



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

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE)

LOCALIDAD USAQUEN



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Fecha: 20/12/2017

Lugar: Clínica Fray Bartolomé de las Casas - Auditorio

Hora: 8:00 a.m. a 12:30 pm

Citada por: Subred Norte USS Usaquén

Próxima reunión: 17/01/2018

Tema Central: Transmisibles – Meningitis

Objetivo: Propiciar un espacio que permita el fortalecimiento del proceso de diagnóstico y notificación del evento Meningitis, comportamiento de Lesiones por causas Externa, utilización de la vacuna inactivada contra la poliomielititis de manera fraccionada, manejo programático de Tuberculosis, alertas epidemiológicas internacionales y navideñas

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 inicial de aspectos epidemiológicos y cuadro clínico con posterior análisis de caso y evaluación de conceptos clínicos y diagnóstico de la enfermedad

Número de Participantes: Se contó con un total de 41 asistentes; de los cuales 34 son delegados de las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD y 7 son 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.

B) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL COVE

AGENDA

1. Instalación del Comité.
2. Comportamiento de Lesiones por causas Externa (SIVELCE).
3. Meningitis.
4. Utilización de la vacuna inactivada contra la Poliomiélitis de manera fraccionada
5. Manejo Programático de Tuberculosis
6. Alertas Epidemiológicas Internacionales y Navideñas
7. Socialización Tableros de control y Hallazgos Sivigila.

1. Instalación del COVE

Se realiza presentación a los participantes de la agenda del día y la metodología de trabajo, se realiza la lectura del acta anterior.

2. Comportamiento de Lesiones por causas Externa (SIVELCE).

Carlos Roa epidemiólogo Sivelce Sub Red Norte E.S.E.

Inicia con el plan operativo de la vigilancia intensificada temporada fin de año se desarrolla una estrategia de vigilancia epidemiológica intensificada para la intervención oportuna de los eventos de mayor probabilidad de ocurrencia en la época de fin de año 2017 e inicio de año 2018, con los recursos técnicos y el talento humano disponible y suficiente para la vigilancia, prevención, control y atención de posibles emergencias a fin de garantizar la adecuada cobertura del sistema de prestación de servicios de salud de acuerdo a las competencias de la entidad.

En cuanto a la notificación del año anterior y lo transcurrido en este año se han presentado más casos en este año 2017, sin contar la semana del 24 de Diciembre donde se aumentan los casos de personas quemadas por pólvora. La meta distrital para este año 2017 (0 niños quemados por pólvora), en lo transcurrido del mes se han presentado 9 menores afectados por lesiones las cuales han sido causadas por manipulación y/o de forma accidental.

Desde el día 1 de diciembre hasta el día 14 de enero de 2018 se inicia el barrido telefónico consiste todos los días en horas de la madrugada se realizan llamadas telefónicas a las UPGDs con el fin de recibir información por personas que hayan presentado quemaduras por pólvora, y fueron valorados en las instituciones, la UPGD debe enviar a nivel local, la historia clínica, ficha de notificación datos básicos y la ficha B 452, no se debe notificar en la ficha 458 (lesiones explosivos). Todo paciente que llegue a qué horas se realiza las llamadas telefónicas? los días pico 7, 8, 9, 24, 25, 31 de diciembre y 1,9 de enero de 2018 se realizan las llamadas a las UPGDs tres veces al día (3a.m., 12 m., y 4 p.m.) y los demás días ordinarios se hace el barrido telefónico a las 4 a.m. luego se consolida la información de la sub red, se envía a SDS, consolidan la información de las 4 sub redes, realizan el boletín diario y se envía información al INS para emitir el boletín a nivel nacional.

La red norte tiene más UPGDs comparada con las otras sub redes del distrito total de 55, se deben realizar 45 registros telefónicos, sin contar con los días picos que se multiplicaría

por tres veces al día, a la fecha no se han presentado inconvenientes con el barrido telefónico, el envío de las historias clínicas y la notificación de los casos.

De los casos presentados a nivel distrital el 80% (18 casos) han sido notificados en la sub red norte.

El INS informa que según los tipos de artefacto totes (23%), voladores (16%), cohetes (8.6%), volcanes (5.2%), estos artefactos son los más accesibles económicamente, la pólvora se asocia a celebraciones, el problema no es la pólvora sino el no saber manipular, se debe tener una ropa adecuada (algodón), usar elementos de bioseguridad (guantes, lentes, etc.).

En cuanto a las localidades de la sub red norte donde se han presentado más casos encontramos Suba, Usaquen y Engativá a diferencia de las otras localidades donde la población es mayor o flotante, y tiene menor probabilidad de presentarse casos. En Suba en los barrios de Bilbao y Gaitana en hombres se han presentado tres casos, Usaquen se han presentado 3 casos en los barrios de Santa Cecilia y Codito principalmente por la final de fútbol de los equipos de Bogotá.

Las UPGDs que han reportado los casos han sido Clínica Marly, Hospital Central de la Policía, USS Engativá (3 casos), Hospital San Ignacio fue el primer hospital que notificó el día 8 de diciembre (3 casos) y Hospital Simón Bolívar reciben pacientes a nivel distrital y nacional.

Se presenta un comportamiento similar de otras temporadas, reconociendo como hallazgo relevantes ingreso a Unidades de Urgencias en la madrugada del día posterior a la festividad, se han identificado procedimientos en hogar (remedios caseros).

Por lugar de ocurrencia de lesión por pólvora en la localidad de Bosa se presentó un caso pero el afectado es de residencia Usaquen, siendo las localidades de Engativá, Santa Fe y Suba donde más se han presentado casos.

Por residencia las localidades de Suba y Engativá tienen mayor número de casos.

De los casos notificados los elementos pirotécnicos causantes de lesiones son: Cohetes (pito, volador entre otros), elementos de fabricación artesanal como los Totes. En años anteriores los artefactos que causaron más lesiones fueron los voladores, los totes, los volcanes y el pito,

3. Meningitis: Bacteriología

Lesly Guasmayán Cruz Referente ETV Secretaría Distrital de Salud.

Socializa con la definición de 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.

Se vigilan los agentes bacterianos y otros en la ficha de notificación 535.

Haemophilus Influenzae (Hi), es un coco bacilo gram negativo, Streptococcus pneumoniae diplococo gram positivo y Neisseria meningitidis es un diplococo gram negativo.

Para que es importante conocer la morfología del agente? Para notificar, con el gran y el cultivo orienta las acciones que se deben hacer en vigilancia en salud pública (seguimiento, búsqueda y administración de la quimioprofilaxis a los contactos) en las meningitis por Haemophilus Influenzae (Hi) y Neisseria meningitidis, porque son de contagio más rápido en cambio en el Streptococcus no se suministra quimio por esta es importante realizar la notificación de forma rápida a diferencia si es por otros agentes.

