



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

AGENDA CAPACITACIÓN 2 DE AGOSTO DE 2013

HORA	TEMA	PRESENTA	ENTIDAD
2:00 A 2:15	Bienvenida y presentación de la teleconferencia y contextualización del SSO en el sistema de seguridad social salud en Colombia	Dr. Ildelfonso Cepeda Dr. Francisco Ariza	Ministerio de Salud y Protección Social
2:15 A 2:30	Manejo clínico, cuidados de enfermería y apoyo del laboratorio en Malaria	Dra. Diana Rojas	Universidad Industrial de Santander
2:30 A 3:00	Manejo clínico, cuidados de enfermería y apoyo del laboratorio en Dengue	Dr. Luis Angel Villar	Universidad Industrial de Santander
3:00 A 3:30	Vigilancia epidemiológica	Dr. Alfonso Campos – Dra. Alexandra Durán R.	INS-Ministerio de Salud
3:30 A 4:00	Preguntas y cierre		

**ACTUALIZACION EN MANEJO DE ENFERMEDADES
TRANSMITIDAS POR VECTORES A MEDICOS,
BACTERIOLOGOS, ENFERMEROS, ODONTOLOGOS EN
SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD**



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social



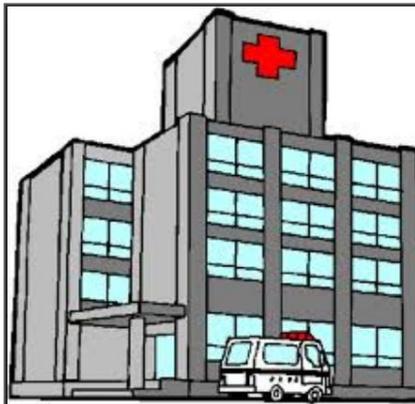
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: ACTORES



MinSalud

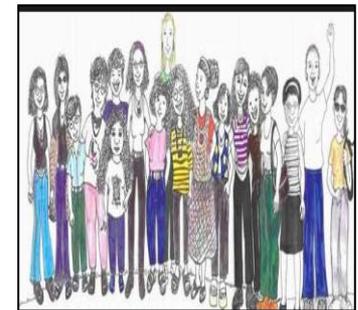
Ministerio de Salud
y Protección Social

AUTORIDADES



**PRESTADORES DE
SERVICIOS DE
SALUD**

ASEGURADORES



CIUDADANOS

PROFESIONALES DE LA SALUD



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

COLOMBIA Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Financiación del sistema:

Aseguramiento y aportes del estado

Aseguramiento:

Regimen contributivo: paga de su salario para acceder a la prestación de servicios de salud y ahorra para pensiones. Afilia a aseguradoras o EPS

Regimen subsidiado: estado financia su afiliación a EPS-S, no tiene capacidad de pago.

No asegurado: estado atiende en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas

Red de prestación de servicios:

Instituciones Públicas: son de propiedad del estado pero a nivel municipal o departamental, con hospitales de I, II, III y IV nivel

Instituciones Privadas: desde servicios de baja hasta alta complejidad



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 es la
carta de navegación para avanzar hacia el ideal de
salud de los colombianos



La Salud Pública es el compromiso que todos
tenemos con la salud que todos soñamos.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Conozca el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP
y cómo se construyó
Este jueves 30 de mayo



Siga en vivo la transmisión de este evento a través de nuestro portal
www.minsalud.gov.co
De 8:00 a.m. a 12:00 m.

AGENDA

HORA	ACTIVIDAD
APERTURA	
7:30 a.m.	Bienvenida y registro de asistentes
8:30 a.m.	Palabras de apertura del Ministro de Salud, Dr. Alejandro Gaviria Uribe
PRESENTACIÓN DEL PDSP	
8:45 a.m.	Antecedentes y Análisis de Situación Dra. Martha Lucía Ospina Martínez, Directora de Edpidemiología y Demografía, Minsalud
9:45 a.m.	Video de presentación del PDSP
10:00 a.m.	Refrigerio
IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA	
10:30 a.m.	Presentación de las dimensiones del PDSP - Video
10:50 a.m.	¿Cómo implementar el PDSP en los niveles territoriales?
11:10 a.m.	Palabras del Viceministro de Salud Pública, Dr. Fernando Ruiz Gómez
11:30 a.m.	Preguntas y respuestas
12:00 a.m.	CIERRE DEL EVENTO



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

LA SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL MARCO DEL PDSP

“Vida saludable y enfermedades transmisibles”

En el proceso de formulación del PDSP, el abordaje de las enfermedades transmisibles se hizo en el marco de una dimensión denominada *“Vida saludable y enfermedades transmisibles”*; la cual se define como:

**“Vida saludable
y enfermedades
transmisibles”**

- *“Espacio de acción transectorial que busca garantizar y materializar el derecho de la población colombiana a vivir sin enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y equidad, mediante la transformación positiva de los determinantes, y de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes y reemergentes para favorecer el desarrollo humano, social y sostenible”.*



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social





MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EMERGENTES, REEMERGENTES Y DESATENDIDAS





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ENDEMO - EPIDEMICAS





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ENDEMO - EPIDEMICAS





Manejo Clínico del Dengue

LUIS ANGEL VILLAR C, MD , MSc
CENTRO DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS -
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER



aeedes

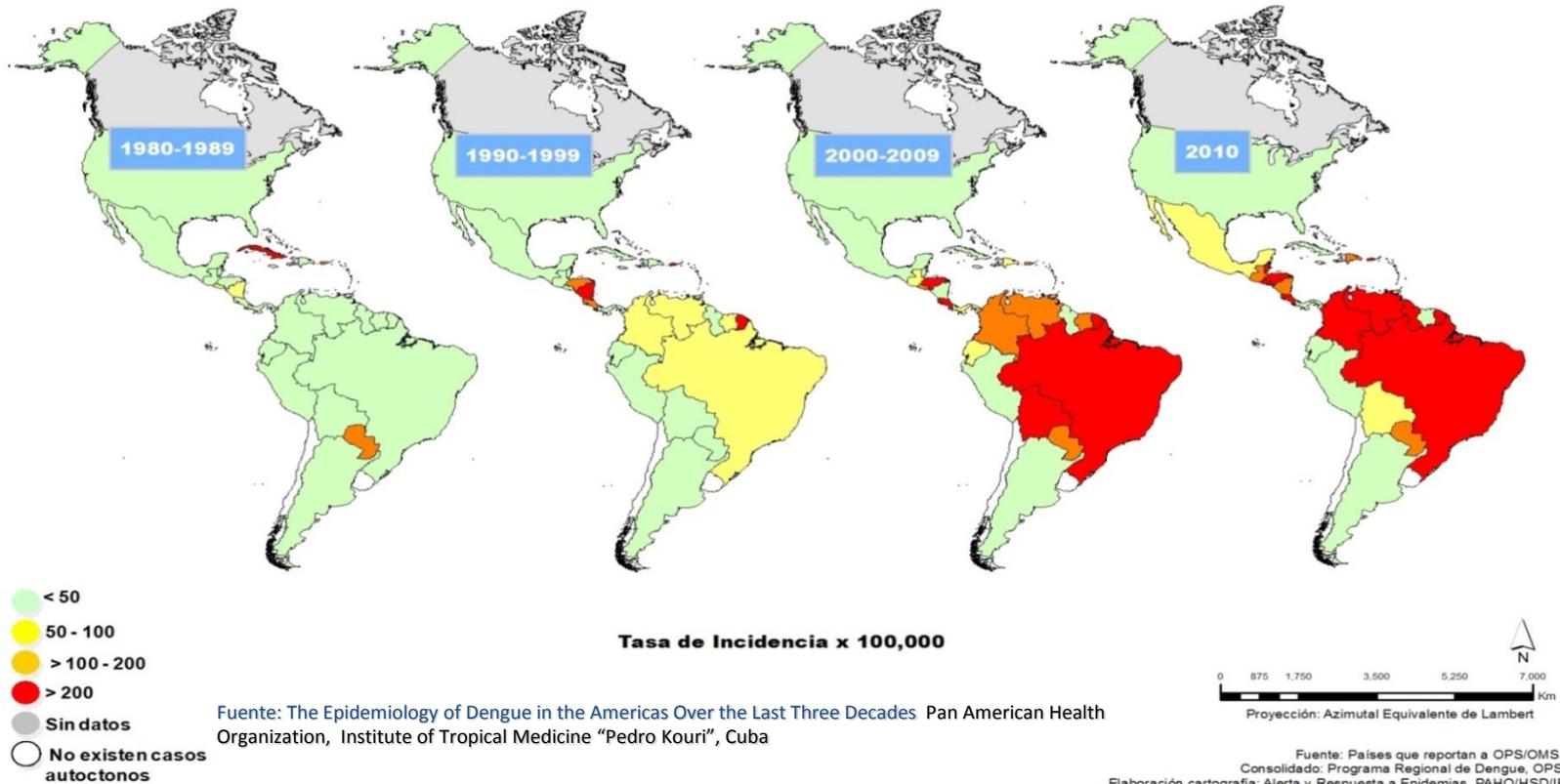
Red de Conocimiento y Cooperación AEDES
Abordando áreas endémicas de dengue
para la disminución de su impacto en la sociedad

