

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE) LOCALIDAD CIUDAD BOLIVAR Y TUNJUELITO

JULIO 2020

SIVIGILA – SSR - SMI

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACION GENERAL	3
2. OBJETIVOS	3
3. CARACTERIZACIÓN DE PARTICIPANTES	3
4. METODOLOGÍA	4
5. DESCRIPCIÓN GENERAL	5
6. GENERALIDADES DE SSR-SMI	5
7. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y DEFECTOS CONGÉNITOS BOGOTÁ D.C	9
8. GENERALIDADES DE VIH Y HB	17
9. INTERVENCIÓN SISVAN	21
10. SOCIALIZACIÓN TABLEROS DE CONTROL PAI	25
11. INDICADORES TRASMISIBLES	29
12. SOCIALIZACIÓN TABLEROS DE CONTROL SIVIGILA	35
13. COMPROMISOS	38

1. INFORMACION GENERAL

Para la presente vigencia la realización de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur se agrupó por localidades Ciudad Bolívar y Tunjuelito y en otro espacio Usme y Sumapaz se realizarán mensualmente. El presente informe da cuenta del COVE de la localidad de Ciudad Bolívar y Tunjuelito correspondiente al mes de julio 2020.

FECHA	15 de julio 2020	HORA	8:00 AM – 12:00 M
LUGAR	USS Vista Hermosa sala de juntas 4 – Metodología virtual – plataforma Teams		
TEMA	Generalidades del Proceso SSR-SMI y situación de COVID-19 en la Subred Sur		

2. OBJETIVOS

- Socializar las generalidades del proceso SSR-SMI
- Socializar el Comportamiento de la Mortalidad Infantil y Defectos Congénitos Bogota D.C.
- Socializar las generalidades de VIH Y HB
- Socializar Presentar tableros de coberturas de Vacunación
- Socializar los tableros de control de SIVIGILA
- Socializar los indicadores de SISVAN
- Socializar la situación de COVID 19 en la Subred Sur

3. CARACTERIZACIÓN DE PARTICIPANTES

Participaron representantes de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), líder de salud sexual y reproductiva, referente distrital, líder Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), referente de SISVAN, Infectólogo de la Subred Sur, líder de transmisibles y líder SIVIGILA.

4. METODOLOGÍA

Se da claridad de la metodología a implementar por contingencia vigente a la fecha relacionada con ALERTA AMARILLA POR PANDEMIA POR CORONAVIRUS, se recomendó desde secretaría de salud el máximo confinamiento posible de la población en sus hogares y evitar actividades que requieran aglomeraciones, por tal motivo el COVE se realizara virtual. En el auditorio se reúnen líder SIVIGILA, equipo SSR – SMI, líder PAI, líder UYE, responsable aplicativo SIVIGILA USS Vista hermosa, con uso correcto de los elementos de protección personal, con el distanciamiento de 2 metros respetando la directriz como norma para la prevención del congio de COVID.

En un primer momento se convocó a los encargados de participar en el COVE del mes de julio a una reunión en donde se establecieron las temáticas y tiempos para el desarrollo de cada una; se definió la siguiente agenda:

Tema	Hora	Responsables
Apertura Y Verificación de Quorum	08:10 am	Equipo SSR-SMI
Generalidades del Proceso SSR-SMI	08:20 am	Equipo SSR-SMI
Comportamiento de la Mortalidad Infantil y Defectos Congénitos Bogota D.C.	09:00 am	Referente de Mortalidad Perinatal y Defectos Congénitos SDS
Generalidades de VIH Y HB	09:30 am	Infectólogo de la Subred Sur
Modelo MAITE	10:00 am	Enfermera programas
Socialización tableros de control PAI	10:15 am	Líder PAI
Socialización tableros de control SIVIGILA	10:30 am	Líder SIVIGILA
Indicadores Trasmisibles	10:50 am	Líder Trasmisibles
Intervención Sisvan	11:15 am	Líder Sisvan
Varios	11:30 am	Varios

El COVE del mes de julio se realizó con metodología virtual, con envío previo de la invitación para participar en el COVE:

Descripción COVE LOCAL JULIO TUNJUELITO Y CIUDAD BOLIVAR

Fecha: miércoles 15 de julio de 08:00 a 12:00.

Plataforma Microsoft Teams:

https://teams.microsoft.com/meetingOptions/?organizerId=69d117f9-eb95-4bfa-a77f-735e2e635254&tenantId=4ab1183e-75d6-4b87-b4b5-bfcb968c1d57&threadId=19_meeting_MmFiZjQwMmYtOTthYi00YWY1LWE4MmUtN2U2MmY2NW_EyNDg0@thread.v2&messageId=0&language=es-ES

5. DESCRIPCIÓN GENERAL

Se da la bienvenida por parte del equipo de SIVIGILA de Vigilancia en Salud Pública de la Subred Sur E.S.E., se socializa la agenda cuyo tema central es las generalidades de salud sexual y reproductiva y de COVID-19 en la Subred Sur. Se continúa con el desarrollo de los diferentes temas planteados en la agenda.

6. GENERALIDADES DE SSR-SMI

Realiza la presentación la epidemióloga Gloria Cecilia la verde de salud sexual y reproductiva de la Subred Sur y comienza describiendo los temas del subsistema.

- ❖ Morbilidad Materna Extrema
- ❖ Mortalidad Perinatal-Neonatal
- ❖ Defectos Congénitos
- ❖ Sífilis Gestacional y Congénita
- ❖ VIH / SIDA
- ❖ Chagas Gestante Recién Nacidos
- ❖ Hepatitis B, Hepatitis C y Delta HB
- ❖ COVID – 19 en Gestantes

Salud sexual y reproductiva y salud materno infantil, se cómo función esencial de la salud pública, es la vigilancia intensificada de los eventos de morbilidad y mortalidad materno-perinatal se desarrollan en el marco del plan decenal de salud pública en la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, tomando como eje las líneas operativas: promoción de la salud, gestión integral del riesgo y gestión de la salud pública; a través del monitoreo crítico de los determinantes y condiciones de salud colectiva a partir de la notificación, análisis y divulgación de los resultados de los eventos.

Se continua con la exposición donde se habla de Morbilidad Materna Extrema que se define como una complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer, pero sobrevive.

LOCALIDAD	No CASOS NOTIFICADOS	No CASOS INTERVENIDOS
USME	75	1
TUNJUELITO	35	0

C. BOLIVAR	136	0
SUMAPAZ	0	0

De los 246 eventos notificados al siviigila durante el transcurso del año 2020 por morbilidad materna solo se hace intervenciones epidemiológicas de campo a las que sean notificadas para unidad de análisis distrital.

Mortalidad Perinatal-Neonatal se refiere a las mortalidades que ocurren desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento. La mortalidad neonatal hace referencia a los recién nacidos que fallecen antes de alcanzar los 28 días de vida. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida y desarrollo humano.

Tipo de caso	Características de la clasificación
Muerte perinatal	Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.
Muerte neonatal	Es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en: 1. Muertes neonatales tempranas 2. Muertes neonatales tardías
Muertes neonatales tempranas	Ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días)
Muertes neonatales tardías	Ocurren después de los 7 días completos hasta antes del día 28 de vida (7-27 días)

De los cuales al 47,6% se le ha realizado investigación epidemiológica de campo por cumplir con los criterios según la línea técnica de secretaria de salud

LOCALIDAD	No CASOS NOTIFICADOS	No CASOS INTERVENIDOS
USME	21	10
TUNJUELITO	6	2
C. BOLIVAR	38	19
SUMAPAZ	0	0

La epidemióloga continúa explicada sobre la Sífilis Gestacional y Congénita Inicia explicando que Las infecciones de transmisión sexual disminuyen considerablemente la calidad de vida, la salud sexual y reproductiva, y la salud infantil; además tienen efectos indirectos, ya que facilitan la transmisión sexual del VIH y repercuten en la economía de los países y los hogares. Además de las consecuencias de la sífilis en los casos de transmisión sexual, el *Treponema Palladium* puede pasar de la gestante al feto y causar sífilis congénita la cual puede producir aborto espontáneo, muerte perinatal, bajo peso al nacer, infección neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas. La notificación de casos de sífilis congénita en Colombia ha tenido una disminución marcada desde el año 2014, debido a dos grandes acontecimientos que modificaron la vigilancia; el primero en ese mismo año, relacionado con la unificación de las fichas de notificación de los dos eventos y el segundo, en el 2015, referente a la entrada en vigencia de la nueva Guía de práctica clínica, la cual transforma las definiciones de caso cambiando entre otros, el algoritmo diagnóstico de la enfermedad.

Tabla N°1. Descripción del evento

Aspecto	Características de la clasificación
Agente infecciosos	Espiroqueta <i>Treponema pallidum</i> , bacteria del género <i>Treponema</i>
Modo de transmisión	1. Exposición sexual: corresponde a cerca del 90 % de las infecciones. La contagiosidad va disminuyendo hacia el segundo año de la infección. 2. Prenatal/vertical: se adquiere por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto sanguíneo o con lesiones de los genitales de la madre.
Reservorio	Los seres humanos.
Período de incubación	De 10 a 90 días, por lo común tres semanas.
Período de transmisibilidad	Es transmisible mientras las lesiones mucocutáneas presentes estén húmedas en la sífilis primaria y secundaria. Las lesiones de la sífilis secundaria pueden recurrir, con frecuencia cada vez menor, durante un lapso de hasta cuatro años después de la infección, pero es raro que se transmita la infección después del primer año. La transmisión materno-fetal es más probable durante la fase temprana de la enfermedad de la madre, pero puede producirse durante todo el período de latencia. Los recién nacidos infectados pueden tener lesiones mucocutáneas húmedas, más generalizadas que en la sífilis del adulto y constituyen una fuente posible de infección.
Susceptibilidad y resistencia	La susceptibilidad es universal, aunque solo cerca de 30 % de las exposiciones terminan en infección. La infección genera inmunidad gradual contra el <i>Treponema pallidum</i> , es frecuente que no se genere inmunidad si el paciente se ha sometido a tratamiento temprano en las fases primaria y secundaria. La infección concurrente por el VIH puede reducir la respuesta normal del huésped contra el <i>Treponema pallidum</i> .

CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS GESTACIONAL

Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (como, por ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada, Reinfección es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo con el estadio de la enfermedad, presenta durante el seguimiento clínico y serológico, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de cuatro veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.

Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y seis meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden cuatro veces o dos diluciones, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda cuatro veces o dos diluciones.

CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS CONGÉNITA

Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

Nexo epidemiológico: fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de penicilina benzatínica de 2'400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.

Laboratorio: todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.

Clínica: todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico con exámenes para clínicos sugestivos de sífilis congénita.

Laboratorio: todo fruto de la gestación con demostración de Treponema Palladium por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de necropsia. Se informa que todas Sífilis gestacional y congénitas se les realiza investigación epidemiológica de campo al 100% de la notificación

Para terminar la epidemióloga explica que desde el proceso de salud sexual y reproductiva se realiza seguimiento a todas las gestantes sospechosas y positivas Notificación de evento con covid -19 con código del INS 345-346-348 en gestantes ,donde se realiza abordaje integral desde vigilancia epidemiológica correspondiente a salud sexual y reproductiva a las usuarias que se encuentran en estado de gestación con el fin de mitigar barreras administrativas abordando todo lo relacionado con los controles prenatales, síntomas y signos de alarma.

