	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:AP-GI-F-10-06
		VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	PAGINA:1 DE 10
		FECHA: 17/02/2020


No. DE ACTA:	FECHA: 29 de Mayo 2020	
REUNIÓN: COVE LOCAL SUBA -ENGATIVA	HORA DE INICIO: 8.00 am	FINALIZO: 12:00 pm

ASISTENTES		
NOMBRE	CARGO	ENTIDAD
Nayibe Jimenez Ortega	Referente Salud Sexual y Reproductiva	Subred Norte
Brigitte Rey Herrera	Referente Salud Sexual y Reproductiva	Subred Norte
Luis Téllez	Medico Referente EEVV	Subred Norte
Andrea Rojas	Referente Transmisibles	Subred Norte
Sandra Vega	Referente SIVIGILA	Subred Norte
Alejandro Martínez	Referente PAI	Subred Norte

ORDEN DEL DÍA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalación Comité de Vigilancia Epidemiológica. Lectura del Acta anterior. 2. Vigilancia de Eventos SSR- Hallazgos Frecuentes 3. Protocolo manejo cadáver pandemia COVID 19 4. Receso 5. Unidad de Análisis SSR-SMI 6. Socialización de transmisibles y Tableros de Control SIVIGILA 7. Varios (PAI)

CIERRE DE ACCIONES DE MEJORA PENDIENTES EN REUNIÓN ANTERIOR		
COMPROMISO REUNIÓN ANTERIOR	RESPONSABLE	% DE CUMPLIMIENTO
NA	NA	NA

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalación Comité de Vigilancia Epidemiológica Lectura del Acta anterior. Se realiza lectura del acta anterior no se hacen observaciones relacionadas con el tema. 2. Vigilancia de Eventos SSR- Hallazgos Frecuentes <p>La presentación se realiza a cargo de la Epidemióloga Nayibe Rocío Jimenez de la Subred norte quien da inicio a la presentación en primera medida de algunos aspectos básicos de los eventos de SSR para Sífilis gestacional 750: evento siempre confirmado por laboratorio y de notificación semanal con una</p>

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:AP-GI-F-10-06
		VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	PAGINA:2 DE 10
		FECHA: 17/02/2020

treponemica positiva y una no treponemica VDRL o RPR reactiva a cualquier dilución, además de ingresar los laboratorios en el aplicativo en la casilla correspondiente, tanto en la cara B y hoja de laboratorios.

Reinfección cuando cumpla con alguno de los siguientes criterios:

1. Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto) que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo al estadio de la enfermedad, presenta durante el seguimiento clínico y serológico, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de cuatro veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.

2. Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y 6 meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden 4 veces o dos diluciones, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda.

Se muestran las bases con los ajustes revisados en cuanto a ingreso de laboratorios, concordancia de documento de identidad, ingreso de laboratorios en la pestaña de laboratorios, ingreso de fecha de tratamiento

Sífilis congénita 740: evento confirmado por nexo epidemiológico, clínica y laboratorio y de notificación semanal y definición del evento claro para su respectivo proceso es:

*Todo recién nacido vivo o mortinato de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado, sin importar los resultados de la prueba no treponemica RPR o VDRL del neonato,

*Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores a los títulos de la madre al momento del parto o dos diluciones por encima de la materno.

*Todo fruto de la gestación con demostración de Treponema Pallidum por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia.

*Todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos.

Y se aclara que si el criterio medico es independiente del criterio de notificación y que los casos se deben analizar institucionalmente al **100%** y ser enviados a la Subred.

Se muestran las bases con los ajustes revisados en cuanto a ingreso de laboratorios, concordancia de documento de identidad, ingreso de laboratorios en la pestaña de laboratorios, ingreso de serología del recién nacido.

Mortalidad perinatal 560 Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.

Muerte neonatal Es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en:

Muertes neonatales tempranas Ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días)

Muertes neonatales tardías Ocurren después de los 7 días completos hasta antes del día 28 de vida (7-27 días)


VIGILANCIA ACTIVA

La búsqueda activa institucional se realiza en los tiempos establecidos a través de la revisión de los registros institucionales como:

1. Estadísticas vitales (RUAF):

Revisión de defunciones fetales con 22 o más semanas de gestación

Revisión de muertes fetales con menos de 22 semanas de gestación y peso de 500 gramos de peso fetal o más.

