



NOMBRE DE LA REUNIÓN: COVE localidad Sumapaz		
RESPONSABLE: Zulay Astrid Bustos Murillo		SECRETARIO: N/A
REUNION No.: 1	FECHA: 25 de junio de 2018	HORA INICIO: 8:00 AM
LUGAR: USS VISTA HERMOSA		HORA FINAL: 12:00 M

1. OBJETIVO

Realizar COVE localidad Sumapaz junio 2018

2. PARTICIPANTES:

Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de "Listado de asistencia MI-FT-27 V3"

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA / USS	FIRMA
1	Se anexa listado de asistencia				
2					

INASISTENTES A LA REUNION

INVITADOS

3. ORDEN DEL DIA (TEMAS A TRATAR)

1. Protocolos Tuberculosis.
2. Protocolos Eventos Prevenibles por Vacuna.
3. Protocolos Infección Respiratoria Aguda
4. Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
5. Protocolo Rabia
6. Realimentación subproceso SIVIGILA

4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

Se da la bienvenida por parte del equipo de Gestión de la Información para la Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA- Transmisibles, se prosigue a la lectura de la agenda mencionando el tema central y haciendo claridades frente a la dinámica de toma de asistencia, especificando que los listados de registro se facilitarán al final de la jornada ya que existen asistentes que firman y se retiran, dejando de atender a todas las exposiciones, las cuales tienen el mismo nivel de importancia. Por otra parte se facilita el formato de evaluación y se recuerda que debe ser diligenciado en la medida en que vaya finalizando cada intervención. Se prosigue al desarrollo de los diferentes temas, de los cuales se da cuenta brevemente a continuación.

1. TUBERCULOSIS

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por una bacteria llamada Mycobacterium tuberculosis, se considera que una persona puede contagiar a 15 a 20 personas durante el año. Esta enfermedad es considerada una de las cinco causas principales de muertes entre mujeres de 15 a 44 años en países de ingresos bajos y medianos. El período de incubación es de 2 a 10 semanas.

La Tuberculosis puede afectar cualquier órgano o tejido. Sin embargo, la forma más común de la enfermedad es la pulmonar, cuya principal sospecha diagnóstica es la presencia de tos por más de 15 días, denominándose sintomático respiratorio, puede cursar con hemoptisis, fiebre, sudoración nocturna, malestar general, dolor torácico, astenia, anorexia y pérdida de peso. Cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón, esta se denomina tuberculosis extrapulmonar, la localización más frecuente de esta forma de la enfermedad es la pleural. La tuberculosis extrapulmonar incluye diversas manifestaciones las cuales están asociadas al comportamiento del bacilo. La enfermedad puede tener periodos de latencia o evolución lenta, o periodos de reactivación focal, diseminación y compromiso de múltiples órganos.



Caso confirmado por clínica: Caso compatible de tuberculosis con baciloscopia o cultivo o prueba molecular negativos, que cumple con criterio clínico, radiológico o prueba de tuberculina positiva, y en quien el médico ha decidido iniciar tratamiento antituberculosis.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso compatible de tuberculosis con criterio bacteriológico negativo, que presenta criterios clínico y epidemiológico positivos, y en quien el médico ha decidido iniciar tratamiento antituberculosis.

Posteriormente se explica la definición de caso de Tuberculosis Extrapulmonar, confirmado por laboratorio, por clínica y por nexo epidemiológico:

Caso confirmado por laboratorio: Caso con baciloscopia positiva para BAAR o cultivo positivo o prueba molecular para complejo Mycobacterium tuberculosis o histopatología positiva.

Caso confirmado por clínica: Caso con cuadro clínico sugestivo, en ausencia de positividad en el criterio bacteriológico y con al menos tres de los otros criterios positivos, seguido por la decisión médica de administrar tratamiento antituberculosis.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso con cuadro clínico sugestivo y epidemiológico, con baciloscopia positiva y en ausencia de positividad de criterios bacteriológicos o histopatológicos, seguido por la decisión médica de administrar tratamiento antituberculosis.

La tuberculosis extrapulmonar se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis que involucra otros órganos que no sean los pulmones, por ejemplo: pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges. Personas que presenten un examen citoquímico sugestivo y determinación de Adenosina Deaminasa en los líquidos de la respectiva localización con niveles compatibles con tuberculosis.

Posteriormente se presenta la definición de caso de Tuberculosis en población infantil: En los niños con presencia de tos persistente no remitente por más de 21 días, fiebre persistente (después de haber descartado otras causas), pérdida o no ganancia adecuada de peso en los tres meses precedentes a la aparición de los síntomas como inapetencia, sudoración nocturna profusa, y/o disminución del nivel de actividad. Por otra parte, la Tuberculosis en pacientes inmunocomprometidos se debe sospechar la enfermedad si se presenta al menos uno de los siguientes síntomas: tos de cualquier duración, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.

Se presentan los cambios en la nueva ficha de notificación de Tuberculosis (INS: 813), en donde a diferencia del año anterior se notifican en esta misma la Tuberculosis sensible y la resistente, por esta razón se incluyeron variables como la clasificación del caso según tipo de resistencia, se eliminaron las variables sobre vacunación con BCG y cinco variables sobre VIH entre ellas si recibió tratamiento antiretroviral.

En cuanto a la Tuberculosis farmacoresistente, se exponen las definiciones de caso de caso confirmado por laboratorio, por clínica y por nexo epidemiológico.

