
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: SDS-PYC-FT-001 V.4</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p>	
---	---	--	--

PAGINA _____ DE _____

ACTA DE REUNIÓN

Nombre: COVE DISTRITAL TRANSMISIBLES

Dependencia	Proceso
SUBSECRETARIA SALUD PUBLICA	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

ASISTENTES

[Anexo listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT.002](#)

Objetivo de la Reunión	Fecha de la reunión: 12 de septiembre de 2016
Socializar los resultados de la vigilancia en salud pública de la morbilidad por enfermedad respiratoria aguda, la mortalidad infantil y las estrategias para enfrentar el segundo pico respiratorio del año y otros eventos de interés en salud pública	Lugar: Auditorio Hemocentro
	Hora: 7:45am – 12:00 m
	Notas por: Adriana Piernagorda- UPSS Sur
	Próxima Reunión: Octubre de 2016
	Quien cita: SDS – VSP Componente transmisibles- UPSS Sur

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN*



Se realiza apertura al COVE distrital con la presentación de la agenda para la sesión:

1. Lectura del Acta Anterior (Compromisos).
2. Vigilancia Centinela de neumonías bacterianas-Dr. German Camacho, Pediatra neumólogo. Fundación Hospital de la Misericordia.
3. Caracterización de la mortalidad infantil en menores de 5 años y plan de respuesta IRA.- Dra. Clemencia Mayorga, Pediatra grupo de enfermedades prevalentes en la infancia VSP - SDS
4. Circulación viral con énfasis en virus influenza - Dr. Rodrigo Rodríguez Laboratorio Salud Pública - SDS
5. Taller socialización circular 033 del 13 de Junio de 2016 enfermedad por meningococo.- Dra. Diane Moyano Grupo EPV VSP - SDS
6. Proposiciones y varios

1. Se realiza lectura del acta anterior el cual es aprobada.

2. Vigilancia Centinela de neumonías bacterianas

Se hace referencia al logro alcanzado al poder contar con información de comportamiento epidemiológico de las neumonías y meningitis en que se hace referencia al comportamiento de la incidencia de meningitis en las Américas con 284 mil muertes en menores de 5 años por meningitis por neumococo 4.7 x 100 mil menores, y bacteriemia por neumococo 3.9 por 100mil

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: SDS-PYC-FT-001 V.4</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p>	
---	---	--	--

PAGINA _____ DE _____

menores. En Colombia en el año 2010 la mortalidad en menor de 5 años fue de 488 mil mortalidades por neumonía, los agentes más frecuentes el Sincitial respiratorio y en segundo lugar influenza.

Se requiere implementar estrategias para la vigilancia de meningitis y neumonías, descritas en la vigilancia realizada por los laboratorios quienes reportan a través del Sistema Regional de Vacunas (SIREVA) casos de meningitis de usuarios hospitalizados, estos aislamientos son enviados al Laboratorio de SDS y posterior enviados al INS en donde se tipifica el agente causal. Se evidencia una dificultad con este reporte ya que al ser voluntario muchos de los casos no son reportados por no notificación lo que genera un sesgo en la información.

Otra estrategia de vigilancia son los niños escolares a quienes se toman muestras nasofaringe, la característica de estos niños es que son sanos pertenecientes a los grados de preescolar en donde el 30 a 60 % de estos menores están colonizados por neumococo lo que genera una idea de la circulación de virus, de este ejercicio también se pueden tipificar los serotipos que están circulando en el medio

Una estrategia que está tomando gran fuerza es la red de vigilancia neuromo-colombia, asociación de colombiana de infectología conformada por 10 hospitales de la ciudad de Bogotá, de la cual han surgido multiples publicaciones en la página de red neu-mocolombia, este convenio esta articulado con la OPS desde el 2014 como prueba Piloto de vigilancia centinela para fortalecer la vigilancia de meningitis y neumonía bacteriana en menor de 5 años, de esto se espera Caracterizar las cepas circulante y sus agentes con serotipos y sub grupos además de la generación información y medir el impacto de las vacunas

Se define el protocolo para los casos por neumonía: Sospechoso menor de 5 años con diagnósticos entre J10 a J18 con hospitalización. Probable: paciente con reporte de Rx de tórax compatible con neumonía bacteriana más una muestra de sangre buscando aislar algún agente. Confirmado: caso con reporte de laboratorio (hemocultivo) para H. influenzae. Descartado: caso inadecuadamente investigado por no tener solicitud ni reporte de Rx tórax. La metodología es realizar una búsqueda duaria en las bases de datos de pacientes con diagnosticos entre J10 a J18 del día anterior configurarlos como casos sospechosos en los servicios de urgencias y servicios de hospitalización, a os cuales se revisa la historia Clínica, se enlista los casos, se vigila que el Rx se tome al igual que el hemocultivo. Estos casos serán reportados y analizados con el fin de definir si es un caso para seguimiento e intervención.

