GOBERNACIÓN
VALLE DEL CAUCA
Secretaría de Salud
Subsecretaría de Salud Pública

INFORME DE EVENTO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA

VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA), ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) Y DESNUTRICIÓN (DNT)

VALLE DEL CAUCA, 2018

NIT: 890399029-5
Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10, Piso11, Teléfono: 6200000
Sitio WEB: www.valledelcauca.gov.co e-mail: mvictori@valledelcauca.gov.co
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

El Valle está en vos

INFORME DE EVENTO VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS. VALLE DEL CAUCA, 2018

Elisa María Pinzón Gómez
Referente Mortalidad Infantil Integrada
Equipo de Vigilancia en Salud Pública
Subsecretaria de Salud Publica
Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca

INTRODUCCIÓN

Desde 1990 se han hecho progresos considerables en todo el mundo con respecto a la reducción de las muertes en la niñez. La cifra mundial de muertes de menores de 5 años ha disminuido de 12,6 millones en 1990 a 5,6 millones en 2016; es decir, 15 000 muertes diarias, en comparación con 35 mil en 1990. Desde 1990 la tasa mundial de mortalidad de los menores de 5 años ha disminuido en un 53%: de 9 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 a 41% en 2016. (1)
A pesar de las tendencias decrecientes muy significativas en las últimas tres décadas, la mortalidad infantil sigue siendo inaceptablemente alta a nivel mundial, con 5,6 millones de niños que mueren cada año antes de cumplir 5 años, la mayoría de los cuales viven en países de ingresos bajos y medios (2,3)

En Colombia, la muerte infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años, sin embargo, la mortalidad evitable en menores de cinco años es un indicador de desarrollo en los países y un reflejo de la puesta en marcha de políticas y acciones focalizadas en este grupo poblacional. En el País, desde el 2018, las mortalidades por estos tres eventos se analizan integralmente, dado que la DNT aguda severa aumenta la incidencia, duración y severidad de las enfermedades infecciosas, de igual manera las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas contribuyen a la DNT, debido a la pérdida de apetito, la mala absorción y la pérdida de nutrientes (4).

Dado que disminuir la mortalidad evitable es uno de los principales objetivos de la salud pública, el propósito de este informe es dar a conocer el comportamiento de las muertes en los menores de cinco años por infección respiratoria aguda,

enfermedad diarreica aguda o DNT en el Valle del Cauca a fin de conocer el comportamiento, la tendencia y de esta manera poder evaluar y reorientar acciones desarrolladas por los diferentes actores del sistema de salud.

OBJETIVOS

General:

Analizar el comportamiento de la mortalidad infantil integrada por EDA, DNT e IRA en el Valle del Cauca a partir de los datos del sistema de vigilancia en salud pública del departamento del Valle en el 2018.

Específicos

1. Describir características sociodemográficas de los casos de mortalidad infantil estratificados por IRA, EDA y DNT notificados en el sistema de vigilancia en Salud Pública.
2. Describir el comportamiento y la tendencia de la mortalidad infantil por EDA, DNT e IRA en menores de 5 años del Valle del Cauca.
3. Calcular indicadores de la vigilancia en salud pública para la mortalidad infantil.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis descriptivo univariado correspondiente a la información ingresada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la semana 1 a 52 de 2018. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD-, fueron las responsables de captar y notificar inicialmente los casos en las fichas epidemiológicas No 112 (Mortalidad por Desnutrición (DNT)), 590 (Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)) y 600 (Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA)). Sin embargo, hacia el periodo epidemiológico No 4 de 2018, la vigilancia de estos tres eventos se integró, generando una ficha epidemiológica única a la cual se le asignó el número 591 “Mortalidad infantil integrada”.

Definición operativa de caso:

Caso probable de muerte por IRA, EDA o DNT en menor de cinco años: Todo niño fallecido menor de cinco años que tenga registrado en la cascada fisiopatología del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) DNT o deficiencias nutricionales, EDA o IRA. (4)

A los casos ingresados al sistema, se les realizo unidad de análisis con los actores involucrados que permitiera confirmar o descartar el caso. Las definiciones operativas utilizadas fueron:

Caso confirmado de muerte por IRA, EDA o DNT en menor de cinco años: Todo niño fallecido menor de cinco años que tenga registrado en la cascada fisiopatología del certificado de defunción (causa directa, relacionadas y otros estados patológicos) DNT o deficiencias nutricionales, enfermedad diarreica aguda o infección respiratoria aguda y se confirme por unidad de análisis. (4)

