por EISP, donde el evento de zika aporta el 32,5% de la proporción según el cual, fueron afectadas 1.060 personas por cada cien mil habitantes, seguido por violencias de género con el 17,4% con 559 personas afectadas por cada cien mil habitantes. Respecto a la clasificación inicial del tipo de caso, casi la mitad de los casos notificados ingresa confirmado por clínica, seguido por caso sospechosos.

Durante el 2016 la UND reportó al Instituto Nacional de Salud los archivos planos generados por el sistema de información para la vigilancia en Salud Pública – Sivigila, en los términos establecidos en el Decreto 3518 de 2006 y los Lineamientos de vigilancia en salud pública, con un cumplimiento del 100%, comportamiento similar al de las UNM, resultado que permite concluir que por parte de las UNM no se presentó silencio epidemiológico. El reporte de notificaciones negativas que realizan las UPGD que algunas semanas epidemiológicas en las que no prestaban servicios de salud, imposibilitan acercarnos al 100% del cumplimiento acumulado de la notificación. Fueron ajustados el 100% de los casos que ingresaron por mortalidad por dengue, parálisis flácida aguda, rubeola y sarampión. Los municipios de Chámeza, Hato Corozal, Yopal, Maní, Monterrey y La Salina superaron el promedio de días en la oportunidad de la notificación de EISP departamental de 3,5 días; el promedio de días en la oportunidad del ajuste de casos del departamento de 22 días fue superado por los municipios de Chámeza, Sabanalarga, Paz de Ariporo, Trinidad, Tauramena y Villanueva; la oportunidad de acceso a los servicios de salud después de iniciados los síntomas fue de 6,7 días por evento, donde el mayor número de ‘días fue para los eventos de cáncer en menores de lepra, cáncer en menores de 18 años, enfermedades huérfanas-raras con más de 300 días.

#### *Eventos inmunoprevenibles*

El evento inmunoprevenibles de mayor notificación fue Varicela individual, la población de sexo masculino presentó el mayor número de casos, de igual forma para el año 2015. El 10% de la clasificación de los eventos de inmunoprevenibles no es la adecuada, indicando la baja adherencia a los protocolos de vigilancia de salud pública.

La vigilancia de tos ferina, ha presentado un fortalecimiento en los últimos años, sin embargo, basados en la información de Sistema Nacional de Vigilancia, Siviigila, En comparación con el 2015, la notificación de 2014 mostró una disminución en la notificación de casos del 14.2%. (36 y 36 casos probables respectivamente). En Tosferina lo casos notificados por las UPGD del Departamento se les realizo la investigación de campo oportuna del 84,6% cumpliendo con la Meta del 80%, teniendo en cuenta que algunos casos fueron recibidos por realimentación por lo cual la investigación se realizó posterior a la recepción de la información.

En Parálisis flácida de menores de 15 años se tomaron las muestras respectivas lo cual se descartaron oportunamente los casos. Para sarampión y Rubeola se realizaron oportunamente las investigaciones de campo y se tomaron las adecuadas muestras para descartar los casos cumpliendo al 100% con los lineamientos de vigilancia de salud pública.

El caso de síndrome de rubeola que no se envió muestra se indicó a la UPGD que los casos se confirman enviando las respectivas muestras al INS. En Casanare no se notificaron en 2016 muertes por varicela.

Se presentan dificultades en las UPGD y unidades municipales en el registro de las actividades de vigilancia epidemiológica como son la investigación de campo, identificación de contactos, ajustes de mortalidad razón por la cual, se insiste a las unidades notificadoras departamentales en el seguimiento de las UPGD y unidades notificadoras municipales de sus territorios para mejorar el registro a través del Siviigila de estas actividades.

De los 30 casos que fueron registrados en el sistema como procedentes de Casanare, es importante socializar el protocolo de IRAG Inusitado ya que al momento de realizar la investigación de campo se evidencian errores de las definiciones de caso.