El periodo de transmisibilidad para estos tres agentes bacterianos va desde 24 a 48 horas después de iniciado el tratamiento instaurado

Los 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.

Se transmite por el contacto estrecho y prolongado (besos, estornudos, tos, dormitorios colectivos, vajillas y cubiertos compartidos) con una persona infectada.

El mecanismo de infección las bacterias se introducen por vía respiratoria pasan a la nasofaringe, luego a la circulación sanguínea llega al cerebro pasa la barrera hematoencefálica y llega a meninges.

En cuanto a los síntomas en los bebés produce fiebre, rechazo de los alimentos o vomito, llanto persistente, irritabilidad, retracción de la nuca, somnolencia, letargo, manchas o moretones, en los niños y en los adultos vomito fiebre, dolor de cabeza, dolor de nuca, rechazo a la luz, somnolencia, dolor articular, y convulsiones.

La tríada sintomática clásica: fiebre, cefalea y rigidez de nuca, se presenta en un 50 a 90% 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 petequias meníngeas si se tocan con un vidrio o se hace presión no desaparecen.

La evolución de los síntomas va depender de las horas de evolución y cada paciente en la primera hora presenta fiebre sostenida de 38°C, dolor de cabeza, irritabilidad, náuseas, vomito, inapetencia, hacia las 4 horas somnolencia, entre 5 a 8 horas erupciones y manchas en la piel (meningitis por meningococo), a las 9 horas frió en las manos y dolores generales y hacia las 15 horas pérdida de la conciencia.

Caso probable: 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 petequial (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 Meningocócica: 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, frialdad de extremidades y prolongación de llenado capilar, piel pálida o moteada, taquicardia, taquipnea, alteración de la respiración, hipertensión, 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 conciencia (signo tardío), hipotensión (muy tardío, signo premortem en niños), deterioro rápido.

Diagnostico por punción lumbar Sangre y LCR: Cultivos y antigenemia en látex.

Que se envía al LSP? 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. Para tipificar el sub grupo de las bacterias, para saber que está circulando en el país o la región, además acciones en cuanto a las vacunas si tiene ese serotipo, se envían todas las cepas positivas Con ficha de laboratorio para cada microorganismo según el caso y ficha 535.

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. Posterior a la obtención de muestra de LCR, se debe refrigerar en recipiente estéril sin formol y enviar al INS. La quimioprofilaxis se debe administrar un tratamiento antibiótico de manera profiláctica a los contactos íntimos (núcleo familiar, compartan habitación o expuestos a secreciones orales del paciente) de acuerdo con las siguientes recomendaciones Rifampicina < 1 mes>=1mes 5mg/kg, vía oral fraccionada cada a 12 horas 10 mg/kg (máximo 600). Ceftriaxona < 15 años >=15 años 125 mg intramuscular 250 mg intramuscular única dosis.

Ciprofloxacina* >=1 mes Única dosis

En cuanto a las precauciones lavar las manos frecuentemente, mantener una buena higiene bucal, evitar que los niños intercambien chupos, evitar resfríos, evitar lugares de hacinamiento, atención de pacientes Habitación individual, en caso de ser necesario puede ser compartida por pacientes con el mismo diagnóstico. Uso de mascarilla mascarillas 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

En cuanto a las acciones de 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, o institucional y BAC, bloqueos y barridos es decir se hace búsqueda de casos 9 manzanas alrededor de la residencia del caso (casa a casa) de

sintomáticos y susceptibles con esquemas de vacunación incompletos donde se presentó el caso de meningitis, y ,os bloqueos es la aplicación del biológico, 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.

Si se presentan mortalidades las UPGDs deben realizar las unidades de análisis de mortalidad internas, si el caso se presentan en menores de 5 años las realizan la sub red con pediatra, para saber la causa de la muerte si es consecuencia de la meningitis o por otra patología de base, en caso de haber una. Ajustes necesarios en actas y certificados de defunción.

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

Los tres agentes bacteriano tienen vacunas pero el streptococcus pneumoniae y el Haemophilus Influenzae en el esquema PAI, el meningococo es no pos y al hacer los barridos no realiza bloqueos.

El streptococcus pneumoniae tiene la vacuna se aplican 3 dosis, para el Haemophilus se colocan 3 dosis.

A nivel mundial la meningitis meningocócica corresponde a una zona del África subsahariana conocida como el " cinturón de la meningitis", que va de Senegal al Oeste hasta Etiopía al Este. En Colombia a semana 32 se han notificado 706 casos de meningitis bacterianas, el 6.7% por H. Influenzae, el 13.6% N Meningitidis, el 18.1% por S pneumoniae, en este año han aumentado los casos de morbi- mortalidad por S pneumoniae. A nivel distrital se han presentado 183 casos en la sub red norte 79 casos para la localidad de Usaquen 17 casos según agente etiológico otros agentes son 11 casos, Neisseria meningitidis (Meningococo) 3 casos y Streptococcus pneumoniae (Neumococo) 3 casos. En cuanto a las UPGDs notificaron

4. Utilización de la vacuna inactivada contra la Poliomiélitis de manera fraccionada *Enfermera Fernanda Riaño*

Ingresa al esquema de vacunación nacional, a partir del 1 de enero de 2018, el uso de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis de manera fraccionada la cual se debe realizar de manera simultánea en todo el país pero el día de ayer se recibió una notificación sobre la suspensión del inicio del polio fraccionado intradérmico para niños nacidos en el mes de noviembre pero por OPS fue suspendida por desabastecimiento de la vacuna, tiene como objetivo proteger contra la poliomiélitis a la población infantil menor de un año de edad, asegurando las dos primeras dosis de VIPf por vía intradérmica. La población objeto son todos niños y niñas de 2 meses a 11 meses y 29 días que inician el esquema de vacunación contra la Poliomiélitis a partir del 01 de enero de 2018 deben ser vacunados con el siguiente esquema: a los 2 y 4 meses de edad deben ser vacunados con polio inactivado intradérmico y no muscular.

En niños inmuno suprimidos, contacto VIH su esquema se inicia a los 2 meses intramuscular y las siguientes dosis de igual forma, los laboratorios disponibles son Bilthoven biologicals e imovax las cuales confieren inmunidad contra polio 1,2 y 3.

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.

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. La aplicación en tercio superior de la región deltoidea del brazo derecho, se formará de inmediato una pequeña pápula, la cual no debe ser presionada ni masajeadada, tampoco deberá colocarse compresas. Retire la aguja con cuidado sin forzar la piel y muy lentamente. No está recomendado revacunar si la pápula no se forma.

