

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA COLOMBIA 2017











INFORME DE EVENTO

FOR-R02.4000-001

Versión: 03

2018 04 20

Página 2 de 31

INFORME DE EVENTO INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, COLOMBIA. 2017

Diana Carolina Malo Paola Andrea Pulido Equipo Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN



Las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) son la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, en especial por infección respiratoria aguda (IRA) la cual representa cerca de dos millones de muertes cada año (1).

La infección respiratoria aguda tiene un impacto importante en salud pública; en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en el componente de enfermedades, uno de los objetivos es reducir la carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo como la infección respiratoria aguda, por lo cual se deben fortalecer los procesos de vigilancia de estas enfermedades respiratorias en el territorio nacional que aporten a la toma de decisiones en la implementación de acciones de prevención, vigilancia y control.

Adicionalmente la vigilancia de infección respiratoria aguda debe complementar los sistemas de alerta temprana creados en cumplimiento de los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para la vigilancia y la respuesta debido a que algunas de las enfermedades respiratorias son emergentes representando riesgo en la población por su elevado potencial de diseminación (2).

Objetivos específicos

- Caracterizar el comportamiento de infección respiratoria aguda con respecto a las variables de persona, tiempo y lugar.
- Determinar la circulación de virus respiratorios por grupos de edad y gravedad.
- Identificar comportamientos inusuales en las diferentes estrategias de la vigilancia de IRA.



INFORME DE EVENTO

FOR-R02.4000-001

Versión: 03

2018 04 20

Página 3 de 31

2. MATERIALES Y MÉTODOS



El presente informe es de tipo descriptivo retrospectivo sobre el comportamiento epidemiológico del evento de Infección Respiratoria Aguda. La fuente utilizada fue el sistema de notificación del SIVIGILA y los reportes emitidos por el laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud (INS) y los Laboratorios Departamentales y Distritales de Salud Pública.

Se utilizó Excel para el análisis de la base de datos de notificación colectiva y Excel y Tableau versión 9.0 para el análisis de las bases de datos de las estrategias de notificación individual. Para la caracterización del evento en persona, se realizó el análisis de edad, sexo, régimen de afiliación, área de procedencia y grupo poblacional con los casos notificados; para la caracterización del evento en tiempo y lugar se tuvo en cuenta la semana epidemiológica y la entidad territorial de notificación, procedencia o residencia según la estrategia, aplicando el método para comparar el comportamiento observado con relación con el comportamiento histórico para los eventos de interés en salud pública de baja y alta incidencia (3).

3. RESULTADOS



3.1 Vigilancia Morbilidad IRA

Durante el año 2017 se notificaron en el sistema de vigilancia en la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA), 7.017.426 consultas externas y urgencias, 248.210 hospitalizaciones en sala general y 20.702 hospitalizaciones en UCI.

3.1.1 Magnitud en lugar y persona

A nivel nacional el mayor porcentaje de consultas externas y urgencias por IRA se identificó en el grupo de 20 a 39 años (22,1 %) seguido del grupo de 5 a 19 años (18,9 %).

La región andina, la capital del país y la región caribe reportaron el mayor número de consultas externas y urgencias por IRA (gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de consultas externas y urgencias por IRA por grupos de edad en las regiones de Colombia, 2017

Grupos de edad	Amazonia	%	Andina	%	Capital	%	Caribe	%	Orinoquia	%	Pacífica	%	Nacional	%
Menores de un año	12.145	10,5	209.245	7,9	131.504	7,6	169.515	11,9	15.979	10,1	86.977	9,1	625.365	8,9
1 año	12.279	10,6	193.817	7,4	129.401	7,5	156.650	11,0	15.379	9,8	71.550	7,5	579.076	8,3
2 a 4 años	19.767 🔘	17,1	350.426 🔵	13,3	241.565 🔵	13,9	255.662	18,0	27.060 🔘	17,2	131.878 🔘	13,8	1.026.358 🔵	14,6
5 a 19 años	26.331	22,8	475.007 🔵	18,0	314.739 🔵	18,2	283.272 🔘	19,9	33.765	21,4	191.605	20,1	1.324.719 🔵	18,9
20 a 39 años	20.992	18,2	619.606	23,5	448.093	25,9	231.005 🔵	16,3	29.464	18,7	202.299	21,2	1.551.459 🔵	22,1
40 a 59 años	14.505	12,6	440.070 🔵	16,7	271.310 🔵	15,7	177.558 🔵	12,5	20.468	13,0	151.699 🔵	15,9	1.075.610 🔵	15,3
60 y más años	9.452	8,2	348.181 🔘	13,2	195.763	11,3	146.825	10,3	15.567	9,9	119.051 🔘	12,5	834.839	11,9
Total	115.471	100	2.636.352	100	1.732.375	100	1.420.487	100	157.682	100	955.059	100	7.017.426	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En las hospitalizaciones por IRA en sala general, a nivel nacional el mayor registro se presentó en los menores de un año (25,1 %) y mayores de 60 años (20,7 %).

La región andina, la capital del país y la región caribe reportaron el mayor número de hospitalizaciones por IRA en sala general (gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución de hospitalizaciones por IRA en sala general por grupos de edad en las regiones de Colombia, 2017

Grupos de edad	Amazonia	%	Andina	%	Capital	%	Caribe	%	Orinoquia	%	Pacífica	%	Nacional	%
Menores de un año	1.331 🔘	26,5	21.082	22,5	23.166	29,4	10.875	25,1	813 🔘	20,9	5.010	21,3	62.277	25,1
1 año	913 🔵	18,2	10.379	11,1	12.649 🔵	16,0	6.747	15.6	627 🔵	16,1	2.708	11,5	34.023 🔵	13,7
2 a 4 años	890 🔵	17,8	12.051	12,9	13.544 🔵	17,2	7.788 🔵	18,0	699 🔘	18,0	3.216	13,7	38.188 🔵	15,4
5 a 19 años	543 🔵	10,8	8.824	9,4	8.260	10,5	4.835	11,2	481 🔵	12,4	2.309	9,8	25.252	10,2
20 a 39 años	302	6,0	8.231	8,8	3.997	5,1	3.457	8,0	301 🔵	7,7	2.066	8,8	18.354	7,4
40 a 59 años	322 🔵	6,4	8.161	8,7	4.272	5,4	3.516	8,1	299 🔵	7,7	2.289	9,7	18.859	7,6
60 y más años	713 🔵	14,2	24.865 🔘	26,6	12.968 🔵	16,4	6.133 🔵	14,1	667 🔘	17,2	5.911 🔵	25,1	51.257 🔘	20,7
Total	5.014	100	93.593	100	78.856	100	43.351	100	3.887	100	23.509	100	248.210	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Los menores de un año (42,1 %) y mayores de 60 años (25,9 %) correspondieron a los grupos con mayor porcentaje de hospitalizaciones por IRA en UCI.

