

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2015 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 1 de 24

Enfermedad Diarreica Aguda

**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 III, COLOMBIA, 2016.**

*Angélica María Rojas Bárcenas.
Equipo Funcional ETA/ EDA*

*Subdirección de análisis de riesgo y respuesta inmediata en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la diarrea como “la presencia de tres o más deposiciones anormalmente líquidas en 24 horas, con o sin sangre. Un síndrome clínico caracterizado 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” (1).

En este sentido, la diarrea es un síntoma de una infección gastrointestinal por bacterias, virus o parásitos que pueden encontrarse en el agua contaminada con heces humanas o animales y alimentos contaminados por irrigación. La infección puede transmitirse también persona a persona, por lo que las prácticas adecuadas en la manipulación de alimentos, higiene y saneamiento básico son fundamentales para su prevención (2).

Las características epidemiológicas, agentes etiológicos y presentación clínica de la enfermedad diarreica aguda, varían de un país a otro de acuerdo con las condiciones ambientales, sociales, económicas, hábitos alimentarios entre otras. Entre los agentes infecciosos más frecuentes se señalan: los virus (Rotavirus), los protozoarios intestinales (Ameba, Giardia, Cryptosporidium) y las bacterias (Salmonella no tifoídica, Shigella, categorías patógenas intestinales de *Escherichia coli*, *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter* spp, *Vibrios*, *Aeromonas* y *Plesiomonas shigelloides*). (13,14).

La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. Afecta a todos los grupos de edad, sin embargo, los más vulnerables son los menores de cinco años, y de este grupo, los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales (1). La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos.

La diarrea puede llevar a la muerte a los niños afectados, especialmente a los menores de cinco años si no reciben un tratamiento adecuado. Durante la última década, la mortalidad en niños menores de 5 años a nivel global se redujo en 2.6% anualmente, pasando de 9.6 a 7.6 millones de muertes; 17.9% de este descenso se atribuye a la reducción de las muertes por enfermedad diarreica aguda (EDA). No obstante, esta entidad ocasiona 10.5% de las

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2015 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 2 de 24

Enfermedad Diarreica Aguda

muerres (760 000 millones de niños menores de 5 años cada año), por lo que conserva el segundo lugar entre las causas de muerte prevenible (12).

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 (5).

En este sentido, 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 (5, 6), esta patología hoy, continúa cobrando víctimas dentro de la población infantil (5), lo que hace fundamental establecer los factores susceptibles de ser modificados, que favorecen la presentación de casos de morbilidad como, las 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, trabajo infantil, habitabilidad en la calle, hacinamiento, farmacodependencia, alcoholismo, ejercicio de prostitución y falta de conocimiento sobre la enfermedad (6).

“La reducción del número de muertes y de enfermos a causa de la diarrea depende de, que los gobiernos y la comunidad médica reconozcan los fundamentos científicos y los beneficios de las nuevas terapias recomendadas” así como de la implementación de estrategias de control por los mismos” (2).

Como resultado de las unidades de análisis departamentales, se han identificado como factores contribuyentes a la presentación del evento, dificultades para la atención médica, desnutrición y desconocimiento de signos de deshidratación por parte de los cuidadores, como se ha encontrado en otros países (4). Sin embargo, es claro que “La planificación y evaluación de las intervenciones encaminadas a controlar la mortalidad por diarrea y reducir la mortalidad de los menores de cinco años se hace difícil por la falta de un sistema que genere información sobre las causas de mortalidad de manera regular” (2), fenómeno que se aprecia en nuestro país en el que a pesar de que se realizan regularmente unidades de análisis y comités de vigilancia epidemiológica, no existe una sistematización adecuada de la información obtenida.

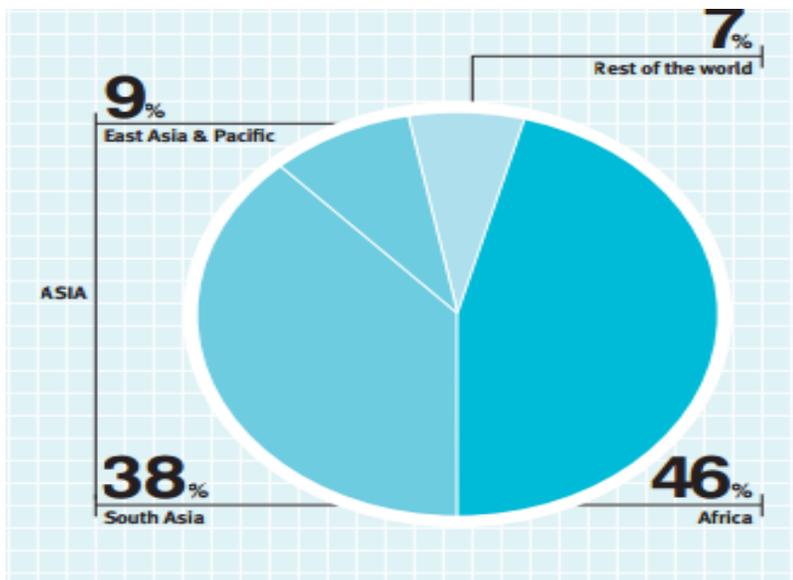
La emergencia mundial por la epidemia de Cólera originada en Haití desde la semana epidemiológica 42 del 2010 y su propagación en algunos países de las Américas y el mundo, generó la necesidad de intensificar la vigilancia de la mortalidad y morbilidad por enfermedad diarreica aguda en el país, involucrando acciones de vigilancia en salud pública, vigilancia por laboratorio y vigilancia en puntos de entrada.

Enfermedad Diarreica Aguda

1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial.

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

Figura 1. Distribución proporcional de muertes por enfermedades diarreicas entre los niños menores de cinco años de edad , por región , 2014



Fuente: World Health Organization, Global Burden of Disease estimates, 2014 update, with additional analyses to calculate UNICEF regions.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en África y el sur de Asia se presenta más de 80 por ciento de las muertes infantiles por diarrea. En este sentido, 15 países representan casi las tres cuartas partes de todas las muertes por diarrea entre los niños menores de cinco años anualmente.

Enfermedad Diarreica Aguda

Figura 2. Cifras de muertes por diarrea en niños, según país. 2007.

RANK	COUNTRY	TOTAL NUMBER OF ANNUAL CHILD DEATHS DUE TO DIARRHOEA
1	India	386,600
2	Nigeria	151,700
3	Democratic Republic of the Congo	89,900
4	Afghanistan	82,100
5	Ethiopia	73,700
6	Pakistan	53,300
7	Bangladesh	50,800
8	China	40,000
9	Uganda	29,300
10	Kenya	27,400
11	Niger	26,400
12	Burkina Faso	24,300
13	United Republic of Tanzania	23,900
14	Mali	20,900
15	Angola	19,700

Fuente: World Health Organization, Global Burden of Disease estimates, 2014 update.

