INFORMACIÓN GENERAL						
Tema de la AT	Fortalecimiento Vigilancia EPV en control (Meningitis Bacteriana-Enfermedad Meningocócica, Varicela, Parotiditis, Tétanos Accidental)					
Número de AT	2369					
Fecha de la AT DD/MM/AA	19-07-2022	**Lugar**	USS Bello Horizonte			
Hora inicio	8:30 am	**Hora Fin**	1:00 pm			
Nombre de la entidad participante	Subred Centro Oriente					
Equipo de trabajo al que pertenecen los participantes*	Equipo enfermedades transmisibles					
Modalidad de AT	Acompañamiento Técnico	X	Asesoría Técnica		Capacitación	
Forma de aplicación	Presencial	X	Virtual		Presencial y Virtual	
Nombres y dependencia de quienes desarrollan la AT	Eliana Sabogal- SDS- SVSP-Equipo transmisibles					

PLANEACIÓN	
Objetivo de la AT	Realizar asistencia técnica a profesionales y especializados de subred Centro Oriente en lo referente a comportamiento de los eventos prevenibles por vacuna en control, definición de caso, diligenciamiento de ficha de notificación, acciones de vigilancia en salud pública, puntos clave al realizar las IEC y quimioprofilaxis de Meningitis bacteriana
Agenda de la AT	08:30 a.m. a 8:50 a.m. Apertura contextualización de los eventos, presentación de los asistentes 08:50 a.m. a 11:00 a.m. Revisión Contexto evento meningitis bacteriana, Clínica, Justificación de la Vigilancia Epidemiológica, diligenciamiento ficha notificación evento 535 Meningitis bacteriana, profilaxis, línea de tiempo, aspectos claves a tener en cuenta al realizar IEC. 11:00 a.m. a 12:30 a.m. Revisión Contexto eventos varicela, parotiditis, tétanos accidental, Clínica, Justificación de la Vigilancia Epidemiológica 12:30 a.m. a 1:00 p.m. Resolución de inquietudes, Comentarios finales y cierre

Nota. Este formato se implementa en el marco del Lineamiento de Asistencia Técnica Salud Pública (SDS-GSP-LN-002).

DESARROLLO DE CONTENIDOS

Línea técnica dada por la SDS-SSP/Subredes:

Se inicia asistencia técnica en fortalecimiento en la vigilancia de eventos prevenibles por vacuna en control:

MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EVENTO 535:

Meningitis: Inflamación de las membranas que recubren el cerebro, el cerebelo y la medula ósea, sitios anatómicos circundados por el espacio subaracnoideo, por donde circula el líquido cefalorraquídeo.
La meningitis es un evento infeccioso transmisible, hay diferentes microorganismos causantes de esta enfermedad, bacterias, virus, hongos, parásitos y medicamentos.
Los más importantes son las meningitis bacterianas (MB): *Haemophilus Influenzae* (Hi), *Neisseria meningitidis* (meningococo) y *Streptococcus Pneumoniae* (neumococo).
Menincococcemia: Es una forma rara de la infección que ocurre cuando se disemina por la vía sanguínea, o sea, una septicemia, la cual puede presentarse con o sin meningitis. Se observa un exantema que, al

comienzo, es de tipo eritematoso y macular y que evoluciona rápidamente a erupción petequial y, eventualmente, equimosis.
Para 2030 la OMS cuenta con la estrategia con tres objetivos visionarios:

1. Eliminar las epidemias de meningitis bacterianas —la forma más letal de la enfermedad—.
2. Reducir el número de casos de meningitis bacteriana prevenible mediante vacunación en un 50 % y las defunciones en 70 %.
3. Reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida después de una meningitis debida a cualquier causa.

