



# VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Diciembre de 2016



Realizar la vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), teniendo en cuenta la normatividad vigente:

- Las normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, de la atención del parto y de la atención al recién nacido.
- La guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita 2014.
- La guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos.
- La guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad.
- ➤ Plan Nacional de Control de las Hepatitis Virales 2014-2017.



#### Generalidades

<u>EVENTO</u>	CASOS QUE REQUIEREN ENVÍO DE REUNIONES DE ANÁLISIS
VIH/Sida	Casos reportados con mecanismo probable de transmisión: perinatal, transfusión sanguínea, accidente laboral, trasplante de órganos y las muertes atribuibles al evento.
Sífilis Gestacional y Congénita	Muertes atribuibles a cualquiera de los dos eventos
Hepatitis B y C	Casos notificados en menores de cinco años (hepatitis B) y todas las muertes atribuibles a la infección por estos virus (hepatitis B y C).

Remitir en el período siguiente a la notificación del caso, las actas de las unidades de análisis al correo lineamientos@ins.gov.co



Realizar la búsqueda activa institucional (BAI) de **sífilis congénita** por período epidemiológico. Enviar el informe de los hallazgos de la BAI a la referente del INS trimestralmente, a los correos

<u>lineamientosins@ins.gov.co</u> <u>lineamientosins@gmail.com</u> <u>vigilanciaits.ins@gmail.com</u>

Primer trimestre 30 de abril 2016

Segundo trimestre 30 de julio 2016

Tercer trimestre 30 de octubre 2016

Cuarto trimestre 30 de enero 2017





# VIH/SIDA

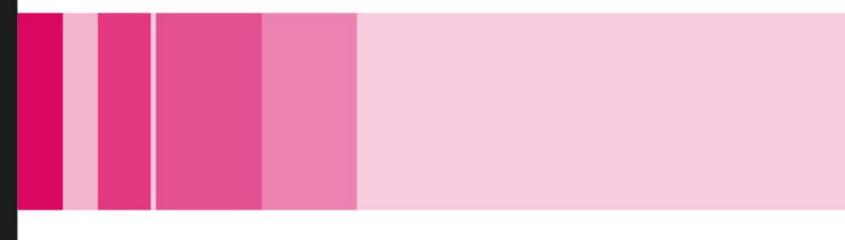
Dirección Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Subdirección Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública Grupo Infecciones de Transmisión Sexual

Diciembre de 2015









# Guía de práctica clínica (GPC)

basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos.

Guía para profesionales de la salud



# Población general mayor de 18 meses no gestantes

#### Se notifica a partir de la confirmación por laboratorio.

		Primera Prueba	Segunda Prueba		Tercera Prue	ba			
Escenarios	Escenarios	prueba de Elisa o rápida	Prueba de Elisa o rápida	Prueba de Elisa o rápida	Western Blot	Carga Viral	Reporte	Intervención	
	Escenario A	No reactivo					Negativo	Brindar APV postest, recomendar nueva prueba en <b>3 meses</b> según los factores de riesgo y los criterios clínicos.	
	Escenario B	Reactivo	Reactivo					Notificar el caso. APV postest y remitir el PTE al programa de atención integral en VIH.	
	Escenario C	Reactivo	No reactivo	Reactivo	Positivo	> o igual a 5000 copias	Positivo	Notificar el caso. APV postest y remitir el PTE al programa de atención integral en VIH.	
	Escenario D	Reactivo	No reactivo	Zona gris Indeterminado	Indeterminado	50 a < 5000 copias	No concluyente o indeterminado	Reiniciar el algoritmo en un mes y remitir a Infectología o a médico experto en VIH.	
	Escenario E	Reactivo	No reactivo	No reactivo	Negativo	Indetectable <50 copias	Negativo	Brindar APV postest, recomendar nueva prueba en <b>3</b> meses según los factores de riesgo y los criterios clínicos; para reiniciar algoritmo	



### Gestantes

	Primera Prueba	Segunda Prueba	Tercera Prueba		Donouto	Intervención		
Metodología	prueba de Elisa o rápida	Prueba de Elisa o rápida	Carga Viral	Western Blot	Reporte			
Escenario A	No reactivo				Nogativo	APV postest  Nueva prueba <b>3er trimestre</b> gestación o durante el trabajo de parto		
Escenario B	Reactivo	Reactivo				Tomar inmediatamente C.V. Remitir a programa integral de VIH Iniciar protocolo prevención TMI Explicar a la paciente los riesgos y beneficios		
Escenario C	Reactivo	Reactivo	> o igual a 5000 copias		Positivo	Notificar al Sivigila Mantener o iniciar ARV Mantener en programa integral para VIH.		
Escenario D	Reactivo	No reactivo	> o igual a 5000 copias		Positivo	Notificar al Sivigila Iniciar o Mantener protocolo prevención de TMI Mantener en programa integral para VIH		
Escenario E	Reactivo	Reactivo	50 a < 5000 copias		No concluyente probablemente negativo	Practicar Western Blot		



### Gestantes

	Primera Prueba	Segunda Prueba	Tercera Prueba		_	Intervención		
Metodología	prueba de Elisa o rápida	Prueba de Elisa o rápida	Carga Viral	Western Blot	Reporte			
Escenario F	Reactivo	No reactivo	50 a < 5000 copias		No concluyente probablemente negativo	Practicar Western Blot		
Escenario G	Reactivo	Reactivo	<50 copias		Negativo	APV postest Remitir durante el <b>3er trimestre</b> a valoración por infectólogo o médico experto para decidir que conducta		
Escenario H	Reactivo	Reactivo o no reactivo	50 a < 5000 copias	Positivo	Positivo	Notificar al Sivigila Mantener o iniciar protocolo de prevención de TMI Mantener programa integral para VIH		
Escenario I	Reactivo	Reactivo o no reactivo	50 a < 5000 copias	Negativo	Negativo	Suspender protocolo de prevención de TMI del VIH Nueva prueba según la edad de gestación  3er trimestre o durante el trabajo de parto Directamente W.B ante el antecedente de 2 inmunoensayos reactivos previos		
Escenario J	Reactivo	Reactivo	50 a < 5000 copias	Indeterminado	No concluyente , probablemente negativo	Mantener el protocolo de TMI APV postest sobre los riesgos y beneficios Repetir Western Blot en un mes Solicitar valoración por infectólogo o por médico experto en VIH		



# Puntos de buena práctica

- ➤ Este algoritmo diagnóstico es aplicable no solo para personas de 13 años o más sino también desde la edad de los 18 meses.
- Se debe implementar las estrategias necesarias para aumentar el acceso al proceso diagnóstico.
- El proceso de asesoría pre y postest de la prueba debe cumplir los estándares de calidad recomendados por el MSPS, "Pautas para la realización de asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV)", y en ningún caso la APV debe convertirse en una barrera de acceso al diagnóstico.



# Puntos de buena práctica

La selección de la técnica de inmunoensayo convencional (v.g. ELISA) o prueba rápida debe obedecer a factores de accesibilidad y oportunidad de diagnóstico.

Para las pruebas que requieran de infraestructura se debe contar con la habilitación requerida según las entidades competentes.

Debe ofrecerse la prueba para detección de la infección por el VIH a toda mujer gestante, según norma técnica



### Puntos de buena práctica

Resolución 2338 de junio de 2013, la APV para VIH puede ser dada por **personal con formación en áreas de la salud o sin ella**, siendo condición para éste último, tener entrenamiento teórico y práctico certificado por entidades públicas o privadas.

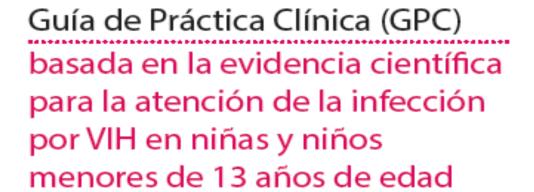
La misma Resolución permite la realización de pruebas rápidas **fuera del contexto del laboratorio, por profesionales de la salud en medicina, enfermería y auxiliares de** enfermería, **debidamente certificados** por los laboratorios de salud pública, favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al diagnóstico oportuno, especialmente en poblaciones más expuestas a factores de vulnerabilidad frente al VIH.











Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía para profesionales de la salud

GPC-2014-40



## Notificación VIH/Sida

# Menores de 18 meses expuestos a infección por VIH/Sida desde el nacimiento

- > 1 prueba carga viral a las 4 semanas, si es mayor o igual a 5000 copias
- 2 prueba carga viral si es mayor o igual a 5000 copias se confirma el diagnóstico, de lo contrario se realiza carga viral al mes.
- > 1 prueba carga viral a las 4 semanas, está entre 50 y 5000 copias
- 2 prueba carga viral inmediatamente, si la carga viral es mayor o igual a 5000 copias, se realiza otra carga viral para confirmar el diagnóstico de lo contrario se descarta infección por VIH.
- ➤ 1 prueba carga viral a las 4 semanas, es menor de 50 copias, se repite carga viral a los 4 meses de edad



### Notificación VIH/Sida

# Menores de 18 meses de edad con criterios clínicos de VIH/Sida, sin conocimiento del estado serológico de la madre

- 1 prueba presuntiva para VIH: ELISA o prueba rápida, si es reactiva se aplica el algoritmo diagnóstico para niños expuestos al VIH/Sida desde el nacimiento.
- > Si el resultado es no reactivo se descarta infección por VIH.





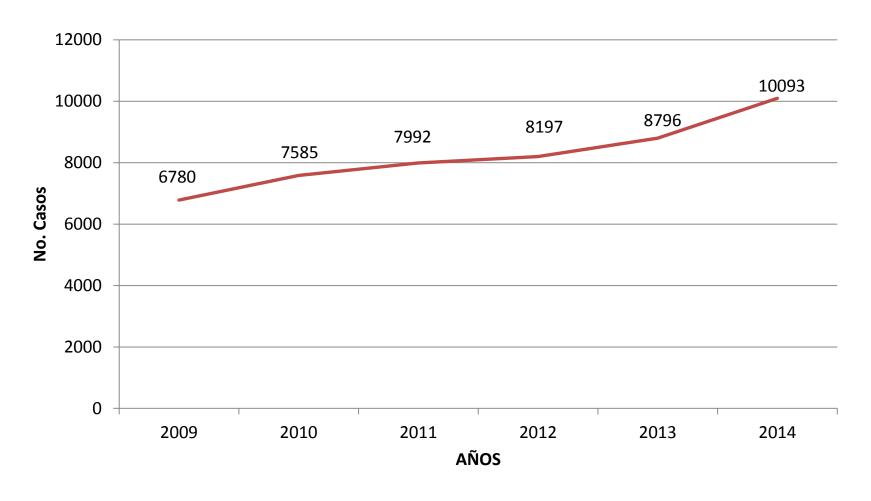
# Estrategia de vigilancia

 Notificación individual y semanal, como caso confirmado por laboratorio

- Se descarta con ajuste:
  - 6 no cumple definición de caso
  - D error de digitación

