



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE)

LOCALIDAD CHAPINERO 15 DE DICIEMBRE DE 2017



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Fecha: 15/12/2017

Lugar: Auditorio UPA Rio Negro

Hora: 8:00 a.m.

Citada por: Subred Norte USS Chapinero

1. **OBJETIVO:** Propiciar un espacio que permita el fortalecimiento del proceso de vigilancia de eventos de interés en salud pública

Metodología:

El desarrollo del COVE requirió de tres fases: preparación y gestión de la información, en la cual se realizó un proceso de articulación con los referentes de los subsistemas responsables de las temáticas central e itinerante; la segunda fase correspondió al análisis de la información, en el cual se elaboró el informe del COVE. Finalmente la fase de divulgación, en la cual se procedió a la publicación del informe y los soportes del espacio en el link: <http://www.subrednorte.gov.co/?q=content/informes-localidad>

Durante el desarrollo del COVE se realizaron presentaciones de forma magistral por cada una de las intervenciones previstas, mediante la presentación de diapositivas e interactuando con los asistentes a partir de la proyección de imágenes; El espacio de análisis del tema central, se desarrolló mediante socialización del tema Meningitis y el comportamiento en la notificación por cada localidad y conceptos básicos a tener en cuenta dentro de la notificación del tema central y los eventos que se encuentran en alertas debido a la fechas decembrinas.

Número de Participantes:

Se contó con un total de asistentes 76 representantes de las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD y funcionarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Caracterización de los Participantes:

La población asistente al COVE estuvo compuesta por profesionales del área de la salud como representantes de las UPGD y colaboradores de la Subred Norte E.S.E. del área de vigilancia en salud pública y vigilancia en salud ambiental.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL COVE.

La reunión se inicia con la Instalación del COVE, donde se presenta la agenda del día, metodología de trabajo para la Sesión.

AGENDA:

1. Instalación Comité de Vigilancia Epidemiológica Lectura Acta anterior
2. Comportamiento de Lesiones por Causa Externa (SIVELCE)
3. Tema Principal Meningitis (Referente de SDS)
4. Socialización Tableros de Control SIVIGILA y hallazgos en el proceso de notificación al SIVIGLA "Adivina quién?". (SIVIGILA).
5. Utilización de la vacuna inactivada contra la poliomielitis de manera fraccionada. (PAI)
6. Manejo Programático de Tuberculosis (Referente de TB).
7. Unidad de Análisis, caso Clínico Meningitis (Referente Transmisibles).
8. Alertas decembrina (Urgencias y Emergencias).

Se realiza la instalación del Comité dando inicio a la lectura de acta anterior, la cual es aprobada por todos los asistentes.

2. COMPORTAMIENTO DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA (SIVELCE)

Se realiza asistencia a COVE Local con el objetivo de realizar el reconocimiento de las acciones estipuladas para la Vigilancia Intensificada por Pólvora periodo 2017-2018; siendo de mayor interés:

A. proceso de manejo de información y el proceso de reporte del evento INS 452, cabe resaltar la importancia de la consolidación de IEC según los hallazgos y la consolidación de información relevante en torno a los factores de riesgo presentes al momento de la lesión.



B. proceso de aclaración frente a acciones de activación de la VIP Vigilancia Intensificada por Pólvora, siendo su punto de inicio el 1º de Diciembre 2017 al 14º de Enero 2018, cobrando prioridad los barridos telefónicos en los horarios establecidos.

C. socialización de hallazgos relevantes según localidad, en torno al proceso de reporte de eventos INS 452, total lesionados por pólvora pirotecnia y reporte descrito por ciclo vital, género y localidad de ocurrencia y residencia.

Se hace necesario como parte del proceso realizar la tipificación y manejo de:

1, Fichas de captura para los eventos en salud pública, tipificados por parte del sub proceso SIVELCE, siendo los de mayor relevancia INS 452 durante el periodo 1ro de diciembre de 2017 a 14 de enero de 2018.

2. Manejo adecuado de procesos de pre crítica de información y reporte según sea el evento de Historia Clínica, Epicrisis o Evolución de paciente.

Se realiza el proceso de sensibilización a las UPGD y UI frente a la importancia y reconocimiento de manejo de artefactos pirotécnicos, su incidencia social, como de igual manera a los imaginarios y representaciones sociales; con los detonantes para las festividades de fin e inicio de año los factores de riesgo asociados a consumo de SPA _Alcohol_ el aumento de riñas, hurto y en general las lesiones de corte intencional.

3. TEMA PRINCIPAL MENINGITIS (REFERENTE DE SDS)

¿QUÉ ES?

La Meningitis es el proceso inflamatorio que compromete las meninges: aracnoides y piamadre. La meningitis es un evento infeccioso transmisible, hay diferentes microorganismos causantes de esta enfermedad, bacterias, virus, hongos, parásitos y medicamentos. Los más importantes son las meningitis bacterianas (MB): Haemophilus Influenzae (Hi), Neisseria meningitidis (meningococo) y Streptococcus Pneumoniae

AGENTE ETIOLÓGICO



1. Haemophilus Influenzae
2. Streptococcus Pneumoniae
3. Neisseria Meningitidis

¿CÓMO SE TRANSMITE?

La propagación de la enfermedad se ve facilitada por el contacto estrecho y prolongado (besos, estornudos, tos, dormitorios colectivos, vajillas y cubiertos compartidos) con una persona infectada.

PORTADORES

- Neisseria meningitidis solo infecta al ser humano; no hay reservorios animales.
- Hay personas que son portadoras faríngeas de la bacteria, que a veces, por razones no totalmente esclarecidas, puede superar las defensas del organismo y propagarse al cerebro a través del torrente sanguíneo.
- Aunque nuestros conocimientos tienen lagunas, se cree que un 10 a 20% de la población es portadora de Neisseria meningitidis, aunque la tasa de portadores puede ser más elevada en situaciones epidémicas.

MECANISMO DE INFECCIÓN

Las bacterias se introducen por las vías respiratorias, pasan a la sangre, en el cerebro generan inflamación, pus, necrosis de tejidos y células, infarto y muerte.

Signos y síntomas frecuentes de MB:

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Vómitos
- Mialgias y artralgias
- Convulsiones
- Incapacidad para tolerar la luz (Fotofobia) o dolor ocular
- Rigidez de nuca
- Abombamiento de la fontanela en menores de 2 años
- Rash purpúrico o petequiral.
- Petequias Meníngeas
- La tríada sintomática clásica de: fiebre, cefalea y rigidez de nuca, se presenta en un 50 a 90% de los casos



- El compromiso de los pares craneanos: IV, VI y VII, se observa en un 20% de los casos.
- Los signos meníngeos, es decir, la rigidez de nuca, los signos de Kernig y Brudzinski se presenta en más del 50% de los casos, sin embargo, su ausencia no descarta el diagnóstico.

Signo de Kernig: Podálico: Paciente acostado, levantar un miembro inferior en extensión y sostenido por el talón. El sujeto no puede mantener extendido su miembro que flexiona forzosamente por la rodilla.

Limitación dolorosa de la extensión de la pierna sobre la rodilla, con flexión inicial del muslo sobre el abdomen.

Con el paciente supino con las caderas y rodillas flexionadas a 90°, la incapacidad de extender las rodillas más allá de los 135° sin causar dolor de la espalda baja o la cara posterior del muslo.

Cefálico: Al incorporar pasivamente al enfermo se flexionan las rodillas venciendo la resistencia que se les opone.

Brudzinski: Cefálico: Flexión de las rodillas al producir flexión de la cabeza.

