Marque con una X según corresponda Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad __ Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____Subred Suroccidente _____ Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_ UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA CENTRO		
Tipo de acta COMITÉ _X__ REUNIÓN __ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 25/07/2024	LUGAR: Bosa centro Cl 65 D sur 79 C 90	HORA INICIO: 8:00 AM
RESPONSABLE: EQUIPO SIVIGILA Y TEMA CENTRAL -SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		HORA FINAL: 12:30 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

Desarrollar el Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE del mes de JULIO, correspondiente a la localidad de BOSA

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)	
1.	BIENVENIDA
2.	URGENCIAS Y EMERGENCIAS
3.	TEMA ITINERANTE: SISVAN CIRCULAR 014 VIGILANCIA DEL RIESGO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS
4.	INDICADORES TRANSMISIBLES
5.	FORTALECIMIENTO PLANES DE MEJORA
6.	RECESO
7.	CALIDAD DEL AGUA
8.	TEMA CENTRAL: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA- PRESENTACIÓN TABLERO DE PROBLEMAS Y UNIDAD DE ANÁLISIS
9.	INDICADORES SIVIGILA
10.	INDICADORES PAI
11.	EVALUACION; LISTADO DE ASISTENCIA Y CIERRE

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1	Realizar el COVE el mes de junio para la localidad de Bosa	EQUIPO SIVIGILA Y TEMA CENTRAL SISVAN	25/07/2024	X		Se realiza el Cove local de acuerdo a los tiempos establecidos

Total, compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento
1	1	100%

DESARROLLO

Siendo las 8:00 am se da inicio al COVE local correspondiente a la localidad de Bosa

1. **BIENVENIDA:**

Se da la bienvenida a los participantes y se informa sobre la espera durante 5 minutos para ampliar el quorum, y se realiza el listado en físico a las 8:00 am, se lee la agenda del día se inician las presentaciones de los temas programados en simultaneo los asistentes realizan el registro en el listado en físico.

2. **URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

ALERTAS NACIONALES

Brote de ETA en población de interés especial del Huila. 7 de julio de 2024

- ✓ El 7 de julio se presentó un brote de ETA en centro de protección para el adulto mayor. Se identificaron 32 casos de 102 expuestos con una TA del 31.4%. Uno de los casos requirió manejo hospitalario. No se reportaron muertes. Como acciones de control como IEC, BAC e institucional visita de inspección, vigilancia y control.

Caso de enfermedad de Chagas agudo en población general de Córdoba. 6 de julio del 2024

- ✓ Femenina de 47 años, procedente de zona rural. Inicio síntomas 18 julio y se confirmó el 3 de julio. Probable transmisión vectorial vs oral. Factores de riesgo consumo animales silvestres 15 días previos al inicio de síntomas y condiciones favorables para la presencia de vectores. La entidad territorial ha adelantado acciones de control según protocolo del evento y sala de análisis del riesgo.

ALERTAS INTERNACIONALES

- ✓ Viruela símica en Sudáfrica. (OMS). 09 de julio de 2024
- ✓ La República de Sudáfrica notificó a la OMS 20 casos confirmados de viruela símica entre el 8 de mayo y el 2 de julio de 2024, 3 muertes incluidas (Letalidad del 15%) Notificados por 3 provincias Gauteng (10 casos; 1 muerte), Cabo Occidental (1 caso) y KwaZulu-Natal (9 casos; 2 muertes). 2022 (5) casos ninguna mortalidad y ni casos graves. Dentro de los afectados se identificaron hombres de 17 a 43 años de los cuales 15 tienen diagnóstico de VIH. En cuanto al tipo de exposición se identificó el contacto sexual; No se identificaron antecedentes de viajes internacionales; el riesgo para la salud humana en este país sigue siendo baja.
- ✓ Este evento pone de relieve que el brote mundial de viruela símica vinculado al virus de la viruela símica sigue en curso y que el riesgo de propagación transfronteriza e internacional persiste en todas las regiones de la OMS.

CONTEXTO DE LA VIRUELA SIMICA EN COLOMBIA

- ✓ En la actualidad se han notificado 4249 casos y 2 se encuentran activos; 4111 son hombres y 138 mujeres, 0 fallecidos y 33 hospitalizados.
- ✓ Dentro de las ciudades con más casos se identifican Bogotá con 2027 casos, Medellín con 1037 casos y Cali con 370 casos.

DESARROLLO

- ✓ Los rangos de edad donde más se notificaron casos oscila entre los 20 a 29 años con (1636 casos) de 30 a 39 años (1782 casos) y de 40 a 49 años (554 casos).

3. **TEMA ITINERANTE:** SISVAN CIRCULAR 014-2023 VIGILANCIA DEL RIESGO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS

La Circular es de orden Distrital por la cual, se reglamenta la para la atención de niñas y niños menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda en la ciudad de Bogotá D.C.

Mediante la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS adopto "los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas. Que en dicha Resolución se estableció que: nivel individual se recomienda el uso del indicador de Peso para la Talla - P/T como indicador trazador para la clasificación nutricional en menores de 5 años, por tanto, de la malnutrición por déficit como por exceso de peso.

Se establece el plan de gobierno Distrital como una meta en salud disminuir el riesgo de desnutrición aguda a 11%, partiendo como línea de base el 13%, por tanto, es pertinente la socialización de la circular 014, que indica como realizar el seguimiento de la población menor de 5 años que presenten riesgo de desnutrición aguda como diagnóstico nutricional. Por consiguiente, es necesario la recordar lo que menciona la resolución 2380/2014 por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación", estipuló lo siguiente para la valoración integral del curso de vida primera infancia:

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas.
- Identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños (as) mediante la información en salud con padres o cuidadores y niños (as).
- Valorar el estado nutricional y hacer seguimiento a los parámetros antropométricos, en caso de identificar alguna alteración o anormalidad en la valoración nutricional y antropométrica, se debe derivar al niño o niña a la ruta Integral de atención para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.

El objetivo de la vigilancia de la clasificación nutricional del riesgo nutricional en menores de 5 años, es contribuir a logar la meta trazadora de levara cero la tasa de mortalidad de niños por cada 100.000 niños y niñas como causa básica de mortalidad.

El Distrito Capital por tanto, solicito que todos los actores del SGSSS en operación dentro de la jurisdicción del Distrito Capital que intervienen en la atención en salud a la población de primera infancia, a intensificar las acciones de valoración integral del desarrollo infantil y la identificación, vigilancia epidemiológica y atención de la desnutrición aguda en menores de 5 años, teniendo en cuenta la normatividad vigente.

DESARROLLO

Por último se socializa los ajustes de Protocolo de Vigilancia de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, en Colombia, abril de 2024. Se socializa solo los aspectos relevantes de los ajustes del mencionado protocolo, se resalta la importancia de la notificación del evento 113, solo teniendo en cuenta la clasificación nutricional según la etiología de la desnutrición que aplica solo para casos de etiología primaria, en el flujograma de las definiciones operativas de caso, el Instituto Nacional de salud incluye dentro de la severidad de la desnutrición dentro de la vigilancia el riesgo de desnutrición aguda.

Adicionalmente, establece que el riesgo dentro de la medición de las medidas antropométricas para complementar la clasificación nutricional se encuentra el perímetro del brazo a partir de los 6 meses de edad y que una medida inferior a 11,5cm establece una desnutrición aguda severa y predice un mayor riesgo de muerte y complicaciones por desnutrición aguda. Reafirma la el termino de reincidencia, en el que aclara que un niño o niña que continue o presente aún desnutrición pasados 3 meses desde la notificación que no se haya recuperado debe volverse a notificar y a reactivar la ruta de atención a la desnutrición aguda.

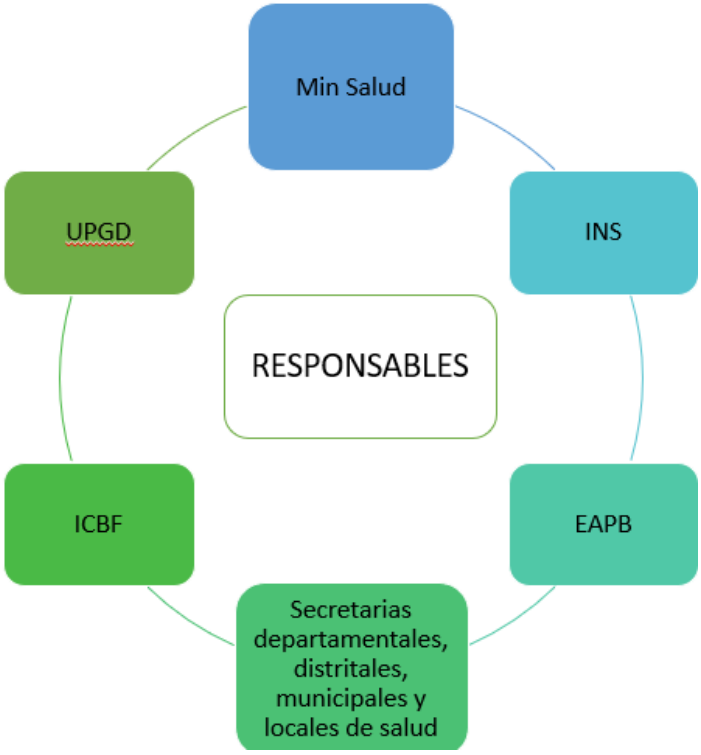
Adicionalmente, establece otros criterios de inclusión y exclusión en la definición de caso del evento 113:

Criterios de inclusión: niños que cursen con enfermedades infecciosas (ej. IRA, EDA, TBC, VIH) Niños con antecedente de prematurez y bajo peso al nacer (BPN) que ya cumplieron 40 semanas de edad corregida (para el caso de los prematuros) y cuando al verificar todo el histórico de su crecimiento del nacimiento a la fecha de la notificación, se evidencie un aplanamiento o descenso en su curva de crecimiento acorde a las gráficas de valoración nutricional, y que dicho descenso o aplanamiento de la curva responda a bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas (1).

Exclusión: Niños con desnutrición de etiología secundaria Niños con antecedente de prematurez que no hayan cumplido con la semana 40 de edad corregida Niños con antecedente de BPN o prematurez con menos de 10 días de nacidos puesto que durante los primeros 10 días de vida hay pérdida normal de peso en los bebés y dicha pérdida no podría atribuirse a una desnutrición aguda como la que es objeto de esta vigilancia Niños que se valoren con gráficas diferentes a las estipuladas en la Resolución 2465/2016 como por ejemplo niños con Síndrome de Down, parálisis cerebral, entre otros que se relaciona a desnutrición de etiología secundaria (1).

Establece la articulación intersectorial que debe darse en el manejo de casos de desnutrición aguda, como lo muestra el diagrama

DESARROLLO



Aspectos a considerar en los ajustes de caso para el evento 113:
Ajuste 6: caso descartado porque no cumple con la condición de caso, como por ejemplo patología de base, riesgo de desnutrición aguda o inadecuada toma de desnutrición aguda.
Ajuste 7: quiere decir que se puede modificar cualquier variable de la descripción del evento, menos el código del evento.
Ajuste D: es un error de digitación por las siguientes razones; el evento notificado esta errado en código del evento, semana epidemiológica de haberse presentado el evento, código del prestador, subíndice, tipo de identificación del caso, fueron mal digitadas.

4. INDICADORES TRANSMISIBLES: EVENTOS ETV

Dentro del seguimiento permanente de la política nacional y distrital de la prevención, atención, vigilancia y control para evitar la aparición de nuevos casos y así establecer medidas de control y evitar la propagación de la enfermedad cortando cadenas de trasmisión.Dentro del “documento operativo del proceso trasversal de la vigilancia salud publica lapa la vigencia 10 de Junio a 31 de Julio de 2024” , con la revisión del documento operativo del proceso trasversal de la vigilancia salud pública y se resaltan aquellas intervenciones en las caul permite orientar la toma de decisiones frente a las metas distritales del Plan Territorial de Salud para la prevención y control de enfermedades, factores de riesgo en salud y determinantes; optimización del seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud pública; en aras de racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia.

Se caracteriza por ser un proceso transversal de la gestión de la salud publica según resolución 538 de 2015, donde se hace observación análisis sistemático de la relacion de presentación de los eventos. Se desarrolla atraves de diferentes estrategias de vigilancia activa, pasiva e intensificada y centinela con sus tres componentes integrados tres componentes integrados entre sí, para el logro de su objetivo: como son la Gestión de la información para la VSP,

DESARROLLO

Orientación de la acción para las intervenciones individuales y colectivas en salud pública, Análisis y divulgación de la información de la VSP. Las acciones de la VSP se desarrollarán a través de los subsistemas, en armonía con las dimensiones prioritarias abordadas en el **Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022 – 2031 del Distrito Capital y de la Subred Suroccidente.**

Se continua en el mes de junio con el énfasis en las alertas epidemiológicas vigentes y comportamiento de los indicadores de enfermedades prevenibles por vacunación. Para el año 2024, dentro de las estrategias de vigilancia salud publica la Subred Sur Occidente se continua con los lineamientos establecidos por la SDS para la implementación de las estrategias información, educación y comunicación, IEC y que la comunidad reconozca la importancia y las acciones de prevención y contención de los eventos transmisibles con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad en todos los ciclos de vida; en el análisis de indicadores por localidad y subred, teniendo bases de datos depuradas, tablero de indicadores se tendrá y el seguimiento del tablero de control de indicadores y retroalimentación a las UPGD de los casos ingresados al sistema, con el histórico que garantice calidad. Para el producto, la subred realiza monitoreo de la información garantizando seguimiento de las unidades de servicio de salud de manera nominal (gestión de la información) verificando el cumplimiento del proceso de vigilancia en salud pública acorde con la normatividad nacional y distrital vigente, a través del seguimiento de indicadores de gestión mensual.

Para el año 2024 dentro de las estrategias de vigilancia salud publica la Subred Sur Occidente se continua con los lineamientos establecidos por la SDS para la implementación de las estrategias información, educación y comunicación, IEC. Se fortalecen las temáticas en las cuales se evidencien debilidades técnicas y operativas del talento humano de la UPGD visibilizadas en las visitas de asistencia técnica y en el comportamiento histórico de esta y del monitoreo nominal por UPGD en el seguimiento por gestión de la información.Se socializaron los hallazgos y generaron acciones que contribuyan a mejora diagnóstico, análisis, comprensión y generación de conocimiento en la VSP, se incluyen los hallazgos relevantes identificados en el monitoreo de los eventos realizado a través de gestión de la información.

En La Subred Sur Occidente se realiza la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles como: Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Tosferina, Difteria, Meningitis bacteriana y enfermedad Meningocócica, Poliomielitis, Tétanos, Varicela, Hepatitis B. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas.Los niños necesitan vacunas para protegerse de enfermedades peligrosas debido a que estas pueden presentar complicaciones graves e incluso provocar la muerte. Las vacunas son seguras; son muy seguras; se deben tener precauciones, que son indicadas en el momento de la vacunación. Los riesgos de contraer una enfermedad grave por la no administración de una vacuna, son mucho mayores que el riesgo de la vacuna produzca una reacción peligrosa. Es así como para este mes por solicitud epidemióloga del SIVIGILA responsable del COVE hace propuesta para capacitación sobre Infección respiratoria Aguda y cierre de casos IRAG

1. VIGILANCIA SALUD PUBLICA DE LA TOSFERINA CODIGO 800

La tos ferina es una enfermedad respiratoria grave y altamente contagiosa que afecta a personas de todas las edades. Tiene una alta morbimortalidad en recién nacidos y lactantes. La tos ferina sigue siendo un importante problema de salud pública, esto se debe a diversos factores, como los cambios antigénicos en la bacteria *Bordetella pertussis*, el diagnóstico tardío, el tratamiento inoportuno y la limitada utilización de la profilaxis después de la exposición. Además, la disminución de la inmunidad adquirida a través de las vacunas y la infección natural, así como las bajas tasas de vacunación en grupos específicos como adolescentes, embarazadas y adultos, los cuales contribuyen al resurgimiento de esta infección

DESARROLLO

La *Bordetella Pertussis* es un cocobacilo Gram negativo que mide entre 0,2 y 0,5 µm de diámetro y entre 0,5 -2,0 µm de largo y se **transmite de persona a persona a través de gotas respiratorias producidas al toser o estornudar, o por contacto directo con secreciones**. Los síntomas suelen manifestarse de 7 a 10 días después de la exposición, aunque en lactantes pueden aparecer más rápidamente, **con períodos de incubación que oscilan entre 4 y 21 días**. Las tasas de ataque secundarias pueden alcanzar hasta un 90% entre los contactos de familiares susceptibles y de un 50% a un 80% en entornos escolares.

Algunos autores han estimado el número reproductivo básico **(Ro) de la tos ferina esta entre 12 y 17** personas, incluso más alto que el de la rubéola. Sin embargo, en otros estudios se ha reportado un Ro de 5.5 en personas susceptibles

Las manifestaciones clínicas de la *Bordetella Pertussis* varían según la edad y el estado de inmunización. Los síntomas más comunes son **la tos paroxística** (75%) y la **tos emetizante** (55%). En lactantes y niños no inmunizados, la enfermedad se presenta en tres fases:

Fase catarral: esta fase dura de una **a dos semanas generalmente es afebril** y se asemeja a un **resfriado común**, con síntomas como **congestión nasal, rinorrea, enrojecimiento de los ojos, dolor de garganta y debilidad. En esta fase, el riesgo de transmisión es mayor.**

Fase paroxística: se extiende de **dos a seis semanas**, a veces incluso hasta 10 semanas. Se caracteriza **por episodios intensos de tos**, que pueden alcanzar de 5 a 10 eventos en una sola exhalación, acompañados **de estridor**. Estos episodios son más **frecuentes durante la noche y pueden llevar a la cianosis y vómitos. En lactantes, la apnea puede ser el único síntoma destacado**

Fase convaleciente: dura de una a doce semanas y se caracteriza por recuperación gradual, con disminución en la frecuencia de los episodios de tos. Sin embargo, pueden ocurrir recaídas de la tos paroxística, que a menudo están relacionadas con **coinfecciones virales o bacterianas**

En caso de tener un resultado negativo para *Bordetella pertussis*, se debe considerar el diagnóstico de infecciones que cursan con síntomas respiratorios y fiebre prolongada, como *Mycoplasma pneumoniae*, adenovirus, bocavirus y el virus sincitial respiratiros, entre otras

POBLACION DE RIESGO: Identificación de población a riesgo (**menores de un año (especialmente lactantes), niños menores de 7 años (esquema de vacunación incompleto), mujeres en embarazo (principalmente en el tercer trimestre), personas con inmunodeficiencias u otras enfermedades graves (bronquitis Crónica, cáncer o asma, trabajadores de salud, pediátricos, mujeres en trabajo de parto, post parto, pediatría, obstetricia)**

El ser humano es el único reservorio y huésped; este microorganismo se aloja transitoriamente en la nasofaringe, y tiene características que lo hacen altamente patógeno por los múltiples productos antigénicos biológicamente activos que incluyen la toxina pertussis (PT), hemaglutinina filamentosa (FHA), aglutinógenos, adenilato ciclasa, pertactina y citotoxina traqueal, los cuales son los responsables de las características clínicas de la enfermedad.

El modo de trasmisión se da por contacto directo (persona a persona) a través de las gotas de secreciones o aerosoles que se expulsan de las mucosas respiratorias de una persona infectada a una no infectada. La enfermedad es altamente contagiosa, se estima que la tasa de ataque de susceptibles expuestos alcanza entre el 80 % y el 100 %. La infección es especialmente trasmisible en su fase inicial catarral y llega a sus niveles más bajos de infectividad alrededor de la tercera semana en quienes no han recibido tratamiento antibiótico; una vez iniciado el tratamiento, el periodo de infección es alrededor de cinco días. La infección induce a una inmunidad humoral que solo protege de forma transitoria (8 a 12 años)

En recién nacidos y lactantes, la clínica puede caracterizarse por episodios de apnea y cianosis. En el lactante pequeño, las crisis de tos son más intensas, mientras que en adolescentes y adultos la tos persistente suele ser su única manifestación, que puede durar hasta varios meses

La presentación clínica suele comenzar con síntomas similares a los de un resfriado, en los lactantes la tos puede ser mínima o incluso estar del todo ausente, sin embargo, estos pueden presentar episodios de apnea que pueden durar entre 1 y 2 semanas.

A partir de la segunda semana pueden aparecer síntomas que incluyen

DESARROLLO

- **Paroxismos (accesos) o tos rápida seguida de un sonido de la respiración forzada y de alta frecuencia.**
- **Vómitos durante o después de los accesos de tos.**
- **Astenia: mucho cansancio después de la tos.**

La tos ferina presenta una mayor incidencia en lactantes a nivel global. **En Colombia, el Programa Ampliado de Inmunizaciones ha implementado una estrategia de vacunación que incluye la vacuna DTP (Difteria, tétanos y tos ferina). Esta vacuna se administra a los 2, 4 y 6 meses de edad, con un refuerzo de DTP a los 18 meses de edad. En 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia recomendó la aplicación de una dosis de la vacuna Tdap (Difteria, tétanos y tos ferina acelular) durante el embarazo, específicamente en la semana 26 de gestación**. Esta medida tiene como objetivo proporcionar inmunidad pasiva al recién nacido a través de la transmisión de anticuerpos maternos, brindando protección

Usos y usuarios de la vigilancia para el evento : Realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos de tos ferina de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control de los eventos.

