Marque con una X según corresponda
Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad __NUEVA DELICIAS
Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____Subred Suroccidente _____
Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_ UNIDAD DE SERVICIOS DE SUR SALUD NUEVA DELICIAS

Tipo de acta COMITÉ _X__ REUNIÓN __ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 25/04/2024	LUGAR: UNIDAD DE SERVICIOS DE SUR SALUD NUEVA DELICIAS TV 72 B 44 D 21	HORA INICIO: 8:00 AM
RESPONSABLE: EQUIPO SIVIGILA Y TEMA CENTRAL SALUD AMBIENTAL		HORA FINAL: 1:00 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

Desarrollar el Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE del mes de ABRIL, correspondiente a la localidad de BOSA

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. BIENVENIDA
2. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
3. TEMA CENTRAL: AUTORREGULACIÓN NORMATIVIDAD UPGD
4. RECESO
5. TEMA ITINERANTE: INDICADORES DE EVENTOS SSR - SMI
6. INDICADORES SIVIGILA
7. INDICADORES TRANSMISIBLES
8. CALIDAD DEL AGUA
9. INDICADORES PAI
10. 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 de abril para la localidad de Bosa	EQUIPO TEMA CENTRAL Y SIVIGILA	25/04/2024	X		Se realiza el Cove local de acuerdo a los tiempos establecidos

Total, compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento
1	1	100%

DESARROLLO

1. BIENVENIDA:

Se da la bienvenida a los participantes y se informa sobre la espera durante 5 minutos para ampliar el quorum, y se realiza el listado en físico a las 8:00 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. URGENCIAS Y EMERGENCIAS

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS ABRIL 2024

OBJETIVO

Informar las alertas epidemiológicas que se están presentado actualmente tanto a nivel nacional como internacional a las UPGD pertenecientes a la Subred Sur Occidente.

ALERTAS NACIONALES

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en población de interés especial de Antioquia, 7 de abril de 2024

El 5 de abril se identificó brote de ETA en Batallón. Se identificaron 100 casos de 127 expuestos, para una tasa de ataque 78,7 %. No se reportaron hospitalizaciones ni muertes. Los casos fueron atendidos en el hospital del municipio y en el establecimiento de sanidad militar y todos se encuentran en buenas condiciones

Medidas de control:

Investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria, visita de inspección, vigilancia y control al establecimiento militar, toma de muestras biológicas y de alimentos. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

Brote de hepatitis A en comunidad general de Medellín. 10 de 2024

Se identifica comportamiento inusual en Medellín desde la semana epidemiológica (SE) 51 de 2023. Un aumento significativo del 540 %, comparado con el comportamiento histórico de 2019 a 2023 de la SE 15. Se ha reportado un 33 % (139) de personas hospitalizadas y no se han registrado muertes. El grupo de edad más afectado es el de 20 a 29 años con 30,3 % (125). El 62,5 % (259) de los casos son hombres. Se han caracterizado 11 conglomerados que se encuentran en seguimiento: nueve familiares, uno en población privada de la libertad y uno en un hogar geriátrico

Medidas de control:

sala de análisis del riesgo nacional, desplazamiento de equipos de respuesta inmediata local y nacional, articulación con Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, búsqueda activa comunitaria e institucional, investigación epidemiológica de campo, recolección de muestras. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

Brote de varicela en población de interés especial de Bogotá. 6 de abril 2024

Se presentó brote de varicela en población militar. Se identificaron 16 casos de 50 expuestos, para una tasa de ataque del 32 %, no se reportaron hospitalizados ni fallecidos. El último caso inició erupción el 31 de marzo.

Medidas de control:

Se han adelantado acciones de control como aislamiento de casos, reubicación de contactos, uso de elementos de protección personal, búsqueda activa comunitaria diaria, actividades de sensibilización a población expuesta, ventilación, valoración médica diaria de casos, toma de muestras para diagnóstico

DESARROLLO

diferencial de Mpox. Situación en seguimiento y sujeta a cambios.

Monitoreo de eventos especiales En la semana epidemiológica 14 de 2024

No se notificaron casos o alertas de enfermedad por el virus del Ébola, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza aviar altamente patógena en humanos; sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

ALERTAS INTERNACIONALES

Influenza aviar A(H5N1) – Estados Unidos de América. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 9 de abril de 2024 El 1 de abril de 2024, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de los Estados Unidos de América notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS)

un caso confirmado por laboratorio de infección humana por el virus de la influenza A(H5N1). El paciente desarrolló síntomas el 27 de marzo y tenía antecedentes de exposición a ganado lechero (vacas) presuntamente infectado con el virus de la influenza A (H5N1). Este es el segundo caso humano confirmado de influenza A(H5N1) detecta do en el país. También parece ser la primera infección humana por A(H5N1) adquirida por contacto con un mamífero infectado, aunque anteriormente se han adquirido infecciones humanas con otros subtipos de influenza a través de mamíferos. No se han identificado casos adicionales asociados de infección humana con influenza A(H5N1). Dado que el virus no ha adquirido mutaciones que faciliten la transmisión entre humanos y basándose en la información disponible, la OMS evalúa el riesgo que representa este virus para la salud pública de la población general como bajo y para las personas ocupacionalmente expuestas, el riesgo de infección se considera de bajo a moderado.

Rabia – Timor Oriental. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 10 de abril de 2024 El gobierno de Timor-Oriental informó a la Organización Mundial de la Salud el 22 de marzo de 2024

Su primer caso de mortalidad confirmada por rabia en humanos. Actualmente el país está clasificado como libre de rabia. El caso, procedente de la subregión de Pasabe, Oecusse, con antecedentes de mordedura de perro el 26 de diciembre de 2023, acudió a un centro de salud local el 20 de marzo y falleció el 22 de marzo de 2024. Hasta el 26 de marzo, se habían registrado un total de 29 casos sospechosos de rabia. Este año se notificaron casos en humanos, con exposición a perros, en el municipio de Oecusse. L

Medidas de control:

La respuesta de salud pública está en curso e incluye la vacunación de perros, la comunicación de riesgos, la capacitación de los trabajadores de la salud en el manejo de casos, la vigilancia activa y la garantía de la disponibilidad de vacunas contra la rabia e inmunoglobulinas contra la rabia humana. Con base en la información disponible actualmente, la OMS evalúa el riesgo que representa este evento como alto a nivel nacional y bajo a nivel regional y global

Nota Informativa: infección por Campylobacter resistente a los antimicrobianos en hombres que tienen sexo con hombres. Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 5 de abril de 2024

Dada la identificación de resistencia en un brote de Campylobacter en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) presentado en los Estados Unidos que afectó a 13 personas y el antecedente de brotes anteriores que también involucraron a personas tanto en los Estados Unidos como en Canadá;

Recomendaciones

la OPS/OMS alienta a los Estados Miembros a estar alerta y mantener la vigilancia de brotes de diarrea, en particular en esas poblaciones.

Adicionalmente, se insta a los Estados Miembros a estar atentos a un aumento inusual de casos de

DESARROLLO

infección por Campylobacter, especialmente en los grupos de riesgo y a notificar a través de los canales oficiales del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) según el resultado del algoritmo de decisión, el Anexo 2 del RSI.

Aviso epidemiológico de caso confirmado importado de sarampión – México. Gobierno de México – Dirección General de Epidemiología. Fecha de publicación: 9 de abril de 2024 El 9 de abril de 2024 se reporta la confirmación de tres casos de sarampión en México, adicionales al caso importado procedente de Londres y reportado el 21 de marzo de 2024

Con entrada a Ciudad de México el 14 de marzo. Se trata de tres casos de 42 años, 29 años y 6 meses, quienes tuvieron contacto con el caso índice el 14 de marzo durante un vuelo con destino a México y en sala de migración. Los casos iniciaron erupción el 28 y 29 de marzo y del último caso se desconoce la fecha de inicio de síntomas. Actualmente se continúa el seguimiento de contactos del vuelo con diferentes entidades del país. Esta información está sujeta a cambios y se encuentra en seguimiento.

Seguimiento comportamiento de eventos de interés en salud pública por fenómeno de El Niño, Colombia, 2023 - 2024

El 4 de noviembre de 2023, el IDEAM declaró la presencia del fenómeno de El Niño en el territorio colombiano; caracterizado por una disminución de hasta el 70 % en las precipitaciones en gran parte del país, especialmente en las regiones Caribe, Andina y Pacífica. El 28 de enero de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social generó la Circular Externa 0002 donde se establecen directrices para la preparación y respuesta sectorial ante efectos en salud derivados de la temporada seca y ocurrencia del fenómeno de El Niño en el periodo 2023-2024.

Se han presentado más de 913 incendios de cobertura vegetal y reportado 238 casos de desabastecimiento de agua en el territorio colombiano. Por monitoreo de medios, para esta semana se han identificado nuevos incendios en Barranquilla, Bolívar, Chocó, Cundinamarca y La Guajira.

intensificó la vigilancia de los eventos de interés en salud pública en municipios priorizados por la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo, observándose que se mantiene incremento de dengue en 17 departamentos; aumento de malaria en cuatro (4) departamentos, IRAG inusitado en 17 departamentos y enfermedad diarreica aguda en ocho (8) departamentos. Se identifican varios municipios con aumento sostenido de casos para dengue, malaria, IRA y COVID-19 en las últimas semanas.

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS REGIÓN DE LAS AMERICAS

Actualización epidemiológica - Oropouche en la Región de las Américas - 12 de abril del 2024.

El virus Oropouche se transmite al ser humano principalmente a través de la picadura del jején *Culicoides paraensis* que está presente en la Región de las Américas, pero también puede ser transmitido por el mosquito *Culex quinquefasciatus*.

En lo que va del 2024, cuatro países de la Región de las Américas notificaron casos de OROV: el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia y Perú.

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS) orienta a los Estados Miembros a intensificar la vigilancia para la detección oportuna de casos, actualizar al personal de salud para la detección y manejo adecuado de casos e informar a la población en riesgo sobre medidas de prevención y control.

Actualización Epidemiológica - Aumento de casos de dengue en la Región de las Américas - 29 de marzo del 2024

DESARROLLO

En la Región de las Américas, el 2023 fue el año de mayor registro de casos, con un total de 4.569.464 casos, incluyendo 7.665 (0,17%) casos graves y 2.363 fallecidos (tasa de letalidad de 0,052%). Durante el año 2024 y hasta la semana epidemiológica (SE) 12, se notificaron 3.578.414 casos de dengue a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). De este total, 2.888 fueron caracterizados como dengue grave (0,08%) y se registraron 1.039 casos fatales (tasa de letalidad 0,029%). El total de casos notificados a través de PLISA en 2024 representa un incremento de más de tres veces en comparación al mismo periodo del 2023 en la Región de las Américas.

Actualización Epidemiológica - Aumento de casos de dengue en la Región de las Américas - 29 de marzo del 2024

En la Región de las Américas, el 2023 fue el año de mayor registro de casos, con un total de 4.569.464 casos, incluyendo 7.665 (0,17%) casos graves y 2.363 fallecidos (tasa de letalidad de 0,052%). Durante el año 2024 y hasta la semana epidemiológica (SE) 12, se notificaron 3.578.414 casos de dengue a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). De este total, 2.888 fueron caracterizados como dengue grave (0,08%) y se registraron 1.039 casos fatales (tasa de letalidad 0,029%). El total de casos notificados a través de PLISA en 2024 representa un incremento de más de tres veces en comparación al mismo periodo del 2023 en la Región de las Américas.

Durante el 2024, hasta la SE 12, se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus dengue en la Región de las Américas. Brasil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México y Panamá reportan circulación simultánea de los cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4). Adicionalmente, Argentina, Perú y Puerto Rico reportaron circulación simultánea de DENV-1, DENV2 y DENV-3 (1).

Subregión Istmo Centroamericano y México Entre la SE 1 y la SE 11 del 2024

Se reportaron 86.221 casos de dengue, lo que representa un incremento del 128% respecto al mismo periodo del 2023 y del 192% con respecto al promedio de los últimos 5 años en la subregión (Figura 2) (1). En México durante las primeras 11 semanas epidemiológicas del 2024, se reportaron 40.984 casos de dengue, lo que significa un incremento de 322% en comparación al mismo periodo en 2023. Los estados que más reportaron casos fueron Guerrero, Tabasco y Quintana Roo. La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 31 casos por 100.000 habitantes (1).

Subregión Andina Entre la SE 1 y la SE 11 del 2024 se reportaron 173.874 casos sospechosos de dengue. La subregión Andina reportó un incremento de 20% respecto al mismo periodo de 2023 y un 153% por encima del promedio de los últimos 5 años (Figura 4) (1).