Pélvico contralateral: Flexión de la pierna sobre el mulo y éste sobre la cadera. Se produce flexión de la rodilla contralateral.

De la mejilla o malar: Presión con un dedo sobre las mejillas, debajo de los malar. Se produce flexión de los codos y elevación de los brazos.

Pubiano: Presión o percusión sobre la sínfisis del pubis y produce flexión de ambas extremidades inferiores.

DEFINICIÓN DE CASO PROBABLE DE MB

Todo paciente que presente enfermedad de inicio súbito con fiebre (mayor de 38° C) cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas o signos:

- Rigidez de nuca
- Alteraciones de conciencia
- Señales de irritación meníngea (signos de Kernig y Brudzinski)
- Acompañado o no de rash purpúrico o petequiral (meningococo)
- En menores de un año, abombamiento de la fontanela.
- El examen de LCR deberá contar con las siguientes condiciones – LCR turbio – Gram de LCR positivo para bacterias: – -Diplococos Gram positivos (meningitis neumocócica) – -Diplococos Gram negativos intra o extracelulares (meningitis meningocócica) – -Bacilos Gram negativos (meningitis por H. influenzae) –



Recuento de leucocitos mayor de 100/mm³, con 80% de neutrófilos – Elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl – Disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl

ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA

- Infección invasora: Meningitis y/o meningococcemia (SEPSIS): Fiebre, escalofríos, malestar general, exantema macular, maculopapular o petequial.
- Sd. Waterhouse Friderichsen Púrpura, CID, shock.
- Dolor en extremidades/articulaciones • Frialidad de extremidades y prolongación de llenado capilar • Piel pálida o moteada • Taquicardia • Taquipnea, alteración de la respiración • Hipertonía • Oliguria, sed • Rash en cualquier parte del cuerpo (puede no ser signo temprano) • Dolor abdominal (puede asociarse a diarrea) • Somnolencia, confusión o alteración de la consciencia (signo tardío) • Hipotensión (muy tardío, signo premorten en niños) • Deterioro rápido.

DIAGNOSTICO

Sangre y LCR: Cultivos y antigenemia en látex

- Punción lumbar para realizar estudio citoquímico y bacteriológico del líquido cefalorraquídeo
- Hacerse lo antes posible, una vez que se establece la sospecha clínica y preferiblemente antes de instaurar el tratamiento antimicrobiano.

A partir del crecimiento bacteriano primario, se envía la cepa aislada en medio Cary Blair para todos los agentes bacterianos. Que se envía? TODAS las cepas implicadas en meningitis o enfermedad meningocócica aisladas de sangre o LCR. *N.meningitidis*, *H. Influenzae*, *L.monocytogenes*, *S.agalactiae*, C, ENTEROBACTERIAS, BACTERIAS FERMENTADORAS, ETC... Con ficha de laboratorio para cada microorganismo según el caso y ficha 535

ENVIO LCR AL INS

- En aquellos casos en los que el cultivo es negativo por tener antibioticoterapia previa pero la clínica cumple con criterios para definición de caso se debe enviar alícuota de LCR 500 ul directamente al INS Grupo de Microbiología para realizar PCR en tiempo real.

LCR POST MORTEM

- Las muestras de LCR se deben obtener antes de la generación de fenómenos cadavéricos tardíos en donde ocurre la putrefacción cadavérica (máximo 3 días después de la muerte en condiciones de refrigeración) con el fin de evitar contaminaciones.
- Siempre que exista sospecha de meningitis es conveniente la extracción de LCR, que se hará mediante punción en la cisterna magna (entre los hemisferios cerebelosos) con aguja larga desde la parte posterior del cuello.
- Se coloca al cuerpo en decúbito prono y se inserta la aguja en la línea media bajo la base del hueso occipital y dirigido levemente hacia arriba. Habrá que manipular con cuidado para evitar la hemorragia de los pequeños vasos de la zona.
- Si no se consigue de esta manera, se podría intentar mediante aspiración a través de agujero espinal entre L1 y L2. La zona de piel donde se va a realizar la punción lumbar se desinfecta con lugol-povidona al 10 % y se deja secar, procediéndose a la extracción de la mayor cantidad posible de líquido • Posterior a la obtención de muestra de LCR, se debe refrigerar en recipiente estéril sin formol y enviar al INS.

QUIMIOPROFILAXIS

Se debe administrar un tratamiento antibiótico de manera profiláctica a los contactos íntimos (núcleo familiar, comparten habitación o expuestos a secreciones orales del paciente) de acuerdo con las siguientes recomendaciones:

Antibiótico y Edad	Dosis y vía de administración	Duración
Rifampicina Menor de 1 mes	5mg/Kg, vía oral fraccionada cada 12 horas	2 días
Mayor o igual a 1 mes	10mg/Kg (máximo 600mg), vía oral fraccionada cada 12 horas	2 días
Ceftriaxona <Menor de 15 años	125mg intramuscular	Única dosis
Mayor o igual a 15 años	250mg intramuscular	Única dosis
Ciprofloxacina Mayor o igual a 1 mes	20mg/Kg (máximo 500mg)	Única dosis

ATENCIÓN DE PACIENTES



Habitación individual, en caso de ser necesario puede ser compartida por pacientes con el mismo diagnóstico.

Uso de mascarilla alta eficiencia, para las personas que tienen contacto cercano al paciente (menos de un metro).

Higiene de manos:

- Evite el contacto innecesario con las superficies cercanas al paciente.
- Realice la higiene de las manos con alcohol-gel.

- Cuando las manos estén sucias, lávelas con agua y jabón.

. Cuándo hacer higiene de manos:

1. Antes de tener contacto directo con el paciente.

2. Después del contacto con sangre o fluidos corporales.

3. Después del contacto con la piel del paciente.

4. Durante la atención al paciente, si las manos van de un sitio contaminado a un sitio limpio.

5. Luego del contacto con objetos contaminados. Traslado del paciente: - Avise al servicio de destino sobre el diagnóstico del paciente. – El paciente debe usar una máscara alta eficiencia para su traslado (excepto los niños pequeños). – Evite traslados innecesarios

ACCIONES EN VSP

- Notificación del caso DE MANERA INMEDIATA desde probable para los 3 agentes bacterianos de vigilancia

- Activación del equipo de transmisibles y UYE de localidad y nivel central en brotes.

- Acciones en las primeras 48 horas

- Visita domiciliaria IEC • Visita institucional y BAC

- Bloqueos y barridos, revisión de carnet de vacunación

- Establecimiento de contactos cercanos y sintomáticos

- Entrega de profilaxis • Revisión de condiciones higiénico-sanitarias.

- Seguimiento de casos diario y entrega de informes 24 horas, 48 horas, 72 horas y final al mes del evento y hasta el día 10 a los contactos estrechos.

- Unidades de análisis de mortalidad en caso de haber una.

- Ajustes necesarios en actas y certificados de defunción.

CONTACTOS ESTRECHOS



- Persona que ha mantenido al menos 4 horas de contacto en la semana previa al comienzo del inicio de síntomas del caso probable (contactos familiares, contactos en jardines, colegios o universidades, contactos laborales)
- Persona que habita en la misma vivienda por al menos 10 días antes de la aparición de los síntomas del caso probable
- Persona que ha mantenido contacto con secreciones respiratorias del caso probable (intubación, aspirado de secreción nasofaríngea o respiración boca a boca)
- Personal de salud que no ha utilizado adecuadamente los elementos de protección personal para la atención de estos casos

VACUNAS

Tipo de vacuna: Polisacáridos capsulares inactivos o muertos de cada serotipo. Dosis: de 9 a 23 meses 2 dosis con intervalos de 3 meses. De 2 a 55 años la dosis es única. Aplicación: Brazo. Serogrupos: A, C, Y y w135 de Neisseria meningitidis.