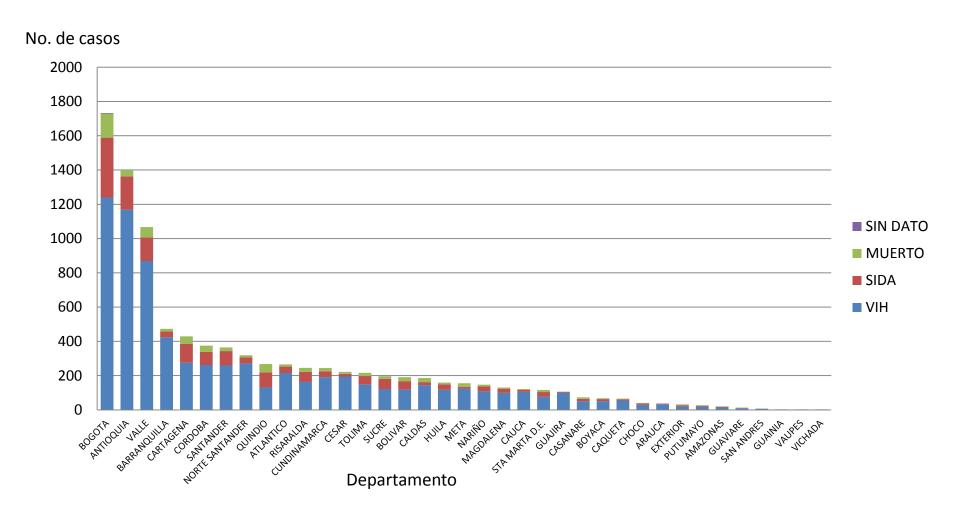


# Comportamiento de la notificación de VIH/Sida Colombia, 2009-2014



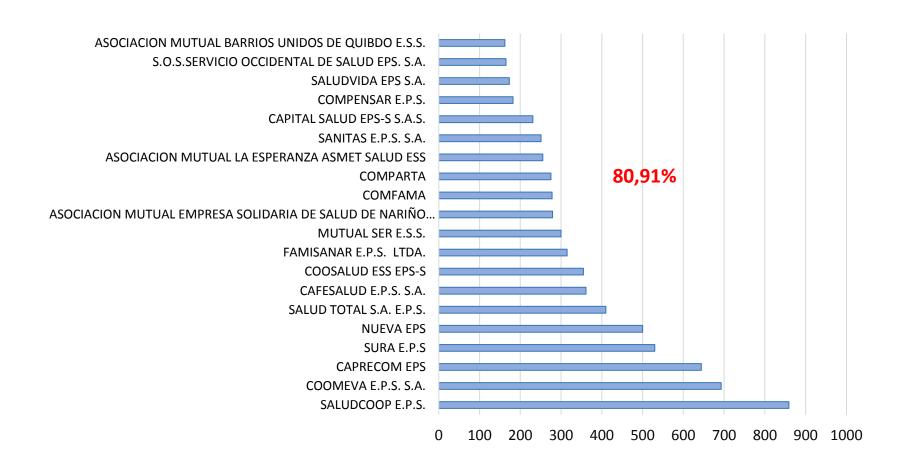


# Casos de VIH/Sida y muerte por Sida notificados por departamento de procedencia, Colombia, período 11 de 2015



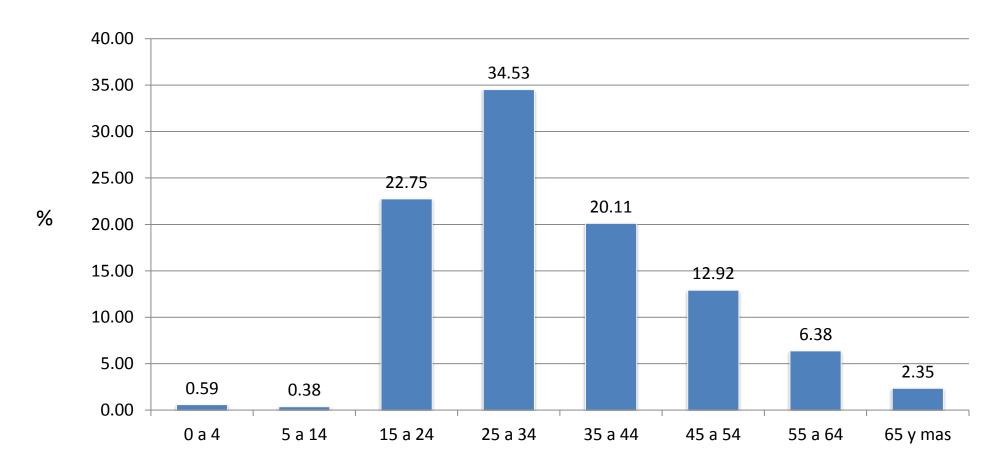


# Casos de VIH/Sida y muerte por Sida notificados por aseguradora, Colombia, período 11 de 2015



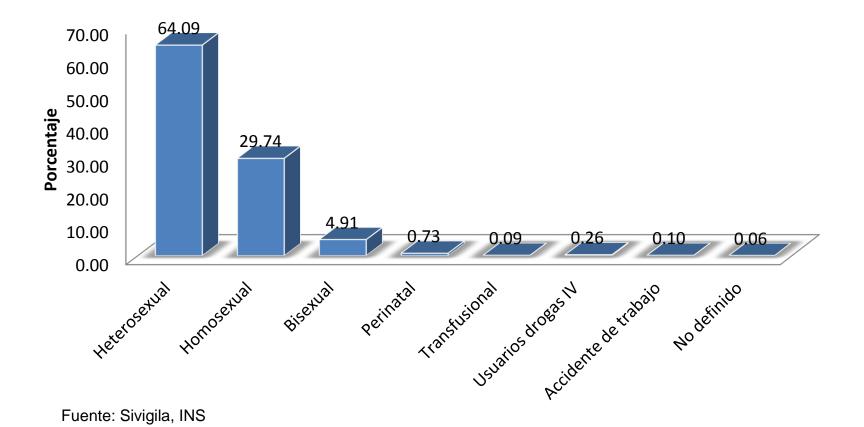


#### Casos notificados de VIH/sida según grupo de edad, Colombia, período 11 de 2015



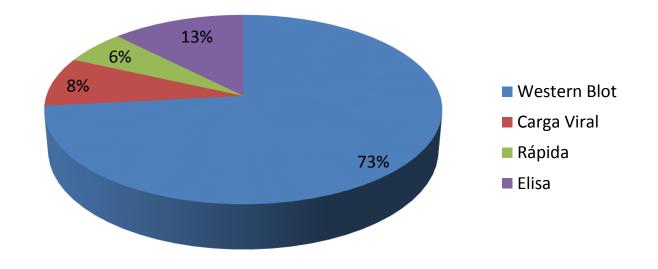


# Casos notificados de VIH/sida según mecanismo probable de transmisión, Colombia, período 11 de 2015



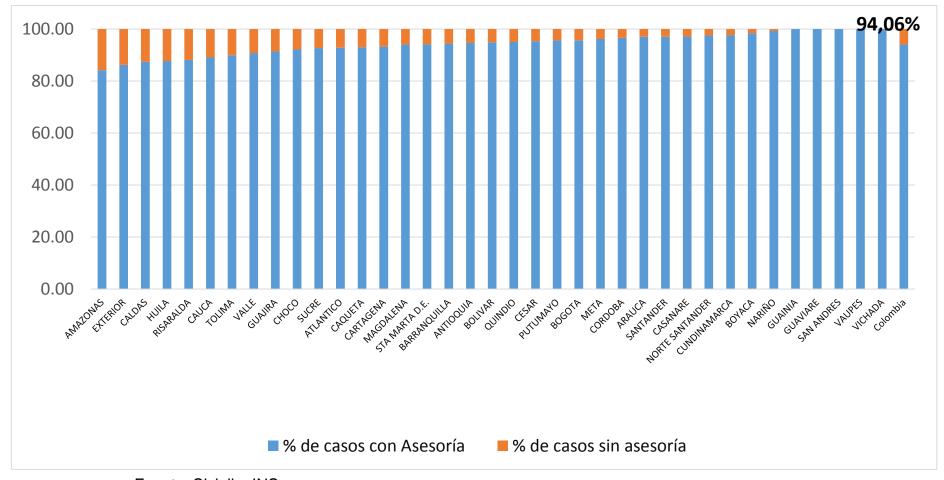


#### Casos notificados de VIH/sida según tipo de prueba, Colombia, período 11 de 2015



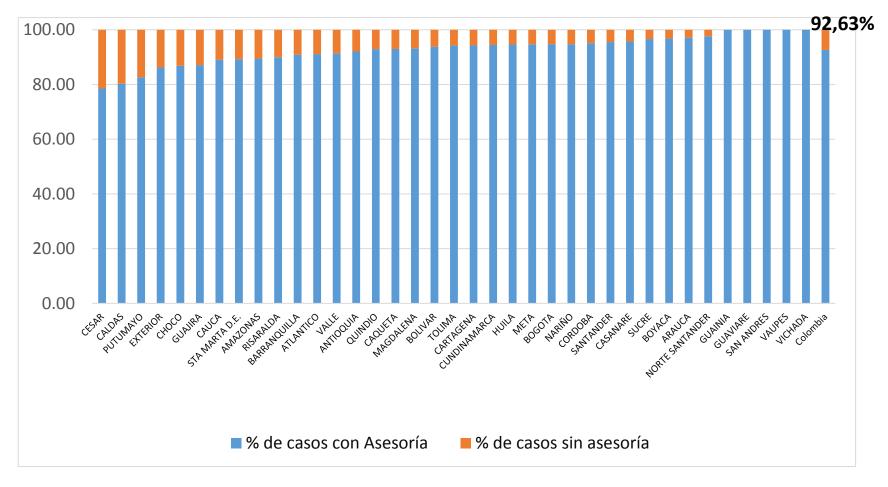


# Porcentaje de asesoría pre prueba en los casos notificados de VIH/sida, período 11 de 2015





# Porcentaje de asesoría pos prueba en los casos notificados de VIH/sida. Período 11 de 2015





### Edad gestacional de captación de las gestantes, Colombia, período 11 de 2015

Trimestre de embarazo	No. De casos	Porcentaje
Primer trimestre (Sem 1-12)	115	24,57
Segundo trimestre (Sem 13-24)	180	38,46
Tercer trimestre (Sem 25-40)	173	36,97
Total	468	100,00



- ➤ Todos los casos de VIH confirmados por laboratorio deberán ser reportados en la ficha 850. Además, las gestantes e hijos de madres que viven con el VIH deben ser reportados a la "Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita" del MSPS, sin importar su diagnóstico final.
- Ante la presencia de casos en niños se debe investigar el diagnóstico de infección por VIH de la madre durante la gestación. Si no hay evidencia de transmisión perinatal, se debe indagar sobre un posible abuso sexual en el menor u otros mecanismos de transmisión.
- Ante todo caso confirmado de VIH/SIDA se debe investigar coinfección con Tuberculosis.



#### SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Subsistema de información SIVIGILA Ficha de notificación



#### VIH / SIDA CÓDIGO INS 850

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en saiud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS		FOR-R02.0000-030 V:04 AÑO 2015							
A. Nombres y apellidos del paciente  B. Tipo de ID*  C. Número de identificación									
-RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA  - PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID									
5. ANTECEDENTES	EPIDEMIOLÓGIO	cos							
5.1 Mecanismo probable de transmisión  Sexual O 1. Heterosexual O 2. Homosexual O 3. Bisexual O 4. Materno infantil O 5. Transfusión sanguínea O 6. Usuarios drogas IV O 7. Accidente de trabajo									
Nombre de la madre		úmero de identificación  5.3 Identidad de género  1. Masculino  2. Femenino							
"RC: REGISTRO CIVIL   TI: TARJETA IDENTIDAD   CC: CÉDULA CIUDADANÍA   CE: CÉDULA EXTRANJERÍ									
5.4. ¿Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación?  o 1. Sí o 2. No	nación (dd/mm/aa	5.4.2 Nombre de la institución donde realizó la donación:							
6. DIAGNÓSTICO	DE LABORATOR	RIO							
6.1 ¿Recibió asesoría 6.2 ¿Recibió asesoría post prueba? 6.3 Tipo de p	rueba	6.3.1 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)							
Pre prueba? 0 1. Westen									
o 1. Sí o 2. No o 1. Sí o 2. No O 2. Carga v	riral O 4. Elisa								
6.3.2 Valor de la carga viral (N° de copias)									
7. OTROS ANTECEDI	ENTES DEL PAC	IENTE							
7.1 Estado clínico del paciente al momento de la notificación	7.1 Estado clínico del paciente al momento de la notificación O 1. VIH O 2. SIDA O 3. Muerto								
7.2 Número de hijos menores de 5 años Indique el número de hijos del paciente menores de 5 años, niños y niñas, según corresponda en los espacios señalados									
7.3 ¿Embarazo? 7.3.1 Indique el número de semanas de gestación al o 1. Sí momento del diagnóstico o 2. No									
8. INFORMACIÓN CLÍNICA									
8.1 Enfermedades asociadas  1. Candidiasis esofágica 2. Candidiasis de las vías areas 3. Tuberoulosis pulmonar 4. Cáncer cervical invasivo 5. Tuberoulosis extrapulmonar* 6. Coccidiodomicosis 7. Citomegalovirosis 8. Retinitis por citomegalovirus 9. Encefalopatía por VIH 10. Otras micobacterias  Marque con una X las enfermedades 11. Histoplasmosis extrapul 12. Isosporidiasis crónica 13. Herpes zoster en múlti 14. Histoplasmosis disemin 15. Linfoma de Burkitt 16. Neumonía por pneumo 17. Neumonía recurrente (año) 18. Linfoma inmunoblástic	ulmonar ples dermatomas nada coystis más de 2 episodios o o	oinfecciones que presente el paciente con estadio SIDA  21. Sarooma de Kaposi  22. Síndrome de emaciación  23. Leucoencefalopatía multifocal  24. Septicemia recurrente por Salmonella  25. Toxoplasmosis cerebral  26. Hepatitis B*  en un  27. Hepatitis C  28. Meningitis  29. Recuento CD4 menor de 200							

# Ficha vigilancia VIH/Sida

Fuente: Sivigila





# HEPATITIS B, C Y CO-INFECCIÓN CON HEPATITIS D

Dirección Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Subdirección Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública Grupo Infecciones de Transmisión Sexual

Diciembre de 2015



#### Hepatitis virales bajo vigilancia epidemiológica y que circulan en Colombia

Hepatitis A (HVA)

**Equipo ETA-Agua. DVARSP** 

Hepatitis B (HVB)
Hepatitis C (HCV)