3. Circulación viral, con énfasis en virus de influenza



Se identifica que para el mes de junio 2016 hay un aumento de las lluvias, históricamente el fenómeno de la niña va en aumento con cambios de la temperatura conllevando a un aumento de la morbimortalidad por ERA en menores de 5 años, además se cuenta con los antecedentes de contaminación del aire lo que aumenta los factores de riesgo como se vio reflejado en el último trimestre del año.

La mortalidad por la IRA preocupa para la última época del año ya que a semana epidemiológica 31 a presentado variaciones en especial la mortalidad del año 2016:

2012 número de casos 113 muertes en menores

2013 número de casos 72 muertes en menores

2014 número de casos 78 muertes en menores

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: SDS-PYC-FT-001 V.4</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p>	
---	---	--	--

PAGINA _____ DE _____

2015 número de casos 71 muertes en menores

2016 número de casos 71 muertes en menores

Esta última cifra de 2016 es preliminar dado que hace faltan unidades de análisis pendientes. Sin embargo es preocupante el aumento de casos de mortalidad frente a los años anteriores con lo ocurrido en el primer pico de este año.

Se Tuvieron niños de menor edad afectados con previas hospitalizaciones por ERA y con una afectación severa que conllevo al rápido deterioro con desenlaces fatales, se realizó la revisión de la circulación de virus en la que se identifica que no hay nada diferente al VSR con un 70% de los casos, en segundo lugar está la influenza H1N1, en menor porcentaje el adenovirus, desde el punto de vista etiológico viral no se encontró una asociación entre el aumento de la mortalidad y los virus circulantes.

Se genera una Hipótesis relacionada aparentemente a un número importante de los pacientes con ERA y coinfección bacteriana, pero esta hipótesis será objeto de investigación, sin embargo para el segundo pico se debe tener en cuenta para que se realicen las acciones de manera temprana, muestras; La vigilancia de Mortalidad por ERA en menor de 5 años por localidad se evidencia que las localidades con mayor números de morbilidad y mortalidad son Ciudad Bolívar, Suba, Bosa, Kennedy y Engativá.

La caracterización por grupos de edad de los casos condición final muerto fueron menores de 1 año, este año la edad media de mortalidad estuvo entre los tres y cinco meses, siendo la ERA una de las enfermedades evitable, se debe evaluar las dificultades de mayor relevancia la promoción y prevención, barreras de acceso a servicios de salud, la adherencia a guías de manejo y demás que se conocen como demoras por lo que se requiere hacer los correctivos para mejorar, que se solicita desde el equipo de VSP el acompañamiento que se requiera en la revisión de las citas y planes de mejora para el proceso de construcción para determinar acciones.

Perfiles de riesgo: La mortalidad por IRA se identifica en Menores de 1 año, con antecedente de bajo peso al nacer, comorbilidades de importancia, también se debe dar a conocer el perfil de la gestante, madres menores de 20 o mayor 35 años, anemia, IMC por debajo 28 o por encima de 35, un periodo intergenesico menor a 2 años, antecedente de aborto y/o violencia intrafamiliar.

Se realiza la socialización del Perfil de casos de menores con DNT en Bogotá los cuales han sido menores de 2 años, lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses, menores de 6 meses que ganaron peso hasta el segundo o tercer mes de vida, es de aclarar que los casos registrados eran niños que nacieron con adecuado peso, después de los tres meses la mamá por alguna razón los deja de lactar y comienza alimentación complementaria inadecuada, se debe revisar también factores importantes como el económico por lo que le niño empieza a perder peso, otro dato estos niños no están en control de crecimiento y desarrollo pero todos tenían vacunación completa, es decir que paso con la alerta que debía ejercer la vacunadora, no se dio cuenta de los riesgos, donde está la intervención integral en salud.

Niños de riesgo alto menores de 2 meses y cualquier grado de dificultad respiratoria y/o Mayor de 2 meses pero que llega con dificultad respiratoria aguda severa atención en un nivel de alta complejidad

Menor por encima de los dos meses con dificultad respiratoria leve moderada con factores de riesgo con los anteriormente mencionados, mas alguno con signos de alarma AIEPI son los casos que deben hospitalizar en servicios de alta complejidad, no se pueden quedar en niveles de baja complejidad.