Definiciones operativas de caso La definición de caso para el evento en Colombia considera tres grupos de edad según protocolo del instituto nacional de salud 2024

1. **Caso probable: Menores de 3 meses:** Todas las infecciones respiratorias agudas con al menos uno de los siguientes **síntomas: accesos de tos (tos paroxística), estridor, apnea, cianosis, vómitos por acceso de tos.**

Menores de 3 meses a 12 años: Tos paroxística intensa de cualquier duración acompañada por estridor o, en ausencia de un diagnóstico más probable, todas las infecciones respiratorias agudas con tos que **dure más de 7 días y uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor, vómitos por acceso de tos.**

Mayores de 12 años: Todas las infecciones respiratorias con **tos que dure más de 14 días, independientemente de la presencia de tos paroxística, expectoración o vómitos por acceso de tos.**

2. **Caso confirmado por laboratorio:** Caso con resultado de cultivo o PCR positivo para *Bordetella pertussis*
3. **Caso confirmado por nexo epidemiológico:** Caso que está epidemiológicamente relacionado en forma directa a un caso confirmado por laboratorio.
4. **Caso confirmado por clinical:** Caso que no tiene muestra o que tiene muestra con fallas en el proceso de recolección, conservación o procesamiento, en el cual no se pudo demostrar la asociación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio. Este caso requiere unidad de análisis.
5. **Caso descartado** Caso con **resultado negativo en cultivo* o PCR para *Bordetella pertussis*. En casos donde el resultado del cultivo sea negativo y los informes paraclínicos indiquen un conteo de leucocitos de entre 15,000 a 100,000 mm³ en la fase catarral, o de 30,000 a 40,000 mm³ en la fase paroxística, acompañados de una linfocitosis del 60% al 80%, se recomienda llevar a cabo un análisis epidemiológico más detallado para determinar la clasificación final del caso.**

Estrategias de vigilancia : En la vigilancia de tos ferina se empleará la vigilancia pasiva, la cual operará en las UPGD que conforman el sistema de vigilancia en salud pública, mediante: **Notificación super-inmediata, de casos probables a través de Sivigila 4.0**

La vigilancia activa se realizará mediante: Búsqueda activa comunitaria: se realiza en el marco de un caso probable, parte desde la vivienda del caso, se deben visitar los centros preescolares, las guarderías y las escuelas para explorar la aparición de los cuadros mencionados y en general todos los lugares de posibles desplazamientos del caso durante el periodo de transmisibilidad. En poblaciones indígenas se debe realizar la BAC en el 100 % de la comunidad.

Vigilancia basada en comunidad (VBC) De acuerdo con la OMS, la vigilancia basada en comunidad es la detección sistemática y el reporte de eventos (situaciones) de interés en salud pública en la comunidad, por miembros (agentes) de esta misma. Representa un enfoque participativo que involucra a los propios miembros de la comunidad en la observación y reporte de casos. Este método busca no solo recolectar datos sobre el comportamiento del evento.

Si en una comunidad indígena se identifica a un menor de tres meses que muestra signos visuales de dificultad respiratoria, tales como paradas repentinas de la respiración seguidas de su reanudación después de un breve período de tiempo (apnea), este menor debe recibir atención hospitalaria inmediata.

Recomendaciones

DESARROLLO

Si se identifican menores de un año con signos respiratorios como: coloración morada de la piel (cianosis), tos agresiva y continua en un solo tiempo (tos paroxística), movimientos rápidos donde el pecho del menor se hunde y se pueden notar las costillas (disnea), o se observa que el menor vomita tras la tos, se debe acudir de manera inmediata a un centro hospitalario.

En adolescentes o adultos: sospecha tos ferina. **Si hay tos durante más de siete días,** es importante que se **intensifique el lavado de manos y uso de tapabocas. Además, evitar el contacto con recién nacidos y menores de dos meses**, quienes son vulnerables a la enfermedad porque no cuentan recibido la primera dosis de la vacuna contra el (DPT)

Las madres de un menor de un año deben estar atentas al cronograma de vacunación de su hijo. La tos ferina es una enfermedad que se puede prevenir mediante la vacunación, por ende, estará contribuyendo a su bienestar y protección.

La atención en un menor de tres meses o de un año, es de vital importancia, ya que el tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento está relacionado con la oportunidad de supervivencia del niño.

En embarazadas, es importante que se vacunen contra la tos ferina al cumplir la semana 26 de gestación. Esto garantizará la protección del niño desde el momento del nacimiento hasta que se le administre la primera dosis de DPT a los dos meses

Se debe realizar IEC en las primeras 72 horas de notificado el caso y realizar el seguimiento y búsqueda de contactos.

Realizar unidad de análisis al 100 % de las muertes por tos ferina, casos probables sin muestra y casos con resultado de cultivo negativo y con reporte de paraclínicos con leucocitos entre 15 000 a 100 000 mm3 en las fases catarral o 30 000 a 40 000 mm3 en la fase paroxística y linfocitosis entre 60 % a 80 %; se deben enviar al Instituto Nacional de Salud en los tiempos establecidos en los lineamientos nacionales y subir al aplicativo UA del INS.

Garantizar equipos de respuesta inmediata para la atención de brotes y situaciones de emergencia en salud pública

Generar estrategias de divulgación como boletines epidemiológicos, COVE, informes de evento, tableros de control, entre otros.

Orientar medidas de control: aislamiento (cinco días en personas con tratamiento completo y 21 días en personas que no recibieron tratamiento), lavado de manos, uso de tapabocas.

Verificar los antecedentes de vacunación (número de dosis de DPT recibidas según la edad del caso y los contactos menores de cinco años), **Antecedente vacunal de las madres con Tdap para menores de dos meses**.

A nivel mundial, la vacuna DPT, que protege contra la difteria, tos ferina y tétanos, logró una cobertura del 89% para la primera dosis y del 84% para la tercera dosis, según reportó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2022.

Se realizará seguimiento a todos los casos confirmados y sus contactos estrechos para asegurar y limitar cadenas de transmisión

- Antecedentes de contactos cercanos sintomáticos y asintomáticos de todas las edades e individuos susceptibles
  ADMINISTRACION DE QUIMIOPRFILAXIS

DIAGNOSTICO a todo caso probable de tos ferina se le debe tomar muestra (hisopado nasofaríngeo, aspirado nasofaríngeo), el no obtener muestra significa un fallo en la vigilancia del evento, se debe realizar una buena recolección de muestras nasofaríngeas y su posterior envió. Se debe incentivar la realización del cultivo con

DESARROLLO

el fin de identificar el agente etiológico y los cambios de la cepa circulante. Muy importante se debe confirmar **los aislamientos de *Bordetella spp* y realizar el envío de cepas confirmadas al laboratorio de referencia La tos ferina puede ser diagnosticada mediante PCR en tiempo real (sensibilidad del 70-99 %, especificidad del 86-100 %), o cultivo (sensibilidad 12-60%, especificidad 100 %).**

Análisis de cultivo : El cultivo será positivo para *Bordetella pertussis* cuando se **observe un crecimiento de colonias sospechosas en Agar Regan Lowe con cefalexina (RL +C) y Agar Regan Lowe sin cefalexina (RL-C), entre 48 y 72 horas**, con positividad para catalasa y oxidasa, adicional la siguiente confirmación bioquímica: No crecimiento en citrato , Ureasa negativa , Nitrato negativo , Motilidad negativa

Periodicidad de la notificación: Todos los casos de tos ferina deben **notificarse de manera super – inmediata.** Una vez una UPGD reporta en el aplicativo Sivigila el caso probable, genera una **alerta por correo electrónico a los actores determinados de INS**, secretarias de salud (de procedencia, notificación y residencia) y EAPB, aumentando la oportunidad en la detección y el inicio de las acciones individuales.

La obtención de **muestra para el diagnóstico de tos ferina debe realizarse antes del inicio del tratamiento antimicrobiano** en especial para análisis de cultivo. Sin embargo, en el caso de que el **paciente hubiese iniciado el tratamiento, se** podría únicamente **analizar la muestra respiratoria por ensayos moleculares** antes del tercer día que haya iniciado la antibioticoterapia. En caso de que la muestra se tome después de este plazo y el resultado sea negativo, se debe llevar a cabo un análisis más completo del caso para dar una clasificación final.

Notificación inmediata: La notificación inmediata es aquella que se consolida diariamente de los casos notificados por super – inmediata, en cada nivel del sistema.

Ajustes : Los ajustes y clasificación final de los casos probables de Tos ferina deben realizarse **máximo en 4 semanas epidemiológicas** desde la notificación del caso; los siguientes son los tipos de ajuste permitidos: **Ajuste 3: Confirmado por laboratorio , Ajuste 4: Confirmado por clínica , Ajuste 5: Confirmado por nexo epidemiológico**

Ajuste 6: Descartado por laboratorio o unidad de análisis, Ajuste D: Error de digitación con envio de acta y reingreso del evento, pantallazo + HC +archivo /pantallazo SIVIGILA 4.0

Investigación epidemiológica de campo (IEC) Se debe realizar ante todo caso probable y confirmado en las primeras 72 horas posteriores a la notificación.

UNIDAD DE ANALISIS: Se debe llevar a cabo el análisis del 100 % de las muertes por tos ferina. Casos probables sin muestra y casos con resultado de cultivo negativo y con reporte de paraclínicos con leucocitos entre 15 000 a 100 000 mm3 en las fases catarral o 30 000 a 40 000 mm3 en la fase paroxística y linfocitosis entre 60 % a 80 %. Se deben enviar al Instituto Nacional de Salud en los tiempos establecidos en los lineamientos nacionales y subir al aplicativo de UA del INS. (el tiempo se tiene en cuenta a partir de la notificación del caso)

Realizar unidad de análisis de todo caso probable vivo o muerto sin muestra y a toda muerte con resultado positivo para *Bordetella pertussis* dentro de los tiempos establecidos en los lineamientos.

BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL: Se debe realizar de manera periódica y mensual en UPGD que presenten silencio epidemiológico mayor a cuatro semanas epidemiológicas. Para distrito Capital SE TIENE la circular 08 del 20 de febrero de 2024, donde se establece alerta epidemiológica para infección respiratoria y tosferina donde la BAI se hace cada 8 días con los parámetros ya establecidos por referente SDS

Reporte de situación: El primer Reporte de Situación (SITREP) debe generarse dentro de las 24 horas posteriores a la notificación inicial. La frecuencia de los informes posteriores debe seguir las pautas establecidas por la entidad territorial o actualizarse en función de nueva información que surja durante la respuesta

Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública Se define un brote de tos ferina como la aparición de dos o más casos relacionados, con al menos uno de ellos confirmado por laboratorio. Además, se considera brote cuando se presenta un solo caso en una población de seguimiento de interés para el evento, como población indígena, escuela o jardín infantil. En todos estos casos, se requiere una intervención epidemiológica para controlar la propagación de la enfermedad.

DESARROLLO

Cierre del brote: El brote se considera cerrado cuando no se presenten casos adicionales durante un periodo de incubación largo, que es de 42 días a partir de la fecha de inicio de síntomas del último caso confirmado. El informe final de cierre debe consolidar de manera detallada todas las acciones llevadas a cabo para controlar la situación

Comportamiento del Indicador para la Tos ferina el cual garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se revisa con regularidad utilizando en forma sistemática, los casos notificados mes a mes es así como se tiene un acumulado de cero por cada 100.000 menores de un año en la Subred Sur Occidente, donde se presentaron cero casos de tos ferina, según la clasificación del ajuste final por localidad se tiene un acumulado de 73 casos y por localidad Kennedy en total 38 casos de los cuales se descartan 34 , positivos cero casos, pendiente 4; Fontibón con un total 4,descartados 4, positivos cero, pendiente cero; Bosa 25 casos con ajuste de 21 descartados, positivos cero, pendientes 4; Puente Aranda 5 casos , de los cuales se descartan 4, positivos cero, pendiente 1.

2. **VIGILANCIA DE RUBEOLA Y SARAMPION E INDICADORES**

Los ministros de salud de las Américas acordaron en 1994 la meta de erradicación del sarampión para el año 2000. En el año 2003 se estableció la meta de eliminación de la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en toda la Región para el año 2010.Colombia el ministerio de Protección Social emitió la circular 006 de 2018 con instrucciones permanentes para prevención, atención, vigilancia y control de sarampión en el país ante la posible aparición de un caso importado. El 22 de enero de 2014 la Comisión Internacional de Expertos declaró a Colombia libre de la circulación de virus autóctonos de sarampión y rubéola, con lo cual la nación marca otro hito en la erradicación/eliminación de enfermedades prevenibles por vacuna y el 21 de enero de 2022 la OPS y OMS y la Comisión Regional para Seguimiento y Re-verificación del sarampión, rubeola y SRC, otorgaron a Colombia nuevamente la certificación de país libre de sarampión y rubéola

La eliminación del sarampión y la rubéola (SR) se mantienen como prioridad política sanitaria y en su contexto el país ha desarrollado intensas actividades los últimos 20 años. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), a través de la vacunación de rutina a los niños de 12 meses y de cinco años y por medio de campañas de seguimiento a la cohorte de uno a cuatro años ha obtenido coberturas de vacunación superiores al 90 %. Además, se han implementado otras estrategias para aumentar la inmunidad de la población como la vacunación del grupo de 14 a 39 años en 2005, entre otras. En Colombia, como parte de las estrategias para mantener los eventos en eliminación, se logró la certificación desde 2018 como un país libre de sarampión, rubéola y el síndrome de rubéola congénita.

Objetivo : Realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos sospechosos de sarampión y rubéola, mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, con el fin de generar información oportuna, válida y confiable, que permita orientar las medidas de prevención y control del evento.

VIGILANCIA SALUD PUBLICA DEL SARAMPION CODIGO 730: El sarampión es una enfermedad eruptiva aguda, sumamente contagiosa causada por un virus; clínicamente se diferencian **dos etapas en la enfermedad: la primera, llamada fase prodrómica, pre-exantemática o catarral, se caracteriza por fiebre de 38,5° C a 40,5° C y síntomas de las vías aéreas superiores, tos y coriza (rinorrea), además de una fuerte conjuntivitis; en algunas ocasiones, es posible detectar las llamadas manchas de Koplik, signo característico del sarampión.**

La segunda fase, llamada exantemática o eruptiva, se presenta al tercer o cuarto día después del inicio de la enfermedad y se refiere a una erupción característica con manchas rojas parduscas, que comienzan en la cara y después se generalizan; dura de cuatro a siete días y a veces termina con una descamación fina

El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas, con el potencial de ser extremadamente grave, las complicaciones más frecuentes como neumonía y encefalitis requieren hospitalización en una cuarta parte de los casos pueden llevar a una discapacidad por daño cerebral, ceguera o pérdida auditiva

DESARROLLO

CARATERISTICAS GENERALES : Agente etiológico: El virus de sarampión pertenece al género *Morbillivirus* de la familia *Paramyxoviridae*

Modo de transmisión: Se transmite principalmente por medio de gotitas expulsadas del aparato respiratorio (por ejemplo, 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 sarampión puede transmitirse desde cuatro días antes de la aparición del exantema (es decir, de uno a dos días antes del inicio de la fiebre) hasta cuatro días después. La mayor infectividad se produce tres días antes del inicio del exantema

Susceptibilidad: Todas las personas que no han sido inmunizadas adecuadamente o que no han padecido la enfermedad son susceptibles. Los recién nacidos (si su madre ha tenido la enfermedad o ha sido vacunada), 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), por lo que requerirán una segunda dosis para estar protegidos. Se han notificado tasas de ataque entre el 75 % al 80 % entre contactos en el hogar. La eficiencia de la transmisión del sarampión es tal que se han reportado brotes en poblaciones donde sólo entre 3 % y el 7 % de las personas era susceptible. **Reservorio**: El ser humano es el único huésped natural del virus del sarampión.

Comportamiento del Indicador para el sarampión el cual garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se revisa con regularidad utilizando en forma sistemática, los casos notificados mes a mes es así como se tiene un acumulado de una Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión de 3,1x 100000 habitantes DANE y para el mes de 0,5x100000(13/2437858*100000 habit) , en la Subred Sur Occidente, donde se tiene cero casos de sarampión positivos, según la clasificación del ajuste final por localidad se tiene un acumulado de 75 casos y por localidad Kennedy en total 32 casos de los cuales se descartan 19, positivos cero casos, pendiente 13; Fontibón con un total 13,descartados 9, positivos cero, pendiente 4; Bosa 25 casos con ajuste de 17 descartados, positivos cero, 8 pendientes; Puente Aranda 5 casos , de los cuales se descartan 4, positivos cero, pendiente 1.

VIGILANCIA SALUD RUBEOLA CODIGO 710

Es una enfermedad infecciosa, exantemática, viral, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por fiebre, rash máculo-papular difuso puntiforme; los niños usualmente presentan pocos o ningún síntoma, pero los adultos pueden presentar pródromos por 1-5 días de fiebre leve (<39°C), cefalea, malestar general, coriza y conjuntivitis

La característica clínica más relevante es la presencia de linfadenopatías pos-auriculares, occipitales y cervicales posteriores y precede al rash en 5-10 días. El exantema tiene máxima intensidad en el segundo día y desaparece hasta el sexto día; no se presenta descamación

Agente etiológico: Virus de la rubéola, del género *Rubivirus*, familia *Togaviridae*.

Modo de trasmisión: 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, entre otros. **Los niños con SRC albergan gran cantidad de virus en sus secreciones nasofaríngeas y en la orina, y sirven como medio de infección para sus contactos. Período de incubación:** De 14 días, con un rango entre 12 – 23 días. **Período de transmisibilidad:** Las personas infectadas con rubéola son más contagiosas cuando presentan la erupción, pero pueden ser contagiosas 7 días antes hasta 7 días después de que aparezca la erupción, 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.

DESARROLLO

El sarampión y la rubéola se deben diferenciar de otras enfermedades febriles exantemáticas (EFE), síndrome febril ictérico agudo, síndrome febril respiratorio agudo, síndrome febril con manifestaciones neurológicas que presenten fiebre y erupción cutánea. Los principales agentes diferenciales son: roséola, eritema infeccioso, escarlatina, dengue, Chikungunya, Zika, COVID-19 y MIIS-C

La rubéola es prevalente en invierno y primavera (estacionalidad); en el trópico, el aumento del número de casos ocurre durante la estación seca; en poblaciones no inmunizadas es una enfermedad de la niñez. En poblaciones con niños bien inmunizados, la enfermedad se desplaza de manera importante a los adultos jóvenes y adolescentes, con epidemias en poblaciones cerradas

El 20 al 50 % de los casos de rubéola se presentan de manera subclínica. Esta proporción de casos subclínicos aumentan con la edad, se estima que por cada caso de enfermedad con signos y síntomas claros hay dos a tres casos de rubéola subclínica en niños, mientras que en el adulto esta relación es de 1:7 a 1:9, sobre todo en adultos jóvenes

Prevención: Se prefiere la vacuna combinada contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (vacuna triple viral o SRP) para garantizar la inmunidad contra los tres virus. En Colombia, la vacunación con triple viral se realiza al año de vida y con un refuerzo a los cinco años con el objetivo de captar niños susceptibles que no recibieron la primera dosis o que no respondieron a la vacuna.

DIAGNOSTICO: Es obligatorio la recolección de suero, hisopado nasofaríngeo o faríngeo y orina al momento de identificar el caso sospechoso. En caso de muerte se deben asegurar corte de tejido de 1x1 cm para los siguientes órganos: faringe, pulmón, cerebro, riñón, hígado y bazo.

El diagnóstico de sarampión y rubéola se realiza mediante la detección de anticuerpos IgM, seroconversión o aumento de títulos de anticuerpos IgG en muestras pareadas, pruebas de avidez o detección del material genético en pruebas moleculares.

Siempre que se obtenga un resultado positivo o dudoso para anticuerpos IgM, se debe solicitar la recolección de una segunda muestra de suero tomada 15-20 días después de la primera. Esta segunda muestra debe enviarse inmediatamente al laboratorio nacional de referencia del INS para realizar la cuantificación de anticuerpos IgG en las dos muestras del caso.

La muestra de suero debe recolectarse asépticamente en un volumen de 5 ml de sangre total en tubos estériles y libres de aditivos; se debe evitar la hemólisis. Para lograr el máximo rendimiento de los sueros, la sangre recolectada se debe dejar a temperatura ambiente por 15 minutos y luego se coloca en hielo o en refrigeración a 4°C hasta su centrifugación.

Toma de muestra para detección viral: se debe recolectar una muestra faríngea o nasofaríngea y de orina a todo caso sospechoso que se encuentre dentro de los siete días siguientes al inicio de la erupción. La detección viral por medio de la prueba de RT- PCR se realiza en el laboratorio nacional de referencia del INS. La muestra ideal es la primera orina de la mañana recolectada en envase estéril durante la mitad de la micción. • Se debe mantener y enviar al laboratorio de salud pública departamental a 4°C (refrigerada, NO congelada).

Para la recolección de la muestra faríngea o nasofaríngea se debe tener en cuenta lo siguiente. Se pueden utilizar hisopos de madera, pero son preferibles los de alginato. Se debe frotar las fosas nasales y la faringe (separadamente, con hisopos diferentes) de manera que se obtengan células, las cuales se re suspenden en el MTV agitando el hisopo y escurriéndolo contra las paredes del recipiente. Conservar a 4°C y enviar refrigerado dentro de las 24 horas siguientes al LNR

ANALISIS DE RESULTADOS LABORATORIO

Primera muestra: Si el resultado de la primera muestra IgM es negativo se descarta el caso. Si el resultado de IgM es positivo o dudoso se toma una segunda muestra de suero (a los 15 días de la primera muestra). En muestras de suero recolectadas de manera temprana (antes de 3 días del inicio de la erupción) es necesario analizar en conjunto con los resultados de pruebas moleculares para el hisopado y orina

Segunda muestra : Si el resultado de IgM es negativo se descarta el caso (es importante verificar si hay aumento en los títulos de IgG). Si el resultado de IgM es positivo se procesa títulos de anticuerpos IgG y PCR (reacción en cadena de la polimerasa)

DESARROLLO

Si el resultado de IgG tiene un aumento en los títulos comparando primera y segunda muestra de cuatro veces el título, se confirma el caso. Se debe analizar con antecedente de vacunación reciente. Si el resultado de IgG en las muestras pareadas es negativo o no hay aumento en los títulos se descarta el caso. Alta avidez descarta caso

Baja avidez confirma caso: Con un resultado positivo de PCR se confirma el caso, Con un resultado negativo de PCR se descarta el caso.

Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública: un caso confirmado se considera brote, el análisis de la información se realizará de manera oportuna e inmediata, tomando como fuente la información epidemiológica producto de la caracterización inicial de los casos, la investigación epidemiológica de campo, la información clínica de cada caso y la información proveniente de las pruebas de laboratorio realizadas de acuerdo con los lineamientos publicados por la Dirección de Redes en Salud Pública. El cierre del brote se realizará después de doce semanas desde la fecha de inicio de erupción del último caso confirmado. Se debe garantizar que todos los casos sospechosos notificados en este periodo se encuentren clasificados, documentar el seguimiento de contactos y realizar BAI y BAC

Los ajustes y clasificación final de los casos: se deben realizarse máximo en ocho (8) semanas epidemiológicas desde la notificación del caso, demanda los siguientes tipos de ajuste: ▪ Ajuste 3: confirmado por laboratorio ▪ Ajuste 4: confirmado por clínica ▪ Ajuste 5: confirmado por nexo epidemiológico ▪ Ajuste 6: descartado por laboratorio o unidad de análisis ▪ Ajuste D: error de digitación con envio acta, archivo, ficha e HC.

DEPURACION DE BASE: Para la depuración de la base de casos sospechosos se debe **excluir los casos con ajuste D (error de digitación),** casos repetidos por número de documento y por nombres y apellidos. El análisis de la información se realiza a partir de la fecha de inicio de erupción y la procedencia del caso. Para el indicador de tasa de notificación se calcula

- En los casos sospechosos sin antecedente de riesgo, analizar el antecedente vacunal para clasificar como posible reacción inmunológica post vacunal
- En casos confirmados se debe evaluar antecedente vacunal, antecedente de viaje a países con circulación viral para identificar la fuente de infección. Se requiere tener resultados de secuenciación genómica y analizar la ancestralidad de la cepa detectada. Calcular tasa de incidencia por grupo de edad.

Unidad de análisis: Las unidades de análisis de casos de sarampión/rubéola con resultados IgM dudosos o positivos sin segunda muestra, casos sin muestra o de casos fallecidos, se realizarán de conformidad a la metodología propuesta por el grupo de unidad de análisis de casos especiales del INS

Intervenciones

• Búsqueda activa comunitaria: Parte desde la vivienda del caso sospechoso y se deben cubrir nueve manzanas alrededor del caso, siguiendo las manecillas del reloj

- Investigación epidemiológica de campo: debe realizarse dentro de las primeras 48 horas siguientes a la notificación ,realizar censo de contactos hospitalario y comunitarios verificar antecedente vacunal y signos y síntomas compatibles con la enfermedad , BAC de 9 manzanas a la redonda y promover la vacunacion con triple viral o adicional SR
- Garantizar coberturas óptimas de vacunación para sarampión y rubéola en las 9 manzanas del caso.
- En caso de muerte sospechosa, asegurar los procesos de **necropsia, toma de muestras, procesamiento y envío de muestras al laboratorio Nacional** de Referencia para análisis patológicos y virológicos. En el caso de necropsia médico-legal, deberá asegurar que el

DESARROLLO

prestador de servicios de salud en coordinación con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, cuando corresponda, envié las muestras al INS de acuerdo con sus lineamientos.

- Remitir en los tiempos establecidos las unidades de análisis de casos de SR con resultados IgM positivo o dudoso y casos sin muestra independiente de la condición final (vivos o muertos)
- Orientar las medidas de control con: higiene de manos, uso de tapabocas, limpieza y desinfección de áreas y utensilios, aislamiento del caso sospechoso, evitar el contacto innecesario.
- Seguimiento de contactos durante 30 días desde la fecha de erupción del caso índice. Si identifica un caso sospechoso asegurar la notificación, recolección, envío de muestras y demás acciones individuales mencionadas anteriormente

Periodicidad de los reportes

Notificación super inmediata: Una vez la UPGD reporta en el aplicativo Sivigila 4.0, el caso sospechoso de SR genera un archivo plano inmediato a correos determinados en INS y de las secretarias de salud (procedencia, notificación y residencia) aumentando la oportunidad en la detección y el inicio de las acciones individuales

Notificación inmediata: Todos los casos sospechosos de sarampión y rubéola deben notificarse de manera inmediata e individual en cada nivel del sistema.

Notificación semanal: Los casos sospechosos de sarampión y rubéola deben reportarse semanalmente de manera acumulada, de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Notificación negativa: Cada semana se debe indicar si no se reportaron casos de sarampión o rubéola

Comportamiento del Indicador para rubeola el caul garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se revisa con regularidad utilizando en forma sistemática, los casos notificados mes a mes es así como se tiene un acumulado de una Tasa de notificación de casos sospechosos de rubéola de 0,62 x 100000 habitantes DANE y en junio de 0,12X100000 habit. (3/2437858*100000habit), en la Subred Sur Occidente, donde se tiene cero casos de rubeola positivos, según la clasificación del ajuste final por localidad se tiene un acumulado de 15 casos y por localidad Kennedy en total 7 casos de los cuales se descartan 5, positivos cero casos, pendiente 2; Fontibón con un total 3, descartados 0, positivos cero, pendiente 3; Bosa 3 casos con ajuste de 1 descartados, positivos cero, 2 pendientes; Puente Aranda 2 casos , de los cuales se descartan cero, positivos cero, pendiente 2.

3. VIGILANCIA SALUD PUBLICA SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA SRC DOCIGO 720

OBJETIVOS

- Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de SRC.
- Realizar seguimiento a los indicadores establecidos para mantener la certificación de la eliminación de SRC.
- Detectar y confirmar oportunamente la circulación del virus salvaje de la rubéola.

La rubéola es una causa frecuente de exantema y fiebre en la población infantil y su importancia para la salud pública radica en los efectos teratógenos de la primoinfección rubeólica en la mujer embarazada . La pandemia mundial de rubéola entre 1962 y 1965 puso de manifiesto la importancia del síndrome de rubéola congénita. Cuando la infección se presenta en el primer trimestre del embarazo, el riesgo de aborto espontáneo aumenta aproximadamente en 50.% (12). Las manifestaciones clínicas del SRC pueden ser transitorias (púrpura), estructurales permanentes (sordera, defectos del sistema nervioso central, cardiopatía congénita o cataratas) o afecciones de aparición tardía (diabetes mellitus).

DESARROLLO

La infección materna antes de la 19ª semana de gestación puede causar sordera neurosensorial, mientras que la catarata y la cardiopatía sólo se producen cuando la infección es anterior a la 9ª semana de gestación. El riesgo de defectos congénitos varía de acuerdo con la semana de gestación en la que se presentó la infección

Características del virus de la rubéola y la enfermedad

Agente etiológico: Es un virus RNA que pertenece a la familia Togavirus (*Togaviridae*) y al género *Rubivirus* y no tiene reacción cruzada con otros miembros de la familia. 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. Se estima que de 25 % a 50 % de las infecciones son asintomáticas. 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.

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 o que no han sido expuestas al virus. Se estima que en América Latina de 25 % a 30% permanece susceptible. La rubéola congénita depende del número de mujeres en edad fértil susceptibles. **Reservorio**: El ser humano es el único huésped natural del virus de la rubéola

Diagnóstico: A todos los casos de sebe Tomar sangre del cordón umbilical del recién nacido, o recolectar muestra de sangre periférica en el momento de captación del caso. **Recolección de muestras para aislamiento viral o detección viral** Las muestras para detección deben ser recolectadas de preferencia a niños menores de tres meses de edad. **La rubéola congénita puede ser diagnosticada por serología a través del procesamiento de IgM o persistencia de IgG en la sangre del recién nacido y detección del virus.**

Los exámenes de laboratorio son imprescindibles para establecer el diagnóstico definitivo. Para la investigación de casos sospechosos de SRC debe extraerse una muestra de sangre para detección de IgM y una muestra de hisopado faríngeo o nasofaríngeo y orina para aislamiento viral después del nacimiento, cuando las sospechas confirmen la infección materna durante la gestación o bien después de surgir la sospecha diagnóstica en menores de un año.

Los niveles de IgM en el niño con SRC son detectables por más de un año. Se reporta que hasta en 100 % de los menores de seis meses con SRC son IgM (+) y que 60 % continúa con títulos positivos al año. en los análisis de anticuerpos IgM, en los casos de obtener resultado positivo o dudoso, envían la muestra al laboratorio del INS para confirmar el resultado. En los análisis de anticuerpos IgM, en los casos de obtener resultado positivo o dudoso, envían la muestra al laboratorio del INS para confirmar el resultado.

Detección viral Un resultado de RT-PCR (Real Time - Polymerase Chain Reaction) positivo para rubéola en muestras de las secreciones de oro/nasofaríngeo o de orina, demostrará la presencia del virus y confirmará el caso. Pruebas moleculares de secuenciación permitirán establecer el genotipo circulante

Pruebas serológicas : Primera muestra Si el resultado de anticuerpos IgM es negativo se descarta el caso.

Segunda muestra: Se procesa anticuerpos IgM.

Se procesa anticuerpos IgG (primera y segunda muestra, el mismo día, el mismo examinador).

Si el resultado de anticuerpos IgM es negativo se descarta el caso.

Si el resultado de anticuerpos IgG en la primera muestra es negativo se descarta el caso.

Si el resultado de anticuerpos IgG en la primera y segunda muestra es negativo se descarta el caso

Si el resultado de anticuerpos **IgG entre la primera y segunda muestra evidencia aumento al doble en los títulos (seroconversión) se confirma el caso**

Si el resultado de anticuerpos IgG entre la primera y segunda muestra no evidencia aumento en los títulos se descarta el caso.

DESARROLLO

Con el resultado negativo de PCR se descarta el caso.

En casos con hallazgos **serológicos de difícil interpretación** se debe realizar pruebas adicionales para otros virus como **Parbovirus B19, citomegalovirus, herpesvirus entre otros.**

Además, a criterio del laboratorio del INS se realizará **prueba de Avidez para anticuerpos IgG específicos de rubéola y con ello establecer un contacto reciente (menor a 3 meses) o antiguo con el virus de la rubéola.**

La clasificación final los casos se realizará de acuerdo con el análisis epidemiológico, factores de riesgo y los resultados de laboratorio.

La OPS aconseja a todos los países de las Américas fortalecer la vigilancia activa y preservar una alta inmunidad en la población mediante la vacunación. Por ende, la vigilancia de este evento es esencial para conservar los logros alcanzados en la eliminación de estas enfermedades en Colombia y para realizar un seguimiento eficaz del cumplimiento de los indicadores internacionales de vigilancia

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de casos sospechosos de SRC, mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, con el fin de generar información oportuna, válida y confiable, que permita orientar las medidas de prevención y control del evento. Un caso confirmado debe ser considerado como un brote.

Definiciones operativas de caso para Síndrome de Rubéola Congénita

CASO SOSPECHOSOS : Menor de 1 año en quien se sospecha SRC debido a:

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

Nota: el bajo peso al nacer como único signo no debe ingresar al Sistema de vigilancia como sospecha de SRC.

CASOCONFIRMADO 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

Caso confirmado clínicamente: Todo caso sospechoso de SRC que no está confirmado por laboratorio y que carece de evidencia de cualquier otra etiología y para el cual no hay una muestra adecuada de suero o para aislamiento viral (**se considera una falla de la vigilancia**).

Infección por Rubeola Congénita IRC Esta designación se usa **para lactantes con anticuerpos IgM anti-rubéola positivos, pero sin hallazgos clínicos de SRC**. Estos no son casos de SRC. Sin embargo, el diagnóstico de SRC no será definitivo hasta no haber descartado la sordera mediante algún método confiable (sensibilidad y especificidad elevadas) como los potenciales evocados. Por ello, estos casos **deben ser objeto de seguimiento en los consultorios de crecimiento y desarrollo.**

CASO DESCARTADO Caso sospechoso con una muestra adecuada de suero **cuyo resultado ha sido negativo para anticuerpos tipo IgM** específicos de rubéola.

CASO IMPORTADO: Lactante con SRC confirmado cuya madre adquirió la infección por el virus de la rubéola fuera de Colombia, en ausencia de una infección documentada por rubéola, la madre estaba fuera de Colombia durante el periodo en el que pudo haber estado expuesta a la rubéola que afectó a su embarazo (de 23 días antes de la concepción o hasta la semana 24 de gestación).

CASO RELACIONADO CON UNA IMPORTANCION: Lactante con SRC confirmado cuya madre, según pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesta localmente al virus y formó parte de una cadena de transmisión que se inició con un caso importado.

ESTRATEGIA DE LA VIGILANCIA:

Notificación super-inmediata, inmediata.

Notificación negativa semanal: indicar si no se presentó ningún caso de SRC.

DESARROLLO

Durante la notificación es fundamental verificar la calidad del dato de todas las variables con énfasis en la procedencia del caso.

Reporte y diferenciación entre los casos de infección por rubéola congénita y casos de SRC.

La vigilancia activa se realizará mediante: Búsqueda secundaria de casos (Búsqueda activa institucional): Servicios de sala de partos. Atención Primaria (consultorios). Atención segundo nivel: (consultorios especializados, pediatría). Atención tercer nivel: Hospitales de referencia (Neonatología e Infectología). Laboratorio clínico (muestras de laboratorio).

Revisión de registros de defunción Estadísticas Vitales (Defunciones RUAF).

Se realiza seguimiento a los medios de comunicación nacionales, departamentales y locales para identificar noticias, rumores del evento y generar alertas tempranas para el seguimiento del evento.

Medidas de prevención

Si una mujer está embarazada y ha estado en contacto cercano con alguien que ha tenido fiebre y erupciones cutáneas temporales, debe acudir a un centro médico y comunicar esta situación al profesional de la salud. Este determinará si existe riesgo de que la mujer haya contraído el virus de la rubéola y evaluará el posible riesgo de transmisión al feto; por otro lado, deben estar atentas de asistir a los controles prenatales.

Se deben estar atentas al cronograma de vacunación de sus hijos. La primera vacuna se pone al año y el refuerzo a los cinco años.

Sensibilización a la mujer en edad fértil, si planea quedar en embarazó, se recomienda que se asegure de estar vacunada contra la rubéola, de esta manera se disminuye el riesgo de que él bebe se infecte durante el embarazo de la madre.

UNIDAD DE ANÁLISIS SRC : Realizar e incluir en el aplicativo UACE (Unidad de análisis de casos especiales) del INS, en los tiempos establecidos en los lineamientos nacionales las unidades de análisis de casos de SRC en casos vivos o muertos con IgM positiva o dudosa o con aumento de títulos IgG dos veces con muestra fallida. Así mismo, en todos los casos en los que no se disponga de muestra, se debe proceder con la realización de esta. La clasificación final los casos se realizará de acuerdo con el análisis epidemiológico, factores de riesgo y los resultados de laboratorio.

PERIOCIDAD DE LA NOTIFICACION SRC: Realizar notificación super inmediata, inmediata y semanal de casos de los casos SRC siguiendo el flujo de información establecido por el sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Notificación inmediata: Los casos sospechosos de SRC deben ser **ingresados de manera inmediata al subsistema de información – Sivigila**, se genera archivo plano inmediato, se envía correo electrónico con periodicidad diaria siguiendo el flujo de información establecido por el sistema.

NOTIFICACION NEGATIVA: Semanalmente cada unidad, de acuerdo con el flujo de información (UPGD,UNM y UND) realice la notificación negativa de SRC

AJUSTE A SIVIGILA 4.0 Los ajustes a la información de casos sospechosos SRC y la clasificación final se tendrán en **cuenta los tiempos de ajustes (8 semanas**) para cumplir con los indicadores internacionales. En ocasiones casos con resultado de IgM positivo o dudoso pueden requerir más tiempo para clasificación final.

La clasificación o ajuste final de casos en el aplicativo Sivigila demanda los siguientes criterios o códigos: **Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio. Ajuste 6: caso descartado por laboratorio Ajuste D: por error de digitación, envio acta, ficha , HC pantallazo**

Se deben excluir los casos ajuste D (error de digitación) e identificar los casos repetidos primero por número de documento y posteriormente por nombres y apellidos. Para el análisis de la información se tiene en cuenta la **procedencia del caso y el ajuste 6 con el fin de calcular el indicador de tasa de notificación**.

Investigación epidemiológica de campo: Se debe realizar ante todo casos sospechosos de SRC en las primeras 48 horas posteriores a la notificación.

Visita domiciliaria: identificar y realizar censo de contactos familiares.

Recolección de información como antecedentes clínicos y vacunales para Rubéola en la madre.

Identificar y caracterizar el caso según tiempo, lugar y persona y situaciones de riesgo.

Realizar Monitoreo Rápido de vacunación (MRV): indagar antecedente vacunal para rubéola especialmente en mujeres en edad fértil

DESARROLLO

Operación Barrido Vacunal BAC: cubrir como mínimo nueve manzanas alrededor del domicilio de la persona afectada

Búsqueda activa institucional BAI: Se debe realizar de manera periódica incluye: silencio por más de dos (2) semanas epidemiológicas, se recomienda realizar BAI a toda UPGD que atienden partos.

Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS.

Historias clínicas.

Registro de defunción – tomado del Registro Único de Afiliados - RUAF.

Registro de pruebas de laboratorio – tomado de sivilab.

REPORTE SITUACION SITREP: En caso de confirmar un caso para SRC, El primer Reporte de Situación (SITREP) debe generarse dentro de las 24 horas posteriores a la notificación inicial. La frecuencia de los informes posteriores debe seguir las pautas establecidas por la entidad territorial o actualizarse en función de nueva información que surja durante la respuesta.

Comportamiento del Indicador para síndrome de rubeola congénita SRC el caul garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se revisa con regularidad utilizando en forma sistemática, los casos notificados mes a mes es así como se tiene un acumulado de una Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome de rubeola congénita SRC notificados al Sivigila de 16,5 x 1000 nacidos vivos y en junio es de 19,3*100 (27/1402*1000) , en la Subred Sur Occidente, donde se tiene cero casos de rubeola positivos, según la clasificación del ajuste final por localidad se tiene un acumulado de 109 casos y por localidad Kennedy en total 68 casos de los cuales se descartan 47, positivos cero casos, pendiente 21; Fontibón con un total 14, descartados 11, positivos cero, pendiente 3; Bosa 17 casos con ajuste descartados 6, positivos cero, pendientes11; Puente Aranda 10 casos , de los cuales se descartan 8, positivos cero, pendiente 2.

4. **VIGILANCIA DE LA MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCOCICA E INDICADO MENINGITIS POR LOS AGENTES COMO HAEMOPHILUS INFLUENZAE (Hi), STREPTOCOCCUS PNEU (Spn) Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA CODIGO 535**

LA MENINGITIS: Enfermedad caracterizada por la inflamación de las meninges (en ocasiones meninges y encéfalo) provocada por invasión bacteriana del sistema nervioso central (SNC) Enfermedad grave y potencialmente mortal (pocas horas) La mayoría de las personas se recupera de la meningitis. Sin embargo, la infección puede tener como consecuencia discapacidades permanentes (como daño cerebral, pérdida auditiva y dificultades de aprendizaje)

MENINGOCOCCEMIA: Es una forma rara de la infección que ocurre cuando se disemina por la vía sanguínea, o sea, una septicemia, la cual puede presentarse con o sin meningitis. Se observa un exantema que, al comienzo, es de tipo eritematoso y macular y que evoluciona rápidamente a erupción petequial y, eventualmente, equimosis. META: Para 2030, la estrategia cuenta con tres objetivos visionarios: Eliminar las epidemias de meningitis bacterianas —la forma más letal de la enfermedad. Reducir el número de casos de meningitis bacteriana prevenible mediante vacunación en un 50 % y las defunciones en 70 %. Reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida después de una meningitis debida a cualquier causa

CASO PROBABLE Meningitis bacteriana: Paciente que presente cuadro clínico 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, 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

CASO PROBABLE DE ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA: 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. DIAGNOSTICO: Punción lumbar para realizar estudio citoquimico y

DESARROLLO

bacteriológico del líquido cefalorraquídeo. VALORES NORMALES DEL LCR: Presión de apertura: 8-25 mmH2O Proteínas: 15-50 mg/dl Glucosa: 45-81 mg/dl Aspecto: Claro (cristal de roca). Recuento leucocitos: 1 a 2/mm³. VIGILANCIA TODAS las cepas implicadas en meningitis o enfermedad meningocóccica aisladas de sangre o LCR. *N. meningitidis, H. Influenzae, S. pneumoniae, L. monocytogenes, entre otros* con ficha de laboratorio para cada microorganismo según el caso. **Análisis Químico: Proteínas y glucosa Análisis citológico Recuento de hematíes y de glóbulos blancos. Análisis microbiológico Coloración de Gram, Tinta China y cultivo microbiológico**

AGENTES BACTERIANOS Se vigilan: Haemophilus *influenzae*: coco bacilo Gram negativo, serotipos B, A y no tipificable. PI: 2 a 4 días

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 neumocócicas invasoras. PI: 1 a 4 días. ***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. PI: 2 a 10 días, con promedio de 4 días. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL EVENTO: Orientar medidas de control como aislamiento respiratorio del caso, uso de tapabocas, higiene de manos, limpieza y desinfección de áreas y utensilios, evitar el contacto innecesario. POBLACIÓN ESPECIAL Cautiva y vulnerable (cárceles, URI, lugares de retención, batallones, habitantes de calle, migrantes, etnias, centros de adulto mayor) 1 caso probable o confirmado se desplaza ERI de la subred junto con el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC conjunta y de manera articulada Cierre 20 días sin nuevos casos

Confinada (empresarial y centros educativos) 1 caso probable o confirmado se activará ERI de la subred y se trasladará con el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC, BAC y acciones de control Cierre 20 días sin nuevos casos. POBLACIÓN GENERAL: Familiar 1 caso probable o confirmado de enfermedad meningocóccica es un brote Cierre 10 días sin nuevos casos. Solo en casos que se identifique el caso índice tiene nexo con institución se activa a ERI para la BAC

CONTACTO ESTRECHO COMUNITARIO: Contactos familiares (persona que habita en la misma vivienda por al menos 10 días antes de la aparición de los síntomas del caso probable) Menores de 2 años, Contactos en jardines, colegios o universidades: Todos los niños y personal del aula en la que ha concurrido el enfermo en los 10 días que preceden al inicio de la enfermedad, Contactos laborales, Exposición directa a secreciones del caso, Persona que haya tenido contactos próximos y repetidos en los últimos 10 días durante más de 4 horas consecutivas al día, Pasajeros sentados directamente al lado de un caso índice durante un viaje en avión en vuelo de más de 8 horas

1. **VACUNACION**: compuesta por oligosacáridos meningocócicos A (10 µg), C (5 µg), W135 (5 µg) y Y (5 µg), conjugados con proteína CRM 197 de Corynebacterium diphtheriae. Tipo de vacuna: Polisacáridos capsulares inactivos o muertos de cada serotipo.

