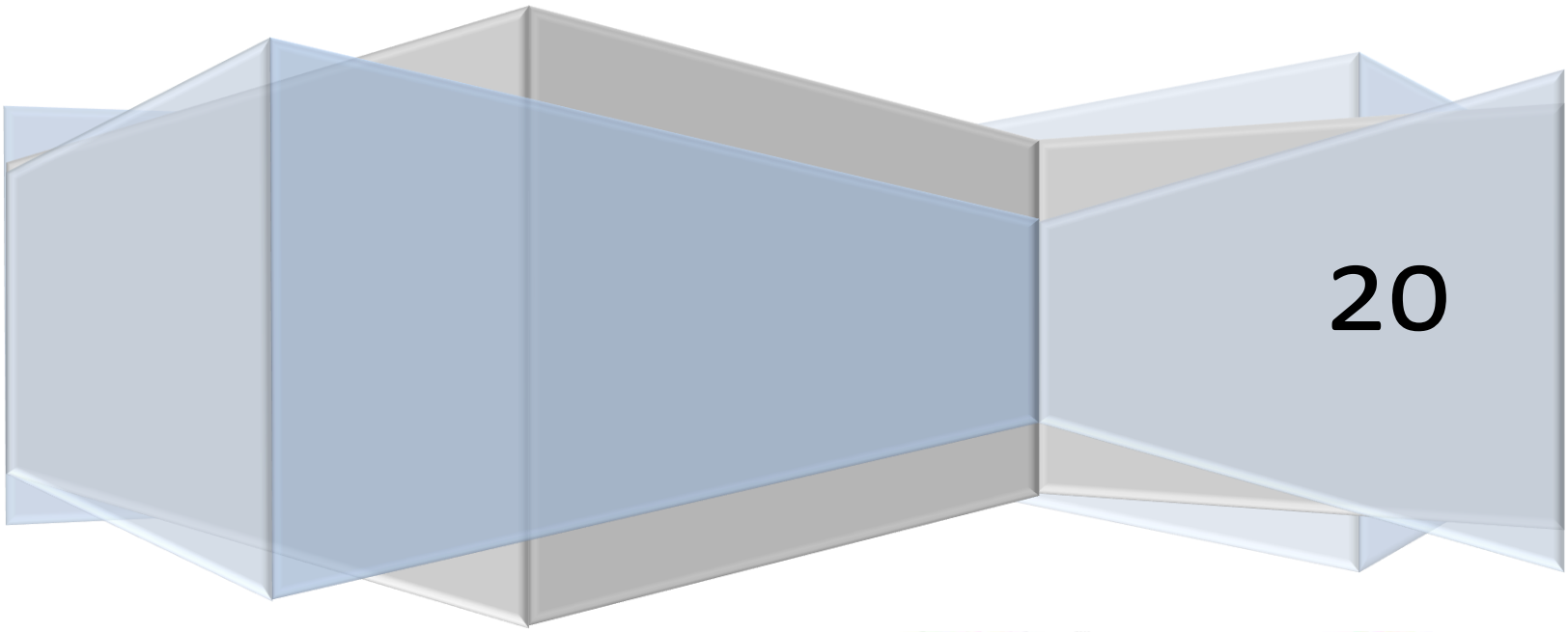
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios
Norte E.S.E.

COVE LOCAL

Localidad de Suba y Engativá

Septiembre 25 de 2020



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

1. Apertura y lectura del acta anterior
2. Indicadores SIVIGILA, generalidades
3. Difteria y Meningitis
4. Actualización COVID 19
5. Indicadores varios
6. Socialización cobertura vacunal
7. Unidad de análisis y cierre de COVE

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

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
COMITÉ DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA COVE LOCAL

25 DE SEPTIMBRE DE 2020

LOCALIDAD SUBA-ENGATIVA
SUBSISTEMAS SIVIGILA Y TRANSMISIBLES

SUB RED NORTE

Fecha: 25 de Septiembre de 2020

Lugar: **meet.google.com/xjw-wugd-gvx**

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

Citada por: Equipo Sivigila y Transmisibles Subred Norte

Objetivo:

Propiciar un espacio que permita el fortalecimiento de conceptos y conocimientos de los eventos de interés en Salud Pública relacionados con el proceso de notificación (SIVIGILA), proceso de evaluación a través de indicadores, vigilancia de eventos transmisibles (Meningitis y Difteria).

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 y para finalizar la fase de divulgación, en la cual se procedió a la publicación del informe y los soportes del comité en el link: http://www.subrednorte.gov.co/?q=content/informes-localidad.

Durante el desarrollo del COVE se realizaron presentaciones de forma virtual 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 la metodología de evaluación a través de los tableros de control, se dieron a conocer aspectos fundamentales relacionados con la notificación y calidad del dato. Para los eventos meningitis y difteria se presentan los aspectos clínicos de la enfermedad, situación epidemiológica, prevención, tratamiento y acciones en Salud Pública.

Número de Participantes:
Se contó con un total de asistentes 68 representantes de las Unidades

Primarias Generadoras de Datos – UPGD de la localidad de Suba-Engativa y 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.
2. Evaluación tableros de control e indicadores Sivigila
3. Vigilancia eventos Meningitis Y Difteria
4. Actualización de lineamientos de Covid19 e indicadores
5. Socialización PAI
6. Unidad de Análisis

DESARROLLO DE LA AGENDA

Se realiza Instalación Comité de Vigilancia Epidemiológica. Se realiza presentación a los participantes de la agenda del día, metodología de trabajo para la sesión, se hace lectura del acta anterior, no hay observaciones.

2. EVALUACION TABLEROS DE CONTROL E INDICADORES SIVIGILA

Los tableros de control de indicadores Sivigila son una herramienta que se utiliza para la evaluación del cumplimiento de las funciones de las UPGD en el sistema de vigilancia para la notificación de eventos de interés en Salud Pública a través del aplicativo Sivigila. Estos indicadores son evaluados de manera mensual, retroalimentados a través de correo electrónico y en el COVE local.

Para el mes de septiembre de 2020, se realiza socialización a las UPGD de la importancia del cumplimiento de cada uno de los indicadores evaluados. A las Unidades Informadoras se les indica que, aunque a ellas no se les evalúa de la misma manera que a las UPGD, deben cumplir de la misma manera cuando presenten eventos de interés en Salud Pública en sus instituciones.

Los indicadores Sivigila tienen como objetivo verificar la oportunidad y el cumplimiento en la notificación (inmediata y semanal), la calidad e integralidad de los datos, la oportunidad en el ajuste de los casos notificados y el cumplimiento en el ingreso de los resultados de laboratorio de los eventos que lo requieran.

CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACIÓN SEMANAL

Las UPGD Y UI deben garantizar el cumplimiento del flujo de la información de la notificación de eventos de interés en salud pública conforme a lo establecido en los lineamientos Nacionales y Distritales; y con la normatividad vigente; verificando la clasificación, periodicidad; garantizando los estándares de calidad, veracidad y

oportunidad de la información notificada.

La notificación semanal debe ser enviada a los correos de la localidad que le corresponda a la UPGD, todos los lunes antes de las 3:00 pm, incluso si el lunes es festivo. A continuación, se relacionan los correos por localidad de la Subred Norte:

Barrios Unidos:
sivigilabunidos2020@Gmail.com Chapinero:
sivigilachapinero2020@Gmail.com
Engativá: sivigilaengativa2020@Gmail.com
Suba: notificacionsuba@Gmail.com
Teusaquillo:
sivigilateusaquillo2020@Gmail.com
Usaquén:
sivigilausaquen.snorte@Gmail.com

La UPGD tendrá inoportunidad en el envío de la notificación semanal cuando sea enviada los lunes después de las 3:00 pm. En caso de presentar inconvenientes para el envío, se debe informar inmediatamente al técnico de la localidad, por los canales de comunicación establecidos (correo electrónico de la localidad o telefónicamente).

Además de cumplir con la oportunidad en el envío de la notificación semanal se debe garantizar la calidad de la información, la notificación siempre debe constar de ficha de notificación y archivos planos, en donde la UPGD haya realizado verificación de la concordancia de la información registrada en ficha con información registrada en aplicativo Sivigila. Realizar pre crítica a fichas de notificación con retroalimentación al médico de los hallazgos encontrados, revisando que el evento a notificar cumpla con la definición de caso descrita en los protocolos del Instituto Nacional de Salud. Se recomienda responder a las retroalimentaciones realizadas desde Sivigila local.

CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION

- Notificación Positiva: Situación en la que la UPGD o UI presenta eventos de interés en Salud Publica en la IPS, para ser notificados a través de la herramienta Informática SIVIGILA, de manera semanal o inmediata.

- Notificación Negativa: Situación en la que la UPGD no se presentan eventos de interés en Salud Publica y se informa oportunamente al nivel superior.

- Notificación Silenciosa: Situación en la que la UPGD no emite ningún reporte, ni positivo, ni negativo, durante la semana correspondiente a la notificación. Cuando la UPGD tenga 3 o más semanas negativas, debe enviar los RIPS del periodo evaluado con el fin de verificar la no presencia de eventos de interés en Salud Pública.

La notificación semanal enviada el martes después de las 3:00 pm, se considera silencio

epidemiológico con generación de plan de mejoramiento para la unidad.

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION INMEDIATA

Notificación Inmediata: Reporte a través de la Herramienta SIVIGILA cumpliendo con el flujo de información aquellos eventos que por su comportamiento debe ser informado a un nivel superior, máximo 24 horas, para la toma de decisiones e inicio de acciones preventivas.

La notificación inmediata se puede realizar en dos momentos del día, incluyendo sábados, domingos y festivos, para aquellas UPGD que tienen atención 24 horas.

Primer momento: Antes de las 8:00 am
Segundo momento: Antes de las 2:00 pm

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL

Reporte a través de la Herramienta SIVIGILA cumpliendo con el flujo de información aquellos eventos que por su comportamiento debe ser informado a un nivel superior, máximo 7 días, para la toma de decisiones e inicio de acciones preventivas.

OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS/ CUMPLIMIENTO EN EL AJUSTE DE CASO ACUMULADO

Se socializan los eventos de interés en salud pública que ingresan con clasificación inicial como probable o sospechoso, y los tiempos de ajuste según particularidades del evento.

Tabla 1. Tiempos de ajuste para eventos de interés en Salud Pública con clasificación inicial probable o sospechoso.

ptospirosis	Sospechoso	15 días entre prueba. Son 2 muestras, la primera al momento de notificación y la segunda 15 días después.
Malaria	Probable - Confirmado por laboratorio	Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste.
Dengue	Probable	Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste. Utilizar ajustes 3, 6, 5
Evento Supuestamente atribuido a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)	Sospechoso	Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste, en los casos graves donde se requieran exámenes complementarios se puede ajustar hasta 8 semanas posterior a la notificación.
Fiebre amarilla	Probable	Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste Todo caso de FA debe tener muestra enviada al INS. Tener en cuenta zonas endémicas.
Leishmaniasis visceral	Probable	Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste. Los tipos de ajuste pueden ser D.
Leptospirosis	Sospechoso	Se tendrá un tiempo máximo de 6 semanas epidemiológicas para ajuste 15 días entre prueba. Son 2 muestras, la primera al momento de notificación y la segu
-Sida	Confirmado por laboratorio	clínico NO debe ser ajustado o ser notificado nuevamente, independientemente de la fecha en que fue captado.
Mortalidad por dengue	Probable	Se tendrá un tiempo máximo de 8 semanas epidemiológicas para ajuste. Los ajustes pueden ser: 3, 6 y D
Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años	Probable	Se tendrá un tiempo máximo de 8 semanas epidemiológicas para ajuste, haciendo la claridad que los casos enviados a medicina legal no aplican para este tiempo de ajuste.
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	Probable - Confirmado por laboratorio - Confirmado por clínica	Se tendrá un tiempo máximo de 6 semanas epidemiológicas para ajuste
Parotiditis	Confirmado por clínica	A pesar de que es un evento que ingresa confirmado por clínica, es necesario tener en cuenta que en los brotes para ajuste de los casos por resultado de las muestras se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste
Rubeola	Sospechoso	Se tendrá un tiempo máximo de 6 semanas epidemiológicas para ajuste
Sarampión	Sospechoso	Se tendrá un tiempo máximo de 6 semanas epidemiológicas para ajuste
VIH-Sida	Confirmado por laboratorio	Todo paciente que ingrese y cambie de estadio clínico NO debe ser ajustado o ser notificado nuevamente, independientemente de la fech

CUMPLIMIENTO EN EL INGRESO DE LABORATORIOS A LOS EVENTOS QUE INGRESA COMO CONFIRMADOS

Los eventos de interés en Salud Pública cuya clasificación inicial es Confirmado por laboratorio (3), deben contar con el soporte físico de los laboratorios que confirmen el diagnóstico y la unidad debe garantizar el ingreso de los datos de laboratorio en el aplicativo Sivigila con la calidad requerida. Se les muestra a las UPGD, una ayuda técnica para el ingreso de los laboratorios al aplicativo Sivigila de los eventos más notificados con clasificación confirmado por laboratorio.

Tabla 2. Indicaciones para ingreso de eventos de interés en Salud Pública con clasificación inicial sospechoso o probable.

