

RABIA HUMANA Y ANIMAL



Álvaro Dulce Villarreal MD. MV.
Subdirección de Salud Pública
Salud Ambiental



MODE DE TRANSMISIÓN

- Saliva de animal rabioso
- Tejido de animal rabioso o sospechoso de rabia
- De persona a persona (teóricamente posible, pero nunca se ha demostrado)
- Trasplantes (Cornea)
- Diseminación aérea en una caverna que alberga murciélagos
- Errores de bioseguridad en laboratorios



Reservorios: se comportan como reservorios efectivos para adquirir y transmitir el virus aquellos animales mamíferos (que poseen glándula mamaria productora de leche para alimentar a sus crías). Dentro de los más frecuentes en Colombia se reportan:

- Animales de compañía: Perros y gatos.
- Animales de producción primaria: Vacas, caballos, burros, asnos cerdos, cabras y ovejas.
- Animales silvestres: Los más frecuentemente reportados son, cualquier tipo de murciélago, primates no humanos, zorros, grandes roedores (chigüiro o “capibara”, nutria, puercoespín, “pacas” o “lapas”), zarigüeya o “chucha”, osos, ardillas, tigrillos, grandes felinos (por ejemplo, leones, tigres, jaguares), coatí o “cusumbo”, marta o “perritos de monte”, entre otros.

Nota: Pruebas en roedores sinantrópicos (ratas, ratones) y ardillas demuestran que estos pueden infectarse, pero no tienen la capacidad de propagar esta enfermedad, por lo cual, no son considerados animales potencialmente transmisores del virus de la rabia; es así que las agresiones por estos animales **NO** deben ser notificadas al sistema nacional de vigilancia (SIVIGILA)

Período de incubación

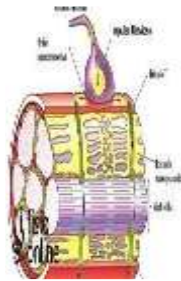
5 días a varios años, generalmente 2 a 3 meses, raramente más de 1 año.



Ubicación con respecto a la inervación y distancia del encéfalo



Cantidad de virus introducido



Densidad de placas neuromusculares



Protección conferida por la ropa

Transmisibilidad



3 a 5 días antes de manifestación de signos y síntomas, evolucionando hasta su fallecimiento, (puede durar hasta 10 días)

No definido

Clasificación de caso

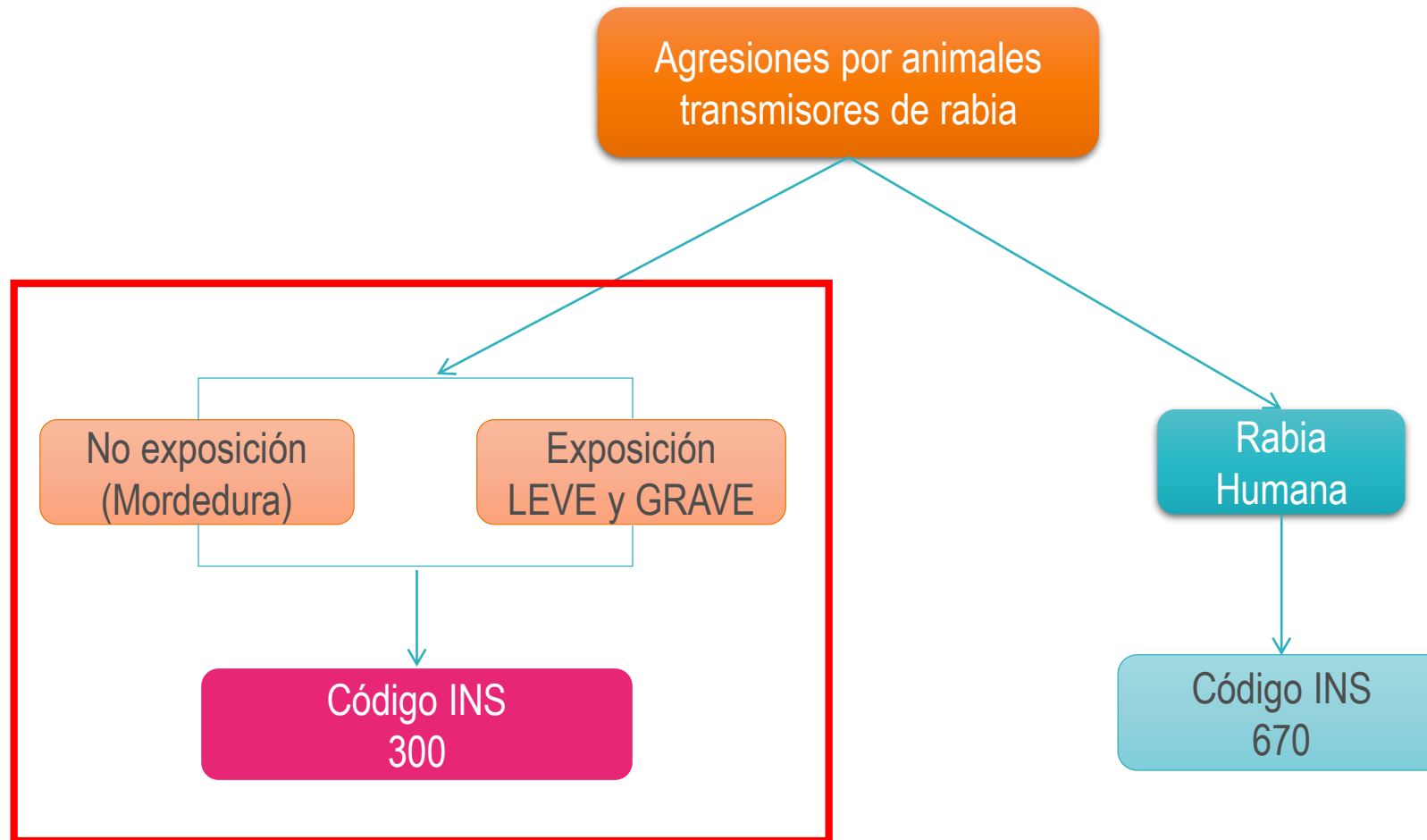


Tabla 2. Clasificación de escenarios y conductas para exposición al virus de la rabia en Colombia

Clasificación	Escenarios			Conducta
I - No exposición	1.Mordedura, lamedura, arañazo o abrasión independiente de su extensión o profundidad que sean ocasionados por perro o gato vacunado o no, OBSERVABLE* , VIVO y sin signos compatibles con rabia al momento de la agresión.	2.Mordedura, lamedura, arañazo o abrasión independiente de su extensión o profundidad que sean ocasionados por un perro o gato en una persona que consulta diez o más días después de ocurrida la agresión o contacto y al momento de la consulta el perro o gato se encuentra vivo y sano.	3.Cualquiera de estas condiciones: contacto con saliva de piel intacta Lesión causada por roedores sinantrópicos (ratas, ratones) y ardillas.	△Lavado exhaustivo de la lesión. △Valorar indicación de manejo antibiótico y/o antitetánica △Diligenciar ficha de notificación SIVIGILA 300* de manera inmediata para garantizar observación del animal; en caso de pérdida, muerte o presencia de signos de rabia reclasificar exposición.

<p>II - Exposición leve</p>	<p>Mordedura superficial única en la región del tronco (tórax o abdomen), en miembros inferiores (muslo o pierna) o miembros superiores (hombro, brazo o antebrazo), lamedura de piel lesionada, arañazo o abrasión en piel expuesta <i>sin sangrado</i>, ocasionada por un perro o gato NO OBSERVABLE (perdido, desconocido, callejero).</p>	<p>△Lavado exhaustivo de la lesión. △Valorar indicación de manejo antibiótico y/o antitetánica △Diligenciar ficha de notificación SIVIGILA 300. △Iniciar esquema de vacunación antirrábica</p>
--	--	--

III - Exposición grave	<p>1.Mordedura profunda en cualquier parte del cuerpo, lamedura de piel lesionada, arañazo o abrasión en piel expuesta <i>con sangrado</i>, ocasionada por un perro o gato NO OBSERVABLE (desconocido, callejero o muerto).</p>	<p>2.Mordedura múltiple en cualquier parte del cuerpo, ocasionada por un perro o gato NO OBSERVABLE (desconocido, callejero o muerto).</p>	<p>3.Mordedura única o múltiple, independiente de su extensión o profundidad en áreas altamente inervadas o cercanas a sistema nervioso central (cabeza, cara, cuello, dedos, manos, pies o genitales) causada por un animal perro o gato NO OBSERVABLE (desconocido, callejero o muerto).</p>	<p>△Lavado exhaustivo de la lesión. △Valorar indicación de manejo antibiótico y/o antitetánica △Diligenciar y notificar de manera inmediata ficha de notificación 300 si animal está sintomático o fallece. △Iniciar esquema de vacunación e inmunoglobulina antirrábica.</p>
	<p>4. Lameduras en mucosas (ocular, nasal, oral, anal y genital) causada por un perro o gato NO OBSERVABLE (desconocido, callejero o muerto).</p>	<p>5. Mordedura, arañazo o abrasión independiente de su extensión o profundidad, lamedura de mucosa o **contacto con: Murciélagos, micos, zorros, u otros animales silvestres, o con un animal con signos y síntomas</p>	<p>6. Mordedura, arañazo o abrasión independiente de su extensión o profundidad o lamedura de mucosa o **contacto con perro o gato que durante el periodo de observación de 10 días presente</p>	

	<p>4. Lameduras en mucosas (ocular, nasal, oral, anal y genital) causada por un perro o gato NO OBSERVABLE (desconocido, callejero o muerto).</p>	<p>5. Mordedura, arañazo o abrasión independiente de su extensión o profundidad, lamedura de mucosa o **contacto con: Murciélagos, micos, zorros, u otros animales silvestres, o con un animal con signos y síntomas compatibles con rabia, probable o confirmado de rabia.</p>	<p>6. Mordedura, arañazo o abrasión independiente de su extensión o profundidad o lamedura de mucosa o **contacto con perro o gato que durante el periodo de observación de 10 días presente signos de rabia, fallezca o se pierda.</p>	<p>o fallece. △Iniciar esquema de vacunación de inmunoglobulina antirrábica.</p>
<p>7. En paciente inmunocomprometido*** que presente mordedura, arañazo o abrasión independiente de su extensión o profundidad, lamedura de mucosa o **contacto con un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia o humano probable o confirmado de rabia</p>				

*Recuerde, **INICAR** profilaxis antirrábica de la persona, si no se garantiza la observación del animal agresor perro o gato.
****Contacto:** Todo contacto de piel lesionada o mucosa de una persona con secreciones bucofaringeas, material biológico o de necropsia, superficies óseas en contacto con tejido nervioso procedente de un animal o humano potencialmente transmisor del virus de la rabia (probable o confirmado).
*****Inmunocomprometido:** Cuando se reduce la capacidad para combatir infecciones y otras enfermedades. Algunas causas de esta debilidad son ciertas enfermedades o afecciones, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el cáncer, la diabetes, la desnutrición y determinados trastornos genéticos. Otras causas son determinados tratamientos, como el uso de medicamentos contra el cáncer, la radioterapia, el trasplante de células madre o de órganos, enfermedad inflamatoria crónica tratada con terapia con corticosteroides sistémicos, medicamentos inmunomoduladores y/o agentes biológicos. También se llama inmunodeficiente, inmunodeprimido e inmunosuprimido.

Fuente: adaptación de clasificación OMS, por equipo funcional nacional para Rabia, 2022.

Probable rabia humana



Paciente con antecedentes de exposición y cuadro neurológico agudo que presenta



Sensación de angustia, fiebre, cefalea, irritabilidad, aerofobia, miedo, períodos de hiperexcitabilidad y alucinaciones alternos con períodos de calma y lucidez, paresia o parálisis, hidrofobia, espasmos de los músculos de la deglución, convulsiones, coma, parálisis de los músculos respiratorios y muerte



Anamnesis

Antecedentes: información del animal agresor (No observable). Animales diferentes a perros o gatos?? Antecedente de vacunación del paciente

Examen físico

Manejo de la herida

TRATAMIENTO

EMERGENCIA MÉDICA



Lo antes posible



La limpieza profunda debe ser parte del tratamiento inicial para las mordeduras de animales; sin embargo, toda mordedura debe examinarse al médico.

1



2



3



15 minutos



Herida con infección

Tabla 3. Agentes bacterianos identificados en mordeduras de animales.

Mordedura	Agente etiológico de la infección
Perro	<i>Pasteurella canis</i> , <i>Pasteurella multocida</i> , <i>Staphylococcus</i> , <i>Streptococcus sp.</i> , anaerobios, <i>Capnocytophaga</i> , <i>Corynebacterium sp.</i> , <i>Eikenella corrodens</i> , <i>Neisseria sp.</i> , <i>Bacteroides sp.</i> , <i>Fusobacterium sp.</i>
Gato	<i>Anaerobios</i> , <i>Corynebacterium sp.</i> , <i>Moraxella sp.</i> , <i>Pasteurella multocida</i> , <i>Staphylococcus sp.</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus sp.</i>
Murciélago, zorrillo	<i>Streptococcus sp.</i> , <i>Staphylococcus sp.</i>

Fuente: Adaptada por equipo funcional del "tratamiento de las enfermedades infecciosas, 2020-2022", octava edición, OPS.

amoxicilina – clavulanato 875/125, vía oral dos dosis al día o en presentación de 500/125 tres dosis al día. Esquema alternativo en pediatría con clindamicina y trimetprim – sulfametoxazol vía oral y en adulto clindamicina 300 mg vía oral cuatro dosis al día con una fluoroquinolona.

Toxoide Tetánico

Una dosis de refuerzo para heridas sucias si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis y para heridas limpias más de 10 años

Vacuna antirrábica

Días: 0, 3, 7 y 14

Ilustración 2 Sitios de aplicación de vacuna intramuscular



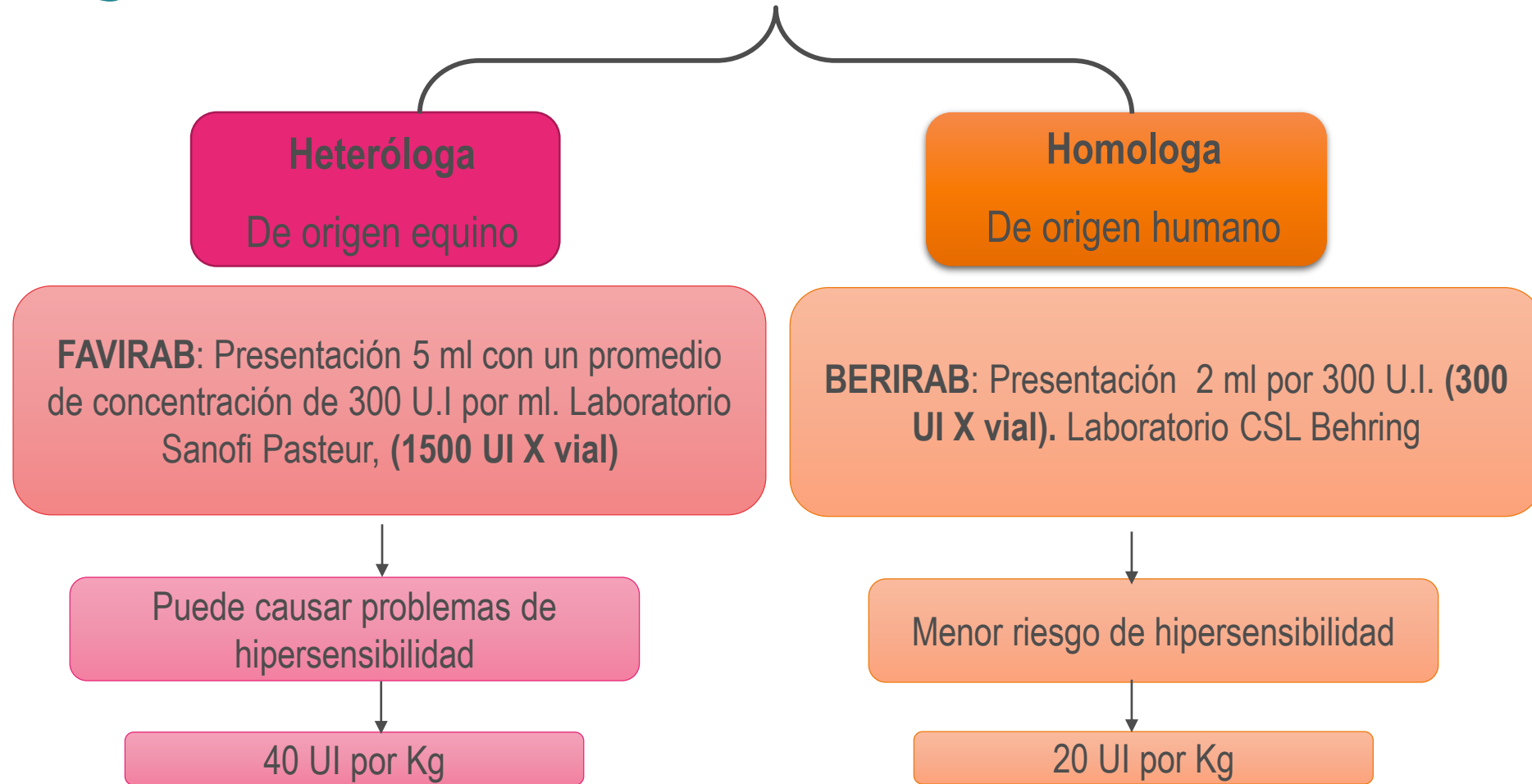
Fuente: MMWR: General recommendations on immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). 2006 (115)

Retrasa la administración de alguna dosis del esquema, **este no se reinicia**, se debe completar así haya recibido una sola dosis y **hayan pasado varios meses**, hasta terminar esquema

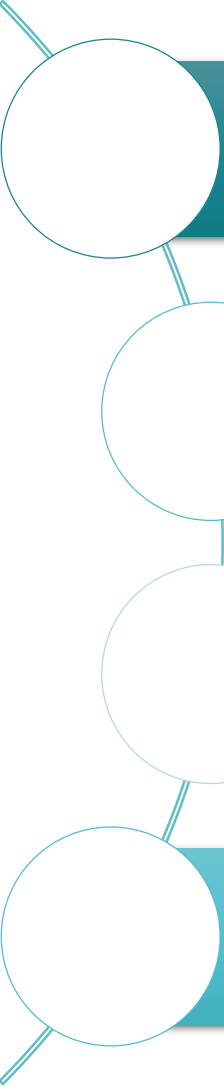
Imunocomprometidos (exposición grave), quinta dosis (días 21 a 28). Valoración Ac 2 a 4 semanas después.

Revacunación: Menos de 3 meses con esquema completo solo manejo de la herida. Mas de 3 meses aplicar dos dosis en los días 0 y 3.

Inmunoglobulina Antirrábica o Suero Antirrábico



La aplicación deberá hacerse lo más pronto posible preferiblemente dentro de las 72 horas post exposición y **nunca después del 7 día de iniciada la vacunación**



Las mordeduras en las puntas de los dedos de las manos y los pies, lóbulos de las orejas, área nasal o en los genitales externos pueden ser inyectadas con seguridad, evitando la presión excesiva.

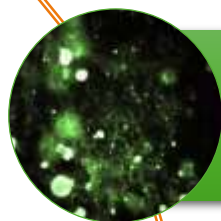
En exposición de mucosa sin herida, se aplica en el sitio de contacto la mayor cantidad de inmunoglobulina anatómicamente posible y el resto se aplica intramuscular.

Al aplicar la inmunoglobulina deberá esperar 4 meses para aplicar las vacunas de sarampión, rubeola, paperas y 5 meses para varicela, por la posibilidad de interferencia de anticuerpos.

Independientemente del tiempo de exposición y del estado de la herida, si la persona no ha recibido vacuna antirrábica, amerita la aplicación de inmunoglobulina.

Confirmado de rabia humana

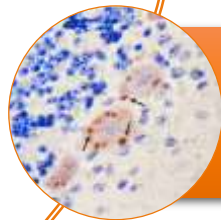
Caso probable de rabia humana confirmado por :



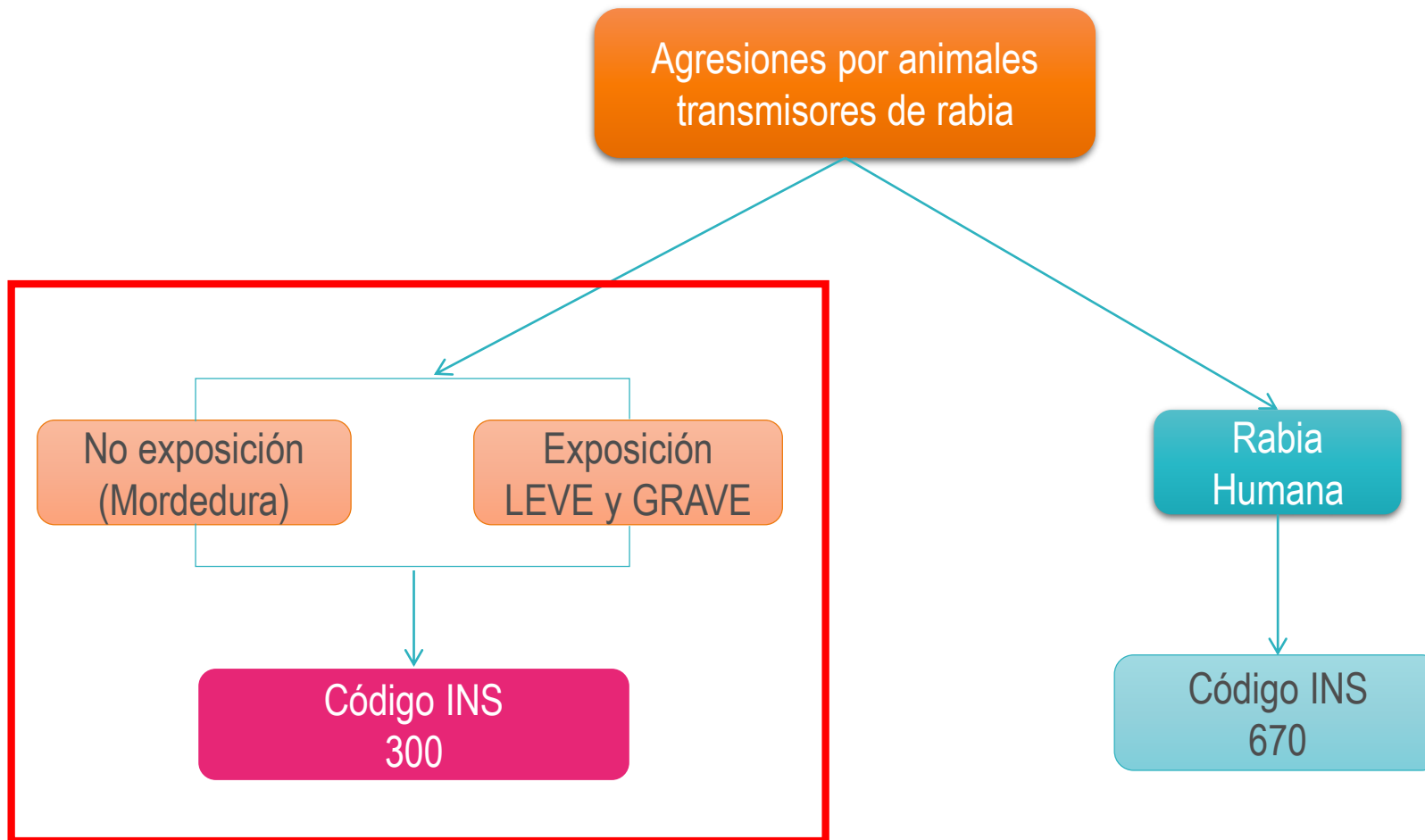
Inmunofluorescencia directa (IFD) positiva



Aislamiento del virus rábico a través de inoculación a ratones (prueba biológica) positiva



Detección de antígenos virales rábicos por técnica de inmunohistoquímica



Recomendaciones a la salida del paciente

Si el animal fallece, desarrolla síntomas o se pierde.

Signos de alarma, enfatizar en neurológicos y cambios en el estado general de la persona, como la aparición de temblores, disartrias, desorientación, movimientos tónicos, náuseas o vómito, agitación o irritabilidad.

Cuidados de la herida, enfatizando en signos como: enrojecimiento, edema, sangrado, secreción purulenta, dolor o parestesia, fiebre, cefalea.

Evitar consumo de alcohol y SPA. Cumplir esquema de vacunación.

