



NOMBRE DE LA REUNIÓN: Comité de Vigilancia Epidemiológica, Localidad Ciudad Bolívar		
RESPONSABLE: Vigilancia en Salud Pública – Equipo No Transmisibles		SECRETARIO: Susan Segura
REUNION No.: 1	FECHA: 23/03/2018	HORA INICIO: 8:00 am
LUGAR: CAPS Vista Hermosa		HORA FINAL: 12:00 m

**1. OBJETIVO**

Desarrollar el comité de vigilancia epidemiológica de acuerdo a las temáticas establecidas y priorizadas del equipo no transmisibles.

**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	Ver listado anexo.				
2					
3					
4					
5					

**INASISTENTES A LA REUNION**

No aplica.

**INVITADOS**

No aplica.

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

1. Saludo.
2. Presentación de la agenda.
  - 2.1 Subsistema Discapacidad
  - 2.2 Subsistema SIVISTRA
  - 2.3 PAI
  - 2.4 Subsistema CRONICOS
  - 2.5 Subsistema SISVESO
  - 2.6 SIVIGILA
3. Varios y evaluación del COVE



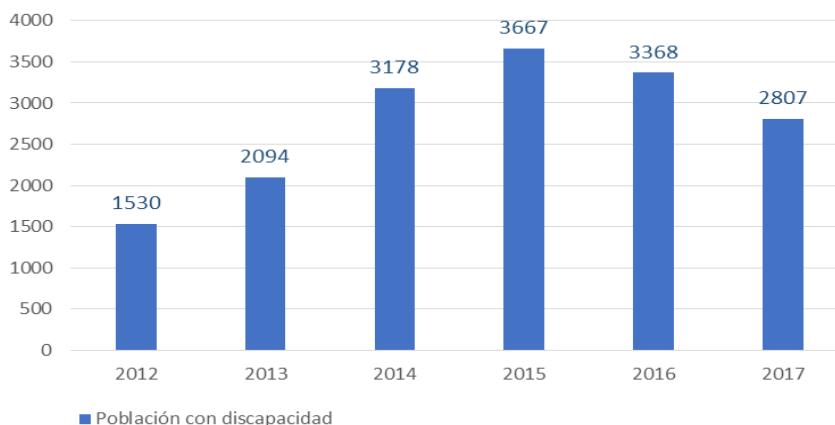
#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

1. Se da la bienvenida a los participantes del COVE y se presenta la agenda a desarrollar.
2. Se realizan las siguientes intervenciones:

**2.1 Socialización subsistema DISCAPACIDAD:** Se da inicio, con la presentación del subsistema Discapacidad que socializa la definición y objetivo del registro de localización y caracterización de la población en condición de discapacidad.

Se define discapacidad como una condición humana que incluye deficiencias o alteraciones en órganos o funciones del cuerpo, limitaciones o dificultades para el desarrollo de actividades de la vida diaria y restricciones o problemas para participar en la sociedad, se enfatiza en que es una condición permanente no transitoria, se explican algunos ejemplos con ciertas enfermedades.

Se socializa el comportamiento del registro en el periodo comprendido entre los años 2012 a 2017 para la Subred Sur: se evidencia tendencia al aumento, siendo el año 2015 el que presenta la mayor cantidad de registros (n: 3667), con un posterior descenso en los años 2016 y 2017.

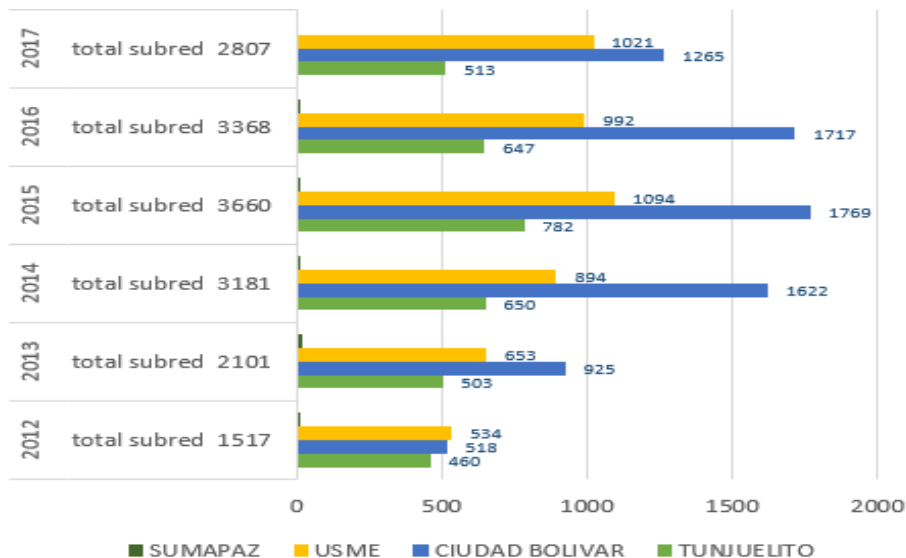


Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud,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



