



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.



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

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE) LOCALIDADES DE USME Y SUMAPAZ

MARZO 2019

COMPONENTE TRANSMISIBLES

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000
www.subredsur.gov.co

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

Tabla de contenido

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	3
2. OBJETIVOS	3
3. CARACTERIZACIÓN DE PARTICIPANTES.....	3
4. METODOLOGÍA.....	3
5. DESCRIPCIÓN GENERAL	4
6. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI).....	4
7. ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA5	
8. TABLEROS DE CONTROL SIVIGILA	10
9. CONCEPTOS GENERALES DE LA VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS Y ACCIONES DEL PROGRAMA.....	13
10. GENERALIDADES DE LA MENINGITIS.....	20
11. BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL – VIGILANCIA INTENSIFICADA SARAMPIÓN – RUBEOLA.....	23
12. EVALUACIÓN	23
13. CONCLUSIONES.....	29
14. COMPROMISOS.....	29

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Para la presente vigencia (marzo – diciembre 2019) la realización de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur se agrupó por localidades Usme y Sumapaz se realizarán mensualmente. El presente informe da cuenta del COVE de las localidades de Usme y Sumapaz correspondiente a marzo 2019.

FECHA	22 de marzo de 2019	HORA	8:00 AM – 12:00 M
LUGAR	USS BETANIA Dirección: Cl 76b Sur 2 Este 7		
TEMA	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES		

2. OBJETIVOS

- a) Revisar las 4 estrategias de Vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda.
- b) Socializar las generalidades de la meningitis
- c) Socializar conceptos generales de la Vigilancia de la tuberculosis y acciones del programa
- d) Dar a conocer los tableros de control de SIVIGILA y del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

3. CARACTERIZACIÓN DE PARTICIPANTES

Número de participantes: 39 Personas.

Asistieron representantes de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), equipo Transmisibles: referente IRA, referente EPV, referente Micobacterias, líder transmisibles, líder SIVIGILA, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), referente de programa TB.

4. METODOLOGÍA

En un primer momento se convocó a los encargados de participar en el COVE del mes de marzo a una reunión en donde se establecieron las temáticas y tiempos para el desarrollo de cada una; se definió la siguiente agenda:

1. Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
2. Estrategias de Vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda.
3. Tableros de control de SIVIGILA
4. Conceptos generales de la Vigilancia de la tuberculosis y acciones del programa



5. Generalidades de la meningitis
6. Búsqueda Activa Institucional – Vigilancia Intensificada Sarampión – Rubeola.

5. DESCRIPCIÓN GENERAL

Se da la bienvenida por parte del equipo de Transmisibles de Vigilancia en Salud Pública de la Subred Sur E.S.E., se socializa la agenda cuyo tema central y se informa que el listado de asistencia se entregarán al final de la jornada. Se entrega el formato de evaluación y se recuerda que debe ser diligenciado en la medida en que vaya finalizando cada presentación. Se continúa con el desarrollo de los diferentes temas planteados en la agenda:

6. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)

COBERTURAS FEBRERO 2019						
TERCERAS DOSIS DE PENTAVALENTE - NIÑOS MENORES DE UN AÑO						
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META FEBRERO	DOSIS APLICADAS FEBRERO	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO FEBRERO	% DE CUMPLIMIENTO
05. USME	4836	403	403	354	354	87,8
06. TUNJUELITO	2566	214	214	192	192	89,8
19. CIUDAD BOLIVAR	9105	759	759	709	709	93,4
20. SUMAPAZ	25	2	2	2	2	96,0
TOTAL SUBRED SUR	16532	1378	1378	1257	1257	91,2
TRIPLE VIRAL - DOSIS DE UN AÑO						
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META FEBRERO	DOSIS APLICADAS FEBRERO	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO FEBRERO	% DE CUMPLIMIENTO
05. USME	4900	408	408	330	330	80,8
06. TUNJUELITO	2827	236	236	188	188	79,8
19. CIUDAD BOLIVAR	8730	728	728	611	611	84,0
20. SUMAPAZ	25	2	2	2	2	96,0
TOTAL SUBRED SUR	16482	1374	1374	1131	1131	82,3
TRIPLE VIRAL - DOSIS REFUERZO DE 5 AÑOS						
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META FEBRERO	DOSIS APLICADAS FEBRERO	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO FEBRERO	% DE CUMPLIMIENTO
05. USME	5000	417	417	356	356	85,4
06. TUNJUELITO	2992	249	249	207	207	83,0
19. CIUDAD BOLIVAR	9128	761	761	636	636	83,6
20. SUMAPAZ	25	2	2	3	3	144,0
TOTAL SUBRED SUR	17145	1429	1429	1202	1202	84,1

Se socializa que la dosis cero SR es una estrategia aplicada para las localidades de Usme y Ciudad Bolívar debido a los casos que generaron la alerta para Bogotá.

Qué es el sarampión? Es una enfermedad infecciosa de tipo viral, que se propaga al toser, estornudar o al hablar con una persona enferma. Los síntomas principales son fiebre y erupción, coriza, conjuntivitis y tos.

Las personas que tienen riesgo de contraer sarampión son los menores que no tienen el esquema completo de vacunación para la edad, personas menores de 40 años que no estén vacunadas contra sarampión o que no lo hayan padecido y que viajen a zonas donde se está presentando la enfermedad, personas que trabajan en turismo y transporte de pasajeros, trabajadores de salud sin vacuna contra sarampión.

Jornadas distritales de vacunación el último sábado de los siguientes meses: enero, abril, julio y noviembre.

