Marque con una X según corresponda

Acta de Subred __X__ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica): Subred Sur Occidente

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica) _____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO _X__ COVE LOCAL BOSA		NÚMERO DE ACTA: N/A
FECHA: 20/11/2025	LUGAR: Centro de Salud Olarte KR 72A BIS 57 13 SUR	HORA INICIO: 08:00 AM
RESPONSABLE: Dajana Paola Duarte Epidemióloga Apoyo SIVIGILA		HORA FINAL: 01:00 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

Elaborar la ficha técnica correspondiente al desarrollo del COVE en la localidad de Bosa

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1.	Bienvenida y registro de asistencia
2.	PAI
3.	Alertas (Equipo ERI)
4.	Tema Central: Comportamiento de la notificación de Vigilancia basada en Comunidad con énfasis en el manejo inadecuado de residuos solidos
5.	Indicadores Transmisibles
6.	Indicadores SIVIGILA
7.	Tema Itinerante: Semaforización periodo 9
8.	Varios
9.	Cierre

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1	Participar en el COVE	UPGD de la localidad	Mensualmente	X		N/A
2	Desarrollar el COVE local.	Subred Sur Occidente	Mensualmente	X		N/A
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento
2	2	100%

DESARROLLO

1. BIENVENIDA Y REGISTRO DE ASISTENCIA

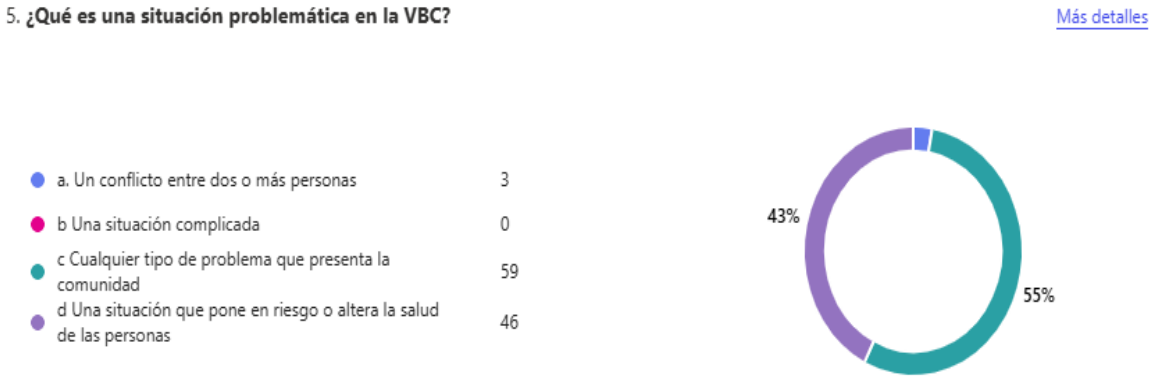
Se da inicio al COVE de la localidad de Bosa, contando con la participación de las UPGD de la zona. Tras la bienvenida, se aplicó la prueba diagnóstica (pre test) y posteriormente se abordaron los temas programados.

Análisis técnico pretest – Localidad de Bosa

Siendo el tema central La vigilancia basada en comunidad se realizó el pre y pos-test con un total de 3 preguntas de solicitud de datos y 8 preguntas de la temática.

El pretest y pos-test fue respondido por un total de 108 participantes y se observó de cada pregunta el siguiente comportamiento de respuestas:

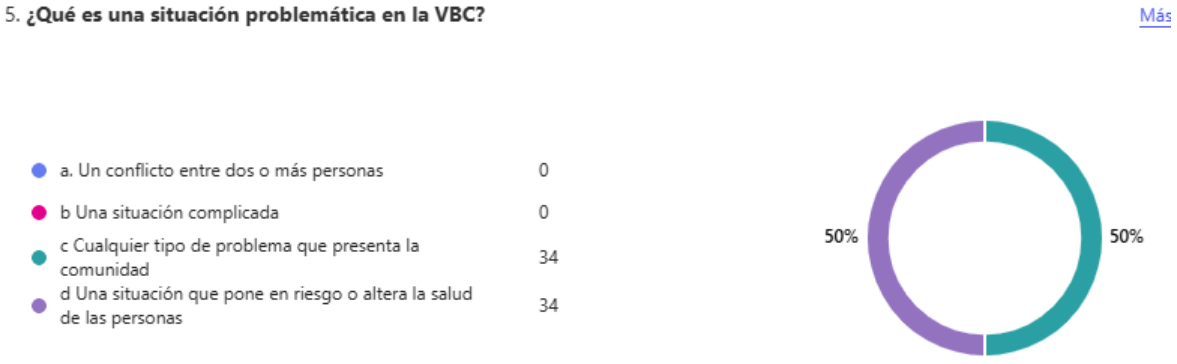
¿Qué es una situación problemática en la VBC?
Pretest



Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

El 55% respondió de manera no correcta en el pretest asumiendo que es cualquier tipo de problemática y el 43% acertó en que si es una situación que pone en riesgo o altera la salud de las personas.

Pos-test



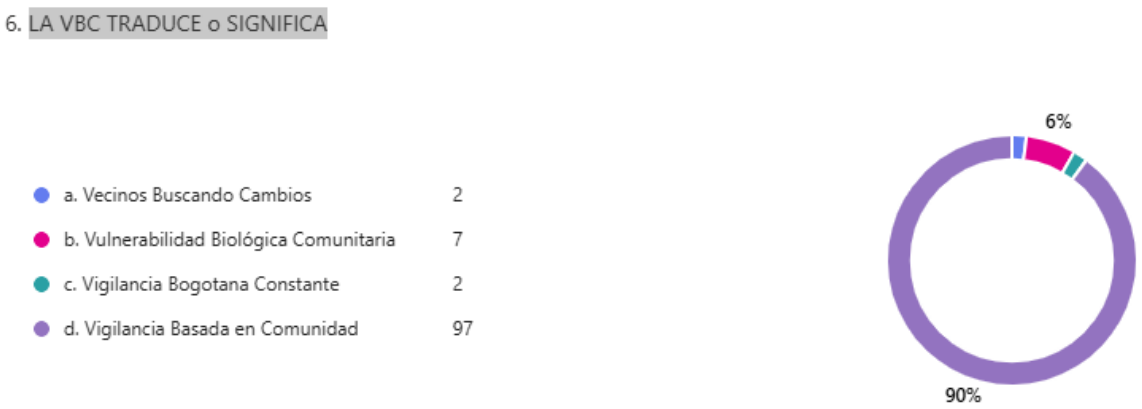
Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

DESARROLLO

Para el pos-test se presentó un retroceso ya que la mitad de los encuestados persistió en concebir que una situación problemática en la VBC es cualquier tipo de problemática, Es importante señalar que la situación debe estar relacionada con alteración en salud y no cualquier problema.

LA VBC TRADUCE o SIGNIFICA

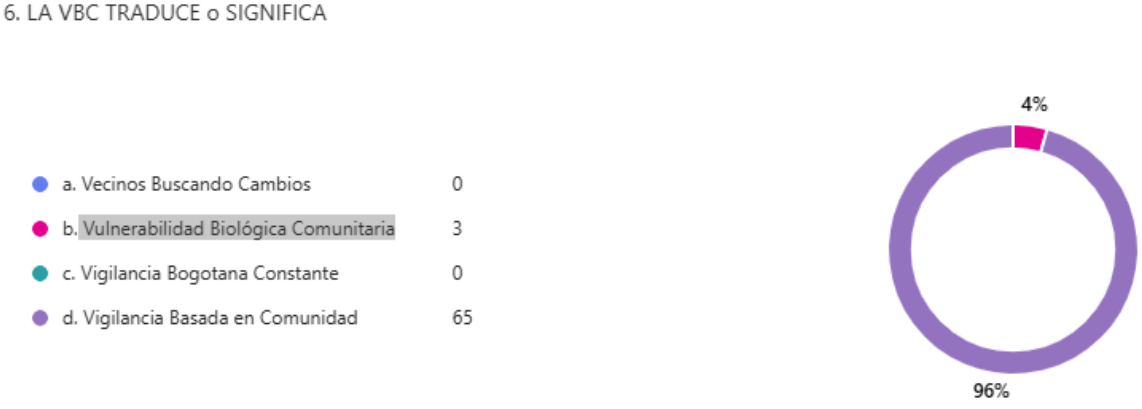
Pretest



Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

El 90% de la población acertó en la respuesta porque efectivamente la VBC traduce vigilancia basada en comunidad, no obstante, un 6% asumió que VBC traduce Vulnerabilidad Biológica Comunitaria.

pues-test



Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

Luego de la exposición se aumentó la certeza, pero no obstante sigue la confusión para el 4%.

DESARROLLO

¿Qué se debe hacer cuando se identifica una situación de problemática?
pretest

7. **¿Qué se debe hacer cuando se identifica una situación de problemática?**

Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

Ante la pregunta de ¿Qué se debe hacer cuando se identifica una situación de problemática? Acertaron en el pretest el 90% y si bien es dada la facilidad de la pregunta también propicia la distinción inmediata de la ruta de la notificación.

Pos-test

7. **¿Qué se debe hacer cuando se identifica una situación de problemática?**

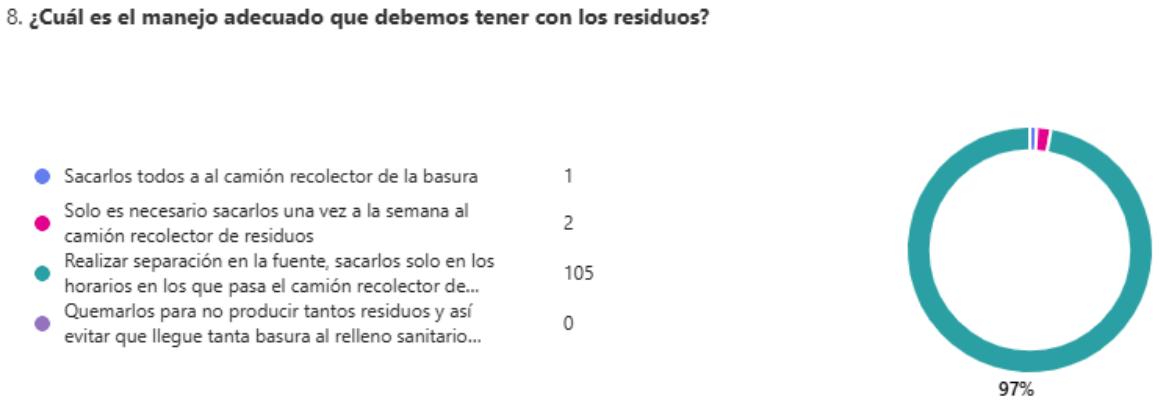
Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

Se observó un avance significativo y al 99% de la Población le quedo claro el tema de notificar al profesional de la VBC.

DESARROLLO

¿Cuál es el manejo adecuado que debemos tener con los residuos?

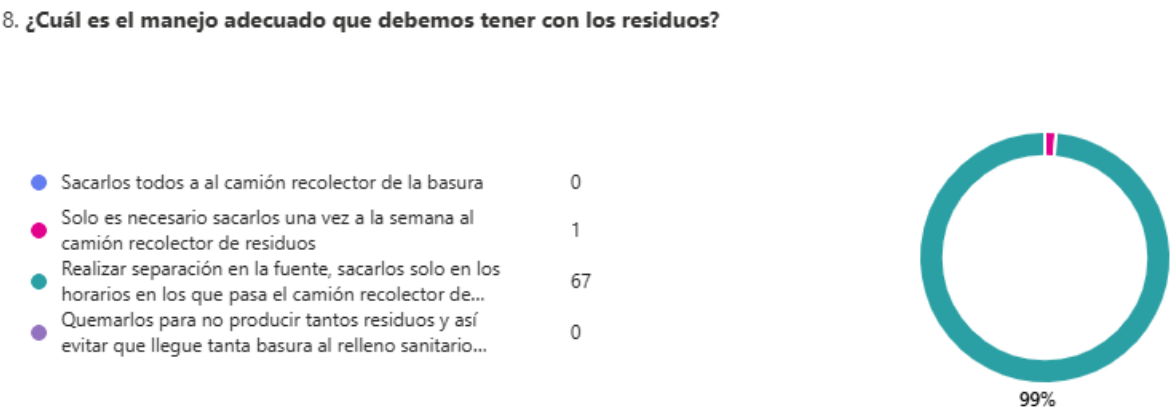
Pretest



Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

El 97% dada la conciencia del medio ambiente acertó en realizar separación en la fuente y sacar los residuos sólidos en los horarios en los que pasa la empresa de recolección; en contraste se confundió un mínimo porcentaje del 2% con solo es necesario sacarlos una vez al camión y otro 1% confunde con sacarlos todos al camino recolector y ya.

Pos-test



Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

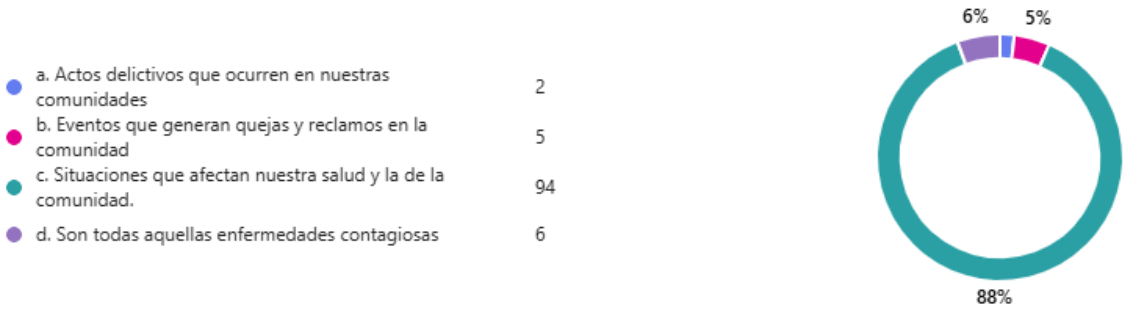
En el pos-test se tiene un avance de 2 puntos porcentuales y la confusión persistió en un 1% con solo ser necesario sacarlos una vez en la semana al carro recolector pero esa persona no distingue aun la separación en la fuente.

DESARROLLO

¿Qué es un evento de interés en salud pública para la vigilancia basada en comunidad?

Pretest

9. ¿Qué es un evento de interés en salud pública para la vigilancia basada en comunidad?

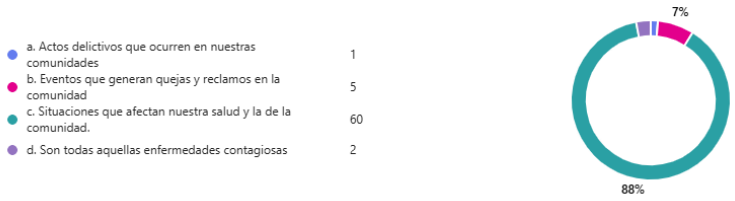


Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

Se evidencio previo conocimiento en definir el evento e interés en salud pública EISP Como situación que afecta la salud y la de la comunidad; un mínimo de participantes del 5% asumió que son eventos que generan quejas y otro 6% asume que son las enfermedades contagiosas dejando de lado el punto de vista de más situaciones problemáticas colectivas.