4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

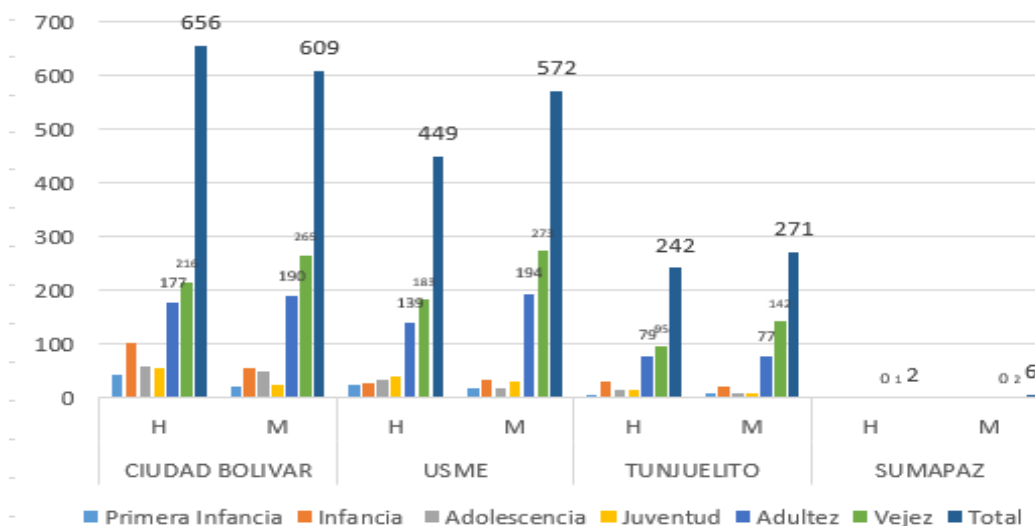
Se detalla el comportamiento del registro en el mismo periodo, para la Subred Integrada de Servicios de salud Sur ESE:



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

Al analizar el comportamiento del registro según el curso de vida y el sexo de manera cruda para toda la Subred Sur, el curso de vida que presenta una mayor cantidad de registro con 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, por sexo, de manera detallada por localidad en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur:



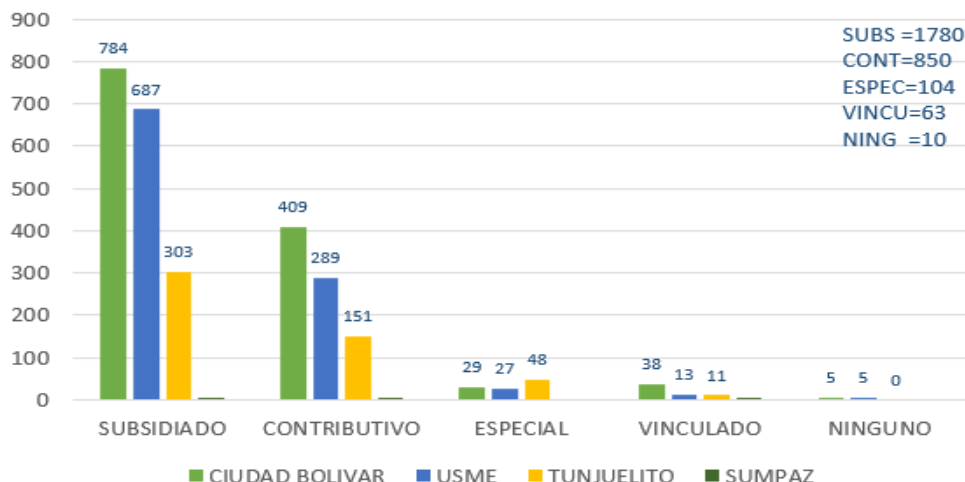
Fuente: Base de datos distrital de registro de localización, caracterización de población con discapacidad, año 2017.



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

En la gráfica se observa que 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 mismo comportamiento descrito de manera general para toda la Subred.

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 cardiorespiratorio	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.



#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

Al analizar 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 exponen 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 el los deberes: 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.



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

Se encuentra en el enlace: <http://www.centrodeleveo.gov.co/632/w3-propertyvalue-15253.html>  
El horario de atención es de lunes a domingo, de 6 am a 12 de la noche.

**2.2 Presentación subsistema SIVISTRA:** 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 metalmeccánica, 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	Quimico	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
<b>Totales</b>	<b>83</b>	<b>266</b>	<b>238</b>	<b>77</b>	<b>169</b>	<b>833</b>

Fuente: Base de datos SIVISTRA, año 2017

También se aborda la 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.



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

- 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 riesgo 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, transtornos de pánico, transtornos de ansiedad, hipertensión arterial, infarto agudo, úlceras del sistema digestivo.
B	BIOMECÁNICO	Síndrome del túnel carpiano, transtornos del plexo braquial, transtornos articulares, artrosis, mono neuropatías de miembros superiores e inferiores.





