



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

BOLETIN ERA No 14

ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Número 14

13 de Mayo de 2005

EN QUE VA LA MORTALIDAD POR ERA EN EL DISTRITO CAPITAL MAYO EL MES DEL PICO EPIDEMICO

El seguimiento se realiza a partir de los casos confirmados de mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años.

EL comportamiento de los casos de mortalidad es similar al mismo periodo del año pasado:

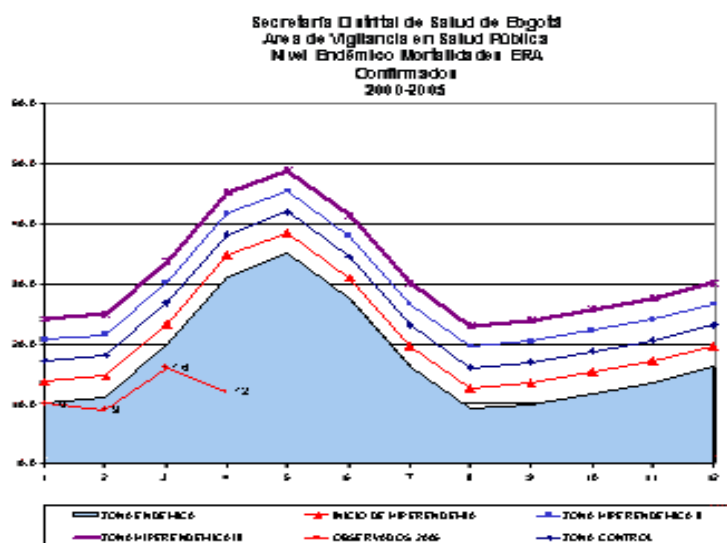
Mortalidad por ERA Comparativo año 2004-2005.

Año 2004 Enero a Abril	Año 2005 Enero a Abril
48 Mortalidades	48 Mortalidades

Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública SDS.

La cifra del año 2005 puede aumentar según se confirmen más casos a partir de los probables.

El Canal endémico (ver gráfica , muestra también una estacionalidad similar a la de los años anteriores con una distribución de casos muy cerca del área endémica.

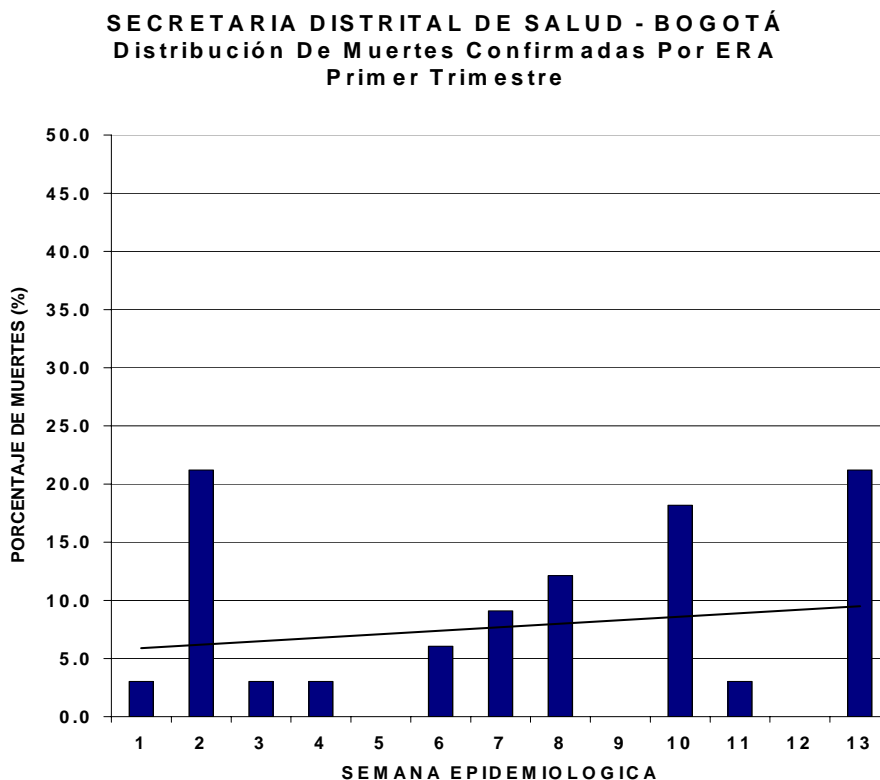


CARACTERIZACION DE LA MORTALIDAD POR ERA EN BOGOTÁ

La siguiente caracterización se realizó a partir del análisis de los casos del trimestre de 2005. Durante el primer trimestre de 2005, se han presentado 33 casos confirmados de ERA. El 60.6% (20/33) ocurrieron en las semanas epidemiológicas 2, 10 y 13, (que corresponden a la segunda semana de enero, segunda semana de marzo y la cuarta semana de marzo respectivamente). Ver gráfica No. 1