Hepatitis D (HVD)

**Equipo ITS. DVARSP** 

Hepatitis E (HVE)

**Investigaciones** universitarias



# Definiciones de caso Hepatitis

Clasificación de Hepatitis	Edad	HBsAg	Histopatología	Anti- HBc IgM	Anti-HBc total	Síntomas	Anti-VHD	Anti- VHC	Observaciones
Hep B a confirmar	> 24 meses	Positivo				Si o No			
Hep B Aguda	> 24 meses	Positivo	compatible	Positiva	Positivo	Si			Ictericia o elevación de alanino- aminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal
Hep B Crónica	> 24 meses	Positivo	compatible	Negativo	Positivo	Si o No			HBsAg positivo en dos oportunidades separadas por un intervalo mínimo de 6 meses.
Hep B TMI	< 24 meses	Positivo							Madre con HBsAg Positivo
Hep B-Delta							Positivo		Hepatitis B
Нер С			compatible					Positivo	RIBA, LIA o RT-PCR



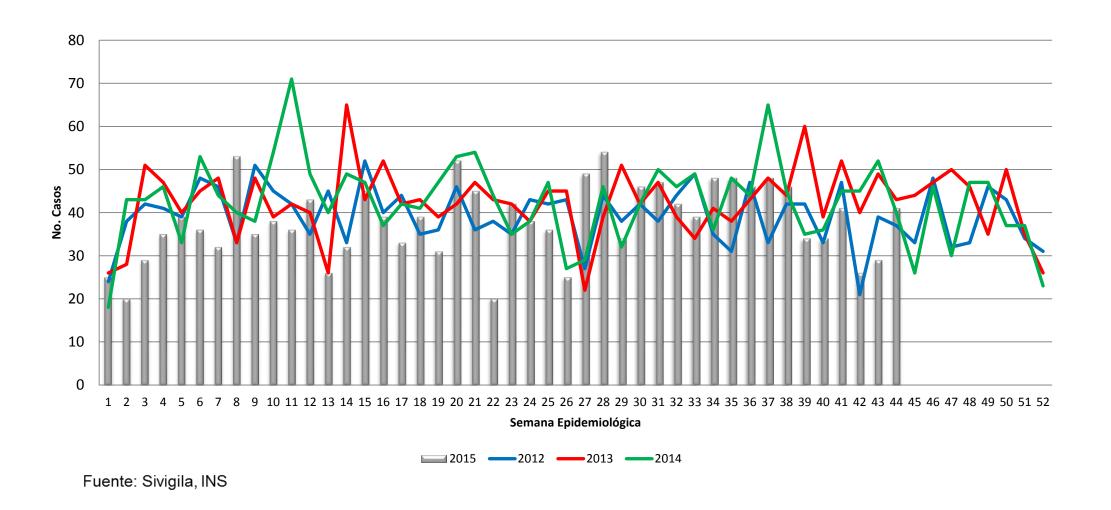
# Estrategia de vigilancia

 Notificación individual y semanal, como caso confirmado por laboratorio

- Se descarta con ajuste:
  - 6 no cumple definición de caso
  - D error de digitación



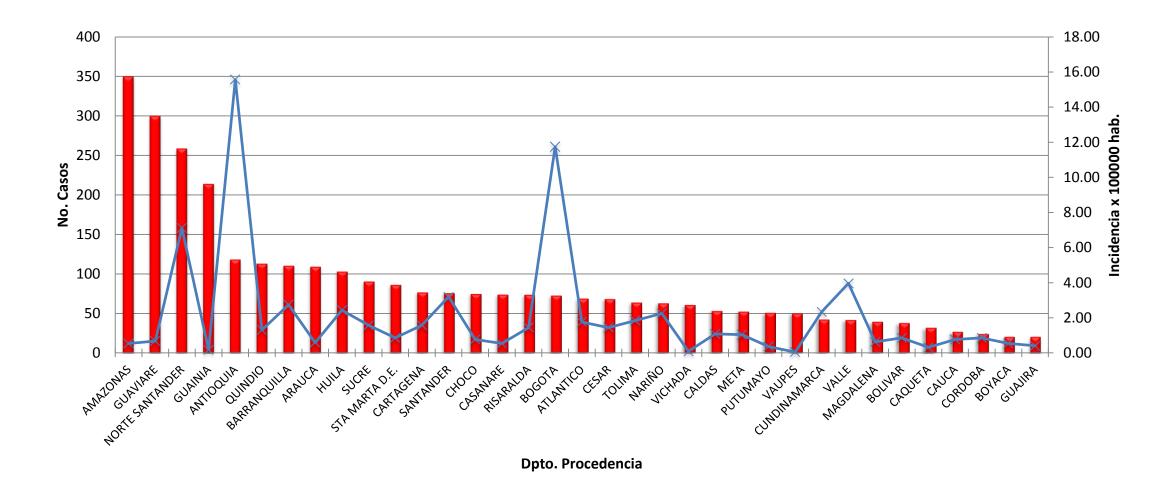
# Tendencia de casos hepatitis B, Colombia, período 11 de 2015





Fuente: Sivigila, INS

# Incidencia y número de casos de hepatitis B, Colombia, período 11 de 2015



■ Incidencia\*100000 hab

No. Casos



- ➤ Todo caso de Hepatitis B, Hepatitis C o co-infección Hepatitis B-Delta que se notifique al sistema de vigilancia epidemiológica, debe ingresar obligatoriamente acompañado de los resultados de laboratorio y con su respectiva clasificación de caso, de acuerdo con las definiciones operativas estipuladas en el protocolo de vigilancia (Hepatitis B a clasificar, Hepatitis B aguda, Hepatitis B crónica, Hepatitis B transmisión perinatal, Co-infección Hepatitis B/Delta, y Hepatitis C).
- Las actividades de trabajo de campo para el análisis de las muertes atribuibles a la infección por Hepatitis B y Hepatitis C, los casos diagnosticados y confirmados de Hepatitis B en menores de 5 años, y las situaciones de brotes de Hepatitis B; deberán realizarse en conjunto entre los programas de salud sexual y reproductiva y vigilancia epidemiológica de la entidad territorial responsable.



- ➤ Informar de manera inmediata a los responsables del programa de salud sexual y reproductiva y de vigilancia epidemiológica, sobre los casos de Hepatitis B diagnosticados en mujeres gestantes para su seguimiento por parte de las EAPB correspondientes. Lo anterior con el fin de garantizar la prevención de la transmisión materno- infantil de Hepatitis B al fruto del embarazo.
- ➤ El seguimiento de las mujeres gestantes con diagnóstico confirmado de Hepatitis B y de los recién nacidos expuestos, se realizará de acuerdo a la estrategia diseñada por la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, quienes a su vez serán los responsables de dicho proceso.



> Se recomienda que el seguimiento de la mujer gestante con diagnóstico confirmado de Hepatitis B y del recién nacido expuesto, sea un proceso articulado entre los responsables del programa de vigilancia epidemiológica, el programa de salud sexual y reproductiva, la EAPB y la UPGD notificadora del caso; para el seguimiento al 100 % de los hijos de madres con diagnóstico confirmado de Hepatitis B durante el primer año de vida, lo cual incluye el cumplimiento del esquema de vacunación anti-hepatitis B, y la toma y procesamiento de los marcadores serológicos (HBsAg y Anti HBs a partir de los nueve meses de vida). Si tras el seguimiento se confirma un caso de transmisión materno-infantil de Hepatitis B, deberá notificarse en la ficha 340 del Sivigila.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Correos: sivigila@ins.gov.co / ins.sivigila@gmail.com

#### SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Subsistema de información SIVIGILA Ficha de notificación



#### Hepatitis B, Hepatitis C y co-infección/supra-infección Hepatitis B-Delta - código:INS 340

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON	DATOS BÁS	sicos			FOR-R02	.0000-010 V:04 AÑO 2015
A. Nombres y	A. Nombres y apellidos del paciente				C. Número de identifica	ción
*RC : REGI	STROCIVIL   TI : T	TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉ	DULA CIUDADANÍA	A   CE : CÉDULA EXTRAN.	IERÍA  - PA : PASAPORTE   MS : MEN	DR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID
			5. CLASIFI	CACIÓN DEL CAS	10	
5.1 Con base en las definiciones de caso vigentes en el protocolo de vigilancia, este caso se clasifica como:  O 1. Hepatitis B a clasificar O 3. Hepatitis B crónica O 5. Hepatitis Coinfección B-D  O 2. Hepatitis B aguda O 4. Hepatitis B por transmisión Perinatal O 6. Hepatitis C						
		6	. INFORMACI	IÓN EPIDEMIOLÓ	GICA	
6.1 Población a riesgo  Hijo de madre HBsAg (+)  Multiples parejas sexuales  Antecedente transfusión de hemoderivados  Usuario de drogas inyectables  Conviviente con portador de HBsAG  Contacto sexual con portador HBsAG  Población cautiva		O 1. Pe	rizontal rental/Percutánea	6.3 Donante de sangre O 1. Sí O 2. No		
6.4 Control pre o 1. Sí	natal en emba o 2. No	arazo 6.5 Edad gest	acional al inici		lad gestacional al diagnóstic	
6.7 Vacunación hepatitis B	previa con	6.8 Número de dosis	6.9 Fecha	última dosis (dd/mr	n/aaaa) 6.10 Fuente de la O 1. Carné	cuál se recibió la información  O 2. Verbal O 3. Sin dato
			7. D <i>A</i>	TOS CLÍNICOS		
7.1. Signos y sí	2 No.	2 Complicaciones 1. Sí o 2. No	7.3 ¿Cuáles	complicaciones?		3. Carcinoma hepático     4. Síndrome febril ictérico
		8. DIA	GNÓSTICO D	E TRANSMISION	PERINATAL	
		nadre (aplica solo para tra	•			
	le la vacuna a 12 horas	inti hepatitis B al recién	nacido O 5. No aplicació	8.2 Aplic 0 1. P 0 2. 1	NJERÍA]- PA: PASAPORTE   MS : MEN acción de gamaglobulina al re Irimeras 12 horas () 3. Má 3 a 24 h () 4. Sin	ecién nacido s de 24 h O 5. No aplicaron
La	información n	relacionada con laborat		DE LABORATOR resarse a través del		aplicativo sivigila
S.1 Fecha toma de examen (dd/mm/aaaa)   9.2 Fecha de recepción(dd/mm/aaaa)   9.3 Muestra   9.4 Prueba   9.5 Agente   9.6 Resultado   8.7 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)   9.8 Valor   9						
Marque así	Prueba :	Sangre total   4. Tejido   7     Sangre total   4. Tejido   7	50. AntiVHD   51 /		Bc Totales   94 Anti-HBs***   95	Anti VHC
	Resultado	2- Negativo   7. Compatible	10. Reactivo   1	11.No reactivo		

Ficha vigilancia Hepatitis B, C y B/DELTA

Fuente: Sivigila







# SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA

Dirección Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Subdirección Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública Equipo Infecciones de Transmisión Sexual

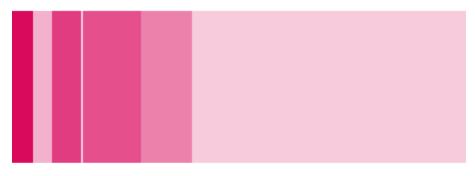
Diciembre de 2015











Guía de práctica clínica (GPC)

basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita

Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia

Versión corta

GPC-2014-41









RESOLUCIÓN NÚMERO 00002003 DE 2014 28 MAY 2014 HOJA Nº 29

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud"

Estándar	Criterio
	adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión d eventos adversos, que incluya como mínimo:
	a. Planeación estratégica de la seguridad:
	Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde
	los lineamientos para la implementación de la política d
	seguridad del paciente en la República de Colombia.  Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión d
	la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.
	b. Fortalecimiento de la cultura institucional:
	El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamient del personal en el tema de seguridad del paciente y en lo
	principales riesgos de la atención de la institución.
	El programa debe mantener una cobertura del 90% del persona asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de l
	presente norma.
	c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos:
	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adversos, que incluye la gestión para generar barreras d
	seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.
	d. Procesos Seguros:
	Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores d
	seguimiento a riesgos según características de la institución los lineamientos definidos en el Sistema de Información para l Calidad
	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados partir de la información aportada por los indicadores d
	seguimiento a riesgos.
	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para l minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.
	Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guía clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con lo
	procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluye actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.
	La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo
	adopción de guías de práctica clínica para la atención de la patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia e
	cada servicio.
	Las guías a adoptar serán en primera medida las que dispong el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías será
	una referencia necesaria para la atención de las persona
	siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse d
	sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de n
	estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en l
	evidencia nacional o internacional.
	Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberá acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud
	Protección Social.
	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocido
	por el personal encargado y responsable de su aplicación incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia d
	su socialización y actualización.
	Cada institución establecerá procedimientos en los cuales l



### Meta: Eliminación de la sífilis congénita

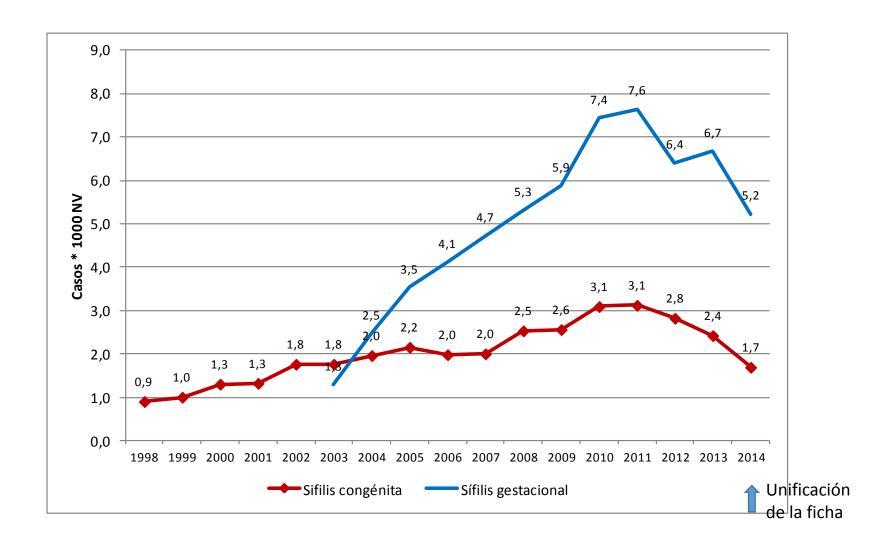
Indicador	Medios de	Línea de	Meta	Meta	Meta	Meta	Meta
	verificación	base	2011	2012	2013	2014	2015
Incidencia de	Sivigila	Año 2009: 2.7	2.2 por	1.7 por	1.2 por	0.7 por	0.5 por
sífilis congénita		por 1.000 NV	1.000 NV	1.000 NV	1.000 NV	1.000 NV	1.000 NV

Fuente: Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Colombia 2011-2015.

Reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por mil nacidos vivos.



## Comportamiento de la notificación de Sífilis gestacional y congénita. Colombia 1998-2014





### Sífilis gestacional

#### **CASO CONFIRMADO:**

Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (como por ejemplo úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva a cualquier dilución (RPR, VDRL), que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada\*\*. Los casos confirmados se deben notificar al SIVIGILA.



\*\*Remitirse a definición de reinfección.



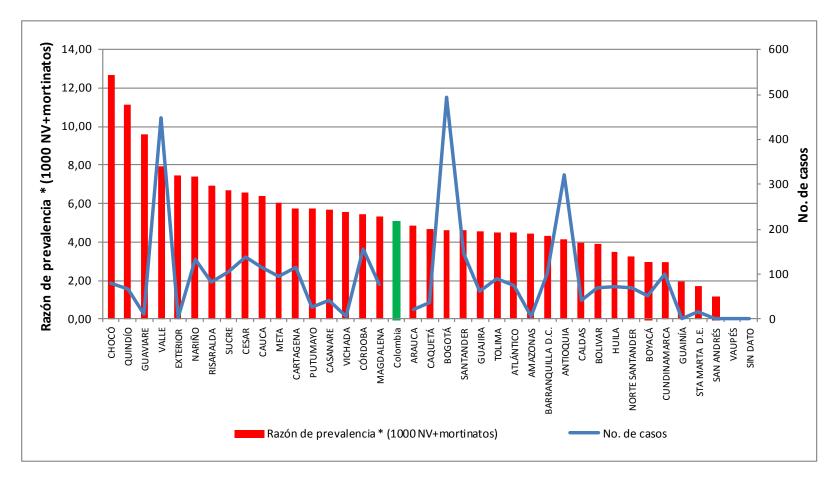
### Estrategia de vigilancia

 Notificación semanal como caso confirmado por laboratorio

- Se descarta con ajuste
  - 6 No cumple definición de caso
  - D Error de digitación



