

# VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA



## COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA LOCALIDAD SUBA JUNIO 2018

## A) Datos de identificación.

Fecha: 29/Junio/2018

Lugar: Auditorio Hospital de Suba Centro de Servicios Especializados

Hora: 8:00 a.m.

Citada por: Subred Norte

### Objetivo:

Propiciar un espacio que permita el fortalecimiento de conceptos y conocimiento de los Protocolo de Vigilancia de Salud Pública VIH/SIDA y Hepatitis B, C y D; y eventos de interés en salud pública, presentación relacionados a SISVAN,

**Metodología:** El desarrollo del COVE requirió de tres fases: preparación y gestión de la información, en la cual se realizó un proceso de articulación de las referentes responsables de las temáticas centrales e itinerantes; 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 de los temas centrales, se

desarrolló mediante la exposición de los Protocolo de Vigilancia de Salud Pública VIH/SIDA y Hepatitis B, C y D conceptos básicos de desnutrición aguda, desnutrición crónica en menores de 5 años.

### **Número de Participantes:**

Se contó con un total de asistentes 40 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.

### **AGENDA:**

1. Lectura del Acta anterior. Instalación Comité de Vigilancia Epidemiológica.
2. Socialización del protocolo Hepatitis B Y C- Hallazgos
3. Socialización del Protocolo De VIH/SIDA- Hallazgos
4. Receso
5. Taller de Antropometría
6. Unidad de Análisis SSR-SMI
7. Socialización de Alertas Epidemiológicas y Tableros de Control SIVIGILA

## Desarrollo de la agenda.

### 1. Lectura del acta anterior Comité de Vigilancia Epidemiológica.

### 2. Socialización del Protocolo Hepatitis B Y C- Hallazgos

La presentación se realiza a cargo de la Dra. Diana Milena Zipa Médico Residente de Medicina Familiar Universidad del Bosque, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva expone el Protocolo de Vigilancia de Salud Pública HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B-DELTA

El comportamiento de la hepatitis a nivel mundial ha causado 1,34 millones de muertes en 2015, se calcula que en 2015 tenían infección crónica por el Virus de Hepatitis B unos 257 millones de personas en todo el mundo y 71 millones tenían infección crónica por el Virus de Hepatitis C.

A nivel Distrital, se hace la observación de una disminución progresiva del VHB, seguramente por la introducción de la vacuna, y un incremento de VHC especialmente en el 2017, debido a un incremento de la notificación, sin cumplir el algoritmo. En su mayoría afecta a la población en edad productiva entre los 20 a 39 años, notándose que la localidad de Chapinero, es la que más notificaciones aporta. El modo de contagio predominantemente es por contacto sexual, en el año 2017

Entrando en la descripción de la infección, se indica que el virus de la Hepatitis B (VHB) es un DNA virus con envoltura, el Virus de la Hepatitis C (VHC) es un RNA con envoltura, y el Virus de la Hepatitis D (VHD) es un virus RNA sin envoltura, lo que determina que siempre exista una co- infección con el VHB. Se destaca la importancia por su alta probabilidad de cronificación, produciendo Cirrosis hepática, Cáncer hepático primario y Muerte. Su periodo de incubación se encuentra entre 45 y 180 días.

La hepatitis puede ser:

- **Hepatitis aguda:** Es la presentación de la enfermedad clásica la cual presenta las siguientes fases:
  - Fase de incubación: El virus se replica dentro del genoma celular
  - Fase prodrómica: la presentación inicial del cuadro clínico (5-7 días)
  - Fase icterica: se presenta los síntomas clásicos de hepatitis y se evidencia cambios en los laboratorios. Dentro de ésta fase puede darse una presentación clínica llamada *Hepatitis fulminante*, donde se desencadena una falla orgánica, encefalopatías, coma y muerte.
  - Fase de convalecencia: donde el paciente resuelve los síntomas.
- **Hepatitis crónica:** El virus tiene la capacidad de permanecer latente dentro del hepatocito, ocasionando persistencia de síntomas en los pacientes como lo es en el caso de la VHB y VHC. Se observa la presencia del antígeno de superficie por más de 6 meses.

Dentro de los síntomas clásicos de la enfermedad se encuentra Malestar general, mialgias, artralgias, astenia, hiporexia, náuseas, vomito, coliuuria, Ictericia o transaminasas a más 2.5 veces el valor normal

El modo de trasmisión es a través de sustancias corporales como sangre y sus derivados, por contacto sexual, materno-infantil, percutánea y parenteral, y de forma horizontal.

