



COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE)

COMPONENTE NO TRANSMISIBLES SIVISTRA, DISCAPACIDAD, CRONICOS Y SISVESO

Bogotá, Marzo de 2018

Tabla de contenido

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVOS	3
CARACTERIZACIÓN DE PARTICIPANTES	3
DESARROLLO COVE USME.....	5
EVALUACIÓN	33
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	36
COMPROMISOS.....	37

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Para la vigencia de Abril 2017 a Marzo de 2018; la implementación de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realiza encuentros mensuales con enfoque de lo urbano (localidades de Tunjuelito, Usme y Ciudad Bolívar) y lo rural (localidad de Sumapaz). El presente informe da cuenta del COVE de la zona urbana correspondiente al mes de Marzo de 2018, Localidad de Usme.

FECHA	21 de Marzo 2018	HORA	1:00 PM – 5:00 PM
LUGAR	CAPS Marichuela		
TEMA	Vigilancia en Salud Publica – Componente No Transmisibles		

OBJETIVOS

- a. Socialización SIVISTRA, eventos de notificación, riesgos y enfermedades laborales.
- b. Socializar información del evento cáncer de mama y cuello uterino.
- c. Socializar resultados del subsistema discapacidad y policita de discapacidad.
- d. Socializar resultados del subsistema SISVESO y política Salud Oral.
- e. Socializar tableros de comportamiento de eventos Sistema de Vigilancia en Salud Publica – SIVIGILA.
- f. Socializar importancia de la vacunación y cobertura de vacunación año 2018.
- g. Socializar información con respecto a las enfermedades sarampión y tos ferina.

CARACTERIZACIÓN DE PARTICIPANTES

Número de participantes: 15 Personas.

Asistieron representantes de las UPGD públicas y privadas y profesionales de Vigilancia en Salud Pública.

METODOLOGÍA PLANEACIÓN DE COVE

Dando cumplimiento al plan de acción construido; se realizó encuentro de planeación y establecimientos de acuerdos con los participantes encargados, donde se estableció el orden de temáticas y tiempos para el desarrollo; obteniendo

3

la siguiente Agenda:

Tema	Hora	Responsables
Apertura	1:00 – 1:10	No transmisibles
Intervención SIVIGILA	1:10 – 1:40	Lina Barrera Epidemióloga SIVIGILA
Intervención discapacidad	1:40 – 2:10	Susan Segura Epidemióloga Discapacidad Karine Bautista Discapacidad Gobernanza
Intervención crónicos	2:10 – 2:40	Lady J. Rivera Profe. Especializado VSP
Intervención SISVESO	2:40 – 3:10	Lady J. Rivera Profe. Especializado SISVESO Jahaira Cervantes Salud Oral Gobernanza
RECESO 3:10 – 3:30		
Intervención SIVISTRA	3:30 - 4:00	Omar Calderón Profesional especializado SIVISTRA Bibiana Acero Ingeniera Química esp.
Intervención PAI	4:00 - 4:40	William Gómez Líder PAI

DESARROLLO COVE USME

Se da la bienvenida a los y las asistentes por parte del equipo del Componente no transmisibles, se prosigue a la lectura de la agenda mencionando el tema central y haciendo claridades frente a la dinámica, para registro de asistencia y evaluación del COVE la cual se realiza al finalizar del encuentro.

Se da inicio a comité de vigilancia epidemiológica con las intervenciones planeadas:

1. SIVIGILA

Se inicia la intervención con la socialización de los tableros de control, se describe el comportamiento de la notificación de las semanas epidemiológicas 5, 6, 7, 8 y 9, por cada Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD), de acuerdo a la clasificación como notificación positiva, negativa y silencio epidemiológico, se aclara que este último no puede estar presente.

UPGD	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7	SEMANA 8	SEMANA 9
CENTRO MEDICO BRASILIA USME	+	+	+	+	+
GILBERTO EDUARDO SARMIENTO PARRA	+	+	+	+	+
GILBERTO CASTRO CORRALES	+	+	+	+	+
MARIA TERESA DIAZ GUEVARA	+	+	+	+	+
COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA	+	+	+	+	+
SERVIMED IPS USME	+	+	+	+	
CENTRO DE SALUD JUAN BONAL	+	+	+	+	+
UNIDAD MEDICA Y ODONTOLOGICA SANTA PILAR	+	+	+	+	
USS USME	+	+	+	+	+
USS SANTA LIBRADA 1	+	+	+	+	+
USS REFORMA	+	+	+	+	+
USS BETANIA	+	+	+	+	+
USS MARICHUELA	+	+	+	+	+
USS YOMASA	+	+	+	+	+
USS DESTINO	+	+	+	+	+
USS SANTA MARTHA	+	+	+	+	+
USS FLORA	+	+	+	+	+
USS LORENZO ALCANTUZ	+	+	+	+	+
USS SAN JUAN BAUTISTA	+	+	+	+	+
USS DANUBIO AZUL	+	+	+	+	+
USS ARRAYANES	+	+	+	+	+

El siguiente punto por abordar es la evaluación por indicadores, en la cual se explica el comportamiento por UPGD de acuerdo a la oportunidad, calidad, archivos planos, fichas de notificación, concordancia, digitación, precritica.

UPGD	CUMPLIMIENTO MENSUAL											OBSERVACIONES
	NOTIFICACION			OPORTUNIDAD	CALIDAD	ARCHIVOS PLANOS	FICHAS DE NOTIFICACION	CONCORDANCIA	DIGITACION	PRECRITICA		
	P	N	S									
CENTRO MEDICO BRASLIA USME	80	0	0	80	20	40	80	60	40	60		SE IDENTIFICA EN ARCHIVOS PLANOS SE ENCUENTRA EN NOTIFICACION NEGATIVA Y HAY UN EVENTO COLECTIVO POR IRA
GILBERTO EDUARDO SARMIENTO PARRA	80	0	0	80	20	60	80	60	40	60		
GILBERTO CASTRO CORRALES	80	0	0	80	30	0	80	50	60	50		
MARIA TERESA DIAZ GUEVARA	80	0	0	80	20	20	80	80	60	80		
COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA	80	0	0	80	20	80	80	74	34	80		SE INGRESO EL EVENTO INDIVIDUAL DE VARICELA
SERVIMED IPS USME	60	0	20	50	20	40	60	56	60	60		NO ENVIAN ARCHIVOS PLANOS. SILENCIO EN SEMANA 9
CENTRO DE SALUD JUAN BONAL	80	0	0	80	20	40	60	40	40	60		NO ENVIAN ARCHIVOS PLANOS
UNIDAD MEDICA Y ODONTOLOGICA SANTA B	60	20	20	60	16	0	60	60	60	56		NO ENVIAN ARCHIVOS PLANOS
USS USME	80	0	0	80	34	40	80	50	60	70		NO ENVIAN ARCHIVOS PLANOS. SILENCIO EN SEMANA 9
USS SANTA LIBRADA 1	60	0	20	40	0	0	50	40	80	50		NO ENVIAN ARCHIVOS PLANOS
USS REFORMA	80	0	0	80	20	80	80	80	20	80		
USS BETANIA	80	0	0	80	30	20	80	50	60	70		NO ENVIAN ARCHIVOS PLANOS
USS MARICHUELA	80	0	0	80	20	60	60	60	40	80		NO ENVIAN FICHAS ESCANEADAS
USS YOMASA	80	0	0	60	20	0	60	60	60	60		PENDIENTE INSTALACION SIVIGILA
USS DESTINO	20	20	40	40	20	0	70	20	80	40		NO ENVIAN ARCHIVOS PLANOS
USS SANTA MARTHA	60	0	0	60	0	60	60	60	20	60		
USS FLORA	80	0	0	80	30	60	80	50	40	70		
USS LORENZO ALCANTUZ	80	0	0	80	0	60	40	40	40	60		NO ENVIAN FICHAS ESCANEADAS
USS SAN JUAN BAUTISTA	60	0	20	40	0	0	60	30	60	40		
USS DANUBIO AZUL	60	0	20	60	0	60	60	60	20	60		
USS ARRAYANES	80	0	0	80	10	60	60	50	80	50		NO ENVIAN ARCHIVOS PLANOS
USS FISCALA	60	0	0	30	10	20	40	10	60	30		INACTIVA A PARTIR DEL 1 DE MARZO

Se socializa el comparativo de la notificación con corte a semana 9, del año 2017 y año 2018: se evidencia disminución en la notificación de eventos como vigilancia integrada de la rabia humana, morbilidad materna extrema, varicela individual, bajo peso al nacer, IRAG, parotiditis, intoxicaciones, morbilidad perinatal y neonatal tardía, dengue, tos ferina, tuberculosis, malaria, meningitis, Chagas, enfermedades huérfanas, evento adverso seguido a la vacunación, fiebre tifoidea y paratifoidea, infecciones asociadas a dispositivo individual, intento de suicidio, leishmaniosis cutánea, rubeola, tuberculosos farmacoresistente; en tanto que se observa que los eventos exposición a flúor, sífilis gestacional, VIH, defectos congénitos, aumento la notificación.

Alertas epidemiológicas: Se socializa la situación actual de las Américas, esta región fue la primera en ser declarada por un Comité Internacional de Expertos (CIE) como

libre de los virus de la rubéola en 2015 y sarampión en 2016.

Todos los casos confirmados en la Región de las Américas fueron importados de otros continentes.