Dosis: De 2 a 55 años la dosis es única. Aplicación: se administra vía intramuscular. No caminadores: vasto externo tercio medio cara anterolateral del muslo. Caminadores: región superior central del músculo deltoides (brazo) Serogrupos: A, C, Y y W135 de *Neisseria meningitidis.*

CONTACTO ESTRECHO INSTITUCIONAL: Exposición directa a las secreciones del paciente. Reanimación boca a boca sin protección, Contacto sin protección durante la intubación orotraqueal, aspirado de secreción nasofaríngea, Personal de salud que no ha utilizado adecuadamente los elementos de protección personal para la atención de estos casos, El personal de salud se considerará contacto si ha tenido relación estrecha con el paciente (intubación OT, manejo sobre vía aérea, contacto con secreciones respiratorias) sin utilizar medidas de barrera, previo a las 24 horas de iniciado de tratamiento

Ajuste: La clasificación o ajuste final de casos en 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. Casos sin muestra o cultivo con clínica compatible y diagnostico final de egreso de meningitis bacteriana,

DESARROLLO

Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio, Ajuste 6: caso descartado por laboratorio, descartado por clínica o no cumple con definición de caso, Ajuste D: caso descartado por error de digitación (en cumplimiento con los criterios de ajuste D, se debe volver a notificar correctamente).

Para el 2024 en la Subred Sur Occidente la incidencia de casos probable de meningitis bacteriana notificados al Sivigila como meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años. es de Incidencia 2,1 por 100.000 menores de 5 años. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 18 casos, por localidad se tienen para Kennedy 9 casos, descartado (3), positivos (5), pendientes (1); Fontibón con 2 casos, según clasificación final descartado (1), positivo (1) pendientes (0); Bosa con 4 casos según clasificación descartado (2), positivo (2) pendientes (0);Puente Aranda con un acumulado 3 y clasificación final descartado (1), positivo (1) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE I 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y según agente etiológico se da quimioprofilaxis y/o vacunación, unidad de análisis para las UPGDs criticas

Comportamiento del Indicador para meningitis bacteriana y enfermedad meningococica el caul garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se revisa con regularidad utilizando en forma sistemática, los casos notificados mes a mes es así como se tiene un acumulado de Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años 2,1 X 100.000 menores de 5 años DANE y la Incidencia de meningitis por enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años 2,1 X 100.000 menores de 5 años en la Subred Sur Occidente, donde se tiene un acumulado de 53 casos notificados, según la clasificación del ajuste final por localidad por localidad Kennedy en total 29 casos de los cuales se descartan 10, positivos 18 casos, pendiente 1; Fontibón con un total 6, descartados 5, positivos 1, pendiente cero; Bosa 12 casos con ajuste 4 descartados, positivos 8, pendientes cero; Puente Aranda 6 casos , de los cuales se descartan 2, positivos 4, pendiente cero.

5.VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS E INDICADORES DE VSP DE TUBERCULOSIS CODIGO 813

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica causada por el Mycobacterium tuberculosis, la cual puede afectar cualquier órgano o tejido. Sin embargo, la forma más común de la enfermedad es la pulmonar, 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, seguida por la ganglionar. 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. Esto dificulta el diagnóstico y su tratamiento oportuno. Una de las formas más graves de la tuberculosis extrapulmonar es la meningitis tuberculosa, esta infección se produce como consecuencia de la diseminación hematógena del bacilo en el espacio subaracnoideo. Esto se conoce como una complicación de la tuberculosis primaria y puede ocurrir años después como una reactivación endógena de una tuberculosis latente o como consecuencia de una reinfección exógena (4). Ver tabla 1. Las definiciones de sintomático respiratorio son las incluidas en la Resolución 227 de 2020. En población general, se considerará sintomático respiratorio a toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días (5). Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis pueden variar según la edad, el estado inmunológico, la presencia de comorbilidades y el órgano afectado, por lo cual, el profesional de medicina podrá definir la presunción de la enfermedad frente a una tos persistente sin expectoración. En personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o que presenten patologías o tratamientos inmunosupresores, se considerará sintomático respiratorio a quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración.

En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa, el criterio para sintomático respiratorio será tos y expectoración por más de 15 días; cuando exista difícil acceso a la atención en salud, podrá tomarse un tiempo menor a 15 días cuando exista presunción de la enfermedad. Para contactos de personas afectadas por tuberculosis, se tomará como criterio tos y expectoración de 1 o más días de duración. En los niños menores de 15 años, los síntomas clínicos más

DESARROLLO

relevantes para sospechar tuberculosis son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con tuberculosis. La tuberculosis presuntiva se refiere a una persona con síntomas o signos sugestivos de tuberculosis identificados a partir de una valoración médica. Corresponde a los casos conocidos anteriormente como con sospecha de tuberculosis. Aunque bajo este término se incluyen quienes cumplen el criterio de sintomático respiratorio, el profesional de la medicina podrá definir la presunción de la enfermedad fundamentado en síntomas o signos como fiebre, diaforesis nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia u otras manifestaciones sugestivas, así no se cumplan los criterios de una persona sintomática respiratoria.

Tuberculosis Resistente: La bacteria causante de la tuberculosis (TB) puede volverse resistente a los antimicrobianos utilizado para curar la enfermedad. La resistencia a los medicamentos aparece como consecuencia de un uso indebido de los antibióticos al tratar con ellos a pacientes afectados de tuberculosis sensible. La resistencia del Mycobacterium tuberculosis puede ser primaria o secundaria también llamada adquirida. La primaria se define como aquella en la que se presentan cepas aisladas en pacientes que nunca antes han recibido tratamiento antituberculoso. La secundaria es la consecutiva a una quimioterapia incorrecta provocada por la utilización de un esquema terapéutico inicial errónea, una indicación inadecuada de tratamiento de infección tuberculosa (quimioprofilaxis) al no descartar enfermedad activa o un incumplimiento del tratamiento. Las causas de la multirresistencia son la mala gestión de tratamiento de la tuberculosis y la propagación de persona a persona. La mayoría de los casos se curan con una estricta observancia de un régimen terapéutico de 12 -18 meses registrado bajo supervisión.

Lepra: Enfermedad ocasionada por el agente Mycobacterium Leprae, de origen bacteriano que se transmite de persona a persona por vía respiratoria, la cual ingresa a los pulmones y se distribuye a todo el cuerpo principalmente a la piel, nervios, ojos, manos y pies. La enfermedad se diagnostica mediante la observación de la piel, valoración de la sensibilidad de la misma, y mediante la toma de baciloscopia de linfa para orientar el diagnóstico. La enfermedad cuenta con tratamiento el cual es gratuito y efectivo en todos los casos, el tratamiento es de estricto control por parte del personal de salud y se debe fomentar el apoyo al paciente y otras medidas para prevenir la discapacidad asociada a su causa.

Gestión de la información del componente transmisible con énfasis en eventos por Micobacterias: la identificación, caracterización, priorización e intervención de las enfermedades producidas por micobacterias (Notificación al SIVIGILA) las acciones realizadas que permitan tener información confiable y con calidad (ajustes, cierre de casos y concordancia). Los eventos producidos por micobacterias se enmarcan en los protocolos nacionales del INS (evento 813 y 450).

En el proceso de recepción de la notificación, notificación interlocal monitoreo y seguimiento de la calidad del dato de las fuentes de información de VSP incluye la Depuración, Pre crítica, critica, ajuste y Realimentación, en caso información faltante para los evento TB Todas las formas (incluye TB FR) y lepra dentro de la pre critica está incluido la verificación de los reportes confirmatorios o complementarios de TB según sea el ingreso confirmado por laboratorio o por clínica; es importante verificar que al caso se le hayan procesado pruebas de confirmación bacteriológica como baciloscopia, cultivos, pruebas moleculares si los reportes son negativos debe aparecer en la ficha y aplicativo sivigila

AGENTE ETIOLOGICO: Mycobacterium tuberculosis. **MODO DE TRANSMISION**: A través de la inhalación de microgotas suspendidas en el aire que contienen el bacilo, expulsadas por personas con tuberculosis pulmonar, o a través de las vías respiratorias por el esfuerzo espiratorio de toser, hablar, cantar o estornudar. La exposición cercana a un caso infeccioso de manera prolongada o repetida puede producir la infección de 15 a 20 personas durante un año. La tuberculosis extrapulmonar, con excepción de la laríngea, no es transmisible salvo en aquellas situaciones en las que exista una fístula secretante. RESERVORIO: Principalmente los seres humanos; en raras ocasiones los animales. **PERIODO DE INCUBACION**: El período

DESARROLLO

de incubación de la tuberculosis es indefinido y depende de diversos factores, sin embargo, se ha estimado que de 2 a 10 semanas es el período promedio desde el momento de la infección hasta la aparición de una lesión primaria demostrable o una reacción tuberculina significativa; sin embargo, en algunos individuos la infección puede permanecer latente toda la vida.

PERIODO DE TRASMISION: La probabilidad de desarrollar la tuberculosis puede variar ampliamente y tardar varios años después de la infección. Se estima que alrededor del 10% de los infectados desarrollará la enfermedad; adicionalmente, existen factores de riesgo como la edad, el estado nutricional e inmunológico, que contribuyen al desarrollo de la enfermedad. De igual manera, la infección por VIH incrementa notablemente el riesgo y acorta tiempo de aparición de la tuberculosis.

FACTORES DE RIESGO: El riesgo de infección y el desarrollo posterior de la enfermedad dependen de factores asociados con el bacilo (viabilidad, transmisibilidad y virulencia), el huésped (estado inmune, susceptibilidad genética, duración e intensidad de la exposición) y de la interacción bacilo-huésped (lugar de afectación, gravedad de la enfermedad). Por lo tanto, se pueden señalar los siguientes factores de riesgo: • Presencia de casos de tuberculosis pulmonar no diagnosticados o no tratados. • Condiciones de hacinamiento. • Desnutrición, inmunocompromiso de cualquier etiología (infección por VIH, uso de medicamentos inmunosupresores), diabetes, cáncer, insuficiencia renal crónica, silicosis, alcoholismo y drogadicción.

CASO CONFIRMADO: Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado: es aquel caso que se configura por el resultado positivo para alguna de las pruebas de laboratorio como baciloscopia (coloración directa de la muestra), cultivo en medio líquido o prueba molecular.

CASO CONFIRMADO POR CLINICA: Caso de tuberculosis clínicamente diagnosticado: es aquel caso diagnosticado por un profesional de la medicina, quien ha decidido darle un ciclo completo de tratamiento antituberculoso, con pruebas bacteriológicas negativas. Esta definición incluye casos diagnosticados sobre la base de un cuadro clínico sugestivo acompañado de anomalías en exámenes radiográficos (radiografía simple o tomografía), o histopatología sugestiva o nexo epidemiológico (contacto con un caso de tuberculosis confirmado) y en el cual no se tuvo o no fue posible la confirmación bacteriológica. Si alguno de los casos diagnosticados por la clínica, posteriormente resulta ser bacteriológicamente positivo (antes o después de iniciar el tratamiento), debe ser reclasificado como un caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado.

CASO CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO: Caso compatible de tuberculosis con criterio bacteriológico negativo, que presenta criterios clínico y epidemiológico positivos, y en quien el médico ha decidido iniciar tratamiento antituberculosos. Estar expuesto o ser contacto de un caso confirmado de tuberculosis bacilífera, hace positivo el criterio epidemiológico (signo de Combe positivo).

CASO DESCARTADO: Estos se definen como las personas que iniciaron tratamiento para tuberculosis por criterio médico, pero como resultado de pruebas diagnósticas y por criterio clínico del equipo médico tratante se descarta el diagnóstico de tuberculosis. Para efectos del diagnóstico de egreso en el registro del Programa Nacional de tuberculosis y para la gestión de medicamentos, se deben reportar los casos de tuberculosis que hayan sido descartados; así mismo, se deberán ajustar por descarte en el SIVIGILA.

CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO: Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado: es aquel caso que se configura por el resultado positivo para alguna de las pruebas de laboratorio como baciloscopia (coloración directa de la muestra), cultivo en medio líquido o prueba molecular.

CASO NUEVO: Aquel que nunca ha sido tratado por tuberculosis o que ha recibido medicamentos antituberculosos por menos de un mes.

CASO PREVIAMENTE TRATADO: Persona que ha recibido un mes o más de tratamiento con medicamentos antituberculosos en el pasado. Se clasifica además por el resultado de su más reciente ciclo de tratamiento, de la siguiente manera: Reingreso tras recaída: persona que ha sido previamente tratada por tuberculosis, fue declarada como curada o con tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento y ahora se le diagnostica con un episodio recurrente de tuberculosis (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de tuberculosis causado por reinfección). Reingreso tras fracaso: persona previamente tratada por tuberculosis, cuyo tratamiento fracasó, evidenciado mediante un resultado de baciloscopia o cultivo de esputo positivo en el cuarto mes, o posterior, durante el tratamiento. Recuperado tras pérdida de seguimiento: persona que había

DESARROLLO

sido tratada previamente por tuberculosis y fue declarada pérdida en el seguimiento realizado al final de su tratamiento más reciente y reingresa nuevamente al Programa. Otros casos previamente tratados: son aquellos que han sido previamente tratados por tuberculosis, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o no se ha documentado

TUBERCULOSIS PULMONAR: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis, que afecta el parénquima pulmonar o el árbol laringotraqueobronquial. La tuberculosis laríngea y la miliar se deben clasificar como tuberculosis pulmonar. **TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR**: La Tuberculosis extrapulmonar se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis, que afecta otros órganos que no sean los pulmones; por ejemplo, la pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges. Las linfoadenopatías tuberculosas intratorácicas (mediastinales o hiliares) o el derrame pleural causado por la tuberculosis sin alteraciones radiográficas de los pulmones, configuran un caso de tuberculosis extrapulmonar.

PERSONA CON TUBERCULOSIS Y VIH: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis y que tiene un resultado positivo de la prueba del VIH realizado al momento del diagnóstico de tuberculosis, o que reporta evidencia documentada de atención en un programa de VIH o de tener confirmado el diagnóstico de VIH (por ejemplo, estar reportado en la base histórica de VIH del Sivigila o como persona que vive con VIH en la Cuenta de Alto Costo - VIH). **PERSONA CON TUBERCULOSIS SIN VIH**: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis y que tiene un resultado negativo de la prueba de VIH realizada al momento del diagnóstico de la tuberculosis. Cualquier persona con tuberculosis y sin VIH que posteriormente se encuentra que tiene VIH, debe ser reclasificada en el Programa y debe actualizarse su condición en el Sivigila

PERSONA CON TUBERCULOSIS Y CON ESTADO VIH DESCONOCIDO Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis que no tiene ningún resultado de la prueba de VIH, y no hay otra evidencia documentada de atención en un programa de VIH o de que se le hubiese confirmado el diagnóstico con anterioridad al evento de tuberculosis. Si posteriormente se determina el estado de VIH de la persona, esta debe ser reclasificada en los registros del programa y realizar actualización en el Sivigila. Se incluyen en esta categoría las personas que fallecieron antes de realizarse la prueba de VIH o cuando existe un disentimiento informado de la realización del examen para VIH.

DIAGNOSTICO: El diagnóstico de la tuberculosis se realiza mediante la demostración de la micobacteria, por diferentes métodos bacteriológicos o microbiológicos, fenotípicos o genotípicos (a todos los casos se les debe realizar pruebas de sensibilidad a fármacos de tuberculosis) y según lo establecido en la Resolución 227 de 2020. El estudio microbiológico se realiza a través de cultivo en medio líquido y/o pruebas de biología molecular (Se deberán utilizar las pruebas de biología molecular controladas por el INS y avalada por la Organización Mundial de la Salud). Para el 2024 en la Subred Sur Occidente el Porcentaje de casos por tipo de tuberculosis, notificados al Sivigila es de 100% de casos de tuberculosis pulmonar y extra pulmonar. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 122 casos, por localidad se tienen para Kennedy 56 casos, descartado (0), positivos (56), pendientes (0); Fontibón con 14 casos, según clasificación final descartado (0), positivo (14) pendientes (0); Bosa con 33 casos según clasificación descartado (0), positivo (33) pendientes (0); Puente Aranda con un acumulado 19 y clasificación final descartado (0), positivo (19) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE III 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y entrega tratamiento, visita articulada con la enfermera del programa a los casos de menores, tuberculosis fármaco resistente, casos de persona en cárceles. El Porcentaje de casos de confección tuberculosis /VIH SIDA es del 8,9% de los casos de tuberculosis todas las formas confirmadas corresponden a coinfeccion tuberculosis / VIH en 2024 (11/123*100)

Comportamiento del Indicador para tuberculosis el caul garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se revisa con regularidad utilizando en forma sistemática, los casos notificados mes a mes es así como se tiene un acumulado del Porcentaje de casos confirmados por tipo de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar es de 100% (238/238x100), con una porcentaje de casos de coinfeccion tuberculosis /VIH SIDA de 8,4%

DESARROLLO

(20/238*100) , Porcentaje de casos de tuberculosis con investigación de campo realizada es de 75,6% (180/238*100), porcentaje de contactos por caso de tuberculosis 136,6% (325/238*100); en la Subred Sur Occidente, donde se tiene un acumulado de 237 casos notificados, según la clasificación del ajuste final por localidad por localidad Kennedy en total 104 casos de los cuales se descartan 0, positivos 104 casos, pendiente 0; Fontibón con un total 39, descartados 0, positivos 39, pendiente 0; Bosa 57 casos con ajuste 0 descartados, positivos 57, pendientes 0; Puente Aranda 37 casos , de los cuales se descartan 0, positivos 37, pendiente 0.

6.VIGILANCIA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA, E INDICADORES PFA CODIGO 610

La parálisis se define como la pérdida parcial o total de la capacidad para realizar movimientos voluntarios; lo que incluye no solamente movimientos de los cuatro miembros, sino también aquellos con un componente automático como la respiración, la deglución y los movimientos oculares anatómicos. En términos clínicos, la parálisis puede resultar de la lesión en uno de los cuatro sitios anatómicos: neurona motora superior, neurona motora inferior (incluidas raíces, plexos, nervios periféricos, unión neuromuscular y músculo), unión neuromuscular y músculo estriado. La denominación de parálisis aguda indica la instalación abrupta de la debilidad muscular, pero también que la parálisis progresa hasta su acmé en uno a diez días, usualmente en tres a cuatro días. Se describen como causas más frecuentes de PFA en niños la poliomielitis por poliovirus, la neuropatía periférica (unidad de Guillain-Barré), la mielitis aguda (mielitis transversa aguda, absceso epidural, hematoma y tumores), las lesiones de la unión neuromuscular (miastenia gravis, botulismo, neurotoxinas vegetales, insecticidas organofosforados) y en músculo, la polimiositis o miopatía inflamatoria idiomática, la parálisis periódica familiar hipocalémica o hipercaliémica y la triquinosis. Las características del agente en cuanto a su modo de transmisión, período de incubación y período de transmisibilidad se resumen

Poliomelitis por Poliovirus: La poliomielitis es una enfermedad aguda, febril, caracterizada por meningitis aséptica y debilidad o parálisis de una o más extremidades. La manifestación de la infección por poliovirus varía desde enfermedad inaparente hasta parálisis y muerte; más del 90 % de las infecciones por poliovirus ocurridas naturalmente son subclínicas. La poliomielitis aguda clínica tiene dos fases distintas: la menor, con una **incubación de tres a siete días**, consistente en viremia, síntomas no específicos como fiebre, dolor de cabeza, malestar de la garganta y anorexia. Entre 4 y 8 % de personas infectadas experimenta síntomas de enfermedad menor que se resuelven en uno o dos días después del inicio. La enfermedad mayor está asociada a síntomas de afección del sistema nervioso central (entre 0,1 y 1 % de los infectados) que aparecen después de la enfermedad menor, estos incluyen fiebre, dolor de cabeza, vómito y meningitis. Una característica de la poliomielitis es la debilidad motora asimétrica, la cual se desarrolla en uno a dos días. La gravedad de la enfermedad va desde debilidad en una sola extremidad hasta la cuadriplejia. Los músculos proximales están frecuentemente involucrados más que los dístales, y las piernas, más comúnmente que los brazos. La ubicación de la parálisis depende de la localización de la destrucción neuronal y su persistencia por más de 60 días puede indicar parálisis permanente. Los reflejos están ausentes, la sensibilidad se conserva y las paresias pueden durar desde varias horas hasta varios días. Los nervios craneales pueden verse involucrados en 5 a 35 % de los casos paralíticos (poliomielitis bulbar). Cualquier miembro craneal motor puede verse involucrado, pero los nervios IX y X son los más comúnmente afectados. La falla respiratoria por la parálisis de los músculos intercostales y del diafragma representa la complicación más seria de la poliomielitis paralítica.

CARACTERSITICAS DEL VIRUS DE LA POLIOMIELITIS: AGENTE ETIOLOGICO: 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 TRASMISION**: La principal vía de transmisión en áreas en donde existen deficiencias sanitarias es **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. **PERIODO DE INCUBACION**: Es de siete a 14 días y puede variar de tres a 35 días. **MODO DE TRASMISION**: 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

DESARROLLO

SUCEPTIBILIDAD: 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.

*VOP: Vacuna de Polio Oral . **RESERVORIO** : El hombre es el único reservorio del virus.

Las vacunas para prevenir la poliomelitis : Con el desarrollo y evaluación en 2009 de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis tiene ahora disponibles cinco vacunas distintas para detener la transmisión de la poliomielitis :Antipoliomielítica oral (VOP), Antipoliomielíticas orales monovalentes (mVOP1 y mVOP3), Antipoliomielítica con virus inactivado, Antipoliomielítica oral bivalentes (bVOP), Antipoliomielítica con virus inactivado . Las siguientes definiciones se han desarrollado, teniendo en cuenta consideraciones virológicas y epidemiológicas **a) Poliovirus derivado de la vacuna (PVDV):** • Cepas VOP que son > 1 % divergentes (≥10 cambios en las bases de nucleótidos (NT), para los tipos 1 y 3) en la región genómica VP1. • Cepas VOP que son > 0,6 % divergentes (≥ 6 cambios de NT, para el tipo 2) en la región genómica VP1. b) **PVDV circulante (PVDVc):** aislamiento de PVDV en la cual existe evidencia de transmisión de persona a persona en la comunidad. De al menos dos personas (no necesariamente los casos de PFA) y que no son contactos en el hogar. • De una persona y uno o más muestras del me-dio ambiente. c) **PVDV asociado con inmunodeficiencia (PVDVi):** PVDV aislados de las personas con evidencia de inmunodeficiencia primaria. d) **PVDV ambiguo (PVDVa):** PVDV aislado a partir de muestras de personas sin inmunodeficiencia conocida o del medio ambiente, sin evidencia de circulación.

