



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud

**Norte E.S.E.**

**COVE CHAPINERO ABRIL 2018**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**



## a) DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Fecha: 13/04/2018

Lugar: Unidad de Servicios de Salud Rionegro

Hora: 8:00 a.m.

Citada por: Subred Norte

Próxima reunión: 11 /05/ 2018

### **Objetivo:**

Fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud asistentes al Cove local frente a la vigilancia epidemiológica de los casos de desnutrición aguda moderada y severa, con énfasis en la detección y adecuada clasificación nutricional a partir del uso de herramientas como el software Anthro versión 3.1.1.

Brindar herramientas teóricas y conceptuales a los profesionales de las instituciones de salud, frente a la estrategia nacional para la disminución del consumo de sodio en Colombia en el contexto de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

### **Metodología:**

El desarrollo del COVE requirió de tres fases: preparación y gestión de la información, en la cual se realizó un proceso de articulación con el referente del subsistema responsable de la temática central; la segunda fase correspondió al análisis de la información, en el cual se elaboró el informe del COVE. Finalmente la fase de divulgación, en la cual se procedió a la publicación del informe y los soportes del espacio en el link: <http://www.subrednorte.gov.co/?q=content/informes-localidad>

Teniendo en cuenta que el análisis del proceso de notificación del evento 113 desnutrición aguda moderada y severa en los niños menores de 5 años nos sigue mostrando dificultades, en relación con los casos que se notifican; se propone el desarrollo del taller a partir de ejercicios de análisis de caso con el fin de disminuir el reporte de casos que no cumplen criterios de caso situación que se relaciona con la inadecuada clasificación nutricional y en algunos casos se identifica también ausencia de los reportes y dado que la desnutrición aguda de niños y niñas menores de 5 años como una causa de enfermedad y muerte evitable, para lo cual se han propuesto y desarrollado diferentes acciones con el fin de contener algunas brechas presentes en los componentes de la seguridad alimentaria y nutricional entre ellas el proceso de identificación y manejo de la



enfermedad.

Durante el desarrollo del COVE se realizaron presentaciones de forma magistral por cada una de las intervenciones previstas, mediante la presentación de diapositivas e interactuando con los asistentes a partir de la proyección de imágenes; El espacio de análisis del tema central, análisis del proceso de notificación del evento 113 desnutrición aguda moderada y severa en los niños menores de 5 años nos sigue mostrando dificultades, en relación con los casos que se notifican; se propone el desarrollo del taller a partir de ejercicios de análisis de caso con el fin de disminuir el reporte de casos que no cumplen criterios de caso situación que se relaciona con la inadecuada clasificación nutricional y en algunos casos se identifica también ausencia de los reportes.

### **Número de Participantes:**

Se contó con un total de asistentes 59 representantes de las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD y funcionarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

### **Caracterización de los Participantes:**

La población asistente al COVE estuvo compuesta por profesionales del área de la salud como representantes de las UPGD y colaboradores de la Subred Norte E.S.E. del área de vigilancia en salud pública y vigilancia en salud ambiental.

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. Instalación Comité de Vigilancia Epidemiológica.
2. Resolución 2465 De 2016 Y Software Who Anthro Versión 3 Para Calculo De Las Medidas Antropométricas.
3. Estrategia Para La Disminución De Consumo De Sal (Sodio) En Colombia
4. Transmisibles.
5. Unidad De Análisis
6. Tableros De Control - Varios



## 1. RESOLUCIÓN 2465 DE 2016 Y SOFTWARE WHO ANTHRO VERSIÓN 3.1.0 PARA CALCULO DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Se inicia la presentación mencionando que las tablas de crecimiento de la NCHS ya no se deben estar empleando en las UPGDs para clasificar el estado nutricional de los niños y las niñas, ya que la OMS realizó entre 1997 a 2003 un estudio multicéntrico (EMPC), con el objetivo de determinar un nuevo modelo de curvas destinadas a evaluar el crecimiento y el desarrollo motor de los lactantes y niñas, niños de 0 a 5 años. Se obtuvieron datos básicos de crecimiento e información de unos 8.500 niños de diferentes orígenes étnicos entre los países que participaron en el estudio están: Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán.

Las nuevas curvas de crecimiento proporcionan una referencia internacional y tiene en cuenta variables como:

Lactancia Materna: Como el alimento ideal hasta los 6 meses e incluye la alimentación complementaria a partir de esta edad combinada con la leche materna

Medio Ambiente ideal: Agua segura, saneamiento básico, madre no fumadora

Cuidado de la salud: siendo el ideal con el cumplimiento del esquema de inmunizaciones y el cuidado pediátrico rutinario.

Los estándares de evaluación en el crecimiento de los niños y niñas son:

### **Crecimiento alcanzado (0-5 años)**

- a. Longitud/talla para la edad
- b. Peso para la edad
- c. Peso para la longitud/talla
- d. Índice de masa corporal para la edad
- e. Perímetro cefálica para la edad
- f. Circunferencia del brazo para la edad
- g. Pliegue subescapular para la edad
- h. Pliegue tríceps cutáneo para la edad

### **Velocidad de crecimiento (0-2 años)**

- a. Peso
- b. Longitud
- c. Perímetro cefálica

Igualmente, contempla los 6 hitos alcanzados en la motricidad gruesa:





- a. Caminar solo
- b. De pie solo
- c. Andar con ayuda
- d. De pie con ayuda
- e. Gatear con manos y rodillas
- f. Sentado sin apoyo
- g. Caminar solo

La resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social adopta los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado

nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas para la población Colombiana.