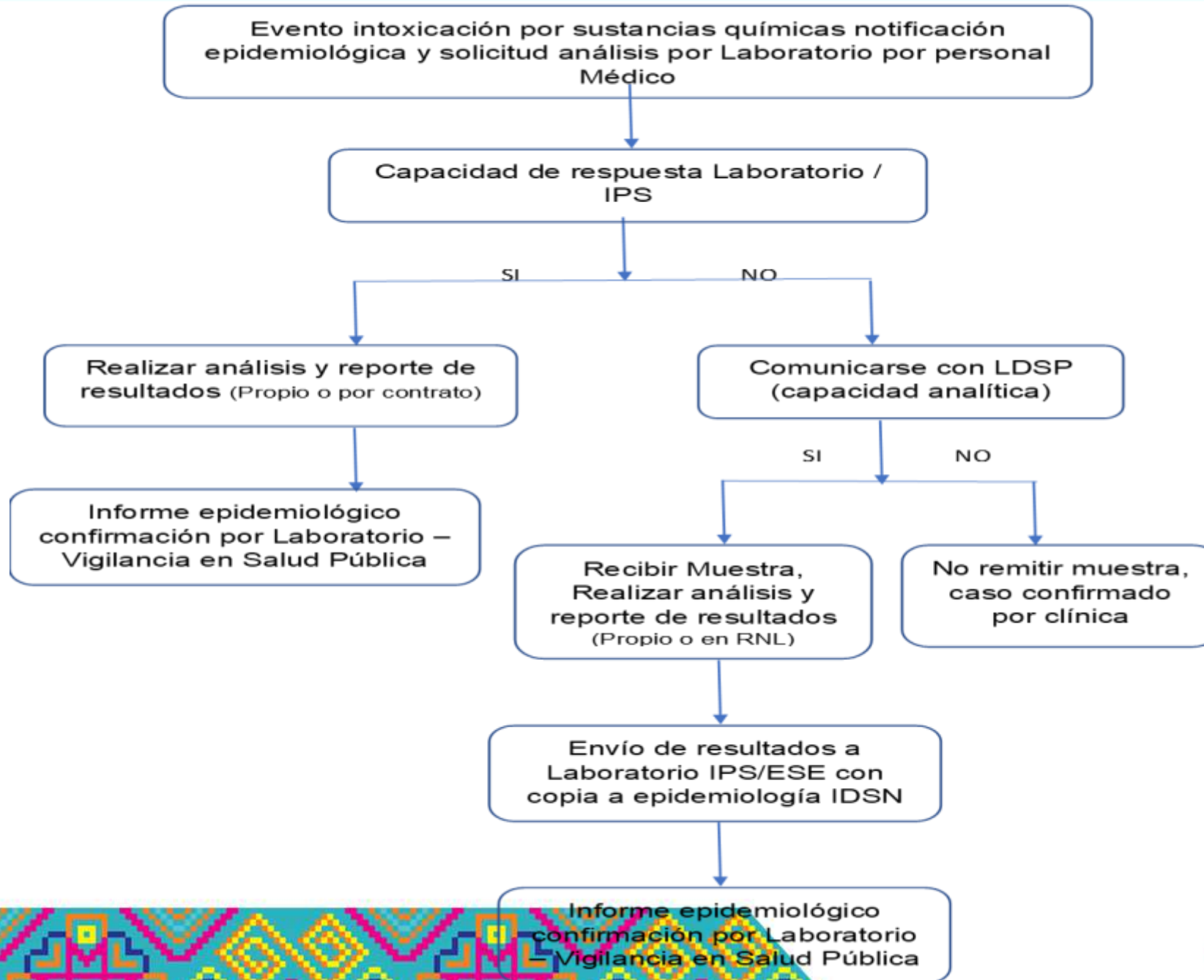
VIGILANCIA DE EVENTOS DE INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS QUÍMICAS y ETA - COMPONENTE LABORATORIO

Causas de Intoxicación

- Ocupacional
- Accidental
- Intencional Suicida
- Intencional Homicida
- Desconocida
- RAM (Farmacovigilancia)

VIAS DE EXPOSICIÓN

- Dérmica (accidental)
- Respiratoria (volátiles)
- Oral (pediatría)
- Parenteral (sobredosis autoformulación).





Vigilancia Epidemiológica de eventos inmunoprevenibles Evento : TOSFERINA

Teodulia Rodríguez Bermúdez
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO



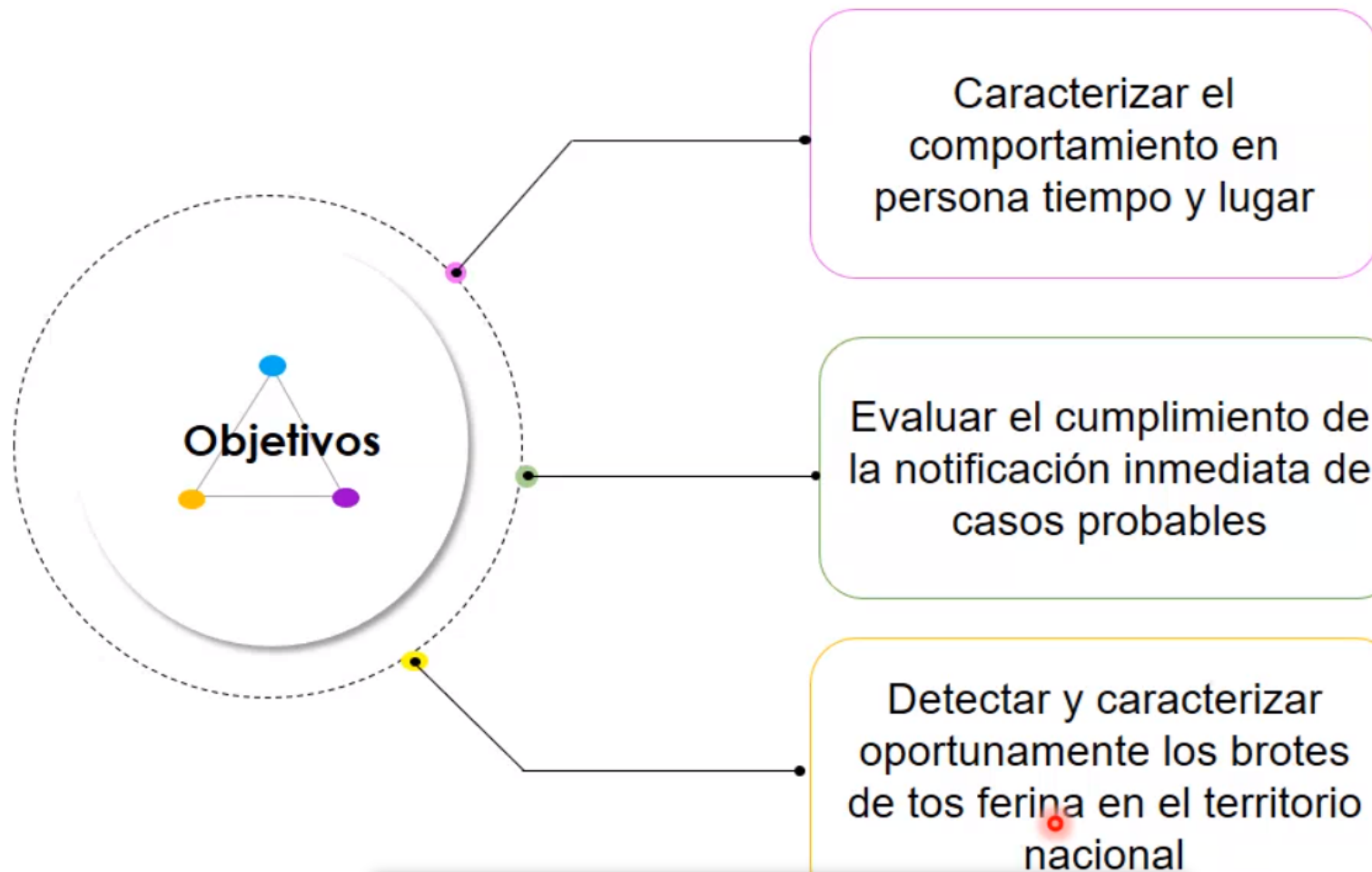
Tosferina (Evento Control Nacional)

Disminución de la
incidencia de la
enfermedad
Causada por Bordetella
Pertussis.

Se Previene

Con la vacuna Pentavalente
Que se aplica a los niños a los
2, 4, 6 y 18 meses.
Refuerzo con DPT a los 5 años

Objetivos de la vigilancia



**Menor de 3
meses**

- Toda infección respiratoria aguda, acompañada presento al menos de uno de los siguientes síntomas: tos en accesos, estridor, apnea, cianosis o vómito después de toser.

**De 3 meses a
12 años**

- Toda infección respiratoria con tos de más de una semana de duración acompañada de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor o vómito después de la tos, sin otra causa aparente. O niños con de tos paroxística intensa acompañada de estridor de cualquier tiempo de evolución

**Mayor de 12
años**

- Toda infección respiratoria acompañada de tos prolongada de más de dos semanas de duración y presencia o no de paroxismos, expectoración y vomito



Difteria (Evento Eliminación)

Ausencia de casos, a
pesar de que persiste
el agente causal



Se Previene

Con la vacuna Pentavalente
Que se aplica a los niños a los
2, 4, 6 y 18 meses.
Refuerzo con DPT a los 5 años

Características de la enfermedad

Etiología

- La difteria es una enfermedad producida por la bacteria *Corynebacterium diphtheria*, la cual afecta principalmente vías respiratorias altas y en ocasiones la piel.
- *Corynebacterium diphtheria*, hace que haya una membrana la cual dificulta la deglución y la respiración.
- La cual genera una toxina y puede hacer complicaciones como neuropatías y miocarditis.



<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-54718771>

Población en riesgo

- Personas no vacunadas
- Que vivan o viajen a un país donde hayan casos de difteria
- Personas inmunodeprimidas
- Personas que vivan en hacinamiento

Signos síntomas

- Dolor de garganta
- Sintomatología respiratoria
- Fiebre
- Pseudomembrana
- Edema en el cuello
- Lesiones en piel



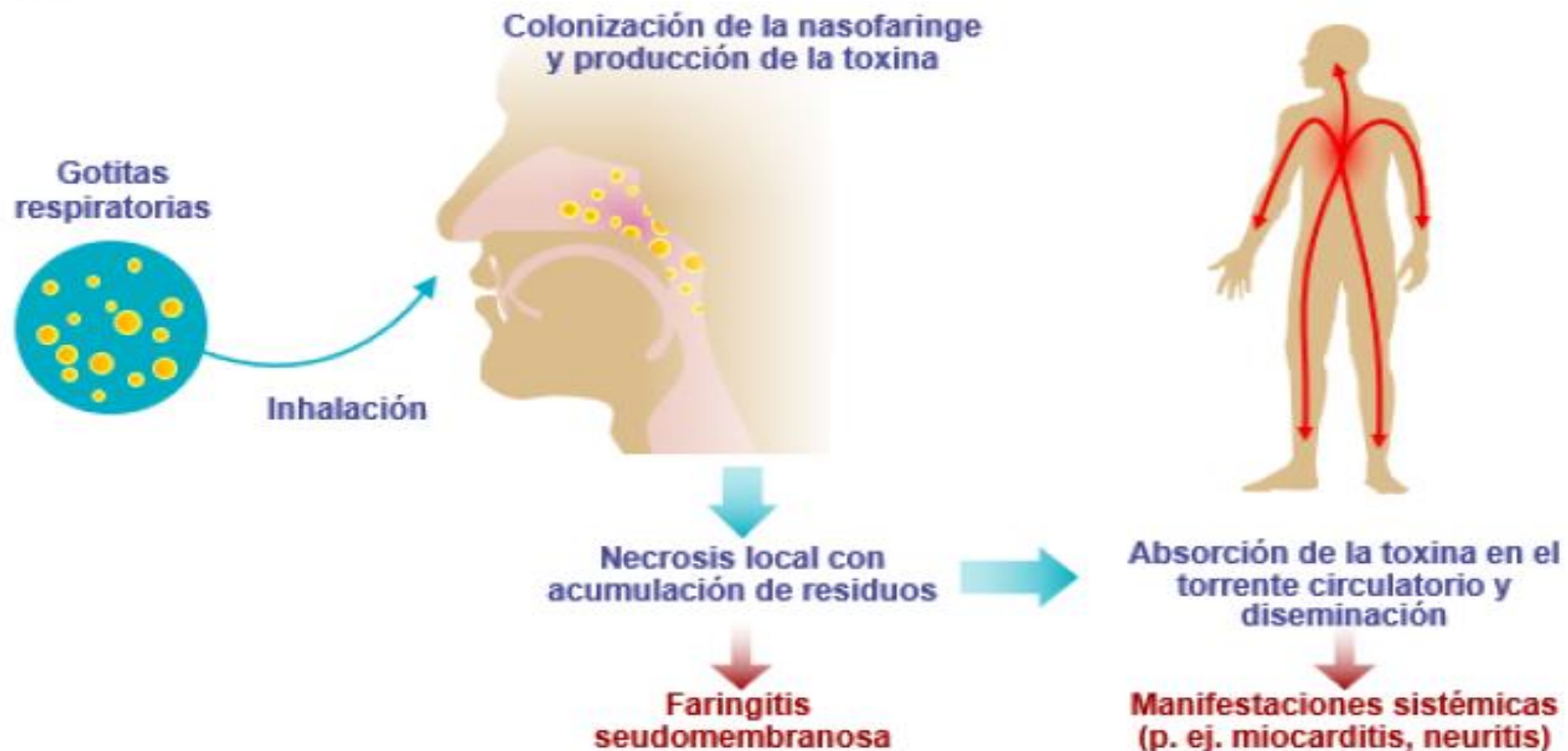
Modo de transmisión

- Principalmente por contacto directo con persona infectada por inhalación de partículas de tos o estornudos.

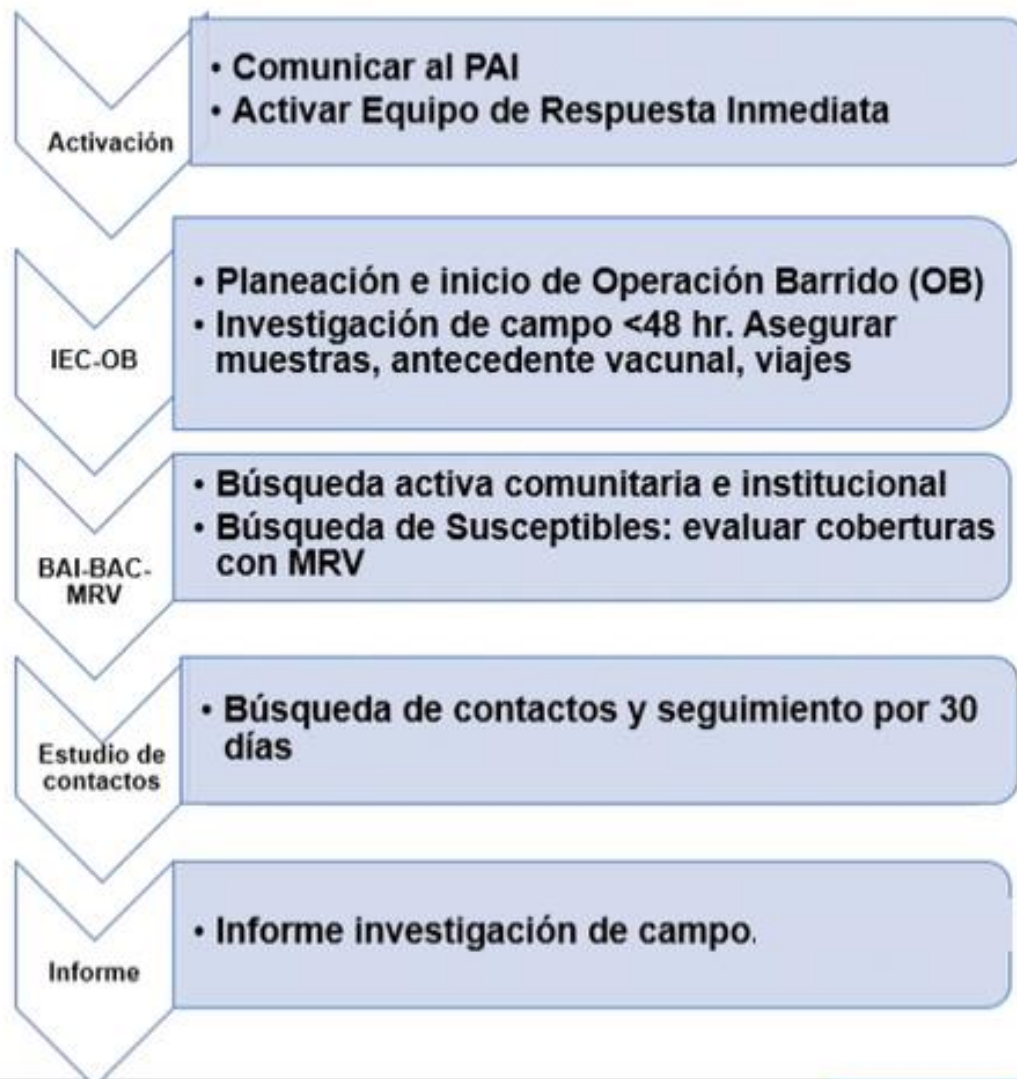
Definición operativa de caso

Definición clínica: paciente que presenta una enfermedad aguda de las amígdalas, faringe, nariz, y se caracteriza por una o varias placas grisáceas adherentes confluentes e invasoras, con una zona inflamatoria circundante de color rojo mate, dolor de garganta, aumento de volumen del cuello, fiebre, cefalea y grado variable de compromiso del estado general. La enfermedad puede afectar otras localizaciones como mucosas y piel.

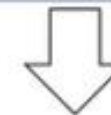




Acciones ante un caso altamente probable



Laboratorio



- Confirma el diagnóstico
- Demostrando la producción de toxinas mediante una reacción de inmunoprecipitación (la prueba de Elek modificada).
- Cultivo primario en medio de telurita sanguínea seguido de cultivo selectivo en medio cistinasa (Tinsdale).
- Usar pruebas de detección y bioquímicas para identificar la especie.
- La prueba confirmatoria de la difteria se basa en la detección fenotípica de la toxina (prueba de Elek).

El proceso de vigilancia debe **orientar acciones inmediatas** relacionadas con los casos probables, a fin de :

- Determinar la presencia de un posible brote o casos aislados
- Determinar la fuente de infección para focalizar las acciones de control pertinentes.

Todos los casos probables deben generar acciones individuales y acciones colectivas para garantizar una adecuada vigilancia.

Un solo caso confirmado se considera brote



Vigilancia Epidemiológica de eventos inmunoprevenibles Eventos : Parotiditis - Varicela

Teodulia Rodríguez Bermúdez
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo de 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO



Se Previene

Con la vacuna de triple viral que se debe aplicar al año de edad y refuerzo a los 18 meses (antes a los 5 años)



Vigilancia Epidemiológica de eventos inmunoprevenibles Eventos : Varicela

Teodulia Rodríguez Bermúdez
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo de 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO



Se Previene

Con la vacuna de Antivaricela que se debe aplicar primera dosis al año de edad y refuerzo a los 5 años)

- 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.



- La varicela es infectocontagiosa, de carácter benigno, ampliamente distribuida en el mundo.
- Producida por el virus varicela-zóster (VVZ).
- Es en la actualidad la infección exantemática más frecuente.
- Su presentación es endémica con período que se tornan epidémicos en ciclos de 3-4 años.
- Prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida, estimándose que más del 90 % de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años.

- La vigilancia en salud pública de varicela es indispensable realizarla debido a su alta incidencia anual.
- Requiere de la identificación oportuna de los casos y brotes que se presentan generalmente en recintos cerrados (colegios, jardines, guarderías, batallones, refugios, policía, centros penitenciarios y carcelarios, entre otros).
- Se hace necesario disponer de información que permita evaluar el impacto de las políticas de vacunación establecidas desde el año 2015 a niños de un año y así identificar y caracterizar posibles cambios en la epidemiología de la enfermedad a partir de la introducción de la vacuna en el país.



Vigilancia Epidemiológica de eventos inmunoprevenibles Evento : **MENINGITIS**

Teodulia Rodríguez Bermúdez
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO



Meningitis (Evento Control nacional)

Disminución de la
incidencia de la
enfermedad



Signo de Brudzinski en el cuello

ADAM.



Prevención

Dos vacunas contra los agentes
más frecuentes causantes de
esta enfermedad en los menores
de cinco años (H. influenzae tipo
B y Streptococcus pneumoniae)

La meningitis es una inflamación de las membranas (meninges) que rodean el cerebro y la médula espinal.

La mayoría de los casos de meningitis son producto de una infección viral, pero otras causas son las infecciones bacterianas, parasitarias y micóticas.

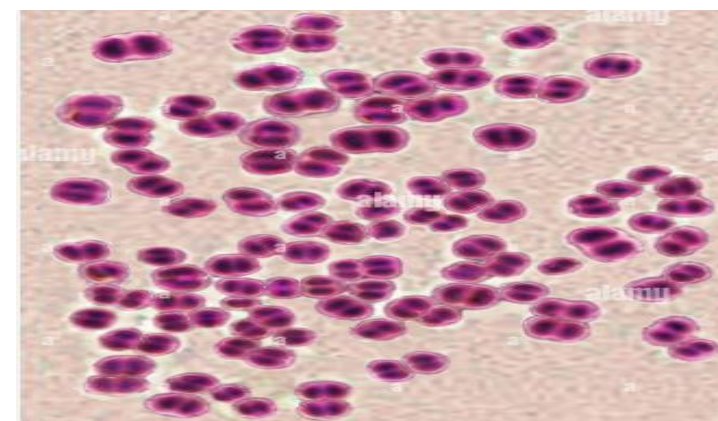
La vigilancia está enfocada a meningitis bacterianas causadas por:

- *H. influenzae*
- *Streptococcus pneumoniae*
- La enfermedad Meningocócica (meningitis bacteriana y sepsis).

La forma de transmisión es: por contacto directo con secreciones de vías nasales y faríngeas de personas infectadas

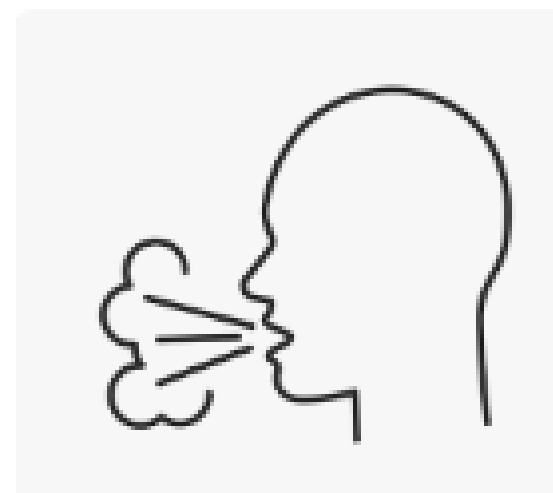
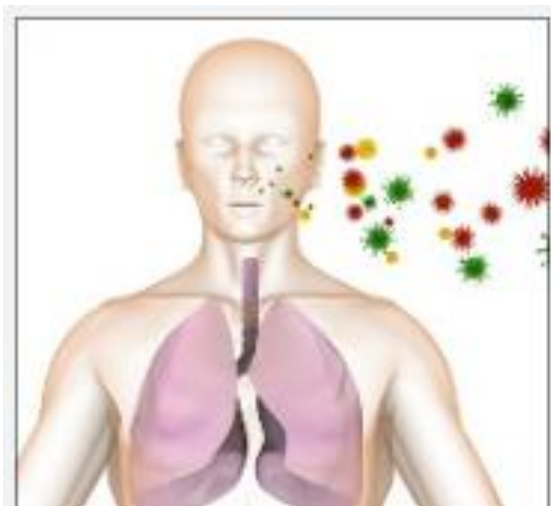
Características de los agentes bacterianos relacionados con meningitis

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	<p><i>Haemophilus influenzae</i>: coco bacilo Gram negativo, serotipos B, A y no tipificable.</p> <p><i>Streptococcus pneumoniae</i>: 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.</p> <p><i>Neisseria meningitidis</i>: diplococo Gram negativo, se han descrito 13 serogrupos, de los cuales los que causan enfermedad invasora son: A, B, C, W, X y Y; sin embargo, en la literatura se ha descrito a los serogrupos A, C y W como los de mayor potencial epidémico.</p>



Características de los agentes bacterianos relacionados con meningitis

Modo de transmisión	<p>Por contacto directo* con secreciones de vías nasales y faríngeas de personas infectadas.</p> <p>*El contacto directo con una persona con enfermedad neumocócica, por lo general, ocasiona un estado de portador nasofaríngeo del microorganismo sin afección clínica.</p>
Periodo de incubación	<p><i>Haemophilus influenzae tipo B</i>: dos a cuatro días</p> <p><i>Streptococcus pneumoniae</i>: uno a cuatro días</p> <p><i>Neisseria meningitidis</i>: dos a 10 días, con promedio de cuatro días.</p>



Características de los agentes bacterianos relacionados con meningitis

Susceptibilidad

Edad: en la infancia, niñez temprana y mayores de 60 años.

Personas en contacto cercano y prolongado con pacientes con Meningitis bacteriana por *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*.

Personas con sistema inmunológico debilitado o inmunosuprimido (Ej.: infección por VIH) u otras afecciones.

Poblaciones confinadas como guarniciones militares, establecimientos penitenciarios, centros de protección.

Tabaquismo y /o Alcoholismo.

Hacinamiento

Reservorio

Los seres humanos



Vigilancia Epidemiológica de eventos inmunoprevenibles Evento : TETANOS Neonatal y Accidental

Teodulia Rodríguez Bermúdez
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO



Tétanos Neonatal (Evento Eliminación)

Ausencia de casos, a
pesar de que persiste el
agente causal

Se Previene

Con la vacuna de Td
Aplicado a las mujeres en edad fértil,
durante de la gestación y con la
atención del parto institucionalizado.

Es la infección del muñón umbilical del recién nacido debido a la introducción de esporas tetánicas a través del corte del cordón umbilical, generalmente durante partos no atendidos institucionalmente.

Se puede producir también después del parto, al “curar” el muñón umbilical con sustancias contaminadas.



Caso Probable

Todo recién nacido que haya tenido una enfermedad con las características del tétanos en el primer mes de vida habiendo llorado y alimentado normalmente durante los dos primeros días de vida.



Caso confirmado por clínica

RN que presente tres características clínicas :

- Alimentación y llanto normales durante los dos primeros días de vida.
- Comienzo de la enfermedad entre el tercero y el vigésimo octavo día de vida.
- Incapacidad o dificultad para succionar (presencia de trismo), seguida de rigidez muscular generalizada y/o convulsiones (espasmos musculares) entre los tres y **28 días de nacido**.





