



 Libertad y Orden	República de Colombia Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública	Instituto Nacional de Salud Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia	 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 <b>Sistema de Vigilancia en Salud Pública</b>			
<b>Boletín Epidemiológico Semanal</b>			
<b>Semana Epidemiológica No. 44</b>		<b>Octubre 26 a Noviembre 1 de 2003</b>	

Vigilancia de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, Colombia 2003. ....	1
Introducción.....	1
Objetivo .....	2
Metodología .....	2
Resultados .....	3
Antecedentes generales: .....	3
Antecedentes socio económicos: .....	4
Factores protectores: .....	6
Examen Físico:.....	6
Atención, tratamiento y factores de riesgo: .....	7
Discusión y conclusiones.....	7
Referencias .....	8
¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?.....	9
Mortalidad Evitable .....	9
Malaria Falciparum y Malaria Vivax .....	9
Dengue Clásico.....	9
Parálisis Fláccida .....	9
Leishmaniasis Visceral .....	9
Tos ferina .....	9
Rabia Animal.....	9
ALERTA EPIDEMIOLOGICA .....	10
1. DESCRIPCIÓN DE CASO SOSPECHOSO: PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA Y FIEBRE QUE EVOLUCIONA RÁPIDAMENTE A DIFICULTAD RESPIRATORIA (POLIPNEA, TIRAJES, CIANOSIS, ETC.) O, PACIENTE QUE FALLECE RÁPIDAMENTE CON EL CUADRO CLÍNICO ANTERIOR Y CON NEUMONÍA MULTILOBAR. ....	10
2. Recolección de muestras: .....	10
3. Recomendaciones a la comunidad: .....	11
4. Recomendaciones para la vacunación con influenza:.....	11
SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA. ....	12

## Vigilancia de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, Colombia 2003.

### *Introducción*

La diarrea es una enfermedad gastrointestinal generalmente infecciosa y autolimitada, que se manifiesta con un aumento en la frecuencia y cantidad de deposiciones al día en número mayor a 3, cuyo contenido de agua es mayor de lo normal, tomando las características de líquidas o/ y blandas (1). El término

agudo se aplica cuando el inicio fue brusco y la evolución rápida, generalmente en las últimas 48 – 72 horas. Mientras que el concepto de cronicidad implica la persistencia de síntomas por encima de 2 – 3 semanas (2). La fisiopatología común a todas las diarreas se basa en una alteración de la absorción y secreción de agua y electrolitos de la mucosa intestinal (2).

Una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años lo constituye la enfermedad diarreica aguda (EDA). En los países en desarrollo existe una preocupación especial por esta población, por ser el grupo de edad donde se encuentran las mayores tasas de mortalidad. Estas tasas reflejan la calidad de atención suministrada a la población infantil en sus primeros cinco años de vida (3).

En la actualidad, la enfermedad diarreica aguda continúa siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años, a pesar de los grandes esfuerzos y logros que, desde la perspectiva de la salud pública, se han implementado como la distribución de sales de rehidratación oral, la educación relacionada con la prevención de episodios, la recuperación de prácticas tradicionales que apoyen un tratamiento adecuado de los niños con diarrea y la estandarización del manejo para los trabajadores de la salud.

Se estima que a escala mundial, cada uno de los 140 millones de niños nacidos anualmente experimenta una media de 7 a 30 episodios de diarrea en los primeros 5 años de vida y 11000 niños fallecen diariamente por este motivo; siendo casi totalmente a expensas de países en desarrollo (4).

Las causas infecciosas de la diarrea infantil guardan estrecha relación con diversos factores epidemiológicos como lo son principalmente: la estación del año en la cual se produce la diarrea y la situación socioeconómica familiar, factores que por sí solos determinan en buena medida, la prevalencia de uno u otro germen (2).

La evaluación de las fichas de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en los menores de cinco años permite realizar un acercamiento a los factores responsables de los eventos y la identificación de aquellas causas que son evitables, de manera que se puedan incorporar oportunamente acciones, a las estrategias planteadas desde el programa de prevención y control, en los diferentes entes territoriales. De igual manera, el análisis de las fichas permite la reorientación de acciones integrales de los servicios de salud dirigidos a la población infantil (5).