Se presentan los indicadores para la clasificación del estado nutricional:

Niños y niñas menores de 5 años

- a. Peso para la talla
- b. Talla para la edad
- c. Perímetro cefálico
- d. Índice de masa corporal para la edad
- e. Peso para la edad

Niños, niñas y adolescentes mayores de 5 años:

- a. Talla para la edad
- b. Índice de masa corporal para la edad

Se realiza socialización de todos los indicadores según edad teniendo en cuenta:

- a. Los indicadores individuales y poblacionales
- b. Los puntos de corte(desviación estándar(DE)
- c. Clasificación antropométrica

Se recuerda nuevamente la clasificación nutricional derivada del análisis y cruce de las variables antes mencionadas que incluye a partir de las desviaciones estándar la clasificación antropométrica de cada caso y de cada una de las variables que se asocian a la evaluación del estado nutricional de la población infantil con la siguiente clasificación la cual es base para la definición de criterio de caso de lo que se notifica como evento 113 a SIVIGILA

Indicadores Individuales y Poblacionales	Punto de corte (desviaciones estándar (DE))	Clasificación antropométrica
<b>Peso para la Talla (P/T)</b>	> +3	Obesidad
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso
	≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Talla
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada
	< -3	Desnutrición Aguda Severa
<b>Talla para la Edad (T/E)</b>	≥ -1 Talla	Adecuada para la Edad.
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja
	< -2 Talla	Baja para la Edad o Retraso en Talla
<b>Perímetro Cefálico para la Edad (PC/E)</b>	> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo
	≥ -2 a ≤ 2	Normal
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo

Frente a los cuales se realiza la socialización de los puntos de corte, así como también se recuerdan los criterios de clasificación de caso para el reporte a SIVIGILA.

Se tiene en cuenta la medida del perímetro del brazo. Como una medida complementaria a los indicadores antropométricos descritos, está indicada en todos los niños y niñas



desde los 6 hasta los 59 meses de edad y está asociada a riesgo de muerte por desnutrición. Se socializa la existencia y posibilidad de uso del programa antro 3.1.0

## 2. ESTRATEGIA PARA LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO SAL/SODIO EN COLOMBIA

Se presenta el tema haciendo la reflexión de la relación existente entre el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles y el desarrollo de prácticas de vida inadecuadas, como fenómeno que afecta la salud en la actualidad en el mundo entero, provocando el aumento en la aparición temprana de enfermedades dentro de la población; razón por la cual se realiza la socialización del tema buscando la modificación en las conductas nocivas dentro de nosotros mismos y también promoviéndolas como medida de contención de las acciones en salud pública.

Se explica la molécula del cloruro de sodio (NaCl) - sal - aclarando su composición y usos en la industria como saborizante, preservante, para procesamiento de las comidas entre otros y el valor dado en la alimentación de la población Colombiana, se presentan las diferencias entre el sodio y el cloro. Así como el contenido de sodio en 1 cucharadita de sal que son aproximadamente 1600 mg de sodio o 1,8 gr valores muy por encima a los requerimientos del mineral para una persona en promedio.

Se hace lectura del decreto 547 de 1996: sobre la sal para consumo humano que hace referencia al producto final refinado constituido predominantemente por cloruro de sodio que se obtiene de la sal marina o sal gema y que cumple con los requisitos establecidos y se clasifica como alimento.

1 cucharadita de sal\_ equivale a 4 gramos de sal y su vez corresponde a 1600 mg de sodio

1 gramo de sodio \_ equivale a 2,5 gramos de sal

Se socializa que gracias a la adición de yodo y flúor a la sal para consumo humano se lleva 15 años sin desordenes por la deficiencia de yodo, asociado en tiempos pasados a escorbuto que es la enfermedad por la deficiencia de yodo en el cuerpo humano y que épocas anteriores genero la muerte de muchas personas en el mundo y por ello se desarrollo la estrategia de fortificación de la sal para consumo humano con el mineral.

Se hace lluvia de ideas con el grupo sobre los alimentos que mayor contenido de sodio se presenta en la industria de alimentos y los problemas sobre su consumo excesivo en los que se encuentra la presión alta.

La mayoría de los productos industrializados utilizan dentro de su composición glutamato mono sódico para acentuar el sabor de los alimentos que además utilizado en exceso puede generar intoxicaciones



Se informa que alimentos como los embutidos utilizan diferentes tipos de nitritos o nitratos de sodio como conservante que aporta grandes cantidades de sodio superiores a las recomendadas y que adicionalmente la industria de alimentos tiene como norma la inclusión de las cantidades del compuesto dentro de las etiquetas como estrategia para informar y educar a los consumidores frente a su uso.

Además la norma incluye que se reporte el contenido de sodio en el alimento a partir de la siguiente clasificación:

Libre de sodio: contiene menos de 5 mg. de sodio por porción declarada de alimento

-Muy bajo contenido en sodio: hasta 35 mg. de sodio por porción

-Bajo en sodio: contiene máximo 140 mg de sodio por porción

Información que debe ser incluida en la etiqueta del alimento por cada 100 gr del alimento, así como también por el tamaño de la porción del alimento que frecuentemente se consume.

Se explica recomendación diaria de la Organización Mundial de la Salud de 5 gr de sal día frente al consumo elevado que presenta la población el cual es en promedio de 7,9 gr día

Se construye con el grupo alternativas para disminuir el consumo: empleo de especias naturales, no uso de condimentos industrializados, no uso de la sal en el comedor, no adicionar sal después de servir los alimentos, no emplear productos concentrados para dar sabor a los alimentos.