EVENTO	MUESTRA		PRUEBA			AGENTE	RESULTADO	VALOR
VIH	Suero o sangre total	1 ó 13	Elisa	73	Dos pruebas diferente día o diferente casa comercial	53	Positivo (1) o Reactivo (10)	Registrar positivo o dato numérico
			Prueba Rápida	E4			Positivo (1) o Reactivo (10)	
			Carga Viral	A4	Gestantes >5000 copias, paciente en programa		Valor referido (6)	# de copias, si el paciente está en programa escribirlo.
HEPATITIS B	Suero o sangre total	1 ó 13	Hbs Ag	26		12	Positivo (1) o Reactivo (10)	Registrar positivo o dato numérico
			Anti – Hbc IgM	51			Positivo (1) o Reactivo (10) No reactivo (11)	
			Anti – Hbc Totales	93			Positivo (1) o Reactivo (10) No reactivo (11)	
HEPATITIS C	Suero o sangre total	1 ó 13	Anti HVC	95		46	Positivo (1) o Reactivo (10)	Registrar positivo o dato numérico
			Según protocolo INS Anti HVC más alguna de las siguientes muestras:					
			Elisa	73				
			RT/PCR	C7				
			Inmunoblot	H6				
			Carga Viral	A4			Valor referido (6)	# de copias
	Tejido	4	Patología	30			Positivo	Descripción del resultado
			RPR	41	No treponémica			Ingresar el número de

SIFILIS	Suero o sangre total	1 ó 13	VDRL	42	Treponémica	1X	Positivo (1) o Reactivo (10)	diluciones
			TPHA	B3				Registrar positivo o dato numérico
			Prueba Rápida	E4				
DENGUE	Suero o sangre total	1 ó 13	IgM	2		3	Positivo (1) o Reactivo (10)	Registrar positivo o dato numérico
TUBERCULOSIS	Esputo	10	Coloración ZIEHL NEELSEN	79		49	Positivo	Registrar positivo o dato numérico

	Otros líquidos estériles	11	Adenosina Deaminasa	74				
	Lavado bronquial	22	Coloración ZIEHL NEELSEN	79				
	Tejido	4	Coloración ZIEHL NEELSEN	79				
	Esputo	10	Basciloscopia	C6				
	Esputo	10	Cultivo	55				
MALARIA	Suero o sangre total	1 ó 13	Gota gruesa	25	30	Plasmodium Vivax	Positivo	Recuento parasitario
					31	Plasmodiun Falciparum		
					32	Plasmodium Malarie		
MENINGITIS	LCR	6	Cultivo	55	22	Haemophilus Influenzae	Positivo	Descripción microorganismo encontrado
					23	Neisseria Meningitidis		
					24	Streptococus pneumoniae		
CHAGAS	Suero o sangre total	1 ó 13	Elisa	73	54	Positivo	Registrar positivo o dato numérico	
			IFI	76		Positivo		
HEPATITIS A	Suero o sangre total	1 ó 13	IgM	2	11	Positivo (1) o Reactivo (10)	Registrar positivo o dato numérico	
CANCER MAMA	Tejido	4	Biopsia	G3	8	Positivo	Descripción del resultado	
COVID-19	Hisopado Nasofaríngeo	3	PCR	4	2H	Coronavirus subtipo COVID- 19	Positivo	Registrar positivo o dato numérico
	Aspirado Nasofaríngeo	8	Determinación de Antígeno	F3				

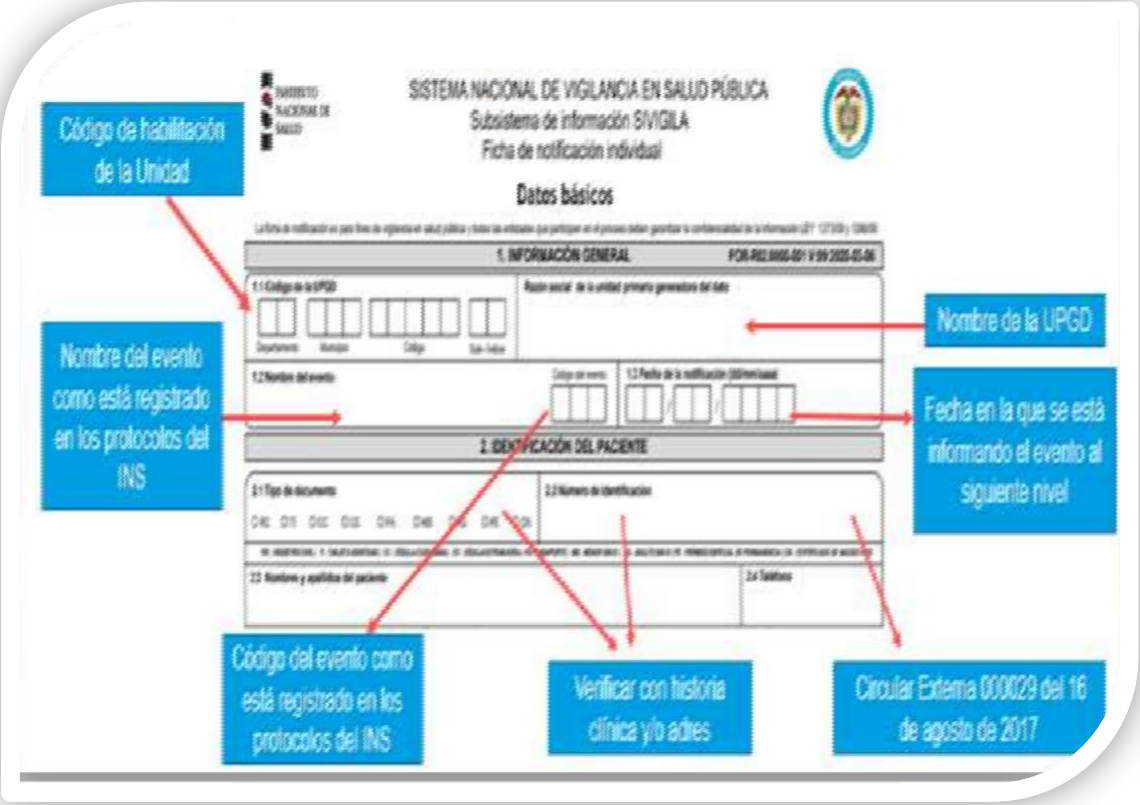
Fuente: Protocolo eventos de interés en Salud Pública INS

PRECRITICA DE LAS FICHAS DE NOTIFICACION

La UPGD debe garantizar la calidad del dato de la notificación enviada, inicialmente debe verificar que el evento cumpla con la definición de caso descrita en el protocolo y que cuente con los soportes, si se requiere, para su notificación (laboratorios), posteriormente debe revisar que la ficha cumpla con calidad en el diligenciamiento.

Se explica a los participantes del COVE la importancia del diligenciamiento con calidad de algunas variables.

Figura 1. Pre critica datos básicos parte 1.



Fuente: Precritica ficha de notificación datos básicos.

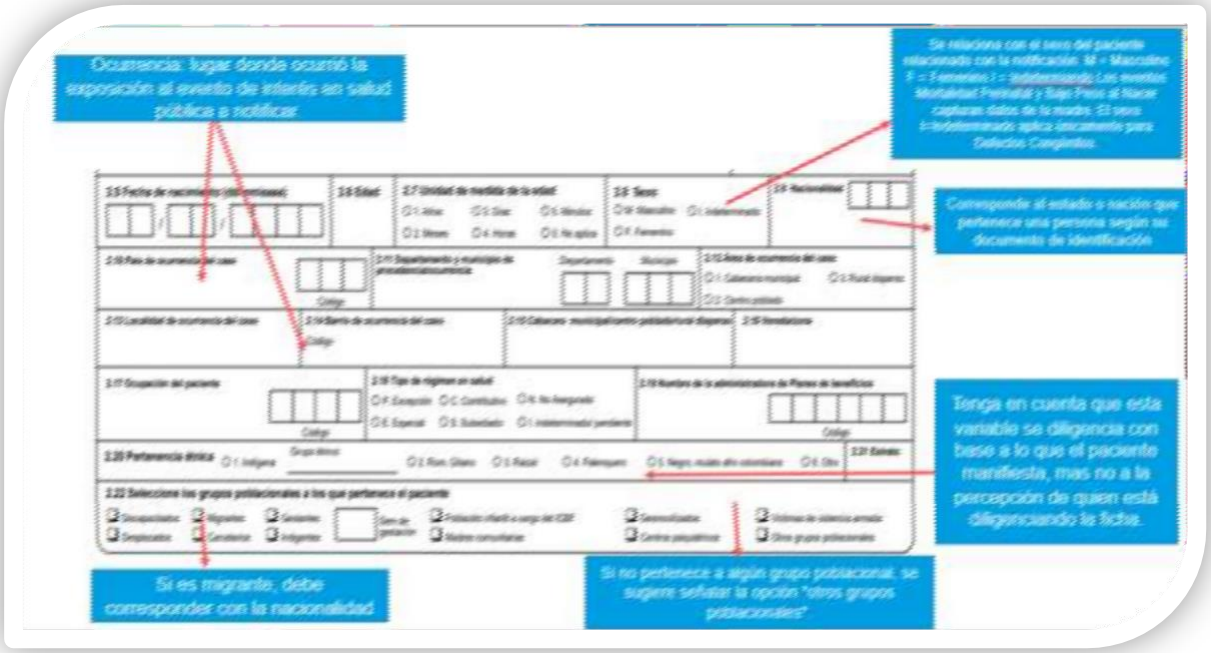
Código y nombre de la UPGD: Código de habilitación de la institución, con el que fue caracterizada la unidad en Sivigila.

Nombre y código del evento: Se debe registrar el nombre del evento como se encuentra nombrado en los protocolos del Instituto Nacional de Salud.

Tipo de documento y número de documento: Debe corresponder a la edad del paciente, verificar que el número corresponda con historia clínica y adres.

Fecha de notificación: Fecha en la que se está informando el evento al siguiente nivel.

Figura 2. Pre critica datos básicos parte 2.



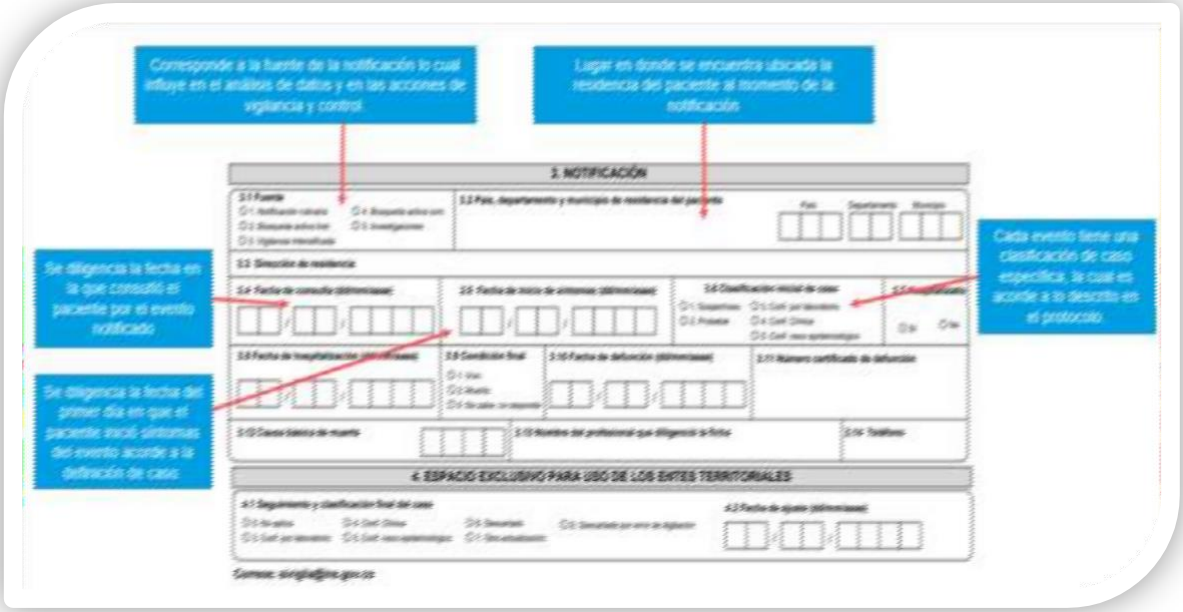
Fuente: Precritica ficha de notificación datos básicos.

Ocurrencia: Lugar donde ocurrió la exposición o se generaron los factores de riesgo para que se presentara el evento de salud pública a notificar.

Sexo: Del paciente relacionado con la notificación. M = Masculino F = Femenino I = Indeterminado. Los eventos Mortalidad Perinatal y Bajo Peso al Nacer capturan datos de la madre. El sexo I=Indeterminado aplica únicamente para Defectos Congénitos.

Nacionalidad: Corresponde al estado o nación que pertenece una persona según su documento de identificación.

Pertenencia étnica: se enfatiza en que se debe indagar a la paciente esta variable, con el fin de diligenciar la que corresponda y no siempre “otro”. Tener en cuenta que esta variable se ingresa con base a lo que el paciente manifiesta, más no a la percepción de quien está diligenciando la ficha.



Fuente: Pre critica ficha de notificación datos básicos.

Fuente: Corresponde a la fuente de la notificación lo cual influye en el análisis de datos y en las acciones de vigilancia y control.

País, departamento y municipio de residencia: Lugar en donde se encuentra ubicada la residencia del paciente al momento de la notificación.

Clasificación inicial del caso: Cada evento tiene una clasificación de caso específica, la cual es acorde a lo descrito en el protocolo.

Dado el volumen de notificación se solicita garantizar envío organizado de información nombrando los archivos de la siguiente manera.

Ejemplo:

ASUNTO:
NOTIFICACION INMEDIATA _JUEVES _10 09 2020_ AM _CLINICA NUEVA
NOTIFICACION SEMANAL SEMANA 37_INNOVAR
Se debe relacionar la totalidad de Fichas enviadas con HCL

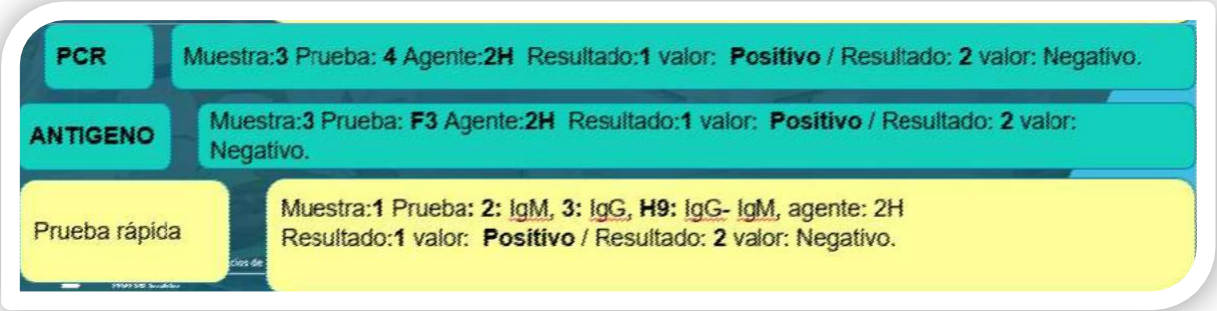
Ejemplo
346_51344567
346_54678900
346_78909890

Dado el volumen de notificación si existe un evento de alto impacto de la notificación favor generar alerta y o referenciarlo en el asunto

Ejemplo: notificación inmediata evento 551_clínica Colsubsidio cl 94

Se recuerda responsabilidad de ajustes de eventos covid está a cargo de las unidades primarias generadoras de datos. Se recuerda nuevamente como se debe realizar ingreso de reporte de laboratorios para evento covid.

Figura 4. Ingreso reporte de laboratorios Covid.



Fuente: Información ingreso de laboratorios sivigila 2020.

Para fuente en ficha de notificación evento 346 IRA por virus nuevos se indica lo siguiente:
Para pacientes sintomáticos que cumplan con definición de caso en fuente a partir de la fecha deberán registrar 1 vigilancia rutinaria. Se aclara que independientemente se registre fuente rutinaria, se debe continuar notificando de forma inmediata ficha con plano inmediato.

Las personas asintomáticas a las cuales se les realicen pruebas de tamizaje con PCR o antígeno que no tengan nexo epidemiológico con casos se notificarán al sistema una vez se cuente con reporte de laboratorio y en fuente deberán registrarle que es por búsqueda activa.

Para el caso de asintomáticos contactos estrechos de casos positivos para covid se ingresarán con fuente 3 vigilancia intensificada.

Socialización tableros de control Suba y Engativá

Se inicia presentación con socialización tableros de control SIVIGILA de las localidades Suba y Engativá. Se socializa primer indicador de cumplimiento en la notificación semanal. De acuerdo a tablero de control al mes de agosto, las unidades primarias generadoras de datos activas cumplieron con el 100% en la entrega de notificación semanal para las dos localidades. Las unidades activas garantizaron envío positivo y negativo de información de notificación. En el mes ninguna unidad presento silencio epidemiológico.