## **Objetivo**

Caracterizar la ocurrencia de muertes en menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda en Colombia con base en las fichas de notificación recibidas en el Centro de Control de Enfermedades del Instituto Nacional de Salud durante las semanas epidemiológicas 1 – 34 de 2003.

## **Metodología**

A partir del segundo semestre de 2001, el Instituto Nacional de Salud, solicitó a todos los departamentos y distritos del país el envío de fichas de notificación de mortalidad por EDA en menores de cinco años ante la ocurrencia de dicho evento.

Durante en el 2003 y hasta la semana 34 se recibieron 66 fichas de mortalidad por EDA las cuales representan el 49% del total de muertes reportadas al SIVIGILA durante el mismo periodo de tiempo. Debido a que no se cuenta con una ficha única nacional, cada ente territorial diligenció una ficha de acuerdo a sus necesidades de información. Por lo anterior y para efectos del siguiente análisis se seleccionaron las variables que estuvieron diligenciadas en mayor porcentaje por los diferentes departamentos y distritos y las cuales servirían para buscar una caracterización de las muertes por EDA para el país durante el periodo de análisis.

Luego de seleccionar las variables, se construyó una base de datos en Epi-info 2002 y se generaron análisis univariados y bivariados.

En la base de datos se organizaron los datos así:

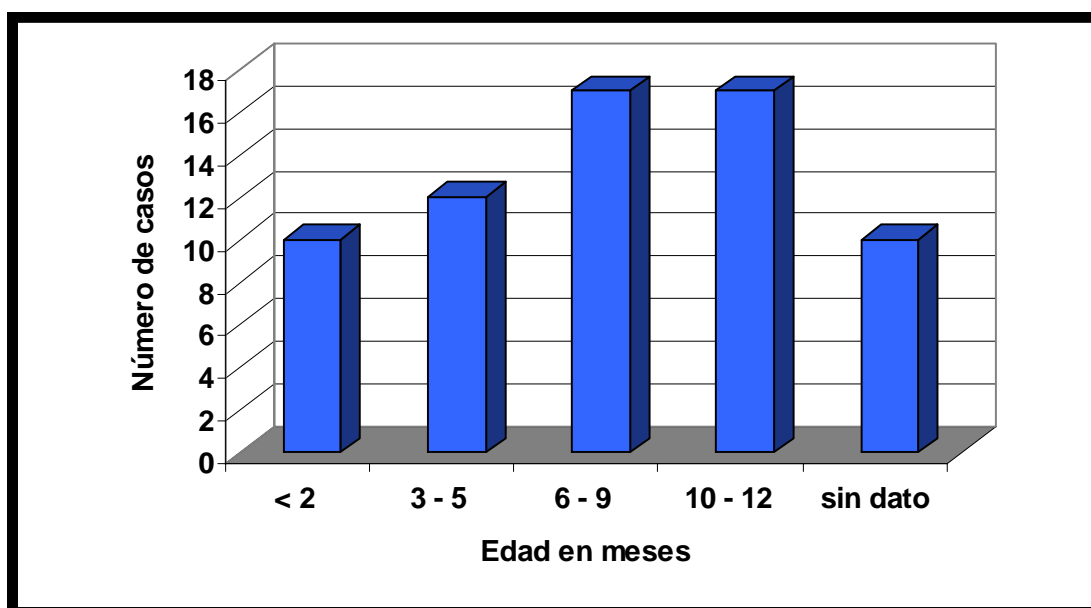
- Variables de antecedentes generales: nombre, género, edad, semana epidemiológica, departamento, municipio y fecha de defunción.
- Variables de factores socio-económicos: procedencia, tipo de afiliación y lugar de defunción.
- Variables de factores protectores: antecedentes de vacunación y lactancia materna.
- Variables al examen físico: deposiciones líquidas, número de deposiciones, sangre en las deposiciones, decaído, irritable y boca seca.
- Variables en atención y tratamiento: tipo de manejo (ambulatorio, hospitalización, observación, otro); quién lo atendió (médico, enfermera, auxiliar, familiar, otro), tratamiento y factores de riesgo.
- Variables de registro: quién registró, notificado al Sivigila y calidad del registro.

