Marque con una X según corresponda
Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad ____
Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) ____Subred Suroccidente
Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)__USS BOSTON

Tipo de acta COMITÉ _X__ REUNIÓN __ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 15/05/2024	LUGAR: KR 104 CL 20C 21	HORA INICIO: 8:00 AM
RESPONSABLE: EQUIPO SIVIGILA Y TEMA CENTRAL SIVIGILA		HORA FINAL: 01:00 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

Desarrollar el Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE del mes de MAYO, correspondiente a la localidad de FONTIBON

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. BIENVENIDA
2. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
3. TEMA CENTRAL: SIVIGILA
4. RECESO
5. TEMA ITINERANTE: EVENTO 300
6. INDICADORES SIVIGILA
7. INDICADORES TRANSMISIBLES
8. CALIDAD DEL AGUA
9. INDICADORES PAI
10. EVALUACION; LISTADO DE ASISTENCIA Y CIERRE

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1	Realizar el COVE el mes de mayo, para la localidad de Fontibón	EQUIPO TEMA CENTRAL Y SIVIGILA	15/05/2024	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 Fontibón

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 MAYO 2024
OBJETIVO: Brindar información acerca de las alertas nacionales e internacionales identificadas en el boletín epidemiológico de la semana 17.

ALERTAS NACIONALES

- Brote de varicela en población de interés especial de Arauca. 30 de abril de 2024

El 23 de abril se identifica un brote de varicela en dos comunidades indígenas de Arauca. Se han notificado 11 casos, entre ellos dos gestantes y 347 expuestos, para una tasa de ataque general de 3,17 %. El caso índice inició síntomas el 17 de abril y el último caso el 23 de abril. No han reportado hospitalizados ni fallecidos. Se han adelantado acciones de control como investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria e institucional, jornadas de salud casa a casa, monitoreo rápido de cobertura de vacunación e ingreso a ruta perinatal; se realizó mesa de trabajo con gobernadores indígenas para el fortalecimiento de acciones de prevención y control. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

ALERTAS INTERNACIONALES

- **Monitoreo de eventos especiales**

En la semana epidemiológica 17 de 2024 no se notificaron casos o alertas de enfermedad por el virus del Ébola, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza aviar altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

- **Actualización epidemiológica- Colera en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 26 de abril de 2024**

En octubre de 2022, las autoridades de salud de Haití notificaron casos confirmados de Vibrio cholerae O1 en la zona metropolitana de Puerto Príncipe, después de tres años sin que se registraran casos confirmados de cólera. Desde entonces, en la Región de las Américas, se han registrado casos en Haití y República Dominicana.

- . **Brote de mpox en múltiples países – Reporte externo de 17 situación #32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 30 de abril de 2024.**

Desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de marzo de 2024, se registró un total acumulado de 95 226 casos de mpox confirmados por laboratorio, incluidas 185 muertes que fueron notificados a la OMS en 117 países en las seis Regiones de la OMS. En marzo se notificaron un total de 466 casos nuevos, lo que representa una disminución del 37 % respecto al número de casos nuevos notificados en el mes anterior.

DESARROLLO

La mayoría de los casos se notificaron desde la Región de África (39 %), la Región de Europa (26 %) y la Región de las Américas (25 %).

VARICELA

- La varicela es la infección primaria causada por el virus varicela-zóster (VVZ), miembro del grupo de Herpes virus
- **La transmisión** es de persona a persona por contacto con las ampollas de una persona infectada o por dispersión aérea de secreciones respiratorias. El hacinamiento es un factor de riesgo importante, el cual se evidencia en lugares con población confinada en colegios, centros penitenciarios, batallones y policía.
- **El período de incubación** para la varicela es 10 a 21 días
- **Transmisibilidad**: Dura hasta cinco días, pero generalmente es de uno a dos días antes del comienzo del exantema de varicela y persiste hasta que todas las lesiones estén en fase de costra; sin embargo, el contagio puede durar hasta el quinto día después del inicio de las lesiones.

SINTOMAS

- Cefalea
- Fiebre
- Inapetencia
- Dolor de garganta
- Ocasionalmente inflamación de los ganglios linfáticos.

DEFINICION OPERATIVA DE CASO

- **CASO CONFIRMADO**: Todo caso que presente una enfermedad de comienzo repentino, con fiebre moderada, erupción cutánea de tipo maculopapular durante pocas horas y vesicular durante tres o cuatro días, que deja costras granulosas. Estos casos deberán ser evaluados por un profesional de salud competente para determinar el diagnóstico para varicela, es importante resaltar que el evento se puede relacionar a un caso confirmado pudiéndose clasificar como caso confirmado por nexo epidemiológico. La detección de IgM no es útil para el diagnóstico de enfermedad aguda ya que los métodos disponibles ofrecen baja sensibilidad y especificidad
- **CASO CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO:** Caso clínicamente compatible que está epidemiológicamente relacionado en forma directa a un caso confirmado por clínica.
- **CASO DESCARTADO:** Caso que no cumple con definición operativa de varicela y fue descartado por un profesional de medicina.
- **COMPROMISO:** Realizar notificación oportuna ante la identificación de eventos de interés en salud pública para su pertinente atención.
- **RECOMENDACIÓN:** Realizar correlación clínica y verificación de nexo epidemiológico al momento de notificar algún evento de interés en salud pública.

DESARROLLO

3. TEMA CENTRAL: SIVIGILA

Objetivo:
Recopilar , analizar , interpretar y evaluar de forma sistemática y oportuna la información de eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.

Se Informó que la líder de SIVIGILA Es la epidemióloga Mónica Ulloa; para la exposición de Fontibón Bosa y Sur realiza la exposición el Epidemiólogo Jaime García

3.1 vigilancia en salud pública y su relación con las UPGD

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) es un proceso esencial para la seguridad sanitaria nacional y entre otras, detecta, identifica y recolecta información que permite el análisis y comprensión de las situaciones en salud definidas como prioritarias para el país, las cuales están soportadas en la normatividad vigente, que define las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema en el territorio nacional. Funciones de las Unidades Primarias Generadoras del Dato, Unidades Informadoras. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

• Realizar las acciones para detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos, asegurando las acciones e intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia.

• 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 en Salud Pública.

3.2 Características del equipo de cómputo:

El computador donde estará instalado el SIVIGILA de escritorio debe tener las siguientes características: CPU con procesador de 1.5GHZ o superior • Memoria 4GB o Superior • 64 GB Libres de Espacio en Disco • Video con resolución mínima de 1024*768. • Acceso a internet ancho de banda 5mb o superior. Para la conexión a SIVIGILA 4.0, Si el usuario se conecta a través de otro dispositivo que no sea un PC o portátil, en ese caso celular o tableta, este debe tener mínimo las siguientes características: • Sistema operativo Android superior a la versión 7 o Sistema operativo IOS superior a la versión 12 (para el caso de los IPhone) • Memoria RAM del dispositivo que soporte la versión del S.O. enunciada • Espacio mínimo en el teléfono o Tablet 32gb • Acceso a internet ancho de banda 5mb o superior.

3.3 Oportunidad en la notificación

Todos los integrantes del sistema de vigilancia en salud pública notificarán los eventos de reporte obligatorio definidos en los protocolos de vigilancia, en los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada. Para tal fin, el flujo de la información debe cumplir con los tiempos establecidos en cada nivel El cargue al portal SIVIGILA 4.0 de notificaciones inmediatas debe realizarse diariamente antes de las 12:00 M. Debe tener en cuenta, en el proceso de notificación de eventos rutinarios semanales por archivos planos, las siguientes condiciones:

- No se exceptúan días festivos para hacer la notificación de eventos de interés en salud pública, en especial aquellos de notificación inmediata.
- En el caso que la entidad continúe realizando el cargue y consolidación de archivos planos en SIVIGILA escritorio deberá hacer la revisión y precrítica de los archivos planos cargados al aplicativo antes del envío de la notificación a cualquier nivel

DESARROLLO

- Si no se captan eventos de interés en salud pública en la semana se debe hacer Reporte negativo semanal de las UPGD
- Se debe garantizar emplear una versión actualizada del aplicativo SIVIGILA.

Registro de población migrante

A partir de la variable nacionalidad se identifican todos los extranjeros notificados al sistema de vigilancia en salud pública, independiente del lugar de ocurrencia/procedencia del evento o la residencia habitual de la persona. No olvidar registrar en grupo poblacional “Migrante” La variable país de procedencia/ocurrencia permite identificar los casos importados de los diferentes eventos notificados al SIVIGILA. Se deben utilizar las variables: país de procedencia del caso, departamento y municipio de 9 procedencia/ocurrencia del caso (para identificar donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo en estudio). Se socializan eventos de reporte inmediato y particularidades de los eventos.

3.4 TABLEROS DE CONTROL SIVIGILA

La epidemióloga del componente Mónica Ulloa continuaron con la presentación y explicación de los indicadores con cohorte hasta semana 17 del 2023. Se inicia con la presentación de ABC Indicadores SIVIGILA

• Es un formato XLS generado directamente por la SDS y formulado (no se puede modificar) • No se tienen en cuenta eventos 875 y 453

• No se tienen en cuenta duplicados

CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE NOTIFICACIÓN SEMANAL Se evalúa la oportunidad en la notificación tanto de escritorio como en Sivigila 4.0

CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION Se generan desde el PNS de SIVIGILA

DESAGREGACION DE EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS- CLASIFICACIÓN INICIAL DE CASO: Totalidad de Eventos notificados durante la semana epidemiológica y desagregados por tipo de clasificación.

OPORTUNIDAD DE NOTIFICACION SEMANAL Son los eventos de notificación semanal con corte a la semana 17 del 2023. Se cuentan los casos que son notificados de manera oportuna con un máximo de días de 8, se verifica fecha de notificación menos la de consulta a excepción de los casos de mortalidad que es fecha de notificación menos la fecha de defunción.

OPORTUNIDAD DE NOTIFICACION INMEDIATA Total de Casos notificados inmediatos en semana 17 del 2023 Total de Casos con un día máximo de notificación con relación a la fecha de consulta o en las mortalidades a la fecha de defunción

OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS Total de casos notificados con clasificación Probable y Sospechosos, se cuentan por tipo de ajuste no incluye el 7, se suman los casos que tienen ajuste y se restan los que no aplica para ajuste como el 875 y se determina los faltantes en número y porcentaje. El porcentaje de casos ajustados de manera oportuna son los casos ajustados dentro de los tiempos establecidos dependiendo del evento, se resta la fecha de notificación – fecha de ajuste, no se tiene en cuenta el 875 ni el 453.

CUMPLIMIENTO EN EL INGRESO DE LABORATORIOS Se genera desde la base de laboratorios y con laboratorios cargados

DESARROLLO

4. TEMA ITINERANTE: AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA - AAPTR

Que es la rabia:
Es una enfermedad zoonótica, causada por un virus que infecta a algunos animales domésticos y silvestres, se trasmite a las personas a través de contacto con la saliva de animales infectados, **No tiene tratamiento curativo y Tiene una mortalidad cercana al 100%.**
El virus de la rabia es de Género **Lyssavirus** de la familia Rhabdoviridae, genotipo 1 en forma de bala, mide de 130 a 240 mμ y consta de una cadena de ARN, tiene una envoltura lipídica y cinco proteínas estructurales: la G (glicoproteína), las M1 y M2 (proteínas matrices); la N (nucleoproteína), la NS (nucleocápside) y la L (transcriptasa).
Existen dos ciclos de transmisión de la rabia:

- **Urbano**: donde los principales intermediarios transmisores para los humanos son los perros y ocasionalmente otros **animales domésticos**.
- - **Silvestre**: los principales intermediarios transmisores para los humanos son los **murciélagos y otros silvestres**.

El modo de transmisión se da por mordedura, arañazos, lamedura de mucosa expuesta o piel lesionada por animal portador del virus, trasplantes infectados con el virus de la rabia, y excepcionalmente a través de la vía respiratoria en ambientes infestados por el virus.
El periodo de incubación está en un rango de 10 a 60 días, aunque puede ser de uno o más años.
Periodo de trasmisión es de 3 a 5 días antes del comienzo de los primeros signos/o síntomas y finaliza con el fallecimiento del sujeto animal infectad.
Sintomatología:
Forma furiosa Fase de depresión: (2 días). Incoordinación motora, parálisis mandibular, disfagia, anisocoria, fotofobia, parálisis descendente, coma y muerte, 2 a 5 días. Parálisis mandibular, dificultad para deglutir, sialorrea, parálisis descendente, coma y muerte.
Definición de exposición
Es la probabilidad de penetración y replicación del virus rábico en el organismo de una persona que ha sufrido una lesión por agresión de un animal potencialmente transmisor de rabia, o contacto de piel lesionada o de mucosa con la saliva o tejido de un animal (o humano) infectado o presuntamente infectado con el virus rábico.