www.redaedes.org

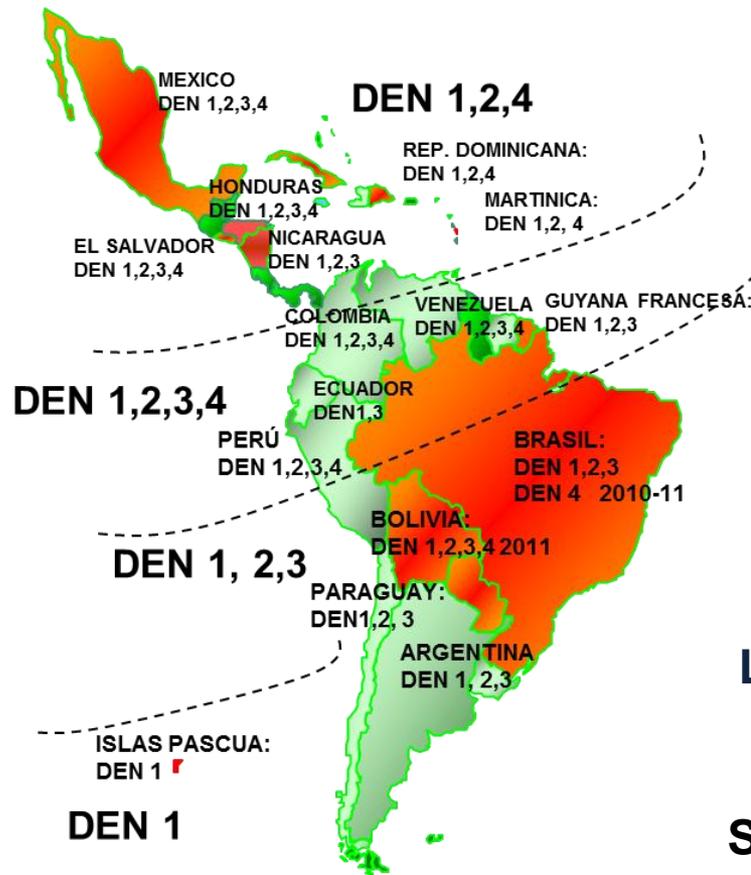
info@redaedes.org



Incidencia de dengue en Las Americas 1980- 2010



CIRCULACIÓN SEROTIPOS DEL DENGUE 2006-2011

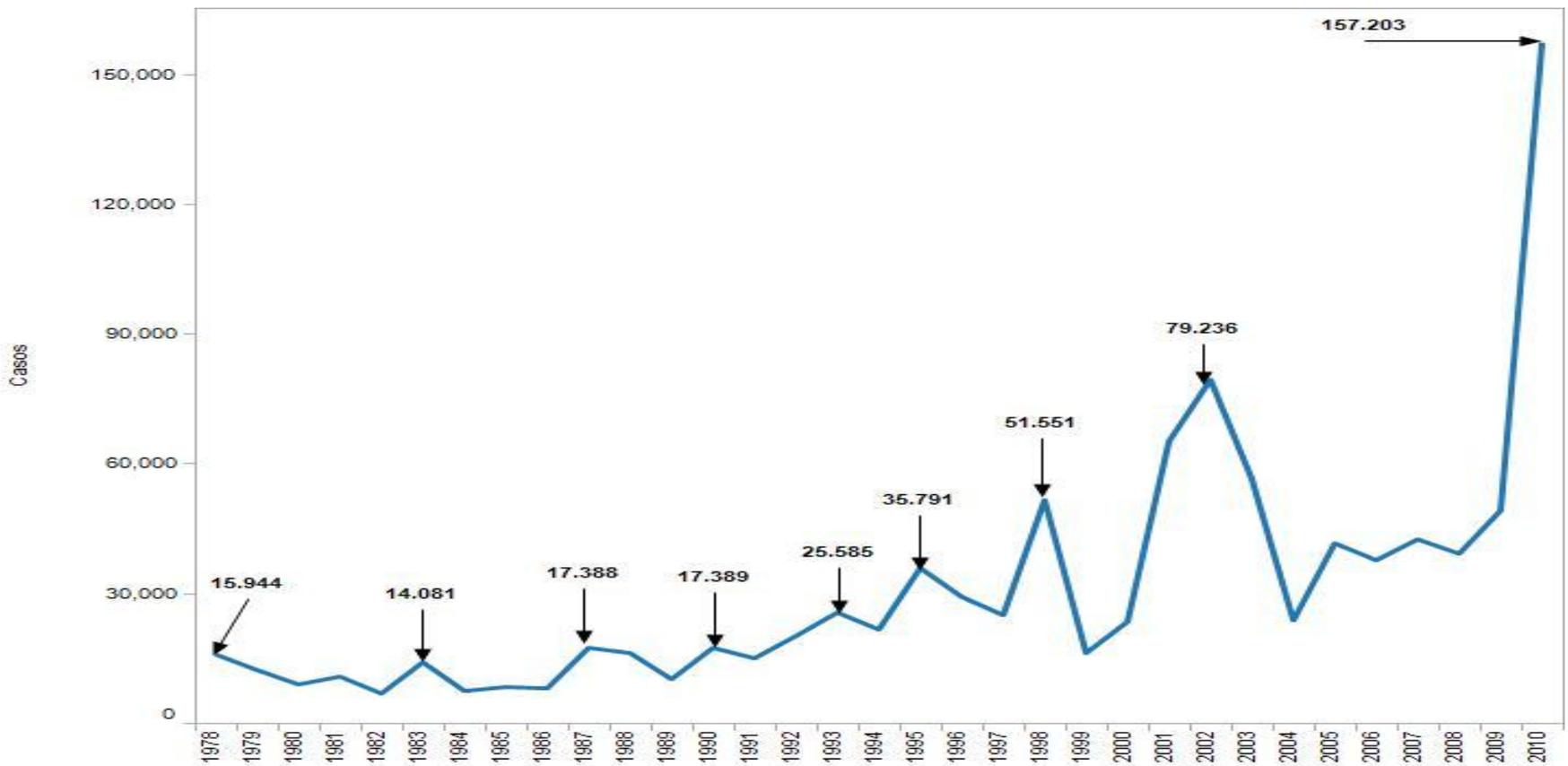


LETALIDAD DENGUE COLOMBIA 2013

Semana 15, 2013: **5.3%**

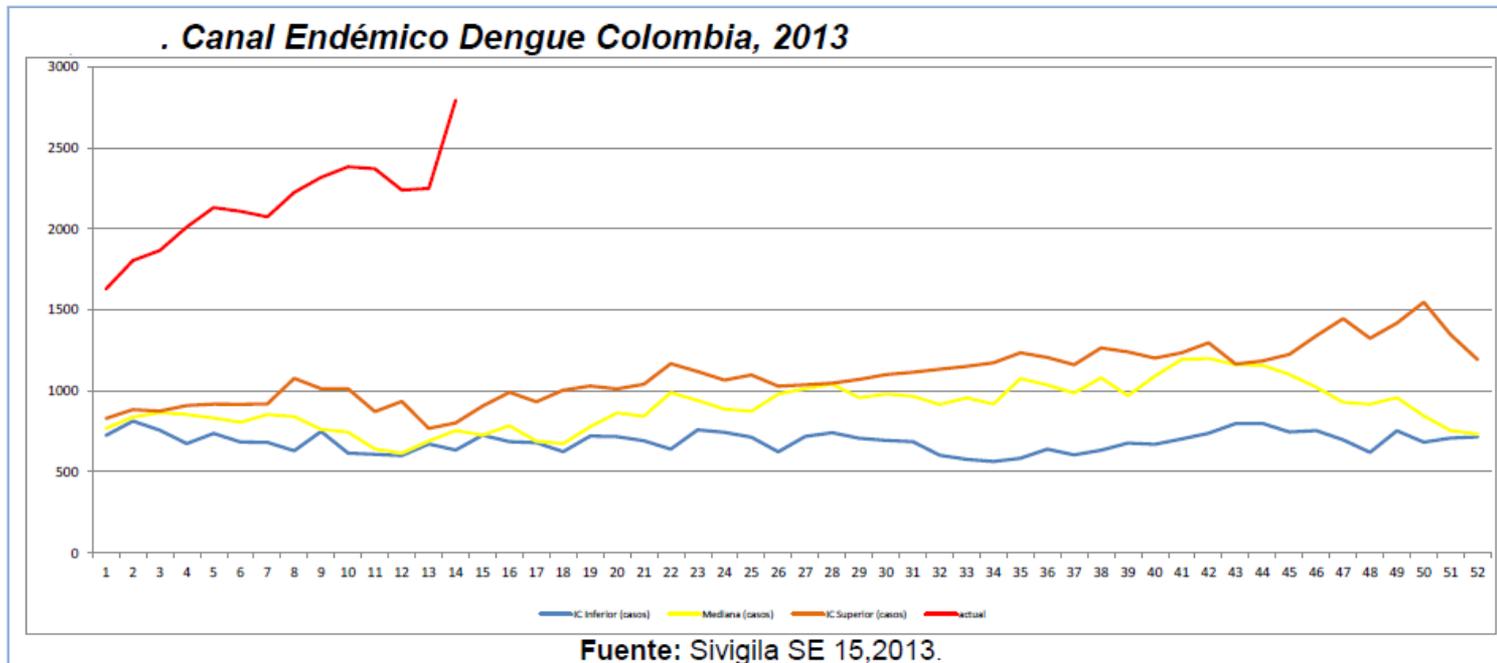
Fuente: OPS . Boletines de país.

EPIDEMIAS DEL DENGUE EN COLOMBIA



Fuente: Padilla JC, Rojas DP, Sáenz-Gómez R. Dengue en Colombia: epidemiología de la reemergencia a la hiperendemia. Bogotá. 2012

SITUACIÓN ACTUAL



EN EL 2010 EL ENFOQUE CLINICO DEL DENGUE CAMBIO.....





DEFINICIONES OMS 1997

- Dengue clásico (DC)
- Dengue clásico con manifestaciones hemorrágicas (DCMH)
- Dengue hemorrágico (DH) con diversos niveles de gravedad (I,II,III y IV)

ESTUDIO DENCO:

- Definición caso rígida
- Dependiente de laboratorios
- No incluye todas las formas de gravedad.
- No es útil para el manejo clínico del paciente

Clasificación revisada de dengue



Dengue sin signos de alarma

