

**INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA – IRA
EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA**

Tarea 5 - Consolidación

PRESENTADO POR:

Marivel Parra

Oscar Fabián Neira

Yeison David Roncancio

Ronald Alexander Rodríguez

Claudia María Agudelo Agudelo

Grupo

151007_1

Tutora

MAGDA GIOANNA CRUZ

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA - UNAD

DIPLOMADO DE PROFUNDIZACION EN

FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA

NOVIEMBRE 2018

BOGOTA D.C.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de interés en salud pública en Colombia, son las que presentan alto impacto en la salud colectiva, ameritan de una atención y seguimiento especial ya que si no reciben control constante se constituyen en un riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad, secuelas de invalidez o muerte prematura.

Las Infecciones Respiratorias Agudas - IRA, constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel nacional en niños menores de 5 años y se establecen como una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Por esta razón entran a formar parte de las enfermedades de interés en salud pública.

En este documento con el fin de reconocer la importancia de las acciones de vigilancia y control epidemiológico en salud pública, se identifica la enfermedad de mayor incidencia en el departamento del Huila, con sus datos estadísticos de los últimos 10 años, descripción de la historia natural de esta enfermedad, además de los programas y estrategias implementadas por las instituciones encargadas de su control.

OBJETIVOS

Objetivo General

Comprender la importancia de las acciones de vigilancia y control epidemiológico de una enfermedad de interés para la salud pública del departamento del Huila: Infección Respiratoria Aguda IRA.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las enfermedades de mayor incidencia en el departamento del Huila.
- ✓ Averiguar que es la IRA.
- ✓ Investigar el perfil epidemiológico de la IRA en el departamento del Huila en los últimos 10 años.
- ✓ Identificar las estrategias del control de la IRA en el departamento del Huila implementadas por las instituciones sanitarias implicadas.

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA – IRA EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de IRA (INS)

La vigilancia de infección respiratoria aguda emplea la estrategia de vigilancia centinela para la notificación de enfermedad similar a influenza e infección respiratoria aguda grave. La vigilancia de ESI - IRAG se realizará a través de UPGDs centinela que son seleccionadas por la Dirección Departamental o Distrital de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud. Las UPGD centinelas se seleccionaran según los siguientes criterios; atiendan a población de todos los grupos de edad; institucional públicas o privadas, compromiso institucional y capacidad logística, capacidad de sistematizar información de forma oportuna (RIPS) y contar con un denominador de población atendida. En el caso de la vigilancia de IRAG además de los criterios empleados en la vigilancia de ESI, UPGD que cuente con servicio de hospitalización y laboratorio clínico con capacidad diagnóstica para agentes de origen bacteriano. La vigilancia intensificada de IRAG inusitado se realizará en todas la UPGD del sistema de vigilancia y control en salud pública. La vigilancia de la morbilidad por IRA se efectuara considerando la clasificación internacional de enfermedades décima revisión (CIE 10) en todas las UPGD del sistema de vigilancia y control en salud pública. La vigilancia de la mortalidad por IRA se realizará en todas las UPGD del sistema de vigilancia y control en salud pública y en todos los grupos de edad.

Desde la Secretaria de Salud Departamental del Huila se han adelantado los siguientes programas y estrategias (Gobernación del Huila-Secretaria de Salud Departamental, 2017, Documentos IRA):

Pandemia H1N1 2009

La secretaría de salud del Huila se acoge a las recomendaciones sobre medidas preventivas generales emitidas por la OMS, USAID y OPS que hacen énfasis en educación de la comunidad e higiene con el fin de prevenir el contagio de la infección. Además, comparte con los actores involucrados el Protocolo de atención y manejo de casos de infección por virus pandémico AH1N1/09 y sus contactos dado por el Ministerio de la Protección Social en Octubre de 2009 que tuvo como objetivo brindar a los médicos generales y a otros trabajadores del área de la salud, orientaciones para prevenir la enfermedad, identificar los casos de enfermedad similar a Influenza, así como las pautas de manejo de estos casos (Manejo del antiviral –Oseltamivir) y sus contactos.

Protocolo de Vigilancia Pública - INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA).

Flujo de la información

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio, y del municipio al departamento y de este hasta el nivel nacional e internacional, y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.



Fuente: www.cruvalle.org; <http://www.cruvalle.org/files/PRO-Infeccion-Respiratoria-Aguda-IRA.pdf>

Entidades administradoras de planes de beneficios de salud

- ✓ Garantizar la realización de acciones tendientes a asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.
- ✓ Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.
- ✓ Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en salud pública
- ✓ Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

Institución prestadora de servicios de salud

- ✓ Garantizar la atención integral del caso, incluidos los paraclínicos que se requieran.

- ✓ Diligenciar la ficha de notificación datos básicos y datos complementarios (cara A y cara B).
- ✓ Notificar el caso oportunamente a la unidad local de salud.
- ✓ Permitir a las autoridades locales, departamentales o nacionales de salud el desarrollo de la investigación de campo requerida.

Unidad local de salud

- ✓ Configurar e investigar los brotes, casos de IRAG inusitado y todas las muertes por IRA en menores de cinco años
- ✓ Notificar el caso y remitir la ficha de notificación a la secretaría departamental de salud.
- ✓ Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.
- ✓ Secretaría departamental o distrital de salud
- ✓ Realizar asistencia técnica a la unidad local de salud.
- ✓ Concurrir con la unidad local de salud, si se requiere, en la investigación epidemiológica de campo.
- ✓ Concurrir con la unidad local de salud en las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.
- ✓ Notificar oportunamente a la instancia nacional.

Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud

- ✓ Realizar asistencia técnica cuando ésta se requiera.
- ✓ Orientar la metodología para realización de planes de contingencia con su respectivo seguimiento.

Circular 0145 del 22 de Mayo de 2013

Del secretario de salud para las direcciones locales de salud y los gerentes de la red de prestadores públicos, privados y de las EAPB con el propósito de intensificar la vigilancia y aplicación de medidas de prevención en la transmisión de IRA. Aquí se establecen varios lineamientos:

- 1) A nivel de las instituciones de salud: reportar de forma adecuada los diferentes casos de IRA, tomar muestras para estudios de laboratorio, iniciar tratamiento médico de acuerdo a los protocolos dados, designar una persona encargada por cada institución que realizará la vigilancia, constituir en las ESEs el comité asesor de IRAG, evitar barreras de acceso a los servicios de salud para los pacientes e implementar medidas intrahospitalarias para prevenir el contagio.
- 2) Para las direcciones locales de salud: búsqueda comunitaria de sintomáticos en las instituciones con conglomerados y alrededor de casos de IRAG inusitado, fomentar la vacunación en grupos de riesgo, vigilar tendencia de

IRA y fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación para la prevención.

3) Medidas generales de prevención: para la comunidad sin exposición conocida, para personas con síntomas de IRA y para los trabajadores de la salud.

Circular 608 del 21 de Enero de 2015

Del secretario de salud para alcaldes, gerentes de las IPS, EPS, DLS, Secretarías de Salud Municipales y coordinadores de vigilancia epidemiológica con el fin de activar el Plan de acción para IRA e Intensificación de acciones de vigilancia para la prevención, disminución y control de la IRAG e IRAG inusitada. En este documento se refiere especialmente a:

- 1) Actualizar y activar el plan de acción Municipal y el plan hospitalario.
- 2) Acogerse al protocolo de vigilancia en salud pública del INS para IRA.
- 3) Recomendaciones para la toma de muestras.
- 4) Desarrollar medidas de información y educación a la comunidad en higiene personal y hábitos para prevenir el contagio.
- 5) Las IPS deben fortalecer la aplicación de medidas de bioseguridad.
- 6) Las EPS deben intensificar sus auditorías de calidad para velar por atención y manejo integral de casos de infección por virus pandémico AH1N1/09.

Localización del Departamento del Huila



Tiene una extensión total de 19.890 km² correspondiente al 1,7% del territorio del país. Limita por el norte con los departamentos del Tolima y Cundinamarca, por el oriente

con Meta y Caquetá, por el sur con Caquetá y Cauca y por el occidente con Cauca y Tolima; su división política consta de 37 municipios, distribuidos para efectos de vigilancia en 4 zonas: Norte 1, Norte 2, Occidente y Sur. Por cada municipio. La proyección de población año 2009 según el censo de 2005 para el departamento es de 1.068.820 habitantes de los cuales el 59.8% (638.745) están localizados en la cabecera y el restante 40.2% (430.075) en la zona rural.