Colombia notificó 69.837 casos entre la SE 1 y la SE 11 del 2024, representando un aumento del 262% en comparación al promedio de los últimos 5 años para el mismo periodo en el país (Figura 5). La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 136 casos por 100.000 habitantes (1). Organización Panamericana de la Salud

Ecuador notificó 13.075 casos entre la SE 1 y la SE 11 del 2024, representando un aumento del 277% en comparación al promedio de los últimos 5 años para el mismo periodo en el país (Figura 5). La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 73 casos por 100.000 habitantes (1).

Perú notificó 79.741 casos entre la SE 1 y la SE 11 del 2024, representando un aumento del 471% en comparación al promedio de los últimos 5 años para el mismo periodo en el país (Figura 5). La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 239 casos por 100.000 habitantes (1).

Subregión Cono Sur Entre la SE 1 y la SE 12 del 2024

Se notificaron 3.292.542 casos sospechosos de dengue en la subregión del Cono Sur. Esto representa un incremento de 254% en comparación con el mismo periodo del 2023 y del 408% con respecto al promedio de los últimos 5 años en la subregión (Figura 6). En Argentina, el número de casos notificados en las primeras

DESARROLLO

11 semanas epidemiológicas del 2024 fue 134.202. Esto representan un aumento de más de 30 veces en comparación al promedio de los últimos 5 años para el mismo periodo en el país (Figura 7). La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 294 casos por 100.000 habitantes (1).

En Brasil, el número de casos notificados en las primeras 12 semanas epidemiológicas del 2024 fue 2.966.339, representando un aumento del 227% con respecto al mismo periodo del 2023 y un incremento del 284% en comparación al promedio de los últimos 5 años en este país (Figura 7). La tasa de incidencia acumulada a la SE 12 es de 1.386 casos por 100.000 habitantes (1).

En Chile, hasta el 23 de marzo del 2024 (SE 12), se identificaron 16 casos autóctonos confirmados de dengue en Isla de Pascua, donde no se registraban casos desde el año 2020. En tres de estos casos se identificó el serotipo DENV-1. A nivel nacional, a la misma fecha, se han confirmado 112 casos de dengue, 96 importados y los 16 autóctonos de la Isla de Pascua. Todos han presentado un curso leve de la enfermedad, sin signos de alarma ni cuadros graves. Adicionalmente, se ha detectado la reintroducción del mosquito Aedes aegypti en la región de Arica y Parinacota, donde se ha confirmado hasta el momento tres casos importados de dengue (2).

En Paraguay, el número de casos notificados en las primeras 11 semanas epidemiológicas del 2024 fue 191.923, lo que representa un aumento del 319% en comparación al promedio de los últimos 5 años para el mismo periodo en el país (Figura 7). La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 2.541 casos por 100.000 habitantes (1).

En Uruguay, hasta el 26 de marzo de 2024, se registraron 183 casos confirmados de dengue, de los cuales 83 son autóctonos y 100 son importados. Dentro de los casos notificados se registra una defunción que se encuentra bajo investigación. En cuanto a los casos autóctonos, el 63% se notificaron en el departamento de Salto (52 casos), seguido por Paysandú (14 casos) y Montevideo (10 casos). Durante el año 2023 se notificaron 35 casos en todo el país.

Actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas 12 de abril del 2024

Resumen de la situación En lo que va del 2024, cuatro países de la Región de las Américas notificaron casos de OROV: el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia y Perú. Desde la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (4), dos nuevos países han registrado casos confirmados, Bolivia y Colombia.

En Bolivia, durante el 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 14, se han notificado 1.014 casos sospechosos de Oropouche, en seis de nueve departamentos de Bolivia, de los cuales 160 han sido confirmados, por prueba de laboratorio RT-PCR en tiempo real. Se han registrado casos confirmados en 12 municipios en tres departamentos del país. El 62 % (n=99) de los casos se registra en el departamento de La Paz, seguido por Beni con el 34% (n=54) y Pando con el 4% (n=7). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 55% (n=87) corresponde a casos de sexo femenino, la mayor proporción de casos se registra grupo de edad de 20 a 39 años con el 18% (n=29) (5, 6, 7).

En Brasil, a partir de 2023, la detección de casos de OROV en los estados de la región amazónica, considerada endémica, ha aumentado como resultado de la descentralización del diagnóstico biomolecular a una parte de los Laboratorios Centrales de Salud Pública del país. En 2023, 832 muestras tuvieron diagnóstico de OROV por biología molecular (RT-qPCR) (8, 9). Entre la SE 1 y la SE 14 del 2024, se detectó OROV en 3.475 muestras, siendo en Amazonas (n=2.663), Rondônia (n=592), Acre (n=118), Pará (n=29) y Roraima (n=18). Cabe destacar que todos los casos detectados en 2023 y 2024 tuvieron como sitio probable de infección a estados de la región Norte de Brasil (Acre, Amazonas, Pará, Rondônia y Roraima). Adicionalmente, se identificaron durante 2024, muestras correspondientes a personas que visitaron la región Norte de Brasil, pero son residentes en otros estados del país. Del total de casos detectados, actualmente, hay 47 casos en residentes de Bahía y cinco casos en residentes de Piauí, los cuales están en investigación para definir el sitio probable de infección. En cuanto a la distribución de las muestras analizadas por grupo de edad y sexo, el 52% (n=1.823) corresponden a casos de sexo masculinos y la mayor proporción de muestras

DESARROLLO

se registra en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 21% (n=740) de los casos (8, 9).

El 12 de marzo del 2024, Colombia notificó dos casos positivos de Oropouche, identificados en muestras de los departamentos de Amazonas y Meta de un total de 187 muestras recolectadas en el 2024 de todo el país. Las muestras fueron obtenidas mediante una estrategia retrospectiva de búsqueda de casos por laboratorio implementada por el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) a partir de la vigilancia de dengue (10).

En Perú, entre la SE 1 y la SE 15 del 2024, se han registrado 225 casos confirmados de Oropouche en cuatro departamentos, siendo el mayor número de casos reportados a la fecha en este país. Los departamentos en donde se notificaron los casos confirmados son: Loreto (n=183), Ucayali (n=25), Madre de Dios (n=9) y Huánuco (n=8). En cuanto a la distribución de los casos por grupo de edad y sexo, el 51% (n=115) corresponde al sexo masculino, la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 39% (n=87) de los casos (11).

RECOMENDACIÓN:

Se recomienda realizar búsqueda activa de eventos de Interés en Salud Publica en las instituciones notificadoras para la captación oportuna y acciones a realizar frente a cada evento de interés en salud pública.

CONCLUSION:

Bajo las alertas epidemiológicas de los eventos de interés en salud Pública las UPGD (Unidades Primarias Generadoras del dato) deben estar actualizadas de los nuevos virus que hay a nivel internacional y nacional, esto con el fin de contrarrestar el impacto de los mismos y proteger la salud poblacional de cada uno de las localidades de la Subred sur Occidente.

3. **TEMA CENTRAL:** AUTORREGULACIÓN NORMATIVIDAD UPGD

AUTORREGULACIÓN; CONOCE QUE ES LA AUTORREGULACION Y LA AUTORREGULACIÓN EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Objetivo:

Brindar información acerca de la estrategia de Autorregulación, negocios rentables negocios saludables, con el enfoque de la prevención y control de riesgo en salud y buenas prácticas sanitarias, en los establecimientos comerciales y específicamente establecimientos de Prestación de servicios en salud.

Desarrollo

Se inicia la socialización informando los temas a tratar, se procede a continuación a exponer los antecedentes y en que consiste la estrategia de Autorregulación la plataforma de negocios rentables negocios saludables. Desde el año 2019 (SDS) secretaria distrital de salud, desarrollo la plataforma Web interactiva, de autorregulación en busca de brindar a la comunidad, herramientas que fortalezcan el acceso a información sanitaria auto evaluación y regulación de parámetros sanitarios acorde a las normas sanitarias aplicadas para cada actividad comercial, así como la accesibilidad de información de interés pública.

Desarrollando a si la página web de **autorregulación.saludcapital**, la plataforma de negocios rentables negocios saludables. en donde busca desarrollar en las diferentes subredes de salud, específicamente en la subred integrada de servicios de salud suroccidente, abordando las cuatro localidades tales como; Fontibón, Kennedy, Bosa, Puente Aranda. La Información a los propietarios administradores o nuevos empresarios, de los establecimientos comerciales, los cuales son objeto de Inspección Vigilancia y Control Sanitario.

La estrategia de autorregulación, en el año 2022 se desarrolla en coordinación de vigilancia en salud Ambiental, donde implementa la divulgación de la página Web, la plataforma de negocios rentables negocios saludables, así como el acompañamiento técnico por parte de los colaboradores de las diferentes líneas de acción de vigilancia en salud Ambiental, interviniendo una serie de establecimientos priorizados que han sido caracterizados por SDS secretaria distrital de Salud debido a.

DESARROLLO

1- Su reiterado concepto Higiénico Sanitario Desfavorable.

2- Su reiterada conducta sanitaria, Medidas Sanitarias de seguridad, Decomisos y destrucción de productos, Muestreos Negativos, brotes epidemiológicos entre otros.

3- Establecimientos Nuevos, es decir que no estén en la base de datos de SIVIGILA con concepto Higiénico Sanitario.

4- Establecimientos ubicados en Mapas de riesgo debido a su ubicación, sector poblacional. O actividad comercial.

A si Los profesionales y/o técnicos con experiencia en intervenciones de Inspección Vigilancia y Control. Realizan el acompañamiento técnico, desde el enfoque de las diferentes líneas de intervención de la siguiente manera; Línea de Medicamentos Seguros, Químicos Farmacéuticos. Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico ETOZ, Médicos Veterinarios. Línea de Seguridad Química. Ingenieros Químicos. Línea de Calidad de Agua Saneamiento Básico, Ingenieros Ambientales. Línea de Alimentos sanos y Seguros, Ingenieros de Alimentos y/o Médicos Veterinarios.
Desde La Vigilancia en Salud Ambiental se desarrolla diferentes líneas de acción en las cuales sus intervenciones en Inspección Vigilancia y Control sanitario se dividen según su enfoque de riesgo de la siguiente manera:

1- **Alimentos Sanos y Seguros**: Establecimientos donde se almacenan, comercializan o expenden alimentos y bebidas alcohólicas y no alcohólicas.

2- **Calidad del Agua y Saneamiento Básico:** Instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales independientes en salud, centros comerciales, hoteles, colegios, universidades, educación no formal, bodegas de reciclaje, gimnasios, parques y/o coliseos, alto impacto entre otros.

3- **Seguridad Química:** Establecimientos en donde se manipulan sustancias químicas: industria textil, metalmecánica, de plástico, manufactureras, automotriz y de servicios, establecimientos de tatuajes, peluquerías

4- **Medicamentos Seguros:** Establecimientos que expenden productos farmacéuticos como medicamentos, cosméticos y dispositivos médicos entre otros.

5- **Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico:** Vigilancia de establecimientos médico veterinarios como clínicas, consultorios, petshop's

A si una vez identificados los establecimientos y su factor de riesgo, la estrategia de Autorregulación desarrolla el acompañamiento técnico donde busca desarrollar y presentar la metodología de implantación de buenas prácticas sanitarias desde la prevención e identificación de factores de riesgos en salud.
Que es la autorregulación:
La secretaria Distrital de salud, como autoridad sanitaria en el distrito capital, debe verificar las condiciones Higiénico sanitarias de los establecimientos, con el fin de prevenir riesgos para la salud de la población. para esto cuenta con una metodología que fomenta la conciencia sanitaria y la autorregulación en los dueños y encargados de los establecimientos y consta de realizar de manera simple y ágil la Autorregulación con los siguientes 5 pasos:

1-conoce la normatividad. En este paso se busca que los establecimientos se informen sobre que norma es la que deben cumplir según su actividad comercial, cuáles son los parámetros de cumplimiento normativos, que ampara las normas a su favor y beneficio, y como deben de construir y ajustar las condiciones sanitarias para un mejor servicio a la comunidad.

DESARROLLO

En la actualidad desde la plataforma de negocios rentables negocios saludables **autorregulación.saludcapital** la comunidad puede acceder por enlace directo a nuestra página Web https://saludambiental.saludcapital.gov.co/ en dicha página de salud ambiental se puede explorar por las diferentes líneas de Vigilancia Salud Ambiental los siguientes temas de interés:

- Indicadores
- Normatividad
- Mapas
- Documentos e investigación
- Vehículos de transportes
- Alertas sanitarias
- Fármaco vigilancia
- Control Roedores e insectos
- Vacunación
- Agresión animal
- Empresas prestadoras de servicios de desinfección control de plagas y lavad de tanques de agua potable

Brindando a la comunidad dos páginas de interacción y consulta de normatividad e información sanitaria para lograr su cumplimiento.

