

ANÁLISIS DE LA TEMPORALIDAD DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2013 AL 2016 EN BOGOTÁ D. C.

I Semestre de 2013 a 2016



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Coordinación General del Documento

Directora (e) de Epidemiología, Análisis y Gestión
de Políticas de Salud Colectiva
Daibeth Elena Henríquez Iguarán

Autores

Vigilancia en Salud Pública ERA
Paula Borda, Sandra C. Montoya, Yaniz Hernández,
Sol Yiber Beltrán, Katalina Medina, - Línea de Calidad
de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética, Leslie
Torres – Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Laboratorio de Salud Pública
Sandra Gómez, Hernán Vargas

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Ronald Ramírez López

Diseño y Diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía
www.saludcapital.gov.co

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2016
www.saludcapital.gov.co

TABLA DE CONTENIDO

1. Morbilidad por ERA	5
2. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	7
3. Circulación de virus respiratorios de notificación obligatoria 2013-2016	8
4. Mortalidad por ERA	10
4.1 Mortalidad por Neumonía	10
5. Vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria de los efectos en salud respiratoria asociados a la contaminación del aire	12
6. Vacunación de Neumococo e Influenza	14
7. Suficiencia de camas	16
8. Plan de acción para la intervención de la Enfermedad Respiratoria Aguda	17
9. CONCLUSIONES	19
10. BIBLIOGRAFÍA	20

ANÁLISIS DE LA TEMPORALIDAD DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2013 AL 2016 EN BOGOTÁ D. C.

Las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) incluye a un conjunto de enfermedades que afectan el sistema respiratorio, pueden ser causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con una evolución menor a 15 días; representan una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la hospitalización y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad. Estas enfermedades afectan a toda la población pero, fundamentalmente, a los menores de cinco años y a las personas de 65 y más años (1).

La Secretaría Distrital de Salud desarrolla diferentes estrategias asociadas a la vigilancia en salud pública de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), entre las cuales se encuentran: morbilidad por ERA, vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) y mortalidad por neumonía. Así como la vigilancia epidemiológica ambiental y sanitaria de los efectos en salud respiratoria asociados a la contaminación del aire para consolidar y analizar la información, con el fin de orientar las intervenciones que permitan mejorar la salud respiratoria y la calidad de vida de la población.

Por lo anterior, el objetivo del presente boletín es realizar un análisis histórico de las estrategias asociadas al comportamiento de la ERA en las 20 primeras semanas epidemiológicas de los años 2013 al 2016 en el Distrito Capital.

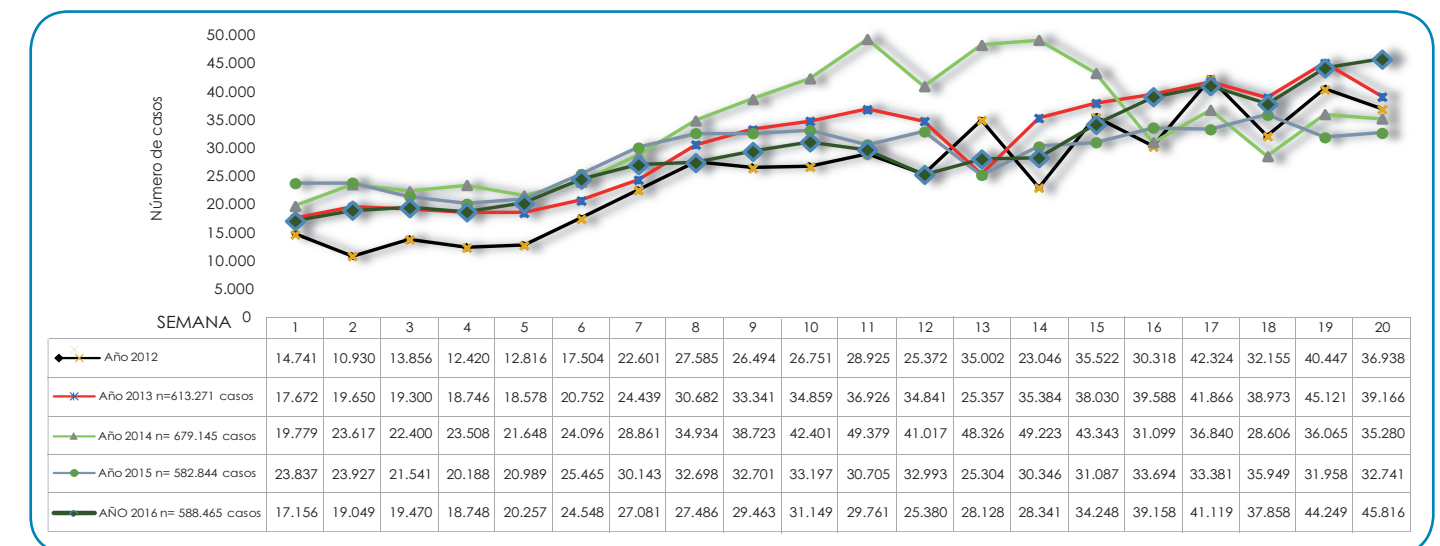
ESTRATEGIAS ASOCIADAS A LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL EVENTO

1. Morbilidad por ERA

En Bogotá, la presencia del primer pico de ERA se presenta en las primeras 20 semanas epidemiológicas asociado a la variabilidad climática, el aumento de la circulación viral y la contaminación; históricamente se observa que el pico respiratorio inicia a partir de la semana epidemiológica 6 (segunda semana del mes de febrero) con un máximo en la semana 10, correspondiente a la segunda semana de marzo, con un promedio de 30.000 casos semanales de Enfermedad Respiratoria Aguda en todos los grupos de edad.

En los últimos 4 años, el 2014 presentó la mayor notificación del evento en el periodo de análisis y el 2015 la menor notificación reportada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Para el año 2016 se ha reportado un total de 588.465 casos de ERA a nivel ambulatorio y hospitalario en todos los grupos de edad de todas las instituciones que notifican morbilidad por ERA, sean públicas o privadas (gráfico 1).