SITUACION NACIONAL

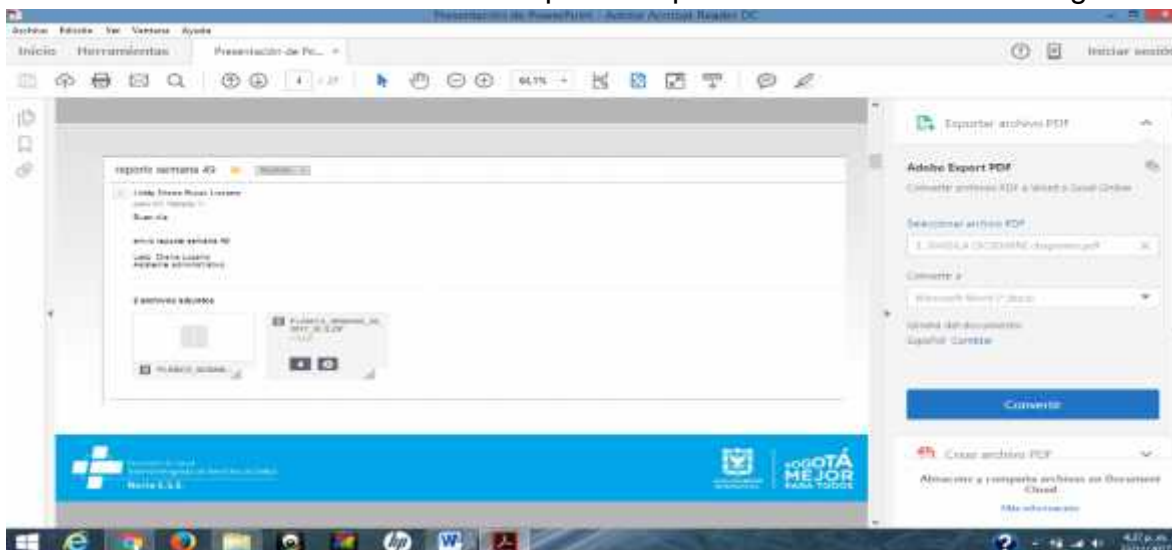
Hasta octavo periodo epidemiológico de 2017, se han notificado al siviigila 706 casos de meningitis bacterianas, el 6.7% como casos probables de meningitis por H. Influenzae 13.6% como casos probables de N meningitidis, el 18.1% casos probables de meningitis S pneumoniae y el 61.6% de casos probables por otros agentes bacterianos.

SITUACIÓN DISTRITAL A SEMANA 48, se presentan 183 casos notificados.

4. **SOCIALIZACION TABLEROS DE CONTROL SIVIGILA y HALLAZOGOS MÁS FRECUENTES EN LA NOTIFICACIÓN.**

Se le socializa a las UPGD y/o UI los tableros de control de SIVIGILA, con corte a semana epidemiológica 48. Se inicia a la presentación con el juego adivina quién?, para dar comienzo a la retroalimentación de los errores más frecuentes en proceso de notificación, donde se proyecta las diapositivas con el correo donde se recibe la notificación y se puede verificar que la mayoría de las UPGD realizan el envío de la notificación de la siguiente manera: “Envió notificación semana 49” y al

momento de abrir el correo lo que se puede observar es lo siguiente:



Lo anterior expuesto hace muy dispendioso al momento de realizar la descarga porque no sabemos que UPGD es la que realiza la notificación, se continua la socialización de los hallazgos con la notificación que se realiza adelantada por ejemplo estábamos en la semana 50 y una UPGD nos notificó la semana 51, se continua con una ficha de notificación de una mortalidad perinatal que nos llegó sin código de UPGD , sin ocupación del paciente, sin seleccionar el grupo de población del paciente, sin código de municipio, la dirección mal geo referenciado, sin fecha de defunción, sin certificado de defunción y sin causa básica de la muerte,

Se continua con la socialización donde la profesional de la UPGD encargada de la notificación realiza la precritica de la ficha pero aun así nos llega a salud publica una ficha que en el ítem de tipo de régimen en salud aparece indeterminado/pendiente, nos llega otra ficha de notificación sin código de la UPGD, sin código del evento, sin ocupación del paciente, y se mira el correo para verificar la UPGD y no aparece el contacto de la persona encargada de la notificación ni el nombre de la UPGD, se les dice a las UPGD que se encuentran el comité de la importancia de la precritica de la ficha y de la retroalimentación a la parte asistencial encargada de diligenciar la ficha de notificación.

Se continua con la observación que se han presentado una serie de inconvenientes al momento de solicitar una ficha que ya se había enviado pero al momento de buscarla no se encuentra por que viene en un archivo con otras fichas y el archivo vine con el nombre de un código que le asigna la UPGD, de



esta forma se le retroalimenta a las UPGD todos los hallazgos evidenciados en esto últimos meses del año, también se le hizo la recomendación de enviar la notificación al correo estipulado para la localidad de chapinero que es sivigila.chapinero2@gmail.com, lo anterior ya que se presentó que la notificación la envían a otros correos de la red norte.

A continuación se realiza un resumen de los hallazgos encontrados en el proceso de notificación:

- Envío de correos de notificación semanal e inmediata sin asunto claro
- Envío de respuestas a solicitudes que no permiten favorecer consecución de acciones frente al evento
- Fichas de notificación enviadas y no incluidas en base SIVIGILA
- Envíos de Sin asunto que permita identificar unidad que reporta
- Envío notificación semanal tardía
- Envío incompleto de fichas de notificación

Debido a lo anterior se les dice a las UPGD y/o UI que a partir de hoy 15 de diciembre de 2017 se deben tener en cuenta las siguientes indicaciones para el envío de la notificación semanal e inmediata:

ASUNTO NOTIFICACION SEMANAL

NOTIFICACION SEMANAL SEMANA 50 CLINICA EL COUNTRY

ASUNTO NOTIFICACION INMEDIATA

NOTIFICACION INMEDIATA LUNES (MIERCOLES, JUEVES, VIERNES) SEMANA 50 CLINICA DE LA MUJER

ASUNTO ENVIO INFORME BAI

INFORME BAI MES DICIEMBRE CLINICA VIP

Para finalizar con la presentación de SIVIGILA se realiza la socialización de los indicadores de SIVIGILA con corte a semana 48, donde se les muestra en la diapositiva los hallazgos que se evidencia en los indicadores SIVIGILA, respecto a los siguientes ítem: la oportunidad del envío de la base semanal, en cuanto a los eventos que ingresan confirmados por laboratorios, la oportunidad del ingreso de los eventos al aplicativo dentro de los 7 primeros días de notificación. Los eventos que ingresan probables o sospechosos y la oportunidad de ajustes con sus respectivos laboratorios. Se les reitera lo del envío de la BAI.