Teniendo en cuenta lo anterior, la OMS, viene trabajando con los Estados Miembros en actividades tendientes a:

- Promover políticas e inversiones nacionales que apoyen el tratamiento de casos de enfermedades diarreicas y sus complicaciones, y que amplíen el acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento en los países en desarrollo;
- Realizar investigaciones orientadas a desarrollar y probar nuevas estrategias de prevención y control de la diarrea en esta esfera;
- Fortalecer la capacidad para realizar intervenciones de prevención, en particular las relacionadas con el saneamiento y el mejoramiento de las fuentes de agua, así como con el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en los hogares;
- Desarrollar nuevas intervenciones sanitarias tales como la inmunización contra los rotavirus, y;
- Contribuir a la capacitación de agentes de salud, especialmente en el ámbito comunitario.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2015 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

Enfermedad Diarreica Aguda

1.2. Comportamiento del evento en América

En América Latina y el Caribe 5,1% de las muertes en menores de 5 años son debidas a diarrea y deshidratación. Sin embargo, en 11 países de la región, la proporción de los niños y niñas a esta edad que mueren por diarrea sigue siendo superior al promedio regional (15). De las casi 400 000 muertes en menores de 5 años ocurridas en el 2006 en la región de las Américas, una de cada cuatro se debió a alguna de las enfermedades incluidas dentro de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (16).

La región de las Américas aparece como la de mayor inequidad cuando es 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 (1).

1.3. Comportamiento del evento en Colombia

En Colombia la mortalidad por enfermedad diarreica aguda ocupa uno de los primeros lugares en la mortalidad de los menores de cinco años especialmente en los municipios con mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas y mala calidad de agua para consumo humano, sin embargo, las tasa de mortalidad por esta causa ha disminuido de 45,4 a 21,5 x 100000 menores de cinco años entre 1990 y 2001 (1).

De acuerdo a los indicadores básicos publicados por el Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2006 se presentaron 500 muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, con una tasa de 11,6 x 100 000 menores de cinco años; en el año 2012 se presentaron 109 casos con una tasa de 25,4 x 100000 de habitantes menores de cinco años.

Enfermedad Diarreica Aguda

Tabla 1.

Tasa de defunciones por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años (por 100 000 menores de 5 años), Colombia 2002-2009.

Año	Tasa de defunciones por EDA por 100 000 menores de 5 años
2002	18,7
2003	15,3
2004	13,4
2005	11,8
2006	11,6
2007	10,5
2008	8,1
2009	7,34

Fuente: Repositorio Institucional Digital, Indicadores Básicos: Situación de salud en Colombia, Ministerio de la Protección Social, Colombia.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en población menor de cinco años y de la morbilidad en todos los grupos de edad, 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.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un informe de tipo descriptivo, retrospectivo a partir de la notificación realizada al Sivigila, entre las semanas epidemiológica nueve a la 12 de 2016; evaluando el comportamiento y tendencia de la notificación de la mortalidad por EDA en menores de cinco años y morbilidad en todos los grupos de edad (notificación individual y colectiva respectivamente), en tiempo, lugar y persona. De igual manera, se estableció la distribución por grupos de edad, género, área de residencia, tipo de régimen en salud y pertenencia étnica.

Enfermedad Diarreica Aguda

4. HALLAZGOS

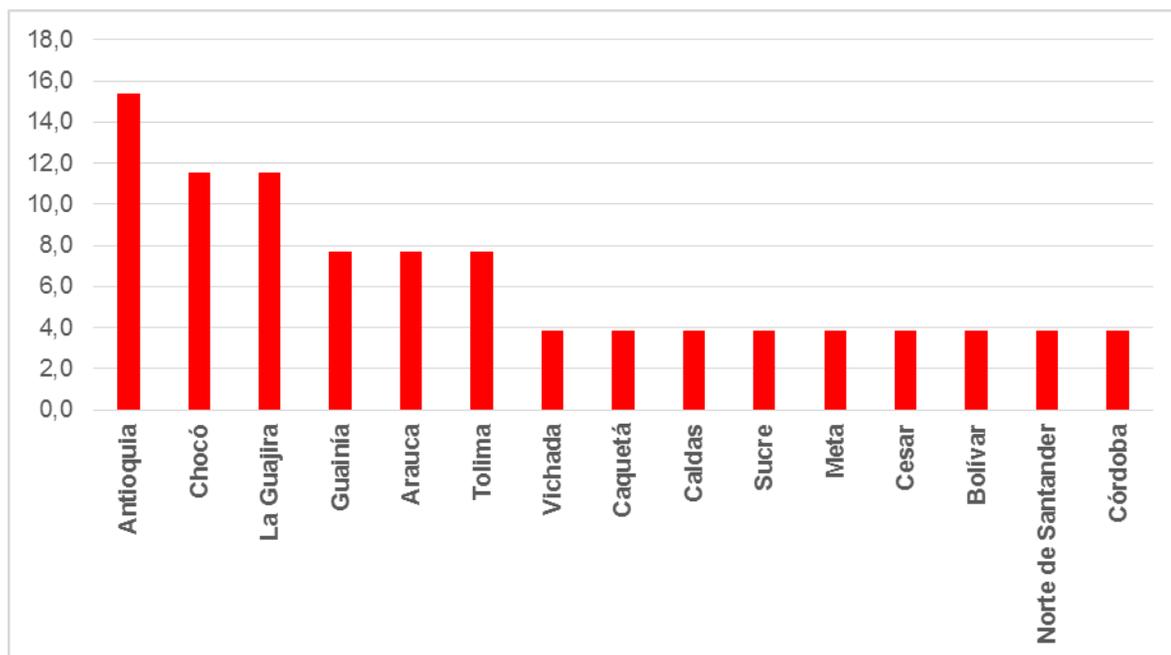
4.1. Comportamiento de la notificación

A periodo epidemiológico III de 2016 se han notificado al Sivigila 26 muertes por EDA en menores de cinco años (evento código 590) procedentes de 16 entidades territoriales. En comparación con el año 2015, se observa una disminución del 26% en el número de casos notificados en el año 2016 (número de casos de mortalidad en menores de cinco años notificados a periodo III de 2015, 35)

El departamento del Antioquia aportó el 15,4 % del total de los casos, seguido de Chocó y La Guajira con el 11,5 % cada uno, Guainía Arauca y Tolima con el 7,7 % y Vichada, Caquetá, Caldas, Sucre, Meta, Cesar, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba y Bogotá con el 3,8% cada uno.) (ver gráfica 1).