Para registrar en los carne de vacunación se debe escribir con esfera al lado VIPf ID y encierre en un círculo, van a cambiar los carne de vacunación, los informes mensuales, los arqueos biológicos.

Qué probabilidad 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 raros: Malestar, fiebre. Trastornos neuronales son muy raros: (poli) neuropatía.

Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino: Apnea en niños muy prematuros (≤ 28 semanas).

Orden de administración de las vacunas a los 2 y 4 meses: Paso 1 Rotavirus Vía oral. Paso 2: fIPV Vía Intradérmica mano derecha. paso 3: neumococo vía intramuscular miembro inferior derecho. paso 4: Pentavalente Vía Intramuscular miembro inferior izquierdo.

5. Manejo Programático de Tuberculosis

Inés Cardona profesional sub red norte E.S.E

La normativa que enmarca al programa de TB Resolución 412 del 2000 anexos técnicos dan el manejo programático para TB, artículo 13 los evento de interés en salud pública no necesitan copago los medicamentos los cubre el Estado, la Circular 058 del 2009 da el manejo programático refiere a que personas debe hacerles el cultivo, cada cuanto, Circular 001 del 2013 brinda los manejos para TB FR, el gobierno asume el tratamiento para estos pacientes, la Circular 007 de 2015 modificación a la 058 se hicieron cambios en el sistema de información, reglamenta los esquemas de tratamiento de TB y tb coinfección VIH, tb latente, y la Circular 055 de 2016 modificaciones de tratamiento para niños y TB FR y modificó la forma de programar la meta de sintomáticos respiratorios.

Objetivos del programa Desarrollo de diferentes acciones y estrategias, Fomentar el acceso a la atención integral, Fortalecimiento de PyP en transmisibles, TB, Lepra y ETV,

Captación, dx, seguimiento y tto oportuno y Articulación para el desarrollo de intervenciones sectoriales e intersectoriales

En el mapa epidemiológicos de los casos de sub red norte se diagnostican más o menos el 50% de los casos de Bogotá, en el año anterior de los 1500 casos diagnosticados, 730 casos pertenecían a la red norte, somos una red de alta carga de TB tanto por residencia como por notificación la localidades por residencia de mayores casos Engativá, Suba y Usaquen.

Que se hace cuando se tiene una baciloscopia positiva en TB pulmonar se realiza cultivo, se notifica, se realizan pruebas de sensibilidad moleculares o convencionales, si es resistente a rifampicina o isoniacida se envía el cultivo al INS para confirmar los resultados y pruebas de sensibilidad a los fármacos de segunda línea.

El paciente sintomático respiratorio (tos y expectoración por más de 15 días), en el 90% de los casos los pacientes presenta tos. El cumplimiento de captación de la meta son aquellos que encontré pero se examinaron.

Los métodos de diagnostico baciloscopia, cultivo (gold estándar) se realiza en la segunda muestra, histopatológico en caso extra pulmonares, pruebas moleculares, si un paciente presenta baciloscopias negativas pero las pruebas moleculares fueron positivas se inicia tratamiento, sirven para hacer seguimiento, la prueba tuberculina son métodos de apoyo está infectado pero no enfermo ayuda a orientar el diagnostico.

Esquemas de tratamiento en tb estándar Fase intensiva diaria de lunes a sábado tetraconjugado según el peso del paciente (56 dosis), Fase de continuación tres veces por semana (56 dosis) biconjugado rifampicina e isoniacida se deben hacer baciloscopias de control en tb pulmonares si a los 2 meses después de iniciado el tratamiento sigue positivo no se puede pasar a segunda fase, se deben ordenar pruebas de sensibilidad, cultivo, prueba molecular ventaja en rápida. La circular 007 en pacientes con diabetes, enfermedad renal deben tomar el tratamiento por 9 meses (98 días), en el caso de vih deben tomar el tratamiento de forma diaria (196 dosis), en tb osteoarticulares puede prolongarse el tratamiento hasta el año. En niños con la circular 055 se hizo modificación dosis diarias isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, fase de continuación tres veces al día.

En cuanto al sistema de información evento de notificación obligatoria 815 TB sensible y 825 TB FR, si el cultivo aparece mono resistencia se debe notificar por segunda el mismo caso, la clasificación inicial del caso ingresa confirmado por laboratorio o por clínica, también se puede notificar si es trabajador de la salud, en la ficha de diligencia las ayudas diagnosticas utilizadas cuadro clínico, nexos epidemiológico, radiológico, ADA. Se debe realizar pre critica a la ficha de notificación corroborar direcciones, teléfonos.

La tarjeta individual de tratamiento este bien diligenciada de formas oportuna, brinda información del tratamiento, si fue adherente al tratamiento, si presentó reacciones adversas, si ha asistido a los controles, para tener datos confiables del paciente, tipo nuevo, recaído, co morbilidades, pruebas de vih.

Seguimiento Consulta médica: Se requiere un control médico al 2, 4, 6 mes o finalización del tratamiento. Control de enfermería profesional: Se realiza cada dos meses al 1, 3 y 5 mes de tratamiento. Con el fin vigilar adherencia al tratamiento, vigilar reacciones adversas al medicamento (rash, alergia), realizar seguimiento al peso, valorar mejoría clínica, identificar factores de riesgo (sociales, no seguir con el tratamiento), solicitar baciloscopia de control, generar formula segunda fase.

Factores de riesgo hacinamiento malas condiciones higiénicas, inmunosupresión (VIH, LES), diabetes, estrés, farmacodependencia, red de apoyo seguimiento a contactos.

Seguimiento bacteriológico en pacientes pulmonares diagnosticados con bacilos copia positiva al finalizar primera fase. En la mitad de la segunda fase. Al finalizar tratamiento para verificar condición final de paciente (expectoración). Pacientes diagnosticados por cultivo los controles se realizan por cultivo. Si la bacilos copia del segundo mes es positiva debe solicitarse cultivo y pruebas de susceptibilidad.

Pacientes con TB confección VIH disminución de la carga de VIH en pacientes con TB se debe realizar canalización oportuna al programa, la TB en pacientes con VIH es la primera causa de muerte, se debe hacer tamizaje clínico para TB (tos de cualquier duración, pérdida de peso), inicio de tratamiento retroviral.

Condición de egreso Curado (baciloscopia negativa al final de tratamiento), Tratamiento terminado (no se realiza baciloscopia al terminar el tratamiento), Fracaso (paciente que al cuarto mes su baciloscopia es positiva o aquel no presenta mejoría clínica con el tratamiento), Fallecido (durante el tratamiento muere), Perdida de seguimiento (deja de tomar el tratamiento por 30 días), No evaluado (solo aplica pacientes remitidos a otro país u otra ciudad), y Tratamiento exitoso (curados más los terminados).