REQUISITOS PARA VACUNAR

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

7. ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

- **Definición Operativa caso ESI Centinela (345):** Sospechoso: Persona que presenta IRA, con fiebre $\geq 38^{\circ}$ y tos de no más de 7 días, que requiera de manejo ambulatorio.
- **Definición Operativa caso IRAG Centinela (345):** Sospechoso: Persona con IRA, con antecedentes de fiebre y tos no mayor a 10 días de evolución, que requiera manejo intra-hospitalario.
- **Definición Operativa caso IRAG Inusitado (348):** Probable: Paciente con antecedentes de fiebre y tos que requiera manejo hosp. con evolución de 7 días desde inicio de SyS y con alguna de las siguientes condiciones:

Ser trabajador de la salud.

Ser trabajador del sector avícola o porcino.
Tener antecedentes de viaje en los últimos 14 días a áreas de influenza aviar.

Pte de 5 a 65 años previamente sano con IRAG con fiebre y tos con manejo hospitalario, vasopresores y apoyo ventilatorio, con deterioro clínico en -72 horas.

Todos los conglomerados de IRAG (Colegios, cárceles, batallones).

Todas las muertes por IRAG con cuadro clínico de etiología desconocida.

- Definición de caso Mortalidad por IRA < 5 años (591) Confirmado:**
 Menor de 5 años que fallezca por causa básica, directa o relacionada con IRA.
 NOTA: En las mortalidades por IRA en < de 1 mes de vida se deben excluir:
 * Mortalidad por problemas Respiratorios Perinatales
 - Prematurez
 - Enfermedades congénitas
 - Cuadro infecciosos de origen intrauterino o relacionado con el parto
- Definición de caso Morbilidad por IRA (995)**
 Confirmado: Todos los casos de Hospitalización en UCI, hospitalización general. Consulta externa, Urgencias, Muerte por IRA según cod CIE 10.

ESI - IRAG 345 (Centinela - Tunal)																		
TOTAL CASOS RESIDENCIA EN SUR PED	RESIDENCIA OTRAS LOCALIDADES	EDAD					SEXO		TIPO AFILIACION			MIGRANTES		VIVOS	FALLECIDOS	DESCARTADOS	CONFIRMADOS	
		RN	< 1 AÑO	1 A 5 AÑOS	ADULTOS	ADULTO >	F	M	C	N	S	SI	NO					
452	123	25	430	132	4	1	267	328	143	58	394	12	583	594	1	382	213	
20 CASOS SON DE FUERA DE BOGOTA																		
CIUDAD BOLIVAR: 245 CASOS																		
TUNJUELITO: 68 CASOS																		
USME: 139 CASOS																		

FUENTE: Base de Datos SIVIGILA 2018 hasta semana epidemiológica 7 de 2019



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

IRAG INUSITADO 348																	
TOTAL CASOS RESIDENCIA EN SU RESIDENCIA	RESIDENCIA OTRAS LOCALIDADES	EDAD					SEXO		TIPO AFILIACION			MIGRANTE		VIVOS	FALLECIDOS	DESCARTADOS	CONFIRMADOS
		RN	< 1 AÑO	1 A 5 AÑOS	ADULTO S	ADULTO >	F	M	C	N	S	SI	NO				
20	9	3	15	2	6	3	16	13	5	8	16	1	28	25	4	24	5
CIUDAD BOLIVAR: 16 CASOS																	
TUNJUELITO: 1 CASO																	
USME: 3 CASOS																	

FUENTE: Base de Datos SIVIGILA 2018 hasta semana epidemiológica 7 de 2019

MORTALIDAD POR IRA 600 / 591																	
TOTAL CASOS RESIDENCIA EN SU RESIDENCIA	RESIDENCIA OTRAS LOCALIDADES	EDAD					SEXO		TIPO AFILIACION			MIGRANTE		FALLECIDOS	DESCARTADOS	CONFIRMADOS	
		RN	< 1 AÑO	1 A 5 AÑOS	ADULTO S	ADULTO >	F	M	C	N	S	SI	NO				
10	1	2	9	2			7	6	3	3	7	2	11	13	3	5	
2 CASOS SON DE FUERA DE BOGOTA																	
5 CASOS ESTAN PENDIENTES POR AJUSTAR (MEDICINA LEGAL)																	
CIUDAD BOLIVAR: 6 CASOS																	
TUNJUELITO: 1 CASO																	
USME: 3 CASOS																	

FUENTE: Base de Datos SIVIGILA 2018 hasta semana epidemiológica 7 de 2019

SALA ERA AÑO 2018

TOTAL REGISTROS	LOCALIDAD RESIDENCIA	OTRAS LOCALIDADES DE RESIDENCIA	FUERA DE BOGOTA
3.323	CIUDAD BOLIVAR: 1940	137	2
	TUNJUELITO: 363		
	USME: 879		
	SUMAPAZ: 2		

FUENTE: Base Sala ERA 2018

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000
www.subredsur.gov.co

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

DIAGNOSTICOS	TOTAL
BRONQUIOLITIS (J21)	1094
LARINGO - TRAQUEITIS (J042)	817
NEUMONIA DE CUALQUIER CAUSA (J12 a J18)	2
RESFRIADO COMUN O INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES (J00X A J069)	185
SBOR - ASMA O EQUIVALENTES (J45)	1226
FUENTE: Base Sala ERA 2018	

ACTIVIDADES PARA PICO RESPIRATORIO

Se debe activar el Plan de Contingencia para ERA, el cual estará a cargo de la Dirección de Urgencias y Hospitalización a través del Referente Transversal de Pediatría Dr Guillermo Forero y la Referente de Terapias Claudia Echeverri.

