



NOMBRE DE LA REUNIÓN: COVE CIUDAD BOLIVAR

RESPONSABLE: DIANA ROCIO TUSSO ORTEGA

SECRETARIO:

REUNION No.:

FECHA: 25 de ABRIL de 2018

HORA INICIO: 8:00 AM

LUGAR: USS VISTA HERMOSA

HORA FINAL: 12:00 M

**1. OBJETIVO**

Realizar el Comité Operativo de Vigilancia Epidemiológica con las Unidades que prestan servicios en Salud en la Localidad de Ciudad Bolívar.

**2. PARTICIPANTES:**

Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de "Listado de asistencia MI-FT-27 V3"

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA / USS	FIRMA
1					
2			Se anexa listado		
3					
4					
5					

**INASISTENTES A LA REUNION**

**INVITADOS**

**3. ORDEN DEL DIA (TEMAS A TRATAR)**

1. Saludo, Presentación agenda
2. Tableros de control SIVIGILA - Cambios aplicativo SIVIGILA 2018 – Lina Barrera – Epidemióloga SIVIGILA
3. Alertas eventos transmisibles – Gloria Laverde – Epidemióloga SIVIGILA
4. Ruta de atención DNT aguda moderada y severa – María Josefa Alonso – Nutricionista Programas
5. Resolución 2465 - Patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, adultos de 18 a 64 años y gestantes adultas – Diana Rocio Tussó Ortega – Epidemióloga SISVAN
6. Taller de antropometría – Diana Rocio Tussó Ortega – Epidemióloga SISVAN.
7. Coberturas PAI – jefe Víctor Gómez - jefe PAI



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

1. Se inicia COVE en la localidad de Ciudad Bolívar con la lectura de la agenda, dando cumplimiento al orden estipulado en la misma.

**2. Tableros de control SIVIGILA – cambios SIVIGILA 2018**

Se realiza presentación del comportamiento de las Unidades de la localidad de Ciudad Bolívar en cuento a la notificación al SIVIGILA en las semanas 10 a 15:

UPGD	SEMANA 10	SEMANA 11	SEMANA 12	SEMANA 13	SEMANA 14	SEMANA 15
FISDECO	+	+	+	+	+	+
IPS COMFASALUD SIERRA MORENA	+	+		+	+	+
COMPENSAR AUTOPISTA SUR	+	+	+	+	+	+
MEDISALUD LTDA	+	+	+	-	+	+
VIRREY SOLIS IPS SA CANDELARIA	+	+	+	+	+	+
ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA	+	+	+	+	+	+
FUNDACION COLOMBIA NUEVA VIDA FCNV	+	+	+	+	+	+
BIENESTAR IPS SEDE CIUDAD BOLIVAR	+	+	+	+	+	+
PSQ SAS SEDE 4	+	+	+	+	+	+
USS MEISSEN	+	+	+	+	+	+
USS JERUSALEN	+	+	+	+	+	+
USS MANUELA BELTRAN I	+	+	+	+	+	+
USS CANDELARIA I	+	+	+	+	+	+
USS PASQUILLA	+	+	+	+	+	+
USS MOCHUELO	+	+	+	+	+	+
USS SIERRAMORENA	+	+	+	+	+	+
USS ISMAEL PERDOMO	+	+	+	+	+	+
USS POTOSI	+	+	+	+	+	+
USS CASA DE TEJA	+	+	+	+	+	+
USS SAN FRANCISCO	+	+	+	+	+	+
USS SAN ISIDRO	+	+	+	-	+	+
USS PARAISO	+	+	+	+	+	+
USS CANDELARIA II	+	+	+	+	+	+
USS VISTA HERMOSA	+	+	+	+	+	+

Se informa comportamiento de la notificación frente al volumen de notificación, la oportunidad, la calidad de la notificación, el envío de archivos planos, entre otros:



4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

UPGD	CUMPLIMIENTO MENSUAL MARZO										
	NOTIFICACION				OPORTUNIDAD	CALIDAD	ARCHIVOS PLANOS	FICHAS DE NOTIFICACION	CONCORDANCIA	DIGITACION	PRECRITICA
	P	N	S	T							
USS MEISSEN	75	0	0	25	75	98	100	100	70	0	98
USS JERUSALEN	100	0	0	0	94	94	50	100	89	6	100
USS MANUELA BELTRAN I	100	0	0	0	94	100	75	100	100	0	100
USS CANDELARIA I	100	0	0	0	89	100	100	100	100	0	100
USS PASQUILLA	100	0	0	0	100	88	100	88	63	25	88
USS MOCHUELO	100	0	0	0	100	100	100	100	75	0	100
USS SIERRA MORENA	100	0	0	0	100	100	100	100	75	0	25
USS ISMAEL PERDOMO	100	0	0	0	100	100	100	100	100	0	100
USS POTOSI	50	0	50	0	50	50	75	50	50	50	50
USS CASA DE TEJA	75	0	25	0	67	51	75	75	18	50	51
USS SAN FRANCISCO	100	0	0	0	100	100	100	100	100	0	100
USS SAN ISIDRO	75	0	25	0	63	63	75	75	0	0	63
USS PARAISO	100	0	0	0	100	75	100	100	100	0	75
USS CANDELARIA II	100	0	0	0	100	100	75	100	67	33	100
USS VISTA HERMOSA	100	0	0	0	72	100	100	100	82	0	80
FISDECO	100	0	0	0	100	100	100	100	100	0	100
IPS COMFASALUD SIERRA MORENA	50	0	25	25	50	75	50	75	50	50	75
COMPENSAR AU TOPISTA SUR	75	0	0	25	62	63	100	96	67	20	63
MEDISALUD LTDA	75	25	0	0	100	100	100	75	100	0	100
VRREY SOLIS IPS SA CANDELARIA	100	0	0	0	94	100	100	100	100	0	100
ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA	100	0	0	0	90	94	100	100	94	0	80
FUNDACION COLOMBIA NUEVA VIDA FCNV	100	0	0	0	100	100	100	100	100	0	100
BIENESTAR IPS SEDE CIUDAD BOLIVAR	75	0	0	25	94	100	100	100	85	6	88
PSQ SAS SEDE 4	100	0	0	0	100	100	100	100	100	0	100

