Marque con una X según corresponda
Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad ____PSPIC__
Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) Vigilancia en salud pública- SIVIGILA_
Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)__

Tipo de acta COMITÉ _X__ REUNIÓN __ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 2 6 / 1 0 /2023	LUGAR: TV 72 B 44 D 21 SUR USS NUEVAS DELICIAS	HORA INICIO: 8:00 AM
RESPONSABLE: EQUIPO SIVIGILA Y TEMA CENTRAL TRANSMISIBLES		HORA FINAL: 12:20 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

Desarrollar el Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE del mes de OCTUBRE, correspondiente a la localidad de Bosa.

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. BIENVENIDA
2. SIVIGILA INDICADORES
3. PRIMERA PARTE TEMA CENTRALTRANSMISIBLES EAPV
4. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
5. RECESO
6. TEMA ITINERANTE: EVENTO 300 agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.
7. SEGUNDA PARTE TEMA CENTRAL
   a. CAPACITACION MICOBACTERIAS, NIDIA ALVAREZ SANCHEZ
   b. INDICADORES DE LAS UNIDADES DE ANALISIS
8. CALIDAD DEL AGUA
9. INDICADORES PAI
10. INDICADORES TRANSMISIBLES
11. EVALUACION; LISTADO DE ASISTENCIA Y CIERRE

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1	Realizar el COVE el mes para la localidad	EQUIPO TEMA CENTRAL Y SIVIGILA	26/10/2023	X		Se realiza el Cove local de acuerdo a los tiempos establecidos

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento
1	1	100%

DESARROLLO

Siendo las 8:00 am se da inicio al COVE local correspondiente a la localidad de Bosa.

1. **BIENVENIDA:** Se da la bienvenida a los participantes y se informa sobre la espera durante 15 minutos para ampliar el quorum, y se realiza el listado en físico; a las 8:15 am se lee la agenda del día se inician las presentaciones de los temas programados en simultaneo los asistentes realizan el registro en el listado en físico.

2. SIVIGILA INDICADORES

DESARROLLO

CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DEL REPORTE SEMANAL SIVIGILA 4.0 SEM_ 39 2023 SUB RED SUR OCCIDENTE. LOCALIDAD DE BOSA

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DEL REPORTE SEMANAL SIVIGILA 4.0					
	NOTIFICACION OPORTUNA	NOTIFICACION FIN DE SEMANA	NOTIFICACION VIERNES	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIO CON LA NOTIFICACION SEMANAL (DIA Y HORA ESTABLECIDA)	SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS EVALUADAS PARA EL MES	% CUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	2	2	0	4	4	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	4	0	0	4	4	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	4	0	0	4	4	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	1	3	0	4	4	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	3	1	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	4	0	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA CENTRO	2	1	0	3	4	75%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	4	0	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BERNARDINO	4	0	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CABAÑAS	4	0	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	3	1	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	4	0	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	4	0	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	4	0	0	4	4	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	4	0	0	4	4	100%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	2	2	0	4	4	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 39 Subred Suroccidente

Corresponde al % semanal, de la entrega del reporte de notificación los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información, a través del Sivigila, sin exceptuar los festivos

DESARROLLO

PORCENTAJE DE SILENCIO EPIDEMIOLOGICO ACOMULADO SEM_39 2023 - SUB RED SUR OCCIDENTE LOCALIDAD DE BOSA

NOMBRE RAZON SOCIAL	PORCENTAJE DE SILENCIO EPIDEMIOLÓGICO	
	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD NO CUMPLIO CON LA NOTIFICACION SEMANAL (DIA Y HORA ESTABLECIDA)	% INCUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	0	0%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA CENTRO	1	25%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BERNARDINO	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CABAÑAS	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	0	0%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	0	0%

Fuente: Bases Sivigila SE 39 Subred Suroccidente

Corresponde al % semanal, de la entrega del reporte de notificación los días y horas NO establecidos para cada nivel del flujo de información, a través del Sivigila, sin exceptuar los festivos

DESARROLLO

CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION SIVIGILA ESCRITORIO SEM 39 2023 - SUB RED SUR OCCIDENTE LOCALIDAD BOSA

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION SIVIGILA ESCRITORIO			
	% DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVAS	% DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVAS	% SEMANAS SILENCIOSA	% DE CUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	100%	0%	0%	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	90%	10%	0%	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA CENTRO	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BERNARDINO	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CABAÑAS	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	100%	0%	0%	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	100%	0%	0%	100%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	100%	0%	0%	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 39 Subred Suroccidente

Mide el % acumulado de la notificación positiva o negativa de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública en la semana epidemiológica de estudio.

DESARROLLO

DESAGREGACIÓN DE EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS -CLASIFICACION INICIAL DE CASO ACOMULADO SEM_39 2023, BOSA

NOMBRE RAZON SOCIAL	DESAGREGACIÓN DE EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS -CLASIFICACION INICIAL DE CASO					
	TOTAL DE CASOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS POR LA UPGD	SOSPECHOSOS	PROBABLES	CONFIRMADO POR LABORATORIO	CONFIRMADO POR CLINICA	CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	1	0	0	1	0	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	57	33	1	9	14	0
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	0	0	0	1	0
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	6	3	0	0	3	0
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	3	2	0	0	1	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	1234	597	96	115	418	8
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA CENTRO	112	94	0	6	12	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	674	187	129	35	323	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BERNARDINO	78	70	0	2	6	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CABAÑAS	46	20	0	5	21	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	122	105	0	10	7	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	57	53	0	2	2	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	35	30	0	2	3	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	41	25	0	5	11	0
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	5	0	0	4	1	0
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	142	92	2	13	34	1

Fuente: Bases Sivigila SE 39 Subred Suroccidente

Describe la clasificación inicial de los eventos individuales notificados a SIVIGILA por la UPGD

DESARROLLO

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL ACOMULADO SEM_39 2023 BOSA

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 8 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	1	1	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	25	24	96%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	1	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	2	2	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	1	1	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	400	399	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA CENTRO	8	8	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	351	350	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BERNARDINO	7	7	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CABAÑAS	12	11	92%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	12	11	92%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	3	3	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	13	13	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	4	2	50%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	38	37	97%

Fuente: Bases Sivigila SE 39 Subred Suroccidente

Mide el promedio de días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso al Sivigila. (para los eventos de notificación rutinaria son 8 días)

DESARROLLO

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION INMEDIATA ACOMULADO SEM 39 2023 LOCALIDAD DE BOSA

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION INMEDIATA		
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE 1 DIAS	% DE OPORTUNIDAD
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	32	25	78%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	4	4	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	2	2	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	825	713	86%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA CENTRO	104	89	86%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	320	304	95%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BERNARDINO	71	64	90%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CABAÑAS	34	32	94%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	110	98	89%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	54	32	59%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	31	29	94%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	28	25	89%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	93	78	84%

Fuente: Bases Sivigila SE 39 Subred Suroccidente

Mide el promedio de días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso al Sivigila. (para los eventos de notificación inmediata es un día

OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS/ CUMPLIMIENTO EN EL AJUSTE DE CASO ACUMULADO SEM_39 2023 LOCALIDAD DE BOSA

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS/ CUMPLIMIENTO EN EL AJUSTE DE CASO ACUMULADO										
	TOTAL DE CASOS SOSPECHOSOS Y PROBALES NOTIFICADOS	AJUSTADOS DESCARTADOS (AJUSTE 6)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR LABORATORIO (AJUSTE 3)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR CLINICA (AJUSTE 4)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO (AJUSTE 5)	AJUSTADOS ERROR DE DIGITACIÓN (AJUSTE D)	TOTAL DE CASOS AJUSTADOS	CASOS PENDIENTES POR AJUSTE	% DE CASOS AJUSTADOS	NO APLICA AJUSTE	% DE CASOS AJUSTADOS OPORTUNOS
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	34	2	0	0	0	0	2	0	100%	32	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	3	1	0	0	0	0	1	0	100%	2	0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	2	0	0	0	0	0	0	0	100%	2	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	693	96	3	0	0	2	101	2	100%	590	94%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA CENTRO	94	0	0	0	0	0	0	0	100%	94	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	316	124	2	1	0	0	127	2	99%	187	97%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BERNARDINO	70	0	0	0	0	0	0	0	100%	70	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CABAÑAS	20	0	0	0	0	0	0	0	100%	20	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	105	0	0	0	0	0	0	0	100%	105	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	53	0	0	0	0	0	0	0	100%	53	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	30	0	0	0	0	0	0	0	100%	30	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	25	0	0	0	0	0	0	0	100%	25	
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	94	1	0	0	0	0	1	1	99%	92	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 39 Subred Suroccidente

La Oportunidad mide el % de casos notificados al Sivigila con clasificación inicial de probables o sospechosos, se debe definir su clasificación final de caso, posteriormente a la investigación realizada por la entidad territorial notificadora, esta clasificación puede ser confirmación, descarte por laboratorio o unidad de análisis, descarte por error de digitación. El cumplimiento Mide el % de casos notificados al Sivigila con clasificación inicial de probables o sospechosos, se debe definir

DESARROLLO

su clasificación final de caso, posteriormente a la revisión realizada por la Subred, esta clasificación puede ser confirmación, descarte por laboratorio o unidad de análisis, descarte por error de digitación

CUMPLIMIENTO Y CALIDAD EN EL INGRESO DE LABORATORIOS DE LOS EVENTOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO SEM_39 2023 BOSA

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO Y CALIDAD EN EL INGRESO DE LABORATORIOS DE LOS EVENTOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO		
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO (INGRESO Y AJUSTE)	NUMERO CASOS CON REPORTE POSITIVO, REACTIVO O COMPATIBLE INGRESADO EN EL MODULO LABORATORIO DEL SISTEMA	% CUMPLIMIENTO
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	7	6	85,7%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	115	114	99,1%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA CENTRO	6	6	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	33	33	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BERNARDINO	2	2	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CABAÑAS	5	5	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	10	10	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	2	2	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	2	2	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	5	4	80,0%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	3	2	66,7%

Fuente: Bases Sivigila SE 39 Subred Suroccidente

Mide el % acumulado del ingreso de laboratorios positivos, reactivos o compatibles de eventos notificados y ajustados como confirmados por laboratorio.

DESARROLLO

EVENTOS AUTORIZADOS - CAPTURA EN LÍNEA

- **Datos básicos y complementarios**

113 - Desnutrición aguda en menores de 5 años
348 – IRAG inusitado
210 – Dengue
220 – Dengue grave
580 – Mortalidad por Dengue
465 – Malaria
880 – Viruela Símica
452 – Lesiones por Artefacto Explosivo
365 – Intoxicación por sustancias químicas
591 – Mortalidad integrada en menores de 5 años
342 – Enfermedades Huérfanas (a partir de 26052023)
900 – Evento individual sin establecer (a partir de 26052023)
740-- Sífilis congénita (a partir de 07062023)
750--Sífilis gestacional (a partir de 07062023)
345—ESI-IRAG (a partir de 27062023)

- **Datos Básicos**

250 – Encefalitis Del Nilo Occidental En Humanos
270 - Encefalitis Equina Del Oeste En Humanos
275 - Encefalitis Equina Del Este En Humanos
290 - Encefalitis Equina Venezolana En Humanos
295 - Enfermedades de Origen Priónico
320 - Fiebre Tifoidea y Paratifoidea
330 - Hepatitis A 346
346- IRA por virus nuevo
551 - Mortalidad Materna - Datos Básicos
620 – Parotiditis
630 - Peste (Bubónica/Neumónica)
780 - Tifus Epidémico Transmitido Por Piojos
790 - Tifus Endémico Trasmitido Por Pulgas
831 - Varicela Individual

Desde el **7 de junio** entra en disposición **del módulo de captura en línea de Sivigila 4.0**

- **EVENTOS CON SOLO DATOS BÁSICOS:**

250 – Encefalitis Del Nilo Occidental En Humanos
270 - Encefalitis Equina Del Oeste En Humanos
275 - Encefalitis Equina Del Este En Humanos
290 - Encefalitis Equina Venezolana En Humanos
295 - Enfermedades De Origen Priónico
320 - Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea
330 - Hepatitis A
346 – IRA por virus nuevo
551 - Mortalidad Materna - Datos Básicos
620 – Parotiditis
630 - Peste (Bubónica/Neumónica)
780 - Tifus Epidémico Transmitido Por Piojos
790 - Tifus Endémico Trasmitido Por Pulgas

DESARROLLO

831 - Varicela Individual

- **EVENTOS CON DATOS BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS**

113 - Desnutrición aguda en menores de 5 años
348 – IRAG inusitado
210 – Dengue
220 – Dengue grave
580 – Mortalidad por Dengue
465 – Malaria
880 – Viruela Símica
452 – Lesiones por AE
365 – Intoxicaciones
591 – Mortalidad integrada en menores de 5 años
342 – Enfermedades Huérfanas
900 – Evento individual sin establecer
740 - Sífilis congénita NUEVO
750 - Sífilis gestacional NUEVO

Desde el **1 de agosto** entra en disposición **del módulo de captura en línea de Sivigila 4.0**

- **EVENTOS CON DATOS BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS**

230- Difteria
730 – Sarampión
549 – Morbilidad materna extrema
420 - Leishmaniasis cutánea
430 - Leishmaniasis Mucosa
440 - Leishmaniasis Visceral

Desde el **15 de agosto** entra en disposición **del módulo de captura en línea de Sivigila 4.0**

- 549-Morbilidad Materna extrema

Desde el **14 de septiembre** entra en disposición **del módulo de captura en línea de Sivigila 4.0**

- 560-Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Desde el **17 de octubre** entra en disposición **del módulo de captura en línea de Sivigila 4.0**
610- Parálisis flácida Aguda
670-Rabia Humana
352-Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimientos médicos quirúrgicos-individual
362-352-Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimientos médicos quirúrgicos
EVENTOS CON SOLO DATOS BÁSICOS
EVENTOS COLECTIVOS
901 – Evento colectivo sin establecer
998 – EDA Colectivo
830 – Varicela colectivo
621 – Parotiditis colectivo
NOTA ACLARATORIA PARA COLECTIVOS SI APARECE UN AVISO QUE DICE: ***RECOPILANDO TODOS LOS COLECTIVOS*** ESTO NO IMPIDE LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS, PUEDE IR DIRECTAMENTE A SELECCIONAR EL EVENTO QUE DESEA REGISTRAR.

ACTUALIZACIONES SIVIGILA 4.0

DESARROLLO

Versión	Actualización	Nuevas utilidades y problemas corregidos	Distribuido a:	Fecha de distribución
Sivigila 4.0 V1.4.1	Sivigila 4.0 V1.4.4 Captura en Linea V1.6.23 SAT V3.3	**Novedades:** 1. Creación rol Distrito para Cali cod. DANE 76001 2. Inclusión Módulo SAT para la Notificación 3. Módulo de Captura en Línea. Cuando el tipo de caso o el ajuste sea igual a 3 "confirmado por laboratorio" el sistema debe exigir los laboratorios **En esta actualización se corrigen las siguientes incidencias:** 1. Se crean los accesos a Cali como distrito, habilitando todas las funcionalidades propias de este rol. 2. Se realiza el ajuste de los nombres de los archivos a uno que sea genérico en las descargas de datos básicos según correspondan 3. Se publica el desarrollo de SAT dentro del menú de Notificación 4. El sistema no permite realizar ajustes a los registros con tipo de documento AS y MS 5. Disponibilidad del reporte PNS (Positivos, negativos y silencios) equivalente al correspondiente del sistema Sivigila Escritorio	Todos los niveles	05-10-2023

DISPONIBILIDAD REPORTE PNS

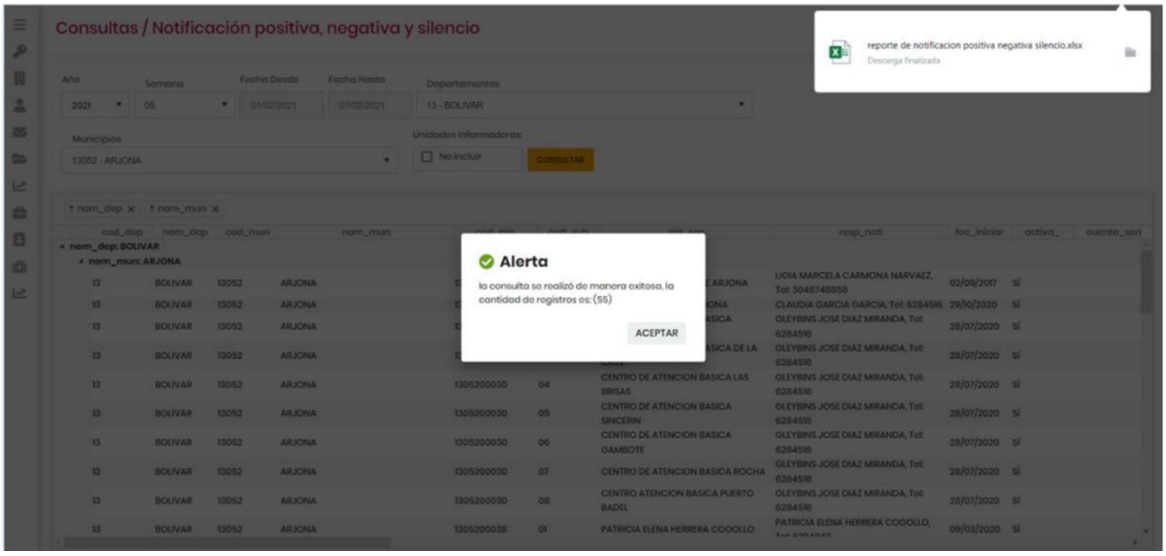
Este reporte le ayudará a definir qué proporción de UPGD notificaron por lo menos un evento, qué proporción presentó notificación negativa y la proporción de silencio epidemiológico (ausencia de notificación)

Defina los parámetros y pulse generar

Se generará el informe que contiene para cada UPGD, el detalle por semana epidemiológica notificada, si reportó por lo menos un evento, aparecerá un signo “+”, si envió una notificación negativa, aparecerá el signo “-” y un espacio en blanco para los silenciosos, en las columnas iníciales aparecerán los datos que le ayudarán a establecer las diferentes proporciones. Es importante aclarar que siempre aparecen las semanas que hasta el momento no han sido notificadas con un signo “.”, estas no serán consideradas en el análisis.

DESARROLLO

Al terminar el proceso el sistema despliega un mensaje informando al usuario el resultado del proceso



DIRECTORIO SUBRED SUR OCCIDENTE LOCALIDAD DE BOSA

LOCALIDAD	TECNICO	CELULAR	CORREO ELECTRONICO
BOSA	GEOVANNY ORTEGA	3502970073	Tecnicosivigila7@subredsuroccidente.gov.co

DIRECTORIO SUBRED SUR OCCIDENTE
MONICA ULLOA
LIDER SIVIGILA SRSO
Contacto: 3102679293
lidersivigila@subredsuroccidente.gov.co

ADRIANA RIVERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
Contacto: 3124805097
lidersivigila@subredsuroccidente.gov.co

3. TEMA CENTRAL: TRANSMISIBLES

SUBSISTEMA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES PARA VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSO POSTERIOR A LA VACUNACIÓN (EAPV) VIGIFLOW – SIVIGILA

Objetivo: Realizar socialización **de la información para la vigi**lancia en salud pública para el evento adverso posterior a la vacunación (EAPV) VIGIFLOW –SIVIGILA **en los COVES locales del mes de octubre 2023 de la Subred sur occidente.**

La finalidad de la vigilancia es contribuir a la detección temprana y la clasificación de los EAPV e identificar los casos graves y las señales de riesgo a fin de generar una respuesta rápida y apropiada.

DESARROLLO

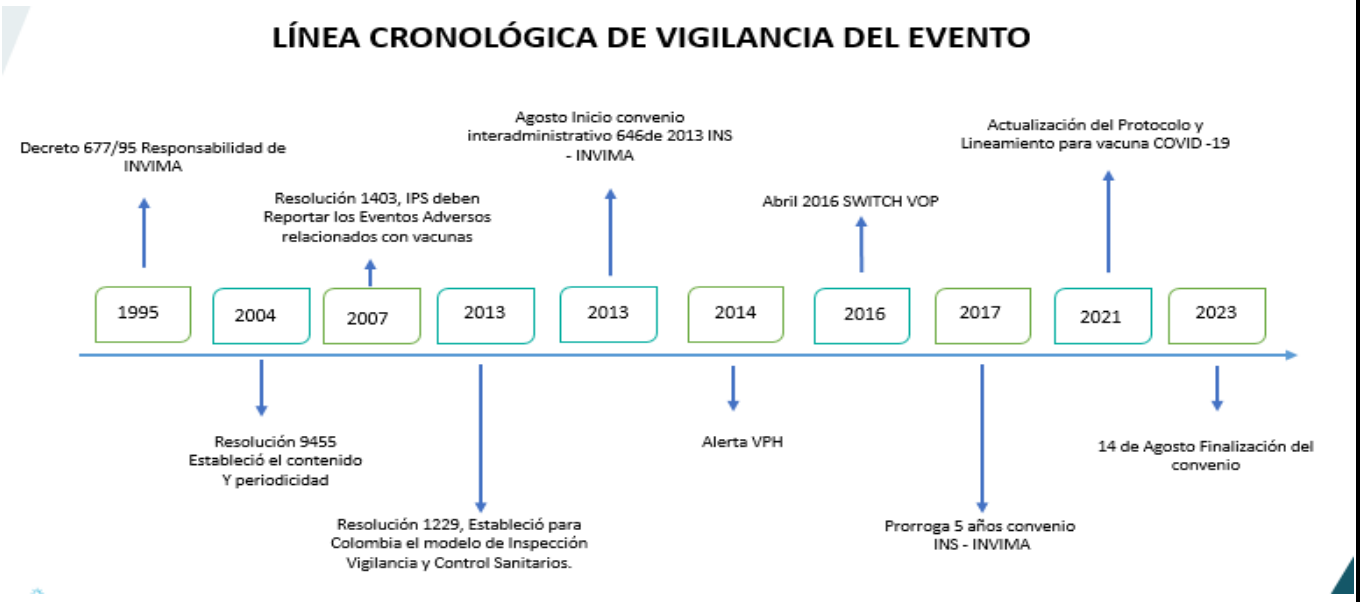
Ya que los objetivos específicos del sistema de vigilancia son: Obtener y analizar información en tiempo real para la toma de decisiones; determinar distintos tipos de EAPV en relación a) reacción relacionada con la vacuna, b) reacción a un defecto de calidad de la vacuna, c) reacción relacionada con un error en la inmunización, d) reacción relacionada con el nerviosismo ante la vacunación y e) evento coincidente con asociación temporal con la vacunación y mantener y aumentar la confianza y aceptación de las vacunas mediante la retroalimentación.

La vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación permite identificar los problemas relacionados con la seguridad, calidad y efectividad de la vacuna. La detección de estos casos puede identificar errores de prescripción o uso, calidad inferior o subestándar, falta de efectividad, usos indebidos e interacción con otros medicamentos, alimentos o bebidas.

Los casos notificados por UPGD (IPS) a Sivigila aportan al Programa Nacional de Farmacovigilancia y a su Red. Esta información permite al Invima analizar la información para detectar casos individuales de seguridad que deben ser reporta-dos, señales de alerta ante incremento de casos o comportamientos inusuales por características de tiempo, persona y lugar.

Cada caso reportado al Sivigila será transferido al VigiFlow® para su respectivo análisis y clasificación en el nivel territorial por de Expertos para evaluación de reacciones adversas

Caso sospechoso grave: Persona que presenta cualquier signo, síntoma, trastorno o síndrome después de la administración de una vacuna, que cause una incapacidad, discapacidad, ponga en riesgo la vida, requiera hospitalización u ocasione la muerte, o genere clúster de eventos graves y que, la persona, sus cuidadores o los trabajadores de la salud consideren que podría atribuirse a la vacunación o proceso de inmunización

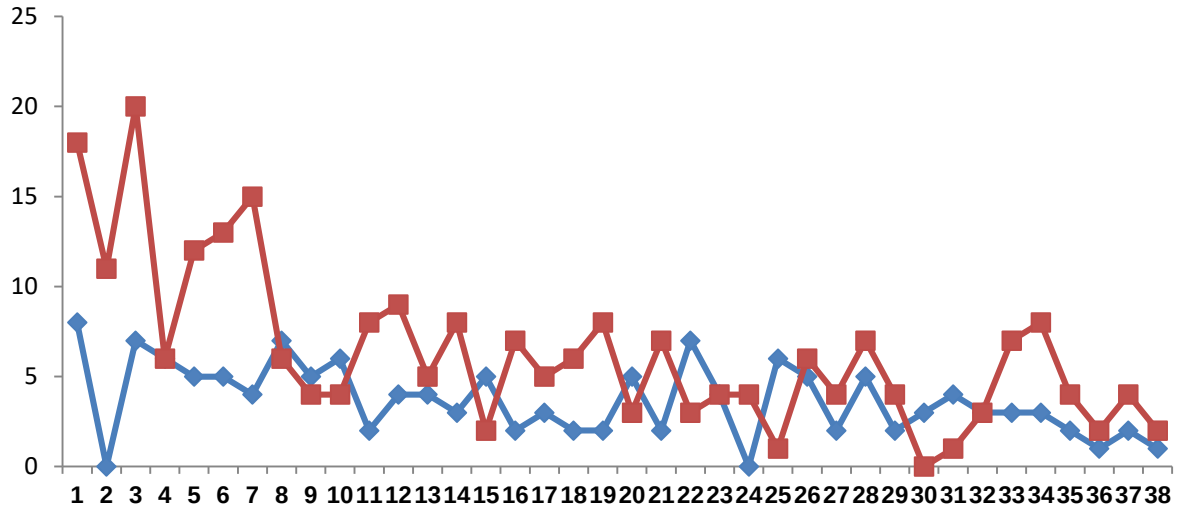


Hace 28 años el INVIMA viene regulando el manejo de las vacunas en el país es así como en 1995 establece el Decreto 677/ estable las responsabilidades de los actores para manejo de medicamentos y las vacunas, donde año a año va ajustando la

DESARROLLO

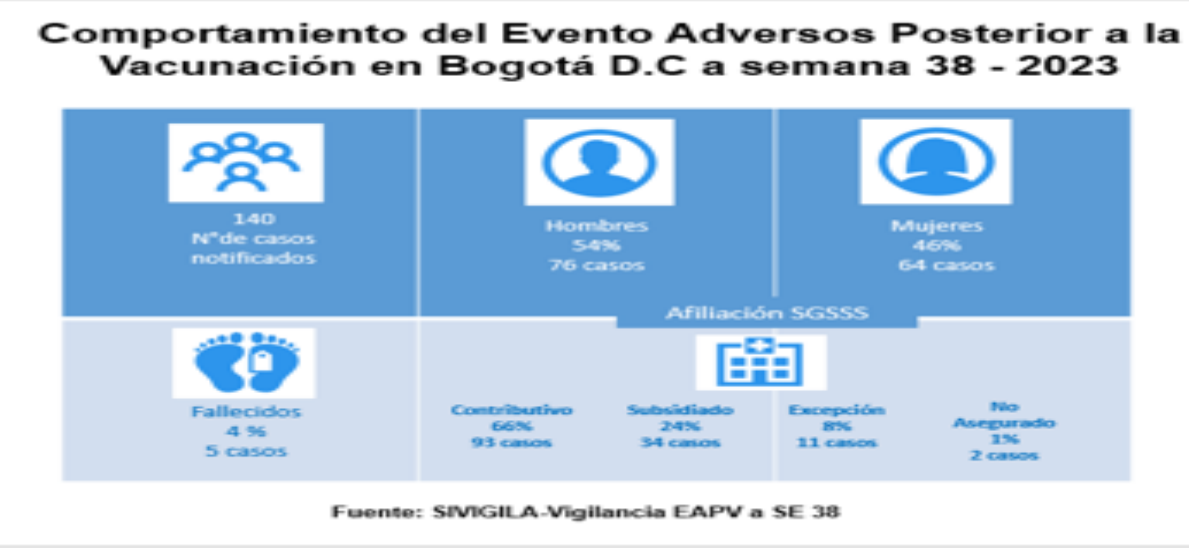
manejo importación y compra ,hasta llegar al 2023 donde se cuenta con un protocolo y lineamiento para la vacuna COVID_1
de agosto /23 se finalizó el convenio INS /INVIMA y se está a la espera de las nuevas directrices para la vigilancia de EAPV.

Comportamiento variable de interés Evento Adversos Posterior a la Vacunación en Bogotá D.C Año 2022 y 2023 sem

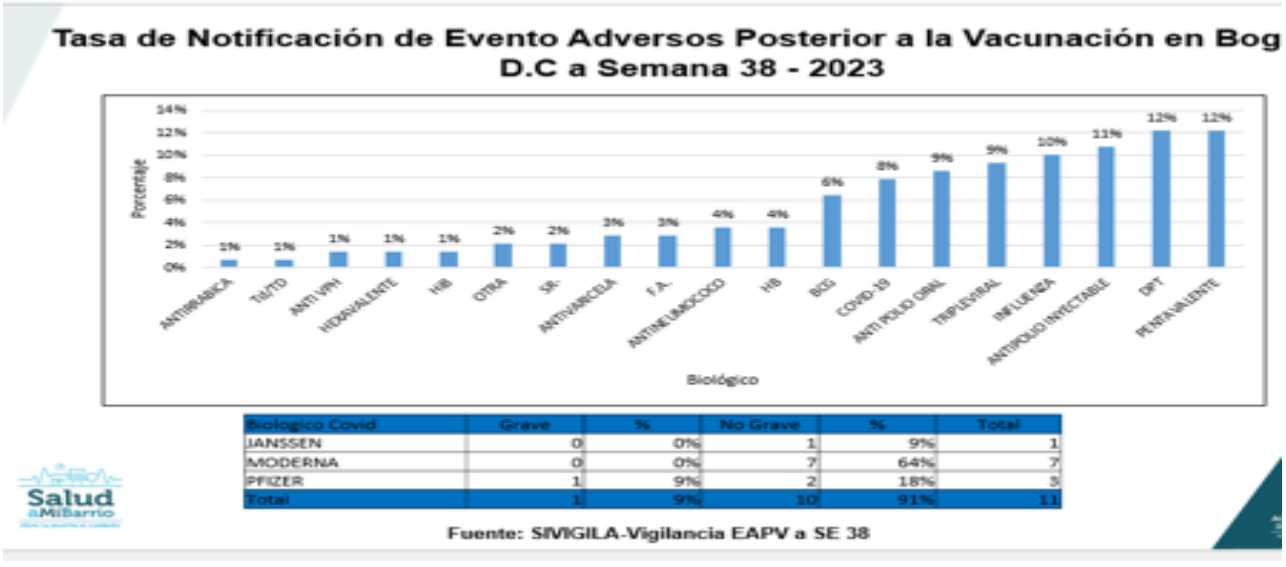


Al comparar el comportamiento de la notificación EAPV para el año 2022 a SE 38 se tienen 241 casos y en el 2023 140; c
comportamiento es irregular siendo las SE 3 y 7 del 2022 donde más casos EAPV se notifican, para posterior tener una ten
la disminución en el transcurso del año para luego tener un pico en la semana 34; fenómeno que no es observable en el 202
a que la población deja de aplicarse la vacuna covid-19.

DESARROLLO



Continuando con la estadística tenemos a SE 38 se han notificado casos graves al SIVIGILA 140, de los cuales eran hom
casos (54%) y 64 mujeres (46%); según su régimen de afiliación 93 son del régimen contributivo (66%) subsidiado 34(24%) ex
11 casos (8%) no asegurados 2 casos (1%), según la condición final fallecidos 5 casos (4%).



Biologico Covid	Grave	%	No Grave	%	Total
JANSSEN	0	0%	1	9%	1
MODERNA	0	0%	7	64%	7
PFIZER	1	9%	2	18%	3
Total	1	9%	10	91%	11

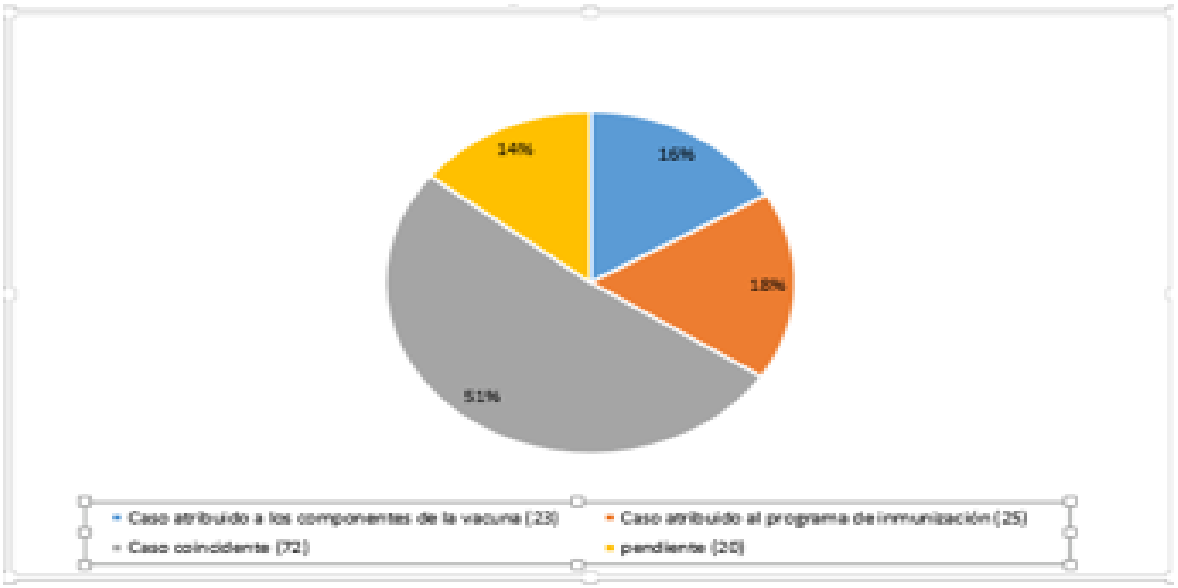
El porcentaje de la notificación de evento adverso posterior a vacunación en Bogotá D.C a semana 23 de 2023, según los b
implicados están: pentavalente (12%), DPT (12%), polio inyectable (11%), influenza (10%), triple viral (9%), polio oral (9%), CO
(8%), BCG (6%), hepatitis B, antineumococo, fiebre amarilla, antivaricela, sarampión rubeola, otra, hexavalente, anti VPH
antirrábica. Donde se debe hacer énfasis que al realizar la notificación se debe hacer énfasis en el registro en la ficha ca
registra primero el biológico que mayor reacción adversa presenta ya sea por sus componentes o reacciones locales o sis

DESARROLLO

Para la vacuna COVID_19 por laboratorio se tienen Janseen con 1 caso no grave (9%), Moderna 7 casos no graves (64%), caso grave (9%) y 2 no graves (18%).

Clasificación Final de Casos Relacionados con Evento Adversos Posterior a la Vacunación en Bogotá D.C a Semana

Para la clasificación final de los casos relacionados con evento adverso posterior a vacunación a SE 38 en Bogotá está atribuido a la vacunación 23 (16%), caso coincidente 72 (51%), caso atribuido al programa 25 (18%) y casos pendien clasificación 20 (14%)



Fuente: SIVIGILA-Vigilancia EAPV a SE 38

INSCRIPCION A LA PLATAFORMA DE VIGIFLOW- Y MANEJO A TODAS LAS IPS CON SERVICIO FARMACEUTICO Y DE VACUNACION

Con el fin de realizar seguimiento, al perfil de seguridad de los Biológicos para vacunación, se evidencia que se requiere un necesidades de asistencia técnica a los diferentes puntos de vacunación y al personal que interviene en el proceso, dad retroalimentar, asesorar y fortalecer el conocimiento de los colaboradores se mitiga el riesgo de cometer errores en el pro vacunación. Por lo que se tiene la Normatividad Invima **Circular 3000- 05262021.**

Solicitar la creación del Usuario a la entidad Territorial (SDS).

La Solicitud se debe hacer por Correo Electrónico a farmacovigilanciabogota@saludcapital.gov.co

Y Se debe adjuntar:

DESARROLLO

Certificado de Realización del Curso

Correo electrónico propuesto para usuario

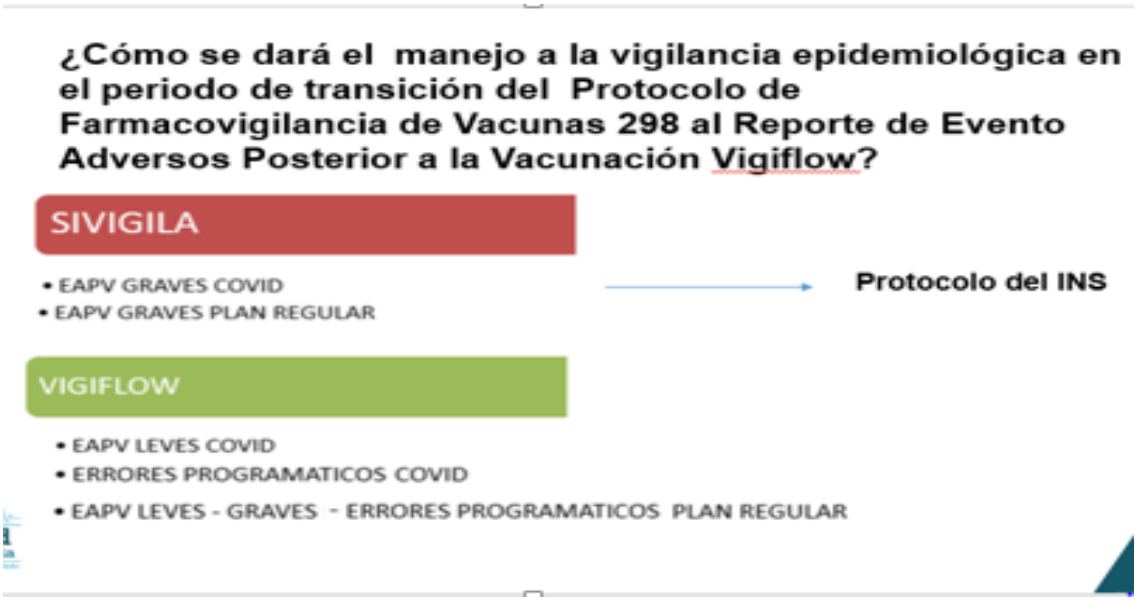
Nit del prestador

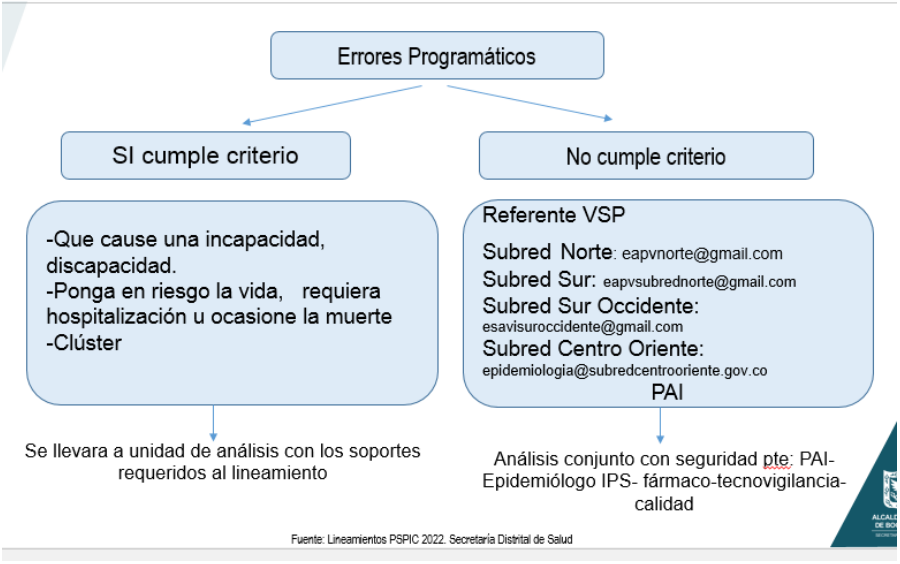
Código de inscripción al PNF

Nombre del Referente

Teléfono de Contacto

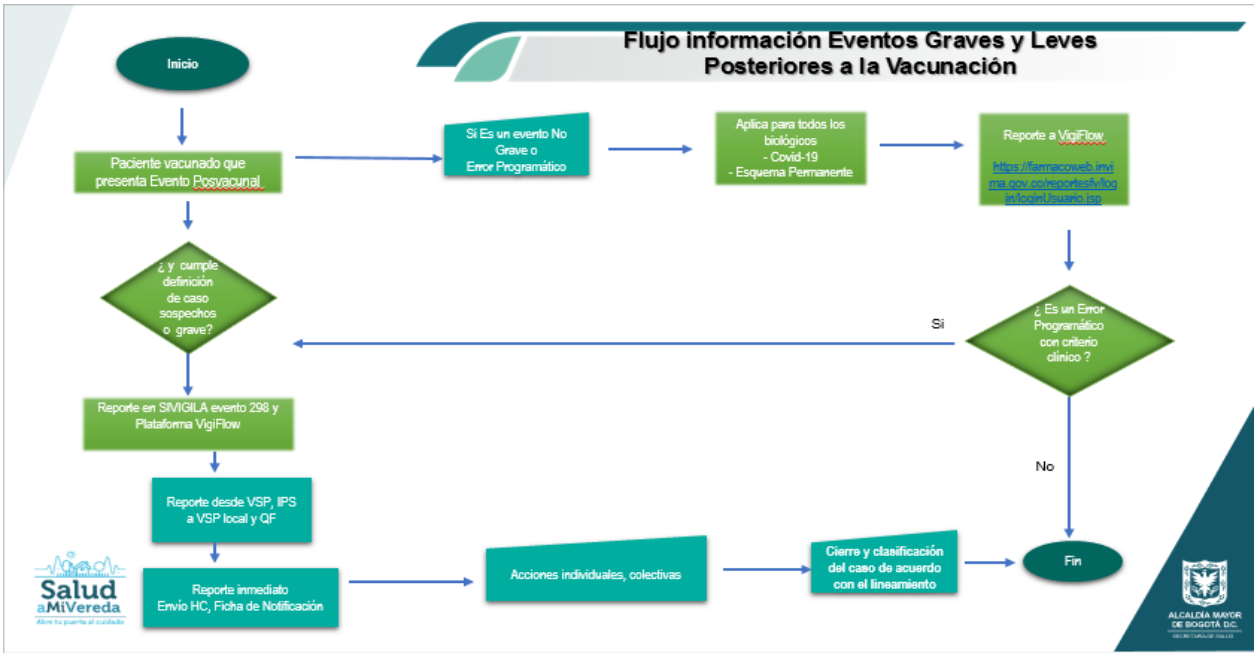
Que hacer mientras dure la transición





DESARROLLO

No olvidar que los errores programáticos causan una incapacidad, discapacidad, ponen en riesgo la vida, requieren hospitali ocasionan la muerte, o generan un clúster.



Dentro del flujograma de la información si Paciente vacunado que presenta Evento Posvacunal, investige ¿y cumple defin caso sospechoso o grave?, Reporte en SIVIGILA como evento 298 y Plataforma VigiFlow, Reporte desde VSP, IPS a VSP químico farmacêutica. Reporte inmediato Envío HC, Ficha de Notificación, realice Acciones individuales, colectivas; clasificación del caso de acuerdo con el lineamiento.

Por consiguiente Si Es un evento No Grave o Error Programático, y corresponde a la aplicación para todos los biológicos y C Esquema Permanente; entonces Reporte a VigiFlow https://farmacoweb.invima.gov.co/reportesfv/login/loginUsuario.jsp.

Intervenciones en el Periodo de transición, Instituto Nacional de Salud –INVIMA

Acompañamiento Comités Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

1. Cove Locales
2. Asistencias técnicas Instituciones Públicas y Privadas.

Articulación con los Subsistemas:

1.Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

2.Farmacovigilancia

3.Tecnovigilancia.

4. Seguridad al Paciente.

5. Epidemiologia.

DESARROLLO

Lineamiento para el manejo de Errores Programáticos:

PAI

Subredes e Instituciones Públicas y Privadas

Epidemiologia

Infectologia

Pediatría,

Seguridad al paciente.

Químico Farmacéutico.

Tecnovigilancia.

Fortalecimiento en manual administrativo PAI para la adherencia en los inmunobiológicos y procesos de vacunación segu

UPGD:

Cadena frío

Almacenamiento adecuado de dispositivos médicos y técnica para disminuir el error programático.

Evitar la pérdida real o potencial de la confianza en la vacunación.