El periodo de transmisibilidad se refiere al tiempo que puede ser contagioso el virus, se da en los siguientes casos

- Persistencia de HBsAg positivo
- 1 a 2 meses antes de los primeros síntomas
- Durante curso agudo de la enfermedad
- Fase de portador crónico.
- Pacientes no vacunados o vacunados que no tenga el nivel de anticuerpos adecuado. Por lo que debe garantizarse una inmunidad con anticuerpos contra antígeno de superficie del VHB iguales o superiores a 10 UI/L.

Las personas con Síndrome de Down, enfermedades linfoproliferativas o infección por VIH, y las sometidas a hemodiálisis, al parecer tienen mayor propensión a presentar infección crónica.

Dentro de los grupos de riesgo identificado están:

- Gestante y su hijo.

- Homosexuales y heterosexuales con múltiples compañeros sexuales.
- Pacientes con multitransfusión o en hemodiálisis.
- Profesionales de salud y personas que manejan residuos hospitalarios, personal de aseo
- Personas que se inyectan drogas que comparten agujas y jeringas.
- Procedimientos en centros estéticos / pirsin / tatuajes / acupuntura
- Convivientes o que tengan contacto sexual con portadores crónicos de hepatitis
- Población interna, carcelaria y trabajadores de instituciones

El diagnóstico diferencial se da por causas no infecciosas de hepatitis (autoinmune, genético, metabólico, tóxica y por medicamentos), Causas infecciosas (Virus hepato-trópicos de Hepatitis A, C, D, E o G. agentes como el citomegalovirus, el Virus de Epstein-Barr, adenovirus y otros virus causantes de fiebre hemorrágica e ictericia y en América Latina y el Caribe: leptospirosis, malaria y fiebre amarilla.)

La toma de laboratorios debe ser en ayunas, con extracción de 7 a 10 ml de sangre, en un tubo seco sin anticoagulante, si es en estado post mortem debe extraerse directamente a través de punción cardiaca, se realiza para detección en sangre o tejido: para evaluación de Hepatitis B se solicita antígeno de superficie (HBsAg) , anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad. Para la infección concomitante con VHD se solicita anticuerpos contra el antígeno

Delta (Anti-VHD), y para la evaluación de Hepatitis C, anticuerpos totales contra el VHC (Anti-VHC)

Posteriormente se expone definiciones operativas, se realiza la Definición de Causo *“Todo caso se debe ingresar como CONFIRMADO POR LABORATORIO*, se define los casos:

- **Caso de Hepatitis B a clasificar.** En el paciente con 9 meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados. Para clasificar el caso es necesario realizar de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno Core necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad
- **Caso de Hepatitis B Aguda:** adicionalmente un Anti-HBcIgM positivo, y al menos uno de los criterios clínicos
- **Caso de Hepatitis B crónica:** se clasifica el caso con un Anti-HBc Total, Anti-HBcIgM negativo y HBsAg separadas con un intervalo de al menos 6 meses
- **Caso de coinfección / superinfección Hepatitis B-Delta,** paciente que cumpla con definiciones de caso de Hepatitis B y se de anticuerpos contra el antígeno Delta (Anti-VHD) positiva.
- **Caso de Hepatitis C:** Anticuerpos totales contra el VHC (Anti-VHC) , verificada con alguna prueba de inmunoensayo: Prueba de inmunoensayo recombinante (RIBA o LIA), Detección molecular del VHC en sangre (RT-PCR) o Inmunoblot

La notificación debe ser individual semanal y el ajuste epidemiológico cada 4 semanas. En caso de presentarse brotes o situaciones de emergencia relacionados con los eventos, se debe informar de forma inmediata al INS.

Los responsables del flujo de la información se da por niveles: la IPS , EPS, laboratorios, el Instituto nacional de Salud y finalmente el Ministerio de Salud .

En cuanto a la orientación de la acción, a nivel individual debe garantizarse el seguimiento de los algoritmos, y a nivel colectivo la vacunación , medidas de seguridad y protección en personal a riesgo , educación sexual y control de las ITS y promover la búsqueda de atención

### 3. Socialización del Protocolo De VIH/SIDA- Hallazgos

La presentación se realiza a cargo de la Dra. Clara Ángela Sierra, Referente VIH e ITS, de la Subdirección de Vigilancia y la Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud, inicia con la presentación del Protocolo de Vigilancia de Salud Pública VIH/SIDA código 850

Se informa el comportamiento del evento a nivel mundial, Colombia y Distrital, se hace la observación de un crecimiento progresivo del evento, en su mayoría afectando a la población en edad productiva entre los 20 a 39 años, con una razón de hombre/ mujer 8:1, cuya población más afectada es hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y habitantes de calle.

