

QUÉ PASÓ CON LA MORTALIDAD  
POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (ERA)  
EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO  
CAPITAL EN EL AÑO 2005

---

LUIS JORGE HERNÁNDEZ FLÓREZ

*Médico Epidemiólogo Magíster en Salud Pública,  
Estudiante del programa del doctorado de Salud Pública  
de la Universidad Nacional de Colombia*

GUSTAVO ARISTIZÁBAL DUQUE

*MD Pediatra Neumólogo,  
Coordinador Línea ERA.- Secretaría Distrital de Salud Bogotá,  
Línea de Prevención y Atención de la Enfermedad  
Respiratoria Aguda (ERA)*

Correo electrónico: [ljhernandez@saludcapital.gov.co](mailto:ljhernandez@saludcapital.gov.co)



## INTRODUCCIÓN

---

La Enfermedad Respiratoria Aguda constituye la primera causa de morbilidad y mortalidad en el grupo de niños y niñas menores de 5 años en el Distrito Capital.

La vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Respiratoria Aguda constituye una estrategia de monitoreo no sólo del evento de mortalidad expresado en números absolutos o tasas, sino también una visibilización de los factores de persona, tiempo y lugar, así como de las características sociodemográficas que favorecen el riesgo de morir en los niños y niñas menores de cinco años en el Distrito Capital.

En el presente trabajo se presentan los resultados de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) en el Distrito Capital, en el año 2005

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

Se realiza un estudio de tipo descriptivo a partir de los casos de mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años registrados en los Certificados de Defunción, por parte de la Secretaría de Salud de Bogotá correspondientes al año 2005.

En los Certificados de Defunción se tuvieron en cuenta los diagnósticos compatibles con ERA, independientemente de que estuvieran registrados en el ítem de "causa directa", "causas antecedentes" y "otros factores patológicos importantes". Lo anterior implicó el análisis de causas múltiples, sobre el de causa básica de mortalidad.

Otra fuente de información fueron los análisis realizados, a partir de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE), de los casos de mortalidad por ERA en el año 2005.

Para la mortalidad por ERA en menores de 5 años se definieron tres tipos de casos:

1. Casos confirmados de ERA: son los registrados a partir de los certificados de defunción en los cuales se determina que la Enfermedad Respiratoria Aguda es el principal riesgo atribuible para la mortalidad en el niño o niña menor de 5 años. Esto se comprobó al analizar el certificado de defunción, la epicrisis o el análisis de caso COVE, que se realizó en un 40% con toda la historia clínica, y la participación de las diferentes entidades que intervinieron en su atención.
2. Caso probable de ERA: son aquellas muertes de menores de 5 años en las que aparece un diagnóstico de ERA como "causa directa", "causas antecedentes" u "otros factores patológicos importantes", en el Certificado de Defunción.
3. Caso descartado: es la mortalidad por ERA en menor de 5 años en el que se determinó al analizar el certificado de defunción, la epicrisis o el análisis de caso que se realizó en el COVE, existiendo otros factores con mayor riesgo atribuible, tales como malformaciones congénitas, prematurez extrema o encefalopatía.

Se partió de los siguientes diagnósticos de casos de ERA, según el CIE 10:

Para la construcción del indicador trazador de tasa de neumonía se utilizaron los códigos del CIE 10 del J12 al J18, que corresponden a las neumonías.

La definición operativa de la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años fue = Número de defunciones por neumonía en menores de 5 años, en un sitio y tiempo determinados / población total de niños y niñas menores de 5 años en este mismo sitio y tiempo determinados.

Para mantener la comparabilidad con los años anteriores se decidió realizar el análisis conjunto de los casos, tanto confirmados, como probables y descartados, y a partir de todos ellos hacer la caracterización de la mortalidad por ERA en el Distrito Capital. Se describen las variables que están incluidas en el certificado de defunción. Así mismo, se realizó un canal endémico de mortalidad por ERA para el año 2005. Los datos de mortalidad por ERA en menores de 5 años son provisionales y pueden variar según ajustes de certificados de defunción o del DANE (Departamento Nacional de Estadística).

## RESULTADOS

### CASOS DE MORTALIDAD

Durante el año 2005 se reportaron por Certificados de Defunción 199 muertes por Enfermedad Respiratoria aguda (ERA) en menores de 5 años, ocurridas en Bogotá. Estos casos corresponden a confirmados, probables y descartados. Sin embargo, se incluyen todos los casos de mortalidad por ERA para hacer comparable el análisis con el año inmediatamente anterior, es decir el 2004. (Ver Tabla 1).