Frente a la oportunidad de la notificación semanal se identifica 8 unidades para la localidad de Suba y 3 unidades para la localidad de Engativá con porcentaje de oportunidad por debajo del 85%. Ver tabla 3 y 4. Se recuerda que si bien en el momento se cuenta con la contingencia de pandemia por Virus nuevo covid-19, es responsabilidad de las áreas de vigilancia epidemiológica y del personal designado para la notificación de eventos de interés en Salud Pública en las instituciones, realizar monitoreo continuo

según aplique y verificar a partir de búsqueda activa de casos por RIPS eventos de interés en salud pública sujetos a reporte.

Tabla 3. Tablero control notificación SIVIGILA. Unidades con oportunidad < 85 % en notificación semanal. Agosto 2020 Suba, Subred Norte.

UPGD	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
COMPENSAR SUBA INTEGRAL	73	60	**82,19**
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORTAL NORTE	21	17	**80,95**
UNION MEDICA DEL NORTE SAS	10	8	**80,00**
BIENESTAR IPS SAS	14	11	**78,57**
MEDCENTER PLUS IPS 104	12	9	**75,00**
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CALLE 153	7	4	**57,14**
SERVIMED IPS	2	1	**50,00**
SERVISALUD QCL CL 116	18	6	**33,33**

Fuente: Tableros de control SIVIGILA agosto 2020. Localidad Suba. Subred Norte

Tabla 4. Tablero control notificación SIVIGILA. Unidades con oportunidad < 85 % en notificación semanal. Agosto 2020 Suba, Subred Norte.

UPGD	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
VIVA 1A IPS SA PRIMAVERA	25	21	**84,00**
ASISTIR SALUD SAS ENGATIVA	36	30	**83,33**
USS COMPENSAR KR 69	50	26	**52,00**

Fuente: Tableros de control SIVIGILA agosto 2020. Localidad Engativá. Subred Norte

Frente a la oportunidad de notificación inmediata de las localidades de Suba y Engativá, se socializa el comportamiento en oportunidad en el mes de agosto. De acuerdo a tablero de control, se identifican 10 unidades para la localidad de Suba y 8 unidades para la localidad de Engativá con notificación inoportuna de eventos inmediatos, con indicador por debajo de 85% Ver tabla 5 y 6 . Se recuerda para el evento de infección respiratoria aguda por virus nuevo covid19, a pesar del volumen de la notificación, debe garantizarse notificación oportuna. Por lo anterior, es necesario se revise las actividades y logística requerida para favorecer la oportunidad de notificación para estos eventos y generen acciones de mejora que permitan solventar dificultades en el envío oportuno de la información.

A la fecha de acuerdo a movimiento en la notificación, se han instalado más de un aplicativo a unidades específicas para garantizar el reporte oportuno de los casos.

Tabla 5. Tablero control notificación SIVIGILA. Unidades con oportunidad < 85 % en notificación inmediata. Agosto 2020 Suba. Subred Norte

UPGD	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 1 DIA DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
CLINICA COLSANITAS SA CLINISANITAS ILARCO	73	62	**84,93**
VIVA 1A IPS SA	287	225	**78,40**
COMPENSAR SUBA INTEGRAL	1779	1362	**76,56**
ASISSTANZA IPS-SAS	81	59	**72,84**
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBA	27	18	**66,67**
PORSALUD SAS	18	10	**55,56**
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SUBA	304	158	**51,97**
CLINICA COLSANITAS 103	34	15	**44,12**
SERVISALUD QCL CL 116	12	5	**41,67**
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GAITANA 1	3	1	**33,33**

Fuente: Tableros de control SIVIGILA agosto 2020. Localidad Suba Subred Norte

Tabla 6. Tablero control notificación SIVIGILA. Unidades con oportunidad < 85 % en notificación inmediata. Agosto 2020 Engativá, Subred Norte

UPGD	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE 1 DIA DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
USS ENGATIVÁ CALLE 80	1186	983	**82,88**
VIVA 1A IPS SA PRIMAVERA	302	240	**79,47**
ESPAM BG EDGAR YESID DUARTE VALERO	2565	1685	**65,69**
CENTRO DE EVACUADOS ARMADA NACIONAL	33	21	**63,64**
ASISTIR SALUD SAS ENGATIVA	559	265	**47,41**
VIVA 1A IPS SA SANTA MARIA DEL LAGO	10	3	**30,00**
CRUZ ROJA COLOMBIANA	11165	3293	**29,49**
MEDIC HOME SAS	5	1	**20,00**

Fuente: Tableros de control SIVIGILA agosto 2020. Localidad Engativá. Subred Norte

Es importante que las UPGD mencionadas, verifiquen al interior, el proceso de notificación y generen estrategias que permitan favorecer la oportunidad en eventos de notificación semanal de acuerdo a la oportunidad establecida del evento.

Tener presente que en asesorías técnicas de acuerdo a programación mensual se revisara cumplimiento en la notificación y oportunidad en la notificación de eventos.

Frente a ingreso de laboratorios se identifica que las unidades de la localidad de Suba han ingresado reportes de laboratorio al 100% de casos ingresados como confirmados por laboratorio, lo cual indica el proceso adecuado. Para la localidad de Engativá se tienen 3 unidades con eventos sin el ingreso del laboratorio, se relacionan en la tabla 7. Se recuerda que es obligatorio enviar soportes e ingresar los laboratorios de aquellos eventos que lo requieran, ejemplo: VIH, TB (todas las formas), Dengue, Hepatitis A, B y C, sífilis gestacional y congénita. Además de la importancia de mejorar la calidad en el ingreso de información acorde a la prueba realizada y prueba específica requerida para la confirmación del evento.

Tabla 7. Tablero control notificación SIVIGILA. Número de casos que ingresan al sistema confirmados por laboratorio con el reporte en el sistema. Agosto 2020 Engativá, Subred Norte

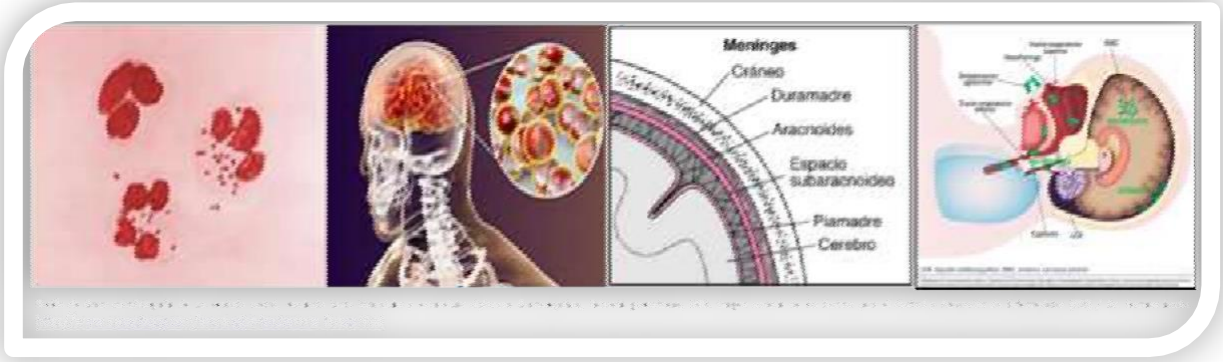
UPGD	NUMERO DE CASOS QUE INGRESAN AL SISTEMA CONFIRMADOS POR LABORATORIO	NUMERO CASOS CONFIRMADOS CON REPORTE INGRESADO AL SISTEMA	% CUMPLIMIENTO
ESPAM BG EDGAR YESID DUARTE VALERO	445	444	99,78
USS ENGATIVÁ CALLE 80	121	117	96,69
ASISTIR SALUD SAS ENGATIVA	18	17	94,44

Fuente: Tableros de control SIVIGILA agosto 2020. Localidad Engativá. Subred Norte

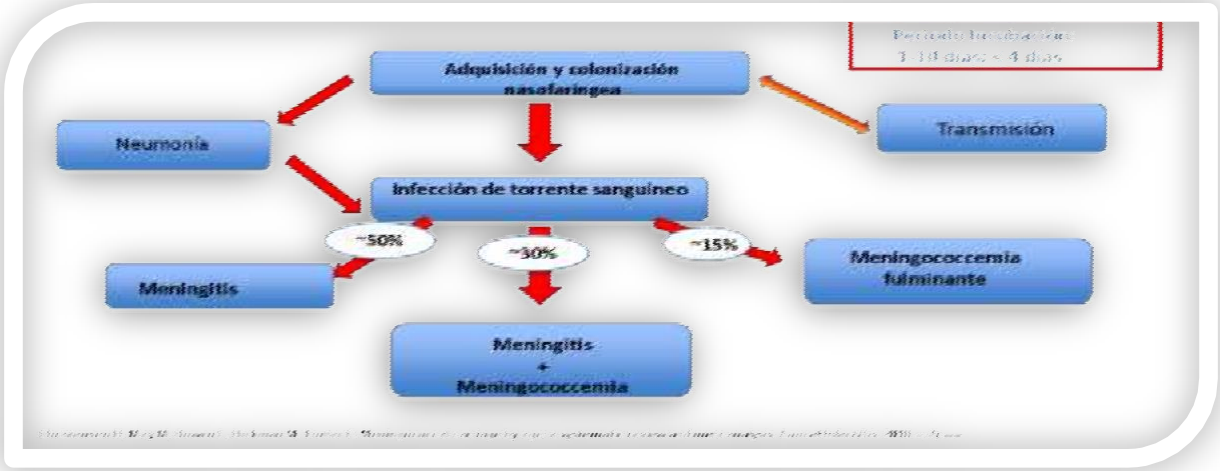
3. VIGILANCIA EVENTOS MENINGITIS Y DIFTERIA

La meningitis bacteriana es la inflamación de las meninges (membranas que cubren el cerebro y la médula espinal), causada por una infección producida por una bacteria. Esta enfermedad se debe tratar como una emergencia médica que requiere un tratamiento inmediato en el hospital, ya que es grave y puede provocar discapacidad e incluso la muerte.

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



MECANISMO DE INFECCION



Los dos tipos principales de esta enfermedad son Streptococcus pneumoniae y Neisseria meningitidis.

AGENTE ETIOLOGICO

Agente etiológico	*Haemophilus influenzae*	*Streptococcus pneumoniae*	*Neisseria meningitidis*
Tipo	Coco bacilo Gram negativo	Diplococo Gram positivo	Diplococo Gram negativo
Distribución	Universal	Universal	Universal
Reservorio	Humano	Humano	Humano
Periodo de incubación	2 a 4 días.	1 a 3 días	Varía de 2 a 10 días, con promedio de 4 días.
Periodo de transmisibilidad	Desde 24 hasta 48 horas después de iniciado el tratamiento adecuado.		
Modo de transmisión	Por contacto directo con secreciones de vías nasales y faríngeas de personas infectadas		

Fuente: protocolo nacional de vigilancia.

Figura 6. Definición operativa de caso

Aspecto	Descripción
te etiológico	*Haemophilus influenzae:* coco bacilo Gram negativo , serotipos B, A y no tipificable *Streptococcus pneumoniae:* diplococo Gram positivo, se han descrito 90 serotipos diferentes; sin embargo, la experiencia clínica mundial acumulada muestra que son pocos los serotipos con mayor impacto clínico y es así como 12 serotipos: 1 , 3 , 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 18, 19 y 23 son responsables del 80 % o más de las infecciones neumocóccicas invasoras. *Neisseria meningitidis*: diplococo Gram negativo, se han descrito 13 serogrupos, de los cuales los que causan enfermedad invasora son: A, B, C, W, X y Y; sin embargo, en la literatura se ha descrito a los serogrupos A, C y W como los de mayor potencial epidémico.
de transmisión	Por contacto directo con secreciones de vías nasales y faríngeas de personas infectadas *El contacto directo con una persona con enfermedad neumocócica por lo general ocasiona un estado de portador nasofaríngeo del microrganismo sin afección clínica.
eservorio	Los seres humanos
de incubación	*Haemophilus influenzae* tipo B: dos a cuatro días *Streptococcus pneumoniae:* uno a cuatro días *Neisseria meningitidis:* dos a 10 días, con promedio de cuatro días.
ceptibilidad	Edad: en la infancia y niñez temprana. Personas en contacto cercano y prolongado con pacientes con Hib o Meningitis Meningocócica meningitis bacteriana. Un sistema inmunológico debilitado debido a Infección por VIH u otras afecciones. *Alcoholismo. Fumar (para meningitis debido a Meningitis Meningocócica). Vivir en proximidad cercana con otras personas, como en dormitorios y barracones militares (para la meningitis debido a Meningitis Meningocócica. Edad: más de 60 años.

Fuente: protocolo nacional de vigilancia evento meningitis

Entre los síntomas de cualquier tipo de meningitis se encuentran:

• Dolor de cabeza agudo, Fiebre alta y escalofríos, Cuello rígido, Sensibilidad a la luz, Náuseas y vómitos, Somnolencia, Confusión, Convulsiones, Puede ser difícil detectar los síntomas en bebés y niños pequeños, ya que sólo pueden incluir: Inactividad o disminución de ésta Irritabilidad, Poco apetito, Convulsiones.

Tanto en los adultos como en los niños los síntomas se pueden presentar en unas pocas horas o después de varios días
https://webquestvacunasc1.wordpress.com/meningitis/bacteriana

El tratamiento depende del tipo de bacteria que causa la infección y así se determinará el antibiótico que se usará.

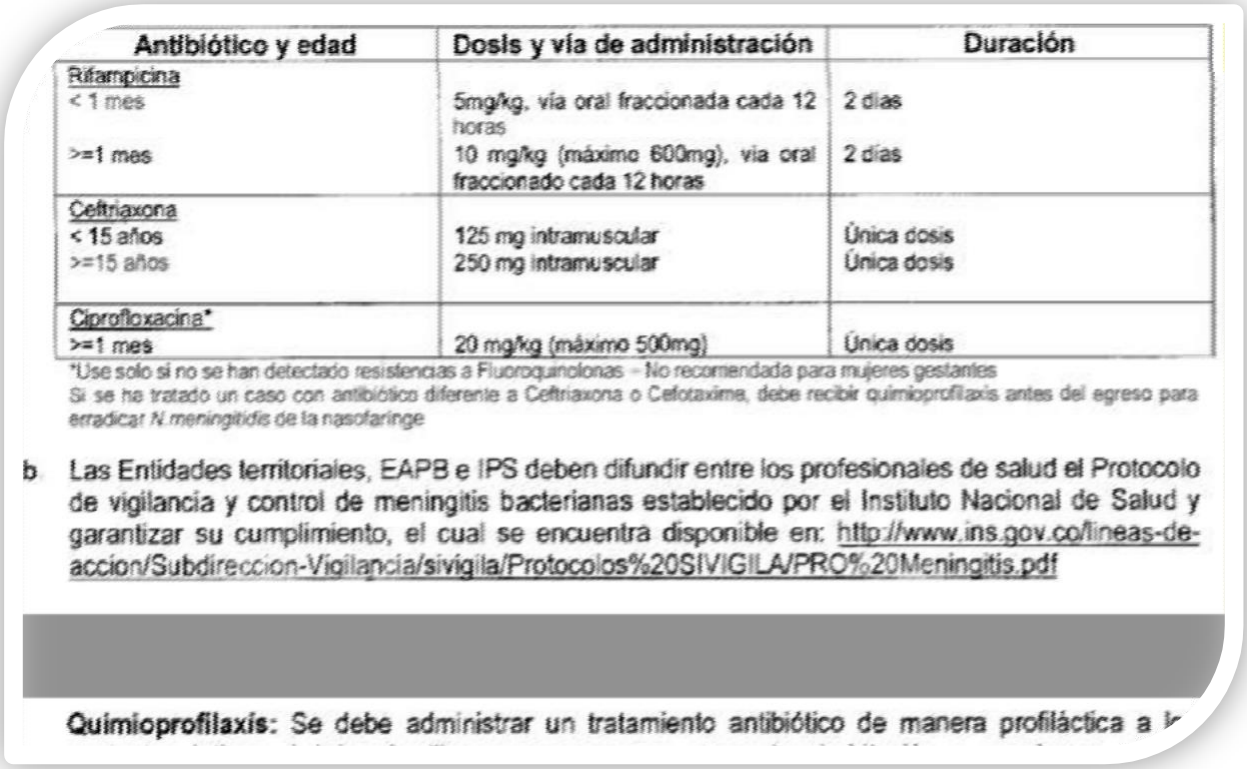
Es muy importante un tratamiento precoz para evitar otros problemas de salud que causa la meningitis bacteriana.

