

# Boletín Epidemiológico

## ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

Secretaría de Salud de Risaralda  
Marzo de 2014.

Carlos Alberto Botero  
Gobernador de Risaralda

Lina Beatriz Rendón  
Secretaria de Salud de Risaralda

Cristian Herrera  
Director Operativo de Salud Pública

María del Pilar Gómez  
Profesional especializada – Vigilancia epidemiológica

Oscar Felipe Suárez  
Apoyo a la Vigilancia epidemiológica

### Contenido

1. Introducción..... 1
2. Comportamiento general de la enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años. .... 2
  - a. Comportamiento de la enfermedad respiratoria en consulta externa..... 3
  - b. Comportamiento de la enfermedad respiratoria en hospitalización..... 4

### 1. Introducción

El Instituto Nacional de Salud ha definido a la Infección respiratoria aguda (IRA) como el grupo de enfermedades respiratorias altas y bajas de origen infeccioso causadas por microorganismos durante un periodo de 15 días y que puede cursar desde un resfriado común hasta una complicación más severa como la neumonía. Este grupo de causas de morbilidad y mortalidad, se considera en un problema en salud pública en el mundo dado que produce cerca de 4.000.000 muertes por año (1); los menores de 5 años tienen el mayor riesgo de morir por IRA. Los cuadros más severos que afectan las vías inferiores son las principales causas de mortalidad por IRA (2). Se presenta además un aumento de la hospitalización y muerte en meses lluviosos (3); de forma secundaria incrementa la prescripción de antibióticos, muchos de ellos innecesarios (4). Los virus son la causa de entre un 80 a 90% tanto en la población infantil como en los adultos, además son la principal causa de muerte en los países pobres (5). Según SIVIGILA, en Colombia en el 2011 se notificaron 4.168.783 de casos por IRA y cerca de 470 casos fatales se presentaron en menores de cinco años.

La Secretaría de Salud de Risaralda, presenta la notificación de casos de enfermedad respiratoria aguda atendidos en consulta ambulatoria y hospitalización de acuerdo a la información recogida en la ficha 995. Se muestran los casos e incidencias acumuladas por 100.000 menores de 5 años y se describe el comportamiento semanal para cada municipio. Se espera que los resultados promuevan el fortalecimiento de estrategias de prevención de la