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:AP-GI-F-10-06
		VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	PAGINA:3 DE 10
		FECHA: 17/02/2020

También se deben revisar las defunciones fetales sin información de edad gestacional cuyo peso fetal es de 500 gramos de peso fetal o más. Se deben verificar el peso y la edad gestacional con la información clínica con el fin de confirmar o descartar muerte perinatal.

Revisión de defunciones no fetales con menos de 28 días de edad.

Acciones


Implementar las acciones para la oportuna y adecuada configuración de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, notificación y unidades de análisis individual, así como el monitoreo de la situación, envío de información oportuna y completa al municipio tanto en archivos planos semanales, como se establece en Manual del usuario sistema aplicativo SIVIGILA (22).

- Garantizar la realización de los estudios anatómo-patológicos para la adecuada configuración del caso (necropsia de feto y placenta y otras pruebas que se requieran, según el caso). En los casos de muerte en el ámbito domiciliario se debe realizar la autopsia verbal.
- Realizar los análisis agrupados a través de la matriz de periodos perinatales de riesgo (BABIES) de forma trimestral y divulgar esta información en la página web municipal o por otros mecanismos disponibles.
- Realizar COVE institucional que contemple el seguimiento al cumplimiento de los planes de acción.
- Realizar análisis de correspondencia de los casos de muertes perinatales y neonatales tardías entre las estadísticas vitales y el Sivigila semanalmente.
- Disponer de la información clínica de la atención brindada hasta el momento del fallecimiento o el resumen de historia clínica del caso notificado (Documento técnico N°2) (23) para ser enviada en el momento que sea solicitada por la autoridad sanitaria de orden departamental o municipal.

En cuanto a los ajustes se hace énfasis en las semanas de gestación a partir de las 22 semanas o más de gestación y/o 500gr de peso en el producto, se informa la importancia de diligenciar todos los espacios de la ficha tales como talla, semanas de gestación y la calidad del dato, se hace énfasis en este evento en la importancia de que todos los casos deben coincidir con la base RUAF tanto en número de casos que cumplan con definición de caso como en cada una de las variables ingresadas, ejemplo semanas, peso, momento de ocurrencia y causa de muerte, esto aplica para todos los casos de mortalidad según las variables pertinentes para cada uno. Los casos deben ser ingresados al Sivigila con datos de identificación de la madre, sin adicionar el número de hijos al documento de identidad, en caso de muertes gemelares se adiciona el número 1 para diferenciar uno del otro y poder ingresar la información al SIVIGILA, no poner separaciones como /,-, o puntos.

Hepatitis b, c y coinfección delta 340, evento siempre confirmado por laboratorio notificados de manera semanal, con definición de caso, cuadro para clasificar:

Prueba tamiz (HbsAg)	Anti-HBc (IgM)	Anti-HBc Total	Interpretación	OBSERVACIONES
Reactiva	Sin Prueba	Sin Prueba	Hepatitis a Clasificar	notificar como “probables” con la salvedad de que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico NOTA: EVITAR NOTIFICAR SIN LOS LABORATORIOS COMPLETOS
Reactiva	Positivo	Negativo	Hepatitis Aguda	Cumple con al menos 1 criterio: Malestar general, dolores musculares, articulares, astenia, hiporexia, náusea, vómito, coluria. Ictericia o elevación de alanino-aminotransferasas a más de 2,5 veces el valor

	ACTA DE REUNIÓN		CODIGO:AP-GI-F-10-06
			VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA INFORMACION Y TICS		PAGINA:4 DE 10
			FECHA: 17/02/2020

				normal
Reactivo	Negativo	Positivo	Hepatitis Crónica	Antígeno de superficie (HbsAg) positivo en dos oportunidades separadas por un intervalo mínimo de 6 meses

Si las tres pruebas me salen positivas se clasifica como hepatitis aguda. Se informa que ningún caso debe quedar a clasificar.