El mayor número de hospitalizaciones por IRA en sala general se identificó en la capital del país, región caribe y región andina (gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución de hospitalizaciones por IRA en UCI por grupos de edad en las regiones de Colombia, 2017

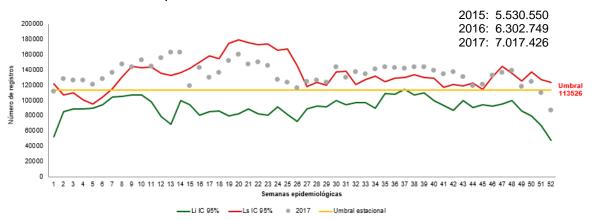
Grupos de edad	Amazonia	%	Andina	%	Capital	%	Caribe	%	Orinoquia	%	Pacífica	%	Nacional	%
Menores de un año	24 🔘	70,6	1.736 🔵	32,7	4.008	51,8	2.508 🔘	43,1	147 🔘	41,9	302 🔵	20,6	8.725 🔵	42,1
1 año	2 🔘	5,9	191 🔵	3,6	794 🔵	10,3	325	5,6	5 🔘	1,4	77 🔘	5,3	1.394	6,7
2 a 4 años	0 🔘	0,0	217 🔵	4,1	610 🔵	7,9	281 🔵	4,8	8 🔘	2,3	51 🔵	3,5	1.167 🔵	5,6
5 a 19 años	1 🔘	2,9	292 🔵	5,5	357 🔵	4,6	235 🔘	4,0	23 🔘	6,6	101 🔘	6,9	1.009	4,9
20 a 39 años	1 🔘	2,9	343 🔘	6,5	293	3,8	410 🔵	7,1	32 🔘	9,1	138	9,4	1.217	5,9
40 a 59 años	0 🔘	0,0	604 🔘	11,4	371	4,8	653 🔵	11,2	32 🔘	9,1	160 🔘	10,9	1.820	8,8
60 y más años	6 🔘	17,6	1.920 🔘	36,2	1.301	16,8	1.402 🔵	24,1	104 🔘	29,6	637 🔘	43,5	5.370 🔵	25,9
Total	34	100	5.303	100	7.734	100	5.814	100	351	100	1.466	100	20.702	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

3.1.2 Tendencia del evento y comportamientos inusuales

Durante el año 2017 las consultas externas y urgencias por IRA superaron además del umbral estacional, al límite superior histórico en el primer, tercer y cuarto trimestre del año, principalmente en los meses de abril a junio y septiembre a octubre (gráfica 4).

Gráfica 4. Comparación de consultas externas y urgencias por IRA de 2017 con su comportamiento histórico, Colombia, 2013-2016



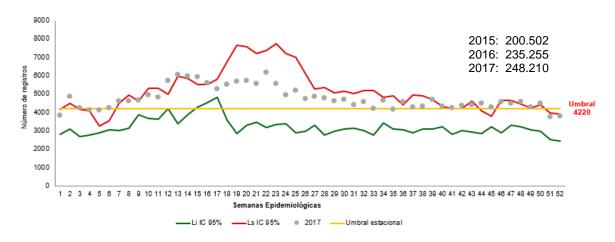
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Las hospitalizaciones por IRA en sala general superaron el umbral estacional por debajo del límite superior histórico en el segundo trimestre del año principalmente en el mes de mayo y junio (gráfica 5).

Versión: 03 2018 04

04 Página 6 de 20 31

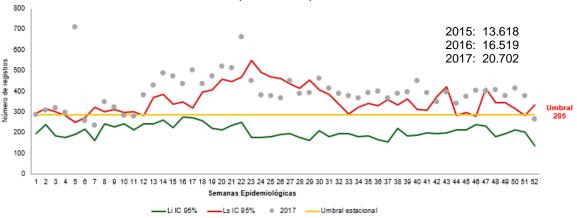
Gráfica 5. Comparación de hospitalizaciones por IRA en sala general con su comportamiento histórico, Colombia, 2013-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Las hospitalizaciones por IRA en UCI superaron en gran parte del año además del umbral el límite superior histórico principalmente en el segundo, tercer y cuarto trimestre del año en los meses de abril a mayo, agosto a septiembre y diciembre (gráfica 6).

Gráfica 6. Comparación de hospitalizaciones por IRA en UCI con su comportamiento histórico, Colombia, 2013-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

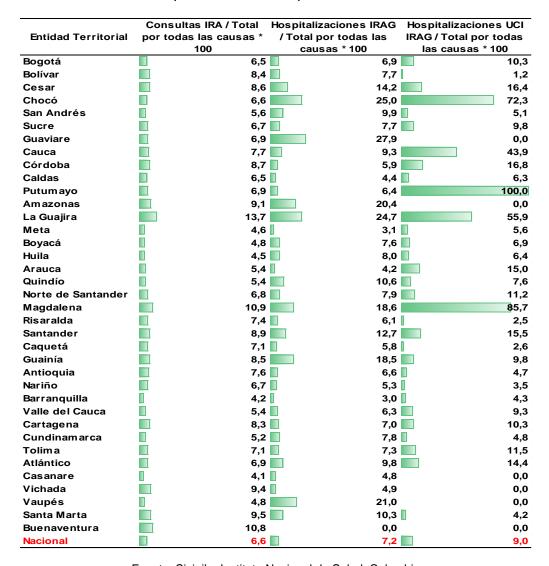
3.1.3 Comportamiento de los indicadores de la vigilancia de la morbilidad por IRA

En el 2017, se obtuvo una proporción de consultas externas y urgencias por IRA del total de consultas externas y urgencias por todas las causas a nivel nacional de 6,6 %; una proporción de hospitalizaciones por IRA en sala general del total de hospitalizaciones en sala general por todas las causas de 7,2 % y una proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI del total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas de 9,0 %.



Se presentó la mayor proporción de atenciones por IRA del total de atenciones por todas las causas en La Guajira, Magdalena y Buenaventura en las consultas externas y urgencias, en Guaviare, Chocó y La Guajira en las hospitalizaciones en sala general y en Putumayo, Magdalena y Chocó en las hospitalizaciones en UCI (tabla 1).

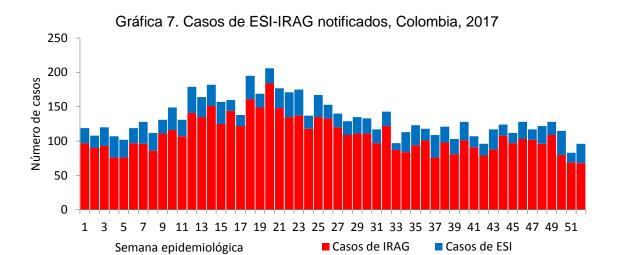
Tabla 1. Proporción morbilidad por IRA, Colombia, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

3.2 Vigilancia centinela de ESI-IRAG

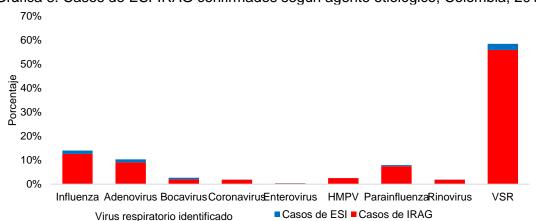
Durante el 2017, se notificaron al Sivigila 6.910 casos de IRA mediante la estrategia de vigilancia centinela; de estos el 81,7 % fueron notificados como casos de IRAG y el 18,3 % como casos de ESI; el promedio semanal de casos notificados fue de 133 (gráfica 7).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Según la clasificación final de casos, el 24,2 % (1671/6910) fueron confirmados por laboratorio, el 3,5 % (244/6910) casos continúan como probables y en el 72,0 % (4977/6910) casos el resultado de laboratorio para virus respiratorios fue negativo.