El caso confirmado por laboratorio de farmacoresistencia es cuando a un paciente se le confirma pruebas de resistencia in vitro o pruebas moleculares a uno o más medicamentos antituberculosos. Esta verificación se realiza mediante: las Pruebas de Sensibilidad: Que se requiera y son indispensable para la elección del régimen terapéutico a utilizar. Caso confirmado por clínica, se entiende como todo paciente que presente diferentes manifestaciones clínicas iguales a las de tuberculosis sensible y no respondió satisfactoriamente a los tratamientos antituberculosos de primera línea, las cuales están establecida en la guía clínica del MSPS. Estos casos se notifican en sensible, cuando se tengan los resultados del perfil de resistencia, se podrá notificar en resistente. Por nexo epidemiológico, toda persona con nexo epidemiológico que cumpla criterio de sintomático respiratorio debe ser evaluada para descartar tuberculosis farmacoresistente con cultivo y pruebas de sensibilidad a fármacos. Con este criterio positivo, se debe priorizar el diagnóstico a través de pruebas rápidas por metodología molecular, establecida en la guía clínica del MSPS. Estos casos se notifican en sensible, cuando se tengan los resultados del perfil de resistencia, se podrá notificar en resistente.

Los pacientes a los cuales se les confirme alta sospecha de poder tener tuberculosis resistente se debe tener en cuenta y clasificarlo según:

1. Antecedente de tratamiento: Nuevo y previamente tratado. Nuevo: Paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso o sólo lo recibió por menos de cuatro semanas. Previamente tratado: Paciente que ha recibido medicamentos antituberculosos por más de un mes, sin importar su condición de egreso del Programa.



2. Tipo de medicamentos recibidos: Tratado con medicamentos de 1ª línea: Paciente que ha recibido medicamentos de primera línea por más de un mes. No ha recibido medicamentos de primera línea: Paciente que no ha recibido tratamiento con medicamentos antituberculosos de primera línea, o que los recibieron por menos de un mes.

3. Condición de ingreso: Tras recaída: Paciente que ha sido previamente tratado por tuberculosis, fue declarado curado o tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora es diagnosticado con un episodio recurrente de tuberculosis. Paciente con tratamiento después de pérdida al seguimiento: Un paciente cuyo tratamiento fue interrumpido durante un mes consecutivo o más. Tras fracaso: Paciente al que suspende el tratamiento o existe la necesidad de cambio permanente de esquema o por lo menos de dos fármacos antituberculosos debido a:

- Falta de conversión al final de la fase intensiva, se entiende el término del inyectable.
- Reversión bacteriológica en la fase de continuación después de conversión a negativo.
- Evidencia de resistencia adicional adquirida a las fluoroquinolonas o a los medicamentos inyectables de segunda línea.
- Reacciones adversas a medicamentos (RAM).

4. Tipo resistencia a medicamentos: Monoresistencia: Paciente con tuberculosis causada por M. tuberculosis cuyas pruebas de sensibilidad muestran un patrón de resistencia a un medicamento antituberculoso. Multidrogorresistencia (MDR): Paciente con tuberculosis causada por M. tuberculosis, cuyas pruebas de sensibilidad muestran un patrón de resistencia in vitro, tanto a isoniazida (H), como a rifampicina (R) simultáneamente, con presencia o no de resistencia a otros fármacos antituberculosos. Polirresistencia: Paciente con tuberculosis causada por M. tuberculosis, cuyas pruebas de sensibilidad muestran un patrón de resistencia in vitro a más de un fármaco antituberculoso diferente de H y R simultáneamente. Previo extensamente resistente (Pre XDR): Paciente con tuberculosis resistente a múltiples medicamentos y presenta resistencia in vitro a una fluoroquinolona o a un inyectable de segunda línea; pero no a ambos. Resistente (XDR) Paciente con tuberculosis resistente a múltiples medicamentos, que presenta resistencia in vitro a cualquier fluoroquinolona y a al menos uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (Capreomicina, Kanamicina y Amikacina). Resistencia a Rifampicina Paciente con tuberculosis con resistencia que es detectada utilizando métodos fenotípicos y genotípicos con o sin resistencia a otros medicamentos antituberculosos. Incluye cualquier resistencia a la rifampicina ya sea monoresistencia, multidrogorresistencia, polirresistencia o extensamente resistente.

Finalmente se aclara el concepto de Tuberculosis Pulmonar y Tuberculosis Extrapulmonar establecido en la circular 00000007 del 26 de febrero de 2015 cuyo asunto es la Actualización de los lineamientos para el manejo programático de Tuberculosis y Lepra. Se aclara que los casos de Tuberculosis miliar se clasifica como Tuberculosis Pulmonar porque hay lesiones en los pulmones.

2. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

Se considera como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, pues, en promedio, cada año suceden 3.460.000 muertes por esta enfermedad, que afectan a todas las poblaciones del mundo.

- menores de 5 años.
- Personas mayores de 60 años.
- personas que viven con alguna enfermedad crónica de base.
- Persona que reciben tratamiento con algún tipo de inmunosupresión.
- Quienes influyen varios factores, que en ocasiones determinan la evolución de la enfermedad como son: la capacidad funcional (física y mental), el estado nutricional y la presencia de otras enfermedades, entre otros.

Comportamiento del evento

La IRA se ubica entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras en los menores de cinco años.