Hepatitis C: Anti VHC y una confirmatoria Cuantitativa.

La epidemióloga Brigitte Rey Herrera interviene e inicia con la presentación del evento **850 Vih/sida/mortalidad por VIH 850**, donde recuerda que se notifica siempre confirmado por laboratorio.

*Menores de 18 meses: se notifica con carga viral.

*A partir de los 18 meses no gestantes: 1 prueba presuntiva Elisa o rápida reactiva, una segunda Elisa o rápida reactiva segunda prueba indeterminada se realizará una tercera carga viral o Wester Blot, inmuno ensayo o rápida si esta sale reactiva se confirma caso.

*Gestante: 1 prueba presuntiva Elisa o rápida reactiva, una segunda Elisa o rápida reactiva y una **tercera carga viral** > o igual a 5.000 copias/ml se confirma caso, se activará protocolo de prevención de transmisión materno infantil que se activó desde la segunda prueba positiva.


De igual forma se destaca que la base del evento 850 se revisa periódicamente y se tiene en cuenta los siguientes aspectos:

Casos Duplicados sin ajuste D, casos con ajuste D reingresados y con acta enviada, Casos con incumplimiento del algoritmo diagnóstico. Se informa que se deben realizar actas a nivel institucional siempre que se notifique un caso por probable mecanismo de transmisión perinatal, transfusión sanguínea o accidente laboral, estas se deben enviar a la Subred para su respectivo envío a Secretaría Distrital de Salud, allí se debe documentar:

- Reporte a la ARL.
- Inicio de esquema de terapia antiretroviral
- A que programa se lo entregaron.
- Tener presente la historia natural de la enfermedad de VIH.
- Seguimiento al paciente desde el momento del accidente laboral al momento en que se positivizan las pruebas.
- Se debe adjuntar los reportes de laboratorio e historia clínica de los casos.
- Registrar el laboratorio o institución donde se realizó la transfusión y si se tiene el lote.

Así mismo se resalta que según lo realizado en el Cruce de las bases VIH – TB y RUAF para revisar concordancia en las variables de confección de estos eventos, así como con la cascada de causas de mortalidad en los casos que fallecen.

Defectos congénitos 215: Se recuerdan las definiciones operativas de casos estipuladas en el protocolo de Defectos Congénitos. **Caso Probable:** Todos los productos de la gestación, vivos y muertos, identificados en la etapa prenatal, al nacer o hasta los doce meses de edad con diagnóstico probable de defectos congénitos (funcionales metabólicos, funcionales sensoriales o malformaciones congénitas), cuando no es posible hacer la confirmación de su diagnóstico definitivo de manera inmediata (documento técnico defectos congénitos 1. Agrupación defectos congénitos objeto de la notificación de acuerdo con los

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:AP-GI-F-10-06
		VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	PAGINA:5 DE 10
		FECHA: 17/02/2020

códigos de los CIE 10). • No se incluyen las malformaciones menores (documento técnico defectos congénitos 2. Listado malformaciones congénitas menores) cuando estas se presentan aisladas. Estas malformaciones menores se incluirán cuando acompañen una malformación mayor o cuando se evidencie la presencia de tres o más anomalías menores en un recién nacido. • Criterio de exclusión: condiciones relacionadas con prematuridad en recién nacidos de menos de 37 semanas de gestación (documento técnico defectos congénitos 3. Condiciones congénitas relacionadas con la prematuridad)

Caso Confirmado: • Todos los productos de la gestación, vivos y muertos, identificados en la etapa prenatal, al nacer o hasta los doce meses de edad con diagnóstico confirmado por clínica o laboratorio de un defecto congénito (funcionales metabólicos, funcionales sensoriales o malformaciones congénitas).