Desde enero de 2017 y hasta enero de 2018, seis países de la Región de las Américas notificaron casos confirmados de sarampión:

Antigua y Barbuda: 1 caso

Argentina: 3 casos

Canadá: 45 casos

Guatemala: 1 caso

Estados Unidos: 120 casos

Venezuela: 952 casos

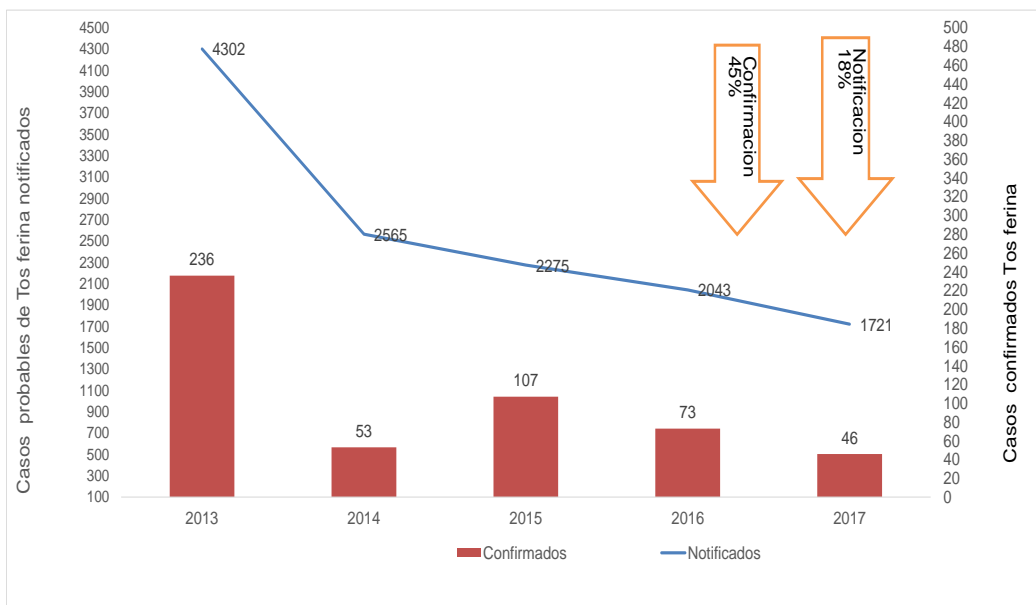
SARAMPION: 2 Casos Confirmados en Colombia

- Menor de 14 meses procedente de Venezuela llega a Medellín (NO vacunado). Contactos del menor viajan a Bogotá. Se está realizando Búsqueda del abuelo Ernesto Villamediana.
- Menor de 10 meses en el Municipio de Santa Rosa de Cabal- Risaralda- Procedente de Venezuela
Sub Red SUR: Menor de 12 meses con dos resultados positivos de 1 y segunda muestra, pendientes pruebas confirmatorias en INS. Reside en Ciudad Bolívar.

Dentro de las amenazas se encuentra: Importación de virus de sarampión y rubéola desde otras regiones del mundo, especialmente desde Venezuela en donde hay un brote activo de sarampión desde junio de 2017, coberturas de vacunación con triple viral por debajo del 95%, disminución en la notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola, disminución de la inmunidad en niños < 1 año sin transferencia de anticuerpos maternos y niños < 6 meses que no son elegibles para vacunación, grupos anti-vacunas que crean desconfianza.

TOS FERINA: Enfermedad bacteriana producida por la Bordetella pertussis su transmisión es por vía respiratoria siendo altamente contagiosa, endémica en cualquier época del año y con distribución mundial; se caracteriza por presentar ciclos epidémicos (cada tres a cuatro años), afectando a todos los ciclos vitales, la principal medida de prevención es la inmunización activa empleando vacuna bacteriana triple (difteria, tétanos y tos ferina —DPT.

Se socializa además, el comportamiento del evento para el periodo 2013 a 2017:



Fuente: SIVIGILA SDS evento 800 2012 a 2016; 2017 con corte a semana 52 datos preliminares

También se socializa los casos, proporción de incidencia tosferina y letalidad por localidad de residencia para los años 2015 y 2017:

LOCALIDADES	2015			2016			2017		
	Confirmados	Proporcion de Incidencia x100.000	Fallecidos EEVV	Confirma dos	Tasa de Incidencia x100.000	Fallecidos EEVV	Confirmados	Tasa de Incidencia x100.000	Fallecido s EEVV
SUBA	13	1,11	0	9	0,72	0	4	0,31	0
KENNEDY	18	1,68	4	4	0,34	0	11	0,91	0
CIUDAD BOLIVAR	12	1,74	0	8	1,11	0	8	1,09	0
BOSA	10	1,55	0	7	0,99	0	1	0,14	0
ENGATIVA	9	1,03	1	10	1,15	0	2	0,23	0
SAN CRISTOBAL	5	1,23	0	5	1,26	0	4	0,00	0
USAQUEN	2	0,40	0	6	1,27	0	2	0,42	0
RAFAEL URIBE	6	1,60	0	2	0,57	0	2	0,57	0
FONTIBON	7	1,84	0	3	0,74	0	3	0,00	0
USME	9	2,08	0	7	2,08	0	1	0,29	0
PUENTE ARANDA	4	1,55	0	0	0,00	0	2	0,90	0
BARRIOS UNIDOS	0	0,00	0	2	0,76	0	1	0,37	0
ANTONIO NARIÑO	1	0,92	0	0	0,00	0	0	0,00	0
SANTA FE	2	1,82	1	2	2,07	0	0	0,00	0
TUNJUELITO	2	1,00	0	2	1,06	0	3	0,00	0
CHAPINERO	2	1,45	0	0	0,00	0	1	0,79	0
LOS MARTIRES	2	2,03	0	3	3,19	0	0	0,00	0
TEUSAQUILLO	1	0,66	0	2	1,42	0	1	0,71	0
LA CANDELARIA	1	4,15	0	0	0,00	0	0	0,00	0
SUMAPAZ	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0
OTROS MUNICIPIOS	0	0,00	0	1	0,00	0	0	0,00	0
TOTAL	106	1,35	6,00	73	0,91	0,00	46	0,57	0,00

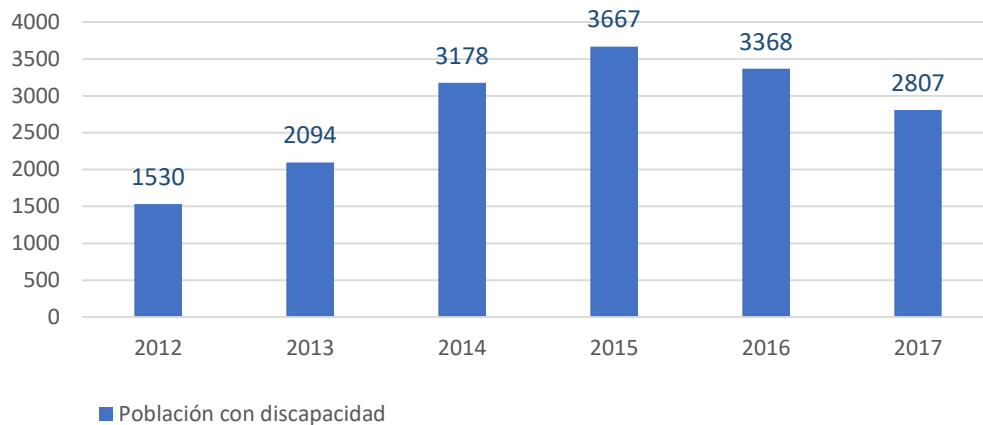
Se recuerda la importancia de la notificación inmediata: Todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, que generen información de interés (UPGD, UI, Localidades), deberán realizar la notificación inmediata de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, de acuerdo al flujo de notificación sin exceptuar los días Festivos en ninguno de los niveles.

Se deberá garantizar que en las UPGD y UI se fortalezca el proceso de notificación inmediata, sensibilizando en los eventos que se notifican de manera inmediata, que el reporte sea realizado todos los días antes de las 12:00 p.m. a través de la herramienta SIVIGILA 2017 en su última versión.

No.	Evento	Cód INS	No.	Evento	Cód INS
1	Vigilancia integrada de rabia humana	307	22	Leishmaniasis Visceral	440
2	Carbunco	235	23	Lesiones de causa externa	453
3	Chagas agudo	205	24	Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452
4	Chikungunya	217	25	Morbilidad materna extrema	549
5	Cólera	200	26	Meningitis	535
6	Defectos congénitos	215	27	Mortalidad por Dengue	580
7	Dengue Grave	220	28	Mortalidad por desnutrición	112
8	Difteria	230	29	Mortalidad por EDA 0-4 Años	590
9	Ébola	607	30	Mortalidad por IRA	600
10	Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	31	Mortalidad Materna	550
11	Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	32	Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610
12	Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	33	Peste (Bubónica / Neumónica)	630
13	Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	34	Rabia Animal en Perros y Gatos	650
14	Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	355	35	Rubéola	710
15	Enfermedades de Origen Priónico	295	36	Sarampión	730
16	Evento adverso seguido a la vacunación	298	37	Síndrome rubéola congénita	720
17	Evento sin establecer	900	38	Tétanos neonatal	770
18	Fiebre Amarilla	310	39	Tos ferina	800
19	Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI	357	40	Vigilancia en salud pública de las violencias de género	875
20	Intento de Suicidio	356	41	Zika	895
21	Intoxicaciones por sustancias químicas	365	42	Enfermedad Transmitida por alimentos o agua ETA (Brote)	350

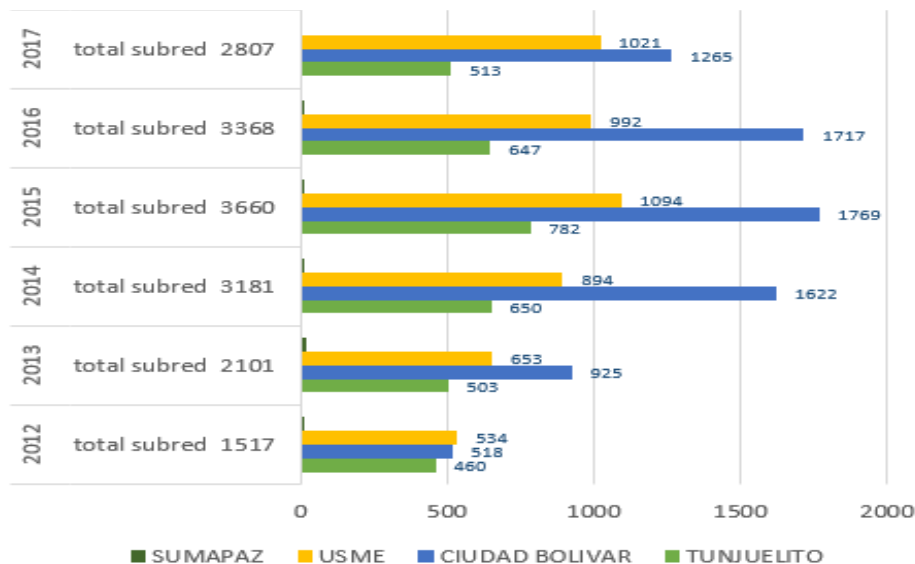
2. **Socialización subsistema DISCAPACIDAD:** Continuando con la agenda, la presentación del subsistema Discapacidad socializa la definición y objetivo del registro de localización y caracterización de la población en condición de discapacidad.