Relieve

Se presenta formado principalmente por el gran valle del Magdalena encerrado entre las cordilleras Central y Oriental que se bifurcan en su territorio y que luego se dirigen paralelamente hacia el norte, dándole características especiales de las cuales podemos destacar las siguientes regiones fisiográficas:

Cordillera Central: Volcán del Puracé, Nevado del Huila.

Cordillera Oriental: Paramo de Sumapaz, Paramo de Las Papas, Zona plana del rio magdalena.

Clima

La variación de temperatura en el departamento del Huila oscila entre 28° C experimentados en su parte más baja, especialmente en el valle de Neiva, extendiéndose hasta el extremo norte, atravesando toda la región semiárida de Yararaca (Tatacoa). En esta región se encuentran todos los climas y una gran variedad de suelos que facilitan la diversidad y extensión de la producción agrícola y ganadera; predomina el clima templado, con una temperatura media de 24 °C; como puntos extremos están las cumbres montañosas del Nevado del Huila, que forma parte del Parque Nacional Natural que lleva su mismo nombre, donde la temperatura permanece bajo 0 °C y las regiones cálidas de los valles de Neiva, Aipe y Villavieja, donde se encuentra el imponente desierto de La Tatacoa, con 35° C.

a) Enfermedad de mayor incidencia en el departamento del Huila en el año 2017:

Según el Boletín Epidemiológico: periodo epidemiológico 13 (1 Dic de 2017 – 30 Dic de 2017) emitido por la Gobernación del Huila, en conjunto con la Secretaria de Salud Departamental, la enfermedad sobre la que mayor número de casos se reportaron durante todo el año 2017 fue la Infección Respiratoria Aguda – IRA, con una notificación de 157.336 casos en todos los servicios y todos los grupos de edad.

b) Historia natural de la Infección Respiratoria Aguda – IRA:

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se definen como el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio, que incluye desde el catarro común hasta la neumonía, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, laringotraqueitis, bronquiolitis y laringitis, con evolución menor a 15 días y con la

presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre.

Una enfermedad inmunoprevenible, es aquella que se puede prevenir por medio de la aplicación de vacunas, que son preparadas por los mismos agentes causales de la enfermedad o bien por las toxinas que producen, lo cual es de gran ayuda para poder controlar las epidemias y los brotes en una zona determinada, sin embargo, estas pueden tener reacciones adversas.

En el caso del departamento del Huila, las enfermedades que están registradas en lo que va del 2017 son: Las infecciones Respiratorias Agudas en las que se encuentran: infección similar a la influenza que se determina como Infección Respiratoria Aguda Grave e inusitada, Infección Aguda Común; eventos atribuidos a la vacunación e inmunización, Parálisis Flácida Aguda; Parotiditis, Tosferina y enfermedad Meningitis Bacteriana.

Aumento en casos de Infección Respiratoria Aguda, causada por:

- ❖ Variación climática: con aparición epidémica en las épocas de mayor humedad ambiental
- ❖ Hacinamiento
- ❖ Desnutrición (falta de alimentación materna)
- ❖ Contaminación del medio ambiente
- ❖ Uso inadecuado de antibióticos y auto formulación
- ❖ Factores intrínsecos del huésped
- ❖ Sexo y edad: parecen ser más frecuentes en los varones.

El sistema respiratorio está expuesto a la acción de numerosos agentes infecciosos que pueden ingresar por vía aérea (inhalación o aspiración) o por vía hematógena. Se consideran como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones:

- ❖ Resfriado común
- ❖ Faringoamigdalitis
- ❖ Otitis media
- ❖ Crup
- ❖ Neumonía: es la infección aguda que con más frecuencia amenaza la vida, especialmente en países en vía de desarrollo, como Colombia.

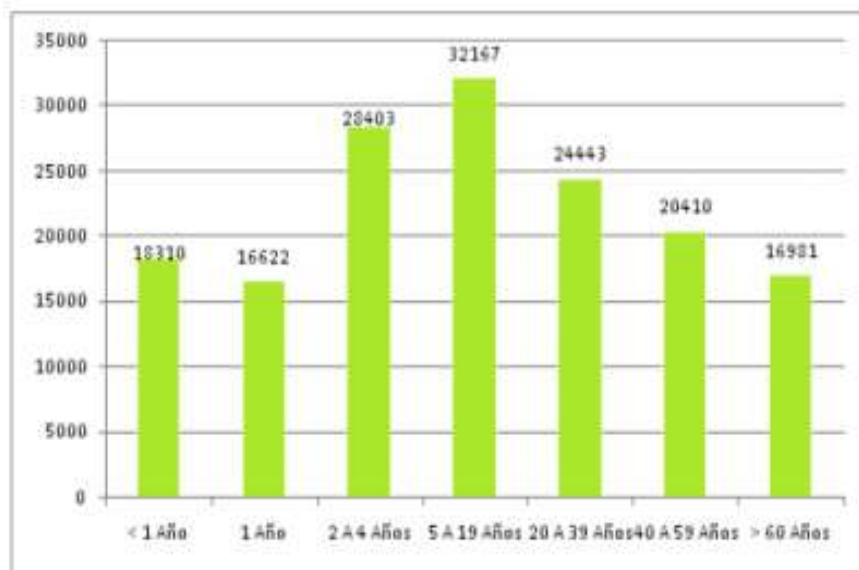
Aumento en casos de Infección Respiratoria Aguda

El último reporte notifica 115.078 casos de Insuficiencia Respiratoria Aguda en todos los servicios y todos los grupos de edad, en comparación con el año 2015 y 2014, se presenta un aumento importante de casos desde el periodo enero a abril y posteriormente en los periodos de la primera semana de mayo, julio y agosto, posiblemente debido a la temporada de lluvias que se ha venido presentado durante este año.

Las edades en las que más se presentan casos van de los cinco a los 19 años con 23.939 casos, seguido de infantes de dos a cuatro años con 21.326 casos. Si se suman los casos en niños menores de cinco años, estos alcanzan la suma total de 46.846 casos, lo que evidencia que IRA es una enfermedad prevalente en la infancia de los niños huilenses tanto así que la Secretaría de Salud Departamental considera que esto es un problema de salud pública que debe seguirse abordando de manera integral por los programas de vacunación, AIEPI, IIAMI incluidos en la Política de Primera Infancia y adolescencia. (Huila, 2017).

En los últimos años, la notificación de los casos al SIVIGILA de manera colectiva presenta un comportamiento similar; inician el año con alto número de casos en los primeros periodos epidemiológicos y luego una tendencia hacia el descenso desde el periodo 4 hasta el periodo 6; el resto del año la notificación sigue estable.

En la distribución de los casos notificados al SIVIGILA de IRA se observa que el grupo de edad de 0-4 años se encuentra una incidencia de 314 x1.000 seguido del grupo de edad de 5 a 14 años con 70 x 1.000 el grupo de edad de 15-44 años con el 38,5 x 1.000 en el grupo de 45-59 años con el 53,3 x 1.000 y el grupo mayor de 60 años con 42,3 x 1.000, llamando la atención este grupo de menores de 5 años por ser población susceptible.



Fuente SIVIGILA 2017

Casos de IRA, según grupo de edad notificados al Sivigila a periodo 13 de 2017 en Huila.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y NIVELES DE PREVENCIÓN SEGÚN LEAVELL Y CLARK

Cualquier enfermedad en el hombre es el resultado de un proceso dinámico en donde diferentes elementos ambientales y características propias del hombre entran en interacción y concluyen con la ruptura del equilibrio llamado homeostasis. Al ser parte de un proceso continuo que se origina antes o durante la concepción del ser humano, la enfermedad responde al fenómeno de adaptación ecológica del organismo humano y a las condiciones sociales y económicas que facilitan o dificultan el proceso adaptativo.

No existe un límite entre salud y enfermedad, ya que estos eventos fisiológicos o patológicos ocurren de manera silenciosa en un periodo donde el ser humano funciona Saludable. Sólo con fines prácticos se encasilla a los enfermos y sanos y así calcular la tasa de morbilidad. En esta etapa de su historia natural la enfermedad la no se ha desarrollado como tal, las células, los líquidos tisulares, los tejidos, ni los órganos han sido involucrados en el proceso el hombre comienza a formar parte de esa historia, al interrelacionarse con el medio ambiente que lo circunda y los agentes físicos, químicos, biológicos, sociales o psicológicos.