**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

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

Sistema comprometido	Enfermedad	Sistema comprometido	Enfermedad
NERVIOSO	Trastornos 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 <b>Neumoconiosis</b> <b>Silicosis</b> <b>Asbestosis</b> 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 <b>Mesotelioma</b>

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.





#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

-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), espirómetros, 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.

Se explica el algoritmo para el reconocimiento e identificación de riesgos o eventos de salud que afecta a la población trabajadora.

Respecto al riesgo psicosocial se socializa la siguiente información:

- Características sociodemográficas: se caracterización 48 hombres y 7 mujeres, en la tabla se describe la distribución por rango de edad, siendo el rango con mayor proporción de intervención de 31 a 50 años con 22 intervenciones, seguido del rango de 51 a 60 años de edad con 21 intervenciones.

Rangos Edad	N° de trabajadores
17 años o menos	0
18 – 20 años	2
21 – 30 años	3
31 – 50 años	22
51 – 60 años	21
61 años en adelante	7

Fuente: SIVISTRA, base de datos preliminar, 2017.



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

Se analiza el comportamiento por ocupación respecto al sexo y se evidencia el siguiente comportamiento:

OCUPACION	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ORNAMENTACION	12	1	13
LATONERIA Y PINTURA	5	0	5
CARPITERIA	11	0	11
MECANICA	10	1	11
ZAPATERIA Y SASTRERIA	1	1	2
RECICLAJE	2	0	2
ESTILISTA	2	1	3
OTROS ( mostrador, embalaje, oficios varios)	5	3	8

Fuente: SIVISTRA, base de datos preliminar, 2017.

La construcción del instrumento parte de la definición de factores psicosociales que presenta la Resolución 2646 de 2008, cuyo texto es el siguiente: “factores psicosociales comprenden los aspectos intralaborales, extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas al trabajador, los cuales en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas”, citado en la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del ministerio de la protección social, 2010, en la cual se basa la construcción del actual instrumento de valoración de riesgo.

**CARACTERIZACIÓN NIVEL DE RIESGO POR EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES**

**Análisis e interpretación del caso**



Riesgo Bajo: Se presentan condiciones laborales que carecen de probabilidad a ocasionar alteraciones en la salud física, psíquica y comportamental del trabajador; asociado a que éste cuenta con estrategias de reacción positivas para manejar y responder a las exigencias del oficio desempeñado, el contexto laboral y su vida cotidiana. Potencializando habilidades, actitudes, satisfacción y motivaciones personales, tendientes a minimizar la vulnerabilidad ante una situación de exposición al riesgo psicosocial.



Riesgo Moderado: Se presentan posibles carencias en el manejo adecuado de situaciones y/o estrategias que generen estabilidad dentro de los diferentes contextos, leve capacidad de afrontamiento e innovación para fomentar equilibrio desde lo personal y lo laboral. Estado que requiere de manejo, control y orientación basado en acciones de promoción y prevención de un entorno organizacional favorable que disminuya riesgos de salud mental o físicos asociados al entorno o a las diferentes actividades desarrolladas dentro del área laboral.



Riesgo Alto: Se presenta de manera notable características y/o situaciones generadoras de un impacto negativo en el trabajador que afectan la salud y bienestar percibido, destacando la presencia de síntomas como agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, así como malestar físico, que tienen efectos sobre el trabajo, el medio social y el familiar, y en los cuales se considera necesario implementar de forma inmediata estrategias de mejoramiento a fin de minimizar dichos efectos.



#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

De acuerdo a la clasificación descrita anteriormente, el comportamiento para la localidad Ciudad Bolívar, es el siguiente:

NIVEL DE RIESGO DE EXPOSICION A RIESGOS PSICOSOCIALES - RESULTADOS GENERADOS POR EL INSTRUMENTO			
OFICIO	BAJO	MODERADO	ALTO
ORNAMENTACION	6	7	0
LATONERIA Y PINTURA	3	2	0
CARPITERIA	6	5	0
MECANICA	8	3	0
ZAPATERIA Y SASTRERIA	1	1	0
RECICLAJE	2	0	0
ESTILISTA	1	2	0
OTROS ( mostrador, embalaje, oficios varios)	8	0	0

Se explica la clasificación final de la clasificación del riesgo psicosocial:

NIVEL DE RIESGO DE EXPOSICION A RIESGOS PSICOSOCIALES - RESULTADOS FINALES			
	BAJO	MODERADO	ALTO
HOMBRES	27	18	3
MUJERES	5	1	1
TOTAL	32	19	4
		55	

- Condiciones extralaborales: Comprenden los aspectos del entorno familiar, social y económico del trabajador y las dimensiones o preguntas que conforman los dominios de esta condición actúan como posibles fuentes de riesgo y es a través de ellas que se realiza la identificación y valoración de los factores de riesgo psicosocial.