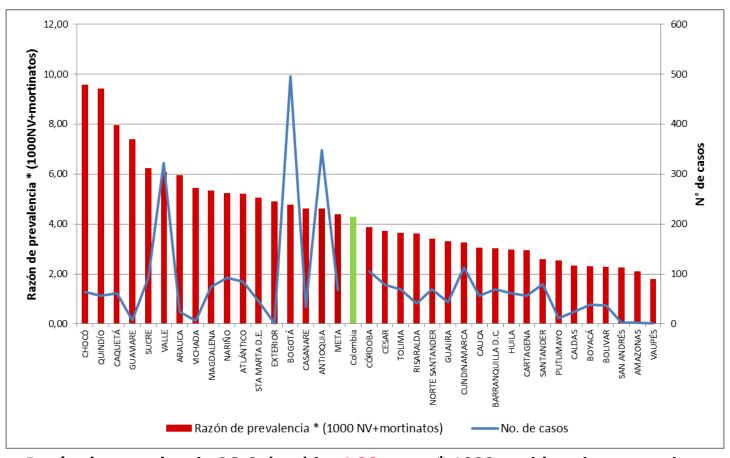
### Razón de prevalencia de sífilis gestacional, Colombia 2014



Razón de prevalencia SG Colombia 2014: 5,23 casos \* 1000 nacidos vivos+mortinatos No. de casos: 3472



## Razón de prevalencia y No. de casos de sífilis gestacional notificados. Colombia, período 11 de 2015



Razón de prevalencia SG Colombia: 4,28 casos \* 1000 nacidos vivos+mortinatos

No. de casos: **2839** 



## Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio. Colombia, período 11 de 2015

Edad gestacional	Inicio de control prenatal		Toma de trepon	•	Toma de prueba no treponémica	
	# de casos	%	# de casos	%	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	1304	53,01	962	39,11	1085	44,11
Segundo trimestre (Sem 14-27)	888	36,10	861	35,00	815	33,13
Tercer trimestre (Sem 28-42)	267	10,85	636	25,85	559	22,72
Sin dato	1	0,04	1	0,04	1	0,04
Total	2460	100,00	2460	100,00	2460	100,00

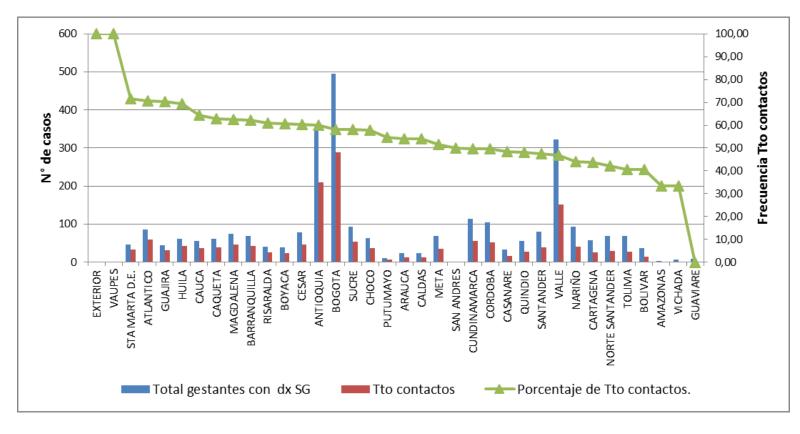


## Edad gestacional al inicio del tratamiento. Colombia, período 11 de 2015

Edad gestacional al inicio del tratamiento				
Edad gestacional	# de casos	%		
Primer trimestre (Sem 1-13)	830	33,74		
Segundo trimestre (Sem 14-27)	910	36,99		
Tercer trimestre (Sem 28-42)	634	25,77		
Sin dato	86	3,50		
Total	2460	100,00		



## Tratamiento de contactos. Colombia, período 11 de 2015



Colombia: El 55,20 % (1567) de los contactos fueron tratados



### Sífilis congénita

Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

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. 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 (Criterio por nexo epidemiológico).

O

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.



### Sífilis congénita

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 \*\*\*

O

Todo fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia.



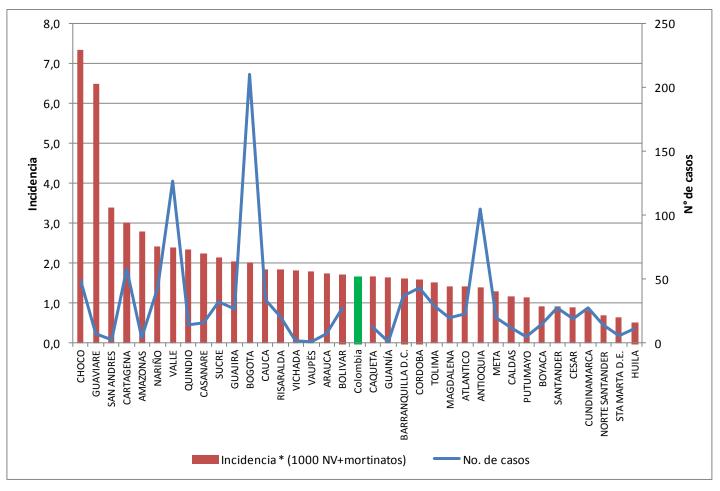


## Estrategia de vigilancia

- Notificación semanal como:
  - Caso confirmado por nexo epidemiológico
  - Caso confirmado por laboratorio
  - Caso confirmado por clínica
- Se descarta con ajuste:
  - 6 No cumple definición de caso
  - D Error de digitación



### Incidencia de sífilis congénita, Colombia 2014

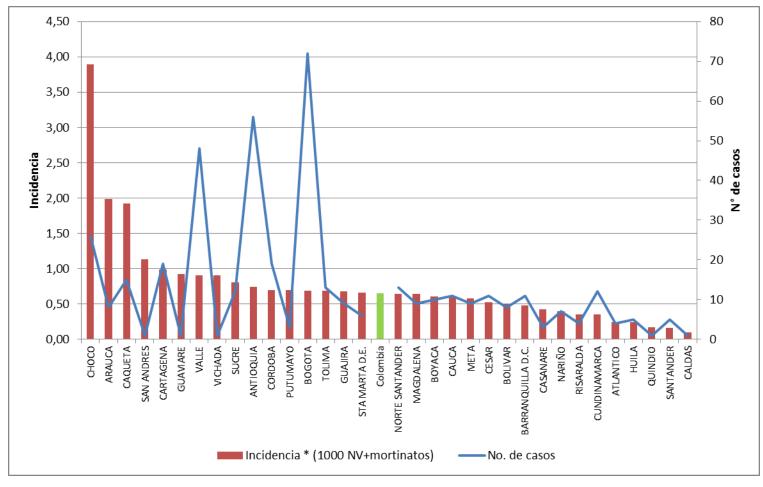


Incidencia SC Colombia 2014: 1,68 casos \* 1000 nacidos vivos

No. de casos: **1112** 



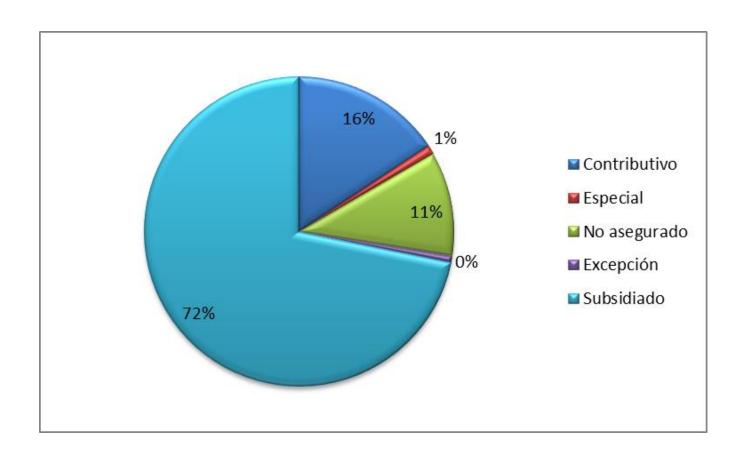
## Incidencia de sífilis congénita, Colombia, período 11 de 2015



Incidencia SC Colombia Sem 44 - 2015: 0,65 casos \* 1000 nacidos vivos+mortinatos No. de casos: 433

