



**DIRECCION GENERAL SALUD DE LAS PERSONAS**

**PROGRAMA DE SALUD MUJER Y NIÑO**

**SUB PROGRAMA DE CONTROL DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA**

***LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN EL PERÚ:  
EN CIFRAS Y GRAFICOS  
1992 - 1999***

**( Versión Preliminar )**

**Lima, Diciembre 1999**

# **SUB PROGRAMA DE CONTROL DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA**

## **I. ANTECEDENTES:**

El Ministerio de Salud del Perú con el apoyo de la OMS/OPS, UNICEF y otros organismos internacionales implementó el Sub Programa de Control de la Infección Respiratoria Aguda (SUBPCIRA) en 1987. Las Normas Técnicas, de entonces, estuvieron orientadas a la prevención y control de factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad por IRA.

La experiencia internacional y nacional ha demostrado que es difícil prevenir los principales factores de riesgo de enfermar por IRA, por encontrarse ligados a condiciones de pobreza, así como a factores socioculturales o climatológicos. Por esta razón, en 1991 el Programa redirecciona sus objetivos a la disminución de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda, principalmente debida a Neumonía, por ser la primera causa de muerte en niños menores de 5 años.

De este modo, las Normas adoptaron una nueva clasificación ( No Neumonía, Neumonía, Neumonía Grave, Enfermedad Muy Grave) y la estrategia principal del Programa ha sido desde entonces el Manejo Estándar de Casos de IRA. En 1996, se introduce el control de la Otitis Media Aguda (OMA) y Faringoamigdalitis Purulenta Aguda (FAPA), con el propósito de disminuir las secuelas originadas por estas enfermedades.

En esta etapa y mirando hacia el 2000, el SUBPCIRA enfrenta nuevos retos. Tal vez el de mayor trascendencia dada su magnitud y tendencia creciente es el incremento del Asma y el Síndrome de Obstrucción Bronquial (SOB) como problemas de Salud Pública, que afectan aproximadamente al 10% de la población, y es posible su control principalmente en la niñez. Es la enfermedad crónica más frecuente en la edad pediátrica, en la ciudad de Lima alcanza una prevalencia de 15 a 22% en los menores de 15 años.

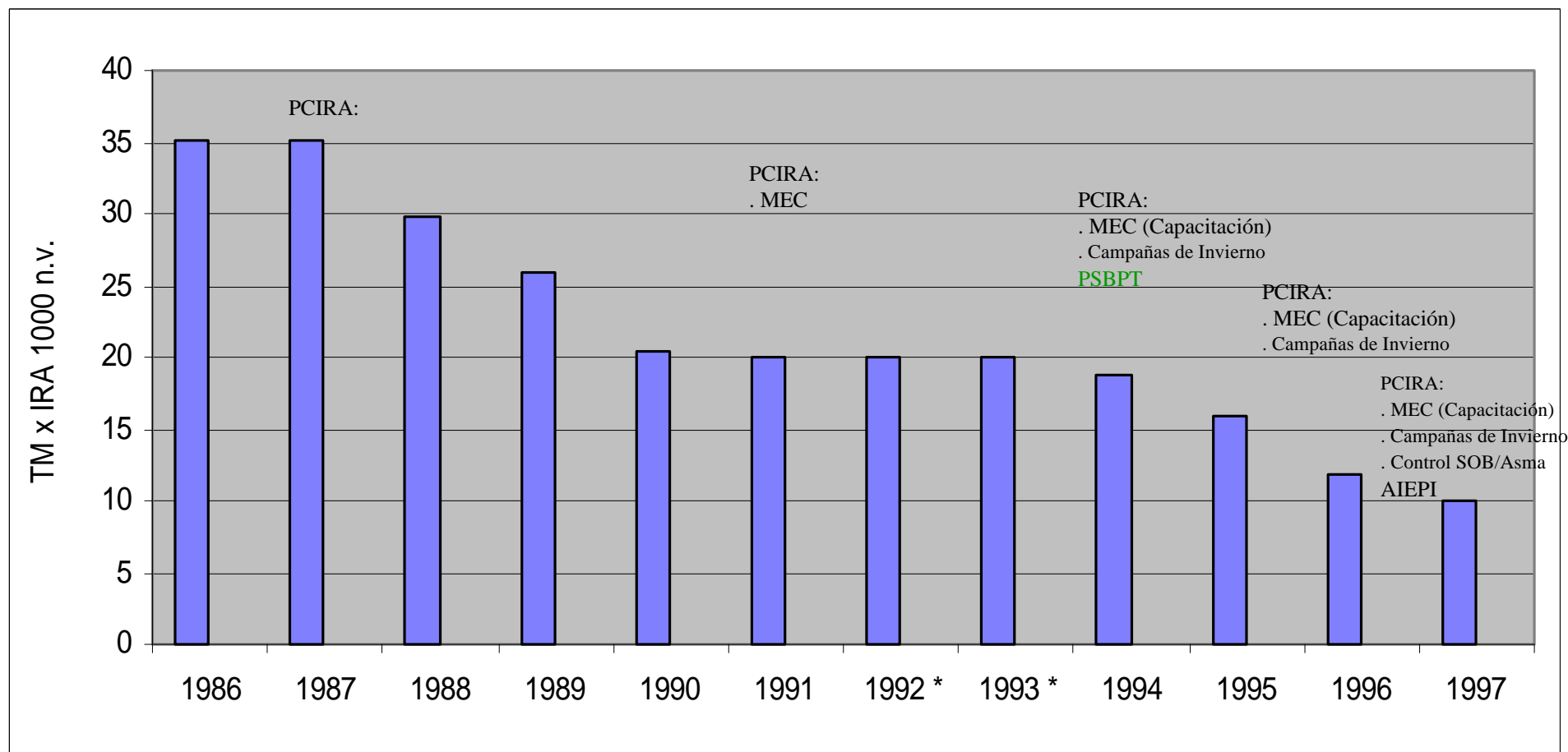
Por otro lado, se impone la atención integral del individuo como alternativa para mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud. A fin de acelerar la velocidad de disminución de las muertes evitables, la Dirección General de Salud de las Personas, a través del SUBPCIRA, en 1996 asumió el liderazgo de la implementación de la estrategia para la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