Continuar con el fortalecimiento de la farmacovigilancia de vacunas en las UPGD y notificación para el Evento Adverso Poste

Vacunación

4. URGENCIAS Y EMERGENCIAS

INTERVENCION EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA (ERI-UYE)
OBJETIVO: Brindar información acerca de las alertas nacionales e internacionales identificadas en el boletín epidemiológico de la semana 40.
COMPROMISO: Realizar notificación oportuna ante la identificación de eventos de interés en salud pública para su pertinente atención.
RECOMENDACIÓN: Realizar correlación clínica y verificación de nexo epidemiológico al momento de notificar algún evento de interés en salud pública.

ALERTAS NACIONALES

Para la semana epidemiológica 40 de 2023 se identificó que la notificación de los eventos dengue, violencia de género e intrafamiliar, morbilidad materna extrema, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y malaria se encuentran por encima de lo esperado. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Para la semana epidemiológica 40 de 2023 los eventos leptospirosis, tuberculosis, sífilis gestacional, sarampión-rubéola, sífilis congénita, tuberculosis farmacorresistente, y mortalidad por desnutrición se encontraron por encima de lo esperado; mientras que mortalidad materna, Leishmaniasis cutánea, chikunguña, mortalidad por IRA 0-4 años y accidente ofídico se ubicaron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado.

A semana epidemiológica 40 de 2023, se han notificado 838 muertes probables en menores de cinco años: 434 por infección respiratoria aguda (IRA), 286 por desnutrición aguda (DNT) y 118 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 37 son de residencia del exterior y no se incluyeron en el análisis.

El 09 de octubre de 2023 se notificó brote de varicela en Fuerzas Militares. Se identificó un caso y 132 expuestos, para una tasa de ataque de 0,75 %. El caso inició síntomas el 05 de octubre. No se reportaron hospitalizados, fallecidos o población en riesgo. Se implementaron medidas de control y cuarentena por 21 días. La situación continua en seguimiento.

Brote de varicela en población especial, Boyacá. 09 de octubre de 2023

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en población especial, Potosí (Nariño) y Medellín (Antioquía). 10 de octubre de 2023.

ALERTAS INTERNACIONALES

DESARROLLO

Brote mundial de cólera. Organización Mundial de la Salud (OMS). 05 de octubre de 2023.

Desde principios de año y hasta el 15 de septiembre de 2023, al menos 29 países han notificado casos de cólera. La región de África de la OMS sigue siendo la más afectada: 16 países han notificado casos de cólera desde principios de año. En la región de las Américas, Haití continúa reportando casos, y hasta el 13 de octubre de 2023 ha notificado 62 693 casos sospechosos con 879 muertes relacionadas, letalidad 1,4 %.

Vigilancia estacional del virus del Nilo Occidental, 2023. Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC).

• Desde 27 de septiembre al 4 de octubre de 2023, los países de la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE) informaron 42 casos humanos de infección por el virus del Nilo Occidental (VNO) y una muerte relacionada.

ENCEFALITIS DEL NILO OCIDENTAL

• Los virus de las encefalitis equinas en su mayoría se distribuyen geográficamente en las Américas, no obstante, el virus de la encefalitis del Nilo Occidental ha sido documentado en países como Uganda en 1937, en Egipto y en Oriente Medio en los años 50 del siglo XX, países del Mediterráneo en los años 60 y 70, 90 y en Europa del Este, sin embargo, este virus se ha expandido notoriamente a nivel mundial encontrándose en Estados Unidos, México, Canadá y América del sur.

En el continente americano, las encefalitis de origen viral que afectan a los équidos son la Encefalitis Equina Venezolana (EEV), la Encefalitis Equina del Este (EEE) y la Encefalitis Equina del Oeste (EEO), sin embargo, en Colombia los virus que se han detectado circulantes son el de EEV y el de EEE.

Estos dos agentes son conocidos por la rápida propagación entre las poblaciones de caballos, burros y mulares que actúan como amplificadores del virus transmitiéndolo a las poblaciones humanas.

Anticuerpos del virus ENO, ha sido reportado en équidos en los departamentos de Córdoba, Cesar y Sucre.

AGENTE CAUSAL

Hace parte del serocomplejo de la encefalitis japonesa junto con los virus Cacipacora, Koutango, encefalitis japonesa, encefalitis de San Luis, encefalitis Murray Valley, Usuto y Yaounde.

Género: Flavivirus

Familia: Flaviviridae

TRANSMISION

Es transmitida por mosquitos Culex a pájaros que son los huéspedes amplificadores.

La exposición más común es a través de la picadura de un mosquito infectado.

Se han descrito diferentes modos de transmisión en humanos como la infección por hemoderivados, trasplante de órganos, leche materna, transmisión intrauterina y exposición ocupacional.

Varios experimentos en mamíferos y aves han demostrado la infección después de la exposición oral al virus

PERIODO DE INCUBACIÓN

Para NILO el periodo de incubación es de aproximadamente 2-14 días y de 2-6 días para los casos febriles.

PERIODO DE TRANSMISIÓN

Los virus de la EEE y EEO no se encuentran en la sangre o en el líquido cefalorraquídeo (LCR) después de que aparecen los síntomas y solo se desarrollan títulos bajos durante la fase virémica. Los humanos no transmiten estos virus a los mosquitos y no se ha comprobado la transmisión de persona a persona. Esta transmisión teóricamente es posible en la EEV, pero no se ha informado en casos naturales. Los humanos con EEV pueden infectar a los mosquitos durante aproximadamente 72 horas. Los 3 virus parecen ser capaces de atravesar la placenta en las mujeres embarazadas

DEFINICION OPERATIVA DE CASO

CASO PROBABLE: Paciente con cefalea acompañada o no de convulsiones o alteración del estado de conciencia, desorientación, somnolencia, letargia, coma, hipoacusia; procedente de zonas con circulación viral confirmada o presencia de équidos enfermos o muertos, o que presenten signos y síntomas de dos de las siguientes categorías:

- Fiebre y cefalea de más de 5 días;
- Mialgias, artralgias, náuseas, vómito, anorexia, diarrea, escalofrío, fotofobia, postración y malestar;
- Paciente con meningoencefalitis viral, encefalitis viral o encefalitis aséptica.

CASO CONFIRMADO: Todo caso probable de encefalitis equina que se ha confirmado por alguno de los criterios de Laboratorio:

- Presencia de anticuerpos IgM contra el virus EEE y EEV en muestras de suero.
- Determinación de anticuerpos IGG contra el virus EEE y EEV en muestras pareadas. Aislamiento viral
- Amplificación molecular por RT-PCR y secuenciación genómica para los virus EEE, EEV y VNO.

DESARROLLO

CASO CONFIRMADO POR NEXO: Todo caso probable de encefalitis en el que no haya sido posible obtener muestras, relacionado con un brote donde se haya confirmado la presencia de uno o más virus causantes de las encefalitis equinas.
CASO DESCARTADO: Caso probable con resultados negativos para las pruebas de laboratorio o sin nexo epidemiológico y con otro diagnóstico.
INFORMACION TOMADA DE:
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Encefalitis%20equinas.pdf
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2023_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_40.pdf

5. Se da el espacio para el receso de 15 minutos.

6. **TEMA ITINERANTE: EVENTO 300 agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia**

UNIDAD DE ANÁLISIS COMITÉ VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Durante el mes de octubre del presente año, se realiza el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) con la participación del componente de vigilancia en salud ambiental, quienes desarrollaron como tema central el evento 300 AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA.

Unidad de Análisis: Evento 300 agresiones por animales transmisores de rabia

Objetivo

Socializar y capacitar sobre el evento 300 (Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia)

Objetivos Específicos:

- Identificar la correcta clasificación y tratamiento de la agresión por animal mordedor
- Establecer la diferencia entre una exposición grave, leve y una no exposición
- Comprender la importancia del seguimiento de animales agresores para disminuir el mal uso de los tratamientos de rabia post exposición
- Resaltar la importancia de la gravedad de la agresión
- Retroalimentar sobre las Variables Críticas que más a menudo se clasifican de manera no adecuada
- Reafirmar la importancia del enviar debidamente escaneadas y nombradas las fichas de notificación y dentro de los tiempos establecidos

Situación Epidemiológica Mundial

La rabia se distribuye ampliamente por todas las regiones geográficas y climáticas, concentrando su mayor frecuencia en países en vías de desarrollo; Asia y África aportan el 95 % de los fallecimientos por esta infección. En la actualidad, los países o territorios libres de rabia transmitida por perros son: Australia, Reino Unido, Japón, Nueva Zelanda, Nueva Guinea, Hawái, Oceanía, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia y Portugal (6). La mayor frecuencia de casos en Europa, Estados Unidos y Canadá se presenta en fauna mamífera silvestre, mientras que en África, Asia y Latinoamérica se presenta en perros en las zonas urbanas y en animales silvestre en las zonas rurales, principalmente en zorros, murciélagos, primates, mangostas, chacales y lobos, entre otros. El 99 % de los casos de infección por este virus son transmitidos por perros domésticos; sin embargo, la infección transmitida por murciélagos se ha convertido en un problema de salud pública en Australia y Europa Occidental.
Situación Epidemiológica Nacional
Desde la década de los 70, con la implementación del programa de vigilancia, prevención y control de la rabia urbana, la tendencia de este evento ha sido constante hacia el descenso en el número de casos, tanto de perros como de humanos.
El virus rábico ha circulado en todas las regiones del país. La región más crítica para el ciclo de transmisión de perro a perro, de perro a zorro y ocasionalmente de perro a humano, es la Costa Atlántica.
Entre el año 1999 a 2021 en Colombia se han identificado 43 casos de rabia humana distribuidos en todas las regiones del país; la mayor frecuencia se ha identificado en la región Pacífica con el 51 % de los casos (n=22) seguida de la región Central con el 16% (n=7), la región Atlántica con 14% (n=6), la región Amazonía con el 5% (n=2) y la Orinoquía con el 2% (n=1). La

DESARROLLO

entidad territorial con mayor frecuencia de casos en este período ha sido Chocó con 17 casos, seguido por Cundinamarca, Santa Marta y Santander con cuatro casos cada uno.
Los últimos casos identificados en el país fueron en los años 2020 y 2021, procedentes del departamento de Huila en los municipios de Neiva y La Argentina, respectivamente. La mayoría de estos casos correspondieron a linajes del ciclo silvestre trasmitida por murciélago; los últimos casos con linaje del ciclo urbano se presentaron en el distrito de Santa Marta en los años 2006 y 2007.

En la actualidad en el país, el mayor número de casos de rabia en animales se presenta en aquellos destinados a la producción (bovinos y équidos) por linajes de origen silvestre; sin embargo, es importante resaltar la situación observada en el departamento del Magdalena con ocurrencia de casos en animales de compañía (perros y gatos); casos en los cuales se han identificado linajes relacionadas con el ciclo urbano y silvestre.
En Colombia, los programas nacionales centrados en la vacunación masiva de perros han disminuido los focos de rabia transmitida por perro, con presencia de circulación de este linaje genético en pocos municipios del territorio nacional. Desde febrero de 2007 a la fecha, la rabia urbana ha disminuido, notablemente; sin embargo, la rabia de origen silvestre ha surgido como una amenaza creciente siendo ahora causa de la mayor parte de la mortalidad por rabia en humanos y en animales de producción, encontrándose la rabia de origen urbano cerca de la eliminación.
El gato por su parte, por su cercanía al hombre y sus hábitos de caza variados que incluyen murciélagos, se constituye como el vector intermediario más eficiente en la transmisión de la rabia de los quirópteros a los humanos, siendo desde el año 2012 el único intermediario responsable de la transmisión de rabia a humanos, presentándose en este periodo casos de rabia humana en los Departamentos de Valle (Roldanillo), Cundinamarca (El Colegio, Girardot y Tena) y Huila (Neiva y La Argentina).

Estado del arte
La rabia es una zoonosis mortal que afecta el sistema nervioso central de animales homeotermos, especialmente mamíferos, incluido el ser humano. El agente causal es el virus de la rabia, el cual pertenece al género Lyssavirus de la familia Rhabdoviridae, la transmisión al humano se produce casi exclusivamente por la mordedura de un animal con rabia, aunque puede suceder por contacto de piel herida y de mucosa intacta con saliva, secreciones o tejidos procedentes de animales o humanos con rabia, o por trasplante de órganos procedentes de individuos infectados con el virus rábico. En la tabla 2 se encuentran los aspectos epidemiológicos de la infección por el virus de la rabia.
Justificación para la vigilancia
La vigilancia, prevención y control de la rabia es una prioridad para la salud pública a nivel mundial y nacional; es por lo que Colombia, como los demás países de las Américas, se ha comprometido a eliminar la rabia humana transmitida por perros y a controlar la rabia humana de origen silvestre del territorio nacional. En esta tarea se articulan las acciones del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Instituto Nacional de Salud (INS), el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, las Corporaciones Autónomas Regionales (CAR) y las Entidades Territoriales de Salud (ETS), de conformidad a la normatividad vigente; siendo la vigilancia, prevención y control de la rabia en humanos, perros y gatos es responsabilidad del Sector Salud, la de animales de producción es responsabilidad del sector agropecuario y la responsabilidad de los animales silvestres es del sector ambiental.
Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud (INS), a través de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública) y de la Dirección de Redes en Salud Pública, elaborar las recomendaciones para realizar la vigilancia epidemiológica de este evento y el desarrollo del componente de vigilancia de la rabia por laboratorio en el ámbito nacional.

Definición de exposición al virus de la rabia
La exposición al virus de la rabia, es la probabilidad de penetración y replicación del virus rábico en el organismo de una persona que ha sufrido una lesión (mordedura, rasguño o arañazo) por agresión de un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia, o contacto de piel lesionada o de mucosa con saliva o tejido de un animal o humano infectado, o presuntamente infectado, con el virus de la rabia, ya sea de manera accidental o por prácticas inadecuadas de bioseguridad en la atención de personas y de animales rabiosos; visitar cuevas o cavernas con murciélagos potencialmente infectados por el virus de la rabia, en laboratorios de diagnóstico de rabia, investigaciones con el virus de la rabia o de fabricación de suero antirrábico, entre otros, sin las debidas medidas de bioseguridad.

DESARROLLO

7. SEGUNDA PARTE TEMA CENTRAL CAPACITACION MICOBACTERIAS

a. SUBSISTEMA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES POR MICOBACTERIAS

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotitas de aerosol suspendidas en el aire expulsado por personas con enfermedad pulmonar activa. La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. El síntoma de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna; su aparición es frecuente en pacientes bajo condiciones inmunosupresoras como en el VIH/SIDA, la Diabetes, el Cáncer, menores de 5 años y población indígena, habitante de calle, privados de la libertad, migrantes entre otras. La enfermedad cuenta con tratamiento el cual es directamente observado por el personal de salud a fin de garantizar la curación del paciente y cortar la cadena de transmisión.

Tuberculosis Resistente: La bacteria causante de la tuberculosis (TB) puede volverse resistente a los antimicrobianos utilizado 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 sensible. La resistencia del Mycobacterium tuberculosis puede ser primaria o secundaria también llamada adquirida. La primaria se define como aquella en la que se presentan cepas aisladas en pacientes que nunca antes han recibido tratamiento antituberculoso. La secundaria es la consecutiva a una quimioterapia incorrecta provocada por la utilización de un esquema terapéutico inicial errónea, una indicación inadecuada de tratamiento de infección tuberculosa (quimioprofilaxis) al no descartar enfermedad activa o un incumplimiento del tratamiento. Las causas de la multirresistencia son la mala gestión de tratamiento de la tuberculosis y la propagación de persona a persona. La mayoría de los casos se curan con una estricta observancia de un régimen terapéutico de 12 -18 meses registrado bajo supervisión.

Lepra: Enfermedad ocasionada por el agente Mycobacterium Leprae, de origen bacteriano que se transmite de persona a persona por vía respiratoria, la cual ingresa a los pulmones y se distribuye a todo el cuerpo principalmente a la piel, nervios, ojos, manos y pies. La enfermedad se diagnostica mediante la observación de la piel, valoración de la sensibilidad de la misma, y mediante la toma de baciloscopia de linfa para orientar el diagnóstico. La enfermedad cuenta con tratamiento el cual es gratuito y efectivo en todos los casos, el tratamiento es de estricto control por parte del personal de salud y se debe fomentar el apoyo al paciente y otras medidas para prevenir la discapacidad asociada a su causa.

Gestión de la información del componente transmisible con énfasis en eventos por Micobacterias: la identificación, caracterización, priorización e intervención de las enfermedades producidas por micobacterias (Notificación) para identificar el riesgo y mitigar el impacto de los diferentes eventos, así como reflejar en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), las acciones realizadas que permitan tener información confiable y con calidad (ajustes, cierre de casos y

concordancia).Las acciones generales de los eventos producidos por micobacterias se enmarcan en los protocolos nacionales del INS (evento 813 y 450).

Recepción de la notificación, notificación interlocal monitoreo y seguimiento de la calidad del dato de las fuentes de información de VSP corresponde a la **Depuración, Pre crítica, critica, ajuste y Realimentación,** *cuando haya información faltante para los evento TB Todas las formas (incluye TB FR) y lepra dentro de la pre critica está incluido la verificación de los reportes confirmatorios o complementarios de TB según sea el ingreso confirmado por laboratorio o por clínica; con relación a la confirmación clínica del caso es importante verificar que al caso se le hayan procesado pruebas de confirmación bacteriológica como baciloscopia, cultivos, pruebas moleculares si los reportes son negativos debe aparecer en la ficha y aplicativo Sivigila.*

AJUSTE: Se deben realizar los ajustes solicitados por el nivel central de acuerdo a los hallazgos encontrados en la depuración y cruces de información distrital para los eventos 813 y 450, los ajustes deben evidenciarse en la base SIVIGILA dentro de las 2 semanas epidemiológicas siguientes a la solicitud del nivel central.

Ajustes D Y 6: Los eventos producidos por micobacterias ingresan al SIVIGILA como casos confirmados es por ello que cuando se realicen ajustes D y 6 es necesario solicitar a las UPGD la razón por los cuales se van a realizar este tipo de ajustes, para lo cual deben **generar un acta con la UPGD que soporte el ajuste realizado y adjuntar los soportes necesarios**. **Estas actas deben enviarse al referente distrital vía correo electrónico, máximo 15 días posterior al ajuste "D" o "6" realizado.**

Si se realizan este tipo de ajustes sin verificar soportes y comunicar al nivel central, la Subred deberá realizar la unidad de análisis de cada uno de los casos explicando las razones por las cuales la UPGD realizo el ajuste y generar un plan de mejora por estos ajustes.

Casos clasificados como recidiva en lepra : en todo caso que se notifique como recidiva, **se debe realizar unidad de análisis de la clasificación por recidiva esta debe incluir el resultado de la biopsia y el resultado actual de índice bacilar (BK de linfa), se debe definir en esta si es realmente un caso de recidiva o una lepro reacción**, esto con la finalidad de realizar los ajustes correspondientes al caso si es necesario descartar o corregir la notificación; estas unidades son lideradas por el programa de prevención y control de le enfermedad de Hansen,

El epidemiólogo de transmisibles debe apoyar la unidad para lo cual es necesario que se articule con el referente local del programa para la gestión de los soportes y desarrollo de la misma; si por motivos de fuerza mayor el programa no puede liderar la unidad, esta estará a cargo del equipo de transmisibles de vigilancia epidemiológica.

En caso de fallecimiento en la misma institución que notifico la morbilidad, deberá realizarse el ajuste correspondiente al SIVIGILA, cambio de condición final y desarrollar las acciones pertinentes frente a la mortalidad. Si el paciente falleció y ya tenía un diagnóstico de TB y fue notificada la morbilidad por otra institución se debe realizar comunicación inter local con la localidad en donde está ubicada la UPGD que notificó inicialmente el caso con la finalidad de solicitar el ajuste en la condición final, para ello se debe enviar el certificado de defunción para el ingreso de la información al SIVIGILA indicando la causa de muerte(CIE) la cual corresponde a la causa básica consignada en el certificado de defunción; si no es posible establecer esta comunicación con la UPGD en donde fallece el caso se debe notificar nuevamente con la misma información de la morbilidad pero ya ingresa como fallecido, es importante aclarar que el cambio de condición final de vivo a muerto en los eventos asociados a micobacterias independiente de si se notifican

DESARROLLO

nuevamente o se ajusta la notificación de morbilidad requieren la realización de la visita epidemiológica de mortalidad o autopsia verbal la cual debe ser realizada por profesional de salud y/o epidemiólogo, según el caso.

Cruce base de datos: se debe tener en cuenta el **Cruce de Base de Sivigila evento 813 y evento 450 con libros del pro tuberculosis y lepra (libro de TB sensible, libro de TB resistente y libro de lepra); se deber realizar 2 articulaciones me Cruce mensual de base de Sivigila evento 813 y evento 450 con base de Intervención Epidemiológicas de Campo (Base Sivigila DC); Cruce mensual de base de Sivigila evento 813 con base de SIVIGILA evento 850 (VIH) base histór del año en curso; Cruce mensual base Sivigila evento 813 y Base estadísticas vitales año en curso (muertes por ocu Se debe generar revisión de los casos en los cuales aparezca un diagnóstico de TB en la cascada de fallecimiento s sospecha, secuela o diagnóstico de TB, igualmente se debe revisar con el epidemiólogo de EEVV aquellos casc encuentren notificados como TB pero que en la cadena causal no se identifique la tuberculosis; en los casos que ajuste o enmienda al certificado de defunción, se debe establecer con el epidemiólogo de EEVV la solicitud a la UP revisión del caso con generación de acta y enmienda estadística, estos ajustes se deben realizar de manera rutinaria ser enviados al nivel central a la referente de TB y de estadísticas vitales. Igualmente se deben identificar los casos f por TB/VIH, con el fin de realizar los ajustes necesarios a la condición final en el SIVIGILA. Como producto se debe c de la gestión realizada.**

Concordancia entre los libros de programa de tuberculosis y lepra vs la notificación de los eventos 813 (Tuberculosis) y 450 (Lepra). Este producto específico del componente de micobacterias hace referencia al cruce de las bases nominales entre el SIVIGILA evento 813, 450 y libro paciente de los programas de Tuberculosis y lepra. Se realizarán 2 actividades mensuales con el líder del programa de tuberculosis de la Subred, a continuación, se describe como se deben realizar los cruces y las variables a cruzar. **Primer cruce:** Base de datos de Excel de archivos de Sivigila (Por ocurrencia) cruzada con base del programa (Se debe cruzar sobre el libro del programa de "DIAGNOSTICO") en donde se identifique la concordancia de los casos de TB sensible, TB resistente y Lepra se debe calcular el indicador de concordancia (***Numerador***: Número de casos que cruzaron por documento de identidad de la base del SIVIGILA/ ***Denominador:*** Número de casos que se encuentran en las cohortes del programa según evento.). Este debe ser superior al 95%, recuerde que el programa debe tener todos los casos notificados independiente su condición final, si la localidad no notifico el caso y está solo en la cohorte del programa usted debe calcular el indicador de concordancia solo con los casos que están en programa y se identificó que fueron notificados en la misma subred.