Vive/ viajó a áreas endémicas de dengue. Más fiebre y 2 de los siguientes criterios

- Nauseas, vómitos, diarrea
- Exantema
- Dolor de cabeza / dolor retroocular
- Mialgias / artralgias
- Sangrado espontáneo de piel o test del torniquete (+)
- Leucopenia

Confirmado por laboratorio
(importante si no hay fuga de plasma)

Dengue con signos de alarma*

- Dolor espontáneo intenso o durante la palpación del abdomen
- Vómitos persistentes
- Acumulación de líquidos por clínica
- Sangrado de mucosas
- Letargo / irritabilidad
- Hepatomegalia >2cm
- Laboratorio: aumento del Hct asociado a rápida caída de las plaquetas

*Requiere observación estricta e intervención médica

Dengue grave

1. Fuga cuantiosa de plasma que lleva a:

- Choque (SCD)
- Acumulación de líquidos (hidrotórax o ascitis) ± distrés respiratorio

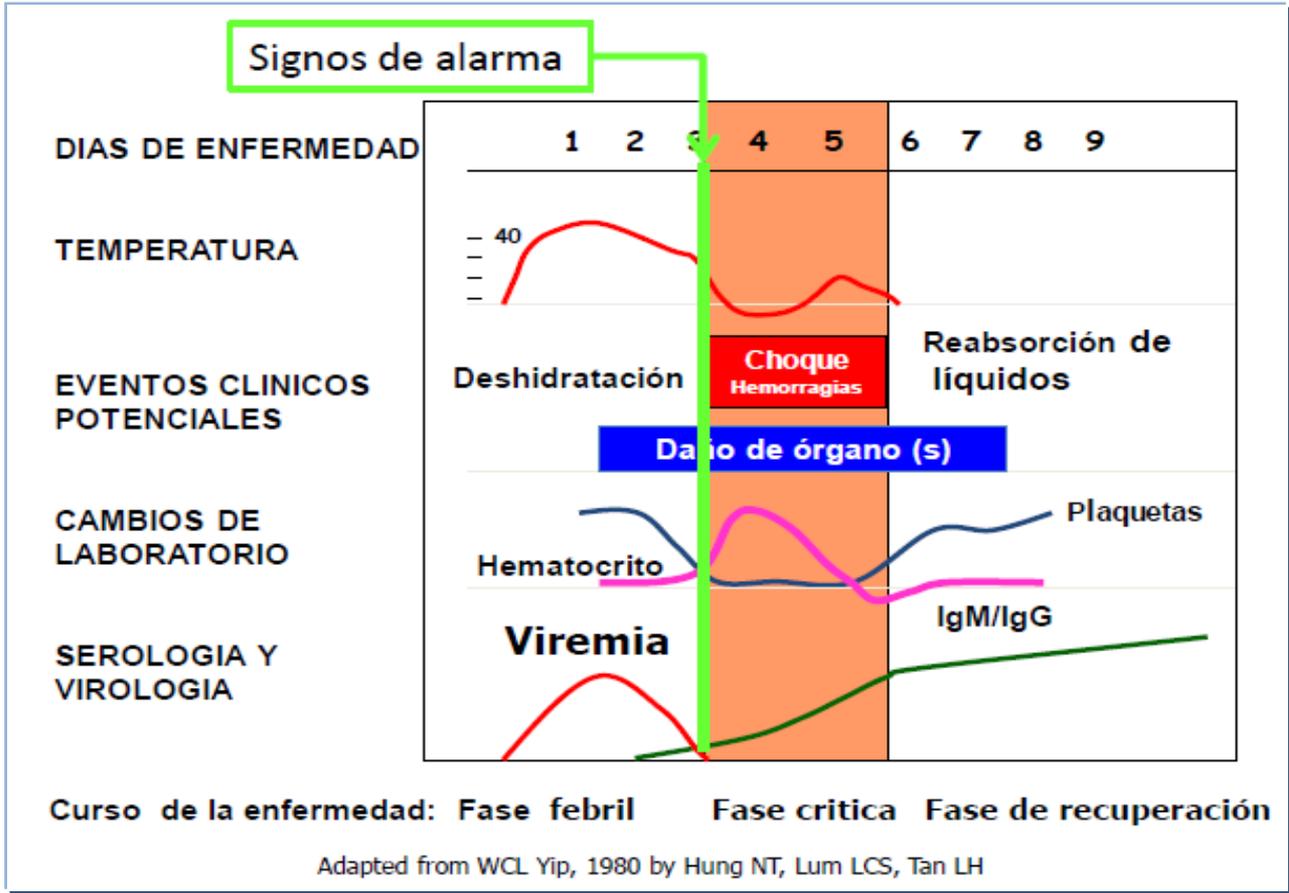
2. Hemorragia importante

- Según evaluación del clínico

3. Daño importante de órgano/s

- Hígado: AST o ALT ≥ 1000
- SNC: alteración del sensorio
- Corazón u otros órganos