Se realiza comparativo de la notificación con respecto al año pasado durante las mismas semanas epidemiológicas:

EVENTO	A SEMANA 13 DE 2017	A SEMANA 13 DE 2018
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	545	481
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	151	132
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	148	101
VARICELA INDIVIDUAL	146	71
BAJO PESO AL NACER	99	104
INTOXICACIONES	84	39
EXPOSICIÓN A FLÚOR	75	22
DEFECTOS CONGENITOS	46	40
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	43	51
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	41	34
TOS FERINA	37	17
PAROTIDITIS	34	40
TUBERCULOSIS	31	9
SIFILIS GESTACIONAL	24	45
DENGUE	20	15
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR ROTAVIRUS	17	27
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	14	29
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (E	12	33
SIFILIS CONGENITA	10	8
MALARIA	7	5
MENINGITIS	6	2
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	5	2



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

EVENTO	A SEMANA 13 DE 2017	A SEMANA 13 DE 2018
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	4	0
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITAD	4	17
SARAMPION	3	3
MORTALIDAD POR IRA	3	1
MORTALIDAD MATERNA	3	0
RUBEOLA	3	0
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	2	5
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	0
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MI	2	2
IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVID	1	0
LEISHMANIASIS CUTANEA	1	0
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	1	1
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	1	0
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	1	0
CHAGAS	1	0
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	1	1
CHIKUNGUNYA	1	0
HEPATITIS A	1	4
INTENTO DE SUICIDIO	1	2
ZIKA	1	1
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	0	30
LEPTOSPIROSIS	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>1632</b>	<b>1375</b>

Fuente: Base SIVIGILA 2017- 2018 A SEM 13

*Eventos notificados al SIVIGILA por UPGD*

USS- UPGD	A SEMANA 13 AÑO 2017	A SEMANA 13 AÑO 2018
USS MEISSEN	357	333
USS VISTA HERMOSA	146	106
USS CANDELARIA I	47	73
USS JERUSALEN	35	49
USS MANUELA BELTRAN I	57	35
USS CASA DE TEJA	13	14
USS CANDELARIA II	49	8
USS MOCHUELO	1	3
USS SAN ISIDRO	3	2
USS PARAISO	6	2
USS SAN FRANCISCO	0	1
USS SIERRA MORENA	6	0

FUENTE: BASE SIVIGILA CORTE SEMANA 13 2017-2018



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

USS- UPGD	A SEMANA 13 AÑO 2017	A SEMANA 13 AÑO 2018
ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA	40	23
BIENESTAR IPS SEDE CIUDAD BOLIVAR	2	3
CENTRO MEDICO MADRE MICAELA	1	1
COMPENSAR AUTOPISTA SUR	0	129
FISDECO	4	8
FUNDACION COLOMBIA NUEVA VIDA FCNV	0	3
IPS COMFASALUD SIERRA MORENA	0	2
MEDISALUD LTDA	0	1
VIRREY SOLIS IPS SA CANDELARIA	5	3
LUIS GERMAN DURAN HERRERA	1	0
PSQ SAS	3	0
<b>Total general</b>	<b>56</b>	<b>173</b>

**Cambios SIVIGILA 2018**

En la ficha de datos básicos se deben incluir las variables: estrato socioeconómico, semanas de gestación y grupo étnico en las poblaciones indígenas.

Evento 110 (Bajo peso al nacer) se excluyen las variables de antecedentes maternos y la variable estrato se diligencia en la ficha de datos básicos.

Evento 113 (Desnutrición aguda en menores de 5 años) Se debe incluir diagnóstico médico, Desaparece días de hospitalización, tratamiento terapéutico y seguimiento domiciliario.

Evento 115 (Cáncer en menores de 18 años): Agregar en la notificación fecha de inicio de tratamiento.

Evento 205 (Chagas) Se debe incluir variable de reactivación del evento y desaparece el tratamiento etiológico y sintomático.

Evento 215 (Defectos congénitos): incluir información de la madre, patología crónica y complicaciones de la gestación, incluir perímetro cefálico, desaparece la opción de IVE, número de producto del embarazo y exposición a agentes teratógenos.

Evento 217 (Chikunguya): Se incluyen síntomas y desaparecen comorbilidades.

**Evento 228:** (Exposición a flúor): Desaparecen factores de riesgo en la gestación, sitio de residencia, fuente de consumo de sal y frecuencia del cepillado.

**Evento 298** (Esavi): No se incluye en la ficha el exceso de uso de dosis recomendada ni el uso equivocado de diluyente.