Caso descartado de muerte por IRA, EDA o DNT: Todo niño fallecido menor de cinco años en el que se descarta mediante unidad de análisis la presencia de IRA, EDA o DNT. (4)

Una vez compiladas las bases de datos 112, 590, 591 y 600, fue depurada la información a fin de analizar únicamente los casos confirmados y residentes en el Valle del Cauca. Esta información fue verificada con la referente nacional del evento. Se realizó un análisis tipo descriptivo acorde a la naturaleza de cada variable que permitiera conocer el comportamiento en tiempo, lugar y persona de la mortalidad en menores de 5 años. Para el cálculo de tasas brutas de mortalidad, fue utilizada la información poblacional suministrada por el DANE proyección 2018. Se complementó la información con los documentos derivados de las unidades de análisis que permitieran entender el fenómeno y tener insumo para la toma de decisiones. La información fue utilizada con reserva estadística para los fines pertinentes.

RESULTADOS

Se notificaron 72 casos durante el 2018

Tabla No 1. Notificación de casos de mortalidad infantil Valle del Cauca 2018

Evento	No casos notificados
Evento 112. Mortalidad por Desnutrición	5 casos
Evento 590. Mortalidad por EDA	1 caso
Evento 591. Mortalidad infantil integrada	60 casos
Evento 600. Mortalidad por IRA	7 casos
Total casos de mortalidad de eventos de interés en salud publica menores de 5 años	**72 casos**

Fuente: SIVIGILA

Esta base de datos fue depurada de la siguiente manera:
1 caso descartado por suplantación de menor
1 caso descartado por encontrarse duplicado (Notificado por dos instituciones)
6 casos residentes en el distrito de Buenaventura (4 IRA, 1 DNT, 1 EDA)
12 Casos residentes fuera del Valle del Cauca

Estos fueron los 20 primeros casos descartados quedando 52 mortalidades infantiles a las cuales se les realizo unidad de análisis. Posterior a las conclusiones de este espacio fueron descartados 10 casos que no cumplían definición (6 IRA, 3 DNT, 1 EDA). De los 42 casos confirmados para el Valle durante el 2018 la distribución es la siguiente:

Tabla 2. Consolidación de casos notificados de mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de 5 años. Valle del Cauca 2018

Evento	Casos
Mortalidad por Desnutrición Ficha 112 Ficha 591	12 casos 2 casos 10 casos
Mortalidad por EDA	7 casos

Ficha 591	7 casos
Mortalidad por IRA Ficha 600 Ficha 591	23 Casos 3 casos 20 casos

Fuente: SIVIGILA Valle 2019

Resultados

Características sociodemográficas de los casos de mortalidad infantil estratificados por, EDA y DNT e IRA notificados en el sistema de vigilancia en Salud Pública.

Mortalidad Infantil por EDA

En el 2018, fallecieron 7 menores de 5 años por EDA. A continuación, se relacionan características sociodemográficas. Tabla 3

Tabla 3. Características demográficas y sociales casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años. Valle del Cauca 2018

Edad	No	%
Menor 1 año	3	42,9
Mayor 1 año	4	57,1
Sexo		
Femenino	4	57,1
Masculino	3	42,9
Área de residencia		
Urbana	4	57,1
Rural	3	42,9
Aseguramiento		
Subsidiado	4	57,1
No Asegurado	2	28.6
Contributivo	1	14.3
Pertenencia Étnica		
Indígena	4	57,1
Otros	3	42,9

Estrato Socioeconómico		
Bajo	6	85,3
Medio	1	14,3

Fuente: SIVIGILA Valle 2019

En relación con las características relacionadas con la Mortalidad por Diarrea se encontró que 57,1% de los niños eran mayores de un año, este mismo porcentaje eran mujeres. El 42,9% vivían en el área rural y el 57,1% era población indígena. En relación con el aseguramiento 57% eran del régimen subsidiado y 28,6% no estaban aseguradas en el momento del fallecimiento. 85,3% eran de estrato bajo, En relación al sitio de fallecimiento, en el 50% de los casos ocurrió por fuera de la institución siendo todos ellos población indígena.

