Tema: Realizar fortalecimiento técnico en los eventos Sarampión – Rubéola. Hepatitis A y meningitis bacteriana en la Subred integrada de servicios Sur E.S.E

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Subdirección Vigilancia en Salud pública	Gestión social y territorial en salud pública – Vigilancia enfermedades

Objetivo	Fecha: 10/04/2025			
Realizar un fortalecimiento de capacidades en los eventos Sarampión – Rubeola, hepatitis A y meningitis bacteriana a profesionales especializados de la Subred integrada de servicios Sur E.S.E, para la ejecución de las actividades colectivas.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento (X)		
		Otro ( )		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Auditorio USS Vista Hermosa			
	Hora Inicio: 9:00 A.M. Hora Fin: 1:00 P.M.			
	Notas por: Claudia Beltran, Eliana Sabogal y Stefani Florez			
	Próxima Reunión: Por definir.			
	Quien cita: Por definir.			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se da inicio con la presentación desde cada una de las referentes e los eventos de la Secretaría Distrital de Salud, posterior a ello se brinda un tiempo prudencial para el diligenciamiento de Pre test y se relaciona la siguiente información:

- **<u>Vigilancia integrada Sarampión-Rubéola:</u>**

1. SARAMPION

Sarampión: R_0 de 12 a 18 → Altamente contagioso, una persona puede contagiar hasta a 18 personas.
Es una enfermedad viral eruptiva aguda, sumamente contagiosa. Clínicamente se diferencian dos etapas en la enfermedad

Fase prodrómica:
Fiebre de 38,5ºC a 40,5ºC y síntomas de las vías aéreas superiores, tos y coriza (secreción nasal), con una fuerte conjuntivitis; en algunas ocasiones, es posible detectar las llamadas manchas de Koplik, signo característico.

Exantemática:
Se presenta al 3 a 4 días después del inicio de la enfermedad y se refiere a una erupción característica con manchas rojas parduscas, que comienzan en la cara y después se generalizan; dura de 4 a 7 días y a veces termina con una descamación fina

COMPLICACIONES SARAMPIÓN

- Otitis media
- Neumonía
- Diarrea

- Crisis convulsivas febriles
- Encefalitis
- Ceguera

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE SARAMPIÓN
Agente: Virus ARN, de la familia *Paramyxoviridae,* género *morbillivirus*
Modo de transmisión: Se transmite principalmente por medio de gotitas expulsadas del aparato respiratorio (por ejemplo, al toser o estornudar) o suspendidas en el aire, las cuales entran en contacto con las vías respiratorias superiores o la conjuntiva de una persona susceptible
Período de incubación: Es de 7 a 21 días, con un promedio de 14 días desde la exposición hasta la aparición del exantema, en general, pródromos 11-12 días (promedio 10 días)
Período de transmisibilidad: Desde cuatro días antes de la aparición del exantema (es decir, de uno a dos días antes del inicio de la fiebre) hasta cuatro días después, la mayor infectividad se produce tres días antes del inicio del exantema.
Susceptibilidad: Todas las personas que no han sido inmunizadas, los recién nacidos (si su madre ha tenido la enfermedad o ha sido vacunada), entre los 5 a 12 meses de edad, suelen ser protegidos por los anticuerpos maternos, pero pierden la inmunidad.
Reservorio: El ser humano es el único huésped natural del virus del sarampión

2. RUBÉOLA
Es una enfermedad exantemática aguda.

Fase prodrómica: Fiebre por 1-5 días leve (<39ºC), cefalea, malestar general, coriza y conjuntivitis
La característica más relevante es la presencia de linfadenopatías pos-auriculares, occipitales y cervicales posteriores, artralgias
Exantemática: Se presenta rash máculo-papular difuso puntiforme, el exantema tiene máxima intensidad en el segundo día y desaparece hasta el sexto día; no se presenta descamación.
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE RUBÉOLA
Agente: Virus ARN, de la familia Togaviridae*,* género *Rubivirus*
Modo de transmisión: Contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas, dispersión de partículas virales en el aire de ambientes cerrados y hacinados como reclusiones militares, escuelas, jardines infantiles, clínicas, entre otros.
Período de incubación: De 14 días, con un rango entre **12 – 23 días**
Período de transmisibilidad: Las personas infectadas con rubéola son más contagiosas cuando presentan la erupción, pero pueden ser contagiosas 7 días antes hasta 7 días después de que aparezca la erupción.
Susceptibilidad: Es universal después de la pérdida de los anticuerpos maternos adquiridos a través de la placenta, los hijos de madres inmunes están protegidos por 6 a 9 meses dependiendo de la cantidad de anticuerpos maternos adquiridos**.**
Reservorio: El hombre es el único huésped natural del virus de la rubéola.

Definiciones operativas de caso en la vigilancia integrada de sarampión y rubéola
Caso sospechoso.
Todo caso en que un profesional de salud sospeche de sarampión o rubéola, presencia de fiebre y erupción maculopapular Puede estar acompañado de alguno de los siguientes síntomas:
▪ Tos o coriza o conjuntivitis
▪ Inflamación de ganglios linfáticos retro auriculares, cervicales u occipitales y artralgias

- **Caso confirmado por laboratorio:** Caso que tiene resultados positivos en laboratorio y acompañado de un análisis clínico y epidemiológico que respalde los resultados del laboratorio
- **Caso confirmado clínicamente:** Caso sospechoso de sarampión o de rubéola, que, por cualquier motivo, no se investiga completamente y no cuenta con muestra adecuada
- **Caso confirmado por nexo epidemiológico:** Caso sospechoso de sarampión o rubéola que tiene nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio

- **Caso descartado:** Caso sospechoso de sarampión o rubéola que cuenta con una muestra adecuada de suero donde no se detectaron anticuerpos tipo IgM, no se evidencia seroconversión o aumento en el título de anticuerpos IgG en muestras pareadas y no se detectó material genético viral en muestras de hisopado u orina
- **Caso importado:** Caso confirmado de sarampión o rubéola en una persona con antecedente de viaje a otro país, donde circula uno de estos virus, durante el período de posible exposición
- **Caso relacionado con un caso importado:** Caso confirmado de sarampión o rubéola que, según las pruebas epidemiológicas y virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión originada por un caso importado
- **Trasmisión endémica:** Transmisión continúa del virus del sarampión o rubéola durante 12 meses o más en el territorio nacional
- **Caso asociado a la vacuna:** Caso sospechoso de sarampión o rubéola que puede clasificarse como descartado pese a demostrar positividad en pruebas serológicas (IgM e IgG)

Periodicidad del reporte

NOTIFICACION SUPER-INMEDIATA

- Todos los casos sospechosos de SR deben notificarse de manera super-inmediata.
- Dentro de las 24 horas de haber sido detectado

Muestras adecuadas para diagnóstico de Sarampión-Rubéola

Suero
Orina
Hisopado nasofaríngeo

Importante:

Por lineamiento nacional todas las muestras para diagnóstico con solicitud para sarampión y todas las muestras para rubeola dudosas o positivas deben ser enviadas al laboratorio de salud pública de Bogotá, por ser eventos en eliminación. Son los laboratorios de salud pública departamentales o distritales los responsables de la vigilancia por laboratorio de estos eventos, en cabeza del laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud, las técnicas utilizadas están avaladas por la OPS

Unidad análisis casos sin muestra Sarampión-Rubéola

Prevenibles por vacunación

Evento	Condición final	Criterio de laboratorio	Grupo de edad	Condiciones especiales	Tiempo	Tablero de problemas
Sarampión y rubéola	Vivo	* IgM positiva o dudosa con segunda muestra fallida * Aumento de títulos IgG cuatro veces * Caso sin muestra	Todos	Ninguna	6 semanas	No
	Muerto	* IgM positiva o dudosa con segunda muestra fallida * Aumento de títulos IgG cuatro veces * Caso sin muestra * Resultado de laboratorio positivo	Todos	Ninguna		No
Síndrome de rubéola congénita	Vivo	* IgM positiva o dudosa con segunda muestra fallida * Aumento de títulos IgG dos veces * Caso sin muestra	Menor de 1 año	Ninguna	6 semanas	No
	Muerto	* IgM positiva o dudosa con segunda muestra fallida * Aumento de títulos IgG dos veces * Caso sin muestra * Resultado de laboratorio positivo	Menor de 1 año	Ninguna		No