Gráfico 1. Comportamiento de la morbilidad por ERA (a semana epidemiológica 20 Bogotá D. C., años 2013 a 2016)



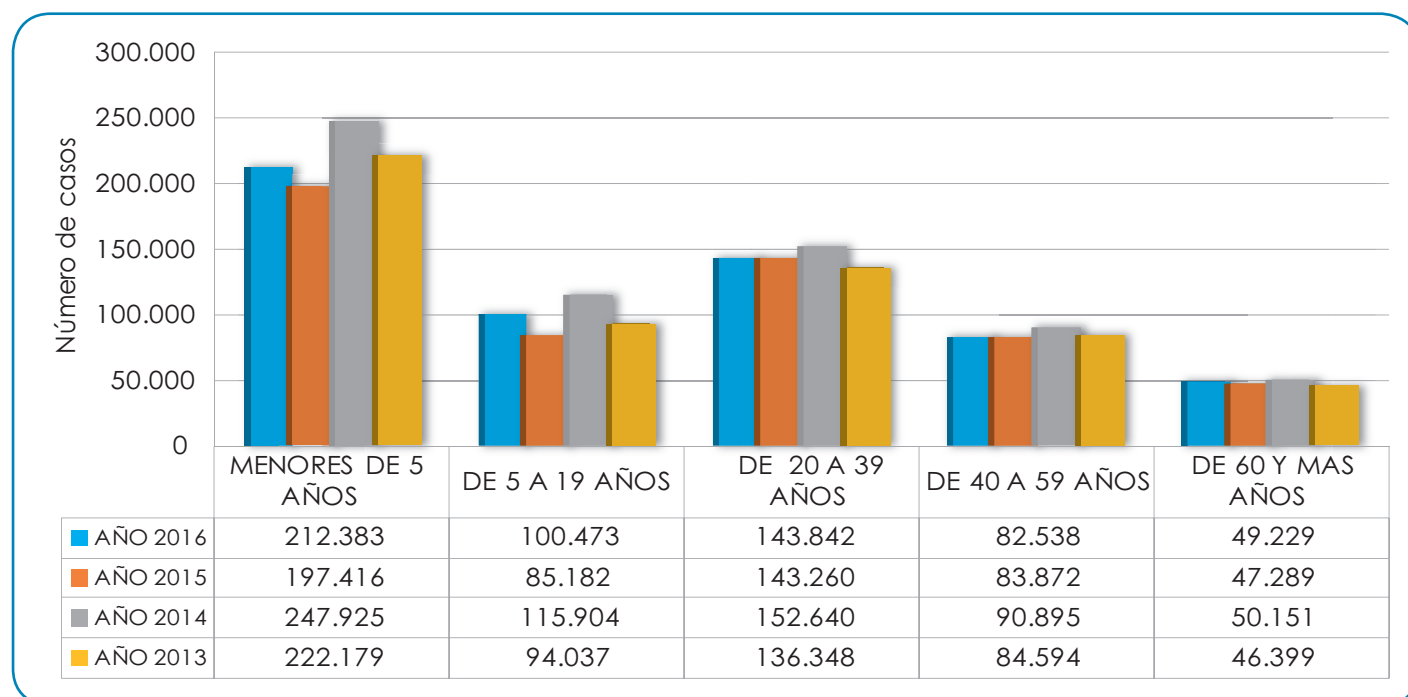
Fuente: Secretaría Distrital de Salud - SIVIGILA. Grupo Técnico de Vigilancia en Salud Pública de ERA. Datos preliminares semana epidemiológica 20 Fecha de corte 21 de mayo de 2016.

Al revisar el comportamiento de los casos en los grupos de edad se encuentra una situación similar en todos los años 2013 a 2016, donde el grupo más afectado por la ERA son los niños menores de 5 años que corresponde al 38% de casos atendidos en los servicios de urgencias y hospitalización, seguido del grupo de 20 a 39 años que corresponde al 24% durante el primer pico respiratorio anualmente (gráfico 2)

Con respecto al impacto de la enfermedad se observó un descenso en la hospitalización de los casos reportados por la red pública y privada al SIVIGILA general por ERA en el distrito de un 5,5% (32.348 casos) de hospitalización en el 2013 al 4,7% (27.753 casos) en el 2016 en el mismo periodo, dejando ver que el manejo del evento por consulta externa ha aumentado.

En la actualidad el Distrito Capital cuenta en el servicio de hospitalización con un total de 13.909 camas (11.098 camas en prestadores privados y 2.811 camas de prestadores públicos). De éstas, el 22% (n=3.182 camas) están registradas para la atención de población pediátrica y el 88% (n=10.727) para la atención de población adulta (3).

Gráfico 2. Casos notificados de morbilidad por ERA por grupos de edad (a semana epidemiológica 20. Bogotá D. C., años 2013 a 2016)