Pos-test

9. ¿Qué es un evento de interés en salud pública para la vigilancia basada en comunidad?



Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

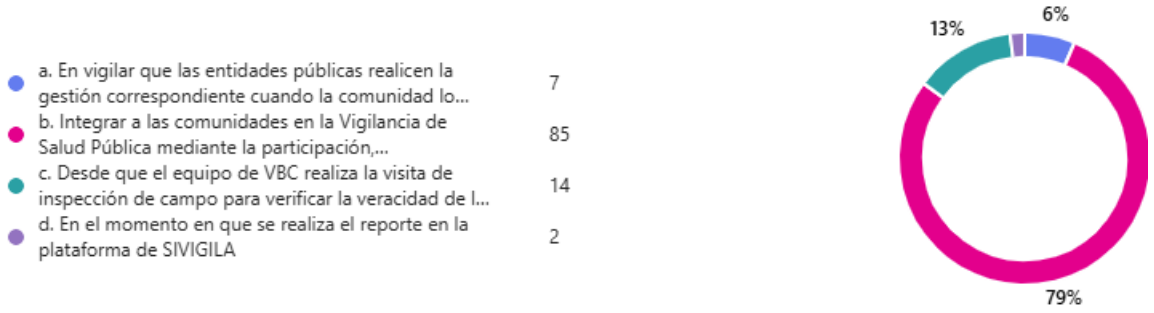
En el pos-test de EISP para la VBC si bien el 88% acertaron generaba confusión el tema de eventos que generan quejas y reclamos en la comunidad, pero en este enunciado falta la relación con la salud.

DESARROLLO

¿En qué se enfoca la ReVcom?

Pretest

10. **¿En que se enfoca la ReVcom?**

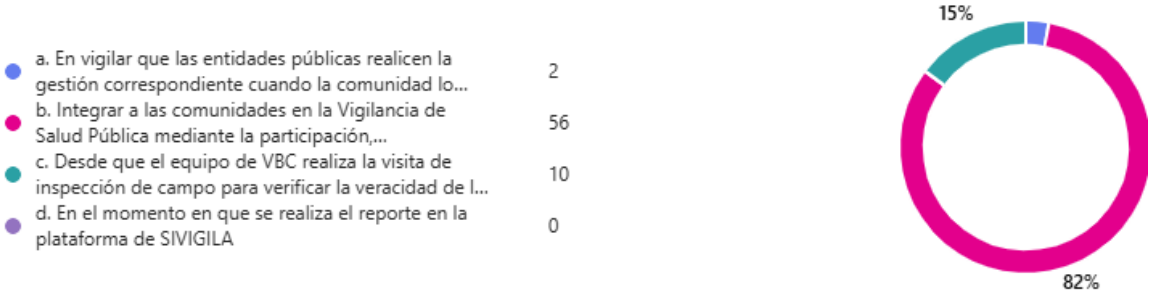


Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

El 79% acertó con previo conocimiento del enfoque de la REVCOM, para el 13% no obstante es confundido con las visitas de inspección de campo para verificar la veracidad de las situaciones; y al 6% confunden con la vigilancia que las entidades públicas hacen para la gestión correspondiente.

Pos-test

10. **¿En que se enfoca la ReVcom?**



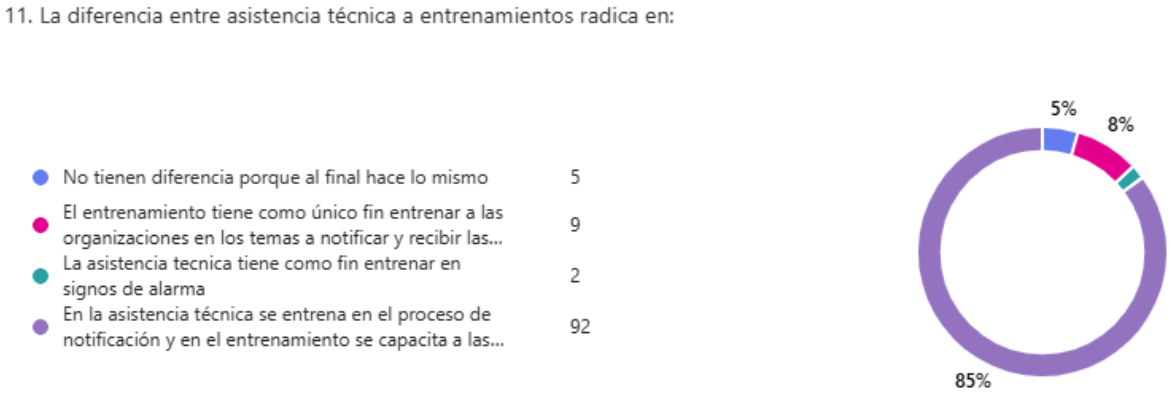
Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

Se elevó en 3 **puntos** porcentuales el nivel de certeza, pero se aumentó la confusión con la opción de inspección de campo para verificar la veracidad de las situaciones se debe aclarar con la Población que la ReVcom integra a las comunidades en la VBC.

DESARROLLO

La diferencia entre asistencia técnica a entrenamientos radica en

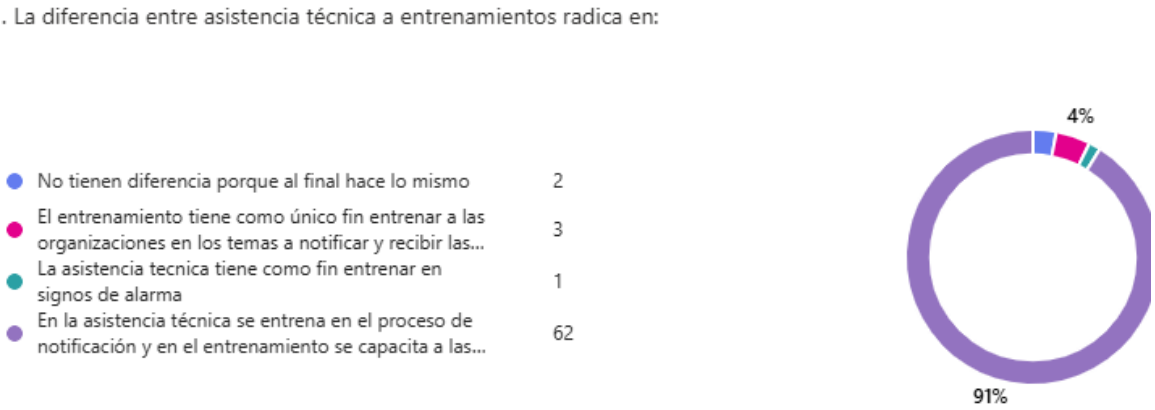
Pretest



Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

En el pretest el 85% distinguen la diferencia entre asistencia y entrenamiento solo al 8% lo concebían como entrenamiento como único fin para temas a notificar confundiendo esta actividad que es para la asistencia técnica

Pos-test



Fuente: evaluación del tema central Coves locales noviembre 2025 subred suroccidente

Para finalizar el pos-test aumento en 6 puntos porcentuales la certeza y se descendió de manera importante la confusión de asistencia y entrenamiento.

DESARROLLO

2. PAI

Se hace la presentación del equipo PAI de la subred sur occidente con el objetivo de socializar los avances en las coberturas de vacunación y estrategias de fortalecimiento para el logro de las coberturas de vacunación.
Se socializan los contactos de las personas que encabezan el equipo de gestión de PAI.

LOCALIDAD DE BOSA:

Para la localidad se cuenta con los siguientes resultados en avance de coberturas para menores de 1 año estamos en el 99%, de un año en el 91%, 18 meses en el 84% y de 5 años en el 84.2% en esquema permanente, teniendo en cuenta que para el cohorte de la presentación deberíamos esta entre el 81.5 % al 85.8% de avance, en cuanto a vacunación de gestantes estamos en el 70.5% de avance con Tdap, vacunación de vph en el 30.8% para niñas de 9 años y para niños de las mismas edad en el 23.5%, en cuanto a las cohortes para sarampión rubeola en el 58.2% triple viral de refuerzo, 19.3% y fiebre amarilla 2.3%.

Se realiza el análisis de las coberturas de vacunación por cada una de las localidades teniendo en cuenta la matriz 20x20, en la cual se contrasta la ips vacunadora vs el lugar de residencia de las personas vacunadas lo que demuestra que no necesariamente las personas residentes en cada una de las localidades se encuentran vacunando dentro de su zonza de residencia.

Se realiza la socialización de la deserción de la localidad encontrándose la relación agosto vs octubre en un -5.92% para menor de un año, para año en el -6.57% y triple viral de año vs triple viral de 18 meses en el -6.40% indicando que se vacunaron más niños de los que habían asistido inicialmente.
Se socializan los indicadores por EAPB y su aporte a las metas de la subred, siendo las que más carga tienen de meta; capital salud, famisanar y sanitas.

En lo que respecta a vacunación de influenza se cuenta con un avance del 100% para menores de 1 año primera dosis, en segundas dos en el 62.8%, en población de un año en primeras dosis se tiene solo un 72% y segundas dosis en el 59,7%, en cuanto a dosis única en el 85%l, en cuanto a adulto de 60 años y más un 48,1%, personas con patología de riesgo en el 93,8& y gestante solo el 44% de cobertura.
Se realiza la socialización de los indicadores de las jornadas nacionales de vacunación y se realiza el respectivo comparativo, así como las estrategias de seguimiento a la cohorte, y el aporte por parte del grupo extramural de vacunación.
En cuanto a las jornadas de vacunación, se socializa la próxima jornada de intensificación del 22 de noviembre y los puntos de concentración.

3. ALERTAS (EQUIPO ERI)

OBJETIVO:
Brindar información acerca de las alertas nacionales e internacionales identificadas durante el mes de noviembre del 2025

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.

ALERTAS NACIONALES

- **Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, noviembre 11 del 2025.**

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 136 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 y Estado Amazonas 1). 55 defunciones acumuladas.

DESARROLLO

En lo corrido del 2025p se han confirmado 113 casos de fiebre amarilla, de los cuales 42 son casos fallecidos confirmados. La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:
Tolima (116 casos), Putumayo (8 casos), Meta (3 casos), Caquetá (2 casos), Nariño: (2 casos), Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare cada uno con (1 caso). Del exterior (3 casos).
Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos:
Tolima (40) **, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

ALERTAS INTERNACIONALES

- **Situación actual de sarampión. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 10 de noviembre del 2025.**

En 2025, con corte a 7 de noviembre, se han notificado 12 596 casos confirmados de sarampión en diez países de la Región de Las Américas.
En el mismo periodo se han registrado 28 defunciones: 23 en México, tres en Estados Unidos y dos en Canadá.
El brote de sarampión en Canadá comenzó en octubre de 2024 en la provincia de New Brunswick y se ha extendido por todo el país, con más de 5 000 casos confirmados.
A la fecha también se mantienen activos brotes de sarampión en México, Estados Unidos, Bolivia, Brasil, Paraguay y Belice.

4. TEMA CENTRAL: COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD CON ÉNFASIS EN EL MANEJO INADECUADO DE RESIDUOS SOLIDOS

Objetivo General

Fortalecer la Vigilancia Basada en Comunidad mediante la implementación de las líneas de acción gestión estratégica y operativa en los territorios urbano –rural del Distrito Capital a partir del 01 de octubre 2025 al 30 de junio 2027, en armonización con el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar.

Objetivos específicos

- Promover la participación ciudadana en la identificación y reporte de las situaciones problemáticas que afectan la salud y calidad de vida en el Distrito Capital.
- Potencializar el sistema de información SIVIGILA D.C - Modulo Vigilancia Comunitaria asegurando su correcto funcionamiento y actualización continua en el ingreso, análisis y difusión de datos en concordancia con las demás salidas de información para la VBC.
- Generar procesos de participación comunitaria con el fin de priorizar y analizar las situaciones que afectan la calidad de vida y salud de las personas en los territorios, y a la vez fortalecer el conocimiento para la movilización social y la gestión de las respuestas integrales como insumo para la toma de decisiones.
- Avanzar en la formación de Vigías y Gestores Comunitarios en Salud para la identificación, reporte y gestión de posibles situaciones de interés en salud pública en los territorios.
- Implementar ejercicios investigativos en los territorios, a partir de las investigaciones socio-epidemiológicas de campo empleando métodos cualitativos y cuantitativos involucrando actores sectoriales y/o intersectoriales a la luz de los determinantes sociales de salud.
- Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática los indicadores que dan cuenta de los avances, resultados y planeación de las acciones de bienestar para la VBC.

Vigilancia Basada en Comunidad:

Estrategia del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, orientada a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a situaciones problemáticas, eventos de interés en salud pública, factores de riesgo y/o determinantes sociales en salud que pueden afectar la calidad de vida de las personas en el territorio. A su vez, favorece la generación de un conjunto de capacidades en las comunidades que redundan en la construcción de una

DESARROLLO

ciudadanía activa en salud, mediante la participación social y ciudadana en los procesos de mitigación y control de las situaciones de salud percibidas por la comunidad.

Proceso integral e integrado Vigilancia Basada en Comunidad

Es un proceso integral e integrado clave de la Vigilancia en Salud Pública, que se basa en la identificación de factores potencialmente relacionados con situaciones problemáticas ambientales, sociales y alertas en salud.

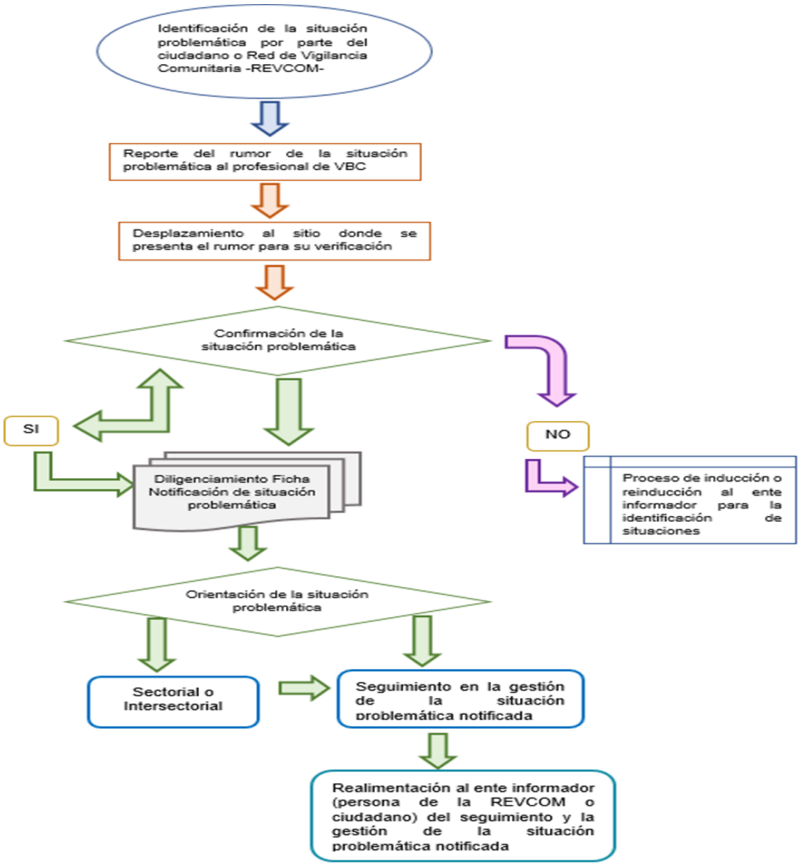
Este proceso cuenta con dos líneas operativas:

- Gestión estratégica territorial en el contexto de la VBC
- Gestión operativa para el fortalecimiento de la Red Epidemiológica de Vigilancia Comunitaria - ReVcom.

