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

Tipo de acta COMITÉ _X__ REUNIÓN __ OTRO ___ LOCALIDAD DE BOSA		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 22/02/2024	LUGAR: CAD NUEVAS DELICIAS TV 72B 44D 52 SUR	HORA INICIO: 8:30 AM
RESPONSABLE: EQUIPO SIVIGILA Y TEMA CENTRAL NO TRANSMISIBLES VSP		HORA FINAL: 12:30 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

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

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1.	BIENVENIDA
2.	RESULTADOS INTENSIFICACIÓN DE PÓLVORA 2023-2024
3.	TEMA CENTRAL: NO TRANSMISIBLES
4.	INDICADORES TRANSMISIBLES
5.	RECESO
6.	URGENCIAS Y EMERGENCIAS
7.	INDICADORES SIVIGILA
8.	INDICADORES PAI
9.	EVALUACION; LISTADO DE ASISTENCIA Y CIERRE

REVISION DE COMPROMISOS

No	**Compromiso**	**Responsable**	**Fecha de cumplimiento**	**Cumplimiento**		
				Si	**No**	**Observaciones**
1	Realizar el COVE el mes para la localidad de Bosa	EQUIPO TEMA CENTRAL Y SIVIGILA	22/02/2024	X		Se realiza el Cove local de acuerdo con los tiempos establecidos

Total, compromisos	**Compromisos Resueltos**	**% Cumplimiento**
1	1	100%

DESARROLLO

Siendo las 8:30 am se da inicio al COVE local correspondiente a la localidad de Bosa

1. **Bienvenida:**

   Se da la bienvenida a los participantes y se informa sobre la espera durante 5 minutos para ampliar el quorum, y se realiza el listado en físico a las 8:30 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. **Resultado intensificación de Pólvora 2023-2024**

Se realiza presentación por parte de la profesional especializada en Salud Mental a cargo del subsistema SIVELCE, en dónde se socializan los resultados de la vigilancia intensificada del primero de diciembre 2023 al 13 de enero 2024.

Se identifica una disminución del 9.3% de eventos notificados respecto a la temporada del año 2022 - 2023, en la temporada actual se presentaron 28 eventos de lesiones por pólvora y en la temporada anterior fueron 30 eventos, se presentaron en total en la temporada actual 20 adultos lesionados y ocho eventos en menores de edad. Se identifica un aumento de casos respecto a niños, niñas y adolescentes lesionados, respecto a la temporada anterior (n=4). No se presentan eventos de intoxicación por fosforo blanco en la temporada actual.

La localidad con mayor número de eventos notificados es la localidad de bosa con 14 eventos seguido de la localidad de Kennedy con 12 eventos y Fontibón con 2 eventos, no se presentan eventos en la localidad de Puente Aranda. Se identifica un aumento del 200% de eventos en la localidad de Bosa (n=14), respecto a la temporada anterior (n=7) y una disminución del 66% (n=12) de casos en Kennedy, respecto a la temporada anterior (n=18).

Sobre el artefacto causante de la lesión en la temporada 2023-2024, se identifica que fueron los voladores con 32%(n=9), seguido de volcanes con el 14.2% (n=4), en menor proporción Totes con el 10.7% (n=3). Respecto a las últimas cuatro temporadas intensificadas de pólvora se identifica que el principal artefacto implicado en las lesiones son los voladores (n=39), seguido de los totes (n=9), luces de bengala (n=9), Pitos (n=9) y volcanes (n=8).

Se socializan acciones realizadas durante la vigilancia intensificada de pólvora, en donde se realizaron 42611 Educaciones sobre no uso de pólvora efectuadas por parte de los entornos de la sub red, se realizaron asistencia técnicas, fortalecimiento técnico a UPGD, profesionales, equipo técnico, se participó en 6 COVES y 2 COVECOM, se realizaron 85 infografías locales frente al avance de eventos lesionados por pólvora, se realizaron 3 planes de mejora a UPGD por inoportunidad en reporte de evento inmediato.

Se socializa cuadro de reporte silencioso de las 4:30AM, 12:00pm y días críticos, sonde se evidencia falencias en el proceso de notificación.

Se realizan las siguientes recomendaciones, aspectos por mejorar:

- Garantizar que el personal este capacitado ante un evento de lesión por pólvora – intoxicación con fósforo blanco.
- Contar con personal comprometido con las acciones VIP.
- Informe oportuno del evento 452 - 365 a persona responsable de brindar información al barrido CRUE – seguimiento VSP SIVELCE.
- Identificar adecuadamente el tipo de artefacto pirotécnico, evaluando que sea el correcto.

- Concordancia entre ficha 452 física y SIVIGILA 4.0 – SIVELCE. (Localidad residencia - ocurrencia, sitio anatómico.
- Diligenciamiento en historia clínica del tipo de lesión, artefacto, acciones realizadas frente a diligenciamiento SIVIM, reporte IEC, detalle de acciones del ICBF ante casos de medida de protección.
- Reporte oportuno de casos lesiones por pólvora.

Se informa que desde el comité de gestión del riesgo se radico oficio a nivel central frente a retomar el horario del reporte subred 6-7 am, con fines a garantizar la calidad del dato, la oportunidad en carga.

3. Tema central: No Trasmisibles

Se inicia con la socialización de los subsistemas que hacen parte del componente de no transmisibles y las actividades por parte de cada subsistema. El componente de no transmisibles está conformado por los siguientes subsistemas: eventos asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores de la economía informal- SIVISTRA, vigilancia de la salud oral SISVESO y vigilancia en salud pública de las enfermedades huérfanas – raras los cuales son de notificación semanal

La Vigilancia en Salud Pública de las condiciones crónicas aborda eventos no transmisibles que involucran patologías de larga duración, con progresión generalmente lenta y desenlace variable según factores que se relacionan a la enfermedad misma, la oportunidad y calidad en la atención, la persistencia de exposiciones ambientales o de comportamientos riesgosos y la presencia de comorbilidades, entre otros y tiene como objetivo medir la carga de morbilidad y mortalidad. Es importante mencionar que el cáncer, en los últimos años se ha considerado un evento de interés en salud pública debido a las grandes repercusiones que tiene en la sociedad, desde económicas, físicas y mentales entre otras. Según las cifras estadísticas se considera que en los próximos años el número de casos aumentará en forma significativa en el mundo; así que los grandes retos de la sociedad es contar con sistemas de salud que ofrezcan una atención integral oncológica, con capacidad de hacer diagnósticos tempranos, tratamientos adecuados y profesionales suficientes para la atención de los pacientes; pero sin dejar a un lado que uno de los aspectos más importantes en la lucha contra el cáncer es la prevención, educar a la población en factores de riesgo y cambios de estilos de vida más saludables.

El Subsistema de vigilancia en salud pública de las enfermedades huérfanas – raras se entiende como un proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes en la población con discapacidad; para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública. De acuerdo a ello, mantiene interacción con la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en los niveles individual y social, favoreciendo la inclusión y equidad en este grupo poblacional. El subsistema de VSP enfermedades huérfanas – raras actualmente se encuentra realizando la vigilancia del evento 342 – Enfermedades Huérfanas, para fortalecer la notificación del evento en las UPGD de la subred y con los aseguradores, según directrices emitidas desde nivel central, protocolo del INS y los hallazgos encontrados en el proceso de validación, depuración y análisis del evento.

El subsistema Vigilancia Epidemiológica Ocupacional De Los Trabajadores de La Economía Informal SIVISTRA tiene como propósito fundamental el proveer información que permita aproximarse a la determinación del perfil epidemiológico y su asociación con las condiciones de trabajo en el que se desempeña la población trabajadora del sector informal de la economía en el Distrito Capital. Las desfavorables condiciones de trabajo de la población de la economía informal, afecta sus condiciones de trabajo generando o propiciando la aparición de enfermedades y accidentes laborales, por lo tanto, el COVE se convierte en un espacio fundamental para propiciar la notificación
de estos eventos al Subsistema

La Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral, es una estrategia de vigilancia centinela que se basa en un monitoreo continuo y sistemático de los eventos de interés en salud oral (caries dental cavitaciones, la caries dental no cavitaciones definida como lesión de mancha blanca y café, la fluorosis dental, la enfermedad gingival y periodontal); siendo la caries cavitaciones y la gingivitis condiciones mórbidas altamente prevalentes en la población de la ciudad. Por su parte la identificación adecuada de las lesiones de mancha café y blanca como estadios iniciales de la caries representa una oportunidad para el desarrollo de intervenciones que promuevan mejoramiento de prácticas en higiene oral y que tengan la posibilidad de modificar positivamente el desenlace de los dientes afectados. A través de la información generada desde el subsistema SISVESO, en cada uno de los componentes de la vigilancia en salud pública se pretende identificar factores de riesgo y determinantes sociales, que puedan estar relacionados con las condiciones de salud oral; permitiendo de esta manera la provisión de información que oriente la toma de decisiones y la planificación en salud pública; así como generar insumos para el desarrollo de acciones preventivas y de control de los factores de riesgo identificados; no solo desde el componente oral, sino que trascienda la salud como un proceso de vida de los individuos,

- **SUBSISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES DE LA ECONOMÍA INFORMAL- SIVISTRA**

Se relacionan los temas a tratar por parte de la referente de subsistema de SIVISTRA

1. Socialización general del Subsistema SIVISTRA
2. Comportamiento de la notificación vigencia 2023.
3. Hallazgos de la vigilancia de los eventos ocupacionales en la población trabajadora informal vigencia 2023.
4. Socialización de enfermedades y accidentes más comunes en los trabajadores informales
5. Para el SIVISTRA, se define como criterio para la identificación de un trabajador informal el hecho de no contar con afiliación a ARL; por lo anterior, las siguientes definiciones se refieren a casos detectados en población que no cuente con protección en riesgos laborales.

La denominación de “economía informal” se origina en el marco de los estudios del Programa mundial de Empleo que inició la OIT en 1969 y pretendía definir estrategias para enfrentar la pobre oferta de empleos en los países rezagados en el proceso de industrialización. En sus inicios se aplicó a los procesos que se generaron por parte de los grupos sociales para superar la falta de trabajo en el mercado laboral; empresas familiares, empresas constituidas con recursos propios de los trabajadores, producción a pequeña escala, adaptación de tecnología, adquisición de las competencias profesionales por fuera de la educación formal, participación en mercados competitivos no reglamentados. El programa regional para América Latina aportó a la caracterización del fenómeno los criterios de actividades no organizadas jurídicamente.

La OIT define el Empleo Informal: “Incluye todo trabajo remunerado (p.ej. tanto autoempleo como empleo asalariado) que no está registrado, regulado o protegido por marcos legales o normativos, así como también trabajo no remunerado llevado a cabo en una empresa generadora de ingresos. Los trabajadores informales no cuentan con contratos de empleo seguros, prestaciones laborales, protección social o representación de los trabajadores”.

El subsistema Vigilancia Epidemiológica Ocupacional De Los Trabajadores de La Economía Informal SIVISTRA tiene como propósito fundamental el proveer información que permita aproximarse a la determinación del perfil epidemiológico y su asociación con las condiciones de trabajo en el que se desempeña la población trabajadora del sector informal de la economía en el distrito capital. Las desfavorables condiciones de trabajo de la población

de la economía informal, afecta sus condiciones de trabajo generando o propiciando la aparición de enfermedades y accidentes laborales.