## Resultados

### Antecedentes generales:

Hasta la semana epidemiológica 34 de 2003, se notificaron a través del Sivigila 135 muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años y de las cuales solo se recibieron el 49% (66) de fichas de notificación, con la siguiente distribución por regiones: Amazonía 1,5% (1), Orinoquía 13,4%(9), atlántica 56,7% (38), occidente 16,4%(11), y centro oriental 10,4% (7) (tabla 1). Los departamentos con mayor número de fichas fueron Cesar 57,6%(38), Nariño 12,1%(8) y Boyacá 6,1% (4).

**Gráfico 1.** Distribución de casos de mortalidad por EDA según grupo de edad, semana epidemiológica 1-34. Colombia, 2003.



Fuente: Fichas de notificación de mortalidad por EDA, INS.

De las 66 fichas recibidas de mortalidad por EDA en menores de 5 años, los menores de un año representan el 90.3% (56); de estos el 15.2%(10) tenía menos de 2 meses, el 18.2%(12) tenía entre 3 y 5 meses, el 25.8%(17) entre 6 y 9 meses, el 25.8%(17) entre 10 y 12 meses. Del 15,2 %(10) no se obtuvo el dato.

Según género, 54,5%(36) eran niños, 39,4% (26) niñas y en el 6,1%(4) no se diligenció (gráfico 1).

### Antecedentes socio económicos:

**Tabla 1.** Distribución de casos y fichas de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, semanas epidemiológicas 1- 34. Colombia, 2003.

Región	Departamento	Casos de EDA hasta la semana 34-2003	Fichas de EDA hasta la semana 34-2003
Amazonía	Caquetá	1	1
	Putumayo	1	0
	Amazonas	4	0
	Subtotal	6	1
Orinoquía	Arauca	2	3
	Casanare	1	0
	Meta	1	0
	Guainía	2	2
	Guaviare	2	2
	Vaupés	1	0
	Vichada	1	2
	Subtotal	10	9
Centro oriente	Cundinamarca	6	2
	Bogota	11	0
	Huila	1	0
	N. de Santander	3	0
	Boyacá	5	4
	Santander	2	1

Región	Departamento	Casos de EDA hasta la semana 34-2003	Fichas de EDA hasta la semana 34-2003
	Tolima	0	0
	Subtotal	28	7
Occidental pacífica	Antioquia	0	0
	Caldas	4	0
	Cauca	2	0
	Choco	6	0
	Nariño	5	8
	Quindío	1	0
	Risaralda	3	3
	Valle del cauca	0	0
	Subtotal	21	11
Atlántica	Atlántico	15	0
	Bolívar	5	0
	Cartagena	0	0
	Cesar	36	38
	Córdoba	2	0
	Guajira	5	0
	Magdalena	2	0
	Santamaría	0	0
	Sucre	5	0
	Subtotal	70	38
	<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>66</b>

Fuente: Fichas de notificación de mortalidad por EDA, INS.

Al analizar los factores socioeconómicos según sitio de defunción, el 42.4%(28) falleció en una institución de salud, el 25.8%(17) en el domicilio y el 31.8%(21) no diligenció la variable. En cuanto al régimen de afiliación al sistema de seguridad social, el 9,1% (6) correspondieron al régimen subsidiado, el 16.4% (11) al no afiliado y del 74.2% (49) no se obtuvo el dato. Según procedencia el 39.4%(26) correspondió al área urbana, el 31,8% (21) correspondió al área rural, de los cuales el 3,0% (2) pertenecían a una etnia indígena. En el 28,8%(19) no se obtuvo el dato.

**Tabla 2.** Municipios que notificaron casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años, semana epidemiológicas 1 – 34. Colombia, 2003.

MUNICIPIO QUE NOTIFICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Aguachica	1	1,5%	1,5%
Aquitania	1	1,5%	3,0%
Barranco Minas	2	3,0%	6,1%
Becerril	1	1,5%	7,6%
Bosconia	5	7,6%	15,2%
Chía	1	1,5%	16,7%
Codazzi	1	1,5%	18,2%
El charco	2	3,0%	21,2%
El copey	3	4,5%	25,8%
Encino	1	1,5%	27,3%
Firavitova	1	1,5%	28,8%

