

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
LOCALIDAD
SUBA - ENGATIVA
MAYO 2020



Datos de identificación.

Fecha: 29/Mayo/2020

Lugar: meet.google.com/vdx-fksc-cpx

El comité se realizó de manera virtual

Hora: 8:00 a.m.

Citada por: Subred Norte

Objetivo:

Propiciar un espacio que permita el fortalecimiento de conceptos y conocimiento de los protocolos de vigilancia de salud pública y ajustes del componente SSR SMI.

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/salud-publica/vigilancia-epidemiologica>

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 para Salud Sexual y Reproductiva y Salud materno Infantil para sífilis gestacional congénita, mortalidad perinatal , hepatitis B Y C, VIH, MME, mortalidad materna Y defecto congénito.

Número de Participantes:

Se contó con un total de asistentes 60 representantes de las Unidades Primarias Generadoras de Datos -UPGD y 6 funcionarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Caracterización de los Participantes:

La población conectada de manera virtual 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. Instalación comité de vigilancia epidemiológica. lectura del acta anterior.
2. Vigilancia eventos SSR - hallazgos frecuentes
3. Protocolo manejo cadáver pandemia covid 19
4. Receso
5. Unidad de análisis ssi smi
6. Socialización transmisibles y tableros de control Sivigila
7. Varios

Desarrollo de la agenda.

1. **Lectura del acta anterior Comité de Vigilancia Epidemiológica.**
2. **vigilancia eventos SSR - hallazgos frecuentes**

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 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 pestáña 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 treponémica 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.

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 normal

Reactiva	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 lo 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 Secretaria 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 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)

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 de manejo de cadáveres 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 muestraa 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.

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 Chapinero.

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

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

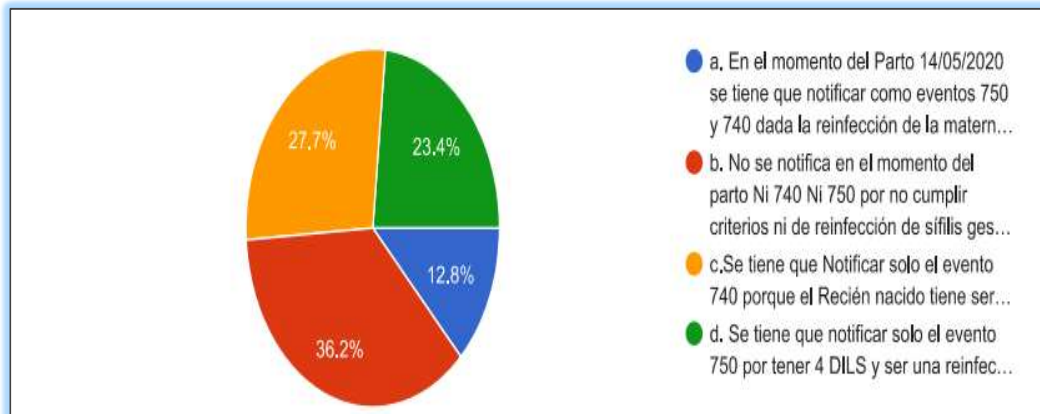
Se realizan 8 preguntas en el cuestionario, se obtienen 27 respuestas, las cuales se analizan a continuación:

Pregunta 1: SIFILIS GASTACIONAL -CONGENITA CASO CLINICO:
14/05/2020 Embarazada de 20 años Primigestantes con 40 semanas de gestación, serología VIH negativo, cursó con sífilis indeterminada diagnosticada en la semana 28 de embarazo (Prueba Rápida No reactiva y VDRL No reactivo a las 12 semanas de gestación, Prueba rápida Positiva y VDRL Reactivo 1:16 DILS a las 28 semanas positivo). Notificada como 750 y Tratada junto a su pareja los días 21/02/2020, 28/02/2020 Y 06/03/2020. Se realizó VDRL en parto que resultó Reactivo en 4 DILS

RN por parto vaginal de 40 semanas, el cual Presenta Reporte de serología 2 DILS Sin hallazgos Clínicos o paraclínicos de Interés. Con la información anterior elija la respuesta correcta:

- a. En el momento del Parto 14/05/2020 se tiene que notificar como eventos 750 y 740 dada la reinfección de la materna y de acuerdo a serología de 2 DILS del Recién Nacido.
- b. No se notifica en el momento del parto Ni 740 Ni 750 por no cumplir criterios ni de reinfección de sífilis gestacional ni congénita en el recién Nacido.
- c. Se tiene que Notificar solo el evento 740 porque el Recién nacido tiene serología de 2 DILS
- d. Se tiene que notificar solo el evento 750 por tener 4 DILS y ser una reinfección, pero No 740 ya que No es congénita pues no duplica la serología Materna en el momento del parto.

Grafica 1. Respuesta pregunta 1



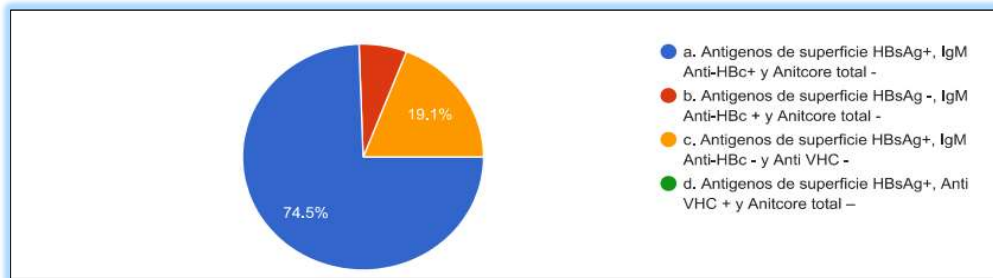
Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidades de Suba - Engativá

La respuesta más frecuente entre los participantes fue la B con el 36,2%, No se notifica en el momento del parto Ni 750 ni 740, por no cumplir criterios de reinfección de sífilis gestacional, lo cual es correcto. Le sigue en frecuencia la respuesta C con el 27,7%. Se tiene que Notificar solo el evento 740 porque el Recién nacido tiene serología de 2 DILS. Lo cual es incorrecto pues no duplica la serología materna en el momento del parto. Se evidencia que en total el 63,8% de los participantes tienen claridad frente al proceso de Notificación sífilis Congénita y gestacional, ya sea porque es un evento que solo se notifica por unidades que presenta atención a partos o a gestantes de manera más frecuente, lo que evidencia que las unidades deben reforzar sus conocimientos frente al evento.

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

- Antígenos de superficie HBsAg+, IgM Anti-HBc+ y Anitcore total -
- Antígenos de superficie HBsAg -, IgM Anti-HBc + y Anitcore total -
- Antígenos de superficie HBsAg+, IgM Anti-HBc - y Anti VHC -
- Antígenos de superficie HBsAg+, Anti VHC + y Anitcore total -

Grafica 2. Respuesta pregunta 2



Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidades de Suba - Engativá

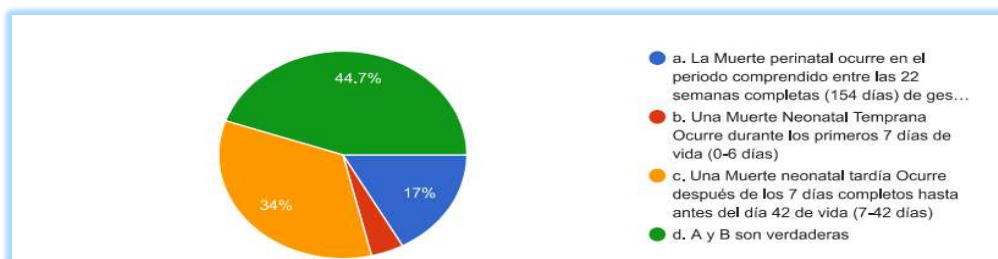
Dentro de los hallazgos más relevantes se encontró que el 74,5% refirieron que la opción correcta es la A, siendo la respuesta esperada, sin embargo se evidencia que un 25.5% de los participantes aún no tiene claro que laboratorios se requieren para confirmar el evento, aunque la mayoría de los participantes estuvieron atentos durante el COVE y reconocen que laboratorios se requieren para su confirmación, es importante fortalecer los conocimientos adquiridos con este Evento.