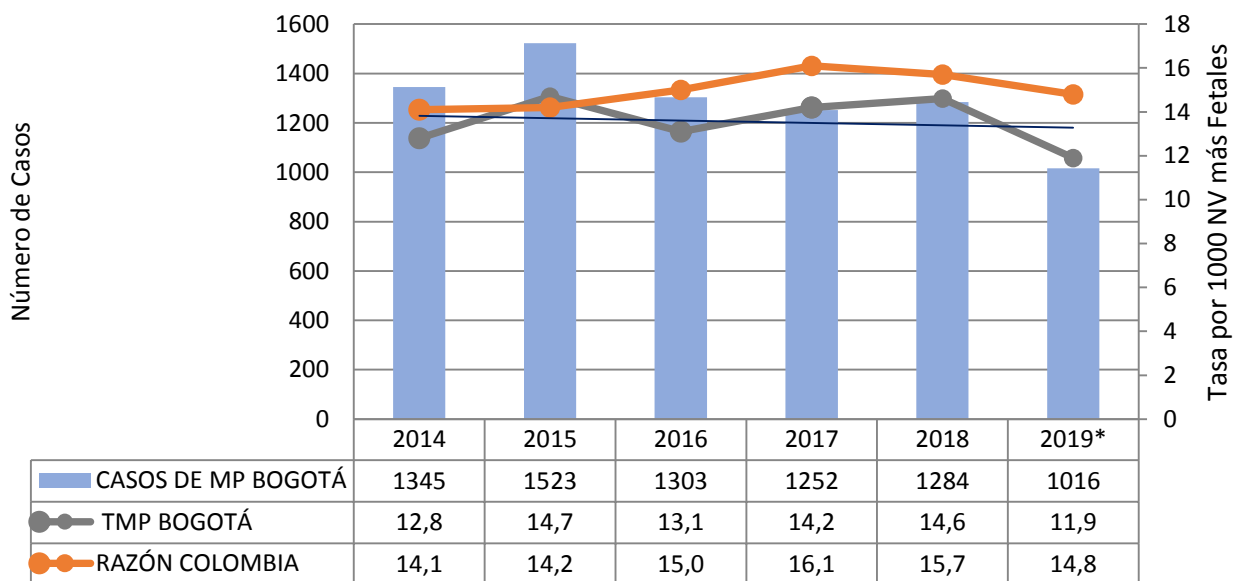
Informa que desde secretaria de salud se suspende la matriz de seguimiento, y se adopta el formulario web Gestantes COVID -19, donde los seguimientos serán solo a casos positivos por residencia de la Subred Sur una vez a la semana. Desde la SDS con apoyo de la estrategia de ángeles hará descarga cada viernes (corte 5 pm) de la Base Distrital para análisis y envío de información al Instituto Nacional de Salud.

7. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y DEFECTOS CONGÉNITOS BOGOTÁ D.C.

continuando con el cove realiza su intervención la Dra. Ana maría Urueña serrano referente distrital quien habla Comportamiento de la Mortalidad Infantil y Defectos Congénitos Bogota D.C.

La expositora recuerda que la Tasa de mortalidad perinatal. se define como la relación entre defunciones de fetos de 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento, por cada 1.000 nacimientos. La mortalidad perinatal es un indicador importante de la atención de la madre y la salud materna y la nutrición, también refleja la calidad de la atención obstétrica y pediátrica disponible.

Gráfica. Comparativo de Tendencia Tasa de Mortalidad Perinatal. Bogotá D.C. Años 2014 – 2019p



En la gráfica la línea naranja es la razón de mortalidad perinatal para Colombia que para el año 2014 es 14.1, para el 2015 es 14.2, 2016 es 15, 2017 es 16.1, 2018 es 15,7 y para el 2019 se estima en

14.8 dado que la información para este año es preliminar. En la gráfica la línea azul es la mortalidad perinatal para Bogotá que para el año 2014 es 12.8, para el 2015 es 14.7, 2016 es 13.1, 2017 es 14.2, 2018 es 14.6 y para el 2019 se estima en 11.9 dado que la información para este año es preliminar. El número de casos presenta una disminución, pero dado que los nacidos vivos más fetales son menores y está en disminución la tasa aumenta

Mortalidad Perinatal

Tabla. Mortalidad Perinatal Discriminada por Localidad de Residencia- Sub Red Enero- Abril 2019- 2020 SE 18. Bogotá D.C

SUBRED	LOCALIDAD	2019		2020	
		CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
		Total	Total	Total	Total
RED NORTE	01 USQUEN	18	10.7	14	9.1
	02 CHARVERO	8	9.1	4	7.7
	10 ENIGATVA	19	10.9	18	10.9
	11 SUR4	41	10.9	48	10.0
	12 BARRIO UNIDOS	8	14.8	8	11.1
	13 TEUSAQUILLO	4	9.0	8	10.0
TOTAL RED NORTE	106	10.9	104	11.0	
RED SUR OCCIDENTE	07 ROSA	19	9.8	16	12.7
	08 NENEMÉ	10	12.6	10	12.6
	09 FORTIACH	8	7.1	14	12.8
	18 FUENTE ARANDA	9	11.1	8	12.2
TOTAL RED SUR OCCIDENTE	46	10.9	48	13.1	
RED CENTRO ORIENTE	03 SALTAPA	8	11.4	8	17.1
	04 SAN CRISTOBAL	12	8.1	16	11.9
	14 LOS MARTINES	7	18.9	8	12.6
	15 ANTONIO NARIÑO	9	9.7	4	12.4
	17 LA Candelaria	0	0.0	0	10.0
18 RAFAEL Uribe Uribe	20	11.4	28	17.9	
TOTAL RED CENTRO ORIENTE	56	11.7	64	14.7	
RED SUR	05 USME	22	14.2	24	16.7
	06 Tunjuelito	12	17.1	8	10.0
	16 CIUDAD BOLÍVAR	31	10.1	50	17.7
	20 SUMAPAZ	1	100.0	0	0.0
TOTAL RED SUR	66	12.4	82	16.7	
SIN LOCALIDAD	12	11	11	11	
TOTAL	332	11.4	374	13.9	

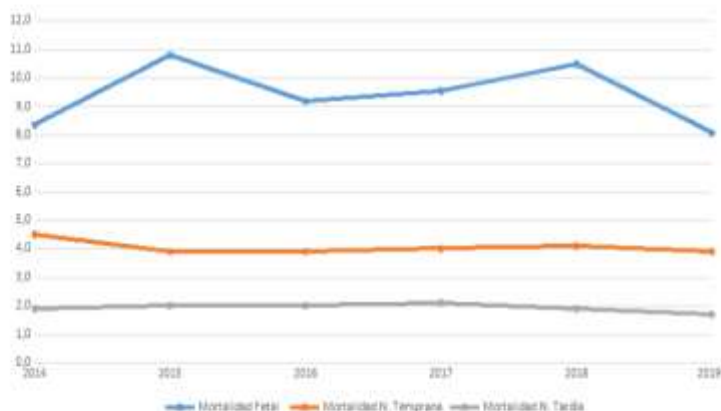
FUENTE 2010-2018 : Base de datos DANE- RUAF-ND - Sistema de Estadísticas Vitales - ADE finmas (año 2015 publicación 30-06-2017)-Año 2016 publicación 00-10-2017 (Año 2017 publicación 28-10-2018) (Año 2018 publicación 20-12-2018) FUENTE 2019 : Aplicativo- RUAF-ND - Sistema de Estadísticas Vitales - ADE - preliminares ajustados 15-01-2020.



Los datos para la Subred Sur de mortalidad perinatal por residencia son preliminares, pero se presentaron 203 casos en el año 2019 para localidad de Usme 59 casos para la localidad de Tunjuelito 33 casos para la localidad de Ciudad Bolívar 111 casos y para la localidad de Sumapaz un caso con un indicador de 12.7 total Subred Sur. Para el año 2020 tenemos 35 casos para Usme, 18 casos para Tunjuelito, 76 casos para Ciudad Bolívar ningún caso para Sumapaz para un total de 129 casos en lo que va corrido del año y un indicador de 17.1.

Mortalidad Perinatal

Gráfica. Comparativo de Tendencia Tasa de Mortalidad Fetal y Neonatal por momento de ocurrencia. Bogotá D.C. Años 2014 – 2019p.



FUENTE 2014-2018: Base de datos DANE-RIJAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE Finales (Año 2015 publicación 30-06-2017)-julio 2016 publicación 30-12-2017 | Año 2017 publicación 20-12-2018 | Año 2018 publicación 20-12-2019

FUENTE 2019: -Aplicativo-RIJAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE -preliminarios ajustados 15-01-2020.

Se define defunción fetal como la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria. Muerte perinatal: Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento. Muerte neonatal: Es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en: 1. Muertes neonatales tempranas. 2. Muertes neonatales tardías. Muertes neonatales tempranas Ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días). Muertes neonatales: tardías Ocurren después de los 7 días completos hasta antes del día 28 de vida (7-27 días).

Mortalidad Perinatal

Tabla. Mortalidad perinatal por Causa Básica. Bogotá D.C. Años 2014 – 2019p

CAUSA BÁSICA MUERTE PERINATAL 2014 - 2019p BOGOTÁ D.C.	PORCENTAJE %
Muerte fetal de causa no especificada	11,8
Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas	8,4
Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	7,8
Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis	6,1
Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones maternas del embarazo	3,8
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	3,5
Feto y recién nacido afectados por otras formas de desprendimiento y de hemorragia placentaria	3,2
Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas	3,0
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	2,7
Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	2,1
Otras Causas	47,5

FUENTE 2014-2018: Base de datos DANES-RUIAF-ND-Sistema de Estadísticas Vitales -ADE Finales | año 2015 publicación 30-06-2017-(año 2016 publicación 30-11-2017)-(Año 2017 publicación 28-12-2018)-(Año 2018 publicación 28-12-2019)

FUENTE 2019: Aplicativo -RUIAF-ND-Sistema de Estadísticas Vitales -ADE -preliminares ajustados 15-01-2020.



La causa de muerte básica perinatal tiene un 47.5% donde se define Otra Causa. La expositora recuerda que el certificado de defunción es la fuente fundamental de información de mortalidad. A partir de esta información se elaboran las estadísticas de mortalidad que permiten establecer las prioridades en salud y la planificación sanitaria. Los errores en el diligenciamiento de las causas de muerte en el certificado de defunción afectan la validez de la información. y otra causa no permite establecer las razones reales de las mortalidades perinatales. La causa básica de muerte perinatal en el periodo comprendido entre el 2014 y 2019 de causa no especificado 11.8, recién nacido infectado por anomalías morfológicas y funcionales de la placenta es de 8.4, para feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre 7.8, para feto y recién nacido afectadas por la corionmiatosis 6.1, complicaciones maternas respiratoria en recién nacido 3.5, entre otras.

Mortalidad Perinatal

Tabla. Mortalidad perinatal por Causas Agrupadas. Bogotá D.C. Años 2015 – 2019p.

CAUSAS 667 MORTALIDAD PERINATAL 2015 - 2019P BOGOTÁ D.C.	PORCENTAJE %
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	36,1
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	27,4
4,01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	11,2
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11,1
4,04 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	8,4
4,03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	3,3
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	2,4

FUENTE 2015-2018 : Bases de datos DANES-RIJAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE Finales (año 2015 publicación 30-06-2017)-(año 2016 publicación 30-12-2017)
Año 2017 publicación 28-12-2018-(Año 2018 publicación 20-12-2019)

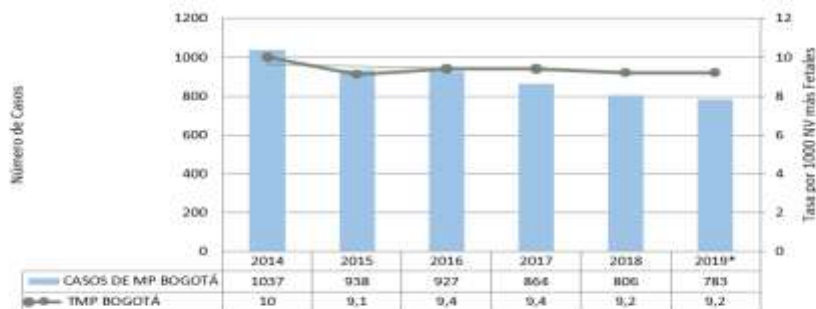
FUENTE 2019 : Aplicativo -RIJAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE -preliminarios ajustados 15-01-2020.

La mortalidad perinatal por causas agrupadas causas 667 del año 2015 al año 2019 se presentan de la siguiente manera feto o recién nacido afectado por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento 36.1 resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal 27,4 feto recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas 11.2 malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas 11.1 trastornos respiratorios específicos del período perinatal 8.4 retardo del crecimiento fetal desnutrición fetal gestación corta y bajo peso al nacer 3.3 y sepsis bacteriana del recién nacido

Continua la Dra. Ana María explicado sobre mortalidad infantil que según el Ministerio de Salud y Protección Social denomina la mortalidad como un fenómeno demográfico inevitable, irreplicable e irreversible y su análisis reviste especial importancia tanto para la demografía, como para la economía y la salud pública; también es considerada un indicador indirecto de las condiciones de salud de una población, refleja las condiciones de vida, los patrones de utilización de los servicios de salud, los avances tecnológicos, los niveles de educación y el urbanismo planificado.

Mortalidad Infantil

Gráfica. Comparativo de Tendencia Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá D.C. Años 2014 – 2019p.