No exposición

Se realiza claridad de tipo de exposición independientemente del tipo de agresión, localización y profundad, si la mascota es propia u observable se clasifica como una no exposición y no se inicia tratamiento de vacunación ni aplicación de biológico, solo vacuna antitetánica y curación según la gravedad de la agresión ya que en una pregunta generada por parte de uno de los asistentes en cuanto a este tipo de exposición se le brindo la información equivoca frente a la pregunta y erróneamente se le dijo que se debía iniciar aplicación de biológico y vacunación según sea la exposición.

A. No exposición : mordedura, lamedura o arañazo animal observable vivo
B. Exposición leve: mordedura, lamedura o arañazo animal NO observable
C. Exposición grave: mordedura profunda en cualquier parte del cuerpo , lamedura en piel expuesta ocasionada por un perro o gato no observable.

DESARROLLO

INMUMOGLOBULINA
Inmunoglobulina antirrábica o suero antirrábico de origen humano (homólogo). 20 UI/kg debe hacerse lo más pronto posible después de la exposición, preferiblemente dentro de las primeras 72 horas y nunca después del 7º día de iniciada la vacunación, es decir, nunca después de la tercera dosis de vacuna

Al aplicar la inmunoglobulina **deberá esperar 4 meses** para aplicar las vacunas de **sarampión, rubeola, paperas** y **5 meses para varicela**, por la posibilidad de interferencia de anticuerpos. Si realizaron vacunación de cualquier tipo diferente a vacunación antirrábica, el día de la exposición o días previos, debido a la letalidad del virus de la rabia **no se contraindica** la aplicación de inmunoglobulina antirrábica y vacuna antirrábica
Nuevo protocolo de vacunación
Dosis: 0.5 ml o 1 ml según presentación
Dias : 0,3,7,14
Vias de administración Intramuscular (no aplicar en glúteos ni intravascular)

Revacunación
Depende del tiempo transcurrido entre el tratamiento completo recibido (pre o pos exposición) y la nueva exposición que amerite tratamiento
Cuando el paciente ha presentado una **re-exposición**, es decir, un animal lo ha vuelto a agredir y causar lesión, se recomienda:

A. Solo el lavado de la herida si han pasado **menos de 3 meses** de terminado el esquema de vacunación post exposición (4 dosis).

B. Si han transcurrido **más de 3 meses** se deben aplicar **dos (2) dosis** intramusculares de vacuna correspondientes a los **días 0 y 3**, acorde a las indicaciones ya mencionadas para este tipo de aplicación; siempre y cuando cuente con carné de vacunación o este registrado en el Sistema de información nominal de vacunación.

C. Cuando el paciente ha presentado **re-exposición** y previamente ha recibido **al menos 2 dosis** de vacuna se considera que cuenta con un esquema pre-exposición completo y se deben aplicar **dos (2) dosis** intramusculares de vacuna correspondientes a los **días 0 y 3**; siempre y cuando cuente con carné de vacunación o este registrado en el Sistema de información nominal de vacunación.

DESARROLLO

5. SIVIGILA INDICADORES

Tableros De Indicadores Localidad De Fontibón

Tabla 6. Cumplimiento En La Entrega Del Reporte Semanal Sivigila 4.0 SEM_17_ 2024 Subred Sur Occidente. Localidad De Fontibón

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
CENTRO MEDICO COLMEDICA SEDE SALITRE	1	0	0	3	4	4	100%
GUILLERMO DIAZ GUEVARA	1	0	0	3	4	4	100%
ROSARIO YEPEZ RAMOS	4	0	0	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS FONTIBON COMPENSAR	3	0	0	1	4	4	100%
CENTRO ASISTENCIAL MADRE BERNARDA	0	1	0	3	4	4	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FONTIBON	1	0	0	3	4	4	100%
EUSALUD FONTIBON	1	0	0	3	4	4	100%
CENTRO MEDICO COLSANITAS EL DORADO	1	0	0	3	4	4	100%
VIRREY SOLIS IPS SA FONTIBON	1	0	0	3	4	4	100%
ASISTIR SALUD SAS FONTIBON	3	0	0	1	4	4	100%
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS	1	0	0	3	4	4	100%
IPS ESPECIALIZADA SA	4	0	0	0	4	4	100%
HACES INVERSIONES Y SERVICIOS SAS	3	0	0	1	4	4	100%
BIENESTAR IPS FONTIBON	3	0	0	1	4	4	100%
CLINICA MEDICAL SAS	4	0	0	0	4	4	100%
DR HELP SALUD INTEGRAL A SU HOGAR SAS SIGLA	0	0	0	4	4	4	100%
HEALTH LIFE IPS SAS SEDE MONTEVIDEO	4	0	0	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON	2	1	0	1	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 48 SAN PABLO	1	0	0	3	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 49	0	0	1	3	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 50 PUERTA DE	3	1	0	0	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DIA	1	0	0	3	4	4	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	2	0	0	2	4	4	100%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM SALITRE	1	0	0	3	4	4	100%
CENTRO MEDICO FONTIBON EPS SANITAS	2	1	0	1	4	4	100%
DIRECCION MEDICINA AEROESPACIAL	2	0	0	2	4	4	100%
CATAM - COMANDO AEREO DE TRANSPORTE	1	0	0	3	4	4	100%
UYE SUR OCCIDENTE	4	0	0	0	4	4	100%
ROHI IPS SAS	1	0	0	3	4	4	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 17 Subred Suroccidente

Corresponde al % semanal, de la entrega del reporte de notificación los días y horas establecido para cada nivel del flujo de información, a través del Sivigila, sin exceptuar los festivos. El 100% (n=29) de las UPGDs presentan cumplimiento en la entrega del reporte semanal SIVIGILA 4.0

DESARROLLO

Tabla 7 Porcentaje De Silencio Epidemiológico Acumulado Sem_17_ 2024 - Subred Sur Occidente Localidad De Fontibón

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
CENTRO MEDICO COLMEDICA SEDE SALITRE	0	0%
GUILLERMO DIAZ GUEVARA	0	0%
ROSARIO YEPEZ RAMOS	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS FONTIBON COMPENSAR	0	0%
CENTRO ASISTENCIAL MADRE BERNARDA	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FONTIBON	0	0%
EUSALUD FONTIBON	0	0%
CENTRO MEDICO COLSANITAS EL DORADO	0	0%
VIRREY SOLIS IPS SA FONTIBON	0	0%
ASISTIR SALUD SAS FONTIBON	0	0%
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS	0	0%
IPS ESPECIALIZADA SA	0	0%
HACES INVERSIONES Y SERVICIOS SAS	0	0%
BIENESTAR IPS FONTIBON	0	0%
CLINICA MEDICAL SAS	0	0%
DR HELP SALUD INTEGRAL A SU HOGAR SAS SIGLA	0	0%
HEALTH LIFE IPS SAS SEDE MONTEVIDEO	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 48 SAN PABLO	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 49	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 50 PUERTA DE	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DIA	0	0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	0	0%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM SALITRE	0	0%
CENTRO MEDICO FONTIBON EPS SANITAS	0	0%
DIRECCION MEDICINA AEROESPACIAL	0	0%
CATAM - COMANDO AEREO DE TRANSPORTE	0	0%
UYE SUR OCCIDENTE	0	0%
ROHI IPS SAS	0	0%

Fuente: Bases Sivigila SE 17 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 100% (n= 29) UPGDs Cumplieron la notificación semanal no presentando silencio epidemiológico.

DESARROLLO

Tabla 8 Cumplimiento Acumulado De La Notificación Sivigila Escritorio Sem_17_ 2024 - Subred Sur Occidente Localidad Fontibón

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION SIVIGILA ESCRITORIO			
	% DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVAS	% DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVAS	% SEMANAS SILENCIOSA	% DE CUMPLIMIENTO
CENTRO MEDICO COLMEDICA SEDE SALITRE	100%	0%	0%	100%
GUILLERMO DIAZ GUEVARA	82%	0%	18%	82%
ROSARIO YEPEZ RAMOS	82%	0%	18%	82%
UNIDAD DE SERVICIOS FONTIBON COMPENSAR	100%	0%	0%	100%
CENTRO ASISTENCIAL MADRE BERNARDA	94%	0%	6%	94%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FONTIBON	100%	0%	0%	100%
EUSALUD FONTIBON	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSANITAS EL DORADO	100%	0%	0%	100%
VIRREY SOLIS IPS SA FONTIBON	100%	0%	0%	100%
ASISTIR SALUD SAS FONTIBON	100%	0%	0%	100%
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS	100%	0%	0%	100%
IPS ESPECIALIZADA SA	100%	0%	0%	100%
HACES INVERSIONES Y SERVICIOS SAS	71%	29%	0%	100%
BIENESTAR IPS FONTIBON	100%	0%	0%	100%
CLINICA MEDICAL SAS	65%	35%	0%	100%
DR HELP SALUD INTEGRAL A SU HOGAR SAS SIGLA	100%	0%	0%	100%
HEALTH LIFE IPS SAS SEDE MONTEVIDEO	53%	47%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 48 SAN PABLO	88%	12%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 49	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 50 PUERTA DE	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DIA	100%	0%	0%	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM SALITRE	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO FONTIBON EPS SANITAS	100%	0%	0%	100%
DIRECCION MEDICINA AEROESPACIAL	47%	53%	0%	100%
CATAM - COMANDO AEREO DE TRANSPORTE	100%	0%	0%	100%
UYE SUR OCCIDENTE	88%	12%	0%	100%
ROHI IPS SAS	100%	0%	0%	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 17 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 7% (n=2) de las UPGDs. No cumplió en el acumulado de la notificación sivigila Escritorio

DESARROLLO

Tabla 9 Desagregación De Eventos Individuales Notificados -Clasificación Inicial De Caso Acumulado Sem_17_ 2024, Fontibón

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
CENTRO MEDICO COLMEDICA SEDE SALITRE	107	8	22	59	17	0
GUILLERMO DIAZ GUEVARA	3	0	0	0	1	0
ROSARIO YEPEZ RAMOS	1	0	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS FONTIBON COMPENSAR	64	17	1	26	19	0
CENTRO ASISTENCIAL MADRE BERNARDA	7	1	0	3	1	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FONTIBON	45	27	2	7	8	0
EUSALUD FONTIBON	18	1	0	2	13	0
CENTRO MEDICO COLSANITAS EL DORADO	12	1	1	0	8	0
VIRREY SOLIS IPS SA FONTIBON	32	7	0	3	20	0
ASISTIR SALUD SAS FONTIBON	35	6	3	3	20	0
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS	516	42	0	0	471	1
IPS ESPECIALIZADA SA	104	1	0	100	2	0
HACES INVERSIONES Y SERVICIOS SAS	10	0	0	0	0	0
BIENESTAR IPS FONTIBON	36	19	0	6	9	0
CLINICA MEDICAL SAS	11	1	0	2	0	0
DR HELP SALUD INTEGRAL A SU HOGAR SAS SIGLA	3	0	0	0	1	0
HEALTH LIFE IPS SAS SEDE MONTEVIDEO	29	11	0	0	0	1
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON	212	38	21	27	125	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 48 SAN PABLO	17	12	0	0	1	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 49	4	0	0	1	1	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 50 PUERTA DE	8	1	0	0	0	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DIA	19	11	0	2	4	0
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	26	9	1	9	5	0
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM SALITRE	51	3	1	18	27	0
CENTRO MEDICO FONTIBON EPS SANITAS	124	80	9	18	14	0
DIRECCION MEDICINA AEROESPACIAL	10	0	0	0	0	0
CATAM - COMANDO AEREO DE TRANSPORTE	9	0	0	7	0	0
UYE SUR OCCIDENTE	55	0	0	4	44	3
ROHI IPS SAS	3	0	0	0	1	0

Fuente: Bases Sivigila SE 17 Subred Suroccidente

Describe la clasificación inicial de los eventos individuales notificados a SIVIGILA por la UPGD. En el periodo las UPGDs que más realizaron notificación de casos individuales fueron: Empresa de Medicina integral EMI SAS (516), Unidad de Servicios de Salud Fontibón (212) y Centro medico Sanitas Fontibón (124).