Se describe el comportamiento del registro en el periodo comprendido entre los años 2012 a 2017:



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, (información preliminar 2011-2015). **Ultima fecha de actualización Febrero de 2018. Preliminar 2017

Se describe el comportamiento pormenorizado, de acuerdo a cada localidad, del registro de discapacidad en el mismo periodo comprendido entre los años 2012 a 2017, para la Subred Integrada de Servicios de salud Sur ESE:

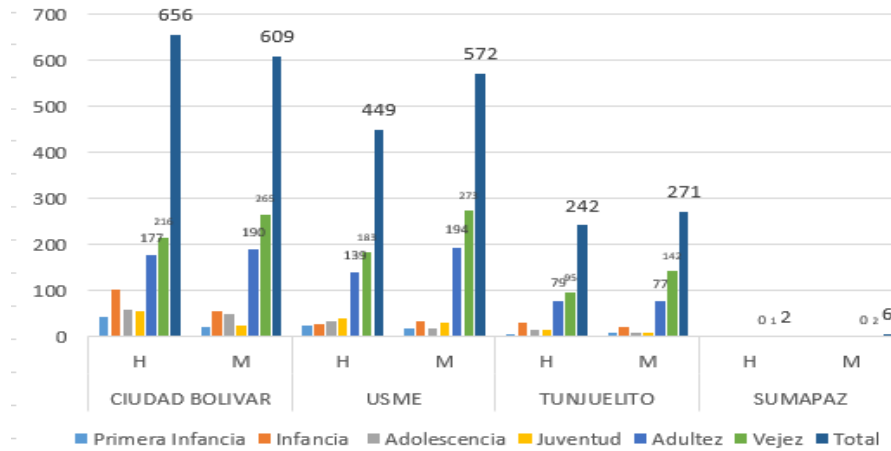


Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, (información preliminar 2011-2015). **Ultima fecha de actualización Febrero de 2018. Preliminar 2017

Teniendo en cuenta el curso de vida y el sexo se encuentra que: el curso de vida que presenta una mayor cantidad de registro por personas con discapacidad es la juventud del sexo masculino y el curso de vida vejez del sexo femenino.

Se explica el comportamiento del registro de la población con discapacidad por curso de vida y por sexo por localidad en la Subred Integrada de Servicios de Salud

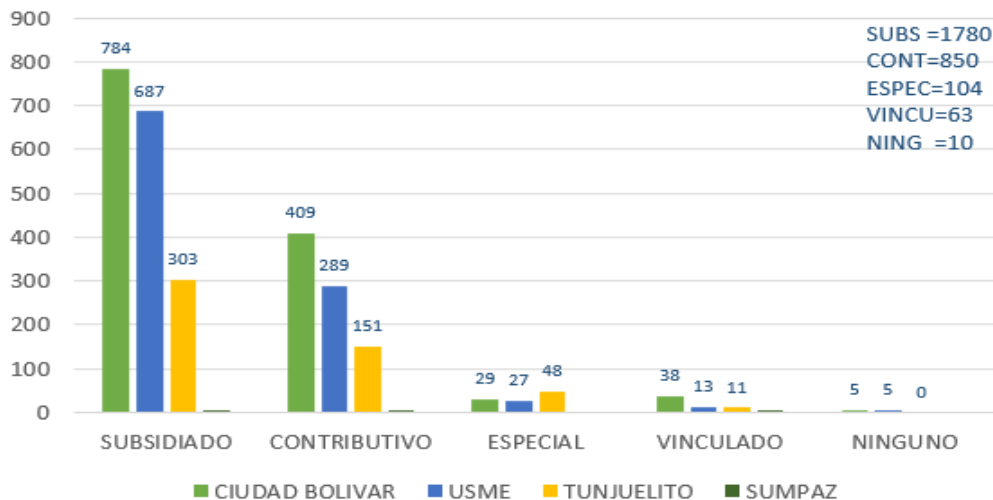
Sur:



Fuente: Base de datos distrital de registro de localización, caracterización de población con discapacidad, año 2017.

En la gráfica se observa el comportamiento del registro se ha mantenido en el tiempo descrito, siendo el sexo mujer el que más registros presenta para las localidades de Usme, Tunjuelito y Sumapaz, a diferencia de la localidad Ciudad Bolívar, la cual reporta un total de 656 casos de población con discapacidad para el sexo hombre, con diferencia de 47 casos más que el sexo mujer que tiene un total de 609 registros durante el año 2017.

De acuerdo al tipo de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el comportamiento es el siguiente:



Fuente: Base de datos distrital de registro de localización, caracterización de población con discapacidad, año 2017.

Se observa que el régimen subsidiado presenta la mayor proporción con un total de 1780 usuarios, seguido del régimen contributivo con un total de 850 registros,

posteriormente encontramos el régimen especial con 104 registros, los vinculados al fondo financiero distrital de salud con 63 registros y 10 personas que no cuentan con afiliación al sistema; en la gráfica se observa el comportamiento por localidad, el cual mantiene el comportamiento descrito.

Se socializa el comportamiento de las alteraciones permanentes por consecuencia de la condición de discapacidad:

Alteraciones permanentes en	Registros	%
El movimiento del cuerpo, extremidades	1663	59,24
Sistema Nervioso	1236	44,03
Los ojos	821	29,25
La voz el habla	509	18,13
Los oídos	412	14,68
El sistema cardiorrespiratorio	390	13,89
La digestión, metabolismo	40	1,43
La piel	11	0,39
Los demas organos de los sentidos	10	0,36
Total PCD	2807	100

Fuente: Base de datos distrital de registro de localización, caracterización de población con discapacidad, año 2017.

Teniendo en cuenta las alteraciones permanentes, se evidencia que el movimiento del cuerpo y extremidades es el más afectado con una proporción del 59,24%, seguido del sistema nervioso con el 44,03%, posteriormente se encuentra los ojos con el 29,25%, la voz afectado en el 14,68%, sistema cardiorrespiratorio con un 13,89% de afectación y en menor proporción la digestión, la piel y los demás órganos de los sentidos con afectación menor al 2%.

Se socializa la política de discapacidad para el distrito capital, según el decreto 470 de 2007, los propósitos de la política son la inclusión social, y calidad de vida; se explica cada uno de los principios de la política como son: solidaridad, perdurabilidad, transversal e integral, sostenibilidad, corresponsabilidad social, participación, diversidad, equidad, autonomía y democracia.

Se explican las dimensiones de la política de discapacidad, tales como ciudadanía activa, entorno, territorio y medio ambiente, cultura simbólica, desarrollo de capacidades y oportunidades, dentro de la cual se encuentran los derechos a la salud, a la educación, a la productividad, a la vivienda, y derecho al bienestar.

Específicamente frente al derecho a la salud se enfatiza en: Garantizar los procesos de rehabilitación integral sin importar la causa de la discapacidad, garantizar el

derecho a la salud en términos de accesibilidad, acceso, atención integral, oportuna y de calidad, garantizar la atención integral y cobertura total para las personas en condición de discapacidad, incluidas aquellas afectadas por enfermedades sistemáticas, catastróficas y degenerativas, esto relacionado con la existencia y uso de los servicios especializados, infraestructura física, equipos profesionales, técnicos y auxiliares, además promover las acciones para identificar, diagnosticar, intervenir y hacer seguimiento, que permita cualificar la ruta de atención integral para las personas con discapacidad, incluidos los protocolos, herramientas y procedimientos utilizados.

Respecto a los avances se menciona, la implementación de planes, programas y proyectos que contribuyan a otorgar ayudas técnicas o tecnológicas y de medicamentos, en el desarrollo de los procesos de rehabilitación integral, habilitación e inclusión de la población con discapacidad, ajustadas a la etapa de ciclo vital, funcionalidad y necesidad real de las personas con discapacidad; impulsar la reglamentación de normas y leyes relacionadas con la generación de garantías de protección y seguridad social para las personas con discapacidad, severa o profunda que no puedan velar por sí mismas y en coordinación con las demás entidades del distrito adoptar y adaptar un sistema de información y registro de discapacidad que dé cuenta de la situación de discapacidad de la ciudad.

Se ha identificado algunas barreras de acceso en salud tales como: falta de continuidad en el proceso de rehabilitación integral, en caso de discapacidad auditiva, limitaciones para la comunicación, barreras para el acceso a tecnología de asistencia, que no es otorgada por los bancos de ayudas técnicas, para las personas con discapacidad mental, ausencia de tratamiento terapéutico por ejemplo hospital día, enfermedades y tratamientos de alto costo en familias en situación de extrema pobreza y las personas con discapacidad y sus cuidadores requieren atención preferencia y diferencial. También el desconocimiento frente a los diferentes tipos de discapacidad y las habilidades de las personas, las IPS asignas para especialistas o rehabilitación son lejanas a las viviendas, falta de oportunidad en la asignación de las citas de medicina especializada y rehabilitación integral, barreras de accesibilidad a los centros por falta de rampas, ascensores y señalización adecuada, acceso a exámenes diagnósticos que permitan la identificación y detección temprana y tramitología en situaciones como autorizaciones, reclamo y suministro de medicamentos.