Las Doctrinas, Normas y Procedimientos para el control de la IRA, Asma y Síndrome Obstrutivo Bronquial, recientemente reformuladas, enfatiza la atención protocolizada de casos, las ventajas de la atención integral y de las acciones preventivo promocionales, así como el importante valor del análisis y uso de la información a nivel local, a través de la vigilancia semanal de la morbi-mortalidad de estas enfermedades respiratorias.

## **II. ANALISIS DE LA SITUACION DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, ASMA Y SINDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL EN EL PERÚ**

# PERU: EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD POR IRA Y ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS

## 1986 - 1997

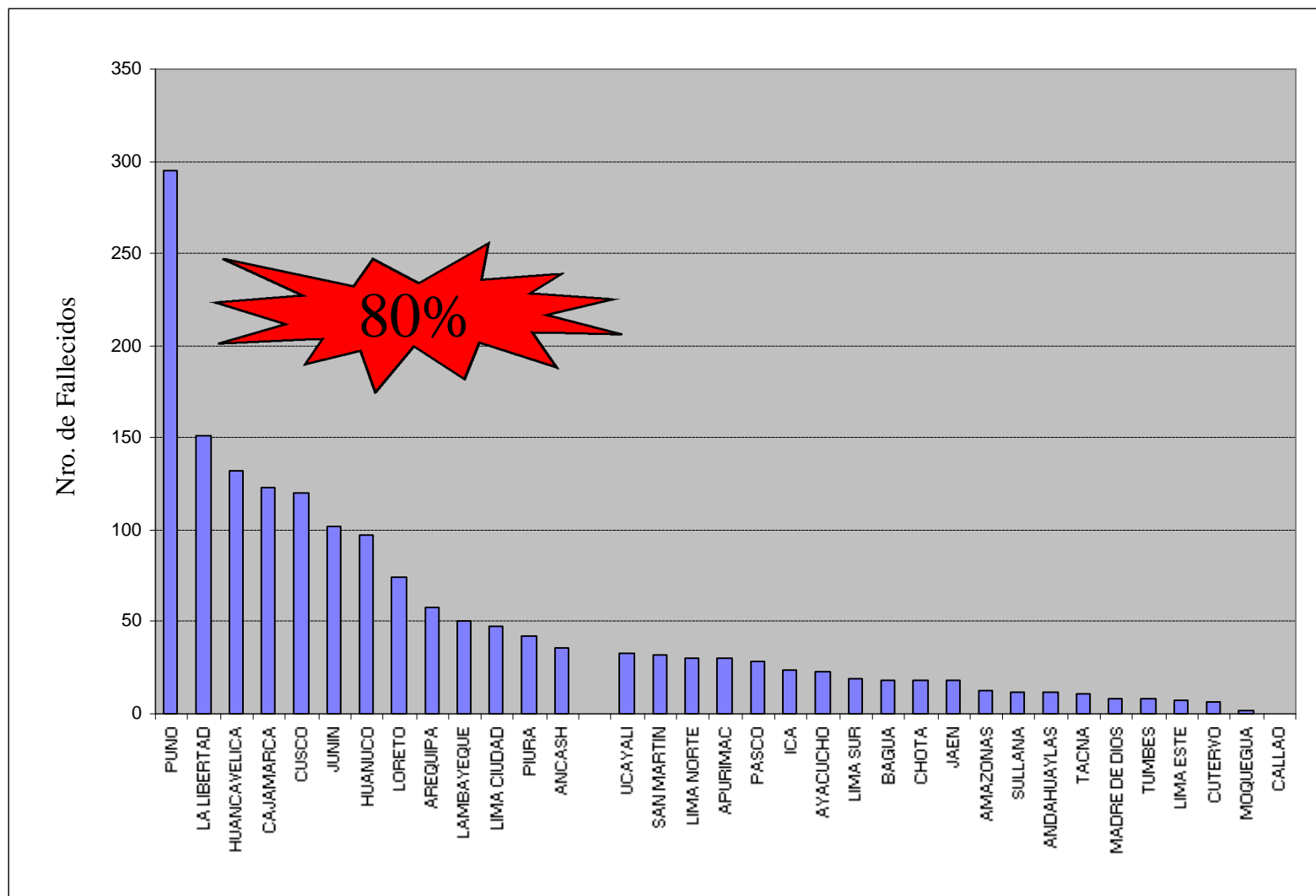