DESARROLLO

Tabla 10 Oportunidad En La Notificación Semanal Acumulado Sem_17_ 2024 Fontibón

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
CENTRO MEDICO COLMEDICA SEDE SALITRE	47	47	100%
GUILLERMO DIAZ GUEVARA	1	1	100%
ROSARIO YEPEZ RAMOS	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS FONTIBON COMPENSAR	36	35	97%
CENTRO ASISTENCIAL MADRE BERNARDA	3	3	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FONTIBON	17	17	100%
EUSALUD FONTIBON	13	13	100%
CENTRO MEDICO COLSANITAS EL DORADO	5	5	100%
VIRREY SOLIS IPS SA FONTIBON	11	11	100%
ASISTIR SALUD SAS FONTIBON	22	22	100%
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS	307	307	100%
IPS ESPECIALIZADA SA	69	69	100%
HACES INVERSIONES Y SERVICIOS SAS	0	0	NA
BIENESTAR IPS FONTIBON	12	10	83%
CLINICA MEDICAL SAS	2	2	100%
DR HELP SALUD INTEGRAL A SU HOGAR SAS SIGLA	0	0	NA
HEALTH LIFE IPS SAS SEDE MONTEVIDEO	1	1	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON	136	130	96%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 48 SAN PABLO	1	1	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 49	1	1	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 50 PUERTA DE	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DIA	2	2	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	9	8	89%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM SALITRE	30	29	97%
CENTRO MEDICO FONTIBON EPS SANITAS	26	25	96%
DIRECCION MEDICINA AEROESPACIAL	0	0	NA
CATAM - COMANDO AEREO DE TRANSPORTE	0	0	NA
UYE SUR OCCIDENTE	0	0	NA
ROHI IPS SAS	1	1	100%

Fuente: Bases Sivigila SE 17 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 55% (n=16) de las UPGDs presentaron notificación semanal oportuna

DESARROLLO

Tabla 9 Oportunidad En La Notificación Inmediata Acumulado Sem_17_ 2024 Localidad De Fontibón

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION INMEDIATA		
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE 1 DIAS	% DE OPORTUNIDAD
CENTRO MEDICO COLMEDICA SEDE SALITRE	6	5	83%
GUILLERMO DIAZ GUEVARA	0	0	NA
ROSARIO YEPEZ RAMOS	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS FONTIBON COMPENSAR	13	7	54%
CENTRO ASISTENCIAL MADRE BERNARDA	1	1	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FONTIBON	27	21	78%
EUSALUD FONTIBON	3	3	100%
CENTRO MEDICO COLSANITAS EL DORADO	4	2	50%
VIRREY SOLIS IPS SA FONTIBON	7	6	86%
ASISTIR SALUD SAS FONTIBON	6	6	100%
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS	155	148	95%
IPS ESPECIALIZADA SA	1	1	100%
HACES INVERSIONES Y SERVICIOS SAS	0	0	NA
BIENESTAR IPS FONTIBON	19	17	89%
CLINICA MEDICAL SAS	1	1	100%
DR HELP SALUD INTEGRAL A SU HOGAR SAS SIGLA	0	0	NA
HEALTH LIFE IPS SAS SEDE MONTEVIDEO	11	8	73%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON	61	46	75%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 48 SAN PABLO	12	12	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 49	0	0	NA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 50 PUERTA DE	1	1	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DIA	11	11	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	9	8	89%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM SALITRE	3	2	67%
CENTRO MEDICO FONTIBON EPS SANITAS	77	60	78%
DIRECCION MEDICINA AEROESPACIAL	0	0	NA
CATAM - COMANDO AEREO DE TRANSPORTE	0	0	NA
UYE SUR OCCIDENTE	44	44	100%
ROHI IPS SAS	0	0	NA

Fuente: Bases Sivigila SE 17 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 31% (n=9) de las UPGDs presentaron notificación inmediata oportuna.

DESARROLLO

Tabla 11 Oportunidad En El Ajuste De Casos/ Cumplimiento En El Ajuste De Caso Acumulado Sem_17_ 2024 Localidad De Fontibón

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
CENTRO MEDICO COLMEDICA SEDE SALITRE	30	11	11	0	0	0	0	0	100%	30	
GUILLERMO DIAZ GUEVARA	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
ROSARIO YEPEZ RAMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
UNIDAD DE SERVICIOS FONTIBON COMPENSAR	18	3	0	0	0	1	0	1	94%	17	
CENTRO ASISTENCIAL MADRE BERNARDA	1	0	0	0	0	0	0	0	100%	1	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FONTIBON	29	3	1	0	0	0	2	0	100%	27	100%
EUSALUD FONTIBON	1	0	0	0	0	0	0	0	100%	1	
CENTRO MEDICO COLSANITAS EL DORADO	2	1	0	0	0	0	1	0	100%	1	100%
VIRREY SOLIS IPS SA FONTIBON	7	0	0	0	0	0	0	0	100%	7	
ASISTIR SALUD SAS FONTIBON	9	2	0	0	0	0	0	0	100%	9	
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS	42	0	0	0	0	1	0	1	98%	41	
IPS ESPECIALIZADA SA	1	0	0	0	0	0	0	0	100%	1	
HACES INVERSIONES Y SERVICIOS SAS	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
BIENESTAR IPS FONTIBON	19	0	0	0	0	0	0	0	100%	19	
CLINICA MEDICAL SAS	1	0	0	0	0	0	0	0	100%	1	
DR HELP SALUD INTEGRAL A SU HOGAR SAS SIGLA	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
HEALTH LIFE IPS SAS SEDE MONTEVIDEO	11	0	0	0	0	0	0	0	100%	11	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON	59	14	5	0	0	1	12	2	97%	45	100%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 48 SAN PABLO	12	0	0	0	0	0	0	0	100%	12	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 49	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 50 PUERTA DE	1	0	0	0	0	0	0	0	100%	1	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DIA	11	0	0	0	0	0	0	0	100%	11	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	10	0	0	1	0	0	1	0	100%	9	100%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM SALITRE	4	1	0	0	0	0	0	0	100%	4	
CENTRO MEDICO FONTIBON EPS SANITAS	89	7	3	0	0	0	1	0	100%	88	100%
DIRECCION MEDICINA AEROESPACIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
CATAM - COMANDO AEREO DE TRANSPORTE	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
UYE SUR OCCIDENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
ROHI IPS SAS	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	

Fuente: Bases Sivigila SE 17 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 17% (n=5) UPGDs realizaron oportunamente el ajuste de casos

DESARROLLO

Tabla 12 Cumplimiento Y Calidad En El Ingreso De Laboratorios De Los Eventos Confirmados Por Laboratorio Sem 17_ 2023 Fontibón

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO Y CALIDAD EN EL INGRESO DE LABORATORIOS DE LOS EVENTOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO		
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO (INGRESO Y AJUSTE)	NUMERO CASOS CON REPORTE POSITIVO, REACTIVO O COMPATIBLE INGRESADO EN EL MODULO LABORATORIO DEL SISTEMA	% CUMPLIMIENTO
CENTRO MEDICO COLMEDICA SEDE SALITRE	70	70	100,0%
GUILLERMO DIAZ GUEVARA	0	0	
ROSARIO YEPEZ RAMOS	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS FONTIBON COMPENSAR	26	26	100,0%
CENTRO ASISTENCIAL MADRE BERNARDA	2	2	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FONTIBON	8	8	100,0%
EUSALUD FONTIBON	2	2	100,0%
CENTRO MEDICO COLSANITAS EL DORADO	0	0	
VIRREY SOLIS IPS SA FONTIBON	3	2	66,7%
ASISTIR SALUD SAS FONTIBON	3	3	100,0%
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS	0	0	
IPS ESPECIALIZADA SA	69	68	98,6%
HACES INVERSIONES Y SERVICIOS SAS	0	0	
BIENESTAR IPS FONTIBON	6	6	100,0%
CLINICA MEDICAL SAS	2	2	100,0%
DR HELP SALUD INTEGRAL A SU HOGAR SAS SIGLA	0	0	
HEALTH LIFE IPS SAS SEDE MONTEVIDEO	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON	33	33	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 48 SAN PABLO	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 49	1	1	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 50 PUERTA DE	0	0	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DIA	2	2	100,0%
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	8	8	100,0%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM SALITRE	18	18	100,0%
CENTRO MEDICO FONTIBON EPS SANITAS	21	21	100,0%
DIRECCION MEDICINA AEROESPACIAL	0	0	
CATAM - COMANDO AEREO DE TRANSPORTE	7	7	100,0%
UYE SUR OCCIDENTE	3	3	100,0%
ROHI IPS SAS	0	0	

Fuente: Bases Sivigila SE 17 Subred Suroccidente

Mide el % acumulado del ingreso de laboratorios positivos, reactivos o compatibles de eventos notificados y ajustados como confirmados por laboratorio. El 55% (n=16) de las UPGDs cumplieron con el ingreso de laboratorios confirmados por laboratorios

DESARROLLO

NOTIFICACION SIVIGILA 4.0 Y ESCRITORIO

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

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

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

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

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

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

Semana epidemiológica

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

b. Si tienen consultas los días sábados se debe notificar hasta terminarlas, en los casos que atienden urgencias solo se podrá notificar hasta el domingo o lunes antes de mediodía. Recuerden por favor que ahora se está validando fecha y hora de carga al SIVIGILA 4.0 y del envío del correo de la localidad, por parte de la secretaria de salud e INS.

Actualizador Sivigila

El 11-01-2024 el INS desplegó el actualizador Sivigila escritorio:
ActualizacionSivigila_2018_Revisión 7.0.0 Act.KB00090

Relación de errores de carga semanal - semana 14 Localidad Fontibón

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110010135301	ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	LUZ STELLA CARMONA	08/04/2024 11:38.29	PLANOS_SEMANA_14_2024-04-08T11_18_10.zip	08/04/2024 11:38.57	14	Por favor verificar que el nombre del archivo contenga la estructura correcta
110011292801	WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	DIANA SALCEDO	08/04/2024 12:45.36	110011292801_14.zip	08/04/2024 12:51.52	14	ya fue cargado anteriormente
110011292801	WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	DIANA SALCEDO	08/04/2024 12:51.52	110011292801_14.zip	08/04/2024 12:51.52	14	ya fue cargado anteriormente
110013629101	MARIA DEL PILAR ROCHA BORDA	MARIA DEL PILAR ROCHA BORDA	06/04/2024 10:08.25	110013629101_12.zip	06/04/2024 10:09.21	12	ya fue cargado anteriormente / otras semanas

Fuente: Base Sivigila SE 17, Subred suroccidente 2024

DESARROLLO

Relación de tardíos semana 14

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110013029627	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 49 INTERNACIONAL	LUZ MARINA MELO	08/04/2024 16:30.18	110013029627_14.zip	08/04/2024 16:30.18	14	Tardío
110012875701	DR HELP SALUD INTEGRAL A SU HOGAR SAS SIGLA DR	JENNIFFER ALEJANDRA BONILLA DIAZ	08/04/2024 12:13.58	110012875701_14.zip	08/04/2024 12:13.58	14	Tardío
110019660003	ENTORNOS VIDA SALUDABLE SUR OCCIDENTE	JEISON CURREA		110019660003_14.zip		14	Tardío

Fuente: Base Sivigila SE 14, Subred suroccidente 2024

Tardíos semana 11 Localidad Fontibón

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110013029625	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON	LIGIA ESPERANZA ARIZA CALDERON	18/03/2024 14:41.08	110013029625_11.zip	18/03/2024 14:41.08	11	Tardío
110013029628	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 50 PUERTA DE TEJA	Maria Andrea Diaz Giraldo	18/03/2024 13:25.26	110013029628_11.zip	18/03/2024 13:25.26	11	Tardío
110013029627	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 49 INTERNACIONAL	LUZ MARINA MELO 8000	18/03/2024 12:15.05	110013029627_11.zip	18/03/2024 12:15.05	11	Tardío
110019660003	ENTORNOS VIDA SALUDABLE SUR OCCIDENTE	JEISSON CURREA JIMENEZ	18/03/2024 12:13.56	110019660003_11.zip	18/03/2024 12:13.56	11	Tardío