Antibiótico y edad	Dosis y vía de administración	Duración
Rifampicina		
< 1 mes	5mg/kg, vía oral fraccionada cada 12 horas	2 días
>=1 mes	10 mg/kg (máximo 600mg), vía oral fraccionado cada 12 horas	2 días
Ceftriaxona		
< 15 años	125 mg intramuscular	Única dosis
>=15 años	250 mg intramuscular	Única dosis
Ciprofloxacina*		
>=1 mes	20 mg/kg (máximo 500mg)	Única dosis

*Use solo si no se han detectado resistencias a Fluoroquinolonas – No recomendada para mujeres gestantes
Si se ha tratado un caso con antibiótico diferente a Ceftriaxona o Cefotaxima, debe recibir quimioprofilaxis antes del egreso para erradicar *N. meningitidis* de la nasofaringe

b. Las Entidades territoriales, EAPB e IPS deben difundir entre los profesionales de salud el Protocolo de vigilancia y control de meningitis bacterianas establecido por el Instituto Nacional de Salud y garantizar su cumplimiento, el cual se encuentra disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Meningitis.pdf

Quimioprofilaxis: Se debe administrar un tratamiento antibiótico de manera profiláctica a l



Antibiótico y edad	Dosis y vía de administración	Duración
Rifampicina		
< 1 mes	5mg/kg, vía oral fraccionada cada 12 horas	2 días
>=1 mes	10 mg/kg (máximo 600mg), vía oral fraccionado cada 12 horas	2 días
Ceftriaxona		
< 15 años	125 mg intramuscular	Única dosis
>=15 años	250 mg intramuscular	Única dosis
Ciprofloxacina*		
>=1 mes	20 mg/kg (máximo 500mg)	Única dosis

*Use solo si no se han detectado resistencias a Fluoroquinolonas – No recomendada para mujeres gestantes
Si se ha tratado un caso con antibiótico diferente a Ceftriaxona o Cefotaxima, debe recibir quimioprofilaxis antes del egreso para erradicar *N.meningitidis* de la nasofaringe

b Las Entidades territoriales, EAPB e IPS deben difundir entre los profesionales de salud el Protocolo de vigilancia y control de meningitis bacterianas establecido por el Instituto Nacional de Salud y garantizar su cumplimiento, el cual se encuentra disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Meningitis.pdf

Quimioprofilaxis: Se debe administrar un tratamiento antibiótico de manera profiláctica a l

Acciones de vigilancia en Salud Pública

1. Objetivos de la vigilancia en salud pública de la enfermedad meningocócica.

Los objetivos de la vigilancia en Colombia son la caracterización del comportamiento de la Enfermedad meningocócica respecto a variables de tiempo, lugar y persona, la distribución de serogrupos de Neisseria meningitidis y la detección oportuna de brotes para la implementación de las medidas de control.

2. Definiciones de caso para la vigilancia en salud pública de la enfermedad meningocócica La enfermedad meningocócica hace referencia a cualquier enfermedad causada por la bacteria Neisseria meningitidis. Los cuadros clínicos más graves y frecuentes causados por estas bacterias son las infecciones del líquido cefalorraquídeo y las meninges (meningitis), y las infecciones en el torrente sanguíneo (bacteriemia o septicemia).

Figura 5. Descripción operativa de caso

Aspecto	Descripción
te etiológico	*Haemophilus influenzae:* coco bacilo Gram negativo , serotipos B, A y no tipificable *Streptococcus pneumoniae:* diplococo Gram positivo, se han descrito 90 serotipos diferentes; sin embargo, la experiencia clínica mundial acumulada muestra que son pocos los serotipos con mayor impacto clínico y es así como 12 serotipos: 1 , 3 , 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 18, 19 y 23 son responsables del 80 % o más de las infecciones neumocóccicas invasoras. *Neisseria meningitidis*: diplococo Gram negativo, se han descrito 13 serogrupos, de los cuales los que causan enfermedad invasora son: A, B, C, W, X y Y; sin embargo, en la literatura se ha descrito a los serogrupos A, C y W como los de mayor potencial epidémico.
de transmisión	Por contacto directo con secreciones de vías nasales y faríngeas de personas infectadas *El contacto directo con una persona con enfermedad neumocócica por lo general ocasiona un estado de portador nasofaríngeo del microrganismo sin afección clínica.
eservorio	Los seres humanos
de incubación	*Haemophilus influenzae* tipo B: dos a cuatro días *Streptococcus pneumoniae:* uno a cuatro días *Neisseria meningitidis:* dos a 10 días, con promedio de cuatro días.
ceptibilidad	Edad: en la infancia y niñez temprana. Personas en contacto cercano y prolongado con pacientes con Hib o Meningitis Meningocócica men-ingitis bacteriana. Un sistema inmunológico debilitado debido a Infección por VIH u otras afecciones. *Alcoholismo. Fumar (para meningitis debido a Meningitis Meningocócica). Vivir en proximidad cercana con otras personas, como en dormitorios y barracones militares (para la meningitis debido a Meningitis Meningocócica. Edad: más de 60 años.

Fuente: protocolo nacional de vigilancia evento meningitis

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso probable de meningitis bacteriana o enfermedad meningocócica	Meningitis bacteriana: paciente que presente enfermedad de inicio súbito con fiebre mayor de 38 °C, cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas y signos: • Rigidez de nuca • Alteraciones de conciencia • Señales de irritación meníngea • Acompañado o no de rash purpúrico o petequial (meningococo) • En menores de un año, abombamiento de la fontanela. El examen de líquido cefalorraquídeo (LCR) deberá contar con las siguientes condiciones: • LCR turbio • Recuento de leucocitos mayor de 100/mm3 con recuento de neutrófilos mayor o igual 80 % • Elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl • Disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl • Gram de LCR positivo para bacterias: - diplococos gram positivos (meningitis neumocócica) - diplococos gram negativos intra o extracelulares (meningitis meningocócica) - bacilos gram negativos (meningitis por *Haemophilus influenzae*) Enfermedad meningocócica: paciente que presente deterioro rápido del estado de conciencia con sepsis de origen desconocido y rash purpúrico o petequial, o que en cultivo de sangre u otro fluido corporal estéril se identifique crecimiento de diplococos Gram negativos intra o extracelulares.
Caso confirmado por laboratorio de meningitis bacteriana o enfermedad meningocócica	**Confirmado para meningitis por *Streptococcus pneumoniae*:** caso probable, confirmado por laboratorio con cultivo en LCR, sangre o antigenemia positiva para Streptococcus pneumoniae. **Confirmado para meningitis por *Haemophilus influenzae*:** caso probable, confirmado por laboratorio con cultivo en LCR, sangre o antigenemia positiva para Haemophilus influenzae. **Confirmado para enfermedad meningocócica:** caso probable, confirmado por laboratorio con cultivo, antigenemia o PCR en tiempo real positiva para Neisseria meningitidis en LCR, sangre u otro fluido corporal estéril. Confirmado para meningitis por otro agente bacteriano: caso probable, confirmado por laboratorio con cultivo en LCR, sangre para otro agente bacteriano, causante de meningitis bacteriana.
Ajustes	La clasificación o ajuste final de casos en el aplicativo SIVIGILA demanda los siguientes criterios o códigos: • Ajuste 0: casos que cumplen con la definición caso probable, con cultivo de LCR negativo y diagnóstico final de egreso meningitis bacteriana • Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio. • Ajuste 6: caso descartado por laboratorio, descartado por clínica, no reúne criterios de caso probable • Ajuste D: caso descartado por error de digitación, no corresponde al evento.

Figura 6. Definición operativa de caso

Fuente: protocolo nacional de vigilancia evento meningitis

Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso que cumple con los criterios de la definición clínica de caso y esta epidemiológicamente ligados en forma directa a un caso confirmado por laboratorio.

Caso compatible: caso probable al cual no se tomó una muestra, o se tomó, se conservó o se procesó en forma inadecuada con resultados consecuentemente negativos y no se logró demostrar la asociación epidemiológica con un caso confirmado.

La clasificación de un caso compatible representa una falla en la vigilancia epidemiológica del evento.

Caso descartado: caso probable al que se tomó, se conservó y se procesó en forma adecuada una muestra para diagnóstico por laboratorio y el resultado fue negativo.

Acciones de vigilancia en salud pública.

a. Las UPGD deberán notificar de manera inmediata el o los casos probables de enfermedad meningocócica a través de la ficha de notificación y el código de evento establecido por el Instituto Nacional de Salud en cada uno de los niveles del sistema de acuerdo con el flujo de información establecido por el Sivigila

b. Las secretarías de salud municipales/distritales deben realizar las acciones de estudio de caso probable o confirmado en las primeras 48 horas después de la notificación

c. Las secretarías de salud municipales/distritales realizarán seguimiento de contactos estrechos hasta el día 10, con el fin de verificar la aparición de casos secundarios.

d. Las Entidades territoriales deberán comunicar de manera inmediata al Centro Nacional de Enlace (cne(üminsalud.qov.co) y al Equipo de respuesta inmediata del INS (eriains.qov.co) las situaciones inusuales que sean detectadas, tales como: incrementos en la notificación de casos que cumplan con la definición de probable en un área geográfica determinada o conglomerados de casos probables de enfermedad meningocócica.

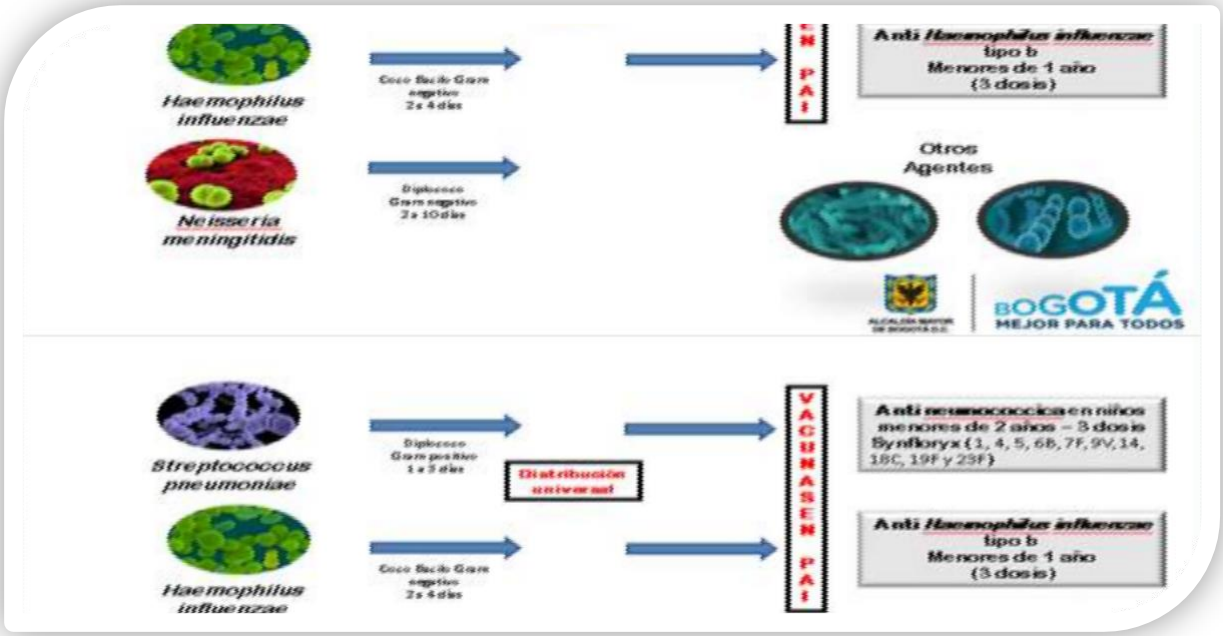
Acciones de vigilancia por laboratorio

a. Toma de muestras de LCR u otro fluido corporal estéril para procesamiento mediante tinción de Gram, citoquimico y cultivo; sangre para pruebas complementarias y hemocultivos por parte de la UPGD notificadora en el 100% de los casos probables de enfermedad meningocócica.

b. Enviar el 100% de los aislamientos de Neisseria meningitidis al laboratorio de microbiología del Instituto Nacional de Salud para identificación de serogrupos y el perfil de sensibilidad antimicrobiana.

c. Cumplir con los lineamientos para la toma, almacenamiento y transporte de muestras para cultivo descritas en el Protocolo de vigilancia y control de meningitis bacterianas establecido por el Instituto Nacional de Salud y disponible en: http://www.ins.qov.co/lineas-deaccion/SubdireccionVinilancia/siviciila/Protocolos7020SIVIGILA/PRO%20Meningitis.pdf

.



Fuente: Esquema de Vacunación Nacional.

Fuente: http://emssolutionsint.blogspot.com/2013/01/precauciones-para-evitar-el-contagio-de.html

DIFTERIA

Es una enfermedad bacteriana aguda, Causada por Corynebacterium diphtheriae, Los signos y síntomas: Suelen manifestarse entre 2 y 5 días después de la exposición, pueden ser desde leves hasta graves. A menudo los síntomas se presentan de modo gradual, empezando por dolor de garganta y fiebre.

En los casos de gravedad, la bacteria genera un producto tóxico (toxina) que da lugar a una espesa placa gris o blanca en el fondo de la garganta, placa que a veces puede bloquear las vías respiratorias.

Dificulta la respiración o la deglución y también puede provocar una tos seca. La hipertrofia de los ganglios linfáticos puede causar el engrosamiento del cuello “cuello de toro”. Epidemiologia a nivel mundial Durante 2015, se reportaron 4.530 casos, 28% de los países alcanzó 80% o más de cobertura con DTP3 en todos los distritos, se administraron tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) al 86% de los niños de todo el mundo (unos 115 millones)
(3) Durante el año 2015, cinco países notificaron casos de difteria: Brasil (12 casos), Canadá (3 casos), Guatemala (1 caso), Haití (32 casos) y la República Dominicana (1 caso). En diciembre de 2016 la Organización Panamericana de la Salud emitió una Alerta Epidemiológica para la Región debido al aumento de casos en tres países (5) Situación epidemiológica nacional En Colombia, se declararon varios brotes entre 1992 y 2002, el más extenso fue el de 1992 con 82 casos. En el año 2000 la incidencia de difteria fue de 0,075 casos por 100000 habitantes, disminuyendo en años posteriores hasta 0,002 en el año 2005.