Al final se hace ejercicio para conocer la cantidad de sodio de algunos alimentos y se socializa el link de una página española en donde se puede revisar la cantidad de sodio que se consume habitualmente en los alimentos que hacen parte de la dieta cotidiana; así como también diferentes estrategias para realizar consumo regulado de los mismos en el siguiente enlace: <http://www.plancuidatemas.aesan.msssi.gob.es/conocelasal/calcula-la-sal.htm>

Y se recomienda la revisión de los documentos que están publicados frente al tema en la página del ministerio.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/sal-en-alimentacion.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ABC-reduccion-consumo-sals-odio.aspx>

### 3. TRANSMISIBLES



Sarampión (730): Produce fiebre de 38,5° c a 40,5° c, tos y coriza (rinorrea), conjuntivitis moderada a severa, manchas de koplik, manchas rojas parduscas, exantema maculo papular, céfalo caudal, descamación.

Rubeola (710): Presenta linfadenopatías pos-auriculares, occipitales y cervicales posteriores, Leucopenia Trombocitopenia, No descamación, Fiebre < de 38°C, Malestar general, Conjuntivitis leve, Rash difuso puntiforme.

Siempre que una muestra arroje un resultado positivo o dudoso para IgM, se debe solicitar la recolección de una segunda muestra de suero tomada 12-15 días después de la primera

## Seguimiento a casos confirmados de sarampión

Procedencia	Ubicación Actual	Sexo	Edad	Fecha Dx	Antecedente vacunación	Muestras	Fecha finalización de seguimiento
Venezuela Caracas	Medellín - Antioquia	M	14 meses	14/03/2018	Sin antecedente de TV	Positivo	03/04/2018
Venezuela Caracas	Santa Rosa de Cabal - Risaralda	M	10 meses	18/03/2018	No Aplica	Positivo	11/04/2018
Venezuela Estado Miranda	Cúcuta - Norte de Santander	F	10 meses	22/03/2018	No Aplica	Positivo	13/04/2018
Venezuela Caracas	Arjona - Bolívar	M	18 meses	28/03/2018	Sin antecedente de TV	Positivo	14/04/2018
Venezuela Caracas	Cartagena	F	2 años	03/04/2018	Sin antecedente de TV	Positivo	25/04/2018
Venezuela Estado Táchira	Cúcuta - Norte de Santander	M	10 meses	10/04/2018	No Aplica	Positivo	06/05/2018

Fuente: centro de operaciones de emergencias INS

Las muestras para detección viral se deben enviar bien rotuladas, identificando claramente el nombre del paciente, el tipo de muestra y la fecha de la toma de la muestra. Estas muestras se deben remitir empaquetadas dentro de otro recipiente o contenedor que proteja la muestra durante el viaje y se debe garantizar las condiciones de refrigeración (con hielo húmedo) hasta que se reciban en el Laboratorio de Referencia.

Síndrome De Rubeola Congénita (720): La rubéola congénita puede ser diagnosticada por serología a través de la búsqueda de IgM o persistencia de IgG en la sangre del recién nacido y detección del virus.

Parálisis Flácida Aguda (610): Se produce por el Polio virus tipo 1, 2 y 3 del género Enterovirus grupo C, todos los serotipos pueden causar parálisis. El tipo 1 es el que más ha ocasionado epidemias en América.



En caso debe tener una muestra de materia fecal recolectada en los primeros 14 días de iniciada la parálisis.

Las muestras de contacto NO se deben tomar de manera rutinaria. Solo se obtendrán muestras de contactos por indicación del epidemiólogo responsable de la entidad territorial teniendo en cuenta los criterios establecidos en este protocolo.

Caso Probable: Todo individuo menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda no causada por trauma, tumor o degeneramiento de la neurona motora.

Difteria: Se produce por *Corynebacterium diphtheriae* es el agente etiológico principal de la difteria en humanos, además es una especie que puede producir la toxina diftérica como principal factor de virulencia

Caso Probable: Caso que cumple con los criterios de la definición clínica de caso o en el que las pruebas de laboratorio no son concluyentes o no han sido realizadas o tiene resultado de PCR positiva para toxina sin obtención del aislamiento de *C. diphtheriae*

Clínica el paciente presenta una enfermedad aguda de las amígdalas, faringe, nariz, y se caracteriza por una o varias placas grisáceas adherentes confluentes e invasoras, con una zona inflamatoria circundante de color rojo mate, dolor con una zona inflamatoria circundante de color rojo mate, dolor de garganta, aumento de volumen del cuello, fiebre, cefalea y grado variable de compromiso del estado general.

Tosferina (800) Definición Clínica: Se presenta en 3 etapas:

- Menor de 3 meses: Toda infección respiratoria aguda, acompañada al menos de uno de los siguientes síntomas: tos en accesos, estridor, apnea, cianosis o vómito después de toser.
- De 3 meses a 12 años: toda infección respiratoria con tos de más de una semana de duración acompañada de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor o vómito después de la tos, sin otra causa aparente. O niños con de tos paroxística intensa acompañada de estridor de cualquier tiempo de evolución.
- Mayores de 12 años: toda infección respiratoria acompañada de tos prolongada de más de dos semanas de duración y presencia o no de paroxismos, expectoración y vomito.