Hallazgos de las unidades de análisis Mortalidad por EDA

Al 100% de los casos notificados les fue realizado unidades de análisis encontrando la siguiente situación

- ✓ Todos los menores tuvieron contacto con los servicios de salud previo al fallecimiento

Dentro de las demoras tipo IV que tienen que ver con la calidad de los servicios de salud se encuentra

a. Notificación tardía del caso o no notificación de otros eventos de interés en salud pública (Defectos congénitos) (75% de los casos).

b. No valoración nutricional y/o no seguimiento al estado nutricional (50% de los casos)

En el 37% de los casos

c. No manejo de la desnutrición.
d. No datos antropométricos disponibles en historia clínica,

e. No adherencia a guía AIEPI para el manejo de EDA incluyendo rehidratación.
f. Historias clínicas incompletas y sin parámetros establecidos por normatividad.

En el 25% de los casos

g. Control de crecimiento y desarrollo inadecuado
h. No captación temprana de menores para ingreso a programas de promoción y prevención.
i. No valoración o seguimiento a patologías de base.
j. Altas voluntarias pese al riesgo inminente del fallecimiento de los pacientes.
k. Subestimación del riesgo – No hospitalización
l. No diagnóstico de desnutrición

12,5% de los casos

m. No interconsultas entre la institución.
n. Visitas domiciliarias sin enfoque u objetivo claro

Pese a que los menores habían tenido episodios previos de desnutrición, solo uno de ellos tenía asociada esta patología en el momento del fallecimiento.
Es importante mencionar que la población indígena no tiene abordaje etnocultural, no traductor acorde a la ley 1381 de 2010.

Mortalidad Infantil por Desnutrición

En el 2018, fallecieron 12 menores de 5 años por DNT. A continuación, se relacionan características sociodemográficas. Tabla 4

Tabla 4. Características demográficas y sociales casos de mortalidad por DNT en menores de cinco años. Valle del Cauca 2018

Edad	No	%
Menor de 1 año	8	66,6
Mayor de 1 año	4	33,4
Sexo		
Femenino	8	66,6
Masculino	4	33,4
Área de residencia		
Urbana	7	58,3
Rural	5	41,7
Aseguramiento		
Subsidiado	7	58,3
No Asegurado	5	41,7
Pertenencia Étnica		
Indígena	6	50
Afro	2	16,67
Otros	4	33,4
Estrato Socioeconómico		
Bajo	7	58,3
Medio	1	8,3
SD	4	33,4

Fuente: SIVIGILA Valle 2019

66,6% de los niños eran menores de un año, este mismo porcentaje eran mujeres. El 41,7% vivían en el área rural y el 50% era población indígena. En relación con el aseguramiento, 57,1% eran del régimen subsidiado y 28,6% de los menores no se encontraban afiliados al sistema general de seguridad social en salud en el momento del fallecimiento. 85,3% eran de estrato bajo.

Hallazgos de las unidades de análisis Mortalidad por desnutrición

Al 100% de los casos notificados les fue realizado unidades de análisis encontrando la siguiente situación

- ✓ 72,7% de los menores tuvieron contacto con los servicios de salud previo al fallecimiento

Dentro de las demoras tipo IV que tienen que ver con la calidad de los servicios de salud se encuentra

a. No manejo de la Desnutrición en el 36% de los casos.

En el 27% de los casos

b. No seguimiento efectivo por parte del personal de salud posterior al egreso en menores con diagnósticos relacionados a enfermedades prevalentes de la infancia.
c. Historias clínicas incompletas específicamente en notas de seguimiento hospitalario, egreso y coherencia entre examen físico, diagnóstico y tratamiento.
d. No adherencia a guías AIEPI.
e. No notificación oportuna de casos.
f. Uso de medicamentos o dosis inadecuadas.
g. Toma incorrecta de medidas antropométricas y/o no interpretación de las mismas.

En el 18% de los casos

h. Subestimación del riesgo – No hospitalización en niveles acordes a la gravedad.
i. No interconsultas entre programas de promoción y prevención de la misma institución.

En el 9% de los casos

j. No captación temprana de los menores para ingreso a programas.
k. No clasificación de la DHT y manejo inadecuada de la misma.
l. No recomendaciones en el manejo de menores con riesgo de Desnutrición

Es importante mencionar que para la población indígena no existe articulación entre las actividades desarrolladas por la EPS e IPS.

Clasificación final de los casos de DNT:

- ✓ La causa básica de defunción en el 81,8% (9/11) de los casos fue desnutrición; en los otros dos menores esta patología estuvo asociada.
- ✓ Del total de casos de mortalidad por desnutrición, el 45,4% presentaban Enfermedad Diarreica Aguda de manera simultánea siendo esta causa intermedia o directa que lleva al deceso.
- ✓ El 18,2% de los casos de mortalidad por DNT, cursaban con cuadros respiratorios en el momento del fallecimiento.