Acciones de Control

- Investigación epidemiológica de campo de todo caso sospechoso (en las primeras 48 horas después de la notificación)
- Censo y seguimiento de contactos
- Implementación de las búsquedas activas institucional (BAI) y Comunitaria (BAC)
- Monitoreo rápido de vacunación MRV
- Bloqueo de vacunación

Elementos Investigación Epidemiológica de Campo

- Censo de contactos hospitalario y comunitarios verificar antecedente vacunal y signos y síntomas compatibles con la enfermedad
- Identificar zonas de desplazamiento y contactos durante el período de transmisibilidad
- Investigar antecedente de viaje y contactos de riesgo durante el periodo de incubación (21 días previos a la erupción)
- Verificación de antecedentes clínicos, familiares, alérgicos, patológicos y vacunales

Acciones de Control

Tiempo: Es esencial identificar la fecha de inicio de la erupción para poder identificar los periodos de incubación, transmisibilidad y aparición de nuevos casos

Lugar: Es importante identificar la ruta de desplazamiento del caso sospechoso o confirmado de sarampión: donde ha estado, como se desplazó a los lugares por los que paso

Persona: Las características del caso como nombre, edad, fecha de nacimiento, historial de vacunación, donde vive, donde trabaja, con cuantas personas vive, con quien tuvo contacto, además de los aspectos clínicos de la enfermedad

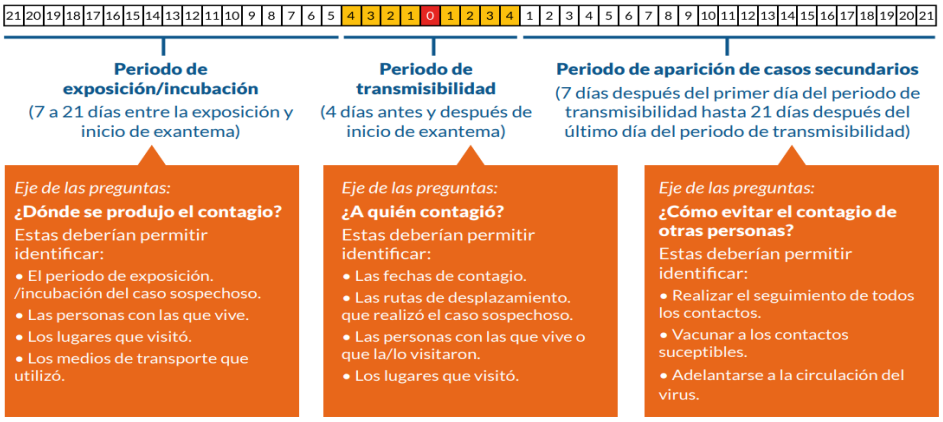
Aspectos claves a tener en cuenta IEC Sarampión-Rubéola

- Viajes dentro o fuera del país
- Contacto con un caso sospechoso o positivo para SR, o con persona proveniente del extranjero
- Vacunación reciente y esquema de vacunación
- Consultas previas
- Inicio y evolución de los síntomas: ¿presentó fiebre? ¿fue cuantificada?, ¿presentó brote? ¿Dónde inició, que características tenía o tiene actualmente y como fue la progresión de este?, ¿Qué otros síntomas presentó?, verificar presencia o no de adenopatías.
- Asiste a alguna institución de educación, jardín, o tiene cuidador externo.
- Fecha de consulta y fecha de toma de la muestra
- Desplazamientos en los días de incubación y transmisibilidad.
- Estado de salud actual del caso y de los contactos
- Posible fuente de contagio
- Es alérgico a algún alimento, medicamento, lana, jabones etc

Detección del caso y línea de tiempo

La detección de un caso confirmado de sarampión, rubéola se inicia cuando el sistema de salud nacional es capaz de detectar los casos de enfermedad febril eruptiva como sospechosos de sarampión o rubéola.

Preguntas según cada periodo de la infección de sarampión



Seguimiento de los contactos
El seguimiento de los contactos se realizará buscando a todas las personas que cumplan con estas definiciones

- **Contacto directo**

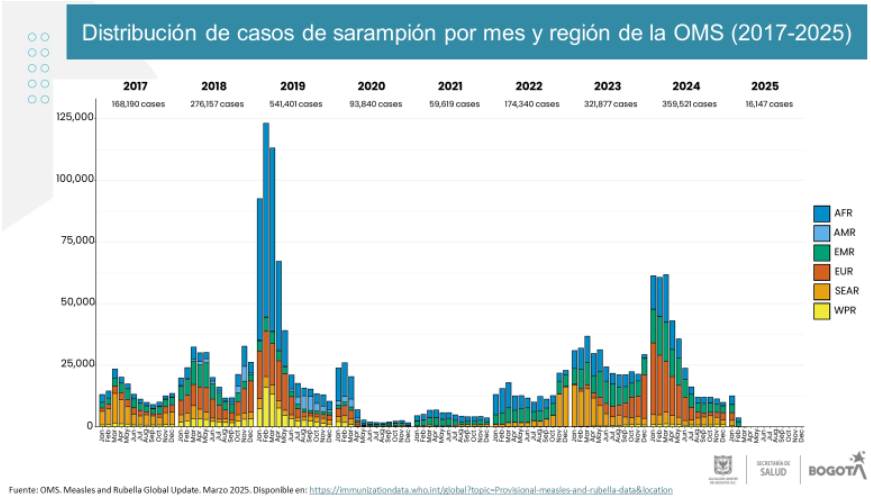
Es toda persona conocida que vive en el hogar o que comparte otros espacios cerrados en forma rutinaria con el caso sospechoso o confirmado y que ha estado expuesto a las secreciones respiratorias de dicho caso durante el periodo de transmisión del virus

- **Contacto indirecto**

Es toda persona conocida o desconocida que ocasionalmente compartió espacios cerrados o abiertos con el caso sospechoso o confirmado y estuvo expuesta a las secreciones respiratorias de dicho caso durante el período de transmisión del virus

El periodo de seguimiento de contactos recomendado por OPS/OMS es de 30 días, que es un periodo prudente para detectar si el contacto se contagió e inicio síntomas que dan la alerta para su inmediato aislamiento domiciliario.

Se realiza presentación del comportamiento epidemiológico a nivel mundial y distrital:



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Marzo 2025. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location

Alertas epidemiológicas internacionales, marzo 2025:

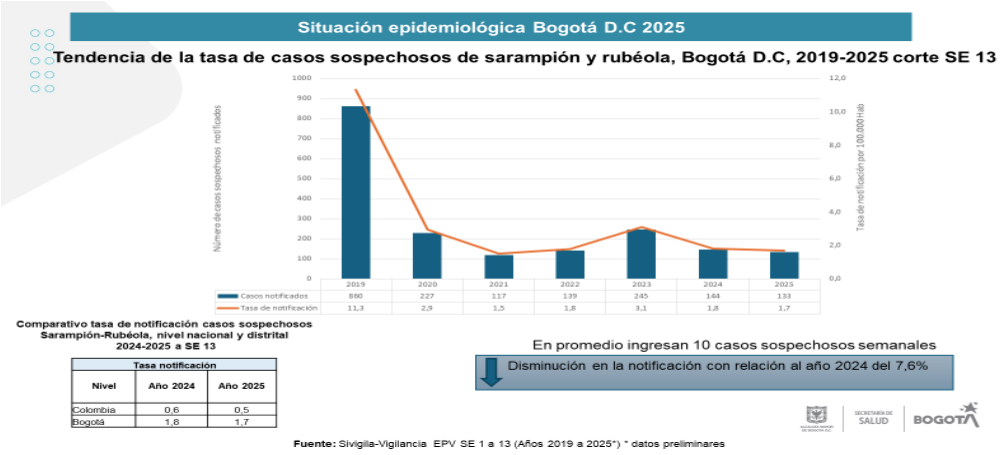
Alerta Epidemiológica sarampión en la región de las Américas. Fecha de publicación: 28 de febrero del 2025

En 2025, hasta la semana epidemiológica 09, en la región de las Américas, se han confirmado 268 casos en Argentina (4), Canadá (96), Estados Unidos (164, incluyendo una defunción) y México (4). El total representa un aumento de 4,5 veces en comparación con los 60 casos de sarampión notificados en el mismo periodo en el 2024. Del total de los casos del 2025, el 69,0 % (186) corresponden a personas de 5 años o más. La OPS recomienda el refuerzo de las actividades de vacunación, vigilancia epidemiológica y respuesta rápida. Implementar búsqueda activa comunitaria, búsqueda activa institucional y búsqueda por laboratorio para la identificación temprana de casos, así como llevar a cabo actividades complementarias de vacunación para cerrar posibles brechas de inmunidad.