Llama la atención, que la frecuencia de VIH es en un 67%, de SIDA en un 23% y muerte en un 9%. Quiere decir que no hay una captación temprana, y hay déficit en la adherencia del tratamiento, lo cual podría evitarse con una buena asesoría. Además, se evalúa el Objetivo 90- 90- 90 de la ONUSIDA, el cual evalúa Diagnóstico (que sepa que tiene VIH) – Tratamiento – Supresión viral (carga viral indetectable), Donde se observa una diferencia con respecto a la meta de 28%, 17% y 31% respectivamente.

Se exponen las metas del ODS y del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y Normatividad relacionada, dentro de estas el Decreto 1543 de 1997, el cual reglamenta el manejo de la infección por el VIH, la Resolución 3442 de 2006, que expone el modelo de Gestión programática en VIH /SIDA, el Decreto 780 De 2016, Decreto 3518 de 2006, que reglamenta el SIVIGILA para la provisión oportuna y sistemática de la información, la Circular 16 de 2012, se evalúa la estrategia para eliminar la transmisión materno –infantil del VIH, en cuyos lineamientos se debe reducir por debajo del 2% los casos, y se garantice de forma prioritaria su atención, se diagnostique oportunamente, y se realice el seguimiento y clasificación respectiva.

Se describe el evento, cuyo agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana, su modo de transmisión es sexual, materno. Infantil y sanguínea o percutánea. Se expone además la Justificación para la vigilancia del VIH, ya que es una enfermedad de alto costo y tiene un gran

impacto en la Salud Pública, y se enfatiza en generar una información oportuna, válida y confiable.

Se exponen definiciones operativas, se realiza la Definición de Caso “*Todo caso de VIH, SIDA Y Muerte ingresa como CONFIRMADO POR LABORATORIO*”.

- **VIH:** Caso confirmado por laboratorio con base en algoritmo diagnóstico establecido en las guías de práctica clínica: dos pruebas rápidas (3 o 4 generación) o dos Elisa reactivas. , si es gestante o niño expuesto a VIH desde el nacimiento, además se toma la carga viral de forma obligatoria,
- **SIDA:** Caso confirmado por laboratorio, de acuerdo con la edad, que sea clasificado en las categorías clínicas A3, B3, C1. C2 y C3. Puede ser la primera forma de notificación del caso.
- **Muerte por SIDA:** Caso confirmado por laboratorio, de acuerdo con la edad, cuya causa de muerte fue SIDA. Puede ser la primera forma de notificación del caso.

Tanto el caso confirmado de SIDA y Muerte por SIDA, debe realizarse por Infectólogo o Médico tratante.

Se aclara que la notificación debe ser individual, única vez y ante el RUAF y el SIVIGILA, si existe duda en la notificación, debe realizarse de nuevo, la notificación debe ser semanal y el ajuste epidemiológico cada 4 semanas. Se explica flujo de la información y las responsabilidades de cada unidad, en la cual se resalta la importancia de diligenciamiento completo de la historia clínica, de la ficha de notificación y de la asesoría pre y post examen, la cual

debe realizarse en forma de consejería de alta calidad, individualizando cada caso, resaltando que la misma es diferente al consentimiento informado. Además garantizar de forma oportuna, efectiva el acceso a los servicios de salud, procurando una demanda inducida.

En cuanto a la orientación de la acción se destaca la importancia de la captación de la gestante en el primer trimestre de embarazo, descartar la coinfección de tuberculosis en el paciente con VIH y viceversa, garantizar el seguimiento del hijo de la madre con VIH. Los casos de infección con VIH/ tuberculosis debe realizarse la unidad de análisis en menores de 49 años a nivel distrital y transfusión sanguínea y accidente laboral a nivel institucional.