Distribución de los Casos

Gráfica No.1: Distribución De Muertes Confirmadas Por ERA Durante El Primer Trimestre De 2005 En Cada Semana Epidemiológica En Bogotá



Fuente: Secretaría Distrital De Salud Sistema Alerta Acción –SAA. Estadísticas Vitales – Certificado de Defunción

EDAD

La mayoría de las mortalidades, 75.8% (25/33) ocurrieron en menores de 1 año, de los cuales 11 estaban entre el primero y segundo mes de vida (44%); 7 estaban entre los 2 y 6 meses (28 %) y los restantes 7 (28%) estaban entre los 6 y 11 meses de edad. El resto de casos (8/33) que corresponden al 24,2%, tenían

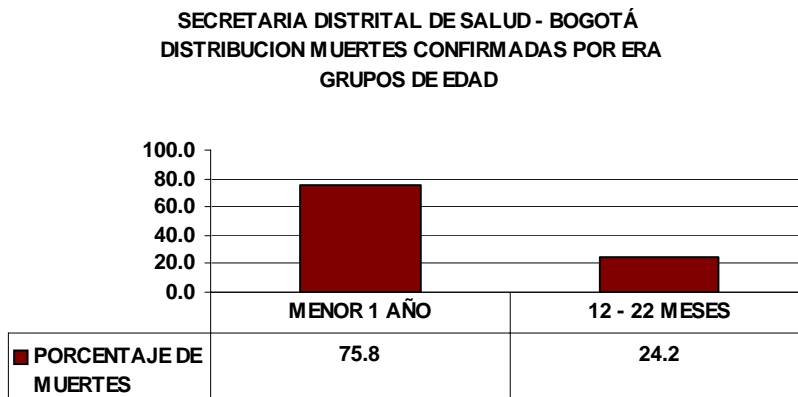


Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

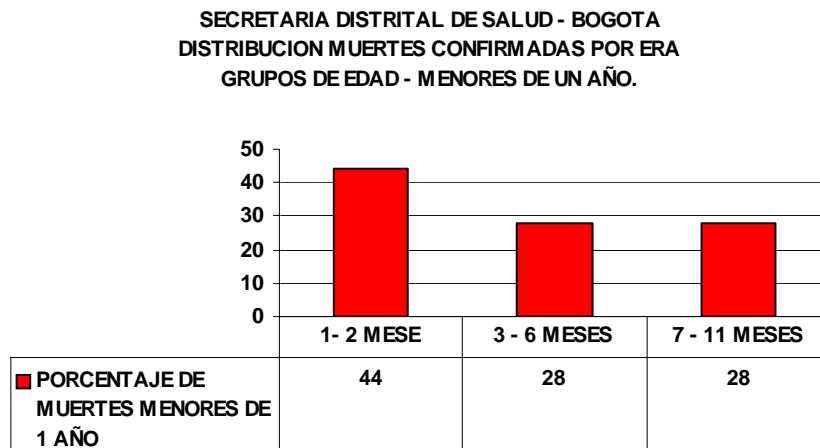
edades entre los 12 y 22 meses: Ninguna de las muertes sobrepasa los 24 meses de edad. Ver gráficas 2 y 3

Gráfica No.2: Distribución De Muertes Confirmadas Por ERA Durante El Primer Trimestre De 2005 – Bogotá. Grupos de Edades. Menores de 1 Año y 12 a 22 Meses



Fuente: Secretaria Distrital De Salud Sistema Alerta Acción –SAA. Estadísticas Vitales – Certificado de Defunción.

Gráfica No.3: Distribución De Muertes Confirmadas Por ERA Durante El Primer Trimestre De 2005 – Bogotá. Grupos de Edades. Menores de 1 Año y 12 a 22 Meses



Fuente: Secretaria Distrital De Salud Sistema Alerta Acción –SAA. Estadísticas Vitales – Certificado de Defunción.



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

SEXO

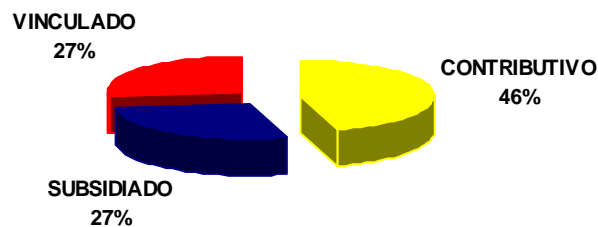
Del total de mortalidades por ERA 69.7% (23/33), corresponden a sexo masculino y 30.3% (10/33), a sexo femenino.