2-Registrate. Registra tu negocio de manera fácil y dinámica llenando el formulario y recibe información sobre tu actividad comercial, este paso busca de que comunidad por medio del registro pueda tener un numero de inscripción a la plataforma que les ayudara mas adelantar tramites de consulta y solicitud, a su vez reciben vía email información de buenas prácticas sanitarias.

Dentro de los aspectos que se den de tener presentes a la hora de desarrollar el formulario de registro, es si el establecimiento cuenta o no con una visita sanitaria anterior, ya que dicha inscripción se puede llegar a facilitar si ya tiene visitas sanitarias el establecimiento. Dicho formulario pregunta si ha sido sujeto de inspección vigilancia y control anteriormente, para registrar el número de Acta o número de consecutivo del instrumento de vigilancia y control, el cual dicho número se encuentra en el parte superior derecho de las hojas del Acta de Inspección. Una vez registrado el dato el formulario automáticamente arrastra la información previamente digitalizada en el sistema SIVIGILA y se completa el formulario, dejando tan solo algunos espacios de información a diligenciar pendientes.

3-Verifica. En este paso puedes acceder a la lista de chequeo creadas para las diferentes actividades comerciales basadas en la información solicitada a nivel normativo sanitario en la actualidad existen 41 autoevaluaciones a establecimientos comerciales;

- Autoevaluación de Droguerías
- Autoevaluación de peluquerías barberías y salones de belleza
- Autoevaluación para la pequeña y mediana industria
- Autoevaluación para empresas donde se realiza lavado y desinfección de tanques de agua potable
- Autoevaluación para empresas que realizan control de plagas

DESARROLLO

- Autoevaluación para veterinarias
- Autoevaluación instituciones de protección integral a la persona mayor con servicios de estancia transitorias centro día, centro noche y club de ancianos.
- Autoevaluación para ópticas y talleres ópticos
- Autoevaluación de vehículos transportadores de medicamentos, dispositivos médicos y demás
- Autoevaluación de vehículos que transportan agua potable
- Autoevaluación de vehículos o carrozas fúnebres
- Autoevaluación expendios de carnes
- Autoevaluación preparación de alimentos
- Autoevaluación ley 1335/2019
- Autoevaluación establecimientos educativos y universidades
- Autoevaluación hogares comunitarios
- Autoevaluación vehículos de transportes de carnes y productos cárnicos comestibles
- Autoevaluación deposito/ almacenamiento de alimentos y bebidas
- Autoevaluación expendio de alimentos y bebidas
- Autoevaluación instituciones de protección integral a la persona mayor con servicios de larga estancia (Hogares geriátricos y gerontológicos)
- Autoevaluación de gestión de residuos en establecimientos del sector belleza
- Autoevaluación de centros de estética y similares
- Autoevaluación vehículos transportadores de alimentos
- Autoevaluación establecimientos de bebidas alcohólicas
- Autoevaluación supermercados
- Autoevaluación para establecimientos que almacenan o aprovechan material plástico proveniente de bolsas de suero
- Autoevaluación sitios de encuentro sexual
- Autoevaluación para establecimientos donde se realizan tatuajes y piercing
- Autoevaluación para establecimientos comerciales
- Autoevaluación para distribuidores de cosméticos
- Autoevaluación para establecimientos que comercializan productos para uso y consumo animal

DESARROLLO

- Autoevaluación para servicios de mantenimiento automotriz
- Autoevaluación para establecimientos farmacéuticos mayoristas (depósitos de drogas y agencias de especialidades farmacéuticas)
- Autoevaluación para servicios de desinfección ambiental
- autoevaluación para apertura y funcionamiento de farmacias homeopáticas nivel I y nivel II
- Autoevaluación para: centros de estéticas con aparatología, academias con aparatología
- Lista 39: Autoevaluación para prestadores de servicios de salud
- Autoevaluación para verificación de condiciones mínimas para el manejo de medicamentos de control especial
- Autoevaluación para moteles y residencias

4-solicitud de la visita. En este Paso cuando te sientas listo para recibir una visita sanitaria por este paso es fácil y sencillo con la numero de registro solicitas la visita, el cual te arroja un numero de radicado de la solicitud por el cual puedes hacer seguimiento al estado del trámite de tu solicitud

5-Autorregulate. El último paso de la estrategia de Autorregulación busca que los establecimientos adquieran pautas y conductas sanitarias continuas y que desarrollen hábitos de mejora.

Previamente a la apertura de su establecimiento, todo representante legal o propietario debe conocer la normatividad sanitaria aplicable; esto es parte de la responsabilidad que se adquiere al desarrollar una actividad económica que puede llegar a generar riesgos sanitarios o ambientales a la comunidad que consume o adquiere sus productos o servicios; o a quienes hacen parte del entorno en el que se desarrolle la actividad.

Este conocimiento será vital para evitar posibles sanciones o multas.

Tip’s para tener presente a la hora de adquirir hábitos de Autorregulación:

- Mantén al día la documentación

Ten siempre disponible en tu establecimiento toda la documentación que se requiera en los procesos de inspección, vigilancia y control sanitario.

- Conserva el acta de tu visita

Recuerda que en cada visita de inspección, vigilancia y control sanitario el funcionario te entregará un acta de la misma, en la cual consta el respectivo concepto otorgado y, según el caso, las respectivas exigencias a cumplir. Este documento debe estar siempre disponible en el establecimiento.

- La visita de inspección sanitaria es gratuita

No permitas que te generen cobro por la visita de inspección, vigilancia y control sanitario o la obtención del concepto sanitario, recuerda que esto es gratuito.

- Reduce los riesgos

Documenta e implementa los planes o programas necesarios para minimizar los riesgos asociados al desarrollo de la actividad comercial.

- Siempre debes cumplir la norma sanitaria

No esperes a ser visitado por la autoridad sanitaria para cumplir con los requisitos normativos, recuerda que siempre debes estar al día con estos.

- Asigna un representante si no puedes estar

DESARROLLO

Si el representante legal o propietario no puede estar disponible para atender la visita de inspección, vigilancia y control sanitario, debes asignar una persona responsable y con acceso a la información que se requiera durante la visita. Igualmente, debes mantenerte informado de los resultados de dicha visita.

AUTORREGULACION INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS EN SALUD.

En el marco de la estrategia de autorregulación y desde la línea de Calidad de Agua y Saneamiento Básico y en dirección de Vigilancia en salud Ambiental, se realizan intervenciones y acompañamientos a los establecimientos de servicios de salud, de las localidades de Fontibón, Kennedy, Bosa, Puente Aranda. En los cuales se logran identificar las problemáticas del riesgo en salud en las que son más recurrentes y en los hallazgos más usuales en las visitas que realiza los colaboradores de Inspección Vigilancia y Control rutinaria. Donde la estrategia de autorregulación busca abordar dichas falencias mediante la sensibilización y el trabajo pedagógico constructivo.

Desarrollaremos una intervención de pautas recomendaciones y generalidades evidenciadas en las diferentes localidades, con lo que se socializa la formación de parámetros normativos a cumplir en las visitas de concepto Higiénico Sanitario.

Documentación: Desde la estrategia de Autorregulación se realiza la sensibilización a los establecimientos prestadores de servicios de salud de las localidades de la subred suroccidente, donde se inicia reconociendo dentro del marco normativo la documentación necesaria acompañar sustentar, los ejercicios de implementación buenas prácticas sanitarias y protocolos desarrollados en la atención en salud.

En ese de orden de ideas de resalta el marco normativo con el que debe dar inicio para la elaboración de los documentos estándares de procedimientos sanitarios de atención en salud en el marco de la Ley sanitaria nacional ley 9 del año 1979, que dicta medidas sanitarias, a la protección del medio ambiente, suministro de agua, salud ocupacional, saneamiento de edificaciones, alimentos, drogas, medicamentos, cosméticos y similares, vigilancia y control epidemiológico, desastres, defunciones, traslado de cadáveres y a su vez complementos específicos como los Decretos y resoluciones ;

Decreto 780del 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Decreto 1076 2015 Esta versión incorpora las modificaciones introducidas al Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible a partir de la fecha de su expedición.

Decreto 351 de 2014, por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

Resolución 0591 de 2024, por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en salud y otras actividades.

En el marco normativo se expone la documentación exigida:

- Procesos de Limpieza y Desinfección
- Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios o Similares (PGIRHS) Incluyendo Plan De Contingencia actualizado, para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente, que incluya las medidas establecidas por la no recolección de residuos por parte de las empresas de aseo contratadas.
- Formulario RH1(Residuos Generados en la Atención en Salud)
- Comprobantes de Recolección Entregados por el Transportador de Residuos Peligrosos
- Soporte de Lavado de Tanque (s) para el almacenamiento de Agua Potable, recuerde que debe realizar el lavado y desinfección de los mismos y de las redes de distribución internas, como mínimo cada seis (6) Meses o cuando estén visiblemente sucios.
- Programa Documentado para Manejo Integrado de Plagas en el que se describa claramente cada fase del mismo.
- Elaborar y presentar informe por generador, al Sistema de Información de Residuos Hospitalarios

DESARROLLO

SIRHO, sobre la gestión de residuos; semestralmente si es prestador Tipo A (las IPS con servicios de: unidad de cuidados intensivos e intermedios, salas de cirugía, diálisis renal, laboratorio clínico y sala de partos), entre el 1 de julio y el 27 de septiembre para el primer semestre y entre el 1 de enero y el 29 de marzo para el segundo semestre. O cada año si es generador Tipo B (las IPS que presten otros servicios y los profesionales independientes), entre el 1 de enero y el 29 de marzo. Resolución 1164 de 2002, ítem 8.1.

- Tener al Dia el esquema de Vacunación del Personal que Interviene en la Manipulación de Residuos, correspondiente a influenza, Hepatitis B, Tétanos.

- Capacitar al personal encargado de la gestión integral de los residuos generados, con el fin de prevenir o reducir el riesgo que estos residuos representan para la salud y el ambiente, en temas como:

- Normatividad ambiental y sanitaria vigente, Socialización del PGIRHS; Riesgos ambientales y sanitarios por inadecuado manejo de residuos; Seguridad y salud en el trabajo;
- Divulgación del organigrama y responsabilidades asignadas; Normas de bioseguridad; Técnicas de limpieza y desinfección.
- Talleres: segregación, movimiento interno, almacenamiento.
- Simulacro del plan de contingencia.

- Recuerde cumplir adicionalmente con los requisitos establecidos en la Resolución 3100 de 2019, la cual define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Con especial énfasis, lo referente al estándar de infraestructura del sistema único de habilitación y gestión de residuos generados en la atención en salud para obtener certificado de habilitación.

Condiciones locativas: El prestador de servicios de salud debe de cumplir con los parámetros locativos y de infraestructura sanitaria para la atención de salud a pacientes usuarios y ciudadanos, este debe estar ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad, zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación y erosión.
La clase y calidad de materiales que cubren los pisos de la edificación, son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales.
La clase y calidad de materiales que cubren las paredes, cielos rasos y techos son sólidos, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (temperatura y humedad)
En los servicios de cirugía, atención y trabajo del parto y el ambiente de esterilización, la unión entre cielo raso o techo y la pared o muro y la unión entre paredes o muros, deberán tener acabados en media caña, evitando la formación de aristas o de esquinas
La ventilación natural o artificial en cada área o ambiente, garantiza el suministro y recirculación de aire, en forma permanente acorde al uso.
Almacena de forma segura, los insumos, elementos y equipos (incluyendo los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección).
Poceta para lavado y ubicación de implementos de aseo, y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito, en los ambientes o áreas que lo requiera. Como por ejemplo los servicios de salud de: urgencias, cirugía y del grupo de internación, esterilización.
Deben contar Para el almacenamiento interno de residuos, de acuerdo con los servicios prestados y la infraestructura, dos sitios de almacenamiento; uno intermedio y otro central. Se aclara: Los intermedios solo

DESARROLLO

se requieren cuando el establecimiento presenta áreas grandes de servicios o éstos se ubican en diferentes pisos de la edificación.

Todos los parámetros locativos son amparados y sujetos a la normatividad sanitaria Ley 9 de 1979, Ley 1209 de 2008, Decreto 780 de 2016, Resolución 14861 de 1985, Resolución 4445 de 1996.

Saneamiento básico: El desarrollo de los procedimientos escritos elaborados por cada uno de los establecimientos prestadores de servicios de salud, se deben de desarrollar dentro de las pautas sanitarias y normativas,

Ley 9 de 1979, Ley 361 de 1997, Decreto Único 1077 de 2015, Decreto 1575 de 2007, Decreto 351 de 2014, Resolución 14861 de 1985, Resolución 4445 de 1996, Resolución 1164 de 2002, Resolución 482 de 2009, Resolución 2184 de 2019.