Mortalidad Infantil por Infecciones Respiratorias Agudas

En el 2018, fallecieron 23 menores de 5 años por Infecciones Respiratorias Agudas. A continuación, se relacionan características sociodemográficas. Tabla 5

Tabla 5. Características demográficas y sociales casos de mortalidad por IRA en menores de cinco años. Valle del Cauca 2018

Edad	No	%
Menor de 1 año	14	60,9
Mayor de 1 año	9	39,1
Sexo		
Femenino	7	30,4
Masculino	16	69,6
Área de residencia		
Urbana	18	72.3

Rural	5	21.7
Aseguramiento		
Subsidiado	12	52,2
Contributivo	7	30,4
No Asegurado	4	17,4
Pertenencia Étnica		
Indígena	2	8,7
Afro	2	8,7
Otros	19	82,6
Estrato Socioeconómico		
Bajo	13	56,5
Medio	1	4,3
SD	9	39,2

Fuente: SIVIGILA Valle 2019

En relación con la mortalidad por IRA, el comportamiento de algunas de las variables es diferente al registrado previamente en los casos de IRA y DNT; Específicamente el 60,9% de los niños eran menores de un año, 69,6% hombres. 72,3% vivían en el área urbana y en relación con la pertenencia étnica, el 82,6% se clasifican como otros, por tanto, la minoría étnica tiene poca participación al respecto.

En relación con la vinculación al sistema general de seguridad en salud, un poco más de la mitad de los menores fallecidos pertenecían al régimen subsidiado y el 17,4% no se encontraban afiliados en el momento del fallecimiento. 56,5% eran de estrato bajo sin embargo en el 39,2% no se encontró la información relacionada con esta variable.

En relación al sitio de fallecimiento, solo el 37,5% de los casos ocurre intrahospitalariamente, siendo un porcentaje importante aquellos que ocurren en casa o vía pública.

Resultado 2: Describir el comportamiento y la tendencia de la mortalidad infantil por EDA, DNT e IRA en menores de 5 años del Valle del Cauca.

Tabla No. 6 Tasa bruta de mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de 5 años, según entidad municipal, Valle del Cauca 2018.

Municipio	Casos confirmados de EDA	Tasa de mortalidad *(100.000 menores de 5 años)	Casos confirmados de IRA	Tasa de mortalidad *(100.000 menores de 5 años)	Casos confirmados de DNT	Tasa de mortalidad *(100.000 menores de 5 años)	Población menor 5 años
Alcalá							2048
Andalucía							1340
Ansermanuevo	1	54,9	1	109,8			1821
Argelia							604
Bolívar	1	81,3			2	162,6	1230
Buga			2	26,1			7653
Bugalagrande							1561
Caicedonia					1	42,9	2327
Cali	1	0,6	12	6,7	3	1,6	177507
Candelaria							6222
Cartago					1	10,1	9876
Dagua							2984
Darién							1212
El Águila							1009
El Cairo	1	103,0					971
El Cerrito	1	23,1					4320
El Dovio					3	385,6	778
Florida			1	19,6			5110
Ginebra							1575
Guacari							2689
Jamundí			3	28,7			10462
La Cumbre							875
La Unión					1	31,5	3172
La Victoria							905
Obando							1494
Palmira	1	4,8	1	4,8			20882
Pradera							5482
Restrepo							1375
Riofrio							1146
Roldanillo							2529
San Pedro							1395
Sevilla							3516
Toro			1	66,5			1503
Trujillo	1	61,8			1	61,8	1618

Tuluá							16378
Ulloa							446
Versalles							549
Vijes							867
Yotoco							1239
Yumbo							9722
Zarzal			2	54,1			3693
Valle del Cauca	7	**2,17**	23	**6,26**	12	**3,27**	**366.909**
Colombia	130	**3,0**	531	**12,2**	238	**5,5**	

Fuente: SIVIGILA Valle 2019

De los 41 municipios del departamento, 16 de estos presentan al menos un caso de mortalidad infantil por cualquiera de las tres causas vigiladas.