Por otra parte, la VBC se constituye como una fuente importante de datos, fortaleciendo y articulando información para la acción con los diferentes subsistemas de Vigilancia en Salud Pública y otros componentes transversales de la Salud Pública. Asimismo, la VBC promueve el intercambio de información entre los diferentes actores locales e intersectoriales para gestionar acciones de mitigación y control ante las situaciones problemáticas percibidas por la comunidad.

Proceso de notificación de las situaciones problemáticas percibidas por la comunidad

Hace referencia a la identificación y reporte de las situaciones problemáticas percibidas por la comunidad. Los equipos locales de Vigilancia Basada en Comunidad tienen la responsabilidad de verificar y asegurar el correcto diligenciamiento de las fichas de notificación, el registro y actualización de la información en el aplicativo SIVIGILA D.C/. Modulo Vigilancia Comunitaria, así como el seguimiento de las respuestas en salud. A continuación, se presenta el algoritmo:



DESARROLLO

Para la notificación se han definido los siguientes factores determinantes con sus respectivas categorías:

Factores potencialmente relacionados con problemáticas ambientales y su afectación en salud:
- Manejo inadecuado de residuos
- Otras situaciones de Salud Ambiental
- Riesgo de emergencias y desastres en Salud Pública

Factores potencialmente relacionados con animales y su afectación en salud:
- Tenencia inadecuada de animales y riesgo de enfermedades de origen zoonótico

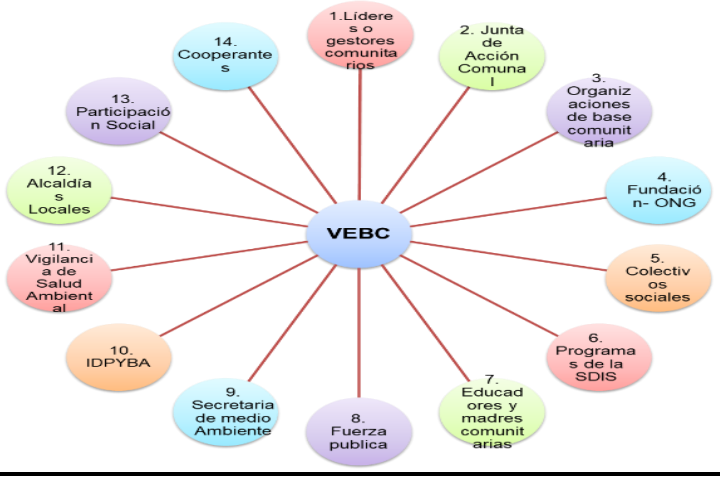
Factores potencialmente relacionados con problemáticas sociales y su afectación en salud:
- Deficiencia en los servicios públicos básicos.
- Inseguridad, entorno propicio a violencia y conflictos.
- Consumo de SPA en espacio público, parques y zonas de recreación.
- Relacionado con el fenómeno de habitabilidad en calle.
- Deficiencia de infraestructura vial y riesgo de accidentalidad.
- Invasión del espacio público (anden, parque, zona verde).
- Deficiencia de espacios para la recreación y actividad física

Factores potencialmente relacionados con Alertas en Salud Pública:
- Alertas en Salud (Síntomas gastrointestinales por consumo de alimentos en 2 o más personas, Síntomas respiratorios agudos en 2 o más personas (gripe), Brote en la piel con fiebre en 2 o más personas y Síntomas de intoxicación por consumo de probable alcohol adulterado)

Otras situaciones que afectan la salud:
Expendio y/o venta de pólvora pirotécnica, Identificación de barreras en el servicio en salud en 2 o más personas y Otro tipo de situación problemática.

A su vez, el reporte de alertas de salud individual captadas por los Vigías y Gestores Comunitarios en Salud que conforman la Red de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria -ReVcom, debe ser inmediato (máximo 24 horas) activando la ruta de acuerdo con las siguientes situaciones en salud:
- Signos de alarma y complicación durante la gestación y/o posparto
- Signos de alarma de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años.

¿Quiénes participan VBC?
- Organizaciones y grupos comunitarios
- Institucionales



DESARROLLO

COVECOM para la toma de decisiones

El Decreto 3518 de 2006 establece un marco legal para la Vigilancia en Salud Pública y promueve la creación de los Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria -COVECOM-, siendo una iniciativa que involucra actividades planificadas y coordinadas entre diferentes componentes de la Salud Pública y actores sectoriales e intersectoriales, alineadas con los principios del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar. Se trata de un espacio donde se analizan de manera participativa situaciones problemáticas de salud pública que afectan a la comunidad, buscando la participación social y la articulación de diversos actores.
El COVECOM precisa el desarrollo de la Unidad de Análisis, donde el Líder y el Epidemiólogo definirán sus propias metodologías, las cuales se constituirán en un insumo importante para el análisis socio epidemiológico y ambiental de las situaciones en salud de las personas que participan en el COVECOM, a continuación, se describen las fases para su implementación:
El COVECOM es un proceso continuo que se desarrolla a través de la preparación, el desarrollo de la unidad de análisis y seguimiento de compromisos y la participación de la comunidad en la organización para la orientación de las respuestas.

Gestión Operativa para el Fortalecimiento de la ReVcom

Asistencias técnicas a las organizaciones comunitarias que hacen parte de la ReVcom
Las asistencias técnicas a la Red de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria es una estrategia que busca fortalecer la participación ciudadana en la identificación y reporte de las situaciones problemáticas que afectan la salud y calidad de vida en el Distrito Capital. Esta iniciativa involucra a los miembros de la comunidad para que, de manera activa, identifiquen, comuniquen situaciones que afecten el bienestar colectivo, permitiendo una respuesta oportuna por parte de los actores locales y distritales involucrados.
Las asistencias técnicas están dirigidas a los Vigías y Gestores Comunitarios en Salud para la Vigilancia Basada en Comunidad, los cuales serán el canal de comunicación entre la comunidad y la Salud Pública.

Entrenamiento de Vigías y Gestores Comunitarios de Salud de la VBC

El entrenamiento de vigías y gestores comunitarios en salud está encaminado a fortalecer la vigilancia y la gestión de la Salud Pública a nivel local, involucrando a la comunidad en la identificación y notificación de situaciones de interés en salud, a su vez promueve en la comunidad la participación en acciones de salud. Esto se logra mediante la capacitación de líderes comunitarios para que actúen como enlaces entre la comunidad y los servicios de salud, mejorando la detección temprana de enfermedades, la respuesta a emergencias y la promoción de hábitos saludables
Para fortalecer las capacidades y el entrenamiento de los vigías y gestores Comunitarios en Salud, es fundamental adoptar un enfoque integral que combine la formación teórica y práctica, se adapte a los contextos locales específicos y promueva activamente la participación de la comunidad.
En aras de dar cumplimiento a las directrices dadas por el Instituto Nacional de Salud -INS-, el Proceso Integral Integrado de la Vigilancia Basada en Comunidad ha establecido ciclos para formación Vigías y Gestores Comunitarios en Salud, comprendidos en:

- Alistamiento.
- Implementación.
- Certificación.

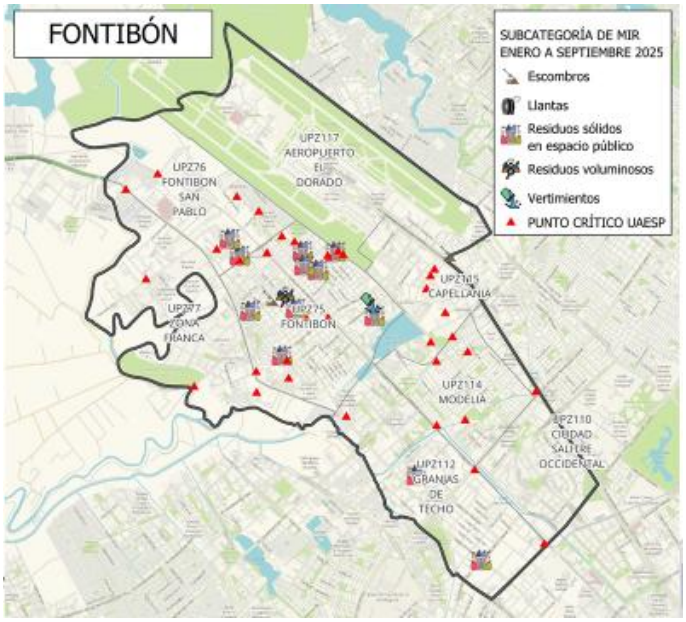
Investigaciones Socio Epidemiológicas de Campo - ISEC -

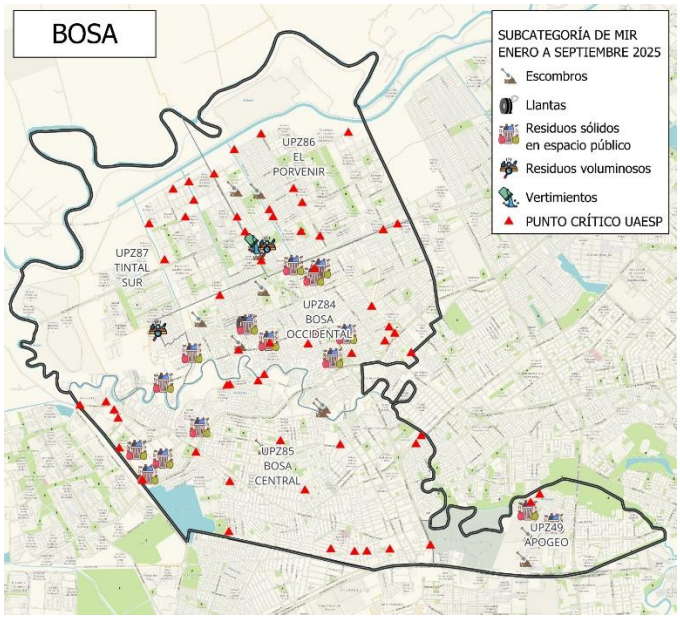
Las investigaciones socio-epidemiológicas de campo, como estrategia combina métodos cualitativos y cuantitativos para analizar contextos epidemiológicos a la luz de determinantes sociales de la salud y antecedentes de las situaciones problemáticas. Esta
estrategia permite identificar actores relevantes para la toma de decisiones y la formulación de respuestas a problemas de salud.

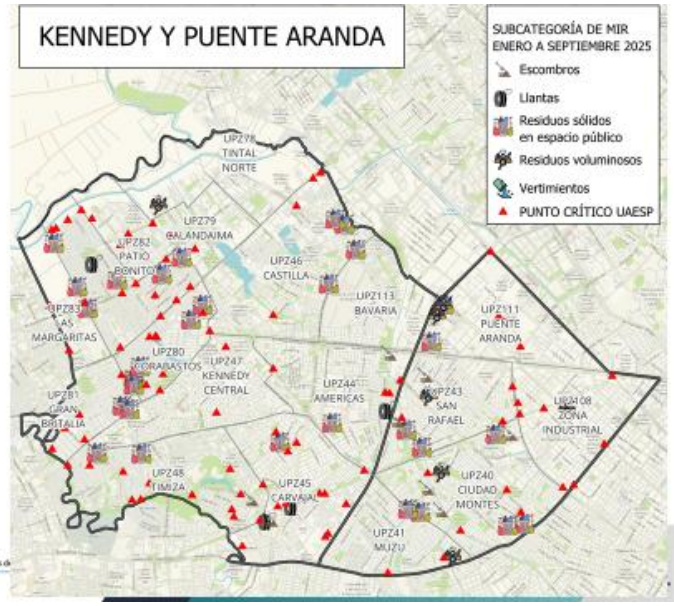
Finalmente se expone el análisis de la problemática de mayor demanda y concentración las problemáticas por cartografía siendo el manejo inadecuado de residuos sólidos y mediante mapas se muestra el comportamiento de la

DESARROLLO

notificación y el recorrido de la UAESP.







En los 3 mapas se observan los triángulos rojos que representan los puntos de acumulación de residuos sólidos donde la población de manera arbitraria arroja sus residuos sólidos y ello es revisado desde la VBC en cuanto a los recorridos de la UAESP y que por el tipo de labor y contrato puede tener el universo de las UPZ Y Barrios; ahora bien las demás figuras son los puntos de concentración en que la VBC ha logrado identificar las problemáticas pero en general se observa que hay coincidencia de los puntos de la VBC y los de la UAESP, pero también se puede explicar que donde los triángulos están solos sin notificación de la VBC es porque la comunidad no ha favorecido la notificación de estos puntos de acumulación o puntos críticos de residuos sólidos.

5. INDICADORES DE TRANSMISIBLES

DESARROLLO

Se inicia la sesión la cual se centra en el análisis de indicadores clave relacionados con enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, con énfasis en la vigilancia epidemiológica, la prevención mediante vacunas y la importancia del diagnóstico temprano.
Objetivo General
Socialización de indicadores de trasmisibles, teniendo en cuenta los eventos más notificados que llegan a la SSO

Objetivo Específicos

- Identificación del porcentaje de eventos notificados por localidad
- Identificación de número de casos positivos y negativos por evento
- Identificación de IEC efectivas y fallidas
- Identificación de oportunidad en la toma de muestras

INDICADORES TRANSMISIBLES OCTUBRE 2025

Síndrome de Rubeola Congénita

Durante el mes de octubre se presentaron un total 32 casos notificados distribuidos de la siguiente manera. La localidad de Kennedy tuvo 14 casos notificados, la localidad de Fontibón tuvo 6 casos notificados, la localidad de Bosa tuvo 9 casos notificados y para la localidad de Puente Aranda 3 casos, todos ellos descartados por laboratorio. Para este evento la notificación se presenta en un 17 para el sexo masculino y para sexo femenino 15.
La tasa de notificación para el SRC es de 20.8 por 1000 Nv, se logró realizar IEC al 100% de los casos.