Se abordan las acciones de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC), según la resolución 518 de 2015 se inicia como IPS incluyente, con proceso de autoevaluación, con sensibilización y concienciación en prácticas incluyentes y accesibles para la atención en salud de la población con discapacidad.

Se comparte la información respecto al centro relevo, donde a través de nuestra opción Vídeo Mensajes por WhatsApp se pueden enviar mensajes cortos entre

personas sordas u oyentes, pues un intérprete del Centro de Relevo grabará el mensaje en LSC que envió la persona oyente o hará la llamada para transmitir la información que la persona sorda envió en un vídeo.

Número de vídeo mensajes por WhatsApp: 3177735093.

Se encuentra en el enlace: <http://www.centroderelievo.gov.co/632/w3-propertyvalue-15253.html>

El horario de atención es de lunes a domingo, de 6 am a 12 de la noche.

3. Presentación subsistema CRONICOS: Se socializa la información respecto al evento cáncer de mama y cuello uterino, evento 155 para el SIVIGILA.

Se socializa la justificación de la vigilancia de este evento: El control del cáncer se encuentra relacionado con los Objetivos del Milenio de Naciones Unidas, los cuales enmarcan determinantes clave en el control del cáncer como la sostenibilidad ambiental, el control del VIH y el desarrollo mancomunado y colaborativo de las naciones.

En respuesta a lo anterior Colombia ha implementado estrategias como el plan decenal de salud pública para incrementar los programas de detección temprana de las enfermedades no transmisibles (32). Adicionalmente, el plan decenal de control del cáncer estableció como objetivos disminuir la mortalidad prevenible y los factores de riesgo relacionados con el cáncer, definiendo así lineamientos estratégicos para el control del riesgo, la detección temprana y, la atención de esta población.

- Para el diagnóstico temprano y control del cáncer de mama se cuenta con pruebas diagnósticas y de tamización, dentro de las pruebas de tamización se encuentra el autoexamen de seno, definido como, la forma en que las mujeres conocen sus mamas y ante cualquier anormalidad detectada se debe acudir a consulta médica. Se socializa el protocolo del autoexamen con sus cinco pasos consecutivos buscando hoyuelos, desviaciones de pezón, descamación de la piel cerca a la areola, abultamientos o secreciones; se realiza la respectiva aclaración respecto al momento adecuado para la realización del autoexamen, para las mujeres premenopáusicas ocho días después del periodo menstrual y en las mujeres posmenopáusicas el mismo día de cada mes. Dentro de las pruebas diagnósticas se encuentra la ecografía y la mamografía.
- Cáncer de cuello uterino: El Virus del Papiloma Humano (VPH) es un grupo de virus que se transmiten mediante relaciones sexuales sin protección y que producen lesiones en la piel y las mucosas. El VPH puede manifestarse como condilomas o verrugas o como lesiones planas en los genitales internos y externos, el ano, la boca y la faringe. Algunos tipos de virus pueden producir modificaciones en las células, llegando a causar cáncer de cuello uterino, algunos cánceres de la orofaringe (boca y garganta), y un factor de riesgo para el cáncer de recto, en ambos sexos. Por lo

general, el VPH es asintomático en sus fases iniciales. Puede manifestarse con flujos persistentes que no mejoran con el tratamiento. Más avanzado puede producir sangrados genitales anormales, sangrado con la relación sexual y, si compromete otros órganos, puede producir síntomas urinarios o intestinales. La mayoría de las mujeres pueden detectarlo a tiempo realizándose una citología vaginal por lo menos una vez al año y atendiendo los resultados de ésta, acompañada de una orientación médica.

Continúa la socialización con las definiciones operativas de casos de cáncer de mama y cuello uterino:

Tabla 1. Definiciones operativas de casos de cáncer de mama y cuello uterino

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por biopsia de mama	Mujer o hombre con diagnóstico de cáncer de mama con diagnóstico por estudio histopatológico (carcinoma ductal, lobulillar u otros, insitu o invasivo) confirmado por primera vez (nuevo) con biopsia.
Caso Confirmado por biopsia de cuello uterino	Mujer con diagnóstico de cáncer de cuello uterino (lesiones intraepiteliales de alto grado, NIC 2 y 3), cáncer de células escamosas, adenocarcinomas o mixtos) confirmado por primera vez (nuevo) con biopsia.

Adaptado de: European Society for Medical Oncology, Primary Breast Cancer ESMO Clinical Practice Guidelines, 2015(35).
Este evento NO vigila la mortalidad ni la prevalencia.

4. **Subsistema SISVESO:** la intervención del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud oral (SISVESO), inicia con la dinámica (tingo-tango) que pretende contextualizar a los participantes del COVE, se abordaron los siguientes temas:

- Edad para la primera consulta por odontología en la vida.
- Importancia de la salud oral en las gestantes.
- Funciones de la boca.
- Importancia de los hábitos de higiene oral.

Posteriormente, se socializa la definición de Salud Oral por la Organización Mundial de la Salud: La salud buco-dental, se define como ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

Las dolencias bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes -enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes - pues se ven favorecidas por las dietas malsanas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol, otro factor de riesgo

es una higiene bucodental deficiente.

Se define SISVESO como el proceso de monitoreo continuo y sistemático de los eventos de interés en Salud Oral y la identificación de los determinantes sociales y de calidad de vida, lo que permite contar con la información actualizada de los eventos de interés y otras patologías que afectan la salud oral.

Se explican los eventos de interés en salud oral: gingivitis, periodontitis, caries cavitacional, caries no cavitacional en lesión en mancha blanca y lesión en mancha café y fluorosis dental.

Se inicia la socialización de los resultados con la distribución por curso de vida: para la localidad de Usme se cuenta con un total de 1424 registros en base de datos, notificado por las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) tanto públicas como privadas.

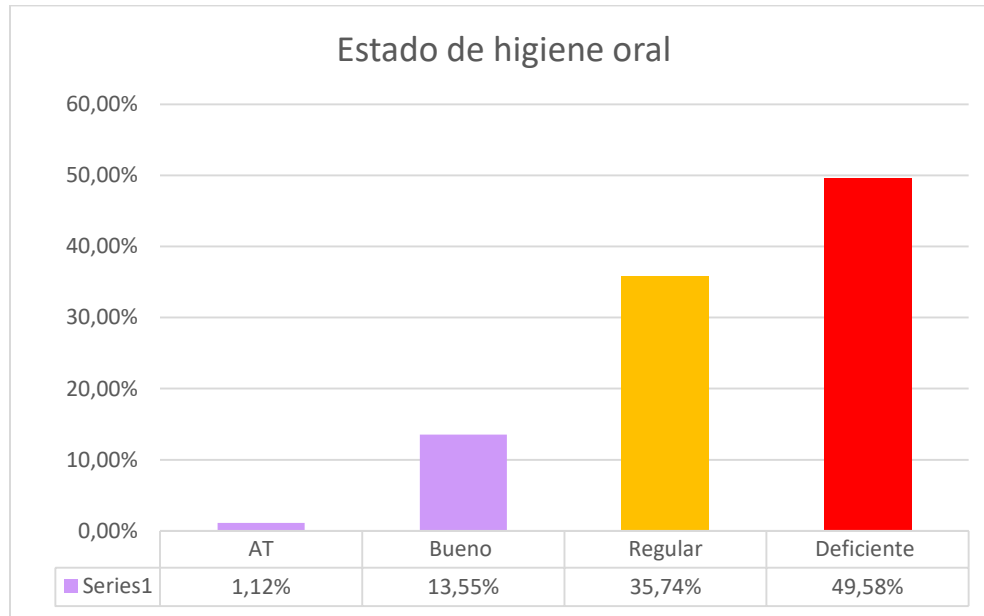
Dentro de las variables sociodemográficas se describe el siguiente comportamiento:

Respecto a la consulta por sexo, se encuentra que el 60,53% son mujeres, tendencia que se observa en todas las localidades de área de influencia de la Subred Sur; respecto al país de procedencia el 99,23% son de Colombia, mientras que el 0,77% son procedentes de Venezuela; teniendo en cuenta el estrato socioeconómico el 65,24% la vivienda se encuentra ubicada en el estrato socioeconómico 1, el 34,27% en el estrato 2 y el 0,49% en el estrato 3; en relación con el régimen de afiliación al Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS) el 89,26% pertenecen al régimen subsidiado, el 5,13% al régimen contributivo, el 3,51% al régimen especial o de excepción, el 2,04% son vinculados y el 0,07% son particulares.

La siguiente variable a analizar es el motivo de abando o no consulta, dentro de la cual el 26,13% no abandonaron el tratamiento por odontología y los motivos más frecuentes para el abandono del tratamiento o no consulta están: no vio la necesidad 26,69%, descuido 25,98%, dificultad en la afiliación 10,60% y con menos del 5% se encuentra cambio de residencia, sin motivo, dificultad en la solicitud de la cita, falta de conocimiento y miedo a la consulta.