De acuerdo con el agente causal, en los casos confirmados el 58,5 % (739/1671) de los casos de ESI-IRAG notificadas corresponde a Virus Sincitial Respiratorio (VSR), el 14,0 % (177/1671) a influenza, el 10,3 % (130/1671) a adenovirus (gráfica 8).



Gráfica 8. Casos de ESI-IRAG confirmados según agente etiológico, Colombia, 2017

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

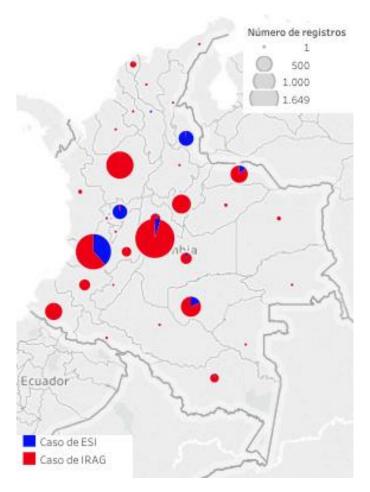
3.2.1 Magnitud en lugar y persona

El 54,8 % de los casos de ESI - IRAG notificados durante el 2017 proceden de tres entidades territoriales Bogotá (23,9 %), Valle del Cauca (19,4 %) y Antioquia (11,6 %);

Instituto	PROCESO	INFORME DE EVENTO	Versión: 03	2018	Página 9 de
NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	FOR-R02.4000-001		04 20	31

según UPGD centinela, en Colombia el mayor número de casos de ESI – IRAG fue notificado por la Fundación Valle del Lili en Valle del Cauca con el 14,5% (1004/6910) seguido por la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul en Antioquia con el 11,2 % (821/6910) (figura 1).

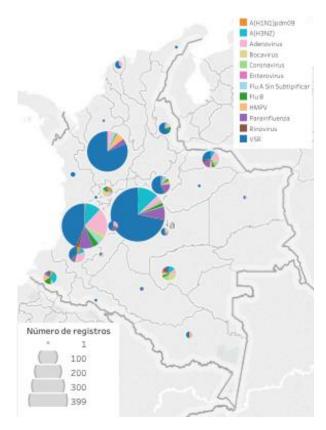
Figura 1. Distribución Casos de ESI-IRAG por departamento de procedencia, Colombia, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Teniendo en cuenta los resultados de laboratorio de los casos notificados como ESI-IRAG se analiza la circulación de influenza y otros virus respiratorios por entidad territorial, siendo el VSR predominante en todas las entidades territoriales, con mayor proporción en Bogotá y Antioquia; en cuanto al virus de influenza, para el 2017 el subtipo predominante fue influenza A(H3N2), identificándose en mayo proporción en Bogotá y Valle del Cauca (figura 2).

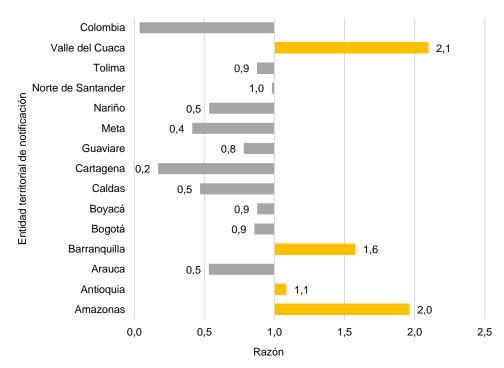
Figura 2. Distribución de virus respiratorios en pacientes con ESI-IRAG por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2017



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SRNL - INS

Se observa un incremento estadísticamente significativo en la razón entre lo observado en las semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2017 y lo esperado a partir de la notificación de 2013 a 2016 de casos de ESI-IRAG en las entidades territoriales de Amazonas, Antioquia, Barranquilla y Valle del Cauca (gráfica 9).

Gráfica 9. Comparación de la notificación de ESI-IRAG, a semana epidemiológica 52 de 2017 con su comportamiento histórico entre 2013 y 2016 por entidad territorial de notificación, Colombia



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En la distribución de la notificación de casos de ESI-IRAG se observa que el evento se presentó con más frecuencia en los casos de IRAG en hombres y en la población afiliara al régimen subsidiado; también se observa una mayor proporción en el grupo de menores de un año; en los casos de ESI el mayor número de casos se presentó en el sexo femenino, en población del régimen subsidiado; adicionalmente en los casos de ESI se observa una distribución más homogénea en cuanto al grupo de edad. No se observan diferencias por pertenecía étnica y área de ocurrencia (tabla 2).



INFORME DE EVENTO

FOR-R02.4000-001

Versión: 03

2018 04 20

Página 12 de 31

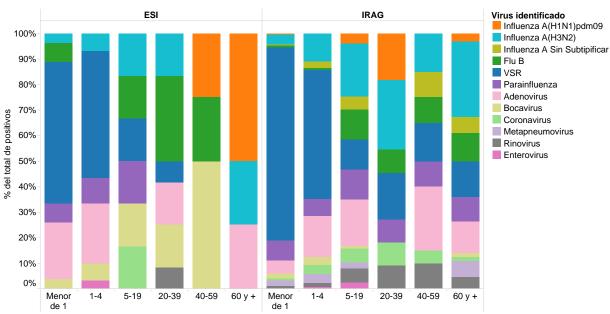
Tabla 2. Características demográficas y sociales de los casos de ESI-IRAG, Colombia, 2017

		2017			
Variable	Categoria	IRAG	Porcentaje	ESI	Porcentaje
	Masculino	3018	53,5	612	48,4
Sexo	Femenino	2627	46,5	653	51,6
	Total general	5645	100	1265	100
	Cabecera Municipal	4949	87,7	1214	96,0
Área	Rural Disperso	529	9,4	43	3,4
Area	Centro Poblado	167	3,0	8	0
	Total general	5645	100	1265	100
	Subsidiado	2597	46,0	997	78,8
	Contributivo	2504	44,4	151	11,9
Tipo de Régimen	No Afiliado	357	6,3	100	7,9
	Especial	71	1,3	12	0,9
	Indeterminado	59	1,0	4	0
	Excepción	57	1,0	1	0
	Total general	5645	100	1265	100
	Otros	5334	94,5	1252	99,0
	Indígena	251	4,4	9	0,7
	Negro, Mulato, Afro Colombiano	25	0,4	3	0
Pertenencía Étnica	ROM	32	0,6	1	0
Lunca	Palenquero	0	0	0	0
	Raizal	3	0	0	0
	Total general	5645	100	1265	100
	<1 año	2556	45,3	273	21,6
	1 año	803	14,2	149	11,8
	2 a 4	763	13,5	180	14,2
Grupo de edac	5 a 19	497	8,8	195	15,4
orupo de edac	20 a 39	185	3,3	158	12,5
	40 a 59	228	4,0	144	11,4
	60 y +	613	10,9	166	13,1
	Total general	5645	100	1265	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Según el grupo de edad, de los casos notificados como ESI-IRAG el VSR representa el 67,0 % de los virus identificados en los menores de cinco años, seguido por el Adenovirus con el 9,5 %; en los mayores de 5 años el virus de influenza representa la mayor proporción seguido de igual manera por el adenovirus y otros virus emergentes (gráfica 10).