Fuente: Base Sivigila SE 11, Subred suroccidente 2024

Relación de errores de carga semanal – Semana 15

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA INICIAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110012183203	SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD SAS	KAREN KATHERINE NUÑEZ QUINTERO	15/04/2024 11:33.26	110012183203_15.zip	15/04/2024 11:33.26	15	El archivo cargado se encuentra vacío
110012183203	SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD SAS	KAREN KATHERINE NUÑEZ QUINTERO	15/04/2024 11:30.05	110012183203_15.zip	15/04/2024 11:30.05	15	El archivo cargado se encuentra vacío
110012183203	SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD SAS	KAREN KATHERINE NUÑEZ QUINTERO	15/04/2024 11:23.48	110012183203_15.zip	15/04/2024 11:23.48	15	El archivo cargado se encuentra vacío
110012183203	SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD SAS	KAREN KATHERINE NUÑEZ QUINTERO	15/04/2024 11:22.44	110012183203_15.zip	15/04/2024 11:22.44	15	El archivo cargado se encuentra vacío
110012183203	SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD SAS	KAREN KATHERINE NUÑEZ QUINTERO	15/04/2024 11:22.26	110012183203_15.zip	15/04/2024 11:22.26	15	El archivo cargado se encuentra vacío
110012183204	LABORATORIO CLINICO SIES SALUD	SERGIO ARIEL ARCHILA CELY	15/04/2024 12:14.53	110012183204_15.zip	15/04/2024 12:14.53	15	ya fue cargado anteriormente

Fuente: Base Sivigila SE 15, Subred suroccidente 2024

DESARROLLO

Relación de tardíos – Semana 15

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO		SEM_CARGA	ERROR
110012183204	LABORATORIO CLINICO SIES SALUD	SERGIO ARIEL ARCHILA CELY	15/04/2024 12:05.13	110012183204_15.ZIP	15/04/2024 12:05.13	15	TARDIO
110012183204	LABORATORIO CLINICO SIES SALUD	SERGIO ARIEL ARCHILA CELY	15/04/2024 12:14.53	110012183204_15.ZIP	15/04/2024 12:14.53	15	TARDIO

Fuente: Base Sivigila SE 15, Subred suroccidente 2024

Relación errores de carga semanal – Semana 16

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA INICIAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110012378101	PROYECTAR SALUD SAS	JUAN CARLOS MEDINA	22/04/2024 07:53.41	PLANOS_SEMANA_16_2024-04-22T07_50_38.zip	22/04/2024 07:53.41		el nombre del archivo no contiene la estructura correcta
110013629401	SANDRA LILIANA PABÓN RIVERA	SANDRA LILIANA PABÓN RIVERA	20/04/2024 08:55.39	110013629401_15.zip	20/04/2024 08:55.39	15	Otras semanas
110012121701	UNIDAD DE DIAGNOSTICO ECOGRAFICO FONTIBON IPS	JALILE GARCÌA CORREA	22/04/2024 11:00.17	110012121707_16.zip	22/04/2024 11:00.17		Codigo mal

Fuente: Base Sivigila SE 16, Subred suroccidente 2024

Relación de tardíos – Semana 16

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO		SEM_CARGA	ERROR
110012075301	HACES INVERSIONES Y SERVICIOS SAS	CAROLINA GUTIERREZ	22/04/2024 15:23.59	110012075301_16.zip	22/04/2024 15:23.59	16	Tardio
110010235301	GERMAN GUSTAVO GARZON FRANCO	GERMAN GUSTAVO GARZON FRANCO CT20231229	22/04/2024 15:10.11	110010235301_16.zip	22/04/2024 15:10.11	16	Tardio
110012121701	UNIDAD DE DIAGNOSTICO ECOGRAFICO FONTIBON IPS	JALILE GARCÌA CORREA	22/04/2024 14:28.13	110012121701_16.zip	22/04/2024 14:28.13	16	Tardio

Fuente: Base Sivigila SE 16, Subred suroccidente 2024

Relación de errores de carga semanal – Semana 17

CÓDIGO UPGD	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO	FECHA FINAL CARGA	SEM_CARGA	ERROR
110013073902	ATENCION PREHOSPITALARIA Y SEGURIDAD INDUSTRIAL AP	VALENTINA OBANDO GONZALEZ	26/04/2024 12:26.28	110013073901_17.zip	26/04/2024 12:26.28	17	codigo mal

Fuente: Base Sivigila SE 17, Subred suroccidente 2024

DESARROLLO

Relación de tardíos – Semana 17

CODIGO	ENTIDAD	USUARIO	FECHA INICIAL CARGA	ARCHIVO CARGADO		SEM_CARGA	ERROR
110013694401	JUAN MANUEL CORREA GOMEZ	JUAN MANUEL CORREA GÓMEZ	29/04/2024 14:44.11	110013694401_17.zip	29/04/2024 14:44.11	17	Tardio

Fuente: Base Sivigila SE 17, 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.

EVENTOS AUTORIZADOS - CAPTURA EN LÍNEA

DESARROLLO

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

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

- **DISPONIBILIDAD DE LOS EVENTOS SIVIGILA 4.0**

DESARROLLO

- ❖ Leptospirosis (Cod.455)
- ❖ Enfermedades trasmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)

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

DESARROLLO

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

LOCALIDAD	TECNICO	CELULAR	CORREO ELECTRONICO
FONTIBON	HENRY ROJAS	3214642175	Tecnicosivigila9@subredsuroccidente.gov.co

6. INDICADORES TRANSMISIBLES

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

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

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

DESARROLLO

de control de indicadores y retroalimentación a las UPGD de los casos ingresados al sistema, con el histórico que garantice calidad. Para el producto, la subred realiza monitoreo de la información garantizando seguimiento de las unidades de servicio de salud de manera nominal (gestión de la información) verificando el cumplimiento del proceso de vigilancia en salud pública acorde con la normatividad nacional y distrital vigente, a través del seguimiento de indicadores de gestión mensual.

Para la vigilancia salud publica la Subred Sur Occidente continua con los lineamientos establecidos por la SDS para la implementación de las estrategias información, educación y comunicación, IEC. Se fortalecen las temáticas en las cuales se evidencien debilidades técnicas y operativas del talento humano de la UPGD visibilizadas en las visitas de asistencia técnica y en el comportamiento histórico de esta y del monitoreo nominal por UPGD en el seguimiento por gestión de la información. Se socializaron los hallazgos y generaron acciones que contribuyan a mejora diagnóstico, análisis, comprensión y generación de conocimiento en la VSP, se incluyen los hallazgos relevantes identificados en el monitoreo de los eventos realizado a través de gestión de la información.

En La Subred Sur Occidente se realiza la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles como: Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Tosferina, Difteria, Meningitis bacteriana y enfermedad Meningocócica, Poliomielitis, Tétanos, Varicela, Hepatitis B. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. Los niños necesitan vacunas para protegerse de enfermedades peligrosas debido a que estas pueden presentar complicaciones graves e incluso provocar la muerte. Las vacunas son seguras; son muy seguras; se deben tener precauciones, que son indicadas en el momento de la vacunación. Los riesgos de contraer una enfermedad grave por la no administración de una vacuna, son mucho mayores que el riesgo de la vacuna produzca una reacción peligrosa. Es así como para este mes por solicitud epidemióloga del SIVIGILA responsable del COVE hace propuesta para capacitación sobre Infección respiratoria Aguda y cierre de casos IRAG

1. **CANAL ENDEMICO PARA INFECCION RESPIRATORIA Y ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN POBLACION MENOR DE 5 AÑOS DE LA SUBRED SUROCCIDENTE 2024**

Para la elaboración del canal endémico para la IRA y EDA, en menores de 5 años en la Subred Suroccidente para el 2024, se contó con el número de consultas de menores de 5 años atendidos por IRA (Neumonía, Bronquiolitis, Croup, Rinofaringitis y Síndrome sibilante recurrente) y EDA en los servicios de consulta externa, urgencias, y hospitalización de se realizó un estudio descriptivo con enfoque en vigilancia en salud pública. Donde se propone apoyo al cuarto objetivo ODM es reducir en dos terceras partes, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años; para poder reducirla se necesita fortalecer la vigilancia en salud pública sobre los eventos que afectan a la población infantil. Se llevaron los datos recolectados a un registro mensual en una plantilla de cálculo en Excel, organizando los casos por meses y semanas para así poder totalizar los casos atendidos y posteriormente realizar la estimación del promedio de los casos esperados por año. La notificación colectiva IRA COD 595: se realiza semanalmente, de todos los casos hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y mortalidad por IRA según códigos CIE.10 de J00 a J22.

2.CIRCULAR 014 DE 11 DE ABRIL 2024

DESARROLLO

El señor Alcalde hace un llamado para la implementación de las Medidas de **ahorro de agua y energía eléctrica** para superar la crisis y Declara la alerta verde en los hospitales, Mantenimiento preventivo de las líneas vitales hospitalarias, Intensificar las medidas de bioseguridad, Reprogramar consultas externa y cirugías programadas ambulatorias, Actualizar, implementar y socializar el plan de gestión del riesgo de desastres en el contexto hospitalario, Considerar la implementación de trabajo en casa para los colabores que no requieren labores presenciales o asistenciales, garantizar la comunicación con el CRUE, Reportar a la SDS la necesidad de agua a: salacrisissegred@saludcapital.gov.co y CRUE, CEL 3004667343 a través línea 123, Realizar inventario de insumos y capacidades operativas

3.CIRCULAR 008 DEL 20 DE FEBRERO 2024

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)
Establece unas acciones por actores.

De las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Responsables de los Reg Especiales y de Excepción: deben Implementación y cumplimiento del Plan de Acción de Infección Resp Aguda (IRA) , Realizar seguimiento estricto a las cohortes de los siguientes grupos de riesgo, Hacer seguim garantizar la suficiencia de servicios de pediatría, camas de hospitalización general y de cuidados inte estrategia salas ERA y recurso humano en salud, Garantizar las coberturas de vacunación en población men años, gestantes y adulto mayor (esquema regular, influenza y COVID-19), Seguimiento frente a la Búsqueda institucional (BAI) para el evento 800 (Tos Ferina), Seguimiento a las coberturas de valoración integral del de en población de primera infancia, Garantizar la atención efectiva de la población de cohortes de riesgo canaliz través de las intervenciones colectivas mediante el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SIRC), Aten recomendaciones emitidas por el INS y el MSPS relacionadas con la prevención, manejo y control de relacionadas con EPP y medidas de bioseguridad, Garantizar la oportunidad en el suministro de oxígeno dom Asegurar los procesos de referencia al nivel de atención requerido, acorde con los criterios de oport accesibilidad y pertinencia clínica, Fortalecer el manejo terapéutico, criterios y dosis de administrac medicamentos para profilaxis a los contactos estrechos de casos confirmados para tos ferina, Promover con 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 ca muertes súbitas en población joven o adulta, sin comorbilidades de base, relacionadas con estos a (virus de la Influenza A H3N2 Y H1N1)** como parte de la gestión del riesgo en salud pública, Hacer seguim las IPS en el cumplimiento del protocolo del INS de IRA, **con énfasis en la notificación inmediata de los ca IRAG Inusitado y garantizar la autopsia clínica de los casos.**

Acciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Intensificar el reporte y la vigila evento Infección Respiratoria Grave – IRAG - inusitado, la Vigilancia Centinela, morbilidad por IRA, mortalid IRA, EDA y desnutrición, Covid-19, y tos ferina, Garantizar el cumplimiento del protocolo del INS de IRA, con en la notificación inmediata de los casos de IRAG Inusitado y garantizar la autopsia clínica de los casos, Forta atención integral de niños y niñas menores de 5 años con IRA, y la valoración integral inmersa en la ruta inte atención para la promoción y mantenimiento de la salud, Activar y garantizar el funcionamiento adecuado de la

DESARROLLO

ERA, con el reconocimiento de la estrategia y los insumos requeridos para la atención del paciente, Inte acciones de educación y comunicación para la salud dirigidas a padres, madres y cuidadores en medi prevención para la IRA/EDA/desnutrición, Fortalecer los procesos de capacitación en guías y algoritmos de para el reconocimiento de gravedad, Asegurar la clasificación y el aislamiento de los pacientes basad sintomatología, diagnóstico y agente etiológico identificado, Asegurar los procesos de referencia al nivel de a requerido, acorde con los criterios de oportunidad, accesibilidad y pertinencia clínica. Enfatizar a los servi urgencia y servicios de atención básica el registro de signos de alarma y, en el momento de dar el alta docume signos de egreso y la importancia de retornar al servicio de urgencias cuando se presenten signos de alarma.