Caso Probable Hipotiroidismo congénito: Recién nacido vivo con prueba de TSH para tamizaje neonatal en cordón umbilical mayor al punto de corte establecido de 15 mUI/L. • Recién nacido vivo con prueba de TSH para tamizaje neonatal en talón mayor al punto de corte establecido de 10 mUI/L. • Todo menor de un año en cuyo examen físico se detecte: retardo en el desarrollo psicomotor, asociado o no a alguno de los siguientes signos: trastornos en la alimentación, hipotonía, macroglosia, fontanela posterior amplia, baja talla, hernia umbilical, piel seca y fría, cardiopatía congénita cuya causa no haya sido establecida.

Caso Confirmado de Hipotiroidismo Congénito: Recién nacido vivo con confirmación por laboratorio con TSH aumentada para el valor definido como rango normal para la técnica y L-T4 inferior al valor definido como rango normal para la técnica. En caso de no disponer de la técnica para LT4, se debe hacer T4 total. • Es el niño menor de un año que obtenga en las pruebas bioquímicas en suero niveles altos para la edad de TSH y valor bajo para L-T4. Se debe considerar también el valor de L-T4 en el límite inferior y se confirma hipotiroidismo congénito cuando no existen otras causas como la nutricional, o la secundaria a algún tratamiento o enfermedad distinta.

Caso sospechoso Microcefalia:

Todo feto en donde se detecte por ecografía obstétrica un perímetro craneano por debajo del valor medio de acuerdo a la edad gestacional correspondiente u otras alteraciones estructurales a nivel del sistema nervioso central.


Caso confirmado Microcefalia: Todos los productos de la gestación, vivos y muertos quienes al momento del nacimiento y hasta el año de vida presenten una circunferencia craneal occipitofrontal por debajo del percentil 3 de acuerdo a curvas de referencia para edad y sexo o con hallazgos por neuroimágenes de alteraciones en el sistema nervioso central.

Se recuerda que todos los casos se deben ajustar máximo a las cuatro semanas, la UPGD notificadora es la encargada de realizar dicho ajuste ingresando los laboratorios, resultados de TSH, T4 total, T4 libre y T3, así como la variable del tratamiento, los casos notificados con microcefalia y defectos del sistema nervioso central deben continuar con el seguimiento con el STORCH (citomegalovirus, herpes, rubeola, sífilis, toxoplasmosis), el careotipo, PCR ZIKA, examen neurológico, oftalmológico, auditivo, ecográfica de cráneo, RNM, TAC de cabeza y enviar soportes del seguimiento a la Subred.

Todos los casos ingresados como probables o sospechosos o que requieran de ajuste deben ser ajustados a las 4 semanas en la base SIVIGILA posterior a la notificación. Si se trata de una muerte por este evento se deberá registrar la misma causa de muerte en SIVIGILA y RUAF.

Morbilidad materna extrema 549, Complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos. Se recuerda que la notificación es por clínica y de forma inmediata, que los criterios se encuentran a su vez en tres grupos: Disfunción orgánica, Enfermedad específica y de Manejo.

Se recuerda el Seguimiento que debe hacer la EAPB: En diferentes momentos: inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72 horas, a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso).

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:AP-GI-F-10-06
		VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	PAGINA:6 DE 10
		FECHA: 17/02/2020

Se muestran las observaciones realizadas a la base con variables como tipo de identidad, nacionalidad y condición, se destaca que los casos deben ingresar con la fecha de consulta de cuando la gestante cumplió los criterios para MME. Se comenta que el INS realizó una socialización del nuevo protocolo de MME, sin embargo no ha sido publicado en la página oficialmente.

Mortalidad materna 551: Se informa que la definición del evento toda mujer en edad fértil que al fallecer estuvo embarazada en el último año. Se Recuerda algunas definiciones como:

Defunción materna temprana: La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Defunción materna tardía: Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo

Defunciones obstétricas directas: Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Defunciones obstétricas indirectas: Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

3. Protocolo manejo cadáver pandemia COVID 19

El Doctor Luis Téllez, Médico auditor de EEVV de la Subred Norte inicia su intervención con la presentación de la siguiente información:

COVID-19 es una enfermedad con gran variabilidad en presentación clínica, alta tasa de contagio para la cual no existe en el momento un tratamiento definido. El riesgo de contagio al personal que ejecuta autopsias la probabilidad de diseminación de la enfermedad por la manipulación de cadáveres no se conoce, pero se considera que puede ser alto, teniendo en cuenta que, en ausencia de la aplicación de un método de diagnóstico masivo, todo caso debe considerarse potencialmente positivo. Por tanto, el manejo de cuerpos de personas fallecidas con diagnóstico confirmado, sospechoso o probable de SARS-COV-2 (COVID-19) debe realizarse con la mínima manipulación posible.