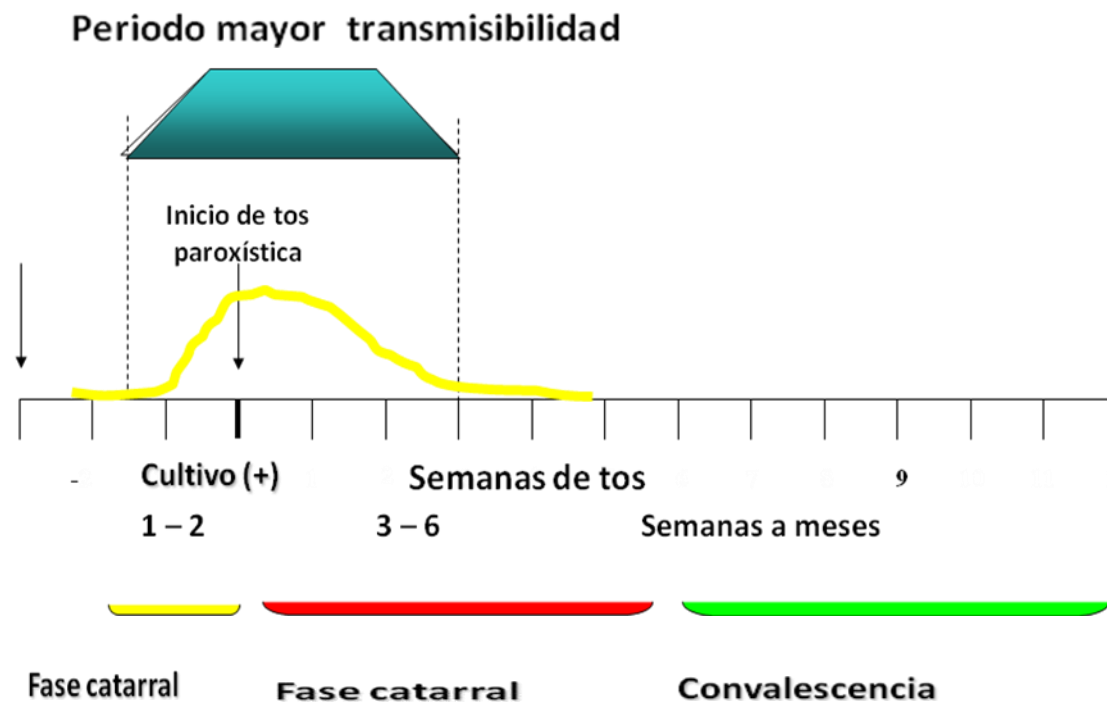
Caso Probable: Caso que cumple con los criterios de la definición clínica de caso y que no está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por el laboratorio.

Tipos De Muestra: Cultivo: Positivo de *B. Pertussis*, *B. Parapertussis* y *B. holmesii*.

Prueba de PCR: Positiva para B. Pertussis, B. Parapertussis y B. holmesii

Prueba serológica para anticuerpos anti-toxina Pertussis, Elisa IgG con suero pareado para diagnóstico de la enfermedad referiblemente en pacientes con más tres años de aplicada cualquier dosis de DPT o DaPT o preferiblemente en adolescentes y adultos no vacunados.

Curso de la Enfermedad: Clínica



La fase paroxística se caracteriza por tos en quintas en espiración (con 5 a 15 accesos de tos), que puede continuar con un estridor inspiratorio y que con frecuencia termina en expulsión de mucosidades y cianosis marcada. La tos puede acompañarse de vomito manifestaciones neurológicas incluidas crisis convulsivas y encefalopatía y ocasionalmente pérdida de conocimiento

IRA (348): Los principales agentes causales de infección respiratoria aguda son: influenza virus tipo A, B y C, Parainfluenza tipo 1, 2, 3 y 4, virus sincitialrespiratorio, coronavirus, adenovirus, rinovirus, metapneumovirus, bocavirus, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae.

Persona con infección respiratoria aguda con antecedentes de fiebre y tos no mayor a 10 días de evolución, que requiera manejo intrahospitalario.

Caso Sospechoso: Todo caso de IRAG, en todos los grupos de edad, sin importar la



presencia o no de enfermedad de base, que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones: Ser trabajador de salud del área asistencial con antecedente reciente de contacto con pacientes con infección respiratoria aguda grave o que permanezca en un espacio hospitalario. Ser trabajador del sector avícola o del sector porcino o tener antecedente reciente de contacto con aves o cerdos en los 14 días previos al inicio de los síntomas. Individuo con antecedente de viaje en los últimos 14 días a áreas de circulación de virus de influenza aviar u otros agentes respiratorios nuevos con potencial pandémico. Paciente de 5 a 65 años previamente sano con infección respiratoria aguda grave con antecedente de fiebre y tos que requiera manejo hospitalario con necesidad de vasopresores y/o apoyo ventilatorio y que tenga un deterioro clínico rápido en menos de 72 horas desde el inicio de síntomas. Todos los conglomerados de infección respiratoria aguda grave (dos o más casos de IRAG) en entornos familiares, lugares de trabajo, lugares con población confinada (colegios, universidades, cárceles, batallones, etc.) o grupos sociales. Todas las muertes por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida.

Se deben de tomar las siguientes muestras: Frotis nasal, frotis faríngeo o frotis nasofaríngeo en brotes en población general y Aspirado nasofaríngeo, lavado bronco alveolar Intrahospitalarios

Quién debe tomar la muestra? Aspirado Nasofaríngeo: Profesional en terapia respiratoria o Enfermera entrenada.