5. UTILIZACIÓN DE LA VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIOMIELITIS



DE MANERA FRACCIONADA

Población Objeto: Niños y niñas de 2 meses a 11 meses y 29 días. Todos los niños y niñas de 2 meses de edad hasta los 11 meses 29 días, que inician el esquema de vacunación contra la Poliomieltitis a partir del 01 de enero de 2018 deben ser vacunados con el siguiente esquema:

Esquema:

DOSIS	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	1ER REF	2DO REF
EDAD	2 MESE	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO VACUNA	VIPf	VIPf	VOPb	VOPb	VOPb
VIA	Intradérmica	Intradérmica	Oral	Oral	Oral
DOSIFICACION	0.1ml	0.1ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas

Población Objeto: Todos los niños y niñas que iniciaron antes del 01 de enero de 2018 el esquema de vacunación contra la Poliomieltitis con la primera dosis intramuscular, deben ser vacunados con el siguiente esquema:

DOSIS	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	1ER REF	2DO REF
EDAD	2 MESE	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO VACUNA	VIP	VIPb	VOPb	VOPb	VOPb
VIA	Intramuscular	Oral	Oral	Oral	Oral
DOSIFICACION	0.5ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas	2 gotas

Población Objeto: Niños y niñas de 12 meses a 5 años, 11 meses y 29 días. Todos los niños niñas de 12 meses de edad a 5 años 11 meses y 29 días, que inician el esquema de vacunación contra Poliomieltitis, a partir del 01 de enero de 2018 deben ser vacunados con el siguiente esquema:

DOSIS	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	1ER REF	2DO REF
TIPO VACUNA	VIP	VIPb	VOPb	VOPb	VOPb
VIA	Intramuscular	Oral	Oral	Oral	Oral
DOSIFICACION	0.5ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas	2 gotas

Población Objeto: Niños y niñas de 2 meses a 5 años, 11 meses y 29 días inmunocomprometidos, o con contacto con inmunocomprometidos, el esquema es y sigue siendo todo el esquema con la vacuna inactividad contra la Poliomieltitis, dosis completa aplicada vía intramuscular.

DOSIS	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	1ER REF	2DO REF
-------	---------	---------	---------	---------	---------



EDAD	2 MESE	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO VACUNA	VIP	VIP	VOP	VOP	VOP
VIA	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular
DOSIFICACION	0.5ml	0.5ml	0.5ml	0.5ml	0.5ml

VACUNAS CONTRA POLIOMIELITIS INACTIVADA DISPONIBLE

BILTHOVEN BIOLOGICLAS: No Replicativa, confiere inmunidad contra los tipo 1, 2 y 3

IMOVAX POLIO: No Replicativa, confiere inmunidad contra los tipo 1, 2 y 3

Insertos o Prospectos

La implementación de VIPf no está incluida en el inserto.

Septo del vial: El septo de viales de VIP tolera múltiples punciones sin mostrar derrames, estudios ha demostrado que el septo cumple los estándares USP marca para más de 50 pinchazos.

VACUNA VIPf

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES:

- ✓ La VIP no se debe administrar a personas con alergia documentada o conocida a la estreptomycin, la neomicina o la polimixina B, o con antecedentes de reacción alérgica después de una inyección previa de la VIP.
- ✓ La VIP se puede administrar a lactantes prematuros (nacidos con menos de 37 semanas de gestación) en la edad cronológica recomendada para otras vacunas del esquema de rutina.
- ✓ Las vacunas contra la poliomielitis (VIP dosis completa o fraccionada y bVOP) pueden ser administradas a los lactantes asintomáticos infectados con el VIH. La prueba del VIH no es un requisito previo para la vacunación.

CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:

- ✓ La vacuna se debe conservar entre +2°C y +8°C en refrigeradores y termos de transporte.
- ✓ No exponer a la luz solar ni se debe congelar.
- ✓ La prueba de agitación no es efectiva para determinar si un vial de IPV ha sido congelado.



- ✓ Si se sospecha que un frasco de VIP ha sido congelado debe ser descartado.
- ✓ Cada vez que se abra un frasco se deberá registrar en el marbete la fecha y la hora de apertura, esto permitirá verificar el cumplimiento de los días establecidos en la política de frascos abiertos de Colombia.

¿CÓMO SE REGISTRA LA VIPf EN EL APLICATIVO PAI?

- Se está realizando adecuación en el aplicativo PAI Versión 2.0.
- Se solicitó el ingreso de un campo donde se registre si se presenta púpula o no al administrar el biológico.

¿CÓMO SE REGISTRA LA VIPf EN EL INFORME DE MOVIMIENTO DE BIOLÓGICOS Y KARDEX?

- ✓ Al momento del cambio del uso de dosis completa de IPV por dosis fraccionadas, los responsables de los centros de acopio e IPS vacunadoras deberán proceder a cambiar en los diferentes registros de inventario (ejemplo: software para el manejo de inventario de vacuna, formatos de solicitud y recepción técnica, kardex o libros de control) la presentación del vial de VIPf de 5 dosis completas por 25 dosis fraccionadas.
- ✓ De existir frascos abiertos, estos deberán ser identificados y marcados escribiendo directamente en el frasco VIPf. Esto ayudará a recordar sobre el cambio de dosis a administrar.

¿QUÉ PROBABILIDADES HAY DE UN ESAVI POR LA VIPf?

Las reacciones adversas notificadas después de la vacunación por lo general se produjeron en los tres primeros días después de la vacunación y fueron de carácter pasajero.

- ✓ Reacciones locales son raras: hinchazón, enrojecimiento, dolor en el sitio de punción.
- ✓ Reacciones sistémicas son raras: Malestar, fiebre.
- ✓ Trastornos neuronales son muy raros: (poli)neuropatía.
- ✓ Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino: Apnea en niños muy prematuros (< 28 semanas).



6. MANEJO PROGRAMATICO DE TUBERCULOSIS

Se inicia con la socialización de la normatividad específica del programa ya que este se encuentra enmarcado dentro del programa Nacional de control de TB y Hansen a nivel nacional, como son: Resolución 412 de 2000, Circular 058 de 2009, Circular 001 de 2013, Circular 007 de 2015 y Circular 055 de 2016, donde se hace referencia a la circular 007 de 2015 la cual adopto nuevas definiciones del programa, actualizo esquemas de tratamiento, normo actividades colaborativas TB/VIH y manejo de la TB Latente y la circular 055 de 2016 la cual actualizó esquemas de tratamiento para niños y pacientes fármaco resistentes y modificó la programación de la meta de captación de sintomáticos respiratorios para las IPS y EAPB.

Se presenta el cumplimiento de la meta de captación de Sintomáticos Respiratorios a tercer trimestre de 2017 por cada IPS de la Localidad de Engativá, donde se llama la atención frente al bajo cumplimiento, lo cual incide directamente en el diagnóstico tardío y la alta mortalidad de la enfermedad en la población residente en la localidad.

Se contextualiza a los asistentes en cuanto al mapa epidemiológico del evento de Tuberculosis, donde se observan los casos residentes de este evento en la red norte para el año 2016, donde se explica que el 25% de los casos diagnosticados en el distrito tienen residencia en la red norte siendo las localidades de Suba y Engativá las localidades con mayor número de casos residentes y podemos observar que la tuberculosis es un evento aun presente en la población y que estamos lejos de erradicar.

Se socializan los métodos diagnósticos para TB disponibles en Colombia adoptados por la circular 007 de 2015, los cuales son Baciloscopia, Cultivo (Gold Estándar), Histopatología y Pruebas Moleculares y métodos orientadores como la prueba de tuberculina (PPD) e imágenes diagnósticas. Se comenta que con el ingreso de las pruebas moleculares como diagnóstico de TB se pueden tener casos con Baciloscopia Negativa, Cultivo negativo y prueba molecular positiva donde se considera caso de Tuberculosis confirmado por laboratorio y se debe iniciar tratamiento.