**TABLA 1**  
CASOS DE MORTALIDAD POR ERA, AÑO 2005, SEGÚN TIPO

TIPO	Frecuencia	Porcentaje
Confirmado	168	84,4
Probable	12	6,0
Descartado	19	9,5
Total	199	100,0

Fuente: Estadísticas vitales. SDS.

### SITIO DE RESIDENCIA

Del total de casos, 163, 81,9% corresponde a niños que residían en Bogotá, y 36 (18,1%), a casos con sitio de residencia fuera de Bogotá, principalmente los municipios de Soacha, Funza, Sibaté, Tenjo y Madrid, en Cundinamarca. La distribución por sitio de residencia es la siguiente (ver Tabla 3).

**TABLA 3**  
FRECUENCIA DE CASOS DE MORTALIDAD POR ERA SEGÚN SITIO DE RESIDENCIA

LOCALIDAD	Frecuencia	Porcentaje
1. USAQUÉN	5	2,5
2. CHAPINERO	1	0,5
3. SANTA FÉ	4	2,0
4. SAN CRISTÓBAL	12	6,0
5. USME	11	5,5
6. TUNJUELITO	4	2,0
7. BOSA	16	8,0
8. KENNEDY	18	9,0
9. FONTIBÓN	1	0,5
10. ENGATIVÁ	17	8,5
11. SUBA	25	12,6
12. BARRIOS UNIDOS	2	1,0
13. TEUSAQUILLO	0	0
14. LOS MÁRTIRES	1	0,5
15. ANTONIO NARIÑO	3	1,5
16. PUENTE ARANDA	0	0
17. CANDELARIA	1	0,5
18. RAFAEL URIBE URIBE	12	6,0
19. CIUDAD BOLÍVAR	26	13,1
20. SUMAPAZ	0	0
FUERA DE BOGOTÁ	36	18,1
SIN DATO	4	2,0
Total	199	100,0

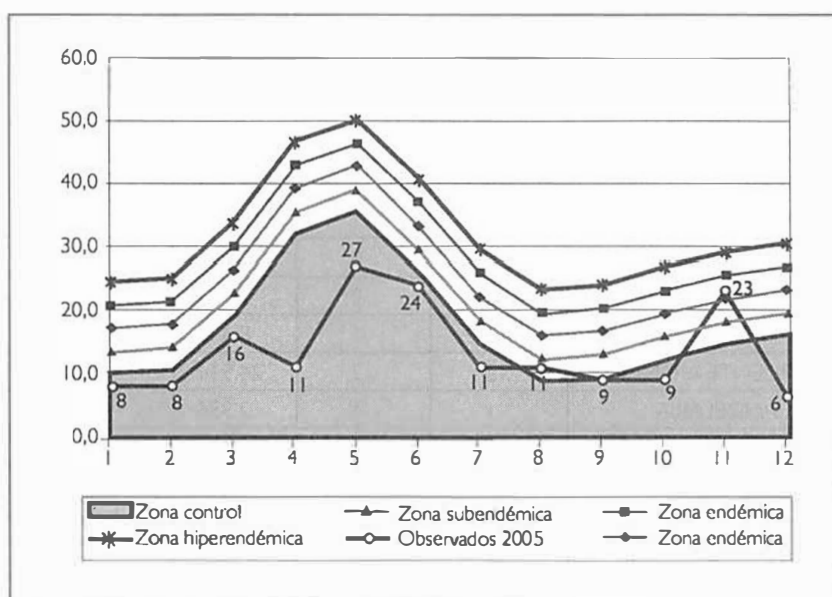
Fuente: Estadísticas Vitales, SDS.