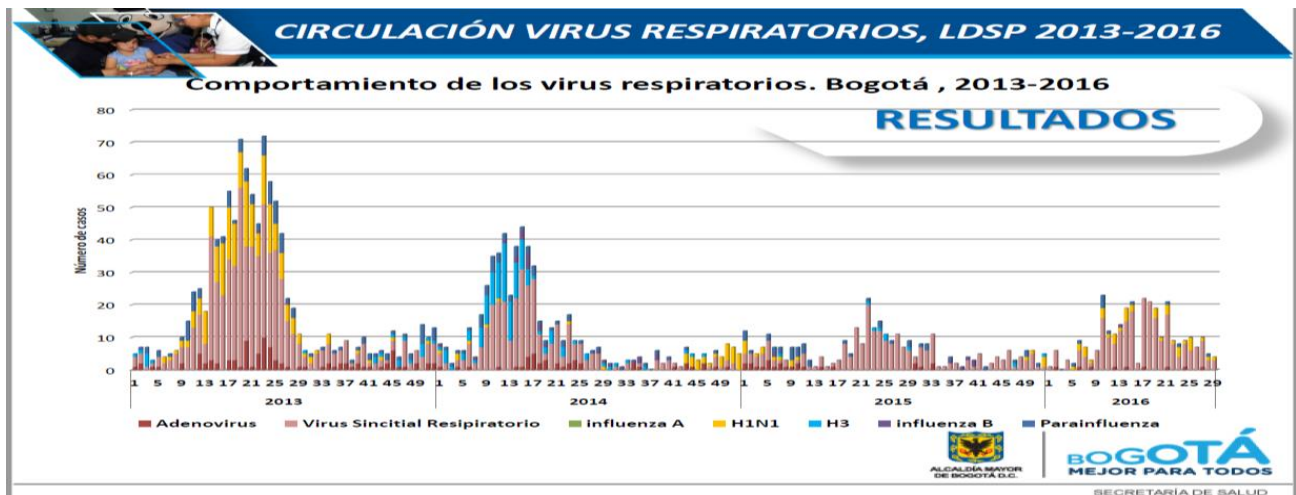


PAGINA _____ DE _____

Otros dos tipos de paciente de riesgo bajo deben ubicarlos en el nivel de complejidad que corresponda, además de brindar la atención en SALA ERA, para el año 2015 aproximadamente 50 mil niños fueron atendidos por esta estrategia de los cuales el 83% resolvió su dificultad respiratoria, disminuyendo el sobrecupo de camas de hospitalización

4. Circulación viral, con énfasis en virus de influenza



El objetivo es entender el comportamiento del virus de Influenza A y su articulación con las acciones del PAI en el período analizado, a continuación se presenta el comportamiento de la circulación de virus en Bogotá desde el año 2013 a 2016



Haciendo una revisión retrospectiva desde el 2010 al 2016 se ha identificado la presencia de picos de presencia de influenza en los primeros meses del año semana 17, sin embargo se destaca que este se ha ido corriendo en periodo lo que hace generara alertas frente al proceso de oportunidad de la disponibilidad de la vacunación en el distrito ya que para el año 2016 el pico epidemico para a enfermedad dio inicio 9 semanas antes al inicio de la vacunación, acciones que deben ser revizadas desde el ministerio, se hace referencia especial a los años 2013 y 2015 en que el comienzo del pico y el programa de vacunacion fue simultaneo. Es de rescatar que la vacunacion cubriera a la población en el segundo pico epidemico del año 2016.

Los casos de IRAG inusitado tienen un mayor porcentaje de positividad al virus de Influenza A, siendo casi el doble que el porcentaje de positividad de la vigilancia centinela.

5. Taller socialización circular 033 del 13 de junio de 2016, enfermedad por meningococo

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: SDS-PYC-FT-001 V.4</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p>	
---	---	--	--

PAGINA _____ DE _____

Se realiza socialización del comportamiento de la meningitis en Colombia comparativo 2015 – 2016 en el que se evidencia un aumento del 45.9% en el número de los casos, para el 2016 se han reportado un total de n=629 de los cuales el 33.9% son casos probables, confirmados el 42.8% y descartados el 23.4%, siendo Antioquia y Bogotá los departamentos con un mayor número de casos registrados en el SIVIGILA.