### *Micobacterias*

La mayor proporción de casos notificados por tuberculosis fue aportada por los municipios de Yopal y Aguazul, no se notificaron casos en La Salina, Nunchía y Recetor, en su mayoría procedentes del área urbana, del sexo masculino, pertenecientes a otros grupos poblacionales, casi las tres cuartas partes

confirmados por laboratorio, concentrados en el grupo de edad de 15 a 44 años seguido por los mayores de 45 años y más, en su mayoría casos nuevos, clasificados como tuberculosis pulmonar, con una incidencia de 31 casos nuevos por cada cien mil habitantes, donde casi la mitad de los casos presenta coinfección con VIH con una tasa de incidencia de 7 casos de coinfección por cada 100.000 habitantes. De los dos casos nuevos presentados de TB farmacorresistente de tipo pulmonar, ambos resistentes a múltiples medicamentos, uno con comorbilidades (diabetes, enfermedad renal y desnutrición) condición final muerto. La condición final de los dos casos notificados de lepra fue vivos.

### *Enfermedades transmitidas por vectores*

El incremento en la notificación de casos de E. Chagas se podría atribuir a tres situaciones: la primera está relacionada con las formas de transmisión, debido a que durante muchos años la forma predominante de transmisión de la enfermedad fue la vectorial -“relacionada con la transmisión por triatominos”-, en este momento, debido a probables cambios en los ecosistemas juega un papel muy importante la transmisión oral -alimentos contaminados con el parásito, consumo de especies silvestres...-, relacionada con los brotes de la enfermedad en los municipios de Paz de Ariporo, Trinidad y San Luis de Palenque durante los últimos tres años en Casanare. La segunda situación es dada por la intensificación de acciones de vigilancia epidemiológica, búsqueda activa de pacientes, reducción del Chagas congénito (“todas las gestantes del departamento tienen que tener una prueba para enfermedad de Chagas”), canalización de personas diagnosticadas en banco de sangre (donantes) e implementación de acciones de detección en síndromes febriles (Chagas agudo) que pueden estar relacionados con la Enfermedad. La tercera es atribuible a todos los procesos de investigación desarrollados en el departamento por diferentes instituciones y entidades del orden nacional e internacional, Plan de certificación de la interrupción intradomiciliar de *T. Cruzi* por *R. prolixus* que en el momento se desarrolla en las áreas de piedemonte y Plan regular de vigilancia, promoción, prevención y control de la E. Chagas que se desarrolla en las áreas de sabana de los 19 municipios.

La letalidad por Chagas agudo en Casanare fue del 33,3%, superando la letalidad nacional la cual de acuerdo con el INS para el 2016 fue de 25%, lo cual demuestra la necesidad de continuar con el fortalecimiento del talento humano en las instituciones de salud de manera que se conozca sobre ésta fase de la enfermedad y se diagnostique y trate a tiempo. La enfermedad de Chagas continúa siendo un problema de interés en salud pública primordial en el departamento de Casanare que requiere aunar esfuerzos para lograr un impacto positivo en este evento que representa un problema sanitario, económico y social.

La leishmaniasis se constituye como un problema creciente en salud pública en nuestro país; en Casanare, la notificación de casos de leishmaniasis cutánea aumentó en 42,8% respecto al 2015 en el que se notificaron 7 casos. En general, se observa que la tendencia de la L. Cutánea podría ser al aumento en los próximos años debido a que en la dinámica poblacional se cuenta con factores constantes como la migración, el conflicto armado, comportamiento vectorial, entre otros, que condicionan esta enfermedad con pacientes en su mayoría hombres, en edad productiva, cuyas actividades son de tipo rural y los llevan a ingresar a zonas selváticas, deforestadas e intervenidas por la actividad humana. En Casanare, es una enfermedad predominantemente ocupacional, relacionada con actividades agrícolas, de construcción y operaciones militares; sin embargo, dadas las actividades de deforestación se podrían incrementar los casos y pasar de una transmisión del extradomicilio a una transmisión peri doméstica, periurbana e incluso urbana.