La llave para el cruce nominal será el documento de identidad y los nombres del paciente. Frente a los casos que se identifiquen en ambas bases se debe verificar la **concordancia o diferencia de las siguientes variables: sexo, edad, nacionalidad, grupo étnico, grupo poblacional, variable de trabajador de la salud, fecha inicio de síntomas, condición final (vivo o muerto, clasificación de tipo de TB (Sensible o Resistente) localización anatómica (Pulmonar o extrapulmonar), condición de ingreso (Nuevo, recuperado tras perdida en el seguimiento, fracaso, recaída y otros previamente tratados), Condición de co infección TB/VIH (tiene VIH o no tiene), laboratorios (baciloscopia, cultivo, prueba molecular), casos descartados, comorbilidades del SIVIGILA** esta variable también existe en el programa con el nombre de comorbilidades, se deben cruzar una a una.

DESARROLLO

Si en el cruce de cada una de las variables se identifica diferencias entre las bases se debe establecer con el referente del programa cual es la condición real del paciente, en todas las variables cruzadas en las que se refieran actualizaciones **se debe reflejar en el Sivigila por medio del ajustes 7; si se identifica por parte del nivel local que se realizan los ajustes y siguen siendo solicitados por el nivel central se debe establecer apoyo del grupo Sivigila Distrital de manera oportuna para verificar si hay fallas en el aplicativo**, si esta comunicación no se da y pasan más de tres meses sin ajuste de los casos se levantarán glosas por calidad de la información y falta de gestión; igualmente cuando se identifiquen casos descartados en programa el referente de transmisibles del programa debe informar al referente de transmisibles de VSP para que se realicen los descartes respectivos; los casos que en el SIVIGILA tienen ajuste D o 6 se deben ver reflejados en el programa, cada ajuste realizado en cualquiera de las bases por descarte o error en digitación debe tener un acta y un soportes de laboratorios si es el caso.

En los casos de TB resistente tener en cuenta las siguientes variables: prueba de sensibilidad a fármacos, condición de ingreso y clasificación de la resistencia (mono resistente, poli resistente, MDR, pre XDR y XDR).

En lepra tener en cuenta las variables: tipo de lepra, condición de ingreso (Nuevo, recuperado y Recidiva), numero de lesiones, índice bacilar, resultado de biopsia, grado máximo de discapacidad y presencia de leproreacciones.

Siempre que en el cruce se **identifiquen casos no notificados, no coincidencia de variables o ajustes en Sivigila se debe colocar en la base de Excel una casilla en donde se explique por cada caso porque el caso no cruzo; se debe garantizar la actualización del Sivigila y la base del programa, la no concordancia o no identificación de pacientes con VIH se debe solicitar el referente de salud sexual y reproductiva la verificación del diagnóstico.**

Entrega de libro de contactos de TB y convivientes de Hansen: En este cruce se debe relacionar los contactos y convivientes identificados en la IEC realizadas en el mes anterior; debe contener nombre del caso índice, número de contactos o convivientes identificados y número de casos canalizados a EPS o programa social.

Análisis epidemiológico a través de unidades de análisis: **Para el componente de micobacterias se incluye las unidades de análisis de: Mortalidad por co infección TB/VIH en menores de 49 años; mortalidad por Tuberculosis en población indígena y PPL; Mortalidad en casos TB Farmacorresistente; Mortalidad por TB en menores de 15 años.**

LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Dentro de la la competencia del Ministerio de Protección Social establece la RESOLUCIÓN 227/2020 donde aclara y define los parámetros para el PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS

Definiciones programáticas de sintomático respiratorio:

En población general: se considerará sintomático respiratorio a toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días. Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis pueden variar según la edad, el estado inmunológico, la presencia de comorbilidades y el órgano afectado, por lo cual, el profesional de medicina podrá definir la presunción de la enfermedad frente a una tos persistente sin expectoración.

Personas con VIH o inmunosupresión: se considerará sintomático respiratorio a quien presente tos con o sin expectoraci fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna de cualquier tiempo de duración.

Poblaciones vulnerables: son los *grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rura rural dispersa.*

DESARROLLO

Se considera sintomático respiratorio a quien presente tos y expectoración por más de 15 días; Para contactos de personas afectadas por tuberculosis, se tomará como criterio tos y expectoración de uno o más días de duración.

Ni**ños y niñas menores de 15 años:** Se considera tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de ocho días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes.

Contacto de un caso de Tuberculosis.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA ACTIVA

Toda persona con tuberculosis confirmada por clínica o microbiología debe recibir tratamiento atención integral, donde se de una prescripción del medicamento, Suministro del medicamento, una Supervisión y un Seguimiento del caso y sus contactos

El esquema terapéutico será establecido por el profesional de medicina quien realiza el diagnóstico y evaluará las particularidades de cada persona como consumo de otros medicamentos, comorbilidades, situación nutricional, psicosocial, entre otras.

Definiciones de caso de tuberculosis:

Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado: 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.

Caso de tuberculosis clínicamente diagnosticado: es aquel caso diagnosticado por un profesional de la medicina, quien ha decidido darle un ciclo completo de tratamiento antituberculoso, con pruebas bacteriológicas negativas.

Clasificación de los casos diagnosticados de tuberculosis: *establece dos categorías*

Tuberculosis pulmonar: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis, que afecta el parénquima pulmonar o el árbol laringotraqueobronquial. La tuberculosis laríngea y la miliar se deben clasificar como tuberculosis pulmonar.

Tuberculosis extrapulmonar: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado tuberculosis, que afecta otros órganos que no sean los pulmones.

Clasificación basada en la historia de tratamiento previo

Caso nuevo: Nunca ha recibido tratamiento o menos de un mes

Caso previamente tratado: ha recibido un mes o más tratamiento en el pasado.

Se clasifica además por el resultado de su más reciente ciclo de tratamiento

Reingreso tras recaída: persona que fue declarada como curada o con tratamiento terminado y ahora se le diagnostica con u recurrente (recaída o un nuevo episodio).

Reingreso tras fracaso: persona previamente tratada, cuyo tratamiento fracasó, evidenciado mediante un resultado 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 co pérdida.

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

Clasificación basada en el estado de la prueba para VIH

DESARROLLO

Persona con tuberculosis y VIH: se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis y que tiene un resultado positivo de la prueba del VIH realizado al momento del diagnóstico de tuberculosis o que reporta evidencia documentada de inscripción a la atención de VIH, como la inscripción en el registro de TARV una vez que esta se ha iniciado.

Persona con tuberculosis y sin VIH: se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnostica donde tuberculosis y que tiene un resultado negativo de la prueba de VIH realizada al momento del diagnóstico de la tuberculosis. Cualquier persona con tuberculosis y sin VIH que posteriormente se encuentra que tiene VIH debe ser reclasificado en el Programa y debe actualizarse condición en el Sivigila.

Persona con tuberculosis y estado de VIH desconocido: se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado clínicamente diagnosticado de tuberculosis que no tienen ningún resultado de la prueba de VIH y no hay otra evidencia documentada de inscripción a la atención del VIH. Si posteriormente se determina el estado de VIH de la persona, este debe ser reclasificado en los registros del programa y realizar actualización en el Sivigila.

Esquemas de tratamiento de la enfermedad tuberculosa activa sensible

Toda persona con tuberculosis confirmada por clínica o microbiología debe recibir tratamiento y atención integral, lo cual inc la prescripción, suministro, supervisión y seguimiento del caso y sus contactos.

El Programa Nacional de Tuberculosis, con el fin de mejorar los resultados en el tratamiento y seguimiento a las personas afectadas por tuberculosis, establece diferentes modalidades de Tratamiento Directamente Observado (TDO) a nivel de la IPS, comunitario, domiciliario y virtual, que deben establecerse, a partir de la concertación y análisis de las necesidades de la persona afectada, garantizando la toma estricta de medicamentos con registro y supervisión por parte de los trabajadores de la salud o agentes comunitarios

Esquemas de tratamiento de la enfermedad tuberculosa activa sensible a dosis recomendada de medicamento

Tabla 26. Dosis recomendada de medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis activa en adultos y niños y r peso mayor o igual a 25 kg

Medicamento	Dosis diaria (mg/kg) Rango entre paréntesis	Dosis 3/semana (mg/kg) Rango entre paréntesis	Dosis máxima /día
Rifampicina (R)	10 (8 a 12)	10 (8 a 12)	Diaria 600 mg
Isoniacida (H)	5 (4 a 6)	5 (4 a 6)	Diaria 300 mg
Pirazinamida (Z)	25 (20 a 30)	35 (30 a 40)	
Etambutol €	15 (15 a 20)	30 (25 a 35)	

Fuente: Programa Nacional de Tuberculosis año 2019.

A. Esquema terapéutico usando dosis fija combinada

Tabla 28. Esquema de tratamiento de la tuberculosis activa en adultos en adultos, niños y niñas con peso mayor de 25 kg, usa fija combinada de RHZE 150/75/400/275 mg y RH 150/75 MG

Numero de tabletas

DESARROLLO

Rango de peso en kg	Fase intensiva (56 dosis) diario lunes a sábado	Fase continuación (112 dosis) diaria lunes a sába
	RHZE 150/75/400/275 mg	RH 150/75 mg
25 – 39	2	2*
40 – 54	3	3
55 kg o mas	4	4

Fuente: Programa Nacional de Tuberculosis año 2019.

Esquema de tratamiento de la tuberculosis activa en niños y niñas con peso menor de 25 kg, usando dosis fija comb RHZE 75/50/ 150 mg y RH 75/50 mg

Numero de tabletas			
Rango de peso en kg	Fase intensiva (56 dosis) diaria lunes a sábado		Fase continuación(112 dosi lunes a sábado
	RHZ 75/50/ 150 mg	Etambutol Tableta de 100 mg	RH 75/50 mg
4 – 7	1	1	1
8 – 11	2	2	2
12 – 15	3	3	3
16 – 20	4	4	4
21 – 24	4	5	4

Fuente: Programa Nacional de Tuberculosis año 2019.

Duración de la segunda fase en condiciones particulares de tuberculosis activa sensible.

Condición particular	Numero de dosis en la segunda fase dese del trata
Tuberculosis y embarazo Tuberculosis y diabetes	112 dosis en el esquema de dosis diaria

DESARROLLO

Tuberculosis miliar	112 dosis en el esquema de dosis diaria; no ob debe verificar la ausencia de compromiso menín caso se mantendrá el tratamiento como tu meníngea.
Silicotuberculosis Tuberculosis genitourinaria Tuberculosis e insuficiencia renal crónica	196 dosis en el esquema de dosis diaria
Tuberculosis meníngea Tuberculosis ósea	290 dosis en el esquema de dosis diaria

Fuente: Programa Nacional de Tuberculosis año 2019.

Diagnóstico y tratamiento de la infección tuberculosa latente

El primer paso en el proceso diagnóstico de la tuberculosis latente es descartar la tuberculosis activa en los grupos priorizados mediante una rigurosa evaluación clínica, indagando sobre la presencia de síntomas de tuberculosis tales como: tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso o no ganancia de peso (niños o niñas).

Grupos prioritarios para la búsqueda de infección tuberculosa latente: Personas que viven con VIH, Tratamiento con terapia biológica para enfermedades autoinmunes, Personas con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis, Personas que se preparan para recibir trasplantes de órganos o hemáticos, Personas con silicosis, Trabajadores de la salud, Niños y niñas menores de 5 años contactos de TB pulmonar, No se notifican.

En caso de presentar síntomas de tuberculosis se deben realizar los estudios para descartar tuberculosis activa.

En caso de no presentar síntomas de tuberculosis se procederá a solicitar la prueba cutánea de derivado proteínico purificado (PPD). En PVV se realizará tamizaje clínico en cada consulta y se seguirán los criterios enunciados en la tabla siguiente:

Manejo terapéutico de la tuberculosis activa sensible en otras situaciones clínicas particulares

Tuberculosis y Embarazo: Los riesgos de la tuberculosis durante el embarazo son tuberculosis congénita, incremento de la morbilidad materna, parto prematuro, bajo peso al nacer, transmisión perinatal y postnatal y un riesgo hasta seis veces mayor de mortalidad perinatal. Antes de iniciar un tratamiento a una mujer se debe saber si está embarazada. No obstante, se debe indicar la necesidad de aconsejarla anticoncepción en las mujeres en edad fértil durante el tratamiento antituberculoso, y en aquellas en embarazo realizar un seguimiento multidisciplinario con especialistas en obstetricia según corresponda.

La estreptomicina y los aminoglucósidos están contraindicados por sus efectos nocivos sobre el nervio acústico del feto

DESARROLLO

Esquema de Tratamiento El esquema será 56 dosis de RHZE fase intensiva y 112 dosis RH fase de continuación. Se realizará estricto seguimiento por obstetricia.

Los fármacos antituberculosos de primera línea pueden ser empleados durante el embarazo debido a su seguridad y la disminución de las principales complicaciones obstétricas, maternas y fetales.

Seguimiento Debe realizarse un estricto control de la función hepática mediante la medición de las transaminasas por el riesgo de hepatitis en la gestación y el postparto

Recomendaciones Las mujeres embarazadas que tomen isoniacida deben tomar piridoxina. Algunas guías internacionales recomiendan adicionar una dosis de 10 mg de vitamina k si la madre recibe tratamiento con Rifampicina

Tuberculosis e Insuficiencia renal: requiere considerar ajuste de Etambutol y pirazinamida. El tratamiento se debe dar a la misma dosis por kg / día, pero no cada 24 sino cada 48 horas (entiéndase solo 3 veces a la semana) cuando la depuración de creatinina es menor de 30 ml/min.

En las personas en hemodiálisis, los medicamentos deben suministrarse después de las sesiones de diálisis.

Se recomienda administrar piridoxina 100 mg diarios a personas con patologías renales que este en terapia de diálisis.

Esquema de manejo de la tuberculosis en pacientes con insuficiencia renal de acuerdo a los niveles de depuración de creatinina

Fase de tratamiento /días de tratamiento	Depuración de creatinina < 30 ml/min		Depuración creatinina > 30 ml/min	
	Fase intensiva	Fase continuación	Fase intensiva	Fase continuación
Lunes, miércoles y viernes	RHZE (150/75/400/275 mg) dosis calculada por peso **	Rifampicina o Isoniacida dosis usual sin ajuste	Se da la dosis usual calculada por peso, no se requiere ajuste de dosis de medicamento	
Martes, jueves y sábado	RH 150/75 mg dosis calculada por peso***			

Fuente: adaptado de Treament of tuberculosis guidelines edition 2010 y Drug _Resistant Tuberculosis: A Survical Guide for Clinicians; second Edition.

Tuberculosis y Enfermedad hepática: Si hay antecedentes de hepatitis y la persona está asintomática, puede seleccionarse un esquema con RHE por dos meses, seguido de RH por siete meses para un total de nueve meses. Siguiendo la recomendación del United States Public Health Service (USPHS).

DESARROLLO

Siempre se deben realizar controles de la función hepática antes de iniciar el tratamiento, aunque no existan antecedentes de enfermedad hepática. Si se identifica alteración hepática se debe garantizar el seguimiento clínico y ajustes terapéuticos por médico experto o medicina especializada.

En personas con enfermedad hepática, la modificación en la terapia se debe direccionar por la función hepática, medida de manera indirecta por **escala Child Pugh**, acorde con la puntuación obtenida.

En pacientes con antecedentes de enfermedad hepática, aumenta la incidencia de toxicidad con el tratamiento antituberculoso, la severidad de la lesión suele ser mayor y la probabilidad de recuperación disminuye. Las opciones de intervención en estos casos son principalmente dos: Hacer ajustes del esquema antituberculoso disminuyendo el número de fármacos hepatotóxicos de acuerdo con el grado de enfermedad hepática. Hacer un **monitoreo más estrecho de alteraciones que se generen al momento de iniciado el tratamiento.**

Acorde con los resultados obtenidos, se deberá realizar la clasificación del estadio de la enfermedad hepática parámetro que deberá ser tomado en cuenta para el ajuste del tratamiento de la tuberculosis

Manejo medicamentoso en personas con enfermedad hepática y tuberculosis

Criterios de evaluación de la severidad de la enfermedad hepática

Parámetro	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderado - Severo
Bilirrubinas Total (mg/dL)	< 2	2 – 3	>3
Albumina (g/dL)	>3,5	2,8 – 3,5	< 2,8
INR	< 1.7	1,7 – 2,3	>2,3
Encefalopatía	No	Grado 1 – 2 medio o moderado	Grado 3 - 4 severo
Clasificación	Clase A	Clase B	Clase C
Total de puntos	5 – 6	7 – 9	10 - 15
1 año de sobre vida	100%	80 %	45 5

Fuente: Tomado de Child Pugh score

Tuberculosis y diabetes: Tratamiento El esquema será 56 dosis de RHZE fase intensiva y 112 dosis RH fase de continuación. Siempre se deberá agregar al tratamiento, piridoxina 100mg diarios para prevenir la neuritis periférica. Antes de finalizar la segunda fase, el equipo tratante deberá evaluar la evolución clínica, microbiológica y radiológica para definir la necesidad de prolongar, o no, el tratamiento.

Recomendaciones Acorde con las recomendaciones internacionales, se debe realizar a toda persona afectada por tuberculosis pruebas para descartar diabetes y a toda persona con diabetes pruebas para descartar tuberculosis

Los controles bacteriológicos durante el tratamiento se deberán realizar por baciloscopia y realizar cultivo al finalizar el tratamiento.

DESARROLLO

Seguimiento En el caso de que la persona reciba hipoglucemiantes orales que tengan posible interacción farmacológica con la Rifampicina, se deberá realizar valoración del caso por médico especialista, que defina la pertinencia de ajuste del tratamiento de la diabetes

Se debe realizar un control más estricto de la diabetes por posibles descompensaciones de la glicemia para lo cual se recomienda la hospitalización al menos durante las primeras dos semanas de tratamiento

Tuberculosis y cáncer: Cuando exista tuberculosis en comorbilidad con cáncer se deberá garantizar siempre la atención integral de estas patologías asegurando un estricto seguimiento de reacciones adversas a fármacos o posibles interacciones farmacológicas que puedan surgir con la quimioterapia.

Tuberculosis miliar, meníngea y ósea: Las personas afectadas por tuberculosis meníngea y ósea deben ser tratadas con un régimen de cuatro fármacos (RHZE) por 2 meses, seguido de un régimen de dos fármacos (RH) durante 10 meses; la duración total del tratamiento es de 12 meses. En el tratamiento de la tuberculosis meníngea se recomienda incluir corticoides desde el inicio con una reducción gradual, para un total de 6 a 8 semanas.

Recomendaciones para el tratamiento de la tuberculosis en adultos y niños con enfermedad tuberculosa activa sensible

El tratamiento de la persona con tuberculosis debe hacerse de manera ambulatoria en el nivel de atención básica.

La hospitalización se realiza sólo en casos requeridos y justificados por el médico tratante considerando los parámetros clínicos, sociales y de la red de apoyo familiar.

Verificar en cada control, el peso de la persona y ajustar las dosis del medicamento acorde a resultado.

Realizar estricta vigilancia de reacciones adversas de manera diaria, realizando registro en la tarjeta individual de tratamiento y notificando en el Programa de Farmacovigilancia.

Canalizar a la persona afectada a las consultas por medicina, enfermería, nutrición, trabajo social o psicología y a la toma de exámenes de control que correspondan, de manera oportuna.

Los controles y valoraciones de la persona afectada por tuberculosis están libres de copagos y cuotas moderadoras**.**

Brinde apoyo emocional a la persona afectada, escúchela y bríndele confianza y respeto

Manejo de reacciones adversas a fármacos antituberculosos

Toxicidad Hepática: Los medicamentos antituberculosos son seguros en la mayoría de los casos y no representan mayor incidencia de reacciones adversas a fármacos; no obstante, el uso de Pirazinamida, isoniacida y Rifampicina, en su orden, son considerados medicamentos asociados con toxicidad hepática. La prevalencia de su toxicidad varía del 2 al 28%. Por tanto, la elevación de las transaminasas o las bilirrubinas obligan a suspender el tratamiento y a realizar su reintroducción escalonada.

Criterios que deben ser considerados para evaluar la suspensión de los medicamentos antituberculosos: **con la toma muestra para medir AST: aspartato aminotransferasa, elevación tres veces por arriba de su valor normal. ALT: alanino aminotransferasa, elevación de cinco veces su valor normal sin síntomas. Valores de bilirrubina total superior a 2 mg /dl, Reacciones dermatológicas severas.**

El Inicio escalonado de tratamiento tras suspensión por hepatotoxicidad DIA Medicamento 2 Dosis/mg Medicamento 3 Dosis/mg Medicamento 4 Dosis.

DESARROLLO

Inicio de escalonamiento tras suspensión por hepatotoxicidad

Día	Medicamento 2	Dosis/mg	Medicamento 3	Dosis/mg	Medicamento 4	Dosis/mg
1	Rifampicina	150				
2	Rifampicina	150				
3	Rifampicina	300				
4	Rifampicina	600				
5	Rifampicina	600	Isoniacida	100		
6	Rifampicina	600	Isoniacida	100		
7	Rifampicina	600	Isoniacida	200		
8	Rifampicina	600	Isoniacida	300		
9	Rifampicina	600	Isoniacida	300	Pirazinamida	400
10	Rifampicina	600	Isoniacida	300	Pirazinamida	400
11	Rifampicina	600	Isoniacida	300	Pirazinamida	800
12	Rifampicina	600	Isoniacida	300	Pirazinamida	800
13	Rifampicina	600	Isoniacida	300	Pirazinamida	1200
14	Rifampicina	600*	Isoniacida	300*	Pirazinamida	1200*

Nota: La dosis total al alcanzar es la calculada por peso para cada medicamento.