Objetivo general: Proveer información de forma permanente, sistemática y oportuna para la generación de indicadores que permitan definir el perfil epidemiológico derivado de las condiciones de trabajo en el sector informal de la economía del distrito capital como insumo para la generación o fortalecimiento de políticas orientadas a promover la restitución de derechos y garantías sociales inherentes al trabajo y prevenir daños a la vida y la salud de los trabajadores.

- **MARCO JURÍDICO**

✓ Política de Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores (Resolución 1213 de 2011): política de salud y trabajo protege al Grupo poblacional que no se encuentra vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los cuales hay que garantizarles la atención en salud por parte de la Entidad Territorial.

✓ DECRETO 3518 DE 2006 ARTÍCULO 1o. El objeto del presente decreto es crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

✓ Definición de la dimensión SALUD Y AMBITO LABORAL Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones De interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía.

✓ Circular 002 de 2014: Circular 002 de 2014 habla del registro de negocios ante cámara y comercio, aunque la comercialización de productos sea realizada por trabajadores informales.

- **EVENTOS DE INTERÉS**

  ✓ **Caso Sospechoso de Enfermedad Derivada de la Ocupación:** todo caso de enfermedad que según criterio del médico tratante, pueda estar causado por la exposición a las condiciones de trabajo inherentes al proceso productivo donde efectúan sus actividades laborales las y los trabajadores de la economía informal (CAN, 2004). Para efectos de SIVISTRA, se toma también como caso sospechoso de enfermedad laboral toda condición patológica o síntoma persistente (por lo menos un mes de duración) que, a juicio de la persona pudiera estar relacionada o agravada por la ocupación.
  ✓ **Caso Sospechoso de Accidente Derivado de la Ocupación:** todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador o trabajadora

una lesión orgánica, una perturbación funcional, invalidez o muerte. También se considera accidente de trabajo aquél que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas de trabajo y que según criterio del médico tratante se reporte como tal (CAN, 2004). Como para el evento anterior, para SIVISTRA, se considera sospecha de accidente de trabajo toda lesión traumática que pueda estar relacionada o derivarse de la ocupación. Teniendo en cuenta las características particulares del sector, se realizará notificación y monitoreo o investigación a todo evento ocurrido, máximo, año y medio antes de su notificación.

- **ENFERMEDADES LABORALES**

✓ Patologías respiratorias crónicas.
✓ Dermatitis, dermatosis.
✓ Conjuntivitis o alteraciones visuales.
✓ Cáncer.
✓ Hipoacusia.
✓ Manifestaciones clínicas por químicos (cefalea, vértigo, alt. Neuromotoras, etc.).
✓ Alteraciones osteomusculares.
✓ Alteraciones psicosociales.

- **RUTA DE NOTIFICACIÓN**

✓ Recepción del paciente en la UPGD (servicios)
✓ Identificar si presenta evento ATEL (accidente trabajo / enfermedad laboral
✓ Cuenta con ARL
✓ No: notificar a sivistra (semanal)
✓ Sivistra realiza IEC

- **INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO**

Las IEC están orientadas a identificar, determinar y describir los atributos, cualidades o rasgos particulares de los eventos notificados; el análisis de los casos investigados permitirá a los profesionales plantear intervenciones dirigidas a mitigar el riesgo y contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de los individuos y los colectivos. Para su desarrollo se deben tener en cuenta los siguientes pasos:

Identificación, recepción, captación del caso, desarrollo de la investigación epidemiológica de campo

✓ Recepción, evaluación de la información del caso notificado y priorización de casos esto implica la verificación de la completitud, calidad y veracidad de la información allegada, y la revisión del cumplimiento de criterios de inclusión (no asegurado por riesgos laborales, tiempo de la lesión o sintomatología) y de priorización. Este proceso requerirá, con alguna frecuencia, la realización de un barrido telefónico previo. Los resultados de este proceso deberán quedar registrados en el archivo de registro y monitoreo de las notificaciones. En caso de tratarse de casos identificados por cruce de bases de datos o búsqueda en otras fuentes, igualmente deberá quedar registro de ello a fin de monitorear la efectividad de los casos captados por esta vía y contar con un insumo para la retroalimentación.

- ✓ Investigación en campo del (los) evento(s) notificado(s) y priorizado(s).

- ✓ Análisis de la información, clasificación del caso según el tipo de relación, y establecimiento de recomendaciones o medidas de control o intervención sugeridas.

- ✓ Registro de hallazgos y retroalimentación para la entidad o unidad notificadora.

- ✓ De identificarse, en desarrollo del proceso, casos particularmente críticos o en situación de riesgo para la salud o la vida (urgencia vital), éstos deberán ser notificados, reportados o remitidos a la entidad, espacio o transversalidad competente, y esta acción debe quedar debidamente documentada y retroalimentada a fin de proteger y salvaguardar la salud y vida de la(s) persona(s) afectadas.

- ✓ Reporte de canalizaciones: De acuerdo con las necesidades identificadas mediante las IEC, bajo una gestión integral e integrada tal como lo establecen las Rutas Integrales de Atención en Salud se realizará la canalización de personas a los servicios sociales o de salud para complementariedad de intervenciones a través del aplicativo Sistema Integral de Referencia y Contrarefencia (SIRC) _ módulo activación de rutas.

- ✓ Desarrollo de estrategia de intervención conjunta con el Entorno Laboral, de acuerdo con las siguientes consideraciones: Los casos reportados por el Entorno Cuidador Laboral relacionados con accidentes graves o moderados, sintomatología relacionada con exposición a sustancias químicas de uso en el trabajo, sintomatología por molestia osteomuscular o auditivas; deberán ser intervenidos por SIVISTRA en un plazo máximo de 10 días hábiles después de haber recibido la notificación por parte de Entorno Cuidador Laboral, aportará información con las observaciones o recomendaciones producto de la IEC para que las mismas sean incorporadas en el plan de trabajo de la UTI establecido por el Entorno Cuidador Laboral.

SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS ENFERMEDADES HUÉRFANAS – RARAS VSPEHR

Se relacionan los temas a tratar por parte de la referente de subsistema

- ✓ Notificación y reporte de sobrecarga del cuidador e indicadores obtenidos de las demás estrategias del subsistema
- ✓ Vigilancia evento 342 Enfermedades Huérfanas y oportunidad de notificación

- **VIGILANCIA EVENTO 342 – ENFERMEDADES HUERFANAS**

Se conoce como raras un amplio y variado grupo de enfermedades que afectan a un número reducido de personas en el mundo, la definición de las enfermedades raras varía en diferentes países o regiones, pero tienen características comunes: baja prevalencia, en su mayoría crónicas, debilitantes y potencialmente mortales.

Las enfermedades raras se caracterizan por ser de baja prevalencia en la población general, potencialmente mortales o debilitantes en el largo plazo y de alto nivel de complejidad para su diagnóstico y tratamiento dado que son poco conocidas y poco estudiadas. Este grupo de enfermedades pueden ser de origen genético (80 %), pero también existen enfermedades raras de origen infeccioso, tóxico o alérgico, enfermedades autoinmunes,

degenerativas e incluso algunos cánceres poco frecuentes. Las enfermedades de tipo genético se asocian a exposiciones ambientales durante el embarazo o durante el transcurso de la vida o a procesos hereditarios en la familia.

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso nuevo confirmado con prueba diagnóstica estándar	Todo caso nuevo, residente en Colombia, de cualquier edad a quien se realiza diagnóstico de enfermedad huérfana con resultados de pruebas diagnósticas de laboratorio, o imagenológicas, o histológicas, o fisiológicas, incluidas en el listado de pruebas confirmatorias
Caso nuevo confirmado con criterios clínicos	Todo caso nuevo, residente en Colombia, de cualquier edad, a quien se realiza diagnóstico de enfermedad huérfana basado exclusivamente en criterios clínicos declarados por uno o más médicos tratantes, con base en las definiciones nosológicas aceptadas por la comunidad científica y los antecedentes de historia clínica y otros registros del paciente que confirmen la presencia de la enfermedad huérfana.
Caso en tratamiento certificado por junta de profesionales en salud	Toda persona, residente en Colombia, de cualquier edad, no reportada en el censo de 2013 o en los registros de hemofilia, que se encuentra actualmente en tratamiento, que cumple con los criterios clínicos de la enfermedad pero sin evidencia de una prueba diagnóstica confirmatoria y que es declarado mediante concepto de junta de profesionales en salud de la Entidad Administradora del Plan de Beneficios (EAPB), o de la Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) que notifica, confirmando la presencia de la enfermedad huérfana con base en evidencias clínicas y paraclínicas registradas en historia clínica.
Ajustes de los casos	Teniendo en cuenta que los casos ingresan al sistema confirmados por prueba diagnóstica estándar, por criterios clínicos o certificados por junta de profesionales de la salud, solo se permiten los siguientes ajustes: • **Ajuste 6:** caso descartado por clínica o laboratorio porque no cumple la definición de caso, es decir no es una enfermedad huérfana. • **Ajuste D:** caso descartado por error de digitación, este ajuste se usa cuando se cometió un error en las variables que no pueden ser modificadas (código del evento, código UPGD, código subíndice, semana y año epidemiológico, número y tipo de identificación, fecha de notificación), se debe hace el ajuste D en el caso que presenta errores y notificar nuevamente el caso con la información correcta. • **Ajuste 7:** se usa para actualizar la información de cualquier variable susceptible de modificación

SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA SALUD ORAL – SISVESO

Se relacionan los temas a tratar por parte de la referente de subsistema

1. Introducción
2. Socialización del comportamiento epidemiológico de los indicadores de SISVESO.
3. Socialización de la nueva estrategia de cohortes.
4. Balance de Unidades de análisis 2023.
5. Verificación página de Salud Data nivel distrital.

Generar información periódica, sistemática y oportuna del monitoreo de las condiciones y eventos de interés en salud oral; con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud identificados y optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones en pro del mejoramiento de la calidad de vida de la población de la ciudad.

- **ESTRATEGIAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA SALUD ORAL SISVESO**

Componente gestión de la información para la vigilancia en salud pública:

✓ VIGILANCIA CENTINELA
✓ POBLACIÓN CONTROL
✓ POBLACIÓN CON Y SIN RESPUESTA
✓ SEGUIMIENTO A COHORTES SANAS
✓ INTERVENCIONES EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO

ALERTAS

✓ Sangrado gingival con presencia de cálculo o bolsa periodontal.
✓ Componente cariado, con presencia de tres (3) o más dientes con caries cavitacional, sin intervención.
✓ Componente perdido por caries, con tres (3) o más dientes perdidos por caries.
✓ Estas alertas son generadas a los servicios de salud oral para captar poblaciones con mayor riesgo, para establecer estrategias de intervención y seguimiento.

- **BALANCE DE UNIDADES DE ANALISIS Y ESTUDIO DE CASOS**

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.

Este producto se desarrolla de acuerdo a las fases de planeación y convocatoria, desarrollo y divulgación.

