
	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:1 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

No. DE ACTA:	FECHA: 22 DE DICIEMBRE DE 2017	
REUNIÓN: COVE LOCAL SUBA	HORA DE INICIO: 8 AM	FINALIZO: 12 M

ASISTENTES		
NOMBRE	CARGO	ENTIDAD
Equipo TRANSMISIBLES SIVIGILA	Epidemiólogos, profesionales	Subred norte

ORDEN DEL DÍA
<ol style="list-style-type: none"> 1. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR E INSTALACION DEL COVE 2. COMPORTAMIENTO DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA (SIVELCE) 3. TEMA PRINCIPAL MENINGITIS 4. UTILIZACIÓN DE LA VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIOMIELITIS DE MANERA FRACCIONADA. 5. MANEJO PROGRAMÁTICO DE TUBERCULOSIS 6. UNIDAD DE ANALISIS 7. SIVIGILA – TABLEROS DE CONTROL

CIERRE DE ACCIONES DE MEJORA PENDIENTES EN REUNIÓN ANTERIOR		
COMPROMISO REUNIÓN ANTERIOR	RESPONSABLE	% DE CUMPLIMIENTO
N.A	N.A	N.A

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:2 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR.

Se inicia con la lectura del acta anterior dando por aprobada y sin ninguna observación frente a la misma.

2. SIVELCE – Comportamiento de lesión de causa externa

Dentro del plan operativo para fin de año esta desarrollar una estrategia de *vigilancia epidemiológica intensificada* para la intervención oportuna de los eventos de mayor probabilidad de ocurrencia en la época de fin de año 2017 e inicio de año 2018, con los recursos técnicos y el talento humano disponible y suficiente para la vigilancia, prevención, control y atención de posibles emergencias a fin de garantizar la adecuada cobertura del sistema de prestación de servicios de salud de acuerdo a las competencias de la entidad.


Hay actividades de barrido diario como todos los años donde en la subred norte espera tener 45 barridos realizados del 1 de diciembre de 2017 al 14 de enero de 2018, reconocimiento de eventos diario en UPGD a las 03:00am-04:00pm, los días pico (días críticos) se realiza barrido telefónico doble los 12:00m y 16:00, reporte diario a SDS 05:00-05:30am y 17:00. Se espera días críticos : 7, 8, 24, 25 y 31 de diciembre 2017 ENERO: 1 y 9 de 2018.

Se presenta un comportamiento similar al de otras temporadas, reconociendo como hallazgo relevantes :

1. Ingreso a Unidades de Urgencias en la madrugada del día posterior a la festividad.
2. Se han identificado procedimientos en hogar (remedios caseros) .

Los elementos pirotécnicos causantes de lesiones son : Cohetes (pito, volador entre otros), elementos de fabricación artesanal como los Totes cabe resaltar que son los mas comunes ya que la cantidad de artefactos son muchos.

Por último se cita que esta navidad se espera que ningún niño este quemado por pólvora feliz navidad.

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:3 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

3. MENINGITIS

La epidemióloga Catalina Páez hace su intervención con el tema de meningitis haciendo la claridad que la invitada de la Secretaria no pudo asistir por cuestiones administrativas.

Se recuerda que la Meningitis es el proceso inflamatorio que compromete las meninges: aracnoides y piamadre. La meningitis es un evento infeccioso transmisible, hay diferentes microorganismos causantes de esta enfermedad, bacterias, virus, hongos, parásitos y medicamentos. Los más importantes son las meningitis bacterianas (MB): *Haemophilus Influenzae* (Hi), *Neisseria meningitidis* (meningococo) y *Streptococcus*

Hay que tener en cuenta que la enfermedad se ve facilitada por el contacto estrecho y prolongado (besos, estornudos, tos, dormitorios colectivos, vajillas y cubiertos compartidos) con una persona infectada su único reservorio es el ser humano no existe posibilidad que los animales puedan ser portadores de la enfermedad.


- Hay personas que son portadoras faríngeas de la bacteria, que a veces, por razones no totalmente esclarecidas, puede superar las defensas del organismo y propagarse al cerebro a través del torrente sanguíneo.

- Aunque nuestros conocimientos tienen lagunas, se cree que un 10 a 20% de la población es portadora de *Neisseria meningitidis*, aunque la tasa de portadores puede ser más elevada en situaciones epidémicas

Aunque ya varias veces se ha tratado el tema se enfatiza en recordar los síntomas para identificar a tiempo una meningitis a la que podemos dar tratamiento y evitar una mortalidad.

Signos y síntomas frecuentes de MB

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Vómitos
- Mialgias y artralgias
- Convulsiones
- Incapacidad para tolerar la luz (Fotofobia) o dolor ocular
- Rigidez de nuca
- Abombamiento de la fontanela en menores de 2 años
- Rash purpúrico petequiral.
- La tríada sintomática clásica de: fiebre, cefalea y rigidez de nuca, se presenta en un 50 a 90%

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:4 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

de los casos

- El compromiso de los pares craneanos: IV, VI y VII, se observa en un 20% de los casos.

Los signos meníngeos, es decir, la rigidez de nuca, los signos de Kernig y Brudzinski se presenta en más del 50% de los casos, sin embargo, su ausencia no descarta el diagnóstico. En vigilancia epidemiológica se maneja según protocolo una definición de caso de la siguiente manera:

Todo paciente que presente inicio súbito de fiebre mayor a 38 °C, cefalea y al menos uno de los siguientes signos y síntomas:

- Rigidez de nuca
- Alteraciones de conciencia
- Señales de irritación meníngea (signos de Kernig y Brudzinski)
- Acompañado o no de rash purpúrico o petequeal (meningococo)
- En menores de un año abombamiento de la fontanela.


Hay que tener en cuenta que la UPGD debe garantizar la toma del laboratorio para poder realizar un diagnóstico eficaz y así mismo tipificar para saber en realidad si se hace profilaxis o no. El examen de LCR deberá contar con las siguientes condiciones

–LCR turbio


- Gram de LCR positivo para bacterias:
- Diplococos Gram positivos (meningitis neumocócica)
- Diplococos Gram negativos intrao extracelulares (meningitis meningocócica)
- Bacilos Gram negativos (meningitis por *H. influenzae*)
- Recuento de leucocitos mayor de 100/mm³, con 80% de neutrófilos
- Elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl
- Disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl

Es importante también hablar de la enfermedad meningocócica Infección invasora: Meningitis y/o meningococcemia (SEPSIS): Fiebre, escalofríos, malestar general, exantema macular, maculopapular o petequeal.

- Sd. Waterhouse Friderichsen Púrpura, CID, shock.
- Dolor en extremidades/articulaciones
- Frialdad de extremidades y prolongación de llenado capilar

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:5 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

<ul style="list-style-type: none"> •Piel palida o moteada •Taquicardia •Taquipnea, alteración de la respiración •Hipertonía •Oliguria, sed •Rash en cualquier parte del cuerpo (puede no ser signo temprano) •Dolor abdominal (puede asociarse a diarrea) •Somnolencia, confusión o alteración de la consciencia (signo tardío) •Hipotensión (muy tardío, signo premorten en niños) •Deterioro rápido <p>Para esta se realiza también una toma de laboratorio de LCR</p> <ul style="list-style-type: none"> •Punción lumbar para realizar estudio citoquímico y bacteriológico del líquido cefalorraquídeo y hacerlo lo antes posible una vez se establezca la sospecha clínica y preferiblemente antes de instaurar el tratamiento antimicrobiano. <p>Diagnósticos</p> <p>Toma de muestras</p> <p>ENVIO LCR AL INS en aquellos casos en los que el cultivo es negativo por tener antibiótico terapia pero la clínica cumple criterios para definición de caso se debe enviar LCR500 ul directamente al INS grupo de microbiología para realizar PCR en tiempo real.</p> <p>LCR POST MORTEM</p> <p>Las muestras de LCR se deben obtener antes de la generación fenómenos cadavéricos tardíos en donde ocurre la putrefacción cadavérica máximo 3 días después de la muerte en condiciones de refrigeración con el fin de evitar contaminaciones.</p> <p>Desde VSP se realizan las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Notificación del caso DE MANERA INMEDIATA desde probable para los 3 agentes bacterianos de vigilancia •Activación del equipo de transmisibles y UYE de localidad y nivel central en brotes. •Acciones en las primeras 48 horas


	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:6 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

- Visita domiciliaria IEC
- Visita institucional y BAC
- Bloqueos y barridos, revisión de carnet de vacunación
- Establecimiento de contactos cercanos y sintomáticos
- Entrega de profilaxis
- Revisión de condiciones higiénico-sanitarias.
- Seguimiento de casos diario y entrega de informes 24 horas, 48 horas, 72 horas y final al mes del evento y hasta el día 10a los contactos estrechos.
- Unidades de análisis de mortalidad en caso de haber una.
- Ajustes necesarios en actas y certificados de defunción.

Y para finalizar se debe socializar la Información de circular 033 del 2016 ya que en esta se encuentra la situación y comportamiento distrital de la meningitis.

1. UTILIZACIÓN DE LA VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIOMIELITIS DE MANERA FRACCIONADA

Comienza la intervención de PAI socializando los lineamientos Técnicos y Operativos para la utilización de la vacuna inactivada contra la Poliomiélitis de manera fraccionada -VIPf-, en el Esquema de Vacunación del PAI, Bogotá – 2017: Se inicia recordando el inicio e Ingreso al esquema de vacunación nacional, a partir del 1 de enero de 2018, el uso de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis de manera fraccionada la cual se debe realizar de manera simultánea en todo el país; siendo el objetivo de la inmunización Proteger contra la poliomiélitis a la población infantil menor de un año de edad, asegurando las dos primeras dosis de VIPf por vía intradérmica, la población Objeto, esquema, dosis, intervalo, vía y edad de vacunación; Niños y niñas de 2 meses a 11 meses y 29 días, Todos los niños y niñas de 2 meses de edad hasta los 11 meses 29 días, que inician el esquema de vacunación contra la Poliomiélitis a partir del 01 de enero de 2018 deben ser vacunados con el siguiente esquema

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:7 DE 18
		FECHA: 14/02/2017


DOSIS	Primera	Segunda	Tercera	1er Refuerzo	2º Refuerzo
EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO DE VACUNA	VIPf	VIPf	VOPb	VOPb	VOPb
VÍA	Intradérmica	Intradérmica	Oral	Oral	Oral
DOSIFICACIÓN	0.1 ml	0.1 ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas

Todos los niños y niñas que iniciaron antes del 01 de enero de 2018 el esquema de vacunación contra la Poliomiélitis con la primera dosis intramuscular, deben ser vacunados con el siguiente esquema

DOSIS	Primera	Segunda	Tercera	1er Refuerzo	2º Refuerzo
EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO DE VACUNA	VIP	VOPb	VOPb	VOPb	VOPb
VÍA	Intramuscular	Oral	Oral	Oral	Oral
DOSIFICACIÓN	0.5 ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas	2 gotas

Niños y niñas de 12 meses a 5 años, 11 meses y 29 días, Todos los niños y niñas de 12 meses de edad a 5 años 11 meses y 29 días, que inician el esquema de vacunación contra la Poliomiélitis, a partir del 01 de enero de 2018 deben ser vacunados con el siguiente esquema

DOSIS	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	1er Refuerzo	2º Refuerzo
TIPO DE VACUNA-VIA	VIP	VOPb	VOPb	VOPb	VOPb

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:8 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

VÍA	Intramuscular	Oral	Oral	Oral	Oral
DOSIS	0.5 ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas	2 gotas

Niños y niñas de 2 meses a 5 años, 11 meses y 29 días Inmunocomprometidos, o con contacto con inmunocomprometidos, el esquema es y sigue siendo todo el esquema con la vacuna inactivada contra la Poliomieltitis, dosis completa aplicada vía intramuscular.

DOSIS	Primera	Segunda	Tercera	1er Refuerzo	2º Refuerzo
EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO DE VACUNA VIA	VIP	VIP	VIP	VIP	VIP
VÍA	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular
DOSIS	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml

En este momento hay vacunas contra poliomieltitis Inactivada disponible;

BILTHOVEN BIOLOGICALS: No replicativa, confiere inmunidad contra los tipo 1, 2 y 3

IMOVAX POLIO: No replicativa, confiere inmunidad contra los tipo 1, 2 y 3

Vacuna VIPf: Principios activos (producidos en células Vero)


Virus de la poliomieltitis tipo 1 cepa Mahoney (inactivado)40 UDa Virus de la poliomieltitis tipo 2 cepa MEF-1 (inactivado) 8 UD Virus de la poliomieltitis tipo 3 cepa Saukett (inactivado) 32 UD

Los demás componentes son: 2-fenoxietanol, etanol, formaldehído, medio 199 de Hanks (que contiene aminoácidos, sales minerales, vitaminas, glucosa, polisorbato 80 y agua para preparaciones inyectables, entre otros), ácido clorhídrico o hidróxido de sodio para ajuste del pH, y puede contener trazas de estreptomina, neomicina o polimixina B.

El color de la vacuna del laboratorio VIP de Bilthoven Biological puede variar de naranja/amarillo o naranja/rojo, mientras que la de Sanofi es transparente.

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES:

- ✓ La VIP no se debe administrar a personas con alergia documentada o conocida a la estreptomina, la neomicina o la polimixina B, o con antecedentes de reacción alérgica después de una inyección previa de la VIP.
- ✓ La VIP se puede administrar a lactantes prematuros (nacidos con menos de 37 semanas

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:9 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

de gestación) en la edad cronológica recomendada para otras vacunas del esquema de rutina.

- ✓ Las vacunas contra la poliomielitis (VIP dosis completa o fraccionada y bVOP) pueden ser administradas a los lactantes asintomáticos infectados con el VIH. La prueba del VIH no es un requisito previo para la vacunación.

VIA DE ADMINISTRACIÓN INTRADÉRMICA:

- ✓ Se formará de inmediato una pequeña pápula, la cual no debe ser presionada ni masajeadas, tampoco deberá colocarse compresas.
- ✓ Retire la aguja con cuidado sin forzar la piel y MUY LENTAMENTE.
- ✓ No está recomendado revacunar si la pápula no se forma.

Se indican el cómo se hace registro correcto de la vacuna para ingresar al aplicativo PAI

Probabilidad hay de un ESAVI por la VIPf; Las reacciones adversas notificadas después de la vacunación por lo general se produjeron en los tres primeros días después de la vacunación y fueron de carácter pasajero.

- ✓ Reacciones locales son raras: hinchazón, enrojecimiento, dolor en el sitio de punción.
- ✓ Reacciones sistémicas son raras: Malestar, fiebre.
- ✓ Trastornos neuronales son muy raros: (poli)neuropatía.
- ✓ Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino: Apnea en niños muy prematuros (\leq 28 semanas).

y se recuerdan normas universales en el momento de la administración de biológicos

NOTA INFORMATIVA: Todo niño o niña que inicie el esquema de vacunación con dosis fraccionada de polio, debe recibir la segunda dosis fraccionada

2. MANEJO PROGRAMÁTICO DE TUBERCULOSIS


El programa de tuberculosis de la red inicia socializando la normatividad que esta rigiendo en este momento el programa de tbc: Resolución 412 del 2000,Circular 058 del 2009,Circular 001 del 2013,Circular 007 de 2015,Circular 055 de 2016

Así mismo se socializa la importancia de la canalización de sintomáticos respiratorios (Tos con/sin expectoración por más de 15 días, Tos es el síntoma más frecuente y se presenta en el 90 % de los casos pulmonares).

En cuanto al seguimiento se debe seguir de la siguiente manera:

Consulta médica : Se requiere un control médico al 2, 4, 6 mes o finalización del tratamiento.

Control de enfermería profesional: se realiza cada dos meses al 1, 3 y 5 mes de tratamiento esto es con el objetivo de vigilar adherencia al tratamiento, vigilar reacciones adversas al medicamento, realizar seguimiento al peso, valorar mejoría clínica, identificar factores de

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:10 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

riesgo, solicitar bacilos copia de control, generar formula segunda fase.

Es importante saber que dentro de los factores de riesgo están:

- Hacinamiento
- Malas condiciones higiénicas.
- Inmunosupresión (VIH, LES)
- Diabetes
- Estrés
- Farmacodependencia
- Red de Apoyo
- Seguimiento a contactos

SEGUIMIENTO BACTERIOLOGICO

A los pacientes con baciloscopia positiva

Al finalizar primera fase, en la mitad de la segunda fase, al finalizar tratamiento.

Pacientes dx por cultivo los controles se realizan por cultivo.

Si la baciloscopia del segundo mes es positiva debe solicitarse cultivo y pruebas de susceptibilidad

Y por último y para terminar la socialización se pide a cada una de las instituciones que se envíe o se socialice la circular 055 de 2016 donde:

Actualiza esquemas de tratamiento en Niños

Actualiza esquemas de tratamiento para TB – FR

Actualiza Programación Meta de Captación de Sintomáticos Respiratorios.

Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS Públicas y Privadas) y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios la programación se hará sobre el 50% de la población mayor de 15 años afiliada o atendida durante la vigencia anual; de esta población se estima que el 5% serán considerados sintomáticos respiratorios. Esta será la meta de captación de sintomáticos respiratorios a captar en el año.


6.UNIDAD DE ANALISIS

Siguiendo el tema principal de meningitis se socializa un caso clínico para que al final cada una de las IPS resuelva las preguntas referentes al caso.

CASO CLÍNICO:

Motivo de consulta: me siento mal, tengo dolor en piernas, dificultad para caminar y dolor de cabeza

Enfermedad actual: hombre de 20 años de edad que acude a consulta de urgencias y refiere que hace 3 días presenta dolor de cabeza, alteraciones en la marcha, fiebre de inicio súbito,

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:11 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

rinorrea.

Antecedentes de la paciente:

No refiere antecedentes médicos,

Quirúrgicos: apendicetomía

Alérgicos: ninguno

Tóxicos: fumador de marihuana

Exploración

T/A: 130/85, T: 39.5° C, FC: 110x min FR 22 X min, saturación 92% Glasgow 14/15

Dx. Principal: CEFALEA

Análisis paciente de 20 años de edad quien persiste con cefalea paciente adinámica palidez mucocutanea generalizada, el día de ayer y de hoy presenta varios episodios eméticos , refiere médico de turno que fueron en proyectil

Se revalora paciente con resultados de paraclínico en los cuales se reporta hemograma; 24.93 leucos neutrófilos 95.5% lin 2.0% hb 13.5 hto 40.7 plaq 190.000

Glucosa: 155

tac de cráneo: no se evidencian hematomas ni hemorragias


Análisis a las 5 horas: al examen físico llama la atención el deterioro neurológico que presenta la paciente no responde verbalmente, se evidencia rigidez nuczal se inicia antibiótico terapia

Evolución a las 10 horas paciente somnoliento, no obedece órdenes, ruidos cardiacos taquicárdicos, no soplos, paraclínicos con leucocitosis a expensas de neutrofilia, en el momento con SIRS, ordenó toma de nuevos paraclínico para protocolo de sepsis

Se realiza punción lumbar obteniendo liquido turbio con presión de salida aumentado, considero que cursa con neuroinfección se ordenan estudios para liquido e inicio de vancomicina y ceftriaxona

Evolución a las 18 horas: requerimiento de soporte ventilatorio y vasopresor. Paciente con síndrome alteración del estado de la conciencia con deterioro progresivo asociado a signos de irritación meníngea estudio líquidos cefalorraquídeo compatible con infección por bacterias, durante la revista médica paciente presenta deterioro de estado de conciencia asociada a signos de hipertensión endocraneana)iii par, posteriormente falla ventilatoria, se decide traslado a sala de reanimación y aseguramiento de vía aérea mediante intubación orotraqueal.

Paciente masculino con diagnósticos de choque séptico por neuroinfección aislamiento bacteriano en LCR pendiente tipificación, paciente en mal estado general, con requerimiento de soporte de vasopresor y ventilatorio, paciente ausencia de reflejos de tallo,. se considera paciente en mal estado general, pobre pronostico vital a corto plazo, se continua manejo medico instaurado. Pendiente traslado a unidad de cuidado intensivo refieren que previo a

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:12 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

traslado realización de tac cerebral simple para descartar lesión hemorrágica asociada dx 3.- meningitis bacteriana a tipificar

Paciente quien durante traslado a la ambulancia presenta ritmo de fibrilación ventricular sin pulso, se inician maniobras de reanimación según guías de la AHA durante 40 minutos, sin lograr retomar circulación espontanea, se declara fallecida a las 19+57 pm

Preguntas:


1. Cumple con definición de caso algún evento en salud pública?
2. Si respondió si a la anterior pregunta ¿Cual evento consideraría usted?
3. ¿qué muestras tomaría?
4. Si el líquido es positivo para alguna bacteria usted lo notificaría y porque?
5. Si realizo la notificación esta se haría semanal o inmediata
6. Enviaría la muestra a SDS y por qué?
7. Considera que los profesionales de la salud que atendieron el caso requieren profilaxis antibiótica?
8. Si usted considero notificar el caso además de la ficha de notificación que otros documentos debería enviar
9. Dado que el paciente falleció considera que debe realizar una unidad de análisis interna donde se analicen por demoras?

7.SIVIGILA- TABLEROS DE CONTROL

Se realiza socialización de los tableros de control donde se resalta la oportunidad de notificación, ingreso de laboratorios, porcentaje en positividad y negatividad se aclara nuevamente los correos de notificación y se socializa el resumen del año en cuanto a comportamiento , luego se les recuerda que los tableros van acompañados de asistencia al COVE Local, envió de la BAI.

Se indica que la oportunidad de la base, los ajustes y los tableros de control van a ser enviados a los correos de las instituciones, se resalta la importancia de notificación inmediata todos los días incluyendo los eventos que están dentro del plan de choque ya que se ha evidenciado que los eventos están siendo notificados tardíamente.

Se desea una feliz navidad y próspero año nuevo para todos

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:13 DE 18
		FECHA: 14/02/2017

--

COMPROMISOS Y TAREAS A REALIZAR	RESPONSABLE	FECHA
Continuar garantizando la notificación de eventos inmediatos y todas las lesiones de causa externa y de polvora.	UPGD	Permanente

FIRMAS DE LOS ASISTENTES: VER LISTADO ANEXO		
NOMBRE	FIRMA	CORREO ELECTRONICO

ACTA DE REUNIÓN

CODIGO:GD-F-10-03

VERSION: 3

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTION DOCUMENTAL

PAGINA:14 DE 18

FECHA: 14/02/2017

	PLANILLA DE REUNIÓN		CODIGO:GD-F-08-01
			VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DOCUMENTAL		PAGINA: 1 DE 1
			FECHA: 08/11/2016

REUNION: <u>COVE LOCAL SOBIA</u>	FECHA: <u>22 DIC 2017</u>
----------------------------------	---------------------------

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
Maryluz Bastida	Enfermera	VIVO 10 IPS Calle 118	detepyp.colic@118 @vivo10-10m.com			X	Maryluz
Carlos Cepeda	Prof. Esp. C.	USS Red Norte	carloscep@rednorte.com		X		Carlos
Victoria Jaramila	Aux. Enfermera	Servisalud Galatena	Victoria.vj@rednorte.com				Victoria
Nelson Tomico Pedraza	Enfermero	Clínica 2010	epidemiologia@2010.com		X		Nelson
Daniel Rodríguez	Bacteriología	Medicentro Andes	medicentroand@medicentroand.com		X		Daniel
Yareth Gabya Gomez	Aux. Enfermera	USS Andes Norte Unión Médica del Norte	Yarethgabya@unio-medica-del-norte.com		X		Yareth
Manira Julieth Sotomayor	Aux. enfermera	IPS Sanitas, Paralelo 03	Manira@sanitas.com		X		Manira
Milena Gonzalez	Enfermera	Clínica Sonrisas Libres	Yumson2012@clinsoritas.com	X			Milena
Ange Cidrener	Aux. Enferm.	IPS Especializada	ange.cidrener@ipsespecializada.com		X		Ange
Mareli Herrera	Proceso	IPS Especializada	mareli.herrera@ipsespecializada.com		X		Mareli
Rony Tanguila	Salud Comunitaria	Unidad de Salud	ronytanguila@unidadesalud.com	X			Rony

ACTA DE REUNIÓN

CODIGO:GD-F-10-03

VERSION: 3


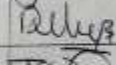
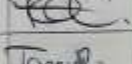

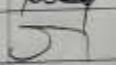
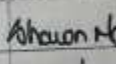
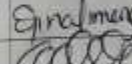


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTION DOCUMENTAL

PAGINA:15 DE 18

FECHA: 14/02/2017

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</p>	PLANILLA DE REUNIÓN		CODIGO:GD-F-08-01
			VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL		PAGINA: 1 DE 1
			FECHA:08/11/2016

REUNION: <u>COVE LOCAL SOBÁ</u>	FECHA: <u>22 DIC 2017</u>
---------------------------------	---------------------------

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
Milena Aulia Delgado	Aux Enfermera	PAPS Scaletbrini PAPS San Carlos	milenciacaulia@gmail.com		X		
Dexly Bernal	Aux Enfermera	CEPAIN IPS	covecepa@gmail.com	X			
Rubio Velásquez	Enfermera	Colegio de Maestros	medicamentacion@colegiovelasquez.com	X			
Fernando Ariano	Prof Especialista	UJJ Red UJA	intran@reduj.gov.co		X		
Necar Alvarado	Ingeniera	Subred Norte	nestamirza@gmail.com		X		
Juan Alvarado	Gerente	Unión Sus	juan@union.com		X		
Sharon Mc. Cartney	Coord Adm	Fundación Clínica Hospital Juan N Capos	sharon.mc@juancapos.edu.co		X		
Cinara Jimenez C	Prof. GNASP Referente BSA	Subred Norte Salud Pública	toressubn@gmail.com		X		
Adriana C. Pez	Gerente	Subred Norte	adriana@subnorte.com		X		

ACTA DE REUNIÓN


CODIGO:GD-F-10-03

VERSION: 3

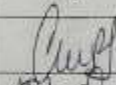

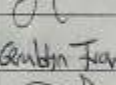
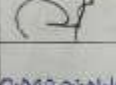
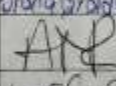
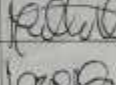
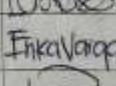

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTION DOCUMENTAL

PAGINA:16 DE 18

FECHA: 14/02/2017

	PLANILLA DE REUNIÓN		CODIGO:GD-F-08-01
			VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DOCUMENTAL		PAGINA: 1 DE 1
			FECHA: 08/11/2016

REUNION: <u>Cove Local SUBA</u>	FECHA: <u>29-Dic-2016</u>
---------------------------------	---------------------------

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
Ulara M. Pérez	Enfermera	Alenstar IPS	ularam@alstar.com	X			
Mariluz Gopparco	Enfermera	en salud suba	mariluzg@suba.gov.co		X		
Juliana Llobera	Aux Ent	USS Financ	juliana.llobera@uss.gov.co				
Geuldy Franco	Aux Enfer	Clinica Medica 4 rubén los olivos	geuldyfranco@outlook.com	X			Geuldy Franco
Daisy Rubíez	Enfermera	Policia Naal sapo	daisyrubiez@policia.gov.co	X			
Diana Prado	AUX enfermera	clínica la colina	salud.rehabilitacion@colina.gov.co				Diana Prado
Ana María Rodríguez	Enferm	CAFS Suba	galojad@cafes@gmail.com		X		
Marta Ole Finca	Enfermera	Subred Suba	mperter@colsuba.gov.co				
Loera Ganez	Enfermera	UPPER	loera@upper.com		X		Loera Ganez
Erika Daniela Vargas	Aux Enfermera	ASG Nacl.	erika@asg.gov.co				Erika Vargas
Leidy Pinzón Gil	Auxiliar Enfermera	Subred Suba	administracion@colsuba.gov.co		X		
Astrid Julieth Ojeda	Asistente Administrativa	centro medico compari Lisboa	astrid.ojeda@juann.compari.edu.co				

ACTA DE REUNIÓN

CODIGO:GD-F-10-03

VERSION: 3

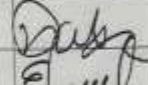
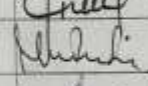
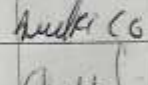
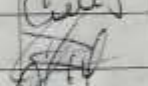
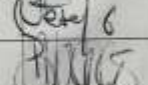
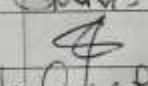
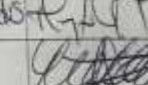

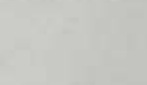



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTION DOCUMENTAL


PAGINA:17 DE 18

FECHA: 14/02/2017

	PLANILLA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-08-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DOCUMENTAL	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA: 08/11/2016

REUNION: COMIENZO SUBA DIC 2017	FECHA: 22 DIC 2017
--	---------------------------

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
Orano C. Vallen	Enfermera	Vivala IPS Suba	dionisio.colina@gmail.com				
Eliang F Becerra	Enfermera	Colsubsidio Portal	ElP.comportalnorte@colsubsidio.com	X			
Morán Ruiz	Auxiliar	CMI de Escudo de Colombia	condreid@condreid.com	X			
Aranki Escobedo	Auxiliar	Fundación Centro Médico Infantil MSB	Escobedo@cmi-infantil.com				
Valentina Jiménez	Auxiliar	Compartir Suba	compartir@compartir.com				
Lucy María Cely	Auxiliar	Clínica de Diagnóstico	lucymaria@clinica.com		X		
Deisy González	Enfermera	Clínica de Diagnóstico	dgonzalez@clinica.com		X		
Bibiana Díaz	Enfermera	AVENIR	bibiana@avener.com				
Elizabeth Rodríguez	Enfermera	USG Guapira I	elizabeth@usg.com		X		
Maryfer Torres	Enfermera	Redpisfp	maryfer@redpisfp.com		X		
Jennifer Herrera	Auxiliar Administrativo	Gran Salud IPS	admgran@gran.com		X		
Edwin Hernández	Enfermera	USG Suba	edwin@usg.com		X		

	ACTA DE REUNIÓN	CODIGO:GD-F-10-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DOCUMENTAL	PAGINA:18 DE 18
		FECHA: 14/02/2017