Las estimaciones actuales indican que, cada año, la influenza estacional afecta a alrededor de 10,5 % de la población mundial y produce entre 250.000 y 500.000 muertes, incluyendo que las condiciones socioeconómicas hacen que los países en desarrollo presenten una incidencia más alta con mayores cifras de morbilidad y mortalidad; más de 60 % de las muertes ocurren en África y el sureste de Asia

Su incidencia mundial varía entre 150 y 1.500 casos por cada 100.000 habitantes, con una tasa de mortalidad estimada de 20 casos por cada 100.000 habitantes. En estados unidos hubo 4,2 millones de consultas ambulatorias en 2006; en 2005 hubo más de 60.000 muertes por esta enfermedad en personas mayores de 15 años en ese país. En la región de las Américas, se estima que se diagnostican aproximadamente 2,1 millones de casos de neumonía cada año en Argentina, Brasil y Chile.

En Colombia, durante 2016, notificaron al Sivigila 6.302.749 consultas externas y urgencias por IRA con un aumento de 13,9 % en comparación con el año anterior, cuando notificaron 5.530.387 registros.



general, durante 2016 notificaron 235.255 registros con un aumento de 17,3 % en comparación con el año anterior, cuando notificaron 200.486 hospitalizaciones. El mayor porcentaje de notificación de muertes por ira se presentó en Antioquia, Bogotá y Valle Del Cauca. La IRA constituye un grupo de enfermedades que afectan el aparato respiratorio alto y bajo; pueden ser causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, entre otros, con evolución menor a 15 días; puede causar desde un resfriado común hasta complicaciones más severas como neumonía e incluso puede ocasionar la muerte

- fiebre de inicio súbito
- tos y otros síntomas del tracto respiratorio superior como dolor de garganta
- rinorrea
- síntomas sistémicos como dolor de cabeza, dolores musculares y fatiga

Los cuadros graves pueden ser de origen viral o bacteriano y para su manejo requieren tratamiento intrahospitalario; el cuadro clínico incluye inicio inferior a 14 días con fiebre, tos y dificultad respiratoria. En caso de no ser manejado de forma adecuada y oportuna, puede ocasionar la muerte.

Descripción de principales agentes virales y bacterianos causantes de infección respiratoria aguda: influenza, parainfluenza, virus sincitial respiratorio, coronavirus, adenovirus, rinovirus, streptococcus pneumonie, haemophilus influenzae.

Aquellos casos de IRA que requieren hospitalización, que presentan características que los hacen inusuales y atípicos, que en general son de mayor severidad corresponden a un cuadro de IRA de causa desconocida o inusitada- Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005)

- Un evento causado por un agente desconocido, o bien la fuente, el vehículo o la vía de transmisión son inusitados o desconocidos.
- La evolución del caso es más grave de lo previsto, o presenta síntomas o signos no habituales.
- La manifestación del evento mismo resulta inusual para la zona, la estación o la población que compromete.

VIGILANCIA CENTINELA DE ESI - IRAG

La vigilancia centinela de Enfermedad Similar a Influenza (ESI) se centra en las manifestaciones leves de influenza en pacientes ambulatorios, mientras la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) se usa para monitorear a las personas con enfermedad respiratoria más grave que han sido admitidas a un hospital

La vigilancia centinela ESI-IRAG se realiza en UPGD priorizadas en el país, teniendo en cuenta diferentes criterios como factibilidad, sostenibilidad representatividad de la población y disponibilidad de datos; estas instituciones deben recolectar muestras respiratorias a todos los casos que cumplen con la definición y realizar la notificación de los mismos

Se socializan las definiciones de caso de ESI- IRAG, IRAG INUSITADO.

VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE CINCO AÑOS

La vigilancia de las muertes por IRA en menores de cinco años se realiza de carácter obligatorio en todas las UPGD del país sin importar el nivel de complejidad de las mismas

VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD POR IRA

La vigilancia de la morbilidad por IRA es de carácter obligatorio en todas las UPGD del país, sin importar su nivel de complejidad; debe realizarse con periodicidad semanal y mediante la notificación colectiva establecida para tal fin.

DEFINICIÓN DE LAS FUENTES

La notificación de la IRA en sus cuatro estrategias (vigilancia centinela de ESI-IRAG, vigilancia intensificada de IRAG inusitado, vigilancia de la mortalidad por IRA en menores de cinco años y la vigilancia de la morbilidad por IRA en todos los grupos de edad, en pacientes hospitalizados y ambulatorios). se hará a través de la herramienta de notificación Sivigila. Se debe utilizar la ficha actualizada de notificación de datos básicos y datos complementarios (cara A y cara B) del Sistema Nacional de Vigilancia para cada una de las estrategias.

3. EVENTOS PREVENIBLES POR VACUNA

SARAMPIÓN

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Agente etiológico El virus de sarampión

Modo de transmisión: Se transmite principalmente por medio de gotitas expulsadas del aparato respiratorio (al toser o estornudar) o suspendidas en el aire, las cuales entran en contacto con las vías respiratorias superiores o la conjuntiva de una persona susceptible.



Período de incubación: Es de 7 a 21 días, con un promedio de 14 días desde la exposición hasta la aparición del exantema.
Período de transmisibilidad: El riesgo de contagio es mayor entre uno y tres días antes del inicio de la fiebre y la tos o cuatro días antes del comienzo del exantema. La transmisibilidad disminuye rápidamente luego del inicio del exantema hasta los cuatro a cinco días siguientes. El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas.

Susceptibilidad

Todas las personas que no han sido inmunizadas adecuadamente o que no han padecido la enfermedad son susceptibles. Los recién nacidos, suelen ser protegidos por los anticuerpos maternos, pero pierden la inmunidad entre los 5 a 12 meses de edad. Alrededor de 5-10 % de los niños vacunados puede no tener una respuesta inmune adecuada (falla vacunal),
Reservorio El ser humano es el único huésped natural del virus del sarampión.