FUENTE 2014-2018 : Bases de datos DANE-RUIAF-ND - Sistema de Estadísticas Vitales - ADE Finales (año 2015 publicación 30-06- 2017) (año 2016 publicación 08-12-2017) (año 2017 publicación 28-12- 2018) (año 2018 publicación 20-12-2019)

FUENTE 2019 : Aplicativo -RUIAF-ND - Sistema de Estadísticas Vitales -ADE- preliminares ajustados 15-01-2020

Para Bogotá en el año 2014 se presentaron 1037 casos 2015, 938 casos 2016 927 casos 2017 864 casos 2018 806 casos y un preliminar para 2019 de 783 casos la tasa de mortalidad infantil para Bogotá en el año 2019 se encuentra en 9.2.

Mortalidad Infantil

Tabla. Mortalidad Infantil por Causa Básica. Bogotá D.C. Años 2014 – 2019p

CAUSA BÁSICA MUERTE INFANTIL 2014 - 2019p BOGOTÁ D.C.	PORCENTAJE %
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	7,4
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	6,1
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	4,6
CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE	3,3
MUERTE SIN ASISTENCIA	3,0
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS	2,9
MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	2,8
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA MADRE	2,6
OTRAS AFECIONES ESPECIFICADAS ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	1,8
SINDROME DE HIPOPLASIA DEL CORAZON IZQUIERDO	1,7
HEMORRAGIA PULMONAR NO ESPECIFICADA, ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	1,7
DISPLASIA BRONCOPULMONAR ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	1,6
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS	1,2
PERSISTENCIA DE LA CIRCULACION FETAL	1,2
OTRAS CAUSAS	58,0
TOTAL	100,0

FUENTE 2014-2018 : Bases de datos DANE-RUIAF-ND - Sistema de Estadísticas Vitales - ADE Finales (año 2015 publicación 30-06- 2017) (año 2016 publicación 08-12-2017) (año 2017 publicación 28-12- 2018) (año 2018 publicación 20-12-2019)

FUENTE 2019 : Aplicativo -RUIAF-ND - Sistema de Estadísticas Vitales -ADE- preliminares ajustados 15-01-2020

la causa de muerte básica infantil tiene un 58% donde se define Otra Causa. La expositora recuerda que el certificado de defunción es la fuente fundamental de información de mortalidad. A partir de esta información se elaboran las estadísticas de mortalidad que permiten establecer las prioridades en salud y la planificación sanitaria. Los errores en el diligenciamiento de las causas de muerte en el certificado de defunción afectan la validez de la información, y otra causa no permite establecer las razones reales de las mortalidades infantiles. Para Bogotá la causa básica de muerte infantil entre 2014 y 2019P la primera causa es sepsis bacteriana del recién nacido 7.4, síndrome de dificultad respiratoria 6.1, enterocolitis necrotizante 4.6, conducto arterioso persistente 3.3, muertes inasistencia 3, y recién nacido afectados por corianmiatosis 2.9, malformación congénita del corazón 2.8, feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre 2.6, entre otros. El riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida). Para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. las muertes de menores tienen lugar durante el periodo neonatal.

La Dra. Ana maría continua con su intervención donde explica la tendencia de mortalidad en menores de cinco años expresa que la probabilidad de morir antes de cumplir los primeros 5 años de vida estima que 5,9 millones de niños murieron antes de los cinco años y más de la mitad de esas muertes se debieron a enfermedades prevenibles que pudieron ser intervenidas oportunamente. La tasa de mortalidad en menor de 5 años en la ciudad entre los años 2014 y 2019, expone una tendencia a la disminución. Al igual que la mortalidad infantil, la mortalidad en menor de 5 años, se ve afectada por la reducción de nacimientos, que vienen siendo una constante con el paso de los años. La mortalidad en menor de 5 años en Bogotá desde el año 2014 ha presentado una leve disminución en el año 2014 se presenta una tasa de 11.6 en el año 2015 10.6 el año 2016 11.2 en el año 2017 11.2 en el año 2018 10.8 en el año 2019 información preliminar de 11.

Mortalidad en Menores de 5 años

Tabla. Mortalidad en menores de 5 años por Causas Agrupadas. Bogotá D.C. Años 2015 – 2019p.

CAUSAS 667 MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS 2015 - 2019P BOGOTÁ D.C.	Porcentaje %
6.13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	26,3
Otras Causas	14,1
4.04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	13,4
4.06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	12,1
0 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	7,3
4.02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del n	6,6
4.05 Sepsis bacteriana del recién nacido	6,6
1.05 Infecciones respiratorias agudas	6,5
4.01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	5,1
6.04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	2,5
4.03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nac	1,6
Total	100

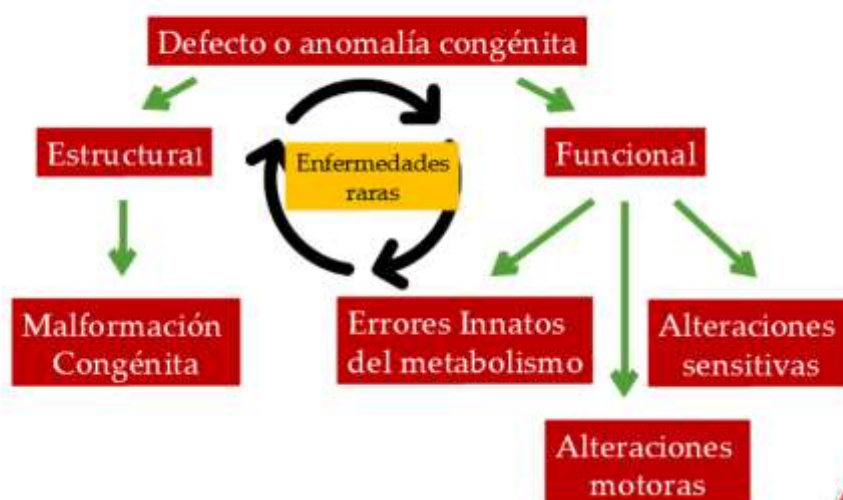
EDAD	Casos	%
De 1 a 4 años	137	14.5
Menor de 1 año	806	85.5
Total	943	100.0

FUENTES 2010-2018 : Base de Datos OMB-RISAP-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -AGE Paises | Año 2015 actualización: 30-06-2017 | Año 2018 publicación: 02-2017 | Año 2017 publicación: 28-12-2018 | Año 2018 publicación: 20-12-2019 | FUENTE 2019 : Aplicativo -RISAP-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -AGE (información agregada 18.01.2020)

La mortalidad infantil por causas agrupadas en menores de 5 años de 2015 a 2019, tuvo el siguiente comportamiento malformaciones congénitas 26.3, nuevamente aparecen otras causas con un 14.1, trastornos respiratorios específicos del período perinatal 13.4, resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal 12.1, signos síntomas y afecciones más definidas 7.3, entre otros. Asimismo, en la reducción de la mortalidad en mortalidad infantil, es fundamental la disminución de la tasa de mortalidad infantil, dado que las defunciones de los niños menores de un año representan entre 85.5% del total de las defunciones de menores de 5 años.

Se presenta la mortalidad en menores de 5 años por defectos congénitos una presentación realizada por el equipo de infancia de la Secretaría Distrital de Salud, presentación de la doctora Gloria Gracia, Ignacio Sarante, Graciela Zamora y Ana María Ureña, donde muestra y explica la clasificación del evento.

CLASIFICACIÓN



La clasificación de los defectos o anomalías congénitos son de causa estructural o funcional, si son de tipo estructural son malformaciones congénitas y son de tipo funcional son errores innatos del metabolismo, alteraciones sensitivas y alteraciones motoras. La prevalencia de malformaciones congénitas en el año 2017 como primeras causas tuvo la malformación congénita cardíaca, en el año 2018 malformación congénita cardíaca y en el año 2019 malformación congénita cardíaca. Para el año 2018 los resultados de la vigilancia neonatal arrojan que existieron 1669 casos de defectos congénitos reportados 620 diagnosticados en el período prenatal para un 37.1% de los cuales 137 eran cardiopatías congénitas 10 fichas de no nacido vivo de las que 0 eran cardiopatías congénitas

en el año 2019 1517 defectos congénitos reportados 484 con diagnóstico prenatal para un 31.9% de los cuales 118 eran cardiopatías congénitas 30 fichas de no nacidos vivos de las que 8 eran cardiopatías congénitas.

Las estrategias de prevención son en la etapa preconcepcional prevenir factores de riesgos en la etapa prenatal detección temprana en la etapa postnatal detección temprana manejo integral seguimiento de las rutas integrales de atención en salud y un programa especial para cardiopatías congénitas. Se debe realizar la notificación de las mortalidades antenatales en la cara hace referencia los datos básicos del caso en este caso la variable fecha de nacimiento no es obligatoria para la notificación lo que indica que puede ser notificados en el registro de la misma colocando 0000 en la cara B hace referencia a datos complementarios de defectos congénitos cómo se observa en el documento adjunto no se tiene variable de fecha de parto sin embargo se cuenta con la variable Naty vivo dónde pueden marcar la opción 3 nona ha nacido y de esta forma se inicia las siguientes variables edad gestacional al momento del nacimiento peso y permite cefálicos muy importante la notificación de las cardiopatías congénitas ya que Bogotá es centro de referencia las mortalidades por defectos congénitos en Bogotá del 2014 al 2019 está en un 48.7 en el 2015 44.8 en el 2016 46.9 en el 2017 42 en el 2018 y en este momento con datos preliminares al 2019 38.8. Bogotá es un centro de referencia para cardiopatías congénitas Ficha de notificación 215 La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09. El objetivo general de notificar la mortalidad por defectos congénitos es reducir la mortalidad evitable niños y niñas de 0 a 5 años incrementar la detección temprana y manejo integral de niños y niñas con defectos congénitos a través de intervenciones orientadas a la promoción de la salud y la gestión del riesgo preconcepcional prenatal y posnatal la meta es aumentar en un 20% la detección precoz y atención integral de niños y niñas con defectos congénitos a través de intervenciones orientadas a la promoción de la salud y la gestión del riesgo preconcepcional es prenatal y posnatal.

8. GENERALIDADES DE VIH Y HB

Intervención por el Dr. Hugo Fernando Rojas especialista en Infectología de la Sub red Sur, donde nos habla Generalidades de virus de inmunodeficiencia humana,.

La pandemia por VIH/sida ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud, la incapacidad médica y muerte de miles de personas en edad productiva que la sitúan como uno de los mayores desafíos para la humanidad, La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tiene una evolución crónica, que afecta el sistema inmunitario de la persona y que en ausencia de tratamiento lleva al desarrollo del sida y a la muerte. Cuando se produce la infección, aparecen un conjunto de síntomas inespecíficos los cuales frecuentemente pasan desapercibidos y en muchos casos el diagnóstico de la enfermedad se realiza cuando la persona ha desarrollado sida.

El doctor Hugo resalta la importancia de tener siempre en cuenta la GPC para VIH SIDA y describe los escenarios que se pueden dar para determinar un buen diagnóstico y poder remitir a los usuarios a el programa de VIH de su asegurador, dado que la Subred Integrada de servicios de salud Sur ESE no cuenta con un programa establecido.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ALGORITMO DIAGNOSTICO POR VIH

	METODOLOGÍA	RESULTADO	INTERPRETACIÓN E INTERVENCIÓN
Escenario (A)	<u>Prueba presuntiva:</u> Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	No reactivo	<u>Interpretación:</u> Negativo para infección por VIH-1 o VIH-2. <u>Intervención:</u> Brindar asesoría postest, recomendar nueva prueba en tres meses según los factores de riesgo y los criterios clínicos. Considerar carga viral para VIH (ARN viral) ante sospecha de infección aguda.

El Dr. Explica cada uno de los escenarios ESCENARIO B: Metodología: Prueba Presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida con un Resultado: Reactivo y una Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida (diferente a 1) realizada en laboratorio clínico habilitado. Resultado: Reactivo Interpretación: Resultado positivo para infección por VIH-1 o VIH-2. Notificar el caso al Sivigila. Intervención: Brindar asesoría postes y remitir al paciente al programa de atención integral en VIH.

ESCENARIO C: Metodología: Prueba Presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida con un Resultado: Reactivo y una Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida (diferente a 1) realizada en laboratorio clínico habilitado. Resultado: No Reactivo y una Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo) Resultado: Carga viral mayor o igual 25.000 copias/ml o Western Blot positivo o inmunoensayo (ELISA) reactivo o prueba rápida Interpretación: Resultado positivo para infección por VIH-1 o VIH-2. Notificar el caso al Sivigila. Intervención: Brindar asesoría postes y remitir al paciente al programa de atención integral en VIH.