Sarampión y Rubeola

Durante el mes de octubre la notificación del evento sarampión presento un aumento con un total de 34 casos, como se observa en la graficas la proporción en la notificación de sarampión es mayor respecto a los casos notificados para el evento rubeola, los casos notificados de sarampión se presentan en mayor numero en la localidad de Kennedy, para rubeola se presentan en mayor numero en la localidad de Kennedy, seguido de la localidad de Bosa y equitativa en las localidades de Fontibón y Puente Aranda. El grupo etario más afectado para el evento sarampión corresponde al de 1 a 4 años, seguido por el de 5 a 14 años, en cuando a Rubeola la afectación en el grupo etario de 5 a 14 año.
La tasa de notificación se sarampión es de 20,8 por 100.000 habitantes expuestos y en el caso de la rubeola la tasa alcanzo un 1.3 por 100.000 habitantes expuestos. Se logro realizar IEC al 100% de los casos de rubeola y 93,5% de los casos de sarampión.

Meningitis

Durante del mes de octubre se notificaron 3 casos compatibles con el evento distribuidos de la siguiente manera. La localidad de Kennedy tuvo 2 casos notificados 1 de ellos confirmados por laboratorio, la localidad Puente Aranda tuvo 1 casos notificados los cuales no fue confirmado por laboratorio.
La incidencia para los agentes Haemophilus influenzae y Neisseria meningitidis en la población general fue de 0.1000 por 100.000 habitantes expuestos y para el agente Streptococcus pneumoniae fue de 0.100 por 100.000 habitantes expuestos.
El grupo etario más afectado para el evento meningitis corresponde al de 60 y más, seguido de 45 a 49 años.
La letalidad para los casos confirmados por el agente Neisseria meningitidis fue del 100%.

Tos ferina

Durante el mes de octubre la notificación del evento presento una disminución comparada con el mes anterior con un total de 35 casos notificados, distribuidos de la siguiente manera. La localidad de Kennedy tuvo 15 casos notificados 2 de ellos confirmados por laboratorio y 1 pendiente, la localidad de Fontibón tuvo 7 casos notificados, 1 de ellos confirmados por laboratorio, la localidad de Bosa tuvo 10 casos notificados 2 de ellos confirmado por laboratorio, para la localidad de Puente Aranda se notificaron 3 casos, no hubo confirmado por laboratorio

DESARROLLO

El grupo etario más afectado para el evento tos ferina corresponde al de menores de 1 año, seguido por el de 15 a 44 años y 1 a 4 años.
Se logro realizar IEC al 100% de los casos notificados.

Tuberculosis

Durante el mes de septiembre se presenta un total de 37 casos notificados, distribuidos de la siguiente manera. La localidad de Kennedy tuvo 16 casos, la localidad de Fontibón 6 casos y las localidades de Bosa 9 casos y Puente Aranda cada una con 6 casos notificados.
La tasa de incidencia del evento fue de 1.5% por cada 100.000 habitantes, el % de coinfección de TB/VIH fue del 13.50%.
Se logro realizar IEC al 91,9% de coinfección los casos notificados, identificando 29 personas como contactos.

Sarampión
Objetivo general
Socialización de estrategias en la vigilancia evento sarampión código INS 730

Introducción

El sarampión y la rubéola son enfermedades virales altamente contagiosas que pueden afectar a personas de todas las edades. Han sido motivo de preocupación a nivel mundial debido a las graves complicaciones que pueden causar. Aunque no hay un tratamiento específico para estas enfermedades, la vacunación se ha demostrado como una medida efectiva para prevenir su propagación y proteger a la población en general.

La eliminación del sarampión y rubéola ha sido un éxito en la Región de las Américas, donde se ha logrado gracias a la implementación de estrategias de vigilancia y vacunación efectivas. Sin embargo, el desafío continúa, debido a que estas enfermedades siguen siendo una amenaza en otras regiones a nivel mundial.

El sarampión es una enfermedad eruptiva aguda, altamente contagiosa causada por un virus; clínicamente se manifiesta a través de síntomas prodrómicos, manchas de Koplik y exantema maculopapular.
Los síntomas prodrómicos tienen una duración de dos a cuatro días, variando según la persona, e implican fiebre, malestar general, tos y secreción nasal. También pueden presentarse conjuntivitis y bronquitis. La fiebre puede elevarse hasta los 40°C. Aunque al inicio de la infección no se manifiesta exantema, el paciente es contagioso, ya que está propagando el virus.

Desde el segundo día tras la aparición de los primeros síntomas, es posible identificar manchas de Koplik en la mucosa bucal. Estas manchas se presentan como pequeños puntos blancos ligeramente elevados, con un diámetro de 2 a 3 mm, sobre un fondo rojizo. Al principio, aparecen muy pocas lesiones uno o dos días antes del exantema, persisten durante dos o tres días y desaparecen poco después.

De 2 a 4 días después del inicio de los síntomas prodrómicos, surge un exantema maculopapular en la cabeza (incluyendo cara, orejas, cuello) que se caracteriza por grandes áreas de manchas rojas. Simultáneamente se presenta fiebre alta. El exantema alcanza su máxima intensidad 2 o 3 días desde su aparición y se extiende desde la cabeza al tronco y extremidades. Este síntoma persiste de 3 a 7 días y luego se desvanece (puede producir una descamación fina

Características generales del sarampión

Agente etiológico: El virus de sarampión pertenece al género Morbillivirus de la familia Paramyxoviridae
Modo de transmisión: 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.

Período de incubación: Es de 7 a 21 días, con un promedio de 14 días desde la exposición hasta la aparición del exantema.

DESARROLLO

Período 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.

Rubéola

En cuanto a las características clínicas de la rubéola, es una enfermedad infecciosa, exantemática, viral, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por fiebre, rash maculopapular 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.

- Agente etiológico: Virus de la rubéola, del género Rubivirus, familia Togaviridae.
- Modo de transmisión: 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.
- Período de incubación: De 14 días, con un rango entre 12 – 23 días.
- Período de transmisibilidad: Las personas infectadas con rubéola son más contagiosas cuando presentan la erupción, pero pueden ser contagiosas 7 días a
- antes y 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 6-9 meses dependiendo de la cantidad de anticuerpos maternos adquiridos.
- Reservorio: El hombre es el único huésped natural del virus de la rubéola.

Prevención de sarampión y rubeola

La forma más efectiva de prevenir el sarampión y rubéola es a través de la vacunación. La OMS recomienda que todos los niños reciban dos dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y paperas (vacuna triple viral o SRP) para garantizar la inmunidad contra los tres virus.

En Colombia, se administra la primera dosis de triple viral a los 12 meses de edad y a partir de enero de 2023, se reduce la edad de la segunda dosis de triple viral a los 18 meses. Esta modificación también aplica a los niños de 2, 3, 4 y 5 años. El objetivo de este cambio es cumplir con el lineamiento de poner al día la vacunación, identificar a aquellos susceptibles del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y fortalecer la protección de los niños entre 18 meses y 5 años, de acuerdo con el esquema nacional de vacunación.

Justificación de la vigilancia

DESARROLLO

Siguiendo la iniciativa de la OPS, los ministros de salud de las Américas acordaron en 1994 la meta de erradicación del sarampión para el año 2000 y en el año 2003 se estableció la meta de eliminación de la rubéola y el SRC en toda la Región para el año 2010. Desde entonces, los países de la Región iniciaron el proceso de documentación y verificación para la Certificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el SRC.

Por tanto, la vigilancia de estas enfermedades en Colombia permite la identificación temprana desde caso sospechoso, obtención de muestras e inicio de acciones de control oportuna e identificación de contactos y su confirmación o descarte, contribuyendo a la sostenibilidad de la eliminación del sarampión y rubéola en el país con el cumplimiento de los indicadores de la vigilancia internacionales.

Usos y usuarios de la vigilancia para el evento

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos sospechosos de sarampión y rubéola, mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los Protocolo de vigilancia en salud pública Sarampión y Rubéola 10 datos, con el fin de generar información oportuna, válida y confiable, que permita orientar las medidas de prevención y control del evento. Un caso confirmado de sarampión o rubéola debe ser considerado como un brote.

Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

En la vigilancia de SR se empleará mediante tres estrategias: la vigilancia pasiva y activa, la cual operará en las UPGD que conforman el sistema de vigilancia en salud pública y por último la vigilancia basada en comunidad (VBC).

Vigilancia pasiva: Notificación antes
Notificación negativa semanal: indicar si no se presentó ningún caso de sarampión y rubéola.
Durante la notificación es fundamental verificar la calidad del dato de todas las variables con énfasis en la procedencia del caso.
Vigilancia activa: Búsqueda activa comunitaria: inicia desde la vivienda del caso sospechoso y se deben cubrir cinco manzanas alrededor del caso, siguiendo las manecillas del reloj
Búsqueda activa institucional: a través del módulo SIANIESP de Sivigila escritorio empleando los códigos CIE-10 relacionados con el evento.

Responsabilidad por niveles- Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

Garantizar la atención integral de cada caso sospechoso incluyendo la valoración médica, pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas y otras pruebas complementarias que permitan el diagnóstico y manejo adecuado.
Verificar y asegurar la continuidad del tratamiento de los casos con sospecha de SR según complejidad del cuadro clínico.
Realizar el seguimiento de los casos sospechosos de SR que son atendidos en su red contratada y mantener estrecha comunicación con el objeto de hacer seguimiento a su evolución clínica y resultados de laboratorio.
Participar en las estrategias de vigilancia planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.
En caso de muerte sospechosa, asegurar los procesos de necropsia, toma de muestras, procesamiento y envío de muestras al laboratorio Nacional de Referencia para análisis patológicos y virológicos. En el caso de necropsia médico-legal, deberá asegurar que el prestador de servicios de salud en coordinación con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, cuando corresponda, envié las muestras al INS de acuerdo con sus lineamientos.
Verificar que su red de prestadores realice la notificación a Sivigila y realicen las búsquedas activas institucionales.
Realizar seguimiento a los casos notificados al Sivigila que le son enviados por el INS.

Acciones Individuales

Detección temprana y notificación super-inmediata al Sivigila del caso sospechoso de SR.
Obtener las muestras de suero, hisopado y orina (según los días transcurridos desde la aparición del exantema).
Orientar las medidas de control con: higiene de manos, uso de tapabocas, limpieza y desinfección de áreas y utensilios, evitar el contacto innecesario.
Ante la notificación de un caso sospechoso de SR la investigación epidemiológica de campo se realizará en las

DESARROLLO

primeras 48 horas después de la notificación.

Recomendaciones

La identificación y notificación temprana de los casos sospechosos desde la consulta es clave para que los equipo de VSP puedan actuar rápidamente y controlar la propagación de estas enfermedades
Es crucial promover cuadro febril exantemático maculopapular en persona que manifieste viaje internacional reciente, en un trabajador de la salud, en un trabajador de la protección o educación infantil o en un niño o niña menor de 12 meses, debe ser considerado un caso sospechoso de sarampión
Asegurar la calidad del dato de los casos notificados al Sivigila, así como su posterior registro de las variables de interés, semanalmente actualizar mediante ajuste 7 variable de antecedente vacunal (con las dosis completas), fecha de la IEC.

6. INDICADORES SIVIGILA

El tablero a continuación evidencia un cumplimiento global alto en la notificación al sistema SIVIGILA 4.0, con la mayoría de las unidades notificadoras alcanzando valores iguales o superiores al 95%, lo que refleja un adecuado desempeño en la vigilancia epidemiológica y una oportuna consolidación de la información. No obstante, se observan algunas unidades con porcentajes de cumplimiento por debajo del estándar (≤80%), asociadas principalmente el consultorio del Dr Álvaro Lleras Maldonado el cual presento cierre temporal. Se recomienda reforzar la supervisión técnica, retroalimentar a las unidades con desempeño subóptimo y asegurar la sostenibilidad del cumplimiento semanal para mantener la calidad y oportunidad del sistema de vigilancia.

CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION SIVIGILA 4.0 (Fuente PNS 4,0)

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION SIVIGILA 4.0 (Fuente PNS 4,0)			
	% DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVAS	% DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVAS	% SEMANAS SILENCIOSA	% DE CUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	91%	0%	9%	91%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	93%	2%	4%	95%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	100%	0%	0%	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	96%	0%	4%	96%
SERVIMED I P S S A UNIDAD MEDICA BOSA	100%	0%	0%	100%
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	96%	0%	4%	96%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	91%	0%	9%	91%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	100%	0%	0%	100%
OCTAVIO REYES QUIN	98%	2%	0%	100%
ALVARO LLERAS MALDONADO	78%	2%	20%	80%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
ARIZALUD	100%	0%	0%	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	96%	0%	4%	96%
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD JOSÉ MARÍA CARBONELL	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD LA ESTACIÓN	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD OLARTE	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	100%	0%	0%	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	96%	0%	4%	96%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE S	100%	0%	0%	100%
HOSPITAL DE BOSA	100%	0%	0%	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	100%	0%	0%	100%
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	100%	0%	0%	100%

DESAGREGACIÓN DE EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS -CLASIFICACION INICIAL

DESARROLLO

NOMBRE RAZON SOCIAL	DESAGREGACIÓN DE EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS -CLASIFICACION INICIAL DE CASO					
	TOTAL DE CASOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS POR LA UPGD	SOSPECHOSOS	PROBABLES	CONFIRMADO POR LABORATORIO	CONFIRMADO POR CLINICA	CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	0	0	0	0
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	1	0	1	0	0	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	83	31	5	15	31	1
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	60	25	4	12	19	0
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	0	0	0	0
SERVIMED I P S S A UNIDAD MEDICA BOSA	11	3	2	2	4	0
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	86	46	4	5	31	0
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	0	0	0
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	0	0	0	0
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	0	0	0	0
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	0	0	0
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	0	0	0	0
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	186	123	0	46	17	0
ARIZALUD	1	0	0	0	1	0
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	192	165	2	12	13	0
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	165	152	0	4	9	0
CENTRO DE SALUD JOSÉ MARÍA CARBONELL	58	45	0	4	9	0
CENTRO DE SALUD LA ESTACIÓN	64	52	0	6	6	0
CENTRO DE SALUD OLARTE	33	26	0	2	5	0
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	24	23	0	0	1	0
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	201	179	0	8	14	0
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	29	11	1	12	5	0
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE S	178	135	1	11	31	0
HOSPITAL DE BOSA	2428	1007	89	202	1130	0
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	98	40	19	21	18	0
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	1	0	0	0	1	0

El tablero de desagregación de eventos individuales notificados muestra una carga importante de casos sospechosos frente a los confirmados, lo que evidencia una adecuada captación inicial de eventos, aunque con un bajo nivel de confirmación diagnóstica, especialmente por laboratorio. Predominan los casos confirmados por clínica y nexo epidemiológico, lo cual sugiere limitaciones en la capacidad diagnóstica o retrasos en los procesos de confirmación. Este patrón puede impactar la precisión de la vigilancia y la respuesta epidemiológica. Se recomienda fortalecer la toma oportuna de muestras, optimizar los tiempos de confirmación y mantener la coherencia entre la clasificación inicial y final de los casos para mejorar la calidad del dato y la sensibilidad del sistema de vigilancia.