La mayoría de los casos de estos brotes se produjeron en personas con vacunación incompleta o sin antecedente de vacunación y la población infantil fue la más afectada, con tasas de letalidad altas (7) Agente etiológico Corynebacterium diphtheriae es el agente etiológico principal de la difteria en humanos, además es una especie que puede producir la toxina diftérica como principal factor de virulencia. Sin embargo, las especies de C. ulcerans y C. pseudotuberculosis que también pueden producir la toxina diftérica, comúnmente causan enfermedad en animales C. diphtheriae se subdivide en cuatro biotipos: gravis, intermedius, mitis y belfanti de los cuales los tres primeros biotipos están asociados a la enfermedad por la capacidad de producir la toxina, de acuerdo a la severidad de los síntomas, se puede relacionar la intensidad de la enfermedad con el nombre del biotipo. Las cepas no toxigénicas de C. diphtheriae rara vez causan enfermedad y cuando lo hacen, ésta suele ser leve y sin complicaciones generalizadas. Las cepas no toxigénicas suelen causar faringitis, difteria cutánea y se han relacionado con casos de endocarditis.

El reservorio C. diphtheriae: el ser humano. C. ulcerans: ganado vacuno y gatos. C. pseudotuberculosis: cabras, ovejas equinas.

Modo de transmisión: El principal modo de transmisión de C. diphtheriae es por vía aérea humano- humano, a través de secreciones respiratorias, por contacto con una persona enferma o un portador (persona que porta la bacteria, pero no padece la enfermedad); en el caso de la difteria cutánea, por contacto con artículos contaminados con las secreciones de las personas infectadas; también se ha descrito la transmisión por leche cruda de animales de granja especialmente con C. ulcerans. Período de incubación: Es de 2 a 5 días, con un intervalo de 1 a 10 días. Período de transmisibilidad: Es variable; las personas no tratadas son infecciosas durante 2 a 4 semanas, y aquellas que han recibido tratamiento de 2 a 4 días. Los portadores crónicos, que son raros, pueden expulsar microorganismos durante 6 meses o más. Definición operativa Caso probable:

Caso que cumple con los criterios de la definición clínica de caso o en el que las pruebas de laboratorio no son concluyentes o no han sido realizadas o tiene resultado de PCR positiva para toxina sin obtención del aislamiento de C. diphtheriae

Caso confirmado por laboratorio: Caso probable con aislamiento de C. diphtheriae y presencia de toxina diftérica por prueba de Elek positiva; o gen de toxina diftérica positiva por PCR y aislamiento de C. diphtheriae y presencia de toxina diftérica por prueba de Elek.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso que cumple con los criterios de la definición clínica de caso y que está epidemiológicamente ligado a un caso confirmado por el laboratorio. Caso compatible:

Caso probable al cual no se le tomó una muestra o se tomó, se conservó o se procesó en forma inadecuada con resultados consecuentemente negativos, y al que no se le pudo demostrar asociación epidemiológica con un caso confirmado.

Se incluyen los casos con: Muestra obtenida después del tratamiento antimicrobiano, Muestra inadecuada para procesamiento y aquellos con Resultado negativo por procesamiento inadecuado La clasificación de un caso como compatible representa una falla en la vigilancia epidemiológica del evento Caso descartado por laboratorio:

Caso probable al que se le tomó, se conservó y se procesó en forma adecuada una muestra para el diagnóstico por laboratorio, y el resultado fue negativo. Se incluyen: Aislamiento de organismo no difteroide compatible con la presentación clínica (por ejemplo, Streptococcus pyogenes), ó Prueba de PCR positiva para el gen de toxina diftérica y aislamiento de Corynebacterium ulcerans o C. pseudotuberculosis ó aislamiento de C. diphtheriae y ausencia de la toxina diftérica por prueba de Elek.

Toma de muestra

• Difteria respiratoria: hisopado nasofaríngeo, frotis de garganta y /o trozos de membrana.

• Difteria cutánea: Piel, garganta y nasofaríngea.

• Los hisopos utilizados son de dacrón y alginato de calcio.

• Enviar la muestra en triple embalaje.

• A temperatura ambiente.

Formatos y fichas completamente diligenciadas.

Vacuna La vacuna antidiftérica, constituida por toxoide diftérico, se comercializa combinada con la vacuna anti-tos ferina y toxoide tetánico (DPT), (18 m-5 a)o adultos, exclusivamente con el toxoide tetánico con dosis de vacuna antidiftérica tipo pediátrico (DT)después de los 5 años al perder el esquema o tipo adulto (Td) mujeres en edad fértil y gestantes (10 a 49) y Tdap gestantes semana
26. La DPT es la clásica combinación que se utiliza actualmente en Colombia en los refuerzos; existen diversos preparados aprobados para el uso en varios países, que combinan en una misma inyección la vacuna anti diftérica con otras vacunas como la pentavalente, la cual incluye DPT, Hib, HB, y es la que se utiliza en Colombia a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Acciones individuales Una vez el caso se configure como probable, las acciones a seguir son las siguientes:

• Notificación La notificación es obligatoria e inmediata Diligenciamiento de ficha de notificación de caso.

• Manejo del Caso: Elaborar la historia clínica del paciente, evaluar la presencia de fiebre, placas o membranas en faringe o laringe, VALORACIÓN POR INFECTOLOGÍA

• Estudio de laboratorio: La muestra para el estudio microbiológico es el hisopado faríngeo o de la membrana.

• Aislamiento respiratorio Criterios

• La muestra idónea para el cultivo bacteriológico es el hisopado faríngeo obtenidos con visualización directa, de preferencia del borde o directamente bajo la membrana.

• Para verificar si C. diphtheriae aislada es toxigénica, se debe confirmar con la prueba de Elek para evidenciar la producción de toxina diftérica, la cual está restringida a los laboratorios de referencia. Por tanto, todo aislamiento identificado como C. diphtheriae, C. ulcerans y C. pseudotuberculosis aislados en laboratorios públicos o privados de Microbiología deben remitirse al LSP.

Vacuna

La vacuna antidiftérica, constituida por toxoide diftérico, se comercializa combinada con la

vacuna anti-tos ferina y toxoide tetánico (DPT), (18 m-5 a)o adultos, exclusivamente con el toxoide tetánico con dosis de vacuna antidiftérica tipo pediátrico (DT)después de los 5 años al perder el esquema o tipo adulto (Td) mujeres en edad fértil y gestantes (10 a 49) y Tdap gestantes semana 26. La DPT es la clásica combinación que se utiliza actualmente en Colombia en los refuerzos; existen diversos preparados aprobados para el uso en varios países, que combinan en una misma inyección la vacuna anti diftérica con otras vacunas como la pentavalente, la cual incluye DPT, Hib, HB, y es la que se utiliza en Colombia a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Acciones individuales

Una vez el caso se configure como probable, las acciones a seguir son las siguientes:

• Notificación La notificación es obligatoria e inmediata Diligenciamiento de ficha de notificación de caso.

• Manejo del Caso: Elaborar la historia clínica del paciente, evaluar la presencia de fiebre, placas o membranas en faringe o laringe, VALORACIÓN POR INFECTOLOGÍA

• Estudio de laboratorio: La muestra para el estudio microbiológico es el hisopado faríngeo o de la membrana.

• Aislamiento

respiratorio Criterios

• La muestra idónea para el cultivo bacteriológico es los hisopados faríngeos obtenidos con visualización directa, de preferencia del borde o directamente bajo la membrana.

• Para verificar si C. diphtheriae aislada es toxigénica, se debe confirmar con la prueba de Elek para evidenciar la producción de toxina diftérica, la cual está restringida a los laboratorios de referencia. Por tanto, todo aislamiento identificado como C. diphtheriae, C. ulcerans y C. pseudotuberculosis aislados en laboratorios públicos o privados de Microbiología deben remitirse al LSP

Nota: Idealmente la muestra debe tomarse antes de iniciar el tratamiento debido a la sensibilidad de C. diphtheriae a la penicilina. Sin embargo, se debe tomar muestra en todos los casos.

La profilaxis farmacológica debe ser garantizada por la EPS; La antitoxina debe ser solicitada al ente territorial; la necesidad se determina luego de la valoración por el infectologo (48 h).; (HC- ficha de notificación y fórmula médica).

4. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA INTENSIFICADA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA ASOCIADA AL NUEVO CORONAVIRUS 2019 (COVID-19).

PUNTOS TRATADOS EN LA REUNION

- Manual de Implementación PRASS: Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible.
- CONCEPTOS BASICOS Objetivo PRASS.
- ¿Cómo se ejecuta el plan PRASS?
- Pruebas.
- Rastreo.
- Secuencia de los pasos para investigar los casos y rastrear los contactos.
- Aislamiento Selectivo Sostenible.
- Cobertura de aislamiento selectivo y sostenible.
- Herramientas para el registro de casos y contactos.
- Implementación del PRASS en el territorio Nacional.
- Ejecución y seguimiento del PRASS en el territorio

Indicadores

1. Total, de notificación recibida transmisibles por COVID, según localidad de residencia, de los meses de febrero -septiembre 09 del 2020. 2. Oportunidad en la notificación y la recepción SIVIGILA, por localidad de residencia COVID del mes de agosto del 2020. 3. Distribución según estado de la IEC COVID y localidad de residencia, agosto del 2020. 4. Casos positivos distribuidos por localidad de residencia, sub red norte, corte 09 de septiembre 2020.

- Mapa de comportamiento del evento de las localidades de Chapinero. Evaluación
- Se inicia con la socialización de la nueva fase que inicia el territorio nacional frente al evento del COVID-19, caracterizada por la flexibilización en el aislamiento obligatorio y la gradual
- apertura social y económica. Se trata de una fase en la cual se busca pasar de un confinamiento generalizado a un aislamiento selectivo de los casos y de los contactos de estas personas contagiadas. Para lograrlo, se creó la Estrategia PRASS: Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible, cuya definición y lineamientos están formalizados mediante el Decreto PRASS de julio de 2020 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social. PRASS es el Plan Nacional para romper la cadena de transmisión del COVID-19 en un contexto de apertura gradual de la economía.Este Manual está dirigido a Gobernadores y Alcaldes, quienes son responsables de la ejecución de PRASS en sus territorios, y detalla los pasos a seguir, la información y herramientas necesarias

para lograr una implementación rápida y exitosa. CONCEPTOS BASICOS

¿Qué es el COVID-19? El COVID-19 es una enfermedad generada por el nuevo virus SARS-CoV-

2. Existen dos tipos de personas infectadas con COVID-19: Aquellas que presentan uno o varios de los signos y síntomas del COVID-19 tales como: fiebre, tos, dificultad para

respirar, fatiga, secreciones nasales, malestar general, pérdida reciente del gusto y el olfato, entre otros.

Aquellas asintomáticas, que no presentan los síntomas anteriormente mencionados. Tanto las personas sintomáticas como las asintomáticas, al estar infectadas, pueden transmitir el virus, lo que hace al COVID-19 un virus con alta probabilidad de contagio. ¿Qué es y cuánto dura el periodo de incubación del COVID-19?

El periodo de incubación es el tiempo que transcurre desde el momento que una persona se infecta hasta el momento en que uno o varios de los síntomas anteriormente mencionados se desarrollan. El periodo de incubación para el COVID-19 es de 4-5 días en promedio, pero puede llegar a durar hasta 14 días. Se estima que el 50% de las personas se enfermará 5 días después de infectarse.

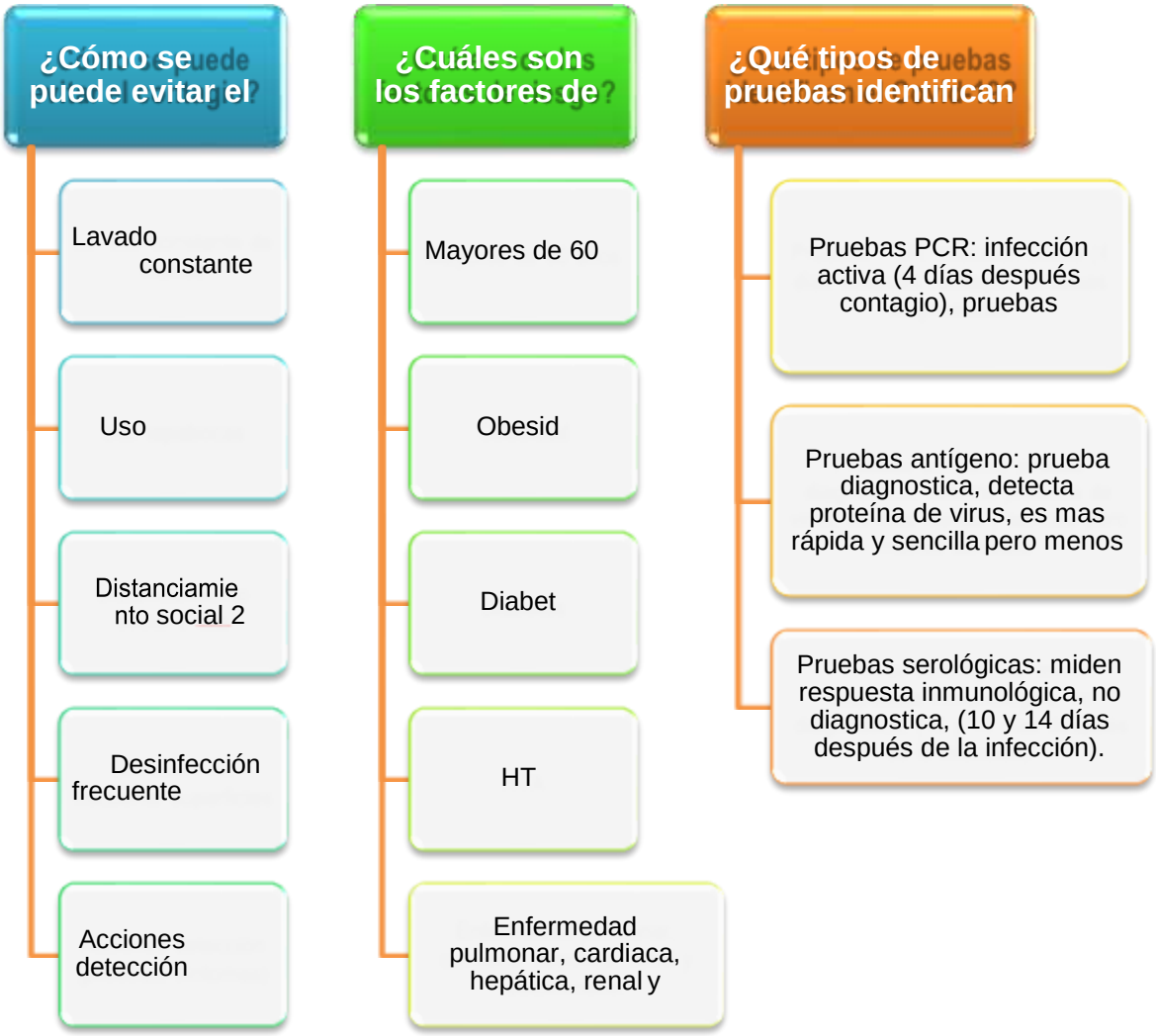
¿Cómo se transmite el COVID-19? Al hablar, y aún más al estornudar o toser, las personas generan y expulsan gotas de saliva minúsculas e invisibles. El virus puede transmitirse por contacto con las gotas que emiten las personas infectadas o por tocar con las manos superficies infectadas y luego transferir el virus a boca, nariz u ojos. Cuando un infectado no sabe que ha estado en contacto o cerca de alguien contagiado, continua con sus actividades diarias e infecta en promedio entre 2 o 3 personas, la cuales a su vez también pueden infectar a otras 2 o 3 personas.