Se realiza a partir de la recolección descriptiva o exploratoria de sus características, usando diferentes fuentes de información. Buscan la identificación conjunta con actores PSPIC-Plan de Beneficios en Salud situaciones de mayor relevancia que inciden en su condición de salud oral de grupos de riesgo; así como problemas comunes o factores relacionados en dos o más de los casos.

Se tiene como resultado la realización de 10 actividades en la subred suroccidente, esto teniendo en cuenta las características encontradas desde la notificación e identificación en las IEC, por lo cual se tiene que:

✓ Articulación con POS. (gestión y asignación de citas odontológicas para terminar tratamiento y control). A partir del mes de septiembre 2022 se realiza formato SIRC para canalización a las EAPB

- ✓ Articulación con representante de PIC-POS para la integralidad en la atención de cada uno de los menores analizados.

Dentro de los hallazgos generales están:

- ✓ Personas (gestantes y menores de 3 a 9 años de edad) con alerta epidemiológica por sangrado y componente cariado.
- ✓ Débiles prácticas de higiene oral.
- ✓ Dieta cariogénica.
- ✓ Barreras de acceso al servicio de salud.
- ✓ Historias Clínicas deficientes.
- ✓ No se observa ruta de salud oral dentro de algunas historias clínicas.
- ✓ No se encuentra tratamiento odontológico personalizado para cada patología que presentan los casos abordados.
- ✓ Articulación con ruta materno perinatal y coordinación de salud oral subred suroccidente. (Para seguimiento y control de las gestantes).

- **EVENTOS ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Se relacionan los temas a tratar por parte de la referente de subsistema

- ✓ **ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS 115 Y 155 – INTRODUCCIÓN:** Definiciones Operativas de caso – INS - Indicadores evento 115 (Oportunidad en la presunción diagnóstica, Oportunidad en la confirmación diagnóstica y Oportunidad en el inicio de tratamiento).
- ✓ **INDICADORES EVENTOS 155:** (Oportunidad de toma y resultado de biopsia para cáncer de mama y cuello uterino, Oportunidad para implantar el tratamiento de cáncer de mama y cuello uterino).
- ✓ **RESULTADOS DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS 115 y 155 DURANTE EL AÑO 2023:** Notificación por ocurrencia de los eventos, notificación por residencia de los eventos, distribución por curso de vida y distribución por tipo de cáncer
- ✓ **BAI CRÓNICOS**: Definición, importancia de la BAI, diligenciamiento adecuado y oportuno, y CIE 10 (Cáncer de mama, cuello uterino y cáncer en menores de 18 años)
- ✓ **CONMEMORACIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL DEL CÁNCER INFANTIL**

OBJETIVO GENERAL: Socializar aspectos fundamentales para la notificación de los eventos de cáncer en menores de 18 años (115), cáncer de mama y cáncer de cuello uterino (155).

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- ✓ Fortalecer la notificación de los eventos 115 y 155 con calidad y oportunidad.
- ✓ Disminuir inconsistencias en el proceso de la notificación de los eventos 115 y 155.
- ✓ Dar a conocer la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil lanzada por la OMS en 2018.
- ✓ Contextualizar frente a la realización y envío de la BAI del subsistema de crónicos

Tabla 1. Definición operativa de caso de INS

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso Probable	Toda persona menor de 18 años de edad que de acuerdo con los hallazgos de historia clínica y examen físico, así como los resultados de pruebas de laboratorio (hemograma, frotis de sangre periférica o marcadores tumorales en sangre) e imágenes diagnósticas, (RX, TAC, RMN, Gammagrafía ósea), sugieran al médico tratante la probabilidad de cáncer. Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste
Caso Confirmado	Toda persona menor de 18 años de edad con diagnóstico confirmado de neoplasia maligna o cualquier tumor del sistema nervioso central o intraespinales (maligno). Se incluyen además casos compatibles con lo anteriormente definido, identificados a través de certificado de defunción. Se utilizará como diagnóstico de neoplasia maligna, el dado por el reporte mielograma y/o histopatología, y/o inmunotipificación (inmunohistoquímica o citometría de flujo), con el cual se toma la decisión de dar tratamiento específico. También podrá utilizarse para el diagnóstico tumoral, evidencia indirecta del compromiso en muestras citológicas de líquidos corporales. En el caso de no haberse tomado muestra de patología o de no existir reporte patológico, se tomará el diagnóstico clínico dado por el grupo médico de hematología/oncología que iniciará el tratamiento. En el diagnóstico clínico se tomará lo que a criterio del grupo tratante se considera como el más probable diagnóstico, teniendo en cuenta toda la evidencia disponible incluyendo laboratorios e imágenes.
Recaída	Se define como el retorno de la enfermedad en una persona que había estado previamente en remisión completa. Se realizará notificación únicamente de las recaídas diagnosticadas por el grupo médico de hematología/oncología tratante.
Segunda Neoplasia	Se considera segunda neoplasia, aquella que aparezca en personas que han sido tratadas previamente por un tumor primario diferente al actual, teniendo en cuenta que el segundo tumor debe ser asincrónico. (No hacen parte de este grupo metástasis del tumor primario).
Caso Descartado	Caso probable que posterior a resultados de pruebas confirmatorias o revisión especializada no cumple criterios para neoplasia y se descarta el diagnóstico de cáncer.
Ajustes	Se deben realizar máximo en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso (cuatro semanas), de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema. Las UPDG deben realizar la clasificación de los casos y el ajuste de la información requerida, conservando la calidad del dato y las aseguradoras EAPB tienen la responsabilidad de realizar ajuste y confirmación de los datos en articulación con la entidad territorial. Las aseguradoras realizaran ajuste en la notificación de cada caso en las variables incluso las que aluden a la confirmación e inicio del tratamiento. Los casos que ingresan como probable, y se mantiene por más del periodo establecido sin ajustar, registran un riesgo en la accesibilidad a los servicios de salud en los menores de 18 años con cáncer.

Tabla 2. Socialización de indicadores

Nombre del indicador	**Oportunidad en la presunción diagnóstica (diagnóstico probable) de leucemias**
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Oportunidad en la presunción diagnóstica de leucemias
Propósito	Establecer la oportunidad en la presunción del diagnóstico de leucemias con signos y síntomas que sugieran la presencia de cáncer.
Definición operacional	Diferencia en días entre la fecha de resultado de pruebas de laboratorio (hemograma, frotis de sangre periférica o marcadores tumorales) imágenes diagnósticas (rayos X, TAC, resonancia magnética, gammagrafía ósea) o clínica sin otra ayuda diagnóstica, que sugieran al médico tratante la probabilidad de cáncer y la fecha de consulta.
Coeficiente de multiplicación	No aplica
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila.
Interpretación del resultado	Cumplimiento de oportunidad: Alta ≤2 días Media 3-10 días Baja ≥ 11 días
Nivel	Nacional - departamental - municipal, EAPB
Periodicidad	Trimestral
Meta	Menor o igual a 2 días

Nombre del indicador	**Oportunidad en la confirmación diagnóstica de leucemias**
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Oportunidad en la confirmación diagnóstica de leucemias
Propósito	Establecer la oportunidad en la confirmación del diagnóstico de leucemias.
Definición operacional	Diferencia en días entre la fecha de resultado de pruebas confirmatorias (reporte mielograma y/o histopatología, y/o inmunotipificación (inmunohistoquímica o citometría de flujo), evidencia indirecta del compromiso en muestras citológicas de líquidos corporales) y la fecha de resultado de la prueba diagnóstica que sugiere al médico la probabilidad de cáncer (pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas o fecha de presunción del diagnóstico por clínica). En el caso de no haberse tomado muestra de patología o de no existir reporte patológico, se tomará como resultado de prueba confirmatoria la fecha de diagnóstico clínico dado por el grupo médico de hematología/oncología que iniciará el tratamiento teniendo en cuenta toda la evidencia disponible incluyendo laboratorios e imágenes diagnósticas o como última opción, en caso de no existir información suficiente, se utilizará la fecha consignada en el certificado de defunción.
Coeficiente de multiplicación	No aplica
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila.
Interpretación del resultado	Cumplimiento de oportunidad: Alta ≤8 días Media 9-15 días Baja ≥ 16 días.

Nombre del indicador	**Oportunidad en el inicio de tratamiento de Leucemias**
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Oportunidad en el inicio de Tratamiento Leucemias.
Propósito	Establecer la oportunidad en el inicio de tratamiento de las leucemias.
Definición operacional	Diferencia en días entre la fecha de inicio de tratamiento y el resultado de pruebas confirmatorias (variable "Fec res dd") o la fecha de diagnóstico clínico dado por el grupo médico de hematología/oncología o como última opción, en caso de no existir información suficiente, se utilizará la fecha consignada en el certificado de defunción.
Coeficiente de multiplicación	No aplica
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila
Interpretación del resultado	Cumplimiento de oportunidad: Alta ≤2 días Media 3-4 días Baja ≥ 5 días
Nivel	Nacional - departamental - municipal, EAPB
Periodicidad	Trimestral
Meta	Menor o igual a 2 días

- **ERRORES MÁS COMUNES EN LA NOTIFICACIÓN EVENTO 115**

✓ Fecha de inicio de síntomas
✓ Clasificación inicial del caso
✓ No ingreso del resultado de los laboratorios en el módulo de laboratorios.
✓ Fecha de inicio de tratamiento
✓ Criterio de diagnóstico Probable.
✓ No envío de los laboratorios con el cual se ingresa el evento

- **INICIATIVA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER INFANTIL, LANZADA POR LA OMS EN EL 2018**

La iniciativa mundial de la OMS contra el cáncer infantil tiene la finalidad de alcanzar al menos una tasa de supervivencia del 60% para los niños, niñas y adolescentes con cáncer para 2030.

Cada año, alarededor de 30.000 niños, niñas y adolescentes menores de 19 años resultarán afectados por el cáncer en América Latina y el Caribe.

- **ERRORES MÁS COMUNES EN LA NOTIFICACIÓN EVENTO 155**

✓ Fecha de inicio de síntomas
✓ Fecha de consulta
✓ No ingreso del resultado de la Bx en el módulo de laboratorios.
✓ Fecha de inicio de tratamiento
✓ Grado histopatológico

- **BAI**

✓ Estrategia para la detección de casos que por cualquier razón no fueron notificados o ingresados al sistema.
✓ Permite identificar casos no notificados de manera oportuna a través de la revisión de los RIPS.
✓ Instrumento de control de calidad de la vigilancia de rutina
✓ Realizar el envío de la BAI, los primeros 10 días de cada mes.
✓ Enviar los RIPS en un archivo en Excel.
✓ Enviar las historias clínicas.
✓ Diligenciamiento completo del formato.

- **LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN LOS EVENTOS NO TRANSMISIBLES SE REQUIEREN ÚNICAMENTE PARA:**

- ✓ Los casos que se descartan por no cumplir con la definición de caso.
- ✓ Los casos que cumplen con definición de caso y en el momento de la realización de la BAI no se encontraban notificados.
- ✓ Para cáncer en menores de 18 años, los casos encontrados por laboratorio.
- ✓ Los casos encontrados por estadísticas vitales

4. Indicadores Trasmisibles

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

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, para que la comunidad reconozca la importancia y las acciones de prevención y contención de los eventos transmisibles, al realizar el análisis de indicadores por localidad y subred.