PERÍODO PREPATOGÉNICO DE LA ENFERMEDAD.

Existen 3 elementos importantes interactuando en el periodo prepatogénico.

Huésped: Todo organismo viviente capaz de albergar a un agente causal de la enfermedad.

Agente: Cualquier sustancia viva o inanimada, o una fuerza muchas veces intangible, cuya presencia o ausencia, es la causa inmediata o próxima de una enfermedad particular.

Medio Ambiente: Es el conjunto de condiciones o influencias externas que afectan la vida y desarrollo de un organismo. Todos estos factores cuya presencia e interacción están asociadas con un incremento en la probabilidad de desarrollar una enfermedad son llamados factores de riesgo.

PERIODO PATOGÉNICO:

Inicia cuando hay contacto entre el huésped y el agente. Hay lesiones anatómicas o funcionales, pero a un nivel insuficiente, por lo cual el paciente no se percata o si lo hace no acude al médico, ya que parece ser algo muy simple.

Periodo patogénico de la enfermedad: En esta fase inicial del período patogénico que ocurre entre el momento del estímulo y la aparición de síntomas y signos, en las enfermedades crónicas tanto físicas como mentales. Cuando el agente ha causado cambios tanto anatómicos como fisiológicos, sus cambios son reconocidos por el propio huésped como síntomas y por el observador signos. La aparición de estos elementos

da lugar a la historia clínica. La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el hospital o en el centro de atención primaria, o en un consultorio médico. La historia clínica está incluida dentro del campo de la semiología clínica.

NIVELES DE PREVENCIÓN

1er. Nivel de prevención: Promoción de la Salud: todas las circunstancias y características anteriores coinciden en un huésped susceptible y en un momento determinado de tiempo, rompen el equilibrio ecológico y el huésped es afectado directamente.

2do. Nivel de prevención: Protección Específica: Son medidas que protegen y previenen la aparición de alguna enfermedad en particular como: inmunizaciones, higiene personal, saneamiento ambiental, educación para la salud.

3er. Nivel de prevención. Diagnóstico y tratamiento precoz: Su objetivo es detener tempranamente el avance de la enfermedad y prevenir la difusión de la misma. Comprende acciones que llevan al reconocimiento y la eliminación temprana de la misma como: análisis clínicos, Rx diagnósticas, exámenes clínicos, etc.

4to. Tratamientos adecuados para detener la enfermedad e impedir que siga avanzando hasta su desenlace.

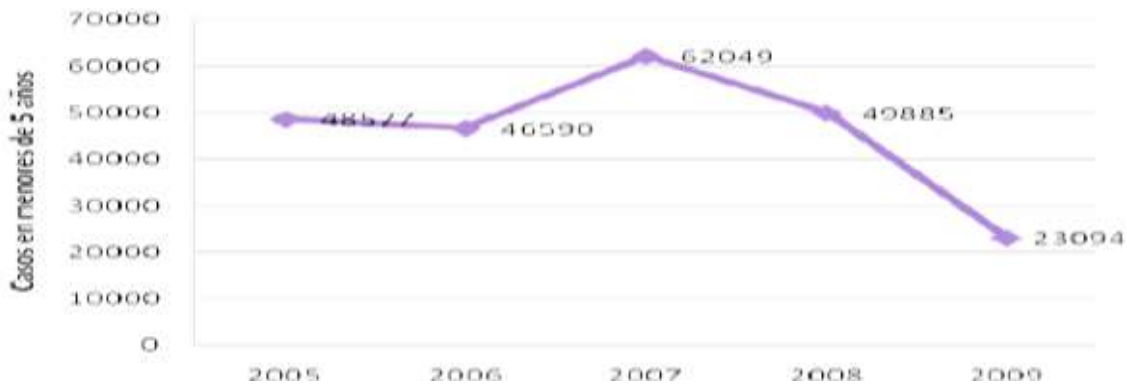
5to. Nivel de prevención. Rehabilitación: Abarca la recuperación integral del paciente, tanto en su parte física, psicológica y social para la reinserción del individuo en la comunidad.

Historia natural de la enfermedad – Niveles de Prevención



c) Epidemiología de la Infección Respiratoria Aguda – IRA durante los últimos 10 años:

En el 2008 se presentaron 49885 casos y hasta periodo sexto del 2009 se han notificado un total de 23094 casos en la población menor de cinco años.

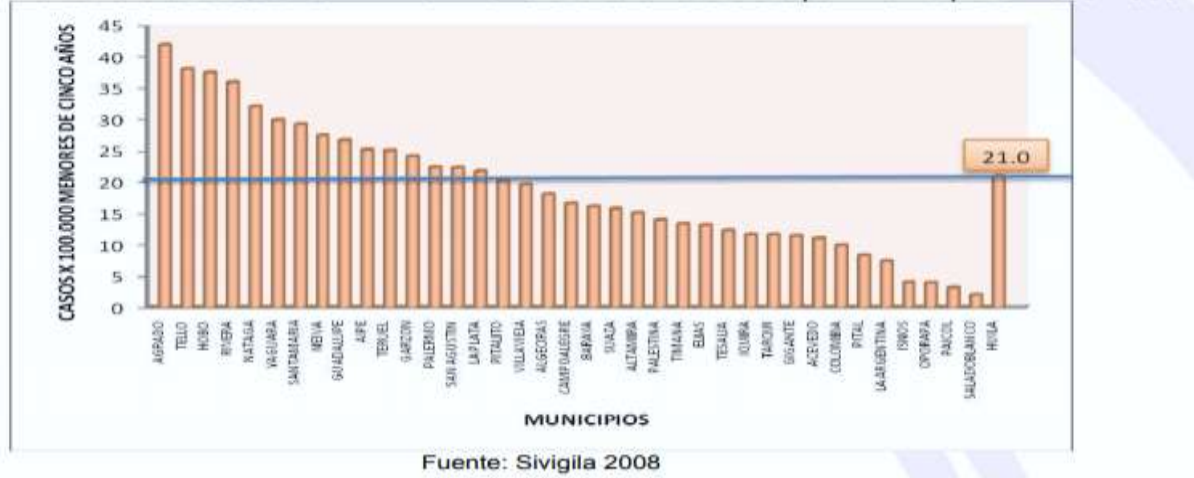


En el gráfico se muestra una tendencia desde el 2008-2009 de los casos de IRA en menores de cinco años. Para el primer semestre del año 2008 el total de casos fue de 24807 y para el 2009 hasta periodo sexto el total de casos es de 25.383 encontramos un comportamiento similar con respecto al año anterior y realmente no hay un aumento como el esperado al presentarse la alerta pandémica de Influenza A H1N1 declarada por la Organización mundial de la Salud desde el mes de mayo.

2008-2009

La tasa de incidencia de los casos de IRA en menores de cinco años para el Huila hasta periodo sexto del año 2009 es de 21.0 x 100.000 habitantes, la cual es menor que la del 2008 (44.2 x 100.000 habitantes).

Incidencia de casos de IRA en menores de cinco años por municipios. Huila 2009.



Al observar la incidencia de casos de IRA por grupos de Edad, encontramos que el 42.1% de los casos se encuentran en la población menor de cinco años con un total

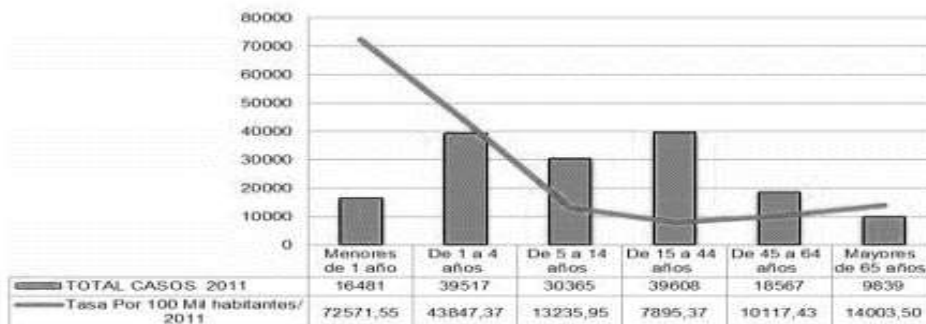
de 23.094 casos y una incidencia del 20.5 x 100.000 habitantes, para un total de 54.850 casos notificados.