Y se dan las siguientes recomendaciones los servicios sanitarios (lavamanos, sanitario), en los servicios de hospitalización u observación, los baños deberán contar con los accesorios necesarios (ducha teléfono) para lavado y desinfección de patos o disponer de un ambiente específico para este proceso, en materiales resistentes, inoxidables e impermeables, con espacios libres que faciliten la ventilación y las labores de aseo, en adecuadas condiciones de limpieza y desinfección, suficientes de acuerdo a la capacidad demandada y suministra la dotación de elementos de aseo personal (jabón, papel higiénico, medio de secado de manos, entre otras)

Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y redes de distribución de agua potable

En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: Servicios quirúrgicos, Gineco obstétricos, Unidades de cuidado intermedio e intensivo, Unidad de quemados, Hospitalización, Odontológicos, Laboratorios, Servicio de transfusión sanguínea, Terapia respiratoria, Áreas de esterilización, Depósitos temporales de cadáveres, Zonas de preparación de medicamentos, Áreas para el almacenamiento de residuos, y donde se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo, la unión con paredes o muros deberá llevar guarda escobas en media caña, evitando la formación de ángulos de difícil accesibilidad en los procedimientos de limpieza y desinfección. Cuando se tengan dilataciones y juntas, estas deben ser selladas de manera que ofrezcan continuidad de la superficie. Artículo 25 Resolución 4445 de 1996

Prevención del riesgo de accidentes: En el marco normativo de la Ley 9 de 1979, Resolución 4445 de 1996, Resolución 14861 de 1985, Resolución 705 de 2007.

Se recomienda:

Las escaleras, rampas y áreas de circulación están claramente demarcadas, para el tránsito seguro de las personas y están provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes.

Contar con extintores o gabinetes contra incendios cargados.

Contar con Botiquín de primeros auxilios Resolución 705 de 2007.

Documentar un plan de riesgos de desastres que cuente claramente , entre otros aspectos, el análisis específico de riesgo que considere los posibles efectos de eventos de origen natural, socio-natural, tecnológico, biosanitario o humano no intencional, sobre la infraestructura expuesta y aquellos que se deriven de los daños de la misma en su área de influencia de posible afectación por la entidad, así como de su operación que puedan generar una alteración intensa, grave y extendida en las condiciones normales de funcionamiento de la sociedad.

Con base en ello realizará el diseño e implementación de medidas para reducir las condiciones de riesgo actual y futuro, además de la formulación del plan de emergencia y contingencia, con el fin de proteger la población, mejorar la seguridad, el bienestar y sostenibilidad de las entidades.

Ley 1335 de 2009 Prevención del consumo del tabaco: Finalmente se brindan algunas recomendaciones frente al Autoevaluación para el cumplimiento de la Ley 1335 de 2009. Sobre disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan

DESARROLLO

políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

Recomendaciones

1. Se recomienda el uso continuo de las herramientas disponibles en la página web de Autorregulación.
2. Se recomienda implementar medidas preventivas y mesas de trabajo o auditorías internas en los establecimientos para adquirir los hábitos de mejora continua y actualización de normatividad sanitaria.
3. Se extiende la invitación a los establecimientos nuevos que aún no han recibido su visita de concepto higiénico sanitario a participar del proyecto de Autorregulación.

Conclusiones

1. La estrategia de Autorregulación es una estrategia de Vigilancia en salud Ambiental que fortalece los establecimientos para un negocio rentable, negocios saludables, con el enfoque de la prevención y control de riesgo en salud y buenas prácticas sanitarias.

2. Se deben fomentar y divulgas la estrategia de Autorregulación como medio de prevención de factores de riesgos en salud y control sanitario dentro de todas las entidades prestadores de servicios de salud de Bogotá, especialmente las entidades que cubren la subred integrada de servicios de salud sur occidente. Con ellos se logrará la excelencia sanitaria en la prestación de servicios en salud.

4. TEMA ITINERANTE: INDICADORES DE EVENTOS SSR - SMI

Resultados de Unidades de Análisis Distritales de Eventos SSR-SMI, primer trimestre (enero a marzo 2024).

Objetivo:

Socializar el tablero de demoras o situaciones que fueron identificadas durante el análisis de eventos de SSR SMI, de usuarias residentes de 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, es principalmente dar a conocer los errores más frecuentes en el marco de la atención de gestantes, lo anterior, con el fin de detectarlos de manera oportunidad y d promover estrategias para mitigarlos

Durante el periodo de enero a marzo de 2024, se convocaron 6 unidades de análisis distritales relacionadas con eventos de Salud Materno infantil, con residencia en localidades de la Subred Sur Occidente.

Caracterización de los casos:

Eventos de SSR SMI analizados a nivel distrital, en el periodo enero a marzo de 2024.

Los eventos analizados corresponden a los eventos de Mortalidad Materna y Perinatal y Morbilidad Materna Extrema. Por Ocurrencia los casos se presentaron
En Nueva Clínica Magdalena (2 casos), Clínica de la Mujer (1 caso) Clínica Palermo (1 caso), Clínica Universitaria Colombia y Fundación Santafé (1 caso).

En cuanto a la distribución por lugar de residencia que se evidencian 4 casos residentes de la localidad de Kennedy y 2 de la localidad de Fontibón, con respecto al régimen de afiliación, 5 usuarias

DESARROLLO

pertenecen al régimen contributivo afiliadas a las EAPB Sanitas, Nueva EPS, Sura y Compensar, y 1 usuaria perteneciente al de régimen especial con afiliación a Policía Nacional.

1. Generalidades de los casos Mortalidad Perinatal:

Se realiza análisis distrital de 4 casos de Mortalidad Perinatal de madres entre los 20 y 24 años (1) y los 35 años y más (3), por Ocurrencia los casos se presentaron
en Clínica de la Mujer, Nueva Clínica Magdalena, Clínica Palermo y Clínica Universitaria Colombia. La mayoría de los casos inicia CPN de manera temprana y tienen entre 7 y 10 CPN, excepto por 1 caso que tuvo entre 1 y 3 CPN e inició de manera tardía.

De acuerdo con la matriz BABIES se establece que las causas de muerte de los casos estuvieron relacionadas con Cuidados Prenatales y Salud Materna.

2. Caracterización del caso Mortalidad Materna:

Caso corresponde a gestante de 39 años, EAPB: Policía Nacional que inicia CPN de manera temprana con CPN 6, sin consulta preconcepcional, atendida en Fundación Santafé, con causa de muerte: En estudio.

3. Caracterización del caso Morbilidad Materna Extrema:

Caso corresponde a gestante de 13 años, EAPB: Nueva EPS que inicia CPN de manera tardía con CPN 5, sin consulta preconcepcional, atendida en la Nueva Clínica Magdalena con diagnóstico de preeclampsia severa.

Socialización tablero de demoras o situaciones.

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

Prestación de servicios individuales

- No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica.

(Inadherencia a de práctica clínica de bienestar fetal en embarazo a término con hipoactividad fetal)
(no adherencia a guía de hemorragia postparto)

- Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica.

Acciones de promoción y mantenimiento de la salud

- Incumplimiento en las acciones de demanda inducida.

(No se oferta consulta preconcepcional, no seguimiento a método de planificación familiar)

Conocimientos actitudes y prácticas en salud

- Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud.
- Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud.
- Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud.

Gestión del aseguramiento

DESARROLLO

- No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional.
- Incumplimiento en la oferta de prestación de servicios.

Recomendación:

Fortalecer las acciones de información, educación y comunicación en los diferentes escenarios donde se mantenga contacto directo con el usuario, promoviendo espacios que permitan la resolución de dudas 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 con la población y tipo de servicio de salud que presta la institución.

Realizar ejercicio de auditoría interna que den cuenta de la mejora en los registros clínicos con calidad y pertinencia.

Conclusión

Es necesario fortalecer la oferta de acciones de demanda inducida en mujeres en edad fértil con el fin de propender por la maternidad segura, o la mitigación de embarazos no planeados que impacten negativamente en la salud de la mujer.

5. SIVIGILA INDICADORES

Tableros De Indicadores Localidad De BOSA

Tabla 6. Cumplimiento En La Entrega Del Reporte Semanal Sivigila 4.0 SEM_ 13- 2024 Subred Sur Occidente. Localidad De Bosa

DESARROLLO

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DEL REPORTE SEMANAL SIVIGILA 4.0						
	NOTIFICACION OPORTUNA	NOTIFICACION FIN DE SEMANA	NOTIFICACION VIERNES	DIGITACION EISP CAPTURA LINEA	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	1	2	0	0	3	4	75%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	1	3	0	4	4	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	0	3	0	1	4	4	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	3	1	0	0	4	4	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	2	0	0	1	3	4	75%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	3	1	0	0	4	4	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	3	1	0		4	4	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	2	0	1	3	4	75%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	1	2	1	4	4	100%
OCTAVIO REYES QUIN	3	1	0	0	4	4	100%
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	2	0	1	3	4	75%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	2	0	0	2	4	4	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	2	0	0	2	4	4	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	2	0	1	0	3	4	75%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	2	0	0	1	3	4	75%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	1	1	0	2	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	2	0	0	2	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	2	0	0	2	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	2	0	0	1	3	4	75%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	2	0	0	2	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	2	1	0	0	3	4	75%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	2	0	0	2	4	4	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	3	0	0	1	4	4	100%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	3	1	0	0	4	4	100%
HOSPITAL DE BOSA	2	0	0	2	4	4	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	2	0	0	2	4	4	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 13 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. El 69 % (n=18) de las UPGDs cumplieron con la entrega semanal al SIVIGILA. 4.0

Tabla 7 Porcentaje De Silencio Epidemiológico Acumulado Sem_13_2024 - Subred Sur Occidente Localidad De Bosa

DESARROLLO

NOMBRE RAZON SOCIAL	PORCENTAJE DE SILENCIO EPIDEMIOLÓGICO	
	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD NO CUMPLIO CON LA NOTIFICACION SEMANAL (I	% INCUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	1	25%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	0	0%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	25%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	0%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	0	0%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	1	25%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0%
OCTAVIO REYES QUIN	0	0%
ALVARO LLERAS MALDONADO	1	25%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	0	0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	1	25%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	1	25%
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	1	25%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	1	25%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	0	0%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	0	0%
HOSPITAL DE BOSA	0	0%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0%

Fuente: Bases Sivigila SE 13 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. El 31% (n=8) de la UPGDs correspondientes a la localidad de Bosa presentaron silencio epidemiológico.

Tabla 8 Cumplimiento Acumulado de la notificación SIVIGILA escritorio Sem_13_2024 - Subred Sur Occidente Localidad De Bosa

DESARROLLO

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION SIVIGILA ESCRITORIO			
	% DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVAS	% DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVAS	% SEMANAS SILENCIOSA	% DE CUMPLIMIEN
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	92%	0%	8%	92%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	85%	0%	15%	85%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	100%	0%	0%	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	77%	0%	23%	77%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	100%	0%	0%	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	85%	0%	15%	85%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	100%	0%	0%	100%
OCTAVIO REYES QUIN	92%	8%	0%	100%
ALVARO LLERAS MALDONADO	38%	8%	54%	46%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	100%	0%	0%	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	85%	0%	15%	85%
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	85%	15%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	54%	46%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	100%	0%	0%	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	92%	0%	8%	92%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	100%	0%	0%	100%
HOSPITAL DE BOSA	100%	0%	0%	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	100%	0%	0%	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 13 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. El 81 % (n=21) cumplen con la notificación acumulada en Sivigila Escritorio.

DESARROLLO

Tabla 9 Desagregación De Eventos Individuales Notificados -Clasificación Inicial De Caso Acumulado Sem_13_ 2024, Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	DESAGREGACIÓN DE EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS -CLASIFICACION INICIAL DE CASO					
	TOTAL DE CASOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS P	SOSPECHOSOS	PROBABLES	CONFIRMADO POR LABORATORIO	CONFIRMADO POR CLINICA	CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	1	0	0	0	0	0
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	3	0	0	2	0	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	17	6	0	7	3	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	28	8	3	5	11	0
CARMENZA FORERO BUITRAGO	2	0	0	0	1	0
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	8	1	0	4	2	0
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	31	19	0	2	9	0
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	11	0	0	0	0	0
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	1	0	0	0	0	0
OCTAVIO REYES QUIN	2	0	0	0	0	0
ALVARO LLERAS MALDONADO	1	0	0	0	0	0
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	36	21	0	12	2	0
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	1	0	0	0	0	0
GEORGE RENE NOEL CORONADO	1	0	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	211	73	3	9	125	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	45	38	1	5	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	30	22	0	1	6	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	5	4	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	12	3	0	3	2	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	48	47	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	15	6	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	30	20	0	1	8	0
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	2	0	0	1	0	0
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	47	25	3	8	10	0
HOSPITAL DE BOSA	328	135	15	21	155	1
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	8	0	2	1	3	0

Fuente: Bases Sivigila SE 13 Subred Suroccidente

Describe la clasificación inicial de los eventos individuales notificados a SIVIGILA por la UPGD, las UPGDs que más eventos individuales notifican al SIVIGLS son Hospital Bosa, Unidad de Servicios de salud Bosa,

DESARROLLO

Tabla 10 Oportunidad En La Notificación Semanal Acumulado Sem_13_ 2024 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	0	0	NA
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	2	2	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	8	8	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	16	16	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	1	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	3	3	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	6	5	83%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	10	8	80%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	NA
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	125	125	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	3	3	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	5	5	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	5	5	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	4	4	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	1	1	100%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	17	17	100%
HOSPITAL DE BOSA	141	141	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	5	4	80%

Fuente: Bases Sivigila SE 13 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, El 50% (n=13) de las UPGDs realizaron notificación oportuna semanal.