- **INFECCION RESPIRATORIA AGUDA IRA**

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

- ✓ **Agente etiológico**: Los principales agentes causales de infección respiratoria aguda son: influenza virus tipos A, B y C, parainfluenza tipos 1, 2, 3 y 4, virus sincitial respiratorio, coronavirus, adenovirus, rhinovirus, metapneumovirus, bocavirus, *Strep- tococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae*
- ✓ **Modo de transmisión**: El principal mecanismo de transmisión de todos los agentes etiológicos de infección respiratoria es por vía aérea mediante gotas o aerosoles y por contacto con superficies contaminadas.
- ✓ **Periodo de incubación**: Influenza: usualmente de 2 días, pero puede variar de 1 a 5 días aproximadamente.
- ✓ **Parainfluenza:** de 2 a 6 días. Virus sincitial respiratorio: de 3 a 6 días, pero puede variar en 2 u 8 días. Coronavirus: de 2 a 14 días. Adenovirus: de 2 a 14 días. Rhinovirus: de 1 a 4 días. Metapneumovirus: de 4 a 6 días. Bocavirus: de 5 a 14 días. Streptococcus pneumoniae: de 1 a 3 días. *Haemophilus influenzae*: de 2 a 4 días

- ✓ **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 enfermedad más severa e incluso la muerte en pacientes inmunocomprometidos, trasplantados y prematuros.

Definición operacional es importante para la notificación 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:**

- ✓ 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
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.

NOTIFICACION COLECTIVA IRA COD 595: La notificacion 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.

A. **Indicadores síndrome rubeola congénita notificados al Sivigila:** La rubéola es una causa frecuente de exantema y fiebre en la población infantil y su importancia para la salud pública radica en los efectos

teratógenos de la primoinfección rubeólica en la mujer embarazada. Luego de una infección durante el primer trimestre del embarazo, el riesgo de aborto espontáneo aumenta aproximadamente en 50 %. Las manifestaciones clínicas del SRC pueden ser transitorias (púrpura), estructurales permanentes (sordera, defectos del sistema nervioso central, cardiopatía congénita o cataratas) o afecciones de aparición 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 ha establecido las 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%.

- ✓ **Los Los defectos de nacimiento más comunes de este síndrome** incluyen: Sordera, Cataratas, Defectos cardiacos, Discapacidades intelectuales, Daño en el hígado o el bazo, Bajo peso al nacer, Sarpullido en la piel al nacer. **Las complicaciones menos comunes** pueden incluir: Glaucoma, Daño cerebral, Problemas de tiroides y otros problemas hormonales, Inflamación de los pulmones. **Agente etiológico :** es un virus RNA que pertenece a la familia Togavirus (*Togaviridae*) y al género *Rubivirus* y no tiene reacción cruzada con otros miembros de la familia.
- ✓ **Modo de transmisión**: La mujer embarazada entra en contacto con secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas, por contacto directo con la secreción o a través de gotas expulsadas por una persona enferma al hablar, estornudar o toser. Se estima que de 25 % a 50 % de las infecciones son asintomáticas. En la mujer embarazada durante la viremia, el virus puede infectar la placenta. Al parecer la replicación en la placenta precede a la infección fetal y permite la entrada del virus en la circulación fetal seguida de la infección fetal de los órganos. **Los lactantes con rubéola congénita expulsan grandes cantidades de virus con las secreciones faríngeas y con la orina, y en consecuencia, son fuente de infección para sus contactos susceptibles**
- ✓ **Periodo de incubación**: El periodo de incubación es de 14 a 23 días desde el momento de la exposición hasta la aparición de los primeros síntomas. La mayoría presentan el exantema después de 14 a 17 días

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

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

Casos sospechosos: Menor de 1 año en quien se sospecha SRC debido a: 1. Se le ha detectado una o más de las siguientes anormalidades luego del nacimiento: defectos cardiacos congénitos, ductus arterioso persistente (documentado), estenosis de arteria pulmonar, cataratas congénitas, retinopatía, sordera**,** hipoacusia, microcefalia, hepatomegalia, esplenomegalia, púrpura, ictericia persistente asociada a la hiperbilirrubinemia directa

- **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.

- **Modo de trasmisión**: Contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas, también se describe el contagio por dispersión de partículas virales en el aire de ambientes cerrados y hacinados como reclusiones militares, escuelas, jardines infantiles, clínicas, entre otros. Los niños con SRC albergan gran cantidad de virus en sus secreciones nasofaríngeas y en la orina, y sirven como medio de infección para sus contactos.

- **Periodo de incubación**: De 14 días, con un rango entre 12 – 23 días. **Periodo de transmisibilidad**: Las personas infectadas con rubéola son más contagiosas cuando presentan la erupción, pero pueden

ser contagiosas 7 días antes hasta 7 días después de que aparezca la erupción, 25% a 50% de las infecciones son asintomáticas.

- **Susceptibilidad**: La susceptibilidad al virus de la rubéola es universal después de la pérdida de los anticuerpos maternos adquiridos a través de la placenta. La inmunidad activa es adquirida por la infección natural o por la vacunación; es usualmente permanente después de la infección natural y tiende a permanecer por largo tiempo, probablemente por toda la vida después de la vacunación. Los hijos de madres inmunes están protegidos por 6 a 9 meses dependiendo de la cantidad de anticuerpos maternos adquiridos. Reservorio: El hombre es el único huésped natural del virus de la rubéola.
- **Diagnósticos diferenciales**: El sarampión y la rubéola se deben diferenciar de otras enfermedades febriles exantemáticas (EFE), síndrome febril ictérico agudo, síndrome febril respiratorio agudo, síndrome febril con manifestaciones neurológicas que presenten fiebre y erupción cutánea. Los principales agentes diferenciales son: roséola, eritema infeccioso, escarlatina, dengue, Chikungunya, Zika, COVID-19 y MIIS
- **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.

- **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 r 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
- **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 de notificación de casos sospechosos de rubeola notificados al Sivigila es de 0,08 por 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 (0); Bosa con 1 caso según clasificación descartado (1), positivo (0) pendientes (0); Puente Aranda con cero casos y clasificación final descartado (0), positivo (0) 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 una segunda muestra en los casos positivos para la clasificación correcto del evento y unidad de análisis para las UPGDs criticas**.**

INDICADORES SARAMPIÓN : El sarampión es una enfermedad eruptiva aguda, sumamente contagiosa causada por un virus **del sarampión pertenece al género Morbillivirus de la familia Paramyxoviridae;** clínicamente se diferencian dos etapas en la enfermedad: la primera, llamada fase prodrómica, pre-exantemática o catarral, se caracteriza por fiebre de 38,5° C a 40,5° C y síntomas de las vías aéreas superiores, tos y coriza (rinorrea), además de una fuerte conjuntivitis; en algunas ocasiones, es posible detectar las llamadas manchas de Koplik, signo característico del sarampión. La segunda fase, llamada exantemática o eruptiva, se presenta al tercer o cuarto día después del 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 14 casos, por localidad se tienen para Kennedy 4 casos, descartado (4), positivos (0), pendientes (0); Fontibón con 3 casos, según clasificación final descartado (3), positivo (0) pendientes (0); Bosa con 6 casos según clasificación descartado (6), positivo (0) pendientes (0); Puente Aranda con un acumulado 1 y clasificación final descartado (1), positivo (0) 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 una segunda muestra en los casos positivos para la clasificación correcto del evento y unidad de análisis para las UPGDs criticas

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.

- ✓ **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.

- ✓ **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**

Tabla 3. Quimioprofilaxis para tos ferina

Tabla 5. Quimioprofilaxis para tos ferina

Antibiótico				
Tratamiento primario	**Menor de 1 mes**	**1 a 5 meses**	**Mayor a seis meses**	**Adultos**
Azitromicina	10 mg/Kg, una vez al día por cinco días	10 mg/Kg, una vez al día por cinco días	10 mg/Kg (max 500 mg) una vez al día, día 1: luego (del día 2 al 5), 5 mg/Kg (max 250 mg) una vez al día	500 mg una vez al día, día 1;(luego del día 2 al 5), 250 mg una vez al día
Claritromicina	No recomendado	15 mg/Kg/ día, en dos dosis, por siete días	15 mg/Kg (max 1g/día). En dos dosis por siete días	1g/día, en dos dosis, por siete días
Eritromicina	No es el preferido	40 - 50 mg/ Kg/ día, en cuatro dosis por 14 días	40-50 mg / kg / día (máx. 2 gramos día), en 4 dosis, por 14 días	2 gramosdía en 4 dosis, por 14 días
Tratamiento alternativo	**Menor de 1 mes**	**1 a 5 meses**	**Mayor a seis meses**	**Adultos**
TMP-SMX	Contraindicado	mayor de dos meses TMP 8 mg/Kg/día SMX 40 mgf/Kg/día, en dos dosis por 14 días	TMP 8mg/Kg/día SMX 40 mg/Kg/día, en dos dosis, por 14 días. Max TMP320 mg/día	TMP 320 mg SMX 1600 mg/día, en 2 dosis, por 14 días

Fuente: Guía de práctica clínica para la identificación y el manejo clínico de la tos ferina

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

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)
- ✓ **CASO PROBABLE MENINGITIS BACTERIANA:** Paciente que presente cuadro clínico de inicio súbito con fiebre mayor de 38 °C, cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas y signos: Rigidez de nuca, Alteraciones de conciencia, Señales de irritación meníngea, Rash purpúrico o petequial (meningococo),

En menores de un año, abombamiento de la fontanela. El examen de líquido cefalorraquídeo (LCR) deberá contar con las siguientes condiciones: LCR turbio, Recuento de leucocitos mayor de 100/mm3 con recuento de neutrófilos mayor o igual 80%, Elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl, Disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl, Gram de LCR positivo para bacterias

- ✓ **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
- ✓ **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**

Tabla 3. Medicamentos para quimioprofilaxis en enfermedad meningococica

Tabla 4. Medicamentos para quimioprofilaxis en enfermedad meningocócica (dosis, vía de administración y duración)

Peso edad	Antibiótico	Dosis y vía de administración	Duración	Alternativas
Menor 1 mes	Rifampicina 5mg/kg/dosis*	Oral cada 12 horas	2 días	•De no ser posible la administración de Rifampicina jarabe en las primeras 24-48 horas por disponibilidad, se debe administrar Azitromicina 10mg/kg (dosis única).
Mayor 1 mes hasta 25 kg **	Rifampicina 10 mg/kg/dosis cada 12 horas (máximo 600mg dosis) *	Oral cada 12 horas	2 días	•En menores de 25kg (o mayor peso, sin posibilidad de deglutir cápsulas) de no ser posible la administración de Rifampicina jarabe en las primeras 24-48 horas por disponibilidad, se debe administrar Azitromicina 10mg/kg (dosis única). •Ceftriaxona¥ <15 años:125mg intramuscular dosis única.
≥25kg ** - 50kg	Rifampicina cápsula 300 mg	Oral cada 12 horas	2 días	•Si no se dispone de forma inmediata, administre ciprofloxacina *** 500mg oral (dosis única)
>50kg	Rifampicina 600mg Dosis (2 cápsulas de 300 mg)	Oral cada 12 horas	2 días	•Ceftriaxona¥ <15 años:125mg intramuscular dosis única; ≥15 años 250mg intramuscular dosis única. •Ciprofloxacina *** 500 mg oral (dosis única)

*Requiere preparación de fórmula magistral
**Mayor de 25kg y con posibilidad de pasar cápsulas, puede administrar presentación de Rifampicina cápsulas de 300mg, de lo contrario deberá recibir suspensión.
***Usar si no hay detección de resistencia a fluoroquinolonas. Uso institucional por activación de rutas a las EAPB.
Ceftriaxona es una alternativa. En menores de 15 años 125mg dosis única y en mayores de 15 años 250mg IM dosis única.
¥ La Ceftriaxona es el antibiótico de elección en embarazadas, es de uso institucional o por EAPB.