AFILIACION

En cuanto al tipo de vinculación al sistema general de seguridad social en salud, el 45.5% (15/33) pertenecían al régimen contributivo, 25.8% (9/33) al régimen subsidiado e igual porcentaje eran participantes vinculados. Ver gráfica 4.

Gráfica No. 4: Distribución De Muertes Confirmadas Por ERA Durante El Primer Trimestre De 2005 – Bogotá. Tipo de Vinculación al SGSSS.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - BOGOTA
DISTRIBUCION MUERTES CONFIRMADAS POR ERA
TIPO VINCULACION AL SGSSS.



Fuente: Secretaria Distrital De Salud Sistema Alerta Acción –SAA. Estadísticas Vitales – Certificado de Defunción.

ANTECEDENTES

Se analizaron algunas variables de los antecedentes perinatales, las cuales mostraron entre otras:



Secretaría
SALUD

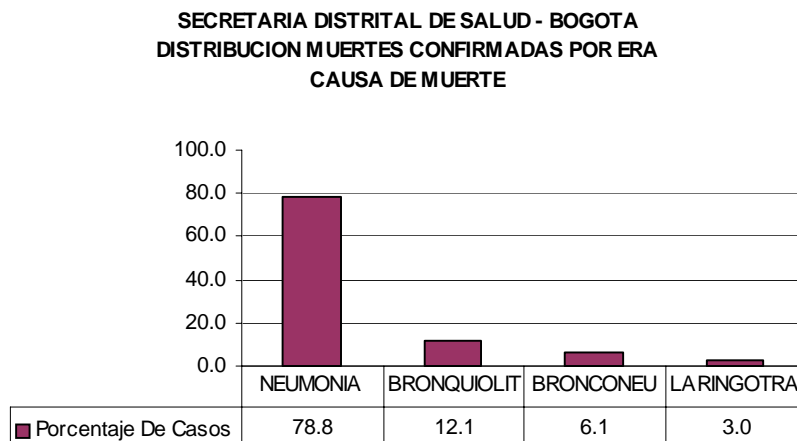
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

- El 27.3% (12/33), tuvieron bajo peso al nacer, el 36.4% (12/33), tuvieron un adecuado peso al nacer y en el 36.4% restantes no se tuvo información al respecto.
- En cuanto a la edad gestacional fueron a término 33.3% (11/33), pretérmino 30.3% (10/33), y en 36.4% de los casos, no se obtuvo información.
- Relacionado a los nacimientos pretérmino (10 casos), 30% (3/10) de los casos en esta categoría, tenía una enfermedad crónica respiratoria como patología asociada (displasia broncopulmonar – hipertensión pulmonar).
- En el 45% de los casos de mortalidad por ERA existen morbilidades de base como antecedente de prematuridad, displasia bronco-pulmonar, desnutrición crónica.

TIPO DE ERA

En cuanto a la causa de muerte, con relación a los diferentes tipos de ERA el 78.8% (26/33) tenían como causa básica neumonía, en 12.1% (4/33) bronquiolitis; en 6.1% (2/33) bronconeumonía, y en el restante 3.2% (1/33) fue laringo-traqueobronquitis. Ver gráfica No 5.

Gráfica No. 5: Distribución De Muertes Confirmadas Por ERA Durante El Primer Trimestre De 2005 – Bogotá. Causa de Muerte.



Fuente: Secretaría Distrital De Salud Sistema Alerta Acción –SAA. Estadísticas Vitales – Certificado de Defunción.

LUGAR DE RESIDENCIA

En cuanto al lugar de residencia el 63.6% (21/33) se ubica en las zonas sur, sur occidente y sur oriente de la ciudad. Se evidencia un mayor número de casos

