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: 25/01/2024	LUGAR: USS NUEVAS DELICIAS	HORA INICIO: 8:00 AM
RESPONSABLE: : EQUIPO SIVIGILA Y TEMA CENTRAL GESTION DE LA INFORMACION VSP		HORA FINAL: 12:30 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

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

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1.	BIENVENIDA
2.	TEMA CENTRAL: SISVAN
3.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: RESULTADOS DE UNIDADES DE ANÁLISIS DISTRITALES DE EVENTOS SSR-SMI CUARTO TRIMESTRE 2023
4.	URGENCIAS Y EMERGENCIAS
5.	RECESO
6.	INDICADORES SIVIGILA
7.	INDICADORES TRANSMISIBLES
8.	INDICADORES PAI
9.	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	25/01/2024	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:**

DESARROLLO

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. **Tema Central: SISVAN**

Generalidades de sistema

El Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional - SISVAN es el proceso permanente de compilar, analizar y distribuir la Información necesaria para mantener un conocimiento actualizado sobre el consumo de alimentos y el estado nutricional de la población.

Actualmente, Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN del D.C. monitorea el comportamiento del estado nutricional de los recién nacidos a término con bajo peso, mujeres gestantes, niños y niñas de 0 a 18 años, personas mayores y de eventos de alto impacto en salud pública como la desnutrición severa y la mortalidad por y asociada a la desnutrición; con el fin de orientar las acciones de prevención y control en salud pública y de seguridad alimentaria y nutricional en el Distrito.

Para la Subred Sur Occidente se Para la Subred Sur Occidente el equipo de SISVAN se conforma por

1 líder

1 profesional procesamiento de BAI y seguimiento al BPN

5 técnicos en sistemas

1 nutricionista - Epidemióloga de asistencias técnicas

2 nutricionistas - Epidemiólogas Caracterización de menores de 5 años y recién nacidos

2 nutricionistas Caracterización de gestantes

Eventos de interés en VSP – SISVAN

Evento 113- Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Teniendo en cuenta que las formas de presentación de la mortalidad por desnutrición y la desnutrición aguda, se hace necesario ajustar los procesos de vigilancia epidemiológica del evento 113, como antecedente cabe mencionar que mediante la circular 0014 de 2016 del Instituto Nacional de Salud, se establece la vigilancia de la desnutrición aguda en menores de 5 años como parte de los eventos de importancia para el manejo de la desnutrición en Colombia.

El protocolo actualizado reconoce las normas por la cual se adoptan los patrones de crecimiento y desarrollo resultado del estudio multicéntrico de la Organización mundial de la salud en la resolución 2465/2016, en la que se establecen patrones de crecimiento de la OMS para diagnóstico nutricional en los niños y niñas menores de 5 años y por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa en niños de 0 a 59 meses de edad.

DESARROLLO

En Colombia para el año 2022 el SIVIGILA, reporto 21.195 casos de desnutrición aguda, siendo la notificación más alta en la historia, de la vigilancia del evento, con una prevalencia de 0,56 por cada 100 niños menores de cinco años, por tanto, es necesario el reajuste de conceptos para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica del evento.

A continuación, se realizará énfasis en los ajustes y definiciones nuevas dentro del proceso de vigilancia del evento 113:

La desnutrición se define como un el desequilibrio en el consumo de nutrientes y el requerimiento nutricional, por déficit en el consumo dietario de los nutrientes asociado a inseguridad alimentaria y nutricional, inadecuadas prácticas de ingesta alimentaria o por un proceso concomitante con enfermedades que comprometen la función cardiaca, pulmonar, gastrointestinal, renal, metabólica o neurológica (cardiopatía congénita, fibrosis quística, síndrome de malabsorción, insuficiencia renal, errores innatos del metabolismo, cáncer, entre otras patologías) que afectan el proceso de alimentación o aprovechamiento de nutrientes.

Definiciones operativas dentro del proceso vigilancia del evento 113

Definición caso:

Caso confirmado por clínica: Se define un caso de desnutrición aguda en niños menores de 5 años cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2DE y/o presente los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.

Clasificaciones de la desnutrición aguda:

Es necesario contar la descripción de los diferentes tipos de clasificación de la desnutrición aguda:

Por Antropometría: Desnutrición aguda moderada: Se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez, Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, pues en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas. Desnutrición aguda severa: Se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de –3DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca (1).

Por clínica: Son fenotipos dados en la desnutrición aguda severa

Kwashiorkor: Se caracteriza por disminución de los niveles de albúmina, por debajo de 2.5 g/dl, que lo lleva a la pérdida de la presión oncótica y edema bilateral progresivamente ascendente, que inicia en pies y manos, acompañado de signos clínicos de deficiencias nutricionales específicas, que se reflejan en lesiones en la piel, cambios en el color del cabello, alopecia difusa, atrofia de las papilas gustativas y queilosis, entre otros (1).

DESARROLLO

Marasmo: Se caracteriza por delgadez extrema, dada por el agotamiento de las reservas muscular y grasa y pérdida de tejido subcutáneo; piel seca, opaca y quebradiza. Este cuadro se asocia con ingesta deficitaria y continuada de proteínas, calorías no proteicas y micronutrientes en la dieta (1).

Marasmo- kwashiorkor: Presenta características de los dos tipos de desnutrición mencionados anteriormente. Se presenta cuando se acentúa de la pérdida de albúmina y presión oncótica en un niño que cursa con emaciación extrema y desarrolla edema bilateral. Sucede porque se presenta una infección asociada y se altera la relación proteica/calórica (1).

Por etiología:

Primaria: Es la desnutrición que aparece por un consumo insuficiente de alimentos, por lo tanto, en la ingesta de los nutrientes, normalmente asociada a problemas de inseguridad alimentaria y nutricional, sin embargo, en algunas ocasiones su causa se debe a inadecuadas prácticas de alimentación (1).

Secundaria: Producida por alteraciones fisiopatológicas que afectan el estado nutricional tales como trastornos anatómicos, digestivos, de la absorción, de la excreción, de la utilización de nutrientes, del aumento o utilización de nutrientes (1). Se hace necesario aclarar que este tipo de desnutrición no es objeto de la vigilancia del evento la desnutrición de etiología secundaria.

Otras definiciones relacionadas con el evento: que establecen la periodicidad del evento o orientan el evento:

Perímetro braquial: Es la medida de la circunferencia media del brazo, se toma a partir de los 6 meses y hasta los 5 años de edad y cuando su valor es inferior a 11,5 cm se define como una desnutrición aguda severa y supone un mayor riesgo de muerte por desnutrición (1). Cuando su valor está entre 11,5 cm y 11,9 cm se define como una desnutrición aguda moderada (1)

Edema nutricional: condición clínica caracterizada por el incremento de volumen de líquido intersticial secundario a la pérdida de la relación proteica/calórica que se presenta en casos de desnutrición aguda severa. Puede ser localizado o generalizado y se clasifica en grado I (se presenta solo en pies), II (compromete pies, manos y parte inferior de piernas y brazos) y III (es generalizado, incluye pies, piernas, manos, brazos y cara) (1).

Reincidencia: es un caso que, pasados tres meses de una notificación inicial, vuelve a estar registrado en la base de datos del evento del año en curso o el año inmediatamente anterior. Típicamente, esta situación es el resultado de un niño que se recuperó, pero en comunidad vuelve a desnutrirse, o casos que no han recibido tratamiento que resulte en una modificación de su estado nutricional (1). Dado lo anterior, los casos de desnutrición aguda deben notificarse nuevamente al evento cuando al consultar a la misma UPGD/UI ya pasaron 3 meses y se encuentra nuevamente un diagnóstico de desnutrición aguda.

Criterios de inclusión y exclusión en la definición de caso del evento 113:

DESARROLLO

Criterios de inclusión: niños que cursen con enfermedades infecciosas (ej. IRA, EDA, TBC, VIH) Niños con antecedente de prematurez y bajo peso al nacer (BPN) que ya cumplieron 40 semanas de edad corregida (para el caso de los prematuros) y cuando al verificar todo el histórico de su crecimiento del nacimiento a la fecha de la notificación, se evidencie un aplanamiento o descenso en su curva de crecimiento acorde a las gráficas de valoración nutricional, y que dicho descenso o aplanamiento de la curva responda a bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas (1).

Exclusión: Niños con desnutrición de etiología secundaria Niños con antecedente de prematurez que no hayan cumplido con la semana 40 de edad corregida Niños con antecedente de BPN o prematurez con menos de 10 días de nacidos puesto que durante los primeros 10 días de vida hay pérdida normal de peso en los bebés y dicha pérdida no podría atribuirse a una desnutrición aguda como la que es objeto de esta vigilancia Niños que se valoren con gráficas diferentes a las estipuladas en la Resolución 2465/2016 como por ejemplo niños con Síndrome de Down, parálisis cerebral, entre otros que se relaciona a desnutrición de etiología secundaria (1).

Correspondencia eventos códigos 113 (vigilancia de la desnutrición aguda moderada y severa ene menores de 5 años y 591 (vigilancia de la mortalidad por desnutrición aguda)

Aplica los casos que sean confirmados o sospechosos como mortalidad por desnutrición en la base de evento 591, deben estar reportados en la base de evento 113. -Cuando se realicen los ajustes derivados de las unidades de análisis del evento 591. Es decir, si por unidad de análisis se define que no fue una mortalidad por desnutrición, en la base de evento 113 se debe hacer el respectivo ajuste 6 del caso.

No aplican: en aquellos casos en que el menor por verificación de historia clínica se tenga registro de llegar a la institución de salud sin signos vitales. Para los casos que son notificados en el evento 591 por IRA o EDA.

Cuando la concordancia no se presenta, la entidad territorial debe establecer acciones de mejora pertinentes frente al diagnóstico oportuno de la desnutrición aguda.

Los diagnósticos de vigilancia son los CIE 10 E43X Malnutrición calórico- proteica grave no especificada, E440 Malnutrición calórico – proteica moderada, E441 Malnutrición proteico-calórica leve, E40X Kwashiorkor, E41X Marasmo nutricional, E42X Kwashiorkor marasmático y E46X Desnutrición proteico-calórica no especificada.

Periodicidad de la notificación:

Notificación súper inmediata: Todos los casos del evento de desnutrición aguda moderada y severa en en niños de cero (0) a 59 meses de edad se consideran una urgencia y deben tener atención y seguimiento por sus aseguradores una vez sea captado el caso. Aplican para notificación súper inmediata si cumplen las siguientes condiciones: - Menores de 6 meses de edad - Presentación de edema - Reincidentes - Presentación de perímetro braquial inferior a 11,5 cm (aplica para niños entre los 6 a 59 meses) - Aquellos que presenten prueba de apetito negativa (aplica para niños entre los 6 a 59 meses y debe realizarse acorde a lo estipulado en la resolución 2350/2020).

DESARROLLO

Notificación inmediata: Todos los casos del evento de desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad se consideran una urgencia y deben tener atención y seguimiento por sus aseguradores una vez sea captado el caso. Aplican para notificación inmediata los demás casos que no cumplen los criterios establecidos en la notificación súper inmediata.

Ajustes del evento: Casos que no fueron notificados por el departamento durante las semanas del periodo anterior se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior, de conformidad a los mecanismos definidos por el sistema.

Tipos de ajuste: Ajuste 6: descarte de caso por definición clínica. Se presenta, cuando al encontrar en la historia clínica o por retroalimentación de programa de seguridad alimentaria y nutricional, el niño no cumple con criterios definidos en el evento para notificación. Normalmente se da por patologías de base que alteran el estado nutricional, o niños que por inadecuada toma de peso y talla presentan un diagnóstico diferente a la desnutrición aguda, o por nuevos diagnósticos encontrados en los niños que determinan que no corresponde a un caso de era una desnutrición de etiología primaria. Ajuste 7: ajuste de actualización. Se refiere a la modificación o ajuste de los diferentes campos de la ficha de notificación excepto, código del evento, UPGD o UI, tipo y número de identificación. Se realiza cuando se ha recibido retroalimentación por parte de una UPGD, UI, programa de seguridad alimentaria y nutricional, secretaría departamental o municipal, quiénes al verificar calidad de la información encuentran alguna inconsistencia o actualización de los datos. Ajuste D: error de digitación. Cuando al menos una de las variables de la llave primaria (código de evento, año, semana epidemiológica, código de prestador, código subíndice del prestador, tipo y número de identificación) están mal digitadas, ya que no es posible modificarlas una vez han sido notificadas (generación del archivo plano). Al realizar este ajuste se debe volver a ingresar el caso con la información correcta.

Otros aspectos a considerar es la mencionada en protocolo en el manejo de la desnutrición aguda es necesario es toda la articulación de todas las entidades territoriales que deben activarse frente a un caso de desnutrición aguda y la necesidad de que las UPGD activen frente a la no adherencia de las acciones para recuperar a un menor con desnutrición aguda moderada o severa

Evento 591 -1

Menor de cinco años fallecido que tenga registrado en la cascada fisiopatología del certificado de defunción (causa directa, relacionadas y otros estados patológicos) desnutrición o deficiencias de micronutrientes y cumpla con criterios clínicos.

No se presentan casos sospechosos y/o confirmados durante el año 2023 en ninguna de las cuatro localidades de la Subred Sur Occidente.

Indicadores

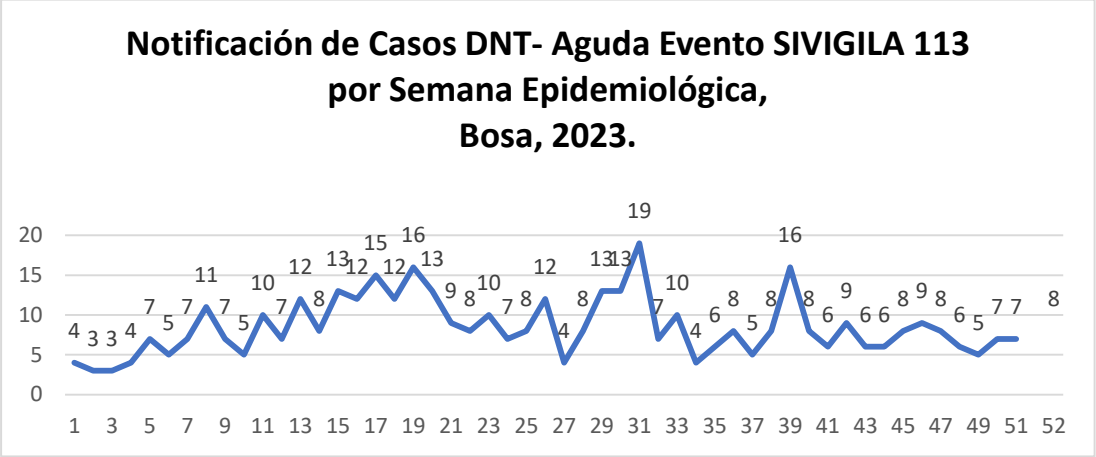
DESARROLLO

Evento 591- 1: 0 casos presentados en el 2023, en las cuatro localidades de la Subred Sur Occidente.

Evento 113: se describe el comportamiento del evento por localidades a cierre de la semana 52 del 2023.

Localidad de Bosa:

Grafica 3. Notificación de Casos DNT- Aguda Evento SIVIGILA 113 por Semana Epidemiológica, Bosa, 2023.



Fuente: SDS. Base de notificación del evento 113-Desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años, con corte a la semana epidemiológica #52 de 2023.

Se encuentra que en la localidad de Bosa se reportaron 444 casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, siendo la 2da localidad con mayor número de casos de las 4 de la subred Sur Occidente, para el año 2023 hubo un promedio de 8,5 casos por semana, presentando un pico en la notificación entre la semana 31 y 39 con reportes de casos 19 y 16 casos respectivamente, no se presenta algún fenómeno externo que dé cuenta del pico durante estas semanas.