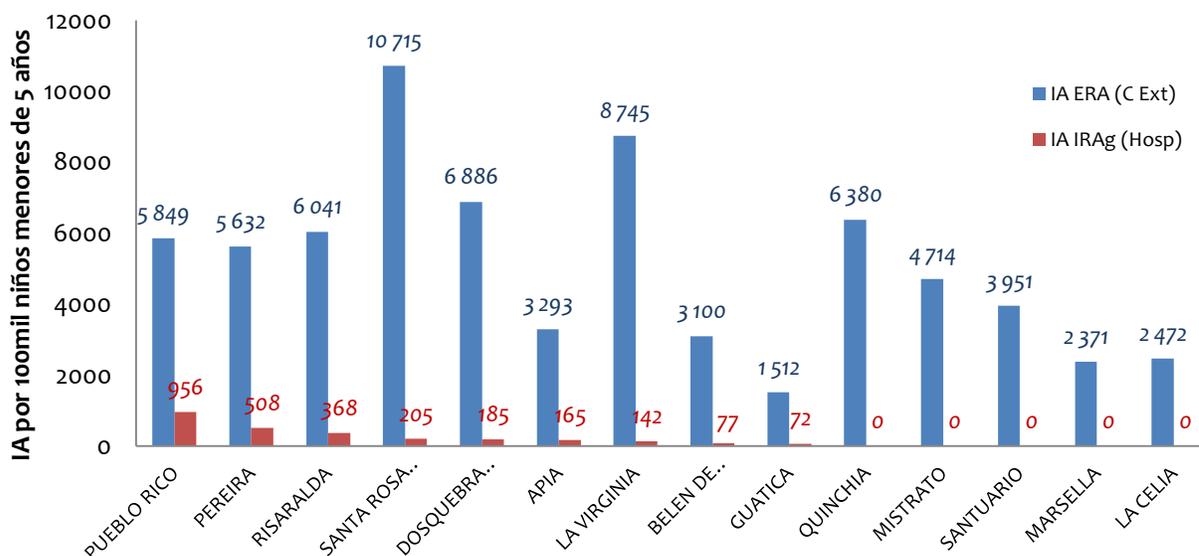


enfermedad respiratoria, ayuden a contextualizar las decisiones clínicas en cada municipio y disminuyan la letalidad de la enfermedad.

## 2. Distribución de la enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años.

De acuerdo al análisis propuesto, se encuentra que se han notificado 4577 casos ambulatorios y 242 casos hospitalarios en menores de 5 años en Risaralda. Aunque en Pereira y Dosquebradas se notifica el 65,1% de los casos ambulatorios y el 83,8% de los casos hospitalarios departamentales, el riesgo poblacional estimado de consultar de forma ambulatoria por enfermedad respiratoria en Santa Rosa (incidencia acumulada = 10,7 % de niños menores de 5 años) es cerca del doble del riesgo de Pereira (IA =5,6%) y un poco menos del doble de Pueblo Rico (5,8 %de niños menores de 5 años). La segunda mayor incidencia se encuentra entre Dosquebradas y Quinchía con 6,8% y 6,3%. En cuanto a riesgo de hospitalización por enfermedad respiratoria en Pueblo Rico se presenta una IA=956 casos por 100mil niños menores de 5 años, que es 80% mayor riesgo que en Pereira (IA =508) que ocupa el segundo lugar. Balboa, Mistrató, La Celia, Marsella y Quinchía no presentan notificación de niños hospitalizados hasta la semana 9. La comparación de las IA entre municipios en ambas atenciones se resume en la figura 1.

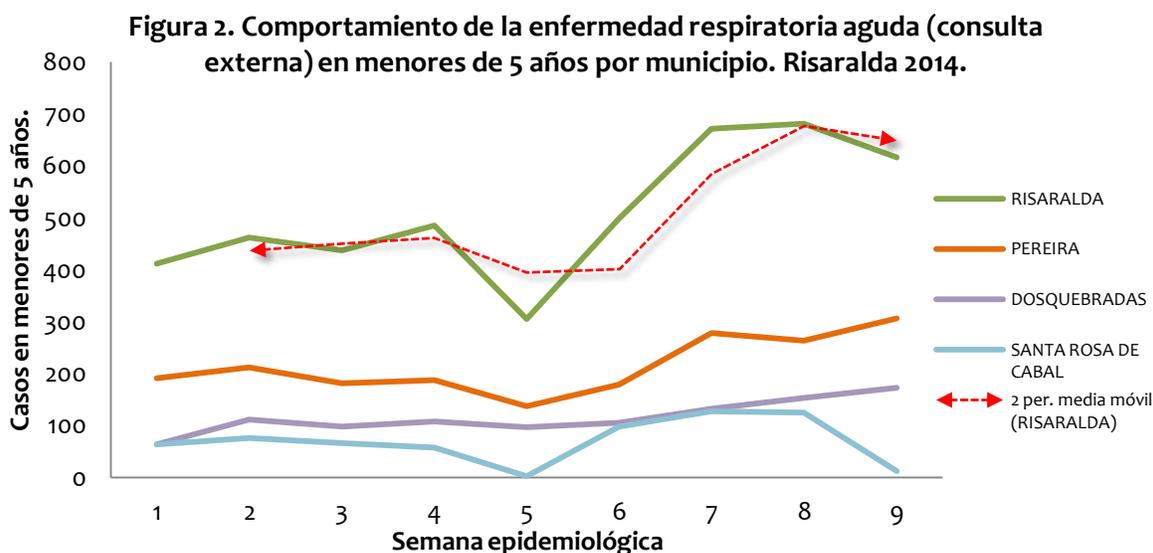
**Figura 1. Incidencia acumulada de la enfermedad respiratoria según consulta externa y hospitalización en menores de 5 años según municipio. Risaralda 2014.**



La relación entre casos ambulatorios y hospitalizados es cercana a 20 en Risaralda, aunque en Santa Rosa se eleva hasta 52 casos ambulatorios por cada hospitalizado. Balboa no registra información de casos ambulatorios de enfermedad respiratoria.

