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

Tipo de acta COMITÉ _X__ REUNIÓN __ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA:21/03/2024	LUGAR: TV 72 B 44 D 21,CENTRO DE ATENCION NUEVA DELICIAS	HORA INICIO: 8:00 AM
RESPONSABLE: EQUIPO SIVIGILA Y TEMA CENTRAL GESTION DE LA INFORMACION VSP		HORA FINAL: 12:30 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

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

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. BIENVENIDA
2. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
3. TEMA CENTRAL:TRASMISIBLES
4. TEMA ITINERANTE
5. RECESO
6. FORTALECIMIENTO A LA NOTIFICACION EN EVENTOS ETV
7. INDICADORES SIVIGILA
8. INDICADORES PAI
9. CALIDAD DEL AGUA
10. EVALUACION; LISTADO DE ASISTENCIA Y CIERRE

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1	Realizar el COVE el mes para la localidad	EQUIPO TEMA CENTRAL Y SIVIGILA	21/03/2024	X		Se realiza el Cove local de acuerdo a los tiempos establecidos

Total, compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento
1	1	100%

DESARROLLO

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

DESARROLLO

1. **Bienvenida:**

Se da la bienvenida a los participantes y se informa sobre la espera durante 5 minutos para ampliar el quorum, y se realiza el listado en físico a las 8:00 am, se lee la agenda del día se inician las presentaciones de los temas programados en simultaneo los asistentes realizan el registro en el listado en físico.

2. **Urgencias y Emergencias**

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS MARZO 2024

OBJETIVO

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

ALERTAS NACIONALES

Casos de Chagas agudo en población general de Casanare. 03 de marzo de 2024

En seguimiento dos (2) casos en mujeres de 34 y 6 años, procedentes de área rural de Yopal, no relacionadas entre sí. Iniciaron síntomas el 05 y 24 de febrero, respectivamente. Actualmente se encuentran en tratamiento. Entre las hipótesis se plantea la transmisión oral y vectorial.

Medidas de control:

La entidad territorial ha adelantado acciones de vigilancia en salud pública como investigación epidemiológica de campo, recolección de muestras en convivientes y articulación con programa. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en población de interés especial de Barranquilla. 06 de marzo de 2024.

El 3 de marzo se presentó brote de ETA en población privada de la libertad. Se han identificado 120 casos de 305 expuestos, para una tasa de ataque de 39,3 %. No se registran muertes. Se han adelantado acciones de control como desplazamiento de equipo de respuesta inmediata distrital, investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria, toma de muestras biológicas y de alimentos y visita de inspección, vigilancia y control, en la que se identifican hallazgos en la manipulación y conservación de los alimentos.

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

El 04 de noviembre de 2023, el IDEAM declaró la presencia del Fenómeno de El Niño en el territorio colombiano; caracterizado por una disminución de hasta el 70% en las precipitaciones en gran parte del país, especialmente en las regiones Caribe, Andina y Pacífica. El del 28 de enero de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social generó la Circular Externa 0002 donde se establecen directrices para la preparación y respuesta sectorial ante efectos en salud derivados de la temporada seca y ocurrencia del Fenómeno de El Niño en el periodo 2023-2024. Se han presentado más de 831 incendios de cobertura vegetal y reportado 223 casos de desabastecimiento de agua en el territorio colombiano. Por monitoreo de medios, para esta semana se han identificado nuevos incendios en Antioquia, Atlántico, Boyacá, Bogotá D.C., Caldas, Huila, Magdalena, Santander y Tolima. Se intensificó la vigilancia de los eventos de interés en salud pública en municipios priorizados por la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo observándose un incremento de dengue en la mayoría de los departamentos, a excepción de Guainía; aumento de malaria en cuatro (4) departamentos, IRAG inusitado en 15 departamentos y accidente ofídico en seis (6) departamentos. Se identifican varios municipios con más de dos semanas seguidas con aumento de casos para dengue, malaria, IRA y COVID-19.

DESARROLLO

ALERTAS INTERNACIONALES

- **Psittacosis-Región Europea. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 05 de marzo de 2024**

En febrero de 2024, Austria, Dinamarca, Alemania, Suecia y Holanda informaron a través del Sistema de Alerta y Respuesta Temprana de la Unión Europea, un aumento de los casos y cinco muertes por psitacosis observado en 2023 y principios de 2024, particularmente marcado desde noviembre y diciembre de 2023. En la mayoría de los casos se informó exposición a aves silvestres y/o domésticas. Los países afectados han implementado investigaciones epidemiológicas para identificar posibles ex- posiciones y grupos de casos.
Medidas implementadas
Análisis de muestras de aves silvestres enviadas para pruebas de influenza aviar para verificar la prevalencia de C. psittaci entre las aves silvestres. La Organización Mundial de la Salud continúa monitoreando la situación y, basándose en la información disponible, evalúa el riesgo que representa este evento como bajo.

- **Alerta epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la salud (OPS). Fecha de publicación: 29 de enero del 2024**

En 2023, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y el SE 52, en la Región de las Américas, se notificaron 14.884 casos sospechosos y 53 casos confirmados de sarampión.
En **Argentina,** el 19 de enero de 2024, el Ministerio de Salud de la Nación, confirmó un caso de sarampión residente de la ciudad de Salta. Se trata de un niño de 19 meses de edad que presentó fiebre, tos y conjuntivitis el día 2 de enero, agregando exantema el 4 de enero. Veinticuatro horas después consultó y se internó por neumonía en una clínica privada presentando aislamiento de neumococo en muestra respiratoria. El día 9 de enero se tomó una muestra de suero y el 16 de enero se informó IgM positiva para sarampión en un laboratorio privado. Esta muestra de suero junto con las muestras para detección viral fue derivada al Laboratorio Nacional de Referencia (ANLIS-Malbrán) confirmando la infección por serología y detección de virus sarampión por RT-PCR en orina y aspirado nasofaríngeo el día 19 de enero. El caso no contaba con dosis de triple viral. No tiene antecedentes de viaje a países de circulación.
En **Brasil**, el 25 de enero de 2024, la Secretaría de Salud de Rio Grande do Sul informó a través de un comunicado de prensa de un caso importado de sarampión. El caso corresponde a un niño de 3 años de edad procedente de Pakistán, quien ingresó al país el 26 de diciembre (en São Paulo) y llegó a Rio Grande do Sul el 27 de diciembre. El 2 de enero del 2024, el caso fue llevado a consulta debido a dolor abdominal y fiebre, y presentó erupción cutánea el 4 de enero. Las pruebas serológicas en el Laboratorio Central de Salud Pública de Rio Grande do Sul (LACEN, por sus siglas en portugués) y la prueba de biología molecular en el Laboratorio de Referencia Fiocruz en Río de Janeiro confirmaron sarampión. Se está monitoreando a los contactos y hasta la fecha no se han identificado casos sospechosos secundarios

En **Canadá,** desde la SE 1 hasta la S.E 52 del 2023, se confirmaron 12 casos de sarampión por laboratorio, de los cuales 11 fueron clasificados como importados y 1 caso de origen desconocido *(6)*. Los genotipos B3 y D8 fueron identificados en 7 y 5 de los casos confirmados, respectivamente.
El 19 de enero del 2024, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica** notificó a la OPS/OMS la confirmación de un caso de sarampión en San Josecito de San Rafael de Heredia. El caso corresponde a una mujer de 53 años, costarricense, con domicilio en el cantón de San Rafael, provincia de Heredia, sin antecedente reciente de viaje internacional. El caso fue notificado al sistema nacional de vigilancia como dengue el 3 de agosto del 2023. Como parte de la búsqueda activa por laboratorio, se procesó la muestra de suero del caso para sarampión la cual resulto IgM-positiva e IgG - indeterminada. Las muestras fueron enviadas al CDC de EEUU donde fueron confirmados los resultados preliminares. A la fecha no se han notificado nuevos casos asociados.

DESARROLLO

En **Chile,** entre las SE 1 y 52 del 2023**,** se notificaron 95 casos sospechosos y se confirmó 1 caso importado de sarampión por laboratorio *(6)*. El 12 de agosto del 2023, el CNE de Chile notificó un caso probable de sarampión correspondiente a un hombre de 42 años residente de la Región Metropolitana, con inicio de síntomas el 7 de agosto, aparición de erupción cutánea el 8 de agosto, y antecedentes de viaje a países de la Región Europea de la OMS (Armenia y Georgia) entre el 16 y el 26 de julio, regresando a Chile el 26 de julio a través de Qatar y Brasil. El Instituto de Salud Pública (ISP) de Chile identificó el genotipo D8 del virus de sarampión en muestras del caso confirmado.
En **Estados Unidos de América D**esde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2023, se identificaron 58 casos de sarampión en 20 jurisdicciones de este país. Adicionalmente, entre el 1 de diciembre del 2023 y el 25 de enero del 2024, al CDC fueron notificados 26 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos (17 casos en diciembre de 2023 y 9 casos en enero de 2024) Corresponden a 7 casos importados por parte de viajeros internacionales como lugares visitados incluyeron: India, Indonesia, Kazajistan, Pakistan y Arabia Saudita. De los cuales 20 pertenecían a niños y adolescentes y dentro de estos 25 casos el 96% no estaban vacunados o no tenían estado de vacunación desconocido.
El CNE para el RSI de **Perú** notificó un caso confirmado de sarampión el 27 de enero del 2024. Se trata de un hombre de 21 años sin historial de vacunación contra el sarampión. Viajó a Italia del 23 de diciembre de 2023 al 7 de enero del 2024 con dos familiares, visitando varias ciudades y tomando un crucero. Desarrolló síntomas desde el 2 de enero, que incluyeron rinorrea, fiebre y erupciones cutáneas. A su regreso a Lima el 11 de enero, buscó atención médica y el 12 de enero se le realizó obtención de muestra serológica, obteniendo un resultado IgM (+) para sarampión el 18 de enero del 2024 en un laboratorio privado. Se identificaron dos contactos asintomáticos: su madre y su hermana. El 27 de enero del 2024 el Laboratorio de Referencia Nacional emitió dos resultados de serología positiva a IgM sarampión en muestras colectadas el 12 y 26 de enero. El caso fue confirmado y se iniciaron acciones para la identificación de los contactos y el bloqueo vacunal.

3. **Tema Central: Transmisibles**

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

1. Socializar la circular 008 de 20 de febrero 2024 intensificación de acciones para la vigilancia prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda (IRA) – primer pico respiratorio año 2024 en el talento humano de la UPGDs de la subred Suroccidente y enviar los productos según los procesos ya establecidos por la SDS.
2. Implementar las alertas epidemiológicas de la OMS/INS de los eventos para el mes de marzo, según lineamientos SDS, fichas epidemiológicas y protocolos del INS 2024
3. Cumplir con el protocolo EAPV y recomendaciones establecidas para el eventos y asistencia a las unidades de análisis con los soportes requeridos.

En el mes de marzo se hace énfasis en las alertas epidemiológicas vigentes y comportamiento de los indicadores de EAPV, por eso en la 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. Para el producto, la subred realiza monitoreo de la información garantizando seguimiento de las unidades de servicio de salud de manera nominal (gestión de la información) verificando el cumplimiento del proceso de vigilancia en salud pública acorde con la normatividad nacional y distrital vigente, a través del seguimiento de indicadores de gestión

DESARROLLO

mensual con el fin de propiciar orientar respuestas en salud. Se incorporando los indicadores de calidad, oportunidad, integralidad, concordancia y en general los indicadores de gestión que se evalúen el subsistema.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. Actualmente se ha logrado disminuir la carga de estas enfermedades y la mortalidad en la infancia por la introducción de las vacunas. Se ha conseguido erradicar la viruela, próximamente la poliomielitis y se tienen como objetivo la eliminación del Sarampión. De aquí la importancia de realizar de forma oportuna la vacunación a los niños, niñas, adolescentes y adultos acorde al esquema nacional establecido por la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI). En La Subred Sur Occidente se realiza la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles como: Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Tosferina, Difteria, Meningitis bacteriana y enfermedad Meningocócica, Poliomielitis, Tétanos, Varicela, Hepatitis B.Se deben tener precauciones, que son indicadas en el momento de la vacunación. Los riesgos de contraer una enfermedad grave por la no administración de una vacuna, son mucho mayores que el riesgo de la vacuna produzca una reacción peligrosa. Es así como para este mes por solicitud epidemióloga del SIVIGILA responsable del COVE hace propuesta para capacitación sobre Infección respiratoria Aguda y cierre de casos IRAG

COMPROMISO

1. Difusión de los indicadores de calidad, oportunidad, integralidad, concordancia y gestión de la información de los eventos transmisibles, teniendo en cuenta las recomendaciones de la SDS, fichas y protocolos del Instituto Nacional de salud 2024
2. Asistencia del recurso humano a las unidades de análisis de evento adversos posterior a Vacunación según cronograma, soportes y ejecución del plan de mejora
3. Publicar las alertas epidemiológicas establecidas por la OMS/INS de los eventos transmisibles para el mes las UPGDs adscritas a la Subred Suroccidente

RECOMENDACIONES

1. Continuar con la vigilancia salud pública de los eventos transmisibles con calidad, oportunidad, integralidad, concordancia, depuración de bases de información según recomendaciones SDS y fichas y protocolos del INS 2024.
2. Notificación inmediata de los eventos adversos posteriores a vacunación
3. Realizar búsqueda activa institucional de los eventos objetos de alertas epidemiológicas y notificación inmediata.

1. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA IRA

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

Responsabilidades por actores en salud

De las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Responsables de los Reg Especiales y de Excepción: cumplimiento del Plan de Acción de Infección Respiratoria Aguda (IRA) , segu estricto a las cohortes de los siguientes grupos de riesgo, seguimiento y garantizar la suficiencia de servi pediatría, camas de hospitalización general y de cuidados intensivos, estrategia salas ERA y recurso hum

DESARROLLO

salud, coberturas de vacunación en población menor de 5 años, gestantes y adulto mayor (esquema influenza y COVID-19), Búsqueda Activa institucional (BAI) para el evento 800 (Tos Ferina), Sseguimient coberturas de valoración integral del desarrollo en población de primera infancia, atención efectiva de la pobla cohortes de riesgo canalizadas a través de las intervenciones colectivas mediante el Sistema de Refer Contrarreferencia (SIRC), Atender las recomendaciones emitidas por el INS y el MSPS relacionadas prevención, manejo y control de la IRA relacionadas con EPP y medidas de bioseguridad, oportunidad suministro de oxígeno domiciliario, procesos de referencia al nivel de atención requerido, acorde con los crite oportunidad, accesibilidad y pertinencia clínica, manejo terapéutico, criterios y dosis de administrac medicamentos para profilaxis a los contactos estrechos de casos confirmados para tos ferina, Promover cor prestadora de servicio de salud las recomendaciones en salud relacionadas con la calidad del aire y prom consulta del IBOCA, Fortalecer la implementación de estrategias de vacunación sobre personal altamente ex (militares, policía, privados de la libertad, personal de salud) para COVID-19, influenza y otros biológic neumococo), Realizar el seguimiento a las IPS y fortalecer los procesos en lo relacionado con la realizació autopsia clínica y secuenciación de muestras a todos los casos de IRAG Inusitado, o aquellos casos de r súbitas en población joven o adulta, sin comorbilidades de base, relacionadas con estos agentes (virus Influenza A H3N2 Y H1N1) como parte de la gestión del riesgo en salud pública, Hacer seguimiento a las IP cumplimiento del protocolo del INS de IRA, con énfasis en la notificación inmediata de los casos de IRAG Inus garantizar la autopsia clínica de los casos.

Acciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Intensificar la vigilancia del Infección Respiratoria Grave – IRAG - inusitado, la Vigilancia Centinela, morbilidad por IRA, mortalidad por IR y desnutrición, Covid-19, y tos ferina, Garantizar el cumplimiento del protocolo del INS de IRA, con énfasi notificación inmediata y garantizar la autopsia clínica de los casos, Fortalecer la atención integral de niños menores de 5 años con IRA, y la valoración integral inmersa en la ruta integral de atención para la prom mantenimiento de la salud, Activar y garantizar el funcionamiento adecuado de las salas ERA, con el reconoc de la estrategia y los insumos requeridos para la atención del paciente, Intensificar acciones de educa comunicación para la salud dirigidas a padres, madres y cuidadores en medidas de prevención p IRA/EDA/desnutrición, Fortalecer los procesos de capacitación en guías y algoritmos de manejo p reconocimiento de gravedad, Asegurar la clasificación y el aislamiento de los pacientes basado en la sintoma diagnóstico y agente etiológico identificado, Asegurar los procesos de referencia al nivel de atención rec acorde con los criterios de oportunidad, accesibilidad y pertinencia clínica. Enfatizar a los servicios de urg servicios de atención básica el registro de signos de alarma y, en el momento de dar el alta documentar los sig egreso y la importancia de retornar al servicio de urgencias cuando se presenten signos de alarma.

S**eguimiento de los pacientes respiratorios al egreso** de urgencias o la atención prioritaria, incluso a tra una llamada telefónica, no solo a los menores de 5 años, Dar cumplimiento al plan de acción de IRA en el ma Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA/EDA, Hacer seguimiento en su población as para garantizar las coberturas de valoración integral del desarrollo en la población menor de 5 años, y vacuna niños y niñas, gestantes y adulto mayor (esquema regular y COVID-19), Garantizar la disponibilidad y sumin insumos como inhalo cámaras, inhaladores y oxígeno a los pacientes que lo requieran, así como garantizar l de consulta médica programada y no programada, consulta de pediatría y la oferta institucional para aten servicios de urgencias, Asegurar la consulta de recién nacido con base en lo establecido en la ruta inte atención materno perinatal, haciendo énfasis en la educación para la prevención de la IRA, EDA y desnutrici cumplimiento a las intervenciones de intensificación o contingencia para picos invernales o situaciones especí

La infección respiratoria aguda 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 son: influenza virus tipos A, B y C, para influenza tipos 1, 2, 3 y 4, virus sincitial respiratorio, coronavirus, adenovirus, rinovirus, metapneumovirus, bocavirus, Strep- tococcus pneumoniae *y Haemophilus influenzae*

Modo de transmisión: El principal mecanismo de transmisión es por vía aérea mediante gotas o aerosoles y

DESARROLLO

por contacto con superficies contaminadas.

Periodo de incubación: Influenza: usualmente de 2 días, pero puede variar de 1 a 5 días aproximadamente. Para influenza: 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. Rinovirus: de 1 a 4 días. Metapneumovirus: de 4 a 6 días. Bocavirus: de 5 a 14 días. Streptococcus pneumoniae: de 1 a 3 días. *Haemophilus influenzae*: de 2 a 4 días

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

Para influenza: las infecciones por para influenza 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.

Rinovirus: afecta a niños y adultos y es causa de catarro común. Metapneumovirus: puede afectar a todas las edades, sin embargo, las poblaciones más afectadas son los niños menores de cinco años, los adultos mayores de 65 años y los pacientes inmunocomprometidos. Bocavirus: los niños afectados son de mayor edad que en el caso de infecciones por VRS. Las infecciones por bo cavirus se asocian a cuadros de gastroenteritis y afecciones en pacientes inmunocomprometidos como quienes han tenido trasplante de médula ósea.

Streptococcus pneumoniae: el riesgo de contraer estas infecciones es mayor en **lactantes menores de 24 meses de edad, en personas mayores de 60-65 años y en individuos con factores de riesgo** como inmunodeficiencias primarias (hereditarias) inmunodeficiencias secundarias (adquiridas) como el VIH/sida. También las neoplasias como el mieloma múltiple y la leucemia linfocítica crónica pueden afectar la inmunidad humoral y aumentan la probabilidad de que se presente . La Haemophilus influenzae: las manifestaciones más importantes de la infección por Hib a saber, neumonía, meningitis y otras enfermedades invasivas se producen fundamentalmente en los niños menores de dos años, en particular en los lactantes de 4 a 18 meses, pero ocasionalmente se observan en lactantes menores de 3 meses y en niños mayores de cinco años.

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

1. **Caso sospechoso de ESI** Persona que presenta infección respiratoria aguda, con fiebre ≥ 38˚C y tos de no más de siete días de evolución, que requiera manejo ambulatorio.
2. **caso sospechoso de IRAG**: Persona con infección respiratoria aguda con antecedentes de fiebre y tos no mayor a 7 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

DESARROLLO

cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

A. Ser trabajador de salud del área asistencial con antecedente reciente de contacto con pacientes con infección respiratoria aguda grave o que permanezca en un espacio hospitalario. B. Individuo con antecedente de viaje en los últimos 14 días a áreas de circulación del virus de influenza aviar u otros agentes respiratorios nuevos en humanos o animales con poder pandémico. C. Ser trabajador del sector avícola o porcino o tener antecedente de contacto con aves silvestres o de producción o cerdos en los 14 días previos al inicio de los síntomas. D. Paciente de 5 a 65 años previamente sano con infección respiratoria aguda grave con antecedente de fiebre y tos que requiera manejo hospitalario con necesidad de vasopresores y/o apoyo ventilatorio y que tenga un deterioro clínico rápido en menos de 72 horas desde el inicio de síntomas. E. Todos los conglomerados de infección respiratoria aguda grave (dos o más casos de IRAG) en entornos familiares, lugares de trabajo, lugares con población confinada (colegios, universidades, cárceles, batallones, etc) o grupos sociales.