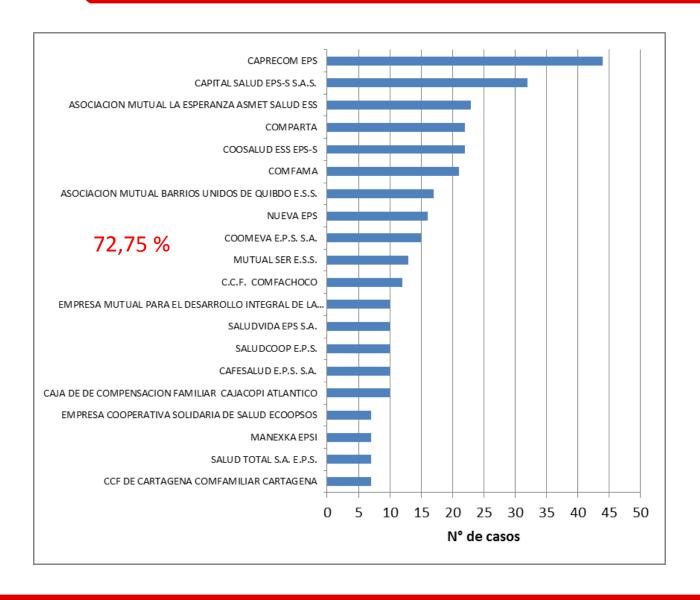


## Distribución de casos de sífilis congénita por tipo de régimen en salud, período 11 de 2015 Colombia





## Casos notificados como sífilis congénita por aseguradora, Colombia período 11 de 2015





## Mortalidades período 11 de 2015

Dpto de residencia	Sem	Nombre	Edad	Sexo	Fecha defunción	UPGD	Aseguradora	Causa directa	Causa básica
CARTAGENA	12	IAP	1 mes	F	05/04/2015	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA MATERNIDAD RAFAE	COMPARTA	Hemorragia pulmonar	Sífilis congénita
CAQUETÁ	23	HMBC	17 días	F	13/06/2015	ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	Hipoxia fetal	Sífilis congénita
BOGOTA	29	HNSCM	11 días	F	23/07/2015	CENTRO POLICLINICO DE OLAYA - RAFAEL URIBE	CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Asfixia fetal	Sífilis congénita
VICHA DA	25	HGGG	1 minuto	М	26/06/2015	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS	CAPRECOM	Sífilis congénita	Sífilis congénita
ARAUCA	28	H1NLG	17 días	F	17/07/2015	ESE HOSPITAL DEL SARARE	SECRETARÍA DE SALUD DE ARAUCA	Hipoxia fetal, trauma obstétrico, desprendimiento placentario	Violencia intrafamiliar
ARAUCA	28	H2NLG	17 días	F	17/07/2015	ESE HOSPITAL DEL SARARE	SECRETARÍA DE SALUD DE ARAUCA	Hipoxia fetal, trauma obstétrico, desprendimiento placentario	Violencia intrafamiliar
CAQUETÁ	37	HYYRR	4 días	F	13/09/2015	ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	Pendiente	
BOGOTA	2	HACTC	8 días	М	14/01/2015	CORPORACION IPS SALUDCOOP BOGOTA	CRUZ BLANCA EPS S.A.	Sífilis congénita	Sífilis congénita



#### Lineamientos 2016

- Enviar unidades de análisis de muertes atribuibles a sífilis gestacional o sífilis congénita, dentro del periodo epidemiológico siguiente a la ocurrencia de la muerte.
- Remitir trimestralmente la Búsqueda Activa Institucional (BAI) de sífilis congénita (primer trimestre 30 de abril 2016 - segundo trimestre 30 de julio de 2016 - tercer trimestre 30 de octubre de 2016 - cuarto trimestre 30 de enero de 2017).
- Generar espacios de análisis por período epidemiológico en conjunto con las EAPB, las IPS, las direcciones municipales y las direcciones distritales o departamentales de salud; para analizar todos los casos de sífilis congénita con el objeto de confirmar que se cumpla con la definición de caso.





#### SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Subsistema de información SIVIGILA Ficha de notificación



#### **DATOS BÁSICOS**

FOR-R02.0000-001 V:04 AÑO 2015

	1. INFORMACIÓN GENERAL					
1.1 Código de la UPGD				Razón social de la unidad primaria generadora del dato		
Departamento Municipi	•	Código	Sub- Índice			
1.2 Nombre del evento			Código del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)		
		2. IDENTIFICACIÓI	N DEL PACIENTI			
2.1 Tipo de documento		2.2 Número de identificación				
Orc Oti O	сс Ора					
Oms Oas O	CE					
*RC : RE	GISTROCIVIL  TI:T	TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA	CE : CÉDULA EXTRANJERÍA	- PA: PASAPORTE   MS: MENOR SIN ID   AS: ADULTO SIN ID		
2.3 Nombres y apellidos del pa	aciente					
2.4 Teléfono	2.4 Teléfono  2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)  2.6 Edad  2.7 Unidad de medida de la edad  0.8 Sexo  0. M. Masculino  0. No aplica  0. F. Femenino					
2.9 País de ocurrencia del caso		2.10 Departament ocurrencia	o y municipio de pro Dep	cedencia /  2.11 Área de ocurrencia del caso  1. Cabecera municipal 3. Rural disperso  2. Centro poblado		
2.12 Localidad de ocurrencia d	el caso 2.1	13 Barrio de ocurrencia del caso	2.14 Cabecera muni rural disperso	cipal /centro poblado / 2.15 Vereda / zona		
2.16 Ocupación del paciente	Código	2.17 Tipo de régimen en salud  O P. Excepción O C. Contributivo  O E. Especial O S. Subsidiado	O N. No Asegurado	8 Nombre de la administradora de salud Codgo		
2.19 Pertenencia étnica	O 1. Indígena O 2. Rom, Gita	○3. Raizal ○4. Palenquero	O 5. Negro, mulato afro	colombiano		
2.20 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente  Discapacitados Migrantes Gestantes Población infantil a cargo del ICBF Desmovilizados Víctimas de violencia armada  Desplazados Carcelarios Indigentes Madres comunitarias Centros psiquiátricos Otros grupos poblacionales						



### Datos básicos

	3. NOTIFICACIÓN						
Código del municipio 3.1 Depar	tamento y municipios de resid	dencia del paciente					
3.2 Dirección de residencia							
3.3 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	3.4 Fecha de inicio de sínton			3.6 Hospitalizado			
		O2 Probable	○ 3. Conf. por labora- ○ 5. Conf nexo torio epidemiológico	O 1. SI			
		O 2 Ploadie	O 4. Conf. Clinica	○2. No			
3.7 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) 3.8 Condición final O1. VIVO O2. NO O2. Muerto responde F							
3.11 Causa básica de muerte		3.12 Nombre del profesional que dilig	genció la ficha Tel	éfono			
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES							
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso O 0. No aplica O 4. Conf Clínica	O 6. Descartado	O D. Error de digitación	4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)				
O 3. Conf por laboratorio O 5. Conf nexo epide	-	and the digital of the control of th					

Correos: sivigila@ins.gov.co / ins.sivigila@gmail.com





#### SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Subsistema de información SIVIGILA Ficha de notificación



#### Sífilis gestacional código INS:750 y Sífilis congénita código INS:740

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1286/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS				F	OR-R02.0	000-025 V:04 AÑO 2015	
A. Nombres y apellidos del paciente		B. T	ipo de ID*	C. Número	de identifica	nción	
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD	*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID						
	5. DIAGNÓSTICO MATERNO						
5.1 Condición al momento del diagnóstico	5.2 ¿Control prenatal	en em	barazo actua	1? 5.2.1 Eda	d gestaciona	al al primer control prenatal	
1. Embarazo	۰	1. Sí				Semanas	
O 2. Parto O 4. Post aborto	۰	2. No					
PRUEBA NO TREPONEMICA (VD	RL ó RPR)			PRU	EBA TREPO	ONÉMICA	
5.3 Prueba no treponémica (VDRL ó RPR) o 1. Sí o 2. No Semanas			5.4 Prueba o	treponémica 1. Sí 2. No	de la prueba		
5.6 Resultado 3 ≤2 Dils 7 32 DILS 11 512	DILS		5.4.2. Cuál		5.4.3 Resul		
4 4 Dils 8 64 DILS 12 1024	DILS		O TPPA O TPHA			o Positivo	
5 8 DILS 9 128 DILS 13 204	8 DILS		O FTA-ABS		<ul> <li>Negativo</li> </ul>		
6 16 DILS 10 256 DILS			○ Prueba rápida				
6. TRATAMIENTO MATERNO							
	gestacional en semana I tratamiento	as al	6,3 Penicil de dosis	ina benzatínic	a - número	6.4 Tratamiento de contactos	
O 1. Sí O 2. No	Semanas		01	0 2 0	3	O 1. Sí O 2. No	