Gráfica 1

Proporción de muertes por EDA en menores de cinco años, según departamento de procedencia, a periodo epidemiológico III, Colombia, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En relación a la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, por cada uno de los departamentos que notificaron casos, el mayor valor en el periodo III de 2016 se observa en el departamento de Guainía con 308,2 por cada 1 000 000 de menores de

Enfermedad Diarreica Aguda

cinco años, seguido de Vichada con 98, Arauca con 60,1 y Chocó 45,8 casos por cada por cada 1 000 000 de menores de cinco años (ver tabla No. 2).

Tabla 2.
Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años según entidad territorial de residencia, a periodo epidemiológico III, Colombia, 2016.

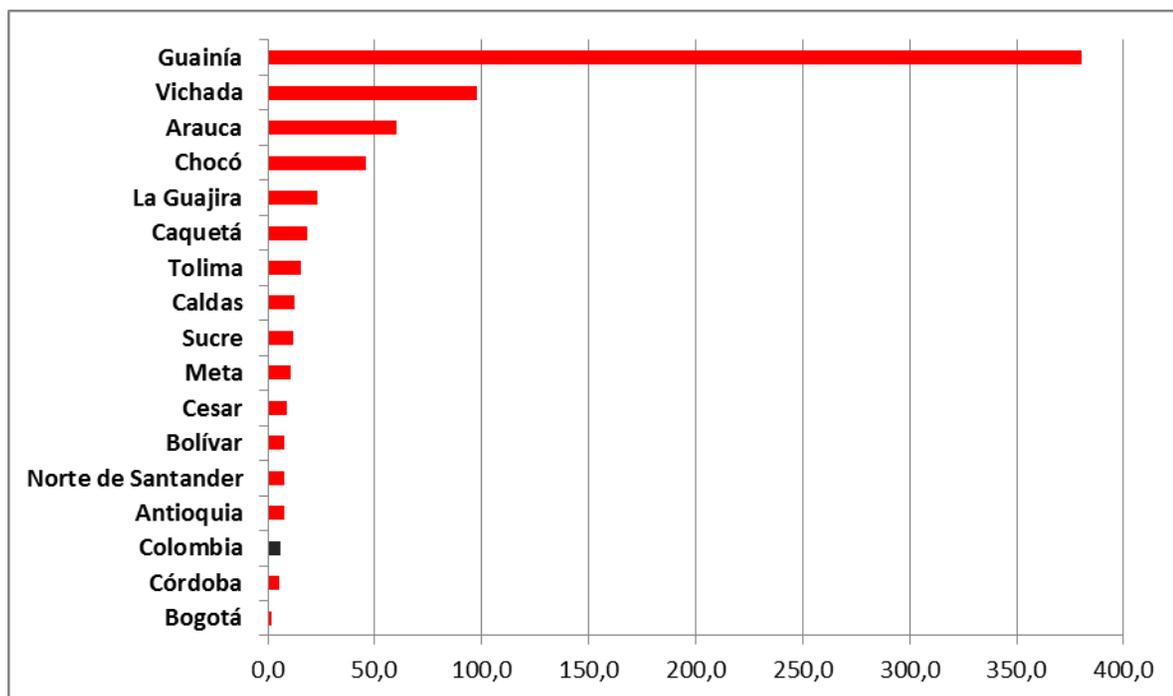
<i>Entidad Territorial</i>	<i>No de casos</i>	<i>Población estimada DANE 2016 menores de cinco años</i>	<i>Incidencia * 1 000 000 habitantes</i>
Guainía	2	5 261	380,2
Vichada	1	10 209	98,0
Arauca	2	33 303	60,1
Chocó	3	65 542	45,8
La Guajira	3	129 675	23,1
Caquetá	1	54 498	18,3
Tolima	2	126 847	15,8
Caldas	1	78 714	12,7
Sucre	1	84 585	11,8
Meta	1	94 792	10,5
Cesar	1	110 597	9,0
Bolívar	1	125 047	8,0
Norte de Santander	1	126 546	7,9
Antioquia	4	535 099	7,5
Guainía	2	5 261	380,2
Vichada	1	10 209	98,0
Arauca	2	33 303	60,1
Colombia	26	4 335 151	6,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Se observa que de las 16 entidades territoriales que notificaron casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en el periodo III de 2016, 14, presentaron una tasa de incidencia por encima de la nacional (6), alcanzando mayor proporción las entidades territoriales de Guainía, Vichada, Chocó y La Guajira (ver gráfica 2).

Enfermedad Diarreica Aguda

Gráfica 2.
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por 1 000 000 de menores de cinco años según departamento de residencia, a periodo epidemiológico III, Colombia, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

4.2. Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

La tasa de mortalidad nacional para el periodo III de 2016 es de 6,0 por cada 1 000 000 de menores de cinco años. Al discriminar la tasa en menores de un año y de uno a cuatro años se observa un valor superior en el primer grupo (19,4 casos por cada 1 000 000 de menores de un año de edad) con respecto al segundo grupo de edad (2,6 casos por cada millón casos por cada 1 000 000 de menores de 1 a 4 años) (ver tabla 2).

Enfermedad Diarreica Aguda

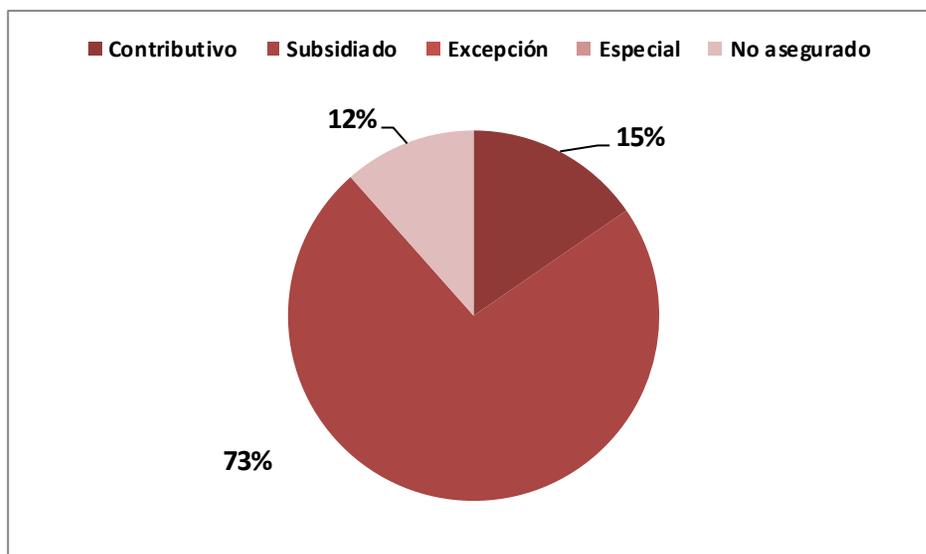
Tabla 2.
Tasa de mortalidad en menores de cinco años por EDA por grupos de edad, a periodo epidemiológico III Colombia, 2016.