Teniendo en cuenta los hábitos de higiene oral, para el cepillado de dientes el 62,43% refirió cepillarse dos veces por día, siendo la frecuencia con mayor proporción, en tanto que el 21,35% refirió cepillarse los dientes tres veces por día, que es la frecuencia recomendada en la consulta por odontología; respecto al uso de seda dental el 91,50% de los usuarios refieren no utilizarla, aunque tenido en cuenta el comportamiento de los años anteriores, se evidencia una disminución en este indicador, pero a su vez indica un aspecto a seguir fortaleciendo en la educación en higiene oral. Como resultado de la práctica de los hábitos de higiene

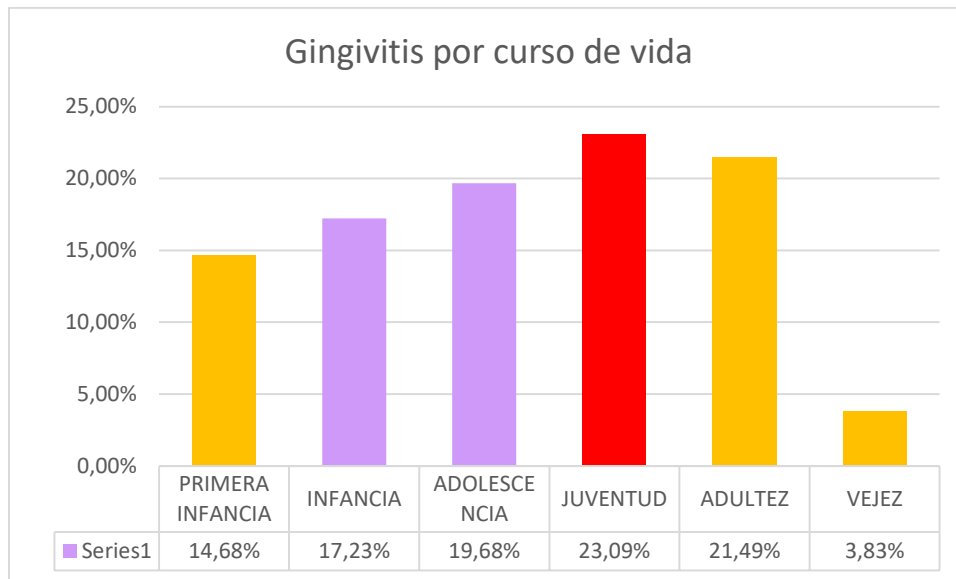
oral se encuentra el estado de higiene oral:



Fuente: Base VC preliminar, SISVESO, 2017

El 49,58% de la población notificada presentan higiene oral deficiente, seguido del 35,74% estado de higiene oral regular y tan solo el 13,55% presentan higiene oral en buen estado, el 1,12% corresponde a Ausencia Total (AT) el cual corresponde a los menores de cinco años y adultos mayores sin presencia de órganos dentales en boca.

Respecto a los eventos, en primer lugar se aborda gingivitis, la cual está presente en el 66,01% de la población notificada y teniendo en cuenta el comportamiento por sexo el 69% de las mujeres las presentan.

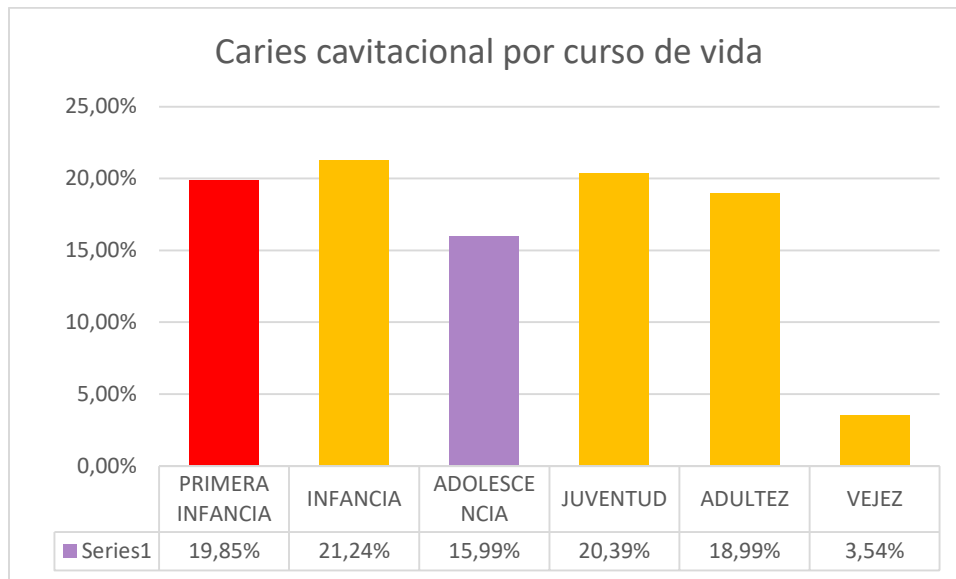


Fuente: Base VC preliminar, SISVESO, 2017

Teniendo en cuenta el curso de vida, se evidencia que el más afectado es la juventud con el 23,09%, seguido de la adultez con el 21,49% y la adolescencia con el 17,23%, para los cursos de vida primera infancia y vejez aunque su proporción de afectación es menor tiene un mayor impacto frente a la calidad de vida.

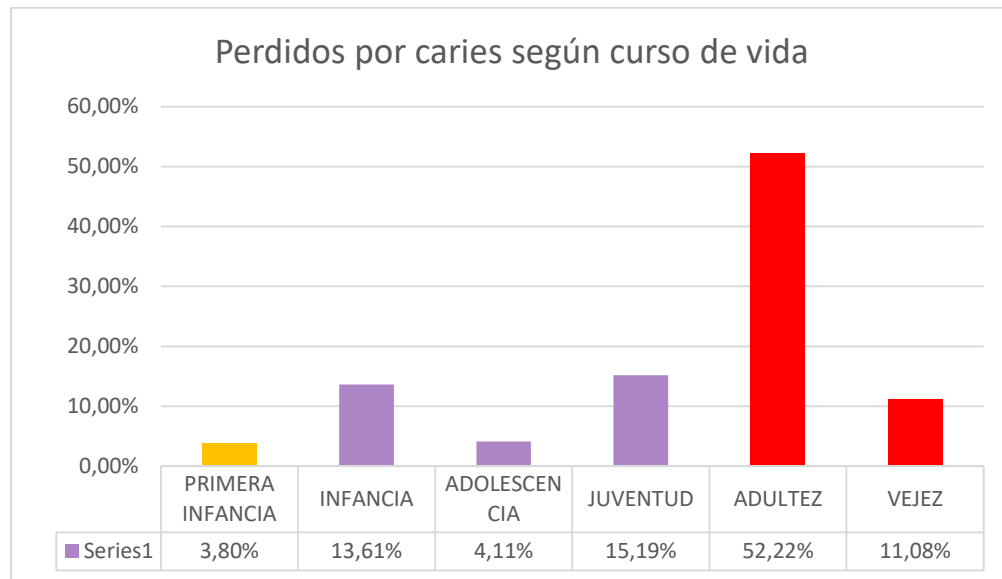
Respecto a la periodontitis el 2,11% de la población notificada presenta esta enfermedad que afecta la salud oral y específicamente los tejidos de soporte del diente, que si no es manejada de manera oportuna tiene como consecuencia la pérdida del órgano dental, aunque posiblemente se encuentra un subregistro en la notificación del evento, situación que se está fortaleciendo con el equipo de odontólogos.

El segundo evento por socializar es la caries cavitacional: la cual el 65,45% de la población presentan esta condición, es decir presentan al momento de la notificación al menos un diente con caries cavitacional sin intervención, de acuerdo al sexo el 64,41% de los hombres la presenta y en las mujeres el 66,13%. De acuerdo al curso de vida: el curso de vida que presenta mayor proporción de caries cavitacional es la infancia con el 21,24%, cifras que no presentan diferencia considerable con los cursos de vida primera infancia, juventud y adultez que tienen 19,85%, 20,39% y 18,99% respectivamente, se evidencia un descenso considerable en la proporción para el curso de vida vejez que presenta el 3,54% comportamiento que es el esperado, dado que en este curso de vida aumenta el evento perdidos por caries o presentan edentulismo bien sea parcial o total, comportamiento que se detalla en la gráfica siguiente:



Fuente: Base VC preliminar, SISVESO, 2017

Otro evento que pertenece a los tejidos duros, es perdido por caries el cual está presente en el 77,81% de la población notificada en la localidad de Usme, es decir al menos han perdido un órgano dental. Este comportamiento es el esperado, siendo el curso de vida más afectado la adultez, llama la atención la cifra de la primera infancia, aunque en una proporción del 3,80% indica que los menores que se encuentran en etapa de erupción activa de la dentición temporal ya están siendo afectados con caries cavitacionales en estado muy avanzado con tratamiento indicado la exodoncia que afecta de manera considerable la calidad de vida del menor y genera impacto de manera negativa para la adherencia al tratamiento por el servicio de salud oral.



Fuente: Base VC preliminar, SISVESO, 2017

Para la caries no cavitacional se evidencia que alrededor del 30% de la población notificada presenta este evento, el 12,92% para la lesión en mancha blanca y el 17,35% para lesión en mancha café, teniendo en cuenta los hábitos de higiene oral descritos anteriormente, se tiene el riesgo elevado de que este tipo de lesiones cariosas avancen a lesiones cariosas cavitacionales.

El comportamiento de la fluorosis dental se evidencia que el 22% presentan este evento, siendo los grados de severidad con mayor proporción leve y muy leve con 6,67% y 5,13%.

Se socializan las recomendaciones generadas desde el subsistema: fortalecer la corresponsabilidad de los usuarios respecto al tratamiento por salud oral, sensibilización del usuario frente a la importancia de contar con una adecuada salud oral, insistir en los hábitos de higiene oral, tanto en frecuencia como en la utilización de todos los insumos específicamente seda dental, motivar a los usuarios y sus familias para la adherencia al tratamiento y educarlos frente a la identificación de los signos y síntomas de alarma por Salud Oral.