- En relación con EDA, son 7 los municipios que presentaron casos y las tasas brutas están por encima de las registradas a nivel departamental y nacional a excepción de Cali. En orden descendente se encuentran los municipios de El Cairo, Bolívar, Trujillo, Ansermanuevo, Cerrito y Palmira. y Cali.
- Para Infección Respiratoria Aguda la mortalidad se presentó en 8 municipios, A excepción de la ciudad de Cali, las tasas brutas están por encima que las registradas por el departamento y la nación. En orden descendente serian Ansermanuevo, Toro, Jamundí, Zarzal, Buga, Florida, Palmira.
- Finalmente, en mortalidad por Desnutrición 7 de los 42 municipios presentaron casos, A excepción de la ciudad de Cali, las tasas brutas están por encima que las registradas por el departamento y la nación. En orden descendente serian El Dovio, Bolívar, Trujillo, Caicedonia, Cartago.

Tendencia de la mortalidad infantil

Tabla No 7. Tendencia de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. Valle del Cauca 2012 - 2018

Municipio	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cali	1	14	6	4	7	2	3
El Dovio	1					1	3
Bolívar					1		2
Cartago		1				1	1

Palmira			1	2			
Ansermanuevo						2	
Sevilla	1		1				
Tuluá	1		1				
Argelia		1					
Bugalagrande			1				
Calcedonia							1
Dagua			1				
El Águila				1			
El Cerrito						1	
Florida			1				
La Cumbre					1		
La Unión							1
Restrepo	1						
Toro					1		
Trujillo							1
Versalles			1				
Yumbo		1					
Total General	**5**	**17**	**13**	**7**	**10**	**7**	**12**
Población < 5 años	362.123	362.779	363.367	363.944	364.772	365.719	366.909
Tasa bruta de mortalidad por desnutrición *100.000	**1,38**	**4,69**	**3,58**	**1,92**	**2,74**	**1,91**	**3,27**

Fuente: SIVIGILA Valle 2019

En la tabla No 7 se evidencia la tendencia de la mortalidad por desnutrición. Podemos concluir que para el 2018, de cada 100.000 menores de 5 años residentes en el Valle fallecieron 3 niños por desnutrición, siendo la tasa más alta registrada desde el 2015. Teniendo en cuenta el número de casos, los municipios de Cali, El Dovio y Bolívar son los que más han aportado casos en los últimos siete años de vigilancia.

Tabla No 8. Tendencia de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años. Valle del Cauca 2012 - 2018

Municipio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cali	6					1	3	5	1
Ansermanuevo	1							1	1
Sevilla					1				
Tuluá						1			
El Dovio							1		
Versalles							1		
Bolívar									1
El Cairo									1
El Carrito									1
Palmira									1
Trujillo									1
Total General	**7**	**0**	**0**	**0**	**1**	**2**	**5**	**6**	**7**
Población < 5 años	360.702	361.400	362.123	362.779	363.367	363.944	364.772	365.719	366.909
Tasa bruta de mortalidad por EDA *100.000	**1,94**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,28**	**0,55**	**1,37**	**1,64**	**2,17**

Fuente: SIVIGILA Valle

En la tabla No 8 se evidencia la tendencia de la mortalidad por EDA. Podemos concluir que para el 2018, de cada 100.000 menores de 5 años residentes en el Valle fallecen 2,1 niños por EDA siendo la tasa más alta registrada desde que inicio la vigilancia en el 2010. Teniendo en cuenta el número de casos, los municipios de Cali y Ansermanuevo son los que más han aportado más casos en los nueve años bajo vigilancia.

Tabla No 9. Tendencia de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años. Valle del Cauca 2012 – 2018

Municipio	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Cali	1	5	9	5	4	9	10	15	12
Jamundí					1		1		3
Ansermanuevo								1	1
Candelaria							1	2	
Florida						1		1	1
Palmira	1		1				1		

Sevilla	1		1	1					
Bolívar						1			
Buga									2
Caicedonia							1	1	
Versalles						1	1		
Palmira									1
Cartago						1			
Dagua								1	
El Águila						1			
El Dovio							1		
La Unión								1	
Riofrio							1		
Tuluá							1		
Yumbo								1	
Toro									1
Zarzal									2
El Cerrito									
Total General	**3**	**5**	**11**	**6**	**5**	**14**	**18**	**23**	**23**
Población < 5 años	360.702	361.400	362.123	362.779	363.367	363.944	364.772	365.719	366.909
Tasa bruta de mortalidad por IRA *100.000	**0,83**	**1,38**	**3,04**	**1,65**	**1,38**	**3,85**	**4,93**	**6,29**	**6,26**

Fuente: SIVIGILA Valle 2019

En la tabla No 9 se evidencia la tendencia de la mortalidad por IRA. Podemos concluir que para el 2018, de cada 100.000 menores de 5 años residentes en el Valle fallecieron 6,2 niños por IRA, siendo la tasa más alta registrada desde el 2010. Teniendo en cuenta el número de casos, los municipios de Cali y Jamundí son los que más han aportado más casos representando el 67,8% de los 108 casos notificados en la ventana de observación.

