

**INFORME DEL EVENTO MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) EN
MENORES DE CINCO AÑOS Y MORBILIDAD EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, HASTA EL
PERIODO EPIDEMIOLÓGICO XIII, BOYACA, 2015.**

*Yaneth Rubiela Suárez Patiño
Maribel Pedroza Camargo
Grupo IRA, EDA
aiepiboyaca2012@gmail.com*

GRUPO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN TÉCNICA DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE BOYACÁ
2016

INTRODUCCIÓN

La diarrea se define como la presencia de 3 o más deposiciones anormalmente líquidas en 24 horas, con o sin sangre; se caracteriza por la disminución de la consistencia, aumento del volumen o aumento de deposiciones que puede tener o no algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado o no de sangre y moco. La deshidratación que se deriva de este cuadro clínico puede llevar a la muerte a los niños afectados, especialmente a los menores de 5 años si no reciben un tratamiento adecuado.

Su etiología se asocia a la presencia de bacterias, virus o parásitos que pueden encontrarse en el agua o alimentos contaminados con heces humanas o animales y alimentos, y se transmite de persona a persona de manera directa o indirecta, de ahí que las prácticas adecuadas en la manipulación de alimentos, higiene y saneamiento básico son fundamentales para su prevención.

Se tiene como meta mundial reducir a la mitad en 2010 el número de muertes por diarrea entre los menores de cinco años, en comparación con el año 2000 y disminuir en dos terceras partes en 2015 la tasa de mortalidad entre las niñas y los niños menores de cinco años, en comparación con el año 1990

La tasa de mortalidad por diarrea aguda entre los niños menores de cinco años ha descendido en los últimos años, sin embargo a pesar de los múltiples esfuerzos internacionales y el uso sistemático de sales de hidratación oral, que han logrado una disminución en la mortalidad por diarrea, esta patología hoy, continúa cobrando víctimas dentro de la población infantil, lo que hace fundamental establecer los factores que favorecen la presentación de casos de morbilidad y son susceptibles de ser modificados como, condiciones higiénicas y sanitarias deficientes, desnutrición, barreras de acceso a los servicios de salud, ausencia de lactancia materna, bajas coberturas de vacunación, ingresos económicos insuficientes, menores trabajadores, menores habitantes de la calle, hacinamiento, farmacodependencia, alcoholismo, sicariato, prostitución y falta de conocimiento sobre la enfermedad¹.

¹Informe del evento mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años, y morbilidad en todos los grupos de edad, hasta el quinto período epidemiológico del año 2015, SE 1 a 24. Instituto Nacional De Salud. Equipo Funcional Inmunoprevenibles, Grupo EDA – IRA, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Vigilancia en Salud Pública

ANTECEDENTES

2.1 Comportamiento del evento a nivel mundial

La diarrea sigue siendo la segunda causa más común de muerte entre los niños menores cinco a nivel mundial, seguida de la neumonía principal causa de muerte de los niños pequeños. En conjunto, se estima que el 40 por ciento de todas las muertes infantiles son a causa de la neumonía y la diarrea cada año. Casi una de cada cinco muertes infantiles se debe a la diarrea, alrededor de 1,5 millones de vidas cada año.

3.2. Comportamiento del evento en América

La Región de las Américas aparece como la de mayor inequidad cuando comparada con las otras Regiones del mundo. Se considera que la reducción de la morbilidad y mortalidad en menores de 5 años es fundamental para disminuir las grandes brechas entre países, áreas y grupos humanos, y lograr la equidad en el acceso a estrategias disponibles para la prevención y tratamiento de las enfermedades prevalentes, así como la promoción del crecimiento y desarrollo saludables de la niñez, incluyendo la violencia doméstica. El Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 está encaminado a la reducción de la mortalidad en menores de 5 años en dos terceras partes, para el 2015. ²

3.3. Comportamiento del evento en Colombia

La mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en el país, ocupa uno de los primeros lugares en la mortalidad de los menores de cinco años en particular en los municipios con mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas -NBI- y mala calidad de agua para consumo humano. La mortalidad por esta causa persiste en el país sin embargo se evidencia que las tasa de morbilidad han disminuido de 45,4 a 21,5 x 100000 menores de cinco años entre 1990 y 2001³.