Dentro de las actividades de posicionamiento de la política de Salud Oral, se realiza su socialización, así:

Se socializa la política pública de Salud Oral con participación social, cuyo objetivo está definido como: Lograr una condición de salud oral sostenible a través de la promoción y generación de prácticas sociales protectoras de la salud oral, soportadas social y culturalmente; mediante el abordaje de los determinantes sociales y el fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía, garantizando el acceso y calidad en la atención en los servicios de salud del Distrito Capital.

El acto administrativo que soporta la política:

- Resolución 0412: Estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las normas técnicas y guías de atención, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública. En esta Norma Técnica se incluyeron, para la atención preventiva en salud bucal, las siguientes actividades: control y remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes de foseetas y fisuras; y el detartraje supragingival.
- Decreto 3518: Por el cual crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Este Decreto determina los conceptos y aspectos operativos básicos del Sistema Nacional y sirve de referente para los Subsistemas de Vigilancia como el de salud oral, SISVESO.
- Resolución 1841: Plan decenal de salud pública, en el que se definen objetivos, estrategias y metas en Salud Oral, en la dimensión “Vida Saludable y condiciones no transmisibles”, en el componente de “Modos, condiciones y estilos de vida saludables”.
Es así como entre otras establece como metas el tener que incrementar en un 20% las prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT, entre las cuales está la salud bucal desde la primera infancia, en entornos y programas sociales; el aumento anual del número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable y la salud bucal entre otras, y el incremento en el 20% de la población del país sin caries (Índice de Caries Dental (COP=0)), con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia así como el incremento en un 20% de la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible, incluida la caries dental y periodontal.

La política cuenta con cuatro ejes:

- Gestión de la política pública en salud oral: La propuesta de gestión de la Política Pública de Salud Oral de Bogotá se adscribe a la abogacía por respuestas integrales a las necesidades sociales en salud y parte de la identificación de las brechas existentes entre las necesidades sociales en salud oral y la garantía del derecho en territorios concretos, con los respectivos actores que los construyen.
- Modelo de gestión de los servicios de salud oral: Se concibe un modelo de atención en salud como un diseño interrelacionado de agentes, procesos, normas, valores,

principios, recursos, etc. que, ordenados y orientados desde una perspectiva específica, buscan modificar una situación en salud, combinando acciones individuales y colectivas.

- Fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico: La Política de Salud Oral de Bogotá, requiere que el talento humano odontológico (profesionales, personal auxiliar, promotores, agentes comunitarios) esté formado e instruido; contando, para el desarrollo de su labor, con condiciones laborales óptimas que le permitan responder, con altos niveles de calidad, a la resolución de las necesidades y problemáticas de salud oral de la población del Distrito Capital.
- Producción y circulación del conocimiento: En cualquier de los dos casos las tareas de producción, circulación y apropiación del conocimiento deben ser concebidas como parte de la respuesta social en salud, en la perspectiva de solucionar problemas particulares del campo, para que se garantice la crítica (reflexividad) permanente sobre la misma política pública.

5. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los Trabajadores de la Economía Informal (SIVISTRA).

Se describe la definición y generalidades del SIVISTRA, posteriormente se describe los eventos a notificar y caracterizar como caso sospechoso de accidente de trabajo y caso sospechoso de enfermedad laboral; dentro de los riesgos principales a vigilar se encuentra el riesgo químico, riesgo biomecánico y riesgo psicolaboral.

Dentro de los objetivos de SISVISTRA encontramos: proveer información para generar indicadores que permitan definir el perfil epidemiológico derivado de las condiciones de trabajo, para generar políticas orientadas a la restitución de derechos y garantías sociales inherentes al trabajo y prevenir daños a la vida y la salud.

Los criterios de inclusión son: El trabajador no se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), en caso de accidente, este debe haber ocurrido máximo un año antes de su notificación e ingreso al subsistema, en caso de enfermedad o manifestación clínica, los síntomas referidos deben haber permanecido por lo menos durante un mes.

Las actividades priorizadas para la Subred Sur son: industria maderera, industria del cuero, industria metalúrgica y metalmecánica, marmolería, artes gráficas, agricultura, peluquerías y tratamientos de belleza, industria de la construcción, fabricación de químicos y productos de aseo, fabricación de pinturas, barnices y

revestimientos.

Se socializan los resultados respecto a las Intervenciones Epidemiológicas del año 2017, así:

INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS - SIVISTRA 2017						
LOCALIDAD	EVENTO DE SALUD		EVENTO DE RIESGO			Totales
	Accidente	Enfermedad	Químico	Biomecánico	Psicosocial	
Tunjuelito	34	73	70	21	46	244
Usme	20	92	74	22	53	261
Ciu Bolívar	28	98	94	27	54	301
Sumapaz	1	3	0	7	16	27
Totales	83	266	238	77	169	833

Fuente: Base de datos SIVISTRA, año 2017

Continúa la socialización de vigilancia epidemiológica en seguridad y salud en el trabajo con énfasis en exposición a sustancias químicas, definición y generalidades del marco normativo, decreto 1447 donde se define la enfermedad laboral como “aquella contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o al ambiente laboral”, dentro de los agentes de riesgo se encuentra:

- Agentes de riesgo químico: 250 enfermedades.
- Agentes de riesgo físico: 67 enfermedades.
- Agentes de riesgo biológico: 20 enfermedades.
- Agentes de riesgo psicosociales.
- Agentes de riesgo biomecánico: 63 enfermedades.

Se describen algunos de los riesgos y las enfermedades que producen:

Riesgos		Enfermedades Laborales
Q	QUÍMICO	Enfermedades que comprometen sistema nervioso, respiratorio, dérmico, ojos, reproductor y órganos, entre otros.
F	RUIDO	Hipoacusia, pérdida de la audición.
	TEMPERATURAS EXTREMAS	Golpe de calor, síncope por calor, calambre por calor, urticaria debida al calor. Congelamiento superficial, congelamiento por necrosis, hipotermia.
	VIBRACIONES	Transtornos articulares, lesiones de hombro, tendinitis, bursitis, síndrome de manguito rotador.
	RADIACIONES	Neoplasias, leucemias, anemias, leucocitosis, polineuropatías, conjuntivitis, infertilidad masculina.
B	BIOLÓGICO	Tuberculosis, brucelosis, leptospirosis, tétano, hepatitis virales, VIH.
P	PSICOSOCIAL	Transtornos psicóticos, depresión, trastornos de pánico, trastornos de ansiedad, hipertensión arterial, infarto agudo, úlceras del sistema digestivo.
B	BIOMECÁNICO	Síndrome del túnel carpiano, trastornos del plexo braquial, trastornos articulares, artrosis, mono neuropatías de miembros superiores e inferiores.

Según los sistemas del cuerpo, que se ven comprometidos se clasifican en:

Sistema comprometido	Enfermedad	Sistema comprometido	Enfermedad
NERVIOSO	Transtornos mentales Encefalopatía Neuropatía	DÉRMICO	Dermatitis de contacto Dermatosis Cloracné
RESPIRATORIO	Sinusitis Rinitis Laringitis Faringitis Asma Bronquitis Bronquiolitis Edema pulmonar Enfisema intersticial Síndrome de disfunción reactiva de las vías aéreas Fibrosis pulmonar Neumoconiosis Silicosis Asbestosis Derrame pleural Placas pleurales	OJOS	Conjuntivitis
		REPRODUCTOR	Infertilidad Abortos espontáneos Defectos al nacer Partos prematuros
		OTROS SISTEMAS	Anemia Nefropatías Hepatopatías
		CÁNCER	Leucemia Mieloma Linfoma Tumores malignos Neoplasias malignas Mesotelioma

Los contaminantes químicos se encuentran en los siguientes estados: polvos, fibras, humos, líquidos y vapores.

Los factores de riesgo químicos son: arsénico que se encuentra en los fungicidas, benceno hace parte de solventes como el tiner, el berilio se encuentra en cable coaxial, el bromo presente en combustibles y solventes, cadmio hace parte de las baterías, cloro presente en productos de aseo, cromo forma parte de los recubrimientos de llaves de lavamanos, hidrocarburos, yodo presente en medicamentos utilizados para desinfección, plomo utilizado en baterías de carro, asbesto se encuentra en pastillas para frenos y tejas, sílice presente en la arena y gases asfixiantes.

Las vías de acceso de estos químicos al cuerpo humano se pueden realizar mediante contacto ocular, contacto dérmico, inhalación e ingestión.

Los tipos de eventos que se puede presentar provocados por estos químicos son de tipo agudo y tipo crónico, los de tipo agudo se presentan muy poco tiempo después de la exposición de manera clara y reconocible; con síntomas como por ejemplo asfixia, vómitos o pérdida de visión. Mientras que los de tipo crónico se presentan después de un largo tiempo (meses y hasta muchos años) de producida la exposición, que puede ser repetida durante un cierto tiempo. Su diagnóstico puede darse de manera tardía y no siempre es evidente la relación con situación que los ha causado.

Dentro de los factores que intervienen en el desarrollo de una enfermedad por exposición a sustancias químicas se encuentra: la capacidad de ingreso de la

sustancia química al organismo, peligros asociados a la sustancia, concentración de la sustancia química en el ambiente, duración y frecuencia de la exposición, condiciones anatómicas y funcionales de la persona, hábitos personales tales como alimentación, alcohol, tabaco.

Se fortalece la identificación de los síntomas de alerta por sistema:

-Sistema respiratorio: tos frecuente, tos con sangre, aumento de expectoración, irritación de vías respiratorias, respiración con silbido, flujo nasal aumentado, dificultad para respirar, dolor en el pecho.

-Sistema nervioso: Dolor de cabeza, mareo, pérdida de la memoria, pérdida de concentración, ansiedad, depresión, dificultad para dormir, temblores, debilidad muscular, pérdida del equilibrio, pérdida de la coordinación, pérdida o cambios en la sensibilidad.