	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992 *	1993 *	1994	1995	1996	1997
<b>TM X IRA &lt; 5 a</b>	35.1	35.2	29.7	25.9	20.5	20.1	20.1	20.1	18.7	15.9	11.8	10.1
( X 1000 nv)												

FUENTE: OEI - MINSA

(\*) Se considera la misma tasa de 1991, por no contar con información de 1992 y 1993

## MINSA: TOTAL DEFUNCIONES DE NEUMONIA, EN MENORES DE 05 AÑOS 1999 ( Enero - Setiembre )

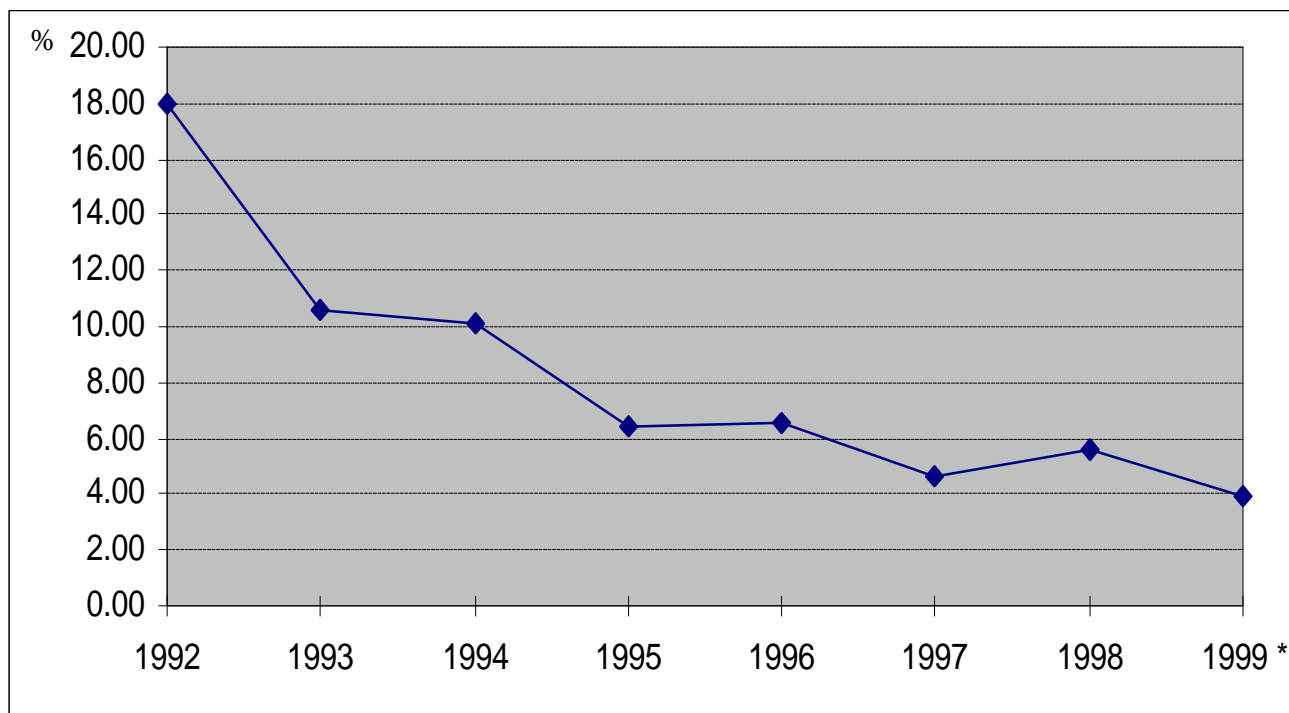


Las 06 primeras DISAs tienen en común: alta ruralidad, bajas temperaturas durante el año, utilizan otro idioma o dialecto, altas tasas de analfabetismo, falta de saneamiento básico y ambiental.

Son 13 las DIRES donde ocurren el 80% de defunciones por neumonía.