ESCENARIO D: Metodología: Prueba Presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida Resultado: Reactivo, Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida (diferente a 1) realizada en laboratorio clínico habilitado. Resultado: No Reactivo Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo) Resultado: Carga viral detectable: 50 a <5.000 copias/ml, o Western Blot indeterminado o inmunoensayo (ELISA) en zona gris o prueba

rápida con línea débil. Interpretación: Resultado no concluyente o indeterminado. Intervención: Reiniciar un algoritmo en un mes y remitir a infectología o a médico experto en VIH.

ESCENARIO E: Metodología: Prueba Presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida Resultado: Reactivo Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida (diferente a 1) realizada en laboratorio clínico habilitado. Resultado: No Reactivo Tercera prueba: Carga viral indetectable menor <50 copias/ ml o Western Blot negativo o inmunoensayo (ELISA) no reactivo o prueba rápida no reactiva. Interpretación: Negativo para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Brindar asesoría postes, recomendar nueva prueba en tres meses según los factores de riesgo y los criterios clínicos; para reiniciar algoritmo.

El doctor Hugo Fernando Rojas resalta la importancia de tener siempre en cuenta la GPC para VIH SIDA y describe los escenarios en gestantes

INTERPRETACION DE RESULTADOS DEL ALGORITMO DIAGNOSTICO EN MUJERES GESTANTES

	METODOLOGÍA	RESULTADO	INTERPRETACIÓN E INTERVENCIÓN
Escenario (A)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	No reactivo	<p>Interpretación: Negativo para infección por VIH-1 y VIH-2.</p> <p>Intervención: Brindar asesoría postest, solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando por lo menos, una durante el tercer trimestre o durante el trabajo de parto.</p>

ESCENARIO A: Metodología: Prueba Presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida Resultado: No reactivo Interpretación: Negativo para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Brindar asesoría postest, solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando por lo menos, una durante el tercer trimestre o durante el trabajo de parto.

ESCENARIO B: Metodología: Prueba Presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida Resultado: Reactivo Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida (diferente a 1) realizada en laboratorio clínico habilitado. Resultado: Reactivo Interpretación: Probablemente positivo para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Tomar muestra inmediatamente para carga viral. Remitir a programa integral de VIH. Iniciar el protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Explicar a la paciente los riesgos y beneficios, baja probabilidad de falso positivo.

ESCENARIO C: Metodología: Prueba Presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida Resultado: Reactivo Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA)

o prueba rápida (diferente a 1) realizada en laboratorio clínico habilitado. Resultado: No Reactivo
Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo) Resultado: Detectable mayor o igual ≥ 5.000 copias/ml Interpretación: Resultado positivo para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.

ESCENARIO D: Metodología: Prueba Presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida Resultado: Reactivo Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g ELISA) o prueba rápida (diferente a 1) realizada en laboratorio clínico habilitado. Resultado: No Reactivo Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo) Resultado: Detectable mayor o igual ≥ 5.000 copias/ml Interpretación: Resultado positivo para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Iniciar protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.

ESCENARIO (E) Metodología: Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. Resultado: Reactivo Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico. Resultado: Reactivo Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo). Detectable 50 a < 5.000 copias/ml Interpretación: Resultado no concluyente, probablemente negativo. Intervención: Practicar Western Blot para descartar que sea una paciente controladora élite o pruebas para descartar infección por VIH-2 (ARN cualitativo de VIH-2 o prueba rápida discriminatória), si hay sospecha de infección por este tipo viral.

ESCENARIO (F) Metodología: Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. Resultado: Reactivo Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico. Resultado: No Reactivo Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo). Detectable 50 a < 5.000 copias/ml Interpretación: Resultado no concluyente, probablemente negativo. Intervención: Practicar Western Blot para descartar que sea una paciente controladora élite o pruebas para descartar infección por VIH-2 (ARN cualitativo de VIH-2 o prueba rápida discriminatória), si hay sospecha de infección por este tipo viral.

ESCENARIO (G) Metodología: Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. Resultado: Reactivo Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico. Resultado: No Reactivo Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo). Carga viral menor < 50 copias/ml Interpretación: Resultado negativo para VIH-1 o VIH-2. Intervención: Brindar asesoría postes, solicitar valoración por infectología o médico experto para definir la realización de carga viral de VIH-1 durante el tercer trimestre de la gestación.

ESCENARIO (H) Metodología: Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. Resultado: Reactivo Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico. Resultado: No Reactivo o Reactivo Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo). Detectable 50 a <5.000 copias/ml Cuarta prueba: Western Blot. Positivo Interpretación: Resultado positivo confirmado para infección por VIH-1 o VIH-2 Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Iniciar o mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.

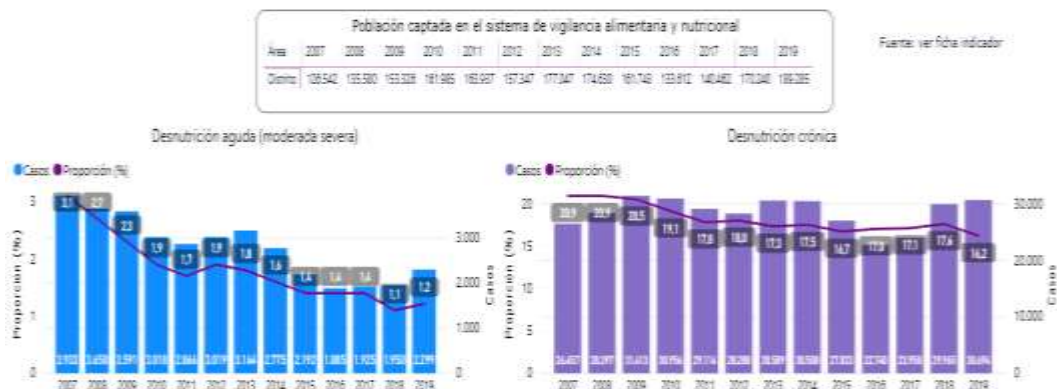
ESCENARIO (I) Metodología: Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. Resultado: Reactivo Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico. Resultado: No Reactivo o Reactivo Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo). Detectable 50 a <5.000 copias/ml Cuarta prueba: Western Blot. Negativo Interpretación: Resultado negativo para VIH-1 o VIH-2. Intervención: Suspender protocolo de prevención de transmisión materno infantil del VIH. Solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando, por lo menos, una durante el tercer trimestre o durante el trabajo de parto; en este caso, directamente Western Blot ante el antecedente de dos inmunoensayos reactivos previos.

ESCENARIO (J) Metodología: Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. Resultado: Reactivo Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico. Resultado: Reactivo Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo). Detectable 50 a <5.000 copias/ml Cuarta prueba: Western Blot. Indeterminado Interpretación: Resultado no concluyente, probablemente negativo Intervención: Mantener el protocolo de transmisión materno infantil; la paciente debe recibir una clara asesoría postes sobre los riesgos y beneficios. Repetir Western Blot en un mes, solicitar valoración por Infectólogo o por médico experto en VIH.

9. INTERVENCIÓN SISVAN

La Epidemióloga Andrea Robayo realiza presentación de SISVAN en torno a los temas: eventos de SIVIGILA – SISVAN, Indicadores SALUDATA, recomendaciones para la toma correcta de los datos antropométricos y desnutrición crónica.

La profesional Inicia haciendo referencia al que hacer de SISVAN, que es el subsistema que aporta información actual y oportuna sobre la situación alimentaria y nutricional de la población, focalizando hacia la más vulnerable, dicha información se origina en la consulta médica de los niños y niñas menores de 5 años, gestantes y persona mayor. En cuanto los eventos que se notifican al SIVIGILA, se encuentran evento 110 que es la vigilancia que se realiza al bajo peso al nacer y se define como todos los recién nacidos con peso menor a 2500gr y edad gestacional igual o mayor a 37 semanas, evento 113 que vigila la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, evento 591-1 que vigila las mortalidades evitables en menores de 5 años como desnutrición aguda.

INDICADORES SALUDATA 2007 - 2019


La profesional presenta el comportamiento de la prevalencia de la desnutrición aguda en Bogotá de 2007 a 2019 donde se evidencia una reducción progresiva ya que pasa de 3.1% en 2007 a 1.2% en 2019 gracias a las acciones que se implementan como la vigilancia de la desnutrición aguda evento 113 y a la sensibilización frecuente que se realiza desde vigilancia en salud pública a los profesionales del área asistencial. En cuanto a la desnutrición crónica en el mismo periodo de tiempo también muestra una reducción progresiva en 2007 se evidencia una prevalencia del 20.9% y en 2019 pasa a 16.2%.

En cuanto a la desnutrición crónica o talla baja para la edad, conforme al indicador Talla para la Edad - T/E, se presenta con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria, bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico. El retraso en talla es más severo si se inicia a edades tempranas, asociado a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, y enfermedades infecciosas recurrentes.

PUNTOS DE CORTE PARA DESNUTRICIÓN CRÓNICA O TALLA BAJA

INDICADOR	PUNTO DE CORTE	CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA
TALLA PARA LA EDAD (T/E)	>-1	Talla adecuada para la edad
	>-2 a <-1	Riesgo de baja talla
	<-2	Talla baja para la edad o retraso en talla

En cuanto a las recomendaciones para la toma de las medidas antropométricas menciona

TOMA DE TALLA O LONGITUD	MENORES DE DOS AÑOS	MAYORES DE DOS AÑOS
Instrumento para la toma de la talla	- Infantómetro: Precisión de 1 mm Capacidad de 110 a 120 cm	- Tallímetro en un material Resistente Liviano y no deformable.
Características	Garantizar 90 grados espaldar, con una base de 25 cm de ancho y pieza móvil rodante.	Base de 25 cm de ancho. No se recomienda el uso de metros de modistería, cintas métricas, de papel o plástico, adheridos a la pared
Recomendaciones	No se recomienda el uso de Infantómetro en materiales susceptibles a (dilatación) en diferentes ambientes (Temperatura).	No se recomienda el uso del Tallímetro con balanzas mecánicas.