En cuanto al aumento progresivo de dosis, puede hacerse de esta manera, o se puede de una vez con la dosis total de cada medicamento (medicamento 2 el día 1, medicamento 3 el día 5, medicamento 4 el día 9).

El Etambutol (medicamento 1) que no es hepatotóxicos, se inicia a dosis total el día 1 con el medicamento 2. Según el grado de lesión hepática el grupo tratante podrá redefinir la reintroducción de la Pirazinamida.

La reintroducción del esquema antituberculoso se puede hacer una vez las transaminasas se encuentren menos de 2 veces el valor normal. Se requiere control de perfil hepático dos veces a la semana durante la reintroducción y un seguimiento estricto por parte del equipo de salud.

Toxicodermias asociadas al tratamiento antituberculoso: Alrededor del 5% de las personas en tratamiento para la tuberculosis, pueden cursar con toxicidad dermatológica.

La presentación más frecuente es la lesión exantemática, acompañada de prurito que aparece posterior a las 2 o 3 horas de la ingestión del tratamiento y que generalmente requieren del uso de anti- histamínicos para su mejoría**.**

DESARROLLO

Es muy importante identificar los escenarios graves de toxicidad dermatológica; entre las características que indican la evolución a una forma severa síndrome DRESS o la aparición del síndrome de Steven Johnson la cual se caracterizan por la aparición de fiebre, malestar general, exantema que evoluciona rápidamente a desprendimiento epidérmico y mucositis.

En estos casos se debe suspender el tratamiento anti tuberculosis y recibir una valoración por especialistas.

Seguimiento a las personas en tratamiento de Tuberculosis sensible

Con el fin de garantiza la recuperación del estado de salud de las personas afectadas por Tuberculosis, es necesario garantizar un seguimiento integral y oportuno, por parte de la EAPB y su red prestadora de servicios básica y complementaria o según corresponda, garantizando las atenciones que se requiera para cada paciente.

Consulta por médico general	En el momento del diagnóstico y cada dos meses hasta finalizar el tratamiento
Consulta por medicina especializada	En caso que la condición Clínica lo requiera
Consulta por el profesional de Enfermería	En el momento del diagnóstico y mensualmente hasta finalizar el tratamiento.
Consulta por el profesional de Nutrición	Al inicio del tratamiento y posterior según la condición Clínica.
Seguimiento del TDO (tratamiento directamente observado) por Auxiliar de enfermería	Diaria, de acuerdo a la estrategia del TDO utilizada.
Consulta por psicología	Al inicio del tratamiento, acorde a la condición particular, se debe evaluar síntomas psicológicos mediante el tamizaje con un instrumento válido ASSIST AUDIT, SRQ, RQC según corresponda para identificar el riesgo de no adherencia al tratamiento.
Valoración por Trabajo Social	En la valoración por Trabajo Social ,en caso de identificar vulnerabilidad social y económica ,realizar canalización de la persona a los programas de protección existentes en el territorio y evaluar funcionalidad familiar mediante el Test Apgar
Fármaco vigilancia	Se debe realizar monitoreo y seguimiento a las reacciones adversas a fármacos durante el tratamiento de la tuberculosis sensible y reportarse en la tarjeta individual de tratamiento del Programa Nacional de tuberculosis y reporte de farmacovigilancia en la plataforma del Invima
Prueba VIH	Realizar prueba rápida, voluntaria para VIH en el momento de la detección del caso y en los 2 primeros meses
Cuadro hemático	Antes de iniciar el tratamiento
Pruebas de la función renal	BUN, creatinina antes de iniciar el tratamiento
Pruebas de la función hepática	AST,ALT, fosfatasa alcalina , bilirrubinas antes de iniciar el tratamiento.
Glicemia en ayunas	Antes de iniciar el tratamiento y repetir de acuerdo con las condiciones clínicas de la persona e incluir una hemoglobina glicosilada dependiendo del resultado.

DESARROLLO

TSH	Según evolución medica
Radiografía de tórax y otros estudios radiológicos	Al inicio y según evaluación Clínica
Prueba de embarazo	Antes de iniciar el tratamiento si es mujer en edad fértil
Ácido úrico	Durante el seguimiento al tratamiento según evaluación medica

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal deberán identificar la oferta de servicios de apoyo social disponibles en su jurisdicción e implementar rutas de atención integral para personas con diagnóstico de tuberculosis y necesidades a nivel alimentario, vivienda, empleo, educación, entre otros, como estrategia para el fortalecimiento a la adherencia al tratamiento.

La dirección territorial local de salud, en el marco de sus competencias de vigilancia y gestión de la salud pública, deberá 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.

Seguimiento de personas afectadas por tuberculosis en centros penitenciarios

Se recomienda el aislamiento bajo indicación médica de los casos de tuberculosis pulmonar con transmisibilidad potencial para lo cual se deberán adaptar las medidas administrativas, ambientales y de protección personal dispuestos para el control de infecciones.

Se deberán mantener adecuadas condiciones higiénico-sanitarias en las celdas de aislamiento maximizando la ventilación e iluminación natural y el confort térmico.

La suspensión del aislamiento para casos de tuberculosis pulmonar en privados de la libertad corresponderá a personas con más de un mes de tratamiento, que presenten mejoría clínica y control negativo en la baciloscopia seriada de esputo.

Las medidas de protección respiratoria para el personal de salud, guardia y visitantes que tengan contacto con caso de tuberculosis pulmonar bacilífero será el uso de los respiradores N-95.

Durante el periodo de aislamiento se deberán restringir las visitas de personas con enfermedades inmunosupresoras, adultos mayores de 60 años, mujeres embarazadas y niños o niñas menores de 5 años.

Se deberá realizar abordaje psicosocial e intervención en salud metal que permita la recuperación del estado de salud de la persona de manera integral.

TRATAMIENTO EN CASO DE MONORESISTENCIA O POLIRESISTENCIA

Para estos casos se debe confirmar con las pruebas de:

BIOLOGÍA MOLECULAR Detección de componentes específicos del ADN del CMTB por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real, con resultados obtenidos en 2 horas. Sensibilidad detección entre 68 y 88% y especificidad del 98%.

PRUEBA SENSIBILIDAD A FÁRMACOS ANTI-TB FENOTÍPICA Se realiza en medios de cultivo líquido Detecta si los medicamentos antituberculosos afectan o no el crecimiento *M. tuberculosis.*

Genotípica: Se realiza, a través de métodos moleculares PCR Detecta de ADN del *M. tuberculosis* e identificación de mutaciones en los genes que confieren resistencia a medicamentos antituberculosos.

DESARROLLO

En esta prueba tenga en cuenta que tipo de muestra y metodología se utilizó la prueba

Identifique si el Complejo Mycobacterium Tuberculosis se detectó en la muestra

Identifique si se detectaron mutaciones en los genes que confieren resistencia a los medicamentos.

Directrices y recomendaciones para el tratamiento de la enfermedad tuberculosa activa farmacorresistente

Todo caso de tuberculosis farmacorresistente debe ser clasificado, de acuerdo con los resultados de las pruebas de sensibilidad a fármacos (PSF), con el fin de elegir el esquema terapéutico adecuado y definir la periodicidad de los controles. Estos casos deben ser evaluados por un equipo médico multidisciplinario a cargo de la EAPB y su red prestadora de servicios y deberán ser presentados en el CERCET de la regional respectiva para el seguimiento a compromisos**.**

El acompañamiento psicosocial de las personas afectadas por tuberculosis farmacorresistente y la capacitación del equipo de salud es esencial para el éxito del tratamiento.

Solicitar las pruebas de sensibilidad a medicamentos de segunda línea cuando se detecta tuberculosis MDR, tuberculosis RR. Para su uso e interpretación se deben considerar las características técnicas de cada prueba.

Garantizar el seguimiento y manejo estricto de las reacciones adversas a fármacos para el tratamiento de tuberculosis con el respectivo reporte al Programa Nacional de Farmacovigilancia en la plataforma del Invima u otra que defina el nivel nacional.

Las EAPB y sus prestadores, deberán garantizar de manera obligatoria la atención en IPS integral y realizar contratación para administrar el TDO domiciliario u hospitalario en las personas con tuberculosis farmacorresistente y baja red de apoyo familiar o social.

Recomendaciones para el tratamiento de caso con monorresistencia o polirresistencia que incluye la isoniazida y sea sensible a la Rifampicina *				
Patrón de resistencia	Régimen sugerido según el momento del diagnóstico del perfil de resistencia			observación
	Durante el 1 mes de la fase intensiva	Durante el 2º mes de la fase intensiva	Durante fase de continuación	
H	RHZE + fluoroquinolona por 6 meses a partir del inicio de la fluoroquinolona	RHZE hasta completar 6 meses de tratamiento	Si evoluciona favorablemente continuar con RH hasta completar 9 meses de tratamiento realizando un control estricto	Se recomienda utilizar la fluoroquinolona únicamente si se conoce la resistencia a isoniazida, antes de iniciar el tratamiento o si
H y Z				
H y E				

DESARROLLO

			bacteriológico y clínico	lleva menos de un mes con los medicamentos de 1 línea RHZE La inadecuada utilización de la fluoroquinolona pone en riesgo la resistencia más compleja

b. INDICADORES DE LAS UNIDADES DE ANALISIS

COMPONENTE 2: ANALISIS Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE LA VSP UNIDADES DE ANÁLISIS DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA TRANSMISIBLES SUR OCCIDENTE

Dentro del plan operativo para la vigencia marzo 27 a diciembre 2023 se tiene como una actividad de VSP la unidad de análisis es un proceso metodológico que permite caracterizar los casos priorizados de eventos objeto de vigilancia en salud pública por medio del estudio de sus fuentes de información para clasificarlos e identificar los factores asociados o causas relacionadas con su aparición. El proceso de realización de unidades consiste en a) planeación y convocatoria, b) desarrollo y divulgación.

Las unidades de análisis individuales de los eventos de interés en salud pública priorizados tienen como objeto la caracterización de los casos, a partir de la identificación de factores de riesgo, el análisis del contexto y la clasificación final de los eventos.

En el marco de los lineamientos nacionales y las prioridades distritales se establece la realización de unidades de análisis para los siguientes eventos:

- ✓ Eventos adversos posterior a la vacunación (EAPV) (morbilidad y mortalidad)
- ✓ Mortalidad por tuberculosis, coinfección TB/ VIH y TBC Farmacorresistente.
- ✓ Mortalidad por IRA en menores de 5 años.
- ✓ Mortalidad por EDA en menores de 5 años
- ✓ Muertes reportadas en el evento 348 (IRAG inusitado)
- ✓ COVID -19 (de acuerdo a lineamiento nacional vigente)
- ✓ Enfermedades Transmitidas por Vectores.
- ✓ Eventos Prevenibles por Vacuna: morbilidad y mortalidad
- ✓ Lepra notificada como recidivas.
- ✓ Hepatitis de origen desconocido

DESARROLLO

- ✓ MISC (síndrome inflamatorio multisistémico)
- ✓ Otros eventos de interés en salud pública que por alertas epidemiológicas nacionales o de interés internacional requieran unidad de análisis.
- ✓ Casos sin muestra.

La citación a unidades de análisis (UA) de cualquiera de los eventos transmisibles con énfasis en las mortalidades debe enviarse con copia al correo del referente distrital de cada evento. Las UA se realizarán en forma presencial o virtual según requerimiento de la Secretaria Distrital de Salud, garantizando la participación de los involucrados. Las actas de las unidades de análisis preliminares y finales se deben enviar al referente distrital incluido el tablero de problemas y/o cuadro de demoras de acuerdo a el evento

Para el componente de micobacterias se incluye las unidades de análisis de**: Mortalidad por co infección TB/VIH en menores de 49 años; mortalidad por Tuberculosis en población indígena y PPL; Mortalidad en casos TB Farmacorresistente; Mortalidad por TB en menores de 15 años.**

Planeación y convocatoria de la unidad de análisis: documentación necesaria (Bitácora de atenciones en salud, historia todas las instituciones en donde recibió atenciones el paciente desde el momento que se inicia la sospecha de tuberculos historial del aseguramiento y soportes de este, certificado de defunción, laboratorios confirmatorios del evento (TB o co TB/VIH), ficha de tratamiento, ficha de notificación, necropsia verbal o IEC) esta información se debe recopilar y enviar míni hábiles antes de la UA.

Dentro de la vigencia 2023 para la subred se han realizado 45 unidades de análisis en los periodos epidemiológicos que más en la realización de unidades está III periodo con 9 casos que corresponde a 298 EAPV (2), 560 MP/ MN (3), 591 IRA (2), 591 813 TB (1); en el periodo V 298 EAPV (4), 298 COVID (1), 535 MENINGITIS (2), 591 IRA (1), 813 TB/VIH (1). Le sigue el I pe 298 EAPV (1), 560 MP /MN (3), 880 VIRUELA SIMICA/ ATENDIDA POR ERI (1), 591 IRA (3); para el II periodo epide tenemos 298 EAPV (2), 560 MP/ MN (2), 591 IRA (1) y 880 VIRUELA SIMICA/ atendida por ERI (1)

DESARROLLO

Tabla 1. Unidades de análisis realizadas en la vigencia

PERIODO EPIDEMIC	EVENTO	N°
I	298 EAPV	1
	560 MP MN	3
	880 VIRUELA SIMIC	1
	591 IRA	3
II	298 EAPV	2
	560 MP MN	2
	591 IRA	1
	880 VIRUELA SIMIC	1
III	298 EAPV	2
	560 MP MN	3
	591 IRA	2
	591 EDA	1
	813 TB.	1
IV	NO HAY FACTURA	0
V	298 EAPV	4
	298 COVID	1
	535 MENINGITIS	2
	591 IRA	1
	813 TB/VIH	1
VI	298 EAPV	3
	813 TB/VIH	1
VII	813 TB/VIH	1
	298 EAPV	2
VIII	813 TB	1
	813 TB/VIH	1
IX	298 EAPV	3
	813 TB/VIH	1
	TOTAL	45

Fuente: facturación de enero a septiembre subsistema transmisibles 2023

El evento con más unidades de análisis es el evento 298 EAPV debido a que son eventos graves y por ficha técnica de deb unidad de análisis es así como para el esquema regular se tienen 17 casos y un 37,8% y COVID_19 con un caso (2,2%); en lugar está el evento 591 Mortalidad por IRA en mores de 5 años con 7 casos (15,6%) , en el mismo puesta esta 560 que co a la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía 7 casos (15,6%)cabe resaltar que para el mes de marzo este evento pasa a ser por el subsistema de SSR por línea técnica del SDS; en tercer lugar está el evento 813 tuberculosis con VIH con 6 casos (1

Tabla 2. Unidades de análisis por eventos vigencia 2023

EVENTO	N°	%
298 EAPV	17	37,8
298 COVID	1	2,2
535 MENINGITIS	1	2,2
535 MENINGITIS/VIH	1	2,2
560 MP MN	7	15,6
591 IRA	7	15,6
591 EDA	1	2,2
813 TB	2	4,4
813 TB/VIH	6	13,3
880 VIRUELA SIMICA /	2	4,4
NO HAY EB FACTURA	0	0,0
Total general	**45**	**100,0**

Fuente: facturación de enero a septiembre subsistema transmisibles 2023

1. **Indicador de cumplimiento de unidades de análisis**

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Localidad	Nº UA	%
Porcentaje de unidades de análisis	mensual	Número de casos realizados / Número de casos programados.	Kennedy	21	100
			Puente Aranda	8	100
			Fontibon	5	100
			Bosa	4	100

Fuente: facturación de enero a septiembre subsistema transmisibles 2023

8. VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO

La mala calidad del agua de consumo humano se ha asociado con diversas enfermedades, estando estas relacionadas con la presencia de microrganismos y sustancias químicas presentes en el agua, producto de la falta de acceso adecuado a fuentes de agua (Superficiales y Subterráneas) y a condiciones de saneamiento básico. Adicionalmente, En Colombia, el acceso al agua potable alcanzó una cobertura del 99 % en el área urbana y el 72 % en la rural, donde aún hay un elevado porcentaje de la población sin acceso al agua potable. De acuerdo con esto, en el país se han promovido diversas acciones, entre ellas la implementación del Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano.

Dentro de las acciones de vigilancia se establece la medición del Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA) el cual es determinado por medio de una serie de parámetros subdivididos en 3 categorías:

- Físicas (pH, Cloro Residual Libre, Turbiedad, Color). → 22.5%

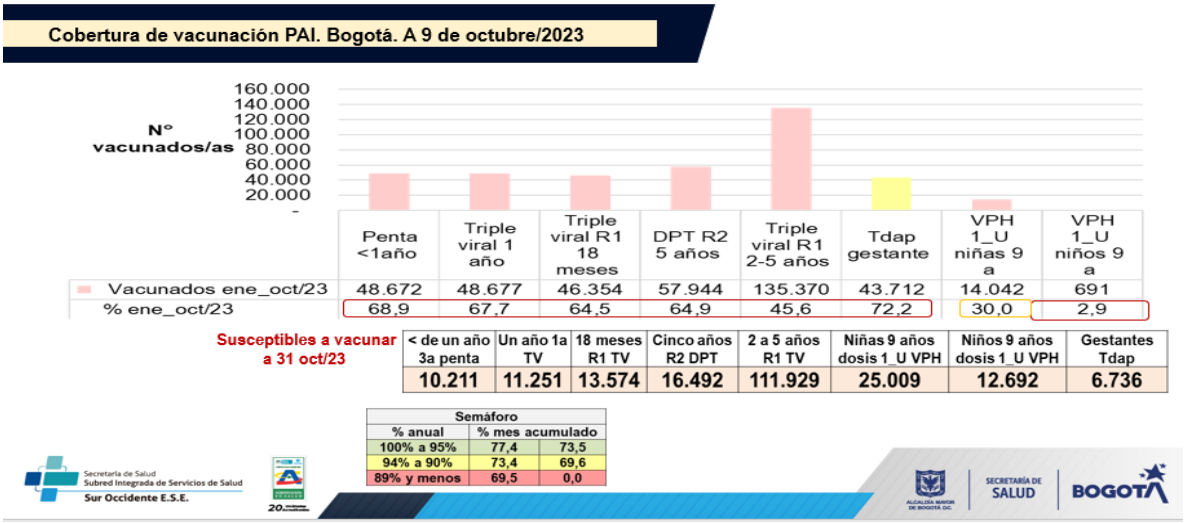
DESARROLLO

- Químicas (Alcalinidad, Dureza, Cloruros, Manganeso). → 37.5%
- Microbiológicas (Coliformes Totales, E. Coli) → 40 %

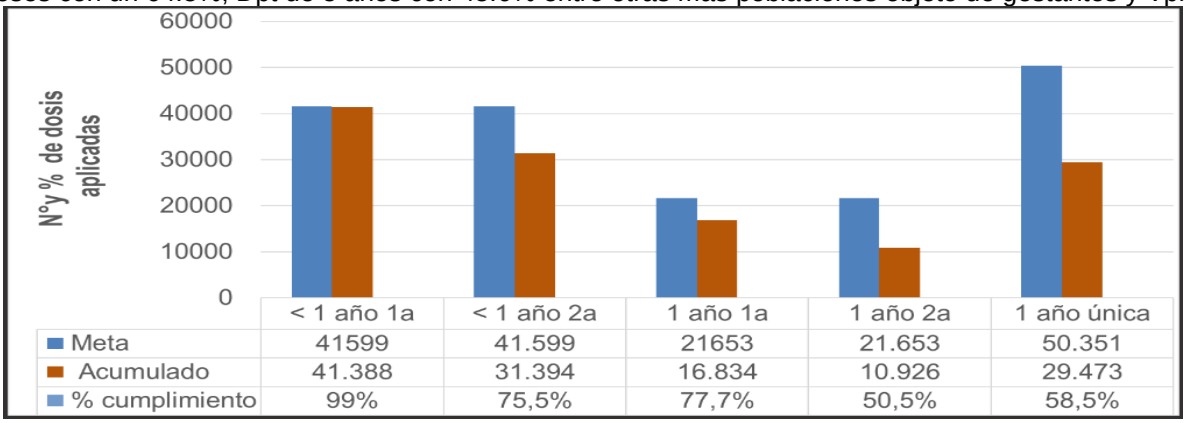
De acuerdo con esto, los resultados obtenidos del IRCA durante el periodo Julio - agosto del año 2023 en las localidades de Kennedy fue de 0,38% debido a unas afectaciones por turbiedad del agua que superaron los valores máximos permisibles de la normatividad, por otro lado, los IRCA de las localidades de Puente Aranda y Bosa no presentaron afectación por tal razón su valor es de 0%.

Finalmente, Se informan los datos de contacto con la disposición de realizar seguimiento y vigilancia a la calidad del agua a nivel distrital, y para el reporte de manejo inadecuado o contaminación de fuentes hídricas se puede informar.

9. **INDICADORES PAI**

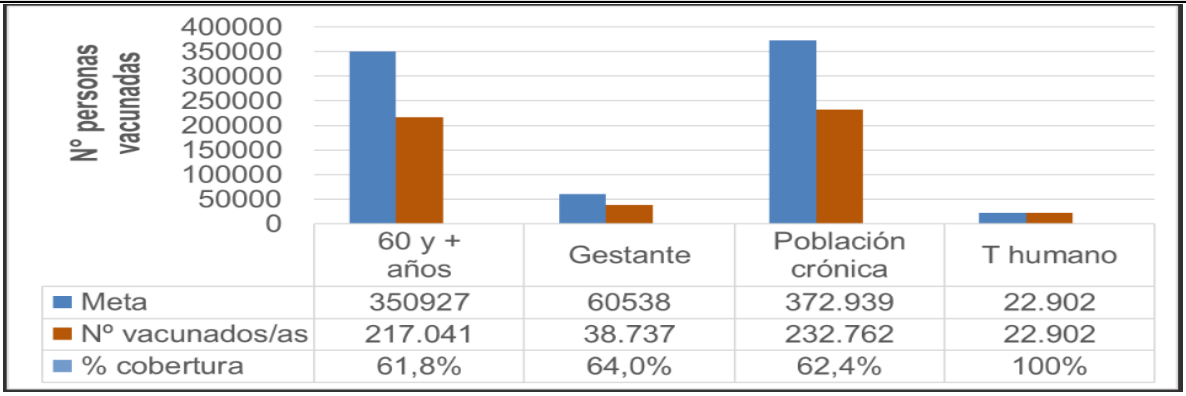


La líder PAI hace socialización de coberturas distritales con un 68.9% para terceras de pentavalente, tv de año con un 67.7%, Tv de 18 meses con un 64.5%, Dpt de 5 años con 45.6% entre otras más poblaciones objeto de gestantes y Vph.