Fuente: Red Book® 2021 - 2024, Committee on Infectious Diseases; American Academy of Pediatrics; David W. Kimberlin, MD, FAAP; Michael T. Brady, MD,

- **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
- ✓ **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).

- **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.

✓ **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.

- ✓ **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 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 VIH.

5. Receso

6. Urgencias y emergencias

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS

- **ALERTAS NACIONALES**

Brote de infección respiratoria aguda (IRA) en población de interés especial de Bogotá D.C. 07 de febrero de 2024: Se identificaron 112 casos en condición estable y en seguimiento en establecimiento militar, tres casos más permanecen en manejo hospitalario, uno de ellos estuvo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); un caso falleció el 03 de febrero de 2024 con identificación en muestra orofaríngea de Influenza A(H3N2) y está en estudio.

En algunas de las muestras biológicas de los casos se identificó también influenza A(H3N2), rinovirus/enterovirus y Streptococcus pyogenes.

Medidas de control: Aislamiento de sintomáticos, suministro de oseltamivir según criterio médico, intensificación de la búsqueda diaria de nuevos sintomáticos, restricción de visitas, uso de medidas no farmacológicas y recolección de muestras biológicas.

- **ALERTAS INTERNACIONALES**

Alerta epidemiológica sobre Oropuche, región de las Américas. Organización Panamericana de la salud (OPS). Fecha de publicación: 02 de febrero de 2024: La fiebre de Oropouche, es una zoonosis producida por el virus de Oropouche. Es transmitido a los humanos principalmente por la picadura del mosquito Culicoides paraensis. La enfermedad produce un cuadro similar al dengue. Tiene un periodo de incubación de 4 a 8 días (rango entre 3 y 12 días). El inicio es súbito, generalmente con fiebre, cefalea, artralgia, mialgias, escalofríos, y a veces náuseas y vómitos persistentes hasta 5 a 7 días. Ocasionalmente puede presentarse meningitis aséptica. La mayoría de los casos se recuperan dentro de los 7 días.

Se sospecha que la circulación del virus Oropouche incluye ciclos tanto epidémicos como selváticos. En el ciclo selvático, los primates, los perezosos y quizás las aves son los huéspedes vertebrados, aunque no se ha identificado un artrópodo vector definitivo. En el ciclo epidémico urbano, el ser humano es el huésped amplificador y el OROV se transmite principalmente a través de la picadura del mosquito Culicoides paraensis que está presente en la región, al igual que el Culex quinquefasciatus, que también puede ser un vector.

En enero de 2024 se reportó un aumento en la identificación de casos (199) entre el 01 de diciembre de 2023 y el 04 de enero de 2024 en el estado de Amazonas en Brasil.

Entre 2023 y 2024 el estado de Amazonas reportó 1 066 casos humanos con resultados detectables por PCR para virus de Oropuche, la mayoría en Manaos (699) y se encuentran en estudio casos notificados por los estados de Acre y Roraima

En Colombia, un estudio publicado el 08 de diciembre de 2022, identificó 87 casos de enfermedad por virus Oropuche entre 2019 y 2021 en cuatro ciudades del país; en Perú entre 2016 y 2022 se notificaron 94 casos en 6 departamentos.

Diagnóstico y Vigilancia por Laboratorio
Durante la fase aguda de la enfermedad, que dura habitualmente entre 2 y 7 días, es posible detectar el material genético del virus por métodos RT-PCR, en muestras de suero. Aunque también es posible detectar el ARN en líquido cefalorraquídeo (LCR) en aquellos casos que se presentan con meningitis aséptica
Respecto a los métodos serológicos, los anticuerpos contra OROV en general pueden ser detectados en suero a partir del quinto día después del inicio de los síntomas

Prevención y Control Vectorial
Las medidas de control vectorial se enfocan en la reducción de las poblaciones de mosquitos mediante la identificación y eliminación de los lugares de desarrollo y reposo de los vectores.
Estas medidas incluyen:

- El fomento de buenas prácticas agrícolas para evitar la acumulación de residuos que sirvan de sitios de reproducción y reposo.
- El rellenado o drenaje de colecciones de agua, charcas o sitios de anegación temporal que pueden servir como sitios de oviposición de las hembras y criaderos de larvas de mosquitos.
- Eliminación de la maleza alrededor de los predios para disminuir los sitios de reposo y refugio de los mosquitos.

7. Indicadores Sivigila

- **TABLEROS DE INDICADORES LOCALIDAD DE BOSA**

Tabla 5. Cumplimiento En La Entrega Del Reporte Semanal Sivigila 4.0 SEM_ 4 2024 Subred Sur Occidente. Localidad De Bosa

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

Fuente: Bases Sivigila SE 4 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

Tabla *6*. Porcentaje De Silencio Epidemiológico ente: Bases Sivigila SE 4 Subred Suroccidente Acumulado Sem_04 2024 - Subred Sur Occidente Localidad De Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	PORCENTAJE DE SILENCIO EPIDEMIOLÓGICO	
	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD NO CUMPLIO CON LA NOTIFICACION SEMANAL (DIA Y HORA ESTABLECIDA)	% INCUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	0	0%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	0%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	1	25%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0%
OCTAVIO REYES QUIN	0	0%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	0	0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	1	25%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	0	0%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	0	0%
HOSPITAL DE BOSA	0	0%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	#¡DIV/0!

Fuente: Bases Sivigila SE 4 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

Tabla 7 Cumplimiento Acumulado De La Notificación Sivigila Escritorio Sem_4 2023 - Subred Sur Occidente Localidad Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION SIVIGILA ESCRITORIO			
	% DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVAS	% DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVAS	% SEMANAS SILENCIOSA	% DE CUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	100%	0%	0%	100%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	50%	0%	50%	50%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	100%	0%	0%	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	50%	0%	50%	50%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	100%	0%	0%	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	75%	0%	25%	75%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	75%	0%	25%	75%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	50%	0%	50%	50%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	100%	0%	0%	100%
OCTAVIO REYES QUIN	100%	0%	0%	100%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	100%	0%	0%	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	75%	0%	25%	75%
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	75%	25%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0%	100%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	100%	0%	0%	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	75%	0%	25%	75%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	100%	0%	0%	100%
HOSPITAL DE BOSA	100%	0%	0%	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0%	0%	0%	0%

Fuente: Bases Sivigila SE 4 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.

Tabla 7 Desagregación De Eventos Individuales Notificados -Clasificación Inicial De Caso Acumulado Sem_4 2024, Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	DESAGREGACIÓN DE EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS -CLASIFICACION INICIAL DE CASO					
	TOTAL DE CASOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS POR LA UPGD	SOSPECHOSOS	PROBABLES	CONFIRMADO POR LABORATORIO	CONFIRMADO POR CLINICA	CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	0	0	0	0
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	1	0	0	1	0	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	9	1	0	6	2	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	11	2	1	4	4	0
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	0	0	0	0
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	3	0	0	3	0	0
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	9	7	0	1	1	0
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	0	0	0
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	0	0	0	0
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	0	0	0	0
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	0	0	0
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	10	5	0	5	0	0
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	0	0	0	0
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	93	30	3	3	57	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	21	14	1	6	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	9	7	0	0	2	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	1	1	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	1	0	0	1	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	11	11	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	3	3	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	9	9	0	0	0	0
UNIDAD MEDICA BOSANOVA IPS SAS	1	0	0	1	0	0
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	25	6	2	12	5	0
HOSPITAL DE BOSA	76	2	11	10	52	1
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0	0	0	0	0

Fuente: Bases Sivigila SE 4 Subred Suroccidente

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

Tabla 8 Oportunidad En La Notificación Semanal Acumulado Sem_4 2023 Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 8 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	NA
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	1	1	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	7	7	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	6	6	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	NA
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	0	NA
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	2	1	50%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	3	2	67%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	NA
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	60	60	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	3	3	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	1	1	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	1	1	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	0	0	NA
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	NA
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	6	6	100%
HOSPITAL DE BOSA	61	61	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0	NA

Fuente: Bases Sivigila SE 4 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

Tabla 9 Oportunidad En La Notificación Inmediata Acumulado Sem_4 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	1	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	3	3	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	NA
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	0	NA
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	7	6	86%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	5	5	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	NA
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	31	22	71%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	14	12	86%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	7	5	71%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	1	1	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	11	6	55%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	3	3	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	9	9	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	NA
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	6	6	100%
HOSPITAL DE BOSA	11	11	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0	NA

Fuente: Bases Sivigila SE 4Subred 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

Tabla 10 Oportunidad En El Ajuste De Casos/ Cumplimiento En El Ajuste De Caso Acumulado Sem_4 2024 Localidad De Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS/ CUMPLIMIENTO EN EL AJUSTE DE CASO ACUMULADO								
	TOTAL DE CASOS SOSPECHOSOS Y PROBALES NOTIFICADOS	AJUSTADOS DESCARTADOS (AJUSTE 6)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR LABORATORIO (AJUSTE 3)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR CLINICA (AJUSTE 4)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO (AJUSTE 5)	AJUSTADOS ERROR DE DIGITACIÓN (AJUSTE D)	TOTAL DE CASOS AJUSTADOS	CASOS PENDIENTES POR AJUSTE	% DE CASOS AJUSTADOS
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	0	0	0	0	0	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	1	0	0	0	0	0	0	1	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	3	0	1	0	0	0	0	3	
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	0	0	0	0	0	0	
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	7	0	0	0	0	0	0	7	
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	0	0	0	0	0	
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	0	0	0	0	0	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	0	0	0	0	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	5	0	0	0	0	0	0	5	
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	0	0	0	0	0	0	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	33	2	1	0	0	0	0	33	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	15	0	0	0	0	0	0	15	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	7	0	0	0	0	0	0	7	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	1	0	0	0	0	0	0	1	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	0	0	0	0	0	0	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	11	0	0	0	0	0	0	11	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	3	0	0	0	0	0	0	3	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	9	0	0	0	0	0	0	9	
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	0	0	0	0	0	0	
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	8	0	0	0	0	0	0	8	
HOSPITAL DE BOSA	13	5	6	0	0	0	0	13	
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0	0	0	0	0	0	0	

Fuente: Bases Sivigila SE 4 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

