

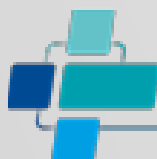
**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE)

LOCALIDAD DE CHAPINERO

MES JULIO



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Norte E.S.E.

A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Fecha: 14/07/2017

Lugar: Auditorio Salud Publica Rionegro

Hora: 8:00 a.m.

Citada por: Subred Norte USS Chapinero

Próxima reunión:

1. **OBJETIVO:** Propiciar un espacio que permita el fortalecimiento del proceso de vigilancia de eventos de interés en salud pública

B) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL COVE.

La reunión se inicia con la Instalación del COVE, donde se presenta la agenda del día, metodología de trabajo para la Sesión, se lee el acta anterior, para esta última no existen sugerencias y se aprueba el acta.

AGENDA:

1. Ruta Desnutrición Aguda y Programas de apoyo alimentario locales
2. Actividad Física IDRD – Muévete Bogotá
3. Indicadores SISVAN 2016
4. Protocolo de Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años
5. Unidad de análisis
6. Varios y cierre del COVE

Desarrollo del programa

1. **Ruta Desnutrición Aguda y Programas de apoyo alimentario locales**

La referente en Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN Paola Mendoza quien

también lleva la secretaría técnica del Comité SAN para la localidad de Chapinero, presenta la ruta de atención integral para desnutrición aguda en menores de 5 años.

De acuerdo al programa de atención integral en salud y nutrición con enfoque comunitario dirigido a familias en condición de vulnerabilidad de territorios rurales y rurales dispersos, y debido a las cifras de mortalidad por desnutrición en estas regiones de Colombia, como fueron la Guajira, Chocó, y las poblaciones indígenas, se hizo necesario la creación del lineamiento para la atención integral en desnutrición aguda de los menores de 5 años, a través de la Resolución 5406 del 17 de diciembre de 2015, y la cual es necesario e importante su socialización para la adecuada identificación, tratamiento y seguimiento por parte del personal de salud, que identifique los casos.

El nuevo modelo integral de atención en salud y teniendo en cuenta las política de atención integral de salud, el tema es de competencia de las EAPB, junto con su IPS-red, bajo la vigilancia de la Entidad territorial, que conlleve a la atención integral de la población que lo requiera. Se menciona, que de acuerdo a las rutas integrales de atención en salud: Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, ruta integral de atención para grupos de riesgo, y ruta integral de atención específica; la ruta de atención integral en desnutrición aguda para menores de 5 años, hace parte de las rutas integrales de atención específica. Se explica el proceso general de detección de los casos, confirmación, intervención y seguimiento, haciendo énfasis en las debilidades que se han encontrado desde el grupo de líderes de gestión de programas y acciones de interés en Salud Pública y desde gobernanza en los procesos de seguimiento a casos: desde el diagnóstico, en la toma de las medidas antropométricas, y en la intervención, donde se evidencia deficiencia en la entrega de complemento nutricional para los niños y niñas en situación de desnutrición aguda. ¿Por qué definir una ruta y lineamiento? Establecer competencias en la prevención de la desnutrición, detección y atención de los niños y niñas menores de 5 años con

desnutrición aguda, Definir estándares en el manejo médico y nutricional de los niños y niñas con desnutrición aguda, Definir indicadores de desempeño, Establecer el marco de asistencia técnica a la red de prestadores por parte del Min Salud y las Entidades territoriales de salud y Hacer inspección, vigilancia y control a las EAPB y las IPS. Propósito del lineamiento: Proveer una herramienta de apoyo a los trabajadores de salud en la adecuada identificación, tratamiento y seguimiento de los niños y niñas con desnutrición aguda moderada y severa, Contribuir a la reducción de la mortalidad por desnutrición en el país y No es una guía de práctica clínica basada en la evidencia.

Componentes del manejo integrado de la DNT aguda

Manejo integrado de la DNT aguda: Manejo en el hogar para niños y niñas sin complicaciones: 80-95%; Manejo intrahospitalario de niños y niñas con complicaciones: 5-20%, y Complementación alimentaria a familias en alta vulnerabilidad: 100%. Luego se hace énfasis en la identificación, teniendo las herramientas necesarias y en condiciones óptimas para la toma de medidas, y definir el diagnóstico. Se aclara que el diagnóstico se realiza con el indicador P/T, y que es DNT aguda moderada cuando el indicador está entre ≥ -3 DE a < -2 DE, y severa cuando es < -3 DE. Se aclara cuando se hace la intervención de manera ambulatoria y cuándo de manera intrahospitalaria.