Frotis Nasal- Faríngeo-Nasofaríngeo: Enfermero(a) o Bacteriólogo(a) entrenado(a).

SALAS ERA: Los niños atendidos en Salas ERA de 2 meses a 5 años, SDR leve, O2 CN (hasta 1 lt/min) con  $STO_2 > 90\%$ , no factores de riesgo, no signos de gravedad AIEPI, acepta vía oral, observación máximo 6 horas.

Los signos de alarma respiración rápida, hundimiento de costillas al respirar, menos de 2 meses de edad hiporexia, mayor de 2 meses de edad no come nada, vomita todo, irritable, somnoliento, le silba el pecho, menos de 2 meses presenta fiebre, y los mayores de 2 meses presenta fiebre por 2 o 3 días.

Factores de riesgo ERA SEVERA: Prematurez neumopatía crónica, Displasia Broncopulmonar, menor de 2 meses SRA moderado a severo, deshidratación, mal estado general, apneas cardiopatías, desnutrición severa, enfermedades neurológicas y metabólicas, inmunodeficiencias, abandono social.

La atención se brinda dependiendo el riesgo:

Riesgo bajo: ERA en pacientes mayores de 2 meses con SRA sin factores de riesgo, ni signos de alarma.



ERA sin signos de dificultad respiratoria, ni factores de riesgo se realiza tratamiento ambulatorio.

Riesgo Alto: Todos los menores de 2 meses con cualquier grado de SDR, mayor de 2 meses con dificultad respiratoria moderada o severa, mayor de 2 meses con SDR mas factores de riesgo, cualquier SDR con signos de alarma de AIEPI se debe hospitalizar y atención en centro de alta complejidad

#### **4. UNIDAD DE ANALISIS PREVISTA A LA CUAL SE DA PASO CON EL ANALISIS DE UN CASO CLINICO PARA LA CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL**

Se presenta la información general del caso a analizar la cual es entregada en una hoja a cada uno de los participantes:

Paciente masculino de 16 meses de edad, que asiste al servicio de Urgencias de una UPGD de la Localidad. La madre refiere inicio de la enfermedad actual el día martes, cuando el niño presentó tos bitonal, disfonico, estridor laríngeo. Es llevado al centro de salud por dificultad respiratoria y fiebre.

**Antecedentes:** Producto de madre de 23 años, segunda gestación, embarazo controlado con 8 CPN, obtenido por parto vaginal a las 41 semanas, peso al nacer: 3060 g, longitud: 51 cm, adaptación neonatal espontánea.

**Examen físico:** Peso: 7,6 Kg; Talla: 73 cm; PA: 111/60 mmHg; FC: 157; Pulsos/min; FR: 60/min; Temperatura: 38,2°C; Perímetro cefálico: 45,8 cm; Perímetro braquial: 11, 8 cm

Se presentan las generalidades de la evaluación nutricional por medio de las curvas de crecimiento para niños de cero a dos años por cada uno de los indicadores nutricionales existentes dentro del proceso de valoración nutricional

Posteriormente se invita a los asistentes a realizar el ejercicio utilizando el aplicativo Anthro versión 3.1.1

Se recibieron 39 respuestas de los asistentes de las cuales se resalta:

#### **Indicador peso para la longitud:**

Aun cuando la mayoría ubico en  $<-2DE$  (n=33 personas). En la clasificación 12 respondieron la interpretación de Desnutrición aguda moderada de manera correcta los demás no la escribieron correctamente; se encontraron respuestas como: Bajo peso para la edad, bajo peso, DNT moderada, Moderada, desnutrición aguda, tres personas dejaron en blanco.

#### **Indicador peso para la edad:**





Igualmente, la mayoría ubico en el percentil en  $- < 2$  DE según la gráfica; el valor según antro ( $-3.09$  DE); pero no se presentó una adecuada interpretación 9 personas respondieron de manera correcta la interpretación de Desnutrición global, las demás personas escribieron bajo peso para la edad, talla baja, delgadez, y adecuado, 9 dejaron en blanco.

#### **Indicador longitud para la edad:**

La mayoría ubico al menor en puntaje z de  $- < 2$  DE, siendo el adecuado  $- < -3$  DE según antro y en la interpretación 20 personas respondieron afirmativamente talla baja o retraso en talla; las demás respondieron bajo para la edad, riesgo de talla baja, y dejaron en blanco 5 personas

#### **IMC para la edad:**

La mayoría contesto  $-2$  DE y lo correcto es  $\geq -2$  a  $< -1$  (dos personas); Respuestas en la interpretación delgadez, DNT Moderada, adecuado, DNT, DNT global, déficit de peso, 10 personas dejaron en blanco.

Se explica que el cálculo del IMC para la Edad - IMC/E en niños y niñas se recomienda únicamente en los análisis poblacionales para identificar el riesgo de sobrepeso y el exceso de peso (sobrepeso u obesidad).

Según las respuestas se sensibiliza al grupo sobre la importancia del antro para conocer de manera correcta el puntaje z y realizar una adecuada interpretación para el manejo adecuado de la desnutrición aguda moderada y severa a la luz del lineamiento 5406 de 2015

### **5. TABLEROS DE CONTROL - VARIOS**

#### **CAMBIOS APLICATIVO SIVIGILA 2018 VERSION 1.4**

Se presentan los nuevos eventos del aplicativo Sivigila 2018

Infecciones De Sitio Quirúrgico Asociadas A Procedimiento Médico Quirúrgico – Colectivo (Cod. 362)

Encefalitis Equina Del Este En Humanos (Cod.275 ): Solamente Captura Datos Básicos

Mortalidad Materna - Datos Básicos (Cod. 551)

Vigilancia Integrada De Muertes En Menores De Cinco Años Por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y/o Desnutrición (Cod. 591).