Dentro de las recomendaciones de la SDS se hace énfasis en la necesidad de tomar 2 muestras de materia fecal en los primeros 14 dias de iniciado las síntomas para parálisis flácida aguda y la otra estudio de Campylobacter en Guillaim Barre, con envio al LSP mas ficha de notificacion del caso

Comportamiento del Indicador para Parálisis Flácida Aguda PFA en el cual se garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se revisa con regularidad utilizando en forma sistemática, los casos notificados mes a mes en la Subred Sur Occidente es así como se tiene un acumulado de 5 casos con investigación epidemiológica de campo según localidad de tiene para Bosa 2 , Kennedy 3

7.VIGILANCIA SALUD PUBLICA EVENTO ADVERSO ASOCIADO A VACUNACION CODIGO 298

Se tiene encuenta el lineamiento general para la gestión de evento adverso posterior a vacunacion del INVIMA 2024, es una guía para los integrantes de la Red Nacional de Farmacovigilancia, que realizan funciones de vigilancia sanitaria de los eventos adversos posteriores a la vacunación (EAPV/ESAVI2) en el marco de sus funciones dentro del sistema de salud colombiano y que suceden en el territorio nacional, en ejercicio de la vacunación del esquema regular del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) incluidas las vacunas contra el Covid-19.

Donde se soportará el proceso de vigilancia de las vacunas acoge y adopta los lineamientos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se articula con los protocolos de vigilancia epidemiológica y en salud pública del Instituto Nacional de Salud y recopila el apoyo normativo y técnico de las direcciones misionales del Ministerio de Salud y Protección Social que se vinculan con este proceso.

Brindar orientaciones generales para la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación (EAPV) articulando el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del

DESARROLLO

Instituto Nacional de Salud (SIVIGILA) la Agencia Sanitaria Nacional (Invima) y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Programa Nacional de Farmacovigilancia (PNF) es la intervención en Salud Pública, diseñada y liderada por el Invima, para promover el uso seguro de los medicamentos y productos farmacéuticos comercializados en el territorio nacional, a través de la detección y gestión de sus riesgos asociados, con el fin de prevenirlos o mitigarlos. De esta manera, el programa realiza procesos de captura, análisis, registro, evaluación y seguimiento de eventos adversos y problemas relacionados con el uso de medicamentos de síntesis química o biológicos (vacunas), fitoterapéuticos, homeopáticos y suplementos dietarios, de forma tal que se puedan identificar los factores de riesgo que predisponen su incidencia y así poder identificar problemas relacionados con la calidad, efectividad y seguridad de los mismos, y establecer estrategias de vigilancia sanitaria en el marco de las funciones encabezadas por el Invima.

En el lineamiento general para la gestión del evento adverso posterior a la Vacunacion, por parte del grupo de Fármacovigilancia y la dirección de medicamentos y productos biológicos, describe la ruta, el objetivo y la descripcion de los 10 subprocesos. *La finalidad de la vigilancia es contribuir a la detección temprana y la clasificación de los EAPV e identificar los casos graves y las señales de riesgo a fin de generar una respuesta rápida y apropiada. Ya que los objetivos específicos del sistema de vigilancia son: Obtener y analizar información en tiempo real para la toma de decisiones; determinar distintos tipos de EAPV en relación a: reacción relacionada con la vacuna, reacción a un defecto de calidad de la vacuna, reacción relacionada con un error en la inmunización, d) reacción relacionada con el nerviosismo ante la vacunación y e) evento coincidente con asociación temporal con la vacunación y mantener y aumentar la confianza y aceptación de las vacunas mediante la retroalimentación.*

La vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación **permite identificar los problemas relacionados con la seguridad, calidad y efectividad de la vacuna.** La detección de estos casos puede identificar errores de prescripción o uso, calidad inferior o subestándar, falta de efectividad, usos indebidos e interacción con otros medicamentos, alimentos o bebidas. Los casos notificados por UPGD (IPS) a Sivigila aportan al Programa Nacional de Farmacovigilancia y a su Red. Esta información permite al INVIMA analizar la información para detectar casos individuales de seguridad que deben ser reportados, señales de alerta ante incremento de casos o comportamientos inusuales por características de tiempo, persona y lugar. Cada caso reportado al Sivigila será transferido al VigiFlow® para su respectivo análisis y clasificación en el nivel territorial por el Comité de Expertos para evaluación de reacciones adversas

Caso sospechoso grave: Persona que presenta cualquier signo, síntoma, trastorno o síndrome después de la administración de una vacuna, que cause una incapacidad, discapacidad, ponga en riesgo la vida, requiera hospitalización u ocasione la muerte, o genere clúster de eventos graves y que, la persona, sus cuidadores o los trabajadores de la salud consideren que podría atribuirse a la vacunación o proceso de inmunización

La **Clasificación Final de Casos Relacionados con Evento Adversos Posterior a la Vacunación en Bogotá D.C :** Para la clasificación final de los casos relacionados con evento adverso posterior a vacunación, se debe realizar unidad de análisis, con participación de los actores más visita del punto de vacunación.

INSCRIPCION A LA PLATAFORMA DE VIGIFLOW- Y MANEJO A TODAS LAS IPS CON SE FARMACEUTICO Y PUNTO DE VACUNACION

Con el fin de realizar seguimiento, al perfil de seguridad de los Biológicos para vacunación, se evidencia que se requiere un plan de necesidades de asistencia técnica a los diferentes puntos de vacunación y al personal que interviene en el proceso, dado que al retroalimentar, asesorar y fortalecer el conocimiento de los colaboradores se mitiga el riesgo de cometer errores en el proceso de vacunación. Por lo que se tiene la Normatividad Invima **Circular 3000- 05262021.**

2. Solicitar la creación del Usuario a la entidad Territorial (SDS). La Solicitud se debe hacer por Correo Electrónico a farmacovigilanciabogota@saludcapital.gov.co Y Se debe adjuntar: Certificado de Realización del Curso, Correo electrónico propuesto para usuario, Nit del prestador, Código de inscripción al PNF, Nombre del

DESARROLLO

Referente, Teléfono de Contacto, la vigilancia epidemiológica continua bajo lo establecido en el protocolo de farmacovigilancia, donde al SIVIGILA ingresan los EAPV graves por las vacunas de COVID_19, EAPV del esquema regular. VIGIFLOW se notifican EAPV leves de la vacuna COVID_19, errores programáticos de COVID_19, EAPV leves, graves y errores programáticos del esquema del PAI esquema regular. **No olvidar que los errores programáticos causan una incapacidad, discapacidad, ponen en riesgo la vida, requieren hospitalización u ocasionan la muerte, o generan un clúster.**

Dentro del flujograma de la información si el paciente vacunado que presenta Evento Posvacunal, investige, se debe preguntar si cumple definición de caso sospechoso o grave?, Reporte en SIVIGILA como evento 298 y Plataforma VigiFlow, Reporte desde VSP, IPS a VSP local y químico farmacêutica. Reporte inmediato Envío HC, Ficha de Notificación, realice Acciones individuales, colectivas; Cierre y clasificación del caso de acuerdo con el lineamiento. Por consiguiente Si es un evento No Grave o Error Programático, y corresponde a la aplicación para todos los biológicos y Covid-19,Esquema Permanente; entonces Reporte a VigiFlow https://farmacoweb.invima.gov.co/reportesfv/login/loginUsuario.jsp.

La Secretarai de Salud Distrital continua el **acompañamiento Comités con el INVIMA y el** Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en : 1. Cove Locales, 2. Asistencias técnicas Instituciones Públicas y Privadas., Articulación con los Subsistemas: 1.Programa Ampliado de Inmunización (PAI) , 2.Farmacovigilancia , 3.Tecnovigilancia.4. Seguridad al Paciente. 5. Epidemiologia. Con Lineamiento para el manejo de Errores Programáticos: PAI en Subredes e Instituciones Públicas y Privadas, Epidemiologia, Infectologia , Pediatría, Seguridad al paciente, Químico Farmacéutico, Tecnovigilancia. EL **Fortalecimiento en manual administrativo** PAI para la adherencia en los inmunobiológicos y procesos de vacunación segura a las UPGD: Cadena frío, Almacenamiento adecuado de dispositivos médicos y técnica para disminuir el error programático, Evitar la pérdida real o potencial de la confianza en la vacunación, Continuar con el fortalecimiento de la farmacovigilancia de vacunas en las UPGD y notificación para el Evento Adverso Posterior a la Vacunación

Comportamiento del Indicador para el evento adverso posterior a vacunacion en el caul se garantiza plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se revisa con regularidad utilizando en forma sistemática, los casos notificados mes a mes es así como se tiene un acumulado de 23 caso, según localidad se tiene Bosa 10 , Kennedy 9, Fontibón 4, y Puente Aranda no hay casos. Para la visita a punto de vacunacion se cuenta con el apoyo de una de las enfermeras del Programa Ampliado de Inmunización PAI DE LA Subred Suroccidente y es así como se tiene una acumulado de 19 visitas y por localidad en Bosa se realizan 6 visitas a punto de vacunacion, Kennedy 9, Fontibón 2 Puente Aranda 2

8. VIGILA SALUD PUBLICA VIRUELA SÍMICA CODIGO 880

La viruela símica es endémica en África Central y Occidental, en las selvas tropicales habitadas por mamíferos portadores. Hay dos cepas genéticamente diferenciadas: el cual presenta mayor morbilidad, mortalidad y tasa de transmisión de persona a persona que la occidental y letalidad de hasta el 10 %, en tanto que la letalidad del 1 % . Los síntomas iniciales, cuadro clínico, se presentan durante dos a cuatro días, con fiebre, fatiga y linfo-adenopatía, cefalea y dolor de espalda. La fiebre se reduce tres días después de la aparición de la erupción que comienza en la cara y se propaga rápidamente por el cuerpo, incluidas las mucosas bucales, los genitales y las palmas de las manos y las plantas de los pies. Las lesiones aparecen simultáneamente y evolucionan a un ritmo similar, con una duración hasta de cuatro semanas, comenzando como máculas que se forman secuencialmente, se transforman en pápulas, vesículas, pústulas y finalmente costras que descaman.

Puede generar complicaciones como infecciones bacterianas secundarias, bronconeumonía, afectación gastrointestinal, sepsis, encefalitis e infección de la córnea con pérdida de visión y deshidratación severa. Las muertes en África Occidental están asociadas con edad temprana o infección por VIH no tratada.

En los casos estudiados durante los brotes de 2022, la presentación clínica ha sido atípica, con pocas lesiones en el área genital, perineal/perianal o peri oral y una erupción asincrónica previa a una fase sintomática (linfo-adenopatía, fiebre, malestar general). Con respecto a la infección durante la gestación y la transmisión materno-perinatal, Se considera a las gestantes como población de alto riesgo, por la posibilidad de complicaciones, tales como: en el primer trimestre, aborto espontáneo; en el segundo trimestre, parto prematuro y en el tercero, muerte fetal intrauterina. Para el periodo IV se tiene

DESARROLLO

un acumulado de 27 casos , uno confirmado de Bosa, 23 IEC efectivas, 4 fallidas; según el sexo 3 son mujeres y 24 hombres , 10 casos cursan con coinfeccion con HIV(+).

Los síntomas iniciales, descritos históricamente, se presentan durante dos a cuatro días, con fiebre, fatiga, linfo-adenopatía, cefalea y dolor de espalda. La fiebre se reduce tres días después de la aparición de la erupción que comienza en la cara y se propaga rápidamente por el cuerpo, incluidas las mucosas bucales, los genitales y las palmas de las manos y las plantas de los pies (25). Las lesiones aparecen simultáneamente y evolucionan a un ritmo similar, con una duración hasta de cuatro semanas, comenzando como máculas que se forman secuencialmente, se transforman en pápulas, vesículas, pústulas y finalmente costras que descaman

Es una enfermedad autolimitada; sin embargo, puede generar complicaciones como infecciones bacterianas secundarias, bronconeumonía, afectación gastrointestinal, sepsis, encefalitis, mielitis transversa, infección de la córnea con pérdida de visión y deshidratación severa. Entre el 1 y el 13 % requieren atención hospitalaria, dentro de los grupos con mayor riesgo de presentar la forma grave de la enfermedad se encuentran los niños, mujeres embarazadas y personas inmunocomprometidas, incluidas las personas que viven con VIH no controlada.

Las lesiones suelen durar 2 a 3 semanas y progresan a través de varias etapas, primero en máculas de 2-5 mm que evolucionan a pápulas, vesículas y luego pseudopústulas; están bien circunscritas y a menudo se desarrollan, entre 7 y 14 días después del inicio de la erupción, luego forman costras, que se secan y caen; en algunos casos pueden presentar lesiones en diferentes etapas a la vez y no todas las lesiones progresan de una fase a otra en orden. La mayoría de los casos presentan entre 1 a 20 lesiones; sin embargo, se reportaron casos con una única lesión o más de 100 lesiones, principalmente en inmunocomprometidos. Con respecto a la infección durante la gestación y la transmisión materno-perinatal, los datos son limitados a nivel mundial y están sujetos al sesgo de notificación.

Los estudios muestran que podría ser más grave en gestantes y neonatos que en el resto de la población, con riesgo de transmisión vertical, enfermedad grave, aborto espontáneo, muerte fetal y parto prematuro. Por analogía con la viruela, se espera que la enfermedad sea más grave en embarazadas especialmente en el tercer trimestre

Dentro de las complicaciones en **gestantes se puede presentar: en el primer trimestre, aborto espontáneo; en el segundo trimestre, parto prematuro y en el tercero, muerte fetal intrauterina**

Agente etiológico: Es una enfermedad viral causada por el virus MPXV que pertenece al género *Orthopoxvirus*, familia *Poxviridae.* Incluye al virus variola (causante de la viruela).

Modo de trasmisión: se presenta de animal hacia humano (zoonótica), puede ocurrir por contacto directo con la sangre, fluidos corporales, o lesiones cutáneas o mucosas, de animales infectados.

La transmisión de persona a persona se produce por contacto con el exudado de la lesión o el material de la costra, a través de la saliva, excreciones respiratorias, y podría darse por materiales contaminados, como la ropa de cama o utensilios para comer. **El contacto físico durante las relaciones sexuales son el principal modo identificado** durante este brote

Periodo de incubacion: es de 5 a 21 días. Varía de acuerdo con el tipo de transmisión:

Exposiciones no invasivas (contacto con la piel intacta o transmisión de gotas), el período de incubación es de 13 días

Exposiciones complejas e invasivas (contacto con piel lesionada o membranas mucosas en regiones anal o genital), el período de incubación es de 9 día

Periodo de Trasmisibilidad: es de uno a cinco días (pródromo) antes del comienzo del exantema y persiste hasta que todas las costras se hayan caído

Susceptibilidad: Toda persona que no haya enfermado previamente por el virus tiene riesgo de infectarse

Reservorio: El reservorio son mamíferos, pero se desconoce el huésped natural, el virus se ha aislado en una ardilla de cuerda en la República Democrática del Congo y en un mangabey tiznado en Costa de Marfil

Inmunidad: En la población vacunada contra la viruela el nivel de inmunidad serológica es del 25,7 %. Sin embargo, el número de cohortes no vacunadas, la disminución de la inmunidad a la vacuna contra la viruela aumenta el riesgo de transmisión de persona a persona.

Definiciones operativas de caso

Caso probable: Un caso probable debe cumplir con los criterios clínicos y epidemiológicos

DESARROLLO

Criterios clínicos Persona que presenta :

Lesión única o múltiples en cualquier parte del cuerpo (puede ser de tipo mácula, pápula, vesícula, pústula) o Úlcera genital/perianal con o sin proctitis
Acompañado o no de: Fiebre, mialgias, linfo-adenopatía, cefalea, odinofagia o astenia.

Criterios epidemiológicos: Tener uno de los siguientes antecedentes en los **últimos 21 días**:
✓ Contacto con un caso confirmado o probable de Mpox , ✓ Antecedente de contacto estrecho, inclusive el intimo o sexual, con persona procedente del exterior.
✓ Nuevas o múltiples parejas sexuales. ✓ Participación en eventos masivos o sociales, inclusive aquellos donde se tienen relaciones sexuales.
✓ Antecedente de contacto con animales vivos o muertos potenciales reservorios del virus, ✓ Paciente que según **criterio del médico** (clínico o epidemiólogo) es un caso probable.

Caso confirmado por laboratorio: Un caso probable con resultado positivo en la prueba de laboratorio de infección por *orthopoxvirus* mediante PCR positiva específica para *orthopoxvirus*.
Caso descartado por laboratorio: Caso probable al que se tomó, conservó y procesó en forma adecuada una muestra para el diagnóstico por laboratorio y el resultado fue negativo.
En el caso de descartar Mpox, es importante considerar diagnósticos diferenciales para enfermedad exantemática o eruptiva que expliquen el cuadro clínico y correspondan a la situación local: varicela, herpes zóster, sarampión, enfermedad de manos, pie, y boca (virus *coxsackie*), zika, dengue, chikunguña, herpes simple, herpes genital, infecciones bacterianas de la piel (impétigo), infección gonocócica diseminada, sífilis primaria o secundaria, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reacción alérgica (por ejemplo, a las plantas). Esto quiere decir, establecer otros diagnósticos que correspondan al caso bajo atención.

Es importante, no olvidar la verificación del estado de vacunación contra sarampión y rubéola y en el caso de menores de 15 años cuyo exantema no sea vesicular, notificar como caso sospechoso de sarampión/rubéola. Los casos con enfermedad vesicular o pustular NO son compatibles con sarampión o rubéola.
Muerte confirmado por laboratorio: Caso con condición final fallecido y que, mediante unidad de análisis, basados en el análisis clínico, epidemiológico y por laboratorio (PCR positiva o hallazgos histopatológicos compatibles específicos para orthopoxvirus), se identifica que la **causa básica** de la muerte fue debida a la Mpox .
Muerte confirmado por clínica: Caso con condición final fallecido y que, mediante unidad de análisis, basados en el análisis clínico y epidemiológico, en quien, por cualquier motivo, cuenta con una muestra no adecuada, se identifica que la causa básica de la muerte fue debida a la Mpox
Muerte descartada: Caso con condición final fallecido y que, mediante unidad de análisis, basados en el análisis clínico, epidemiológico y de laboratorio, se identifique que la causa básica de la muerte fue debida a otras causas y no a la Mpox.

Para la definición de la fuente, los casos deben ser clasificados de la siguiente forma:

Caso importado: Caso confirmado en una persona con antecedente de viaje a otro país donde circula el virus, durante el período de posible exposición (5 a 21 días antes del inicio del pródromo).
Caso relacionado con la importación: Caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas y virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión originada por un caso importado.
Caso de fuente desconocida: Caso confirmado al cual no se le pueden identificar cadenas de transmisión o fuente de infección.
Relacionado con fuente desconocida: Caso confirmado que hace parte de una cadena de transmisión secundaria o un caso confirmado de fuente desconocida.
Vigilancia La vigilancia pasiva se realiza mediante la notificación inmediata de casos probables en la ficha Código 880.

DESARROLLO

La vigilancia activa se realiza mediante: Vigilancia intensificada en instituciones prestadoras que ofrezcan servicios de infectología, dermatología, coloproctología, gastroenterología, urología, ginecología, ginecobstetricia, medicina interna, medicina familiar, pediatría y odontología; en programas especiales de atención de personas con VIH, servicios de salud sexual y reproductiva y en hospitales de referencia
Vigilancia intensificada en población con potencial vulnerabilidad tales como trabajadoras/es sexuales, personas trans, personas en situación de calle, personas en alojamientos temporales, de acuerdo con los programas o proyectos locales para su abordaje.
Investigación epidemiológica de campo de todo caso probable, en las primeras 24 horas después de la notificación o identificación, para los municipios donde no se han confirmado casos y hasta 72 horas
Revisión de registros de defunción Estadísticas Vitales (Defunciones RUAF), realizando búsqueda de diagnósticos relacionados.
Dentro de la vigilancia basada en comunidad (VBC) el evento Mpox hace parte del grupo de eventos de síndrome eruptivo, motivo por el cual el agente comunitario (vigía o gestor comunitario) reportará las situaciones de personas que tengan una o varias lesiones en cualquier parte del cuerpo (tipo vesícula, pústula, lesión ulcerada), junto con síntomas como fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, ojos rojos, dolor en las articulaciones, vómitos, diarrea, dolor de espalda, fatiga, escalofríos, dolor detrás de los ojos o sensibilidad a la luz.
Realizar investigación epidemiológica de campo de todo caso probable, en las primeras 24 horas después de la notificación o identificación y seguimiento de contactos

Realizar monitoreo de los casos de gestantes confirmadas no aseguradas residentes en su territorio hasta culminar la gestación, garantizando la atención requerida según el caso.

Realizar el monitoreo de los nacidos vivos de gestantes confirmadas no aseguradas por al menos 12 meses, garantizando la atención requerida según el caso.

Diagnóstico: Realizar la recolección de muestras de casos, bien sea como caso probable, caso de mortalidad o caso de gestantes – neonatos – muerte fetal o posparto.