FUENTE: Archivos SUBPCIRA

## MINSA: TASA DE LETALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE NEUMONIA, EN MENORES DE 05 AÑOS 1992 - 1999\*

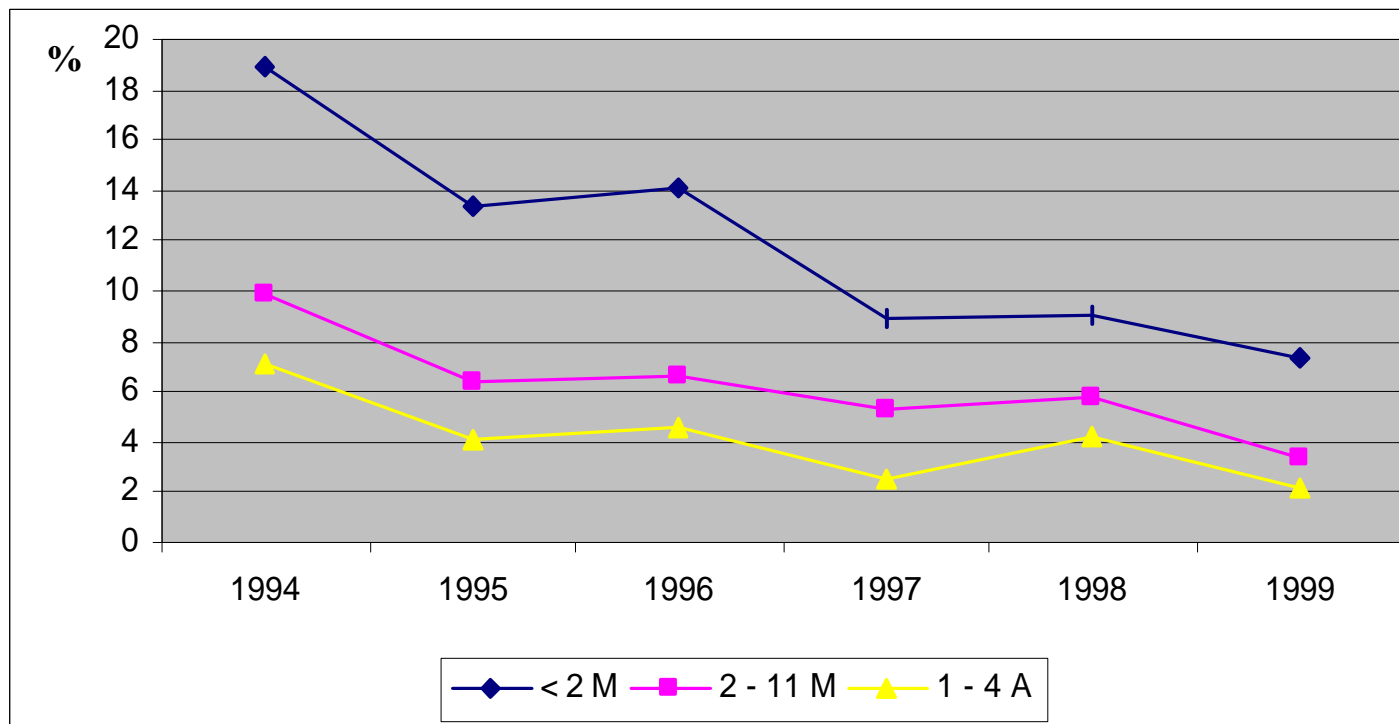


De 1996 a 1999 la TLIHM continúa su tendencia descendente pero a menor velocidad, de 6.60% a 3.13% respectivamente. Entre los factores asociados se puede mencionar el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, a través de la implementación de estrategias de capacitación para la aplicación del MEC, abastecimiento adecuado y regular de medicamentos e insumos para el tratamiento gratuito de neumonía y el desarrollo de las Campañas de Invierno de "Lucha contra la Neumonía. Resulta muy importante el análisis regional para priorizar las zonas de riesgo e implementar las estrategias acorde con las diferentes realidades y necesidades de salud locales.

AÑOS	DEFUNCIONES ESTAB. SALUD	HOSPITALIZ. ESTAB. SALUD	T.L.I.H.N. %
1992			18
1993	956	9085	10.52
1994	1134	11223	10.1
1995	1043	16199	6.44
1996	1263	19135	6.6
1997	936	19911	4.7
1998	1155	20553	5.62
1999	616	19652	3.13