2010

- En el sexto periodo del año 2010 se notificó un total de 17.448 casos en menores de 5 años y en el total de la población 82.624 casos con una tasa de incidencia para el departamento de 7.6 x 100.000 habitantes. Al comparar la notificación de casos de todos los grupos de edades en los últimos tres años según el periodo epidemiológico.
- Se observa que durante el presente año se ha aumentado la notificación de casos de Infección Respiratoria Aguda en relación con el año 2009 que fue un año Epidémico.
- Las notificaciones del caso al SIVIGILA de Infección Respiratoria Aguda se observa que el grupo de edad de 0-4 años se encuentra una incidencia de 314 x 1.000 seguido del grupo de edad de 5 a 14 con 70 x 1000, el grupo de edad de 15-44 años con el 38.5 x 1.000 en el grupo de 45-59 años con el 53.3 x 1.000 y el grupo de edad mayor de 60 años con 42.3 X 1.000. Llamando la atención de este grupo los menores de cinco años por ser población susceptible.
- En cuanto al género, encontramos que el 54% (n = 7338) de los casos de Infección Respiratoria Aguda, se presentan en las mujeres, y el 46% (n= 6131) en los hombres.
- El INS reporta a semana 52 del 2010 para IRA en Huila (INS, s.f., Información epidemiológica IRA):
- A nivel general se reportaron 58.198 casos en todos los servicios y todos los grupos de edad, para una tasa por 1000 habitantes de 53,73.
- Casos de morbilidad por IRA en menores de 5 años: 22.051.
- La tasa de mortalidad por IRA 2010 para el Huila es de 3.6 por 100.000 menores de cinco años.

2011

Incidencia de IRA en por grupos edad, Huila hasta semana epidemiológica número 52 de 2011.



Fuente: SIVIGILA

- Es posible que debido a las continuas lluvias y por ende en el departamento del Huila. En los 13 periodos epidemiológicos del año de 2011 se han notificado un total de 55.998 casos en menores de cinco años de edad y en el total de la población 154.377 casos. La tasa de incidencia de infección respiratoria en todos los grupos es de 1.528,84 x 100.000 habitantes (104.324/1.097.615).
- El promedio de notificación por periodo epidemiológico de los casos de IRA en los menores de cinco años es de 2152 casos y en los mayores de cinco años es de 1891 casos.
- En cuanto al género, encontramos que el 53% de los casos de infección respiratoria aguda se presentan en las mujeres y el 47% en los hombres.
- Según la tasa de incidencia de los casos notificados de IRA en los niños y niñas de 1 a 5 años de edad, para el departamento del Huila es de 360 por mil niños y niñas de 1 a 5 años de edad.

El INS reporta a semana 52 para Huila (INS, s.f., Información epidemiológica IRA):

- A nivel general se reportaron 100.313 casos durante el 2011 en todos los servicios y todos los grupos de edad, para una tasa por 1000 habitantes de 91,4.
- Casos de morbilidad por IRA en menores de 5 años: 37598.
- Se notificaron 14 casos de muerte por IRA en menores de 5 años. La tasa de mortalidad por IRA 2011 para el Huila es de 12,4 por 100.000 menores de cinco años.
- A semana 52, se notificaron 307 casos probables de ESI-IRAG.
 - Para circulación viral ocupan el primer lugar el Virus Sincitial Respiratorio – VSR e Influenza A, seguidos del virus de Parainfluenza 3.

2012

- Casos de morbilidad por IRA en menores de 5 años: 54682 para una tasa de morbilidad por 100 de 48,4
- Se notificaron 7 casos de muerte por IRA en menores de 5 años, lo que se constituye en una tasa de mortalidad en <5 años de 6,2 por cada 100.000.
- Los casos de muerte por IRAG en población igual y mayor de 5 años fueron 5.
- Se notificaron 235 casos de ESI-IRAG (Enfermedad Similar a Influenza – Infección Respiratoria Aguda Grave). Los casos de ESI están distribuidos en todos los grupos de edad con mayor proporción en los adultos jóvenes y mayores. En cuanto a los casos de IRAG el grupo de los menores de un año y el de 70 años y más, presentan la mayor proporción.
- Para circulación viral, la red centinela reporta casos por parainfluenza 1 y parainfluenza 3. Se reportaron 46 casos de IRAG inusitada.
- A nivel general se reportaron 136590 casos durante el 2013 para una proporción de incidencia de IRA en consulta externa y urgencias de 121,3.

- Casos de morbilidad por IRA en menores de 5 años: 56922 para una tasa de morbilidad por 100 de 50,2
- Se notificaron 12 casos de muerte por IRA en menores de 5 años, lo que se constituye en una tasa de mortalidad <5 años de 10,6 por cada 100.000.
- Para <5 años hubo 2.672 hospitalizaciones, UCI con 145 casos y consulta externa con 46170.
- En el año 2013 se aumentó en un 3,8% los casos de IRA respecto al año 2012.
- Los menores de 1 año presentan la mayor proporción de casos comparados con otros grupos de edad.
- Se reportaron 186 casos de IRAG inusitada.
- Se notificaron 5986 casos para IRAG en hospitalizaciones y 522 enfermos en UCI.

2013.

Cuadro comparativo de la Morbilidad por IRA en el Departamento 2012-2013

Entidad territorial	Casos de morbilidad IRA < 5 años 2012	Casos de morbilidad IRA < 5 años 2013	Poblacion <5 años 2012	Poblacion <5 años 2013	Tasa x 100 2012	Tasa x 100 2013	Meta Reducir la morbilidad en el 10%
HUILA	54682	56922	113076	113375	48,4	50,2	3,8

(Gobernación del Huila-Secretaria de Salud Departamental, 2013, Boletín Epidemiológico Mensual, Periodo epidemiológico 13).

2014

La tasa de mortalidad por IRA hasta el periodo epidemiológico 13 de 2014 en el departamento y en el país es de 3.52 y 10.0 x 100.000 menores de 5 años respectivamente. En el país se contabilizan 432 casos de mortalidad por IRA.

Según el Boletín epidemiológico mensual 2014, a periodo 13:

- Se notificaron 4 casos de muerte por IRA en menores de 5 años.
- Se reportaron 127 casos de IRAG inusitada.

2015

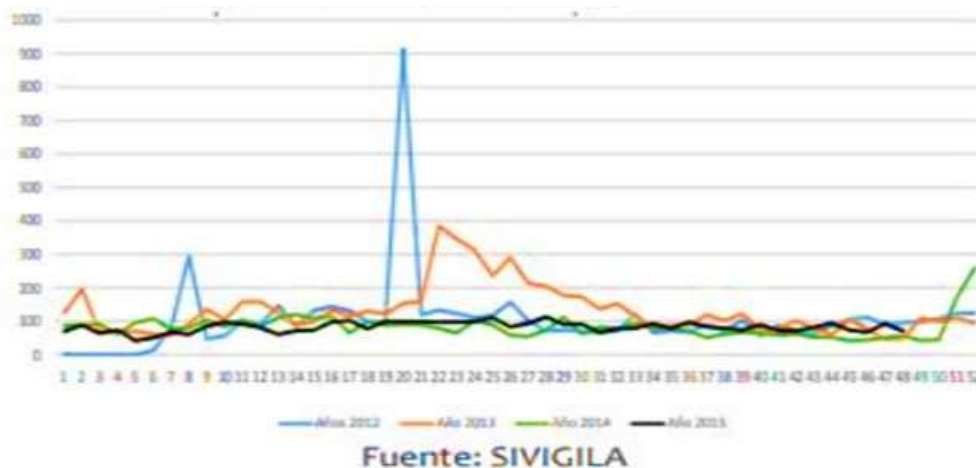
Se observa un comportamiento normal de la Infección respiratoria aguda grave en todas las edades en el departamento del Huila hasta la semana 48 según tendencia de los últimos tres años.

- En el 2015 el porcentaje de casos de IRA en hospitalización en UCI respecto al total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas a nivel departamental es

del 5,2 %; por debajo del porcentaje Nacional que es del 6,0 %. Sin embargo, hubo un aumento en la semana 15 y 16 en los niños menores de 1 año; y en la semana 26 en mayores de 60 años.