Los municipios de Yopal, Maní, Aguazul y Villanueva aportan el mayor número de casos notificados de dengue, en su mayoría procedentes del área urbana, donde son más afectadas las personas de sexo masculino, en el grupo de edad de 15 a 44 años, pertenecientes a otros grupos poblacionales, seguido por las gestantes; afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en una proporción similar. La tasa de incidencia departamental fue superada por los municipios de Pore, Monterrey, Villanueva, Aguazul y Maní.

Casi la mitad de los casos de Chikungunya fueron aportados por los municipios Yopal y Aguazul, los municipios de La Salina y Recetor no notificaron casos; en su mayoría procedentes del área urbana, la mayor proporción de personas afectadas eran del sexo femenino, en el grupo de edad de 15 a 44 años, pertenecientes a otros grupos poblacionales, un poco más de la mitad afiliadas en el régimen contributivo y confirmados por clínica.

El municipio de Yopal aportó más de la mitad de la notificación de los casos de Zika, procedentes en su mayoría del área urbana, siendo más afectadas las personas del sexo femenino, en el grupo de edad de 15 a 44 años, pertenecientes a otros grupos poblacionales, afiliados en el régimen contributivo, con una tasa de mortalidad de 0,3 por cada 100.000 habitantes y una proporción de incidencia en gestantes de 65 casos por cada 1.000 nacidos vivos, superada por los municipios de Yopal, Aguazul, Tauramena y Monterrey; la proporción de incidencia en población general de 1.064 personas afectadas por cada 100.000 habitantes, fue superada por los municipios de Monterrey, San Luis de Palenque, Yopal, Tauramena, Sabanalarga y Villanueva.



### *Infecciones de transmisión sexual*

Más de la mitad de la notificación de ITS se concentró en el municipio de Yopal, en su mayoría procedentes del área urbana; los municipios de Chameza, Hato Corozal, La Salina, Sabanalarga, Sácama y Támara no se notificaron casos. En el análisis por evento, se observa que la mitad de las gestantes con sífilis son diagnosticadas antes de semana 17, lo que indica una captación tardía y fallas en la demanda inducida. El departamento supera la meta nacional establecida de mantener la transmisión madre hijo de VIH en 2% o menos en 50 puntos porcentuales.

Debido a las fallas en la notificación se descartaron una cantidad importante de casos por incumplimiento de las definiciones de caso, para sífilis gestacional se descartaron 14 (28,5%) casos y para sífilis congénita 3 (57,1%) (3), evidenciando deficiencias en el proceso, ya sea, por desconocimiento de las definiciones de caso, no aplicación de algoritmos diagnósticos, no adquisición de los insumos necesarios para el diagnóstico, resistencia a la implementación de las pruebas rápidas, no adherencia a guías de práctica clínica, fallas en el diligenciamiento de las fichas o fallas en la digitación y manejo del software Sivigila.

Llama la atención que todos los casos de hepatitis B eran procedentes del municipio de Yopal, concentrados en el área urbana, casi las tres cuartas partes del sexo masculino, pertenecientes a otros grupos poblacionales, afiliados en el régimen contributivo, todos confirmados por laboratorio y vivos. Así mismo, el municipio de Yopal concentra la mayor proporción de casos de VIH/Sida/Mortalidad por Sida, procedentes del área urbana, del sexo masculino, agrupados en su mayoría en otros grupos poblacionales, seguido por el de gestantes; los municipios de Villanueva, Recetor y Yopal superan la tasa de incidencia departamental de 37 personas infectadas por cada 100.000 habitantes; por cada 100 personas mueren 12

### *Eventos de zoonosis*

El evento de vigilancia integrada de la rabia humana ocupó el tercer lugar de la notificación entre los EISP objeto de vigilancia, todos los municipios del departamento notificaron por lo menos un caso de vigilancia integrada a rabia humana en 2016, la mayor proporción de caso fue aportada por los municipios de Yopal, Aguazul y Villanueva, concentrados en el área urbana, un poco más de la mitad de los afectados del sexo masculino, en su mayoría agrupados en otros

grupos poblacionales, afiliados en el régimen subsidiado, todos los casos confirmados por clínica, no se presentaron muertes por el evento. De acuerdo con el tipo de exposición se evidencia falla en el procedimiento de aplicación de tratamiento, es decir, aplicación del suero antirrábico en casos donde según el tipo de exposición es no exposición o exposición leve.