DESARROLLO

Tabla 9 Oportunidad En La Notificación Inmediata Acumulado Sem_13_ 2024 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	6	4	67%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	8	7	88%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	NA
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	1	1	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	19	17	89%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	21	17	81%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	NA
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	73	56	77%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	38	33	87%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	22	20	91%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	3	3	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	45	29	64%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	6	6	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	19	18	95%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	NA
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	26	23	88%
HOSPITAL DE BOSA	157	148	94%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0	NA

Fuente: Bases Sivigila SE 13 Subred Suroccidente

Mide el promedio de días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso al Sivigila. (para los eventos de notificación inmediata es un día. El 15% (n=4) de las UPGDs realizan notificación inmediata .

Tabla 11 Oportunidad En El Ajuste De Casos/ Cumplimiento En El Ajuste De Caso Acumulado Sem_13_ 2024 Localidad De Bosa

DESARROLLO

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	AJUSTADOS CONFIRMADO POR CLINICA (AJUSTE	AJUSTADOS CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO	AJUSTADOS ERROR DE DIGITACIÓN (AJUSTE D)	TOTAL DE CASOS AJUSTADOS	CASOS PENDIENTES POR AJUSTE	% DE CASOS AJUSTADOS	NO APLICA MEDICION	% 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	6	0	0	0	0	0	0	0	100%	6	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	11	0	2	0	0	0	0	0	100%	11	
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	1	0	0	0	0	0	0	-3	400%	4	
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	19	0	0	0	0	0	0	0	100%	19	
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	
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	21	0	0	0	0	0	0	0	100%	21	
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	76	1	2	0	0	1	0	1	99%	75	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	39	1	0	0	0	0	1	0	100%	38	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	22	0	0	0	0	0	0	0	100%	22	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	4	0	0	0	0	0	0	0	100%	4	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	3	0	0	0	0	0	0	0	100%	3	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	47	0	0	0	0	0	0	0	100%	47	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	6	0	0	0	0	0	0	0	100%	6	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	20	0	0	0	0	0	0	0	100%	20	
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	28	3	0	0	0	0	1	-1	104%	28	100%
HOSPITAL DE BOSA	150	11	5	1	0	0	8	-1	101%	143	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	2	1	0	0	0	0	0	0	100%	2	

Fuente: Bases Sivigila SE 13 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 . El 12% (n=3) de las UPGDs realizan oportunamente los ajustes de los casos acumulados.

Tabla 12 Cumplimiento Y Calidad En El Ingreso De Laboratorios De Los Eventos Confirmados Por Laboratorio Sem_13_2024 Bosa

DESARROLLO

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	0	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	2	2	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	7	7	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	7	7	100,0%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	4	1	25,0%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	2	2	100,0%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	9	9	100,0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	10	10	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	5	5	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	1	1	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	3	3	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	1	1	100,0%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	1	1	100,0%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	7	4	57,1%
HOSPITAL DE BOSA	26	25	96,2%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	1	1	100,0%

Fuente: Bases Sivigila SE 13 Subred Suroccidente

Mide el % acumulado del ingreso de laboratorios positivos, reactivos o compatibles de eventos notificados y ajustados como confirmados por laboratorio. El 46% (n=12) de las UPGDs realizaron el ingreso de laboratorios al SIVIGILA confirmados por laboratorio.

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

DESARROLLO

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 **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

Errores Relación de errores semana 11 Localidad Bosa

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110013029644	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	ALEJANDRA PRADILLA ARIAS	18/03/2024 16:08.01	110013029644_11.zip	18/03/2024 16:08.01	11	Error de carga/Tardío
110019660103	MODELO EN SALUD TERRITORIAL SUR OCCIDENTE	YENNY CAROLINA ESPINOZA	18/03/2024 13:39.45	110019660103_11.zip	18/03/2024 13:39.45	11	Error de carga/Tardío
110019660103	MODELO EN SALUD TERRITORIAL SUR OCCIDENTE	YENNY CAROLINA ESPINOZA	18/03/2024 13:36.45	110019660103_11.zip	18/03/2024 13:36.45	11	Error de carga/Tardío
110019660103	MODELO EN SALUD TERRITORIAL SUR OCCIDENTE	YENNY CAROLINA ESPINOZA	18/03/2024 13:36.05	110019660103_11.zip	18/03/2024 13:36.05	11	Error de carga/Tardío
110012123814	BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	YIRA MARCELA CADENA HERRERA	18/03/2024 09:53.43	110012123814_11.zip	18/03/2024 09:53.43	11	Error de carga
110012123814	BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	YIRA MARCELA CADENA HERRERA	18/03/2024 09:53.05	110012123814_11_.zip	18/03/2024 09:53.05		Error de carga
110012123814	BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	YIRA MARCELA CADENA HERRERA	18/03/2024 09:52.43	110012123814_11.zip	18/03/2024 09:52.43	11	Error de carga
110012123814	BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	YIRA MARCELA CADENA HERRERA	18/03/2024 09:51.38	PLANOS_SEMANA_11_2024-03-18T09_44_20.zip	18/03/2024 09:51.38		codigo mal/Error de carga

Fuente: Base Sivigila SE 11, Subred suroccidente 2024

DESARROLLO

Errores Relación de tardíos semana 11 Localidad Bosa

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110013029634	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	MARIA ISABEL QUIROGA ACOSTA	18/03/2024 14:47.36	110013029634_11.zip	18/03/2024 14:47.36	11	Tardío
110019660103	MODELO EN SALUD TERRITORIAL SUR OCCIDENTE	YENNY CAROLINA ESPINOZA	18/03/2024 13:00.19	110019660103_11.zip	18/03/2024 13:00.19	11	Tardío
110013029644	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	ALEJANDRA PRADILLA ARIAS	18/03/2024 13:00.18	110013029644_11.zip	18/03/2024 13:00.18	11	Tardío
110013632901	HECTOR BERNARDO CERON BENAVIDES	HECTOR BERNARDO CERON BENAVIDES	18/03/2024 12:41.23	110013632901_11.zip	18/03/2024 12:41.23	11	Tardío
110013029649	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	ZULMA FORERO EXT 11112	18/03/2024 12:33.21	110013029649_11.zip	18/03/2024 12:33.21	11	Tardío
110013029623	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	18/03/2024 12:30.38	110013029623_11.zip	18/03/2024 12:30.38	11	Tardío

Fuente: Base Sivigila SE 11, Subred suroccidente 2024

Errores Relación de errores semana 13 Localidad Bosa

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110010922101	SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	WENDY CAROLINE PULIDO MORENO	1/04/2024:10:48.12	110010922101_12.zip	1/04/2024:10:48.12	12	Error de carga - Otras semanas

Fuente: Base Sivigila SE 13, Subred suroccidente 2024

DESARROLLO

NOVEDADES SIVIGILA WEB 4.0

República de Colombia

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002138 DE 2023

(19 DIC 2023)

Por la cual se adoptan los lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual.

la inclusión de las variables se da por la sentencia t-033 de la corte constitucional

" guía para la inclusión del enfoque diferencial e interseccional" del DANE, esto con el fin de cumplir el estándar definido por el sistema estadístico nacional

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

DESARROLLO

ORDEN	CODIGO EVENTO	NOMBRE EVENTO	HABILITADO DESDE.. PARA CARGA EN LINEA
1	113	DESNUTRICION AGUDA EN MENOR DE 5 AÑOS	25/04/2023
2	346	IRA POR VIRUS NUEVO	25/04/2023
3	348	IRAG INUSITADO	25/04/2023
4	210	DENGUE	25/04/2023
5	220	DENGUE GRAVE	25/04/2023
6	580	MORTALIDAD POR DENGUE	25/04/2023
7	465	MALARIA	25/04/2023
8	880	VIRUELA SIMICA	25/04/2023
9	452	LESIONES POR AE	25/04/2023
10	365	INTOXICACIONES	25/04/2023
11	591	MORTALIDAD INTEGRADA EN MENORES DE 5 AÑOS	25/04/2023
12	250	ENCEFALITIS DEL NILO OCCIDENTAL EN HUMANOS	25/04/2023
13	270	ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE EN HUMANOS	25/04/2023
14	275	ENCEFALITIS EQUINA DEL ESTE EN HUMANOS	25/04/2023
15	290	ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA EN HUMANOS	25/04/2023
16	295	ENFERMEDADES DE ORIGEN PRIONICO	25/04/2023
17	320	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	25/04/2023
18	330	HEPATITIS A	25/04/2023
19	551	MORTALIDAD MATERNA - DATOS BASICOS	25/04/2023
20	620	PAROTIDITIS	25/04/2023
21	630	PESTE (BUBONICA/NEUMONICA)	25/04/2023
22	780	TIFUS EPIDEMICO TRANSMITIDO POR PIOJOS	25/04/2023
23	790	TIFUS ENDEMICO TRANSMITIDO POR PULGAS	25/04/2023
24	831	VARICELA INDIVIDUAL	25/04/2023
25	342	ENFERMEDADES HUERFANAS	19/05/2023
26	900	EVENTO SIN ESTABLECER	19/05/2023
27	740	SIFILIS CONGENITA	8/06/2023
28	750	SIFILIS GESTACIONAL	8/06/2023
29	345	IRA GRAVE (VIGILANCIA CENTINELA)	28/06/2023

ORDEN	CODIGO EVENTO	NOMBRE EVENTO	HABILITADO DESDE.. PARA CARGA EN LINEA
30	230	DIFTERIA	2/08/2023
31	710	RUBEOLA	2/08/2023
32	730	SARAMPION	2/08/2023
33	420	LEISHMANIASIS CUTANEA	2/08/2023
34	430	LEISHMANIASIS MUCOSA	2/08/2023
35	440	LEISHMANIASIS VISCERAL	2/08/2023
36	901	EVENTO COLECTIVO SIN ESTABLECER	2/08/2023
37	998	EDA COLECTIVO	2/08/2023
38	830	VARICELA COLECTIVO	2/08/2023
39	621	PAROTIDITIS COLECTIVO	2/08/2023
40	549	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	16/08/2023
41	560	MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	14/09/2023
42	610	PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	17/10/2023
43	670	RABIA HUMANA	17/10/2023
44	352	INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO - INDIVIDUAL	17/10/2023
45	362	INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO	17/10/2023
46	100	ACCIDENTE OFÍDICO	24/10/2023
47	535	MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA	24/10/2023
48	800	TOS FERINA	27/10/2023
49	205	CHAGAS	14/11/2023
50	217	CHIKUNGUNYA	14/11/2023
51	300	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	14/11/2023
52	200	COLERA	29/11/2023
53	450	LEPRA	29/11/2023
54	453	LESIONES DE CAUSA EXTERNA	29/11/2023
55	720	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA	29/11/2023
56	760	TÉTANOS ACCIDENTAL	29/11/2023
57	455	LEPTOSPIROSIS	16/02/2024
58	355	ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS ETAS (INDIVIDUAL)	16/02/2024

- **DISPONIBILIDAD DE LOS EVENTOS SIVIGILA 4.0**
- ❖ Leptospirosis (Cod.455)
- ❖ Enfermedades trasmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)

DESARROLLO

EVENTOS CON DATOS BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS

- 113 - Desnutrición aguda en menores de 5 años
- 348 – IRAG inusitado
- 210 – Dengue
- 220 – Dengue grave
- 580 – Mortalidad por Dengue
- 465 – Malaria
- 880 – Viruela Símica
- 452 – Lesiones por AE
- 365 – Intoxicaciones
- 591 – Mortalidad integrada en menores de 5 años
- 342 – Enfermedades Huérfanas
- 900 – Evento individual sin establecer
- 740 - Sífilis congénita
- 750 - Sífilis gestacional
- 345 - ESI - IRAG (Vigilancia Centinela)
- 230- Difteria
- 710 – Rubeola
- 730 – Sarampión
- 549 – Morbilidad materna extrema
- 610 – Parálisis Flácida Aguda
- 420 - Leishmaniasis cutánea
- 430 - Leishmaniasis Mucosa
- 480 - Leishmaniasis Visceral
- 670 – Rabia Humana
- 560 - Mortalidad perinatal y neonatal tardía
- 352 - Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico – Individual
- 100 - Accidente ofídico
- 535 - Meningitis Bacteriana Y Enfermedad Meningocócica
- 800 - Tos Ferina
- 205 - Chagas
- 217 - Chikungunya
- 300 - Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia
- 200- Cólera
- 450- Lepra
- 453- Lesión de causa externa
- 720- Síndrome de rubeola congénita
- 760-Tetanos Accidental