Recomendaciones frente a las bases Rutinarias

Se socializa tablero de control utilizado como herramienta para la realización de las asistencia técnicas a UPGD, explicando variables de eliminación por error como lo son fechas tardías de consulta y la importancia del envío oportuno, edad cuando están en el formato incorrecto lo que puede llegar afectar el producto, talla al igual que peso se elimina cuando viene en blanco o datos que no corresponden, fecha FUN y de corrección como son los códigos de UPGD, tipo de UPGD, tipo de documento, nombres y apellidos, fechas de nacimiento la importancia de conservar el formato (listas despegables por cada variable) que se solicita en la base de datos, así como la utilización de los desplegables propios del formato. Se les socializa la importancia de diligenciar las direcciones de manera correcta y cuando son de municipios aledaños la especificación de este. Se les solicita llenar el 100%

DESARROLLO

de las variables de manera correcta y resaltando el uso adecuado del formato para garantizar calidad en el trabajo y no se vean afectados en las diferentes asistencias técnicas.

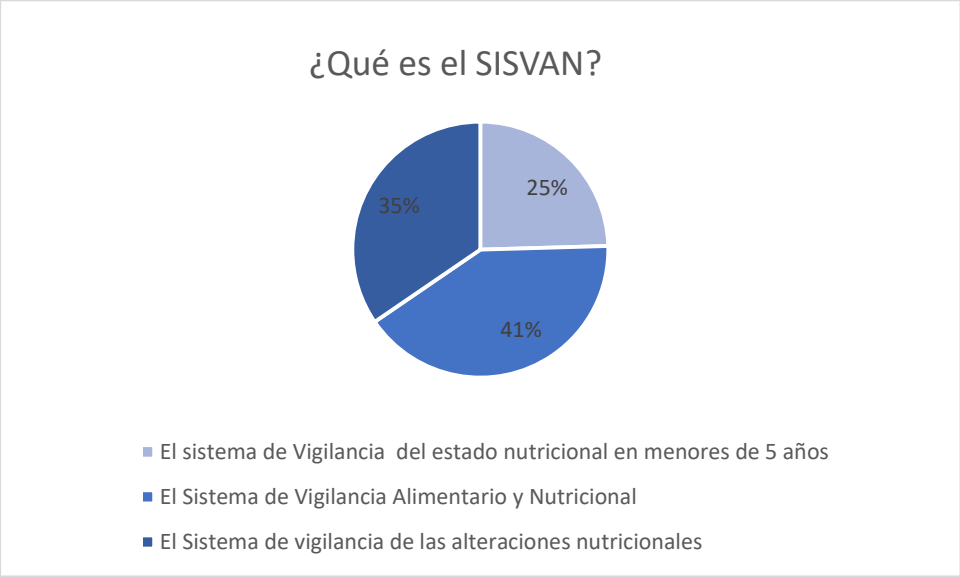
UNIDAD DE ANALISIS TEMATICA CENTRAL VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL – SISVAN

Para el desarrollo de la unidad de análisis se realizó pre test y postes el cual conto con la participación de 110 personas para el desarrollo del pre test y 108 personas para el pos test en donde se realizó su aplicación, mediante el instrumento con el fin de identificar conocimientos previos del subsistema y respecto a las resoluciones que se adoptan para el cumplimiento de las acciones dentro de la UPD como la resolución 2350 de 2020. A continuación, se muestra los resultados obtenidos.

Pre test

Pregunta 1. ¿Qué es el SISVAN?

Grafica 2. Pregunta 1 Pre test Temática Central COVE Local SISVAN



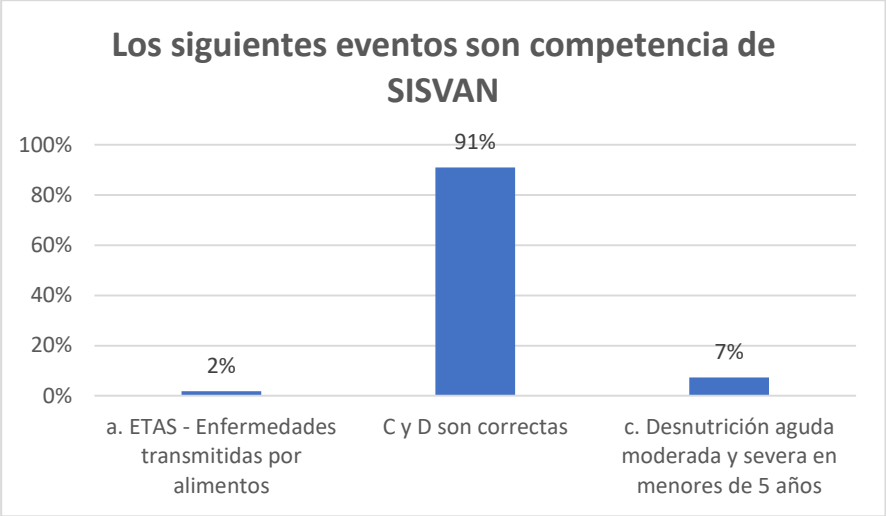
Fuente Instrumento SISVAN COVE Local Temática Central SISVAN enero 2024

Del total de los participantes el 41% (n=45) respondieron de manera correcta a la pregunta y el restante el 59% (n=65) respondieron de manera incorrecta.

Pregunta 2. Los siguientes eventos son competencia de SISVAN

DESARROLLO

Grafica 3. Pregunta 2 Los siguientes eventos son competencia de SISVAN



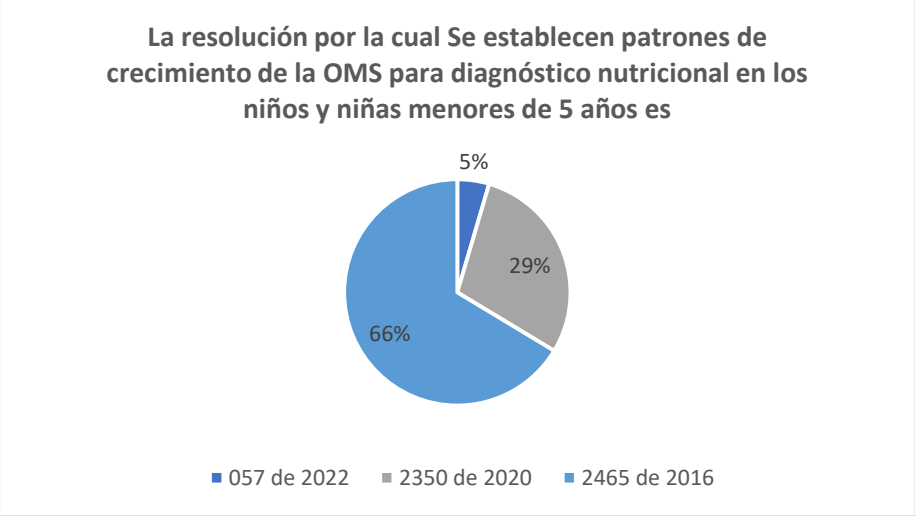
Fuente Instrumento SISVAN COVE Local Temática Central SISVAN enero 2024

Se encuentra que el 91% (n=100) responden de manera asertiva donde se menciona que los eventos de Vigilancia por SISVAN corresponden a Desnutrición aguda moderada (evento 113) y Mortalidad en menores de 5 años asociada a desnutrición aguda severa en menores de 5 años (evento 991-1). Mientras que el 9% (n= 10) responden de manera incorrecta.

Pregunta 3. La resolución por la cual Se establecen patrones de crecimiento de la OMS para diagnóstico nutricional en los niños y niñas menores de 5 años es:

Grafica 4. La resolución por la cual Se establecen patrones de crecimiento de la OMS para diagnóstico nutricional en los niños y niñas menores de 5 años es:

DESARROLLO

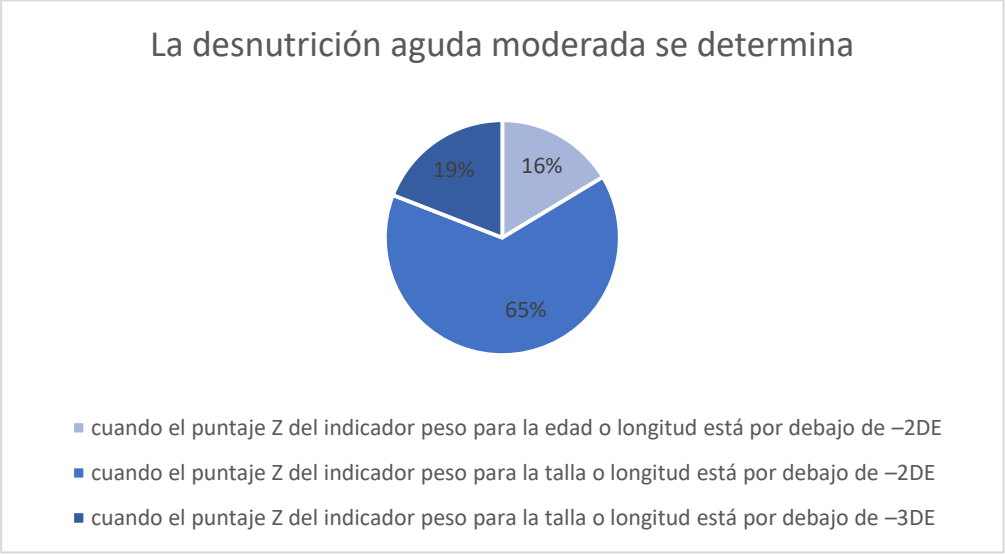


Fuente Instrumento SISVAN COVE Local Temática Central SISVAN enero 2024

A la pregunta formulada, el 66% (n=73) responde de forma correcta, mientras el 34% (n=37) proporciona una respuesta incorrecta.

Pregunta 4. La desnutrición aguda moderada se determina

Grafica 5. La desnutrición aguda moderada se determina



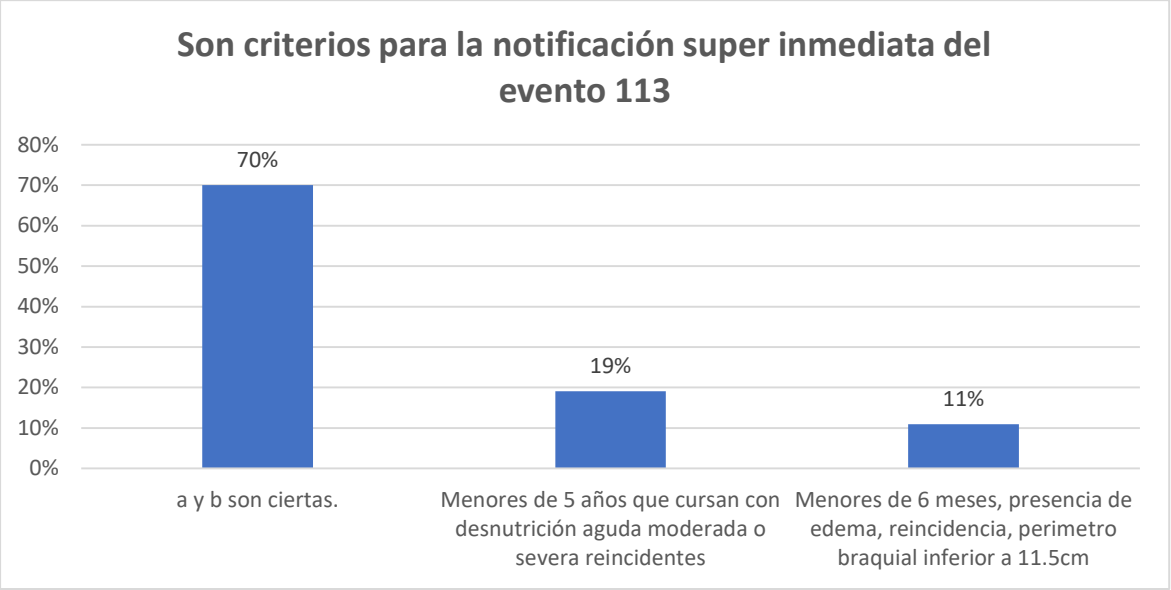
Fuente Instrumento SISVAN COVE Local Temática Central SISVAN enero 2024

Respecto al indicador para el diagnóstico de la desnutrición aguda el 65% (n=71) de los participantes identifican de manera correcta el z-score de referencia y el 35% (n=39) responden de manera incorrecta.

DESARROLLO

Pregunta 5. Son criterios para la notificación súper inmediata del evento 113

Grafica 6. Son criterios para la notificación súper inmediata del evento 113



Fuente Instrumento SISVAN COVE Local Temática Central SISVAN enero 2024

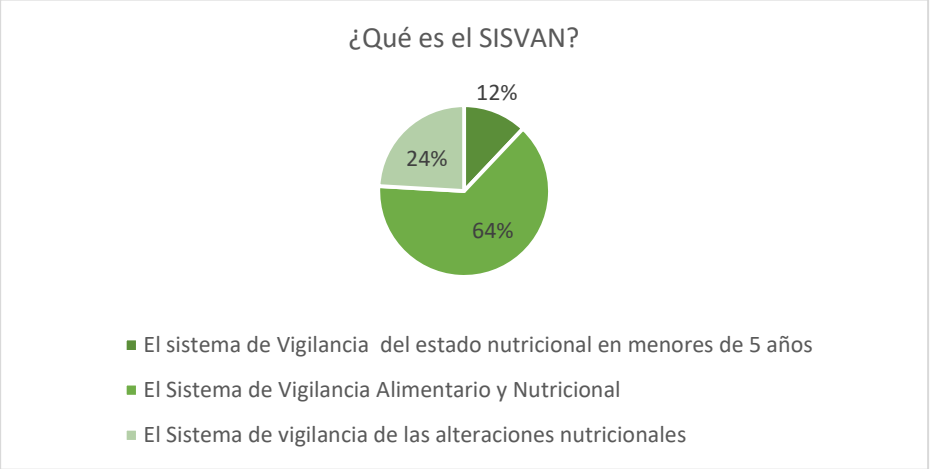
Respecto a los criterios para realizar la notificación súper inmediata del evento 113, el 70% (=77) contesta de forma correcta, refiriendo que todo Menores de 5 años que cursan con desnutrición aguda moderada o severa reincidentes y Menores de 6 meses, presencia de edema, reincidencia, perímetro braquial inferior a 11.5cm se deberán notificar de forma súper inmediata; el 23% (n=33) descartaron algunas de las condiciones presentada

Pos test

Pregunta 1. ¿Qué es el SISVAN?

DESARROLLO

Grafica 7. Pregunta 1 Pre test Temática Central COVE Local SISVAN



Fuente Instrumento SISVAN COVE Local Temática Central SISVAN enero 2024

Del total de los participantes el 64% (n=69) respondieron de manera correcta a la pregunta y el restante el 36% (n=39) respondieron de manera incorrecta; se evidencia mayor claridad en la comprensión de la definición del SISVAN.

Pregunta 2. Los siguientes eventos son competencia de SISVAN

Grafica 8. Pregunta 2 Los siguientes eventos son competencia de SISVAN

Fuente Instrumento SISVAN COVE Local Temática Central SISVAN enero 2024

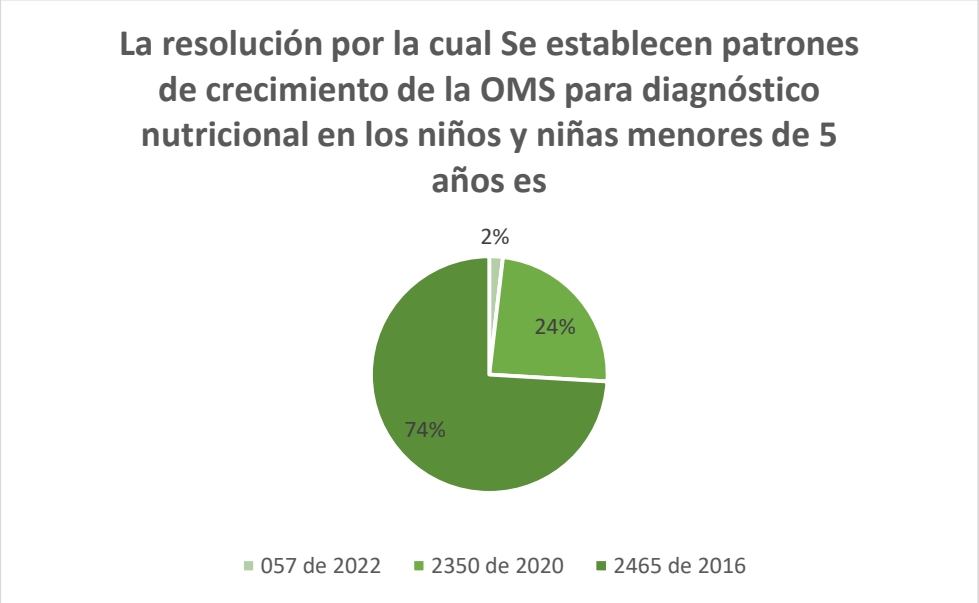
Se encuentra que el 97% (n=105) responden de manera asertiva donde se menciona que los eventos de Vigilancia por SISVAN corresponden a Desnutrición aguda moderada (evento 113) y Mortalidad en menores de 5 años

DESARROLLO

asociada a desnutrición aguda severa en menores de 5 años (evento 991-1). Mientras que el 3% (n= 3) responden de manera incorrecta.