Caso probable:
Meningitis bacteriana: Paciente que presente enfermedad de inicio súbito con fiebre mayor de 38 °C, cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas y signos:

- ✓ Rigidez de nuca
- ✓ Alteraciones de conciencia
- ✓ Señales de irritación meníngea
- ✓ Rash purpúrico o petequial (meningococo)
- ✓ En menores de un año, abombamiento de la fontanela

El examen de líquido cefalorraquídeo (LCR) deberá contar con las siguientes condiciones:

- ➢ LCR turbio
- ➢ Recuento de leucocitos mayor de 100/mm3 con recuento de neutrófilos mayor o igual 80%
- ➢ Elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl
- ➢ Disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl
- ➢ Gram de LCR positivo para bacterias:

diplococos gram positivos (meningitis neumocócica): ***Streptococcus pneumoniae***
diplococos gram negativos intra o extracelulares (meningitis meningocócica): ***Neisseria meningitidis***
cocobacilos gram negativos (meningitis por ***Haemophilus influenzae***)
Enfermedad meningocócica: paciente que presente deterioro rápido del estado de conciencia con sepsis de origen desconocido y rash purpúrico o petequial, o que en cultivo de sangre u otro fluido corporal estéril se identifique crecimiento de diplococos Gram negativos intra o extracelulares

Caso confirmado por laboratorio:

Confirmado para meningitis por *Sp, Hi,*: caso con resultado de LCR, sangre o antigenemia positiva para *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae*.
Confirmado para enfermedad meningocócica: caso con resultado de cultivo, antigenemia o RT-PCR positiva para *Neisseria meningitidis* en LCR, sangre u otro fluido corporal estéril.
Confirmado para meningitis por otro agente bacteriano: caso con resultado de cultivo en LCR, sangre para otro agente bacteriano, causante de meningitis bacteriana.

Esta enfermedad se asocia con una alta mortalidad (1 de cada 10 pacientes)
Elevada frecuencia de secuelas graves (1 de cada 5 pacientes) tales como daño cerebral, sordera, amputaciones y/o dificultad para el aprendizaje.

Diagnóstico:
Punción lumbar para realizar estudio citoquímico y bacteriológico del líquido cefalorraquídeo
Hacerse lo antes posible, una vez que se establece la sospecha clínica y preferiblemente antes de instaurar el tratamiento antimicrobiano. **NO DEBE RETRASAR** la instauración del tratamiento antibiótico.

FICHA DE NOTIFICACION CODIGO 535
Cara A datos básicos
Cara B datos clínicos:
Verificar los antecedentes de vacunación de los casos probables y confirmados reportados por las UPGD.
Hallazgos de laboratorios: mencionar el laboratorio tomado
Si se coloca 0 indica que laboratorio no fue tomado la idea es colocar si 1 o no 2, colocar el valor numérico obtenido del resultado.

Se realiza explicación de ajustes de las variables del evento 535, aclaración de dudas en el ingreso de laboratorios. Se recuerda el tiempo de los ajustes son 4 semanas.

Notificación super-inmediata: Una vez una UPGD reporta en el aplicativo Sivigila el caso probable de meningitis por meningococo, genera un archivo plano inmediato a correos determinados de INS y de las secretarías de salud (de procedencia, notificación y residencia), aumentando la oportunidad en la detección y el inicio de las acciones individuales.

Notificación inmediata: La UPGD notificará de manera individual todos los casos probables o confirmados de meningitis bacteriana por *Haemophilus influenzae* y de enfermedad meningocócica

Notificación semanal: La UPGD notificará de manera individual todos los casos probables o confirmados de meningitis bacteriana por *Streptococcus pneumoniae* o por otros agentes bacterianos

Puntos clave en el análisis de resultados de laboratorio:
El cultivo y Film Array permiten la identificación del agente bacteriano causante de la enfermedad:

- Cultivo positivo para Nm, Spn, Hib u otros agentes bacterianos se confirma el caso.
- Film Array y cultivo positivos, para Nm, Spn, Hib u otros agentes bacterianos se confirma el caso.
- Cultivo negativo y Film Array positivo, correlacionar con uso previo de antibióticos a la toma de muestra, resultado de citoquímico, tinción de Gram y clínica del paciente, para confirmar o descartar el caso.
- Cultivo negativo, citoquímico compatible con meningitis bacteriana correlacionar con uso previo de antibióticos a la toma de muestra y clínica del paciente, para confirmar o descartar el caso.
- Cultivo negativo y citoquímico normal, se descarta el caso

Cultivo y Film Array negativos, se descarta el caso.