EVENTOS CON SOLO DATOS BÁSICOS

- 250 – Encefalitis Del Nilo Occidental En Humanos
- 270 - Encefalitis Equina Del Oeste En Humanos
- 275 - Encefalitis Equina Del Este En Humanos
- 290 - Encefalitis Equina Venezolana En Humanos
- 295 - Enfermedades De Origen Priónico
- 320 - Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea

DESARROLLO

- 330 - Hepatitis A
- 346 – IRA por virus nuevo
- 551 - Mortalidad Materna - Datos Básicos
- 620 – Parotiditis
- 630 - Peste (Bubónica/Neumónica)
- 780 - Tifus Epidémico Transmitido Por Piojos
- 790 - Tifus Endémico Trasmitido Por Pulgas
- 831 - Varicela Individual
- **EVENTOS COLECTIVOS**

- 901 – Evento colectivo sin establecer
- 998 – EDA Colectivo
- 830 – Varicela colectivo
- 621 – Parotiditis colectivo
- 362 - Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico

Directorio Subred Sur Occidente Localidad de BOSA

LOCALIDAD	TECNICO	CELULAR	CORREO ELECTRONICO
BOSA	NATALIA LOMBANA LOPEZ	31438768518	Tecnicosivigila7@subredsuroccidente.gov.co

6. INDICADORES TRANMISIBLES

III. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA VSP, INDICADORES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

OBJETIVO Socializar alertas epidemiológicas vigentes y comportamiento de los indicadores de las enfermedades prevenibles por vacunación para brindar información, educación, comunicación de los comportamientos de los eventos transmisibles de la subred sur occidente en el tercer periodo epidemiológico 2024

Se continúa en el mes de abril con el énfasis en las alertas epidemiológicas vigentes y comportamiento de los indicadores de enfermedades prevenibles por vacunación. Para el año 2024 dentro de las estrategias de vigilancia salud publica la Subred Sur Occidente se continua con los lineamientos establecidos por la SDS para la implementación de las estrategias información, educación y comunicación, IEC y que la comunidad reconozca la importancia y las acciones de prevención y contención de los eventos transmisibles con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad en todos los ciclos de vida; en el análisis de indicadores por localidad y subred, se teniendo bases de datos depuradas, tablero de indicadores se tendrá y el seguimiento del tablero de control de indicadores y retroalimentación a las UPGD de los casos ingresados al sistema, con el

DESARROLLO

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.

Para el año 2024 dentro de las estrategias de vigilancia salud publica la Subred Sur Occidente se continua con los lineamientos establecidos por la SDS para la implementación de las estrategias información, educación y comunicación, IEC. Se fortalecen 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, se incluyen los hallazgos relevantes identificados en el monitoreo de los eventos realizado a través de gestión de la información.

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. Es así como para este mes por solicitud epidemióloga del SIVIGILA responsable del COVE hace propuesta para capacitación sobre Infección respiratoria Aguda y cierre de casos IRAG

A. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA IRA

La secretaria de Salud Distrital emite la circular 008 de 20 de febrero 2024 intensificación de acciones para la vigilancia prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda (IRA) – primer pico respiratorio año 2024, Decreto 273 de 2004 de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. “Por la cual se crea el Comité Distrital para la Prevención y Atención de la Enfermedad Respiratoria Aguda y se dictan otras disposiciones”. Modificado por el Decreto 349 de 2019 “Por medio del cual se actualizan las instancias de coordinación del

DESARROLLO

Sector Salud". Adoptar medidas que favorezcan la prevención y atención de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) Establece unas acciones por actores. Dentro de las estrategias en dar continuidad a esta circular.

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

Suceptibilidad: **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. El 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. El 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. El Adenovirus: las infecciones son más frecuentes en los **niños entre los seis meses y cinco años**, pueden causar

DESARROLLO

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 bo 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 notificacion y establecer estrategias para cortar la cadena de transmisión

1. **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.
2. **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.
3. **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).**
4. **Caso probable de IRAG inusitado**: Paciente con de fiebre y tos **no más de 7 días de evolución entre fecha de inicio de síntomas y fecha de consulta y requiera manejo hospitalario** y que **cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:**

DESARROLLO

A. Ser trabajador de salud del área asistencial con antecedente reciente de contacto con pacientes con infección respiratoria aguda grave o que permanezca en un espacio hospitalario

B. Individuo con antecedente de viaje en los últimos 14 días a áreas de circulación del virus de influenza aviar u otros agentes respiratorios nuevos en humanos o animales con poder pandémico.

C. Ser trabajador del sector avícola o porcino o tener antecedente de contacto con aves silvestres o de producción o cerdos en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

D. Paciente de 5 a 65 años previamente sano con infección respiratoria aguda grave con antecedente de fiebre y tos que requiera manejo hospitalario con necesidad de vasopresores y/o apoyo ventilatorio y que tenga un deterioro clínico rápido en menos de 72 horas desde el inicio de síntomas.

E. Todos los conglomerados de infección respiratoria aguda grave (dos o más casos de IRAG) en entornos familiares, lugares de trabajo, lugares con población confinada (colegios, universidades, cárceles, batallones, etc) o grupos sociales.

F. Todas las muertes por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida.

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).

Como parámetro se deben tener en cuenta los códigos del INS: 345: Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela USS KENNEDY/ USS PATIO BONITO TINTAL); 346 IRA por virus nuevo , 348 Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado), 995: Morbilidad por IRAG (notificación colectiva, confirmado, UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA CIE J00 – J22), 591 :Mortalidad por IRA em menores de 5 años.

En abril se notifican 557 casos, 5 casos muertos por otras causas (0,89%). Por localidad de Bosa se tienen 3 casos positivos con una tasa activos 0,0 * 100.000 habitantes , recuperados 83, muertos por Covid_19 un caso con una letalidad de 1,2%; Kennedy 14 casos positivos con una tasa activos 0,3 * 100.000 habitantes , recuperados 248, muertos por Covid_19 un caso con una letalidad de 1,2%; Fontibón 3 casos positivos con una tasa activos 0,0 * 100.000 habitantes , recuperados 116, no hay muertos por Covid_19 ; Puente Aranda no hay casos positivos con una tasa activos 0,0 * 100.000 habitantes , recuperados 83, no hay muertos por Covid_19

DESARROLLO

NOTIFICACION COLECTIVA IRA COD 595: La notificación se realiza semanalmente, de todos los casos hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y mortalidad por IRA según códigos CIE.10 de J00 a J22.

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.

B. **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 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 la semana de riesgo en la gestación de riesgo de SRC: Antes de la semana 11 se 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

DESARROLLO

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 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**

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 la 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

DESARROLLO

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**. **El Caso confirmado por laboratorio:** Todo caso sospechoso de SRC que tenga una de las siguientes pruebas de laboratorio positivas: 1. **Demostración de anticuerpo IgM específico para rubéola**, 2. **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**, 3. **Detección del virus de rubéola en nasofaringe, orina o suero por PCR o cultivo positivo para virus de rubéola**

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**

DESARROLLO

digitación . Notificación super inmediata en el Sivigila 4.0

Para el 2024 en la Subred Sur Occidente la Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome rubeola congénita notificados al Sivigila es de 13,8 por 1000 nacidos vivos acumulada y para el mes (tasa 14,1 x 1000 NV con 21 caso para el mes). Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 60, por localidad se tienen para Kennedy 34 casos, descartado (13), positivos (0), pendientes (21); Fontibón con 4 caso, según clasificación final descartado (1), positivo (0) pendientes (3); Bosa con16 casos según clasificación descartado (6), positivo (0) pendientes (10);Puente Aranda con un acumulado 3 y clasificación final descartado (1), positivo (0) pendientes (2).(Fuente: SIVIGILA PE Iii 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). 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 críticas.

C. **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

DESARROLLO

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: 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 máculopapular 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.

DESARROLLO

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.

TRASMISION ENDEMICA: Transmisión continúa del virus del sarampión o rubéola durante 12 meses o más en el territorio 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 2024 en la Subred Sur Occidente la Tasa acumulada de notificación de casos sospechosos de rubeola notificados al Sivigila es de 0,33 por 100.000 habitantes para el mes es de 0,08 x 100.000 habitantes. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 2 casos, por localidad se tienen para Kennedy 1 casos, descartado (1), positivos (0), pendientes (0); Fontibón con cero casos, según clasificación final descartado (0), positivo (0) pendientes (2); Bosa con 3 caso según clasificación descartado (1), positivo (0) pendientes (2); Puente Aranda con un caso y clasificación final descartado (0), positivo (0) pendientes (1). (Fuente: SIVIGILA PE I 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). 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

DESARROLLO

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 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 2024 en la Subred Sur Occidente la Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión notificados al Sivigila es de 0,6 por 100.000 habitantes. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 36 casos, por localidad se tienen para Kennedy 4 casos, descartado (4), positivos (0), pendientes (11); Fontibón con 6 casos, según clasificación final descartado (4), positivo (0) pendientes (2); Bosa con 13 casos según clasificación descartado (6), positivo (0) pendientes (7); Puente Aranda con 2 acumulado y clasificación final descartado (1), positivo (0) pendientes (1). (Fuente: SIVIGILA PE I 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). 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 una segunda muestra en los casos positivos para la clasificación correcto del evento y unidad de análisis para las UPGDs criticas

D. **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.

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

DESARROLLO

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. **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

DESARROLLO

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 2024 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 28 casos sospechosos, por localidad se tienen para Kennedy 15 casos, descartado (11), positivos (0), pendientes (4); Fontibón con 2 casos, según clasificación final descartado (2), positivo (0) pendientes (0); Bosa con 7 casos según clasificación descartado (5), positivo (0) pendientes (2); Puente Aranda con un acumulado (4) y clasificación final descartado (3), positivo (0) pendientes (1). (Fuente: SIVIGILA PE I 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). 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 quimioprofilaxis, no se realizan unidad de análisis para las UPGDs críticas por falta de muestra

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

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

DESARROLLO

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

CASO PROBABLE DE ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA: Enfermedad meningocócica: paciente que presente deterioro rápido del estado de conciencia con sepsis de origen desconocido y rash purpúrico o petequial, o que en cultivo de sangre u otro fluido corporal estéril se identifique crecimiento de diplococos Gram negativos intra o extracelulares. DIAGNOSTICO: Punción lumbar para realizar estudio citoquimico 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/mm³. VIGILANCIA TODAS las cepas implicadas en meningitis o enfermedad meningocóccica aisladas de sangre o LCR. *N. meningitidis, H. Influenzae, S. pneumoniae, L. monocytogenes, entre otros* con ficha de laboratorio para cada microorganismo según el caso. **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 Se vigilan: 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

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

DESARROLLO

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**: compuesta 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

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 2024 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 2,1 por

DESARROLLO

100.000 menores de 5 años. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 18 casos, por localidad se tienen para Kennedy 9 casos, descartado (3), positivos (5), pendientes (1); Fontibón con 2 casos, según clasificación final descartado (1), positivo (1) pendientes (0); Bosa con 4 casos según clasificación descartado (2), positivo (2) pendientes (0);Puente Aranda con un acumulado 3 y clasificación final descartado (1), positivo (1) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE I 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). 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 criticas

F. **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;

DESARROLLO

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 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 errónea, una indicación inadecuada de tratamiento de infección tuberculosa (quimioprofilaxis) al no descartar enfermedad activa o un incumplimiento del tratamiento. Las causas de la multirresistencia son la mala gestión de tratamiento de la tuberculosis y la propagación de persona a persona. La mayoría de los casos se curan con una estricta observancia de un régimen terapéutico de 12 -18 meses registrado bajo supervisión.

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

Gestión de la información del componente transmisible con énfasis en eventos por Micobacterias: la identificación, caracterización, priorización e intervención de las enfermedades producidas por micobacterias (Notificación al SIVIGILA) las acciones realizadas que permitan tener información confiable y con calidad

DESARROLLO

(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 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 tuberculina 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.

DESARROLLO

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.

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

DESARROLLO

baciloscopia o cultivo de esputo positivo en el cuarto mes, o posterior, durante el tratamiento. Recuperado tras pérdida de seguimiento: persona que había sido tratada previamente por tuberculosis y fue declarada pérdida en el seguimiento realizado al final de su tratamiento más reciente y reingresa nuevamente al Programa. Otros casos previamente tratados: son aquellos que han sido previamente tratados por tuberculosis, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o no se ha documentado

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

DESARROLLO

VIH.