² Instituto Nacional de Salud. Protocolo vigilancia de la mortalidad por diarrea en menores de 5 años. Bogotá. Colombia 2008.

³ Instituto Nacional de Salud. Protocolo vigilancia de la mortalidad por diarrea en menores de 5 años. Bogotá. Colombia 2008
Vigilancia en Salud Pública

Para el año 2012, en el país se presentaron 109 casos de mortalidad por EDA, con una tasa de 25,4 x 1000000 de habitantes menores de cinco años.

3.4 comportamiento del evento en Boyacá

En Boyacá la Enfermedad Diarreica Aguda de acuerdo a la notificación realizada a través del SIVIGILA ha tenido un comportamiento similar con respecto al mismo período epidemiológico del año anterior. Respecto a la mortalidad por este evento en niños menores de 5 años, se ha presentado de manera general desde el año 2008 una marcada reducción, pasando de una tasa de 4.9 por 100.000 menores de 5 años (6 casos en el año 2008) a una tasa de 0.0 en el 2013.

OBJETIVO

Realizar el seguimiento continuo y sistemático para la vigilancia de la Morbilidad y por Enfermedad Diarreica Aguda en población toda la población Boyacense y de la mortalidad por este evento en niños menores de 5 años, mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, con el fin de generar información oportuna válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención y control del evento.

MATERIALES Y METODOS

De acuerdo al protocolo definido por el Instituto Nacional de Salud para la Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en población menor de 5 años, se emplea la Vigilancia pasiva o rutinaria y la Vigilancia activa.

Estas operan en las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD, realizando su circulación por las Unidades Notificadoras Municipales, Unidad Notificadora departamental, y desde allí al INS quien se encarga del flujo de la información a través de las entidades internacional que conforman el sistema de vigilancia en salud pública.

Para el efecto de este informe, se realiza un informe preliminar de tipo descriptivo retrospectivo sobre la notificación realizada al SIVIGILA entre las semanas epidemiológicas 1 y 52 de 2015. Una Vigilancia en Salud Pública

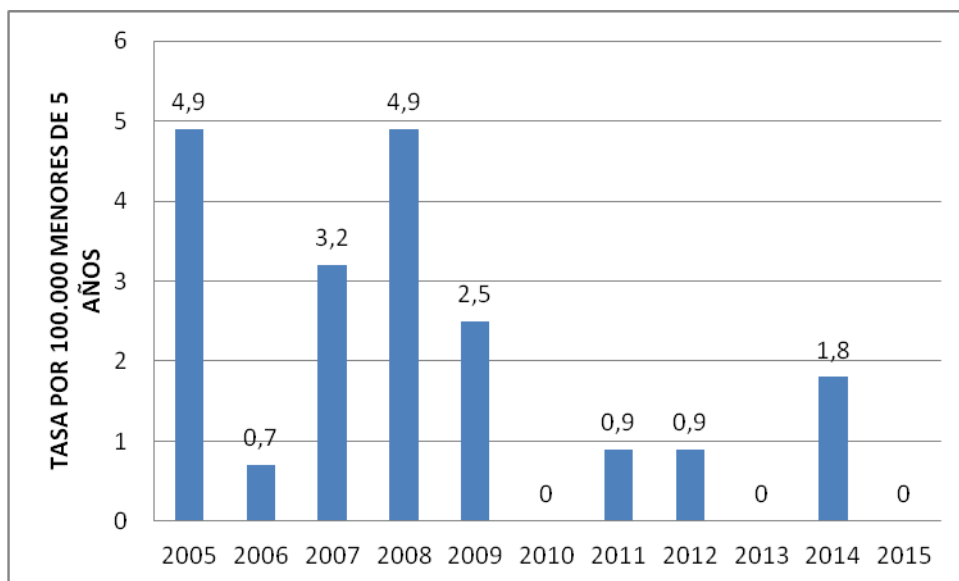
vez depurada la información, se evalúa el comportamiento de la notificación del evento; se estima la magnitud del evento respecto a las variables de lugar y persona; se establece su tendencia y se detectan cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación mediante el análisis comparativo en el tiempo.