También se socializan los esquemas de tratamiento vigentes normados por la circular 007 de 2015, para TB Sensible, para pacientes con comorbilidades y para niños; sin embargo se hace la aclaración que el esquema de niños fue actualizado por la circular 055 de 2016 y que el país está haciendo los trámites para la importación de las presentaciones adoptadas por la circular, mientras llegan estas presentaciones a Colombia se continuará con la presentación existente.



Se hace referencia al sistema de información del programa donde se refiere que es un evento de notificación obligatoria al SIVIGILA, con los códigos 815 para Tuberculosis Sensible y 820 para Tuberculosis Resistente, se explica la importancia del diligenciamiento completo de la ficha de notificación dado que de allí se realizan actividades desde el área de Salud Pública que implican la localización del paciente para ubicación y continuidad de tratamiento.

Se socializa la tarjeta individual de tratamiento y la importancia de su diligenciamiento completo ya que es una herramienta que nos brinda información sobre la administración del medicamento, enfermedades de base, controles médicos y bacteriológicos, vigilancia de reacciones adversas y condición de egreso del paciente.

En cuanto al paciente que se encuentra en el programa se hace referencia a los controles médicos y bacteriológicos a los cuales tiene derecho el paciente durante su tratamiento, al paciente con diagnóstico de tuberculosis se le debe realizar un control mensual donde por normatividad (Circular 058 de 2009) los meses impares debe ser visto por la enfermera y los meses pares por médico, el objetivo de estos controles es realizar seguimiento a la mejoría clínica, ganancia de peso, adherencia al tratamiento, vigilancia a reacciones adversas. Además en los casos de TB Pulmonar se debe realizar control bacteriológico al finalizar la primera fase, en la mitad de la segunda fase y al finalizar el tratamiento con el fin de realizar seguimiento a la negativización de la Baciloscopia.

Se socializan los documentos requeridos por el programa local para la solicitud de tratamiento en caso de diagnosticar algún caso: Ficha de notificación, Formula Médica según esquema, Laboratorio diagnóstico, resumen de historia clínica y resultado prueba de VIH.

Se socializan actividades colaborativas TB/VIH, donde las dos principales líneas son Disminuir la carga de VIH en pacientes con TB y Disminuir la carga de TB en PVV. También se comentan las condiciones de egreso del programa dado que una vez un paciente es diagnosticado con TB debemos dar cuenta de la condición de egreso del mismo.

Por último se socializa la circular 055 de 2016 mediante la cual se debe realizar la programación de SR a captar para el año 2018, teniendo en cuenta las nuevas disposiciones establecidas para realizar esta programación.

7. UNIDAD DE ANALISIS – CASO CLINICO MENINGITIS

Objetivo:

Evaluar los conocimientos adquiridos sobre el tema de Meningitis en el grupo

asistente al COVE

Metodología:

Cuestionario (9 preguntas)

Se explica a los participantes la metodología y objetivos de la unidad de análisis, así como las preguntas a resolver las cuales son de selección múltiple.

Preguntas:

1. Cumple con definición de caso para algún evento en Salud Pública?
2. Si respondió si a la anterior pregunta... ¿Cuál evento considera usted es?
3. Qué muestras tomaría?
4. Si el Líquido es positivo para alguna bacteria usted lo notificaría y por qué?
5. Si realizó la notificación esta se haría semanal o inmediata?
6. Enviaría la muestra a SDS y por qué?
7. Considera que los profesionales de la salud que atendieron el caso requieren profilaxis antibiótica?
8. Si usted consideró notificar el caso además de la ficha de notificación que otros documentos debería enviar?
9. Dado que el paciente falleció considera que debe realizar una unidad de análisis interna donde se analicen las demoras?

Se evidencia a partir de la evaluación realizada que existe el conocimiento decuado para llevar a cabo las IEC ya que el grupo en general cuenta con conceptos claros y coherentes que fortalecen el proceso.

Respuestas	Porcentaje de respuesta correcta
1. Si cumple con la definición de caso	100%
2. Meningitis Bacteriana	100%
3. Líquido Cefalorraquídeo, Cuadro Hemático, Cultivo de LCR	100%
4. Si se notifica, para cualquier bacteria, por la presencia de infección bacteriana para iniciar tratamiento, tipificación y estudio de caso	100%
5. Inmediata	100%
6. Si se envía para realizar tipificación y confirmar clase de bacteria	100%
7. Si es necesario que el personal reciba profilaxis antibiótica	100%



8. Historia Clínica, Resultados de Laboratorio	100%
9. Si se debe realizar Unidad de Análisis y considerar y analizar las demoras	100%

DESCRIPCIÓN ANALÍTICA DEL COVE.

Prácticamente por cada minuto que transcurre, se produce en el mundo un nuevo caso de meningitis meningocócica, una infección causada por una bacteria llamada *Neisseria meningitidis* que ataca las meninges, las membranas de tejido que cubren el sistema nervioso central. La meningitis meningocócica puede causar también una infección generalizada y producir la muerte en 24 o 48 horas.

La enfermedad es letal en uno de cada 20 niños afectados y también muere uno de cada tres con meningococemia. El fallecimiento puede ocurrir apenas 12 horas después de iniciados los primeros síntomas.

La enfermedad, que causa unos 500.000 casos al año y al menos 50.000 muertes, es prevenible por vacunación.

Si bien puede ocurrir a toda edad, sus víctimas más frecuentes son los menores de 5 años, y dentro de este grupo el impacto mayor ocurre entre los lactantes menores de un año, con un pico entre los 3 y 6 meses de edad. Sin embargo, en muchos países de Europa y América del Norte (EE.UU. y Canadá) se observa un segundo pico en adolescentes y adultos jóvenes.

Los países que han establecido estrategias efectivas de vacunación para controlar la enfermedad han optado por la vacunación a adolescentes, ya que al ser estos generalmente los portadores de la bacteria, si se los inmuniza se corta la circulación del virus. Tal es el caso del Reino Unido y Holanda. Argentina, en línea con esa estrategia, ha anunciado en marzo de 2015 la vacunación contra la meningitis por meningococo para adolescentes además de niños.

En Venezuela, el Ministerio de Salud cumple con la norma de la OPS y de la OMS en el sentido de vigilar la enfermedad o infección por meningitis producida por esta bacteria; y la cual tiene dos formas: la meningitis y la enfermedad meningocócica. La diferencia está en que una se focaliza en las meninges y la otra ataca a todo el cuerpo.



Según datos publicados por esa dependencia gubernamental, el comportamiento de la enfermedad varía de un año a otro. En el 2010 se registraron 29 casos de meningitis y enfermedad meningocócica. Luego, en los dos años siguientes la cifra subió 53 (2011) y 71 (2012) casos, y luego disminuyó en 2013 y 2014 con 57 y 33 personas afectadas por tales enfermedades.

El ministerio de Salud mantiene su atención en cómo se distribuye la enfermedad en la población y toma medidas especiales -en cuanto al control para romper la cadena epidemiológica- cuando surge un brote. Y lo hace siguiendo las pautas internacionalmente válidas y reconocidas.

Cabe destacar que esta enfermedad no respeta clase social, pero se ve con más frecuencia en los estratos económico social más bajos y se distribuye en toda la geografía del país.

Al final de la Evaluación se hace claridad en cada una de la preguntas con todos los asistentes. En conclusión el promedio de respuestas correctas estuvo en un 100%.

8. ALERTAS DECEMBRINA (URGENCIAS Y EMERGENCIAS).

Por último el referente de urgencias y emergencias de Chapinero.