Grupo de edad (menores de cinco años)	Número de casos a SE 12	Población estimada DANE 2016 menores de 5 años	Mortalidad por 1.000.000 habitantes menores de cinco años
Menores de una año	17	876233	19,40
de 1 a 4 años	9	3458918	2,60
Total país	26	4335151	6,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Respecto al sexo, el 57,7% de los casos por muerte en menores de cinco años, notificados son de sexo femenino. Por régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el 73,1 %, se encuentra en el régimen subsidiado, el 15,4 % al régimen contributivo y el 11,5 %, corresponde a población pobre, no asegurada. (Ver gráfico 2).

Gráfico 2.
Distribución porcentual del tipo de aseguramiento de muertes por EDA en menores de cinco años, a periodo epidemiológico III, Colombia, 2016.

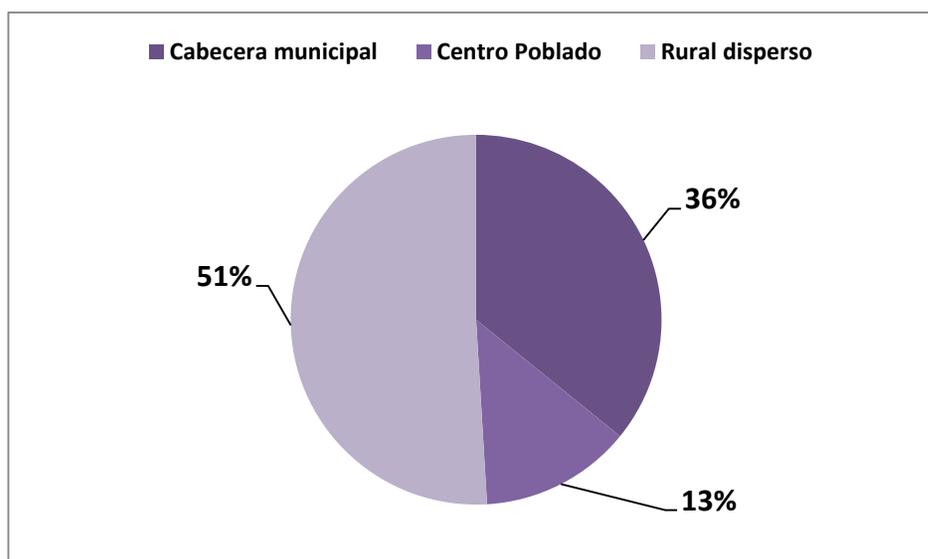


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Enfermedad Diarreica Aguda

De los 26 casos notificados de muerte en menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda a periodo III de 2016 de, el 61,5 % de los casos, fueron hospitalizados. De acuerdo al área de ocurrencia el 57,7 % de las muertes notificadas pertenecen a áreas rurales dispersas, seguido de la cabecera municipal con el 42,3 % de los casos (ver gráfico 3).

Gráfico 3.
Distribución porcentual del área de procedencia de muertes por EDA en menores de cinco años, a periodo epidemiológico III, Colombia, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 57,7 % de los casos de mortalidad notificados a periodo III de 2016 corresponden a población indígena y el 7,7 % a población afrocolombiana (ver tabla 3).

Tabla 3.
Distribución porcentual por pertenencia étnica de muertes por EDA en menores de cinco años, a periodo epidemiológico III, Colombia, 2016.

Pertenencia étnica	Número de casos	Frecuencia
Indígena	15	57,7
Otros	9	34,6
Afro Colombiano	2	7,7
Rom - Gitano	0	0,0
Raizal	0	0,0
Palenquero	0	0,0
Total	26	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Enfermedad Diarreica Aguda

4.3. Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Para el cálculo de los datos complementarios se tuvo en cuenta como denominador la sumatoria de los datos existentes en cada variable, puesto que existen algunos espacios no diligenciados por los territorios, lo que implica que el denominador no puede ser siempre el 100% de los casos notificados. Teniendo en cuenta que la mayoría de los casos, se trata de poblaciones ubicadas en áreas dispersas, para algunos casos, no siempre es posible diligenciar la totalidad de las variables.

En relación a los antecedentes vacunales, el 32 % no tenían esquema completo para la edad y el 36% desconocía el estado del esquema vacunal. Respecto a desnutrición, el 48 % de los menores fallecidos, se encontraban en estado de desnutrición.

De acuerdo a los factores de riesgo ambientales y de hábitos higiénico sanitarios se identifica que en el 60 % de los casos se encontró hacinamiento de las viviendas; el 56 % de los casos vivían en lugares con piso de tierra, la disposición de excretas principalmente se hace a cielo abierto con el 48 %, seguido de alcantarillado con el 28 % y en relleno sanitario con el 8, %. La fuente de abastecimiento de agua principal se hace a través de pozos con el 32 % y de ríos con el 28 % y a través de acueducto en el 24 %. En relación a insectos y roedores, se observa que en el 88 % de las viviendas se encuentran presentes.

La escolaridad de los cuidadores se puede resumir de la siguiente manera: el 52 % tiene educación primaria, mientras que el 20 % no tiene ninguna, el 20 % con secundaria, y el 8 % formación técnica.

Al resumir otras variables relacionadas con la atención del paciente, se encuentra el 68 % de los cuidadores no reconocen la diarrea como una enfermedad grave, el 44 % reconoció los signos de alarma, y el 72 % de los menores recibieron suero de rehidratación oral. (Ver tabla 4)

Tabla 4.
Distribución porcentual por determinantes de muertes por EDA en menores de cinco años, a periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2015.