HALLAZGOS

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

En 2015 el departamento de Boyacá no notificó casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años. El comportamiento de este evento en el último quinquenio aunque es tendiente a la reducción no presenta un comportamiento parejo, como se registra esto en detalle en la siguiente gráfica, sin embargo ésta se ubica por debajo con respecto al país.

Gráfica 1: Departamento de Boyacá. Comportamiento de la mortalidad por EDA en menores de 5 años, 2005 a 2015

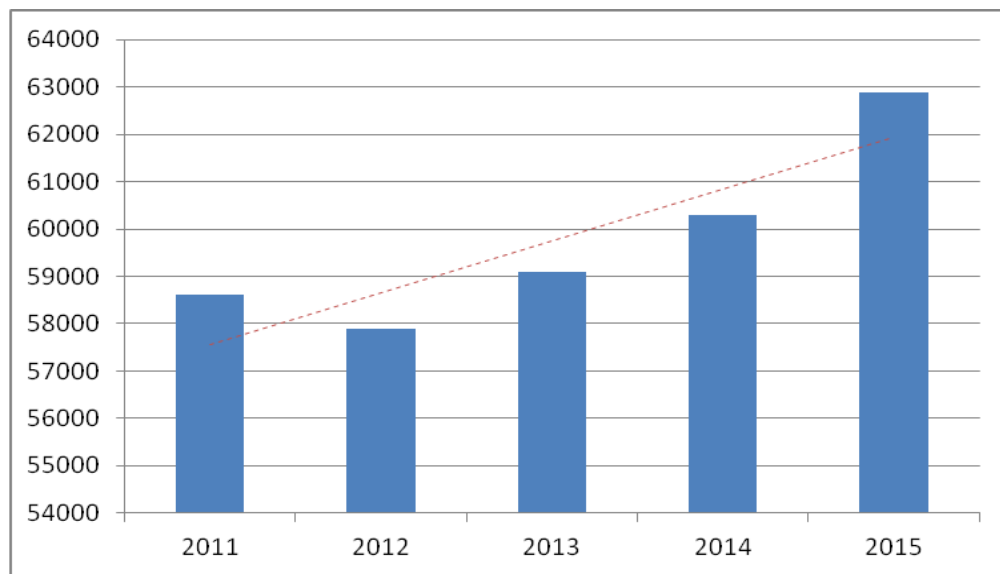


Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá. SIVIGILA.

MORBILIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN TODA LA POBLACIÓN

Hasta el periodo epidemiológico XIII de 2015, se han notificado 62.879 casos por enfermedad diarreica aguda (todos los grupos de edad); la totalidad de las entidades territoriales (123) reportaron casos. Al comparar con el mismo periodo del año 2014 (60.297), se observa un incremento en la notificación de 2582 casos. (Ver gráfico 2).

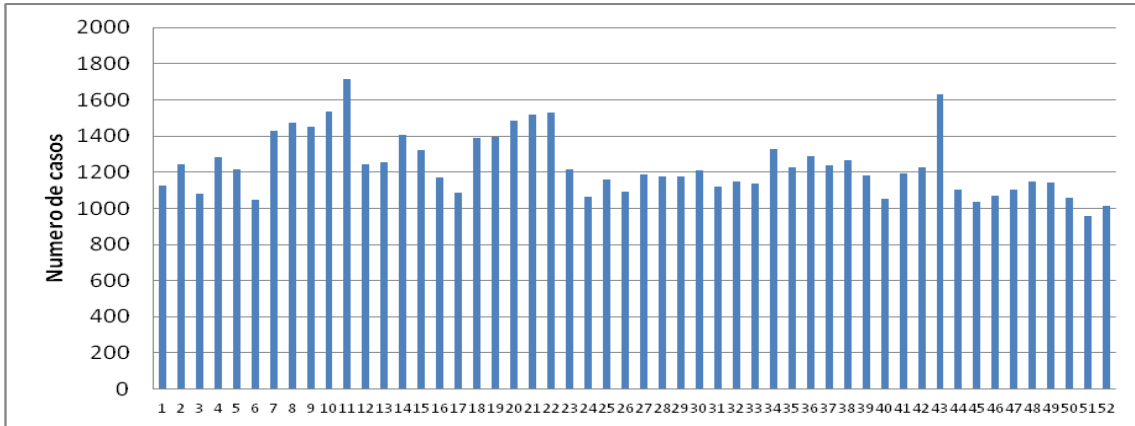
Gráfico 2. Comparación de la notificación de casos de enfermedad diarreica aguda, Boyacá, a periodo epidemiológico XIII de 2011- 2015



Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá. SIVIGILA.

En todas las semanas epidemiológicas del año se han notificado casos de EDA para todos los grupos de edad; en promedio se notificaron 1237 casos por semana, presentando la mayor cantidad de casos en la semana epidemiológica 11 y la menor en la semana 51 (ver gráfico 3).

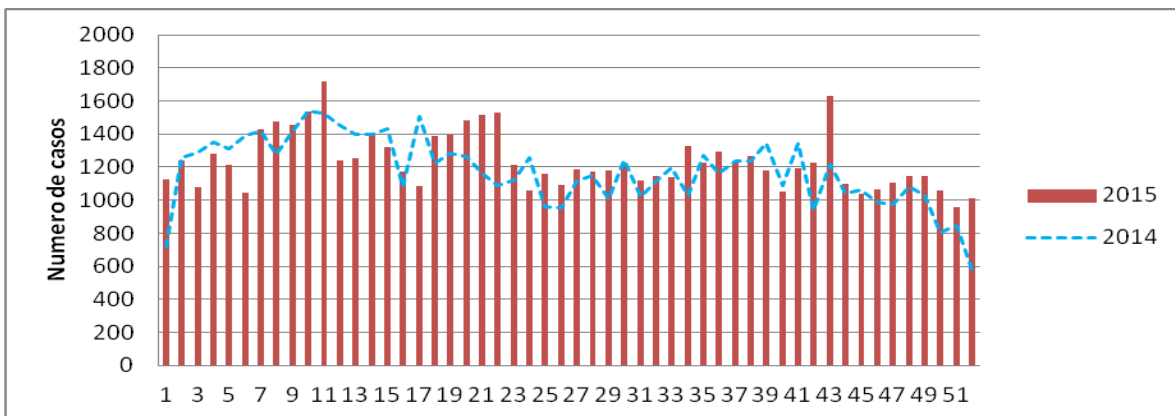
Gráfico 3. Casos de enfermedad diarreica aguda por semana epidemiológica, Boyacá, a periodo epidemiológico XIII de 2015



Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá. SIVIGILA.

Al comparar la notificación de EDA con los años 2014 y 2015 a semana epidemiológica 52, la notificación del año 2014 fue mayor que la del 2015 en las primeras semanas; el 2015 muestra en el transcurso del período una tendencia similar en cuanto al número de casos con respecto al comportamiento del 2014, sin embargo se observa un aumento representativo entre las semanas epidemiológicas 19 a 21 y en la semana 43 (ver gráfico 4).