Gráfica 10. Comportamiento de notificación de casos de ESI-IRAG por grupo de edad y virus identificado, Colombia, 2017

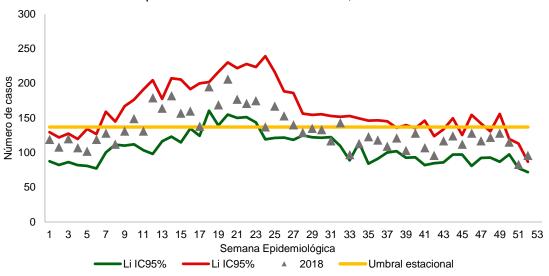


Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SRNL - INS, 2017

3.2.2 Otras variables de interés

Se observa un aumento en la notificación de casos de ESI-IRAG durante las semanas epidemiológicas 10 a la 27, el cual no supera los límites históricos registrados, este aumento en la notificación corresponde al primer pico respiratorio del país que en promedio se mantiene durante 20 semanas epidemiológicas, las cuales corresponden al periodo de mayor pluviosidad nacional; adicionalmente durante este periodo de tiempo se presenta la mayor circulación de virus respiratorios (gráfica 11).

Gráfica 11. Comparación de la notificación casos ESI-IRAG de 2017 con su comportamiento histórico Colombia, 2014-2016

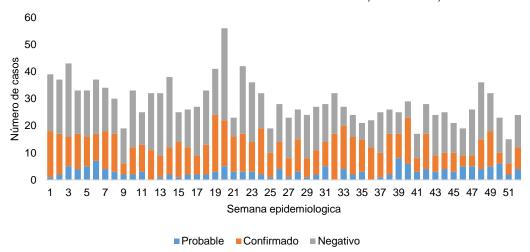


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

3.3 Vigilancia de IRAG inusitado

Durante el 2017, se notificaron al Sivigila 1 539 casos de IRAG inusitado con un promedio semanal de 30 casos notificados; según la clasificación final de casos, el 36,5 % (561/1539) fueron confirmados por laboratorio, el 10,3 % (185/1539) casos continúan como probables y en el 50,9 % (783/1539) casos el resultado de laboratorio para virus respiratorios fue negativo (gráfica 12).

Gráfica 12. Casos de IRAG inusitado notificados, Colombia, 2017

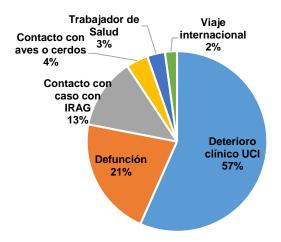


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017



De acuerdo con el criterio de clasificación inicial de los casos de IRAG inusitado notificados el 56,7 % (872/1539) corresponde a pacientes con un cuadro clínico de evolución rápida tórpida, con requerimiento de hospitalización en UCI, el 21 % (329/1539) de los casos fueron notificadas como muertes por IRA sin etiología establecida (gráfica 13).

Gráfica 13. Criterios de clasificación casos de IRAG inusitado notificados, Colombia, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

3.3.1 Magnitud en lugar y persona

Según entidad territorial de procedencia el mayor número de casos de IRAG inusitado durante el 2017 fue notificado por el distrito de Bogotá con 272 casos, seguido por Antioquia por 268 casos; la tasa de incidencia en población general al periodo epidemiológico 13 de 2017 de IRAG inusitado fue de 3,1 casos por 100 000 habitantes; la incidencia más alta se reporta en el departamento de Cesar, el cual presento diferentes brotes de IRAG principalmente en población indígena; para este año se notificaron al sistema de vigilancia 333 muertes como IRAG inusitado (incluidos cinco casos procedentes del exterior), que representaron el 21,6% de los casos notificados. El mayor número de muertes notificadas corresponde al departamento de Antioquia sin embargo, la mayor proporción de muertes notificadas se presentó en el departamento de Guaviare (tabla 3).

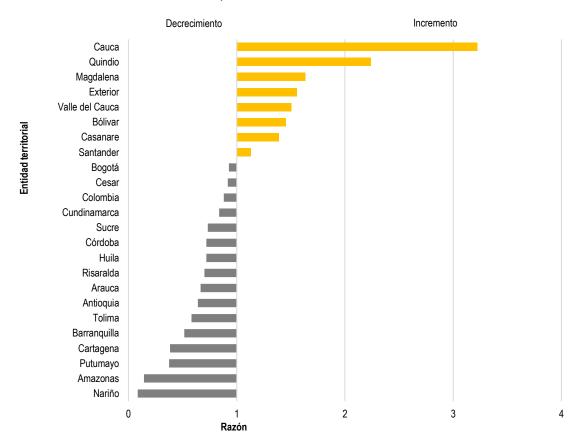
Tabla 3. Incidencia para IRAG inusitado, Colombia, 2017

Entidad territorial de	No. casos	Población	Tasa * 100.000	No. Muertes	Proporción de
procedencia	notificados	Poblacion	habitantes	notificadas	muertes notificadas
Amazonas	1	77948	1,3	1	100
Antioquia	268	6613118	4,1	89	33,2
Arauca	14	267992	5,2	4	28,6
Atlántico	13	1289626	1,0	3	23,1
Barranquilla	8	1228271	0,7	0	0
Bogotá	272	8080734	3,4	39	14,3
Bolívar	16	1121814	1,4	3	18,8
Boyacá	29	1279955	2,3	1	3,4
Buenaventura	0	415770	0,0	0	<u></u>
Caldas	40	991860	4,0	16	40,0
Caquetá	13	490056	2,7	5	38,5
Cartagena	5	1024882	0,5	0	0,
Casanare	16	368989	4,3	6	37,5
Cauca	71	1404205	5,1	8	11,3
Cesar	101	1053475	9,6	21	20,8
Chocó	6	510047	1,2	2	33,3
Córdoba	18	1762530	1,0	3	16,7
Cundinamarca	44	2762784	1,6	6	13,6
Guainía	0	42777	0,0	0	
La Guajira	16	1012926	1,6	1	6,3
Guaviare	3	114207	2,6	2	66,7
Huila	59	1182944	5,0	3	5,1
Magdalena	18	785993	2,3	7	38.9
Meta	14	998162	1,4	8	57,1
Nariño	6	1787545	0,3	1	16,7
Norte de Santander	25	1379533	1,8	8	32,0
Putumayo	3	354094	0,8	0	0
Quindío	37	571733	6,5	10	27.0
Risaralda	26	962529	2,7	12	46,2
San Andrés	0	77759	0,0	0	
Santander	65	2080938	3,1	7	10,8
Santa Marta D.E.	9	499391	1,8	0	0
Sucre	22	868438	2,5	5	22,7
Tolima	30	1416124	2,1	8	26,7
Valle del Cauca	249	4292492	5,8	49	19,7
Vaupés	0	44500	0,0	0	
Vichada	1	75468	1,3	0	0
Total general	1518	49291609	3,1	328	21,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Se observa un incremento estadísticamente significativo en la razón entre lo observado en las semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2017 y lo esperado a partir de la notificación de 2013 a 2016 de casos de IRAG inusitado en las entidades territoriales de Cauca, Quindío, Magdalena, Valle del Cauca, Bolívar, Casanare y Santander; adicionalmente para el año 2017 se presentó un incremento significativo en la notificación de casos procedentes del exterior, principalmente procedentes de Venezuela con cinco casos y Estados unidos con cuatro casos (gráfica 14).