DENGUE ES UNA SOLA ENFERMEDAD DINÁMICA





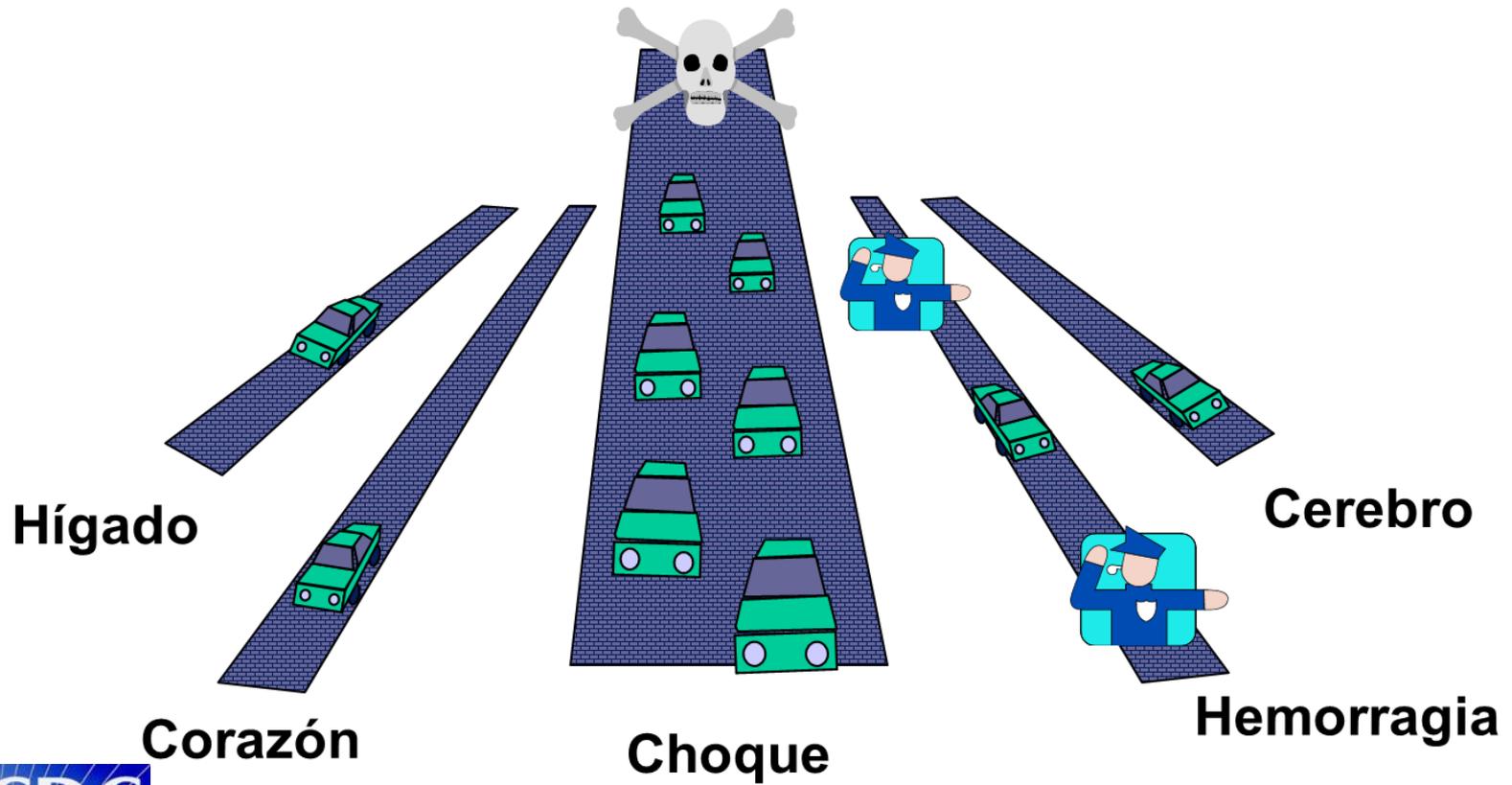
La Mortalidad por Dengue es evitable en el 98% de los casos y está estrechamente relacionada con la calidad en la atención del paciente

IDENTIFICAR
SIGNOS DE
ALARMA



EVITAR
MORTALIDAD

RUTAS DE LA MUERTE DEL DENGUE





PRINCIPALES PROBLEMAS CLÍNICOS

FASE FEBRIL:

- Deshidratación
- Convulsiones febriles

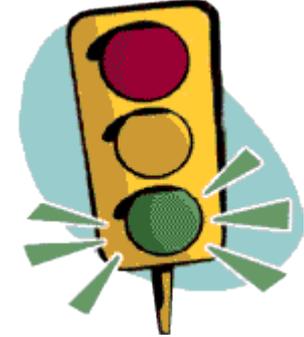
FASE CRÍTICA:

- Choque por extravasación
- Hemorragia severa
- Daño de órganos

FASE CONVALECENCIA:

- Hipervolemia por volúmenes altos de líquidos

GRUPO A



- Paciente sin signos de alarma
- Tolera la vía oral
- Orina al menos una vez / 6 horas
- Tienen Hcto estable
- NO tiene condiciones asociadas

GRUPO B



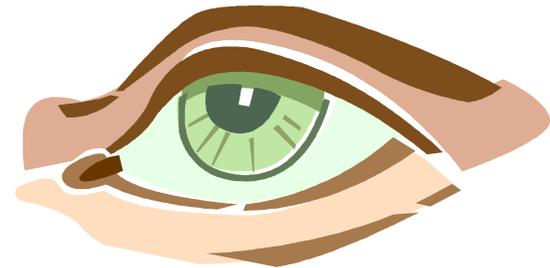
- Tiene signos de alarma
- Enfermedades crónicas: HTA, diabetes, enf renales o hematológicas crónicas, enf autoinmunes, enf ácido péptica
- Pacientes embarazadas
- Pacientes mayores de 65 años
- Menores de 5 años
- Pacientes con riesgo social

GRUPO C

- Fuga plasmática importante-Shock
 - PA diferencial <20 mmHg
 - PAM < 70 en adultos
 - Extremidades frías, cianosis
 - Pulso rápido
 - Llenado capilar >2 seg
- Sangrado importante
- Distrés respiratorio
- Daño de órganos



¿Y CÓMO LO MANEJO?



GRUPOS

GRUPO A:

Tratamiento ambulatorio, dar signos de alarma y control diario desde el primer día sin fiebre

GRUPO B:

Hospitalización para una estrecha observación y tratamiento médico

GRUPO C:

Tratamiento intensivo urgente

IMPORTANTE HACER NOTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

GRUPO A (CASA/I NIVEL)

- Reposo en cama
- Ingesta de líquidos:
 - Adultos 2 litros o más
 - Niños líquidos abundantes (2 - 6 onzas más de lo usual)
 - Jugos de frutas, suero oral, lactancia materna y la dieta usual si la tolera
- Acetaminofén
- Explicar signos de alarma
- Control diario desde la caída de la fiebre



GRUPO B (II NIVEL)

- Hematocrito antes de hidratar (No retrasar LEV)
- Solución salina o Lactato de Ringer:
 - Iniciar 10 cc/kg/hora por 1-2 horas
 - Si mejora, continuar 5-7 cc/kg/hr x 2-4 hr
 - Si persiste estable: 3-5 cc/kg/hr x 1-2 hr
- Si el Hcto es estable: continuar igual infusión por 2-4 horas

GRUPO B (II NIVEL)

- Si hay deterioro de signos vitales o el Hcto incrementa: Manejo como **CHOQUE**
- Usualmente los LEV son requeridos por 24-48 horas
 - Ingesta de vía oral
 - Diuresis normal
 - Disminución de Hcto por debajo de línea de base