Dicho Plan tiene las siguientes líneas estratégicas, las cuales se deben ejecutar con la mayor diligencia y así disminuir la Mortalidad por Neumonía e IRA en menores de 5 años a nivel de la Subred:

- Piezas comunicativas para los colaboradores y usuarios.
- Fortalecimiento de Competencias en el Talento Humano en cuanto al Código Respiratorio , Bronquiolitis , Neumonía , Rinofaringitis Aguda ,Asma , Croup y los lineamientos del INS para IRAG.
- Socialización y evaluación del Procedimiento de Sala ERA en todas las USS que cuenten con la estrategia, como en los servicios de Urgencias y en los CAPS
- Contar con zona de expansión en la USS de Tunal y USS El Carmen.
- Garantizar el Talento Humano mediante jornadas adicionales en los Servicios de Pediatría.
- Garantizar la disponibilidad de flujo metros y balas de oxígeno.

-Garantizar la disponibilidad de dispositivos médicos e insumos medicos quirúrgicos.

-Garantizar la disponibilidad de medicamentos

-Garantizar la disponibilidad de pruebas diagnósticas rápidas para VSR, Panel viral , Panel de identificación microbiológica y frascos de hemocultivos pediátricos

Garantizar el traslado oportuno del Prestador Primario a la USS de Tunal si se requiere Cuidado Intensivo Pediátrico y a la USS Meissen si se requiere UCI Neonatal u Hospitalización de Pediatría.

-Garantizar zonas de aislamiento para los pacientes con VSR+.

-Todos los casos de Mortalidad se deben analizar en compañía de la Subgerencia dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el evento.

-Recordar que como población prioritaria se encuentran los menores de 3 meses , antecedente de Prematurez , antecedente de cardiopatía congénita o Síndrome de Down , Desnutrición , Padres poco colaboradores o pobre red de apoyo

-Todos los casos de Mortalidad se deben analizar en compañía de la Subgerencia dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el evento.

-Recordar que como población prioritaria se encuentran los menores de 3 meses, antecedente de Prematurez , antecedente de cardiopatía congénita o Síndrome de Down , Desnutrición , Padres poco colaboradores o pobre red de apoyo

-Garantizar seguimiento telefónico a todos los pacientes que egresen de Sala ERA

-Garantizar seguimiento canalizado a través de la Supervigía de todos los menores que egresen de hospitalización por cualquier patología asociada a ERA.

-Garantizar control ambulatorio dentro de los 5 primeros días después de una consulta de urgencias u hospitalización de todo menor de 5 años con ERA.

-Vigilar el cumplimiento de las Normas de Bioseguridad en los Servicios de Pediatría y Recién Nacidos



8. TABLEROS DE CONTROL SIVIGILA

USME

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL			
UPGD	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
CENTRO DE SALUD JUAN BO	0	NA	NA
COLSUBSIDIO SANTA LIBRA	1	1	100
GILBERTO CASTRO CORRA	1	1	100
MARIA TERESA DIAZ GUEVAR	0	NA	NA
SERVIMED IPS USME	0	NA	NA
UNIDAD MEDICA Y ODONTOL	0	NA	NA
USS BETANIA	2	2	100
USS DANUBIO AZUL	3	3	100
USS DESTINO	0	NA	NA
USS FLORA	6	6	100
USS LORENZO DE ALCANTU	1	1	100
USS MARICHUELA	6	6	100
USS REFORMA	2	2	100
USS SANTA LIBRADA	57	57	100
USS SANTA MARTHA	0	NA	NA
USS USME	8	6	75
USS YOMASA	2	2	100
VLADIMIR QUINTERO	0	NA	NA

fec_not	OPORT	nom_eve	nom_upgd
11/02/2019	33,00	AGRESIONES POR ANIMALES	USS USME
11/02/2019	9,00	AGRESIONES POR ANIMALES	USS USME
11/02/2019	13,00	AGRESIONES POR ANIMALES	USS USME
21/02/2019	8,00	SIFILIS GESTACIONAL	USS BETANIA



SUMAPAZ

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL			
UPGD	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	2	2	100
USS NAZARET	0	0	NA

Eventos de interés en salud pública de notificación inmediata:

Chagas crónico, dengue grave, desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años, difteria, enfermedad transmitida por alimentos o agua ETA, evento adverso seguido a la vacunación, fiebre amarilla, infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada, intoxicaciones por sustancia químicas, leishmaniasis visceral, lesiones de causa externa, lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal), meningitis, morbilidad materna extrema, mortalidad materna, mortalidad por dengue, parálisis flácida aguda, rubeola, sarampión, síndrome rubeola congénita, tétanos neonatal, tos ferina, vigilancia en salud pública de las violencias de género, vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y Desnutrición.

Observaciones:

- Realizar envío diario de notificación inmediata así sea negativa.
- Enviar ficha datos básicos, cara B del evento y laboratorios. Se da por recibido hasta estar completo el caso.
- Tener en cuenta que todas las variables del a ficha de notificaciones estén completas.

- Realizar precritica del 100% de las fichas.
- Envío de Notificación semanal los días lunes antes de las 3:00 p.m.
- En los tableros de control 2018, permitía medir como oportunidad adecuada de todos los eventos hasta 8 días después de la consulta, pero para el 2019 «un día para eventos de notificación inmediata y 8 para el resto de los eventos».