#### CONSTRUCCIÓN DEL CANAL ENDÉMICO PARA LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN EL DISTRITO CAPITAL

El canal o índice endémico es un modelo estadístico-epidemiológico que se basa en la historia retrospectiva de la enfermedad y sirve para realizar una estimación de los casos esperados, en un período de tiempo, generalmente un año, y en una población residente en un área determinada. Para establecer la alerta por posibles niveles hiperendémicos en la mortalidad por ERA en menores de 5 años se construyó el

canal endémico a partir del número de casos de mortalidad de los años 2000 a 2004. Se omitieron intencionalmente los años 1998 y 1999, por ser un período de transición al nuevo sistema de clasificación de enfermedades CIE 10. El Gráfico 1 muestra el canal endémico para el año 2005, en el cual se observa la estacionalidad de la mortalidad por ERA en los menores de 5 años residentes en Bogotá, con un pico que inicia en febrero, es máximo en mayo y comienza a disminuir los meses de junio y julio. En el segundo semestre también se observa un pico que se inicia en octubre, aunque de menor intensidad. En el gráfico se observa la frecuencia de casos de mortalidad por ERA, en el año 2005, de niños residentes en Bogotá. En general los casos se mantuvieron en la "zona de control", a excepción de dos picos, uno de menor intensidad en agosto y otro en noviembre.

**GRÁFICO 1**  
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ  
NIVEL ENDÉMICO DE MORTALIDADES POR ERA,  
2000-2005



#### CASOS DE MORTALIDAD POR ERA, NEUMONÍA Y TASA POR LOCALIDAD

La Tabla 4 muestra el número de casos de ERA y neumonía por localidad, resaltándose que los de neumonía, es decir los códigos CIE10 del J12 a J18, constituyen el 80% de las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA). Las localidades con mayor tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años son: Rafael Uribe Uribe, Santa Fe, Candelaria, Suba, Barrios Unidos, Ciudad Bolívar y Usme.

**TABLA 4**

CASOS DE MORTALIDAD POR ERA Y TASA DE NEUMONÍA POR LOCALIDAD, AÑO 2005

LOCALIDAD	Frecuencia ERA	Frecuencia neumonía	Población menor de 5 años	Tasa de neumonía por 100.000
1. USAQUÉN	5	4	41.006	9,75
2. CHAPINERO	1	1	7.700	12,99
3. SANTA FÉ	4	4	10.836	36,91
4. SAN CRISTÓBAL	12	8	44.530	17,97
5. USME	11	8	36.343	22,01
6. TUNJUELITO	4	3	21.530	13,93
7. BOSA	16	15	74.772	20,06
8. KENNEDY	18	15	88.732	16,90
9. FONTIBÓN	1	1	29.342	3,41
10. ENGATIVÁ	17	13	70.245	18,51
11. SUBA	25	21	72.602	28,92
12. BARRIOS UNIDOS	2	1	12.870	7,77
13. TEUSAQUILLO	0	0	7.225	0,00
14. LOS MÁRTIRES	0	0	7.761	0,00
15. ANTONIO NARIÑO	1	1	8.441	11,85
16. PUENTE ARANDA	3	2	24.914	8,03
17. CANDELARIA	1	1	2.336	42,81
18. RAFAEL URIBE URIBE	12	11	33.779	32,56
19. CIUDAD BOLÍVAR	26	22	98.529	22,33
20. SUMAPAZ	0	0	585	0,00
FUERA DE BOGOTÁ	36	NA		NA
SIN DATO	4	4	3924	NA
Total	199	135	698.002	19,34

Fuente: Estadísticas Vitales, SDS.



### COMPARATIVO AÑOS 2004-2005

La Tabla 5 presenta el comparativo de casos de neumonía y tasas por localidad años 2004 y 2005. Se muestra que si bien hay una disminución de la distrital, en algunas localidades la tasa de mortalidad por neumonía se mantuvo igual o aumentó entre los años 2004 y 2005. Las localidades que presentan aumento son: Suba, Antonio Nariño, Santa fé, Bosa, Engativá, Fontibón y Candelaria.

**TABLA 5**  
COMPARATIVO DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA

LOCALIDAD	CASOS		TASA X 100.000	
AÑOS	2004	2005	2004	2005
1. USAQUÉN	0	4	0,0	9,8
2. CHAPINERO	4	1	52,0	13,0
3. SANTA FÉ	4	4	36,9	36,9
4. SAN CRISTÓBAL	23	8	49,7	18,0
5. USME	9	8	25,2	22,0
6. TUNJUELITO	10	3	46,4	13,9
7. BOSA	12	15	17,1	20,1
8. KENNEDY	20	15	22,1	16,9
9. FONTIBÓN	1	1	3,4	3,4
10. ENGATIVÁ	13	13	18,0	18,5
11. SUBA	15	21	20,5	28,9
12. BARRIOS UNIDOS	1	1	7,8	7,8
13. TEUSAQUILLO	0	0	0,0	0,0
14. MÁRTIRES	3	0	38,7	0,0
15. ANTONIO NARIÑO	0	1	0,0	11,8
16. PUENTE ARANDA	7	2	28,1	8,0
17. CANDELARIA	0	1	0,0	42,8
18. RAFAEL URIBE	16	11	45,6	32,6
19. CIUDAD BOLÍVAR	22	22	23,3	22,3
20. SUMAPAZ	0	0	0,0	0,0
99. SIN DATOS	4	4	87,8	101,9
TOTAL	164	135	24,5	19,3

Fuente: Estadísticas Vitales, SDS.