Asegurar el **seguimiento de los pacientes respiratorios al egreso** de urgencias o la atención prioritaria, in través de una llamada telefónica, no solo a los menores de 5 años, Dar cumplimiento al plan de acción de IR marco del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA/EDA, Hacer seguimiento en su po asignada para garantizar las coberturas de valoración integral del desarrollo en la población menor de 5 vacunación en niños y niñas, gestantes y adulto mayor (esquema regular y COVID-19), Garantizar la disponib suministro de insumos como inhalo cámaras, inhaladores y oxígeno a los pacientes que lo requieran, as garantizar la oferta de consulta médica programada y no programada, consulta de pediatría y la oferta insti para atención en servicios de urgencias, Asegurar la consulta de recién nacido con base en lo establecido en integral de atención materno perinatal, haciendo énfasis en la educación para la prevención de la IRA, desnutrición, Dar cumplimiento a las intervenciones de intensificación o contingencia para picos inver situaciones específicas.

4. **INFECCION RESPIRATORIA AGUDA IRA**

La IRA constituye un grupo de enfermedades que afectan el aparato respiratorio alto y bajo; pueden ser causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias entre otros, con evolución menor a 15 días; puede causar desde un resfriado común hasta complicaciones más severas como neumonía e incluso puede ocasionar la muerte. **Agente etiológico**: Los principales agentes causales de infección respiratoria aguda son: influenza virus tipos A, B y C, para influenza tipos 1, 2, 3 y 4, virus sincitial respiratorio, coronavirus, adenovirus, rhinovirus, metapneumovirus, boca virus, *Strep- tococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae .* **Modo de transmisión**: El principal mecanismo de transmisión de todos los agentes etiológicos de infección respiratoria es por vía aérea mediante gotas o aerosoles y por contacto con superficies contaminadas. **Periodo de incubación**: Influenza: usualmente de 2 días, pero puede variar de 1 a 5 días aproximadamente. Parainfluenza: de 2 a 6 días. Virus sincitial respiratorio: de 3 a 6 días, pero puede variar en 2 u 8 días. Coronavirus: de 2 a 14 días.
Adenovirus: de 2 a 14 días. Rhinovirus: de 1 a 4 días. Metapneumovirus: de 4 a 6 días. Bocavirus: de 5 a 14 días. Streptococcus pneumoniae: de 1 a 3 días. *Haemophilus influenzae*: de 2 a 4 días

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

DESARROLLO

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.

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

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

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

1. **Caso sospechoso de ESI** Persona que presenta infección respiratoria aguda, con fiebre ≥ 38˚C y tos de no más de siete días de evolución, que requiera manejo ambulatorio.
2. **CASO SOSPECHOSO DE IRAG**: Persona con infección respiratoria aguda con antecedentes de fiebre y tos no mayor a 10 días de evolución, que requiera manejo intrahospitalario.
3. **CASO ESI –IRAG CONFIRMADO POR LABORATORIO:** Persona que cumple la definición de caso y al cual se le confirma agente etiológico mediante alguna de las siguientes pruebas**: Inmunofluorescencia indirecta, RT-PCR en tiempo real, PCR múltiplex o detección de antígenos (solamente para casos de COVID-19), confirma el caso como positivo por laboratorio. De igual manera un aislamiento bacteriano (Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae u otra bacteria).**
4. **Caso probable de IRAG inusitado**: Paciente con de fiebre y tos **no más de 7 días de evolución entre fecha de inicio de síntomas y fecha de consulta y requiera manejo hospitalario** y que **cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:**

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

DESARROLLO

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 acumulado en abril COVID_19 se notifican 52.915 casos positivos, 273 caso muertos con una letalidad de 0,51% , 7 casos actualmente se encuentran infectados , 630 muertos por otra causa, 52005 casos recuperados . Por localidad de Bosa se tienen 2 casos positivos con una tasa activos 1,8 * 100.000 habitantes , recuperados 89.042, muertos por Covid_19 50 caso con una letalidad de 0,6%; Kennedy 4 casos positivos con una tasa activos 8,7 * 100.000 habitantes , recuperados 21669, muertos por Covid_19 caso 121 con una letalidad de 0,6%; Fontibón 1 casos positivos con una tasa activos 01,4* 100.000 habitantes , recuperados 13688 muertos 48 por Covid_19 ; Puente Aranda no hay casos positivos con una tasa activos 0,0 * 100.000 habitantes , recuperados 7606,% de recuperados14,4% , muertos 54 por Covid_19 letalidad 0,7%

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.

5.Indicadores de la vigilancia de tosferina

La tosferina es una enfermedad infectocontagiosa causada por la bacteria Bordetella Pertussis **.agente etiológico** 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. **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. La enfermedad es altamente contagiosa, se estima que la tasa de ataque de susceptibles expuestos alcanza entre el 80 % y el 100 %. La infección es especialmente trasmisible en su fase inicial catarral y llega a sus niveles más bajos de infectividad alrededor de la tercera semana en quienes no han recibido tratamiento antibiótico; una vez iniciado el tratamiento, el periodo de infección es alrededor de cinco días.
El periodo de incubación es de 6 a 10 días, con un rango de 4 a 21 días, la infección induce a una inmunidad humoral que solo protege de forma transitoria entre 8 y 12 años. La clínica de la tosferina tiene tres fases, la primera fase o catarral puede durar de 1 a 2 semanas, es la más contagiosa, la segunda fase o paroxística, dura de 1 a 6 semanas y puede extenderse hasta 10 semanas, la tercera fase o de convalecencia dura de 2 a 3 semanas, momento en el cual el paciente entra en fase de recuperación gradual con disminución de la tos. En recién nacidos y lactantes, la clínica puede caracterizarse por episodios de apnea y

DESARROLLO

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. **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.

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

MEDIDAS DE PREVENCION : QUIMIOPROFILAXIS

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

Para el mes de abril de 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 34 casos sospechosos, por localidad se tienen para Kennedy 16 casos, descartado (12), positivos (0), pendientes (4); Fontibón con 3 casos, según clasificación final descartado (3), positivo (0) pendientes (0); Bosa con 11 casos según clasificación descartado (7), positivo (0) pendientes (4); Puente Aranda con un acumulado (4) y clasificación final descartado (3), positivo (0) pendientes (1). (Fuente: SIVIGILA PE IV 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y entrega quimioprofilaxis, no se realizan unidad de análisis para las UPGDs críticas por falta de muestra

DESARROLLO

6.Indicadores de la vigilancia de 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 IV periodo epidemiológico 2024 la Subred Sur Occidente la Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión notificados al Sivigila es de 0,4 por 100.000 habitantes. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 46 casos, por localidad se tienen para Kennedy 20 casos, descartado (7), positivos (0), pendientes (13); Fontibón con 7 casos, según clasificación final descartado (5), positivo (0) pendientes (2); Bosa con 17 casos según clasificación descartado (9), positivo (0) pendientes (8); Puente Aranda con 2 acumulado y clasificación final descartado (1), positivo (0) pendientes (1). (Fuente: SIVIGILA PE IV 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

DESARROLLO

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

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

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

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

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

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

DESARROLLO

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 PE IV de 2024 en la Subred Sur Occidente la Tasa acumulada de notificación de casos sospechosos de rubeola notificados al Sivigila es de 0,33 por 100.000 habitantes para el mes es de 0,00 x 100.000 habitantes. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 8 casos, por localidad se tienen para Kennedy 2 casos, descartado (1), positivos (0), pendientes (1); Fontibón con 2 casos, según clasificación final descartado (0), positivo (0) pendientes (2); Bosa con 3 caso según clasificación descartado (1), positivo (0) pendientes (2); Puente Aranda con un caso y clasificación final descartado (0), positivo (0) pendientes (1). (Fuente: SIVIGILA PE IV 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**.**

8.**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

DESARROLLO

rubéola congénita puede afectar casi todo en el cuerpo del bebé en gestación. Dentro los estudios realizados se ha establecido las semana de riesgo en la gestación de riesgo de SRC: Antes de la semana 11 se tiene un 90% ,entre las semanas 11 – 12 está el 33%, entre las semanas 13 – 14 con un 11% y entre las semanas 15 – 16 es de 24% y después de la semana 16 es de 0%. El riesgo absoluto de SRC en los niños nacidos de madres infectadas durante el embarazo varía ampliamente entre los diversos estudios: en parte, refleja la edad de los niños en el momento de la revisión, ya que la sordera se detecta con mayor facilidad luego de los dos años de vida (17). En la tabla 2 se presentan las características del virus de la rubéola y la enfermedad.

Los Los defectos de nacimiento más comunes de este síndrome incluyen: Sordera, Cataratas, Defectos cardiacos, Discapacidades intelectuales, Daño en el hígado o el bazo, Bajo peso al nacer, Sarpullido en la piel al nacer. **Las complicaciones menos comunes** pueden incluir: Glaucoma, Daño cerebral, Problemas de tiroides y otros problemas hormonales, Inflamación de los pulmones. **Agente etiológico :** es un virus RNA que pertenece a la familia Togavirus (*Togaviridae*) y al género *Rubivirus* y no tiene reacción cruzada con otros miembros de la familia.

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

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

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

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

DESARROLLO

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

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

Para el PE IV de 2024 en la Subred Sur Occidente la Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome rubeola congénita notificados al Sivigila es de 15,2 por 1000 nacidos vivos acumulada y para el mes (tasa 19,4 x 1000 NV con 29 caso para el mes). Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 76, por localidad se tienen para Kennedy 48 casos, descartado (27), positivos (0), pendientes (21); Fontibón con 8 casos, según clasificación final descartado (5), positivo (0) pendientes (3); Bosa con16 casos según clasificación descartado (6), positivo (0) pendientes (10);Puente Aranda con un acumulado 4 y clasificación final descartado (2), positivo (0) pendientes (2).(Fuente: SIVIGILA PE IV 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas para la clasificación correcto del evento y unidad de análisis para las UPGDs críticas.

9. 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

DESARROLLO

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, 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 :

DESARROLLO

- **QUIMIOPROFILAXIS.** se tiene encuenta la definición de contacto estrecho a los cuales se les formula y entrega con Azitromicina según protocolo INS para cortar cadena de trasmisión, se realiza seguimiento para la verificación del cumplimento e identificación de efecto adverso al medicamento.

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

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

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

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

Para el PE IV de 2024 en la Subred Sur Occidente la incidencia de casos probable de meningitis bacteriana notificados al Sivigila como meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), Streptococcus pneumoniae (Spn) y enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años. es de Incidencia 2,1 por 100.000 menores de 5 años. Dentro del acumulado para la Subred Sur Occidente se notificaron 25 casos, por localidad se tienen para Kennedy 13 casos, descartado (4), positivos (8), pendientes (1); Fontibón con 3 casos, según clasificación final descartado (2), positivo (1) pendientes (0); Bosa con 4 casos según clasificación descartado (2), positivo (2) pendientes (0);Puente Aranda con un acumulado 5 y clasificación final descartado (2), positivo (3) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE IV de 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

10.Indicadores de vigilancia salud pública 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

DESARROLLO

subaracnoideo. Esto se conoce como una complicación de la tuberculosis primaria y puede ocurrir años después como una reactivación endógena de una tuberculosis latente o como consecuencia de una reinfección exógena (4). Ver tabla 1. Las definiciones de sintomático respiratorio son las incluidas en la Resolución 227 de 2020. En población general, se considerará sintomático respiratorio a toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días (5). Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis pueden variar según la edad, el estado inmunológico, la presencia de comorbilidades y el órgano afectado, por lo cual, el profesional de medicina podrá definir la presunción de la enfermedad frente a una tos persistente sin expectoración. En personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o que presenten patologías o tratamientos inmunosupresores, se considerará sintomático respiratorio a quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración.

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

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

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

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

DESARROLLO

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 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

DESARROLLO

hayan sido descartados; así mismo, se deberán ajustar por descarte en el SIVIGILA.

CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO: Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado: es aquel caso que se configura por el resultado positivo para alguna de las pruebas de laboratorio como baciloscopia (coloración directa de la muestra), cultivo en medio líquido o prueba molecular.