-Piel: Irritación, resequedad, sarpullidos, úlceras cutáneas, enrojecimiento, dolores locales.

-Ojos: Irritación ocular.

-Sistema reproductivo: Trastornos en la menstruación, impotencia.

-Psicológico: sudoración excesiva, pérdida de peso.

Se describe el objetivo de la vigilancia en salud es la detección temprana basada en la identificación de los efectos tempranos a la exposición; se recalca la importancia de una adecuada anamnesis, donde tenga en cuenta los trabajos previos, la descripción del trabajo actual, las sustancias químicas empleadas, uso de elementos de protección personal, signos y síntomas que la persona refiera, enfermedades previamente diagnosticadas, actividades extralaborales y los hábitos personales. En caso de ser necesario utilizar pruebas tamiz o complementarias según corresponda, las pruebas tamiz tales como cuadro hemático, parcial de orina, función hepática (transaminasas), función renal (creatinina), espiríometría, BEIs; y las pruebas complementarias como frotis de sangre periférico, radiografía de tórax, tomografías axiales computarizadas (TAC), electrocardiograma, exámenes citológicos, antígeno prostático. Los exámenes se deben complementar con los cuestionarios de síntomas estandarizados.

Finalmente se socializa el algoritmo para el reconocimiento e identificación de riesgos o eventos de salud que afecta a la población trabajadora.

6. **Intervención PAI:** La intervención del Programa Ampliado de Inmunizaciones inicia con la siguiente reflexión: Conoces el riesgo de no vacunarte?

Colombia fue certificada en el año 2014 como país libre de sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita.

Alerta por brote de sarampión rubeola: se socializa la tirada epidemiológica para el sarampión:



También se explica el curso de la enfermedad:



Las complicaciones con el sarampión son relativamente comunes, que van desde la habitual y poco grave diarrea, a la neumonía, encefalitis, ulceración córnea que llevan a abrasión córnea. 10 Las complicaciones son generalmente más severas en los adultos que se contagian por el virus.

El porcentaje de casos mortales es de aproximadamente una muerte por cada mil casos. En los países en desarrollo con altos grados de malnutrición y servicios sanitarios pobres, donde el sarampión es más común, la cantidad de fallecimientos es de un 10 % aproximadamente. En pacientes inmunodeprimidos, el porcentaje aumenta hasta aproximadamente un 30 %.

Se socializan los tipos de prevención para el caso del sarampión:

PERIODO ANTES DE LA ENFERMEDAD		PERIODO DURANTE LA ENFERMEDAD		
PROMOCION DE LA SALUD	PREVENCION DE LA ENFERMEDAD	DX PRECOZ Y TRATAMIENTO INMEDIATO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA	PREVENCION TERCIARIA	
Vacunación contra SRP o SR Soporte nutricional, notificación		Aislamiento domiciliario y manejo de la fiebre	Administración de vitamina A	

Eficacia de la vacuna: La vacuna contra el sarampión es una vacuna muy eficaz para prevenir esta enfermedad. Después de una dosis única administrada a niños de 9 meses, el 85 % adquieren inmunidad, esta cifra aumenta al 95 % si se administra a niños de 12 meses o más. Casi todos los que no desarrollan inmunidad después de la primera dosis, la adquieren tras una segunda dosis. Cuando el índice de vacunación dentro de una población es superior al 95 %, los brotes de sarampión casi no ocurren; sin embargo, pueden reaparecer si el índice de vacunación desciende por debajo del 95%.

Se socializan los casos de tosferina que se han presentado en la Subred Sur en lo corrido del año 2018:

UPGD QUE NOTIFICA	EVENTO	DOCUMENTO	EDAD	UNIDAD DE MEDIDA	REGIMEN	NOMBRE ASEGURADORA	UPZ	OBSERVACIONES
FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	TOSFERINA	1026307675	1	MESES	CONTRIBUTIVO	CRUZ BLANCA	65-ARBORIZADORA	MADRE SE VACUNA EN LA GESTACION, MENOR SOLO VACUNAS DE RN, 2 HERMANOS MENORES DE 10 AÑOS CON ESQUEMA COMPLETO, POSIBLE NOXA DE CONTAGIO TIA DE 13 AÑOS ESCOLARIZADA
USS MEISSEN	TOSFERINA	1024602534	1	MESES	VINCULADO	FFDS	66-SAN FRANCISCO	MADRE NO VACUNA EN LA GESTACION SOLO 1 CPN MADRE VENEZOLANA LLEVA 2 MESES EN COLOMBIA AL MOMENTO DE LA IEC, MENOR CON VACUNAS DE RN
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	TOSFERINA	1013690773	4	MESES	CONTRIBUTIVO	SURAMERICANA	66-SAN FRANCISCO	VACUNA MADRE EN LA GESTACION DPT ACELULAR 27/06/17, ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD, POSIBLE NOXA ABUELA
USS MEISSEN	TOSFERINA	1122416923	1	AÑOS	SUBSIDIADO	COOSALUD	68-EL TESORO	SIN VACUNA DE DPT ACELULAR EN AL GESTACION, LLEGA HACE 2 MESE DE LA GUAJIRA EN CUIDADO POR SU PADRE CON ESQUEMA DE VACUNA ATRASADO, LA MADRE MANIFIESTA QUE LA TRAE POR ESTAR ENFERMA Y CIANDO LLEGA A BOGOTA AL POCO TIEMPO LA LLEVA A URGENCIAS A MEISSEN
CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO	TOSFERINA	1140932827	5	MESES	CONTRIBUTIVO	SURA	58-COMUNEROS	VACUNA MADRE EN LA GESTACION DPT ACELULAR 17/06/17, ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD SIN POSIBLE NOXA DE CONTAGIO
CLINICA CAFAM 51	TOSFERINA	1222217120	4	MESES	CONTRIBUTIVO	FAMISANAR	65-ARBORIZADORA	MADRE NO VACUNADA CON DPT a
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	SARAMPION	1023411038	1	1	CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	CIUDAD BOLIVAR	RECIBE VACUNA DEL AÑO, A LA SEMANA PRESENTA SINTOMAS RELACIONADOS CON SARAMPION, LLEVA DOS MUESTRAS POSITIVAS DE LA SDS, PENDIENTE SUEROS PAREADOS DEL INS

Se socializa el avance en coberturas de vacunación 2018, tercera dosis de pentavalente, triple viral dosis de año, triple viral dosis de 5 años:

AVANCE COBERTURAS DE VACUNACIÓN - 2018								
TERCERAS DOSIS DE PENTAVALENTE, TRIPLE VIRAL DOSIS DE AÑO, TRIPLE VIRAL DOSIS DE 5 AÑOS								
TERCERAS DOSIS DE PENTAVALENTE, NIÑOS MENORES DE UN AÑO								
LOCALIDAD	META ANUAL AJUSTADA EL 27 DE FEBRERO, PARA EL 2018	META MENSUAL AJUSTADA Y DEFINITIVA MENSUAL 2018	META, DESDE EL 01 DE ENERO, HASTA EL 28 DE FEBRERO	DOSIS APLICADAS DESDE EL 01 AL 31 DE ENERO	DOSIS APLICADAS DESDE EL 01 AL 15 DE FEBRERO	AVANCE - DOSIS APLICADAS DESDE 01 HASTA EL 28 DE FEBRERO	TOTAL DOSIS APLICADAS, DESDE EL 01 DE ENERO, HASTA EL 28 DE FEBRERO	CUMPLIMIENTO %
CIUDAD BOLIVAR	8559	714	1428	676	272	609	1285	90,0
USME	5100	425	850	429	179	336	765	90,0
TUNJUELITO	2910	243	486	229	118	212	441	90,7
NARAZARET	25	2	4	1	1	1	2	50,0
TOTAL	16594	1384	2768	1335	570	1158	2493	90,1
TRIPLE VIRAL DOSIS DE UN AÑO								
LOCALIDAD	META ANUAL AJUSTADA EL 27 DE FEBRERO, PARA EL 2018	META MENSUAL AJUSTADA Y DEFINITIVA MENSUAL 2018	META, DESDE EL 01 DE ENERO, HASTA EL 28 DE FEBRERO	DOSIS APLICADAS DESDE EL 01 AL 31 DE ENERO	DOSIS APLICADAS DESDE EL 01 AL 15 DE FEBRERO	AVANCE - DOSIS APLICADAS DESDE 01 HASTA EL 28 DE FEBRERO	TOTAL DOSIS APLICADAS, DESDE EL 01 DE ENERO, HASTA EL 28 DE FEBRERO	CUMPLIMIENTO %
CIUDAD BOLIVAR	8500	708	1416	673	301	608	1281	90,5
USME	5000	417	834	452	193	376	828	99,3
TUNJUELITO	2915	243	486	251	107	202	453	93,2
NARAZARET	25	2	4	1	2	4	5	125,0
TOTAL	16440	1370	2740	1377	603	1190	2567	93,7
TRIPLE VIRAL DOSIS DE 5 AÑOS								
LOCALIDAD	META ANUAL AJUSTADA EL 27 DE FEBRERO, PARA EL 2018	META MENSUAL AJUSTADA Y DEFINITIVA MENSUAL 2018	META, DESDE EL 01 DE ENERO, HASTA EL 28 DE FEBRERO	DOSIS APLICADAS DESDE EL 01 AL 31 DE ENERO	DOSIS APLICADAS DESDE EL 01 AL 15 DE FEBRERO	AVANCE - DOSIS APLICADAS DESDE 01 HASTA EL 28 DE FEBRERO	TOTAL DOSIS APLICADAS, DESDE EL 01 DE ENERO, HASTA EL 28 DE FEBRERO	CUMPLIMIENTO %
CIUDAD BOLIVAR	8000	667	1334	810	282	592	1684	126,2
USME	4800	400	800	450	190	359	999	124,9
TUNJUELITO	2955	247	494	250	94	197	541	109,5
NARAZARET	30	3	6	0	0	2	2	33,3
TOTAL	15785	1317	2634	1510	566	1150	3226	122,5

Se socializa la información para la jornada de vacunación del próximo 21 de Abril, la cual va conjunto con la de Salud Oral, el lema de esta jornada es “En el mundial jugando, goles voy anotando y tus vacunas completando”, se realizará un torneo relámpago donde se busca sensibilizar a los colaboradores respecto a las estrategias de vacunación, los puntos de vacunación serán decorados con países clasificados al mundial; para finalizar la intervención se recuerda los requisitos para vacunar dentro de los cuales se encuentran gratuidad, horarios extendidos, no es necesaria afiliación específica al SGSSS, cualquier punto de vacunación puede ser público o privado, cualquier localidad, no es obligatorio el carnet de vacunas, no es obligatorio el documento de identidad.