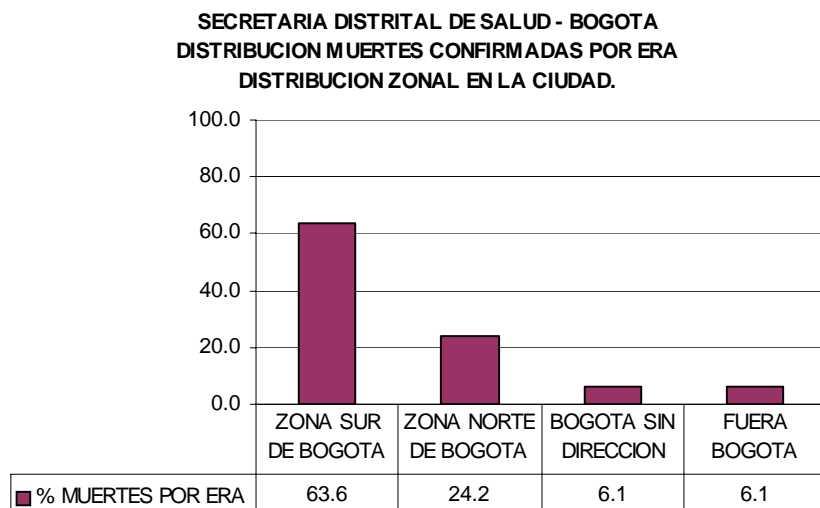


Secretaría
SALUD

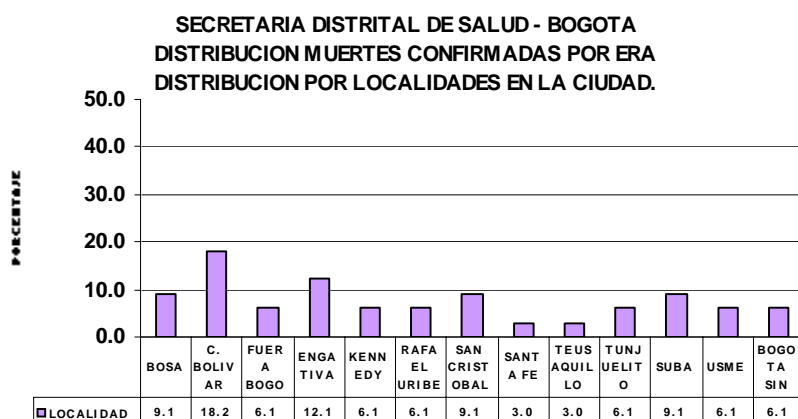
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

en las localidades de Ciudad Bolívar con 18.2% (6/33) del total de los casos de mortalidad por ERA y Engativa con el 12.1%, (4/33). Ver gráficas 6 y 7.

Gráfica No. 6: Distribución De Muertes Confirmadas Por ERA Durante El Primer Trimestre De 2005 – Bogotá. Distribución Zonal.



Gráfica No. 7: Distribución De Muertes Confirmadas Por ERA. Primer Trimestre De 2005 – Bogotá. Distribución Por Localidad.



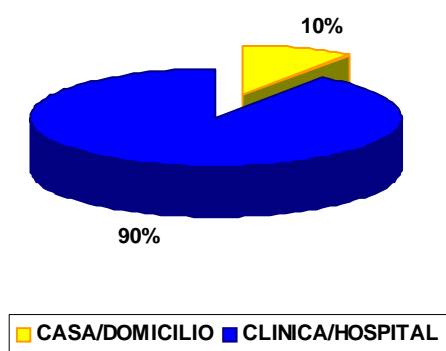
Fuente: Secretaría Distrital De Salud Sistema Alerta Acción –SAA. Estadísticas Vitales – Certificado de Defunción.

MORTALIDAD EN EL HOGAR

La mayoría de las muertes, 90.9% (30/33), se reportó que ocurrieron intrahospitalariamente, y tan solo el 9.1% (3/33), fue en el domicilio, según el certificado de defunción. Ver gráfica No 8.

Gráfica No. 8: Distribución De Muertes Confirmadas Por ERA. Primer Trimestre De 2005 – Bogotá. Distribución Por Lugar de la Muerte.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - BOGOTA
DISTRIBUCION MUERTES CONFIRMADAS POR ERA
LUGAR DE LA MURERTE



Fuente: Secretaria Distrital De Salud Sistema Alerta Acción –SAA. Estadísticas Vitales – Certificado de Defunción.

CONCLUSIONES DE LOS HALLAZGOS

1.La mayoría de los casos ocurrieron en niños y niñas de edades tempranas, el 75.8% en menores de 1 año y el restante 24.2%, no sobrepasaban los dos años de edad.

En los países en desarrollo se ha demostrado que la ERA, y especialmente la neumonía es 1,5 a 1,8 veces más frecuente en menores de dos años que en niños de dos a cinco años (Jaminson, Mosley y otros, 1993). Lo que nos sugiere, que debemos proteger aun mas a este grupo de pequeños menores de dos años, que aparentemente son los mas vulnerables, no solo con estrategias de prevención secundaria sino de promoción de la salud como son la suplementación con vitamina A y la promoción de la lactancia materna



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

(numerosos estudios han demostrado que suplementando a los niños y niñas con vitamina A se reduce en un 25% la mortalidad infantil, UNICEF, 1993).