	Reconoció signos de alarma	Recibió suero	Reconoce diarrea como enfermedad grave	Buscó ayuda	Fácil transporte	Terapia no convencional	Atención oportuna
Si	44	28	32	68	60	44	60
No	44	72	68	24	20	56	24
Desconocido	12	0	0	8	20	0	16

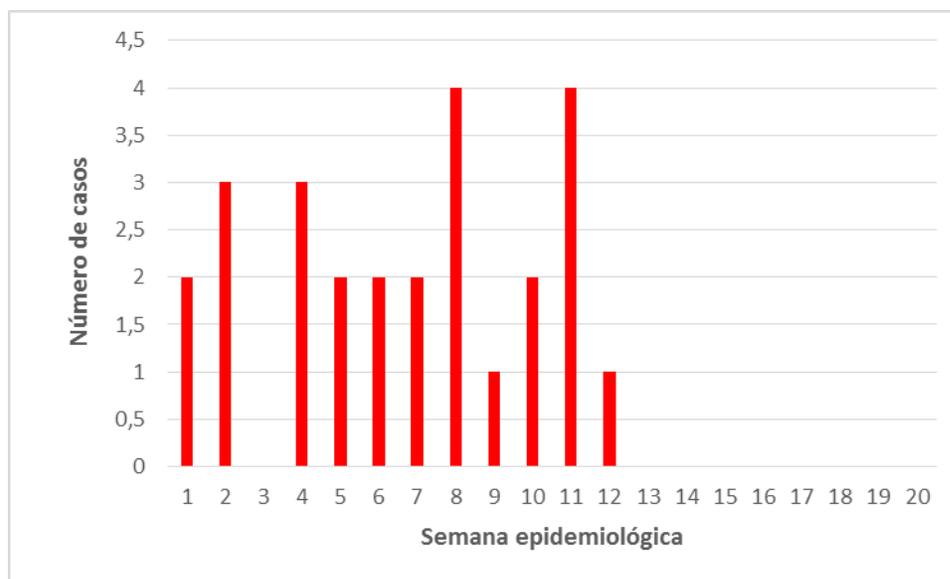
Enfermedad Diarreica Aguda

De los 26 casos registrados como mortalidad por EDA en menores de cinco años el 7,7 % de los casos de muerte han sido analizados e investigados, los demás casos se encuentran en proceso de análisis.

4.4. Tendencia del evento

En el periodo III de 2016 se han notificado 26 muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, el mayor número de muertes se ha notificado en las semanas epidemiológicas 8 y 11. En el gráfico 4 se observa la distribución de casos por semana epidemiológica

Gráfico 4.
Casos de muertes por EDA en menores de cinco años por semana Epidemiológica, a periodo epidemiológico III, Colombia, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

4.5. Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

a. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años, Colombia a semana epidemiológica 12 (Indicador 153).

Enfermedad Diarreica Aguda

En Colombia hasta la semana epidemiológica 12 se notificaron 26 muertes (numerador), lo que corresponde a una tasa de mortalidad por esta causa en menores de cinco años del 6 muertes por cada 1 000 000 menores de cinco años.

b. Porcentaje de casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años con investigación de campo oportuna (Indicador 154).

A periodo epidemiológico III, se han notificado 26 muertes por EDA en menores de cinco años, y de estas muertes con conocimiento del INS hasta el momento se han recibido 2 unidades de análisis.

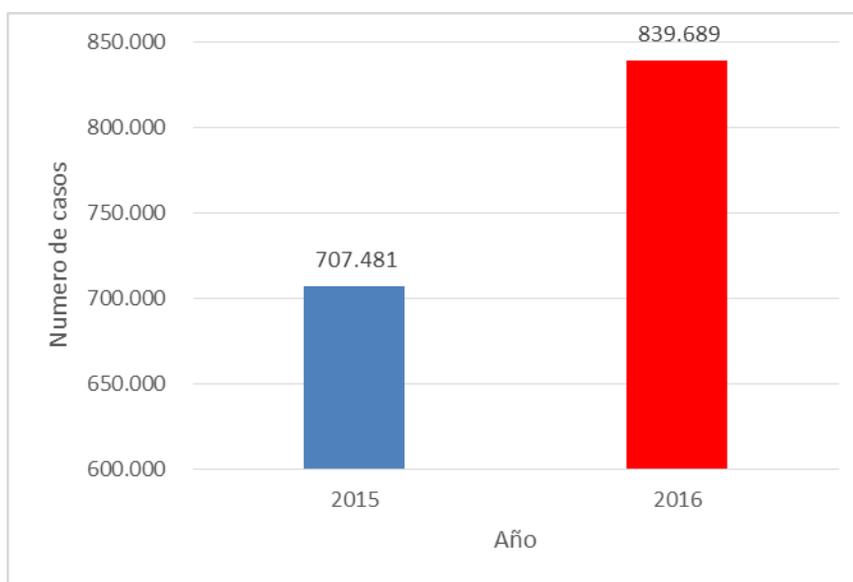
c. Porcentaje de casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años analizados en comité de mortalidad (Indicador 155).

Para este indicador no se ha dado cumplimiento puesto que tanto las notificaciones y las investigaciones han sido tardías.

MORBILIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Hasta el periodo epidemiológico III de 2016, se han notificado 839 689 casos por enfermedad diarreica aguda (todos los grupos de edad); la totalidad de las entidades territoriales (36) reportaron casos. Al comparar con el mismo periodo del año 2015 (707 481), se observa un incremento correspondiente al 18,7 % en la notificación de casos (ver gráfico 5).

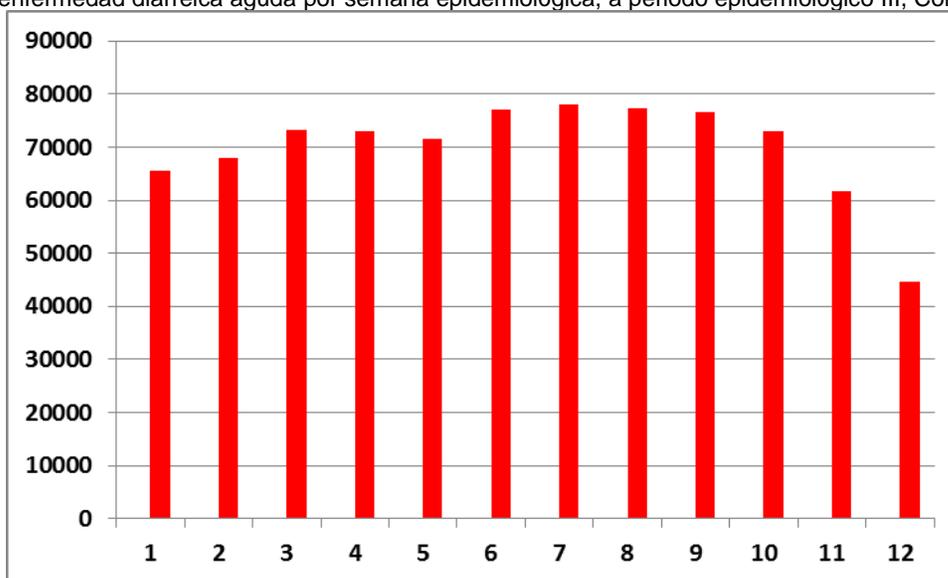
Gráfico 5.
Comparación de la notificación de casos de enfermedad diarreica aguda, Colombia, a periodo epidemiológico III de 2015 y 2016.