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

AJUSTE: Los ajustes y clasificación final de los casos se deben realizarse máximo en cuatro (4) semanas epidemiológicas desde la notificación del caso; los siguientes tipos de ajuste son los permitidos en este evento:

• Ajuste 3: confirmado por laboratorio. Ajuste 6: descartado (negativo por laboratorio, por unidad de análisis, o casos que no cumple con definición de caso). Ajuste D: error de digitación (caso descartado por error de digitación (en cumplimiento con los criterios de ajuste D, se debe volver a notificar correctamente).

Como parámetro se deben tener en cuenta los códigos del INS: 345: Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela USS KENNEDY/ USS PATIO BONITO TINTAL); 346 IRA por virus nuevo , 348 Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado), 995: Morbilidad por IRAG (notificación colectiva, confirmado, UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA CIE J00 – J22), 591 :Mortalidad por IRA em menores de 5 años. El comportamiento distrital COVID_19 enero a 24 de febrero 20224, casos positivos 1.889.569, de los cuales 550 Pacientes actualmente infectados (0,03%) y 9.763 Fallecieron por otras causas 0,52 % y 1.848.950 Casos Recuperados (97,9 %); de las muertes por COVID_19 las muertes 30.306, letalidad 1,6%. Para Subred Sur Occidente se tienen 489 casos positivos, donde 105 Pacientes actualmente infectados (21,5%), 2 Fallecidos otras causas (0,4%), 380 Casos Recuperados (77,7%). De los 2 casos muertos confirmados, se tiene una letalidad de 0,40%. Por localidad se tiene Fontibón (81) Kennedy (168) Puente Aranda (74) y Bosa (57)

A. **VIGILANCIA MORBILIDAD POR IRA-CÓDIGO INS 995:** todo el caso confirmado de hospitalizados en UCI , HOSPITAL GENERAL ,consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE:10 CIE10 de J00a J22 **Notificación:** La notificación de la morbilidad por IRA evento **995** se realizará de manera colectiva, con periodicidad semanal. Brote: Se notifica en ficha 901 (Evento Colectivo Sin Establecer). Reporte Acumulado de IRA: Se notifica en ficha 995

B. VIGILANCIA MORBILIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EVENTO CODIGO INS 998

Definición operativa de caso: Caso confirmado por clínica: Persona de cualquier edad que presente tres o más evacuaciones líquidas o
semilíquidas en las últimas 24 horas, con hasta 14 días de duración. Se deben notificar los casos que se identifiquen tanto en consulta externa, urgencias y hospitalización (se considera hospitalizado toda persona de cualquier edad ingresada a la sala de rehidratación).

Deben ser considerados los siguientes criterios de exclusión: • Presentar diarrea prolongada (más de 14 días de duración). • Haber sido hospitalizado por otra razón, aunque presente diarrea.

Ajustes: • Ajuste D: por error de digitación • Ajuste 7: otros ajustes (calidad de la base) .Notificación semanal: Debe reportarse de manera semanal y acumulado de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública. Es importante: • Realizar la notificación colectiva del evento según flujo de información de manera semanal.• Realizar Búsqueda Activa Institucional cuando se detecte silencio epidemiológico o disminución

DESARROLLO

inusitada de la notificación de casos.

Codificación CIE-10 para la búsqueda activa institucional del evento morbilidad por EDA: Tener en cuenta los códigos de protocolo INS (CIE.10)

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., consultar diariamente el IBOCA antes de salir de casa y usar tapabocas

ALERTA EPIDEMIOLOGICA SARAMPION

En el boletín bisemanal de febrero/24 de la OPS para sarampión, rubeola y SRC, en el volumen 30 N° 05 – 06 presenta la distribución de los casos confirmados de sarampión en las Américas del 2023 (72) para Canadá (12) Chile (1) Estados Unidos (58). En 2024 se tiene (27) para Argentina(2) ,Brasil (1), Canadá (4), EEUU (18) , Perú (2). Ante los retos relacionados con la persistencia de bajas coberturas de la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, rubeola y parotiditis (SRP1 y SRP2), el incremento de casos de sarampión a nivel global y la ocurrencia de casos importados en países de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a continuar con las actividades para elevar y mantener coberturas adecuadas de vacunación contra sarampión, rubeola y parotiditis y reitera que la vacunación, la vigilancia epidemiológica y la preparación de la respuesta rápida a brotes de sarampión y rubeola constituyen las tres grandes estrategias para monitorear y reverificar anualmente la interrupción de la transmisión endémica de estos virus.

2. **Indicadores síndrome rubeola congénita notificados al Sivigila:** La rubéola es una causa frecuente de exantema y fiebre en la población infantil y su importancia para la salud pública radica en los efectos teratógenos de la primoinfección rubeólica en la mujer embarazada. Luego de una infección durante el primer trimestre del embarazo, el riesgo de aborto espontáneo aumenta aproximadamente en 50 %. Las manifestaciones clínicas del SRC pueden ser transitorias (púrpura), estructurales permanentes (sordera, defectos del sistema nervioso central, cardiopatía congénita o cataratas) o afecciones de aparición tardía (diabetes mellitus). La infección materna antes de la 19ª semana de gestación puede causar sordera neurosensorial, mientras que la catarata y la cardiopatía sólo se producen cuando la infección es anterior a la 9ª semana de gestación. El síndrome de rubéola congénita (SRC) es una afección que ocurre en un bebé en gestación dentro del útero de una madre infectada con el virus de la rubéola. Las mujeres embarazadas que contraen rubéola están en riesgo de sufrir un aborto espontáneo o un nacimiento sin vida, y sus bebés en gestación corren el riesgo de sufrir defectos de nacimiento graves con consecuencias devastadoras para toda la vida. El síndrome de rubéola congénita puede afectar casi todo en el cuerpo del bebé en gestación. Dentro los estudios realizados se han establecido la semana de riesgo en la gestación de riesgo de SRC: Antes de la semana 11 se tiene un 90% ,entre las semanas 11 – 12 está el 33%, entre las semanas 13 – 14 con un 11% y entre las semanas 15 – 16 es de 24% y después de la semana 16 es de 0%. El riesgo absoluto de SRC en los niños nacidos de madres infectadas durante el embarazo varía ampliamente entre los diversos estudios: en parte, refleja la edad de los niños en el momento de la revisión, ya que la sordera se detecta con mayor facilidad luego de los dos años de vida (17). En la tabla 2 se presentan las características del virus de la rubéola y la enfermedad.

Los Los defectos de nacimiento más comunes de este síndrome incluyen: Sordera, Cataratas, Defectos cardiacos, Discapacidades intelectuales, Daño en el hígado o el bazo, Bajo peso al nacer, Sarpullido en la piel al nacer. **Las complicaciones menos comunes** pueden incluir: Glaucoma, Daño cerebral, Problemas

DESARROLLO

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

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

Periodo de incubación: El periodo de incubación es de 14 a 23 días desde el momento de la exposición hasta la aparición de los primeros síntomas. La mayoría presentan el exantema después de 14 a 17 días de haber estado expuesto al virus. **La susceptibilidad** es general después que el recién nacido pierde los anticuerpos adquiridos a partir de los anticuerpos maternos. Los **lactantes generalmente permanecen protegidos por los anticuerpos de la madre durante los primeros seis a nueve de meses** de vida. **La inmunidad activa se adquiere por medio de la infección natural o por la vacunación**. La inmunidad activa es duradera, y se ha establecido que se prolonga toda la vida. Ocasionalmente se ha demostrado reinfección. La susceptibilidad es general en poblaciones no vacunadas o que no han sido expuestas al virus. Se estima que en América Latina de 25 % a 30% permanece susceptible. La rubéola congénita depende del número de mujeres en edad fértil susceptibles. **Reservorio**: El ser humano es el único huésped natural del virus de la rubéola

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

Caso sospechosos: Menor de 1 año en quien se sospecha SRC debido a: 1. Se le ha detectado una o más de las siguientes anormalidades luego del nacimiento: **defectos cardiacos congénitos, ductus arterioso persistente (documentado), estenosis de arteria pulmonar, cataratas congénitas, retinopatía, sordera, hipoacusia, microcefalia, hepatomegalia, esplenomegalia, púrpura, ictericia persistente asociada a la hiperbilirrubinemia directa;** 2. Existe una historia de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) de la madre durante el embarazo. **Nota: el bajo peso al nacer como único signo no debe ingresar al Sistema de vigilancia como sospecha de SRC**. **El Caso confirmado por laboratorio:** Todo caso sospechoso de SRC que tenga una de las siguientes pruebas de laboratorio positivas: 1. **Demostración de anticuerpo IgM específico para rubéola**, 2. **Aumento significativo en los títulos de anticuerpos IgG para rubéola en dos muestras de suero pareadas (fase aguda y convaleciente) tomadas con un mes de diferencia**, 3. **Detección del virus de rubéola en nasofaringe, orina o suero por PCR o cultivo positivo para virus de rubéola**

Caso confirmado clínicamente: Todo caso sospechoso de SRC que no está confirmado por laboratorio y carece de evidencia de cualquier otra etiología y para el cual no hay una muestra adecuada de suero o para aislamiento viral (se considera una falla de la vigilancia). **Infección por rubeola congénita (IRC):** lactantes con anticuerpos IgM anti-rubéola positivos, pero sin hallazgos clínicos de SRC. Estos no son casos de SRC. Sin embargo, el diagnóstico de SRC no será definitivo hasta no haber descartado la sordera mediante algún método confiable (sensibilidad y especificidad elevadas) como los potenciales evocados. Por ello, estos casos deben ser objeto de seguimiento en los consultorios de crecimiento y desarrollo. **Caso descartado:** Caso sospechoso con una muestra adecuada de suero cuyo resultado ha sido negativo para anticuerpos tipo IgM específicos de rubéola.

Caso importado: Lactante con SRC confirmado cuya madre adquirió la infección por el virus de la rubéola fuera de Colombia, en ausencia de una infección documentada por rubéola, la madre estaba fuera de Colombia durante el periodo en el que pudo haber estado expuesta a la rubéola que afectó a su embarazo

DESARROLLO

(de **23 días antes de la concepción o hasta la semana 24 de gestación**). **Caso relacionado a una importación**: Lactante con SRC confirmado cuya madre, según pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesta localmente al virus y formó parte de una cadena de transmisión que se inició con un caso importado. **Los ajustes a la información de casos sospechosos SRC** y la clasificación final de los casos se tendrán en cuenta los tiempos de ajustes (8 semanas) para cumplir con los indicadores internacionales. En ocasiones casos con resultado de IgM positivo o dudoso pueden requerir más tiempo para clasificación final. **La clasificación o ajuste final de casos en el aplicativo Sivigila según códigos: Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio, Ajuste 6: caso descartado por laboratorio, Ajuste D: por error de digitación . Notificación superinmediata en el Sivigila 4.0**

Para el 2024 en la Subred Sur Occidente la Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome rubeola congénita notificados al Sivigila es de 13,6 por 1000 nacidos vivos. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 36, por localidad se tienen para Kennedy (19) casos, descartado (12), positivos (0), pendientes (7); Fontibón con un caso, según clasificación final descartado (0), positivo (0) pendientes (1); Bosa con (16) casos según clasificación descartado (6), positivo (0) pendientes (6);Puente Aranda con uno y clasificación final descartado (1), positivo (0) pendientes (2).(Fuente: SIVIGILA PE II 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas para la clasificación correcto del evento y unidad de análisis para las UPGDs criticas

3. **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

DESARROLLO

notificados al Sivigila es de 0,9 por 100.000 habitantes. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 22 casos , por localidad se tienen para Kennedy 10 casos, descartado (4), positivos (0), pendientes (6); Fontibón con 5 casos, según clasificación final descartado (4), positivo (0) pendientes (1); 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 II 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

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

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

Diagnósticos diferenciales: El sarampión y la rubéola se deben diferenciar de otras enfermedades febriles exantemáticas (EFE), síndrome febril ictérico agudo, síndrome febril respiratorio agudo, síndrome febril con manifestaciones neurológicas que presenten fiebre y erupción cutánea. Los principales agentes diferenciales son: roséola, eritema infeccioso, escarlatina, dengue, Chikunguña, Zika, COVID-19 y MIIS-C. **Prevención**: Prevención Se prefiere la vacuna combinada contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (vacuna triple viral o SRP) o el bivalente sarampión rubeola SR.

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

CASO SOSPECHOSO: Caso con presencia de fiebre y erupción maculopapular 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

DESARROLLO

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 m territorio nacional.

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

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

Para el 2024 en la Subred Sur Occidente la Tasa de notificación de casos sospechosos de rubeola notificados al Sivigila es de 0,25 por 100.000 habitantes. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 6 casos, por localidad se tienen para Kennedy 1 casos, descartado (1), positivos (0), pendientes (0); Fontibón con 1 caso, según clasificación final descartado (0), positivo (0) pendientes (1); Bosa con 3 casos según clasificación descartado (1), positivo (0) pendientes (2); Puente Aranda con un casos y clasificación final descartado (0), positivo (0) pendientes (1). (Fuente: SIVIGILA PE II 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 críticas**.**

5. **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

DESARROLLO

contagiosa, se estima que la tasa de ataque de susceptibles expuestos alcanza entre el 80 % y el 100 %. La infección es especialmente trasmisible en su fase inicial catarral y llega a sus niveles más bajos de infectividad alrededor de la tercera semana en quienes no han recibido tratamiento antibiótico; una vez iniciado el tratamiento, el periodo de infección es alrededor de cinco días.

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

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

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

PERIODO DE TRASMISIBILIDAD: Especialmente trasmisible en la fase catarral (puede durar de 1 a 2 semanas). Puede tener niveles más bajos de infectividad alrededor de la tercera semana en quienes no han recibido tratamiento antibiótico**.** RESERVORIO: Los humanos son los únicos hospederos conocidos. **CASO PROBABLE:** Menores de 3 meses: Todas las infecciones respiratorias agudas con al menos uno de los siguientes síntomas: accesos de tos (tos paroxística), estridor, apnea, cianosis, vómitos por acceso de tos. Menores de 3 meses a 12 años: Tos paroxística intensa de cualquier duración acompañada por estridor o, en ausencia de un diagnóstico más probable, todas las infecciones respiratorias agudas con tos que dure más de 7 días y uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor, vómitos por acceso de tos. Mayores de 12 años: Todas las infecciones respiratorias con tos que dure más de 14 días, independientemente de la presencia de tos paroxística, expectoración o vómitos por acceso de tos. **CASO CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO**: Caso probable que está epidemiológicamente relacionado en forma directa a un caso confirmado por laboratorio. **CASO CONFIRMADO POR CLINICA**: Caso probable que no tiene muestras biológicas o que tiene muestras con fallas en el proceso de recolección, conservación o procesamiento, en el cual no se pudo demostrar la asociación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio. Caso con resultado de cultivo negativo y con reporte de paraclínicos con leucocitos entre 15 000 a 100 000 mm3 en las fases catarral ó 30 000 a 40 000 mm3 en la fase paroxística y linfocitosis entre 60 % a 80 %. Los casos confirmados por clínica requieren unidad de análisis. **CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO**: Caso probable con resultado de cultivo o PCR positivo para Bordetella pertussis. DIAGNOSTICO Recolección de muestras de hisopado nasofaríngeo

MEDIDAS DE PREVENCION: QUIMIOPROFILAXIS: ANTIBIOTICO PARA TOS FERINA (ver protocolo

DESARROLLO

INS 2024)

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

Para el 2024 en la Subred Sur Occidente la incidencia de casos probable de tosferina notificados al Sivigila en población menor de un año es de Incidencia 0,0 por 100000 menores de 1 años. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 14 casos, por localidad se tienen para Kennedy 4 casos, descartado (4), positivos (0), pendientes (2); Fontibón con un caso, según clasificación final descartado (1), positivo (0) pendientes (0); Bosa con 4 casos según clasificación descartado (3), positivo (0) pendientes (1); Puente Aranda con acumulado (3) y clasificación final descartado (3), positivo (0) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE II 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 circular 008 de febrero 2024 (BAI) y la necesidad de tomar muestras oportunas y entrega quimioprofilaxis, no se realizan unidad de análisis para las UPGDs críticas por falta de muestra

6. **Indicadores de meningitis por los agentes como Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica**

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

MENINGOCOCCEMIA: Es una forma rara de la infección que ocurre cuando se disemina por la vía sanguínea, o sea, una septicemia, la cual puede presentarse con o sin meningitis. Se observa un exantema que, al comienzo, es de tipo eritematoso y macular y que evoluciona rápidamente a erupción petequial y, eventualmente, equimosis. META: Para 2030, la estrategia cuenta con tres objetivos visionarios: Eliminar las epidemias de meningitis bacterianas —la forma más letal de la enfermedad. Reducir el número de casos de meningitis bacteriana prevenible mediante vacunación en un 50 % y las defunciones en 70 %. Reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida después de una meningitis debida a cualquier causa

CASO PROBABLE Meningitis bacteriana: Paciente que presente cuadro clínico de inicio súbito con fiebre mayor de 38 °C, cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas y signos: Rigidez de nuca, Alteraciones de conciencia, Señales de irritación meníngea, Rash purpúrico o petequial (meningococo), En menores de un año, abombamiento de la fontanela. El examen de líquido cefalorraquídeo (LCR) deberá contar con las 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,

DESARROLLO

A y no tipificable. PI: 2 a 4 días

***Streptococcus pneumoniae**:* diplococo Gram positivo, se han descrito 90 serotipos diferentes; sin embargo, la experiencia clínica mundial acumulada muestra que son pocos los serotipos con mayor impacto clínico y es así como 12 serotipos (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 18, 19 y 23) son responsables del 80 % o más de las infecciones neumocócicas invasoras. PI: 1 a 4 días. **Neisseria meningitidis**: diplococo Gram negativo, se han descrito 13 serogrupos, de los cuales los que causan enfermedad invasora son: A, B, C, W, X y Y; sin embargo, en la literatura se ha descrito a los serogrupos A, C y W como los de mayor potencial epidémico. PI: 2 a 10 días, con promedio de 4 días. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL EVENTO**: Orientar medidas de control como aislamiento respiratorio del caso, uso de tapabocas, higiene de manos, limpieza y desinfección de áreas y utensilios, evitar el contacto innecesario. POBLACIÓN ESPECIAL Cautiva y vulnerable (cárceles, URI, lugares de retención, batallones, habitantes de calle, migrantes, etnias, centros de adulto mayor) 1 caso probable o confirmado se desplaza ERI de la subred junto con el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC conjunta y de manera articulada Cierre 20 días sin nuevos casos

Confinada (empresarial y centros educativos) 1 caso probable o confirmado se activará ERI de la subred y se trasladará con el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC, BAC y acciones de control Cierre 20 días sin nuevos casos. POBLACIÓN GENERAL: Familiar 1 caso probable o confirmado de enfermedad meningocóccica es un brote Cierre 10 días sin nuevos casos. Solo en casos que se identifique el caso índice tiene nexo con institución se activa a ERI para la BAC

CONTACTO ESTRECHO COMUNITARIO: Contactos familiares (persona que habita en la misma vivienda por al menos 10 días antes de la aparición de los síntomas del caso probable) Menores de 2 años, Contactos en jardines, colegios o universidades: Todos los niños y personal del aula en la que ha concurrido el enfermo en los 10 días que preceden al inicio de la enfermedad, Contactos laborales, Exposición directa a secreciones del caso, Persona que haya tenido contactos próximos y repetidos en los últimos 10 días durante más de 4 horas consecutivas al día, Pasajeros sentados directamente al lado de un caso índice durante un viaje en avión en vuelo de más de 8 horas

MEDIDAS DE CONTROL

- QUIMIOPROFILAXIS (ver protocolo INS 2024)
- **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: El personal de salud se considerará contacto si ha tenido relación estrecha con el paciente (intubación OT, manejo sobre vía aérea, contacto con secreciones respiratorias) sin utilizar medidas de barrera, previo a las 24 horas de iniciado de tratamiento

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

Para el 2024 en la Subred Sur Occidente la incidencia de casos probable de meningitis bacteriana notificados al Sivigila como meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años. es de Incidencia 0,0 por 100.000 menores de 5 años. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 11 casos, por localidad se tienen para Kennedy 4 casos, descartado (3), positivos (1), pendientes (0); Fontibón con 2 casos, según clasificación final descartado (1), positivo (1) pendientes (0); Bosa con 3 casos según

DESARROLLO

clasificación descartado (2), positivo (1) pendientes (0);Puente Aranda con acumulado 2 y clasificación final descartado (1), positivo (1) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE II 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y según agente etiológico se da quimioprofilaxis y/o vacunación, unidad de análisis para las UPGDs criticas

7. **VIGILANCIA DE LAS MICOBACTERIAS:** se tienen 2 eventos TB y lepra, **Indicadores de VSP de tuberculosis:** La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica causada por el Mycobacterium tuberculosis, la cual puede afectar cualquier órgano o tejido. Sin embargo, la forma más común de la enfermedad es la pulmonar, cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón, esta se denomina tuberculosis extrapulmonar, la localización más frecuente de esta forma de la enfermedad es la pleural, seguida por la ganglionar. La tuberculosis extrapulmonar incluye diversas manifestaciones las cuales están asociadas al comportamiento del bacilo. La enfermedad puede tener periodos de latencia o evolución lenta, o periodos de reactivación focal, diseminación y compromiso de múltiples órganos. Esto dificulta el diagnóstico y su tratamiento oportuno. Una de las formas más graves de la tuberculosis extrapulmonar es la meningitis tuberculosa, esta infección se produce como consecuencia de la diseminación hematógena del bacilo en el espacio subaracnoideo. Esto se conoce como una complicación de la tuberculosis primaria y puede ocurrir años después como una reactivación endógena de una tuberculosis latente o como consecuencia de una reinfección exógena (4). Las definiciones de sintomático respiratorio son las incluidas en la Resolución 227 de 2020. En población general, se considerará sintomático respiratorio a toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días (5). Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis pueden variar según la edad, el estado inmunológico, la presencia de comorbilidades y el órgano afectado, por lo cual, el profesional de medicina podrá definir la presunción de la enfermedad frente a una tos persistente sin expectoración. En personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o que presenten patologías o tratamientos inmunosupresores, se considerará sintomático respiratorio a quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración.