2. El 46% de las defunciones pertenecían al régimen contributivo del SGSSS, lo cual plantea la necesidad de que las EPS y sus IPS refuercen sus estrategias de promoción, prevención y atención de los niños con ERA. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la tasa de mortalidad por ERA es mayor en los niños subsidiados-vinculados (sumando ambos) que en los pertenecientes al régimen contributivo.

3. El bajo peso al nacer, ha sido considerado como uno de los principales factores asociados a la mortalidad por ERA (Stansfield, 1987) . En este estudio se evidenció un bajo peso al nacer en el 27.3% de las defunciones, el cual también estaba también asociado a los nacimientos pretérmino. (30.3%), otro de los factores asociado a la mortalidad por ERA. Debe tenerse en cuenta que en niños pretermino, se presenta mayor vulnerabilidad, por su menor desarrollo, especialmente de tipo inmunológico; y además porque en muchos casos presentan enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar – hipertensión pulmonar) que en este estudio se asoció al 30% de las muertes en quienes eran prematuros.

4. La mayoría de las muertes ocurrieron en las zonas de menor nivel socioeconómico de la ciudad (63.6%), lo que se ha venido evidenciando de años atrás, asociado tal vez a la falta de acceso a los servicios de salud, cultura, bajos ingresos, desnutrición , contaminación intra y extradomiciliaria; los cuales son factores asociados en la mortalidad por ERA (Alimentación: deficiencia de vitamina A por pocos recursos para la compra de alimentos: UNICEF menciona que la deficiencia de vitamina A es la causa de una de cada cuatro muertes infantiles en los países y las comunidades que la padecen).

5. En cuanto al lugar de defunción, se registraron 90% de las mortalidades como hospitalarias contra 10% domiciliarias. Sin embargo la mortalidad intradomiciliaria y en las primeras 24 horas de hospitalización puede ser mayor , si se tiene en cuenta que otros estudios como los realizados en Brasil sobre mortalidad por infecciones respiratorias agudas, se encontraron discrepancias entre la información aportada por el certificado de defunción y la información dada por las personas encargadas del cuidado del niño. Los familiares informaron que 44,8% de los niños fallecieron en el hogar y 12,3% murieron dentro de las primeras 24 horas de hospitalización.

6. En los COVES se han evidenciado los siguientes factores asociados al a mortalidad por ERA:



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

6.1 En el caso de niños con bajo peso al nacer hay deficiencias en el seguimiento domiciliario por parte de la ESE, IPS y Aseguradora una vez el niño o niña es dado de alta. Esta falta de seguimiento se evidencia también en niños con eventos congénitos o displasia pulmonar. También falta integralidad en la atención y definición al cuidador de la ruta de atención del menor en caso de signos de alarma, debido a que en varios casos estos niños asisten a primer nivel de atención como puerta de entrada requiriendo ingreso por segundo o tercer nivel de atención.

6.2 Persisten barreras de acceso por ejemplo la solicitud de certificado de nacimiento como requisito para la atención o remisión de urgencias.

6.3 Asociación entre desnutrición y maltrato infantil con morbimortalidad por ERA. En varios casos los niños tienen una historia de consulta frecuencia por eventos respiratorios y se detecta desnutrición y riesgo de abandono, sin embargo no se activa la alarma de la red de buen trato para una respuesta psicosocial oportuna.

6.4 No realización de actividades de demanda inducida para el control de crecimiento y desarrollo y detección temprana de signos de alarma.

6.5 No aplicación de la estrategia AIEPI en prestadores de primer nivel, no se hace una identificación temprana del riesgo del niño.

IMPORTANTE

LOS (AS) INVITAMOS A CONOCER LA SALA SITUACIONAL ERA: 6 PISO CRU

BOLETIN ERA

MARIO ESTEBAN HERNAN DEZ ALVAREZ, Secretario Distrital de Salud(e)

MARIO ANDRES URAN MARTINEZ, Subsecretario

NANCY JEANETH MOLINA ACHURY, Directora de Salud Pública

JUAN CARLOS ALANDETTE, Director de Desarrollo de Servicios.

Grupo Técnico:

GUSTAVO ARISTIZABAL DUQUE

LUIS JORGE HERNÁNDEZ FLOREZ

ESPERANZA AVELLANEDA DE G.

PATRICIA GONZALEZ CUELLAR

GABRIEL DARIO PAREDES Z.

LUIS FERNANDO GARCIA S.

MARTA ESCALANTE

ESTEBAN CERON (Estudiante de Medicina, Universidad Nacional de Colombia)