Intervención ambulatoria, a través de la FLTC-Fórmula terapéutica lista para consumir, la dosis y manejo, cuándo se retira y el proceso de seguimiento, haciendo énfasis en las actividades de auto cuidado: prácticas claves en salud y nutrición y la ruta de mantenimiento de la salud, cuando el menor ha superado la desnutrición aguda. Así mismo se da claridad de los casos que se deberán atender de manera intrahospitalaria. Luego se explica la ruta desde la Subred Norte, con las acciones del prestador primario, el prestador complementario y las acciones que deben realizarse desde la EAPB, haciendo énfasis en la importancia de la notificación del caso, el manejo integral por la IPS y la importancia de la

entrega de complementación nutricional en caso de que el diagnóstico sí sea de DNT aguda.

Resolución 3951 para la prescripción del soporte nutricional.

Se aclara que el seguimiento a las acciones y a los casos, se realiza desde el grupo de líderes de gestión de programas de acciones de interés en salud pública del PIC. Se resalta la importancia del cumplimiento del lineamiento para evitar mortalidades por desnutrición aguda. Finalmente, se socializa la oferta institucional de programas de alimentación complementaria, como son Bogotá te nutre de la Secretaría Distrital de Integración Social y de los programas del ICBF en el marco de la atención integral para la primera infancia, y que se encuentran coordinados con los comité de seguridad alimentaria y nutricional de la localidad, para realizar la activación de rutas y el respectivo seguimiento a los casos activados por la ruta.

2. Actividad Física IDRD – Muévete Bogotá

Se da inicio a la sesión con una pausa activa donde participan todos los asistentes. Se procede a realizar la presentación de promoción de actividad física donde se explican las diferencias entre actividad física como todo movimiento voluntario que demande utilización del sistema muscular, el ejercicio como la actividad física que se realiza con un horario y periodicidad establecida y el deporte como una actividad reglamentada que obedece a determinadas características de organización, indumentaria y práctica. Se explican los perjuicios del sedentarismo y su relación con consumo de una inadecuada alimentación en los perjuicios a la salud que estas prácticas de vida generan. Se explican los niveles de intensidad en la realización de actividad física y las recomendaciones por edad y condición de salud. Se cierra la actividad con la ejecución de una pausa activa.

3. Indicadores SISVAN 2016

Se da inicio con la presentación del programa y los grupos de intervención:

menores de 10 años que son captados por las consultas de crecimiento y desarrollo, las gestantes valoradas en las consultas de control prenatal y los adultos mayores que asisten al programa de condiciones crónicas de las diferentes IPS de la localidad. El grupo de escolares que se intervienen desde la estrategia de colegios centinela con el tamizaje nutricional por año y las actividades que se despliegan para apoyar procesos de educación alimentaria y nutricional. La articulación con SIVIGILA en el seguimiento de los eventos de Bajo Peso al Nacer, Mortalidad por y asociada a desnutrición y la notificación de la Desnutrición Aguda en menores de 5 años.

Se procede a realizar la presentación de los indicadores distritales y la comparación con el comportamiento local del año 2016: Para 2016, el BPN alcanzó el 12.6% en D.C. El 35% del total de recién nacidos vivos presenta un peso deficiente (2500 y 3000 gramos), lo que significa que 48 de cada 100 recién nacidos tienen un peso inferior a los 3000 grs, constituyéndose en el primer factor de riesgo para enfermar y morir durante el primer año de vida, la localidad cerro con 12,2%.

En los menores de 5 años, para 2016, el retraso en talla fue del 17,5%, el 30,4% de los menores están a riesgo y solo el 52% presenta talla adecuada para la edad, la localidad cerro en 17,2%. El déficit de peso para la Edad fue del 5,1%, la localidad cerro en 4,3%. Para el distrito el déficit de peso para la talla fue del 1,3% y el exceso de peso del 9,4%, la localidad cerro con 1,3% de déficit de peso para la talla y 9,2% de exceso de peso en la misma relación. En cuanto a la caracterización de casos por mortalidad por desnutrición en el análisis del comportamiento del indicador, relacionando los aspectos sociales, económicos, ambientales y de salud se encontraron factores de riesgo asociados con bajo nivel educativo, reflejándose en deficiencias en el auto cuidado, con controles prenatales ausentes o insuficientes y la falta del reconocimiento de signos de desnutrición en los menores, suspensión precoz de la lactancia materna e inicio inadecuado de alimentación complementaria de pobre densidad calórico proteica; Para la localidad no se han presentado casos de mortalidades por

ocurrencia o residencia.