#### 4. Receso

#### 5. Taller de Antropometría

Se realiza a cargo del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) de la Subred Norte, se abordan los temas de Generalidades del estudio multicéntrico de las Referencias del Crecimiento en menores de cinco años, Resolución 2465 de 2016, sigue la siguiente metodología:

- Aplicación Pretest
- Presentación objetivos y sentidos del taller
- Realización de taller por grupos, deberán leer tema particular y elaborar una presentación
- Socialización de temáticas por parte de los grupos

- Comentarios, reflexiones, dudas.
- Pos test y cierre

Se explica los estándares de evaluación de crecimiento en menores de 5 años, se explica rápidamente las diferentes medidas usadas para la evaluación del crecimiento y estado nutricional del paciente, teniendo en cuenta las gráficas e indicadores antropométricos adoptadas por el ministerio de Salud, por la Resolución 2465 de 2015, cuyos Puntos de Corte para clasificación Antropométrica menores 5 años toman los indicadores mostrados en la Tabla 1

TABLA 1. Indicadores de crecimiento en menores de 5 años

Crecimiento alcanzado (0-5 años)	Velocidad de crecimiento (0-2 años)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Longitud/talla para la edad</li> <li>• Peso para la edad</li> <li>• Peso para la longitud/talla</li> <li>• Índice de masa corporal para la edad</li> <li>• Perímetro cefálico para la edad</li> <li>• Circunferencia del brazo para la edad</li> <li>• Pliegue subescapular para la edad</li> <li>• Pliegue tríceps cutáneo para la edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Longitud</li> <li>• Perímetro cefálico</li> </ul>

Fuente: Estudio multicentrico OMS.

Se describen los Eventos de Vigilancia Nutricional – SIVIGILA: Evento 110:

Bajo peso al nacer a término, Evento 112: Mortalidad por o asociada a

desnutrición y Evento 113: Desnutrición aguda moderada o Severa en menores de 5 años

La vigilancia de caso se realiza sobre bajo peso al nacer y muy bajo peso al nacer. Se considera Bajo peso al nacer Recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea  $\leq 2499$  gramos y Muy bajo peso al nacer Recién nacido con peso igual o menor de 1499 gramos.

Tabla 2. Factores de riesgo de Bajo Peso al nacer se mostrarán en la Tabla 2

Factores de riesgo	Descripción
<b>Socio demográficos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad madre</li> <li>• Estrato Socioeconómico</li> </ul>
<b>Antecedentes maternos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Primigestantes</li> <li>• Antecedente hijos con BPN</li> </ul>
<b>Riesgos médicos durante la Gestación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrición materna</li> <li>• Síndrome anémico</li> <li>• Periodo intergenésico corto</li> <li>• Infección tracto urinario</li> </ul>
<b>Cuidados prenatales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio tardío CPN: más de las 13 semanas</li> <li>• # insuficiente CPN : menor a 6</li> <li>• No suplementación</li> </ul>

La Vigilancia desnutrición aguda moderada o severa en menores de 5 años, se realiza con la medida de

Peso/Talla o Longitud:  $< 2$  SD (para Desnutrición Moderada) y  $< 3$  SD (Severa).

Además se diferencia la Desnutrición crónica y desnutrición global y Mayor riesgo de muerte por desnutrición, además de la medida, es necesario la evaluación clínica del paciente, buscando signos como marasmo, o apariencia de edema, y se evalúa el perímetro braquial, donde un valor de  $< 11,5$  cm será igual Desnutrición severa,  $11,5$  a  $\leq 12,5$  cm= Desnutrición,  $> 12,5$  cm= Negativo para tamizaje.

Se determina los criterios para la notificación evento SIVIGILA 113:

- Indicador Peso / Talla: Puntaje Z por debajo de  $-2$  DE
- Prueba del edema positiva
- Perímetro braquial: Valor  $< 11,5$  cm (niños y niñas de 0 a 59 meses)

Finalmente, se describe la forma correcta de toma de medición, y se realiza la prueba postest, aclarando las dudas y realizando una retroalimentación.

## 6. 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

**Metodología:** Evaluación de conocimientos de los protocolos de VIH/SIDA y Hepatitis, mediante la elaboración e preguntas de selección múltiple con única respuestas y pregunta de falso y verdadero