DIAGNOSTICO: El diagnóstico de la tuberculosis se realiza mediante la demostración de la micobacteria, 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 2024 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 122 casos, por localidad se tienen para Kennedy 56 casos, descartado (0), positivos (56), pendientes (0); Fontibón con 14 casos, según clasificación final descartado (0), positivo (14) pendientes (0); Bosa con 33 casos según clasificación descartado (0), positivo (33) pendientes (0); Puente Aranda con un acumulado 19 y clasificación final descartado (0), positivo (19) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE III 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). 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 8,9% de los casos de tuberculosis todas las formas confirmadas corresponden a coinfeccion tuberculosis / VIH en 2024 (11/123*100)

G. FICHA TECNICA EVENTO ADVERSO ASOCIADO A VACUNACION:

El INVIMA realiza la capacitación virtual de lineamiento general para la gestión del evento adverso posterior a la Vacunacion, por parte del grupo de Fármacovigilancia y la dirección de medicamentos y productos biológicos, describe la ruta, el objetivo y el canse de los 10 subprocesos.

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, reacción a un defecto de calidad de la vacuna, reacción relacionada con un error en la inmunización, d) reacción relacionada con el nerviosismo ante la vacunación y e) evento coincidente con asociación temporal

DESARROLLO

con la vacunación y mantener y aumentar la confianza y aceptación de las vacunas mediante la retroalimentación.

La vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación **permite identificar los problemas relacionados con la seguridad, calidad y efectividad de la vacuna.** La detección de estos casos puede identificar errores de prescripción o uso, calidad inferior o subestándar, falta de efectividad, usos indebidos e interacción con otros medicamentos, alimentos o bebidas. Los casos notificados por UPGD (IPS) a Sivigila aportan al Programa Nacional de Farmacovigilancia y a su Red. Esta información permite al INVIMA analizar la información para detectar casos individuales de seguridad que deben ser 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 FARMACEUTICO 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 el paciente vacunado que presenta Evento Posvacunal, investige, se debe preguntar si 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 farmacêutica. 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) en : 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. Con Lineamiento para el manejo de Errores Programáticos:PAI en Subredes e Instituciones Públicas y Privadas , Epidemiologia, Infectologia , Pediatría, Seguridad al paciente, Químico Farmacéutico, Tecnovigilancia. EL **Fortalecimiento en manual administrativo** PAI para la adherencia en los inmunobiológicos y procesos de vacunación 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

H. COMPONENTE 2: ANALISIS Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE LA VSP UNIDADES DE

DESARROLLO

ANÁLISIS DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA TRANSMISIBLES SUR OCCIDENTE

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

Las unidades de análisis individuales de los eventos de interés en salud pública priorizados tienen como objeto la caracterización de los casos, a partir de la identificación de factores de riesgo, el análisis del contexto y la clasificación final de los eventos. En el marco de los lineamientos nacionales y las prioridades distritales se establece la realización de unidades de análisis para los siguientes eventos: Eventos adversos posterior a la vacunación (EAPV) (morbilidad y mortalidad), Mortalidad por tuberculosis, coinfección TB/ VIH y TBC Farmacorresistente, Mortalidad por IRA en menores de 5 años, Mortalidad por EDA en menores de 5 años, Muertes reportadas en el evento 348 (IRAG inusitado), COVID -19 (de acuerdo a lineamiento nacional vigente), Enfermedades Transmitidas por Vectores, Eventos Prevenibles por Vacuna: morbilidad y mortalidad, Lepra notificada como recidivas., Hepatitis de origen desconocido, 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.

DESARROLLO

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.

Dentro de la matriz de problemas para el mes se realiza 3 unidades de casos de tuberculosis/VIH – SIDA Y 2 unidades de análisis por meningitis

Compromiso: Realizar notificación oportuna ante la identificación de eventos de interés en salud pública para su pertinente atención y poder cortar la cadena de trasmisión

Recomendación: Realizar correlación clínica, toma de laboratorios y verificación de nexo epidemiológico al momento de notificar algún evento de interés en salud pública, como precritica de la ficha de notificación y ajuste del caso en el SIVIGILA 4.0

BIBLIOGRAFIA

1. Documento operativo del proceso transversal de vigilancia en salud pública, vigencia: marzo 27 de 2023 – diciembre 31 de 2023
2. Protocolo de vigilancia de Síndrome de rubeola congénita, código 720; versión 03, vigencia, fecha 20 de marzo 2022; Instituto Nacional de salud.
3. Protocolo de vigilancia de Sarampión (código 730) y Rubeola (código 710); versión 04, vigencia, fecha 20 de marzo 2022; Instituto Nacional de salud.
4. Protocolo de vigilancia de Fármacovigilancia a vacunas, Evento Adverso posterior a vacunación, código 298; versión 1:1 vigencia,fecha 19 de febrero 2021 ; Instituto Nacional de salud.

DESARROLLO

5. Protocolo de vigilancia de tuberculosis, código 813, versión 06, vigencia, fecha 22 de marzo 2022 ; Instituto Nacional de salud.
6. Protocolo de vigilancia de tosferina, versión 04 fecha 13 de mayo de 2022; Instituto Nacional de salud.
7. Protocolo de vigilancia de Infección Respiratoria Aguda IRA, versión 08; fecha 18 de mayo de 2022. Instituto Nacional de salud.
8. Protocolo de vigilancia de Viruela Símica (Mokeypox), versión 03; fecha 29 de noviembre de 2022. Instituto Nacional de salud.

7. INDICADORES PAI

Se da inicio a la presentación por parte de la referente del programa ampliado de inmunizaciones y líderes de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, donde se socializan los resultados de cada una de ellas, que se encuentran en la subred Sur Occidente.
A continuación, seguimos con la socialización de las coberturas del mes de febrero 2024 en nuestros trazadores:
En el caso de terceras dosis en menores de un año con cumplimiento para la localidad de Bosa con un 8.6 % de cumplimiento, seguido de Puente Aranda con 7.7% y Fontibón con un 6.1% de cumplimiento, no se evidencia coberturas útiles para localidad de Kennedy, se ha venido aumentando a través de las diferentes estrategias y con los seguimientos de cohorte y uno a uno.

3 DOSIS PENTAVALENTE <1AÑO			ENERO		FERBERO		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2024
7. BOSA	6549	546	606	9,2	564	8,6	1170	17,9	-79
8. KENNEDY	7028	586	476	6,8	387	5,5	863	12,3	308
9. FONTIBÓN	2572	214	208	8,1	157	6,1	365	14,2	64
16. PUENTE ARANDA	3409	284	298	8,7	264	7,7	562	16,5	6
TOTAL, SUBRED	19558	1630	1588	8,1	1372	7,0	2960	15,1	300

En triple viral se obtuvo un cumplimiento de 10.3 % cobertura para localidad de Bosa, seguido por localidad de Puente Aranda con un 7.0 % de cobertura, donde se ha podido lograr por las estrategias con entorno educativo haciendo intervenciones en las instituciones educativas de primera infancia con el fin de identificar los niños y niñas pendientes por vacunar se realiza seguimientos de cada una de los ips tanto públicas como privadas, donde se debe enfatizar en las localidades de Kennedy y Fontibón se realiza intervención en todos los jardines del distrito y centros de encuentro en búsqueda de niños y niñas pendientes en vacunar

TRIPLE VIRAL DE 1 AÑO			ENERO		FEBRERO		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2024
7. BOSA	7914	660	802	10,1	819	10,3	1621	20,5	-302
8. KENNEDY	7251	604	483	6,7	326	4,5	809	11,2	400
9. FONTIBÓN	2641	220	188	7,1	143	5,4	331	12,5	109
16. PUENTE ARANDA	3029	252	271	8,9	213	7,0	484	16,0	21
TOTAL, SUBRED	20835	1736	1744	8,4	1501	7,2	3245	15,6	228

DESARROLLO

TRIPLE VIRAL DE 18 MESES			ENERO		FEBRERO		TOTAL		DEFICIT 2024
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	
7. BOSA	7914	660	680	8,6	779	9,8	1459	**18,4**	**-140**
8. KENNEDY	7251	604	490	6,8	422	5,8	912	**12,6**	**297**
9. FONTIBÓN	2641	220	143	5,4	147	5,6	290	**11,0**	**150**
16. PUENTE ARANDA	3029	252	240	7,9	209	6,9	449	**14,8**	**56**
TOTAL, SUBRED	**20835**	1736	**1553**	7,5	**1557**	7,5	3110	**14,9**	**363**

En el caso de TV de 18 meses también se cumplió con el objetivo con un total de 9.8 % y con acercamiento al objetivo para la localidad de Puente Aranda con 6.9 % de cobertura, en este trazador se sigue con la divulgación del cambio de esquema porque a pesar de llevar un año ejecutando este trazador se evidencia que todavía hay cuidadores que esperan hasta los 5 años para vacunar los menores para la localidad de Kennedy se encuentra con una disminución de coberturas 5.8 % y de Fontibón se identifican un cumplimiento de 5.6 % , se resalta la importancia de realizar demanda inducida a los puntos de Vacunación de las IPS intramurales

DPT DE 5 AÑOS			ENERO		FEBRERO		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2024
7. BOSA	8322	694	754	9,1	633	7,6	1387	**16,7**	**0**
8. KENNEDY	10455	871	927	8,9	568	5,4	1495	**14,3**	**248**
9. FONTIBÓN	3282	274	300	9,1	186	5,7	486	**14,8**	**61**
16. PUENTE ARANDA	4249	354	442	10,4	286	6,7	728	**17,1**	**-20**
TOTAL SUBRED	**26308**	2192	**2423**	9,2	**1673**	6,4	4096	**15,6**	**289**

En nuestro último trazador se evidencia que tenemos cumplimento para todas las localidades y a nivel subred con 4096 dosis administradas con 6.4 % de cumplimiento en toda la subred; sin embargo, es importante tener en cuenta que en las localidades de Bosa, Kennedy y Puente Aranda tenemos mucha población objeto vulnerable para nuestro programa situación que no se evidencia en la misma forma en la localidad de Fontibón.

DESARROLLO

Avance a mar/24	Población menor de un año			Población de un año			Población 18 meses		Población de cinco años		
Localidad/ Subred	Pentavalente 3a. dosis				1a. Triple viral		Triple viral refuerzo		DPT R2		
	Meta	Vacunad@s	% Cobertura	Meta	Vacunados/as	% Cobertura	Vacunados/as	% Cobertura	Meta	Vacunados/as	% Cobertura
01-Usaquén	5997	960	16,0	5998	1030	17,2	923	15,4	6597	1100	16,7
02-Chapinero	4304	660	15,3	3535	616	17,4	464	13,1	3795	640	16,9
10-Engativá	4020	465	11,6	4045	471	11,6	370	9,1	5797	799	13,8
11-Suba	7636	956	12,5	8239	955	11,6	806	9,8	10073	1488	14,8
12-Barrios Unidos	3660	905	25	3359	1074	32	992	29,5	3080	727	23,6
13-Teusaquillo	2474	374	15,1	2107	355	17	330	100	3244	513	15,8
Norte	**28091**	**4320**	15,4	**27283**	**4501**	16,5	**3885**	15,2	**32585**	**5267**	16,2
03-Santa Fe	410	47	11,4	496	43	8,7	43	8,7	606	72	11,9
04-San Cristóbal	2990	545	18,2	3678	775	21,1	702	19	3889	658	16,9
14-Mártires	453	10	2,2	547	17	3,1	15	2,7	533	11	2,1
15-Antonio Nariño	2019	307	15,2	1848	321	17,4	326	17,6	3078	605	19,7
17-Candelaria	47	0	0,0	46	0	0,0	0	0,0	47	0	0,0
18-Rafael Uribe	3191	473	14,8	3133	449	14,3	382	12,2	4279	664	15,5
Centro oriente	**9112**	**1382**	15,2	**9748**	**1605**	16,5	**1468**	15,1	**12432**	**2010**	16,2
07-Bosa	6549	1208	18	7914	1659	21	1500	19,0	8322	1444	17,4
08-Kennedy	7028	913	13,0	7251	849	11,7	945	13,0	10455	1545	14,8
09-Fontibón	2572	394	15,3	2641	355	13,4	309	11,7	3282	508	15,5
16 Puente Aranda	3409	603	17,7	3029	506	16,7	464	15,3	4249	771	18,1
Sur occidente	**19558**	**3118**	15,9	**20835**	**3369**	16,2	**3218**	15,4	**26308**	**4268**	16,2
05-Usme	3042	468	15,4	3373	531	15,7	624	18,5	4615	728	15,8
06-Tunjuelito	1536	246	16,0	1654	261	15,8	247	14,9	2308	395	17,1
19-Ciudad Bolívar	6519	1104	16,9	7097	1033	14,6	1088	15,3	9079	1217	13,4
20-Sumapaz	31	6	19,5	31	6	19,3	5	16,1	51	7	13,7
Sur	**11128**	**1824**	16,4	**12156**	**1831**	15,1	**1964**	16,2	**16052**	**2347**	14,6
Bogotá	**67890**	**10644**	15,7	**70021**	**11306**	16,1	**10535**	15,0	**87377**	**13892**	15,9

Se realiza socialización de la pieza publicitaria que se envía por parte de la subred donde se encuentran todos los puntos de Vacunación y el horario de atención

Para finalizar la intervención se reitera la invitación a promocionar nuestro programa ya que estamos este año tratando de recuperar la credibilidad en el programa y recuperar las coberturas después de la pandemia COVID 19 ya que el programa tuvo gran impacto.