ASISTENCIAS TECNICAS ABRIL

LOCALIDA	RAZON SOCIAL
05 - Usme	CENTRO DE SALUD JUAN BONAL
05 - Usme	COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA
05 - Usme	USS BETANIA
05 - Usme	USS DANUBIO AZUL

CARACTERIZACIONES MARZO

LOCALIDA	RAZON SOCIAL
05 - Usme	CENTRO DE SALUD JUAN BONAL
05 - Usme	COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA
05 - Usme	GILBERTO CASTRO CORRALES
05 - Usme	MARIA TERESA DIAZ GUEVARA
05 - Usme	SERVIMED IPS USME
05 - Usme	UNIDAD MEDICA Y ODONTOLOGICA SANTA PILAR I
05 - Usme	USS BETANIA
05 - Usme	USS DANUBIO AZUL
05 - Usme	USS MARICHUELA
05 - Usme	USS REFORMA
05 - Usme	USS SANTA LIBRADA
05 - Usme	USS SANTA MARTHA

CARACTERIZACIONES ABRIL

LOCALIDA	RAZON SOCIAL
05 - Usme	USS DESTINO
05 - Usme	USS FLORA
05 - Usme	USS LORENZO DE ALCANTUZ
05 - Usme	USS USME
05 - Usme	USS YOMASA
05 - Usme	VLADIMIR QUINTERO
20 - Sumapaz	USS NAZARETH
20 - Sumapaz	USS SAN JUAN DE SUMAPAZ

9. CONCEPTOS GENERALES DE LA VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS Y ACCIONES DEL PROGRAMA

La Tuberculosis es muy probablemente, la enfermedad más antigua que afecta a la especie humana y la que más daño le ha causado (contabilizado en número de muertos y enfermos a lo largo de toda su historia).

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. En 2014, 9.600.000 personas enfermaron de tuberculosis y 1.500.000 murieron. Más del 95 % de las muertes ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Es una de las 5 causas principales de muerte entre mujeres de 15 a 44 años.

Definición: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede afectar cualquier órgano o tejido. Forma más común de la enfermedad es la pulmonar, cuya principal sospecha diagnóstica es la presencia de tos por más de 15 días, denominándose sintomático respiratorio.

Síntomas de la tuberculosis: Tos con o sin expectoración mayor a 15 días, disnea, sudoración nocturna, fiebre, palidez, pérdida de peso, inapetencia, astenia y dolor torácico.

Características generales de la tuberculosis

Agente causal:

- *M tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M, microti, M.caneti.*
- *Bacilos Acido-Alcohol Resistentes.*

- *Resistentes a Frío, Congelación y Desecación.*
- *Muy sensibles a Calor, Luz Solar y Radiación U.V.*
- *Aerobio estricto (depende de Oxígeno y pH).*
- *Comportamiento Polivalente según el medio*
- *Muy lenta capacidad de División*

Modo de transmisión: 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 laringea, no es transmisible salvo en aquellas situaciones en las que exista una fístula secretante.

Periodo de incubación: 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 tuberculínica significativa; en algunos individuos la infección puede permanecer latente toda la vida.

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. Existen factores de riesgo como la edad, el estado nutricional e inmunológico, que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

La infección por VIH incrementa notablemente el riesgo y acorta tiempo de aparición de la tuberculosis. Otros factores de riesgo son el hacinamiento, alcoholismo, enfermedades inmunosupresoras, desnutrición, condiciones precarias de vida y trabajo, farmacodependencia, habitabilidad en calle.

Definición de caso de tuberculosis pulmonar:

Confirmado por laboratorio Caso con baciloscopia positiva para bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR), o cultivo positivo o prueba molecular positiva que reconozcan el complejo *Mycobacterium tuberculosis*.

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

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

1. Definiciones programáticas para tuberculosis:

- Caso de TB bacteriológicamente confirmado
- Caso de TB clínicamente diagnosticado

2. Clasificación basada en la localización anatómica de la enfermedad

- **Tuberculosis pulmonar (TBP)** caso Bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB, que implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. La TB miliar se clasifica como TBP porque hay lesiones en los pulmones.
- **Tuberculosis extrapulmonar (TBE):** Caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que involucra otros órganos que no sean los pulmones por ejemplo, pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges.

Un paciente con TB pulmonar y extrapulmonar debe notificarse y clasificarse como un caso de TBP.

3. Clasificación basada en la historia de tratamiento de TB previo

Paciente Nuevo: Paciente que nunca ha sido tratado por TB o que ha recibido medicamentos anti TB por menos de un mes.

Paciente previamente tratado: Paciente que ha recibido 1 mes o más de los medicamentos anti-TB en el pasado. Se clasifica además por los resultados de su más reciente ciclo de tratamiento de la siguiente manera:

- **Tras Recaída:** Paciente que ha sido previamente tratado por TB, fue declarado curado o tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora es diagnosticado con un episodio recurrente de TB (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por reinfección).
- **Tras Fracaso:** Paciente previamente tratado por TB, cuyo tratamiento fracasó (ver definición de fracaso)
- **Recuperado tras pérdida de seguimiento:** Paciente que ha sido tratado previamente por TB y declarado pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente.
- **Otros pacientes previamente tratados:** son aquellos que han sido previamente tratados por TB, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o indocumentado.

4. Clasificación basada en el estado de VIH

- Paciente con TB y VIH
- Paciente con TB y sin VIH
- Paciente con TB y estado de VIH desconocido

5. Clasificación basada en la resistencia a medicamentos

Monorresistencia: Resistencia a solo un medicamento anti-TB de primera línea.

Polirresistencia: Resistencia a más de un medicamento de primera línea anti-TB (que no sea Isoniazida y Rifampicina a la vez).

Multidrogorresistencia: Resistencia al menos a la Isoniazida y la Rifampicina.

Extensamente resistente: Resistencia a cualquier fluoroquinolona y al menos uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (Capreomicina, Kanamicina y Amikacina), en casos con multidrogorresistencia.

Resistencia a la Rifampicina: Detectada utilizando métodos fenotípicos y genotípicos, con o sin resistencia a otros medicamentos anti-TB. Incluye cualquier resistencia a la Rifampicina, ya sea monorresistencia, multidrogorresistencia, polirresistencia o extensamente resistente.