Se socializa la circular 00000044 del 04 de diciembre del 2017 vigilancia y control por intoxicaciones de bebidas alcohólicas adulteradas por metanol

Entre diciembre y enero la posibilidad de que se presenten intoxicaciones por bebidas alcohólicas adulteradas por metanol aumentan en comparación con otros periodos en virtud de las festividades que se celebran en esta temporada.

Esa intoxicaciones pueden causar la muerte, afectar seriamente la salud, dejar secuelas y alterar la integridad física y emocional de las personas. Adicionalmente puede originar impactos sociales así como económicos. Debido a las secuelas tan graves como la ceguera en población económicamente productiva.

Durante la vigilancia intensificada 2016 -2017 comprendida del 01 de diciembre de 2016 al 16 de enero 2017, se identificó en el SIVIGILA la notificación de 19 casos de intoxicación por posible bebida alcohólica adulterada con metanol en todo el territorio nacional de las cuales 2 presentaron confirmación por laboratorio las demás fueron confirmadas por clínica.

DIRECTRICES, GESTIÓN DEL RIESGO:



Gobernadores y alcaldes: Implementar acciones para la prevención control y manejo de las intoxicaciones por bebidas alcohólicas (policía y gestión del riesgo locales).

Secretarías departamentales y distritales de salud: Seguimiento continuo a las medidas de reducción y planes de emergencia y contingencia implementados durante la vigilancia.

EAPB a través de la IPS: Informar y educar a la población sobre intoxicaciones por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol a la población general. Atención oportuna para evitar al máximo la progresión del cuadro clínico.

Vigilancia en salud pública: notificación inmediata ficha 365.

Caso confirmado por clínica: Paciente que posterior al contacto con una o más sustancias químicas por la vía dérmica (piel y mucosas), respiratoria (inhalación), digestiva, parenteral (intravenosa, subcutánea o intramuscular) u ocular, presenta manifestaciones de un toxidrome o un cuadro clínico de intoxicación compatible o característico con la exposición a la(s) sustancia(s) implicada(s).

Existe una relación temporal entre la exposición y la aparición del cuadro clínico.

El cuadro clínico no puede explicarse por otras razones.

Se debe verificar por parte del médico tratante si el evento es intencional (intento de homicidio e intento de suicidio) o no intencional (accidental, ocupacional).

Caso confirmado por laboratorio: Todo caso confirmado por clínica que por análisis de laboratorio se comprueba la presencia de la(s) sustancia(s) en algunas de las muestras biológicas del paciente (sangre, orina, saliva, contenido gástrico, tejidos de diferentes órganos (hígado, riñón, cerebro, cabello, unas, etc.) y/o en otras muestras como alimentos, bebidas, envases, cigarrillos, vegetales, medicamentos, restos de vestidos y otros elementos que hayan servido de vehículo y en los cuales se sospeche que estén contaminados con la(s) sustancia(s) que puedan ser causantes de la intoxicación. La muestra también puede proceder del ambiente que se sospecha contaminado, tales como aire, agua, suelo y residuos sólidos o líquidos.

Las intoxicaciones por bebida alcohólica adulterada con metanol deben ser confirmados por laboratorio o por nexos epidemiológicos.

Investigación epidemiológica de campo IEC: Caracterización del caso; estado de salud, signos y síntomas presentados, fecha de inicio de síntomas, tipo de exposición, descripción de la bebida alcohólica implicada, tipo de adulteración, tipo de establecimiento, lugar de consumo o de adquisición de la sustancia.

Recomendaciones de la alerta: comprar el licor en un lugar autorizado, no compre en ventas ambulantes, revisar bien la botella o empaque tetrapack verificando sellos estampillas y cierre, verificar las características internas como color homogéneo no debe presentar partículas ni sedimentos, desconfiar si su precio es

inferior al que se consigue en el mercado.

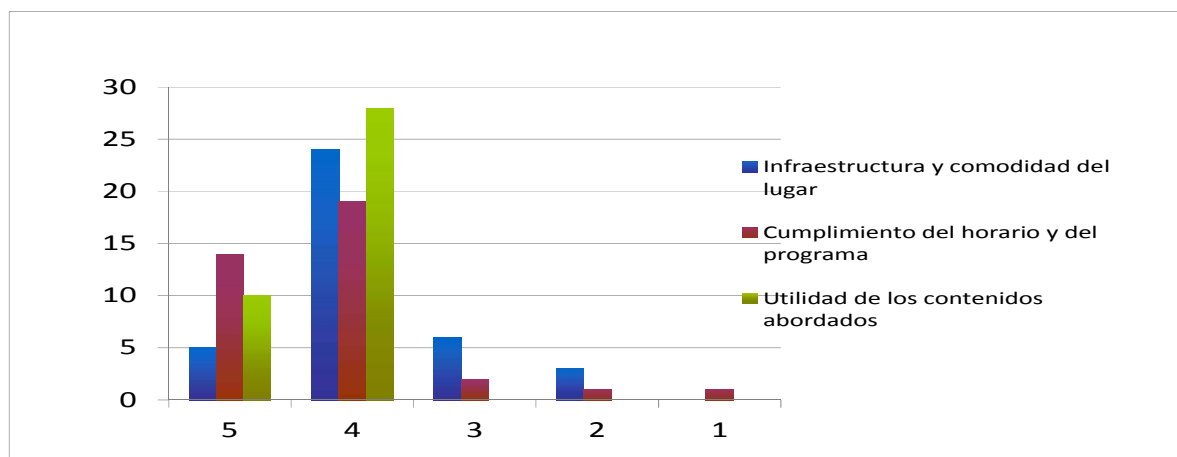
ETA: se recuerda la alerta para esta temporada, es un evento de notificación inmediata cuando se asocia a un brote, la ficha es la 355.

RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL COVE.

Una vez abordada la agenda del COVE, se procede a realizar la evaluación del ejercicio,

ASPECTOS GENERALES: En cuanto a la percepción de infraestructura del lugar, cumplimiento del horario y utilidad de la temática, de los asistentes que contestaron la evaluación el 38% de los asistentes calificó como muy buena, el 93% como buena y el 8% regular, el 5% como malo-

Figura 1. Resultados evaluación aspectos generales COVE, Diciembre 15 de 2017



Fuente: evaluación COVE 15 Diciembre 2017

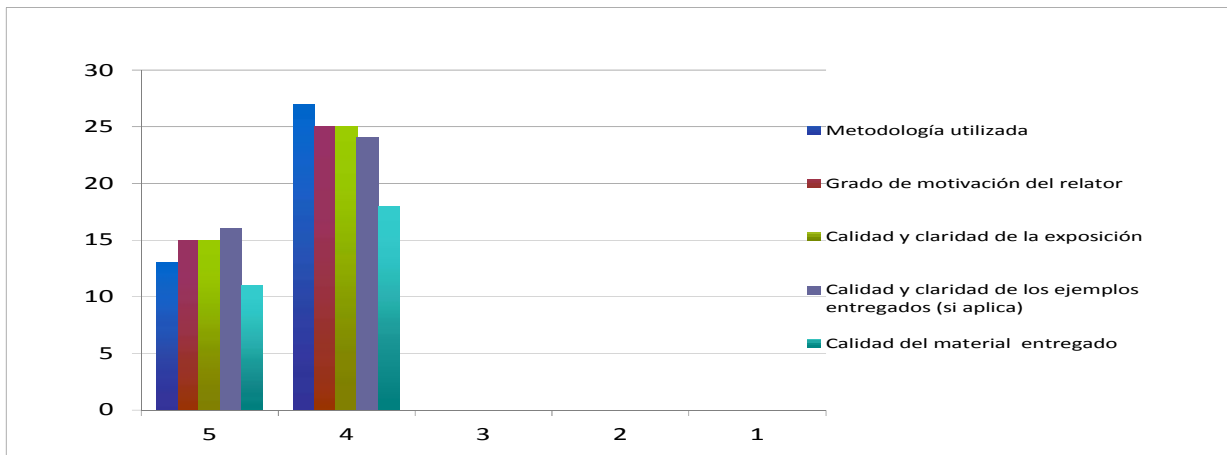
EVALUACION DE LAS TEMATICAS:

Comportamiento de lesiones por causa externa (SIVELCE)

En cuanto a la percepción de la primera temática, la metodología utilizada para el 17% de los asistentes fue muy buena, y el 36% considero que era buena, para el grado de motivación el 20% de los asistente manifestó que era muy buena, el 33% que era buena, en cuanto a la calidad y claridad de la exposición para los asistentes que respondieron la evaluación para el 20% fue muy buena y para el 33% de los asistente fue buena. Claridad y Calidad de los ejemplos entregados

para la mayoría de los asistentes que respondieron la evaluación para el 21% fue muy buena y el 32% de los asistente manifestó que fue buena.

Figura 2. Comportamiento de lesiones por causa externa (SIVELCE) Diciembre 15 de 2017

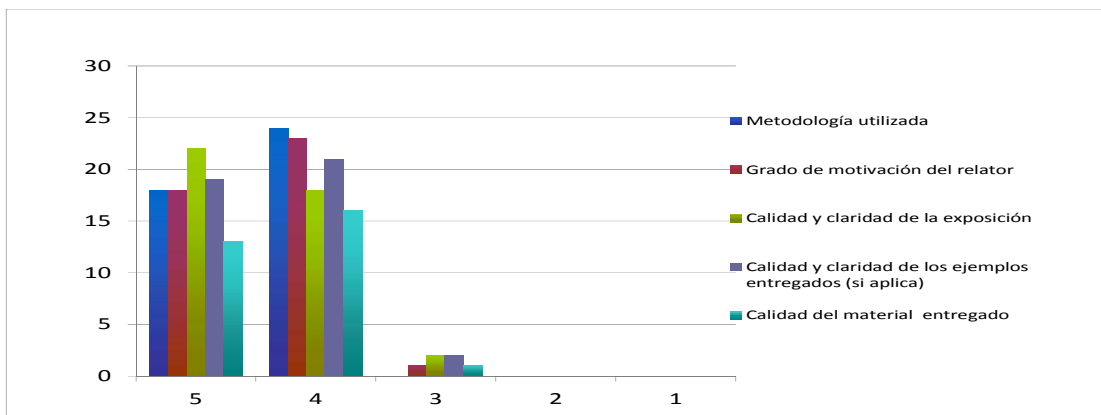


Fuente: evaluación COVE 15 Diciembre 2017

MENINGITIS

En la socialización de Meningitis el 24% de los asistentes califico como muy buena la metodología utilizada, el 32% buena. El grado de motivación para el 24% fue muy buena, el 30% buena. El 45% de los asistentes no diligencio el formato de evaluación.

Figura 3. Meningitis Diciembre 15 de 2017

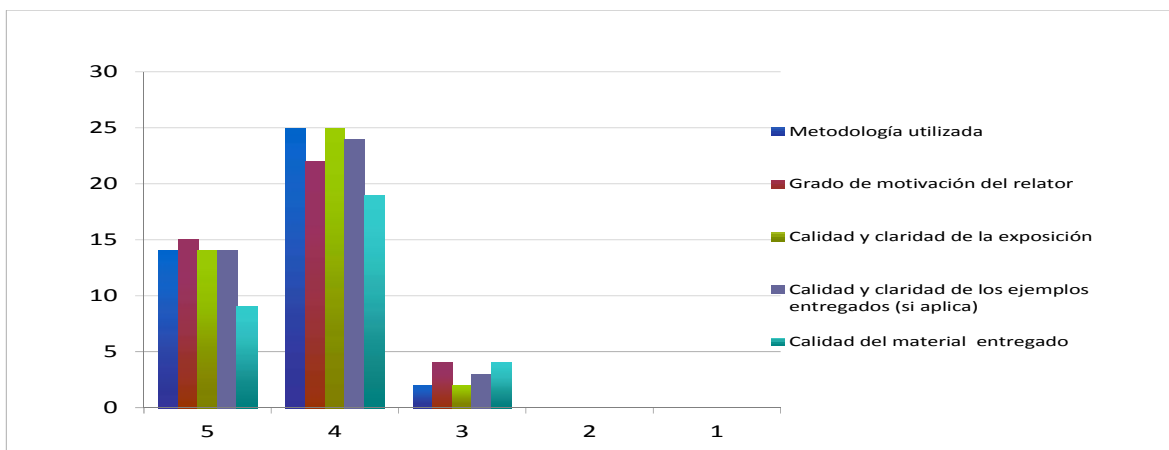


Fuente: evaluación COVE 15 Diciembre 2017

Utilización de la vacuna inactivada contra la poliomielitis de manera fraccionada

Para el tema de la utilización de la vacuna inactiva contra la poliomielitis, en cuanto a la metodología utilizada el 18,4% de los asistentes que contestaron la evaluación consideraron que fue muy buena, el 33% buena y el 3% regular, para el grado de motivación del expositor para el 20% fue muy buena, el 29% buena el 5% regular, en cuanto a la calidad y claridad de la exposición para el 18,8% de los asistentes que contestaron la evaluación fue muy buena, para el 33% fue buena, y para un 3% fue regular. Para la Calidad y claridad de los ejemplos entregados para el 18,4% fue muy bueno, 32% buena y el 4% regular.

Figura 3. Utilización de la vacuna inactivada contra la poliomielitis de manera fraccionada, Diciembre 15 de 2017



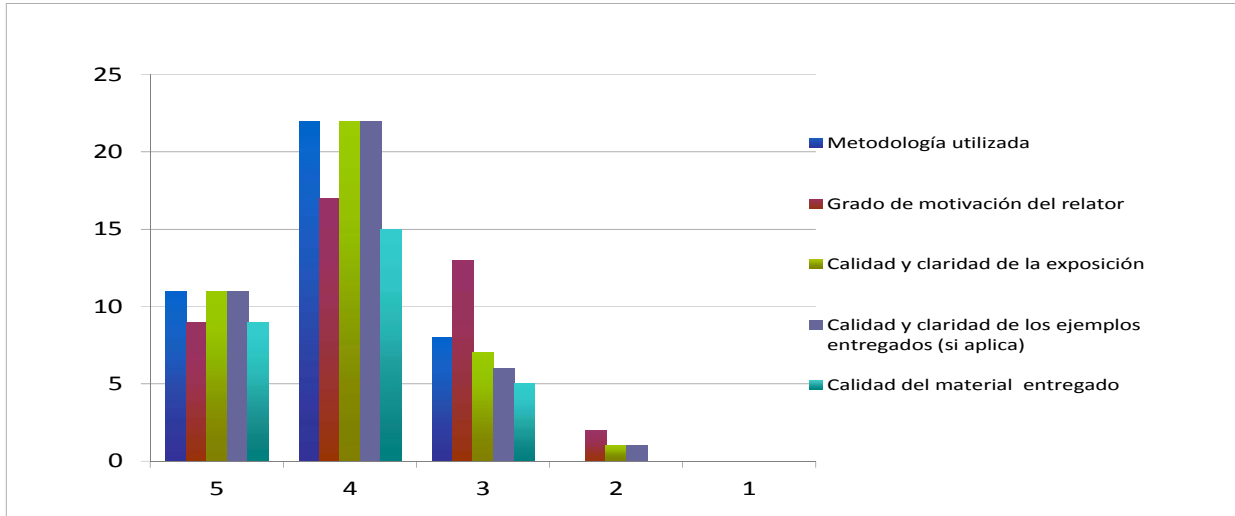
Fuente: evaluación COVE 15 Diciembre 2017