**Evento 300** (Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia), era el evento 307: Cambia el nombre, no se incluyen los pequeños roedores como animales agresores. No se incluye información relacionada al evento de rabia humana, como datos clínicos y de laboratorio.

**Evento 340:** (Hepatitis B): se debe incluir coinfección con VIH y el momento en el que fue diagnosticada la HB.

**Evento 348:** (IRAG- Inusitado): Incluir paciente con tos y fiebre dentro de las opciones de por qué se notifica como IRAG, se incluye vacuna de neumococo, se deben incluir variables de datos clínicos. Desaparecen variables como última dosis de influenza, semanas de gestación, fecha de RX de tórax, diagnóstico inicial y dx al egreso. **Aplica Población de 5 a 65 años.**

**Evento 365** (Intoxicaciones): Desaparece el tipo de exposición intencional suicida, se incluyen los suicidios consumados.

**Evento 450** (lepra). Desaparece fecha de Baciloscopia, Fecha de Biopsia y de inicio de tratamiento.

**Evento 450** (lepra). Desaparece fecha de Baciloscopia, Fecha de Biopsia y de inicio de tratamiento.

**Evento 452** (Lesiones por pólvora pirotécnica): Desaparece información de minas antipersona y municiones.



#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

Desaparece artefacto explosivo, y actividades de desminado)

**Evento 455** (Leptospirosis): Desaparece variables de alcantarillas cerca a domicilio y trabajo. Desaparece inundaciones, tiempo de almacenamiento de basuras y contacto con personas sintomáticas.

**Evento 549:** (Morbilidad Materna extrema): Desaparecen variables de regulación de la fecundidad, edad gestacional a la ocurrencia del evento Estado del recién nacido Multiplicidad y peso del recién nacido, se reducen los criterios de inclusión.

**Evento 591:** (Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, Enfermedad diarreica aguda y/o desnutrición): Agrupa en una sola ficha las mortalidades evitables en menores de 5 años

**Evento 550:** (Mortalidad Materna): Solo se diligencia ficha de datos básicos, la información complementaria debe incluirse en plataforma web.

**Evento 813:** (Tuberculosis) Cambia código, ya que en la versión anterior se incluía como evento 815. Desaparecen variables como fecha de Baciloscopia e inicio de tratamiento.

Para el fortalecimiento de la notificación inmediata de eventos de interés en salud pública se solicita

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 con el 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.

#### 3. Alertas eventos transmisibles

VIGILANCIA DE SARAMPIÓN:

CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA NO. 000006 16 ENERO DE 2018 DEL MINSALUD – instituto nacional de salud.

Asunto: instrucciones permanentes de prevención, atención, vigilancia y control para evitar la introducción o aparición de casos de sarampión y rubéola en el país y acciones de sanidad portuaria.

En el mundo actual, altamente móvil (turismo, comercio, grandes migraciones) e interconectado, se presentan innumerables oportunidades para la diseminación de las enfermedades infecciosas, poniendo en riesgo los avances en la erradicación, eliminación o control de eventos alcanzados por los países.

Teniendo en cuenta lo anterior y las recomendaciones emitidas por la Organización Panamericana de la Salud para fortalecer las actividades de vigilancia, las medidas para proteger los residentes del país y mantener la certificación de la eliminación del Sarampión y la Rubéola, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, de acuerdo con las competencias establecidas a cada una de las Instituciones implicadas, imparten las siguientes INSTRUCCIONES:

1. Responsabilidades de las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
  2. Acciones a cargo de los responsables de la Red Nacional de Laboratorios
  3. Responsabilidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), públicas y privadas.
  4. Responsabilidades a cargo de las empresas administradoras de planes de beneficios EAPB.
  5. Acciones en sanidad portuaria.
  6. Vigilancia y control.
1. Responsabilidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), públicas y privadas.
    - 1.1 Vacunar la población objeto del PAI con el esquema autorizado para el país, asegurar esquemas completos de vacunación en menores de 11 años de edad con Tripe viral y cumplir el reporte de la población vacunada al PAI Nacional según lineamientos nacionales.
    - 1.2 Verificar que el personal del área de la salud u otro personal que labora al interior de la Institución y que estén en contacto con pacientes, cuenten con el antecedente de vacunación de SR o SRP. Si no lo tienen o no recuerdan haber sido vacunadas con anterioridad, deben recibir una dosis de vacuna bivalente - SR. Las vacunas de SR y SRP son gratuitas.
    - 1.3 Implementar actividades de capacitación y monitorear el cumplimiento de los procedimientos, guías clínicas de



#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

atención y protocolos para el manejo de Sarampión-Rubéola establecido por el INS. En desarrollo de la instrucción, harán énfasis en las siguientes actividades.

1.4 Intensificar la detección de casos de síndrome febril-eruptivo en particular en aquellas IPS que realizan atención de población migrante (especialmente territorios de frontera y receptores de población migrante), teniendo en cuenta las directrices establecidas en el protocolo de vigilancia de INS.

1.5 Realizar una completa anamnesis de antecedentes clínicos y epidemiológicos, identificando antecedentes de vacunación con triple viral o bivalente sarampión-Rubéola (verificación de carné de vacunación) y antecedente de viaje durante los últimos 15 días previo al inicio de la erupción a países con circulación de virus de Sarampión.

