



PAGINA _____ DE _____

ACTA DE REUNIÓN

Dependencia	Proceso
Vigilancia en Salud Pública	Vigilancia y Control

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia a reuniones 114-MEC-FT-002

Objetivo de la Reunión	Fecha de la reunión: 4 de Noviembre de 2015
Orientar técnicamente la vigilancia en salud pública de los eventos transmisibles con énfasis en aquellos de especial interés en el contexto epidemiológico actual de la ciudad y la región.	Lugar: Secretaria Distrital de Salud – Auditorio Principal Edificio Administrativo
	Hora: 08:00 AM – 12:00 PM.
	Notas por: Adriana Velandia
	Próxima Reunión: No aplica
	Quien cita: Vigilancia Salud Pública.

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN*

TEMAS

1. Síndrome respiratorio coronavirus de oriente medio (MERS), Plan de respuesta.
2. Enfermedades transmitidas por vectores, algo a tener en cuenta en esta temporada.
3. Panorama actual de la epidemia por VIH y retos para la conmemoración del día mundial.
4. Protocolo de fiebre tifoidea y paratifoidea.
5. Presentación de alertas en salud pública.

COMENTARIOS

Se da inicio al COVE siendo las 8:00 am.

- **SÍNDROME RESPIRATORIO CORONAVIRUS DE ORIENTE MEDIO (MERS), PLAN DE RESPUESTA.** A cargo de la doctora Paula Andrea Borda Subdirectora de VSP - SDS.

La doctora Clemencia Mayorga presenta un caso clínico de una paciente de 55 años quien ingresa el 4 de agosto a las 12:11, presentado cuadro clínico de 12 horas de evolución de mialgias, artralgias, escalofríos, odinofagia, rinorrea hialina, congestión nasal, deposiciones líquidas sin moco ni sangre, dolor abdominal, malestar general. Refiere viaje reciente (18 julio de 2015) a Seúl Korea.

Al examen físico peso 64KG TA 100/59 SAO2 94 FR 17 FC 78 RSCS sin alteraciones, sin sobreagregados, toman laboratorios prueba determinación influenza a y b hemograma RX tórax coproscópico. Realizan aislamiento respiratorio. Diligencian ficha epidemiológica



PAGINA _____ DE _____

A las 14:51 Paciente quien refiere sentirse mejor, manifiesta que durante estancia en Seúl permaneció con tapabocas. Adicionalmente refiere noción de contagio positivo en sitio de trabajo.

Llegan los reportes de laboratorio: Hemograma: leucos 8370 N 67% linf 25% hb 15, hto 42% plaq 252.000 Normal. RX de tórax: Sin alteraciones, morfología dentro de parámetros normales. Influenza A y B negativo. Coproscopico: azucares, hemoglobina negativo, flora bacteriana normal, blastoconidias abundantes.

Dentro de los aspectos importantes en este momento está el antecedente de viaje a Korea del Sur se sospecha de MERS –CoV, por lo consiguiente le solicitan una pruebas que deben procesar en Instituto Nacional de Salud.

A las 15:06 la paciente continua asintomática sin signos de dificultad respiratoria, ni dolor torácico ni déficit neurológico hemodinámicamente estable, signos vitales dentro de los parámetros normales se le da egreso, con formula de acetaminofén, desloratadina, pedialite y le dan recomendaciones de consultar nuevamente si persistencia de diarrea, vómitos, dolor abdominal severo, dolor torácico, dificultad para respirar, tos que no mejora, y fiebre. Tomar abundantes líquidos orales, uso de tapabocas permanente, lavado de manos siempre.

De acuerdo a lo descrito anteriormente la expositora genera unas preguntas enfocadas a analizar el caso clínico, a través de los datos consignados en la historia clínica, o si se hubiese podido hacer algo adicional a lo consignado en la historia clínica (HCL).

1. ¿Interrogatorio adecuado?

Auditorio: Uno de los participantes informan que dentro del interrogatorio falto indagar por los antecedentes vacúnales.

Expositora: refiere que si hizo falta el antecedente de vacunación y que debería estar registrado en la HCL, teniendo en cuenta que se trataba de un proceso de enfermedad respiratoria aguda.

Auditorio: Uno de los participantes añaden que no se documentaron los contactos de la paciente.

Expositora: Afirma que en la HCL no aporta ni se hace énfasis ni recomendación para los convivientes de la pacientes. Se debe hacer énfasis en el momento en el cual se sospecha el coronavirus en la paciente, no se conoce la ruta que tomo la paciente, cuanto tiempo estuvo en sala de espera, Paso por triage y consulta.

La expositora pregunta que si se debió hacer algo distinto a lo que se vio durante el proceso? El auditorio contesta que se debió realizar aislamiento respiratorio para cortar la cadena.

Expositora: Cuál sería el momento oportuno si estamos ante la presencia de virus respiratorios antes del triage se debería indagar a los pacientes que presentan síntomas respiratorios si han viajado a zonas donde hay presencia de virus emergentes. Para poder aislar de inmediato.

El llamado de atención a tener en cuenta en todas las instituciones de salud es el identificar los factores de riesgo tempranamente antes de poner en riesgo a otros pacientes.