Resultado 3: Calcular indicadores de la vigilancia en salud pública para la mortalidad infantil.

Indicadores de la vigilancia de la mortalidad infantil integrada. Valle 2018

Tasa de mortalidad por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años	Número de defunciones por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años.	42	12,0
	Proyección de la población menor de cinco años por departamento	366909	
Proporción de unidades de análisis realizadas de muertes por IRA, EDA o DNT	Número de unidades de análisis de mortalidad realizadas para IRA, EDA o DNT en menores de cinco años	42	100
	Número de muertes por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años notificadas, por entidad territorial de residencia	42	
Porcentaje de correspondencia de los casos de muerte por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años notificados en SIVIGILA y los casos registrados en el módulo de defunciones del RUAF.	Total de muertes notificadas al SIVIGILA por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años en un periodo determinado	72	100,0
	Total de muertes registradas por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años en el módulo de defunciones del RUAF.	72	
Porcentaje de Investigaciones epidemiológicas de campo realizadas	Numero de investigaciones epidemiológicas de campo realizadas por EDA, IRA y DNT en menores de cinco años notificadas en un periodo	20	47,6
	Total de muertes notificadas por EDA, IRA o DNT en menores de cinco años en dicho periodo	42	

En relación con los indicadores del evento, se evidencia una correlación del 100% entre los casos de mortalidad certificados por el RUAF y la base de datos del Sistema de Vigilancia en Salud lo cual denota un trabajo articulado con estadísticas vitales y un seguimiento para lograr ajustes en las bases de datos del sivigila. Igualmente se pudo realizar las unidades de análisis del 100% de los casos logrando hacer la clasificación final de los mismos

Con las investigaciones epidemiológicas no se logra cumplir con el indicador, las razones pueden ser varias, en primera instancia no tener información actualizada que permita la ubicación de los cuidadores. Por otro lado, están aquellos menores que el hecho vital es certificado por medicina legal; en estos casos, la oportunidad en conocer el caso para la realización de la autopsia verbal no es la adecuada y este sistema igualmente carece de información veraz de contacto dado que depende del accionar de policía judicial.

Discusión.

En América latina y en Colombia, la muerte infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años (4), en el Valle del Cauca se evidencia un patrón muy similar. Sin embargo, llama la atención que, en 2018, el Valle presenta las tasas más altas de IRA y EDA de todo el periodo observado y para desnutrición la más alta desde el 2014 lo que puede suponer una reagudización de las condiciones de salud de los menores, dificultades en el acceso y atención a los mismos o una mayor sensibilidad del sistema al captar los casos.

Disminuir la mortalidad evitable es uno de los principales objetivos de la salud pública. Por tanto, comparar los indicadores de mortalidad del departamento permiten sin duda evaluar los servicios de salud, el efecto de las intervenciones sanitarias y alertan sobre los problemas en la prestación de los servicios. Comparando las tasas del departamento del Valle del Cauca para el 2018 estas se encuentran por debajo de las tasas de mortalidad por IRA, EDA y DNT en Colombia (5). Sin embargo, estos resultados no deben generar un estado de tranquilidad frente a la situación de los menores vallecaucanos dado que para los tres eventos analizados se encuentran que las tasas reportadas para el 2018, son las más altas de los últimos años, evidenciando una posible agudización del fenómeno. Estas estadísticas, deben generar una movilización que permita analizar factores relacionados claves y determinantes sociales que están relacionados con el aumento de la mortalidad infantil en el Valle del Cauca.

La mayoría de la población colombiana se auto identifica como mestiza, mientras que 10 % se identifica como afro y el 3,4 % como indígenas. Los niños de estas minorías étnicas, son los más afectados por enfermedades prevalentes de la infancia con mayor persistencia en las comunidades apartadas, donde la presencia de las instituciones del Estado es escasa y en algunos casos nula. (6) En relación con el comportamiento de la mortalidad por pertenencia étnica, para el departamento del Valle del Cauca al igual que en Colombia, alrededor del 50% de la mortalidad por EDA y DNT en población menor de 5 años ocurre en población indígena (5). Frente a esto es claro por ejemplo la mirada establecida en la Encuesta Nacional de Salud y Situación Nutricional, (7) donde menciona que la

desnutrición por ejemplo se presenta en las regiones con mayores necesidades en cuanto a servicios de salud, fuentes de trabajo, infraestructura física, tecnológica y con difíciles vías de acceso, repercutiendo en la población menos favorecida lo que pudiese explicar este fenómeno (7). Sin embargo, tratar de entender porque se incrementó de manera exponencial la mortalidad por EDA y DNT en población indígena con asiento en el Valle del Cauca en comparación con años anteriores es un reto a identificar.