De los 19 municipios del departamento, La Salina fue el único municipio en el que no se presentaron casos de accidente ofídico, atribuido a sus condiciones geográficas y ambientales; un poco más de las tres cuartas partes de los casos proceden del área rural, concentrados en las personas del sexo masculino, pertenecientes, en su mayoría, a otros grupos poblacionales, seguidos por indígenas, en su mayoría afiliados en el régimen subsidiado, todos los casos ingresados por confirmación clínica; así mismo, las tres cuartas partes de los casos fueron ocasionados por el agente agresor *Bothrops*, en su mayoría recibieron tratamiento específico, no se presentó mortalidad por el evento.

Entre los municipios que notificaron casos de leptospirosis, la mitad de los casos fue aportada por el municipio de Yopal y procedentes del área urbana, siendo más afectas las personas del sexo masculino, pertenecientes todos a otros grupos poblacionales, la mitad confirmado por laboratorio. Según la tasa de letalidad una de cada cien personas fallece por causa del evento.

Como resultado de las acciones de vigilancia implementadas por la Secretaría de Salud ante la declaración del Instituto Colombiano de Agropecuario de cuarentena por el brote de encefalitis equina en el departamento de Casanare, en junio de 2016, se evidencia que las tres cuartas partes de la notificación procede de los municipios de Yopal y Maní, concentrados en el área rural, un poco más de la mitad de los afectados del sexo masculino, pertenecientes todos a otros grupos poblacionales, afiliados en el régimen subsidiado, con una proporción similar de casos sospechosos y probables con un único caso confirmado por clínica, todos con condición final vivo.

De los casos notificados de brucelosis, casi la mitad de los casos fueron notificados por los municipios de Yopal y San Luis de Palenque, con una distribución similar por área de procedencia, en su mayoría del sexo masculino, pertenecientes a otros grupos poblacionales, tres de ellos menores de 5 años de edad, afiliados en el régimen subsidiado, ingresados como casos sospechosos o probables, todos vivos.

### *Enfermedades transmitidas por alimentos*

En los casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos, relacionados con 15 brotes, el género más afectado fue el masculino, congruente con el brote notificado del batallón del municipio de Tauramena, con una incidencia de 41,6 por cada 100.000 habitantes. El grupo de edad que presentó mayor proporción de enfermedades transmitidas por alimentos fue el de 15 a 19 años. El régimen subsidiado presentó la mayor proporción de casos.

La mayor proporción de casos notificados de hepatitis A se concentró en los municipios de Monterrey y Paz de Ariporo, en personas del sexo masculino, en el grupo de edad de 5 a 14 años, pertenecientes todos a otros grupos poblacionales, afiliados en el régimen subsidiado, las tres cuartas partes confirmados por clínica, todos vivos. Los municipios de Maní, Paz de Ariporo, Sabanalarga y Monterrey superaron la tasa de incidencia departamental de 4,7 personas afectadas por cada 100.000 habitantes.

Según la notificación colectiva de EDA, la menor proporción de casos notificados corresponde a los municipios de Chameza, La Salina, Recetor, Sabanalarga y Sácama con menos del 1% de la notificación; y, la mayor proporción a los municipios de Yopal y Villanueva, en el grupo de edad de 15 a 144 años seguido por el de 5 a 14 años. Se presentó una mortalidad en menor de 5 años de edad, procedente del municipio de Nunchía, del área urbana, del sexo femenino, afiliada al SGSSS en el régimen subsidiado, perteneciente a otros grupos poblacionales.

### *Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los microbianos y consumo de antibióticos*

Según el municipio de procedencia únicamente se notificaron caso de Yopal y Maní, todos del sexo masculino, en su mayoría procedentes del área urbana, con la misma proporción según el grupo de edad para menores de un año y de 65 y más años de edad, en su mayoría confirmados por clínica y afiliados en el régimen contributivo. Según la tasa de letalidad, por cada 100 personas afectadas mueren 17.