En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa, el criterio para sintomático respiratorio será tos y expectoración por más de 15 días; sin embargo, cuando exista difícil acceso a la atención en salud, podrá tomarse un tiempo menor a 15 días cuando exista presunción de la enfermedad. Para contactos de personas afectadas por tuberculosis, se tomará como criterio tos y expectoración de 1 o más días de duración. En los niños menores de 15 años, los síntomas clínicos más relevantes para sospechar tuberculosis son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con tuberculosis. La tuberculosis presuntiva se refiere a una persona con síntomas o signos sugestivos de tuberculosis identificados a partir de una valoración médica. Corresponde a los casos conocidos anteriormente como con sospecha de tuberculosis. Aunque bajo este término se incluyen quienes cumplen el criterio de sintomático respiratorio, el profesional de la medicina podrá definir la presunción de la enfermedad fundamentado en síntomas o signos como fiebre, diaforesis nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia u otras manifestaciones sugestivas, así no se cumplan los criterios de una persona sintomática respiratoria.

Tuberculosis Resistente: La bacteria causante de la tuberculosis (TB) puede volverse resistente a los antimicrobianos utilizado para curar la enfermedad. La resistencia a los medicamentos aparece como consecuencia de un uso indebido de los antibióticos al tratar con ellos a pacientes afectados de tuberculosis sensible. La resistencia del Mycobacterium tuberculosis puede ser primaria o secundaria también llamada adquirida. La primaria se define como aquella en la que se presentan cepas aisladas en pacientes que nunca antes han recibido tratamiento antituberculoso. La secundaria es la consecutiva a una quimioterapia

DESARROLLO

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

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

Gestión de la información del componente transmisible con énfasis en eventos por Micobacterias: la identificación, caracterización, priorización e intervención de las enfermedades producidas por micobacterias (Notificación al SIVIGILA) las acciones realizadas que permitan tener información confiable y con calidad (ajustes, cierre de casos y concordancia). Los eventos producidos por micobacterias se enmarcan en los protocolos nacionales del INS (evento 813 y 450).

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

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

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

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

CASO CONFIRMADO: Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado: es aquel caso que se

DESARROLLO

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

DESARROLLO

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.

DIAGNOSTICO: El diagnóstico de la tuberculosis se realiza mediante la demostración de la micobacteria, por diferentes métodos bacteriológicos o **microbiológicos, fenotípicos o genotípicos** (a todos los casos se les debe realizar pruebas de **sensibilidad a fármacos de tuberculosis**) y según lo establecido en la Resolución 227 de 2020. El estudio microbiológico se realiza a través de cultivo en medio líquido y/o pruebas de biología molecular (Se deberán utilizar las pruebas de biología molecular controladas por el INS y avalada por la Organización Mundial de la Salud). Para el 2024 en la Subred Sur Occidente el Porcentaje de casos por tipo de tuberculosis, notificados al Sivigila es de 100% de casos de tuberculosis pulmonar y extra pulmonar. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 81 casos, por localidad se tienen para Kennedy 34 casos, descartado (34), positivos (0), pendientes (0); Fontibón con 11 casos, según clasificación final descartado (11), positivo (0) pendientes (0); Bosa con 23 casos según clasificación descartado (23), positivo (0) pendientes (0); Puente Aranda con un acumulado13 y clasificación final descartado (8), positivo (8) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE II 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). El Porcentaje de casos de confección tuberculosis /VIH SIDA es de 11% de los casos de tuberculosis todas las formas confirmadas corresponden a coinfeccion tuberculosis / VIH en 2024 (9/82*100). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y entrega tratamiento, visita articulada con la enfermera del programa a los casos de menores, tuberculosis fármaco resistente, casos de persona en cárceles.

VIGILACIA LEPRA Para la fecha no se han notificados casos de lepra en la subred.

6. INDICADORES PARALISIS FLACIDA AGUDA: La parálisis se define como la pérdida parcial o total de la capacidad para realizar movimientos voluntarios; lo que incluye no solamente movimientos de los cuatro miembros, sino también aquellos con un componente automático como la respiración, la deglución y los movimientos oculares anatómicos. En términos clínicos, la parálisis puede resultar de la lesión en uno de los cuatro sitios anatómicos: neurona motora superior, neurona motora inferior (incluidas raíces, plexos, nervios periféricos, unión neuromuscular y músculo), unión neuromuscular y músculo estriado. La denominación de parálisis aguda indica la instalación abrupta de la debilidad muscular, pero también que la parálisis progresa hasta su acmé en uno a diez días, usualmente en tres a cuatro días. Se describen como causas más frecuentes de PFA en niños la poliomielitis por poliovirus, la neuropatía periférica (unidad de Guillain-Barré), la mielitis aguda (mielitis transversa aguda, absceso epidural, hematoma y tumores), las lesiones de la unión neuromuscular (miastenia gravis, botulismo, neurotoxinas vegetales, insecticidas organofosforados) y en músculo, la polimiositis o miopatía inflamatoria idiomática, la parálisis periódica familiar hipocalémica o hipercaliémica y la triquinosis. Las características del agente en cuanto a su modo de transmisión, período de incubación y período de transmisibilidad se resumen

Poliomelitis por Poliovirus: La poliomielitis es una enfermedad aguda, febril, caracterizada por meningitis aséptica y debilidad o parálisis de una o más extremidades. La manifestación de la infección por poliovirus

DESARROLLO

varía desde enfermedad inaparente hasta parálisis y muerte; más del 90 % de las infecciones por poliovirus ocurridas naturalmente son subclínicas. La poliomielitis aguda clínica tiene dos fases distintas: la menor, con una **incubación de tres a siete días**, consistente en viremia, síntomas no específicos como fiebre, dolor de cabeza, malestar de la garganta y anorexia. Entre 4 y 8 % de personas infectadas experimenta síntomas de enfermedad menor que se resuelven en uno o dos días después del inicio. La enfermedad mayor está asociada a síntomas de afección del sistema nervioso central (entre 0,1 y 1 % de los infectados) que aparecen después de la enfermedad menor, estos incluyen fiebre, dolor de cabeza, vómito y meningitis.

Una característica de la poliomielitis es la debilidad motora asimétrica, la cual se desarrolla en uno a dos días. La gravedad de la enfermedad va desde debilidad en una sola extremidad hasta la cuadriplejia. Los músculos proximales están frecuentemente involucrados más que los dístales, y las piernas, más comúnmente que los brazos. La ubicación de la parálisis depende de la localización de la destrucción neuronal y su persistencia por más de 60 días puede indicar parálisis permanente. Los reflejos están ausentes, la sensibilidad se conserva y las paresias pueden durar desde varias horas hasta varios días. Los nervios craneales pueden verse involucrados en 5 a 35 % de los casos paralíticos (poliomielitis bulbar). Cualquier miembro craneal motor puede verse involucrado, pero los nervios IX y X son los más comúnmente afectados. La falla respiratoria por la parálisis de los músculos intercostales y del diafragma representa la complicación más seria de la poliomielitis paralítica.

CARACTERSITICAS DEL VIRUS DE LA POLIOMIELITIS: AGENTE ETIOLOGICO: Poliovirus tipo 1, 2 y 3 del género Enterovirus humano grupo C, todos los serotipos pueden causar parálisis. El tipo 1 es el que más ocasionó epidemias en América.

MODO DE TRASMISION: La principal vía de transmisión en áreas en donde existen deficiencias sanitarias es **oro–fecal**, mientras que en condiciones sanitarias satisfactorias es por diseminación de tipo faríngeo (persona a persona); esta vía es también importante en condiciones de brote. **PERIODO DE INCUBACION**: Es de siete a 14 días y puede variar de tres a 35 días. **MODO DE TRASMISION**: Persiste en la garganta menos de seis días después de la infección, se multiplica en el intestino y es excretado en las heces durante cuatro a seis semanas. El poliovirus es demostrable en las secreciones faríngeas después de 36 horas de la exposición a la infección y persiste durante una semana; en las heces, se demuestra después de 72 horas y persiste de tres a seis semanas, tanto en los casos clínicos como en los asintomáticos

SUCEPTIBILIDAD: La susceptibilidad es común en menores de cinco años y todas las personas que **no estén inmunizadas son susceptibles**. Los recién nacidos de madres inmunizadas están protegidos naturalmente durante varias semanas. La inmunidad adquirida con la infección natural o con la vacuna de tipo oral produce inmunidad de tipo humoral, anticuerpos específicos en sangre, e inmunidad local de la mucosa intestinal.

La **VOP* confiere inmunidad de por vida al 95 % de los vacunados después de recibir tres dosis**. Su eficacia se comprobó con la erradicación de la enfermedad en más de 160 países; pueden ocurrir casos asociados a la vacuna, con una probabilidad de un caso por cada 3'600.000 de dosis aplicadas cuando se asocia a la primera dosis y un caso por cada 11'000.000 de dosis aplicadas cuando se asocia a la tercera dosis.

*VOP: Vacuna de Polio Oral

RESERVORIO : El hombre es el único reservorio del virus.

Las vacunas para prevenir la poliomelitis : Con el desarrollo y evaluación en 2009 de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis tiene ahora disponibles cinco vacunas distintas para detener la transmisión de la poliomielitis :Antipoliomielítica oral (VOP), Antipoliomielíticas orales monovalentes (mVOP1 y mVOP3), Antipoliomielítica con virus inactivado, Antipoliomielítica oral bivalentes (bVOP), Antipoliomielítica con virus inactivado . Las siguientes definiciones se han desarrollado, teniendo en cuenta consideraciones virológicas y epidemiológicas **a) Poliovirus derivado de la vacuna (PVDV):** • Cepas VOP que son > 1 % divergentes (≥10 cambios en las bases de nucleótidos (NT), para los tipos 1 y 3) en la región genómica VP1. • Cepas VOP que son > 0,6 % divergentes (≥ 6 cambios de NT, para el tipo 2) en la región genómica VP1. b) **PVDV circulante (PVDVc):** aislamiento de

DESARROLLO

PVDV en la cual existe evidencia de transmisión de persona a persona en la comunidad. De al menos dos personas (no necesariamente los casos de PFA) y que no son contactos en el hogar. • De una persona y uno o más muestras del me-dio ambiente. c) **PVDV asociado con inmunodeficiencia (PVDVi):** PVDV aislados de las personas con evidencia de inmunodeficiencia primaria. d) **PVDV ambiguo (PVDVa):** PVDV aislado a partir de muestras de personas sin inmunodeficiencia conocida o del medio ambiente, sin evidencia de circulación.

Dentro de las recomendaciones de la SDS se hace énfasis en la necesidad de tomar 2 muestras de materia fecal en los primeros 14 dias de iniciado las síntomas para parálisis flácida aguda y la otra estudio de Campylobacter en Guillaim Barre, con envio al LSP mas ficha de notificacion del caso

7. **FICHA TECNICA EVENTO ADVERSO ASOCIADO A VACUNACION:** La finalidad de la vigilancia es contribuir a la detección temprana y la clasificación de los EAPV e identificar los casos graves y las señales de riesgo a fin de generar una respuesta rápida y apropiada. Ya que los objetivos específicos del sistema de vigilancia son: Obtener y analizar información en tiempo real para la toma de decisiones; determinar distintos tipos de EAPV en relación a: reacción relacionada con la vacuna, reacción a un defecto de calidad de la vacuna, reacción relacionada con un error en la inmunización, d) reacción relacionada con el nerviosismo ante la vacunación y e) evento coincidente con asociación temporal con la vacunación y mantener y aumentar la confianza y aceptación de las vacunas mediante la retroalimentación.

La vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación **permite identificar los problemas relacionados con la seguridad, calidad y efectividad de la vacuna.** La detección de estos casos puede identificar errores de prescripción o uso, calidad inferior o subestándar, falta de efectividad, usos indebidos e interacción con otros medicamentos, alimentos o bebidas. Los casos notificados por UPGD (IPS) a Sivigila aportan al Programa Nacional de Farmacovigilancia y a su Red. Esta información permite al INVIMA analizar la información para detectar casos individuales de seguridad que deben ser reportados, señales de alerta ante incremento de casos o comportamientos inusuales por características de tiempo, persona y lugar. Cada caso reportado al Sivigila será transferido al VigiFlow® para su respectivo análisis y clasificación en el nivel territorial por el Comité de Expertos para evaluación de reacciones adversas

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

Hace 28 años el INVIMA viene regulando el manejo de las vacunas en el país es así como en 1995 establece el Decreto 677/95 donde estable las responsabilidades de los actores para manejo de medicamentos y las vacunas, donde año a año va ajustando la política de manejo importación y compra ,hasta llegar al 2023 donde se cuenta con un protocolo y lineamiento para la vacuna COVID_19.Ya el 14 de agosto /23 se finalizó el convenio INS /INVIMA y se está a la espera de las nuevas directrices para la vigilancia de EAPV. **Clasificación Final de Casos Relacionados con Evento Adversos Posterior a la Vacunación en Bogotá D.C :** Para la clasificación final de los casos relacionados con evento adverso posterior a vacunación, se debe realizar unidad de análisis, con participación de los actores más visita del punto de vacunación.

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

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

DESARROLLO

Normatividad Invima **Circular 3000- 05262021.**

2. Solicitar la creación del Usuario a la entidad Territorial (SDS). La Solicitud se debe hacer por Correo Electrónico a farmacovigilanciabogota@saludcapital.gov.co Y Se debe adjuntar: Certificado de Realización del Curso, Correo electrónico propuesto para usuario, Nit del prestador, Código de inscripción al PNF, Nombre del Referente, Teléfono de Contacto. Mientras dure la transición: la vigilancia epidemiológica en el periodo de transición continua bajo lo establecido en el protocolo de farmacovigilancia, donde al SIVIGILA ingresan los EAPV graves por las vacunas de COVID_19, EAPV del esquema regular. VIGIFLOW se notifican EAPV leves de la vacuna COVID_19, errores programáticos de COVID_19, EAPV leves, graves y errores programáticos del esquema del PAI esquema regular. **No olvidar que los errores programáticos causan una incapacidad, discapacidad, ponen en riesgo la vida, requieren hospitalización u ocasionan la muerte, o generan un clúster.** ¿Dentro del flujograma de la información si el paciente vacunado que presenta Evento Posvacunal, investigue, se debe preguntar si cumple definición de caso sospechoso o grave?, Reporte en SIVIGILA como evento 298 y Plataforma VigiFlow, Reporte desde VSP, IPS a VSP local y químico farmacêutica. Reporte inmediato Envío HC, Ficha de Notificación, realice Acciones individuales, colectivas; Cierre y clasificación del caso de acuerdo con el lineamiento. Por consiguiente, Si es un evento No Grave o Error Programático, y corresponde a la aplicación para todos los biológicos y Covid-19, Esquema Permanente; entonces Reporte a VigiFlow https://farmacoweb.invima.gov.co/reportesfv/login/loginUsuario.jsp. Las **Intervenciones en el Periodo de transición, Instituto Nacional de Salud –INVIMA : Acompañamiento Comités** Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en : 1. Cove Locales, 2. Asistencias técnicas Instituciones Públicas y Privadas., Articulación con los Subsistemas: 1.Programa Ampliado de Inmunización (PAI) , 2.Farmacovigilancia , 3.Tecnovigilancia.4. Seguridad al Paciente. 5. Epidemiologia. Con Lineamiento para el manejo de Errores Programáticos: PAI en Subredes e Instituciones Públicas y Privadas , Epidemiologia, Infectología , Pediatría, Seguridad al paciente, Químico Farmacéutico, Tecnovigilancia. EL **Fortalecimiento en manual administrativo** PAI para la adherencia en los inmunobiológicos y procesos de vacunación segura a las UPGD: Cadena frío, Almacenamiento adecuado de dispositivos médicos y técnica para disminuir el error programático, Evitar la pérdida real o potencial de la confianza en la vacunación, Continuar con el fortalecimiento de la farmacovigilancia de vacunas en las UPGD y notificación para el Evento Adverso Posterior a la Vacunación

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

Dentro del plan operativo para la vigencia marzo 27 a diciembre 2023 se tiene como una actividad de VSP la unidad de análisis es un proceso metodológico que permite caracterizar los casos priorizados de eventos objeto de vigilancia en salud pública por medio del estudio de sus fuentes de información para clasificarlos e identificar los factores asociados o causas relacionadas con su aparición. El proceso de realización de unidades consiste en a) planeación y convocatoria, b) desarrollo y divulgación. Las unidades de análisis individuales de los eventos de interés en salud pública priorizados tienen como objeto la caracterización de los casos, a partir de la identificación de factores de riesgo, el análisis del contexto y la clasificación final de los eventos. En el marco de los lineamientos nacionales y las prioridades distritales se establece la realización de unidades de análisis para los siguientes eventos: Eventos adversos posterior a la vacunación (EAPV) (morbilidad y mortalidad), Mortalidad por tuberculosis, coinfección TB/ VIH y TBC Farmacorresistente, Mortalidad por IRA en menores de 5 años, Mortalidad por EDA en menores de 5 años, Muertes reportadas en el evento 348 (IRAG inusitado), COVID -19 (de acuerdo a lineamiento nacional vigente), Enfermedades Transmitidas por Vectores, Eventos Prevenibles por Vacuna: morbilidad y mortalidad, Lepra notificada como recidivas., Hepatitis de origen desconocido, MISC (síndrome inflamatorio multisistemico), Otros eventos de interés en salud pública que por alertas epidemiológicas nacionales o de interés internacional requieran unidad de análisis, Casos sin muestra. La citación a unidades de análisis (UA) de cualquiera de los eventos transmisibles con énfasis en las mortalidades debe enviarse con copia al correo

DESARROLLO

del referente distrital de cada evento. Las UA se realizarán en forma presencial o virtual según requerimiento de la Secretaria Distrital de Salud, garantizando la participación de los involucrados. Las actas de las unidades de análisis preliminares y finales se deben enviar al referente distrital incluido el tablero de problemas y/o cuadro de demoras de acuerdo a el evento. Para el componente de micobacterias se incluye las unidades de análisis de: Mortalidad por coinfección TB/VIH en menores de 49 años; mortalidad por Tuberculosis en población indígena y PPL; Mortalidad en casos TB Farmacorresistente; Mortalidad por TB en menores de 15 años.

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

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

Para las unidades análisis se hace énfasis en esta información por sugerencia de la firma interventora, en los Contar con: Invitación para el estudio con los expertos, Se hace la revisión con línea de tiempo de cada caso, Se hace conclusión con certificado de defunción o clasificación de los casos, Investigación epidemiológica de campo IEC, Estudios realizados (patología, ecografías etc.) según sea el caso

Tener en cuenta: Se debe tener claro el caso, Se debe tener la información a la mano, Se debe dar respuesta a lo solicitado en la unidad de análisis

- Tener en cuenta los soportes de la unidad de análisis para envió de ellos. ENTREGA DE SOPORTES PRE LIMINARES: 3 días después de la unidad de análisis
- ENTREGA DE SOPORTES FINALES: 3 días hábiles del ajuste sugeridos en el acta preliminar. TENER ENCUENTA: son soportes que solicitan para procesos judiciales, es importante plasmar los detalles de cada caso. LEVANTAMIENTO DEL TABLERO DE POBLEMAS: Se cuenta con matriz en Excel diseñada por la SDS para tal fin. PLAN DE MEJORA: Debe contar con una descripción de la actividad, fecha de cumplimiento y responsable, el cual debe ser radicado en la SDS.