Durante todo el proceso de manipulación se debe minimizar los procedimientos que generen aerosoles, restringiéndolos solo aquellos que sean necesarios en la preparación del cadáver para cremación o inhumación y en los procedimientos de las necropsias exceptuadas

Se suspende temporalmente la ejecución de autopsias sanitarias, necropsias académicas de cualquier edad, incluyendo fetales, viscerotomías, y tomas de muestras de tejido post mortem por métodos invasivos (biopsias por aguja), que no sean estrictamente necesarias.

La única muestra post mortem no invasiva autorizada es el hisopado nasofaríngeo, se debe hacer antes de seis (6) horas post mortem, el envío se realiza al laboratorio de referencia dentro de las primeras 48 horas luego de su recolección. Para la toma de las muestras no es necesario el traslado del cadáver a una morgue ni la intervención de patología.

La disposición final de cadáveres de personas fallecidas por COVID-19 se hará preferiblemente por cremación.

Las autopsias médico legales por muerte de causa violenta que requieren dictamen forense, deben realizarse extremando el mayor cuidado en términos de uso de elementos adecuados de protección personal y locativos, siguiendo los procedimientos determinados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:AP-GI-F-10-06
		VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	PAGINA:7 DE 10
		FECHA: 17/02/2020

Las autopsias clínicas o procedimientos post mortem invasivos en pacientes negativos para infección SARS-COV-2 (COVID-19) por método de identificación viral (PCR), que se consideren necesarios para determinar la causa de muerte y en las cuales no haya justificación para la judicialización del caso, se realizarán de manera excepcional.

En el caso de los decesos que ocurren en casa sin atención médica previa, un prestador de salud asignado, se desplazará al domicilio, a fin de evaluar las circunstancias que rodearon el deceso y establecer las posibles causas de muerte con una exhaustiva indagación del estado de salud previo y revisión de antecedentes clínicos-epidemiológicos a través de autopsia verbal.

La autopsia Verbal es la técnica de recolección de información que busca, a través de la entrevista a un familiar, cuidador o responsable de mayor cercanía y confianza a la persona fallecida, recabar los signos, síntomas, antecedentes, factores de riesgo, factores sociales, culturales o de atención a la salud y posibles registros de historia clínica, asociados al último padecimiento del fallecido, con el fin de identificar *de manera responsable y razonable las circunstancias que rodearon el desarrollo del padecimiento y finalmente establecer la causa probable de la muerte*

En caso de requerirse necropsia médico legal de un cadáver con causa probable o confirmada por SARS-COV-2 (COVID-19), por las situaciones referidas en artículos 2.8.9.6 (Homicidio, Suicidio, Sospecha, causa Externa violenta) del Decreto 780 de 2016, o en cualquier otra circunstancia de judicialización, los servidores del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, deberán verificar el cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en la entrega de copias de la historia clínica o epicrisis completa y la ficha epidemiológica correspondiente, a la Policía Judicial.

Para las muertes referidas en el artículo 2.8.9.7, literal e) (*acto Médico*) del Decreto 780 de 2016, donde se alegue presuntas fallas en la prestación del servicio de salud en casos probables o confirmados de SARS-COV-2 (COVID-19), no serán objeto de inspección técnica a cadáver ni de necropsia médico legal y se realizará análisis de historia clínica previa denuncia.

Para las muertes en custodia referidas en el artículo 2.8.9.7., literal a; y las muertes referidas en los literales b, c, d y f del Decreto 780 de 2016 (*personal bajo protección del estado, maltrato, accidente laboral, aborto inducido, agentes químicos*), con causa probable o confirmada de SARS-COV-2 (COVID-19), no serán objeto de inspección técnica a cadáver ni de necropsia médico legal.