Ejemplos de los equipos para la toma de longitud en menores de 2 años

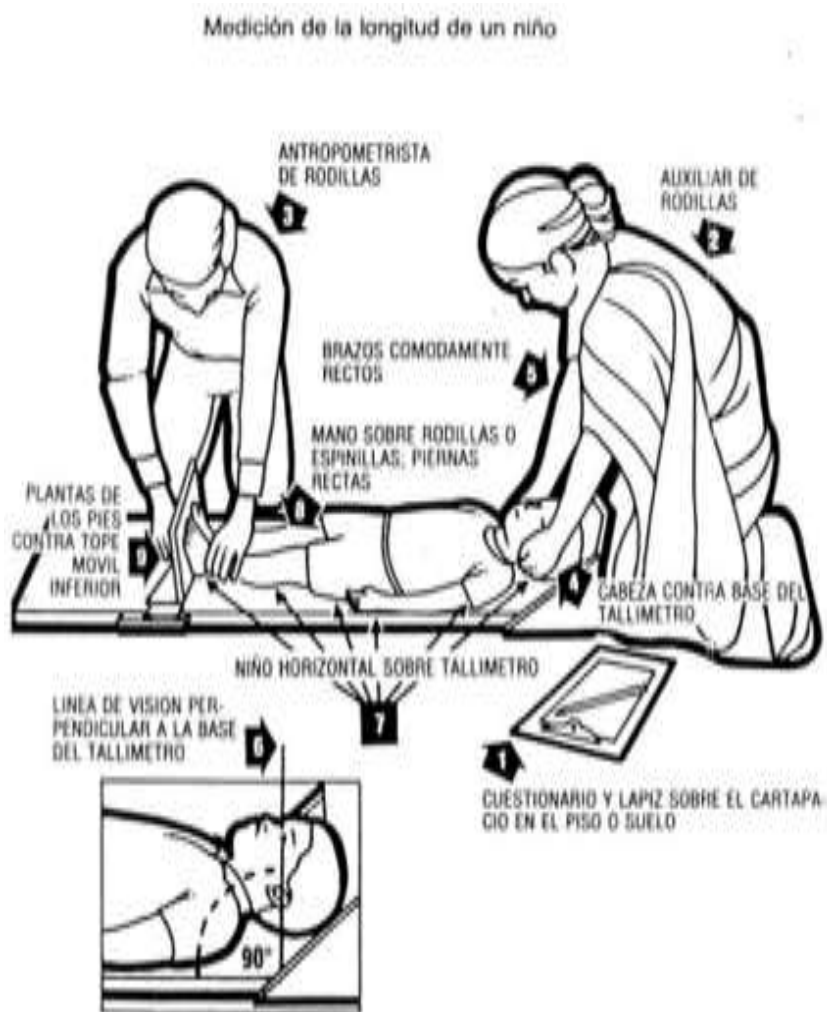


Ejemplos de equipos para la toma de la talla en niños de 2 años en adelante

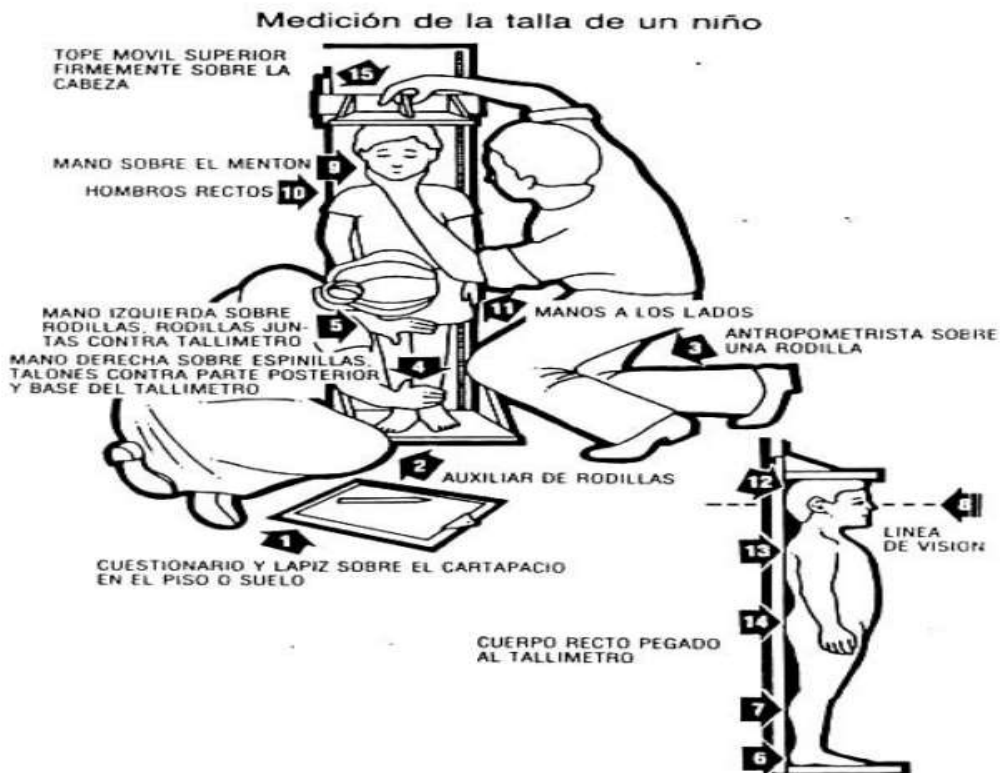


Los equipos presentados cuentan con las características técnicas establecidas en la resolución 2465 y garantizan la calidad del dato. Se recomienda tener en cuenta dichas recomendaciones en el momento de realizar cambios o compras de equipos.

Socializa técnica para la toma correcta de la longitud con la siguiente imagen:



Técnica para la toma de la talla



Ac
Ve z

La talla insuficiente respecto de la edad se denomina retraso del crecimiento. Es consecuencia de una desnutrición crónica o recurrente, por regla general asociada a unas condiciones socioeconómicas deficientes, una nutrición y una salud de la madre deficientes, a la recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o unos cuidados no apropiados para el lactante y el niño pequeño. El retraso del crecimiento impide que los niños desarrollen plenamente su potencial físico y cognitivo.

10. SOCIALIZACIÓN TABLEROS DE CONTROL PAI

Inicia el jefe William Gómez líder de PAI informando que a partir del mes de junio se han hecho algunas modificaciones con relación a la responsabilidad que tienen los aseguradores con su población. ¿Y ahora cambia la vacunación? Antes como red pública estábamos vacunando a todos los usuarios independientemente de su aseguramiento a partir del 01 de junio se han generado acuerdos con las EAPB, la SDS y las Subredes para que cada uno asuma la responsabilidad de vacunar a su población. Esto quiere decir que el extramural y la red pública tiene la responsabilidad

y la obligación de vacunar y asegurarse que la población de capital salud, Unicaja, el no asegurado y el que pertenece a EAPB que no pertenecen a Bogotá por ejemplo Mutual ser, con esos usuarios tenemos una responsabilidad directa y los vamos a priorizar, las Subredes tiene compromiso directo con estos usuarios, y cuando se revisan las bases de datos, o en las jornadas de vacunación, o en las actividades extramurales le vamos dar prioridad a esta población, y los que tienen convenios EAPB. Se ha vacunado a partir de dos estrategias la extramural que son todas las actividades que se realizan fuera del centro de atención y la intramural que son todos aquellos que se encuentra al interior de la institución, y para las dos modalidades las Subredes tienen convenios con las EAPB y nuestra Subred de manera particular tienen convenio con NUEVA EPS, COMPARTA, FAMILISANAR y ALIANZASALUD. Desde extramural no se vacunarán población con la que no se tenga ningún convenio con la Subred o con las aseguradoras. El cambio es que cada uno va a realizar seguimiento a su población. Se evidencia una disminución en la meta anual se pasa de 16532 a partir de junio se pasa 8542 que es la tarea de extramural, nuestro reto como entidad pública es lograr ubicar estos niños pobres no asegurados, porque son muchos los niños que nos reportan la base de datos que no tienen aseguramiento.

AVANCE COBERTURAS 30 DE JUNIO DE 2020											
TERCERAS DOSIS DE PENTAVALENTE - NIÑOS MENORES DE UN AÑO											
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META A 30 DE JUNIO	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO (01 DE ENERO A 30 DE JUNIO)	% DE CUMPLIMIENTO
05. USME	4836	403	2418	405	335	438	311	348	303	2140	88,5
06. TUNJUELITO	2566	214	1283	150	139	158	156	146	129	878	68,4
19. CIUDAD BOLIVAR	9105	759	4553	709	675	782	692	618	584	4060	89,2
20. SUMAPAZ	25	2	13	2	2	4	1	2	3	14	112,0
TOTAL SUBRED SUR	16532	1378	8266	1266	1151	1382	1160	1114	1019	7092	85,8
TRIPLE VIRAL - DOSIS DE UN AÑO											
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META A 30 DE JUNIO	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO (01 DE ENERO A 30 DE JUNIO)	% DE CUMPLIMIENTO
05. USME	4900	408	2450	450	380	392	333	333	303	2191	89,4
06. TUNJUELITO	2827	236	1414	171	209	195	147	162	156	1040	73,6
19. CIUDAD BOLIVAR	8730	728	4365	848	655	653	718	652	626	4152	95,1
20. SUMAPAZ	25	2	13	4	1	1	2	1	4	13	104,0
TOTAL SUBRED SUR	16482	1374	8241	1473	1245	1241	1200	1148	1089	7396	89,7
TRIPLE VIRAL - DOSIS REFUERZO DE 5 AÑOS											
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META A 30 DE JUNIO	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO (01 DE ENERO A 30 DE JUNIO)	% DE CUMPLIMIENTO
05. USME	5000	417	2500	555	343	312	248	396	399	2253	90,1
06. TUNJUELITO	2992	249	1496	219	165	152	148	174	162	1020	68,2
19. CIUDAD BOLIVAR	9128	761	4564	989	686	498	422	606	544	3745	82,1
20. SUMAPAZ	25	2	13	6	3	4	5	4	3	25	200,0
TOTAL SUBRED SUR	17145	1429	8573	1769	1197	966	823	1180	1108	7043	82,2

COHORTE 1 al 30 JUNIO DE 2020	TABLERO DE SUBRED SUR					COBERTURA GENERAL
	DOSIS	META DEL MES	META DIARIA	APLICADAS A 30 DE JUNIO	COBERTURA ALCANZADA %	
3 PENTAVALENTE (451/712)	CAPITAL SALUD	241	12	291	121	63%
	UNICAJAS	48	2	54	113	
	NO ASEGURADOS - EAPB FB	423	21	106	25	
TV 1 AÑO (439/593)	CAPITAL SALUD	302	15	270	89	74%
	UNICAJAS	44	2	54	123	
	NO ASEGURADOS - EAPB FB	247	12	115	47	
TV 5 AÑO (375/467)	CAPITAL SALUD	307	15	255	83	80%
	UNICAJAS	41	2	24	59	
	NO ASEGURADOS - EAPB FB	119	6	96	81	

Estos tableros son el porcentaje del cumplimiento por asegurador, en cuanto al no asegurado se supera el 81% tanto para niños menores de 1 año, de 1 año y de 5 años. Este tablero de control tiene corte a 30 de junio de como quedaron las coberturas, porque una cosa es a los que corresponden a nuestra Subred y otra cosa los que viven en nuestra Subred. Y aproximadamente niños menores de 1 año viven 16.000 pero si ustedes recuerdan ahora la meta es de 8.000 para la Subred Sur el resto de niños es responsabilidad directa de las EAPB o a través del convenio que se haga con la Subred. También debemos garantizar las coberturas mínimo del 95%. A pesar de tener la emergencia sanitaria no debemos descuidar la vacunación en menores recordemos que existen más enfermedades que se pueden prevenir con la vacunación.

El jefe William nos comenta sobre la Jornada de vacunación contra el virus de la influenza: donde se gestionó y garantizo la vacunación para los trabajadores de la salud la vacuna para influenza AH1N1. Se priorizo servicios como pediatría, neonatología, UCI, pero se debe garantizar el 100% del personal de salud.

USS/ CAPS/UMHES	COLABORADORES A VACUNAR - SERVICIOS PRIORIZADOS	COLABORADORES VACUNADOS CON CORTE A 06/07/2020	% DE CUMPLIMIENTO
CAPS VISTA HERMOSA	87	87	100,0
LISS PARAISO			
LISS JERUSALEN	15	5	33,3
CAPS PERDOMO			
LISS SAN ISIDRO			
CAPS CANDELARIA	13	11	84,6
LISS MOCHUELO			
UMHES DE MEISSEN	701	470	67,0
CAPS ABRAHAM LINCON			
LISS EL CARMEN	24	8	33,3
CAPS SAN BENITO			
UMHES EL TUNAL	522	265	50,8
CAPS MARCHELA			
LISS LA FLORA			
LISS DESTINO			
LISS LISME	31	31	100,0
CAPS BETANIA			
LISS DANUBIO AZUL			
LISS NAZARETH	38	23	60,5
LISS SAN JUAN DE SUMAPAZ	6	6	100,0
MANUELA BELTRAN	7	6	85,7
SANTA LIBRADA	46	19	41,3
TUNAJUITO	51	46	90,2
SALUD PUBLICA	856	550	64,3
TOTAL	2387	1527	63,7

	TOTAL	SERVICIO PRIORIZADOS
TOTAL FUNCIONARIOS BASE	5063	2397
TOTAL VACUNADO POR LA SUBRED SUR	2629	1527
% DE VACUNADOS	32	63,7

Fuente: Aplicativo PAI - CORTE 06/07/2020

- ❖ Talento humano asistencias de los servicios de urgencias unidad de cuidado intensivos – UCI – pediátrica y de adulto, servicios de pediatría neonatología, laboratorios clínico, terapia respiratorio área de atención para asintomáticos respiratorios
- ❖ Talento humano en salud pública. vacunadores vigilancia epidemiológica que dan respuesta a brotes
- ❖ Talento humano que opera en ambulancias, paramédicos, médicos y auxiliares

RESULTADOS JORNADA INFLUENZA

SUBRED SUR	CRONICOS		
	META	EJECUCION	COBERTURA
05 - USME	6382	2401	38
19 - CIUDAD BOLIVAR	6694	4172	62
06 - TUNJUELITO	26333	1198	5
20 - SUMAPAZ	387	945	244
TOTAL	39796	8716	22

Preguntas de los participantes de vacunación

La Dra. Ruth interviene preguntando por los niños con sospecha de COVID que no se han vacunado, por recomendación de la OMS, esos niños están en seguimiento se vacunan después de 28 días de nacimiento.

El jefe William informa Todos los niños que nacen en Meissen deben ser vacunados, hace 20 días asignamos personal para la vacunación de recién nacido para el fortalecimiento de la misma.