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

CASO PREVIAMENTE TRATADO: Persona que ha recibido un mes o más de tratamiento con medicamentos antituberculosos en el pasado. Se clasifica además por el resultado de su más reciente ciclo de tratamiento, de la siguiente manera: Reingreso tras recaída: persona que ha sido previamente tratada por tuberculosis, fue declarada como curada o con tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento y ahora se le diagnostica con un episodio recurrente de tuberculosis (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de tuberculosis causado por reinfección). Reingreso tras fracaso: persona previamente tratada por tuberculosis, cuyo tratamiento fracasó, evidenciado mediante un resultado de baciloscopia o cultivo de esputo positivo en el cuarto mes, o posterior, durante el tratamiento. Recuperado tras pérdida de seguimiento: persona que había sido tratada previamente por tuberculosis y fue declarada pérdida en el seguimiento realizado al final de su tratamiento más reciente y reingresa nuevamente al Programa. Otros casos previamente tratados: son aquellos que han sido previamente tratados por tuberculosis, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o no se ha documentado

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

PERSONA CON TUBERCULOSIS Y VIH: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis y que tiene un resultado positivo de la prueba del VIH realizado al momento del diagnóstico de tuberculosis, o que reporta evidencia documentada de atención en un programa de VIH o de tener confirmado el diagnóstico de VIH (por ejemplo, estar reportado en la base histórica de VIH del Sivigila o como persona que vive con VIH en la Cuenta de Alto Costo - VIH). **PERSONA CON TUBERCULOSIS SIN VIH**: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis y que tiene un resultado negativo de la prueba de VIH realizada al momento del diagnóstico de la tuberculosis. Cualquier persona con tuberculosis y sin VIH que posteriormente se encuentra que tiene VIH, debe ser reclasificada en el Programa y debe actualizarse su condición en el Sivigila

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

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

DESARROLLO

molecular (Se deberán utilizar las pruebas de biología molecular controladas por el INS y avalada por la Organización Mundial de la Salud).

Para el PE IV de 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 166 casos, por localidad se tienen para Kennedy 79 casos, descartado (0), positivos (79), pendientes (0); Fontibón con 21casos, según clasificación final descartado (0), positivo (21) pendientes (0); Bosa con 45 casos según clasificación descartado (0), positivo (45) pendientes (0); Puente Aranda con un acumulado 21 y clasificación final descartado (0), positivo (21) pendientes (0). (Fuente: SIVIGILA PE IV de 2024, RUAF, base de IEC laboratorios de la Subred Sur Occidente 2024). Dentro del seguimiento de las intervenciones de VSP por parte de epidemióloga de caso sin muestra semanalmente se hace énfasis en la necesidad de tomar muestras oportunas y entrega tratamiento, visita articulada con la enfermera del programa a los casos de menores, tuberculosis fármaco resistente, casos de persona en cárceles. El Porcentaje de casos de confección tuberculosis /VIH SIDA es del 8,4 % de los casos de tuberculosis todas las formas confirmadas corresponden a coinfección tuberculosis / VIH en 2024 (14/167*100).

11. Indicadores de vigilancia salud publica parálisis flácida aguda PFA

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 polio virus, 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

Poliomielitis por Polio virus: 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 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

DESARROLLO

conserva y las parecías 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 y deben ser utilizadas cuando se refiere a los poliovirus derivados de la vacuna:
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 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.

DESARROLLO

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 días de iniciado las síntomas para parálisis flácida aguda y la otra estudio de Campylobacter en Guillaim Barre, con envio al LSP mas ficha de notificación del caso . Para el PE IV de 2024 el Acumulado : 4 KENNEDY (3) BOSA (1) FONTIBON (0) PUENTE ARANDA (0) Caso notificado: 0 Acumulado IEC :efectivo 3 fallida 1, bloqueo 3 efectivo fallida 1

12. FICHA TECNICA EVENTO ADVERSO ASOCIADO A VACUNACION:

Se continua de lineamiento general del INVIMA para la gestión del evento adverso posterior a la Vacunacion, por parte del grupo de Fármacovigilancia y la dirección de medicamentos y productos biológicos, describe la ruta, el objetivo y el canse de los 10 subprocesos. *La finalidad de la vigilancia es contribuir a la detección temprana y la clasificación de los EAPV e identificar los casos graves y las señales de riesgo a fin de generar una respuesta rápida y apropiada. Ya que los objetivos específicos del sistema de vigilancia son: Obtener y analizar información en tiempo real para la toma de decisiones; determinar distintos tipos de EAPV en relación a: reacción relacionada con la vacuna, reacción a un defecto de calidad de la vacuna, reacción relacionada con un error en la inmunización, d) reacción relacionada con el nerviosismo ante la vacunación y e) evento coincidente con asociación temporal 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

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

DESARROLLO

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

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.**

En investigación de Evento Posvacunal, se debe preguntar si cumple definición de caso sospechoso o grave?, Reporte en SIVIGILA como evento 298 y Plataforma VigiFlow, Reporte desde VSP, IPS a VSP local y químico farmacêutica. Reporte inmediato Envío HC, Ficha de Notificación, realice Acciones individuales, colectivas; Cierre y clasificación del caso de acuerdo con el lineamiento. Por consiguiente Si es un evento No Grave o Error Programático, y corresponde a la aplicación para todos los biológicos y Covid-19, Esquema Permanente; entonces Reporte a VigiFlow https://farmacoweb.invima.gov.co/reportesfv/login/loginUsuario.jsp.

Intervenciones en el Periodo de transición, Instituto Nacional de Salud –INVIMA : Acompañamiento Comités Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en : 1. Cove Locales, 2. Asistencias técnicas Instituciones Públicas y Privadas., Articulación con los Subsistemas: 1.Programa Ampliado de Inmunización (PAI) , 2.Farmacovigilancia , 3.Tecnovigilancia.4. Seguridad al Paciente. 5. Epidemiologia. Con Lineamiento para el manejo de Errores Programáticos: PAI en Subredes e Instituciones Públicas y Privadas, Epidemiologia, Infectologia, Pediatría, Seguridad al paciente, Químico Farmacéutico, Tecnovigilancia. EL **Fortalecimiento en manual administrativo** PAI para la adherencia en los inmunobiológicos y procesos de vacunación segura a las UPGD: Cadena frío, Almacenamiento adecuado de dispositivos médicos y técnica para disminuir el error programático, Evitar la pérdida real o potencial de la confianza en la vacunación, Continuar con el fortalecimiento de la farmacovigilancia de vacunas en las UPGD y notificación para el Evento Adverso Posterior a la Vacunación.

Para la Subred Suroccidente PE IV de 2024 se tiene un acumulado de 12 eventos graves de EAPV, por localidad Bosa 5, Fontibón 2, Kennedy 5, Puente Aranda no tiene casos. En lo relacionado visita a punto de vacunación se tiene un acumulado de 15 visitas articuladas con enfermera jefe del PAI de la subred Suroccidente.

13. Vigila salud publica viruela símica

La viruela símica es endémica en África Central y Occidental, en las selvas tropicales habitadas por mamíferos portadores. Hay dos cepas genéticamente diferenciadas: el cual presenta mayor morbilidad, mortalidad y tasa de transmisión de persona a persona que la occidental y letalidad de hasta el 10 %, en tanto que la letalidad del 1 % . Los síntomas iniciales, cuadro clínico, se presentan durante dos a cuatro días, con fiebre, fatiga y linfo-adenopatía, cefalea y dolor de espalda. La fiebre se reduce tres días después de la

DESARROLLO

aparición de la erupción que comienza en la cara y se propaga rápidamente por el cuerpo, incluidas las mucosas bucales, los genitales y las palmas de las manos y las plantas de los pies. Las lesiones aparecen simultáneamente y evolucionan a un ritmo similar, con una duración hasta de cuatro semanas, comenzando como máculas que se forman secuencialmente, se transforman en pápulas, vesículas, pústulas y finalmente costras que descaman.

Puede generar complicaciones como infecciones bacterianas secundarias, bronconeumonía, afectación gastrointestinal, sepsis, encefalitis e infección de la córnea con pérdida de visión y deshidratación severa. Las muertes en África Occidental están asociadas con edad temprana o infección por VIH no tratada.
En los casos estudiados durante los brotes de 2022, la presentación clínica ha sido atípica, con pocas lesiones en el área genital, perineal/perianal o peri oral y una erupción asincrónica previa a una fase sintomática (linfo-adenopatía, fiebre, malestar general). Con respecto a la infección durante la gestación y la transmisión materno-perinatal, Se considera a las gestantes como población de alto riesgo, por la posibilidad de complicaciones, tales como: en el primer trimestre, aborto espontáneo; en el segundo trimestre, parto prematuro y en el tercero, muerte fetal intrauterina.

Para el periodo IV se tiene un acumulado de 27 casos , uno confirmado de Bosa, 23 IEC efectivas, 4 fallidas; s sexo 3 son mujeres y 24 hombres , 10 casos cursan con coinfeccion con HIV(+).

14 **Vigila salud publica del dengue**

El dengue es una enfermedad viral aguda, endemo-epidémica, causada por un arbovirus de la familia Flaviviridae y transmitida por la picadura de hembras de mosquitos del género Aedes, principalmente el aegypti. El virus posee cuatro serotipos (DENV1, DENV2, DENV3, DENV4), los cuales están circulando simultáneamente en nuestro país. Los serotipos no desencadenan inmunidad cruzada, lo cual significa que una persona puede infectarse y enfermar hasta cuatro veces.
Características de la infección El período de incubación gira alrededor de los 7 días (rango entre 3 a 14 días). Para transmitir la enfermedad es necesario que el mosquito haya picado a una persona infectada con el virus del dengue durante el período de viremia, que ocurre después de un período de incubación de aproximadamente 7 días. La hembra del mosquito A. aegypti es transmisora después de un período de 7 a 14 días de incubación. El mosquito hembra puede transmitir la enfermedad por el resto de su vida, que en promedio es de 10 días (rango: 1 - 42 días). Para que en un lugar haya transmisión de la enfermedad tienen que estar presentes de forma simultánea: el virus, el vector y el huésped susceptible.
La susceptibilidad es en toda persona que no haya enfermado previamente por el virus y se traslade a áreas endémicas.

Epidemiología: En Colombia el dengue representa un problema prioritario en salud pública debido a: ♦ Intensa transmisión viral con tendencia creciente. ♦ Ciclos epidémicos cada vez más cortos. ♦ Aumento en la frecuencia de brotes de dengue hemorrágico. ♦ Circulación simultánea de los cuatro serotipos. ♦ Infestación por Aedes aegypti de más del 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 m.s.n.m. ♦ Urbanización incontrolada y el aumento de la población con viviendas inadecuadas.
Su comportamiento cíclico se ha caracterizado por picos epidémicos cada tres o cuatro años, relacionados con el reingreso de nuevos serotipos al país.
Mortalidad La mortalidad por dengue es evitable en el 98% de los casos y está estrechamente relacionada calidad en la atención del paciente y la identificación precoz de los casos.

ETAPAS Clínicas de la enfermedad Introducción El virus del dengue se multiplica en los ganglios linfáticos y

DESARROLLO

luego se disemina a otros tejidos y órganos a través del sistema linfático y de la sangre. El período de incubación del dengue, es decir el tiempo entre la picadura y la aparición de los síntomas, oscila entre 3 y 14 días, siendo usualmente de 3 a 7 días. Los primeros síntomas en la forma clásica de dengue son fiebre y cefalea asociado a mialgias, artralgias, astenia y adinamia. Esta etapa es la frecuente en la mayoría de los pacientes aunque algunos continúan hacia una etapa crítica, en la que hay un riesgo alto de muerte si no se trata a tiempo, y otros presentan formas atípicas o graves de dengue dirigidas a la lesión de un órgano específico como encéfalo, miocardio, riñón o hígado. En este módulo revisaremos las etapas del dengue, sus características a nivel clínico y de laboratorio y las formas atípicas o graves de dengue.
Etapas Clínicas de la Enfermedad El dengue tiene diversas formas clínicas desde cuadros indiferenciados asintomáticos, hasta formas graves que llevan a choque y fallas en órganos vitales. Debe ser vista como una sola enfermedad que puede evolucionar de múltiples formas. Es una enfermedad dinámica, a pesar de ser de corta duración (no más de una semana en casi el 90% de los casos). Puede agravarse de manera súbita; por lo cual el enfermo necesita que el médico realice seguimiento diariamente. Entre las formas graves se destaca: ♦ Hepatitis ♦ Insuficiencia hepática ♦ Encefalopatía ♦ Miocarditis ♦ Hemorragias severas ♦ Choque

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.
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 con 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.