- En el porcentaje de casos de IRA en consulta externa y urgencias respecto al total de Consulta externa y urgencias por todas las causas a nivel Departamental corresponde al 4 % por debajo del porcentaje Nacional que es del 7,6 %. No obstante, se observa un aumento en la semana 15 y 27 en los niños menores de 5 años.
- Mortalidades en Menores de 5 años: Mortalidad por IRA hasta el periodo epidemiológico 12 de 2015 se han notificado 5 casos.
- Según el Boletín epidemiológico mensual 2015, a periodo 12 Se notificaron 5 casos de muerte por IRA en menores de 5 años.
- La tasa de mortalidad por IRA 2015 para el Huila es de 3.5 por 100.000 menores de cinco años.
- Se reportaron 22 casos de IRAG inusitada.

Comportamiento de IRAG en el Huila a semana epidemiológica 48 de 2015

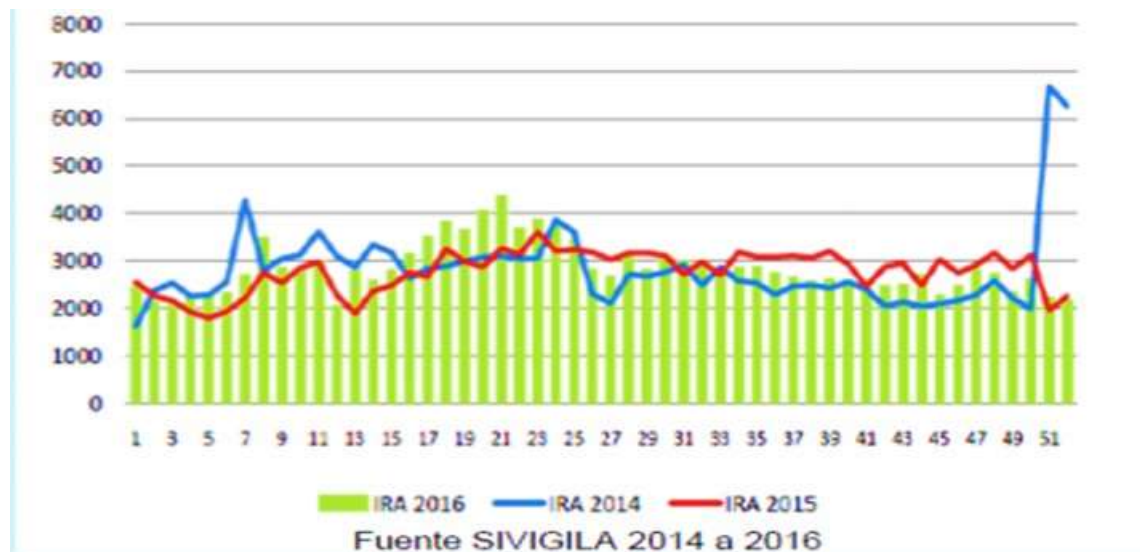


2016

En el año 2016 hasta la semana 48 se han notificado 141.451 casos de Infección Respiratoria Aguda en todos los servicios y todos los grupos de edad, en comparación con el año 2015 y 2014, se presenta un aumento importante de casos desde la semana 16 hasta la semana 25 de 2016 y a partir de la semana 48 vuelve a aumentar el número de casos, posiblemente debido a la temporada de lluvias que se han venido presentado durante este año.

En relación a los grupos de edad para IRA atendidos en servicios de hospitalización, UCI, Consulta externa y urgencias y reportados al SIVIGILA, los menores de 5 años continúan presentando el mayor número de casos por grupo poblacional hasta el periodo 12 de 2016.

Comparativo de caso de IRA Huila notificados al SIVIGILA desde los años 2014 a periodo 13 de 2016



La proporción de casos de IRA en menores de 5 años reportados al SIVIGILA en todos los servicios por notificación colectiva, muestra que el municipio de Neiva presenta la mayor proporción con 103.8% de los menores de 5 años han presentado IRA en 2016, seguido de los municipios de Garzón con 63.3%, San Agustín con 55.8% e Isnos con 53.6%. El Huila presenta una proporción de 50.5% de menores de 5 años con IRA

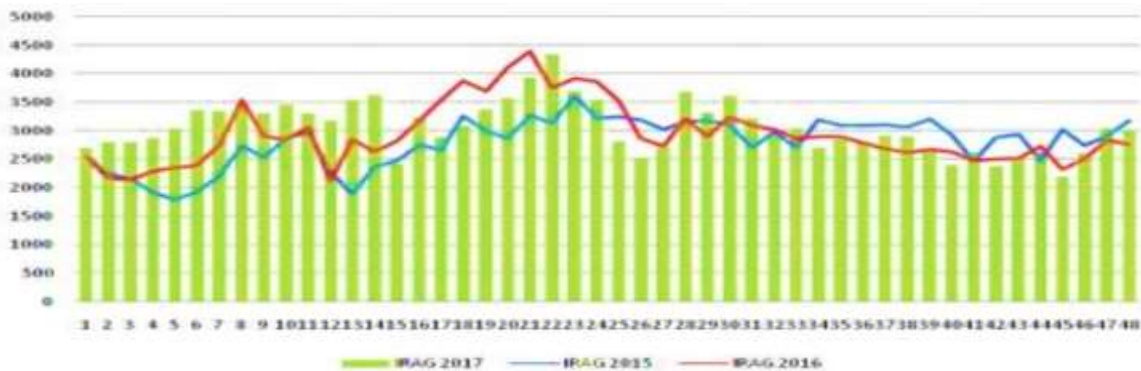
Según el Boletín epidemiológico mensual 2016, periodo 13 y el reporte del INS a semana 52 se tiene:

- A nivel general se reportaron 148.998 casos en todos los servicios y todos los grupos de edad.
- El Huila presenta una proporción de 53.4% de menores de 5 años con IRA. Los menores de 5 años continúan presentando el mayor número de casos por grupo poblacional.
- Se notificaron 5 casos de muerte por IRA en menores de 5 años. La tasa de mortalidad por IRA 2016 para el Huila fue de 3.4 por 100.000 menores de cinco años.
- A periodo epidemiológico 13, se notificaron 374 casos probables de ESI-IRAG, se han confirmado 84 casos, 222 casos fueron negativos y el resto pendientes por ajustar.
- Para circulación viral ocupa el primer lugar el virus de la influenza seguido del VSR, Bocavirus, Adenovirus y Coronavirus.
- Se reportaron 73 casos de IRAG inusitada, 20 casos han resultado positivos, 24 negativos y el resto pendientes por ajustar. La tasa de IRAG Inusitada es de 1.7 x 100.000 habitantes en el Huila.
- Se notificaron 4563 casos para IRAG en hospitalizaciones y en UCI.

2017

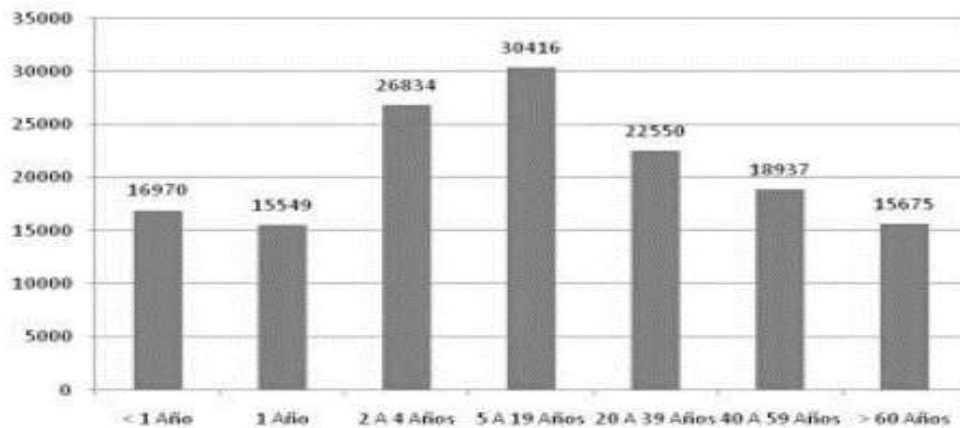
En el año 2017 hasta la semana 48 se han notificado 146.931 casos de Infección Respiratoria Aguda en todos los servicios y todos los grupos de edad, en comparación con el año 2015 y 2014, se presenta un aumento importante de casos desde las semanas 1 al 14 y posteriormente en las semanas 22, 28 hasta la 31 están por encima de los casos presentado en años anteriores; posteriormente hay un importante descenso como se observa en la siguiente figura hasta la semana 48.