Marisol de vidas móviles brinda Orientaciones del programa de bienestar, se está dando el número de teléfono que ustedes nos dieron, se tiene 15 niños que no han sido vacunados en el hogar de bienestar, el día de mañana se hará la búsqueda de los niños.

La fundación Fei Oscar Cañón, del Redentor solicita jornada de vacunación para 229 jóvenes que quieren vacunarse, informa número telefónico 2309666, realiza acuerdo con el jefe William da los datos de el para poder hablar internamente y solucionar las dudas generadas durante la exposición lider.pai.prog@subredsur.gov.co Tel: 3045961492.

11. INDICADORES TRASMISIBLES

La líder de transmisibles Lina Barrera inicia presentando situación actual de covid-19 en la subred sur. La profesional inicia presentado la situación actual COVID19 a nivel mundial con corte al 23 de julio de 2020 donde se evidencian 9.063.264 casos con un incremento del 9%, 471.681 mortalidades con un porcentaje de letalidad del 5.2 con una reducción de 0.2%.

En América se reportan 4.372.358 casos, con 221.797 mortalidades con un incremento del 6.8%, con porcentaje de letalidad del 5.1 con una reducción del 0.1%, en Colombia se encuentran 71.183 casos con un incremento del 18.2% de casos, 2310 mortalidades con un incremento del 18.5% y porcentaje de letalidades de 3.2 que se mantiene igual.

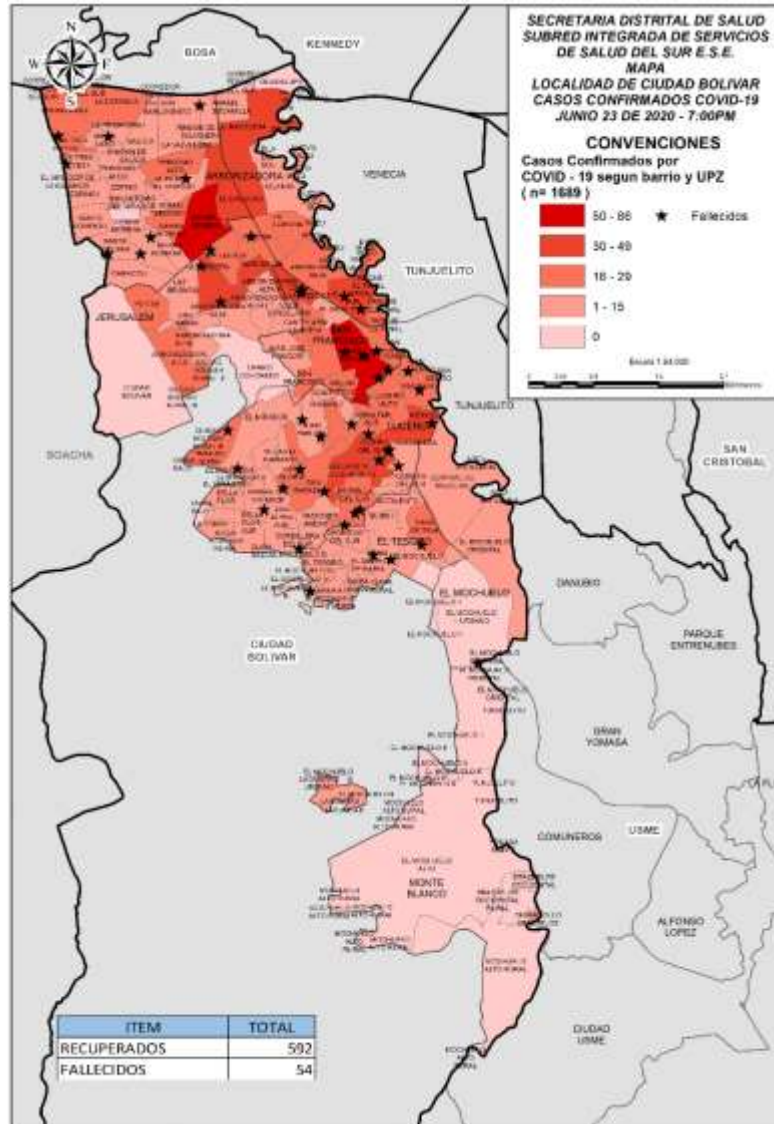
En cuanto al comportamiento distrital de los casos positivos de Covid con corte al 23 de junio se encuentra que Bogota aporta el 30.3% de casos al país con aumento del 0.1%, y al total de fallecidos aporta 22.4% con una disminución del 1.2%, al verificar la información por localidades para la subred sur se encuentra que la Localidad de Ciudad Bolívar ocupando el cuarto lugar con 7.4% de casos, Usme puesto 11 con el 3.3%, Tunjuelito con e 2% en puesto 14 y Sumapaz sin casos que corresponde a la única localidad libre de COVID en el Distrito.

Comportamiento distrital de casos positivos COVID-19, Bogotá D.C. 23 de junio 2020

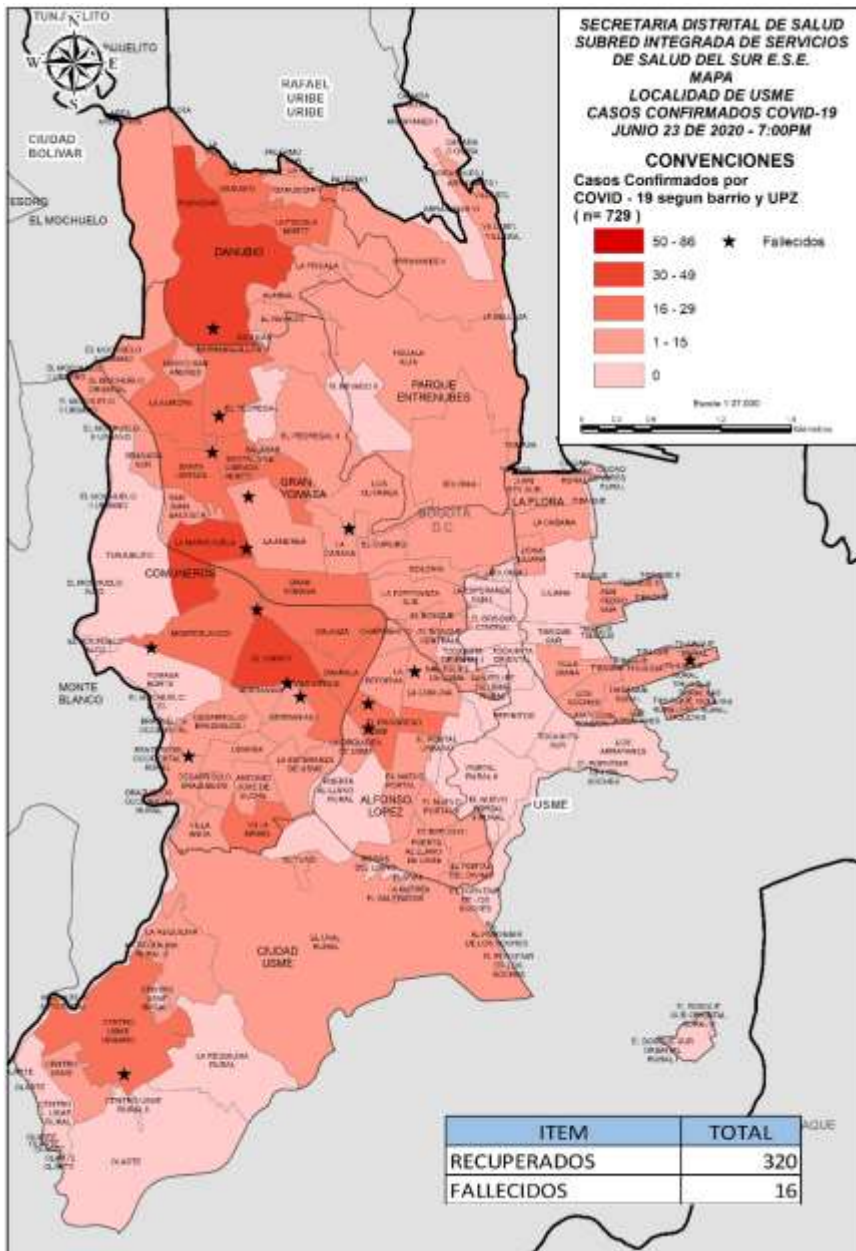
N°	Localidad	Femenino	Masculino	Total	%
1	Kennedy	2625	2792	5417	25,1
2	Bosa	1107	1071	2178	10,1
3	Suba	978	930	1908	8,9
4	Ciudad Bolivar	790	806	1596	7,4
5	Engativá	784	766	1550	7,2
6	Fontibón	472	504	976	4,5
7	San Cristobal	534	439	973	4,5
8	Rafael Uribe Uribe	447	484	931	4,3
9	Usaquen	409	470	879	4,1
10	Puente Aranda	335	399	734	3,4
11	Usme	391	318	709	3,3
12	Los Martires	148	396	544	2,5
13	Chapinero	213	250	463	2,1
14	Tunjuelito	210	218	428	2,0
15	Santafe	192	235	427	2,0
16	Teusaquillo	191	218	409	1,9
17	Antonio Nariño	205	198	403	1,9
18	Barrios Unidos	142	128	270	1,3
19	La Candelaria	39	118	157	0,7
20	Sumapaz	0	0	0	0,0
	Fuera de Bogota	72	101	173	0,8
	Sin Dato	178	238	416	1,9
	Total	10462	11079	21541	100

Fuente: <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/> (23/06/2020 10:00 am)

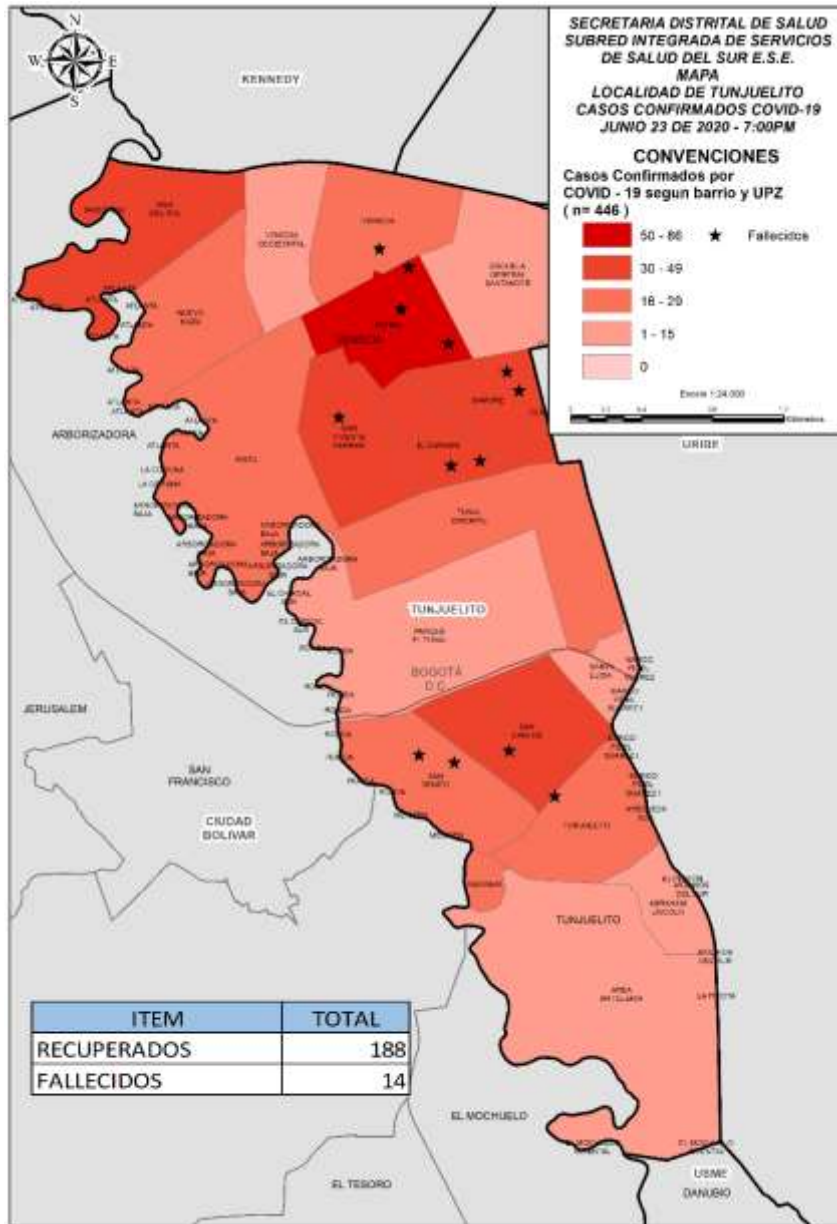
La líder de trasmisible muestra el mapa el comportamiento de los casos positivos por localidad a corte al 23 de junio 2020, en las zonas de color rojo corresponden a las zonas por el distrito, entre ellas UPZ Lucero, Jerusalén, Ismael Perdomo, como se evidencia en el siguiente mapa, donde además se representan las mortalidades que se han presentado con estrellas.