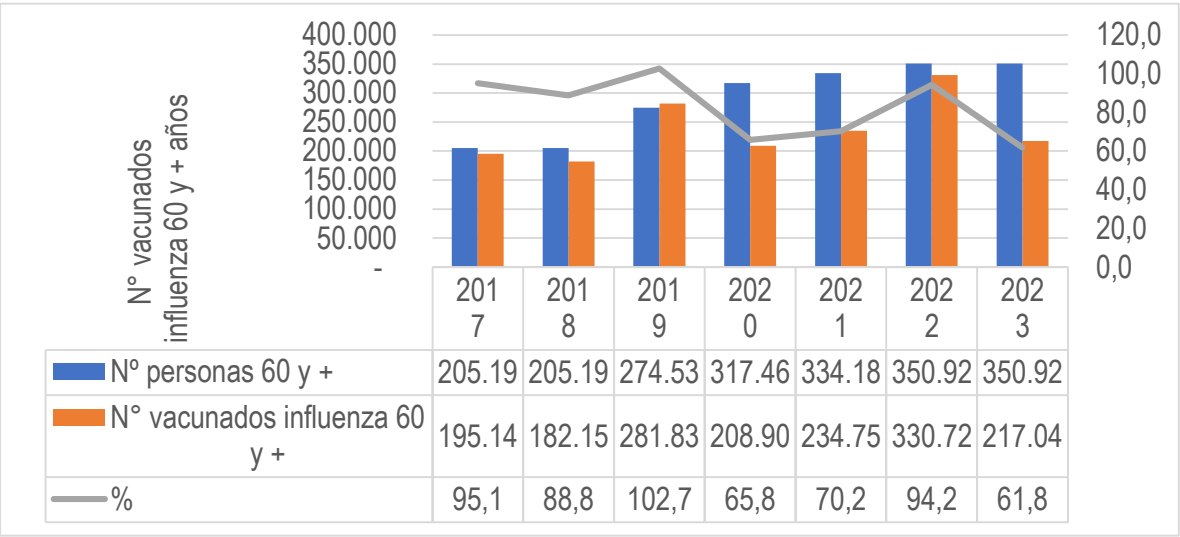


Se continua con dosis administradas de influenza con cobertura útil para primeras dosis con un 99% con relación a segundas dosis con un 75.5%, en población mayor de 1 año primeras dosis con 77.7%, segundas dosis con un 50.5% y únicas dosis con 58.8%, indicándose la importancia de asistir con los menores a los puntos de vacunación.

DESARROLLO



Para población objeto mayores de 60 años con una cobertura del 61.8%, gestantes del 64%, población crónica del 62.4% y talento humano en salud del 100%.



Se continúa con comparativo de lo administrado en el año 2017 versus 2023, observándose que el único año con aplicación de mayor dosis es para el año 2019 con un 102% de cumplimiento de la población mayor de 60 años.
Se da inicio a coberturas en todos los indicadores trazadores menores de 6 años:

TERCERAS DE PENTAVALENTE:

3 DOSIS PENTAVALENTE <1AÑO			JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		TOTAL		DEFICIT 2023
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	
7. BOSA	5570	464	408	7,3	662	11,9	553	9,9	4166	75	12
8. KENNEDY	8457	705	612	7,2	420	5,0	423	5,0	5132	61	1211
9. FONTIBÓN	3510	293	216	6,2	153	4,4	158	4,5	1889	54	744
16. PUENTE ARANDA	2906	242	266	9,1	234	8,0	245	8,4	2395	82	-216
TOTAL SUBRED	20443	1704	1502	7,3	1469	7,2	1379	6,7	13582	66	1750

Observando coberturas útiles para localidad de Puente Aranda con un 8.4% y para Bosa con un 9.9% para localidad de Bosa con un 9.9% para el mes de septiembre y sin cumplimiento esperado para localidad de Kennedy con un 5.0% y Fontibón con un 4.5%, sin cumplimiento para la Subred.
TV DE AÑO:

DESARROLLO

TRIPLE VIRAL DE 1 AÑO			JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		TOTAL		DEFICIT 2023
LOCALIDAD	META ANO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	
7. BOSA	6530	544	525	8,0	852	13,0	785	12,0	4814	73,7	84
8. KENNEDY	8828	736	723	8,2	504	5,7	452	5,1	5346	60,5	1275
9. FONTIBÓN	3058	255	261	8,5	167	5,5	163	5,3	1965	64,2	329
16. PUENTE ARANDA	3256	271	288	8,8	242	7,4	228	7,0	2070	63,5	372
TOTAL SUBRED	**21672**	**1806**	1797	8,3	1765	8,1	1628	7,5	14195	65,5	2059

Para Tv de año con coberturas con generación de cobertura útil solo para la localidad de Bosa con un 12% de cobertura, seguido de Puente Aranda con un 7% de cumplimiento, Fontibón con un 5.3% y Kennedy con un 5.1 para el mes de septiembre 2023.

TV DE 18 MESES:

TRIPLE VIRAL DE 18 MESES			JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		TOTAL		DEFICIT 2023
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	
7. BOSA	6530	544	467	7,1	662	10,1	580	8,9	4238	64,9	660
8. KENNEDY	8828	736	730	8,3	424	4,8	441	5,0	5529	62,6	1092
9. FONTIBÓN	3256	271	251	7,7	144	4,4	122	3,7	1894	58,1	548
16. PUENTE ARANDA	3058	255	306	10,0	195	6,4	214	7,0	2159	70,6	135
TOTAL SUBRED	**21672**	1806	1754	8,1	1425	6,6	1357	6,3	13820	63,7	2434

Tv de 18 meses sin coberturas útiles en el mes de septiembre 2023 a nivel subred, con cumplimiento para Bosa con 8.9%, y sin cumplimiento para las otras tres localidades con Puente Aranda con un 7%, seguido de Kennedy con 5.0% y finalizando con Fontibón con un 3.7%.

DPT DE 5 AÑOS			JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		TOTAL		DEFICIT 2023
LOCALIDAD	META ANO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	
7. BOSA	7750	646	553	7,1	713	9,2	702	9,1	5010	64,6	803
8. KENNEDY	11229	936	886	7,9	672	6,0	612	5,4	6971	62,1	1451
9. FONTIBÓN	3982	332	252	6,3	209	5,2	209	5,2	2138	53,7	849
16. PUENTE ARANDA	3781	315	375	9,9	288	7,6	311	8,2	2664	70,4	172
TOTAL SUBRED	**26742**	2229	2066	7,7	1882	7,0	1834	6,9	16783	62,7	3274

DPT DE 5 AÑOS:

DPT DE 5 AÑOS			JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		TOTAL		DEFICIT 2023
LOCALIDAD	META ANO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	
7. BOSA	7750	646	553	7,1	713	9,2	702	9,1	5010	64,6	803
8. KENNEDY	11229	936	886	7,9	672	6,0	612	5,4	6971	62,1	1451
9. FONTIBÓN	3982	332	252	6,3	209	5,2	209	5,2	2138	53,7	849
16. PUENTE ARANDA	3781	315	375	9,9	288	7,6	311	8,2	2664	70,4	172
TOTAL SUBRED	**26742**	2229	2066	7,7	1882	7,0	1834	6,9	16783	62,7	3274

Menores de 5 años con aplicación de cobertura útil para localidad de Bosa con un 9.1%, Puente Aranda con un 8.2%, seguido de Kennedy con un 5.4% y Fontibón con un 5.2%, sin generación de coberturas útiles para las últimas dos localidades, ni cumplimiento para la Subred con un 6.9%.

Se continua con socialización de Coberturas al día 09 de octubre 2023:

- Dpt gestantes con una cobertura del 72.5%.
- VPH niñas de 9 años: 27.9%.

DESARROLLO

- VPH niños de 9 años: 3.1%

Avance de Vacunación en sectores año 2023 (SED, ICBF y SDIS)

Población /Trazador	Terceras Dosis	Triple Viral Año	Triple Viral 2 a 5 años	Campaña SR	Covid19 (Segundas dosis)
Total población	8,104	26.496	119.204	230.443	72.091
Vacunados	7,428	24.202	45.066	104.587	5.998
Cobertura	**91.7%**	**91.3%**	**37.8%**	**45.4%**	**8.3%**

Se demuestran avances de vacunación a nivel distrital en SED, ICBF Y SDIS. Con aplicación de dosis y cumplimiento para terceras de pentavalente con 91.7% y del 91.3% para Tv de año.

Avance de Vacunación en sectores año 2023 (SED Privados)

Población /Trazador	Triple Viral 2 a 5 años	Virus de Papiloma Humano -VPH	Covid19 (Segundas dosis)
Total población	111.239	378.138	1.128.089
Vacunados	59.521	169.779	639.548
Cobertura	**58.7%**	**89,7%**	**121.2%**

SED privados con cobertura útil para Vph del 89.7% y Covid segundas dosis con un 121.2%.
Se continúa recordando fechas de jornadas de intensificación a nivel distrital:

Socialización de dosis administradas en el día de la jornada realizada el día sábado 30 de septiembre del 2023.

Se realiza cumplimiento en los trazadores de segundo refuerzo y tv de año y VPH

DESARROLLO

Fecha: 30 septiembre/2023 — Bogotá

Vacuna/ población	BCG NIÑO O NIÑA RECIEN NACIDO (DE 0 HASTA 29	HEPATITIS B RECIEN NACIDO (HASTA 29 DÍAS) (Primera	HEPATITIS B RECIEN NACIDO Entre 12 horas y 29 días	(VIP) < 1 AÑO 3a Dosis	PENTAVALENTE DPT - HB - Hib < DE 1 AÑO 3a Dosis	POLIO VPI AL AÑO DE LA 3ra DOSIS (De 11 a 23 meses) 1er REF.	PENTAVALENTE DPT - HB - Hib AL AÑO DE LA 3ra DOSIS (De 11 a	POLIO INACTIVADO VPI 5 AÑOS 2° REF.	DPT 5 AÑOS 2° REF.	NEUMOCOCO CONJUGADA DE 2 A 11 MESES 29 DIAS 2a dosis	SRP (TRIPLE VIRAL) PRIMERA DOSIS DE 1 AÑO	SRP (TRIPLE VIRAL) Dosis Refuerzo 18 meses	SRP (TRIPLE VIRAL) Dosis Refuerzo 2 a 5 años	FIEBRE AMARILLA DOSIS UNICA DE 1 AÑO	HEPATITIS A 1 AÑO DOSIS ÚNICA	VARICELA DE 1 AÑO PRIMERA DOSIS	VARICELA REF.5 AÑOS	TOXOIDE TETANICO-DIFTERICO (T4) MEF DE 9 A 17 AÑOS	TOXOIDE TETANICO-DIFTERICO DE ADULTOS (T4) MEF DE 18 A	TOXOIDE TETANICO-DIFTERICO (T4) GESTANTES DE 9 AÑOS A	TOXOIDE TETANICO-DIFTERICO DE ADULTOS (T4) GESTANT	INFLUENZA DE 6 MESES A 11 MESES 1a	INFLUENZA DE 12 MESES A 23 MESES 1a	INFLUENZA DE 60 Y MAS AÑOS ÚNICA	INFLUENZA GESTANTES A PARTIR DE LA SEMANA 14 ÚNICA	VPH Niñas 9 años 1a dosis/ún ica	VPH Niños 9 años 1a dosis/ún ica
Norte	33	27	0	91	91	126	126	174	176	62	87	129	263	132	75	72	175	10	29	3	12	83	26	391	72	82	114
Sur occidente	1	1	0	61	57	84	88	120	120	128	52	96	184	236	59	53	124	65	145	73	77	168	119	253	209	235	324
Centro oriente	7	8	0	20	20	29	29	58	61	26	33	29	106	30	36	38	65	5	15	1	4	23	16	188	17	63	53
Sur	1	1	0	36	36	84	84	0	80	15	42	84	66	81	44	44	84	2	11	1	0	68	15	918	0	73	53
Bogotá	42	37	0	208	204	323	327	352	437	231	214	338	619	479	214	207	448	82	200	78	93	342	176	1.750	298	453	544

10. INDICADORES TRANSMISIBLES

Con el fin de implementar las estrategias información, educación y comunicación, IEC, para que la comunidad reconozca la importancia y las acciones de prevención y contención de los eventos transmisibles, al realizar el análisis de indicadores por localidad y subred.

Teniendo bases de datos depuradas, Tablero de indicadores se tendrá en cuenta el seguimiento del tablero de control de indicadores y retroalimentación a las UPGD de los casos ingresados al sistema, teniendo en cuenta el histórico que garantice calidad.

Para el producto, la subred realiza monitoreo de la información garantizando seguimiento de las unidades de servicio de salud de manera nominal (gestión de la información) verificando el cumplimiento del proceso de vigilancia en salud pública acorde con la normatividad nacional y distrital vigente, a través del seguimiento de indicadores de gestión mensual.
Se fortalecerán las temáticas en las cuales se evidencien debilidades técnicas y operativas del talento humano de la UPGD visibilizadas en las visitas de asistencia técnica y en el comportamiento histórico de esta y del monitoreo nominal por UPGD en el seguimiento por gestión de la información.
Se deben socializar los hallazgos y generar acciones que contribuyan a mejora diagnóstico, análisis, comprensión y generación de conocimiento en la VSP, en las mesas integradas con políticas y de cuidado, con el fin de propiciar orientar respuestas en salud.

Incorporando los indicadores de calidad, oportunidad, integralidad, concordancia y en general los indicadores de gestión que se evalúen el subsistema e igualmente, se debe incluir los hallazgos relevantes identificados en el monitoreo de los eventos realizado a través de gestión de la información.

Por esta razón el acumulado de los indicadores de los eventos transmisibles para la Sub red Sur Occidente son los siguientes, donde se realiza cruce base del SIVIGILA del periodo IX, base RUAF, base de IEC, laboratorios de los eventos analizados.

Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome rubeola congénita notificados al Sivigila.

	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO

DESARROLLO

TASA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE SÍNDROME RUBOELA CONGÉNITA NOTIFICADOS AL SIVIGILA.	NUMERO DE CASOS SOSPECHOSOS	15	130
	NACIDOS VIVOS DANE	1566	14594
	% CUMPLIMIENTO	9,6	8,9
	INTERPRETACIÓN	LA TASA DE CASOS SOSPECHOSOS DE SRC EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE EN ENERO DE 2023 FUE DE 9,6 CASOS POR 1000 NACIDOS VIVOS.	LA TASA DE CASOS SOSPECHOSOS DE SRC EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE EN ENERO DE 2023 FUE DE 8,5 CASOS POR 1000 NACIDOS VIVOS.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de casos con muestra de suero

PORCENTAJE DE CASOS CON MUESTRA DE SUERO	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS SOSPECHOSOS CON MUESTRAS DE SUERO PARA DIAGNÓSTICO	15	126
	TOTAL NOTIFICADOS	15	130
	PORCENTAJE	100,0	96,9
	INTERPRETACION	EL 100% DE LOS CASOS NOTIFICADOS COMO SOSPECHOSOS CUENTAN CON MUESTRA DE SUERO EN SEPTIEMBRE	EL 94.4% DE LOS CASOS NOTIFICADOS COMO SOSPECHOSOS CUENTAN CON MUESTRA DE SUERO EN LO CORRIDO DEL AÑO 2022

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de casos con muestra adecuada para aislamiento viral

PORCENTAJE DE CASOS CON MUESTRA ADECUADA PARA AISLAMIENTO VIRAL	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS CON MUESTRA ADECUADA PARA AISLAMIENTO VIRAL	15	126
	TOTAL NOTIFICADOS	15	130
	PORCENTAJE	100,0	96,9

DESARROLLO

	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 100% RECOLECTÓ MUESTRA ADECUADA PARA AISLAMIENTO VIRAL EN JULIO	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 94.9% RECOLECTÓ MUESTRA ADECUADA PARA AISLAMIENTO VIRAL EN LO CORRIDO DEL AÑO 2022

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de casos confirmados por laboratorio que tienen aislamiento viral

PORCENTAJE DE CASOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO QUE TIENEN AISLAMIENTO VIRAL	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO QUE TIENEN AISLAMIENTO VIRAL	0	0
	TOTAL DE CASOS CONFRIMADOS POR LABORATORIO	0	0
	PORCENTAJE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
	INTERPRETACION	EL 0% DE LOS CASOS NOTIFICADOS DEL EVENTO FUERON CONFIRMADOS POR LABORATORIO Y TIENEN AISLAMIETO	EL 100% DE LOS CASOS CONFIRMADOS EN EL AÑO DEL EVENTO TIENEN AISLAMIETO

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Tasa de notificación de casos sospechosos de rubéola

TASA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE RUBÉOLA	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS SOSPECHOSOS DE RUBÉOLA NOTIFICADOS EN EL PERIODO	2	32
	TOTAL DE POBLACIÓN	2425988	2425988
	CUMPLIMIENTO	0,08	1,32

DESARROLLO

	INTERPRETACIÓN	EN LA SUBRED SUR OCIDENTE SE NOTIFICARON 0,8 CASOS DE RUBEOLA POR CADA 100000 HABITANTES E EL PERIODO.	EN LA SUBRED SUR OCIDENTE SE NOTIFICARON 0,04 CASOS DE RUBEOLA POR CADA 100000 HABITAMTES E EL PERIODO.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de casos de Rubeola con investigación de campo: ficha de investigación completa / oportuna (menos de 48 horas) / adecuada

	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
PROPORCIÓN DE CASOS CON FICHA DE INVESTIGACIÓN COMPLETA PARA RUBEOLA OPORTUNA (MENOS DE 48 HORAS) / ADECUADA	NÚMERO DE CASOS CON FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO COMPLETA PARA RUBEOLA	1	29
	NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS EN EL SISTEMA PARA RUBEOLA	2	32
	PROPORCIÓN	50	91
	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 50% TUVO INVESTIGACIÓN DE CAMPO OPORTUNAMENTE.	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 90% TUVO INVESTIGACIÓN DE CAMPO OPORTUNAMENTE A LO LARGO DE 2022, AL PRESENTARSE UN CASO REPETIDO Y 2 FALLIDOS

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Oportunidad en la investigación de campo Rubeola

	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
OPORTUNIDAD EN LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO RUBEOLA	FECHA DE INVESTIGACIÓN- FECHA DE CONSULTA O DE NOTIFICACIÓN) PARA SR	2	28
	NÚMERO DE CASOS SOSPECHOSOS NOTIFICADOS PARA SR	2	29

DESARROLLO

	PORCENTAJE	100%	97%
	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 100% TUVO INVESTIGACIÓN DE CAMPO OPORTUNAMENTE.	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 83% TUVO INVESTIGACIÓN DE CAMPO OPORTUNAMENTE DURANTE EL 2022.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada

PORCENTAJE DE CASOS CON MUESTRA DE SUERO ADECUADA	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS SOSPECHOSOS CON MUESTRA DE SUERO RECOLECTADA EN LOS PRIMEROS 30 DÍAS LUEGO DE INICIADA LA ERUPCIÓN (FECHA DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA - FECHA DE ERUPCIÓN)	2	29
	NÚMERO DE CASOS SOSPECHOSOS NOTIFICADOS	2	32
	PROPORCIÓN	100	91
	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 100% RECOLECTÓ MUESTRA DE SUERO EN LOS PRIMEROS 30 DÍAS LUEGO DE INICIADA LA ERUPCIÓN	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 90% RECOLECTÓ MUESTRA DE SUERO EN LOS PRIMEROS 30 DÍAS LUEGO DE INICIADA LA ERUPCIÓN, EN EL 2022

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días luego de su recolección

PORCENTAJE DE MUESTRAS DE SUERO RECIBIDAS EN EL LABORATORIO EN LOS	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE MUESTRAS DE SUERO RECIBIDAS EN EL LABORATORIO EN LOS PRIMEROS CINCO DÍAS LUEGO DE SU RECOLECCIÓN	2	29

DESARROLLO

PRIMEROS CINCO DÍAS LUEGO DE SU RECOLECCIÓN	NÚMERO DE MUESTRAS DE SUERO RECOLECTADAS Y RECIBIDAS EN EL LDSP	2	30
	PORCENTAJE	100	97
	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE MUESTRAS RECIBIDAS EN EL LABORATORIO, EL 100% FUERON RECIBIDAS EN LOS PRIMEROS 5 DÍAS LUEGO DE SU RECOLECCIÓN	DEL TOTAL DE MUESTRAS RECIBIDAS EN EL LABORATORIO, EL 100% FUERON RECIBIDAS EN LOS PRIMEROS 5 DÍAS LUEGO DE SU RECOLECCIÓN

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción

PORCENTAJE DE MUESTRAS DE SUERO PROCESADAS EN EL LABORATORIO EN LOS PRIMEROS CUATRO DÍAS LUEGO DE SU RECEPCIÓN	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE MUESTRAS DE SUERO PROCESADAS EN EL LABORATORIO EN LOS PRIMEROS CUATRO DÍAS LUEGO DE SU RECEPCIÓN.	2	29
	NÚMERO DE MUESTRAS DE SUERO RECOLECTADAS Y RECIBIDAS EN EL LDSP	2	29
	PORCENTAJE	100,0	100,0
	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE MUESTRAS PROCESADAS EN EL LABORATORIO, EL 100% FUE PROCESADA EN LOS PRIMEROS 4 DÍAS LUEGO DE SU RECEPCIÓN	DEL TOTAL DE MUESTRAS PROCESADAS EN EL LABORATORIO, EL 100% FUE PROCESADA EN LOS PRIMEROS 4 DÍAS LUEGO DE SU RECEPCIÓN

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de sarampión o rubéola en población general

INCIDENCIA DE SARAMPIÓN O RUBÉOLA EN POBLACIÓN GENERAL	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE RUBÉOLA NOTIFICADOS EN EL PERIODO EN POBLACIÓN GENERAL	0	0

DESARROLLO

	POBLACIÓN EXPUESTA AL RIESGO DE ENFERMAR DE ESA CAUSA EN EL PERIODO (POBLACIÓN GENERAL, POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS, POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO, NACIDOS VIVOS).	2425988	2425988
	PORCENTAJE	0,00%	0%
	INTERPRETACION	EN EL PERIODO SE NOTIFICARON 0 CASOS NUEVOS DE RUBÉOLA POR CADA 100.000 HABITANTES O PERSONAS EN RIESGO	EN EL PERIODO SE NOTIFICARON 1.5 CASOS NUEVOS DE RUBÉOLA POR CADA 100.000 HABITANTES PARA 2022 PERSONAS EN RIESGO