Novedades en datos básicos: Inclusión de Variables



Fuente (de la vigilancia) – de carácter obligatorio

1 = Notificación rutinaria 2 = Búsqueda Activa Institucional 3 = Vigilancia intensificada 4 Búsqueda Activa Comunitaria 5 = Investigaciones

Estrato socioeconómico - de carácter NO obligatorio

Grupo étnico – Dependiente de "Perteneencia étnica" en opción 1 = Indígena

Semanas de gestación - Dependiente de "Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1=Sí >=1 AND <=45

Para el evento Morbilidad materna extrema (Cod. 549) es obligatoria.

Tuberculosis (Cod. 813)

Los eventos Tuberculosis Farmacoresistente (Cod. 825) y Tuberculosis (Cod. 815) se consolidan en uno solo de código 813.

Cuando se reciban planos de los eventos 815, 825 provenientes de versiones anteriores del aplicativo Sivigila, ellos serán migrados automáticamente y quedarán como casos del evento 813. El sistema también dejará los mismos datos registrados a nombre de los eventos 815,825.

No se puede ingresar casos nuevos de los eventos 815, 825. Solamente se pueden visualizar

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

El actual evento se inactiva en el sistema y vuelve a retomarse los antiguos Rabia humana (Cod. 670) y Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300).

Cuando se migren Bases de datos o reciban planos del evento 307 provenientes de versiones anteriores del aplicativo Sivigila, los casos serán migrados automáticamente y quedarán como casos del evento 670 o 300. Los casos con código original 307 se clasifican en uno u otro según la variable CLAS\_NOTIF (1 = Caso de agresión o contacto por un APTR 2 = Caso probable o confirmado de rabia humana) El sistema también dejará los mismos datos registrados a nombre del evento 307.

#### **TABLEROS DE CONTROL:**

Se realiza La presentación con los tableros de control de BAI de los envíos realizados por las UPGDs y UI del primer trimestre en la localidad de Chapinero, se informa el envío de la BAI, se debe enviar los diez primeros días del mes siguiente evaluado, cumpliendo con el adjunto de los formatos establecidos y divulgados para ello, como también los soportes como RIPS e historias clínicas.

Se presentan los resultados de la evaluación por UPGD en notificación negativa, positiva y silenciosa, se presenta la oportunidad en la notificación por UPGD, haciendo énfasis en

la notificación inmediata y los eventos de notificación semanal, para que no sean notificados en un tiempo mayor de 7 días. Se habla acerca de los ajustes, la importancia de realizarlos durante las 4 semanas después de ser notificado, y la toma de los laboratorios para aquellos eventos que los requieran garantiza que se cumplan los tiempos de los ajustes según los lineamientos dados por Secretaría Distrital de Salud. Los eventos que ingresan confirmados por laboratorio deben contar con los resultados y ser ingresados al aplicativo Sivigila por la UPGD.

## 6. Descripción analítica del cove

La metodología planteada para el desarrollo del COVE permitió generar espacio para la construcción de conocimientos, la identificación de situaciones que pueden afectar negativamente el proceso planteado para ello y el análisis reflexivo en torno a conceptos que usualmente se utilizan pero difícilmente se pueden diferenciar y calificar.

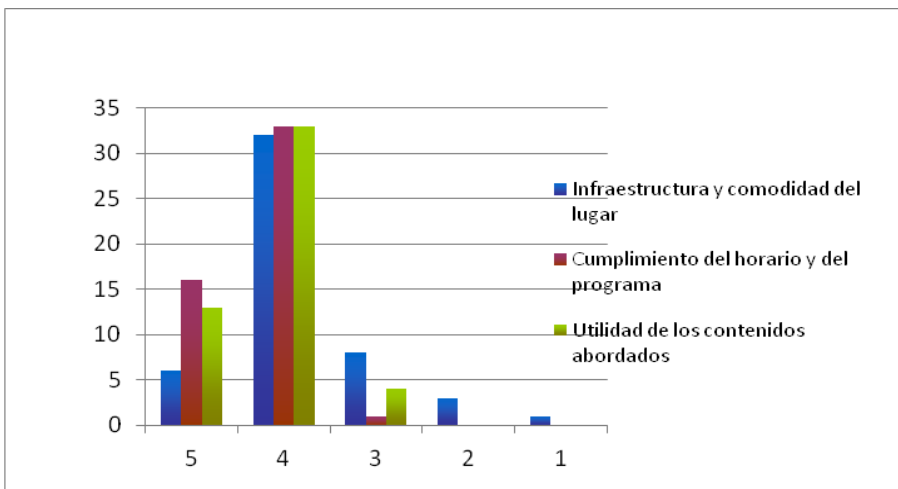
Las UPGD que participan en el COVE se muestran interesadas en las temáticas abordadas de difusión y sensibilización implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa dado que, aunque su reglamentación se generó en 2015 aun se evidencia desconocimiento frente a su manejo.

Por otro lado se socializó el uso de las curvas de clasificación nutricional como herramienta educativa..

## C) Resultados de la evaluación del COVE.

Una vez realizada la agenda del COVE, se procede a realizar la evaluación del mismo identificando lo siguiente: Aspectos generales: En cuanto a la percepción de infraestructura el 64% de los asistentes evaluaron como bueno el lugar e infraestructura del Cove. Frente al cumplimiento del horario y programa el 66% lo evaluó como bueno y la utilidad de los contenidos abordados el 66% lo calificó como bueno.