1. Bitácora de atenciones de la EAPB de los dos últimos años .

2.Soportes de atención IPS que atiende y notifica el evento: - Historia clínica completa, - Ficha de notificación, - Paraclínicos e imágenes diagnostica. que se le haya tomado al caso, - Foto del carné, Resumen de la atención de cada una de las IPS relacionadas con el evento (incluir atenciones previas en pacientes con comorbilidades).

3. **IEC individual de caso "VSP-PAI"**

4. Visita al punto de vacunación "VSP-PAI" Punto de vacunación con revisión tanto de los biológicos aplicados, competencias del vacunador y búsqueda de casos. Los soportes son el acta y Excel lista de chequeo (anexo en la caja de herramientas)

5. Resultado de patología o necropsia

Nota: si el caso en la primera unidad de análisis queda clasificado como NO CONCLUYENTE se requiere completar un seguimiento al caso y la consecución de los soportes faltantes.

Equipo asistente: Delegado de la EAPB, Delegado de la oficina de calidad y seguridad del paciente (SDS, Subred e institucional), Delegado de la(s) institución(es) "IPS" que atendieron el caso y sus respectivas oficinas de calidad.

, Delegado(s) de la subred(es) encargada(s) de la IEC y visita al punto de vacunación, Se debe garantizar la participación de un médico especialista: medicina interna o infectología o neumología o cardiología, pediatra, entre otras dependiendo del requerimiento del caso, delegado(s) distritales de la vigilancia. Si se trata de pacientes crónicos garantizar la citación a los profesionales encargados del seguimiento a esta cohorte, o programa de TB/VIH, o similares dependiendo de las comorbilidades o antecedentes que refiera el caso.

DESARROLLO

4. Tema itinerante : SISVAN DECRETO 057 DE 2022

Decreto Distrital por el cual se reglamenta El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - D.C., se adopta el documento técnico Protocolo General SISVAN de Bogotá D.C. y se dictan otras disposiciones.

Se objetivo es reglamentar la operación en todo el Distrito Capital con el propósito de monitorear el comportamiento del estado nutricional de mujeres gestantes, niños, niñas jóvenes y adolescentes de 0 a 17 años, adultos; y para el seguimiento de los eventos de interés en nutrición y salud pública (bajo peso al nacer, alteraciones nutricionales en menores de 5 años, alteraciones nutricionales en gestantes y mortalidad por y asociada a la desnutrición en menores de 5 años).

Presenta unos alcances para las Subredes Integradas de Servicios de Salud y los prestadores públicos y privados de servicios de salud que operen en Bogotá D.C (unidades generadoras de datos UPGD). Por tanto, las UPGD dentro de sus estándares de habilitación, deben adoptar un documento interno que reglamente el operar del SISVAN en cada una de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), IPS públicas o privadas, con talento humano cuyo perfil sea afín a las actividades a realizarse de acuerdo con lo definido en la normatividad vigente, según las particularidades de la UPGD.

Las UPGD deben realizar sensibilización y capacitación a los equipos de trabajo sobre el SISVAN D.C., su herramienta informática de apoyo, la importancia y utilidad para la institución y el territorio y demás aspectos técnicos y normativos que fortalezcan el conocimiento para el desarrollo de las actividades. En esta vía se debe socializar la estandarización en toma de medidas antropométricas, en criterios de clasificación de los eventos de interés que se vigilan y en el manejo del formulario de captura de la información, al personal de las UPGD o informadoras que realizan esta labor (médicos, enfermeras, nutricionistas, auxiliares de enfermería), para lo cual se cuenta con la resolución 2465/1016 que reglamenta la valoración nutricional por grupos poblacionales y equipos de antropometría requeridos para dicha valoración.

La información que se extrae del subsistema SISVAN:

- Caracterizar en forma eficiente y oportuna la situación alimentaria y nutricional de niños y niñas, jóvenes, adolescentes, mujeres gestantes y adultos.
- Vigilar los eventos de interés en nutrición y salud pública, tales como bajo peso al nacer, desnutrición aguda (moderada y severa) y mortalidad por y asociada a la desnutrición en menores de cinco años
- Detectar cambios en los patrones de ocurrencia y distribución de la malnutrición
- Identificar necesidades de investigación epidemiológica nutricional.
- Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control nutricional
- Seguir el estado nutricional y de salud de niños(as) y gestantes identificadas por el sistema con alteraciones nutricionales, y fortalecer la gestión para la canalización a programas sociales.
- Optimizar la vigilancia de la práctica de la lactancia materna como factor protector del estado nutricional, en niños y niñas menores de dos años.
- Identificar grupos de mayor riesgo nutricional, con el propósito de que sirva de insumo para la priorización de acciones sectoriales e intersectoriales y la correspondiente asignación de recursos.

Las Subredes deben:

- Liderar el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - en su jurisdicción
- Implementar y difundir el sistema de información establecido por la Secretaría Distrital de Salud para

DESARROLLO

la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia

- Coordinar el desarrollo y la operación del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - en su territorio, tanto a nivel interinstitucional como intersectorial y brindar la asistencia técnica y capacitación requeridas
- Apoyar a los prestadores de servicios de salud en su jurisdicción en la gestión del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada
- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario e idóneo para la gestión del Sistema y e] cumplimiento de las acciones de vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - en su jurisdicción.

Por tanto, es indispensable que las UPGD ganen destreza en el diligenciamiento d ellos formatos de captura para los 3 grupos poblacionales: menores de 18 años, gestantes y adulto, con adherencia a no enviar notificación sin diligenciamiento de variables y registro de variables acorde con los manuales de digitación y congruencia entre ellas, con oportunidad de envío semanal y con corte mensual máximo el quinto día hábil del siguiente mes se recibe notificación correspondiente al mes anterior.
Los responsables dentro del flujo de información del Sistema de Vigilancia alimentaria nutricional:

- Secretaría Distrital de Salud
- Entidades rectoras en salud a nivel local de acuerdo con la organización que el gobierno
- distrital defina
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud
- Unidades Notificadoras
- Unidades Primarias Generadoras de Datos

Responsabilidades de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio:

a) Implementar las directrices y procedimientos determinados por la Secretaría Distrital de Salud, en relación con los procesos básicos de la vigilancia alimentaria y nutricional en sus atenciones
b) Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia
c) Estructurar y mantener actualizadas las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaría Distrital de Salud
d) Analizar y utilizar la información de vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población atendida
e) Notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria, para los fines propios del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN,
f) Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública;
g) Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidas por la autoridad sanitaria.

Responsabilidades de las Unidades Generadoras del Dato UPGD:

DESARROLLO

a) Implementar los procesos básicos de vigilancia de su competencia de acuerdo con la naturaleza institucional y según lo dispuesto por el presente decreto o las normas que lo modifiquen o sustituyan;
b) Garantizar la infraestructura, capacidad técnica y talento humano calificado necesario para la clasificación de los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia
c) Adoptar e implementar el sistema de información para la Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - establecido por la Secretaría Distrital de Salud, garantizando la permanente interacción con los integrantes de la red de vigilancia en salud pública;
d) Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidos por la autoridad sanitaria, en lo concerniente con sus competencias como unidad notificadora en el sistema.

Todos los integrantes del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN -, que generen información de interés en salud pública, deben realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados para el SISVAN de Bogotá, D.C. y observando los estándares de calidad, **veracidad y oportunidad de la información notificada.**

Apoyo Intersectorial:

Cuando la Secretaría de Salud Distrital lo requiera. las entidades y organizaciones de otros sectores del orden distrital. cuyas actividades influyan directa o indirectamente en la salud de la población. cooperarán con el Sistema de Vigilancia en Alimentaria y Nutricional - SISVAN -. en los términos establecidos en los modelos de vigilancia.

El no cumplimiento de las acciones que contempla del decreto; genera planes de mejora, en resumen:

- Falta de adherencia a la resolución 2350/2020
- Inadecuada respuesta a informes BAI SISVAN
- Equipos antropométricos que no cumplan con la resolución 2465/2016
- Notificación rutinaria silenciosa

Los planes de mejora deben remitirse:

- En plazo máximo de envío del plan de mejora 5 días hábiles, posterior a la entrega del acta por parte de la Subred
- Formato Institucional de cada UPGD
- El plan de mejora debe dar cuenta a los hallazgos
- Presentar acciones para cada uno de los hallazgos
- No debe presentar justificaciones a los hallazgos
- Con sus plazos para el cumplimiento al plan de mejoramiento
- Si el plan de mejora enunciado no da respuesta a los hallazgos, la Subred retroalimenta a la UPGD: La UPGD genera respuesta a la retroalimentación a los 3 días, para que sea oportuna
- Se generan oficios de incumplimiento: Al gerente, SDS y Supersalud

5. **Receso**

6. **Fortalecimiento a la notificación eventos ETV**

Municipios priorizados con incremento de enfermedades vectoriales durante varias semanas continuas, Colombia, semana epidemiológica 09 de 2024

DESARROLLO

OBJETIVO Socializar información relacionada la notificación, toma de laboratorios y brotes de enfermedades trasmitidas por vectores en la subred Suroccidente en el II periodo epidemiológico de 2024.

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Objetivos de la Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por vectores

Las enfermedades transmitidas por vectores de importancia para salud pública son aquellas enfermedades infecciosas propagadas por algunos organismos, como por ejemplo insectos y caracoles, que transportan virus, parásitos y bacterias a humanos. Estas enfermedades representan una alta carga de morbilidad y mortalidad para las personas, sus familias y las comunidades, así como altos costos y sobrecargas de los sistemas de salud de los países.

FICHA DE NOTIFICACION- CARA A (DATOS BASICOS)

Se presenta cara de ficha de notificación de los eventos ETV (enfermedades transmitidas por vectores), que están prediseñados desde el Instituto nacional de salud y Protección Social, con el fin de generar la notificación de estos eventos. Se resalta en color amarillo la información que se debe plasmar para el lugar de OCURRENCIA (donde ocurrió el evento o la exposición al vector).

se debe resalta el lugar de residencia, (donde ha vivido los últimos 6 meses), esto con el fin de dar cumplimiento rápido y oportuno a las acciones que se deben realizar desde su municipio o ciudad en mitigar la enfermedad por ETV.

Dengue: El dengue es una enfermedad grave de impacto epidemiológico, social y económico, que se ha constituido como un problema creciente para la salud pública mundial. La influencia de factores sociales, demográficos y medioambientales, tales como la urbanización no planificada, las migraciones de la población, la variabilidad en la distribución de los esfuerzos por el control de vectores, los aspectos culturales, las condiciones de las viviendas y la calidad de la prestación de servicios sanitarios, entre otros, han contribuido a la propagación del vector (Aedes aegypti), propiciando el aumento de la incidencia y la aparición de la enfermedad en nuevas zonas geográficas**.**

Caso probable: Caso probable de dengue: Paciente procedente de área endémica que cumple con la definición de dengue con o sin signos de alarma.

• Dengue sin signos de alarma: Enfermedad febril aguda de 2 a 7 días de evolución en la que se observan dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-ocular, mialgias, artralgias, erupción cutánea, rash o leucopenia.

• Dengue con signos de alarma: Paciente que cumple con la anterior definición y además presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma: dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación, vómitos persistentes, diarrea, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico), sangrado en mucosas, letargo o irritabilidad (principalmente en niños), hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa >2 cms, caída de la temperatura, caída abrupta de plaquetas (<100.000) asociada a hemoconcentración.

Caso probable de dengue grave: Todo caso de dengue que cumple con cualquiera de las manifestaciones graves de dengue que se mencionan a continuación:

• Extravasación severa de plasma: Que conduce a síndrome de choque por dengue o acúmulo de líquidos con dificultad respiratoria.

• Hemorragias Severas: Paciente con enfermedad febril aguda, que presenta hemorragias severas con compromiso hemodinámico.

DESARROLLO

• Daño grave de órganos: Paciente con enfermedad febril aguda y que presente signos clínicos o paraclínicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afección de otros órganos. Caso probable de muerte por dengue: Todo caso que fallece con diagnóstico de dengue grave.

Caso confirmado por laboratorio: Caso probable de dengue, dengue grave, o mortalidad por dengue confirmado por alguno de los criterios de laboratorio para el diagnóstico de dengue: ELISA NS1, RT-PCR o aislamiento viral en pacientes con 5 días o menos de inicio de síntomas o prueba de IgM Dengue ELISA en pacientes con 6 o más días de inicio de síntomas. Se pueden usar pruebas inmunocromatográficas (pruebas rápidas) para confirmar el diagnóstico de casos de dengue excepto en los casos de mortalidad probable por dengue, sin embargo, es necesario tener en cuenta que, resultados negativos de las pruebas inmunocromatográficas para la detección de NS1 e IgM no excluyen la infección por dengue y ante esta situación se deben realizar pruebas adicionales para descartar el diagnóstico de acuerdo con la fase de la enfermedad como RT-PCR, ELISA NS1 o ELISA IgM.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: El nexo epidemiológico consiste en confirmar los casos probables de dengue a partir de casos confirmados por laboratorio utilizando la asociación de persona, tiempo y espacio.

Chagas: Chagas agudo Caso probable: Paciente **con fiebre mayor a 38ºC (continua o intermitente**, **prolongada por más de 7 días)** acompañada o no de alguno de los siguientes síntomas, con o sin antecedentes de **exposición en un área endémica** de la enfermedad de Chagas:

• **Síntomas y signos de falla cardíaca** como: edema en cara o en miembros inferiores, disnea de esfuerzo o cardiopatía aguda.

• **Síntomas y signos gastrointestinales** como: dolor epigástrico, vómito, diarrea, hemorragia de vías digestivas, con o sin ictericia. (comunes en transmisión oral).

• Agrandamiento de los ganglios linfáticos.

• Hepatomegalia y/o esplenomegalia.

• Área inflamada y enrojecida en el lugar de una picadura por un insecto (Chagoma).

• inflamación bipalpebral unilateral indolora (signo de Romaña). Toda persona conviviente o que haya tenido contacto cercano en la misma área, sintomático o no, con un caso confirmado de Chagas agudo (2). También se considerarán casos probables de Chagas en fase aguda, los relacionados con la transmisión congénita de la enfermedad (ver Tabla 1. Mecanismos de transmisión) (17, 18, 19, 20):

• Todo recién nacido producto de madre con antecedente de diagnóstico probable (una sola prueba serológica positiva) o confirmado de infección por T. cruzi.

• Todo menor de 18 meses de edad producto de madre con antecedente de diagnóstico probable o confirmado de infección por T. cruzi.

• Todo recién nacido con hepatomegalia, esplenomegalia, ictericia, bajo peso al nacer, prematuridad, distrés respiratorio, anormalidades neurológicas, cardiomegalia, hidrops fetalis, muerte fetal y con antecedentes epidemiológicos asociados a la infección por T. cruzi (2,17). En casos probables de transmisión congénita se deben realizar pruebas parasitológicas al recién nacido en el momento del nacimiento utilizando sangre venosa, en caso de que éstas pruebas sean negativas, repetir las pruebas parasitológicas a los 3 o 6 meses de edad, en caso de persistir negativas, a los 10 meses de edad se deben realizar pruebas serológicas de anticuerpos IgG para T. cruzi y con estos resultados confirmar o descartar la infección. Así mismo, en caso de confirmarse el caso de Chagas congénito es necesario ampliar la investigación al núcleo familiar. Persona asintomática (sin fiebre u otros síntomas) identificada en el contexto de un brote de Chagas agudo a quien se le puede documentar igual exposición relacionada a la de un caso agudo confirmado.

Chagas agudo Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso probable de Chagas agudo que fallece sin confirmación por laboratorio, durante un brote en que otros casos ya han sido confirmados. (vectorial, oral, transfusiones, etc).

Chagas agudo Mortalidad

Caso confirmado de Chagas agudo aislado o en el contexto de un brote que fallece.

DESARROLLO

Chagas crónico Caso probable: Solo se notifican casos crónicos que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales: gestantes, menores de 18 años, indígenas, mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Paciente con antecedente de exposición en un área endémica o no de la enfermedad, quien presente cualquiera de las siguientes situaciones clínicas:

• Con o sin disnea de esfuerzos o cualquier signo de falla cardíaca, palpitaciones o arritmias cardiacas, con antecedente de implantación de marcapasos.

• Con o sin enfermedad cerebrovascular en pacientes jóvenes, megavísceras, principalmente megaesófago y megacolon o persona con antecedentes de exposición en área endémica y con signos o síntomas de enfermedad cardíaca crónica.

• Paciente que presente una única prueba de inmunoensayo (Elisa/quimiol)

Chagas crónico Caso confirmado: Solo se notifican casos crónicos que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales: gestantes, menores de 18 años, indígenas, mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Paciente con antecedente de exposición en un área endémica o no de la enfermedad, con o sin manifestaciones clínicas (disnea de esfuerzos o cualquier signo de falla cardíaca, palpitaciones o arritmias cardiacas, con antecedente de implantación de marcapasos, enfermedad cerebro-vascular en pacientes jóvenes, mega vísceras, principalmente mega esófago y megacolon), que presente: dos pruebas serológicas para detección de anticuerpos IgG anti T. cruzi, de principio antigénico diferente, con resultado positivo o reactivo; una primera técnica de Elisa de antígenos de extractos totales con una sensibilidad mayor o igual a 98% y una segunda Elisa/CLIA de antígenos recombinantes o péptidos sintéticos con una especificidad mayor o igual a 98%. Si hay discordancia entre estas dos técnicas, se deberá realizar una tercera prueba, como Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) o InmunoBlot. El resultado de esta última definirá el estado de la infección. No se recomienda el uso de pruebas rápidas para el diagnóstico ni confirmación de casos de Chagas en fase crónica. Nota: se recomienda al laboratorio que realiza las pruebas de ELISA usar una sola toma de suero para realizar el análisis.

Leptospirosis: La leptospirosis es una antropozoonosis causada por espiroquetas del género leptospira spp; con más de 200 variantes serológicas o serovares, los que han sido agrupados en 25 serogrupos en base a sus similitudes antigénicas. La leptospirosis tiene un impacto significativo en la salud.

Casos sospechosos: Paciente con fiebre o antecedentes de fiebre (>38°C) en las últimas tres semanas y que presente dos o más de los siguientes signos o síntomas: cefalea, mialgia, conjuntivitis, artralgia, vómitos, diarrea, dolor de espalda, escalofríos, dolor retrocular o fotofobia, rash. Una o más manifestaciones sugestivas de progresión de la enfermedad con afectación de órganos, principalmente ictericia, falla hepática, falla renal, trastornos hematológicos o encefalopatía. Con antecedentes epidemiológicos sugestivos tales como: exposición a inundaciones, lodo o contacto con aguas estancadas (pozos, arroyos, lagos o ríos) posiblemente contaminadas ya sea por actividad laboral o recreativa; practica de actividades con riesgo laboral dentro de ellas se encuentran la recolección de basuras, limpieza de arroyos, trabajo en agua o aguas residuales, ganadería y agricultura o contacto con animales enfermos y roedores.

Caso confirmado por laboratorio: Paciente con signos o síntomas compatibles con el caso sospechoso que sea confirmado por alguno de los siguientes criterios de laboratorio: Seroconversión en muestras pareadas mediante microaglutinación (MAT). Títulos de MAT iguales o mayores a 1:400 en la primera muestra en los casos fatales. IMPORTANTE Las entidades territoriales deben enviar al laboratorio de microbiología del Instituto Nacional de Salud muestras pareadas de los pacientes con un resultado positivo de ELISA (IgM): 1° Primera muestra: Inicio de síntomas 2° Segunda muestra: 10 a 15 días después de la primera **Especificar las fechas de toma la 1° y 2° muestra, y el inicio de los síntomas** del paciente. Un resultado negativo de cualquier prueba serológica en una muestra recolectada antes del quinto día de inicio de síntomas no descarta un caso sospechoso de leptospirosis, por lo tanto, para la prueba de ELISA como para la MAT deben realizarse muestras pareadas. Si se dispone de capacidad diagnóstica, los casos también se pueden confirmar con las siguientes pruebas: Si, la 1° muestra=positiva y la 2° muestra= positiva se envía a confirmar por MAT Si, la 1° muestra=negativa y la 2° muestra= positiva se envía a confirmar por

DESARROLLO

MAT Si, la 1° muestra=positiva y la 2° muestra= negativa se envía a confirmar por MAT Si, la 1° muestra=negativa y la 2° muestra= negativa No se envía a confirmar por MAT Cultivo: aislamiento de Leptospira spp. en cultivo de sangre, orina o LCR, tomado antes del inicio del tratamiento antibiótico. Pruebas moleculares: detección de ADN mediante PCR. Para todo caso de mortalidad se tendrá en cuenta los hallazgos histopatológicos compatibles con leptospirosis de las técnicas de Inmunofluorescencia o coloración de plata positiva en muestras de hígado, riñón, pulmón y corteza cerebral de leptomeninge.