La circular 055 de 2016 actualiza esquemas de tratamiento en niños, actualiza esquemas de tratamiento para TB –FR incluye medicamentos los cuales no han llegado a Colombia, actualiza Programación Meta de Captación de Sintomáticos Respiratorios, antes se realizaba por las consultas de primera vez en menores de 15 años, en la actualidad la circular permite que la institución haga la captación por las atenciones o por la población afiliada. Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS públicas y privadas) y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios la programación se hará sobre el 50% de la población mayor de 15 años afiliada o atendida durante la vigencia anual; de esta población se estima que el 5% serán considerados sintomáticos respiratorios. Esta será la meta de captación de sintomáticos respiratorios a captar en el año.

Control de infecciones es un llamado de atención por el uso de medidas de protección personal a los trabajadores de la salud, la TB en esta población ha aumentado en el año 2016 se presentaron 36 casos y para este año 32 casos trabajadores de la salud con tuberculosis. 50% médicos principalmente en instituciones de tercer y cuarto nivel, en este año hay dos casos de TB multi droga resistente.

Por último la TB es una enfermedad que produce estigmas y prejuicios, los trabajadores de la salud infunden que estos prejuicios aumenten se debe hacer humanización del personal de los servicios de salud, debemos ser orientadores y facilitadores, apoyar supervisión de tratamiento, atención población vulnerable (carcelarios, habitantes de calle), sensibilizar a las enfermeras y médicos.

6. Alertas Epidemiológicas

Lorena Herrera Epidemióloga Sub Red Norte E.S.E

El día 20 diciembre de 2017 el equipo UyE (Urgencias y Emergencias) de Usaquén, por medio de la epidemióloga del equipo ERI (equipo respuesta inmediata) realiza presentación de las alertas epidemiológicas con corte a semana epidemiológica 48. A continuación se describen las alertas epidemiológicas socializadas en el COVE:

Alertas Epidemiológicas Internacionales: Sarampión. En el periodo comprendido entre octubre de 2016 y septiembre de 2017, los países de la Región Europea notificaron 15 941 casos confirmados de sarampión. El 86% (n=13 712) de estos casos fueron notificados en 2017. La mayor incidencia se registró en Rumania (252,4 casos por 1 millón de habitantes), seguido de Italia (82,4 casos por 1 millón de habitantes) y Tayikistán (77,3 casos por 1 millón de habitantes). En 2017, ocurrieron 20 defunciones por sarampión, 10 de las cuales se registraron en Rumania.

Región de las Américas Entre la semana epidemiológica 1 y la 46 de 2017, se notificaron 600 casos de sarampión confirmados por laboratorio en cuatro países de la Región de las Américas: Argentina (3 casos), Canadá (46 casos), Estados Unidos de América (120 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (431). El 36% de los casos que se notificaron en Argentina, Canadá y Estados Unidos de América son niños entre 1 y 4 años de edad; y el 60% de los casos no tenía antecedente de vacunación contra el sarampión y la rubeola.

En Venezuela, entre la semana epidemiológica 36 y la 47 de 2017, se identificaron 773 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 431 fueron confirmados (por laboratorio o por nexo epidemiológico), 188 fueron descartados y 154 permanecen en investigación; no se registraron defunciones. La mayoría de los casos proceden del estado Bolívar. En el estado Anzoátegui se identificaron dos casos confirmados, ambos con nexo epidemiológico con el estado Bolívar.

La vigilancia epidemiológica no ha identificado casos sospechosos en otras entidades federales que estén relacionados con este brote.

Entre los casos confirmados en el brote en el estado Bolívar, los grupos de edad más afectados corresponden a los menores de 1 año, seguidos por los de 1 año de edad.

Se mantiene la búsqueda de casos, así como las actividades de vacunación institucional, en centros educativos, casa a casa y en puestos fijos, con vacunación indiscriminada con la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola - SRP) desde los 6 meses a los 5 años; con vacuna sarampión, rubéola (SR) al grupo etario de 6 a 10 años y vacunación selectiva con vacuna SR a los contactos de 11 a 39 años de edad. Todos los casos confirmados en la Región de las Américas fueron casos importados de otros continentes, relacionados a importación o con fuente de infección desconocida. Los genotipos identificados fueron D8 en Argentina, B3 y D8 en Canadá y los Estados Unidos. En Venezuela el genotipo identificado fue el D8 (con un linaje diferente al D8 identificado en Brasil en años anteriores).

Alertas Epidemiológicas Internacionales: Brote Parotiditis se ha presentado en población privada de la libertad. Los afectados son ocho reclusos de alrededor 4 900 personas expuestas, para una tasa de ataque de 0,16 %. El caso índice inicio síntomas el 21 de noviembre de 2017. El equipo de salud pública del Distrito de Bogotá realizó la visita de investigación de campo a la institución encontrando que los síntomas comunes en el total de los casos fueron: malestar general, dolor de las parótidas y dolor testicular.

Se brindaron las recomendaciones para el control del brote encaminadas a mejorar las condiciones higiénicas y sanitarias del establecimiento, realizar búsqueda activa de nuevos casos, educación en auto cuidado y medidas de prevención para evitar la propagación de la enfermedad.

Alertas Epidemiológicas Navideñas: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

Recordar la notificación inmediata de los casos que tengan asociación con un brote de ETA, recordar la toma de muestras en los casos que presenten síntomas gastrointestinales. Realizar el correcto diligenciamiento de la ficha de notificación, teniendo en cuenta dirección correcta de residencia, asociación o no a brote, dirección correcta o lugar de consumo.

6. ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Sarampión

- En el periodo comprendido entre octubre de 2016 y septiembre de 2017, los países de la Región Europea notificaron 15 941 casos confirmados de sarampión
- El 86% (n=13 712) de estos casos fueron notificados en 2017. La mayor incidencia se registró en Rumania (252,4 casos por 1 millón de habitantes), seguido de Italia (82,4 casos por 1 millón de habitantes) y Tayikistán (77,3 casos por 1 millón de habitantes). En 2017, ocurrieron 20 defunciones por sarampión, 10 de las cuales se registraron en Rumania.
- Región de las Américas Entre la semana epidemiológica 1 y la 46 de 2017, se notificaron 600 casos de sarampión confirmados por laboratorio en cuatro países de la Región de las Américas: Argentina (3 casos), Canadá (46 casos), Estados Unidos de América (120 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (431).
- El 36% de los casos que se notificaron en Argentina, Canadá y Estados Unidos de América son niños entre 1 y 4 años de edad; y el 60% de los casos no tenía antecedente de vacunación contra el sarampión y la rubeola.
- En Venezuela, entre la semana epidemiológica 36 y la 47 de 2017, se identificaron 773 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 431 fueron confirmados (por laboratorio o por nexo epidemiológico), 188 fueron descartados y 154 permanecen en investigación; no se registraron defunciones. La mayoría de los casos proceden del estado Bolívar. En el estado Anzoátegui se identificaron dos casos confirmados, ambos con nexo epidemiológico con el estado Bolívar.
- La vigilancia epidemiológica no ha identificado casos sospechosos en otras entidades federales que estén relacionados con este brote.
- Entre los casos confirmados en el brote en el estado Bolívar, los grupos de edad más afectados corresponden a los menores de 1 año, seguidos por los de 1 año de edad.
- Se mantiene la búsqueda de casos, así como las actividades de vacunación institucional, en centros educativos, casa a casa y en puestos fijos, con vacunación indiscriminada con la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola - SRP) desde los 6 meses a los 5 años; con vacuna sarampión, rubéola (SR) al grupo etario de 6 a 10 años y vacunación selectiva con vacuna SR a los contactos de 11 a 39 años de edad.
- Todos los casos confirmados en la Región de las Américas fueron casos importados de otros continentes, relacionados a importación o con fuente de infección desconocida.
- Los genotipos identificados fueron D8 en Argentina, B3 y D8 en Canadá y los Estados Unidos. En Venezuela el genotipo identificado fue el D8 (con un linaje diferente al D8 identificado en Brasil en años anteriores).

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Brote Parotiditis

- En población privada de la libertad. Los afectados son ocho reclusos de alrededor 4 900 personas expuestas, para una tasa de ataque de 0,16 %.
- El caso índice inicio síntomas el 21 de noviembre de 2017. El equipo de salud pública del

Distrito de Bogotá realizó la visita de investigación de campo a la institución encontrando que los síntomas comunes en el total de los casos fueron: malestar general, dolor de las parótidas y dolor testicular.

- Se brindaron las recomendaciones para el control del brote encaminadas a mejorar las condiciones higiénicas y sanitarias del establecimiento, realizar búsqueda activa de nuevos casos, educación en autocuidado y medidas de prevención para evitar la propagación de la enfermedad.

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS NAVIDEÑAS

Enfermedades Transmitidas por Alimentos

- Recordar la notificación inmediata de los casos que tengan asociación con un brote de ETA
- Recordar la toma de muestras en los casos que presenten síntomas gastrointestinales.
- Recordar el correcto diligenciamiento de la ficha de notificación, teniendo en cuenta dirección correcta de residencia, asociación o no a brote, dirección correcta o lugar de consumo.

• Intoxicación por Metanol Socialización de la Circular 00000044

- Ingesta alcohol adulterado
- Ingesta con fines suicidas.
- Recordar que la notificación es inmediata con un solo caso
- Toma y envío de contra muestra al LSP

7. Socialización tableros de control y hallazgos SIVIGILA

Se inicia con saludo y presentación a las personas presentes en el auditorio, a continuación se realiza socialización de los tableros de control, informando los resultados de la evaluación por UPGD en notificación negativa, positiva y silenciosa, se presenta la oportunidad en la notificación por UPGD, haciendo énfasis en la notificación inmediata y los eventos de notificación semanal, para que no sean notificados en un tiempo mayor de 7 días.

Se habla acerca de los ajustes, la importancia de realizarlos durante las 4 semanas después de ser notificado, y la toma de los laboratorios para aquellos eventos que los requieran, lo que garantiza que se cumplan los tiempos de los ajustes según los lineamientos dados por Secretaría Distrital de Salud. Los eventos que ingresan confirmados por laboratorio deben contar con los resultados y ser ingresados al aplicativo Sivigila por la UPGD.

Se muestran los tableros de control de asistencia al COVE Local, la importancia de la retroalimentación al interior de la UPGD de los temas tratados. Envío de la BAI, teniendo en cuenta que se debe enviar los diez primeros días del mes siguiente al evaluado, cumpliendo con el adjunto de los formatos establecidos y divulgados para ello, como también los soportes como RIPS e historias clínicas.

Se continúa informando a la UPGD's la importancia de enviar la notificación semanal e inmediata de forma oportuna con calidad en el dato, para la notificación semanal las UPGD's la deben enviar los días lunes antes de las 3:00 pm para que se considere oportuna.

Se hace énfasis en el fortalecimiento de la notificación inmediata la cual se debe realizar todos los días incluyendo los domingos y festivos, en envío de los archivos planos de esta notificación se realiza los días lunes, miércoles, jueves y viernes hasta la 1:00 pm, la información debe ser enviada con calidad en el dato.

Se habla acerca del envío de los RIPS SIANIESP, antes del 25 de cada mes.

C) DESCRIPCIÓN ANALITICA DEL TEMA CENTRAL DEL COVE

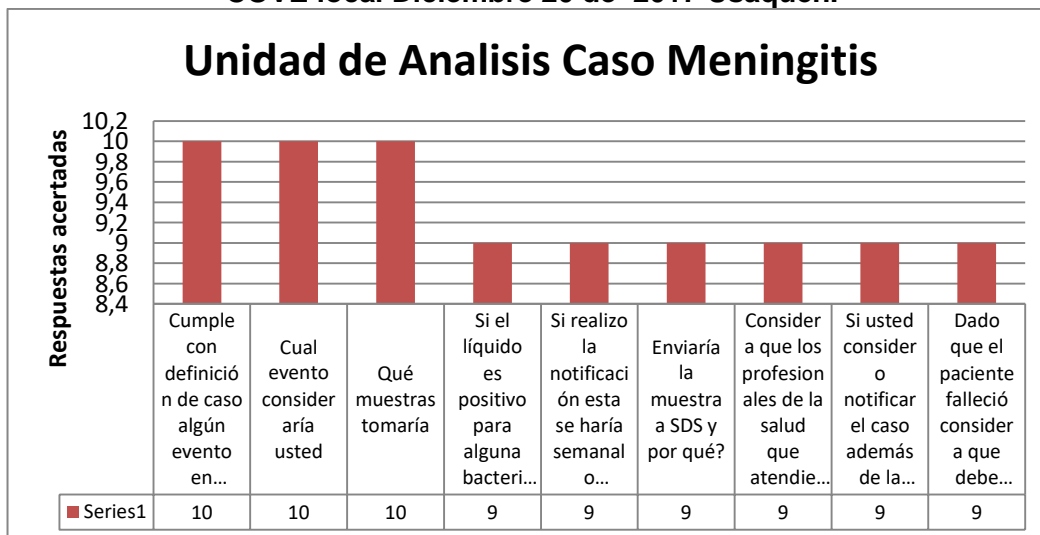
Objetivo: Fortalecer diagnóstico y notificación evento, meningitis

Metodología: Dentro del espacio de análisis se realizó la presentación de aspectos epidemiológicos de meningitis, cuadro clínico y medios diagnósticos. A partir de la aproximación inicial al tema, expuestos se llevó a cabo actividad el análisis caso clínico para evaluar conocimientos frente al evento y manejo específico frente diagnóstico y cuadro clínico.