Pregunta 3: Mortalidad perinatal.Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

- La Muerte perinatal 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.
- Una Muerte Neonatal Temprana Ocurre durante los primeros 7 días de vida (0-6 días)
- Una Muerte neonatal tardía Ocurre después de los 7 días completos hasta antes del día 42 de vida (7-42 días)

A y B son verdaderas

Grafica 3. Respuesta pregunta 3



Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidades de Suba - Engativá

Ante ésta pregunta se observa que en el 34% los participantes hay claridad en la definición de caso e inclusión de criterios para notificación del evento Muerte

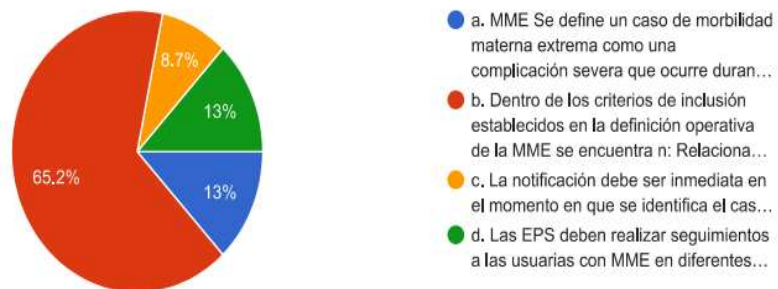
perinatal, ya que la respuesta con la afirmación falsa la cual es la C es Una Muerte neonatal tardía Ocorre después de los 7 días completos hasta antes del día 42 de vida (7-42 días) Pues esta opción era la correcta, Sin embargo es muy importante aclarar que la opción A y B son Aunque son correctas no corresponden a la intención de la pregunta que era elegir la falsa, Con lo cual se evidencia que el 44% pudo haber hecho una interpretación incorrecta de la pregunta.

Pregunta 4: MME. Señale la afirmación falsa:

MME Se define un caso de morbilidad materna extrema como una 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.

- Dentro de los criterios de inclusión establecidos en la definición operativa de la MME se encuentra n: Relacionado con enfermedad específica, Relacionado con disfunción orgánica, Relacionado con manejo y Relacionado con los factores sociodemográficos
- La notificación debe ser inmediata en el momento en que se identifica el caso de morbilidad materna extrema confirmado por clínica desde la UPGD
- Las EPS deben realizar seguimientos a las usuarias con MME 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)

Grafica 4 respuestas 4



Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidades de Suba - Engativá

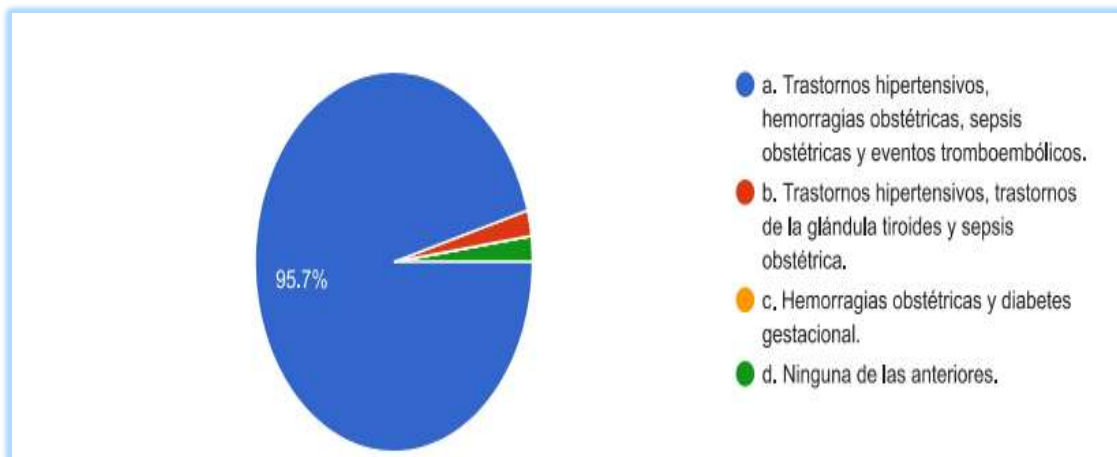
La respuesta más frecuente con un 65,2 % fue: "dentro de los criterios de inclusión establecidos en la definición operativa de la MME se encuentran:

Relacionado con enfermedad específica, Relacionado con disfunción orgánica, Relacionado con manejo y Relacionado con los factores sociodemográficos" cuya respuesta es correcta lo que demuestra una mayor claridad frente al evento, por el contrario la segunda respuesta más frecuente fue la " Las EPS deben realizar seguimientos a las usuarias con MME 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)" Siendo esta afirmación cierta, pero incorrecta en el contexto de la pregunta, Lo cual puede llevar a pensar que hubo fallas en la interpretación de la pregunta.

Pregunta 5: MUERTE MATERNA. Cuáles son las principales causas asociadas a muerte materna:

- Trastornos hipertensivos, hemorragias obstétricas, sepsis obstétricas y eventos tromboembólicos.
- Trastornos hipertensivos, trastornos de la glándula tiroides y sepsis obstétrica.
- Hemorragias obstétricas y diabetes gestacional.
- Ninguna de las anteriores.

Grafica 5. Respuesta pregunta 5



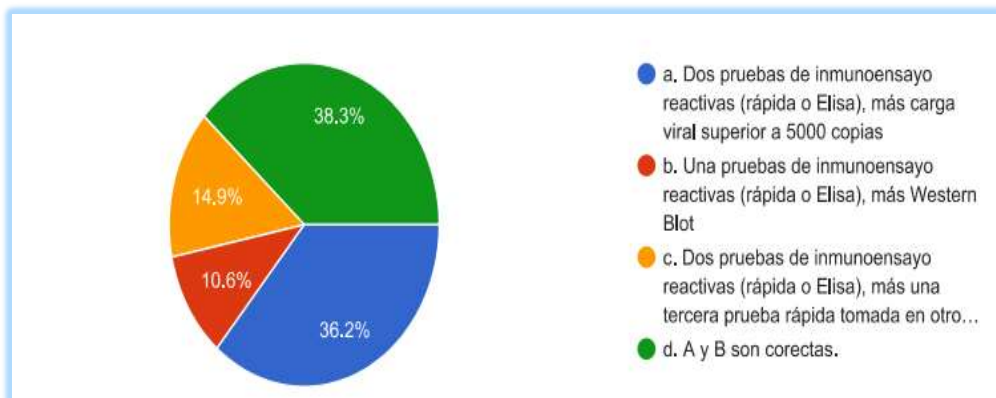
Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidades de Suba - Engativá

Esta pregunta reflejó una adecuada respuesta con el 95.7% de claridad en los participantes de las principales causas asociadas a muerte materna: a. Trastornos hipertensivos, hemorragias obstétricas, sepsis obstétricas y eventos tromboembólicos.

Pregunta 6: VIH. Según el algoritmo para notificar un caso nuevo de VIH a gestante se debe cumplir con:

- Dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral superior a 5000 copias
- Una pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más Western Blot
- Dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más una tercera prueba rápida tomada en otro laboratorio.
- A y B son correctas