Ajuste:

Estos son los valores que se relacionan para definir la clasificación final del caso, posterior de obtener resultados de laboratorio o análisis del caso. Corresponde a la clasificación definitiva del caso.

0 = No aplica (es el valor por defecto del sistema si el caso es nuevo o no ha sido ajustado)

3 = Confirmado por laboratorio

4 = Confirmado por clínica

5 = Confirmado por nexo epidemiológico 6= Descartado: puede ser por criterio epidemiológico, por laboratorio, porque no cumple la condición del caso, etc.

7 = Otra actualización: quiere decir que se puede modificar cualquier campo excepto código de evento, UPGD, número de id, fecha de notificación. Esto, después de haber notificado el caso.

D = Error de digitación por las siguientes razones: - el evento notificado es errado, por ejemplo, se digitaron los datos para el evento parotiditis y realmente se trataba de un caso de varicela.

- cuando al menos una de las variables de la llave primaria (código de evento, año, semana epidemiológica, código de prestador, código sub-índice del prestador, tipo de identificación y número de identificación) fueron mal digitadas, ya que es posible modificarlas una vez hayan sido notificadas (generación del archivo plano)

Compromiso: Realizar notificación oportuna con calidad ante la identificación de eventos de enfermedades trasmitidas por vectores para su adecuada atención y poder cortar la cadena de trasmisión

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

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

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

DESARROLLO

7. Sivigila Indicadores

Tableros De Indicadores Localidad De BOSA

Tabla 6. Cumplimiento En La Entrega Del Reporte Semanal Sivigila 4.0 SEM_ 9- 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	0	5	0	0	5	5	100%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	2	3	0	5	5	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	0	5	0	0	5	5	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	5	0	0	0	5	5	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	5	0	0	0	5	5	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	1	4	0	0	5	5	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	4	0	0	0	4	5	80%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	5	0	0	5	5	100%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	4	0	1	5	5	100%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	1	1	3	5	5	100%
OCTAVIO REYES QUIN	4	0	0	0	4	5	80%
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	3	0	0	3	5	60%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	5	0	0	0	5	5	100%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	5	0	0	0	5	5	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	3	2	0	0	5	5	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	4	1	0	0	5	5	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	5	0	0	0	5	5	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	5	0	0	0	5	5	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	3	0	0	0	3	5	60%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	5	0	0	0	5	5	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	5	0	0	0	5	5	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	4	0	0	1	5	5	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	5	0	0	0	5	5	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	5	0	0	0	5	5	100%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	1	3	0	0	4	5	80%
HOSPITAL DE BOSA	5	0	0	0	5	5	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	5	0	0	0	5	5	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 9 Subred Suroccidente

Corresponde al % semanal, de la entrega del reporte de notificación los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información, a través del Sivigila, sin exceptuar los festivos. El 81.5 % (n=22) de las UPGDs cumplieron con la entrega semanal al SIVIGILA. 4.0

DESARROLLO

Tabla 7 Porcentaje De Silencio Epidemiológico Acumulado Sem_9- 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	20%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0%
OCTAVIO REYES QUIN	1	20%
ALVARO LLERAS MALDONADO	2	40%
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	2	40%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	0	0%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	1	20%
HOSPITAL DE BOSA	0	0%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0%

Fuente: Bases Sivigila SE 9 Subred Suroccidente

Corresponde al semanal, de la entrega del reporte de notificación los días y horas NO establecidos para cada nivel del flujo de información, a través del Sivigila, sin exceptuar los festivos. El 18.5% (n=5) de la

DESARROLLO

UPGDs correspondientes a la localidad de Bosa presentaron silencio epidemiológico.

Tabla 8 Cumplimieto Acumulado de la notificación SIVIGILA escritorio Sem_9- 2024 - Subred Sur Occidente Localidad De 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	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	100%	0%	0%	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	100%	0%	0%	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	100%	0%	0%	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	100%	0%	0%	100%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	78%	11%	11%	89%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	100%	0%	0%	100%
OCTAVIO REYES QUIN	89%	11%	0%	100%
ALVARO LLERAS MALDONADO	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	100%	0%	0%	100%
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	89%	11%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	67%	33%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	100%	0%	0%	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	100%	0%	0%	100%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	100%	0%	0%	100%
HOSPITAL DE BOSA	100%	0%	0%	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	100%	0%	0%	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 9 Subred Suroccidente

Mide el % acumulado de la notificación positiva o negativa de la presencia de eventos objeto de vigilancia en salud pública en la semana epidemiológica de estudio. El 96 % (n=26) cumplen con la notificación acumulada en Sivigila Escritorio.

DESARROLLO

Tabla 9 Desagregación De Eventos Individuales Notificados -Clasificación Inicial De Caso Acumulado Sem_9_ 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	2	0	0	2	0	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	13	4	0	6	3	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	17	4	2	3	8	0
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	0	0	0	1	0
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	2	1	0	0	1	0
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	19	13	0	1	5	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
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	0	0	0	0
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	26	15	0	9	2	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	159	57	3	4	95	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	30	25	1	4	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	19	15	0	0	4	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	3	3	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	5	2	0	3	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	29	29	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	6	6	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	18	14	0	0	4	0
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	0	0	0	0
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	34	19	3	4	8	0
HOSPITAL DE BOSA	171	46	13	14	97	1
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	3	0	1	0	2	0

Fuente: Bases Sivigila SE 9 Subred Suroccidente

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

DESARROLLO

Tabla 10 Oportunidad En La Notificación Semanal Acumulado Sem_9_ 2024 Bosa

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 8 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	NA
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	2	2	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	8	8	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	12	12	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	1	100%
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	1	1	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	3	3	100%
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
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	9	7	78%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	NA
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	96	96	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	3	3	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	2	2	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	3	3	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	2	2	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	NA
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	9	9	100%
HOSPITAL DE BOSA	94	94	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	1	1	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 9 Subred Suroccidente

Mide el promedio de días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso al Sivigila. (para los eventos de notificación rutinaria son 8 días, El 52% (n=14) de las UPGDs realizaron notificación oportuna semanal.

DESARROLLO

Tabla 9 Oportunidad En La Notificación Inmediata Acumulado Sem_9_ 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	4	3	75%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	2	2	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	NA
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	1	1	100%
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	12	11	92%
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
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	15	11	73%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	NA
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	56	44	79%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	23	21	91%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	15	13	87%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	3	3	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	2	2	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	27	18	67%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	6	6	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	14	14	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	NA
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	19	19	100%
HOSPITAL DE BOSA	59	59	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0	NA

Fuente: Bases Sivigila SE 9 Subred Suroccidente

Mide el promedio de días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso al Sivigila. (para los eventos de notificación inmediata es un día. El 30% (n=8) de las UPGDs realizan notificación inmediata .

DESARROLLO

Tabla 11 Oportunidad En El Ajuste De Casos/ Cumplimiento En El Ajuste De Caso Acumulado Sem_9_ 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	NO APLICA MEDICION	% DE CASOS AJUSTADOS OPORTUNOS
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	4	0	0	0	0	0	0	0	100%	4	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	6	0	1	0	0	0	0	0	100%	6	
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
SERVIMED IPS UNIDAD MEDICA BOSA	1	0	0	0	0	0	0	0	100%	1	
VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	13	0	0	0	0	0	0	0	100%	13	
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	15	0	0	0	0	0	0	0	100%	15	
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	60	1	2	0	0	0	0	0	100%	60	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	26	0	0	0	0	0	0	1	96%	25	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL PORVENIR	15	0	0	0	0	0	0	0	100%	15	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	3	0	0	0	0	0	0	0	100%	3	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTACION	2	0	0	0	0	0	0	0	100%	2	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLARTE	29	0	0	0	0	0	0	0	100%	29	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS	6	0	0	0	0	0	0	0	100%	6	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER	14	0	0	0	0	0	0	0	100%	14	
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	22	3	0	0	0	0	1	-1	105%	22	100%
HOSPITAL DE BOSA	59	8	5	0	0	0	7	0	100%	52	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	1	0	0	0	0	0	0	0	100%	1	

Fuente: Bases Sivigila SE 9 Subred Suroccidente

La Oportunidad mide el % de casos notificados al Sivigila con clasificación inicial de probables o sospechosos, se debe definir su clasificación final de caso, posteriormente a la investigación realizada por la entidad territorial notificadora, esta clasificación puede ser confirmación, descarte por laboratorio o unidad de análisis, descarte por error de digitación. El cumplimiento Mide el % de casos notificados al Sivigila con clasificación inicial de probables o sospechosos, se debe definir su clasificación final de caso, posteriormente a la revisión realizada por la Subred, esta clasificación puede ser confirmación, descarte por laboratorio o unidad de análisis, descarte por error de digitación . El 7% (n=2) de las UPGDs realizan oportunamente los ajustes de los casos acumulados.

DESARROLLO

Tabla 12 Cumplimiento Y Calidad En El Ingreso De Laboratorios De Los Eventos Confirmados Por Laboratorio Sem_9_2024 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	2	2	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	
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	8	8	100,0%
CENTRO MEDICO ARIZALUD SAS	0	0	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	6	6	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PABLO VI BOSA	4	4	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	3	2	66,7%
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	2	2	100,0%
HOSPITAL DE BOSA	19	19	100,0%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	0	0	

Fuente: Bases Sivigila SE 9 Subred Suroccidente

Mide el % acumulado del ingreso de laboratorios positivos, reactivos o compatibles de eventos notificados y ajustados como confirmados por laboratorio. El 33.3% (n=9) de las UPGDs realizaron el ingreso de laboratorios al SIVIGILA confirmados por laboratorio.

DESARROLLO

NOTIFICACION SIVIGILA 4.0 Y ESCRITORIO

a. Antes de 12 m semanal: todos los lunes inmediatos: todos los días.

b. se solicita enviar pantallazo de soporte de notificación Sivigila 4.0 que incluya hora y fecha

c. la notificación a nivel distrital cambio, de esta manera **los martes no se recibirán notificaciones**, y quienes no cumplan con él envió el lunes hasta las 12 del mediodía generaran silencio epidemiológico.

d. Desde la subred se realizará **requerimiento inmediato** a todas las UPGD que no reporten eventos de interés en salud pública por semana epidemiológica – silencio epidemiológico- (se hará búsqueda activa institucional – BAI - Acta de seguimiento) dado el incumplimiento de oportunidad en la notificación.

e. Una notificación tardía (después de las 12 M) es considerada Notificación en **SILENCIO en** SIVIGILA 4.0 Y ESCRITORIO

f. se oficiará los silencios en SIVIGILA 4.0, Y en la asistencia técnica periódica se evaluará los silencios reiterativos dejando Plan de Mejora. Recuerde que si presento silencio, inoportunidad o error en carga de archivos en 4,0 se le citara a reunión virtual obligatoria en el transcurso de la semana con el grupo técnico

Semana epidemiológica

a. Se recuerda que la semana epidemiológica es de domingo a sábado, de acuerdo a lo anterior la notificación semanal se debe realizar de acuerdo al horario de prestación de servicios de la institución,

b. Si tienen consultas los días sábados se debe notificar hasta terminarlas, en los casos que atienden urgencias solo se podrá notificar hasta el domingo o lunes antes de mediodía. Recuerden por favor que ahora se está validando fecha y hora de **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 21 Errores De Carga Sivigila 4.0 -semana 6 Localidad Bosa

CÓDIGO UPGD	LOCALIDAD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110012096301	BOSA	ALVARO LLERAS MALDONADO	JULIETH GABRIELA QUEVEDO VARGAS CT20231222	12/02/2024 08:21.45	110012096301_06.zip	12/02/2024 08:21.45	06	Error de carga

Fuente: Base Sivigila SE 6, Subred suroccidente 2024

Tabla 22 Errores De Carga Sivigila 4.0 – tardíos semana 6 Localidad Bosa

DESARROLLO

CÓDIGO UPGD	LOCALIDAD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110010952327	BOSA	VIRREY SOLIS IPS SAGRAN PLAZA BOSA	DIANA ESMERALDA REYEZ TORO	12/02/2024 17:21.18	110010952327_06.zip	12/02/2024 17:21.18	06	Tardio

Fuente: Base Sivigila SE 9, Subred suroccidente 2024

Tabla 23 Errores De Carga Sivigila 4.0 – semana 7 Localidad Bosa

CÓDIGO UPGD	UPGD	LOCALIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110011814101	OCTAVIO REYES QUIN	BOSA	CLAUDIA CASARUBIA FREIRE	19/02/2024 15:21.12	Semana 7.zip	19/02/2024 15:21.12	7	CODIGO MAL
110017000193	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	BOSA	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	19/02/2024 12:07.35	110017000193_07_XLS.zip	19/02/2024 12:07.35		ERROR DE CARGA
110017000193	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	BOSA	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	19/02/2024 12:04.38	110017000193_07_XLS.zip	19/02/2024 12:04.38		ERROR DE CARGA
110017000193	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	BOSA	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	19/02/2024 12:02.31	110017000193_07_XLS.zip	19/02/2024 12:02.31		ERROR DE CARGA
110017000193	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	BOSA	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	19/02/2024 12:01.42	110017000193_07_XLS.zip	19/02/2024 12:01.42		ERROR DE CARGA
110017000193	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	BOSA	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	19/02/2024 12:00.45	110017000193_07_XLS.zip	19/02/2024 12:00.45		ERROR DE CARGA
110017000193	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	BOSA	CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	19/02/2024 12:00.23	110017000193_07_XLS.zip	19/02/2024 12:00.23		ERROR DE CARGA
110011814101	OCTAVIO REYES QUIN	BOSA	CLAUDIA CASARUBIA FREIRE	19/02/2024 10:43.09	semana 7.zip	19/02/2024 10:43.09	7	CODIGO MAL
110019660103	MODELO EN SALUD TERRITORIAL SUR OCCIDENTE	BOSA	YENNY CAROLINA ESPINOZA	19/02/2024 09:37.26	110019660103_07.zip	19/02/2024 09:37.26	07	ERROR DE CARGA
110019660103	MODELO EN SALUD TERRITORIAL SUR OCCIDENTE	BOSA	YENNY CAROLINA ESPINOZA	19/02/2024 09:34.45	110019660103_07.zip	19/02/2024 09:34.45	07	ERROR DE CARGA
110010817133	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	BOSA	JENIFER ASTRID ARANGO HERNANDEZ	17/02/2024 11:30.21	PLANOS_SEMANA_07_2024-02-17T11_26_30.zip	17/02/2024 11:30.21		CODIGO MAL/ERROR DE CARGA
110013858401	LUIS RAMON CRUZ FERIA	BOSA	Leidy Ferreira	16/02/2024 08:44.54	110013803001_07.zip	16/02/2024 08:44.54	07	CODIGO MAL

Fuente: Base Sivigila SE 7, Subred suroccidente 2024

Tabla 24 Errores De Carga Sivigila 4.0 – semana 8 Localidad Bosa

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	LOCALIDAD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	REGISTROS CARGADOS	SEM_CARGA	ERROR
110018800280	DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	BOSA	DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE SUMAPA	PAOLA BENJUMEA	26/02/2024 13:11.35	110018800280_08.zip	26/02/2024	508		Tardio

Fuente: Base Sivigila SE 8, Subred suroccidente 2024

Tabla 25 Errores De Carga Sivigila 4.0 – semana 9 Localidad Bosa

DESARROLLO

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	HORA DE CARGUE	SEM_CARGA	ERROR
110012096301	ALVARO LLERAS MALDONADO	JULIETH GABRIELA QUEVEDO VARGAS CT20231222	02/03/2024 13:18.38	110012096301_07.zip	2/03/202413:18.38		07	ERROR DE CARGA/OTRO SEMANA

Fuente: Base Sivigila SE 9, Subred suroccidente 2024

Tabla 26 **Errores De Carga Sivigila 4.0 – tardíos semana 9 Localidad Bosa**

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	HORA DE CARGUE	SEM_CARGA	ERROR
110013029643	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	WENDY LIZETH MARTINEZ	04/03/2024 13:18.04	110013029643_09.zip	4/03/202413:18.04		09	TARDIO

Fuente: Base Sivigila SE 9, Subred suroccidente 2024

NOVEDADES SIVIGILA WEB 4.0

República de Colombia

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002138 DE 2023

(19 DIC 2023)

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

la inclusión de las variables se da por la sentencia t-033 de la corte constitucional
" guía para la inclusión del enfoque diferencial e interseccional" del DANE, esto con el fin de cumplir el estándar definido por el sistema estadístico nacional

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

DESARROLLO

EVENTOS AUTORIZADOS - CAPTURA EN LÍNEA

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

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

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

DESARROLLO

EVENTOS CON DATOS BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS

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

EVENTOS CON SOLO DATOS BÁSICOS

- 250 – Encefalitis Del Nilo Occidental En Humanos
- 270 - Encefalitis Equina Del Oeste En Humanos
- 275 - Encefalitis Equina Del Este En Humanos

DESARROLLO

- 290 - Encefalitis Equina Venezolana En Humanos
- 295 - Enfermedades De Origen Priónico
- 320 - Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea
- 330 - Hepatitis A
- 346 – IRA por virus nuevo
- 551 - Mortalidad Materna - Datos Básicos
- 620 – Parotiditis
- 630 - Peste (Bubónica/Neumónica)
- 780 - Tifus Epidémico Transmitido Por Piojos
- 790 - Tifus Endémico Trasmitido Por Pulgas
- 831 - Varicela Individual
- **EVENTOS COLECTIVOS**

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

Directorio Subred Sur Occidente Localidad de BOSA

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

8. Indicadores PAI

OBJETIVO : Socializar la cobertura de vacunación de la localidad de Bosa con los biológicos trazadores del esquema regular de PAI.

Se da inicio a la presentación con la líder del programa ampliado de inmunizaciones de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, donde se socializan los resultados de diferentes localidades que se encuentran en la subred sur occidente

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

En el caso de terceras dosis en menores de un año con cumplimiento para la localidad de Bosa con un 8.6 % de cumplimiento, seguido de Puente Aranda con 7.7% y Fontibón con un 6.1% de cumplimiento, no se evidencia coberturas útiles para localidad de Kennedy, se ha venido aumentando a través de las diferentes estrategias y con los seguimientos de cohorte y uno a uno.

DESARROLLO

Tabla :Tercera dosis pentavalente menores de 1 año

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

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

Tabla: triple viral de 1 año

TRIPLE VIRAL DE 1 AÑO			ENERO		FEBRERO		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2024
7. BOSA	7914	660	802	10,1	819	10,3	1621	**20,5**	**-302**
8. KENNEDY	7251	604	483	6,7	326	4,5	809	**11,2**	**400**
9. FONTIBÓN	2641	220	188	7,1	143	5,4	331	**12,5**	**109**

DESARROLLO

16. PUENTE ARANDA	3029	252	271	8,9	213	7,0	484	**16,0**	**21**
TOTAL, SUBRED	**20835**	1736	**1744**	8,4	**1501**	7,2	3245	**15,6**	**228**

Tabla: triple viral de los 18 meses

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

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

Tabla: DPT de los 5 años

DPT DE 5 AÑOS			ENERO		FEBRERO		TOTAL		
LOCALIDAD	META AÑO	META MENSUAL	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	% CUMPLIMIENTO	DOSIS APLICADAS	%ACUMULADO	DEFICIT 2024
7. BOSA	8322	694	754	9,1	633	7,6	1387	**16,7**	**0**
8. KENNEDY	10455	871	927	8,9	568	5,4	1495	**14,3**	**248**
9. FONTIBÓN	3282	274	300	9,1	186	5,7	486	**14,8**	**61**

DESARROLLO

16. PUENTE ARANDA	4249	354	442	10,4	286	6,7	728	**17,1**	**-20**
TOTAL, SUBRED	**26308**	2192	**2423**	9,2	**1673**	6,4	4096	**15,6**	**289**

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

Tabla: Avance a marzo 2024

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

DESARROLLO

donde se encuentran los puntos de Vacunación con horario y dirección de cada localidad

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

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

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

Para finalizar la intervención se reitera la invitación a promocionar nuestro programa ya que estamos este año tratando de recuperar la credibilidad en el programa y recuperar las coberturas después de la pandemia COVID 19 ya que el programa tuvo gran impacto.
Se resuelven las dudas de los asistentes y se finaliza la socialización sin contra tiempo.

Compromiso : Mantener el trabajo articulado para mantener coberturas útiles de biológicos trazadores en la población asignada de la localidad de Bosa.