PAGINA _____ DE _____

2. Valoración del riesgo fue pertinente y efectiva? Tenía la paciente mayor riesgo del que se trazó según la HCL.

Expositora: la valoración del riesgo a pesar de los antecedentes no es proporcional para la paciente, para aumentar el riesgo desde el punto de vista respiratorio, es una paciente sin dificultad respiratoria, con SV estables, no se encuentra gran cosa.

Dentro del diagnóstico presuntivo con síntomas respiratorios inespecíficos, con síntomas gastrointestinales, el virus de coronavirus del medio oriente no tiene un síntoma patognomónico, pero el antecedente del viaje a esa zona nos obliga a hacer diagnóstico presuntivo para coronavirus, siempre tenemos que tener claro en qué lugares del mundo se están presentando virus emergentes, porque no tienen síntomas específicos.

3. Diagnóstico presuntivo adecuado? RX de tórax estaba indicada?

Auditorio: no eran específicos, se solicitaron laboratorios que identificaron que estaban dentro de los parámetros normales.

Exponente: No tenía evidencia clínica que presentaba una infección respiratoria baja, por tanto no estaba indicada una RX de tórax.

La solicitud del examen para coronavirus se hizo oportunamente? El auditorio refiere que estamos en aprendizaje para coronavirus.

Expositora: En Colombia no hay coronavirus, pero dado que se trata de un virus emergente que está presente en otras partes del mundo y dada la posibilidad de viajes entre los continentes nos obliga a pensar en el virus teniendo en cuenta el antecedente de viaje a Seúl Korea que es la zona donde se han presentado el mayor número de casos de virus por coronavirus y más con síntomas de IRA estamos obligados a toma de muestras.

4. ¿Las medidas son adecuadas o no?

Exponente: el coronavirus es un virus que hasta ahora no se ha demostrado ser eficiente la transmisión persona a persona, se requiere de un contacto directo y estrecho con las secreciones por parte del personal de salud es quien está en mayor riesgo, se deben extremar las medidas de bioseguridad y el aislamiento, fomentar el lavado de manos. Indagar por los contactos y ¿cuáles serían las recomendaciones?

Auditorio: seguimiento a los contactos, investigación del caso, quienes son sintomáticos respiratorios, establecer el riesgo en cada uno de los contactos, con aislamiento para los sintomáticos respiratorios y toma de muestras.

Se debe garantizar un seguimiento estricto de observación, con la notificación se despierta la alarma para que se pare la cadena de propagación del virus.

La expositora da a conocer plan de preparación y respuesta a la posible introducción de síndrome respiratorio por coronavirus del medio oriente (MERS-COV).



PAGINA _____ DE _____

El virus aparece descrito en el 2012 en Corea y ya se tiene propagación a países Europeos Y otros continentes.

1. Gestión del conocimiento:

- Capacitación al personal de territorios que desempeña labores de promoción, prevención y detección temprana de IRA.

- Definir y divulgar el plan de medios para la respuesta de ERA. Es el mismo plan de respuesta aguda con la variante en el concepto que se tiene que sospechar de este virus emergente con las personas que viajan a esta zona, se centra en promoción y prevención Cómo evito enfermarme y si me enfermo cómo debo cuidarme en casa y cuáles son los signos y síntomas que me deben llevar a consultar a un servicio de salud.

2. Sistemas de información y seguimiento

- Como se está intensificando la vigilancia de IRA, si la notificación genero la respuesta en la comunidad.

3. Atención para la Salud:

- Difundir cuales son los conceptos de los pacientes de alto riesgo independientemente del agente etiológico: mayores de 60 años, menores de 5 años, pacientes con comorbilidades. Fortalecer el concepto de aislamiento, para evitar que un virus emergente se propague. En el primer contacto indagar si ha viajado para las zonas de transmisión de enfermedades emergentes, para iniciar el aislamiento.

- Este componente incluye todas las acciones adelantadas a nivel colectivo e individual ya sea intramural o extramural.

- Disminuir las barreras de acceso, esquemas completos de vacunación, distribución de Oseltamivir ante la sospecha de influenza, gestión de recursos para pruebas diagnósticas en relación a detección de virus. El coronavirus está siendo procesado en el INS.

Dentro de los objetivos de este plan esta:

Articular todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud de la ciudad y otros sectores, para dar respuesta a la probable introducción de un nuevo virus respiratorio como es el coronavirus del medio Oriente.

Reducir el riesgo y mitigación mediante la prevención, detección y atención temprana de las enfermedades respiratorias agudas graves.

Intensificar acciones de información educación y comunicación (IEC)

Dentro de las recomendaciones dadas por la expositora están:

Fortalecer las medidas de identificación y de prevención de la infección inmediatamente en todos los centros médicos del país.



PAGINA _____ DE _____

Todos los pacientes con fiebre o con síntomas respiratorios se les deberá indagar, si han tenido contactos con pacientes infectados con coronavirus; si han visitado hospitales donde hay ingresados pacientes de MERS; si han viajado a países de Medio Oriente en las últimas dos semanas y si los pacientes contestan que “sí” deberán ser manejados como casos sospechoso mientras dure el proceso de verificación, adicionalmente Los contactos de los pacientes no deben viajar durante el tiempo en que eventualmente podrían presentar síntomas.

Se termina la presentación con el panel de preguntas.