#### DISTRIBUCIÓN POR EDAD

La Tabla 6 muestra que la mayor proporción de mortalidad está en el grupo de 1 a 6 meses, seguido por el de 7 a 12 meses. Los niños y niñas menores de 1 año representan el 75,9% de los casos de mortalidad.

**TABLA 6.**

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE MORTALIDADES POR ERA, AÑO 2005

EDAD DEL NIÑO	Frecuencia	Porcentaje acumulado
De 0 a menor de 6 meses	107	53,8
De 6 a 11 meses	39	75,9
De 12 a 24 meses	42	97,0
Mayor de 24 meses, hasta 48 meses de edad	6	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales. SDS.

#### DISTRIBUCIÓN POR SEXO

La Tabla 7 muestra que 118 casos de mortalidad por ERA corresponden al sexo masculino (59,3%) y 81 al femenino (40,7%).

**TABLA 7**

DISTRIBUCIÓN POR SEXO, MORTALIDADES POR ERA EN MENORES DE 5 AÑOS, AÑO 2005

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	118	59,3
Femenino	81	40,7
Total	199	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales. SDS.

#### SITIO DE DEFUNCIÓN

La Tabla 8 indica que 176 defunciones (88,4%) ocurrieron en el hospital o clínica, y en 22 casos (11,1%), en el hogar o casa.

Sin embargo, según los análisis de caso, el 30% de las defunciones sucedieron en las primeras 24 horas de hospitalización, lo cual epidemiológicamente equivale a defunción extrahospitalaria. Es decir, el 41,1% de las defunciones son extrahospitalarias.

**TABLA 8**  
SITIO DE DEFUNCIÓN, MORTALIDADES POR ERA, AÑO 2005

SITIO DE DEFUNCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
HOSPITAL O CLÍNICA	176	88,4
VIVIENDA	22	11,1
SIN DATO	1	0,5
Total	199	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales, SDS.

#### FRECUENCIA DE CASOS POR MES

La Tabla 9 señala la distribución de casos por mes, observándose un pico a partir de los meses de marzo y abril, que se acentúa en mayo y junio.

**TABLA 9**  
CASOS DE MORTALIDAD POR MES

MES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	8	4,0	4,0
2	9	4,5	8,5
3	18	9,0	17,6
4	14	7,0	24,6
5	33	16,6	41,2
6	33	16,6	57,8
7	14	7,0	64,8
8	13	6,5	71,4
9	11	5,5	76,9
10	11	5,5	82,4
11	27	13,6	96,0
12	8	4,0	100,0
Total	199	100,0	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales, SDS.

#### ***Vinculación a la Seguridad Social***

El Régimen Contributivo es el más frecuente, con 80 casos (40,2%); seguido del Subsidiado, 76 (38,2%); y el vinculado, 35 (17,6%). Sin

embargo, estas proporciones no indican necesariamente el riesgo de ocurrencia. (Ver Tabla 10).

**TABLA 10**  
RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL, MORTALIDADES POR ERA

RÉGIMEN SEGURIDAD SOCIAL	Frecuencia	Porcentaje
Contributivo	80	40,2
Subsidiado	76	38,2
Vinculado	35	17,6
Particular	2	1,0
Otro	1	0,5
Sin dato	5	2,5
Total	199	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales, SDS.

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE TIEMPO DE GESTACIÓN

En 80 casos se registró el tiempo de gestación, el rango fue de 23 a 42 semanas. En 18 casos (22,5%) la edad gestacional fue igual o inferior a 35 semanas, y en 62 (77,5%), igual o superior a 36 semanas. (Ver Tabla No. 11).