1.6 Indicar al paciente las medidas de aislamiento intrahospitalario y orientar las medidas de aislamiento domiciliario, para que permanezca en su lugar de residencia durante un periodo de siete días posterior al inicio del exantema y evitar los viajes y visitas a lugares públicos.

#### CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA No. 015 20 MARZO DE 2018

Secretario de despacho de la secretaria distrital de salud de Bogotá

Para: empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB), instituciones prestadoras de servicios de salud (ips) públicas y privadas y subredes integradas de servicios de salud ese.

De: secretario de despacho de la secretaria distrital de salud de Bogotá

Asunto: intensificación de las acciones de prevención, vigilancia y control para detección temprana de casos de sarampión y tos ferina en Bogotá D.C.

Responsabilidad en las Acciones de Vacunación:

- Verificación del esquema de vacunación de toda gestante y asegurar su vacunación con DPTa en dosis única a partir de la semana 26 de gestación en cada embarazo.
- Articulación del trabajo interinstitucional para promover la vacunación
- Mantener por encima del 95% la cobertura de vacunación
- Se debe continuar y completar el esquema contra Tos Ferina
- Intensificar la búsqueda de población susceptible para Sarampión menor de 11 años.
- Realizar seguimiento estricto y periódico de la cohorte centralizada como la asignada a las IPS.

Acciones de Vigilancia en Salud pública

- Los niños y adultos que presenten sintomatología compatible con Sarampión y Tos Ferina deben permanecer en su hogar evitando la asistencia a jardines, colegios, trabajo y eventos sociales.\*
- Investigación Epidemiológica de Campo

Sarampión dentro de las primeras 48 horas.

Tos Ferina dentro de las primeras 72 horas

Acciones de Vigilancia en Salud pública:

- Intensificar la Búsqueda Activa Institucional – BAI . Diaria por parte de los responsables de vigilancia epidemiológica en las EAPB, IPS, públicas y privadas especialmente en los servicios de urgencia y en los laboratorios clínicos que procesan IgM de Sarampión Rubeola.
- Realización de la Búsqueda Activa Comunitaria – BAC. Posibles casos compatibles con Sarampión por parte de los equipos Extramurales, gestores de salud de Capital Salud y en general del personal PIC.

Acciones de Información Comunicación y Educación:

- Capacitar al personal de salud de los servicios de urgencias y consulta externa – Definición de casos – Ficha de Notificación (730 – 710) y (800)
- Actualización a los profesionales de laboratorios en el protocolo de toma, manejo, transporte y envío en cadena de frío, con los datos epidemiológicos de las muestras de laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.

Sarampión: hisopado nasofaríngeo, orina y suero

Tos ferina: aspirado nasofaríngeo y/o hisopado nasofaríngeo

Acciones de Información Comunicación y Educación:

- Movilización social en todos los niveles de la red de atención para dar a conocer los beneficios de la



#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

- vacunación a médicos generales, ginecológicos, obstetras, pediátricas, padres de familia y cuidadores.
- Divulgación y socialización de la guía de práctica clínica de Tos Ferina y Sarampión.
- Utilización de estrategias comunicacionales para informar a la comunidad y usuarias acerca de la importancia de iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación

CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA No. 0000017 23 MARZO DE 2018 -MINSALUD – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Para: gobernadores. Alcaldes, directores departamentales. Distritales y municipales de salud, gerentes o directores de instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS. Gerentes de entidades administradoras de planes de beneficios y funcionarios responsables de la red nacional de laboratorios

De: ministro de salud y protección social directora general del instituto nacional de salud

Asunto: instrucciones de prevención, atención, vigilancia y control de difteria en el país.

Responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Públicas y Privadas.

- Vacunar
- Verificar que el personal del área de la salud, así como el personal que labora al interior de la Institución y que esté en contacto con pacientes, cuenten con el antecedente de vacunación de Td.
- Implementar actividades de capacitación y monitorear el cumplimiento de los procedimientos – Guías de práctica Clínica y Protocolos para el manejo de la Infección Respiratoria Aguda.
- Notificar Inmediatamente - ficha (230)
- Garantizar la atención integral de los casos
- Garantizar que todos los casos probables de Difteria con condición final fallecido, cuente con necropsia.
- Intensificar la detección de casos de cuadros respiratorios – población inmigrante
- Realizar completa anamnesis de antecedentes clínicos y epidemiológicos identificando antecedentes de vacunación con Pentavalente, DPT, Td y DPTa (verificar carne de vacunación) y antecedentes de viaje durante los últimos 15 días previo al inicio de los síntomas, a países con brotes activos de la enfermedad.
- Fortalecer las medidas de bioseguridad para el personal de salud
- Realizar el tratamiento con la siguiente medicación y dosis.

Antitoxina: Constituye la piedra angular del tratamiento de la Difteria. Deberá administrarse una dosis única de ATD basándose en el diagnóstico clínico. Vía de administración Intravenosa

- Se debe indagar en la historia del paciente, el antecedente de reacción adversa a sueros heterólogos (antirrábico, antiofídico o antitetánico) o si ha sido desensibilizado

Tipo de difteria	Dosis (unidades)	Ruta
Nasal	10.000 – 20.000	Intramuscular
Amigdalina	15.000 – 25.000	Intramuscular o intravenoso
Faringea o laringea	20.000 – 40.000	Intramuscular o intravenoso
Tipos combinados o diagnóstico tardío	40.000 – 60.000	Intravenoso
Difteria severa	40.000 – 120.000	Intravenoso o intramuscular

\*Adaptada de referencia 9,10,11 y 12.