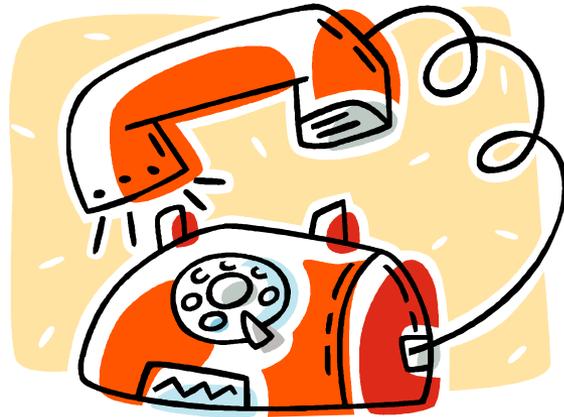
GRUPO B (II NIVEL)

- Monitoreo por médico hasta fin de fase crítica
- Balance hídrico estricto
- Evaluar signos vitales y perfusión distal cada hora por 1-4 horas después de finalizar la etapa crítica
- **Vigilar posible hipotensión**



GRUPO C (III NIVEL): TRATAMIENTO DE URGENCIA

- UCI
- Iniciar CRISTALOIDE 20cc/Kg bolo en 20-30 min
- Si continúa inestable, segundo bolo o tercero a misma dosis y velocidad (máx. 3 bolos)
- Tomar nuevo Hcto
 - Si está = o >, evalúe si continúa con cristaloides, o empezar coloides
 - Si disminuye sin mejoría clínica, sugiere sangrado: TRANSFUNDIR glóbulos rojos 5-10 cc/kg o sangre fresca a 10-20 cc/kg



20/10/5-7/3-5/2-3



CRITERIOS DE EGRESO

- Mejoría del estado clínico (bienestar general, buen apetito, adecuada diuresis, no distrés respiratorio)
- Normalización o mejoría de los exámenes de laboratorio:
 - Tendencia al aumento de las plaquetas (usualmente precedido por el aumento de leucocitos)
 - Hematocrito estable

DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN DENGUE

- **NO** olvidar el contexto epidemiológico.
- **NO** desestimar la reconsulta.
- **ASEGURAR** una vía de administración de líquidos.
- Tomar siempre un **CUADRO HEMÁTICO**.
- **NO** condicionar las decisiones solo al conteo de plaquetas
- **NO** olvidar educar sobre los signos de alarma

- **NO** administrar aspirina o dipirona ambulatoria
- **NO** aplicar inyecciones intramusculares.
- Tomar la **PRESIÓN ARTERIAL** adecuada y repetidamente. Calcular y dar seguimiento a la PAM

$$\text{PAM: } (PAD) + (PAS - PAD) / 3$$

$$\text{PAM: } (PAD) + (PP / 3)$$

ASPECTOS IMPORTANTES DE PEDIATRÍA

- Síntomas más frecuentes: fiebre, dolor abdominal, anorexia, vómito y cambios en el estado de ánimo
- La TA debe medirse con el brazalete adecuado.
- Cuidado con el gasto urinario

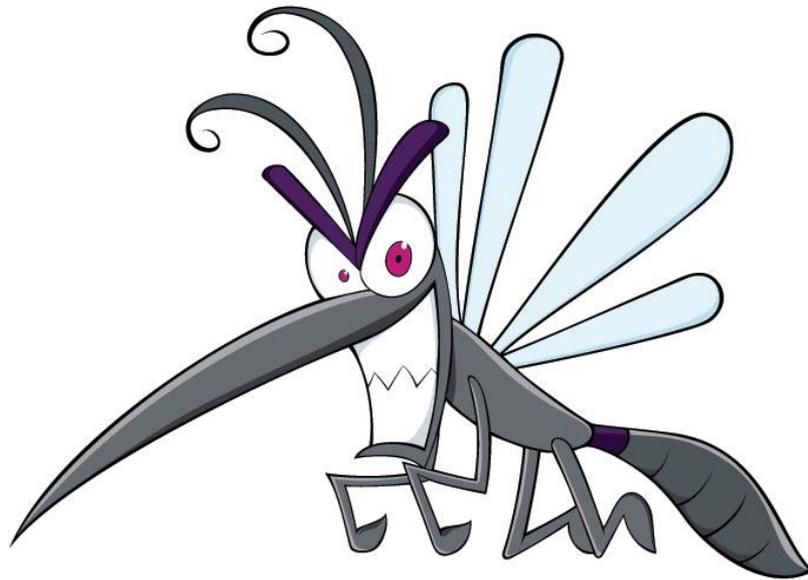
Frecuencia Cardíaca: Indicador de oro y es la primera respuesta a cambios de volumen



SITUACIONES QUE PUEDEN CONSIDERARSE SIGNOS DE ALARMA EN NIÑOS

- Preocupación familiar excesiva
- Poca garantía para el cuidado, vigilancia, seguimiento y la asistencia al control
- Inapetencia marcada
- En lactantes el llanto constante y con la movilización
- Co-Morbilidades: sobrepeso u obesidad, enfermedades de base (hematológicas, cardiopatías congénitas)

GRACIAS.....





**Guía de atención del
paciente con malaria
Dra Diana Rojas**

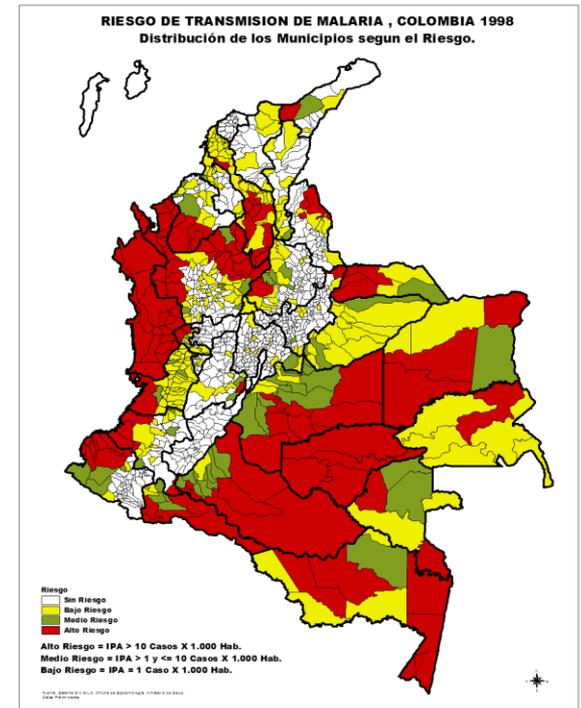
Descripción del evento

- ✓ **Agente etiológico**
- ✓ **Modo de transmisión**
- ✓ **Período de incubación**
 - ✓ *P. vivax* 7 – 14 días (8 – 10 meses)
 - ✓ *P. falciparum* 8 – 14 días
 - ✓ *P. malariae* 7 – 30 días
- ✓ **Período de transmisibilidad**
- ✓ **Vectores**

RIESGO DE LA TRANSMISION DE LA ENFERMEDAD

EMERGENCIA DE LA MALARIA EN COLOMBIA

- Malas condiciones de vida en el campo
- Desplazamientos
- Problemas de orden público
- Resistencia a medicamentos
- Debilidades del programa de control
- Inadecuado manejo del medio ambiente



CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO



- Criterios Epidemiológicos
- Criterios Clínicos
- Criterios de Laboratorio

CRITERIO EPIDEMIOLOGICO

- Antecedentes de exposición en los últimos 30 días, en áreas endémicas de la enfermedad (ocupacional, turismo)
- Nexo epidemiológico en tiempo y lugar con personas que hayan sufrido malaria
- Antecedentes de hospitalización y transfusión sanguínea.