6. Definiciones de caso por resultado al tratamiento

a) Curado: Paciente con TB pulmonar con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento.

b) Tratamiento terminado: Paciente con TB que completo el tratamiento sin evidencia de fracaso, PERO sin constancia que muestre que la baciloscopia o el cultivo del último mes de tratamiento, ya sea porque las pruebas no se hicieron, o porque los resultados no estén disponibles.

c) Fracaso: Paciente con TB cuya baciloscopia o cultivo de esputo es positivo en el mes 4 o posterior durante el tratamiento.

d) Fallecido: Paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.

e) Pérdida en el seguimiento: Paciente con TB que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 1 mes o más.

f) No evaluado: Paciente con TB que no se le ha asignado el resultado de tratamiento. Incluye los casos «transferidos» a otra unidad de tratamiento y también los casos cuyo resultado del tratamiento se desconoce en la unidad que reporta.

g) Tratamiento exitoso: La suma de curados y tratamientos terminados.

Se socializa la ficha cara A datos básicos y cara B específica del evento.

GRUPOS PRIORITARIOS PARA LA BÚSQUEDA DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE

- Recomendaciones de la OMS en su documento: los grupos prioritarios para búsqueda de la infección tuberculosa latente en Colombia serán:
- Personas que viven con VIH

- Niños en contacto con enfermos de TB pulmonar
- Personas que vayan a comenzar tratamientos con terapia biológica para enfermedades autoinmunes.
- Personas con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis
- Personas que se preparan para recibir trasplantes de órganos o hemáticos
- Personas con silicosis.

Se socializa el algoritmo diagnóstico para TB latente.

Intervención Programa de transmisibles.

Tuberculosis (TB) es un problema grave de salud pública no solo para Colombia sino para el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por el bacilo de tuberculosis y que una tercera parte de la población mundial está actualmente infectada por el bacilo de tuberculosis

El diagnóstico de TB es responsabilidad del primer nivel de atención, pero la realidad.

Sintomático Respiratorio (SR)

Toda persona que tiene tos con sin flemas por más de quince días, se considera sospechoso de tuberculosis y se le debe realizar baciloscopias seriada de esputo, cultivo

La búsqueda de SR es muy importante, porque es a través de ellos que se encuentran las personas que tiene TB pulmonar bacilífera son la fuente de contagio

Captar = buscar SR -----para Detectar Casos TB

Desde el programa de TB se tiene una programación de captación de SR Circular 0055 2016

Circular 0055 2016 – Anexo N° 3


Actualizar la programación de sintomáticos respiratorios contenida en el artículo sexto de la Circular Externa 058 de 2009

- ✓ Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS Públicas y Privadas) y las EAPB la programación se hará sobre el 50% de la población mayor de 15 años afiliadas o tendidas durante la vigencia anual; de esta población se estima que el 5% serán considerados SR. Esta será la meta a captar de SR en el año

Captar el 70% de los

- SR programados
- El 2.5% de los SR
- SR BK +

Carrera 20
Código Postal
Sede Administrativa
Tel: 7300000
www.subreditsur.gov.co





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

Sintomático Respiratorio Sub Red Sur 2018

IPS	% De SR a captar	N° de Captados	SR	% De Captación
C. Bolívar	3234	2335		72,2
Usme	974	575		59
Tunjuelito	975	953		97,5
Total	5183	3863		74,5

Fuente: Tablero de control de SR – Sub Red Sur 2018

Sintomático Respiratorio Sub Red Sur 2019

IPS	SR a captar	N° de SR Trimestral	N° de SR Mensual
C. Bolívar	3073	768	256
Usme	187	47	16
Tunjuelito	688	172	57
Total	3948	987	319

Fuente: Tablero de control de SR – Sub Red Sur 2019

Mejoramiento para captación de SR

- ✓ Contactos de casos conocidos de TBP
- ✓ Población indígena. - Migrantes y refugiados - - Habitantes de calle
- ✓ Personas que viven con el VIH
- ✓ Diabetes
- ✓ Falla renal crónica
- ✓ Silicosis

DENGUE

Situación Actual

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000
www.subredsur.gov.co

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

- ✓ 3.000 millones de personas en riesgo
- ✓ 390 millones de infecciones, 96 millones sintomáticas/año
- ✓ 20.000 muertes al año
- ✓ Colombia 2018. 44825 casos; 21242 casos (47,4%) sin signos de alarma; 23057 casos (51,4%) con signos de alarma y 526 casos (1,2%) de dengue grave

Vector

A. *Aegyti* y *A. Albopictis*

- Zona tropical y subtropical
- Se transmite por hembra infectada
- Se alimenta principalmente en el día
- Pone larvas y huevos preferentemente en recipientes artificiales



Circular 0008 de 2019

El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Salud de Colombia, expidieron la Circular 008 de 2019, donde se imparten instrucciones para la intensificación y fortalecimiento a las acciones de vigilancia, prevención, atención integral y control del dengue...

Se anexa circular para ser enviado por correo electrónico a las IPS

10. GENERALIDADES DE LA MENINGITIS

Que es:

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

Como se transmite:

La propagación de la enfermedad se ve facilitada por el contacto estrecho y prolongado (besos, estornudos, tos, dormitorios colectivos, vajillas y cubiertos compartidos) con una persona infectada.

Portadores:

Neisseria meningitidis solo infecta al ser humano; no hay reservorios animales.

Hay personas que son portadoras faríngeas de la bacteria, que a veces, por razones no totalmente esclarecidas, puede superar las defensas del organismo y propagarse al cerebro a través del torrente sanguíneo.