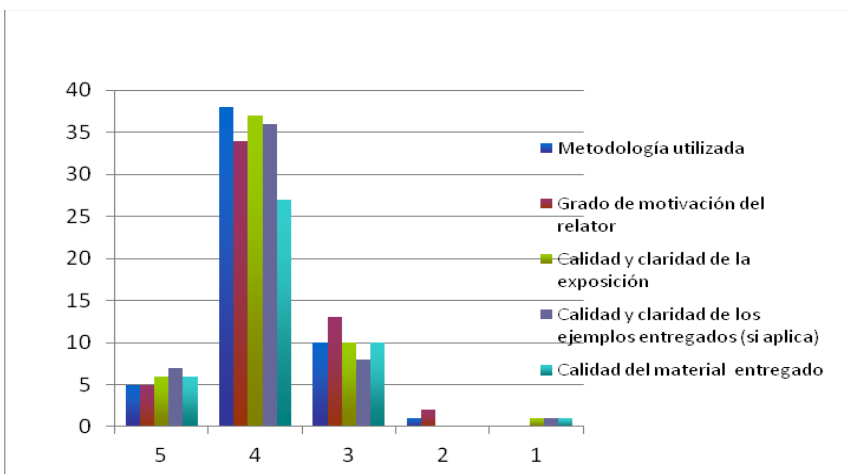
Gráfica 1. Evaluación aspectos generales COVE local



Fuente: Evaluación COVE Chapinero. Abril 2018

Para la presentación resolución 2465 de 2016 y software who anthro versión 3.1.0 para cálculo de las medidas antropométricas. Los aspectos mejor evaluados son la metodología utilizada, grado de motivación del relator, la calidad y claridad de la exposición. En promedio el 68% opina que la presentación fue buena.

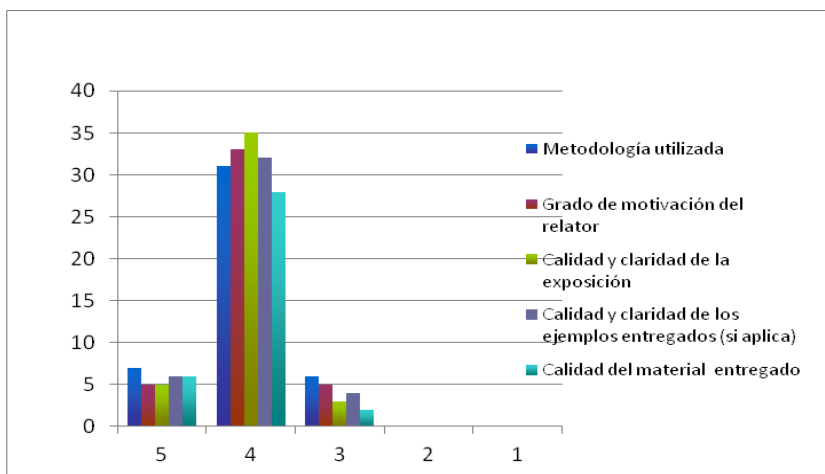
Gráfica 2. Resolución 2465 De 2016 Y Software Who Anthro Versión 3.1.0 Para Cálculo De Las Medidas Antropométricas



Fuente: Evaluación COVE Chapinero. Abril 2018

De acuerdo a la temática estrategia para la disminución del consumo de sal/sodio en Colombia el 81% de los participantes evaluaron como buena la claridad y calidad de la exposición. El 76% evaluaron la presentación como buena. Participantes aclararon dudas e inquietudes frente a la notificación del evento.

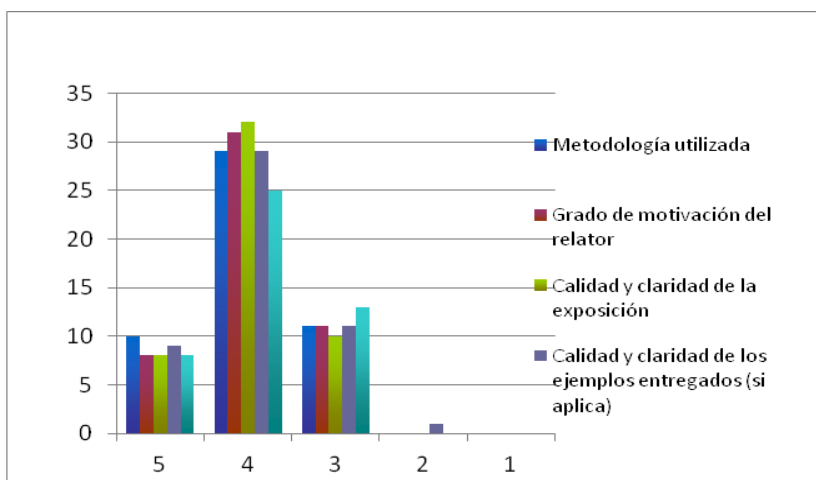
Gráfica 3. Estrategia Para La Disminución Del Consumo Sal/Sodio En Colombia



Fuente: Evaluación COVE Chapinero. Abril 2018

Frente a la unidad de análisis el 64% de los participantes evaluó como buena la unidad de análisis realizada de la temática principal. Los participantes colocaron en práctica el conocimiento adquirido frente al tema principal a partir de ejemplos y ejercicios dados en el desarrollo de la temática.