Tabla 11 Cumplimiento Y Calidad En El Ingreso De Laboratorios De Los Eventos Confirmados Por Laboratorio Sem_*4* 202*4* Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO Y CALIDAD EN EL INGRESO DE LABORATORIOS DE LOS EVENTOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO		
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO (INGRESO Y AJUSTE)	NUMERO CASOS CON REPORTE POSITIVO, REACTIVO O COMPATIBLE INGRESADO EN EL MODULO LABORATORIO DEL SISTEMA	% CUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	1	1	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	6	6	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	4	4	100,0%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	0	0	
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	1	1	100,0%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	3	3	100,0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	3	3	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	3	3	100,0%
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	1	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	0	0	
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	1	0	0,0%
HOSPITAL DE BOSA	16	16	100,0%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0	

Fuente: Bases Sivigila SE 4 Subred Suroccidente

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

Semana epidemiológica

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

Actualizador Sivigila

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

Incorpora las siguientes novedades:

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

Novedades Notificación SVIIGLA

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

Tabla 20 Errores De Carga Sivigila 4.0 – Semana 3 Localidad De Bosa

Código UPG	ENTIDAD	LOCALIDAD	Fecha inicial carga	Archivo cargado	Fecha final carga	Regis	Sem_carg	Error
110011698501	JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	BOSA	20/01/2024 11:23.48	110011968501_03.zip	20/01/2024 11:23.48	1	03	Codigo mal

NOVEDADES SIVIGILA WEB 4.0

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

EVENTOS AUTORIZADOS - CAPTURA EN LÍNEA

EVENTOS CON DATOS BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS

1. 113 - Desnutrición aguda en menores de 5 años
2. 348 – IRAG inusitado
3. 210 – Dengue
4. 220 – Dengue grave
5. 580 – Mortalidad por Dengue
6. 465 – Malaria
7. 880 – Viruela Símica
8. 452 – Lesiones por AE
9. 365 – Intoxicaciones
10. 591 – Mortalidad integrada en menores de 5 años
11. 342 – Enfermedades Huérfanas
12. 900 – Evento individual sin establecer
13. 740 - Sífilis congénita
14. 750 - Sífilis gestacional
15. 345 - ESI - IRAG (Vigilancia Centinela)

16. 230- Difteria
17. 710 – Rubeola
18. 730 – Sarampión
19. 549 – Morbilidad materna extrema
20. 610 – Parálisis Flácida Aguda
21. 420 - Leishmaniasis cutánea
22. 430 - Leishmaniasis Mucosa
23. 440 - Leishmaniasis Visceral
24. 670 – Rabia Humana
25. 560 - Mortalidad perinatal y neonatal tardía
26. 352 - Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico - Individual
27. 100 - Accidente ofídico (24/10/2023)
28. 535 - Meningitis Bacteriana Y Enfermedad Meningocócica (24/10/2023)
29. 800 - Tos Ferina
30. 205 - Chagas
31. 217 - Chikungunya
32. 300 - Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia
33. **200- Cólera**
34. **450- Lepra**
35. **453- Lesión de causa externa**
36. **720- Síndrome de rubeola congénita**
37. **760-Tetanos Accidental**

EVENTOS CON SOLO DATOS BÁSICOS

38. 250 – Encefalitis Del Nilo Occidental En Humanos
39. 270 - Encefalitis Equina Del Oeste En Humanos
40. 275 - Encefalitis Equina Del Este En Humanos
41. 290 - Encefalitis Equina Venezolana En Humanos
42. 295 - Enfermedades De Origen Priónico
43. 320 - Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea
44. 330 - Hepatitis A
45. 346 – IRA por virus nuevo

46. 551 - Mortalidad Materna - Datos Básicos
47. 620 – Parotiditis
48. 630 - Peste (Bubónica/Neumónica)
49. 780 - Tifus Epidémico Transmitido Por Piojos
50. 790 - Tifus Endémico Trasmitido Por Pulgas
51. 831 - Varicela Individual

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

EVENTOS COLECTIVOS

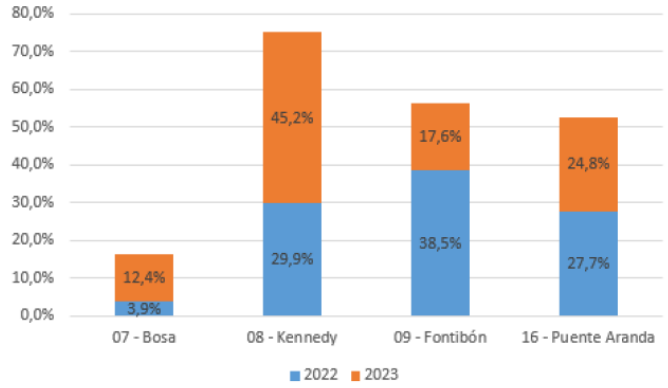
52. 901 – Evento colectivo sin establecer
53. 998 – EDA Colectivo
54. 830 – Varicela colectivo
55. 621 – Parotiditis colectivo
56. 362 - Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico

VISOR SIVIGILA: El Visor en una estrategia que permite consolidar la información de los EISP, comparando su comportamiento con el año inmediatamente anterior; identificando variaciones y de este modo generar alertas epidemiológicas de manera oportuna, para desarrollar las acciones que permitan mitigar el impacto de los diferentes EISP en la población

La metodología utilizada corresponde a un diseño de tipo observacional descriptivo de corte transversal, mediante el cual se especifica el comportamiento de los eventos de interés en salud pública durante el año 2023 y 2022 corte a semana epidemiológica 52.

Tabla 24 Comportamiento de la notificación a través del sivigila

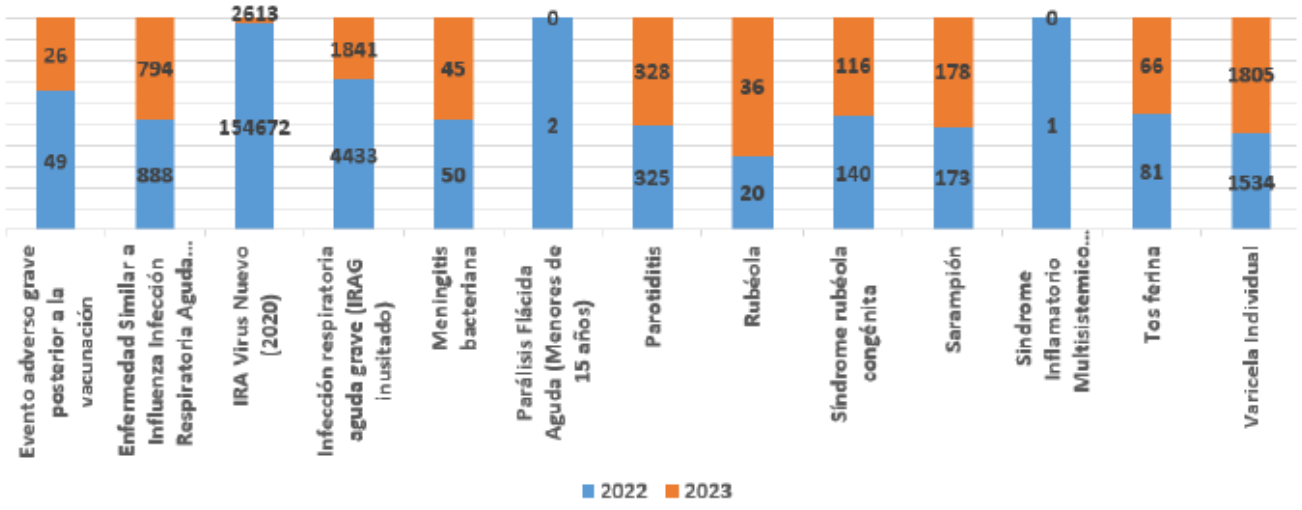
Ilustración 1: Porcentaje de casos notificados en aplicativo SIVIGILA por localidad con corte a semana 52; años 2022 – 2023, Subred Sur Occidente.



Fuente: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente

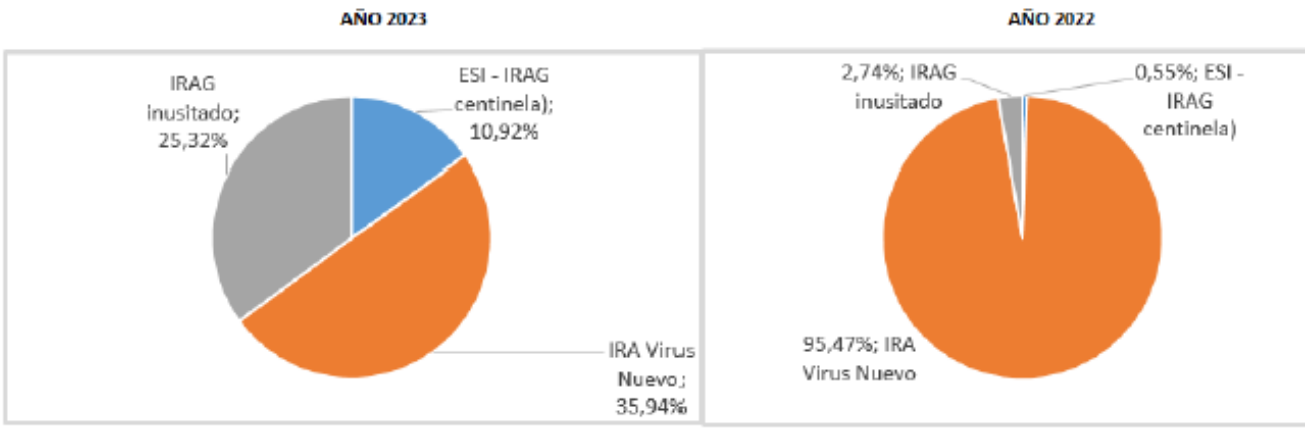
Tabla 25. Comportamiento de los eventos Micobacterias

Ilustración 2: Frecuencia absoluta de Eventos Inmunoprevenibles con corte a semana 52 Años 2022-2023. Subred Sur Occidente



Fuente: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente

Tabla 26. Comportamiento de los eventos por infección respiratoria



Fuente: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente

Tabla 27. Comportamiento de los eventos por infección respiratoria

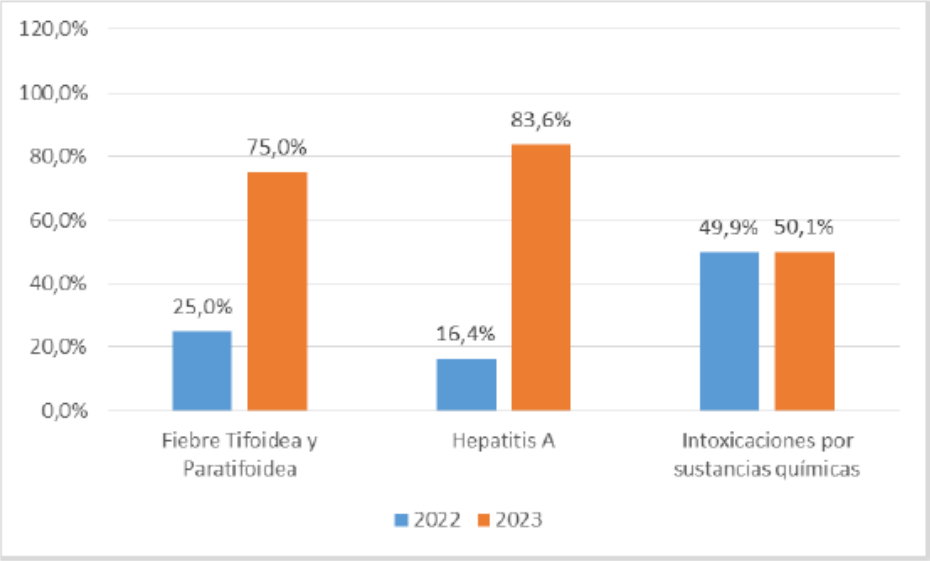
Tabla 3: Comparación de EISP por Micobacterias notificados a semana 52 años 2022 – 2023. Subred Sur Occidente.

EVENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA 2022	FRECUENCIA ABSOLUTA 2023	% DE VARIACION
Lepra)	2	1	-50,0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente) (2018)	243	318	23,6%

Fuente: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente

Tabla 28. Comportamiento de los eventos de riesgo ambiental

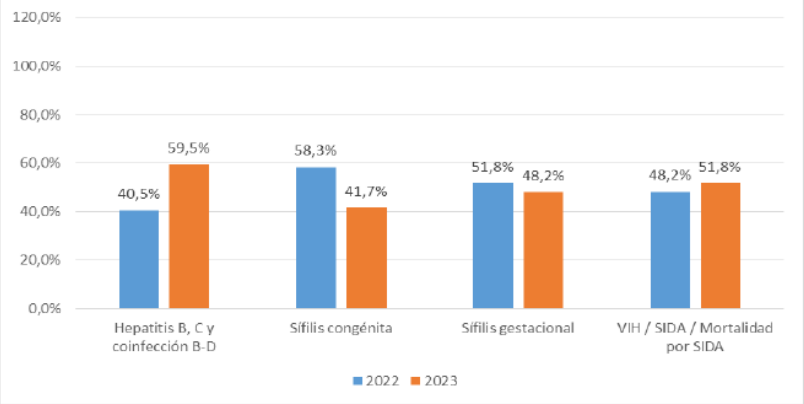
Ilustración 4: Frecuencia relativa de Eventos de Riesgo Ambiental con corte a semana 52 Años 2022-2023. Subred Sur Occidente



Fuente: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente

Tabla 29. Comportamiento de los eventos de riesgo ambiental

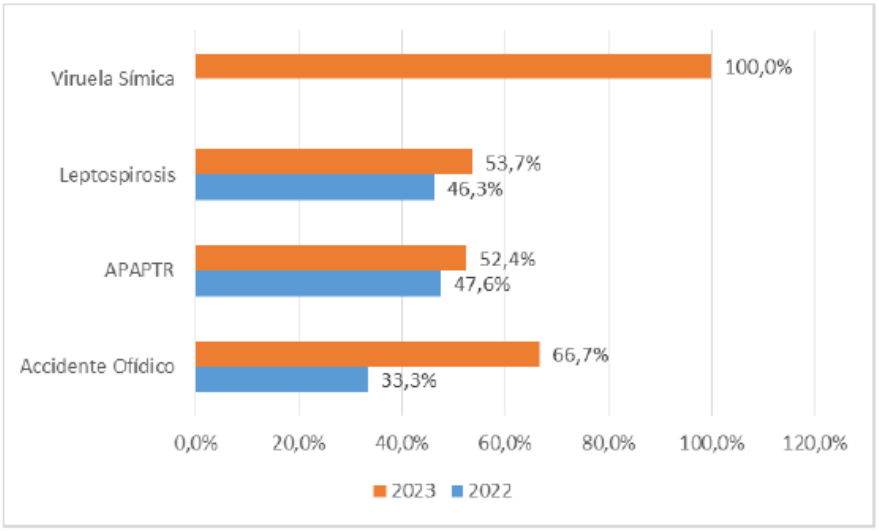
Ilustración 5: Frecuencia relativa de Eventos de Transmisión Sexual con corte a semana 52 Años 2022-2023. Subred Sur Occidente



Fuente: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente

Tabla 30. Comportamiento de los eventos de riesgo ambiental

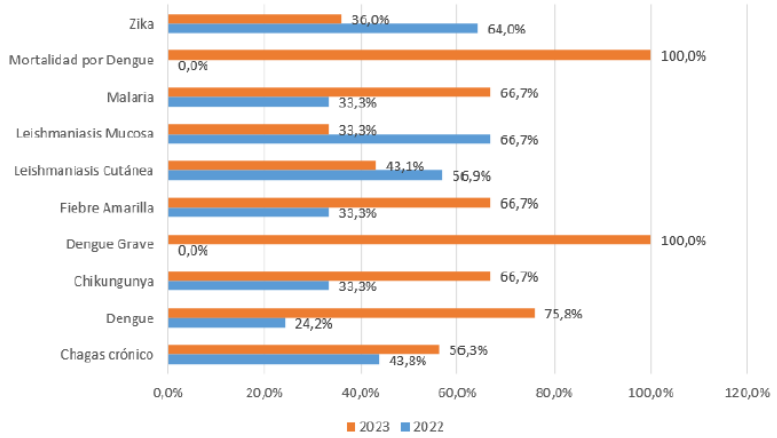
Ilustración 6: Frecuencia relativa de Eventos por Zoonosis con corte a semana 52 Años 2022-2023. Subred Sur Occidente



Fuente: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente

Tabla 31. Comportamiento del evento por vectores

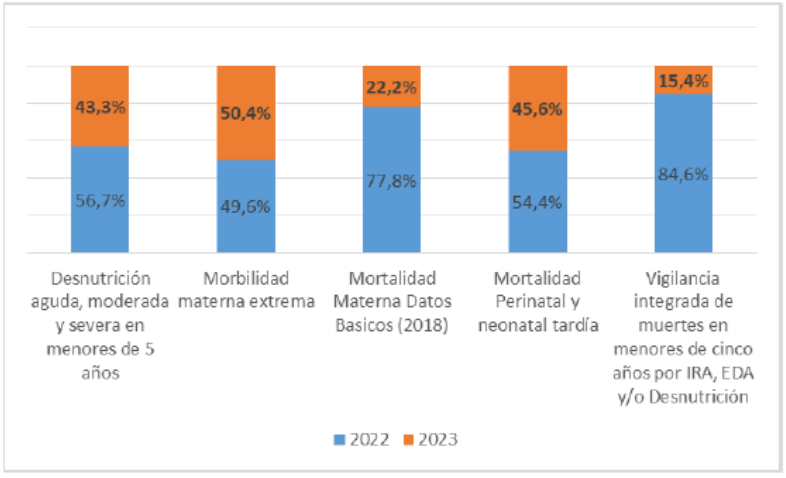
Ilustración 7: Frecuencia relativa de Eventos por Vectores con corte a semana 52 Años 2022-2023. Subred Sur Occidente



Fuente: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente

Tabla 32. Comportamiento del evento Materno Perinatal

Ilustración 8: Frecuencia relativa de Eventos Materno Perinatal corte a semana 52 Años 2022-2023. Subred Sur Occidente



Fuente: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente

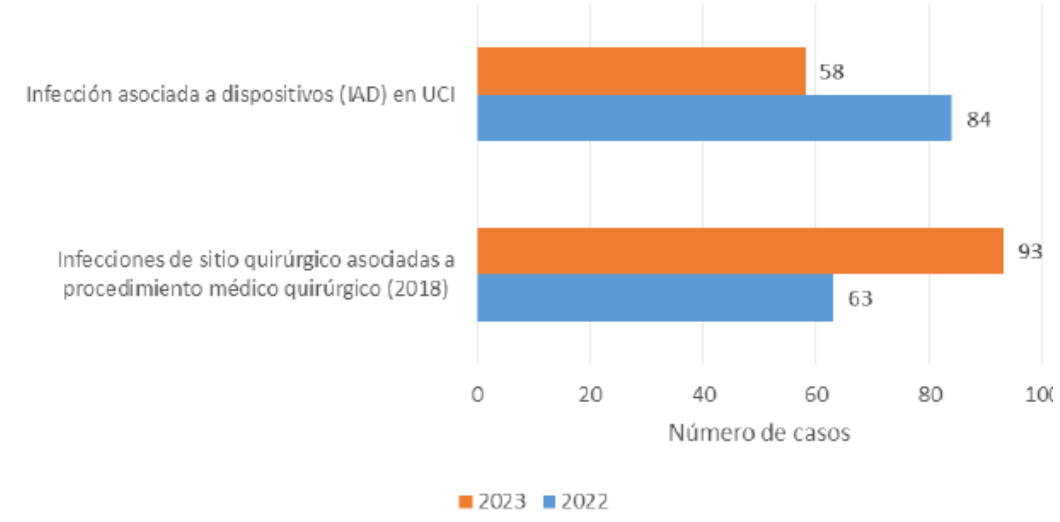
Tabla 33. Comportamiento de los eventos crónicos

Tabla 7: Comparación de EISP Crónicos a semana 52 años 2022 – 2023. Subred Su Occidente.

EVENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA 2022	FRECUENCIA ABSOLUTA 2023	% DE VARIACION
Cáncer en menores de 18 años	21	19	-9,5%
Cáncer de la mama y cuello uterino	954	832	-12,8%
Defectos congénitos	345	410	15,9%
Enfermedades huérfanas-raras	391	579	32,5%
Intento de Suicidio	1069	1435	25,5%
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	23	44	47,7%
Lesiones de causa externa	9	3	-66,7%
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	8830	11939	26,0%

Fuente: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente

Tabla 34. Comportamiento de los eventos asociados al cuidado de la salud. Frecuencia absoluta de eventos asociados al cuidado de la salud con corte a semana 52 años 2022-2023. Sub red sur occidente



ıte: Base aplicativo SIVIGILA con corte a semana 52, años 2022-2023, Subred Sur Occidente.

Tabla 35. Comportamiento de Mortalidades por localidad de Bosa

EVENTO	CONTRIBUTIVO	NO AFILIADO	SUBSIDIADO	TOTAL
AÑO 2022				
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	2	3	6	11
IRA POR VIRUS NUEVO	0	1	7	8
VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y/O DESNUTRICIÓN	0	0	2	2
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	1	0	1	2
TUBERCULOSIS	0	0	1	1
SIFILIS CONGENITA	0	1	0	1
DEFECTOS CONGENITOS	1	0	0	1
TOTAL AÑO 2022	**4**	**5**	**17**	**26**
AÑO 2023				
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	2	2	3	7
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	3	0	3	6
TUBERCULOSIS	0	2	3	5
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	0	1	1	2
VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y/O DESNUTRICIÓN	0	0	1	1
DEFECTOS CONGENITOS	0	0	1	1
SIFILIS CONGENITA	0	1	0	1
TOTAL AÑO 2023	**5**	**6**	**12**	**23**

Directorio Subred Sur Occidente Localidad De Bosa

LOCALIDAD	TECNICO	CELULAR	CORREO ELECTRONICO
Bosa	Natalia Lombana	3143878518	tecnicosivigila7@subredsuroccidente.gov.co

8. Indicadores PAI

Se da inicio a la presentación con la líder del programa ampliado de inmunizaciones de la localidad de Bosa donde se socializan los resultados de la primera jornada nacional de vacunación del 27 de enero donde se contó con la articulación de diferentes entornos y estrategias

Como bien sabemos para el programa hay indicadores que son los que nos marcan las coberturas, se socializan resultados en comparación a la jornada de enero del año 2023:

Para terceras dosis en la jornada del 2023 se aplicaron 89 dosis de pentavalente y en el 2024 76 lo que evidencia que disminuimos la aplicación en 13 dosis; por lo tanto, se invita a aumentar los seguimientos de la cohorte y el uno a uno ya que con esto podemos identificar que niños no regresaron a los servicios o si se deben buscar en terreno para actualizar esquemas.