Los dominios considerados en esta son:

- Tiempo fuera del trabajo
- Situación económica del grupo familiar
- Influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo
- Desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda

- Condiciones Individuales: Las condiciones individuales se refieren a una serie de características propias de cada trabajador y a características socio-demográficas como el sexo, la edad, el nivel educativo, la ocupación



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

(profesión u oficio) y el número de personas a cargo. Estas características pueden modular la percepción y el efecto de los factores de riesgo intralaborales y extralaborales.

**2.3 Intervención PAI:** Se da inicio a la intervención con el interrogante: Conoces el riesgo de no vacunarte?

Se explica el contexto cuando 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:





#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

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	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	DX PRECOZ Y TRATAMIENTO INMEDIATO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN 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 BOGOTÁ 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



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

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
<b>TOTAL</b>	<b>16594</b>	<b>1384</b>	<b>2768</b>	<b>1335</b>	<b>570</b>	<b>1158</b>	<b>2493</b>	<b>90,1</b>
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
<b>TOTAL</b>	<b>16440</b>	<b>1370</b>	<b>2740</b>	<b>1377</b>	<b>603</b>	<b>1190</b>	<b>2567</b>	<b>93,7</b>
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
<b>TOTAL</b>	<b>15785</b>	<b>1317</b>	<b>2634</b>	<b>1510</b>	<b>566</b>	<b>1150</b>	<b>3226</b>	<b>122,5</b>

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.

**2.4 Intervención subsistema CRONICOS:** Dentro de los temas abordados se encuentra, el 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.





#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

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 anomalía 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 período 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.	

**2.5 Subsistema SISVESO:** 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





#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

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.

El comportamiento de la notificación para el año 2017, fue:

CURSO DE VIDA	Frequency	Percent
PRIMERA INFANCIA	473	26,71%
INFANCIA	299	16,88%
ADOLESCENCIA	241	13,61%
JUVENTUD	334	18,86%
ADULTEZ	212	11,97%
VEJEZ	212	11,97%
<b>Total</b>	<b>1771</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Base de datos VC, SISVESO, preliminar 2017.

Dentro de las variables sociodemográficas se encuentra que el 60,53% de las notificaciones pertenecen al sexo mujer y el 39,47% al sexo hombre, comportamiento que se mantiene en todas las localidades de área de influencia de la Subred Sur; teniendo en cuenta el país de procedencia el 99,66% de la población son procedentes de Colombia, el 0,28% (n:5) son procedentes de Venezuela y el 0,06% (n:1) es procedente de Argentina.

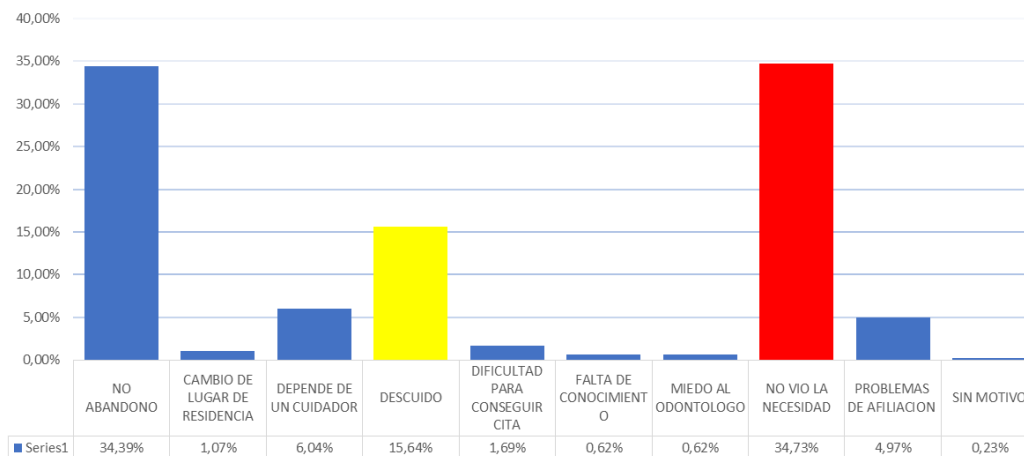
De acuerdo al régimen de afiliación el 84,08% pertenecen al régimen subsidiado, el 12,14% al régimen contributivo y el 3,78% son vinculados y de acuerdo al estrato socioeconómico el 75,90% son estrato uno, el 23,65% viven en estrato dos y el 0,45% su vivienda está ubicada en estrato socioeconómico tres.

Realizando el análisis respecto a la adherencia al tratamiento odontológico, se evidencia que el 34,39% no abandonaron el tratamiento, es decir, presentan adherencia adecuada y finalizaron las tres fases como son higiénica, resolutive y de mantenimiento; mientras que el 65,61% abandonaron el tratamiento o no consultaron el servicio de salud oral, dentro de los motivos se encuentra, no vio la necesidad con 34,37%, seguido de descuido con 15,64% y con menos del 10% se encuentra depende de un cuidador, cambio de lugar de residencia, dificultad para conseguir cita, falta de conocimiento, miedo al odontólogo, problemas de afiliación y sin motivo, comportamiento que se observa detalladamente en la gráfica.