Aunque nuestros conocimientos tienen lagunas, se cree que un 10 a 20% de la población es portadora de *Neisseria meningitidis*, aunque la tasa de portadores puede ser más elevada en situaciones epidémicas

Signos y síntomas:

Fiebre, Dolor de cabeza, Vómitos, Mialgias y artralgias, Convulsiones, Incapacidad para tolerar la luz (Fotofobia) o dolor ocular. Rigidez de nuca, Abombamiento de la fontanela en menores de 2 años, Rash purpúrico o petequiral.

La tríada sintomática clásica de: fiebre, cefalea y rigidez de nuca, se presenta en un 50 a 90% de los casos.

El compromiso de los pares craneanos: IV, VI y VII, se observa en un 20% de los casos.

Definición de caso probable:

Todo paciente que presente enfermedad de inicio súbito con fiebre (mayor de 38° C) cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas o signos:

Rigidez de nuca, Alteraciones de conciencia, Señales de irritación meníngea (signos de Kernig y Brudzinski), Acompañado o no de rash purpúrico o petequiral (meningococo), En menores de un año, abombamiento de la fontanela.

El examen de LCR deberá contar con las siguientes condiciones: LCR turbio, Gram de LCR positivo para bacterias: Diplococos Gram positivos (meningitis neumocócica). Diplococos Gram negativos intra o extracelulares (meningitis meningocócica). Bacilos Gram negativos (meningitis por *H. influenzae*). Recuento de leucocitos mayor de 100/mm³, con 80% de neutrófilos. Elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl. Disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl.

Tipo de Agente bacteriano: Se aclara la importancia de la clasificación teniendo en cuenta la siguiente codificación: 1. Haemophilus influenzae. 2. Neisseria Meningitidis. 3. Streptococcus Pneumonie. En caso encontrase otro agente bacteriano se clasificara en la variable 4. Y cuando se presenta la clínica pero por diferentes circunstancias como antibióticos previos no se logre determinar el agente se clasificara como 5.

Clasificación de enfermedad meningocócica: se clasificara de acuerdo a resultados clínicos y de laboratorio como. 1. Meningitis. 2. Meningitis con meningococemia. 3. Meningococemia sin meningitis.

Acciones en VSP:

Notificación del **caso DE MANERA INMEDIATA desde probable para los 3 agentes bacterianos de vigilancia**

- Activación del equipo de transmisibles y UYE de localidad y nivel central en brotes.
- Pre-crítica de la ficha de notificación
- Toma de muestras y envío de cultivos o LCR al Laboratorio de Salud Pública Distrital

- Toma de necropsia clínica y envío a INS (formol patología y sol salina virología) y EAPB

Acciones en las primeras 48 horas.

- Visita domiciliaria IEC, Visita institucional, Entrega de profilaxis
- Establecimiento de contactos estrechos y sintomáticos por línea de tiempo.
- BAC y revisión de carnet de vacunación
- Revisión de condiciones higiénico-sanitarias
- En brotes: Seguimiento de casos y contactos diarios y entrega de informes 24 horas, 48 horas, 72 horas y hasta el día 10 a los contactos estrechos.

Acciones en las 4 semanas epidemiológicas:

- Ajustes necesarios y calidad – Revisión de **HC y laboratorios** (AB, fechas dosis y cual previo a LCR y hemocultivos, Dx de egreso).
- **Envío de HC** con laboratorios: Hemocultivo y LCR con Gram y citoquímico.
- Unidad de análisis de caso sin muestra para los 3 agentes sin cepa en el Lab Salud Pública **sin justificación**.
- Unidades de análisis internas de casos de mortalidad (incluye: resumen de la atención, **demoras** y conclusión del caso).
- Posterior unidad de análisis de mortalidad **con todos** los actores del sistema.
- Ajustes necesarios en actas y certificados de defunción.

Quimioprofilaxis:

Antibiótico y edad	Dosis y vía de administración	Duración
Rifampicina <1 mes ≥ 1 mes	5mg/kg, vía oral cada 12 horas 10mg/kg (máximo 600mg), vía oral cada 12 horas	2 días
Ceftriaxona <15 años ≥ 15 años	125mg Intramuscular 250mg intramuscular	Dosis única
Azitromicina Ciprofloxacina* ≥ 1 mes	10 mg/kg vía oral (máximo 500 mg) 20mg/kg (máximo 500mg)	Dosis única Dosis única

LCR POST MORTEM

- Las muestras de LCR se deben obtener antes de la generación de fenómenos cadavéricos tardíos en donde ocurre la putrefacción cadavérica (máximo 3 días después de la muerte en condiciones de refrigeración) con el fin de evitar contaminaciones.

- Siempre que exista sospecha de meningitis es conveniente la extracción de LCR, que se hará mediante punción en la cisterna magna (entre los hemisferios cerebelosos) con aguja larga desde la parte posterior del cuello.

- Se coloca al cuerpo en decúbito prono y se inserta la aguja en la línea media bajo la base del hueso occipital y dirigido levemente hacia arriba. Habrá que manipular con cuidado para evitar la hemorragia de los pequeños vasos de la zona.

Por último se informa los casos notificados durante el 2018 en la subred Sur.

11. BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL – VIGILANCIA INTENSIFICADA SARAMPIÓN – RUBEOLA.

Se explica a los asistentes el adecuado diligenciamiento del informe de búsqueda activa institucional, se comenta que esta información debe ser enviada de forma mensual con la revisión de los códigos RIPS, anexar las historias clínicas y realizar la revisión de cada caso que al realizar el cruce de información sea diferencial para los eventos de interés en salud pública.