Protocolo de Vigilancia del Tétanos Neonatal

Código 770

Versión: 3

Fecha: 10 de abril 2022

Grupo de Enfermedades Transmisibles Prevenibles
por Vacunación y Relacionadas con la Atención en Salud

transmisibles@ins.gov.co





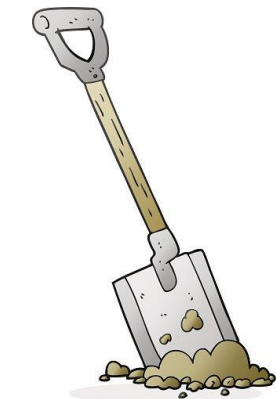
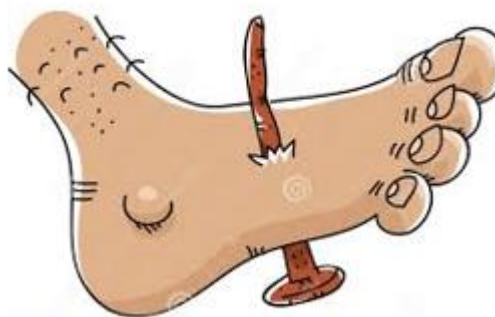
Vigilancia Epidemiológica de eventos inmunoprevenibles Evento : Tétanos Accidental

Teodulia Rodríguez Bermúdez
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

- *Causado por el bacilo Clostridium tetani*
- Bacilo anaerobio, las esporas, son muy resistentes al calor y a los antisépticos, pueden sobrevivir en autoclave a 121 °C durante 10 a 15 minutos.
- La transmisión ocurre por entrada de las esporas en el organismo a través de heridas, desgarros, quemaduras, traumas de piel, aplicación de inyecciones contaminadas y lesiones con elementos contaminados.
- También se han encontrado casos posteriores a operaciones quirúrgicas, extracciones dentales, otitis medias y mordeduras.



- El periodo de incubación está entre 3 y 21 días, generalmente es de unos 8 a 10 días.
- Las esporas se encuentran en el polvo y en la tierra, en las aguas fangosas y estancadas, en las espinas, en los metales oxidados, en los instrumentos de trabajo de campo.
- El suelo contaminado con excrementos de animales o tratado con abonos a base de estiércol contiene gran cantidad de esporas.



- Caracterizar en tiempo, lugar y persona los datos socio-demográficos, los antecedentes clínicos y epidemiológicos de los casos que se notifican.
- Determinar la tendencia del tétanos accidental en los municipios y el Departamento.
- Establecer la incidencia de tétanos accidental.
- Estimar la letalidad del evento.

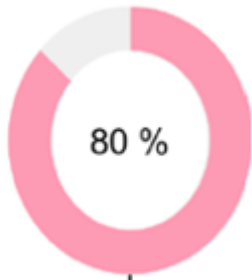
- Notificación de los casos probables.
- Realizar la investigación adecuada de todo caso sospechoso o confirmado **en los primeros 7 días** después de la notificación.
- Orientar las medidas de control frente a un caso sospechoso o confirmado.
- Revisión de registros de defunción
- Búsqueda activa Institucional y Comunitaria

Es preciso que todo caso de tétanos accidental sea investigado con el fin de establecer qué factores estuvieron implicados en la infección y cuáles pueden ser intervenidos para evitar casos futuros.

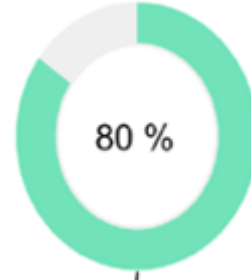
Es necesario indagar por los siguientes datos:

- La ocupación de la persona.
- Los 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.
- Si el caso fue tratado en un servicio de salud, será necesario explorar las características de manejo dado a la herida.

Indicadores de vigilancia



Oportunidad en la
notificación de
casos



Oportunidad en la
investigación de campo
en menos de 8 días (7
días)



Proporción de incidencia
para tétanos accidental



Vigilancia Epidemiológica de eventos inmunoprevenibles Evento : Parálisis Flácida Aguda - PFA

Teodulia Rodríguez Bermúdez
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

PARALISIS FLACIDA AGUDA (EVENTO ERRADICACIÓN)



PFA (Evento Erradicación)

Ausencia de casos, y
de agente causal



Se Previene

Con la vacuna anti poliomielítica:
Esquema: 2 - 4 – 6 y 18 meses
(polio inactivada VIP).

Refuerzo: a los 5 años con VOP

El objeto de la vigilancia es mantener la certificación de la erradicación en Colombia y seguir las recomendaciones del **plan estratégico para la erradicación mundial** de la poliomielitis y la fase final 2019-2023

El Plan estratégico **es una estrategia integral y a largo plazo** que prevé lo necesario para que el mundo esté exento de poliomielitis.

Prevé la erradicación de todo tipo de poliomielitis, ya sea causada por polio virus salvajes o por polio virus circulantes de origen vacunal.



El Plan tiene cuatro objetivos.

- Detectar e interrumpir la transmisión de polio virus
- Fortalecer los sistemas de inmunización y retirar la vacuna anti poliomielítica oral.
- Confinar los polio virus y certificar la interrupción de la transmisión.
- Planificar el aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomielitis.

Las estrategias para el mantenimiento de la erradicación según la OPS deben orientarse a alcanzar y mantener coberturas de vacunación superiores a 95% en la población objeto, y a **asegurar un sistema de vigilancia epidemiológica** que garantice la investigación oportuna de los casos y el control oportuno de los brotes.

Acciones a realizar

Periodicidad del
reporte



La información se reportará de manera super-inmediata.

Investigación



La IEC se realizará en las primeras 48 horas después de la notificación siguiendo los lineamientos establecidos.

Recolección de
muestras



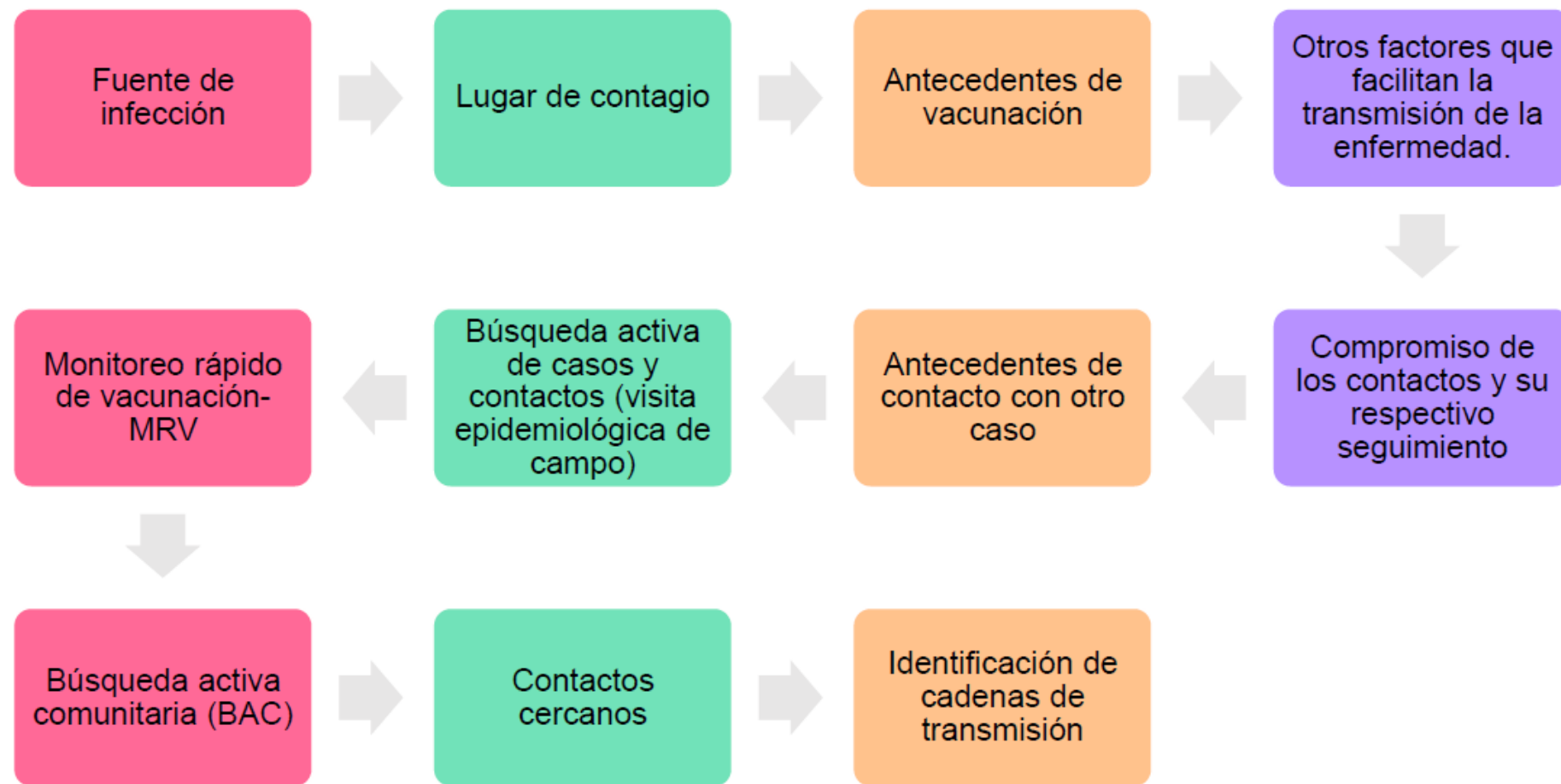
La muestra es materia fecal, la cual deberá ser tomada en la IPS en los primeros 14 días de iniciada la parálisis; las heces deben ser recolectadas en envases plásticos boca ancha y tapa rosca; la cantidad optima es de 3 a 5 gr.

Unidad de análisis



Se hace UA a casos sin muestra o muestra tardía (mayor a 14 días de inicio de parálisis), muestra rechazada o casos fallecidos.

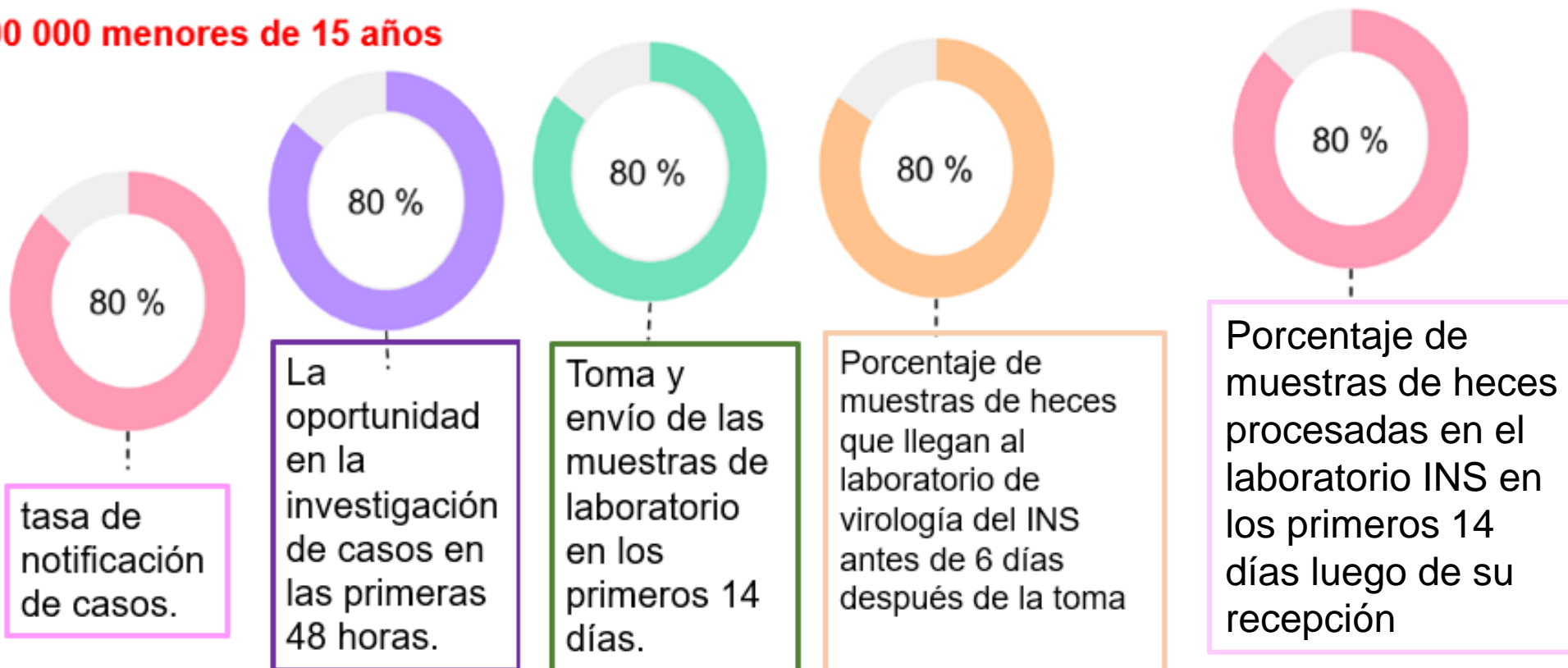
Objetivo de la investigación



Indicadores de vigilancia

Tasa de notificación de casos

Un caso al año por 100 000 menores de 15 años



Ajustes

Los ajustes a la información de casos probables PFA y la clasificación final se deben realizar a más tardar dentro de las 10 semanas siguientes al inicio de parálisis para cumplir con los indicadores internacionales.

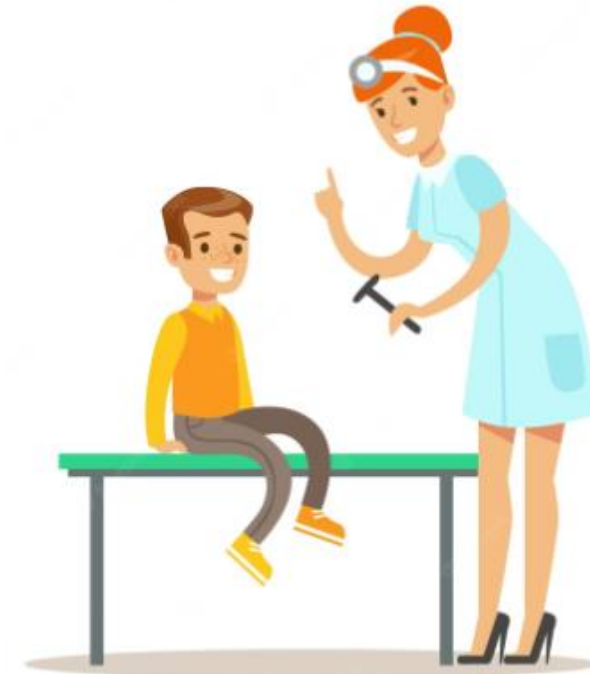
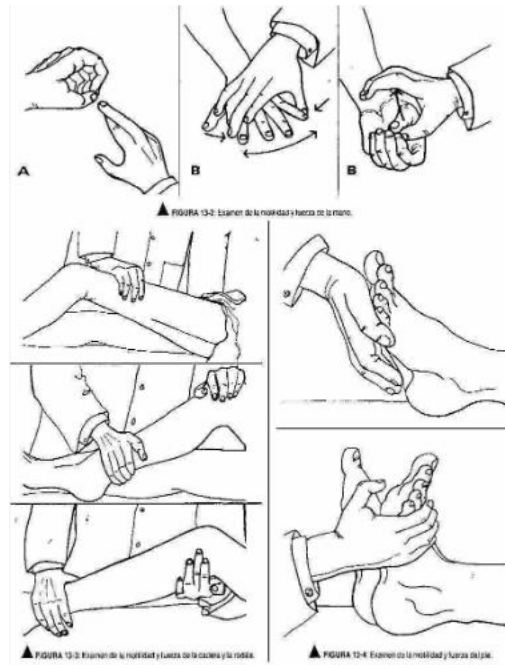
La clasificación de un caso como probable también es provisional; debe reclasificarse como: confirmado, compatible, relacionado con la vacuna o descartado.

La clasificación o ajuste final de casos en el aplicativo Sivigila demanda los siguientes criterios o códigos:

- Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio.
- Ajuste 6: caso descartado por laboratorio
- Ajuste D: por error de digitación



Garantizar la valoración neurológica de 30, 60 y 90 días a partir de la fecha de inicio de la parálisis (según dato de la ficha de notificación), (esta puede realizarla un médico general), debe diligenciar el formato establecido por el INS.



Caso probable que fallece: Se debe realizar necropsia y se tomarán muestras para aislamiento viral y estudio anatómo-patológico.

Las muestras de tejido se deben obtener de todo paciente que haya fallecido.

Se deben garantizar muestras de cerebro, bulbo raquídeo, médula espinal, nervio periférico.

Esta muestra debe ser remitida al grupo de patología y de virología del INS, a través del LSP, con copia de ficha de notificación y de la historia clínica completa (no se deben enviar epicrisis o resúmenes).

La muestra debe estar rotulada con nombre completo del paciente, documento y fecha de recolección, para remitir al LSPD lo antes posible (<24 horas) y el LSPD deberá remitirla en las primeras 72 horas o antes de seis días al laboratorio de polio del Grupo de Virología del INS.





Vigilancia Epidemiológica de eventos inmunoprevenibles Evento : SARAMPION - RUBEOLA

Teodulia Rodríguez Bermúdez
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO



Sarampión / Rubeola (Evento Eliminación)

Ausencia de casos, a
pesar de que persiste
el agente causal



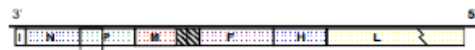
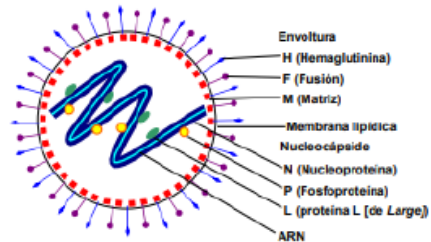
Se Previene

Con la vacuna de triple viral que
se debe aplicar al año de edad y
refuerzo a los 18 meses (antes a los
5 años)

Características generales del sarampión

Agente

Virus de la familia *Paramyxoviridae*, género *morbillivirus*



Número aproximado de nucleótidos

52 1683 1648 1482 2368 1953 6639

I = secuencia señal C = proteína no estructural

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)

Características generales del sarampión

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.



VIGILANCIA VIH/SIDA

Gysel Estrada Miño
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo de 2022

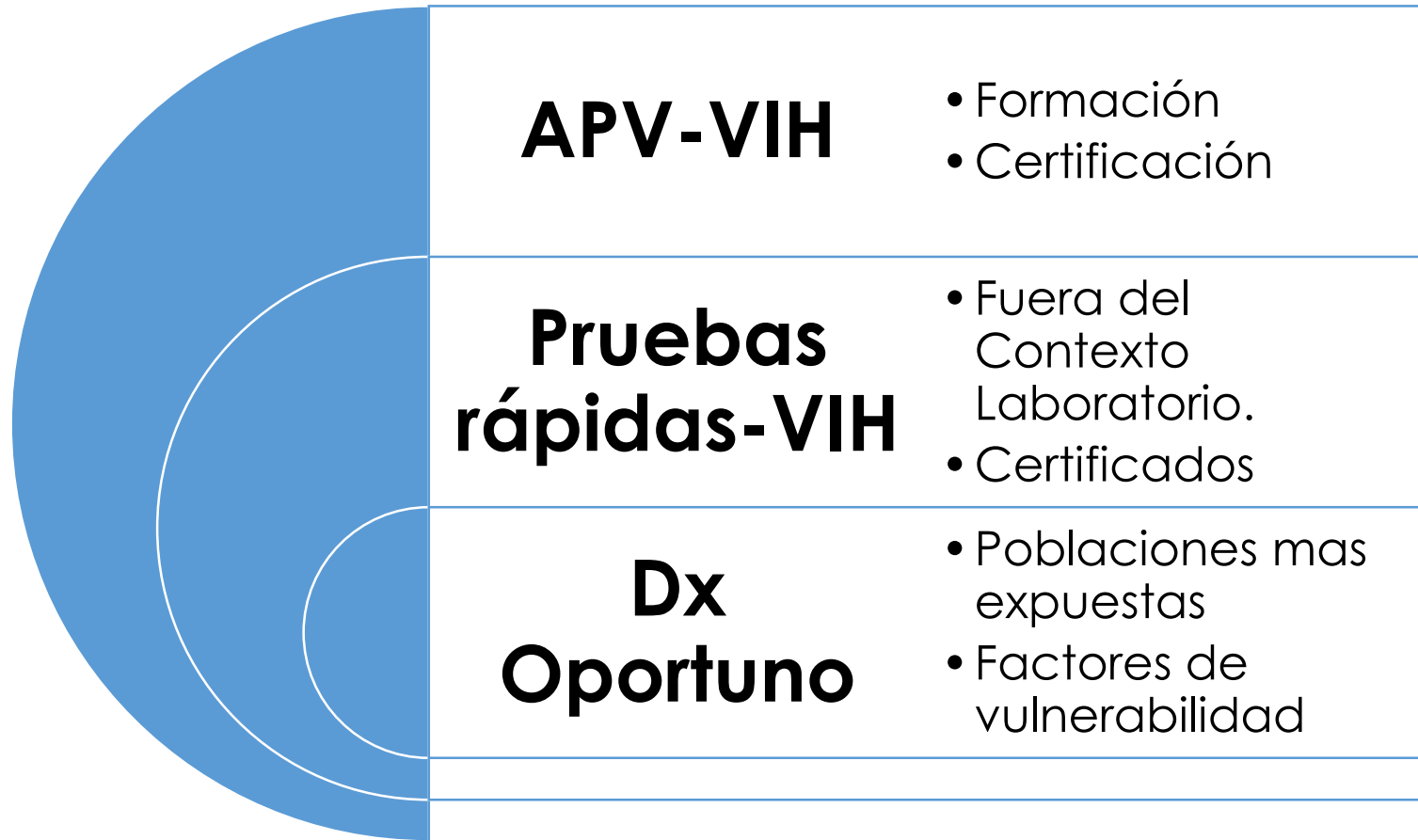
Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Datos y cifras

- Para alcanzar el nuevo **objetivo mundial «95/95/95»** propuesto por ONUSIDA, tendremos que redoblar esfuerzos para evitar la hipótesis más desfavorable: **7,7 millones de muertes relacionadas con el VIH en los próximos 10 años**, un aumento de las infecciones como consecuencia de las interrupciones en el servicio del VIH durante la pandemia de COVID-19 y la ralentización de la respuesta de salud pública al virus.
- El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado 40,1 millones de vidas (los cálculos oscilan entre los 33,6 y los 48,6 millones).

Fuente: OMS

Norma	Descripción
Resolución 2338 de 2013	Acceso al diagnóstico y entrenamiento en pruebas rápidas de VIH , sífilis y otras ITS.
Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C, Colombia 2018 - 2021	Detección temprana y la atención integral de las personas en el reconocimiento de sus individualidades y de las condiciones diferenciales.
Circular externa 012/2018 INS	Obligatoriedad de notificación universal VIH .
★ GPC	Atención integral basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA
Circular 13/2019 MSPS	Acciones de Gestión en Salud Pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia.
Protocolo de vigilancia en salud pública VIH/sida	Guía técnica que estandariza criterios, de obligatorio cumplimiento
ETMI-PLUS COLOMBIA 2019-2030	MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS, LA HEPATITIS B Y LA ENFERMEDAD DE CHAGAS



Articular

RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO PERINATAL




Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



Evento	Código INS	Notificar desde	Notificación Inmediata	Ajustes	Ficha	Edad
VIH/SIDA/ Mortalidad por SIDA 	850	Conf. Laboratorio	No	6, D,7	F:CA + F:CB-L	Toda las edades

Fuente: Protocolo de vigilancia sífilis gestacional- congénita

Importante!

Algoritmo diagnóstico en niños menores de 18 meses



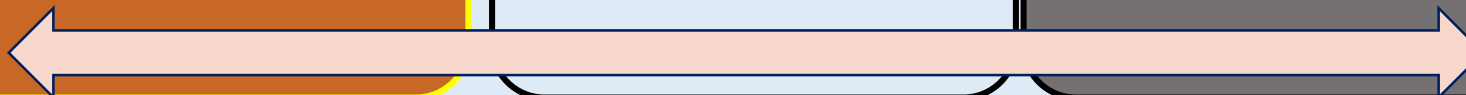
**1. Algoritmo
diagnóstico en niños
menores de 18
meses con bajo
riesgo para la TMI
del VIH.**



**2. Algoritmo
diagnóstico en
niños menores
de 18 meses
con Alto riesgo
para la TMI del
VIH.**



**3. Algoritmo diagnóstico
en menores de 18
meses con sospecha o
cuadro sugestivo de
VIH, sin conocimiento
del estado serológico
de la madre.**



Importante!