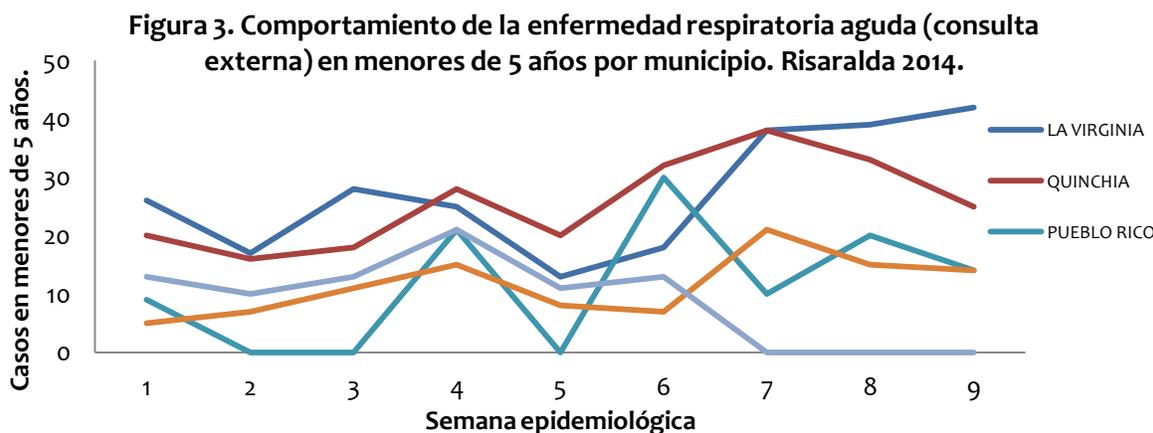
### a. Comportamiento de la enfermedad respiratoria en consulta externa.

En los registros de los casos ambulatorios se nota un promedio de 450 casos semanales en el departamento durante las primeras 4 semanas, sin embargo entre las semana 7 y 8 se presentaron cerca de 670 casos por semana, lo que supone un aumento del 48%. (Figura 2).



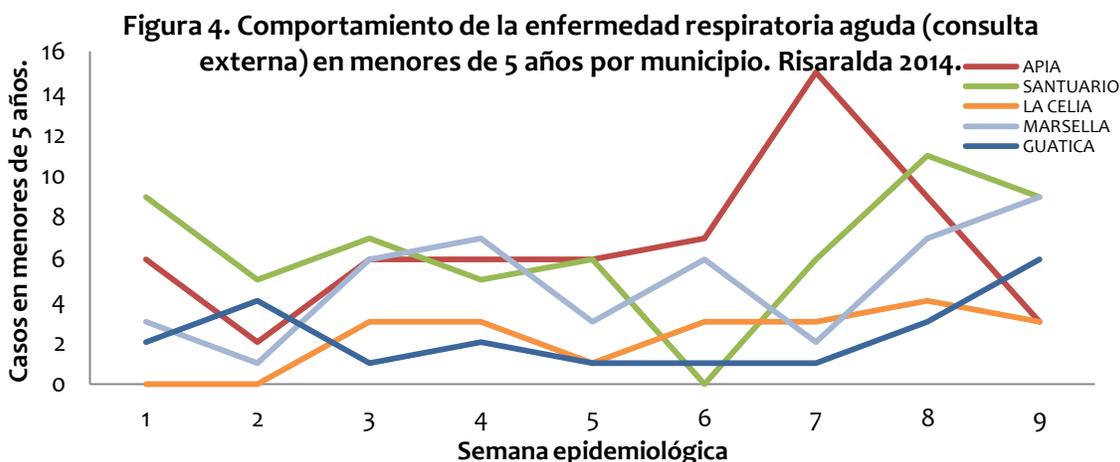
La tendencia del departamento evidencia un aumento en las últimas 3 semanas. Pereira como el municipio de mayor aporte de casos presenta este mismo patrón de alza así como Dosquebradas. Santa Rosa presentó una brusca disminución para la semana 9.