Comparativo de casos de IRA Huila, notificados al SIVIGILA desde años 2015 a 2017.



Fuente SIVIGILA 2015 a 2017

Casos de IRA todos los servicios, según grupo de edad notificados al SIVIGILA a periodo 12 de 2017 Huila.



En relación a los grupos de edad para IRA atendidos en servicios de hospitalización, UCI, Consulta externa y urgencias y reportados al SIVIGILA, los menores de 5 años continúan presentando el mayor número de casos por grupo poblacional hasta el periodo 12 de 59.353 casos como se observa en la siguiente figura. El caso de IRA notificados por grupos de edad muestra el mayor número en el grupo de 5 a 19 años con 30.416 casos, seguido de los de 2 a 4 años con 26.834 casos, la Infección Respiratoria Aguda –IRA- por ser una enfermedad prevalente en la infancia, afecta a los niños del

Huila de manera importante y es un problema de salud pública que debe seguirse abordando de manera integral por los programas de vacunación, AIEPI, IIAMI incluidos en la política de primera infancia, infancia y adolescencia

La proporción de casos de IRA en menores de 5 años reportados al SIVIGILA en todos los servicios por notificación colectiva, muestra que el departamento del Huila lleva una proporción acumulada a semana 48 del 51.6% de los casos, donde el municipio de Neiva continúa aportando la mayor proporción con 103.9% de los menores de 5 años han presentado IRA en 2017 seguidos por Garzón con 70.8%, La Plata con 60.9% y Guadalupe con 52.7% por encima de la media del departamento del Huila. La tasa más baja corresponde al municipio de Saladoblanco con 7.5% de los casos reportados de IRA en menores de 5 años.

Según el Boletín epidemiológico mensual 2017, periodo 13 se obtuvieron los siguientes datos:

- A nivel general se reportaron 157.336 casos durante el 2017 en todos los servicios y todos los grupos de edad.
- Casos de morbilidad por IRA en menores de 5 años: 63.335 casos equivalente al 40.2% del total de los reportes.
- Se notificaron 12 casos de muerte por IRA en menores de 5 años.
- A periodo epidemiológico 13, se notificaron 363 casos probables de ESI-IRAG, se han confirmado 93 casos, 163 casos fueron negativos y el resto pendientes por ajustar.
- Para circulación viral ocupa el primer lugar el Virus Sincitial Respiratorio – VSR, seguido del
- Bocavirus, Influenza A/H3, Adenovirus y Rinovirus.
- Se reportaron 92 casos de IRAG inusitada, 28 casos han resultado positivos, 29 negativos y el resto pendientes por ajustar.
- Se notificaron 5188 casos para IRAG en hospitalizaciones y en UCI.

los últimos 10 años la notificación de los casos de IRA al SIVIGILA de manera colectiva presentan un comportamiento similar a los años anteriores; inician el año con un alto número de casos en los primeros periodos epidemiológicos, los cuales son asociados a la ola invernal por la que cursa el país, y por ende el departamento del Huila. De otro lado, los menores de 5 años son el grupo de edad más afectado tanto a nivel de morbilidad como mortalidad lo cual se ve reflejado en los programas de control de esta enfermedad.

2018

Secretaria de Salud Departamental del Huila registra los casos notificados semanalmente por las Unidades Notificadoras Municipales, quienes semanalmente notifican el número de casos siguiendo los protocolos del Instituto Nacional de Salud,

este informe es el consolidado de la semana 1 a la 4 de 2018 y está sujeta a ajustes y depuración por cada uno de los eventos hasta el cierre del año 2018.

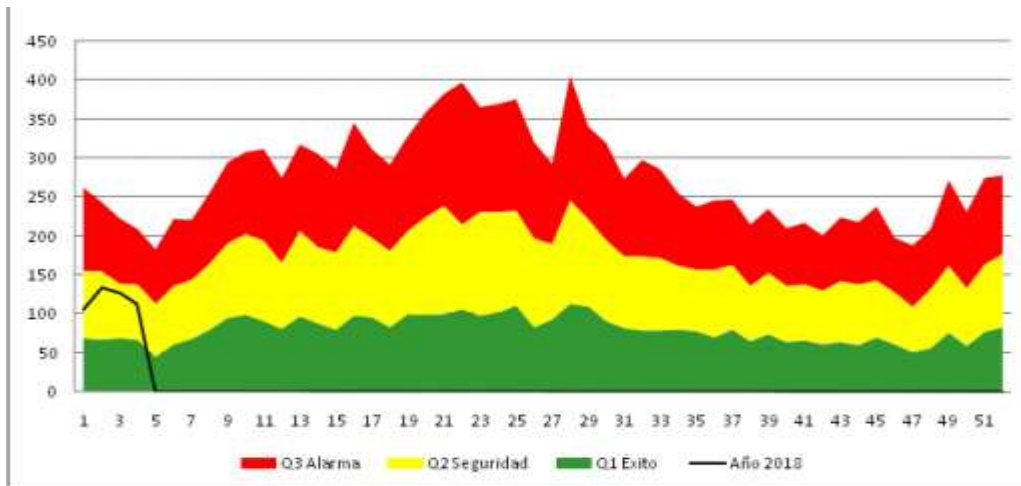


Para el año 2018 el Hospital San Vicente de Paul de Garzón, continúa realizando la vigilancia centinela de las ESI – IRAG (Enfermedad Similar a la Influenza – Infección Respiratoria Aguda Grave), a periodo 1 se han notificado 33 casos, con tendencia al aumento de los casos probables, estos según resultado de laboratorio del INS, 12 casos han sido positivos por laboratorio de salud pública equivalente al 36% de las notificaciones donde el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) continúa siendo el mayor agente causal de estas patologías como se presentó en el año 2017 y según muestra la siguiente figura; a su vez 3 casos presentan coinfecciones virales de diferentes tipos, y de los positivos el 72% corresponden a menores de 5 años. Se reportaron 13 casos como negativos, 1 caso por error de digitación y 7 casos están pendientes por ajustar.

De los casos positivos para virus respiratorios notificados por el Hospital San Vicente de Paul de Garzón como punto centinela, por municipio de procedencia 7 casos de Garzón, 2 casos del Agrado, Guadalupe, Pital y Tarqui reportaron 1 caso cada uno.

Hasta el periodo 1 de 2018 las IRAG Inusitadas reportadas por fichas epidemiológicas (Código 348) se han notificado 5 casos probables, procedentes del Huila y 1 caso notificado con procedencia Bogotá. Estos eventos aún están en espera de resultados de laboratorio. Todos estos casos se han hecho los respectivos estudios, solicitando historias clínicas y visitas de campo a los UPGD y DLS municipales. Es importante resaltar cambios en el protocolo de IRAS para este evento, ya que por vigilancia la población objeto para el año 2018 es de 5 a 65 años previamente sano con IRAG, antecedentes de fiebre y tos que requiera manejo hospitalario con necesidad de vasopresores y/o apoyo ventilatorio y que tenga un deterioro clínico rápido en menos de 72 horas desde el inicio de síntomas. Para las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (atendidas en servicios de hospitalización y UCI) a periodo 1 de 2018 se han notificado