4. Receso

5. Unidad de Análisis SSR-SMI

Objetivo: Evaluar los conocimientos adquiridos durante las presentaciones realizadas en el espacio del COVE realizado la localidad de Barrios Unidos Teusaquillo.


Metodología: Evaluación de conocimientos del protocolo SSR, mediante la elaboración de preguntas de selección múltiple con única respuesta.

- a. Se imparte una evaluación individual a través de un link publicado
- b. Se procede a permitir a los asistentes a resolver el cuestionario, y se da retroalimentación de las preguntas

Se finaliza actividad con respectiva retroalimentación. Se procede a permitir a los asistentes a resolver el cuestionario y se da retroalimentación de las preguntas.

6. Socialización de transmisibles y Tableros de Control SIVIGILA

La epidemióloga de Transmisibles Andrea Rojas expone las Orientaciones para la Vigilancia en Salud pública de la covid19 documento elaborado por el Instituto Nacional de Salud, Versión 1 – 02 de mayo de 2020.

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:AP-GI-F-10-06
		VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	PAGINA:8 DE 10
		FECHA: 17/02/2020

Se brinda información estrategias de vigilancia en salud pública tienen como propósito orientar la detección de los casos por COVID-19 y sus contactos.

Recomendaciones que constituyen un marco que puede ser adoptado o mejorado de acuerdo con las necesidades para cada nivel territorial, excepto la vigilancia basada en eventos que es de estricto cumplimiento.

- (UPGD y Unidades Informadoras - UI) reportan un conjunto de enfermedades definidas como eventos de interés en salud pública.
- Reportar de manera inmediata los casos probables de COVID-19 que sean atendidos en casa, en consulta externa o de urgencias, en observación, en hospitalización o en UCI (incluyendo UC Intermedio).
- Los casos probables o sospechosos deben ser reportados por la UPGD o UI de manera inmediata (telefónicamente, vía web o chat) a la oficina de vigilancia
- generar una alerta inmediata a las oficinas departamentales o distritales de vigilancia en salud pública, a las EAPB y al Instituto Nacional de Salud
- UPGD debe declarar notificación negativa en el Sivigila. Si no hay evidencia que se haya realizado esta verificación o no se notifica de esta manera, se configura silencio epidemiológico.

DEFINICION DE CASO: sujetas a cambios y serán ACTUALIZADAS DE ACUERDO CON LA DINÁMICA DEL EVENTO. Las definiciones de caso 1 (Cód. 348) y 2 (Cód. 346) estarán vigentes por el periodo de transición de apertura de la cuarentena.

CASO 1: IRAG 348 O COVID_19: Caso probable: persona con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos (previo o durante la consulta, la admisión o la hospitalización institucional o domiciliaria), con cuadro de INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, especialmente un **DETERIORO REPENTINO A PESAR DEL TRATAMIENTO ADECUADO, QUE SÍ REQUIERE HOSPITALIZACIÓN.**

CASO 2 IRA-LEVE-MODERADA 346: Caso probable: persona que tenga al MENOS UNO de los siguientes síntomas, fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, ODINOFAGIA Y/O FATIGA/ASTENIA.


CASO 3 SOSPECHOSO 345: Caso sospechoso: persona con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos (previo o durante la consulta, la admisión o la hospitalización institucional o domiciliaria), de no más de 10 días de evolución, **QUE REQUIERA MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN SERVICIOS DE URGENCIAS, OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN O UCI.**

ENFASIS: LA NOTIFICACIÓN DE LOS CASOS DE IRAG EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS O EN LAS PERSONAS CON COMORBILIDAD O CONDICIONES, TALES COMO: diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y, fumadores.

CASO 3.2 IRA LEVE-MODERADA INFLUENZA: Caso Sospechoso: persona con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos (previo o durante la consulta o la visita domiciliaria), de **NO MÁS DE 7 DÍAS DE EVOLUCIÓN, QUE NO REQUIERA MANEJO INTRAHOSPITALARIO, SERVICIOS DE URGENCIAS U OBSERVACIÓN**

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA LEVE (EQUIVALENTE ENFERMEDAD SIMILAR A LA INFLUENZA)

(CÓD. 345): Énfasis en la notificación de los casos de IRA en adultos mayores de 60 años o en las personas con comorbilidad o condiciones, tales como: diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y,

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:AP-GI-F-10-06
		VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	PAGINA:9 DE 10
		FECHA: 17/02/2020

fumadores.