Se socializa el avanza de las coberturas en todas las localidades de la subred, donde la localidad de bosa es la localidad que cumple con un mayor número de niños vacunados con un cumplimiento de 15.9 % con triple viral un cumplimiento de 16.2 % y se realiza cumplimiento del trazador en 18.1 % en los cinco años

Se finaliza la socialización donde se informa que por parte de la secretaria se socializa piezas publicitarias donde se encuentran los puntos de Vacunación con horario y dirección de cada localidad.

Para finalizar la intervención se reitera la invitación a promocionar nuestro programa ya que estamos este año tratando de recuperar la credibilidad en el programa y recuperar las coberturas después de la pandemia COVID 19 ya que el programa tuvo gran impacto.

DESARROLLO

8. CALIDAD DEL AGUA

ESQUEMA DE RACIONAMIENTO EAAB EN EL DISTRITO

Objetivo:
Indicar y explicar el esquema de racionamiento implementado en el Distrito por la EAAB y las implicaciones correspondientes.

Desarrollo
Se establece un proceso de racionamiento por parte del prestador EAAB, dentro de la cual se establecen nueve (9) sectores rotativos de acuerdo con la distribución hidráulica de la red de abastecimiento que permitirían reducir en un 20% (aproximadamente 2 m^3/s) a la salida de la Planta de Tratamiento Francisco Wiesner buscando regular y estabilizar los niveles de los embalses siendo evaluados cada 15 días, A continuación se presenta el esquema de racionamiento propuesto por el prestador con la distribución de los sectores a racionalizar.

Teniendo en cuenta lo anterior para el **día 1** se propone el cierre de los sectores hidráulicos S108, S311, S217, S118, S218, S216 y S316 correspondiente a 10 Localidades con un aproximado de 286 barrios distribuidos de la siguiente manera: Antonio Nariño (23 barrios), Barrios Unidos (53 Barrios), Chapinero (18 Barrios), Los Mártires (22 Barrios), Puente Aranda (69 Barrios), Rafael Uribe (28 Barrios), Santa Fe (1 Barrio), Teusaquillo (52 Barrios), Tunjuelito (4 Barrios) y Usaquén (16 barrios), que permitiría reducir en un 2,65 m^3/s, A continuación se presenta el mapa del área a afectar y las fechas calendario para cada uno de los ciclos correspondientes.
Para el **día 2** se propone el cierre de los sectores hidráulicos S210 y S204 correspondiente a 2 Localidades con un aproximado de 311 barrios distribuidos de la siguiente manera: Engativá (290 Barrios), Fontibón (21 Barrios) junto con la venta de agua en bloque denominada Aguas La Sabana (Zona industrial del municipio de Cota), que permitiría reducir en un 1,74 m^3/s, A continuación, se presenta el mapa del área a afectar y las fechas calendario para cada uno de los ciclos correspondientes.

Para el **día 3** se propone el cierre de los sectores hidráulicos S107, S106, S109 y Suba Cerro Norte correspondiente a 3 Localidades con un aproximado de 610 barrios distribuidos de la siguiente manera: Barrios Unidos (13 barrios), Suba (478 barrios) y Usaquén (119 barrios), que permitiría reducir en un 1,89 m^3/s, A continuación, se presenta el mapa del área a afectar y las fechas calendario para cada uno de los ciclos correspondientes.

Para el **día 4** se propone el cierre de los sectores hidráulicos S413, S437, S501 y S436 correspondiente a 5 Localidades con un aproximado de 593 barrios distribuidos de la siguiente manera: Bosa (397 barrios), Ciudad Bolívar (113 barrios), Kennedy (45 barrios), Puente Aranda (6 barrios) y Tunjuelito (32 barrios), que permitiría reducir en un 2,18 m^3/s, A continuación, se presenta el mapa del área a afectar y las fechas calendario para cada uno de los ciclos correspondientes.

Para el **día 5** se propone el cierre de los sectores hidráulicos S427, S428, S429, S422, S423, S424, S420, S415 y S315 correspondiente a 5 Localidades con un aproximado de 554 barrios distribuidos de la siguiente manera: Ciudad Bolívar (154 barrios), Rafael Uribe (154 barrios), San Cristóbal (215 barrios), Santa Fe (30 barrios) y Tunjuelito (1 barrio), que permitiría reducir en un 1,74 m^3/s, A continuación se presenta el mapa del área a afectar y las fechas calendario para cada uno de los ciclos correspondientes.

Para el **día 6** se propone el cierre de los sectores hidráulicos S105 y S530 correspondiente a la Localidad de

DESARROLLO

Suba y al Municipio de Soacha con un aproximado de 952 barrios distribuidos de la siguiente manera: Suba (335 barrios) y Soacha (617 barrios) junto con la venta de agua en bloque denominada EMAR en el municipio de Soacha, que permitiría reducir en un 2,18 m^3/s, A continuación, se presenta el mapa del área a afectar y las fechas calendario para cada uno de los ciclos correspondientes.

Para el **día 7** se propone el cierre de los sectores hidráulicos S303 y S312 correspondiente a 2 Localidades con un aproximado de 215 barrios distribuidos de la siguiente manera: Fontibón (173 barrios) y Kennedy (42 barrios) junto con los municipios de Funza, Madrid y Mosquera, que permitiría reducir en un 1,45 m^3/s, A continuación, se presenta el mapa del área a afectar y las fechas calendario para cada uno de los ciclos correspondientes.

Para el **día 8** se propone el cierre de los sectores hidráulicos S214, S219, S233, S319, S425, S321, S325, S131 y S502 correspondiente a 9 Localidades con un aproximado de 555 barrios distribuidos de la siguiente manera: Antonio Nariño (6 barrios), Bosa (17 barrios), Chapinero (78 barrios), Kennedy (282 barrios), Los Mártires (2 barrios), Rafael Uribe (9 barrios), San Cristóbal (61 barrios), Santa Fe (35 barrios) y Usaquén (65 barrios) junto con el municipio de la Calera y la venta de agua en bloque de Arboreto en la Calera, que permitiría reducir en un 2,51 m^3/s, A continuación se presenta el mapa del área a afectar y las fechas calendario para cada uno de los ciclos correspondientes.

Para el **día 9** se propone el cierre de los sectores hidráulicos S132 y S135 correspondiente a 2 Localidades con un aproximado de 89 barrios distribuidos de la siguiente manera: Usaquén (65 barrios) y Suba (12 barrios) junto con los puntos de suministro de los municipios de Chía, Cajicá, Sopo, Tocancipá, Gachancipá y la venta de agua en bloque de Jardín, que permitiría reducir en un 0,94 m^3/s, A continuación se presenta el mapa del área a afectar y las fechas calendario para cada uno de los ciclos correspondientes.

Recomendaciones

1. Se recomienda el uso responsable del agua en las UPGD y viviendas con el fin de disminuir el impacto de consumo sobre los embalses
2. Se recomienda implementar medidas de ahorro del agua en los procesos operativos de las UPGD e implementar los planes de contingencia durante los días de racionamiento en las zonas correspondientes.

Conclusiones

1. Si no mejoramos los hábitos de consumo del recurso hídrico en hogares y establecimientos no habrá agua en cerca de 60 días.
2. Se deben generar estrategias de ahorro y cambio de conciencia frente al uso responsable del agua en la comunidad.

9. EVALUACION, 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: 25/04/2024	TEMA: Comité de Vigilancia Epidemiológica, correspondiente a la localidad de Bosa

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

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

VER ANEXO LISTADOS DE ASISTENCIAS

ACTA — Versión: 4 — Fecha de aprobación: 15-09/2021 — Código: 02-01-F0-0001 — ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA: 25-Abril-2024 TEMA: Cove local Bosa. Expositores

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	[illegible]	1010016138T	USS-Bosa	[illegible]	USS Colectiva	
2	[illegible]	1030[illegible]	Sur occidente	Auxiliar [illegible]	GRS	
3	Katherine Cabas	1033[illegible]	[illegible]	[illegible]	GRS	
4	Daniela Cumbe Pinto	1030644575	SIAS Sur Occidente	Liderazgo	DGRSC	
5	Nidia Alvarez Sánchez	28556976	USS Bosa	Epidemiología	DGRSC	
6	Jaslurs Rodriguez V.	1014559800	Subred Suroccidente	Ingeniera Ambiental	USA Subsimap	
7	Jaime García	79613094	USS Bosa	Epidemiología	Singila	
8	Heidy Hernandez	53082262	BSO	Líder PAI Local	Gestión y Lexpo	
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Página 5 de 6

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: 25-04-2024 TEMA: Cove local Bosa.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

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

FIRMA DE ASISTENTES

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Stefani Florez	1032477228	SDSSO	Epidemiologa	G.Riesgo	Stefani F.
2	Giovanna Hernández P	1000121635	USS Pontevedra	Aux Enfermería	Urgencias	
3	DENNIS PINZON	1031167911	HOSPITAL DE BOSA	AUX ENFERMERIA	HOSPITALARIO URGENCIAS	DENNIS P
4	Alejandra Padilla	1005773461	USS Estación	Auxiliar Enfermería	Ambulatorio	
5	Jennifer Olivera	1072661990	CENTRO MEDICO ANESTESIA	Regional Enfermería	Ambulatorio	
6	Zaima Forero Bermudez	39627127	Usaquen	Aux Enfer	Ambulatorio	
7	Gloria Moreno	52001 1979	USS Villa Luz San Enfe		Ambulatorio	
8	Ximena Moreno 52478416		USS Starte	Enfermería	Ambulatorio	
9	Yauth Acosta Mejia	1126249946	Centro medico Caballero para	Externo	P y P	
10	Alejandra Arenas	1013608148	Carbonell	Enfermera	Ambulatorio	
11	Wendy Yeath Martinez	1012411681	Hospital Bosa	en Enfermeria	Ambulatorio	
12	Clara Torres	39663893	Hosp. Pablo VI	Aux Enfermeria	Ambulatorio	
13	Jaidy Alvarado	1015466753	Barrios Unidos Sur Mejoramiento Bosa	Aux Enfermeria	PYMS	
14	Dentes Estiva Arango H	1059706695	Centro Medico Colombiano Chevala	Enfermera	Consulta Externa	Jenifer Arango
15	Leydi Vanegas	39658664	Arizalud	Aux Enfer	Epidemiologia	
16	Leydi Vanegas	39658664	Unidad Hebe de Bolivar	Auditor	Calidad	
17	Leydi Vanegas	39658664	Grange Coronado	Auditor	Calidad	
18	Leydi Vanegas	39658664	Angel Bosa	Auditor	Calidad	

Página 6 de 6

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: 25-04-2024 | TEMA: COVE local Bosa

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

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

FIRMA DE ASISTENTES

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Blanca Dominguez	51161520	Centro medico	Apoyo	operativo	
2	Jorge Ortiz Bayeca	19445477	Centro UPA-D medico	medico general	operativo	
3	Emily Hidalgo	1030907806	Servimed IPS Bosa	Aux. Enfermera	operativo	
4	Sidley Giraldo	42159357	Hospital Clinica Bosa	Enfermera	Enfermeria	
5	Carmen Arizo	23783735	Vinney Salud	Enfermera	Enfermeria	
6	Gloria Posada	52364931	Red integrada cuidados	Aux Enfermeria	Enfermeria	
7	Javier Gomez	80.20120	Centro medico Bosa	Auxiliar	Farmacia	
8	Yadeni Mota	1234316661	Centro medico Angeles	Medico General	Operativo	
9	Alvaro Heras	80907535	Centro medico Angeles	Medico General	Operativo	
10	Luis Cruz Feria	1093366308	Centro medico Angeles	Medico General	Operativo	
11	Clara Torres	39663898	Bosa	Aux Enf	Ambulatorio	
12	Leidy Morales Q	1019604952	Diagnostico Hospital Vista de	Aux Enf	Administrativo	
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Página 5 de 6