Se da la indicación de la profilaxis para contactos estrechos en los casos de meningitis bacteriana *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*

Se explica la línea de tiempo para el evento la importancia de Aislamiento a contactos estrechos: Está indicado el aislamiento de tipo respiratorio de todos los contactos cercanos del caso probable durante 24 a 48 horas posterior al inicio del tratamiento con antibiótico, esto con el fin de prevenir casos secundarios.

Puntos clave dentro de la IEC:
La investigación epidemiológica de campo se realizará en las primeras 24-48 horas después de la notificación

- Datos de identificación del caso, antecedentes clínicos, patológicos o de inmunodeficiencias, Antecedente vacunal
- Investigar posible fuente infección, verificar sobre antecedentes de viaje contacto con casos probables o confirmados.
- Identificar contactos estrechos comunitarios e institucionales, con el fin de prevenir casos secundarios.
- Aspectos socioambientales: número promedio de personas por cuarto: número de personas que duermen por habitación. HACINAMIENTO: de acuerdo al espacio físico en relación con el numero de personas que lo comparten, evaluar si existe o no hacinamiento (más de dos personas en una habitación de 4 x 4) hogares por vivienda: anotar el total de familias (padre, madres o hijos) que habitan en la vivienda (Ejemplo, número de hogares por número de cuartos en la vivienda)
- Realizar censo de contactos para administrar quimioprofilaxis y realizar seguimiento de contactos estrechos hasta el día 10, con el fin de verificar la aparición de casos secundarios.
- Factores de riesgo asociados con el evento
- Orientar medidas de control como aislamiento respiratorio del caso, uso de tapabocas, higiene de manos, limpieza y desinfección de áreas y utensilios, evitar el contacto innecesario.

Acciones en VSP:

- Notificación del **caso DE MANERA SUPER-INMEDIATA, INMEDIATA desde probable para los agentes bacterianos de vigilancia**
- Activación del equipo de transmisibles y UYE de localidad y nivel central en brotes.

- Pre-crítica de la ficha de notificación
- Toma de muestras y envío de cultivos o LCR al Lab de Salud Pública Distrital
- Toma de necropsia clínica y envío a INS (formol patología y sol salina virología) y EAPB

Acciones en las primeras 24-48 horas

- Visita domiciliaria IEC, Visita institucional, Entrega de profilaxis
- Establecimiento de contactos estrechos y sintomáticos por línea de tiempo.
- BAC y revisión de carnet de vacunación
- Revisión de condiciones higiénico-sanitarias
- En brotes: Seguimiento de casos y contactos diario y entrega de Sitrep y hasta DOS PERIODOS EPIDEMIOLOGICOS a los contactos estrechos.

Acciones en la 4 semanas epidemiológicas
Ajustes necesarios y calidad – Revisión de HC y laboratorios (AB, fechas dosis y cual previo a LCR y hemocultivos, Dx de egreso).
Envío de HC con laboratorios: Hemocultivo y LCR con Gram y citoquímico.
Unidad de análisis de caso sin muestra para los 3 agentes sin cepa en el Lab Salud Pública sin justificación.
Unidades de análisis de casos de mortalidad (incluye: resumen de la atención, demoras y conclusión del caso.
Ajustes necesarios en actas y certificados de defunción.

VARICELA EVENTO 831:

La varicela es una enfermedad vírica aguda y generalizada altamente contagiosa, de comienzo repentino, con fiebre moderada, síntomas generales mínimos y una erupción cutánea de tipo maculopapular durante pocas horas y vesicular durante tres o cuatro días, que deja costras granulosas
Las vesículas son mononucleadas y se hunden al pincharlas; las complicaciones de la varicela ocurren entre las personas inmunocomprometidas, neonatos, niños menores de un año y adultos.