De los casos confirmados se identifican que el agente causal esta dado con mayor frecuencia a otros tipos de agentes, seguido del S. Pneumoniae, N meningitides y finalmente el H. influenzae

Se socializa la circular externa 033de 13 de junio de 2016 en la que se describe la importancia de la intensificación de vigilancia y control en salud pública para la enfermedad meningococcica en Colombia

- 1.Objetivos de la vigilancia en salud pública de la enfermedad meningocócica
- 2.Definiciones de caso para la vigilancia en salud pública de la enfermedad meningocócica
- 3.Acciones de vigilancia en salud pública (UPGD, UNM, UND, LSPD)
- 4.Acciones de vigilancia por laboratorio
- 5.Acciones de control de brotes
- 6.Acciones para el control de infecciones
- 7.Acciones de prestación de servicios de salud
- 8.Acciones de Información - Educación y Comunicación

Enviar el 100% de los aislamientos de Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Neisseria meningitidis al laboratorio de microbiología del Instituto Nacional de Salud para identificación de serogrupos y el perfil de sensibilidad antimicrobiana.



Recomendaciones:

- En caso de muerte probable de MBA, se recomienda envío de LCR, bazo, hígado, pulmón, miocardio, cerebro, riñón y glándulas suprarrenales para procesamiento por parte de Patología y Microbiología del INS.
- Ante la presencia de un caso de N. meningitidis se debe generar la investigación epidemiológica de campo, para establecimiento o no de brotes, búsqueda de contactos y se suministrará la información requerida para tal fin.

Se hace actividad dividiendo el grupo en 5 sub grupos a quienes se les entrego unos casos con el objetivo de que lo analizaran e identificaran las acciones realizadas y las dificultades de los mismos, por cuestiones de tiempo solo se socializa el caso número 1

6. Varios

Se socializa el tema de alerta de fiebre amarilla es una enfermedad vírica infecciosa aguda de breve duración y gravedad variable, producida por un flavovirus (el virus de la fiebre amarilla) transmitido por la picadura de mosquitos selváticos del género Haemagogus a nivel rural y el Aedes aegypti a nivel urbano. se presenta predominantemente en la parte septentrional de América del sur principalmente en zonas boscosas cercanas a los ríos como el Magdalena, Guaviare, Catatumbo, Orinoco y Amazonas. Incluidos Colombia, Venezuela, Las Guayanas, Ecuador, Perú, Brasil y Bolivia. Ha desaparecido de Centro América (Panamá, Costa Rica, Honduras, Guatemala) y de México, en donde hasta hace unos años también fue endémica en su variedad selvática. Paciente que presenta cuadro de comienzo agudo y síntomas constitucionales, seguido de una

	<p style="text-align: center;">DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: SDS-PYC-FT-001 V.4</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p>	
--	---	--	--

PAGINA _____ DE _____

breve remisión de los síntomas y posteriormente recurrencia de fiebre, ictericia, albuminuria, hemorragia gastrointestinal, falla renal y shock.

Caso confirmado: Paciente que presenta cuadro sospechoso y en el que la demostración del virus de la fiebre amarilla, antígeno o genoma en tejido, sangre u otro fluido corporal, mediante histopatología, histoquímica o cultivo. Presencia de anticuerpos IgM específica en sueros iniciales ó aumento de cuatro veces o más en los títulos de anticuerpos de fiebre amarilla en pares de sueros obtenidos en fase aguda y convalecencia en un paciente sin historia reciente de inmunización

Intervenciones

- Establecer si es ciclo urbano o selvático.
- Antecedentes y coberturas de vacunación.
- Búsqueda de febriles y contactos febriles, toma de muestra.
- En la selva documentar casos de muertes de monos.
- Estudio entomológico
- NOTIFICACION INMEDIATA INDIVIDUAL.
- NOTIFICACION INTERNACIONAL.
- Vacunación masiva, se consiguen anticuerpos protectores a los 7 a 10 días post vacunación.
- Control de vectores (eliminación de criaderos e inservibles y aplicación de insecticidas y biolarvicidas).
- Hospitalización con aislamiento vectorial
- Mapa de zonas de riesgo
- Mapa de vectores
- Mapa de casos
- Frecuencia de casos
- Estudio entomológico
- Variables de persona, tiempo y lugar.

Finalmente se entrega formato de evaluación a los participantes.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ACTA DE REUNIÓN
Código: SDS-PYC-FT-001 V.4

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



PAGINA _____ DE _____

COMPROMISOS*

ACCION	RESPONSABLE	FECHA
<i>Articulación para la implementación de la ruta de atención con las EAPB para la entrega de quimioprofilaxis a los contactos de casos de meningitis</i>	IPS de atención	A partir de la fecha
<i>Envío de directorio de las aseguradoras para iniciar el proceso de articulación con los casos de Meningitis y entrega de quimioprofilaxis</i>	Referente Distrital	Septiembre de 2016

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 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.