Algoritmos



4 Personas mayores de 18 meses, no gestantes



5 Personas gestantes



Menores de 18 meses Notificación

**2 Cargas Virales
detectables / positivas**

Diagnostico

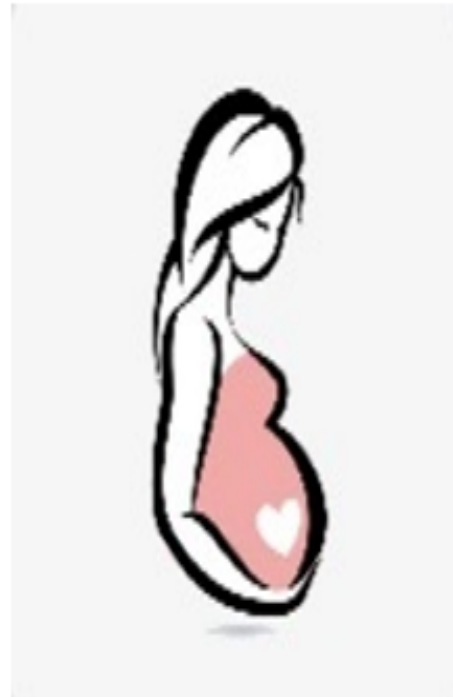


***Considerar carga viral de ARN como detectable si su resultado es mayor al límite de detectabilidad de la prueba utilizada.**

**Menores de 18 meses:
2 pruebas de carga viral ARN
detectables**

A) Bajo riesgo para la TMI de VIH

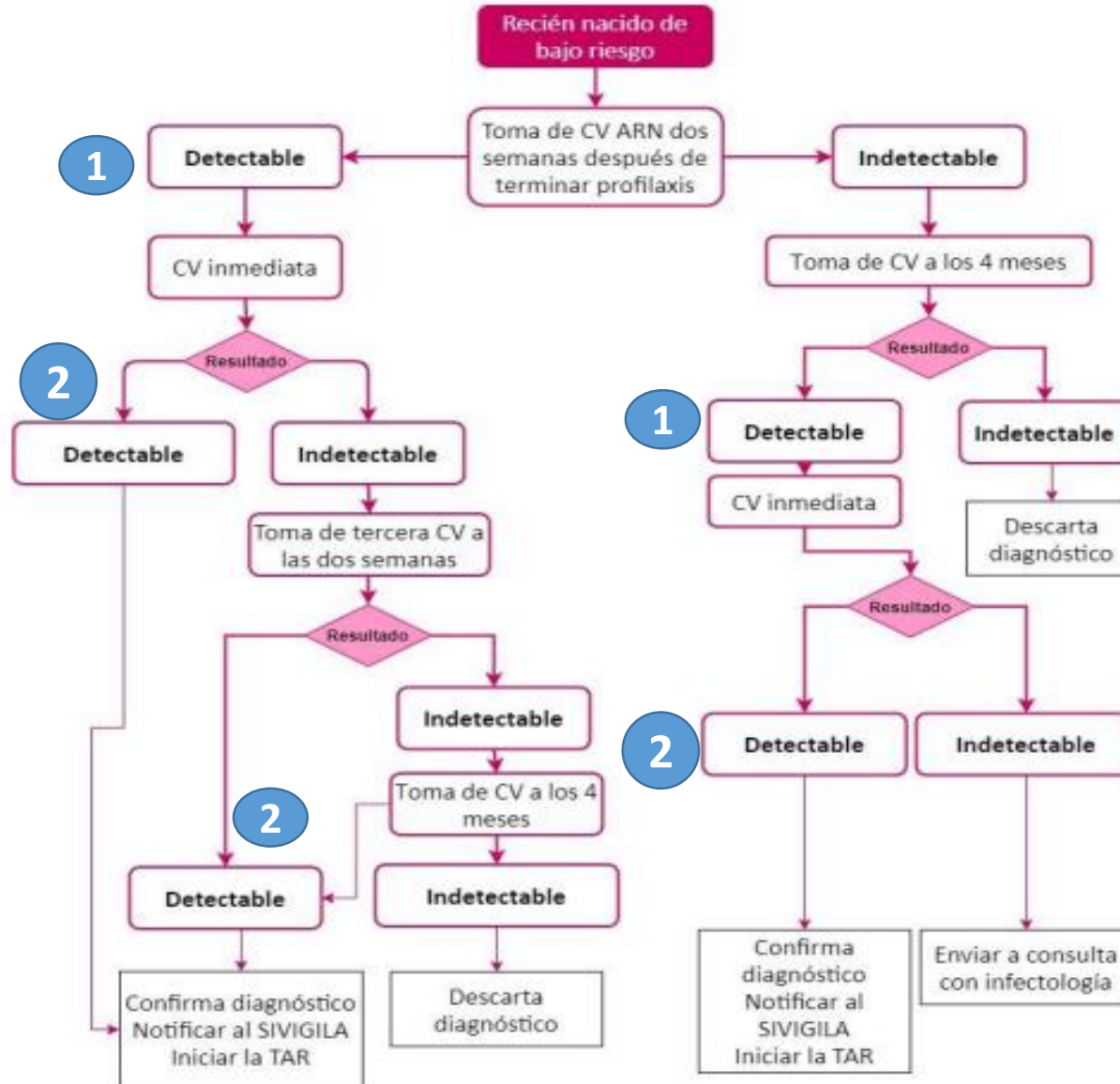
Recibe terapia antirretroviral (TAR) durante la gestación y carga viral "no detectable" cerca al parto (2-4 semanas antes del parto).



B) Alto riesgo para la TMI de VIH

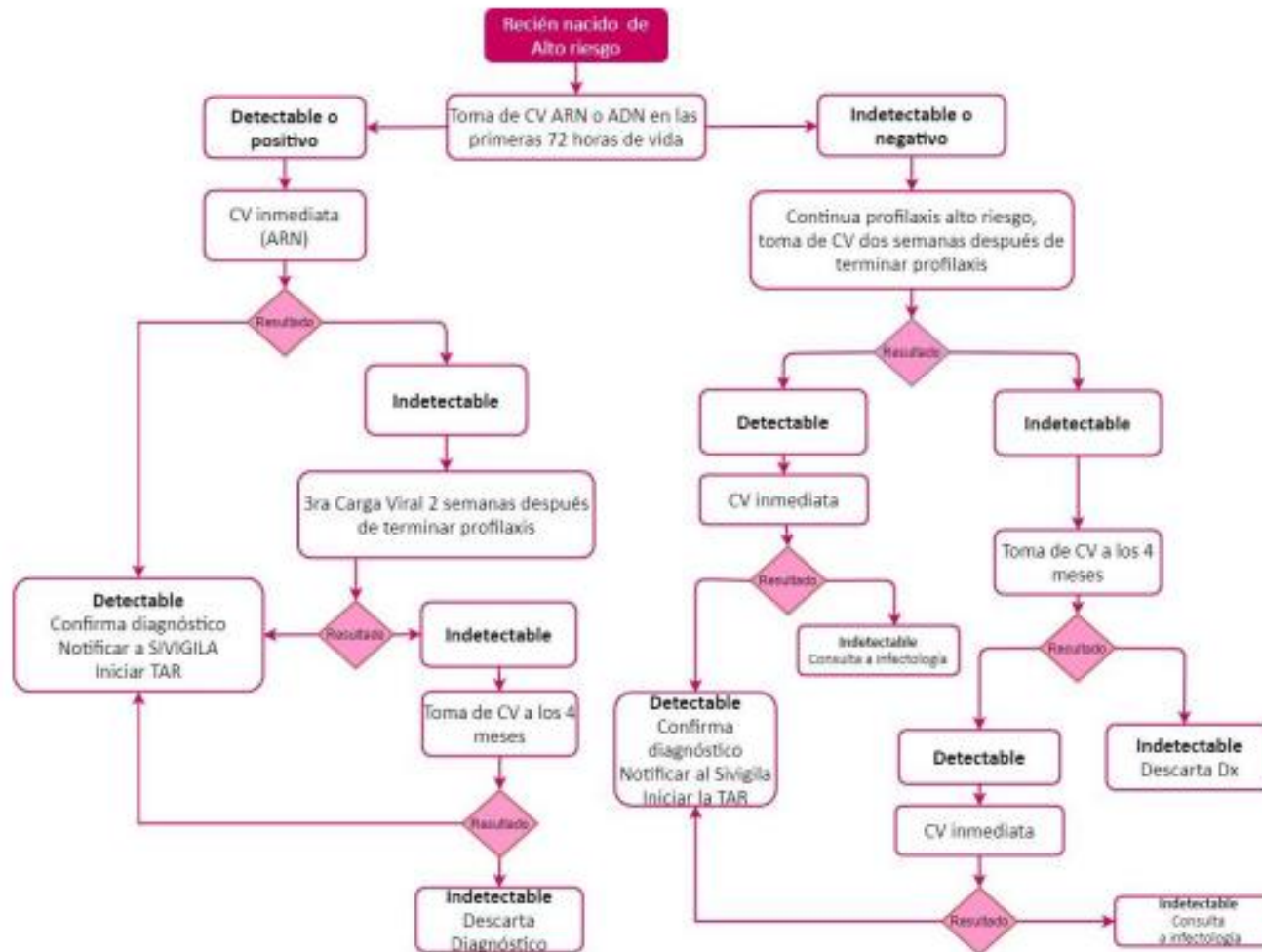
No recibieron TAR durante la gestación
Solo recibieron TAR intraparto
Recibieron TAR anteparto e intraparto, pero con carga viral detectable cerca al parto (2-4 semanas antes del parto) Madres con infección retroviral aguda durante la gestación; **madres con estado serológico desconocido o con prueba positiva intraparto;** recién nacido en situación de restablecimiento de derechos con pruebas presuntivas positivas para VIH.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico en niños menores de 18 meses con bajo riesgo para la TMI del VIH.



Notas:

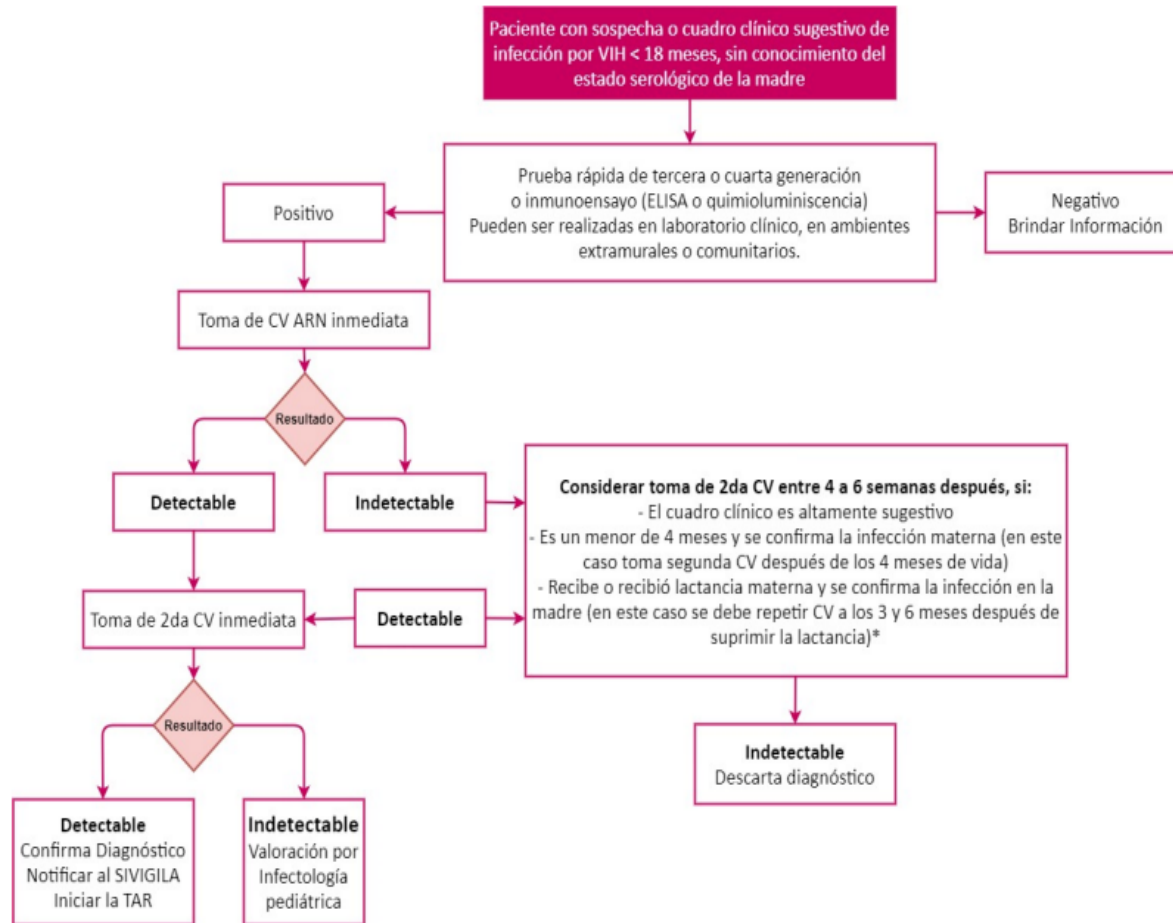
Figura 2. Algoritmo diagnóstico en niños menores de 18 meses con alto riesgo para la TMI del VIH.



Notas:

- Considerar carga viral de ARN como detectable si su resultado es mayor al límite de detectabilidad de la prueba utilizada.
- En ciertas situaciones clínicas, que se presuponen excepcionales, se requiere el concepto de infectología pediátrica para definir el paso a seguir.

Figura 3. Algoritmo diagnóstico en menores de 18 meses con sospecha o cuadro clínico sugestivo de infección por VIH, sin conocimiento del estado serológico de la madre



*Fuente: consenso de expertos

Notas:

- Considerar carga viral de ARN como detectable si su resultado es mayor al límite de detectabilidad de la prueba utilizada.



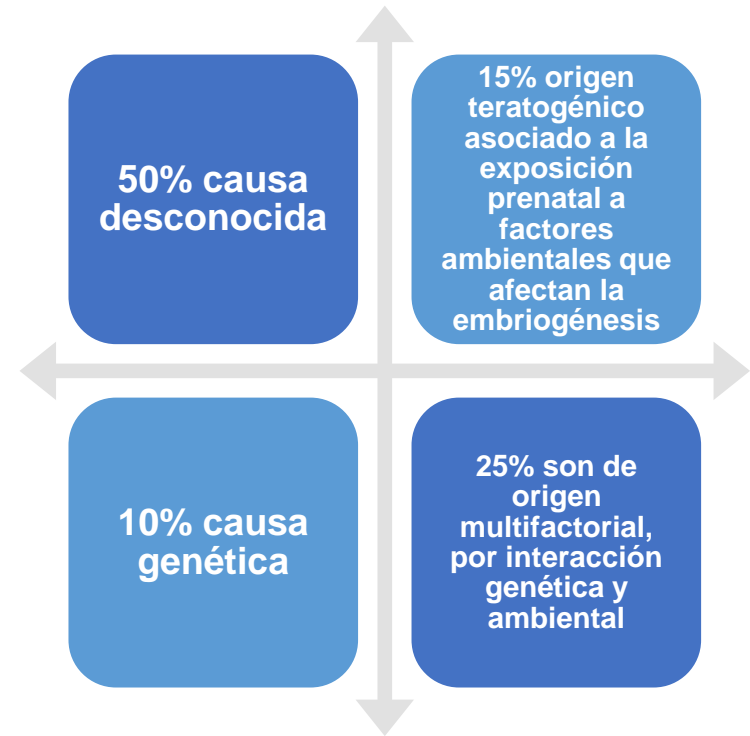
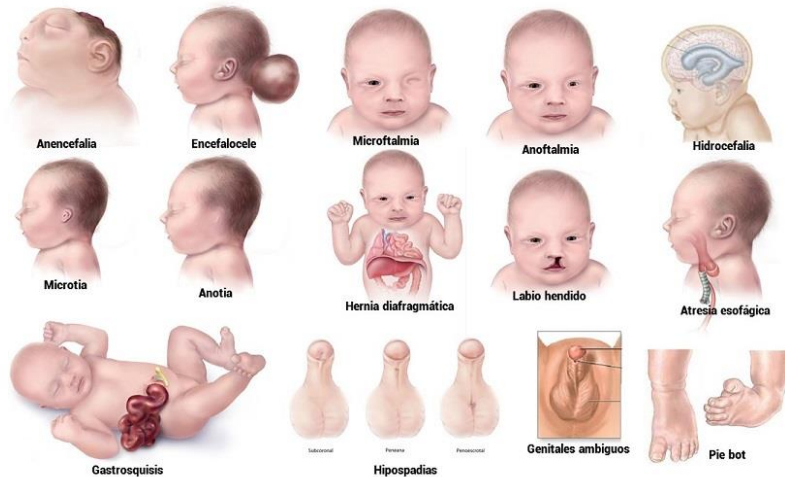
Vigilancia en Salud Pública de los Defectos Congénitos

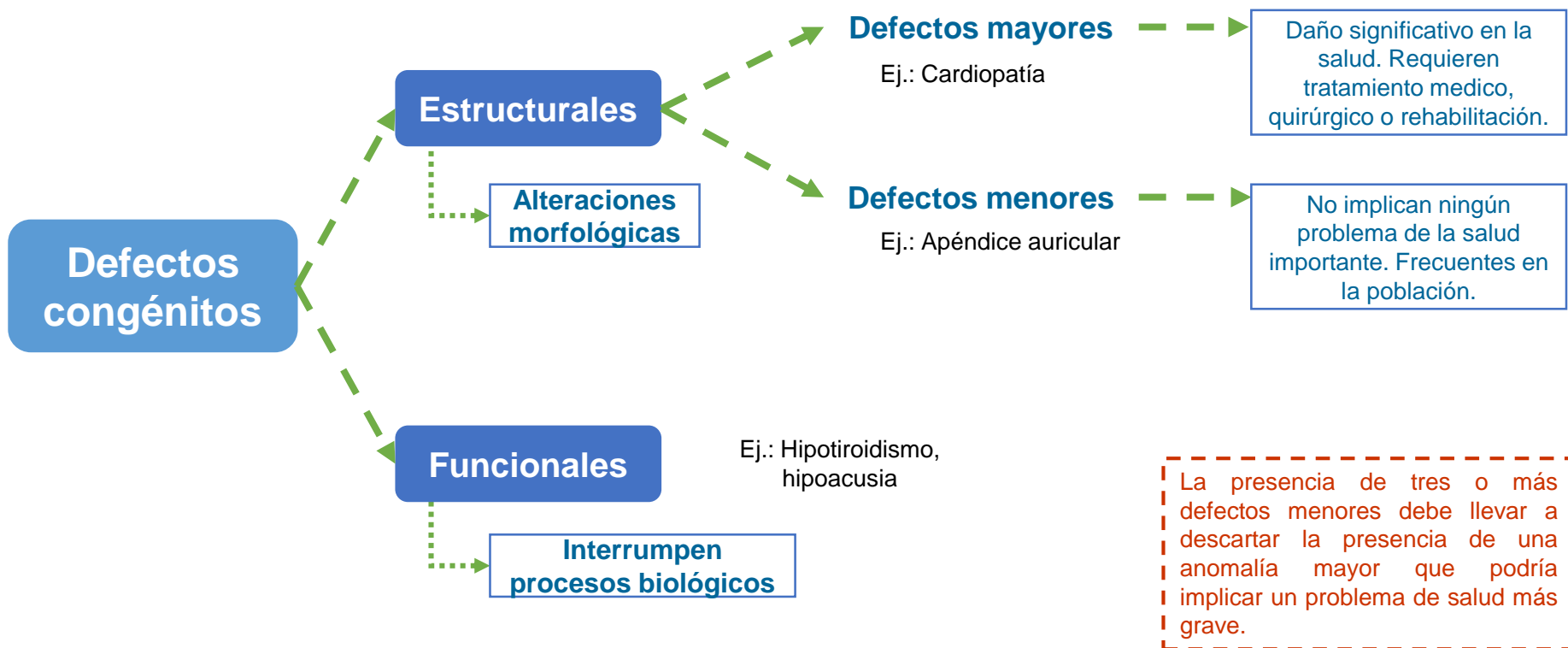
Gysel Estrada Miño
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo de 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Son un grupo heterogéneo de anomalías estructurales o funcionales, incluidos trastornos metabólicos, de origen prenatal, que están presentes desde el momento mismo del nacimiento.







A nivel mundial

- Se presenta entre el 2 a 3 % de todos los nacimientos.



Desde 2010 la Asamblea Mundial de la Salud (OMS) instó al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de registro y vigilancia de defectos congénitos.



En Colombia

- Prevalencia : 117,0 por 10,000 NV.
- Muertes en menores de 5 años:
- No fetales 22,2%
- Fetales 2%



OBJETIVOS

Presentar información actualizada sobre las características epidemiológicas de los defectos congénitos y realizar seguimiento a la tendencia de la prevalencia del evento



Detectar conglomerados de casos de defectos congénitos.



Proporcionar una base documental para la investigación epidemiológica y los programas de prevención.



• Proveer información para la definición de planes, programas y proyectos enfocados en prevención y control de los defectos congénitos.



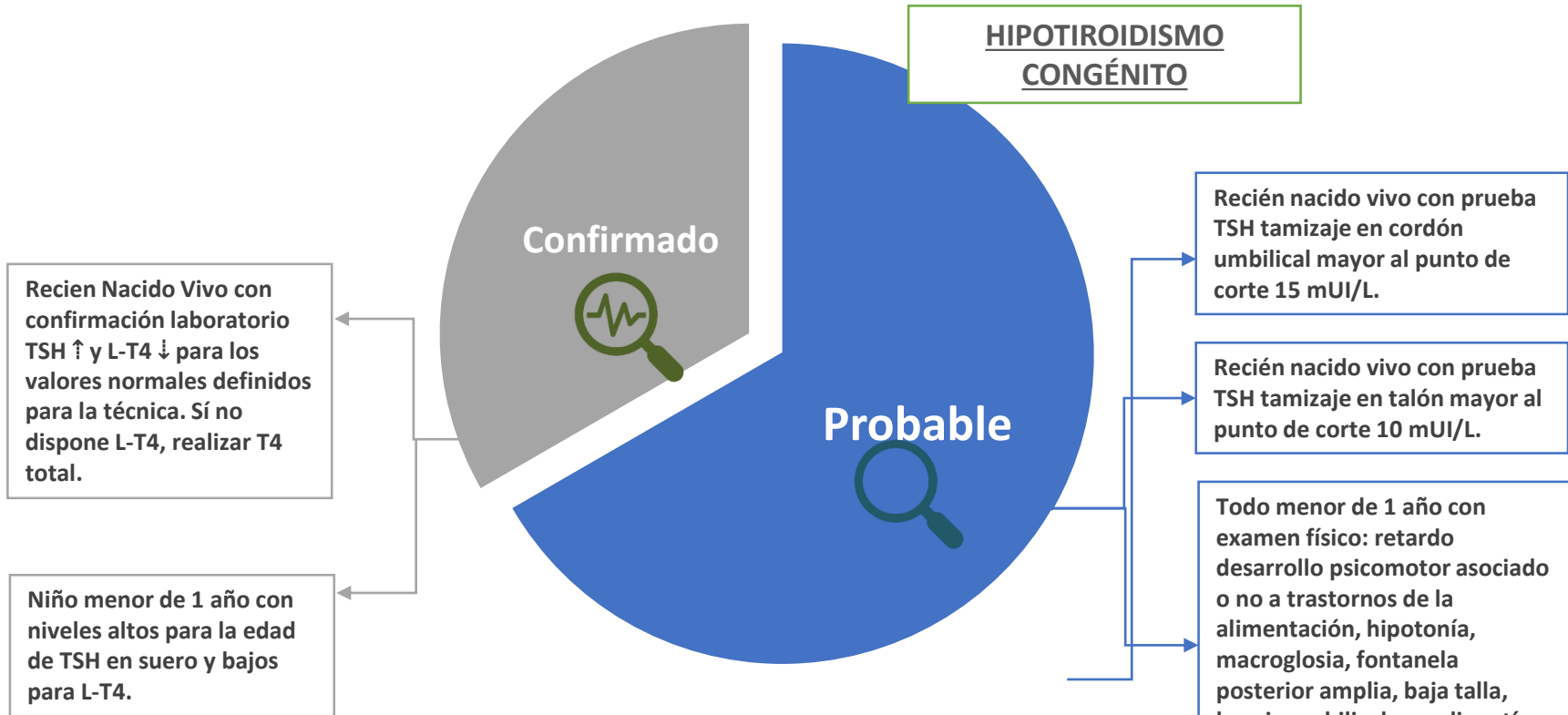
DEFECTOS CONGÉNITOS

- Funcionales metabólicos
- Funcionales sensoriales
- Malformaciones congénitas

Todo producto de la gestación, vivo o muerto, en la etapa prenatal hasta los 12 meses de edad con diagnóstico confirmado por clínica o laboratorio de un defecto congénito



Todo producto de la gestación, vivo o muerto, en la etapa prenatal hasta 12 meses de edad con diagnóstico probable de un defecto congénito cuando no es posible hacer confirmación diagnóstica definitiva inmediata.



TSH elevado y T4 Libre normal pueden ser secundarios a hipotiroidismo transitorio o central por lo cual se recomienda nueva medición de TSH a las 2 semanas y cuando se justifique según la condición clínica del paciente.

- Recién nacido con prematurez, bajo peso al nacer y/o producto de embarazo múltiple debe retamizarse con TSH a los 15 días.
- Recién nacido con Síndrome de Down debe retamizarse con TSH a los 30 días.



VIGILANCIA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA “Una tarea pendiente”

Gysel Estrada Miño
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo de 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Datos claves

La carga de morbilidad y mortalidad por sífilis congénita es alta. En 2016, la OMS estimó un total de 661.000 casos de sífilis congénita en todo el mundo, incluidos:

143 000 muertes fetales prematuras y mortinatos

61 000 muertes neonatales

41 000 nacimientos prematuros o de bajo peso al nacer

109 000 lactantes con diagnóstico clínico de sífilis congénita.

De estos resultados adversos del parto, el 57 % ocurrió en mujeres embarazadas que asistieron a atención prenatal pero que no se sometieron a pruebas de detección de sífilis; El 16% ocurrió en madres que se sometieron a tamizaje para sífilis pero que no recibieron tratamiento o recibieron un tratamiento inadecuado.