Gráfica 14. Comparación de la notificación de IRAG inusitado, a semana epidemiológica 52 de 2017 con su comportamiento histórico entre 2013 y 2016 por entidad territorial de procedencia, Colombia



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En la distribución de la notificación de casos de IRAG inusitado se observa que el evento se presentó con más frecuencia en los hombres y en la población afiliara al régimen contributivo; también se observa una mayor incidencia en el grupo de menores de un año (tabla 4).

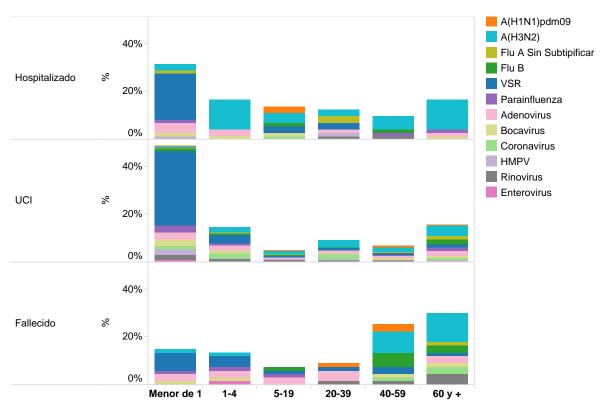
Tabla 4. Características demográficas y sociales de los casos de IRAG inusitado, Colombia, 2017

C	aracterística	Casos	Porcentaje	Poblacion	Incidencia *100000
	Cabecera municipal	1257	81,7	37816051	3,3
AREA	Rural disperso	188	12,2	11475558	2,5
	Centro poblado	94	6,1		
	Subsidiado	634	41,2	22544740	2,8
	Contributivo	743	48,3	22128468	3,4
TIPO DE	No afiliado	77	5,0		
REGIMEN	Especial	46	3,0	1984553	2,3
	Indeterminado	14	0,9		
	Excepción	25	1,6		**
	Otros	132	8,6		
PERTENENCIA	Indígena	62	4,0	1194664	5,2
ETNICA	Negro, Afro Colombiano	5	0,3	4761800	0,1
LINICA	ROM	8	0,5		
	Raizal	3	0,2		
SEXO	Masculino	830	53 ,9	243377	341,0
SEAU	Femenino	709	46,1	249539	284,1
	<1 año	420	27,3	878602	47,8
	1 a 4	169	11,0	4369474	3,9
	5 a 19	224	14,6	12826348	1,7
Grupo de edad	20 a 39	215	14,0	15385645	1,4
	40 a 59	146	9,5	10978582	1,3
	60 y +	365	23,7	5160735	7,1
	Total general	1539	100	49599386	3,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Según el grupo de edad, de los casos notificados como IRAG inusitado el VSR representa el 65,9 % de los virus identificados en los menores de cinco años, seguido por influenza A(H3N2) con el 21,2 %; en los mayores de 5 años el virus de influenza A(H3N2) representa la mayor proporción en los pacientes fallecidos y hospitalizados en sala general principalmente (gráfica 15).

Gráfica 15. Comportamiento de notificación de casos de IRAG inusitado por grupo de edad, criterio de gravedad y virus identificado, Colombia, 2017

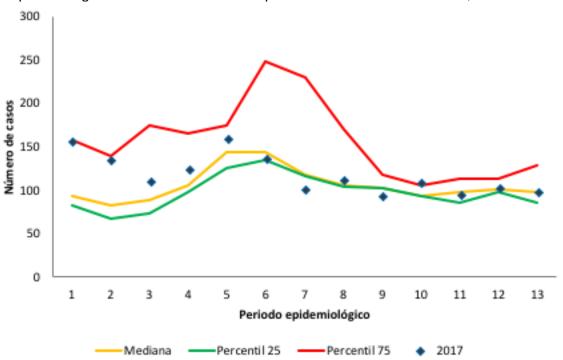


Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SRNL - INS, 2017

3.3.2 Otras variables de interés

El comportamiento de la notificación de casos de IRAG inusitado durante el 2017 se mantuvo por debajo del límite superior histórico, con una mayor notificación durante el primer semestre del año (gráfica 16).

Gráfica 16. Comparación de la notificación casos IRAG inusitado, a semana epidemiológica 52 de 2017 con su comportamiento histórico Colombia, 2014-2016

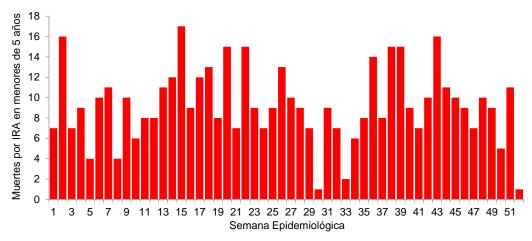


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

3.4 Vigilancia de muertes por IRA en menores de cinco años

Durante el 2017, se notificaron al Sivigila 488 muertes por IRA en menores de cinco años con un promedio semanal de nueve casos notificados (gráfica 17).

Gráfica 17. Muertes por IRA en menores de cinco años notificadas, Colombia, 2017

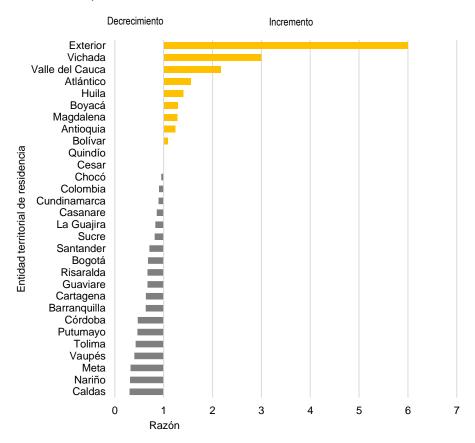


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

3.4.1 Magnitud en lugar y persona

Se observa un incremento estadísticamente significativo en la razón entre lo observado en las semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2017 y lo esperado a partir de la notificación de 2013 a 2016 de muertes por IRA en menores de cinco años en las entidades territoriales de Vichada, Atlántico, Huila, Boyacá, Magdalena, Valle del Cauca, Antioquia y Bolívar; adicionalmente para el año 2017 se presentó un incremento significativo en la notificación de casos procedentes del exterior, principalmente procedentes de Venezuela con cinco casos (gráfica 18).