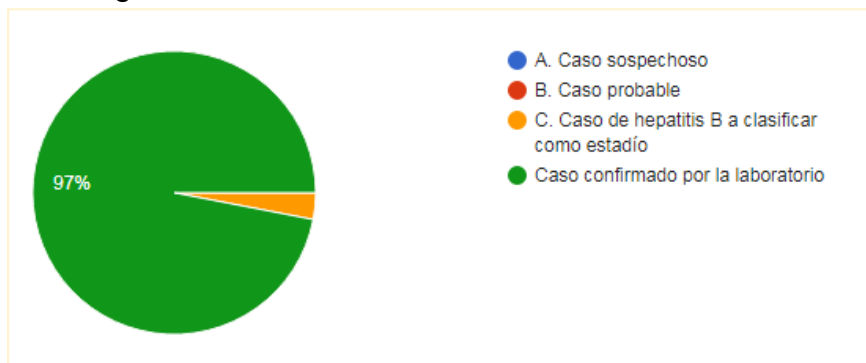
- a. Se imparte una evaluación para tres personas
- b. Se procede a permitir a los asistentes a resolver el cuestionario, y se da retroalimentación de las preguntas
- c. Se finaliza actividad con respectiva retroalimentación.

Se realizan 5 preguntas en el cuestionario, se obtienen 25 respuestas, las cuales se analizan a continuación:

1. Todo paciente que tenga laboratorios positivos / reactivos, necesarios para detectar y clasificar el estadio grave o agudo de la hepatitis B se ingresara a SIVIGILA como

El 97 % de los participantes consideran, se debe ingresar al SIVIGILA como caso confirmado por laboratorio, cuya respuesta es correcta, solamente una persona tuvo la respuesta incorrecta, se felicita a los participantes

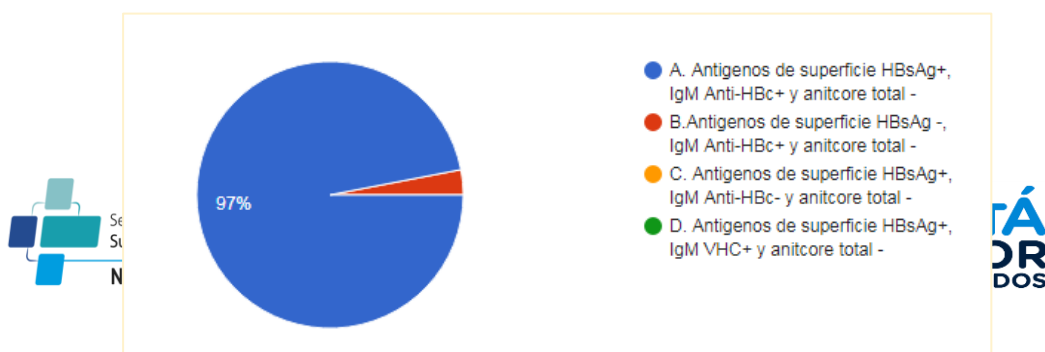
Grafica 1. Respuesta primer pregunta Paciente con laboratorios positivos / reactivos, *necesarios* para detectar y clasificar el estadio grave o agudo de la hepatitis B se ingresará a SIVIGILA como



2. Para la clasificación de un caso de hepatitis B en estadio Agudo se requiere:

El 97% de los evaluados indican que se requiere Antígenos de superficie HBsAg+, IgM Anti-HBc+ y anticore total -, cuya respuesta es correcta, seguido de un 3 % que refiere se requiere Antígenos de superficie HBsAg -, IgM Anti-HBc+ y anticore total -. Solamente una persona tuvo la respuesta incorrecta, se felicita a los participantes

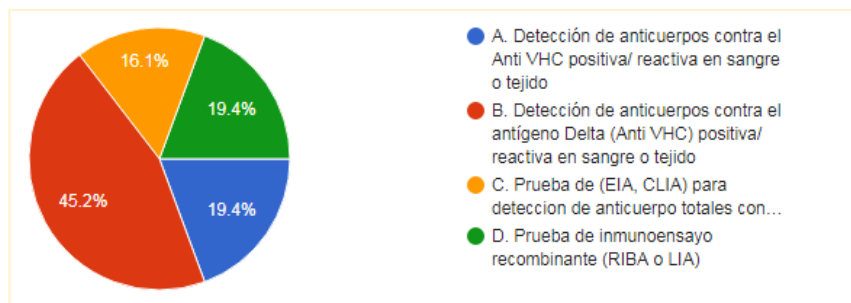
Grafica 2. Respuesta segunda pregunta Para la clasificación de un caso de hepatitis B en estadio Agudo se requiere