El auditorio solicitan tener mayor información sobre el proceso del virus en estados más avanzados a lo que la doctora informa que en relación al coronavirus el reservorio son los murciélagos que paso a los camellos al mutar y de ahí al ser humano; se requiere de un contacto muy directo para transmitir la enfermedad de persona a persona. El coronavirus esta descrito como una IRA de corta duración de menos de 15 días, con muy rápida evolución a síndrome de dificultad respiratoria severa con cuadro neumónico, aunque hay pacientes con cuadro de dificultad respiratorio aguda, este virus tiene una letalidad de 36 a 40% es decir de cada 10 personas enfermas 3 a 4 mueren por coronavirus y la mayoría son trabajadores de la salud.

Auditorio: si el cuadro es como un IRAG inusitado y tiene antecedente de viaje, se debe notificar y solicitar las muestras de laboratorio?

Expositora: si se está ante un IRAG inusitado se debe notificar porque se está ante un comportamiento viral y más con la presencia de viaje y se debe solicitar la muestra para sospecha del virus de coronavirus y deberán ser enviada al LSP de la SDS o INS. Solicitando específicamente la prueba.

- **ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV)** a Cargo del doctor Libardo Alberto Rentería Ledezma Médico Veterinario Zootecnista - Epidemiólogo de Campo.

De importancia para la época vacacional que se avecina.

El doctor inicia la presentación con la definición de *vector* dada por el reglamento sanitario internacional en el 2005: **vector** es “Todo insecto u otro animal que normalmente sea portador de un agente infeccioso que constituya un riesgo para la salud pública.”

Existen vectores biológicos: donde el agente infeccioso cumple con alguna parte de su ciclo biológico y los vectores mecánicos: en el cual el animal es portador de un agente infeccioso externamente.

Estas enfermedades transmitidas por vectores son zoonosis donde cuyos agentes etiológicos se transmiten por vías naturales entre los animales vertebrados y el hombre.

La clasificación está dada de acuerdo al tipo de ciclo seguido por el agente infeccioso, que son las zoonosis directas, zoonosis cíclicas, metazoonosis o saproozoonosis.

Zoonosis directas: En ellas el contagio se produce por contacto directo o a través de objetos contaminados, sin que tenga lugar una multiplicación significativa del agente causal durante el proceso de transmisión, ejemplo: la rabia.



PAGINA _____ DE _____

Zoonosis cíclicas: El contagio se realiza aquí necesariamente entre dos o varios hospedadores invertebrados y sin que exista vector vertebrado, ejemplo de este caso es la equinococosis.

Metazoonosis: El contagio tiene lugar a través de vectores invertebrados, en los que el agente se desarrolla durante un periodo de prepatencia, ejemplo: la peste en la cual intervienen las pulgas de las ratas. Vale para todos los otros vectores es decir necesariamente debe haber un vector transmisor en el cual se desarrolla gran parte del ciclo de la enfermedad como Dengue, Malaria, leishmaniasis, chikungunya, encefalitis todas tienen un ciclo que se da en un vector por eso son tan importantes conocer los vectores.

Saprozoonosis: El contagio se verifica siguiendo una fase saprofita y otra parasitaria, ejemplo el botulismo.

Si se va hablar de una epidemiología de las enfermedades transmitidas por vectores es específica y compleja debido a varios factores que inciden en la presencia o no de estas como lo son: las condiciones geo-ecológicas, los cambios comportamentales de los vectores, debido a que hoy se tienen vectores que no circulaban en algunas áreas anteriormente, resistencia a los insecticidas de algunas especies, la resistencia de algunas cepas de parásitos a los medicamentos como sucede en algunos medicamentos de tratamiento para malaria o en el caso de leishmaniasis, la alta migración humana ha hecho que se presenten casos donde antes no habían como Fusagasugá, orden social alterado, creencias y actitudes del hombre frente a las ETV, Cambio climático y perturbaciones generadas por el hombre.

Antecedentes: Siempre se ha hablado de 5 ETV: Dengue, Malaria, Leishmaniasis, Chagas, Fiebre amarilla.

En el año 2005 incorporó nuevas enfermedades zoonóticas: que son la encefalitis equina venezolana, el virus del Nilo occidental y la encefalitis del oeste en humanos; las cuales tienen como vector al mosquito Culex.

El último caso que se presentó de encefalitis equina del oeste se presentó en Villavicencio. Se encontró que cerca había una zona de migración de aves.

Posteriormente ingresan al sistema de vigilancia el tifus epidémico transmitido por piojos y el tifus endémico transmitido por pulgas. De los cuales no se tiene notificación.

En el año 2014 y 2015 ingresan Chikungunya y Zika transmitidos por Aedes aegypti

En el año de 1941, se confirmó en Colombia la presencia del virus de la encefalitis equina venezolana, al presentarse una epizootia en la Sabana de Bogotá.

Dentro de los estudios realizados existe una asistencia técnico-científica en la evaluación de la situación de la infestación de Culex quinquefasciatus en la cuenca del Río Tunjuelito, Bogotá DC y la identificación de las especies de moscas procedentes del relleno sanitario Doña Juana – Universidad Nacional de Colombia.

Según el Estudio UNAL sobre la dinámica de mosquitos adultos, culex quinquefasciatus (diptera: culicidae) presentes en el sur de Bogotá se encontró lo siguiente:



PAGINA _____ DE _____

La densidad relativa de larvas de Cx. Quinquefasciatus se comporta de manera estacional, influenciada por las lluvias, de manera diferente pero dinámica debido a la corriente que los conecta. Además la presencia de larvas en criaderos temporales es intermitente (naturaleza de los criaderos y sus características particulares).