4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

Adherencia a tratamiento

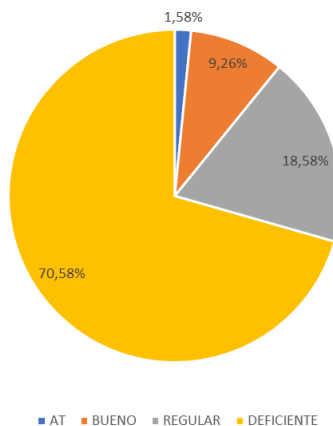


Fuente: Base de datos VC, SISVESO, preliminar 2017.

Dentro de los hábitos de higiene oral, el comportamiento fue el siguiente: el 88,37% de los usuarios no utilizan la seda dental, se recalca la importancia del uso de este elemento ya que es la única manera de remover la placa bacteriana en las superficies interdetales, aunque se muestra una tendencia a la disminución en este indicador teniendo como referencia los años anteriores donde se encontraba cerca del 100%, muestra un aspecto importante a fortalecer dentro de las actividades de educación en salud oral. Respecto al cepillado de dientes la frecuencia más referida fue dos veces por día con una proporción de 65,44%, la frecuencia recomendada por los odontólogos es tres veces por día y fue referida por el 17,96% de los usuarios.

Como resultado de los hábitos de higiene oral se tiene el estado de higiene oral, el cual tiene el siguiente comportamiento:

Estado de Higiene Oral



Fuente: Base de datos VC, SISVESO, preliminar 2017.

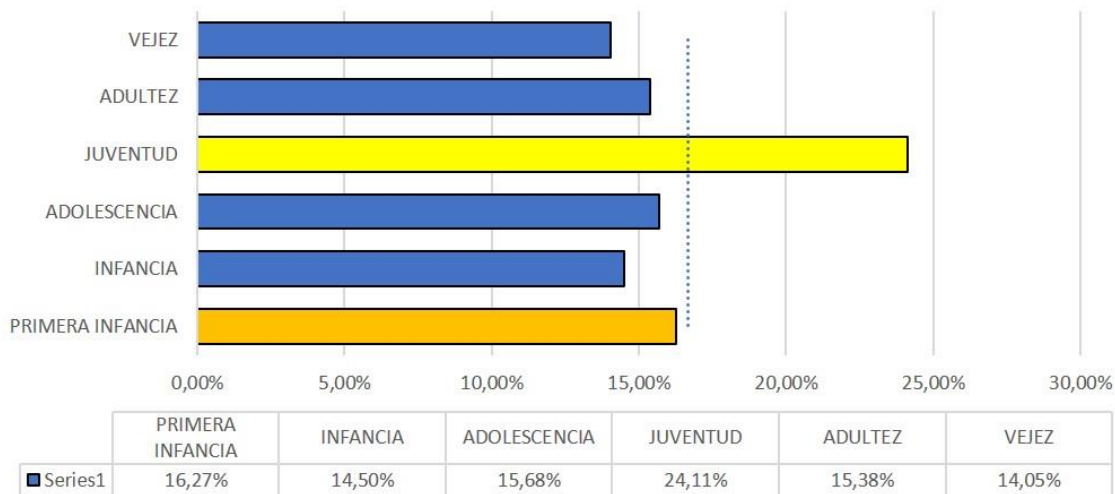
Se evidencia que el 70,58% presentan higiene oral deficiente, seguido del 18,58% estado de higiene oral regular, tan solo el 9,26% presentan un estado de higiene oral adecuado y el 1,58% presentan el estado Ausencia Total (AT) que corresponde a los menores de seis meses y adultos mayores sin presencia de órganos dentales en boca.



4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

El comportamiento de los eventos vigilados es el siguiente:

Gingivitis por curso de vida



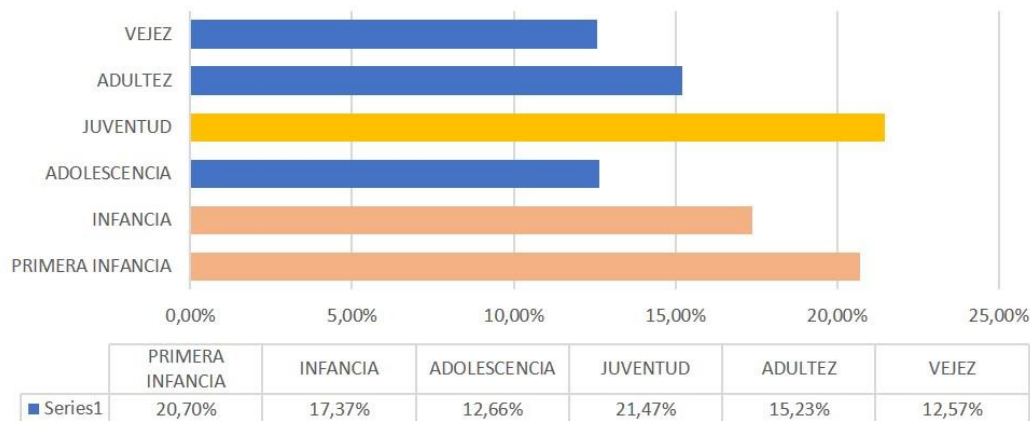
Fuente: Base de datos VC, SISVESO, preliminar 2017.