Recomendación: Utilizar medios de comunicación masiva para la divulgación del esquema regular de vacunación y las diferentes campañas de vacunación de la localidad.

9. Calidad del Agua

RECOMENDACIONES FRENTE AL AHORRO DEL AGUA

Objetivo:
Brindar información acerca de las recomendaciones frente al ahorro del agua durante el fenómeno del niño,
Desarrollo
Se inicia la presentación informando como se encuentra establecido el sistema de abastecimiento correspondiente a la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá E.S.P., en el cual se explican la cantidad de embalses y las plantas de tratamiento asociadas a estos.

EMBALSES	PLANTA DE TRATAMIENTO
Sisga	PTAP Tibitoc
Tominé	
Neusa	
Chuza	PTAP Francisco Wiesner
San Rafael	
La Regadera	PTAP El Dorado – PTAP La Laguna
Chisacá	

Posteriormente se procede a explicar los componentes de un embalse los cuales son el volumen muerto correspondiente a la cantidad de sedimentos acumulados en el fondo junto con la altura de la bocatoma de captación, el volumen útil que corresponde a la cantidad de agua que se puede almacenar y utilizar del embalse y finalmente el volumen total que indica la cantidad de agua y sedimentos que pueden almacenarse

DESARROLLO

en el embalse.

Seguido de esto se presentan los niveles a corte del 11 de marzo de los embalses correspondientes a la EAAB, indicando los valores correspondientes a cada una de las alertas por desabastecimiento en estos, y la razón por la cual se han venido presentando inconvenientes en la calidad del agua suministrada en los últimos meses en la ciudad.

Finalmente se brindan algunas recomendaciones frente al ahorro del agua a desarrollar durante el fenómeno del niño que nos permitan aumentar los niveles de alerta en los embalses.
Compromiso : Divulgar estrategias comunitarias para la implementación para el ahorro de agua en la localidad de Bosa

Recomendaciones : Continuar con el uso racional del y su calidad en la localidad de Bosa

PREGUNTAS DE LOS ASISTENTES

1. para los eventos ETV se debe registrar en la ficha la procedencia correcta
2. en la leptospirosis se debe correlacionar clínica con los factores de riesgo
3. no se está tomando la 2 muestra de leptospirosis y se toma a los 10 días de la 1 muestra
4. en caso de leptospirosis se cierre teniendo el resultado de la 1 y 2 muestra más mat
5. para sisvan se debe capturar los datos corelacionando historia clínica con la factura
6. no se registra información completa en la gestante
7. plan de mejora de sisvan se radica a los 5 días hábiles con las respuestas y hallazgos

INFORME PRE Y POSTEST COVE LOCAL MARZO 2024
TEMATICA CENTRAL VIGILANCIA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
LOCALIDAD DE BOSA

El Sistema de Vigilancia Salud Publica Enfermedades Transmisibles es el proceso permanente de compilar, analizar y distribuir la Información necesaria para mantener un conocimiento actualizado sobre el comportamiento de las enfermedades de interés en salud pública de la población o de un grupo, para identificar sus cambios, causas y tendencias; predecir sus posibles variaciones e implementar oportunamente las acciones preventivas y cortar la cadena de transmisión
Es así como una estrategia de evaluación de los conocimientos es la aplicación del pre y pos test del talento humano de cada una de las UPGDs asistente al COVE local mensual para así tener una medida de tipo cualitativo sobre la implementación de estrategias , políticas , protocolos y recomendaciones desde la SDS , INS OMS en la vigilancia salud pública de los eventos trasmisibles.
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 del pre y pos test por localidad y Subred Suroccidente.

Se hace énfasis en los eventos inmuprevenibles que causan un gran impacto en salud pública, son las enfermedades inmunoprevenibles, aquellas que pueden prevenirse con el uso de las vacunas. Actualmente se ha logrado disminuir la carga de estas enfermedades y la mortalidad en la infancia por la introducción de las vacunas. Se ha conseguido erradicar la viruela, próximamente la poliomielitis y se tienen como objetivo la eliminación del Sarampión. *De aquí la importancia de realizar de forma oportuna la vacunación a los niños,*

DESARROLLO

niñas, adolescentes y adultos acorde al esquema nacional establecido por la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI). En La Subred Sur Occidente se realiza la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles como: Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Tosferina, Difteria, Meningitis bacteriana y enfermedad Meningocócica, Poliomielitis, Tétanos, Varicela, Hepatitis B. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas.

UNIDAD DE ANÁLISIS TEMA CENTRAL ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PRES TEST

Para el desarrollo de la unidad de análisis se realizó pretest en la localidad de Bosa el cual conto con la participación de 15 representantes de las UPGDs de la localidad, donde se realizó su aplicación, mediante el instrumento con el fin de identificar conocimientos previos del subsistema y respecto a las resoluciones que se adoptan para el cumplimiento de las acciones dentro de la UPD como la CIRCULAR 008 de 2024. A continuación, se muestra los resultados obtenidos

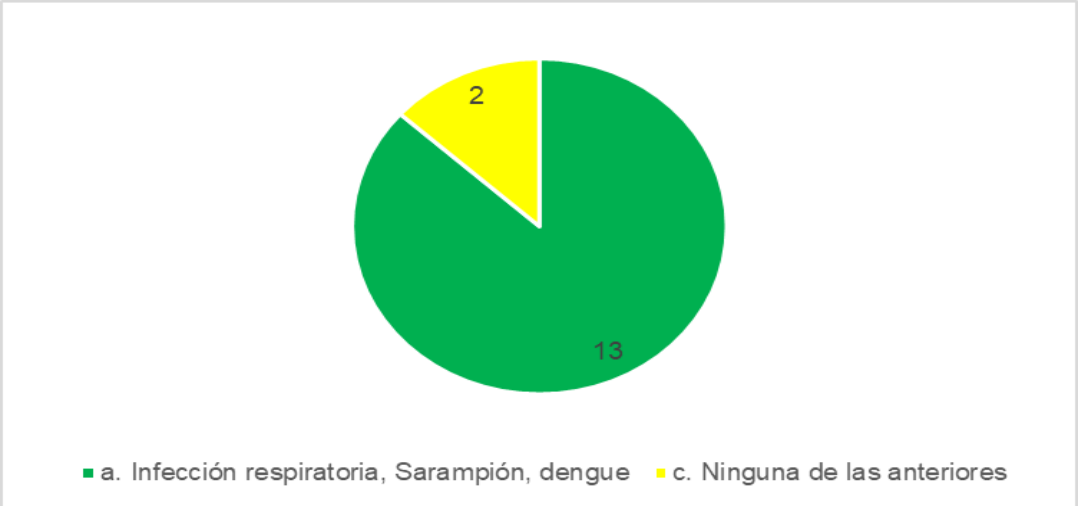
Pretest

Esta prueba tiene con objetivo evaluar el grado de conocimiento que tiene sobre la vigilancia salud pública de los eventos trasmisibles y la toma de decisiones frente a un caso. Por lo que debe leer cuidadosamente cada pregunta y seleccionar la respuesta correcta

Pregunta 1. ¿Según las estrategias de difusión de la información de la vigilancia salud pública para este mes las alertas epidemiológicas, Seleccione la respuesta correcta**?**

Del total de los participantes el 86,67% (13) respondieron de manera correcta a la pregunta (a) Infección respiratoria, Sarampión, dengue; respuesta, (c) Ninguna de las anteriores 13,33 % (2)

Grafica 1. Las estrategias de difusión de la información de la vigilancia salud pública para este mes las alertas epidemiológicas



Fuente Instrumento COVE Local Bosa Temática Central Transmisibles marzo 2024

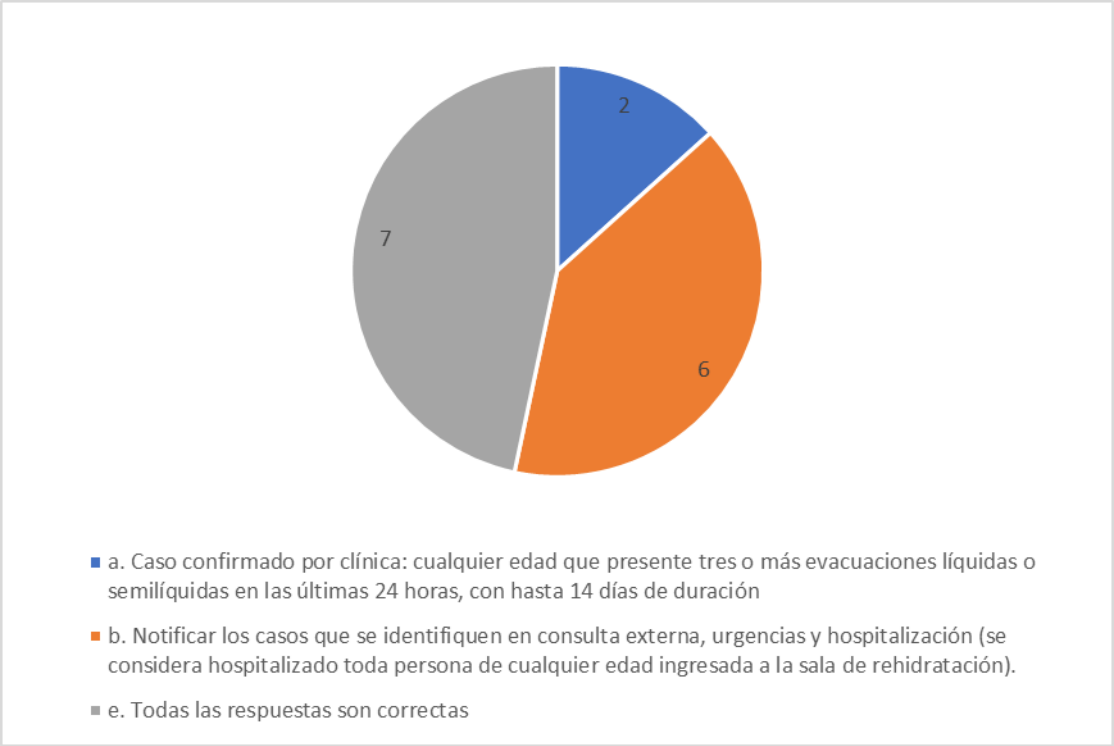
Pregunta 2. En la notificación colectiva por morbilidad por enfermedad diarreica aguda (código INS 998) debe cumplir con los siguientes aspectos. Seleccione la respuesta correcta.

Dentro del grupo de respuesta la correcta es la (e) Todas las respuestas son correctas con 46,67% (7),

DESARROLLO

continua con 40% (b) Notificar los casos que se identifiquen en consulta externa, urgencias y hospitalización (se considera hospitalizado toda persona de cualquier edad ingresada a la sala de rehidratación. El 13,33% (2) (a). Caso confirmado por clínica presente tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, con hasta 14 días de duración 2

Grafica 2. La notificación colectiva por morbilidad por enfermedad diarreica aguda (código INS 998) debe cumplir con los siguientes aspectos.

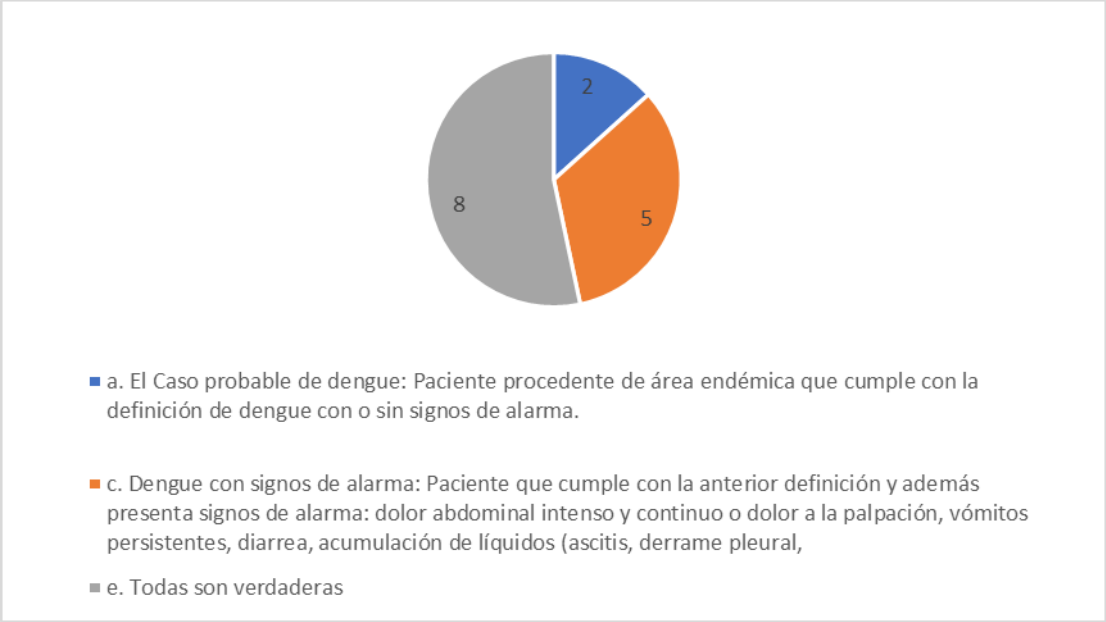


Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 3. El dengue es una enfermedad ETV grave de impacto epidemiológico, social y económico, que se ha constituido como un problema salud pública mundial. La influencia de factores sociales, demográficos y medioambientales, la urbanización no planificada, las migraciones de la población, el control de vectores, los aspectos culturales, las condiciones de las viviendas y la calidad de la prestación de servicios sanitarios, han contribuido en el aumento de la incidencia y la aparición de la enfermedad en nuevas zonas geográficas**.** Seleccione la respuesta correcta.
A la pregunta formulada, la respuesta correcta es (e) con 53,3% (n=8) , en segundo lugar la respuesta (c) con 33,33% (n=5) donde los signos de alarma: Paciente que cumple con la anterior definición y además presenta signos de alarma: dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación, vómitos persistentes, diarrea, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico), sangrado en mucosas, letargo o irritabilidad (principalmente en niños), hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa >2 cms, caída de la temperatura, caída abrupta de plaquetas (<100.000) asociada a hemoconcentración, en tercer lugar está la respuesta (a) con 13,33% (2) El Caso probable de dengue: Paciente procedente de área endémica que cumple con la definición de dengue con o sin signos de alarma.

Grafica 3. El dengue es una enfermedad ETV grave de impacto epidemiológico, social y económico, problema salud pública mundial.

DESARROLLO

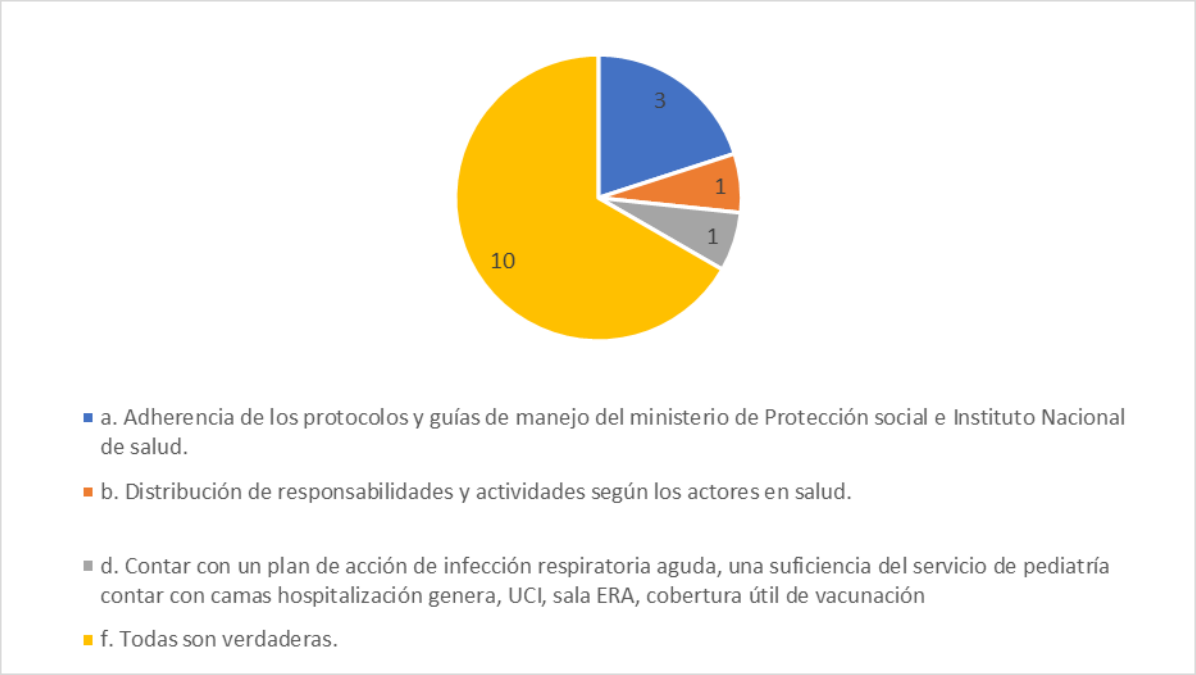


Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 4. Dentro de los requerimientos para la vigilancia epidemiológica de la infección respiratoria aguda para la atención de próximo pico respiratorio se cuenta con la circular 008 del 20 de febrero 2024 de la SDS donde se debe cumplir. Seleccione la respuesta correcta.
Para el requerimiento de la vigilancia epidemiológica de la infección respiratoria aguda para la atención de próximo pico respiratorio se cuenta con la circular 008 del 20 de febrero 2024 de la SDS, donde las respuestas de los asistentes son: la respuesta correcta la (f). Todas son verdaderas con 83,33% (10), segundo lugar esta la (a) con 25% (3) Adherencia de los protocolos y guías de manejo del ministerio de Protección social e Instituto Nacional de salud, continúan con un 8,33% (1) las respuestas (b) Distribución de responsabilidades y actividades según los actores en salud y (d) Contar con un plan de acción de infección respiratoria aguda, una suficiencia del servicio de pediatría contar con camas hospitalización genera, UCI, sala ERA, cobertura útil de vacunación

Grafica 4. En la vigilancia epidemiológica de la infección respiratoria aguda para la atención de próximo pico respiratorio se cuenta con la circular 008 del 20 de febrero 2024 de la SDS

DESARROLLO

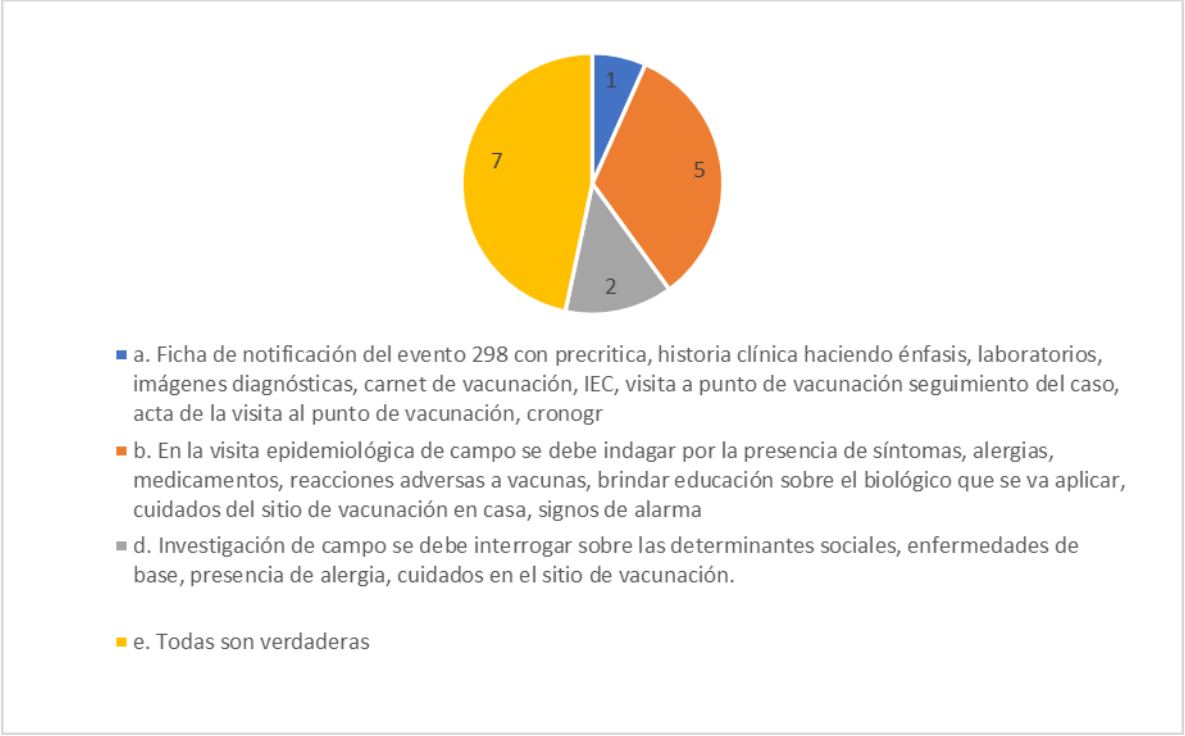


Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 5. En la unidad de análisis de evento adverso posterior a vacunación se debe tener en cuenta: Seleccione la respuesta correcta.
Respecto a los criterios para realizar la unidad de análisis por EAPV la respuesta correcta es (e) con 50% (7), Todas son verdaderas seguido de respuesta (b) con 35,71% (5) En la visita epidemiológica de campo se debe indagar por la presencia de síntomas, alergias, medicamentos, reacciones adversas a vacunas, brindar educación sobre el biológico que se va aplicar, cuidados del sitio de vacunación en casa, signos de alarma, técnica de aplicación del biológico, en la respuesta (d) con 14,29% (2) en la Investigación de campo se debe interrogar sobre las determinantes sociales, enfermedades de base, presencia de alergia, cuidados en el sitio de vacunación.