**TABLA 11**  
ANTECEDENTE DE TIEMPO DE GESTACIÓN

TIEMPO DE GESTACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
De 23 a 35 semanas	18	22,5
De 36 a 42 semanas	62	77,5

Fuente: Estadísticas Vitales, SDS.

#### PESO AL NACER

En 85 casos se disponía del dato de peso al nacer y se observó que el 36,4% de ellos tenía como antecedente peso menor o igual a 2.500 gramos. El rango de datos estaba entre 780 a 4.300 gramos. (Ver Tabla 12).

**TABLA 12**

PESO AL NACER DE LOS CASOS DE MORTALIDAD POR ERA, AÑO 2005

PESO AL NACER	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual a 1.500 gramos	11	12,9
Mayor de 1.500 hasta 2.500 gramos	20	23,6
Mayor de 2.500 gramos	54	63,5
Total	85	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales. SDS.

**EDAD DE LA MADRE**

En 124 casos se disponía de la edad de la madre, la cual fue menor o igual a 18 años en 19 casos (15,3%). Madres mayores de 35 años, en 12 casos (9,6%). (Ver Tabla 13).

**TABLA 13**

EDAD DE LA MADRE EN CASOS DE MORTALIDAD POR ERA, AÑO 2005

EDAD AÑOS	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual a 18 años	19	15,4
Mayor de 18 años hasta 35 años	93	75,0
Mayor de 35 años	12	9,6

Fuente: Estadísticas Vitales. SDS.

**CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN**

La Tabla 14 muestra los diagnósticos de causa básica a partir del análisis de causa múltiple, se resalta que el 74,5% de los casos corresponde a neumonía o bronconeumonía no especificadas.

**TABLA 14**  
CAUSAS DE MUERTE SEGÚN CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN, DE ACUERDO CON EL CIE 10

CÓDIGO Y CAUSA BÁSICA	Frecuencia	Porcentaje
J041 Traqueitis aguda	2	1,0
J069 Infección aguda de vías respiratorias no especificada	1	0,5
J111 Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado	1	0,5
J120 Neumonía debida a adenovirus	3	1,5
J121 Neumonía debida a virus sincitial respiratorio	1	0,5
J129 Neumonía viral no especificada	4	2,0
J13X Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae	1	0,5
J159 Neumonía bacteriana no especificada	4	2,0
J180 Bronconeumonía no especificada	21	10,6
J181 Neumonía lobar no especificada	67	33,7
J189 Neumonía no especificada	60	30,2
J209 Bronquitis aguda no especificada	1	0,5
J210 Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio	4	2,0
J219 Bronquiolitis aguda no especificada	29	14,6
Total	199	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales, SDS.

#### HALLAZGOS PRINCIPALES DE LOS ANÁLISIS DE CASO

Los análisis de caso de mortalidad por ERA se realizan a través de los COVE institucionales (Comités de Vigilancia Epidemiológica), en los que se aborda un caso atendido en una IPS o ESE, e incluye la participación de los prestadores que tuvieron que ver con la atención del caso, así como de EPS, ARS, y de la respectiva autoridad sanitaria tal como la Secretaría de Salud. Los COVE deben ser convocados coordinadamente entre la localidad de residencia y la localidad de ocurrencia.

El COVE se realiza mediante la metodología del "por qué-por qué y cómo-cómo", a partir del cual se realiza un análisis y un plan de mejoramiento según el "modelo de las tres demoras", aplicado originalmente a la mortalidad evitable, concretamente a la materna. Este mismo modelo, con algunas adaptaciones, puede ser utilizado para el análisis y

los planes de mejoramiento a partir de los casos de mortalidad por ERA en menores de 5 años.

El modelo de las tres demoras, significa que una mortalidad por ERA en menores de 5 años ocurre porque se produjo una o más de las siguientes demoras:

1. Primera demora: la tardanza en “pedir ayuda” por parte de los padres o cuidadores de los niños, y se refiere a los sucesos con factores socioeconómicos y culturales que favorecen la aparición de la ERA. Incluye la baja educación de padres o cuidadores. Así mismo, la no identificación oportuna por estos mismos cuidadores de las señales de alarma para enfermedad respiratoria en niños y niñas menores de 5 años. Incluye, también, las deficientes condiciones de vivienda, tabaquismo pasivo, y la contaminación del aire intradomiciliario.
2. Segunda demora: relacionada con la identificación, canalización y accesibilidad del niño a los servicios de salud, ya sean preventivos o asistenciales.
3. Tercera demora: tratamiento adecuado y oportuno del niño o niña con ERA según el nivel de atención que requiera.