En el grupo de las gestantes solo el 46% presenta peso adecuado para la edad gestacional y el 54% tiene algún estado de malnutrición, en la localidad de chapinero se presentó un 15% de bajo peso y 33% de sobrepeso y obesidad para 2016. Para la lactancia Materna exclusiva la localidad maneja la misma media distrital con 3,1 meses de práctica, la práctica de lactancia complementaria le lleva un mes por encima a la media distrital que está en 13 meses.

Para los escolares el riesgo a retraso en talla del distrito está en un 27% y 7% de retraso en talla; En cuanto al Índice de Masa Corporal IMC el 9% presenta malnutrición por riesgo o bajo peso y más del 27% por exceso, en este proceso los eventos han sufrido un cambio en presentación por genero ahora el sobrepeso y obesidad está más alto en las niñas y el bajo peso en los niños.

Para la persona mayor el sobrepeso y la obesidad superan el 60% de presentación en este grupo de edad, solo el 1% de los adultos mayores presentaron bajo peso o desnutrición.

4. Protocolo de la Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años

La vigilancia de la mortalidad por y asociada a desnutrición se realiza con el fin determinar la magnitud y distribución del evento según variables de persona, lugar y tiempo, además de establecer los factores determinantes del mismo. Con base en el análisis del certificado de defunción se determina si la desnutrición fue la causa básica o asociada de muerte o se trata de un caso descartado.

En el año 2007 La ONU presentó un informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-, partiendo del hecho que las tablas de sobrevivencia de los menores de cinco años presentan una lenta mejoría lo cual podría reflejar un retraso en el cumplimiento del objetivo 4, definido en el CONPES 140 de 2011 “reducir en dos terceras partes la mortalidad en los menores de cinco años entre 1990 y 2015”. Aunque se ha avanzado considerablemente en la reducción de la mortalidad infantil, esta sigue presentando en niveles inaceptables en todo el

mundo. Esto es reflejo, de la transición demográfica en la cual están inmersos los países de América latina donde las tasas de natalidad, fecundidad y mortalidad vienen disminuyendo. Los métodos convencionales para la clasificación de causas de defunción no revelan el papel que desempeñaría la desnutrición en la mortalidad en los menores de cinco años, pese a su elevada prevalencia y al sinergismo conocido desde hace mucho tiempo, entre la malnutrición y las enfermedades infecciosas.

Se realiza la explicación de la gráfica 2, del protocolo de mortalidad donde se resume el marco conceptual de las causas de desnutrición y mortalidad, los factores de riesgo a tener en cuenta en el análisis de la información, las definiciones de caso y criterios de identificación del caso:

Causas de muerte: En la valoración de la desnutrición como causa de muerte, se tendrá en cuenta la desnutrición o alguna deficiencia nutricional relacionada en los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y las enfermedades asociadas a desnutrición ya sea como causa directa de muerte, como una de las causas antecedentes o como otro estado patológico importante.

Diagnóstico de desnutrición: Los diagnósticos de desnutrición contenidos en la(s) historia (s) clínica (s) solos o acompañados de alguna de sus enfermedades asociadas, son un criterio que se utilizará para identificar, analizar y notificar un caso de muerte por o asociada a la desnutrición.

Medidas antropométricas: Las medidas antropométricas que se utilizarán como criterios para clasificar el estado nutricional de los menores de 5 años son el peso y la longitud o estatura y, dos indicadores que se construyen con ellos: peso para la edad (P/E) como indicador de desnutrición global y el peso para la longitud o estatura (P/T) como indicador de desnutrición aguda. Estos indicadores se compararán e interpretarán con las tablas de referencia de los nuevos estándares de crecimiento de la OMS y servirán como criterios para determinar si el niño fallecido es un caso confirmado de muerte por o asociada a la desnutrición.

Es de anotar que la evaluación de estos indicadores debe realizarse en conjunto

con la presencia de signos clínicos de la desnutrición, especialmente en los casos en los que se presenta edema.

Signos Clínicos de desnutrición: Los signos clínicos más comunes que se utilizarán como criterios para identificar la desnutrición en los menores de 5 años son:

Edema: en miembros inferiores, manos o cara

Emaciación: Enflaquecimiento de tórax, brazos, muslos o cara (mejillas hundidas), delgadez visible.