¿Qué es y cuánto dura el periodo infeccioso del COVID-19? El periodo infeccioso es el tiempo durante el cual una persona infectada con COVID-19 puede transmitirles el virus a otras personas. Para las personas infectadas y que presentan síntomas (personas sintomáticas), el periodo infeccioso inicia dos días antes de desarrollar los síntomas. Para las personas infectadas y asintomáticas, es difícil definir el periodo infeccioso; sin embargo, es importante tener en cuenta que son personas que también transmiten el virus. Los presintomáticos son aquellos que ya se encuentran infectados y, por lo tanto, así no hayan presentado síntomas aún, son igualmente transmisores del virus.

Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Julio 2020, Bogotá D.C. - Colombia ,
Manual de implementación PRASS: Pruebas reo y Aislamiento Selectivo Sostenible.

Objetivo PRASS:

Disminuir la velocidad de transmisión del COVID-19, rompiendo sus cadenas de transmisión, con el fin de controlar el contagio y mantenerlo en niveles que permitan retomar la actividad en todo el territorio Nacional, mediante la implementación de todas las medidas y controles necesarios para aislar a los contagiados, sus contactos y demás personas en riesgo.


¿Cómo se puede evitar el
Lavado constante
Uso
Distanciamiento social 2
Desinfección frecuente
Acciones detección
¿Cuáles son los factores de
Mayores de 60
Obesid
Diabet
HT
Enfermedad pulmonar, cardiaca, hepática, renal y
¿Qué tipos de pruebas identifican
Pruebas PCR: infección activa (4 días después contagio), pruebas
Pruebas antígeno: prueba diagnostica, detecta proteína de virus, es mas rápida y sencilla pero menos
Pruebas serológicas: miden respuesta inmunológica, no diagnostica, (10 y 14 días después de la infección).

¿Cómo se ejecuta el plan PRASS?

Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Julio 2020, Bogotá D.C. - Colombia , Manual de implementación PRASS: Pruebas reo y Aislamiento Selectivo Sostenible.

Pruebas

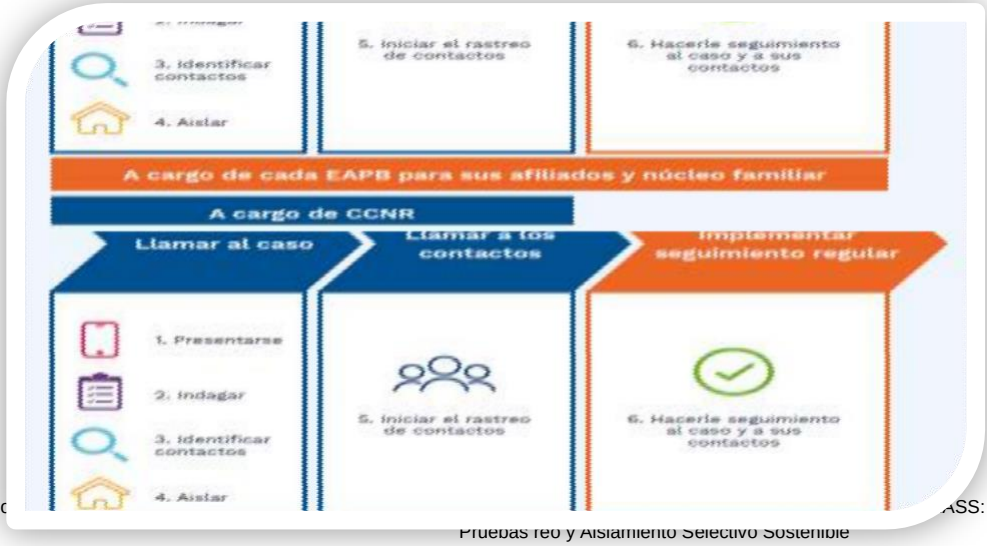
- **¿A quiénes se les hace la prueba?**
- Sospechosos/probables: Sintomáticos respiratorios, atendidos en servicios médicos.
- Personas en grupos de riesgos/vulnerables: Personal de la salud, Fuerza Pública, personas con alta movilidad-actividad económica o laboral, conglomerados poblacionales con alto contacto social.
- Contactos: De confirmados o probables sospechosos

- **¿Quiénes toman las pruebas?**
    - Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB, las administradoras de regímenes especiales y de excepción, las empresas de medicina prepagada, los prestadores de servicios de salud o de atención domiciliaria, las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales.

Rastreo

Tomado de: imagen adaptada de COVI-19 Contact tracing Universidad Johns Hopkins

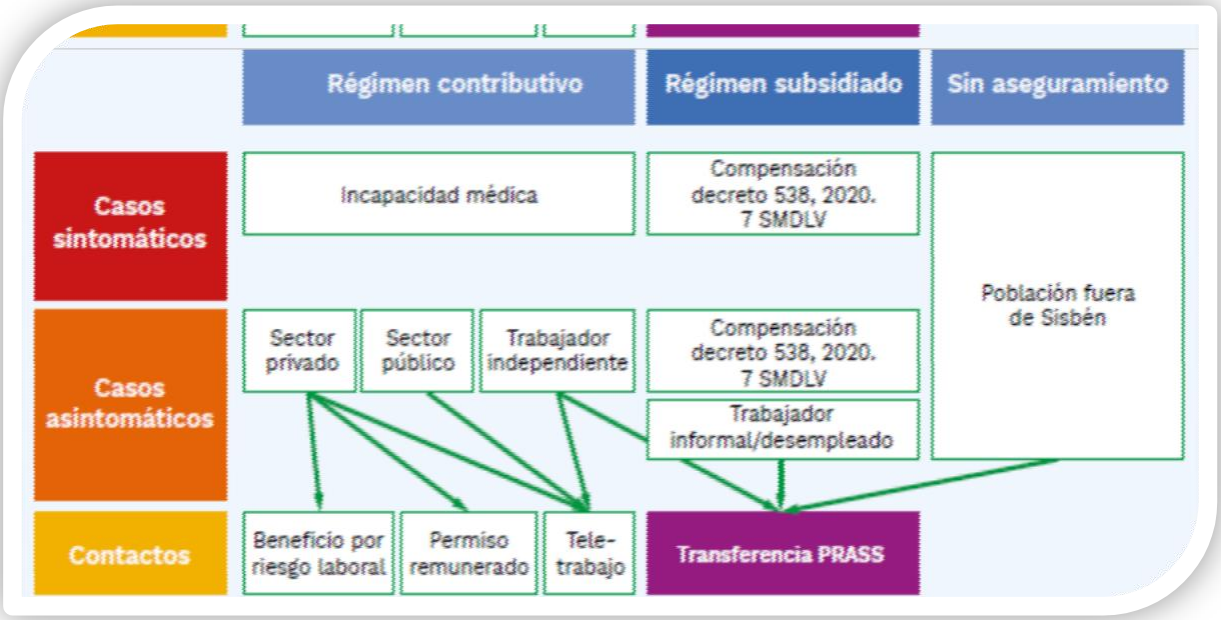
Secuencia de los pasos para investigar los casos y rastrear los contactos



Tomado de: [illegible] ASS: Pruebas reo y Aislamiento Selectivo Sostenible

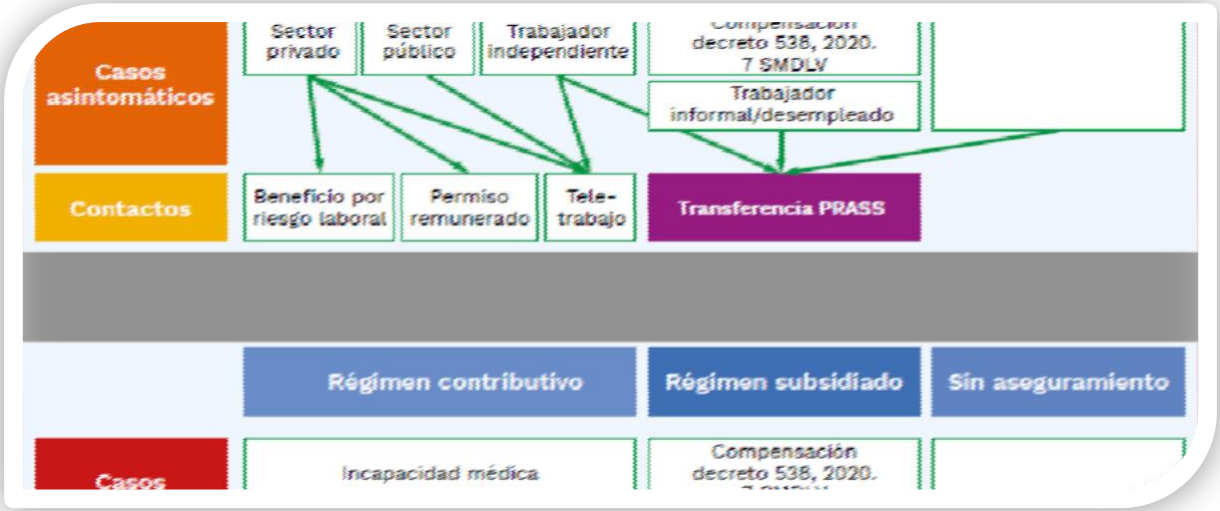
Aislamiento Selectivo Sostenible

Cobertura de aislamiento selectivo y sostenible



Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Julio 2020, Bogotá D.C. - Colombia , Manual de implementación PRASS: Pruebas reo y Aislamiento Selectivo Sostenible

Herramientas para el registro de casos y contactos

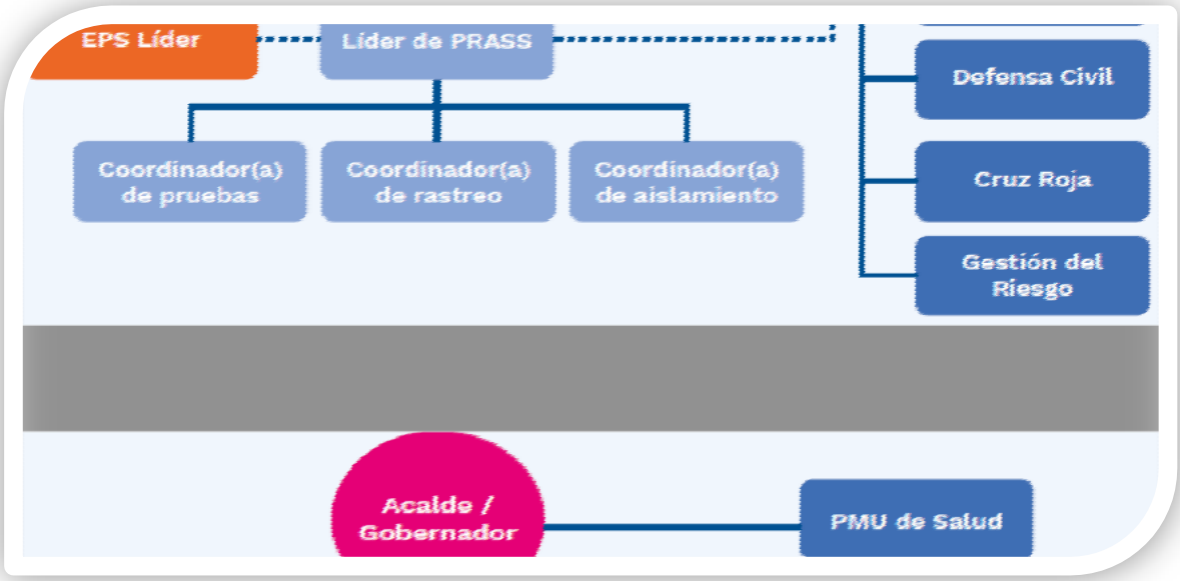


Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Julio 2020, Bogotá D.C. - Colombia , Manual de implementación PRASS: Pruebas reo y Aislamiento Selectivo Sostenible.

IMPLEMENTACION DE PRASS EN EL TERRITORIO

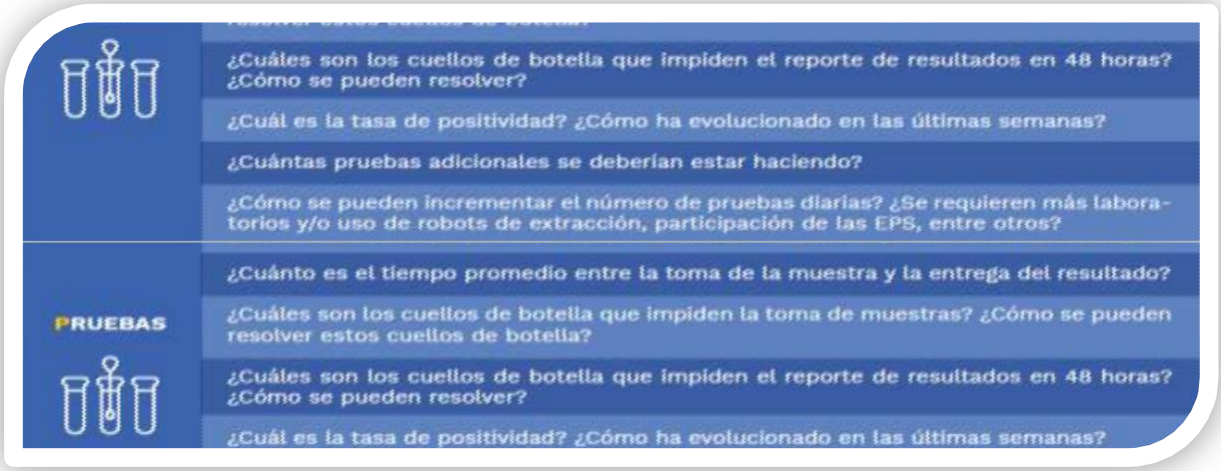
- Paso 1: Definición de los actores clave y equipo para ejecutar PRASS en el territorio.
- Paso 2: Consolidación de un diagnóstico de la situación actual en su territorio
- Paso 3: Definición de metas que se desean alcanzar
- Paso 4: Definición de un plan para lograr el despliegue de PRASS en el territorio.

1. Actores clave puesta en marcha de PRASS en el territorio



Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Julio 2020, Bogotá D.C. - Colombia , Manual de implementación PRASS: Pruebas reo y Aislamiento Selectivo Sostenible.

2. Diagnostico situación actual PRAS en territorio



Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Julio 2020, Bogotá D.C. - Colombia , Manual de implementación PRASS: Pruebas reo y Aislamiento Selectivo Sostenible.