### *Factores de riesgo ambiental*

Por intoxicaciones la mayor proporción de casos fue para el municipio de Yopal, no notificaron casos los municipios de Chameza, Recetor y Sácama; la mayoría de casos procedentes del área rural, con una proporción similar para hombres y mujeres, pertenecientes a otros grupos poblacionales, sin dejar de resaltar que entre los demás grupos la mayor proporción se presenta en gestantes, por grupo de edad se concentran en el de 15 a 44 años, afiliadas en el régimen subsidiado. Según la clasificación del tipo

de caso ingresan por clínica en su mayoría, llama la atención un caso confirmado por laboratorio y otro por nexos epidemiológico. Según el tipo de sustancia la mayor proporción es para plaguicidas, seguridad por sustancias psicoactivas y medicamentos; y, según el tipo de exposición la mayor proporción es para intencional suicida, seguida por accidental. Un caso con condición final muerte y una letalidad de 0,3 fallecidos por cada 100 personas afectadas por el evento. Superaron la tasa departamental de incidencia de 92 personas afectadas por cada 100.000 habitantes, los municipios de Paz de Ariporo y Yopal.

Es necesario considerar la ejecución de acciones de intervención individual y colectiva diferente a las de los otros tipos de exposición, orientada por el programa de salud mental

#### *Grupo de enfermedades no transmisibles*

Durante el 2016 no se notificaron caso de mortalidad materna, los casos notificados por morbilidad materna extrema casi la mitad se concentró en el municipio de Yopal, no fueron notificados casos de los municipios de Chameza, Recetor y Sácama; en su mayoría procedentes del área urbana, afiliadas en el régimen subsidiado. Por cada 1.000 nacidos vivos se presentaron 34 casos de morbilidad materna extrema, siendo los municipios de San Luis de Palenque y Trinidad los que duplicaron la incidencia departamental. Se evidencia una importante proporción de gestantes con cuatro o más criterios de inclusión para morbilidad materna extrema.

La mortalidad perinatal y neonatal tardía ocupa el primer lugar (70/101) de incidencia respecto al total de muertes notificadas en el departamento de Casanare. En relación con el área de procedencia llama la atención que el área urbana aporte el mayor número de casos; dato dispar confrontado el reporte nacional, donde la tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía más alta se reporta en el área rural; pudiera significar este dato que las estrategias de educación para la identificación de signos de alarma, de consulta oportuna y de gestión del riesgo no están funcionando de la forma esperada en la población del área urbana aun a pesar de tener más fácil acceso por cercanía a la prestación de servicios de salud. Así mismo, considerando la edad como un factor de riesgo materno fetal, el grupo más afectado no tuvo relación con edades avanzadas, es decir en menores de 20 y mayor de 35 años; tan solo 20/70 casos se ubicó en este grupo difiriendo también de las cifras nacionales donde se observa que las mujeres mayores de 35 años aportan más de la mitad de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía.

Se debe promocionar y fortalecer la consulta preconcepcional para planear y garantizar la identificación, control y eliminación de factores de riesgo que puedan alterar el normal curso de una gestación. Es importante que a través de las actividades de demanda

inducida se promoció esta cita para empoderar a las parejas sobre la maternidad y paternidad responsable inclusive mucho antes que se dé una gestación. Durante el control prenatal recordar a la gestante y su pareja sobre la importancia de la adherencia hacia el control prenatal, así mismo se debe evaluar el conocimiento e introspección que tiene la gestante y su pareja sobre el reconocimiento de signos de alarma y cuando acudir a un servicio de urgencias o una consulta ambulatoria.

La proporción de incidencia de lesiones por pólvora fue de 7 personas lesionadas por cada 100.000 habitantes, superada por los municipios de Villanueva, Trinidad, Aguazul y Chameza; en su mayoría los afectados son del sexo masculino, sin presentarse casos de mortalidad por el evento.