Lesiones dermatológicas: Piel reseca, áspera y fría, Fisuras lineales en sitios de flexión, Hipo o hiperpigmentación de la piel, Labios fisurados o sangrantes.

Lesiones en cabello: delgado, seco, que se cae fácil o de varios tonos (signo de bandera): café, rojizo, pálido.

Anemia detectada por palidez palmar.

Estos signos más comunes de desnutrición, pueden acompañarse de alguno o varios de los siguientes signos complementarios: apatía, irritabilidad, retardo psicomotor, inapetencia, lengua enrojecida o de color violeta, mucosas muy rojas e hipertrofia o atrofia de la papilas, hipotensión y hepatomegalia.

Complementario: Dentro de las pruebas de laboratorio con las que es importante contar para ayudar a monitorear el estado nutricional en la fase aguda a nivel hospitalario, están los valores plasmáticos de hemoglobina, hematocrito, glucosa, proteínas totales y albúmina, electrolitos sodio y potasio, entre otros.

Para finalizar se revisan las responsabilidades desde el prestador del servicio y se revisa un ficha de notificación y su adecuado diligenciamiento.

5. Unidad de análisis

Metodología: test

Objetivo: Evaluar conocimientos adquiridos de la temática general del COVE en seguridad alimentaria y nutricional.

Se explica a los participantes la metodología y objetivos de la unidad de análisis, así como las preguntas a resolver las cuales son de selección múltiple.

Los puntos evaluados son:

- Ruta Desnutrición Aguda y Programas de apoyo alimentario locales
- Indicadores SISVAN 2016
- Protocolo de Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años

C) DESCRIPCIÓN ANALÍTICA DEL COVE.

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de las poblaciones, en cuanto refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales, entre otros. La implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica del estado nutricional de las poblaciones, se enmarca en las recomendaciones del Comité Mixto FAO/UNICEF/OMS de Expertos que elaboró el informe “Metodología de la Vigilancia Nutricional (OMS, Serie de Informes Técnicos N° 593, 1976) con la finalidad de orientar acerca de la naturaleza de un sistema de vigilancia, los métodos que han de aplicarse para establecerlo y los principios para su funcionamiento.

Por otra parte en el marco de las rutas de atención integral en salud propuestas por el nuevo modelo en salud del Plan de Desarrollo Bogotá, Mejor para Todos, la vigilancia de la malnutrición cobra un nuevo sentido y reclama instrumentos con un alcance diferente. La vigilancia epidemiológica de daños y riesgos y el seguimiento y evaluación de la presentación cederán su lugar a un ejercicio de vigilancia y evaluación de las condiciones que restringen o favorecen la seguridad alimentaria y nutricional, así como de la capacidad social e institucional de mejoramiento de las condiciones y modos de vida de la población, en el marco de la ciudad (SDS, 2017).

Dado esto, se hace necesario que las UPGDS participantes en la vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud pública, mantengan un patrón de conocimiento de los eventos que se manejan en la seguridad alimentaria y

que afectan la salud de los grupos más vulnerables. Se realizó la Unidad de análisis mediante el desarrollo de 10 preguntas que se desarrollaron en 6 grupos, encontrándose:

Total de asistentes al COVE Local (156 entre UPGD, UI y Funcionario de la USS);

Total evaluaciones entregadas por los asistentes: 6.

En la primera pregunta, La ruta de atención integral en desnutrición aguda hace parte de, el 33% contestó correctamente "Rutas integrales de atención específica"

En la segunda pregunta, El Indicador que se utiliza para diagnosticar la desnutrición aguda es, el 100% respondió correctamente "Peso para la Talla (P/T)"

Para la tercera pregunta, Son prácticas claves en salud y nutrición adecuadas en el auto cuidado, el 83% respondió adecuadamente "todas las anteriores"

Para la cuarta pregunta, La Resolución 3951 de 2016 hace referencia a, el 100% respondió correctamente "Prescripción de soporte nutricional"

En la quinta pregunta,Cuál es el propósito de la Vigilancia del SISVAN y a que grupos interviene, el 50% contestó correctamente "todas la anteriores"

En la sexta pregunta,Cuál es el criterio para realizar la notificación de desnutrición aguda, el 83% contestó correctamente "Desnutrición aguda moderada - severa, cuando el puntaje Z del indicador P/T está por debajo de -2 DE"

Para la séptima pregunta, Las causas inmediatas de la mortalidad por y asociada a la desnutrición son, el 50% contestó correctamente "Ingesta inadecuada de alimentos en calidad y cantidad asociada a la presencia de enfermedades de tipo infeccioso"