La sífilis congénita también es la segunda causa principal de muerte fetal prevenible en todo el mundo.

Fuente: OMS

Marco normativo Nacional	
Resolución 2338 de 2013	Acceso al diagnóstico y entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS.
Resolución 1314 de 2020	Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C.
Plan de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita 2014-2021	“Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación que permitan tomar decisiones oportunas”
Circular 13/2019 MSPS	Acciones de Gestión en Salud Pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, Coinfección TB/VIH, Sífilis Gestacional y Congénita Hepatitis B y Hepatitis C.

**Guía de práctica clínica
(GPC) basada en la
evidencia para la atención
integral de la sífilis
gestacional y congénita.**

Se establecen a las acciones de prevención, detección temprana, manejo inicial de la **sífilis congénita-sífilis gestacional**, como también acciones de prevención de la reinfección, seguimiento y referencia

**Protocolo de vigilancia en
salud pública -Sífilis
gestacional y congénita**

Guía técnica que estandariza criterios, de obligatorio cumplimiento

**ETMI-PLUS COLOMBIA 2019-
2030**

MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS, LA HEPATITIS B Y LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Objetivos

- ❑ Estimar la incidencia de sífilis gestacional y congénita, que permita conocer la tendencia del evento a nivel nacional.
- ❑ Caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos de sífilis gestacional y congénita ingresados a través del sistema de vigilancia.

INFORME DE EVENTO



¿Cómo se comporta el evento?

Contra PE XIII 2019:

↑ 47,3 % 3 096 casos

Contra PE XIII 2020:

↑ 14,9 % 1321 casos

Contra PE XIII 2021:

↑ 0,6 % 62 casos

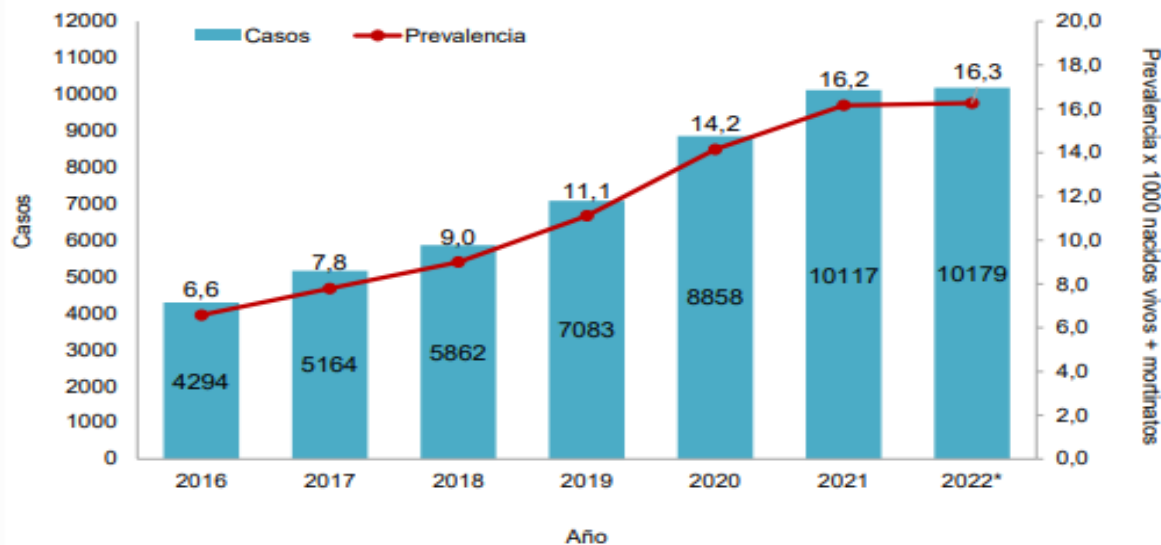
SÍFILIS GESTACIONAL

Periodo epidemiológico XIII Colombia, 2022



10 179

No. de casos
con procedencia y residencia nacional



Comportamiento notificación de sífilis gestacional, periodo epidemiológico XIII, Colombia 2016 – 2022. El denominador incluye NV+ mortinatos para PE XIII, 2016-2022



Como se comporta el evento?

- ↑ 2019: 89,05% (122)
- ↑ 2020: 31,47% (62)
- ↑ 2021: 32,82% (64)

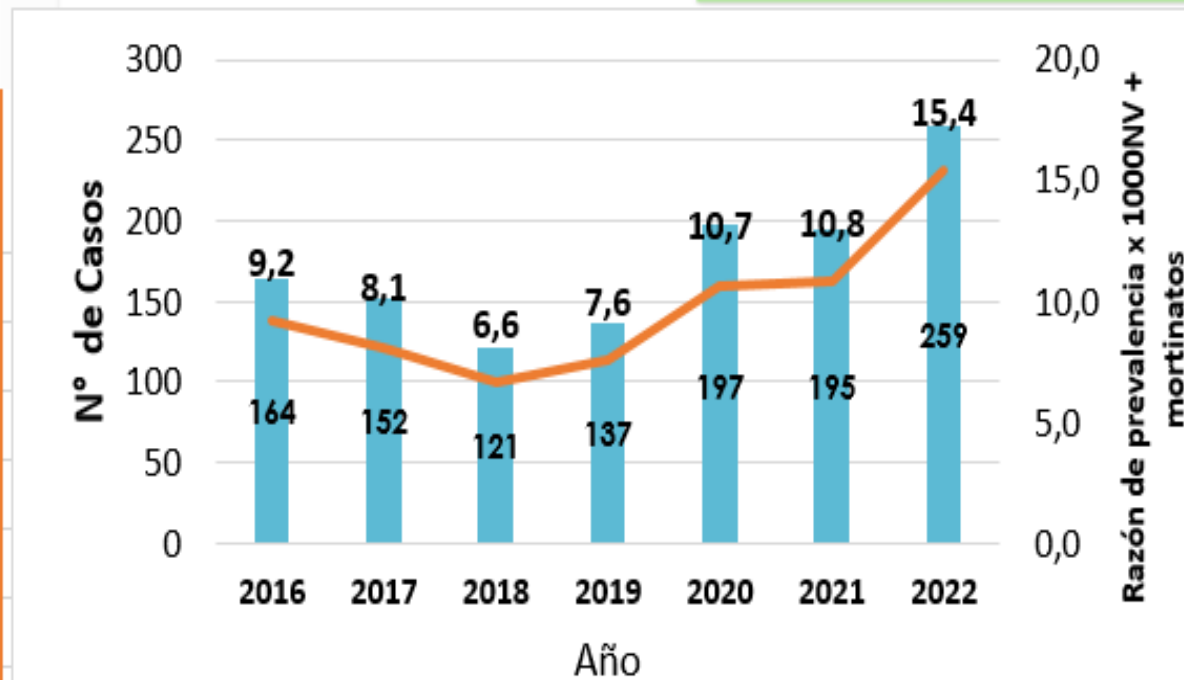
SÍFILIS GESTACIONAL

Periodo epidemiológico XIII Nariño 2022



259

No. de casos con procedencia y residencia nacional



INFORME DE EVENTO



¿Cómo se comporta el evento?

Comparado con PE XII 2021:

↓ **13,9 %** 273 casos

Comparado con PE XII 2020:

↓ **4,5 %** 79 casos

Comparado con PE XII 2019:

↑ **42,0 %** 499 casos

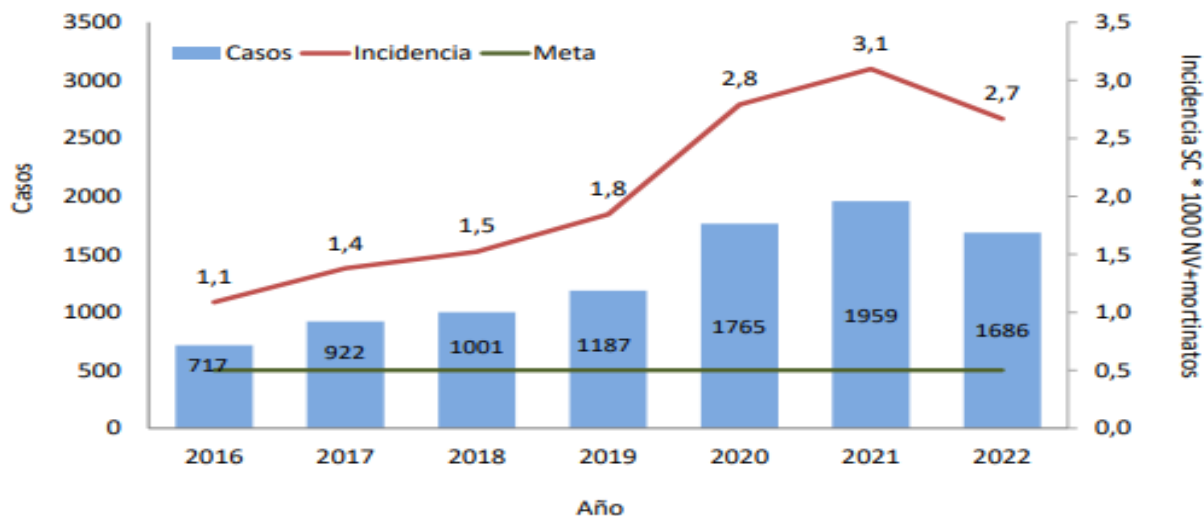
SÍFILIS CONGÉNITA

Periodo epidemiológico XIII Colombia, 2022



1 686

No. de casos
con procedencia y
residencia nacional



Comportamiento notificación de sífilis congénita, periodo epidemiológico XIII, Colombia 2016- 2022
El denominador incluye nacidos vivos + mortinatos a septiembre 2016-2022

INFORME DE EVENTO



¿Cómo se comporta el evento?



2019: 33,33% (11)

2020: 43,58% (17)

2021: 29,41% (5)

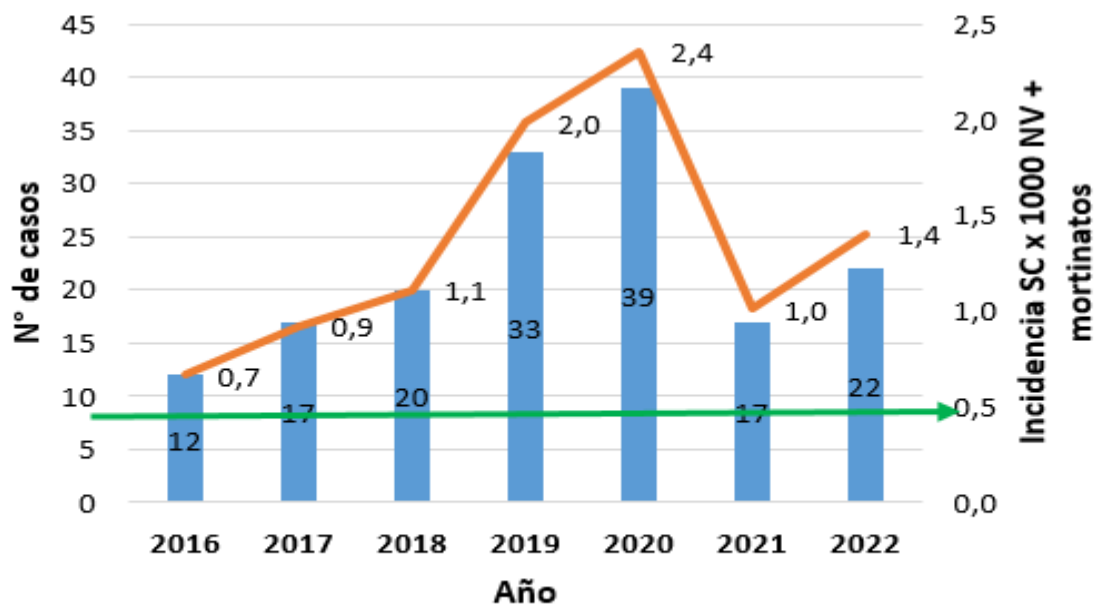
SÍFILIS CONGÉNITA

Periodo epidemiológico XIII **Nariño** 2022



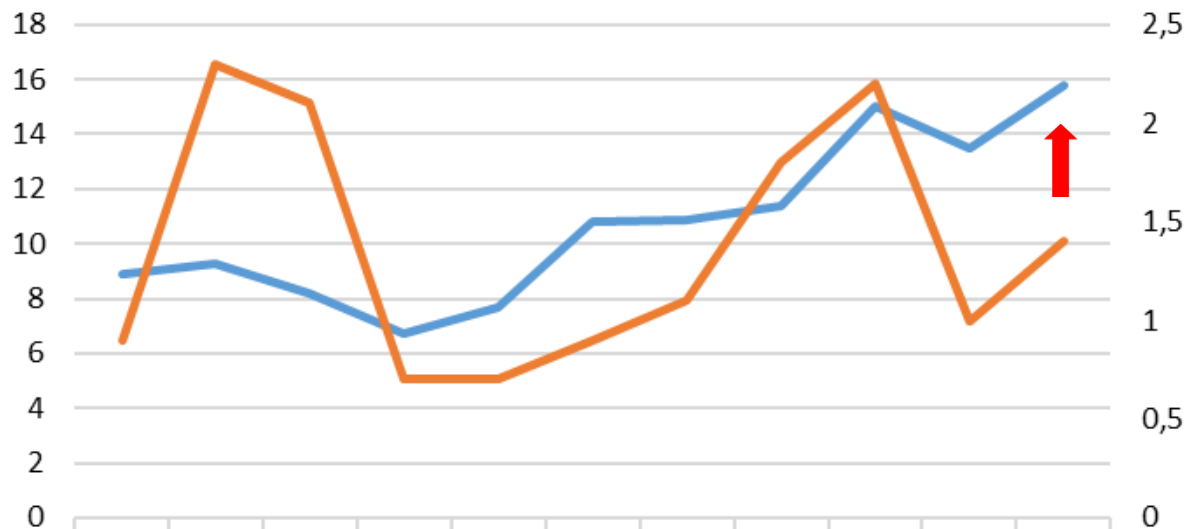
22

No. de casos
con procedencia y
residencia nacional



Fuente: SIVIGILA 2018-2020

Comparativo razón de prevalencia de sífilis gestacional y tasa de incidencia de sífilis congénita



— Razón de prevalencia de SG x1000 nv+ mortinatos

— Incidencia de SC x 1000nv+mortinatos

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
8,9	9,3	8,2	6,7	7,7	10,8	10,9	11,4	15	13,5	15,8
0,9	2,3	2,1	0,7	0,7	0,9	1,1	1,8	2,2	1,0	1,4

El **aumento de la brecha** entre casos de **sífilis gestacional y congénita** debe ser una **meta en la gestión del riesgo**, que contribuya el cumplimiento de la **meta de eliminación**.

A 2021 Incidencia de sífilis congénita en 0,5 o menos.

Municipio	2021	2022	2021	2022	Municipio	2021	2022	2021	2022
Magüi Payan	4	6	34,8	53,3	Chachagüí	2	1	16,8	9,2
Policarpa	4	7	25,6	42,9	Pasto	20	39	4,5	9,1
Olaya Herrera	20	19	41,9	39,9	Córdoba	0	1	0,0	8,4
Tumaco	125	117	37,0	35,1	El Charco	3	3	8,2	8,0
Barbacoas	3	17	5,5	34,3	Potosí	0	1	0,0	7,6
El Rosario	1	2	18,2	30,2	Ricaurte	1	2	3,2	6,6
Roberto Payán	4	4	28,6	30,2	Sandoná	1	1	6,1	6,4
Ancuyá	0	1	0,0	28,0	Túquerres	0	2	0,0	5,0
Francisco Pizarro	4	3	36,7	27,9	Cartago	1	0	15,6	0,0
Nariño	0	1	0,0	26,1	Cumbal	1	0	3,1	0,0
Mosquera	2	3	15,0	21,9	El Tambo	1	0	10,6	0,0
Santa Bárbara	4	2	41,7	21,1	Guachucal	3	0	23,8	0,0
Leiva	1	2	10,6	21,1	Imués	1	0	15,9	0,0
Taminango	0	3	0,0	18,9	La Cruz	2	0	10,9	0,0
Cumbitara	0	2	0,0	18,6	La Llanada	1	0	17,5	0,0
Samaniego	4	6	11,8	18,3	Linares	1	0	15,6	0,0
Guaitarilla	0	1	0,0	14,9	Los Andes	1	0	11,9	0,0
Consaca	2	1	26,7	13,7	Mallama	1	0	13,9	0,0
Ipiales	7	12	5,9	12,1	Pupiales	1	0	6,7	0,0
DEPARTAMENTO						226	259	13,4	15,8

**Razón de
prevalencia de
SG x 1.000
NV+mortinatos**

**Casos y tasa
x 1.000 NV +
mortinatos,
SC**

Municipio	2021	2022	2021	2022
Ancuyá	0	1	0,0	28,6
Magüi Payan	2	3	17,4	27,0
Guaitarilla	0	1	0,0	15,2
Cumbitara	0	1	0,0	9,4
Chachagüí	0	1	0,0	9,3
Barbacoas	0	3	0,0	6,1
Ipiales	0	4	0,0	4,1
El Charco	0	1	0,0	2,7
Tumaco	7	6	2,1	1,8
Pasto	0	1	0,0	0,2
Consaca	1	0	13,3	0,0
Leiva	1	0	10,6	0,0
Olaya Herrera	3	0	6,3	0,0
Roberto Payán	3	0	21,4	0,0
Departamento	17	22	1,0	1,4

Fuente: SIVIGILA 2018-2020

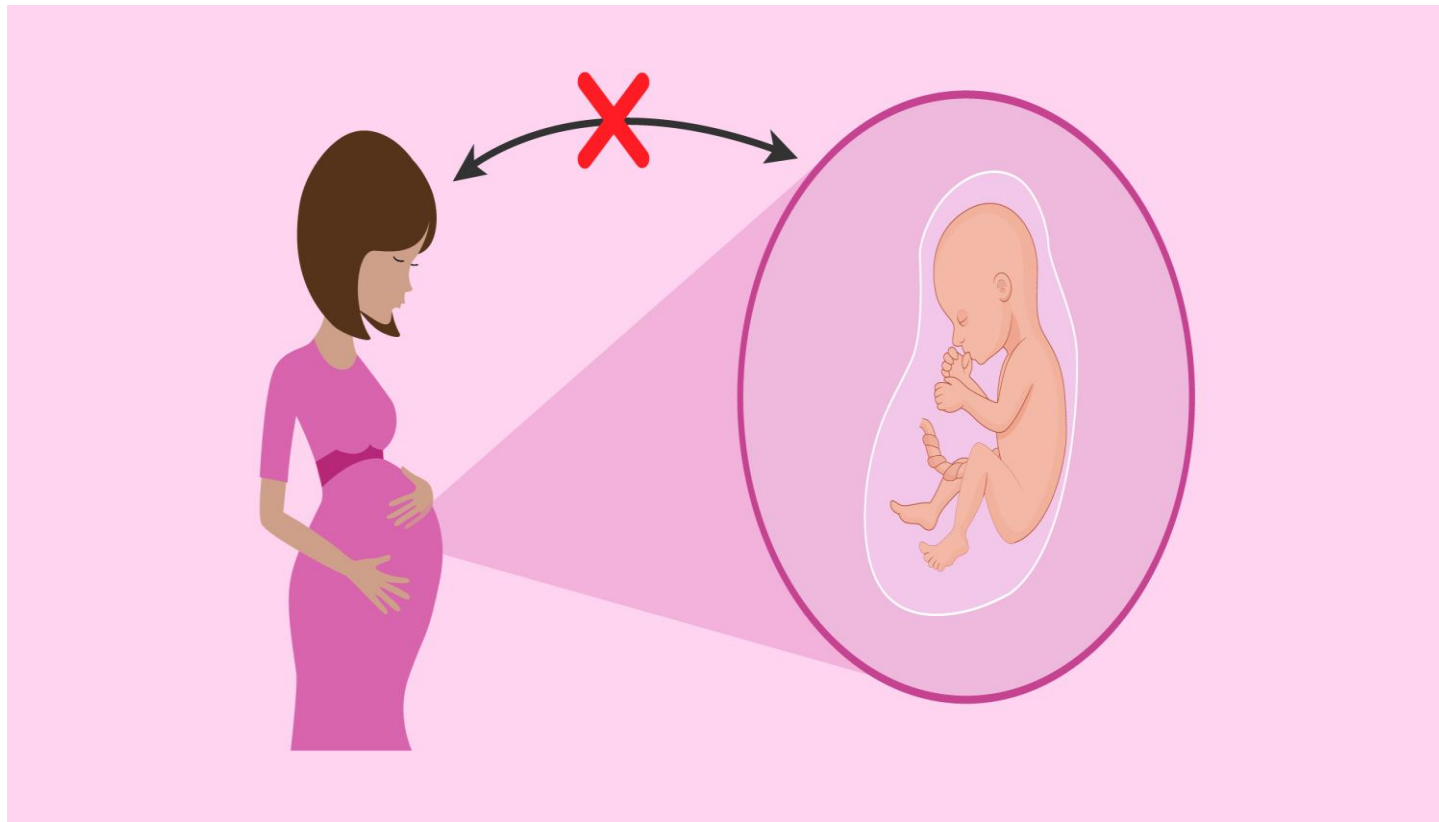
Porcentaje de casos de sífilis gestacional, que no llegaron a ser sífilis congénita.

nmun_resi	SG	SC	Casos no terminaron	%
Ancuya	1	1	0	0,00
Barbacoas	17	3	14	82,35
Chachagui	1	1	0	0,00
Consaca	1	0	1	100,00
Córdoba	1	0	1	100,00
Cumbal	1	0	1	100,00
Cumbitara	2	1	1	50,00
El Charco	3	1	2	66,67
El Rosario	2	0	2	100,00
Francisco Pizarro	3	0	3	100,00
Guaitarilla	1	1	0	0,00
Ipiales	13	3	10	76,92
Leiva	1	0	1	100,00
Magui Payan	6	2	4	66,67
Mosquera	3	0	3	100,00
Nariño	2	0	2	100,00
Olaya Herrera	20	1	19	95,00
Pasto	37	2	35	94,59
Policarpa	7	0	7	100,00
Potosí	1	0	1	100,00
Ricaurte	2	0	2	100,00
Roberto Payan	4	0	4	100,00
Samaniego	6	0	6	100,00
Sandona	1	0	1	100,00
Santa Bárbara	2	0	2	100,00
Taminango	3	0	3	100,00
Tumaco	117	6	111	94,87
Tuquerres	2	0	2	100,00
Total general	260	22	238	91,54

Se mide de manera trimestral para cumplimiento por EAPB

* 1 gestante se notifico en 2021, se suma a las 159.

Vigilancia de la sífilis gestacional y congénita



Definición de caso

Caso confirmado de sífilis gestacional

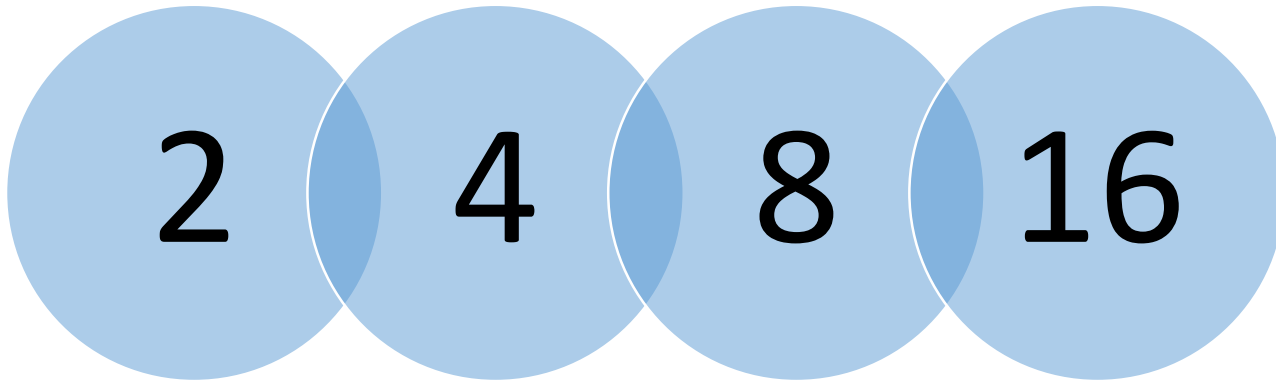
Toda mujer gestante, **puérpera o con aborto** en los últimos **40 días** con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis, **con prueba treponémica rápida positiva más una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución**, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada*.

Definición de caso

Caso confirmado de sífilis gestacional **Reinfección**

Durante el seguimiento clínico y serológico, presenta la **aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de cuatro veces o de dos diluciones** con respecto a la prueba no treponémica inicial.

Caso confirmado de sífilis gestacional **Reinfección**



Definición de caso

Caso confirmado de sífilis gestacional **Reinfección**


Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y **seis meses después** los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) **no descienden cuatro veces o dos diluciones**, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda cuatro veces o dos diluciones.

Definiciones de caso

**Sífilis
gestacional**

- **1.- Prueba Treponemica(+) y Prueba No Treponemica reactiva en cualquier dilución.**
- **2.- Reinfeción No tratada**

Notificación

Evento	Codigo INS	Notificar desde	Notificación Inmediata	Ajustes	Ficha	Edad
<p>Sifilis Gestacional</p> 	750	Conf. Laboratorio	No	6,D	F:CA +FCB-L	Mujeres 10 a 54

Un caso de sífilis gestacional solo puede ser descartado con **ajuste 6** si se comprueba que alguna de las pruebas **(Treponémica o no treponémica) es negativa.**



Las reinfecciones deben notificarse nuevamente ya que son nuevos casos.