RUBEOLA

Agente etiológico Virus de la rubéola

Modo de transmisión: Contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas, también se describe el contagio por dispersión de partículas virales en el aire de ambientes cerrados y hacinados como reclusiones militares, escuelas, jardines infantiles, clínicas.

Período de incubación: De 16 a 18 días con un rango de 14-23 días.

Período de transmisibilidad: Una semana antes y por lo menos 4 días después de aparecer el rash, incluso hasta 14 días; de 25 % a 50 % de las infecciones son asintomáticas.

Susceptibilidad

La susceptibilidad al virus de la rubéola es universal después de la pérdida de los anticuerpos maternos adquiridos a través de la placenta. La inmunidad activa es adquirida por la infección natural o por la vacunación; es usualmente permanente después de la infección natural y tiende a permanecer por largo tiempo, probablemente por toda la vida después de la vacunación. Los hijos de madres inmunes están protegidos por 6-9 meses dependiendo de la cantidad de anticuerpos maternos adquiridos.

Reservorio El hombre es el único huésped natural del virus de la rubéola.

Definiciones operativas de caso en la vigilancia integrada de sarampión y rubéola

Caso sospechoso: Todo caso en que un trabajador de salud sospecha sarampión o rubéola por presencia de fiebre y erupción máculo-papular o exantema y que además tiene cualquiera de los siguientes síntomas:

Tos o coriza* o conjuntivitis.

Inflamación de ganglios linfáticos retroauriculares, cervicales u occipitales y artralgias.

Coriza: "Afección catarral de la mucosa nasal"

Caso confirmado por laboratorio: Todo caso sospechoso de rubéola o sarampión que tiene un resultado positivo para IgM y que en sueros pareados demuestra seroconversión por el aumento en el título de anticuerpos IgG, acompañado de un análisis clínico epidemiológico que respalde los resultados del laboratorio. Todo caso de sarampión o rubéola con un resultado de PCR positiva para sarampión o rubéola.

Caso confirmado clínicamente: Todo caso sospechoso sin muestra adecuada de sangre o sin nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado por nexo epidemiológico

Todo caso sospechoso de rubéola o sarampión que tiene nexo o vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Caso descartado

Es el caso sospechoso de rubéola o sarampión para el cual se tomó una muestra adecuada de suero y que tiene resultado de laboratorio negativo para rubéola por la prueba indirecta de IgM o que en sueros pareados no demuestre seroconversión de anticuerpos IgG, acompañado de un análisis clínico y epidemiológico que respalde los resultados de laboratorio.

Caso importado: Un caso confirmado de sarampión o rubéola en una persona que viajó a otro país donde circulaba uno de estos virus durante el período de posible exposición (Sarampión: de 7 a 21 días antes del inicio del exantema. Rubéola: de 14 a 23 días antes del inicio del exantema) que viajó a otro país y estuvo en una zona donde circulaba uno de estos virus durante el período de posible exposición.

Caso relacionado con un caso importado: Caso confirmado de sarampión o rubéola que, según las pruebas epidemiológicas y/o virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión originada por un caso importado

Casos con infección adquirida en el país: Caso confirmado de sarampión o rubéola que, según las pruebas epidemiológicas y/o virológicas, forma parte de una segunda cadena de transmisión a partir de un caso importado (2ª generación).



SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA

Agente etiológico: Es un virus RNA. Es un virus inestable, termolábil, y es rápidamente inactivado por agentes químicos, cambios del pH, y sensible a la luz ultravioleta.

Modo de transmisión: La mujer embarazada entra en contacto con secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas, por contacto directo con la secreción o a través de gotas expulsadas por una persona enferma al hablar, estornudar o toser. En la mujer embarazada durante la viremia, el virus puede infectar la placenta. Al parecer la replicación en la placenta precede a la infección fetal y permite la entrada del virus en la circulación fetal seguida de la infección fetal de los órganos. Los lactantes con rubéola congénita expulsan grandes cantidades de virus con las secreciones faríngeas y con la orina, y en consecuencia, son fuente de infección para sus contactos susceptibles.

Período de incubación: El periodo de incubación es de 14 a 23 días desde el momento de la exposición hasta la aparición de los primeros síntomas. La mayoría presentan el exantema después de 14 a 17 días de haber estado expuesto al virus.

Susceptibilidad: La susceptibilidad es general después que el recién nacido pierde los anticuerpos adquiridos a partir de los anticuerpos maternos.

Los lactantes generalmente permanecen protegidos por los anticuerpos de la madre durante los primeros seis a nueve de meses de vida. La inmunidad activa se adquiere por medio de la infección natural o por la vacunación.

La inmunidad activa es duradera, y se ha establecido que se prolonga toda a vida. Ocasionalmente se ha demostrado reinfección. La susceptibilidad es general en poblaciones no vacunadas.

Reservorio

El ser humano es el único huésped natural del virus de la rubéola

Caso sospechoso. Menor de 1 año de edad, de quien el trabajador de salud sospecha SRC debido a:

- 1) Se le ha detectado una o más de las siguientes anomalías luego del nacimiento: cataratas congénitas, defectos cardiacos congénitos, púrpura o hipoacusia, ductus arterioso persistente (documentado), sordera, microcefalia, hepatomegalia, esplenomegalia, ictericia persistente asociada a la hiperbilirrubinemia directa.
- 2) Existe una historia de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) de la madre durante el embarazo.