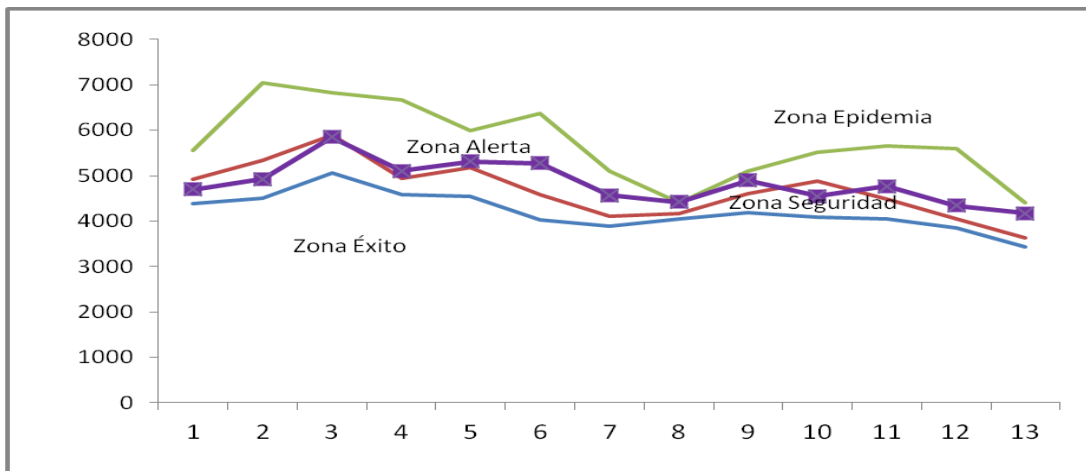
Gráfico 4. Comparación en la notificación de casos de enfermedad diarreica aguda por periodo epidemiológico, Colombia, a periodo epidemiológico XIII de 2014 y 2015



Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá. SIVIGILA.

El siguiente canal endémico ratifica que la EDA en Boyacá ha tenido un comportamiento regular, con tendencia a la reducción de casos durante los últimos dos periodos epidemiológicos. El año 2015 cierra ubicando el evento en la zona de Alerta.

Grafica 5 Canal endémico morbilidad por EDA, Departamento de Boyacá. 2015



Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá. SIVIGILA.

Prevalencia por municipio

Teniendo como base la población total del departamento a mitad de año, la tasa de EDA en Boyacá en 2015, fue de 50,2 casos por cada 1.000 habitantes, tasa inferior a la registrada a nivel nacional.

El 19,5% (24) de municipios tienen tasas por encima de la departamental.

Los municipios con las primeras diez tasas más altas en el departamento son: Sora, Turmequé, Pajarito, San Eduardo, Santa Sofía, Paya, Pachavita, Quipama, Pisba, Motavita. La prevalencia de cada uno de los municipios a periodo 7° se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1: Departamento de Boyacá. Tasa por EDA por Municipio 2015

Municipio	Población DANE 2015	Casos	Tasa x 1.000 Hab
Sora	3025	8911	2945,8
Turmeque	6182	15349	2482,9
Pajarito	1719	1080	628,3
San Eduardo	1862	955	512,9
Santa Sofia	2704	662	244,8
Paya	2550	535	209,8
Pachavita	2508	490	195,4
Quipama	7874	1218	154,7
Pisba	1344	203	151,0
Motavita	8067	1205	149,4
Zetaquirá	4557	665	145,9
Duitama	112692	14594	129,5
Topaga	3694	435	117,8
Socha	7140	811	113,6
Sachica	3791	384	101,3
Cubara	6725	664	98,7
Tunungua	1840	135	73,4
Tutaza	1890	136	72,0
Garagoa	16944	1082	63,9
Chiquinquirá	65274	4100	62,8
Rondon	2822	174	61,7
Viracacha	3222	184	57,1
Susacon	3095	172	55,6
Sativasur	1110	58	52,3
Departamento	1276407	64114	50,2
San Mateo	3682	173	47,0
Sativanorte	2339	105	44,9
Socota	8128	361	44,4
Oicata	2834	113	39,9
Panqueba	1487	56	37,7
Tasco	6361	228	35,8
Guacamayas	1693	60	35,4
La Uvita	2523	89	35,3