La gingivitis se encuentra presente en el 76,34%, el comportamiento detallado se observa en la gráfica anterior, donde se evidencia que el curso de vida más afectado es la juventud con el 24,11%, seguido de los demás cursos de vida que presentan un comportamiento muy similar con proporciones entre el 14% y el 16%.

La periodontitis fue reportada en el 1,41% de las notificaciones, evento que presenta un posible subregistro para la localidad, situación que se está fortaleciendo dentro del equipo de odontólogos.

Para los tejidos duros, se inicia la descripción del comportamiento de la caries cavitacional la cual está presente en el 66%, presentan al menos un diente con esta enfermedad en el momento de la notificación.

Caries cavitacional por curso de vida



Fuente: Base de datos VC, SISVESO, preliminar 2017.

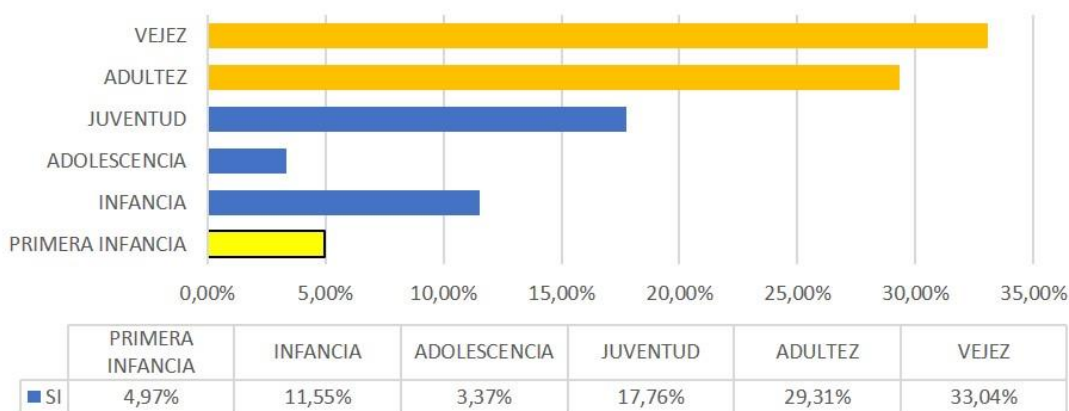


#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

De acuerdo al curso de vida, se evidencia que el curso de vida más afectado es la juventud, comportamiento esperado y concordante de acuerdo a la descripción del evento gingivitis, respecto al curso de vida primera infancia el cual tiene una proporción del 20,70%, es alarmante debido a las condiciones propias de estos menores y sus consecuencias graves para el estado de salud general y el impacto en la calidad de vida.

Para el evento perdido por caries, el 31,79% de la población ha perdido al menos un órgano dental a causa de la caries.

Perdida por caries por curso de vida



Fuente: Base de datos VC, SISVESO, preliminar 2017.

De acuerdo a la gráfica, se observa que el curso de vida más afectado por este evento es la vejez con el 33,04%, comportamiento que es el esperado de acuerdo a los ítems anteriormente descritos tales como los hábitos de higiene oral, el estado de higiene oral y al adherencia al tratamiento, en segundo lugar se observa el curso de vida adultez con el 29,31%, nuevamente llama la atención el curso de vida primera infancia ya que están siendo afectados por este evento, teniendo en cuenta que se encuentra en erupción activa de los dientes temporales y ya son extraídos como consecuencia de la caries dental, situación que impacta en la calidad de vida de los menores y tiene consecuencias importantes para el futuro y la dentición permanente.

Para el evento caries cavitacional el 36% presentan este evento, el 7,68% en tipo lesión cariosa no cavitacional en mancha blanca y el 28,06% del tipo lesión cariosa no cavitacional en mancha café, teniendo en cuenta los hábitos de higiene oral anteriormente descritos, un riesgo inminente este que este tipo de caries avance hacia caries cavitacionales.

Respecto al evento fluorosis dental que se clasifica de acuerdo al índice de Dean, se evidencia que los grados de severidad más frecuentes son muy leve y leve, información que concuerda con otras fuentes como el evento Exposición a Flúor del SIVIGILA.

Teniendo en cuenta que el grupo poblacional gestantes cobra importancia y el estado de salud oral tiene relación directa con el estado de embarazo, el 99,23% presentan gingivitis y el 75% presentan caries cavitacional, es bien sabido que puede tener repercusiones sobre la condición de salud tanto de la gestante como del feto, tales como parto pretermino, bajo peso al nacer, diabetes gestacional y preclamsia.