Grafica 5. En la unidad de análisis de evento adverso posterior a vacunación se debe tener en cuenta

DESARROLLO



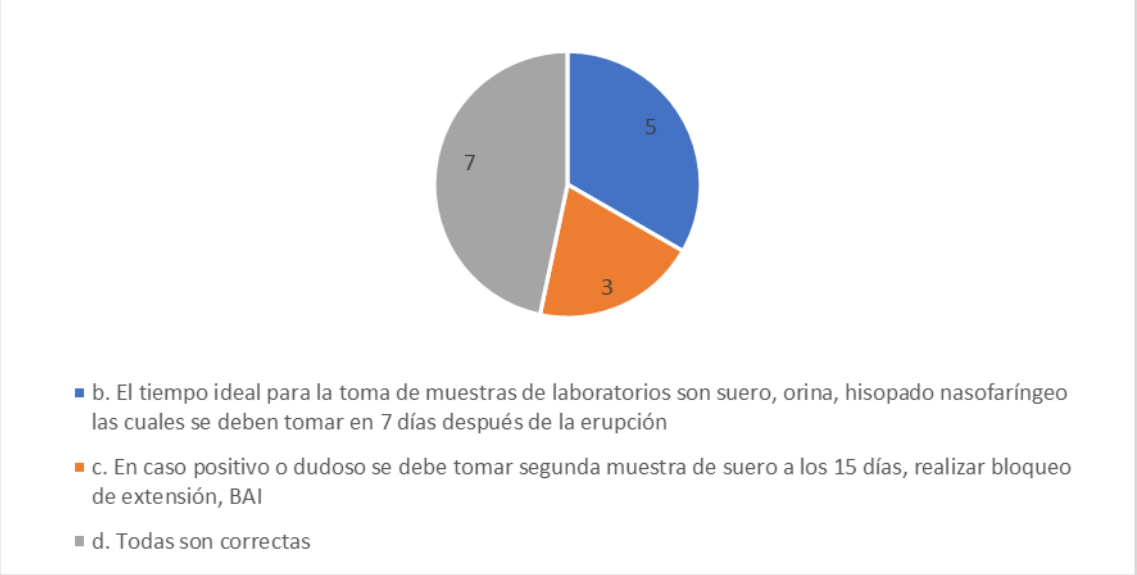
Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 6: Dentro de la vigilancia salud pública del sarampión del sarampión/rubeola y SRC se debe cumplir con la estrategia. Seleccione la respuesta correcta.

En la vigilancia salud pública del sarampión del sarampión/rubeola y SRC la respuesta correcta es la (e) con un 46,4% (7), en segundo la (b) con 33,33% (5) El tiempo ideal para la toma de muestras de laboratorios son suero, orina, hisopado nasofaríngeo las cuales se deben tomar en 7 días después de la erupción; en tercer lugar, esta (c) con 20% (3) En caso positivo o dudoso se debe tomar segunda muestra de suero a los 15 días, realizar bloqueo de extensión, BAI, ultimo.

Grafica 6. Para la vigilancia salud pública del sarampión del sarampión/rubeola y SRC

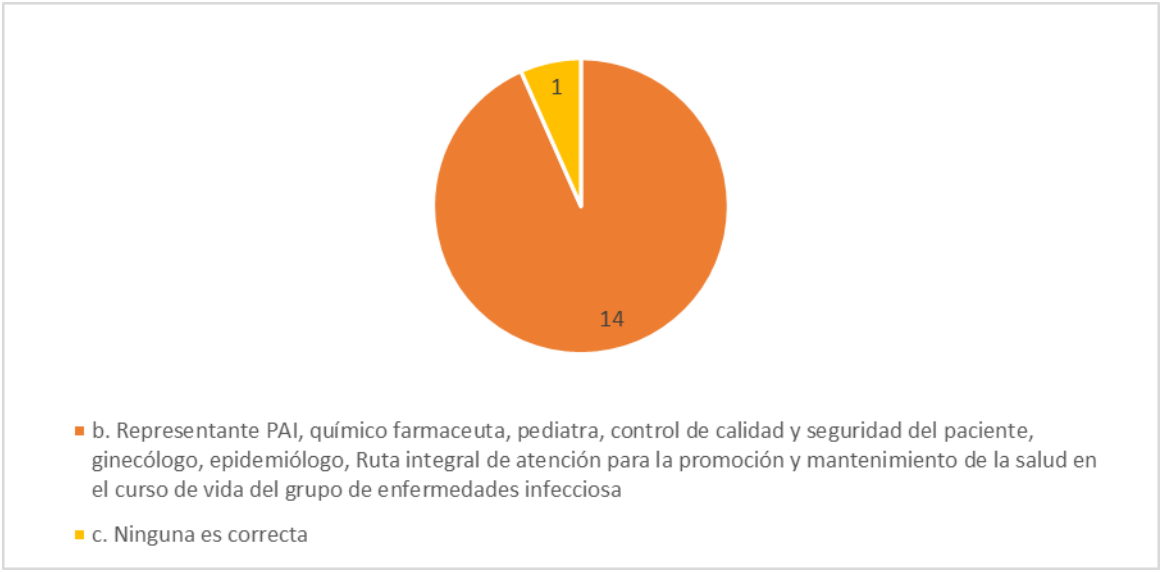
DESARROLLO



Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 7: Las personas invitadas en las unidades de análisis de evento adverso a vacunación en un menor de 3 meses son. Seleccione la respuesta correcta.
Las personas invitadas en la unidad de análisis de un caso de EAPV en una menor respuesta correcta es (b) con un 93,33% (14) Representante PAI, químico farmaceuta, pediatra, control de calidad y seguridad del paciente, ginecólogo, epidemiólogo, Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida del grupo de enfermedades infecciosa; segundo es (c) con 6,67% (1) Investigación epidemiológica de campo en menos de 24 horas.

Grafica 7: Personas invitadas en las unidades de análisis de evento adverso a vacunación en un menor de 3 meses



Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

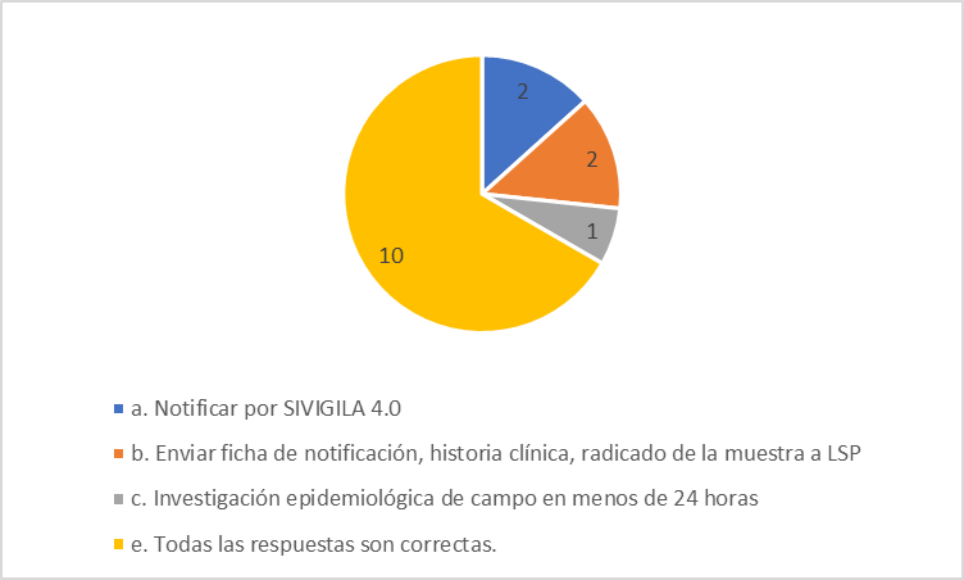
Pregunta 8: En la vigilancia salud pública por caso de un evento por viruela símica se debe. Seleccione la

DESARROLLO

respuesta correcta.

En la vigilancia de la viruela símica la respuesta correcta es (e) con 66,67% (10); segundo lugar está (a y b) con 13,33% (2 cada una) Notificar por SIVIGILA 4.0 y enviar ficha de notificación, historia clínica, radicado de la muestra a LSP ; ultima respuesta (c) con 6,67% (1) Investigación epidemiológica de campo en menos de 24 horas

Grafica 8: En la vigilancia salud pública por caso de un evento por viruela símica



Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

INFORME POSTEST COVE LOCAL MARZO 2024
TEMATICA CENTRAL VIGILANCIA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
LOCALIDAD DE BOSA

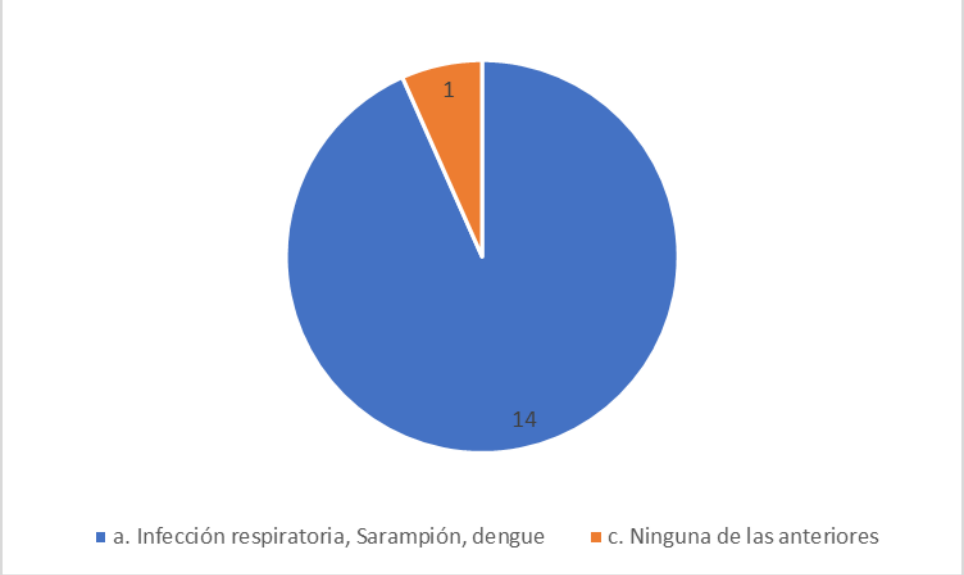
Postest

Pregunta 1. ¿Según las estrategias de difusión de la información de la vigilancia salud pública para este mes las alertas epidemiológicas, Seleccione la respuesta correcta**?**

Del total de los participantes el 93,33% (14) respondieron de manera correcta a la pregunta (a) Infección respiratoria, Sarampión, dengue; respuesta (c) con 6,67% 8 1) Ninguna de las anteriores.

Grafica 1. Las estrategias de difusión de la información de la vigilancia salud pública para este mes las alertas epidemiológicas

DESARROLLO

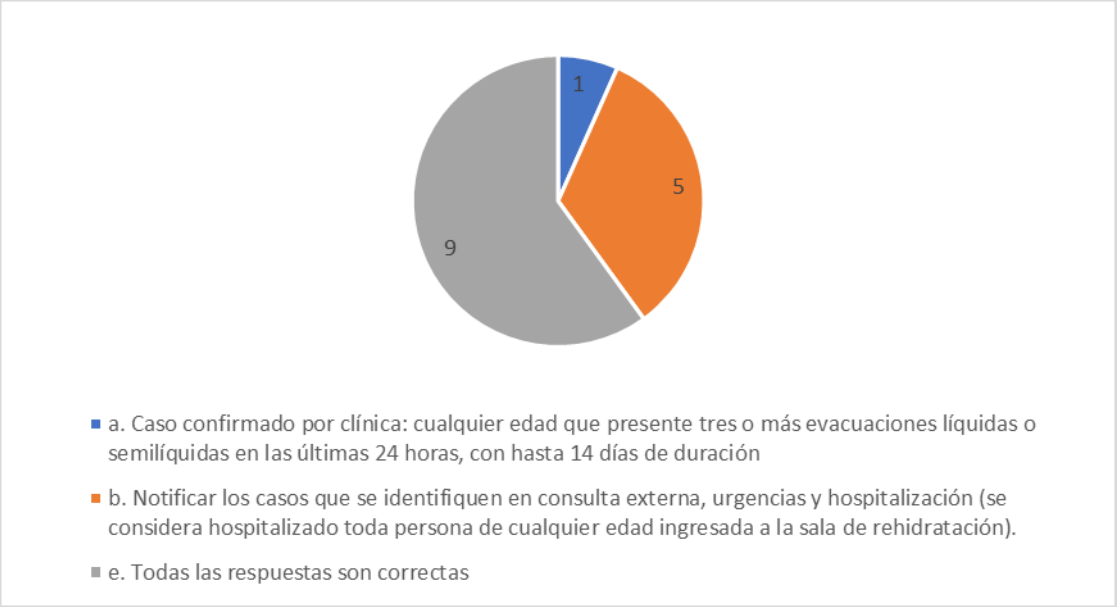


Fuente Instrumento COVE Local Bosa , Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 2. En la notificación colectiva por morbilidad por enfermedad diarreica aguda (código INS 998) debe cumplir con los siguientes aspectos. Seleccione la respuesta correcta.
Dentro del grupo de respuesta la (e) es respondida con un 60% (9) siendo la opción correcta donde se menciona que los eventos de Vigilancia colectiva por morbilidad por enfermedad diarreica aguda corresponden al código (cod 998) y la opción de la respuesta (b) con 33,33% (5) Se deben notificar los casos que se identifiquen en consulta externa, urgencias y hospitalización (se considera hospitalizado toda persona de cualquier edad ingresada a la sala de rehidratación), seguido (a) con 6,67% (1) Caso confirmado por clínica: Persona de cualquier edad que presente tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, con hasta 14 días de duración;

Grafica 2. La notificación colectiva por morbilidad por enfermedad diarreica aguda (código INS 998) debe cumplir con los siguientes aspectos.

DESARROLLO



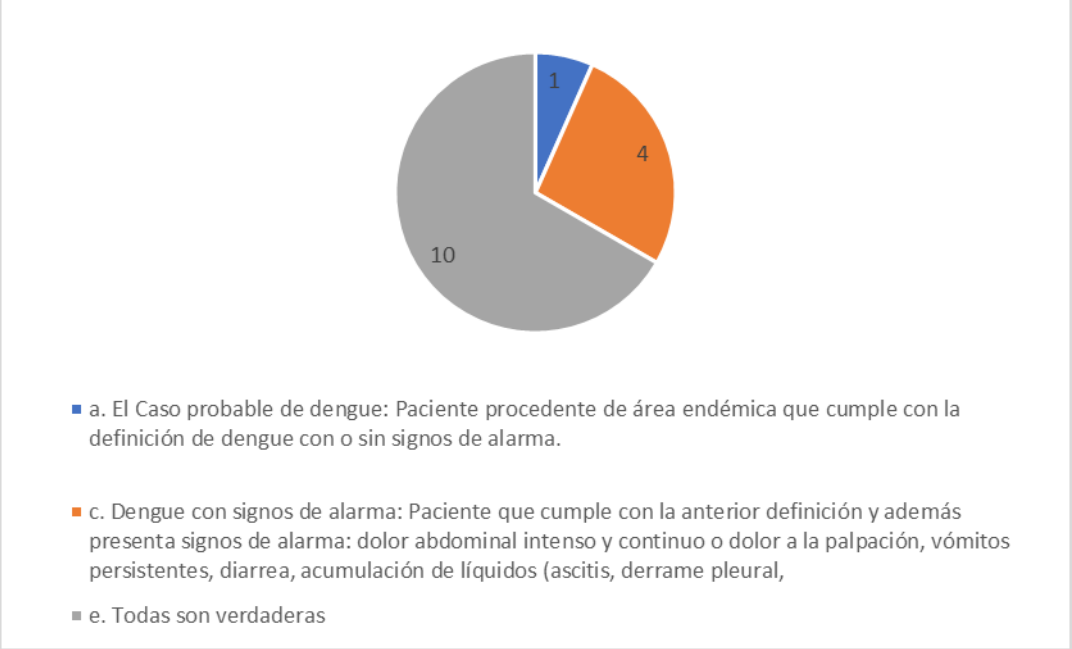
Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 3. El dengue es una enfermedad ETV grave de impacto epidemiológico, social y económico, que se ha constituido como un problema salud pública mundial. La influencia de factores sociales, demográficos y medioambientales, la urbanización no planificada, las migraciones de la población, el control de vectores, los aspectos culturales, las condiciones de las viviendas y la calidad de la prestación de servicios sanitarios, han contribuido en el aumento de la incidencia y la aparición de la enfermedad en nuevas zonas geográficas**.** Seleccione la respuesta correcta.

A la pregunta formulada, la respuesta correcta es (e) con 66,67% (10) , en segundo lugar la respuesta (c) con 26,67% (4) donde los signos de alarma: Paciente que cumple con la anterior definición y además presenta signos de alarma: dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación, vómitos persistentes, diarrea, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico), sangrado en mucosas, letargo o irritabilidad (principalmente en niños), hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa >2 cms, caída de la temperatura, caída abrupta de plaquetas (<100.000) asociada a hemoconcentración, en tercer lugar está la respuesta (a) con 6,67% (1) El Caso probable de dengue: Paciente procedente de área endémica que cumple con la definición de dengue con o sin signos de alarma.

Grafica 3. El dengue es una enfermedad ETV grave de impacto epidemiológico, social y económico, problema salud pública mundial.

DESARROLLO

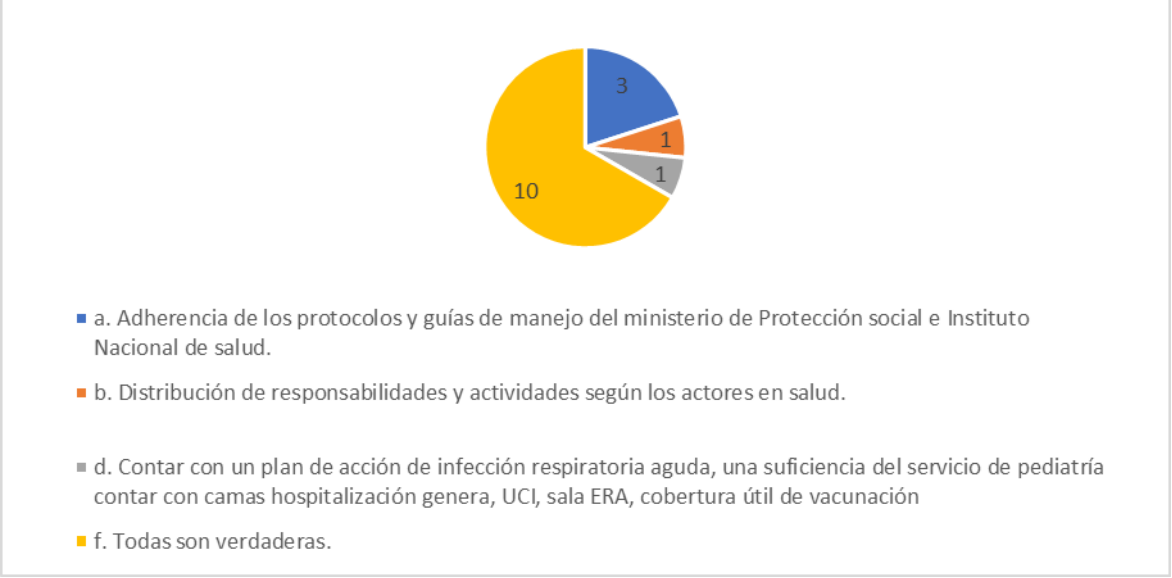


Fuente Instrumento COVE Local Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 4. Dentro de los requerimientos para la vigilancia epidemiológica de la infección respiratoria aguda para la atención de próximo pico respiratorio se cuenta con la circular 008 del 20 de febrero 2024 de la SDS donde se debe cumplir. Seleccione la respuesta correcta.
Para el requerimiento de la vigilancia epidemiológica de la infección respiratoria aguda para la atención de próximo pico respiratorio se cuenta con la circular 008 del 20 de febrero 2024 de la SDS, donde las respuestas de los asistentes son: las respuesta correcta la (f) con 83,33% (10); en segundo esta opción (a) con 25% (3) responde la adherencia de los protocolos y guías de manejo del ministerio de Protección social e Instituto Nacional de salud; le sigue (d) con 8,33% (1) prefiere contar con un plan de acción de infección respiratoria aguda, una suficiencia del servicio de pediatría contar con camas hospitalización genera, UCI, sala ERA, cobertura útil de vacunación; respuesta (b) 8,33% (1) Distribución de responsabilidades y actividades según los actores en salud.