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de sarampión o rubéola en menores de cinco años

INCIDENCIA DE SARAMPIÓN O RUBÉOLA EN MENORES DE CINCO AÑOS	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE RUBÉOLA NOTIFICADOS EN EL PERIODO EN POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS	0	0
	POBLACIÓN EXPUESTA AL RIESGO DE ENFERMAR DE ESA CAUSA EN EL PERIODO (POBLACIÓN GENERAL, POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS, POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO, NACIDOS VIVOS).	131528	131528
	PORCENTAJE	0,0%	0,0%
	INTERPRETACION	EN EL PERIODO SE NOTIFICARON 0 CASOS NUEVOS DE RUBÉOLA POR CADA 100.000 HABITANTES O PERSONAS EN RIESGO	EN EL PERIODO SE NOTIFICARON 1.5 CASOS NUEVOS DE RUBÉOLA POR CADA 100.000 HABITANTES PARA 2022 PERSONAS EN RIESGO

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

DESARROLLO

Incidencia de sarampión o rubéola en población menor de un año

INCIDENCIA DE SARAMPIÓN O RUBÉOLA EN POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE RUBÉOLA NOTIFICADOS EN EL PERIODO EN POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO	0	0
	POBLACIÓN EXPUESTA AL RIESGO DE ENFERMAR DE ESA CAUSA EN EL PERIODO (POBLACIÓN GENERAL, POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS, POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO, NACIDOS VIVOS).	49997	49997
	PORCENTAJE	0,00%	0%
	INTERPRETACION	EN EL PERIODO SE NOTIFICARON 0 CASOS NUEVOS DE RUBÉOLA POR CADA 100.000 HABITANTES O PERSONAS EN RIESGO	EN EL PERIODO SE NOTIFICARON 1.5 CASOS NUEVOS DE RUBÉOLA POR CADA 100.000 HABITANTES PARA 2022 PERSONAS EN RIESGO

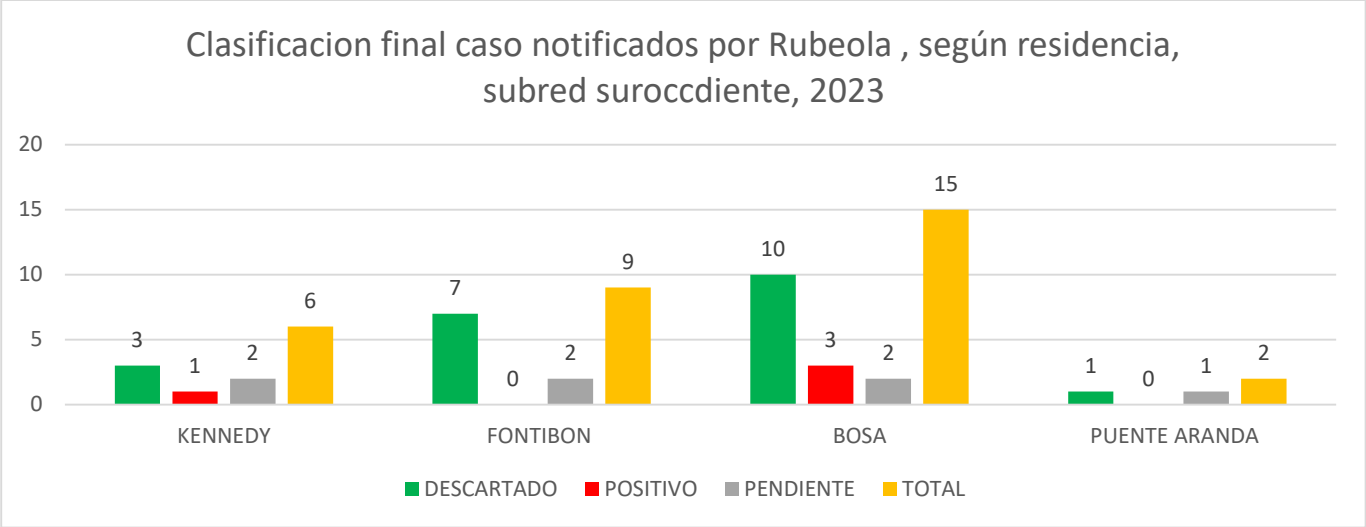
Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Letalidad de sarampión en población general

LETALIDAD DE SARAMPIÓN EN POBLACIÓN GENERAL	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	DEFUNCIONES POR RUBEOLA EN POBLACIÓN GENERAL	0	0
	ENFERMOS DE ESA CAUSA EN ESE LUGAR EN TIEMPO DADO.	0	1
	PORCENTAJE	#¡DIV/0!	0,0
	INTERPRETACION	LA PROPORCION DE LETALIDAD POR RUBEOLA EN LA POBLACION ENFERMA POR ESTA CAUSA EN LA SUBRED ES DE 0% EN EL PERIODO EVALUADO.	LA PROPORCION DE LETALIDAD POR SARAMPION EN LA POBLACION ENFERMA POR ESTA CAUSA EN LA SUBRED ES DE 0% EN EL PERIODO EVALUADO.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

DESARROLLO



Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Proporción de notificación de casos sospechosos de sarampión

TASA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN NOTIFICADOS EN EL PERIODO	16	182
	TOTAL DE POBLACIÓN	2425988	2425988
	TASA	0,7	0,0
	INTERPRETACIÓN	LA TASA DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPION EN ENERO FUE DE 0,7*100000 HABITANTES EN LA SUBREDSO	LA PROPORCION DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPION EN 2022 FUE DE 0% EN RELACION CON LA POBLACION DE LA SUBRED

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

DESARROLLO

Proporción de casos con ficha de investigación completa para SR

PORCENTAJE DE CASOS DE SR CON INVESTIGACIÓN DE CAMPO: FICHA DE INVESTIGACIÓN COMPLETA	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS CON FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO COMPLETA PARA SARAMPIÓN	14	170
	NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS EN EL SISTEMA PARA SARAMPION	16	182
	PORCENTAJE	87,5	93,4
	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 87,5% TUVO INVESTIGACIÓN DE CAMPO OPORTUNAMENTE.	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 96.5% TUVO INVESTIGACIÓN DE CAMPO OPORTUNAMENTE.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de casos de SR con investigación de campo oportuna (menos de 48 horas) / adecuada

PORCENTAJE DE CASOS DE SR CON INVESTIGACIÓN DE CAMPO OPORTUNA (MENOS DE 48 HORAS) / ADECUADA	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	FECHA DE INVESTIGACIÓN-FECHA DE CONSULTA O DE NOTIFICACIÓN) PARA SARAMPION	14	170
	NÚMERO DE CASOS SOSPECHOSOS NOTIFICADOS PARA SARAMPION	16	182
	PORCENTAJE	87,5	93,4
	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 87,5% TUVO INVESTIGACIÓN DE CAMPO OPORTUNAMENTE.	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 96.5% TUVO INVESTIGACIÓN DE CAMPO OPORTUNAMENTE.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

DESARROLLO

Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada

PORCENTAJE DE CASOS CON MUESTRA DE SUERO ADECUADA	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS SOSPECHOSOS CON MUESTRA DE SUERO RECOLECTADA EN LOS PRIMEROS 30 DÍAS LUEGO DE INICIADA LA ERUPCIÓN	16	178
	NÚMERO DE CASOS SOSPECHOSOS NOTIFICADOS	16	182
	PORCENTAJE	100,0	97,8
	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 100% RECOLECTARON MUESTRA DE SUERO EN LOS PRIMEROS 30 DÍAS LUEGO DE INICIADA LA ERUPCIÓN	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS, EL 93.6% RECOLECTARON MUESTRA DE SUERO EN LOS PRIMEROS 30 DÍAS LUEGO DE INICIADA LA ERUPCIÓN

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días luego de su recolección

PORCENTAJE DE MUESTRAS DE SUERO RECIBIDAS EN EL LABORATORIO EN LOS PRIMEROS CINCO DÍAS LUEGO DE SU RECOLECCIÓN	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE MUESTRAS DE SUERO RECIBIDAS EN EL LABORATORIO EN LOS PRIMEROS CINCO DÍAS LUEGO DE SU RECOLECCIÓN	16	178
	NÚMERO DE MUESTRAS DE SUERO RECOLECTADAS Y RECIBIDAS EN EL LABORATORIO QUE PROCESA	16	178

DESARROLLO

	PORCENTAJE	100	100
	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE MUESTRAS RECIBIDAS EN EL LABORATORIO, EL 100% FUERON RECIBIDAS EN LOS PRIMEROS 5 DÍAS LUEGO DE SU RECOLECCIÓN	DEL TOTAL DE MUESTRAS RECIBIDAS EN EL LABORATORIO, EL 100% FUERON RECIBIDAS EN LOS PRIMEROS 5 DÍAS LUEGO DE SU RECOLECCIÓN

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción

PORCENTAJE DE MUESTRAS DE SUERO PROCESADAS EN EL LABORATORIO EN LOS PRIMEROS CUATRO DÍAS LUEGO DE SU RECEPCIÓN	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE MUESTRAS DE SUERO PROCESADAS EN EL LABORATORIO EN LOS PRIMEROS CUATRO DÍAS LUEGO DE SU RECEPCIÓN.	16	178
	NÚMERO DE MUESTRAS DE SUERO PROCESADAS POR EL LABORATORIO	16	178
	PORCENTAJE	100	100

DESARROLLO

	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE MUESTRAS PROCESADAS EN EL LABORATORIO, EL 100% FUERON PROCESADAS EN LOS PRIMEROS 4 DÍAS LUEGO DE SU RECEPCIÓN	DEL TOTAL DE MUESTRAS PROCESADAS EN EL LABORATORIO, EL 100% FUERON PROCESADAS EN LOS PRIMEROS 4 DÍAS LUEGO DE SU RECEPCIÓN

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de sarampión en población general, menores de cinco años y un año

INCIDENCIA DE SARAMPIÓN EN POBLACIÓN GENERAL, MENORES DE CINCO AÑOS Y UN AÑO	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE SARAMPIÓN NOTIFICADOS EN EL PERIODO EN POBLACIÓN GENERAL	0	1
	POBLACIÓN EXPUESTA AL RIESGO DE ENFERMAR DE ESA CAUSA EN EL PERIODO (POBLACIÓN GENERAL, POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS, POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO, NACIDOS VIVOS).	2425988	2425988
	TASA	0,0	0,0

DESARROLLO

	INTERPRETACION	LA TASA DE INICIDENCIA PARA SARAMPION EN POBLACION GENERAL FUE 0*100000 HB EN RIESGO, PARA LA SUBRED SUR OCCIDENTE EN EL MES DE ENERO.	LA TASA DE INICIDENCIA PARA SARAMPION FUE 4.1*100000 HB EN RIESGO, PARA LA SUBRED SUR OCCIDENTE EN EL 2022.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

INCIDENCIA DE SARAMPIÓN EN POBLACIÓN GENERAL, MENORES DE CINCO AÑOS Y UN AÑO

INCIDENCIA DE SARAMPIÓN EN POBLACIÓN GENERAL, MENORES DE CINCO AÑOS Y UN AÑO	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE SARAMPIÓN NOTIFICADOS EN EL PERIODO EN POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS	0	0
	POBLACIÓN EXPUESTA AL RIESGO DE ENFERMAR DE ESA CAUSA EN EL PERIODO (POBLACIÓN GENERAL, POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS, POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO, NACIDOS VIVOS).	131528	131528
	PORCENTAJE	0,0	0,0

DESARROLLO

	INTERPRETACION	LA TASA DE INICIDENCIA PARA SARAMPION EN POBLACION MENOR DE CINCO AÑOS FUE 0*100000 HB EN RIESGO, PARA LA SUBRED SUR OCCIDENTE EN EL MES DE ENERO.	LA TASA DE INICIDENCIA PARA SARAMPION FUE 4.1*100000 HB EN RIESGO, PARA LA SUBRED SUR OCCIDENTE EN EL 2022.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de sarampión en población general, menores de cinco años y un año

INCIDENCIA DE SARAMPIÓN EN POBLACIÓN GENERAL, MENORES DE CINCO AÑOS Y UN AÑO	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE SARAMPIÓN NOTIFICADOS EN EL PERIODO EN MENOR DE UN AÑO	0	0
	POBLACIÓN EXPUESTA AL RIESGO DE ENFERMAR DE ESA CAUSA EN EL PERIODO (POBLACIÓN GENERAL, POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS, POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO, NACIDOS VIVOS).	49997	49997
	PORCENTAJE	0,0	0,0

DESARROLLO

	INTERPRETACION	LA TASA DE INICIDENCIA PARA SARAMPION FUE 0*100000 HB EN RIESGO MENORES DE UN AÑOS, PARA LA SUBRED SUR OCCIDENTE EN EL MES DE ABRIL.	LA TASA DE INICIDENCIA PARA SARAMPION FUE 4.1*100000 HB EN RIESGO, PARA LA SUBRED SUR OCCIDENTE EN EL 2022.

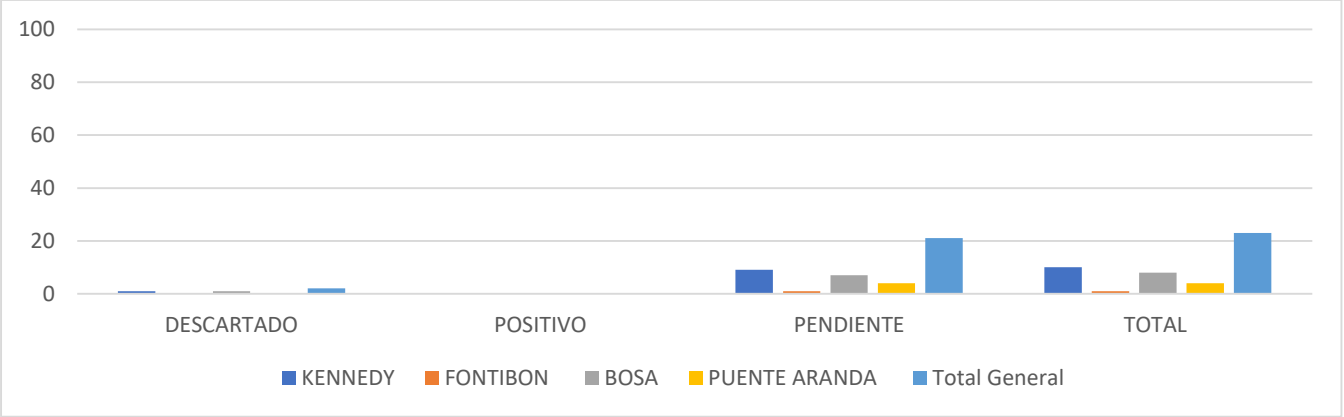
Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Letalidad de sarampión en población general

LETALIDAD DE SARAMPIÓN EN POBLACIÓN GENERAL	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	DEFUNCIONES POR SARAMPIÓN EN POBLACIÓN GENERAL	0	0
	ENFERMOS DE ESA CAUSA EN ESE LUGAR EN TIEMPO DADO.	0	1
	PORCENTAJE	#¡DIV/0!	0,0
	INTERPRETACION	LA TASA DE LETALIDAD POR SARAMPION EN EL PERIODO EVALUADO FUE CERO	LA TASA DE LETALIDAD POR SARAMPION EN EL PERIODO EVALUADO FUE CERO

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

DESARROLLO



Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años.

INCIDENCIA DE MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (HI), STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SPN) Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN POBLACIÓN GENERAL EN MENORES DE CINCO AÑOS.	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS NUEVOS DE MENINGITIS POR (SPN) EN MENORES DE 5 AÑOS	1	0	
	POBLACION MENOR DE 5 AÑOS	131528	131528	131528
	% CUMPLIMIENTO	0,8	0,0	0,0
	INTERPRETACIÓN	LA INCIDENCIA DE MENINGITIS POR SPN EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE DE 0,8 EN EL PERIODO EVALUADO.	LA INCIDENCIA DE MENINGITIS POR SPN EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE DE 0,0 EN EL PERIODO EVALUADO.	POR CADA 100.000 MENORES DE 5 AÑOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL SUBRED SUR OCCIDENTE SE PRESENTARON 2,8 CASOS NUEVOS DE MENINGITIS POR SPN EN LO CORRIDO DEL AÑO 2022 CASOS DE MENINGITIS POR (HI).

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años.

DESARROLLO

INCIDENCIA DE MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (HI), STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SPN) Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN POBLACIÓN GENERAL EN MENORES DE CINCO AÑOS.	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS NUEVOS DE MENINGITIS POR (Hi) EN MENORES DE 5 AÑOS	0	0	
	POBLACION MENORES DE 5 AÑOS	131528	131528	131528
	Tasa CUMPLIMIENTO	0,0	0,0	0,0
	INTERPRETACIÓN	LA INCIDENCIA DE MENINGITIS POR Hi EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE DE 0,0 EN EL PERIODO EVALUADO.	LA INCIDENCIA DE MENINGITIS POR Hi EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE DE 0,0 EN EL PERIODO EVALUADO.	POR CADA 100.000 MENORES DE 5 AÑOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL SUBRED SUR OCCIDENTE SE PRESENTARON 0,7 CASOS NUEVOS DE HI CASOS DE MENINGITIS POR (Hi).

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años.

INCIDENCIA DE MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (HI), STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SPN) Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN POBLACIÓN GENERAL EN MENORES DE CINCO AÑOS.	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS NUEVOS DE ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA EN MENORES DE 5 AÑOS	0	0	
	POBLACION MENORES DE 5 AÑOS	131528	131528	131528
	TASA CUMPLIMIENTO	0,0	0,0	0,0

DESARROLLO

	INTERPRETACIÓN	LA INCIDENCIA DE MENINGITIS POR ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE DE 0,0 EN EL PERIODO EVALUADO.	LA INCIDENCIA DE MENINGITIS POR ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE DE 0,0 EN EL PERIODO EVALUADO.	POR CADA 100.000 MENORES DE 5 AÑOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL SUBRED SUR OCCIDENTE SE PRESENTARON 0,7 CASOS NUEVOS DE HI CASOS DE MENINGITIS POR (HI).

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococo pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general.

INCIDENCIA DE MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (HI), STREPTOCOCO PNEUMONIAE (SPN) Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN POBLACIÓN GENERAL.	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS NUEVOS DE MENINGITIS POR SPN EN POBLACION GENERAL	2	0	
	POBLACION GENERAL	2425988	2425988	2425988
	PORCENTAJE	0,0	0,0	0,0
	INTERPRETACION	LA PROPORCION DE INCIDENCIA PARA SPN EN POBLACION GENRAL ES DE 0 PARA EL PERIODO	LA PROPORCION DE INCIDENCIA PARA SPN EN POBLACION GENRAL ES DE 0 PARA EL PERIODO	LA TASA DE INCIDENCIA DE MENINGITIS POR SPN ES DE 0, EN 2022

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococo pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general.

INCIDENCIA DE MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (HI), STREPTOCOCO PNEUMONIAE (SPN) Y	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS NUEVOS DE MENINGITIS POR Hi EN POBLACION GENERAL	0	1	

DESARROLLO

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN POBLACIÓN GENERAL.	POBLACION GENERAL	2425988	2425988	2425988
	PORCENTAJE	0,0	0,0	0,0
	INTERPRETACION	LA PROPORCION DE INCIDENCIA PARA Hi EN POBLACION GENERAL ES DE 0 PARA EL PERIODO	LA PROPORCION DE INCIDENCIA PARA Hi EN POBLACION GENERAL ES DE 0 PARA EL PERIODO	LA TASA DE INCIDENCIA DE MENINGITIS POR HI ES DE 0,0 EN 2022

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococo pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general.

INCIDENCIA DE MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (HI), STREPTOCOCO PNEUMONIAE (SPN) Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN POBLACIÓN GENERAL.	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS NUEVOS DE ENFERMEDAD MENINGOCOCCICAEN POBLACION GENERAL	0	2	
	POBLACION GENERAL	2425988	2425988	2425988
	PORCENTAJE	0,0	0,0	0,0
	INTERPRETACION	LA PROPORCION DE INCIDENCIA PARA ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA EN POBLACION GENRAL ES DE 0 PARA EL PERIODO	LA PROPORCION DE INCIDENCIA PARA ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA EN POBLACION GENRAL ES DE 0 PARA EL PERIODO	LA TASA DE INCIDENCIA DE MENINGITIS POR HI ES DE 0,0 EN 2022

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de casos configurados

PORCENTAJE DE CASOS AJUSTADOS	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	CASOS CONFIRMADOS + CASOS DESCARTADOS	7	8	
	CASOS NOTIFICADOS	7	8	
	PORCENTAJE	100,0	100,0	#¡DIV/0!