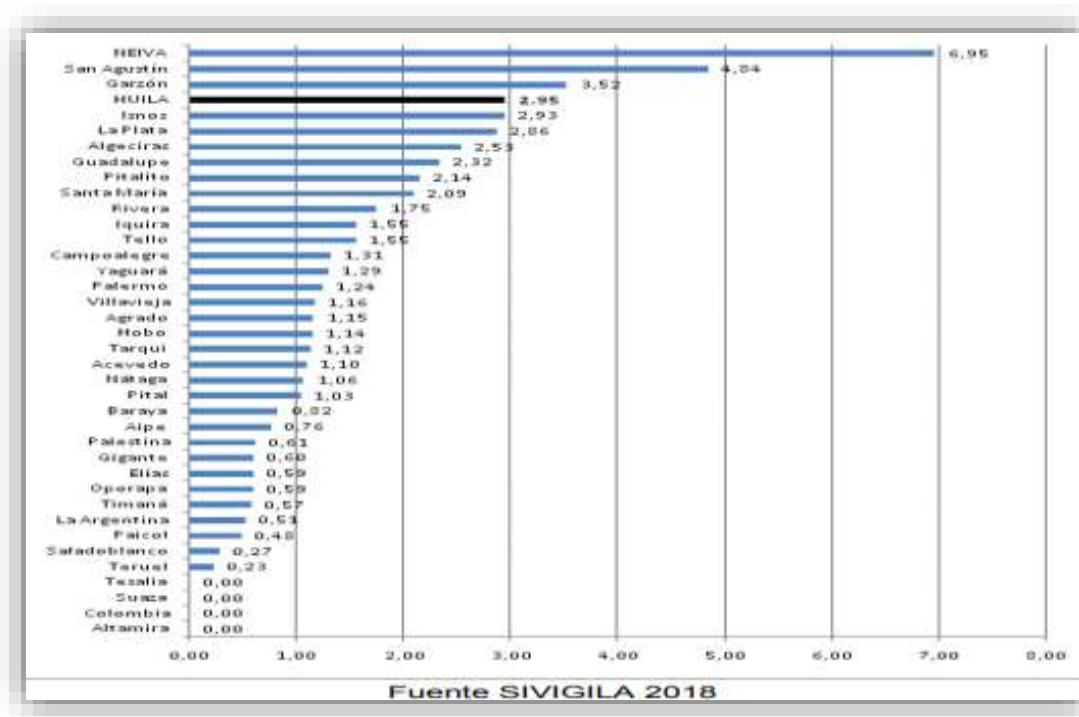
479 casos de IRAG, equivalente al 4.7% de los casos de IRA notificados por el total de los servicios en el mismo periodo. En este periodo se evidencia un aumento importante y sostenido en el número de casos, pero al realizar el canal endémico y comparar con años anteriores muestra que a pesar del aumento estamos en zona de seguridad.



Fuente SIVIGILA 2013 a 2018

En relación a los grupos de edad para IRA atendidos en servicios de hospitalización, UCI, Consulta externa y urgencias y reportados por conglomerado al SIVIGILA con código 995 muestra que los menores de 5 años continúan presentando el mayor número de casos por grupo poblacional, especialmente los menores de 1 año; los menores de 5 años reportan 3.408 casos que equivalen a un 33.7%. Figura 2.7. Casos de IRA por conglomerado de todos los servicios, según grupo de edad notificados al SIVIGILA, Huila. Periodo 1 de 2018 Fuente SIVIGILA 2018 Como en el departamento del Huila, los menores de 5 años son prioridad en las políticas de salud pública, se hace especial énfasis en el seguimiento de casos de este grupo poblacional, por lo cual se expone las tasas de morbilidad por IRA que reportan los 37 municipios del Huila, y se viene realizando un trabajo de forma articulada con los referentes de los programas de infancia, IRA, laboratorio de Salud Pública, equipo PAI para reducir en un 10% la morbilidad por este evento desde un trabajo articulado en el año 2018. En la siguiente figura se muestra las tasas proporcionales de casos de morbilidad por IRA en menores de 5 años a periodo 1 de 2018, donde los municipios de Neiva, San Agustín y Garzón, están por encima de la tasa del Huila que se encuentra en 2.9% de los casos.

Proporción de casos de IRA por conglomerados en menores de 5 años por municipios notificados al SIVIGILA, Huila periodo 1 de 2018.



d)

Programas y estrategias implementados para el control de la Infección Respiratoria Aguda – IRA:

Estructuración del Programa de prevención y manejo de la IRA

Tendrá como punto inicial de trabajo el documento actual, el grupo de trabajo en IRA de la SET actuará como grupo gestor para conformar el grupo Institucional central con participación del grupo de Infancia, la Dirección de Prestación de

Servicios y Atención Primaria, así como la Dirección de Epidemiología y Demografía.

Con dicho grupo central se definirá el grupo institucional ampliado en cual participarán:

- El grupo de infecciones asociadas a la atención en salud-IAAS.
- El grupo del Plan ampliado de Inmunización-PAI, y enfermedades inmunoprevenible,
- La Subdirección de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)
- La Subdirección de Salud Ambiental
- La Dirección de Desarrollo del talento humano
- La Oficina de Promoción Social
- La Oficina de Calidad
- Representante de la Subdirección de Gestión de operaciones.
- El grupo de Emergencias y desastres, y Gestión territorial.
- El INS

- Representantes de las EAPB

El plan de acción que se defina debe prever mecanismos que incluyan, la existencia de procesos de atención integrada, estrategias de referencia y contra referencia, sistemas de comunicaciones y un sistema integrado de información, articulado con las instituciones de salud en sus diferentes niveles, para un respectivo territorio; debe incluir también, los mecanismos para la integración comunitaria e intersectorial y la forma de coordinación interinstitucional.

Recomendaciones para lograr la adecuada articulación en el trabajo a nivel de las entidades territoriales:

- Convocar a la acción a las organizaciones comunitarias de salud, e instituciones estatales y no estatales.
- Organizar territorialmente la distribución de responsabilidades, de los equipos de atención articulados a los centros de salud y el hospital de referencia.
- Aprovechar la presencia de organizaciones en la comunidad (de promotores de la salud, iglesias, educadores y voluntarios) organizándolos para actividades de cuidado a sus vecinos y promoción de la salud.
- Establecer mecanismos de coordinación de estas organizaciones con los equipos y centros de salud que tienen responsabilidad geográfica poblacional.
- Organizar Centros de Llamada o líneas telefónicas de consulta, con guías protocolos claros, de manera tal que quienes reciben la llamada sepan a donde direccionar al ciudadano que llama, de acuerdo a necesidades, o bien, activar al equipo domiciliario, para que acuda a la dirección indicada.
- Capacitación rápida de los equipos de atención del primer nivel para la vigilancia epidemiológica intensificada, investigación de casos y medidas iniciales de contención, las acciones de salud pública, el triage, diagnóstico adecuado y manejo de casos.
- Garantizar la articulación/comunicación de los equipos de atención y lo establecimientos del primer nivel, con los demás establecimientos de la red de atención, de acuerdo a las características que sean definidas en cada territorio.
- Establecer, mediante protocolos y acuerdos institucionales, los mecanismos de coordinación y articulación entre centros de salud, hospitales, servicios de ambulancias, entre otros.

Dentro de los aspectos generales para la implementación del programa a nivel territorial se encuentra

Lograr un compromiso de las autoridades ejecutivas y de salud, de cada entidad territorial, para los ajustes y la implementación del Programa de Prevención y manejo de la IRA en dicho territorio, articulado con los líderes académicos y asistenciales del territorio.

Dentro del grupo de infancia, definir un referente, con el perfil requerido, que se responsabilice de las gestiones necesarias para la organización de un grupo técnico de apoyo central, que lidere la implementación del programa en dicho territorio.

Implementar un mecanismo de articulación, apoyo y acompañamiento desde el grupo técnico del MSPS y el grupo técnico de la entidad territorial, para la implementación del programa, con estrategias claras de seguimiento evaluación y ajuste de acuerdo al desarrollo logrado.

Estrategias Comunitarias.

El trabajo con la comunidad, con agentes de cambio y actores sociales claves, es prioritario dentro del enfoque de APS, tal como se mencionó anteriormente conlleva un énfasis en lograr una activa participación de la comunidad, para lograr los cambios necesarios en conocimientos actitudes y prácticas, pero ante todo en el empoderamiento de la comunidad para hacer sostenible un programa de estas características, conllevando a que un grupo importante de casos, sea adecuadamente manejado desde la comunidad, o sistemas de atención en comunidad, tipo unidades móviles de apoyo a territorios específicos o unidades de atención en IRA por la comunidad, apoyados por un centro de llamadas o “Call Center”. Se debe desarrollar e implementar un sistema oportuno y adecuado de vigilancia de tipo comunitario, con participación de las organizaciones comunitarias los actores sociales claves, adecuadamente articulados con el primer nivel de atención, el cual tendrá un papel relevante ante eventos biológicos inusitados de IRA.

Es muy importante el desarrollo de sistemas de información y fortalecimiento de todas las estrategias informáticas disponibles hoy día para lograr una óptima VSP.