Resultados

En la unidad de análisis participaron 29 personas, las cuales se distribuyeron por grupos de 3 personas para favorecer la discusión de 9 preguntas abiertas referente al tema principal y análisis de un caso clínico.

Grafica 1. Resultados de la unidad de análisis Evento Meningitis realizada en COVE local Diciembre 20 de 2017 Usaqué.



Fuente: Unidad de análisis. COVE Localidad de Usaqué. 20 Diciembre 2017

De acuerdo a los resultados se evidencio lo siguiente:

El porcentaje más alto en cuanto a respuestas correctas fue de un 100% el cual aparece en las tres primeras preguntas corresponde a la identificación de un evento de interés en salud pública, concepto de meningitis y conocimiento de las pruebas utilizadas para diagnosticar el evento. Esto permite identificar adherencia frente al protocolo de Salud pública para esta acción. Posterior a esto, le sigue con un 90% de respuestas correctas, las preguntas de la cuarta a la novena, hace referencia a la notificación, envió de muestras a SDS, uso de quimioprofilaxis a los contactos, envió de documentación a nivel local, realización de unidad de análisis internas.

No se identificaron falencias en las acciones importantes a tener en cuenta dentro de las instituciones de salud al realizar los diagnósticos, notificación y las acciones que deben de realizar al interior de la institución cuando se enfrentan a la aparición de un caso de meningitis

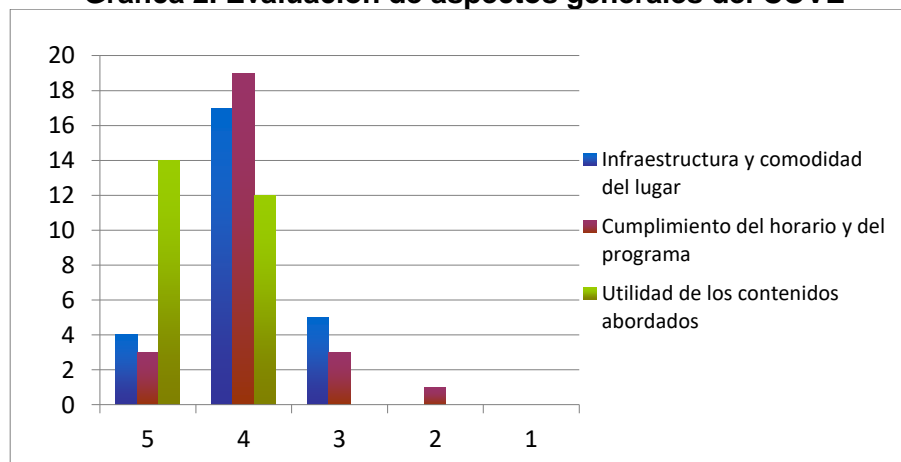
D) RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL COVE.

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

En la evaluación del COVE se tiene en cuenta las siguientes variables para los aspectos generales: Infraestructura y comodidad del lugar, cumplimiento del horario del programa y utilidad de los contenidos abordados.

Para la evaluación de cada uno de los temas se tiene en cuenta la metodología utilizada, grado de motivación del relator, calidad y claridad de la exposición, y la calidad y claridad de los eventos entregados (si aplica) y calidad del material entregado.

Grafica 2. Evaluación de aspectos generales del COVE



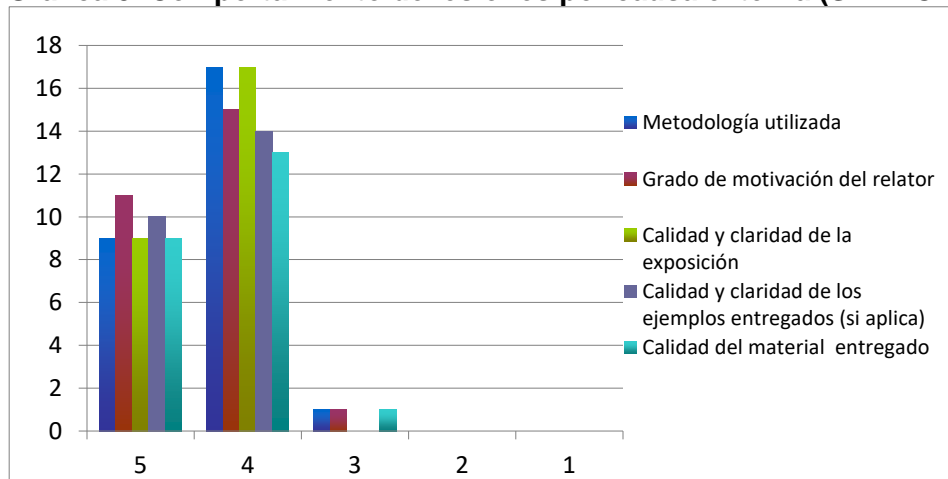
Fuente: Formato de sistematización evaluación COVE local. 20 de diciembre de 2017

En cuanto a los aspectos generales del COVE, la infraestructura y comodidad del lugar tiene un promedio de calificación de 4. El promedio de calificación para cumplimiento del horario y del programa es de 4, en cuanto a la utilidad de los contenidos abordados el promedio de calificación fue de 4.5.