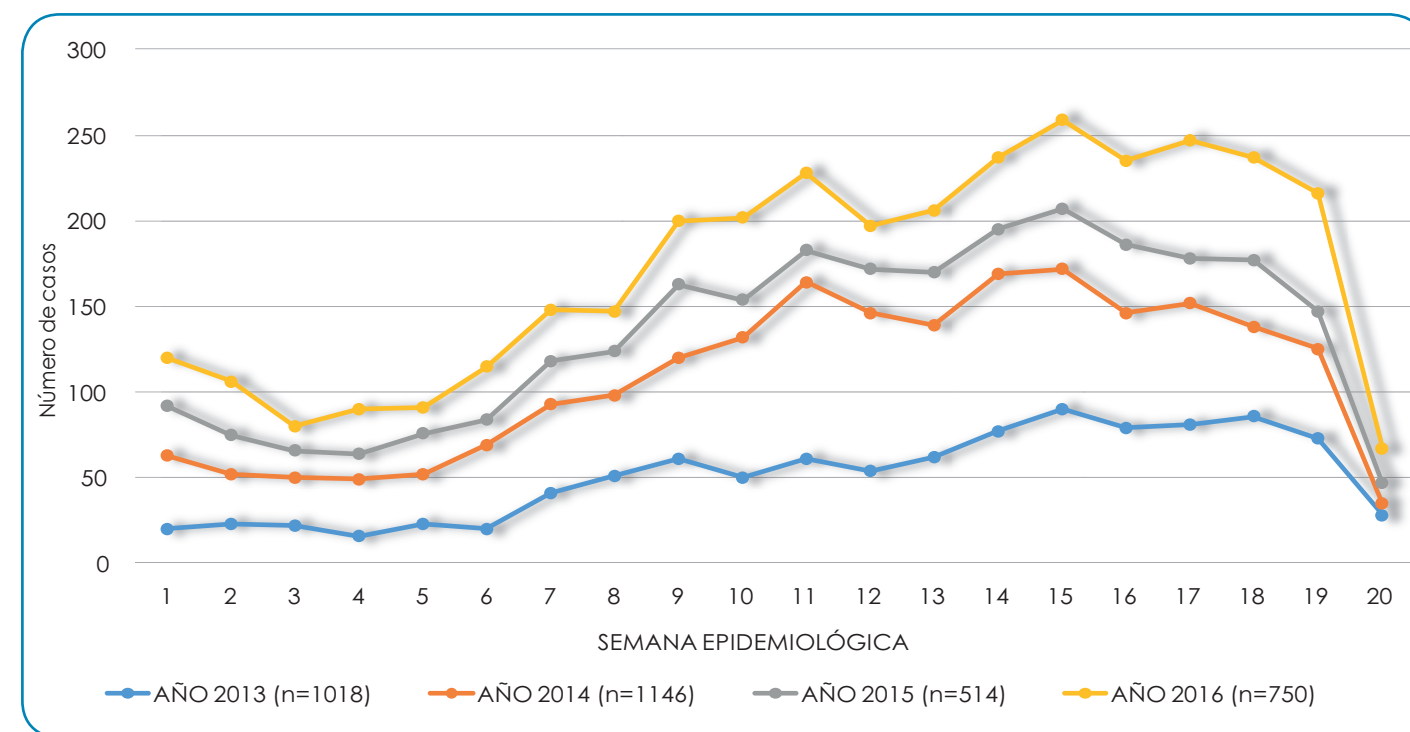


Fuente: Secretaría Distrital de Salud - SIVIGILA. Grupo Técnico de Vigilancia en Salud Pública de ERA. Datos preliminares fecha de corte 21 de mayo de 2016.

2. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

Con el fin de establecer el comportamiento de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en la ciudad, la Secretaría Distrital de Salud ha implementado la vigilancia centinela en 5 hospitales de la ciudad (Hospital El Tunal, Hospital Santa Clara, Hospital Kennedy, Hospital de Suba y la Fundación Cardioinfantil). Se observa, que para los años 2013 – 2016 la notificación de IRAG para todos los grupos de edad presenta una tendencia al aumento a partir de la semana 8 (última semana de febrero) con un máximo en la semana 15 (gráfico 3).

Gráfico 3. Número de casos de IRAG reportados por UPGD Centinelas del Distrito. (A semana epidemiológica 20. Bogotá D. C., años 2013 a 2016)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - SIVIGILA. Grupo Técnico de Vigilancia en Salud Pública de ERA. Datos preliminares fecha de corte 21 de mayo de 2016.

3. Circulación de virus respiratorios de notificación obligatoria 2013-2016

Como apoyo a la vigilancia de ERA, el Laboratorio de Salud Pública recepcionó y procesó en los últimos cuatro años a SE20 3707 muestras, mostrando la mayor positividad viral en el 2013 seguido del 2014 y 2016 respectivamente, (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la positividad viral por año a SE20, 2013 a 2016. Bogotá, LSP

AÑO	Número de muestras	% De positividad
2013	876	53
2014	1319	33.4
2015	690	20.2
2016	822	26.1

Fuente: Sistema de información del Laboratorio de Salud Pública 2013-2014-2015-2016.

El análisis del comportamiento del virus de Influenza A estacional y pandémico mostró que el subtipo estacional estuvo presente en las primeras cinco SE del año 2013, con un 30.4% de positividad para la SE4. Durante el 2014 circuló en las 20 primeras semanas presentando el mayor porcentaje de positividad (19,4%) en la SE12, en el 2015 y 2016 no se evidenció circulación.

Con relación a la Influenza A H1N1 mostró una circulación constante después de la SE 5 a la SE 20 del 2013, la cual desplazó al virus Influenza A estacional. En el 2014 presentó circulación intermitente en las SE 1, 4, 5 y 9. Para el 2015 circuló hasta la SE10, desplazando la influenza estacional tal como sucede en las primeras 20 SE del 2016; esto demuestra que hay circulación del Influenza AH1N1 en lo que se lleva del año 2016.

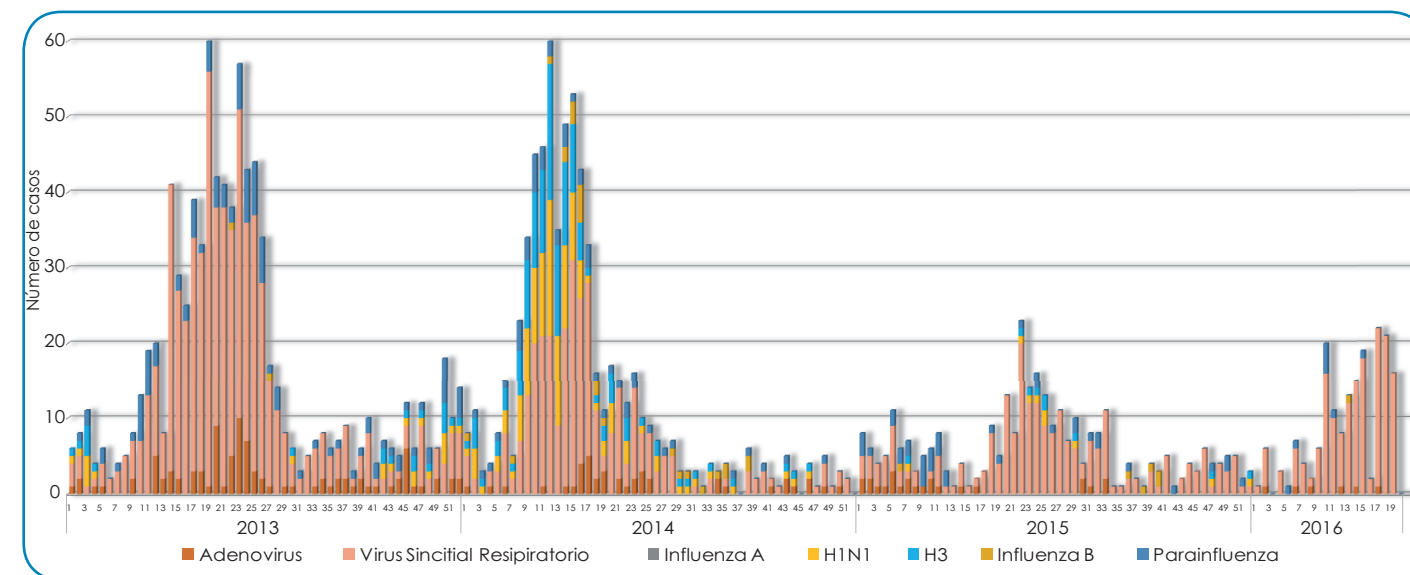
El VSR mantiene un patrón de circulación permanente durante las primeras 20 SE de los años 2013, 2014 y 2016 con una frecuencia de positividad acumulada de 29, 16 y 21% respectivamente. Para el 2015 en el mismo periodo de tiempo analizado la circulación disminuyó con un 9% de positividad acumulada en las primeras 20 SE.