Pregunta 3. La resolución por la cual Se establecen patrones de crecimiento de la OMS para diagnóstico nutricional en los niños y niñas menores de 5 años es:

Grafica 9. La resolución por la cual Se establecen patrones de crecimiento de la OMS para diagnóstico nutricional en los niños y niñas menores de 5 años es:



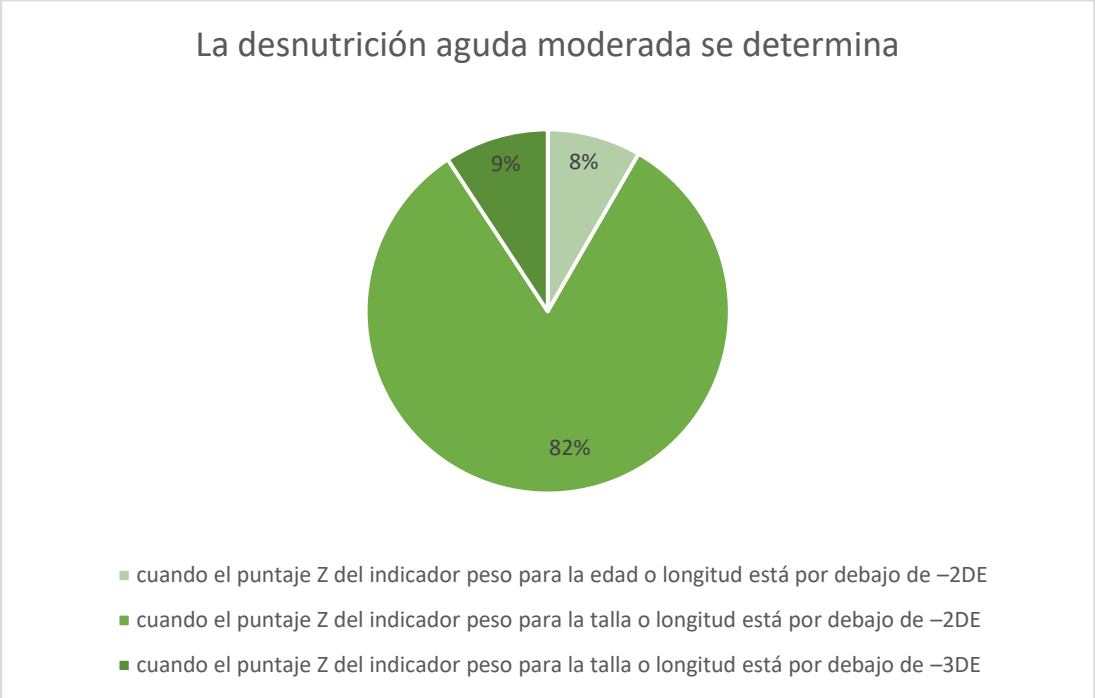
Fuente Instrumento SISVAN COVE Local Temática Central SISVAN enero 2024

A la pregunta formulada, el 74% (n=80) responde de forma correcta, mientras el 26% (n=28) proporciona una respuesta incorrecta; Se evidencia que mayor número de participantes afianzan la normativa correspondiente.

Pregunta 4. La desnutrición aguda moderada se determina

DESARROLLO

Grafica 10. La desnutrición aguda moderada se determina

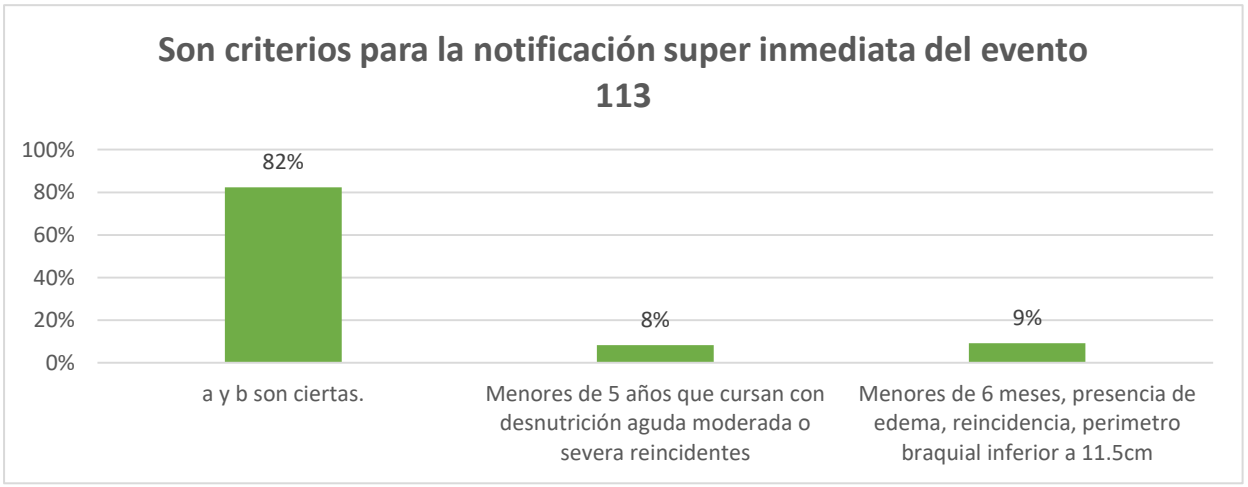


Fuente Instrumento SISVAN COVE Local Temática Central SISVAN enero 2024

Respecto al indicador para el diagnóstico de la desnutrición aguda el 82% (n=89) de los participantes identifican de manera correcta el z-score de referencia y el 11% (n=19) responden de manera incorrecta; en esta pregunta se identifica que hubo afianzamiento del criterio para el diagnóstico de la desnutrición aguda.

Pregunta 5. Son criterios para la notificación súper inmediata del evento 113

Grafica 11. Son criterios para la notificación súper inmediata del evento 113



Fuente Instrumento SISVAN COVE Local Temática Central SISVAN enero 2024

DESARROLLO

Respecto a los criterios para realizar la notificación súper inmediata del evento 113, el 82% (=89) contesta de forma correcta, refiriendo que todo Menores de 5 años que cursan con desnutrición aguda moderada o severa reincidentes y Menores de 6 meses, presencia de edema, reincidencia, perímetro braquial inferior a 11.5cm se deberán notificar de forma súper inmediata; el 23% (n=19) descartaron algunas de las condiciones presentadas.

3. Salud Sexual Y Reproductiva: Resultados De Unidades De Análisis Distritales De Eventos SSR-SMI Cuarto Trimestre 2023

Objetivo:

Socializar resultados de acciones de demoras frente a la atención en salud, dejadas en las unidades de análisis para eventos de SSR SMI realizadas por SDS, con residencia en las localidades de la Subred Sur occidente (Kennedy, Bosa, Puente Aranda y Fontibón) a solicitud de SDS e Instituto Nacional de Salud.

La finalidad de la socialización en espacios de articulación con las diferentes UPGD de la Subred Sur Occidente, es dar a conocer los errores frecuentes comunes, que se identifican en las unidades de análisis distritales, los cuales buscan ser una herramienta de análisis para la detección de problemas y generación de estrategias para corregir dichos errores.

Durante el periodo de octubre a diciembre del año 2023, se convocaron 3 unidades de análisis distritales relacionadas con eventos de Salud Materno infantil, con ocurrencia en localidades de abordaje de la Subred Sur Occidente.

Caracterización de los casos:

Tabla 1. Eventos de SSR SMI analizados a nivel distrital, en el periodo octubre a diciembre 2023.

Evento	Casos
Mortalidad Perinatal	2
Mortalidad Materna	1

Fuente: Cronograma unidades de análisis distrital, secretaria Distrital de Salud, periodo octubre-diciembre 2024.

DESARROLLO

De los eventos analizados en el periodo están asociados con Salud materno infantil, y corresponden a eventos de Mortalidad; Perinatal y Materna.

Con ocurrencia en USS Occidente de Kennedy (2 casos) y Nueva Clínica Magdalena (1 caso), y de residencia dos casos para la localidad Kennedy y un caso para la localidad de Puente Aranda. Afiliación a EAPB Capital Salud (2 casos) y EAPB Compensar (1 caso)

- **Caracterización de los casos Mortalidad Perinatal:**

Tabla 2. Aspectos principales de caso analizado, evento Mortalidad Perinatal EAPB Capital Salud.

Mortalidad Perinatal
EAPB Capital Salud
Ocurrencia: USS Occidente Kennedy
Causa Básica de Muerte: Apnea del RN
Edad Madre 27 años
CPN 8 - Inicia 16 semanas

Fuente: Acta final unidad de análisis distrital, secretaria Distrital de Salud, periodo octubre-diciembre 2024.

Caso que corresponde a hijo de madre joven de 27 años, atendida en USS Kennedy, donde se identifica que la madre inicia CPN a las 16 semanas de manera tardía, sin embargo, asiste a 8 CPN. En la unidad de análisis se concluye causa de muerte: Apnea del RN.

Tabla 3. Aspectos principales de caso analizado, evento Mortalidad Perinatal EAPB Compensar.

Mortalidad Perinatal
EAPB Compensar
Ocurrencia: Nueva Clínica Magdalena
Causa Básica de Muerte: Fetopatía diabética
Edad Madre 37 años
CPN 7 - Inicia 12 semanas

Fuente: Acta final unidad de análisis distrital, secretaria Distrital de Salud, periodo octubre-diciembre 2024.

DESARROLLO

Caso que corresponde a hijo de madre de 37 años, con antecedentes de Diabetes Gestacional, atendida en Nueva Clínica Magdalena, donde se identifica que la madre inicia CPN a las 12 semanas de manera temprana, asiste a 8 CPN. En la unidad de análisis se concluye causa de muerte: Fetopatía diabética.

- **Caracterización del caso Mortalidad Materna:**

Tabla 4. Aspectos principales de caso analizado, evento Mortalidad Materna EAPB Capital Salud.

Mortalidad Materna
EAPB Capital Salud
Ocurrencia: USS Occidente Kennedy
Causa Básica de Muerte: Hemorragia Post Parto
Edad Madre 29 años
CPN 7 - Inicia 16 semanas

Fuente: Acta final unidad de análisis distrital, secretaria Distrital de Salud, periodo octubre-diciembre 2024.

Caso corresponde a gestante de 29 años, que inicia CPN de manera tardía a la semana 16, con CPN 7, atendida en USS Kennedy, con causa de muerte: Hemorragia Post Parto, paciente con código rojo y fallece.

Al contrastar los resultados finales de las unidades análisis distritales, se encuentran en común las siguientes demoras:

- **Competencias Institucionales**

- Baja adherencia a guías y protocolos de atención a Gestantes
- Guía de atención prenatal
- Guía de atención del parto
- (No se realiza notificación de evento MME / Defecto congénito)
- Guía de atención del menor con bajo peso al nacer

- **Inadecuado diligenciamiento de HC (por parte del equipo de atención)**

- **Competencias del individuo**

DESARROLLO

- **Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud**

- **Dificultades en la Articulación EAPB – IPS**

-No se realiza un abordaje integral a la mujer en edad fértil para ser derivada a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud
-Fallas en seguimiento a usuarias, no se evidencian acciones de demanda inducida (Demanda inducida a Gestantes de Alto riesgo)
-Fallas en la oferta de métodos anticonceptivos
-No oferta de consulta preconcepcional a mujer en etapa fértil

Recomendación:

- Fortalecer los canales de comunicación con el usuario, con espacios de verificación de información, que garanticen la claridad que tienen los usuarios frente a las indicaciones clínicas dadas.
- Generar estrategias de fortalecimiento para la demanda inducida a mujeres en edad fértil, gestantes y niños menores de un año y hacer seguimiento continuo a estas estrategias.
- Realizar espacios de inducción y reinducción en las guías de atención de acuerdo a la población y tipo de servicio de salud que presta la institución, lo anterior como ejercicio continuo de fortalecimiento técnico.
- Realizar ejercicio de auditoría interna que den cuenta de la mejora en los registros clínicos con calidad y pertinencia.

4. Urgencias Y Emergencias

Objetivo: Brindar información acerca de las alertas nacionales e internacionales identificadas en el boletín epidemiológico de la semana 52.
Compromiso: Realizar notificación oportuna ante la identificación de eventos de interés en salud pública para su pertinente atención.

DESARROLLO

Recomendación: Realizar correlación clínica y verificación de nexo epidemiológico al momento de notificar algún evento de interés en salud pública.

ALERTAS NACIONALES

- **Brote de hepatitis A en población de interés especial para la salud pública (población privada de la libertad), Risaralda, 28 de diciembre de 2023:** Brote con ocurrencia en un establecimiento carcelario de Risaralda, identificado el 8 de diciembre de 2023 en población privada de la libertad, con fecha de inicio de síntomas del caso índice el 28 de noviembre y e donde se han confirmado por laboratorio cuatro (4) casos de un total de 927 personas expuestas, para una tasa de ataque del 0,43 %.
- **Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en población de interés especial para la salud pública (población privada de la libertad), Boyacá, 29 de diciembre de 2023:** Brote con ocurrencia en establecimiento carcelario de Boyacá, con fecha de inicio el 23 de diciembre de 2023 e identificación el 27 de diciembre. Se han identificado 14 casos de un total de 520 personas expuestas para una tasa de ataque del 2,7 %; no se han registrado hospitalizaciones, ni muertes.
- **Actualización de focos de influenza altamente patógena subtipo A(H5N1) en animales en Colombia, 28 de diciembre de 2023:** Entre 2022 y 2023 el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) ha notificado 52 focos de influenza altamente patógena (IAP) en aves de traspatio (48) y en aves silvestres (4); en Córdoba (23), Nariño (8), Chocó (7), Cartagena (5), Sucre (5), Cauca (3) y Magdalena (1). Desde octubre de 2023, se han notificado 13 focos de IAP ubicados en Bolívar (5), Magdalena (5), Atlántico (2) y Nariño (1)

ALERTAS INTERNACIONALES

- **Encefalitis Equina del Oeste (EEO) en Argentina. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 28 de diciembre de 2023:** El 20 de diciembre se notificó a la OMS un caso humano de infección por EEO procedente de la provincia de Santa Fe. Este es el primer caso humano de EEE notificado después de más de dos décadas, ya que los últimos casos notificados en humanos en Argentina ocurrieron en 1982/1983 (asociado a un brote en equinos) y 1996 (un caso aislado basado en hallazgos clínicos y serológicos, pero sin que se detectaran casos equinos). El paciente inició síntomas el 19 de noviembre de 2023 consistentes con cefalea, mialgia, mareos, desorientación y fiebre repentina; desde el 24 de noviembre de 2023, el paciente recibió atención médica, requiriendo ventilación mecánica durante 12 días, y fue dado de alta el

DESARROLLO

20 de diciembre. Como antecedente de exposición importante, el paciente es un trabajador rural de una zona donde previamente se habían identificado focos de EEO en equinos.

ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS

Definición Operativa De Caso:

- Brote ETA: Episodio en el cual dos o más personas presentan enfermedad similar después de ingerir alimentos, incluida agua, del mismo origen y donde la evidencia epidemiológica o el análisis del laboratorio implica a los alimentos y/o al agua como vehículo de esta.

Notificación Inmediata

Brote que involucre poblaciones como centros penitenciarios, hogares geriátricos, instituciones educativas ya sea públicas o privadas, hogares comunitarios, batallones, policía, resguardo indígena, hoteles, restaurantes, servicios de alimentación en casinos, ventas ambulantes, hogares de paso, eventos masivos y en general congregación de personas.

Brotes donde estén involucrados alimentos con alto volumen de comercialización, por ejemplo, leche, derivados lácteos, agua envasada.