CRITERIO CLINICO

- Historia de episodios anteriores
- Fiebre actual o reciente (30 días)
- Paroxismos: escalofrío, fiebre, sudoración
- Cefalea, síntomas gastrointestinales, mialgias
- Anemia
- Presencia de complicaciones

Pruebas diagnósticas

- Gota Gruesa
- Prueba de diagnóstico rápido
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

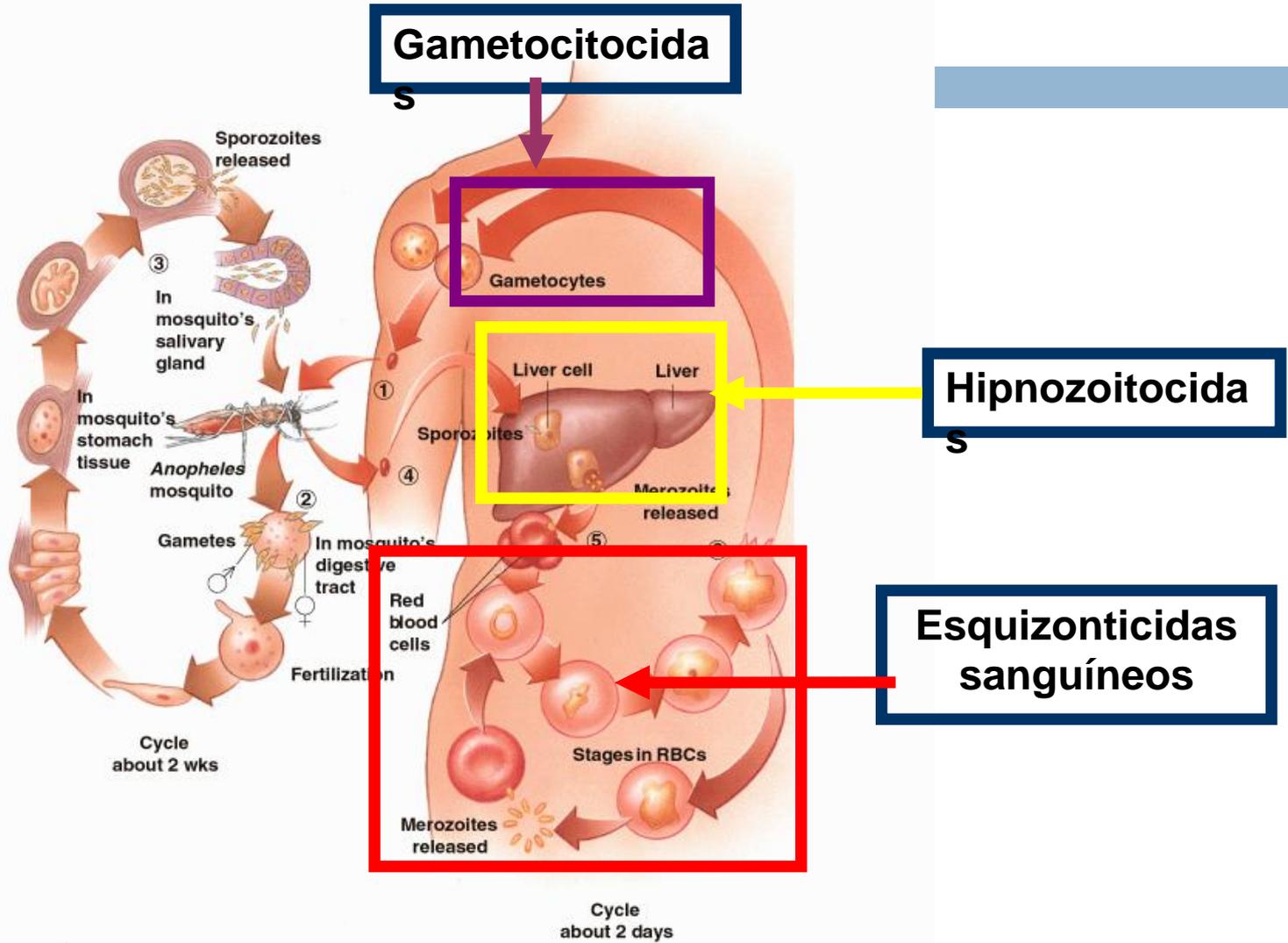
- DENGUE
- TIFOIDEA
- PARATIFOIDEA
- INFLUENZA
- LEPTOSPIROSIS
- LEISHMANIASIS
- GASTROENTERITIS
- HEPATITIS

Criterios para definir el esquema terapéutico

- Independiente de la especie de plasmodio se debe establecer primero si es un paciente con una malaria no complicada, una malaria con posibilidades de complicarse es decir la presencia de algunos signos de peligro y /o una malaria grave
- Identificación de la especie de *Plasmodium* causante de la infección;
- Evaluación de la densidad parasitaria: número de parásitos por μL / sangre. En infecciones por *P. falciparum* se debe hacer el recuento de solo las formas asexuales. Para *P. vivax* se cuentan todas las formas indistintamente
- Tolerancia del paciente al tratamiento por vía oral
- Edad y estado de embarazo para valoración de contraindicaciones
- Información sobre episodios maláricos y tratamientos anteriores

Principios del tratamiento en malaria

1. Diagnóstico oportuno
2. Reducción rápida de la parasitemia
3. Prevención de complicaciones
4. Tratamientos de complicaciones y prevenir mortalidad
5. Prevenir recrudescencias
6. Reducir transmisión





ESQUEMAS DE TRATAMIENTO DE LA MALARIA EN COLOMBIA

Esquema de primera línea para el tratamiento de la malaria por *P. falciparum* en Colombia

Medicamento	Presentación	Adultos		Niños	
		Dosis	Vía de administración	Dosis	Vía de administración
Artemether + lumefantrine*	Tabletas 20 mg + 120 mg	Total: 6 dosis distribuidas en dos tomas al día por tres días Dosis pre-empacadas en blisters según peso y edad	Oral	Total: 6 dosis distribuidas en dos tomas al día por tres días Dosis pre-empacadas en blisters según peso y edad	Oral

Contraindicaciones:

*Primer trimestre del embarazo, niños de peso < 5 kg

Dosificación de Artemether + lumefantrine según peso y edad

Peso (kg)	Dosis Total	Dosificación
5 a 14 (< 3 años)	6 tabletas	1 tableta inicial 1 tableta a las 8 horas 1 cada 12 horas x 2 días
15 a 24 (3 - 8 años)	12 tabletas	2 tabletas iniciales 2 tabletas a las 8 horas 2 cada 12 horas x 2 días
25 a 34 (9 – 14 años)	18 tabletas	3 tabletas iniciales 3 tabletas a las 8 horas 3 cada 12 horas x 2 días
≥ 35 (> 14 años)	24 tabletas	4 tabletas iniciales 4 tabletas a las 8 horas 4 cada 12 horas x 2 días

Esquema de segunda línea para el tratamiento de la malaria por *P. falciparum* en Colombia

Medicamento	Presentación	Adultos		Niños	
		Dosis	Vía de administración	Dosis	Vía de administración
Sulfato de quinina	Capsulas 300 mg	10 mg/ kg/ dosis cada 8 horas por 7 días		10 mg/ kg/ dosis cada 8 horas por 7 días	
Clindamicina	Tabletas 300 mg	20 mg/ kg/ día repartidos en 2 dosis durante 7 días		20 mg/ kg/ día repartidos en 4 dosis durante 7 días	
Doxiciclina *		100 mg/ día por 7 días		Mayores de 8 años: 100 mg/día por 7 días	
Primaquina **		45 mg en dosis única		Dosis única: 0,75 mg/ kg. en niños mayores de 2 años	

* No administrar en niños menores de 8 años ni embarazadas. ** No se administra en menores de 2 años ni durante el embarazo

Tratamiento de malaria *P. vivax*

- Cloroquina – Tabletas x 150 mg
 - ▣ 600 mg iniciales Niños: 10 mg/kg
 - ▣ 450 mg a las 24 horas Niños: 7,5 mg/kg
 - ▣ 450 mg a las 48 horas Niños: 7,5 mg/kg

- Primaquina Tabletas x 15 mg
 - ▣ Adultos: Una tableta diaria x 14 días
Niños: 0,25 mg/kg/día x 14 días

 - ▣ Contraindicada en Embarazo

- Para evitar recaídas por persistencia de hipnozoítos

Tratamiento de la malaria producida por la asociación *P.falciparum*/ *P.vivax* no complicada en Colombia

Medicamento	Presentación	Adultos		Niños	
		Dosis	Vía de administración	Dosis	Vía de administración
Artemether + lumefantrine	Tabletas 20 mg + 120 mg	Total: 6 dosis distribuidas en dos tomas al día por tres días Dosis pre-empacadas en blisters según peso y edad	Oral	Total: 6 dosis distribuidas en dos tomas al día por tres días Dosis pre-empacadas en blisters según peso y edad	Oral
Primaquina*	Tabletas 15 y 5 mg	0,25 mg/kg por día por 14 días		0,25 mg/ kg* diarios por 14 días	