Periodicidad de la notificación

Super inmediata: Una vez una UPGD reporta en el aplicativo Sivigila 4.0 el caso probable de Mpox, genera un archivo plano inmediato a correos determinados de INS y de las secretarías de salud (de procedencia, notificación y residencia), aumentando la oportunidad en la detección y el inicio de las acciones individuales.
Inmediata: Los casos probables de Mpox deben ser ingresados de manera inmediata al subsistema de información – Sivigila, se genera archivo plano inmediato, se envía correo electrónico con periodicidad diaria siguiendo el flujo de información establecido por el sistema.
Ajuste: La clasificación de los casos se realizará de acuerdo con el cumplimiento de la definición de caso y los resultados de laboratorio para confirmar o descartar los casos. Los tiempos para realizar ajustes serán de 4 semanas epidemiológicas para los casos con muestra y condición final vivo y 5 semanas epidemiológicas para los casos sin muestra y casos fallecidos, desde la notificación.
La clasificación o ajuste final de casos en el aplicativo Sivigila demanda los siguientes criterios o códigos:
Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio, Ajuste 6: caso descartado por laboratorio, unidad de análisis o que no cumple definición de caso.
Ajuste D: descartado por error de digitación. Enviar acta, ficha de notificación , HC reporte de laboratorio , pantallazo Sivigila 4.0
Clasificación y condición finales de casos: tablas con la clasificación final de los casos (probable, confirmado o descartado), fuente de infección (importado, relacionado con la importación, desconocida, relacionado con fuente desconocida, comunitaria y evolución clínica (vivo o muerto).

DESARROLLO

Unidad de análisis: Se debe llevar a cabo a todo caso probable o confirmado con condición final fallecido o que registre Mpox en alguna de las causas del certificado de defunción. En el caso de muertes con resultado de laboratorio negativo, se debe verificar que las causas descritas en el certificado de defunción descarten la Mpox.

Las unidades de análisis se ingresarán al aplicativo UACE, en un periodo máximo de cinco semanas epidemiológicas posteriores a la notificación del caso o fecha de muerte

Búsqueda activa institucional: periódica y mensual en UPGD que presenten silencio epidemiológico mayor a cuatro semanas epidemiológicas

Reporte sitrep: El Sitrep del brote en comunidad debe generarse con periodicidad semanal, el miércoles y debe ser enviado al correo emergentes@ins.gov.co, con la información acumulada de los casos notificados y de manera actualizada. Ante un brote en una población cerrada o confinada, se debe generar Sitrep específico, no se debe combinar con el Sitrep del brote en la comunidad

Definición de contacto : Persona que ha tenido una o más de las siguientes exposiciones con un caso probable o confirmado desde el pródromo y hasta cuándo desecaron todas las costras: Contacto físico directo o íntimo como besarse o abrazarse, incluido el contacto sexual, Exposición prolongada cara a cara (incluidos los trabajadores de la salud, sin el equipo de protección personal adecuado), Contacto con materiales contaminados como ropa o ropa de cama, fómites o elementos de uso personal (celulares, cigarrillos electrónicos, etc.).

Mediadas de prevención

Revisar los antecedentes epidemiológicos de importancia durante los últimos 21 días tales como viajes, contactos con animales, contactos estrechos con personas procedentes del exterior, contacto con casos probables o confirmados, nuevos o múltiples contactos sexuales, asistencia a eventos masivos o eventos sociales, entre otros.

Desinfectar el material contaminado con fluidos y secreciones de casos probables o confirmados con hipoclorito de sodio,

Aislamiento en casa en una habitación individual para la persona, se recomienda que cuente con flujo de ventilación., Los familiares deben evitar el contacto con el paciente y en caso de no ser posible, se debe usar los elementos de protección personal todo el tiempo, Evitar manipular las lesiones, sin elementos de protección personal e higienizar lo antes posible posterior al contacto, la ropa de cama y de la persona debe ser manipulada con guantes y con mascarilla; y se recomienda lavar de manera individual., Evitar cuidar o tener contacto cercano con las mascotas.

Aislamiento en establecimientos de población confinada Tener identificada un área de aislamiento, Tener en cuenta los posibles desplazamientos, por ejemplo, a los baños, Asegurar medidas higiénicas y sanitarias adecuadas tanto para la población confinada como para los profesionales que prestan sus servicios en la institución, El área de aislamiento debe contar con flujo de ventilación.

La investigación epidemiológica de campo se realizará para todo caso probable, en las primeras 24 horas después de la notificación o identificación y envio informe a las 48 horas

Indagar sobre antecedentes de viaje o desplazamientos en los 21 días anteriores, que incluya países, ciudades y lugares visitados, número de vuelos y asiento utilizado para el transporte.

En el brote multipaís se considera poco probable: Los pasajeros sentados en la fila anterior, posterior y lateral, y los compañeros de fila, en el transporte en avión, tren o bus, especialmente si hay exposición cara a cara. En el brote multipaís se considera poco probable

Seguimiento a contactos: Los contactos asintomáticos pueden continuar con las actividades rutinarias, tales como ir al trabajo o el estudio. Se recomienda evaluar si los niños en edad preescolar no asistan a las guarderías u otros entornos grupales

Los contactos no deben donar sangre, células, tejidos, órganos, leche materna o semen mientras estén bajo vigilancia de síntomas,

DESARROLLO

Se sugiere evitar contacto cercano con mascotas. Se debe suspender la lactancia

Unidad de análisis: Las unidades de análisis se ingresarán al aplicativo UACE, en un periodo máximo de cinco semanas epidemiológicas posteriores a la notificación del caso o fecha de muerte.

Comportamiento del Indicador para Viruela Símica MPOX el cual garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se revisa con regularidad utilizando en forma sistemática, los casos notificados mes a mes es así como se tiene un acumulado 30 casos de los cuales hay 4 confirmados por laboratorio; en relacion a las investigaciones de campo se tienen 25 efectiva, fallida 5, Coinfeccion VIH se tienen 11 casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Documento operativo del proceso transversal de vigilancia en salud pública, vigencia: junio 01 de 2024 – julio 31 de 2024
2. Protocolo de vigilancia de Sarampión (código 730) y Rubeola (código 710); versión 05, vigencia, fecha 24 de febrero 2024; Instituto Nacional de salud.
3. Protocolo de vigilancia de Síndrome de rubeola congénita, código 720; versión 05, vigencia, fecha 26 de abril 2024; Instituto Nacional de salud.
4. Protocolo de vigilancia de tosferina, versión 05 fecha 16 de abril de 2024; Instituto Nacional de salud.
5. Protocolo de vigilancia de Parálisis Flácida Aguda, versión 05 fecha 16 de abril de 2024; Instituto Nacional de salud.
6. Protocolo de vigilancia de Farmacovigilancia a vacunas, Evento Adverso posterior a vacunación, código 298; versión 1 vigencia, fecha 19 de febrero 2021; Instituto Nacional de salud.
7. Protocolo de vigilancia de tuberculosis, código 813, versión 06, vigencia, fecha 22 de marzo 2022; Instituto Nacional de salud.
8. Protocolo de vigilancia de Infección Respiratoria Aguda IRA, versión 09; fecha 18 de abril de 2024. Instituto Nacional de salud.
9. Protocolo de vigilancia de Viruela Símica (Mokeypox), versión 04; fecha 12 de junio de 2024. Instituto Nacional de salud.

Se realiza la socialización de evento ETV priorizados con el fin de identificar criterios de notificación y ajustes correspondientes para cada uno de ellos.

Dengue: Toma de muestra ELISA NS1, RT-PCR o aislamiento viral en pacientes con 5 días o menos de inicio de síntomas o prueba de IgM Dengue ELISA en pacientes con 6 o más días de inicio de síntomas.

Ajuste: 3: confirmado por laboratorio, 5: confirmado por nexo epidemiológico y 6: descartado. Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas para realizar los ajustes en los casos de dengue y dengue grave, mientras que, en los casos de muerte probable por dengue el tiempo máximo será de 8 semanas

Chagas Agudo: Paciente con fiebre mayor a 38ºC (continua o intermitente, prolongada por más de 7 días) acompañada o no de alguno de los siguientes síntomas, con o sin antecedentes de exposición en un área endémica de la enfermedad de Chagas (falla cardíaca, signos gastrointestinales, Hepatomegalia, los relacionados con la transmisión congénita de la enfermedad, Etc.

DESARROLLO

Chagas Crónico: Solo se notifican casos crónicos que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales: gestantes, menores de 18 años, indígenas, mujeres en edad fértil (15 a 49 años)
Nota: se deben realizar máximo en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación
Leptospirosis: Si, la 1° muestra=positiva y la 2° muestra= positiva se envía a confirmar por MAT
Si, la 1° muestra=negativa y la 2° muestra= positiva se envía a confirmar por MAT
Si, la 1° muestra=positiva y la 2° muestra= negativa se envía a confirmar por MAT
Si, la 1° muestra=negativa y la 2° muestra= negativa No se envía a confirmar por MAT
Los casos sospechosos de leptospirosis que sean notificados al Sivigila, deben ser investigados para definir su clasificación y ser ajustados al sistema dentro de las ocho semanas siguientes a su notificación.
Leishmaniosis: Los casos confirmados de leishmaniasis cutánea y mucosa deben reportarse semanalmente de conformidad con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el Sivigila (ficha de datos básicos).
se deben notificar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema
Los casos probables de leishmaniosis visceral deben ser notificados de manera inmediata a través de Sivigila.
El ajuste del evento se debe realizar cuatro semanas siguientes a su notificación.

Se resalta el ajuste: 3: confirmado por laboratorio, 5: confirmado por nexo epidemiológico y 6: descartado. (D) cuando hay error de datos llaves- identificación, evento.

5. FORTALECIMIENTO PLANES DE MEJORA

PLAN DE MEJORA

Es el conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento médico. Conjunto de acciones encaminadas a subsanar un hallazgo identificado.

ACCIÓN:

- Las acciones asociadas tanto a la corrección como a las acciones correctivas deben ser claras orientándose al producto final y en lo posible, como buena práctica debe seguir un ciclo PHVA. (No es necesario generar una acción por cada etapa del ciclo).
- Es importante que las acciones correctivas y las metas asociadas sean coherentes, pertinentes, suficientes, realizables y que permitan eliminar la causa raíz.
- La acción no puede ser una explicación o justificación del hallazgo planteado.
- No se debe plantear como acción de mejoramiento lo que ya está documentado en los procesos, procedimientos o en la normatividad vigente.

RESPONSABLE DE LA ACCIÓN:

DESARROLLO

- En el caso que las acciones del plan de mejoramiento correspondan a varias dependencias deberán ser previamente formuladas y concertadas con estas.
- El usuario que se relacione como responsable de la acción, es la persona que deberá reportar periódicamente los avances y evidencias correspondientes en el sistema.

FECHAS:

- La fecha de inicio de las acciones debe ser posterior a la identificación de la situación de mejora.
- El periodo entre la fecha inicio y fecha fin no puede superar más de un año

GENERACION DE PLAN DE MEJORA POR PARTE DE LA SECRETARIA DE SALUD

El profesional especializado deberá realizar el seguimiento a las acciones de mejora establecidos a las UPGD que posterior a la aplicación de la "lista de chequeo en la visita de asesoría y asistencia técnica trimestral" presentan un comportamiento desfavorable evidenciado por un nivel de calificación deficiente para el subsistema

- Si al finalizar la visita a la UPGD, de evaluación técnica, se evidencia que la UPGD cumple criterios para ser clasificada como crítica (calificación menor al 75% o incumplimiento de los tiempos establecidos en la oportunidad de notificación), se debe establecer requerimiento y plan de mejora respectivo, el cual deberá ser enviado en un plazo no mayor a 4 días calendario por la UPGD a la Subred; posterior a la recepción de este, se debe realizar seguimiento al cumplimiento en un plazo máximo de 30 días calendario (integral por UPGD).
- Se generará plan de mejoramiento cuando al evaluar la lista de chequeo se evidencie lo siguiente: - Todo un Indicador quede en 0 - La calificación final quede en Deficiente o menor al 75%
- Se cometa una falta grave: Omita la notificación de eventos en erradicación, eliminación y control internacional; y control nacional, no tome muestras de laboratorio de un evento prioritario (si el servicio está habilitado), persista en las mismas fallas constantemente o no se realice notificación inmediata de los eventos clasificados como tal.
- Se evidencie silencio epidemiológico en una semana.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA

- La UPGD tiene cinco (5) días hábiles como plazo máximo, posterior a la visita para envío a la Subred en formato institucional avalado por la oficina de calidad de la UPGD
- Cuando el plan de mejora llegue a la Subred, esta deberá revisar las actividades propuestas en el mismo y verificar que estén acordes a los hallazgos establecidos durante la visita inicial y si cumple, si este no cumple se debe realizar la retroalimentación 3 días hábiles.
- Si la UPGD no envía el plan de mejora en los tiempos establecidos o reitera en no dar respuesta a los hallazgos establecidos, se enviará solicitud al representante legal de la UPGD con plazo máximo de 24 horas para el envío a conformidad.

DESARROLLO

- Se deberá recopilar todas las solicitudes realizadas y radicarlas bajo oficio a la Superintendencia Nacional
- El seguimiento al plan de mejora debe realizarse entre los 28 a 30 días posteriores al envío de dicho plan por parte de la UPGD.

EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES

- Si en el seguimiento al plan de mejora se cumple en su totalidad o mas del 75% de los hallazgos, se establecerá como Cumple y se dará cierre al plan de mejora, con compromisos que quedaron pendientes se revisaran en la siguiente visita trimestral. deberá generar un oficio al representante legal de la institución notificando el incumplimiento a las acciones, anexando los soportes de seguimiento
- Si los hallazgos y acciones de mejora se superan de manera parcial entre el 26 % al 74%, no se da cierre al plan de mejora durante el seguimiento; la subred deberá realizar seguimiento acorde con los tiempos establecidos por la institución para cumplimiento de los mismos, mediante acta y firma de compromisos.
- Si el cumplimiento a las actividades planteadas en el plan de mejora es menor al 25%, se deberá generar un oficio al representante legal de la institución notificando el incumplimiento a las acciones.

6. CALIDAD DEL AGUA

Se inicia la presentación indicando como funciona la distribución meteorológica en el país dando la claridad que debido a que la ubicación de Colombia dentro de la Zona de Influencia Intertropical presenta 3 modelos meteorológicos en sus diferentes regiones de la siguiente manera:

- Régimen bimodal: Es el régimen más común a lo largo del país con predominancia de dos temporadas de lluvias y dos temporadas secas a lo largo del año, se presenta a lo largo de la extensión de las cordilleras.
- Régimen Unimodal: Es un régimen identificado por presentar una temporada de lluvia y una temporada seca a lo largo del año, este régimen predomina en las planicies principalmente en la Orinoquia y costa caribe.
- Régimen Uniforme: es un régimen en el cual no existen temporadas secas o de lluvias dado que sus variaciones climáticas son pocas, puede presentar tiempos secos constantes o tiempos lluviosos constantes a lo largo del año, este régimen se evidencia principalmente en las zonas de bosque y selva del departamento del Choco y la Amazonia.

De acuerdo con esto, se explica que dentro del sistema Chingaza se encuentran presentes dos regímenes meteorológicos producto de que este se encuentra dividido por dos cuencas hidrográficas (Cuenca Rio Teusaca – Rio Bogotá y Cuenca Rio Guataquia – Orinoco). Lo cual es necesario identificar para el análisis del aumento o disminución en los embalses de dicho sistema.

DESARROLLO

Por esta razón se explica el comportamiento que presento el embalse desde la determinación del proceso de racionamiento (11 de Abril) hasta el día 30 de Junio, en el cual se evidencio un aumento significativo del 27,9% de este y de acuerdo con las proyecciones meteorológicas de ambos regímenes se determinó el establecer una modificación del esquema a partir del 1 de julio y con proyección hasta el 31 de Octubre de la siguiente manera tomando como base el esquema inicialmente planteado y distribuyendo las zonas de racionamiento día por medio:

Finalmente, se brinda y recuerdan las recomendaciones de cuidado del agua y la importancia de no sobre abastecerse durante los días previos de racionamiento, el adecuado almacenamiento del agua y los problemas que puede traer una mala manipulación del recurso.

7. **TEMA CENTRAL:** SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA- PRESENTACIÓN TABLERO DE PROBLEMAS Y UNIDAD DE ANÁLISIS

La vigilancia de los eventos de SSR-SMI aportan a las prioridades de Salud Materno e Infantil, teniendo como propósito la mitigación de complicaciones y desenlaces negativos del binomio madre-hijo, con el fin de promover una maternidad segura y un nacimiento humanizado en condiciones óptimas y seguras en el tiempo Es así, como el Plan de intervenciones Colectivas PIC desarrolla las acciones de identificación, canalización y seguimiento de gestantes y recién nacidos en el marco del Plan de rescate por la salud sexual y reproductiva y salud materno infantil, en coherencia con los Hitos de las RIAS materno perinatal y Promoción y mantenimiento de la Salud.
Desde el subsistema de Salud Sexual y Reproductiva y la Salud Materno Infantil, se hace el monitoreo, seguimiento, generación de alertas tempranas y análisis de los eventos de embarazo a temprana edad, defectos congénitos, morbilidad materna, mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal e infecciones de transmisión sexual durante la gestación tales como: Sífilis gestacional, Sífilis Congénita, Hepatitis B, C y VIH)

SIFILIS GESTACIONAL:

- Caso confirmado de sífilis gestacional: Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada*. * Reinfección: es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

  1. Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo con el estadio de la enfermedad, presenta durante el seguimiento clínico y serológico, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de cuatro veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.
  2. Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y seis meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden cuatro veces o dos diluciones, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda cuatro veces o dos diluciones.

SIFILIS CONGENITA:

- Caso confirmado de sífilis congénita Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

  1. Nexo epidemiológico: fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato.

DESARROLLO

Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de penicilina benzatínica de 2´400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.

2. Laboratorio: todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.

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

4. Laboratorio: todo fruto de la gestación con demostración de Treponema pallidum por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de necropsia.

** Manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico o en exámenes paraclínicos:

- Clínica sugestiva: bajo peso, prematurez, pénfigo palmo-plantar, rash, hepatoesplenomegalia, rágades, rinorrea muco-sanguinolenta, hidrops fetalis.
- Cuadro hemático: presencia de anemia, reacción leucemoide (leucocitos>35.000 x mm3), trombocitopenia (<150.000 plaquetas x mm3) siempre que no esté asociado a trastorno hipertensivo gestacional.
- Radiografía de huesos largos: que evidencie periostitis, bandas metafisiarias u osteocondritis.
- Líquido Cefalorraquídeo (LCR): con VDRL reactivo en cualquier dilución o aumento de las proteínas (>150 mg/DL en el recién nacido a término o >170 mg/dL en el recién nacido pretérmino) o conteo de células >25 x mm3 en LCR a expensas de linfocitos (meningitis aséptica) sin otra causa que lo explique.
- Aminotransferasas elevadas e hiperbilirrubinemia directa: Aspartato aminotransferasa - AST (valor de referencia 20,54 U/L ± 13,92 U/L), Alanina aminotransferasa - ALT (valor de referencia 7,95 U/L ± 4,4 U/L), bilirrubina directa o conjugada > 20 % del total de la bilirrubina total.
- Uroanálisis: con proteinuria, hematuria, cilindruria.
-

HALLAZGOS FRECUENTES EN NOTIFICACION: Para el evento de sífilis gestacional se explica el diligenciamiento de las variables

- No coinciden las variables de dirección con el tiempo de residencia en el país.
- No concordancia con la fecha de tratamiento con relación a la prueba treponemica.
- No registro de la variable de TTO.

VIH / SIDA
VIH EN GESTANTES
Se brindan las siguientes recomendaciones para el evento
A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa).
• Caso confirmado en gestantes: se realiza a través de dos pruebas (rápidas de tercera o cuarta generación o inmunoensayo o prueba molecular rápida) reactivas o positivas, confirmadas con carga viral detectable o con Western Blot (9).
• Menores de 18 meses: se realiza mediante dos pruebas de carga viral ARN detectables, de conformidad con lo siguiente (10):
Se explica la Resolución 3280 de 2018, Lineamientos Ruta integral de atención en salud, para población Materno Perinatal Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral

DESARROLLO

de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación

a) menor de 18 meses con alto riesgo para la transmisión materno infantil de VIH:
Carga viral ARN o ADN en las primeras 72 horas de vida; si es detectable o positiva, realizar inmediatamente segunda carga viral ARN.
Si la segunda carga viral es detectable, se confirma el diagnóstico.
Si la segunda carga viral es indetectable, se realiza la tercera prueba de carga viral dos semanas después de terminar la profilaxis; si la tercera carga viral es indetectable, se realiza carga viral a los 4 meses de edad. Si el resultado de la carga viral a los 4 meses de edad es indetectable, se descarta el diagnóstico.
Si la primera carga viral es negativa o indetectable se realiza otra carga viral dos semanas después de terminar la profilaxis; si el resultado de esta segunda carga viral es indetectable, se toma carga viral a los 4 meses de edad; si el resultado es indetectable se descarta el diagnóstico; si el resultado es detectable se realiza inmediatamente carga viral.
b) menor de 18 meses con bajo riesgo para la transmisión materno infantil de VIH:
Se realiza la primera carga viral ARN dos semanas después de terminar la profilaxis.
Si es detectable, se realiza inmediatamente la segunda carga viral; si la segunda carga viral es indetectable, se realiza carga viral a las dos semanas.
Si la tercera carga viral es indetectable, se toma carga viral a los 4 meses de edad; si el resultado es indetectable se descarta el diagnóstico.
Si la primera carga viral es indetectable, se realiza la segunda carga viral a los 4 meses de edad; si es indetectable se descarta el diagnóstico; si es detectable se realiza inmediatamente carga viral.

HALLAZGOS FRECUENTES EN NOTIFICACION:

- Registro de la variable de mecanismo probable de trasmisión para VIH diferentes al sexual.
- No ingreso de los laboratorios de algoritmo diagnóstico de VIH (Prueba Rápida o Elisa).

HEPATITIS B EN GESTANTES

Para el evento se explica el protocolo del instituto nacional de salud se explican las características de la clasificación caso de hepatitis b a clasificar, caso de hepatitis B aguda, caso de hepatitis B aguda, caso de hepatitis B crónica y caso de hepatitis C

HALLAZGOS FRECUENTES EN NOTIFICACION:

- No clasificación del tipo de Hepatitis en cara B cuando se cuenta con algoritmo diagnóstico completo.
- Ingreso de casos de hepatitis sin el algoritmo diagnóstico adecuado.

MORTALIDAD MATERNA:

- Defunción materna temprana: Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, por causa relacionada con la atención o por causas accidentales o incidentales.
- Defunción materna tardía: Muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo
- Muertes maternas producidas por causas coincidentes: Según el documento de OMS frente a revisión del CIE 10 en Mortalidad Materna (15, 16), se consideran aquellas muertes que ocurren en el embarazo, parto, o el puerperio y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa como accidente por vehículo automotor, causas externas de lesiones accidentales, ataque – agresión, violación, otros accidentes, hierbas medicinales, etc.