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL

DESARROLLO

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 8 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	NA
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	1	0	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	48	45	94%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	34	31	91%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	NA
SERVIMED I P S S A UNIDAD MEDICA BOSA	8	8	100%
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	31	30	97%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	54	48	89%
ARIZALUD	1	1	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	19	19	100%
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	5	5	100%
CENTRO DE SALUD JOSÉ MARÍA CARBONELL	9	9	100%
CENTRO DE SALUD LA ESTACIÓN	8	8	100%
CENTRO DE SALUD OLARTE	4	4	100%
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	1	1	100%
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	14	14	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	15	14	93%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE S	40	40	100%
HOSPITAL DE BOSA	1178	1177	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	54	54	100%
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	0	0	NA

El tablero de oportunidad en la notificación semanal refleja un desempeño óptimo en la mayoría de las unidades notificadoras, con porcentajes de oportunidad superiores al 95% y varias instituciones alcanzando el 100% de notificación dentro de los ocho días posteriores a la consulta. Esto evidencia un adecuado flujo de información y compromiso institucional con la vigilancia oportuna. Sin embargo, se identifican algunas unidades con valores inferiores al estándar (<90%) o sin registro (NA), lo cual podría deberse a baja casuística o fallas en la captura de datos. Se recomienda mantener el seguimiento semanal, fortalecer la trazabilidad de los tiempos de notificación y garantizar la capacitación continua del personal para conservar la alta oportunidad observada.

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION INMEDIATA

DESARROLLO

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION INMEDIATA			OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE 1 DIAS	% DE OPORTUNIDAD	% DE OPORTUNIDAD GENERAL
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	NA	#¡DIV/0!
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	NA	0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	33	33	100%	97%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	24	21	88%	89%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	NA	#¡DIV/0!
SERVIMED I P S S A UNIDAD MEDICA BOSA	3	3	100%	100%
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	46	39	85%	91%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA	#¡DIV/0!
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	NA	#¡DIV/0!
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	NA	#¡DIV/0!
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA	#¡DIV/0!
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	NA	#¡DIV/0!
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	122	97	80%	84%
ARIZALUD	0	0	NA	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA	#¡DIV/0!
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	166	162	98%	99%
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	151	150	99%	100%
CENTRO DE SALUD JOSÉ MARÍA CARBONELL	45	43	96%	98%
CENTRO DE SALUD LA ESTACIÓN	52	49	94%	97%
CENTRO DE SALUD OLARTE	26	25	96%	98%
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	23	23	100%	100%
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	179	176	98%	99%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	11	5	45%	69%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE S	134	128	96%	98%
HOSPITAL DE BOSA	1151	1142	99%	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	40	32	80%	90%
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	0	0	NA	#¡DIV/0!

El tablero de oportunidad en la notificación inmediata muestra un cumplimiento global favorable, con la mayoría de las unidades notificadoras alcanzando porcentajes superiores al 95%, lo que refleja una adecuada respuesta ante eventos de notificación inmediata y un flujo de información oportuno hacia el sistema de vigilancia. Sin embargo, se observan algunos servicios con desempeños inferiores al estándar (≤80%) o sin registros (NA), lo que podría asociarse a ausencia de casos o a demoras en el reporte inicial. Se recomienda fortalecer la sensibilización del personal asistencial sobre la importancia de la notificación en tiempo real y mantener el monitoreo permanente de los tiempos de reporte para garantizar la respuesta temprana frente a eventos de interés en salud pública.

OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS/ CUMPLIMIENTO EN EL AJUSTE DE CASO ACUMULADO

DESARROLLO

NOMBRE RAZON SOCIAL	OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS/ CUMPLIMIENTO EN EL AJUSTE DE CASO ACUMULADO										
	TOTAL DE CASOS SOSPECHOSOS Y PROBALES NOTIFICADOS	AJUSTADOS DESCARTADOS (AJUSTE 6)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR LABORATORIO (AJUSTE 3)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR CLINICA (AJUSTE 4)	AJUSTADOS CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO (AJUSTE 5)	AJUSTADOS ERROR DE DIGITACIÓN (AJUSTE D)	TOTAL DE CASOS AJUSTADOS	CASOS PENDIENTES POR AJUSTE	% DE CASOS AJUSTADOS	NO APLICA MEDICION	% DE CASOS AJUSTADOS OPORTUNOS
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	1	0	1	0	0	0	0	0	100%	1	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	36	5	0	0	0	0	2	0	100%	34	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	29	2	1	0	0	0	0	0	100%	29	
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
SERVIMED I P S S A UNIDAD MEDICA BOSA	5	3	0	0	0	0	1	0	100%	4	100%
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	50	2	1	0	0	0	0	0	100%	50	
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	123	0	0	0	0	0	0	0	100%	123	
ARIZALUD	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	167	2	0	1	0	1	3	1	100%	163	100%
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	152	0	0	0	0	0	0	0	100%	152	
CENTRO DE SALUD JOSÉ MARÍA CARBONELL	45	0	0	0	0	0	0	0	100%	45	
CENTRO DE SALUD LA ESTACIÓN	52	0	0	0	0	0	0	0	100%	52	
CENTRO DE SALUD OLARTE	26	0	0	0	0	0	0	0	100%	26	
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	23	0	0	0	0	0	0	0	100%	23	
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	179	1	0	0	0	0	1	0	100%	178	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	12	0	1	0	0	0	0	0	100%	12	
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE S	136	1	0	0	0	0	0	0	100%	136	
HOSPITAL DE BOSA	1096	73	18	0	1	4	47	6	100%	1043	87%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	59	15	3	0	0	0	0	0	100%	59	
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	

El tablero de oportunidad en el ajuste de caso muestra un cumplimiento acumulado favorable, ya que la mayoría de las unidades notificadoras registran porcentajes superiores al 95%, evidenciando un adecuado desarrollo de los ajustes. Sin embargo, al analizar la oportunidad en los tiempos de ajuste, solo el 30% de las UPGD los realizan dentro del periodo establecido. Asimismo, se identifican servicios con desempeños inferiores al estándar (≤80%) o sin registro (NA), lo cual podría estar asociado a la ausencia de notificación de casos que requieran toma de laboratorio.

CUMPLIMIENTO Y CALIDAD EN EL INGRESO DE LABORATORIOS DE LOS EVENTOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO

DESARROLLO

NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO Y CALIDAD EN EL INGRESO DE LABORATORIOS DE LOS EVENTOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO		
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO (INGRESO Y AJUSTE)	NUMERO CASOS CON REPORTE POSITIVO, REACTIVO O COMPATIBLE INGRESADO EN EL MODULO LABORATORIO DEL SISTEMA	% CUMPLIMIENTO
ANGEL MARIA RIVERA LEGUIZAMON	0	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	1	1	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	15	15	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	12	12	100,0%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	
SERVIMED I P S S A UNIDAD MEDICA BOSA	2	2	100,0%
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	6	6	100,0%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTAÑEZ	0	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	
ALVARO LLERAS MALDONADO	0	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	44	44	100,0%
ARIZALUD	0	0	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	11	11	100,0%
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	4	4	100,0%
CENTRO DE SALUD JOSÉ MARÍA CARBONELL	4	4	100,0%
CENTRO DE SALUD LA ESTACIÓN	6	6	100,0%
CENTRO DE SALUD OLARTE	2	2	100,0%
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0	0	
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	8	8	100,0%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	13	13	100,0%
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HEROES DE S	11	11	100,0%
HOSPITAL DE BOSA	217	217	100,0%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	22	21	95,5%
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	0	0	

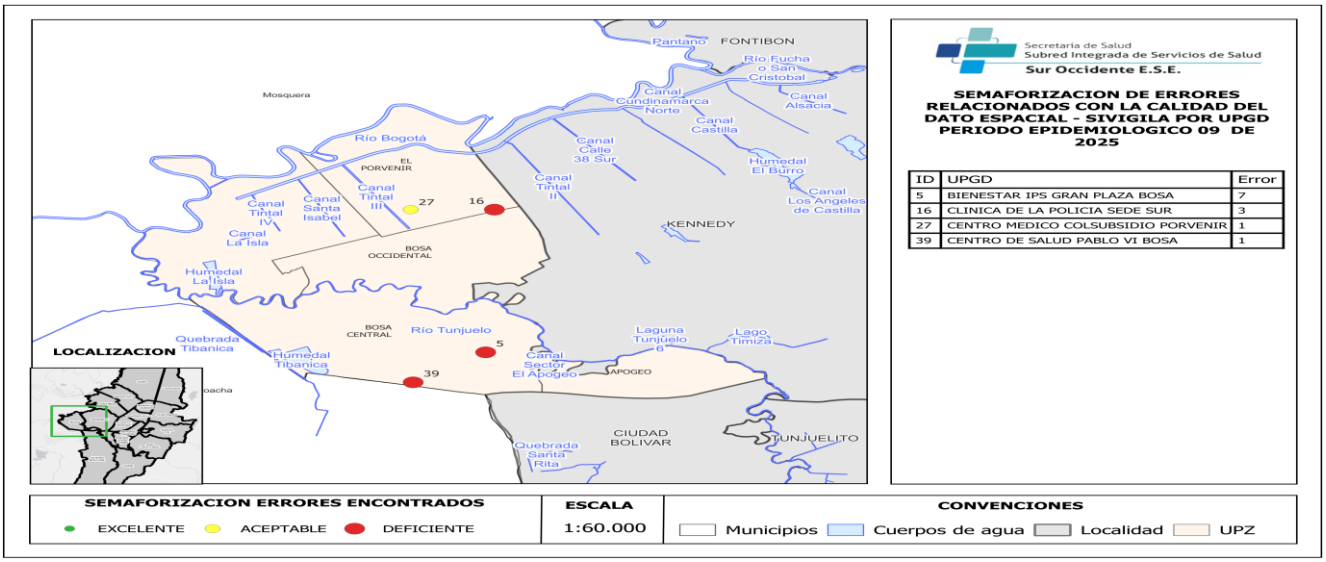
El tablero de cumplimiento y calidad en el ingreso de laboratorios de los eventos confirmados por laboratorio evidencia un comportamiento general favorable, dado que la mayoría de las unidades notificadoras registran porcentajes superiores al 95%, lo que refleja un adecuado diligenciamiento de la información de laboratorio. No obstante, al analizar la oportunidad en el ingreso de estos resultados, solo un 30% de las UPGD cumple con los tiempos establecidos. Adicionalmente, se identifican servicios con desempeños inferiores al estándar (≤80%) o sin registro (NA), situación que podría estar relacionada con la ausencia de notificación de casos que requieran procesamiento o confirmación por laboratorio.

CONCLUSIÓN GENERAL

En conjunto, los tableros evidencian un desempeño sólido del sistema de vigilancia, con altos niveles de cumplimiento, oportunidad y notificación oportuna en la mayoría de las unidades. No obstante, persisten brechas puntuales en la confirmación diagnóstica y la notificación inmediata en algunos servicios, lo que requiere acciones de fortalecimiento en la calidad del dato, seguimiento técnico y sostenibilidad del reporte oportuno.

7. **TEMA ITINERANTE: SEMAFORIZACIÓN PERIODO 9**

DESARROLLO



Durante el periodo, la Subred Sur Occidente E.S.E. realizó la semaforización de errores relacionados con la calidad del dato espacial reportado por las UPGD en la localidad de Bosa. El análisis evidenció que la mayoría de las unidades presentaron un desempeño deficiente en la calidad de los datos georreferenciados, como se observó en las IPS Servimed, Virrey Solis, Bienestar y el Convenio Subred Sur Occidente en Territorio, las cuales fueron clasificadas con semáforo rojo. Por otro lado, el Hospital de Bosa obtuvo una calificación excelente, evidenciando un adecuado manejo y control de la información reportada. En general, se identifican oportunidades de mejora en los procesos de registro, revisión y validación de la información espacial en las UPGD de la localidad, con el propósito de fortalecer la calidad del dato y garantizar la confiabilidad de los reportes del sistema SIVIGILA.

8. VARIOS: EVENTO 300 AGRESIÓN POR ANIMAL POTENCIALMENTE TRANSMISOR DE RABIA

Durante el mes de noviembre del presente año, se realiza el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) con la participación del componente de vigilancia en salud ambiental, quienes socializaron el cambio del uno de inmunoglobulina antirrábica humana a suero antirrábico equino (heterólogo)

Objetivo

Socializar y capacitar sobre el evento 300 (Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia) y el cambio de inmunoglobulina antirrábica a suero antirrábico equino

Objetivos Específicos:

- Identificar la correcta clasificación y tratamiento de la agresión por animal mordedor
- Establecer la diferencia entre una exposición grave, leve y una no exposición
- Comprender la importancia del seguimiento de animales agresores para disminuir el mal uso de los tratamientos de rabia post exposición
- Resaltar la importancia de la gravedad de la agresión
- Comprender el cambio que se realiza a nivel nacional sobre el uso de suero antirrábico equino para el manejo de exposiciones graves.

Situación Epidemiológica Mundial

DESARROLLO

La rabia humana continúa siendo un problema de salud pública mundial, con entre 59.000 y 70.000 muertes anuales, principalmente en Asia y África, donde persisten limitaciones en el acceso a la profilaxis post-exposición y a la vacunación canina. Más del 99% de los casos en humanos se deben a mordeduras de perros infectados, y los niños menores de 15 años siguen siendo el grupo más afectado. A pesar de ser una enfermedad prevenible, su letalidad se mantiene cercana al 100% una vez aparecen los síntomas, lo que evidencia la importancia del tratamiento oportuno tras la exposición y de estrategias sostenidas de control.

A nivel global, la OMS, la FAO y la OIE impulsan el Plan Estratégico Mundial para eliminar la rabia transmitida por perros para 2030, centrado en la vacunación masiva de perros, la vigilancia epidemiológica y el enfoque “Una Salud”. Sin embargo, persisten desafíos clave como la falta de recursos, la baja cobertura de vacunación canina en áreas rurales, y el resurgimiento de casos asociados a fauna silvestre en regiones que ya habían controlado la transmisión canina. Aunque se observan avances en América Latina, eventos recientes en países como Timor-Leste y Haití muestran que la rabia sigue siendo una amenaza activa y requiere esfuerzos continuos y coordinados.

Situación Epidemiológica Nacional

En Colombia, la rabia humana transmitida por perros no se ha reportado en más de siete años, lo que refleja el impacto positivo de los programas nacionales de vacunación canina y felina, así como de la vigilancia epidemiológica sostenida. No obstante, el riesgo persiste: en 2025 se han registrado más de 140.000 agresiones por animales potencialmente transmisores, principalmente perros y gatos, y las ciudades como Bogotá han evidenciado un aumento significativo en estos eventos. Paralelamente, el país mantiene una vigilancia activa frente a la rabia de origen silvestre, con reportes de casos en bovinos y bufalinos en zonas de riesgo, lo que ha llevado a fortalecer campañas de vacunación para animales domésticos y de producción.