Alertas epidemiológicas internacionales, abril 2025

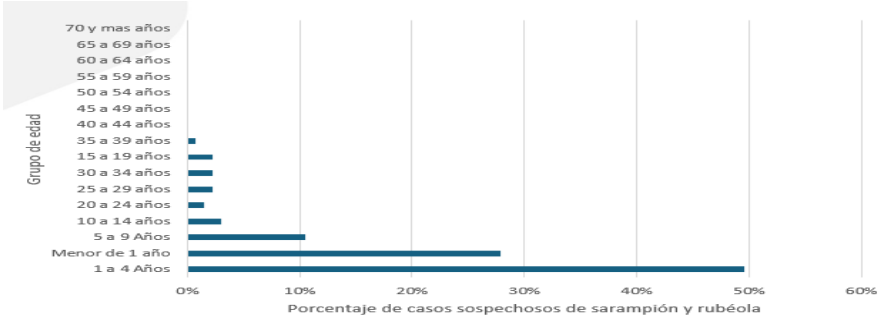
Canadá: A SE 12 de 2025 cuenta con 514 casos confirmados, en 6 jurisdicciones (Alberta, Ontario, Quebec, Saskatchewan, British Columbia y Manitoba)
Estados Unidos: Hasta el 03 de abril del 2025, 22 jurisdicciones (Alaska, California, Colorado, Florida, Georgia, Kansas, Kentucky, el estado de Nueva York, la Ciudad de Nueva York, Maryland, Michigan, Minnesota, Nueva Jersey, Nuevo México, Oklahoma, Ohio, Pensilvania, Rhode Island, Tennessee, Texas, Vermont y Washington.) han confirmado* **un total de 607 casos de sarampión.**
Brote en Texas: 481 casos confirmados
Brote Nuevo México: 54 casos confirmados
Brote Kansas: 24 casos confirmados
Brote Ohio: 10 casos confirmados
México: A SE 12, se han confirmado 60 casos de sarampión 2 casos importados, 20 casos relacionados a importación y 38 casos con fuente de infección en estudio, ubicados en Chihuahua (56) y Oaxaca (4)
Argentina: A 01 abril 2025 se han confirmado 17 casos, 9 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 8 en la provincia de Buenos Aires.
Brasil: A SE 12, se han confirmado 3 casos de sarampión.

Vigilancia integrada de Sarampión-Rubéola



Fuente: Sivigila-Vigilancia EPV SE 1 a 13 (Años 2019 a 2025*) * datos preliminares

Porcentaje de casos sospechosos de sarampión y rubéola por grupo de edad, Bogotá, 2025 SE 13



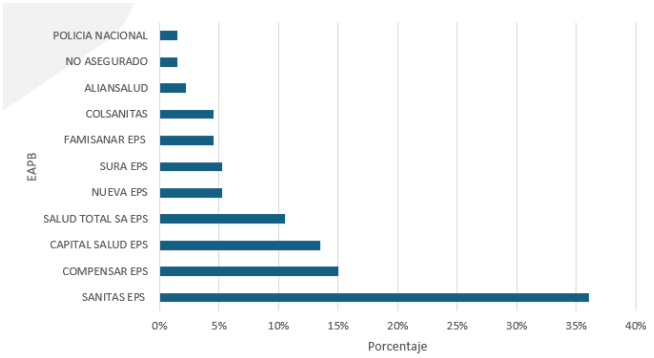
Fuente: *Sivigila. Vigilancia de EPV a SE 13/2025. Datos preliminares*

Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola por localidad de residencia, Bogotá, 2025 SE 13

Localidades	Número de casos sospechosos residentes en Bogotá D.C	Tasa de notificacion *100 mil habitantes
01 - Usaquén	5	0,9
02 - Chapinero	2	1,2
03 - Santafe	2	1,8
04 - San Cristóbal	5	1,2
05 - Usme	12	3,0
06 - Tunjuelito	3	1,7
07 - Bosa	12	1,6
08 - Kennedy	30	2,8
09 - Fontibón	5	1,3
10 - Engativá	13	1,6
11 - Suba	10	0,8
12 - Barrios Unidos	0	0,0
13 - Teusaquillo	3	1,9
14 - Los Mártires	1	1,2
15 - Antonio Nariño	2	2,5
16 - Puente Aranda	3	1,2
17 - La Candelaria	1	6,0
18 - Rafael Uribe Uribe	10	2,6
19 - Ciudad Bolívar	14	2,1
20 - Sumapaz	0	0,0
Total	133	1,7

Fuente: *Sivigila. Vigilancia de EPV a SE 13/2025. Datos preliminares*

Porcentaje de casos sospechosos notificados de sarampión y rubéola por EAPB, Bogotá, 2025 SE 13



Fuente: *Sivigila. Vigilancia de EPV a SE 13/2025. Datos preliminares*

Indicadores de la vigilancia integrada de sarampión y rubéola, Bogotá, 2025

Localidad	Casos sospechosos	Tasa de notificación	Porcentaje de casos con investigación adecuada	Porcentaje de casos con muestra de sangre adecuada	Porcentaje de muestras de sangre que llegan al laboratorio <=5 días	Porcentaje de resultados de laboratorio reportados <=4 días
01 - Usaquén	5	0,9	60,0%	100,0%	100,0%	100,0%
02 - Chapinero	2	1,2	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%
03 - Santafe	2	1,8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
04 - San Cristóbal	5	1,2	60,0%	100,0%	100,0%	80,0%
05 - Usme	12	3,0	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
06 - Tunjuelito	3	1,7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
07 - Bosa	12	1,6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
08 - Kennedy	30	2,8	90,0%	96,7%	96,7%	100,0%
09 - Fontibón	5	1,3	60,0%	100,0%	100,0%	80,0%
10 - Engativá	13	1,6	84,6%	100,0%	92,3%	100,0%
11 - Suba	10	0,8	80,0%	90,0%	90,0%	100,0%
12 - Barrios Unidos	0	0,0	NA	NA	NA	NA
13 - Teusaquillo	3	1,9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
14 - Los Mártires	1	1,2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
15 - Antonio Nariño	2	2,5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
16 - Puente Aranda	3	1,2	66,7%	66,7%	66,7%	100,0%
17 - La Candelaria	1	6,0	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
18 - Rafael Uribe Uribe	10	2,6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
19 - Ciudad Bolívar	14	2,1	92,9%	100,0%	100,0%	92,9%
20 - Sumapaz	0	0,0	NA	NA	NA	NA
Total	**133**	**1,7**	**88,0%**	**97,7%**	**97,0%**	**97,7%**

Porcentaje de cumplimiento < a 50,0 %
Porcentaje de cumplimiento < a 80,0 %
Porcentaje de cumplimiento ≥ 80%

Fuente: *Sivigila. Vigilancia de EPV a SE 13/2025. Datos preliminares*

Antecedente de vacunación de casos sospechosos de sarampión/rubéola, Bogotá, corte SE 13

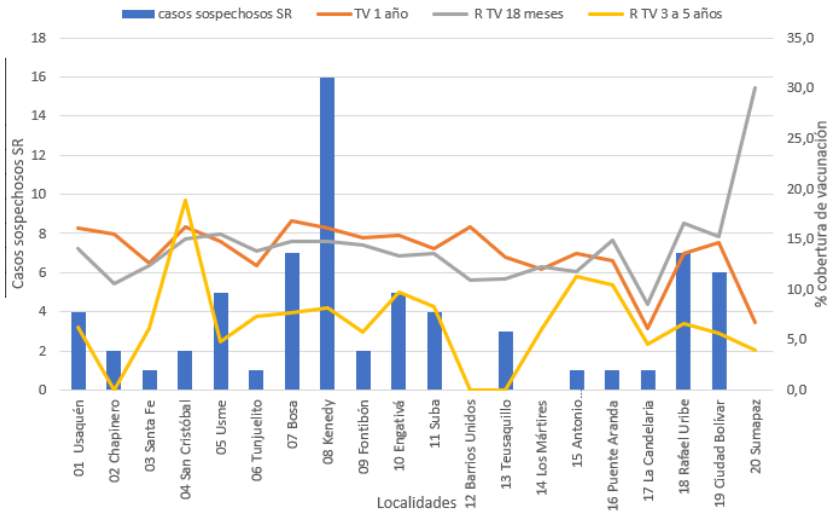
Grupo de edad	Casos sospechosos	Historial de vacunación una dosis	Historial de vacunación dos dosis	Historial de vacunación tres dosis	Porcentaje esquema completo
12 a 17 meses	24	23			95,8%
18 meses a 23 meses	7	1	6		85,7%
2 años	14	1	13		92,9%
3 años	11	1	10		90,9%
4 años	10	2	5	3	80,0%
5 años	2			2	100,0%
Total general	**68**	**28**	**34**	**5**	**77,9%**