La Virginia y Quinchía tuvieron aumento durante las dos últimas semanas con respecto a la notificación usual; Mistrató tiene un aumento pero es mucho más sutil, mientras Pueblo Rico y Belén tienen una notificación errática de casos.



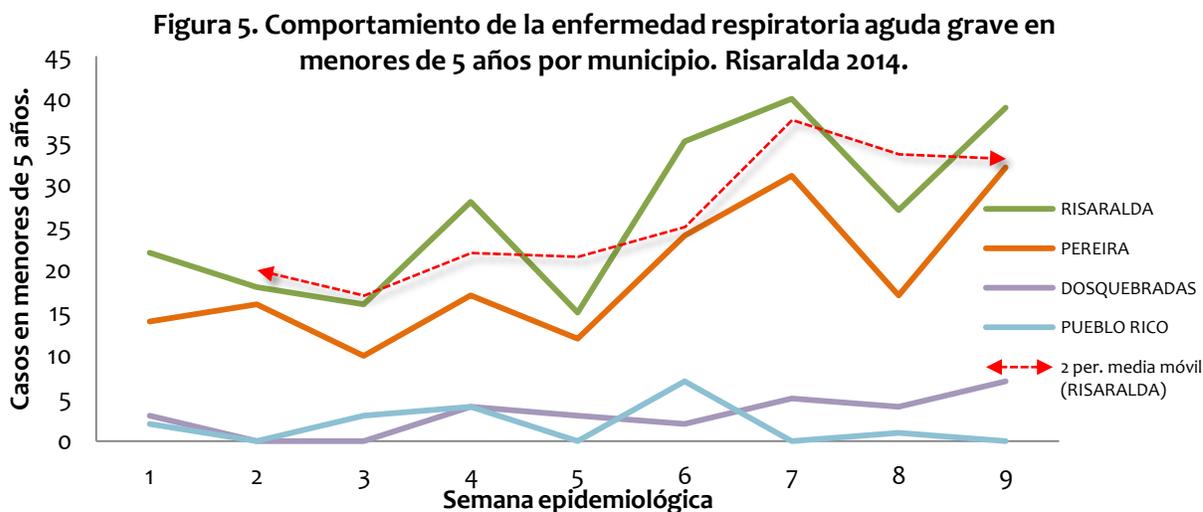
En el grupo de municipios más pequeños se nota un aumento de casos en Santuario y en Marsella. La Celia y Guática presentan una notificación estable, aunque con leves aumentos. Apia presentó un pico en la semana 7 con descenso en la última semana.