Las embras son las que pican y hacen el proceso de reproducción, no se debe exponer en ciertas horas entre las 7:00 pm a 8:00 pm que es un comportamiento diferente en Bogotá. A mayor temperatura más rápido de da el ciclo reproductor.

Las enfermedades compartidas con el hombre, en la ciudad de Bogotá no se tienen conocimiento del comportamiento epidemiológico y epidémico, se tiene que trabajar en vectores porque se tiene un vector transmisor que es el culex.

Cuando se habla de ETV está basado en los artrópodos el grupo más grande dentro de estos.

Dentro de los que están Aedes spp: Dengue, Fiebre Amarilla; Chicunguña, Zika. Dengue tiene transmisión tras ovárica es decir que cuando tengas sus huevos van a transmitir la enfermedad.

Culex spp: Encefalitis virales

Anopheles spp: Malaria.

Musca domestica: Vector mecánico de muchas enfermedades

Mosca Tse Tse: Tripanosomiasis Africana (Enfermedad del Sueño)

Flebótomos: Leishmaniasis

Tripanosomiasis americana (Enfermedad de Chagas)

Dentro de las enfermedades zoonóticas en la cual se ha trabajado más es en Aedes, porque está en casi todo el mundo en Australia han trabajado mucho sobre Dengue.

La lucha contra los vectores inicio desde el año 1930, cuando durante la construcción del canal de Panamá murieron muchas personas por fiebre amarilla, después de esto empezaron las campañas nacionales de erradicación del vector, después de esto las campañas directas se disminuyeron y para el año 2002 el vector llego a todo el continente. El vector que se tiene es el también vector de fiebre amarilla y como no se tienen buenas coberturas de fiebre amarilla, se pueden presentar casos urbanos.

En relación a los índices aedicos en Colombia los índices son mayores a 35%, cuando deberían estar menores a 15%.

Esto se debe probablemente a los condicionantes de la transmisión como son:

Urbanización: Incremento en la densidad de la población, hacinamiento. Desabasto de agua, drenaje y recolección de desechos sólidos. Incremento de criaderos y densidad vectorial. Migración de susceptibles e introducción de portadores.



PAGINA _____ DE _____

Dentro de los principales problemas que se tienen en relación a la transmisión vectorial es el no tener suministro de agua contante, y tener que almacenar agua.

Deforestación: hace que se tengan más casos de Leishmaniasis, al invadir áreas selváticas.

Primero se hizo campañas de lucha contra el vector, pero el reservorio no se puede acabar porque es el ser humano, como no se puede acabar entonces se tiene que controlar, porque los culpables somos los seres humanos.

Donde se da la transmisión, malaria, dengue y chikungunya la transmisión es doméstica, se da dentro de la casa. Se cortar la cadena de transmisión eliminando los criaderos.

Según población DANE se tendría un cálculo de 36.152.533 habitantes expuestos a adquirir Dengue.

Como medida preventiva se debe tener en cuenta realizar Saneamiento del medio, eliminar criaderos, control biológico de larvas, Mantenimiento de Rondas, Limpieza Lotes, Baldíos, Revisión Alcantarillado, Plaza de Mercado, Manejo de Desechos, Protección de los alimentos, Usar toldillos (impregnados con piretroides, uso de angeos en puertas y ventanas, usar focos de luz para atraer a los insectos.

Realizar actividades de IEC dirigidas a la comunidad y el fomento de una cultura sanitaria de prevención y control de ETV.

Los controles químicos como la fumigación se debe usar solo como medidas de emergencia pues estos solo me eliminan los insectos circulantes y no acaba con las larvas, causan efecto sobre animales benéficos, pueden desarrollo resistencia, generan residuos tóxicos.

- **PANORAMA ACTUAL DE LA EPIDEMIA POR VIH Y RETOS PARA LA CONMEMORACIÓN DEL DÍA MUNDIAL.**

ESTRATEGIA FAST TRACK- ONUSIDA a cargo de Santiago Rodríguez.

Fast track acción acelerada contra reducir la epidemia de sida, es un compromiso nacional como respuesta al VIH donde están incluidos varios actores tanto nacionales, departamentales y municipales, se analiza la mortalidad, morbimortalidad, vulnerabilidad y se generaron unas capsulas donde se explica la historia del virus, la respuesta al VIH, derechos sexuales y reproductivos, se explica la visión del fast track t de sostenibilidad y desarrollo.

Donde cada actor deberá dar repuesta al VIH, posteriormente se realizaran unas actividades donde se premiaran las mejores iniciativas frente al VIH. Objetivos de desarrollo sostenible para VIH para el 2030, con cero nuevas infecciones en VIH, cero discriminación a los pacientes con VIH, cero nuevas muertes relacionadas con el sida para el 2030. Dentro de los objetivos de desarrollo sostenible están: bienestar y buena salud, igualdad de género, reducir desigualdades, sociedades inclusivas, justas y pacíficas, alianzas globales.

Continúa la presentación el Doctor Manuel González Mayorga subdirector de Vigilancia en Salud Pública VIH e ITS- Secretaria Distrital de Salud.