* No se administra en menores de 2 años ni durante el embarazo

Tratamiento de la malaria no complicada por *P. falciparum* en el embarazo

Medicamento	Presentación	Adultos	
		Dosis	Vía de administración
Primer trimestre			
Quinina	Tabletas 10 mg	10 mg de sal/kg cada 8 horas por 7 días	Oral
Clindamicina	Tabletas 300 mg	10 mg/ kg/ dosis cada 12 horas durante 7 días	Oral
Segundo trimestre			
Artemether + lumefantrine	Tabletas ATM 20 mg + LUM120 mg	Total: 6 dosis distribuidas en dos tomas al día por tres días	Oral

Tratamiento de malaria en menores de 2 años

- Malaria por *P. falciparum*
- La combinación ATM+ LUM puede ser usada en niños con peso igual o superior a 5 Kg.
- En niños de menos de 5Kg la recomendación es usar el esquema de quinina + clindamicina, durante 7 días en las mismas dosis indicadas en la Tabla 3, **pero sin primaquina.**
- La clindamicina no debe ser usada en niños menores de un mes de vida. En tales situaciones se recomienda utilizar solamente quinina en la misma dosis (10 mg/kg cada 8 horas) durante los mismos 7 días.
- Al igual que en las mujeres embarazadas, los niños menores de 1 año no pueden recibir primaquina por el riesgo de hemólisis, por lo tanto el tratamiento en casos de malaria por *P. vivax* se realiza solo con la cloroquina.

Tratamiento de malaria *P. malariae*

- Cloroquina - Tabletas x 150 mg

600 mg iniciales

Niños: 10 mg/kg

450 mg a las 24 horas

Niños: 7,5 mg/kg

450 mg a las 48 horas

Niños: 7,5 mg/kg

Malaria

Criterios de hospitalización

- Parasitemia inicial mayor de 50.000 parásitos/ μ l de sangre
- Forma clínica de malaria complicada

Malaria complicada

Principios de manejo

1. Diagnóstico temprano
2. Evaluación clínica completa y rápida
3. Remitir al centro de referencia de mas alto nivel disponible
4. Pronto inicio de antimaláricos vía parenteral en dosis óptima
5. Prevención y detección temprana de complicaciones

Malaria complicada

Principios de manejo

6. Mantener un correcto balance de líquidos, electrolitos y ácido-base
7. Buenos cuidados de enfermería (pacientes inconscientes)
8. Evitar tratamientos adicionales potencialmente perjudiciales (Ej.: Esteroides)

Primera línea de tratamiento para la malaria complicada *

Medicamento	Presentación	Adultos		Niños	
		Dosis	Vía de administración	Dosis	Vía de administración
Artesunato	Ampollas	Ingreso: 2,4 mg / kg (0, 12 y 24 horas) Seguir con 1 dosis / día (7 días)	IV	Ingreso: 2,4 mg / kg (0, 12 y 24 horas) Seguir con 1 dosis / día (7 días)	IV
Artesunato **	Tabletas	Al tolerar vía oral 2,4 mg / kg / día (completar 7 días)	Oral	Al tolerar vía oral 2,4 mg / kg / día (completar 7 días) CI: < 6 meses	Oral
Doxiciclina		Al tolerar vía oral 3 mg / kg / día, 1 dosis, por 7 días	Oral	Al tolerar vía oral 3 mg / kg / día, 1 dosis, por 7 días CI: < 8 años	Oral
Clindamicina		Al tolerar vía oral 15 - 20 mg / kg / día, en 3-4 dosis, por 7 días	Oral	Al tolerar vía oral 15 - 20 mg / kg / día, en 3-4 dosis, por 7 días	Oral

*En mujeres embarazadas y niños menores de 6 meses, la primera opción es Quina IV + clindamicina (Tabla 10)

** Un tratamiento completo de Artemeter+lumefantrine puede ser usado en lugar de Artesunato+doxiciclina en ausencia de Artesunato VO

Segunda línea de tratamiento para la malaria complicada

Medicamento	Presentación	Adultos		Niños	
		Dosis	Vía de administración	Dosis	Vía de administración
Quinina diclorhidrato	Ampollas 600 mg / 2 ml	<p>Inicial: bolo 20 mg / kg (en 300-500 ml dextrosa 5%, 10%) para 4 horas</p> <p>Mantenimiento: 10 mg/kg/dosis c/8 horas (pasar en 4 horas)</p> <p>A VO por 7 días</p>	IV	<p>Inicial: bolo 20 mg / kg (en 300-500 ml dextrosa 5%, 10%) para 4 horas</p> <p>Mantenimiento: 10 mg/kg/dosis c/8 horas (pasar en 4 horas)</p> <p>A VO por 7 días</p>	IV
Clindamicina		15 - 20 mg / kg / día, en 3-4 dosis, por 5 días	Oral	15 - 20 mg / kg / día, en 3-4 dosis, por 7 días	Oral
Doxiciclina		3 mg / kg / día, 1 dosis, por 5 días	Oral	3 mg / kg / día, 1 dosis, por 7 días CI: < 8 años	Oral

Dosis* de artesunato via rectal para tratamiento inicial de referencia de pacientes con malaria complicada

Peso (kg) Edad	Dosis de artesunato	Esquema (dosis única)
5 – 8,9 kg 0 – 12 meses	50 mg	1 supositorio (50 mg)
9 – 19 kg 13 – 42 meses	100 mg	1 supositorio (100 mg)
20 – 29 kg 43 – 60 meses	200 mg	2 supositorios (100 mg)
30 – 39 kg 6 – 13 años	300 mg	3 supositorios (100 mg)
40 – 59 kg > 14 años	400 mg	1 supositorio (400 mg)
60 – 80 kg	800 mg	2 supositorios (400 mg)
> 80 kg	1200 mg	3 supositorios (400 mg)

* La recomendación está basada en estudio clínico realizado solo con la formulación de supositorios de artesunato desarrollada por UNDP/UNICEF/Banco Mundial/OMS-TDR, por lo tanto debe restringirse al uso de esta presentación



GUIA DE ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE CON LEISHMANIASIS

FORMAS CLINICAS

- Leishmaniasis cutánea: 99% casos en Colombia
- Leishmaniasis mucocutánea
- Leishmaniasis cutánea difusa
- Leishmaniasis visceral

Leishmaniasis cutánea

- Enfermedad pleomófica y puede adoptar varias presentaciones clínicas.
- Después del periodo de incubación entre 2 a 8 semanas aparece una pequeña lesión , generalmente en áreas descubiertas.
- Pápula eritematosa y pruriginosa que va aumentando de tamaño.
- Excoriación por el rascado → **ulcera**



Leishmaniasis cutánea

- Se produce un proceso inflamatorio debajo de la lesión y la superficie de la úlcera crece hasta alcanzar varios centímetros de diámetro hacia el tercer mes de evolución.



Leishmaniasis cutánea

- Las lesiones cutaneas alcanzan su máximo tamaño entre el 4to y el 6to mes de evolución.
- Luego involucionan bien sea por el tto o por evolución espontanea → cicatriz
- Un porcentaje de pacientes meses o años después pueden desarrollar lesiones mucosas.



Leishmaniasis cutánea

- Úlcera típica
- Localización:
- Antebrazos
- Dorso de manos
- Cara y cuello
- Piernas



Úlcera típica
Crateriforme
Bordes elevados
Centro granuloso
Limpia

Normalmente no hay signos inflamatorios, como edema o calor local, salvo cuando hay una infección bacteriana sobre-agregada; entonces la úlcera se torna dolorosa, exudativa y purulenta.