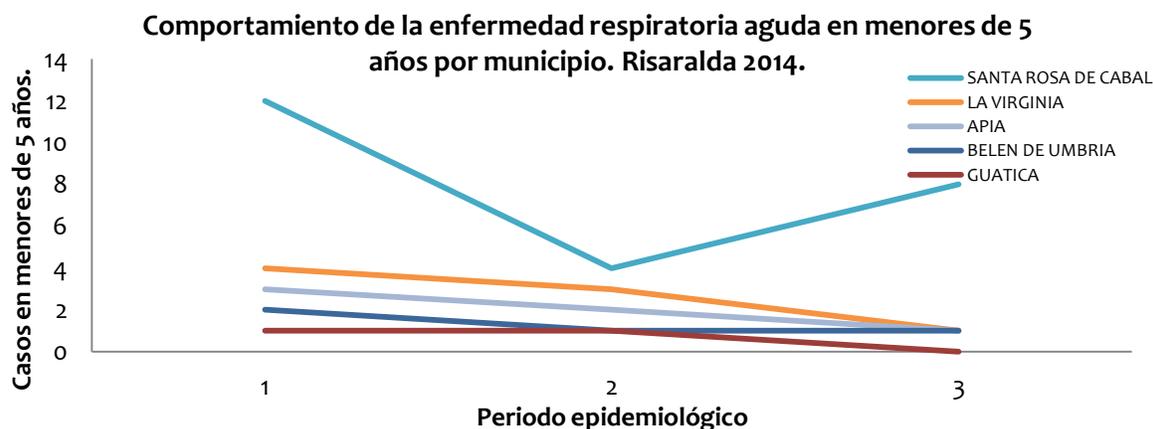


**b. Comportamiento de la enfermedad respiratoria en hospitalización**

De forma proporcional a las atenciones ambulatorias, los casos de enfermedad respiratoria hospitalizados también aumentan en las últimas semanas en Risaralda. Como se puede esperar, gran parte de estos casos proceden de Pereira, sin embargo representan el 72,3% de los casos del departamento (22,3% más de lo que se espera para su población). Dosquebradas y Pueblo Rico presentan el 18% de los casos. En Dosquebradas se nota un claro aumento de los niños hospitalizados, mientras en Pueblo Rico hay un solo pico en la semana 6 y con ella alcanzó la mayor incidencia.



En los municipios de menor notificación de casos, se agrupó la notificación por periodos epidemiológicos. Aquí se nota que La Virginia, Apia, Belén y Guática han tenido descenso entre el primer y tercer periodo, mientras que Santa Rosa es el único que tiene un franco aumento al tercer periodo (que aún no termina).



### 3. Conclusiones

De acuerdo al análisis de la información se consideran las siguientes conclusiones:

- Risaralda tiene un aumento de casos con respecto a las primeras semanas del 2014 que se refleja en la notificación de ambos tipos de caso, sin embargo con respecto a las primeras nueve semanas del 2013, se nota una disminución del 10,3% en pacientes de consulta externa y del 44% en pacientes hospitalizados.
- Existe una mayor probabilidad de enfermedad respiratoria por la consulta externa en Santa Rosa y La Virginia. En ambos municipios se nota un aumento de casos en las últimas semanas sin embargo para Santa Rosa corresponde a un 60% más de casos que en el 2013, mientras que en La Virginia supone un 16% menos.
- En cuanto a hospitalizaciones, Pueblo Rico tiene la incidencia acumulada más alta de Risaralda a la semana 9, sin embargo es solo la cuarta parte de lo notificado en el 2013. Para Pereira en el que se evidencia el segundo lugar de mayor riesgo, lo notificado este año representa una disminución de 11% con respecto a las primeras nueve semanas del 2013.
- Se recomienda fortalecer la oportunidad de la notificación así como las intervenciones de prevención y control; se consideran intervenciones que van desde la promoción del lavado de manos, higiene de la tos e identificación de signos de alarma, hasta la auditoría interna del manejo de casos de acuerdo a las guías clínicas y la adopción de normas de bioseguridad institucionales.

#### Referencias bibliográficas

1. Lopez A. Global Burden of Disease and Risk Factors: Oxford University Press and The World Bank. 2006.
2. Michaud C, Murray C, Bloom B. Burden of disease - implications for future research. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2001;285(5):535-9.
3. Louie J, H. J. Characterization of viral agents causing acute respiratory infection in a San Francisco University Medical Center Clinic during the influenza season. . Clin Infect Dis 2005; 41:822-8.
4. Antimicrobial SM. The path of least resistance. London: Department of Health; 1998.
5. Weber MW. Respiratory syncytial virus infection in tropical and developing countries. Trop Med Int Health. 1998; 3:268-80.