La circulación de Adenovirus fue constante de las SE 1 a 20 en los años 2013 y 2015 con una positividad acumulada de 3.1 y 2.8% respectivamente. En el 2014 y 2016 se presentó una disminución de positividad acumulada de 1.5 y 0.7% respectivamente (gráfico 4).

El análisis del canal endémico que nos permite conocer el comportamiento de los virus respiratorios de la SE 1 -20 de los años 2010-2015 fue construido a partir de la positividad para

todos los virus respiratorios de los años en mención (Módulos de principio de epidemiología para control de enfermedades. segunda edición. OPS.2002).

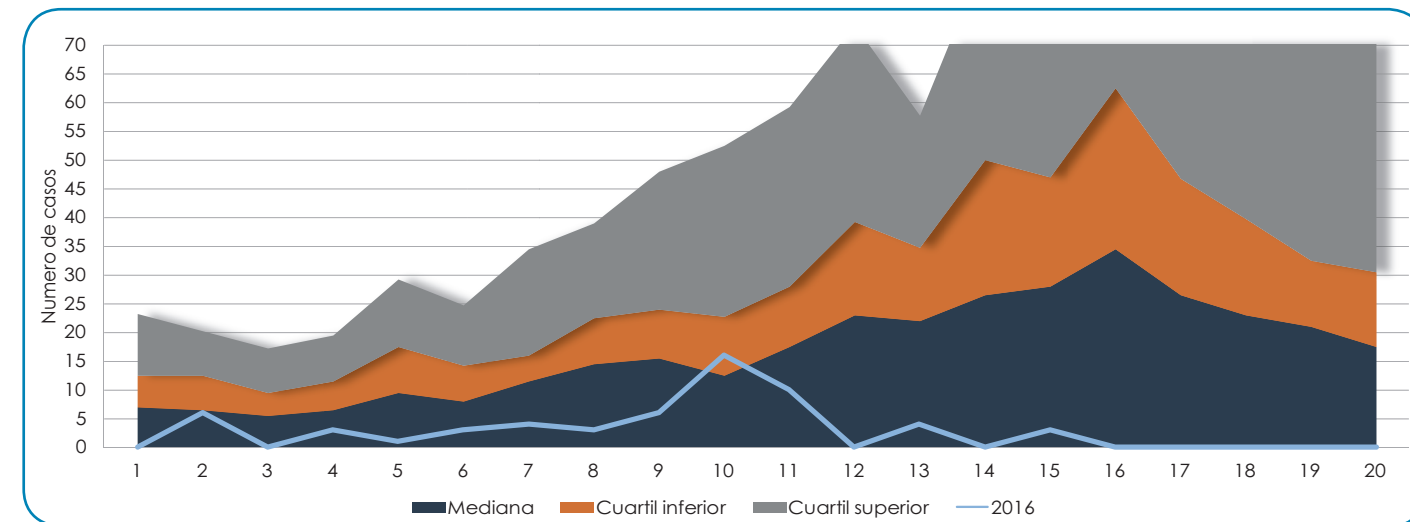
Gráfico 4. Circulación de virus respiratorios de notificación obligatoria. Bogotá D. C., años 2013 a 2016, Laboratorio de Salud Pública



Fuente: Sistema de información del Laboratorio de Salud Pública 2013-2014-2015 – SE20 de 2016.

Este análisis muestra que los casos presentados en el 2016 se ubican dentro de la zona de éxito, representando el comportamiento esperado del evento en el periodo estudiado.

Gráfico 5. Corredor endémico de virus respiratorios. Bogotá D. C., años 2010 a 2016. SE 1 - 20



Fuente: Sistema de información del Laboratorio de Salud Pública 2010-2016.

4. Mortalidad por ERA

A corte del 30 de abril del 2016 por base de datos de estadísticas vitales se reportan 28 muertes en menores de 5 años por ERA (datos preliminares). De estos 28 casos, 19 corresponden a neumonías y 9 a Infección Respiratoria Aguda.

A la fecha se han descartado 5 casos relacionados a continuación:

1 caso descartado de Neumonía por cardiopatía congénita y descompensación hemodinámica.

4 casos descartados por Infección Respiratoria Aguda (IRA): 1 caso por Hipoxia neonatal, 1 caso por Síndrome Proliferativo, 1 caso por Fibrosis Quística y 1 caso por Artrogriposis Múltiple y Angioplastia Congénita.