En cuanto a la BAI de sarampión se debe hacer de forma diaria, en donde se incluya la revisión de los códigos diferenciales para el evento. Al momento de encontrar un evento que cumpla con la definición de caso se debe realizar notificación inmediata y garantizar la toma adecuada de las tres muestras así como realizar la Búsqueda activa institucional y el seguimiento diario a los contactos institucionales que intervinieron con la atención del caso. El seguimiento a los contactos institucionales se realiza hasta 30 días posteriores al inicio de la erupción.

12. EVALUACIÓN

La evaluación se realizó con el formato que se indica en el lineamiento para el año 2019, dicho instrumento se socializó entre los asistentes al COVE, obteniendo los siguientes resultados: se aplica un total de 12 encuestas.



ASPECTO	PROMEDIO	PROMEDIO FINAL
Infraestructura y comodidad del lugar	3,1	2,9
Cumplimiento del Horario y del Programa	2,8	
Utilidad de los contenidos abordados	2,8	
TEMA 1 PAI		
Metodología Utilizada	4,2	4,1
Grado de Motivación del Relator	4,3	
Calidad y Claridad de la exposición	4,3	
Calidad y Claridad de Los ejemplos entregados (si aplica)	4,3	
Calidad del material entregado	3,6	
TEMA 2 PRACTICAS SEGURAS		
Metodología Utilizada	4,2	4,0
Grado de Motivación del Relator	4,3	
Calidad y Claridad de la exposición	4,3	
Calidad y Claridad de Los ejemplos entregados (si aplica)	3,8	
Calidad del material entregado	3,5	
TEMA 3 ESTRATEGIAS IRA		
Metodología Utilizada	4,1	3,9
Grado de Motivación del Relator	4,2	
Calidad y Claridad de la exposición	4,1	
Calidad y Claridad de Los ejemplos entregados (si aplica)	3,8	
Calidad del material entregado	3,4	
TEMA 4 MENINGITIS		
Metodología Utilizada	4,1	4,0
Grado de Motivación del Relator	4,3	
Calidad y Claridad de la exposición	4,3	
Calidad y Claridad de Los ejemplos entregados (si aplica)	3,8	
Calidad del material entregado	3,8	
TEMA 5 MICOBACTERIAS		
Metodología Utilizada	4,2	4,0
Grado de Motivación del Relator	4,3	
Calidad y Claridad de la exposición	4,3	
Calidad y Claridad de Los ejemplos entregados (si aplica)	3,8	
Calidad del material entregado	3,5	
TEMA 6 SIVIGILA		
Metodología Utilizada	4,2	4,0
Grado de Motivación del Relator	4,3	
Calidad y Claridad de la exposición	4,3	
Calidad y Claridad de Los ejemplos entregados (si aplica)	3,8	
Calidad del material entregado	3,5	



Criterios / Calificación	Evaluación de Aspectos Generales del COVE											
	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		Muy Malo		No responde	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Infraestructura y comodidad del lugar	2	16,7	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	25,0
Cumplimiento del horario y del programa	4	33,3	5	41,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0	4	33,3
Utilidad de los contenidos abordados	3	25,0	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	33,3

Criterios / Calificación	EVALUACION PRESENTACION 1 PAI											
	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		Muy Malo		No responde	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Metodología utilizada	2	16,7	10	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grado de motivación del relator	3	25,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de la exposición	4	33,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados (si aplica)	3	25,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad del material entregado	3	25,0	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7

Criterios / Calificación	EVALUACION PRESENTACION 2 PRACTICAS SEGURAS											
	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		Muy Malo		No responde	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Metodología utilizada	2	16,7	10	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grado de motivación del relator	4	33,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de la exposición	4	33,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados (si aplica)	2	16,7	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Calidad del material entregado	2	16,7	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7

Criterios / Calificación	EVALUACION PRESENTACION 3 ESTRATEGIAS IRA											
	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		Muy Malo		No responde	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Metodología utilizada	1	8,3	11	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grado de motivación del relator	2	16,7	10	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de la exposición	1	4,0	11	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados (si aplica)	1	8,3	10	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Calidad del material entregado	1	8,3	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7

Criterios / Calificación	EVALUACION PRESENTACION 4 MENINGITIS											
	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		Muy Malo		No responde	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Metodología utilizada	1	8,3	11	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	0,0
Grado de motivación del relator	3	25,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de la exposición	3	25,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados (si aplica)	1	8,3	10	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Calidad del material entregado	2	16,7	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3

Criterios / Calificación	EVALUACION PRESENTACION 5 MICOBACTERIAS											
	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		Muy Malo		No responde	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Metodología utilizada	2	16,7	10	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grado de motivación del relator	4	33,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de la exposición	3	25,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados (si aplica)	2	16,7	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Calidad del material entregado	2	16,7	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7



Criterios / Calificación	EVALUACION PRESENTACION 6 SIMGILA											
	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		Muy Malo		No responde	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Metodología utilizada	2	16,7	10	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grado de motivación del relator	4	33,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de la exposición	3	25,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados (si aplica)	2	16,7	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Calidad del material entregado	2	16,7	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7

EVAUACION PRE TEST POST TEST

Para evaluar los temas a socializar en el COVE se elaboró un Pretest el cual fue entregado a cada uno de los asistentes y al final del espacio se resuelve el Post test. A continuación se describen los resultados para cada una de las preguntas.

- 1. El evento de Meningitis se notifica desde:**
 - A. SOSPECHOSO
 - B. CONFIRMADO POR LABORATORIO
 - C. PROBABLE
 - D. CONFIRMADO POR CLINICA

Se evidenció desconocimiento con la clasificación inicial del evento de Meningitis, ya que el 50% respondió que se notificaba como caso probable. En el Post test se evidencia que el 100 % de los asistentes clasifica adecuadamente el evento.