Agente etiológico: La varicela es la infección primaria causada por el virus varicela-zóster (VVZ), miembro del grupo de Herpes virus.
Modo de transmisión: La transmisión es de persona a persona por contacto con las ampollas de una persona infectada o por dispersión aérea de secreciones respiratorias. El hacinamiento es un factor de riesgo importante, el cual se evidencia en lugares con población confinada en colegios, centros penitenciarios, batallones y policía.
Periodo de incubación: 10 a 21 días
Periodo de transmisibilidad: Dura hasta cinco días, pero generalmente es de uno a dos días antes del comienzo del exantema de varicela y persiste hasta que todas las lesiones estén en fase de costra; sin embargo, el contagio puede durar hasta el quinto día después del inicio de las lesiones.
Susceptibilidad: Toda persona que no haya enfermado previamente por el virus de la varicela zoster o no haya sido inmunizada previamente con la vacuna contra la varicela, tiene riesgo de infectarse
Reservorio: Los humanos son la única fuente de infección

Definición Operativa para Varicela:

Caso confirmado por clínica: Todo caso que presente una enfermedad de comienzo repentino, con fiebre moderada, **erupción cutánea de tipo maculopapular** durante pocas horas y vesicular durante tres o cuatro días, que deja costras granulosas; el evento se puede relacionar a un caso confirmado pudiéndose clasificar como caso confirmado por nexo epidemiológico.
Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso clínicamente compatible que está epidemiológicamente relacionado en forma directa a un caso confirmado por clínica.
Acciones de VSP: Se requiere realización de IEC a los casos individuales de gestantes e inmunocomprometidos con varicela, es responsabilidad del referente de transmisibles garantizar el seguimiento del caso al finalizar el periodo de transmisión y adjuntar los hallazgos al informe de visita de campo.
Información completa- seguimiento- detección de posibles brotes
Aislamiento-se realizará en los casos confirmados para varicela durante el tiempo de transmisibilidad, por lo general inicia un día antes del inicio de los síntomas hasta que secan todas las vesículas o generan costra

Lavado de manos
Uso de tapabocas de alta eficiencia por parte del enfermo.

PAROTIDITIS EVENTO 620:

La parotiditis es una enfermedad vírica aguda que se caracteriza por fiebre, hinchazón y dolor al tacto de una o más glándulas salivales, por lo regular la parótida, y a veces las sublinguales o las submaxilares.
La infección en adultos es más probable que ocasione complicaciones, la orquitis es una complicación comúnmente reportada que suele ser unilateral.

Agente etiológico: Es un virus RNA, encapsulado, de tipo Paramyxovirus, de la familia Paramyxoviridae, género Rubulavirus, virus de las paperas.
Modo de transmisión: Por vía aérea a través de gotas respiratorias y contacto directo a través de la saliva o la mucosidad de la boca, nariz o garganta de una persona infectada. Requiere de contacto estrecho para diseminarse, especialmente en poblaciones vacunadas
Periodo de incubación: 16 a 18 días con un rango entre 12-14 hasta 25 días
Periodo de transmisibilidad: El virus ha sido aislado de la saliva desde 7 días antes hasta 9 días después del inicio de la enfermedad y de la orina desde 6 días antes hasta 15 días después del inicio del cuadro clínico.
El período de transmisibilidad se establece desde 2 días antes del comienzo de la enfermedad hasta 9 días después (periodo de máxima transmisibilidad 2 días antes del inicio del cuadro hasta 4 días después).
Susceptibilidad: La inmunidad suele durar de por vida y se adquiere tanto después de la infección no manifiesta como de los cuadros sintomáticos. Aunque recientemente se han confirmado casos de reinfección por el virus.
Reservorio: Los seres humanos son el único reservorio para el virus de las paperas

Definición Operativa de casos para vigilancia de Parotiditis

Caso confirmado por clínica: Paciente con cuadro clínico agudo caracterizado por fiebre, cefalea, vómito, edema e inflamación unilateral o bilateral de las glándulas parótidas o salivales, de duración igual o mayor a dos días, sin otra causa aparente (debe descartarse antecedente vacunal en las seis semanas previas al inicio de los síntomas)
Caso confirmado por nexo epidemiológico: Contacto con un caso de parotiditis confirmado por clínica o por laboratorio entre 14-25 días antes del inicio de los síntomas.