Fuente: *Sivigila. Vigilancia de EPV a SE 13/2025. Datos preliminares- Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud -SDS- Sistema de información PAI. SDS. Bogotá ene-feb/2025*

De acuerdo al acumulado la cobertura de TV 1a. dosis y TV refuerzo en población 18 meses y 3 a 5 años debe ser mayor al 15,8%

COBERTURA BOGOTÁ
Triple viral 1 año = 16,1%
Refuerzo Triple viral 1 año = 15,2%
Refuerzo Triple viral 3 a 5 años = 7,1%

Número de casos sospechosos de SR en menores de 1 a 5 años vs cobertura de vacunación con TV 1 dosis, TV refuerzo 18 meses y TV refuerzo 3 a 5 años (a febrero 2025)



Fuente: *Sivigila. Vigilancia de EPV a SE 13/2025. Datos preliminares- Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud -SDS- Sistema de información PAI. SDS. Bogotá ene-feb/2025*

¡Importante! : Fortalecimiento equipos (cursos disponibles de la OPS)
Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso
https://campus.paho.org/es/curso/brote-de-sarampion-en-la-era-post-eliminacion-estudio-de-caso-2022
Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas
https://campus.paho.org/es/curso/preparacion-de-la-respuesta-rapida-brotes-de-sarampion-y-rubeola-2023

- **<u>Vigilancia integrada meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica evento 535:</u>**

Enfermedad caracterizada por la inflamación de las meninges (en ocasiones meninges y encéfalo) provocada por invasión bacteriana del sistema nervioso central (SNC)
Lo que puede resultar en complicaciones neurológicas severas y requiere atención médica inmediata para evitar daños permanentes o complicaciones graves, dentro de las cuales se incluye diferentes tipos de sordera, edema cerebral, déficit neurológico principalmente motores y visuales, deterioro a nivel neurocognitivo y la muerte.

Meningococcemia
La meningococemia es una infección grave causada por la bacteria Neisseria meningitidis, que es también responsable de la meningitis bacteriana. En este caso, la infección afecta al torrente sanguíneo, lo que puede provocar una sepsis (infección generalizada del cuerpo). Esta condición es extremadamente seria y puede progresar rápidamente, provocando daño a órganos vitales.

Causas de la Meningitis bacteriana
Agentes patógenos predominantes:
Los principales causantes de meningitis bacteriana incluyen **Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae** cada uno con características epidemiológicas específicas.

Factores de riesgo significativos:
La edad, la inmunosupresión y el hacinamiento son factores clave que aumentan la susceptibilidad a la meningitis bacteriana, destacando la importancia de la vigilancia epidemiológica y la vacunación.

1. **Definición Operativa Meningitis Bacteriana**

Signos clínicos:
Cuadro clínico de inicio súbito de **<u>fiebre mayor de 38 °C, cefalea</u>** 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.

Caso Probable
El examen citoquímico 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.

Definición Operativa 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 **<u>se identifique crecimiento de diplococos Gram negativos</u>** intra o extracelulares.

Caso Confirmado por Laboratorio
Caso con resultado de LCR, sangre o antigenemia positiva para:
- ***Streptococcus pneumoniae***

- ***Haemophilus influenzae***

Caso con resultado de cultivo, antigenemia o RT-PCR positiva para ***Neisseria meningitidis*** en LCR, sangre u otro fluido corporal estéril.
Caso con resultado de cultivo en LCR, sangre o RT-PCR para **otro agente bacteriano, causante de meningitis bacteriana.**

2. Diagnóstico

- LCR para estudio de tinción de Gram, citoquímico y cultivo.
- Sangre para pruebas complementarias y hemocultivo.
- A partir del crecimiento bacteriano primario, **se envía la cepa aislada** a LSP.
- El tiempo máximo para ser recibido en el LSP después de recogido el aislamiento es de 24 horas.
-

¿Que se envía? TODAS las cepas implicadas en meningitis o enfermedad meningocóccica aisladas de sangre o LCR.
N.meningitidis, H. Influenzae, S. pneumoniae, L.monocytogenes, entre otros con ficha de laboratorio para cada microorganismo según el caso
"La determinación de los serotipos y serogrupos es muy importante para determinar medidas de salud pública

Agentes bacterianos
Haemophilus influenzae: coco bacilo Gram negativo, serotipos B, A y no tipificable.
PI: 2 a 4 días
Streptococcus pneumoniae: diplococo Gram positivo, se han descrito 90 serotipos diferentes; sin embargo, la experiencia clínica mundial acumulada muestra que son pocos los serotipos con mayor impacto clínico y es así como 12 serotipos (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 18, 19 y 23) son responsables del 80 % o más de las infecciones neumocócicas invasoras.
PI: 1 a 4 días
Neisseria meningitidis: diplococo Gram negativo, se han descrito 13 serogrupos, de los cuales los que causan enfermedad invasora son: A, B, C, W, X y; sin embargo, en la literatura se ha descrito a los serogrupos A, C y W como los de mayor potencial epidémico.
PI: 2 a 10 días, con promedio de 4 días.

Derrotar la meningitis para 2030
Para 2030, la estrategia cuenta con tres objetivos visionarios:

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

3. Periodicidad del reporte

Notificación Super-inmediata
Una vez la UPGD notifica una caso probable o confirmado de meningitis por *Neisseria meningitidis*, enfermedad meningocócica o *Haemophilus influenzae*, se genera una alerta inmediata a correos determinados del 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 y colectivas

Notificación Inmediata
La UPGD notificará de manera individual todos los casos probables o confirmados de meningitis bacteriana

Notificación Semanal
La UPGD notificará de manera individual todos los casos probables o confirmados por meningitis bacteriana

Otros agentes bacterianos: *Listeria monocytogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *E. coli*, *Enterobacter clocae*, *Streptococcus beta hemolitico*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pyogenes*

Clasificación o ajuste final en aplicativo Sivigila
AJUSTES
Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste.

Ajuste 0: casos que cumplen con la definición caso probable, con cultivo de LCR negativo y diagnóstico final de egreso meningitis bacteriana. Casos sin muestra o cultivo con clínica compatible y diagnostico final de egreso de meningitis bacteriana.
Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio.
Ajuste 6: caso descartado por laboratorio, descartado por clínica o no cumple con definición de caso
Ajuste D: caso descartado por error de digitación (en cumplimiento con los criterios de ajuste D, se debe volver a notificar correctamente)

Contacto estrecho
Comunitario - Familiar

- Contactos familiares: (persona que habita en la misma vivienda por al menos 10 días antes de la aparición de los síntomas del caso probable).
- Menores de 2 años Contactos en jardines, colegios o universidades: Todos los niños y personal del aula en la que ha concurrido el enfermo en los 10 días que preceden al inicio de la enfermedad.
- Contactos laborales Exposición directa a secreciones del caso.
- Persona que haya tenido contactos próximos y repetidos en los últimos 10 días durante más de 4 horas consecutivas al día.
- Pasajeros sentados directamente al lado de un caso índice durante un viaje en avión en vuelo de más de 8 horas.
- Pasajeros sentados directamente al lado de un caso índice durante un viaje en automóvil de más de 4 horas.

Contacto estrecho
Institucionales

- Exposición directa a las secreciones del paciente
- Reanimación boca a boca sin protección
- Personal de salud que no ha utilizado adecuadamente los elementos de protección personal para la atención de estos casos
- El personal de salud se considerará contacto si ha tenido relación estrecha con el paciente (intubación OT, manejo sobre vía aérea, contacto con secreciones respiratorias) sin utilizar medidas de barrera, previo a las 24 horas de iniciado de tratamiento

4. Aspectos de la IEC

¿Para qué? ¿Por qué?

- Realizar un **pre-alistamiento de la visita**, validando HC y reportes de laboratorio.
- Primer **contacto telefónico**.
- Realiza presentación adecuada, relacionando **motivo y finalidad de la IEC**.
- **Identificar, georreferenciar y caracterizar** el caso según tiempo, lugar, persona y situaciones de riesgo.
- Identificar **características de la vivienda** como Hacinamiento, ventilación entre otros.
- Recolectar información del caso de **Antecedentes**:
- Clínicos.
- Patológicos.
- De inmunodeficiencias.