Se realiza socialización de las recomendaciones que se generan desde SISVESO: Fortalecer la corresponsabilidad de los usuarios frente a su Salud Oral, sensibilización del usuario frente a la importancia de una adecuada Salud Oral, insistir en los Hábitos de Higiene Oral, tanto en frecuencia como en la utilización de todos los insumos, específicamente la seda dental, motivar a los usuarios para que tengan adherencia adecuada al tratamiento y



#### 4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

educación de los usuarios frente a la identificación de los signos de alarma por Salud Oral: Sangrado de encías, lesiones cariosas no cavitacionales.

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 fosetas 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.



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

- 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.

**2.6 SIVIGILA:** la intervención de SIVIGILA inicia, describiendo el comportamiento semanal de cada UPGD, para el periodo comprendido de la semana epidemiológica 6 a la 9.

UPGD	SEMANA 6	SEMANA 7	SEMANA 8	SEMANA 9
USS MEISSEN	+		+	+
USS JERUSALEN	+	+	+	+
USS MANUELA BELTRAN I	+	+	+	+
USS CANDELARIA I	+	+	+	+
USS PASQUILLA	+	+	+	+
USS MOCHUELO	+	+	+	+
USS SIERRA MORENA	+	+	+	+
USS ISMAEL PERDOMO	+	+	+	+
USS POTOSI	+			+
USS CASA DE TEJA	+	+		+
USS SAN FRANCISCO	+	+	+	+
USS SAN ISIDRO	+	+	+	+
USS PARAISO	+	+	+	+
USS CANDELARIA II	+	+	+	+
USS VISTA HERMOSA	+	+	+	+
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	+	+	+	+



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

Posteriormente se describe la evaluación de los indicadores de acuerdo a la notificación positiva, negativa, silencio epidemiológico, oportunidad, calidad, archivos planos, fichas de notificación, concordancia, digitación, precritica.

UPGD	CUMPLIMIENTO MENSUAL									
	NOTIFICACION			OPORTUNIDAD	CALIDAD	ARCHIVOS PLANOS	FICHAS DE NOTIFICACION	CONCORDANCIA	DIGITACION	PRECRITICA
	P	N	S							
USS MEISSEN	80	0	20	73,52	93,3	100	98,15	72,40	6,34	84,99
USS JERUSALEN	100	0	0	93,33	100,0	100	100	100,00	0,00	100,00
USS MANUELA BELTRAN I	100	0	0	100,00	100,0	100	100	95,00	5,00	100,00
USS CANDELARIA I	100	0	0	86,36	97,1	80	100	57,78	25,86	97,07
USS PASQUILLA	100	0	0	100,00	100,0	80	100	60,00	30,00	100,00
USS MOCHUELO	100	0	0	100,00	100,0	80	100	73,33	13,33	86,67
USS SIERRA MORENA	100	0	0	100,00	60,0	100	90	70,00	0,00	40,00
USS ISMAEL PERDOMO	100	0	0	100,00	100,0	100	100	100,00	0,00	100,00
USS POTOSI	60	0	40	60,00	60,0	60	60	60,00	40,00	60,00
USS CASA DE TEJA	80	0	20	60,00	70,0	80	90	70,00	30,00	82,00
USS SAN FRANCISCO	100	0	0	100,00	100	100	100	93,33	6,67	93,33
USS SAN ISIDRO	100	0	0	100,00	100,0	100	100	70,00	0,00	100,00
USS PARAISO	100	0	0	100,00	100,0	100	100	100,00	0,00	100,00
USS CANDELARIA II	100	0	0	100,00	100,0	100	90	80,00	0,00	95,00
USS VISTA HERMOSA	100	0	0	91,21	100,0	100	100	100,00	0,00	97,78
FISDECO	100	0	0	100,00	100,0	100	100	95,00	0,00	100,00
IPS COMFASALUD SIERRA MORENA	80	20	0	93,33	93,3	100	100	93,33	0,00	93,33
COMPENSAR AUTOPISTA SUR	100	0	0	93,13	85,3	100	100	75,30	5,87	85,30
MEDISALUD LTDA	100	0	0	90,00	100,0	60	100	60,00	40,00	100,00
VIRREY SOLIS IPS SA CANDELARIA	100	0	0	100,00	100,0	100	100	100,00	0,00	100,00
ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA	80	0	20	80,00	56,0	60	80	30,00	40,00	56,00
FUNDACION COLOMBIA NUEVA VIDA FCH	100	0	0	80,00	100,0	100	100	90,00	10,00	100,00
BIENESTAR IPS SEDE CIUDAD BOLIVAR	100	0	0	100,00	100,0	100	100	82,33	7,67	100,00
PSQ SAS SEDE 4	100	0	0	80,00	100,0	80	100	80,00	20,00	95,00

Se realiza un comparativo entre el año 2017 y 2018 con corte a la semana 9 y se observa una notable disminución en la notificación de los eventos vigilancia integrada de la rabia humana, exposición a flúor, varicela individual, bajo peso al nacer, parotiditis, morbilidad materna extrema, desnutrición aguda en menores de 5 años, intoxicaciones, sífilis gestacional, defectos congénitos, enfermedades transmitidas por alimentos, dengue, tos ferina, tuberculosis, malaria, evento adverso seguido a la vacunación, meningitis; en general para este periodo en el año 2017 se contó con 996 notificaciones, mientras que para el año 2018 se cuenta con 576 notificaciones.