A nivel normativo y operativo, Colombia ha actualizado sus lineamientos para el control de la rabia silvestre e incrementado la disponibilidad de biológicos, con cerca de 3,5 millones de vacunas destinadas a perros y gatos. Estas acciones buscan reducir la transmisión y anticipar brotes en contextos donde la fauna silvestre actúa como reservorio. Aunque el país ha logrado avances significativos, los aumentos en las agresiones y la circulación del virus en animales silvestres subrayan la necesidad de mantener y reforzar las estrategias integradas de prevención, educación comunitaria y vigilancia oportuna para garantizar la protección de la salud pública.

Justificación para la vigilancia

La vigilancia, prevención y control de la rabia es una prioridad para la salud pública a nivel mundial y nacional; es por lo que Colombia, como los demás países de las Américas, se ha comprometido a eliminar la rabia humana transmitida por perros y a controlar la rabia humana de origen silvestre del territorio nacional.

En esta tarea se articulan las acciones del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Instituto Nacional de Salud (INS), el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, las Corporaciones Autónomas Regionales (CAR) y las Entidades Territoriales de Salud (ETS), de conformidad a la normatividad vigente; siendo la vigilancia, prevención y control de la rabia en humanos, perros y gatos es responsabilidad del Sector Salud, la de animales de producción es responsabilidad del sector agropecuario y la responsabilidad de los animales silvestres es del sector ambiental.

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud (INS), a través de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública) y de la Dirección de Redes en Salud Pública, elaborar las recomendaciones para realizar la vigilancia epidemiológica de este evento y el desarrollo del componente de vigilancia de la rabia por laboratorio en el ámbito nacional.

Definición de exposición al virus de la rabia

La exposición al virus de la rabia, es la probabilidad de penetración y replicación del virus rábico en el organismo de una persona que ha sufrido una lesión (mordedura, rasguño o arañazo) por agresión de un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia, o contacto de piel lesionada o de mucosa con saliva o tejido de un animal o humano infectado, o presuntamente infectado, con el virus de la rabia, ya sea de manera accidental o

DESARROLLO

por prácticas inadecuadas de bioseguridad en la atención de personas y de animales rabiosos; visitar cuevas o cavernas con murciélagos potencialmente infectados por el virus de la rabia, en laboratorios de diagnóstico de rabia, investigaciones con el virus de la rabia o de fabricación de suero antirrábico, entre otros, sin las debidas medidas de bioseguridad.

Definición de tipo de lesión y contacto

Agresión

Toda herida o lesión causada por mordedura, rasguño o arañazo, cualquiera que sea su número, extensión o profundidad, en cualquier parte del cuerpo de una persona, ocasionada por un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia

Contacto

Todo contacto de piel lesionada o mucosa de una persona con secreciones bucofaríngeas, material biológico o de necropsia, superficies óseas en contacto con tejido nervioso procedente de un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia o animales o humanos con diagnóstico de rabia (probable o confirmado).

Clasificación de la exposición en agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

No exposición

1. Cualquiera de estas condiciones:

- Mordedura en cualquier área del cuerpo de una persona, cubierta o no
- Lamedura de mucosa o de piel lesionada
- Arañazo o rasguño, provocado o no
  Que sean ocasionados por un animal doméstico (perros o gatos), vacunado o no, con o sin certificado de vacunación vigente, observable* y sin signos compatibles con rabia al momento de la agresión; o sean ocasionados por un perro o gato en una persona que consulta diez o más días después de ocurrida la agresión o contacto y al momento de la consulta el animal (perro o gato) se encuentra vivo, sano y se pueda garantizar la observación.

2. Cualquiera de estas condiciones:

- Contacto de piel intacta con saliva o tejido nervioso procedente de un animal potencialmente transmisor de rabia.
- Lesión causada por pequeños roedores (roedores sin antrópicos “rata común”)

Exposición Leve

(Menor probabilidad de transmisión del virus de la rabia)

Mordedura única en área cubierta del cuerpo (tronco, miembro superior o inferior), lamedura de piel lesionada, arañazo o erosión leve en piel expuesta, sin sangrado, ocasionada por un animal doméstico (perro o gato), no observable, desconocido o callejero.
Requiere de inmediato: aplicación de vacuna antirrábica como único esquema profiláctico contra la rabia, lavado y atención de la herida, según lo establecido en lineamientos nacionales vigentes emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención de personas agredidas por un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia.

Exposición Grave

(Mayor probabilidad de transmisión del virus de la rabia)

1. Mordedura en cualquier área del cuerpo, cubierta o descubierta; lamedura de mucosas; lamedura de piel

DESARROLLO

lesionada; rasguño o arañazo transdérmico en el cuerpo de una persona, ocasionado por un animal con cualquiera de estas condiciones:

- Caso probable o confirmado de rabia por laboratorio;
- Silvestre o salvaje (incluidos los grandes roedores como el chigüiro);
- Con signos o síntomas compatibles con rabia al momento de la agresión o durante los 10 días de observación, sin vacuna, que ataca sin provocación alguna y que a juicio del médico tratante presenta alta probabilidad de trasmitir el virus de la rabia.

2. Mordedura, cualquiera que sea su número, extensión o profundidad, en áreas altamente inervados o cercanos a sistema nervioso central como lo son cabeza, cara, cuello, dedos, manos, pies o genitales, causada por un animal de compañía (perro y gato) no observable o callejero, o en caso de mordeduras múltiples y lamedura de mucosa causada por un animal de compañía (perro y gato) no observable o callejero.

3. Contacto directo de piel lesionada de una persona, por razones de su oficio, con tejido proveniente de un espécimen con alta sospecha de infección por virus de la rabia o confirmado para rabia, tales como las producidas por fallas de bioseguridad en personal de laboratorios, bioterios y centros de zoonosis, por ejemplo: lesiones por esquirlas óseas o salpicaduras con material de necropsia contaminado o contacto sin protección de vías respiratorias o conjuntivas con alta concentración del virus de la rabia en el ambiente (aerosoles) de laboratorios o cavernas de murciélagos, entre otros.

Requiere de inmediato: aplicación de vacuna y suero antirrábico como único esquema profiláctico contra la rabia, lavado y atención de la herida, según lo establecido en lineamientos nacionales vigentes emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención de personas agredidas por un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia.

*Todo perro o gato agresor identificado deberá ser puesto en observación durante 10 días contados a partir de la fecha de la agresión, SIN EXCEPCIÓN, independiente que documente o no vacunación contra la rabia. Se aconseja dar tratamiento para infecciones bacterianas y prevenir el tétanos, si las condiciones así lo ameritan.

En 1994, la OPS/OMS recomendó no vacunar a las personas mordidas por pequeños roedores (roedores sin antrópicos en los que se tienen evidencia que tienen atrofia de glándulas salivales), con la única eventual salvedad para aquellas áreas en las que se llegase a demostrar transmisión de la enfermedad por roedores, lo cual hasta el momento no se ha probado en ningún país de América.

Procedimientos ante agresiones por animales potencialmente transmisores del virus de la rabia

Unidades Primarias Generadoras de Datos

- Atender de inmediato a toda persona con agresión por un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia, sin derivarlo a consulta prioritaria o programada, independiente de la fecha de ocurrencia de la agresión, por tratarse de una urgencia médica.
- El médico tratante debe diligenciar la historia clínica completa del paciente, haciendo énfasis en las condiciones relacionadas con la agresión o contacto, estado y ubicación del animal agresor, clasificación de la exposición y la conducta; además el diligenciamiento de los datos básicos y los complementarios en la ficha de notificación obligatoria: código 300 - notificar de inmediato al área de vigilancia de la institución correspondiente.
- Garantizar, por el encargado del Sivigila, que se realicen los ajustes al Sivigila, teniendo en cuenta la clasificación final de la exposición del paciente.
- Administrar el tratamiento antirrábico de acuerdo con la clasificación de la exposición y definición de caso, garantizando que los tratamientos suministrados cumplan adecuadamente la cadena de frío. Además, estas instituciones deben mantener actualizado el perfil epidemiológico de la morbimortalidad por esta enfermedad y divulgar la información en espacios de interés.

DESARROLLO

- Estas instituciones deben asegurar que el paciente culmine la profilaxis de acuerdo con el esquema requerido para cada caso. Sin embargo, de no poder ubicar al paciente deberán informar al nivel jerárquico superior de la entidad o al gubernamental para la toma de medidas y acciones necesarias en cada caso.

Periodicidad de los reportes en la vigilancia integrada de la rabia en Colombia.

Notificación super inmediata

Ante la presencia de un caso rabia humana, se deberá informar de manera inmediata al referente de vigilancia integrada de rabia municipal o departamental y ascender a niveles superiores; generar la notificación en el SIVIGILA.

Todo caso probable de rabia en humanos que sea notificado al SIVIGILA, debe ser verificado el cumplimiento de definición de caso de manera super- inmediata por la entidad territorial de notificación con retroalimentación al referente nacional del Instituto Nacional de Salud; en caso de que sea un error en la escogencia de la ficha de notificación y corresponda a un evento 300 (APTR) debe realizar ajuste D y realizar notificación del evento 300, estos soportes deben ser enviados al referente de municipal, Departamental y nacional.

Notificación inmediata

Todo caso de agresión o contacto con animales transmisores de la rabia se notifica de inmediato de la UPGD a la UNM con el objeto de realizar seguimiento y evaluación de cada caso. Se deberá hacer realimentación a la UPGD en cuanto al resultado de la observación, con el fin de ajustar la clasificación del caso y ordenar el esquema post-exposición correspondiente.

Todo caso que cumpla la definición de caso probable de animales (perros y gatos), se notifica de inmediato desde la Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) a la Unidad Notificadora Municipal (UNM), Unidad Notificadora Departamental o Distrital (UND) al Sivigila y al referente del Instituto Nacional de Salud, según estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de este evento.

Notificación semanal

Las agresiones, contactos y exposiciones al virus de la rabia se notifican con periodicidad semanal al Sivigila, según estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de este evento

Ajustes por período epidemiológico

Los ajustes a la información de las agresiones, exposiciones, casos probables y confirmados de rabia humana y de rabia animal, así como la clasificación final de los casos, se realiza de manera semanal, o a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, según correspondencia y mecanismos definidos por el Sivigila.

Informe Investigación Epidemiológica de Campo

El grupo funcional de rabia del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud diseñó el Manual para investigación e intervención de los brotes de rabia en Colombia, el cual contiene las recomendaciones técnicas para el abordaje de estos casos y puede ser consultado en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/manual-investigacion-intervencion-brotes-rabia.pdf
Se deben generar informes de la situación (SITREP, por sus siglas en inglés) de acuerdo con las necesidades de información o periodicidad establecida, estos reportes de situación reemplazan los informes 24, 48 y 72 horas. Los estudios de brote pueden requerir emisión de información cuantas veces sea necesario. Se debe hacer seguimiento a

DESARROLLO

las actividades de foco y perifoco a los 15, 30 y 60 días de notificado el caso y un informe final.

Inmunoprofilaxis antirrábica

Esquema de vacunación post exposición

Aplicar vacuna los días 0, 3, 7 y 14, entiéndase día cero como el día de la consulta, pues es una urgencia médica

Se debe aplicar el vial completo dependiendo de la presentación, es decir, de 0,5 ml o 1 ml según loque se disponga en el servicio, a nivel intramuscular, en los niños menores de 2 años en el vasto externo tercio medio cara anterolateral y en población mayor de 2 años en el deltoides preferiblemente, la jeringa recomendada es de 1 ml (calibre 23Gx1" para niños y para adultos calibre $22GX1^{1/2}$ o $22GX1^{1/4}$).

No aplique la vacuna en glúteos (según OMS: esa región es menos fiable por lo que se refiere a inducir una respuesta inmunitaria adecuada), ni intravascular. La vía intramuscular es la recomendada en el esquema post exposición.

En el paciente anticoagulado o con coagulopatía no se contraindica la vacunación, debe utilizar una aguja de menor calibre y longitud, realizando presión en el sitio de la vacunación, amerita dar signos de alarma para Re consulta por eventual riesgo de sangrado local.

Si se retrasa la administración de alguna dosis del esquema vacunal este no se reinicia, se debe completar así haya recibido una sola dosis y hayan pasado varios meses, hasta terminar esquema
El esquema post exposición se puede suspender eventualmente si se informa que el perro o gato esobservable y en los 10 días posteriores a la agresión no ha desarrollado signos, ni ha fallecido.

Las vacunas antirrábicas humanas tienen muy buen perfil de seguridad y pueden usarse durante el embarazo observándose niveles de anticuerpos neutralizantes adecuados en el recién nacido (104) (105), igualmente en la lactancia, en infancia e inmunocomprometidos, incluso niños con VIH/SIDA donde no se ve aumento de la carga viral de VIH, ni de los niveles de linfocitos CD4 y CD8.

Re-exposición (volvió a sufrir lesión por animal agresor)

- Cuando el paciente ha presentado una re-exposición, es decir, un animal lo ha vuelto a agredir y causar lesión, se recomienda solo el lavado de la herida si han pasado menos de 3 meses de terminado el esquema de vacunación post exposición (4 dosis), pero 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.
- Cuando el paciente ha presentado re-exposición y previamente ha recibido al menos 2 dosis de vacuna considera que cuenta con un esquema pre-exposición completo y se deben aplicar dos dosis intramusculares de vacuna correspondientes a los días 0 y 3; siempre y cuando cuente concarné de vacunación o este registrado en el Sistema de información nominal de vacunación.

Pacientes inmunocomprometidos (recuerde que todos se consideran como exposición grave)

- Se recomienda aplicación intramuscular de cinco (5) dosis los días 0, 3, 7 y 14, la quinta dosis se debe suministrar entre el día 21 y 28.
- Se recomienda remitir a infectología para valoración y definir si es factible, la medición de anticuerponeutralizante 2 a 4 semanas después de la vacunación y evaluar si se requiere un esquema adicionalde vacunación o dosis adicional de vacuna.
- Se recomienda concomitante con el esquema de vacunación post exposición aplicar inmunoglobulina (ver aplicación inmunoglobulina

DESARROLLO

Uso de inmunoglobulina o suero antirrábico equino

Proporciona anticuerpos neutralizantes antes de que el paciente produzca sus propios anticuerposcomo resultado de la vacunación.

La inmunoglobulina antirrábica humana que actualmente es la disponible en el país, no requiere prueba de sensibilidad y se aplica a dosis de 20 UI/kg de peso, dentro y alrededor de la herida. (revise la presentación disponible en la institución y el inserto antes de realizar la aplicación). Sin embargo, hay escases a nivel mundial y la disponibilidad que hay es restringida.

También existe la inmunoglobulina equina purificada que se aplica a dosis de 40 UI/kg peso, y que actualmente está disponible por los escases de inmunoglobulina humana. (revise la presentación disponible en la institución y el inserto antes de realizar la aplicación). Esta requiere de prueba de sensibilidad con previa autorización del médico tratante.