El evento de vigilancia en salud pública de las violencias de género ocupó el segundo lugar de la notificación de EISP del departamento, en donde, todos los municipios notificaron casos, con la mayor proporción aportada por Yopal y Aguazul, procedentes del área urbana, en personas del sexo femenino en su mayoría en el grupo de edad de 14 a 44 años, pertenecientes a otros grupos poblacionales, afiliadas en el régimen subsidiado, con una tasa de letalidad de 0,2 muertes por cada 100 personas agredidas en población general. Tres de las cinco personas muertas eran menores de 1 año de edad. La proporción de incidencia departamental de 559 personas agredidas por cada 100.000 habitantes fue superada por los municipios de Orocué, Yopal, Tauramena, Paz de Ariporo, Pore, Nunchía y Támara, este último con una incidencia de 1.549 personas agredidas por cada 100.000 habitantes.

La letalidad de cáncer en menores de 18 años fue de 20 fallecidos por cada 100 menores afectados por la enfermedad. Los municipios de Yopal, Orocué, Támara y Maní superaron la tasa de incidencia departamental de 5,5 casos por cada 100.000 menores de 18 años afectados, siendo los más afectados los niños de 1 a 4 años. Los cuatro casos notificados de cáncer de mama y cuello uterino su condición final es vivas.

Por defectos congénitos el mayor número de casos lo aportó el municipio de Yopal, casi en su totalidad afiliados en el régimen subsidiado, con una tasa de mortalidad de 110 fallecidos por cada 100.000 menores de un año de edad. La tasa de incidencia departamental de 1.784 por cada 100.000 menores de un año fue superada por los municipios de Paz de Ariporo, Sácama, Yopal y Maní.

La vigilancia centinela de exposición a flúor se hace en los municipios de Yopal y Nunchía, en su mayoría procedentes del área urbana, con una distribución similar

por sexo, con una mayor proporción en el grupo de 5 a 14 años de edad. Los municipios de Yopal y Tauramena notificaron los casos de enfermedades raras-huérfanas, con una mayor proporción en personas del sexo masculino, todos menores de 65 años de edad, confirmados por clínica y todos con condición final vivos; la tasa de incidencia del municipio de Yopal es trece veces superior a la departamental de 2,2 personas afectadas por cada 100.000 habitantes y la de Tauramena 5 veces superior. La tasa de incidencia por grupo de edad más alta es para los menores de 1 año de edad.

Los municipios de Chameza, La Salina, Sabanalarga y Sácama no notificaron casos de intento de suicidio, entre los municipios que notificaron, Yopal aportó mitad de la notificación, en su mayoría procedentes del área urbana, del sexo femenino, concentrados en el grupo de 15 a 44 años de edad, pertenecientes a otros grupos poblacionales, seguidos por gestantes y carcelario, afiliados en el régimen subsidiado, todos confirmados por clínica. Los municipios de Yopal, Villanueva, Orocué y Paz de Ariporo superaron la tasa de incidencia departamental, según la cual por cada 100.000 personas, 55 intentan suicidarse.

Para el bajo peso de recién nacido a término, el departamento de Casanare mostró un comportamiento similar al 2015 donde se obtuvo 148 casos; pero la proporción de incidencia fue superior a la de 2015 de 2,2 por cada 1.000 nacidos vivos, los municipios con las incidencias mayores fueron Támara, Orocué y San Luis de Palenque. Según el área de procedencia se encontró que la mayoría de casos son del área urbana donde el municipio de Yopal tiene el mayor peso porcentual de ocurrencia del evento a nivel departamental, relacionado con el volumen poblacional. De acuerdo con la edad de la madre, una importante proporción de los casos notificados, ocurrió en mujeres de 15 a 19 años, grupo de alto riesgo materno infantil si se tiene en cuenta que son madres adolescentes.