Confirmado con nexo epidemiológico: El nexo epidemiológico consiste en confirmar los casos probables

DESARROLLO

de dengue a partir de casos confirmados por laboratorio utilizando la asociación de persona, tiempo y espacio. Se debe verificar que al confirmar los casos probables tengan nexo epidemiológico desde 21 días antes, y 21 días después de la confirmación de un caso por laboratorio en la misma vecindad

Muerte por dengue: Muerte de un caso probable de dengue grave con diagnóstico confirmado a partir del análisis clínico, epidemiológico y por laboratorio (muestra de suero para ELISA IgM, ELISA NS1, aislamiento viral o RT-PCR en suero o tejidos o histopatología compatible). Todo caso probable que fallece con diagnóstico clínico de dengue grave sin muestra adecuada de tejido y de suero para realizar pruebas virológicas, será considerado por el nivel nacional como caso compatible de muerte por dengue y representa una falla del sistema de vigilancia epidemiológica.

Caso descartado : Caso probable de dengue con muestra adecuada de suero y realización de pruebas acordes con los tiempos de evolución de la enfermedad cuyo resultado es negativo. En las muertes probables de muerte por dengue el análisis únicamente del resultado de laboratorio no es concluyente, por lo tanto, si el resultado de laboratorio es negativo es necesario analizar también las variables epidemiológicas y clínicas para determinar la clasificación final del caso.Para la subred Suroccidente se han realizado 7 investigación de casos epidemiológicas , dengue grave 2 y gestante 1

COMPROMISOS

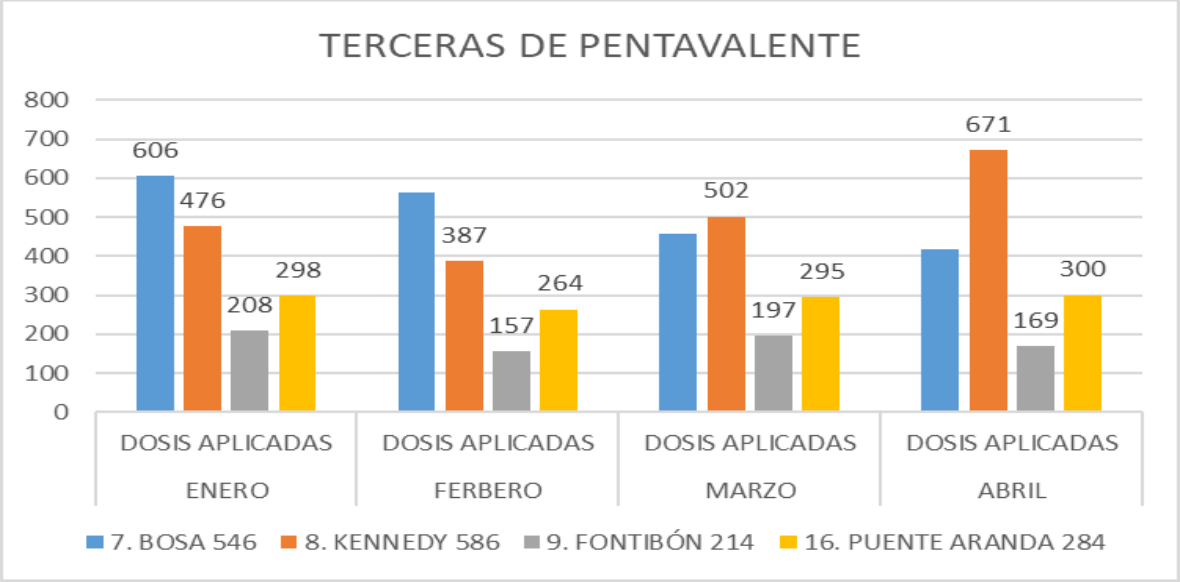
1. Socializar información al talento humano en cada una de las UPGD adscritas a la Subred Suroccidente
2. Bajar nuevas fichas y nuevos protocolos de la página del Instituto Nacional de Salud
3. Realizar notificación inmediata en el SIVIGILA 4.0 de los eventos inmunoprevenible y envio de la ficha de notificación, historia clínica, radicado del laboratorio LSP.
4. Realizar precritica y ajuste de cada uno de los eventos notificados dentro del tiempo establecido
5. Participar en las unidades de análisis programadas en el mes

7. INDICADORES PAI

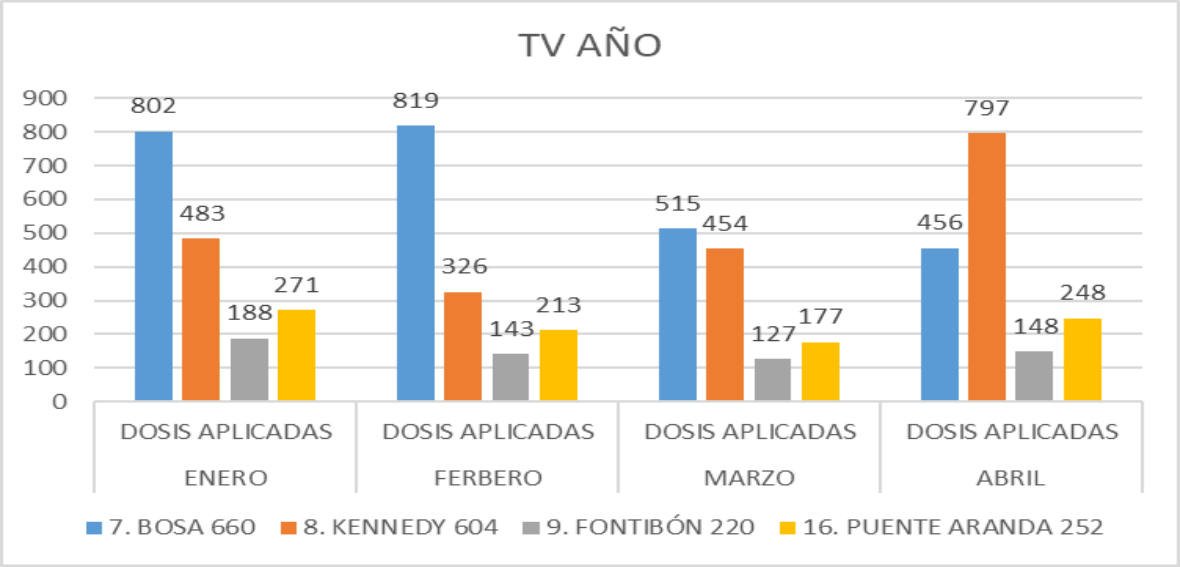
Se realiza presentación por líder de localidad donde realiza socialización de coberturas con cohorte al mes de abril 2024 comenzando por:

Se evidencia para el mes de abril en terceras de pentavalente un aumento en la aplicación de dosis en la localidad de Kennedy con un total de 671 dosis con respecto al mes anterior de 502 dosis, por el contrario de la localidad de bosa que presenta una disminución de 108 dosis. Las localidades de Fontibón y Puente Aranda presentan un comportamiento similar al mes anterior.

DESARROLLO

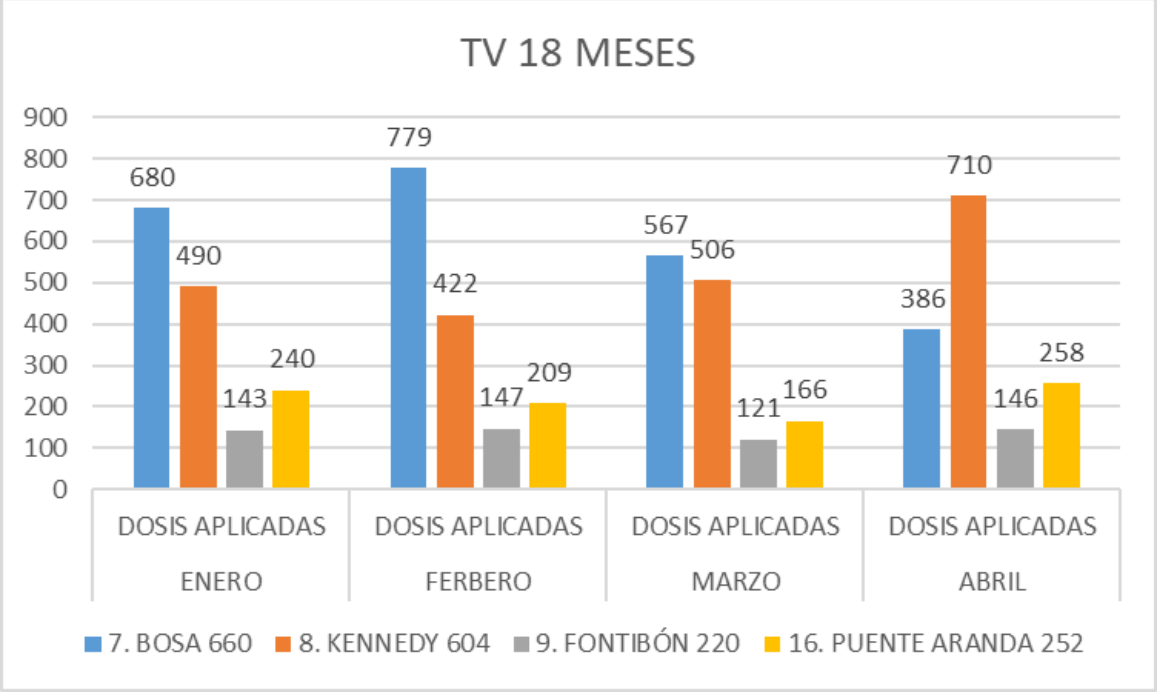


Tv de año tuvo un aumento significativo en Kennedy con 797 dosis aplicadas y Puente Aranda 248 dosis, para la localidad de bosa y Fontibón se deben reforzar los seguimientos tanto extramural como intramuralmente ya que bosa es una localidad con mucha población flotante que no permite un seguimiento estricto.

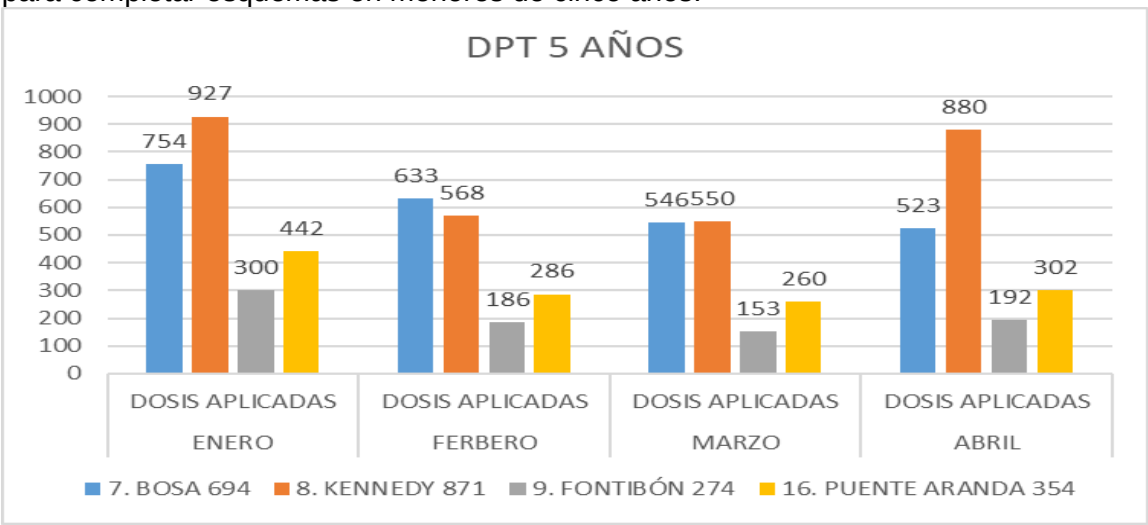


Tv de 18 meses con cumplimiento de la meta mensual para el mes de abril para la localidad de Kennedy con 710 dosis, sin generación de coberturas útiles para Bosa con 386 dosis, Puente Aranda con 146 y Fontibón con 258 dosis, sin embargo reducción significativa con relación a los meses de Enero y Febrero 2024.

