



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

BOLETIN ERA No 24

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Número 24

31 de julio de 2006

QUE PASO CON LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (ERA) EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO CAPITAL EN EL AÑO 2005

INTRODUCCIÓN

Se realiza un estudio de tipo descriptivo a partir de los casos de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años registrados en los certificados de defunción por parte de la Secretaría de Salud de Bogotá correspondientes al año 2005.

En los certificados de defunción se tuvo en cuenta los diagnósticos compatibles con ERA, independientemente que estuvieran registrados en el ítem de “causa directa”, “causas antecedentes” y “otros factores patológicos importantes”. Lo anterior implicó el análisis de causas múltiples sobre el de causa básica de mortalidad.

Otra fuente de información fue los análisis de caso realizados a partir de los comités de vigilancia epidemiológica (Cove) de los casos de mortalidad por ERA del año 2005.

Para las mortalidades por ERA en menores de 5 años se definieron tres tipos de casos:

1. Casos Confirmados de ERA: Son los casos a partir de los certificados de defunción en los cuales se determina que la enfermedad respiratoria aguda es el principal riesgo atribuible para la mortalidad en el niño o niña menor de 5 años. Esto se determinó al analizar el certificado de defunción, la epicrisis o el análisis de caso COVE, que se realizó en un 40% con toda la historia clínica, y la participación de las diferentes entidades que participaron en su atención,
2. Caso probable de ERA: Son aquellas mortalidades en menores de 5 años en los que aparece un diagnóstico nosológico de ERA como “causa directa”, “causas antecedentes” u “otros factores patológicos importantes”, en el certificado de defunción.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

3. Caso Descartado: Es la mortalidad por ERA en menor de 5 años en el que de determino al analizar el certificado de defunción, la epicrisis o el análisis de caso que se realizó en el Cove que existían otros factores con mayor riesgo atribuible para causas la mortalidad tales como: malformaciones congénitas o prematuridad extrema o encefalopatía.

Se partió de los siguientes diagnósticos de casos de las ERA según el CIE 10:

Para la construcción del indicador trazador de tasa de neumonía se utilizaron los códigos del CIE 10 del J12 al J18, que corresponden a las neumonías.

La definición operativa de la tasa de Mortalidad por neumonía en menores de 5 años fue = Número de defunciones por neumonía en menores de 5 años, en un sitio y tiempo determinados / población total de niños y niñas menores de 5 años en este mismo sitio y tiempo determinados.

Para mantener la comparabilidad con los años anteriores se decidió realizar el análisis conjunto de los casos tanto confirmados, como probables y descartados, y a partir de todos estos casos de mortalidad hacer la caracterización de la mortalidad por ERA en el Distrito Capital. Se describen las variables que están incluidas en el certificado de defunción. Así mismo se realizó un canal endémico de mortalidad por ERA para el año 2005. Los datos de mortalidad por ERA en menores de 5 años son provisionales y pueden variar según ajustes de certificados de defunción o del DANE (Departamento Nacional de Estadística).

CASOS DE MORTALIDAD

Durante El año 2005 se reportaron por certificados de defunción 199 mortalidades por enfermedad respiratoria aguda (ERA) en menores de 5 años ocurridos en Bogotá. Estos casos corresponden a confirmados, probables y descartados. Sin embargo se incluyen todos los casos de mortalidad por ERA para hacer comparable el análisis con el año inmediatamente anterior, es decir el 2004. Ver tabla no. 1

Tabla No. 1 casos de mortalidad por era año 2005 según tipo

| TIPO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------|------------|------------|
| Confirmado | 168 | 84,4% |
| Probable | 12 | 6,0% |
| Descartado | 19 | 9,5% |
| Total | 199 | 100,0% |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

SITIO DE RESIDENCIA

Del total de casos 163 (81,9%) corresponden a niños que residían en Bogotá y 36 casos (18,1%) corresponden a casos con sitio de residencia fuera de Bogotá, principalmente los municipios de Soacha, Funza, Sibate, Tenjo y Madrid en Cundinamarca. La distribución por sitio de residencia es la siguiente, Ver tabla no. 3:

Tabla No. 3 Frecuencia de Casos de mortalidad por ERA según sitio de residencia:

| LOCALIDAD | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| 1. USAQUEN | 5 | 2,5 |
| 2. CHAPINERO | 1 | 0,5 |
| 3. SANTA FE | 4 | 2,0 |
| 4. SAN CRISTOBAL | 12 | 6,0 |
| 5. USME | 11 | 5,5 |
| 6. TUNJUELITO | 4 | 2,0 |
| 7. BOSA | 16 | 8,0 |
| 8. KENNEDY | 18 | 9,0 |
| 9. FONTIBON | 1 | 0,5 |
| 10. ENGATIVA | 17 | 8,5 |
| 11. SUBA | 25 | 12,6 |
| 12. BARRIOS UNIDOS | 2 | 1,0 |
| 13. TEUSAQUILLO | 0 | 0 |
| 14. MARTIRES | 1 | 0,5 |
| 15. ANTONIO NARIÑO | 3 | 1,5 |
| 16. PUENTE ARANDA | 0 | 0 |
| 17. CANDELARIA | 1 | 0,5 |
| 18. RAFAEL URUBE URIBE | 12 | 6,0 |
| 19. CIUDAD BOLIVAR | 26 | 13,1 |
| 20. SUMAPAZ | 0 | 0 |
| FUERA DE BOGOTA | 36 | 18,1 |
| SIN DATO | 4 | 2,0 |
| Total | 199 | 100,0 |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

CONSTRUCCIÓN DEL CANAL ENDÉMICO PARA LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPORATORIA AGUDA EN EL DISTRITO CAPITAL

El canal o índice endémico es un modelo estadístico-epidemiológico el cual se basa en la historia retrospectiva de la enfermedad y sirve para realizar una estimación de los casos esperados en un periodo de tiempo, generalmente un año, y en una población residente en un área determinada. Para establecer la alerta por posibles niveles hiperendémicos en la mortalidad por ERA en menores de 5 años se construyó el canal endémico a partir del número de casos de mortalidad de los años 2000 a 2004. Se omitió intencionalmente los años 1998 y 1999, por se un

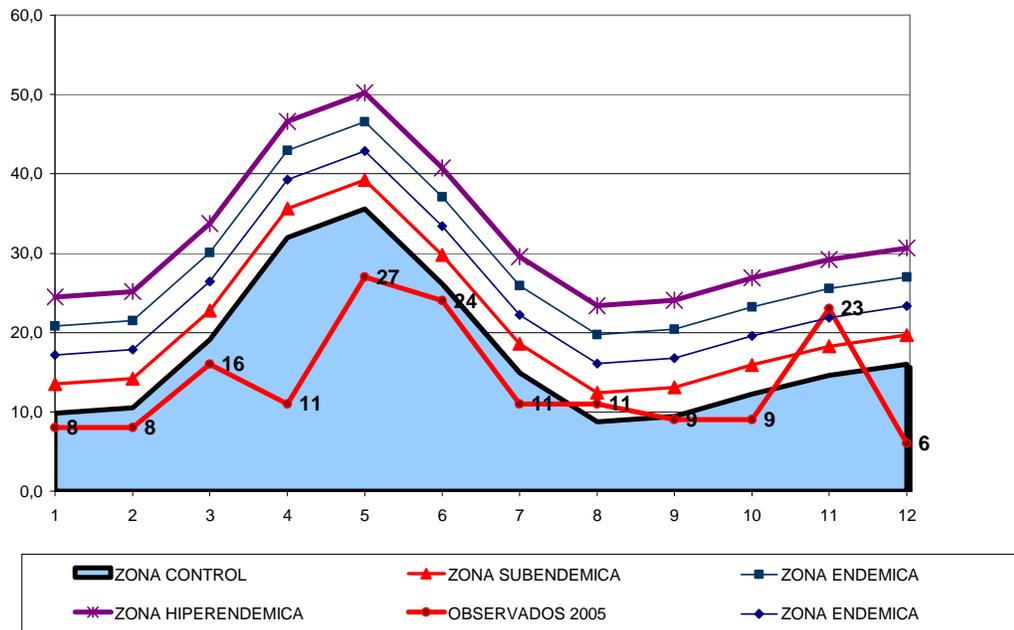


Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

periodo de transición al nuevo sistema de clasificación de enfermedades CIE 10. El gráfico no. 1 muestra el canal endémico para el año 2005 en el cual se observa la estacionalidad de la mortalidad por ERA en los menores de 5 años residentes en Bogotá, con un pico que inicia en febrero es máximo en el mes de mayo y comienza a disminuir los meses de junio y julio. En el segundo semestre también se observa un pico que inicia en el mes de octubre aunque de menor intensidad. En el gráfico se observa la frecuencia de casos de mortalidad por ERA del año 2005 de niños residentes en Bogotá. En general los casos se mantuvieron en la “zona de Control”, a excepción de dos picos uno de menor intensidad en agosto y otro en noviembre.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Nivel Endémico Mortalidades ERA
2000-2005



CASOS DE MORTALIDAD POR ERA, NEUMONÍA Y TASA POR LOCALIDAD

La tabla no. 4 muestra el número de casos de ERA y de neumonía por localidad, resaltándose que los casos de neumonía es decir los códigos CIE10 del J12 a J18, constituyen el 80 % de las Enfermedades Respiratorias Agudas. (ERA). Las localidades con mayor tasa de mortalidad por neumonía en menores de años son: Rafael Uribe, Uribe, Santa Fe, Candelaria, Suba, Barrios Unidos, Ciudad Bolívar y Usme.

Tabla no. 4 Casos de mortalidad por ERA y tasa de neumonía por localidad Año 2005



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

| LOCALIDAD | Frecuencia ERA | Frecuencia Neumonía | Población menor de 5 años | Tasa de Neumonía por 100.000 |
|------------------------|----------------|---------------------|---------------------------|------------------------------|
| 1. USAQUEN | 5 | 4 | 41.006 | 9,75 |
| 2. CHAPINERO | 1 | 1 | 7.700 | 12,99 |
| 3. SANTA FE | 4 | 4 | 10.836 | 36,91 |
| 4. SAN CRISTOBAL | 12 | 8 | 44.530 | 17,97 |
| 5. USME | 11 | 8 | 36.343 | 22,01 |
| 6. TUNJUELITO | 4 | 3 | 21.530 | 13,93 |
| 7. BOSA | 16 | 15 | 74.772 | 20,06 |
| 8. KENNEDY | 18 | 15 | 88.732 | 16,90 |
| 9. FONTIBON | 1 | 1 | 29.342 | 3,41 |
| 10. ENGATIVA | 17 | 13 | 70.245 | 18,51 |
| 11. SUBA | 25 | 21 | 72.602 | 28,92 |
| 12. BARRIOS UNIDOS | 2 | 1 | 12.870 | 7,77 |
| 13. TEUSAQUILLO | 0 | 0 | 7.225 | 0,00 |
| 14. MARTIRES | 0 | 0 | 7.761 | 0,00 |
| 15. ANTONIO NARIÑO | 1 | 1 | 8.441 | 11,85 |
| 16. PUENTE ARANDA | 3 | 2 | 24.914 | 8,03 |
| 17. CANDELARIA | 1 | 1 | 2.336 | 42,81 |
| 18. RAFAEL URUBE URIBE | 12 | 11 | 33.779 | 32,56 |
| 19. CIUDAD BOLIVAR | 26 | 22 | 98.529 | 22,33 |
| 20. SUMAPAZ | 0 | 0 | 585 | 0,00 |
| FUERA DE BOGOTÁ | 36 | NA | | NA |
| SIN DATO | 4 | 4 | 3924 | NA |
| Total | 199 | 135 | 698.002 | 19,34 |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

COMPARATIVO AÑO 2004-2005

La no. 5 muestra el comparativo de casos de neumonía y tasas por localidad año 2004 y 2005. Se muestra que si bien hay una disminución de la tasa Distrital, en algunas localidades la tasa de mortalidad por neumonía se mantuvo igual o aumento entre el año 2004 y 2005. Las localidades que presentan aumento son Suba, Antonio Nariño, Santafe, Bosa, Engativa, Fontibón y Candelaria.

Tabla No. 5 Comparativo mortalidad por neumonía según lugar de residencia



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

| LOCALIDAD | CASOS | | TASA X 100.000 | |
|--------------------|-------|------|----------------|-------|
| | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 |
| 1. USAQUEN | 0 | 4 | 0,0 | 9,8 |
| 2. CHAPINERO | 4 | 1 | 52,0 | 13,0 |
| 3. SANTA FE | 4 | 4 | 36,9 | 36,9 |
| 4. SAN CRISTOBAL | 23 | 8 | 49,7 | 18,0 |
| 5. USME | 9 | 8 | 25,2 | 22,0 |
| 6. TUNJUELITO | 10 | 3 | 46,4 | 13,9 |
| 7. BOSA | 12 | 15 | 17,1 | 20,1 |
| 8. KENNEDY | 20 | 15 | 22,1 | 16,9 |
| 9. FONTIBON | 1 | 1 | 3,4 | 3,4 |
| 10. ENGATIVA | 13 | 13 | 18,0 | 18,5 |
| 11. SUBA | 15 | 21 | 20,5 | 28,9 |
| 12. BARRIOS UNIDOS | 1 | 1 | 7,8 | 7,8 |
| 13. TEUSAQUILLO | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 14. MARTIRES | 3 | 0 | 38,7 | 0,0 |
| 15. ANTONIO NARIÑO | 0 | 1 | 0,0 | 11,8 |
| 16. PUENTE ARANDA | 7 | 2 | 28,1 | 8,0 |
| 17. CANDELARIA | 0 | 1 | 0,0 | 42,8 |
| 18. RAFAEL URIBE | 16 | 11 | 45,6 | 32,6 |
| 19. CIUDAD BOLIVAR | 22 | 22 | 23,3 | 22,3 |
| 20. SUMAPAZ | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 99. SIN DATOS | 4 | 4 | 87,8 | 101,9 |
| TOTAL | 164 | 135 | 24,5 | 19,3 |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

DISTRIBUCION POR EDAD

La tabla no. 6 muestra que la mayor proporción de mortalidades esta en el grupo de 1 a 6 meses seguido por el de 7 a 12 meses. Los niños y niñas menores de 1 año menos representan el 75,9% de los casos de mortalidad.

Tabla No. 6 Distribución por edad mortalidades por ERA año 2005

| EDAD NIÑO EN MESES | FRECUENCIA | PORCENTAJE ACUMULADO |
|-------------------------|------------|----------------------|
| De 0 a menor de 6 meses | 107 | 53,8% |



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

| EDAD NIÑO EN MESES | FRECUENCIA | PORCENTAJE ACUMULADO |
|--|------------|----------------------|
| De 6 a 11 meses | 39 | 75,9% |
| De 12 meses a 24 meses | 42 | 97,0% |
| Mayor de 24 meses hasta 48 meses de edad | 6 | 100,0% |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

La tabla no.7 Muestra que 118 casos de mortalidad por ERA corresponden al sexo masculino (59,3%) y 81 al femenino (40,7%).

Tabla No. 7 Distribución por sexo mortalidades por ERA en menores de 5 años año 2005.

| SEXO | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | 118 | 59,3% |
| Femenino | 81 | 40,7% |
| Total | 199 | 100,0% |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

SITIO DE DEFUNCION

La tabla no. 8 muestra que 176 defunciones (88,4%) ocurrieron en el hospital o clínica y en 22 casos (11,1%) ocurrieron en el hogar o casa.

Sin embargo según los análisis de caso, el 30% de las defunciones ocurrieron en las primeras 24 horas de hospitalización, lo cual epidemiológicamente equivale a defunción extrahospitalaria. Es decir el 41,1% de las defunciones son extrahospitalarias.

Tabla No. 8 Sitio de defunción mortalidades ERA año 2005

| SITIO DE DEFUNCION | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| HOSPITAL O CLINICA | 176 | 88,4% |
| VIVIENDA | 22 | 11,1% |
| SIN DATO | 1 | 0,5% |
| Total | 199 | 100,0% |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

FRECUENCIA DE CASOS POR MES

La tabla no. 9 muestra la distribución de casos por mes, observándose un pico a partir de los meses de marzo y abril, que se acentúa los meses de mayo y junio.

Tabla no. 9 Casos de Mortalidad por Mes

| MES | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----|------------|------------|----------------------|
|-----|------------|------------|----------------------|



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

| | | | |
|--------------|-----|--------|--------|
| 1 | 8 | 4,0% | 4,0% |
| 2 | 9 | 4,5% | 8,5% |
| 3 | 18 | 9,0% | 17,6% |
| 4 | 14 | 7,0% | 24,6% |
| 5 | 33 | 16,6% | 41,2% |
| 6 | 33 | 16,6% | 57,8% |
| 7 | 14 | 7,0% | 64,8% |
| 8 | 13 | 6,5% | 71,4% |
| 9 | 11 | 5,5% | 76,9% |
| 10 | 11 | 5,5% | 82,4% |
| 11 | 27 | 13,6% | 96,0% |
| 12 | 8 | 4,0% | 100,0% |
| Total | 199 | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

Vinculación a la Seguridad Social

El régimen contributivo es el más frecuente con 80 casos (40,2%), seguido del subsidiado 76 casos (38,2%) y el vinculado 35 casos (17,6%). Sin embargo estas proporciones no indican necesariamente el riesgo de ocurrencia. Ver tabla no. 10

Tabla no. 10 Régimen de Seguridad Social Mortalidades por ERA.

| REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|------------|------------|
| Contributivo | 80 | 40,2% |
| Subsidiado | 76 | 38,2% |
| Vinculado | 35 | 17,6% |
| Particular | 2 | 1,0% |
| Otro | 1 | 0,5% |
| Sin Dato | 5 | 2,5% |
| Total | 199 | 100,0% |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTE DE TIEMPO DE GESTACION

En 80 casos se registro el tiempo de gestación el rango fue de 23 a 42 semanas de gestación. En 18 casos (22,5%) la edad gestacional fue igual o inferior a 35 semanas y en 62 casos (77,5%), la edad gestacional fue igual o superior a 36 semanas. Ver tabla no. 11

Tabla no. 11 Antecedente de Tiempo de Gestación

| TIEMPO DE GESTACION | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| De 23 a 35 semanas | 18 | 22,5% |
| De 36 a 42 semanas | 62 | 77,5% |



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

PESO AL NACER

En 85 casos se disponía del dato de peso al nacer y se observó que el 36,4% de los casos tenían como antecedente peso menor o igual a 2500 gramos. El rango de datos estaba entre 780 gramos a 4.300 gramos. Ver tabla No. 12

Tabla no. 12 Peso al Nacer de los casos de Mortalidad por ERA. Año 2005

| PESO AL NACER | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|------------|
| Menor o igual a 1500 gramos | 11 | 12,9% |
| Mayor de 1500 hasta 2500 gramos | 20 | 23,6% |
| Mayor de 2500 gramos | 54 | 63,5% |
| Total | 85 | 100,0% |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

EDAD DE LA MADRE

En 124 casos se disponía de la edad de la madre, la cual fue menor o igual a 18 años en 19 casos (15,3%). Madres mayores de 35 años en 12 casos (9,6%). Ver Tabla no. 13

Tabla no. 13 Edad de la madre en casos de mortalidad por ERA año 2005.

| EDAD AÑOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|------------|------------|
| Menor o igual a 18 años | 19 | 15,4% |
| Mayor de 18 años hasta 35 años | 93 | 75,0% |
| Mayor de 35 años | 12 | 9,6% |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

CAUSA BASICA DE DEFUNCIÓN

La tabla no. 14 muestra los diagnósticos de causa básica a partir del análisis de causa múltiple, se resalta que el 74,5% de los casos corresponden a neumonías o bronconeumonías no especificadas.

Tabla no. 14 Causas de defunción según certificados de defunción según CIE10

| CODIGO Y CAUSA BASICA | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| J041 Traqueitis Aguda | 2 | 1,0% |
| J069 Infección Aguda de vías respiratorias no especificada | 1 | 0,5% |
| J111 Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado | 1 | 0,5% |
| J120 Neumonía debida a adenovirus | 3 | 1,5% |
| J121 Neumonía debida a virus sincitial respiratorio | 1 | 0,5% |
| J129 Neumonía viral, no especificada | 4 | 2,0% |
| J13X Neumonía debida a <i>Streptococcus pneumoniae</i> | 1 | 0,5% |
| J159 Neumonía bacteriana no especificada | 4 | 2,0% |
| J180 Bronconeumonía no especificada | 21 | 10,6% |
| J181 Neumonía lobar no especificada | 67 | 33,7% |
| J189 Neumonía no especificada | 60 | 30,2% |
| J209 Bronquitis aguda no especificada | 1 | 0,5% |
| J210 Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio | 4 | 2,0% |
| J219 Bronquiolitis aguda no especificada | 29 | 14,6% |
| Total | 199 | 100,0% |

Fuente: Estadísticas Vitales SDS

HALLAZGOS PRINCIPALES DE LOS ANÁLISIS DE CASO

Los análisis de caso de mortalidad por ERA se realizan a través de los Cove Institucionales (comités de vigilancia epidemiológica) en los cuales se aborda un caso atendido en una IPS o ESE, e incluye la participación de los prestadores que tuvieron que ver con la atención del caso, así como de EPS, ARS y de la respectiva autoridad sanitaria tal como la Secretaría de Salud. Los COVE deben ser convocados coordinadamente entre la localidad de residencia y la localidad de ocurrencia.

El Cove se realiza mediante la metodología del “por qué por qué y cómo- cómo”, a partir del cual se realiza un análisis y un plan de mejoramiento según el “Modelo de las tres demoras” aplicado originalmente a la mortalidad evitable, concretamente a la materna. Este mismo modelo con algunas adaptaciones puede ser utilizado para el análisis y los planes de mejoramiento a partir de los casos de mortalidad por ERA en menores de 5 años.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

El modelo de las tres demoras quiere decir que una mortalidad por ERA en menores de 5 años ocurre porque se produjo una o más de las siguientes demoras:

1. Primera Demora: Es la demora en “Pedir Ayuda” por parte de los padres o cuidadores de los niños y se refiere a los factores con factores socioeconómicos y culturales que favorecen la aparición de la ERA. Incluye la baja educación de padres o cuidadores. Así mismo la no identificación oportuna por estos mismos cuidadores de las señales de alarma para enfermedad respiratoria en niños y niñas menores de 5 años. Incluye también las deficientes condiciones de vivienda, tabaquismo pasivo, y la contaminación del aire intradomiciliario.
2. Segunda Demora: Relacionada con la identificación, canalización y accesibilidad del niño a los servicios de salud ya sean preventivos o asistenciales.
3. Tercera Demora: Tratamiento Adecuado y oportuno del niño o niña con ERA según el nivel de atención que requiera.

En la tabla no. 15 se presentan los resultados de 63 Comités de vigilancia epidemiológica (Cove) realizados en el año 2005. Los factores asociados a la mortalidad por ERA se han clasificado según las tres demoras y se menciona la frecuencia de este factor en los análisis de caso realizados:

Tabla no. 15 Demoras asociadas a la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años en Bogotá, año 2005.

| PRIMERA DEMORA | CASOS | % |
|---|-------|------|
| No detección oportuna de signos de alarma por parte de cuidadores | 15 | 23,8 |
| Maltrato infantil como negligencia, desnutrición | 12 | 19,0 |
| No seguimiento especial a niños con antecedente de bajo peso o haber estado en el programa mamá canguro | 21 | 33,3 |
| Bajo nivel socioeconómico, tabaquismo pasivo, contaminación del aire intradomiciliario por cercanía inmediata a fuentes de emisión. | 15 | 23,8 |
| SEGUNDA DEMORA | | |
| No accesibilidad oportuna, demora en la atención inicial. | 25 | 39,6 |
| TERCERA DEMORA | | |
| Atenciones repetidas en primer nivel si lograr resolutivead. | 13 | 20,6 |
| No valoración inicial o atención con la estrategia AIEPI, demora en la atención inicial. | 18 | 28,6 |
| Demoras en el traslado en ambulancia, deficiencias en la | 17 | 26,9 |



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

| PRIMERA DEMORA | CASOS | % |
|---|-------|------|
| calidad del traslado en cuanto a ambulancia medicalizada y necesidad de intubación | | |
| Inicio de antibioterapia sin indicación. | 6 | 9,5 |
| No se tuvo en cuenta contactos respiratorios y posibles diagnósticos probables de tos ferina. | 9 | 14,2 |
| No integralidad en la atención, el niño es atendido por múltiples prestadores de segundo y tercer nivel en donde ingresan en la primera atención con diagnóstico de bronquiolitis y egresan con diagnóstico por certificado de defunción de neumonía. No hay unidad de historia clínica | 23 | 36,5 |

Fuente: Comités de vigilancia epidemiológica Cove. Año 2005.

DISCUSIÓN

La enfermedad respiratoria aguda constituye la primera causa de mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años en el Distrito Capital. La tabla no.15 y gráfico no.2 muestran las tasas de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a partir del año 2001 hasta el año 2005, evidenciándose una tendencia al descenso.

Sin embargo, como ya se menciona al observar la tasa de mortalidad por las localidades que conforman a Bogotá, en siete (7) de las mismas existe aumento de la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años entre los años 2004 y 2005.

Tabla. No. 15 Casos de Mortalidad por Neumonía año 2005

| AÑO | CASOS | TASA X 100.000 |
|------|-------|----------------|
| 2001 | 229 | 35,2 |
| 2002 | 149 | 22,7 |
| 2003 | 141 | 21,3 |
| 2004 | 164 | 24,5 |
| 2005 | 135 | 19,3 |

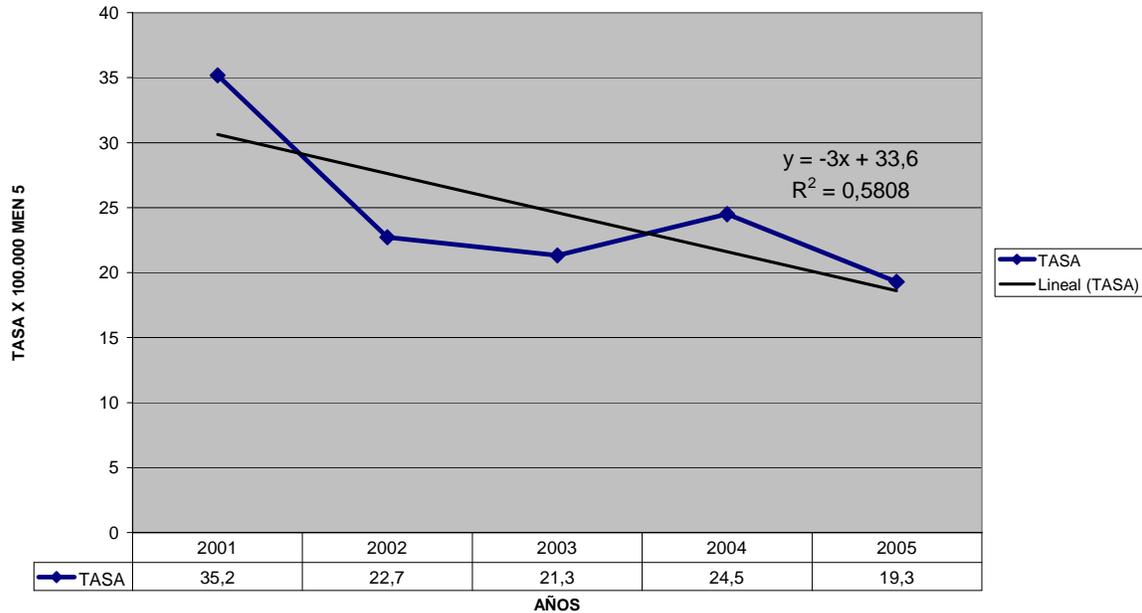
Fuente: Estadísticas vitales SDS



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

TASA DE NEUMONIA BOGOTÁ AÑOS 2001-2005



Fuente: Estadísticas vitales SDS

Con relación a la mortalidad infantil en niños residentes en Bogotá residentes en Bogotá la tabla no. 16 muestra que la mortalidad por ERA constituye el 7,7% de la mortalidad infantil (Niños menores de un año), sin embargo en la llamada mortalidad neonatal temprana es decir desde el nacimiento hasta los 7 días de nacido contiene muchos de los factores perinatales también asociados a la mortalidad por ERA. En Brasil para el año 1990 el 11,5% de las mortalidades infantiles se debían a infección respiratoria aguda.

Tabla No. 16 Composición de la Mortalidad Infantil en Bogotá, año 2005

| Causa | Casos | % |
|--------------|-------|-------|
| DEMÁS CAUSAS | 737 | 45,2 |
| LOS 7 DIAS | 751 | 46,1 |
| ERA | 125 | 7,7 |
| EDA | 16 | 1,0 |
| TOTAL | 1629 | 100,0 |

Fuente: Estadísticas vitales SDS

En los estudios de Brasil (Fiterman Jussara y Chatkin, 1999) han mostrado que la neumonía sólo representa el 8,1% de la demanda de la consulta pediátrica mientras que cerca del 80% de los fallecimientos son debidos a esta causa. Esta proporción de mortalidad por neumonía coincide con la evidenciada en el presente estudio. Sin embargo llama la atención que en nuestro medio la



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

morbilidad atendida en menores de 5 años es usualmente por bronquiolitis y que tal como lo mostró el presente estudio en un 36,5% el desenlace de estos niños es por neumonía lo cual sugiere que el paso por varias instituciones hospitalarias podría considerarse en un factor que favorece la infección intrahospitalaria.

Otros estudios realizados en Latinoamérica (Fonseca, Kirwood et col, 1990) muestran que los factores de riesgo para morbi-mortalidad por neumonía son similares a los evidenciados en el presente estudio tales como la edad de la madre que en nuestro caso el 15,4 % corresponde a edad igual o inferior a 18 años y a nivel latinoamericano se señala para el grupo de 13 a 19 años un OR de 1,75, el más alto entre los grupos de edad.

Así mismo se evidencio una proporción de niños del 23,6% con peso mayor de 1500 hasta 2500 gramos y en la población general de recién nacidos esta proporción es cercana al 10%.(Secretaría Distrital de Salud, Estadísticas vitales, año 2005)

El análisis de las tres demoras muestra que al menos un 33,3% de los casos de mortalidad por ERA tienen condiciones perinatales de base y que al menos un 36,5% de casos presento problemas de calidad en la atención. En esto hay concordancia con los estudios realizados en Chile (Girardi Guido, Abara Selim et al, 2000) cuando se señala la importancia de mejorar los programas de control de la IRA para lograr impactar la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años en Bogotá, si bien ha disminuido en promedio para Bogotá, existe un diferencial por localidades que refleja también inequidad siendo más a riesgo las localidades con más bajo nivel socioeconómico. En próximos estudio es necesario desagregar por unidades geográficas más pequeñas como las unidades programáticas zonales (UPZ) que permitan una mejor aproximación al territorio social donde viven los niños y sus familias.

Es necesario continuar con las intervenciones sobre las tres demoras que se han identificado que producen mortalidad por ERA en los niños. Estas intervenciones reconocen la jerarquización de los factores asociados con la ERA en los cuales un menor nivel socioeconómico y educativo de los padres y cuidadores, favorece una mayor exposición a riesgos ambientes y a su vez un menor acceso a los servicios preventivos y de urgencia. Así mismo es necesaria una puntuación de riesgo para el seguimiento de niños más vulnerables como los que tienen antecedentes perinatales y un mejoramiento en la calidad de la red de atención a través de estrategias como el AIEPI, las salas ERA y la cualificación del recurso



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

humano , dotación y equipamiento para la atención oportuna de los niños tanto en la red pública como en la privada.

BOLETIN ACTUALIZACION PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA TOSFERINA

HECTOR ZAMBRANO , Secretario Distrital de Salud
JORGE BERNAL CONDE , Subsecretario
JOSE FERNANDO MARTINEZ, Director de Salud Pública

Grupo Técnico:

GUSTAVO ARISTIZABAL DUQUE
LUIS JORGE HERNÁNDEZ FLOREZ
PATRICIA GONZALEZ CUELLAR
GABRIEL DARIO PAREDES Z.
MARTA ESCALANTE
BLANCA ARDILA