Muerte materna dudosa Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna Basado en la Web: Son aquellas en las cuales el certificado de defunción no cuenta con información sobre el antecedente del embarazo o aquellos en

DESARROLLO

los cuales se presenta un antecedente de embarazo negativo pero las causas de muerte no permiten descartar el caso.

- Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:
  1. Defunciones obstétricas directas: Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
  2. Defunciones obstétricas indirectas: Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Se hace la claridad sobre el diligenciamiento del certificado de defunción de todas las variables para poder descartar las mortalidades maternas, ya que durante el rastreo del evento se pueden presentar casos sin diligenciamiento completo que genera demoras y reprocesos para confirmar o descartar el evento, se aclara que para el evento se hace uso de la Web -SVEMMBW-, Base de la Estrategia de Transmisión Materno Infantil de ITS y SIVIGILA D.C.

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Para el evento se hace la explicación de la definición operativa de caso, se explica la agrupación en relacionado con disfunción del órgano, relacionado con enfermedad específica y relacionado con el manejo y los criterios para cada uno se hace claridad tiene un impacto importante al evaluar los servicios de salud ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal.

Se hace claridad frente a la notificación súper inmediata y la notificación inmediata y se explican los criterios para la notificación

HALLAZGOS FRECUENTES: Se explica por medio de ejemplos los hallazgos que se presentan con más frecuencia como la oportunidad, grupo migratorio, grupo gestante, fecha de egreso, días hospitalización, paciente remitida, código de la institución, nombre de la institución y tiempo de remisión, formula obstétrica.

DEFECTO CONGENITO

Para el evento se hace claridad frente a las definiciones operativas relacionadas en el protocolo como caso confirmado por clínica, caso descartado.

Los defectos congénitos forman un grupo heterogéneo de trastornos de origen prenatal que pueden obedecer a la presencia de un solo gen defectuoso, a alteraciones cromosómicas, a una combinación de factores hereditarios, o teratógenos presentes en el medio ambiente o por carencias de micronutrientes (1). Es importante destacar que cualquiera de estos defectos congénitos puede no expresarse de inmediato y quizás sea necesario que transcurran días, meses o hasta años para que algunos de ellos se manifiesten clínicamente después del nacimiento

HALLAZGOS MAS FRECUENTES: Se indican los hallazgos más frecuentes por medio de ejemplos como oportunidad, tipo de caso, ajustes, diagnostico, nativivo, los ajustes a la información de casos probables de defectos congénitos y la clasificación final se debe realizar a más tardar 4 semanas epidemiológicas

MORTALIDAD PERINATAL

Muerte perinatal: es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.

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

1. Muertes neonatales tempranas: ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días)
2. Muertes neonatales tardías: ocurren después de los 7 días hasta el día 28 de vida (7-28 días).

DESARROLLO

HALLAZGOS MAS FRECUENTES: Se indican los hallazgos más frecuentes por medio de ejemplos como oportunidad, fecha de defunción, certificad de defunción y causa de muerte.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICOS A TRAVÉS DE UNIDADES DE ANÁLISIS, DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. II TRIMESTRE

De acuerdo con la programación de las unidades de análisis, se realizaron 5 unidades de análisis,
3 unidades Distritales correspondiente a evento 560 - Mortalidad Perinatal
1 unidad distrital correspondiente a eventos 750 – 740 - 560 Sífilis Gestacional Congénita y Mortalidad Perinatal
1 correspondiente a evento 850 – Transmisión Materno infantil de VIH

para las cuales se dio cumplimiento al desarrollo de estas, a través de las siguientes actividades:

Consolidado tablero de demoras o situaciones – II Trimestre – Evento 560

1. Prestación de servicios individuales (4)

- No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica.
- Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica.
- Diagnóstico tardío o inadecuado.
- Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención

2. Acciones de promoción y mantenimiento de la salud (3)

- Incumplimiento en las acciones de demanda inducida.
- Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud.
- Incumplimiento en las acciones de protección específica.

3. Conocimientos actitudes y prácticas en salud (1)

- No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica.

4. Gestión del aseguramiento (3)

- No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional.
- Barreras administrativas para acceder a la atención en salud
- No se realiza la atención integral de su población afiliada.

5. Determinantes Estructurales (3)
   - Consumidor de sustancias psicoactivas
   - Menor de edad
   - Consumidor de sustancias psicoactivas.
   - Desocupado

Consolidado tablero de demoras o situaciones – II Trimestre – Evento 750

1. Prestación de servicios individuales (1)
   - Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica.
2. Conocimientos actitudes y prácticas en salud (1)
   - Desconocimiento de derechos y deberes en salud.
3. Determinantes estructurales (3)
   - Migrante

DESARROLLO

- Sin afiliación al SGSSS.
- Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador.
-

Consolidado tablero de demoras o situaciones – II Trimestre – Evento 850

1. Prestación de servicios individuales (3)
   - No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica.
   - Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica.
   - Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención
2. Acciones de promoción y mantenimiento de la salud (3)
   - Incumplimiento en las acciones de demanda inducida.
   - Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud.
   - Incumplimiento en las acciones de protección específica.
3. Gestión del aseguramiento (3)
   - No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional.
   - Barreras administrativas para acceder a la atención en salud
4. Determinantes estructurales (1)
   - Víctima del conflicto armado.

DESARROLLO

8. SIVIGILA INDICADORES

Tableros De Indicadores Localidad De BOSA

Tabla 6. Cumplimiento En La Entrega Del Reporte Semanal Sivigila 4.0 SEM_26 - 2024 Subred Sur Occidente. Localidad De Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DEL REPORTE SEMANAL SIVIGILA 4.0						
	NOTIFICACION OPORTUNA	NOTIFICACION FIN DE SEMANA	NOTIFICACION VIERNES	DIGITACION EISP CAPTURA LINEA	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIO CON LA NOTIFICACION SEMANAL (DIA Y HORA ESTABLECIDA)	SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS EVALUADAS PARA EL MES	% CUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	1	0	3	4	4	100%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	0	4	4	4	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	1	0	0	3	4	4	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	1	1	0	2	4	4	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	0	4	4	4	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	4	0	0	4	4	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	0	0	0	4	4	4	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	4	4	4	100%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	0	4	4	4	100%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	0	4	4	4	100%
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	4	4	4	100%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	0	0	0	4	4	4	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	0	4	4	4	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	1	0	3	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	0	1	0	3	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	0	0	0	4	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	0	1	0	3	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA	0	0	0	4	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	0	0	0	4	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	0	0	0	4	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS	1	0	1	2	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	1	0	0	3	4	4	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	2	2	0	0	4	4	100%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES	2	1	0	1	4	4	100%
HOSPITAL DE BOSA	3	0	0	1	4	4	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0	1	3	4	4	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 26 Subred Suroccidente

Corresponde al % semanal, de la entrega del reporte de notificación los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información, a través del Sivigila, sin exceptuar los festivos. El 100 % (n=26) de las UPGDs cumplieron con la entrega semanal al SIVIGILA. 4.0

DESARROLLO

Tabla 7 Porcentaje De Silencio Epidemiológico Acumulado SEM_26 _2024 - Subred Sur Occidente Localidad De Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	PORCENTAJE DE SILENCIO EPIDEMIOLÓGICO	
	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD NO CUMPLIO CON LA NOTIFICACION SEMANAL (DIA Y HORA ESTABLECIDA)	% INCUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	0	0%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	0%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	0	0%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0%
OCTAVIO REYES QUIN	0	0%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	0	0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	0	0%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES	0	0%
HOSPITAL DE BOSA	0	0%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0%

Fuente: Bases Sivigila SE 26 Subred Suroccidente

Corresponde al semanal, de la entrega del reporte de notificación los días y horas NO establecidos para cada nivel del flujo de información, a través del Sivigila, sin exceptuar los festivos. El 100% (n=26) de la UPGDs correspondientes a la localidad de Bosa NO presentaron silencio epidemiológico.

DESARROLLO

Tabla 8 Cumplimiento Acumulado de la notificación SIVIGILA escritorio SEM_26 _2024 - Subred Sur Occidente Localidad De Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION SIVIGILA ESCRITORIO			
	% DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVAS	% DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVAS	% SEMANAS SILENCIOSA	% DE CUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	96%	0%	4%	96%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	92%	0%	8%	92%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	100%	0%	0%	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	88%	0%	12%	88%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	100%	0%	0%	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	88%	4%	8%	92%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	77%	8%	15%	85%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	100%	0%	0%	100%
OCTAVIO REYES QUIN	92%	8%	0%	100%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	100%	0%	0%	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	92%	0%	8%	92%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	92%	8%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS	58%	42%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	100%	0%	0%	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	96%	0%	4%	96%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES	100%	0%	0%	100%
HOSPITAL DE BOSA	100%	0%	0%	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	100%	0%	0%	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 26 Subred Suroccidente

Mide el % acumulado de la notificación positiva o negativa de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública en la semana epidemiológica de estudio. El 92 % (n=24) cumplen con la notificación acumulada en Sivigila Escritorio.

DESARROLLO

Tabla 9 Desagregación De Eventos Individuales Notificados -Clasificación Inicial De Caso Acumulado SEM_26 _ 2024, Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	DESAGREGACIÓN DE EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS -CLASIFICACION INICIAL DE CASO					
	TOTAL DE CASOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS POR LA UPGD	SOSPECHOSOS	PROBABLES	CONFIRMADO POR LABORATORIO	CONFIRMADO POR CLINICA	CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	1	0	0	0	0	0
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	4	0	0	3	0	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	28	11	0	9	6	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	48	11	5	12	16	0
CARMENZA FORERO BUITRAGO	4	0	0	0	2	0
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	24	1	3	6	3	0
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	79	47	0	6	24	0
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	14	0	0	0	0	0
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	4	0	0	0	0	0
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	6	0	0	0	0	0
OCTAVIO REYES QUIN	3	0	0	0	0	0
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	69	45	0	13	9	0
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	3	1	0	0	0	0
GEORGE RENE NOEL CORONADO	1	0	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	378	129	5	14	227	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	106	89	1	6	9	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	95	78	0	4	11	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA	19	14	0	0	3	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	25	10	0	7	3	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	63	58	0	1	2	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS	28	11	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	50	28	0	2	18	0
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	15	0	0	1	0	0
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES	109	75	4	9	20	0
HOSPITAL DE BOSA	860	437	26	44	349	3
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	25	5	3	5	9	0

Fuente: Bases Sivigila SE 26 Subred Suroccidente

Describe la clasificación inicial de los eventos individuales notificados a SIVIGILA por la UPGD, las UPGDs que más eventos individuales notifican al SIVIGILA son Hospital Bosa (860), Unidad de Servicios de salud Bosa (378) y Dispensario médico sur occidente Héroes de Sumapaz(109).

DESARROLLO

Tabla 10 Oportunidad En La Notificación Semanal Acumulado SEM_26 _ 2024 Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 8 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	NA
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	3	3	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	15	15	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	27	27	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	2	2	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	8	8	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	21	17	81%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	15	13	87%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	NA
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	231	230	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	9	9	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	9	9	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	9	9	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	2	2	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	7	7	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	NA
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES	28	28	100%
HOSPITAL DE BOSA	295	295	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	15	14	93%

Fuente: Bases Sivigila SE 26 Subred Suroccidente

Mide el promedio de días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso al Sivigila. (Para los eventos de notificación rutinaria son 8 días, El 50% (n=13) de las UPGDs realizaron notificación oportuna semanal.

DESARROLLO

Tabla 11 Oportunidad En La Notificación Inmediata Acumulado SEM_26 _ 2024 Localidad De Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION INMEDIATA		
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE 1 DIAS	% DE OPORTUNIDAD
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	NA
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	NA
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	11	8	73%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	11	9	82%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	NA
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	1	1	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	45	34	76%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	43	33	77%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	1	1	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	126	100	79%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	87	77	89%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	75	70	93%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA	14	13	93%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	10	8	80%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	56	34	61%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS	11	10	91%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	27	25	93%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	NA
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES	75	65	87%
HOSPITAL DE BOSA	484	440	91%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	5	4	80%

Fuente: Bases Sivigila SE 26 Subred Suroccidente

Mide el promedio de días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso al Sivigila. (para los eventos de notificación inmediata es un día. El 8% (n=2) de las UPGDs realizan notificación inmediata .

DESARROLLO

Tabla 12 Oportunidad En El Ajuste De Casos/ Cumplimiento En El Ajuste De Caso Acumulado SEM_26 _ 2024 Localidad De Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS/ CUMPLIMIENTO EN EL AJUSTE DE CASO ACUMULADO										
	TOTAL DE CASOS SOSPECHOSOS Y PROBALES NOTIFICADOS	AJUSTADOS DESCARTADOS (AJUSTE 6)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR LABORATORIO (AJUSTE 3)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR CLINICA (AJUSTE 4)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO (AJUSTE 5)	AJUSTADOS ERROR DE DIGITACIÓN (AJUSTE D)	TOTAL DE CASOS AJUSTADOS	CASOS PENDIENTES POR AJUSTE	% DE CASOS AJUSTADOS	NO APLICA MEDICION	% DE CASOS AJUSTADOS OPORTUNOS
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	11	0	0	0	0	0	0	0	100%	11	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	16	3	2	0	0	0	0	0	100%	16	
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	4	3	0	0	0	0	0	0	100%	4	
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	47	0	0	0	0	1	0	1	98%	46	
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	45	0	0	0	0	0	0	0	100%	45	
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	1	0	0	0	0	0	0	0	100%	1	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	134	2	2	0	0	3	0	3	98%	131	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	90	1	0	0	0	0	1	0	100%	89	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	78	0	0	0	0	0	0	0	100%	78	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA	14	0	0	0	0	0	0	0	100%	14	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	10	0	0	0	0	0	0	0	100%	10	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	58	0	0	0	0	2	0	2	97%	56	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS	11	0	0	0	0	0	0	0	100%	11	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	28	0	0	0	0	0	0	0	100%	28	
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES	79	3	0	0	0	0	1	0	100%	78	100%
HOSPITAL DE BOSA	463	14	7	2	0	4	10	8	98%	445	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	8	3	0	0	0	0	0	0	100%	8	

Fuente: Bases Sivigila SE 26 Subred Suroccidente

La Oportunidad mide el % de casos notificados al Sivigila con clasificación inicial de probables o sospechosos, se debe definir su clasificación final de caso, posteriormente a la investigación realizada por la entidad territorial notificadora, esta clasificación puede ser confirmación, descarte por laboratorio o unidad de análisis, descarte por error de digitación. El cumplimiento Mide el % de casos notificados al Sivigila con clasificación inicial de probables o sospechosos, se debe definir su clasificación final de caso, posteriormente a la revisión realizada por la Subred, esta clasificación puede ser confirmación, descarte por laboratorio o unidad de análisis, descarte por error de digitación . El 12% (n=3) de las UPGDs realizan oportunamente los ajustes de los casos acumulados.

DESARROLLO

Tabla 13 Cumplimiento Y Calidad En El Ingreso De Laboratorios De Los Eventos Confirmados Por Laboratorio SEM_26 _2024 Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO Y CALIDAD EN EL INGRESO DE LABORATORIOS DE LOS EVENTOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO		
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO (INGRESO Y AJUSTE)	NUMERO CASOS CON REPORTE POSITIVO, REACTIVO O COMPATIBLE INGRESADO EN EL MODULO LABORATORIO DEL SISTEMA	% CUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	3	3	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	9	9	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	14	14	100,0%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	6	6	100,0%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	6	6	100,0%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	10	10	100,0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	14	13	92,9%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	6	6	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	4	4	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	7	7	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	1	1	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	2	2	100,0%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	1	1	100,0%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES	8	7	87,5%
HOSPITAL DE BOSA	50	50	100,0%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	5	5	100,0%

Fuente: Bases Sivigila SE 26 Subred Suroccidente

Mide el % acumulado del ingreso de laboratorios positivos, reactivos o compatibles de eventos notificados y ajustados como confirmados por laboratorio. El 54% (n=14) de las UPGDs realizaron el ingreso de laboratorios al SIVIGILA confirmados por laboratorio.

DESARROLLO

NOTIFICACION SIVIGILA 4.0 Y ESCRITORIO

a. Antes de 12 m semanal: todos los lunes inmediatos: todos los días.
b. se solicita enviar pantallazo de soporte de notificación Sivigila 4.0 que incluya hora y fecha
c. la notificación a nivel distrital cambio, de esta manera **los martes no se recibirán notificaciones**, y quienes no cumplan con él envió el lunes hasta las 12 del mediodía generaran silencio epidemiológico.
d. Desde la subred se realizará **requerimiento inmediato** a todas las UPGD que no reporten eventos de interés en salud pública por semana epidemiológica – silencio epidemiológico- (se hará búsqueda activa institucional – BAI - Acta de seguimiento) dado el incumplimiento de oportunidad en la notificación.
e. Una notificación tardía (después de las 12 M) es considerada Notificación en **SILENCIO en** SIVIGILA 4.0 Y ESCRITORIO
f. se oficiará los silencios en SIVIGILA 4.0, Y en la asistencia técnica periódica se evaluará los silencios reiterativos dejando Plan de Mejora. Recuerde que si presento silencio, inoportunidad o error en carga de archivos en 4,0 se le citara a reunión virtual obligatoria en el transcurso de la semana con el grupo técnico

Semana epidemiológica

a. Se recuerda que la semana epidemiológica es de domingo a sábado, de acuerdo a lo anterior la notificación semanal se debe realizar de acuerdo al horario de prestación de servicios de la institución,
b. Si tienen consultas los días sábados se debe notificar hasta terminarlas, en los casos que atienden urgencias solo se podrá notificar hasta el domingo o lunes antes de mediodía. Recuerden por favor que ahora se está validando fecha y hora de **Novedades Notificación SVIIGLA**

por direccionamiento de la secretaria distrital de salud a todas las UPGD, que a las 11:00am no han notificado se enviara un correo electrónico a las 11:30am solicitando la notificación

DESARROLLO

NOVEDADES SIVIGILA WEB 4.0

República de Colombia

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002138 DE 2023

(19 DIC 2023)

Por la cual se adoptan los lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual.

la inclusión de las variables se da por la sentencia t-033 de la corte constitucional

" guía para la inclusión del enfoque diferencial e interseccional" del DANE, esto con el fin de cumplir el estándar definido por el sistema estadístico nacional

Desde el 24 de abril entra en disposición **del módulo de captura en línea de Sivigila 4.0** para los eventos de interés de interés en salud pública, esto permitirá mejorar la oportunidad en la captación de los casos y por ende la posibilidad de generar alertas y tomar medidas de control más efectivas en su entidad territorial.

DESARROLLO

EVENTOS AUTORIZADOS - CAPTURA EN LÍNEA

ORDEN	CODIGO EVENTO	NOMBRE EVENTO	HABILITADO DESDE.. PARA CARGA EN LINEA
1	113	DESNUTRICION AGUDA EN MENOR DE 5 AÑOS	25/04/2023
2	346	IRA POR VIRUS NUEVO	25/04/2023
3	348	IRAG INUSITADO	25/04/2023
4	210	DENGUE	25/04/2023
5	220	DENGUE GRAVE	25/04/2023
6	580	MORTALIDAD POR DENGUE	25/04/2023
7	465	MALARIA	25/04/2023
8	880	VIRUELA SIMICA	25/04/2023
9	452	LESIONES POR AE	25/04/2023
10	365	INTOXICACIONES	25/04/2023
11	591	MORTALIDAD INTEGRADA EN MENORES DE 5 AÑOS	25/04/2023
12	250	ENCEFALITIS DEL NILO OCCIDENTAL EN HUMANOS	25/04/2023
13	270	ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE EN HUMANOS	25/04/2023
14	275	ENCEFALITIS EQUINA DEL ESTE EN HUMANOS	25/04/2023
15	290	ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA EN HUMANOS	25/04/2023
16	295	ENFERMEDADES DE ORIGEN PRIONICO	25/04/2023
17	320	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	25/04/2023
18	330	HEPATITIS A	25/04/2023
19	551	MORTALIDAD MATERNA - DATOS BASICOS	25/04/2023
20	620	PAROTIDITIS	25/04/2023
21	630	PESTE (BUBONICA/NEUMONICA)	25/04/2023
22	780	TIFUS EPIDEMICO TRANSMITIDO POR PIOJOS	25/04/2023
23	790	TIFUS ENDEMICO TRANSMITIDO POR PULGAS	25/04/2023
24	831	VARICELA INDIVIDUAL	25/04/2023
25	342	ENFERMEDADES HUERFANAS	19/05/2023
26	900	EVENTO SIN ESTABLECER	19/05/2023
27	740	SIFILIS CONGENITA	8/06/2023
28	750	SIFILIS GESTACIONAL	8/06/2023
29	345	IRA GRAVE (VIGILANCIA CENTINELA)	28/06/2023
30	230	DIFTERIA	2/08/2023
31	710	RUBEOLA	2/08/2023
32	730	SARAMPION	2/08/2023
33	420	LEISHMANIASIS CUTANEA	2/08/2023
34	430	LEISHMANIASIS MUCOSA	2/08/2023
35	440	LEISHMANIASIS VISCERAL	2/08/2023
36	901	EVENTO COLECTIVO SIN ESTABLECER	2/08/2023
37	998	EDA COLECTIVO	2/08/2023
38	830	VARICELA COLECTIVO	2/08/2023
39	621	PAROTIDITIS COLECTIVO	2/08/2023
40	549	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	16/08/2023
41	560	MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	14/09/2023
42	610	PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	17/10/2023
43	670	RABIA HUMANA	17/10/2023
44	352	INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO - INDIVIDUAL	17/10/2023
45	362	INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO	17/10/2023
46	100	ACCIDENTE OFÍDICO	24/10/2023
47	535	MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA	24/10/2023
48	800	TOS FERINA	27/10/2023
49	205	CHAGAS	14/11/2023
50	217	CHIKUNGUNYA	14/11/2023
51	300	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	14/11/2023
52	200	COLERA	29/11/2023
53	450	LEPRA	29/11/2023
54	453	LESIONES DE CAUSA EXTERNA	29/11/2023
55	720	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA	29/11/2023
56	760	TÉTANOS ACCIDENTAL	29/11/2023
57	455	LEPTOSPIROSIS	16/02/2024
58	355	ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS ETAS (INDIVIDUAL)	16/02/2024
59	310	FIERRE AMARILLA	18/03/2024
60	770	TETANOS NEONATAL	18/03/2024
61	995	IRA COLECTIVO	19/03/2024
62	550	MORTALIDAD MATERNA	19/03/2024
63	115	CANCER EN MENOR DE 18 AÑOS	11/06/2024
64	739	SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS ASOCIADO A SARS-COV2	11/06/2024