En la localidad de Usme las UPZ con mayor número de casos corresponde a Danubio, Comuneros y Virrey como se observa en el siguiente mapa:



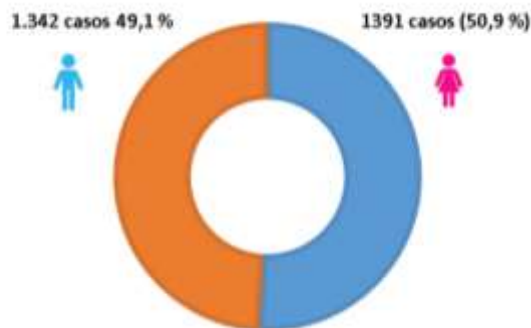
En la localidad de Tunjuelito las UPZ con mayor número de casos corresponde a Venecia como se observa en el siguiente mapa:



En cuanto al comportamiento por momentos de curso de vida, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, se han presentado 2733 casos confirmados de los cuales, el 50,9% son mujeres, y la mayor concentración de casos de acuerdo con la edad, está entre los 20 a 45 años con un peso porcentual de 5%.

Momento del curso de vida	Ciudad Bolívar	Usme	Tunjuelito	Total	%
Primera infancia	46	30	18	94	3,4
Infancia	53	33	18	104	3,8
Adolescencia	81	37	20	138	5,0
Juventud	352	150	89	591	21,6
Adulthood	813	353	220	1386	50,7
Vejez	251	106	63	420	15,4
Total	1596	709	428	2733	100

Fuente: https://data.bancomundial.org/indicadores/SH.SVS.CV.LV?locations=IN



Al verificar el estado de los casos positivos en la Subred sur con corte al 23 de junio se evidencia que los recuperados corresponden a 1.100 casos y representan el 40.2%, y 1305 de los casos se encuentran en casa en recuperación y representan el 47.7%, el 8.6% (N=231) de los casos se encuentran hospitalizados, 0.7% en UCI (N=20), y el 2.8% (N=77) fallecidos.

Se presenta la distribución de casos positivos en profesionales de la salud que son residentes en las localidades de la Subred Sur, se tenían 64 casos en las instituciones de salud como se conoció en su momento en la Clínica Nuestra Señora de la Paz, en nuestra USS Tunjuelito, tres en la Subred Sur puesto que no se pudo identificar a que unidad de atención pertenecen. Dentro de los perfiles están las auxiliares de enfermería en mayor proporción, seguido de los enfermeros profesionales y médicos y una población que, a pesar de no ser trabajador de la salud, está inmersa en el ámbito hospitalario como las personas de servicios generales, auxiliares de facturación, auxiliar de cocina ingenieros, entre otros.

En resumen, de los 1624 casos positivos 917 (56,5%) se encuentran recuperándose en casa, hospitalizados 97 (6,0%), en la UCI 15 (0,9%), fallecidos 50 (3,1%) y recuperados 545 (33,6%).

La Distribución de casos recuperados para Ciudad Bolívar 288, Usme 148, Tunjuelito 148, fallecidos por localidades de residencia Usme 8 personas, Tunjuelito 8 personas, Ciudad Bolívar 34 personas que es la más afectada y Sumapaz con cero casos.

Institución de salud	Casos	%
Clínica Nuestra Señora de la Paz	9	14,1
Hospital Tunjuelito	4	6,3
Centro Policlínico del Olaya	3	4,7
Subred Sur	4	4,7
Clínica del Occidente	2	3,1
Hospital Central de la Policía Nacional	2	3,1
Hospital de Kennedy	2	3,1
UMHES Tunal	3	3,1
Otras Instituciones de salud	48	37,5
Sin dato	17	10,9
Total	94	100

Profesionales de la salud



94 casos (3,4 %) Incrementó 22,1 % 17 casos

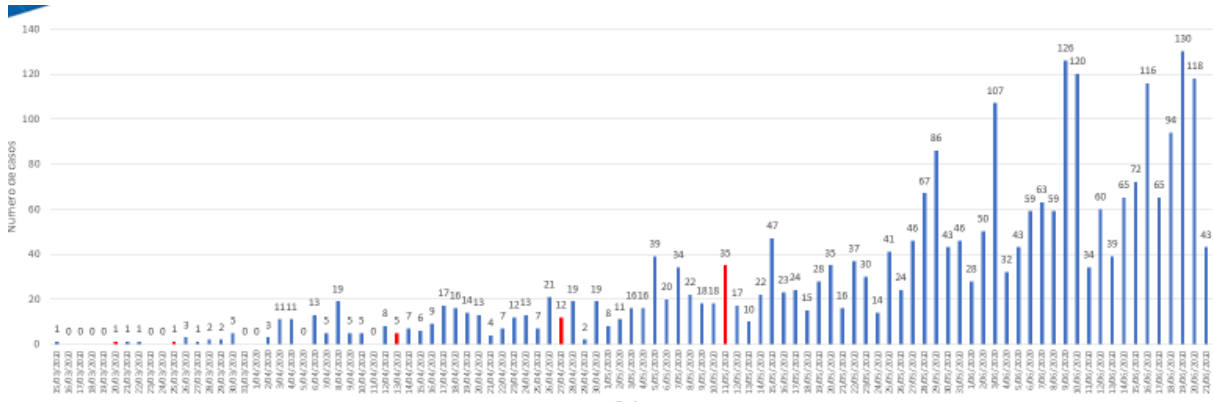
Perfil	Casos	%
Auxiliar de enfermería	37	39,4
Enfermero profesional	17	18,1
Medico	9	9,6
Practicante y asistente medico	4	4,3
Servicios generales	4	4,3
Auxiliar de facturación	2	2,1
Lavandería hospitalaria	2	2,1
Analista de atención al usuario	1	1,1
Atención al usuario	1	1,1
Auxiliar de cocina	1	1,1
Auxiliar de farmacia	1	1,1
Auxiliar de veterinaria	1	1,1
Coordinador salud y seguridad en el trabajo	1	1,1
Cordinador area administraiva	1	1,1
Ingeniero biomédico	1	1,1
Secretaria	1	1,1
Supervisor de salud ocupacional	1	1,1
Técnico en regulación medica	1	1,1
Sin dato	8	8,5
Total	94	100

Hospitalizado
3 casos (3,2 %)

Casa
30 casos (31,9 %)

Recuperado
61 casos (64,9 %)

En la siguiente grafica se muestra el incremento de los casos en la Subred sur con seguimiento diario al 23 de junio de 2020



Se muestra el comportamiento de la notificación de COVID-19 ha ido aumentando y se relacionan los decretos, y se entiende que es debido a que no se respetan las medidas indicadas por el gobierno nacional y distrital para aislamiento. Se evidencia en esta diapositiva en la cual nos refleja el aumento de los casos y definitivamente la curva no tiende a aplanarse todavía.

También se muestra la tendencia de casos COVID-19 para las localidades de la Subred Sur y como se puede observar ninguna tiende a la disminución, además de los tamizajes que se están realizando a nivel hospitalario y de comunidad.

En cuanto a la notificación de casos que residen las UPGD de la localidad de Ciudad Bolívar reportó 3716, Usme 1992, Tunjuelito 1386 y Sumapaz dos inicialmente, pero al realizar la IEC se logró ajustar esta información, de los notificados existen 584 que residen en otras localidades.

A parte de intervenir los casos probables y positivos de COVID-19, también realizamos seguimiento a los contactos de los pacientes para ese momento llevamos 10815 seguimientos, en mayor proporción la localidad de Ciudad Bolívar con 5578, Usme con 3211, Tunjuelito con 2026. También dentro del seguimiento de contactos se encuentran contactos que no residen en ninguna de nuestras localidades corresponde al 4,36% y de otros municipios 6%.

Se informan los conglomerados donde hay más o dos casos positivos en un mismo tiempo y espacio, en primer lugar, Ciudad Bolívar 77 (57,9%), en Usme 33 (24,8%), Tunjuelito con 23 representa el 17,3%, para un total en la Subred Sur de 133. La UPZ de Ismael Perdomo y UPZ de Lucero en Ciudad Bolívar con 20 conglomerados, UPZ Comuneros en Usme con 14 conglomerados y la UPZ Venecia con 17.

Se continúa con la revisión que realizó el equipo de análisis en la cual se realiza el comparativo con los países vecinos y algunos países del mundo con los cuales nos podemos comparar, Perú y Chile realizan más pruebas de identificación en su población y por lo tanto uno infiere que los datos que tiene Colombia son un sub registro muy importante de la información por lo tanto se requiere aplicación de pruebas y muy probablemente el número de casos positivos será muchísimo mayor. Es importante recalcar que muchos de los casos asintomáticos pueden ser positivos y por lo tanto flexibilizan en el uso de los elementos de protección personal.

Para terminar el comportamiento de eventos transmisibles en la Subred Sur en el cual se evidencia el aumento desbordado de casos IRA por virus nuevo, ESI-IRAG e IRAG inusitado, se mantiene la notificación de casos de tuberculosis, sarampión y tosferina.

12. SOCIALIZACIÓN TABLEROS DE CONTROL SIVIGILA

La epidemióloga Yeimy Florido Bejarano presenta los tableros de control correspondientes al mes de junio 2020, los cuales aportan la oportunidad de la notificación, se evalúa con los días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso al SIVIGILA.

LOCALIDAD CIUDAD BOLÍVAR

Se socializaron los indicadores de las UPGDS que conforman la Localidad, la USS Meissen fue la Institución con la notificación más alta mostrando un cumplimiento en la oportunidad del (56.9%), seguido de Virrey Solís el Ensueño con 89 casos y oportunidad del (100%), Asistir Salud Candelaria con 78 casos y un cumplimiento de (99%), USS Vista Hermosa notificó 63 eventos y tuvo una

oportunidad del (90.5%), las demás Instituciones presentaron menos frecuencia en los eventos con leves disminuciones de los porcentajes de cumplimiento de la oportunidad a excepción de USS Candelaria que mostró un cumplimiento del (50%), debido a que notificó 4 eventos y 2 fueron tardíos.

Ciudad Bolívar

LOCALIDAD	UPGD	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
		TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
CIUDAD BOLIVAR	FISDECO	0	0	# DIV/0
CIUDAD BOLIVAR	COMPENSAR AUTOPISTA SUR	17	17	100
CIUDAD BOLIVAR	MEDISALUD	0	0	# DIV/0
CIUDAD BOLIVAR	VIRREY SOLIS IPS EL ENSUEÑO	89	89	100
CIUDAD BOLIVAR	ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA	78	77	99
CIUDAD BOLIVAR	FUNDACION COLOMBIA NUEVA VIDA FCNV	0	0	# DIV/0
CIUDAD BOLIVAR	BIENESTAR IPS CIUDAD BOLIVAR	25	25	100
CIUDAD BOLIVAR	PSQ SAS SEDE 4	10	9	90
CIUDAD BOLIVAR	USS MEISSEN	306	266	86,9
CIUDAD BOLIVAR	USS JERUSALEN	23	20	87,0
CIUDAD BOLIVAR	USS MANUELA BELTRAN	1	1	100,0
CIUDAD BOLIVAR	USS CANDELARIA I	4	2	50,0
CIUDAD BOLIVAR	USS PASQUILLA	0	0	# DIV/0

FUENTE: Tableros de control SIVIGILA 2020

47 Eventos inoportunos
 IRA por virus nuevo
 IRAG Inusitado
 Sífilis gestacional
 SRC
 Mortalidad perinatal

LOCALIDAD	UPGD	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
		TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
CIUDAD BOLIVAR	USS MOCHUELO	1	0	0,0
CIUDAD BOLIVAR	USS SIERRA MORENA	0	0	# DIV/0
CIUDAD BOLIVAR	USS ISMAEL PERDOMO	6	6	100,0
CIUDAD BOLIVAR	USS POTOSI	0	0	# DIV/0
CIUDAD BOLIVAR	USS CASA DE TEJA	0	0	# DIV/0
CIUDAD BOLIVAR	USS SAN FRANCISCO	0	0	# DIV/0
CIUDAD BOLIVAR	USS SAN ISIDRO	0	0	# DIV/0
CIUDAD BOLIVAR	USS PARAISO	0	0	# DIV/0
CIUDAD BOLIVAR	USS CANDELARIA II	0	0	# DIV/0
CIUDAD BOLIVAR	USS VISTA HERMOSA	63	57	90,5

FUENTE: Tableros de control SIVIGILA 2020

6 eventos inoportunos

IRA por virus nuevo
 IRAG Inusitado
 Sífilis gestacional

LOCALIDAD TUNJUELITO

Se realiza la presentación de los indicadores de oportunidad de las UPGD de la Localidad encontrando que la Institución con mayor frecuencia fue USS Tunal con 420 evento y una oportunidad de (58.6%), seguido de Virrey Solís mostrando oportunidad del (97.9%), en tercer lugar está IPS Comfasalud (80.3%), seguido de USS Tunjuelito (83.3%), las demás Instituciones muestran menos frecuencia en la notificación el porcentaje más bajo lo tuvo El Centro Médico la Facultad debido a que sólo notificó 5 eventos y fueron ingresados inoportunamente 2 mostrando una oportunidad del (40%).