- Antecedente vacunal.
- De viaje.
- Tabaquismo.
- Alcohol.
- Investigar posible **fuente infección**, contacto con casos probables o confirmados
- Identificar **contactos estrechos** comunitarios e institucionales, con el fin de prevenir casos secundarios.
- Realizar censo de contactos estrechos para administrar **quimioprofilaxis** cuando aplique.
- Así mismo se realiza el diligenciamiento de la formula y consentimientos informados.
- Correlacionar el caso de acuerdo con los criterios **clínicos**, reportes de **laboratorios** con resultados preliminares de (film array o citoquímico), además de los criterios **epidemiológicos** y diagnósticos diferenciales.
- Brinda **aspectos educativos** relacionados con el evento.

5. Acciones de Vigilancia Colectiva Brotes

1. IEC
2. Contactos estrechos
3. Fuente de Infección
4. Quimioprofilaxis y vacunación

Poblaciones especiales

Cautiva y vulnerable (cárceles, URI, lugares de retención, batallones, habitantes de calle, migrantes, etnias, centros de adulto mayor)

1 caso confirmado por NM o HI se desplaza ERI de la subred junto con el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC conjunta y de manera articulada BAC y acciones de control

Cierre 20 días sin nuevos casos

Confinada (empresarial y centros educativos)

1 caso confirmado por NM o HI se activará ERI de la subred y se trasladará con el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC, BAC y acciones de control

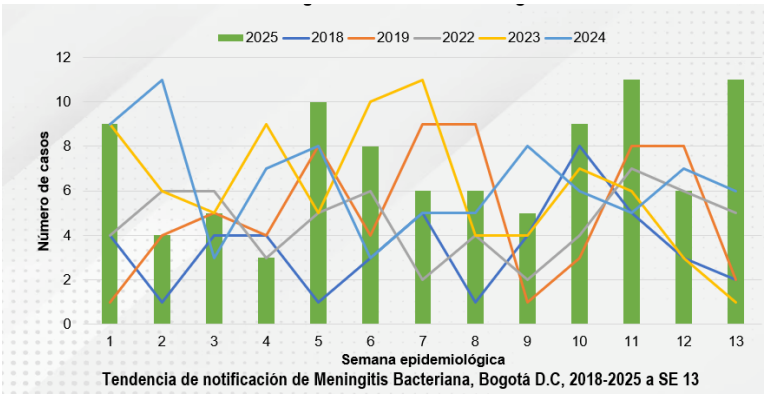
Cierre 20 días sin nuevos casos

Población general

Familiar 1 caso probable o confirmado de enfermedad se aborda por el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC, BAC y acciones de control.

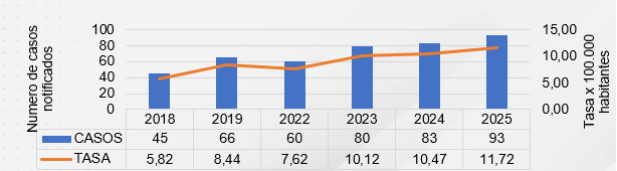
Cierre 10 días sin nuevos casos.

Comportamiento de la notificación de las meningitis bacterianas en Bogotá D.C. Año 2018-2025 corte SE 13



Fuente: *Sivigila-Vigilancia EPV SE 1 a 13 (Años 2018 a 2025*) * datos preliminares, se excluye años 2020 y 2021 por presentar un comportamiento atípico (pandemia COVID – 19).*

A semana epidemiológica 13 de 2025 se han notificado un total de 93 casos probables de meningitis bacteriana, de los cuales 73 casos son residentes en Bogotá.
Aumento en la notificación con relación al año 2024 del 12%.



Fuente: *Sivigila-Vigilancia EPV SE 1 a 13 (Años 2018 a 2025*) * datos preliminares, se excluye años 2020 y 2021 por presentar un comportamiento atípico (pandemia COVID – 19).*

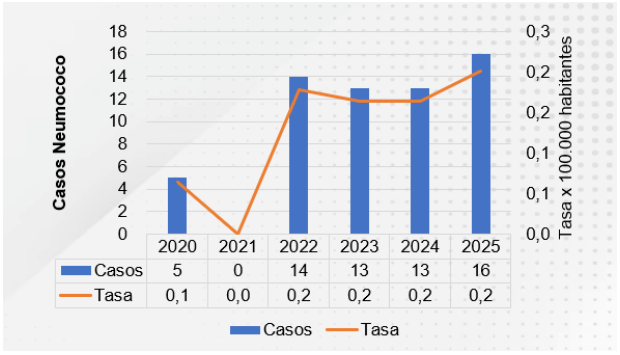
Comportamiento de la notificación de las meningitis bacterianas en Bogotá D.C, según localidad de residencia a SE 13 de 2025

Localidad	Poblacion 2025	Número de casos notificados	Tasa de notificacion * 100mil hab	Número de casos confirmados	Incidencia * 100mil hab	Número de casos fallecidos residentes Bogota DC	Letalidad
1-Usaquén	602412	7	1,16	6	1,00	1	17%
2-Chapinero	184757	1	0,54	1	0,54	0	0%
3-Santafe	107851	2	1,85	1	0,93	0	0%
4-San Cristobal	411570	11	2,67	7	1,70	1	14%
5-Usme	422489	6	1,42	1	0,24	0	0%
6-Tunjuelito	186127	2	1,07	2	1,07	0	0%
7-Bosa	737647	5	0,68	3	0,41	1	33%
8-Kennedy	1041286	8	0,77	6	0,58	0	0%
9-Fontibón	411638	0	0,00	0	0,00	0	0%
10-Engativá	822369	4	0,49	1	0,12	0	0%
11-Suba	1332958	8	0,60	4	0,30	0	0%
12-Barrios Unidos	159163	0	0,00	0	0,00	0	0%
13-Teusaquillo	164384	0	0,00	0	0,00	0	0%
14-Los Mártires	82827	1	1,21	1	1,21	1	100%
15-Antonio Nariño	86119	0	0,00	0	0,00	0	0%
16-Puente Aranda	259314	3	1,16	1	0,39	0	0%
17-Candelaria	18941	0	0,00	0	0,00	0	0%
18-Rafael Uribe	393869	6	1,52	2	0,51	0	0%
19-Ciudad Bolivar	671670	9	1,34	6	0,89	2	33%
20-Sumapaz	4021	0	0,00	0	0,00	0	0%
Total	**8101412**	**73**	**0,90**	**42**	**0,52**	**6**	**14%**

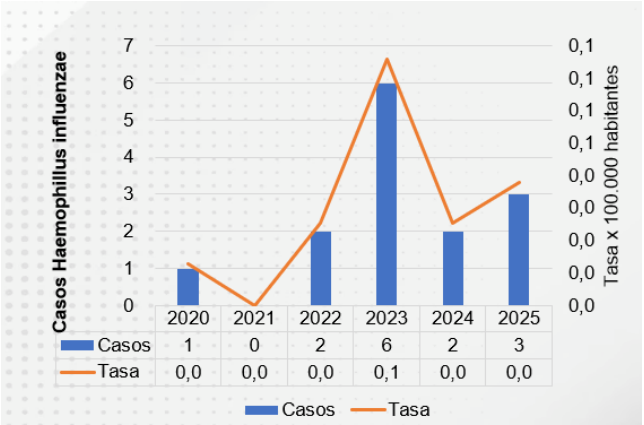
Fuente: *Sivigila. Vigilancia de EPV a SE 13/2025. Datos preliminares*

Incidencia de meningitis bacteriana por agente etiológico con residencia en Bogotá, 2020-2025 corte SE 13





Fuente: *Sivigila-Vigilancia EPV SE 01 a 13 (Años 2020 a 2025*) * datos preliminares*



Fuente: *Sivigila-Vigilancia EPV SE 01 a 13 (Años 2020 a 2025*) * datos preliminares*

- **<u>Vigilancia integrada hepatitis A</u>**

Es una virosis hepática que causa morbilidad de moderada a grave.
A diferencia de las demás virosis hepáticas B y C, esta no causa hepatopatía crónica y rara vez es mortal, sin embargo, puede ocasionar síntomas debilitantes e insuficiencia hepática fulminante (insuficiencia hepática aguda)

1. **Como se trasmite**

- Consumo de agua y alimentos contaminados
- Transfusiones sanguíneas
- Mala higiene personal
- Conductas sexuales

Agente etiológico
El virus de la hepatitis A (VHA), es un virus pequeño perteneciente al género Hepatovirus que a su vez pertenece a la familia Picornaviridae

Susceptibilidad
Personas que nunca se han infectado, y aquellas que no han sido vacunadas contra la hepatitis A

Periodo de transmisibilidad
La infectividad máxima ocurre durante la segunda mitad del período de incubación y continúa algunos días después del inicio de la ictericia; también coincide con el período de altos niveles séricos de aminotransferasas en casos anictéricos. Los niños menores de siete años juegan un papel importante en la diseminación, en su mayoría por curso asintomático

Reservorio
Los seres humanos, y en raras ocasiones chimpancés y otros primates no humanos.