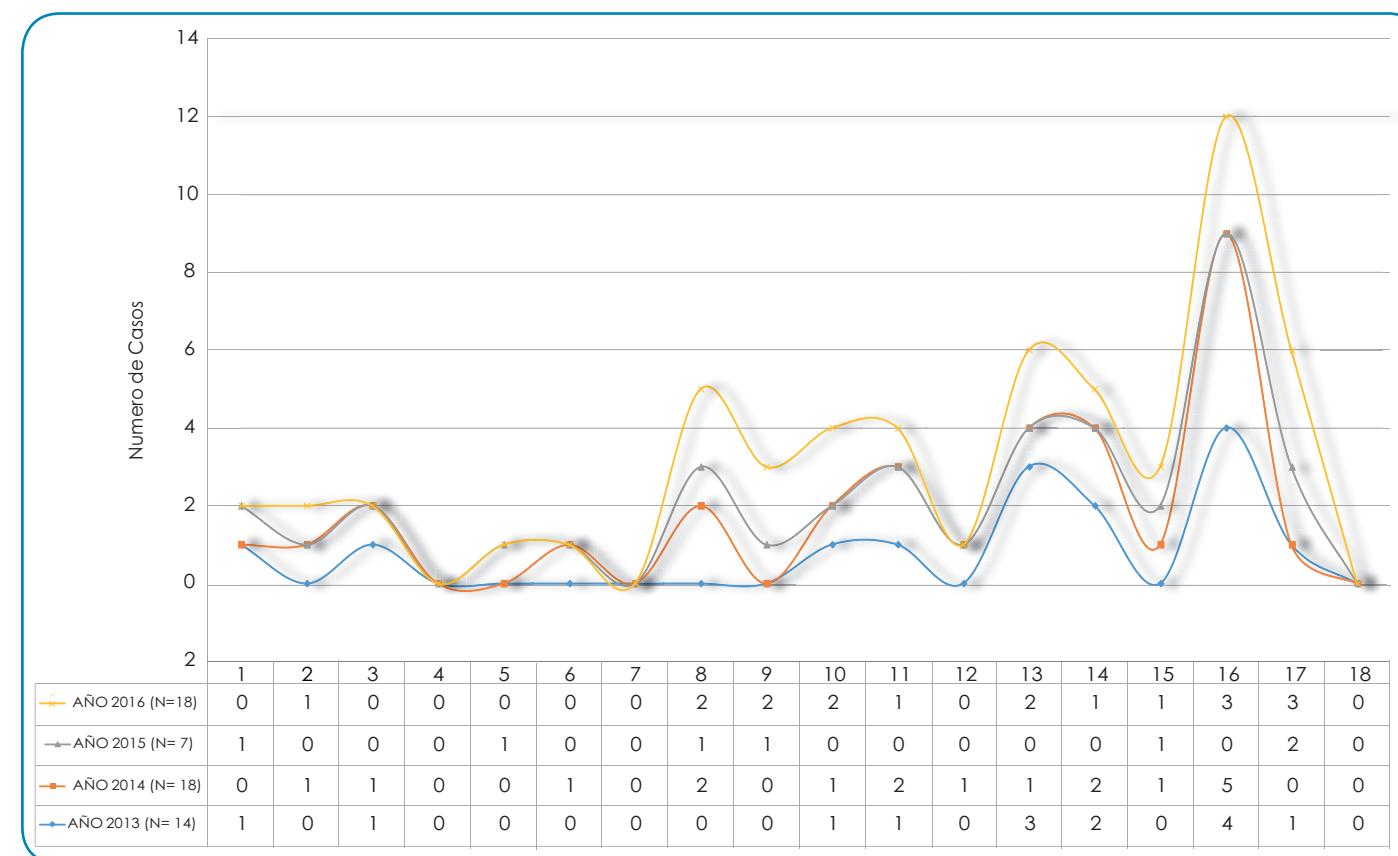
De acuerdo a lo anterior, a 30 de abril de 2016 se registran 23 fallecidos por ERA: 18 Neumonías y 5 Infecciones Respiratorias Agudas (Datos preliminares); casos que se encuentran en estudio en unidades de análisis.

4.1 Mortalidad por Neumonía

La mortalidad por neumonía se presenta en mayor proporción en las semanas epidemiológicas 13 a 18 en los años analizados; en el año 2016 se han reportado a 30 de abril por estadísticas vitales 18 casos (datos preliminares). De estas mortalidades, los niños más afectados fueron los menores de 1 año donde de 14 casos 5 (37.5%) se les identificó como perfil de riesgo: antecedentes de prematurez, bajo peso al nacer, displasia broncopulmonar, oxígeno permanente, bajo peso para la talla y patología de base. En los mayores de 1 año con 4 casos 1 (25%) se identificó comorbilidades como desnutrición y patología de base.

Es importante resaltar que las localidades con mayor número de casos en el año 2016 son Bosa (n=4), Ciudad Bolívar (n=3 casos) y Suba (n=2 casos), lo que corresponde al 50% de los casos reportados. En cuanto a la distribución por régimen de afiliación al sistema de seguridad social el 55.6% corresponde al régimen contributivo y el 38.9% al régimen subsidiado; en el 22.2% de los casos se presentaron en la edad de 1 a 4 años y el 77.8% en los menores de 1 año, población que sigue siendo la más afectada por este tipo de patologías.

Gráfico 6. Número de casos de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años por (semana epidemiológica. Bogotá D. C., años 2013 a 2016)