Continuando con las minorías étnicas especialmente la población indígena que sin duda explican el repunte de la mortalidad por EDA y desnutrición, es importante discutir que la mortalidad por IRA no conserva este patrón.(6) Específicamente en Colombia para el 2018, el 20% de esta mortalidad se concentró en esta población, mientras que en el Valle los menores indígenas que mueren por Infecciones respiratorias son relativamente pocos lo que puede evidenciar factores diferenciales para el desarrollo de enfermedades del tracto respiratorio que valdrían la pena analizar pero indiscutiblemente un problema de saneamiento ambiental y hambre.

Conclusiones

- Durante el año 2018, por cada 100.000 niños menores de 5 años en el Valle fallecen 12 por IRA, EDA o DNT.

- En el 2018, hubo una correspondencia entre la notificación por Sivigila y el módulo de defunciones del RUAF del 100%.

- Durante el 2018, se realizaron 47,6% de las investigaciones epidemiológicas de campo de acuerdo con el número de muertes por EDA, IRA y DNT notificadas

- En el Valle del Cauca, el comportamiento de EDA Y DNT es diferente al registrado en la mortalidad por IRA. La tendencia exponencial en los últimos años de estos dos eventos se explica por un aumento en el número de casos de población indígena. Antes del 2017, en esta población se captaban entre

uno y dos casos anuales. Cambios en los patrones de comportamiento o percepción frente a la salud, cambios en la perspectiva de la medicina occidental, mayor captación de casos por medicina legal entre otros puede explicar este aumento que afecta de manera importante los indicadores el cual es objeto de futuros análisis.

- Existe un número importante de casos que son certificados por medicina legal dado que los menores fallecen en casa o en la vía pública. Revisar esta situación resulta fundamental en la búsqueda de una respuesta que permita entender porque los menores fallecen fuera de la institución teniendo acercamientos previos con los servicios de salud. Acorde a lo revisado en las historias clínicas, al abordaje y recomendaciones dadas, se pudiese inferir baja percepción del riesgo, no análisis del contexto epidemiológico, subestimación del riesgo, pobre educación a los pacientes, no claridad sobre signos y síntomas para reconsultar entre otros que puede explicar esta situación, sin embargo, son hipótesis que deben ser exploradas.

- Con la experiencia del 2018, podemos concluir que la cobertura es baja y la calidad de la información allí consignada no aporta en el cumplimiento del objetivo de esta estrategia, lo que denota la necesidad de capacitación en conceptos básicos al personal técnico que realiza la misma, sorteando categorías emergentes y las particularidades de cada caso que se van dando durante la entrevista y que sin duda son un insumo fundamental para el que hacer de la salud pública.

- Una vez analizadas las tasas brutas de mortalidad por evento, se evidencia que municipios como Ansermanuevo, Bolívar, Trujillo y Palmira presentan doble carga de mortalidad, es decir mortalidad infantil por más de una de las patologías objeto de vigilancia epidemiológica. Estos municipios presentan tasas superiores a la registradas a nivel departamental y nacional. Se concluye entonces que debe existir una intervención especial que permita un abordaje integral inter e intrasectorial a la primera infancia impactando en la morbimortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia.

- La correlación con la base de datos del RUAF ha permitido mejorar de manera importante el atributo de sensibilidad del sistema de vigilancia, la migración de la base de datos de medicina legal de manera periódica al RUAF, permite hacer una revisión preliminar de caso que permite direccionar la necesidad de una unidad de análisis que lleva consigo actividades previas como la notificación de caso, la revisión de Historias entre otros.

- El porcentaje de realización de unidades de análisis para el Valle del Cauca del 2018 fue superior al 95% sin embargo para lograr la meta es imperativo que la base de datos nacional tenga dos cierres, uno para notificación y otro para ajustes. La notificación tardía de casos por parte de otras entidades territoriales afecta los indicadores y la cohorte de pacientes.