PAGINA _____ DE _____
Panorama Nacional

Respecto a la carga de la enfermedad donde más se concentran los casos son en las grandes ciudades, no solo por el número de población sino porque se concentra los más grandes grupos vulnerables como son desplazados, víctimas de conflicto armado estos llegan a las grandes capitales y por ende se concentran población de mayor vulnerabilidad,

Se dan a conocer las estimaciones de UNOSIDA de la prevalencia en población de 15 a 49 años, para el 2014 0,4%, para que se definía una epidemia generalizada en este grupo poblacional se tienen que presentar 1% si se supera se define una epidemia generalizada, como se tiene un 0.4% se define como una epidemia concentrada.

La notificación continúa en aumento constante se han presentado 101.158 casos de VIH y SIDA. Como se mencionó anteriormente se tiene una proporción cercana al 20 % de población diagnosticada en fase sida, lo que significa un diagnóstico tardío de la enfermedad.

Teniendo en cuenta los 10 años promedio que se tienen para desarrollar SIDA, se podría decir que ese 20% vivieron 10 años con VIH sin ser diagnosticados y teniendo prácticas sexuales este es uno de los retos, *diagnosticar al 90 % de los casos de VIH.*

En relación a la distribución por sexo se encontró que es una epidemia mayoritariamente de hombres, sin embargo las mujeres están siendo poco representadas porque no tienen acceso al diagnóstico, solo se le oferta la prueba de VIH cuando están en gestación, durante el control prenatal y son las que están siendo diagnosticadas tardíamente, además tienen mayores mitos culturales que no les permiten reconocer el riesgo, al contrario de los hombres se les informan sobre la sexualidad ampliamente, lo que le permite reconocer los riesgos a diferencias de la mujer.

En relación a la mortalidad se ha presentado una disminución lenta con unos picos leves, esto es diferente a lo que está pasando en otras regiones del país, donde no se deberían tener muertes por sida. Por eso dentro de las metas esta la eliminación de la epidemia y tener cero muertes por sida. Que se pueden tener nuevos casos es probable que "sí", porque puede ser diagnosticable y tratable pero no curable.

En relación a la ciudad de Bogotá con las metas propuestas, se tenía un estimado para el 2013 y teniendo en cuenta a la población se deberían tener diagnosticadas 23.760 personas, en la cuenta de alto costo se encontró que solo hay 11.476 personas, esto quiere decir que un 52% de personas están sin diagnóstico y sin atención; por cada persona con diagnóstico de VIH hay una que no lo sabe, lo que genera unos niveles de riesgo altos para el sistema de salud, para contención de las cadenas de transmisión y evitar la muerte de una persona.

Faltan por diagnosticar 12.000 en la ciudad de Bogotá, que es uno de los retos para todas las instituciones de salud.

Otro de los grandes retos esta en conocer nuestro estatus ante el VIH, siempre en salud se hace gestión del riesgo, pero en el personal de salud no se cumplen estos factores. Se debe ser coherente en relación a lo que se trabaja en salud y lo que se dice.

Con respecto al tercer 90 relacionado con la carga viral, se encontró que la carga viral indetectables esta en 75.1% y debería estar en 90% estamos 15 puntos porcentuales por debajo teniendo en cuenta que Bogotá tiene los mejores indicadores.



PAGINA _____ DE _____

Cuando se empiezan a implementar estrategias de diagnóstico, se habla de tres cosas que se unieron i) estudios de prevalencia en población de mayor vulnerabilidad, ii) proyecto de fondo mundial y iii) estrategia distrital ponte a prueba, con la unión de estas estrategias se puede evidenciar un aumento en la notificación. Lo que significa que las personas si quieren hacerse las pruebas de VIH, si eliminamos las barreras.

Con respecto a las edades se evidencia que los casos se están presentando en población muy joven el 70% de los casos son menores de 35 años de edad de estos el 50% son menores de los 25 años de edad, lo que significa que la población se está infectando en sus primeras relaciones sexuales, lo que nos indica que hay que educar para evitar estas situaciones, del total de casos de toda la ciudad el 99.5% son por relaciones sexuales sin protección. En relación costo efectividad entre la prevención y tratamiento, es mil veces más fácil y económico prevenir que darle tratamiento a un paciente.

En cuanto a los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), el VIH es la segunda causa después de los accidentes de tránsito que más aporta AVPP.

En relación a la distribución por sexo de VIH/SIDA en la ciudad de Bogotá durante el periodo de 2009 a 2014, se evidencia que la mayoría de las acciones están dirigidas a población en condición de vulnerabilidad que en su gran mayoría están constituidas por hombres, hay un mayor sub-diagnostico en las mujeres aproximadamente del 60%.

En relación a distribución por localidades se evidencia epidemias concentradas, principalmente 3 epidemias: primera: las epidemias con casos bajos, segundo: la epidemia que se presenta en las localidades de Santa fe y mártires y tercero: la epidemia que se presenta en chapinero y teusaquillo: son 3 epidemias diferentes por las personas que se infectan y están dadas por las diferentes características sociales e individuales.

En relación a la coinfecciones se evidencia que la que se presenta en mayor proporción es la candidiasis. Todos los casos que se han analizado en la SDS tienen un antecedente de candidiasis, pero en la mayoría de los casos no se tomaron como condicionante de riesgo, no se piensa pero las otras coinfecciones si están relacionadas con mortalidades como sucede con tuberculosis y las neumonías.