Acciones en VSP:

- Se requiere realización de IEC a los casos individuales de gestantes e inmunocomprometidos con parotiditis, es responsabilidad del referente de transmisibles garantizar el seguimiento del caso al finalizar el periodo de transmisión y adjuntar los hallazgos al informe de visita de campo.
- Información completa- seguimiento- detección de posibles brotes
- Verificar el estado vacunal del caso y de los contactos
- Aislamiento domiciliario mínimo nueve días a partir del inicio de la inflamación.
- Durante el tiempo de aislamiento se debe tener en cuenta: restringir totalmente el contacto con gestantes, menores de 10 años, adultos mayores de 60 años, personas con cáncer, VIH, leucemia y falla renal
- Lavado de manos
- Uso de tapabocas de alta eficiencia por parte del enfermo.
- Elaborar línea de tiempo de los desplazamientos del caso durante los **12 a 25 días previos** a la aparición de la inflamación y **hasta nueve días después** con el objetivo de establecer posibles sitios de contagio y población a riesgo.

TETANOS ACCIDENTAL 760:

El tétanos es una enfermedad neurológica severa con contracturas musculares graves y dolorosas, provocada por la neurotoxina (tetanospasmina) de una bacteria, el huésped habitual es el intestino animal y humano, además de encontrarse en el suelo.

El ingreso de este germen se da por acumulación de esporas en heridas o el cordón umbilical en el recién nacido, favoreciendo su reproducción y, por ende, la enfermedad

Agente etiológico: *Clostridium tetani* es un bacilo anaerobio Gram positivo que puede desarrollar una espora terminal. Las esporas, son muy resistentes al calor y a los antisépticos de uso corriente como el fenol. El tétanos accidental es una toxiinfección causada por la exotoxina producida por la forma vegetativa del bacilo.
Modo de transmisión: Ocurre por la introducción de las esporas tetánicas en el organismo a través de heridas (manifiesta o inaparente), desgarros, quemaduras, traumas de piel, aplicación de inyecciones contaminadas y lesiones con elementos contaminados.
También se han comunicado casos posteriores a operaciones quirúrgicas, extracciones dentales, otitis medias y mordeduras
Periodo de incubación: Oscila entre tres y 21 días, generalmente es de unos ocho a 10 días
Periodo de transmisibilidad: No se transmite directamente de persona a persona
Susceptibilidad: La inmunización activa universal con toxoide tetánico absorbido genera protección durable por lo menos durante 10 años; después de completar la serie básica inicial, las dosis aisladas de refuerzo originan niveles altos de inmunidad
Reservorio: Las esporas tetánicas están diseminadas ampliamente en el entorno y pueden contaminar heridas de todos los tipos.

Definición Operativa de casos de Tétanos Accidental

Caso probable: Toda persona mayor de un mes de edad con presentación clínica aguda caracterizada por: disfagia, hipertonía o contracciones dolorosas, usualmente de los músculos de la mandíbula, el cuello y espasmos musculares generalizados con rigidez progresiva, sin otra causa medica aparente.
Caso confirmado por clínica: Todo caso que cumple con la definición de caso probable y es diagnosticado por un profesional de atención médica

Acciones en VSP:

- La investigación epidemiológica de campo se debe realizar en los primeros siete días de captado el caso para identificar factores de riesgo en la comunidad y lograr la implementación de medidas profilácticas de manera temprana.
- Además de verificar el cuadro clínico y realizar los estudios necesarios para descartar los diagnósticos diferenciales
- Indagar por: ocupación de la persona, antecedentes de heridas sufridas durante los 20 días anteriores a la presentación del cuadro clínico, las características de la herida y la forma como fue tratada, la actividad relacionada con la herida y el lugar del accidente, los antecedentes de vacunación, los antecedentes de quemaduras, infecciones del oído medio, intervenciones quirúrgicas, odontológicas, aborto y consumo de drogas, especialmente las administradas por vía intramuscular.
- Se debe establecer contacto permanente con el referente distrital para la atención de casos con Antitoxina tetánica

Se finaliza la asistencia técnica dando las recomendaciones claves a tener en cuenta al realizar una IEC.