Caso confirmado por laboratorio. Todo caso sospechoso de SRC que tenga una de las siguientes pruebas de laboratorio positivas:

- 1) Demostración de anticuerpo IgM específico para rubéola
- 2) Aumento significativo en los títulos de anticuerpos IgG para rubéola en dos muestras de suero pareadas (fase aguda y convaleciente) tomadas con un mes de diferencia
- 3) Detección del virus de rubéola en nasofaringe, orina o suero por PCR o cultivo positivo para virus de rubéola.

TOS FERINA

Agente etiológico

- La tos ferina es una enfermedad causada por la Bacteria Bordetella pertussis, B. parapertussis, B. holmesii y B. bronchiseptica.

Modo de transmisión

- El agente causal de la tos ferina se transmite por contacto directo (persona a persona) a través de las gotas de secreciones de las mucosas respiratorias de una persona infectada a una susceptible en un rango de un metro de distancia (14).

Período de incubación Entre 6 y 10 días, con un rango de 4 a 21 días.

Período de transmisibilidad

- Es especialmente transmisible en la fase catarral temprana y se extiende desde la fase catarral hasta tres semanas después de comenzar los paroxismos, en pacientes que no han recibido tratamiento con antibiótico que sean contacto estrecho. En caso de haberse iniciado terapia antimicrobiana, el periodo de infección puede durar alrededor de cinco días o menos, después de iniciar la antibioterapia (principalmente con eritromicina). Azitromicina nuevo antibiótico macrólido modificado estructuralmente a partir de la Eritromicina

- Reservorio Los humanos son los únicos hospederos conocidos.

Caso probable: Caso que cumple con los criterios de la definición clínica de caso y que no está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por el laboratorio.

Caso confirmado por laboratorio: Caso probable confirmado por el laboratorio mediante cultivo o PCR con resultado positivo para Bordetella pertussis.



Caso confirmado por clínica: Caso probable al cual no se le tomó una muestra, o con muestras con fallas en el proceso de recolección, conservación o procesamiento y que no se pudo demostrar la asociación epidemiológica con un caso confirmado.

Caso descartado: caso con resultado negativo en cultivo* o PCR para Bordetella pertussis.

*resultado negativo por cultivo: requieren de unidad de análisis, si el cuadro clínico evidencia leucocitos entre 15.000 a 100.000 mm³ en las fases catarral (4) ó 30.000 a 40.000 mm³ en la fase paroxística y con linfocitosis entre 60% a 80%, se considera un caso compatible de lo contrario se descarta.

DIAGNÓSTICO CIE 10 - Códigos

- Tos ferina debida a Bordetella pertussis A370
- Tos ferina debida a Bordetella parapertussis A371
- Tos ferina debida a otras especies de Bordetella A378
- Tos ferina, no especificada A379

8.5 PARÁLISIS FLÁCIDA

CARACTERÍSTICAS DEL VIRUS DE LA POLIOMELITIS

Agente etiológico: Virus Poliovirus tipo 1, 2 y 3 del género Enterovirus humano grupo C, todos los serotipos pueden causar parálisis. El tipo 1 es el que más ocasionó epidemias en América.

Modo de transmisión: La principal vía de transmisión en áreas en donde existen deficiencias sanitarias es la oro-fecal, mientras que en condiciones sanitarias satisfactorias es por diseminación de tipo faríngeo (persona a persona); esta vía es también importante en condiciones de brote.

Período de incubación: Es de 7 a 14 días y puede variar de 3 a 35 días.

Período de transmisibilidad: Persiste en la garganta menos de seis días después de la infección, se multiplica en el intestino y es excretado en las heces durante cuatro a seis semanas. El poliovirus es demostrable en las secreciones faríngeas después de 36 horas de la exposición a la infección y persiste durante una semana; en las heces, se demuestra después de 72 horas y persiste de tres a seis semanas, tanto en los casos clínicos como en los asintomáticos.

Susceptibilidad: La susceptibilidad es común en menores de cinco años y todas las personas que no estén inmunizadas son susceptibles. Los recién nacidos de madres inmunizadas están protegidos naturalmente durante varias semanas. La inmunidad adquirida con la infección natural o con la vacuna de tipo oral produce inmunidad de tipo humoral, anticuerpos específicos en sangre, e inmunidad local de la mucosa intestinal. La VOP* confiere inmunidad de por vida al 95 % de los vacunados después de recibir tres dosis. Su eficacia se comprobó con la erradicación de la enfermedad en más de 160 países; pueden ocurrir casos asociados a la vacuna, con una probabilidad de un caso por cada 3'600.000 de dosis aplicadas cuando se asocia a la primera dosis y un caso por cada 11'000.000 de dosis aplicadas cuando se asocia a la tercera dosis.

Reservorio: El hombre es el único reservorio del virus.

DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASO

- Cualquier caso de PFA, incluyendo el síndrome de Guillain-Barré en individuos menores de 15 años, por cualquier motivo que no sea causada por traumatismo grave, tumor o degeneramiento de la neurona motora o enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad en quien se sospeche poliomieltitis.
- Pacientes > de 15 años no se ingresa al SIVIGILA pero si se debe solicitar la muestra y se debe hacer seguimiento respectivo

Caso posvacunal o asociado a la vacuna, hay dos casos asociados a la vacuna:

1. Caso de poliomieltitis en receptores de la vacuna: parálisis flácida y aguda, que se inicia entre 4 y 40 días después de recibir la VOP y que presenta secuela neurológica compatible con poliomieltitis 60 días después del inicio del déficit motor en el que se aísla el virus vacunal de poliomieltitis, y que las secuelas neurológicas no son imputables a otra enfermedad.