En lo relacionado con los temas se obtiene la siguiente evaluación:

Al COVE asistieron un total de 34 participantes de los cuales 27 realizaron la evaluación del COVE. En lo relacionado con los temas se obtiene la siguiente evaluación:

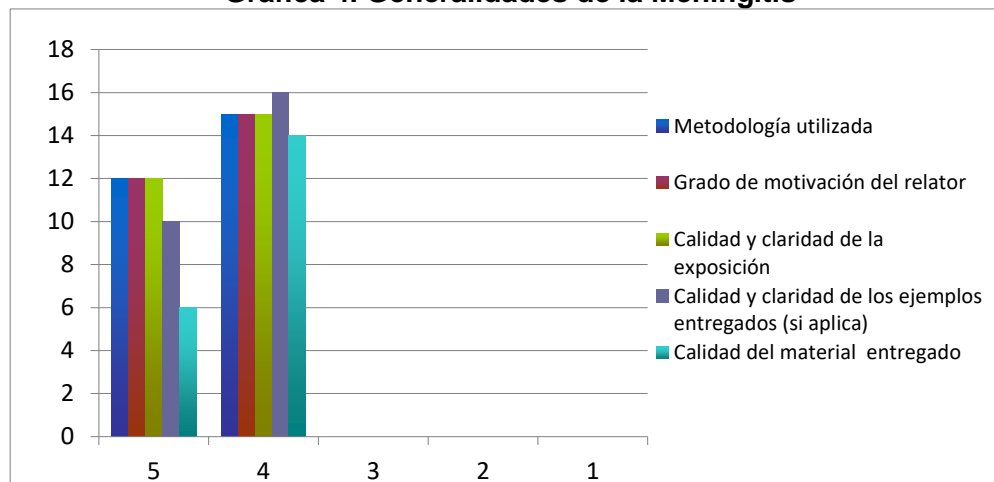
Grafica 3. Comportamiento de lesiones por causa externa (SIVELCE)



Fuente: Formato de sistematización evaluación COVE local. 20 de diciembre de 2017

Para la presentación Comportamiento de lesiones por causa externa (SIVELCE), el promedio general de la evaluación hecha por los asistentes al COVE fue de 4,3. Los aspectos mejor evaluados son metodología utilizada y calidad y claridad de la exposición. En promedio el 38% opina que la presentación fue muy buena, el 60% la califica como buena y el 2% considera que fue regular.

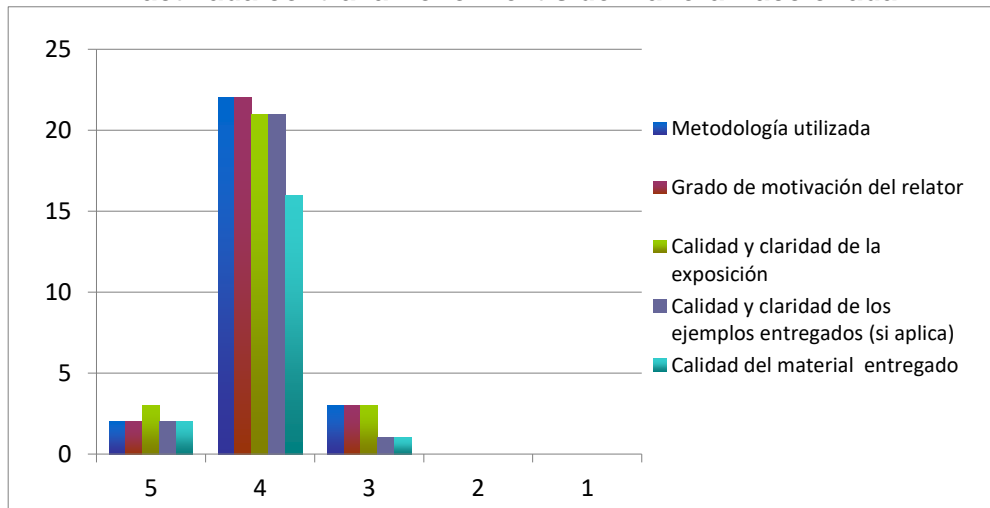
Grafica 4. Generalidades de la Meningitis



Fuente: Formato de sistematización evaluación COVE local. 20 de diciembre de 2017

La presentación Generalidades de la Meningitis, fue evaluada así: el promedio general de la evaluación fue de 4,4. Los aspectos mejor evaluados son metodología utilizada, grado de motivación del relator, calidad y claridad de la exposición. En promedio el 40% opina que la presentación fue muy buena y el 60% la califica como buena.

Grafica 5. Lineamientos Técnicos y Operativos para la utilización de la vacuna inactivada contra la Poliomielititis de manera fraccionada

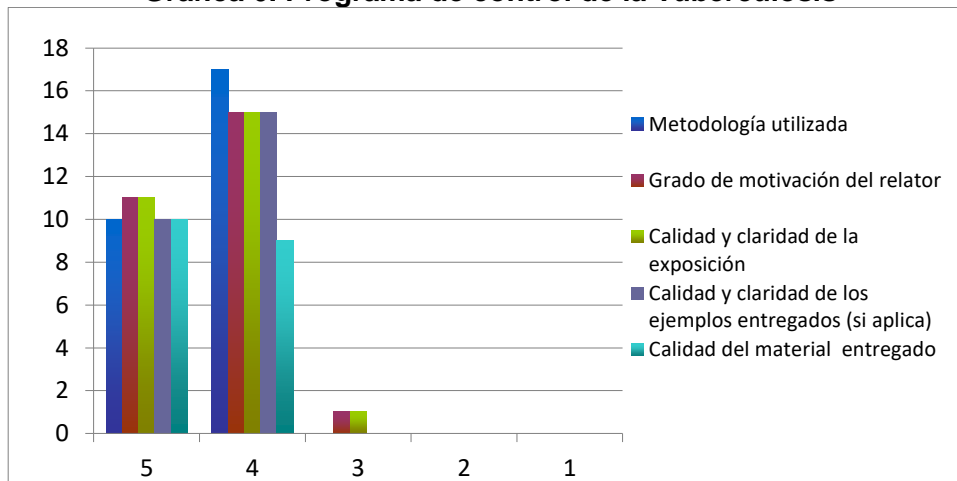


Fuente: Formato de sistematización evaluación COVE local. 20 de diciembre de 2017

La presentación Lineamientos Técnicos y Operativos para la utilización de la vacuna inactivada contra la Poliomielititis de manera fraccionada, fue evaluada así: el promedio general de la evaluación realizada por los asistentes al COVE fue de 4. Los aspectos mejor evaluados son Calidad y claridad de los ejemplos entregados y calidad y claridad de la exposición.

En promedio el 9% opina que la presentación fue muy buena, el 82% la califica como buena y el 9% refiere que fue regular o mala.