3. Ante un caso de confirmado de Hepatitis B como confirmaría la coinfección con hepatitis Delta

Ante ésta pregunta se observa que un 45,2 % respondieron es necesario tomar anticuerpos contra el antígeno delta, VHD, cuya respuesta es la correcta, seguido del 19,4 % de Prueba de EIA, 19,4 % prueba de inmunoensayo recombinante. Por lo que es necesario aclarar que tanto la prueba EIA, como el RIBA se usa para virus de la hepatitis C. y el para detectar e VHC, es necesario confirmar primero la infección con VHB, y la detección de anticuerpos Anti VHC

Grafica 3. Respuesta tercer pregunta Ante un caso de confirmado de Hepatitis B como confirmaría la coinfección con hepatitis Delta

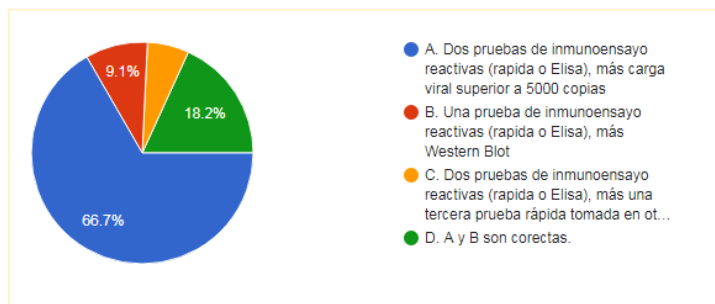


4. Según el algoritmo para notificar un caso nuevo de VIH a gestante se de cumplir con:

Ante ésta pregunta se observa que un 66,7 % respondieron que la respuesta A. Dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral superior a 5000 copias, cuya respuesta es correcta, y un 18,2 % respondieron

que tanto la A y B son correctas, es decir dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más Western Blot. Se hace necesario se realizar la retroalimentación que toda prueba en gestantes con VIH debe solicitarse siempre una carga viral, y la prueba de Western Blot solo se realiza como confirmatoria de una carga viral menor a 5mil.

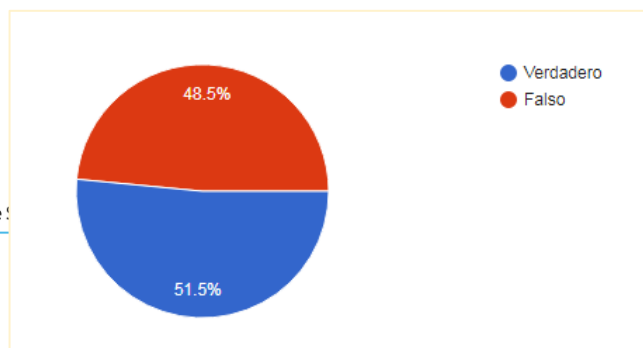
Grafica 4. Respuesta a cuarta pregunta: Según el algoritmo para notificar un caso nuevo de VIH a gestante se de cumplir con:



5. Ponga falso o verdadero según considere: En un menor de 18 meses de edad la primera prueba de carga viral a las cuatro semanas es menor de 50 copias, se repite carga viral a los cuatro meses de edad

En esta pregunta el 55,5 % de los evaluados la contestan como verdadero cuya respuesta es correcta y un 48,5% como falso, se aclara el concepto que para un menor de 18 meses nacido de gestante con VIH, debe repetirse la carga viral.

Grafica 5. Respuesta a quinta pregunta Ponga falso o verdadero según considere: En un menor de 18 meses de edad la primera prueba de carga viral a las cuatro semanas es menor de 50 copias, se repite carga viral a los cuatro meses de edad



## 6. Socialización de Alertas Epidemiológicas y Tableros de Control SIVIGILA

### Anexa Listados de asistencia

Ver acta

#### Bibliografía:

1. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B-delta. Ministerio de Salud
2. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. VIH/SIDA
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre las Hepatitis, 2017. Resumen de orientación. OMS. Sitio web: <http://www.who.int/hepatitis/es>
4. Organización Mundial de la Salud. Documento en sitio Web. Fecha de consulta: 5 de abril de 2018. Sitio Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/es/>
5. Organización Mundial de la Salud. Documento en sitio Web. Fecha de consulta: 5 de abril de 2018. Sitio Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/es/>
6. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud - Año 2008 – 2017\* datos preliminares. DANE – Proyecciones de población 2008 - 2017 Bogotá

7. Ministerio de Salud. Instituto Nacional De Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Desnutrición aguda moderada o severa en menores de 5 años. 2017
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016.
9. UNICEF, Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad, 2017
10. Resolución 5406 de 2015. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad