

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
BOLETÍN ERA no. 25
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
RESPIRATORIA AGUDA

Bogotá, 30 de agosto de 2006

SE INICIA SEGUNDO PICO EPIDEMIOLOGICO DE ENFERMEDAD
RESPIRATORIA AGUDA EN BOGOTA

A partir de la mitad del mes de septiembre del año 2006 se iniciara el segundo pico epidémico del año de enfermedad respiratoria aguda el cual se da por fenómenos meteorológicos como la intensificación del régimen de lluvias, cambios en la temperatura ambiental y modificaciones en la circulación de virus respiratorios. A los anteriores factores se agregan la vulnerabilidad biológica y social especialmente de los menores de 5 años y personas de la tercera edad, así como condiciones de contaminación ambiental intra y extramural. El segundo pico epidemiológico se extiende hasta el mes de diciembre e incluso enero de 2007.

Cómo va la mortalidad por ERA en menores de 5 años:

Al 30 de junio de 2006 se han reportado por certificados de defunción 80 mortalidades por enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años. Lo anterior equivale a una proporción de mortalidad acumulada de 11,4 por 100.000 menores de 5 años.

En el mismo periodo de tiempo del año pasado se presentaron 94 casos lo cual equivale a una proporción de mortalidad acumulada de 13,4 casos por 100.000 menores de 5 años.

Lo anterior equivale a una disminución del 14,9% en la mortalidad para el año 2006 comparado con el mismo periodo del año 2005.

Las localidades más afectadas son: Suba, Rafael Uribe Uribe, Tunjuelito, Engativa, Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Mártires.

Cómo va la morbilidad atendida en las Salas ERA:

A 30 de junio de 2006 se atendieron 35.000 casos de enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años en las Salas ERA frente a 25.000 casos en el mismo periodo del año pasado. Lo anterior se debe a una mayor disponibilidad de salas ERA, 82 frente a 60 del año pasado. Así mismo mejoro el flujo de atención de pacientes hacia las Salas ERA en cuanto a niños con dificultad respiratoria leve y moderada.

Cómo va la circulación de virus respiratorios:

Durante el primer semestre del año 2006 a través de la vigilancia centinela de virus respiratorios se detectó la circulación de Virus sincitial respiratorio con un 79% entre los positivos, Parainfluenza 3 (14%) y Adenovirus(6%) Esta vigilancia se reforzó ante la alerta mundial por pandemia de influenza. La circulación de influenza ha estado por debajo del 1% aunque tiende a ser más alta en el segundo semestre del año.

Contaminación del aire:

En las localidades de Puente Aranda, Kennedy y Fontibón en donde se realiza el monitoreo de impacto en salud por la calidad del aire se ha detectado a través de la red de monitoreo del aire del DAMA que para en material particulado respirable (PM10) se excede la norma anual internacional de 50 microgramos por metro cúbico en el 75% de los días, lo cual constituye un riesgo para la salud.

Sobreutilización de cama pediátrica en red adscrita:

Durante el primer semestre del año 2006 la máxima sobreutilización fue de 120 camas, lo cual es inferior en comparación al mismo periodo del año pasado que fue de 132 camas pediátricas.

INFORMACIÓN A PADRES Y CUIDADORES DE NIÑOS EN GENERAL:

Cuidados para evitar que la gripa se complique

Teniendo en cuenta que la mayoría de los episodios de enfermedad respiratoria aguda cursan sin mayor complicación y no duran más de 8 a 15 días, las siguientes son indicaciones generales que deben tener en cuenta padres y cuidadores para garantizar calidad en el cuidado del niño o la niña en el Hogar y evitar que una simple gripa se convierta en una enfermedad grave.