FUENTE: Archivos SUBPCIRA

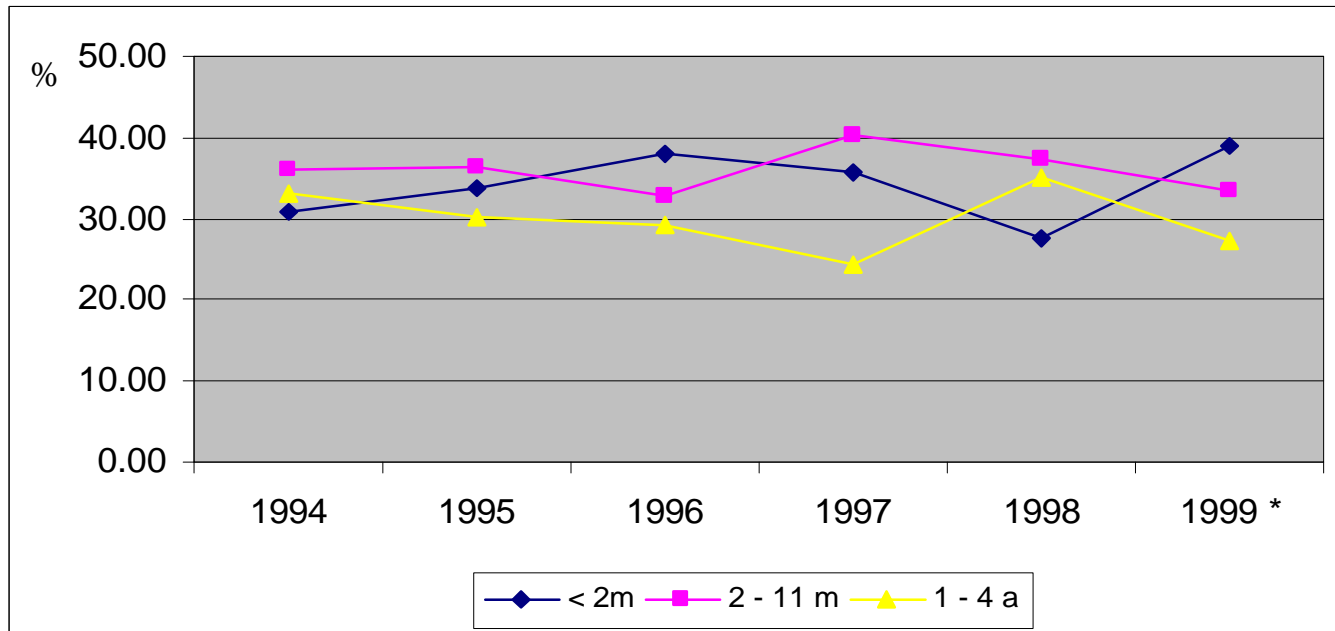
## MINSA: TASA DE LETALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE NEUMONIA POR GRUPO ETAREO, EN MENORES DE 05 AÑOS 1994 - 1999\*



Por grupo etáreo, la Tasa de Letalidad Intrahospitalaria del menor de 2 meses alcanza las mayores cifras. Es necesario evaluar la tasa excluyendo al menor de 7 días (período neonatal precoz) para separar las causas perinatales.

AÑOS	TLIHN		
	< 2 M	2 - 11 M	1 - 4 A
1994	18.95	9.93	7.14
1995	13.32	6.38	4.11
1996	14.05	6.63	4.53
1997	8.90	5.35	2.50
1998	9.09	5.8	4.21
1999	7.39	3.34	2.19

## MINSA: PROPORCION DE DEFUNCIONES INTRAHOSPITALARIA DE NEUMONIA SEGUN GRUPO ETAREO, EN MENORES DE 05 AÑOS 1994 - 1999\*



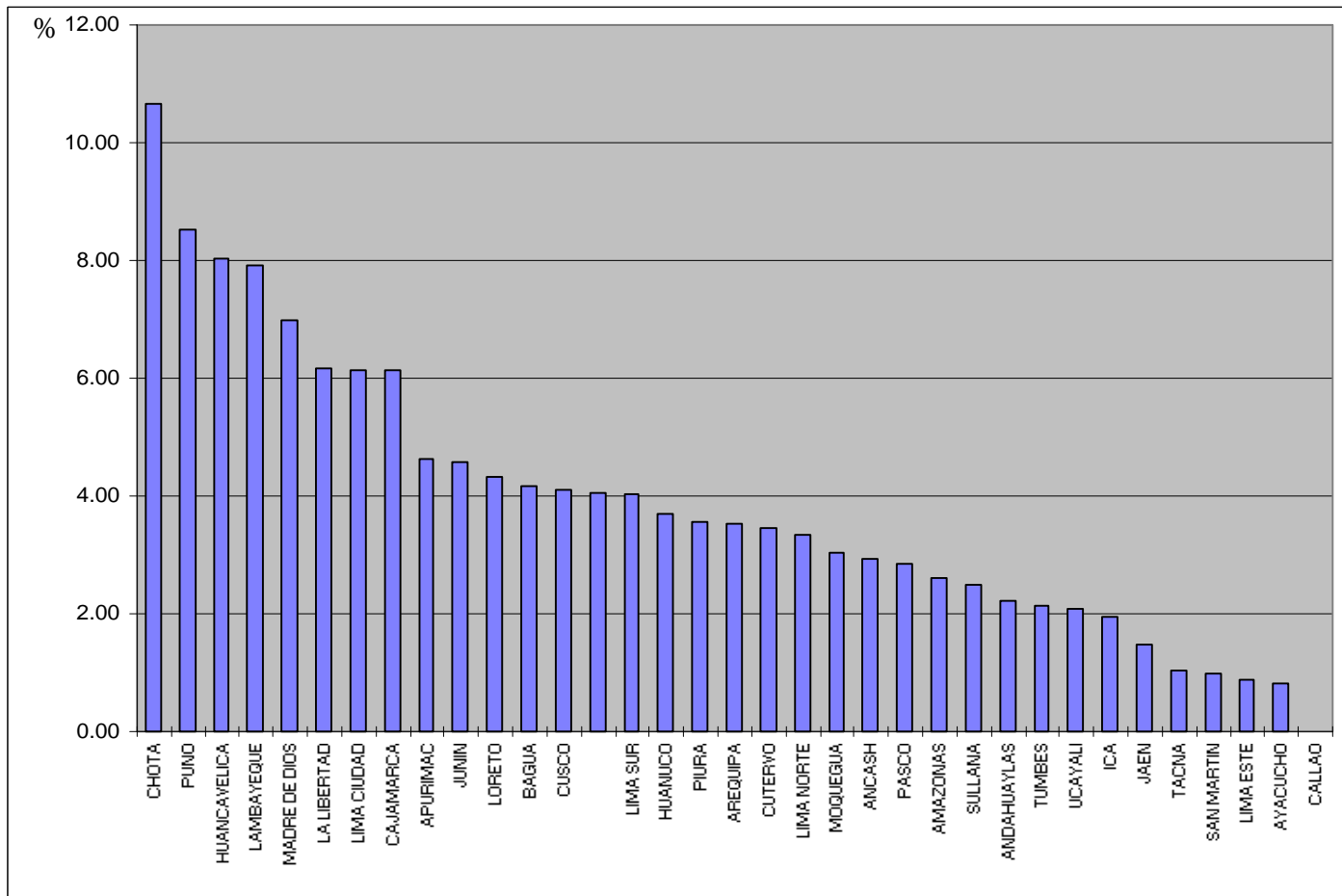
La mayor proporción de muertes intrahospitalarias por neumonía ocurre en el menor de 1 año con cifras importantes en el <2 meses. En 1999 es necesario implementar nuevas estrategias para optimizar la atención de los lactantes menores, desde su cuidado en el hogar hasta la atención especializada en un centro que pueda brindarles insumos y recursos humanos calificados.