DESARROLLO

EVENTOS CONSOLIDADOS

Los eventos disponibles en el módulo captura en línea son:

Solo datos básicos

250 Encefalitis Del Nilo Occidental En Humanos
270 Encefalitis Equina Del Oeste En Humanos
275 Encefalitis Equina Del Este En Humanos
290 Encefalitis Equina Venezolana En Humanos
295 Enfermedades De Origen Priónico
320 Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea
330 Hepatitis A
346 IRA por virus nuevo
551 Mortalidad Materna **(Disponible hasta 28 Marzo de 2024)**
620 Parotiditis
630 Peste (Bubónica/Neumónica)
780 Tifus Epidémico Transmitido Por Piojos
790 Tifus Endémico Trasmitido Por Pulgas
831 Varicela Individual

Básicos mas complementarios

Código evento Nombre de evento Cara A y B
100 Accidente ofídico
113 Desnutrición aguda en menores de 5 años
200 Cólera
205 Chagas
210 Dengue
217 Chikungunya
220 Dengue grave
230 Difteria
300 Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia
310 Fiebre Amarilla
342 Enfermedades Huérfanas
345 ESI - IRAG (Vigilancia Centinela)
348 IRAG inusitado
352 Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico
355 Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)
365 Intoxicaciones
420 Leishmaniasis cutánea
430 Leishmaniasis Mucosa
440 Leishmaniasis Visceral
450 Lepra
452 Lesiones por AE
453 Lesiones de causa externa
455 Leptospirosis

DESARROLLO

465 Malaria
535 Meningitis Bacteriana Y Enfermedad Meningocócica
549 Morbilidad materna extrema
550 Mortalidad Materna
560 Mortalidad perinatal y neonatal tardía
580 Mortalidad por Dengue
591 Mortalidad integrada en menores de 5 años
610 Parálisis Flácida Aguda
670 Rabia Humana
710 Rubeola
720 Síndrome de rubéola congénita
730 Sarampión
740 Sífilis congénita
750 Sífilis gestacional
760 Tétanos accidental
770 Tétanos neonatal
800 Tos Ferina
880 Viruela Símica
900 Evento individual sin establecer

Colectivos

362 Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico
621 Parotiditis colectivo
830 Varicela colectivo
901 Evento colectivo sin establecer
995 Morbilidad IRA
998 Morbilidad EDA

DESARROLLO

Directorio Subred Sur Occidente Localidad de BOSA

LOCALIDAD	TECNICO	CELULAR	CORREO ELECTRONICO
BOSA	DIEGO PALACIOS	3504960778	Tecnicosivigila7@subredsuroccidente.gov.co

9. INDICADORES PAI

Profesionales de apoyo realiza socialización de avances para las 4 localidades de la subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E con cohorte de Enero a Junio 2024 comenzando por:
Terceras dosis de pentavalente en menores de 1 año con cumplimiento para la localidad de Bosa con un 86% y Fontibón con un 47,9%, Por debajo de lo esperado para la localidad de Puente Aranda con un 45,4% y Kennedy con un 37,6%, esperando alcanzar metas para estas dos últimas localidades ya que a nivel distrital nos encontramos ejecutando jornadas de intensificación.

AVANCE EN METAS DE VACUNACION CON CORTE A 30 DE JUNIO 2024

TERCERAS DOSIS DE PENTAVALENTE

LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META AL MES DE JUNIO 2024	ENERO DOSIS APLICADAS	%	FEBRERO DOSIS APLICADAS	%	MARZO DOSIS APLICADAS	%	ABRIL DOSIS APLICADAS	%	MAYO DOSIS APLICADAS	%	JUNIO DOSIS APLICADAS	%	TOTAL DOSIS APLICADAS	DEFICIT	% DE CUMPLIMIENTO ACUMULADO	META 95%	DOSIS FALTANTES
07_BOSA	3118	260	1559	606	19,4	564	18,1	456	14,6	417	13,4	328	10,5	309	9,9	2680	-1121	86,0	1481	-1199
08_KENNEDY	8320	693	4160	476	5,7	387	4,7	502	6,0	671	8,1	557	6,7	537	6,5	3130	1030	37,6	3952	822
9_FONTIBON	2234	186	1117	210	9,4	157	7,0	197	8,8	169	7,6	158	7,1	179	8,0	1070	47	47,9	1061	-9
16_PUENTE ARANDA	3689	307	1845	297	8,1	264	7,2	295	8,0	300	8,1	259	7,0	259	7,0	1674	171	45,4	1752	78
TOTAL SUBRED SUR OCCIDENTE	17361	1447	8681	1589	9,2	1372	7,9	1450	8,4	1557	9,0	1302	7,5	1284	7,4	8554	127	49,3	8246	-308
% CUMPLIMIENTO				109,8		94,8		100,2		107,6		90,0		88,8		98,5				

Fuente: Descargas diario de localidad 2.0 con cohorte a 30 junio.

Tv de año con coberturas útiles para localidad de Bosa con 92,6% de cumplimiento, con coberturas por debajo de lo esperado para Fontibón con un 30,6%, seguido por localidad de Kennedy con un 26.5% y Puente Aranda con un 25% sin lograr coberturas adecuadas para estas tres localidades ni a nivel Subred con un déficit de 2190 menores.

TRIPLE VIRAL - DOSIS DE UN AÑO

LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META AL MES DE JUNIO 2024	ENERO DOSIS APLICADAS	%	FEBRERO DOSIS APLICADAS	%	MARZO DOSIS APLICADAS	%	ABRIL DOSIS APLICADAS	%	MAYO DOSIS APLICADAS	%	JUNIO DOSIS APLICADAS	%	TOTAL DOSIS APLICADAS	DEFICIT	% DE CUMPLIMIENTO	META 95%	DOSIS FALTANTES
07_BOSA	3215	268	1608	802	24,9	819	25,5	515	16,0	456	14,2	385	12,0	323	10,0	2977	-1370	92,6	1527	-1450
08_KENNEDY	10396	866	5198	483	4,6	326	3,1	454	4,4	797	7,7	692	6,7	553	5,3	2752	2446	26,5	4938	2186
9_FONTIBON	2526	211	1263	188	7,4	143	5,7	127	5,0	148	5,9	167	6,6	125	4,9	773	490	30,6	1200	427
16_PUENTE ARANDA	4565	380	2283	271	5,9	213	4,7	177	3,9	248	5,4	232	5,1	219	4,8	1141	1142	25,0	2168	1027
TOTAL SUBRED SUR OCCIDENTE	20702	1725	10351	1744	8,4	1501	7,3	1273	6,1	1649	8,0	1476	7,1	1220	5,9	7643	2708	36,9	9833	2190
% DE CUMPLIMIENTO				101,1		87,0		74		95,6		85,6		70,7		73,8				

Fuente: Descargas diario de localidad 2.0 con cohorte a 30 junio

Tv de 18 meses sin cumplimiento a nivel Subred con 41.2% de cumplimiento con cumplimiento de coberturas útiles solo para la localidad de Bosa con 96,3%, con semaforización en rojo para las localidades de Fontibón con un 34,4%, Kennedy con un 31,7% y Puente Aranda con un 27,7%, con 8473 menores pendiente para cumplir la meta anual.

DESARROLLO

TRIPLE VIRAL - DOSIS DE 18 MESES

LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META AL MES DE JUNIO 2024	ENERO DOSIS APLICADAS	%	FEBRERO DOSIS APLICADAS	%	MARZO DOSIS APLICADAS	%	ABRIL DOSIS APLICADAS	%	MAYO DOSIS APLICADAS	%	JUNIO DOSIS APLICADAS	%	TOTAL DOSIS APLICADAS	DEFICIT	% DE CUMPLIMIENTO	META 95%	DOSIS FALTANTES
07_BOSA	3215	268	1608	680	21,2	786	24,4	567	17,6	385	12,0	390	12,1	289	9,0	3097	-1490	96,3	1527	960
08_KENNEDY	10396	866	5198	490	4,7	412	4,0	506	4,9	710	6,8	644	6,2	537	5,2	3299	1899	31,7	4938	4432
9_FONTIBON	2526	211	1263	143	5,7	147	5,8	121	4,8	146	5,8	120	4,8	193	7,6	870	393	34,4	1200	1079
16_PUENTE ARANDA	4565	380	2283	240	5,3	209	4,6	166	3,6	258	5,7	188	4,1	205	4,5	1266	1017	27,7	2168	2002
TOTAL SUBRED SUR OCCIDENTE	20702	1725	10351	1553	7,5	1554	7,5	1360	6,6	1499	7,2	1342	6,5	1224	5,9	8532	1819	41,2	9833	8473
% DE CUMPLIMIENTO				90,0		90,1		78,8		86,9		77,8		70,9		82,4				

Fuente: Descargas diario de localidad 2.0 con cohorte a 30 junio

Para trazador de 5 años para administración de Dpt sin cumplimiento a nivel subred con cohorte de Enero de Junio con cumplimiento del 39,5% con un déficit de 11175 menores, con coberturas por debajo para localidad de Puente Aranda con un 36,4%, seguido de Kennedy con un 32,8% y Fontibón con un 32,7%. La única localidad con cumplimiento de lo esperado para localidad de Bosa con 60,4% y una administración de 565 dosis de más. Para lo cual se indica que por parte de los profesionales generación de mayor numero de concertaciones en instituciones que cuentan con la población objeto del programa.

DPT - DOSIS DE CINCO AÑOS

LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META AL MES DE JUNIO 2024	ENERO DOSIS APLICADAS	%	FEBRERO DOSIS APLICADAS	%	MARZO DOSIS APLICADAS	%	ABRIL DOSIS APLICADAS	%	MAYO DOSIS APLICADAS	%	JUNIO DOSIS APLICADAS	%	TOTAL DOSIS APLICADAS	DEFICIT	% DE CUMPLIMIENTO	META 95%	DOSIS FALTANTES
07_BOSA	5449	454	2725	754	13,8	633	11,6	546	10,0	523	9,6	447	8,2	386	7,1	3289	-565	60,4	2588	2042
08_KENNEDY	12566	1047	6283	927	7,4	568	4,5	550	4,4	880	7,0	586	4,7	611	4,9	4122	2161	32,8	5969	5419
9_FONTIBON	3653	304	1827	300	8,2	186	5,1	153	4,2	192	5,3	143	3,9	219	6,0	1193	634	32,7	1735	1582
16_PUENTE ARANDA	5036	420	2518	442	8,8	286	5,7	260	5,2	302	6,0	265	5,3	277	5,5	1832	686	36,4	2392	2132
TOTAL SUBRED SUR OCCIDENTE	26704	2225	13352	2423	9,1	1673	6,3	1509	5,7	1897	7,1	1441	5,4	1493	5,6	10436	2916	39,1	12684	11175
% DE CUMPLIMIENTO				108,9		75,2		67,8		85,2		64,8		67,1		78,2				

Fuente: Descargas diario de localidad 2.0 con cohorte a 30 junio.

Se da continuidad a socialización de avances en jornada de Influenza para población objeto comenzando por:

- Influenza primeras dosis con cumplimiento para las 4 localidades evidenciando dificultad para la administración de 2das dosis en población menor de 1 año con cobertura del 32,2% para localidad de Fontibón, seguido de Bosa con un 30%, Puente Aranda con un 26,7% y Kennedy con un 21,2%.
- Población de 1 año con influenza con primeras dosis con cumplimiento solo para la localidad de Bosa con un 74,1%, para 2das dosis con las 4 localidades por debajo de lo esperado.
- Dosis única en menores de 1 año con cobertura adecuada del 49,7% para localidad de Bosa y 45% para localidad de Fontibón.
- Influenza para mayores de 60 años con coberturas útiles para localidad de Kennedy con un porcentaje del 45, 8% y Puente Aranda con un 56,9%.
- Personas con patología de riesgo sin cumplimiento para ninguna localidad.
- Gestantes con coberturas útiles para Fontibón con un 50,1%, Kennedy con un 47,4% y Puente Aranda con 46,7%.
- DPTa gestantes con cobertura útil para localidad de Puente Aranda con un 261% de cumplimiento superando la meta anual, evidenciándose este indicador positivo ya que se encuentran instituciones

DESARROLLO

con un alto volumen de esta población debido a que cuentan con atención para la especialidad de Ginecobstetricia como lo es la Ips Virrey Solís Américas y Sanitas Zona In.

- VPH con cumplimiento para localidad de Puente Aranda para niños con un 53,9% y niñas con un 47,6%.

Se continua con socialización de Lineamientos para la jornada nacional de vacunación el cual se ejecutará el día 27 de Julio a nivel distrital "PLAN DE INTENSIFICACION DE LA VACUNACION EN COLOMBIA AGOSTO A DICIEMBRE 2024". Con lema las vacunas son seguras y salvan vidas.

Metas:

✓ Se estiman a partir de lo definido para el cumplimento del 95% de cobertura anual, la meta del mes correspondiente 7.9%, más las personas no vacunadas en el periodo enero a mayo de 2024; se distribuyen en las fases de pre-jornada (80%) y día de jornada (20%). Esta forma de presentar las metas permitirá a los actores del PAI planear las actividades de acuerdo con sus recursos, tácticas y estrategias.

Población Objeto:

• Población infantil menor de 6 años.
• Población objetivo de Influenza.
• Niñas de 9 a 17 años.
• Niños de 9 a 14 años.
• Mujeres gestantes.
• Mujeres en edad fértil de 10 a 49 años (MEF).
• Población susceptible para fiebre amarilla.
• Población susceptible para COVID-19.
• Población mayor de 60 años.

Tabla 13. **Esquema de vacunación PAI contra el VPH en Colombia a partir del 15 de julio de 2024**

Fecha de inicio	Esquema	Observaciones
15 de Julio de 2024	Única dosis	• Niños de 9 a 14 años, 11 meses y 29 días. • Niñas de 9 a 17 años, 11 meses y 29 días. • A partir del 30 de septiembre de 2023 el esquema de vacunación es dosis única. ***No se deben aplicar segundas dosis en esta población.***
	2 dosis Intervalo 0 – 6 meses Solo para pacientes inmunosuprimidos	**Personas inmunosuprimidas tendrán el esquema de 2 dosis** • Niñas inmunosuprimidas que hayan recibido primera dosis entre 9 a 17 años, 11 meses y 29 días • Niños inmunosuprimidos que hayan recibido primera dosis entre 9 a 14 años, 11 meses y 29 días.

- A partir del 15 de julio de 2024 se amplía la edad de aplicación de la vacuna contra el VPH en niños, el esquema es de una única dosis en niñas sanas de 9 a 17 años y en niños sanos de 9 a 14 años y 2 dosis en niños y niñas de las mismas edades inmunosuprimidos, en el marco de los lineamientos definidos para la aplicación de este biológico.
- Desde abril se tiene disponibilidad de vacuna contra la influenza estacional sepa sur 2024, por lo que se debe garantizar la protección, en el menor tiempo posible, de la población objetivo: niños y niñas de 6 a11 meses y 12 a 23 meses, mujeres gestantes, adultos mayores, personal de la salud, cuidadores de pacientes menores de 18 años de cáncer y pacientes con comorbilidades en el marco de los LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL CEPA SUR 2024.
- • Desde el 1ro de enero de 2023 se aplica la dosis de refuerzo de Triple Viral a los 18 meses y se trabaja en la búsqueda de susceptibles de 2 a 5 años; cada territorio debe definir las estrategias y

DESARROLLO

tácticas para identificar susceptibles. Todos los niños de 1 a 10 años deben tener 2 dosis de triple viral, si se tiene niños con esquemas inoportunos mayores de 18 meses se debe asegurar en el primer contacto la aplicación de Triple viral y 4 semanas después aplicar la segundad dosis.

- • El esquema de vacunación de pentavalente se compone de 3 dosis más 1 refuerzo en menores de 24 meses, garantizando mínimo una dosis de este biológico a los niños y niñas de 2 a 5 años de edad sin antecedente de vacunación con este biológico.
- • Dado que el refuerzo de triple viral se aplica a los 18 meses, el segundo refuerzo de DPT será el biológico trazador para los 5 años.
- • Se debe dar cumplimiento a las medidas de flexibilización de los esquemas de vacunación el marco del oficio enviado a las ET en octubre del 2020. En este contexto, se indica que a partir de la fecha y hasta la finalización del 2024, los esquemas de vacunación de los niños de 6 a 11 meses de edad que inicien o se encuentren atrasados www. minsalud.gov.co en sus esquemas primarios de vacunación, tendrán un intervalo entre dosis y dosis de 6 semanas.

El periodo de intensificación busca fortalecer las acciones en todos los componentes del PAI entre agosto y diciembre de 2024, se desarrollarán jornadas en cada mes se indican las fases definidas en la siguiente tabla.

Tabla 15. Fases y énfasis del Plan de intensificación de la vacunación en Colombia 2024

MES	CON ENFASIS EN	PRE-JORDA 80%	JORNADA 20%	POS-JORNADA Remanente mes
Agosto	Fiebre Amarilla	1 a 23	24	25 a 30
Septiembre	Gestantes: Tdap, Influenza, COVID	1 a 27	28	29 a 30
Octubre	Niños y Niñas esquema primario	1 a 25	26	27 a 31
Noviembre	Refuerzos	1 a 22	23	24 a 30
Diciembre	Cierre navideño	1 a 13	14	15 a 31

Recomendaciones

- Realizar correlación clínica y verificación de nexo epidemiológico al momento de notificar algún evento de interés en salud pública.
- Realizar notificación oportuna ante la identificación de eventos de interés en salud pública para su pertinente atención.
- Realizar ajuste en el SIVIGILA 4.0 y escritorio oportuno a cada uno de los eventos ingresados, teniendo encuentra las características propias del agente etiológico, enfermedad y definición operativa del caso según protocolo del INS, OPS y ficha técnica de la SDS para la vigencia junio a julio 2024
- Notificar por SIVIGILA 4.0 los eventos individuales y colectivos y enviar de inmediato los soportes de los eventos de notificación súper inmediata y mediata eventos de alto impacto que requieren el aborde dentro de las 48 horas para así evitar propagación de la infección en la comunidad.
- Se recomienda que cuando por parte del profesional se deje un plan de mejora este sea realizado con calidad y veracidad y con concordancia a los hallazgos dejados en las Asistencias técnica.

DESARROLLO

- Recordar que los profesionales de la Subred sur occidente están dispuesto a brindarles información fortalecimiento de parte del Equipo Sivigila.

- Fomentar el conocimiento y las mejoras a las instituciones para evitar que se generen planes de mejora en las UPGD

- Se recomienda realizar constantemente el lavado de manos con el fin de disminuir los casos de EDA.

- Se recomienda implementar medidas de ahorro del agua en los procesos operativos de las UPGD e implementar los planes de contingencia durante los días de racionamiento en las zonas correspondientes.

- Se recomienda realizar constantemente el lavado de manos con el fin de disminuir los casos de EDA.

- Se recomienda implementar medidas de ahorro del agua en los procesos operativos de las UPGD e implementar los planes de contingencia durante los días de racionamiento en las zonas correspondientes.
- Fortalecer las acciones de información, educación y comunicación en los diferentes escenarios donde se mantenga contacto directo con el usuario, promoviendo espacios que permitan la resolución de dudas frente a las indicaciones clínicas dadas.

- Generar estrategias de fortalecimiento para la demanda inducida a mujeres en edad fértil, gestantes y niños menores de un año y hacer seguimiento continuo a estas estrategias.

- Realizar espacios de inducción y reinducción en las guías de atención de acuerdo con la población y tipo de servicio de salud que presta la institución.

- Realizar ejercicio de auditoría interna que den cuenta de la mejora en los registros clínicos con calidad y pertinencia.

Conclusiones

1. Se deben generar estrategias de ahorro y cambio de conciencia frente al uso responsable del agua en la comunidad.
2. Se deben generar estrategias de ahorro y cambio de conciencia frente al uso responsable del agua en la comunidad.

3. Se busca que el personal de las UPGD al realizar un plan de mejora no se evidencie errores y este esté acorde a los tiempos generados por el instituto nacional de salud
4. Lograr que las UPGD al enviar plan de mejora a la Subred sur occidente, se evidencia acorde a los hallazgos recomendaciones por el profesional
5. Dar a conocer los lineamientos, y normas del ministerio de salud y instituto nacional de salud los mecanismos para realizar un plan de mejora.
6. Se deben generar estrategias de ahorro y cambio de conciencia frente al uso responsable del agua en la comunidad.
7. Se deben generar estrategias de ahorro y cambio de conciencia frente al uso responsable del agua en la comunidad.

DESARROLLO

8. Generación de coberturas por debajo de lo esperado para las tres localidades de Kennedy, Fontibón y Puente Aranda en los trazadores para Tv de año Tv de 18 meses y Dpt de 5 años.
9. Generación de jornadas de intensificación de agostos a diciembre con el objetivo de cumplir coberturas por encima del 95% para población menor de 6 años.

10. EVALUACION, LISTADO DE ASISTENCIA Y CIERRE.

Se realiza la evaluación con un QR generado en el Pre alistamiento y se comparte además otro QR para el listado digital de cierre.

FECHA: 25/07/2024	TEMA: Comité de Vigilancia Epidemiológica, correspondiente a la localidad de Bosa

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Enviar las presentaciones a las UPGD a los correos registrados en el listado virtual de asistencia.	EQUIPO SIVIGILA	12 días después de la reunión.
Socializar la información recibida en la reunión al interior de las unidades notificadoras y dejar soporte por escrito de este proceso	UPGD	Máximo 15 días después de desarrollada la reunión.

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia.

VER ANEXO LISTADOS DE ASISTENCIAS