2. Caso de poliomieltitis asociada a la vacuna de contactos: parálisis flácida aguda que surge luego del contacto entre 4 y 40 días con el niño que ha recibido la VOP. La parálisis aparece de 4 a 85 días después de la vacunación del contacto y presenta secuela neurológica compatible con poliomieltitis a los 60 días de la aparición del déficit motor en el que se aísla el virus vacunal de poliomieltitis y que las secuelas neurológicas no son imputables a otra enfermedad.



4. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)

Colombia fue certificada como país libre de sarampión, rubéola y del síndrome de rubéola congénita

Un comité de expertos internacionales concluyó que en el país no hay circulación autóctona de los virus que provocan estas enfermedades Bogotá, 24 de enero de 2014 (OPS/OMS).- Un Comité Internacional de Expertos (CIE) certificó a Colombia como país libre de sarampión, rubéola y el síndrome de rubéola congénita, luego de revisar evidencia documental de la interrupción de la transmisión endémica de los virus que generan estas enfermedades en el país.

En las Américas no hay transmisión endémica del sarampión desde 2002 y de rubéola desde 2009. Otros países de la región ya han sido certificados, mientras que el resto avanza en este proceso. Sin embargo, existe riesgo de reintroducción por casos importados debido a la circulación de los virus en otras regiones del mundo.

El anuncio fue hecho el miércoles pasado por la presidenta del CIE y Médica Jefe de las Bahamas, Merceline Dahl-Regis, durante la reunión en la que se presentó la documentación elaborada por la Comisión Nacional de Colombia, coordinada por Martha Álvarez, ante los expertos internacionales. Estuvieron presentes el viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Fernando Ruíz Gómez, el director del Instituto Nacional de Salud, Fernando de la Hoz Restrepo, así como otras autoridades de las dos instituciones.

¿Y ahora a quién van a vacunar con influenza AH1N1?

Influenza AH1N1

- Niños de 6 meses a 5 años 11 meses 29 días
- Gestantes a partir de la semana 14.
- Población adulta de 60 y más años
- Personal asistencial y administrativo de los servicios de urgencias, UCI adulto y Pediátrica, servicios de Pediatría y neonatología, áreas de atención para Sintomáticos respiratorios, laboratorio Clínico, terapia respiratoria, control de Crecimiento y desarrollo, control prenatal, control de pacientes con condiciones crónicas, personal salud pública (vacunadores, gestores, técnicos, profesionales).
- Inmunocomprometido: (HIV, cáncer) o por el uso prolongado de medicamentos inmunosupresores (esteroides, quimioterapia, trasplantados)
- TODOS aquellos usuarios que tengan alguna enfermedad de sistema respiratorio.
- Obesidad mórbida: índice de Masa Corporal-IMC igual o mayor a 40. El IMC se calcula con el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²). El personal de salud (médico o enfermera) podrá calcularlo al momento de la visita del usuario.
- Diabetes Mellitus con otras co-morbilidades asociadas: (insulinodependiente, cardiópata, nefrópata, neurópata, etc).
- Enfermedades renales que estén recibiendo hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Cardiopatías congénitas, cardiopatía reumática y cardiopatía isquémica; se vacunará a todo usuario cuyo médico o expediente clínico confirme el diagnóstico.

TERCERAS DOSIS DE PENTAVALENTE - NIÑOS MENORES DE UN AÑO											
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META A 29 MAYO	ENE	FEB	MAR	ABR	AVANCE A 29 DE MAYO	JUN	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO (01 DE ENERO A 29 DE MAYO)	% DE CUMPLIMIENTO
USME	4973	414	2072	434	335	405	402	400		1976	95,4
CIUDAD BOLIVAR	8559	713	3566	692	605	747	694	682		3420	95,9
TUNJUELITO	2910	243	1213	234	213	219	249	239		1154	95,2
SUMAPAZ	25	2	10	0	1	6	3	5		15	144,0
SUBRED SUR	16467	1372	6861	1360	1154	1377	1348	1326	0	6565	95,7
% DE CUMPLIMIENTO				99,1	88,6	100,3	98,2	96,6			

TRIPLE VIRAL - DOSIS DE UN AÑO											
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META A 29 MAYO	ENE	FEB	MAR	ABR	AVANCE A 29 DE MAYO	JUN	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO (01 DE ENERO A 29 DE MAYO)	% DE CUMPLIMIENTO
USME	4900	408	2042	456	377	383	418	429		2063	101,0
CIUDAD BOLIVAR	8500	708	3542	702	633	729	686	750		3500	98,8
TUNJUELITO	2915	243	1215	255	201	209	235	254		1154	95,0
SUMAPAZ	25	2	10	1	1	4	4	2		12	115,2
SUBRED SUR	16340	1362	6808	1414	1212	1325	1343	1435	0	6729	98,8
% DE CUMPLIMIENTO				104	89	97,31	98,6	105,4			
% DE CUMPLIMIENTO				97,1	82,1	85,41	101	85,2			

TRIPLE VIRAL - DOSIS REFUERZO DE 5 AÑOS											
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META A 29 MAYO	ENE	FEB	MAR	ABR	AVANCE A 29 DE MAYO	JUN	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO (01 DE ENERO A 29 DE MAYO)	% DE CUMPLIMIENTO
USME	4630	386	1929	502	354	409	433	351		2049	106,2
CIUDAD BOLIVAR	8123	677	3385	876	600	760	726	604		3566	105,4
TUNJUELITO	2950	246	1229	344	198	238	280	210		1270	103,3
SUMAPAZ	30	3	13	0	2	7	4	6		19	152,0
SUBRED SUR	15733	1311	6555	1722	1154	1414	1443	1171	0	6904	105,3
% DE CUMPLIMIENTO				131	92,7	107,8	110	89,3			