AÑOS	TOTAL		DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO					
			<2m		2 -11 m		1 - 4 a	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1994	1134	100	350	30.86	408	35.98	376	33.16
1995	1043	100	351	33.65	378	36.24	314	30.11
1996	1263	100	480	38.00	414	32.78	369	29.22
1997	944	100	336	35.59	379	40.15	229	24.26
1998	1155	100	318	27.53	433	37.49	404	34.98
1999 *	616	100	240	38.96	207	33.60	169	27.44

FUENTE: Archivos SUBPCIRA

(\*) Proyectado a partir del I Semestre 1999

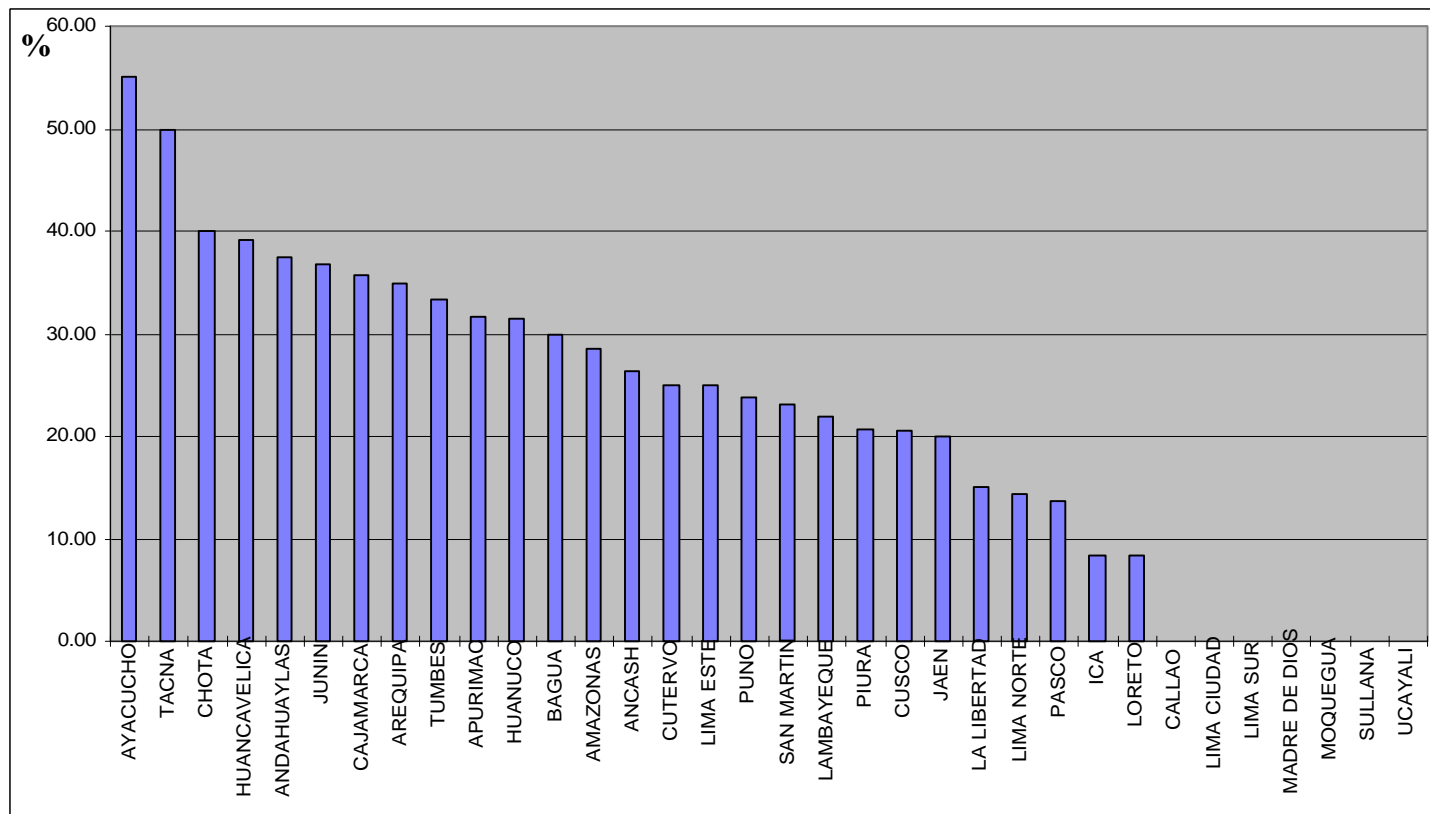
**MINSA: TASA DE LETALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE NEUMONIA, EN MENORES DE 05 AÑOS, POR DISAS. 1999 ( Enero - Setiembre )**