Intervención Epidemiológica De Campo

- La investigación epidemiológica de campo se realizará bajo los siguientes lineamientos.
- Identificar el agente, la fuente y el modo de transmisión
- Determinar los grupos de población expuestos.
- Establecer la magnitud del problema (tasa de ataque)
- Recomendar e implementar medidas para controlar el brote y prevenir la aparición futura de eventos similares.
- Comunicar el riesgo a la población.

Caso Confirmado: Cuando se encuentra asociación entre la sintomatología presentada y consumo de alimentos en común.

Caso Descartado: La sintomatología presentada no está asociada a consumo de alimentos.

5. Receso

DESARROLLO

6. Sivigila Indicadores

Tableros De Indicadores Localidad De Bosa

Tabla 5. Cumplimiento En La Entrega Del Reporte Semanal Sivigila 4.0 SEM_ 52 2023 Subred 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	1	1	4	4	100%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	1	3	4	4	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	2	2	0	4	4	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	2	1	0	3	4	75%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	2	2	0	4	4	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	2	2	4	4	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	1	2	0	4	4	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	4	0	4	4	100%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	1	2	4	4	100%
OCTAVIO REYES QUIN	1	3	0	4	4	100%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	1	3	0	4	4	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	2	2	0	4	4	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	1	2	1	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	2	2	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	2	1	1	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	2	2	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	2	0	2	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	2	0	2	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	2	0	2	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	1	2	1	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	2	2	0	4	4	100%
ALFREDO CASTAÑO HERNANDEZ	0	3	1	4	4	100%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	0	4	0	4	4	100%
HOSPITAL DE BOSA	0	2	0	2	2	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 52 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

Tabla 6. Porcentaje De Silencio Epidemiológico Acumulado SEM_ 52 2023 - Subred 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%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	1	25%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	0%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	0	0%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0%
OCTAVIO REYES QUIN	0	0%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	0	0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	0	0%
ALFREDO CASTAÑO HERNANDEZ	0	0%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	0	0%
HOSPITAL DE BOSA	0	0%

Fuente: Bases Sivigila SE 52 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

Tabla 7. Cumplimiento Acumulado De La Notificación Sivigila Escritorio SEM_ 52 2023 - Subred 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%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	94%	6%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	100%	0%	0%	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	92%	8%	0%	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	100%	0%	0%	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	98%	2%	0%	100%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	98%	2%	0%	100%
OCTAVIO REYES QUIN	98%	2%	0%	100%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	100%	0%	0%	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	96%	2%	2%	98%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	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 NUEVAS DELICIAS	64%	37%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	100%	0%	0%	100%
ALFREDO CASTAÑO HERNANDEZ	100%	0%	0%	100%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	100%	0%	0%	100%
HOSPITAL DE BOSA	100%	0%	0%	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 52 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

Tabla 8. Desagregación De Eventos Individuales Notificados -Clasificación Inicial De Caso Acumulado SEM_ 52 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
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	0	0	0	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	87	34	0	36	17	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	73	37	2	11	23	0
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	0	0	0	1	0
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	8	4	0	0	4	0
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	159	113	2	6	38	0
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	0	0	0
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	0	0	0	0
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	0	0	0
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	208	131	0	65	12	0
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	4	3	0	0	1	0
GEORGE RENE NOEL CORONADO	1	0	0	1	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	1646	814	99	146	577	10
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	803	234	130	40	399	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	158	135	0	13	10	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	27	6	0	12	9	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	70	61	0	5	4	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	74	62	0	5	7	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	28	28	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	58	29	0	13	16	0
ALFREDO CASTAÑO HERNANDEZ	0	0	0	0	0	0
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	200	139	5	11	44	1
HOSPITAL DE BOSA	6	0	0	2	4	0

Fuente: Bases Sivigila SE 52 Subred Suroccidente

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

DESARROLLO

Tabla 9. Oportunidad En La Notificación Semanal Acumulado SEM_ 52 2023 Localidad de 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%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	NA
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	51	47	92%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	36	35	97%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	1	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	3	3	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	38	35	92%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	71	59	83%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	1	1	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	1	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	559	558	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	429	425	99%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	18	17	94%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	21	19	90%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	6	6	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	8	8	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	22	22	100%
ALFREDO CASTAÑO HERNANDEZ	0	0	NA
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	50	49	98%
HOSPITAL DE BOSA	3	3	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 52 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

Tabla 10 Oportunidad En La Notificación Inmediata Acumulado SEM_ 52 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
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	NA
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	NA
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	36	34	94%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	37	32	86%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	NA
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	5	5	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	120	96	80%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	136	111	82%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	3	3	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	1075	935	87%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	374	351	94%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	140	128	91%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	6	6	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	64	40	63%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	66	60	91%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	28	27	96%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	36	30	83%
ALFREDO CASTAÑO HERNANDEZ	0	0	NA
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	149	108	72%
HOSPITAL DE BOSA	3	3	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 48Subred 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

DESARROLLO

Tabla 11 Oportunidad En El Ajuste De Casos/ Cumplimiento En El Ajuste De Caso Acumulado SEM_ 52 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
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	34	0	0	0	0	0	0	0	100%	34	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	39	4	0	0	0	0	4	0	100%	35	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	4	2	0	0	0	0	2	0	100%	2	50%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	115	6	0	0	0	0	6	0	100%	109	67%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	131	0	0	0	0	0	0	0	100%	131	
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	3	0	0	0	0	0	0	0	100%	3	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	913	98	5	1	0	2	106	2	100%	805	94%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	364	126	2	2	0	0	130	0	100%	234	97%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	135	0	0	0	0	0	0	0	100%	135	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	6	0	0	0	0	0	0	0	100%	6	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	61	0	0	0	0	0	0	0	100%	61	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	62	0	0	0	0	1	1	0	100%	61	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	28	0	0	0	0	0	0	0	100%	28	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	29	0	0	0	0	0	0	0	100%	29	
ALFREDO CASTAÑO HERNANDEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	144	2	3	0	0	0	5	0	100%	139	80%
HOSPITAL DE BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	

Fuente: Bases Sivigila SE 52 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 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.

DESARROLLO

Tabla 12 Cumplimiento Y Calidad En El Ingreso De Laboratorios De Los Eventos Confirmados Por Laboratorio SEM_ 52 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
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	1	1	100,0%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	36	36	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	9	8	88,9%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	0	
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	6	6	100,0%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	60	57	95,0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	1	0	0,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	146	145	99,3%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	39	39	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	13	13	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	11	11	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	5	5	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	4	4	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	13	13	100,0%
ALFREDO CASTAÑO HERNANDEZ	0	0	
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	14	14	100,0%
HOSPITAL DE BOSA	2	2	100,0%

Fuente: Bases Sivigila SE 52 Subred Suroccidente

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

DESARROLLO

NOTIFICACION SIVIGILA 4.0 Y ESCRITORIO

a. Antes de 12 m semanal: todos los lunes inmediatos: todos los días.
b. se solicita enviar pantallazo de soporte de notificación Sivigila 4.0 que incluya hora y fecha
c. la notificación a nivel distrital cambio, de esta manera **los martes no se recibirán notificaciones**, y quienes no cumplan con él envió el lunes hasta las 12 del mediodía generaran silencio epidemiológico.
d. Desde la subred se realizará **requerimiento inmediato** a todas las UPGD que no reporten eventos de interés en salud pública por semana epidemiológica – silencio epidemiológico- (se hará búsqueda activa institucional – BAI - Acta de seguimiento) dado el incumplimiento de oportunidad en la notificación.
e. Una notificación **tardía** (después de las 12 M) es considerada Notificación en **SILENCIO en** SIVIGILA 4.0 Y ESCRITORIO
f. se oficiará los silencios en SIVIGILA 4.0, Y en la asistencia técnica periódica se evaluará los silencios reiterativos dejando Plan de Mejora. Recuerde que si presento silencio, inoportunidad o error en carga de archivos en 4,0 se le citara a reunión virtual obligatoria en el transcurso de la semana con el grupo técnico

Semana epidemiológica

a. Se recuerda que la semana epidemiológica es de domingo a sábado, de acuerdo a lo anterior la notificación semanal se debe realizar de acuerdo al horario de prestación de servicios de la institución,
b. Si tienen consultas los días sábados se debe notificar hasta terminarlas, en los casos que atienden urgencias solo se podrá notificar hasta el domingo o lunes antes de mediodía. Recuerden por favor que ahora se está validando fecha y hora de carga al SIVIGILA 4.0 y del envío del correo de la localidad, por parte de la secretaria de salud e INS.

Actualizador Sivigila

El 11-01-2024 el INS desplegó el actualizador Sivigila escritorio:
ActualizacionSivigila_2018_6_5_0_KB00089 Autom 3.rar

Incorpora las siguientes novedades:
-Activación de las variables en la ficha de datos básicos evento 346: Hospitalización, fecha de hospitalización, Condición final muerto, Fecha de defunción, certificado de defunción
Link para la descarga del actualizador escritorio:

DESARROLLO

https://portalsivigila.ins.gov.co/descarga-de-aplicativo-sivigila

Novedades Notificación SVIIGLA

por direccionamiento de la secretaria distrital de salud a todas las UPGD, que a las 11:00am no han notificado se enviara un correo electrónico a las 11:30am solicitando la notificación

Tabla 13 Errores De Carga Sivigila 4.0 – Semana 48 Localidad De Bosa

Código UPGD	INSTITUCIÓN	LOCALIDAD	Falla	Fecha inicial carga	Archivo cargado	Fecha final carga		Error
110011192005	CENTRO DE EXCELENCIA PARA EL MANEJO DE LA DIABET	BOSA	['' El archivo con nombre 110011192005_48.zip ya fue cargado anteriormente''	04/12/2023 07:33.00	110011192005_48.zip	04/12/2023 07:33.00	48	Error de carga
110012090501	LILIANA PATRICIA TORRES OVALLE	BOSA	['' El archivo con nombre 110012090501_46.zip ya fue cargado anteriormente''	04/12/2023 09:14.44	110012090501_46.zip	04/12/2023 09:14.44	46	Error de carga/Otras Semanas
110013858401	LUIS RAMON CRUZ FERIA	BOSA	['' El archivo con nombre 110013858401_48.zip ya fue cargado anteriormente''	01/12/2023 10:51.40	110013858401_48.zip	01/12/2023 10:51.40	48	Error de carga
110010522801	ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	BOSA	['' El archivo con nombre 110010522801_48.zip ya fue cargado anteriormente''	04/12/2023 13:16.55	110010522801_48.zip	04/12/2023 13:16.55	48	Error de carga/Tardio
110010522801	ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	BOSA	['' El archivo con nombre 110010522801_48.zip ya fue cargado anteriormente''	04/12/2023 13:11.40	110010522801_48.zip	04/12/2023 13:11.40	48	Error de carga/Tardio
110013029641	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CABAÑAS	BOSA	['' El archivo con nombre 110013029641_47.zip ya fue cargado anteriormente''	01/12/2023 07:07.08	110013029641_47.zip	01/12/2023 07:07.08	47	Error de carga/Otras Semanas
110011292801	WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	BOSA	['' El archivo con nombre 110011292801_48.zip ya fue cargado anteriormente''	02/12/2023 08:54.14	110011292801_48.zip	02/12/2023 08:54.14	48	Error de carga
110011292801	WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	BOSA	['' El archivo con nombre 110011292801_48.zip ya fue cargado anteriormente''	02/12/2023 08:54.14	110011292801_48_XLS.zip	02/12/2023 08:54.14		Error de carga
110013632701	WILSON ALBERTO ROJAS FARIAS	BOSA	['' El archivo con nombre 110013632701_48.zip ya fue cargado anteriormente''	04/12/2023 11:28.41	110013632701_48.zip	04/12/2023 11:28.41	48	Error de carga

Fuente: Base Sivigila SE 48, Subred suroccidente 2023

Tabla 14 Errores De Carga Sivigila 4.0 – Semana 51 Inmediata, Localidad De Bosa

Código UPGD	UPGD	LOCALIDAD	Fecha inicial carga	Archivo cargado	Fecha final carga	Registr	Sem_carga	Error
110013029654	HOSPITAL DE BOSA	BOSA	20/12/2023 14:29.52	110013029654_49_INMEDIATA.zip	20/12/2023 14:29.52	2	49	Otras semanas
110013029654	HOSPITAL DE BOSA	BOSA	20/12/2023 14:29.36	110013029654_49_INMEDIATA.zip	20/12/2023 14:29.36	0	49	Error de carga/Otras semanas
110013029654	HOSPITAL DE BOSA	BOSA	20/12/2023 14:27.09	110013029654_49_INMEDIATA_XLS.zip	20/12/2023 14:27.09	0		Error de carga
110013029654	HOSPITAL DE BOSA	BOSA	20/12/2023 14:25.21	110013029654_49_INMEDIATA_XLS.zip	20/12/2023 14:25.21	0		Error de carga

Fuente: Base Sivigila SE 51, Subred suroccidente 2023

NOVEDADES SIVIGILA WEB 4.0

Desde el 24 de abril entra en disposición **del módulo de captura en línea de Sivigila 4.0** para los eventos de interés de interés en salud pública, esto permitirá mejorar la oportunidad en la captación de los casos y por ende la posibilidad de generar alertas y tomar medidas de control más efectivas en su entidad territorial.

EVENTOS AUTORIZADOS - CAPTURA EN LÍNEA

EVENTOS CON DATOS BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS

1. 113 - Desnutrición aguda en menores de 5 años
2. 348 – IRAG inusitado
3. 210 – Dengue

DESARROLLO

4. 220 – Dengue grave
5. 580 – Mortalidad por Dengue
6. 465 – Malaria
7. 880 – Viruela Símica
8. 452 – Lesiones por AE
9. 365 – Intoxicaciones
10. 591 – Mortalidad integrada en menores de 5 años
11. 342 – Enfermedades Huérfanas
12. 900 – Evento individual sin establecer
13. 740 - Sífilis congénita
14. 750 - Sífilis gestacional
15. 345 - ESI - IRAG (Vigilancia Centinela)
16. 230- Difteria
17. 710 – Rubeola
18. 730 – Sarampión
19. 549 – Morbilidad materna extrema
20. 610 – Parálisis Flácida Aguda
21. 420 - Leishmaniasis cutánea
22. 430 - Leishmaniasis Mucosa
23. 440 - Leishmaniasis Visceral
24. 670 – Rabia Humana
25. 560 - Mortalidad perinatal y neonatal tardía
26. 352 - Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico - Individual
27. 100 - Accidente ofídico (24/10/2023)
28. 535 - Meningitis Bacteriana Y Enfermedad Meningocócica (24/10/2023)
29. 800 - Tos Ferina
30. 205 - Chagas
31. 217 - Chikungunya
32. 300 - Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia
33. **200- Cólera**
34. **450- Lepra**
35. **453- Lesión de causa externa**
36. **720- Síndrome de rubeola congénita**

DESARROLLO

37. **760-Tetanos Accidental**

EVENTOS CON SOLO DATOS BÁSICOS

38. 250 – Encefalitis Del Nilo Occidental En Humanos
39. 270 - Encefalitis Equina Del Oeste En Humanos
40. 275 - Encefalitis Equina Del Este En Humanos
41. 290 - Encefalitis Equina Venezolana En Humanos
42. 295 - Enfermedades De Origen Priónico
43. 320 - Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea
44. 330 - Hepatitis A
45. 346 – IRA por virus nuevo
46. 551 - Mortalidad Materna - Datos Básicos
47. 620 – Parotiditis
48. 630 - Peste (Bubónica/Neumónica)
49. 780 - Tifus Epidémico Transmitido Por Piojos
50. 790 - Tifus Endémico Trasmitido Por Pulgas
51. 831 - Varicela Individual

EVENTOS COLECTIVOS

52. 901 – Evento colectivo sin establecer
53. 998 – EDA Colectivo
54. 830 – Varicela colectivo
55. 621 – Parotiditis colectivo
56. 362 - Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico

Se realiza la implementación para la captura en línea:

- Activación de las variables en la ficha de datos básicos **evento 346:** Hospitalización, fecha de hospitalización, Condición final muerto, Fecha de defunción, certificado de defunción.