DESARROLLO



Dpt de 5 años tiene un aumento en aplicación de dosis de 880 para el mes de abril seguido de bosa con 523 y Fontibón con 302 dosis aplicadas se está participando en jornadas en colegios e instituciones educativas para completar esquemas en menores de cinco años.



Se continua con socialización de los resultados de la jornada de vacunación con día central para el 20 de abril 2024:
Iniciando con lema para la jornada “Actúa ahora para proteger tu futuro #Vacúnate!”.

DESARROLLO

Localidad / subred	PENTAVALENTE DPT - HB - Hib < DE 1 AÑO 3a Dosis	SRP (TRIPLE VIRAL) PRIMERA DOSIS DE 1 AÑO	SRP (TRIPLE VIRAL) Dosis Refuerzo 18 meses	SRP (TRIPLE VIRAL) Dosis Refuerzo 2 a 5 años	DPT 5 años Refuerzo
07 Bosa	10	12	9	22	22
08 Kennedy	18	14	29	60	65
09 Fontibón	5	8	9	32	20
16 Puente Aranda	11	16	21	38	21
Sur occidente	**44**	**50**	**68**	**152**	**128**

Se tuvo una baja aplicación en trazadores teniendo en cuenta que era nuestra segunda jornada nacional de vacunación y se tuvo participación de otros sectores y entornos.
La meta asignada para cada localidad y Ips de la subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, se socializa pieza comunicativa donde se evidencian puntos de vacunación a nivel distrital con código de QR para consulta.

Tuvimos participación de todas las unidades de la subred sur occidente y puntos extramurales que tuvieron todos los biológicos de nuestro programa y también contamos con vacuna de covid para mayores de 6 meses e influenza

INFLUENZA DE 6 MESES A 11 MESES 1a Dosis	INFLUENZA DE 1 2 meses a 23 meses 29 dias 1a Dosis	INFLUENZA DE 1 2 meses a 23 meses 29 dias Dosis única	INFLUENZA Gestantes Dosis Unica	INFLUENZA Mayores de 60 años Dosis Unica	INFLUENZA Poblaciones con diagnóstico de riesgo	VPH NIÑAS 9 años única dosis	VPH NIÑAS 10 a 17 años única dosis	VPH NIÑOS 9 años única dosis
21	5	16	1	99	35	11	18	8
47	7	37	5	352	251	39	44	13
14	4	13	2	76	55	7	8	4
29	6	33	5	85	171	11	8	7
111	**22**	**99**	**13**	**612**	**512**	**68**	**78**	**32**

DESARROLLO

N° dosis COVID-19	N° dosis esquema permanente	Total dosis
62	397	**459**
93	1.230	**1.323**
37	330	**367**
42	607	**649**
234	**2.564**	**2.798**
234	**2.564**	**2.798**

De vacuna COVID tuvimos un total de 234 dosis aplicadas, vph en niñas aplicamos 146 única dosis como lo indica nuestro nuevo esquema y en niños de 9 años 32 dosis con un propósito de aumentar la aplicación de este biológico en los varones ya que desde el año 2023 en septiembre se incluyó en nuestro esquema regular.
Se menciona la población objeto de esta jornada:

- Todos los niños de 12 a 23 meses de edad (esquema nacional del programa permanente, nacidos en el 2023).
- Niños de las cohortes de nacidos en los años 2009 al 2022 (2 a 15 años) residentes en cualquier municipio del país que no hayan recibido la dosis única de la vacuna.
- Población de 1 a 59 años residente en los municipios de riesgo que no hayan recibido la dosis única de la vacuna.
- Viajeros a zonas de riesgo nacional e internacional.
- Población migrante.

8. CALIDAD DEL AGUA

ESQUEMA DE RACIONAMIENTO EAAB EN EL DISTRITO

Objetivo:
Socializar las acciones y resultados obtenidos en el periodo trascurrido durante el racionamiento de la EAAB

Desarrollo

Se presentan las acciones de control durante el periodo trascurrido de racionamiento del 10 de abril al 10 de mayo, tomando como información que durante los 3 ciclos de racionamiento comprendidos desde el 11 de abril al 7 de mayo se realizó la toma de 207 muestras de control de la calidad del agua en las zonas de la ciudad que se encuentran en racionamiento, adicional a la muestra e inspección de 3 plantas de tratamiento (PTAP Tibitoc, PTAP Francisco Wiesner y PTAP Vitelma).

Posteriormente se explica que durante este periodo se realizó una cobertura de 26 de los 27 puntos de

DESARROLLO

monitoreo correspondientes a la Zona 1 de racionamiento, teniendo un total de 39 muestras de las cuales ninguna genero un Nivel de Riesgo superior a Sin Riesgo.

De igual manera se realiza la explicación de la siguiente zona de racionamiento, donde se realizó una cobertura de 13 de los 14 puntos de monitoreo correspondientes a la Zona 2 de racionamiento, teniendo un total de 22 muestras de las cuales ninguna genero un Nivel de Riesgo superior a Sin Riesgo.

Se realiza la explicación de la siguiente zona de racionamiento, donde se realizó una cobertura total a los puntos de monitoreo (10 puntos) correspondientes a la Zona 3 de racionamiento, teniendo un total de 23 muestras de las cuales ninguna genero un Nivel de Riesgo superior a Sin Riesgo.

Se realiza la explicación de la siguiente zona de racionamiento, donde se realizó una cobertura total a los puntos de monitoreo (14 puntos) correspondientes a la Zona 4 de racionamiento, teniendo un total de 22 muestras de las cuales ninguna genero un Nivel de Riesgo superior a Sin Riesgo.

Se realiza la explicación de la siguiente zona de racionamiento, donde se realizó una cobertura de 20 de los 22 puntos de monitoreo correspondientes a la Zona 5 de racionamiento, teniendo un total de 27 muestras de las cuales 1 genero un Nivel de Riesgo igual a Riesgo Medio producto de unos arreglos de tubería en la zona.

Se realiza la explicación de la siguiente zona de racionamiento, donde se realizó una cobertura total a los puntos de monitoreo (4 puntos) correspondientes a la Zona 6 de racionamiento, teniendo un total de 8 muestras de las cuales ninguna genero un Nivel de Riesgo superior a Sin Riesgo.

Se realiza la explicación de la siguiente zona de racionamiento, donde se realizó una cobertura de 10 de los 11 puntos de monitoreo correspondientes a la Zona 7 de racionamiento, teniendo un total de 15 muestras de las cuales ninguna genero un Nivel de Riesgo superior a Sin Riesgo.

Se realiza la explicación de la siguiente zona de racionamiento, donde se realizó una cobertura de 33 de los 48 puntos de monitoreo correspondientes a la Zona 8 de racionamiento, teniendo un total de 38 muestras de las cuales ninguna genero un Nivel de Riesgo superior a Sin Riesgo.

Se realiza la explicación de la siguiente zona de racionamiento, donde se realizó una cobertura total a los puntos de monitoreo (2 puntos) correspondientes a la Zona 9 de racionamiento, teniendo un total de 4 muestras de las cuales ninguna genero un Nivel de Riesgo superior a Sin Riesgo.

9

Finalmente, se explica que de acuerdo con el seguimiento realizado por la EAAB en los niveles de los embalses y consumos de la ciudad se evidencio que ya se presenta una tendencia creciente en el nivel de los embalses, sin embargo, la meta de reducción de consumo no ha sido alcanzada como se observa en la ilustración.

Recomendaciones

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

DESARROLLO

implementar los planes de contingencia durante los días de racionamiento en las zonas correspondientes.

Conclusiones

1. Se deben generar estrategias de ahorro y cambio de conciencia frente al uso responsable del agua en la comunidad.

9. EVALUACION, LISTADO DE ASISTENCIA Y CIERRE.

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

FECHA: 15/05/2024	TEMA: Comité de Vigilancia Epidemiológica, correspondiente a la localidad de Fontibón

COMPROMISOS

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

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

VER ANEXO LISTADOS DE ASISTENCIAS

ACTA

Versión: 4
Fecha de aprobación: 15-09/2021
Código: 02-01-F0-0001

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA: 15-05-2024 | TEMA: Cove local Fontibón - Expositor

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

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

FIRMA DE ASISTENTES

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Katherine Betancourt R	1073695809	USS Bosa	Epidemiología	GESC	KatherineB
2	Jaime García	79673054	USS Bosa	Epidemiología	Sivigila	
3	Angelica Suarez	52931857	USS Bosa	Profesional Apoyo	USS Bosa	
4	Nidia Alvarez Sánchez	28 986 926	USS Bosa	Epidemiología	Inmunizable	Nidia Alvarez
5	Jose Luis Rodriguez V	1024559800	Subred Sur Occidente	Ingeniero Ambiental	Ambiental	
6	Diana Daza M	52909453	Subred Sur Occidente	Local PAI	GPAISP	
7	Sandra Garcia	1022344189	USS Bosa	Epidemiología	GESC	Sandra G
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

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

FECHA: 15-05-2024 | TEMA: Cove Local Fontibón

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

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

FIRMA DE ASISTENTES

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Carlos Miguel Lily D	1026141265	Subred Salud	Auxiliar Salud	Salud Pública	
2	Harold Yesid Achury	80856671	Health de Life IPS	Gestor Seguridad	Calidad	
3	Alejandra Bonilla	1018417332	D help SAS	Gerente	administrativo	
4	Luisa Maria Rojas M	1000918626	USS Bosa	Profesional Salud	Gestión	
5	Andrea Andrade Ortega	1019271077	Centro Integrativo Salitre	Epidemiología	S. Pública	
6	Natalia Muñoz	1073510902	Redi IPS	Auxiliar Seguridad	Calidad	
7	Sandra Sepúlveda	63368199	Coordinador Fontibón	Aux Enfermería	Salud Pública	Sandra S
8	Sandra Serena	1022341187	USS Bosa	Epidemiología	SDS Colectivo	Sandra S
9	Martha Furba Serna B	52771393	Centro Medico Fontibón	Enfermera PyP	PyP	
10	Laura Stella Serna B	1233995953	CATAM	Calidad	Salud Ambiental	
11	Paola Marcela Camacho	1070382351	Centro medico Fontibón Santa	Ginecología	Seguridad	Pcamacho
12	Amparo Valencia	46640673	Bosque yerbas	Secretaria	Seguridad	Amparo Valencia
13	Andrea Yadira Lara	52460937	DILAE	Aux Seguridad	Seguridad	
14						
15						
16						
17						
18						

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

FECHA: 15-05-2024 TEMA: COVE local Fontibón

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

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

FIRMA DE ASISTENTES

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Liliana Rocha	52344484	Hospital Meissen B	Auxiliar Enfermería	Vigilancia	
2	Jhon Jairo Lopez Celis	1022970875	Fundación Cruz Roja Colombiana	Administrador	Vigilancia	
3	Claudia Tatiana M.	1020777019	EMI	Paramedico	Epidemiología	
4	Estefani Nieves M.	1019999795	Policía Salud	Administrativo	Seguridad	
5	Carolina Bonilla	52783361	USS Centro Oriente	Aux Enfermería	Ambulatorio	
6	Andrea [illegible]	52318156	USS [illegible]	Aux Enfermería	Ambulatorio	
7	[illegible]	39767046	USS Vida Fontibón	Auxiliar de Enfermería	Ambulatorio	
8	Leydy Milena Moreno	52915398	CM Colsanitas el Dorado	Asesor de experiencia	Salud Pública	
9	Rafael Ruiz Bolívar	8486077	Falck Mylenio	Calidad	Vigilancia	
10	[illegible]	39165787	Centro Médico [illegible]	Referencia	[illegible]	
11	Ruth Becca Vargas Ramirez	52615291	Colmena Vida	Secretaria	Administrativo	
12	Viola Esperanza Arias Palacios	24 051316	USS Fontibón	Auxiliar de Enfermería	Urgencias	
13	Angie Dado Martine	1054148171	USS Fontibón	Administración	Seguridad	
14	Ariana milena Rodriguez	1030601609	FCS Enfermería	Cuf USP	Seguridad	
15	Andrea Jerato	1016031370	USS 48	Aux Enf	Ambulatorio	
16	Ivon Perez	52415691	Compromiso	Aux Enfer	Ambulatorio	
17	Erika D. Malagón	1016041354	Odontología	Aux Enfer	Seguridad	
18	Diana Marcela Perez	52822371	Vacunación Salud	Recepción	Recepción	