2. Diagnostico situación actual PRAS en territorio

RASTREO	¿Cuántos contactos está rastreando la Secretaría de Salud?
	¿Cuántos contactos está rastreando la EPS?
	¿Se debe hacer rastreo con trabajo de campo? ¿Cuál es la proporción de este tipo de rastreo? ¿Cuántas personas hacen vigilancia en el municipio? ¿Cuántas de ellas solo para COVID-19?
AISLAMIENTO SELECTIVO SOSTENIBLE	¿Se está adelantando algún tipo de acción de aislamiento diferente al Voluntario?
	¿Qué capacidad potencial de aislamiento en hoteles u otros se podría tener en el territorio? ¿Cuáles lugares podrían habilitarse para Aislamiento en caso necesario?
	¿Cuál es la potencial necesidad de aislamiento fuera del hogar (en casos excepcionales por riesgos de hacinamiento, convivientes con perfil de alto riesgo, etc.)?

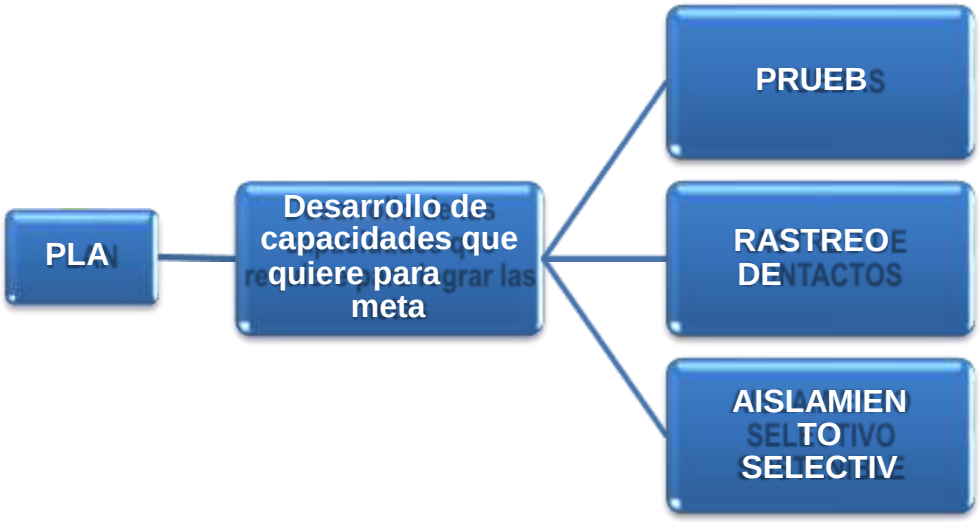
Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Julio 2020, Bogotá D.C. - Colombia , Manual de implementación PRASS: Pruebas reo y Aislamiento Selectivo Sostenible.

3. Metas de PRASS

	Porcentaje de Contactos identificados mediante rastreo en campo que se logra gestionar en las primeras 24 horas	Igual o superior a 70%
AISLAMIENTO SELECTIVO SOSTENIBLE	Porcentaje de los casos en aislamiento completo	Aislamiento completo > 75% de los Casos
	Porcentaje de los contactos en aislamiento completo	Aislamiento completo > 50% de los Contactos
	Tiempo promedio entre la toma de la muestra y la entrega del resultado	Menor a 92 horas
	Tasa de positividad (%)	Menor a 10%
RASTREO	Porcentaje de los Casos Rastreados en Campo a los que se logra construir mapa de contactos	Igual o superior a 70%
	Porcentaje de Contactos identificados mediante rastreo en campo que se logra gestionar en las primeras 24 horas	Igual o superior a 70%
AISLAMIENTO SELECTIVO	Porcentaje de los casos en aislamiento	Aislamiento completo > 75% de los Cas

Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Julio 2020, Bogotá D.C. - Colombia , Manual de implementación PRASS: Pruebas reo y Aislamiento Selectivo Sostenible.

EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PRASS EN EL TERRITORIO



Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Julio 2020, Bogotá D.C. - Colombia , Manual de implementación PRASS: Pruebas reo y Aislamiento Selectivo Sostenible.

EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PRASS EN EL TERRITORIO

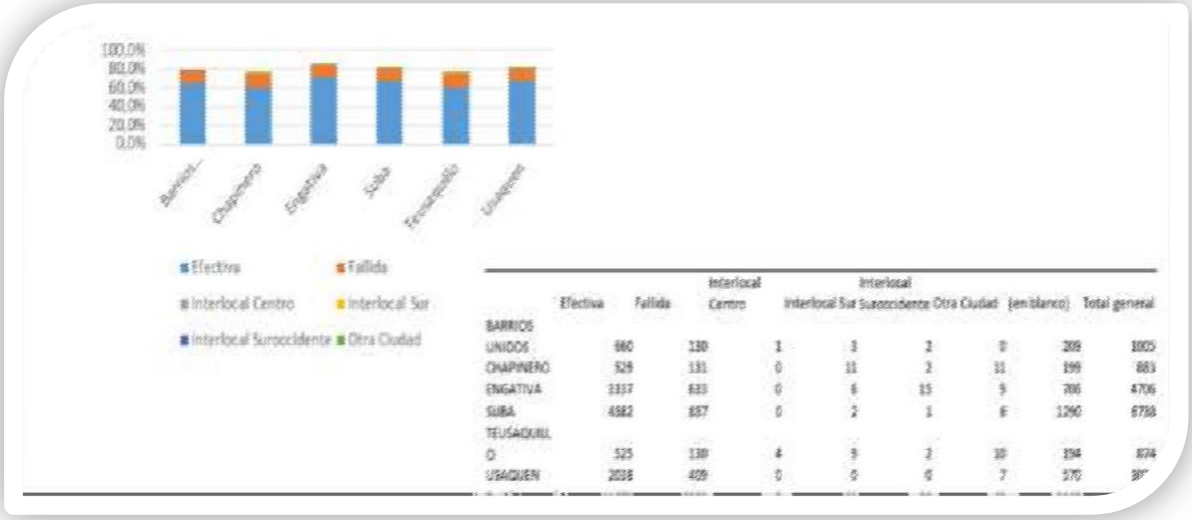
HERRAMIENTAS PRASS

- Anexo 1. Momentos Clave y Tiempos Pruebas Diagnósticas COVID-
- INS
- Anexo 2. Instrumento de investigación de campo Ficha de Notificación Individual CORONAPP Pro/Médicos.
- Anexo 3. Formato para realizar Diagnóstico de la Situación
- Actual
- Anexo 6. Tablero de Control para Seguimiento
- Anexo 7. Guía Básica para Aislamiento de Casos y

Total de notificación recibida transmisibles por Covid, según localidad de residencia, de los meses de Febrero -Septiembre 09 del 2020.

	Engativa	Suba	Chapinero	Teusaquillo	Usaquen	Bunidos	Total de notificacion
Febrero	1	1	0	1	2	0	5
Marzo	485	911	443	252	818	123	3032
Abril	1919	2680	814	634	1663	402	8112
Mayo	2390	4004	715	591	1830	448	9978
Junio	4153	5800	1067	938	2498	708	15164
Julio	8525	12438	2131	1660	5532	1685	31971
Agosto	4706	6738	883	874	3039	1005	17245
Septiembre	477	826	93	99	360	110	1965
Total	22656	33400	6146	5049	15746	4481	87478

Distribución según estado de la IEC COVID y localidad de residencia, Agosto del 2020



	Efectiva	Fallida	Interlocal Centro	Interlocal Sur	Interlocal Suroccidente	Otra Ciudad	(en blanco)	Total general
BARRIOS UNIDOS	660	130	1	3	2	0	209	1005
CHAPINERO	529	131	0	11	2	11	199	883
ENGATIVA	3357	833	0	6	15	9	786	4706
SUBA	4582	857	0	2	1	6	1290	6738
TEUSAQUILLO	525	130	4	9	2	10	194	874
USAQUEN	2038	409	0	0	0	7	570	3024

Casos positivos distribuidos por localidad de residencia, sub red norte, corte 09 de Septiembre 2020.

	TOTAL DE CASOS POSITIVOS	TOTAL DE CASOS POSITIVOS ACTIVOS	TOTAL CASOS POSITIVOS CERRADOS	TOTAL DE CASOS PROBALES O SOSPECHOSOS
USAQUEN	11.511	1.894	9.617	26724
CHAPINERO	4.218	455	3.763	10580
ENGATIVA	19.308	3.837	15.471	39259
SUBA	27.037	5.067	21.969	69072
BARRIOS UNIDOS	3.937	533	3.404	7188
TEUSAQUILLO	3.287	588	2.799	7686

Fuente: Base de asignación transmisibles covid_09/09/2020

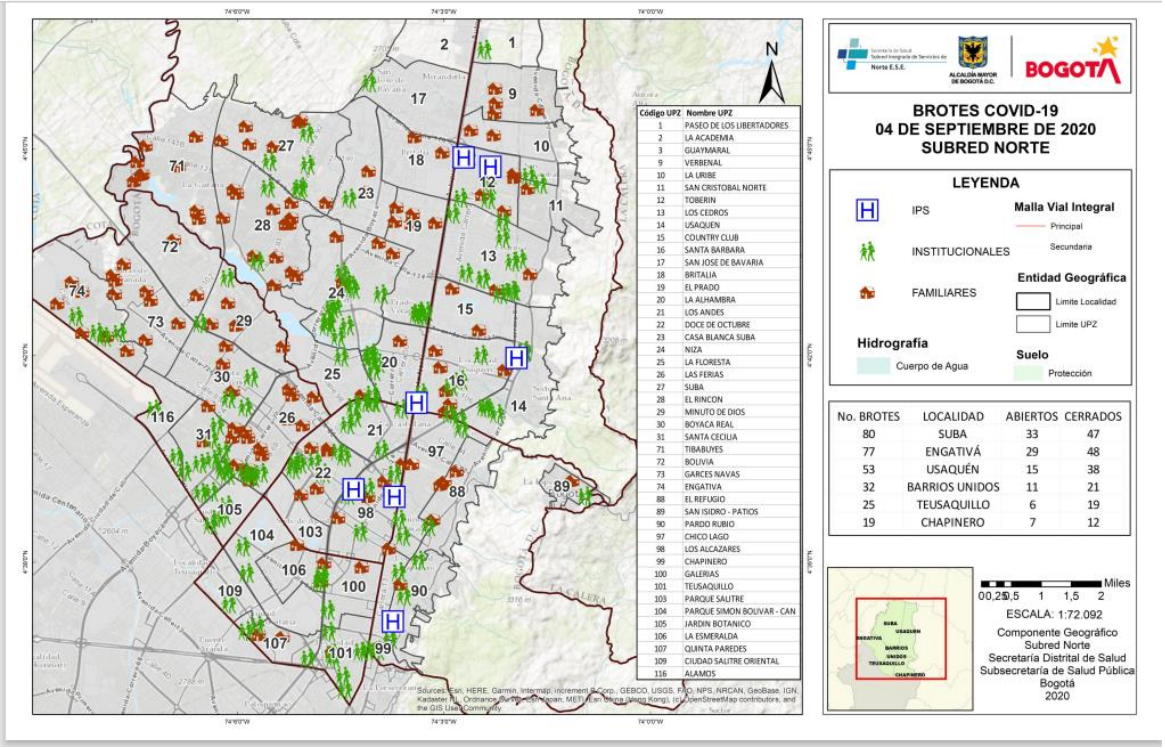
Fuente: Base de asignación transmisibles covid_09/09/2020

Análisis Geográfico

Engativá y Suba

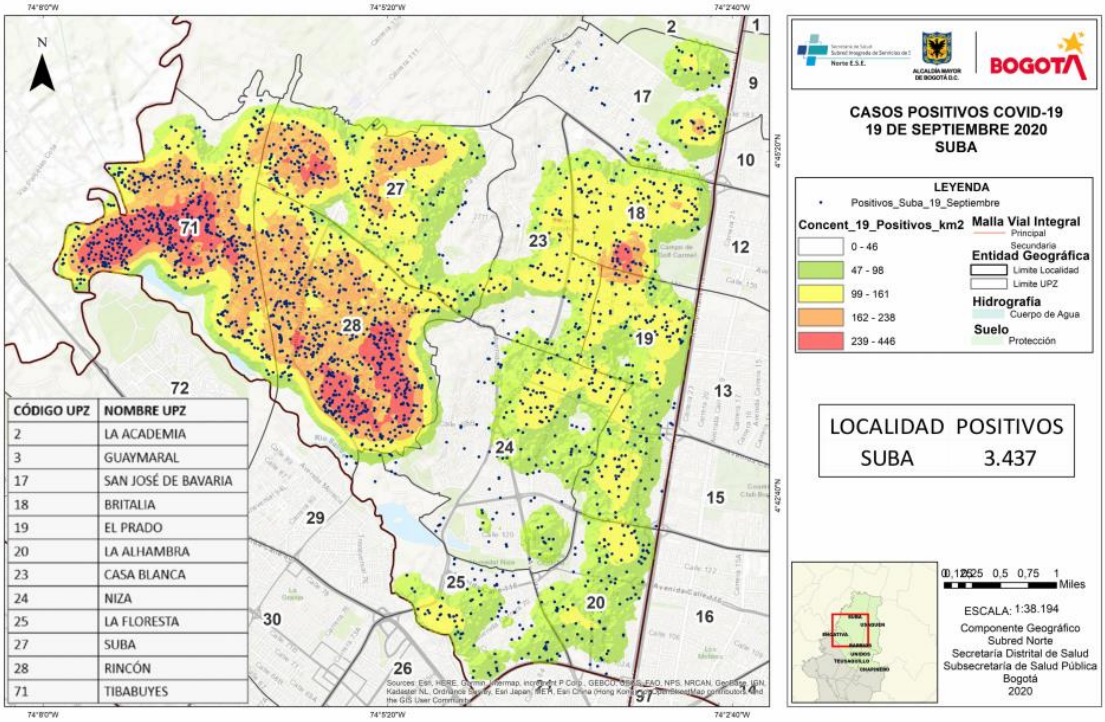
Para el mes de septiembre quisimos presentar el comportamiento de los brotes intervenidos por el equipo de Urgencias y Emergencias; en total se han abordado 265 brotes en las 6 localidades de la Subred, los cuales se muestran en el mapa discriminados por dos o más casos en instituciones de salud, familias y otras instituciones.

Mapa 1. Brotes de Covid 19 intervenidos por Urgencias y Emergencias en el periodo marzo – agosto 2020. Subred Norte.