La inmunoglobulina antirrábica en lo posible la mayor cantidad debe instilarse profundamente dentroy alrededor de la herida (verinserto), este proceso de aplicación es similar al usado en la infiltración anestésica para realizar la sutura de una herida, esto permite la actividad de los anticuerpos infiltrados que neutralizan las partículas virales presentes en el tejido, toda vez que, el lavado hechopreviamente con agua y jabón elimina los que se hallan en la superficie de la herida, el procedimientolo realizara el profesional asignado que tenga las competencias, así mismo, se requiere su aplicaciónen una institución de salud con disponibilidad médica e insumos respectivos en el caso eventual de presentarse algún efecto adverso, que aunque es raro, requiera atención inmediata.

En caso de que las mordeduras en los pulpejos de los dedos de las manos y los pies, lóbulos de lasorejas, área nasal o en los genitales externos pueden ser inyectadas con seguridad, evitando la presión excesiva.
En exposición de mucosa sin herida, se aplica en el sitio de contacto la mayor cantidad de inmunoglobulina anatómicamente posible y el resto se aplica intramuscular (en menores de 2 años siempre en vasto externo, en mayores de 2 años, si la exposición fue en cabeza, tronco y extremidades superiores, aplicar en deltoides, y en extremidades inferiores en vasto externo,siempre en sitio anatómico diferente a lugar donde se aplicó la vacuna).

En cualquier tipo de lesión incluyendo la exposición de mucosas con o sin herida, se aplica inmunoglobulina la mayor cantidad de volumen en el sitio de la mordedura de acuerdo al área anatómicamente afectada, el volumen restante se aplica vía intramuscular de preferencia así:

- Niños menores de 2 años no caminadores: Vasto externo tercio medio cara anterolateral delmuslo
- En mayores de 2 años y adultos: Tercio medio de la región deltoidea del brazo

En caso de requerirse volúmenes totales comparativamente grandes se recomienda administrarla en dosis divididas en diferentes sitios.

Con respecto al máximo de centímetros aplicar por infiltración no se tiene un estándar de volumen debido a que depende de la localización de la lesión, el grado de afectación y la capacidad del áreaafectada toda vez que se debe evitar sobrepresión y eventuales síndromes compartiméntales.

En caso de requerir simultáneamente la aplicación de inmunoglobulina y la vacuna deben aplicarse en sitios contralaterales del cuerpo y garantizar una jeringa diferente para cada producto.
En heridas con signos de infección, no está contraindicada la infiltración con inmunoglobulina.
Si no está disponible la inmunoglobulina antirrábica durante la primera dosis de vacuna, debe ser administrada no posterior a 7 días.
Debe evitarse su aplicación dentro de un vaso sanguíneo.
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,

DESARROLLO

debido a la letalidad del virus de la rabia no se contraindica la aplicación de inmunoglobulina antirrábica y vacuna antirrábica
De acuerdo a la clasificación de la exposición e Independientemente del tiempo transcurrido de la misma y del estado de la herida, si la persona no ha recibido vacuna antirrábica, amerita la aplicaciónde inmunoglobulina.

Recomendación

Se recomienda fortalecer de manera sostenida las estrategias territoriales de vigilancia, prevención y control de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, priorizando la capacitación continua del personal asistencial en la correcta clasificación de la exposición y en el uso adecuado de biológicos, especialmente frente al reciente cambio de inmunoglobulina humana a suero antirrábico equino. Así mismo, se sugiere intensificar acciones intersectoriales bajo el enfoque “Una Salud”, incluyendo campañas de vacunación y tenencia responsable de animales, junto con la articulación permanente entre salud, agricultura y ambiente para responder oportunamente a la circulación del virus en fauna silvestre y prevenir el uso inapropiado de tratamientos post-exposición.

Conclusión

La rabia continúa siendo un evento de alto impacto en salud pública, con una carga importante a nivel mundial y con riesgos persistentes en Colombia debido al aumento de agresiones por animales y la presencia del virus en fauna silvestre. Aunque el país mantiene más de siete años sin registrar rabia humana transmitida por perros y ha fortalecido su disponibilidad de biológicos y lineamientos técnicos, estos avances requieren mantenimiento y actualización constante. La situación actual evidencia la necesidad de conservar la vigilancia rigurosa, garantizar la atención inmediata de los casos y consolidar estrategias integradas que permitan seguir protegiendo a la población frente a una enfermedad prevenible pero de letalidad casi absoluta.

9. OTROS: SISVAN (NOTIFICACIÓN RUTINARIA Y CAMBIOS EN EL LINEAMIENTO)

Durante la sesión del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) se socializó la Circular 028 de 2025, emitida por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., mediante la cual se establecen las directrices para el fortalecimiento de la vigilancia del estado nutricional de la población en el Distrito Capital.

Se resaltó que la circular está sustentada en el marco normativo vigente, incluyendo la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016, y el Decreto Distrital 057 de 2022, los cuales atribuyen a las EPS, IPS y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud responsabilidades directas en la valoración, clasificación, vigilancia y reporte del estado nutricional.

La circular establece obligaciones específicas para EPS e IPS, entre ellas la implementación de procesos estandarizados de valoración antropométrica, el uso de patrones de referencia OMS, la clasificación obligatoria del estado nutricional, y la notificación oportuna de los eventos de interés en salud pública relacionados con desnutrición aguda y mortalidad asociada (Eventos SIVIGILA 113 y 591). Asimismo, se enfatizó la necesidad de garantizar el seguimiento individual de los casos notificados y la activación de las rutas de atención para desnutrición aguda.

Adicionalmente, se informó sobre la parametrización obligatoria de variables nutricionales en las historias clínicas, diferenciadas por grupos de edad y curso de vida, así como el uso de los softwares oficiales OMS (Anthro y Anthro Plus) para el cálculo y clasificación de indicadores antropométricos.

La Secretaría Distrital de Salud realizará el seguimiento al cumplimiento de estas directrices en el marco de la vigilancia en salud pública, y en caso de identificar incumplimientos, podrá iniciar las acciones administrativas correspondientes o remitir la situación a la Superintendencia Nacional de Salud.
Finalmente, se recomienda entre los participantes difundir la información dentro de sus instituciones (UPGD) para garantizar la correcta implementación y reporte de las obligaciones derivadas de la circular.

10. OTROS: ÍNDICE DE RIESGO DE LA CALIDAD DEL AGUA

Objetivos:

DESARROLLO

1. Presentar el IRCA del mes de Noviembre de 2025.

Desarrollo

Se realiza la presentación del índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano – IRCA para el mes de Septiembre, teniendo en cuenta que del consolidado de las 189 muestras de control a lo largo del mes en los 172 puntos de monitoreo arrojaron un nivel de riesgo “Sin Riesgo”, sin embargo el 1,06% (2) de las muestras analizadas presentaron una no aceptabilidad respecto a los parámetros fisicoquímicos y microbiológicos establecidos en la resolución 2115 de 2007, los cuales fueron los puntos Tanque Sierra Morena 2 (Riesgo Medio) y Tanque El Paso (Riesgo Medio) tal como se observa en el mapa.

Conclusión

Las condiciones de calidad del agua presentes en el distrito entregada por la EAAB son variables razón por la que es importante mantener un proceso de vigilancia y control sobre estas garantizando así la calidad suministrada a todos los usuarios.

11. OTROS: VIGILANCIA INTENSIFICADA POR POLVORA

Se da inicio a la presentación del fortalecimiento técnico en la vigilancia intensificada por pólvora temporada 2025-2026. Referente SIVELCE inicia con la justificación de la vigilancia intensificada en dónde se debe tener en cuenta la ley.

Ley 670 de 2001:

1. Uno garantizar al niño los derechos fundamentales de la vida integridad física, la salud y la recreación.
2. Establecer las previsiones de protección al niño por el manejo de artículos o juegos pirotécnicos.
3. Confirmar que los derechos fundamentales de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Reglamentada parcialmente por el decreto Nacional 4481 de 2006
Está prohibida toda venta de artículos pirotécnicos o fuegos artificiales y globos a menores de edad y a personas en estado de embriaguez en todo el territorio nacional. Si se encontrare un menor manipulando, portando o usando inadecuadamente artículos pirotécnicos o fuegos artificiales y globos, le será decomisado el producto y será conducido y, puesto a disposición de un defensor de familia, quien determinará las medidas de protección a adoptar.

Ley 1098 2006
Por la cual Se expide el código de la infancia adolescencia cuyo objetivo es establecer normas sustantivas y procesales integral de los niños las niñas y los adolescentes.

Ley 2224 de 2022
Por medio de la cual se garantizan los derechos fundamentales a la vida, la integridad física, la salud y la recreación de todos los habitantes en especial los niños, niñas y adolescentes en el territorio nacional mediante la regulación del uso, la fabricación, la manipulación, el transporte, el almacenamiento, la comercialización, la compra, la venta y el expendio de pólvora y productos pirotécnicos en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

DECRETO 2174 DE 2023

Por el cual se adiciona el Capítulo 2 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto número 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior en relación con los requisitos para el uso, fabricación, manipulación, transporte, almacenamiento, comercialización, compra, venta de pólvora y productos pirotécnicos en el territorio nacional, y se modifica el artículo 2.2.4.1.21 del Decreto número 1070 de 2015 Único reglamentario del Sector Defensa y se dictan otras disposiciones.

DESARROLLO

Objetivo especifico

- Generar es generar información útil, confiable y oportuna de las lesiones por pólvora para establecer su comportamiento, orientado en acciones de prevención y control que reduzcan la incidencia en el distrito capital, garantizando la efectiva respuesta del sector salud ante dichos eventos.

Objetivos específicos

- Brindar una atención integral en salud a los lesionados por la manipulación y uso inadecuado de pólvora, prestando los servicios necesarios desde la atención inicial a urgencias, hasta la rehabilitación de lesionado si así lo requiere, conforme a la normatividad vigente y los protocolos de atención.
- Captar el 100% de los casos de lesiones de pólvora ocurridos en el Distrito Capital durante las celebraciones de la Navidad 2024 y año nuevo 2025 que desarrollan en cada una de las localidades,
- Caracterizar las lesiones por pólvora que ocurren en el distrito capital a partir de las variables de tiempo persona y lugar que permiten dar insumo para la toma de decisiones.
- Educar, asesorar y apoyar a las localidades en la vigilancia en salud pública de las de las lesiones por pólvora según lineamientos establecidos. (SDS, COVE Distrital, noviembre 2024).

De acuerdo con la definición operativa de caso, enmarcado en el protocolo 452 indica que el evento es confirmado por clínica y las características de la clasificación dice "*Caso en el que, como consecuencia de la producción, almacenamiento, transporte, manipulación, y/o exhibición de pólvora pirotécnica se produzcan lesiones en las personas, que requieran manejo médico, ambulatorio u hospitalario, o desencadenen la muerte de estas*".
Referente muestra en la presentación los principales artefactos pirotécnicos que han ocasionado lesiones, resaltando los voladores y totes.

Es importante tener en cuenta en la preparación o planeación de la vigilancia intensificada, todo lo relacionado a los planes de emergencia y contingencia, la implementación de la vigilancia intensificada en las UPGD.
Se informa que a la fecha no se cuenta con la circular conjunta del Ministerio de salud y Protección social y en Instituto Nacional de Salud, se encuentra en revisión, una vez se divulgue se socializara a las UPGD, basarnos en la emitida para la temporada anterior 1/12/2024.

Se resalta la importancia en que las UPGD cuenten con la infraestructura y talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en salud pública, realizando acciones de la vigilancia garantizando la notificación de forma oportuna y la atención del barrido telefónico.

Se muestra un diagrama de flujo de la vigilancia intensificada por pólvora, en donde se debe tener presente si el usuario presenta una quemadura producida por pólvora, desde consulta de urgencias, se debe hacer la notificación la ficha 452 en el aplicativo SIVIGILA 4.0 y enviar fichas y SIVELCE al correo de pólvora para el cargue al módulo de pólvora, tener en cuenta que se si el lesionado es menor de edad, se debe diligenciar la ficha SIVIM, se debe oficiar ante el ICBF. Si el evento es captado por consulta externa se debe contactar al referente local, una vez, autorizado se realiza el respectivo cargue.

Intoxicaciones por fósforo blanco
Frente a las Intoxicaciones por fósforo blanco, tener en cuenta que bajo el decreto 4481 de 2006, por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 670 de 2001, en el cual se prohíbe totalmente la producción o fabricación, la manipulación o uso y la comercialización de artículos pirotécnicos o fuegos artificiales que contengan fósforo blanco, los principales artefactos son los totes o conocido como martinicas, saltapericos, diablillos, triquitraques.
Tener en cuenta las fases de la intoxicación:

- Fase 1: transcurre en las primeras 24 horas, con síntomas tales como: dolor abdominal, diarrea, vómito, lesiones corrosivas del tracto gastrointestinal, hematemesis y en ocasiones, manifestaciones neurológicas incluyendo alteraciones de la conciencia.

- Fase 2: durante las siguientes 48 a 72 horas, se presenta una mejoría transitoria, con pocos síntomas que incluyen anorexia, dolor abdominal, malestar general.

DESARROLLO

- Fase 3: Aparecen manifestaciones de toxicidad sistémica como insuficiencia renal, hepatites e icterícia, encefalopatia hepática, coagulopatía, hipoglicemia, hipotensión, colapso cardiovascular, arritmias, depresión medular o falla multisistémica.

En el diligenciamiento de la ficha 365 se debe tener en cuenta que el grupo de sustancias es 6.s otras sustancias químicas, en el código y nombre del producto se puede registrar 1080 que corresponde a fósforo blanco, 1104 martinicas, 1142 totes. El tipo de exposición es accidental, La vía de exposición principalmente es oral sin embargo se han presentado algunos casos asociados a la dermis.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

- Garantizar que el personal este capacitado ante un evento de lesión por pólvora – intoxicación con fósforo blanco.
- Contar con personal comprometido con las acciones VIP.
- Informe oportuno del evento 452 - 365 a persona responsable de brindar información al barrido CRUE – seguimiento VSP SIVELCE.
- Identificar adecuadamente el tipo de artefacto pirotécnico, evaluando que sea el correcto.
- Concordancia entre ficha 452 física y SIVIGILA 4.0 – SIVELCE. (Localidad residencia - ocurrencia, sitio anatómico.
- Diligenciamiento en historia clínica del tipo de lesión, artefacto, acciones realizadas frente a diligenciamiento SIVIM, reporte IEC, detalle de acciones del ICBF ante casos de medida de protección.
- Reporte oportuno de casos lesiones por pólvora.