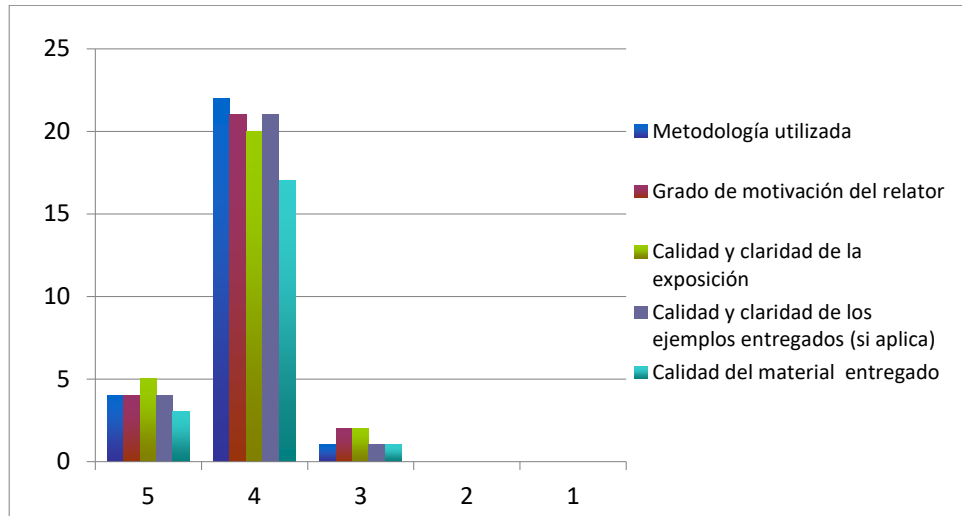
Grafica 6. Programa de control de la Tuberculosis



Fuente: Formato de sistematización evaluación COVE local. 20 de diciembre de 2017

La presentación Programa de control de la Tuberculosis, fue evaluada así: el promedio general de la evaluación realizada por los asistentes al COVE fue de 4,4. Los aspectos mejor evaluados son Metodología utilizada, grado de motivación del relator y la calidad y la claridad de la exposición. En promedio el 42% opina que la presentación fue muy buena, el 56% la califica como buena y el 2% opina que fue regular.

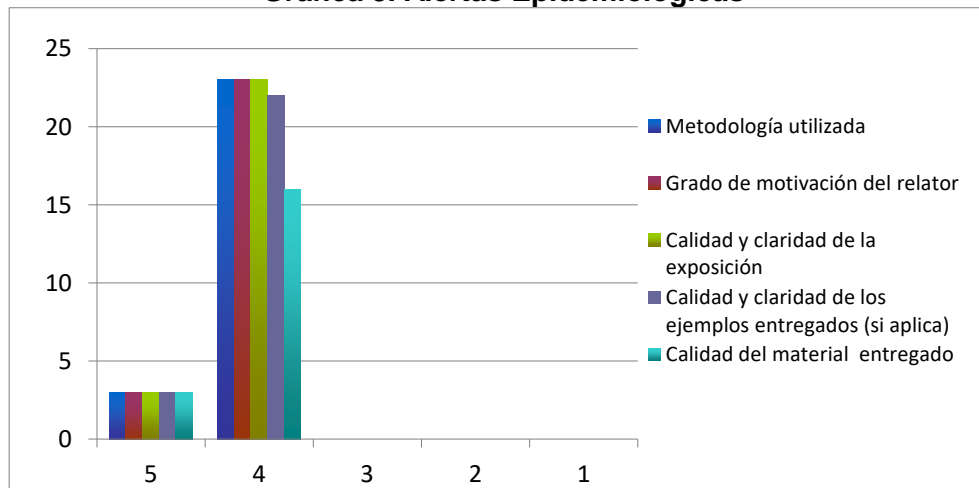
Grafica 7. Unidad de análisis. Cove Local 20 de diciembre de 2017



Fuente: Formato de sistematización evaluación COVE local. 20 de diciembre de 2017

La Unidad de Análisis fue evaluada así: el promedio general fue de 4,1. Los aspectos mejor evaluados son Metodología utilizada, calidad y claridad de los ejemplos entregados y calidad del material entregado. En promedio el 16% opina que la presentación fue muy buena, el 79% la califica como buena y el 5% opina que fue regular.

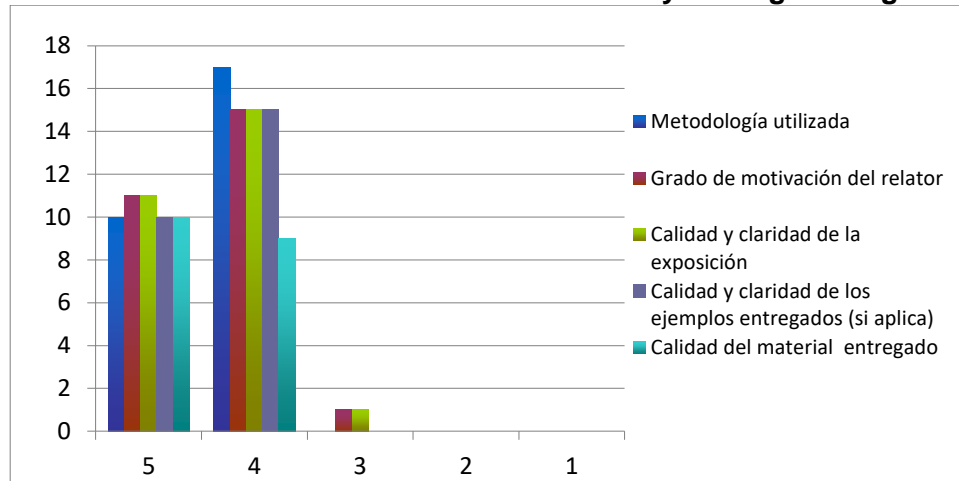
Grafica 8. Alertas Epidemiológicas



Fuente: Formato de sistematización evaluación COVE local. 20 de diciembre de 2017

La presentación Alertas Epidemiológicas fue evaluada así: el promedio general fue de 4,1. Los aspectos mejor evaluados son la metodología utilizada, el grado de motivación del relator y la calidad y claridad de la exposición. En promedio el 12% opina que la presentación fue muy buena y el 88% la califica como buena.

Grafica 9. Socialización tableros de control y hallazgos Sivigila



Fuente: Formato de sistematización evaluación COVE local. 20 de diciembre de 2017

La presentación Socialización tableros de control y hallazgos Sivigila, fue evaluada así: el promedio general de la evaluación realizada por los asistentes al COVE fue de 4,1. Los aspectos mejor evaluados son Metodología utilizada, grado de motivación del relator y la calidad y la claridad de la exposición. En promedio el 19% opina que la presentación fue muy buena, el 78% la califica como buena y el 3% opina que fue regular.

CONCLUSIONES

- Es importante capacitar a todo el personal médico de las instituciones sobre la guía de manejo para detectar, confirmar y tratar una meningitis
- Realizar unidades de análisis internas por mortalidad en meningitis den caso de presentarse y enviarlas de manera oportuna al nivel local.
- Enviar de forma oportuna las muestras al laboratorio de Salud Pública para tipificar las cepas.
- Enviar todos los soportes necesarios a nivel local en caso de presentarse una meningitis

RECOMENDACIONES

- Divulgar protocolo de vigilancia y guía de manejo de meningitis a los profesionales de salud dentro de las instituciones.