- Se concluye que uno de los principales hallazgos de las unidades de análisis de mortalidad por EDA e IRA es el no seguimiento a casos de desnutrición manejados de manera ambulatoria como tampoco manejo a la patología acorde a la normatividad nacional. Si bien el departamento ha realizado varios acercamientos tendientes a mejorar este hallazgo es necesario continuar este esfuerzo y talvez replantear metodologías. Adicionalmente es claro que se deben trabajar en otros aspectos que sin duda afectan el pronóstico de los pacientes los cuales fueron detallados en el presente documento.

- Se evidenció la notificación tardía de los casos de mortalidad infantil lo que pone en manifiesto la no identificación temprana de clúster o conglomerados de menores que pudiesen estar expuestos a una situación similar a fin de poder incidir de manera efectiva y oportuna. Adicionalmente el incumplimiento con los términos establecidos por el Instituto Nacional de Salud hará suponer posibles requerimientos por incumplimiento a los lineamientos.

- En este informe no se da cuenta de las muestras tomadas en los menores fallecidos por infecciones respiratorias ni los resultados de virología de las muestras que haya procesado el Instituto Nacional de Salud, lo cual resulta fundamental para completar la vigilancia del evento y máxime para poder

determinar la etiología de la infección respiratoria encontrando un posible patrón que explique el aumento exponencial en la tasa bruta de mortalidad

Recomendaciones

1. La autopsia verbal es una metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde antes de enfermar hasta que fallece. la historia paso a paso que lleva al fallecimiento permite complementar de manera objetiva el análisis de caso, logrando encontrar explicaciones, fundamentos, razones, circunstancias que rodearon la demanda, el acceso y la percepción frente a la atención y los servicios en salud, igualmente la relación con otros actores y sectores y la identificación de retrasos o demoras tipo1 y 2. Por tanto se recomienda a las Direcciones Locales de Salud, antes de realizar la autopsia verbal en estos casos, indagar las particularidades de cada caso de mortalidad infantil con el fin de establecer el o los objetivos particulares de cada visita, la información faltante o incompleta a reconstruir con los familiares que permitan ser insumo en el análisis del caso. Por tanto, más allá de tener formatos estandarizados, se requiere que las Direcciones Locales de Salud desarrollen en su personal habilidades para establecer categorías emergentes en la entrevista y realizar un abordaje integral y completo acorde a las particularidades propias que rodean cada caso. Por lo anterior trabajar en la misma resulta fundamental para enriquecer los análisis realizados

2. Teniendo en cuenta el enfoque de riesgo, es necesario que los municipios de Ansermanuevo, Bolívar Trujillo, El Dovio y Palmira a través de las Direcciones Locales de Salud, establezcan un plan de acción 2019, teniendo en cuenta los retrasos encontrados en las unidades de análisis del año 2018. Estas intervenciones deben tener un enfoque diferencial acorde a la población y deben integrar al asegurador.

3. Elevar la solicitud al Instituto Nacional de Salud para establecer un tiempo de cierre de la base de datos nacional con fechas diferentes para la notificación de casos y para el ajuste de los mismos, dado que el ingreso de los mismos antes de cerrar la base de datos no permite realizar ajustes en caso de ser necesario afectando los indicadores y tiempos establecidos por lineamiento.
4. La secretaria Departamental de Salud y la Secretaria Municipal de Cali, durante el 2019, deberán vincular activamente la participación de medicina legal en el análisis de los casos e incentivar el uso de la evidencia clínica para la definición de causas de defunción. Igualmente garantizar el seguimiento de los ajustes en certificados de defunción posterior a la deliberación y conclusiones obtenidas interdisciplinariamente en cada caso.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality.
2. Acácio S. Et al. Risk factors for death among children 0–59months of age with moderate-to-severe diarrhea in Manhiça district, southern Mozambique BMC Infectious Diseases (2019) 19:322
3. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals. Lancet. 2016;388(10063):3027-35.
4. Instituto Nacional de Salud 2018. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición. Disponible: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20en%20menores_.pdf
5. Instituto Nacional de Salud. Infograma Vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por IRA, EDA o DNT Periodo XIII -2018 Disponible: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%20CINCO%20AÑOS%20POR%20IRA%20,EDA%20O%20DNT%20PE%20XIII%202018.pdf

6. Mejía Curiel EB. Desnutrición en niños y niñas de la etnia Wayuu: entre lo ético, lo propio y pertinente. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 [citado: fecha de acceso];39 Supl 1:S803-812. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2127/353
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. Bogotá D.C; 2011. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-20Protocolo%20Ensin%202010.pdf