Estudios de prevalencia y comportamiento sexual en población de mayor vulnerabilidad:

Bogotá D.C tiene las segundas prevalencias de VIH en poblaciones de mayor vulnerabilidad, más altas del país.

Las Mujeres Trabajadoras Sexuales muestran la prevalencia más baja del país, con el éxito de estrategias sostenidas e intersectoriales, mostrando dos características principales: i) uso de insumos para la prevención que tiene un porcentaje del 95% para uso del preservativo con sus clientes y 50% con sus parejas, en la población general el porcentaje de uso del preservativo no llega ni al 10%. ii) más del 80 % se hace la prueba de VIH en los últimos 12 meses, es la única población que tiene una norma que les dice que deben asistir a cursos de promoción y prevención, es la única población que de forma recurrente tienen acceso a usos preventivos.

En mujeres transgeneristas se habla de las inequidades sociales que se tienen en la ciudad con un 17% de diagnóstico para VIH a diferencia de la población general con un 0,4 %.



PAGINA _____ DE _____

El primer concepto de vulnerabilidad se da porque se desconocen los conceptos como sucede con las mujeres transgeneristas se les dice hombres, a las que no se les da oportunidades laborales y tienen que dedicarse a prácticas sexuales, pero lo inquietante es porque hay una gran diferencia entre los porcentajes de las mujeres trabajadoras sexuales y las mujeres transgeneristas siendo que se dedican a lo mismo, en Bogotá hay pocas establecimientos sexuales que le permiten tener trabajadoras sexuales transgeneristas, las mujeres que son trabajadoras sexuales donde laboran tienen guardias de seguridad y si el cliente no se quiere poner el preservativo el guardia evita que sean agredidas sexualmente, a diferencia de las mujeres transgenero que les toca trabajar en la calle por cualquier peso y permitiendo abusos de los clientes.

En los habitante de calle con un 8% y en la población privada de la liberta es de 1.9% en la pico y 0,5 en el buen pastor.

El cuanto a la mortalidad esta ha ido disminuyendo y se ha captado la curva para el 2014 en los hombres, pero en las mujeres aumenta por diagnóstico tardío.

Comparación entre morbilidad y mortalidad en VIH/Sida

Cuando las personas que se enferman o infectan en Chapinero y Teusaquillo no se mueren y los que se infectan en Santa fe y Mártires si se mueren, adicionalmente los que tienen mayores niveles de pobreza como San Cristóbal y Simón bolívar, se puede ver la vulnerabilidad y lo que está pasando ahí. Porque en las localidades donde no se mueren tienen trabajo estable, aporta al régimen contributivo y las tienen un mejor acceso a los servicios de salud, a diferencia de los que están en regímenes subsidiados que les toca hacer muchas vueltas para acceder a los servicios de salud. Las personas del régimen subsidiado tienen que destinar 8 días al mes para hacer los trámites y lograr acceder a los medicamentos.

Se realizara invitación de que la atención para dar respuesta al VIH, que no sea solo el 1 día sino todo el año.

PROTOCOLO DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA - a Cargo de la doctora Ángela Folleco del Instituto Nacional de Salud.

La doctora Ángela da inicio a su presentación informando sobre la importancia de la ficha de notificación código 320 para este evento.

Posteriormente continúa con la definición de fiebre tifoidea: que es una enfermedad bacteriana sistémica que se caracteriza en la fase inicial por la aparición insidiosa de fiebre continua, cefalea intensa, malestar general, anorexia, bradicardia relativa, esplenomegalia. Esta definición de casos es muy importante porque se parece a otros síntomas de otras enfermedades, la fiebre continua con un promedio de 7 días, los pacientes se autometican y al ver que los síntomas no desaparecen es cuando deciden consultar al médico y los médicos están diagnosticando por antígenos febriles y no por laboratorios lo que muestran fallas en la calidad del dato.

En relación a las manchas rosadas en el tronco en 25% de los enfermos de piel blanca, sin embargo a nivel nacional no se han presentado casos con estos síntomas.

En relación al estreñimiento es más frecuente en los casos de brotes.



PAGINA _____ DE _____

Agente etiológico: Se vigila principalmente Salmonella Typhi y Paratyphi A, B o C; que es un bacilo gramnegativo que pertenece a la familia Enterobacteriaceae, anaerobio facultativo, flagelado, no esporulado.

Periodo de incubación: Tiende a modificarse de acuerdo con la dosis infectante (105 a 108 UFC) y fluctúa de tres días a tres meses, por lo regular con límites de una a tres semanas. Este periodo de incubación es importante para realizar un diagnóstico y toma de tratamiento adecuado, de acuerdo a lo descrito se ha evidenciado que algunos pacientes no se toman el tratamiento completo, convirtiéndose posteriormente en portadores asintomáticos, por ello se le debe hacer seguimiento.

Reservorio: El único reservorio de S. Typhi y S. Paratyphi A, B y C es el hombre. S. Paratyphi B se puede encontrar también en animales. Los casos se empiezan a aumentar en épocas de sequías, principalmente por aguas contaminadas.

Los síntomas para este evento se tienden a confundir con los síntomas gripales, los pacientes no conocen realmente su enfermedad y se empiezan a automedicarse, por los síntomas.