Cada entidad territorial de salud debe generar acciones para trabajar en torno a “Cómo evitar” enfermar y transmitir a otras personas, y Como “cuidar” en forma adecuada de los casos de **IRA** leve en casa, como disminuir el contagio a través de los casos con signos de IRA:

- Identificar y definir las zonas o áreas de mayor vulnerabilidad, mediante georreferenciación de casos.
- Identificar los sectores, que tienen responsabilidades de trabajo con comunidad y el referente de dicho sector, con el cual se debe trabajar para lograr la articulación.
- Realizar acercamientos con la comunidad e Identificar los actores sociales claves de la misma.
- Realizar actividades con los actores sociales claves y precisar con ellos como ven el problema de la IRA, y que tipo de intervenciones consideran prioritarias para su manejo.
- Mostrarles la propuesta que se tiene y recibir la retroalimentación de ellos al respecto, buscando concertar con ellos las actividades priorizadas.
- Lograr el compromiso de los actores sociales claves y de la comunidad como tal en la implementación de la propuesta.

- Diseñar estrategias de información y comunicación a la población vulnerable con especial énfasis en los grupos étnicos, teniendo en cuenta barreras de ubicación geográfica, el acceso oportuno a la información y las singularidades lingüísticas, entre otras.

Estrategia Institucional.

Dados los problemas que existen en accesibilidad y calidad de la atención, este programa tiene un fuerte componente en prestación de servicios con énfasis en alternativas de atención de baja complejidad teniendo como punto central la atención en la modalidad de Salas ERA, todo ello con un contexto de desarrollo y fortalecimiento del modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Desde las diferentes instancias de acción se debe trabajar en definir e implementar medidas que permitan corregir los problemas de acceso a los servicios de salud, buscando que la atención individual de casos, tenga un enfoque de salud Pública y articulado con el Plan de intervenciones colectivas PIC.

Es importante, lograr apoyo desde el PIC, en los diferentes aspectos de promoción, prevención y atención colectiva de los casos y en los diferentes aspectos y temáticas que les competen, con gran potencial en los ámbitos o entornos en que se mueven los menores de 5 años, como pueden ser la familia, los centros educativos, las instituciones de Salud, los espacios públicos incluyendo en forma especial los sitios de recreación, el desarrollo de estrategias innovadoras de intervención, y atención de los casos desde la familia y la comunidad con el apoyo de redes sociales comunitarias.

Se busca que un grupo de usuarios sea atendido en la familia, en la comunidad o en instituciones de primer nivel, con estrategia de consulta prioritaria, modalidad de atención en salas ERA, observación en Urgencias, o programas de manejo domiciliario, articulados con niveles básicos de atención y otro grupo en hospital de segundo o tercer nivel apoyado por “Hospital día” o estrategias equivalentes.

Priorizarse acciones para lograr cultura de hábitos higiénicos, en especial lavado de manos, y uso de alcohol glicerinado, hábitos nutricionales en especial nutrición de la embarazada, lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y alimentación segura y saludable del menor de 5 años.

CONCLUSIONES

Se evidencia la importancia de implementar programas de salud pública sustentables a nivel nacional que prevengan la aparición de enfermedades transmisibles y no transmisibles con el propósito final de reducir la morbilidad y mortalidad en la población, y así mismo disminuir los costos ocasionados al sistema de salud por dichos eventos.

A pesar del papel fundamental que juegan las instituciones de salud implicadas con las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la cultura del autocuidado marca el hito en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que la puesta en práctica de hábitos y estilos de vida saludable (alimentación balanceada, actividad física, evitar el consumo de alcohol, tabaco, salud sexual, higiene, prevención de riesgos laborales, entre muchas otras) van a ser factores de gran influencia para la presencia o ausencia de estos grupos de enfermedades. Por esta razón, los programas siempre tienen un enfoque de Atención Primaria en Salud en la búsqueda de educar y concientizar a la población sobre el autocuidado.

El sistema de salud público, para ordenar sus prioridades de acuerdo a las necesidades de la población colombiana en materia de salud, debe conocer el perfil epidemiológico de las enfermedades denominadas de interés en salud pública, ya que sólo a través de la vigilancia constante se conocerá el comportamiento de cada una de ellas, lo que proporcionará las bases para tomar las decisiones pertinentes.

La vigilancia proporciona información sanitaria de forma oportuna, gracias a lo cual las instituciones de salud pueden acceder a la información que necesitan para luchar contra una enfermedad en el presente o planificar la lucha futura. La vigilancia es una herramienta fundamental de la salud pública.

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es de gran importancia por cuanto permite conocer la incidencia y la prevalencia de las patologías que se presentan con mayor frecuencia como de igual manera conocer los grupos etarios a los que afecta, la zona geográfica y los factores de riesgo, que permiten tomar las medidas necesarias para prevenir su impacto en la comunidad.

La Infección Respiratoria Aguda es una enfermedad que tanto a nivel territorial como nacional afecta a gran parte de la población. Es una patología transitoria, siempre y cuando se le brinde el manejo adecuado, pero puede ocasionar grandes daños e incluso ser letal sino se le da la importancia que requiere, especialmente en los menores de 5 años. Por todo esto, es una enfermedad que está siendo vigilada de manera permanente por el INS y sobre la cual se vienen poniendo en marcha diversas estrategias a nivel nacional con el apoyo de diferentes instituciones por las implicaciones multifactoriales que presenta la patología, relacionadas con nutrición, entornos saludables, esquemas de inmunización, sistema de atención en salud, entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Huila, G. d. (11 de agosto de 2017). Identificación del departamento. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

www.huila.gov.co: <https://www.huila.gov.co/publicaciones/144/identificacion-del-departamento/>

Ospina, M. L. (3 de Mayo de 2016). Protocolo de Vigilancia Pública - INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA). Obtenido de: Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

www.cruevalle.org: <http://www.cruevalle.org/files/PRO-Infeccion-Respiratoria-Aguda-IRA.pdf>

Gobernación del Huila-Secretaria de Salud Departamental. (2014). Boletín Epidemiológico Mensual, Periodo epidemiológico. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

<https://www.huila.gov.co/documentos/466/infeccion-respiratoria-aguda/>

Gobernación del Huila-Secretaria de Salud Departamental. (2017). Boletín Epidemiológico Mensual 2017, Periodo epidemiológico 13 (1 Dic de 2017 – 30 Dic de 2017). Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

<http://www.huila.gov.co/salud/publicaciones/7191/boletines-epidemiologicos-ano-2017/genPagdoc847=3>

Gobernación del Huila-Secretaria de Salud Departamental. (2017). Documentos IRA. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

<http://www.huila.gov.co/documentos/466/infeccion-respiratoria-aguda/>

Gobernación del Huila-Secretaria de Salud Departamental. (2017). Boletines Epidemiológicos: Años Anteriores. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

<http://www.huila.gov.co/salud/publicaciones/7220/boletines-epidemiologicos-anos- anteriores/>

(S.N) (S.F). Historia Natural de la enfermedad y niveles de prevención según Leavell y Clark.). Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

http://www.academia.edu/29330578/HISTORIA_NATURAL_DE_LA_ENFERMEDAD_Y_NIVELES_DE_PREVENCION_SEGUN_LEAVELL_Y_CLARK

Consejería de Salud Comunidad de Madrid. (2009). Prevención y control de las enfermedades transmisibles en atención primaria. Dirección General de Atención al Paciente. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content->

[%20Disposition&blobheadervalue1=filename%3DProfesionales.+Gu%EDa+de+prevenci%F3n+y+control+de+enfermedades+transmisibles+en+Atenci%F3n+Primaria.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271566207808&ssbinary=true](#)

(S.N) INS. (2012). Comportamiento de Infección Respiratoria Aguda Semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2012. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

<https://www.ins.gov.co/buscador-ventos/Informesdeevento/IRA%202012.pdf>

(S.N) (S.F) Instituto Nacional de Salud INS. Enfermedades transmisibles. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Transmisibles.aspx>

(S.N) (S.F) Instituto Nacional de Salud INS. Información epidemiológica IRA. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

<http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=10>

(S.N) (S.F) ISS-ASCOFAME. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia: Infección Respiratoria Aguda. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/infeccion%20respiratoria.pdf>

(S.N) Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Programa Nacional de Prevención Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018 de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/PREVEN-CION-MANEJO-CONTROL-IRA-MENORES-5-ANOS-2015.pdf>

(S.N) (S.F). PRO Infeccion Respiratoria Aguda IRA. Recuperado el 22 de Noviembre de 2018 de:

<https://www.huila.gov.co/loader.php?IServicio=Tools2&ITipo=descargas&IFuncion=descargar&idFile=6078>