En la octava pregunta, Son factores asociados en la gestación que inciden en el evento de bajo peso al nacer, el 100% contestó correctamente "todas las anteriores"

Para la novena pregunta, Son responsabilidades de las UPGDS en los casos de mortalidad por o asociada a la desnutrición en menores de 5 años, el 100% contestó correctamente "a y b son ciertas"

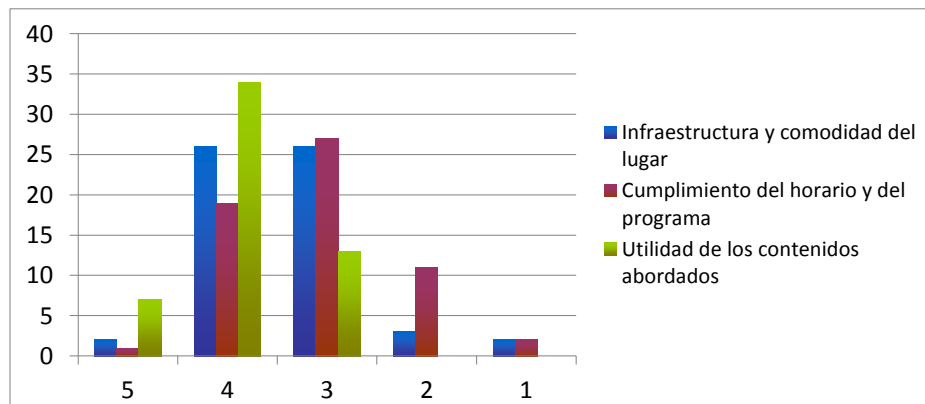
En la décima pregunta, En el Plan de Desarrollo 2016-2020 BOGOTÁ, MEJOR PARA TODOS, los indicadores nutricionales a seguimiento son, el 83% contesto correctamente "Sobrepeso y obesidad, Mortalidad por desnutrición, Media de lactancia materna"

Al final de la Evaluación se hace claridad en cada una de la preguntas con todos los asistentes. En conclusión el promedio de respuestas correctas estuvo en un 78%.

E) RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL COVE.

Una vez abordada la agenda del COVE, se procede a realizar la evaluación del ejercicio,

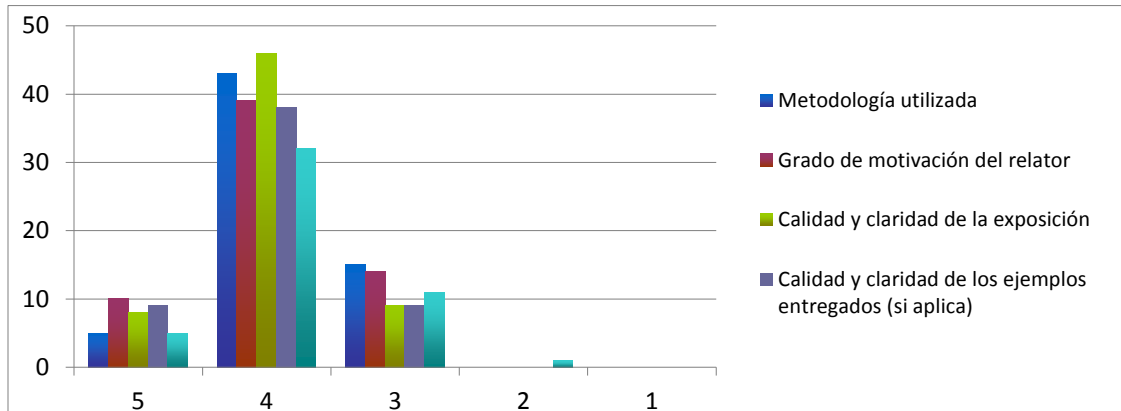
1. ASPECTOS GENERALES: En cuanto a la percepción de infraestructura del lugar, cumplimiento del horario y utilidad de la temática para la mayoría de los asistentes fue regular y seguida de buena.