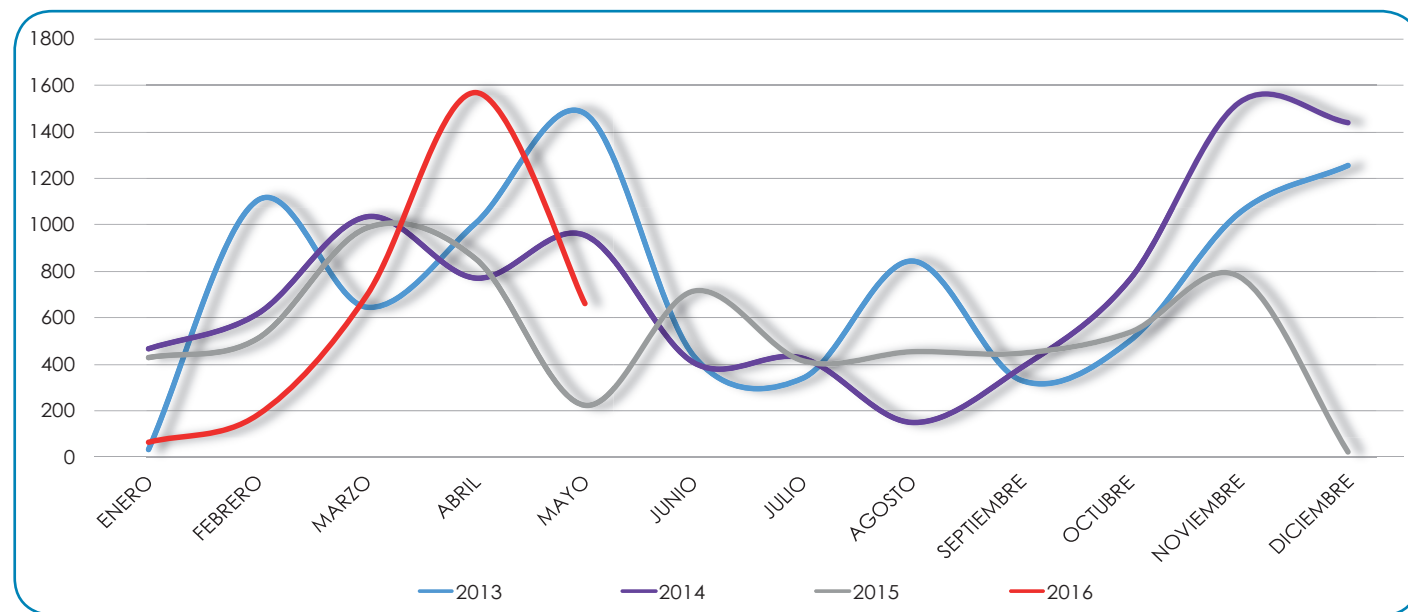


Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Estadísticas Vitales 2013 – 2016. Fuente: Certificado de defunción.- Bases de datos SDS y RUAF.- Preliminares Corte: 30 -04-2016.

5. Vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria de los efectos en salud respiratoria asociados a la contaminación del aire

En Bogotá, el problema de contaminación del aire se da por la presencia de Material Particulado PM 10 y PM 2.5 en la atmosfera. Para el mes de enero de 2016, se presentaron importantes incrementos en la concentración de estos contaminantes en la ciudad, comparados con los años anteriores. Es así que para el PM10 se presentó un aumento en la concentración promedio mensual del 30% y para PM2.5 un aumento del 40%.

Gráfico 7. Excedencias de contaminación del aire por material particulado PM 10 respecto a la norma OMS en Bogotá D. C., años 2013 a 2016



Fuente: Análisis realizado por la Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética 2015-2016 con base en datos de la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá.

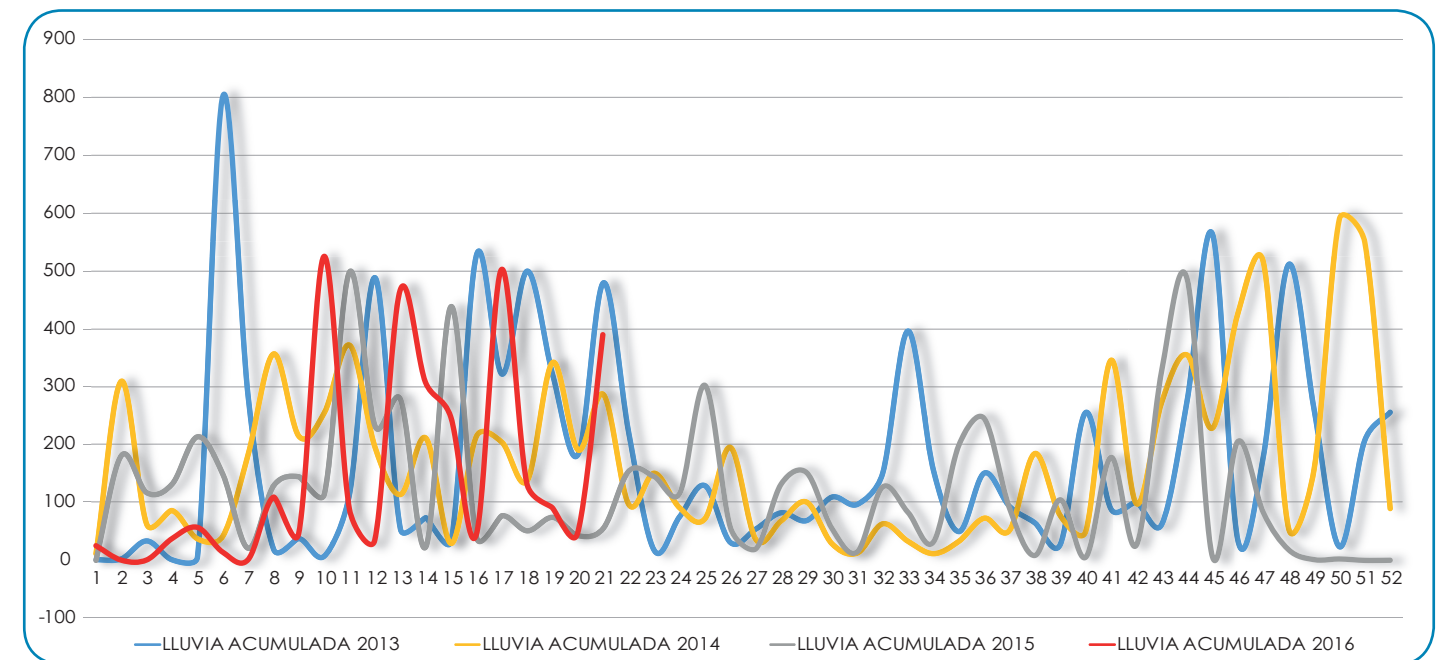
Adicional, para el mes de febrero, se observa un descenso en la concentración de los contaminantes que impactó en las excedencias diarias de la guía establecida por la Organización Mundial de la Salud; sin embargo (PM 10: 50 ug/m3 PM 2.5: 25 ug/m3), este descenso se hizo más notorio por la contaminación del aire atípica presentada en el mes de enero del 2016. Sin embargo, comparando los niveles de material particulado con años anteriores para el mes de febrero, se encontró dentro de los rangos históricos normales a pesar del incendio de los cerros orientales ocurrido en la primera semana de dicho mes.

Posteriormente, para el mes de marzo, se observa un incremento en las excedencias de la Guía OMS en comparación con los años anteriores. Y finalmente en el mes de abril la contaminación del aire se encontró en rangos inferiores a los presentados en los dos últimos años.

El comportamiento de las lluvias de forma mensual 4 años atrás, ha evidenciado que se presenta un régimen bimodal y adicionalmente en el año 2016 se presenta un comportamiento atípico, especialmente en lo que respecta al mes de abril siendo el mes con mayores lluvias en la ciudad en los últimos años, seguido de noviembre de 2014 y mayo de 2013.

Al revisar el comportamiento por semana epidemiológica, se observa que las semanas 10, 13 y 17 del año 2016, son las que más presentan niveles altos de precipitación. Sin embargo, la variabilidad de precipitación en el 2016 es fuerte respecto a los años anteriores, concluyendo que es mayor en tiempos más cortos de duración (gráfico 8).

Gráfico 8. Comportamiento de la precipitación por semana epidemiológica en Bogotá D. C., años 2013 a 2016



Fuente: Datos analizados por Secretaría Distrital de Salud con base en datos registrados por la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá, administrada por la Secretaría Distrital de Ambiente en el mes de mayo de 2016.

6. Vacunación de Neumococo e Influenza

Mediante la estrategia de vacunación de Neumococo e Influenza emitidos por lineamientos del Ministerio de Salud y de la Protección Social se tiene por objeto vacunar a todo los niños y niñas menores de 5 años con fin del prevenir la ERA, se presenta un comparativo de vacunación de los años 2013 al 2015 y 2016 con corte a 30 de abril. La vacuna de Neumococo hace parte del esquema regular de vacunación para menores de 1 año (tabla 2).

Tabla 2. Dosis aplicadas de vacuna de neumococo en población menor de 1 año y 1 año de edad en Bogotá D. C., años 2013 a 2016

AÑOS	NEUMOCOCO			
	POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO		POBLACIÓN DE 1 AÑO DE EDAD	
	1a	2a	REF.	% COBERTURA
2013	106.494	110.955	104.942	93,4
2014	98.722	96.243	101.212	90,0
2015	99.775	99.695	101.969	96,8
2016*	33.982	35.222	33.717	97,2

Fuente: Informe consolidado anual SIS 151- 2013-2015 2016* La información suministrada se tomó de consolidado SIS 151 con corte 30 de abril.

En lo que corresponde al biológico de Influenza se realiza una jornada nacional anual entre los meses de abril a junio para cubrir la población menor de 6 a 23 meses. Según el antecedente vacunal, al realizar un comparativo 2013 a 2015 en la población sujeto a ser intervenido con Influenza por lineamientos nacionales MSPS, se ha dado un cumplimiento mayor del 70%.

En la Jornada de Influenza que inicio el 7 de mayo 2016 a nivel Distrital para todos los niños de 6 a 23 meses, como estrategia de intensificación se estableció que la población de 2 a 5 años de edad en las localidades de Ciudad Bolívar en el 100%, e intervención en las UPZ Suba (Rincón) y Bosa (Bosa Central) donde se han presentado el mayor número de mortalidades por Neumonía en el Distrito (tabla 3).

Tabla 3. Dosis aplicadas de vacuna de Influenza en población menor de 1 año y 1 año de edad en Bogotá D. C., años 2013 a 2016

AÑOS	INFLUENZA									
	POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO			POBLACION DE 1 AÑO					DE 24 MESES A 35 MESES	
	1a	2a	% COBERTURA	1a	2a		ÚNICA	% COBERTURA	1a	ÚNICA
2013	49.603	38.190	77,0	42.361	37.772	89,2	28.621	51,0	Durante este periodo no se vacuno en estas edades	
2014	65.410	49.588	75,8	42.695	38.323	89,8	35.107	62,5		
2015	74.075	52.509	70,9	37.031	31.153	84,1	41.719	79,2		
2016*	22.090	0		9.373	0		52.671		158	938

Fuente: Informe consolidado anual SIS 151- 2013-2015 2016* La información suministrada se tomó de consolidado SIS 151 con corte 30 de abril

7. Suficiencia de camas

Frente a las estimaciones de demanda potencial de egresos en el D. C., calculada con una población de 7.878.783 habitantes (proyección de población a 2015 según Censo DANE 2005) y una frecuencia de uso del servicio de hospitalización general de 0.15198 (frecuencia de uso estimada por la SDS al año 2014), se esperaría una demanda de 1.197.418 egresos, para lo cual sería necesario un total de 14.581 camas (calculadas a un promedio día estancia general de hospitales de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de 4.0 días al año 2015 y un porcentaje ocupacional del 90%, según estándares de calidad definidos por la OMS).

En la actualidad el Distrito Capital cuenta en el servicio de hospitalización con un total de 13.909 camas (fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, a febrero 25 de 2016), 11.098 camas en prestadores privados y 2.811 camas de prestadores públicos. De éstas, 3.182 camas están registradas para la atención de población pediátrica y 10.727 para la atención de población adulta. Frente al requerimiento de 14.581 camas, las 13.909 camas registradas en el REPS, serían insuficientes existiendo un faltante de 671 camas.

Para una población menor de 18 años de 2.187.041 habitantes y una frecuencia de uso estimada del servicio de hospitalización pediátrica de 0,1396, se esperaría una demanda de 305.281 egresos, para lo cual sería necesario un total de 3.597 camas pediátricas (a un promedio día estancia de 3.87 del año 2015). Frente a este requerimiento, las 3.182 camas registradas en el REPS, serían insuficientes existiendo un faltante de 415 camas.

Frente a la población mayor de 18 años de 5.691.742 habitantes y una frecuencia de uso estimada del servicio de hospitalización adultos de 0.15198, se esperaría una demanda de 865.031 egresos, para lo cual sería necesario un total de 10.983 camas adulto (a un promedio día estancia de 4.17 del año 2015). Frente a este requerimiento las 10.727 camas registradas en el REPS, no serían suficientes, existiendo un faltante de 256 camas. Esta deficiencia incluye las necesidades de la totalidad de la población en todos los regímenes.

Es necesario precisar que de acuerdo a lo analizado se encuentra que en la red pública presentarían problemas para la atención de esta población, las subredes sur occidente (faltante de 68 camas) y norte (déficit de 25 camas), las cuales deben ser complementadas por las otras dos subredes para cubrir los déficits que presenta en el servicio de hospitalización. Esta situación, soporta la necesidad de desarrollar a corto plazo nuevas infraestructuras que permitan complementar los servicios existentes.