Boavita	7079	245	34,6
Chitaraque	5687	190	33,4
Cerinsa	3762	118	31,4
Corrales	2273	71	31,2
Santa María	3980	123	30,9
Raquira	13588	415	30,5
Chivor	1795	54	30,1
Covarachia	2861	81	28,3
Macanal	4821	135	28,0
Mongua	4717	130	27,6
Soata	7255	198	27,3
Iza	2349	61	26,0
El Cocuy	5241	134	25,6
Nuevo Colon	6559	167	25,5
Caldas	3638	91	25,0
Beteitiva	2069	51	24,6
Sutamarchan	5916	145	24,5
Jenesano	7640	187	24,5
Coper	3663	85	23,2
Tota	5386	124	23,0
Nobsa	16271	370	22,7
Guateque	9603	213	22,2
Ramiriqui	10015	220	22,0
Buenavista	5789	123	21,2
Chita	9542	198	20,8
El Espino	4195	85	20,3
Somondoco	3632	73	20,1
Miraflores	9777	196	20,0
Gachantiva	2654	53	20,0
Chiquiza	5484	109	19,9
Sutatenza	4086	77	18,8
Almeida	1754	33	18,8
Cuitiva	1906	35	18,4
Guayata	5126	94	18,3
Belen	7400	134	18,1



Soraca	5353	92	17,2
Umbita	10314	175	17,0
Togui	4966	84	16,9
Tinjacá	3035	51	16,8
Guican	6909	115	16,6
Chinavita	3528	54	15,3
San Pablo de Borbur	10524	160	15,2
San Miguel de Sema	4556	69	15,1
Jerico	4010	60	15,0
La Victoria	1674	25	14,9
San Luis de Gaceno	5120	75	14,6
Paez	2913	41	14,1
Chiscas	4291	59	13,7
Chivata	6199	83	13,4
Gameza	4856	64	13,2
Arcabuco	5240	69	13,2
Cucaita	4687	60	12,8
Aquitania	15241	187	12,3
Toca	10157	123	12,1
Floresta	4523	54	11,9
Labranzagrande	5099	60	11,8
Moniquira	21402	251	11,7
Santana	7692	87	11,3
Busbanza	1156	13	11,2
Firavitoba	5907	65	11,0
Combita	14632	159	10,9
Sotaquirá	7709	83	10,8
Paz de Río	4680	50	10,7
Tipacoque	3206	33	10,3
Boyacá	4472	45	10,1
Campohermoso	3847	38	9,9
La Capilla	2550	24	9,4
San José de Pare	5221	49	9,4
Monguí	4986	43	8,6
Santa Rosa de Viterbo	13403	115	8,6

Tenza	4112	35	8,5
Ciénega	4754	38	8,0
Muzo	9040	72	8,0
Samaca	19907	152	7,6
Otanche	10660	77	7,2
Tibana	9186	63	6,9
Maripi	7480	50	6,7
Briceño	2584	15	5,8
Tuta	9673	54	5,6
Berbeo	1932	10	5,2
Villa de Leyva	16478	76	4,6
Pesca	8032	35	4,4
Pauna	10778	44	4,1
Paipa	30740	119	3,9
Saboya	12372	46	3,7
Tibasosa	14063	41	2,9
Ventaquemada	15442	21	1,4
Siachoque	8964	12	1,3
Puerto Boyaca	55286	70	1,3
Tunja	188380	52	0,3
Sogamoso	113295	12	0,1

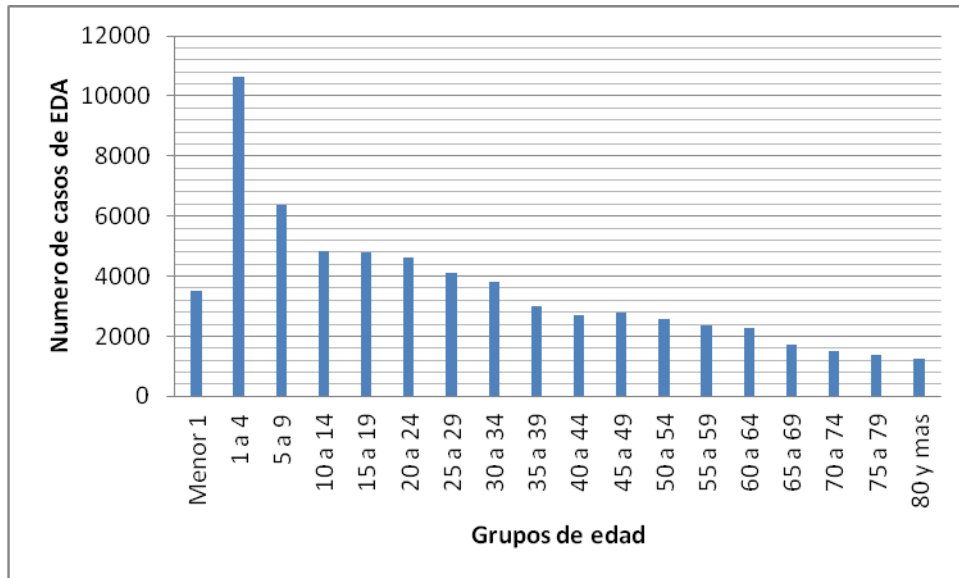
Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá. SIVIGILA.