Enfermedad Diarreica Aguda

Hasta el periodo III de 2016, en todas las semanas epidemiológicas del año se han notificado casos de EDA para todos los grupos de edad, presentando el mayor número de casos en las semanas 6, 7 y 8 (ver gráfico 6).

Gráfico 6.
Casos de enfermedad diarreica aguda por semana epidemiológica, a periodo epidemiológico III, Colombia, 2015



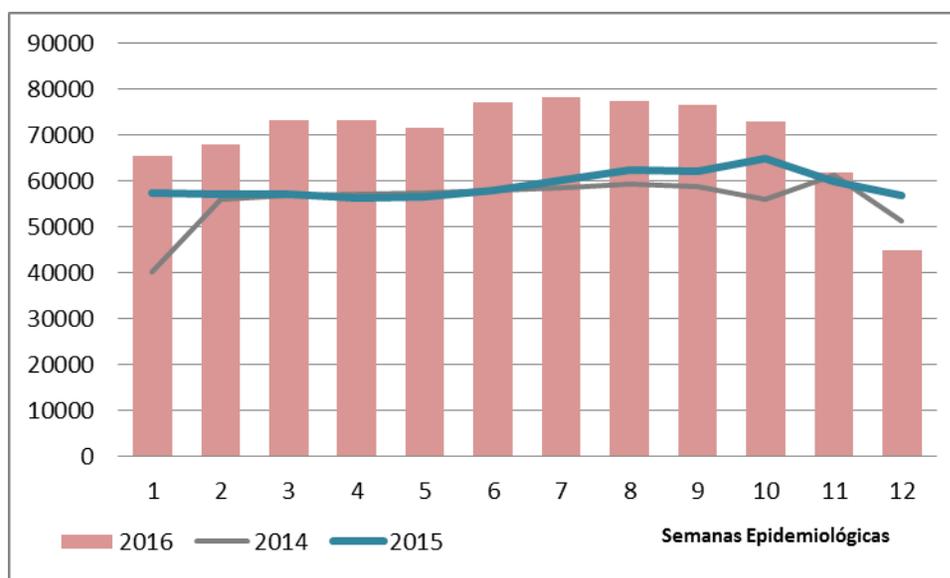
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Al comparar la notificación de casos de EDA con los años 2014, 2015 y 2016 hasta semana epidemiológica 12, el número de casos notificados en los años 2014 y 2015 fueron menores al número de casos notificados en el año 2016, observándose una disminución para la semana epidemiológica 12 de 2016, respecto a la misma semana de los otros dos años. (Ver gráfico 7).

Enfermedad Diarreica Aguda

Gráfico 7.

Comparación en la notificación de casos de enfermedad diarreica aguda por periodo epidemiológico, a periodo epidemiológico III de 2014, 2015 y 2016, Colombia.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En todos los grupos de edad se reportaron casos de EDA; el grupo que presenta mayor notificación es el de los menores entre 1 a 4 años (122 833 casos), siendo este el grupo de edad con mayor incidencia 44,2 por cada 1 000 habitantes; la incidencia poblacional para el país es de 20,2 por cada 1 000 habitantes. Se observa que los grupos correspondientes a los de 20 a 24 años, 25 a 29 años y 30 a 34 años, aportan un importante número de casos, respecto al total, para luego descender en los grupos restantes y mostrar un leve incremento en la incidencia en la población de 80 y más años (Ver tabla 5).

Tabla 5.

Casos y proporción de incidencia de enfermedad diarreica aguda por grupos de edad, a periodo epidemiológico III, Colombia, 2016.

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 1 000 habitantes
< 1 año	876 233	38 715	44,2
1 a 4 años	3 458 918	122 833	35,5
5 a 9 años	4 263 048	56 358	13,2
10 a 14	4 265 999	40 862	9,6
15 a 19	4 32 1654	48 107	11,1
20 a 24	4 306 036	91 148	21,2
25 a 29	4 022 291	91 168	22,7
30 a 34	3 605 504	74 648	20,7

Enfermedad Diarreica Aguda

35 a 39	3 264 933	57 218	17,5
40 a 44	2 909 621	42 615	14,6
45 a 49	2 875 587	37 651	13,1
50 a 54	2 732 428	33 299	12,2
55 a 59	2 302 979	27 246	11,8
60 a 64	1 800 884	22 300	12,4
65 a 69	1 363 781	17 129	12,6
70 a 74	967 539	13 207	13,7
75 a 79	700 183	10 821	15,5
80 y más años	710 090	14 364	20,2
Colombia	48 203 405	839 689	17,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En el periodo epidemiológico III, según el análisis por procedencia, todas las entidades territoriales han notificado casos de EDA en la población general. Las entidades territoriales con las mayores incidencias son; Amazonas, Bogotá, Quindío, Meta, Barranquilla, La Guajira, Nariño, Magdalena y Antioquia. Este grupo de departamentos presenta tasas de incidencia por encima de la nacional el 53,3 por 1 000 habitantes (ver tabla 6).