Conclusiones:

Es indispensable disponer de información exacta sobre los antecedentes de vacunación de los casos probables y/o confirmados, y actualizar en las bases SIVIGILA para evento 535.

Se recalca la importancia que para evento meningitis bacteriana se envíen las cepas a el LSP para conocer los serotipos circulantes en el distrito, identificar si son serotipos vacunales o no vacunales.

Es importante que el equipo de epidemiólogos que realiza las IEC conozcan el esquema de vacunación.

El diagnóstico oportuno y la confirmación del caso por el laboratorio y la atención clínica adecuada revierten una importancia crucial. Especialmente, la intervención del laboratorio es fundamental para el diagnóstico diferencial de las meningitis bacterianas.

Se realiza énfasis al equipo de la importancia en las IEC fortalecer la articulación interna con los diferentes programas, entornos que permitan realizar un abordaje integral ante la detección de factores sociales que favorecen la inequidad haciéndolos más vulnerables a los eventos de salud pública.

Observaciones (si aplica)

Se evidencia participación activa del grupo de epidemiólogos y profesionales a cargo de las IEC de los EPV.

*Equipo de trabajo al cual pertenece (ejemplo: PAI, SAN, Salud Mental, Entornos, Junta de acción comunal XXX, colectivo XXX, comunidad afro, madres y padres comunitarios, familias del Jardín XXX, etc.)

COMPROMISOS		
ACCIÓN	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Reforzar a UPGDS el envío al LSP de los aislamientos de microorganismos bacterianos para los casos de meningitis bacteriana	Subred CO	De manera continua
Aplicar las recomendaciones dadas en las próximas IEC para los eventos prevenibles por vacuna en control	Subred CO	A partir de la fecha

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL EJECUCIÓN ASISTENCIA TÉCNICA SALUD PÚBLICA Código: SDS-GSP-FT 098. V 2	Elaborado por: Melissa Acuña Marrero. Revisado por: Adriana Ardila, Juan Carlos Cocomá, Ines Galindo, Lida Montenegro. Aprobado por: Ilianan Curiel Arismendy, Diane Moyano Romero.	

Tema de la AT: Fortalecimiento Vigilancia EPV en Contal **Fecha de la AT:** 19-07-2022

PARTICIPANTES						
No	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**CORREO**	**TELÉFONO**	**DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD**	**FIRMA**
1	Maria Fernanda Misnaza Buitrago	mmisnaza.subredcentroriente@gmail.com	3168325224	USS Bello Horizonte - VSP Transmisibles Alto Impacto	
2	Marcela Salinas Torres	[illegible]	3152358245	USS Bello Horizonte. transmisibles VSP	
3	[illegible]	[illegible]	3213538569	USS Bello Transmisibles	
4	Luz Angela Calvo M	guvipcentrooriente@subredcentroriente.gov	3502773564	USS BELLO HORIZONTE	
5	Yody Zaraida Ortiz Ortiz	epidemiologia@subredcentroriente.gov.co	3155542371	USS Bello Horizonte	
6	Juliette Natalia Garzon Estupiñan	epidemiologia@subredcentroriente.gov.co	3118390018	USS Bello Horizonte	
7	Jose Luis Triana Sugastux	epidemiologia@subredcentroriente.gov.co	3102080156	USS bello horizonte	
8	Andrea Castellanos	epidemiologia@subredcentroriente.gov.co	3006667140	USS Bello horizonte	
9	Lorena Lucia Reyes I.	epidemiologia@subredcentroriente.gov.co	3194294940	USS Bello Horizonte	
10	[illegible]	epidemiologia@subredcentroriente.gov.co	3104474830	USS Bello Horizonte	
11	[illegible]	epidemiologia@subredcentroriente.gov.co	3006166310	USS Bello Horizonte	
12	[illegible]	epidemiologia@subredcentroriente.gov.co	3002695370	USS Bello Hrte	
13	Diana M Sabogal R	emsabogal@subredcentral.gov.co	3103314415	SDS-SVSP-EPV	
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Nota: Imprimir esta hoja según número de participantes.