- El tratamiento antibiótico al eliminar el microorganismo posee tres beneficios:
  - 1.- Interrupción de la producción de toxinas.
  - 2.- Mejoría de la infección local
  - 3.- Prevención de la diseminación del microorganismo





#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

Recomendación Penicilina 1ra línea de tratamiento o Eritromicina

- El tratamiento de soporte:

Hidratación, reposo en cama, monitoreo respiratorio y cardiaco estricto

Vía aérea – riesgo de obstrucción por las membranas, edema y adenopatías cervicales

Las toxinas pueden provocar neuritis, carditis

- monitoreo

- Cuidados de personas expuestas:

El manejo de las personas expuestas se basa en las circunstancias individuales, incluyendo estado de vacunación y probabilidad del cumplimiento del seguimiento y la profilaxis.

Finalmente se socializa 4 videos de Tos Ferina, como aporte a la difusión de la información.

#### 4. Ruta de atención DNT aguda moderada y severa – María Josefa Alonso – Nutricionista Programas

Se inicia la socialización de la ruta de atención integral a la DNT aguda moderada y severa adaptada a la subred sur enmarcándola en la política de atención integral en salud - **PAÍS** que busca el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación en el mejoramiento y la promoción de la salud. Esta política genera un modelo operacional de atención integral en salud **MIAS** el cual se desarrolla a través de las rutas integrales de atención **RIAS**, estas RIAS están divididas en tres grupos, el primero es la ruta de mantenimiento y promoción de la salud: son acciones realizadas en los entornos en donde transcurre la vida y se desarrollan las personas, el segundo grupo que son las rutas integrales para grupos de riesgo y el tercer grupo las rutas por evento específico.

La ruta de atención integral a la Dnt aguda moderada y severa esta ruta se construyó dando cumplimiento a la resolución 5406 de 2015, la cual establece el lineamiento para el manejo integral de la DNT aguda moderada y severa.

La ruta está compuesta por cuatro momentos:

**Momento 1 identificación del caso de DNT aguda moderada y severa:** esta identificación puede ser a través de diferentes espacios.: en el espacio intramural el menor puede ser captado desde la consulta de cto y dllo, la consulta de pediatría, consulta por medico general o cualquier otro especialista o en el servicio de urgencias. Se debe establecer un diagnostico seguro mediante el empleo de los nuevos patrones o curvas de la OMS resolución 2465 de 2016, importancia de una adecuada toma y peso para realizar una correcta clasificación de la DNT aguda moderada y severa. Es importante solicitar mediante la mesa de ayuda la instalación en los computadores de la herramienta anthro la cual facilita una correcta clasificación del menor. Igualmente se debe realizar inmediatamente la notificación del evento 113 al SIVIGILA que corresponde a la DNT aguda moderada o severa cuando la relación p/t se encuentra entre -2 y -3 dv DNT aguda moderada, menor de- 3 DNT aguda severa. Los menores con DNT aguda moderada deben ser remitidos a cita prioritaria en la clínica se recuperación nutricional de Meissen donde entran a ser atendidos por un grupo multidisciplinario constituido por pediatría, nutrición, psicología y trabajo social para iniciar un proceso de recuperación nutricional, el profesional que atiende el caso en las unidades debe informar al auxiliar de PYD de la unidad para que establezca contacto telefónico con la auxiliar que está agendando las citas Jennifer Palomino al numero telefonico 3108671980 y esta persona se pondra en contacto con la familia y le agendara la cita. Si a la unidad asiste un menor con DNT aguda severa, se debe activar ruta de traslado interno al servicio de urgencias a la USS Meissen y asegurar su atención por urgencias de acuerdo a la circular o41 de 2017 donde se considera la DNT aguda severa con o sin complicaciones como una urgencia vital.

Otra vía de identificación de los menores es a través del espacio vivienda en donde los equipos realizan la identificación del riesgo a través de la caracterización por un equipo interdisciplinario y el profesional de nutrición o en su defecto enfermería realiza la valoración nutricional y activa ruta de atención a EAPB en caso de DNT aguda moderada o traslado a través del CRUE al servicio de urgencias de la USS Meissen en caso de DNT aguda severa.

A través del espacio de gobernanza en los comités de seguridad alimentaria, comité local de infancia y adolescencia, las instituciones refieren casos con DNT al sector salud, los profesionales de las polícticas de infancia y adolescencia y san activan ruta de atención en salud a estos casos y desde programas se realiza el seguimiento a la atención dependiendo al régimen que pertenezcan