DESARROLLO

	INTERPRETACION	EL 100% DE LOS CASOS NOTIFICADOS DEL EVENTO FUERON CUENTAN CON LABORATORIO Y SE ENCUENTRAN AJUSTADOS.	EL 100% DE LOS CASOS NOTIFICADOS DEL EVENTO FUERON CUENTAN CON LABORATORIO Y SE ENCUENTRAN AJUSTADOS.	EL 95.2% DE LOS CASOS NOTIFICADOS DEL EVENTO FUERON CONFIRMADOS POR LABORATORIO Y TIENEN AISLAMIETO

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Letalidad de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococo pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general

LETALIDAD DE MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (HI), STREPTOCOCO PNEUMONIAE (SPN) Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN POBLACIÓN GENERAL	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	DEFUNCIONES POR MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (HI), EN POBLACION GENERAL	0	0	
	ENFERMOS DE ESA CAUSA EN ESE LUGAR EN TIEMPO DADO	0	1	
	PORCENTAJE	#¡DIV/0!	0,0	#¡DIV/0!
	INTERPRETACION	LA PROPORCION DE LETALIDAD POR MENINGITIS CAUSADA POR HI EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE 0 EN EL PERIODO EVALUADO.	LA PROPORCION DE LETALIDAD POR MENINGITIS CAUSADA POR HI EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE 0 EN EL PERIODO EVALUADO.	LA PROPORCION DE LETALIDAD POR MENINGITIS CAUSADA POR HI EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE 0.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Letalidad de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococo pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general

Letalidad de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococo pneumoniae (Spn) y enfermedad	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	DEFUNCIONES POR MENINGITIS POR STREPTOCOCO PNEUMONIAE (Spn) EN POBLACION GENERAL	0	0	

DESARROLLO

meningocócica en población general	ENFERMOS DE ESA CAUSA EN ESE LUGAR EN TIEMPO DADO	2	0	
	PORCENTAJE	0,0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
	INTERPRETACION	La proporción de letalidad por meningitis causada por SPN en la subred sur occidente fue 0.	La proporción de letalidad por meningitis causada por SPN en la subred sur occidente fue 0.	La proporción de letalidad por meningitis causada por SPN en la subred sur occidente fue 0 en 2022

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Letalidad de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococo pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general

LETALIDAD DE MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (HI), STREPTOCOCO PNEUMONIAE (SPN) Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN POBLACIÓN GENERAL	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD MENINGOCOCICA EN POBLACION GENERAL	0	0	
	ENFERMOS DE ESA CAUSA EN ESE LUGAR EN TIEMPO DADO	0	2	
	PORCENTAJE	#¡DIV/0!	0,0	#¡DIV/0!
	INTERPRETACION	LA PROPORCION DE LETALIDAD POR ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE 0.	LA PROPORCION DE LETALIDAD POR ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE 0.	LA PROPORCION DE LETALIDAD POR ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE FUE 0.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia meningitis otros agentes bacterianos

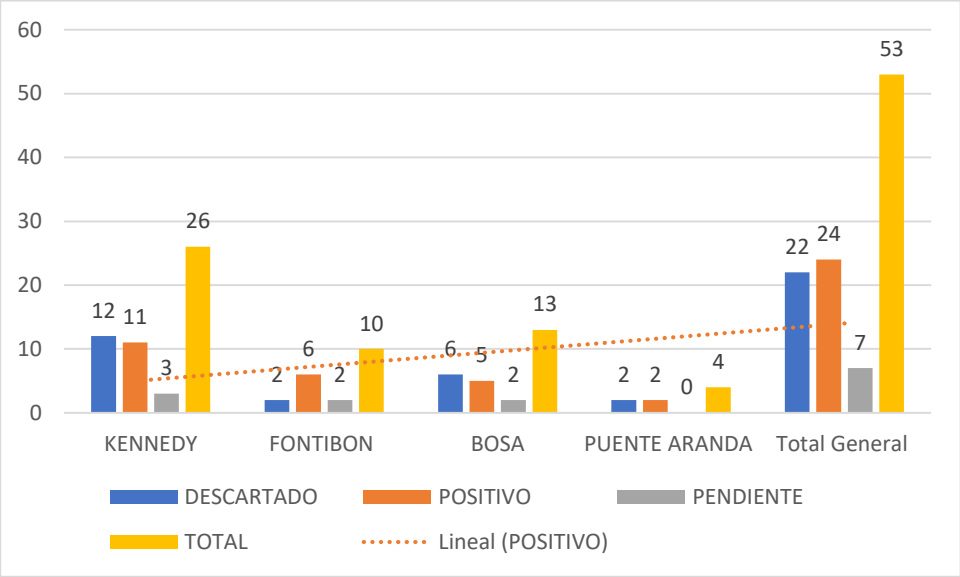
INCIDENCIA MENINGITIS OTROS AGENTES BACTERIANOS (CONTROL)	MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	CASOS MENINGITIS POR OTROS AGENTES BACTERIANOS	3	0	8
	POBLACION GENERAL	2425988	2425988	2425988
	TASA	0,1	0,0	0,3

DESARROLLO

	INTERPRETACION	LA INCIDENCIA DE MENINGITIS POR OTROS AGENTES BACTERIANOS ES DE 0,1 EN EL PERIODO EVALUADO.	LA INCIDENCIA DE MENINGITIS POR OTROS AGENTES BACTERIANOS ES DE 0,0 EN EL PERIODO EVALUADO.	LA INCIDENCIA DE MENINGITIS POR OTROS AGENTES BACTERIANOS ES DE 0,2 EN EL PERIODO EVALUADO.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Clasificación final caso notificados por Meningitis, según residencia, subred Suroccidente, 2023



Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia Tos ferina en menores de un año

INCIDENCIA DE TOS FERINA EN MENORES DE UN AÑO	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE TOS FERINA NOTIFICADOS EN EL PERIODO.	0	0
	POBLACION MENOR DE UN AÑO	49997	49997
	CUMPLIMIENTO	0,0	0,0
	INTERPRETACIÓN	POR CADA 100.000 MENORES DE UN AÑO DE LA ENTIDAD TERRIOTORIAL SUBRED SUR OCCIDENTE SE PRESENTARON_0_	POR CADA 100.000 MENORES DE UN AÑO DE LA ENTIDAD TERRIOTORIAL SUBRED SUR OCCIDENTE SE PRESENTARON_0_ CASOS DE TOS FERINA

DESARROLLO

	CASOS DE TOS FERINA	

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de Tos ferina en menores de 5 años

INCIDENCIA DE TOS FERINA EN MENORES DE 5 AÑOS	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS NUEVOS DE TOS FERINA EN MENORES DE CINCO AÑOS.	0	0
	POBLACION MENOR DE CINCO AÑOS	131528	131528
	CUMPLIMIENTO	0,00	0,00
	INTERPRETACION	POR CADA 100.000 MENORES DE CINCO AÑOS DE LA ENTIDAD TERRIOTORIAL SUBRED SUR OCCIDENTE SE PRESENTARON_0_ CASOS DE TOS FERINA	POR CADA 100.000 MENORES DE CINCO AÑOS DE LA ENTIDAD TERRIOTORIAL SUBRED SUR OCCIDENTE SE PRESENTARON_0_ CASOS DE TOS FERINA

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Proporción de casos de tos ferina con investigación de campo

PROPORCIÓN DE CASOS DE TOS FERINA CON INVESTIGACIÓN DE CAMPO	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE CASOS CON FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO PARA TOS FERINA	9	136
	NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS EN EL SISTEMA PARA TOS FERINA	9	
	PORCENTAJE	100,0	#¡DIV/0!
	INTERPRETACION	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS EL 93,3% TUVO IEC.	DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS EL 98,7% TUVO IEC.

DESARROLLO

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Proporción de clasificación de casos confirmados

PROPORCIÓN DE CLASIFICACION DE CASOS CONFIRMADOS	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NUÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS PARA TOS FERINA EN EL PERIODO	0	0
	NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS EN EL PERÍODO	9	
	PORCENTAJE	0,0	#¡DIV/0!
	INTERPRETACION	EL 0% DE LOS CASOS NOTIFICADOS DEL EVENTO FUERON CONFIRMADOS.	EL 0% DE LOS CASOS NOTIFICADOS DEL EVENTO FUERON CONFIRMADOS EN 2022

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

PROPORCIÓN DE CLASIFICACION DE CASOS DESCARTADOS	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NUÚMERO DE CASOS DESCARTADOS PARA TOS FERINA EN EL PERIODO	7	134
	NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS EN EL PERÍODO	9	
	PORCENTAJE	77,8	#¡DIV/0!
	INTERPRETACION	EL 100% DE LOS CASOS NOTIFICADOS DEL EVENTO FUERON DESCARTADOS.	EL 98,3% DE LOS CASOS NOTIFICADOS DURANTE EL AÑO, PARA EL EVENTO FUERON DESCARTADOS.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Letalidad por Tos ferina

	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO

DESARROLLO

LETALIDAD POR TOS FERINA	NÚMERO DE DEFUNCIONES POR TOSFERINA EN EL PERIODO.	0	0
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE TOSFERINA EN EL PERIODO.	**0**	
	PROPORCIÓN	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
	INTERPRETACION	EN EL PERIODO EVALUADO SE PRESENTARON 0 MORTALIDADDES POR TOSFERINA EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE	EN EL AÑO EVALUADO 2022 SE PRESENTARON 0 MORTALIDADDES POR TOSFERINA EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

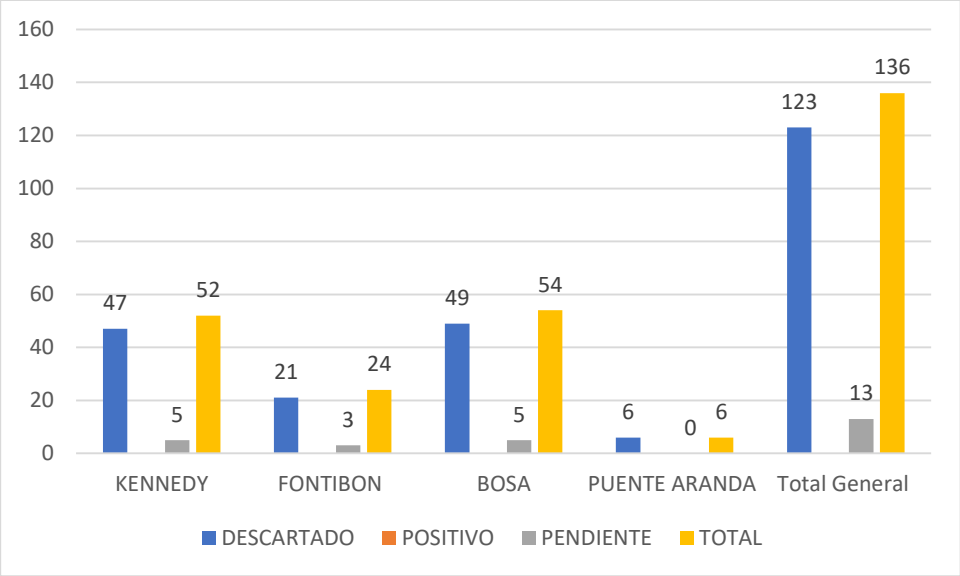
PROPORCIÓN DE MUERTES DE TOSFERINA CON UNIDAD DE ANÁLISIS

PROPORCIÓN DE MUERTES DE TOSFERINA CON UNIDAD DE ANÁLISIS	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	NÚMERO DE MUERTES CON UNIDAD DE ANÁLISIS PARA TOSFERINA	0	0
	NÚMERO MUERTES NOTIFICADAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA.	**722**	**7514**
	PROPORCIÓN	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
	INTERPRETACION	EN EL PERIODO EVALUADO SE PRESENTARON 0 MORTALIDADES POR TOSFERINA EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE	EN EL AÑO EVALUADO 2022 SE PRESENTARON 0 MORTALIDADDES POR TOSFERINA EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

DESARROLLO

Clasificación final caso notificados por Tosferina, según residencia, subred Suroccidente, 2023



Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de casos por tipo de tuberculosis

PORCENTAJE DE CASOS POR TIPO DE TUBERCULOSIS	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
	TOTAL DE CASOS CONFIRMADOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR / EXTRAPULMONAR	44	354
	TOTAL DE CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS	44	354
	% CUMPLIMIENTO	100	100
	INTERPRETACIÓN	EL 100% DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS CONFIRMADAS CORRESPONDEN A CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR / EXTRAPULMONAR.	EL 100% DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS CONFIRMADAS CORRESPONDEN A CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR / EXTRAPULMONAR.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Incidencia de tuberculosis general y por tipo de tuberculosis

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO

DESARROLLO

GENERAL Y POR TIPO DE TUBERCULOSIS	NÚMERO TOTAL DE CASOS NUEVOS MÁS CASOS DE REINGRESOS TRAS RECAÍDA CONFIRMADOS Y NOTIFICADOS EN EL PERÍODO, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA DE: TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS / TUBERCULOSIS PULMONAR / TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	44	354
	POBLACIÓN TOTAL EN COLOMBIA, POR DEPARTAMENTO/DISTRITO O MUNICIPIO.	2425988	2425988
	TASA	1,8	14,6
	INTERPRETACION	LA TASA INCIDENCIA DE TB DE TODAS LAS FORMAS DURANTE EL PERIODO FUE DE 1,8 POR 100000 HB	LA TASA INCIDENCIA DE TB DE TODAS LAS FORMAS DURANTE EL AÑO 2022 FUE DE 11,1 POR 100000 HB

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de casos de coinfección tuberculosis /VIH SIDA

	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
PORCENTAJE DE CASOS DE COINFECCIÓN TUBERCULOSIS /VIH SIDA	TOTAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS CON ESTADO SEROLÓGICO CONOCIDO* QUE REPORTARON COINFECCIÓN TUBERCULOSIS /VIH	1	34
	TOTAL DE CASOS CONFIRMADOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS	44	354
	PORCENTAJE	2,3	9,6

DESARROLLO

	INTERPRETACION	EL 2,3% DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS CONFIRMADAS CORRESPONDEN A COINFECCION TUBERCULOSIS / VIH	EL 2.8% DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS CONFIRMADAS CORRESPONDEN A COINFECCION TUBERCULOSIS / VIH EN 2022

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Porcentaje de casos de tuberculosis con investigación de campo realizada

	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
PORCENTAJE DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON INVESTIGACIÓN DE CAMPO REALIZADA	TOTAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS CON INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO INICIAL REALIZADA.	33	288
	TOTAL DE CASOS CONFIRMADOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS	44	354
	PORCENTAJE	75,0	81,4
	INTERPRETACION	EL 75% DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS, MUESTRA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO INICIAL REALIZADA.	EL 92.3% DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS, TIENEN INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO INICIAL REALIZADA.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Contactos inscritos por caso de tuberculosis

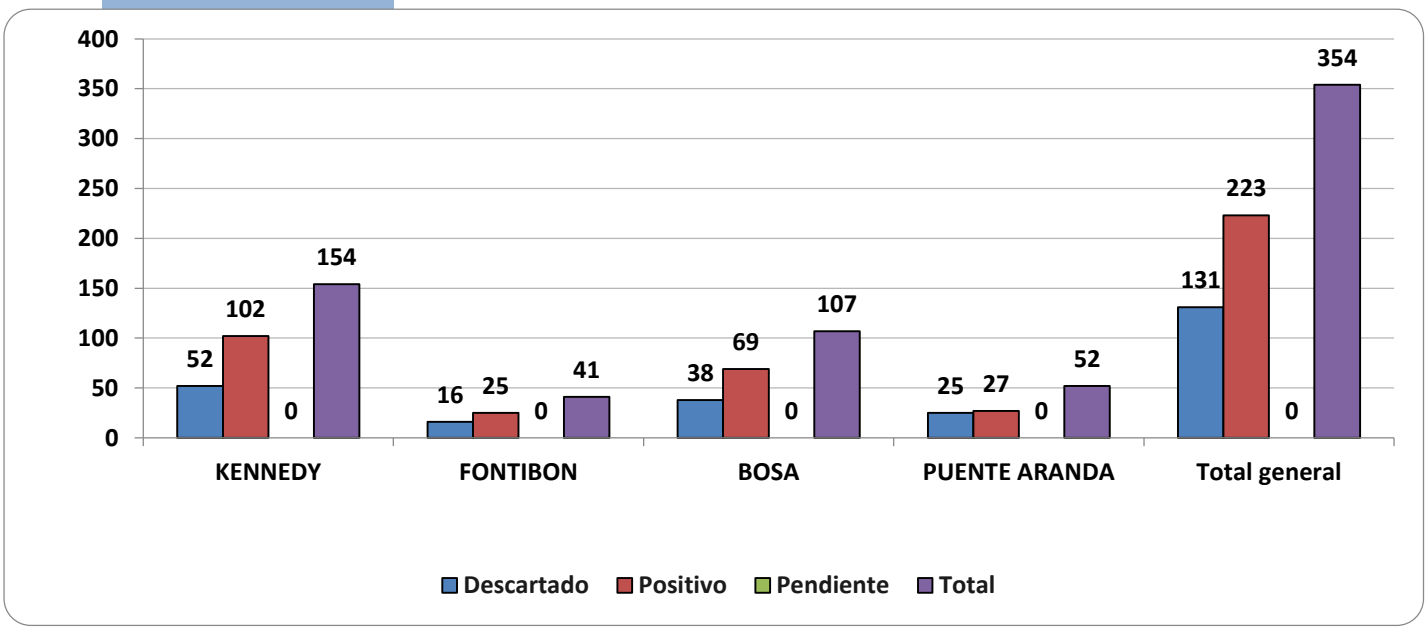
	MES	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
CONTACTOS INSCRITOS POR CASO DE TUBERCULOSIS	TOTAL DE CONTACTOS INSCRITOS EN UN PERIODO DETERMINADO	106	735

DESARROLLO

	TOTAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS NOTIFICADOS EN UN PERIODO DETERMINADO POR ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA.	44	354
	PORCENTAJE	240,9	207,6
	INTERPRETACION	SE VISITARON 106 CONTACTOS INSCRITOS POR CADA CASO DE TUBERCULOSIS POR ENTIDAD TERRITORIAL.	SE VISITARON 766 CONTACTOS INSCRITOS POR CADA CASO DE TUBERCULOSIS POR ENTIDAD TERRITORIAL.

Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

Clasificación final caso notificados por Tuberculosis, según residencia, subred Suroccidente, 2023



Fuente: base IEC, SIVIGILA, RUAF

11. EVALUACION, LISTADO DE ASISTENCIA Y CIERRE.

Se realiza la evaluación con un QR generado en el Prealistamiento y se comparte además otro QR para el listado digital de cierre.

FECHA: 26/10/2023	TEMA: Comité de Vigilancia Epidemiológica, correspondiente a la localidad de Bosa

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA DE CUMPLIMIENTO**

Enviar las presentaciones a las UPGD a los correos registrados en el listado virtual de asistencia.	EQUIPO SIVIGILA	12 Días después de la reunión.
Socializar la información recibida en la reunión al interior de las unidades notificadoras y dejar soporte por escrito de este proceso	UPGD	Máximo 15 días después de desarrollada la reunión.

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | ACTA | Versión: 4 | Fecha de aprobación: 15-09/2021 | Código: 02-01-F0-0001 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA: 26/10/2023 TEMA: COVE LOCAL BOSA

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Tatiana Rojas	53071162	SDS Dir. Epidemiología	Prof. Esp.	Tecnovigilancia PAI	
2	Luz Mary Garia	23375757	Roger Gut.	Varios		
3	Alejandra Padilla	1007776461	USS Estcan	Aux Enfra	Ambulato	
4	Roy Esmeralda Barrero	1023358260	USS Perdomo	Aux enfermera	Ambulato	
5	Yamira Moreno	52472646	USS Olarte	Aux Enfermera	Ambulato	
6	Blanca Herrera	52301479	USS sin techo Villa Jun	Aux enfer	PYP	
7	Zolma Forero B.	39627127	USS Dalcas	Aux Enf.	Ambulato	
8	Jenny Gonzalez	1019018409	USS Bosa	Epidemiologa	Epidemiologia	
9	Yesid Ana Agab	1010165585	USS-Bosa	Epidemiologo	Colectivo	
10	Lizeth Sanchez	1033760472	cabañas	aux enfer	Ambulatorio	
11	Blanca Dominguez	52161520	Centro medico Carmenza Forero	Varios	Carmenza Forero	
12	Myriam Vareguy	39658664	Arizalud	Auxiliar Enfe	Epidemiologia	
13	Myriam Vareguy	39658664	Centro Medico Bosanova	Asesor	Calidad	
14	Myriam Vareguy	39658664	Bosque Coronado	Asesor	Calidad	
15	Myriam Vareguy	39658664	Auxiliar vera	Asesor	Calidad	
16	Stefani Florez	1032477228	SISSSO	Epidemiologa	G. Riesgo	
17	Jessica V. Castellanos	39677284	USS Bosa II	Auxiliar de enfermeria	G. Riesgo	
18	Leidy Viviana Morcado	1026556132	USS Bosa Centro	AUX ENFERMERIA	Ambulatorio	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

FECHA: 26-10-2023 | TEMA: CONE LOCAL BOSA

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Elizabeth Castrillon G.	52484021	DASOC	Enfermera	Salud Pública	Elizabeth C.
2	Blanca Moreno	52301479	Villa Javier Sur Bosa	Aux enfe	PyP	Blanca
3	Lizeth Sanchez	1033760472	cabañas	Aux enfer	Laboratorio	Lizeth.
4	Alejandra Arenas	1013608148	Carbonell	Enfermera	Ambulatorio	
5	Alejandra Arenas	1013608148	Pablo VI	Enfermera	Ambulatorio	
6	Jesus Ivan Niño	1094163939	Alvaro Veras Maldonado	Auxiliar	Ambulat.	
7	Jesus Ivan Niño	1094163939	Yadira Mata H.	Auxiliar	Ambulat.	
8	Jesus Ivan Niño	1094163939	Dr Alfredo Castaño	Auxiliar	Ambulato	
9	Jesus Ivan Niño	1094163939	Dr Luis R. Cruz feria	Auxiliar	Ambulatorio	
10	Maria Angelica Celis	1000730798	Virrey Solis IBC Angule Castaño	Enfermera	PyP	Maria A. Celis
11	Natalia Andrea Segura	1022384412	CAV Subsidiado Porvenir	Enfermera	USA	Natalia Segura
12	Stephany Cardenas A	1031142774	UPGO Jorge ortiz Bosa	Enfermera	Ambulatorio	
13	Jaiferson Leon	80.263.120	Dr Vega	Auxiliar	Consulta	
14	Yanira Nuñez	52472646	USS Parte	Enfermera	Ambulatorio	
15	Ruby Esmeralda Ramos	1072358139	USS Porvenir	Ambulato	Urgencias	
16	Zulma Forero B.	39627127	USS Nuevo Dalas ACrk	Ambulatorio	Urgencias	
17	[illegible]	52259550	DIDEFENSE SDS	Beef T.V	Farmacia Vigilancia	
18	Juan Cano	1030612435	Usuario	Profesional	SDS	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

FECHA: 26-10-2023 | TEMA: COVE LOCAL BOSA

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Rocio Avila Neira	52231897	ZF,	Referente Evento 300	VSA	
2	Laidy Shanna Alvarado	1015166753	Bienestar Bosa.	Auxiliar Enfermeria	PYMS.	
3	Wendy Caroline Pulido	1013644180	Servimed IPS	Coordinadora sede	Coordinacion	
4	Jenifer Arango H.	1059706695	CM Chiguaza	Enfermera	Consulta Externa	
5	Maria Jesus	53002055	SOS	Ciclo PAI	Gestion	
6	Jose Luis Rodriguez V	1024559866	ZF - V.SA	Ingeniero Ambiental	Subsidios	
7	Nidia Nivez Sanchez	28.386.926	Vis Bosa	Epidemiologa	GRS	
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						