Se muestran DISAS con las Tasas de Letalidad Intra-hospitalaria de Neumonía. En ellas, es impeditiva la necesidad de evaluar la atención hospitalaria que se brinda a los niños: infraestructura, insumos y sobretodo recursos humanos para optimizar la capacidad resolutive de los hospitales.

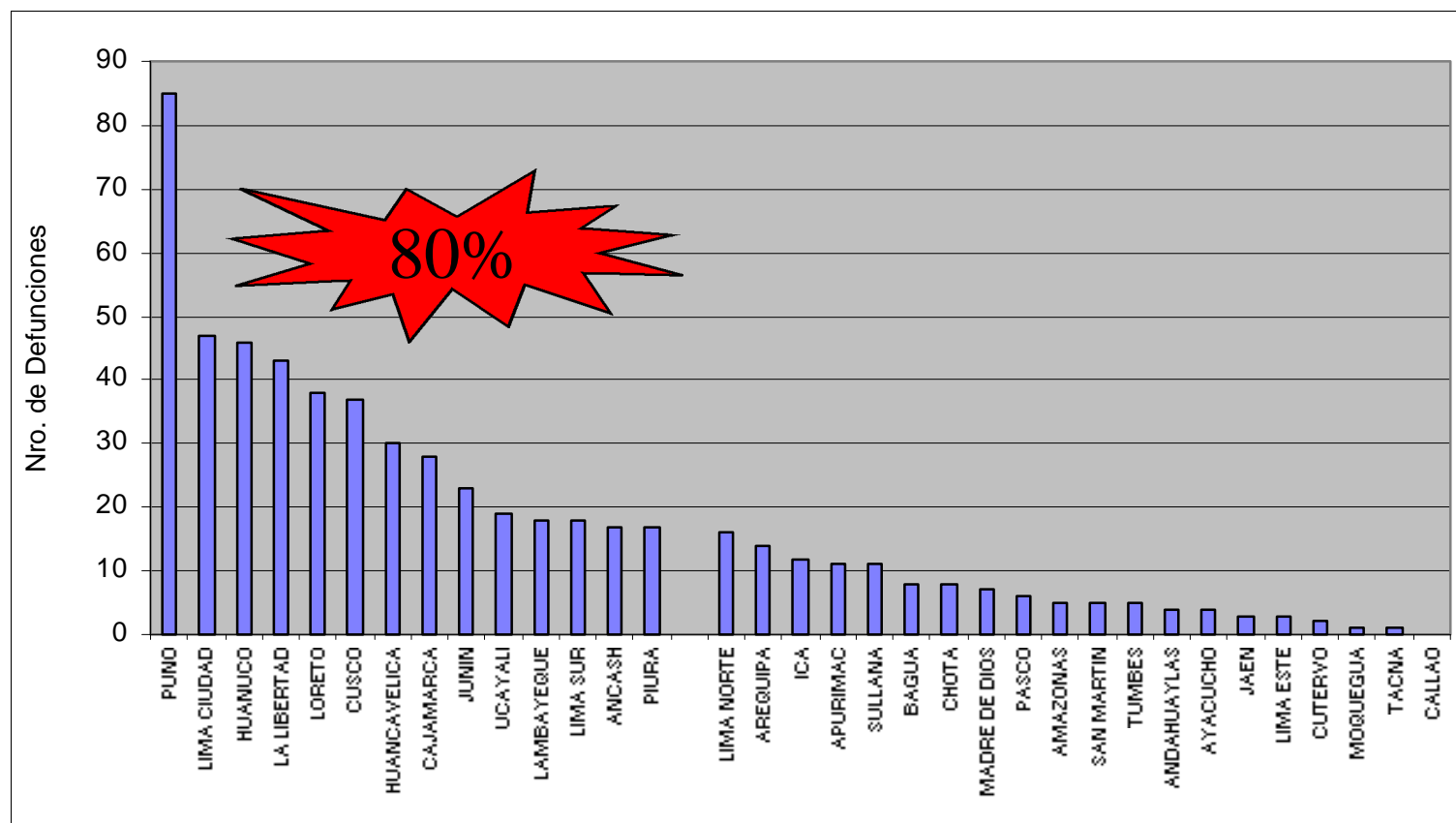
## MINSA: PROPORCION DE MUERTE EXTRAHOSPITALARIA POR NEUMONIA EN MENOR DE 2 MESES