DESARROLLO

Directorio Subred Sur Occidente Localidad De Fontibón

LOCALIDAD	TECNICO	CELULAR	CORREO ELECTRONICO
FONTIBÓN	HENRY ROJAS	3214642175	Tecnicosivigila9@subredsuroccidente.gov.co
APOYO	SANDRA RAMIREZ	3127417511	

7. Transmisibles

Para el año 2023 dentro de las estrategias de vigilancia salud publica la Subred Sur Occidente implemento 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 fortalecieron 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 socializaron los hallazgos y generaron 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.

Se 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.

DESARROLLO

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 XII de 2023, base RUAF, base de IEC, laboratorios de los eventos analizados

Se hizo énfasis en los eventos inmuprevenibles que causan un gran impacto en salud pública, son las enfermedades inmunoprevenibles, aquellas que pueden prevenirse con el uso de las vacunas. Actualmente se ha logrado disminuir la carga de estas enfermedades y la mortalidad en la infancia por la introducción de las vacunas. Se ha conseguido erradicar la viruela, próximamente la poliomielitis y se tienen como objetivo la eliminación del Sarampión. De aquí la importancia de realizar de forma oportuna la vacunación a los niños, niñas, adolescentes y adultos acorde al esquema nacional establecido por la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI). En La Subred Sur Occidente se realiza la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles como: Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Tosferina, Difteria, Meningitis bacteriana y enfermedad Meningocócica, Poliomielitis, Tétanos, Varicela, Hepatitis B.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas.

Los niños necesitan vacunas para protegerse de enfermedades peligrosas debido a que estas pueden presentar complicaciones graves e incluso provocar la muerte. Las vacunas son seguras; son muy seguras; se deben tener precauciones, que son indicadas en el momento de la vacunación. Los riesgos de contraer una enfermedad grave por la no administración de una vacuna, son mucho mayores que el riesgo de la vacuna produzca una reacción peligrosa.

El esquema de vacunación colombiano está avalado por la Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP), Asociación Colombiana de Infectologia (ACIN), La Federación Colombiana de Asociación de Obstetricia y Ginecología (FECOLSAG) y Academia Nacional Colombiana de Medicina.

a. Indicadores síndrome rubeola congénita notificados al Sivigila.

La rubéola es una causa frecuente de exantema y fiebre en la población infantil y su importancia para la salud pública radica en los efectos teratógenos de la primoinfección rubeólica en la mujer embarazada. Luego de una infección durante el primer trimestre del embarazo, el riesgo de aborto espontáneo aumenta aproximadamente en 50 %. Las manifestaciones clínicas del SRC pueden ser transitorias (púrpura), estructurales permanentes (sordera, defectos del sistema nervioso central, cardiopatía congénita o cataratas) o afecciones de aparición

DESARROLLO

tardía (diabetes mellitus). La infección materna antes de la 19ª semana de gestación puede causar sordera neurosensorial, mientras que la catarata y la cardiopatía sólo se producen cuando la infección es anterior a la 9ª semana de gestación.

El síndrome de rubéola congénita (SRC) es una afección que ocurre en un bebé en gestación dentro del útero de una madre infectada con el virus de la rubéola. Las mujeres embarazadas que contraen rubéola están en riesgo de sufrir un aborto espontáneo o un nacimiento sin vida, y sus bebés en gestación corren el riesgo de sufrir defectos de nacimiento graves con consecuencias devastadoras para toda la vida. El síndrome de rubéola congénita puede afectar casi todo en el cuerpo del bebé en gestación. Dentro los estudios realizados se han establecido las **semanas de riesgo en la gestación de riesgo de SRC: Antes de la semana 11se tiene un 90%, entre las semanas 11 – 12 está el 33%, entre las semanas 13 – 14 con un 11% y entre las semanas 15 – 16 es de 24% y después de la semana 16 es de 0%.**

El riesgo absoluto de SRC en los niños nacidos de madres infectadas durante el embarazo varía ampliamente entre los diversos estudios: en parte, refleja la edad de los niños en el momento de la revisión, ya que la sordera se detecta con mayor facilidad luego de los dos años de vida (17). En la tabla 2 se presentan las características del virus de la rubéola y la enfermedad.

Los Los defectos de nacimiento más comunes de este síndrome incluyen: Sordera, Cataratas, Defectos cardiacos, Discapacidades intelectuales, Daño en el hígado o el bazo, Bajo peso al nacer, Sarpullido en la piel al nacer.

Las complicaciones menos comunes pueden incluir: Glaucoma, Daño cerebral, Problemas de tiroides y otros problemas hormonales, Inflamación de los pulmones

Agente etiológico: es un virus RNA que pertenece a la familia Togavirus (*Togaviridae*) y al género *Rubivirus* y no tiene reacción cruzada con otros miembros de la familia.

Modo de transmisión: La mujer embarazada entra en contacto con secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas, por contacto directo con la secreción o a través de gotas expulsadas por una persona enferma al hablar, estornudar o toser. Se estima que de 25 % a 50 % de las infecciones son asintomáticas. En la mujer embarazada durante la viremia, el virus puede infectar la placenta. Al parecer la replicación en la placenta precede a la infección fetal y permite la entrada del virus en la circulación fetal seguida de la infección fetal de los órganos. **Los lactantes con rubéola congénita expulsan grandes cantidades de virus con las secreciones faríngeas y con la orina, y, en consecuencia, son fuente de infección para sus contactos susceptibles**

DESARROLLO

Periodo de incubación: El periodo de incubación es de 14 a 23 días desde el momento de la exposición hasta la aparición de los primeros síntomas. La mayoría presentan el exantema después de 14 a 17 días de haber estado expuesto al virus.

La susceptibilidad es general después que el recién nacido pierde los anticuerpos adquiridos a partir de los anticuerpos maternos. Los **lactantes generalmente permanecen protegidos por los anticuerpos de la madre durante los primeros seis a nueve de meses** de vida. **La inmunidad activa se adquiere por medio de la infección natural o por la vacunación**. La inmunidad activa es duradera, y se ha establecido que se prolonga toda a vida. Ocasionalmente se ha demostrado reinfección. La susceptibilidad es general en poblaciones no vacunadas o que no han sido expuestas al virus. Se estima que en América Latina de 25 % a 30% permanece susceptible. La rubéola congénita depende del número de mujeres en edad fértil susceptibles.

Reservorio: El ser humano es el único huésped natural del virus de la rubéola

DEFINICION OPERACIONAL: importante para la realización de intervenciones establecidas por ficha técnica de la SDS

Caso sospechosos: Menor de 1 año en quien se sospecha SRC debido a: 1. Se le ha detectado una o más de las siguientes anormalidades luego del nacimiento: **defectos cardiacos congénitos, ductus arterioso persistente (documentado), estenosis de arteria pulmonar, cataratas congénitas, retinopatía, sordera, hipoacusia, microcefalia, hepatomegalia, esplenomegalia, púrpura, ictericia persistente asociada a la hiperbilirrubinemia directa;** 2. Existe una historia de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) de la madre durante el embarazo. **Nota: el bajo peso al nacer como único signo no debe ingresar al Sistema de vigilancia como sospecha de SRC**.

Caso confirmado por laboratorio: Todo caso sospechoso de SRC que tenga una de las siguientes pruebas de laboratorio positivas:

- **Demostración de anticuerpo IgM específico para rubéola**,
- **Aumento significativo en los títulos de anticuerpos IgG para rubéola en dos muestras de suero pareadas (fase aguda y convaleciente) tomadas con un mes de diferencia**
- **Detección del virus de rubéola en nasofaringe, orina o suero por PCR o cultivo positivo para virus de rubéola**

DESARROLLO

Caso confirmado clínicamente: Todo caso sospechoso de SRC que no está confirmado por laboratorio y que carece de evidencia de cualquier otra etiología y para el cual no hay una muestra adecuada de suero o para aislamiento viral (se considera una falla de la vigilancia).

Infección por rubeola congénita (IRC): lactantes con anticuerpos IgM anti-rubéola positivos, pero sin hallazgos clínicos de SRC. Estos no son casos de SRC. Sin embargo, el diagnóstico de SRC no será definitivo hasta no haber descartado la sordera mediante algún método confiable (sensibilidad y especificidad elevadas) como los potenciales evocados. Por ello, estos casos deben ser objeto de seguimiento en los consultorios de crecimiento y desarrollo

Caso descartado: Caso sospechoso con una muestra adecuada de suero cuyo resultado ha sido negativo para anticuerpos tipo IgM específicos de rubéola.

Caso importado: Lactante con SRC confirmado cuya madre adquirió la infección por el virus de la rubéola fuera de Colombia, en ausencia de una infección documentada por rubéola, la madre estaba fuera de Colombia durante el periodo en el que pudo haber estado expuesta a la rubéola que afectó a su embarazo (de **23 días antes de la concepción o hasta la semana 24 de gestación**).

Caso relacionado a una importación: Lactante con SRC confirmado cuya madre, según pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesta localmente al virus y formó parte de una cadena de transmisión que se inició con un caso importado.

Los ajustes a la información de casos sospechosos SRC y la clasificación final de los casos se tendrán en cuenta los tiempos de ajustes (8 semanas) para cumplir con los indicadores internacionales. En ocasiones casos con resultado de IgM positivo o dudoso pueden requerir más tiempo para clasificación final.

La clasificación o ajuste final de casos en el aplicativo Sivigila según códigos: Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio, Ajuste 6: caso descartado por laboratorio, Ajuste D: por error de digitación

Notificación superinmediata en el Sivigila 4.0

Para el 2023 en la Subred Sur Occidente la Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome rubeola congénita notificados al Sivigila es de 10,2 por 1000 nacidos vivos. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 195, por localidad se tienen para Kennedy 76 casos, descartado (69), positivos (0), pendientes (7); Fontibón con 30 casos, según clasificación final descartado (25), positivo (0) pendientes (5); Bosa con 69 casos según clasificación descartado (63), positivo (0) pendientes (6); Puente Aranda con un acumulado 20 y clasificación final descartado (17), positivo (0) pendientes (3). (Fuente: SIVIGILA PE XII 2023, RUAF, base

DESARROLLO

de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2023). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas para la clasificación correcto del evento y unidad de análisis para las UPGDs criticas

b. Indicadores de rubeola

La rubéola, es una enfermedad infecciosa, exantemática, viral, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por fiebre, rash máculo-**papular difuso puntiforme**; los niños usualmente presentan pocos o ningún síntoma, pero los adultos pueden presentar **pródromos por 1-5 días de fiebre leve (<39°C), cefalea, malestar general, coriza y conjuntivitis.** Es una enfermedad infecciosa causada por Virus de la rubéola, del género Rubivirus, familia Togaviridae**,** infección exantemática, viral, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por fiebre, rash máculo-papular difuso puntiforme; los niños usualmente presentan pocos o ningún síntoma, pero los adultos pueden presentar pródromos por 1-5 días de fiebre leve, La característica clínica más relevante es la presencia de linfadenopatías pos-auriculares, occipitales y cervicales posteriores y precede al rash en 5-10 días. El exantema tiene máxima intensidad en el segundo día y desaparece hasta el sexto día; no se presenta descamación.

Modo de trasmisión: Contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas, también se describe el contagio por dispersión de partículas virales en el aire de ambientes cerrados y hacinados como reclusiones militares, escuelas, jardines infantiles, clínicas, entre otros. Los niños con SRC albergan gran cantidad de virus en sus secreciones nasofaríngeas y en la orina, y sirven como medio de infección para sus contactos. **Periodo de incubación**: De 14 días, con un rango entre 12 – 23 días. **Periodo de transmisibilidad**: Las personas infectadas con rubéola son más contagiosas cuando presentan la erupción, pero pueden ser contagiosas 7 días antes hasta 7 días después de que aparezca la erupción, 25% a 50% de las infecciones son asintomáticas. **Susceptibilidad**: La susceptibilidad al virus de la rubéola es universal después de la pérdida de los anticuerpos maternos adquiridos a través de la placenta. La inmunidad activa es adquirida por la infección natural o por la vacunación; es usualmente permanente después de la infección natural y tiende a permanecer por largo tiempo, probablemente por toda la vida después de la vacunación. Los hijos de madres inmunes están protegidos por 6 a 9 meses dependiendo de la cantidad de anticuerpos maternos adquiridos. Reservorio: El hombre es el único huésped natural del virus de la rubéola.

Diagnósticos diferenciales: El sarampión y la rubéola se deben diferenciar de otras enfermedades febriles exantemáticas (EFE), síndrome febril ictérico agudo, síndrome febril respiratorio agudo, síndrome febril con manifestaciones neurológicas que presenten fiebre y erupción cutánea. Los principales agentes diferenciales son:

DESARROLLO

roséola, eritema infeccioso, escarlatina, dengue, Chikungunya, Zika, COVID-19 y MIIS-C. **Prevención**: Prevención Se prefiere la vacuna combinada contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (vacuna triple viral o SRP) o el bivalente sarampión rubeola SR.

LABORATORIO: Caso que tiene un resultado positivo para IgM y que en sueros pareados demuestra seroconversión o aumento en el título de anticuerpos IgG, acompañado de un análisis clínico epidemiológico que respalde los resultados del laboratorio. Caso de sarampión o rubéola con un resultado de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) positiva para sarampión o rubéola.

CASO SOSPECHOSO: Caso con presencia de fiebre y erupción máculo-papular o exantema y además presenta alguno de los siguientes síntomas: ▪ Tos o coriza o conjuntivitis ▪ Inflamación de ganglios linfáticos retro auriculares, cervicales u occipitales y artralgias.

CASO CONFIRMADO CLINICAMENTE: Caso sospechoso de sarampión o de rubéola, que, por cualquier motivo, no se investiga completamente y no cuenta con muestra adecuada. Se considera que todo caso confirmado clínicamente representa una falla del sistema de vigilancia epidemiológica.

CASO CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO: Caso sospechoso de sarampión o rubéola que tiene nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

CASO DESCARTADO: Caso sospechoso de sarampión o rubéola que cuenta con una muestra adecuada de suero donde no se detectaron anticuerpos tipo IgM, no se evidencia seroconversión o aumento en el título de anticuerpos IGG en muestras pareadas y no se detectó material genético viral en muestras de hisopado u orina, acompañado de un análisis clínico y epidemiológico que respalde los resultados de laboratorio.

CASO IMPORTADO: Caso confirmado de sarampión o rubéola en una persona con antecedente de viaje a otro país, donde circula uno de estos virus, durante el período de posible exposición (Sarampión: de 7 a 21 días antes del inicio del exantema. Rubéola: de 14 a 23 días antes del inicio del exantema). Para que se confirme la importación de un caso se debe descartar la posibilidad de exposición local a través de secuenciación genómica.

CASO RELACIONADO CON CASO IMPORTADO: Caso confirmado de sarampión o rubéola que, según las pruebas epidemiológicas y virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión originada por un caso importado.

DESARROLLO

TRASMISION ENDEMICA: Transmisión continúa del virus del sarampión o rubéola durante 12 meses o más en e nacional.

CASO ASOCIADO A VACUNACION: Caso sospechoso de sarampión o rubéola que puede clasificarse como descartado pese a demostrar positividad en pruebas serológicas (IgM e IgG) si satisface los siguientes criterios: ▪ El paciente tuvo una enfermedad exantemática, con o sin fiebre, pero no presentó tos u otros síntomas respiratorios que acompañaran al exantema ▪ **El exantema apareció entre 7 a 14 días después de la vacunación ▪ La muestra de sangre, que contenía anticuerpos de IgM específicos, se obtuvo entre ocho y 56 días después de la vacunación ▪ Una minuciosa investigación sobre el terreno no logró detectar un caso índice ni ningún caso secundario**. La investigación práctica y de laboratorio no pudo establecer otras causas (y tampoco se pudo detectar el virus salvaje del sarampión o rubéola mediante pruebas moleculares.

CASO CON FUENTE DESCONOCIDA: Caso confirmado para el cual no se puede establecer un vínculo epidemiológico o virológico relacionado a la importación o transmisión endémica después de una investigación exhaustiva.