Gráfica 4. Evaluación unidad de análisis

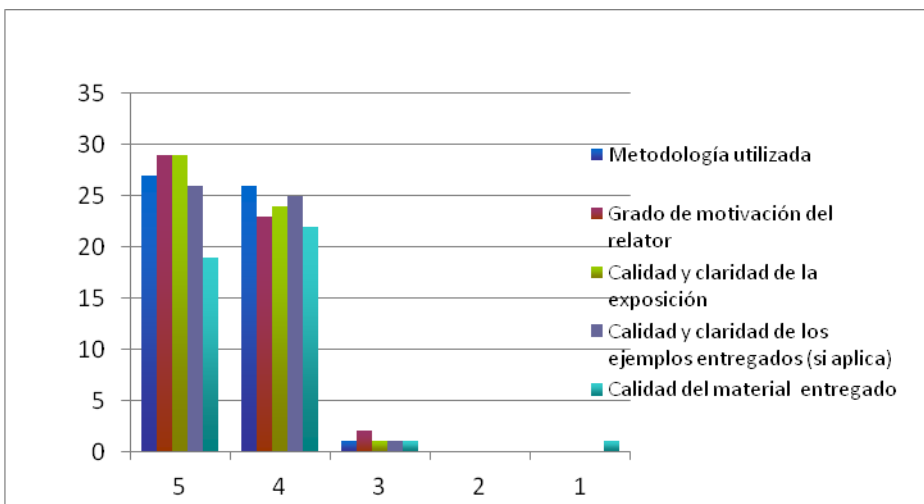


Fuente: Evaluación COVE Chapinero. Abril 2018

En cuanto a la presentación de eventos transmisibles el 53% de los participantes evaluó como muy buena el grado de motivación del expositor y la claridad y claridad de los temas tratados.



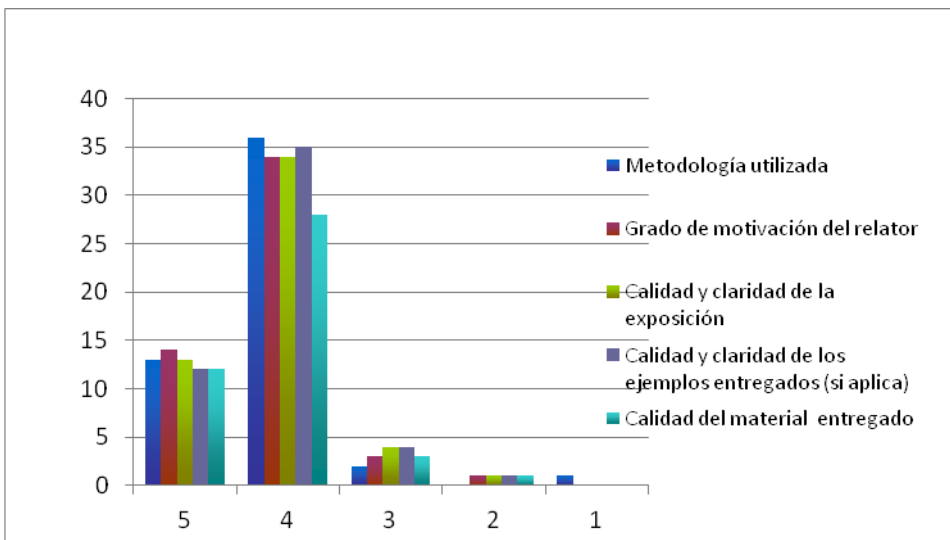
Gráfica 5. Transmisibles



Fuente: Evaluación COVE Chapinero. Abril 2018

Respecto a la presentación de tableros de control y los cambios en aplicativo Sivigila 2018 el 67% de los participantes evaluó como buena la socialización de tableros de control. Los participantes refirieron resolver dudas e inquietudes frente a actualizador Sivigila y tableros.

Gráfica 6. Tableros de Control - Varios



Fuente: Evaluación COVE Chapinero. Abril 2018

## 7. Conclusiones

Se requiere continuar con el proceso de difusión y sensibilización de la importancia de la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa dado que, aunque su reglamentación se generó en 2015 aun se evidencia desconocimiento frente a su manejo.

Se refuerza la importancia del uso de las curvas de clasificación nutricional como herramienta educativa con las madres y cuidadores no debe ser usada para el diagnóstico nutricional por parte del profesional de salud ya que puede generar errores en la clasificación, así como inexactitud en los datos.

Se refuerza la importancia de la detección y manejo adecuado de la desnutrición infantil como medida de prevención de la morbilidad infantil, dado que la desnutrición en el país ya está identificada como una enfermedad en la infancia y se comenta que a menor edad del niño existe más riesgo de morir a causa de la desnutrición o por complicaciones derivadas de la enfermedad.

### e) Recomendaciones

Se observa que aún se presentan dificultades dentro del proceso de clasificación nutricional dentro de los asistentes; razón por la cual se recomienda apoyarse en el uso de herramientas informáticas como por ejemplo el software antropo VERSIÓN 3.1.1 las cuales facilitan el cálculo exacto de los valores z score y así mismo realizar la clasificación nutricional

Se requiere retomar el proceso de toma de datos de antropometría con quienes realizan la actividad en cada una de las unidades notificadoras dado que aun se siguen presentando errores en los datos de antropometría que se reportan.

### f) Seguimiento a los compromisos anteriores

No se generaron compromisos en acta anterior.

**Anexa Listados de asistencia.** Ver acta desarrollo del COVE