MUNICIPIO QUE NOTIFICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Fortul	1	1,5%	30,3%
Gamarra	1	1,5%	31,8%
La gloria	1	1,5%	33,3%
La Jagua Ibirico	1	1,5%	34,8%
La Paz	2	3,0%	37,9%
Pailitas	1	1,5%	39,4%
Pasto	2	3,0%	42,4%
Pelaya	1	1,5%	43,9%
Pueblo Rico	2	3,0%	47,0%
Puerto Carreño	2	3,0%	50,0%
Roberto Payán	2	3,0%	53,0%
San José	2	3,0%	56,1%
Saravena	1	1,5%	57,6%
Sácama	1	1,5%	59,1%
Sin dato	1	1,5%	60,6%
Soacha	1	1,5%	62,1%
Sogamoso	2	3,0%	65,2%
Solita	1	1,5%	66,7%
Tumaco	2	3,0%	69,7%
Valledupar	20	30,3%	100,0%
TOTAL	66	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas de notificación de mortalidad por EDA, INS.

El municipio que más número de casos aportó durante los nueve periodos epidemiológicos analizados fue Valledupar (Cesar) con 20 casos correspondientes al 30,3 %.

### Factores protectores:

De todas las fichas recibidas, se realizó un análisis de factores como la lactancia materna e inmunización, hallando que solo el 33,3% de los niños recibió lactancia materna como parte de las prácticas de cuidados en el hogar.

El 37,9 % (25) de los niños no tenían vacunación completa para la edad y el 34,8% había sufrido enfermedades anteriores a este evento diarreico siendo la desnutrición y la anemia las causas más frecuentes con un 22,5 % (15) de las ocasiones. Un 8% de los niños presentaron otros episodios de diarrea, bronconeumonía y neumonías.

### Examen Físico:

De las 66 fichas el 59,1% (39) presentaron deposiciones líquidas y 13,6 % (9) presentaron deposición con sangre. Al realizar revisión física de los niños el 25,8% se encontraba irritable, el 34,8% decaído y el 54,5% presentaron signos de deshidratación (mucosas secas, pliegue).

## Atención, tratamiento y factores de riesgo:

El manejo de los casos se realizó en 35 niños de manera ambulatoria, 23 estuvieron en observación y de 8 no se obtuvo dato. La atención que se brindó a los niños fue realizada por el médico en un 87,9% de los casos según la ficha de notificación recibida en el Instituto Nacional de Salud. El 33,3% de todos los casos recibió tratamiento y este consistió en suero oral (14,3%), líquidos intravenosos (80,9 %) y otros (4,8 %).

**Tabla 3.** Distribución según quien realiza la atención. Semanas epidemiológicas 1 – 34, Colombia, 2003

QUIEN REALIZA LA ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medico - Enfermera	58	87,9 %
Sin dato	8	12,1 %
Total	66	100,0 %

Fuente: Fichas de notificación de mortalidad por EDA, INS.

En cuanto al análisis de los factores de riesgo asociados a la mortalidad por EDA y registrados en las fichas se pueden observar en la tabla 4.

**Tabla 4.** Factores de riesgo presentes en las fichas de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda, semanas epidemiológicas 1 – 34, Colombia, 2003.

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acceso difícil a servicio médico	3	18,7
Deficientes condiciones generales de vivienda	3	18,7
Mala manipulación de alimentos y agua	2	12,6
Deficientes condiciones de Basuras y Excretas	3	18,7
Descuido / desconocimiento de los padres	3	18,7
Situación económica	2	12,6
Total	16	100

Fuente: Fichas de notificación de mortalidad por EDA, INS.

En las variables de registro y calidad del registro, 21 de las fichas recibidas, no se encontraban notificadas al Sivigila y en 30% de las ficha no son diligenciadas en la totalidad.

## Discusión y conclusiones.

Durante el presente año en Colombia se ha fortalecido el proceso vigilancia de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. Los diferentes entes territoriales han realizado un notable esfuerzo por registrar, notificar y analizar las mortalidades que se presentado por esta razón en sus localidades. Al comparar el número durante el mismo periodo 2002-2003, no existe una diferencia significativa pero si existe un incremento en el número de fichas de notificación (15%).

Aunque a la fecha de corte, solo se han recibido el 49% de las fichas frente a los casos existentes para este análisis preliminar, la información que se obtiene, provee información valiosa para generar datos importantes que permiten conocer más acerca estas muertes y ayuda a tomar decisiones para prevenir la ocurrencia de otras en el futuro.