Requisitos para vacunar

- Gratuidad
- Horarios extendidos – sábados domingos y festivos
- No es necesaria afiliación específica al SGSSS
- Cualquier punto de vacunación público o privado
- Cualquier localidad
- No es obligatorio el carné de vacunas, ni el documento de identidad

5. AGRESIONES POR ANIMAL POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA

Consideraciones del evento

- Continentes más afectados son: Asia, África y Latinoamérica.
- 55.000 personas mueren al año a causa de la enfermedad de la rabia.
- Forma parte del programa de enfermedades en vía de erradicación de la OMS.
- Al año pueden reportarse más de 20.000 notificaciones de rabia en Colombia
- Entre los años 2003 y 2012 se han confirmado en Colombia, un total de 35 casos de rabia humana: Cauca, Santander, Choco, Casanare, Boyacá, Tolima, Valle y el Distrito de Santa Marta

En el distrito existe un silencio epidemiológico por más de 20 años rabia humana.

Se deben realizar notificación del evento y prevención de la enfermedad por factores tales como:

Alta población canina, Insuficiente cobertura de vacunación canina y felina, ausencia de vigilancia de animales silvestres, poco control de animales de producción al distrito.

Las variables ambientales, culturales y socioeconómicas del país favorecen la subnotificación de casos de rabia que pudieran presentarse.

La variable del virus de mayor circulación es la variante murciélagos (hematófago)

DESCRIPCIÓN DEL AGENTE

RNA virus.

Familia Rhabdoviridae

Genero: Lyssavirus

Genotipo: I

Tiene forma de bala: 1 extremo cónico y 1 extremo plano. Diámetro: 75 nm . Longitud: 100 – 300 nm.

Capsula lipida Glicoproteína (Proteína G) y proteína matriz (proteína M)

Poco resistente al ambiente en condiciones normales: susceptible a detergentes y desinfectantes.

Alta resistencia en ambientes a -20C°.

Transmisión

Contacto de mucosa o heridas abiertas con saliva de un animal infectado consecuencia de una agresión o de un accidente.

Contacto con tejido nervioso de animales o personas confirmados como casos de rabia

Signos y síntomas

Periodo de incubación: Promedio de 10 a 60 días, pudiendo ser de uno o más años

Signos y Síntomas:

Fiebre > 38°C

Mialgias o Artralgias

Escalofríos

Anorexia

Trastorno del sueño

Dolores de cabeza

Dolor de garganta

Vomito

DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASO: de agresión o contacto, de exposición al virus de la rabia en humanos, definición de caso de infección por el virus de la rabia en humanos, de infección por el virus de la rabia en perros y gatos.

Exposición grave:

Tratamiento:

Se debe aplicar suero y vacuna

- Aplicación: lo más pronto posible o hasta día 7. Nunca después de la 3 dosis de vacuna antirrábica. Pruebas de sensibilidad.

Exposición leve:

Tratamiento:

Se debe aplicar vacuna.

Esquema vacunal: 0 día, 3 día, 7 día, 14 día y 30 día



Tratamiento:

Lave la herida con jabón detergente, evite suturarlas, utilice toxoide antietánico

Consideraciones importantes

1. Cuando se sospecha rabia en el animal mordedor, la iniciación del tratamiento antirrábico específico en las personas agredidas, según el tipo de exposición, no debe aguardar los resultados del diagnóstico de laboratorio ni la terminación del período de observación de los perros o de los gatos agresores.
2. Las personas que se presentan para la evaluación y el tratamiento –incluso meses después de haber sido mordidas– deben tratarse como si el contacto hubiera ocurrido recientemente.
3. El embarazo y la lactancia no son contraindicaciones para el tratamiento post exposición.
4. Los niños de cualquier edad y peso recibirán las mismas dosis y esquemas propuestos para los adultos.
5. La aplicación de la vacuna antirrábica no tiene contraindicaciones con el uso de medicamentos.
6. Las agresiones en pacientes inmunosuprimidos deben ser manejadas como exposiciones graves.
7. En caso de que el contacto de fluidos o tejidos sea con el área ocular, debe utilizarse la estación de lavado para exposición ocular de los hospitales.
8. Es necesario informar a los trabajadores de salud que la transmisión de rabia entre humanos no se ha documentado para contribuir a disminuir su ansiedad y a tener mejores elementos para el apropiado manejo del riesgo.
9. La administración de corticoesteroides está absolutamente contraindicada en cualquier persona sometida a tratamiento antirrábico.
 - Es necesario realizar notificación precisa y oportuna de los casos presentados.
 - Notificación inmediata de casos de a VSP.
 - Diligenciamiento con calidad de los datos de la ficha.
 - Ordenes de vacuna con la notificación.
 - Trabajo en equipo optimiza el tiempo de respuesta y disminuye el riesgo de presentación de enfermedad.

Puntos de Vacunación: USS Meissen, USS Vista hermosa, CAPS Candelaria, CAPS Abraham Lincoln, USS Marichuela y USS Tunal.