Síntomas

- Fiebre
- Malestar general
- Pérdida de apetito
- Dolor abdominal y diarrea
- Ictericia
- Orina turbia y oscura

Grupos de riesgo para infección

- Contactos de casa del caso
- Cuidadores de un caso
- Contactos sexuales del caso
- Personas que han tenido contacto con personas de región endémica
- Personas en contacto con muestras de laboratorio
- Personas que se inyectan drogas
- Mayores de 40 años
- Gestantes: RPM, abruptio, parto prematuro

Grupos de riesgo para severidad
Inmunocomprometidos

- VIH
- Inmunodeficiencias congénitas
- Falla renal crónica con diálisis
- Trasplantes recientes
- Aquellos que requieren tratamiento con inmunosupresores como cáncer

Enfermedades hepáticas

- Hepatitis B, C
- Cirrosis
- Trastorno de enzimas hepáticas

2. Diagnóstico

Los casos de hepatitis A son clínicamente indistinguibles de otros tipos de hepatitis víricas agudas. El diagnóstico concreto se establece mediante la detección en la sangre de anticuerpos IgM dirigidos específicamente contra el VHA. Otra prueba utilizada es la reacción en cadena de la polimerasa con retro transcripción (RT-PCR) para detectar el ARN del virus de la hepatitis A, aunque normalmente se realiza solo en laboratorios especializados.

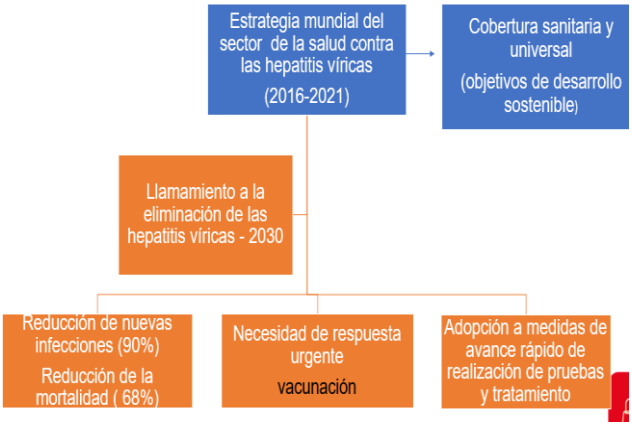
3. Tratamiento

No hay ningún tratamiento específico para la hepatitis A. Los síntomas tras la infección pueden remitir lentamente, y esta recuperación puede prolongarse a lo largo de varias semanas o meses. Es importante evitar medicamentos innecesarios que pueden afectar negativamente la función hepática, como el acetaminofeno o paracetamol.
En ausencia de insuficiencia hepática aguda, la hospitalización es innecesaria. El tratamiento tiene como objetivo mantener el bienestar y el equilibrio nutricional del paciente, incluida la rehidratación tras vómitos y diarreas.

4. Complicaciones

- Colelitiasis
- Colecistitis acalculosa
- Hepatitis fulminante
- Hepatopatía aguda
- Excitabilidad, insomnio, confusión, emesis
- Prolongación del PT e INR
- Mayor riesgo de coinfección con hepatitis B y C crónicas.

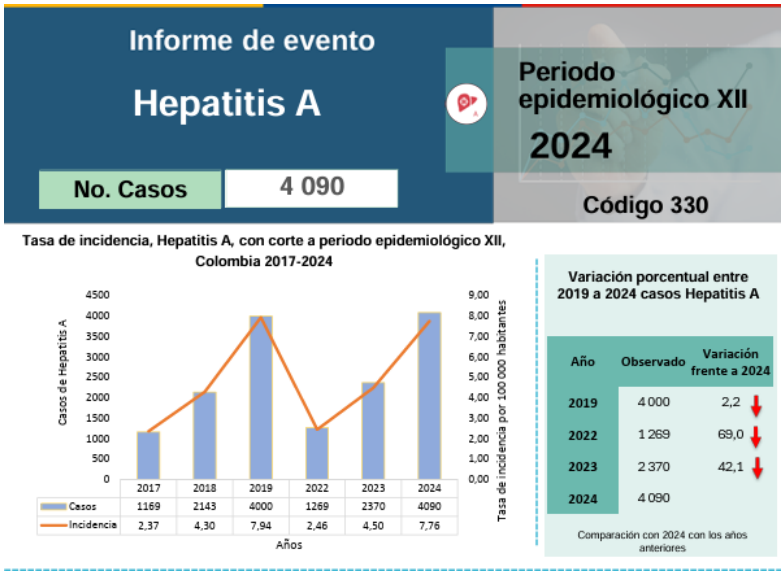
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS



PROBLEMÁTICA EN LA VSP

- Alrededor de 1.5 millones de casos son notificados para el virus de la HA anualmente en todo el mundo.
- Hay una alta tasa de subregistros por la infección asintomática que presentan los niños.
- En niños menores de 6 años la infección es asintomática.
- En niños mayores adolescentes y adultos se presenta como hepatitis aguda.
- El periodo de incubación es de 15 a 50 días que dificulta las medidas de control.
- De un 10% a un 20% requieren hospitalizaciones y el promedio de incapacidad es de 27 días.

Comportamiento Hepatitis A Colombia



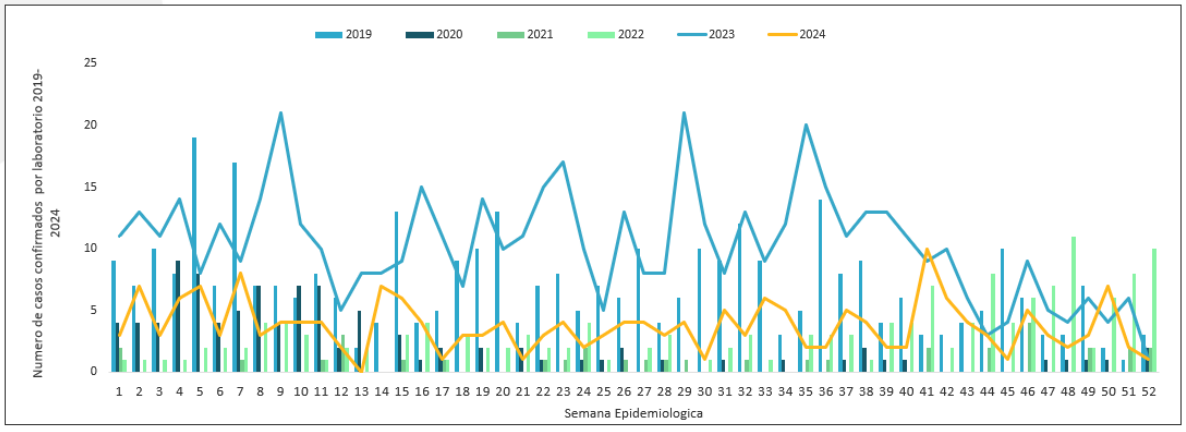
Fuente: Informe de evento Hepatitis A INS Periodo XII año 2024

Tasa de incidencia en Hepatitis A para población general, menores de 12 años y menores de 1 año, 2024