Para el 2023 en la Subred Sur Occidente la Tasa de notificación de casos sospechosos de rubeola notificados al Sivigila es de 1,90 por 100000 habitantes. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 46 casos, por localidad se tienen para Kennedy 12 casos, descartado (9), positivos (1), pendientes (2); Fontibón con 12 casos, según clasificación final descartado (9), positivo (0) pendientes (3); Bosa con 19 casos según clasificación descartado (14), positivo (3) pendientes (2); Puente Aranda con un acumulado 3 y clasificación final descartado (2), positivo (0) pendientes (1). (Fuente: SIVIGILA PE XII 2023, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2023). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y una segunda muestra en los casos positivos para la clasificación correcto del evento y unidad de análisis para las UPGDs criticas

C. Indicadores sarampión

El sarampión es una enfermedad eruptiva aguda, sumamente contagiosa causada por un virus **del sarampión pertenece al género Morbillivirus de la familia Paramyxoviridae;** clínicamente se diferencian dos etapas en la enfermedad: la primera, llamada fase prodrómica, pre-exantemática o catarral, se caracteriza por fiebre de 38,5° C a 40,5° C y síntomas de las vías aéreas superiores, tos y coriza (rinorrea), además de una fuerte conjuntivitis; en algunas ocasiones, es posible detectar las llamadas manchas de Koplik, signo característico del sarampión. La segunda fase, llamada exantemática o eruptiva, se presenta al tercer o cuarto día después del

DESARROLLO

inicio de la enfermedad y se refiere a una erupción característica con manchas rojas parduscas, que comienzan en la cara y después se generalizan; dura de cuatro a siete días y a veces termina con una descamación fina.

MODO DE TRANSMISION: Se transmite principalmente por medio de gotitas expulsadas del aparato respiratorio (por ejemplo, al toser o estornudar) o suspendidas en el aire, las cuales entran en contacto con las vías respiratorias superiores o la conjuntiva de una persona susceptible. PERIODO DE INCUBACION: de 7 a 21 días, con un promedio de 14 días desde la exposición hasta la aparición del exantema. PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD: El sarampión puede transmitirse desde cuatro días antes de la aparición del exantema (es decir, de uno a dos días antes del inicio de la fiebre) hasta cuatro días después. La mayor infectividad se produce tres días antes del inicio del exantema. SUSCEPTIBILIDAD: Todas las personas que no han sido inmunizadas adecuadamente o que no han padecido la enfermedad son susceptibles. Los recién nacidos (si su madre ha tenido la enfermedad o ha sido vacunada), suelen ser protegidos por los anticuerpos maternos, pero pierden la inmunidad entre los 5 a 12 meses de edad. Alrededor de 5-10 % de los niños vacunados puede no tener una respuesta inmune adecuada (falla vacunal), por lo que requerirán una segunda dosis para estar protegidos. Se han notificado tasas de ataque entre el 75 % al 80 % entre contactos en el hogar. La eficiencia de la transmisión del sarampión es tal que se han reportado brotes en poblaciones donde sólo entre 3 % y el 7 % de las personas era susceptible. RESERVORIO: El ser humano es el único huésped natural del virus del sarampión.

AJUSTE DE CASOS Los ajustes y clasificación final de los casos se deben realizarse máximo en ocho (8) semanas epidemiológicas desde la notificación del caso, demanda los siguientes tipos de ajuste: Ajuste 3: confirmado por laboratorio, Ajuste 4: confirmado por clínica, Ajuste 5: confirmado por nexo epidemiológico, Ajuste 6: descartado por laboratorio o unidad de análisis , Ajuste D: error de digitación.

Para el 2023 en la Subred Sur Occidente la Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión notificados al Sivigila es de 9,0 por 100000 habitantes. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 217 casos, por localidad se tienen para Kennedy 106 casos, descartado (84), positivos (0), pendientes (22); Fontibón con 24 casos, según clasificación final descartado (22), positivo (0) pendientes (2); Bosa con 68 casos según clasificación descartado (55), positivo (1) pendientes (22); Puente Aranda con un acumulado 19 y clasificación final descartado (13), positivo (0) pendientes (6). (Fuente: SIVIGILA PE XII 2023, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2023). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y una segunda muestra en los casos positivos para la clasificación correcto del evento y unidad de análisis para las UPGDs criticas

DESARROLLO

C. Indicadores de meningitis por los agentes como Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad Meningocócica

LA MENINGITIS: Enfermedad caracterizada por la inflamación de las meninges (en ocasiones meninges y encéfalo) provocada por invasión bacteriana del sistema nervioso central (SNC) Enfermedad grave y potencialmente mortal (pocas horas) La mayoría de las personas se recupera de la meningitis. Sin embargo, la infección puede tener como consecuencia discapacidades permanentes (como daño cerebral, pérdida auditiva y dificultades de aprendizaje)

MENINGOCOCCEMIA: Es una forma rara de la infección que ocurre cuando se disemina por la vía sanguínea, o sea, una septicemia, la cual puede presentarse con o sin meningitis. Se observa un exantema que, al comienzo, es de tipo eritematoso y macular y que evoluciona rápidamente a erupción petequial y, eventualmente, equimosis.

META: Para 2030, la estrategia cuenta con tres objetivos visionarios:

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

CASO PROBABLE Meningitis bacteriana: Paciente que presente cuadro clínico de inicio súbito con fiebre mayor de 38 °C, cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas y signos:

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

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

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

DESARROLLO

CASO PROBABLE DE ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA: paciente que presente deterioro rápido del estado de conciencia con sepsis de origen desconocido y rash purpúrico o petequial, o que en cultivo de sangre u otro fluido corporal estéril se identifique crecimiento de diplococos Gram negativos intra o extracelulares

DIAGNOSTICO: Punción lumbar para realizar estudio citoquímico y bacteriológico del líquido cefalorraquídeo

VALORES NORMALES DEL LCR: Presión de apertura: 8-25 mmH2O Proteínas: 15-50 mg/dl Glucosa: 45-81 mg/dl Aspecto: Claro (cristal de roca) Recuento leucocitos: 1 a 2/mm^3

VIGILANCIA TODAS las cepas implicadas en meningitis o enfermedad Meningocócica aisladas de sangre o LCR. *N. meningitis, H. Influenzae, S. pneumoniae, L.monocytogenes, entre otros* con ficha de laboratorio para cada microorganismo según el caso

Análisis Químico: Proteínas y glucosa Análisis citológico Recuento de hematíes y de glóbulos blancos. Análisis microbiológico Coloración de Gram, Tinta China y cultivo microbiológico

AGENTES BACTERIANOS

Haemophilus influenzae*:* coco bacilo Gram negativo, serotipos B, A y no tipificable. PI: 2 a 4 días

Streptococcus pneumoniae*:* diplococo Gram positivo, se han descrito 90 serotipos diferentes; sin embargo, la experiencia clínica mundial acumulada muestra que son pocos los serotipos con mayor impacto clínico y es así como 12 serotipos (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 18, 19 y 23) son responsables del 80 % o más de las infecciones neumocócicas invasoras. PI: 1 a 4 días

Neisseria meningitidis*:* diplococo Gram negativo, se han descrito 13 serogrupos, de los cuales los que causan enfermedad invasora son: A, B, C, W, X y Y; sin embargo, en la literatura se ha descrito a los serogrupos A, C y W como los de mayor potencial epidémico. PI: 2 a 10 días, con promedio de 4 días.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL EVENTO

Orientar medidas de control como aislamiento respiratorio del caso, uso de tapabocas, higiene de manos, limpieza y desinfección de áreas y utensilios, evitar el contacto innecesario.

POBLACIÓN ESPECIAL Cautiva y vulnerable (cárceles, URI, lugares de retención, batallones, habitantes de calle, migrantes, etnias, centros de adulto mayor) 1 caso probable o confirmado se desplaza ERI de la subred junto con el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC conjunta y de manera articulada Cierre 20 días sin nuevos casos.

DESARROLLO

Confinada (empresarial y centros educativos) 1 caso probable o confirmado se activará ERI de la subred y se trasladará con el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC, BAC y acciones de control Cierre 20 días sin nuevos casos

POBLACIÓN GENERAL: Familiar 1 caso probable o confirmado de enfermedad meningocóccica es un brote Cierre 10 días sin nuevos casos

Solo en casos que se identifique el caso índice tiene nexo con institución se activa a ERI para la BAC

CONTACTO ESTRECHO COMUNITARIO: Contactos familiares (persona que habita en la misma vivienda por al menos 10 días antes de la aparición de los síntomas del caso probable) Menores de 2 años

- ✓ Contactos en jardines, colegios o universidades: Todos los niños y personal del aula en la que ha concurrido el enfermo en los 10 días que preceden al inicio de la enfermedad.
- ✓ Contactos laborales
- ✓ Exposición directa a secreciones del caso
- ✓ Persona que haya tenido contactos próximos y repetidos en los últimos 10 días durante más de 4 horas consecutivas al día

Pasajeros sentados directamente al lado de un caso índice durante un viaje en avión en vuelo de más de 8 horas

MEDIDAS DE CONTROL

- ➢ QUIMIOPROFILAXIS
- ➢ VACUNACION: Está constituida por oligosacáridos meningocócicos A (10 µg), C (5 µg), W135 (5 µg) y Y (5 µg), conjugados con proteína CRM 197 de Corynebacterium diphtheriae. Tipo de vacuna: Polisacáridos capsulares inactivos o muertos de cada serotipo.

Dosis: De 2 a 55 años la dosis es única. Aplicación: se administra vía intramuscular. No caminadores: vasto externo tercio medio cara anterolateral del muslo. Caminadores: región superior central del músculo deltoides (brazo) Serogrupos: A, C, Y y W135 de *Neisseria meningitidis*

CONTACTO ESTRECHO INSTITUCIONAL: Exposición directa a las secreciones del paciente

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

DESARROLLO

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

Para el 2023 en la Subred Sur Occidente la incidencia de casos probable de meningitis bacteriana notificados al Sivigila como meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años. es de Incidencia 2,3 por 100000 menores de 5 años. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 67 casos, por localidad se tienen para Kennedy 34 casos, descartado (18), positivos (12), pendientes (4); Fontibón con 13 casos, según clasificación final descartado (5), positivo (6) pendientes (2); Bosa con 16 casos según clasificación descartado (8), positivo (6) pendientes (2); Puente Aranda con un acumulado 4 y clasificación final descartado (2), positivo (2) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE XII 2023, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2023). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y según agente etiológico se da quimioprofilaxis y/o vacunación, unidad de análisis para las UPGDs críticas,

a. Indicadores de la vigilancia de tosferina

La tosferina es una enfermedad infectocontagiosa causada por la bacteria Bordetella Pertussis **.** La Bordetella Pertussis es un cocobacilo Gram negativo que mide entre 0,2 y 0,5 µm de diámetro y entre 0,5 -2,0 µm de largo (2). El ser humano es el único reservorio y huésped; este microorganismo se aloja transitoriamente en la nasofaringe, y tiene características que lo hacen altamente patógeno por los múltiples productos antigénicos biológicamente activos que incluyen la toxina pertussis (PT), hemaglutinina filamentosa (FHA), aglutinógenos, adenilato ciclasa, pertactina y citotoxina traqueal, los cuales son los responsables de las características clínicas de la enfermedad (2). El modo de trasmisión se da por contacto directo (persona a persona) a través de las gotas de secreciones o aerosoles que se expulsan de las mucosas respiratorias de una persona infectada a una no infectada (2). La enfermedad es altamente contagiosa, se estima que la tasa de ataque de susceptibles expuestos alcanza entre el 80 % y el 100 %. La infección es especialmente trasmisible en su fase inicial catarral y llega a sus niveles más bajos de infectividad alrededor de la tercera semana en quienes no han recibido tratamiento antibiótico; una vez iniciado el tratamiento, el periodo de infección es alrededor de cinco días.

DESARROLLO

El periodo de incubación es de 6 a 10 días, con un rango de 4 a 21 días, la infección induce a una inmunidad humoral que solo protege de forma transitoria entre 8 y 12 años. La clínica de la tosferina tiene tres fases, la primera fase o catarral puede durar de 1 a 2 semanas, es la más contagiosa, la segunda fase o paroxística, dura de 1 a 6 semanas y puede extenderse hasta 10 semanas, la tercera fase o de convalecencia dura de 2 a 3 semanas, momento en el cual el paciente entra en fase de recuperación gradual con disminución de la tos. En recién nacidos y lactantes, la clínica puede caracterizarse por episodios de apnea y cianosis. En el lactante pequeño, las crisis de tos son más intensas, mientras que en adolescentes y adultos la tos persistente suele ser su única manifestación, que puede durar hasta varios meses.

La presentación clínica suele comenzar con síntomas similares a los de un resfriado, en los lactantes la tos puede ser mínima o incluso estar del todo ausente; sin embargo, los episodios de apnea que pueden durar entre 1 y 2 semanas A partir de la segunda semana pueden aparecer síntomas que incluyen (3): • Paroxismos (accesos) o tos rápida seguida de un sonido de la respiración forzada y de alta frecuencia. • Vómitos durante o después de los accesos de tos. • Astenia después de la tos. La mayor incidencia por la infección se presenta en lactantes a nivel global. En Colombia el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) incluye una vacuna pentavalente que contiene DTP (componente de Pertussis de célula entera), HB y HiB, la cual se administra a los 2, 4 y 6 meses de edad, con un refuerzo de a los 18 meses.

AGENTE ETIOLOGICO Bordetella Pertussis: cocobacilo Gram negativo que mide entre 0,2 y 0,5 µm de diámetro y entre 0,5 -2,0 µm de largo. MODO DE TRASMISION: A través de gotas producidas al toser o estornudar, así mismo por el contacto directo con las secreciones respiratorias de una persona infectada, las bacterias colonizan solo las células ciliadas de la mucosa respiratoria y se multiplican rápidamente. No se produce bacteriemia, las funciones de las diversas toxinas en la patogenia no son claras. PERIODO DE INCUBACION: Entre 6 y 10 días, con un rango de 4 a 21 días. SUSCEPTIBILIDAD: La susceptibilidad en personas no inmunizadas es universal, las mayores incidencias se registran en lactantes y escolares, sin embargo, la enfermedad puedes presentarse en adolescentes y adultos. Se observa una tasa de ataque secundaria del 90 % en los contactos familiares que no son inmunes.

PERIODO DE TRASMISIBILIDAD: Especialmente trasmisible en la fase catarral (puede durar de 1 a 2 semanas). Puede tener niveles más bajos de infectividad alrededor de la tercera semana en quienes no han recibido tratamiento antibiótico**.** RESERVORIO: Los humanos son los únicos hospederos conocidos.

DESARROLLO

CASO PROBABLE: Menores de 3 meses: Todas las infecciones respiratorias agudas con al menos uno de los siguientes síntomas: accesos de tos (tos paroxística), estridor, apnea, cianosis, vómitos por acceso de tos. Menores de 3 meses a 12 años: Tos paroxística intensa de cualquier duración acompañada por estridor o, en ausencia de un diagnóstico más probable, todas las infecciones respiratorias agudas con tos que dure más de 7 días y uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor, vómitos por acceso de tos. Mayores de 12 años: Todas las infecciones respiratorias con tos que dure más de 14 días, independientemente de la presencia de tos paroxística, expectoración o vómitos por acceso de tos.

CASO CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO: Caso probable que está epidemiológicamente relacionado en forma directa a un caso confirmado por laboratorio.

CASO CONFIRMADO POR CLINICA: Caso probable que no tiene muestras biológicas o que tiene muestras con fallas en el proceso de recolección, conservación o procesamiento, en el cual no se pudo demostrar la asociación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio. Caso con resultado de cultivo negativo y con reporte de paraclínicos con leucocitos entre 15 000 a 100 000 mm3 en las fases catarral ó 30 000 a 40 000 mm3 en la fase paroxística y linfocitosis entre 60 % a 80 %. Los casos confirmados por clínica requieren unidad de análisis

CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO: Caso probable con resultado de cultivo o PCR positivo para Bordetella pertussis.

DIAGNOSTICO Recolección de muestras de hisopado nasofaríngeo

MEDIDAS DE PREVENCION

- QUIMIOPROFILAXIS
- VACUNACION: Verificar los antecedentes de vacunación según esquema regular en menores de 6 años con pentavalente y (número de dosis de DPT recibidas según la edad del caso y los contactos menores de cinco años). • Antecedente vacunal de las madres con TdaP para menores de dos meses.