Gráfica 18. Comparación de la notificación de muertes por IRA en menores de cinco años, a semana epidemiológica 52 de 2017 con su comportamiento histórico entre 2013 y 2016 por entidad territorial de residencia, Colombia



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En la distribución de la notificación de muertes por IRA en menores de cinco años se observa que el evento se presentó con más frecuencia en los hombres y en la población afiliara al régimen subsidiado; también se observa una mayor tasa de mortalidad en el grupo de menores de un año, seguido por los niños de un año (tabla 5).

Tabla 5. Características demográficas y sociales de las muertes por IRA en menores de cinco años, Colombia, 2017

Cara	acterística	Casos	Porcentaje	Población < de 5 años	Tasa * 100.000 menores
	Cabecera municipal	296	60,7		
Área	Rural disperso	136	27,9		
	Centro poblado	56	11,5		
	Subsidiado	317	65,0		
	Contributivo	113	23,2		
Tipo de régimen	No afiliado	43	8,8		
Tipo de regimen	Especial	7	1,4		
	Indeterminado	7	1,4		
	Excepción	1	0,2		
	Otros	335	68,6		
Pertenencia	Indígena*	120	24,6	1194663	10,0
étnica	Negro, Afro Colombiano*	30	6,1	4710087	0,6
etilica	ROM	2	0,4		
	Raizal	1	0,2		
Sexo	Masculino	256	52,5	2225023	11,5
Sexu	Femenino	232	47,5	2123053	10,9
	< 1 año	318	65,2	878602	36,2
Grupo de edad	1 año	107	21,9	873646	12,2
Grupo de edad	2 a 4 años	63	12,9	2595828	2,4
	Total general	488	100	4348076	11,2

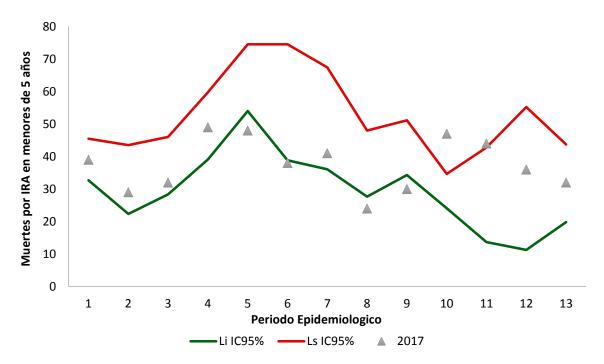
^{*}No se cuenta con población discriminada por grupo de edad

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

3.4.2 Otras variables de interés

El comportamiento de la notificación de muertes por IRA en menores de cinco años durante el 2017 se mantuvo por debajo del límite superior histórico durante 11 de 13 periodos epidemiológicos, con una mayor notificación durante los periodos epidemiológicos 10 y 11 momento en el cual la notificación supero el límite superior histórico establecido (gráfica 19).

Gráfica 19. Comparación de la notificación casos IRAG inusitado, a semana epidemiológica 52 de 2017 con su comportamiento histórico Colombia, 2014-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

3.5 Comportamiento de los indicadores de la vigilancia centinela de ESI-IRAG, IRAG inusitado y muertes por IRA en menores de cinco años

Para el año 2017 en la vigilancia de muertes por IRA en menores de cinco años no se cumplió con el indicador de recolección de muestra respiratoria a todas las muertes notificadas; a nivel nacional este indicador se ubicó en el 30,1 %; con respecto a la recolección de muestra respiratoria en casos de IRAG inusitado se cumplió con este indicador en el 72,9 % de los casos.

En la vigilancia centinela de ESI-IRAG a nivel nacional el cumplimiento en la notificación de casos fue del 69,2 %, con un cumplimiento ideal en las entidades territoriales de Valle del Cauca y Antioquia (tabla 6).

INFORME DE EVENTO

FOR-R02.4000-001

Versión: 03 2018

04

20

Página 25 de 31

Tabla 6. Indicadores de cumplimiento vigilancia de IRAG. Colombia. 2017

Muertes	por IRA en me	enores de cinco	años		IRAG inusitado)		Vigilancia centinel	a
Entidad territorial de notificación	Muertes notificadas	Muertes con muestra respiratoria	Porcentaje muertes con muestras	Casos notificadas	Casos con muestra respiratoria	Porcentaje casos con muestras	Numero de casos notificados	Periodos epidemiologicos con cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento
Amazonas	2	0		1	0		78	0	0
Intioquía	95	19	19.8	273	110	40.0	821	13	100
rauca	3	0	.0.	15	15	100	325	3	23,1
Mantico	5	1	20,0	8	3	37.5			
Sarranquilla	12	1	8.3	13	8	61.5	482	11	84,6
Bogotá	83	16	19.3	314	272	86,6	1780	11	84,6
Bolivar	5	2	40.8	5	3	50.0		**	-
loyacá	11	4	36.4	29	28	96,6	377	7	53.8
Caldas	2	0	. 0	39	38	97,4	220	5	38(5)
Caqueta	4	3	75,0	9	9	100			**
Cartagena	32	23	71,9	5	5	100	46	0	- 0
Casanare	1	1	100	16	13	81,3	**	**	
Cauca	4	1	25.0	41	13	31.7	**	**	**
Cesar	24	3	12.5	114	68	59.6	**	**	-
Chocó	21	0	8	1	0	0		**	**
ordoba	9	3	33.3	19	15	78,9	**	***	**
Cundinamarca	6	1	16.7	21	12	57.1	**	**	**
Suainia	1	0		0	0		-	-	177
a Guajira	33	1	3,0	15	13	86,7	***		
Suaviare	1	1	100	1	1	100	458	5	38.5
fuila	10	4	40.0	67	56	83,6	***	**	**
Magdalena	4	0	- 8	1	1	100	-		
Meta	15	13	86,7	14	13	92,9	154	0	- 10
lariño	7	1	14.3	7	6	85,7	315	11	84,6
lorte santander	13	8	61.5	23	21	91,3	242	6	48.2
utumayo	3	1	33.3	. 1	1	100	**	-	**
uindio	5	3	80.0	39	31	79,5		**	**
Risaralda	10	1	10.0	29	21	72,4	**	**	***
Santander	5	3	60.0	75	63	84,0		***	277
Santa marta	6	1	367	14	10	71,4	**	**	
Sucre	11	9	81,8	28	23	82,1	**	**	**
olima	6	4	68.7	24	23	95,8	97	0	.0
/alle del Cauca	29	19	68.5	277	227	81,9	1515	13	100
/aupes	2	0	0.	0	0		**	**	-
/ichada	8	0		1	0		**		-
Total Nacional	488	147	30.1	1539	1122	72,9	6910	9	69.2
				% C u 90	mplimiento Ideal	Convención			
			89 -	- 70	Bueno				
			<	70 lı	nsuficiente				

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

A semana epidemiológica 52 de 2017 la mortalidad nacional fue de 11,2 por cada 100 000 menores de cinco años; Vichada, Guainía y Chocó presentan la mayor mortalidad por IRA en menores de cinco años con 173,5, 56,6 y 44,4 respectivamente (tabla 7).