Entidades territoriales	Número de casos de Hepatitis A en población general	Incidencia población general	Número de casos de Hepatitis A en menores de 12 años	Incidencia en menores de 12 años	Número de casos de Hepatitis A en menores de 1 año	Incidencia en menores de 1 año
Amazonas	1	1,16	0	0,00	0	0,00
Antioquia	1828	26,48	18	1,67	0	0,00
Arauca	3	0,95	0	0,00	0	0,00
Atlántico	3	0,20	0	0,00	0	0,00
Barranquilla	22	1,65	4	1,74	0	0,00
Bogotá	147	1,85	2	0,18	0	0,00
Bolívar	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Boyacá	9	0,69	1	0,46	0	0,00
Buenaventura	1	0,31	0	0,00	0	0,00
Caldas	50	4,78	2	1,32	0	0,00
Cali	1125	49,26	9	2,47	0	0,00
Caquetá	2	0,47	0	0,00	0	0,00
Cartagena	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Casanare	7	1,47	3	3,17	0	0,00
Cauca	392	24,90	0	0,00	0	0,00
Cesar	4	0,29	0	0,00	0	0,00
Chocó	2	0,33	1	0,70	0	0,00
Córdoba	16	0,84	0	0,00	0	0,00
Cundinamarca	43	1,21	0	0,00	0	0,00
Guainía	1	1,73	0	0,00	0	0,00
La Guajira	1	0,09	0	0,00	0	0,00
Guaviare	8	7,96	1	4,29	0	0,00
Huila	17	1,43	0	0,00	0	0,00
Magdalena	3	0,31	3	1,44	0	0,00
Meta	123	10,74	3	1,42	0	0,00
Nariño	14	0,82	0	0,00	0	0,00
Norte de Santander	58	3,39	0	0,00	1	4,06
Putumayo	1	0,26	0	0,00	0	0,00
Quindío	15	2,65	1	1,27	0	0,00
Risaralda	19	1,95	0	0,00	0	0,00
San Andrés y Providencia	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Santander	33	1,39	2	0,52	0	0,00
Sta. Marta	5	0,89	1	0,98	0	0,00
Sucre	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tolima	14	1,01	1	0,47	0	0,00
Valle del Cauca	119	5,84	6	1,76	0	0,00
Vaupés	4	8,34	0	0,00	0	0,00
Vichada	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total general	**4090**	**7,76**	**58**	**0,63**	**1**	**0,14**

Fuente: Informe de evento Hepatitis A INS Periodo XII año 2024

Comportamiento Hepatitis A Bogotá 2019-2024



Fuente: *Sivigila-Vigilancia EPV SE 1 a 09 (Años 2019 a 2024*) * datos preliminares*

LOCALIDADES	Número de casos confirmados por laboratorio residentes en Bogotá D.C	Proporción de notificacion por cien mil habitantes
1-Usaquén	16	2,69
2-Chapinero	15	8,24
3-Santafe	5	4,63
4-San Cristobal	3	0,73
5-Usme	6	1,45
6-Tunjuelito	5	2,71
7-Bosa	8	1,09
8-Kennedy	22	2,12
9-Fontibón	7	1,72
10-Engativá	15	1,83
11-Suba	22	1,67
12-Barrios Unidos	6	3,84
13-Teusaquillo	7	4,23
14-Los Mártires	3	3,61
15-Antonio Nariño	2	2,35
16-Puente Aranda	7	2,71
17-Candelaria	0	0,00
18-Rafael Uribe	4	1,02
19-Ciudad Bolivar	5	0,75
20-Sumapaz	0	0,00
sin dato localidad	1	
TOTAL	159	2,01

EDAD QUINQUENAL	Población en Bogotá 2024	Número de casos confirmados por laboratorio residentes en Bogotá D.C	Proporción de notificacion por cien mil habitantes
Menor de 1 año	89384	0	0,00
De 1 a 4 años	373100	0	0,00
De 5 - 9 años	463997	0	0,00
10-14 años	482624	1	0,21
15-19 años	609287	6	0,98
20-24 años	788378	30	3,81
25-29 años	756414	28	3,70
30-34 años	657609	32	4,87
35-39 años	593361	27	4,55
40-44 años	509867	13	2,55
45-49 años	456109	9	1,97
50-54 años	443494	4	0,90
55-59 años	396593	2	0,50
60-64 años	308315	2	0,65
65-69 años	218616	3	1,37
70 y mas años	518533	2	0,39
TOTAL	7929539	159	2,01

Fuente: *Sivigila-Vigilancia EPV SE 1 a 09 (Años 2019 a 2024*) * datos preliminares*

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

¡Que se busca con vigilancia en salud pública!
Objetivos

- Seguimiento continuo y sistemático de los casos de Hepatitis A de acuerdo a los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos
- Procesos sistemáticos de recolección y captura de datos
- Mantener actualizada la información epidemiológica

Resultados

- Información oportuna, valida y confiable
- Orientar medidas de prevención y control del evento
- Frecuencia de los casos y brotes de hepatitis A
- Identificar factores de riesgo
- Modo de transmisión que lleven al aumento de la incidencia

Definición operativa
Confirmado por laboratorio

- Paciente con malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, Fiebre, ictericia, coluria, acolia,
- Alteración pruebas hepáticas
- Anticuerpos IgM anti VHA positiva

Confirmado por nexo epidemiológico

- Sintomatología clínica
- Alteración pruebas hepáticas
- Relación a una persona u fuente confirmada por laboratorio

Brote

- Presentación de dos o más casos relacionados.
- Presentación de caso en población pertenencia étnica, confinada (batallón, Hogares, Instituciones)

Estrategias de vigilancia
Vigilancia pasiva
La notificación se realizará de forma periódica e individual a través de Sivigila 4.0. Es importante tener en cuenta las dos definiciones operativas de caso confirmado por laboratorio y nexo epidemiológico y la verificación de la calidad del dato.

Vigilancia activa
- Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) en situación de brote.
- Búsqueda Activa Institucional (BAI) en situación de brote o cuando se presenten silencios epidemiológicos.
- Investigación epidemiológica de campo (IEC) en situación de brote.
- Revisión de registros de defunción Estadísticas Vitales (Defunciones RUAF).
- Seguimiento a los medios de comunicación nacionales, departamentales y locales para identificar noticias, rumores del evento y generar alertas tempranas.
- Realización de SAR en situaciones de brotes.

Los códigos del CIE 10 para realizar la BAI serán:
- B150 Hepatitis aguda tipo a, sin coma hepático.
- B159 Hepatitis aguda tipo a, con coma hepático.
- B178 Otras hepatitis virales agudas especificadas
- B190 Hepatitis viral no especificada con coma.
- B199 Hepatitis viral no especificada sin coma
- Z205 Contacto con y exposición a hepatitis viral.
- Z225 Portador de hepatitis viral.
- Se considera que el silencio epidemiológico de una UPGD durante un periodo epidemiológico debe ser asumida como una alerta respecto a la verdadera captación de casos.

ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN - INDIVIDUAL
Estudio del caso
- Historia Clínica
- Aspectos sociodemográficos (edad, sexo, zona de residencia, condiciones ambientales , acceso a servicios de salud).

Identificación de grupos poblacionales de alto riesgo
- Personas que viven en el mismo hogar
- Personas que contacto sexual con la persona infectada.
- Hombres que tienen sexo con hombres
- Usuarios drogas intravenosas
- Niños y empleados en guarderías
- Personas que viajan a zonas de alta endemicidad.
- Personas que reciben factores de coagulación.
- Trabajadores de salud

Exámenes de laboratorio
- Anticuerpos tipo IgM contra hepatitis A
- Alaninoaminotransferasas
- Bilirrubinas
- Fosfatasa alcalina
- Urobilinógeno en orina

Búsqueda activa de contactos de alto riesgo
- Personas que comparten la misma fuente de agua o alimentos presuntamente contaminados.
- Convivientes
- Contactos institucionales o sociales

Aislamiento entérico

- Abstenerse de ir al centro educativo o al trabajo.
- Abstenerse de preparar alimentos.
- Lavarse las manos después de usar el baño
- Usar de manera exclusiva los utensilios de cocina (desinfección terminal con hipoclorito de sodio a 200 partes por millón).
- Intensificar las actividades de desinfección de las unidades sanitarias.
- Eliminar la materia fecal y orina (adicionando hipoclorito 30 minutos antes), especialmente donde hay deficiencias en la eliminación de excretas.
- Teniendo en cuenta el periodo de transmisibilidad, la recomendación de lavado de manos después de usar el baño debe extenderse a los contactos aún asintomáticos.
- Deben extenderse recomendaciones hacia los padres y cuidadores de menores de cinco años en actividades como cambio de pañal y lavado de manos después de asistirlos en el momento de ir al baño. Teniendo en cuenta la frecuencia de casos asintomáticos en más del 80 % en este grupo de edad.

ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN - COLECTIVA

- Promueva la utilización de servicios de salud
- Eduque y vincule la comunidad en el proceso de vigilancia.
- Capacite a los administradores del acueducto en relación a la cloración del agua.
- Capacite a los manipuladores de alimentos.
- Verifique si los manipuladores de alimentos cuentan con certificación medica
- Difunda a los trabajadores el uso correcto de las normas de bioseguridad.
- Búsquedas activas con periodicidad

Pasos para la IEC

Planeación en Equipo

- Reunión con el personal
- Delegar funciones o tareas.
- Revisión bibliográfica.
- Proporcionar y discutir toda la información existente hasta ese momento.
- Plantear los objetivos de la investigación.
- Determinar las actividades a realizar.
- Verificar la disponibilidad inmediata de recursos para la investigación: vehículos, combustible, formularios, equipos para toma y transporte de muestras.
- Evaluar la capacidad del laboratorio y condiciones de toma y envío de muestras.

Definir la población

- Avise a las autoridades sanitarias (epidemiología, laboratorio de salud pública y sanea- miento ambiental).
- Evalúe si el caso proviene de una familia o de una institución en donde pueda haber más niños o adultos expuestos a la fuente de infección
- verifique según ubicación geográfica si hay más casos que indiquen modo de transmisión una fuente común.
- Busque contactos de alto riesgo en el núcleo familiar, social o institucional.
- Busque sintomáticos y convalecientes con el fin de identificar casos anteriores al actual.

Objetivo, levantamiento de campo y análisis de datos

1. Confirme la existencia del brote

- Dos o más casos relacionados confirmados por laboratorio.
- Un solo caso en población confinada
- Aumento inusual del número de casos

2. Confirme el diagnostico mediante revisión de historias clínicas, entrevistas a pacientes y resultados de laboratorio

Acciones de laboratorio y toma de muestras
Se recolectará muestra de suero a todas las personas con síntomas compatibles para Hep A.
Número representativo.
10% de total de casos
50% si son menos de 10 casos
100% de los casos

Identifique riesgos
- Estado de tanques sanitarios
- Depósitos de agua
- Limpieza y desinfección de unidades sanitarias según lo encontrado.
- Disposición de heces
- Manejo de residuos sólidos.
- Conductas de riesgo

Comunicación del riesgo
- Informe de situación (SITREP)
- Informe de 24 y72 horas
- Informe de cierre de brote

Tiempo:
- Curva epidémica
- Determine tiempo de exposición al agente
- Periodo de incubación
- Modo de transmisión
- Fuente de propagación

Comunicación del riesgo
Lugar
- Elabore un croquis con la ubicación de los casos
- Identifíquelos con los nombres y el orden en que aparecieron.
- Nexo familiar: diagrama de casos y contactos de riesgo

Persona
- Clasifique los casos según edad, sexo, ocupación y otros.
- Determine quién está en riesgo y tome medidas.
- Determine la etiología del brote.
- Número de casos (determine tasa de ataque).
- Modo de transmisión.
- Fuente de infección.

Necesidades y recomendaciones
- Es necesario mantener activación e intensificación de la vigilancia, teniendo en cuenta el pico epidémico del 2023 para el Distrito y los brotes a nivel nacional.
- Realizar búsquedas activas institucionales incluyendo por laboratorio, de acuerdo con los lineamientos, y garantizar la notificación de los casos a Sivigila.
- Retomar UPGD la divulgación del protocolo y circular externa 0000006 de 2020, si se identifican debilidades en cumplimiento de algoritmo, diagnóstico y seguimiento de los casos.
- Se debe intensificar la vigilancia de la hepatitis A en las zonas que han mostrado históricamente mayores incidencias para la enfermedad.
- Ante sospecha de hepatitis sin claridad del tipo realizar el 100% de laboratorios para todos los 4 tipos.

Se finaliza intervención con ejecución de pos-test y resolución de dudas e inquietudes.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Implementar acciones colectivas de control de los eventos con oportunidad y calidad.	Profesionales especializados de Subred Sur	Permanente y continuo
Realizar los cursos del campus virtual de la OPS brote de sarampión en la era de poseliminación y respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas	Epidemiólogos nuevos Subred Sur	09-05-2025

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Se anexa listado de asistencia.				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES			
	Código:	SDS-DFO-FT-004	Versión:	1

Elaborado por: Luis Carlos Martínez, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Tema: Fortalecimiento Vigilancia EPV (SR, Meningitis bacteriana y HA) Fecha: 10 Abril de 2025

Hora Inicio: 9:00 am Hora Fin: 1:00 pm Lugar: Auditorio USS Vista hermosa

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Jeimy Ivone Beltrán C.	Subred Sur	Epidemiologa.	3105566522	transmetodos@subredsur.gov.co	Jeu B.
2	Diana R. Tovar.	Subred Sur	Prof. E. JUAN	315 3763817	JUAN.SUR@gmail.com.	Diana T.
3	Lady Perez P.	Subred Sur ESE	Lider SISVAN	3505453414	sisvan.sur@subredsur.gov.co	
4	Shanna Barbosa	Subred Sur	Epidemiologa	3142842530	shannabarbosachaves@gmail.com	
5	Ximena Bhagat Rey	Subred Sur	Epidemiologa	3124744482	michelleximena@hotmail.com	
6	Andrea Alice Celi	Subred Sur	Enfermera	3058172700	trenomisibles2022@gmail.com	
7	Jani karol carbajo	subred sur	epidemiologa	3115465524	sisvigila@gmail.com	
8	Diana Rodriguez	Subred Sur	Epidemiologa	3222517062	Cronicos@subredsur.gov.co	
9	Ana Inés Tovar D.	Subred Sur	Rd Transmisibles	3115034634	Usperu@subredsur@gmail.com	
10	Angelica Lozano	Subred Sur	Epidemiologa	3012628033	sisvan@subredsur.gov.co	
11	Adriana Nieto	Subred Sur.	Líder Salud Mental	3002128878	saludmentalsur@subredsur.gov.co	
12	Karaina Aleman	Subred Sur	Enfermera	3013790978	Karen0524@gmail.com	
13	MANUELA RAMIREZ TOVAR	SUBRED SUR	EPIDEMIOLOGA	3008611003	SUBRED2022@HOTMAIL.COM	
14	Dra María Delgado	Subred Sur	Psq. Especiali	3104230001	vespavsp@subredsur.gov.co	
15	Julie Carolina Barrera C.	Subred Sur	Prof. Especializ	3205548534	Suveroavsp@subredsur.gov.co	
16	Martha Tovar	Subred Sur	Epidemiologa	3016926245	mtovar0522@gmail.com	
17	Yeisson Carvajal	Subred Sur	Epidemiologo	3005446988	Suvigila@gmail.com	Yeisson C.

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES			
	Código:	SDS-DFO-FT-004	Versión:	1
Elaborado por: Luis Carlos Martinez, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

Tema: Fortalecimiento Vigilancia EPV (SR, Meningitis bacteriana y HA) Fecha: 10 Abril de 2025

Hora Inicio: 9:00 am Hora Fin: 1:00 pm Lugar: Auditorio USS Vista hermosa

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Jenny Rocio Tamayo Rodriguez	Subred Sur	Enfermera	3138746746	[illegible]	[signature]
2	Alfonso Rincon	Subred Sur	Tec. Sistemas	3045751772	[illegible]	[signature]
3	Katherine Caicedo O.	Subred sur	Tec. adm.	3144543675	[illegible]	Katherine Caicedo O.
4	Yenny Rodriguez	Subred sur	epidemiologa	3146662201	[illegible]	[signature]
5	Andrea Rojas	Subred Sur	Epidemiologa	3133701091	[illegible]	[signature]
6	Glenis Paola Vargas	Subred Sur	Epidemiologo	3213725348	[illegible]	[signature]
7	Paula Andrea Borda.	Subred Sur	Epidemiologa	3005557287	salud.syr@subredsur.gov.co	PaulaBorda.
8	Mayra A. Mayorga	Subred sur	epidemiologa	3188433174	[illegible]	[signature]
9	Angie Johana Perez M	Subred Sur	Epidemiologa	3153784801	salud.syr@subredsur.gov.co	[signature]
10	Jenny Fuentes Ruiz	Salud Sur	Lider Transmisibles	3202160847	[illegible]	[signature]
11	Andrea Sanchez	Subred Sur	lider Sivigila	3217033113	[illegible]	[signature]
12	Elena M Sabogal	SDS-SVSP	Prof. Especial	3103314915	[illegible]	Elena M. Sabogal
13	Stefani Florez	SDS-SVSP	Prof. esp.	3163504093	[illegible]	Stefani F.
14	Claudia P Beltran B	SDS SVSP	Prof esp	3167823505	[illegible]	[signature]
15	Paula A Borda	subred sur	Epidemiologa	3005557287	salud.syr@subredsur.gov.co	PaulaB
16						
17						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) **No ( )**	N.A

***** Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.