1999 ( Enero - Setiembre )



Es elevada la proporción de muerte extrahospitalaria por neumonía principalmente en regiones de difícil acceso geográfico y cultural, además de saneamiento básico deficiente (problemática de viviendas).

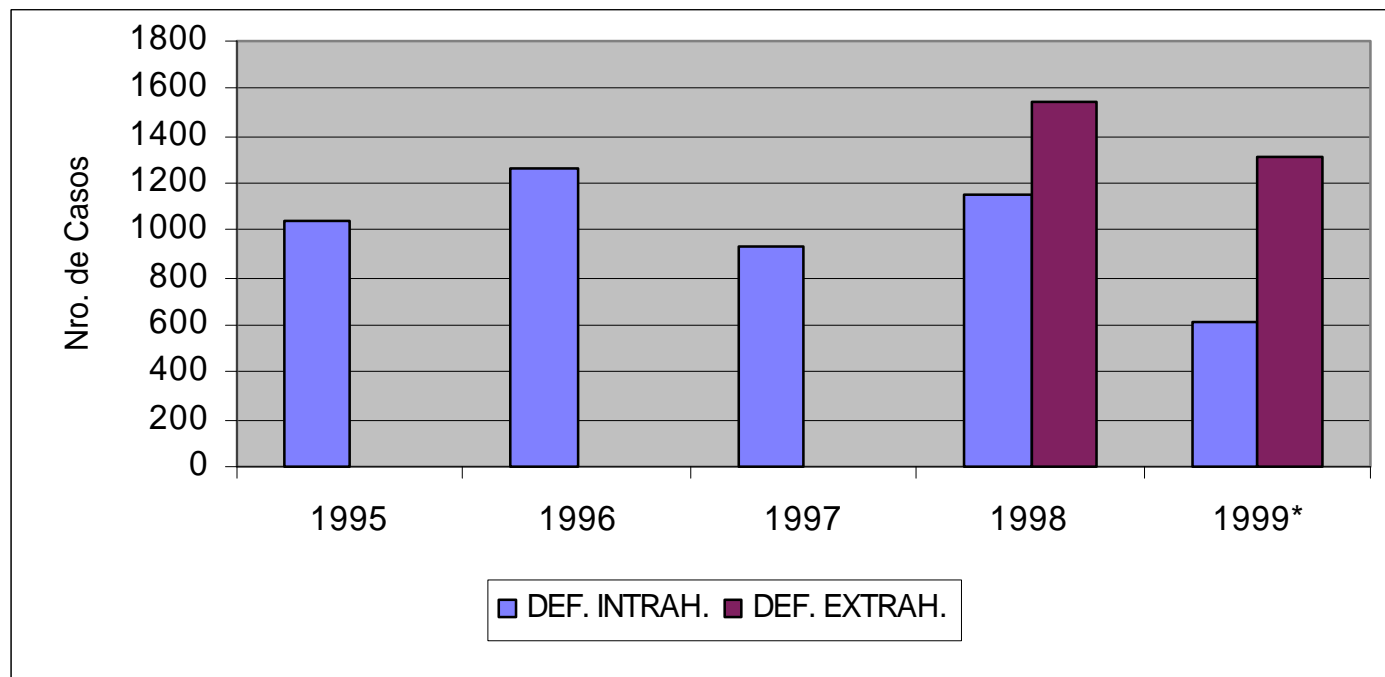
## MINSA: DEFUNCIONES INTRAHOSPITALARIA DE NEUMONIA, EN MENORES DE 05 AÑOS 1999 ( Enero - Setiembre )



Las defunciones intrahospitalarias por neumonía ocurren principalmente en regiones con características climáticas de mayor invierno, humedad, temperaturas muy bajas durante el invierno, viviendas inadecuadas.

FUENTE: Archivos SUBPCIRA

## MINSA: NUMERO DE DEFUNCIONES INTRAHOSPITALARIA Y EXTRAHOSPITALARIA POR NEUMONIA, EN MENORES DE 05 AÑOS 1995 - 1999\*



Las defunciones extrahospitalarias superan mucho a las defunciones intrahospitalarias, lo que obliga a buscar nuevas estrategias de intervención con un adecuado análisis social de los pobladores de las regiones más comprometidas.

AÑOS	DEF. INTRAH.	DEF. EXTRAH.
1995	1043	
1996	1263	
1997	936	
1998	1155	1545
1999*	616	1311

FUENTE: Archivos SUBPCIRA

(\*) Proyectado a partir del I Semestre 1999