- 2. Cuando un paciente fallece con Diagnóstico de Meningitis la UPGD Debe tomar Muestras de Líquido Cefalorraquideo post mortem?**
 - A. SI
 - B. NO

El 85% de los asistentes respondieron inicialmente que la respuesta era afirmativa, posterior a la intervención y aclaración de la pregunta el 100% responde afirmativamente a la pregunta.

- 3. Cuales son signos y síntomas de Rubeola?**
 - A. Rash papular, Fiebre, conjuntivitis y Tos
 - B. Tos, Coriza, rash Maculopapular y Fiebre
 - C. Fiebre, Adenopatías, Rash Maculopapular, Artralgias.
 - D. Fiebre, adenopatías, Rash Maculopapular, Artralgias, coriza y Conjuntivitis

Solamente el 35% (5 asistentes) reconocen adecuadamente los síntomas de un caso sospechoso de sarampión, sin embargo es importante identificar a las UPGD que aún con la intervención no reconocen los síntomas, para lo cual se hace necesario fortalecer el tema en las asesorías y asistencias técnicas en el tema.

- 4.Cuál es el periodo de transmisibilidad de Sarampión?**

- A. 7 días antes y 7 días posteriores a la aparición del Exantema
- B. 21 días antes y 7 días posteriores a la aparición del Exantema
- C. 4 días antes y 4 días posteriores a la aparición del Exantema
- D. 18 días antes y 14 días posteriores a la aparición del Exantema

El 69% de los asistentes respondieron adecuadamente a la pregunta del periodo de transmisión de la enfermedad, posterior a la aclaración el 100% respondió adecuadamente.

5. Las muestras adecuadas en un caso sospechoso de Sarampión son (Marque falso o Verdadero)

- A. Muestra de Suero, Hisopado o aspirado nasofaríngeo y Orina a los 14 días ()
- B. Muestra de Suero en los primeros 7 días , Hisopado o aspirado nasofaríngeo en los primeros 30 días y Orina ()
- C. Muestra de Suero hasta 30 posteriores a la erupción, Hisopado o aspirado nasofaríngeo hasta y Orina hasta los 7 días posteriores a la erupción ()

La pregunta generó confusión pero se solicitaba tener claridad en la adecuada toma de las muestras. El 100% de los asistentes responden al pretest la respuesta correcta.

6. La definición de IRAG Inusitado es (Responda falso o verdadero) :

”Paciente con antecedentes de fiebre y tos, que requiera manejo hospitalario y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

- Ser trabajador de salud del área asistencial con antecedente reciente de contacto con pacientes con infección respiratoria aguda grave o que permanezca en un espacio hospitalario ()
- Ser trabajador del sector avícola o porcino o tener antecedente de contacto con aves silvestres o de producción o cerdos en los 14 días previos al inicio de los síntomas. ()
- Individuo con antecedente de viaje en los últimos 14 días a áreas de circulación de virus de Influenza aviar u otros agentes respiratorios nuevos en humanos o animales con potencial pandémico. ()
- Paciente de 5 a 65 años previamente sano con infección respiratoria aguda grave con antecedente de fiebre y tos que requiera manejo hospitalario con necesidad de vasopresores y/o apoyo ventilatorio y que tenga un deterioro clínico rápido en menos de 72 horas desde el inicio de síntomas. ()
- Todas las muertes por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida”. ()

El 84% de los asistentes respondieron al Post test la adecuada definición de caso para IRAG inusitado. Solamente el 69 % identifica la mortalidades dentro de la definición de caso.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

7.Cuál es el criterio de Edad para el ingreso a Sala ERA:

- A. De 0 a 5 años
- B. De 2 meses a 5 años
- C. Todas las edades
- D. Ninguna de las Anteriores

Del total de los asistentes, 12 que corresponden al 92% respondieron que la edad de ingreso a las salas era es de 2 meses a 5 años, siendo esta la respuesta correcta.

8. Los casos de Tuberculosis latentes deben ser notificados a SIVIGILA?

- A. SI
- B. NO

Durante el pretest se evidenció que el 46 % de los asistentes respondió afirmativamente a la pregunta, lo que es un error en la notificación del evento de Tuberculosis. Al realizar la intervención se aclaró que los casos de TB latente no deben ser notificados al SIVIGILA, y se evalúa adecuadamente en el 100 % de los asistentes.

9. La Tuberculosis Miliar se clasifica como:

- A. PULMONAR
- B. EXTRAPULMONAR

El 69 % responde inadecuadamente a la pregunta y asocian la TB Miliar con las formas extra pulmonares. Durante la intervención se aclara que la TB Miliar se clasifica como Pulmonar ya que a pesar de ser una TB diseminada, afecta los pulmones. En el Post test el 100 % responde adecuadamente.

10. De acuerdo a la clasificación basada en la historia de tratamiento, Un paciente que ha recibido medicamentos anti TB por menos de un mes se clasifica como:

- A. NUEVO
- B. PREVIAMENTE TRATADO

El 85 % responde adecuadamente a la pregunta, identificaron que el tratamiento por menos de un mes clasifica a los pacientes como Nuevos. En el post test el 92 % responde adecuadamente.



13. CONCLUSIONES

- Se cumplió con los objetivos del COVE puesto que se socializaron los protocolos de Tuberculosis, eventos prevenibles por vacuna, Infección respiratoria Aguda y Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.
- Reconocer el cumplimiento de coberturas en vacunación según UPGD.
- Cada UPGD revisó el comportamiento de la notificación tanto en oportunidad como en calidad.
-

14. COMPROMISOS

- Las presentaciones del COVE serán enviadas por SIVIGILA - Transmisibles a cada UPGD con el fin de ser socializadas al interior de cada entidad.
- El equipo SIVIGILA – Transmisibles publicara el acta, listado de asistencia e informe del COVE realizado.