La recuperación se da después de 10 días, si se presentan complicaciones estas pueden ser mortales, a nivel nacional se han presentado 2 muertes por fiebre tifoidea, dadas por la falta de adherencia al protocolo, al ser evitables con un adecuado tratamiento.

Cerca de 10% de los pacientes con fiebre tifoidea no tratados excretarán bacilos durante tres meses después del inicio de los síntomas. Para controlar manipuladores asintomáticos.

Del 2 al 5% permanecerán como portadores asintomáticos, excretando la bacteria por periodos hasta de un año

Definición y configuración de caso

Probable: Todo paciente que presenta fiebre alta (>39° C) por más de 72 horas de comienzo insidioso, dolor de cabeza, malestar general; acompañado o no de: anorexia, estreñimiento o diarrea, tos no productiva y bradicardia relativa.

Confirmado por laboratorio: Es todo caso confirmado por laboratorio con pruebas de hemocultivo, coprocultivo o cultivo de médula ósea positivo para Salmonella Typhi, Paratyphi A, B o C. la confirmación la hace solo el INS.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso que cumple con la definición de caso probable y que está relacionado con un caso confirmado por laboratorio. Estos deben tener una investigación epidemiológica de campo.

Portador: Toda persona que fuese detectada mediante coprocultivo positivo y que es asintomático. Mediante el estudio por laboratorio a contactos.

Notificación inmediata: se debe realizar desde la UPGD cuando se tiene un caso probable, a la dirección local de salud respectiva. En fiebre tifoidea es muy difícil captar un brote de fiebre tifoidea. Normalmente se hacen por casos.



PAGINA _____ DE _____

Se define que si bien los brotes son de notificación inmediata de la UPGD a la unidad notificadora municipal para su respectiva investigación de campo. También debe serlo desde el municipio al departamento y de éste al INS y al CNE.

En relación a las acciones que se deben realizar las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), estas deben garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar por laboratorio los casos de fiebre tifoidea y paratifoidea (hemocultivo, coprocultivo) y asegurar las intervenciones individuales del caso. Porque estas deben conocer su población afiliada y conocer las intervenciones que han tenido.

Garantizar la realización de estudio por laboratorio a los contactos de los casos confirmados. Por cada caso, se deben realizar análisis por laboratorio a cada uno de sus contactos para poder identificar portadores asintomáticos que son un riesgo para la transmisión de S. Typhi y S. Paratyphi

En relación a las acciones de Instituciones Prestadoras de Servicios De Salud (IPS)

Garantizar la atención integral del caso de acuerdo con la práctica clínica. Si se le dice al paciente que tiene fiebre tifoidea se deberá tener confirmación del caso por laboratorio. La UPGD deben enviar todos los aislamientos de salmonella. Asegurarse que se termine el tratamiento el paciente y que se realicen los prococultivos de control.

Diligenciar la ficha de notificación cara A, datos básicos.

Notificar el caso y remisión de la ficha de notificación a la unidad local de salud. Para realizar las intervenciones de campo y remitir las muestras las muestras para diagnóstico al laboratorio distrital o departamental.

Remitir las muestras necesarias para el diagnóstico confirmatorio al laboratorio de salud pública departamental.

Acciones individuales:

Se debe excluir al paciente de la manipulación de alimentos hasta asegurarse de que esté libre de infección.

Realizar el tratamiento farmacológico adecuado y seguimiento de pacientes al término del tratamiento mediante coprocultivo seriado. (3 coprocultivos con intervalo de 1 día o según la regularidad de evacuación del paciente, si el paciente no tiene evacuaciones frecuentes ni regulares se pueden tomar frotis rectal).

Recolección de muestras, para los contactos y notificación de ficha.

A nivel colectivo se deberá recolectar muestras biológicas de alimentos y agua, para identificar la fuente de transmisión. Hacer la caracterización de cuáles son los alimentos que regularmente consumen, como es la eliminación de excretas, restaurantes que frecuenta, con el fin poder identificar nexos y tomar medidas de control e identificación de población expuesta para dirigir acciones de búsqueda en estos grupos.

Hacer BAI y BAC para que se pasen casos sin tratamiento.



PAGINA _____ DE _____

Comportamiento a nivel nacional

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se ha notificado 314 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, se notificó un caso esta semana.

Sin embargo se han presentado fallas en la calidad de los datos, los casos que están ingresando casos confirmados por laboratorio sin tener resultados del INS. Todos los casos deben ingresar como probables hasta se tenga el resultado por laboratorio

Para el 2015 se presentó un aumento en la notificación del 9,1% con respecto a las mismas semanas del 2014. Con un pico en las semanas 2 y 3 esto se debe al brote que se presta en Antioquia municipio de Apartado donde no se ha podido identificar aun la fuente.

Se han mejorado la vigilancia del evento en municipios aledaños de Apartado por ende han aumentado el número de casos.

En relación a la distribución por entidades territoriales, el 78% de las entidades territoriales notificaron casos para este evento; el 61% de los casos fueron notificados por Antioquia, Norte de Santander y Huila.

En el departamento del Huila no se tienen brotes, se cuenta con una notificación activa para este evento los que genera aumento en la notificación de casos probables.

En muchos departamentos se presentan fallas en el ingreso de información notificando casos confirmados sin toma de muestras de laboratorio, lo que quedara como fallas en la calidad del dato para las entidades territoriales.