Para el 2023 en la Subred Sur Occidente la incidencia de casos probable de tosferina notificados al Sivigila en población menor de un año es de Incidencia 0,0 por 100000 menores de 1 años. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 166 casos, por localidad se tienen para Kennedy 63 casos, descartado (56), positivos (0), pendientes (7); Fontibón con 30 casos, según clasificación final descartado (24), positivo (0) pendientes (6); Bosa con 66 casos según clasificación descartado (59), positivo (0) pendientes (0); Puente Aranda con un acumulado 7 y clasificación final descartado (7), positivo (0) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE XII 2023, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2023). Dentro del seguimiento de las

DESARROLLO

intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y entrega quimioprofilaxis, no se realizan unidad de análisis para las UPGDs críticas por falta de muestra

b. Indicadores de VSP de tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica causada por el Mycobacterium tuberculosis, la cual puede afectar cualquier órgano o tejido. Sin embargo, la forma más común de la enfermedad es la pulmonar, cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón, esta se denomina tuberculosis extrapulmonar, la localización más frecuente de esta forma de la enfermedad es la pleural, seguida por la ganglionar. La tuberculosis extrapulmonar incluye diversas manifestaciones las cuales están asociadas al comportamiento del bacilo. La enfermedad puede tener periodos de latencia o evolución lenta, o periodos de reactivación focal, diseminación y compromiso de múltiples órganos. Esto dificulta el diagnóstico y su tratamiento oportuno. Una de las formas más graves de la tuberculosis extrapulmonar es la meningitis tuberculosa, esta infección se produce como consecuencia de la diseminación hematógena del bacilo en el espacio subaracnoideo. Esto se conoce como una complicación de la tuberculosis primaria y puede ocurrir años después como una reactivación endógena de una tuberculosis latente o como consecuencia de una reinfección exógena (4). Ver tabla 1. Las definiciones de sintomático respiratorio son las incluidas en la Resolución 227 de 2020. En población general, se considerará sintomático respiratorio a toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días (5). 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. En personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o que presenten patologías o tratamientos inmunosupresores, se considerará sintomático respiratorio a quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración.

En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa, el criterio para sintomático respiratorio será tos y expectoración por más de 15 días; sin embargo, cuando exista difícil acceso a la atención en salud, podrá tomarse un tiempo menor a 15 días cuando exista presunción de la enfermedad. Para contactos de personas afectadas por tuberculosis, se tomará como criterio tos y expectoración de 1 o más días de duración. En los niños menores de 15 años, los síntomas clínicos más relevantes para sospechar tuberculosis son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con tuberculosis. La tuberculosis presuntiva se refiere a una persona con síntomas o signos sugestivos de tuberculosis identificados a partir de una valoración médica. Corresponde a los

DESARROLLO

casos conocidos anteriormente como con sospecha de tuberculosis. Aunque bajo este término se incluyen quienes cumplen el criterio de sintomático respiratorio, el profesional de la medicina podrá definir la presunción de la enfermedad fundamentado en síntomas o signos como fiebre, diaforesis nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia u otras manifestaciones sugestivas, así no se cumplan los criterios de una persona sintomática respiratoria.

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 erróneo, 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 al SIVIGILA) las acciones realizadas que permitan tener información confiable y con calidad (ajustes, cierre de casos y concordancia). Los eventos producidos por micobacterias se enmarcan en los protocolos nacionales del INS (evento 813 y 450).

En el proceso de recepción de la notificación, notificación interlocal monitoreo y seguimiento de la calidad del dato de las fuentes de información de VSP incluye la Depuración, Pre crítica, critica, ajuste y Realimentación, en caso 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

DESARROLLO

TB según sea el ingreso confirmado por laboratorio o por clínica; 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

AGENTE ETIOLOGICO: Mycobacterium tuberculosis. MODO DE TRANSMISION: A través de la inhalación de microgotas suspendidas en el aire que contienen el bacilo, expulsadas por personas con tuberculosis pulmonar, o a través de las vías respiratorias por el esfuerzo espiratorio de toser, hablar, cantar o estornudar. La exposición cercana a un caso infeccioso de manera prolongada o repetida puede producir la infección de 15 a 20 personas durante un año. La tuberculosis extrapulmonar, con excepción de la laríngea, no es transmisible salvo en aquellas situaciones en las que exista una fístula secretante. RESERVORIO: Principalmente los seres humanos; en raras ocasiones los animales. PERIODO DE INCUBACION: El período de incubación de la tuberculosis es indefinido y depende de diversos factores, sin embargo, se ha estimado que de 2 a 10 semanas es el período promedio desde el momento de la infección hasta la aparición de una lesión primaria demostrable o una reacción tuberculínica significativa; sin embargo, en algunos individuos la infección puede permanecer latente toda la vida.

PERIODO DE TRASMISION: La probabilidad de desarrollar la tuberculosis puede variar ampliamente y tardar varios años después de la infección. Se estima que alrededor del 10% de los infectados desarrollará la enfermedad; adicionalmente, existen factores de riesgo como la edad, el estado nutricional e inmunológico, que contribuyen al desarrollo de la enfermedad. De igual manera, la infección por VIH incrementa notablemente el riesgo y acorta tiempo de aparición de la tuberculosis.

FACTORES DE RIESGO: El riesgo de infección y el desarrollo posterior de la enfermedad dependen de factores asociados con el bacilo (viabilidad, transmisibilidad y virulencia), el huésped (estado inmune, susceptibilidad genética, duración e intensidad de la exposición) y de la interacción bacilo-huésped (lugar de afectación, gravedad de la enfermedad). Por lo tanto, se pueden señalar los siguientes factores de riesgo: • Presencia de casos de tuberculosis pulmonar no diagnosticados o no tratados. • Condiciones de hacinamiento. • Desnutrición, inmunocompromiso de cualquier etiología (infección por VIH, uso de medicamentos inmunosupresores), diabetes, cáncer, insuficiencia renal crónica, silicosis, alcoholismo y drogadicción.

CASO CONFIRMADO: 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.

DESARROLLO

CASO CONFIRMADO POR CLINICA: 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. Esta definición incluye casos diagnosticados sobre la base de un cuadro clínico sugestivo acompañado de anomalías en exámenes radiográficos (radiografía simple o tomografía), o histopatología sugestiva o nexo epidemiológico (contacto con un caso de tuberculosis confirmado) y en el cual no se tuvo o no fue posible la confirmación bacteriológica. Si alguno de los casos diagnosticados por la clínica, posteriormente resulta ser bacteriológicamente positivo (antes o después de iniciar el tratamiento), debe ser reclasificado como un caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado.

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

CASO DESCARTADO: Estos se definen como las personas que iniciaron tratamiento para tuberculosis por criterio médico, pero como resultado de pruebas diagnósticas y por criterio clínico del equipo médico tratante se descarta el diagnóstico de tuberculosis. Para efectos del diagnóstico de egreso en el registro del Programa Nacional de tuberculosis y para la gestión de medicamentos, se deben reportar los casos de tuberculosis que hayan sido descartados; así mismo, se deberán ajustar por descarte en el SIVIGILA.

CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO: 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 NUEVO: Aquel que nunca ha sido tratado por tuberculosis o que ha recibido medicamentos antituberculosos por menos de un mes.

CASO PREVIAMENTE TRATADO: Persona que ha recibido un mes o más de tratamiento con medicamentos antituberculosos en el pasado. Se clasifica además por el resultado de su más reciente ciclo de tratamiento, de la siguiente manera: Reingreso tras recaída: persona que ha sido previamente tratada por tuberculosis, fue declarada como curada o con tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento y ahora se le diagnostica con un episodio recurrente de tuberculosis (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de tuberculosis causado por reinfección). Reingreso tras fracaso: persona previamente tratada por tuberculosis, cuyo tratamiento fracasó, evidenciado mediante un resultado de baciloscopia o cultivo de esputo positivo en el cuarto mes, o posterior, durante el tratamiento. Recuperado tras pérdida de seguimiento: persona que había sido tratada previamente por tuberculosis y fue declarada pérdida en el seguimiento realizado al final de su tratamiento más

DESARROLLO

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

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: La Tuberculosis extrapulmonar se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis, que afecta otros órganos que no sean los pulmones; por ejemplo, la pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges. Las linfoadenopatías tuberculosas intratorácicas (mediastinales o hiliares) o el derrame pleural causado por la tuberculosis sin alteraciones radiográficas de los pulmones, configuran un caso de tuberculosis extrapulmonar.

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 atención en un programa de VIH o de tener confirmado el diagnóstico de VIH (por ejemplo, estar reportado en la base histórica de VIH del Sivigila o como persona que vive con VIH en la Cuenta de Alto Costo - VIH).

PERSONA CON TUBERCULOSIS SIN VIH: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de 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 reclasificada en el Programa y debe actualizarse su condición en el Sivigila

PERSONA CON TUBERCULOSIS Y CON ESTADO VIH DESCONOCIDO Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis que no tiene ningún resultado de la prueba de VIH, y no hay otra evidencia documentada de atención en un programa de VIH o de que se le hubiese confirmado el diagnóstico con anterioridad al evento de tuberculosis. Si posteriormente se determina el estado de VIH de la persona, esta debe ser reclasificada en los registros del programa y realizar actualización en el Sivigila. Se incluyen en esta categoría las personas que fallecieron antes de realizarse la prueba de VIH o cuando existe un disentimiento informado de la realización del examen para VIH.

DESARROLLO

DIAGNOSTICO: El diagnóstico de la tuberculosis se realiza mediante la demostración de la micobacterias, por diferentes métodos bacteriológicos o microbiológicos, fenotípicos o genotípicos (a todos los casos se les debe realizar pruebas de sensibilidad a fármacos de tuberculosis) y según lo establecido en la Resolución 227 de 2020. El estudio microbiológico se realiza a través de cultivo en medio líquido y/o pruebas de biología molecular (Se deberán utilizar las pruebas de biología molecular controladas por el INS y avalada por la Organización Mundial de la Salud).

Para el 2023 en la Subred Sur Occidente el Porcentaje de casos por tipo de tuberculosis, notificados al Sivigila es de 100% de casos de tuberculosis pulmonar y extra pulmonar. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 473 casos, por localidad se tienen para Kennedy 200 casos, descartado (82), positivos (118), pendientes (0); Fontibón con 57 casos, según clasificación final descartado (28), positivo (29) pendientes (0); Bosa con 141 casos según clasificación descartado (62), positivo (79) pendientes (0); Puente Aranda con un acumulado 74 y clasificación final descartado (44), positivo (30) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE XII 2023, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2023). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y entrega tratamiento, visita articulada con la enfermera del programa a los casos de menores, tuberculosis fármaco resistente, casos de persona en cárceles. El Porcentaje de casos de confección tuberculosis /VIH SIDA es del 9,1% de los casos de tuberculosis todas las formas confirmadas corresponden a coinfeccion tuberculosis / VIH en 2023 (43/473*100)

FICHA TECNICA EVENTO ADVERSO ASOCIADO A VACUNACION

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.
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

DESARROLLO

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 reportados, 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 el Comité 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 677/95 donde estable las responsabilidades de los actores para manejo de medicamentos y las vacunas, donde año a año va ajustando la política de manejo importación y compra ,hasta llegar al 2023 donde se cuenta con un protocolo y lineamiento para la vacuna COVID_19.Ya el 14 de agosto /23 se finalizó el convenio INS /INVIMA y se está a la espera de las nuevas directrices para la vigilancia de EAPV.

Clasificación Final de Casos Relacionados con Evento Adversos Posterior a la Vacunación en Bogotá D.C: Para la clasificación final de los casos relacionados con evento adverso posterior a vacunación, se debe realizar unidad de análisis, con participación de los actores más visita del punto de vacunación.

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

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

DESARROLLO

2. 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: 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: la vigilancia epidemiológica en el periodo de transición continua bajo lo establecido en el protocolo de Farmacovigilancia, donde al SIVIGILA ingresan los EAPV graves por las vacunas de COVID_19, EAPV del esquema regular.

VIGIFLOW se notifican EAPV leves de la vacuna COVID_19, errores programáticos de COVID_19, EAPV leves, graves y errores programáticos del esquema del PAI esquema regular.

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

Dentro del flujograma de la información si Paciente vacunado que presenta Evento Posvacunal, investigue y cumple definición de caso sospechoso o grave?, Reporte en SIVIGILA como evento 298 y Plataforma VigiFlow , Reporte desde VSP, IPS a VSP local y químico farmaceuta. Reporte inmediato Envío HC, Ficha de Notificación, realice Acciones individuales, colectivas; Cierre y 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 Covid-19, 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 vac segura a las 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 Posterior a la Vacunación.

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

DESARROLLO

mortalidad), Mortalidad por tuberculosis, coinfeccion 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, MISC (síndrome inflamatorio multisistemico), 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.

Para la ejecución de una unidad de análisis debe contar con:

1. **Planeación y convocatoria de la unidad de análisis**: documentación necesaria (Bitácora de atenciones en salud, historia clínica de todas las instituciones en donde recibió atenciones el paciente desde el momento que se inicia la sospecha de tuberculosis o VIH, historial del aseguramiento y soportes de este, certificado de defunción, laboratorios confirmatorios del evento (TB o co infección TB/VIH), ficha de tratamiento, ficha de notificación, necropsia verbal o IEC) esta información se debe recopilar y enviar mínimo 5 días hábiles antes de la UA.

Tabla 19. Indicador de cumplimiento de unidades de análisis

DESARROLLO

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

Para las unidades análisis se hace énfasis en esta información por sugerencia de la firma interventora, en los Contar con:

- Invitación para el estudio con los expertos
- Se hace la revisión con línea de tiempo de cada caso
- Se hace conclusión con certificado de defunción o clasificación de los casos
- Investigación epidemiológica de campo IEC
- Estudios realizados (patología, ecografías etc.) según sea el caso

Tener en cuenta:

- Se debe tener claro el caso
- Se debe tener la información a la mano
- Se debe dar respuesta a lo solicitado en la unidad de análisis
- Tener en cuenta los soportes de la unidad de análisis para envió de ellos
- ENTREGA DE SOPORTES PRE LIMINARES: 3 días después de la unidad de análisis
- ENTREGA DE SOPORTES FINALES: 3 días hábiles del ajuste sugeridos en el acta preliminar
- TENER ENCUENTA: son soportes que solicitan para procesos judiciales, es importante plasmar los detalles de cada caso

➢ LEVANTAMIENTO DEL TABLERO DE POBLEMAS: Se cuenta con matriz en Excel diseñada por la SDS para tal fin

➢ PLAN DE MEJORA: Debe contar con una descripción de la actividad, fecha de cumplimiento y responsable, el cual debe ser radicado en la SDS.

DESARROLLO

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA IRA

La IRA constituye un grupo de enfermedades que afectan el aparato respiratorio alto y bajo; pueden ser causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias entre otros, con evolución menor a 15 días; puede causar desde un resfriado común hasta complicaciones más severas como neumonía e incluso puede ocasionar la muerte.

Agente etiológico: Los principales agentes causales de infección respiratoria aguda son: influenza virus tipos A, B y C, parainfluenza tipos 1, 2, 3 y 4, virus sincitial respiratorio, coronavirus, adenovirus, rhinovirus, metapneumovirus, bocavirus, *Strep- tococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae*

Modo de transmisión: El principal mecanismo de transmisión de todos los agentes etiológicos de infección respiratoria es por vía aérea mediante gotas o aerosoles y por contacto con superficies contaminadas.

Periodo de incubación: Influenza: usualmente de 2 días, pero puede variar de 1 a 5 días aproximadamente.

Parainfluenza: de 2 a 6 días. Virus sincitial respiratorio: de 3 a 6 días, pero puede variar en 2 u 8 días. Coronavirus: de 2 a 14 días.

Adenovirus: de 2 a 14 días. Rhinovirus: de 1 a 4 días, Metapneumovirus: de 4 a 6 días. Bocavirus: de 5 a 14 días .Streptococcus pneumoniae: de 1 a 3 días. *Haemophilus influenzae*: de 2 a 4 días

Susceptibilidad: **I**nfluenza: puede producir complicaciones graves e incluso la muerte, principalmente en ancianos, niños y personas con enfermedad crónica o inmunodepresión (por ejemplo, cardiopatías, hemoglobinopatías, enfermedades metabólicas, pulmonares y renales, SIDA y enfermedades respiratorias, entre ellas asma). Las embarazadas tienden más a presentar formas graves de la enfermedad.