Se debe diligenciar la ficha de notificación AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA CÓDIGO INS:300

6. REALIMENTACIÓN DEL SUBPROCESO SIVIGILA

Comportamiento notificación semanal

UPGD	SEMANA 18	SEMANA 19	SEMANA 20	SEMANA 21	SEMANA 22
USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	+	+	+	+	+
USS NAZARETH		+			



Evaluación de indicadores

UPGD	CUMPLIMIENTO MENSUAL MAYO										
	NOTIFICACION				OPORTUNIDAD	CALIDAD	ARCHIVOS PLANOS	FICHAS DE NOTIFICACION	CONCORDANCIA	DIGITACION	PRECRITICA
	P	N	S	T							
USS NAZARETH	20	0	80	0	20	20	20	0	20	0	25
USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	80	0	0	20	80	80	80	50	70	20	63

Evaluación de indicadores

UPGD	INFORMACION DEL MES DE MAYO			NOTIFICACION ACUMULADA AÑO 2018					
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE	% DE OPORTUNIDAD	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	SOSPECHOSO	PROBABLES	CONFIRMADO POR LABORATORIO	CONFIRMADO POR CLINICA	CONFIRMADO POR NEXO
USS NAZARETH	1	1	100%	16	0	0	0	16	0
USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	1	1	100%	1	0	0	0	1	0
TOTAL LOCALIDAD	2	2	100%	17	0	0	0	17	0

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS




Casos confirmados de sarampión

Departamento/Distrito	Municipio	Casos confirmados
Antioquia	Medellín	1
Bolívar	Arjona	1
Cartagena	Cartagena	2
Cauca	Popayán	1
Cesar	Codazzi	2
Norte de Santander	Cúcuta	7
	Tibú	1
Risaralda	Santa Rosa	1
Santa Marta	Santa Marta	2
Sucre	San Onofre	7
	Sincelejo	1
Total		26

Fuente: centro de operaciones de emergencias INS

Actualización Epidemiológica Difteria 24 de mayo de 2018

Difteria en las Américas – Resumen de la situación Entre la semana epidemiológica (SE) y la SE 18 de 2018, tres países (Colombia, Haití, y la República Bolivariana de Venezuela) notificaron casos confirmados de difteria; mientras que en 2017 cuatro países de la Región (Brasil, Haití, la República Bolivariana de Venezuela y la República Dominicana) habían notificado casos confirmados de difteria. A continuación, un resumen de la situación de los países que notificaron casos confirmados de difteria en 2018. En Colombia, durante el 2018 se confirmaron dos casos de difteria en ciudadanos de Venezuela. Los casos corresponden a un menor de 3 años y otro de 14 años, ambos sin antecedentes de vacunación, con fecha de inicio de síntomas el 2 de enero y 23 de marzo respectivamente. Los dos casos fueron notificados por el departamento de La Guajira y fueron confirmados por criterios clínicos-epidemiológicos y de laboratorio.



Actualización Epidemiológica Detección de poliovirus vacunal, Sabin tipo 3, en un caso de Parálisis Fláccida Aguda

8 de junio de 2018

Resumen de la situación

El 7 de junio de 2018 el Punto Regional de Contacto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) recibió un reporte no oficial sobre la detección de poliovirus vacunal, Sabin tipo 3, en muestra de un paciente venezolano con parálisis fláccida aguda (PFA). Ese mismo día se solicitó verificación al Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Venezuela.

El 8 de junio de 2018 la OPS/OMS recibió información actualizada. En particular, se trata de un niño de 2 años y 10 meses de edad, sin antecedente de vacunación, residente de una comunidad indígena sub-inmunizada en el Delta Amacuro, en Venezuela. El niño inició parálisis el 29 de abril 2018 y al 31 de mayo de 2018 persiste la parálisis fláccida de un miembro inferior. Un poliovirus vacunal Sabin tipo 3 fue aislado y tipificado por el laboratorio de referencia nacional, el Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" (INHRR), en la muestra de este paciente colectada el 30 de abril de 2018. Las muestras serán remitidas al laboratorio de referencia regional para secuenciación y confirmación de los hallazgos virológicos. Otros niños de la misma comunidad fueron vacunados en el mes de abril con vacuna polio oral bivalente.

La investigación de campo que está en curso identificó a una niña de 8 años, residente de la misma comunidad y con antecedente vacunal de por lo menos una dosis de IOPV (vacuna trivalente oral contra poliomielitís), que presenta flacidez en un miembro inferior. Hasta la fecha, la búsqueda activa de casos de PFA realizada en la comunidad no identificó más casos compatibles.



Fortalecimiento de la notificación inmediata de eventos de interés en salud pública
Todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, que generen información de interés (UPGD, UI, Localidades), deberán realizar la notificación inmediata de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, de acuerdo al flujo de notificación sin exceptuar los días Festivos en ninguno de los niveles.

Se deberá garantizar que en las UPGD y UI se fortalezca el proceso de notificación inmediata, sensibilizando en los eventos que se notifican de manera inmediata, que el reporte sea realizado todos los días antes de las 12:00 p.m. a través de la herramienta SIVIGILA 2017 en su última versión, se nombra cada uno de los eventos de interés en salud pública de notificación inmediata.

5. COMPROMISOS

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha limite dd-mm-aa)	QUIEN (Responsable)	SEGUIMIENTO	
				% AVANCE	Observaciones
TOTAL CUMPLIMIENTO					

INDICE DE CUMPLIMIENTO:
(Compromisos ejecutados a la fecha de revisión / Total compromisos asignados) * 100 %



Mayor o igual al 90%



Menor al 90%

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNION

SECRETARIO REUNIÓN