Si el niño está con gripa en lo posible no lo envíe al jardín, escuela o colegio. Si de todos modos el niño o niña no puede cuidarse en el hogar las siguientes recomendaciones también aplican para los maestros y cuidadores de niños en estos establecimientos:

- a) La tos es una de las manifestaciones de la gripa y aparece debido a que el organismo la utiliza como un mecanismo de defensa, para favorecer la expulsión de las secreciones. Para controlarla, lo más indicado es dar mayor cantidad de líquidos, como jugos de frutas naturales, limonada, leche o caldos entre otros.
- b) No se deben dar jarabes para quitar la tos, estos pueden ser perjudiciales, puesto que al eliminarla, se limita la capacidad del organismo para defenderse.
- c) Para aliviar la irritación de garganta que estimula la tos se recomiendan remedios caseros como miel con limón, bebidas endulzadas, o colombinas, según

la edad. Estas sustancias tiene un efecto suavizante en la garganta que disminuye el reflejo de la tos.

d) Se debe garantizar en todo momento, que el niño o la niña tenga completo su esquema básico de vacunación de acuerdo a la edad. Si bien la vacunación contra influenza no protege específicamente para este pico epidémico, es importante su aplicación.

e) No suspender la lactancia materna, puesto que le ayuda a controlar la infección y protege contra otras infecciones, a la vez que lo nutre e hidrata.

f) No suspender la alimentación, ni obligarlo a comer, se le debe motivar a comer ofreciendo alimentos nutritivos, que sean de su agrado y en forma fraccionada, esto es, que coma en pequeñas cantidades pero con mayor frecuencia, e idealmente lograr que el niño o niña permanezca en posición vertical unos 30 minutos después de recibir alimentos, esto disminuye en forma importante el riesgo de que por un episodio de tos presente vómito y pueda broncoaspirar o írsele parte del vómito para el pulmón.

g) La nariz debe estar limpia de secreciones para que el niño pueda respirar y comer sin problema: para limpiar las fosas nasales utilice media taza de agua hervida a la que se le ha agregado media cucharadita tintera de sal. Coloque al niño de lado, llene un gotero y aplique un goterado de esta solución en cada fosa nasal cada vez que sea necesario, es decir cuando el niño tenga la nariz tapada por las secreciones. Tenga en cuenta que el agua debe estar tibia antes de aplicarla.

h) Mantener al niño con ropa abrigada y evitar corrientes de aire.

i) Si el adulto o niño mayorcito tiene gripa debe usar tapabocas.

j) Evitar los cambios bruscos de temperatura.

k) No fumar en el espacio en que se encuentra el niño o la niña.

l) Vigilar la temperatura corporal periódicamente.

m) Administrar los medicamentos que fueron indicados por el médico, en la dosis y horarios establecidos y por el tiempo indicado.

n) No automedicar al niño.

o) Se recomienda que todos los padres, madres y cuidadores de niños menores de 5 años, aprendan a usar el termómetro y estén controlando la temperatura.

p) En jardines infantiles mantener aislamiento en lo posible de los niños con gripa de los niños sin gripa.

Signos de Alarma

Además, de lo anterior es muy importante que padres, madres y cuidadores reconozcan los signos de alarma que indican, cuándo un resfriado común deja de ser una enfermedad leve y se convierte en una enfermedad que puede tener complicaciones, ante lo cual es necesario actuar de inmediato y consultar por urgencias a un centro de atención en salud.

Los signos de alarma son:

- Respiración anormal: respiración rápida, dificultad para respirar (se le hunde la piel debajo de las costillas en el momento de tomar el aire), o ruidos extraños al respirar.
- El niño o la niña no puede comer o beber nada o vomita todo.
- Si el niño o la niña es menor de dos meses y presenta fiebre.
- Si es mayor de 2 meses y presenta fiebre superior a 38.5 C(Grados Centígrados), que se mantiene mas de tres días.
- Niño mayor de 2 meses con fiebre por menos de 3 días, pero que permanece muy decaído cuando cede la fiebre.
- Esta anormalmente somnoliento ó no se despierta con facilidad
- Presenta convulsiones

COMPETENCIA DE LAS EPS, ARS Y ESE

Medidas Preventivas

1. Realizar seguimiento y auditoria a los planes de contingencia que deben tener todas las instituciones prestadoras de salud, para afrontar la situación administrativa y asistencial, generada por el pico estacional
2. Garantizar la ejecución de los planes de mejoramiento instaurados durante los Comités de Vigilancia Epidemiológica Distrital y las intervenciones tendientes a disminuir las tasas de mortalidad en la institución prestadora de salud.
3. Exigir a los prestadores que cuenten con la cantidad suficiente de suministros en materiales de aseo (jabón, toalla de papel) protección (guantes, mascarillas) y terapéuticos (medicamentos, instrumentos de inhaloterapia).
4. Reforzar las actividades de AIEPI (Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia) en las localidades, zonas y barrios donde se presentaron casos de mortalidad por neumonía en menores de 5 años.
5. Exigir la difusión de las recomendaciones para evitar la transmisión de virus respiratorios en servicios de salud.