Un poco más de la mitad de los casos tiene información de las investigaciones epidemiológicas de campo, lo cual se convierte en una labor de seguimiento para lograr que el total de los casos se les pueda hacer investigación y el acompañamiento por parte de los profesionales de los entes territoriales donde reside la madre del menor notificado, reforzando las acciones de promoción y práctica de la lactancia materna y la identificación de riesgos en salud en los menores. La concordancia de los casos de bajo peso entre SIVIGILA y RUAF disminuyó 5 puntos porcentuales frente al 2015 que obtuvo un porcentaje de concordancia de 98,7%, según los resultados presentados en el Informe del Instituto Nacional de Salud.

Para el evento de desnutrición en menores de 5 años de edad la mayoría de los casos se ubicó en el área urbana, afectando especialmente a los menores de un año de edad. Así mismo, casi la totalidad se agruparon en otros grupos poblacionales; aún cuando se presentó un único caso en población indígena, se intensificará las acciones de promoción, prevención y notificación de los casos de desnutrición aguda en las comunidades indígenas del departamento donde históricamente se han evidenciado mortalidades asociadas a desnutrición en menores de cinco años en los últimos años.

Según las tasas de incidencia del evento por municipio, Paz de Ariporo y Sácama presentan 1,1 y 0,9 casos por cien menores de cinco años respectivamente, donde Paz de Ariporo maneja las prevalencias más alta de desnutrición según los resultados del SISVAN.

## 7. RECOMENDACIONES

La información oportuna, confiable y veraz es indispensable para conocer el comportamiento de los eventos de interés en salud pública en Casanare, en este sentido las UNM deben fortalecer los procesos de notificación, recolección y verificación de la calidad de los datos, por tanto, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Mejorar la utilización de herramientas de búsqueda activa institucional como el SIANIESP y RIPS para fortalecer la captación de casos y su correspondiente notificación al Sivigila.
- Lograr la captación oportuna de los casos de eventos, la notificación de todos aquellos casos que cumplan con la definición de caso y realizar los ensayos de laboratorio necesarios para la confirmación de los que así lo requieran, son estrategias ya establecidas en el departamento, en las que se debe trabajar constantemente, así como en mejorar los tiempos de ajuste de los casos que lo requieran.
- Reforzar la capacitación de los trabajadores que ingresan datos al Sivigila para disminuir los errores en la clasificación inicial de casos. Verificar el correcto y total diligenciamiento de variables en las fichas de notificación (datos básicos y complementarios) que permitan tener coherencia con los hallazgos de la historia clínica y su manejo, así como la calidad del dato y procesamiento de la información obtenida.
- Desarrollar el análisis conjunto entre los referentes de vigilancia en salud pública y las líneas o programas que contemplan los diferentes eventos con relación a los resultados que arroja el Sistema de información Sivigila de manera periódica, con el fin de conocer e intervenir las falencias que se presentan frente a la implementación de los lineamientos.
- Las IPS adscritas al departamento de Casanare deben generar capacitaciones continuas al personal de salud de las instituciones para la notificación adecuada de eventos nuevos, emergentes y/o reemergentes que seguramente se seguirán introduciendo al país.
- Continuar con mejoramiento de la calidad y adherencia a los protocolos así como el reporte de la información dando continuidad al plan de asistencia técnica y capacitación de los referentes de vigilancia en salud pública de los 19 municipios de Casanare y al personal médico.
- Fortalecer las capacidades técnicas y operativas para la detección oportuna, notificación e investigación de brotes de eventos de interés en salud pública de los cuales es susceptible el departamento de acuerdo a sus condiciones sociodemográficas.
- Realizar la gestión con la oficina correspondiente para la reactivación del Comité de estadísticas Vitales con la intención de establecer acciones



tendientes a mejorar la concordancia entre los sistemas, así como la calidad del dato.

- Realizar concordancia Sivigila/RUAF y viceversa semanalmente de los casos que lo requieran y establecer comunicación con las IPS, E.S.E y municipios para que se realicen las acciones de notificación, ajustes y de seguimiento de forma oportuna.
- Establecer un sistema de seguimiento de concordancia y verificación de calidad el dato de estadísticas vitales, ya que esto influye directamente en los indicadores de bajo peso de recién nacido a término para el departamento; así mismo, es necesario revisar el funcionamiento del claves de acceso y la asistencia técnica a los comités de estadísticas vitales.