#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

##### Momento 2. Clasificación e intervención

Si el menor presenta un DNT aguda sin complicaciones entra a tener una atención ambulatoria en la clínica de recuperación nutricional con el equipo multidisciplinario en donde se le oferta un paquete de atención por pediatra, nutrición, psicología y trabajo social, exámenes de laboratorio y se le realiza una prueba de apetito con fórmula lista para el consumo FTLC, si el menor tiene una prueba de apetito positiva continua su tratamiento ambulatorio con seguimiento cada 15 días hasta lograr su recuperación nutricional, si el menor tiene una prueba de apetito negativa debe ser hospitalizado. Si el menor presenta una DNT aguda moderada o severa con complicaciones debe ser hospitalizado en el servicio de urgencias de la USS Meissen, el médico debe canalizarlo a la clínica de recuperación nutricional, este equipo realizará valoración y por criterio profesional se define la atención por hospitalización o tratamiento ambulatorio: **hospitalización:** se realiza tratamiento donde la clínica de recuperación nutricional: 1. Inicia tratamiento con fórmula f75, 2. Si se evidencia mejoras en la condición nutricional se realiza tratamiento con la fórmula f100. Si la recuperación de peso es favorable y hay un cambio de DNT aguda severa a moderada el tratamiento pasa a ser ambulatorio con la FTLC. **Ambulatorio:** se inicia FTLC y se continúa tratamiento ambulatorio. Tanto en el tratamiento ambulatorio como por hospitalización la trabajadora social debe establecer el enlace PIC –POS para seguimiento extramural.

**Momento 3.** Si el menor no ha tenido seguimiento por el espacio vivienda será remitido por la trabajadora social al espacio vivienda para que le realice acompañamiento por un periodo de 4 meses verificando adherencia al tratamiento y suministro de la fórmula de recuperación nutricional y si no ha tenido seguimiento por el equipo de SISVAN (sistema de vigilancia alimentaria y nutricional) deberá tener seguimiento por SISVAN y posteriormente por el espacio vivienda. Los menores continuarán en control por el equipo interdisciplinario de la clínica de recuperación nutricional cada 15 días hasta superar su estado de DNT, si el menor presenta una patología anexa la DNT deberá ser remitido al POS para continuar tratamiento.

**Momento 4: activación de ruta** en cualquier momento de la ruta se debe activar ruta a partir de los determinantes sociales de la DNT, se debe activar ruta por posible negligencia o maltrato a SIVIM si se observa si se identifica alguna situación en la familia y el profesional define si se cierra el caso o se remite o notifica a ICBF.

Si se observa condiciones de inseguridad alimentaria se debe activar ruta hacia gobernanza y este profesional activará ruta intersectorial con entidades que ofrezcan apoyo alimentario SLDIS, ICBF.

Si la menor continúa con DNT asociada a una patología de base se activa ruta de atención al POS con seguimiento desde programas.

Como se han encontrado menores prematuros a término que a pesar de ser atendidos por plan canguro se encuentran en DNT aguda moderada o severa se deben ingresar a la ruta de atención a la DNT. Estos menores se notifican como evento 110 al SIVIGILA deben tener seguimiento por SISVAN y vivienda. Y deben ser canalizados a clínica de recuperación nutricional desde las atenciones intramurales y extramurales para lograr su recuperación nutricional.

Seguido a esto, se realiza socialización y divulgación de los tipos de cada programa en los cuales tenemos:

- Salud oral: importancia de una adecuada higiene oral a los menores, para evitar complicaciones y patologías orales que sean un desencadenante de la desnutrición, puesto que si no tiene una adecuada salud oral el niño no va a querer alimentarse por el dolor en cavidad bucal, adicionalmente por medio de la alimentación, si se tienen focos de infección originados por los dientes en mal estado, se puede generar una infección digestiva por medio de la alimentación ingerida.
- Infancia: practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad e iniciar alimentación complementaria a partir de los 6 meses y continuar con lactancia materna. Comenzar a los 6 meses de edad con la alimentación complementaria con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece al niño, mientras se brinda lactancia materna hasta los 2 años.
- SDSDR: reconocer la importancia de mantener una alimentación saludable durante la gestación, incluyendo el consumo de micronutrientes como el ácido fólico, sulfato ferroso y calcio, con el fin de disminuir el riesgo de gestantes con bajo peso y esto conlleva a menores con bajo peso al nacer lo que aumenta el riesgo de desnutrición.
- Salud mental: la identificación oportuna de las condiciones de salud integral de los niños y niñas permite la generación de ambientes adecuados para su desarrollo. Recalcar la importancia de identificación y notificación oportuna de eventos de violencia en el marco de negligencia ante la condición del menor.
- Cáncer: es importante que el profesional que realiza la atención al niño indague si el menor ha tenido cambios en su



#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

apetito, peso o a presentado fatiga en los últimos tres meses, ya que algunos síntomas inespecíficos, pero que se presentan de tumores en los niños.

Posteriormente, se realiza socialización de las jornadas a desarrollar el día 21 de abril, las cuales se desarrollarán jornada de vacunación, campaña del buen trato, celebración del día del niño y jornada de salud oral, con el fin de darles a conocer y con el fin de realizar una demanda inducida a todos los usuarios.

Seguido, se preguntan si existen preguntas o inquietudes por parte del personal, donde la auxiliar de enfermería en vacunación pregunta: “¿qué hago si me lega un niño con desnutrición al servicio de vacunación?” Se da respuesta, en la que se le enfatiza que todos los casos de DNT aguda moderada o severa deber ser oportunamente diagnosticada por medico teniendo en cuenta la debida resolución, igualmente si se observan signos clínicos se puede solicitar valoración por médico del centro para que se tome el debido proceso y/o ruta.

Se pregunta si se presentan varias dudas e inquietudes, por lo que el público participante refiere no tener más dudas e inquietudes. Se da información acerca de la persona encargada de la clínica de recuperación nutricional para contacto.