Manejo programático de tuberculosis

Para el comportamiento del manejo programático de tuberculosis, En cuanto a la temática, metodología utilizada el 15% de los asistentes contestaron que fue muy buena, para el 29% fue buena, y para el 11% regular, para el grado de motivación del relator el 12% de los asistentes consideraron que era muy buena, el 29% buena, el 17% regular y un 3% malo. En cuanto a la calidad y claridad de la exposición para el 15% de los asistentes que contestaron la evaluación fue muy

buena, para el 29% fue buena, para un 9% fue regular y para 1,3% fue mala. Para la calidad y claridad de los ejemplos entregados para el 15% fue muy buena, el 29% fue bueno, un 8% regular y para 1,3% fue malo.

Figura 4. Manejo programático de tuberculosis, Diciembre 15 2017

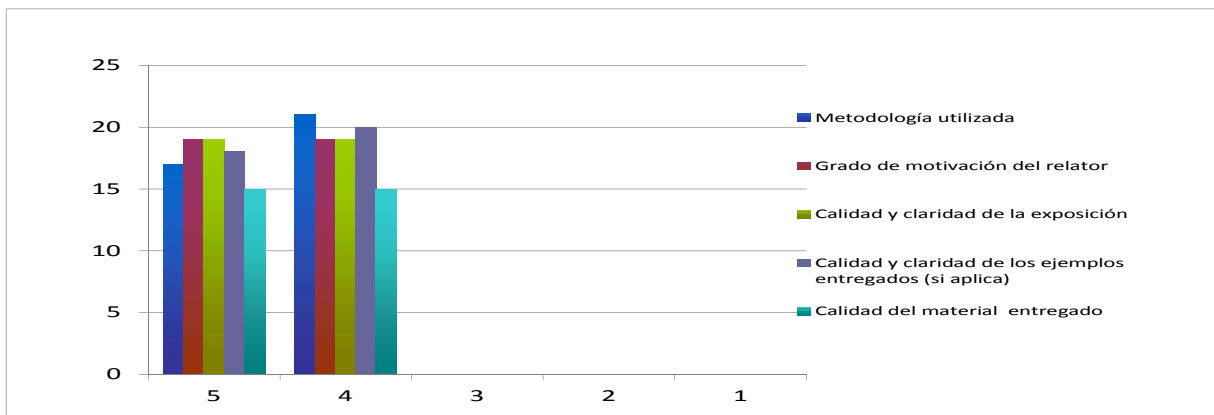


Fuente: evaluación COVE 15 Diciembre 2017

Unidad de análisis

En cuanto a la unidad de análisis, la temática, metodología utilizada el 22,4% de los asistentes contestaron que fue muy buena, para el 28% fue bueno, para el grado de motivación del relator el 25% de los asistentes consideraron que era muy buena y el mismo 25% considero que era buena. En cuanto a la calidad y claridad de la exposición para el 25% de los asistentes que contestaron la evaluación fue muy buena, para el mismo 25% de los asistentes considero que fue buena. Para la calidad y claridad de los ejemplos entregados para el 24% fue muy buena, el 26,3% fue bueno.

Figura 5, Unidad de análisis, Diciembre 15 2017



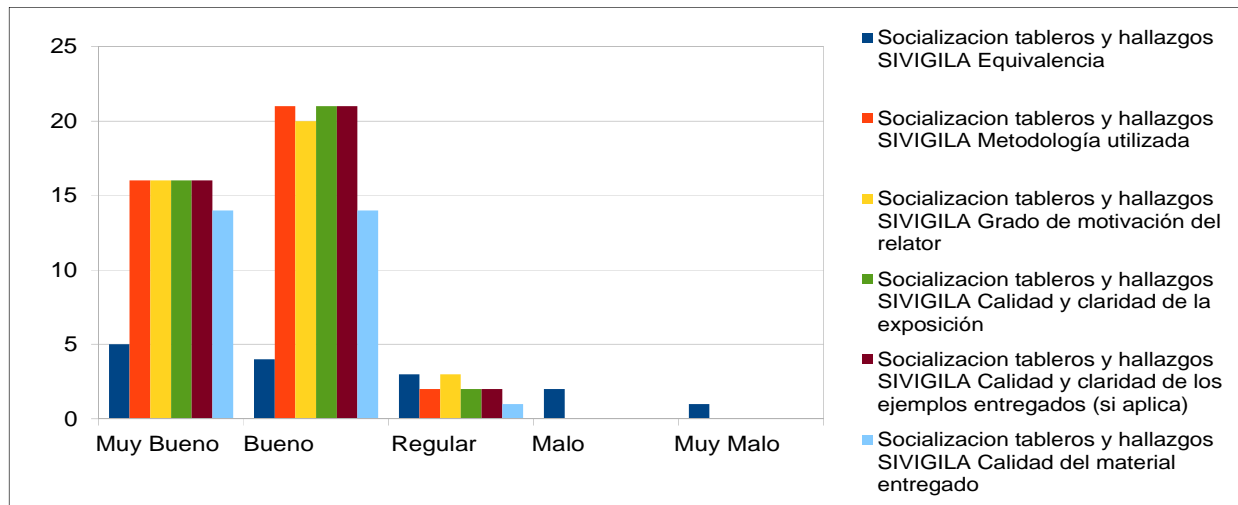
Fuente: evaluación COVE 15 Diciembre 2017

Socialización tableros de control y hallazgos SIVIGILA

A continuación se presenta la calificación de la socialización de los tableros de control y los hallazgos de SIVIGILA.

Para la temática, metodología utilizada el 21,1% de los asistentes contestaron que fue muy buena, para el 28% fue bueno, y para el 3% regular, para el grado de motivación del relator el 21,1% de los asistentes consideraron que era muy buena, el 26,3% buena, el 4% regular. En cuanto a la calidad y claridad de la exposición para el 21,1% de los asistentes que contestaron la evaluación fue muy buena, para el 28% fue buena, para un 3% fue regular. Para la calidad y claridad de los ejemplos entregados para el 21,1% fue muy buena, el 28% fue bueno y para un 3% fue regular.

Figura 6, Socialización tableros de control y hallazgos SIVIGILA, Diciembre 15 2017



Fuente: evaluación COVE 15 Diciembre 2017

Conclusiones

El COVE desarrollado permitió a los asistentes recordar y aclarar las dudas de los eventos que hace parte de la Vigilancia en salud pública – SIVIGILA y las alertas de fin de año (ETA, brotes, intoxicaciones y lesiones por pólvora) resaltando la importancia y oportunidad de la notificación la cual debe ser inmediata, así mismo se a claro la importancia del diligenciamiento de las fichas con calidad lo cual permite llevar a cabo la investigación epidemiológica de campo para una atención que permita controlar el evento reportado y disminuir el impacto en la Salud Publica.

Recomendaciones

Las recomendaciones generadas son la del envió oportuno y con calidad de las fichas de notificación y los archivos de notificación semanal e inmediata y los archivos de SIANIEPS.

Seguimiento a los compromisos anteriores

No se generaron compromisos en acta anterior.