Tabla 6.
Incidencias de morbilidad por EDA por entidad territorial de procedencia, a periodo epidemiológico III, Colombia, 2016

Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población*	Incidencia x 1000 habitantes
Amazonas	1 182	0,1	7 7088	15,3
Antioquia	112 030	13,3	6 534 857	17,1
Arauca	2 419	0,3	265 190	9,1
Atlántico	13 032	1,6	1 265 898	10,3
Barranquilla	18 403	2,2	1 223 616	15,0
Bogotá, D.C.	238 085	28,4	798 0001	29,8
Bolívar	9 023	1,1	1 108 567	8,1
Boyacá	19 219	2,3	1 278 107	15,0
Buenaventura	2 258	0,3	407 539	5,5
Caldas	14 390	1,7	989 934	14,5
Caquetá	7 285	0,9	483 846	15,1
Cartagena	16 649	2,0	1 013 389	16,4
Casanare	4 469	0,5	362 721	12,3

Enfermedad Diarreica Aguda

Cauca	20 828	2,5	1 391 836	15,0
Cesar	12 354	1,5	1 041 204	11,9
Chocó	2 734	0,3	505 016	5,4
Córdoba	15 770	1,9	1 736 170	9,1
Cundinamarca	47 459	5,7	2 721 368	17,4
Guainía	402	0,0	4 2123	9,5
Guaviare	1 219	0,1	112 621	10,8
Huila	17 929	2,1	1 168 869	15,3
La Guajira	13 664	1,6	985 452	13,9
Magdalena	10 359	1,2	780 907	13,3
Meta	18 744	2,2	979 710	19,1
Nariño	24 845	3,0	1 765 906	14,1
Norte de Santander	16 065	1,9	1 367 708	11,7
Putumayo	3 971	0,5	349 537	11,4
Quindío	14 729	1,8	568 506	25,9
Risaralda	19 424	2,3	957 254	20,3
San Andrés	982	0,1	7 7101	12,7
Santa Marta D.E	2 653	0,3	491 535	5,4
Santander	27 866	3,3	2 071 016	13,5
Sucre	8 150	1,0	859 913	9,5
Tolima	17 192	2,0	1 412 220	12,2
Valle del Cauca	83 031	9,9	425 3202	19,5
Vaupés	374	0,0	4 4079	8,5
Vichada	501	0,1	73 702	6,8
Colombia	839 689	100,0	48 747 708	17,2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

LETALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Teniendo en cuenta que la enfermedad diarreica aguda es un evento que se presenta incluso en los países desarrollados a pesar de haber superado los problemas de saneamiento básico y agua potable, y que en países en vías de desarrollo no es factible solucionar estas condiciones en el mediano plazo lo que incrementa el número de casos; se hace necesario establecer mecanismos que garanticen el tratamiento adecuado y oportuno del evento, lo que es factible medir por medio de la letalidad.

Enfermedad Diarreica Aguda

Con respecto a los territorios que reportaron casos de muerte por esta causa, se observa que el valor de letalidad nacional es de 0,02% muertes por EDA menores de cinco años, con un valor mínimo de 0,02% correspondiente el departamento de Cesar y un valor máximo de 0,47% correspondiente al departamento de Vichada. (tabla 7).

Tabla 7.
Letalidad por EDA por entidad territorial de procedencia, a periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2015.

<i>Entidad Territorial</i>	<i>No de casos de Morbilidad por EDA en menores de 5 años</i>	<i>No de casos de Mortalidad por EDA en menores de 5 años</i>	<i>Letalidad</i>
Antioquia	15 889	4	0,03
La Guajira	4 180	3	0,07
Chocó	1 254	3	0,24
Arauca	770	2	0,26
Caquetá	1 967	1	0,05
Caldas	2 166	1	0,05
Meta	3 486	1	0,03
Cesar	4 374	1	0,02
Bolívar	3 166	1	0,03
Norte de Santander	4 969	1	0,02
Sucre	2 615	1	0,04
Bogotá	37 200	1	0,00
Vichada	215	1	0,47
Colombia	16 1548	26	0,02

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

5. DISCUSIÓN

Las muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en Colombia, de acuerdo a los datos suministrados por el Sivigila, muestran hasta el periodo III de 2016 una disminución comparado con el mismo periodo del año 2015.

De los casos de muertes por EDA en menores de cinco años notificados a periodo epidemiológico III, se observa que el mayor número de casos corresponde a población indígena, por régimen de afiliación al régimen subsidiado.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2015 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 20 de 24

Enfermedad Diarreica Aguda

Se observa que los factores más importantes relacionados con la ocurrencia de casos son las barreras geográficas para acceder al servicio y otras de tipo cultural, a lo que se suma al desconocimiento de los signos de alarma y de peligro de muerte, el acudir a terapias no médicas, el no uso de sales de rehidratación oral, entre otras; situaciones incrementan los riesgos y empeoran el pronóstico de los cuadros diarreicos.

A periodo epidemiológico III, los casos de morbilidad por EDA han aumentado comparativamente con el año 2015.

Persiste la notificación de muertes notificadas en ficha de morbilidad por EDA (código 998), las cuales corresponden a errores de digitación.

Se evidencia un desconocimiento por parte de la comunidad en la identificación de los factores de riesgo relacionados con el evento mortalidad por EDA, lo que facilita su ocurrencia. Se observan factores de tipo estructural que requieren intervención como el acceso a servicios públicos, saneamiento básico y agua apta para el consumo humano.

Es claro que en los casos de mortalidad se conjugan factores sociales que incrementan los tiempos de demora para la atención del paciente, puesto que al no identificar signos de alarma se acude a prácticas no convencionales, en parte también por las barreras geográficas de acceso al servicio médico.

Los análisis de morbilidad y mortalidad por EDA merecen incluir un análisis de letalidad, puesto que la muerte puede ser la consecuencia del manejo médico y/o de oportunidad al acceso al mismo que se haga de los casos, así como del componente educativo de la comunidad. Estos factores son más susceptibles de manejar a partir de la gestión sectorial e intersectorial que adelanten los territorios y pueden cambiar la priorización de las acciones de los territorios; es probable que la letalidad se incremente por una sub-notificación de la morbilidad por EDA en el departamento.

En la actualidad no es posible establecer en el territorio nacional los agentes etiológicos de las EDA, por lo cual es probable la recurrencia del evento, situación que puede aumentar la morbilidad, dado que un paciente puede consultar múltiples veces por el mismo evento, en el mismo periodo de tiempo, por ser un evento de notificación colectiva. Esta situación hace necesaria la implementación de un sistema centinela para establecer en lo posible con el tiempo algoritmos de diagnóstico diferencial y a su vez de tratamientos y conductas frente al paciente, optimizando la prestación de los servicios de salud y previendo posibles complicaciones que dependen de los agentes etiológicos encontrados.

6. CONCLUSIONES

A periodo epidemiológico III del 2016, hay un aumento en la notificación de casos de morbilidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en la población general comparada con el mismo periodo del año 2015.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2015 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 21 de 24

Enfermedad Diarreica Aguda

La notificación semanal, sufre variaciones de acuerdo a la oportunidad de la notificación y ajustes por parte de las UPGD y entidades territoriales; por lo tanto se espera un aumento en la notificación de casos de la morbilidad por EDA en el transcurso de las siguientes semanas, debido al ajuste en cada entidad territorial.