Según estudios que se han realizado y tomando en cuenta los datos mortalidad según DANE la

población que a través del tiempo se ha visto más afectada es la de menores de un año lo cual también se estableció al analizar las fichas este año. Para este análisis fue del 90% y de ellas el 50% se halló en el rango de 6 a 12 meses, lo cual reflejaría que existen debilidades en el manejo y control de la enfermedad diarreica aguda, en acciones de prevención, promoción y en las acciones de IEC.

Aunque 28 de los casos fallecieron en una institución de salud llama la atención que el 25,7% (17) fallecieron en el domicilio. Al relacionarlo con el lugar de procedencia, el 31,8 % pertenecían al área urbana, situación por la cual se estima que podían acceder a la atención médica y se desconoce el por qué no buscaron ayuda médica.

Otro hecho para destacar y que está muy relacionado con la fisiopatología de la enfermedad diarreica aguda es el hecho de que más del 50% de los casos llegaron con signos moderados o graves de deshidratación. Esto puede estar asociado a la disminución de las prácticas de rehidratación oral en casa, que según el estudio de ENDS 2000, disminuyó y es más acentuado en algunas regiones del país.

Las condiciones de la vivienda incluidas las excretas y basuras y el desconocimiento de los padres hacen que sean los factores de riesgo que más se registren en las fichas y que conlleven a la presencia de la enfermedad diarreica y de una posible muerte por esta causa.

La prevención y el control de las enfermedades diarreicas están relacionados con muy diversas circunstancias que, en conjunto, determinan el nivel de vida y bienestar de la población, entre cuyos elementos destacan la cultura y el nivel de escolaridad, el estado de nutrición, el saneamiento básico, el acceso a servicios de salud y la calidad de éstos. Sin embargo, es a partir del conocimiento de su naturaleza infecciosa y de sus mecanismos fisiopatológicos que las acciones se han sistematizado e inclusive se han organizado programas con base en actividades específicas. Un ejemplo fundamental es la terapia de hidratación oral (THO), considerada por Lancet como el avance médico potencialmente más importante del siglo, por el número de muertes que puede evitar en el corto plazo, (6) y, cabe aclarar que siempre y cuando, se implante en el marco de un programa integral de prevención y control, y se ponga al alcance de toda la población, capacitándola en su uso.

Por lo anterior es importante recordar el trabajo en:

- Impulsar y extender las estrategias territoriales ya existentes.
- De acuerdo con la política del actual gobierno, es necesario avanzar en la integración del Sistema Vigilancia en Salud Pública mediante el trabajo conjunto de los departamentos, con objetivos, metas y estrategias comunes, así como tareas compartidas por las instituciones del sector y de otros sectores involucrados.
- Fortalecer las estrategias educativas para modificar la conducta terapéutica del personal de salud y de la comunidad en relación con el tratamiento de las diarreas y de las infecciones respiratorias agudas.
- Continuar apoyando las acciones de vacunación desde el nivel municipal.
- Continuar disponiendo de datos de mortalidad y morbilidad oportunos.
- Fortalecer la estrategia AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), para mejorar la calidad de la atención en la niñez.
- Fortalecer y mantener las Unidades de Rehidratación Oral (URO) en las unidades de salud y en la comunidad.

No olvidamos incluir en estas acciones de control para las infecciones respiratorias agudas (IRA), porque también son éstas una de las principales causas de mortalidad en el país, sobre todo en los menores de cinco años; es decir, en el mismo grupo hacia el cual están orientadas las acciones de control de las EDA.

## Referencias

1. Sierra Pedro A. Actualización del control de la EDA en Pediatría; 2002.

2. Jiménez San E., Rubio Campos. Tratamiento de la diarrea aguda infantil en atención primaria. Del sistema Nacional de Salud, 1998, 22:5. España
3. Informe UNICEF, 2001.
4. Ronan Riechman; Enriquela Barrio; Torres Josefa. Diarrea aguda, protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría, 2002. España.
5. Secretaria Distrital de Salud. Anuario de vigilancia en salud publica. Boletín Epidemiológico Distrital 2001.
6. Water with sugar and salt. Lancet 1978; 1: 300-301.

## ¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?

### ***Mortalidad Evitable***

Hubo 5 muertes maternas una en Bogotá, Casanare y Vaupés y dos en Caldas. Por mortalidad Perinatal se presentaron 94 muertes, principalmente en Antioquia (10) y Bogotá (20). Por enfermedad diarreica se presentaron 4 muertes en total, 2 en La Guajira, una en Boyacá y una en Cesar y por infección respiratoria aguda se presentaron 8 muertes, 4 en Bogotá, 3 en Cundinamarca y 1 en Boyacá. Por malaria se registró una muerte en el Chocó. No se registraron muertes por Dengue.

### ***Malaria Falciparum y Malaria Vivax***

Se presentaron 462 casos de malaria Falciparum, 140 casos en Córdoba y 78 en Antioquia principalmente.

En M. Vivax se notificaron 1150 casos de los cuales 364 fueron de Córdoba y 274 de Antioquia y 133 del Meta principalmente.

En cuanto a malaria mixta se reportaron 42 casos.

### ***Dengue Clásico***

695 casos fueron reportados siendo Santander el ente territorial que más notificó con 115 casos.

### ***Parálisis Fláccida***

Esta semana se presentó la notificación de 3 casos de Parálisis Fláccida con 1 de Antioquia, 1 de Bogotá y 1 de Boyacá.

### ***Leishmaniasis Visceral***

Se notifica un caso de Leishmaniasis visceral en Sucre.

### ***Tos ferina***

Se reportaron 4 casos al Sivigila de Antioquia.

### ***Rabia Animal***

Se presentó un caso de Rabia animal en el departamento de Bolívar.

## ALERTA EPIDEMIOLOGICA

PARA: Direcciones departamentales y distritales de salud  
 DE: Subdirección de Epidemiología y LNR  
 ASUNTO: Incremento de consulta de enfermedad respiratoria – Búsqueda de casos de enfermedad respiratoria grave de curso rápido  
 FECHA: Octubre 30 de 2003

Ante la evidencia de la circulación de virus de influenza en Colombia y el incremento de las consultas por enfermedad respiratoria y sus complicaciones, se recomienda a las Direcciones Territoriales de Salud adoptar las medidas sanitarias para intensificar la vigilancia y la notificación inmediata al Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia de todos los casos clínicos sospechosos, a los siguientes correos [vizquierdo@ins.gov.co](mailto:vizquierdo@ins.gov.co) y [jvalderrama@ins.gov.co](mailto:jvalderrama@ins.gov.co); a los fax 2200934 y 2200901 y a los teléfonos 2200902 o 2200900.

**1. DESCRIPCIÓN DE CASO SOSPECHOSO: PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA Y FIEBRE QUE EVOLUCIONA RÁPIDAMENTE A DIFICULTAD RESPIRATORIA (POLIPNEA, TIRAJES, CIANOSIS, ETC.) O, PACIENTE QUE FALLECE RÁPIDAMENTE CON EL CUADRO CLÍNICO ANTERIOR Y CON NEUMONÍA MULTILOBAR.**

Ante un caso sospechoso se debe:

- **Diligenciar la ficha epidemiológica anexa y notificar inmediatamente: se debe enviar la ficha al INS:** [vizquierdo@ins.gov.co](mailto:vizquierdo@ins.gov.co) y [jvalderrama@ins.gov.co](mailto:jvalderrama@ins.gov.co); fax 2200934 y teléfono 2200902.
- Durante la atención hospitalaria se recomienda realizar cuadro hemático, VSG, radiografía de tórax, hemocultivo y toma de las muestras para diagnóstico.
- Las muestras deben ser remitidas al INS acompañadas de la ficha epidemiológica diligenciada en su totalidad.
- Toma de muestras a contactos con sintomatología respiratoria.
- Los pacientes deben ser atendidos en el máximo nivel de complejidad disponible y debe idealmente consultar a un especialista (puede ser telefónicamente).