PARA TENER EN CUENTA UPGD URGENCIAS

- ✓ Envío de notificación diaria VIP (positiva o negativa) al correo ***referentesivelcesm@subredsuroccidente.gov.co***
- ✓ Doble barrido telefónico los días críticos (8 y 25 de diciembre de 2024 y 1 de enero de 2025) hora: 7:00am, 12:30pm., De ser positivo se deberá diligenciar la ficha 452 del INS y esta será requerida por el profesional que realiza el barrido, tomará nota de las variables de la ficha 452 la cual debe estar diligenciada al 100%, esta deberá ser cargada al SIVIGILA 4.0 de manera inmediata, enviada luego por correo electrónico; ficha 452 escaneada (original que diligencia medico), ficha SIVELCE, junto a historia clínica y captura del cague exitoso al SIVIGILA 4.0 - 452) al correo polvorasuroccidente@gmail.com (inmediato). *Con tres llamadas de los barridos que no sean recibidas, se genera plan de mejoramiento a la UPGD.*
- ✓ Con omisión de notificación (mediante barrido y/o envío de ficha de notificación) se genera oficio desde SDS.
- ✓ Seguimiento de estado de salud de los usuarios durante toda la temporada (disponibilidad UPGD).
- ✓ El cargue de eventos al módulo de pólvora SIVIGILA D.C Salud Mental, lo realiza equipo técnico de la Subred Sur Occidente.
- ✓ Casos de menores de edad se deben notificar al SIVIM y oficiar a ICBF.
- ✓ De identificarse caso de quemadura por pólvora se deberá realizar contacto inmediato con referente local Alejandro Chaves o Edgar Pino al 3154897575 y 3005607019 se realizará notificación inmediata.

PARA TENER EN CUENTA UPGD CONSULTA EXTERNA

- ✓ En caso de identificar un evento de lesión por pólvora en consulta externa, antes de ser notificado deben ***contactar a referente local Alejandro Chaves o Edgar Pino al 3154897575 y 3005607019 e informar del caso para su respectiva autorización***, una vez autorizada la notificación del evento, el caso debe ser cargado al SIVIGILA 4.0, enviar ficha 452, ficha SIVELCE, Historia Clínica y captura del cague exitoso al SIVIGILA 4.0 - 452) al correo ***referentesivelcesm@subredsuroccidente.gov.co***
- ✓ El cargue de eventos al módulo de pólvora SIVIGILA D.C Salud Mental, lo realiza equipo técnico de la Subred Sur Occidente.
- ✓ Casos de menores de edad se deben notificar al SIVIM y oficiar a ICBF.
- ✓ Consulta externa **No hace reporte** de notificación negativa de eventos de lesión por pólvora. **(Nota: Posible ajuste por parte de nivel central)**

DESARROLLO

En caso de presentarse un lesionado, se debe enviar a referente local vía WhatsApp la siguiente información:
NOMBRE UPGD: Hospital Kennedy
NOMBRE USUARIO/A: Valentina Romero
TIPO DE DOCUMENTO: TI
NUMERO DE DOCUMENTO: 1013197384
EDAD: 12 años
TIPO DE LESION: Quemadura
LOCALIDAD DE OCURRENCIA: KENNEDY
LOCALIDAD DE RESIDENCIA: BOSA
FECHA DE LA OCURRENCIA: 08/12/2024
SITIO ANATOMICO: Miembro superior derecho
ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EL USUARIO/A LESIONADA: En calle, frente a vivienda familiares, no manipulación de artefacto.
ARTEFACTO: Pito
SERVICIO EN EL QUE SE ENCUENTRA: Urgencias

Frente al cronograma de vigilancia intensificada de pólvora para la temporada 2025 - 2026 se da la claridad que se está a la espera de confirmación de tiempos de corte por parte de nivel central, Al igual que el manejo del reporte negativo para las UPGD desde consulta externa.

12. EVALUACIÓN DEL COVE LOCAL SUBRED SUR OCCIDENTE JULIO 2025

Análisis de la Evaluación del COVE Local de Bosa

Nuestros resultados demuestran un sólido sentido de logro y alta satisfacción con nuestro COVE Local. El equipo ha generado una percepción abrumadoramente positiva, con respuestas afirmativas casi unánimes que validan la claridad y la eficacia de nuestra convocatoria, la pertinencia del contenido, la aplicabilidad de los conocimientos transmitidos y la idoneidad de las herramientas utilizadas. Esto reafirma que estamos cumpliendo con nuestro propósito. Las pocas áreas de oportunidad identificadas, que debemos asumir como desafíos de mejora continua, se concentran en optimizar detalles operacionales y de presentación, como la logística del horario y hacer las dinámicas de reunión aún más envolventes.

A continuación, se presenta un análisis detallado por pregunta:

1. ¿La convocatoria enviada para el COVE local fue clara y oportuna?

La mayoría de los participantes respondieron “Sí”, indicando que la convocatoria fue enviada con tiempo adecuado y con información suficiente. No se registran observaciones negativas relevantes, por lo que se concluye que la comunicación inicial fue efectiva.

2. ¿Los contenidos fueron claros, concretos y comprensibles?

Las respuestas fueron casi en su totalidad afirmativas, lo que refleja que los temas tratados se explicaron de manera adecuada, con buena estructura y lenguaje comprensible. Los comentarios mencionan “claridad” como un aspecto destacado.

3. ¿Los conocimientos adquiridos son útiles y aplicables en su campo de desempeño?

La mayoría respondió “Sí”, lo que indica que los contenidos fueron pertinentes para las labores de los asistentes. Algunos comentaron que la información fue “interesante”, “útil”, “importante” y que aportó “aprendizaje”.

4. ¿La reunión aportó nuevos conocimientos?

Las respuestas fueron ampliamente positivas. Varios participantes destacaron que la reunión fue “muy interesante”,

DESARROLLO

que recibieron “muchísimas gracias” o que aportó claridad en procesos como vacunación. Esto evidencia que el espacio sí generó valor agregado.

5. ¿La metodología empleada permitió el cumplimiento de los objetivos?

La totalidad o gran mayoría respondió “Sí”, indicando que la metodología fue adecuada para el desarrollo de la sesión. No se evidencian barreras metodológicas significativas.

6. Las herramientas de apoyo (presentaciones, material didáctico, listas de chequeo, etc.) facilitaron la comprensión de los temas

Las respuestas fueron mayormente afirmativas, resaltando que las herramientas permitieron fortalecer la comprensión de los temas tratados. Algunos mencionaron que la información fue clara y bien socializada.

Aspectos positivos del COVE local (según los participantes)

- Claridad en la información
- Buen manejo de los temas por parte de los expositores
- Amabilidad del equipo
- Información interesante e importante
- Aprendizaje y claridad en procesos
- Pausas activas
- Apoyo a la comunidad
- Buen COVE en general (percepción positiva del espacio)

13. CONCLUSIONES

Durante el mes de noviembre de 2025, la Subred Sur Occidente E.S.E. llevó a cabo las sesiones de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) correspondientes a las localidades de Fontibón, Bosa y el COVE del Sur, que integra las localidades de Kennedy y Puente Aranda. Estos espacios se consolidan como escenarios técnicos e interinstitucionales esenciales para el análisis, discusión y orientación de las acciones de salud pública en el Distrito Capital, en concordancia con los lineamientos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

Las sesiones contribuyeron significativamente al fortalecimiento de las capacidades técnicas de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), reafirmando su rol estratégico en la detección, notificación y análisis oportuno de los eventos de interés en salud pública. La metodología aplicada —centrada en un eje temático principal, acompañada de temáticas itinerantes y del análisis sistemático de indicadores rutinarios— evidenció alta efectividad, según la retroalimentación de los participantes, quienes destacaron la claridad de las convocatorias, la pertinencia de los contenidos, la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos y la eficiencia en la dinámica metodológica empleada.

Los resultados presentados durante las sesiones reflejan que las localidades adscritas a la Subred Sur Occidente aún enfrentan desafíos relevantes en la calidad de los procesos de vigilancia y atención en salud pública. Se identificaron dificultades asociadas a demoras en la notificación, desconocimiento parcial de protocolos y limitaciones en la articulación interinstitucional, factores que afectan la oportunidad de la respuesta y la eficacia de las intervenciones. Estas brechas representan un riesgo para la población en general, con especial impacto en grupos vulnerables como mujeres gestantes y recién nacidos, quienes presentan mayor susceptibilidad frente a los eventos priorizados en salud

DESARROLLO
pública. En este contexto, se ratifica la necesidad de implementar estrategias integrales de mejora que fortalezcan las competencias técnicas del talento humano en salud mediante procesos continuos de capacitación y actualización, acompañadas de una supervisión rigurosa de los procesos de vigilancia epidemiológica y de una articulación efectiva entre los diferentes actores del sistema de salud distrital y nacional. Solo a través de estas acciones coordinadas será posible consolidar una respuesta institucional sólida, oportuna y efectiva frente a los retos actuales y emergentes en salud pública.

FECHA: 20/11/2025	TEMA: COVE local de Bosa noviembre 2025.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA DE CUMPLIMIENTO**
Participar en el COVE local	UPGD de la localidad	Mensualmente
Desarrollar en COVE local.	Subred Sur Occidente – VSP	Mensualmente

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

.

ANEXO FIRMAS DE ASISTENTES

NOMBRE COMPLETO	N° IDENTIDAD	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	CORREO ELECTRONICO
Karen Stefany Barco Baquero	1022985357	Centro medico Colsubsidio porvenir	Enfermera	Consulta externa	pepcentromedico.porvenir@colsubsidio.com
Blanca Noelis moreno gaitan	52401479	Villa Javier	Auxiliar de enfermería	Ambulatorios	villajaviersivigila@gmail.com
María Isabel Quiroga Acosta	52175369	Centro de salud Pablo vi bosa	Auxiliar de enfermería	Ambulatorio	notificacionespablovi@gmail.com
Yadila Garcia Diaz	53119180	Centro de salud bosa estación	Auxiliar de enfermería	Ambulatorio	sivigila.estacion@gmail.com
Daniela valderrama de la peña	1014239277	UPA 11	Lider PAI	PAI	Profapso@gmail.com

Nubia yanira moreno moya	52472646	Centro de salud olarte	Auxiliar de enfermería	Ambulatorio	sivigilaolarte@gmail.com
Lina María Orozco calle	1030690133	Chicala	Enfermera	Ambulatorio	olina0502@gmail.com
Alejandra arenas	1013609148	Centro de salud José María Carbonell	Enfermera	Ambulatorio consulta externa	usscarbonell@gmail.com
Carmen Ariza	23783754	Virrey Solis ips s.a kennedy 110010952306	Enfermera	Pyp	angielc@virreysolisips.com.co
Jonathan Javier Cardenas	1024521239	UPGD Jorge Enrique Ortiz Bojaca	Auxiliar de enfermería	.	odimolarte@gmail.com
Claudia Monica puerta ospina	66899559	centro médico Medisol Bosa	Auxiliar de Enfermería	sivigila	Policlinicomedisolbosa@gmail.com
Blanca Noelis moreno gaitan	52301479	Porvenir	Auxiliar de enfermería	Ambulatorios	villajaviersivigila@gmail.com
Carmen Ariza	23783754	Virrey Solis ips s.a Américas 110010952310	Enfermera	Pyp	angielc@virreysolisips.com.co
Jeini Liliana Rodríguez sastoque	110010922101	Servimed ips	Auxiliar de enfermería	Salud pública	enfermeriaumbosa@servimedips.com
Carmen Ariza	23783754	Virrey Solis ips s.a Fontibón 110010952309	Enfermera	Pyp	angielc@virreysolisips.com.co
Edgar Javier González Torres	80263120	Consultorio Médico Dr. Alfonso Vejar	Aux. Administrativo	Asistencia	Avejamed@gmail.com
Carmen Ariza	23783754	Virrey Solis ips s.a gran plaza Bosa 110010952327	Enfermera	Pyp	angielc@virreysolisips.com.co
Carmen Ariza	23783754	Virrey Solis ips s.a occidente 110010952311	Enfermera	Pyp	angielc@virreysolisips.com.co
Carmen Ariza	23783754	Virrey Solis ips s.a Bosa 110010952321	Enfermera	Pyp	angielc@virreysolisips.com.co

Jesús Ivan Niño	1094163939	Dr Alvaro Lleras Maldonado	Auxiliar	Ambulatorio	Sursaludbosa@gmail.com
Jesús Ivan Niño	1.094.163.939	Dr Luis Cruz Feria	Auxiliar	Ambulatorio	Feriacentromedicoangeles2023@gmail.com
Jesús Ivan Niño	1.094.163.939	Dra Yadira Mata	Auxiliar	Ambulatorio	Yadiracentromedicoangeles@gmail.com
Myrian vanegas borda	39658664	Arizalud	Auxiliar de enfermería	Epidemiología	arizaludepidemiologia@gmail.com
Jessica viviann castellanos giraldo	39677284	Hospital de bosa	Auxiliar de epidemiologia	Epidemiologia	Apphospitalbosa@gmail.com
Myrian vanegas borda	39658664	Unidad médica bosanova	Asesor	Calidad	unidadmedicabosanova@gmail.com
Zuma forero	39627127	Centro de salud nuevas delicias	Auxiliar de enfermería	Ambulatorio	Consultanuevasd53@gmail.clm
Myrian vanegas borda	39658664	George Noel coronado	Asesor	Calidad	georgenoelcoronado@gmail.com
Blanca Isabel Domínguez	52161520	Centro médico dra Carmenza forero	Servicio general	Servicio general	cjfrancoa@gmail.com
Myrian vanegas borda	39658664	Ángel María rivera	Asesor	Calidad	luzazul68@gmail.com
Daniela Aranguren Portela	1233911351	Dispensario médico suroccidente	Lider vigilancia epidemiologíca	Vigilancia epidemiologíca	dmsocsivigilacac@gmail.com
Natalia Rodríguez	1023000306	Bienestar Bosa	Aux de enfermería	Cove	nataliarodriguezsaray@gmail.com
Andrea Carolina Ruiz Mendoza	1013605178	Centro de salud	Líder operativo	Eri	eri@subredsuroccidente.gov.co
Nazly Walteros Tarazona	52792787	USS Boston	Epidemióloga	Transmisibles	Nazlywaltafisi@gmail.com
Daniela valderrama de la peña	1014239277	UPA 11	Lider PAI	PAI	PROFAPSO@GMAIL.COM
Sergio Alejandro Chaves puentes	80099346	CS BOSTON VSP	Referente salud mental	Sivelce	Referentesivelcesm@subredsuroccidente.goc.co

WILLLIAM BAQUERO	3221192	SUROCCIDENTE	EPIDEMIOLOGO	VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD	epidemiologowilliam@gmail.com
Nydia Julieth Bejarano Vivas	1019135759	Subred suroccidente	Referente evento 300	Gestión de riesgo	evento30016@subredsuroccidente.gov.co
Andrea Contreras Marín	53077091	CS Boston	Lider SISVAN	VSP SISVAN	sisvan@subredsuroccidente.gov.co
Yulieth Stefanny Trujillo Rivera	1012405114	Zona Franca	Ingeniera Ambiental - SUBSIVICAP	VSA - CASB	subsivicap@subredsuroccidente.gov.co
Yulieth Stefanny Trujillo Rivera	1012405114	Zona Franca	Ingeniera Ambiental - SUBSIVICAP	VSA - CASB	subsivicap@subredsuroccidente.gov.co
Dajana Paola Duarte Franco	1026257067	Cs Boston	Profesional especializada	SIVIGILA	Sivigilaoccidente@subredsuroccidente.gov.co