Comportamiento por grupos de edad

En todos los grupos de edad se reportaron casos de EDA; el grupo que presenta mayor notificación es el de las menores entre 1 a 4 años con el 16.5% (10651) de los casos, seguido del grupo de 5 a 9 con el 9.9% (6383). (Ver tabla 5).

En general se encuentra que el 22% (14149) de los casos correspondieron a menores de 5 años. Ver grafica 6

Grafica 6 Comportamiento de la morbilidad EDA según grupo de edad Departamento de Boyacá 2015.



DISCUSION

La mortalidad por enfermedad diarreica aguda en Boyacá muestra de acuerdo a los datos suministrados por el SIVIGILA tendencia a la reducción, registrando 0 casos en el año 2015.

El INS en su informe enfatiza que “La vigilancia y control de la EDA requiere la participación de todos los actores de la sociedad, no solamente de las áreas de salud pública, debido a su carácter multifactorial, aspectos generales como la malnutrición en los menores de edad, condiciones ambientales adversas, bajas coberturas de vacunación, barreras de acceso a los servicios de salud, y otras, se conjugan para generar la presencia y el aumento en los casos de EDA, y así mismo aumentan el riesgo de muertes evitables en esta población.

CONCLUSIONES

Aunque el país registra una reducción en el número de casos notificados de muertes por EDA en menores de 5 años hasta en comparación con el año 2014, Boyacá mantiene su tendencia de muertes por esta causa, aunque en el año 2015 no se notificaron casos de este evento.

A periodo epidemiológico XIII del 2015, Se evidencia un incremento en la notificación de casos de morbilidad por enfermedad diarreica aguda en la población general comparada con el año 2014.

Durante el año 2015 no se han notificado brotes de EDA ni muertes en conglomerados por EDA. El departamento cuenta con una tasa inferior a la nación, sin embargo 19 municipios presentan tasas de incidencia por encima de la nacional de 63,1 por 1 000 habitantes.

RECOMENDACIONES

Continuar con la asistencia técnica y el seguimiento de la estrategia AIEPI (Comunitario y Clínico), la cual ha demostrado ser de gran utilidad en la detección de los signos de alerta tanto para el profesional de la salud a cargo de la atención, como para la familia.

Realizar seguimiento a la adopción de las guías de práctica clínica y rutas integrales de atención en salud del Ministerio de salud en las instituciones de Salud.

Implementar la estrategia de entornos saludables en las diferentes provincias del departamento, con el fin de mejorar los hábitos relacionados para la minimización del impacto del evento, así como sensibilizar a las comunidades sobre la necesidad de acudir de manera oportuna a los servicios de salud sin el uso de las terapias no convencionales.

Fortalecer actividades de promoción de salud, gestión del riesgo y gestión de salud pública en el personal asistencial y personas a cargo del cuidado de niños que permitan prevenir y tratar oportuna y adecuadamente la enfermedad diarreica aguda.

Incorporar en las familias las Prácticas saludables claves de la estrategia AIEPI para garantizar conductas de cuidado adecuado de niños y niñas.

Se debe fortalecer las UROCS en cada entidad territorial, y garantizar la disponibilidad de sales de hidratación oral teniendo en cuenta que el uso de estas ha sido un determinante en la disminución de la mortalidad.

Es importante la participación de las autoridades para lograr el acceso de toda la población a agua apta para el consumo humano, mejoramiento del saneamiento básico y actividades de educación con amplia cobertura.