EVALUACIÓN

La evaluación se realizó con el formato que se indica en el lineamiento para el año 2018, el cual fue socializado entre los asistentes al Comité Vigilancia Epidemiológica, se explica la importancia del diligenciamiento completo de las evaluaciones, con los siguientes resultados:

ASPECTO	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
Infraestructura y comodidad del lugar	10%	50%	30%	0	0
Cumplimiento en el horario del programa	20%	60%	10%	0	0
Utilidad de los contenidos abordados	20%	70%	0	0	0

Respecto a la infraestructura y comodidad del lugar el 10% (n: 1) lo considera muy bueno, el 50% (n: 5) lo considera bueno, el 30% (n: 3) regular; para el segundo punto a evaluar cumplimiento en el horario del programa el 60% (n: 6) lo considera bueno, el 20% (n: 2) lo considero muy bueno y el 10% (n: 1) regular; para el tercer punto a evaluar respecto a la utilidad de los contenidos abordados el 20% (n: 2) lo considera muy bueno y el 70% (n: 7) lo considera bueno; se encontró un formato de evaluación sin diligenciar estos tres ítems.

- Tema 1: Intervención Subsistema SIVIGILA:

Tema 1 SIVIGILA	5	4	3	2	1
Metodología utilizada	20%	60%	20%	0%	0%
Grado de motivación del relator	20%	50%	30%	0%	0%
Calidad y claridad de la exposición	20%	60%	20%	0%	0%
Calidad y claridad de los ejemplos entregados	10%	70%	20%	0%	0%
Calidad del material entregado	10%	70%	10%	0%	0%

Los resultados de la evaluación de la intervención de SIVIGILA presentó los siguientes resultados, la calificación va de 0 a 5, siendo 5 la mayor calificación: para el ítem Metodología utilizada el 20% (n: 2) lo evalúa como 5, el 60% (n: 6) lo califica como 4 y el 20% (n: 2) como 3. Para el ítem grado de motivación del relator el 20%

(n: 2) lo califica como 5, el 50% (n: 5) como 4 y el 30% (n: 3) como 3, no se encuentran evaluaciones con calificaciones menores de 3. Para el ítem calidad y claridad de la exposición el 20% (n: 2) lo califica como 5, el 60% (n:5) lo califica como 4, el 20% (n:2) lo califica como 3. Para el siguiente ítem, calidad y claridad de los ejemplos entregados el 10% (n: 1) fue calificado como 5, el 70% (n: 7) lo considero como 4 y el 20% lo califico como 3; el ultimo ítem corresponde a la calidad del material entregado el 70% (n: 7) lo evaluó como 4, mientras que 20% (n: 4) lo evaluó como 5 y como 3, el 10% como 5 y el 10% como 3, en este ítem se encuentra un formato como NA.

- Tema 2: Intervención Subsistema Discapacidad:

Tema 2 Subsistema Discapacidad	5	4	3	2	1
Metodología utilizada	10%	90%	0	0	0
Grado de motivación del relator	10%	90%	0	0	0
Calidad y claridad de la exposición	10%	90%	0	0	0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados	0%	70%	0	0	0
Calidad del material entregado	0%	60%	0	0	0

Respecto a los ítems metodología utilizada, grado de motivación del relator y calidad y claridad de la exposición se encontró que el 10% (n: 1) como 5 y el 90% (n: 9) lo evaluó como 4; para el ítem calidad y claridad de los ejemplos entregados el 70% (n: 7) lo evaluó como 4, dos evaluaciones como NA y 1 en blanco y para el ítem calidad de material entregado el 60% (n: 6) lo evaluó como 4, una evaluación como NA y tres formatos se encuentran en blanco.

- Tema 3: Subsistema Crónicos:

Tema 3 Subsistema Crónicos	5	4	3	2	1
Metodología utilizada	10%	90%	0	0	0
Grado de motivación del relator	10%	90%	0	0	0
Calidad y claridad de la exposición	10%	90%	0	0	0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados	0%	70%	0	0	0
Calidad del material entregado	0%	60%	0	0	0

Respecto a los ítems metodología utilizada, grado de motivación del relator y calidad y claridad de la exposición se encontró que el 10% (n: 1) como 5 y el 90% (n: 9) lo evaluó como 4; para el ítem calidad y claridad de los ejemplos entregados el 70%

(n: 7) lo evaluó como 4, dos evaluaciones como NA y 1 en blanco y para el ítem calidad de material entregado el 60% (n: 6) lo evaluó como 4, una evaluación como NA y tres formatos se encuentran en blanco.

- Tema 4: Intervención SISVESO:

Tema 4 Subsistema SISVESO	5	4	3	2	1
Metodología utilizada	10%	90%	0	0	0
Grado de motivación del relator	10%	90%	0	0	0
Calidad y claridad de la exposición	10%	90%	0	0	0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados	10%	50%	0	0	0
Calidad del material entregado	10%	50%	0	0	0

Respecto a los ítems metodología utilizada, grado de motivación del relator y calidad y claridad de la exposición se encontró que el 10% (n: 1) como 5 y el 90% (n: 9) lo evaluó como 4; para el ítem calidad y claridad de los ejemplos entregados el 10% (n: 1) lo evaluó como 5, el 50% (n: 5), dos formatos se encuentran en blanco y dos formatos lo califican como NA y para el último ítem calidad del material entregado el 10% (n: 1) lo evaluó como 5, el 50% (n: 5) lo evalúan como 4, en blanco se encuentran 4 formatos y uno lo evaluó como NA.

- Tema 5: Intervención SIVISTRA:

Tema 5 Subsistema SIVISTRA	5	4	3	2	1
Metodología utilizada	20%	60%	20%	0	0
Grado de motivación del relator	20%	60%	20%	0	0
Calidad y claridad de la exposición	10%	70%	20%	0	0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados	10%	60%	10%	0	0
Calidad del material entregado	10%	30%	20%	0	0

Para los dos primeros ítems ubicados en la tabla para metodología utilizada y grado de motivación del relator fue evaluado como 5 por el 20% (n: 2) de los asistentes, el 60% (n: 6) lo evaluó como 4 y el 20% (n: 2) lo evaluó como 3; para el ítem calidad y claridad de la exposición fue evaluado por el 10% (n: 1) como 5, el 70% (n: 7) lo evaluó como 4 y el 20% (n: 2) lo evaluó como 3; para el ítem calidad y claridad de los ejemplos entregados el 10% (n: 1) lo evaluó como 5, el 60% (n: 6) lo evaluó como 4, el 10% (n: 1) lo evaluó como 1, se encuentra 1 formato en blanco y dos formatos como NA; para el último ítem calidad del material entregado el 30% (n: 3) lo evaluó como 3, el 10% (n: 1) lo evaluó como 5, el 20% (n: 2) lo evaluó como 3, se encuentran tres formatos en blanco y 1 como NA; no se encuentran evaluaciones

calificadas como 2 o 1.

- Tema 6: Intervención PAI:

Tema 6 PAI	5	4	3	2	1
Metodología utilizada	40%	50%	0	0	0
Grado de motivación del relator	50%	40%	0	0	0
Calidad y claridad de la exposición	40%	50%	0	0	0
Calidad y claridad de los ejemplos entregados	30%	50%	0	0	0
Calidad del material entregado	20%	30%	0	0	0

Los temas abordados por PAI fueron evaluados de la siguiente manera: para el ítem metodología utilizada 40% (n: 4) como 5, el 50% (n: 5) como 4, se encuentra un formato que no evaluó el ítem; para el segundo ítem grado de motivación del relator el 50% (n: 5) lo evalúan como 5 y el 40% (n: 4) lo evalúa como 4; para el ítem calidad y claridad de la exposición el 40% (n: 4) lo evaluó como 5 y el 50% (n: 5) lo evalúa como 4; para el ítem calidad y claridad de los ejemplos entregados el 30% (n: 3) lo evalúa como 5 y el 50% (n: 5) lo califica como 4; para el ítem calidad del material entregado el 20% (n: 2) lo califica como 5 y el 30% (n: 3) lo califica como 3, se encuentran tres formatos en blanco y uno calificado como NA.

CONCLUSIONES

- Se cumplió con los objetivos del COVE.
- Se dio a conocer de forma integral la información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur los eventos de interés en salud pública del equipo no transmisibles, específicamente para la localidad de Tunjuelito.
- El espacio del COVE permitió dar a conocer otros temas de interés en salud pública que son parte esencial de la vigilancia epidemiológica, que deben darse a conocer y ser replicados en los diferentes espacios de salud.

RECOMENDACIONES

- En las evaluaciones del COVE se encuentran recomendaciones en torno al enviar ampliar las presentaciones para visualizar mejor la información y se encuentra otra sugerencia pero por ser letra ilegible no se puede entender.

COMPROMISOS

- Desde el componente no transmisible se realizará el envío de las presentaciones y actas para su respectiva socialización.
- Publicar el acta, informe y listado de asistencia en la página web de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.