Entre las acciones de vigilancia y control en salud pública a cargo de los entes territoriales, se recomienda:

- Fortalecer e implementar estrategias de información, educación y comunicación orientadas a la comunidad frente a las medidas de autocuidado y reducción del riesgo frente a los eventos de interés en salud pública.
- Para los eventos de enfermedades transmitidas por vectores, los municipios en situación de brote deben implementar planes de contingencia en concordancia con la estrategia de gestión integral para este grupo de enfermedades.
- Es fundamental realizar los cambios respectivos en el Sistema de Salud Colombiano para disminuir las barreras de acceso al diagnóstico de la Enfermedad de Chagas, ya que esta se ha identificado como la principal limitación que puede conllevar a un subregistro importante de casos; continuar con el proceso de capacitación del personal médico y asistencial en el protocolo establecido por el INS-MPS y la guía de manejo integral del paciente con E. Chagas; fortalecer la vigilancia activa de los casos agudos en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), con el fin de hacer detección temprana y oportuna de los casos; y, las EAPB deben asumir su responsabilidad en el seguimiento a los casos crónicos de sus afiliados notificados al Sivigila, para garantizar el tratamiento etiológico, los controles, detectar y controlar las complicaciones cardíacas y / o intestinales de esta patología que generan un deterioro en la calidad de vida de los pacientes.
- Acompañamiento y asistencia técnica personalizada continúa por parte del Instituto Nacional de Salud al departamento, que permita fortalecer las acciones que se adelantan desde la Secretaría de Salud Departamental y que contribuya a la ardua labor que se realiza con los municipios en pro de

dar cumplimiento con las responsabilidades en la vigilancia en salud pública.

- Mejorar la utilización de herramientas de búsqueda activa institucional como el SIANIESP y RIPS para fortalecer la captación de casos y su correspondiente notificación al Sivigila.
- Lograr la captación oportuna de los casos de eventos, la notificación de todos aquellos casos que cumplan con la definición de caso y realizar los ensayos de laboratorio necesarios para la confirmación de los que así lo requieran, son estrategias ya establecidas en el Departamento, en las que se debe trabajar constantemente, así como en mejorar los tiempos de ajuste de los casos que lo requieran
- Se debe reforzar la capacitación de los trabajadores que ingresan datos al Sivigila para disminuir los errores en la clasificación inicial de casos. Verificar el correcto y total diligenciamiento de variables en las fichas de notificación (datos básicos y complementarios) que permitan tener coherencia con los hallazgos de la historia clínica y su manejo, así como la calidad del dato y procesamiento de la información obtenida.
- Fortalecer las acciones de seguimiento de la resolución 2465 de 2016 por la cual se adoptaron los patrones y puntos de corte para clasificación antropométrica en menores de 18 años, de 18 a 64, mujeres gestantes y la implementación de la ruta de atención de los casos de desnutrición aguda en los municipios del Departamento de Casanare.
- Para el evento de bajo peso fortalecer las acciones de salud sexual y reproductiva como las actividades de promoción y prevención realizadas desde las IPS en los controles prenatales, con el fin de disminuir la incidencia de casos especialmente en el grupo de madres adolescentes.
- Articular las acciones de vigilancia nutricional con los programas de seguridad alimentaria y nutricional ejecutados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar demás entidades que trabajan con el tema en el Departamento.

Al nivel nacional:

- Mantener y fortalecer las actividades de acompañamiento y asistencia técnica personalizada continua por parte del Instituto Nacional de Salud al departamento, que permita fortalecer las acciones que se adelantan desde la Secretaria de Salud de Casanare y que contribuya a la ardua labor que se realiza con los municipios en pro de dar cumplimiento con las responsabilidades en la vigilancia en salud pública.

***La información contenida en el presente informe se obtuvo a partir de los datos del SIVIGILA Departamental y las realimentaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud; por lo tanto, pueden variar respecto a los datos reportados a nivel nacional en la medida en que el INS realice ajustes, depuración y emita datos oficiales.***