En la Tabla 15 se presentan los resultados de 63 Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) realizados en el año 2005. Los factores asociados a la mortalidad por ERA se han clasificado según las tres demoras y se menciona la frecuencia de este factor en los análisis de caso realizados:

**TABLA 15**  
**DEMORAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA**  
**EN MENORES DE 5 AÑOS EN BOGOTÁ, AÑO 2005**

PRIMERA DEMORA	CASOS	%
No detección oportuna de signos de alarma por parte de cuidadores.	15	23,8
Maltrato infantil como negligencia, desnutrición.	12	19,0
No seguimiento especial a niños con antecedente de bajo peso, o haber estado en el programa "Mamá canguro".	21	33,3
Bajo nivel socioeconómico, tabaquismo pasivo, contaminación del aire intradomiciliario por cercanía inmediata a fuentes de emisión.	15	23,8
SEGUNDA DEMORA		
No accesibilidad oportuna, demora en la atención inicial	25	39,6
TERCERA DEMORA		
Atenciones repetidas en primer nivel sin lograr resultado.	13	20,6
No valoración inicial o atención con la estrategia AIEPI, demora en la atención inicial.	18	28,6
Demoras en el traslado en ambulancia, deficiencias en la calidad del traslado en cuanto a ambulancia medicalizada y necesidad de intubación.	17	26,9
Inicio de antibioterapia sin indicación.	6	9,5
No se tuvieron en cuenta contactos respiratorios y posibles diagnósticos de tos ferina.	9	14,2
No integralidad en la atención, el niño es asistido por múltiples prestadores de segundo y tercer nivel, en donde ingresan en la primera atención con diagnóstico de bronquiolitis y egresan con diagnóstico por certificado de defunción de neumonía. No hay unidad de historia clínica.	23	36,5

Fuente: Comités de Vigilancia Epidemiológica, COVE, año 2005.

### DISCUSIÓN

La Enfermedad Respiratoria Aguda constituye la primera causa de mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años en el Distrito Capital. La Tabla 15 y el Gráfico 2 muestran las tasas de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a partir del año 2001 hasta el 2005, evidenciándose una tendencia al descenso.

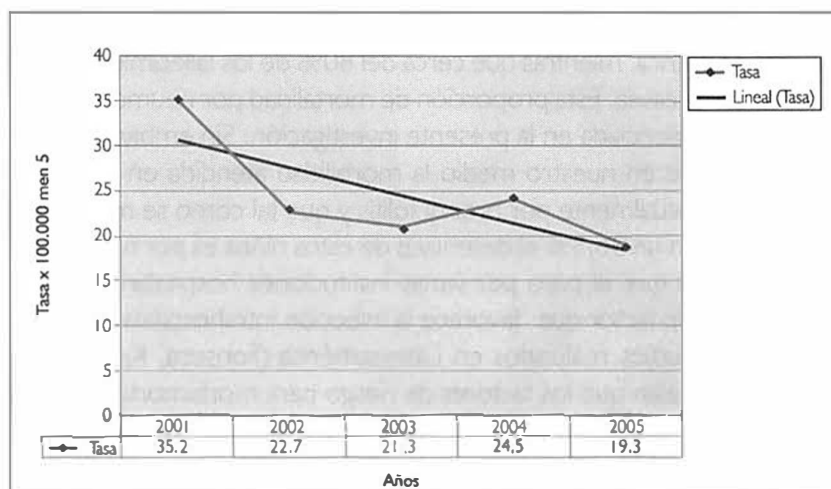
Pero como ya se mencionó al observar la tasa de mortalidad por las localidades que conforman a Bogotá, en siete (7) de las mismas existe aumento de la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años entre los años 2004 y 2005.



**TABLA 15**  
CASOS DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA, AÑO 2005

AÑO	CASOS	TASA X 100.000
2001	229	35,2
2002	149	22,7
2003	141	21,3
2004	164	24,5
2005	135	19,3

Fuente: Estadísticas vitales, SDS.



Fuente: Estadísticas Vitales, SDS.