Parainfluenza: las infecciones por parainfluenza pueden **exacerbar los síntomas de enfermedades pulmonares crónicas** tanto en niños como en adultos. En ocasiones, las infecciones son de particular gravedad y persistencia en los niños con inmunodeficiencia y se asocian la mayoría de las veces con el virus de tipo 3.

Virus sincitial respiratorio: produce **infecciones en las vías respiratorias altas, simulando un resfrío** en el caso de adultos y jóvenes, pero en los lactantes o menores de cuatro años puede producir graves complicaciones que desencadenan en bronquiolitis o neumonía.

Coronavirus: ocasionalmente se ha asociado con **neumonías en recién nacidos, niños mayores, personas inmunocomprometidas** y reclutas de las Fuerzas Armadas. La enfermedad es más leve en niños que en adultos.

DESARROLLO

Adenovirus: las infecciones son más frecuentes en los **niños entre los seis meses y cinco años**, pueden causar enfermedad más severa e incluso la muerte en pacientes inmunocomprometidos, trasplantados y prematuros.

Rhinovirus: afecta a niños y adultos y es causa de catarro común. Metapneumovirus: puede afectar a todas las edades, sin embargo, las poblaciones más afectadas son los niños menores de cinco años, los adultos mayores de 65 años y los pacientes inmunocomprometidos. Bocavirus: los niños afectados son de mayor edad que en el caso de infecciones por VRS. Las infecciones por cavirus se asocian a cuadros de gastroenteritis y afecciones en pacientes inmunocomprometidos como quienes han tenido trasplante de médula ósea.
Streptococcus pneumoniae: el riesgo de contraer estas infecciones es mayor en **lactantes menores de 24 meses de edad, en personas mayores de 60-65 años y en individuos con factores de riesgo** como inmunodeficiencias primarias (hereditarias) inmunodeficiencias secundarias (adquiridas) como el VIH/sida. También las neoplasias como el mieloma múltiple y la leucemia linfocítica crónica pueden afectar la inmunidad humoral y aumentan la probabilidad de que se presente

Haemophilus influenzae: las manifestaciones más importantes de la **infección por Hib a saber, neumonía, meningitis** y otras enfermedades invasivas se producen fundamentalmente en los niños menores de dos años, en particular en los lactantes de 4 a 18 meses, pero ocasionalmente se observan en lactantes menores de 3 meses y en niños mayores de cinco años.

Definición operacional es importante para la notificación y establecer estrategias para cortar la cadena de transmisión

Caso sospechoso de ESI Persona que presenta infección respiratoria aguda, con **fiebre ≥ 38˚C y tos de no más de siete días de evolución, que requiera manejo ambulatorio.**

Caso sospechoso de IRAG: Persona con infección respiratoria aguda con antecedentes de **fiebre y tos no mayor a 10 días de evolución, que requiera manejo intrahospitalario.**

CASO ESI –IRAG CONFIRMADO POR LABORATORIO: Persona que cumple la definición de caso y al cual se le confirma agente etiológico mediante alguna de las siguientes pruebas**: Inmunofluorescencia indirecta, RT-PCR en tiempo real, PCR múltiplex o detección de antígenos (solamente para casos de COVID-19), confirma el caso como positivo por laboratorio. De igual manera un aislamiento bacteriano (Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae u otra bacteria).**

DESARROLLO

AJUSTE: Los ajustes y clasificación final de los casos se deben realizarse máximo en cuatro (4) semanas epidemiológicas desde la notificación del caso; los siguientes tipos de ajuste son los permitidos en este evento:
• Ajuste 3: confirmado por laboratorio. Ajuste 6: descartado (negativo por laboratorio, por unidad de análisis, o casos que no cumple con definición de caso). Ajuste D: error de digitación (caso descartado por error de digitación (en cumplimiento con los criterios de ajuste D, se debe volver a notificar correctamente).

Para el 2023 el comportamiento del COVID_10 a nivel mundial es de 700.984.339 casos positivos acumulados y 6.963.793 muertes, con una letalidad del 1%; pacientes actualmente infectados 21.898.315 (3,11%), recuperados 672.692.231 (93,9%). Para Colombia el acumulado es de 6.099.111 casos positivos acumulados, actualmente infectados 4.214 (0,1%) muertos por otras causas 24.519(0.40%), recuperados 5.930.545 (97;2%). Comportamiento a nivel Bogotá D.C. con 1.886.730 casos positivos acumulados, muertos 30.289 y una letalidad de 1,6%. Para la Subred Suroccidente los casos positivos acumulado es de 52.285, de los cuales 17 Pacientes actualmente infectados (0,003%), muertes 272 y 630 Fallecidos otras causas (1,20%), por localidad de residencia Fontibón 13.722, Kennedy 21.722, Bosa 9.096, Puente Aranda 7.664

RECOMENDACIONES ANTE PICO RESPIRATORIO: terminar esquema de vacunación para COVID_19 e influenza, lavado de manos frecuentes con agua y jabón, uso de tapabocas en lugares mal ventilados, garantizar buena ventilación e iluminación a la vivienda, evitar la exposición del humo de cigarrillo, alcohol o SPA, consumo de abundante agua potable o jugo de frutas frescas ricas en vitamina C, evitar el contacto con personas infectadas con IRA, vigilancia de los signos de alarma de IRAG, evitar realizar ejercicio al aire libre, mantener cerradas las ventanas, limpiar constantemente el polvo y las partículas de los objetos con trapo limpio y húmedo, lavar y desinfectar los juguetes de los niños, evitar la automedicación, consumo de una dieta balanceada e integral.

8. Indicadores PAI

Tabla 20. Terceras Dosis De Pentavalente

3 DOSIS PENTAVALENTE <1AÑO			DICIEMBRE		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2023
7. BOSA	5570	464	547	9,8	5950	**106,8**	**-380**
8. KENNEDY	8457	705	395	4,7	6382	**75,4**	**2075**
9. FONTIBÓN	2906	293	156	4,4	2337	**66,6**	**569**
16. PUENTE ARANDA	3510	242	241	8,3	3104	**106,7**	**406**
TOTAL SUBRED	**20443**	**1704**	1339	6,5	17773	**87,2**	**2670**

DESARROLLO

Fuente: Tablero de control diciembre 2023.

La líder PAI de localidad se permite hacer socialización de coberturas por cada uno de los trazadores comenzado por terceras dosis de pentavalente:

Para localidad de Kennedy con una cobertura del 75.4% de cumplimiento acumulado con cohorte de enero 2023 a diciembre 2023, con un total de dosis administradas de 6382 dosis y un déficit de 2075 menores pendientes por administrar, donde se indica aumento de estrategias con el fin de fortalecer el programa ampliado de inmunización.

Tabla 21. TV del Año

TRIPLE VIRAL DE 1 AÑO			DICIEMBRE		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2023
7. BOSA	6530	544	680	10,4	7118	**108,9**	**-588**
8. KENNEDY	8828	736	332	3,8	6522	**73,8**	**2306**
9. FONTIBÓN	3058	255	140	4,6	2375	**77,7**	**683**
16. PUENTE ARANDA	3256	271	205	6,3	2724	**83,6**	**532**
TOTAL SUBRED	**21672**	**1806**	1357	6,3	18739	**86,4**	**2933**

Fuente: Tablero de control diciembre 2023.

Para el trazador de Tv de año, localidad de Kennedy con coberturas por debajo de lo esperado con una cobertura acumulada del 73.8% con 6522 dosis administradas durante el año 2023 y con una deuda pendiente de 2306 dosis por administrar, donde se hace alusión de hacer fortalecimiento de la articulación con los diferentes sectores e instituciones que cuentan con la población objetó del programa.

Tabla 22. TV De 18 Meses:

TRIPLE VIRAL DE 18 MESES			DICIEMBRE		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2023
7. BOSA	6530	544	467	7,2	5885	**92,1**	**645**
8. KENNEDY	8828	736	311	3,5	6555	**76,0**	**2273**
9. FONTIBÓN	3058	271	131	4,0	2272	**70,5**	**786**
16. PUENTE ARANDA	3256	255	194	6,3	2736	**89,4**	**520**
TOTAL SUBRED	**21672**	1806	1103	5,1	17448	**82,0**	**4224**

Fuente: Tablero de control diciembre 2023.

DESARROLLO

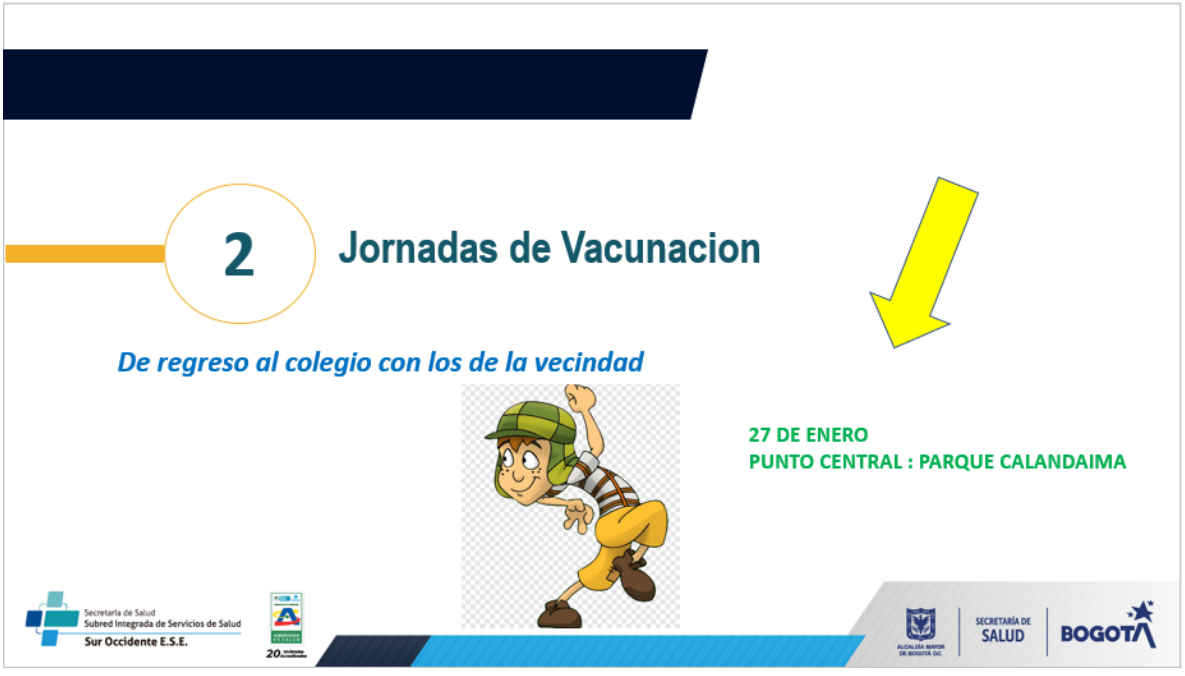
Tv de 18 meses teniendo en cuenta el cambio en el esquema de vacunación durante el año 2023, con un total de 6555 dosis administradas a nivel local con una cobertura del 76% acumulada con cohorte de Enero 2023 a Diciembre 2023, con déficit de 2273 menores pendientes por dar aplicación de este trazador, donde se indica cambio de estrategias para el año 2024, teniendo en cuenta que hacer jornadas con la táctica de concentración no resulto con el impacto positivo que se requiere, por tal motivo se van a ejecutar acciones diferenciales en casa a casa y vacunación domiciliaria.

Tabla 23. DPT De 5 Años:

DPT DE 5 AÑOS			DICIEMBRE		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2023
7. BOSA	7750	646	467	6,0	7018	**90,4**	**732**
8. KENNEDY	11229	936	506	4,5	8815	**78,5**	**2414**
9. FONTIBÓN	3781	332	183	4,6	2767	**69,3**	**1014**
16. PUENTE ARANDA	3982	315	267	7,1	3579	**94,6**	**403**
TOTAL, SUBRED	**26742**	2229	1423	5,3	22179	**82,9**	**4563**

Fuente: Tablero de control diciembre 2023.

Indicador de Dpt de 5 años con 8815 dosis administradas en la localidad de Kennedy con coberturas por debajo de lo esperado con un 78,5% de coberturas y un déficit de 2414 menores pendientes por dar aplicación de este trazador, indicando la jornada de vacunación que se realizara en enero.



DESARROLLO
Se socializa jornada de vacunación para el día 27 de enero 2024 a nivel central en parque Calandaima, donde se indica convocar la población objeto del programa. **9. Evaluación, Listado De Asistencia Y Cierre.** Se realiza la evaluación con un QR generado en el Pre alistamiento y se comparte además otro QR para el listado digital de cierre.

FECHA: 25/ 0 1 /2024	TEMA: Comité de Vigilancia Epidemiológica, correspondiente a la localidad de Fontibón

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.

VER ANEXO LISTADOS DE ASISTENCIAS

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: 25-01-2024 | TEMA: COVE LOCALIDAD DE 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	Carlos Carrillo	1023924590	Subred sur occidente	Ingeniero Ambiental	USA Subdirección	
2	[illegible]	52215767	USS Bosa	Líder SSR	USP-SSR	
3	Katerine Betancourt	1073695884	USS Bosa	Epidemiología	PRSC	
4	Jennifer Sanchez	1024307005	USS bosa	Aux. Enf.	Epidemiol.	
5	Wendy Caroline Pulido	1013644180	Servimed IPS	Coordinadora	Coordinación	
6	Leidy Moncada	1026556932	USS Porvenir	Aux Enfermería	Ambulatorio	
7	Lady Alvarado	1015466753	Bonaterra IPS Bosa	Aux Enfermería	PYMS	
8	Alejandra Pradilla	1005772461	USS Estación	Aux Enfermería	Ambulatorio	
9	[illegible]	1012558159	Hospital Bosa	Auxiliar Enfermería	Ambulatorio	
10	Alejandro Castro Cardenas	1022962807	MS Salud Bosa	Terapeuta respiratorio	Ambulatorio	
11	DENNIS PACHON	1031169911	HOSPITAL BOSA	AUX ENFERMERIA	EPIDEMIOLOGIA	
12	Yanira Moreno	52472646	USS Olaya	aux enfermería	consulta ambulatoria	
13	Zolma Favaro B.	39627127	USS Delicias	Aux Enf.	Ambulatorio	
14	Blanca Moreno	52301479	USS Candelaria	Aux enf	Ambulatorio	
15	Yaneth Acosta Mejia	1116743946	Corvusalud Compromiso	Epidemiología	USP	
16	[illegible]	52175369	Patio VI	Aux en enf	Ambul.	
17	Gabriela [illegible]	1000161528	Luis Ferig	Aux enf	Asistencial	
18	Gabriela [illegible]	1000161528	Yadira Mejia	Aux enf.	Asistencial	

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: 25-01-2024 TEMA: COVE LOCALIDAD DE 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	Gabriela Acevedo	1061578	Alivio Vidas	Aux Enfermera	ASISTENCIAL	
2	Myriam Venegas	39658664	Arizalud	Auxilio Enf	Asistencial	
3	Myriam Venegas	39658664	Medico BosaNova	Aditor	Calidad	
4	Myriam Venegas	39658664	George Coronado	Aodiotor	Calidad	
5	Myriam Venegas	39658664	Angel Rivera	Auditor	calidad	
6	Javier Gomez	80.263.120	C Medico Dr. VIGIAR	MEDICO		
7	Blanca Dominguez	52161520	C. medico Dra Carmiza F	APOYO		Blanca Dominguez
8	Daniela Aragon Portela	1233911351	DMSOC	Gerente Jefe	Salud Publica	
9	Jerald Charry Ladron	1013646518	Odontologia Inicial	Enfermera	Con. Externa	
10	Nicolas Ayala D.	1001202045	Jorge E. Ortiz.	Aux. administrativo apoyo		
11	Gloria Parada	52364971	Dr William Ch.	Enfermera		
12	[illegible]	53002056	SDS	Lider PAI		
13	Cindy Contreras	1030561700	SDS.	Epidemiologa.		
14	[illegible]	[illegible]	SDS	Epidemiologa		
15						
16						
17						
18						

Página 5 de 6