#### 5. Resolución 2465 - Patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, adultos de 18 a 64 años y gestantes adultas – Diana Rocio Tussó Ortega – Epidemióloga SISVAN

Se inicia presentación hablando del estudio multicéntrico a partir del cual surgen los patrones de crecimiento de la OMS, en el que se contó con la participación de 6 países de diferentes continentes como: Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y EE. UU.

En dicho estudio se controlaron variables en la población que se participó en el estudio para que tuvieran un crecimiento adecuado como:

- Nutrición Ideal: Lactancia Materna, Alimentación Complementaria adecuada
- Medio Ambiente Ideal: Agua, Saneamiento, Vivienda. Madres no fumadoras.
- Cuidado de Salud Ideal: Inmunizaciones, Cuidado pediátrico de rutina.

Se mencionan las principales diferencias entre los patrones de la OMS y los que se utilizaban anteriormente (NCHS):

Patrones del Centro Nacional de Estadísticas en Salud – NCHS, estudio que se realizó en 1977, tuvieron en cuenta criterios de admisión como: Niños y niñas de Estados unidos Únicamente, que fueron alimentados principalmente con sucedáneos de la leche materna, tenían nivel socio económico relativamente alto, La muestra fue de 867 niños.

Estudio multicéntrico de referencia de crecimiento – 1997, tuvo en cuenta criterios de admisión como: Niños y niñas de 6 de América, Asia, África y Europa, la lactancia materna es norma, parte a termino, nacimiento único, madre no fumadora, la muestra la conformaron 8440 niños.

Se informan criterios de aproximación de la edad

Edad al control	Se aproxima a:	Ejemplo:
Meses cumplidos + 1 a 10 días	Meses cumplidos	5 meses 4 días = 5 meses
Meses cumplidos + 11 a 20 días	Meses cumplidos + 1/2 mes	5 meses 13 días = 5 meses y medio
Meses cumplidos + 21 a 29 días	Meses cumplidos + 1 mes	5 meses 26 días = 6 meses

Fuente res 2465 de 2016

Se informan indicadores nutricionales para la clasificación del estado nutricional de los niños y niñas



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

Grupo de edad	Indicador
Menores de 5 años	Peso para la talla Talla para la edad Perímetro cefálico Índice de masa corporal Peso para la edad
De 5 a 17 años	Talla para la edad Índice de masa corporal

Se informan puntos de corte y denominación del indicador peso para la talla

Grupo de edad	Indicador
Menores de 5 años	Peso para la talla Talla para la edad Perímetro cefálico Índice de masa corporal Peso para la edad

En cuanto a los parámetros para la determinación del estado nutricional de las gestantes la resolución establece el IMC para la edad gestacional desarrollado por el Doctor Atalah y colaboradores publicado en la revista médica de Chile en el año 1997. El método Atalah se basa en el incremento de peso medido mediante el IMC ajustado para la edad gestacional de mujeres adultas y gestantes no gemelar o múltiples, los parámetros se implementan en gestantes desde la semana 6 hasta la semana 42.

La resolución indica la denominación del estado nutricional de las gestantes según el indicador antropométrico IMC/EG: Obesidad para la edad gestacional, Sobrepeso para la edad gestacional, IMC adecuado para la edad gestacional, Bajo peso para la edad gestacional. Igualmente orienta la aproximación del incremento de peso esperado según el IMC pregestacional.

Se realiza ejercicio con fichas de notificación reales donde los participantes deben revisar calidad de la información, calcular la edad aproximada, determinar el estado nutricional de los niños y confirmar si cumple con la definición de caso y según la presentación de ruta definir que hacer en cada caso.

El ejercicio resulta ser muy productivo, los participantes logran manifestar dudas e inquietudes al respecto a las cuales se les da solución, dudas al determinar el estado nutricional, y de la notificación el evento.

**6. Taller de antropometría – Diana Rocio Tussó Ortega – Epidemióloga SISVAN.**

Se inicia aplicando Pretest del tema a los asistentes al COVE.

Se inicia presentación con el concepto de antropometría, que corresponde a la técnica de medición del cuerpo humano en términos de dimensiones, proporciones y razones tales como los que proporcionan los índices de relación. La antropometría también se utiliza para estimar la composición corporal, el



#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

diagnóstico clínico y el estado nutricional.

Es importante pesar y tallar con precisión porque los datos se implementan para el diagnóstico del riesgo nutricional y el estado de salud, sirven para la toma de decisiones e intervenciones, Monitorear el crecimiento del niño, detectar anomalías del crecimiento, vigilar el estado nutricional, rastrear los efectos de la intervención médica o nutricional.

Para la toma de las medidas antropométricas se debe tener en cuenta que una medida errada, conlleva a un cálculo del crecimiento también errado, contar con el dato correcto de la fecha de nacimiento y el género.

Componentes de una medición precisa: La toma del peso y la estatura tiene tres componentes críticos, estos son:

Técnica que debe ser Estandarizada, Equipo que debe estar Calibrado, exacto, la preparación del evaluador:

Se abordan las recomendaciones para la toma del peso y la talla, actividad que se realiza de forma participativa cuidando de transmitir las siguientes recomendaciones:

Para tomar el peso

Menores de 2 años.

- Pesar con báscula de platillo o en pesa electrónica. (acostados o sentados)

Mayores de 2 años.