## 2. Recolección de muestras:

- Tracto respiratorio superior:
  - Hisopado faringeo: recolectar muestra en un tubo con 2 ml de solución salina estéril utilizando hisopos de dacrón o rayón con palillo plástico; refrigerar y enviar a 4°C al Laboratorio de Salud Pública ó al laboratorio de Virología del INS, inmediatamente o a mas tardar en las primeras 48 horas. Se recomienda tomar la muestra en los 3 primeros días del inicio del cuadro clínico.
  - Aspirado o lavado nasofaríngeo: instilar 2 ml de solución salina a través de una sonda nasofaríngea y aspirar con jeringa idealmente de 20 ml; luego colocar en un tubo estéril con 1 ml de solución salina, refrigerar y enviar a 4°C al Laboratorio de Salud Pública ó al laboratorio de Virología del INS, inmediatamente o a mas tardar en las primeras 48 horas. Se recomienda tomar muestra de aspirado entre 3 y 15 días de iniciados los síntomas.

- Tracto respiratorio inferior:
  - Lavado bronco alveolar y aspirado traqueal: Centrifugar y una parte del sedimento debe ser fijado en formalina y el resto en tubos estériles debidamente sellados y refrigerados. Enviar inmediatamente a 4°C al Laboratorio de Salud Pública ó al laboratorio de Virología del INS.
  - Muestras de suero: enviar la muestra a 4°C al Laboratorio de Salud Pública ó al laboratorio de Virología del INS inmediatamente o al menos en las primeras 48 horas. Se deben enviar dos muestras: una en periodo agudo y otra en convaleciente (3 y 15 días).
  - Hemocultivo: Sí se obtiene algún aislamiento bacteriano a partir del hemocultivo, remitirlo al Laboratorio de Salud Pública ó al laboratorio de Microbiología del INS inmediatamente.

En caso de muerte se debe realizar necropsia y enviar los siguientes tejidos:

- Tejidos fijados: muestras de órganos (pulmón, traquea, corazón, hígado, cerebro y riñón) los cuales deben ser fijados en formol neutro o en bloques de parafina y enviar al Laboratorio de Salud Pública ó al laboratorio de Patología del INS inmediatamente a temperatura ambiente. No congele.
- Tejido frescos: muestras de órganos (pulmón, traquea, corazón, hígado, cerebro y riñón) los cuales deben ser enviados en solución salina estéril al Laboratorio de Salud Pública ó al laboratorio de Virología del INS inmediatamente a 4°C.

Para los casos de muertes en personas afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado la necropsia irá con cargo al POS y en el caso de no afiliados con cargo a los recursos de salud pública de la respectiva entidad territorial por ser un evento de importancia en salud pública.

### **3. Recomendaciones a la comunidad:**

- a. Consultar ante cualquier síntoma respiratorio, no subestimar los síntomas
- b. Notificar la existencia de otros casos
- c. Observar las medidas de higiene (lavado de manos, uso de pañuelo)

### **4. Recomendaciones para la vacunación con influenza:**

- Vacunación a personas de riesgo
  - Personas mayores de 50 años
  - Residentes de ancianatos
  - Niños mayores de 6 meses o adultos con enfermedad crónica cardiaca o pulmonar incluyendo asma
  - Niños mayores de 6 meses y adultos que sufran de enfermedades metabólicas crónicas (diabetes) enfermedad renal crónica o algún tipo de inmunosupresión incluyendo infección con HIV)
- Además se recomienda la vacunación de personas ocupacionalmente expuestas (médicos, enfermeras, cuidadores de adultos mayores, etc.) con el fin de reducir el riesgo de transmisión.

**MARTHA PATRICIA VELANDIA GONZALEZ**  
Subdirectora de Epidemiología y LNR

**SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.**

Direcciones Territoriales de Salud que no notificaron a tiempo esta semana:

**HUILA**

El porcentaje de cumplimiento de las unidades notificadoras fue del 88,0%

***La notificación es obligatoria y debe realizarse a más tardar hasta las 6 p.m. del día miércoles de cada semana.***

**Comentarios y sugerencias al presente informe, favor remitirlos vía E-MAIL a:**

Vilma Fabiola Izquierdo Ch. [vizquierdo@ins.gov.co](mailto:vizquierdo@ins.gov.co)

Instituto Nacional de Salud

Subdirección de Epidemiología, División Centros de Control de Enfermedades

Teléfono: 220 77 00 Extensiones 318 – 326

Publicado en Web por la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Colombia. Encontrará otros boletines en <http://www.col.ops-oms.org/sivigila>