8. Plan de acción para la intervención de la Enfermedad Respiratoria Aguda

Como parte de la respuesta al comportamiento del evento, se adelantan las siguientes acciones por componente:

» **Coordinación, implementación y actividades de alistamiento para plan de respuesta**

Comité Distrital para la Prevención y Atención de la Enfermedad Respiratoria Aguda, encargado de realizar el seguimiento a fin de formular respuestas para la promoción de los entornos saludables, la prevención de la enfermedad y su atención.

Publicación de la de la circular 009 de junio del 2015 y circular 008 del 8 de mayo del 2016, con recomendaciones para los periodos de los picos respiratorios presentados.

Como respuesta a la emergencia distrital sanitaria en Bogotá, de los servicios de urgencias, se genera el Decreto 063 del 5 de febrero de 2016, donde se definen las estrategias de abordaje para el desarrollo de la declaratoria de la emergencia sanitaria, las cuales están orientadas a prevenir y mitigar los posibles efectos que ocasione la sobreocupación de los servicios de urgencias en las instituciones prestadoras del Distrito Capital.

» **Componente de Promoción y Prevención**

Articulación intersectorial con Secretaría de Integración Social e ICBF, para implementación y fortalecimiento de acciones de promoción y prevención (barrido de brotes en jardines, implementación estrategia de lavado de manos comunitaria, capacitación en AIEPI) en las instituciones de la primera infancia, con seguimiento en reunión mensual.

99% de los equipos territoriales de las localidades del Distrito capacitados en identificación de perfil de riesgo en ERA y DNT.

Se han implementado acciones en la localidad de Ciudad Bolívar en las UPZ Jerusalén, San Francisco y Lucero con los siguientes resultados: 187 niños identificados con perfil de riesgo de 635 visitados – 29%, 171 niños canalizados de los 187 identificados con perfil de riesgo -91.4%, canalizaciones efectivas dato preliminar 44 – 26%.

» **Atención reforzada**

Seguimiento a la notificación y atención en las 113 salas ERA del Distrito.

Compromiso con aseguradoras y coordinadores de servicios de pediatría donde se definió el perfil de riesgo de los menores en los que se debe priorizar la hospitalización y la toma de hemocultivo.

Desde Aseguramiento se realizó visita a las EPS Capital Salud que reporta un número importante de casos de mortalidad y Cruz Blanca que corresponde al régimen contributivo, donde se dejó plan de mejoramiento frente a la implementación del plan de respuesta ERA

En las acciones de las EAPBs se verifica la disponibilidad de dispositivos médicos, medicamentos y buen estado de los equipos biomédicos requeridos para la atención en cada una de las UPSS, además de evaluar el seguimiento a la implementación de los planes de respuesta de los puntos de atención priorizados y así mismo la implementación de estrategias de ajuste para mejorar la oportunidad en la atención en cada Subred Integrada de Servicios de Salud.

» **Vacunación**

En el componente de vacunación se estableció una estrategia de intensificación de influenza en niños de 6 meses a 5 años en la localidad de Ciudad Bolívar, además de barridos en las localidades de Suba y Bosa en las UPZ priorizadas, e intensificación de vacunación de influenza en las demás localidades, donde se ha tenido una cobertura de vacunación del 55.5% en la localidad de Ciudad Bolívar, en Bosa del 41,6% y en Suba del 61,4%.

» **Plan de medios**

Publicación de boletines epidemiológicos del comportamiento de la Enfermedad Respiratoria Aguda en el distrito y de circulación viral semanal; se ha entregado piezas comunicativas con las medias de prevención y promoción de la ERA y lavado de manos en las redes sociales, espacios públicos y comunitarios.

9. CONCLUSIONES

Cada dos años se tiene un aumento debido a un comportamiento en las condiciones meteorológicas, en lo que corresponde a la incubación y propagación de virus respiratorios que ayuda a incrementar la enfermedad.

Como parte del análisis comparativo realizado de la circulación de virus respiratorios de notificación obligatoria en los años 2013-2016, se puede evidenciar que el VSR es el más frecuente en los picos respiratorios y se observa el desplazamiento gradual de influenza A estacional por Influenza A pandémico en los casos notificados como IRAG.

La mortalidad por neumonía en el distrito afecta a los niños menores de 1 año, con factores de riesgo como antecedentes de prematurez, bajo peso al nacer, displasia broncopulmonar, oxígeno permanente, bajo peso para la talla y patología de base y en mayores de 1 año con comorbilidades como desnutrición o alguna patología de base.

Históricamente, los meses de junio y julio se han caracterizado por el descenso de los niveles de contaminación del aire por material particulado PM 10, comportamiento que es directamente proporcional PM 2.5 en la ciudad, y que se espera sea el mismo de los años anteriores.

Para el 2016 el Programa Ampliado de Inmunización ha dado cumplimiento a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud para el cumplimiento del esquema en la población menor de 1 año.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Infección Respiratoria Aguda (IRA), PRO-R02.010 Versión 05, 2016 – 05 – 03.
2. Neumonía nota descriptiva N°33, noviembre de 2015, WHO Media centre Centro de Prensa de la OMS.
3. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud a febrero 25 de 2016.
4. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de Salud. En <http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>. Consultada agosto 2011.
5. "MORTALIDAD POR NEUMONIA EN NIÑOS Y NIÑAS EN LOS EEUU, 1939 a 1996" (NEJM) Volumen 342 Mayo 11, 2000 Número 19.
6. SDS, OPS, INS Vigilancia intensificada de la IRA G en hospitales del Distrito Capital. Informes de avance diciembre 2011.
7. Ciruela P, Broner S, Izquierdo C, Hernández S, Muñoz-Almagro C, Pallarés R, Jané M, Domínguez A; Working Group of Invasive Pneumococcal Disease of Catalonia. Invasive pneumococcal disease rates linked to meteorological factors and respiratory virus circulation (Catalonia, 2006-2012). BMC Public Health. 2016 May.13;16(1):400.
8. Informe Respuesta Eventos de Interés en Salud Pública (EISP)- Enfermedad Respiratoria Aguda ERA, Dirección Provisión de Servicios de Salud. Periodo: enero a mayo 27 de 2016.
9. Remolina YA, Ulloa MM, Vargas H, Díaz L, Gómez SL, Saavedra A, Sánchez E, Cortés JA. Viral Infection in Adults with Severe Acute Respiratory Infection in Colombia. PLoS One. 2015 Nov 17; 10(11).