Grafica 6. Respuesta pregunta 6



Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidades de Suba - Engativá

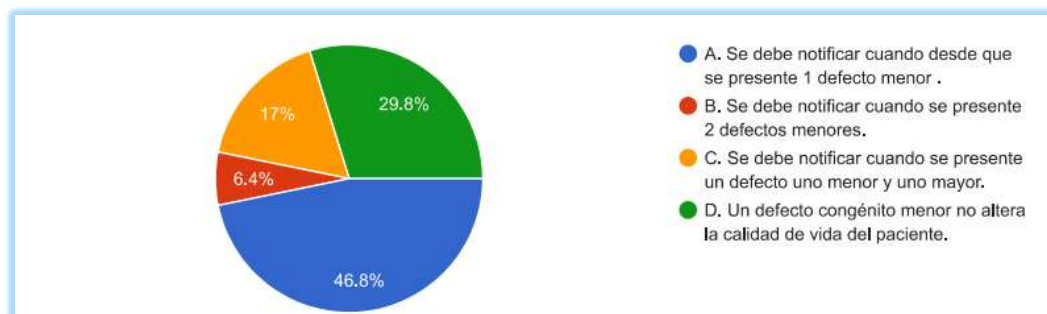
El 38,3% respondió que la opción A y B es correcta. Es decir A. dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral superior a 5000 copias, pero a la vez refieren que la B Una pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más Western Blot, lo cual evidencia que a pesar que una de las respuestas es correctas una de las respuesta no cumple con el algoritmo diagnóstico, lo cual se evidencia que no es claro. Por otra parte el 36,2% de los participantes eligió la respuesta A. Dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral superior a 5000 copias, siendo ésta la respuesta esperada, pero teniendo en cuenta que el total de participantes con respuestas incorrectas fue el 63,8% se

puede evidenciar que los participantes no tienen apropiación de la información expuesta en el Cove.

7. DEFECTO CONGENITO. En relación con defectos congénitos menores es falso?

- A. Se debe notificar desde que se presente 1 defecto menor.
- B. Se debe notificar cuando se presente 2 defectos menores.
- C. Se debe notificar cuando se presente un defecto uno menor y uno mayor.
- D. Un defecto congénito menor no altera la calidad de vida del paciente

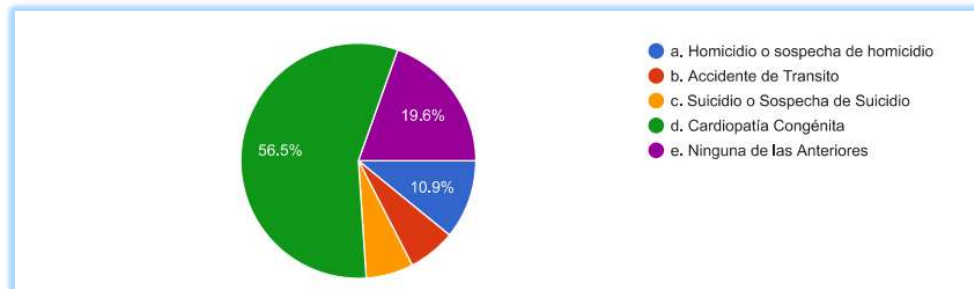
Grafica 7. Respuesta pregunta 7



Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidades de Suba - Engativá

El 46.6% de los participantes respondió la opción A, Se debe notificar cuando desde que se presente 1 defecto menor. Siendo esta la opción correcta, sin embargo el 53,4% de los participantes contestó de forma incorrecta, Lo cual puede llevar a pensar que hubo fallas en la interpretación de la pregunta.

8. De los siguientes casos de Mortalidad, se procederán a realizar obligatoriamente Necropsia Médico Legal Excepto:



Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidades de Suba - Engativá

De la pregunta anterior se evidencia que el 56.5% de los participantes refieren que la necropsia es obligatoria en caso de una cardiopatía congénita Siendo la respuesta más frecuente y la correcta, sin embargo el 43,5 % respondió el resto de las opciones incorrectas, lo que demuestra que se debe reforzar las capacitaciones en estadísticas vitales dado que no hay claridad en los conceptos adquiridos.

6. SOCIALIZACION DE TRASMISIBLES 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.

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, 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 localidades de Suba - Engativá.

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

En este punto interviene el Profesional 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.

Anexa Lista de asistencia por metodología Virtual

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. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Mortalidad Perinatal
4. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema
5. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Defectos Congénitos
6. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Sífilis Gestacional
7. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Sífilis Congénita
8. Decreto 3518 de 2006 el cual reglamenta la Vigilancia en Salud Pública y en su Artículo 20. Obligatoriedad de la notificación de estos eventos en el sistema de Salud Pública - SIVIGILA. Artículo 13. Funciones de las unidades primarias generadoras de datos.
9. Resolución 3374 del 2000, por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.
10. Circular 020 de 2013 Búsqueda Activa Institucional Eventos De Salud Pública.