Medidas de Control

1. Realizar auditoria a los casos de muerte por neumonía en menores de 5 años, ocurridos en sus prestadores y hacer las respectivas recomendaciones.
2. Participar activamente en el análisis epidemiológico institucional y Distrital de muerte por ERA en menores de 5 años.
3. Direccionar y apoyar las estrategias que contribuyan a garantizar la continuidad e integralidad en el tratamiento a los pacientes, tales como hospital día y hospitalización domiciliaria para los pacientes con infección respiratoria aguda.
4. Diseñar estrategias para que los prestadores de segundo y tercer nivel, previa valoración médica, cuenten con métodos diagnósticos virales en los

niños menores de 5 años con sintomatología respiratoria aguda baja menor de 72 horas y fiebre, ya que de esta manera se podrán tomar conductas medicas soportadas en un diagnostico etiológico y no sindromático. Esta medida es costo beneficio para todo el sistema.

5. Exigir que las instituciones prestadoras de salud cuenten con áreas definidas de aislamiento y salas de ingreso para los pacientes con enfermedades respiratorias o en su defecto que cuenten con estrategias implementadas que disminuyan en forma clara el riesgo de infección cruzada por virus.
6. Propiciar que sus prestadores desarrollen un sistema que asegure que los pacientes del hospital, el personal y los visitantes estén informados y capacitados en las precauciones de bioseguridad y en la responsabilidad del cumplimiento del tratamiento y recomendaciones del personal de salud. Además, evaluar de manera periódica en cada institución la adherencia a las precauciones y responsabilidades impartidas.
7. Desarrollar estrategias para aumentar la contratación de camas para garantizar la atención y el acceso de pacientes con enfermedad respiratoria aguda en los niveles superiores de atención.
8. Asegurar mecanismos adecuados de referencia y contrareferencia, facultar al responsable de la autorización de servicios hospitalarios, la posibilidad de remitir de manera oportuna, rápida, pacientes con Enfermedad Respiratoria Aguda, en instituciones por fuera de la red de contratación, cuando su red propia esta copada, y establecer estrategias que aseguren adecuados traslados de ambulancia según nivel de complejidad.
9. Participar y realizar seguimientos al proceso de implementación y funcionamiento de las salas ERA.
10. Asegurar que se implemente y sigan las indicaciones del protocolo de manejo para los pacientes con ERA.

Medidas de Vigilancia

1. Verificar que sus prestadores de servicios de salud cuenten con un comité de infecciones intrahospitalarias conformado y operando de acuerdo con el protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.
2. Realizar seguimiento a sus prestadores de la notificación completa y oportuna al *sistema de vigilancia centinela* de morbilidad y de diagnóstico viral de enfermedad respiratoria aguda: bronquiolitis, exacerbación de cuadro bronco obstructivo desencadenado por episodio de infección respiratoria aguda y neumonía.

COMPETENCIA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: IPS y ESE

Es muy importante que los hospitales y clínicas en sus diferentes puntos de atención y las instituciones prestadoras de servicios (IPS), se preparen adecuadamente para el pico de infección respiratoria aguda de la época invernal, teniendo en cuenta las siguientes directrices:

Medidas Preventivas

- a) Actualizar, monitorear y evaluar el plan de contingencia por el PICO ERA, para afrontar la situación administrativa y asistencial, que el mismo pueda generar.
- b) Preparar estrategias de adecuación y fortalecimiento del recurso humano, recurso físico-técnico e insumos, para lograr una oportuna y adecuada atención en consulta de urgencias, en atención en salas ERA y de salas de observación de urgencias. En especial adecuar al máximo los recursos de talento humano de recursos físicos y de insumos de las salas ERA, con especial cuidado a lo referente a turnos nocturnos, fines de semana y festivos.
- c) Definir estrategias que disminuyan al menor tiempo posible, la estadía en salas de espera en los pacientes con enfermedad respiratoria aguda, para acceder a la atención inicial de urgencias o consulta prioritaria.
- d) Programar ampliación del número de camas disponible en observación de urgencias para atención de niños con ERA, con la consecuente adecuación del recurso humano, recurso físico-técnico y de insumos.
- e) Programar ampliación del número de camas disponible en hospitalización, para atención de niños con ERA, con la consecuente adecuación del recurso humano, recurso físico-técnico y de insumos.
- f) Valorar la posibilidad para que durante el periodo de septiembre a diciembre no se realice control de crecimiento y desarrollo en sitios donde simultáneamente funcione consulta de urgencias, o exista posibilidad de infección cruzada.
- g) Definir procesos para disminuir hospitalización de casos que puedan ser programables para dar mayor opción de ampliación.
- h) Definir procesos para disminuir cirugías programadas de las diferentes áreas, cuando requieran Hospitalización, buscando ampliar opciones de camas adicionales para atención de niños con ERA.

Medidas de Control

1. Revisar y adecuar el cubrimiento y disponibilidad, para atención bajo la supervisión directa de pediatra las 24 horas, en las diferentes áreas donde se atiende niños en Hospitales de segundo y tercer nivel.
2. Programar la ampliación en número de camas de UCI y de cuidado intermedio, con la consecuente adecuación del recurso humano, recurso físico-técnico y de insumos.
3. Definir procesos para asegurar la entrega oportuna y adecuada de medicamentos a los niños con ERA que después de ser atendidos regresan a su hogar, para continuar su manejo.

4. Insistir al máximo en seguimiento así sea telefónico, pero idealmente presencial, a los niños con ERA que después de ser atendidos regresan a comunidad, para continuar su manejo, en especial en aquellos niños que tienen especiales factores de riesgo como: patologías crónicas de base y requerimiento de oxígeno domiciliario.
5. Coordinar mecanismos de apoyo a equipos de Atención Primaria en Salud, para el seguimiento de los niños que después de ser atendidos en un centro hospitalario, regresan a comunidad.
6. En los Hospitales de primer nivel buscar, implementación de atención bajo esquema de salas ERA, así sea con un ajuste de tipo funcional, en UBAs y UPAs.
7. La responsabilidad de la remisión del paciente es del médico tratante y no del radio-operador. Este aspecto es álgido en el actual proceso de referencia y contrareferencia y se debe revisar en forma perentoria y mejorar sustancialmente.
8. Determinar áreas de salas de espera y de atención en urgencias y hospitalización que eviten el hacinamiento y por ende la infección cruzada, o en su defecto crear estrategias que disminuyan en forma clara el riesgo de infección cruzada por virus. Los niños con infección respiratoria aguda baja no deben estar en contacto con niños menores de 1 año, inmunosuprimidos y en general debe establecerse barrera epidemiológica con niños menores de 5 años sin enfermedad respiratoria.

Medidas de Vigilancia

9. Contar con un comité de infección intrahospitalaria operando donde se analicen y tomen las decisiones con base en la evidencia.
10. Los prestadores que cuentan con servicio de urgencias y atiendan niños deben reportar la disponibilidad de camas pediátricas en observación, urgencias y hospitalización, dos veces al día (en la mañana y en la tarde) al Centro regulador de urgencias, teléfono 3649090 extensión 9850-9718-9717, o a la dirección electrónica jolopez@saludcapital.gov.co
12. Desarrollar estrategias de información y comunicación dirigidas a la comunidad en general, para promover la prevención de la enfermedad, orientar sobre manejo adecuado, impulsar la consulta oportuna e identificación de signos de alarma.
13. Garantizar los mecanismos para que la madre, el padre o el cuidador reciba la información necesaria sobre el cuidado del niño o niña en el hogar: identificación de los signos de alarma, favorecer la entrega completa del medicamento en el sitio de la atención a fin de eliminar barreras de acceso y el entrenamiento de la madre y el cuidador sobre su administración. Igualmente remisión a la consulta de crecimiento y desarrollo, vacunación, salud oral y demás servicios.

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 D.
LUIS JORGE HERNÁNDEZ F.
ESPERANZA AVELLANEDA
PATRICIA GONZALEZ C.
GABRIEL DARIO PAREDES Z..
MARTA PATRICIA ESCALANTE M.
BLANCA LILIA ARDILA M
Estudiantes de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca: Angie y Luisa.