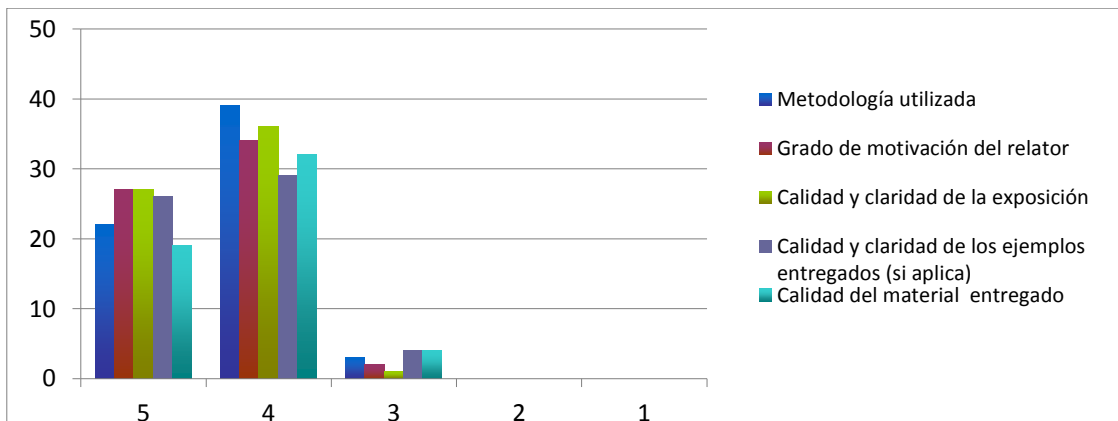
2. EVALUACION DE LAS TEMATICAS:

A. RUTA DE DESNUTRICION Y PROGRAMAS DE APOYO ALIMENTARIO LOCAL

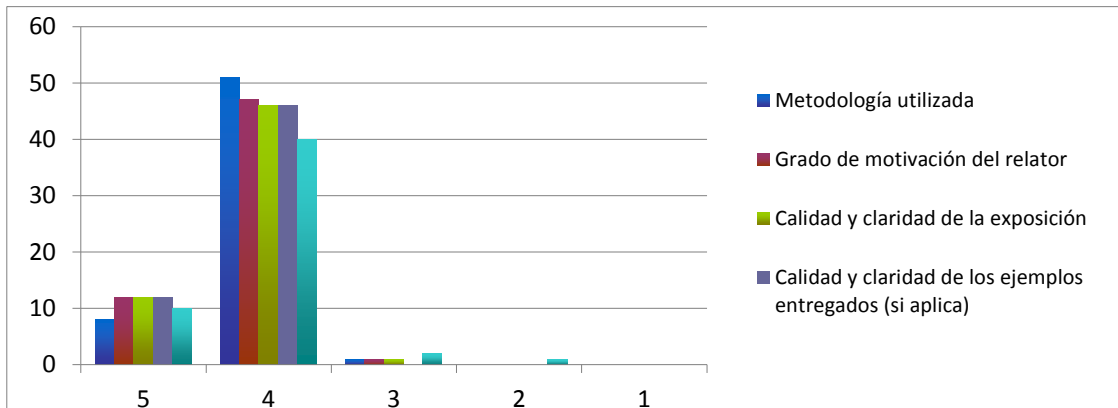
En cuanto a la percepción de la primera temática en cuanto a la metodología, grado de motivación y calidad y claridad de la exposición para la mayoría de los asistentes fue buena seguida de regular y muy buena.



B. INDICADORES SISVAN Y SOCIALIZACION DEL PROTOCOLO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICION EN MENORES DE 5 AÑOS: En cuanto a la percepción de la segunda temática en cuanto a la metodología, grado de motivación y calidad y claridad de la exposición para la mayoría de los asistentes fue buena seguida de muy buena y regular.



C. MUEVETE BOGOTA Y ACTIVIDAD FISICA: En cuanto a la percepción de la tercera temática en cuanto a la metodología, grado de motivación y calidad y claridad de la exposición para la mayoría de los asistentes fue buena seguida de muy buena.



D. UNIDAD DE ANALISIS Y TABLEROS DE CONTROL: No se recibió evaluación de estas dos presentaciones por el grupo.

D) CONCLUSIONES

- Se socializaron los indicadores SISVAN 2016 para dar a conocer el comportamiento de la localidad durante el año anterior en cuanto a los eventos de seguimiento.
- Se socializo la ruta de manejo de la Desnutrición Aguda.
- Se dio a conocer los programas de apoyo alimentario y las instituciones que lo brinda en la localidad.
- El acompañamiento por parte de Mueve Bogotá y el IDRDR fue positivo en cuanto a la temática y refuerzo de las actividades expuestas.

E) RECOMENDACIONES

- La recomendación más repetitiva fue el mejorar el sistema de proyección de las presentaciones ya que no se ve muy nítido.

F) SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS ANTERIORES

No se generaron compromisos en el COVE pasado.