Leishmaniasis cutánea



75%



22%



3%



Gracias

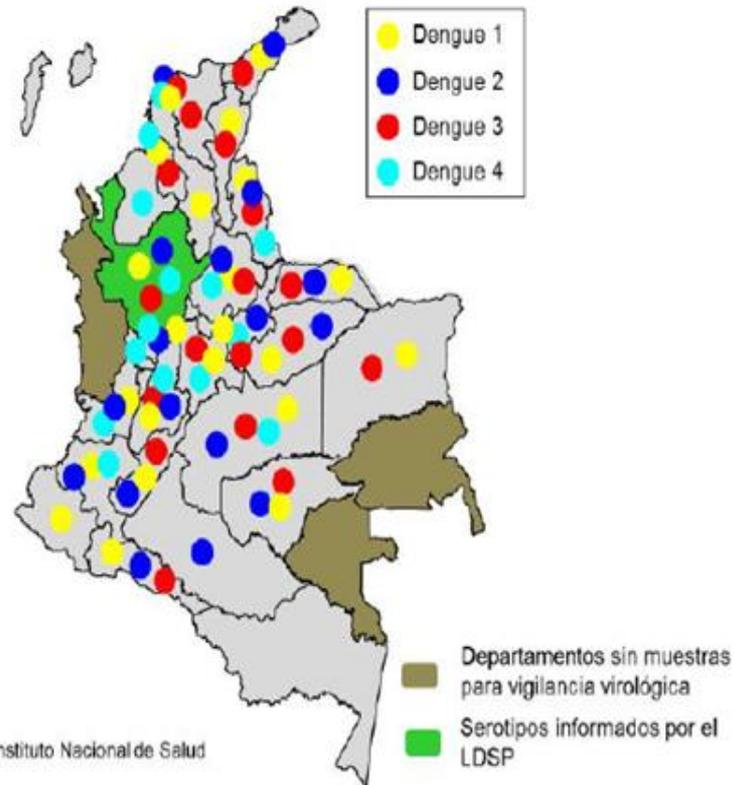


MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

ENDEMICIDAD DEL DENGUE EN COLOMBIA

Distribución Geográfica del Virus Dengue en Colombia, 2013.



Fuente: Grupo de Virología – Instituto Nacional de Salud

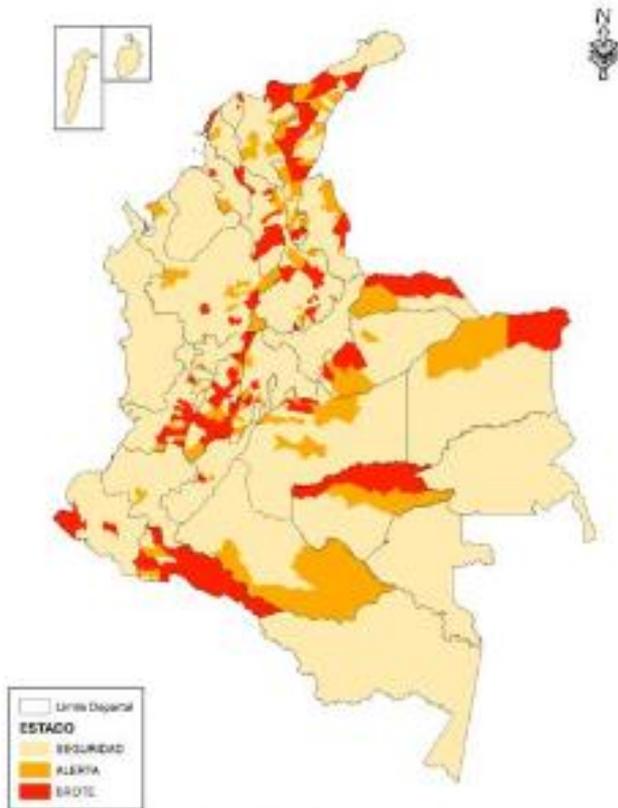


MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

SITUACION ACTUAL DE DENGUE A SEMANA EPIDEMIOLOGICA

Mapa 8. Distribución de municipios en situación de alarma y brote de dengue a semana epidemiológica 26 de 2013



Fuente: Sivigila, grupo ETV

Departamentos con mayor incidencia:

Casanare	Putumayo	Vichada
Meta	Tolima	Cundinamarca
Arauca	Santander	Norte de Santander

Aumento en la notificación de casos:

101 municipios

Epidemia:

92 municipios de 25 entidades territoriales



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

SITUACION ACTUAL DE DENGUE A SEMANA EPIDEMIOLOGICA

DEPARTAMENTO	MUERTES
Valle del Cauca	18
Tolima	10
Cundinamarca	5
Cesar	5
Meta	4
Santander	4
Atlántico	5
Norte de Santander	3
Casanare	2
Córdoba	2
Huila	2
Magdalena	2
Putumayo	2
Sucre	1
Quindío	1
Vichada	1
Boyacá,	1
Caquetá	1
Caldas	1
La Guajira	1
CASOS	71

Letalidad: 5,4 %



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

SITUACION DE LA MALARIA EN COLOMBIA

SEMANA EPIDEMIOLOGICA 29 DE 2013

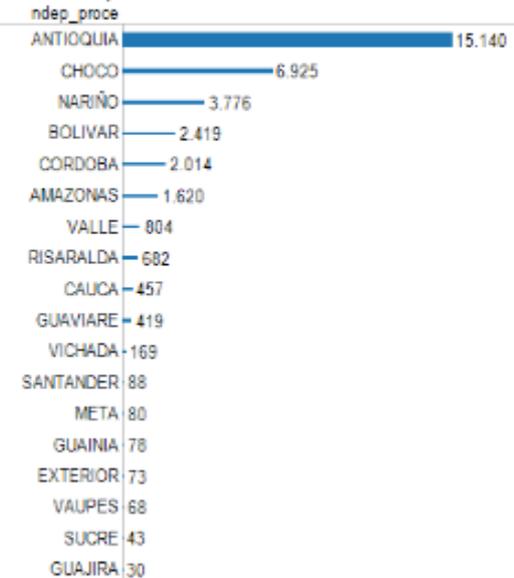


Tabla 1. Casos notificados en la semana 26, paludismo, Colombia, 2013

Especie parasitaria	Semana 26	Acumulado
<i>P. vivax</i>	304	23.628 (67,4%)
<i>P. falciparum</i>	145	10.890 (31,1%)
Asociación	8	532 (1,5%)
<i>P. malariae</i>	0	16 (0,05%)
Total	457	35.066
Paludismo complicado	3	280
Muertes	1	6

Fuente: Sivigila, grupo ETV

Figura 16. Casos de paludismo por departamentos a semana epidemiológica 26, Colombia, 2013



Fuente: Sivigila, grupo ETV

PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, DENGUE Y MALARIA

**Grupo Enfermedades Transmitida por Vectores
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública**

Objetivo

Seguimiento continuo y sistemático de casos de dengue y dengue grave: notificación, recolección y análisis de datos, generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento.



Prosperidad para todos



NOTIFICACIÓN AL SIVIGILA DENGUE

Notificación Sivigila

Notificación semanal

- Casos probables y confirmados de dengue.
- Casos de dengue grave y mortalidad por dengue, **notificación inmediata** desde clasificación como probables en nivel local.

Ajustes por períodos epidemiológicos

Casos probables de dengue y clasificación final de Casos, a más tardar en el PE posterior a notificación.

Notificación Sivigila

Notificación negativa

Ausencia de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

NOTIFICACION AL SIVIGILA DE MALARIA

Vigilancia activa

En toda situación de transmisión epidémica se recomienda utilizar la definición de caso probable: **persona con fiebre actual o reciente que proceda de área endémica los últimos 15 días y que pueden tener o no relación epidemiológica (nexo) con casos diagnosticados.**

Se puede emplear:

- Gota gruesa
- Pruebas rápidas

Notificación Sivigila

Notificación inmediata

- Casos probables de malaria complicada
- Casos de mortalidad por malaria

Notificación semanal

- Casos confirmados

DIRECCIONES ELECTRONICAS



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

www.minsalud.gov.co

<http://www.sispro.gov.co/>

<http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/ASIS.aspx>

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MAPA%20PATRON%20DE%20ENDEMICIDAD%20DE%20DENGUE%20POR%20MUNICIPIO.pdf>

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Presentaci%C3%B3n%20DENGUE%20Reuni%C3%B3n%20Virtual%20%20ELLLUMINATE.pdf>

www.ins.gov.co

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/protocolos.aspx>

<http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Paginas/default.aspx>

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/informes-de-evento.aspx>