En relación a la edad el grupo más afectado es el de 20-34 este aumento se da por los casos presentados en san José de Cúcuta y norte de Santander.

Casos confirmados por el LNR donde más se tienen diagnosticados casos son en norte de Santander, Antioquia y Meta con un brote que se presentó en el municipio de Granada.

Se presenta el comportamiento de la fiebre tifoidea por semana epidemiológica, Norte de Santander, 2015, donde se pudo evidenciar que los factores que influyen en el aumento de la notificación de casos, con la presencia de los tres más grandes picos está dado por: el inicio de la temporada escolar, la celebración del día de la madre y el inicio de II semestre universitario.

Se da por terminada la presentación aclarando que cada caso probable debe tener una investigación de campo. No se deben esperar los resultados para tener respuesta y generar acciones de intervención a nivel individual y colectivo.

- **ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS EN SALUD PUBLICA** - a cargo de la doctora Nelly Yaneth Rueda Cortes Profesional Especializado - Subsecretaria en Salud Publica y Dirección de Epidemiología



PAGINA _____ DE _____
ALERTA POR EBOLA

La doctora informa que todavía se continua en la alerta por Ebola, se presentan a 25 de octubre 28.575 casos con 11.313 mortalidades, los países que más presentan caso son Guinea, Liberia y Sierra Leona, se presentaron 4 semanas en las que no se habían reportado casos en ninguno de los países, sin embargo la semana 43 aparecieron reportados 3 casos en Guinea, por tal motivo la Organización Panamericana de la Salud recomienda continuar con la vigilancia para este evento e intensificación de vigilancia en los países anteriormente nombrados, con el fin de ver la posibilidad de erradicar la enfermedad.

En relación a la distribución geográfica esta consignada en las dos localidades de Guinea, ya se está controlando los casos de acuerdo a la distribución que se muestra.

En personal de salud se presentó un caso en Guinea recientemente, en cuanto a la distribución en personal de salud se tienen 898 casos con 520 mortalidades a la fecha.

En relación a las definiciones de casos se continúa con la misma información definida por el Ministerio de Salud.

ALERTA POR SARAMPION

Para Sarampión el panorama continua igual de acuerdo al informe de la OPS a semana 41 se cuentan con 568 casos confirmados para las Américas, Colombia tiene un caso importado, Perú 4, Brasil 169, Canadá 195 y EEUU 189.

A nivel mundial Europa ha presentado casos lleva un acumulado de 4224 casos y se han presentado brotes aislados de Sarampión, el País que más aporta casos es Alemania.

Camboya presento un caso a pesar que ya se había declarado como un país libre de sarampión en el 2011.

Casi todos los brotes se presentan en menores de 1 año. No se debe bajar la guardia

ALERTA POR CORONAVIRUS DEL MEDIO ORIENTE

Coronavirus del medio oriente 2 casos presentados notificados en Arabia Saudita la semana pasada aumentaron a 3 casos y 10 mortalidades ya con un total de 541 mortalidades, es el país que está más intensa la transmisión.

A la fecha se han presentado 1635 casos y 627 mortalidades desde el 2012.

ALERTA POR COLERA:

Desde inicios de este año y hasta la semana epidemiológica (SE) 38 de 2015 se registró un total de 22.950 casos de cólera en tres países de la Región: Cuba, Haití y República Dominicana, siendo Haití el país donde se han registró el mayor número de los casos.



PAGINA _____ DE _____
ALERTA POR POLIO

La OMS genera la alerta por casos sin embargo en relación al 2014 los casos han disminuido significativamente. Se han presentado 14 casos por vacunación con polio oral.

ALERTA POR VIRUS DE ZIKA

Se ha presentado afectación de 4 municipios de bolívar y 1 casos en san Andrés, Chile, Brasil,

Es uno de los eventos que se empieza a vigilar se informa que de acuerdo a esto se envió una circular del 14 de octubre del 2015 del INS, donde dan todas las indicaciones para atención clínica, toma de muestras, prevención y control del virus en Colombia, para que se difunda entre todas las IPS.

ALERTA POR RABIA HUMANA

A semana 41 se presentó un caso en un niño de 9 años de la mesa Cundinamarca y lo hospitalizan en el HOMI, arañado por un gato, El laboratorio de virología del INS reporto un resultado positivo, un día después de haber fallecido el menor. Continúa pendiente el resultado de la prueba de inoculación en ratones.

Se realizaron acciones pertinentes para vigilancia tanto en Cundinamarca como en Bogotá.

Se da por terminado el COVE con los varios donde se informó sobre el simposio de enfermedades huérfanas a llevarse acabó el 18 de noviembre del 2015.

COMPROMISOS*

ACCION	RESPONSABLE	FECHA
Ninguno establecido		



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ACTA DE REUNIÓN
Código: 114-MEC-FT-001 V.4

Elaborado por:
Gloria Navarrete, Marcela
Moreno.
Revisado por: Olga Lucia
Vargas
Aprobado por: Martha
Liliana Cruz.



PAGINA _____ DE _____

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA*

Nombre: _____

NOMBRE	FIRMA

NOMBRE	FIRMA

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logro el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

* De requerir más campos en los temas y comentarios tratados, compromisos y revisión del acta, inclúyalos antes de imprimir este formato.