CASO 4 MUERTE PROBABLE COVID_19: 348: Todas las muertes por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida durante la consulta, la admisión, la observación, la hospitalización o en el domicilio.

CASO 5 ASINTOMATICO: Contacto estrecho** de caso confirmado de COVID-19 que no ha manifestado **síntomas en los primeros 7 días** posteriores a la última exposición no protegida. Los casos de esta estrategia deben ser registrados en el formato "Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19". Este formato es Apéndice 2 a la notificación de los casos **346 y 348**.

En cuanto a los tableros de Control Desde el componente de SIVIGILA la epidemióloga Sandra Vega socializa los tableros de control correspondientes con corte al mes de Abril de 2020 localidad de Usaquén .


Se realiza socialización de la totalidad de UPGD realizando énfasis en aspectos a fortalecer frente a la notificación oportuna de eventos inmediatos. Se informa que para las unidades que cerraron a mitad del mes de ABRIL fueron evaluadas sobre el total de semana que tuvieron atención y reporte en el punto. Frente a ingreso de laboratorios se indica que todos los eventos que ingresen confirmados por laboratorio deben ingresar el reporte de laboratorio que corresponda al evento. Para el evento 346 se realiza claridad nuevamente en definiciones operativas de acuerdo a protocolo vigente de INS. Se recuerda que los casos de personas asintomáticas que obtengan prueba rápida positiva se deben notificar como caso probable y realizar la confirmación con PCR. Frente a la notificación de casos se recuerda que los pacientes confirmados para covid en los cuales se debe tomar muestras de control, no se deben volver a ingresar a base SIVIGILA.

7. Varios

La técnica SIVIGILA Olida hace una intervención con relación a la importancia de la buena prescrita de las fichas de notificación y la georreferenciación correcta

En este punto interviene el enfermero Alejandro Martínez referente de PAI quien expone las coberturas de vacunación, y muestra algunas estrategias tomadas en temas de vacunación por la actual cuarentena debido a la pandemia COVID 19. De igual forma se retroalimenta las preguntas de la unidad de análisis y se resuelven dudas e inquietudes.

DECISIONES Y CONCLUSIONES

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:AP-GI-F-10-06
		VERSION: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	PAGINA:10 DE 10
		FECHA: 17/02/2020

- Se brindó información relacionada las generalidades de los eventos de vigilancia en salud Publica del componente de Salud Sexual reproductiva.
- Se muestran las observaciones realizadas en el cruce de las bases de eventos 740, 750, 340, 560, 551, 549, 215 y 850, las cuales son compartidas a todas las UPGD de la subred Norte periódicamente según los casos que requieran ajuste o presenten observaciones.
- Se recalcó la importancia de la notificación oportuna de los eventos donde se requiera la confirmación del caso por laboratorio, y la necesidad de que estos ingresen al SIVIGILA cumpliendo con la definición de caso y algoritmo diagnóstico.
- Se orientó acerca del protocolo para manejo de cadáver en Pandemia COVID
- Se presenta el informe Orientaciones para la Vigilancia en Salud pública de la covid19 documento elaborado por el Instituto Nacional de Salud, Versión 1 – 02 de mayo de 2020.
- Se Presenta los tableros de control donde se enfatiza sobre la oportunidad de notificación, y se recalca que las instituciones donde se tienen menos casos deben tener un porcentaje mayor de oportunidad en la notificación.

COMPROMISOS Y TAREAS A REALIZAR	RESPONSABLE	FECHA
Notificación permanente de los casos	UPGDs	Permanente

FIRMAS DE LOS ASISTENTES: ANEXO		
NOMBRE	FIRMA	CORREO ELECTRONICO
Anexo lista de asistencia por metodología Virtual		