La vigilancia y control de la enfermedad diarreica aguda 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.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar seguimiento estrecho de los departamentos a las unidades de análisis de los casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, así como a los planes de mejoramiento generados en ellas, garantizando se cumplan las recomendaciones que se realizan tras encontrar los factores contribuyentes a la presencia de los casos de mortalidad por diarrea en cada área, aplicando el protocolo de vigilancia, realizando las respectivas investigaciones de campo en los tiempos establecidos y las estrategias de Información, Educación y Comunicación.

La estrategia AIEPI (Comunitario y Clínico), 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. Por lo anterior se recomienda realizar capacitación y entrenamiento en todos los profesionales de la salud a cargo de la atención de los menores, tanto en la consulta externa (AIEPI Comunitario) y en los servicios de urgencias (AIEPI Clínico).

Implementar la estrategia de entornos saludables en las diferentes regiones del país, 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.

Realizar unidades de análisis en el 100% de los casos de muerte por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años involucrando todos los actores que puedan contribuir en la identificación y solución de las barreras encontradas habitualmente. Los pacientes del régimen subsidiados al sistema de salud aparecen como las principales víctimas, por lo que el área de aseguramiento de los distritos y departamentos debe estar presente en las unidades.

Fortalecer actividades de promoción y prevención en el personal asistencial y personas a cargo del cuidado de niños que permitan prevenir y tratar oportuna y adecuadamente la enfermedad diarreica aguda. Se debe garantizar la disponibilidad de sales de hidratación oral

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2015 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 22 de 24

Enfermedad Diarreica Aguda

teniendo en cuenta que el uso de estas ha sido un determinante en la disminución de la mortalidad.

Continuar con la implementación de programas de vigilancia centinela de enfermedad diarreica aguda que permitan tomar medidas preventivas y realizar tratamientos adecuados.

Mejorar el proceso de recolección y análisis de la información sobre morbilidad y mortalidad por EDA, en los diferentes entes territoriales para la creación de planes de intervención.

Mejorar la notificación por medio del Sivigila en las diferentes UPGD pues existe un posible sub registro en la información dado que históricamente es mayor la proporción de muertes encontradas por estadísticas vitales. Se debe realizar análisis periódico de concordancia entre las estadísticas vitales y Sivigila.

Las entidades territoriales y las UPGD deben revisar la notificación del código 998 (notificación morbilidad por EDA) e implementar estrategias para mejorar continuamente la calidad del dato en la notificación, principalmente con las muertes notificadas en esta ficha.

Aplicar las recomendaciones dadas en las diferentes circulares emitidas por el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, para la intensificación de la vigilancia de la morbilidad y mortalidad por EDA, monitorizando las tendencias de la notificación de casos, investigando los diferentes brotes que se presenten, y realizando el diagnóstico oportuno en los casos sospechosos de Cólera.

Buscar mecanismos de intervención en factores que contribuyen a la aparición de muerte por enfermedad diarreica aguda en las diferentes comunidades indígenas, y en la población menor de un año, ya que se encuentra una gran proporción de afectados en estos grupos en la mayoría de los entes territoriales.

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.

Establecer programas centinela para el diagnóstico de las EDA en diferentes regiones del país, con el fin de establecer prevalencias y agentes etiológicos, y así mismo medidas de control de salud pública.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2015 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

Enfermedad Diarreica Aguda

2. WHO. Water-related diseases. Disponible en http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/diarrhoea/en/ Fecha de acceso Marzo 1 de 2009.
3. Boschi-Pinto Cynthia, Velebit Lana, Shibuya Kenji. Estimating child mortality due to diarrhoea in developing countries. Bull World Health Organ [serial on the Internet]. 2008 Sep [cited 2009 Mar 10]; 86(9): 710-717. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862008000900015&lng=en. doi: 10.1590/S0042-96862008000900015.
4. Tomé P, Reyes H, Rodríguez L, Guiscafré H, Gutiérrez G. Muerte por diarrea aguda en niños: un estudio de factores pronósticos. Salud Pública Mex 1996;38:227-235.
5. OMS. UNICEF. Tratamiento clínico de la diarrea aguda. Mayo de 2004. Disponible en http://www.eddcontrol.org/files/Clinical_Mgmt_Acute_Diarrhoea_Sp_WHO_UNICEF.pdf Fecha de acceso Septiembre 27 de 2008
6. Sierra P. Actualización del control de la enfermedad diarreica aguda en pediatría. prevención, diagnostico y tratamiento, Disponible en <http://encolombia.com/vol33n3-pediatria-actualizacion.htm>, Fecha de acceso Septiembre 27 de 2008.
7. Victora, Cesar G.; Bryce, Jennifer; Fontaine, Olivier and Monasch, Roeland. Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. Bull World Health Organ [online]. 2000, v. 78, n. 10, pp. 1246-1255.
8. Bern C, Martinez J, de Zoysa I, Glass R. The magnitude of the global problem of diarrhoeal disease: a ten-year update. Bull World Health Organ. 1992;70(6):705–14
9. Rubio M. Comportamiento epidemiológico de morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas en los menores de cinco años, década 1986-1996, Santafé de Bogotá. Nuevas estrategias en la prevención de la diarrea del niño, 1998.
10. Cáceres, Diana Carolina; Estrada, Eduardo; DeAntonio, Rodrigo; Peláez, Dioselina. Acute diarrheal disease: a public health challenge in Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública, 2005, vol.17, n. 1, ISSN 1020-4989.
11. WHO. Household Water Treatment and Safe Storage. Disponible en http://www.who.int/household_water/en/. Fecha de acceso Agosto 27 de 2008.
12. Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. Lancet 2012;379(9832):2151-2161.
13. Ortiz Bultó PL, Pérez A, Rivero A, Díaz M. Pronóstico bioclimático mensual: Enero 2008. Boletín Epidemiológico del IPK. 2007; 17(52) (citado 31 de Ago. 2008). Disponible en: <http://www.ipk.sld.cu/bolepid3/bol52-07.htm>

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2015 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

Enfermedad Diarreica Aguda

14. Cermeño J, Hernández de Cuesta I, Camaripano M, Medina N, Guevara A, Hernández Rivero C. Etiología de diarrea aguda en niños menores de 5 años Ciudad Bolívar, Venezuela. Rev Soc Ven Microbiol [Internet].2008 [Citado 25 oct. 2009]; 28 (1): [Aprox 5p.].
 Disponible desde: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131525562008000100011&script=sci_arttext
15. World Health Organization, Global Burden of Disease estimates, 2014 update, with additional analyses to calculate UNICEF regions.
16. United Nations Children’s Fund. Maternal and newborn health. New York: UNICEF; 2008

9. Anexos