PROCESO
VIGILANCIA Y ANALISIS DEL
RIESGO EN SALUD PÚBLICA

INFORME DE EVENTO Versión: 03

2018 04 20

Página 26 de 31

Tabla 7. Mortalidad por IRA en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, 2017

FOR-R02.4000-001

Entidad territorial	Número de casos	Mortalidad por 100.000 menores de 5 años
Vichada	18	173,5
Guainía	3	56,6
Chocó	29	44,4
Vaupés	2	33,3
Amazonas	3	28,6
La Guajira	34	25,8
Bolívar	25	19,8
Cesar	21	19,0
Magdalena	16	17,4
Antioquia	87	16,2
Cartagena	13	16,0
Guaviare	2	13,6
Sucre	11	13,0
Colombia	488	11,2
Caquetá	6	11,0
Quindío	5	10,9
Boyacá	11	10,4
Bogotá	61	10,0
Risaralda	7	9,2
Arauca	3	9,0
Cundinamarca	21	8,5
Casanare	3	8,1
Valle	26	8,1
Putumayo	3	7,5
Norte de Santander	9	7,1
Barranguilla	6	6,3
Huila	7	6,1
Cauca	8	5,9
Atlántico	7	5,8
Tolima	7	5,5
Nariño	7	4,2
Meta	4	4,2
Caldas	3	3,8
Córdoba	7	3,8
Santander	6	3,6
Santa Marta	1	2,1
Exterior	6	0
San Andrés	0	0
Buenaventura	0	0

Fuente población: Proyección DANE 2017. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

3.6 Brotes y conglomerados

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2017 se notificaron al Instituto Nacional de Salud las siguientes situaciones de emergencia relacionadas a pacientes de poblaciones especiales; las tasas de ataque más elevadas se presentaron en brotes en población indígena con cinco eventos durante el 2017 (tabla 8).

Tabla 8. Brotes por infección respiratoria aguda, Colombia, 2017

Fecha	Entidad Territorial	Evento - Brote o emergencia sanitaria	Resultados	Tasa ataque
Enero	Bogotá	Brote de IRA institución La Picota	Negativo	0,33
Febrero	Valle-Tuluá	Brote de IRAG inusitado en adultos mayores institucionalizados	Negativo	10
Febrero	Caladas- Manizales	Brote de IRAG inusitado en brote de IRA en población escolar	Adenovirus	17,5
Marzo	Vaupés-Vista hermosa	Comunidad indígena Vista Hermosa	Parainfluenza	31,8
Abril	Cesar-Valledupar	Comunidad Kogui asentamiento Sinka	Negativo	24,1
Mayo	Bogotá	Brote de IRAG inusitado Escuela Militar José María Córdoba	Influenza B	11,2
Junio	Vichada-Cumaribo	Ruta del resguardo Santa Teresita	VSR/Parainfluenza	(33)
Agosto	Meta-Villavicencio	Caso de IRAG inusitado Batallón infantería Nº 20	Influenza B	(1)
Septiembre	Norte de Santander- Pamplona	Brote IRAG inusitado en grupo familiar	H3/N2	(3)
Octubre	Quindío-Calarcá	Resguardo indígena emberachami	H3/N2	8,3
Octubre	Cesar-Codazzi	Comunidad Indígena Yukpa	Adenovirus/VSR	6,2
Noviembre	Cesar-La Jagua	Brote de IRAG inusitado Batallón Biter	Enterovirus	1,2
Diciembre	Valle-Buga	Brote de IRAG inusitado Batallón Palace	Negativo	8,7
Diciembre	Valle-Cali	Brote de IRAG inusitado en adultos mayores institucionalizados	Negativo	3,5

Fuente: Investigación epidemiológica de brote, 2017

4. DISCUSIÓN



Durante el año 2017 el mayor registro de consultas externas y hospitalizaciones por IRA se presentó en la capital del país, región andina y región caribe; en estas zonas geográficas del país se reportaron precipitaciones en el transcurso del año que favorecieron el desarrollo de casos de IRA. En los últimos años se ha identificado que la humedad atmosférica es un factor que se relaciona con las enfermedades respiratorias de origen viral; se necesita menos humedad para saturar el aire frío que el aire caliente, puede haber una humedad relativa alta en el exterior en un día muy frío, una vez el aire se calienta la humedad relativa baja, facilitando la transmisión de enfermedades respiratorias. Si la



INFORME DE EVENTO

FOR-R02.4000-001

Versión: 03

2018 04 20

Página 28 de 31

humedad relativa es alta, los virus podrían ser menos estables y las pequeñas gotas de virus que se transportan en el aire luego de toser una persona, parece atraer más el vapor de agua y caerse del aire antes de infectar a otra persona (4).

Los menores de un año y mayores de 60 años son los grupos de edad con mayor porcentaje de hospitalizaciones por IRA en sala general y UCI; los menores de cinco años tienen mayor susceptibilidad de adquirir infección respiratoria aguda debido a su relativa inmadurez inmunológica, esquemas de vacunación incompletos; aproximadamente más del 70,6 % de los menores de cinco años, corresponden a pacientes con diagnóstico de infección respiratoria aguda del tracto respiratorio inferior (5). En el adulto mayor la incidencia de la neumonía comunitaria por año es cuatro veces mayor con respecto a los adultos jóvenes y este grupo de edad tiene mayor riesgo de hospitalización por neumonía comunitaria y mayor riesgo de fallecer por esta causa (6); en estos pacientes se han identificado antecedentes clínicos como asma, hipertensión arterial, entre otros y en otros pacientes exposición a tabaquismo por varios años.

En la vigilancia centinela de ESI - IRAG para el año 2017 la mayor proporción de casos se presentó en los menores de cinco años; a nivel mundial, las enfermedades respiratorias agudas en la infancia constituyen la causa más frecuente de mortalidad y morbilidad, incluyendo un elevado número de consultas en la edad pediátrica, con un claro componente estacional relacionado principalmente con los meses de frio; la mayor frecuencia de infecciones respiratorias agudas durante la infancia, se debe además de diferentes factores sociales y demográficos a factores de tipo anatómico, puesto que los mecanismos de defensa se encuentran inmaduros, así como la presencia de alguna enfermedad de base (7).

Otro grupo de edad afectado principalmente por los cuadros de IRAG son las personas mayores de 60 años, en quienes condiciones como la edad avanzada y la presencia de comorbilidades como enfermedades respiratorias crónicas, inmunosupresión, obesidad y enfermedades cardiovasculares se han asociado a mayor probabilidad de ingreso a unidades de cuidados intensivos o de mayor complejidad (8).