En la localidad de Suba se han confirmado 3.437 desde el comienzo de la pandemia hasta el 19 de septiembre de 2020. Como se ha observado en los últimos meses, las UPZ donde mayor número de casos se han observado es El Rincón y Tibabuyes, especialmente en zonas cercanas al humedal y de alta concentración poblacional; así mismo se observan puntos de concentración en la zona occidental de la UPZ Suba y al sur de la UPZ Britalia, (calle 153 entre carreras 50 y 57)

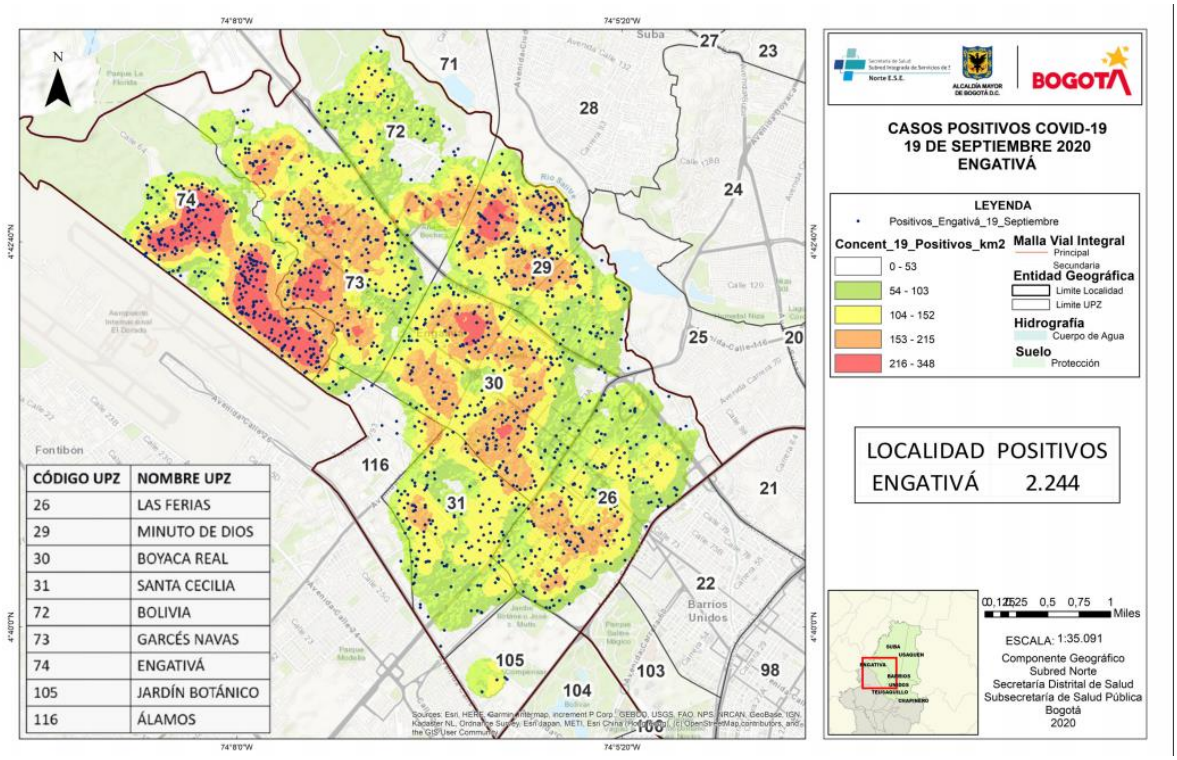
Mapa 2. Concentración de casos positivos en el periodo marzo – septiembre 2020, localidad de Suba. Subred Norte.



CÓDIGO UPZ	NOMBRE UPZ
2	LA ACADEMIA
3	GUAYMARAL
17	SAN JOSÉ DE BAVARIA
18	BRITALIA
19	EL PRADO
20	LA ALHAMBRA
23	CASA BLANCA
24	NIZA
25	LA FLORESTA
27	SUBA
28	RINCÓN
71	TIBABUYES

Por su parte, en la localidad de Engativá, la principal concentración de casos se encuentra en la UPZ del mismo nombre, así como focos puntuales en las UPZ Garcés Navas (de la calle 72 al sur, entre carreras 105 y 110), Boyacá Real (entre calles 72 y 80, de la carrera 86 a la 110) y zona noroccidental de la UPZ Minuto de Dios.

Mapa 3. Concentración de casos positivos en el periodo marzo – septiembre 2020 localidad de Engativá. Subred Norte.



SOLICITUD DE RESULTADOS

https://covid19.saludcapital.gov.co/index.php/resultados

COMUNICARSE CON ANGIE SANABRIA 3104728874

resultadoscovidsubrednorte@Gmail.com, Se les envía el instructivo del PRASS.

A. Socialización PAI

Se indican las coberturas en las cuales se encuentra la subred con corte al mes de agosto, se indica que al mes de agosto se debería tener un avance del 66.6% para estar en coberturas útiles de vacunación teniendo para cada uno de los trazadores, menores de un año el 54.3% de avance, un año de edad 55.3% ubicando así en coberturas críticas de vacunación a la subred.

Tabla 6. Cobertura vacunación subred norte mes de Agosto

Tabla 6. Cobertura vacunación subred norte mes de Agosto.

POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO TERCERAS DE PENTAVALENTE					POBLACIÓN DE UN AÑO TRIPLE VIRAL				
LOCALIDAD	META ANUAL	META A AGOSTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	LOCALIDAD	META ANUAL	META A AGOSTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO
USAQUEN	8126	5417	3712		USAQUÉN	7777	5185	4081	
CHAPINERO	6147	4098	2992		CHAPINERO	5477	3651	2903	
ENGATIVA	6290	4193	3226		ENGATIVA	6839	4559	3586	
SUBA	10788	7192	6008		SUBA	10905	7270	6255	
BARRIOS UNIDOS	3230	2153	1668		BARRIOS UNIDOS	2676	1784	1425	
TEUSAQUILLO	3285	2190	2967	90,3%	TEUSAQUILLO	3025	2017	2029	67,1%
TOTAL	37866	25244	20573		TOTAL	36699	24466	20279	

Fuente. Programa PAI Subred norte.

En la localidad de Chapinero para menor de un año se encuentra en el 48.7%, un año 53.0%.

Se insta a los participantes del COVE a participar de manera activa en el logro de aumento de las coberturas ya que no se pueden permitir brotes o casos de enfermedades prevenibles por vacunación. De igual forma se indica que el momento las EAPB Compensar, Sanitas, Aliansalud, Policía, Unisalud y otras entidades privadas se encuentran prestando el servicio de vacunación a domicilio. En el caso de la Subred se está prestando este servicio bajo cita previa y verificación de signos y síntomas de acuerdo a lineamiento actual vigente, a la población no asegurada, subsidiada y perteneciente a Capital salud y Unicajas. De igual manera se indica que en el distrito se está realizando un plan de choque para el aumento de las coberturas.

B. UNIDAD DE ANALISIS SIVIGILA – TRANSMISIBLES

Metodología: Determinar los conocimientos de los asistentes sobre los temas socializados durante las presentaciones de los subsistemas SIVIGILA – TRANSMISIBLES mediante 8 preguntas de selección múltiple y única respuesta, las cuales son enviadas a los participantes a través de correo electrónico, al finalizar el Cove se socializan los resultados y se resuelven dudas.

Objetivo: Identificar la adherencia a los conocimientos adquiridos durante las presentaciones realizadas en el espacio del COVE realizado por los subsistemas SIVIGILA – TRANSMISIBLES.

La unidad de análisis se desarrolla en tres pasos:

a. Se envía una encuesta a cada uno de los asistentes a través de correo electrónico.

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.

Dentro de la unidad se establecen 8 preguntas en el cuestionario, de los cuales se obtiene un promedio de 35 respuestas, las cuales se analizan a continuación:

1. ¿Cuál es la característica específica que se deben tener en cuenta en el LCR para para la clasificación de un caso notificado como probable para Meningitis?

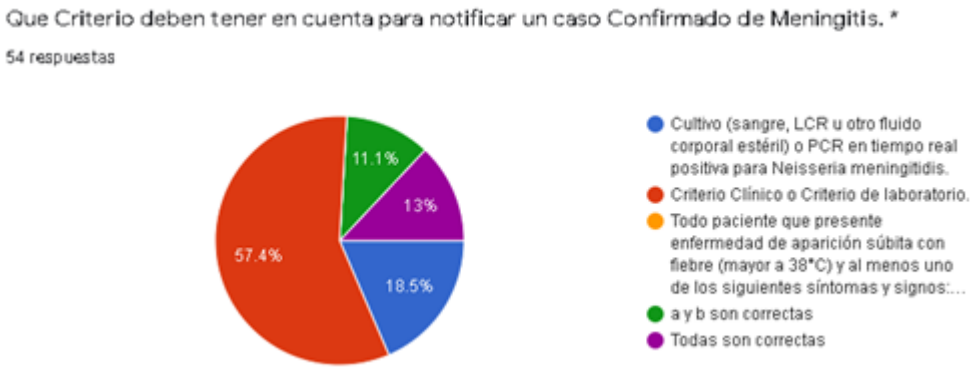
Los participantes del COVE que participaron en la Unidad de Análisis

respondieron así: El 61,1 % con el rango verde, el 31,5 naranja. Con un acierto

del 61,1 % .

La respuesta correcta es: LCR turbio • Recuento de leucocitos mayor de 100/mm3 con recuento de neutrófilos mayor o igual 80% • Elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl • Disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl • Gram de LCR positivo para bacterias: - diplococos Gram positivos (meningitis neumológica) - diplococos Gram negativos intra o extracelulares (meningitis meningocócica) - bacilos Gram negativos (meningitis por Haemophilus influenzae).

2. Que Criterio deben tener en cuenta para notificar un caso Confirmado de Meningitis. 54 respuestas , el 57,4 % acertaron en la respuesta, mientras el 42,6 % presentaron fallos de criterio.

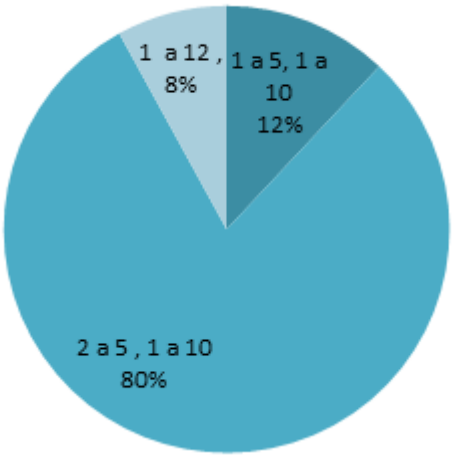


3. ¿Cuál es el principal modo de transmisión de la Difteria?

El principal modo de transmisión de C. diphtheriae es por vía aérea humano-humano, a través de secreciones respiratorias, por contacto con una persona enferma o un portador (persona que porta la bacteria, pero no padece la enfermedad);

El 92,6 % de los participantes al Cove Local contestaron a esta pregunta de forma exacta ,un 7,4 % , obviaron al menos un factor en la transmisión.

4. ¿Cuál es el Período de incubación de la Difteria? La respuesta correcta para esta pregunta es de 2 a 5 días, con un intervalo de 1 a 10 días. El 80% de los participantes al Cove local contestaron de forma correcta. Se aclaran dudas.



5. ¿Cuándo se debe enviar la notificación semanal?

La notificación semanal se debe enviar todos los lunes antes de las 3:00 pm, incluso si el lunes es festivo.

El 85.2 % de los participantes contestaron de forma correcta. Se aclaran dudas

6. Defina notificación inmediata:

Reporte a través de la Herramienta SIVIGILA cumpliendo con el flujo de información aquellos eventos que por su comportamiento debe ser informado a un nivel superior, máximo 24 horas, para la toma de decisiones e inicio de acciones preventivas.

7. En la variable fecha de notificación, se debe registrar:

El 92,6 % de las respuestas fueron correctas , el 7,4 % registraron varias imprecisiones.

Siendo las 12:40 pm, se da por terminado el COVE Local.

DECISIONES Y CONCLUSIONES

- Se realiza retroalimentación generalidades de tableros de sivigila y se dan pautas a tener en cuenta dentro de proceso de notificación.
- Se recuerda responsabilidad de ajustes de eventos covid está a cargo de las unidades primarias generadoras de datos.
- Se da claridad en aspectos generales de notificación tratamiento respectivo para eventos de difteria y meningitis. Se socializa estrategia PRASS y se da claridad en pautas de aislamiento y rastreo de casos.
- Se estable la incidencia y la letalidad de la meningitis bacteriana aguda y de la enfermedad meningocócica
- Caracterizar la distribución de los serotipos y serogrupos por agente causal de la meningitis bacteriana y la enfermedad meningocócica.
- Caracterizar el comportamiento de la meningitis bacteriana aguda y la enfermedad meningocócica con laboratorios realizados).
- Medidas de aislamiento implementadas
- Definición del manejo ambulatorio u hospitalario Clasificación final de casos confirmados de enfermedad meningocócica • meningitis • meningitis con meningoccocemia • meningococcemia sin meningitis.
- Se indica que según direccionamiento del INS, establece que si en la muestra de LCR no presenta algún crecimiento de algún agente a las 72 horas de incubación, se debe enviar una alicota al LSP, este a su vez remite la muestra al INS para procesamiento de la PCR en tiempo real y en cuanto se tenga el resultado el

INS envía reporte al LSP y este a la UPGD Se deben notificar todas las Meningitis de tipo Bacteriano

Se Anexa Lista de asistencia: Metodología Virtual, se solicitó correo institucional de las UPGDs.

SUBA-ENGATIVA 25 DE SEPTIEMBRE DE 2020

CENTROMEDICO COLSUBSIDIO UNICENTRO DE OCCIDENTE

IPS ANDAR CL 80

Sanitas UAP Cl 80

SERVISALUD QCL 116

UI LABORATORIO CENTRAL DE REFERENCIA COLSANITAS

Clínica Colsanitas 103

ASISSTANZA IPS

ROHI IPS BOGOTÁ

CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TIERRAGRATA

IPS ESPECIALIZADA

FUNDACION CLINICA HOSPITAL JUAN N CORPAS Y CENTROS ASISTENCIALES A FINES

USS Engativá

IPS DE TODOS SUBA

Centro Médico Colmedica Bulevar Niza

Best Home Care

EPS Sanitas Centro Medico Suba Centro

CAPS SUBA

Cmc ilarco

Convenio Subred Norte Enterritorio

USS Compensar Suba, Cra. 69 y Calle 153

Darío Salcedo

CRUZ ROJA COLOMBIANA AV 68

Caps Gaitana

1100117696- 1 BIOTECNOLOGIA -GENETICA

VIVA 1A SEDE SUBA

Best Home Care IPS

RED MEDICA IPS S.A.S

Unidad Diagnostica Navarra- Colsanitas

CM. DR. ARSENIO UMBARILA

Unidad Informadora MEDICENTRO ANDIA REY

Servimed ips Normandia

CMC COLINA CAMPESTRE

E. P. S Sanitas centro médico Suba

IPS BEST HOME CARE

CLUB DE LEONES BOGOTA ANTONIO NARIÑO

ESCUELA COLOMBIANA DE INGENIERIA JULIO GARAVITO

umhes ces suba

CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORTAL NORTE

Centro médico preferencial Mazuren

CENTRO MEDICO CIUDADELA

CAFAM QUIRIGUA

ESPRI BG EDGAR YESID DUARTE VALERO

Medicina Laboral S.A.S

Clínica Infantil Santa María del lago

COMPENSAS USS CALE 153

UMHES CSE SUBA

CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SUBA

CENTRO MEDICO SUBA

ESPRI SAPOL PONAL

Centro Médico Colmedica Bulevar Niza

Uss prado veraniego

Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito

Administradora Clínica La Colina

Asistir Salud

PORSALUD SAS

UNION MEDICA DEL NORTE

Profamilia

SERVISALUD QCL 116

MEDIC HOME SAS

Dr. Carlos Sánchez- Dra. Liliana Amaya

Fundación Abood Shaio

Centro Medico Clinitas Colina Campestre

CM DR EUCLIDES CONTRERAS RODRIGUEZ

Cm Clinitas Colina campestre

Unidad de servicios rincón

DR CARLOS SANCHEZ-DRA LILIANA AMAYA

PROFAMILIA.qUIRIGUA

Caps Gaitana

Anexos: Se adjunta carpeta con presentaciones y documentos anexos.