

Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  

---

Norte E.S.E.

# VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

## COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE)

### LOCALIDAD DE USAQUEN



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS

BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS

## **A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN.**

Fecha: 18/04/2018

Lugar: Clínica Fray Bartolomé

Hora: 8:00 a.m.

Citada por: Subred Norte USS Usaquén

Próxima reunión: 16 de mayo 2018

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. Instalación del cove y lectura del acta anterior
2. Lineamientos para el manejo integrado para la dnt aguda
3. Resolución 2465 de 2016 y software who anthro versión 3.1.0 para calculo de las medidas antropométricas
4. Taller de antropometria unidad de analisis
5. Transmisibles
6. Socialización de tableros de control sigvila y varios

### **Desarrollo del programa**

#### **1. INSTALACIÓN DEL COVE Y LECTURA DEL ACTA ANTERIOR**

Se da inicio a la reunión con la socialización del orden del día y se procede a realizar la lectura del acta de la sesión anterior. Posteriormente toma la palabra la líder del equipo SISVAN Marisol Casallas quien se presenta y da inicio al siguiente tema

## **2. LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO INTEGRADO PARA LA DNT AGUDA**

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.

El presente documento contiene la descripción del ejercicio de valoración nutricional realizado con los asistentes al Cove local institucional de las Unidades Notificadoras de Usaquen, desarrollado por el equipo del Sistema de Vigilancia Nutricional SISVAN de la Subred de Servicios Integrales de Salud Norte.

### **OBJETIVOS:**

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.

### **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.

Se socializa que la mayoría de los productos industrializados utilizan dentro de su composición glutamato monosódico para acentuar el sabor de los alimentos que además utilizado en exceso puede generar intoxicaciones

Y también se socializa 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.

Y también que 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>

El siguiente punto corresponde con la unidad de análisis la cual se desarrolla a partir del siguiente tema:

### 3. 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 Severa	Aguda
<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
	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

Se responden dudas y preguntas de los asistentes

#### 4. TALLER DE ANTROPOMETRIA UNIDAD DE ANALISIS

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, disfónico, 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. TRANSMISIBLES**

Hace la presentación la epidemióloga Catalina Páez reiterando que continuamos en alerta epidemiológica de DIFTERIA en cuatro países (Brasil, Colombia, Haití y Venezuela) notificaron casos sospechosos y confirmados de difteria. En Brasil se han notificado casos sospechosos en 14 estados. De esos casos se han confirmado en cuatro estados..

En Venezuela, el brote de difteria se inició en julio de 2016. Desde entonces y hasta la semana epidemiológica 14 de 2018 se notificaron un total de 969 casos probables (324 casos en 2016, 609 en 2017 y 36 en 2018), de los cuales 726 fueron confirmados por laboratorio y clínica y 113 fallecieron (17 en 2016 y 96 en 2017); tasa de letalidad 15.5 %.

Las autoridades de salud están intensificando la vigilancia epidemiológica, investigación, atención médica y vacunación. Además, están manteniendo el entrenamiento constante del personal sanitario (en base al manual actualizado de normas, pautas y procedimientos para el manejo de la enfermedad) y la educación sanitaria.

En Colombia, en la semana epidemiológica 07 de 2018 se notificó un caso fatal confirmado de difteria en el Departamento de La Guajira, importado de Venezuela. Se

trata de un menor de 3 años de nacionalidad venezolana cuyos antecedentes de vacunación no se pudieron comprobar. El menor inició síntomas el 2 de enero de 2018 y falleció el 8 del mismo mes. El caso fue confirmado por cultivo y por la técnica de PCR-RT que resultó positiva para *Corynebacterium diphtheriae* sin identificación de biotipo y toxina positiva. No se han notificado casos secundarios a este caso.

En Haití, el brote que se inició a fines de 2014 acumula un total de 410 casos probables de difteria notificados hasta la semana epidemiológica 06 de 2018, incluidas 75 defunciones.

Y en el caso de sarampión se sigue la vigilancia intensificada ya que han aumentado los casos confirmados procedentes de Venezuela y está en investigación uno de Colombia según un comunicado del INS.

## **6. SOCIALIZACION DE TABLEROS DE CONTROL SIVIGILA Y VARIOS**

La profesional especializada de SIVIGILA realiza presentación de los tableros de control donde se evidencia que se ha logrado aumentar el ingreso de laboratorios de los eventos confirmados por el mismo, se hace énfasis en que se está instalando el SIVIGILA 2018 para lo que se necesita que cada UPGD tenga lista la ficha de caracterización y así mismo los permisos de administrador necesarios para no tener atrasos en el proceso. Se hace observación nuevamente de la notificación inmediata de los eventos en los que en este momento estamos en alerta, se recuerda también que esta notificación debe ser enviada con ficha y planos respectivamente para poder dar una respuesta oportuna a dichos eventos.

El técnico Andrés Gómez procede a realizar la explicación de SIVIGILA 2018 y los eventos nuevos que vienen para este año.

### **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)**

Aún se podrá hacer ingreso de casos nuevos, ajustar, consultar y producir archivos XLS del evento anterior con código 550 pero a partir del 29/03/2018, ya no se permitirá el ingreso de casos nuevos.

### **BROTOS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y VEHICULIZADAS POR AGUA, HEPATITIS A, FIEBRE TIFOIDE/PARATIFOIDEA, CÓLERA (Cod. 349)**

Aún se podrá hacer ingreso de casos nuevos, ajustar, consultar y producir archivos XLS del evento anterior con código 350 pero a partir del 29/03/2018, ya no se permitirá el ingreso de casos nuevos.

### **VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y/O DESNUTRICIÓN (Cod. 591)**

Se toma del RUAF ND pero también se permite el ingreso de casos completos por parte del usuario

También hay que tener en cuenta ciertas variables que se incluyeron para este año como:

- 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 "Pertenencia 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

Y también se habla de eventos que ya existen pero cambiaron de código de notificación como:

- **Tuberculosis (Cod. 813)**

Los eventos Tuberculosis Fármacorresistente (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

El aplicativo permite producir archivos XLS de los eventos 815 y 825.

No se puede ajustar casos existentes de los eventos 815, 825. Estos casos se ajustan buscándolos como casos del nuevo evento 813 y haciéndoles el ajuste con base en la nueva ficha.

Cuando se migren datos de una base de datos versión 2017 o anterior, el sistema migrará automáticamente los registros con códigos 815 y 825 y los dejará como casos del evento 813. Además hará las transformaciones apropiadas de variables como, por ejemplo, "Resultado de baciloscopia

- **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.

El aplicativo permite producir archivos XLS del evento 307.

No se puede ajustar casos existentes del evento 307. Estos casos se ajustan buscándolos como casos de uno de los eventos 300 o 670 y haciéndoles el ajuste con base en la nueva ficha.

No se puede ingresar casos nuevos del evento. Solamente se pueden visualizar.

Y por último pero no menos importante se explica el proceso de SIANIESP (Sistema de Información de apoyo a la notificación e investigación de eventos de interés en salud Pública), como herramienta que usa los RIPS como fuente de información en la búsqueda activa institucional. Se habla acerca de la Resolución No. 3374 del 27 de Diciembre de 2000. «Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados». Se socializa la estructura de los archivos RIPS, se retroalimenta los pasos de importación de RIPS y el proceso para la generación del consolidado de búsqueda activa de transmisibles y no transmisibles. Se continúa informando a la UPGD's la importancia de enviar la notificación semanal e inmediata de forma oportuna con calidad en el dato, para la notificación semanal las UPGD's la deben enviar los días lunes antes de las 3:00 pm para que se considere oportuna. Se resuelven dudas acerca de las actualizaciones realizadas en el aplicativo SIVIGILA durante el año 2018. Se hace énfasis en el fortalecimiento de la notificación inmediata la cual se debe

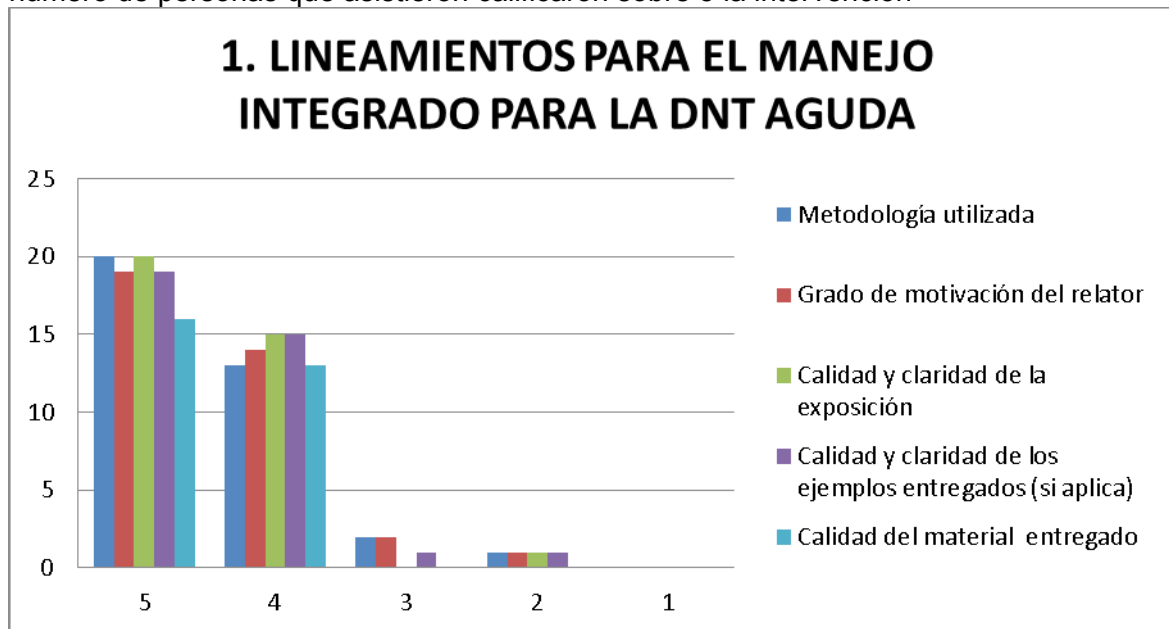
realizar todos los días incluyendo los domingos y festivos, el envío de los archivos planos de esta notificación se realiza los días lunes, miércoles, jueves y viernes antes de las 12:00 m. Se habla acerca del envío de los RIPS Sianiesp de manera mensual.

### E) RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL COVE.

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

#### 1. EVALUACION DE LAS TEMATICAS:

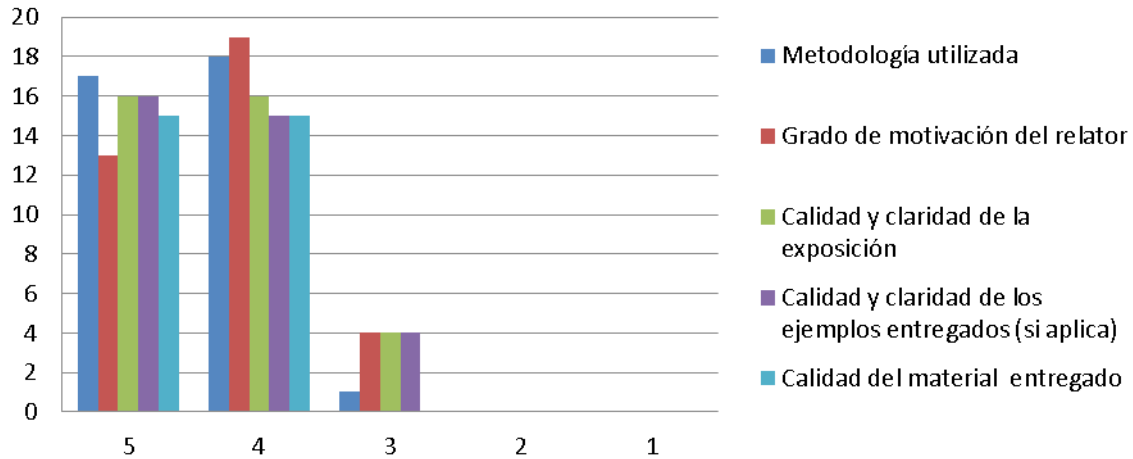
Una vez abordada la agenda del COVE, se procede a realizar la evaluación del ejercicio, se observa dentro de los aspectos generales del COVE el promedio de calificación es 4,4. Dentro de la calificación de cada tema el primero es Lineamientos para el manejo integrado para la dnt aguda . el que recibe el puntaje más alto es metodología utilizada con el 4,5 evaluando de excelente el tema, así como lo muestra en la gráfica 1 el mayor número de personas que asistieron calificaron sobre 5 la intervención



**Fuente: sistematización de COVE local Abril 2018**

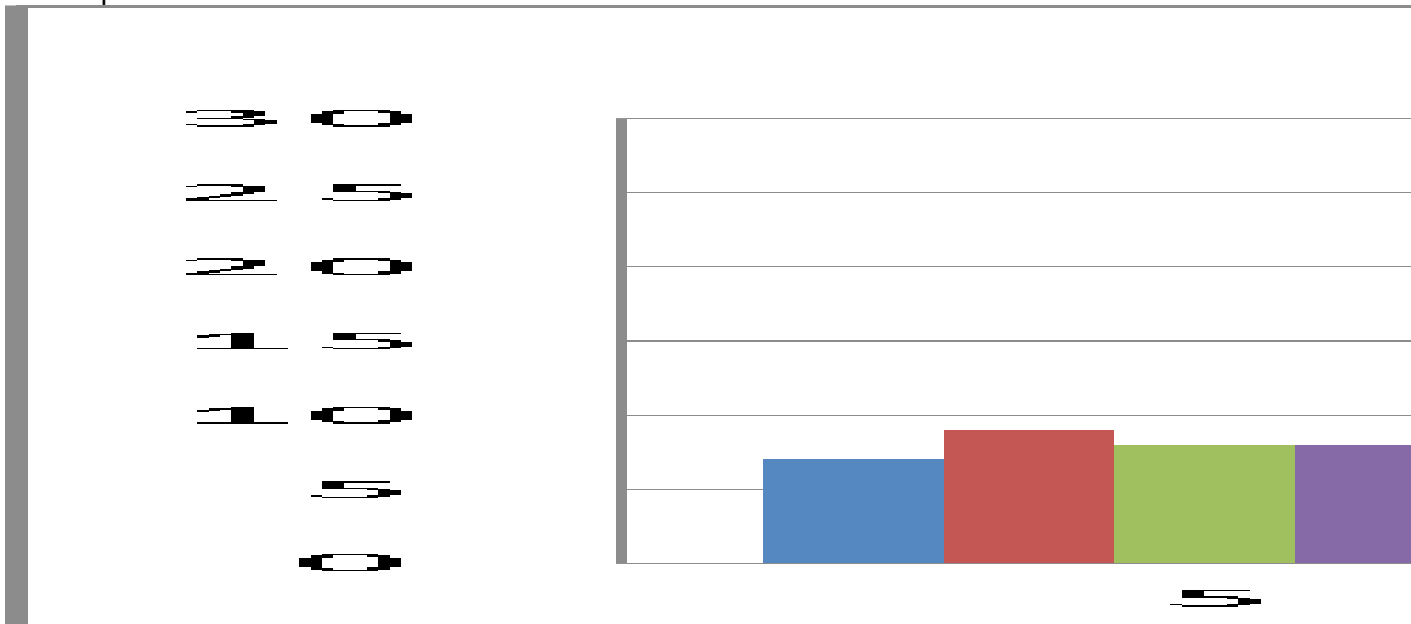
Frente a la presentación Comportamiento resolución 2465 de 2016 y software who anthro versión 3.1.0 para calculo de las medidas antropométrica. el promedio general fue de 4,6; donde la claridad en la exposición que obtuvo valor más alto con 4,6; los demás ítems evaluados estuvieron en promedio 4,5.

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



Fuente: sistematización de COVE local Abril 2018

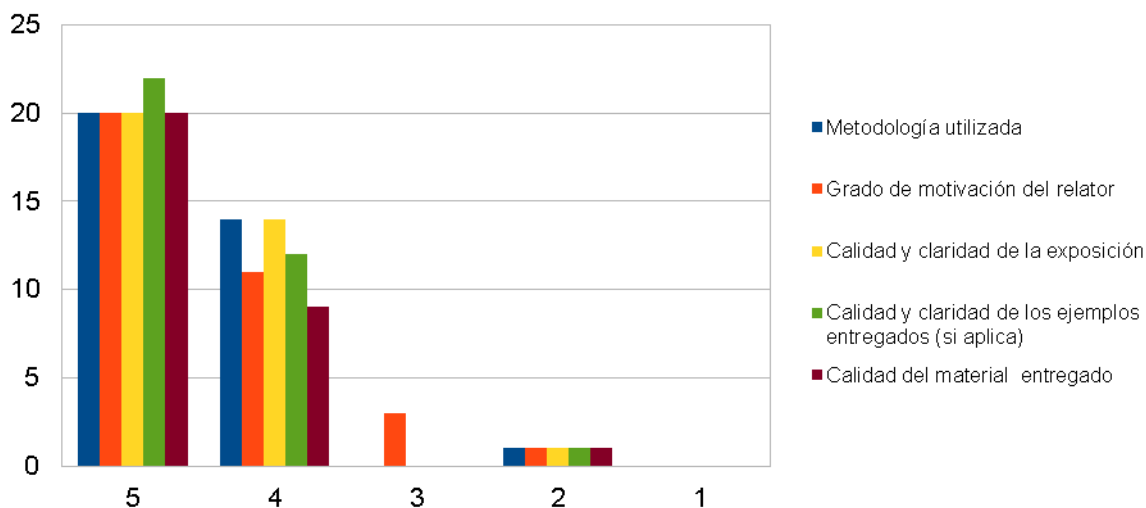
Con la presentación de TALLER DE ANTROPOMETRIA UNIDAD DE ANALISIS el promedio general fue de 4,3; Teniendo en cuenta que todos los ítem a evaluar tuvieron el mismo promedio de evaluación..



Fuente: sistematización de COVE local Abril 2018

Con la presentación de Transmisibles el promedio general fue de 4,5; donde la metodología utilizada fue el que obtuvo valor más alto con 4,5; los demás ítems evaluados estuvieron en promedio 4,5.

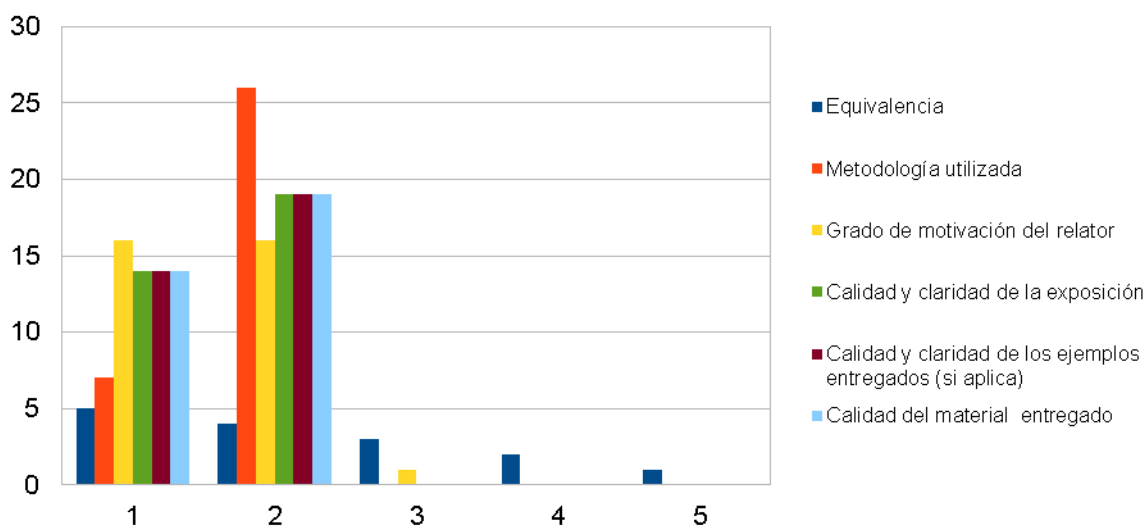
#### 4. TRANSMISIBLES



Fuente: sistematización de COVE local Abril 2018

Con la presentación de SIVIGILA y varios el promedio general fue de 4,5; donde la metodología utilizada fue el que obtuvo valor más alto con 4,3; los demás ítems evaluados estuvieron en promedio 4,3

#### 5 TABLEROS DE CONTROL SIVIGILA



Fuente: sistematización de COVE local Abril 2018



## D) CONCLUSIONES

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 aún se siguen presentando errores en los datos de antropometría que se reportan.

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 aún 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

## F) SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS ANTERIORES

No había compromisos establecidos