Grafica 4. En la vigilancia epidemiológica de la infección respiratoria aguda para la atención de próximo pico respiratorio se cuenta con la circular 008 del 20 de febrero 2024 de la SDS

DESARROLLO



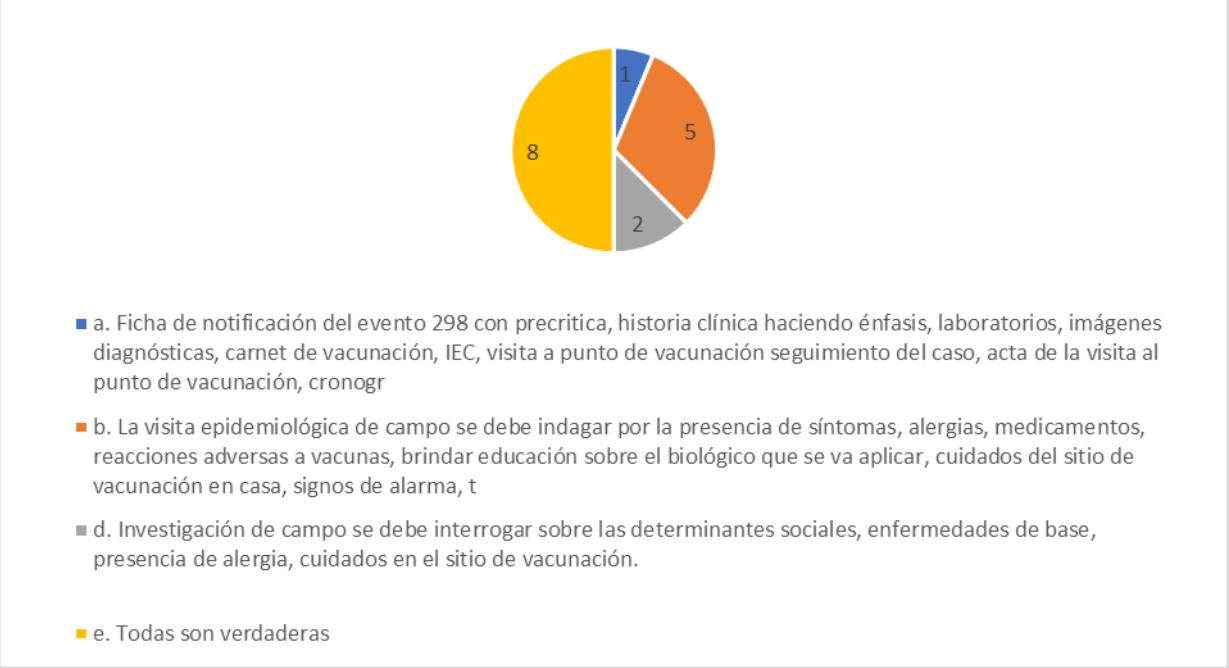
Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 5. En la unidad de análisis de evento adverso posterior a vacunación se debe tener en cuenta: Seleccione la respuesta correcta.

Respecto a los criterios para realizar la unidad de análisis por EAPV la respuesta correcta es (e) todas son correcta con un 53;33% (8); seguido de respuesta (a) con 6,67% (1) Soporte ficha de notificación del evento 298 con precrítica, historia clínica haciendo énfasis, laboratorios, imágenes diagnósticas, carnet de vacunación, IEC, visita a punto de vacunación seguimiento del caso, acta de la visita al punto de vacunación, cronograma, invitación a la unidad análisis, en tercer lugar (b) con 33,33%(5) En la visita epidemiológica de campo se debe indagar por la presencia de síntomas, alergias, medicamentos, reacciones adversas a vacunas, brindar educación sobre el biológico que se va aplicar, cuidados del sitio de vacunación en casa, signos de alarma, técnica de aplicación del biológico; cuarto lugar (d) con 13,33% (2) Investigación de campo se debe interrogar sobre las determinantes sociales, enfermedades de base, presencia de alergia, cuidados en el sitio de vacunación.

Grafica 5. En la unidad de análisis de evento adverso posterior a vacunación se debe tener en cuenta

DESARROLLO

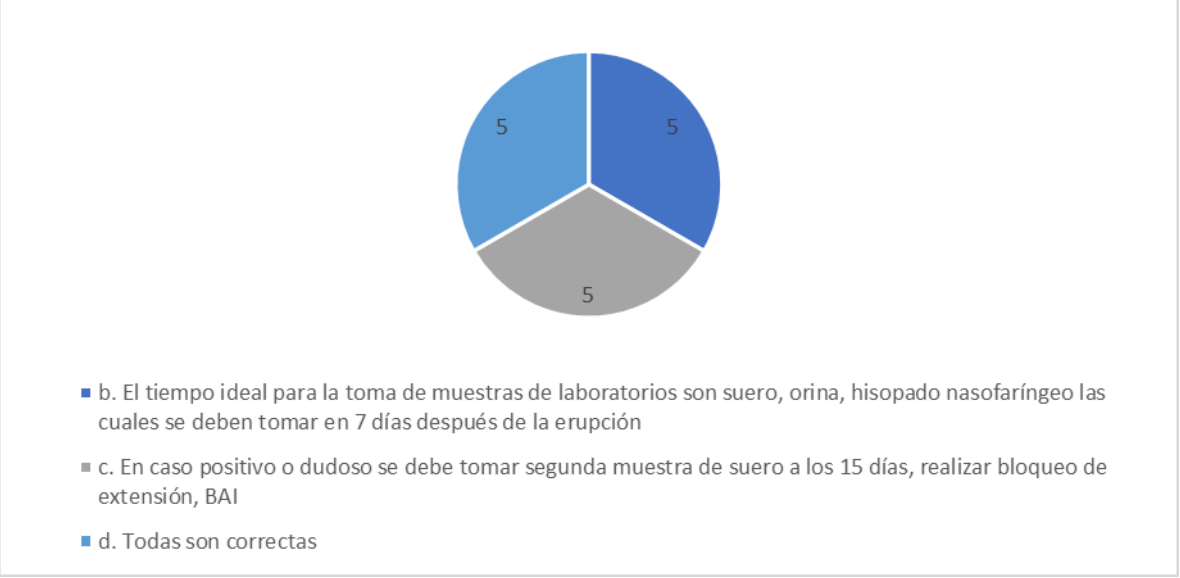


Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 6: Dentro de la vigilancia salud pública del sarampión del sarampión/rubeola y SRC se debe cumplir con la estrategia. Seleccione la respuesta correcta.
En la vigilancia salud pública del sarampión del sarampión/rubeola y SRC la respuesta correcta es la (d) Todas son correctas 33,33% (5), la (b) con 33;33% (5) El tiempo ideal para la toma de muestras de laboratorios son suero, orina, hisopado nasofaríngeo las cuales se deben tomar en 7 días después de la erupción, la (c) con 33,33% (5) En caso positivo o dudoso se debe tomar segunda muestra de suero a los 15 días, realizar bloqueo de extensión, BAI.

Grafica 6. Para la vigilancia salud pública del sarampión del sarampión/rubeola y SRC

DESARROLLO



Fuente Instrumento COVE Local Bosa; Temática Central Transmisibles marzo 2024

Pregunta 7: Las personas invitadas en las unidades de análisis de evento adverso a vacunación en un menor de 3 meses son. Seleccione la respuesta correcta.
Las personas invitadas en la unidad de análisis de un caso de EAPV en una menor respuesta correcta es la (c) con 93,33% (14) nninguna es correcta, seguido de la (b) con 6,67% (1) Representante PAI, químico farmaceuta, pediatra, control de calidad y seguridad del paciente, ginecólogo, epidemiólogo, Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida del grupo de enfermedades infecciosa.

Grafica 7: Personas invitadas en las unidades de análisis de evento adverso a vacunación en un menor de 3 meses

Fuente Instrumento COVE Local Bosa, Temática Central Transmisibles marzo 2024

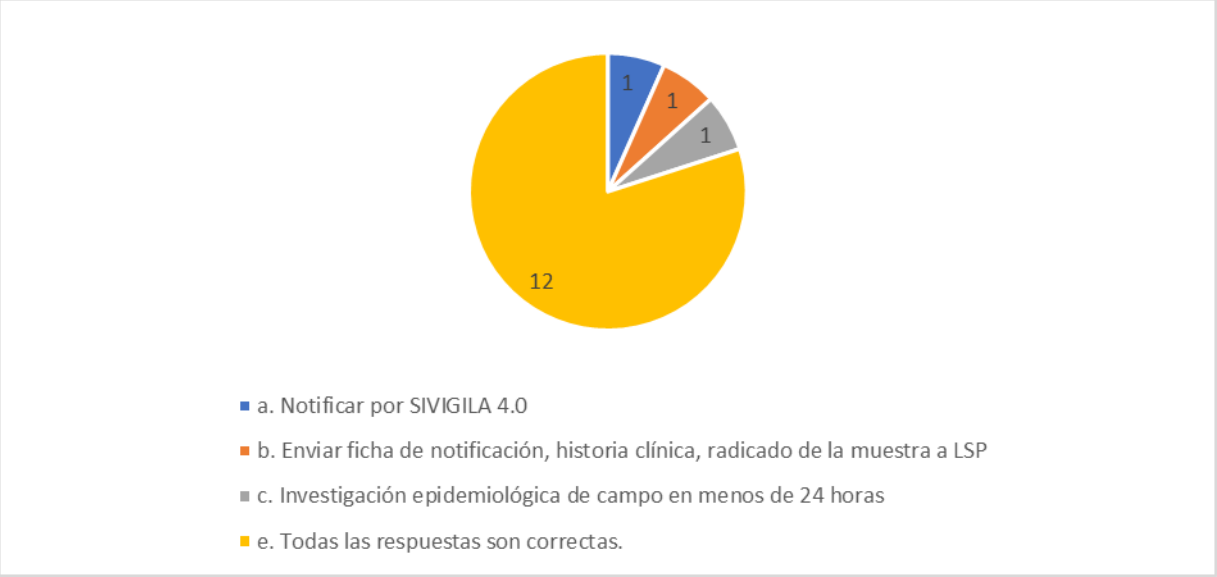
Pregunta 8: En la vigilancia salud pública por caso de un evento por viruela símica se debe. Seleccione la

DESARROLLO

respuesta correcta.

En la vigilancia de la viruela símica la respuesta correcta es (e) con 80% (12); segundo lugar está (a) y b) con 6,67% (uno para cada una) Notificar por SIVIGILA 4.0 y enviar ficha de notificación, historia clínica, radicado de la muestra a LSP ; ultima respuesta (c) con 6,67% (1) Investigación epidemiológica de campo en menos de 24 horas

Grafica 8: En la vigilancia salud pública por caso de un evento por viruela símica



Fuente Instrumento COVE Local Bosa Temática Central Transmisibles marzo 2024

10. 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.

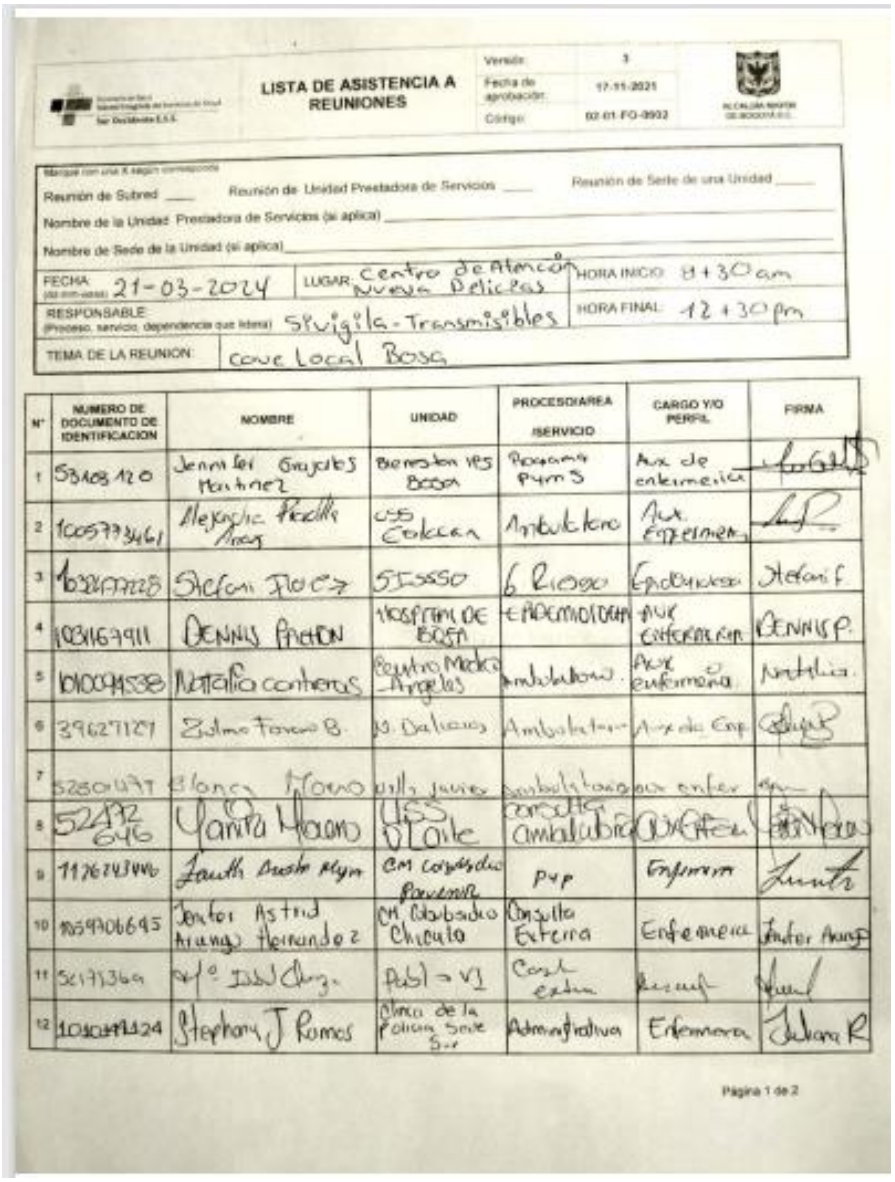
FECHA: 21/03/2024	TEMA: Comité de Vigilancia Epidemiológica, correspondiente a la localidad de Bosa

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



LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

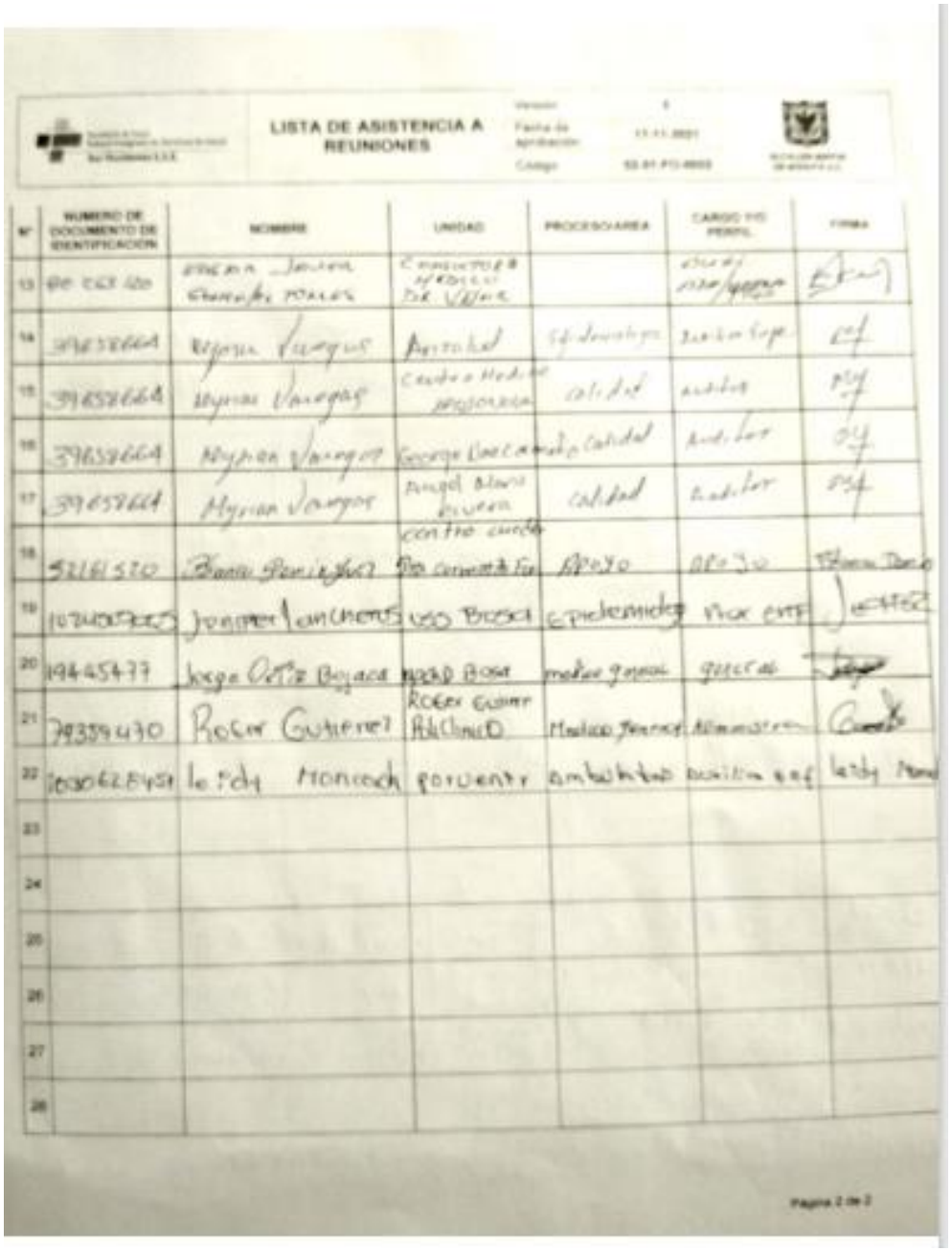
Versión: 3
Fecha de aprobación: 17-11-2021
Código: 02-01-FO-0002

Marque con una X según corresponda
Reunión de Subred ____ Reunión de Unidad Prestadora de Servicios ____ Reunión de Sede de una Unidad ____
Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) ____
Nombre de Sede de la Unidad (si aplica) ____

FECHA (dd-mm-aaaa): 21-03-2024 | LUGAR: Centro de Atención Nueva Delicias | HORA INICIO: 8:30 am
RESPONSABLE (Proceso, servicio, dependencia que lidera): Sivigila - Transmisibles | HORA FINAL: 12:30 pm
TEMA DE LA REUNION: Cove Local Bosa

N°	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NOMBRE	UNIDAD	PROCESO/AREA /SERVICIO	CARGO Y/O PERFIL	FIRMA
1	53108120	Jennifer Grajales Martinez	Bienestar IPS Bosa	Programa Pyms	Aux de enfermeria	
2	1005773461	Alejandra Padilla Arias	USS Colsan	Ambulatorio	Aux. Enfermeria	
3	1032477223	Stefani Jaramillo	SES SSO	6 Riesgo	Epidemiologia	Stefani F.
4	1031167911	DENNIS PINEDA	HOSPITAL DE BOSA	EPIDEMIOLOGIA	AUX ENFERMERIA	DENNIS P.
5	1010049538	Natalia contreras	Centro Medico Angelas	Ambulatorio	Aux enfermera	Natalia.
6	39627121	Zulma Forero B.	U. Salitre	Ambulatorio	Aux de Enf	
7	52504797	Blanca Moreno	Villa Javier	Ambulatorio	aux enfer	
8	52472646	Yamile Moreno	USS Olaya	Consulta Ambulatoria	Enfermera	
9	1136743446	Laura Dante Alyn	CM Compartir Patrimonio	PYP	Enfermera	
10	1059906695	Jenifer Astrid Arango Hernandez	CM Olarte Chiquita	Consulta Externa	Enfermera	Jenifer Arango
11	52173369	Ref. Isabel Chaz.	Publ → VJ	Cons ext	Enfermera	
12	1010[illegible]1124	Stephany J Ramos	Clinica de la Policia Sede S..	Administrativa	Enfermera	Stephany R

Página 1 de 2



LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Nº	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NOMBRE	UNIDAD	PROCESO/AREA	CARGO Y/O PERFIL	FIRMA
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						