## Sífilis congénita

Sífilis congénita código INS:740						
Ante un caso de sífilis congénita es obligatorio diligenciar toda la ficha	(diagnóstico materno, tratamiento materno y sífilis congénita)					
A. Nombres y apellidos del paciente B. Ti	po de ID* C. Número de identificación					
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA  - PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID						
7.1 Resultado de la gestación  o 1. Recién nacido vivo  o 3. Mortinato	s al nacimiento  7.3 Edad gestacional al nacimiento  Semanas					
7.4 Resultado de la serología de la madre en el momento del parto (VDRL ó RPR)	7.5 Resultado de la serología del recién nacido (VDRL o RPR)					
3 ≤2 DILS 7 32 DILS 11 512 DILS 4 4 DILS 8 64 DILS 12 1024 DILS 5 8 DILS 9 128 DILS 13 2048 DILS 6 16 DILS 10 256 DILS	3       ≤2 DILS       7       32 DILS       11       512 DILS         4       4 DILS       8       64 DILS       12       1024 DILS         5       8 DILS       9       128 DILS       13       2048 DILS         6       16 DILS       10       256 DILS       14       No reactiva					

Correos: sivigila@ins.gov.co / ins.sivigila@gmail.com



### Responsabilidades EAPB

Realizar actividades de demanda inducida (CPN)

Evento	Momentos de la prueba para gestantes
VIH	En cada trimestre según factores de riesgo y en el parto.
Sífilis	En cada trimestre y en el parto, post-aborto o primera consulta (parto domiciliario)
Hepatitis B	Primera consulta

Garantizar diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

Evento	Pruebas de laboratorio
VIH	Pruebas rápidas, ELISA, carga viral y western blot
Sífilis gestacional y congénita	Pruebas rápidas (Pruebas treponémicas) RPR o VDRL (Pruebas no treponémicas)
Hepatitis B, C y coinfección B-Delta	<ul> <li>HBsAg, Anti-HBc IgM, Anti-HBc Total</li> <li>Anti-VHD</li> <li>Anti-VHC (EIA y RIBA, LIA o RT-PCR)</li> </ul>

- Cubrir el costo del tratamiento de los contactos sexuales de la gestante con sífilis
- Garantizar el seguimiento de las gestantes con VIH, sífilis o Hepatitis B y sus hijos
- Garantizar profilaxis de los niños expuestos a ITS.







## INFECCIÓN GONOCÓCICA

Dirección Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Subdirección Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública Equipo Infecciones de Transmisión Sexual

Diciembre de 2015





## Alerta epidemiológica

Neisseria gonorrhoeae multirresistente

(15 de julio de 2011)

Ante la identificación en ámbitos científicos de una cepa de gonorrea resistente a todos los microbianos disponibles para tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), la Organización Panamericana de la Salud recomienda informar a los trabajadores de salud, instituciones y organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención y control de las ITS sobre el riesgo de la resistencia de esta cepa y en particular fortalecer la vigilancia en cada país ante la aparición de cepas con un perfil inusual. También recomienda promover el empleo de los métodos para prevenir las ITS.



## La OMS aconseja actuar urgentemente contra la propagación de la gonorrea resistente a los antibióticos

Nota para los medios de información

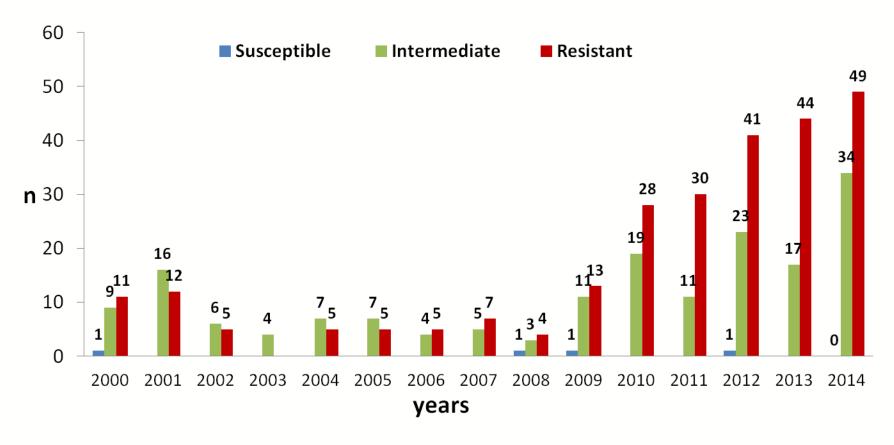
6 DE JUNIO DE 2012 | GINEBRA - Millones de personas aquejadas de gonorrea podrían quedarse sin opciones de tratamiento a menos que se adopten medidas sanitarias urgentes, informa la Organización Mundial de la Salud (OMS). A día de hoy, varios países —como Australia, Francia, el Japón, Noruega, el Reino Unido y Suecia— han notificado casos de resistencia de esta infección a las cefalosporinas, la clase de antibióticos que representa la última opción contra la gonorrea. Se calcula que, en un año determinado, unos 106 millones de personas contraen la gonorrea, que se transmite por la vía sexual.



### Antibióticos utilizados

- Penicilinas
- Tetraciclinas
- Quinolonas (Ciprofloxacina)
- Cefalosporinas de tercera generación (Ceftriaxona, Cefixime)
- Macrólidos (Azitromicina, Espectinomicina)

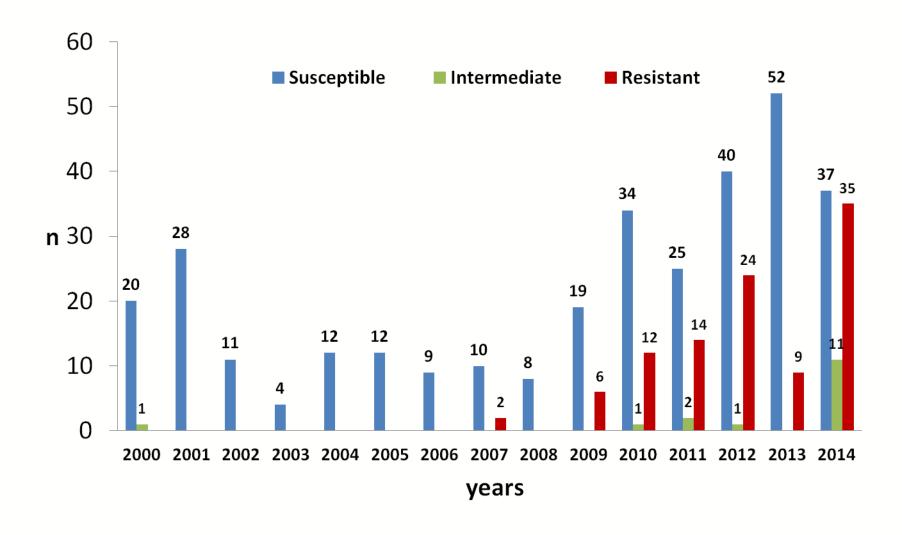
## N. gonorrhoeae: distribución de los aislamientos por año de vigilancia y perfil de sensibilidad a la penicilina, 2000-2014



La vigilancia pasiva voluntaria por laboratorio inició en 1987



## N. gonorrhoeae: distribución de los aislamientos por año de vigilancia y perfil de sensibilidad a la Ciprofloxacina, 2000-2014





## Objetivo:

Establecer medidas de control de la propagación y reducir al mínimo la repercusión de la resistencia a los antimicrobianos de este patógeno.



## Estrategias Plan de Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae* en Latinoamérica y El Caribe, 2014-2016

- Prevención efectiva junto al diagnóstico y control de la infección gonocócica.
- Coordinación con programas nacionales de VIH/ITS
- Estrategias de captación y transporte de muestras
- Actividades por nivel de laboratorio
- Programa de control de calidad interno
- Programas de evaluación externa del desempeño (nacional e internacional)
- Vigilancia epidemiológica nacional de la resistencia a N. gonorrhoeae y fortalecimiento del sistema de información
- Monitoreo sistemático de los fracasos del tratamiento mediante el desarrollo de una definición de caso estándar ante el fracaso del tratamiento con, protocolos para la verificación, la presentación de informes y gestión de fracaso del tratamiento.
- Análisis de la información recolectada



#### **GRACIAS**

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública Grupo Transmisibles Equipo Vigilancia I.T.S

#### Norma Constanza Cuéllar Espitia

ncuellar@ins.gov.co; nccuellare@gmail.com

**Amparo Liliana Sabogal Apolinar** 

<u>asobagal@ins.gov.co; amparolsabogal@Gmail.com</u> <u>its@ins.gov.co</u>

> Vigilanciaits.ins@gmail.com Teléfono: (1) 220 7700 Ext. 1376 – 1377

#### Instituto Nacional de Salud

Correo electrónico: contactenos@ins.gov.co
Teléfono: (1) 220 7700 Ext. 1703 – 1704
fax 220 7700 Ext. 1283 – 1269
Bogotá, COLOMBIA

www.ins.gov.co

Línea gratuita nacional: 01 8000 113 400