Con relación a la mortalidad infantil en niños residentes en Bogotá la Tabla 16 muestra que por ERA constituye el 7,7% de las muertes (niños menores de un año); sin embargo, en la llamada mortalidad neonatal temprana, es decir, desde el nacimiento hasta los 7 días, contiene muchos de los factores perinatales también asociados a la mortalidad por ERA. En Brasil, para el año 1990, el 11,5% de las mortalidades infantiles se debían a Infección Respiratoria Aguda.

**TABLA 16**  
COMPOSICIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN BOGOTÁ, AÑO 2005

Causa	Casos	%
DEMÁS CAUSAS	737	45,2
LOS 7 DÍAS	751	46,1
ERA	125	7,7
EDA	16	1,0
TOTAL	1629	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales. SDS.

Los estudios de Brasil (Fiterman Jussara y Chatkin, 1999) han mostrado que la neumonía sólo representa el 8,1% de la demanda de la consulta pediátrica, mientras que cerca del 80% de los fallecimientos son debidos a esta causa. Esta proporción de mortalidad por neumonía coincide con la evidenciada en la presente investigación. Sin embargo, llama la atención que en nuestro medio la morbilidad atendida en menores de 5 años es usualmente por bronquiolitis y que tal como se mostró en este trabajo, en un 36,5% el desenlace de estos niños es por neumonía, lo cual sugiere que el paso por varias instituciones hospitalarias podría considerarse un factor que favorece la infección intrahospitalaria.

Otros estudios realizados en Latinoamérica (Fonseca, Kirwood et al., 1990) señalan que los factores de riesgo para morbilidad por neumonía son similares a los aquí evidenciados, tales como la edad de la madre, donde el 15,4% corresponde a edad igual o inferior a 18 años; y a nivel latinoamericano, se señala para el grupo de 13 a 19 años un OR de 1,75%, el más alto entre los grupos de edad.

Así mismo, se evidenció una proporción de niños del 23,6% con peso mayor de 1.500 hasta 2.500 gramos y en la población general de recién nacidos esta proporción es cercana al 10% (Secretaría Distrital de Salud, Estadísticas Vitales, año 2005).

El análisis de las tres demoras muestra que al menos un 33,3% de los casos de mortalidad por ERA tienen condiciones perinatales de base y que al menos un 36,5% de casos presentó problemas de calidad en la atención. En esto hay concordancia con los estudios realizados en Chile (Girardi Guido, Abara Selim et al., 2000) cuando se indica la importancia de mejorar los programas de control de la IRA, para lograr impactar la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

La mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años en Bogotá, si bien ha disminuido en promedio existe un diferencial por localidades que refleja también inequidad, siendo propensas a riesgo las localidades con más bajo nivel socioeconómico. En próximos estudios es necesario desagregar por unidades geográficas más pequeñas, como las Unidades de Planeación Zonal (UPZ), que permitan una mejor aproximación al territorio social donde viven los niños y sus familias.

Es necesario continuar con las intervenciones sobre las tres demoras que se han identificado y producen mortalidad por ERA en los niños. Estas intervenciones reconocen la jerarquización de los factores asociados con la ERA, en los cuales un menor nivel socioeconómico y educativo de los padres y cuidadores favorece una mayor exposición a riesgos ambientales y a su vez un menor acceso a los servicios preventivos y de urgencia. Así mismo, es necesaria una puntuación de riesgo para el seguimiento de niños más vulnerables, como los que tienen antecedentes perinatales y un mejoramiento en la calidad de la red de atención a través de estrategias como el AIEPI, las salas ERA y la cualificación del recurso humano, dotación y equipamiento para la atención oportuna de los niños tanto en la red pública como en la privada.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría Distrital de Salud, "Salud a su Hogar, un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá", 2004
2. BENGUIGUI Y., (Ed.), "Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en Brasil", Serie de la OPS-OMS, 1998, pp. 3-8.

3. Secretaría Distrital de Salud, "Lineamientos técnicos y administrativos para la prevención y atención de la enfermedad respiratoria aguda, ERA, año 2004, pp. 11-21.
4. Secretaría Distrital de Salud, "Actualización del protocolo de vigilancia en salud pública de la ERA, año 2005".
5. GIRARDI, Guido; ABARA, Selim. et al., "Factores de riesgo asociados a mortalidad infantil por neumonía", en *Rev. Pediatría*, Chile, año 2000.
6. Secretaría Distrital de Salud, Anuarios Epidemiológicos años 2002-2005.
7. ROTHMAN, K., *Modern Epidemiology*, Williams and Wilkins, 1998.