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





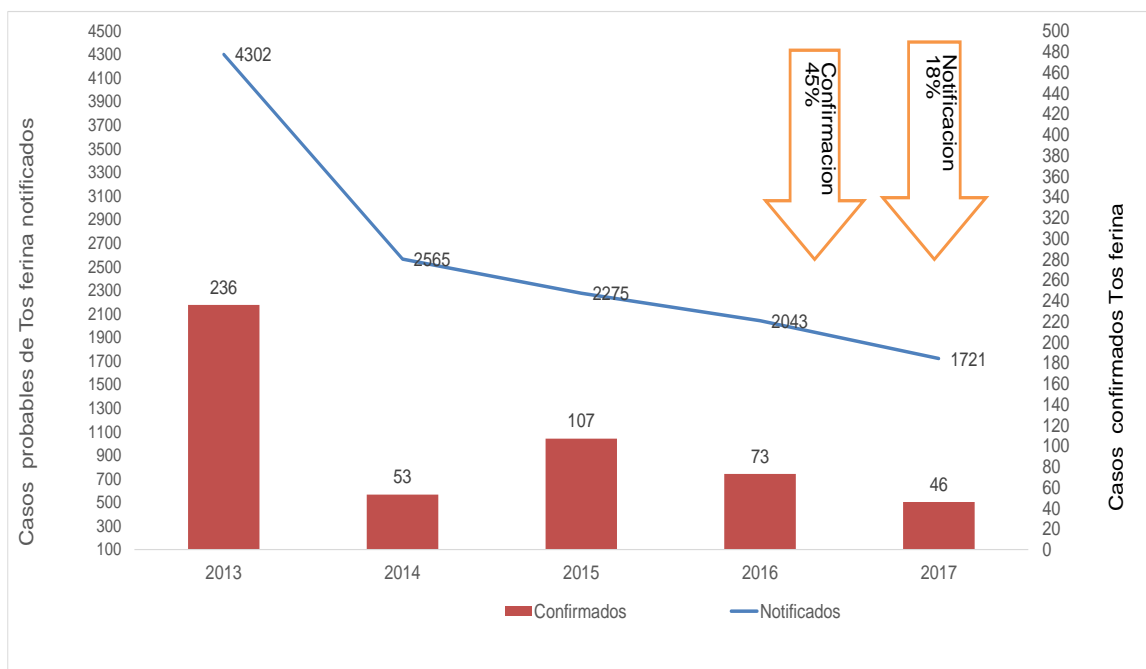
**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

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



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

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

Para el año 2015 en la localidad Ciudad Bolívar se presentaron 12 casos confirmados, lo cual corresponde a una incidencia del 1,74 por cada 100000 habitantes, para el año 2016 se presenta una tendencia a la disminución con 8 casos para una incidencia de 1,11 por 100000 habitantes y para el año 2017 se presenta de manera similar que el año 2016, 8 casos con una incidencia del 1,09 por cada 100000 habitantes.

LOCALIDADES	2015			2016			2017		
	Confirmados	Proporción de Incidencia x100.000	Fallecidos EEVV	Confir- ma- dos	Tasa de Incidencia x100.000	Fallecidos EEVV	Confirmados	Tasa de Incidencia x100.000	Fallecidos 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



**4. DESARROLLO DE LOS TEMAS**

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

2.7 Se realiza la evaluación del COVE por parte de los asistentes al mismo y se finaliza siendo las 5:00 pm, dando cumplimiento al 100% de la agenda propuesta.



**5. COMPROMISOS**

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha limite dd-mm-aa)	QUIEN (Responsable)	SEGUIMIENTO	
				% AVANCE	Observaciones
1. envío de presentaciones UPGDS de la localidad.	Envío vía correo electrónico.	02/04/2018	Equipo no transmisibles.		
<b>TOTAL CUMPLIMIENTO</b>					

<p><b>INDICE DE CUMPLIMIENTO:</b> (Compromisos ejecutados a la fecha de revisión / Total compromisos asignados) * 100 %</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #00FF00; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td>Mayor o igual al 90%</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FF0000; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td>Menor al 90%</td> </tr> </table>		Mayor o igual al 90%		Menor al 90%
	Mayor o igual al 90%				
	Menor al 90%				

**EN CONSTANCIA SE FIRMA:**

**RESPONSABLE DE LA REUNION**

**SECRETARIO REUNIÓN**

**Vigilancia en Salud Publica, equipo no transmisibles**

\_\_\_\_\_  
Lady Rivera  
\_\_\_\_\_