- Pesar de pie.
- Pesar a los niños con la madre solo en casos extremos, ya que no es confiable.
- Colocar la balanza en superficie plana y fija.
- Verificar que siempre comience de "0".
- Verificar que el niño no apoye las manos en la pared o piso.
- Lea el peso solo cuando el niño este quieto y cuando la aguja se estabilice en el punto de equilibrio.
- Pesar al niño con la vejiga vacía, sin ropa, sin pañal, sin zapatos, sin objetos en la mano y verificar que nada toque la balanza.
- La madre debe estar al lado para tranquilizarlo, pero no debe tocarlo.
- Repetir la toma del peso en 2 ocasiones.
- Establecer el peso primero en Kilogramos y después en gramos.
- Al bajar al niño de la pesa verificar que la balanza quede en "0".

Para tomar la longitud

La longitud se toma a menores de 24 meses se miden en decúbito dorsal. El instrumento indicado para hacerlo es el infantómetro y debe reunir las siguientes condiciones:

- Superficie horizontal plana y rígida donde se recueste el niño.
- Regla o cinta métrica fija a lo largo de la superficie horizontal.
- Pieza vertical fija en un extremo de la superficie horizontal donde se coloca la cabeza del niño que debe coincidir con el 0.
- Pieza vertical móvil que debe desplazarse a los pies del niño, manteniendo siempre un ángulo recto con la superficie horizontal.
- Si no se cuenta con infantómetro, se puede adaptar una mesa, para realizar la medición



#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

Al medir la longitud del niño se debe tener en cuenta:

- Colocar al niño en decúbito supino.
- La madre, auxiliar o acompañante del niño debe sostener la cabeza del niño.
- La persona que mide, usualmente con una mano sostiene las piernas del niño y con la otra desliza la parte móvil hasta que toque los talones del niño sin ejercer presión.
- Se realiza lectura de la longitud sin mover al niño, para mayor seguridad se repite el ejercicio 1 vez más, si estas medidas varían más de 0,5cm, tome una tercera y reporte el valor que más se repita o en su defecto el promedio de las 3 medidas.

Para tomar la Talla

A partir de los dos años la talla se mide en posición de pie. El instrumento que se utiliza es el tallímetro, este instrumento debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Superficie vertical rígida en estricto ángulo recto con plano horizontal.
- Piso en ángulo recto, en la que el niño pueda pararse y tener contacto con la superficie vertical.
- Una pieza horizontal móvil que se desplace en sentido vertical manteniendo el ángulo recto con la superficie vertical.
- Regla o cinta métrica graduada en centímetros, fija en la superficie vertical.
- No se recomienda el tallímetro que viene inserto en algunas balanzas, pues arroja mediciones imprecisas.

Al realizar la medición se deben seguir los siguientes pasos:

1. Ubicar al niño con los talones juntos y las rodillas sin doblar, sin zapatos y la cabeza sin gorro o adornos,
2. Asegurar que los talones, pantorrillas, glúteos, espalda y cabeza toquen la superficie central de la porción vertical o pared. Puede ser necesario que alguien ayude sosteniendo los talones en contacto con el piso.
3. Asegurar que el niño mantenga la cabeza levantada y mirando hacia el frente.
4. Deslizar la pieza móvil hasta tocar la cabeza del niño, pedir que haga una inspiración profunda, que relaje los hombros y se estire lo más alto posible y, sin presionar, leer la cifra y registre el valor.

Se cierra presentación con la aplicación del postest.

#### 7. Coberturas PAI – jefe Víctor Gómez - jefe PAI

Inicia con la presentación de las coberturas de vacunación en la subred, donde en general muestra un panorama muy positivo en comparación de otros años, donde destaca el arduo trabajo del equipo de PAI.

Continúa presentación invitando a la jornada de vacunación del 21 de abril de 2018 con el lema de Vive el mundial en la Subred sur con la Gran Jornada de vacunación.

Informa la importancia de la jornada, en cuanto a sarampión informa que en el país hay 9 casos de sarampión en Colombia, son personas venezolanas menores de edad que no cuentan con vacunas, ningún caso en Bogotá.

Informa signos y síntomas de sarampión: Fiebre  $>38^{\circ}\text{C}$  -  $40^{\circ}\text{C}$ , Rinorrea, Conjuntivitis, Contacto con extranjeros con la misma patología, Brote aparece 14 a 18 días después del contacto.

Muestra las piezas comunicativas que se utilizarán para la jornada de vacunación que fueron elaboradas por la subred, el parque el Tunal será el principal sitio de vacunación donde habrá acompañamiento del Dr. Muelitas, se entregaran paz y salvos para comprobar el cumplimiento del esquema de vacunación,





#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

se entregaran balones a los niños que se vacunen, se realizara vacunación a perros y gatos y otras actividades con el fin de atraer a la comunidad para completar esquemas de vacunación.

Al terminar se realiza la aplicación de la evaluación del COVE, se hace reconocimiento por participación, se da por terminada la jornada.



**5. COMPROMISOS**

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha limite dd-mm-aa)	QUIEN (Responsable)	SEGUIMIENTO	
				% AVANCE	Observaciones
<b>TOTAL CUMPLIMIENTO</b>					
<b>INDICE DE CUMPLIMIENTO:</b> (Compromisos ejecutados a la fecha de revisión / Total compromisos asignados) * 100 %					<b>Mayor o igual al 90%</b>
					<b>Menor al 90%</b>

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNION

\_\_\_\_\_

SECRETARIO REUNIÓN

\_\_\_\_\_