Tratamiento

- **Sífilis temprana** (menor o igual a (\leq) 1 año de infección, incluye la sífilis primaria, secundaria y latente temprana): administrar 2'400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis única.
 - **Sífilis tardía** (sífilis latente mayor a ($>$) 1 año de duración desde la infección): administrar 2'400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas.
- **Sífilis de duración desconocida**: administrar 2'400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas

Tratamiento

Recomendación 14

En el o los contactos sexuales de la mujer con sífilis gestacional se recomienda administrar el tratamiento para sífilis de duración desconocida, es decir 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas. En caso de alergia a la penicilina, se recomienda administrar doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días.



VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) CANCER


Gysel Estrada Miño
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo de 2023

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Propósito de la vigilancia

Identificar los **casos positivos** de **cáncer de mama** y **cuello uterino** que son diagnosticados y **captados por primera vez** con el fin de realizar el **seguimiento a la oportunidad en el inicio del tratamiento**, aportando información válida y confiable para orientar la evaluación de las estrategias existentes y mejorar la calidad en la atención.

Evento	Codigo INS	Notificar desde	Notificación Inmediata	Ajustes	F:CB-L	Edad
<p>Cancer de mama y Cuello uterino</p> 	155	Conf. Laboratorio	NO	6,D,7	F:CA + F:,CB-L	CA de mama todas las edades, CA de cuello uterino en mujeres

Ficha de notificación CA mama y cuello uterino



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 115. Cáncer en menores de 18 años

FOR-R02.0000-075 V:02 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/08 y 1266/08

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
-------------------------------------	---------------	------------------------

(marque con una X el grupo que corresponda según la presunción diagnóstica)

5. TIPO DE CÁNCER

5.1. Tipo de cáncer

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> 1. Leucemia linfocide aguda | <input type="radio"/> 5. Tumores del sistema nervioso central | <input type="radio"/> 11. Sarcomas de tejidos blandos y extra óseos |
| <input type="radio"/> 2. Leucemia mieloide aguda | <input type="radio"/> 6. Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas | <input type="radio"/> 12. Tumores germinales trofoblásticos y otros gonadales |
| <input type="radio"/> 3. Otras leucemias | <input type="radio"/> 7. Retinoblastoma | <input type="radio"/> 13. Tumores epiteliales malignos y melanoma |
| <input type="radio"/> 4. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales | <input type="radio"/> 8. Tumores renales | <input type="radio"/> 14. Otras neoplasias malignas no especificadas |
| | <input type="radio"/> 9. Tumores hepáticos | |
| | <input type="radio"/> 10. Tumores óseos malignos | |

5.2 Fecha de inicio de tratamiento (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--

5.3 ¿Consulta actual por segunda neoplasia?

1. Sí
 2. No

5.4 ¿Consulta actual por recaída?

1. Sí
 2. No

5.5 Fecha de diagnóstico inicial (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--

6. DATOS DE LABORATORIO - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

6.1 Criterio de diagnóstico probable

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> 1. Extendido de sangre periférica | <input type="radio"/> 3. Gammagrafía | <input type="radio"/> 5. Clínica sin otra ayuda diagnóstica |
| <input type="radio"/> 2. Radiología diagnóstica | <input type="radio"/> 4. Marcadores tumorales | |

6.1.1 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--

6.1.2 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--

6.2 Criterio de confirmación del diagnóstico

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> 1. Melograma | <input type="radio"/> 3. Inmunotipificación | <input type="radio"/> 5. Certificado de defunción |
| <input type="radio"/> 2. Histopatología o citología de fluido corporal | <input type="radio"/> 4. Criterio médico especializado | <input type="radio"/> 7. Citogenética |
| | | <input type="radio"/> 8. Radiología diagnóstica |

6.2.1 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--

6.2.2 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--

Error común



Correspondencia con otras fuentes de información

Evento	Fuente con la que se correlaciona	Quien lo debe hacer	Frecuencia minima
Cáncer de mama y cuello uterino.	Cuenta de alto costo	EAPB	Anual

Fuente: Lineamientos de vigilancia

- ❑ **Realizar búsquedas activas institucionales (BAI)** mensuales a partir de sus registros individuales de prestación de servicios (RIPS), **con la herramienta SIANIESP.**





INFORME DE EVENTO



Cáncer en menores de 18 años

A periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2022



1.835

Casos notificados

Leucemias
 n = 686 casos

Otros Cánceres
 n = 1149 casos

Indicadores

Comportamiento de la notificación
 2022 vs. 2021

1,5%

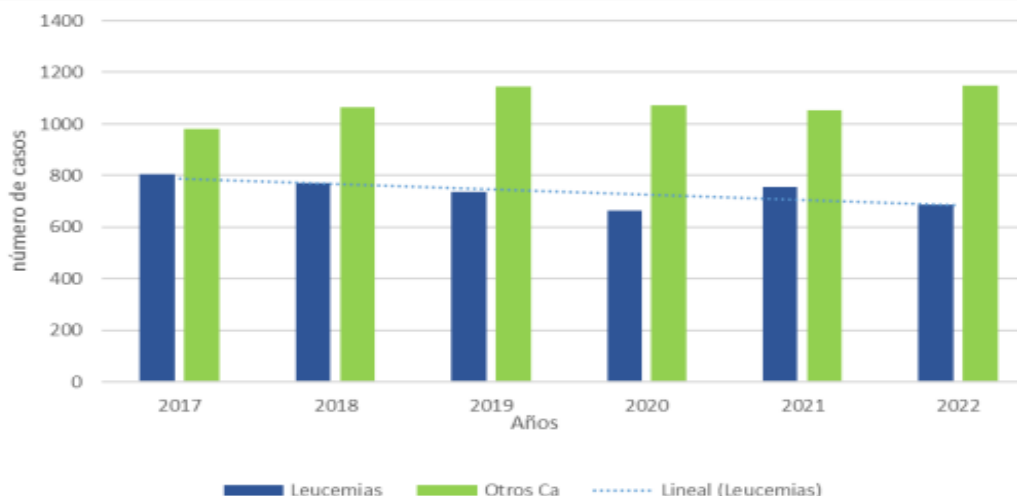
Casos Confirmados

85,6%
 n = 1571



Nuevos 1693 casos - 92,3%
Recaída 126 casos - 6,9%
2º Neoplasia 16 casos - 0,9%

Comportamiento de la notificación del cáncer en menores de 18 años, Colombia, a periodo epidemiológico XIII de 2017 - 2022.



INFORME DE EVENTO



Cáncer en menores de 18 años

A periodo epidemiológico **Nariño** 2022



59

Casos notificados

Leucemias
 n=25 casos

Otros Cánceres
 n=34 casos

Indicadores

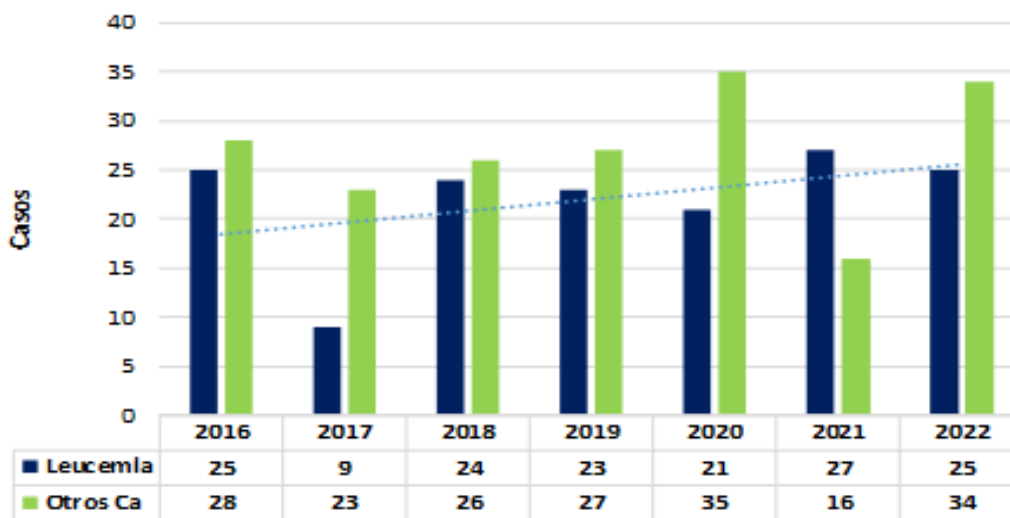
Comportamiento de la notificación
 2022 vs. 2021



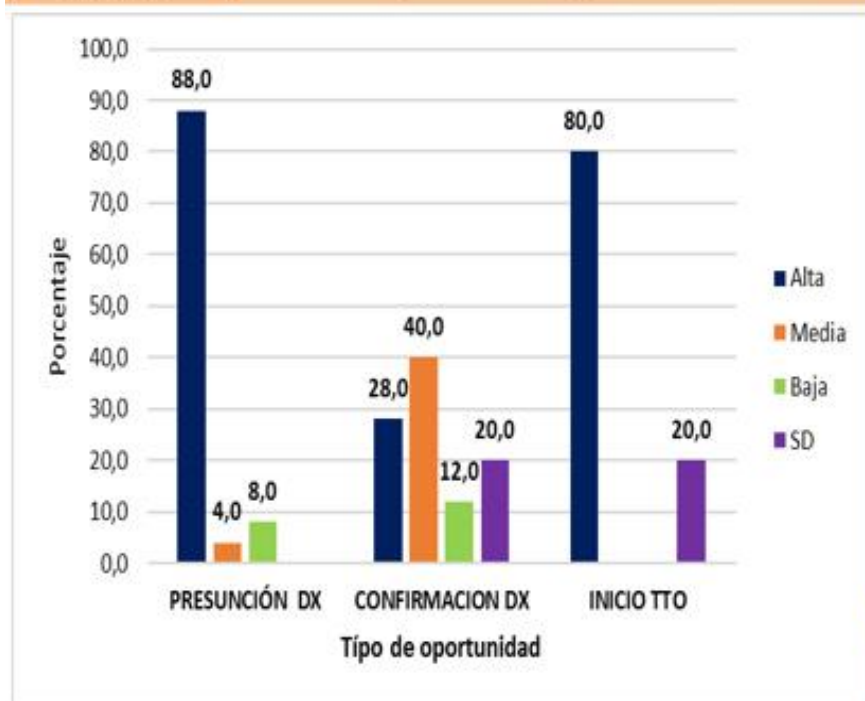
37,2%(16)

Casos Confirmados

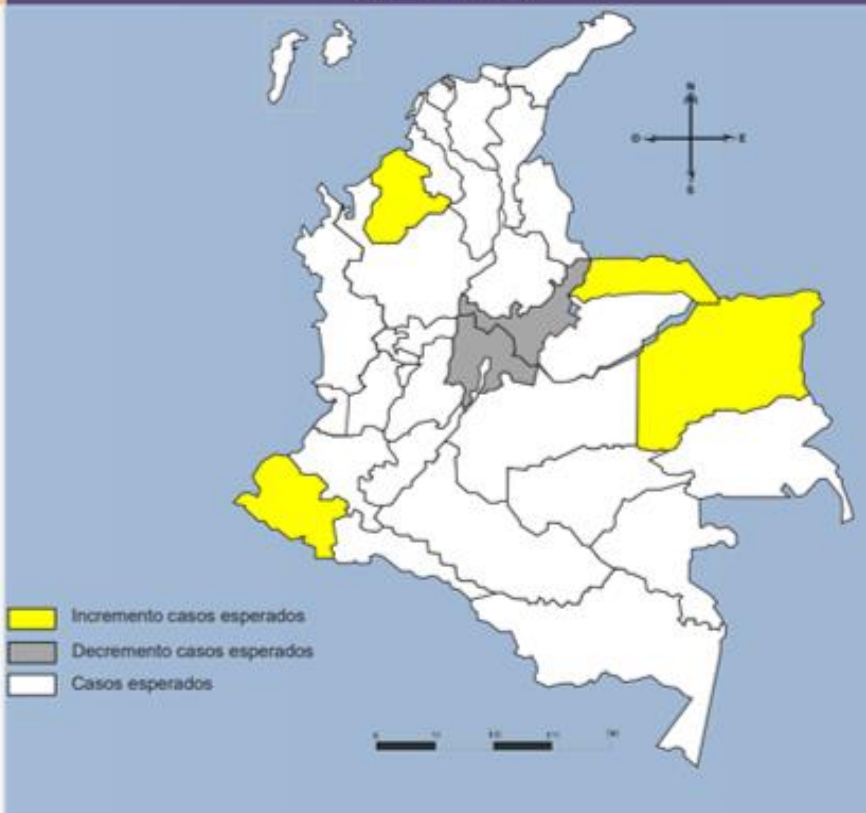
93,7%
 n= 59



Indicadores de oportunidad en leucemias, Nariño período epidemiológico XIII de 2022.



Comportamientos inusuales en la notificación de cáncer en menores de 18 años, Colombia, a período epidemiológico XIII de 2022.





Cáncer en menores de 18 años (Evento 115), 2023. Protocolo

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cáncer es una de las principales causas de muerte de niños y adolescentes en todo el mundo; cada año se diagnostica cáncer en aproximadamente 280.000 niños entre 0 y 19 años; sin embargo, en muchos países el cáncer es la segunda causa de muerte en niños mayores de un año. De acuerdo con la información publicada en Globocan (Global Cancer Observatory) en 2018, los tumores más frecuentes en la edad pediátrica a nivel mundial fueron las leucemias con 78.069 casos nuevos, los tumores del sistema nervioso central con 30.106 casos nuevos, el linfoma no Hodgkin con 22.964 y el linfoma Hodgkin con 13.806.



https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_C%C3%A1ncer%20en%20menores%20de%2018%20a%C3%B1os%202022.pdf

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, OPS/ INS

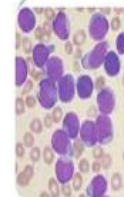




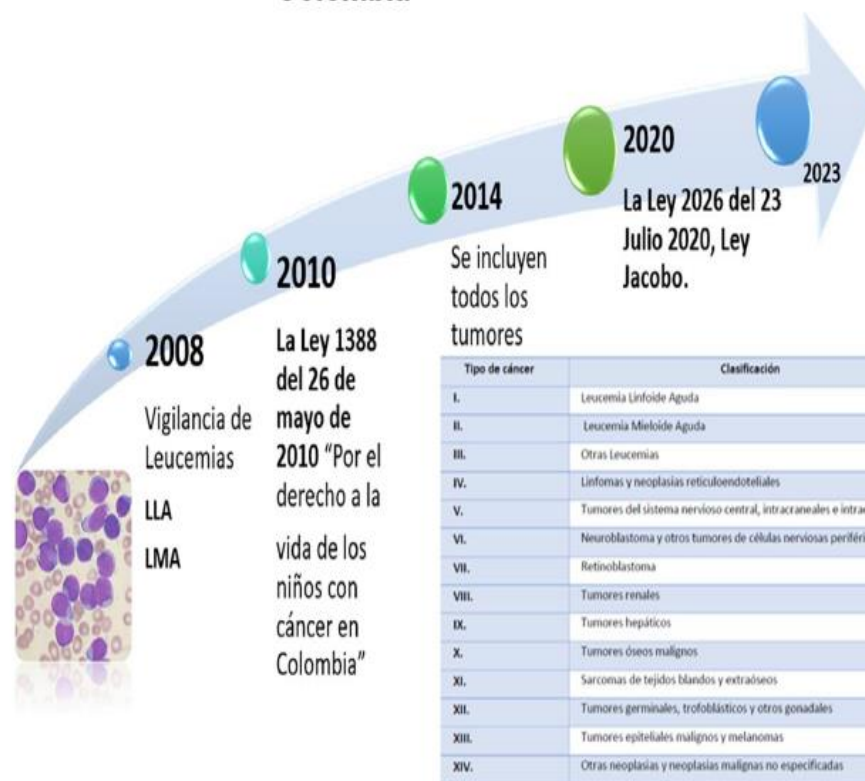
Cáncer en menores de 18 años

DEFINICIÓN

«Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis»



Evolución de la vigilancia de Cáncer Infantil en Colombia





Definición Operativa de Caso- Evento 115



Caso Probable

- Toda persona menor de 18 años de edad que de acuerdo con los hallazgos de historia clínica y examen físico, así como los resultados de pruebas de laboratorio (hemograma, frotis de sangre periférica o marcadores tumorales en sangre) e imágenes diagnósticas, (RX, TAC, RMN, Gammagrafía ósea), sugieran al médico tratante la probabilidad de cáncer.



Caso confirmado

- Toda persona menor de 18 años de edad con diagnóstico confirmado de neoplasia maligna o cualquier tumor del sistema nervioso central o intraespinales (maligno). Se utilizará como diagnóstico de neoplasia maligna, el dado por el reporte mielograma y/o histopatología, y/o inmunotipificación (inmunohistoquímica o citometría de flujo), con el cual se toma la decisión de dar tratamiento específico.



INS

Recaída

- Se define como el retorno de la enfermedad en una persona que había estado previamente en remisión completa.

Segunda Neoplasia

Se considera segunda neoplasia, aquella que aparezca en personas que han sido tratadas previamente por un tumor primario diferente al actual, teniendo en cuenta que el segundo tumor debe ser asincrónico.
(No hacen parte de este grupo metástasis del tumor primario).

*Las definiciones son el resultado del trabajo realizado con expertos de la universidad del Valle y la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica.





Periodicidad del Reporte, Evento 115, 2022.

Notificaciones	Responsabilidad
Notificación semanal	La notificación de los casos probables y confirmados de cáncer en menores de 18 años (incluye recaídas y segundos tumores) es semanal e individual, de acuerdo con los estándares fijados por el subsistema de información para la vigilancia en salud pública.

Ajustes	<p>Se deben realizar máximo en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso (cuatro semanas), de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.</p> <p>Las UPDG deben realizar la clasificación de los casos y el ajuste de la información requerida, conservando la calidad del dato y las aseguradoras EAPB tienen la responsabilidad de realizar ajuste y confirmación de los datos en articulación con la entidad territorial.</p> <p>Las aseguradoras realizarán ajuste en la notificación de cada caso en las variables incluso las que aluden a la confirmación e inicio del tratamiento.</p> <p>Los casos que ingresan como probable, y se mantiene por más del periodo establecido sin ajustar, registran un riesgo en la accesibilidad a los servicios de salud en los menores de 18 años con cáncer.</p>
----------------	---

Fuente: Definiciones son el resultado del trabajo realizado con expertos de la universidad del Valle y la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica.





Estrategias de vigilancia (Protocolo)

✓ Estrategias de vigilancia

Vigilancia pasiva

Las UPGD, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Vigilancia activa

Las UPGD deben realizar **Búsqueda Activa Institucional (BAI) de los códigos CIE-10 de diagnósticos de cáncer en menores de 18 años y de los diagnósticos diferenciales para leucemias linfóide y mieloide aguda: Anemias aplásicas (D60 a D64), Síndrome mielodisplásico (D46) y Púrpuras (D69)**. La BAI es para uso interno de las UPGD y de las unidades notificadoras municipales y departamentales o distritales; para garantizar la notificación del 100 % de los casos al Siviigila, tendrá como fuente el aplicativo SIANIEPS del software Siviigila.

Se realizará BAI en las UPGD donde **se identifique disminución** en la notificación de los casos del evento cáncer en menores de 18 años de acuerdo con lo observado previamente dentro de la entidad territorial cuando sea requerido.

Otras de las fuentes activas dentro del evento se considera visualizar oportunamente casos de cáncer en menores de 18 años realizando monitoreo de noticias relacionadas con el evento, a través de medios de comunicación de forma rutinaria.





Responsabilidad por niveles (Protocolo)

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB

- Divulgar e implementar en su red de prestadores de servicios de salud el protocolo de vigilancia en salud pública de cáncer en menores de 18 años y los lineamientos para la prevención, vigilancia y control en salud pública.
- **Verificar la notificación semanal de los casos de cáncer en menores de 18 años afiliados a su entidad y realizar el ajuste pertinente.**
- Identificar casos de inoportunidad en el proceso de atención y realizar la gestión necesaria para garantizar la atención integral.
- Realizar seguimiento individual a los casos de cáncer en menores de 18 años afiliados a la entidad dentro del proceso de vigilancia en salud pública.
- Solucionar oportunamente las alertas tempranas (riesgos para la garantía de la atención integral pertinente, oportuna y de calidad) relacionadas con casos afiliados a su entidad.
- Dar respuesta de manera oportuna a las solicitudes de información realizadas por el MSPS y el INS, en el marco del seguimiento a los menores de 18 años.
- Realizar análisis de la información producto de la vigilancia en salud pública del evento en su red de prestación de servicios y en su entidad a nivel local regional, y nacional.
- Participar en los espacios de análisis de información producto de la vigilancia en salud pública del evento, convocados a nivel local, departamental, distrital o nacional.
- Garantizar la prestación oportuna e integral de servicios de salud, garantizando diagnóstico, tratamiento y manejo integral a los menores de 18 años con cáncer afiliados a su entidad de conformidad con la normatividad vigente.



4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud

- Consolidar semanalmente la información reportada por las UPDG de su territorio, verificando la calidad de los datos notificados al Sivigila, realizando la retroalimentación de las inconsistencias encontradas a las UPDG y la solicitud de los ajustes requeridos.



- Realizar actividades de capacitación y acompañamiento de las UPDG en este protocolo de vigilancia.
- Realizar validación de la calidad del dato y depuración de los casos notificados.

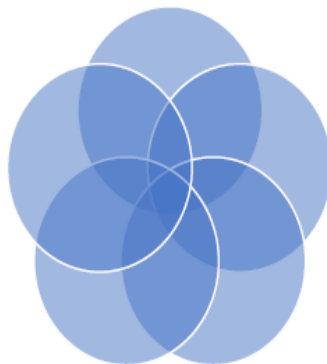


Análisis de la información y procesamiento de los Datos, Ev 115, 2022.

Fuentes de información:

- Proyecciones del Censo de población de 2023 – tomado del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

- Registro de defunción – tomado del Registro Único de Afiliados - RUAF.



Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS.

- Historias clínicas.

Procesamiento de los datos

Casos repetidos

Caso que tenga fecha de defunción

Recorrido del caso

Caso más Oportuno

Caso con Mayor Trazabilidad

Verificar tipo de cáncer

Caso de Años anteriores:

Análisis rutinarios y comportamientos inusuales



Estrategia Nacional de Seguimiento-Enfermedades Priorizadas: Leucemia Aguda Pediátrica Ministerio de Salud y Protección Social

- A partir del reporte del LAP que hacen las UPGD al SIVIGILA (INS).
- Vigilancia a la respuesta de los servicios de salud.
- Genera Alertas tempranas a las EPS/DTS por fallas en la prestación de servicios a los niños



SAT

Evento	Criterios de alerta	Periodicidad	Mecanismo	Estructura
Cáncer en menores de 18 años	<p>Alerta por inoportunidad en el diagnóstico: Casos probables que, tras 8 días desde la notificación, no han sido confirmados o descartados</p> <p>Alerta por Inoportunidad en el tratamiento: Casos que después de 8 días de haber sido confirmados, no han iniciado tratamiento</p>	Semanal	SAT-Sivigila	Datos básicos y complementarios

Fuente: Lineamientos de vigilancia epidemiológica



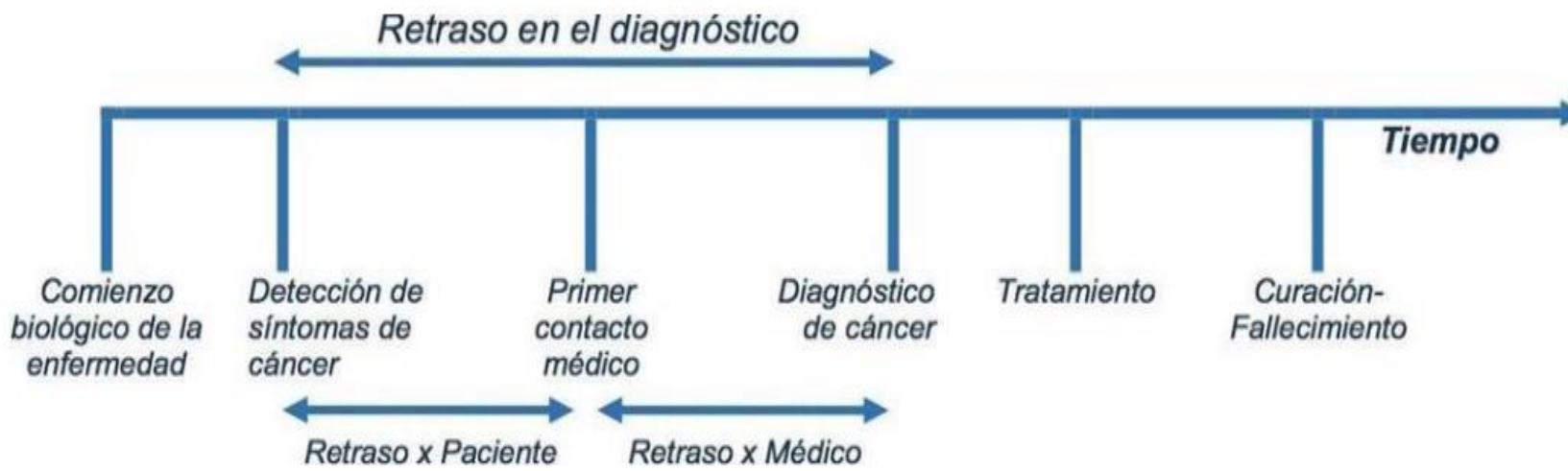
REVISIÓN DE BASES ENTIDAD TERRITORIAL EJERCICIO PRACTICO E INDICADORES DE OPORTUNIDAD

**Cáncer en menores de 18
años**

Los indicadores de oportunidad se tendrán en cuenta únicamente para las leucemias. Se encuentra en revisión la estrategia de vigilancia de los otros tipos de Cáncer y posiblemente se mantenga activa solo para algunas entidades territoriales.