Según departamento de notificación y UPGD centinela, en Colombia el mayor número de casos de ESI – IRAG fueron notificados por la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul en Antioquia y la Fundación Valle del Lili de Valle del Cauca; a nivel nacional el porcentaje de cumplimiento en la notificación por las entidades centinelas fue del 69,2 %; esto debido principalmente a la disminución en la notificación de los eventos de interés en salud pública durante las primeras semanas del año, lo que influye negativamente en el porcentaje de cumplimiento nacional.

Según los criterios para la clasificacion de los casos de IRAG inusitado notificados la mayor proporción corresponde a personas con deterioro clinico en unidad de cuidados intensivos, una posible explicacion a este comportamiento corresponde al ingreso en la notificacion de personas menores de cinco años de mayores de 60 años, puesto que en estos grupos de edad las complicaciones generadas por este evento requieren hospitalizacion y manejo en unidades de mayor complejidad.



INFORME DE EVENTO

FOR-R02.4000-001

Versión: 03

2018 04 20

Página 29 de 31

Las entidades territoriales con la mayor mortalidad por IRA en menores de cinco años a semana epidemiológica durante el 2017 fueron, Vichada, Guainía y Chocó; los menores fallecidos en estas tres entidades territoriales, corresponden a población indígena, en su mayoría sin afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, lo cual refleja dificultades en el aseguramiento y prestación de servicios en salud en estas áreas del país.

Adicionalmente el lugar de residencia se relaciona con diferentes expresiones de desigualdad en materia de salud, factores como la pobreza y el saneamiento básico contribuyen negativamente en la probabilidad de sobrevivir durante los primeros años de vida. Los factores socioeconómicos influyen en el estado de salud de los individuos, de forma que los estratos más bajos tienen peor estado de salud que las clases más favorecidas; no existe un umbral de pobreza por encima del cual se esté protegido frente a la enfermedad, sino que se trata de un gradiente lineal entre el nivel socioeconómico y el estado de salud.

La Organización Mundial de la Salud resalta las condiciones individuales y ambientales a las cuales se exponen principalmente los niños, entre las cuales se han identificado la contaminación atmosférica, el humo del cigarro, las deficiencias nutricionales, el bajo peso al nacer, la lactancia artificial, las deficiencias nutricionales y el hacinamiento. Este indicador está directamente relacionado con los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Declaración del Milenio, que establece reducir la mortalidad infantil (Objetivo 4). Para lograr esta meta y disminuir las brechas, el sistema sanitario debe garantizar un acceso a una salud eficiente y oportuna.

Se estima que anualmente ocurren en el mundo 4 millones de muertes en menores de cinco años por infecciones respiratorias agudas bajas y alrededor del 70 % de estas muertes ocurre en los menores de un año, confirmando de esta manera la importancia de centrar las estrategias de diagnóstico precoz en este grupo de edad como lo recomiendan la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (9).

En cuanto a las características sociales de los menores fallecidos, se presenta una importante proporción en población indígena, dato que se relaciona con los resultados obtenidos en diversos estudios en los cuales se muestra que las inequidades en la mortalidad infantil se concentran de forma más clara en grupos específicos. En América latina, la mortalidad infantil de los niños indígenas es un 60 % mayor que la de no indígenas (48 frente a 30 por mil nacidos vivos mil, respectivamente).

Se presentan limitaciones en el envío oportuno por parte de las entidades territoriales de las unidades de análisis de las muertes por IRA así como las investigaciones de campo de los casos de IRAG inusitado, lo que dificulta la clasificación, el cierre y la implementación inmediata de acciones de control ante los casos notificados; el bajo cumplimiento en los indicadores de vigilancia principalmente en la recolección de muestras respiratorias en las muertes por IRA en menores de cinco años impide la identificación de agentes causales en estas muertes.



INFORME DE EVENTO

FOR-R02.4000-001

Versión: 03

2018 04 20

Página 30 de 31

Se recomienda en la vigilancia de la morbilidad por IRA realizar búsqueda activa institucional cuando se identifica subregistro o aumento identificando los diagnósticos de ingreso de mayor frecuencia y grupos de edad afectados, en la vigilancia de ESI-IRAG recolectar muestra respiratoria en todo caso captado y notificado en el sistema de vigilancia, en la vigilancia de IRAG inusitado realizar la investigación epidemiológica de campo oportunamente y en la vigilancia de muertes por IRA en los menores de cinco años identificar las causas y los factores relacionados que conllevaron al desenlace fatal con el fin de intervenir de manera oportuna y permanente evitando nuevos casos fatales.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda Comunitaria. 2012. Fecha de consulta: 12 de mayo de 2018. Disponible en:
 - https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1755:unidad -de-atencion-de-enfermedad-respiratoria-aguda-comunitaria&Itemid=0
- Organización Panamericana de la Salud. Guía operativa para la vigilancia centinela de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). 2014. Fecha de consulta: 12 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.paho.org/revelac-i/wpcontent/uploads/2015/10/2015-cha-guia-operativa-vigilancia-centinela-irag.pdf
- 3. Coutin Marie Gisele, Borges Soria Jorge, Batista Moliner Ricardo, Zambrano Cárdenas Andrés, Feal Cañizares Pablo. Métodos para la vigilancia de eventos en salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2000 Dic [citado 2018 Mayo 08]; 38(3): 157-166. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-3003200000300001&lng=es.
- 4. Noti JD, Blachere FM, McMillen CM, Lindsley WG, Kashon ML, et al. (2013) High Humidity Leads to Loss of Infectious Influenza Virus from Simulated Coughs. PLOS ONE 8(2): e57485. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057485
- Delgado Romero, AK, Salazar Palechor, YM, Díaz, R, Eugenia Solano, V, Ruiz Beltrán, G, García Chaves, MA, Calvache, JA. Factores pronósticos de la infección respiratoria aguda baja grave en menores de 5 años en Colombia. Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2017;15(3):313-324. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56253119002
- 6. Sanchéz, Al. Factores de riesgo para neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de la tercera edad en el área de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la provincia de Bolívar cantón Guaranda, durante el período de enero a abril del 2017. 2017.
- 7. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2018. Disponible en: http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6880



INFORME DE EVENTO

FOR-R02.4000-001

Versión: 03

2018 04 20

Página 31 de 31

- 8. Asociación Mexicana de Infectología Pediátrica. Manual de infecciones del aparato respiratorio. 2014. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2018. Disponible en: http://liomont.com/ManualdeInfeccionesdelAparatoRespiratorioLiomont.pdf
- 9. Santa-Olalla Peralta Patricia, Cortes García Marta, Limia Sánchez Aurora, Andrés Prado Josefa, Pachón del Amo Isabel, Sierra Moros Mª José. Casos de infección por gripe pandémica (H1N1) 2009 hospitalizados en cuidados intensivos en España: factores asociados a riesgo de muerte, abril 2009-enero 2010. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2010 Oct [citado 2018 Mayo 31]; 84(5): 547-567. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000500008&Ing=es.
- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de la neumonía. Fecha de consulta: 12 de mayo de 2018. Disponible en: http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/08-053348/es/

6. ANEXOS



No Aplica