3 DOSIS PENTAVALENTE <1AÑO	TOTAL		DIFERENCIA
LOCALIDAD	DOSIS APLICADAS 2024	DOSIS APLICADAS 2023	
TOTAL SUBRED	76	89	-13

Para la triple viral de un año logramos aumentar la aplicación respecto al año pasado un total de 5 dosis como se evidencia en el cuadro a continuación, en este momento se cuentan con estrategias con el entorno educativo donde entramos a jardines para lectura de carnet y posteriores jornadas de vacunación para poner al día nuestros pequeños.
Al igual que la de 18 meses que desde enero del 2023 se esta implementando para 18 meses en adelante observamos un aumento de 8 dosis, lo ideal y lo que se espera es lograr una cobertura útil en este biológico en los dos momentos de la infancia.

TRIPLE VIRAL DE 1 AÑO	TOTAL		DIFERENCIA	TRIPLE VIRAL 18 MESES	TOTAL		DIFERENCIA
LOCALIDAD	DOSIS APLICADAS 2024	DOSIS APLICADAS 2023		LOCALIDAD	DOSIS APLICADAS 2024	DOSIS APLICADAS 2023	
TOTAL SUBRED	87	82	5	TOTAL SUBRED	85	77	8

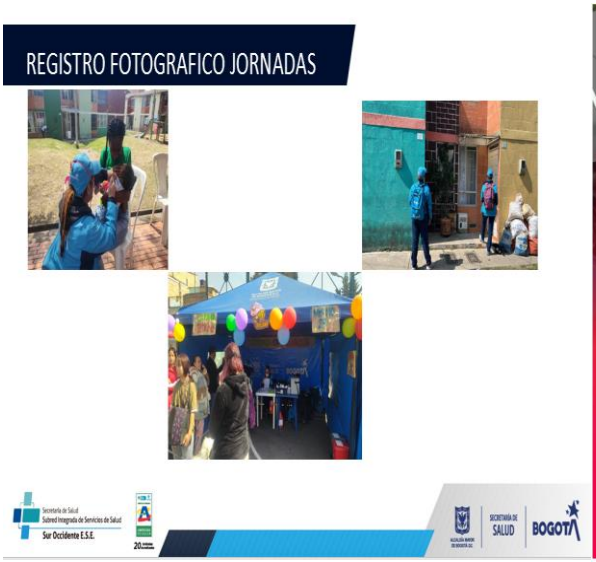
En la DPT segundo refuerzo que se aplica a los 5 años perdimos 22 menores a comparación del año 2023 situación que se ha venido subsanando con las diferentes jornadas en los colegios y jardines de las cuatro localidades.

DPT 5 AÑOS	TOTAL		DIFERENCIA
LOCALIDAD	DOSIS APLICADAS 2024	DOSIS APLICADAS 2023	
TOTAL SUBRED	158	180	-22

En la jornada se llevaron a cabo varias estrategias como:

- Toma de pruebas de VIH, sífilis y Hepatitis B
- Carpa de Cuídate y se Feliz comunitario y educativo
- Guardianes del cuidado
- Vacunación Canina y Felina
- Vacunación regular y COVID19
- Intervención de otros sectores
- Kennedy al barrio

- Casa a casa en barrios Caracol, Calandaima y Tierra Buena con el apoyo y participación de talento humano del PIC



A continuación, seguimos con la socialización de las coberturas del mes de enero 2024 en nuestros trazadores:

3 DOSIS PENTAVALENTE <1AÑO			ENERO		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2024
7. BOSA	5570	464	606	11	606	**10,9**	**-142**
8. KENNEDY	8457	705	476	5,6	476	**5,6**	**229**
9. FONTIBÓN	2906	293	210	7,2	210	**7,2**	**83**
16. PUENTE ARANDA	3510	242	297	8,5	297	**8,5**	**-55**
TOTAL SUBRED	**20443**	**1704**	**1589**	7,8	1589	**7,8**	**115**

En el caso de terceras dosis en menores de un año para la localidad de bosa se tuvo un cumplimiento de 10.9% cuando lo esperado es 8.3 por mes, se ha venido aumentando a través de las diferentes estrategias y con los seguimientos de cohorte y uno a uno.

TRIPLE VIRAL DE 1 AÑO			ENERO		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2024
7. BOSA	6530	544	802	12	802	12,3	-258
8. KENNEDY	8828	736	483	5	483	5,5	253
9. FONTIBÓN	3058	255	188	6	188	6,1	67
16. PUENTE ARANDA	3256	271	271	8	271	8,3	0
TOTAL SUBRED	21672	1806	1744	8	1744	8,0	62

En triple viral se obtuvo un cumplimiento de 12.3% cobertura que se ha podido lograr por las estrategias con entorno educativo haciendo intervenciones en las instituciones educativas de primera infancia y todo lo relacionado a seguimientos de cada una de los ips tanto públicas como privadas.

En el caso de TV de 18 meses también se cumplió con el objetivo con un total de 10.4% 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. Se hace incitación a las unidades a seguir con la divulgación de los cambios de esquema para recuperar todos los menores inasistentes.

TRIPLE VIRAL DE 18 MESES			ENERO		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2024
7. BOSA	6530	544	680	10	680	10,4	-136
8. KENNEDY	8828	736	490	6	490	5,6	246
9. FONTIBÓN	3058	271	143	5	143	4,7	128
16. PUENTE ARANDA	3256	255	240	7	240	7,4	15
TOTAL SUBRED	21672	1806	1553	7	1553	7,2	253

En nuestro último trazador se evidencia que tenemos cumplimento en la mayoría de localidades excepto Fontibón; sin embargo, es importante tener en cuenta que en bosa tenemos mucha población objeto vulnerable para nuestro programa situación que no se evidencia en la misma forma en la localidad de Fontibón.

DPT DE 5 AÑOS			ENERO		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2024
7. BOSA	7750	646	754	9,7	754	9,7	-108
8. KENNEDY	11229	936	925	8,2	925	8,2	11
9. FONTIBÓN	3781	332	300	7,9	300	7,5	32
16. PUENTE ARANDA	3982	315	442	11,1	442	11,7	-127
TOTAL SUBRED	**26742**	2229	**2421**	9,1	2421	9,0	-192

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 resuelven las dudas de los asistentes y se finaliza la socialización sin contra tiempo.

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: 22/02/2024	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

FECHA: 22-02-2024	TEMA: COVE LOCALIDAD DE BOSA

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

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

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Faith Acosta Mya	1176243946	cm porvenir	Enfermera	VSP	
2	Natalia Contreras P.	1010094538	CM Angeles	Enfermera	CM. Angeles	Natalia.
3	Jorge Ortiz Ogaca	19445477	UPC O Bosa	Medico	UPC O Bosa	
4	Diana Yilena R.	1026579996	Bienestar	Enfermera	Externa	
5	Blanca Moreno	52301479	villa javiervaz	Enfe	Ambulatorio	
6	Stephany Juliana Ramos	1010441124	Clinica del Sur	Enfermera	Administrativa	
7	Wendy Iveth Martinez	1012414681	uss Carbonell	Aux. Enfermeria	Consulta externa	
8	Wendy Iveth Martinez	1012414681	h.Bosa cancer	Aux Enfermeria	Consulta externa	
9	Yanira Moreno	52472646	Usb Olarte	Aux Enfermeria	Crecimiento y desarrollo ambulatorio	
10	Yuri Vanegas	39658664	Arizalud	Auxiliar	Calidad	
11	Yuri Vanegas	39658664	Unidad Medica Bosanova	Asesor	Calidad	
12	Yuri Vanegas	39658664	George Coronado	Auditor	Calidad	
13	Yuri Vanegas	39658664	Angel Maria Rivera	Auditor	Calidad	
14	Javier Gonzalez	80.263/20	Dir. Medico Dir. Vigilancia	Aux. Administrativo	Epidemiologia	
15	Jenifer Arango H.	1054706645	Cirugia Medico Odontologia	Enfermera	Consulta Externa	Jenifer Arango
16	Jessica V. Castellanos	39.697.784	Hospital de bosa	Auxiliar de enfermeria	Epidemiologia	Jessica V.C.
17	Stefani Florez	1024772228	SISSSO	Epidemiologa	G. Riesgo	Stefani F.
18	Jenifer Sanchez	1024509005	USO Bosa	Aux Enf.	Epidemiologia	

FECHA: 22-02-2024	TEMA: COVE LOCALIDAD DE BOSA

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

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

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Zulma Forero B.	39627127	SSS Bosa	Aux Enf	C. Ambulatorio	
2	Alejandra Pradilla	1065773461	CSS Bosa	Aux Enfer	Ambulatorio	
3	Yo Tsdal Chung-A	52175369	Pablo VI	Aux enf	Ambulatorio	
4	Blanca Domínguez	52161520	Centro medico Bosa Porvenir	Apoyo	consulta	
5	Gloria Posada	52364971	Consultorio Dr Cordillas	Aux Enf	Consulta	
6	Luz Mary García B	23575752	Policlinico la Libertad	apoyo	consulta	
7	Wendy Carolina Pulido	1013644180	Servidedis	Coordinadora	Coordinacion	
8	Leidy Johana Morales	1079604752	Dispensario Medico Sur occidente	Aux Enfer	Salud Publica	
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

FECHA: 22-02-2024	TEMA: COVE LOCALIDAD DE BOSA

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

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

FIRMA DE ASISTENTES

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	[illegible]	5746090	USS-Bosa	Epidemiología	DGRS	
2	VIVIANA RODRIGUEZ	52965938	USS BOSA	PROFESIONAL	DGRS USI	
3	[illegible]	20363070	USS Bosa	Lider Salud	DGRS	
4	[illegible]	530762G5	USS BOSA	Enfermera	DGRS	
5	[illegible]	20421857	USS Bosa	Referente Inmunizaciones	DGRS	
6	Nidia Alvarez Sanchez	28.386.926	USS Bosa	Epidemiologa	DGRS	
7	[illegible]	1010.165585	USS-Bosa	Epidemiologa	GGRS	
8	Adriana Castañeda Beltrán	1030566031	USS Bosa	Referente Crónicos	DGRSC	
9	Carolina Castiblanco	1020561700	USS Bosa	Epidemiologa	DGRS	
10	Heidy Fernandez	53082162	RSO	Lider PAI local	Gestion Riesgo	
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						