Figura 1. Retraso diagnóstico en el diagrama de cuidado de cáncer.



Dang Tan T. et as. Diagnosis delays in childhood cancer. *Cáncer* 2007; 110: 703-37



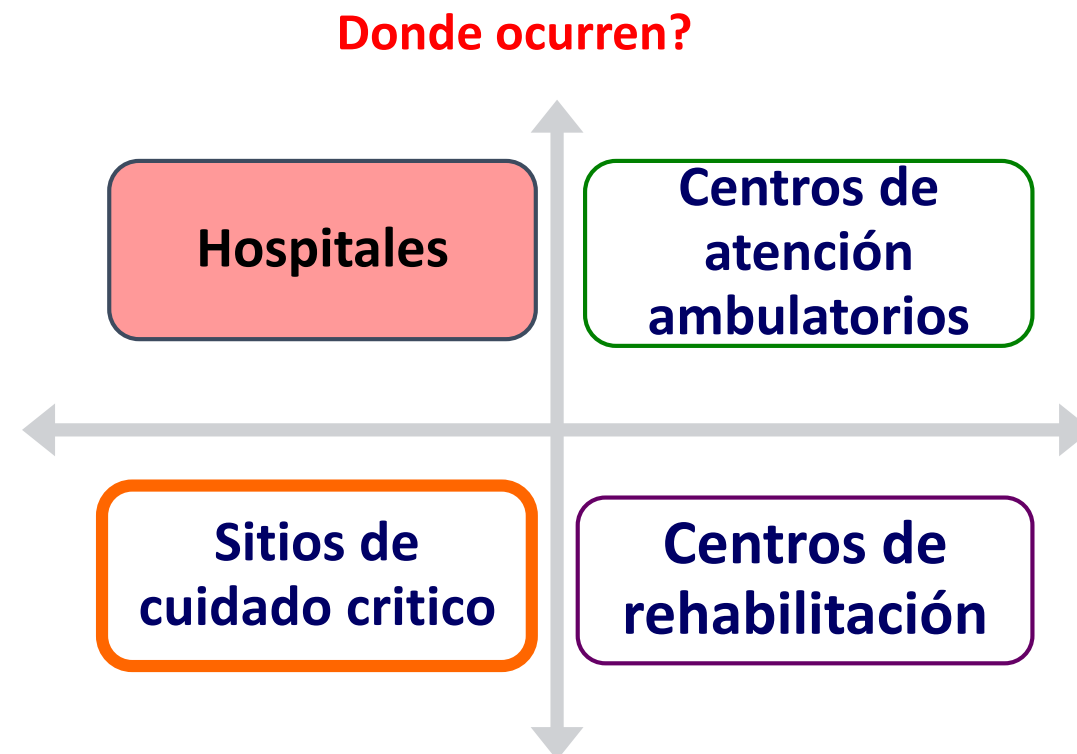
Generalidades vigilancia IAAS

Gysel Estrada Miño
Profesional Especializada
Oficina de Epidemiología

Marzo de 2022

Jhon Rojas Cabrera
GOBERNADOR DE NARIÑO
Diana Paola Rosero Zambrano
DIRECTORA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

- Es la infección que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento médico o quirúrgico
- Es la Infección que no estaba presente, ni incubándose al momento del ingreso



1. Department of Health and Human services. National Action Plan to Prevent Healthcare-Associated Infections: Roadmap to Elimination. Disponible en: <http://www.hhs.gov/ash/initiatives/hai/infection.html>



El riesgo de adquirir IAAS es universal

Morbilidad, mortalidad y costos elevados (magnitud)

Se puede mitigar el impacto de las IAAS (vulnerabilidad)

Las autoridades del nivel nacional, regional y local

Plan para reducir el riesgo de adquirir las IAAS

La capacidad para controlar microorganismos resistentes
La capacidad para respuesta a las enfermedades epidémicas
Minimizar el impacto ambiental sobre la gestión de IAAS

BROTOS HOSPITALARIOS



IAD

Vigilancia IAAS

Eventos asociados a IAAS

IAD en UCI
IAPMQ - endometritis

Resistencia Antimicrobiana

Consumo de Antibióticos
CAB

Sivigila Individual colectiva

Bases de Datos Microbiología Whonet

Vigilancia Dosis Diaria Definida
DDD
7 Antibióticos

Fenotipos de resistencia

% Resistencia vs DDD

Laboratorio

Sivigila colectiva

Brotos

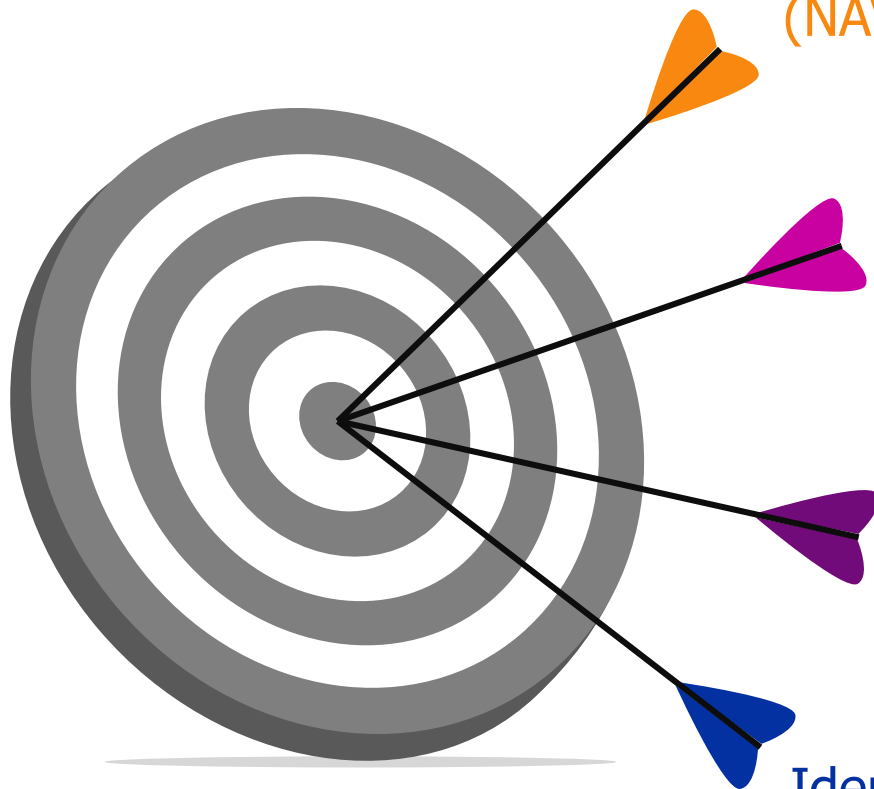
Apoyo y asesoría a UPGD
Caracterización

✓ Confirmación mecanismos de resistencia
✓ Clonalidad en brotes



IAD

Objetivos de Vigilancia



Estimar la **incidencia** de las IAD (NAV, ISTUA-AC, ITS-AC) en UCI.

Identificar los **microorganismos asociados a las IAD** (NAV, ISTUA-AC, ITS-AC) en UCI

Determinar el **uso de dispositivos** (ventilador mecánico, catéter central y catéter urinario) en UCI, a nacional, departamental, municipal y local.

Identificar oportunamente **cambios inusuales en el comportamiento** de las IAD que orienten las medidas de prevención y control.



INFORME DE EVENTO



¿Cómo se comporta el evento?



47 %

Comparado con 2021.

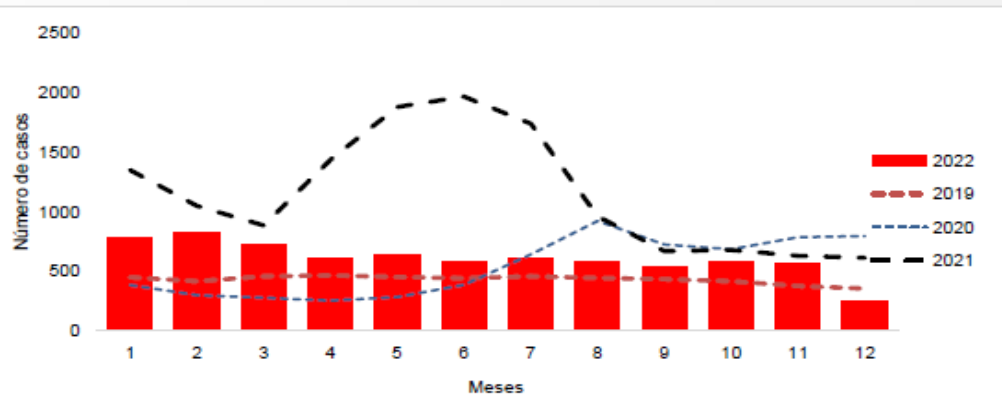
NOTA: este dato puede verse afectado significativamente por notificación tardía.

Infecciones asociadas a dispositivos en UCI



7296

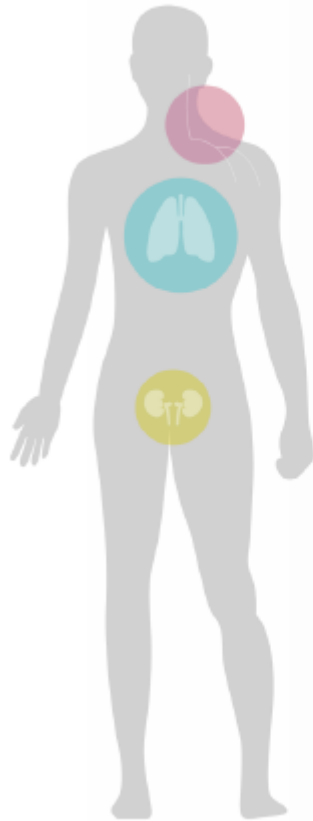
N° de casos



Comportamiento de la notificación de casos de infecciones asociadas a dispositivos-enero-diciembre, Colombia 2019- 2022

Tasas de incidencia en Colombia

Acumulada a diciembre 2022



Infección del torrente sanguíneo = 2,3

UCI Adultos: 2,1*
 UCI Pediátrica: 3,0*
 UCI Neonatal: 2,8*

*Casos por 1000 días catéter central

Neumonía asociada a ventilador = 2,5**

UCI Adultos: 2,8**
 UCI Pediátrica: 1,5**
 UCI Neonatal: 1,5**

**Casos por 1000 días ventilador mecánico

Infección tracto urinario = 1,5***

UCI Adultos: 1,4**
 UCI Pediátrica: 2,3**

***Casos por 1000 días catéter urinario

Definiciones

Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter

Combinación de criterios clínicos y de laboratorios aplicados en pacientes para clasificar las Infecciones del Torrente Sanguíneo primarias derivadas del catéter central

Neumonía asociada a ventilador

Combinación de criterios radiológicos, clínicos y de laboratorio para Neumonía en un paciente que estuvo intubado y ventilado en el momento o dentro de las 48 horas previas al inicio del evento

Infección sintomática del tracto urinario asociada a catéter

Combinación de criterios clínicos y de laboratorios aplicados en pacientes con infección Sintomática del Tracto Urinario quienes tienen o estuvieron expuestos a sonda vesical 48 horas antes del inicio del evento.

IAD

IAD

Definiciones operativas de caso

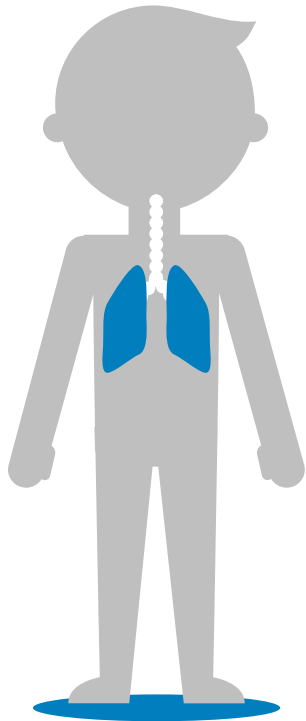


IAD

Definiciones de Caso

Se definen usando la combinación de criterios **radiológicos, clínicos y de laboratorio**.

Se reporta si el paciente cumple los criterios, estuvo intubado y ventilado dentro de las 48h previas al inicio del evento



NEU 1
Definida clínicamente



Reporte en Sivigila

Caso definido por clínica
No reporte microorganismo

NEU 2
Definida por laboratorio



Reporte en Sivigila

Caso definido por laboratorio
ingresar microorganismo

NEU 3
Paciente Inmunocomprometido



IAD

NEU 1: Neumonía definida clínicamente

Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAV)

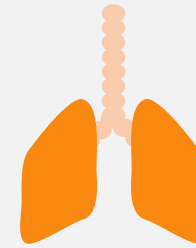
Definiciones de Caso

Para clasificar como de NEU 1 debe cumplir un criterio radiológico más un criterio clínico



Criterio Clínico

Fiebre. Leucopenia. Estado mental alterado (mayor de 70 años). Espudo purulento. Inicio o empeoramiento de la tos. Estertores o ruidos respiratorios bronquiales. **Empeoramiento del intercambio de gas.** Aumento en los requerimientos de oxígeno. **Aumento de la demanda de parámetros del ventilador.**



Criterio Radiológico

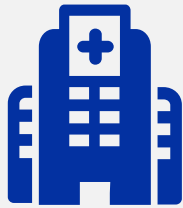
Una radiografía sin enfermedad de base. **Dos o más radiografías seriadas si hay una enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente**
Con al menos uno de los siguientes síntomas:
Infiltrado nuevo o progresivo.
Consolidación. Cavitación. Hematoceles en niños menores de un año.

Tener en cuenta los criterios clínicos alternativos para pacientes menores de 1 año y menores de 12 años



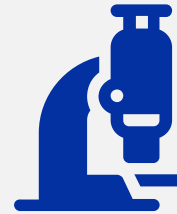
NEU 2: Neumonía con patógenos bacterianos comunes y con hallazgos específicos de laboratorio

Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAV)



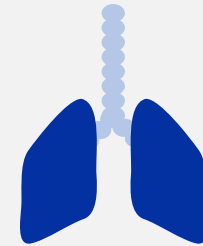
Criterio Clínico

Fiebre. Leucopenia. Estado mental alterado (mayor de 70 años). Esputo purulento. Inicio o empeoramiento de la tos. Estertores o ruidos respiratorios bronquiales. Empeoramiento del intercambio de gas. Aumento en los requerimientos de oxígeno. **Aumento de la demanda de parámetros del ventilador.**



Criterio Laboratorio

- Hemocultivo positivo no relacionado a otra fuente de infección.
- Cultivo positivo de líquido pleural.
- Cultivo cuantitativo positivo (lavado broncoalveolar o cepillado protegido).



Criterio Radiológico

Una radiografía sin enfermedad de base. Dos o más radiografías seriadas si hay una enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente con al menos uno de los siguientes síntomas:
Infiltrado nuevo o progresivo.
Consolidación. Cavitación. Hematoceles en niños menores de un año.

Debe cumplir un criterio radiológico más un criterio clínico más un criterio de laboratorio
Tener en cuenta los criterios clínicos alternativos para pacientes menores de 1 año y menores de 12 años



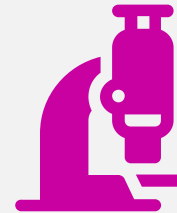
NEU 3: Paciente con Neumonía inmunocomprometido

Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAV)



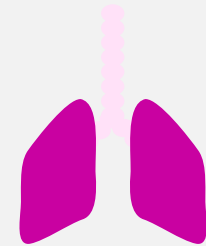
Criterio Clínico

Fiebre. Leucopenia. **Estado mental alterado (mayor de 70 años).** Esputo purulento. **Inicio o empeoramiento de la tos.** Estertores o ruidos respiratorios bronquiales. **Empeoramiento del intercambio de gas.** Aumento en los requerimientos de oxígeno. **Aumento de la demanda de parámetros del ventilador.**



Criterio Laboratorio

- Hemocultivo y cultivo de esputo positivos con *Candida spp.*
- Evidencia de hongos o *Pneumocystis carinii* en muestra del tracto respiratorio inferior.
 - Criterios de NEU 2



Criterio Radiológico

Una radiografía sin enfermedad de base. **Dos o más radiografías seriadas si hay una enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente con al menos uno de los siguientes síntomas:**
 Infiltrado nuevo o progresivo.
 Consolidación. Cavitación. Hematoceles en niños menores de un año.

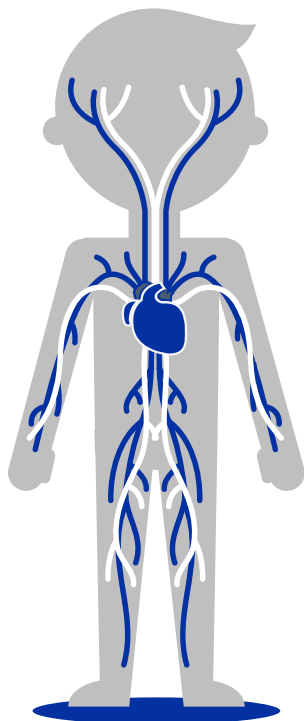
Debe cumplir un criterio radiológico más un criterio clínico más un criterio de laboratorio
 Tener en cuenta los criterios clínicos alternativos para pacientes menores de 1 año y menores de 12 años



IAD **Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Central (ITS-AC)**

Las **ITS primarias** pueden ser primarias o secundarias, según haya o no una infección en otro sitio que esté causando la infección del torrente sanguíneo. Las ITS primarias son **confirmadas por laboratorio**.

Definiciones de Caso



Criterio 1

"Patógeno reconocido"

Criterio 2

Comensal común de la piel

Criterio 3

Comensal común de la piel < 1 año

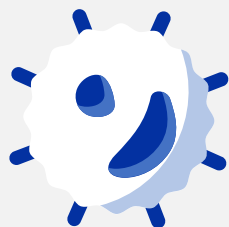
Reporte en Sivigila

Caso definido por laboratorio
ingrese microorganismo



IAD Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Central (ITS-AC)

Definiciones de Caso



Criterio 1

“Patógeno reconocido”

Obtener un patógeno reconocido de uno o más hemocultivos. El organismo cultivado de la sangre no se relaciona con infección en otro sitio.



Criterio 2

Comensal común de la piel

Alguno de los siguientes síntomas:
Fiebre (>38°C) – Escalofrío – Hipotensión
Signos, síntomas y resultados de laboratorio que no se relacionen con infección en otro sitio.
Los comensales comunes de la piel deben ser obtenidos de dos o más hemocultivos en momentos separados.



Criterio 3

Comensal común de la piel < 1 año

Alguno de los siguientes síntomas:
Fiebre (>38°C rectal o >37.5°C axilar)
Hipotermia (< 37.5° axilar o <36 oC rectal)
Apnea - Bradicardia
Signos, síntomas y resultados de laboratorio que no se relacionen con infección en otro sitio.
Los comensales comunes de la piel deben ser obtenidos de dos o más hemocultivos en momentos separados.

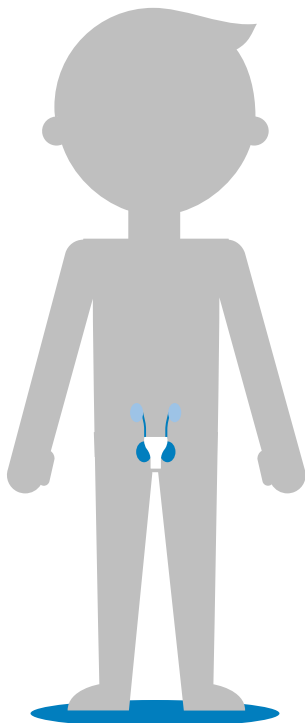


IAD

Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter

Se definen usando los criterios para Infección Sintomática del Tracto Urinario (ISTU). Se reporta ITU **asociada a catéter urinario (ISTU-AC)** cuando un paciente tiene un **catéter urinario permanente o dentro de las 48 horas** previas al inicio del evento, además de al menos 1 de los criterios clínicos.

Definiciones de Caso



Criterio 1

Urocultivo > 105 UFC

Criterio 2

Urocultivo 103 a 105 + Parcial de orina

Criterio 3

Urocultivo > 105 en < 1 año

Criterio 4

Urocultivo 103 a 105 + Parcial de orina en < 1 año

Reporte en Sivigila
Caso definido por laboratorio
ingrese microorganismo



IAD

Definiciones

7 días durante los cuales se deben cumplir todos los criterios.
3 días antes y 3 días después de obtener la muestra

Periodo de Ventana

Fecha de cuando se detecta el 1° elemento diagnóstico de infección específica.
Puede ser por primera vez dentro del periodo de ventana.

Fecha del evento

Servicio de hospitalización donde se desarrollo la IAD (NAV, ITS-AC, ISTU-AC).

**Localización
Atribución de la IAD**

IAD (NAV, ITS-AC, ISTU-AC), que se desarrolla dentro de las **48 horas después** del traslado de un paciente a otro servicio o institución.
Atribuida al servicio de donde viene trasladado.

Regla de Transferencia



IAD

Estrategias de vigilancia IAD



IAD

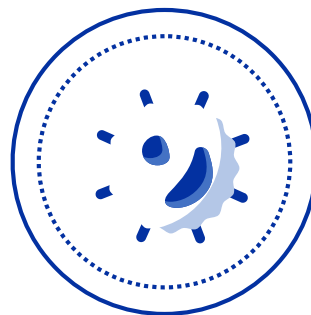
Activa - Diaria - Prospectiva

Basada en el paciente y en la revisión de fuentes de información

Estrategias de Vigilancia



**Poblacion de
riesgo**



**Sospecha de
infección**



**Casos confirmados
IAD - APMQ**



IAD

Formulas

Estrategias de Vigilancia

Tasa de incidencia
de IAD en UCI

$$\frac{\# \text{ casos nuevos IAD en UCI}}{\# \text{ días dispositivo en UCI}} \times 1000$$

Porcentaje de días
uso de dispositivo

$$\frac{\# \text{ días dispositivo en UCI}}{\# \text{ días paciente en UCI}} \times 100$$

Proporción de
agentes etiológicos
asociados a
IAD

$$\frac{\# \text{ Microorganismos de un agente asociado a IAD}}{\text{Total microorganismos asociados IAD}} \times 100$$

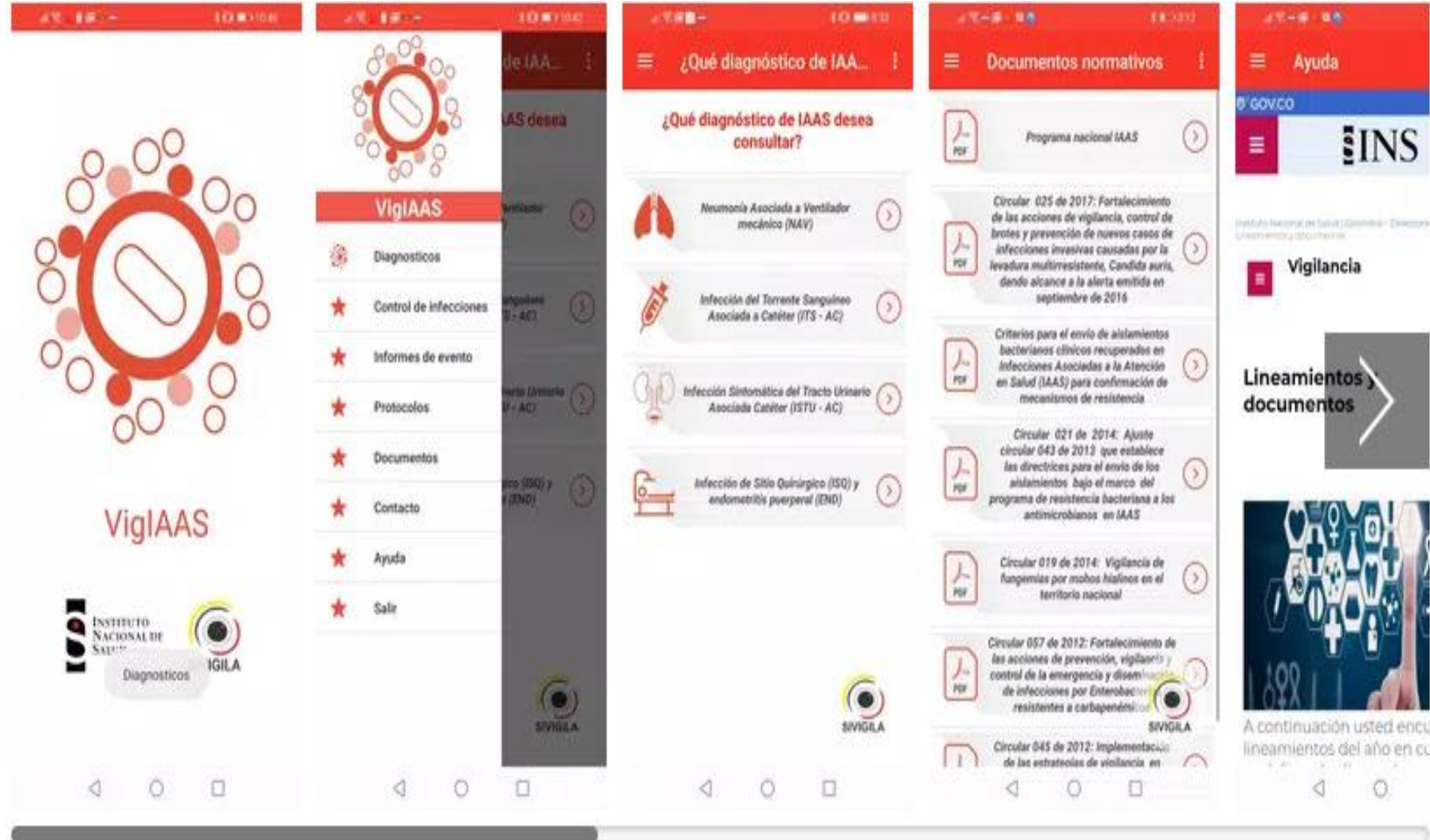


IAD

Recolección de los datos, flujo y fuentes de información



Lineamientos 2.023



A continuación usted encuentra los lineamientos del año en curso.