LOCALIDAD	UPGD	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACIÓN SEMANAL		
		TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
Tunjuelito	CENTRO MEDICO LA FACULTAD	5	2	40
Tunjuelito	GABRIEL RODRIGUEZ SERNA - TUNJUELITO	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	IPS COMFASALUD S.A	61	49	80,32786885
Tunjuelito	CRUZ ROJA IPS EMPRESARIAL	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	SERVIMED IPS TUNAL	1	1	100
Tunjuelito	VIRREY SOLIS IPS SA	96	94	97,91666667
Tunjuelito	PEDRO JOSE SANCHEZ MANRIQUE	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	GUILLERMO DELGADILLO UBAQUE	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	EPS SANITAS CENTRO MEDICO TUNAL	1	1	100,0
Tunjuelito	ORGANIZACION MEDICA DOMICILIARIA SAS	26	18	69,2
Tunjuelito	USS EL TUNAL - TUNJUELITO	420	246	58,6

198 Eventos inoportunos de los cuales 191 son de fuente BAI:

IRA por virus nuevo
ESI – IRAG
Meningitis
Tuberculosis

LOCALIDAD	UPGD	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
		TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
Tunjuelito	USS CARMEN	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	USS TUNJUELITO	48	40	83,3
Tunjuelito	USS SAN BENITO	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	USS ISLA DEL SOL	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	USS ABRAHAM LINCON	1	0	0,0
Tunjuelito	FEI CAE ADOLESCENTES	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	PSICOL CENTRO ATENCION ESPECIALIZADO MASCULINO	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	CENTRO DE INTERNAMIENTO PREVENTIVO FEMENINO	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	ESCUELA DE CADETES GENERAL SANTANDER - TUNJUELITO	0	0	# DIV 0
Tunjuelito	DISPENSARIO MEDICO CANTON SUR	26	26	100

9 Eventos inoportunos
IRA por virus nuevo
ESI – IRAG
VIH
Meningitis

FUENTE: Tableros de control SIVIGILA 2020

Se socializan los errores más frecuentes en la notificación:

Mal diligenciamiento en variables como: estrato, barrio, dirección, pertenencia étnica, fecha de nacimiento, el evento 346 debe estar registrado como probable en la ficha de notificación. Eventos 346, 345 y 348 deben ser enviados con Historia Clínica, los casos confirmados por laboratorio deben ser cargados al SIVIGILA, y los reportes enviados con la ficha de notificación.

Los casos deben ser individuales por archivo PDF y marcados con evento y documento: 345_454566 si tienen HC o laboratorio: 345_454566_HC y 345_454566_LAB

Se socializa la programación de las asistencias técnicas, se informa que la USS San Francisco se reprogramará por cierre temporal, se solicita sea informado si hay algún otro cierre o si presentan dificultades en el cumplimiento del horario, pero no se evidencia participación.

PROGRAMACION DE ASISTENCIAS TECNICAS

LOCALIDA	RAZON SOCIAL	AT AGOSTO	AT AGOSTO HORA
05 - Usme	CENTRO DE SALUD JUAN BONAL	11/08/2020	8:00 am presencial
05 - Usme	MARIA TERESA DIAZ GUEVARA	10/08/2020	8:00 am presencial
05 - Usme	UNIDAD MEDICA Y ODONTOLOGICA SANTA PILAR EU	11/08/2020	2:00 pm Presencial
05 - Usme	JSS DANUBIO AZUL	12/08/2020	8:00 am Presencial
05 - Usme	JSS DESTINO	12/08/2020	2:00 pm Presencial
05 - Usme	JSS LORENZO DE ALCANTUZ	10/08/2020	2:00 pm Presencial
06 - Tunjuelito	DISPENSARIO MEDICO CANTON SUR - TUNJUELITO	14/08/2020	8:00 am Presencial
06 - Tunjuelito	ESCUELA DE CADETES GENERAL SANTANDER - TUNJUELITO	14/08/2020	2:00 pm Presencial
06 - Tunjuelito	GABRIEL RODRIGUEZ SERNA - TUNJUELITO	18/08/2020	2:00 pm Presencial
06 - Tunjuelito	PEDRO JOSE SANCHEZ MANRIQUE	19/08/2020	2:00 pm Presencial
06 - Tunjuelito	JSS ISLA DEL SOL	13/08/2020	8:00 am Presencial
06 - Tunjuelito	VIRREY SOLIS IPS SA VENECIA	13/08/2020	2:00 pm Presencial
19 - Ciudad Bolívar	FISDECO	24/08/2020	2:00 pm Presencial
19 - Ciudad Bolívar	MEDISALUD	25/08/2020	8:00 am Presencial
19 - Ciudad Bolívar	JSS MOCHUELO	20/08/2020	8:00 am Presencial
19 - Ciudad Bolívar	JSS PASQUILLA	20/08/2020	2:00 pm Presencial
19 - Ciudad Bolívar	JSS POTOSI	21/08/2020	8:00 am presencial
19 - Ciudad Bolívar	JSS SAN FRANCISCO	CERRADO	CERRADO
19 - Ciudad Bolívar	JSS SAN ISIDRO	21/08/2020	2:00 pm Presencial
19 - Ciudad Bolívar	JSS SIERRA MORENA	24/08/2020	8:00 am presencial

Se recuerdan los correos de notificación:

notificaciones.tunjuelito@subredsur.gov.co, notificaciones.ciudad.bolivar@subredsur.gov.co, sp.vig.sivigila.usme@subredsur.gov.co, notificaciones.sumapaz@subredsur.gov.co.

Se continúa a la espera del nuevo instalador con novedades 2020 por parte del INS, administrador del SIVIGILA y así realizar la caracterización de la red de operadores de Vigilancia en Salud pública.

13. PRESENTACION MAITE

Por disponibilidad de tiempo de la expositora no se realiza presentación.

14. COMPROMISOS

- Las presentaciones del COVE serán enviadas por SIVIGILA a cada UPGD con el fin de ser socializadas al interior de cada entidad.
- El equipo SIVIGILA publicara el informe del COVE realizado del mes de Julio.

LISTADO DE ASISTENCIA, PROFESIONALES PRESENTES EN EL COVE:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.						
LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO					MI-SIG-SIG-FT-02 V4	
FECHA (DD-MM-AA):		15-07-2020		HORA DE INICIO: 8:00 a.m		HORA DE TERMINACIÓN: 12:00 m
LUGAR: SALA DE JUNTAS 4° PISO USS VISTA HERMOSA / VIRTUAL PLATAFORMA TEAMS						
NOMBRE DE LA REUNIÓN					RESPONSABLE	
COVE LOCAL CIUDAD BOLIVAR - TUNJUELITO						
Nº	NOMBRE Y APELLIDO	DEPENDENCIA	USS	CARGO	CORREO	FIRMA
1	Jairo Quiroz	G. Riesgo	V. Hermosa	Coordinador	siu@subredsur.gov.co	[Firma]
2	Diana R. Turry	G. Riesgo	V. Hermosa	Epidemióloga	dito0401@gmail.com	Diana T.
3	Andrés Barbosa	G. Riesgo	V. Hermosa	Técnico	andbarbosa7992@hotmail.com	[Firma]
4	Daniel Diaz	AMBULATORIO	V. HERMOSA	Asesor	dandiaz@subredsur.gov.co	[Firma]
5	Luz Helena Alvarez	Epidemiología	V. Hermosa	Enfermera	luzalvarez@subredsur.gov.co	[Firma]
6	Tejmy Fuentes Rueda	Lider SSIM-SE	V. Hermosa	Lider de sala de	tejmyfuentes@subredsur.gov.co	[Firma]
7	Janny Florido	Epidemiología	V. Hermosa	Epidemióloga	siu@subredsur.gov.co	[Firma]
8	William G. G.	GRAS	V. Hermosa	Lider de sala	williamg@subredsur.gov.co	[Firma]
9	William G. G.	GESTION DEL RIESGO	V. HERMOSA	LIDER DE SALA	williamg@subredsur.gov.co	[Firma]
10	Diana Calderon	Gestión Riesgo	H. V. H	Epidemióloga	dcalderon@subredsur.gov.co	[Firma]
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

PANTALLAZO PARTICIPANTES EN COVE LOCAL

Personas	Personas	Personas
Actualmente en esta reunión (26)	Actualmente en esta reunión (26)	Actualmente en esta reunión (26)
YG YOLANDA GUTIERREZ (Invit...)	HL herica leon (Invitado) Saliendo...	RL Ruth Lopez
AP Aura pedraza (Invitado)	IC IPS COMFASALUD (Invitado)	SS Sivigila Red Sur Organizador
CT Centro Medico Sanitas Tunal	MG Magda García Saliendo...	S Sonia
D DISUR	MT Marisol Florez Torres	S SSR (Invitado)
DL DORA PATRICIA SUAREZ LEAL	M MEISSEN (Invitado)	T TUNAL (Invitado)
EP ELIZABETH CORTES PARRA	NR ND ANDREA ROBAYO (Invita...)	AS Urueña Serrano, Ana Maria
FV Fundación Colombia Nueva ...	OP OMD Plus (Invitado)	UT USS TUNJUELITO (Invitado)
FR fundación fei-el redentor (In...)	PS PSQ SUR	YJ YADIRA SEGURO JARAMILLO
GS Gabriel Rodriguez Serna	RL Ruth Lopez	YS Yizeth SDSDR
	SS Sivigila Red Sur Organizador	

LISTADO DE ASISTENCIA GENERADO POR EL APLICATIVO TEAM:

Nombre completo	Acción del usuario
SDS, Sivigila Red Sur	Unido
TUNAL (Invitado)	Se unió antes
DISUR	Se unió antes
USS TUNJUELITO (Invitado)	Se unió antes
Gabriel Rodríguez Serna	Se unió antes
YADIRA SEGURO JARAMILLO	Unido
ELIZABETH CORTES PARRA	Unido
Aura Pedraza (Invitado)	Unido
DORA PATRICIA SUAREZ LEAL	Unido
Marisol Flórez Torres	Unido
Fundación Colombia Nueva Vida	Unido
IPS COMFASALUD (Invitado)	Unido
MEISSEN (Invitado)	Unido
Centro Medico Sanitas Tunal	Unido
ADMISION TOTALSANAR	Unido
ND ANDREA ROBAYO (Invitado)	Unido
Alisson Gutiérrez	Unido
PSQ SUR	Unido
SSR (Invitado)	Unido
Magda García	Unido
Yizeth SDSDR	Unido
OMD Plus (Invitado)	Unido
YJGM	Unido
María Camila Rodríguez Bernal	Unido
YOLANDA GUTIERREZ (Invitado)	Unido
Urueña Serrano, Ana María	Unido
Erica león (Invitado)	Unido
fundación Fei-el redentor (Invitado)	Unido
Sonia	Unido
Ruth López	Unido
Virrey Solís IPS	Unido



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

HUGO	Unido
Fundación FEI	Unido
CRUZ ROJA (Invitado)	Unido
Lina Barrera (Invitado)	Unido
María Dellanira Aguja Conde	Unido
PSQ SAS -San Nicolás (Invitado)	Unido