UPGD
Lunes: 12:00m

UNM y EAPB
Martes: 12:00m

UND Martes:
04:00 pm



Mensual
Denominadores (días
dispositivo días
paciente)

Notificaciones
IAAS

Semanal
Casos IAD



Infección a vigilar y lugar



Neumonía Asociada a Ventilador mecánico (NAV)

Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Central (ITS-AC)

Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter Urinario (ISTU - AC)

UCI Adulto
UCI Pediatría
UCI Neonatal



UCI Adulto
UCI Pediatría



UCI Neonatal
Categoría de peso al nacer

- ≤ 750 grs.
- 751-1000 grs.
- 1001-1500 grs.
- 1501-2500 grs.
- > 2500 grs.



Fecha de diagnóstico debe ser igual a la fecha del primer elemento diagnóstico (fecha de la toma de la muestra)

**Secuencia lógica de fechas en IAD:
Fecha de consulta
Fecha de hospitalización
Fecha de ingreso a la UCI
Fecha de inserción de dispositivos**

La fecha de inicio de síntomas deberá ser mayor a las fechas anteriores por tratarse de un evento intrahospitalario

**Secuencia de fechas de IAD
(evento intrahospitalario)**



Denominador	Definición
Días dispositivo	Es el conteo diario del número de pacientes con un dispositivo específico en un servicio de hospitalización durante un tiempo determinado. Para calcular los días dispositivo, cada día del mes a la misma hora, se registra el número de pacientes que tienen el dispositivo (ej: catéter central, ventilador o catéter urinario)
Días paciente	Es el conteo diario del número de pacientes en un servicio de hospitalización durante un tiempo determinado. Para calcular los días paciente, cada día del mes a la misma hora, se registra el número de pacientes.



IAD

Orientaciones - Acciones

- Seguimiento a pacientes.
- Recolección de Información.
- Notificación de casos.



- Laboratorio o WONET.
- Reporte de casos.



- Toma de muestras y aislamiento.
- Reporte a Labmuestra.
- Conservación, embalaje y transporte.
- Comunicación de resultado.

Investigación epidemiológica de campo

Información Educación Comunicación

Búsqueda Activa Institucional

Situación de Brote y Emergencia

Laboratorio



- Capacitaciones.
- Identificación del riesgo.
- Medidas de control.



- Notificación.
- Caracterización.
- Análisis de Brote.
- Medidas de contención.
- Informes periódicos.



Situación de Brote y Emergencia

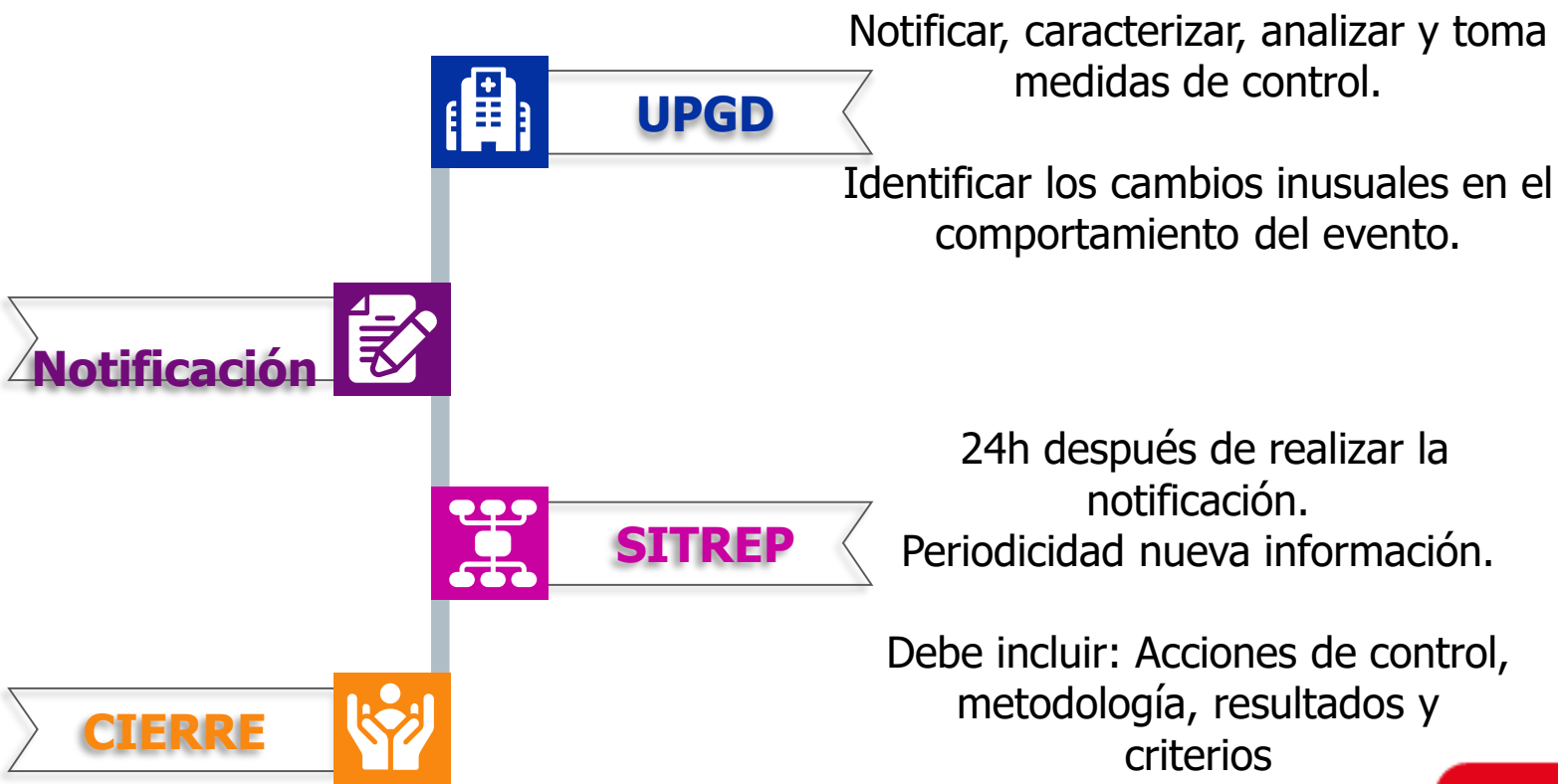
IAD

Orientaciones - Acciones

Se presentan infecciones las cuales se transmiten entre pacientes o trabajadores de la salud y que representan un aumento de número de casos

Numero de afectados y expuestos, población afectada. Casos **Graves** - Hospitalizados – **Muertos**. Muestras recolectadas. Nivel del riesgo y actividades de control.

Ausencia de infección en 1 periodo epidemiológico
O que retorne a su endemia.



IAD Muestras de Laboratorio

Brote IAD confirmado por clínica (NEU1) y por laboratorio (NEU2, NEU3, ITS-AC, ISTU-AC),

Orientaciones - Acciones

Envío de aislamientos por la LDSP.
1 muestra por paciente (según diagnóstico y tipo de muestra).

Aislamientos reportados y notificados por LabMuestra con códigos de evento 313 y 335.

Incluir pruebas de tamizaje de UPGD Y LDSP.

Comunicación permanente Laboratorio-UPGD.
Mecanismo de retroalimentación continuos.
Garantizar la concordancia de información.

**OBTENCION
DE MUESTRAS**



**CONSERVACIÓN,
EMBALAJE Y
TRANSPORTE**



**ANALISIS DE
RESULTADOS**



No realice sellado con cinta.
Rotule adecuadamente la muestra.
Mantener aislamientos entre 5°C – 25°C.
Transporte en CaryBlair o AMIES.



IAD

La comunicación **periódica** desarrollar la capacidad resolutive, insumo fundamental, apoya la toma de decisiones, contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento.

Comunicación y Difusión



Caso clínico 1

Un paciente de 45 años ingresa a la UCI después de un procedimiento quirúrgico. En salas de cirugía se realiza intubación orotraqueal. El paciente 3 días después de su ingreso a UCI, presenta cambios en las secreciones tornándose purulentas, al igual que presenta picos febriles. Se le realiza una radiografía de tórax que muestra una opacidad alveolar derecha, parcialmente velada por un derrame. El citoquímico del derrame muestra un exudado neutrófilico y 10 horas después, el hemocultivo es positivo para un bacilo Gram negativo.

- Es probable que el paciente esté cursando con un proceso infeccioso? Por qué?
- Cumple con criterios epidemiológicos de IAAS?
- Es una Infección Asociada a la Atención en Salud (IAAS)?
- Si es una IAAS, de qué servicio es?



Pasos para la notificación de las IAAS

CARACTERIZACIÓN SIVIGILA

- ✓ Se realizará una vez al año o cuando haya cambios en alguna de la información solicitada
- ✓ Datos del comité de infecciones
- ✓ Datos de la capacidad de laboratorio
- ✓ Caracterización del recurso humano
- ✓ Caracterización de los tipos de UCI (Depende la notificación 359)

NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

- ✓ Notificación: caso confirmado y por semana epidemiológica
- ✓ los criterios epidemiológicos deben concordar con los expuestos en el protocolo
- ✓ Si un paciente cumple para dos infecciones en una misma semana deberá incluirse en el número de notificación -1
- ✓ Los casos deben concordar con lo notificado en whonet
- ✓ Ajustes en el módulo de laboratorio

NOTIFICACION COLECTIVA (359)

- ✓ Notificación mensual de los denominadores (días paciente, días dispositivo)
- ✓ Inclusión de indicador de cumplimiento de la notificación
- ✓ Notificar los denominadores inclusive si no se presentan casos en el mes
- ✓ Información reportada para cumplimiento de la Resolución 256 de 2016

TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica causada por el *Mycobacterium tuberculosis*.

Puede afectar cualquier órgano o tejido. Sin embargo, la forma más común de la enfermedad es la **pulmonar**, cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón, esta se denomina tuberculosis **Extrapulmonar**, la mas común pleural, y la ganglionar.

sintomático respiratorio. Res. 227 de 2020.

- En población general, se considerará sintomático respiratorio a toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días.
- Personas que viven (VIH) o que presenten patologías o tratamientos inmunosupresores, un S.R. a quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración.
- En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa, el criterio S.R. será tos y expectoración por más de 15 días; sin embargo, cuando exista difícil acceso a la atención en salud, podrá tomarse un tiempo menor a 15 días cuando exista presunción de la enfermedad.
- Para contactos de personas afectadas por tuberculosis, se tomará como criterio tos y expectoración de 1 o más días de duración

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

TUBERCULOSIS

Agente etiológico

- Mycobacterium tuberculosis

Reservorio

- Principalmente los seres humanos; en raras ocasiones los animales.

Período de incubación

- Es indefinido y depende de diversos factores, sin embargo, se ha estimado que de 2 a 10 semanas.
- En algunos individuos la infección puede permanecer latente toda la vida.

Período de transmisión

- La probabilidad de desarrollar la tuberculosis puede variar ampliamente y tardar varios años después de la infección. De igual manera, la infección por VIH incrementa notablemente el riesgo y acorta tiempo de aparición de la tuberculosis.

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

TUBERCULOSIS

Modo de transmisión: A través de la inhalación de microgotas suspendidas en el aire que contienen el bacilo, expulsadas por personas con tuberculosis pulmonar, o a través de las vías respiratorias por el esfuerzo espiratorio de toser, hablar, cantar o estornudar.



La exposición cercana a un caso infeccioso de manera prolongada o repetida puede producir la infección de 15 a 20 personas durante un año.

La tuberculosis extrapulmonar, con excepción de la laríngea, no es transmisible salvo en aquellas situaciones en las que exista una fístula secretante.

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

TUBERCULOSIS

Factores de riesgo



Casos de tuberculosis pulmonar no diagnosticados o no tratados.

Condiciones de hacinamiento.

Desnutrición

inmunocompromiso de cualquier etiología (infección por VIH, uso de medicamentos inmunosupresores)

insuficiencia renal crónica

Diabetes, Cáncer

Alcoholismo, drogadicción.

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

Definición de caso Tuberculosis

Confirmado por laboratorio

- Es aquel caso que se configura por el resultado positivo para alguna de las pruebas de laboratorio como baciloscopia (coloración directa de la muestra), cultivo en medio líquido o prueba molecular

Confirmado clínicamente

- Es aquel caso diagnosticado por un profesional de la medicina, quien ha decidido darle un ciclo completo de tratamiento antituberculoso, con pruebas bacteriológicas negativas.
- Cuadro clínico sugestivo acompañado de anomalías en exámenes radiográficos (radiografía simple o tomografía), o histopatología sugestiva o nexo epidemiológico (contacto con un caso de tuberculosis confirmado) y en el cual no se tuvo o no fue posible la confirmación bacteriológica.
- Si alguno de los casos diagnosticados por la clínica, posteriormente resulta ser bacteriológicamente positivo (antes o después de iniciar el tratamiento), debe ser reclasificado como un caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado.

Confirmado por nexo epidemiológico

- Caso compatible de tuberculosis con criterio bacteriológico negativo, que presenta criterios clínico y epidemiológico positivos, y en quien el médico ha decidido iniciar tratamiento antituberculosis.
- Estar expuesto o ser contacto de un caso confirmado de tuberculosis bacilífera, hace positivo el criterio epidemiológico (signo de Combe positivo).

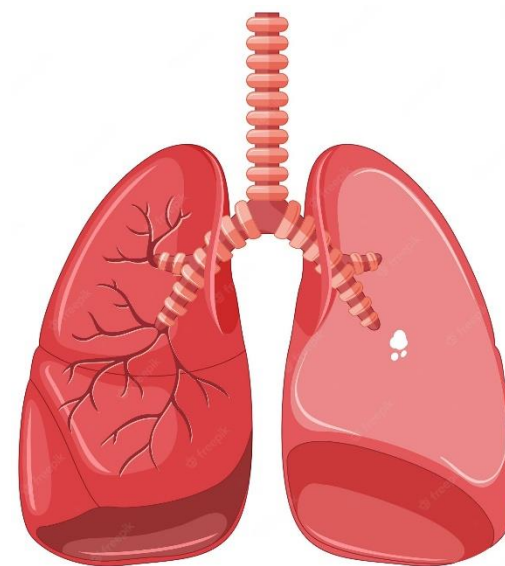
Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

Definición de caso Tuberculosis

Caso
descartado

Estos se definen como las personas que iniciaron tratamiento para tuberculosis por criterio médico, pero como resultado de pruebas diagnósticas y por criterio clínico del equipo médico tratante se descarta el diagnóstico de tuberculosis.

Para efectos del diagnóstico de egreso en el registro del Programa Nacional de tuberculosis y para la gestión de medicamentos, se deben reportar los casos de tuberculosis que hayan sido descartados; así mismo, se deberán ajustar por descarte en el SIVIGILA.



Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

Clasificación basada en la historia de tratamiento previo de tuberculosis

Caso Nuevo

Aquel que nunca ha sido tratado por tuberculosis o que ha recibido medicamentos antituberculosos por menos de un mes.

Caso previamente tratado

Persona que ha recibido un mes o más de tratamiento con medicamentos antituberculosos en el pasado.
Se clasifica además por el resultado de su más reciente ciclo de tratamiento

Reingreso tras recaída:

persona que ha sido previamente tratada por tuberculosis, fue declarada como curada o con tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento y ahora se le diagnostica con un episodio recurrente de tuberculosis.

Reingreso tras fracaso:

persona previamente tratada por tuberculosis, cuyo tratamiento fracasó, evidenciado mediante un resultado de baciloscopia o cultivo de esputo positivo en el cuarto mes, o posterior, durante el tratamiento.

Recuperado tras pérdida de seguimiento:

persona que había sido tratada previamente por tuberculosis y fue declarada pérdida en el seguimiento realizado al final de su tratamiento más reciente y reingresa nuevamente al Programa.

Otros casos previamente tratados: son aquellos que han sido previamente tratados por tuberculosis, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o no se ha documentado.

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

Consideraciones importantes según Resolución 227 de 2020

-La DLS/SMS, disponer de los recursos técnicos, humanos y financieros para realizar las visitas epidemiológicas de campo requeridas para la identificación y seguimiento de casos y contactos. Esta se realizará en los primeros ocho (8) días después de captado el caso, a los seis (6) meses y a los doce (12) meses.

-El estudio de contactos de casos de mortalidad por tuberculosis será responsabilidad de las áreas de vigilancia en salud pública de las entidades territoriales, teniendo en cuenta un plazo máximo de 60 días para su realización; durante este estudio deberán canalizarse los contactos menores de 5 años, personas inmunosuprimidas, etc, a los servicios de salud para la realización de las pruebas diagnósticas y los tratamientos que se requieran.

-Las DLS/SMS deberán diligenciar y mantener actualizada la base de identificación y seguimiento de contactos de casos de tuberculosis, así como el seguimiento a contactos sintomáticos respiratorios para su atención.

Las EAPB deberán priorizar la atención médica a los contactos sintomáticos, antes de las 48 horas, para la realización de cultivos en medio líquidos, pruebas moleculares, radiografía de tórax, tuberculina u otras que se requieran, de acuerdo con los algoritmos.

En los ámbitos, rural y rural disperso, se recomienda que la DLS/SMS coordine con las EAPB y sus redes de prestadores, para que durante la visita epidemiológica de campo se garantice la recolección de muestras de los contactos que son sintomáticos respiratorios en el mismo momento de la identificación del contacto, y se brinden las atenciones que se puedan desarrollar en campo según la ruta establecida.

Un contacto que pertenezca a población pobre no asegurada, en condiciones de desplazamiento forzado, la DLS/SMS debe asegurar su atención inicial con cargo a los recursos de oferta, al mismo tiempo que gestiona su afiliación al SGSSS para la atención integral como estrategia de protección de la persona y de su núcleo familiar.

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023



TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

La bacteria causante de la tuberculosis (TB) **puede volverse resistente** a los antimicrobianos utilizados para curar la enfermedad.

La resistencia a los medicamentos aparece como consecuencia de un **uso indebido de los antibióticos** al tratar con ellos a pacientes afectados de tuberculosis farmacosensible.



Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

https://www.google.com/search?blv=1280&bih=694&btm=1&schka=1&sei=oaOXWqHCOXlZg.Cm6WQAc&q=bacteria+de+TB&oeq=bacteria+de+TB&gs_l=psy-ab:2.01830k1.99590106724.010894318142.22.01712016.0j414.0_0_1c1.64.psy-ab.0171892_0j0167k1j0244j030k1.0.7kqLqDvLTMwWimgrc=1BtBYG2SBwFmE

TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

Primaria



Se define como aquella en la que se presentan cepas aisladas en **pacientes que nunca antes han recibido tratamiento antituberculoso**

Secundaria o adquirida



Es la consecutiva a una **quimioterapia incorrecta provocada por la utilización de un esquema terapéutico inicial erróneo**, una indicación inadecuada de tratamiento de infección tuberculosa (**quimioprofilaxis**) al no descartar enfermedad activa o un incumplimiento del tratamiento.



https://www.google.com.co/search?biw=1280&bih=694&itbm=1&sch&sa=1&ei=ZaCXWwKLN03czwK8yYXgAv&sq=paciente+estornudando&ooq=nie+estornudando&pg=ipqy-ab12_51374_563330_58430712120_0_0_0_18819901121210_...1c164.ppy-ab12_4681_cp0533owj08830w0j0244010LVF8WV5vwwfmgc=tbkgakQF742M

Agente etiológico

- Cepas del complejo *Mycobacterium tuberculosis* resistentes a fármacos anti TB.

Modo de Transmisión

- Por medio de la inhalación de microgotas en forma de aerosoles suspendidas en el aire expulsadas por personas bacilífera, con tuberculosis resistente a múltiples medicamentos.

Fuente : IDSN/SVIGILA 2023

Grupo a riesgo

- Fracaso de los retratamientos primarios
- Contacto de un caso conocido de TB resistente a múltiples medicamentos.
- Pacientes que siguen presentando baciloscopia positiva al segundo o tercer mes del tto.
- Recaída y reingreso por abandono
- Personas provenientes de regiones donde la TB resistente a los medicamentos es frecuente
- Exposición en instituciones en las que hay brotes o alta prevalencia de tuberculosis resistente a múltiples medicamentos.
- El VIH y la Diabetes mellitus son un factor de riesgo.

Factores de protección

- El mejor factor protector es la curación del enfermo con TB y TB-FR resistente a múltiples medicamentos.
- La detección oportuna de casos de TB resistente a múltiples medicamentos.
- Regímenes de tratamiento adecuados en número de medicamentos y duración.
- Garantizar que el tratamiento sea supervisado

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

Definiciones operativas de casos

Confirmado por laboratorio

- Un enfermo tiene tuberculosis farmacorresistente sólo mediante la confirmación de la **resistencia in vitro o pruebas moleculares** a uno o más medicamentos antituberculosos.

Clínico

- Manifestaciones clínicas iguales a las de tuberculosis sensible y no respondió satisfactoriamente a los tratamientos antituberculosos de primera línea,
- **ESTOS CASOS SE NOTIFICAN EN SENSIBLE, CUANDO SE TENGAN LOS RESULTADOS DEL PERFIL DE RESISTENCIA, SE PODRA NOTIFICAR EN RESISTENTE**

Por nexa epidemiológico

- El ser contacto de un caso de tuberculosis pulmonar farmacorresistente hace positivo este criterio.
- Toda persona con nexa epidemiológico que cumpla criterio de sintomático respiratorio debe ser evaluada para descartar tuberculosis farmacorresistente con cultivo y pruebas de sensibilidad a fármacos. **ESTOS CASOS SE NOTIFICAN EN SENSIBLE, CUANDO SE TENGAN LOS RESULTADOS DEL PERFIL DE RESISTENCIA , SE PODRA NOTIFICAR EN RESISTENTE**

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

Clasificación según antecedente de tratamiento

Clasificación según antecedente de tratamiento	Definición
Nuevo	Paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso o sólo lo recibió por menos de cuatro semanas.
Previamente tratado	Paciente que ha recibido medicamentos antituberculosos por más de un mes, sin importar su condición de egreso del programa.

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

Fuente : ISN/SIVIGILA 2019

Clasificación según tipo de medicamentos recibidos

Clasificación de caso	Definición
Tratado con medicamentos de 1ª línea	Paciente que ha recibido medicamentos de primera línea por más de un mes
No ha recibido medicamentos de 1ª línea	Paciente que no ha recibido tratamiento con medicamentos antituberculosos de primera línea, o que los recibieron por menos de un mes.



Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

Clasificación del caso según condición de ingreso

Clasificación de caso	Condición de ingreso
Tras Recaída	Paciente previamente tratado por tuberculosis, declarado curado o tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora es diagnosticado con un episodio recurrente de tuberculosis (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de tuberculosis causado por reinfección).
Paciente con tratamiento después de pérdida al seguimiento	Un paciente cuyo tratamiento fue interrumpido durante un mes consecutivo o más.
Tras Fracaso	Paciente al que suspende el tratamiento o existe la necesidad de cambio permanente de esquema o por lo menos de dos fármacos antituberculosos.

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

Clasificación del caso basada en el tipo resistencia a medicamentos

8.4 Fecha de confirmación (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8.5 Clasificación de caso según tipo de resistencia <input type="radio"/> 1. Monoresistencia	<p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Registre en el círculo contiguo al medicamento según corresponda 1:Sensible - 2:Resistente - 3. No realizado</p> <p>S: Estreptomicina (1) (2) (3) E: Etambutol (1) (2) (3)</p> <p>H: Isoniazida (1) (2) (3) Z: Pirazinamida (1) (2) (3)</p>	
<input type="radio"/> 2. MDR <small>* Esta condición se cumple cuando el paciente es resistente de forma simultanea a H y R</small>	<p>H: Isoniazida (2)</p> <p>R: Rifampicina (2)</p>	
<input type="radio"/> 3. Poliresistente	<p>S: Estreptomicina (2) E: Etambutol (2)</p> <p>H: Isoniazida (2) Z: Pirazinamida (2)</p>	
<input type="radio"/> 4. XDR <small>(Extensivamente resistente)</small> <small>* Esta condición se cumple cuando el paciente es resistente de forma simultanea a Q y I</small>	<input type="radio"/> 7. Resistencia a rifampicina <small>* Esta condición Se cumple cuando paciente es resistente a Rifampicina (RR)</small> <p>R: Rifampicina (2)</p>	
<input type="radio"/> 8. Resistencia a pre XDR <small>* Esta condición se cumple cuando el paciente es resistente a una de las dos Q ò I</small>	<input type="radio"/> 6. En proceso de clasificación	

Correo: sivigila@ins.gov.co Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023

Periodicidad de los reportes

Notificación	Responsabilidad
Notificación Semanal	Al Sivigila se notifican los casos nuevos o previamente tratados de tuberculosis resistente a múltiples medicamentos confirmados durante el año vigente, de manera obligatoria.

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN



ADRIANA BELÉN ROJAS ORTIZ
ESP. GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD
SALUD PÚBLICA
2014

Fuente : IDSN/SIVIGILA 2023